

L'ANGINE

L'angine est une inflammation aiguë des amygdales d'origine essentiellement virale, et secondairement bactérienne.

C'est les streptocoque β hémolytique du groupe A, qui est l'agent responsable de la plupart des angines bactériennes et le seul à être responsable d'une éventuelle évolution vers le RAA.

En pratique clinique, le diagnostic d'angine bactérienne repose sur des arguments de présomption cliniques puisque le recours à la bactériologie de façon systématique est irréalisable.

C'est pour cette raison que les consensus thérapeutiques favorisent le traitement antibiotique par excès chaque fois qu'il y a un doute sur la nature streptococcique d'une angine.

Notre démarche consistera à répondre aux questions que se pose le médecin lors de la prise en charge d'une angine.

1/ Quelle est la prévalence de l'angine en Tunisie et quel est le risque de survenue d'un RAA ?

2/ Quels sont les critères cliniques de diagnostic d'une angine bactérienne ?

3/ Quelles sont les données bactériologiques concernant le streptocoque β hémolytique du groupe A ?

4/ Quel est l'apport du test de détection rapide TDR ?

5/ Quels traitements proposer ?

6/ Quels traitements à éviter ?

A – Epidémiologie :

Il n'y a pas de chiffres concernant la prévalence de l'angine en Tunisie. Seule une étude faite par A. Ben Hamouda et coll, trouve que 9% des angines sont d'origine streptococcique.(1)

Concernant le RAA, au cours de la décennie 90, le taux d'incidence était de 5,8 pour 100 000 habitants. D'autres études

régionales trouvent un taux allant de 30 à 40/100 000 habitants.
(2)

C'est à dire que le RAA malgré une nette régression par rapport aux décennies précédentes, reste une préoccupation de santé publique.

B- Critères cliniques de diagnostic d'une angine streptococcique :

Tous les critères qui suivent vont permettre un diagnostic de présomption et non de certitude.

1 – Des signes d'examen

S1 – fièvre > à 38°C

S2 – absence de toux

S3 – présence de ganglions cervicaux sensibles et récents

S4 – amygdales palatines tuméfiées, rouges ou pultacées.

2 – Des conditions socio-économiques précaires renforcent la suspicion d'une angine bactérienne, de même que la présence concomitante d'une scarlatine.

Avant l'âge de 15 ans, la présence de 3 signes sur 4 permet de retenir le diagnostic. Pour ceux âgés de plus 15 ans, 4 signes sont nécessaires pour le diagnostic.

C- Données bactériologiques

On considère que chez l'enfant 30 à 40% des angines sont d'origine streptococcique alors que chez l'adulte les chiffres sont de 20%. Pour ce qui est de la sensibilité aux antibiotiques, d'après une étude multicentrique faite dans les hôpitaux : Charles Nicolle, Hôpital d'enfants et Hôpital Habib Bourguiba de Sfax, la résistance aux pénicillines est nulle, alors que celle aux macrolides est en progression 2,9% en 1999 et 7,6% en 2003. (Données du laboratoire de recherche : intitulé laboratoire de résistance aux antibiotiques. Pr. S. Ben Redjeb et coll).

D- Place du test de détection rapide : TDR

Ce test a été conçu comme alternative à la bactériologie classique (culture sur gélose) qui est pratiquement irréalisable à large échelle.

Son principe consiste à mettre en évidence l'antigène polysaccharidique du streptocoque A par une réaction Ag – Ac en présence des Ac spécifiques.

Le test est réalisable par le praticien sur un prélèvement de gorge par écouvillon.

Durée du test 10 minutes.

Sensibilité = 90%

Spécificité 95%

D'après une étude faite en Bourgogne en France (3), l'utilisation du TDR à large échelle a permis de réduire de 50% la prescription d'antibiotiques, d'où un intérêt double : économique et écologique.

En Tunisie, une étude à l'hôpital d'enfants de Tunis sur 252 enfants rapporte une spécificité de 94% et une sensibilité de 85% (Thèse en cours). La commission recommande l'utilisation de ce test qui en cas de négativité et en l'absence de facteurs favorisants du RAA, permet au médecin de s'abstenir de prescrire des antibiotiques (Cf Algorithme.)

E/ Quels traitements proposer : TTT de référence : Péni V / Péni G + Extencilline

Les tendances actuelles privilègent les protocoles thérapeutiques courts afin d'assurer l'adhésion du malade au traitement.

C'est ainsi, que compte tenu de cette donnée et des données épidémiologiques tunisiennes en matière de streptocoque A, nous proposons les schémas thérapeutiques suivants (4).

1 – En premier lieu : l'Amoxicilline :

Adulte : 2g/j

Enfant : 50 mg/Kg/j

Durée = 6 jours

2 – Alternative : Céfuroxime

Adulte : 250 mg x 2/j x 04 jours

Enfant > 6 ans : 20 mg/kg/j en 2 prises

3 – En cas d'allergie aux pénicillines et uniquement, on prescrira un macrolide.

L'Erythromycine reste le traitement de référence :

Adulte : 2g/j ; Enfant : 30 mg/kg/j ;

Durée = 10 jours

Azithromycine : Adulte : 500 mg/jour

Enfant : > 3 ans : 20 mg/kg/j

Durée = 03 jours

Clarithromycine Adulte : 0,5g/j

Enfant : 15 mg/kg/j

Durée = 05 jours

Spiramycine : Adulte : 6M UI/j

Enfant 150 000 U/kg/j

Durée = 10 jours

F/ A ne pas prescrire :

- Les antibiotiques suivants n'ont pas de place dans le traitement de l'angine :
 - Amoxicilline – Acide clavulanique
 - Les Céphalosporines de 3^{ème} génération, orales
 - Les fluoroquinolones.
- Les corticoïdes et les anti-inflammatoires

COMITE DE REDACTION

Coordinateur :

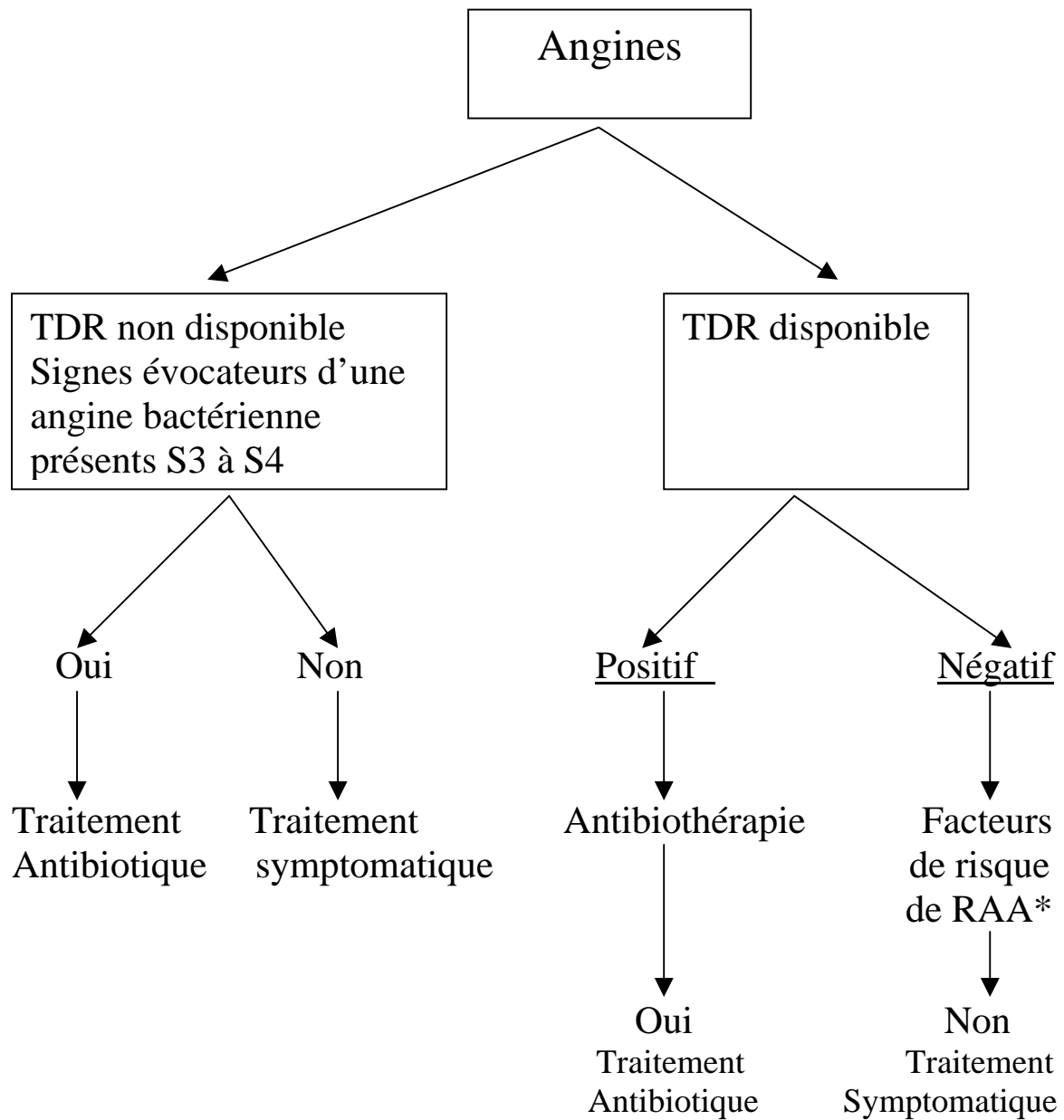
- T. Ben Chaabane

Groupe de Travail :

- M. Ferjaoui.
- S. Ben Rejeb
- F. Zouiten
- R. Daghfous
- S. Ben Becher
- R. Jebaniani
- B. Kilani
- B. Louzir

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Epidémiologie du RAA en Tunisie
A. Ben Hamida ; A. Kechrid ; R. Oabaja ; A. Messaoudia
Maghreb Médical 1991 – 247 : 38 – 42
- 2 – Profil épidémiologique et clinique du syndrome post streptococcique dans les gouvernorat de Monastir.
. Hadhri (Thèse)
- 3 – Bulletin de l'AFSAPS – décembre 2002
- 4 – The impact of dosing frequency on the efficacy of 10 days penicillin or amoxicilline therapy for streptococcal tonsillophynngilis A meta analysis – Pediatrics. vol 105 N° 2 fev 2000.



Facteurs de risque de RAA :

- Antécédent personnel de RAA
- Antécédent d'épisodes multiples d'angine à streptocoque
- Conditions socio-économiques défavorables
- Collectivités fermées.