

Angines de l'adulte et de l'enfant IC-149

- Connaître la définition d'une angine
- Connaître l'épidémiologie des angines érythémateuses et érythématopultacées
- Photographies : angines érythémateuse et érythémato-pultacée
- Connaître les signes cliniques des angines érythémateuses et érythémato-pultacées
- Connaître les étiologies des angines érythémateuses et érythémato-pultacées
- Connaître les indications des examens complémentaires en cas d'angine (dont test de diagnostic rapide)
- Connaître les modalités de prescription du traitement de l'angine à streptocoque du groupe A
- Connaître la stratégie et les modalités de traitement des angines érythémateuses et érythémato-pultacées
- Connaître les mesures symptomatiques
- Connaître les complications générales des angines
- Savoir identifier les complications suppuratives loco-régionales des angines
- Connaître les signes cliniques des angines pseudomembraneuses
- Connaître la prise en charge d'une angine pseudo-membraneuse à EBV
- Connaître les signes cliniques d'une angine pseudo-membraneuse diphtérique
- Connaître les signes cliniques des angines vésiculeuses
- Connaître les étiologies des angines vésiculeuses
- Connaître l'évolution des angines vésiculeuses
- Connaître la prise en charge d'une angine vésiculeuse
- Connaître les signes cliniques des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques
- Connaître les étiologies des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques
- Connaître l'évolution des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques
- Connaître les signes cliniques et la prise en charge d'un syndrome de Lemierre
- Connaître la prise en charge d'une angine ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques

Connaître la définition d'une angine OIC-149-01-A

L'**angine** correspond à une **atteinte inflammatoire de l'oropharynx** touchant les **amygdales**.

Classées selon 4 formes cliniques :

- angines **érythémateuses/érythémato-pultacées**
- angines **pseudomembraneuses**
- angines **vésiculeuses**
- angines **ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques**

Connaître l'épidémiologie des angines érythémateuses et érythématopultacées OIC-149-02-B

Les angines sont fréquentes et font l'objet annuellement de 9 millions diagnostics environ en France et de nombreuses prescriptions d'antibiotiques. La France est un des plus gros consommateurs européens d'antibiotiques.

Les angines érythémato pultacées représentent 80 à 90 % des angines et sont le plus souvent virales. En cas d'angine bactérienne, le streptocoque bêta hémolytique du groupe A (SGA) est le germe le plus souvent rencontré (90 % des cas). Le risque d'angine à SGA est maximal chez l'enfant entre 5 et 15 ans. Il est très faible avant 3 ans et exceptionnel après 45 ans.

Photographies : angines érythémateuse et érythémato-pultacée OIC-149-03-A



Connaître les signes cliniques des angines érythémateuses et érythémato-pultacées OIC-149-04-A

Le diagnostic est **clinique**. Le tableau clinique associe de façon variable les symptômes suivants : **fièvre, odynophagie, adénopathies cervicales, douleur constrictive spontanée de l'oropharynx**.

Dans la moitié des cas, ces signes sont accompagnés **d'une toux, d'une rhinorrhée, d'une conjonctivite, ou d'un enrouement** qui orientent vers une origine **virale**.

Les angines **érythémateuses** comportent une hypertrophie **érythémateuse des amygdales**. Les angines **érythémato-pultacées** comportent une hypertrophie des amygdales inflammatoires, couvertes d'un **enduit pultacé** (blanchâtre, punctiforme et non adhérent).

Connaître les étiologies des angines érythémateuses et érythémato-pultacées OIC-149-05-A

Les germes en cause le plus fréquemment sont :

- **des virus : entre 50 % et 90 % des cas. Avant trois ans, les angines sont presque toujours virales.** Les virus responsables sont : rhinovirus, coronavirus, virus respiratoire syncytial (VRS), virus influenza, myxovirus influenzae et M. parainfluenzae, adénovirus, virus d'Epstein-Barr (EBV), cytomégalo virus (CMV) et plus rarement le VIH.
- **des bactéries : le streptocoque bêta hémolytique du groupe A (SGA) est le germe de loin le plus fréquent (90 % des angines bactériennes).** Des angines à gonocoques, streptocoque B, C, F et G, l'association fuso-spirillaire (responsable de l'angine de Vincent), ou anaérobies sont possibles, mais rares.

Connaître les indications des examens complémentaires en cas d'angine (dont test de diagnostic rapide) OIC-149-06-A

Avant l'âge de 3 ans, la probabilité d'une angine bactérienne est très faible, les angines sont rares et presque toujours virales, aucun test n'est indiqué.

Devant une angine érythémato pultacée, **à partir de l'âge de 3 ans**, il est souhaitable de faire un **test de diagnostic rapide (TDR)**. Dans les études cliniques d'évaluation, ils ont une spécificité voisine de 95 %, leur sensibilité varie de 80 à 98 % selon la technique de culture à laquelle ils sont confrontés.

Chez l'adulte, il est possible de prendre en compte **le score clinique de Mac Isaac** pour décider de ne pas faire le test TDR si le score est strictement inférieur à 2. **Un score supérieur ou égal à 2 entraîne la réalisation systématique d'un TDR.**

Le score de Mac Isaac prend en compte les 4 critères suivants:

- **fièvre > 38°C,**
- **présence d'exsudat,**
- **adénopathies cervicales douloureuses,**
- **absence de toux.**

Chaque critère vaut un point, donnant un score allant de 0 à 4. Mac Isaac propose **d'enlever -1 point si > 45 ans**, soit un score de -1 à + 4.

Un score clinique **Mac Isaac < 2** a une **valeur prédictive négative de plus de 95 %** pour éliminer l'origine streptococcique d'une angine. Les patients ayant un score de Mac Isaac à 1 ont au maximum une probabilité d'infection à SGA de 5 %. Un score inférieur (ou égal) à 1 chez l'adulte permet de décider de ne pas faire le test et de ne pas prescrire d'antibiotique.

Le **TDR** se réalise devant les signes cliniques **d'angine érythémateuse ou érythémato-pultacée**. Il consiste en **un test en 4 étapes** : 1) Prélèvement ; 2) Mise en contact du produit avec les réactifs ; 3) Immersion du test ; 4) Lecture du test. **Un test TDR positif justifie une antibiothérapie**.

Connaître les modalités de prescription du traitement de l'angine à streptocoque du groupe A OIC-149-07-A

Les recommandations actuelles sont de traiter **les angines érythémateuses ou érythémato-pultacées** uniquement si elles sont **prouvées à SGA**.

En première intention, devant la présence d'une angine aiguë à streptocoque du groupe A, il est recommandé de prescrire, en l'absence d'allergies :

- chez l'enfant de plus de 3 ans : **amoxicilline, 50mg/kg/24h** en 2 prises par jour, 6 jours
- chez l'adulte : **amoxicilline à la dose de 1g*2/j par 24h**, 6 jours.

En cas d'allergies, un traitement par céphalosporines ou macrolides est envisagé.

Connaître la stratégie et les modalités de traitement des angines érythémateuses et érythémato-pultacées OIC-149-08-A

La communication est importante, certains patients sont demandeurs d'antibiotiques (**résistance du patient**). Selon l'Organisation mondiale de la santé, la résistance aux antibiotiques **constitue une des plus graves menaces** pesant sur la santé mondiale. Chaque prescription d'antibiotique est réfléchie et met en balance **les effets bénéfiques à court terme** pour le patient, et **les effets néfastes pour le patient** sur ses flores commensales et pour l'écologie bactérienne par la sélection de bactéries multirésistantes.

Par ailleurs, le patient est informé des signes orientant **vers une complication : fièvre > 3 jours ou réapparition de fièvre après 3 jours, persistance des symptômes au-delà de 10 jours, gêne respiratoire, conjonctivite purulente, œdème palpébral, éruption cutanée, troubles digestifs**. Dans ces cas très rares, il est recommandé de rappeler son médecin pour une ré-évaluation rapide.

Connaître les mesures symptomatiques OIC-149-09-A

Le traitement repose sur une prise en charge **médicamenteuse, des soins de confort** du patient, et sur une planification **du suivi**. Les règles d'hygiène sont appliquées, en particulier le **lavage des mains**.

Le **traitement antalgique** repose sur le paracétamol, les AINS et les corticoides ne sont pas recommandés dans cette indication.

Selon la HAS, pour une angine, quel que soit le type d'emploi, **la durée de référence d'arrêt de travail est de 3 jours**. La durée de l'arrêt peut être adaptée selon : la sévérité des symptômes, l'âge et la condition physique du patient, le travail en milieu sanitaire ou au contact de populations fragiles.

L'histoire naturelle est la guérison la plupart du temps.

Connaître les complications générales des angines OIC-149-10-B

Complications des angines streptococciques :

- **les syndromes post-streptococciques** : rhumatisme articulaire aigu (RAA) et Glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique (GNA) devenus exceptionnels en France
- **les complications toxiques streptococciques** : scarlatine et choc toxique streptococcique

Complications des angines pseudo-membraneuses :

- Les complications de la **mononucléose infectieuse** : anémie hémolytique, purpura thrombopénique, atteinte neurologique, rupture de rate
- **La diphtérie** et ses complications cardiaques, neurologiques

Complications des angines vésiculeuses : Gingivo-stomatite herpétique sévère empêchant l'alimentation.

Complications des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques : l'angine de Vincent peut se compliquer d'un syndrome angine-infarctus pulmonaire **ou syndrome de Lemierre**.

Savoir identifier les complications suppuratives loco-régionales des angines OIC-149-11-A

Les 4 complications suppuratives ou locorégionales sont :

- **le phlegmon périamygdalien** : suppuration localisée entre l'amygdale et sa loge. Il associe aux signes classiques **un trismus à l'examen**, une tuméfaction du voile du palais avec un œdème de la luette.
 - **l'abcès rétropharyngé** : il se forme derrière le pharynx. Il associe une fièvre, une dysphagie douloureuse, **une dyspnée**. Chez l'enfant, la présentation clinique classique est le torticolis fébrile.
 - **l'adénophlegmon (abcès parapharyngé)** : il correspond à la collection purulente d'une des adénopathies cervicales périphériques de l'angine. Il associe des douleurs cervicales puis un **torticolis fébrile** et une altération de l'état général.
 - **la cellulite cervicale** : il s'agit d'une diffusion de l'infection bactérienne à la graisse cervicale. Cliniquement un **placard inflammatoire cervical extensif** est observé avec parfois des **crépitants sous-cutanés**.
-

Connaître les signes cliniques des angines pseudomembraneuses OIC-149-12-A

Elles comportent une hypertrophie des amygdales inflammatoires, couvertes **de fausses membranes épaisses, grises, adhérentes et saignantes, extensives**. Elles sont souvent étendues **au-delà des piliers de l'amygdale et peuvent couvrir la luette**. Elles peuvent être associées à **un purpura du voile dans la mononucléose infectieuse**

Connaître la prise en charge d'une angine pseudo-membraneuse à EBV OIC-149-13-B

Des examens biologiques sont recommandés. L'hémogramme et l'examen du frottis sanguin peuvent montrer la présence d'un **syndrome mononucléosique**. D'autres examens peuvent orienter le diagnostic : présence d'une **cytolyse hépatique modérée, MNI-test positif** (peu sensible chez l'enfant), **IgM anti-VCA positif**.

En cas de mononucléose infectieuse, le traitement repose sur l'utilisation **d'antalgiques et d'antipyrétiques**. En cas de forme grave ou compliquée nécessitant une hospitalisation, une **corticothérapie** peut être proposée sur avis spécialisé.

Connaître les signes cliniques d'une angine pseudo-membraneuse diphtérique OIC-149-14-B

Des examens biologiques et un prélèvement de gorge sont recommandés. L'hémogramme peut montrer une **hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles**.

Le prélèvement de gorge peut montrer des **corynébactéries (bacilles Gram positif) à l'examen direct et à la culture**. **Un test PCR** peut montrer **le gène de la toxine**.

Connaître les signes cliniques des angines vésiculeuses OIC-149-15-A

Elles présentent des **vésicules** sur la muqueuse pharyngée, parfois les amygdales.

Connaître les étiologies des angines vésiculeuses OIC-149-16-A

Elles sont toujours d'origine **virale**, dues soit à **l'Herpes simplex virus**, soit dues à des **entérovirus (échovirus et coxsackie)**.

Chez l'enfant de moins de 7 ans, elles sont en principe dues au virus **Coxsackie A**, et débutent brutalement, mais guérissent rapidement en 2 à 4 jours. L'atteinte des extrémités peut constituer **un syndrome main-pied-bouche**.

Chez l'adulte, l'angine vésiculeuse est souvent associée à une gingivostomatite marquée et très douloureuse, en principe due à **une primo-infection herpétique (HSV1)**. Très rarement, un tableau d'angine vésiculeuse unilatérale associée à des douleurs très importantes doit faire évoquer un **zona du glosso-pharyngien**.

Connaître l'évolution des angines vésiculeuses OIC-149-17-B

Les angines vésiculeuses ne nécessitent **pas d'examens complémentaires particuliers**. L'évolution naturelle est le plus souvent la guérison.

Connaître la prise en charge d'une angine vésiculeuse OIC-149-18-B

Le traitement est **symptomatique** et associe des soins de bouche (selon l'âge), des antalgiques/antipyrétiques et une réhydratation. La primo-infection herpétique peut bénéficier d'un traitement antiviral.

Connaître les signes cliniques des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques OIC-149-19-A

Elles sont en principe **unilatérales** et sont **responsables d'une odynophagie unilatérale**. Elles peuvent comprendre une **ulcération amygdalienne**, de la **fièvre**, **des adénopathies cervicales**. L'**angine de Vincent** est classiquement associée à un **mauvais état dentaire**, **une haleine fétide**. Le **chancre syphilitique** est classiquement associé à une **prise de risque sur le plan sexuel** (ex. absence ou rupture de préservatif).

Connaître les étiologies des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques OIC-149-20-A

Lorsqu'elles sont d'origine **bactérienne**, elles sont le plus souvent dues :

- à l'**association fuso-spirillaire : angine de Vincent (ulcération douloureuse)**
- plus rarement à **treponema pallidum : chancre syphilitique (ulcération indolore)**

Les autres causes plus rares devant un tableau d'angine ulcéro-nécrotique trainante sont : le **cancer ORL** et l'.

Connaître l'évolution des angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques OIC-149-21-B

L'évolution dépend de l'étiologie infectieuse ou tumorale.

L'**angine de Vincent** peut se compliquer d'un **syndrome de Lemierre**.

Connaître les signes cliniques et la prise en charge d'un syndrome de Lemierre OIC-149-22-B

Le **syndrome de Lemierre** est dû à une **thrombophlébite jugulaire septique** compliquée d'**embolies pulmonaires**. Le tableau peut comprendre un **état fébrile** et une **altération de l'état général**. Des manifestations **respiratoires** telles **qu'une dyspnée**, des **douleurs pleurétiques** et des épisodes d'**hémoptysie** sont fréquemment rapportées. De même, il n'est pas rare de retrouver des **douleurs ostéo-articulaires, abdominales ou un ictère**. D'autres symptômes sont parfois présents et dictés par **la localisation des embolies septiques**.

Connaître la prise en charge d'une angine ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques OIC-149-23-B

En cas d'**angine de Vincent**, le traitement relève d'une **antibiothérapie** et d'un **suivi bucco-dentaire**.

En cas de **chancre syphilitique**, le traitement relève d'une **antibiothérapie**, et d'une **éducation à la prévention des infections sexuellement transmissibles**.

Les autres traitements dépendent des causes identifiées.
