

Complications loco-régionales des angines

Plan du cours

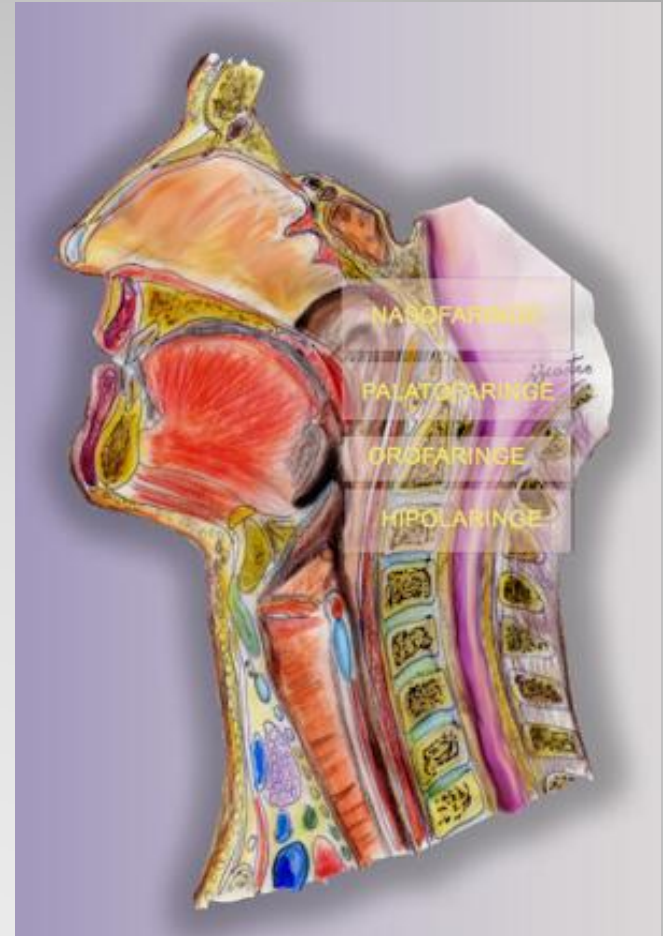
- ❑ Introduction
- ❑ Rappel anatomique
- ❑ Physiopathologie-Bactériologie
- ❑ Différentes formes cliniques
 1. Phlegmon péri-amygdalien
 2. Infection des espaces parapharyngés
 3. Infection des l'espace rétropharyngé
 4. Cellulite cervicale
- ❑ Traitement
- ❑ conclusion

Introduction-définition

- Angine vient du latin angere : serrer, étrangler. Le terme angine exprime donc un symptôme fonctionnel de constriction ou de serrement de gorge.
- L'angine aiguë peut se définir comme **une inflammation** aiguë, habituellement d'origine **infectieuse**, virale ou bactérienne, des **amygdales palatines**. Les angines sont, ainsi, l'expression pharyngée de nombreuses infections virales ou bactériennes.
- Les angines évoluent le plus souvent favorablement en 3-4 jours. Elles peuvent donner lieu à des complications générales ou locorégionales, dont l'incidence semble en augmentation, malgré une bonne prise en charge initiale.

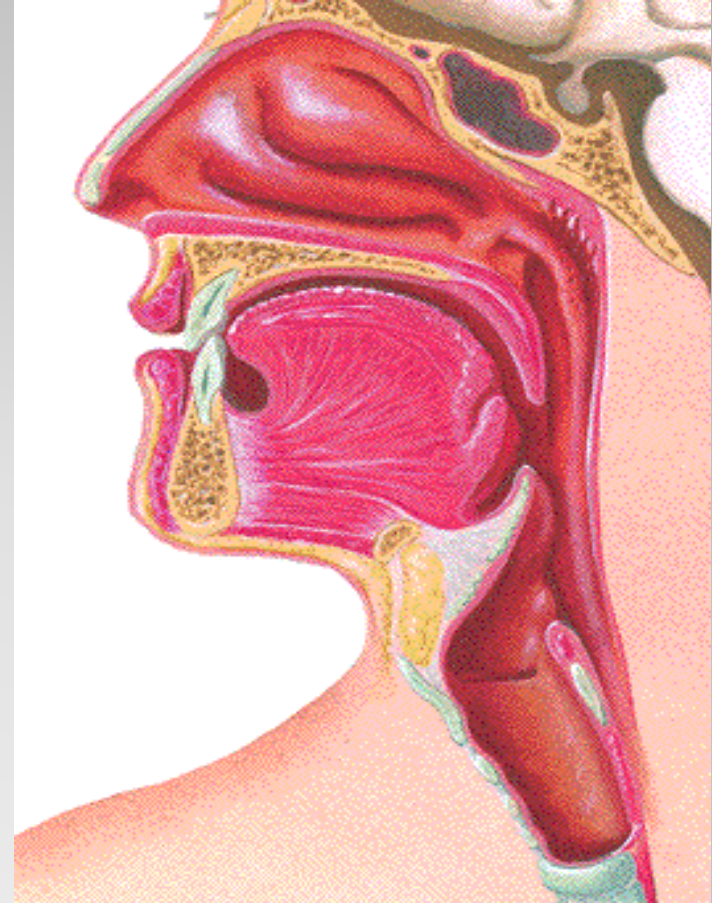
Rappel anatomique(pharynx)

- Le pharynx est un conduit musculo-membraneux étendu verticalement depuis la base du crâne jusqu'à hauteur de la 6^{ème} vertèbre cervicale en arrière, ou le bord inférieur du cricoïde en avant, où il se poursuit par l'œsophage.



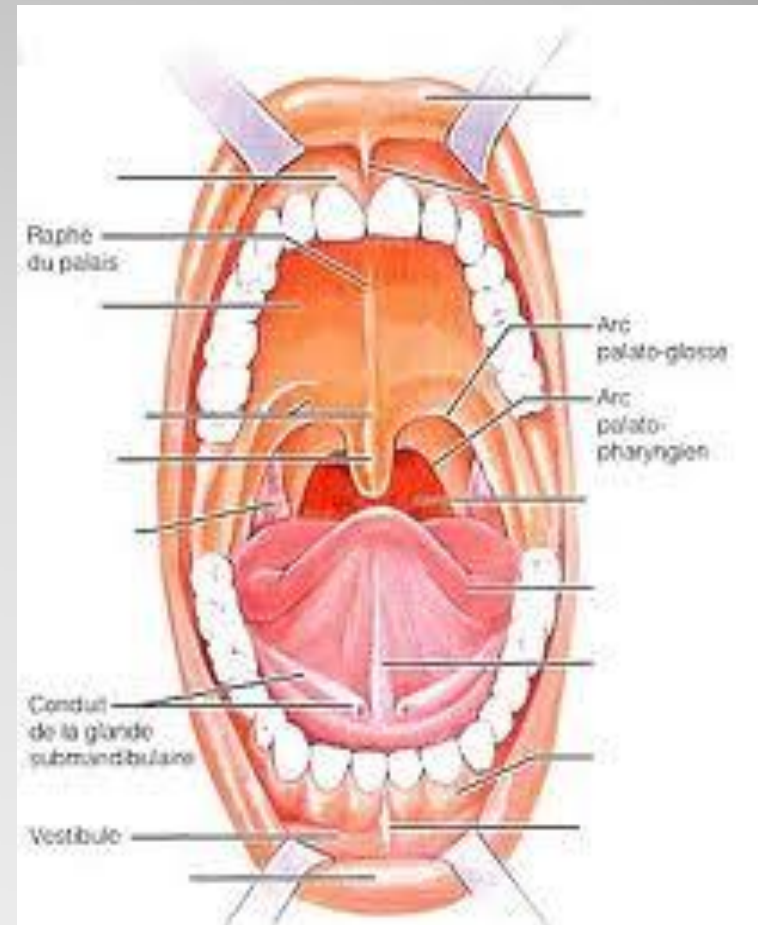
Rappel anatomique(pharynx)

- En forme de gouttière médiane, symétrique, il épouse la courbure du rachis cervical sur lequel il s'applique sur toute sa hauteur. Cette gouttière est ouverte en avant et comporte sept orifices qui la divisent en trois étages :
- **étage nasal** : ouverture des fosses nasales par les choanes et, latéralement, des trompes auditives ; c'est le nasopharynx
- **étage buccal** ou oropharynx qui communique avec la cavité buccale par l'isthme du gosier
- **étage inférieur** ou hypo pharynx ou laryngopharynx.



Rappel anatomique (amygdales palatines)

- Formations lymphoïdes paires et à peu près symétriques. entourées d'une capsule fibreuse qui la sépare de la paroi oropharyngée
- Éléments les plus volumineux de l'anneau lymphatique de Waldeyer.
- Plaquées contre la paroi latérale de l'oropharynx



Rappel anatomique (amygdales palatines)

- comparée a une amande à grand axe vertical.
- Aplatie de dehors en dedans, avec:

- **Une face latérale** : lisse, c'est la capsule tonsillaire rattachée à la paroi pharyngée .

- **Une face médiale** : irrégulière, parsemée d'orifices irréguliers ,ces orifices, punctiformes ou linéaires, font suite au cryptes.

- **Un pôle supérieur**, effilé;

- **Un pôle inférieur**, renflé;

- **Deux bords, antérieur et postérieur.**

Rappel anatomique (amygdales palatines)

LA PAROI LATÉRALE

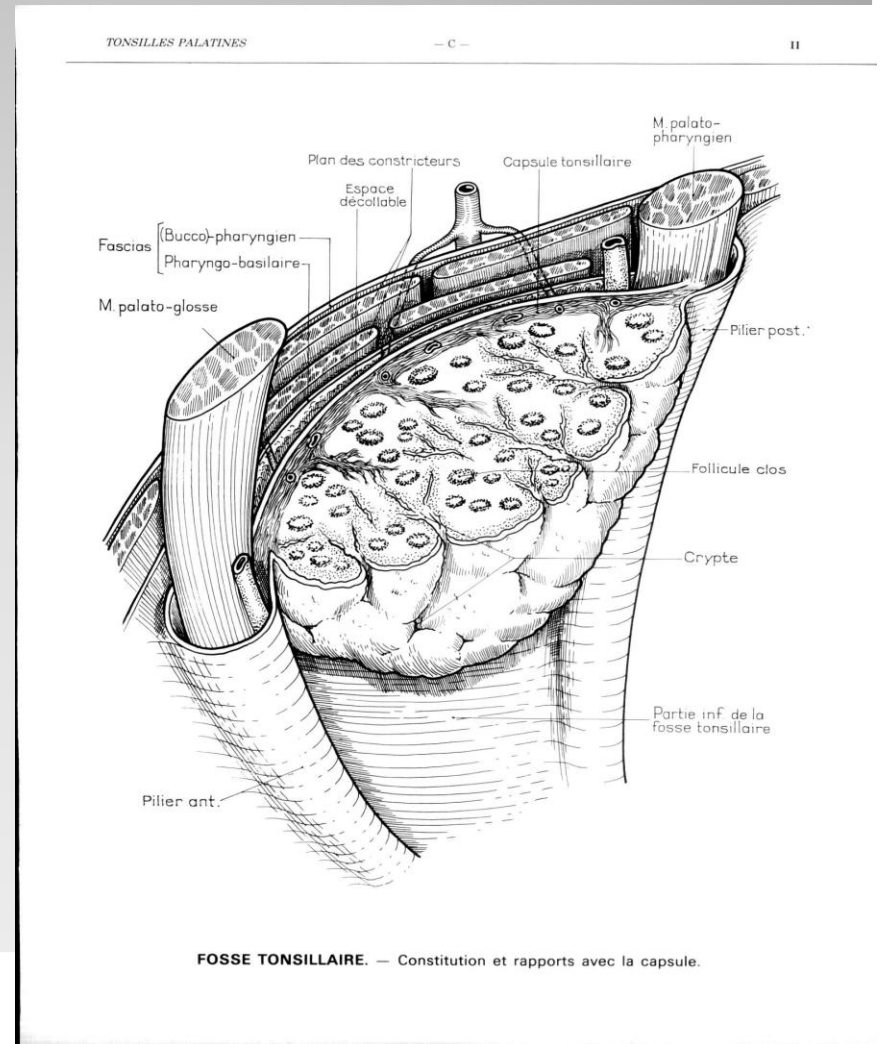
- Elle est constituée par trois plans :

1) Le fascia pharyngo-basilaire
mince et celluleuse.

2) Plan musculaire

- * constricteur supérieur du pharynx
- * constricteur moyen du pharynx
- * le stylo-pharyngien
- * le stylo-glosse .
- * le muscle glosso-tonsillaire.

3) Le fascia buccopharyngien.



Rappel anatomique (amygdales palatines)

- Entre la face latérale de la tonsille, représentée par la capsule tonsillaire et le fascia pharyngo-basilaire, existe **un espace décollable péri-tonsillaire**.

Net dans ses deux tiers supérieurs, où le clivage est facile.

- Il constitue **le lieu de fusée des suppurations péri-amygdaliennes**, qui y créent des adhérences pathologiques effaçant la zone décollable.

Rappel anatomique

- Espace para pharyngée ou latéro pharyngien
- Espace retro pharyngien

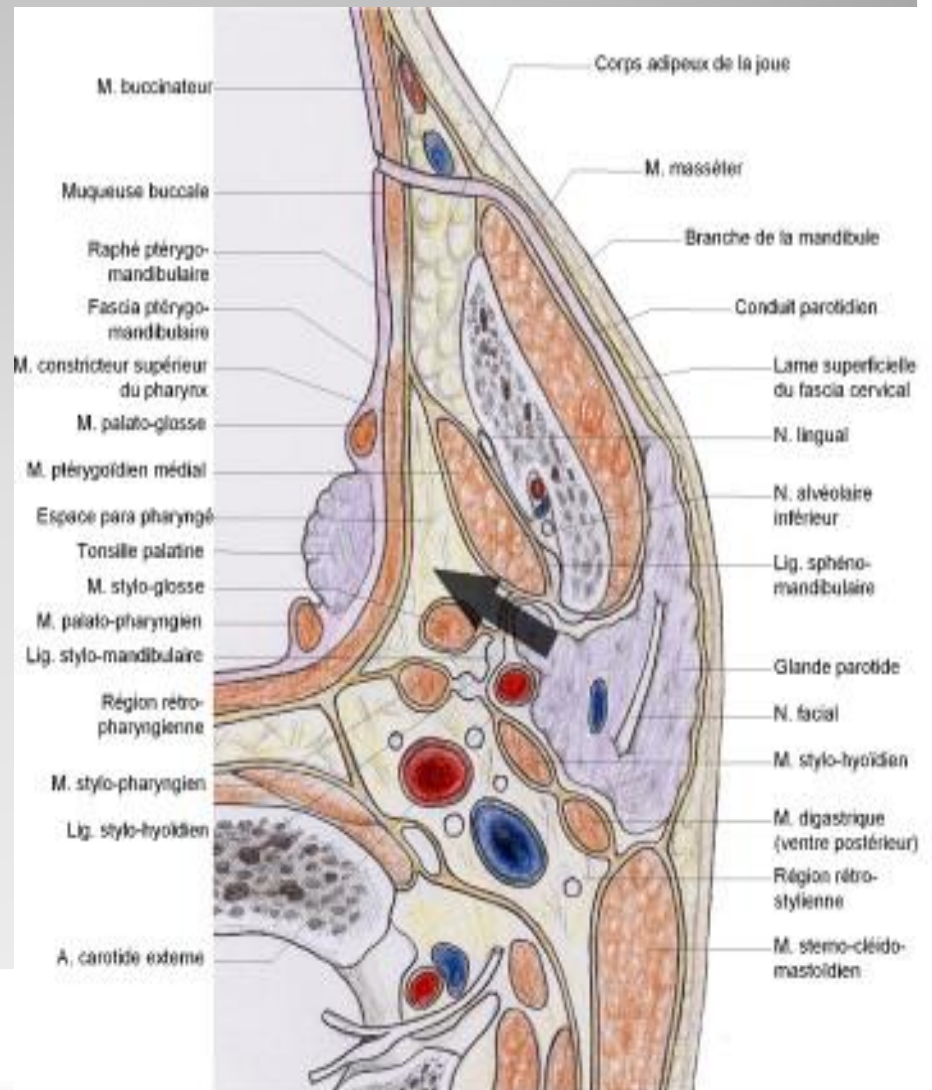
Rappel anatomique (amygdales palatines)

- **Espace para-pharyngien:**

Région divisée en deux par le rideau stylien (ventre postérieur du digastrique, stylo hyoïdien, ligament stylo hyoïdien et le ligament stylo mandibulaire, muscle stylo-pharyngien, muscle stylo-glosse)

- **Loge préstylienne**, en contact avec le fascia pharyngobasilaire, occupée par: les muscles ptérigoidiens, l'artère et le nerf maxillaire interne.

- **Loge rétrostylienne**, sous parotidienne postérieure, occupée par: l'artère carotide interne, veine jugulaire interne, IX, X, XI, XII et le Gg sympathique cervical

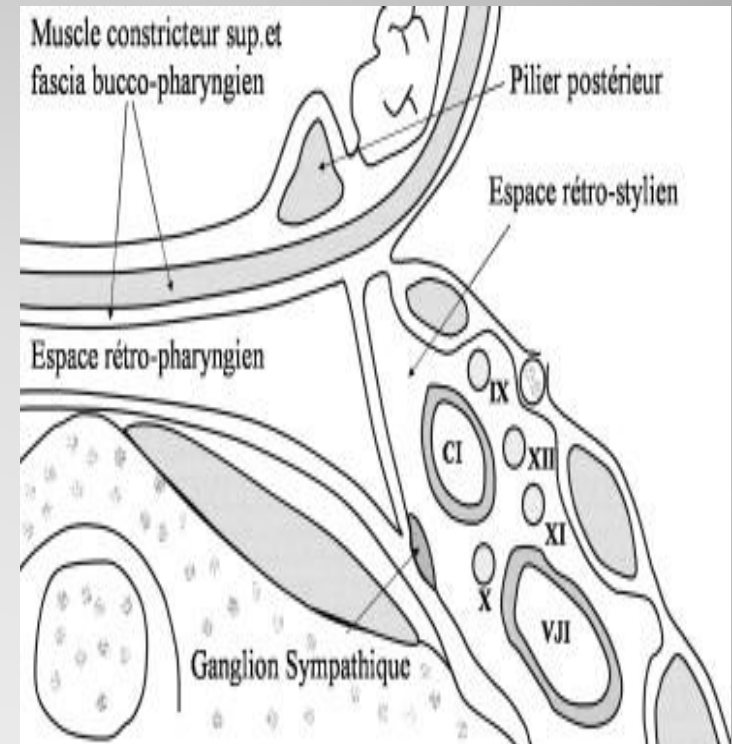


Rappel anatomique

- **Espace rétro pharyngien**

Espace s'étendant de la base du crane à la première vertèbre dorsale;

Élément important de cette région: les ganglions rétropharyngés de part et d'autre de la ligne médiane, en regard de C2, qui régressent entre 2 et 5 ans;



Physiopathologie-bactériologie

- Les différentes **aponévroses cervicales** créent des espaces cellulograsseux et vasculaires qui délimitent l'infection et la propagent en même temps.

Les muscles palato-glosse en avant et palato-pharyngien en arrière de l'amygdale empêchent la diffusion de l'infection aux parois antérieure et postérieure.

- L'existence d'un hiatus entre les deux muscles constricteurs pharyngien supérieur et moyen , et leur faible épaisseur favorise la diffusion de l'infection à l'espace para-pharyngé.
- Par ordre de fréquence décroissante on observe:
 - Phlegmon péri amygdalien(90% des cas)**
 - Suppuration des espaces para-pharyngés**
 - Phlegmon rétro-pharyngien** surtout chez l'enfant
- Les bactéries en cause sont les **commensales** de la **flore oro-pharyngée**; par rupture de l'équilibre suite à une infection virale , bactérienne, ou à un traumatisme (plaie , corps étranger) rompant la barrière muqueuse.

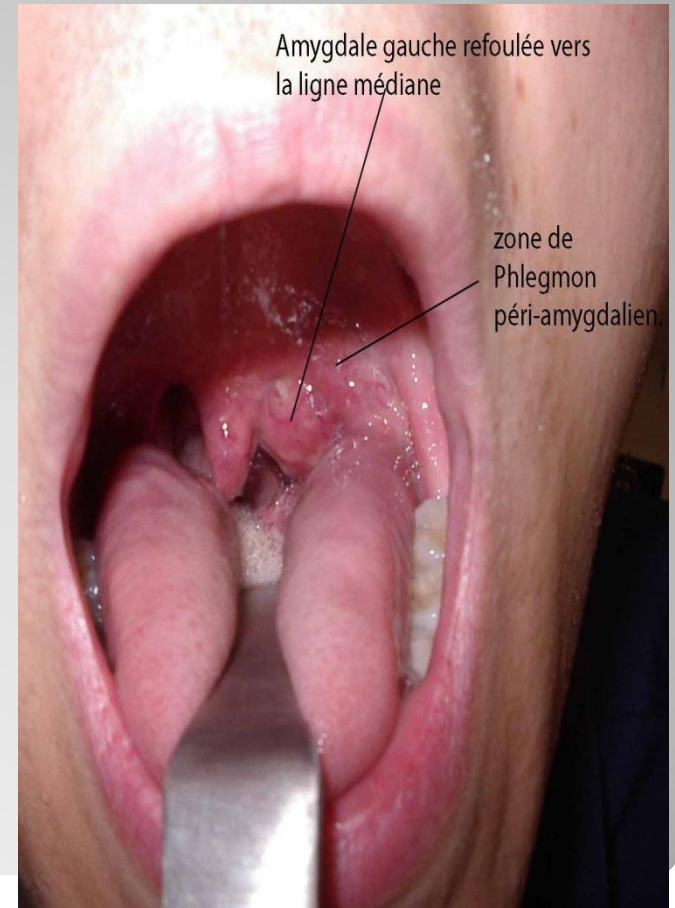
Physiopathologie-bactériologie

- Cette flore est composée de germes aérobies et surtout des **anaérobies**; qui en fonction de la **virulence** du germe mais aussi; et surtout , en fonction du **terrain**(immunodéprimé, âgé, diabétique, sous traitement AINS..) détermine une infection localisée, puis collectée en abcès ou une infection diffuse extensive parfois nécrosante.
- Dans les études bactériologiques les anaérobies sont largement dominants; bactéroïdes, micrococcus, fusobacterium, et peptostreptococcus.
- Le **streptocoque b hémolytique du groupe A** est le plus souvent incriminé dans les infections à point de départ pharyngien.
- Les **cocci à Gram négatif** sont plus rarement en cause, et doivent être suspectés chez les sujets hospitalisés, vivants en institution, diabétiques ou alcooliques.
- Les **hémocultures** sont nécessaires pour mettre en évidence les germes incriminés .

Différentes formes cliniques

1. phlegmon périamygdalien

- C'est une **suppuration développée entre la capsule de l'amygdale et la paroi pharyngienne.**
- à point de départ amygdalien. Dans **80 %** des cas, il est de localisation **antéro supérieure.**
- Observés chez l'adolescent et l'adulte jeune au décours d'une angine aiguë ou le réchauffement d'une amygdalite chronique.
- L'agent microbien habituel: **streptocoque du groupe A**, les anaérobies.



Différentes formes cliniques

1. phlegmon périamygdalien

- SF: douleur pharyngée unilatérale intense, une odynophagie, AEG avec une fièvre à 39-40°.
- L'examen, souvent gêné par **le trismus**, retrouve une tuméfaction de la partie supérieure du pilier antérieur, une luette déviée du côté controlatéral, oedématisée, translucide et une amygdale refoulée en dedans
- Des adénopathies cervicales, le plus souvent unilatérales , sensibles.

Différentes formes cliniques

1. phlegmon périamygdalien

Traitement:

- ❖ Au stade **pré suppuratif**, d'angine phlegmoneuse, l'antibiothérapie peut entraîner la guérison.
- ❖ A la période de **phlegmon collecté**, affirmée par une ponction exploratrice à l'aiguille fine (qui retrouve la présence de pus), l'évacuation **chirurgicale** de la collection suppurée est indispensable : incision verticale du pilier antérieur, suivie d'un débridement à la pince. Parfois une simple ponction quotidienne de la collection est suffisante. **L'antibiothérapie** est systématiquement associée.
- ❖ **L'hospitalisation** est réservée dans le cas d'une **aphagie** ou d'altération profonde de l'état général .
- ❖ La guérison est généralement obtenue en quelques jours.
- ❖ **L'amygdalectomie à froid** est proposée, mais n'est plus systématique(récidence 15%), dans un délai minimum de 5 à 6 semaines après le phlegmon, pour éviter de nouveaux épisodes.

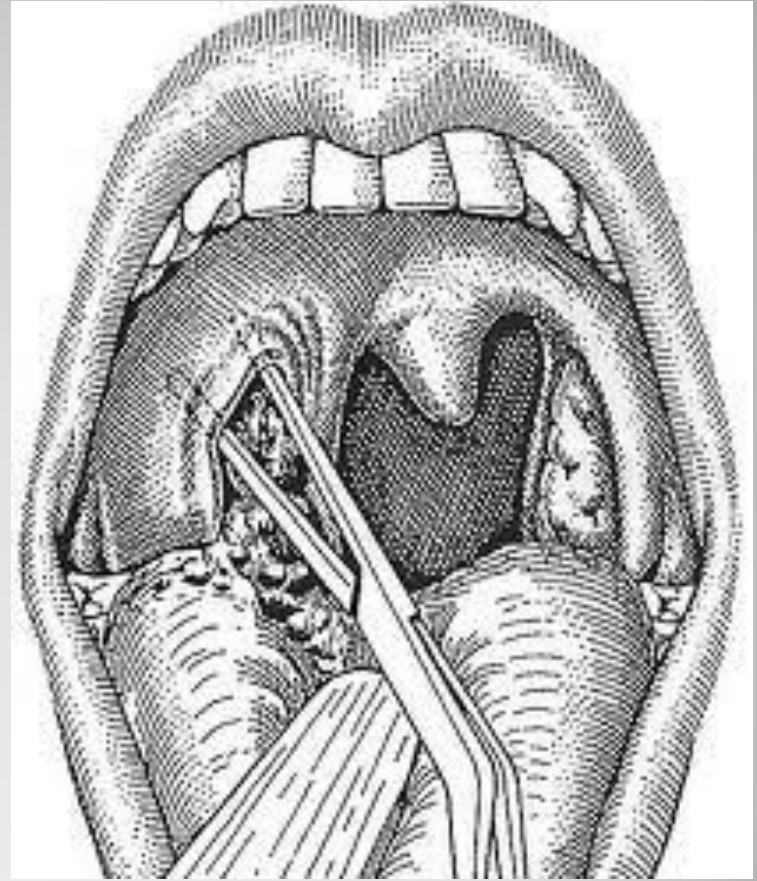
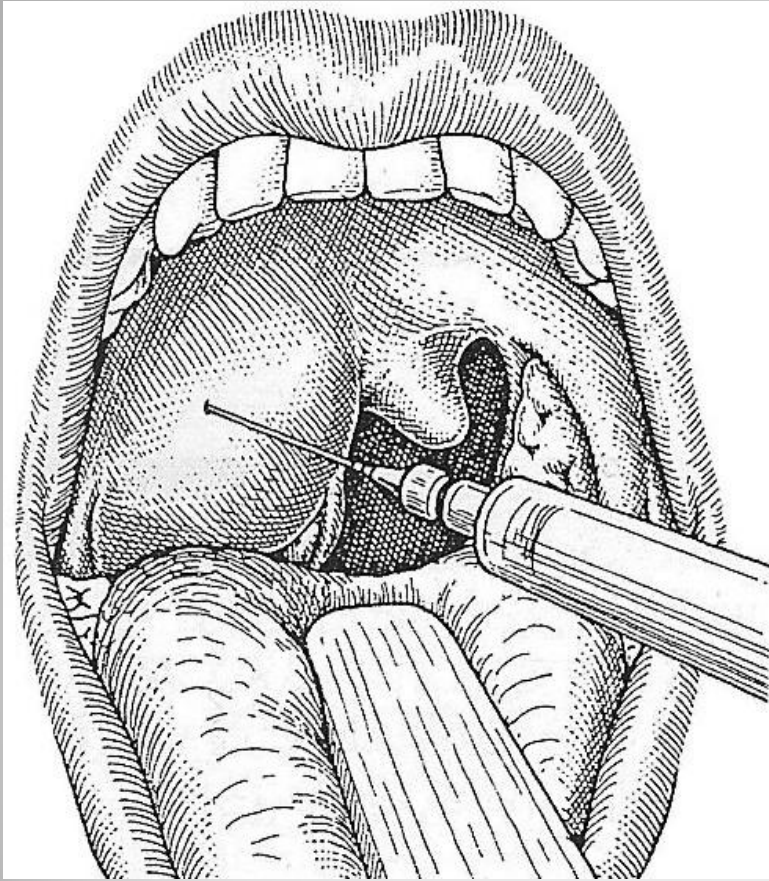
Différentes formes cliniques

1. *phlegmon périamygdalien*

	Absence d'allergie aux pénicillines	Présence d'allergie à la pénicilline
Ambulatoire per os	Amoxicilline+acide clavulanique	céphalosporine 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} génération ou lincosamides
Hospitalier IV	Amoxicilline +acide clavulanique Ou céphalosporine 3 ^{ème} génération	céphalosporine 3 ^{ème} génération ou lincosamides

Différentes formes cliniques

1. *phlegmon périamygdalien*



- **Le phlégmon péri-AMG postérieure**

La douleur y est encore plus violente avec otalgie mais le trismus manque souvent

À l'examen :

- Pilier postérieur rouge et tuméfié
- AMG et pilier antérieur refoulé en avant
- L'œdème du pilier peut gagner la margelle laryngée

Le pronostic est des plus sérieux en raison surtout des dangers de l'œdème laryngé

L'incision moins facile doit être prudente en raison de la proximité de la ci

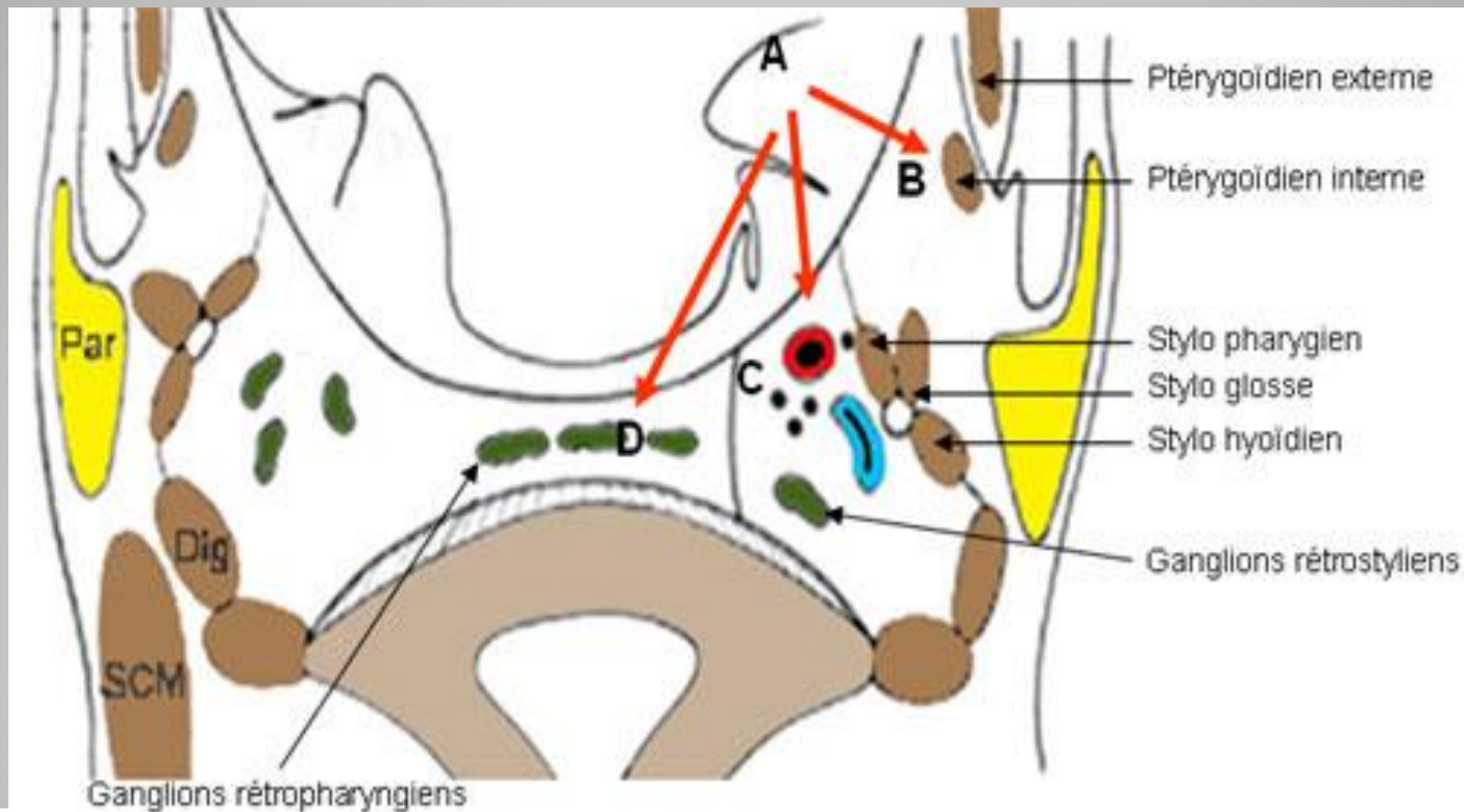
Différentes formes cliniques

2. Infection des espaces para pharyngés

- rares.
- Le point de départ : amygdalien, plus rarement parotidien, ganglion cervicale qui draine les fosses nasales ou le pharynx peut en être la cause.
- Selon la localisation de l'abcès par rapport au diaphragme stylien deux entités cliniques se dégagent; les phlegmons **préstyliens** et **rétrostyliens**;
- SF communs aux deux formes : la fièvre, odynophagie, la raideur cervicale et AEG.

Différentes formes cliniques

2. Infection des espaces para pharyngés



Différentes formes cliniques

2. Infection des espaces para pharyngés

Abcès préstylien (para amygdalien)

- Adulte jeune ou grand enfant;
- Abcès du segment antérieur;
- Trismus modéré, fièvre;
- Tuméfaction pharyngée latérale+cervicale dans la région parotidienne;
- Collection en dehors du constricteur sup, refoulant l'amygdale en bas et en dedans;
- Risque d'extension à la région sous maxillaire.

Différentes formes cliniques

2. Infection des espaces para pharyngés

Abcès rétro stylien(sous parotidien post)

- Importance des signes généraux de toxi-infection;
- trismus (-) signes pharyngiens discrets
- L'œdème peut être à l'origine d'une dyspnée ou d'une compression des 4 dernières paires crâniennes;
- empâtement de la région rétro-mandibulaire et l'épaississement du pilier post
- Un torticolis ;
- **La gravité** est liée à la présence de **la carotide int, jugulaire int** et/ou diffusion de l'infection au médiastin.

Différentes formes cliniques

2. Infection des espaces para pharyngés

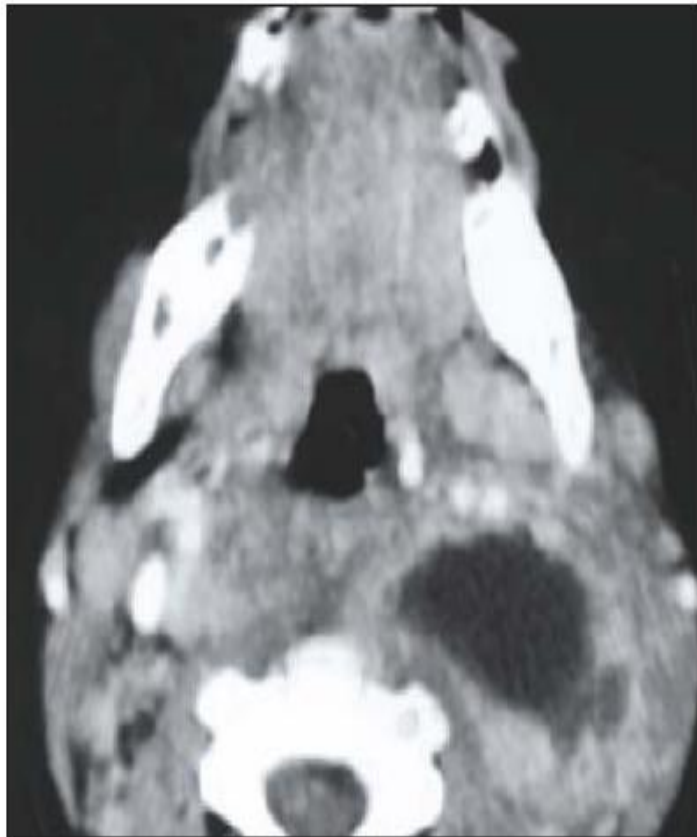


Figure 8. Abscès parapharyngé gauche.

- **Traitement:**

Le traitement est **d'abord médical en IV** puis oral;

Infection préstylienne:

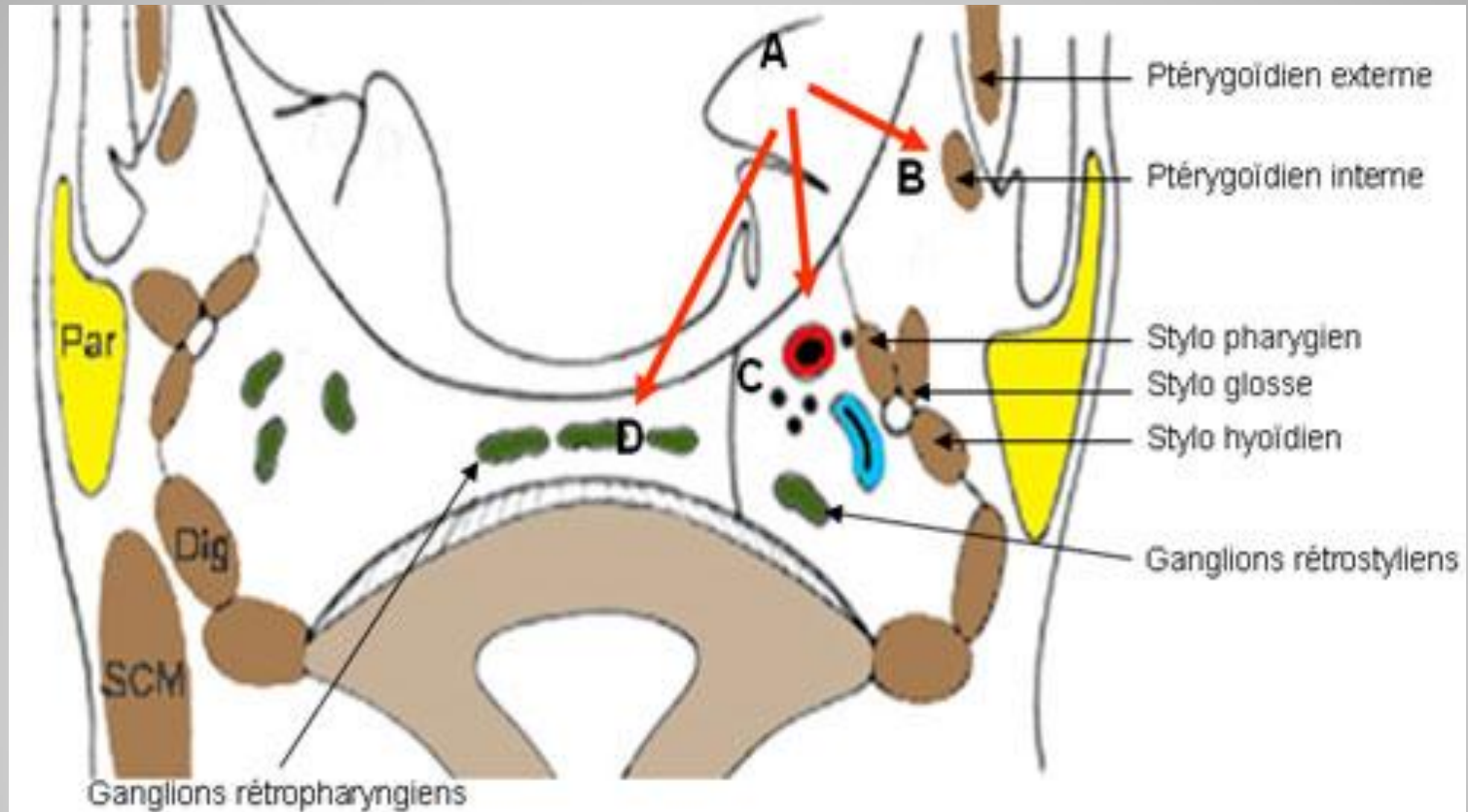
elles nécessitent un **drainage chirurgical** qui repose sur une **amygdalectomie à chaud** parfois associée à un **abord externe sous-mandibulaire.**

Infection rétrostylienne:

le drainage chirurgical est indiqué en cas de collection volumineuse, ou de non amélioration clinique après 72 heures de traitement bien conduit.

Différentes formes cliniques

3. infections de l'espace rétropharyngé



Différentes formes cliniques

3. infections de l'espace rétropharyngé

- Avant 4ans ces abcès correspondent à l'infection des ganglions;
- Chez l'enfant plus grand et l'adulte ces abcès sont secondaires à un corps étranger ou à un traumatisme parfois iatrogène de la paroi post(intubation, contention ant du rachis cervical);
- Parfois secondaire à la propagation d'une infection péripharyngée ou d'une infection osseuse;
- **La clinique** associe: douleur pharyngée fébrile, dysphagie, raideur cervicale, voire hyperextension évoquant un torticolis ou une méningite; avec parfois une dyspnée prêtant à confusion avec une épiglottite du jeune enfant;
- **L'examen** retrouve un bombement un peu latéralisé de la paroi postérieure du pharynx, et un empâtement cervical profond;
- L'imagerie (scanner) aide au diagnostic topographique.

Différentes formes cliniques

3.infections de l'espace rétro pharyngé

- **Le traitement** repose sur l'antibiothérapie au stade pré suppuratif. A la phase d'abcédation ,la collection sera évacuée par incision et drainage cervicaux.
- La prise en charge médicale consiste en la prescription d'antibiotiques d'abord en IV puis orale, une HBPM peut être prescrite;
- Le drainage chirurgical est indiqué en cas de collection volumineuse(>15mm dans son plus petit axe)ou absence d'amélioration clinique après 72 heures de traitement médical bien conduit.il se fait par vois endo buccale, si le processus infectieux est en dedans de la carotide interne.

Différentes formes cliniques

4.cellulite cervicale

- Complication infectieuse rare mais **sévère** résultant d'une infections des espaces aponévrotiques profonds de la face et du cou. à point de départ pharyngé dans 20% des cas;
- **Les signes cliniques** sont: un syndrome infectieux avec fièvre toujours supérieure à 38°C, douleur cervicale, odynophagie; souvent une dyspnée laryngée, et des douleurs thoraciques en cas d'**extension médiastinale** ;



Différentes formes cliniques

4.cellulite cervicale

La forme gangréneuse

- Résulte d'une nécrose tissulaire gazogène;
- Donne une crépitation sous cutané à l'examen;
- Un emphysème sous cutané à la radiographie du thorax;
- Son évolution est rapide, et elle s'accompagne de signes généraux marqués: faciès grisâtre, température $>40^{\circ}\text{C}$, sepsis.



Différentes formes cliniques

4.cellulite cervicale

La forme adéno phlegmoneuse

- Donne un empâtement de la région cervicale , sous mandibulaire au départ, progressivement sus claviculaire homolatérale;
- Tuméfaction cervicale tendue, rouge douloureuse, de la pointe de la mastoïde, au creux sus claviculaire;
- A la radiographie, présence de bulles d'air dans les parties molles;
- L'évolution est toujours plus lente que dans la forme gangréneuse;



Différentes formes cliniques

4.cellulite cervicale

Traitement :

- **Hospitalisation** en milieu de réanimation médicale et chirurgicale; car l'évolution est très rapide et la prise en charge doit être multidisciplinaire
- **Réanimation** nécessaire en cas de choc septique ou de décompensation d'une pathologie sous-jacente;
- Le traitement comporte aussi une antibiothérapie IV à posologies élevées à débiter dans l'heure, anticoagulants en cas de thrombophlébite de la jugulaire interne, donc HBPM à dose efficaces
- Le drainage chirurgical s'impose le plus souvent, il doit être précoce, répété et radical, l'abord se fait pas une **cervicotomie** large pour drainer les espaces parotidien, sous-mandibulaire, rétro stylien, rétro pharyngé, carotidien et du médiastin. Une thoracotomie peut être nécessaire.
- Le second temps du traitement consiste en la mise en place d'un système de drainage et de lavage des différentes loges explorées.
- Toute cette thérapeutique se trouve renforcée par les antibiotiques;

Conclusion

- L'angine est une pathologie bénigne et un motif très fréquent de consultation ce qui n'exclut pas la survenue de plusieurs complications locorégionales pouvant engager le pronostic vital.
- La nécessité d'une surveillance et d'une prise en charge optimale (ATB adaptée) notamment sur des terrains particuliers .