

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université de Sidi Bel Abbès
Faculté de médecine de Sidi Bel Abbès

**ANGINE AIGUE SPECIFIQUE ET
NON SPECIFIQUE**

Dr Tahraoui Adel
Maitre Assistant en ORL et CCF
CHU de Sidi Bel Abbès

A- ANGINES AIGUËS NON SPECIFIQUES

I- DEFINITION – GENERALITES :

- ❖ Angine (latin) : serré, étrangler. L'angine aiguë peut se définir par l'inflammation aiguë, souvent d'origine virale ou bactérienne, des formations lymphoïdes de l'oropharynx et essentiellement des amygdales palatines.
- ❖ L'angine non spécifiques, peut être érythémateuses ou érythémato-pultacées d'origine virale dans 50 % des cas, ou bactérienne dans 20 à 40 % des cas; on exclue les angines spécifiques dont les aspects cliniques sont évocateurs de germes particuliers.

II- RAPPELS :

A- RAPPEL ANATOMIQUE

1- LIMITES DE L'OROPHARYNX :

- ❖ **Antérieur** : en bas : V lingual-en haut : extrémité sup des 02 arcs palatoglosses
- ❖ **Supérieur** : - voile du palais- rhinopharynx en arrière
- ❖ **Latéral** : -région tonsillaire-paroi oropharyngée latérale
- ❖ **Postérieur** : paroi oropharyngée post
- ❖ **Inferieur** : séparé de l'hypopharynx par une ligne horizontale qui passe par le bord sup de l'os hyoïde et le bord inf du corps du cricoïde

2- LES AMYGDALES

- ❖ Sont des formations lymphoïdes paires symétriques qui constituent l'élément le plus volumineux de l'anneau de WALDEYER. Elles occupent la partie sup de la tonsille amygdalienne
- ❖ La vascularisation est tributaire de la carotide externe alors que l'innervation relève du IX, X et sympathique

B- RAPPEL HISTOLOGIQUE

- ❖ 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.

III- ÉTUDE MICROBIOLOGIQUE

1- VIRALE : une angine commune est le plus souvent d'origine virale elle peut être due à H. para influenza, VRS, adénovirus, elle est extrêmement contagieuse, réalisant des épidémies saisonnières en hiver et au début du printemps

2- BACTERIENNE : l'épidémiologie bact est dominée par Strepto BHA. Elles surviennent après l'âge de 3 ans, avec un pic de fréquence entre 5 et 10 ans. Elle réclame une ATB adaptée et efficace pour éviter les complications post-streptococciques.

D'autres germes tel que le strepto non A peuvent en être responsable.

IV- CLINIQUE: « TDD ANGINE ERYTHEMATEUX PULTACEE »

A-INTERROGATOIRE :

- ❖ Douleur pharyngée+++ ,dysphagie,odynophagie
- ❖ Fièvre d'intensité variable
- ❖ Symptômes digestifs surtout chez l'enfant
- ❖ Exceptionnellement des dyspnées chez les sujets ayant à la base des amygdales hypertrophiées

B- EXAMEN PHYSIQUE :

- ❖ Oropharynx et amygdales rouge œdématisé avec enduits pultacés à leurs surfaces facilement détachables.
- ❖ Des adénopathies sous maxillaires ou sous digastriques douloureuses à la palpation peuvent s'y associer.

NB: la fièvre importante, l'adénopathie limitée et douloureuse plaideraient plus pour une origine bactérienne, alors que la fièvre modérée, coryza, toux et adénopathies diffuses seraient en faveur d'une angine virale

C- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- ❖ Aucun examen complémentaire n'est nécessaire
- ❖ **Test de diagnostic rapide TDR :** spécificité 95%, sensibilité 80-90 %

Cas particuliers :

- ❖ **NFS :** angine trainante, complications locorégionales, certains aspects spécifiques : fausses membranes, Sd MN, angine ulcéro-nécrotique bilatérale (recherche de signes de leucocytose aiguë, agranulocytose)
- ❖ **Sérologie :** suspicion d'angine spécifique, épidémie
- ❖ **Prélèvement oropharyngé(Dc direct, culture et ATBgramme) :** angine trainante, ATCD de RAA, GNA, complications locorégionales, patients immunodéprimés, angine spécifique
- ❖ **AC anti-streptocoques**
- ❖ **bandelettes urinaires**

V- DIAGNOSTIC :

A- Diagnostic positif :Clinique +++

- Douleur pharyngée
- Syndrome infectieux
- Adénopathie
- Rougeur pharyngée

➤ Le score de Mac Isaak: sensibilité insuffisante

Score clinique prenant en compte quatre items:

- Fièvre > 38°. Oui /Non
- Présence d'exsudat/hypertrophie amygdalienne: Oui/Non
- Adénopathie cervicales douloureuses. Oui/Non
- Toux: Oui/Non

Score ≥ 2 forte suspicion d'un SBHA

B-Diagnostic différentiel :

- Herpès, Zona(vésicules)
- Diphtérie,MNI(fausses membranes)
- Syphilis, cancer(ulcération dure)
- Angine de VINCENT(ulcération souple)

VI- ÉVOLUTION-COMPLICATIONS :

A-ÉVOLUTION :Le plus souvent favorable

B- COMPLICATIONS DES ANGINES

1- Locorégionales: surtout le strepto

- ❖ **Phlegmon péri-amygdalien**
- ❖ **Adénophlegmon cervical** : suite à une adénite le plus souvent
- ❖ **Cellulite** : gravité extrême, diffusion régionale de l'infection qui évolue à son propre compte

2- Post-streptococciques : tardives, RAA, GNA, érythème noueux

VII- TRAITEMENT

A-BUTS :

- ❖ Prévenir la survenue de complications locorégionales et générales
- ❖ Lutte contre la dissémination du streptocoque
- ❖ Accélérer la disparition des signes cliniques

B- MOYENS :

- ❖ Pénicilline V, Amoxicilline, C1G, macrolide
- ❖ Traitement symptomatique : antalgique, antipyrétique, AINS

C-Indications :

- 1- Dans tous les cas** : TRT symptomatique
- 2- Adulte, angine vraie + état général altéré, ATCD de phlegmon, terrain particulier** : TRT anti-SBHA
- 3- Enfant ou âge jeune, angine vraie** : TRT anti-SBHA
- 4- Adulte, angine vraie ou pharyngite + état général conservé** : pas de TRT ATB
- 5- Test de diagnostic rapide (+)** : TRT anti-SBHA ; **TDR (-)** : culture (48h)
- 6- Traitement des complications :**
 - **Phlegmon péri-amygdalien:** ponction (bactério), incision + ATB IV(Gram + et anaérobie)
 - **ATCD RAA** : Traitement préventif (Extencilline)

B- ANGINES AIGUES SPECIFIQUES

Les formes spécifiques sont moins fréquentes, peuvent se voir lors des maladies infectieuses

B-MICROBIOLOGIE

1- BACTERIES

streptocoque:

- CG+,aéro-anaérobie.
- arrondie,se regroupe en chaîne.
- SBHA ,secrète des toxines érythrogènes responsable de la scarlatine.

corynebacteriumdiphtheriae: bacille de KLEBS LOEFFLER.

- BG+,agent de la diphtérie.
- transmission: par contact direct (malade ou porteur sain).
- culture: sur sérum de bœuf coagulé.
- maladie immunisante.

association fusospirillaire:

- responsable de l'angine de Vincent.
- bacille fusiforme BGN,anaérobie,

salmonella typhi: bacille d'EBERTH

- BG+.
- réservoir: l'homme(malade, convalescent,porteur sain)
- transmission: direct ou le plus souvent indirect.

2- VIRUS

Epstein barr virus:

- famille herpes veridae.
- 2 caractères: ubiquité,persistance durant toute la vie.
- tropisme particulier pour les lymphocytes B.
- atteint l'adolescent et adulte jeune.
- transmission: essentiellement salivaire.

Adénovirus:

- plusieurs types.
- type 3 et 7 sont le plus souvent responsable.

Enterovirus:

-le virus coxsackie A est l'agent de l'herpangine.

Atteint les enfants de moins de 7 ans, par petites épidémies estivales.

- -*Herpes virus:

-agent du zona pharyngé.

-virus de la varicelle et zona.

herpès simplex virus:

- HSV I (rarement II) responsable de l'angine herpétique.
- transmission: contact direct.

V-DIAGNOSTIC POSITIF


A. A l'interrogatoire:

- le terrain.
- le contexte épidémiologique.
- mode de survenue.
- les SF: odynophagie, toux, douleur abdominale, vomissements,...


B. Examen clinique:

- l'aspect de la muqueuse oropharyngée.
- l'aspect de l'amygdale
- type de l'angine: érythémateuse ou erythematopultacée, ulcéreuse, vésiculeuse.
- le caractère uni ou bilatéral, l'existence des fausses membranes .
- l'examen des aires ganglionnaires .
- examen somatique: signe en faveur d'une infection particulière: rash cutané, splénomégalie ;

C. Examens complémentaires:

 **NFS:** en cas de : angine traînante, angine ulcéronécrotique ; angine à fausses membranes .

 **Sérologie:** n'est pas de pratique courante.

 **Prélèvement de gorge:** par écouvillonnage des loges amygdaliennes et de la paroi postérieure du pharynx. En cas des fausses membranes, il se fait en périphérie. le prélèvement est acheminé au laboratoire pour examen direct et culture.

V-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

A-ETIOLOGIES BACTERIENNES**1-SCARLATINE**

- Due au streptocoque du groupe A, exceptionnellement C ou G.
- Due a la toxine erythrogene(trois sous-types).
- Réservoirs : transmission aérienne (sujet atteint avec ou sans scarlatine).
- Incubation 2 à 5 jours.
- Le foyer infectieux peut être extra pharyngé.
- Phase de debut : Brutale, fébrile (39-40) avec frisson , langue saburrale, Adénopathies cervicales .
- Phase d'état : Est atteinte au moins de 48h, marquée par un exanthème et un énanthème.

a. EXANTHEME

- Localisée d'abord sur le thorax , puis s'étend en 1 à 2 jours :
- Tronc et les racines des membres respectant la plante des pieds et la paumes des mains.
- Il est diffus , en nappe , sans intervalle de peau saine.
- A la palpation : peau sèche, rugueuse avec une impression granité.

b. ENANTHEME

- Il est constant ; caractéristique de la scarlatine,il associe :
- pharyngite erythemateuse ou erythemato- pluatacée avec ADP douloureuse.
- modification de l'aspect de la langue : desquamation de la périphérie vers le centre (réalise une langue framboisée).
- EVOLUTION : Les SG s'améliore à partir du 6em jour. L'exanthème disparaît avec desquamation du 8 au 30 jours, (squames non contagieuse), en doigt de gant aux extrémités. langue devient normale au 15eme jour.

- **TRAITEMENT**: peni G 100000UI/KG/J ou macrolides pdt 10 j

2-LA DIPHTERIE

Toxi-infection à pt de départ oropharyngé,due au bacille de klebs loffler.

- *incubation*: 2 à 5j.
- *début*: insidieux,avec F à 38,dysphagie.
- en 24 à 48h apparait une angine a fausses membranes blanc nacrées et épaisses, extensives, adhérentes, envahissant les amygdales, piliers et la lueite.
- s'associe: coryza séreux ou muccopurulent unilatéral, Adénopathies soud angulo-maxillaire.

DIAGNOSTIC POSITIF

- prélèvement de gorge au moindre doute, se fait a la périphérie des Fausses Membranes ,et acheminés au labo préalablement averti.
- ex direct.
- culture sur Milieu de loffler.

- test d'ELEK : mise en évidence de toxine.

TRAITEMENT:

- Urgence+++;
- Sérothérapie;
- Antibiothérapie : Pénicilline ou Erythromycine .

3- ANGINE DE DUGUET

- Pathognomonique de la typhoïde
- Adulte jeune
- Contexte épidémiologique.
- Début insidieux.
- Syndrome infectieux franc.
- Angine ulcéreuse bilatérale.
- **Traitement** : Le traitement de la typhoïde et des soins locaux suffisent

4-ANGINE DE VINCENT

- sujet alcoolique tabagique, mauvaise hygiène buccodentaire.
- début insidieux.
- angine ulcéreuse ou ulcéronécrotique unilatérale.
- **Traitement:** Pénicillinothérapie: Par voie parentérale: Pénicilline G Ou orale: Pénicilline V

4- SYPHILIS PRIMAIRE :

Le chancre syphilitique de l'amygdale réalise un aspect voisin du précédent, toutefois, l'amygdale atteinte est indurée et indolore, l'adénopathie est plus ferme avec un gros ganglion central entouré de ganglions plus petits. Il ne faudra entreprendre le traitement de l'angine de Vincent qu'après avoir demandé une sérologie syphilitique

Traitement : Pénicillinothérapie ;

B-ETIOLOGIE VIRALE :

1-MNI :

- EBV
- caractérisé par -primo-infection svt inapparente.
- confère une immunité solide. -pas de récurrences.
- transmission essentiellement salivaire (maladie du baiser)

CLINIQUE :

-fièvre 38. -asthenie.

-angine=erythmatopultacée bilaterale avec : *oedeme de la luette. *purpura petichial du voile du palais.

-biologie: a l'Hémogramme: syndrome mononucléosique =augmentation du pourcentage des lymphocytes hyper basophiles supérieur à 10%. (pas toujours dépisté lorsque NFS réalisée de facon automatisée) *Hépatique : augmentation de transaminase dans 90%.

*Anémie hémolytique à coombs positif la certitude: est apportée par *MNI TEST

EVOLUTION

Guérison spontanée = 3 à 4 semaines.

2 ANGINE HERPETIQUE

- dysphagie, fièvre.

- Souvent associée a une gingivostomatite, herpes labial ou nasal.

- Erosion a bords nets dont la confluence donne un aspect polycyclique.

3-ANGINE A VIRUS COXACKIE A= HERPANGINE.

-Responsable de la grippe d'été.

-A toute âge, mais plus fréquente chez l'enfant et l'adolescent

-RESERVOIR : Strictement humain

Transmission : directe(manuportée) ou indirecte (alimentation, eau)

4-Zona pharyngé

-éruption vésiculeuse unilatérale qui s'ulcère et se recouvre d'un enduit pultacé.

-L'éruption intéresse le pilier ant, le sillon gingivo-lingual,et parfois la face interne des joues.

-peut s'associe a un zona ophtalmique ou auriculaire.

-l'évolution : bénigne,

C. Angines fongiques

Agent: candida albicans +++

Odynophagie

Sensation de cuisson au niveau de la Gorge et le langue

Dépôts blanchâtres diffusés sur la langue et L'oropharynx

Diagnostic : prelevement : écouvillonnage , pour examen mycologique

REFERENCES

- 1-AFSSAPS. Recommandation 2002 sur « l'Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : angine ».
- 2-Berche P. Les streptocoques A, C, et G. In: Berche P, Gaillard JL, Simonet M, editors. *Bactériologie : les bactéries des infections humaines*. Paris: Flammarion; 1988. p. 278–91
- 3- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Recommandation 2011. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant.
- 4- Cohen-Gogo S, Do NT, Levy D, Métreau J, Mornand P, Parisot P, et al. Les troubles respiratoires du sommeil de l'enfant. *Arch Pediatr* 2009;**16**:123–31.
- 5-Caorsi R, Pelagatti MA, Federici S, Finetti M, Martini A, Gattorno M. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 2010;**22**:579–84.
- 6-Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Cirillo N. Oral aphthous-like lesions. PFAPA syndrome: a review. *J Oral Pathol Med* 2008;**37**:319–23.
- 7-Licameli G, Jeffrey J, Luz J, Jones D, Kenna M. Effect of adenotonsillectomy in PFAPA syndrome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;**134**:136–40.
- 8-Burton MJ, Pollard AJ, Ramsden JD. Tonsillectomy for periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis syndrome (PFAPA). *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(2):CD008669.
- 9-Bussi M, Carlevato MY, Panizzut B, Omede P, Cortesina G. Are recurrent and chronic tonsillitis different entities? An immunological study with specific markers of inflammatory stages. *Acta Otolaryngol Suppl* 1996;**523**:112–4.
- 10- Revel MP, Bely N, Laccourreye O, Naudo P, Hartl D, Brasnu D. Giant tonsillolith. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;**107**:262–3.