



Item146-Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant.

Objectifs CNCI		
- Connaître des principales formes cliniques des angines, leurs agents étiologiques et leurs complications. - Connaître l'utilisation appropriée du test de diagnostic rapide (TDR). - Savoir prescrire le traitement approprié, antibiotique et/ou symptomatique, à un patient présentant une angine ou une rhinopharyngite.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC: Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant/ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / 2005 - Synthèse: Rhinopharyngite chez l'enfant et l'adulte / l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / 2008 - Pilly 2012: Angines et rhinopharyngites de l'enfant et de l'adulte	- Angine: érythémateuse: virale / SGA - Pseudo-Mbraneuse: EBV / diphtérie - Ulcéro-nécrotique: Vincent/ AG / CS - Vésiculeuse: herpangine / herpétique - PM: vaccin DTP / pseudo-Mbnes (4) - C° post-SGA: infl. (4) / toxinique (2) - Phlegmon: AINS / trismus / refoulée - Paracétamol / bains de bouche / éduP - Amoxicilline 1g x2 (50mg/kg) pdt 6J - Diphtérie: sérothérapie / Péni G en IV - Augmentin + drainage si phlegmon - Amygdalectomie si: C° / récidence x3 - Rhinopharyngite = complications ++ - Pas d'ABT même si purulent / ADP - FdR rhinopharyngite récidivante (6) - MNI: asthénie / polyADP / SMG - NFS-frottis: Sd mononucléosique - MNI-test / Ac anti-VCA: confirme	- MNI → tous les types d'angine - Angine érythémateuse = TDR - Angine UN = NFS / bilan IST - Contre-indication des AINS - Diphtérie: isolement / contacts - Déclaration obligatoire DDASS - Sérologie VIH dvt Sd monoN

A. ANGINES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

Généralités

Définition

- Angine = inflammation d'origine infectieuse des amygdales (amygdalite)
- On distingue 4 formes cliniques selon l'aspect des amygdales (cf infra)

Epidémiologie

- !! Fréquent : 8 à 9M de cas par an en France (et ABT: coût +++)

- Infections ORL les plus fréquentes chez les enfants d'âge scolaire

Etiologies

- Angine érythémateuse +++ (80-90%)
 - Virales +++ : 70% chez l'enfant / 90% chez l'adulte (EBV, adénovirus, etc)
 - Bactériennes: germe = streptocoque β -hémolytique du groupe A (**SGA**)
- Angine pseudo-membraneuse
 - EBV: mononucléose infectieuse (!! mais donne **tous** les types d'angine)
 - Diphtérie: rare mais grave: à toujours éliminer
- Angine vésiculeuse
 - Herpangine: entérovirus (coxsackie) / syndrome « pied-main-bouche »
 - HSV: primo-infection à HSV 1 (gingivo-stomatite herpétique)
 - Autres: EBV / typhoïde (angine de Duguet)
- Angine ulcéro-nécrotique
 - Angine de Vincent: bactérie fusospirillaire (bacille + spirochète)
 - Chancre syphilitique: dans le cadre d'une primo-infection à tréponème
 - Agranulocytose: médicamenteuse ou sur hémopathie (leucémie aiguë)

Orientation diagnostique

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: **FdR de RAA** (cf infra) / carnet de santé / statut **vaccinal** (diphtérie)
 - Prises: rechercher prise d'AINS +++
 - Anamnèse: évolution / notion de contagé
 - Signes fonctionnels
 - **odynophagie**: douleur pharyngée spontanée
 - **signes associés**: fièvre +++ / dysphagie / otalgie / toux / AEG
- Examen physique
 - **Prise des constantes**: **température** / PA-FC / FR-SpO2
 - Examen ORL +++
 - Examen rhinopharyngé à l'abaisse-langue: détermine le type d'angine
 - **Otoscopie** bilatérale / rechercher oedème et/ou purpura du voile
 - Examen général
 - Examen cutané (recherche un rash)
 - Palpation des aires ganglionnaires (**ADP** satellites)
- Formes cliniques: selon l'aspect des amygdales
 - Angine érythémateuse: érythème +/- enduit blanchâtre (érythémato-pultacée)
 - Angine pseudo-membraneuse: recouvertes d'un enduit confluent nacre/grisâtre
 - Angine vésiculeuse: éruption vésiculeuse sur des amygdales érythémateuses
 - Angine ulcéro-nécrotique: érosion +/- ulcération **unilatérale** (\neq autres formes)

Examens complémentaires

- Si angine érythémateuse: calcul du score de Mac-Isaac +/- **TDR** (cf infra)
- Si angine pseudo-membraneuse: NFS / MNI-test / prélèvement si aspect diphtérie
- Si angine vésiculeuse: AUCUN (sauf suspicion d'abus sexuel \rightarrow bilan IST)
- Si angine ulcéro-nécrotique: **NFS (A savoir !)** + VDRL-TPHA + bilan IST + prélèvement local

Diagnostic étiologique

Angine érythémateuse / érythémato-pultacée

- Orientation clinique

	angine à SGA	angine virale
terrain	<ul style="list-style-type: none"> ◦ enfant 5-15ans ◦ !! jamais avant 3ans 	tout terrain
anamnèse	<ul style="list-style-type: none"> ◦ épidémie / hiver ◦ début brutal 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ atcd viral récent ◦ début progressif
signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> ◦ fièvre élevée ◦ dysphagie intense 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ fièvre variable ◦ dysphagie modérée

signes physiques	<ul style="list-style-type: none"> o érythème intense o ADP satellites sensibles o purpura du voile o rash scarlatiniforme 	<ul style="list-style-type: none"> o érythème +/- vésicules o pas de purpura o conjonctivite
!! aucun signe clinique n'est spécifique: TDR indispensable (A savoir !)		

- **Test de diagnostic rapide (TDR ou « Strepta-test® ») +++ (Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant/ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / 2005)**
 - o **Modalités:** écouvillonnage local / en ambulatoire / < 5min
 - o **Indications**
 - **enfant < 3ans:** inutile (angines quasi-toujours virales)
 - **enfant > 3ans:** systématique (pas de score de Mac Isaac)
 - **adulte:** calcul du score de **Mac Isaac** ; TDR si score ≥ 2
 - atteinte amygdalienne = 1
 - fièvre > 38°C = 1
 - ADP cervicales sensibles = 1
 - absence de toux = 1
 - âge ≥ 45 ans = -1 (âge 15-44ans = 0)
 - o **Résultats**
 - **Si positif:** confirme l'angine à SGA \rightarrow ABT / pas de culture
 - **Si négatif:** élimine (à 90%) le SGA \rightarrow pas d'ABT / pas de culture
 - **Remarque:** faux positif par simple portage du SGA ++ (ECN 04)
 - o **Intérêts (4)**
 - Identifier les angines à SGA
 - Traiter les angines à SGA
 - Limiter les indications d'antibiothérapie et donc diminuer le risque de résistance
 - Diminuer le coût (santé publique)
- **Prélèvements oropharyngés**
 - o **!! Les indications dans l'angine érythémateuse sont limitées**
 - **avant traitement par macrolides (non systématique)**
 - Macrolides seulement si allergie sévère à la pénicilline / pour ABG
 - Remarque: **non systématique** compte tenu de la diminution de la résistance aux macrolides
 - (cf tous les SGA sont sensibles à l'amox mais pas aux macrolides)
 - **TDR négatif mais présence de facteurs de risque de RAA**
 - atcd personnel de RAA
 - âge = 5-25ans avec:
 - atcd multiples d'angines à SGA
 - séjour en zone d'endémie de RAA (afrique / DOM-TOM)
 - facteurs environnementaux (promiscuité, bas niveau social)

Angine pseudo-membraneuse

- **Orientation clinique**

	MNI	Diphthérie
terrain	<ul style="list-style-type: none"> o adolescent o fréquence 	<ul style="list-style-type: none"> o sujet non vacciné o voyage (Europe Est - PVD)
pseudo-membranes	<ul style="list-style-type: none"> o respectent la luette o non-adhérentes o non-extensives o non-hémorragiques 	<ul style="list-style-type: none"> o atteignent la luette o adhérentes / épaisses o extension sur le voile o hémorragiques au contact
signes associés	<ul style="list-style-type: none"> o fièvre élevée o asthénie +++ o poly-ADP / SMG o purpura du voile 	<ul style="list-style-type: none"> o fièvre modérée o AEG o ADP sous-maxillaires sensibles o rhinorrhée mucopurulente

- **Confirmation paraclinique**
 - o **Si orientation vers MNI**
 - **NFS-frottis:** recherche un syndrome mononucléosique (cf **Syndrome mononucléosique**)
 - **MNI-test:** en 1ère intention (agglutination si positif)
 - **Sérologie EBV:** recherche Ac anti-VCA (primo-infection)

- Si orientation vers diphtérie
 - Prélèvement local en urgence +++
 - En périphérie de la fausse-membrane
 - Culture: recherche corynebacterium diptheria
 - !! Mesures de prévention (A savoir !)
 - Isolement et dépistage entourage

Angine vésiculeuse

- Orientation clinique
 - Angine à coxsackie (= herpangine)
 - Epidémie estivale chez enfant de 1 à 7ans
 - Fièvre et odynophagie modérées
 - Syndrome pied-mains-bouche: association
 - angine vésiculeuse
 - éruption vésiculeuse paume des mains
 - éruption vésiculeuse plante des pieds
 - Angine herpétique (cf. Infections à herpès virus du sujet immunocompétent)
 - Chez l'enfant de moins de 4ans
 - Fièvre et dysphagie importantes
 - Gingivo-stomatite herpétique
 - Eruption vésiculeuse en bouquet
 - Péri-buccale sur fond érythémateux
- Confirmation paraclinique
 - Si angine à coxsackie: AUCUN (guérison spontané en 5-7J)
 - Si angine herpétique: AUCUN (guérison sous traitement en 1S)

Angine ulcéro-nécrotique

- Angine de Vincent
 - Germe: association fusio-spirillaire (spirochètes + bacilles fusiformes)
 - Terrain = mauvaise hygiène bucco-dentaire ++
 - Ulcération amygdalienne unilatérale
 - Haleine fétide / dysphagie importante
 - Fièvre modérée / asthénie marquée
- Chancre syphilitique (cf Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose)
 - Terrain à risque d'IST: rapports multiples, etc.
 - Ulcération: unique / ronde / à fond propre
- Hémopathie / agranulocytose
 - Devant une angine ulcéro-nécrotique trainante, rebelle ou bilatérale
 - → NFS systématique devant toute angine ulcéro-nécrotique (A savoir !)
- Cancer de l'amygdale
 - Carcinome épidermoïde de l'oropharynx étendu à l'amygdale (cf Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures.)
 - !! A toujours évoquer devant une amygdale indurée / ADP sous-digastrique

Evolution

Angine érythémateuse

- Si étiologie virale: angine spontanément résolutive sous 1 semaine +++
- Si angine à SGA: risque de C° (!! mais le plus souvent favorable même sans ABT)
 - Complications locales
 - Phlegmon péri-amygdalien ++
 - anamnèse: rechercher la prise d'AINS = FdR majeur d'extension
 - signes fonctionnels: dysphagie intense / trismus / voix nasonnée (rhinolalie)
 - signes physiques: refoulement controlatéral de la luette / voussure du pillier / oedème du voile
 - paraclinique: NFS-CRP / prélèvement local inutile (polymicrobien)
 - Puis extension locale
 - Abcès rétro-pharyngé: collection purulente à l'examen
 - Cellulite cervico-faciale: le risque principal +++
 - Complications générales (« post-streptococques »)
 - Inflammatoires (4)
 - Rhumatisme articulaire aigu: arthrite et valvulopathie ++ ; chorée
 - Erythème noueux / Néphropathie glomérulaire (SNA, cf Néphropathie glomérulaire.)

- **Toxiniques (2)**
 - Scarlatine: exanthème scarlatiniforme (cf [Exanthèmes fébriles de l'enfant](#))
 - Choc toxique streptococcique: rare / exanthème + collapsus
- **Objectifs de l'antibiothérapie si SGA +++ (4)**
 - Accélérer la disparition des symptômes (sous 24h)
 - Réduire la dissémination du SGA à l'entourage (non contagieux à +24H)
 - Éviter les complications locales (extension: phlegmon / abcès / cellulite)
 - Éviter les complications générales (RAA / scarlatine)
- Angine pseudo-membraneuse**
- **Angine à MNI**
 - **Evolution naturelle:** bénigne / asthénie persistante plusieurs semaines
 - **Complications:**
 - **Locales:** oedème pharyngo-amygdalien
 - **Générales** (rarement): anémie hémolytique / méningite à EBV, etc.
 - **Si prise d'amoxicilline:** **rash** cutané = fait le diagnostic +++
 - **!! Remarque**
 - Le rash sous amoxicilline n'est pas une vraie allergie: pas de CI ultérieure
- **Angine diphtérique**
 - **Evolution naturelle:** grave / complications fréquentes et sévères
 - **Complications**
 - **Locales:** « croup » = laryngite diphtérique / risque d'asphyxie !
 - **Générales:** toxiniques: font la gravité de la maladie +++
 - **syndrome hémorragique précoce:** gingivite, épistaxis, purpura
 - **atteinte cardiaque:** myocardite (J7)
 - **atteinte neurologique:** paralysie vélo-palatine (J35)

Traitement

Prise en charge

- **Angines en ambulatoire**
 - Angine érythémateuse non compliquée (virale ou SGA)
 - Angine pseudo-membraneuse à EBV non compliquée
 - Angine vésiculeuse non compliquée (HSV ou coxsackie)
- **Angines à hospitaliser**
 - Angine diphtérique: urgence thérapeutique: **isolement (A savoir !)**
 - Angine à SGA compliquée: phlegmon (+/-) / abcès / cellulite
 - Gingivo-stomatite herpétique empêchant l'alimentation
 - Angine ulcéro-nécrotique (angine de Vincent / agranulocytose)

Traitement symptomatique

- **Antalgique-antipyrétique:** paracétamol PO
 - **Posologie enfant:** 60mg/kg/j en 4 prises (+ mesures physiques)
 - **Posologie adulte:** 1g x3 à 4/j PO
- **Antiseptiques locaux:** chlorhexidine en bains de bouche (Hextril®)
- **!! AINS** et corticoïdes sont contre-indiqués (**A savoir !**)

Traitement étiologique

- **Angine à SGA = antibiothérapie (Rhinopharyngite chez l'enfant et l'adulte / l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / 2008)**
 - probabiliste / orale / **courte (favorise l'observance)** / active contre le SGA / **!! ssi TDR positif**
 - **Posologies** (!! à connaître: **A savoir !**)
 - **Enfant:** amoxicilline 50mg/kg/j en 2 prises pendant 6 jours
 - **Adulte:** **amoxicilline 1g x2 /j pendant 6 jours**
 - **Si allergie à la pénicilline**
 - **bénigne:** C3G orale (Orélox®, cefpodoxime) 8mg/kg/j pendant 5 jours (enfant) / 200mg 5 jours (adulte)
 - **sévère:** macrolide (Zithromax®) 20mg/kg/j 3 jours (enfant) / 500 mg 3 jours (adulte)
- **Angine diphtérique**
 - **Sérothérapie:** sérum anti-diphtérique en IV en urgence
 - **Antibiothérapie:** pénicilline G (ou V) forte dose en IV pendant 10-14 jours
 - **Vaccination:** du patient et de l'entourage
- **Angine ulcéro-nécrotique**
 - **Angine de Vincent:** pénicilline V PO pendant 10j
 - **Angine syphilitique:** benzathine-péniG (Extencilline®) 2.4MUI en IM

Traitement des complications

- **Phlegmon péri-amygdalien (4)**
 - **Hospitalisation** systématique / pose VVP / !! arrêt des AINS si besoin
 - **Drainage +++** : ponction évacuatrice à l'aiguille +/- incision pour drainage chirurgical
 - **Antibiothérapie** probabiliste: Augmentin® IV (phlegmon poly-microbien)
 - **Amygdalectomie**: bilatérale au décours ; !! à proposer au 1er épisode si C°
- **Amygdalectomie bilatérale: indications**
 - Phlegmon: dès le 1er épisode si compliqué / au 2nd sinon
 - Angine à répétition: > 3 épisodes/an (ou 5 sur 2ans)
 - Angine avec complication post-streptococcique (RAA)
 - Hypertrophie amygdalienne obstructive (ex: SAOS)

Mesures associées

- **Si angine streptococcique**
 - Education des parents +++ : importance de limiter les ABT
 - Observance / Consultation de contrôle si persistance > 3J
 - **Eviction scolaire** pendant 2 jours ++
- **!! Si angine diphtérique (A savoir !)**
 - Déclaration obligatoire à la DDASS (**MDO**)
 - Dépistage +/- traitement de tous les sujets contact
 - NPO vaccination du patient au décours

Surveillance

- **Clinique**: consulter si persistance des symptômes ≥ 3J (mais **pas** systématique)
- **Paraclinique**: AUCUN (pas de TDR de contrôle) en cas de SGA simple

B. RHINOPHARYNGITES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

Généralités

Définition

- **Rhinopharyngite**: inflammation d'origine infectieuse des fosses nasales + pharynx
- **Remarque**: rhinopharyngite = « adénoïdite » = inflammation des amygdales pharyngées

Rappel anatomique

- Anneau de Waldeyer = amygdales palatines + amygdales pharyngées + amygdale linguale
- !! « végétations adénoïdes » = hypertrophie des amygdales pharyngées (dans rhinopharynx)

Epidémiologie

- Fréquent: 5M cas/an en France chez l'enfant < 7ans (!! 1ère cause de Cs en pédiatrie)
- Coût important: ABT inutiles / absentéisme scolaire / arrêt de travail des parents...

Etiologies

- **Toujours virales +++** : rhinovirus / coronavirus / influenza / VRS, etc.
- **Remarque**: seules les surinfections sont favorisées par le portage de certaines bactéries

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: rechercher atcd infectieux / carnet de santé
 - **Signes fonctionnels**: association de:
 - **Fièvre**: intensité variable (modérée mais parfois élevée chez l'enfant)
 - **Rhinite**: obstruction nasale / rhinorrhée (!! peut être muco-purulente)
 - **Pharyngite**: douleurs pharyngées / odynophagie / toux
- **Examen physique**
 - **Signes positifs de rhinopharyngite**
 - Erythème pharyngé +/- oedème
 - ADP cervicales bilatérales et sensibles
 - OMA congestive mais non purulente (reliefs conservés)
 - **Rechercher une surinfection bactérienne +++**
 - **Angine**: examen oropharyngé à l'abaisse langue
 - **OMA purulente**: **otoscopie bilatérale (A savoir !)**
 - **Ethmoïdite / sinusite**: examen rhinoscopique / oculaire
 - **Broncho-pneumopathie**: auscultation (crépitations)

- **Laryngite** sous-glottique +/- épiglotite (cf [Détrousse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.](#))
- **!! Remarque**
 - Rhinorrhée purulente / fièvre / ADP, etc.
 - ne sont **pas** synonymes de surinfection (**A savoir !**)

Examens complémentaires

- **Si pas de signes de surinfection bactérienne:** AUCUN +++
- **Si surinfection retrouvée:** prélèvements locaux à discuter

Evolution

Evolution naturelle

- Résolution spontané en 7 à 10 jours
- Disparition de la fièvre sous 4 jours puis rhinorrhée

Complications

- **Surinfections bactériennes**
 - **Otite:** OMA purulente (10-30%) ou otite séro-muqueuse (cf [Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant.](#))
 - **Sinusite:** (1-2%) / sinusite maxillaire / ethmoïdite (enfant) (cf [Infections naso-sinusiennes de l'adulte et de l'enfant.](#))
 - **Angine:** angine érythémateuse à SGA (cf supra)
 - **Bronchite / pneumopathie:** plus rarement (cf [Infections broncho pulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant.](#))
 - **Conjonctivite:** sur une OMA à haemophilus (syndrome otite-conjonctivite)
 - **Adénite rétropharyngée:** torticolis fébrile enfant + tuméfaction de la paroi pharyngée postérieure
 - **Adénite rétrostylienne:** torticolis fébrile enfant + tuméfaction latéro-cervicæ (complications neuro-vasculaires)
- **Rhinopharyngite récidivante**
 - **Définition:** au moins **6 épisodes/an** de rhinopharyngites
 - **Facteurs à rechercher devant des rhinopharyngites récidivantes +++ (6)**
 - Allergie / déficit immunitaire (IgA)
 - Carence martiale
 - Reflux gastro-oesophagien
 - Hypertrophie des végétations adénoïdes
 - Tabagisme passif
 - Vie en collectivité (crèche)
- **Obstructions des VAS**
 - cf: respiration nasale exclusive pour les nourrissons jusqu'à 6 à 12S
 - → risque de détresse respiratoire (rechercher signes de lutte) si obstruction

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire (hors complication)

Traitement symptomatique +++

- **Antalgique-antipyrétique**
 - **Paracétamol:** 60mg/kg/j en 4 prises (15mg/kg/6h) PO
 - **Mesures physiques:** découvrir / hydrater / chambre à 19°C / éviter tabagisme
- **Désobstruction naso-pharyngée**
 - **Lavage des fosses nasales:** au sérum phy / pluriquotidien (!! éduquer les parents)
 - **Techniques de mouchage:** faire « renifler » et « tousser » puis aspirer
- **Remarque: vasoconstricteurs par voie nasals**
 - Eventuellement chez l'adulte avec rhinorrhée
 - **!! Mais jamais chez l'enfant avant 12ans +++**

Traitement des complications

- **!! ABT si et seulement si surinfection bactérienne avérée (OMA purulente et rhinosinusite aiguë)**
- Jamais en cas de rhinopharyngite non compliquée, même purulente +++ (**A savoir !**)
- **En cas de rhinopharyngite récidivante: rechercher et traiter les facteurs favorisants**
 - Végétations adénoïdes: nasofibroskopie +/- adénoïdectomie selon contexte
 - Carence martiale: ferritinémie +/- supplémentation martiale - oligoéléments
 - RGO: distinguer RGO simple ou compliqué +/- EOGD puis pH-métrie (cf [Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.](#))
 - Dans tous les cas: lutte contre le tabagisme passif +++

Mesures associées

- Notification de l'épisode dans carnet de santé

- Education des parents: inutilité et risque de l'antibiothérapie / évolution favorable en 7-10 jours
- Conseils devant faire reconsulter:
 - Fièvre persistante > 3J
 - Pas d'amélioration des symptômes à J10
 - Changement du comportement de l'enfant
 - Nouveaux signes cliniques (otorrhée, conjonctivite...)

Surveillance

- **Clinique:** contrôle si persistance fièvre > 3J ou modification symptomatique

C. MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

Généralités

Définition

- Mononucléose infectieuse (MNI): primo-infection symptomatique à EBV
- !! Dans la grande majorité des cas la primo-infection à EBV est asymptomatique

Epidémiologie

- 80% des adultes sont séropositifs / 20-30% d'excréteurs asymptomatiques
- PI d'autant plus précoce (et asymptomatique) que niveau socio-économique bas

Physiopathologie

- **Virus:** EBV (Epstein-Barr Virus) / virus à ADN
- **Transmission:** inter-humaine directe par **salive** (« maladie du baiser »)
- **Mécanisme:** infection des LB par EBV → prolifération des LT CD8

!! Remarque: autres manifestations de EBV

- Carcinome indifférencié du cavum (UCNT): cf [Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures.](#)
- si IC: lymphome de Burkitt / LNH type T / Maladie de Hodgkin
- si ID (SIDA ++): leucoplasie chevelue orale / LNH à grandes cellules

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** enfant < 10ans dans PVD / adolescents et adultes jeunes dans PD
 - **Anamnèse:** rechercher notion de **contage** / incubation longue: 4 à 6S
 - **Signes fonctionnels**
 - **signes généraux:** **asthénie** intense / fièvre prolongée et modérée
 - **signes associés:** céphalées / myalgies / odynophagie (angine)
 - **!! Pas de toux**
- **Examen physique**
 - **Examen oropharyngé:** pharyngite +/- **tous** les types d'angines +++
 - **Polyadénopathies:** cervicales +/- diffus / infra-cm (!! schéma daté)
 - **Signe associés (inconstants)**
 - splénomégalie (50% des cas) / oedème du voile ou palpébral
 - exanthème fugace morbilliforme (après prise d'amoxicilline ++)
- **Rechercher une complication**
 - Rash cutané en cas de pénicilline A (amoxicilline)
 - Anémie hémolytique auto-immune +/- PTAI
 - Rares: atteinte neuroméningé / cardiaque (myocardite, péricardite..)

Examens complémentaires

- **NFS avec frottis = syndrome mononucléosique** (cf [Syndrome mononucléosique](#))
 - NFS = hyperlymphocytose (> 4000/mm³) avec lymphocytes > PNN
 - Frottis: lymphocytes polymorphes hyperbasophiles (LT CD8 activés)
 - +/- neutropénie ou thrombopénie modérées
- **MNI-test**
 - Test d'agglutination si présence d'Ac anti-EBV: rapide / Se mais peu Sp
 - → pour dépistage: si positif confirmer par Ac anti-VCA
- **Sérologie EBV**
 - Ac **anti-VCA: IgM** présent pendant 4S: les seuls spécifiques de la PI

- Ac anti-EBNA: apparition tardive (+3M) et persistance à vie
- **Bilan hépatique:**
 - **Cytolyse** hépatique modérée (TA = 3-4N) dans 90% des cas

Diagnostiques différentiels

- **ceux d'un syndrome mononucléosique** (cf **Syndrome mononucléosique**)
 - **3** étiologies à toujours évoquer: PI à VIH (**A savoir !**) / toxoplasmose / CMV
 - autres étiologies: rubéole / rougeole / hépatites / typhoïde, etc.
- **ceux d'une angine**
 - angine virale / à SGA / diphtérie, etc. (cf supra)

Evolution

Histoire naturelle

- Evolution spontanément favorable sous 3-4S dans la grande majorité des cas
- Asthénie persistante fréquente: prévenir le patient

Complications

- **Complications aiguës**
 - **hématologiques:** **anémie** hémolytique auto-immune / thrombopénie
 - **abdominales:** **hépatite** aiguë / rupture splénique / adénite mésentérique
 - **neurologiques:** méningite ou méningo-encéphalite lymphocytaire
 - **respiratoires:** pneumopathie alvéolo-interstitielle
 - **cardiaques:** péricardite ou myocardite (bénigne ++)
- **Complications chroniques**
 - **cancers ++ :** UCNT / Burkitt / LNH / Maladie de Hodgkin

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire / pas d'isolement / pas de traitement spécifique

Traitement symptomatique

- Repos au lit / arrêt de travail ++
- Paracétamol (!! pas d'AINS: syndrome de Reye)

Mesures associées

- **Eviter chocs et sports violents** (risque de rupture splénique)
- **Pas** d'indication à une antibiothérapie (pas d'amoxicilline ++)
- Eviter transmission: lavage des mains / ne pas partager les verres, etc.

Traitement des complications

- Corticothérapie seulement si anémie hémolytique ou C° sévère

Surveillance

- Clinique uniquement

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 4 objectifs de l'antibiothérapie au cours d'une angine à SGA ?

- Accélérer la disparition des symptômes (sous 24h)
- Réduire la dissémination du SGA à l'entourage (non contagieux à +24H)
- Eviter les complications locales (extension: phlegmon / abcès / cellulite)
- Eviter les complications générales (RAA / scarlatine)

Quel est l'antibiothérapie d'une angine à SGA ?

- Pénicilline A : Amoxicilline 2g/j en 2 prises pendant 6 jours en l'absence d'allergie

Quels sont les 2 examens qui permettent de différencier une hépatite cholestatique et une anémie hémolytique au cours d'une MNI ?

- Hémoglobine (Hb basse en cas d'anémie / normale si hépatite cholestatique)
- Bilirubine (non conjuguée en cas d'anémie hémolytique / conjuguée en cas d'hépatite)