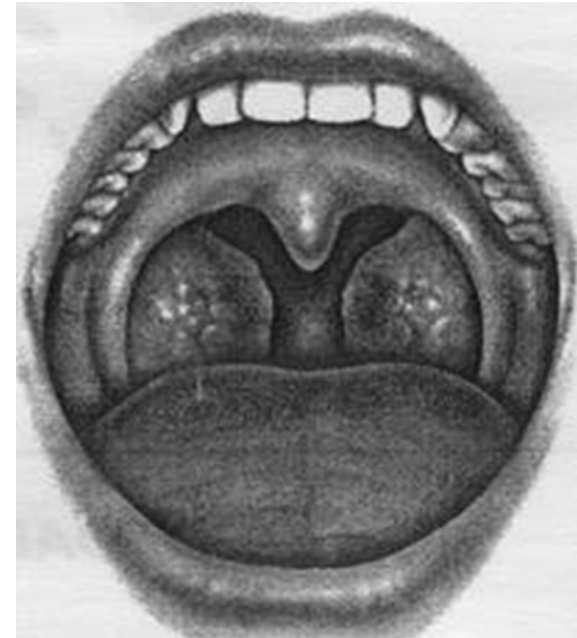


Angines et leurs complication

Dr S.DERADJ



Plan:

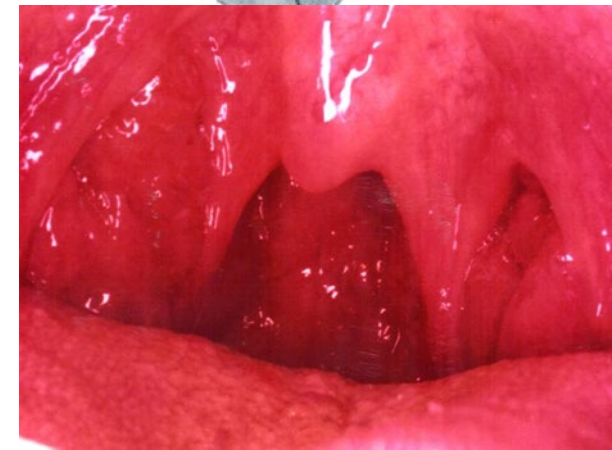
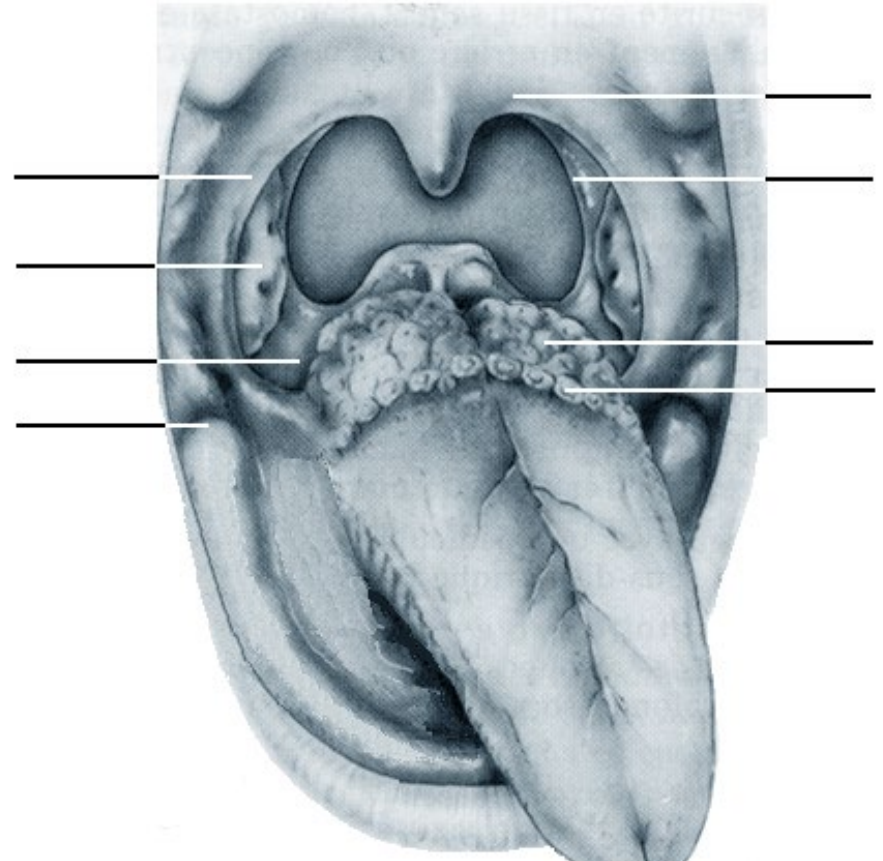
- Définition /généralités.
- Rappels anatomique et histologique.
- Epidémiologie.
- Clinique: TDD: angines érythémateuses ou érythématopultacées.
- Formes cliniques.
- Evolution/complications.
- Traitement.
- Conclusion.

Définition/Généralités:

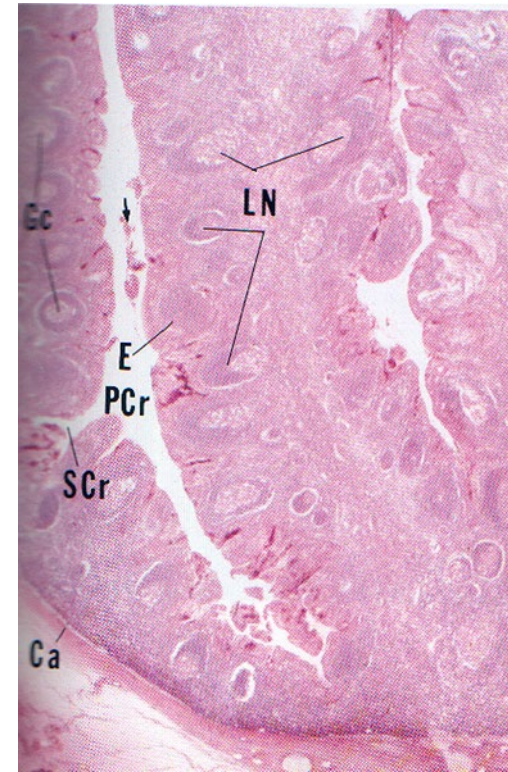
- L'angine aiguë peut se définir comme une inflammation aiguë, habituellement d'origine infectieuse (virale ou bactérienne) des formations lymphoïdes de l'oropharynx et essentiellement des amygdales palatines.
- On distingue:
- Les angines érythémateuses et érythématopultacées (angines non spécifiques ou communes); ce sont de loin les plus fréquentes (90 % des angines).
- Les angines spécifiques dont les aspects cliniques sont évocateurs de germes particuliers; pseudomembraneuses, ulcéreuses ou ulcéronécrotiques, vésiculeuses...

Rappels anatomique et histologique:

- Anatomie:
- Les amygdales palatines sont des formations lymphoïdes paires et à peu près symétriques. Constituent les éléments les plus volumineux de l'anneau lymphatique de Waldeyer.
- Plaquées contre la paroi latérale de l'oro-pharynx, intercalées latéralement entre l'isthme du gosier et l'isthme pharyngonasal.
- Occupent la partie sup de la loge amygdalienne entre le pilier ant en avant et le pilier post en arrière.



- **Histologie:**
- Le parenchyme amygdalien est formé par des follicules lymphoïdes clos constitués de 02 zones :
 - Une zone sombre formée de Lymphocytes B au repos
 - Une zone claire formée par des Lymphocytes B activés
- Les espaces inter folliculaires (cryptes) constitués essentiellement de lymphocytes T helpers, macrophages et cellules intermédiaires
- La face médiale est tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé.

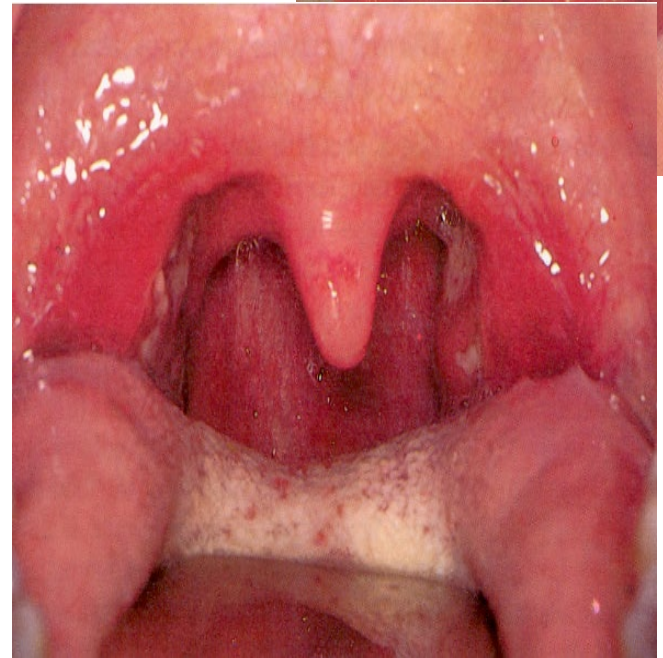
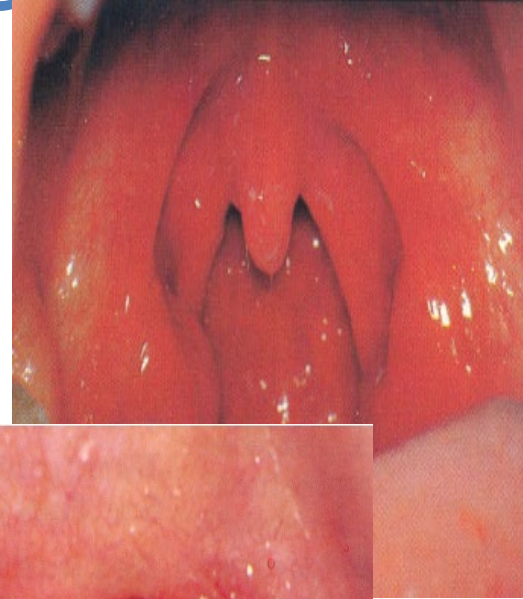


Epidémiologie:

- L'angine aiguë est une pathologie fréquente (9 millions de cas/an en France).
- Motive un arrêt de travail dans 20% des cas.
- D'origine virale dans 60-70 % chez l'enfant et dans 80a 90 % chez l'adulte (adénovirus , virus influenzae et para influenzae , VRS)
- Bactéries SBHA→ complications locorégionales et générale .corynebacterium diphtérie , association fuso-spirillaire , staphylocoque , Haemophilus influenzae...

Etude clinique: TDD: angine érythémateuse ou érythématopultacée.

- Signes fonctionnel:
 - douleurs pharyngées, dysphagie et odynophagie.
 - otalgies réflexes.
 - fièvre d'intensité variable.
 - symptômes digestif (enfant+++).



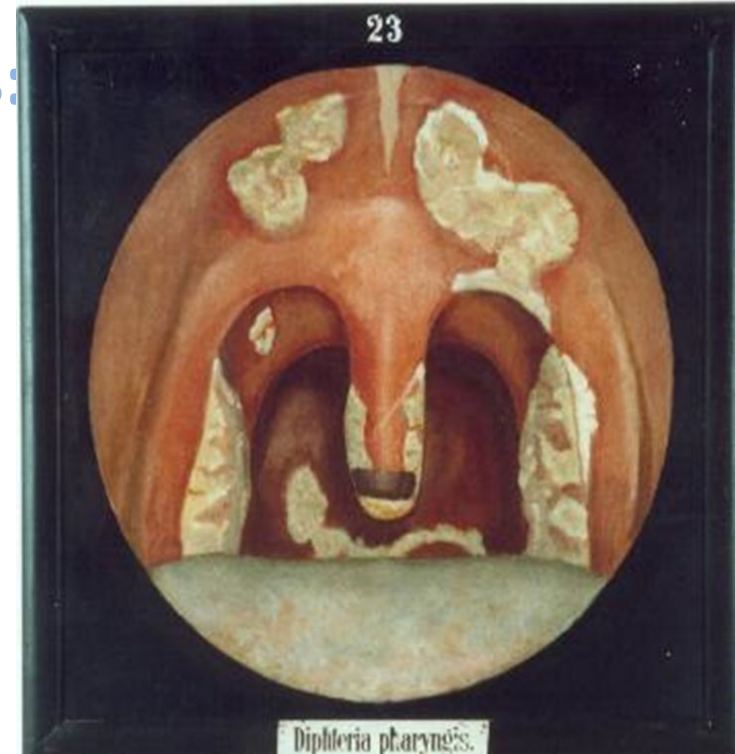
- **Examen clinique:** Le diagnostic repose sur l'examen de l'oropharynx.
- Aspect rouge vif de la muqueuse oropharyngée, avec des amygdales inflammatoires, œdématiées et fréquemment augmentées de volume.
- Présence d'exsudats blanchâtres sur les amygdales. Cet enduit pultacé réalise des taches punctiformes ou confluentes, facilement détachables à l'abaisse-langue.
- Adénopathies cervicales satellites (sous-maxillaires ou sous digastriques), sensibles à la palpation.

- Examen complémentaire:

- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic.
 - Test de diagnostic rapide ou strepto-test : MEE Ag du SBHA.
- Cas particuliers :
 - NFS : angine trainante, complications locorégionales, certains aspects spécifiques : fausses membranes, angine ulcéro-nécrotique bilatérale (recherche de signes de leucose aiguë, agranulocytose)
 - Sérologie : ne sont pas de pratique courante .
 - Prélèvement oropharyngé (Dgc direct, culture et ATBgramme) : angine trainante, ATCD de RAA, GNA, complications locorégionales, patients immunodéprimés, angine spécifique.

Formes cliniques:

- Angines pseudomembraneuses:
- **Diphthérie:**
- Toxi-infection à *Corynebacterium diphtheriae* ou bacille de Klebs-Loeffler.
- Incubation 2 à 5 jours.
- Forme commune: début insidieux, $T=38^{\circ}\text{C}$, modérée.
- Fausses membranes blanc nacré, épaisses, fortement adhérentes à la muqueuse sous-jacente, envahissant:

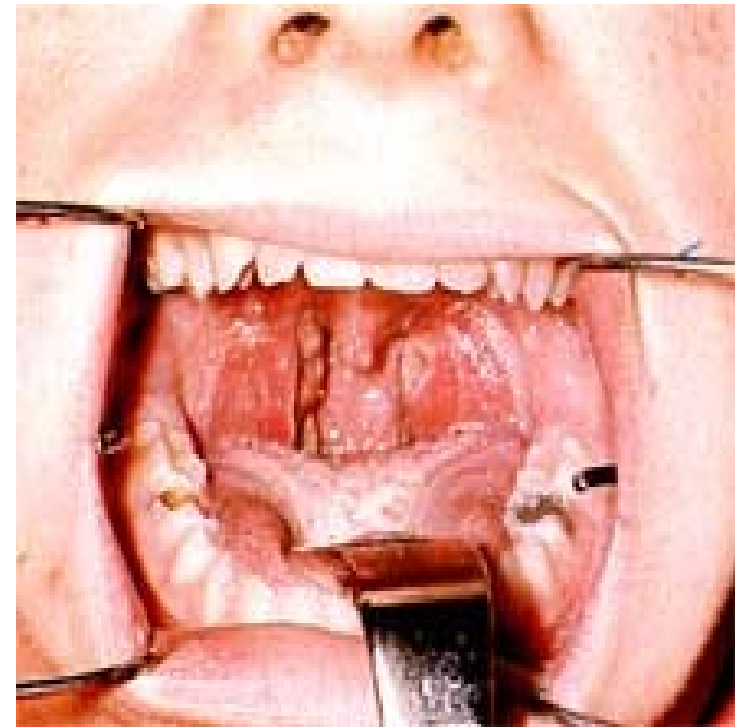


- amygdales, piliers, voile, venant engainer la luvette. Il existe des adénopathies sous angulomaxillaires sensibles et un coryza mucopurulent volontiers unilatéral.
- NFS: pas de syndrome mononuclosique.
- Prélèvement de gorge et ECB+++.

- **Mononucléose infectieuse MNI:**
- Due à la primo-infection par l'EBV.
- Transmission essentiellement salivaire .
- Angine érythémateuse ou érythématopultacée, peut être pseudomembraneuse localisée aux amygdales (épargne la luette).
- Fièvre, asthénie,
- Œdème de la luette et purpura pétéchiail du voile.
- ADP diffuses (post+++), SPM.
- Eruption cutanée maculopapuleuse après prise de la pénicilline+++.
- Hémogramme: syndrome mononucléosique.
- Élévation modérée des transaminases
- MNI test+++.



- **Angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotoques:**
 - **Angine de Vincent:** l'association de bacille fusiforme de Plaut-Vincent ou *Fusobacterium necrophorum* et de spirochètes tel *Treponema vincentii*.
 - Adulte jeune dont l'hygiène dentaire est défectueuse.
 - Ulcération profonde, unilatérale, recouverte d'un enduit blanc grisâtre facilement détachable et friable.
 - ADP satellite.
 - Dgc: prélèvement de gorge.



- Le chancre syphilitique.
- Les angines ulcéreuses des hémopathie

- Angines vésiculeuses:
- **Hérpangine:**
- -virus Cocksackie du groupe A.
- -enfant de 1 à 7 ans.
- -T=39-40°C, dysphagie.
- -vésicules ou exulcérations siègent préférentiellement sur le pilier antérieur et sur le bord libre du voile, respectant classiquement la cavité buccale.



- Angine herpétique:

- HVS type I.

- fièvre, dysphagie intense+++.

- vésicules en bouquet (qui se rompent rapidement pour laisser place à des ulcérations) reposant sur une base inflammatoire, atteignant les amygdales, les piliers et le voile.

- associée à une atteinte diffuse de la cavité buccale et des lèvres.

- Zona pharyngé.

Evolution

- Evolution est généralement favorable.
- TRT symptomatique pour les angines virales .
- TRT antibiotique pour les angines bactériennes .
- Risque de complications (SBHA).

COMPLICATIONS

- **Phlegmon péri amygdalien**

- Abscess développés entre l'amygdale et la paroi musculaire pharyngée
- Fièvre, pâleur
- Dysphagie douloureuse unilatérale
- Ootalgie à tympan normal
- Tête inclinée du côté malade
- Salive qui coule sur le côté ,Haleine fétide
- **Trismus limitant l'ouverture buccale.**
- **Voissure unilatérale du pilier antérieur.**
- **Amygdale refoulée, luette œdémateuse.**
- **TRT : ponction à visé Dgc et bactériologique, incision-drainage et ATB**

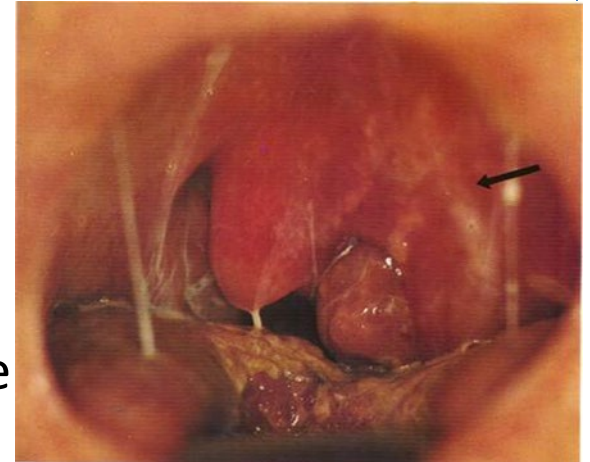
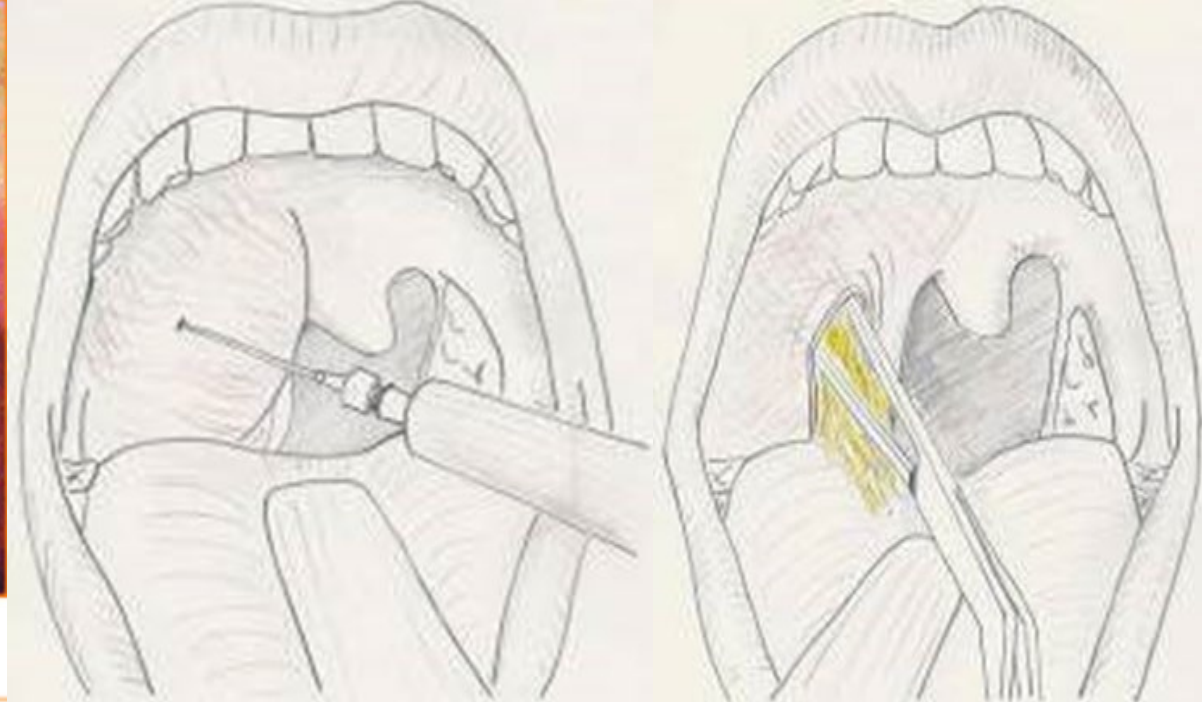




Fig. 1. Aspect de l'oropharynx lors d'un abcès périamygdalien.



- Les abcès rétro-pharyngés
- Les abcès latéro-pharyngés
- La cellulite cervicale

- **Complications générales** : non suppurative , touche essentiellement l'enfant .
- **Rhumatisme articulaire aigu** : atteint l'enfant et l'adulte jeune, cause majeure de cardiopathies rhumatismales .
- **glomérulonéphrite aiguë**

Traitement

1-Buts :

Soulager le patient sur le plan fonctionnel et général

Traiter l'épisode infectieux.

Eviter les complications et les récives.

2-Moyens Médicaux :

Antipyrétiques et antalgiques.

TRT du terrain, hygiène buccodentaire.

Antibiotiques :

- Pénicilline V
- Pénicilline G
- Extencilline 600.000 U enfant moins de 25Kg
- Extencilline 1200.000 U
- Amoxicilline
- Macrolides : Erythromycine 50 /Kg/J
- Céphalosporine

3-Moyens chirurgicaux

Amygdalectomie, drainage de collections suppurées

4- indications :

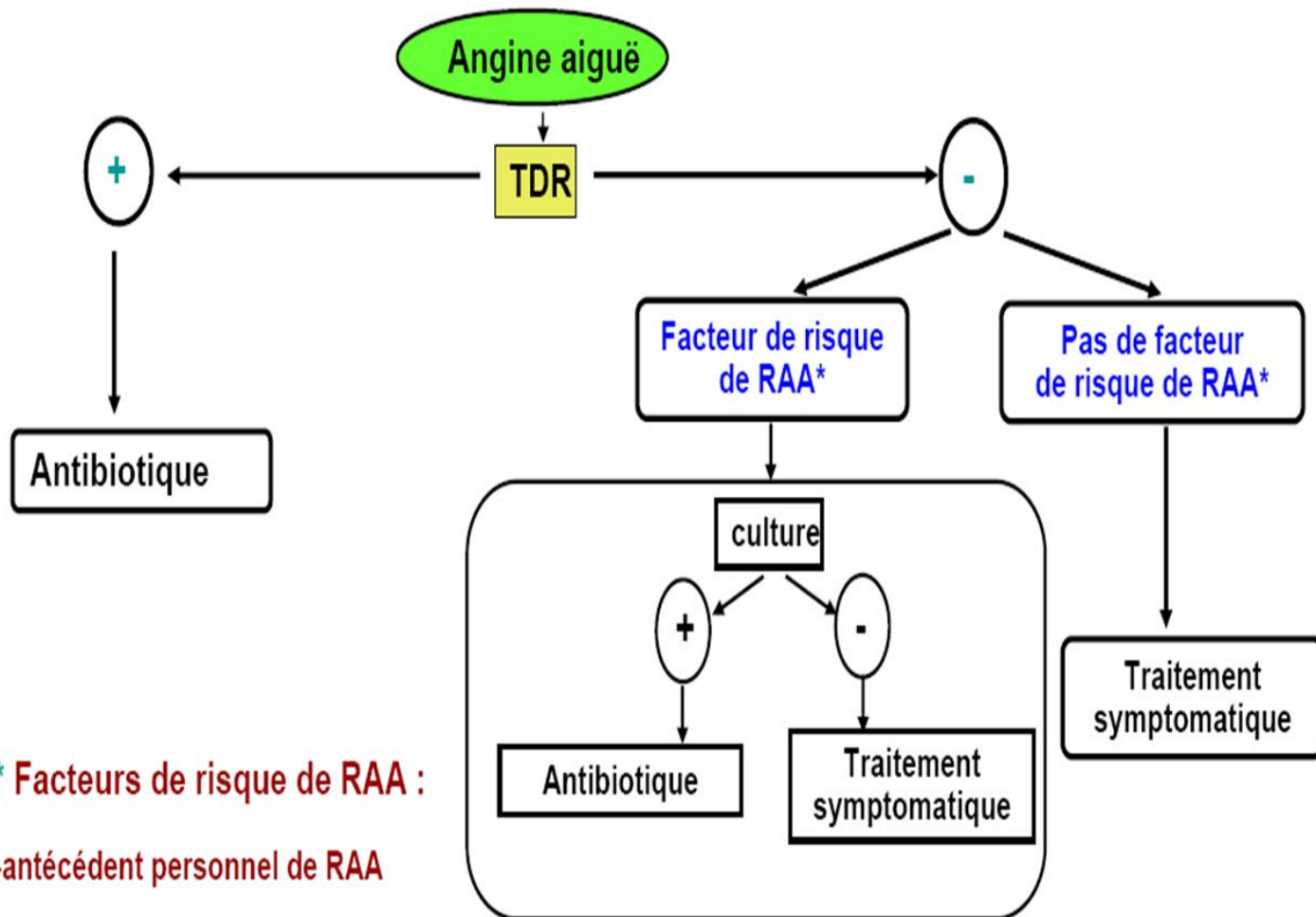
- Angine érythémateuse : TRT symptomatique
- Angine érythematopultacée : ATB +TRT symptomatique
- Diphtérie : urgence+++Sérothérapie + pénicilline ou érythromycine .
- Angine de Vincent : pénicillothérapie par voie parentérale
- Complications locorégionales suppuratives: drainage+ ATB
- Amygdalectomie :

Angine à répétition 3/an/03ans ou 5/an/02ans.

Hypertrophie AMG obstructive, apnée au sommeil .

Complications : RAA – GNA.

ATCDs de 2 phlegmons péri amygdaliens



*** Facteurs de risque de RAA :**

- antécédent personnel de RAA
- 5 - 25 ans et : séjours en zone d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM), ou épisodes multiples d'épisodes d'angine à SGA ou facteurs environnementaux

Conclusion:

- Motif de consultation extrêmement fréquent
- Crainte majeure : infection à SBHA, complications post-streptococciques.
- Angine pseudo membraneuse : diphtérie .