

**ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE EN
PRATIQUE COURANTE : angine**

RECOMMANDATION

Réactualisation 2002

- 50 à 90% des angines sont d'origine virale.
- 25 à 40 % des angines de l'enfant et 10 à 25% des angines de l'adulte sont d'origine streptococcique.
- Ce n'est que devant une angine érythémateuse ou érythématopultacée, qu'il est recommandé de pratiquer un TDR à la recherche du streptocoque à-hémolytique du groupe A (SGA).
- En présence d'une angine à SGA, il est recommandé de prescrire une bêta-lactamine en première intention ou un macrolide en deuxième intention en cas d'impossibilité de prescrire une bêta-lactamine.
- Les traitements antibiotiques courts sont à privilégier.

L'angine est une inflammation d'origine infectieuse des amygdales voire de l'ensemble du pharynx.

La majorité des angines est d'origine virale.

Le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA) est le premier agent bactérien responsable d'angine, mais l'angine streptococcique ne représente que 25 à 40 % des angines de l'enfant et 10 à 25% des angines de l'adulte. Son pic d'incidence se situe entre 5 et 15 ans.

Les angines à SGA évoluent le plus souvent favorablement en 3-4 jours même en l'absence de traitement. Cependant, elles peuvent donner lieu à des complications potentiellement graves [syndromes post-streptococciques : rhumatisme articulaire aigu (RAA), glomérulonéphrite aiguë (GNA), et complications septiques locales ou générales] dont la prévention justifie la mise en oeuvre d'une antibiothérapie.

Il faut toutefois noter que:

- le risque de RAA est actuellement extrêmement faible dans les pays industrialisés (mais reste préoccupant dans les pays en voie de développement et à un moindre degré dans les territoires et départements d'Outre-Mer) ;
- la réduction de ce risque a débuté avant l'apparition des antibiotiques dans tous les pays industrialisés ; elle est le reflet de modifications environnementales et sociales autant que thérapeutiques, et peut-être d'une évolution de la virulence des souches ;
- qu'il y ait ou non un traitement antibiotique, l'incidence des complications suppuratives loco-régionales a également diminué et reste basse dans les pays industrialisés (1%) ;
- les GNA post-streptococciques ont rarement un point de départ pharyngé. Le risque, faible, semble être peu différent après une angine à SGA traitée ou non traitée.

La preuve que les antibiotiques préviennent la constitution d'une GNA n'est pas faite.

L'efficacité du traitement antibiotique des angines à SGA est démontrée sur les critères suivants :

- accélération de la disparition des symptômes (Grade A),
- éradication du SGA et diminution de la dissémination du SGA à l'entourage (Grade A),
- prévention du RAA, démontrée pour la pénicilline G injectable (Grade A).

I. QUI TRAITER PAR ANTIBIOTIQUES ?

En raison des risques inhérents aux infections à SGA, notamment le risque de RAA, et du fait que les antibiotiques sont inutiles dans les angines virales, seuls les patients atteints d'angine à SGA sont justiciables d'un traitement antibiotique (en dehors des très exceptionnelles infections à *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria gonorrhoeae* et à germes anaérobies, dont les tableaux cliniques sont différents) (Grade A).

Leur identification conditionne l'attitude thérapeutique.

Devant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée, aucun signe ou score clinique n'ayant de valeur prédictive positive et/ou négative suffisante pour affirmer l'origine streptococcique de l'angine (en dehors d'une scarlatine typique), seule la pratique de tests de confirmation microbiologique permet au praticien de sélectionner les patients atteints d'angine à SGA (Grade A).

La culture du prélèvement pharyngé est peu réalisée en France en pratique ; son résultat est obtenu dans un délai de 1 à 2 jours.

Les tests de diagnostic rapide (TDR), réalisables par le praticien sont recommandés. En laboratoire, ils ont une spécificité voisine de celle des cultures, et une sensibilité supérieure à 90%. Les résultats sont disponibles en 5 minutes environ.

Chez le nourrisson et l'enfant de moins de 3 ans, la pratique de TDR est habituellement inutile, les angines observées à cet âge étant généralement d'origine virale et la responsabilité du streptocoque exceptionnelle.

Il est recommandé de pratiquer un TDR chez tout patient ayant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée :

- un TDR positif, confirmant l'étiologie à SGA, justifie la prescription d'antibiotiques (Grade A)
- un TDR négatif chez un sujet sans facteur de risque de RAA ne justifie pas de contrôle supplémentaire systématique par culture, ni de traitement antibiotique (Accord professionnel). Seuls les traitements antalgiques et antipyrétiques sont utiles.

Certaines situations rares (exceptionnelles en métropole) évoquent un contexte à risque de RAA :

- antécédents personnels de RAA ;
- âge entre 5 et 25 ans associé à des antécédents d'épisodes multiples d'angine à SGA ou à la notion de séjours en régions d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM) et éventuellement à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée).

Dans un contexte à risque de RAA, un TDR négatif peut être contrôlé par une mise en culture (Accord professionnel) ; si la culture est positive, le traitement antibiotique sera entrepris (Grade A).

Un arbre décisionnel est proposé en figure 1.

II. QUAND FAUT-IL TRAITER ?

La mise en route du traitement peut être immédiate ou retardée jusqu'au 9^{ème} jour après le début des signes, tout en maintenant l'efficacité de l'antibiothérapie sur la prévention du RAA (Grade A). Ces constatations autorisent des délais d'évaluation diagnostique et de mise en route de l'antibiothérapie adaptés à chaque situation.

III. COMMENT TRAITER ?

La pénicilline V en traitement de 10 jours est le traitement historique de référence de l'angine (Grade A).

Actuellement, le traitement repose sur une amino-pénicilline, éventuellement une céphalosporine car le SGA est toujours sensible à la famille des bêta-lactamines (tableau 1).

Les macrolides du fait des résistances croissantes du streptocoque A (6 à 10%), ne sont à prescrire qu'en alternative aux bêta-lactamines, particulièrement en cas d'allergie aux bêta-lactamines (Grade A).

Afin d'améliorer l'observance, des traitements courts validés par l'AMM doivent être privilégiés (Grade A).

Les traitements à spectre étroit doivent également être privilégiés (cf Tableau 1 : Traitement antibiotique des angines).

L'association amoxicilline-acide clavulanique et le céfixime n'ont plus d'indication dans l'angine.

Il est recommandé d'informer les patients (Accord professionnel) :

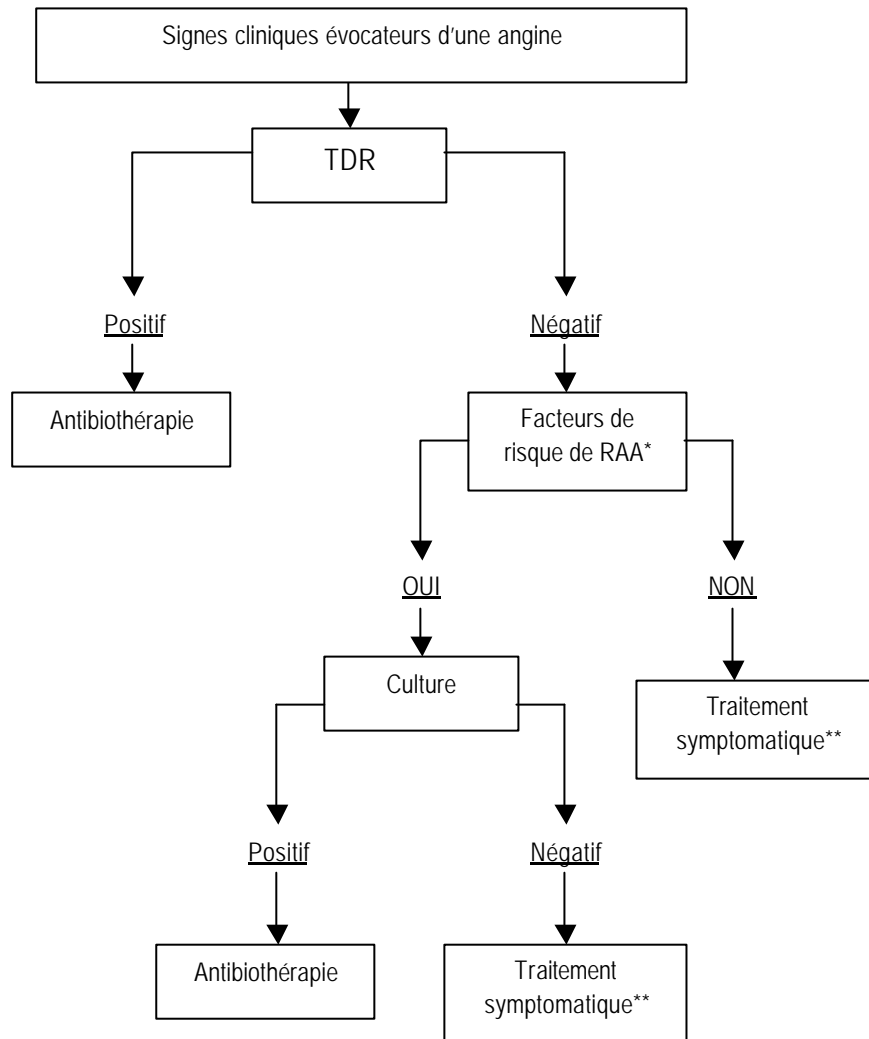
- sur l'intérêt de limiter l'antibiothérapie au traitement des angines à SGA (à l'exception des rares angines diphtériques, gonococciques ou à germes anaérobies),
- sur la nécessité de respecter la posologie (dose et nombre de prises journalières) et la durée de traitement.

Des traitements symptomatiques visant à améliorer le confort, notamment antalgiques et antipyrétiques sont recommandés.

En l'absence de données permettant d'établir leur intérêt dans le traitement des angines, alors que leurs risques sont notables, ni les anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose anti-inflammatoire ni les corticoïdes par voie générale ne peuvent être recommandés.

Il n'est pas recommandé de donner «à l'avance» au patient une prescription antibiotique. La persistance des symptômes après deux à trois jours doit conduire à faire ré-examiner le patient (Accord professionnel).

Figure 1 : Prise en charge de l'angine



* Facteurs de risque de RAA :

- Antécédent personnel de RAA ;
- âge entre 5 et 25 ans associé à des antécédents d'épisodes multiples d'angine à SGA ou à la notion de séjours en régions d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM) et éventuellement à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée).

** Antalgique et/ou antipyrétique.

TABLEAU 1 : TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ANGINES

BETA-LACTAMINES

Indication : Angines documentées à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A

PRINCIPE ACTIF	DUREE DE TRAITEMENT	POSOLOGIE
Pénicillines		
amoxicilline	6 jours	adulte : 2 g / jour en 2 prises enfant > 30 mois : 50 mg/ kg/jour en 2 prises
ampicilline	10 jours	adulte : 2 g/ jour en 2 prises enfant : 50 mg/kg/jour
bacampicilline	10 jours	adulte : 800 à 1200 mg/jour en deux prises. enfant : 25 à 50 mg/kg/jour.
pénicilline V	10 jours	en 2 à 3 prises par jour adulte : 2 à 4 000 000 UI/ jour enfant/nourrisson jusqu'à 40 kg : 50 000 à 100 000UI/kg/jour
pivampicilline	10 jours	adulte : 1g/jour en deux prises. enfant de plus de 5 ans : 25 à 35 mg/kg/jour.
Céphalosporines de 1^{ère} génération		
céfaclor (standard)	10 jours	adulte : 750 mg/j en 3 prises enfant : 20 mg/kg/jour (en 3 prises)
céfaclor (LP)	10 jours	adulte : 750 mg/j en 2 prises
céfadroxil	10 jours	adulte : 2 g/jour en au moins 2 prises enfant : 50 mg/kg/jour en au moins 2 prises, sans dépasser la dose adulte
céfalexine	10 jours	adulte : 2 g/ jour en au moins 2 prises enfant : 25 à 50 mg/kg/jour en au moins 2 prises, sans dépasser la dose adulte
céfatrizine	10 jours	adulte : 1 g/jour en au moins 2 prises enfant : 15 à 35 mg/kg/jour en au moins 2 prises, sans dépasser la dose adulte
céfradine	10 jours	adulte : 2 g/jour en au moins 2 prises enfant : 50 à 100 mg/kg/jour en au moins deux prises, sans dépasser la dose adulte.
loracarbef	10 jours	adulte : 400 mg/jour en 2 prises
Céphalosporine de 2^{ème} génération		
céfuroxime-axétil	4 jours	adulte : 500 mg/jour en 2 prises. enfant : 20 mg/kg/jour en 2 prises, sans dépasser la posologie adulte (soit 500 mg/jour)
Céphalosporines de 3^{ème} génération		
cefepodoxime-proxétil*	5 jours	adulte : 200 mg/ jour en 2 prises enfant : 8 mg/kg/jour en 2 prises
céfotiam-hexétil	5 jours	adulte : 400 mg/jour en 2 prises

* Le cefpodoxime-proxétil a démontré son efficacité chez l'adulte, en traitement de 5 jours au cours d'angines récidivantes streptococciques (plus de 3 épisodes dans l'année).

MACROLIDES

Indication : Angines documentées à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A en alternative au traitement par bêta-lactamines, particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé.

PRINCIPE ACTIF	DUREE DE TRAITEMENT	POSOLOGIE
azithromycine	3 jours	adulte : 500 mg/jour en une prise unique journalière enfant à partir de 3 ans : 20 mg/kg/jour, en une prise unique journalière, sans dépasser la posologie adulte
clarithromycine	5 jours	adulte : 500 mg/jour en 2 prises enfant : 15 mg/kg/ jour en 2 prises sans dépasser la posologie adulte (soit 500 mg/jour)
josamycine	5 jours	adulte : 2 g/jour en 2 prises enfant : 50 mg/kg/jour en 2 prises
dirithromycine	10 jours	adulte : 500 mg/jour en une seule prise quotidienne
érythromycine dihydratée	10 jours	adulte : 2 x 250 mg/jour
propionate d'érythromycine	10 jours	adulte : 2 à 3 g/ jour en 2 à 3 prises/jour enfant : 30 à 50 mg/kg/jour en 2 à 3 prises/jour
éthyl succinate d'érythromycine	10 jours	adulte : 2 à 3 g/jour en 2 à 3 prises/jour enfant : 30 à 50 mg/kg/jour en 2 à 3 prises/jour
diacétate de midécamycine	10 jours	adulte : 1600 mg/jour en 2 prises
roxithromycine	10 jours	adulte : 300 mg/jour en 2 prises enfant : 5 à 8 mg/kg/jour en 2 prises
spiramycine	10 jours	adulte : 6 à 9 millions UI/jour en 2 à 3 prises enfant : 150 000 à 300 000 UI/kg/jour, en 2 à 3 prises