

Traitement de l'angine à streptocoques

Cand. méd. Yaël Hofmann^{a*}, cand. méd. Hanna Berger^{a*}, Dr méd. Bernhard Wingeier^b, Dr méd. Benedikt Huber^c, Dr méd. Katja Boggian^d, Dr méd. Henriette Hug-Batschelet^e, Dr méd. Claudia Rosamilia^f, Dr méd. Philippe Mosimann^g, Dr méd. et phil. Julia Bielicki^h, Dr méd. Lukas Horvathⁱ, PD Dr méd. Michel-André Hotz^k, Dr méd. Andreas Dettwiler^l, Dr méd. Pierino Avoledo^o, Dr méd. Axel Rowedder^m, PD Dr méd. Barbara Hasseⁿ, Prof. Dr méd. Klara Posfay-Barbe^o, PD Dr méd. Laurence Senn^p, Prof. Dr méd. Philip Tarr^a

^a Medizinische Universitätsklinik und Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Abteilung Pädiatrie, Klinik Arlesheim; ^c Klinik für Pädiatrie, HFR Fribourg, Kantonsspital, Fribourg; ^d Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital, St. Gallen; ^e Kinderarztpraxis Davidsboden, Basel; ^f Praxis für Allg. Innere Medizin, Röschenz BL; ^g Praxis für Allg. Innere Medizin, Bottmingen BL; ^h Pädiatrische Infektiologie, Universitätskinderhospital beider Basel (UKBB), Basel; ⁱ Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Kantonsspital Baselland; ^k Département de Chirurgie, Service d'ORL, Hôpital Neuchâtelois, Neuchâtel; ^l Praxis für Allg. Innere Medizin, Riehen BS; ^m Praxis mediX toujours, Basel; ⁿ Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, UniversitätsSpital, Zürich, Universität Zürich; ^o Unité des maladies infectieuses pédiatriques, Hôpital des Enfants, Hôpitaux Universitaires de Genève; ^p Service de Médecine Préventive Hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne

*Ces auteurs ont contribué à part égale à la réalisation de cet article.



Vous trouverez l'éditorial relatif à cet article à la page 467 de ce numéro.

L'angine à streptocoques est le plus souvent spontanément régressive. Les antibiotiques ont un effet modeste sur la durée des symptômes. D'après les lignes directrices européennes, la prévention du rhumatisme articulaire aigu et de l'abcès périamygdalien ne constitue plus une indication des antibiotiques. Dans cet article, nous présentons notre point de vue concernant l'angine à streptocoques, qui doit être recherchée par frottis pharyngé en cas de score de McIsaac ≥ 3 mais doit uniquement être traitée par antibiotiques dans des cas spécifiques.

Introduction

L'angine à streptocoques est le plus souvent spontanément régressive [1, 2]. La recommandation de la traiter par antibiotiques date des années 1950, lorsque les complications purulentes (avant tout abcès périamygdalien) et le rhumatisme articulaire aigu (RAA) étaient encore relativement fréquents en Europe. Aujourd'hui, la prévention du RAA et de l'abcès périamygdalien ne représente plus une indication pour l'administration d'antibiotiques [3] d'après diverses recommandations européennes, comme celles de la Société européenne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses (ESCMID), contrairement aux lignes directrices américaines, canadiennes ou finlandaises [4]. Aujourd'hui, la prescription d'antibiotiques est le plus souvent essentiellement motivée par un raccourcissement de la durée des symptômes [3], mais cet effet antibiotiques est modeste selon les lignes directrices et des analyses Cochrane [1–3, 5]. Par conséquent, les lignes directrices néerlandaises [6–8], belges [9] et écossaises [10] recommandent depuis quelques années un traitement principalement sans antibiotiques de l'angine à streptocoques.

En Suisse, l'initiative «Smarter Medicine» encourage depuis des années à ne plus utiliser d'antibiotiques en cas

d'infections des voies respiratoires supérieures («Moins, c'est plus», www.smartermedicine.ch). Ce concept devrait encore mieux être mis en œuvre dans notre pays, car 75% de tous les antibiotiques sont prescrits dans les cabinets et jusqu'à 50% d'entre eux, en fonction du contexte, ne sont pas indiqués [11]. En outre, la Confédération a reconnu l'urgence de lutter contre les résistances aux antibiotiques et en 2015, elle a lancé la stratégie nationale Antibiorésistance (StAR; www.star.admin.ch).

Notre groupe de travail interdisciplinaire s'est constitué face à la situation préoccupante que représentent la médicalisation inutile depuis des décennies d'infections respiratoires le plus souvent inoffensives et l'augmentation inquiétante de l'antibiorésistance, avec la conscience que nous, médecins, devrions plus agir pour y remédier, et la crainte que les antibiothérapies influencent défavorablement le microbiome [12].

Cet article a pour objectif de montrer comment l'angine à streptocoques peut, en Suisse aussi, le plus souvent être traitée avec succès sans antibiotiques. A cet effet, une bonne anamnèse et un examen de qualité, une communication médecin-patient motivante, un soulagement efficace des symptômes et des contrôles de suivi adaptés à l'évolution clinique jouent un rôle clé (fig. 1).



Yaël Hofmann



Hanna Berger

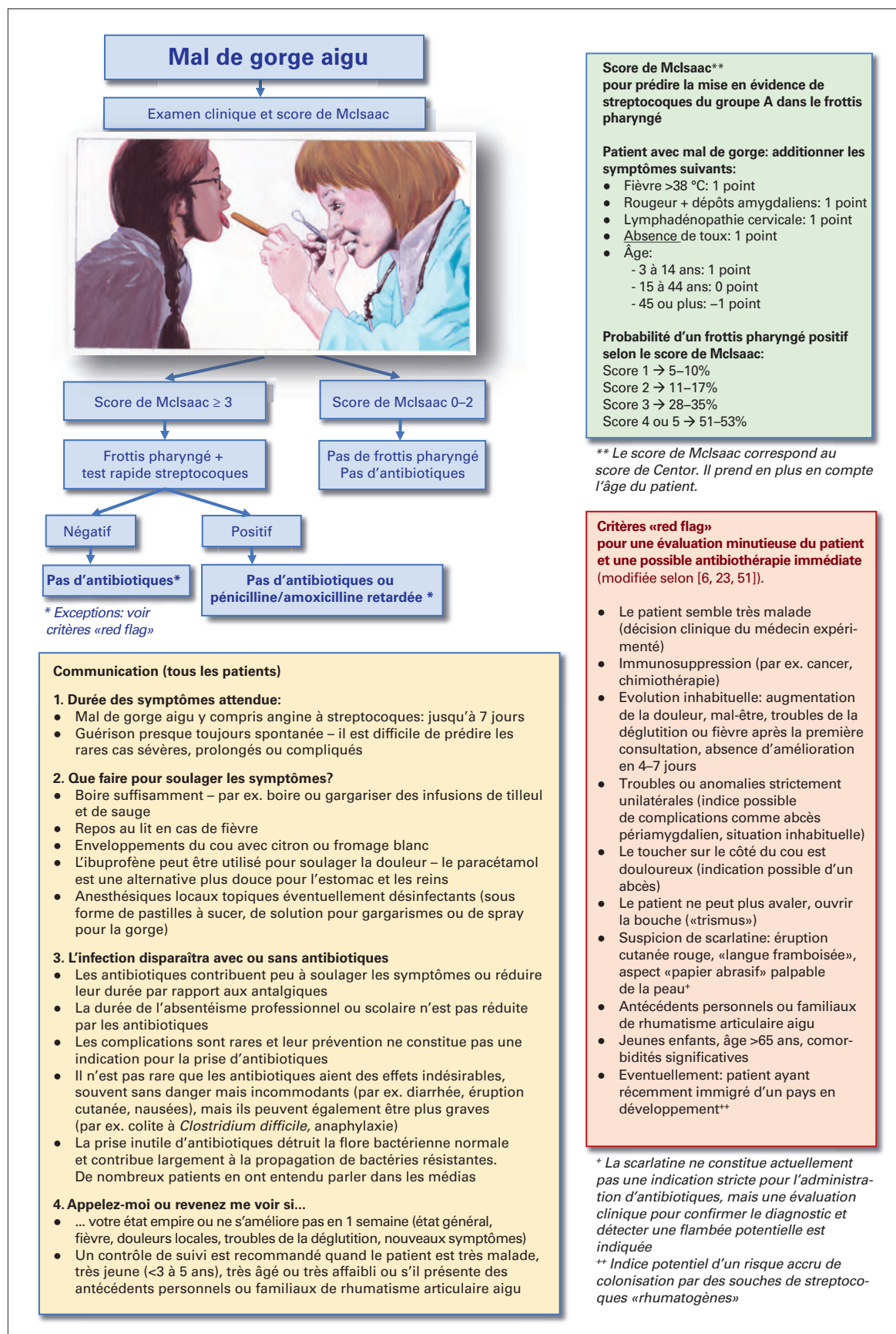


Figure 1: Démarche diagnostique en cas de mal de gorge aigu, critères d'alarme et précisions sur la communication (Illustration: © Randy DuBurke, Binningen, randyduburke.com).

Epidémiologie

A quelle fréquence les maux de gorge aigus ont-ils une cause virale? A quelle fréquence s'agit-il d'une angine à streptocoques?

Le mal de gorge aigu est un motif fréquent de consultation au cabinet et au service des urgences. Chez 95% des enfants de <5 ans, 70% des enfants âgés de 5–16 ans et 85–95% des adultes, il est causé par une infection virale, comme c'est également le cas en cas d'otalgies aiguës [13]. Chez 5–15% des adultes avec mal de gorge aigu et 15–30% des enfants âgés de 3–15 ans («âge de prédilection des infections streptococciques»), il s'agit d'une angine à streptocoques, définie sur le plan symptomatique comme un score de McIsaac ≥ 3 plus la mise en évidence de streptocoques du groupe A dans le frottis pharyngé (fig. 1) [14]. Sur le plan clinique, il est difficile de faire la distinction entre une angine à streptocoques et une infection virale [14].

Quelle est l'évolution spontanée en cas de mal de gorge aigu d'origine virale et en cas d'angine à streptocoques?

Le mal de gorge aigu a le plus souvent une évolution bénigne: guérison spontanée en l'espace de moins de 7 jours (tab. 1). La sévérité des symptômes est mal corrélée à la mise en évidence de streptocoques dans le frottis pharyngé [15]. En cas d'angine à streptocoques, le mal de gorge ne dure en général qu'un peu plus longtemps qu'en cas de mal de gorge d'origine virale et les complications sont rares [3, 5]. Lorsque le mal de gorge,

la fièvre et la fatigue persistent durant plus d'1 semaine, le praticien devrait également songer à une mononucléose infectieuse [6–8].

A quelle fréquence des antibiotiques sont-ils prescrits inutilement en cas de mal de gorge aigu?

Bien que l'angine à streptocoques soit relativement rare, un traitement antibiotique est prescrit à >70% des adultes avec mal de gorge aigu aux Etats-Unis et à >30% en Europe [16], y compris dans les pays dans lesquels les antibiotiques ne sont plus recommandés [4, 17–19]. En Suisse également, de trop nombreux patients reçoivent des antibiotiques, notamment 44% des patients avec mal de gorge aigu, avec cependant des différences régionales [20].

Indication des antibiotiques en cas d'angine à streptocoques: les preuves

Le principal motif de prescription d'antibiotiques est-il la prévention de complications auto-immunes (rhumatisme articulaire aigu)?

Oui, c'était initialement l'objectif. A partir des années 1950, un traitement par pénicilline de 10 jours était recommandé en cas d'angine à streptocoques, car l'incidence du RAA était plus faible de 82% et 87% chez les soldats lorsqu'ils étaient traités par pénicilline parentérale [21, 22]. Ces résultats proviennent des études «Fort Warren» conduites aux Etats-Unis, mais ils n'ont jamais pu être confirmés dans des études prospectives [23, 24] et le concept de prévention antibiotique du RAA a été remis en question de façon récurrente dès 1946 [25–28].

Les données «Fort Warren» [21, 22] indiquant que 3–4% des patients avec angine à streptocoques développent un RAA n'ont elles non plus pas été confirmées [4, 5, 26, 28]. Ainsi, le risque de RAA chez les civils s'élevait à env. 1:200 (uniquement dans le cadre d'une épidémie, jusqu'à 1:20) au Royaume-Uni dans les années 1950 [29,30], à 1:260 à Chicago en 1960 [31] et à 1:489 aux Pays-Bas dans les années 1960 [23]. Depuis lors, le risque de RAA a chuté de façon spectaculaire (fig. 2) dans les pays occidentaux malgré une incidence stable de l'angine à streptocoques; en Ecosse, dans les années 1970, il s'élevait par ex. à 1:30 000–40 000 [30]. Les antibiotiques n'ont pas permis de réduire davantage ce risque minime de RAA [30]. Tandis que les lignes directrices de certains pays (Etats-Unis [32], Finlande, Canada [4]) reposent sur les études «Fort Warren», d'autres pays renoncent à une indication de la pénicilline en cas d'angine à streptocoques (par ex. Pays-Bas [6–8], Belgique [9], Ecosse [10], Société européenne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses [3]) – exception: un traitement par pénicilline/amoxicilline est indiqué chez les patients présentant un risque accru de RAA (c.-à-d. patients avec RAA dans l'anamnèse personnelle).

Tableau 1: Etiologie du mal de gorge aigu.

Manifestations cliniques, contexte épidémiologique	Agents pathogènes, étiologie
Ulcères oraux, rhume, toux et enrouement → le plus souvent, étiologie virale	Par ex. rhinovirus, coronavirus, adénovirus, influenza virus (en hiver), coxsackievirus, virus herpes simplex
Durée des symptômes ou de la fièvre >7 jours	Virus d'Epstein-Barr, mononucléose aiguë → étiologie dans 1–10% des cas de mal de gorge aigu [36] Primo-infection par le VIH (contagiosité très élevée) Fièvre élevée, frissons (4–12 jours après le début du mal de gorge) → envisager un syndrome de Lemierre (souvent avec tuméfaction dans la région sous-mandibulaire ou au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien, arthralgies, toux): envisager un examen d'imagerie. La thrombose veineuse jugulaire, les abcès pulmonaires hémotogènes, l'empyème et la méningite sont des complications possibles
Rapports sexuels oraux	Gonorrhée, chlamydie (asymptomatique dans >90% des cas) → mise en évidence par PCR et culture de <i>N. gonorrhoeae</i> dans le frottis pharyngé
Gingivite ulcéro-nécrotique	Angine de Vincent (rare)
Absence d'amélioration des symptômes	Envisager des causes non infectieuses Lésions des muqueuses Carcinome ou lymphome amygdalien → biopsie amygdalienne Irritation chronique: reflux, exposition à des substances nocives (tabagisme, alcool, gaz irritants, substances chimiques), air sec, respiration par la bouche chronique

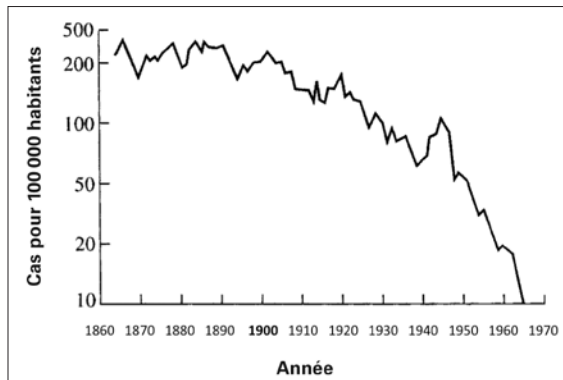


Figure 2: Incidence du rhumatisme articulaire aigu, Copenhague, 1860–1970. L'introduction des antibiotiques a accéléré la disparition du rhumatisme articulaire aigu au 20^e siècle, mais le déclin de cette affection a déjà débuté de nombreuses décennies auparavant (modifiée d'après [69]. Copyright © 2000 Oxford University Press. Reproduction avec l'aimable autorisation de l'éditeur).

Les antibiotiques sont-ils indiqués pour la prévention de la glomérulonéphrite post-streptococcique?

Non. Des calculs relatifs à la survenue de la glomérulonéphrite après une angine à streptocoques ont aussi indiqué dès les années 1970 un risque minime (1:13 000–1:17 000), qui n'a pas pu être réduit davantage par l'administration d'antibiotiques [29, 33].

Le rhumatisme articulaire aigu existe-t-il au juste encore chez nous?

A peine. Le risque de RAA est extrêmement faible en Suisse depuis plus de 50 ans [3, 5], s'élevant tout au plus à 0,1 cas/100 000 enfants/an [34], ce qui est à peu près équivalent au risque d'anaphylaxie sévère après l'administration de pénicilline [6–8]. Entre 2000 et 2010, 24 cas possibles ont été constatés chez nous, mais il y avait probablement des surdiagnostics en raison d'un bilan diagnostique incomplet [35]. Les raisons de la disparition du RAA ne sont pas totalement élucidées. L'introduction des antibiotiques semble avoir accéléré sa disparition (fig. 2), mais ne l'explique certainement pas [28], car la régression du RAA avait déjà débuté de nombreuses décennies auparavant [36]. Une combinaison des facteurs suivants est postulée: meilleure alimentation, moins grande promiscuité de logement, plus petites familles et survenue de souches de streptocoques moins «rhumatogènes» [37]. A l'échelle mondiale, le RAA est aujourd'hui avant tout une maladie des enfants pauvres dans les pays pauvres, et il existe des indices suggérant une prédisposition conférée par certains types de HLA [38].

Les souches de streptocoques présentes dans une population ne sont pas constantes, mais on assiste en permanence à l'apparition de nouvelles souches et à la disparition d'autres souches [39]. Un point important est qu'il

n'y a pas eu d'augmentation du RAA ou des abcès périamygdaliens suite à la réduction de l'utilisation des antibiotiques au Royaume-Uni dans les années 1990 [40]. Le fait que des souches rhumatogènes puissent se réimplanter dans nos régions en raison de l'immigration accrue en provenance de pays pauvres et conduire à une recrudescence du RAA n'est actuellement que pure spéculation. Avec un traitement sans antibiotiques de l'angine à streptocoques, il faudra à l'avenir implémenter des surveillances nationales afin de détecter rapidement d'éventuels changements épidémiologiques.

Les antibiotiques administrés en cas d'angine à streptocoques peuvent-ils prévenir efficacement les complications purulentes locales (avant tout abcès périamygdalien, otite moyenne aiguë, sinusite aiguë)?

D'après une méta-analyse Cochrane, les antibiotiques sont efficaces pour prévenir les abcès périamygdaliens [1], mais d'après les lignes directrices européennes, la prévention de ces complications locales ne constitue toutefois pas une indication explicite des antibiotiques [3]. En effet, ces complications sont rares et difficilement prévisibles sur la base de l'état clinique [41]: les 2/3 de tous les abcès périamygdaliens surviennent chez des personnes qui avaient auparavant un score de McIsaac de 0–2 [41] ou chez des personnes qui ne s'étaient pas préalablement présentées au cabinet en raison d'un mal de gorge [42]. Par rapport aux années 1950 à 1970, les abcès périamygdaliens sont en outre nettement plus rares aujourd'hui [3, 5]. En conséquence, le nombre de patients qui devraient être traités par antibiotiques pour prévenir un abcès périamygdalien est aujourd'hui très élevé (d'après des études non randomisées, entre 193 et 4300 patients avec mal de gorge [43, 44]).

Dans une étude randomisée et contrôlée contre placebo conduite chez des enfants, des abcès périamygdaliens sont survenus plus rarement sous pénicilline, mais aucun des abcès périamygdaliens survenus n'a été considéré comme grave. Qui plus est, dans le groupe traité par pénicilline, les enfants n'ont pas manqué moins de jours d'école, leur besoin d'analgésiques n'était pas réduit et le risque de récurrence n'était pas plus faible. Les auteurs sont parvenus à la conclusion qu'en cas de survenue d'une complication, il restait encore suffisamment de temps pour la traiter à temps et de façon adéquate par «antibiotiques retardés» (voir ci-dessous) [7].

Un aspect essentiel pour une prise en charge réussie des patients avec infections respiratoires aiguës consiste à informer les patients de l'évolution le plus souvent bénigne de la maladie et à leur expliquer que les complications sont rares, avec ou sans antibiotiques. En cas d'aggravation des symptômes, un nouveau contrôle doit avoir lieu (fig. 1).

Des antibiotiques devraient-ils être administrés en cas d'angine à streptocoques afin de raccourcir la durée des symptômes?

Il s'agit là d'une question à discuter, car après 1 semaine, 90% des patients sont asymptomatiques, avec ou sans antibiotiques [1]. En Europe de l'Ouest, les antibiotiques sont cependant le plus souvent prescrits dans ce cas [3], car des études de faible qualité datant des années 1970 à 1980 [5, 28] avaient montré que par rapport au placebo, la pénicilline abaissait la probabilité que les enfants présentent encore de la fièvre ou un mal de gorge après 48–72 heures [45, 46]. D'après une méta-analyse Cochrane, la probabilité de persistance des maux de gorge après 3 jours est plus faible de 42% sous antibiotiques que sous placebo. Cela correspond à un raccourcissement de la durée des symptômes d'1–2 jours par rapport au placebo [3]. Les lignes directrices internationales et les auteurs Cochrane qualifient cet effet de «modeste» [1, 3] ou de «faible» [2], tout en admettant que ce raccourcissement de la durée des symptômes pourrait être considéré comme «pertinent» [2] (par ex. concert d'une chanteuse, examen d'un étudiant). Toutefois, les analgésiques soulagent eux aussi les maux de gorge, et la comparaison pénicilline vs. placebo en ce qui concerne les symptômes est dès lors moins pertinente pour la pratique [5, 28]. Ainsi, les lignes directrices écossaises déconseillent de prescrire des antibiotiques dans le but de raccourcir la durée des symptômes, car par rapport aux analgésiques, le bénéfice des antibiotiques en termes de durée ou de soulagement des symptômes est marginal [10].

L'institutrice prétend qu'un enfant souffrant d'une angine à streptocoques est contagieux et qu'il peut uniquement retourner à l'école après avoir pris des antibiotiques durant 24 heures. Est-ce exact?

Aujourd'hui, le principe d'éviction scolaire s'applique dans tous les cantons en cas d'angine à streptocoques. L'enfant peut uniquement retourner à l'école s'il a reçu un traitement antibiotique durant 24 heures. Les données disponibles sur ce thème sont insuffisantes [5, 28]. Les lignes directrices d'autres pays déconseillent de prescrire des antibiotiques pour prévenir des contaminations supplémentaires [10] ou ne s'expriment pas sur ce sujet [3]. Nous proposons une réévaluation de ce concept. Des efforts d'information supplémentaires sont nécessaires dans les jardins d'enfants, les écoles et les crèches. Un enfant ayant mal à la gorge peut retourner à l'école s'il s'en sent capable, avec ou sans antibiotiques. Il doit être afebrile même sans antipyrétique et pouvoir boire normalement. En cas d'angine à streptocoques dans la famille, à la crèche ou à l'école, env. 5% des personnes de contact développent une angine à streptocoques malgré un traitement antibiotique du pa-

tient index [47, 48]. Le faible risque de transmission et l'évolution le plus souvent légère, si une angine était effectivement contractée, ne sont pas des motifs suffisants pour tenir à l'écart de l'école tous les écoliers avec angine à streptocoques ou pour les traiter par antibiotiques et ainsi les exposer au risque d'effets indésirables. En cas d'infections respiratoires virales, une contamination des camarades de classe est également possible – en cas d'angine à streptocoques, il n'est pas nécessaire d'appliquer une stratégie différente. De plus, contrairement aux recommandations, tous les enfants avec angine à streptocoques ne sont pas traités par un antibiotique à spectre étroit (pénicilline, amoxicilline) en Suisse. En cas d'utilisation d'antibiotiques à large spectre, l'enfant est inutilement exposé au risque de développement de résistances et le microbiome est encore plus fortement altéré.

La scarlatine doit-elle être traitée par antibiotiques?

La scarlatine correspond à une infection par certains streptocoques du groupe A, lors de laquelle l'angine s'accompagne d'une éruption cutanée. Le diagnostic est confirmé par un test de diagnostic rapide des streptocoques positif sur écouvillonnage pharyngé [49]. La scarlatine reste toutefois un diagnostic clinique, avec une «langue framboisée» et une texture de «papier de verre» de l'éruption cutanée au toucher. L'éruption débute souvent au niveau du tronc, elle peut avoir l'apparence d'un coup de soleil et entraîner des démangeaisons, et elle disparaît après 5–7 jours, en s'accompagnant éventuellement d'une desquamation. Dans la pratique, la majorité des éruptions fébriles avec mal de gorge sont virales et ne sont pas dues à la scarlatine. Pour cette raison et à cause du problème du portage de streptocoques, il convient de remettre en question le diagnostic: un frottis pharyngé positif ne prouve pas une scarlatine, mais un frottis négatif l'exclut.

Actuellement, l'éviction scolaire s'applique en cas de scarlatine en Suisse. Là aussi, nous encourageons une réévaluation de cette approche. L'enfant doit certes être traité à la maison tant qu'il est malade et peut retourner à l'école quand il se sent à nouveau en forme, mais la scarlatine est aujourd'hui le plus souvent tout aussi bénigne qu'une angine à streptocoques sans éruption cutanée, et les complications sont rares [8, 49]. Le pédiatre peut prendre une décision sur une base clinique: si l'enfant atteint de scarlatine présente une atteinte systémique, de l'amoxicilline peut être prescrite.

Pour la scarlatine également, les lignes directrices britanniques et néerlandaises préconisent de ne pas administrer d'antibiotiques ou de recourir à des antibiotiques retardés dans la plupart des cas d'évolution légère, comme pour l'angine à streptocoques [5, 8, 50].

L'incidence et la sévérité de la scarlatine ont fortement diminué au 19^e/20^e siècle; la scarlatine «septique» ou «toxique», qui était redoutée au 19^e siècle, ne s'observe plus guère aujourd'hui.

Après 50 ans, des flambées de scarlatine sont à nouveau survenues de façon temporaire entre 2014 et 2016 en Angleterre, mais pas dans les autres pays qui recommandent un traitement sans antibiotiques de l'angine à streptocoques; pour l'instant, aucun lien microbiologique ou épidémiologique n'a pu être identifié [51]. Dans le but de prévenir des flambées et de contenir leur ampleur, les autorités de santé publique anglaises recommandent depuis lors à nouveau de traiter la scarlatine par antibiotiques, sachant que cette recommandation ne s'appuie pas sur des preuves, mais sur un avis d'experts [3, 14, 52, 53]. Chez nous aussi, la vigilance est de mise quant à une possible augmentation des cas de scarlatine (NB: En Suisse, la scarlatine n'est actuellement pas une maladie à déclaration obligatoire).

Un traitement antibiotique de l'angine à streptocoques permet-il de prévenir des infections invasives graves à streptocoques (fasciite nécrosante, syndrome de choc toxique, etc.)?

Non. Dans la littérature, aucun lien n'a été établi entre les rares infections invasives graves à streptocoques du groupe A et les angines à streptocoques non invasives et superficielles, le plus souvent d'évolution bénigne, qui sont beaucoup plus fréquentes [53]. Les infections invasives à streptocoques du groupe A sont certes en augmentation dans certaines régions du monde, mais souvent en rapport avec des facteurs de risque, tels que le diabète, les drogues ou la consommation d'alcool [3]. Globalement, les infections invasives graves à streptocoques du groupe A, telles que les infections nécrosantes profondes de la peau et des tissus mous (par ex. fasciite nécrosante), sont cependant rares et elles ne surviennent pas suite à une angine à streptocoques, mais après un érysipèle, après des lésions cutanées traumatiques ou en postopératoire, mais parfois aussi sans cause identifiable. Après prélèvement des échantillons microbiologiques (hémocultures, échantillons tissulaires), une antibiothérapie immédiate est indiquée.

Diagnostic

Quelles analyses de laboratoire sont recommandées en cas de mal de gorge aigu?

En cas de score de McIsaac¹ ≥ 3 , nous recommandons de réaliser un frottis pharyngé. D'autres analyses de laboratoire (par ex. CRP, procalcitonine, hémogramme, numération leucocytaire, formule sanguine avec différentiel, titre des anticorps anti-streptolysine O) ne sont d'une manière générale pas recommandées pour le dia-

gnostic initial ou la décision quant à une antibiothérapie [1, 2, 10], sauf en cas d'aggravation des symptômes ou d'évolution prolongée, dans le cadre de l'évaluation des diagnostics alternatifs. Malheureusement, il arrive que seules des analyses de laboratoire permettent de rassurer le patient et de lui donner le sentiment d'être pris au sérieux – le médecin expérimenté peut et doit contrecarrer cette médicalisation inutile de l'angine à streptocoques, le plus souvent d'évolution bénigne, en fournissant de bonnes explications au patient.

En cas de mal de gorge aigu, les médecins doivent-ils décider de prescrire ou non des antibiotiques sur la base des critères de Centor/McIsaac et sans réaliser de frottis pharyngé?

Non. Il est vrai que le test de diagnostic rapide des streptocoques n'est plus recommandé d'une manière générale aux Pays-Bas, en Belgique et en Ecosse. Raison: le bénéfice de l'antibiothérapie en termes de soulagement des symptômes est modeste même en cas de mise en évidence de streptocoques [3] et les antibiotiques ne sont pas indiqués pour prévenir les complications purulentes ou le RAA. Des publications récentes importantes ont cependant montré qu'en cas de recours systématique au test de diagnostic rapide, l'utilisation des antibiotiques diminue [32, 54–58]. En effet, en cas de test de diagnostic rapide négatif, le patient peut généralement être rassuré et une stratégie non antibiotique peut être choisie [3].

Pour la décision quant à une antibiothérapie, un frottis pharyngé (test de diagnostic rapide des streptocoques du groupe A) doit-il être réalisé?

Si le médecin envisage une antibiothérapie, il doit utiliser le score de Centor/McIsaac. Plus le nombre de points au score de McIsaac est élevé, plus la probabilité pré-test d'une angine à streptocoques (dans la plupart des cas, maladie localisée à un étage) est élevée et plus la probabilité d'une infection virale (souvent, maladie touchant plusieurs étages) est faible. Chez les enfants, le bénéfice du score de McIsaac est plus faible que chez les adultes [3]. Le frottis pharyngé doit être réalisé de manière différenciée, c.-à-d. uniquement en cas de score élevé (fig. 1). Cette approche correspond à une antibiothérapie ciblée par une pose d'indication ciblée, en accord avec la stratégie nationale Antibiorésistance:

Frottis pharyngé si score de McIsaac ≥ 3 – le test de diagnostic rapide des streptocoques se révélera positif chez 28–53% de ces patients. En cas de test de diagnostic rapide positif, une antibiothérapie peut être envisagée (fig. 1) [54, 59]. Les indications supplémentaires pour le frottis pharyngé sont cliniques: évolution prolongée ou aggravation des symptômes après la première consultation, complications (abcès périamygdalien).

¹ Les critères moins connus de McIsaac correspondent aux critères de Centor. L'âge des patients est également pris en compte.

Pas de frottis pharyngé si score de McIsaac de 0 à 2 – un test de diagnostic rapide des streptocoques positif correspondrait alors le plus vraisemblablement à un portage. Les patients avec un score de McIsaac de 0–2 ont généralement un faible risque de complications [60].

Le test de diagnostic rapide ne doit jamais être le seul critère décisionnel pour l'administration ou non de pénicilline. En effet, le test de diagnostic rapide peut être faussement négatif (sensibilité de seulement 70–90%) [32], ce qui, dans la pratique, est le plus probablement lié à un écouvillonnage insuffisant des amygdales, par ex. en raison d'un réflexe nauséeux. La prudence est de rigueur en cas de test de diagnostic rapide négatif lorsque le patient a l'air gravement malade [6–8] ou lorsque des critères «red flag» sont présents (fig. 1). Dans ce cas, une évaluation clinique minutieuse est recommandée afin de ne pas passer à côté par ex. du rare syndrome de Lemierre en réalisant des hémocultures (tab. 1) [61].

Le portage asymptomatique de streptocoques est-il fréquent?

Il s'agit là d'une question délicate, pour laquelle il n'existe actuellement pas de réponse satisfaisante: 10–30% des enfants et des jeunes adultes sont des porteurs asymptomatiques de streptocoques – un test de diagnostic rapide positif est dès lors toujours uniquement un indice mais pas une preuve que les streptocoques sont la cause du mal de gorge [14, 32]. Les porteurs asymptomatiques ont un test de diagnostic rapide positif qu'ils aient mal à la gorge ou non, et en cas de mal de gorge viral, une angine à streptocoques serait alors diagnostiquée à tort et inutilement traitée par antibiotiques. La plupart des enfants avec «angine à streptocoques récidivante» présentent probablement des infections virales à répétition et un portage asymptomatique de streptocoques [32]. Le portage asymptomatique peut durer des mois, des angines cliniques surviennent rarement et le risque de transmission à des tiers est très faible – les frottis pharyngés pour rechercher des streptocoques ne sont pas indiqués chez les personnes asymptomatiques [14].

Traitement

Quel traitement est efficace en cas de mal de gorge aigu?

Les antibiotiques ont un effet marginal sur la durée des symptômes [10] – leur utilisation systématique n'est pas indiquée [1, 3]. Une «non-réponse aux antibiotiques» remet en outre en question le diagnostic d'angine à streptocoques [32, 46]: il est préférable d'examiner à nouveau le patient.

En revanche, les traitements symptomatiques sont appréciés par de nombreux patients, car ils soulagent les

symptômes et les rendent plus supportables. L'ibuprofène, le paracétamol ou les anesthésiques locaux topiques sont recommandés [3]. La fièvre devrait uniquement être abaissée avec modération en cas d'altération de l'état général, car elle joue un rôle essentiel dans la défense contre les infections. En cas de fièvre, le repos au lit est recommandé, et en particulier en cas de scarlatine, le repos à la maison jusqu'à la guérison (c.-à-d. disparition des maux de gorge, bon état général) est judicieux. Des apports liquidiens suffisants sont essentiels. Parmi les mesures utiles pour soulager les symptômes figurent les enveloppements du cou imprégnés de citron ou de fromage blanc, ainsi que les boissons chaudes (par ex. infusions de tilleul ou de sauge) à boire par petites gorgées ou (enfants plus âgés, adultes) à gargariser puis avaler.

Ces mesures contribuent également à rassurer le patient qui a l'impression d'être pris en charge et elles lui enlèvent le sentiment d'impuissance et de ne rien faire pour guérir lorsque des antibiotiques ne sont pas prescrits. Ce point est encore plus important en pédiatrie, où il arrive que les parents ne parviennent autrement pas à accepter les symptômes de leur enfant, qui sont encore amplifiés par la méconnaissance, les peurs, les inquiétudes et le sentiment de ne rien pouvoir faire. La pression sociale doit également être prise en compte: il peut arriver que les parents souhaitent que l'enfant malade puisse retourner le plus rapidement possible à la crèche/l'école et qu'ils puissent retourner rapidement au travail – aucun traitement, ni même les antibiotiques, ne permet d'atteindre ces objectifs.

Si antibiotiques indiqués, la pénicilline/l'amoxicilline sont-elles toujours suffisantes aujourd'hui?

Oui. Aujourd'hui encore, les streptocoques du groupe A sont sensibles à la pénicilline. Si un traitement antibiotique doit être initié, alors il faut recourir à la pénicilline ou à l'amoxicilline. Les autres antibiotiques (macrolides tels que la clarithromycine ou l'azithromycine, céphalosporines telles que la céfuroxime, ou quinolones telles que la ciprofloxacine) ont un spectre beaucoup trop large et sont donc inutiles. Ils sont uniquement recommandés en cas d'allergie à la pénicilline. En outre, il existe parfois des résistances aux macrolides.

Quand la pénicilline/l'amoxicilline est-elle indiquée?

La pénicilline/l'amoxicilline peut être envisagée en cas de score de McIsaac ≥ 3 et de test de diagnostic rapide des streptocoques positif, et en cas de scarlatine. Il faut toutefois garder à l'esprit que la durée des symptômes n'est que faiblement réduite avec la pénicilline, que les complications sont également rares sans antibiotiques et que les antibiotiques peuvent avoir des effets indésirables [5]. La prudence s'impose chez les patients grave-

Correspondance:
Prof. Dr méd. Philip Tarr
Medizinische
Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
philip.tarr[at]unibas.ch

ment malades et immunodéprimés [6–8] (fig. 1), en cas d'aggravation des symptômes dans les jours suivant la première consultation et en cas de survenue d'une complication. Dans ce cas, une nouvelle évaluation clinique est recommandée.

Si antibiotiques envisagés, faut-il les prescrire immédiatement ou de façon retardée?

Une alternative intéressante aux antibiotiques immédiats réside dans la stratégie de l'antibiothérapie retardée («delayed»): le patient se voit remettre une ordonnance, avec la consigne de ne s'en servir que si les symptômes se détériorent ou ne s'améliorent pas après 72 heures (comme pour les recommandations actuelles relatives au traitement de l'otite moyenne aiguë). Dans de grandes études, l'antibiothérapie immédiate et l'antibiothérapie retardée ont présenté une efficacité similaire, mais avec la stratégie retardée, il a été possible d'éviter les antibiotiques chez 69% des patients avec mal de gorge, car les symptômes se sont améliorés spontanément [43].

Il est primordial de communiquer clairement pour éviter les «mixed messages» [62]. Afin de ne pas reporter une trop grande responsabilité sur les patients, il faut convenir d'une deuxième consultation en cas d'absence d'amélioration [63]. Parmi les autres avantages des antibiotiques retardés (ou évités) figurent la préservation de la flore bactérienne normale et le développement possiblement facilité d'une immunité utile contre les streptocoques, qui pourrait protéger contre les récurrences [64]. Dans une étude randomisée conduite avec 114 enfants, le risque de récurrence de pharyngite était plus de deux fois plus élevé dans le groupe pénicilline que dans le groupe placebo [65].

L'essentiel pour la pratique

- L'angine à streptocoques a le plus souvent une évolution bénigne: amélioration spontanée en l'espace d'1 semaine, avec ou sans antibiotiques.
- En cas de score de McIsaac ≥ 3 , il est recommandé de réaliser un frottis pharyngé (test de diagnostic rapide des streptocoques du groupe A).
- En cas de test de diagnostic rapide positif, les antibiotiques peuvent le plus souvent être utilisés de façon «retardée», c.-à-d. en cas d'aggravation des symptômes ou d'absence d'amélioration en l'espace de 72 heures.
- D'après les lignes directrices internationales, les antibiotiques ne sont pas indiqués pour prévenir les abcès périamygdaliens ou le rhumatisme articulaire aigu.
- Par rapport au placebo, les antibiotiques réduisent la durée des symptômes d'1–2 jours. D'après une méta-analyse Cochrane, ce bénéfice est modeste; les mesures destinées à soulager les symptômes, telles que les analgésiques, jouent un rôle essentiel.

Un effet négatif regrettable et non négligeable de l'antibiothérapie immédiate (et des analyses de laboratoire inutiles) est la médicalisation inutile d'une situation le plus souvent bénigne: d'une part, l'indication d'une antibiothérapie en cas d'angine à streptocoques est clinique (c'est le patient qu'on traite et non pas la CRP élevée); d'autre part, une antibiothérapie immédiate suscite des attentes chez le patient qui, lorsqu'il sera à nouveau malade, reviendra chez le médecin et souhaitera à nouveau des antibiotiques [10, 64]. En cas d'antibiothérapie retardée, cet effet a été constaté moins souvent [5]. Pour les collègues enclins à prescrire des antibiotiques, une stratégie d'antibiothérapie retardée pourrait représenter un compromis entre une antibiothérapie immédiate et pas d'antibiothérapie du tout.

Ne pas prescrire d'antibiotiques mais satisfaire le patient, est-ce possible?

La recommandation de ne pas prescrire d'antibiotiques peut faire peur aux patients et doit dès lors être communiquée avec circonspection [66], en particulier lorsqu'ils ont été habitués à se faire prescrire des antibiotiques lors des consultations médicales par le passé. Il est essentiel de leur fournir une estimation réaliste de la durée prévisible des symptômes (fig. 1): jusqu'à 7 jours. Avec les antibiotiques, la durée d'absentéisme professionnel ou scolaire n'est pas raccourcie [67]. Les preuves émanant de la recherche sur les infections des voies respiratoires supérieures sont solides: la satisfaction des patients ne dépend pas d'une ordonnance d'antibiotiques, mais du sentiment qu'ils ont été pris au sérieux par le médecin, du fait que le médecin ait pris du temps et ait expliqué la maladie et du fait que le patient ait compris la procédure [68]. Il est primordial de mettre l'accent sur les mesures destinées à soulager les symptômes. Une étude européenne récemment publiée a fourni un résultat surprenant: moins de la moitié des personnes interrogées savaient que les antibiotiques étaient inefficaces en cas d'infections virales – le fait que le médecin précise que l'infection est «virale» et que des antibiotiques ne sont donc pas nécessaires est probablement pas très utile [10].

Remerciements

Les auteurs remercient le groupe chargé des lignes directrices sur la pharyngite de la Société Suisse d'Infectiologie (Christoph Berger, Benedikt Huttner, Noemie Boillat Blanco et Werner Albrich) pour les discussions précieuses.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08092>.