

Angines

Christian Chidiac

Maladies Infectieuses et Tropicales

Hôpital de la Croix Rousse, 69317 Lyon

tian.chidiac@chu-lyon.fr



Introduction

- Pathologie fréquente en France
 - Environ 9×10^6 diagnostics/an
 - Jusqu'à récemment 8×10^6 prescriptions ABT
- Problème : impact écologique
- Caractère systématique ?
- Etiologie :
 - Le plus souvent virale
 - Streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA)
 - 1^{ère} bactérie
 - Complications SGA
 - Gravité potentielle de l'infection à SGA
 - ABT adaptée après identification

Angines Erythémato-Pultacées

- **MNI**

- peut être érythémateuse au début
- normalement pas d'antibiotiques. Sauf si corticoïdes ? (risque de Lemierre)

- **DIPHTERIE**

- Attention voyages (Europe de l'Est, Afrique...)
- Eradiquer le germe (AB : pénic G ou A/érythro, 14j)
- Prévenir intoxication par la sérothérapie SC (Besredka)
- Isolement, AB prophylaxie et vaccination des contacts (BEH 9/06/98), DO

Angines Vésiculeuses

- Toujours virales
- Herpangine à Entérovirus (plus ou moins MPB), dont le traitement est symptomatique
- Gingivo-stomatite herpétique (plus ou moins EP). Peut nécessiter un traitement anti-herpétique dans les formes les plus sévères. Seul l'aciclovir a l'AMM

Angines Ulcéreuses

- **Angine de Vincent**
 - peut être banale et érythémateuse au début
 - contexte : adulte, éthylo-tabagique, mauvais état bucco-dentaire
 - peu fébrile, haleine fétide, unilatérale...
 - expose au risque de Lemierre (mais souvent inaugural)
 - péni V, 10j ou métronidazole
- **Chancre syphilitique**
 - contexte, recrudescence actuelle
 - traitement idem génital
- **Attention hémopathie, agranulocytose, mucite**
- Toujours faire des examens de labo (NFPlaquettes, prélèvement de gorge)

Stratégie Thérapeutique

En faveur d'une Etiologie Virale

- Absence de fièvre,
- Existence de :
 - toux, enrrouement, coryza, conjonctivite, diarrhée,
- Présence de vésicules, d'une stomatite.

**Ces situations ne justifient pas une
antibiothérapie**

En Faveur du SGA

- Aucun signe ni symptôme n'est spécifique
- Sont en faveur du SGA :
 - Le caractère épidémique (hiver et début du printemps surtout) chez des enfants et adolescents entre 5 et 15 ans,
 - La survenue brusque,
 - L'intensité de la douleur pharyngée, de l'odynophagie,
 - Le purpura du voile du palais,
 - Les douleurs abdominales,
 - Le rash scarlatiniforme

Angines de L'adulte.

Recommandations US

- Hypothèse de 10% de Strepto A
- Si 3 ou 4 critères cliniques
 - fièvre,
 - exsudat amygdalien,
 - adénopathies sensibles,
 - absence de toux,
- Sensibilité et spécificité de 75%.
- VPP de 40 à 60% et VPN de 80%
- Ne traiter que si
 - au moins 3-4 critères
 - faire TDR si 3 (éventuellement 2)

* Am Coll Phys- Am Soc Int Med,
Ann Int Med, 2001; 134: 506-8 et 509-17

Scores Cliniques

- Centor* : critères de la diapo précédente
- Mc Isaac** :
 - aux 4 critères de Centor, s'ajoute un 5ème, l'âge : + 1 si moins de 15 ans et moins 1 si plus de 45 ans
 - si score ≤ 1 : ni AB ni prélèvement;
 - si score = 2 ou 3 : culture et AB si +;
 - si score = 4 ou 5 : AB ou culture
 - NB : le TDR n'est pas envisagé

*Med Decis Making, 1981; 1: 239-46)

**CMAJ, 1998; 158: 75-83 et CMAJ, 2000; 163: 811-5

Etude Mc Isaac (2000)

- Objectif : validité du score pour la prise en charge par 97 MG chez 621 patients dont 600 ont eu une culture.
- Il y a eu 34,8% de cultures + chez les 158 enfants et 10,7% chez les 441 adultes.
- Score à 0 ou -1 : 1% de culture + (2/179),
- Score à +1 : 10% (13/134),
- Score à 2 : 17% (18/109),
- Score à 3 : 35% (28/81),
- Score à 4 ou plus : 51% (39/77)

Etude Mc Isaac 2002

- Uniquement pts avec score ≥ 2 (n = 787)
- **Score 2** : n = 219 (27,8%), 35 SBHA (16%)
 - 3 - 14 ans : 15 + sur 66 (22,7%)
 - > 15 ans : 20 + sur 153 (13,1%)
- **Score 3** : n = 465 (59,1%), 128 SBHA (27,5%)
 - 3 - 14 ans : 73 + sur 222 (32,9%)
 - > 15 ans : 55 + sur 243 (22,6%)
- **Score 4 - 5** : n = 103 (13,1%), 65 SBHA (63,1%)
 - 3 -14 ans : 61 + sur 81 (75,3%)
 - > 15 ans : 4 + sur 22 (18,2%)

	SGA	Virus
Epidémiologie	Epidémie - hiv er et début printemps Age : pic d'incidence entre 5 et 15 ans (survenue possible dès 3 ans)	
Signes fonctionnels ou généraux	Début brusque Odynophagie intense Absence de toux Fièvre élev ée	Début progressif Odynophagie modérée ou absente Présence de toux, coryza, enrouement, diarrhée
Signes Physiques	Erythème pharyngé intense Purpura du voile Exsudat Adénopathies satellites sensibles Eruption scarlatiniforme	Vésicules (herpangine due à un entérovirus, coxsackie ou gingivostomatite herpétiforme) Eruption évocatrice d'une maladie virale (ex. sy drome pieds-mainsbouche) Conjonctivite

Test de Diagnostic Rapide (TDR)

- Prélèvement oro-pharyngé
- Mise en évidence des antigènes de paroi (polysaccharide C) de *S. pyogenes* après extraction
- Tests simples (bref apprentissage)
- Réalisables en 5 minutes
- Spécificité : 95%
- Sensibilité : 80 à 98%
- En situation de pratique quotidienne, la sensibilité < à celle retrouvée dans les études

Sur un Plan Pratique

- Chez l'enfant :
 - Le TDR doit être systématique
 - Chez l'enfant > 3 ans.
- Chez l'adulte
 - Il est possible de tenir compte du score clinique de Mac Isaac
 - Pas de TDR si score < 2

Etiologie des Angines

- Enfants :

- Virales : 60 à 75 %
- SBHA : 25 à 40 %

- Adultes :

- virales : 75 à 90 %
- SBHA : 10 à 25 %

- Virus

- rhinovirus,
- Coronavirus
- VRS
- virus influenzæ
- virus parainfluenzæ
- Adénovirus
- EBV
- VIH

Les germes intracellulaires (mycoplasme, chlamydia) ne donnent pas d'angines.
Ils peuvent provoquer une inflammation pharyngoamygdalienne dans le cadre d'une infection respiratoire basse.

Qu'est-ce qu'un Angine ?

- Inflammation d'origine infectieuse des amygdales voire de l'ensemble du pharynx
 - Fièvre
 - Gêne douloureuse à la déglutition (odynophagie)
 - Modifications de l'aspect de l'oropharynx.
 - Autres symptômes parfois associés :
 - Douleurs abdominales,
 - Eruption,
 - Signes respiratoires
 - (rhinorrhée, toux, enrouement, gêne respiratoire)
 - Variables selon l'étiologie et l'âge du patient

Fréquence des différents signes en fonction des résultats du TDR chez l'adulte (n = 2226)

Signes cliniques (présence du signe en %)	Test + (n = 250)	Test - (n = 1932)	p
Plus fréquent quand test +			
Pharynx érythématopultacé (25,4 %)	55,2 %	21,3 %	< 0,001
Odynophagie intense (61,9 %)	85,2 %	58,8 %	< 0,001
Asthénie intense (27,1 %)	41,6 %	25,1 %	< 0,001
Céphalées intenses (15 %)	21 %	14,2 %	< 0,01
Adénopathies > 1 cm (40,5 %)	59,8 %	38,1 %	< 0,001
T > 38° (68,3 %)	79 %	67,2 %	< 0,001
Anorexie intense (10,2 %)	20,1 %	9,2 %	< 0,001
Vomissements présents (6,7 %)	10,8 %	6 %	< 0,01
T > 38° + odynophagie intense + pharynx érythémateux + adénopathies > 1 cm (10,7%)	15,2 %	10,2 %	< 0,05
T > 38° + odynophagie intense + adénopathies > 1 cm + pharynx érythématopultacé (10,6 %)	25,1 %	8,8 %	< 0,001

Fréquence des différents signes en fonction des résultats du TDR chez l'adulte (n = 226)

Signes cliniques (présence du signe en %)	Test + (n = 250)	Test - (n = 1932)	p
Plus fréquent quand test -			
Pharynx érythématopultacé (71,3 %)	39,2 %	75,6 %	< 0,001
Toux présente (53,1 %)	36 %	55,4 %	< 0,001
Rhinorrhée (51,8 %)	28,8 %	54,4 %	< 0,001
Enrouement présent (47,3 %)	40,4 %	48,2 %	< 0,05
Toux + enrouement + rhinorrhée (21,8 %)	10,8 %	22,9 %	< 0,001

Complications des Angines à SGA

- **Suppurées locorégionales :**
 - phlegmon péri amygdalien, adénophlegmon
 - suppurations cervicales, ± septicémie, choc
- **Syndrome post-streptococcique :**
 - érythème noueux
 - Chorée
 - glomérulonéphrite :
 - incidence : 120 à 200 cas / an
 - risque indépendant du traitement
- **RAA**

Stratégie de Prise en Charge

- Aucune étude ne prouve l'utilité des ABT dans les angines virales.
- Seules les angines diphtérique, gonococcique ou les angines nécrotiques (angine de Vincent, angine de Ludwig) justifient une ABT
- Les angines à SGA sont traitées

Connaissances Acquises

- L'éradication du SGA est corrélée à la prophylaxie du RAA, pas de la GNA.
- Les porteurs « simples » ne sont pas “à risque”.
- RAA possible
 - sans infection avérée précessive (1/3)
 - et, à l'inverse, malgré traitement adapté
- Sans traitement AB
 - 1 à 3 % des angines à SBGA -----> RAA
 - durée moyenne des symptômes = 4 j ; ↘ 3 j avec AB seuls
↘ 2 j avec stéroïdes
- Retard au traitement de 7 jours : pas d' ↗ RAA
- La première crise de RAA concerne :
 - l'enfant après 3 - 4 ans
 - l'adolescent
 - l'adulte jeune (collectivités ↗)

Pourquoi Traiter une Angine à SGA ?

- Accélérer la résolution des symptômes
 - Guérison spontanée habituelle
 - ABT : réduction de 24 heures si prescription précoce
- Diminution de la dissémination du SGA à l'entourage
 - Les patients ne sont plus contagieux 24 heures après le début du traitement antibiotique.
 - Sans ABT, éradication plus longue (jusqu'à 4 mois)
- Prévention des complications post-streptococciques non suppuratives
- Réduction du risque de suppuration locorégionale

TDR Positif

- Confirme l'origine streptococcique
- Justifie la prescription ABT

TDR Négatif

- Ne justifie pas de contrôle supplémentaire systématique par culture
- Ne justifie pas d'ABT
- Compte tenu de la faible prévalence du SGA et du caractère exceptionnel du RAA en pratique courante en métropole, la sensibilité du TDR est suffisante pour ne pas traiter par antibiotique.
- Seuls les traitements antalgiques et antipyrétiques sont utiles.
- Toute angine dont le TDR est négatif ne doit pas faire considérer qu'il s'agit uniquement d'angine virale
 - Anaérobies ?
 - Association fuso-spirillaire (angine de Vincent) ?
 - Diphtérie ?

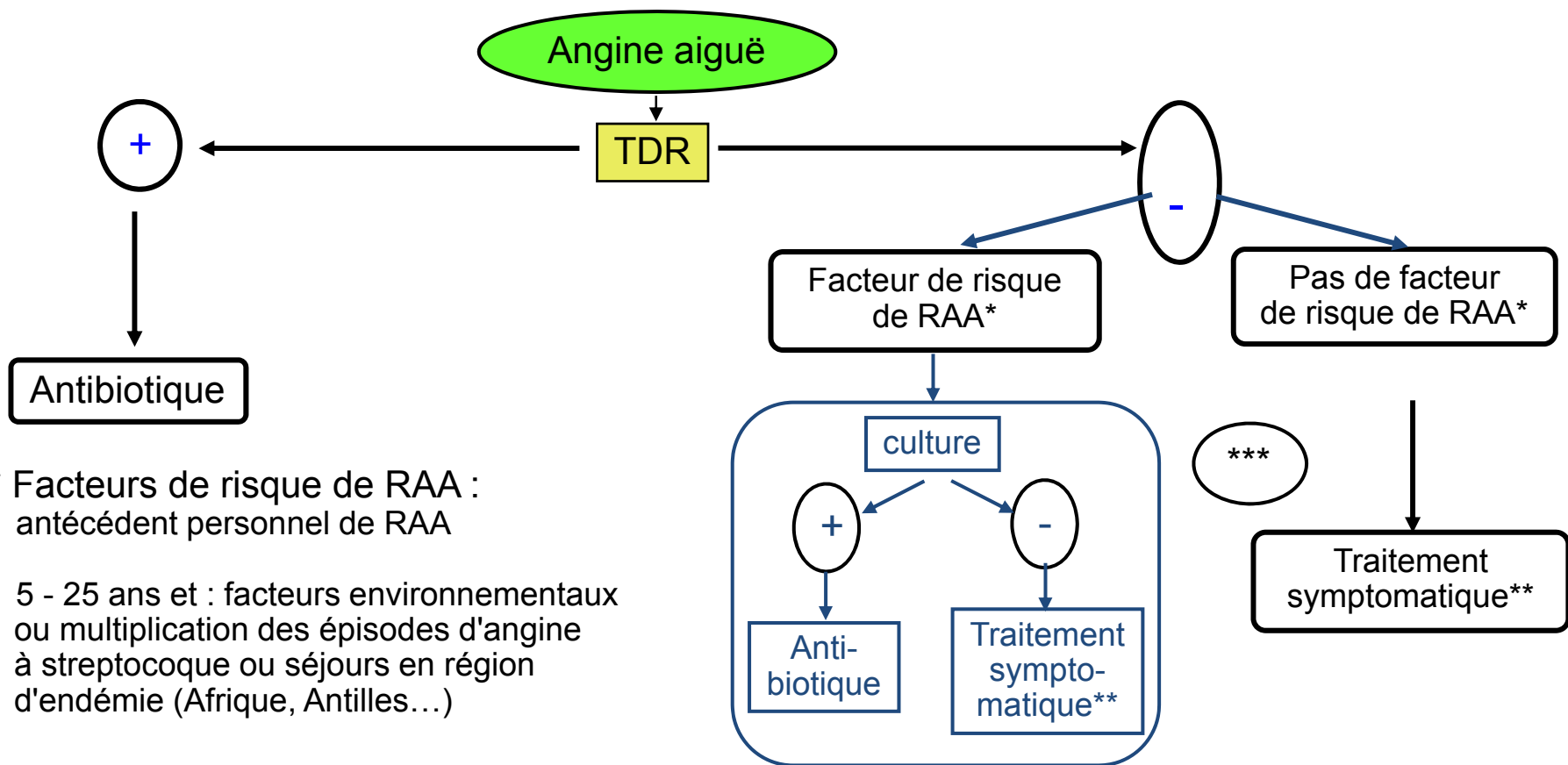
TDR Négatif et Contexte à risque de RAA

- Antécédents personnels de RAA ;
- Age entre 5 et 25 ans associé
 - à la notion de séjours en régions d'endémie de RAA (Afrique, DOMTOM)
 - ou éventuellement à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée) ou à des antécédents d'épisodes multiples d'angine à SGA.
- Dans un contexte à risque de RAA
 - Un TDR négatif peut être contrôlé par une mise en culture
 - Si la culture est positive, le traitement antibiotique sera entrepris

Comment Traiter ?

- Amoxicilline 6 j : traitement recommandé
- C2G, C3G PO :
 - peuvent être utilisées
 - notamment en cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines
 - céfuroxime-axétil : 4 jours
 - cefpodoxime-proxétil : 5 jours
 - céfotiam-hexétil : 5 jours.
- Contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines) :
 - macrolides, kétolides ou pristinamycine

Attitude Pratique



- * Facteurs de risque de RAA :
 - antécédent personnel de RAA
 - 5 - 25 ans et : facteurs environnementaux ou multiplication des épisodes d'angine à streptocoque ou séjours en région d'endémie (Afrique, Antilles...)

** traitement symptomatique antalgique et/ou antipyrétique

*** d'autant plus que la symptomatologie clinique est évocatrice d'une étiologie non streptococcique ; une surveillance peut être utile au 3ème jour.

Antibiothérapie des Angines

β-lactamines		
Principe actif	Durée de traitement	Posologie
Pénicilline		
Amoxicilline (Clamoxyl®)	6 j	Adulte : 2 g/j en 2 prises
C2G		
Céfuroxime-axétil (Zinnat®)	4 j	Adulte : 500 mg/j en 2 prises
C3G		
Cefpodoxime-proxétil (Orelox®)	5 j	Adulte : 200 mg/j en 2 prises
Céfotiam-hexétil (Taketian®, Texodil®)	5 j	Adulte : 400 mg/j en 2 prises
Macrolides¹, Streptogramines¹ et Kétolidés²		
Principe actif	Durée de traitement	Posologie
Clarithromycine (Zeclar®)	5 j	Adulte : 500 mg/j en 2 prises
Clarithromycine LP (Mono Zeclar®)	5 j	Adulte : 500 mg/j en une prise journalière
Josamycine (Josacine®)	5 j	Adulte : 2 g/j en 2 prises
Azithromycine (Zithromax®)	3 j	Adulte : 500 mg/j en une prise unique journalière
Pristinamycine (Pyostacine®)	4 j	Adulte : 2 g/j en 2 prises
Télithromycine ² (Ketek®)	5 j	Adulte : 800 mg une fois par jour

¹ Après prélèvement de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme

² Non remboursé pour cette indication

Autres Angines

- **Angine de Vincent**

- Premier choix : pénicilline V : 3 millions d'UI/j chez l'adulte, 3 prises, 10 j
- Allergie à la pénicilline : métronidazole : 1,5 g/j, 3 prises, 10 j.
- TT associés : antalgiques et antipyrétiques, AINS et corticoïdes sont contre-indiqués.

- **Chancre syphilitique amygdalien**

- ABT = syphilis primaire
 - Benzathine pénicilline, 2,4 millions d'UI en une injection IM, à renouveler 2 fois chez le patient VIH.
 - Si allergie à la pénicilline : doxycycline : 200 mg/j, 15 j

- **Angine ulcéronécrotique révélant une agranulocytose**

- β -lactamine anti-pyocyanique + aminoside

Autres Angines

- **Angines vésiculeuses**

- Formes sévères d'herpès : ACV 1 comprimé à 200 mg, 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours.
- Réhydratation par voie intraveineuse si nécessité.

- **Mononucléose infectieuse**

- Traitement symptomatique
- Corticothérapie (0,5 mg/kg/j de prednisone) si il existe une gêne respiratoire importante ou formes compliquées

- **Diphthérie**

- Urgence thérapeutique : sérothérapie et ABT :
- Pénicilline G IV(100 000 UI/kg/j)
- Relais *per os* par amoxicilline (50 mg/kg/j) quand possible
- Durée totale de traitement de 10 jours
- Si allergie aux pénicillines : macrolides

Allergie à la pénicilline

Allergie sévère

- Réaction précoce survenant moins d'une heure après la prise
- ou signes de gravité :
 - malaise
 - hypotension,
 - signes digestifs (diarrhée, vomissements)
 - érythème diffus, prurit, urticaire,
 - angio-œdème,
 - bronchospasme,
 - trouble du rythme cardiaque
- ou antécédent de tests cutanés +

- Contre-indication
 - des pénicillines
 - des céphalosporines
- Avis en allergologie

Allergie modérée

- Réaction tardive
- Sans signe de gravité

- Possibilité de prescrire une céphalosporine
- Avis en allergologie
 - avec réalisation de tests cutanés ;
- si tests cutanés négatifs :
 - possibilité de prescrire une pénicilline ultérieurement

