



LES ANGINES

DR M.SAIDIA

SERVICE D'ORL ET CCF- CHUC



OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- 1.Maitriser l'examen du pharynx
- 2.Savoir poser le diagnostic positif d'une angine
- 3.Connaitre les diagnostics différentiels d'une angine
- 4.Connaitre les modalités thérapeutiques

PLAN

- I .Définition/Généralités
- II.Rappels
- III.Etude microbiologique
- IV.Clinique

V.Diagnostic

V.1.Diagnostic positif

V.2.Diagnostic différentiel

VI.Evolution/Complications

VII.Traitement

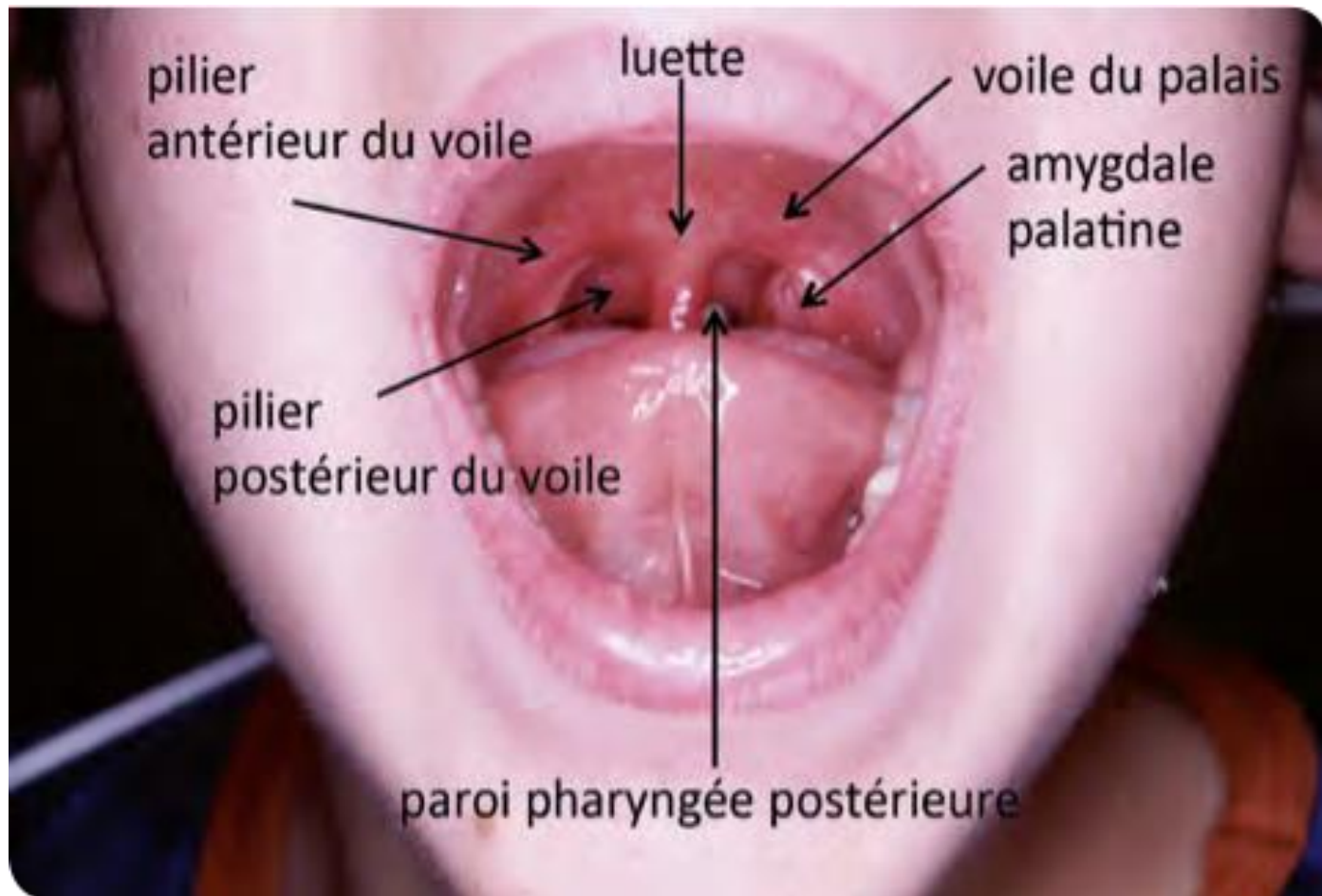
VIII.Conclusion

IX.Bibliographie

- Le terme « **angine** » vient du mot latin *angina*, dérivé du verbe *angere* du grec ancien (agchéin) qui signifie « **serrer** », « **étouffer** »..
- **L'angine aiguë**: (amygdalite ou tonsillite) est une inflammation d'origine infectieuse localisée au tissu lymphoïde des amygdales palatines.
- **La pharyngite**: plus rare, est une inflammation aiguë d'origine infectieuse de la région oropharyngée.
- Dans le langage courant, on parle d'angine lorsque l'inflammation concerne principalement les amygdales palatines, et de pharyngite lorsqu'elle est plus diffuse et touche toute la muqueuse oropharyngée.

- Inflammation aiguë, souvent d'origine virale ou bactérienne, des formations lymphoïdes de l'oropharynx et essentiellement des amygdales palatines.

II. RAPPELS



III. ÉTUDE MICROBIOLOGIQUE

VIRALE :

H. para influenza, VRS, adénovirus, elle est extrêmement contagieuses, réalisant des épidémies saisonnières en hiver et au début du printemps

BACTERIENNE :

Strepto BHA. Elles surviennent après l'âge de 3 ans,

- D'autres germes :le strepto non A peuvent en être responsable.

Angines bactériennes	Angines virales
Streptocoque β-hémolytique du groupe A	Adénovirus
Streptocoque β -hémolytique du groupe C, G, E, F	virus influenza
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	virus respiratoire syncitial (VRS)
<i>Fusobacterium necrophorum</i> et <i>Borrelia vincenti</i>	virus parainfluenza
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	rhinovirus
<i>Treponema pallidum</i>	coronavirus
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Epstein Barr virus
<i>Yersinia enterocolita</i>	HSV1 et 2
<i>Yersinia pestis</i>	Cytomégalovirus
<i>Francisella tularensis</i>	Coxsachie virus A et A16
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Entérovirus du groupe 71
<i>Chlamydia psittaci</i>	VIH
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	

IV.CLINIQUE

- En fonction du type de germe impliqué, les symptômes (locaux et généraux) et l'examen clinique peuvent varier.
- Les symptômes sont d'apparition **progressive** ou, au contraire, rapide voire **brutale**. Ils constituent un syndrome qui associe une **fièvre** (modérée ou élevée), une **douleur à la déglutition** (odynophagie) associée ou non à une **otalgie** uni ou bilatérale, et à des modifications de l'aspect de l'oropharynx.

- L'association d'une **fièvre modérée**, d'apparition **progressive**, de plusieurs symptômes ou signes cliniques **extrapharyngés**, et d'une **odynophagie modérée** est évocatrice d'une **infection virale**.
- En revanche, un tableau clinique associant une **fièvre élevée**, d'apparition brutale, une **odynophagie importante**, sans **signe extrapharyngé**, est plutôt en faveur d'une infection bactérienne.

	Angines bactériennes	Angines virales
Epidémiologie	Fréquence élevée en hiver et début de printemps Age : pic d'incidence entre 5 et 15 ans pour le SGA	Adénovirus
Signes fonctionnels et généraux	Début brutal Fièvre élevée Absence de signes extrapharyngés Odynophagie importante	Début progressif Fièvre absente ou modérée Présence * : d'une conjonctivite, d'une rhinorrhée, d'une toux, d'une dysphonie, d'arthralgies, de myalgies, d'un syndrome mains-pieds-bouche Odynophagie modérée
Signes d'examen	Inflammation pharyngée importante Exsudat important Ganglions cervicaux douloureux	Inflammation pharyngée modérée Peu ou pas d'exsudat Ganglions cervicaux non ou peu douloureux
Signes d'examen ayant une valeur d'orientation diagnostique	Purpura du voile du palais Eruption scarlatiniforme (SGA)	Vésicules sur les piliers amygdaliens et/ou le voile du palais Stomatite (Coxsackie virus du groupe A, herpès virus) Pétéchies du voile du palais (Ebstein Barr virus) Macules puis vésicules cutanées (Virus varicelle-zona, VZV)

- L'examen physique de l'oropharynx

- les amygdales palatines et l'oropharynx dans son ensemble sont érythémateux et congestifs = **angine érythémateuse** (angine « rouge »),
- il peut s'y associer un enduit purulent parfois très abondant, se détachant facilement de la muqueuse et recouvrant tout ou partie des deux amygdales palatines = **angine érythématopultacée** (angine « blanche »),
- la présence de fausses membranes, adhérentes à la muqueuse, se détachant difficilement, limitées aux amygdales palatines ou étendues au voile du palais = **angine pseudomembraneuse**,

- la présence de vésicules, notamment au niveau des piliers amygdaliens et/ou du voile du palais = **angine vésiculeuse**
- la présence d'une ulcération, associée ou non à une nécrose du tissu amygdalien, généralement unilatérale = **angine ulcéreuse**.
- A ces modifications pharyngées, s'associe très souvent la présence d'un ou plusieurs ganglions cervicaux de taille variable, uni ou bilatéraux, parfois douloureux à la palpation.

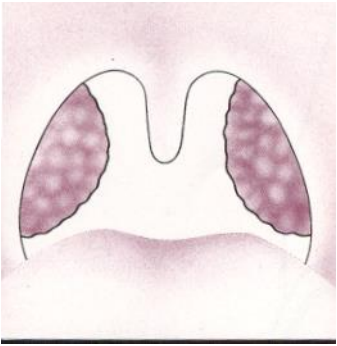
EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

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

Cas particuliers :

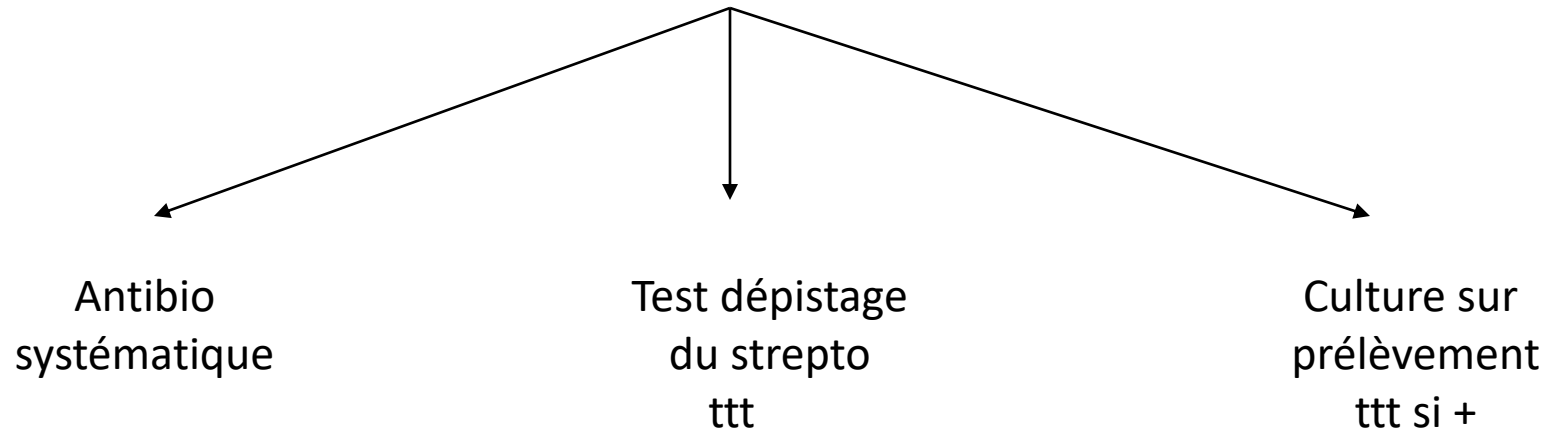
- **NFS** : angine trainante, complications locorégionales, certains aspects spécifiques : fausses membranes, Sd MN, angine ulcéro-nécrotique bilatérale (recherche de signes de leucose aiguë, agranulocytose)
- **Sérologie** : suspicion d'angine spécifique, épidémie
- **Prélèvement oropharyngé (Dc direct,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

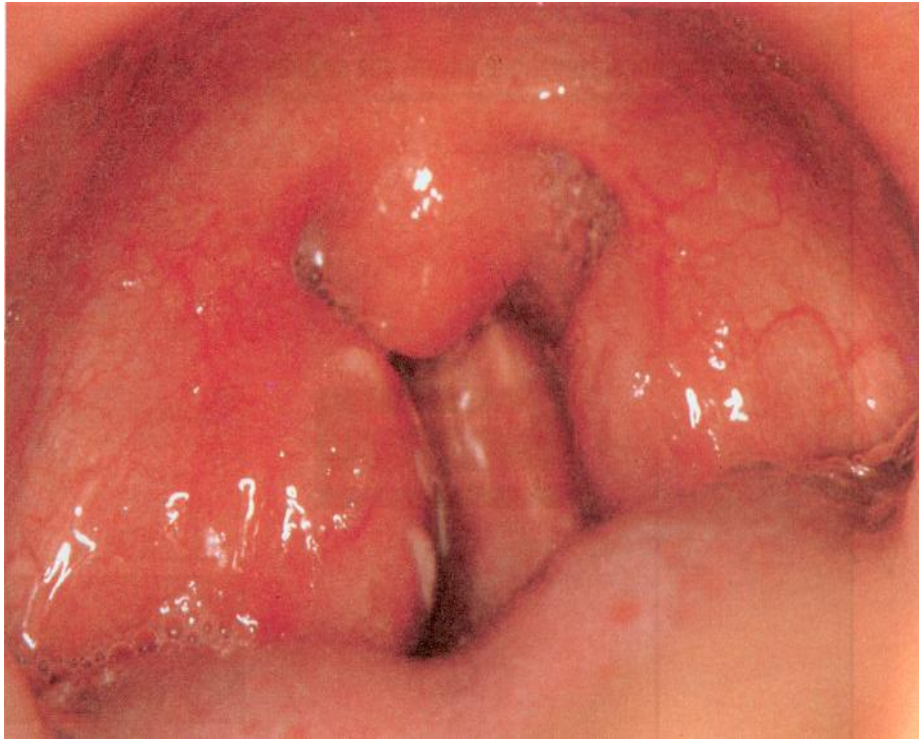
Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée (90%)



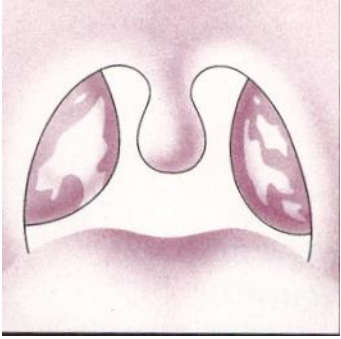
Virales +++

Bactériennes : Streptocoque A, pneumocoque,
haemophilus, staphylocoque...





Attention enfant : risque RAA + glomérulonéphrite

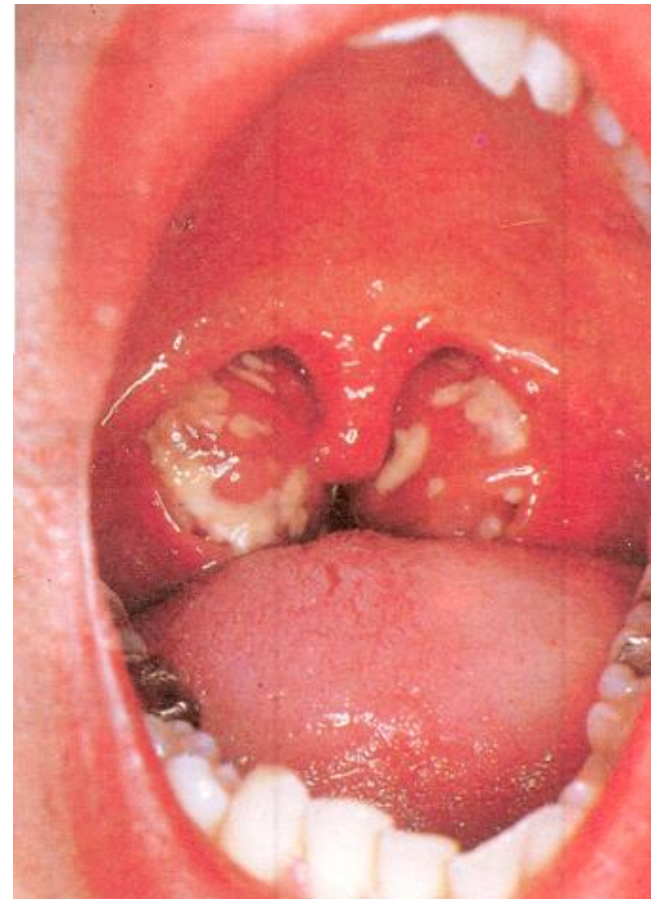


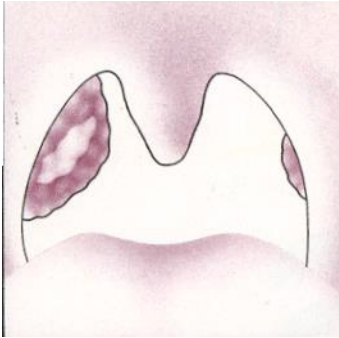
Angine pseudomembraneuse (<5%)

Clinique
NFS (lymphocytes)
MNI test
prélèvement de gorge

Diphtérie

**Mononucléose
infectieuse**





Angine ulcérée (5%)

Bilatérale



NFS en urgence

Hémopathies
et agranulocytose

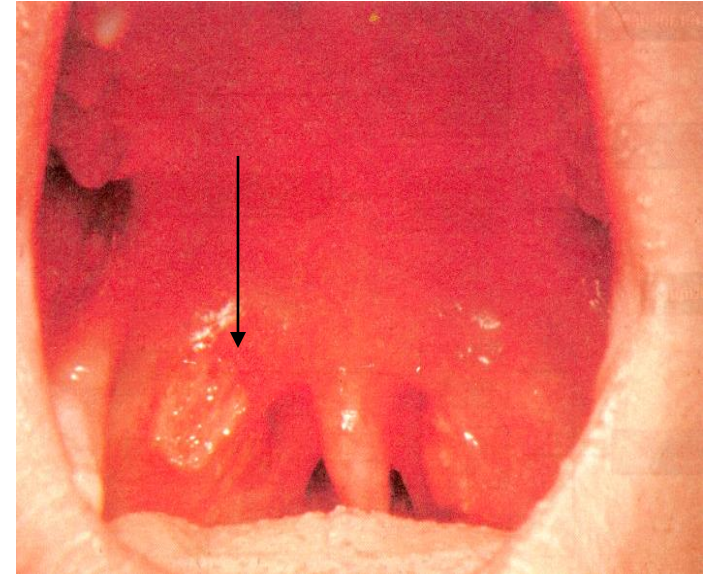
Unilatéral

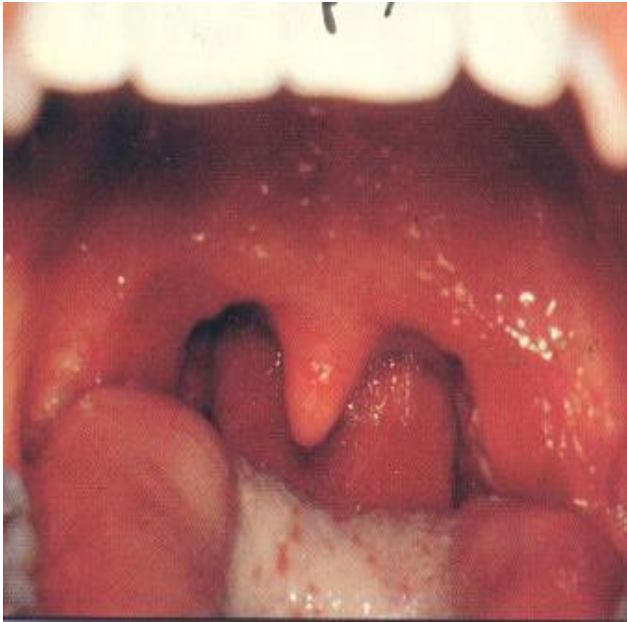


Prélèvement de gorge

+ palpation

Angine de Vincent
Syphilis
Cancer : carcinome épidermoïde





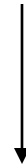
Angine vésiculeuse (<5%)

Bilatérale

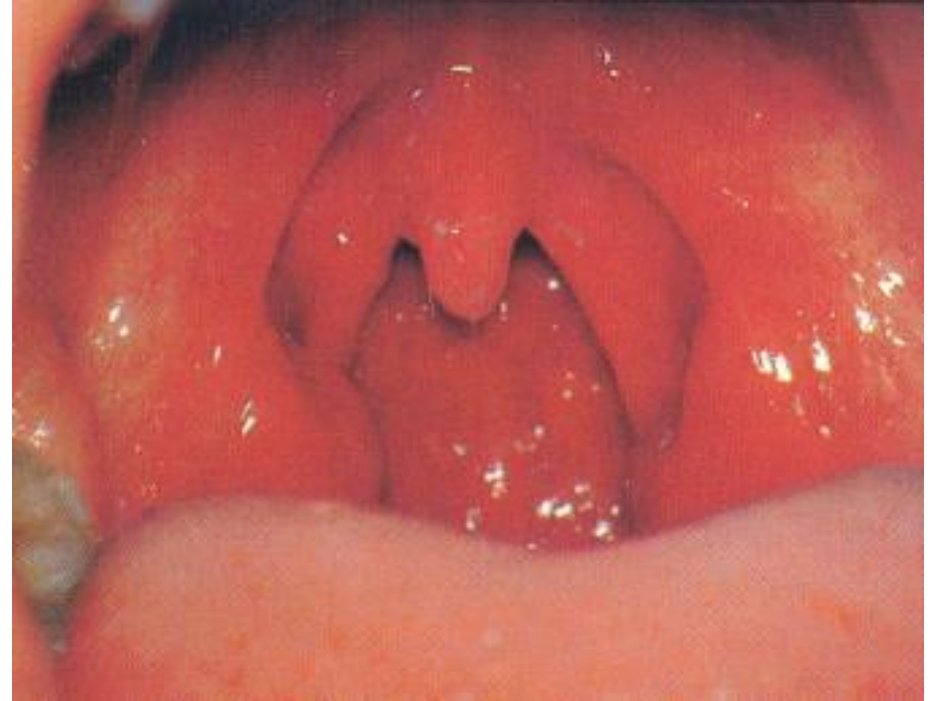
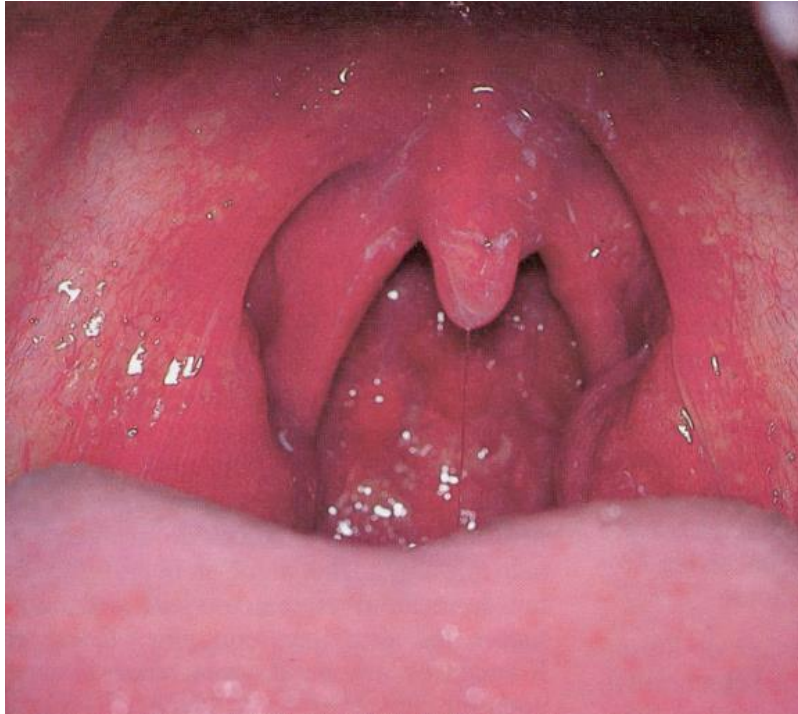


Herpangine : *Coxsackie virus*
Angine herpétique HSV

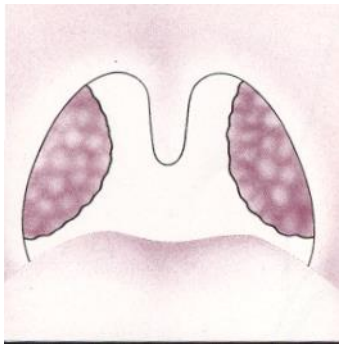
Unilatérale



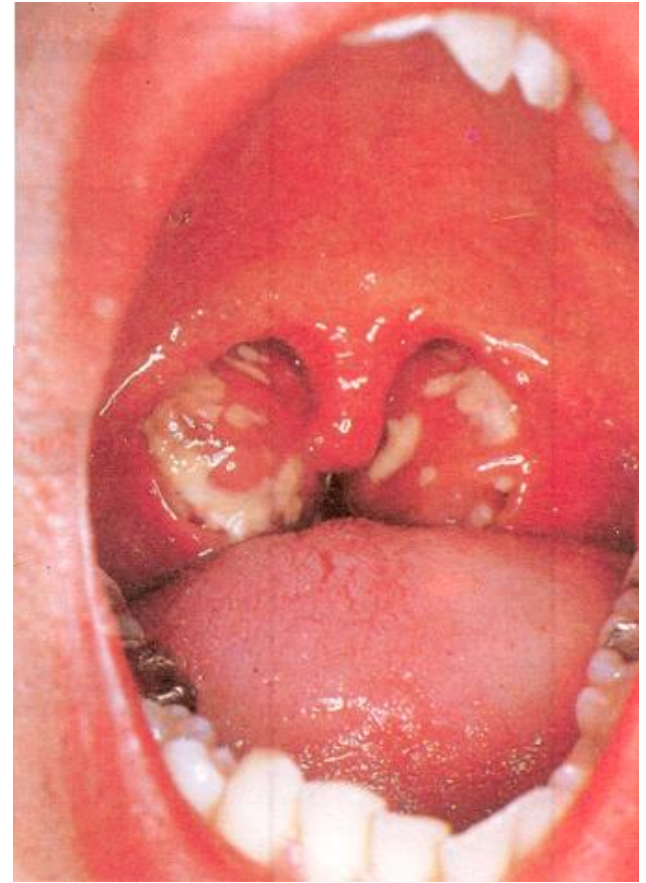
Zona : VZV



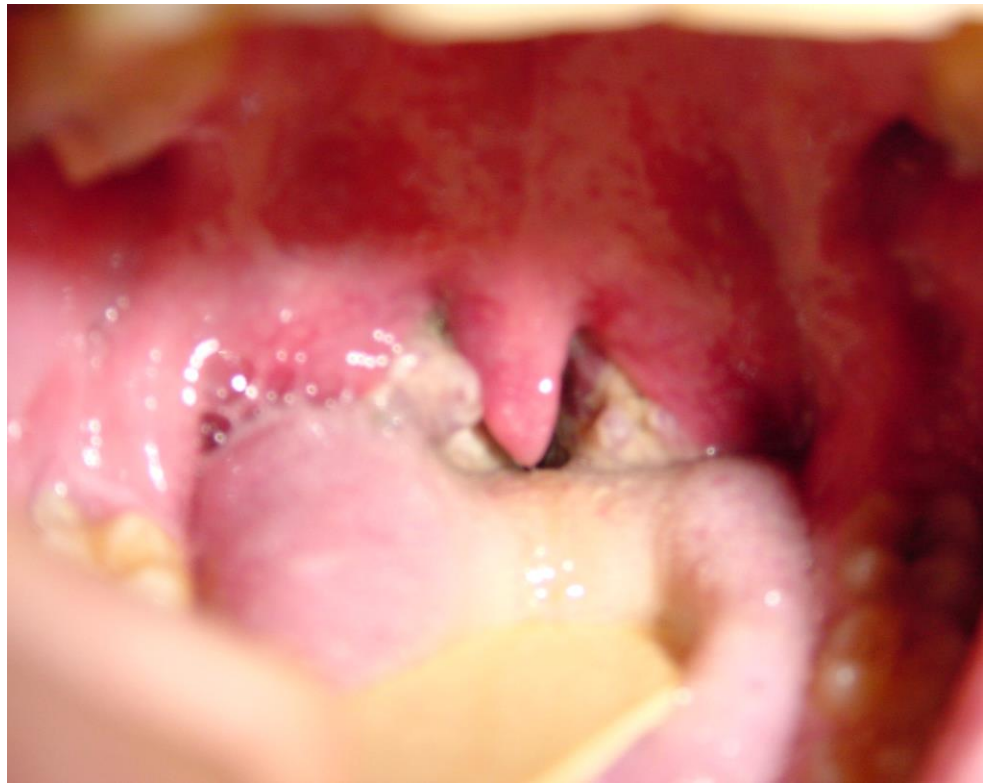
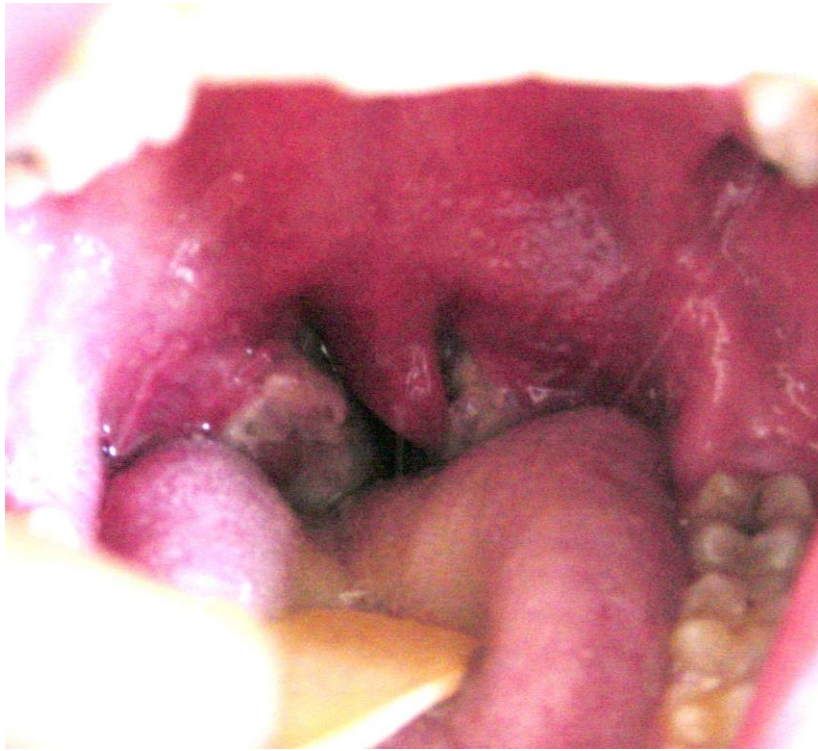
Angine rouge (érythémateuse)



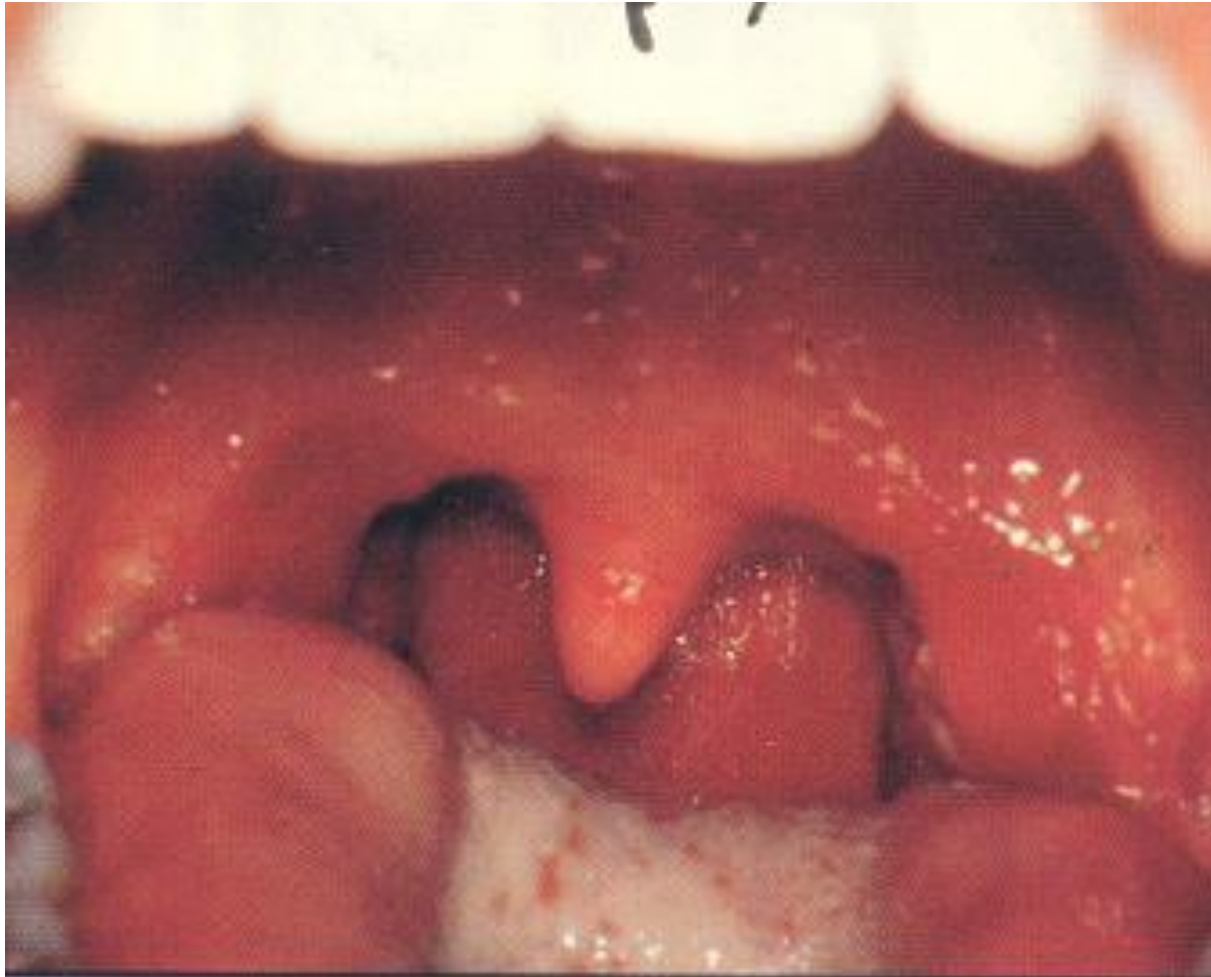
Angines érythémato-pultacées



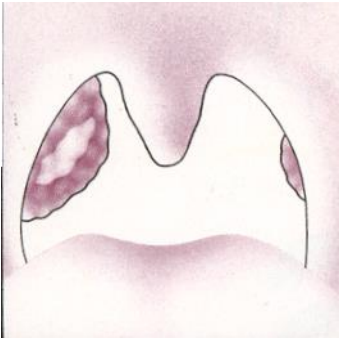
Angines pseudo-membraneuses



Angines pseudo-membraneuses



Angine vésiculeuse bilatérale



Angines ulcéro-nécrotiques unilatérales

V.DIAGNOSTIC

Diagnostic positif : Clinique +++

- Douleur pharyngée
- Syndrome infectieux
- Adénopathie
- Rougeur pharyngée

Diagnostics différentiels :

- **Le zona pharyngien**

En cas d'atteinte du nerf glosso-pharyngien (IX), cette forme de zona est très rare et se caractérise par une éruption vésiculeuse strictement unilatérale, siégeant sur le voile, le tiers supérieur des piliers amygdaliens, le palais osseux, respectant généralement l'amygdale palatine homolatérale.

- **Le cancer de l'amygdale.**

L'âge (> 55 ans), un contexte éthylo-tabagique, l'absence de signes infectieux généraux, la présence d'une ulcération unilatérale qui dépasse les limites de l'amygdale palatine, l'induration profonde, le saignement au toucher, la présence d'une ou plusieurs adénopathies homo-latérales, dures, non douloureuses, plus ou moins fixées aux plans profonds doivent faire évoquer systématiquement un cancer de l'amygdale et conduire à une biopsie pour étude histologique.

.

- **Les hémopathies**

- **En cas de neutropénie isolée**

L'origine peut être d'origine toxique, médicamenteuse ou idiopathique. L'examen de l'oropharynx retrouve, dans les formes évoluées, des lésions ulcérées, recouvertes d'un enduit nécrotique, étendues à toute la muqueuse oropharyngée et d'extension rapide. Ces lésions ne saignent pas et ne suppurent pas. Il n'y a pas de ganglions cervicaux. L'hémogramme et le myélogramme retrouvent une agranulocytose sans atteinte des autres lignées sanguines.

- **En cas de leucémie aiguë**

L'examen retrouve une ulcération des amygdales palatines, généralement bilatérale, associée à une gingivite hypertrophique. Ces lésions sont très souvent hémorragiques et évoluent rapidement vers la nécrose. Un hémogramme et un myélogramme doivent être pratiqués en urgence, permettant de confirmer le diagnostic.

VI.ÉVOLUTION-COMPLICATIONS

- Parmi les infections **suppuratives**, on distingue les infections localisées qui peuvent être collectées (phlegmon péri-amygdalien, abcès rétropharyngé, adénophlegmon) ou non (cellulites), des infections extensives à point de départ pharyngé :
- **1) fasciites nécrosantes** ou cellulites extensives avec ou sans extension médiastinale ; **2) syndrome de Lemierre**
- Les complications **non suppuratives** sont essentiellement dues aux angines à SGA non ou mal traitées. Il peut s'agir de complications dont la pathogénie est d'origine immunitaire ou toxinique (relargage de toxine dans la circulation sanguine).

Les complications d'origine immunitaire

- Elles sont consécutives à la mise en circulation de complexes immuns, associant des antigènes du SGA (protéine M1) et des immunoglobulines G qui se déposent surtout au niveau des glomérules rénaux et des articulations, déclenchant l'activation du complément et une réaction inflammatoire.

- Touchent essentiellement les enfants. Leur fréquence diminue du fait de la prescription des antibiotiques.
- Les complications les plus courantes sont le **rhumatisme articulaire aigu (RAA)**, qui reste une urgence thérapeutique du fait du risque cardiaque encouru, et **la glomérulonéphrite post-streptococcique**

- **Les complications toxiques :**

La scarlatine

- Le SGA et exceptionnellement les streptocoques des groupes C et G sécrètent une toxine dite érythrogène ou exotoxine pyrogène. Il en existe plusieurs types nommées A, B, C et D. Ces toxines sont immunogènes et responsables d'une vasodilatation, associée à un œdème dermique et à un infiltrat lymphocytaire.

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

BUTS :

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

MOYENS :

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

Antibiotiques	Posologie quotidienne adulte	Posologie quotidienne enfant	Durée de traitement
Amoxicilline	1g x 2	50 mg/kg/j en 2 prises	6 jours
Cefuroxime-axetil C2G	250 mg x 2		4 jours
Cefotiam C3G	200 mg x 2		5 jours
Cefpodoxime C3G	100 mg x 2	8 mg/kg/j en 2 prises	5 jours
Azithromycine	500 mg x 1	20 mg/kg/j en 1 prise	3 jours
Clarithromycine	250 mg x 2	15 mg/kg/j en 2 prises/j	5 jours
Clarithromycine Lp	500 mg x 1		5 jours
Josamycine	1g x 2	50 mg/kg/j en 2 prises	5 jours

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)

Traitement antibiotique des autres angines bactériennes

- **Angine diphtérique**

Le traitement de la diphtérie repose sur l'amoxicilline pour une durée de 14 jours. En cas d'allergie les macrolides constituent l'alternative. L'antibiothérapie doit être associée à la sérothérapie et à la vaccination à la phase de convalescence car cette infection est très peu

- **Angine gonococcique**

Le gonocoque doit être traité par une injection minute de ceftriaxone. En effet, la sensibilité à la pénicilline a diminué au cours des dernières années, ainsi que celle aux cyclines et aux fluoroquinolones. Les céphalosporines orales sont moins efficaces sur le portage pharyngé du méningocoque.

- **Angine de Vincent**

Le traitement de référence de cette angine nécrotique est l'amoxicilline-clavulamate.

- **Chancre syphilitique**

Le traitement repose sur la benzathine benzylpénicilline à la dose de 2.4 millions d'UI en une injection intramusculaire. En cas d'allergie à la pénicilline, on choisit de préférence la doxycycline.

VIII.CONCLUSION

- Motif de consultation extrêmement fréquent
 Crainte majeure : infection à SBHA,
 complications post-streptococciques
 nécessitant souvent un TRT ATB préventif

EXAMEN CLINIQUE GÉNÉRAL



Examen clinique



EXAMEN DU PHARYNX

- Angine érythémateuse
- Angine érythémato-pultacée
- Angine pseudo-membraneuse
- Angine vésiculeuse
- Angine ulcéreuse

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- TDR
- Prélèvement Bactériologique
- Sérologie si suspicion d'angine virale
- Imagerie si complications

Angine



TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- Pas d'anti-inflammatoires
- Antalgiques (paracétamol)

Traitement



ANTIBIOTIQUES SI ANGINE BACTÉRIENNE

- Amoxicilline
- Céphalosporines
- Macrolides

COMPLICATIONS LOCALES ET À DISTANCE

- Phlegmon péri-amygdalien
- Abscess para-pharyngé
- Adénophlégon
- Cellulite cervicale
- Médiastinite
- Syndrome de Lemierre

Ne pas oublier



COMPLICATIONS SYSTÉMIQUES

- Toxiniques
- Glomérulonéphrite post-streptococcique
- Rhumatisme articulaire aigu
- Complications cardiaques
- Complications neurologiques

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. Peyramond D, Raffi F, Lucht F, :traitement antibiotique des angines ,indications,modalités,durée, Med Mal Infec 1997.27.Spécial: 434-49
2. Bisno al Acute pharyngitis:etiology and diagnosis Pediatrics 1996.97 ç6pt2):949-54
3. 10^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti infectieuse 19juin 1996 Lyon: les infections ORL Med mal infec 1997.27.Spécial 334-54

L'HONNÊTETÉ
M'OBLIGE
À PARFOIS
POSER
SUR MON
TRAVAIL

UN
REGARD
CRITIQUE
MAIS
CONSTRUCTIF

