

MALADIES INFECTIEUSES

ANGINES ET RHINOPHARYNGITES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

Docteur DEGRAVI Claude

Créé en 2014

Pour la plateforme

ANGINES ET RHINOPHARYNGITES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

- Les pharyngites et les angines sont une inflammation de l'oropharynx et des amygdales. Il s'agit d'infections très fréquentes, d'origine virale ou bactérienne. Une antibiothérapie ne doit pas être instaurée de manière abusive en cas de cause virale
- Les rhinopharyngites sont, quant à elles, des infections d'origine virale et ne nécessitent pas d'antibiothérapie.

I. ANGINES ET PHARYNGITES

A/ INTRODUCTION

1/ AGENTS INFECTIEUX

- Principalement d'ORIGINE VIRALE (70%)
- **Pharyngites, angines érythémateuses ou érythémato-pultacées**
 - *Rhinovirus*, Virus Respiratoire Syncytial (VRS), myxovirus, adénovirus
 - **STREPTOCOQUE β -hémolytique du groupe A (SBHA)** (20%)
 - Rarement : autres streptocoques, gonocoque, anaérobies, VIH, CMV
- **Angines pseudo-membraneuses**
 - EBV (= Epstein Barr Virus) responsable de la MNI (mononucléose infectieuse)
 - *Corynebacterium diphtheriae* (= diphtérie)
- **Angines vésiculeuses**
 - Entérovirus (échovirus et Coxsackie)
 - Herpès
- **Angines ulcéro-nécrotiques**
 - Association fuso-spirillaire (*Fusobacterium necrophorum* + *Borrelia vincentii* = angine de Vincent)
 - Chancre syphilitique (= *Treponema pallidum*)

2/PHYSIOPATHOLOGIE

- Pharyngite = inflammation de l'oropharynx (des piliers antérieurs jusqu'à la paroi postérieure)
- Angine = inflammation de l'oropharynx touchant les AMYGDALES
- Mécanismes physiopathologiques propres à chaque germe

- **SBHA**
 - Colonisation de l'oropharynx par VOIE AERIENNE au contact d'un malade ou d'un porteur sain
 - Souvent précédée d'une infection virale qui fragilise les tissus lymphoïdes
- **EBV**
 - Transmission salivaire (« maladie du baiser »)
 - Peut être asymptomatique
 - Pas de récurrence chez l'immunocompétent
- **Diphtérie**
 - Sujet **NON VACCINE**
 - Pénétration par voie respiratoire, multiplication locale et apparition de fausses membranes
 - Production d'une exotoxine avec atteinte nerveuse, myocardique et rénale
- **Gonocoque et syphilis** : rapports sexuels oro-génitaux
- **Angine de Vincent**
 - Se développe sur un MAUVAIS ETAT BUCCODENTAIRE
 - Risque d'embolies septiques (= syndrome de Lemierre) : thrombose veine jugulaire, abcès pulmonaire

3/ EPIDEMIOLOGIE

- 8 à 9 millions d'angines/an en France
- 90% érythémateuses ou érythémato-pultacées
- SBHA
 - 15% chez l'adulte, 30% chez l'enfant
 - Risque maximal entre 5 et 15 ans
 - Risque très faible avant 3 ans et après 45 ans
- Diphtérie
 - Endémie dans l'Europe de l'Est et le tiers-monde
- EBV
 - 95% des adultes sont immunisés
 - Pic chez l'adolescent et l'adulte jeune

B/ CLINIQUE

1/ GENERALITES

- Association de fièvre et de douleur de l'oropharynx

Angines érythémateuses et érythémato-pultacées

- Angine érythémateuse : amygdales rouges et augmentées de volume
- Angine érythémato-pultacée : amygdales rouges et recouvertes d'un enduit blanchâtre punctiforme, décollable

- Signes associés : adénopathies cervicales, toux, rhinorrhée, otalgies, vomissements

Angines pseudo-membraneuses

- **MNI**
 - Amygdales recouvertes d'un enduit grisâtre = FAUSSES MEMBRANES, non adhérentes, associées à un PURPURA DU VOILE DU PALAIS, respectant la luette
 - Fièvre modérée, ADENOPATHIES diffuses, SPLENOMEGALIE
 - ERUPTION MORBILLIFORME (10%)
 - Guérison spontanée en 3 à 4 semaines
- **Diphtérie**
 - Evoquée chez sujet non vacciné en zone d'endémie
 - Incubation = 7 jours
 - Fausses membranes adhérentes, saignant au contact, envahissant la luette
 - Jetage nasal unilatéral

Angines vésiculeuses

- **Herpangine** = due au Coxsackie A
 - Enfants de 1 à 7 ans
 - Fièvre + pharyngite + vésicules inflammatoires pharyngées (érosions jaunâtres quand elles se rompent)
 - Association à une éruption maculo-vésiculeuse des mains et des pieds = syndrome pieds-mains-bouche
- **Angine herpétique**
 - Gingivostomatite : fièvre élevée et dysphasie très douloureuse avec ulcérations de la muqueuse
 - Guérison spontanée en 15 jours

Angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques

- **Angine de Vincent**
 - HALEINE FETIDE et mauvaise HYGIENE buccodentaire, odynoplagie latéralisée, fièvre modérée
 - ULCERATION unilatérale profonde recouverte de membranes grisâtres avec adénopathie satellite
- **Chancre syphilitique**
 - Pas de signes généraux
 - Ulcération peu profonde, INDOLORE, INDOLORE, adénopathie satellite

2/ COMPLICATIONS

Angines érythémateuses et érythémato-pultacées : dues au SBHA

- Complications toxiques : SCARLATINE (rash scarlatiniforme avec glossite framboisée et vomissements), choc toxique streptococcique
- Syndromes post-streptococciques : rhumatisme articulaire aigu, **glomérulonéphrite post-streptococcique** (bandelette urinaire 3 semaines pour éliminer une protéinurie)
- **PHLEGMON** péri-amygdalien
 - Fièvre élevée, odynophagie, otalgie, TRISMUS, TUMEFACTION DU VOILE DU PALAIS et OEDEME DE LA LUETTE
 - Favorisé par les AINS
- Adénophlegmon
 - Torticolis fébrile avec AEG
 - Chez l'enfant, rechercher une subluxation atloïdo-axoïdienne (syndrome de Grisel)
- Cellulites cervicales, médiastinites
 - Extension de l'infection aux parties molles (urgence vitale)

Mononucléose infectieuse

- ERUPTION MORBILLIFORME si administration d'amoxicilline
- HEPATITE, RUPTURE DE RATE, ANEMIE HEMOLYTIQUE AUTO-IMMUNE, purpura thrombopénique, cryoglobulinémie, syndrome d'activation macrophagique
- Neurologiques : encéphalite, polyradiculonévrite, syndrome cérébelleux, PF, méningite lymphocytaire

Angine de Vincent : SYNDROME DE LEMIERRE (angine + thrombose jugulaire + infarctus pulmonaire)

Diphtérie

- Extension laryngée (croup)
- Myocardite
- Défaillance multiviscérale mortelle

C/ DIAGNOSTIC

1/ EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Angines érythémateuses et érythémato-pultacées

- Pas de critère clinique suffisant pour déterminer l'origine virale ou bactérienne
- **TDR = Test de Diagnostic Rapide (« Strepto-test »)**
 - Réalisable en ville directement par prélèvement bucco-pharyngé, résultats en 5 minutes
 - Positif si présence de SBHA (=angine bactérienne)
 - **SYSTEMATIQUE CHEZ L'ENFANT DE PLUS DE 3 ANS**
 - Jamais avant 3 ans
 - Chez l'adulte, uniquement si score de McIsaac ≥ 2 (fièvre, exsudat amygdalien, adénopathies cervicales, absence de toux)
- **Si facteurs de risque de rhumatisme articulaire aigu et TDR négatif** : prélèvement bucco-pharyngé et mise en culture
 - FDR de RAA
 - Antécédent personnel RAA
 - Ou âge compris entre 5 et 25 ans + angines multiples à SBHA ou séjours en DOM-TOM/Afrique ou conditions socio-économiques défavorables

Angines pseudo-membraneuses

- **MNI**
 - NFS : syndrome MONONUCLEOSIQUE, thrombopénie
 - Cytolyse hépatique
 - Diagnostic de certitude : MNI-test ou sérologie EBV (IgM VCA en l'absence d'Ac anti-EBNA)
- **Diphtérie**
 - Ecouvillonnage des lésions pour examen direct (BG+) et culture (laboratoire averti)
 - Si positif, recherche systématique de la toxine par PCR
 - DECLARATION OBLIGATOIRE à l'ARS

Angines vésiculeuses : diagnostic clinique

Angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques

- Angine de Vincent : prélèvement de gorge et HEMOCULTURES
- Syphilis : sérologie TPHA VDRL, *T.pallidum* au prélèvement du chancre (microscope à fond noir)
- NFS en URGENCE pour éliminer une hémopathie ou une AGRANULOCYTOSE

2/ DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- Maladie de Behçet (aphtes récidivants)
- Lupus
- Kawasaki chez l'enfant
- Angine ulcéro-nécrotique : éliminer une hémopathie, une agranulocytose ou un cancer amygdalien

D/ TRAITEMENT

1/ ANGINES ERYTHEMATEUSES ET ERYTHEMATO-PULTACEES

- Ambulatoire
- ANTIBIOTHERAPIE uniquement si SBHA documenté (TDR ou culture +), *per os*
 - Objectifs : diminue les symptômes et la contagiosité et prévient le risque de RAA
 - **POSOLOGIES A CONNAITRE**
 - **AMOXICILLINE 2g/j chez l'adulte**, 50 mg/kg/j chez l'enfant, **pendant 6 JOURS** en 2 prises/j
 - Si allergie pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines
Céfuroxime-axetil (=Zinnat[®]) (500 mg/j adulte, 20 mg/kg/j enfant) pendant 4 jours
Ou cefpodoxime proxétil (=Orelox[®]) (200 mg/j adulte, 8 mg/kg/j enfant) pendant 5 jours
 - Si allergie à l'ensemble des β -lactamines
MACROLIDES azithromycine (=Zithoromax[®]) (500 mg/j adulte ou 20 mg/kg/j enfant) **pendant 3 jours ou clarythomycine (500 mg/j) ou josamycine (2g/j) pendant 5 jours ;le prélèvement de gorge avec mise en culture n'est plus recommandé depuis 2011**
- Traitement symptomatique : antalgiques et antipyrétiques (**contre-indication** des corticoïdes et **AINS**)
- Amygdalectomie à distance d'un épisode compliqué

2/ AUTRES ANGINES

- **MNI** : Traitement ambulatoire symptomatique : repos, antalgiques et antipyrétiques
- **Diphthérie**
 - URGENCE VITALE, DECLARATION OBLIGATOIRE
 - Hospitalisation (parfois réanimation)

- Sérothérapie par sérum anti-diphtérie + antibiothérapie par pénicilline G ou A IV pendant 14 jours + vaccination
- **Angines vésiculeuses**
 - Herpangine : traitement symptomatique
 - Angine herpétique et gingivostomatite herpétique : soins de bouche + aciclovir per os (voie IV si forme sévère)
- **Angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques**
 - Angine de Vincent : antibiothérapie par pénicilline V 10 jours ; si allergie : métronidazole (=Flagyl[®])
 - Chancre syphilitique : 1 injection IM de pénicilline G (benzylpénicilline) + recherche d'autres MST, RAPPORTS SEXUELS PROTEGES et bilan du PARTENAIRE ; si allergie doxycycline ou érythromycine

II. RHINOPHARYNGITES

A/ INTRODUCTION

1/ AGENTS INFECTIEUX

- Virus ++ (*Rhinovirus*, *Coronavirus*, virus respiratoire syncytial = VRS, virus influenzae et parainfluenzae...)
- Immunité courte et réinfection fréquentes

2/ PHYSIOPATHOLOGIE

- Transmission du virus par voie aérienne (éternuements, toux), incubation de 48 à 72h
- Maladie bénigne d'évolution favorable

3/ EPIDEMIOLOGIE

- Infection très fréquente
- Enfant ++ : 6 à 8 épisodes/an
- Prédominance hivernale
- Cancer amygdalien

B/ CLINIQUE

1/ GENERALITES

- Diagnostic = clinique, pas d'examen complémentaire
- Symptômes : rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale, fièvre, toux, douleurs pharyngées

- Examen clinique : inflammation du rhinopharynx, rhinorrhée antérieure ou postérieure muqueuse ou purulente, adénopathies cervicales
- Examen des tympans systématique = OTOSCOPIE
- Durée : 4 à 10 jours

2/ COMPLICATIONS

- Surinfection bactérienne
 - Otite moyenne aiguë
 - Sinusite maxillaire
 - Bronchite

C/ TRAITEMENT

1/ GENERALITES

- Traitement ambulatoire SYMPTOMATIQUE
 - **Lavage des fosses nasales**, mouchage et aspiration
 - Antipyrétiques si fièvre
 - Vasoconstricteurs nasaux après 12 ans si pas contre-indication
- Information sur la régression spontanée habituelle
- PAS D'ANTIBIOTHERAPIE (sauf complication : otite moyenne aiguë purulente ou sinusite purulente)
- Information des parents sur la bénignité de l'infection et la régression spontanée habituelle

2/ RHINOPHARYNGITES RECIDIVANTES OU CHRONIQUES

- Fréquentes chez l'enfant en collectivité
- Eliminer un facteur favorisant : TABAGISME PARENTAL, allergie
- Adénoïdectomie si obstruction chronique des voies aériennes supérieures