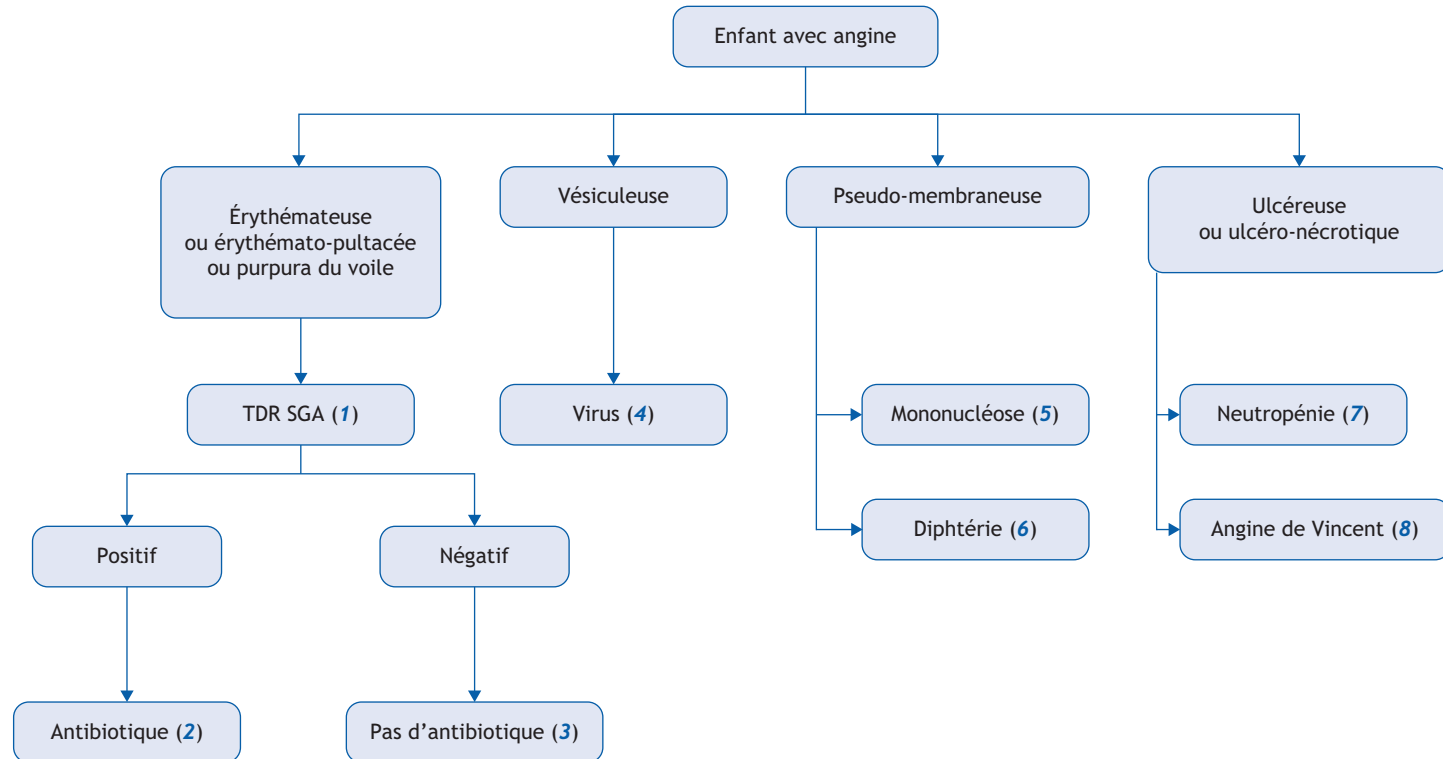


J. Cohen<sup>a, \*</sup>, R. Cohen<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de Pédiatrie Générale, Hôpital Necker-Enfants Malades, AP-HP, Université Paris Descartes, Paris, France

<sup>b</sup> Service « Petits nourrissons », Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, GRC Gemini Université Paris XII, Créteil, France



#### ■ Abreviations

SGA : Streptocoque du groupe A  
TDR : Test de diagnostic rapide

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : jeremie.cohen2@aphp.fr (J. Cohen).

## ■ Arbre décisionnel - Commentaires

(1) L'angine est une inflammation d'origine infectieuse des amygdales voire de l'ensemble du pharynx. Elle constitue un syndrome qui associe de façon variable une fièvre, une gêne douloureuse à la déglutition (odynophagie) et des modifications de l'aspect de l'oropharynx. Chez les enfants entre 3 et 15 ans, le test de diagnostic rapide (TDR) pour le streptocoque du groupe A (SGA) doit être réalisé de manière systématique en cas d'angine érythémateuse, érythémato-pultacée ou s'accompagnant d'un purpura du voile car l'examen clinique ne permet pas d'écarter ni d'affirmer l'origine streptococcique de l'angine. Avant l'âge de 3 ans, le SGA est rare et les complications post-streptococciques sont exceptionnelles. A partir de 15 ans, on applique les recommandations de l'adulte.

(2) Chez l'enfant, environ un tiers des angines sont dues au SGA. Les rapports de vraisemblance positifs et négatifs du TDR sont respectivement d'environ 15 et 0,15. Si bien que le TDR a, en moyenne, une valeur prédictive positive de 90 % et une valeur prédictive négative de 95 %.

En cas de TDR positif, l'antibiotique recommandé en 1<sup>ère</sup> intention est l'amoxicilline (50 mg/kg/j en 2 prises pendant 6 jours). En cas d'allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines, proposer une C2G orale (céfuroxime) ou une C3G orale (cefepodoxime). En cas de contre-indication aux bêta-lactamines, proposer un macrolide (azithromycine, clarithro-

mycine ou josamycine). En cas d'angines récidivantes à SGA, relativement fréquentes, on peut proposer d'autres traitements que l'amoxicilline, tels que l'association amoxicilline-acide clavulanique, les céphalosporines, les macrolides (si la souche est sensible) ou la rifadine ; les angines récidivantes sans précision d'agent pathogène peuvent faire discuter une amygdalectomie.

(3) En cas de TDR négatif, il n'est pas recommandé de mettre en culture un prélèvement de gorge, sauf s'il existe un risque élevé de rhumatisme articulaire aigu ou une suspicion de résistance aux macrolides.

(4) Les angines vésiculeuses sont toujours virales. L'herpangine est due aux entérovirus. L'association à une éruption vésiculeuse des pieds et des mains réalise le syndrome pieds-mains-bouche.

(5) Dans la description classique de la mononucléose infectieuse, les pseudo-membranes ne sont pas adhérentes et épargnent la luette. L'angine est habituellement associée à de la fièvre, une asthénie, une polyadénopathie, une splénomégalie et une éruption morbilliforme. Le diagnostic est classiquement conforté par la présence d'un syndrome mononucléosique à la NFS, la présence d'une cytolysé hépatique et d'une thrombopénie, et peut être confirmé par des tests sérologiques (MNI-test ou sérologie EBV). Des TDR du virus EBV sont déjà disponibles et permettent le diagnostic en quelques minutes.

(6) Dans la diphtérie (devenue exceptionnelle depuis la généralisation de la vaccination), les pseudo-membranes sont adhérentes et touchent la luette. La diphtérie doit être suspectée uniquement chez les enfants non ou mal vaccinés ou ayant séjourné en zone d'endémie (Europe de l'Est, Afrique du Nord, pays en voie de développement). Le diagnostic est confirmé par la mise en culture d'un prélèvement de gorge recherchant spécifiquement *Corynebacterium diptheriae*. C'est une urgence thérapeutique et une maladie à déclaration obligatoire.

(7) Une angine ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique peut révéler une neutropénie, pouvant elle-même révéler une hémopathie maligne. Une NFS doit systématiquement être réalisée dans ce contexte.

(8) L'angine de Vincent est rare chez l'enfant et est souvent associée à une mauvaise hygiène bucco-dentaire. L'ulcération est typiquement profonde et souple. Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence de l'association fuso-spirillaire (*Fusobacterium necrophorum* et *Borrelia vincentii*) en culture de prélèvement de gorge.

## ■ Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

## ■ Références

CMIT. Angines et pharyngites. In E.PILLY : ALINÉA Plus Ed ; 2016 : p. 159-161.

Cohen J, Levy C, Chalumeau M, et al. Tests de diagnostic rapide dans les angines de l'enfant. Arch Pediatr 2014;21:S78-83.

SFP-SPILF-GPIP. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant, Recommandations 2011. Available from : <http://www.infectiologie.com>.

Wessels MR. Streptococcal pharyngitis. N Engl J Med 2011;364:648-55.