

CHU MUSTAPHA
SERVICE D'ORL ET DE CCF



***ANGINES AIGUES
NON SPECIFIQUES***

*Présenté par Pr Samir
Benyahia*

PLAN

- I. Définitions–Généralités
- II. Rappels embryologiques, anatomiques et histologiques
- III. Etiopathogénie
- IV. Etude clinique: TDD
- V. Formes cliniques
- VI. Examens complémentaires
- VII. Diagnostic positif
- VIII. Diagnostic différentiel
- IX. Evolution et complications
- X. Traitement
- XI. Conclusion

I. DEFINITION-GENERALITES

I. DEFINITION-GENERALITES (1)

- ❑ **Angine** (du latin *angere*=étrangler): est *une inflammation des amygdales palatines*;
- ❑ Les angines **aigues** non spécifiques, sauf complication, évoluent favorablement en 3-4 jours même sans traitement;
- ❑ Le terme « **non spécifique** » est utilisé pour différencier l'angine érythémateuse ou érythémato-pultacée d'origine virale (50 à 90%) ou bactérienne banale des **angines aigues dites spécifiques**, dues à des étiologies particulières et nécessitant une prise en charge spécifique;

I. DEFINITION-GENERALITES (2)

- ❑ L'angine aiguë non spécifique est une pathologie très fréquente en consultation de médecine générale et en ORL;
- ❑ Elle occasionne une prescription abusive d'antibiotiques qui est le plus souvent inutile et non sans risques!
- ❑ Seule l'atteinte au **streptocoque beta hémolytique du groupe A (SGA ou SBHA)** nécessite une antibiothérapie adaptée; dans les autres cas on doit se contenter d'un traitement symptomatique.

II. RAPPELS

RAPPELS EMBRYOLOGIQUES

- Les amygdales palatines dérivent d'une double ébauche du segment ventral de la 2nde fente branchiale interne:
 - Une ébauche endodermique :
 - Fournit les cryptes amygdaliennes
 - Participent à la formation des follicules clos.
 - Une ébauche mésodermique qui fournit :
 - Les axes conjonctivo-vasculaires de l'amygdale.
 - La capsule amygdalienne.
 - Et le système réticulo-endothélial des follicules clos.
- La 2^{ème} fente branchiale laisse persister chez l'adulte, un reliquat diverticulaire, la fossette sus-amygdalienne, siège habituel de la pathologie embryonnaire de cette fente.

RAPPELS ANATOMIQUES (1)

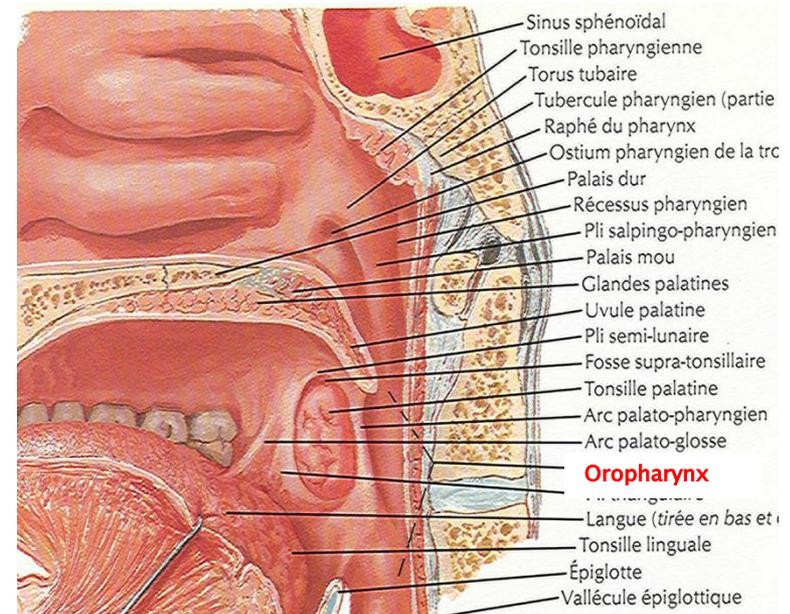
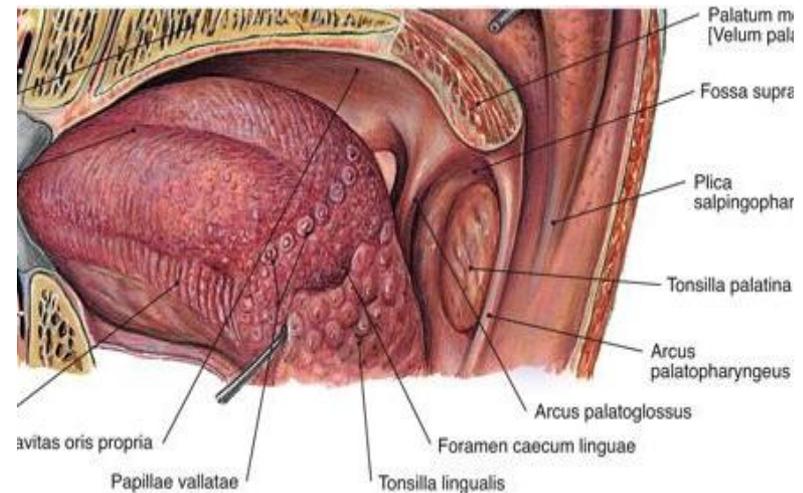
1. Limites de l'oropharynx:

- ❑ Antérieure:
 - V lingual
 - Extrémité supérieure des 2 arcs palatoglosses

- ❑ Supérieure:
 - Voile du palais, en avant
 - Rhynopharynx en arrière

- ❑ Latérales:
 - Région tonsillaire.
 - Paroi latérale de l'oropharynx

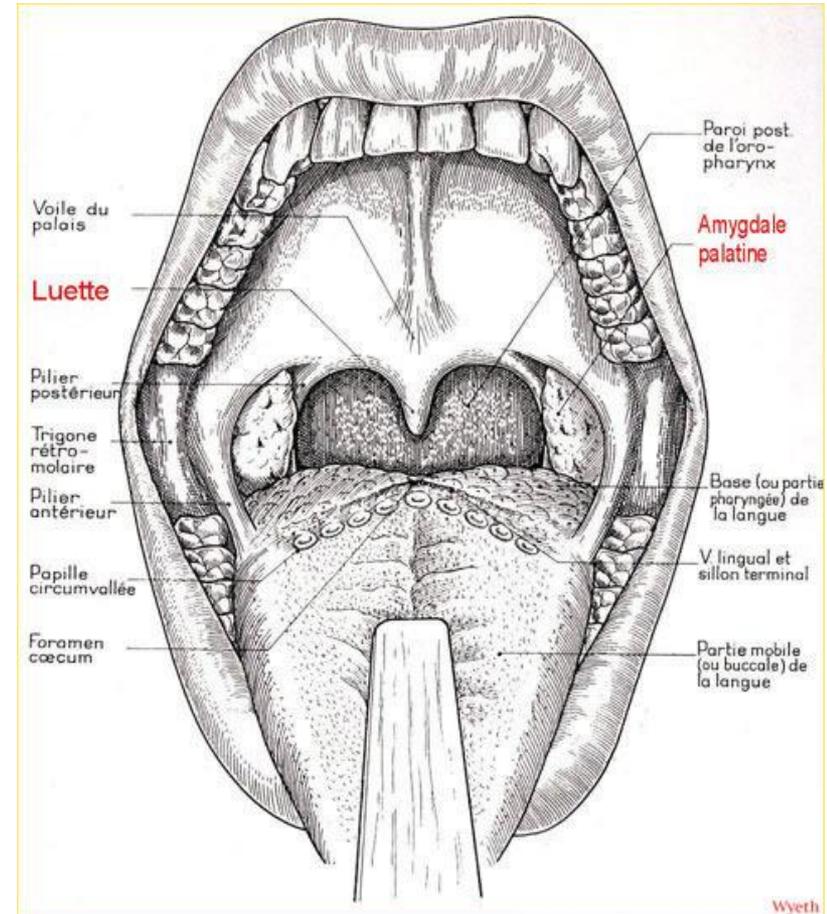
- ❑ Postérieur:
 - Paroi postérieure de l'oropharynx



RAPPELS ANATOMIQUES (2)

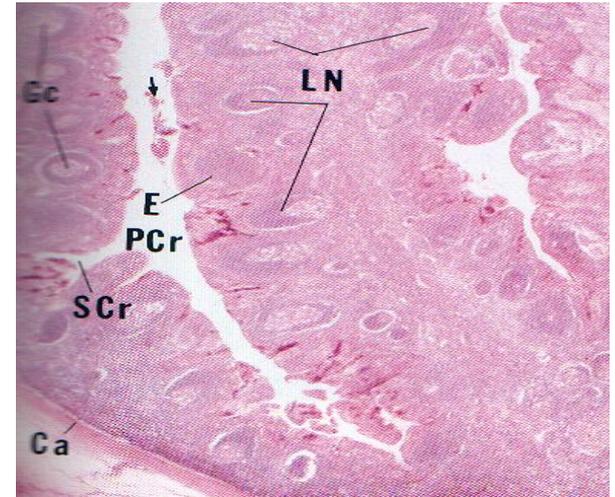
2. Les amygdales:

- ❑ Ce sont deux formations lymphoïdes, paires et symétriques, qui constituent les éléments les plus volumineux de l'anneau de Waldeyer.
- ❑ Elles sont plaquées contre les parois latérales de l'oropharynx;
- ❑ Entre les piliers antérieur et postérieur du voile



RAPPELS HISTOLOGIQUES

- Le parenchyme amygdalien est constitué de follicules lymphoïdes clos comprenant 2 zones:
 - Une zone sombre: Ly B au repos,
 - Une zone claire: Ly B activés.
- Les espaces inter folliculaires (cryptes):
ly T helper, macrophages, cellules intermédiaires;
- La face médiale est tapissée par un épithélium pavimenteux, stratifié non kératinisé;
- La face latérale est recouverte d'une capsule constituée d'un réseau de fibres élastiques denses, de fibres musculaires striées et d'un riche plexus vasculaire intra capsulaire.
- La muqueuse oropharyngée comporte un épithélium malpighien (non kératinisé) et un chorion riche en fibres élastiques avec souvent des glandes muqueuses.
- A partir de 30 ans, l'amygdale subit une transformation fibreuse de son stroma; et une transformation graisseuse de ses follicules lymphoïdes



III. ETIOPATHOGENIE

EPIDEMIOLOGIE

1. Fréquence:

- ❑ C'est un motif de consultation très fréquent dans la pratique quotidienne;
- ❑ Les angines virales sont les plus fréquentes (50 à 90%), les angines bactériennes sont au 2^e plan;

2. Age :

- ❑ Se voient a tout âge à partir de 4 ans;
- ❑ Avant 4ans, on parle plus de rhinopharyngite que d'angine .

FACTEURS FAVORISANTS

1. Facteurs locaux :

- ❑ Tout obstacle au niveau des VAS peut favoriser l'apparition d'angines aiguës à répétition (AAR),
- ❑ Amygdales cryptiques,
- ❑ Amygdales enchatonnées
- ❑ Mauvaise hygiène bucco-dentaire

2. Facteurs généraux :

- ❑ Avitaminose
- ❑ Immunodépression

3. Facteurs sociaux:

- ❑ Promiscuité: habitat surpeuplé,
- ❑ Crèches...

ETUDE BACTERIOLOGIQUE

1. Angines virales :

- ❑ Une angine commune est le plus souvent d'origine virale(50–90%); les virus les plus incriminés sont: **adénovirus**, **virus influenzae**, **virus respiratoire syncitial(VRS)**, **virus parainfluenzae**;
- ❑ L'angine virale est extrêmement contagieuse, réalisant des épidémies saisonnières hiverno–printanières.

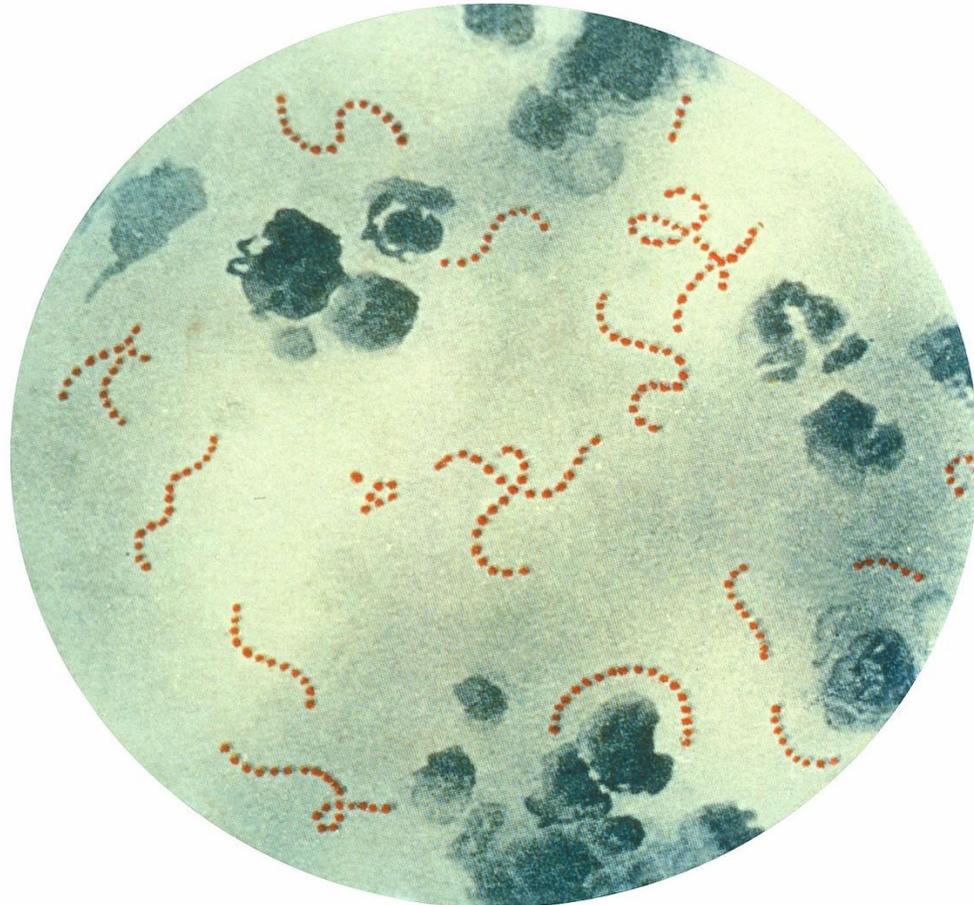
2. Angines bactériennes :

- ❑ La bactériologie est dominée par le **streptocoque beta hémolytique A**: 25 à 40% chez l'enfant et 10 à 25% chez l'adulte;
- ❑ Se rencontre après l'âge de 3 ans, avec un pic entre 5 et 10 ans;
- ❑ ***Nécessite une antibiothérapie adaptée et efficace sous peine de complications post streptococcique (RAA , GNA...).***
- ❑ D'autres germes peuvent être rencontrés tels que les streptocoques bêta–hémolytiques des groupes C, G, E, F.
(Ne sont pas responsables de RAA!)

ETUDE BACTERIOLOGIQUE

Streptocoque beta hémolytique du groupe A
(ou streptococcus pyogenes)

- Cocci à Gram positif,
- En chaînettes ;
- Non sporulés,
- Immobiles,
- Strictement humain .



IV. ETUDE CLINIQUE



***TDD : ANGINE ERYTHEMATEUSE
OU ERYTHEMATO-PULTACEE DE
L'ENFANT***

INTERROGATOIRE

- ❑ Une gêne douloureuse à la déglutition (odynophagie) est le signe le plus constant;
- ❑ Fièvre d'intensité variable;
- ❑ Signes digestifs (dlrs abd, vomissements, diarrhée...);
- ❑ Signes respiratoires: rhinorrhée, toux, enrouement, gêne respiratoire (exceptionnellement des dyspnées chez les enfants ayant des amygdales hypertrophiées et/ou des végétations adénoïdes associées)
- ❑ Myalgies, arthralgies.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Inspection:

Deux aspects peuvent être retrouvés:

- Oropharynx et amygdales rouges et œdématiés: **angine aiguë érythémateuse**,
- Oropharynx et amygdales rouges avec un enduit pultacé facilement détachable: **angine aiguë érythémato-pultacée**.



Angines érythémateuses



Angine érythématopultacée

2. Palpation:

Recherche des ADP submandibulaires et jugulo-digastriques sensibles.

Formes cliniques des angines streptococciques



CLASSER L'ANGINE (1)

	Angine à SBHA	Angine virale
Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none">- Epidémie d'hiver et début printemps- Age : pic d'incidence entre 5 et 15 ans (survenue possible dès 3 ans)	<ul style="list-style-type: none">- Tout au long de l'année- Tous âges
Signes fonctionnels ou généraux	<ul style="list-style-type: none">- Début brutal- Dysphagie intense- Absence de toux- Fièvre élevée > 38°C	<ul style="list-style-type: none">- Début progressif- Dysphagie modérée ou absente- Présence de toux, coryza, enrouement, diarrhée, arthralgies, myalgies
Signes physiques	<ul style="list-style-type: none">- Erythème pharyngé intense- Purpura du voile- Exsudat- Adénopathies satellites sensibles- Eruption scarlatiniforme	<ul style="list-style-type: none">- Vésicules (coxsackie, herpès)- Eruption évocatrice d'une maladie virale (ex: syndrome pieds-mains-bouche)- Adénopathies diffuses- Conjonctivite

CLASSER L'ANGINE (2)

Score de Mac Isaac:

ITEMS		POINTS
Fièvre > 38°C		1
Absence de toux		1
Adénopathies cervicales antérieures sensibles		1
Atteinte amygdalienne (augmentation de volume ou exsudat)		1
Age	3 à 14 ans	1
	15 à 44 ans	0
	≥ 45 ans	-1
Total des points		-1 à 5

- Interprétations du score:
- ≥ 4: forte probabilité d'angine à SBHA (Permet de traiter en l'absence de TDR)
 - [2-3]: possibilité d'angine à SBHA (→ TDR)
 - < 2: angine à SBHA peu probable

V. FORMES CLINIQUES

LES AUTRES ANGINES BACTÉRIENNES

1. Les angines dues au SBH non A :

- ❑ Beaucoup moins fréquentes que celle du groupe A;
- ❑ Surviennent par épidémies dans les collectivités d'enfants et d'adultes;
- ❑ Sont d'origine alimentaire : lait de vache non pasteurisé;
- ❑ SF : angine érythémateuse ou érythémato-pultacée;
- ❑ Culture pharyngée : identification du germe « gpes C, G, E, F »;
- ❑ ASLO sont modérés.

2. Angines à staphylocoque pathogène :

- ❑ 5 à 10% des cas, responsables d'épidémies sporadiques;
- ❑ Le syndrome infectieux est plus important.

LES ANGINES VIRALES (1)

Diagnostic ≠ de l'angine streptococcique: intérêt TDR et cultures.

1. Angines rouges saisonnières :

Dues à de nombreux virus (myxovirus, adénovirus...); responsables du coryza épidémique et de pharyngites aiguës saisonnières.

2. Les angines de la grippe :

- ❑ Trois types principaux de virus: A, B, et A';
- ❑ Angines très contagieuses, évoluant par épidémie;
- ❑ SG+++ : fièvre 39–40°C, asthénie, céphalée, courbatures;
- ❑ Signes pharyngés au second plan;
- ❑ Evolution généralement bénigne sauf cas d'immunodépression avec surinfections trachéo-bronchiques, pulmonaires...)
- ❑ Complication due au virus lui-même : **l'otite grippale** : otite externe avec myringite, caractérisée par la présence de vésicules séro-hématiques sur la membrane tympanique et la peau du CAE;
- ❑ La vaccination anti-grippale spécifique est efficace.

LES ANGINES VIRALES (2)

3. La fièvre pharyngo-conjonctivale à adénovirus :

- ❑ De nombreux adénovirus sont responsables; les plus en cause sont : les types 3 et 7;
- ❑ Incubation de 5 à 6 jours, puis apparition d'une rhinite avec un état grippal;
- ❑ Très rapidement s'installent :
 - Pharyngite: inflammation de la muqueuse pharyngée, avec tuméfaction des amygdales et de la paroi postérieure de l'oropharynx. La muqueuse avoisinante paraît pâle par contraste; des pétéchies peuvent exister à la base de la luette;
 - Conjonctivite intense, avec œil rouge, larmoyant avec de nombreux follicules, mais sans atteinte cornéenne;
 - ADP cervicales volumineuses, sous angulo-maxillaire.

VI. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

LE TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE (1)

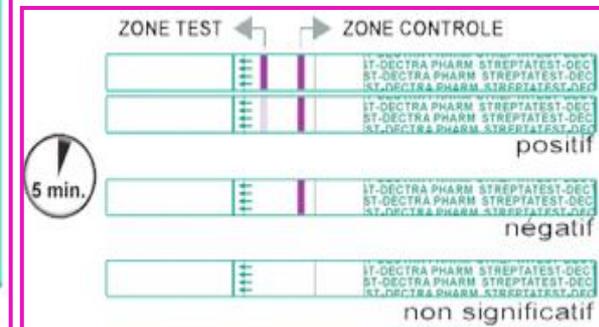
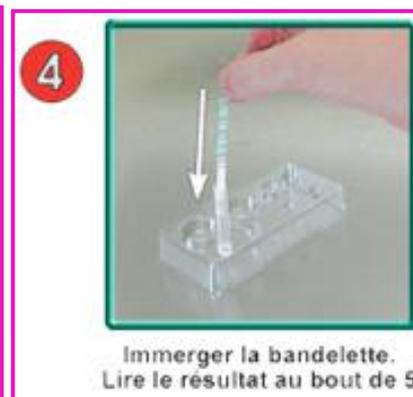
- ❑ Pour éviter la prescription abusive d'antibiotiques sans négliger les authentiques angines à SBHA, le jury de la conférence de consensus de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française) en 1996 et l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) en 1999, ont préconisé l'adoption d'une nouvelle stratégie de prise en charge de l'angine, fondée sur l'utilisation des **tests de diagnostic rapide (TDR)**,
- ❑ C'est un test simple, rapide (7 à 10 minutes) et fiable avec une spécificité de 97,8% et une sensibilité > 90%.



1. Boîte
2. Solutions d'extraction A et B
3. Contrôles positif et négatif
4. 20 tests bandelettes en sachet aluminium individuel
5. Notice détaillée
6. 20 abaisses langue en sachets individuels
7. 20 écouvillons stériles marqués CE
8. 1 portoir
9. 20 tubes d'extraction souples
10. Fiches techniques de sécurité

LE TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE (2)

Le test consiste à détecter un antigène de paroi (protéine M) du SBHA sur l'écouvillon par réaction avec les anticorps antistreptococciques présents sur la bandelette réactive.



AUTRES EXAMENS (1)

- ❑ **NFS:** Angines trainantes, complications locorégionales, certains aspects spécifiques: fausses membranes (Sd mononucléosique), angine ulcéro-nécrotique (signes de leucose aigue, agranulocytose).
- ❑ **Sérologies:** suspicion d'angines spécifique (MNI, syphilis, HIV, typhoïde), épidémie.
- ❑ **Prélèvement oropharyngé: (ex direct, culture et ATBgramme):** Angines trainantes, ATCD de RAA, GNA avec TDR-, complications locorégionales, sujet immunodéprimé, angines spécifiques.
- ❑ **AC anti streptococciques.**
- ❑ **Bandelettes urinaires:** Recherche d'une protéinurie

VII. DIAGNOSTIC POSITIF

- ❑ Le diagnostic positif d'une angine aiguë n'est guère difficile, le problème qui se pose est de savoir si elle est d'origine virale ou bactérienne;

- ❑ On reconnaît l'angine aiguë devant un faisceaux d'arguments clinique :
 - Douleur pharyngée spontanée ou une odynophagie,
 - Syndrome infectieux,
 - ADP,
 - Rougeur pharyngée.

- ❑ Le TDR permet de poser le diagnostic d'une angine aigue streptococcique, et de mettre en route le TRT adéquat.

VIII. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Se pose essentiellement avec les angines aiguës spécifiques :

- Angine herpétique, herpangine, zona pharyngé (Vésicules).
- Diphtéries, MNI (Fausses membranes).
- Syphilis, néoplasie (ulcération dure).
- Angine de Vincent (ulcération souple unilatérale).



Angine vésiculeuse



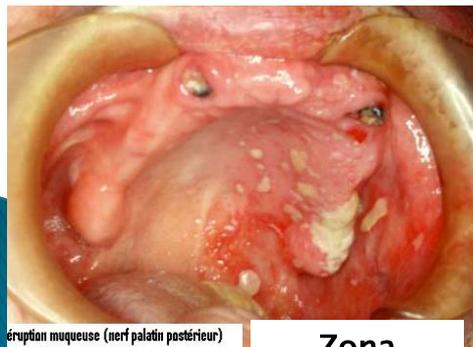
Herpangine



Diphtérie: fausses membranes



Angine ulcéreuse ou
nécrotique



Éruption muqueuse (nerf palatin postérieur)

Zona



© Medicina Oral

Candidose oropharyngée



Angine pseudo-
membraneuse: MNI



Angine syphilitique

IX. EVOLUTION-COMPLICATIONS

EVOLUTION

- ❑ Les angines aiguës non spécifiques, même à SBHA, évoluent le plus souvent favorablement même sans traitement, avec régression des signes généraux et physiques en 3 à 4 jours;
- ❑ Mais des complications locorégionales et générales sont possibles, surtout dans les angines à SBHA qui doivent être diagnostiquées et pris en charge correctement!
- ❑ Même dans les angines présumées d'origine virale, la non régression des signes au delà de 4 jours, doit faire craindre l'apparition de complications et faire pratiquer un bilan et revoir le traitement.

COMPLICATIONS

1. Locorégionales :

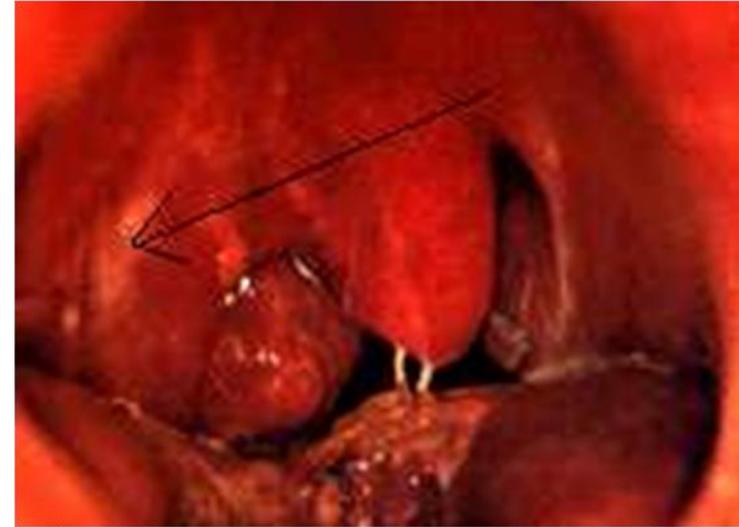
- Phlegmon péri amygdalien;
- Abscess retropharyngé ou pré-stylien;
- Adénophlégon cervical;
- Cellulite: Gravité extrême, diffusion régionale de l'infection;
- OMA, sinusite, mastoïdite.

2. Générales :

- Les septicémies: exceptionnelles depuis l'avènement des ATB,
- Dues au terrain (diabète, sujet âgé, VIH)

3. Post streptococciques tardives:

- RAA , GNA, érythème noueux...



Phlegmon péri amygdalien



Adénophlegmon

X. TRAITEMENT

TRAITEMENT: Buts

- ❑ Accélérer la disparition des signes cliniques,
- ❑ Écourter la durée du portage pharyngé du SBHA,
- ❑ Prévenir la survenue de complications locorégionales et générales,
- ❑ Traiter les complications,
- ❑ Casser la chaîne épidémique.

TRAITEMENT: Moyens

1. Moyens médicaux:

□ Antibiotiques :

- Constituent la base du traitement des angines à SBHA
- ATB recommandés: Amino-pénicillines, C2G, C3G, Macrolides;
- Ne sont pas ou plus recommandés: Pénicilline V, C1G, Amoxicilline-acide clavulanique, Céfixime, érythromycine...

□ Antalgiques-antipyrétiques

2. Mesures hygiéno-diététiques:

- Valables dans toutes les angines aiguës quelque soit le germe, et suffisant à elles seules en cas d'angine virale;
- Antiseptiques et décongestionnant locaux,
- Boissons chaudes abondantes,
- Hygiène bucco-dentaire,
- Repos au lit.

TRAITEMENT: Moyens (suite)

3. Moyens chirurgicaux:

- ❑ Ne sont indiqués qu'en cas de complications locorégionales;
- ❑ Incision–drainage d'un Phlegmon periamygdalien,
- ❑ Incision–drainage d'un Adénophlégmon cervical,
- ❑ Amygdalectomie comme ultime recours aux angines aiguës récidivantes.

TRAITEMENT: Indications générales

- ❑ *Angines aiguës non spécifiques à germes autres que SBHA, non compliquées:*
 - Mesures hygiéno-diététiques,
 - Antalgiques et/ou antipyrétiques.

- ❑ *Angines aiguës non spécifiques à SBHA, documentées ou fortement suspectées (Mac Isaac ≥ 4) non compliquées:*
 - Antibiothérapie spécifique,
 - Mesures hygiéno-diététiques,
 - Antalgiques et/ou antipyrétiques.

- ❑ *Complications locorégionales (phlegmon péri amygdalien, adénophlegmon cervical, abcès retro pharyngé, cellulite)*
 - chirurgie

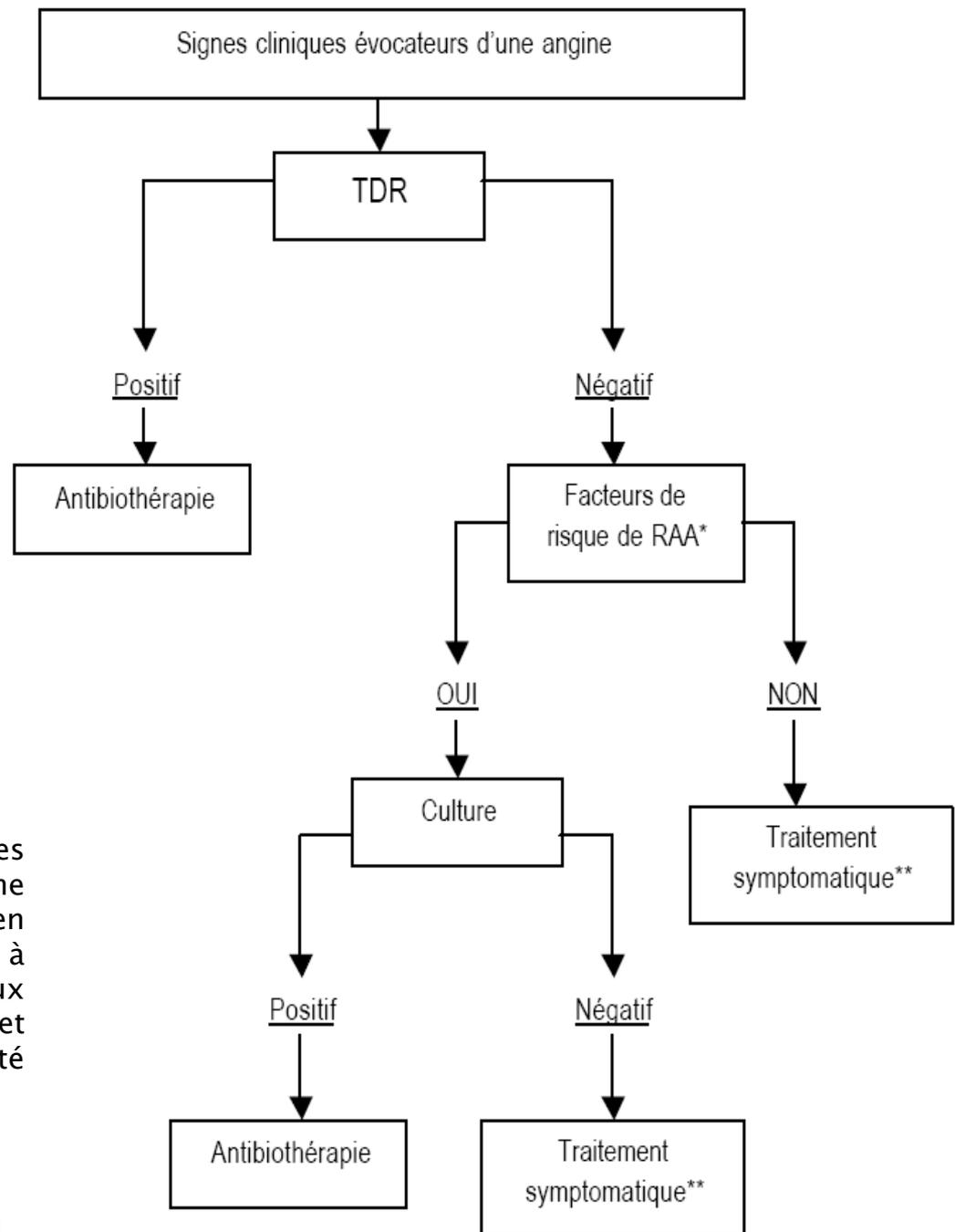
TRAITEMENT:

Indications AFSSAPS

* Facteurs de risque de RAA :

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

** Antalgique et/ou antipyrétique.



TRAITEMENT: Schémas

- ❑ Privilégier les traitements de durée raccourcie afin d'améliorer l'observance;

- ❑ En première intention, les bêtalactamines:
 - Amoxicilline (ex: Clamoxyl[®]): 6 jours
 - Céfuroxime-axetil (ex: Zinnat[®]): 4 jours
 - Cefpodoxime-proxétil (ex: Orelox[®]): 5 jours
 - Céfotiam-hexétil (ex: Taketiam[®]): 5 jours.

- ❑ En alternative aux bêtalactamines (allergie):
 - Macrolides:
 - Azithromycine(ex:Zithromax[®]): A:0,5g 1 prise/j, E:20mg/Kg : 3 jours
 - Clarithromycine (Zeclar[®]): 1g en deux prises : 5 jours
 - Josamycine (ex: Josacine[®]): 5 jours
 - Pristinamycine (ex: Pyostacine[®]): 2g/j pendant au moins 8 j

CONCLUSION

- ❑ Les angines aiguës non spécifiques constituent un motif fréquent de consultation en médecine générale et ORL.
- ❑ La hantise du praticien est de méconnaître et ne pas traiter une angine à SBHA, source potentiel de complications post streptococciques parfois redoutables.
- ❑ D'où la nécessité d'instaurer une ATBpie adaptée dès qu'une atteinte à SBHA est documentée ou fortement suspectée.
- ❑ L'utilisation systématique des scores cliniques et des TDR permet d'éviter l'usage abusif des antibiotiques et ainsi de limiter l'apparition de souches microbiennes résistantes aux antibiotiques mais aussi de réduire le coût économique de la prise en charge des angines.

REFERENCES

1. Agence Française de sécurité Sanitaire des Produits de Santé: Antibiothérapie par voie générale en pratique courante: Angine. 2003; 24
2. Cours de résidat ORL première année: Angines aiguës non spécifiques. Alger, 2010–2011
3. Cours de résidat ORL première année: Angines aiguës spécifiques. Alger, 2010–2011
4. Durel–Maurisse A.: Angine et prescription d'antibiotiques: Impact de l'utilisation systématique du score de Mac Isaac. Thèse pour le Doctorat en Médecine. Université Paris 7. 2009; 78
5. <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?oldid=71880205>
6. Larkanios G.: Atlas des maladies buccales. Médecine science Flammarion.315
7. Omédoc X.: Angine érythémateuse et érythématopultacée [version 0,05 du 30/08/2011]
8. PP1 and World Association of Planetarian Health: Dictionnaire médical. 904
9. Rabaud Ch.: Angines. DCEM1. Nancy. 2009; 28
10. Schweckler D. et col.: Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'angine en Médecine générale: le bilan d'ETAP. Université Claude Bernard Lyon I. 2005

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION!**