

Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant

Connaissances pour la validation du 2^e cycle des études médicales

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définitions	Angines : définitions
B	Prévalence, épidémiologie	Épidémiologie des angines érythémateuses et érythématopultacées
A	Contenu multimédia	Angines érythémateuses/érythémato-pultacée
	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques des angines érythémateuses/érythémato-pultacées
	Étiologies	Connaître les étiologies des angines érythémateuses/érythémato-pultacées
	Examens complémentaires	Connaître les indications des examens complémentaires en cas d'angine (dont test de diagnostic rapide)
	Prise en charge	Savoir prescrire le traitement de l'angine à streptocoque du groupe A
	Prise en charge	Connaître la stratégie et les modalités de traitement des angines érythémateuses/érythémato-pultacées
	Prise en charge	Angines : mesures symptomatiques
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les complications générales des angines
A	Identifier une urgence	Savoir identifier les complications suppuratives loco-régionales des angines
	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques des angines pseudomembraneuses
	Prise en charge	Connaître la prise en charge d'une angine pseudomembraneuse à EBV
B	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques d'une angine pseudomembraneuse diphtérique
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques des angines vésiculeuses
	Étiologies	Connaître les étiologies des angines vésiculeuses
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître l'évolution des angines vésiculeuses
	Prise en charge	Connaître la prise en charge d'une angine vésiculeuse
	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques
A	Étiologies	Connaître les étiologies des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître l'évolution des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques
	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques et la prise en charge d'un syndrome de Lemierre
	Prise en charge	Connaître la prise en charge d'une angine ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques

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

NB : pour les rhinopharyngites, Cf. item 148.

Points importants

- Étiologie virale : 80 %.
- Les angines sont une pathologie bénigne d'évolution spontanément favorable dans la très grande majorité des cas.
- Une antibiothérapie est indiquée dans les angines 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 149).

2. MICROBIOLOGIE

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

Le streptocoque β -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 *Haemophilus 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-streptococques (voir plus loin).

4. ÉPIDÉMIOLOGIE

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

A

A

A

B

A

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, examen direct en bactériologie uniquement en cas de présentation évocatrice : angine de Vincent, chancre syphilitique, diphtérie
- **NFS** plaquettes si angine pseudomembraneuse ou ulcéro-nécrotique (recherche d'un syndrome mononucléosique, ou d'une neutropénie)
- **MNI-test** en 1^{re} intention (voire sérologie **EBV**) 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 bactériennes 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 : certaines complications de la diphtérie.

Mesures particulières :

- Éviction scolaire pour les angines à SBHA : 2 jours après le début de l'antibiothérapie.
- 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 autres IST (en particulier VIH) 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 (P-149-1)

P-149-1 : Angine érythématopultacée



Photo O. Malard - © CMT - Allinéa Plus

A

2 Diagnostic étiologique (T-149-1)

T-149-1 : Étiologies 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	· Principale cause : adénovirus · EBV · VIH (primo-infection) · Rhinovirus · Coronavirus · Virus respiratoire syncytial · <i>Myxovirus influenzae</i> et <i>parainfluenzae</i>	· Principale cause : streptocoque β-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 (T-149-2).

A

T-149-2 : Score de Mac Isaac

Critères composant le score de Maclsaac	Nombre de points attribués
Fièvre > 38°C	1
Absence de toux	1
Adénopathies cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne (augmentation de volume, exsudat)	1
Âge : 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 Maclsaac ≥ 2 ayant une angine érythémateuse ou érythématopultacée.

- Dispositif 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 (T-149-3)

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

T-149-3 : Complications des angines streptococciques

A Complications suppuratives locales

- 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. Évolution possible vers la médiastinite.

B Complications générales

- 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 160), choc toxique streptococcique

A

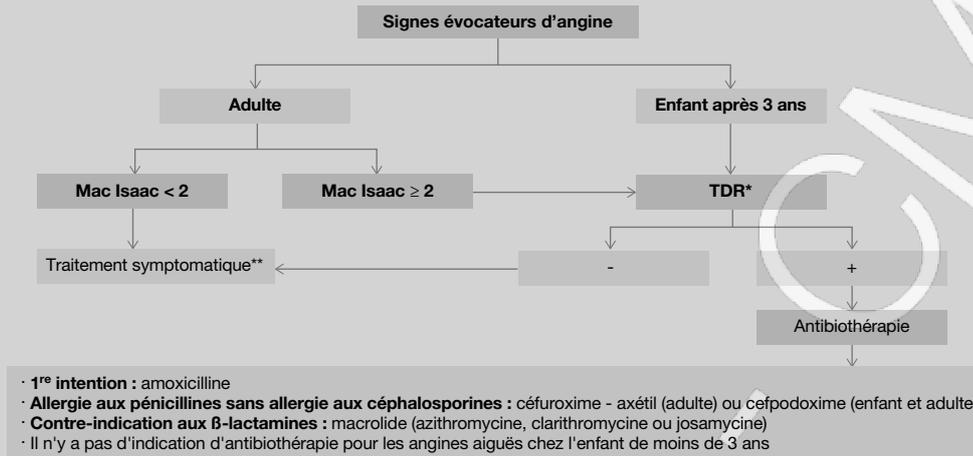
A

B



A

F-149-1 : 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

A

4 Traitement

Indication de l'antibiothérapie (F-149-1)

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.
- Il n'y a pas d'indication d'antibiothérapie pour les angines aiguës chez l'enfant de moins de 3 ans.
- 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^o 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^o 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^o 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 (T-149-4).

A

T-149-4 : Durées d'antibiothérapie

Antibiotique	Durée de traitement (Jours)
Amoxicilline	6
C2G	
Céfuroxime-axétil	4
C3G	
Cefpodoxime-proxétil	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

A

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*, *Corynebacterium ulcerans* ou *Corynebacterium pseudotuberculosis*), plus précisément si la souche possède le gène de la toxine diphtérique.

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

1. CLINIQUE (T-149-5)

Éléments d'orientation clinique

2. BIOLOGIE (T-149-6)

3 Évolution (T-149-7)

T-149-5 : Éléments d'orientation cliniques devant une angine pseudo membraneuse

A Mononucléose infectieuse

Argument de fréquence
Adolescent/adulte jeune

Incubation 4-6 semaines
Asthénie
Fièvre durant 10-15 jours

Fausses membranes non adhérentes, en regard des amygdales, respectant 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)

Polyadénopathie

B Diphtérie

Exceptionnel

Notion de **voyage** en Europe de l'Est ou dans les pays en développement (*C. diphtheriae*)
Absence d'immunité vaccinale
Incubation < 7 jours

Malaise
Fièvre modérée
Signes d'imprégnation toxinique : pâleur, tachycardie
Fausses membranes extensives, adhérentes, débordant les amygdales, envahissant la luette
Coryza (jetage nasal) unilatéral

Adénopathies satellites sous-angulo-maxillaires

A

B

A C

T-149-6 : **Éléments d'orientation biologiques****A Mononucléose infectieuse**

Syndrome mononucléosique (parfois retardé)
Cytolyse hépatique, thrombopénie
MNI-test en 1^{re} intention (rapide, très spécifique, sensibilité 50-85 %)

Sérologie si MNI-test négatif : présence d'IgM anti-VCA sans anticorps anti-EBNA (sensible et spécifique mais coûteux)

C Diphtérie

Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles

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.

B C

T-149-7 : **Evolution**

	B Mononucléose infectieuse	C 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

B

1. MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

Il est uniquement **symptomatique** (Cf. item 164).

C

2. DIPHTÉRIE : POUR EN SAVOIR PLUS

Toutes les mesures ci-dessous seront adaptées au caractère toxogène 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 **sujets contacts proches** :

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

Prophylaxie collective : **vaccination** (Cf. item 146).

ANGINES VÉSICULEUSES

A 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.

A 2 Diagnostic étiologique

Ces angines sont **toujours virales**.

Les principaux virus impliqués sont :

- Entérovirus (échovirus, 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.

B 3 Évolution

En général bénigne.

B 4 Traitement

Symptomatique, en ambulatoire :

- Réhydratation ;
- Soins de bouche ;
- Antalgiques/antipyrétiques.

Seule la primo-infection herpétique (Cf. item 168) peut bénéficier d'un traitement antiviral spécifique.

ANGINES ULCÉREUSES ET ULCÉRO-NÉCROTIQUES

A 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.

A 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 162)

- 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 alcoolo-tabagique).

Chercher adénopathies, splénomégalie.

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

B 3 Évolution

Angine de Vincent : risque de complications locales suppurées

- Phlegmon péri-amygdalien

- Syndrome de Lemierre : thrombophlébite jugulaire septique au contact d'un foyer pharyngé, et 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.

B**4** Traitement

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

Chancres syphilitiques : Cf. item 162.

© Alinea Plus - CMM