

Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte

Mars 2010

Ce *guide clinique* est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

GÉNÉRALITÉS

• VIRUS : MAJORITÉ DES CAS DE PHARYNGITE

- Bactérie : *Streptococcus pyogenes* (streptocoque β-hémolytique du groupe A) est le plus souvent impliqué
 - Cause 10 % des pharyngites chez l'adulte
 - Cause 15 à 30 % des pharyngites chez l'enfant entre 3 et 15 ans (hiver-printemps)

DIAGNOSTIC

Pharyngite virale :

- Début graduel
- Symptômes fréquents :
 - Conjonctivite
 - Toux
 - Perte de la voix
 - Rhinorrhée

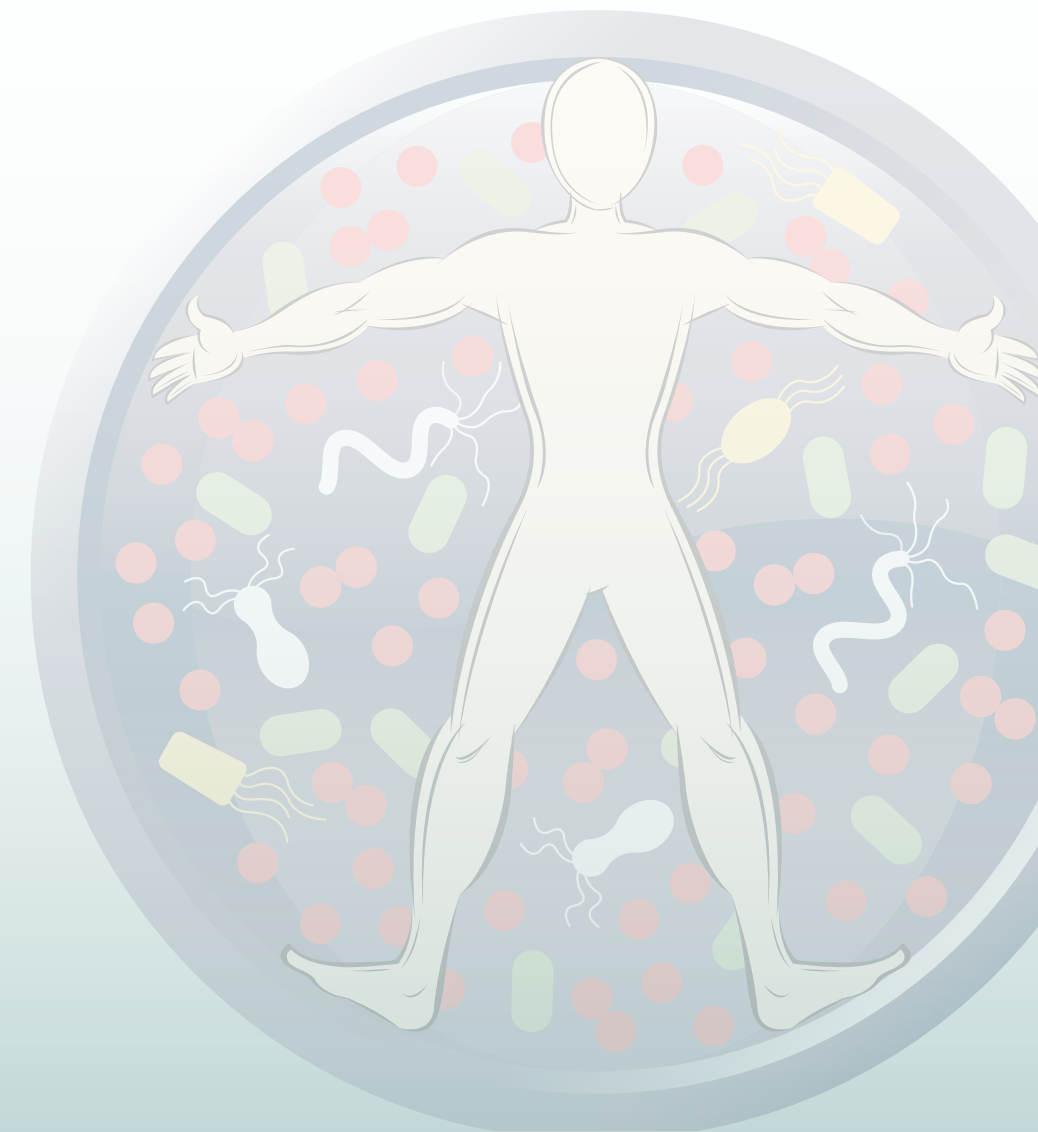
Probabilité d'infection au streptocoque β-hémolytique du groupe A (SGA) comme cause de pharyngite

Facteurs	Forte probabilité	Faible probabilité
Saison	Hiver-printemps	Été
Âge	3 à 15 ans	< 3 ans ou > 15 ans
Début	Abrupt	Graduel
Symptômes	Maux de gorge importants, douleur à la déglutition, céphalées, fièvre, nausées, vomissements et parfois douleurs abdominales	Conjonctivite, perte de la voix, toux, rhinorrhée, diarrhée, absence de fièvre

Le contexte épidémiologique (contact positif) augmente également la probabilité d'infection au streptocoque.

Score de Mclsaac pour évaluer le mal de gorge

Critères	Points
Antécédent de fièvre ≥ 38 °C	1
Présence d'exsudats amygdaliens	1
Adénopathies cervicales antérieures sensibles	1
Absence de toux	1
Âge < 15 ans	1
Âge ≥ 45 ans	-1
Score total	Pourcentage avec infection à SGA
0-1	De 1 à 10 %
2-3	De 17 à 35 %
> 4	50 % et plus



RÉFÉRENCES

- Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of Group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis.* 2002;35:113-25.
 Committee on Infectious Diseases. Group A Streptococcal Infections. Dans : Pickering LK (ed). *Red Book 2003.* American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, 2003.
 Del Mar C, Glasziou PP, Spinks A. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev.* Issue 4, 2006;CD000023.
 Mclsaac WJ, Kellner JD, et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA.* 2004 Apr 7;291(13):1587-95.
 Mclsaac WJ, White D, Tannenbaum D, et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ.* 1998;158(1):75-83.
 Vanderkooi OG, Low DE, Green K, et al. Predicting antimicrobial resistance in invasive pneumococcal infections. *Clin Infect Dis.* 2005 May 1;40(9):1288-97.
 Il est à noter que d'autres références ont été consultées.

Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte

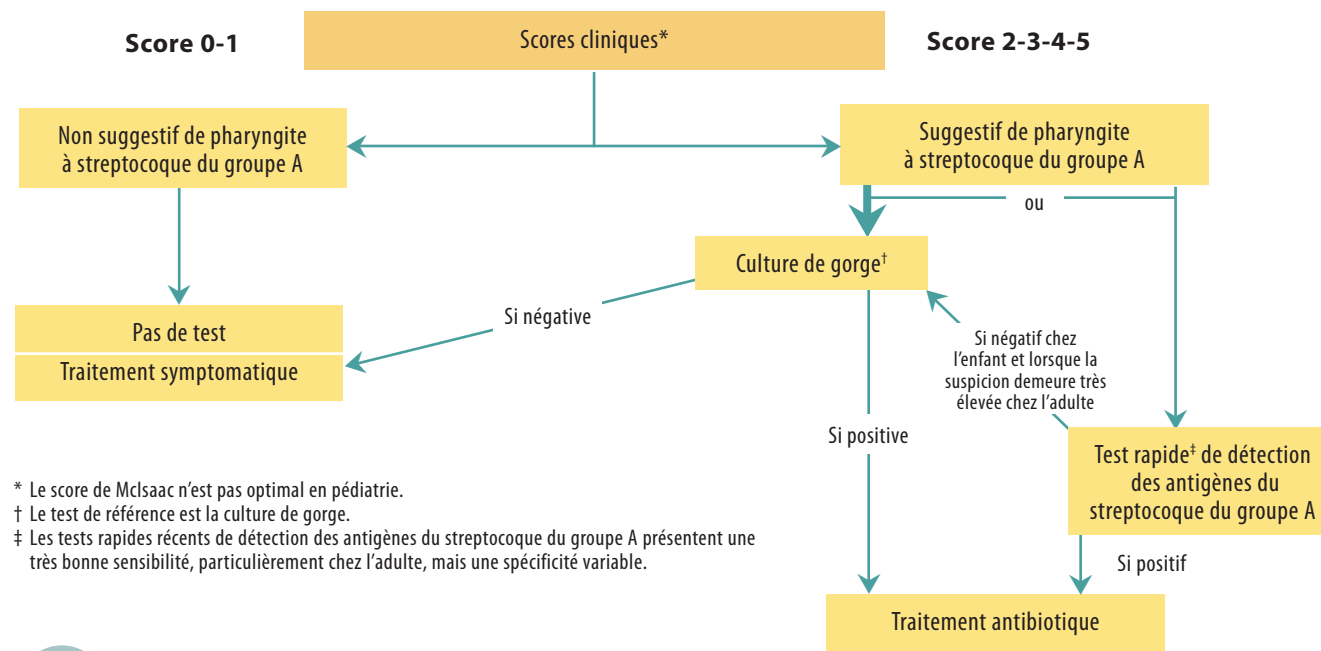
Ce guide a été élaboré en collaboration avec les ordres (CMQ, OPQ), fédérations (FMOQ, FMSQ) et associations de médecins et pharmaciens du Québec.

Conseil
du médicament

Québec

Québec

APPROCHE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE



* Le score de McIsaac n'est pas optimal en pédiatrie.

† Le test de référence est la culture de gorge.

‡ Les tests rapides récents de détection des antigènes du streptocoque du groupe A présentent une très bonne sensibilité, particulièrement chez l'adulte, mais une spécificité variable.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

• Majorité des cas guérissent entre 3 et 5 jours sans traitement antibiotique

• PHARYNGITE VIRALE : PAS DE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Traitement symptomatique : analgésique/antipyrétique

• PHARYNGITE BACTÉRIENNE :

- **Attendre le résultat d'une culture positive ou d'un test rapide positif avant de traiter**, à moins que le patient ne présente :

- ♦ Des symptômes importants
- ♦ Des signes cliniques de scarlatine
- ♦ Des complications de sa pharyngite
- ♦ Un contact prouvé avec un streptocoque du groupe A
- ♦ Des antécédents de rhumatisme articulaire aigu (RAA)

- Antibiothérapie :

- ♦ La réduction modeste de la durée des symptômes avec la prise d'antibiotiques est d'environ 1 jour pour le streptocoque du groupe A.
- ♦ L'antibiothérapie peut être considérée chez le patient symptomatique pour les streptocoques du groupe C et G.
- ♦ L'objectif premier est la prévention du rhumatisme articulaire aigu et des complications suppuratives associées à la pharyngo-amygdalite (abcès périamygdalien).
- ♦ La **pénicilline** demeure l'agent de **premier choix** à cause de son efficacité et de son innocuité.
- ♦ En raison du goût de la suspension de pénicilline V, l'**amoxicilline** peut être utilisée chez le jeune enfant et semble aussi efficace que la pénicilline V.
- ♦ Réévaluer en cas de non-réponse après 48-72 heures de traitement (Est-ce le bon diagnostic ? Observance ? Complications ?)
- ♦ Pharyngite récurrente :

- ✓ Céphalosporines
- ✓ Clindamycine
- ✓ Amoxicilline-clavulanate de K

Ces antibiotiques ont démontré un taux supérieur d'éradication par rapport à la pénicilline V

ENFANT

Traitement de la pharyngite à streptocoque du groupe A

Antibiotique	Posologie quotidienne orale*	Posologie maximale orale	Durée
Traitement de 1^{re} intention Pénicilline V (PenVee ^{MC}) Amoxicilline	50 mg/kg/jour ÷ BID 50 mg/kg/jour ÷ BID	600 mg BID 500 mg BID	10 jours 10 jours
En cas d'allergie† Céphalexine Clarithromycine (Biaxin ^{MC}) Azithromycine‡ (Zithromax ^{MC})	50 mg/kg/jour ÷ BID 15 mg/kg/jour ÷ BID 12 mg/kg/jour DIE	500 mg BID 250 mg BID 500 mg DIE jour 1 puis 250 mg DIE x 4 jours	10 jours 10 jours 5 jours

ADULTE

Traitement de la pharyngite à streptocoque du groupe A

Antibiotique	Posologie orale	Durée
Traitement de 1^{re} intention Pénicilline V (PenVee ^{MC})	600 mg BID	10 jours
En cas d'allergie† Céfadroxil (Duricef ^{MC}) Céphalexine Clarithromycine (Biaxin Bid ^{MC}) Azithromycine‡ (Zithromax ^{MC})	1 000 mg DIE 500 mg BID 250 mg BID 500 mg DIE jour 1 puis 250 mg DIE x 4 jours	10 jours 10 jours 10 jours 5 jours

* La dose quotidienne doit être répartie selon l'intervalle recommandé.

† En cas d'allergie de type-1 à la pénicilline, les céphalosporines ne sont pas une option de traitement. Les antibiotiques sont généralement inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux.

‡ Une étude canadienne de cohorte prospective (Vanderkooi et al., 2005) a démontré un risque significativement plus bas d'émergence de résistance aux macrolides lors de l'utilisation de la clarithromycine (Biaxin^{MC}, Biaxin Bid^{MC}, Biaxin XL^{MC}) en comparaison avec l'azithromycine (Zithromax^{MC}).