Prescription d'antibiotiques en cas de maux de gorge aigus (Pharyngite à streptocoques A) : fiche informative et aide à la décision

Ce document s'adresse aux médecins et synthétise les données importantes à connaître en vue d'une prise de décision partagée avec leurs patient.e.s.

Épidémiologie

Fréquence de l'pharyngite virale / bactérienne (% de cas avec maux de gorge aigus)[1-3] **:**

Origine virale :
- < 5 ans : 95 %
- 5-15 ans : 70 %
- ≥ 16 ans : 85-95 %

Pharyngite à streptocoque A :
- 3-15 ans : 15-30 %
- > 15 ans : 5-15 %

Aspects cliniques[4]

Symptômes :
- Maux de gorge, douleurs à la déglutition
- Fièvre
- Éventuellement maux de tête, douleurs abdominales, vomissements
- Pas de rhume ni de toux, pas de conjunctivite

Constatations cliniques :
- Amygdales rouges et gonflées avec ou sans dépôts blanchâtres
- Palais mou, très rouge, parfois couvert de pétéchies
- Lymphadénopathie cervicale
- En cas de scarlatine : langue framboisée, exanthème maculopapuleux

Diagnostics différentiels

1. Pharyngite virale provoquée par un rhino-/adéno-/ coronavirus ou un virus à influenza ou parainfluenza. Difficile à distinguer de lapharyngite bactérienne sur le plan clinique. S'accompagne le plus souvent de rhume, de toux ou d'enrouement.
2. Herpangine provoquée par le virus Coxsackie. Présence également de vésicules ressemblant à de l'herpès dans toute la gorge et sur les amygdales.
3. Virus Epstein-Barr (mononucléose, EBV). Les symptômes correspondent généralement à une adénopathie généralisée, implication evtl. systémique et cutanée, le plus souvent > 7 jours. L'incidence est de 9-48/1000 personnes par an entre 15 et 24 ans et inférieure à 1/1000 personnes par an chez les enfants de moins de 10 ans et les adultes de plus de 30 ans. Dans l'ensemble, parmi les adultes présentant des maux de gorge, < 2 % sont infectés par l'EBV.[6,7]

Drapeaux rouges[1,5]

- Patientes gravement malades (décision clinique)
- Immunosuppression
- Évolution atypique :
  Intensification des douleurs, problèmes de déglutition, fièvre, torticolis, blocage de la mâchoire après la première consultation
- Pas d'amélioration en l'espace de 3-7 jours
- Signes d'abcès : strictement unilatéral, latéralisation de l'uvule, trisme
- Rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents personnels ou familiaux
- Immigration récente d'un pays en développement (existence possible d'un risque accru de colonisation par des souches de streptocoques « rhumatogènes »)

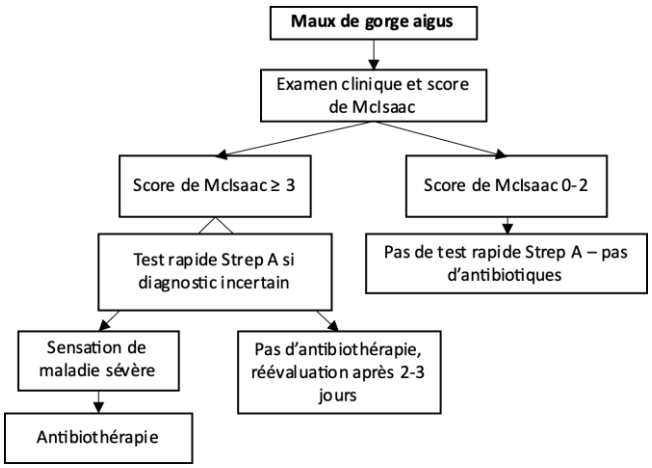
Diagnostic

Diagnostic

Mesure clinique grâce au score de McIsaac.[8]

	Critères	Points
Centor	Exsudats amygdaliens	+1
	Fièvre > 38°C	+1
	Pas de toux	+1
	Adénopathie cervicale	+1
McIsaac	Âge < 3 ans ou 15-44 ans	0
	Âge 3-14 ans	+1
	Âge > 44 ans	-1

Points	Probabilité d'une infection bactérienne
≥ 4	51-53 %
3	28-35 %
2	11-17 %
1	5-10 %
0	1-2,5 %



- Si le nombre de points est ≥ 3, il est possible de recourir à un test de dépistage rapide Strep A pour distinguer une infection virale d'une infection bactérienne.
- Puisque les maux de gorge d'origine virale ou bactérienne ont fortement tendance à guérir spontanément, il ne faut envisager un test rapide de dépistage des streptocoques que si le résultat peut jouer un rôle dans la décision d'instaurer un traitement par antibiotique.
- La sensibilité de ce test est de 86 % et sa spécificité de 95%.[9] Le rapport de vraisemblance positif (LR+) est ainsi de 17,2 et le rapport de vraisemblance négatif (LR-) de 0,15, autrement dit la probabilité prétest est multipliée par 17 en cas de test positif et divisé par 7 en cas de test négatif.
- Si le score de McIsaac est compris entre 0 et 2 points, un test rapide positif tendrait à indiquer que la personne est porteuse de la bactérie (10-30 % des enfants et des jeunes adultes sont des porteurs asymptomatiques de streptocoques).[3,10,11]
- Les autres analyses en laboratoire (CRP, formule sanguine, leucocytes, tests rapides EBV) ne sont pas nécessaires au diagnostic et n'aident en rien à décider d'une antibiothérapie.[12-14] Font exception les démarches diagnostiques pour étayer un diagnostic différentiel chez les patientes gravement malades, en cas d'aggravation des symptômes ou de symptômes persistants.

Possibilités thérapeutiques :

Traitement symptomatique

1. Traitement symptomatique

- Un traitement analgésique (paracétamol / ibuprofène) doit être proposé activement à tous les patient.e.s.
- Il est possible d'utiliser des anesthésiques locaux (en comprimés orodispersibles, en solution pour gargarismes ou en spray bucco-pharyngé).[14-16]

Durée des symptômes :

- Les recommandations cliniques déconseillent la prescription d'antibiotiques dans le but d'abréger la durée des symptômes.
- Dans les groupes placebo d'études thérapeutiques contrôlées, 51 % des patient.e.s avec antibiotiques contre 34 % sans antibiotiques n'ont plus de douleurs après 3 jours. Sans antibiotiques, 85 % ne présentent plus de fièvre après 3 jours.[12,14,16]
- Après une semaine, 87 % des patient.e.s avec antibiotiques contre 82 % sans antibiotiques sont asymptomatiques. La littérature rapporte un usage modéré des antibiotiques chez les patient.e.s dont le test rapide de dépistage des streptocoques est positif, ainsi que chez ceux dont le score McIsaac est ≥ 3. Mais il faut également prendre en considération les effets indésirables des antibiotiques.[12,14,16]

Traitement antibiotique

2. Traitement antibiotique

- **Avantages** : Durée des symptômes raccourcie de 1-2 jour (de 16h en moyenne d'après Cochrane sur une durée de 7 jours).[12]
- **Inconvénients / risques** : Les effets indésirables tels que la diarrhée, les vomissements, les éruptions cutanées et les réactions allergiques surviennent dans 27 % des cas avec antibiotiques et 20 % des cas sans antibiotique[17]; développement de résistances.

→ Il n'est pas indiqué d'instaurer immédiatement une antibiothérapie en cas de maux de gorge avec un score McIsaac < 3.

→ Actuellement, la prévention des complications telles que la périamygdalite, les abcès, la glomérulonéphrite post-streptococcique et les rhumatismes articulaires aigus ne constituent **pas** une indication à l'antibiothérapie en Europe.

Influence du traitement antibiotique sur les complications :

- **Abcès périamygdalien** : Les abcès périamygdaliens sont devenus rares de nos jours. Leur incidence s'élève à 8 pour 10 000 épisodes avec antibiotiques, contre 10 pour 10 000 sans antibiotiques. Cela donne un « number needed to treat » (NNT) de 4300 qui interroge la pertinence d'une prévention primaire par antibiotique.[18] Il est difficile de prévoir les complications locales sur la base des éléments cliniques : 60 % des cas d'abcès périamygdalien surviennent par exemple chez des personnes qui présentaient préalablement un score McIsaac de 0-2, ou bien chez des personnes qui ne s'étaient pas préalablement présentées en consultation avec des maux de gorge.[19]
- **Scarlatine** : La scarlatine est aussi bénigne qu'une banale angine à streptocoques. L'incidence du « Streptococcal Toxic Shock Syndrome » («syndrome du choc toxique streptococcique») est de 4 pour 100 000 habitants aux États-Unis.[20] On ne dispose pas de chiffres précis sur l'incidence de la scarlatine. Mais cette maladie ne constitue actuellement toutefois pas une indication obligatoire pour antibiothérapie.[1]
- **Rhumatisme articulaire aigu** : Son incidence s'élève à 3 pour 100 000 épisodes avec antibiotiques, contre 2 pour 100 000 sans antibiotiques. Cette maladie est devenue si rare qu'il est presque impossible de calculer le NNT nécessaire pour la prévenir (NNT env. 200 000).[21]
- **Glomérulonéphrite post-streptococcique** : Le risque de glomérulonéphrite après une angine à streptocoques est très faible. Son incidence est de 8 pour 100 000 épisodes sous antibiotiques et de 6 pour 100 000 sans antibiotiques. Ces derniers ne permettent donc pas de la réduire (NNT : env. 55 250).[22]

Posologie des antibiotiques[23]

Les streptocoques du groupe A sont toujours sensibles à la pénicilline.

1. Au choix : **Pénicilline V** (1 mio. UI/12h) / **Amoxicilline** (1g/12h) pendant 6 jours (enfants : 25mg/kg/12h pendant 6 jours)
2. Au choix (en cas d'allergie à la pénicilline) : **Céfuroxime** 500mg/12h pendant 6 jours (enfants : 15mg/kg/12h pendant 6 jours) / **Clarithromycin** 500mg/12h pendant 6 jours / **Clindamycine** (enfants : 7mg/kg/8h pendant 6 jours)

Avantages de la réduction de la prescription d'antibiotiques

- Ne mène pas à la propagation de bactéries résistantes ; pas d'effets indésirables provoqués par l'administration d'antibiotiques.
- Développement possible d'une immunité face aux streptocoques, qui protège des rechutes.[24]
- Une antibiothérapie immédiate favorise une consultation médicale en cas de récidive et que les patientes attendent un traitement par antibiotiques.[25]

References: see https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html