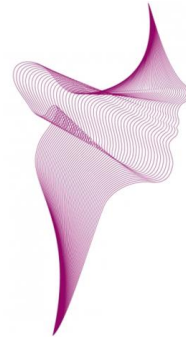




PATHOLOGIES INFECTIEUSES : PREVENTION, VACCINATION, TRAITEMENT

**AGENTS INFECTIEUX TOUCHANT L'ORL : ASPECTS
CLINIQUES DES INFECTIONS ORL ET RESPIRATOIRES**



Benjamin Verillaud

Service d'ORL, hôpital Lariboisière, AP-HP, Inserm U1141, Université de Paris

Objectifs

- Présenter les différents agents infectieux en insistant sur la prévention et le traitement de leur infection, et leur surveillance.
- Aspects cliniques des infections ORL : critères diagnostiques guidant la stratégie thérapeutique, critères cliniques faisant suspecter une forme compliquée



Une référence majeure :

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-argumentaire.pdf>

Site du Collège Français d'ORL :

<http://campus.cerimes.fr/orl/liste-2.html>

Introduction et plan

Pathologie infectieuse en ORL = motif fréquent de consultation

→ Sur 20 000 consultations aux urgences ORL de l'hôpital Lariboisière entre 1998 et 2000 : 8567 (42,8%) liées à une pathologie infectieuse dont :

- Infections otologiques : 58%
Otites externe++, Otites moyennes aigues...
- Infections rhino-sinusiennes : 20%
Rhinites/rhinopharyngites++, sinusites maxillaires aigues...
- Infections oropharyngées, laryngées et cervicales : 22%
Angines++...

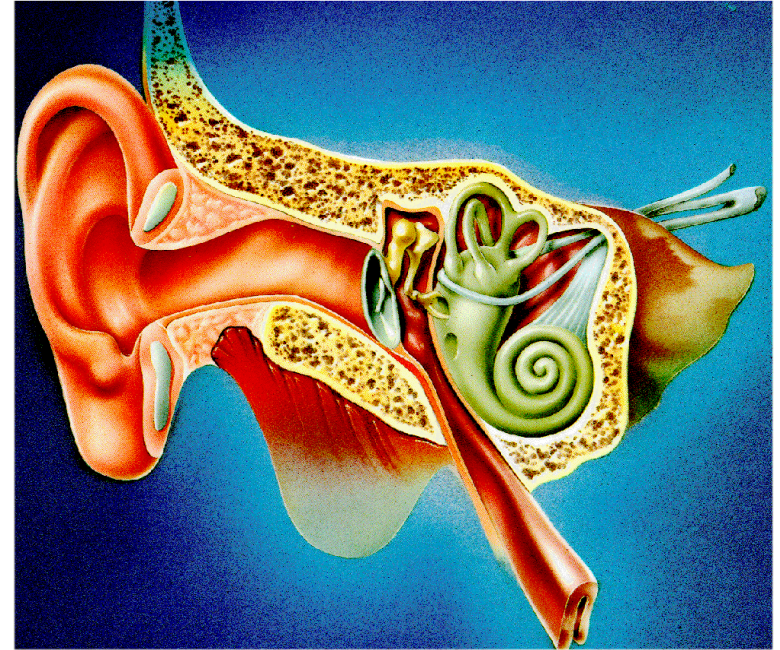
Infections otologiques

Bases anatomiques et moyens diagnostiques

- Bases anatomiques

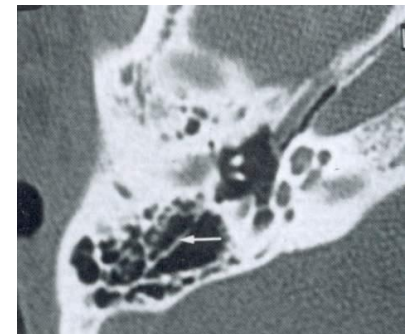
- Oreille externe
- Oreille moyenne
- Oreille interne

Trompe d'Eustache / Rapports anatomiques



- Moyens diagnostiques :

- otoscopie sous microscope
- audiométrie
- TDM, IRM



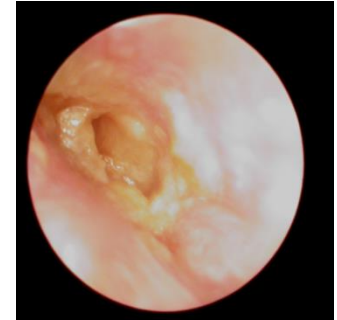
Otitis externes

Définition : dermo-épidermite de la peau du conduit auditif externe d'origine infectieuse

Pathologie fréquente++ : 12% des consultations aux urgences

Bactéries pathogènes :

	Jones [23]		Pistorius [24] N=703	Simpson [25] N=132	Hawke [26]	
	Adulte N=247	Enfant N=227			< 2 mois N=40	> 2 mois N=99
<i>P aeruginosa</i>	45%	53%	67%	59%	52.5%	31.3%
<i>S aureus</i>	13%	9.5%		8%	20%	34%
<i>Enterococcus faecalis</i>	8.6%	4.4%			0%	4%
Autres bactéries Gram+	25.5%	32.6%		33%	7.5%	8.1%
Un seul agent infectieux					87.5%	68.7%
Plusieurs agents infectieux					12.5%	13.1%
Culture négative						18.2%



Traitement : antibiothérapie locale

Tympan ouvert : ofloxacine ou rifampicine

Tympan fermé : idem ou aminosides

Calibrage du conduit si sténose (POP)



Otites moyennes aiguës

Définition :

L'otite moyenne aiguë purulente (OMAP) correspond à la surinfection bactérienne de l'oreille moyenne, avec présence d'un épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse du tympan

L'otite moyenne aiguë congestive est une inflammation aiguë de la muqueuse de l'oreille moyenne sans épanchement rétrotympanique

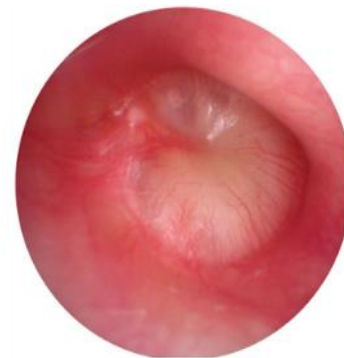
Diagnostic :

Otoscopie ++

Fièvre, otalgie : signes inconstants

Si conjonctivite purulente associée : oriente vers *Haemophilus influenzae*

Signes généraux en rapport avec une virose pré-existante



Otites moyennes aiguës

Facteurs favorisant les otites moyennes aiguës de l'enfant :

- Crèche / collectivité, habitat urbain
- Tabagisme passif
- ATCD familiaux d'otites récidivantes
- Absence d'allaitement maternel
- Précarité
- Saisons automne-hiver
- Précocité du premier épisode d'OMA



Otitis moyennes aiguës

OMA congestive : 90 % virales, 10 % bactériennes

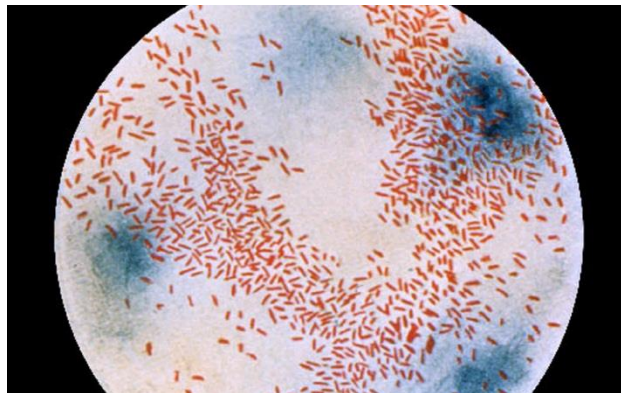
OMA collectées/perforées : 100% bactériennes

Haemophilus influenzae : 30 à 40% entre 6 mois et 36 mois (17 % sécrètent une bêta-lactamase)

Pneumocoque : environ 40 % (3,9% souches résistantes à la pénicilline et 42% sensibilité intermédiaires).

Autres : Moraxella (branhamella) catarrhalis, staphylocoque aureus...

Les résistances bactériennes ont globalement diminué => changement des recommandations sur l'antibiothérapie de l'OMA en 2011



Otites moyennes aiguës purulentes

La symptomatologie clinique peut orienter vers la bactérie responsable :

OMA + conjonctivite purulente : *H. influenzae*

OMA + fièvre $> 38,5$ °C + douleurs importantes : *S. pneumoniae*

Facteurs de risque vis-à-vis du pneumocoque de sensibilité diminué chez l'enfant :

Âge inférieur à 18 mois

Vie en collectivité dans un habitat urbain

Existence dans les antécédents récents d'une otite moyenne aiguë

Et/ou administration d'antibiotiques de la série aminopénicilline dans les trois mois précédents



Otitis moyennes aiguës : traitement

Pas d'indication d'ABT :

OMA congestive : DRP, antalgiques, antipyrétiques, AINS +/- gouttes auriculaires

Otitis séro-muqueuse

OMA collectée si >2 ans avec symptômes peu bruyants (contrôle à 48-72H)

Indication d'ABT :

OMA collectée si <2ans

OMA collectée si >2ans et symptômes bruyants/persistance après 48-72H ou mauvaise compréhension des parents

OMA compliquant une maladie générale (rougeole, varicelle, scarlatine...)

OMA perforée avec otorrhée persistant plus d'une semaine

Otitis moyennes aiguës : traitement

Choix de l'ABT :

AMOXICILLINE 80mg/kg/j en 2 à 3 prises (10j si <2ans, 5j si >2ans) SAUF :

Nouveau-né : bilan général, prélèvement bactériologique, antibiothérapie à large spectre (viser staphylocoque doré, Pseudomonas, streptocoques pyogènes...)

OMA + conjonctivite : amoxicilline et acide clavulanique

échec de l'amoxicilline : amoxicilline et acide clavulanique

allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines : C2G ou C3G (cefpodoxime)

contre indication aux bêtalactamines: érythromycine-sulfizoxazole (Pédiazole) ou cotrimoxazole (érythromycine-sulfaméthoxazole)

impossibilité d'assurer un traitement par voie orale : C3G injectable (ceftriaxone)

Otitis moyennes aiguës : traitement

Indications de la paracentèse (ou myringotomie) dans le cadre des otites moyennes aiguës collectées :

OMA collectée hyperalgique

OMA collectée très fébrile résistante aux antipyrétiques

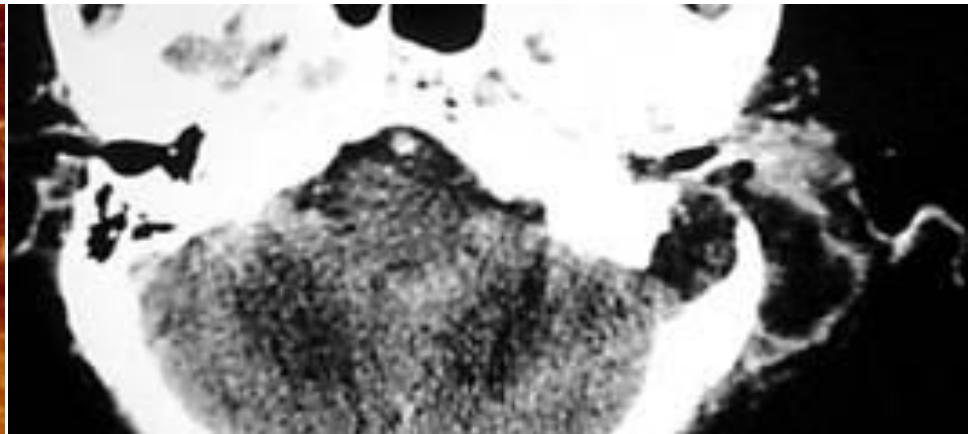
Toutes les conditions nécessitant un prélèvement pour étude bactériologique :

- évolution anormale ou compliquée
- otites récidivantes ou traînantes
- terrain particulier (<trois mois, déficit immunitaire)
- altération de l'état général



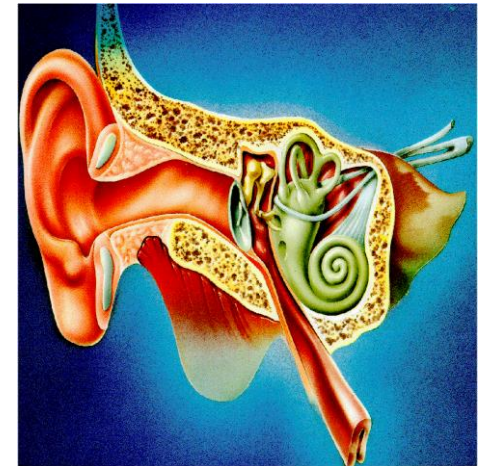
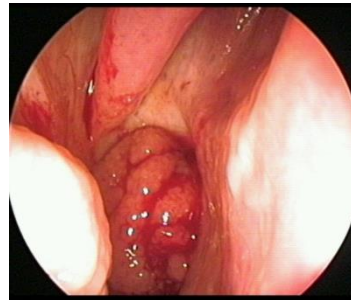
Otitis moyennes aiguës purulentes : complications

- Paralysie faciale (5/1 000)
- Mastoïdite (1/10 000)
- Méningite (1/10 000)
- Passage à la chronicité :
 - Otite séromuqueuse (10 à 20 % des OMA)
 - Perforation...
- Complications rares : labyrinthite, thrombophlébite du sinus latéral, abcès cérébral, ostéite du temporal...



Otite séro-muqueuse

- Touche 1 enfant sur 2
- Facteurs de risque : hypertrophie des végétations adénoïdes++, division palatine, trisomie 21... et cancer du rhinopharynx chez l'adulte
- Signes cliniques : surdité de transmission++, OMA à répétition

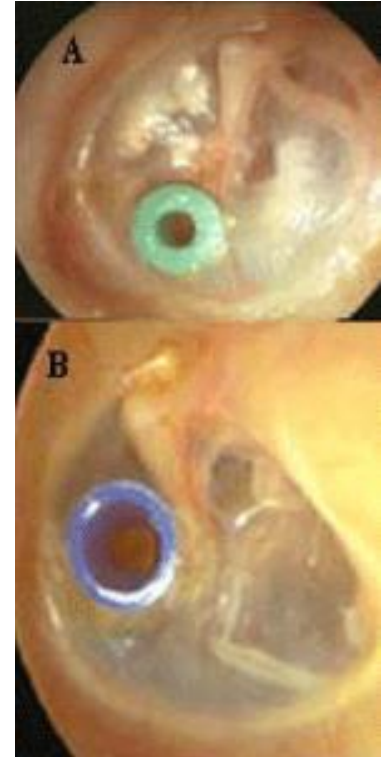


Otites séro-muqueuse : traitement

Traitement de l'obstacle rhinopharyngé :
adénoïdectomie...

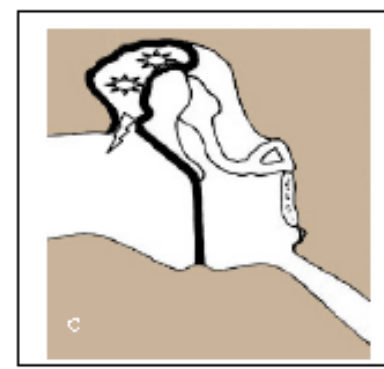
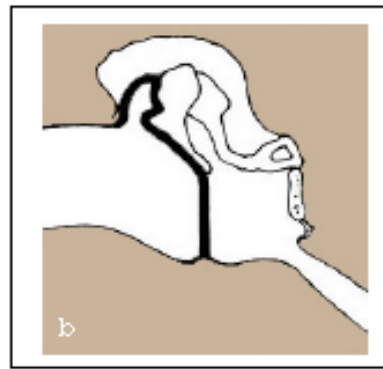
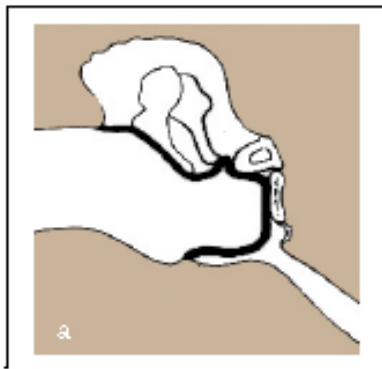
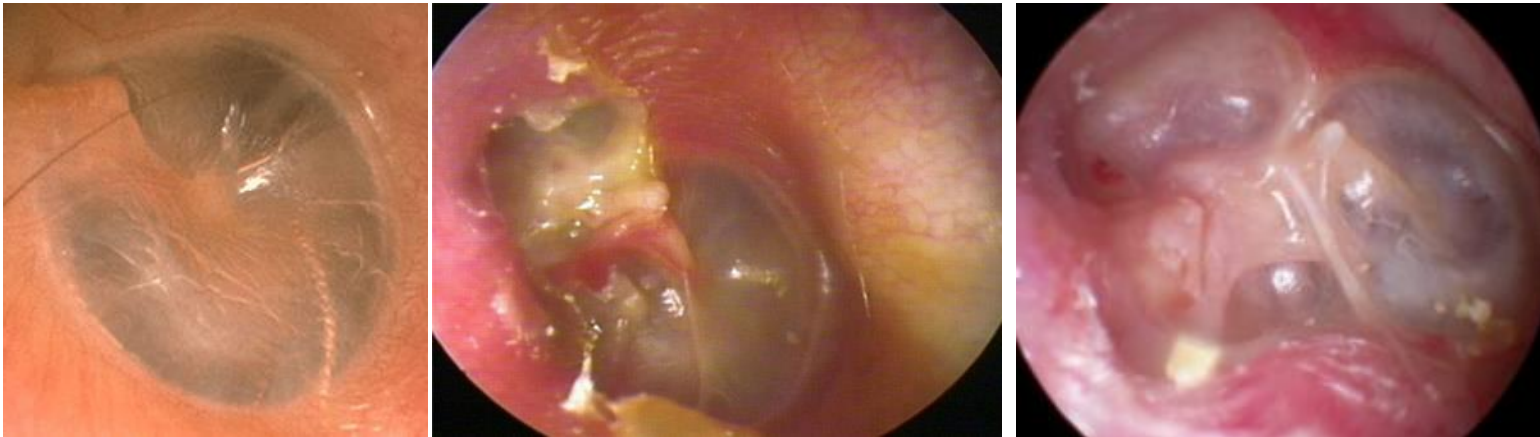
Aérateurs transtympaniques en cas de complications :

- liées à la surdité : surdité bilatérale de transmission supérieure à 30 dB, ou avec retard de langage ou de parole, ou surdité de perception sous-jacente ;
- liées à la présence de l'épanchement liquidien : épisodes de surinfection répétés (plus de cinq à six épisodes d'OMA par hiver), liées à une souffrance tympanique telle que le réalise une poche de rétraction tympanique ;
- liées à une durée d'évolution prolongée prévisible : séquelles de chirurgie vélaire, insuffisance vélaire



Cholestéatome

Définition : présence dans l'oreille moyenne d'un épithélium malpighien kératinisé, doué d'un triple potentiel de desquamation, de migration et d'érosion.



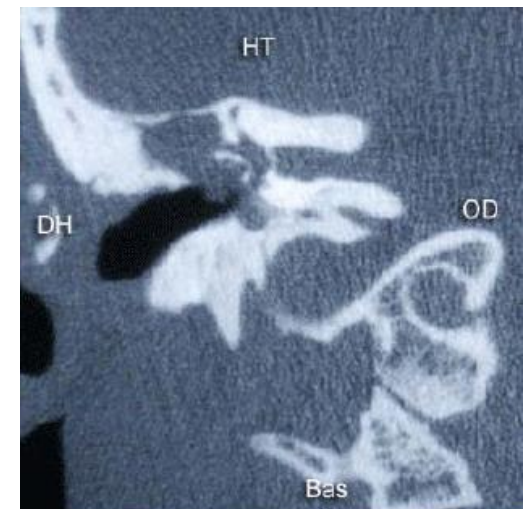
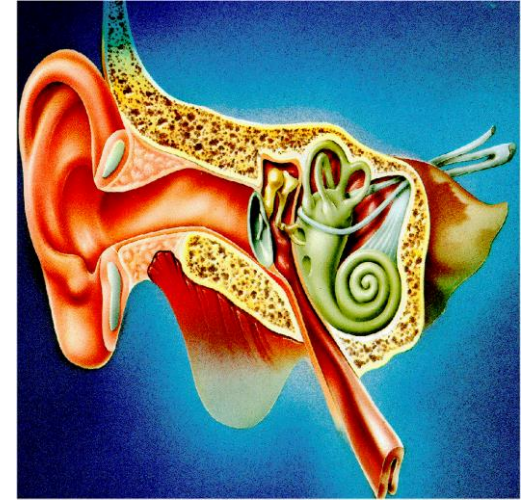
Cholestéatome

Risques évolutifs :

- Surdité de transmission par atteinte des osselets
- Paralysie faciale périphérique
- Labyrinthite avec vertige et surdité de perception
- Vertiges par fistule périlymphatique
- Complications intracrâniennes : abcès cérébral, méningite, thrombophlébite du sinus latéral, otorrhée cérébrospinale ...

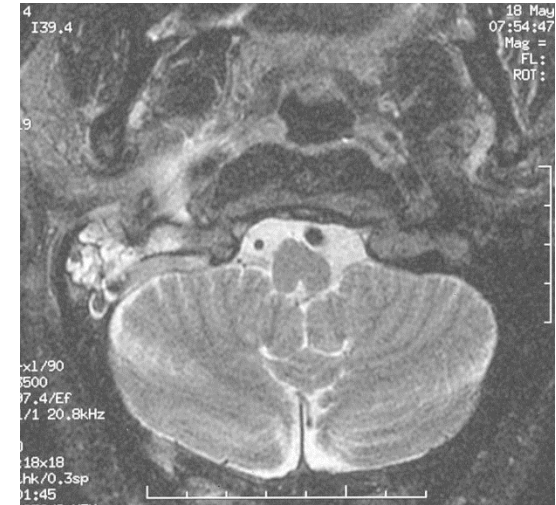
Traitement :

chirurgie++ souvent associée à une antibiothérapie péri-opératoire ciblée sur le germe (pseudomonas aeruginosa++). L'antibiothérapie est adaptée en cas de complications intracrâniennes graves.



« Otite maligne externe » du diabétique

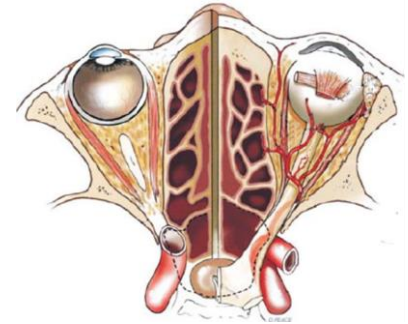
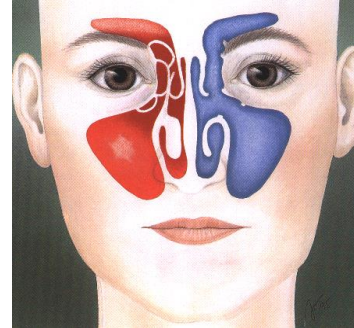
- Définition : ostéite de la base du crâne centrée sur le rocher
- Complicque souvent un traumatisme minime du conduit auditif externe chez le diabétique ou l'immunodéprimé
- Signes cliniques : douleurs, otorrhée, atteinte des paires crâniennes, voire AEG
- Germes en cause : 2/3 pseudomonas aeruginosa (dont 1/4 résistant à la ciprofloxacine) > 20% autres bactéries > 10% Aspergillus flavus
- Stratégie :
 - Identification du germe ++
 - Bilan biologique et radiologique initial (+ imagerie métabolique)
 - Bi-antibiothérapie prolongée au moins 6 semaines (type fortum + ciflox)
 - Bilan de fin de traitement pour s'assurer de la guérison



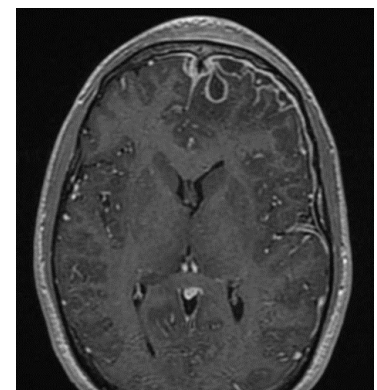
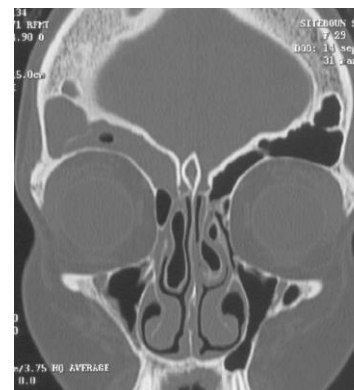
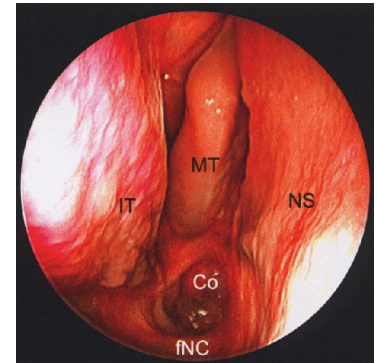
Infections rhino-sinusiennes

Bases anatomiques et moyens diagnostiques

- Bases anatomiques :
 - Fosses nasales
 - Sinus paranasaux
 - Rappports anatomiques



- Moyens diagnostiques :
 - Nasofibroskopie
 - Imagerie : TDM > IRM

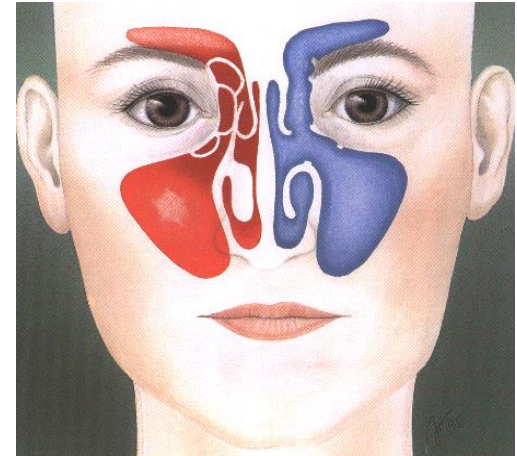


Rhinites - rhinopharyngites aiguës

- Affection épidémique et contagieuse d'origine virale
 - rhinovirus, coronavirus, virus respiratoire syncytial (VRS), virus influenza, adénovirus, entérovirus, cytomégalovirus (CMV)
 - obstruction nasale, rhinorrhée claire puis sécrétions plus épaisses, colorées
 - peu ou pas de fièvre (38°C).
 - durée : de 5 à 20 jours
- Rechercher les complications potentielles : sinusite bactérienne aiguë ++, OMA purulente, bronchopneumopathie
- Pas de prélèvement virologique (hors épidémie de grippe)
- Traitement symptomatique

Sinusites bactériennes aiguës

- Physiopathologie
- L'infection des sinus se produit :
 - par voie nasale (rhinogène) :
 - pneumocoque
 - haemophilus influenzae
 - moraxella catarrhalis
 - Staphylocoque doré ...
 - par voie dentaire : germes anaérobies.



Sinusite maxillaire aiguë purulente

Arguments en faveur d'une surinfection bactérienne avec sinusite aiguë maxillaire : présence d'au moins deux des trois critères majeurs suivants :

persistance, voire augmentation des douleurs sinusiennes sous-orbitaires, n'ayant pas régressé malgré un traitement symptomatique (antalgique, antipyrétique, décongestionnant) pris pendant au moins 48 heures

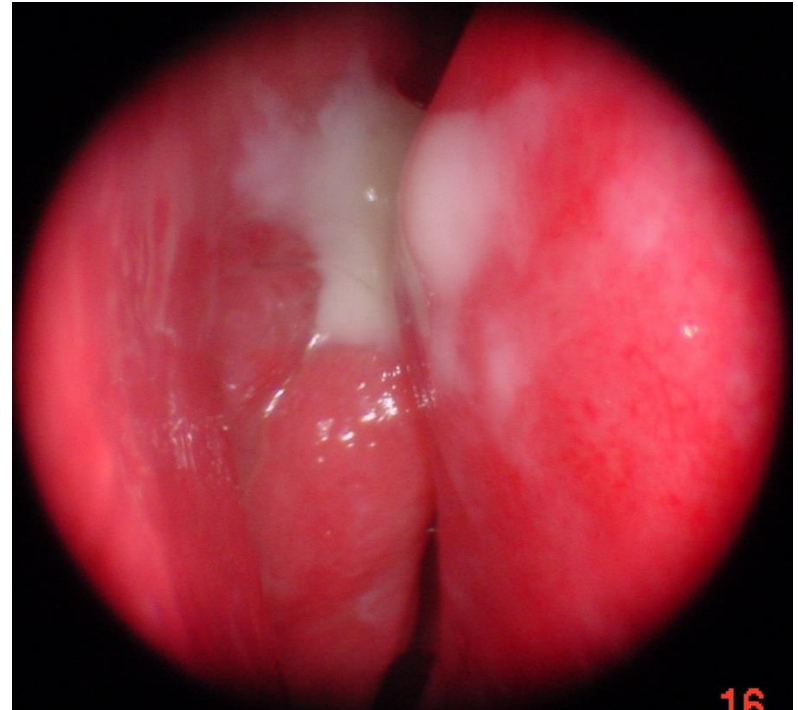
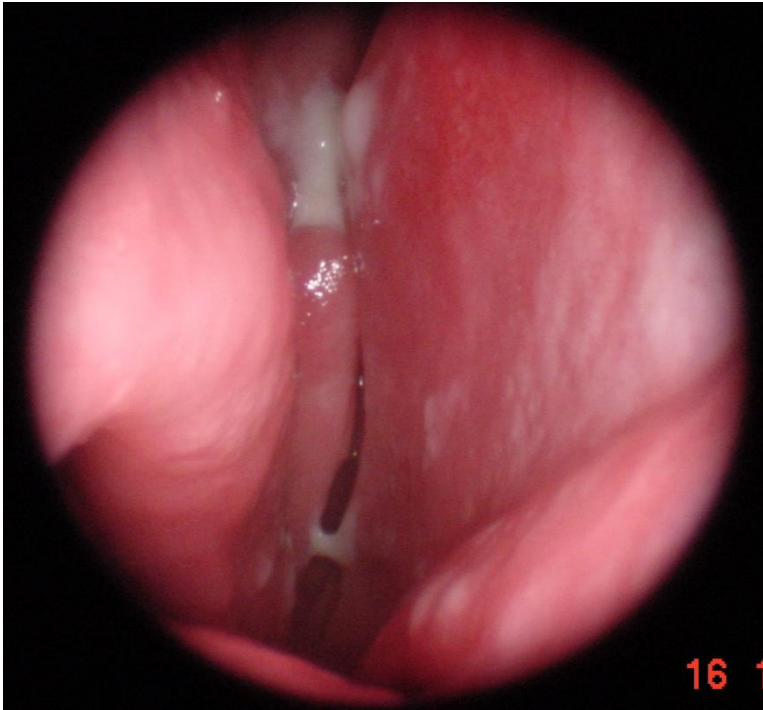
type de douleur : caractère unilatéral, pulsatile, augmentation quand la tête est penchée en avant, ou acmé en fin de journée ou la nuit

augmentation de la rhinorrhée et augmentation de la purulence de la rhinorrhée. Ce signe a d'autant plus de valeur qu'il devient unilatéral.

Il existe aussi des critères mineurs qui, associés aux signes précédents, renforcent la suspicion diagnostique :

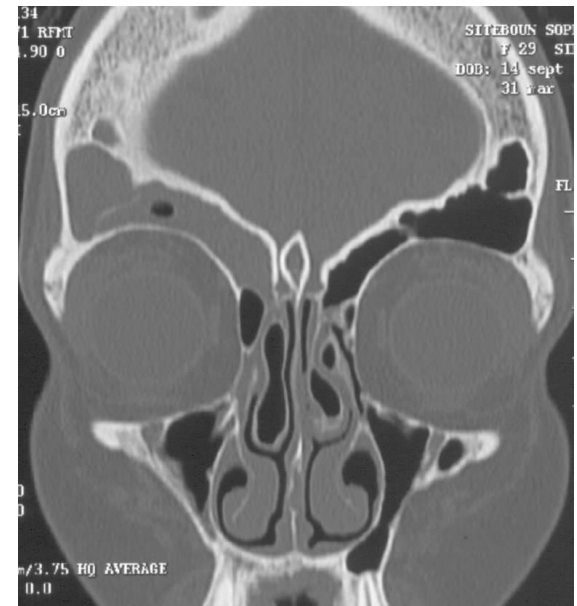
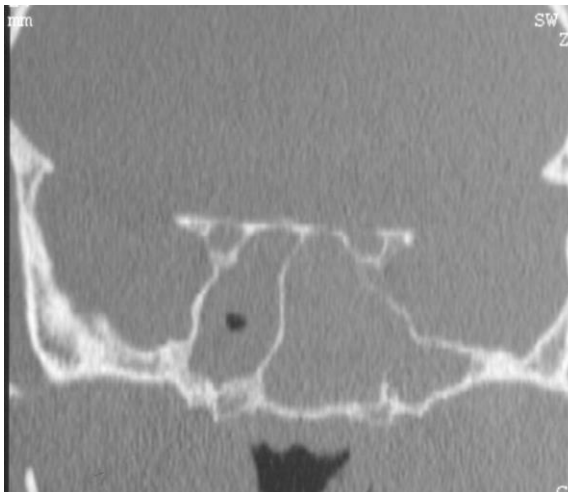
persistance de la fièvre au-delà du 3^e jour d'évolution ;
obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée, toux s'ils persistent au-delà des quelques jours d'évolution habituelle de la rhinopharyngite.

Sinusite maxillaire aigue purulente



Sphénoïdite aiguë – sinusite frontale aiguë

- douleur intense :
 - du vertex ou rétro-orbitaire dans la sphénoïdite
 - frontale dans les sinusites frontales
- isolée, souvent sans symptômes rhinologiques d'accompagnement
- syndrome méningé fréquent dans la sphénoïdite



Sinusite bactérienne aigue

Indications de l'antibiothérapie

sinusite aiguë maxillaire « rhinogène » (cf critères)

sinusite compliquée

sinusite maxillaire d'origine dentaire

sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale

Antibiothérapie recommandée et durée de traitement

amoxicilline, à la dose de 2 à 3 g/jour en 2 à 3 prises quotidiennes, pendant 7 à 10 jours dans la sinusite aiguë maxillaire « rhinogène »

Amoxicilline-acide clavulanique :

en cas d'échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par amoxicilline,

en cas de sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire,

en cas de sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.

Lindbaek et al. Randomised, double blind, placebo controlled trial of penicillin V and amoxycillin in treatment of acute sinus infections in adults. *Bmj* 1996; 313: 325-9.

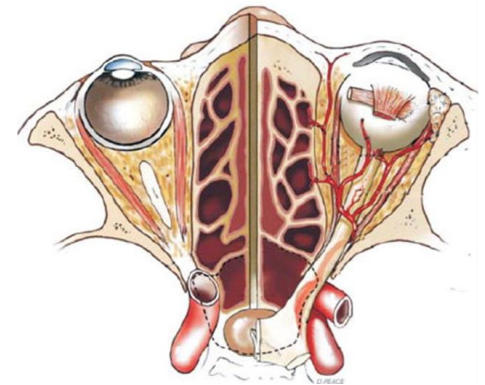
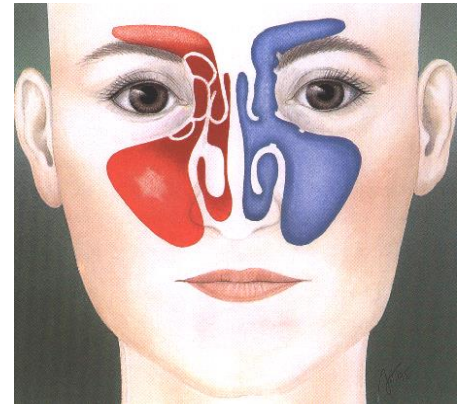
Ahovuo-Saloranta et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2) :

Sinusite bactérienne aigue

- **céphalosporines de 2ème (céfuroxime axétil) ou 3ème (céfotiam ou cefpodoxime) génération par voie orale** : si allergie à la pénicilline sans allergie aux céphalosporines pendant 5 jours.
- **pristinamycine ou télithromycine** : si contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) pendant 4 jours (pristinamycine) ou 5 jours (télithromycine)
- **lévofloxacine ou moxifloxacine (fluoroquinolones actives sur le pneumocoque)** : en cas de sinusites graves frontales, sphénoïdales, ethmoïdales, pansinusites ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie dans les sinusites maxillaires, après documentation bactériologique, pendant 8 à 10 jours (moxifloxacine en dernier recours).

Complications des sinusites bactériennes aiguës

- Sujet jeune ++, risque vital ou de séquelles visuelles
- **Complications oculo-orbitaires :**
cellulite palpébrale, abcès orbitaire sous périosté, cellulite orbitaire
- **Complications cérébro-méningées :**
abcès cérébraux, méningites, empyèmes sous-duraux, thrombophlébite du sinus caverneux, sinus longitudinal supérieur.
- Ostéite frontale, abcès jugal, thrombophlébite



Complications des sinusites bactériennes aiguës

- Sémiologie des complications intracrâniennes :
Acutisation d'une sinusite chronique ou sinusite aiguë « qui ne guérit pas ».
Latence de 3 à 21 jours.

L'évolution biphasique avec renforcement secondaire de la céphalée serait évocatrice d'une complication intra-crânienne

SIGNES D'ALERTE:

douleur frontale ou rétro-orbitaire

signes d'HIC : céphalée, obnubilation

signes méningés: raideur de nuque, photophobie

autres signes neurologiques : convulsion, déficit neurologique

Bayonne et al. Intracranial complications of rhinosinusitis. A review, typical imaging data and algorithm of management. *Rhinology* 2009;47:59–65.

Lizé et al. Septic cavernous sinus thrombosis secondary to acute bacterial sinusitis: a retrospective study of seven cases. *Am J Rhinol Allergy*. 2015 Jan-Feb;29(1):e7-12.

Complications des sinusites bactériennes aiguës

- Germes :
 - Haemophilus influenzae
 - streptocoques (Streptococcus Pneumoniae++, gravité particulière des atteintes à Streptococcus anginosus, sous-groupe anciennement désigné sous le terme de Streptococcus milleri)
 - staphylocoques (Staphylococcus Aureus++)
 - fréquente association à des germes anaérobies, avec un effet pathogène synergique

- Intérêt du scanner AVEC injection qui seul dépiste les complications méningées

Deutschmann et al. The significance of Streptococcus anginosus group in intracranial complications of pediatric rhinosinusitis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2013;139:157–60.

Wald ER. Microbiology of acute and chronic sinusitis in children and adults. Am J Med Sci 1998;316:13–20.

Rankhethoa et al. Significance of Streptococcus milleri in acute rhinosinusitis with complications. J Laryngol Otol 2008;122:810–3.

Nagashima et al. Abscess forming ability of Streptococcus milleri group: synergistic effect with Fusobacterium nucleatum. Microbiol Immunol 1999;43:207–16.

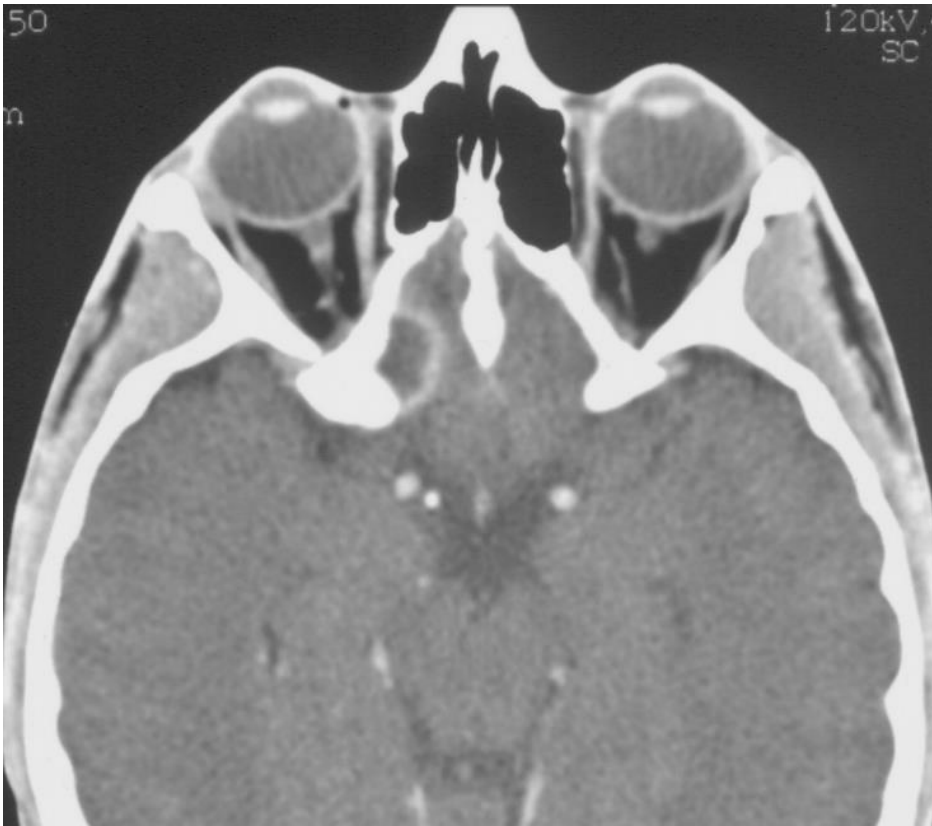
Complications des sinusites bactériennes aiguës

Abcès orbitaire sous-périosté



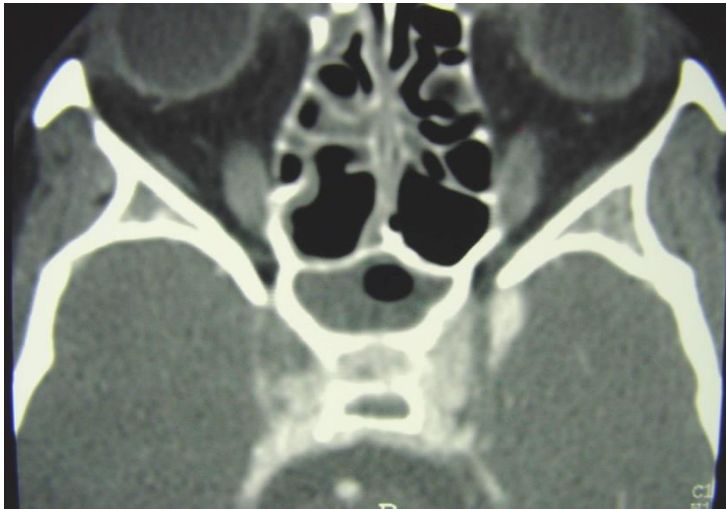
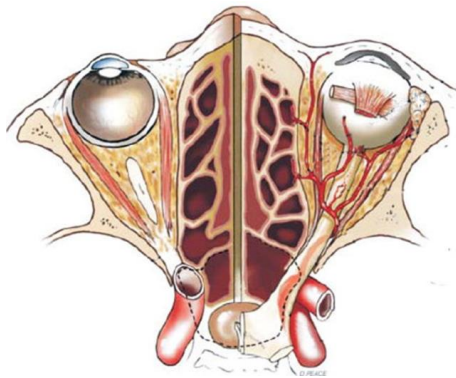
Complications des sinusites bactériennes aiguës

Empyème extra-dural



Complications des sinusites bactériennes aiguës

Thrombophlébite septique du sinus caverneux



Complications des sinusites bactériennes aiguës

- Principes du traitement :

Drainage chirurgical du sinus en cause + prélèvements bactériologiques

Bi-antibiothérapie à large spectre (par exemple, l'association d'une céphalosporine de troisième génération et d'un imidazolé), adaptée secondairement aux résultats de l'antibiogramme et poursuivie pour une durée de trois à six semaines.

Anticoagulation efficace en cas de thrombose septique

+/- drainage d'un abcès orbitaire ou intracrânien



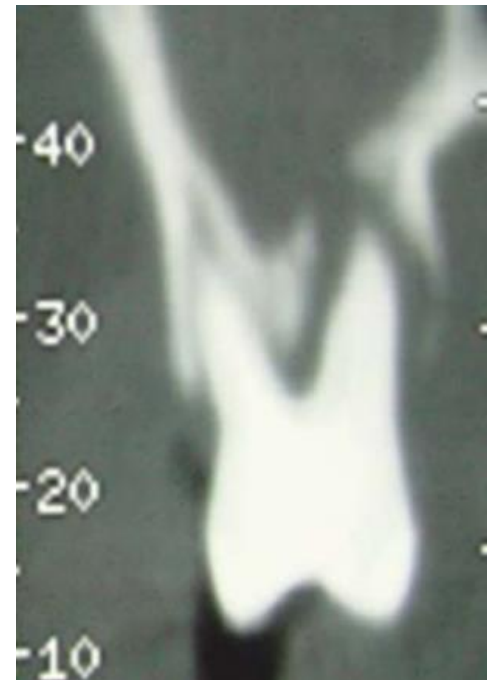
Felsenstein et al. Clinical and microbiologic features guiding treatment recommendations for brain abscesses in children. *Pediatr Infect Dis J* 2013;32:129–35.

Bayonne et al. Intracranial complications of rhinosinusitis. A review, typical imaging data and algorithm of management. *Rhinology* 2009;47:59–65.

Lizé et al. Septic cavernous sinus thrombosis secondary to acute bacterial sinusitis: a retrospective study of seven cases. *Am J Rhinol Allergy*. 2015 Jan-Feb;29(1):e7-12.

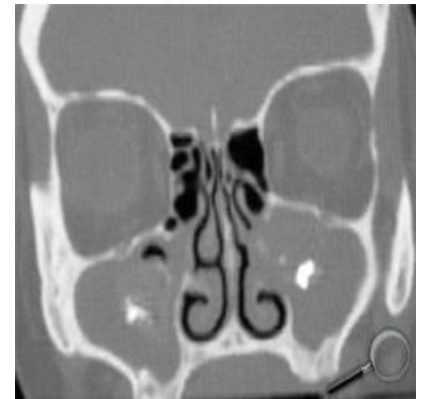
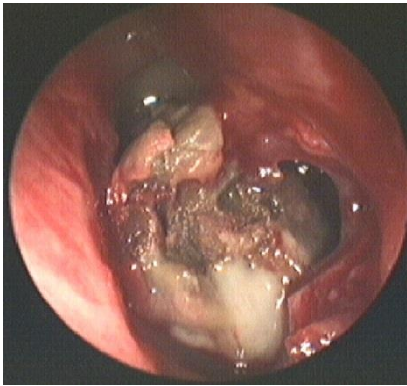
Sinusites bactériennes chroniques

- Sinusite maxillaire chronique / récidivante d'origine dentaire
- Traitement :
 - antibiothérapie couvrant les anaérobies (amoxicilline-acide clavulanique)
 - traitement de la dent causale
 - +/- chirurgie endonasale (méatotomie moyenne)



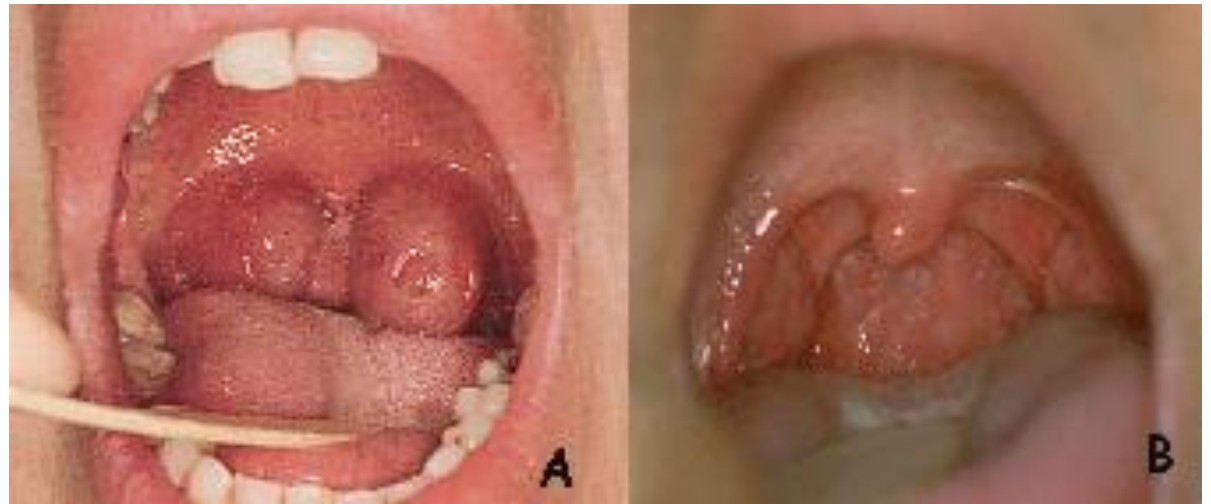
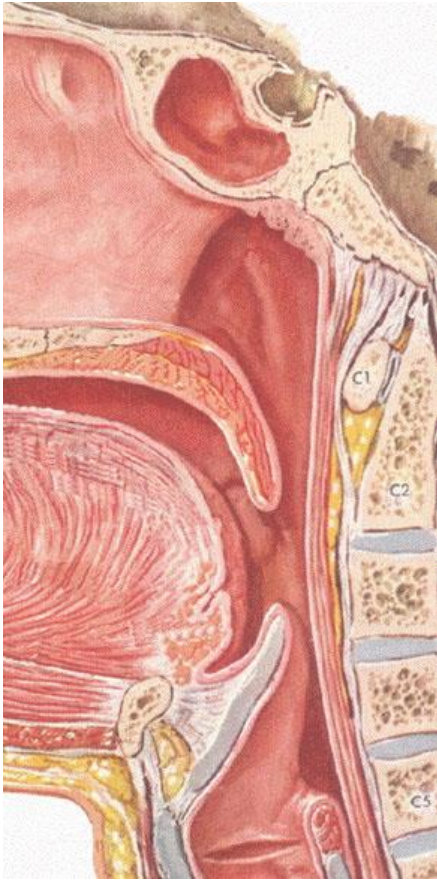
Sinusites fongiques chroniques : aspergillome

- Très fréquent, souvent asymptomatique
- Possibles poussées de surinfection bactérienne
- Traitement chirurgical : évacuation de l'aspergillome (voir endonasale++)



Infections pharyngées

Bases anatomiques



Angine : étiologie...

9 millions d'angines diagnostiquées en France chaque année

virale dans 60 à 90 % des cas : adénovirus, virus Influenzae, virus respiratoire syncytial, virus para-Influenzae, EBV...

bactérienne :

streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) : 20 % (entre 5 et 15 ans++) >> autres streptocoques, *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria gonorrhoeae*, germes anaérobies ...



Angine : diagnostic

Signes cliniques :

odynophagie

fièvre

modification de l'aspect des amygdales

adénopathies cervicales fréquentes

Signes associés possibles : respiratoires, abdominaux...



Angine : formes cliniques



Angine érythémateuse :

Virale : MNI...

Bactérienne : SGA...



Angine érythémato-pultacée :

Virale : MNI...

Bactérienne : SGA...



Angines pseudomembraneuses :

Virale : MNI...

Bactérienne : diphtérie++



Angines ulcéreuses et nécrotiques

Virale : MNI

Bactérienne : angine de Vincent, chancre syphilitique de l'amygdale



Angines vésiculeuses

Virale : HSV1 (tableau sévère, mais évolution bénigne en quelques jours), herpangine à virus coxsackie du groupe A (jeune enfant), MNI

Angine à SGA ou angine virale ?



	Angine à SGA	Angine virale
Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Epidémie - hiver et début printemps - Age : pic d'incidence entre 5 et 15 ans (survenue possible dès 3 ans) 	
Signes fonctionnels ou généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Début brusque - Odynophagie intense - Absence de toux - Fièvre élevée 	<ul style="list-style-type: none"> - Début progressif - Odynophagie modérée ou absente - Présence de toux, coryza, enrouement, diarrhée
Signes physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Erythème pharyngé intense - Purpura du voile - Exsudat - Adénopathies satellites sensibles - Eruption scarlatiniforme 	<ul style="list-style-type: none"> - Vésicules (herpangine due à un entérovirus, coxsackie ou gingivostomatite herpétiforme) - Eruption évocatrice d'une maladie virale (ex. syndrome pieds-mains-bouche) - Conjonctivite

Angine : indication du Test de Diagnostic Rapide du SGA

Toute angine érythémateuse ou érythémato-pultacée chez l'enfant de plus de 3 ans ou chez l'adulte si le score de Mac Isaac est supérieur ou égal à 2

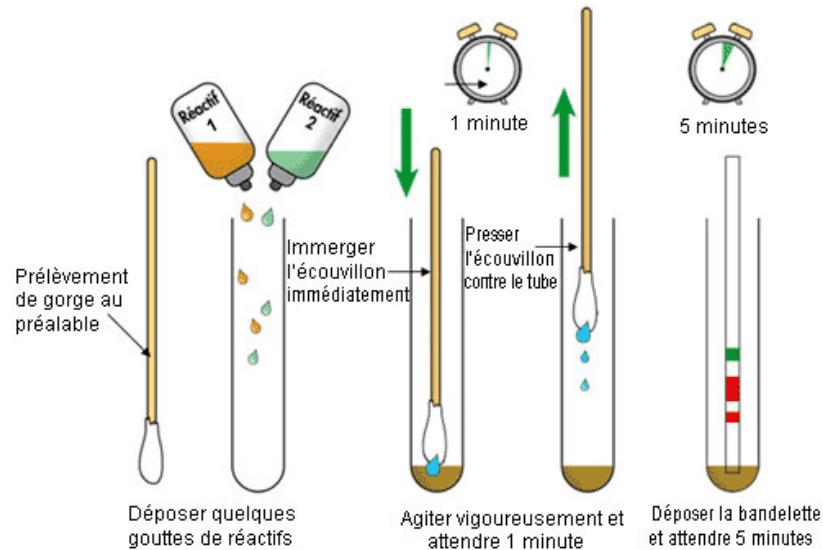
NB :

- <3 ans : angine virale++
- Si pas de TDR : traitement antibiotique cf infra
- Score de Mac Isaac : chaque item est côté 0 ou 1 (+1 si <15 ans et -1 si >45 ans)
 - fièvre > 38 °C
 - présence d'exsudat
 - adénopathies cervicales douloureuses
 - absence de toux.



Angine à SGA : TDR

- En pratique : test réalisable en quelques minutes après une courte formation ; met en évidence les Ag de paroi du SGA ; Streptatest : 28€ boîte de 20 tests.



- Peut être complété par une culture si TDR négatif mais FDR de RAA :
 - antécédents personnels de RAA
 - âge entre 5 et 25 ans + ATCD multiples d'angine à SGA
 - notion de séjours en régions d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM)
- Intérêt également des cultures dans la recherche de souches résistantes aux macrolides

Traitement des angines à SGA

Buts du traitement

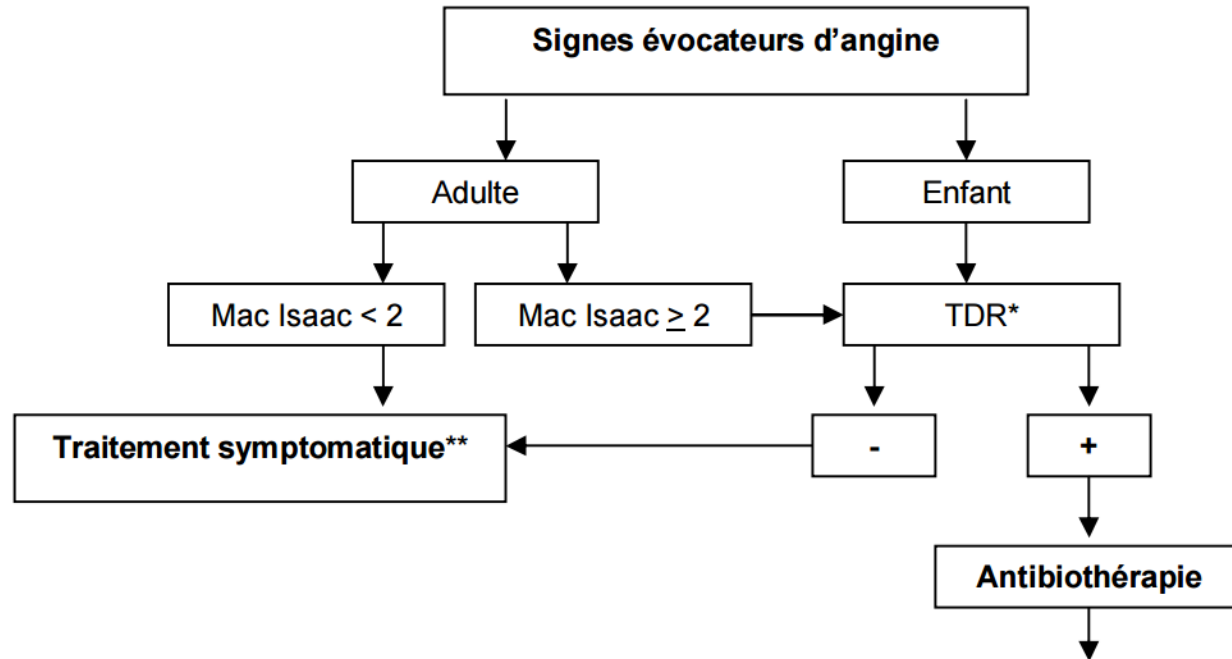
- accélérer la disparition des symptômes
- diminuer la dissémination du SGA à l'entourage
- prévenir les complications post-streptococciques : RAA, GNA... (ttt utile jusqu'à J9)
- réduire le risque de suppuration locorégionale ?

Modalités thérapeutiques

- traitement symptomatique (sans AINS/corticoïdes)
- en première intention : amoxicilline PO à 50 mg/kg/j chez l'enfant et 2 g/j chez l'adulte en 2 prises par jour et pour une durée de 6 jours ;
- en cas d'allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines (situation la plus fréquente) : céphalosporines de 2ème et 3ème génération par voie orale :
 - chez l'enfant : cefpodoxime 5j
 - chez l'adulte : céfuroxime-axétil 4j ou cefpodoxime 5j ou céfotiam 5j ;
- en cas de contre-indication à l'ensemble des bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) : macrolides : azithromycine 3j, clarithromycine 5j ou josamycine 5j.

Wood et al. Rheumatic fever in children and adolescents. A long term epidemiologic study of subsequent prophylaxis streptococcal infections and clinical sequelae. III. Comparative effectiveness of three prophylaxis regimens in preventing streptococcal infections and rheumatic recurrences. *Ann Int Med* 1964; 60: 31-46.

Algorithme de prise en charge de l'angine



- 1^{ère} intention : amoxicilline
- Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines : céfotiam ou cefpodoxime ou céfuroxime-axétil
- Contre-indication aux bêta-lactamines :
 - macrolide (azithromycine, clarithromycine ou josamycine)

* Réalisation du Test de Diagnostic Rapide du streptocoque du groupe A (TDR) systématique chez l'enfant ≥ 3 ans et l'adulte si score de Mac-Isaac ≥ 2

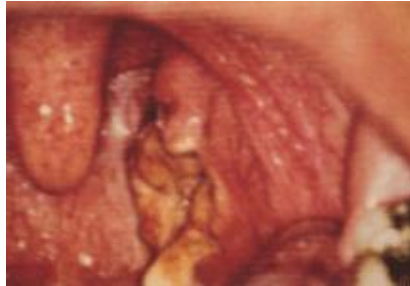
** Antalgique et/ou antipyrétique.

Antibiothérapie dans les angines : posologies recommandées

Antibiotiques	Posologies	Durée de traitement
	(posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à fonction rénale normale)	
β-LACTAMINES		
Pénicilline : 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
C2G : Céfuroxime-axétil	- Adulte: 500 mg/j en 2 prises.	4 jours
C3G : 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
MACROLIDES*		
Azithromycine	- Adulte: 500 mg/j en une 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%.

Autres angines : angine ulcéro-nécrotique



angine de Vincent

association fusospirillaire

adolescent ou adulte jeune, mauvais état bucco dentaire

signes généraux frustes : état subfébrile, discrète dysphagie

unilatérale, puis **fétidité de l'haleine**

évolution bénigne en 8 à 10 jours, traitement par pénicilline

chancre syphilitique de l'amygdale :

Treponema pallidum

ulcération unilatérale qui repose sur une induration « en carte de visite » ; paquet ganglionnaire

sérologie syphilitique initiale et à J15 (+ sérologie HIV)

Extencilline (2,4 MU à 8 jours d'intervalle) ou Biclinocilline.

Diagnostic différentiel : **cancer de l'amygdale**

Autres angines : mononucléose infectieuse



MNI :

- Virus d'Epstein-Barr
- angine prolongée, adénopathies diffuses, splénomégalie, asthénie
- hyperleucocytose avec mononucléose hyperbasophile +/- cytolysse hépatique, sérologie MNI positive
- Traitement symptomatique, corticoïdes dans les formes sévères (thrombopénie, atteinte hépatique)

Complications : phlegmon péri-amygdalien

- = collection entre la capsule de l'amygdale et la paroi pharyngée
- Fièvre + douleur (otalgie réflexe) + odynophagie + trismus + voix étouffée + hypersialorrhée
- Examen : bombement du pilier antérieur, déviation de la luette
- Traitement :
 - Hospitalisation si aphagie et/ou enfant
 - ponction à l'aiguille fine et drainage
 - Antibiothérapie orale (traitement ambulatoire) ou intraveineuse (hospitalisation) pour une dizaine de jours
 - Augmentin ou C3G + métronidazole ou clindamycine
 - antalgiques /antipyrétiques



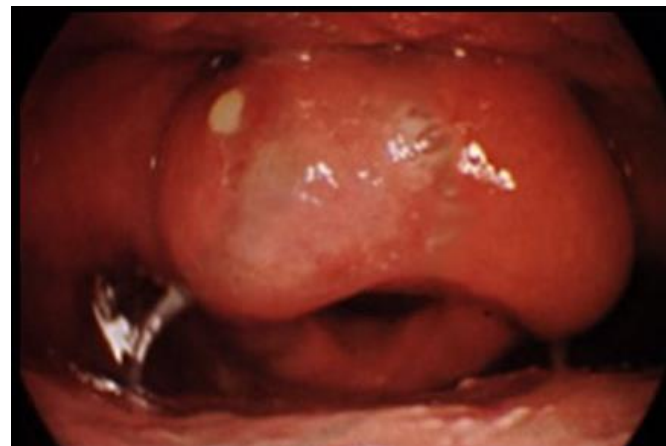
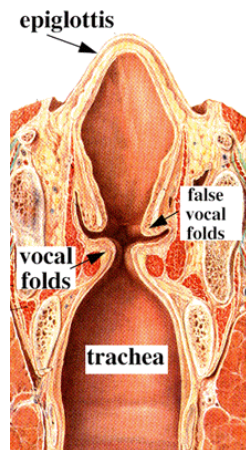
Autres complications loco-régionales

- **Cellulites cervicales profondes extensives : engagement du pronostic vital++**
 - Risque d'extension aux loges adjacentes + au médiastin
 - Signes de gravité :
 - Terrain / comorbidité / prise de corticoïdes, AINS
 - Extension initiale : crépitation, dyspnée, choc septique, médiastinite
 - Stratégie de prise en charge :
 - Bilan initial en milieu réanimatoire avec TDM injectée
 - Cervicotomie + prélèvements bactériologiques
 - Bi-antibiothérapie IV 15 jours si évolution favorable



Laryngite - épiglottite

- **Laryngite simple** : virale++, dysphonie/toux/pas de dyspnée en dehors du cadre particulier de la laryngite aiguë sous-glottique du jeune enfant (traitement par corticoïdes par voie générale)
- **Épiglottite aiguë** : urgence absolue nécessitant une hospitalisation immédiate
 - Haemophilus Influenzae de type b++
 - dyspnée laryngée, fébrile, avec dysphagie douloureuse entraînant une hypersialorrhée, l'enfant ne supporte que la position assise, voix couverte
 - Confirmation par nasofibroskopie AVEC PRECAUTION +/- au bloc opératoire
 - Pas d'examen à l'abaisse langue++
 - Antibiothérapie dirigée contre l'haemophilus influenzae type B
 - Parfois nécessité d'intubation/trachéotomie



Pathologie infectieuse des glandes salivaires

- **Sialites**

virales : oreillons++ épidémies, tuméfaction (bi)parotidienne, adénite cervicale, traitement symptomatique et isolement (éviction scolaire de 15 jours), risque d'orchite, vaccination ROR

bactériennes : contexte deshydratation, germes pyogènes, tuméfaction unilatérale, pus au canal, traitement par association spiramycine-métronidazole 10 jours.

- **Diagnostics différentiels :**

sialoses : sarcoïdose (+/- syndrome de Heerfordt et Mikulicz), Gougerot-Sjögren, séropositivité VIH, maladie de Kimura, parotidomégalies essentielles

tumeurs



Conclusion

- **Pathologie riche**
- **Large éventail dans le degré de gravité**
- **Moyens diagnostiques et thérapeutiques multiples**
- **Traitement médico-chirurgical dans les formes graves**





benjamin.verillaud@aphp.fr