

**Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.
Toute reproduction à usage collectif est interdite.**

L'ouvrage original couleur E.PILLY.ECN 2018 est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

ECN.PILLY 2018

Licence d'utilisation et précautions d'usage

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

© Copyright 2018. ALINÉA Plus – CMIT

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Dépôt légal - ISBN ALINÉA Plus : 978-2-916641-67-6

ECN.PILLY 2018 - 5^e édition

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie
210 x 270 mm - quadrichromie - 324 pages - ISBN : 978-2-916641-67-6
40,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris
email : alineaplus@alineaplus.fr

Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :

E.PILLY 2018 - 26^e édition

Maladies infectieuses et tropicales
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-66-9
58,00 € TTC

ePOPI (www.epopi.fr) : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

ePOPI Etudiant - Préparation iECN : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2018).

Pour la partie pédiatrie, consulter le référentiel du Collège de Pédiatrie

Objectifs

- Connaître les principales formes cliniques des angines, leurs agents étiologiques et leurs complications.
- Connaître l'utilisation appropriée du test de diagnostic rapide (TDR).
- Savoir prescrire le traitement approprié, antibiotique et/ou symptomatique, à un patient présentant une angine ou une rhinopharyngite

NB : pour les rhinopharyngites, Cf. item UE6-145

Points importants

- Étiologie virale à 80 %.
- Les angines sont une pathologie bénigne d'évolution spontanément favorable dans la très grande majorité des cas.
- Seules indications de l'antibiothérapie dans les angines : angine à streptocoque du groupe A, et des situations beaucoup plus rares : angine de Vincent, diphtérie, gonocoque, chancre syphilitique.
- En pratique, il faut rechercher un streptocoque du groupe A par test de diagnostic rapide (TDR) devant toute angine érythémateuse ou érythématopultacée chez l'enfant, et lorsque le score clinique de MacIsaac est ≥ 2 chez l'adulte. Une antibiothérapie est indiquée en cas d'infection streptococcique détectée au TDR (amoxicilline en 1^{re} intention).

CONSENSUS ET RECOMMANDATIONS

- **Recommandations de bonne pratique**
- Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant - Novembre 2011 - SPILF-SFP-GPIP
- **Conduite à tenir lors de l'apparition d'un cas de diphtérie** - Recommandations du HCSP 2011

ANGINES

Les angines se répartissent en 4 formes cliniques :

- Angines érythémateuses et érythématopultacées
- Angines pseudomembraneuses
- Angines vésiculeuses
- Angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques

1 Bases pour comprendre

1. Définition

Inflammation d'origine infectieuse des amygdales (amygdalite) et/ou de l'ensemble de l'oropharynx (pharyngite).

Pas de rhinite associée, à la différence d'une rhinopharyngite (qui est toujours virale, Cf. item UE6-145).

2. Microbiologie

La grande majorité des angines sont virales : 70 % des cas chez l'enfant, 90 % des cas chez l'adulte.

Le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBHA) ou *Streptococcus pyogenes* est le premier agent bactérien responsable d'angine (20 % des angines érythémateuses ou érythématopultacées, tous âges confondus).

L'isolement de certaines bactéries sur un prélèvement de gorge ne traduit qu'une colonisation sans caractère pathogène (exemple : *Haemophilus influenzae* et *para-influenzae*, *Branhamella catarrhalis* (ex-*Moraxella catarrhalis*), pneumocoque, staphylocoque, anaérobies divers...) qui ne nécessite pas de traitement.

3. Physiopathologie

▪ Transmission

- Contamination par voie aérienne à partir d'un porteur sain (5 % de la population pour le SBHA) ou malade.
- Rapports oro-génitaux pour gonocoque et syphilis.

▪ Pathogénèse

- Risque de complications loco-régionales suppuratives des infections bactériennes.
- Risque de complications générales :
 - Complications toxiques : SBHA toxigène (scarlatine) ; diphtérie
 - Complications immunologiques post-streptococciques (voir plus loin).

4. Épidémiologie

Pathologie très fréquente (9 millions de cas par an en France), majoritairement bénigne.

2 Points communs à toutes les angines

1. Le diagnostic est clinique

- **Signes fonctionnels** d'installation rapide : douleur pharyngée spontanée uni- ou bilatérale, augmentée à la déglutition (odynophagie), otalgie réflexe.
- **Chez l'enfant** : fréquence des troubles digestifs (vomissements, douleurs abdominales).
- **Signes physiques** : fièvre d'intensité variable, inflammation de l'oropharynx et des amygdales, adénopathies satellites sensibles.

En pratique, aucun signe clinique n'est strictement discriminant entre étiologie virale ou bactérienne. Cependant, une atteinte diffuse ORL et respiratoire (laryngite, trachéite, bronchite, conjonctivite) est très évocatrice d'une atteinte virale, comme les signes extra-ORL : polyadénopathie superficielle, hépato-splénomégalie, exanthème...

2. Indications des examens complémentaires

- **Prélèvement pharyngé** : test de diagnostic rapide (TDR) du SBHA ; prélèvement pour le laboratoire de bactériologie : angine de Vincent, chancre syphilitique, diphtérie
- **NFS** plaquettes si angine pseudomembraneuse ou ulcéro-nécrotique (recherche d'un syndrome mononucléosique, et d'une neutropénie)
- **Sérologie EBV et/ou MNI-test** si suspicion de mononucléose infectieuse (angine érythémateuse, érythématopultacée ou pseudomembraneuse)
- **Dépistage VIH** si suspicion de primo-infection VIH (angine érythémateuse ou érythématopultacée)

3. Indications de l'hospitalisation

- Complications de l'angine streptococcique
- Diphtérie
- Certaines complications de la mononucléose infectieuse
- Gingivo-stomatite herpétique sévère empêchant l'alimentation
- Angine de Vincent

4. Traitement

Seules indications de l'antibiothérapie dans les angines : SBHA, angine de Vincent, diphtérie, gonocoque, chancre syphilitique.

Seule l'angine à SBHA est fréquente, les autres causes sont exceptionnelles.

▪ **Traitement symptomatique dans tous les cas :**

- Antalgiques / antipyrétiques (paracétamol en 1^{re} intention)
- **Pas de corticoïdes ni d'AINS**, qui augmentent le risque de complications loco-régionales suppurées. Seule exception : intérêt de la corticothérapie pour certaines complications systémiques sévères (rares indications) de la mononucléose infectieuse, ou certaines complications de la diphtérie.

▪ **Mesures particulières :**

- Diphtérie : déclaration obligatoire à l'ARS, précautions complémentaires de type gouttelettes, éviction de la collectivité
- Scarlatine : éviction de la collectivité
- Syphilis et gonocoque : dépistage des IST chez le cas index et les sujets contacts.

ANGINES ÉRYTHÉMATEUSES ET ÉRYTHÉMATOPULTACÉES

C'est la forme clinique d'angine la plus fréquente (80-90 % des cas).

1 Diagnostic positif clinique

- **Angine érythémateuse** : pharynx inflammatoire, amygdales augmentées de volume
- **Angine érythématopultacée** : amygdales recouvertes par endroits d'un enduit blanchâtre facile à décoller et découvrant une muqueuse congestive (PUE6-146-1)

PUE6-146-1 : Angine érythématopultacée



Photo O. Malard - © CMT - Allinea Plus

2 Diagnostic étiologique (TUE6-146-1)

TUE6-146-1 : Etiologies des angines érythémateuses ou érythématopultacées

	Virus	Bactéries
Fréquence	Enfant : 60-75 % Adulte : 75-90 %	Fréquence du SBHA : Enfant : 25-40 % Adulte : 10-25 %
Agents Infectieux	<ul style="list-style-type: none"> · EBV · VIH (primo-infection) · Rhinovirus · Coronavirus · Virus respiratoire syncytial · <i>Myxovirus influenzae</i> et <i>parainfluenzae</i> · Adénovirus 	<ul style="list-style-type: none"> · Principale cause : streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBHA) · Rarement : streptocoques des groupes B, C, F et G, gonocoque, scarlatine (SBHA sécrétant une toxine érythrogène responsable de l'éruption)
Remarques	Rechercher des facteurs de risque pour une primo-infection VIH	Pas d'infection à SBHA avant l'âge de 3 ans ; le pic d'incidence se situe entre 5 et 15 ans

1. Clinique

Chez l'enfant, aucun signe ou score clinique n'a de valeur prédictive positive ou négative suffisante pour l'origine streptococcique de l'angine (en dehors d'une scarlatine typique).
Chez l'adulte, le score de MacIsaac a une bonne valeur prédictive négative.

Chez l'adulte, un score clinique de Mac Isaac < 2 a une valeur prédictive négative > 95 % pour éliminer l'origine streptococcique d'une angine (TUE6-146-2).

TUE6-146-2 : Score de Mac Isaac

Critères composant le score de MacIsaac	Nombre de points attribués
Fièvre > 38°C	1
Absence de toux	1
Adénopathies cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne (augmentation de volume, exsudat)	1
Age : 15-44 ans	0
≥ 45 ans	-1

2. Microbiologie

■ **Test de diagnostic rapide (TDR) du SBHA**

Il est recommandé de pratiquer un TDR chez tout enfant de plus de 3 ans, et tout adulte avec un score de MacIsaac ≥ 2 ayant une angine érythémateuse ou érythématopultacée.

- Test disponible gratuitement sur simple demande auprès de l'Assurance Maladie
 - Réalisé après écouvillonnage direct des amygdales ou du pharynx par le médecin à son cabinet
 - Résultat disponible en 5 minutes
 - Spécificité > 95 % et sensibilité > 90 %
- **Dépistage VIH pour rechercher une primo-infection si angine virale (TDR négatif) et facteurs de risque**

3 Évolution

■ **Naturelle**

Les angines à SBHA évoluent le plus souvent favorablement en 3-4 jours, même en l'absence de traitement. Cependant, elles peuvent donner lieu à des complications potentiellement graves.

■ **Complications (TUE6-146-3)**

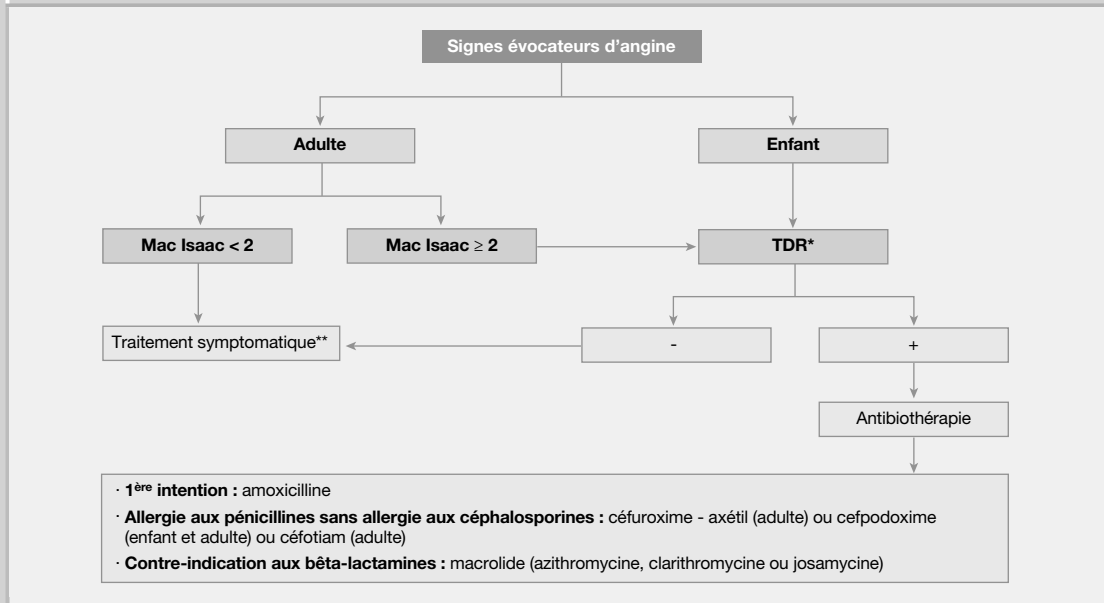
Elles sont **uniquement le fait du SBHA** (exception faite des autres angines bactériennes). Leur fréquence est d'environ 1 %.

TUE6-146-3 : Complications des angines streptococciques

Complications suppuratives locales	Complications générales
<ul style="list-style-type: none"> · Phlegmon péri-amygdalien : fièvre élevée, odynophagie majeure, otalgie, trismus, tuméfaction asymétrique du pilier du voile du palais refoulant la luette · Abcès rétro-pharyngé : fièvre, dysphagie douloureuse, dyspnée · Adénophlegmon cervical (adénite inflammatoire évoluant vers l'abcédation) : douleur cervicale intense puis torticolis fébrile · Cellulite cervicale : extension de l'infection aux parties molles du cou. Evolution possible vers la médiastinite. 	<ul style="list-style-type: none"> · Syndromes immunologiques post-streptococciques : rhumatisme articulaire aigu (RAA), glomérulonéphrite aiguë (GNA), érythème noueux, chorée de Sydenham. Seules certaines souches de SBHA ont un potentiel rhumatogène ou néphritogène. · Complications toxiques : scarlatine (Cf. item UE6-160), choc toxique streptococcique

Notes

FUE6-146-1 : Stratégie de prise en charge d'une angine érythémateuse ou érythématopultacée



* Réalisation du Test de Diagnostic Rapide du streptocoque du groupe A (TDR) systématique chez l'enfant ≥ 3 ans et l'adulte si score de Mac Isaac ≥ 2
 ** Antalgique et/ou antipyrétique

4 Traitement

Indication de l'antibiothérapie (Cf. FUE6-146-1)

1. Traitement curatif : antibiothérapie

Pour comprendre :

- L'antibiothérapie n'a d'intérêt que dans les angines à SBHA, essentiellement pour prévenir les complications.
- Les souches de SBHA responsables de RAA sont très rares en France métropolitaine, mais plus fréquentes dans les DOM-TOM.
- Le traitement antibiotique comporte des risques individuels et collectifs : effets indésirables et résistances bactériennes notamment. C'est pourquoi la prescription d'antibiotiques dans l'angine doit être limitée.

Buts du traitement antibiotique

- Diminuer la durée des symptômes (de 24 h en cas de traitement précoce)
- Prévenir les complications post-streptococciques non suppuratives (notamment le RAA, mais pas la GNA), et réduire le risque de suppuration loco-régionale. Le risque de RAA est prévenu même en cas d'antibiothérapie tardive (jusqu'à J9 après le début des symptômes). Diminuer la fréquence et la durée du portage, donc la contagiosité

- Seules les angines à SBHA documentées (ce qui implique la réalisation d'un TDR) doivent être traitées par antibiotique.
- Les antibiotiques sont proscrits (au regard des conséquences individuelles et collectives qu'elle entraîne) dans les angines à TDR négatif ou en l'absence d'utilisation de TDR.

Modalités de l'antibiothérapie

- Traitement ambulatoire *per os*
- Le traitement repose en 1^{ère} intention sur l'amoxicilline (efficace, et moindre risque d'émergence de résistances bactériennes par rapport aux céphalosporines et macrolides).
- Une céphalosporine orale est indiquée en 2^e intention en cas d'allergie aux pénicillines (le risque d'allergie croisée est inférieur à 5 % : la prescription de céphalosporine peut s'envisager si la réaction aux pénicillines n'était ni immédiate [anaphylaxie] ni grave).
- Les macrolides sont proposés en 3^e intention, en cas d'allergie sévère aux pénicillines (suspicion d'anaphylaxie : réaction précoce survenant moins d'une heure après la prise ; ou signes de gravité [ex : syndrome DRESS], ou explorations allergologiques avec tests cutanés positifs). Les SBHA sont actuellement résistants aux macrolides dans < 10 % des cas en France. L'utilisation des macrolides nécessite cependant la réalisation préalable d'un prélèvement de gorge pour culture et antibiogramme, afin de détecter d'éventuelles résistances, si le taux de résistance du SBHA aux macrolides est > 10 % localement.
- Durées de traitement courtes (Cf. TUE6-146-4)

TUE6-146-4 : Durées d'antibiothérapie

Antibiotique	Durée de traitement (Jours)
Amoxicilline	6
C2G Céfuroxime-axétil	4
C3G Cefpodoxime-proxétil	5
Céfotiam-héxétil	5
MACROLIDES Azithromycine	3
Clarithromycine	5
Josamycine	5

2. Traitement symptomatique (paracétamol)**3. Prophylaxie collective**

Eviction de la collectivité en cas de scarlatine et/ou d'angine à SBHA, à maintenir 2 jours après le début de l'antibiothérapie.

4. Surveillance

Conseiller au patient de reconsulter en cas de persistance des symptômes (fièvre, dysphagie) après 3 jours.

**ANGINES
PSEUDOMEMBRANEUSES**

Pour la mononucléose infectieuse, Cf. item N°160.

1 Diagnostic positif clinique

Présence d'un enduit confluent, nacré ou grisâtre, sur les amygdales.

2 Diagnostic étiologique

2 causes : mononucléose infectieuse ou diphtérie

Évoquer systématiquement le diagnostic de diphtérie du fait de sa gravité. Elle est due à une corynébactérie du complexe *diphtheriae* (*Corynebacterium diphtheriae*, *C. ulcerans* ou *C. pseudo-tuberculosis*). Ces bactéries peuvent produire ou non une toxine diphtérique.

NB : l'angine de la mononucléose infectieuse est classiquement pseudomembraneuse mais peut aussi donner des formes érythémateuses ou érythématopultacées. De plus, la primo-infection à EBV est le plus souvent asymptomatique.

Notes

Notes

1. Clinique

Eléments d'orientation clinique (TUE6-146-5)

TUE6-146-5 : Eléments d'orientation cliniques devant une angine érythémato-membraneuse	
Mononucléose infectieuse	Diphtérie
Argument de fréquence	Exceptionnel
Adolescent/adulte jeune	Notion de voyage en Europe de l'Est ou dans les pays en développement (<i>C. diphtheriae</i>) Absence d'immunité vaccinale Incubation < 7 jours
Incubation 4-6 semaines	
Asthénie Fièvre durant 10-15 jours	Malaise Fièvre modérée Signes d'imprégnation toxinique : pâleur, tachycardie
Fausses membranes non adhérentes, en regard des amygdales, respectant la luette	Fausses membranes extensives, adhérentes, débordant les amygdales, envahissant la luette
Purpura du voile du palais Splénomégalie dans 50 % des cas Exanthème maculeux ou maculo-papuleux dans 10 % des cas (notamment si prescription d'amoxicilline, à ne pas interpréter comme une réaction allergique)	Coryza (jetage nasal) unilatéral
Polyadénopathie	Adénopathies satellites sous-angulo-maxillaires

2. Biologie (TUE6-146-6)

TUE6-146-6 : Eléments d'orientation biologiques

Mononucléose infectieuse	Diphtérie
Syndrome mononucléosique (parfois retardé) Cytolyse hépatique, thrombopénie	Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles
MNI-test en 1 ^{re} intention (rapide, sensibilité 50-85 %) Sérologie si MNI-test négatif : présence d'IgM anti-VCA sans anticorps anti-EBNA (sensible et spécifique mais coûteux)	En urgence Prélèvement de gorge et/ou de fausse membrane, sur écouvillon sec, acheminé rapidement au laboratoire, averti de la suspicion diagnostique clinique. Diagnostic suspecté sur la présence de corynébactéries (bacilles Gram positif) à l'examen direct, confirmé par la culture. PCR pour rechercher le gène de la toxine.

3 Évolution (TUE6-146-7)

TUE6-146-7 : Evolution

	Mononucléose infectieuse	Diphtérie
Naturelle	Evolution en général bénigne, mais asthénie persistant plusieurs semaines.	Maladie grave, se compliquant fréquemment
Complications	Complications rares : rupture de rate, anémie hémolytique, purpura thrombopénique, atteinte neurologique	<ul style="list-style-type: none"> Complications locales non suppurées : croup (laryngite), avec risque de détresse respiratoire aiguë Complications toxiques : myocardite, atteinte neurologique périphérique Décès dans 10 % des cas

4 Traitement

1. Mononucléose infectieuse

Il est uniquement symptomatique (Cf. item UE6-160).

2. Diphtérie

Toutes les mesures ci-dessous seront adaptées au caractère toxigène ou non de la souche.

■ Traitement curatif

Urgence thérapeutique, pronostic vital engagé. Hospitalisation.

Ce traitement doit être débuté au moindre doute de diphtérie, après avoir réalisé le prélèvement pharyngé à visée bactériologique.

Association :

- **Sérothérapie** : sérum anti-toxine diphtérique. Elle est ensuite relayée par la vaccination (la diphtérie n'étant pas une maladie immunisante).
- + **antibiothérapie** : amoxicilline

■ Traitement symptomatique

- **Précautions complémentaires de type gouttelettes**
- Repos au lit

■ Mesures associées

Déclaration obligatoire à l'ARS (signalement + notification).

Éviction de la collectivité jusqu'à négativation de 2 prélèvements de gorge effectués à au moins 24 heures d'intervalle après la fin de l'antibiothérapie.

■ Surveillance étroite

recherchant notamment la survenue de complications (cardiaques, avec ECG, neurologiques).

■ Traitement préventif

Prophylaxie des **sujeets contacts proches** :

- Mise à jour de la vaccination diphtérie
- Écouvillonnage nasal et pharyngé
- Antibio prophylaxie

Prophylaxie collective : **vaccination** (Cf. item UE6-143)

ANGINES VÉSICULEUSES

1 Diagnostic positif clinique

Présence de petites vésicules au niveau du pharynx sur une muqueuse inflammatoire. Ces vésicules se rompent rapidement pour laisser place à des érosions recouvertes d'un enduit jaunâtre et entourées d'un halo inflammatoire. Cette angine est très douloureuse, et touche surtout l'enfant.

2 Diagnostic étiologique

Ces angines sont toujours virales.

Les principaux virus impliqués sont :

- Entérovirus (échéovirus, coxsackie). Les virus coxsackie A donnent un tableau d'herpangine : épidémies, surtout estivales, chez les enfants entre 1 et 7 ans, avec des lésions restant localisées à l'oropharynx.
- Herpès virus : HSV. Dans la primo-infection herpétique, l'angine est associée à une gingivo-stomatite diffuse, ainsi qu'à une éruption vésiculeuse périlabiale.

3 Évolution

En général bénigne.

4 Traitement

Symptomatique, en ambulatoire :

- Réhydratation
- Soins de bouche
- Antalgiques/antipyrétiques

Seule la primo-infection herpétique (Cf. item N°164) peut bénéficier d'un traitement antiviral spécifique.

Notes

ANGINES ULCÉREUSES ET ULCÉRO-NÉCROTIQUES

1 Diagnostic positif clinique

Existence d'une érosion au niveau de l'amygdale, avec parfois extension au voile du palais ou à la partie postérieure du pharynx.

2 Diagnostic étiologique

3 causes :

- **Angine de Vincent : cas le plus fréquent**
 - Association fusospirillaire : *Fusobacterium* (bactérie anaérobie) et spirochète du genre *Borrelia*
 - Terrain : mauvaise hygiène bucco-dentaire
 - Diagnostic fortement évoqué sur la clinique : fièvre modérée, haleine fétide (anaérobies), odynophagie latéralisée, ulcération unilatérale profonde, souple au toucher, recouverte de membranes grisâtres non adhérentes, adénopathie satellite
 - Diagnostic confirmé par la mise en évidence d'une association fusospirillaire à l'examen direct du prélèvement de gorge
- **Chancres syphilitiques (Cf. item UE6-158)**
 - Terrain : rapports oro-génitaux non protégés
 - Clinique : absence de signes généraux, ulcération unilatérale peu profonde, indolore, indurée (lésion contagieuse), adénopathie unilatérale indolore
 - Diagnostic confirmé par la sérologie
- **Agranulocytose sur hémopathie maligne ; lésion ulcérée révélant un cancer ORL**

À évoquer systématiquement devant un tableau d'angine ulcéro-nécrotique traînante, rebelle au traitement antibiotique, avec altération marquée de l'état général. L'ulcération est souvent bilatérale lors d'une agranulocytose, unilatérale lors d'un cancer ORL (terrain alcool-tabagique).

Chercher adénopathies, splénomégalie.

Réaliser NFS plaquettes en 1^{re} intention pour rechercher une hémopathie.

3 Évolution

Angine de Vincent : risque de complications locales suppurées

- Phlegmon péri-amygdalien
- Syndrome de Lemierre : thrombophlébite jugulaire septique compliquée d'embols pulmonaires avec infarctus et abcès pulmonaires. Douleur latéro-cervicale fébrile, altération de l'état général, douleur thoracique.

Autres étiologies : Cf. items concernés.

4 Traitement

Angine de Vincent : amoxicilline (métronidazole si allergie). Prévoir consultation dentaire avec panoramique dentaire.

Chancres syphilitiques : Cf. item UE6-158.