

ANGINES AIGUES SPECIFIQUES



Plan



I-GENERALITES-DEFINITIONS.

II-RAPPELS ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE.

III-EPIDEMIOLOGIE,MICROBIOLOGIE.

IV-DIAGNOSTIC POSITIF.

V-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE.

VI-COMPLICATIONS.

VII-CONCLUSION.

I-DEFINITION/ GENERALITES

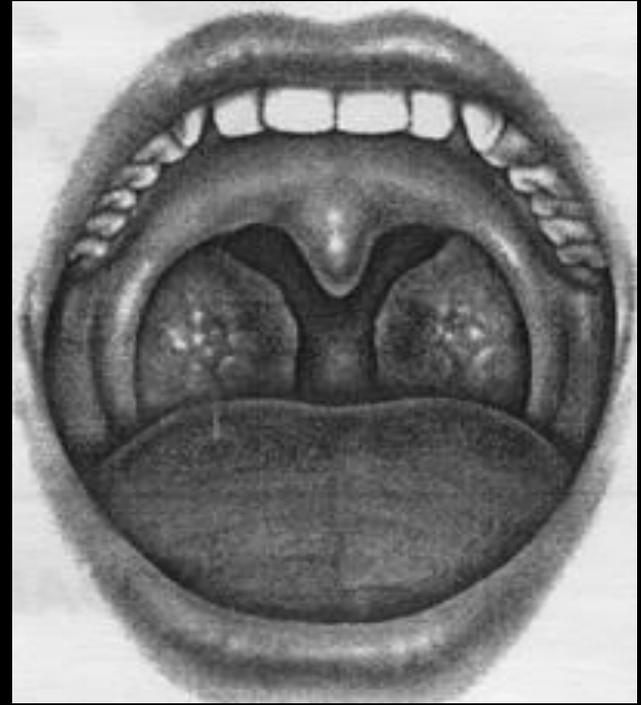
- ❖ Inflammation aigue , habituellement d'origine infectieuse des formations lymphoïdes de l'oropharynx.
- ❖ DG facile ?????
- ❖ Elle peut avoir une origine:
 - Bactérienne :scarlatine, diphtérie.....
 - Virale :MNI ,herpétique ,zona
 - Fongique: candida albicans
- ❖ Problème de diagnostic étiologique

II-RAPPELS ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE

A-ANATOMIE

1-description

- Les amygdales palatines sont des formations lymphoïdes paires et à peu près symétriques.
- Constituent les éléments les plus volumineux de l'anneau lymphatique de Waldeyer.
- Plaquées contre la paroi latérale de l'oropharynx, intercalées latéralement entre l'isthme du gosier et l'isthme pharyngonasal.
- Occupent la partie sup de la loge amygdalienne entre le pilier ant en avant et le pilier post en arrière .le fond du sillon glosso-amygdalien et le repli glosso-épiglottique latéral en bas.



III-EPIDEMIOLOGIE-BACTERIOLOGIE

A-EPIDEMIOLOGIE

- pathologie fréquente.
- Arrêt de travail dans 20% des cas.
- Plus de la moitié des cas sont d'origine virale.
- Les étiologies bactériennes représentent 15 à 20%.
- Incidence économique.

B-MICROBIOLOGIE

1- BACTERIES

*streptocoque:

- CG+, aéro-anaérobie.
- bactérie arrondie, se groupe en chaînette.
- SBHA, secrète des toxines erythérogènes responsable de la scarlatine.

*corynebacterium diphtheriae: 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 (fusobacterium necrophorum et borrelia vincentii)

- responsable de l'angine de Vincent.

- Fusobacterium : bacille fusiforme BGN, anaérobie.

2- VIRUS

*Epstein Barr virus:

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

*Adénovirus:

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

*Entérovirus:

- le virus coxackie A est l'agent de l'herpangine.
- Atteint les enfant de moins de 7 ans, par petites épidémies estivales.

*Herpes virus:

- agent du zona pharyngé.
- virus de la varicelle et zona.

*herpes simplex virus:

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

V-DIAGNOSTIC POSITIF

1-A l'interrogatoire:

-age

-le terrain.

-le contexte épidémiologique.

-mode de survenue.

-les Signes Fonctionnels: odynophagie, toux, Douleur abdominale, vomissements,...

-antécédents pathologiques

2-Examen clinique:

-l'aspect de la muqueuse oro-pharyngée (présence de signes inflammatoires) .

-l'aspect de l'amygdale.

-type de l'angine : érythémateuse ou érythémato-pultacée, ulcéreuse , vésiculeuse.

-le caractère uni ou bilatéral, l'existence de fatigue M , saignement au contact.

-l'examen des aires GGaires.

-examen somatique: signe en faveur d'une infection particulière: rash cutané, PM en **faveur de MNI.**

3- Examens complémentaires:

- * **NFS**: en cas d'angine traînante, angine ulcéro-necrotique bilatérale ,angine à FM.
- * **Sérologie**: n'est pas de pratique courante.
- * **Prélèvement de gorge**: par écouvillonnage des loges amygdaliennes et de la paroi post du pharynx. En cas de FM, il se fait en périphérie.

V-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

A-ETIOLOGIES BACTERIENNES

1-SCARLATINE

- Due au streptocoque du groupe A, exceptionnellement C ou G.
- Due a la toxine érythrogène (trois sous-types).
- transmission aérienne (sujet atteint avec ou sans scarlatine).
- Incubation 2 à 5 jours.
- Le foyer infectieux peut être extra pharyngé.

- **Phase de début** : Brutale, fébrile (39-40) avec frisson , langue saburrale, ADP.
- **Phase d'état** : Est atteinte au moins de 48h, marquée par un exanthème et un énanthème.

A-EXANTHEME

- Localisé 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 érythémateuse ou érythémato-pultacée 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 ,la desquamation du 8 au 30 jours,(squames non contagieuse),
en doigt de gant aux extrémités.

langue devient normale au 15 éme jours.

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



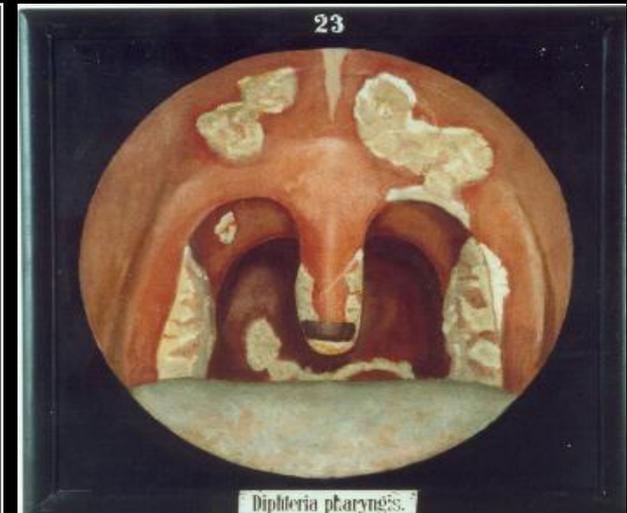
2-LA DIPHTERIE

Définition:

- Toxi-infection à point de départ oropharygé, due au bacille de klebs loffler.

Forme commune:

- incubation: 2 à 5j.
- début: insidieux, avec Fébricule à 38, dysphagie.
- en 24 à 48h apparait une angine a Fausse Membrane blanc nacrés et épaisses, extensives, choherentes, adhérentes envahissants les amygdales, piliers et la lnette.
- une dyspnée et dysphonie témoignent d'une extension laryngée(croup)
- s'associe: coryza séreux ou muco-purulent unilatéral, ADP s/angulo-maxillaire.



FORMES CLINIQUE

1-forme maligne:

- AEG,T=40.
- tendance au collapsus.
- muqueuse hémorragique.
- cette forme expose a des complications mortelle et nécessite une prise en charge en urgence.

2-forme trompeuse: pseudo phlegmoneuse, avec des Fausses membranes et œdème unilatéraux.

3-forme atténuée:

- source de contamination.
- intérêt de la vaccination.

- DIAGNOSTIC POSITIF

- prélèvement de gorge au moindre doute, se fait a la périphérie des Fausses membranes, et acheminés au labo préalablement averti.

- Examen direct.

- Culture sur 1/2 de Ioffler.

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

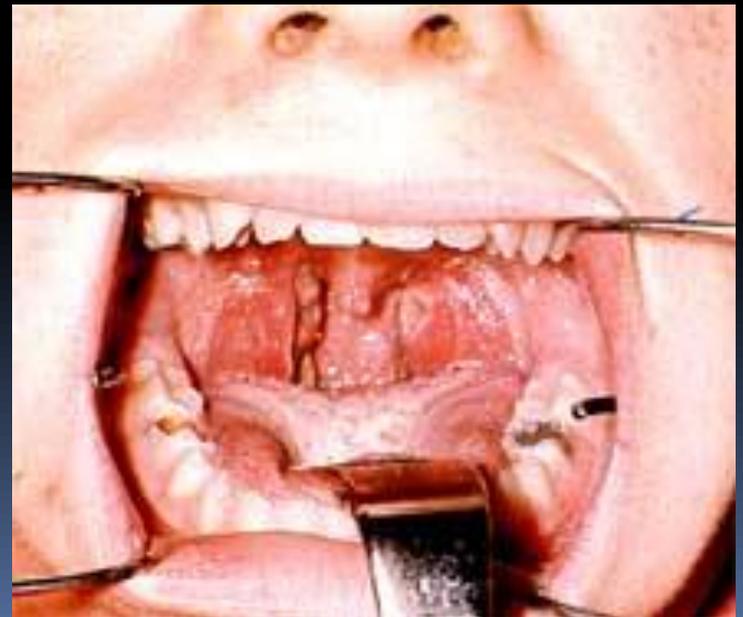
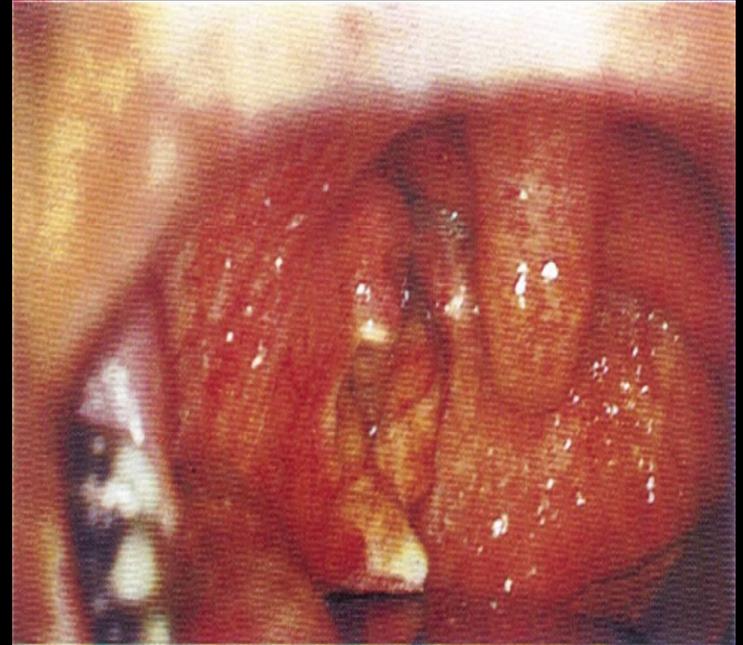
- _traitement: urgence+++;Sérothérapie + pénicilline ou Erythromycine .

3- ANGINE DE DUGUET

- adulte jeune.
- contexte épidémiologique.
- début insidieux.
- syndrome infectieux franc.
- angine ulcéreuse bilatérale.

4-ANGINE DE VINCENT

- sujet alcoolo- tabagique.
- mauvaise hygiène buccodentaire.
- début insidieux.
- angine ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique unilatérale.
- traitement:** pénicillino -thérapie par voie parentérale



5-Syphilis primaire :

- Le chancre syphilitique de l'amygdale réalise un aspect d'une ulcération de l'amygdale (parfois aspect angine de Vincent).
 - Elle 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 : pénicillino-thérapie

B-ETHIOLOGIE VIRALE :

1-MNI :

- agent pathogène:EBV
- primo-infection souvent inapparente.
- confère une immunité solide.
- transmission essentiellement salivaire
- cliniquement**: Triade symptomatique classique: fièvre, angine et poly adénopathies.
Touche surtout les adolescents.

-A l'examen:

- Les Amygdales: sont tapissées par un enduit blanchâtre pultacé(fausse membranes)

-NB: les fosses membranes sont localisées aux amygdales, pas d'envahissement de la luette qui est souvent oedematiées.

-ADP intéressant plusieurs territoires (splénomégalie)

-FNS : syndrome mono nucléosiques: hyper lymphocytose(basophilie supérieure a 10PC)

-hépatique: augmentation des transaminases

diagnostic spécifique: MNI test(Igm agglutinants)

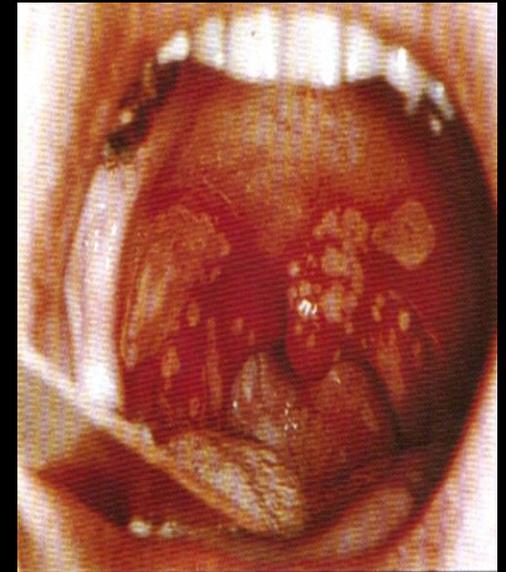
Réaction Paul-Bunnell-Davidson



Faringite aguda na mononucleose infecciosa (Febre glandular de Pfeiffer):
Eritema e inflamação intensas das duas tonsilas palatinas, depósitos amarelo-ocre confluentes, discretamente disseminados até o arco palatino anterior.

2 ANGINE HERPETIQUE

- se manifeste par :dysphagie, fièvre.
- Angine vésiculeuse souvent associée a une gingivo-stomatite ,herpes labial ou nasal.
- Examen: érosion 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(manu portée) 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 antérieur, le sillon gingivo-lingual, et parfois la face interne des joues.
- peut s'associer à un zona ophtalmique ou auriculaire.
- l'évolution : bénigne, des algies post-zosteriennes possible chez le sujet âgé.

5 –VIH: angine ulcéreuse

C; angines fongiques

- ✓ Agent: candida albicans +++
- ✓ SF: odynophagie
Sensation de cuisson au niveau de la Gorge, langue
- ✓ A l'examen: Dépôts blanchâtres diffusés sur la langue et l'oropharynx
- ✓ DG: prélèvement : écouvillonnage , examen mycologique

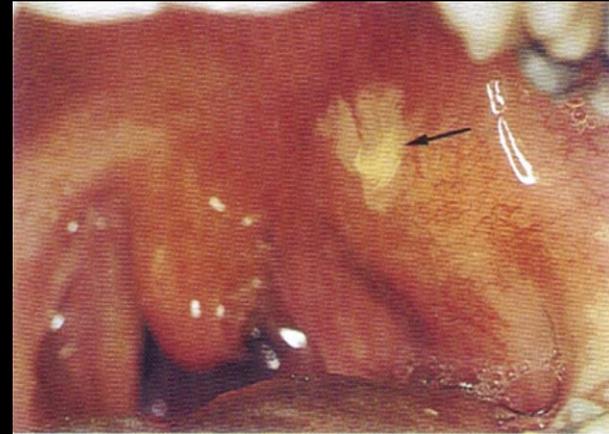


VI-COMPLICATIONS

A-LOCOREGIONALES SUPPURATIVES

- 1-phlegmon *péri amygdalien*.
- 2-abces rétro pharyngé.
- 3-abces latéro-pharyngé.

4-Adenophlegmon Cervical :
Suppuration d'un ggl
lymphatique de la chaîne
Jugulo carotidienne



B-LOCOREGIONALES OBSTRUCTIVE.

- 1- angine sur amygdale hypertrophiée.
- 2-amygdalite chronique.

C-Générales et systémiques.

- 1-choc toxique.

D-Générales non suppuratives.

- 1-RAA.
- 2-GNA.

VII-conclusion

- Bien que multiples, les angines spécifiques restent une cause moins fréquentes mais de pronostic parfois grave.
- Un interrogatoire minutieux et un bon examen clinique permettrons dans pluparts des cas d'évoquer et donc de traiter l'angine a fin d'éviter toute complication.