

CHU Constantine

Service ORL

Module ORL 6ème année 19 / 10 / 2016

Dr Chaouche

Les angines et les pharyngites de l'enfant et de l'adulte

Introduction

A la naissance, l'enfant ne possède comme moyen de défense immunitaire que les seules IgG maternelles, cette arme anti-infectieuse est passive et temporaire (6mois) durant cette période, l'enfant met en place ses propres moyens d'acquisition immunitaire : SON tissu lymphoïde.

L'antigène nécessaire à cette synthèse pénètre dans l'organisme par les fosses nasales et entre d'abord en contact avec la muqueuse du rhinopharynx, entraînant ainsi le développement de l'amygdale pharyngée, puis dans un second temps, au niveau de l'oropharynx (amygdales palatines), enfin le long du tube digestif (plaques de PEYER)

Ce contact entre les antigènes (viraux ou bactériens) et le tissu lymphoïde, provoque l'hypertrophie de ce dernier, d'abord une hypertrophie de l'amygdale pharyngée (végétation adénoïde) puis hypertrophie des amygdales palatines.

Cette hypertrophie du tissu lymphoïde doit DONC être considérée non pas comme une manifestation pathologique, mais comme une réaction normale d'un organisme en voie de maturation immunitaire ou « maladie d'adaptation »

En revanche, les rhinopharyngites et les angines de l'enfant sont considérées comme véritablement pathologiques, lorsqu'elles se répètent trop souvent ou lorsqu'elles entraînent des complications.

« La rhinopharyngite aiguë »

La rhinopharyngite aiguë est la première pathologie infectieuse de l'enfant est la première cause de consultation en pédiatrie

Elle est définie comme une atteinte inflammatoire du rhinopharynx +/- des fosses nasales

Cette inflammation chez l'enfant constitue une adaptation naturelle au monde microbien.

Elle est principalement d'origine virale et reste une pathologie bénigne, d'évolution spontanément favorable en 7 à 10 jours.

Etiologie :

Les virus sont de très loin les principaux agents pathogènes des rhinopharyngites :

Rhinovirus, coronavirus, virus respiratoire syncytial (VRS), virus influenzae, adénovirus.....

Diagnostic clinique

Le diagnostic positif est purement clinique, Le tableau clinique associe :

Un syndrome infectieux :

- Une fièvre : 38 à 39 ° avec parfois des vomissements et une diarrhée
- ADP cervicales bilatérales et douloureuses.

Une rhinite :

- Obstruction nasale, Rhinorrhée mucopurulente, Prurit nasal et éternuement.

Pharyngite :

- Odynophagie et dysphagie (refus de l'alimentation), Toux, Inflammation du pharynx

Autres : on peut avoir une obstruction tubaire et donc une légère surdité de transmission.

L'examen clinique ne se limite pas à l'examen de la cavité buccale et des fosses nasales, on doit examiner aussi :

- l'oreille (otoscopie)
- Auscultation pulmonaire.
- Examen digestif
- Examen méningé

Les angines

Evolution

L'évolution est le plus souvent spontanément favorable en 7 à 10 jours.

- Les signes devant faire consulter :
 - Fièvre après 72 h de traitement antipyrétique
 - Persistance de symptômes après 10 jours
 - Gêne respiratoire
 - Troubles digestifs
 - Alimentation diminuée de plus de 50 %
 - Modification de comportement de l'enfant.

Complications

Généralement d'origine bactérienne, elle nécessitera donc un traitement antibiotique :

- OMA
- Sinusites aiguës : surtout l'ethmoidite.
- Rhinopharyngites récidivantes : plus de 6 épisodes par an

Autres complications :

- Digestives : diarrhée, vomissement et déshydratation.
- Complications de l'hyperthermie : convulsion fébrile.

Traitement :

Le traitement est uniquement SYMPTOMATIQUE

PAS d'antibiotique, PAS de corticoïde et PAS d'AINS

- Traitement antipyrétique :
 - PARACETAMOL 60 mg /kg/j per os en 4 prises
- Mesures physiques de lutte contre l'hyperthermie : hydrater, dévêtir sans découvrir.
- Lavage des fosses nasales au sérum salé
- Mouchage du nez

« Les angines »

Les angines ou amygdalites aigues sont les inflammations aiguës de l'amygdale palatine.

Les angines sont virales dans 60 à 80 % des cas (selon l'âge)

Dans les angines bactériennes, le streptocoque b hémolytique du groupe A et le germe le plus souvent en cause.

On distingue 4 types d'angines :

- Erythémateuses (rouge) ou erythématopultacées (blanche)
- Pseudomembraneuses
- Vésiculeuses
- Ulcéreuses et nécrotiques

Etiologie :

erythématopultacées	Pseudomembraneuses	vésiculeuses	Ulcéro nécrotiques
Virales : EBV, adénovirus, rhinovirus, adénovirus..... Bactérienne : SBHGA, staphylocoque, pneumocoque....	MNI : EBV Diphthérie : corynebacterium diphthériae	Herpangine : coxsackie Angine herpétique : virus herpès simplex	Angine de Vincent : bactérie fuso spirillaire Syphilis : treponema pallidum

Diagnostic clinique :

Le tableau clinique associe

- Fièvre d'intensité variable.
- Odynophagie, Dysphagie
- Otalgie reflexe
- Céphalées
- ADP satellite sensible inflammatoire.

Examen clinique :

- L'examen de la cavité buccale : à l'abaisse langue et éclairage.
- Examen ORL complet : nez sinus oreille....
- Palpation du cou : ADP
- Examen général : température, hydratation, auscultation pulmonaire.

Les formes cliniques :

L'examen de la cavité buccale et l'aspect des amygdales ne permettent pas de poser le diagnostic d'une angine virale ou bactérienne, Seul le TDR (test de diagnostic rapide) permet de confirmer l'origine bactérienne, mais malheureusement ce dernier (TDR) n'est pas encore disponible chez nous. Cependant quelques éléments de l'examen clinique peuvent nous orienter :

- Fièvre supérieure à 38°
- Présence d'exsudat
- ADP cervicale douloureuse
- Absence de toux
- Age : +1 de 3 à 14 ans -1 à partir de 45 ans

Chaque item valant un point, soit un score de 0 à 4

0 = fort possible l'angine est virale

4= fort possible l'angine est bactérienne.

1- Les angines Erythémateuses (rouges) ou erythématopultacées (blanches)

- Elles sont souvent virales (EBV, oreillons, grippe, rougeole, rubéole....)
- Si elles sont bactériennes, il s'agit souvent de streptocoque b hémolytique du groupe A mais aussi : streptocoque hémolytique non A, staphylocoque, pneumocoque.....
- Rouges : le pharynx et rouge vif, les amygdales tuméfiées sans exsudat pultacé.
- Blanches : elles se caractérisent par la présence sur des amygdales rouge vif d'un exsudat pultacé, gris jaunâtre, punctiforme ou en trainées.

2- Les angines pseudomembraneuses ou a fausses membrane :

Devant une angine à fausses membranes, deux diagnostics sont à évoquer, la mononucléose infectieuse ou MNI et la diphtérie.

MNI :

- Il s'agit d'une primo infection à Epstein Barr virus EBV
- Touche surtout l'adolescent ou l'adulte jeune (15 à 25ans)
- Transmission orale par la salive : « maladie du baiser »
- Cliniquement on a une angine pseudomembraneuse, un purpura du voile, œdème de la luette, des ADP cervicales, fièvre et asthénie ++++ et parfois une splénomégalie.
- L'administration d'un antibiotique PENI A, l'amoxicilline par exemple, provoque une éruption cutanée maculo-papuleuse assez caractéristique de la MNI.

Les angines

- Paraclinique :
- FNS : syndrome mononucléosique (hyperleucocytose avec mononucléose hyperbasophile)
- un syndrome inflammatoire biologique.
- MNI test
- Sérologie EBV
- Et il faut faire un prélèvement bactériologique pour éliminer une diphtérie car les deux (diphtérie et MNI) se manifestent par une angine pseudomembraneuse.

Diphtérie :

- Il s'agit d'une infection a corynebacterium diptheriae ou bacille de klebs loeffler.
- Contamination interhumaine aérienne.
- Actuellement très rare (vaccination), mais il faut toujours l'évoquer devant une angine pseudomembraneuse (sujets non vaccinés, originaire d'une zone d'endémie) et il faut l'évoquer aussi à cause de sa gravité.
- Cliniquement :
- Altération de l'état général, avec fièvre, pâleur, asthénie +++ et tachycardie.
- Coryza unilatéral.
- ADP sous maxillaire.
- Le diagnostic de certitude est posé par : prélèvement bactériologique pharyngé.
- Il s'agit d'une urgence médicale (complications graves : atteinte neurologique, cardiaque, diffusion a l'arbre trachéo-bronchique et LA MORT)
- Devant une diphtérie il faut : HOSPITALISER, DECLARER, ISOLER et VACCINER.
- Et ne pas oublier d'examiner l'entourage aussi.

	MNI	diphtérie
clinique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asthénie 2. Œdème de la luette et purpura du voile 3. Polyadénopathies et SPM 4. Rush cutané si prise d'ampicilline. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asthénie 2. AEG, pâleur tachycardie 3. Adénopathie sous maxillaire unilatérale 4. Coryza unilatéral
Les fausse membranes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Détachables 2. Respectant la luette 3. Non hémorragique 4. Non confluyente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adhérentes 2. Envahissant la luette 3. Hémorragique 4. confluyente

3- Angines ulcéreuses ou ulcéronecrotiques

Angine de vincent :

- Infection par une association fuso-spirillaire : bacille fusiforme + spirochète.
- Elle touche surtout l'adulte jeune et les adolescents à état général médiocre (fatigue, surmenage, période d'examen....), une hygiène bucco-dentaire médiocre est souvent associée (gingivite, carie...)
- Les signes généraux et fonctionnels sont peu marqués, avec un état subfébrile, une asthénie, une dysphagie unilatérale et surtout une haleine fétide.
- L'examen de la cavité buccale montre une ulcération limitée de l'amygdale et recouverte d'un enduit pultacé blanc grisâtre, souvent unilatérale.
- le prélèvement de la gorge objective l'association fuso spirillaire (bactéries anaérobiques).

Le chancre syphilitique de l'amygdale :

- Une ulcération amygdalienne unilatérale repose sur une induration.
- Polyadénopathies cervicales : un gros ganglion central entouré de ganglions plus petits.
- La sérologie syphilitique (VDRL, TPHA, FTA) et le prélèvement de gorge (*treponema pallidum*) confirment le diagnostic.
- NB : devant une ulcération chronique de l'amygdale, il faut toujours éliminer un cancer de l'amygdale.

4- Angines vésiculeuses.

L'angine vésiculeuse se rencontre sous forme de petites vésicules siégeant au niveau des amygdales, le pilier antérieur, le voile ou plus généralement de la cavité buccale.

Herpangine :

- Infection par le virus COXSACKIE du groupe A
- Touche surtout les enfants 1 à 7 ans.
- La fièvre est modérée
- Les vésicules intéressent l'amygdale, le pilier antérieur, le voile, mais respectent la cavité buccale.
- Cas particulier : syndrome pied-main-bouche : associe une angine vésiculeuse + une éruption cutanée vésiculaire de la paume des mains et de la plante des pieds.

L'angine herpétique :

- Due au virus herpès simplex VHS
- Un herpès labial et narinaire est souvent associé
- Le début est brutal, avec une fièvre 39 à 40°, dysphagie intense et frisson.

Les complications :

Les angines à streptocoque b hémolytique du groupe A

Locales :

1. *Phlegmon péri amygdalien (PPA)*
 - Avec la triade : tuméfaction (voussure) du voile du palais, œdème de la luette et trismus
 - Souvent secondaire à une prise d'AINS.
 - Son traitement est médico-chirurgical : ponction à l'aiguille (bactériologie) puis incision de drainage, antibiotique, et arrêt des AINS.
2. *Abcès retropharyngé*
3. *Adénophlegmon.*

Générales : syndromes post-streptococciques

1. *Rhumatisme articulaire aigu RAA :*
 - Manifestations articulaires : allant de la mono arthrite à la polyarthrite, touchant plutôt les grosses articulations.
 - Atteinte cardiaque : endocardite, myocardite, et péricardite et les pancardites sévères avec décès.
 - Atteinte neurologique : chorée de Sydenham : mouvements involontaires archaïques bilatéraux (danse).
 - Atteinte cutanée : nodosité de myermet ou un érythème marginé qui touche la racine des membres et du tronc.
2. *Glomérulonéphrite aiguë post streptococcique.*
 - Apparition après un intervalle de 15 jours
 - Début brutal avec : douleur abdominale, œdèmes, HTA.
3. *Erythème noueux* : dermohypodermite nodulaire inflammatoire et bilatérale au niveau de la face d'extension des membres.

MNI :

- Anémie hémolytique auto immune
- Cytolyse hépatique aiguë
- Rash cutané à l'amoxicilline.

La diphtérie :

- Myocardite
- Atteinte neurologique
- Extension à l'arbre trachéo bronchique

Les angines

Le traitement :

Le but :

- Diminution du risque de contagiosité
- Disparition plus rapide des symptômes
- Eviter les complications locales et générales

Angines virales :

- Pas d'ATB
- Pas de corticoïde
- Pas d'AINS
- Antipyrétique : PARACETAMOL : enfant : 60 mg /kg/j en 4 prises
Adulte : 3g /j en 3 prises
- Désobstruction rhinopharyngée
- Bain de bouche antiseptique
- Alimentation molle froide
- Repos.

Angine bactérienne : (streptocoque)

- Amoxicilline : enfant 50 mg /kg/j en 2 prises pendant 6 jours
Adulte : 2g /j en 2 prises pendant 6 jours
- Si allergie bénigne a la pénicilline : C2G ou C3G pendant 5j
- Si allergie sévère a la pénicilline : les macrolides.
- Antipyrétique : PARACETAMOL : enfant : 60 mg /kg/j en 4 prises
○ Adulte : 3g /j en 3 prises
- Désobstruction rhinopharyngée
- Bain de bouche antiseptique
- Alimentation molle froide
- Repos.

Angine diphtérique :

Diphtérie= hospitaliser, déclarer, isoler, vacciner.

Hospitalisation

Isolement du malade (jusqu'à un mois)

Sérothérapie anti diphtérique

ATB : peni G en IV

Déclaration obligatoire

Vaccination.

Angine de Vincent :

Pénicilline + metronidazole ou amoxicilline +clavulamate

Le chancre syphilitique de l'amygdale :

Extencilline 2.4 MUI en IM

Les angines

Indication de l'adénoïdectomie : traitement chirurgical des végétations adénoïdes :

1. Syndrome d'apnée du sommeil (SAS)
2. Otite seromucosée
3. Gène mécanique importante et permanente à la respiration
4. Otite moyenne aiguë récidivante

Indication de l'amygdalectomie :

1. ATCD de phlegmon péri amygdalien PPA ou ATCD de complication post streptococcique
2. Angines à répétition : 3 à 4 par hiver sur 2 hivers consécutifs.
3. Hypertrophie amygdalienne obstructive
4. Retentissement staturo-pondéral ou absentéisme scolaire.

La rhinopharyngite est la première pathologie infectieuse de l'enfant et la première cause de consultation en pédiatrie, elle est presque toujours virale, et donc ne justifie pas une antibiothérapie inutile et coûteuse.

L'angine peut être bactérienne dans 20 à 40 % des cas (selon l'âge), l'amoxicilline est l'antibiotique de choix, pour une durée de 6 jours.

Les AINS et les corticoïdes n'ont pas d'indication dans cette pathologie.

L'aspect des amygdales à l'examen clinique, ne permet pas de poser le diagnostic d'une angine bactérienne ou virale, l'EBV par exemple peut se manifester par une angine rouge, blanche, pseudomembraneuse et même vésiculeuse.

Devant une diphtérie, il faut : HOSPITALISER, ISOLER, DECLARER, VACCINER et examiner l'entourage des malades.

Les indications de l'amygdalectomie sont bien précises, il faut les connaître, pour pouvoir sélectionner les malades.

DR CHAUCHE

Les angines

Les 10 reflexes

Les 4 types d'angines	Erythémateuses erythématopultacées Pseudomembraneuses Vésiculeuses Ulcéreuses et nécrotiques
Les 4 éléments qui orientent vers une origine bactérienne ou virale d'une angine	Fièvre supérieure à 38° Présence d'exsudat ADP cervicale douloureuse Absence de toux
Fausse membrane d'une MNI Les 4 :	Détachables Respectant la luette Non hémorragique Non confluentes
Fausse membrane d'une diphtérie Les 4 :	Adhérentes Envahissant la luette Hémorragique confluentes
Les 4 réflexes devant une diphtérie	Hospitaliser Isoler Déclarer vacciner
Les 4 indications d'adénoïdectomie	Syndrome d'apnée du sommeil (SAS) Otite seromucosée Gene mécanique à la respiration Otite moyenne aiguë récidivante
Les 4 indications d'amygdalectomie	ATCD de complications locales ou générales Angines à répétition Hypertrophie amygdalienne obstructive Retard de croissance staturo-pondérale ou scolaire.
Les 3 complications locales d'une angine	PPA Abscessus retropharyngé Adénophlegmon
Les 3 complications générales d'une angine	RAA GNA post-streptococcique Erythème noueux
L'angine est souvent virale	L'antibiothérapie n'est pas systématique.

DR CHAOUCHE

