

Pharyngo-amygdalite – diagnostic et traitement – antibiotiques?

Ueli Bollag

Introduction

On rencontre fréquemment des signes et symptômes d'inflammation de la gorge. Ils constituent un motif fréquent de consultation au cabinet médical. Et pourtant, la plupart des gens ne consultent pas le médecin lorsqu'ils souffrent d'odynophagie. Ils se tirent d'affaire par des gargarismes ou en suçant des «ramoneurs de gorge» et se sentent à nouveau en forme après quelques jours. Alors, que se passe-t-il avec ceux qui consultent le médecin?

L'évidence

La pharyngo-amygdalite (angine) aiguë est la plupart du temps causée par les virus habituels du tractus respiratoire. Parmi le petit nombre d'angines causées par des bactéries, seules celles impliquant le streptocoque bêta hémolytique du groupe A (StA) ont de l'importance et ce sont les seules pour lesquelles un traitement antibiotique est indiqué [1].

Les symptômes et signes d'une angine causée par le StA se recouvrent avec les manifestations cliniques des angines causées par d'autres germes. L'inspection de la gorge ne permet donc pas de poser un diagnostic étiologique sûr. Les angines à StA sont plus fréquentes chez les enfants âgés de 5 à 15 ans. Cette maladie présente des vagues d'incidence, c'est-à-dire que sa fréquence augmente puis diminue, étant un peu plus élevée en hiver et au printemps qu'aux autres saisons de l'année. Typiquement, le début est brusque avec fièvre,odynophagie importante et rougeur de la gorge et de la luette. Les amygdales sont également tuméfiées, hyperémiées et/ou recouvertes d'un enduit purulent. Les ganglions lymphatiques cervicaux sont nettement augmentés de volume et très douloureux à la pression. Mais toutes ces constatations ne sont pas spécifiques. On peut au contraire conclure avec une bonne vraisemblance à une infection *virale* lorsqu'il n'y a pas de fièvre ou que la température n'est que subfébrile et lorsqu'il y a des signes et symptômes respiratoires et généraux supplémentaires tels que conjonctivite, enrouement, toux, rhume, stomatite, sinusite ou otite.

La mise en évidence microbiologique de StA ne

permet pas la distinction entre infection et état de porteur. Parmi les procédés de mise en évidence directe du germe, la culture du frottis de gorge reste la méthode de référence. Etant donné que son résultat n'est disponible que dans les 24 à 48 heures, on pratique souvent au cabinet médical le test antigénique rapide. Selon le fabricant, la sensibilité et la spécificité des tests rapides les plus utilisés s'élèvent jusqu'à 80%, respectivement 95%, à condition que le frottis de gorge résulte d'un prélèvement correct (frottis des deux amygdales et de la paroi postérieure du pharynx) [2, 3].

La détermination des anticorps antistreptococciques sériques (titre des antistreptolysines) n'est pas pertinente en cas d'angine aiguë, car le titre des anticorps ne reflète que l'état immunologique préexistant à l'infection actuelle, et non pas l'état aigu actuel.

Les complications de nature aussi bien purulentes que non purulentes sont rares. La fièvre rhumatismale aiguë (syn.: Maladie de Bouillaud, rhumatisme articulaire aigu) s'est faite toujours plus rare dans le monde industrialisé à partir du début du 20^e siècle, à la faveur de l'amélioration constante des conditions de vie et déjà à l'époque où les antibiotiques étaient encore inconnus. En même temps, on ne trouvait presque plus de sérotypes rhumatogènes M parmi les streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A prélevés par frottis de gorge sur les individus des classes socio-économiques élevées [4]. La fièvre rhumatismale ne se rencontre pas chez les enfants âgés de moins de trois ans.

La *glomérulonéphrite aiguë* ne se rencontre qu'en relation avec certains types M de StA, lesquels sont presque exclusivement cultivés à partir d'infections de la peau et des tissus mous. Les *abcès péri-amygdaliens et rétro-pharyngiens* font partie des complications purulentes. Ils atteignent le tissu environnant les amygdales, respectivement le pharynx et doivent en tant que tels être différenciés de l'angine elle-même, car ils nécessitent un autre traitement.

Le but d'une éventuelle *antibiothérapie* est le soulagement et le raccourcissement de la durée des symptômes de l'angine, ainsi que la prévention des complications purulentes et non purulentes. Les études portant sur les antibiotiques

Correspondance:
Dr Ueli Bollag
Facharzt für Kinder und
Jugendliche FMH
Waldheimstrasse 51
CH-3012 Bern

u.bollag@bluewin.ch

en rapport avec les signes et symptômes de l'angine ont donné des résultats contradictoires. Tandis que certaines de ces études ont montré que la phase de maladie pouvait être écourtée d'environ 24 heures, d'autres n'ont au contraire montré aucun effet de l'antibiothérapie [7]. Il est démontré que la fièvre rhumatismale peut être prévenue par l'administration intramusculaire de benzathine-pénicilline G ou orale de pénicilline V. Cependant, les études correspondantes datent de 30 ans et plus, à une époque où cette complication sévère était encore fréquente, notamment dans les milieux où régnait la promiscuité, par exemple dans les camps militaires. Il n'existe au contraire aucune preuve de l'utilité prophylactique des antibiotiques pour la glomérulonéphrite aiguë. L'administration précoce d'antibiotiques est contre-productive, car elle compromet la réponse immunitaire spécifique de l'organisme contre le StA et favorise de ce fait la réinfection [8, 9].

Discussion de l'évidence pour une antibiothérapie dans la pratique

Antibiotiques, oui ou non? Et si oui, lesquels et comment les utiliser? Nous essaierons de répondre à ces questions en fonction des faits établis ci-dessus.

L'odynophagie et les autres symptômes associés à l'angine sont désagréables et en tant qu'état maladif, sont diversement perçus par les individus, selon leur âge et leur expérience.

Dans presque tous les cas, l'évolution du tableau clinique est favorable. La guérison est spontanée. La plupart des angines sont d'origine virale et dans ce cas les *antibiotiques* sont contre-indiqués et inutiles.

Bien qu'un diagnostic de suspicion puisse être posé sur la base des *constatations cliniques et de l'épidémiologie*, celles-ci ne permettent aucun diagnostic étiologique définitif (voir tableau 1) et la présence de StA ne peut être démontrée que microbiologiquement. Au cabinet médical, on utilise largement les *tests antigéniques rapides*. Ceux-ci permettent de mettre en évidence l'antigène hydrate de carbone situé sur la paroi cellulaire de la bactérie. L'inconvénient de la mise en évidence microbiologique du StA réside dans le fait qu'elle ne permet pas de différencier l'état d'infection de celui de porteur. Si l'on part de la présomption que seule une petite partie de la population souffrant d'angine consulte le médecin et que de ce fait il y aurait une grande quantité d'individus infectés ou porteurs de StA, on est amené à faire deux autres limitations à la prescription d'antibiotiques. D'une part, il est impossible de traiter tous les individus touchés par le StA et d'autre part, tout médecin qui prescrit un antibiotique en cas d'angine doit être conscient qu'il ne traite que la pointe de l'iceberg.

La principale indication de l'antibiothérapie est la prévention du *rhumatisme articulaire aigu*, surtout de la *cardite* tant redoutée. Cette mesure préventive est justifiée même si l'agent étiologique du rhumatisme articulaire aigu n'est constitué que de quelques souches rhumatogènes de StA – à savoir de sérotypes M très particuliers dont le M5 tient l'avant de la scène.

Tableau 1. Caractéristiques cliniques et épidémiologiques de l'angine à StA.

Caractéristiques et facteurs de vraisemblance élevée d'angine à StA

début brusque de la maladie
 importante odynophagie
 fièvre
 rougeur marquée de la gorge et/ou de la luette
 amygdales tuméfiées, rouges et/ou avec enduit purulent
 ganglions lymphatiques cervicaux augmentés de volume et fortement douloureux
 enfants âgés de 5 à 15 ans
 contact avec d'autres personnes atteintes d'angine à StA

Caractéristiques et facteurs de vraisemblance élevée d'angine virale

angine aiguë s'accompagnant de:
 conjonctivite
 rhume
 enrouement
 toux
 sinusite
 otite

Les streptocoques du groupe A provenant de matériel purulent prélevé ailleurs que dans la gorge, par exemple sur des abcès des tissus mous ou à partir de pyodermites, ne sont pas rhumatogènes. De nouvelles études ont par ailleurs montré qu'une souche M isolée par frottis pharyngé dans un groupe de population restreint avait en quelques mois été remplacée par une autre souche M [10]. Ces propriétés et cette dynamique épidémiologique particulière aux streptocoques du groupe A restreignent le nombre de personnes qui seraient finalement susceptibles de profiter des pénicillines pour la prévention de la fièvre rhumatismale aiguë.

La question de savoir si les complications purulentes, en particulier *l'abcès péri-amygdalien et rétropharyngien* peuvent être prévenus par l'administration antibiotique de routine est controversée [6], même si une étude pratiquée dans des cabinets de médecine générale en Hollande a pu montrer un certain effet protecteur de cette mesure [11]. Ce qui est beaucoup plus important dans ces cas, c'est de reconnaître la maladie, presque toujours présente déjà lors de la première consultation médicale, et d'adresser d'emblée le patient au spécialiste en vue d'une éventuelle incision.

Une infinité d'études ont été entreprises pour comparer entre eux les *antibiotiques les plus divers* (pénicillines et apparentés, macrolides, céphalosporines et clindamycine) aux dosages, modalités d'administration et durée de traitement les plus divers. En définitive, la *pénicilline* reste l'antibiotique de choix en raison de son efficacité prouvée pour la prévention de la fièvre rhumatismale aiguë, de sa sécurité, de son spectre d'action étroit, de l'absence de développement de résistance à son égard au contraire des autres antibiotiques, et en raison aussi de son coût peu élevé.

Finalement, nous voulons aussi rendre attentif à deux aspects importants de l'administration

inconsidérée d'antibiotiques. En premier, il s'agit du *développement croissant de la résistance* des germes en général et en particulier du StA. Ici, c'est l'usage incontrôlé des macrolides qui est le premier en cause [12]. Il s'agit naturellement de ne pas négliger non plus les effets indésirables des antibiotiques, qui ont aussi leur coût. Deuxièmement dans diverses études, on a parlé ces dernières années de *l'effet de médicalisation* de la prescription d'antibiotiques lors de consultation en raison d'angine. Les attentes voire pressions des patients vis-à-vis du médecin, l'insécurité, le manque de certitude scientifique et la peur des complications – tous ingrédients de crainte de perte de confiance du patient à l'égard de son médecin – ont été identifiés comme facteurs principaux de prescription défensive d'antibiotiques [13].

Manière rationnelle de prescrire un traitement

Lorsque les constatations cliniques et les facteurs épidémiologiques indiquent que le StA n'est pas à l'origine de l'angine, il faut introduire un traitement purement symptomatique. Celui-ci ne comporte pas que des «remèdes domestiques» et des analgésiques, mais aussi une information détaillée du patient sur l'absence d'indication à prescrire des antibiotiques et sur les dangers liés à la prescription inconsidérée d'antibiotiques. Il est inutile de procéder au test rapide de recherche antigénique de StA (tableau 2).

En cas de haute suspicion d'une infection provoquée par StA, il faut pratiquer un test StA antigénique rapide. Si celui-ci est négatif, on en revient à un traitement symptomatique ou bien, si on continue à fortement suspecter l'origine StA, on peut pratiquer une culture. Si le test

Table 2. Prescrire un traitement en cas de pharyngo-amygdalite aiguë.

Constatations cliniques et données épidémiologiques

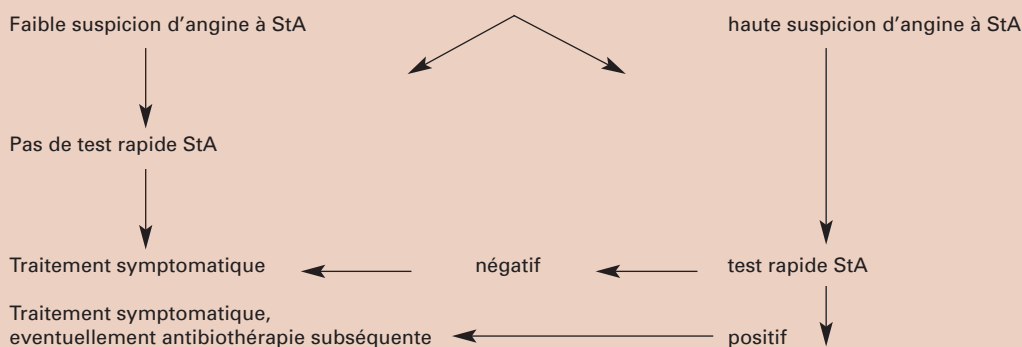


Tableau 3. Traitement antibiotique de la pharyngo-amygdalite à StA 8 (adapté de [14, 15]).

Médicaments	Dose journalière Enfants	Dose journalière Adultes	Durée du traitement
pénicilline V p. o.	2×25 000 UI/kg	2×1 moi.	10 jours
benzathine-pénicilline G im	600 000 UI	1,2 moi.	dose unique
amoxicilline p. o.	1×50 mg/kg	1×750 mg	10 jours
Antibiotique de second choix (en cas d'intolérance ou allergie à la pénicilline)			
Clarithromycine p. o.	2×7,5 mg/kg	2×250 mg	10 jours
Azithromycine p. o.	1×10 mg/kg	1×500 mg (1er jour) puis 1×250 mg	5 jours

rapide est positif, le choix du traitement sera individualisé. Le traitement symptomatique reste le même. On peut surseoir à la prescription d'antibiotiques compte tenu de l'interférence avec les mécanismes de défense propres du patient. La pénicilline reste l'antibiotique de choix (tableau 3).

Conclusion personnelle

Les aspects thérapeutiques de la pharyngo-amygdalite aiguë (angine) ont subi des changements fondamentaux dans la seconde partie du 20^e siècle. L'importante complication de la fièvre rhumatismale aiguë survenant après une infection de la gorge par le StA ne se présente pour ainsi dire plus dans nos contrées. L'effet protecteur de la pénicilline contre une première poussée de fièvre rhumatismale aiguë a certes été démontré. Mais étant donné que la plupart des individus potentiellement en danger (atteints d'angine à StA) et en particulier ceux qui

ne souffrent aucunement de dysphagie ne sont pratiquement jamais sous contrôle médical, la prescription de pénicilline ne touche et ne protège qu'une partie insignifiante de la population. De plus, nous sommes aujourd'hui confrontés à l'énorme problème du développement de la résistance des germes aux antibiotiques, en raison même de la prescription inconsiderée de ceux-ci. Si la portée d'un traitement antibiotique est aussi faible qu'elle paraît dans le cas de l'angine, tout médecin, qu'il œuvre dans le domaine primaire, secondaire ou tertiaire, doit se demander si, en prescrivant un antibiotique, il ne fait pas plus de mal que de bien. On ne peut exclure que des souches rhumatogènes de StA ne fassent à nouveau leur apparition chez nous [10]. A côté d'une indication absolument stricte et ciblée ainsi que du choix précis de l'antibiotique, la clé pour éviter une telle situation pourrait être la surveillance microbiologique des frottis de gorge positifs pour le StA dans des laboratoires de référence, en s'inspirant par exemple de ce que fait l'OMS pour le virus de la variole qui a été exterminé par la vaccination de routine. On recommande donc en pratique d'individualiser le traitement en tenant compte à la fois des facteurs environnementaux et du sort anamnestique du patient, et de l'évidence scientifique.

Remerciements

Merci au Pr Christoph Berger, spécialiste FMH en pédiatrie et maladies infectieuses, Kinderhospital Zürich; et au Dr Thomas Achar, spécialiste FMH en pédiatrie, Neuchâtel, pour la lecture attentive et la correction pertinente de ce manuscrit.

Quintessence

- La plupart des angines ne sont pas sous contrôle médical et sont de nature bénigne.
- Au cabinet médical, la mise en évidence de StA par un test rapide hautement sensible et spécifique peut être recommandée comme une méthode standard.
- Les complications purulentes ou non purulentes de l'angine à StA sont rares et les éviter par la prescription d'antibiotiques ne touche et n'est utile qu'à peu d'individus.
- La pénicilline est l'antibiotique de choix en cas d'angine à StA.

Références

- 1 Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. *Clin Infect Dis* 2002;35:113-25.
- 2 Gerber MA. Comparison of throat cultures and rapid strep tests for diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1989;8:820-4.
- 3 Schmuziger N, Frei R, Hauser R, Wenger D, Probst R. Zuverlässigkeit von Streptokokken-A-Schnelltests. *HNO* 1996;44:365-9.
- 4 Stollerman GH. Rheumatic fever. *Lancet* 1997;349:935-42.
- 5 Nadal D, Weber R. Diagnose und Therapie der akuten Tonsillopharyngitis durch Gruppe A Beta-hämolyisierende Streptokokken (Teil 8). *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80:599-601.
- 6 Little P, Williamson I. Sore throat management in general practice. *Family Practice* 1996;13:317-21.
- 7 Del Mar CB. Managing sore throat: a literature review. II. Do antibiotics confer benefit? *Med J Aust* 1992;156:644-9.
- 8 Pichichero ME, Disney FA, Talpey WB, Green J, Francis A, et al. Adverse and beneficial effects of immediate treatment of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1987;6:635-43.
- 9 Gerber MA, Randolph MF, DeMeo K, Kaplan EL. Lack of impact of early antibiotic therapy for streptococcal pharyngitis and recurrent rates. *J Pediatr* 1990;117:853-8.
- 10 Kaplan EL, Wotton JT, Johnson DR. Dynamic epidemiology of group A streptococcal serotypes associated with pharyngitis. *Lancet* 2001;358:1334-7.
- 11 Zwart S, Sachs APE, Ruijs GJHM, Gubbels JW, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000;320:150-4.
- 12 Sepälä H, Klauskka T, Vuopio-Vaskila J, et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. *N Engl J Med* 1997;337:441-6.
- 13 Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions for sore throat. *BMJ* 1998;317:637-42.
- 14 Ritzmann P. Streptokokken-Tonsillopharyngitis. *Pharma-kritik* 2001;23:49-51.