ITEM 149 (ex-146) : ANGINE DE L'ENFANT

ANGINE ERYTHEMATEUSE OU ERYTHEMATO-PULTACEE

Angine = amygdalite = infection douloureuse et fébrile des amygdales

- Infection ORL les plus fréquentes de l'enfant avec les otites, pic d'incidence entre **5 et 15 ans**
- **Angine virale** (plus fréquente) : **adénovirus, influenzae, parainfluenzae, VRS, EBV…**
- **Angine bactérienne** (habituellement seulement **> 3 ans**) : principalement à **streptocoque β-hémolytique du groupe A** = S. pyogenes, constamment sensible à l'amoxicilline et rarement résistant aux macrolides (3% en 2011)
- **Bactérie commensale** : ***Haemophilus*, *Moraxella catarrhalis*, pneumocoque, staphylocoque, anaérobie**…

Diagnostic

C

- **Fièvre**, de niveau variable
- **Odynophagie**, avec éventuelle diminution de la prise alimentaire
- Modification de l'aspect de l'oropharynx : **amygdales congestives** ± **enduit blanchâtre** détachable
- Signes associés : **ADP cervicales sensibles** (inconstantes)

Angine virale	**Angine à strepto A**
- Environnement : épidémie, contage - A tout âge - Début progressif, fièvre variable, odynophagie modérée - Aspect **érythémateux** ± **vésicules** ± Toux, rhinorrhée, myalgie, conjonctivite, éruption cutanée	- En **hiver/début de printemps**, contage - De 3 à 15 ans, avec un pic de fréquence à 5 ans - Début brutal, fièvre élevée, odynophagie intense - **Erythème pharyngé intense**, **purpura du voile** ± Dlr abdo, vomissements, ADP cervicale sensibles

PC

Test de diagnostic rapide	= Ecouvillonnage sur la face interne des amygdales : mise en évidence des Ag de paroi (polysaccharides C) de streptocoque A ➞ résultat en 5 minutes, **Se = 90%** et **Sp > 95%** - Indication : tous enfant > 3 ans avec diagnostic clinique d'angine ➞ **Inutile chez l'enfant < 3 ans** : diagnostic d'angine rare, le plus souvent virale
Culture du prélèvement pharyngé	- Quasiment plus réalisée, résultat en 1-2 jours - Indication : - Echec thérapeutique à **72h** d'évolution - TDR négatif avec **FdR de RAA (notamment atcd de RAA)**

TTT

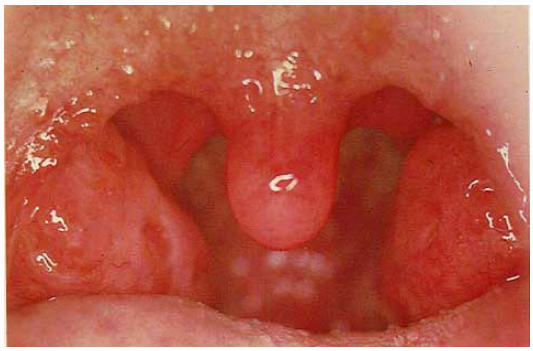
- Pathologie généralement bénigne, de prise en charge ambulatoire : guérison en quelques jours
- **Eviction de collectivité** : obligatoire jusqu'à **48h** d'antibiothérapie en cas d'angine à streptocoque A

Antibiothérapie	= Accélère la régression des symptômes, éradication et diminution de la dissémination du streptocoque A, réduction des complication infectieuses locorégionales et du RAA - Indication : angine bactérienne avec confirmation microbiologique (TDR ou culture positif) - 1ère intention : **amoxicilline** à **50 mg/kg/jour** en 2 prises orale pendant **6 jours** - Allergie à la pénicilline : **C3G** = **céfpodoxime-proxétil** x 5 jours ou **céfuroxime-axétil** x 4 jours - Allergie aux β-lactamines : **macrolide** = **azithromycine** x 3 jours ou **clarythromycine** x 5 jours
Traitement symptomatique	- **Antipyrétique-antalgique : paracétamol** - Traitement symptomatique si rhinopharyngite associée : **désobstruction rhino-pharyngée**… ➞ **AINS** et **corticoïdes** non recommandés : ↗ le risque de complication infectieuse

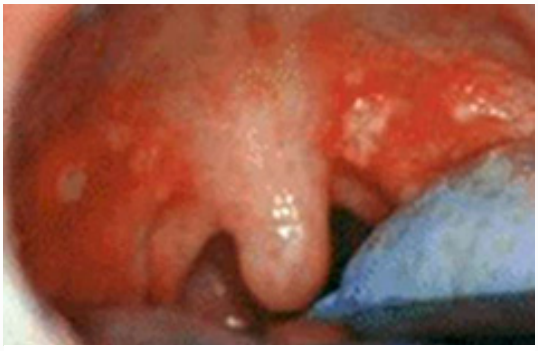
Complication

Echec d'antibiothérapie initiale	- Mauvaise observance - Réinfection à partir de l'entourage en fin de traitement - Interférence bactérienne ➞ ß-lactamases des bactéries de la flore pharyngée, diminution de l'effet barrière de la flore assurant la protection de la recolonisation par un SGA…
Complication locorégionale → AVIS ORL	- **Phlegmon péri-amygdalien** : **trismus**, **otalgie**, **tuméfaction unilatérale du voile du palais** refoulant la luette œdématiée ➞ prise en charge hospitalière pour **ponction bactériologique**, **antibiothérapie IV** ± **chirurgie** - **Abcès rétro-pharyngé** ou **parapharyngé** : **torticolis**
Complication générale	- Contamination d'un sujet à risque (varicelle…) : fasciite, choc toxique streptococcique - **Syndrome post-streptococcique** : **RAA, glomérulonéphrite aiguë**

Prévention	**Amygdalectomie**	= Ablation des amygdales par dissection ou diathermie, coblation, laser ou ultracision, sous AG - Indications : . **Syndrome post-streptococcique** (sauf GNA) . **Pathologie obstructive significative** (cf. SAOS) . **Angine récidivante** : **≥ 3 épisodes/an** pendant **3 ans** ou **≥ 5 épisodes/an** pendant **2 ans** **± Amygdalite chronique** - Complication précoce : **complication respiratoire, nausées/vomissements, hémorragie** - Complication tardive : **hémorragie retardée, dysphagie douloureuse prolongée, persistance d'une obstruction respiratoire**
Autres formes anatomo-cliniques	- Très rares en pédiatrie :	
	Angines pseudo-membraneuses	- **Mononucléose infectieuse :** chez l'enfant/ado, fausses membranes non adhérentes avec respect de la luette, ADP cervicales postérieures, splénomégalie - **Diphtérie** : absence de vaccination DTP, fausses membranes **adhérentes** avec **atteinte** de la luette et du pharynx postérieur, ADP sous-angulo-maxillaires
	Angines vésiculeuses	- **Primo-infection herpétique :** habituellement de 1 à 4 ans, vésicules sur muqueuse inflammatoire avec gingivostomatite aiguë, ulcérations avec dysphagie majeure, ADP sous-angulo-maxillaires - **Infection à entérovirus** : habituellement de 1 à 7 ans avec épidémies estivales, vésicules en région amygdalienne (herpangine) ± pharyngées et des extrémités (syndrome pied-main-bouche)
	Angines ulcéro-nécrotiques	**- Agranulocytose, hémopathies** : à tout âge, imputabilité d'un médicament, syndrome d'insuffisance médullaire, douleurs osseuses, hépatosplénomégalie - **Angine de Vincent** : mauvaise hygiène bucco-dentaire, haleine fétide, odynophagie latéralisée, ulcération profonde et membranes grisâtres, caractère unilatéral



Angine érythémateuse



Angine vésiculeuse

Angine érythémato-pultacée