

# CAT / ANGINES



Pr Y. AMOURACHE - FAC\_MEDECINE\_UNIV. ALGER I -

# CAT

- RECONNAITRE : DG
- CONFIRMER
- TRAITER

# INTRODUCTION

- L'angine définit dans le langage courant les infections amygdaliennes aiguës.
- Elles posent essentiellement un problème étiologique, à savoir leur origine virale ou bactérienne.
- Le germe le plus fréquent, le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA) fait la gravité potentielle des angines.  
(9 millions d'angines sont annuellement diagnostiquées en France, 2 millions seulement seraient dues au SGA et nécessiteraient une antibiothérapie pour en éviter les complications).
- Cet impact thérapeutique fait discuter le recours à des tests de diagnostic rapide du SGA.

# RECONNAITRE

## Signes fonctionnels

- L'angine est une douleur constrictive de la gorge qui s'associe à une dysphagie, une odynophagie et une otalgie réflexe.
- **Les signes généraux**

peuvent être au premier ou au second plan :  
fièvre, frissons, malaise général.

L'angine peut être latente et dépistée sur la seule notion de la fièvre (nourrissons).



# RECONNAITRE

**L'examen pharyngé notera :**

la taille, l'aspect des amygdales palatines, leur caractère cryptique.

L'inspection permet de diviser les angines en plusieurs groupes :

- **les angines érythémateuses et les angines érythémato-pultacées**
- **les angines pseudo-membraneuses**
- **les angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques**
- **les angines vésiculeuses**

# RECONNAITRE

- Les angines érythémateuses et érythémato-pultacées (90%)



# Angine érythémateuse / érythématopultacée

## Classiquement:

- Erythémateuse: oropharynx inflammatoire, amygdales augmentées de volume
- Erythématopultacée: enduit blanchâtre recouvre amygdales
- Signes d'accompagnement fréquents:  
toux, rhinorrhée, enrouement (virus+++)

## · Parfois:

Otalgies, méningisme,  
douleurs abdominales et vomissements chez l'enfant  
Dyspnée exceptionnelle



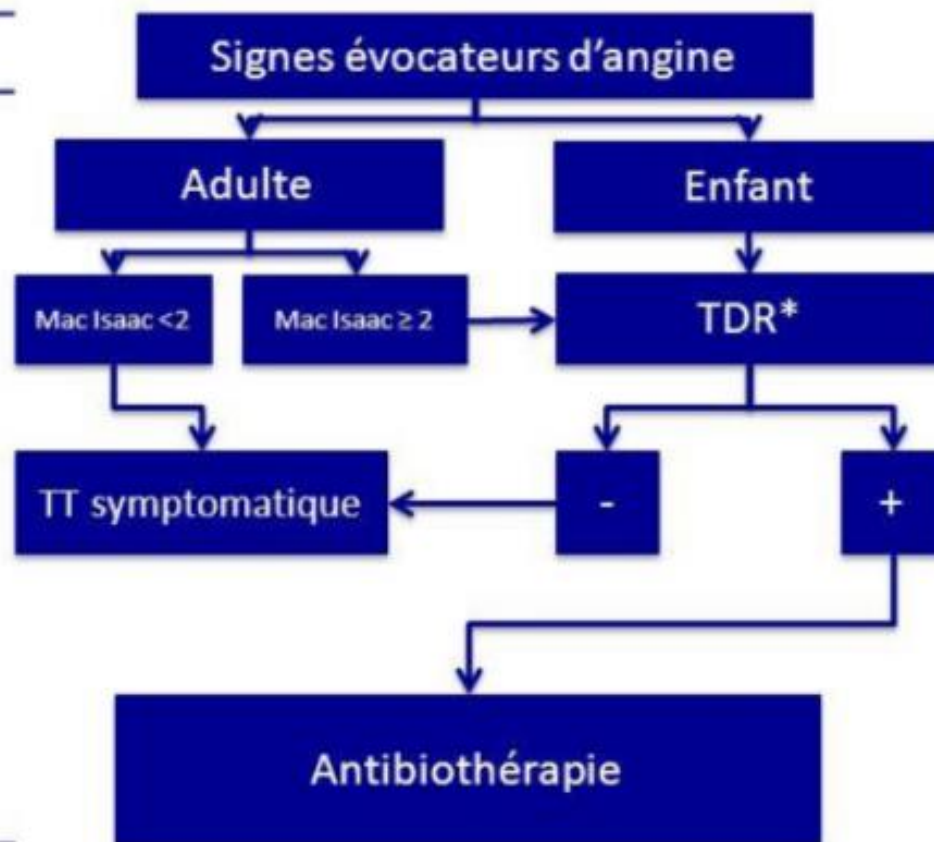
# RECONNAITRE

- Les germes responsables sont en grande majorité d'origine virale (adénovirus, myxovirus, para-influenzae, virus grippal). (Enfant < 3 ans ++)
- On les évoque cliniquement avant tout devant une atteinte plus diffuse de l'inflammation des voies aériennes supérieures (coryza, laryngite, toux, inflammation globale de l'oropharynx).

### Score de Mac-Isaac à utiliser chez l'adulte

Fièvre > 38°C	1
Absence de toux	1
Adénopathies cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne (↑ volume ou exsudat)	1
Age 15-44 ans	0
Age ≥ 45 ans	-1

Score < 2 : probabilité d'infection à SGA de 5% au maximum. Un tel score, chez l'adulte, permet de décider de ne pas faire de TDR et de ne pas prescrire d'antibiotique.



# CONFIRMER

- Le diagnostic de ces angines pourrait être précisé lors des tests de dépistage rapide du SGA.
- sur un prélèvement de gorge (technique utilisant une méthode immuno-enzymatique).
- -Prélèvement oropharyngé ( Diagnostic direct,culture et antibiogramme) : angine traînante, antécédents de RAA, GNA, complications locorégionales, patients immunodéprimés, angine spécifique.

- D'autres streptocoques du groupe B, C et G sont plus rares, de même hémophilus, mycoplasma pneumoniae et pneumocoque.
- Il faut insister sur le fait que les angines à streptocoque n'ont pas de caractère clinique spécifique.

# TRT

- antibiotiques en traitement court serait possible (Amoxicilline, Céphalosporine orale de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> génération, Azithromycine).
- Au traitement antibiotique seront toujours associés des antalgiques, des antipyrétiques, éventuellement des anti-inflammatoires.

# TRT

## 1- Bétalactamine:

### - Amoxicilline

A/ 2 g/j - 6j  
E/ 50 mg/kg - 6j

### - Zinnat®

A/ 500mg/j - 4j  
E/ 30mg/kg - 4j

## 2 - Macrolides

- – Azithromycine (Zithromax ®) 0,5g en une prise : 3 jours (A)
- – Clarithromycine (Zeclar ®) 1g en deux prises : 5 jours (A)
- – Josamycine , Erythrocyne 5 jours (E))

# RECONNAITRE

- Une forme particulière d'angine est la scarlatine due au SGA qui produit une toxine érythrogène.
- Le diagnostic impose une éviction du malade et des sujets-contacts si ceux-ci ne bénéficient pas d'une antibiothérapie préventive.
- Après une incubation de trois à cinq jours, une angine rouge associée à des céphalées, des vomissements, une fièvre à 39°-40°.
- L'exanthème (Absence d'intervalle de peau saine) et surtout l'énanthème (Enduit blanchâtre dessinant le V lingual avec langue framboisée) permettent le diagnostic.

# RECONNAITRE





# RECONNAITRE



# **complications des angines à SGA**

- **complications toxiques:**  
  **choc toxique streptococcique scarlatine**
- **complications suppuratives locorégionales :**
  - **phlegmon périamygdalien**
  - **suppurations cervicales (Suppuration d'un ganglion)**
- **le syndrome inflammatoire post-streptococcique :**
  - **RAA**
  - **glomérulonéphrite aiguë**
  - **érythème noueux**
  - **Chorée de Sydenham**

# Phlegmon péri-amygdalien

C'est une suppuration de l'atmosphère cellulaire extra- capsulaire de la loge amygdalienne Le streptocoque  $\beta$ -hémolytique est le plus souvent responsable, Il se manifeste par une fièvre élevée, trismus, dysphagie voir aphagie .

Examen :

- bombement du pilier antérieur et du voile .
- luette oedematiée refoulée vers le côté opposé .
- Adénopathies sous angulo-mandibulaires douloureuses .

CAT:

- ponction: étude cyto bactériologique et antibiogramme
- incision et drainage
- Amygdalectomie dans les semaines qui suivent.

# RECONNAITRE

## Angine pseudomembraneuse

**2 causes :**

- Mononucléose infectieuse+++ (EBV)
- Diphtérie

# Mononucléose infectieuse



# Mononucléose infectieuse

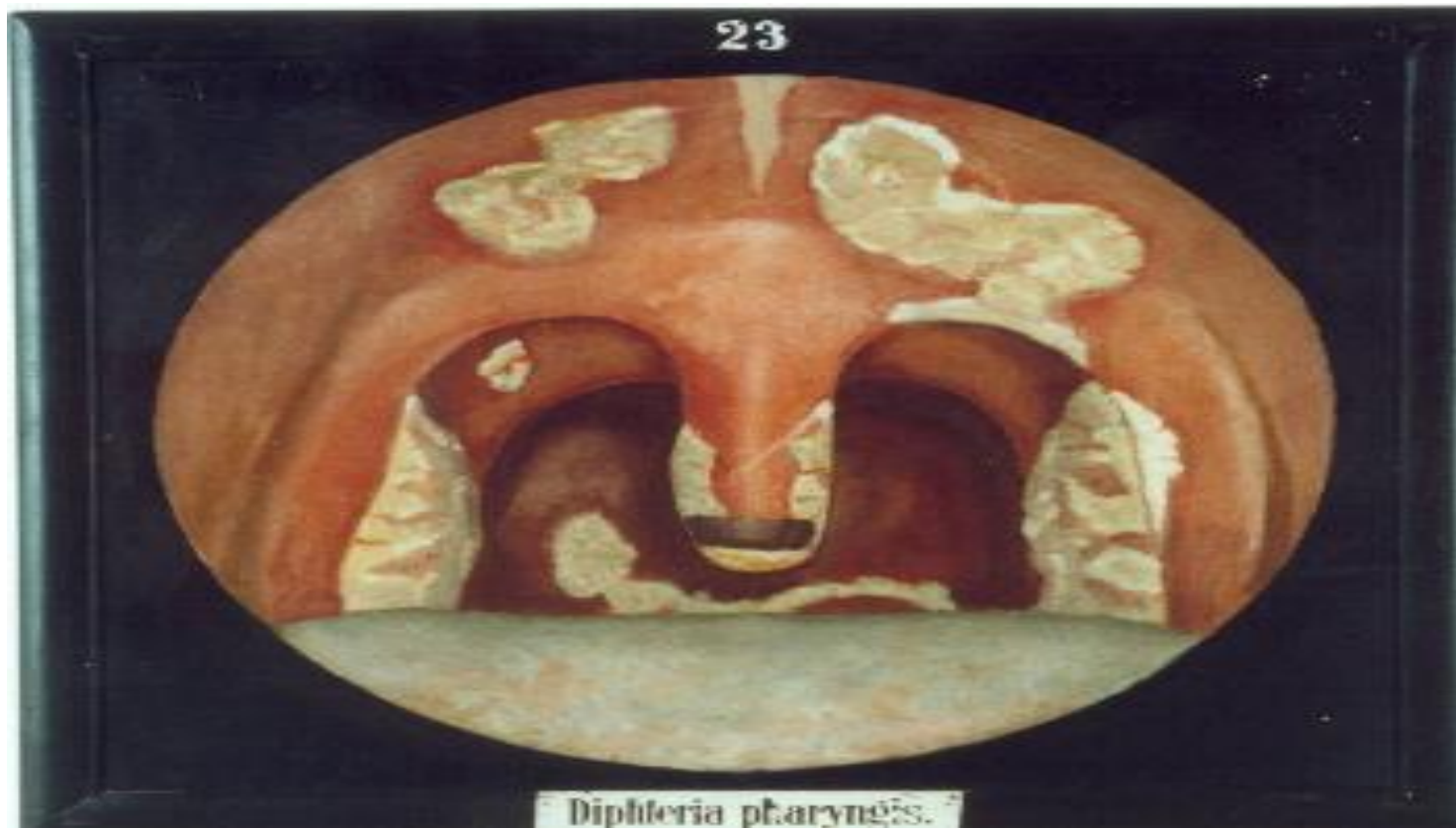
- Cause quasi exclusive en France des angines à FM
- Agent: EBV
- sujet jeune, début insidieux
- primo-infection
- Asthénie, fièvre, polyadénopathies
- d'abord aspect érythématopultacé  
puis enduit blanc nacré ou grisâtre:  
fausses membranes (respect de la luette) non adhérentes  
et purpura du voile palais
- Splénomégalie fréquente, éruption cutanée (Peut être déclenché par l'amoxicilline => ne pas la donner)
- Rq : Il peut aussi donner 1 angine érythémato-pultacé ou érythémateuse,



- **Diagnostic biologique de la MNI**
- FNS : syndrome mononucléosique (augmentation des
- lymphocytes basophiles supérieure à 10%)
- Paul Bunnell Davidson : positif à partir de 1/80.
- MNI TEST
- Test de Coombs +, transaminases +
- **Test de confirmation : sérologie EBV**

Primo-infection: IgM-VCA (viral capsid ag) sont +  
et IgG-EBNA sont - (EB nuclear ag)

# La diphtérie





# La diphtérie

- Absence de vaccination
- Incubation : 7 jours
- Description clinique:  
fausses membranes extensives, envahissent la luette adhérentes  
s'associe : coryza séreux ou mucopurulent unilatéral, adénopathies sous-angulo- mandibulaires  
parfois douloureuses

et volumineuses.

- Complications:
  - Syndrome toxique
  - Croup= laryngite
  - Myocardite (7e jour)
  - Atteinte neurologique (35e jour):  
paralyse de l'accommodation puis du voile, puis  
polyradiculonévrite ascendante



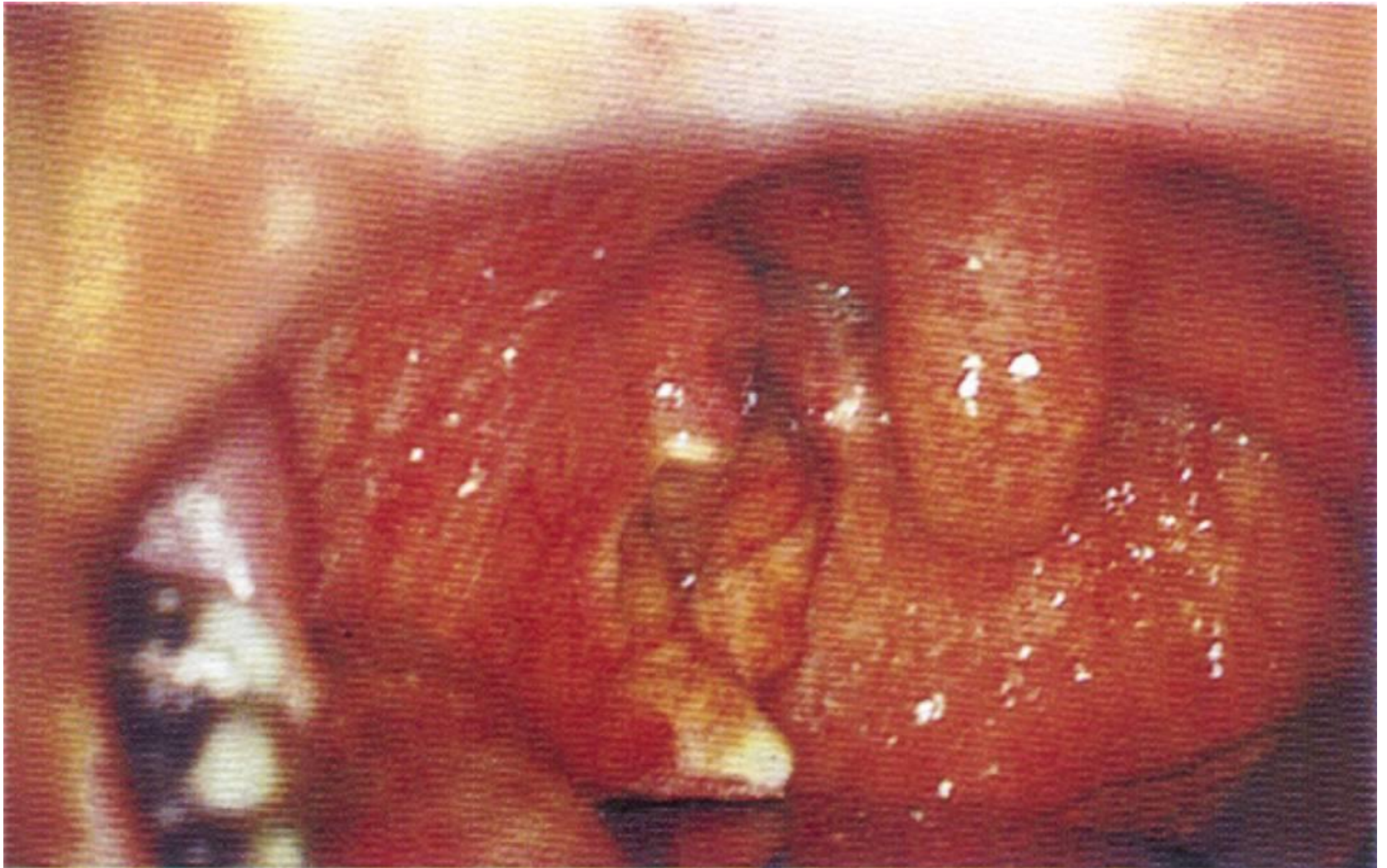
# La diphtérie

- Conduite à tenir:
- Prélever en urgence pour examen direct et recherche de toxine
- Urgence thérapeutique
  - – Sérothérapie : injection d'anatoxine en urgence
  - – Peni G, amoxicilline, erythro pendant 10 jours
- Déclaration obligatoire et isolement
- Dépistage de l'entourage
- Anatoxine chez les sujets contacts mal vaccinés

# Les Angines ulcéro-nécrotiques

- **3 causes :**
- Angine de Vincent
- Syphilis
- Cancer et hémopathies  
LA, agranulocytoses

# Angine de Vincent



# Angine de Vincent

- Peut débuter par une angine EP ou à FM

Association fuso-spirillaire : *Fusobacterium necrophorum* + *Borrelia vincenti*

- Très douloureuse, peu fébrile
- Mauvaise hygiène buccodentaire
- Alcoolotabagique
- Haleine fétide
- Inflammation puis ulcération unilatérale, profonde, membranes grisâtres, puis nécrose
- Syndrome infectieux peu intense
- Diagnostic par examen direct : association fusospirillaire

- **Complications :**

phlegmon péri-amygdalien

syndrome de Lemierre : thrombophébite jugulaire avec embols

septiques pulmonaires

- **TRT**

Péni ou aminopenicilline / Augmentin (Selon d'autres associée au métronidazole)

Si allergie : flagyl

# Chancres syphilitiques

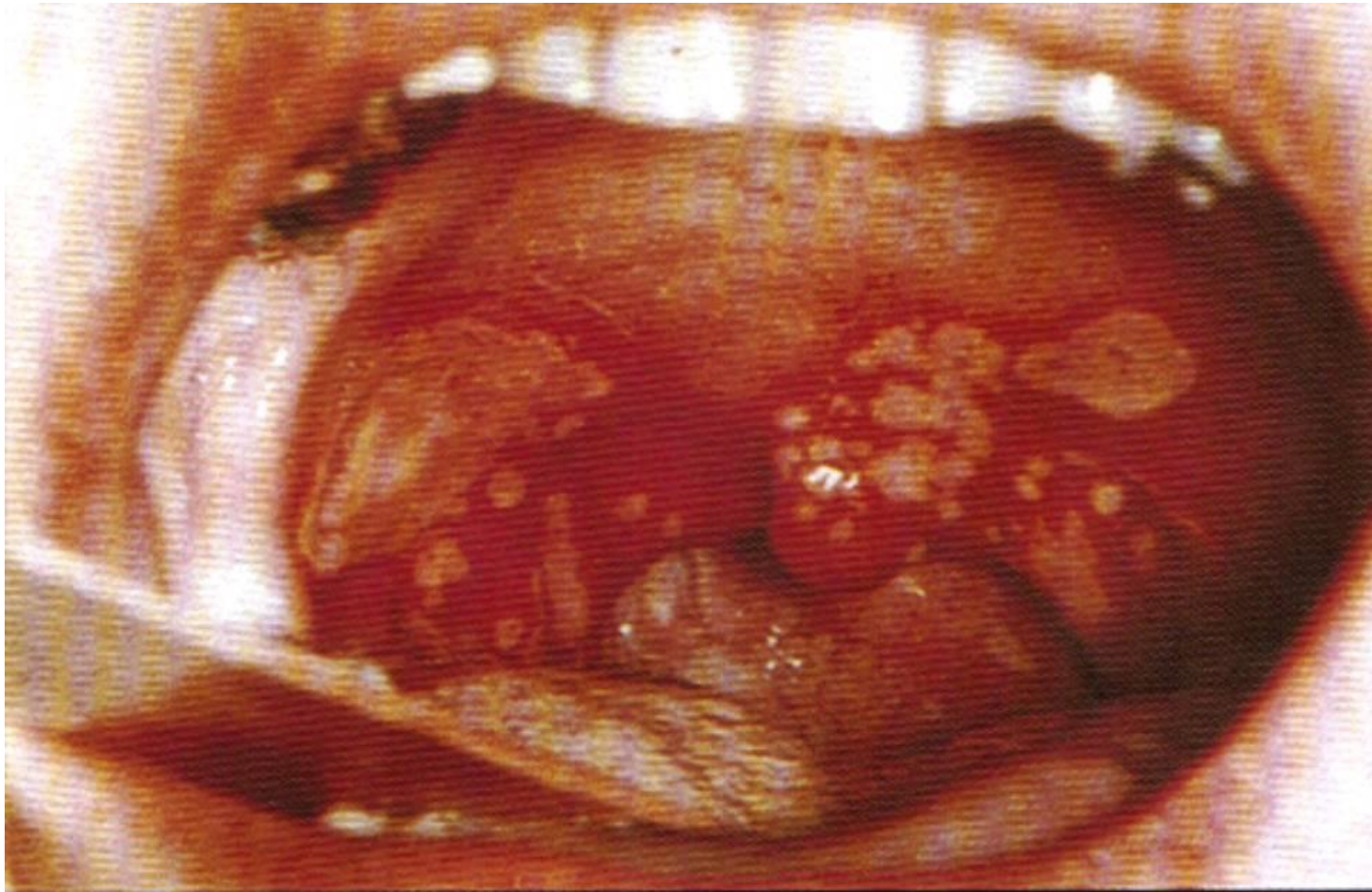
- Rare
- Signes généraux souvent absents
- Ulcération peu profonde, Indurée, Peu douloureuse
- Subaigue
- Peu fébrile
- Adénopathie homo-latérale
- Diagnostic: prélèvement et mise en évidence du spirochète
- Sérologie syphilitique systématique devant une angine ulcéro-nécrotique

# **Agranulocytose, hémopathies et cancer**

Y penser,  
surtout si ulcération traînante



# Angines vésiculeuses





# virales

## - L'herpangine

V\_coxsackie A

- jeune enfant
- épidémies estivales
- partie postérieure de la cavité buccale
- syndrome main-pied-bouche:  
éruption maculovésiculeuse ou vésiculeuse des  
mains et pieds

# virales

## **- Angine herpétique:**

- sujet moins jeune
- primo-infection herpétique, AEG fièvre importante, dysphagie, odynophagie
- gingivostomatite herpétique qui peut déborder sur les lèvres de façon bilatérale

- Zona pharyngé
- - éruption vésiculeuse unilatérale qui s'ulcère et se recouvre d'un enduit pultacé.
  - l'éruption intéresse le pilier antérieur + le sillon gingivo-lingual +/- la face interne des joues.
- - peut s'associer à un zona ophtalmique ou auriculaire.
- - l'évolution : bénigne mais des algies post-zostériennes sont possibles chez le sujet âgé.

## 5-Angine et maladies infectieuses:

- Fièvre typhoïde
- Toxoplasmose
- Rougeole
- Rubéole
- Varicelle
- VIH

# CONCLUSION

**50 à 90% des angines sont virales.**

**Le strepto concerne 25 à 40% des angines de l'enfant et 10 à 25% de l'adulte**

**Il est mieux de réaliser un test de diagnostic rapide (TDR) qui s'adresse à toutes les angines érythémateuses ou érythématopultacées.**

**Il n'est pas utile de prescrire un antibiotique (sauf complication à type de suppuration) si le patient est vu tardivement car l'angine à streptocoque guérit spontanément en 3 ou 4 jours**

**En présence d'une angine à streptocoque, il est préférable de prescrire une bêta-lactamine  
La place des macrolides se limite aux intolérances aux bêta-lactamines**

**Les étiologies bactériennes non streptococciques sont en nombre très limité mais ne doivent pas être ignorées: Diphtérie -Gonococcie – Anaérobies - Syphilis**

**en cas de TDR négatif, le traitement doit se limiter à antipyrétiques et antalgiques**

**les complications en dehors des traitements sont de deux types : générales (RAA et GNA)**

**et locales (1% des cas :phlégmons péri-amygdaliens et adénopathies suppurées)**