



« J'AI MAL À LA GORGE... »

Présentation de cas – SMPR
Joana Dias
8 mars 2023

1

AUX URGENCES AMBULATOIRES

Selon le rapport du tri

- Jeune patient de 18 ans
- Odynodysphagie
- Douleur cervicale gauche
- Fièvre jusqu'à 39°C

2

ANAMNÈSE

Durée des symptômes : 7 jours

Intensité de la douleur : EVA 8-10/10

Autres symptômes associés :

- Fièvre jusqu'à 39°C depuis 48h
- Douleur cervicale gauche
- Pas de dysphonie / toux / rhinorrhée / otalgie / céphalées / rash

Possibilité de prise alimentaire et hydrique : de plus en plus difficile, car trop douloureux

Notion de contagé : aucun

3

ANAMNÈSE

Anamnèse sexuelle : RS non-protégés notamment oraux avec sa petite-amie

Automédication : Dafalgan 500mg pris la veille, Irfen 400mg pris avant la consultation sans amélioration

Comorbidités/antécédents : aucun

Traitement habituel : aucun

4

EXAMEN CLINIQUE

Constantes : TA 116/72mmHg, Fc 99bpm, T° 36.5°C,

Général : **EG diminué** (pâle et cerné)



ORL : Bon état dentaire. Fond de gorge érythémateux. **Amygdales fortement tuméfiées, de coloration rouge-violacée** avec saignement au moindre contact. **Exsudats** amygdaliens nombreux.

Pas de trismus. Pas de déviation de la luette. Pas de bombement du voile du palais ni des piliers antérieurs.

Palpation **d'adénopathie sous-mandibulaires douloureuses bilatérales.**

5

PROCHAINE ÉTAPE

Score de McIsaac

- Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (1 point)
- Rougeur et dépôts amygdaliens (1 point)
- Adénopathies cervicales (1 point)
- Absence de toux (1 point)
- Âge :
 - 3 à 14 ans (1 point)
 - 15 à 44 ans (0 point)
 - ≥ 45 ans (-1 point)



Au total : **4 points**

→ Frottis pharyngé (test rapide) : **NEGATIF**

6

MAIS... RED FLAGS



Critères à rechercher avant de conclure à une angine virale :

- Mauvais état général
- Absence d'amélioration après 7 jours
- Troubles/anomalies strictement unilatéraux
- Trismus, impossibilité d'avaler
- Jeunes enfants ou personnes âgées > 65 ans
- Immunosuppression
- ATCD personnel ou familial de rhumatisme articulaire aigu
- Personne récemment immigré d'un pays en développement

→ Penser aux diagnostics différentiels et envisager des examens complémentaires

7

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (1)

Angine virale

- Rhinovirus (20%), coronaravirus, adénovirus, virus Influenza et Parainfluenza, Herpès simplex virus...

Angine à Streptocoque β -hémolytique

- Groupe A (5-15% des cas adultes), Groupe C (5%) ou Groupe G

Angines sexuellement transmises

- *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* (Syphilis)

Syndrome mononucléosique

- EBV, CMV, HIV, Toxoplasmose

Angine de Plaut-Vincent (rare)

- Fusion d'une bactérie *Fusobacterium necrophorum* à un spirochète comme *Treponema vincentii*

8

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (2)

Abcès péri-amygdalien ou rétro-pharyngé → URGENCE

- A évoquer si dysphonie, déviation de la lèvre, trismus, adénopathie cervicale unilatérale tendue, torticolis, éventuellement stridor

Syndrome de Lemierre = thrombophlébite de v. jugulaire → URGENCE

- A évoquer si EF à 4-12j après début des symptômes, tuméfaction sous-mandibulaire unilatérale ou du m. sterno-cleido-mastoïdien unilatéral
- Cause : *Fusobacterium necrophorum*

Epiglottite aiguë → URGENCE

- A évoquer si stridor ou dyspnée inspiratoire

Pharyngite non-infectieuse

- RGO, écoulement nasal postérieur, maladie de Still, exposition à des agents allergènes ou toxiques

9

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (1)

Angine virale

- Rhinovirus (20%), coronavirus, adénovirus, virus Influenza et Parainfluenza, Herpès simplex virus...

Angine à Streptocoque β-hémolytique

- Groupe A, Groupe C ou Groupe G

Angines sexuellement transmises

- *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* (Syphilis)

Syndrome mononucléosique

- EBV, CMV, HIV, Toxoplasmose

Angine de Plaut-Vincent (rare)

- Fusion d'une bactérie *Fusobacterium necrophorum* à un spirochète comme *Treponema vincentii*

10

ANGINE À STREPTOCOCCUS PYOGENES DU GROUPE A

Prévalence : 5-15% des angines de l'adulte

Dépistage : test rapide par frottis de gorge (Strepto-test) **si** probabilité pré-test élevée (Score de Centor/Mclsaac ≥ 3 points = prob de $\geq 28\%$)

Evolution : guérison généralement spontanée en 1 semaine

Complications

- Rhumatisme articulaire aigu
 - risque très faible en EU de l'Ouest depuis 50 ans, notamment en CH (1cas/100'000 par an)
- Glomérulonéphrites post-streptococcique
 - risque minime et stable depuis 1970 (1cas/13'000-17'000)
- Abcès péri-amygdaliens
 - rares et difficilement prévisibles sur la base de la clinique (2/3 des cas chez patients avec score Mclsaac à 0-2points)

11

ANGINE À STREPTOCOCCUS PYOGENES DU GROUPE A

Indications aux antibiotiques

- Score Centor/Mclsaac ≥ 3 points + résultat positif au frottis de gorge
- Score Centor/Mclsaac < 3 points mais reds flag (car sensibilité de 70-90%)

Antibiothérapie retardée à favoriser ! (initiation à 72h en l'absence d'amélioration clinique)

Effets des antibiotiques

- Réduction de durée des symptômes de 1-2 jours
- Pas d'efficacité supérieure sur les symptômes que les antalgiques

Prévention du RAA \neq indication suffisante pour prescrire une antibiothérapie

- Exceptions : personnes migrantes ou avec ATCD de RAA

12

SYNDROME MONONUCLEOSIQUE					
	Clinique	Transmission	Diagnostic	Traitement	Particularité(s)
EBV (90%)	Asthénie	« Baisers »	Monotest (test rapide de détection des Ac hétérophiles) : peu spécifique (non-conseillé) Sérologie Ac anti-VCA IgM et IgG et anti-EBNA IgG • CAVE : risque de réaction croisée avec les anti-CMV	Symptomatique	Surtout chez jeunes adultes Risque de rash cutané diffus lors d'administration de bêta-lactamines
	EF				
	Pharyngite				
	ADP cervicale				
	Hépatosplénomégalie				
VIH		Sexuelle	Dosage Ag p24 + Ac anti-VIH type 1 et 2	Antirétroviral	40-60% des primo-infections
CMV		Liquides corporels	Sérologie Ac anti-CMV IgG et IgM • Si IgG+ et IgM+ : test d'avidité des IgG (infection aigue si avidité faible)	Symptomatique (sauf si immunosuppression)	
Toxoplasma gondii		Viande crue ou peu cuite contaminée	Sérologie Ac anti-toxoplasmose IgG et IgM • Si IgG+ et IgM+ : test d'avidité des IgG (infection aigue si avidité faible)	Aucun (sauf si infection congénitale ou immunosuppression)	

13

ANGINE À GONOCOQUE

A évoquer lors de RS non-protégés !

Diagnostic

- PCR à *Neisseria gonorrhoeae* et culture du frottis de gorge

Traitement

- Ceftriaxone 500mg IM en dose unique
- Azithromycine 1g PO dose unique (couverture de *Chlamydia trachomatis*)

14

RETOUR AU CAS

Evaluation par ORL

- Diagnostic retenu : Angine aphagante ulcéro-nécrotique
- Prélèvements microbiologiques effectués
- Pas d'arguments pour un abcès ou syndrome de Lemierre

Prise en charge initiale

- Antibiothérapie empirique par co-amoxicilline 1g 3x/j en attente des résultats microbiologiques

15

EXAMENS MICROBIOLOGIQUES

Sérologie EBV

Dépistage VIH

Sérologie Sypt

PCR et culture

Culture du frot

- Absence de S
- Absence de S
- Absence de S
- Absence de fl



→ Etiologie indéterminée ... Mais, évolution favorable à 48h de l'antibiothérapie !

16

TAKE HOME MESSAGE

- Les angines à Streptocoque du groupe A ne doivent être dépistées par test rapide qu'en cas de probabilité pré-test élevée (score Mclsac/Centor ≥ 3 points).
- Les angines à Streptocoque du groupe A ne doivent pas être systématiquement traitées par antibiotiques et un traitement « retardé » est une alternative à considérer.
- Les antibiotiques réduisent la durée des symptômes de l'angine à streptocoque de 1-2 jours, mais ne sont pas plus efficaces sur leur sévérité que les antalgiques.
- En cas de red flags, une évaluation clinique minutieuse est indiquée et une antibiothérapie empirique doit être considérée en attendant le résultats des examens microbiologiques et/ou de l'imagerie.
- Les IST doivent systématiquement être recherchées par une anamnèse sexuelle et éventuellement des dépistages en présence d'une angine de > 7 jours.

17

MERCI !

Bibliographie

« Traitement de l'angine à streptocoques », Y. Hofmann et al. - Forum Med Suisse. 2019;19 (2930):481-488

« Causes fréquentes de mononucléose infectieuse », A. Dumoulin et M. Eyer - Rev Med Suisse 2018;14 : 1799-802

« Pharyngitis – Approach to the Patient » - DynaMed. EBSCO Information Services.

« Infections des voies respiratoires supérieures » Dr E.Delhaye – Stratégie du Service de médecine de premier recours – DMPR – HUG - 2021



18