

# Angines (77a)

Docteur Olivier CUISNIER

Octobre 2002

## Pré-requis :

- Anatomie du pharynx et de la cavité buccale
- Bactériologie des voies aérodigestives supérieures
- Principes d'antibiothérapie

## Résumé :

L'angine est une infection aiguë des amygdales et du pharynx. En France, le traitement antibiotique est pratiquement systématique afin d'éviter les complications des angines à streptocoque bêta-hémolytique. Les formes cliniques n'ont rien de spécifique. Les plus fréquentes sont les angines érythémateuses ou érythémato-pultacées. Il existe d'autres formes qu'il faut savoir reconnaître comme la mononucléose infectieuse, la dyphtérie, l'angine de Vincent...

Actuellement des tests de dépistage rapide du streptocoque sont à l'étude pour limiter les prescriptions d'antibiothérapie dans les angines virales.

## Index :

Angines érythémato-pultacées, angines pseudomembraneuses, streptocoque B-hémolytique du groupe A, Antibiothérapie

## 1. Introduction

Les infections amygdaliennes aiguës ou amygdalites posent essentiellement un problème étiologique.

Elles se manifestent essentiellement par une angine qui regroupe un ensemble de symptômes. L'angine définit dans le langage courant les infections amygdaliennes aiguës. Elles posent essentiellement un problème étiologique, à savoir leur origine virale ou bactérienne. Le germe le plus fréquent, le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA) fait la gravité potentielle des angines. 9 millions d'angines sont annuellement diagnostiquées en France. 2 millions seulement seraient dues au SGA et nécessiteraient une antibiothérapie pour en éviter les complications. Cet impact thérapeutique fait discuter le recours à des tests de diagnostic rapide du SGA.

## 2. Examen clinique

### **Signes fonctionnels et généraux**

L'angine est une douleur constrictive de la gorge qui s'associe à une dysphagie, une odynophagie et une otalgie réflexe. Les signes généraux peuvent être au premier ou au second plan : fièvre, frissons, malaise général. L'angine peut être latente et dépistée sur la seule notion de la fièvre (nourrissons).

**L'examen pharyngé notera la taille**, l'aspect des amygdales palatines, leur caractère cryptique. L'inspection permet de diviser les angines en plusieurs groupes :

- **les angines érythémateuses** : les amygdales sont tuméfiées et rouges, associées de manière inconstante à un oedème de la luette et des piliers amygdaliens,

- **les angines érythémato-pultacées** : elles ne diffèrent de la précédente que par la présence d'un enduit blanchâtre, plus ou moins abondant, facilement décollable de la surface amygdalienne,
- **les angines pseudo-membraneuses** sont le siège d'un exsudat fibrineux adhérent à la surface des amygdales,
- **les angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques** : il existe une ulcération de l'amygdale à contenu fibrino-purulent et recouvert de fausses membranes,
- **les angines vésiculeuses** sont le siège de vésicules à base inflammatoire surtout centrées sur les piliers amygdaliens et le voile du palais.

Les angines érythémateuses ou érythémato-pultacées sont les plus fréquentes.

L'examen locorégional mettra en évidence des adénopathies cervicales quasiment toujours associées, très souvent douloureuses et le plus souvent de siège sous-digastrique.

L'examen ORL recherchera une rhinopharyngite ou une laryngite associée et un examen général explorera les aires ganglionnaires, l'existence d'une éruption cutanée ou une splénomégalie.

### 3. L'étiologie

#### 3.1. Les angines érythémateuses et érythémato-pultacées (92 %)



[Photo : Angine érythémato-pultacée](#)  
(Docteur Olivier CUISNIER)

Les germes responsables sont en grande majorité d'origine virale (adénovirus, myxovirus para-influenzae, virus grippal). On les évoque cliniquement avant tout devant une atteinte plus diffuse de l'inflammation des voies aériennes supérieures (coryza, laryngite, toux, inflammation globale de l'oropharynx).

L'origine bactérienne par le SGA b-Hémolytique est la plus redoutée même si elle représente une minorité.

Le diagnostic de ces angines pourrait être précisé lors des tests de dépistage rapide du SGA sur un prélèvement de gorge, technique utilisant une méthode immuno-enzymatique actuellement en cours de validation. Sinon le prélèvement de gorge pourra mettre en évidence le streptocoque et le typer avec l'inconvénient de retarder de 48 heures l'antibiothérapie.

D'autres streptocoques du groupe B, C et G sont plus rares, de même hémophilus, mycoplasma pneumoniae et pneumocoque. Il faut insister sur le fait que les angines à streptocoque n'ont pas de caractère clinique spécifique.

Le traitement de référence depuis 40 ans est la Pénicilline V administrée pendant 10 jours ou en cas d'intolérance un antibiotique de la famille des macrolides. Cette attitude n'apparaît plus adaptée actuellement non pas du fait d'une diminution de l'activité des produits mais surtout en raison du non-respect de la durée de traitement par le malade et par le médecin. D'autres thérapeutiques, avec des durées de traitement égales ou moindres, ont démontré une efficacité bactériologique et clinique égale ou supérieure à celle de la Pénicilline V.

Des économies appréciables pourraient être réalisées en ne traitant que les seules angines streptococciques ce qui supposerait un usage généralisé des tests de diagnostic rapide par le praticien. Dans le but d'améliorer la compliance des patients, l'utilisation d'antibiotiques en traitement court serait possible (Amoxicilline, Céphalosporine orale de 2ème ou 3ème génération, Azithromycine).

Au traitement antibiotique seront toujours associés des antalgiques, des antipyrétiques, éventuellement des anti-inflammatoires.

Une forme particulière d'angine est la scarlatine due au SGA qui produit une toxine érythrogène (maladie à déclaration obligatoire n° 4). Le diagnostic impose une éviction du malade et des sujets-contacts si ceux-ci ne bénéficient pas d'une antibiothérapie préventive. Après une incubation de trois à cinq jours, une angine rouge associée à des céphalées, des vomissements, une fièvre à 39°-40°. L'exanthème et surtout l'érythème permettent le diagnostic.

### 3.2. Angines pseudomembraneuses (3 % des cas)



[Photo : Angine pseudomembraneuse dans le cadre d'une mononucléose infectieuse](#)  
(Docteur Olivier CUISNIER)

La mononucléose infectieuse en est certainement la cause la plus fréquente. Cependant des germes pyogènes (staphylocoque doré, streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, pneumocoque) peuvent en être responsables. Il faudra absolument éliminer une diphtérie.

#### 3.2.1. La mononucléose infectieuse

Cette maladie causée par le virus d'Epstein-Barr, atteint principalement l'adolescent et l'adulte jeune (transmission salivaire). Après une incubation de 15 à 60 jours, apparaît une fièvre à une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée. L'examen montre un oedème pharyngé prédominant sur la luette associé à une éruption purpurique du voile. Dans les formes pseudo-membraneuses, les fausses membranes sont décollables, non extensibles, non adhérentes et non reproductibles. Le larynx n'est pas atteint. On rencontre parfois un oedème palpébral. Il

existe une réaction ganglionnaire bilatérale. La rate est inconstamment augmentée de volume. Il peut exister un rash cutané dont la fréquence est de 90 % environ après prise d'une pénicilline du groupe A qu'il faut proscrire.

La numération-formule montre une leucocytose modérée faite essentiellement de mononucléaires hyperbasophiles. Le diagnostic de certitude sera apporté par le MNI-test (qui présente cependant quelques faux-positifs) et par la réaction de Paul Bunnell et Davidson qui est tout à fait spécifique. Le traitement ne comportera de corticoïdes (0,5 mg/kg de prednisone à dose dégressive sur 15 jours par exemple) qu'en cas d'altération de l'état général, de symptômes pharyngés marqués ou de complications. Les macrolides (8 à 10 jours d'érythromycine par exemple) permettront d'éviter une surinfection pharyngée mais ne sont pas indispensables.

### 3.2.2. La diphtérie

Maladie exceptionnelle à déclaration obligatoire n°6 due au bacille de Klebs-Loeffler (*Corynebacterium diphtheriae*), (3 cas par an en France). Après une incubation de 3 à 7 jours, apparaît un malaise général avec fièvre à 38-38,5°, associé à une angine à fausses membranes avec amygdales rouges recouvertes d'un enduit opalin et adhérent, qui se reproduit rapidement lors de son ablation et qui dans un second temps atteint le voile du palais et les piliers amygdaliens. Il s'y associe un coryza parfois séro-sanglant et des adénopathies sous-maxillaires bilatérales. L'état général est altéré. La dysphonie et la toux aboyante signent l'atteinte laryngo-trachéale (croup). Sérothérapie après avoir pratiqué un prélèvement de gorge sans en attendre le résultat si le sujet n'est pas vacciné et qu'il existe une notion de contagion. Isolement impératif d'environ 30 jours.

En pratique, on attendra d'avoir éliminé une MNI pour débiter le traitement (MNI-test).

## 3.3. Angines ulcéreuses et ulcéronécrotiques

### 3.3.1. L'angine de Vincent



Photo : Angine ulcérée unilatérale de Vincent  
(Docteur Olivier CUISNIER)

Celle-ci est due à l'association de deux germes anaérobies: *Fusobacterium necrophorum* et un spirochète du genre *Borellia*, surtout chez l'adolescent et l'adulte jeune. L'angine est douloureuse, unilatérale avec l'état général conservé, la fièvre à 37,5-38°C. L'amygdale est recouverte d'une ulcération à bords surélevés dont le fond est recouvert d'une fausse membrane grisâtre. L'haleine est fétide avec parfois hypersialorrhée. Il existe une réaction ganglionnaire unilatérale.

Le prélèvement de gorge objective l'association fuso-spirillaire à l'examen direct. Le traitement : pénicilline G (IM) au métronidazole (IV). Traiter les causes bucco-dentaires.

### *3.3.2. Diagnostic différentiel*

Eliminer les angines des hémopathies (hémogramme), les cancers de l'amygdale (palpation + biopsie) et l'angine tuberculeuse, le chancre syphilitique.

## **3.4. Angines vésiculeuses**

### *3.4.1. Les angines herpétiques*

Le début est brutal avec une fièvre à 39-40°, un malaise général, des frissons, une dysphagie et uneodynophagie. L'examen montre des bouquets de petites vésicules sur les piliers et le voile qui sont inflammatoires. Ces vésicules vont se rompre pour laisser place à des tâches recouvertes d'un exsudat blanchâtre entourées d'une auréole rouge. Il existe des adénopathies cervicales. L'évolution est favorable en 7 à 15 jours sans séquelles. Le diagnostic clinique peut éventuellement être étayé par les sérologies virales. Le traitement est purement symptomatique (repos, antalgiques, antipyrétiques, désinfection pharyngée, parfois anesthésiques locaux). Dans les formes étendues, un traitement antiviral peut être prescrit.

### *3.4.2. L'herpangine*

Dû au virus Cocksackie du groupe A, surtout chez l'enfant de moins de 3 ans, par petites épidémies estivales. Le tableau clinique est superposable à celui des angines herpétiques. Le traitement est symptomatique.

### *3.4.3. Diagnostic différentiel*

- le zona pharyngien, avec une éruption unilatérale,
- l'aphtose qui intéresse plutôt la muqueuse bucco-gingivale et les éruptions bulleuses.

## **3.5. Angines gangréneuses**

Extrêmement rares de nos jours, elles sont dues à une infection à germes anaérobies sur un terrain débilite (diabète non équilibré, hémopathie, insuffisance rénale). On retrouve un tableau toxi-infectieux associé à une nécrose extensive de la loge amygdalienne. Traitement : antibiothérapie par voie intraveineuse.

## **4. Complications**

### **4.1. Complications loco-régionales**

- Le phlegmon péri-amygdalien :odynophagie, trismus, bombement des piliers amygdaliens.

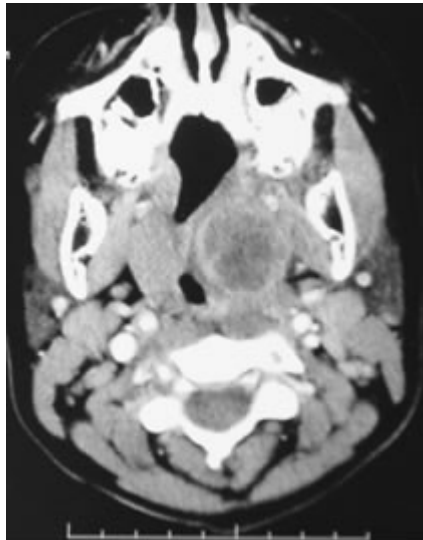


Photo : TDM avec injection en coupe axiale  
Abscess péri-amygdalien gauche  
(Docteur Olivier CUISNIER)

- L'abcès rétropharyngé prévertébral.

#### 4.2. Complications générales

- Fièvre (déshydratation, hyperthermie majeure et convulsions).
- Complications dues au streptocoque:
  - GNA post-streptococcique:
  - La maladie inflammatoire post-streptococcique:
    - le rhumatisme articulaire aigu.
    - la cardite rhumatismale
    - la chorée de Sydenham.
  - Autres : l'érythème noueux post-streptococcique, le rhumatisme post-angineux, la septicémie à streptocoque.

#### Références :

- « Angines aiguës » Ayache D, Foulquier S, Cohen M et Elbaz P. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-500-A-10, 1997, 8p.
- [http://www.docteurinfo.com/consensus\\_ORL.html](http://www.docteurinfo.com/consensus_ORL.html)
- « Angines » Bourguignat E. *ORL de l'enfant* (Médecine Sciences, Flammarion), 1996, pages 149-151.