

26<sup>es</sup> JNi 2025  
TOURS

et la région Centre - Val de Loire VINCI



Journées Nationales d'infectiologie

du mercredi 11 juin 2025 au vendredi 13 juin 2025

Journée Nationale de Formation  
des Paramédicaux en Infectiologie

Jeudi 12 juin 2025

SFORL SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
D'ORL ET DE CHIRURGIE  
DE LA FACE ET DU COU

# Antibiothérapie des infections cervicales profondes d'origine pharyngée chez l'enfant et l'adulte

Marion CASERIS – Delphine POITRENAUD

Comité des référentiels de la SPILF



Société Française  
de Microbiologie





Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé  
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne  
souhaite  
pas répondre

- **Intervenant** : Caseris Marion
- **Titre** : Antibiothérapie des infections cervicales profondes d'origine pharyngée chez l'enfant et l'adulte

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique  OUI  NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents  OUI  NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations  OUI  NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique  OUI  NON



Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé  
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne  
souhaite  
pas répondre

- **Intervenant** : Poitrenaud Delphine
- **Titre** : Antibiothérapie des infections cervicales profondes d'origine pharyngée chez l'enfant et l'adulte

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique  OUI  NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents  OUI  NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement  
ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations ViV, MSD, Pfizer  OUI  NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique  OUI  NON

# Cadre de la recommandation - SPILF

- ❖ Uniquement la partie antibiothérapie chez l'enfant et l'adulte des recommandations de pratique clinique de la SFORL 2024
- ❖ Questions posées sur l'antibiothérapie:
  - des adénites latérales collectées
  - des abcès péri-amygdaliens
  - des infections péri-pharyngées (pré-, rétrostyliennes, rétropharyngées)
  - des cellulites cervicales profondes et médiastinites nécrosantes descendantes

# Observation n°1, Mr A 42 ans

- ❖ Odynophagie, hyperthermie à 38,5° depuis 4 j. Dysphagie depuis 24h mais prise alimentaire toujours possible.
- ❖ Pas d'allergie médicamenteuse
- ❖ Automédication depuis 72 h par paracétamol
- ❖ Voussure du pilier antérieur droit avec début de trismus, adénopathies cervicales droites
- ❖ GB: 15000/mm<sup>3</sup>, PNN: 12000/mm<sup>3</sup>, CRP: 90 mg/L



Vous suspectez un abcès péri amygdalien. Quelle prise en charge proposez-vous?

# Q1: Quelle prise en charge proposez-vous?

- 1- TDM cervico-thoracique injecté
- 2- Antibiothérapie active sur la flore oro-pharyngée sans drainage
- 3- Avis ORL pour drainage (ponction ou incision)
- 4- Corticothérapie
- 5- Antibiothérapie post drainage

[Voter](#)

QCM Choix multiples

# Q1: Quelle prise en charge proposez-vous?

1- TDM cervico-thoracique injecté

2- Antibiothérapie active sur la flore oro-pharyngée sans drainage

3- Avis ORL pour drainage (ponction ou incision)

4- Corticothérapie

5- Antibiothérapie post drainage

# Stratégie de prise en charge des abcès péri amygdaliens de l'adulte

## ❖ Imagerie

- Non recommandée si présentation initiale typique
- TDM cervico-thoracique injecté si:
  - Tuméfaction cervicale ou torticolis (grade C)
  - Échec de la ponction avec évolution défavorable (accord professionnel)

## ❖ Drainage (incision ou ponction aspiration) systématique (Grade C)

- Culture microbiologique
- En cas de ponction blanche, le diagnostic d'abcès péri amygdalien n'est pas exclu
- En l'absence d'amélioration rapide, réitérer le drainage +/- encadré par une imagerie

# Stratégie de prise en charge des abcès péri amygdaliens de l'adulte

## ❖ Traitement médical

- Antalgiques
- Corticothérapie: 1 dose unique

*Bénéfice antalgique de courte durée (< 24h), sans augmenter les risques d'évolution défavorable initiale (GRADE B)*

- Antibiothérapie probabiliste
  - Après drainage ou tentative de drainage
  - Active sur les microorganismes de la flore ORL

# Microbiologie des abcès péri-amygdaliens

## ❖ Polymicrobienne (5 bactéries en moyenne)

- *S. pyogenes*
- Streptocoques non groupables (groupe *S. anginosus*)
- Streptocoques bêta hémolytiques des groupes C et G
- *S. aureus*
- **Anaérobies** (*Fusobacterium spp*, *Bacteroides spp*, *Peptostreptococcus spp* et *Prevotella spp*)

Q2: La ponction réalisée par l'ORL a ramené du pus. Quelle suite de prise en charge proposez-vous?

1 - Hospitalisation

2 - Prise en charge ambulatoire

3 - Amoxicilline-acide clavulanique IV (100 mg/kg/j d'amoxicilline) 10 jours

4 - Céfazoline IV 100 mg/kg/j + métronidazole 500 mg/8h 7 jours

5 - Amoxicilline-acide clavulanique PO (100 mg/kg/j d'amoxicilline) 7 jours

[Voter](#)

QCM Choix multiples

Q2: La ponction réalisée par l'ORL a ramené du pus. Quelle suite de prise en charge proposez-vous?

1 - Hospitalisation

2 - Prise en charge ambulatoire

3 - Amoxicilline-acide clavulanique IV (100 mg/kg/j d'amoxicilline) 10 jours

4 - Céfazoline IV 100 mg/kg/j + métronidazole 500 mg/8h 7 jours

5 - Amoxicilline-acide clavulanique PO (100 mg/kg/j d'amoxicilline) 7 jours

# Place de l'hospitalisation

- ❖ **Prise en charge ambulatoire possible dans les formes non compliquées (10%)**
  - État général conservé et alimentation orale possible
  - Sur avis ORL avec consultation de réévaluation par l'ORL à 24h
  - Drainage (ponction ou incision) ayant permis de ramener du pus
- ❖ **Hospitalisation**
  - Âge > 70 ans, AEG, comorbidités, trouble de déglutition, risque respiratoire (dyspnée, œdème oropharyngé ou épiglottique)
  - Drainage insuffisamment efficace (ORL)
  - En cas d'échec du traitement ambulatoire initial (accord professionnel)

# Antibiothérapie - Abscess péri-amygdalien - Adulte

**Antibiothérapie probabiliste**

**Relais ATB per os dès évolution favorable**

amoxicilline - acide clavulanique

**Alternatives en cas d'allergie prouvée immédiate ou retardée non grave aux pénicillines**

céfazoline + métronidazole

clindamycine

**Alternatives en cas d'allergie prouvée retardée grave aux pénicillines et/ou aux céphalosporines:**

linézolide

si choc septique: 1 dose unique de gentamicine

Durée : 7 jours si drainage, 10 jours en l'absence de drainage

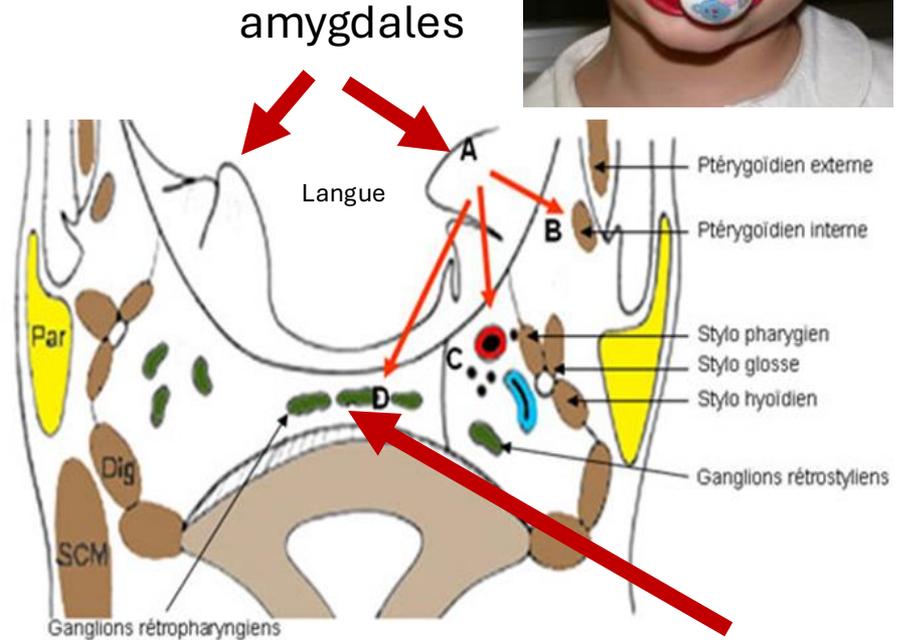
# Abcès péri-amygdalien - Spécificités chez l'enfant vs l'adulte

- ❖ Grands enfants et adolescents >> enfants en bas âge
- ❖ Echographie cervicale < 5 ans **SI** trismus // TDM si complication ou doute diag ou non amélioration à H48
- ❖ Ponction/drainage non systématique, traitement médical seul en 1ère intention par amoxicilline - ac.clavulanique
- ❖ Traitement ambulatoire uniquement si l'état général et l'alimentation orale OK
- ❖ En cas d'allergie à la pénicilline: C3G + clindamycine/métronidazole IV
- ❖ Corticoïdes non recommandés
- ❖ Chirurgie sous AG si < 7 ans ou recours au drainage

# Observation n°2, Adèle 2 ans



- ❖ Pas d' ATCD
- ❖ Fébrile à 39° depuis 3j, AEG, refus alimentaire total. Depuis ce matin grognon et apparition d'un torticolis
- ❖ Glasgow 15, torticolis sans syndrome méningé ni trismus, pas de dyspnée, pas d'angine



Coupe axiale

rétropharynx

Vous suspectez un abcès rétropharyngé

### Q3: Vous suspectez un abcès rétro-pharyngé. Que préconisez vous?

- 1 - TDM cervico-thoracique injecté
- 2 - Hospitalisation
- 3 - Ponction évacuatrice systématique
- 4 - Antibiothérapie IV active sur la flore oropharyngée
- 5 - Antibiothérapie IV active sur *S.aureus*

[Voter](#)

Q3: Vous suspectez un abcès rétro-pharyngé.  
Que préconisez vous?

1 - TDM cervico-thoracique injecté

2 - Hospitalisation

3 - Ponction évacuatrice systématique

4 - Antibiothérapie IV active sur la flore oropharyngée

5 - Antibiothérapie IV active sur *S.aureus*

# Prise en charge initiale - Abscès rétro-pharyngé - Enfant

❖ Plus fréquent chez le jeune enfant < 5 ans (disparition des gg rétropharyngés après 5 ans)

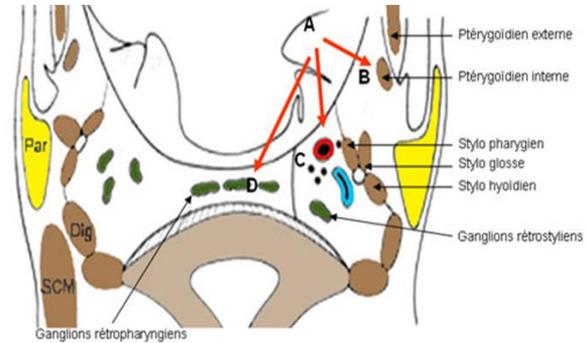
## ❖ Clinique :

- torticolis
- bombement de la paroi pharyngée postérieure
- dysphonie
- trismus rare

## ❖ Complications possibles :

- **vasculonerveuses**, fréquentes par l'atteinte rétrostylienne : thrombophlébite jugulaire interne jusqu'au Sd de Lemierre
- **respiratoires** par obstruction pharyngée du carrefour ou par inhalation
- **cellulite cervicale et médiastinite** exceptionnelles (atteinte du fascia cervical)

❖ Très souvent polymicrobien, prévalence du *S. aureus* avant 1 an



# Prise en charge initiale - Abscès rétro-pharyngé - Enfant

- ❖ **Devant une dysphonie, un encombrement oro-pharyngé ou une dyspnée:**
  - Fibroscopie souple avant tout examen à l'abaisse-langue (accord professionnel)
- ❖ **Prélèvement local pas systématique**
- ❖ **En l'absence de complication initiale:**
  - **Traitement médical seul** et réévaluation à 48 h (GRADE B).
  - Antibiothérapie probabiliste IV par **amox/ac. clavulanique** (C3G + Clindamycine / métronidazole si allergie)
- ❖ **Place des corticoïdes :**
  - Non recommandés car impact sur le recours à la chirurgie non démontré (GRADE C)
  - Mais diminueraient la consommation d'opiacés et la durée d'hospitalisation

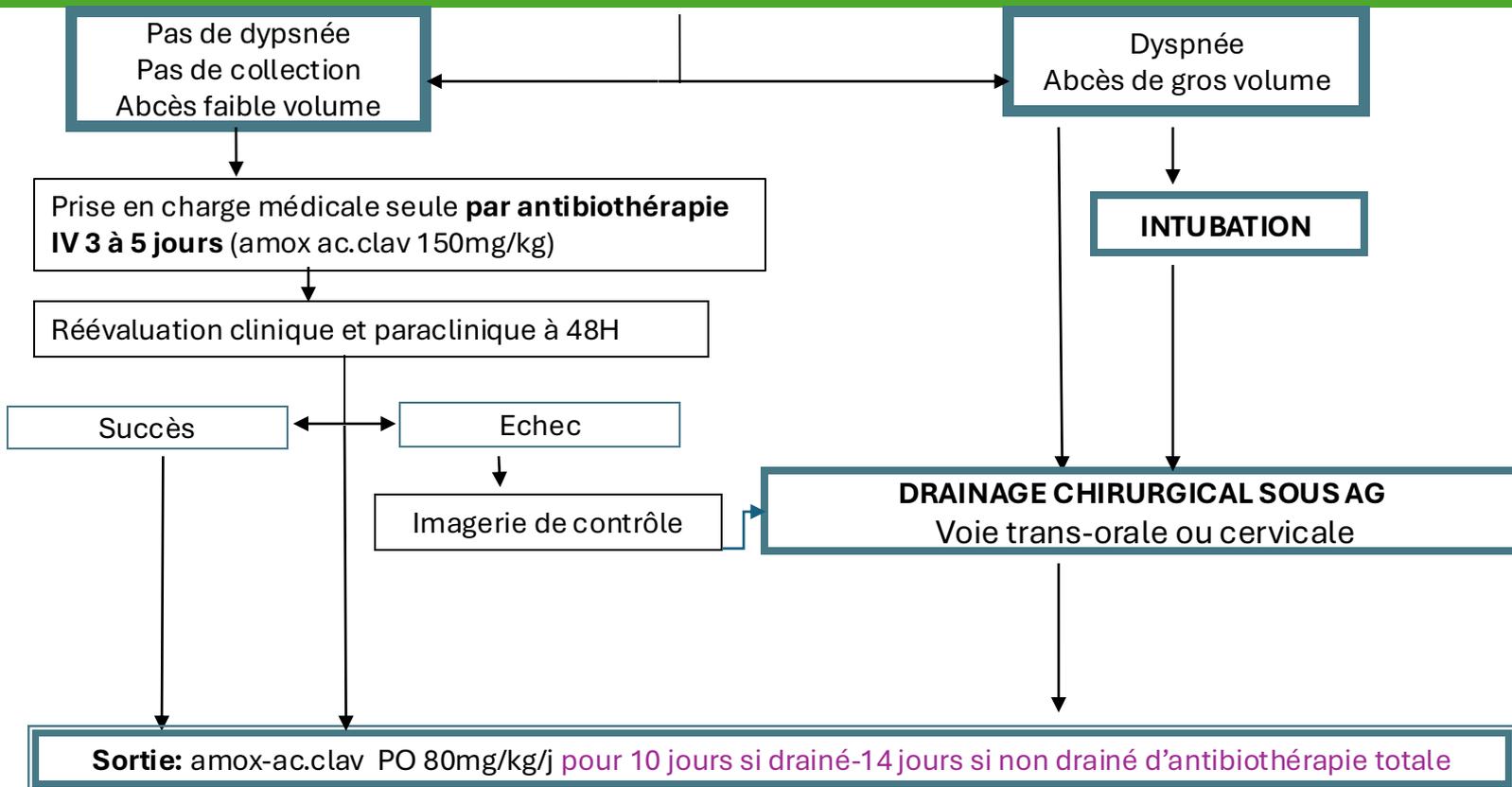
# Place de la chirurgie - Abscès rétro-pharyngé - Enfant

- ❖ En l'absence d'évolution favorable à 48h :
  - une nouvelle imagerie est recommandée.
- ❖ Prise en charge chirurgicale sous AG si :
  - Abscès volumineux,
  - Complications,
  - Evolution défavorable après 48h d'antibiotiques (GRADE C).



# Hospitalisation

## *TDM cervico thoracique avec injection SYSTEMATIQUE*



Q4 : Adèle est allergique à la pénicilline et a été traitée par C3G et clindamycine IV. A 48h elle va mieux et une sortie est envisagée. Quel relai oral envisagez vous?

1- Clindamycine PO à 40 mg/kg/j

2- Cefpodoxime 8mg/kg/j en 2 prises

3- Linézolide suspension buvable à 30mg/kg/j

4- Pas de relai per os devant l'absence de documentation

5- Durée de traitement de 15 jours devant l'absence de drainage

[Voter](#)

Q4 : Adèle est allergique à la pénicilline et a été traitée par C3G et clindamycine IV. A 48h elle va mieux et une sortie est envisagée. Quel relai oral envisagez vous?

1- Clindamycine PO à 40 mg/kg/j

2- Cefpodoxime 8mg/kg/j en 2 prises

3- Linézolide suspension buvable à 30mg/kg/j

4- Pas de relai per os devant l'absence de documentation

5- Durée de traitement de 14 jours devant l'absence de drainage

# Infections rétro-pharyngées - Spécificités chez l'adulte vs l'enfant

- ❖ Moins fréquentes
- ❖ Stratégie diagnostique identique
- ❖ Prise en charge :
  - Médicale seule : si infection non compliquée (absence de sepsis, état général conservé, pas de dyspnée, limitée à un seul espace, chez un sujet non diabétique) même en présence d'une collection à l'imagerie
  - Drainage chirurgical identique
- ❖ Antibiothérapie probabiliste identique sauf allergie (céfazoline + métronidazole)
- ❖ Place des corticoïdes: en cas d'obstruction respiratoire et limité à une dose unique (AP)
- ❖ Durée de traitement: 10 jours, 7 jours en cas de drainage

# MERCI POUR VOTRE ATTENTION

## Groupe de travail SPILF/GPIP sur l'antibiothérapie

### Adulte

- Dr Etienne Canouï
- Dr Julie Lourtet
- Dr Yves Welker
- Dr Marie Charlotte Chopin

### Enfant

- Dr Eric MOREDDU, ORL, Marseille
- Dr Aurelie MOREAU, pédiatre, Marseille
- Membres du GPIP

**Relecteurs:** Jean Paul Stahl, Remi Gauzit, Philippe Lesprit

**Groupe de travail de la RPC** - Prise en charge des infections cervicales profondes d'origine pharyngée :

[https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2024/11/RPC-PHARYNGITE-VERSION-2024\\_11\\_15.pdf](https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2024/11/RPC-PHARYNGITE-VERSION-2024_11_15.pdf)