

## ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE EN PRATIQUE COURANTE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT : ANGINE AIGUE A STREPTOCOQUE DU GROUPE A

### 1. Diagnostic

#### 1.1. Diagnostic positif de l'angine

L'angine associe de la fièvre, une gêne douloureuse à la déglutition et des modifications de l'oropharynx. Ces modifications peuvent être :

- amygdales et pharynx congestifs : **angine érythémateuse** ;
- amygdales et pharynx congestifs associés à un enduit purulent : **angine érythémato-pultacée** ;
- pharynx présentant des vésicules : **angine vésiculeuse** (entérovirus, coxsackie), gingivostomatite herpétiforme ;
- angine ulcéreuse : **angine de Vincent** (adulte tabagique, unilatérale) qui est gravissime ;
- amygdales congestifs associés à de fausses membranes décollables, non adhérentes : **angine pseudo-membraneuse** : mononucléose infectieuse ou diphtérie (très adhérentes dans la diphtérie).

Des adénopathies satellites sensibles sont souvent présentes. On retrouve parfois des douleurs abdominales, éruption, signes respiratoires (rhinorrhée, toux, enrouement, gêne respiratoire).

#### 1.2. Diagnostic étiologique

##### 2.2.1 Diagnostic clinique

Plusieurs éléments cliniques permettent d'orienter vers une étiologie virale ou streptococcique du groupe A. Mais aucun de ces signes n'étant spécifique, seul le TDR permet de faire la différence.

	Angine à SGA	Angine virale
<b>Epidémiologie Epidémie</b>	Hiver et début printemps Age : pic d'incidence entre 5 et 15 ans (survenue possible dès 3 ans)	
<b>Signes fonctionnels ou généraux</b>	Début brusque Odynophagie intense Absence de toux Fièvre élevée	Début progressif Odynophagie modérée ou absente Présence de toux, coryza, enrouement, diarrhée
<b>Signes physiques</b>	Erythème pharyngé intense <i>Purpura</i> du voile Exsudat Adénopathies satellites sensibles Eruption scarlatiniforme	Vésicules (herpangine due à un entérovirus, coxsackie ou gingivostomatite herpétiforme) Eruption évocatrice d'une maladie virale (ex : syndrome pieds-mains-bouche) Conjonctivite

Le score clinique de Mac Isaac peut être utilisé en pratique et permet d'écartier l'origine SGA de l'angine si ce score est strictement inférieur à 2. Ce score est à utiliser **uniquement** chez l'adulte.

#### Score clinique de Mac Isaac

- Fièvre > 38°C = +1
- Absence de toux = +1
- Adénopathies cervicales sensibles = +1
- Atteinte amygdalienne (↑ volume ou exsudat) = +1
- Age : 15 à 44 ans = 0  
≥ 45 ans = -1

## 2.2.2 Diagnostic microbiologique de SGA

Sur un prélèvement pharyngé deux techniques permettent de confirmer la présence de SGA : la pratique d'un test de diagnostic rapide (TDR) et la mise en culture du prélèvement. La qualité de réalisation du prélèvement pharyngé est essentielle.

### Tests de diagnostic rapide (TDR)

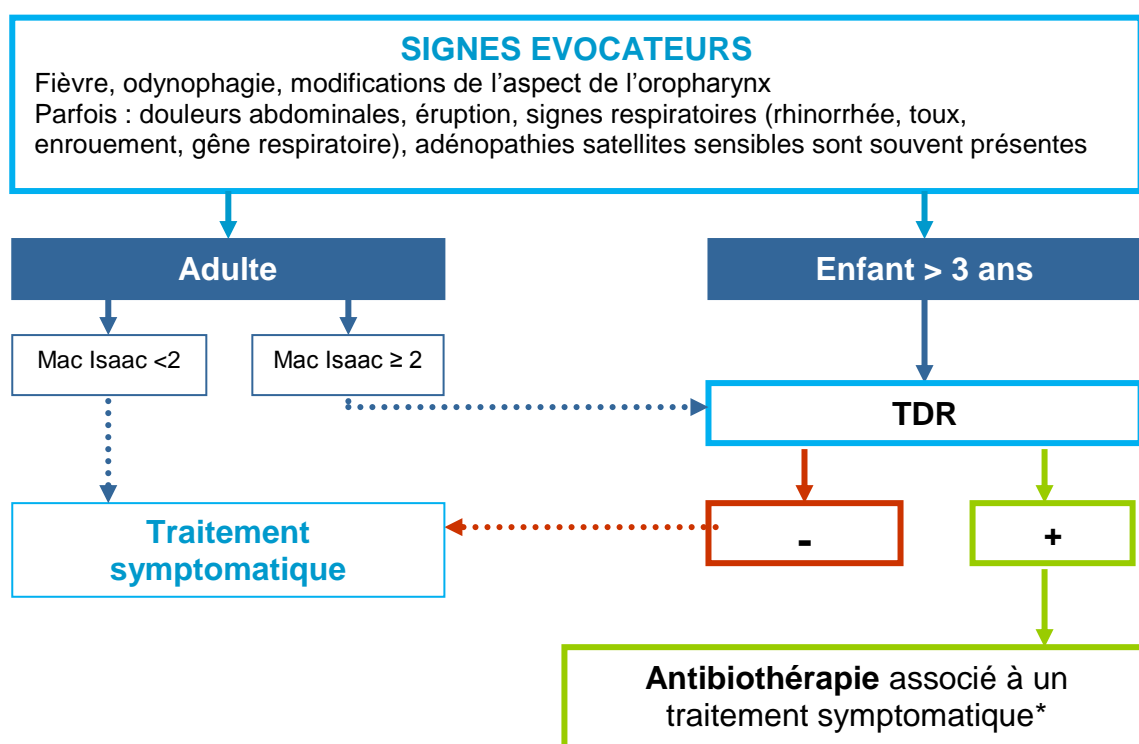
Les tests de diagnostic rapide (TDR) permettent, à partir d'un prélèvement oro-pharyngé, de mettre en évidence une infection par SGA de manière très spécifique.

*Se reporter au document L'angine et le test de diagnostic rapide pour plus d'informations.*

### Les techniques de culture classique

Les techniques de culture sont peu réalisées en France et ne sont pas recommandées en dehors de rares indications dont la recherche de résistance aux macrolides et aux kétolides sur les données de l'antibiogramme.

## 1.3. Arbre récapitulatif



\* Des **traitements symptomatiques** visant à améliorer le confort, notamment **antalgiques et antipyrétiques** sont recommandés.

Il n'y a pas de données permettant d'établir l'intérêt ni des AINS à dose anti-inflammatoire ni des corticoïdes par voie générale dans le traitement des angines à SGA. Les corticoïdes peuvent parfois être indiqués dans certaines formes sévères d'angines à EBV (mononucléose infectieuse).

La persistance des symptômes après trois jours doit conduire à faire réexaminer le patient. En cas d'échec clinique, il n'y a pas de consensus pour la prise en charge thérapeutique. Un avis spécialisé en ORL, pédiatrie, ou infectiologie peut être nécessaire ainsi que la réalisation de prélèvements bactériologiques et biologiques.

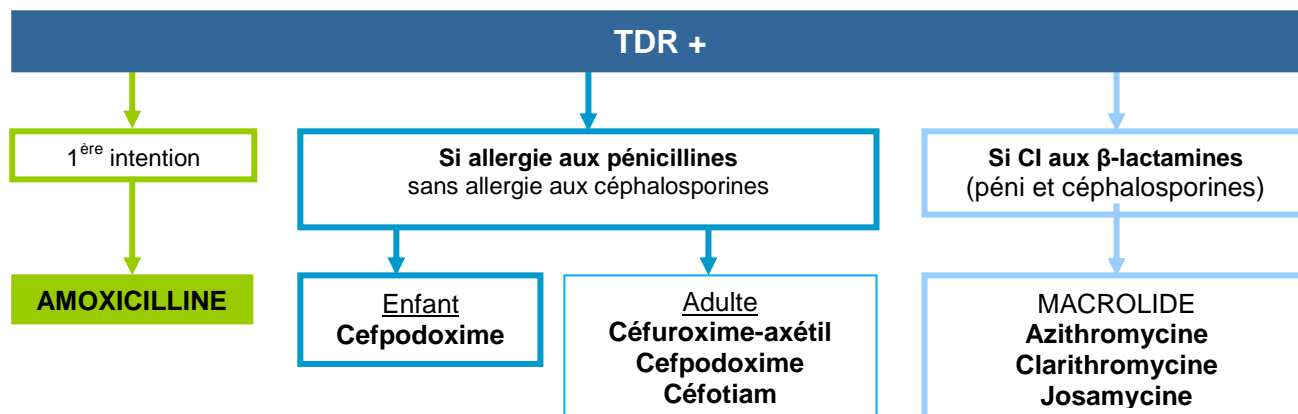
## 2. Prise en charge thérapeutique

### 2.1. Prise en charge thérapeutique des angines non liées au SGA

Seules les angines diphtérique, gonococcique ou les angines nécrotiques (angine de Vincent, angine de Ludwig) justifient d'un traitement antibiotique adapté qui ne fait pas l'objet de la recommandation.

### 2.2. Prise en charge thérapeutique des angines liées au SGA

La mise en route du traitement antibiotique jusqu'au 9<sup>ème</sup> jour après le début des signes n'altère pas l'efficacité de l'antibiothérapie sur la prévention du rhumatisme articulaire aigu (RAA), ce qui autorise d'éventuelles réévaluations diagnostiques avant la mise en route de l'antibiothérapie.



## SCHEMAS D'ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES UTILISABLES POUR LES ANGINES A SGA

Antibiotiques	Posologies	Durée
<b>Pénicilline</b>		
Amoxicilline	Adulte : 2 g/j en 2 prises Enfant > 30 mois : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	6 jours
<b>Céphalosprines</b>		
Céfuroxime-axétil	Adulte: 500 mg/j en 2 prises.	4 jours
Céfotiam	Adulte: 400 mg/j en 2 prises	5 jours
Cefpodoxime	Adulte: 200 mg/j en 2 prises Enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	5 jours
<b>Macrolides*</b>		
Azithromycine	Adulte: 500 mg/j en 1 prise unique journalière Enfant : 20 mg/kg/j, en 1 prise, sans dépasser la posologie adulte	3 jours
Clarithromycine (standard)	Adulte: 500 mg/j en 2 prises Enfant : 15 mg/kg/j en 2 prises sans dépasser la posologie adulte	5 jours
Clarithromycine (LP)	Adulte: 500 mg/j en une prise journalière	5 jours
Josamycine	Adulte: 2 g/j en 2 prises Enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	5 jours

\* Après prélèvement de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme si le taux de résistance du SGA aux macrolides est > à 10%.

### Sources

[1] Antibiothérapie part voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Novembre 2011. SPILF-SFP-GPIP.