

LES ANGINES

**Rapport de stage de
Monsieur Jean Paul TERMINE
Interne DES MG NOVEMBRE-MAI 2008**

Faculté de Médecine de l'Université Aix – Marseille

Enseignant clinicien Ambulatoire

Dr CHEVALLIER Pierre-François

SOMMAIRE

- 1 Présentation du cas clinique (4)
 - 1.1 Antécédents (5)
 - 1.2 Consultation (6-10)
- 2 Généralités (11)
 - 2.1 définition
 - 2.2 épidémiologie (12)
- 3 Les différents types d'angines (13)
 - 3.1 Angine érythémateuse
 - 3.2 Angine érythémato-pultacée
 - 3.3 Angine ulcéro-nécrotique
 - 3.4 Angine pseudo-membraneuse
 - 3.5 Angine vésiculeuse
 - 3.6 Gorge propre : douleur projetée ?



A decorative graphic at the top of the slide consists of six circles arranged in a horizontal line. The first two circles are partially overlapping and contain the text 'SOMMAIRE'. The first circle is solid light purple, and the second is a white circle with a light purple outline. The remaining four circles are also in a horizontal line, with the first and last being solid light purple and the middle two being white with light purple outlines.

SOMMAIRE

4 Prise en charge ambulatoire des angines érythémateuses et érythémato-pultacées : problématique

5 Score clinique Mac Isaac

6 TDR-SGA

6.1 Présentation

6.2 Validité

6.3 Intérêts

6.4 enquête CNAM

7 Angine à SGA: évolution avec ou sans traitement

8 Quels traitements ?

1. CAS CLINIQUE



• **Damien, 11 ans est amené par sa mère pour une fièvre à 39°C et une éruption cutanée de type morbiliforme depuis deux jours.**

ENFANT F. se présentant pour une Fièvre avec éruption cutanée



- Damien, 11 ans est amenée par sa mère pour une fièvre à 39°C et une éruption cutanée de type morbiliforme depuis deux jours.
- Dans ces ATCD rien a signalé pas de chirurgie pas de traitement ni d'allergie
- Poids (kg) = 39,500 kg Taille (cm) = 157,0 cm.
- A l'interrogatoire on note : abattement, lassitude, céphalée, obstruction, écoulement nasal, otalgie, mal à la gorge.
- L'examen clinique retrouve un EXANTHEME s'effaçant à la vitro pression, belle angine érythémateuse avec quelques tâches purpuriques du voile avec quelques adénopathie cervicale ant., examen cardio-pulmonaire sans particularité.

EXANTHEME s'effaçant à la vitro pression



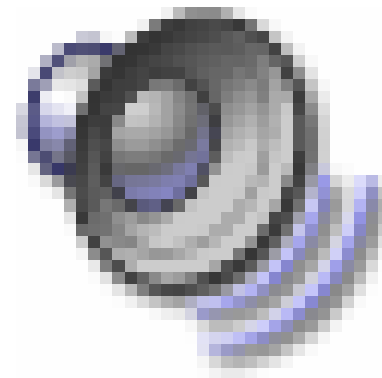
16.11.2007

Belle angine érythémateuse avec quelques tâches purpuriques du voile



ENFANT F. se présentant pour une éruption cutanée

- TDR positif
- Score Mac Isaac = 4
- Hypothèses :
 - Angine à SGA
 - Angine d'origine virale : EBV, CMV
- Diagnostic le plus probable :
SCARLATINE



ENFANT F. se présentant pour une éruption cutanée



- **Traitement :**

1. Traitement symptomatique
2. ATB mise sous Amoxicilline pendant 6 jours
3. Eviction scolaire pendant 5 jours
4. Pas de sport pendant 2 semaines

CERTIFICAT EVICTION SCOLAIRE



Digne les Bains, le 16/11/2007

- Je soussigné, Docteur C/T. , certifie que l'état de santé de **Damien F.**, demeurant ..., lui impose le repos à son domicile pour une durée de 5 jours et une **dispense d'activité sportive** de 14 jours .
- Certificat remis en main propre à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit

2. Angine 1 définition

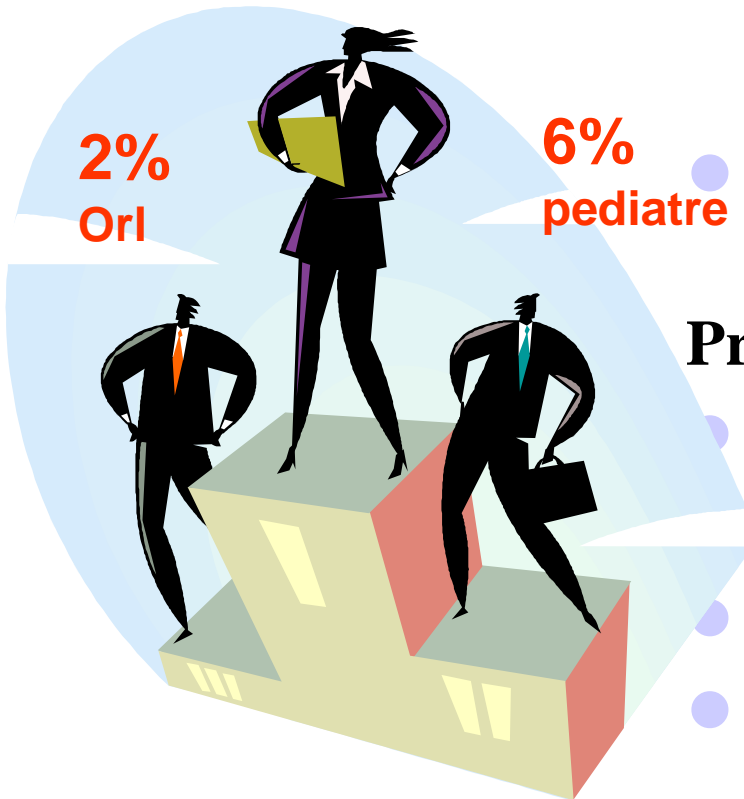
- **Inflammation d'origine infectieuse des amygdales, voire de l'ensemble du pharynx**
- **Syndrome qui associe de façon variable**
 - **une fièvre,**
 - **une gêne douloureuse à la déglutition (odynophagie)**
 - **et des modifications de l'aspect de l'oropharynx.**

2. 2 EPIDEMIOLOGIE

93%
généraliste

2%
Orl

6%
pediatre



En France : 9 millions de diagnostics/ an

- Entre 4,5 et 5,5% des actes chez les 3-19 ans (observatoire de la médecine générale 2007)

- chez l'adulte, une angine motivera un arrêt de travail dans 20 % des cas.

Prise en charge ambulatoire :

- médecins **généralistes dans 93 %** des cas, suivis des **pédiatres dans 5 à 6 %** des cas
- puis des **ORL dans 1 à 2 %** des cas.
- Avant la campagne CNAM et la diffusion du TDR: plus de 80% des angines étaient traitées par ATB

3. Approche diagnostique suivant l'aspect de l'oropharynx

- 3.1 Angine érythémateuse
- 3.2 Angine érythémato-pultacée
- 3.3 Angine ulcéro-nécrotique
- 3.4 Angine pseudo-membraneuse
- 3.5 Angine vésiculeuse
- 3.6 Gorge propre : douleur projetée ?

3. 1 & 2 Angines érythémato-pultacées



VIRAL > 60%

Angines érythémateuses ou érythémato-pultacées : ETIOLOGIES

• Enfants :

- virales : 60 à 75 %
- SBHA : 25 à 40 %

• Adultes :

- virales : 75 à 90 %
- SBHA : 10 à 25 %

**STREPTOCOQUE beta
Hemolytique A**

< 40%

Virus :

- rhinovirus,
- coronavirus
- VRS
- virus influenzæ
- virus parainfluenzæ
- adénovirus
- EBV
- HIV

Les germes intracellulaires (mycoplasme, chlamydia) ne donnent pas d'angines.
Ils peuvent provoquer une inflammation pharyngoamygdalienne dans le cadre d'une infection respiratoire basse.

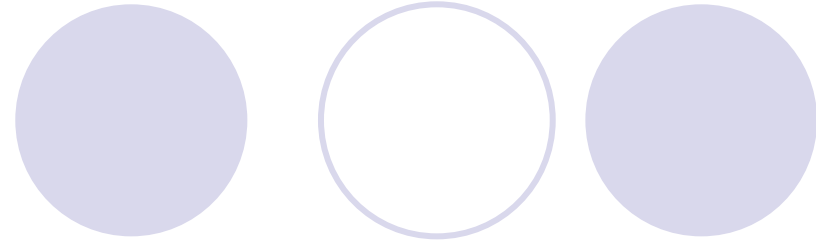
3. 1&2 Etiologie suite (autres bactéries)

- **Streptocoque β -hémolytique du groupe C , G, E, F** et *Arcanobacterium haemolyticum* Rôle mineur
- **Gonocoque** (adulte, contexte ++)
- **Germes commensaux** : *haemophilus influenzae et para-influenzae*, *Moraxella catarrhalis*,, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *anaérobies divers*
- ***Fusobacterium necrophorum* ?** anaérobie Gram négatif peu sensible à la pénicilline

Cause de :

- pharyngites persistantes chez l'adulte? (Batty J of Infect 2005)
- de l'exceptionnel Syndrome de Lemierre (Ramirez Pediatrics 2003)
- Facteur de risque de Lemièrre: corticoïdes, MNI, angine de Vincent

3. 1&2 Complication **SCARLATINE**



- Touche surtout l'enfant & Rare en France

- **Clinique**

Incubation silencieuse de 4-5 jours

Début brutal avec fièvre 39-40°

Angine érythémateuse

Adénopathie cervicale

Nausées

Puis 48h après: EXANTHEME SCARLATINIFORME

Aspect « granité » au touché

Disparition en 3 à 10 jours

- **Diagnostic différentiel**

Maladie de Kawasaki

- **Prophylaxie**

EVICITION SCOLAIRE

Déclaration OBLIGATOIRE

Antibioprophylaxie des sujets contacts

3. 3 Angines ulcéro-nécrotiques



3. 3 Etiologie

Angines ulcéro-nécrotiques

- Angine de Vincent

Peu fébrile, haleine fétide

Contexte ++, mauvais état bucco dentaire

Association fuso-spirillaire anaérobie (Fusobactérium et spirochète, examen direct)

- Chancre syphilitique

Contexte pas toujours évident , y penser !

→ demander un TPHA, VDRL

- Rechercher une hémopathie, agranulocytose

- Mucite

→ dans tous les cas: NFS, prélèvement de gorge+++

3. 4 Angine pseudo-membraneuse



3. 4 Etiologie

Angines pseudo-membraneuses

- Mono Nucléose Infectieuse

7% de toutes les angines?

Peut être érythémateuse au début, puis EP...

Fausse membranes respectant la luette

Adénopathies cervicales, éruption maculo-papuleuse, splénomégalies

Documenter (NFS, sérologie MNI test)

Pas d'ATB et pas d'Amoxicilline (risque eruption cutanée ++).

- Penser à la **diphthérie**

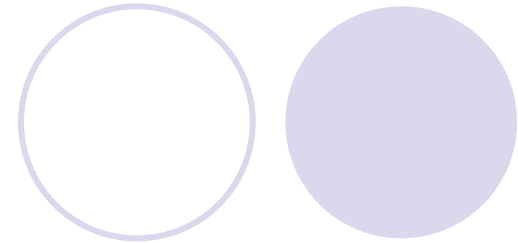
Voyageurs (Europe de l'est, Afrique)

Fausse membranes extensives adhérentes, débordant les amygdales..

En France depuis 2002 : 3 cas importés, 4 cas de *Corynebacterium ulcerans* toxigène

DO, ATB, sérothérapie, isolement, antibio-prophylaxie et vaccination des contacts

3. **5 Angines vésiculeuses : Etiologie toujours virales**



Herpangine : coksackie du groupe A

Enfant ; coxsackie virus du groupe A (rarement coxsackie B ou échovirus) .

- épidémie d'été; contagé direct oropharyngé.
- début brutale; incubation de 4 à 10 j..
- fièvre, céphalées, Diarrhée Aigue, vomissements.
- évolution bénigne < 1 semaine.

Gingivo stomatite herpétique: primo infection HSV1

Incubation 6 jours

Vésicules caractéristiques aux lèvres et gencives

Guérison spontanée 7 à 14 jours

TT par acyclovir (AMM): indications restreintes

4. Prise en charge ambulatoire des angines érythémateuses et érythémato-pultacées : problématique

1 Centrée sur la distinction entre SGA et Virus

Contexte et jugement clinique

Scores cliniques méthodiques

TDR-SGA

Culture

2 Ne traiter sur des arguments microbiologiques ?

Pour réduire les prescriptions inutiles d'antibiotiques,

4. Angines érythémateuses et érythémato-pultacées : SGA/virus?

Aucun signe ni symptôme n'est spécifique des angines à SGA

En faveur d'un virus :

- absence de fièvre,
- présence de toux,
- d'enrouement,
- de coryza,
- de conjonctivite,
- de diarrhée
- la présence de vésicules
- stomatite.

4. Angines érythémateuses et érythémato-pultacées: SGA/virus?

En faveur du SGA

- le caractère épidémique (hiver - début du printemps)
- chez des enfants et adolescents entre 5 et 15 ans,
- survenue brusque,
- Intensité de la douleur pharyngée, de l'odynophagie,
- purpura du voile du palais ,
- douleurs abdominales,
- rash scarlatiniforme.

5. Score clinique méthodiques

Score clinique de Mac Isaac avec Critères Points

Température $> 38^{\circ}$ +1

Absence de toux +1

Adénopathie(s) cerv. ant. douloureuse(s) +1

Augmentation de volume ou exsudat amygdalien +1

Age : 3 à 14 ans +1

15 à 44 ans 0

≥ 45 ans -1

5. Validité des scores cliniques : **pas de consensus**

Dans un pays où la prévalence attendue d'infection à SGA est de 10% à 15%

- **Sensibilité des scores méthodiques:**

score > 4 : sensibilité 50 à 56% tous âges et 70 à 75% chez l'enfant

score < 2 : probabilité de SGA < 5% (forte VPN)

Meilleure que le jugement clinique des médecins

En pratique : utilisation empirique

À associer au TDR

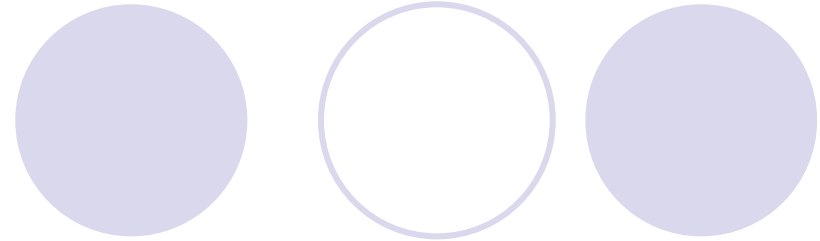
6. Test Dépistage Rapide



6. Test Dépistage Rapide -SGA

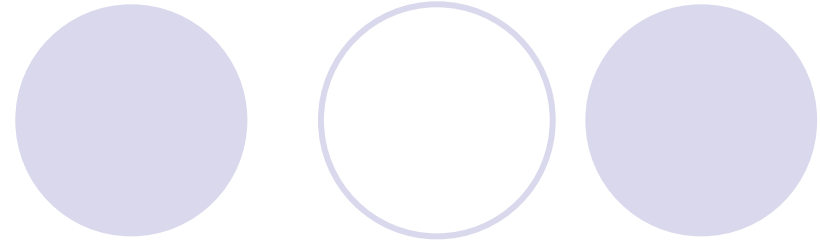
- Choix CNAM: IM STREP A®, puis STREPTATEST®
- Bandelettes détectant les Ag polysaccharidiques de paroi spécifique du SGA (par Immunochromatographie...)
- Évaluation AFSSAPS 2002 :
 - seuil de détection obtenu (10^5 UFC/ml)
 - bonne praticabilité
- Impose un bon prélèvement sans contamination
- Extraction 1 mn
- Lecture 5 mn

6. TDR-SGA: validité



- Sensibilité varie de 80 à 98% (moins en pratique courante)
D'autant plus élevée que le score clinique est élevé
Faux négatifs retrouvés dans les études: entre 1% et 4,2 voire 5,4
- Spécificité autour de 95%
- VPP : p (angine à SGA si test +) et VPN : p (pas de SGA si test -) : dépendent de la prévalence
VPP = 92,3% (prev 40%)
= 69,23% (prev 10%)
VPN = 93,4% (prev 40%)
= 98,8% (prev 10%)

6. TDR-SGA : intérêt



- Décision sur preuve microbiologique rapide (7 mn)
- Réduction du taux de prescription d'ATB
- Étude test angine 99-01 (H Portier MMI 2001)

732 médecins (n3915)

TDR dans 98% des cas. TDR+ dans 27% des cas

ATB prescrits: 99,4% si TDR+ et 18,3 % TDR -

Prescription globale diminuée de 41%

Bon rapport médico économique

6. TDR : enquête CNAM (conf presse 1/2007 D. Guillemot Pasteur)

RESULTATS

- L'Assurance Maladie a acquis 6 200 000 TDR entre septembre 2002 et fin janvier 2005.
- En 2005, 36 500 médecins, soit 58 % d'entre eux, avaient commandé au moins une fois un TDR.
- Selon une étude conduite par le service médical de l'Assurance Maladie :
 - 33 % des médecins disposant d'un TDR l'utilisent systématiquement en présence d'une angine
 - 95 % des tests négatifs ne donnent pas lieu à une prescription d'antibiotiques
 - 86 % des médecins utilisant le TDR souhaitent continuer à le faire

6. Place de la culture?

- Gold standard ? dépend du seuil d'UFC choisi
- Culture classique sur gélose au sang, sans inhibiteur, incubée 24 ou mieux 48 heures à l'air ambiant
- Sensibilité et spécificité de 90 à 95%
- Place actuelle

Avant prescription de macrolides

Situations d'échec thérapeutique

Angine ulcéro nécrotique

Suspicion d'IST

Complications locales

7. Angine à SGA: évolution avec ou sans traitement

- Évolution habituellement favorable en 3-4 jours même en l'absence de traitement.
- Le traitement antibiotique réduit la durée des symptômes de 24 heures en moyenne
- Complications locales septiques : phlégmon amygdalien, abcès rétro pharyngé, adénite suppurée,
- Cellulite incidence très basse, autour de 1% Survenue d'emblée, indépendamment de la prise d'antibiotiques avec prévention par ATB non prouvée
- Syndromes post streptococciques

7 TRAITEMENT



- **Historiquement Pénicilline G injectable**
 - **Pénicilline orale V : traitement de référence, Mais éradication en 10 jours. En pratique pris 7 jours.**
 - **Persistance de la sensibilité du SGA aux Bactamines**
 - **Privilégier les pénicillines en traitement court**
- 1ère intention: Amoxicilline : 6 jours**

7 TRAITEMENT

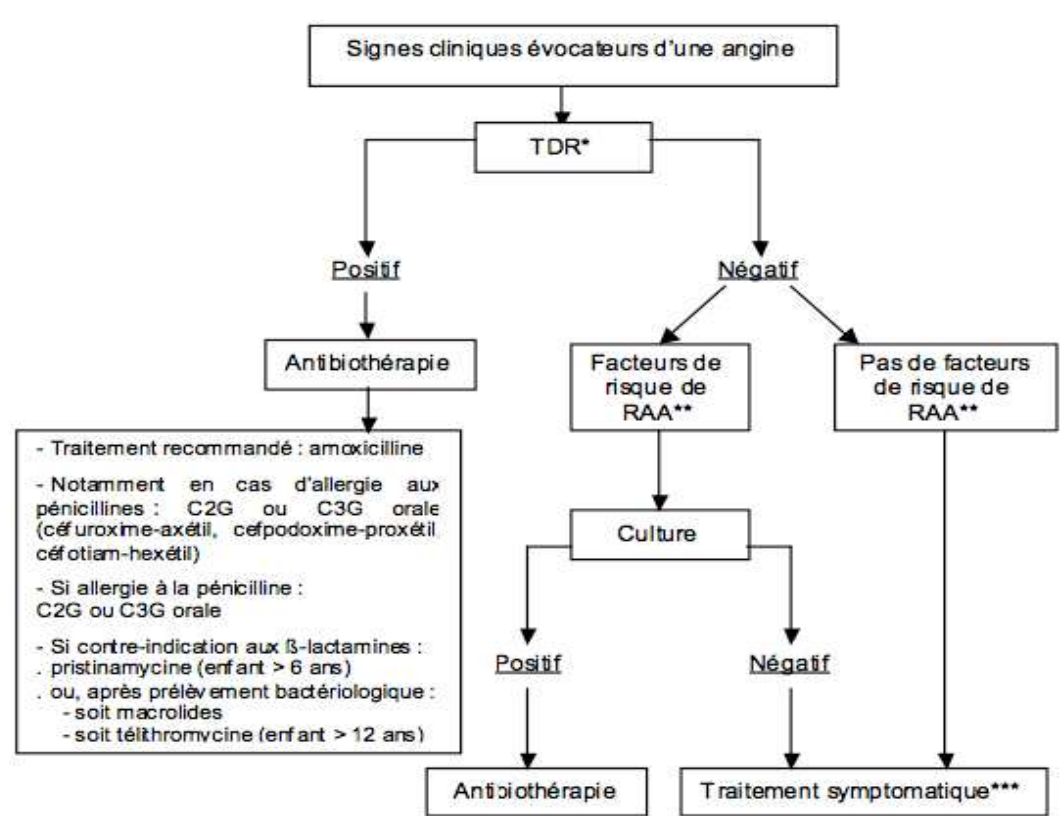


- Antibiotiques de 2ème intention en cas d'allergie bénigne aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines :
 - Céfuroxime – axétil (Zinnat®) : 4 jours
 - Cefpodoxime – proxétil (Orelox®) : 5 jours
 - Céfotiam – hexétil (Takétiam®) : 5 jours
(adultes)
- Les traitements courts limitent l'impact écologique et améliorent l'observance.

7 TRAITEMENT

- **16 à 31% des souches de SGA résistantes aux macrolides (AFSSAPS 2005)**
- Antibiotiques de 3ème intention en cas d'allergie sévère aux pénicillines ou d'allergie aux céphalosporines
- Pristinamycine (Pyostacine®) Adultes et enfants > 6 ans, au moins 8 jours (accord professionnel)
- **Après prélèvement de gorge pour culture + antibiogramme**
 - . Azithromycine (Zithromax®) : 3 jours
 - . Clarithromycine (Zéclar*, Naxy*) : 5 jours
 - . Josamycine (Josacine®) : 5 jours
 - . Télithromycine (Kétek®) : 5 jours (adultes et enfants > 12 ans)

Qui traiter? Recommandations AFSSAPS 2005



* Réalisation du TDR systématique chez l'enfant et si score de Mac Isaac ≥ 2 chez l'adulte

** Facteurs de risque de RAA :

- antécédent personnel de RAA ;
- âge compris entre 5 et 25 ans associé à la notion de séjours en régions d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM) ou éventuellement à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée) ou à des antécédents d'épisodes multiples d'angine à SGA.

*** Antalgique et/ou antipyrétique.

BIBLIOGRAPHIE

- Observatoire de la médecine générale 2007
- Batty J of Infect 2005
- Ramirez Pediatrics 2003
- Van Cauwenberge Pediatr Infect Dis J 1991
- Michel B, J de Pédiatrie et Puericulture 2003
- S Gilberg /H Partouche. WONCA Paris 21 2007
- AFSSAPS
- diMatteo Ann of Emerg Med 2001
- Edmonson Pediatrics 2006
- **conf presse 1/2007 D.Guillemot Pasteur**