

ANGINE À STREPTOCOQUE CHEZ L'ENFANT : TRAITER OU NE PAS TRAITER ?

Renato Gualtieri, Klara Posfay Barbe, Noémie Wagner



Renato Gualtieri

Klara Posfay Barbe
Noémie Wagner

<https://doi.org/10.35190/Paediatria.f.2023.1.4>

Résumé

Les évidences suggèrent que dans les pays à revenu élevé, une antibiothérapie n'est plus systématiquement nécessaire pour traiter l'angine à streptocoque. Elle devrait être limitée à des cas particuliers. Nous présentons l'argumentaire de ce changement d'attitude et proposons un algorithme de prise en charge.

Vignette clinique

Un garçon de 6 ans, en bonne santé habituelle, consulte aux urgences pour un état fébrile jusqu'à 39 °C et des maux de gorge depuis 2 jours. Il n'a ni toux, ni rhume.

Deux heures avant l'arrivée aux urgences, il décrit des céphalées et des douleurs abdominales avec un épisode de vomissement. Nous apprenons que le frère du patient, âgé de 9 ans, a été traité par son pédiatre pour une pharyngite streptococcique 2 jours auparavant. À l'examen clinique, le patient présente une hypertrophie bilatérale des amygdales avec exsudat et une lymphadénopathie cervicale antérieure bilatérale. Le reste de l'examen physique est dans la norme.

En raison de l'anamnèse familiale, des symptômes et de l'examen physique, nous suspectons une pharyngite à streptocoque. Quelle serait la meilleure prise en charge pour ce patient ?

Épidémiologie

La pharyngite est un motif fréquent de consultation au cabinet du pédiatre et aux urgences pédiatriques. La majorité des pharyngites est d'origine virale, avec une prédominance de virus respiratoires comme les rhinovirus, les coronavirus et les adénovirus¹. Le streptocoque du groupe A (SGA) est l'étiologie bactérienne la plus fréquente des pharyngites aiguës² et représente 5 à 15 % de toutes les angines chez les adultes et 20 à 30 % chez les enfants. La pharyngite à SGA survient le plus souvent durant les mois d'hiver, chez les enfants âgés de 5 à 15 ans, et rarement avant l'âge de 3 ans³. Jusqu'à 25% des enfants sont porteurs asymptomatiques de SGA. Ce portage peut persister pendant de nombreux mois et le risque de transmission est faible⁴.

Étiologie

On connaît plus de 240 génotypes différents de SGA, qui se distinguent par la séquence du gène de la protéine M,⁴ une protéine de surface qui contribue à la virulence de la bactérie.

Certains génotypes (p. ex. les types 1, 3, 5, 6, 14, 18, 19 et 24) sont associés au rhumatisme articulaire aigu (RAA), alors que d'autres (2, 49, 55, 57, 59, 60 et 61) sont plutôt associés à la cellulite et à la glomérulonéphrite aiguë (GNA)⁴.

Clinique

L'anamnèse et l'examen physique seuls ne permettent pas de distinguer avec certitude l'angine à SGA⁵. En effet, l'anamnèse et la présentation clinique des pharyngites virales et bactériennes sont souvent similaires. L'examen clinique n'est ni sensible, ni spécifique et le diagnostic doit toujours être confirmé par un frottis pharyngé afin de confirmer ou infirmer le diagnostic de pharyngite à SGA⁶.

Les pédiatres ont tendance à surestimer leur capacité à reconnaître l'angine à SGA^{6,7}.

Dans l'étude de *Park et al.*, 42% des pédiatres ont commencé une antibiothérapie avant d'obtenir le résultat du frottis et l'ont poursuivie alors même que le test était négatif. Trois quart des pédiatres ont admis que le souhait des parents quant au traitement antibiotique a influencé leur prescription.

La présence d'une rhinorrhée, d'une toux, d'aphtes buccaux ou d'un enrouement peuvent cependant orienter le diagnostic vers une étiologie virale. Inversement, une anamnèse comprenant une fièvre d'apparition brutale, l'absence de toux et l'exposition à une personne atteinte de pharyngite à SGA au cours des deux semaines précédentes peut être évocatrice d'une pharyngite à SGA^{8,9}. À l'examen physique les éléments suggestifs incluent une lymphadénopathie cervicale, une inflammation pharyngée et un exsudat amygdalien, ainsi que des pétéchies palatines et un œdème uvulaire^{8,9}.

Correspondance :
noemie.wagner@hcuge.ch

Formation continue

Complications

Dans les complications purulentes de la pharyngite à SGA, qui peuvent se manifester dans les 7 à 14 jours après l'apparition des premiers symptômes, on retrouve les abcès périamygdaliens ou rétropharyngés, les adénites cervicales suppurées et, rarement, les sinusites et les otites moyennes aiguës.

Les complications non suppuratives comprennent le rhumatisme articulaire aigu (RAA) avec une période de latence d'environ 2 à 3 semaines et la glomérulonéphrite aiguë (GNA), qui peut survenir une à trois semaines après une pharyngite streptococcique.

Le paradigme de l'antibiothérapie

Historiquement, une antibiothérapie était systématiquement recommandée pour tous les cas confirmés de pharyngite à SGA afin de diminuer le risque de complications suppuratives et non suppuratives et réduire la durée des symptômes⁵⁾.

Depuis le début du siècle, plusieurs pays occidentaux (Belgique, Ecosse, Angleterre, Pays-Bas) ont changé leurs recommandations et conseillent désormais un traitement symptomatique (donc sans antibiotiques) en limitant leur utilisation à des cas bien définis¹⁰⁻¹³⁾.

La Société Suisse d'Infectiologie, intégrant les suggestions de certains auteurs^{14,15)}, a publié en avril 2022 de nouvelles directives¹⁶⁾ qui visent à restreindre significativement l'utilisation des antibiotiques pour cette maladie.

Ce changement de paradigme fait suite aux considérations suivantes :

Bénéfice limité de l'antibiothérapie sur la durée des symptômes

L'antibiothérapie ne réduit la durée des symptômes que de manière négligeable (environ 16 heures)¹⁷⁾.

Signalons par ailleurs que depuis 2022, l'Association des médecins cantonaux de Suisse a supprimé l'éviction scolaire en cas d'angine à SGA : l'éventuelle absence à l'école dépend donc uniquement de l'état général^{5,18)}.

Bénéfice de l'antibiothérapie et complications

a) Rhumatisme articulaire aigu

L'indication à un traitement antibiotique systématique de l'angine à streptocoque pour réduire le risque de RAA remonte à une série d'études menées sur le personnel militaire américain dans les années 1950–60¹⁹⁾. Elles avaient montré une diminution de l'incidence du RAA chez les soldats traités par antibiotique (pénicilline iv). Ces études ont été réalisées à une période où le RAA était encore très fréquent dans les pays du Nord. Leurs résultats n'ont pas pu être reproduits par la suite.

L'incidence du RAA a continuellement diminué dans les pays développés à partir de la fin du 19^e siècle (au moins 50 ans avant l'introduction de l'antibiothérapie)

et elle est actuellement inférieure à 0,1 cas pour 100 000 personnes en Suisse²¹⁾. Cette diminution résulte probablement du remplacement des souches de SGA rhumatogène par des souches non rhumatogènes. Elle semble également en lien avec l'amélioration des conditions sanitaires et nutritionnelles²²⁾.

L'incidence du RAA n'a pas augmenté dans les pays qui ne préconisent plus d'antibiothérapie systématique dans l'angine à SGA depuis plusieurs décennies²³⁾. C'est un argument convaincant pour l'arrêt de l'antibiothérapie systématique en cas d'angine à SGA.

b) Glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique (GNA)

Depuis les années 1970, des études^{24,25)} ont montré que le risque de survenue de la glomérulonéphrite suite à une angine à SGA est minime. De plus, il est actuellement démontré que le traitement antibiotique ne prévient pas la survenue de GNA⁴⁾.

c) Complications suppuratives

Selon une récente méta-analyse Cochrane²⁶⁾, les antibiotiques réduisent l'incidence de l'otite moyenne aiguë et de l'abcès péri-amygdalien. La majorité des 29 études incluses ont été effectuées dans les années 1950, époque à laquelle les taux de complications graves étaient beaucoup plus élevés qu'actuellement.

Ces complications peuvent être en général traitées lorsqu'elles surviennent²⁷⁾ et le nombre d'enfants à traiter pour les éviter est extrêmement élevé^{28,29)}.

Enfin, récemment, le lien entre l'abcès péri-amygdalien et la pharyngite à SGA a été contesté : plusieurs études suggèrent que l'abcès péri-amygdalien est plutôt une complication de l'infection de la glande de Weber, plutôt que de l'amygdalite aiguë^{30,31)}.

La prise en charge actuelle¹⁶⁾

Le diagnostic

Plusieurs algorithmes ont été développés pour identifier les patients présentant une probabilité plus élevée de SGA, notamment les critères de Centor^{32,33)}, ou le score de McIsaac^{32,34,35)} qui ajoute l'âge du patient (+1 point entre 3–15 ans) aux critères de Centor. Un score de Centor de 3 correspond à une probabilité pré-test d'un test antigénique rapide du Streptocoque du groupe A (Strepto-test) positif de 31,6% et un score de 4 à une probabilité de pré-test de 55,7%³⁶⁾.

Historiquement, ces scores aident le médecin à décider s'il doit effectuer un Strepto-test et donc une prise en charge antibiotique. En l'absence d'un traitement antibiotique systématique de l'angine à SGA, les scores de Centor/McIsaac peuvent être utiles dans la démarche diagnostique du médecin mais la place du Strepto-test est limitée. D'autant que le frottis est inconfortable pour le patient et doit être évité si son résultat n'influence pas le choix du traitement.

Un enfant qui consulte pour maux de gorge doit donc d'abord faire l'objet d'une évaluation clinique

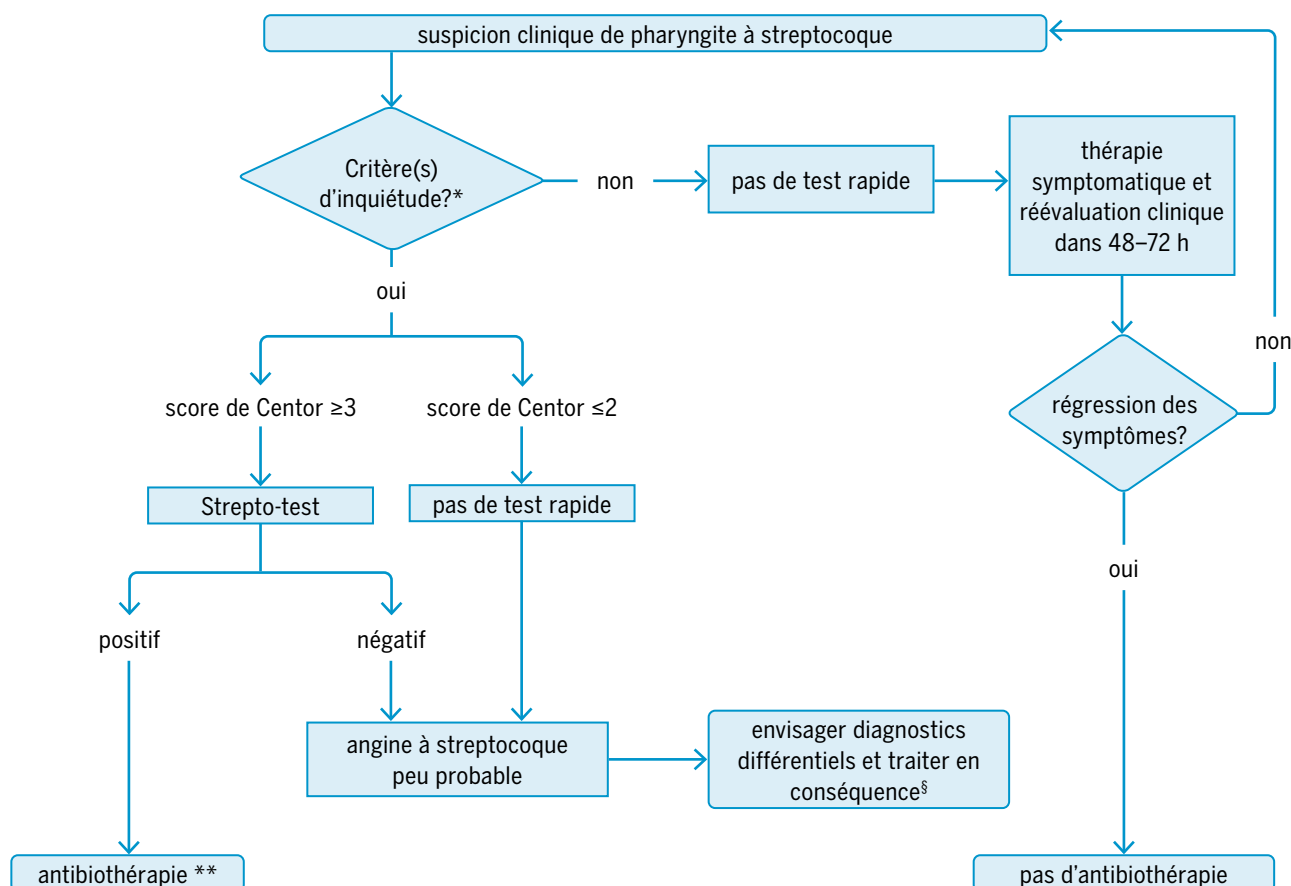
attentive. Si une pharyngite à SGA est suspectée, des arguments (critères d'inquiétude) pour une antibiothérapie en cas de confirmation du diagnostic doivent être recherchés.

La figure 1 propose une marche à suivre dans le diagnostic et la prise en charge des patients présentant une pharyngite en tenant compte des facteurs de risque.

Nous recommandons un Strepto-test systématiquement en cas de Centor ≥ 3 (ou McIsaac ≥ 3) chez

les patients avec un risque augmenté de complications (immunosuppression, antécédents personnels ou familiaux de RAA ou migration récente d'un pays en développement). Des antécédents de RAA justifient un Strepto-test quel que soit le score de Centor.

En cas de signe d'alerte clinique (mauvais état général, suspicion clinique de complication suppurative) une antibiothérapie doit de toute façon être considérée en plus de la prise en charge globale et le Strepto-test joue un rôle mineur.



***Table 1. Critères d'inquiétude**

Signes d'alerte clinique

- Mauvais état général
- Suspicion d'abcès périamygdalien/rétropharyngé

Risque augmenté de complications

- Immunosuppression
- Antécédents personnels ou familiaux de RAA[°]
- Patient ayant récemment immigré d'un pays en développement
- Valvulopathie cardiaque avec risque d'endocardite

[°] test rapide justifié quel que soit le score de Centor

****Antibiothérapie pour l'angine à streptocoques**

	Posologie	fréquence	durée
Amoxicilline	25 mg/kg/dose	2x/jour	6 jours
Pénicilline	50 000 UI/kg/dose	2x/jour	10 jours
<i>alternative en cas d'allergie non sévère à la pénicilline</i>			
Cefuroxime	15 mg/kg/dose	2x/jour	6 jours
<i>contre-indication absolue aux bêta-lactamines</i>			
Clindamycine	7 mg/kg/dose	3x/jour	6 jours

§ antibiothérapie à considérer dans tous les cas de mauvais état général et de suspicion de complications suppuratives

Figure 1. Diagnostic et prise en charge de la pharyngite chez l'enfant

Formation continue

En l'absence des critères d'inquiétude précités (cf. *tableau 1*), nous ne recommandons ni Strepto-test systématique ni antibiotique mais un traitement symptomatique et une réévaluation clinique dans les 48 à 72 heures.

Un Strepto-test peut cependant être discuté si une évaluation clinique à 48 à 72 heures n'est pas envisageable. Dans ce cas, pour les enfants avec un Strepto-test positif, une ordonnance pour un traitement en réserve en cas de non amélioration peut être proposée. Cette prise en charge demande des informations claires de la part du médecin et une bonne compréhension de la part du patient et de sa famille.

Si une thérapie antibiotique est envisagée

En cas de Score de Centor ≥ 3 , un Strepto-test doit être effectué. Si ce dernier revient positif, selon les directives Suisses actuelles⁽⁶⁾ un traitement empirique par amoxicilline per os 25mg/kg/12h per os durant 6 jours est recommandé. Les alternatives en cas d'allergie à la pénicilline sont listées dans la *figure 1*.

En cas de Strepto-test négatif, la vérification systématique par une culture n'est plus recommandée, car son bénéfice supplémentaire s'est avéré minime dans la littérature^(11,37). L'antibiothérapie sera décidée en fonction du syndrome clinique.

Si une thérapie antibiotique n'est pas envisagée

Le score de Centor (ou McIsaac) peut être utilisé pour documenter la maladie et disposer d'un paramètre de comparaison pour la consultation de suivi qui doit être effectuée 48 à 72 heures plus tard. En attendant, un traitement symptomatique doit être mis en place.

En l'absence de signe d'alerte clinique mais chez un patient qui ne montre pas d'amélioration dans les 48 à 72 heures, un Strepto-test et une antibiothérapie en cas de résultat positif peuvent être considérés pour un score de Centor ≥ 3 .

Scarlatine

Le déclin de l'incidence et de la gravité de la scarlatine au cours du siècle dernier⁽³⁸⁾ nous incite à ne pas l'inclure dans la liste des critères stricts pour l'antibiothérapie (*tableau 1*). Cependant, la question reste ouverte dans la littérature. Certains auteurs, bien qu'ils conviennent que la maladie se résout spontanément dans la majorité des cas, continuent de recommander un traitement antibiotique systématique

en cas de scarlatine⁽³⁹⁾. A l'heure actuelle, il n'existe pas de données suffisamment solides pour déterminer l'attitude basée sur l'évidence.

Un enfant atteint de scarlatine doit donc être évalué très soigneusement. Si son état général est bon et s'il n'y a pas d'autres facteurs de risque, hors contexte de flambée, l'antibiothérapie peut probablement être évitée.

Notre cas clinique

Grâce à une anamnèse détaillée, nous documentons qu'il ne présente aucun des critères d'inquiétude et nous n'envisageons donc pas une antibiothérapie immédiate.

En appliquant le score de Centor, nous observons qu'il présente : absence de toux (+1 point), exsudats amygdaliens (+1 point), histoire de fièvre ou température $>38^{\circ}\text{C}$ (+1 point), adénopathie cervicale antérieure sensible (+1 point). Totalisant 4 points (si nous voulons calculer le score de McIsaac, nous ajoutons +1 point pour l'âge 3 à 14 ans) avec donc une probabilité pré-test de 55,7% d'avoir un Strepto-test positif. La suspicion clinique, considérant également que nous avons une source de contagion (le frère) dans l'histoire, est donc très élevée.

Cependant, au vu de l'absence de critères d'inquiétude, nous renonçons à réaliser un Strepto-test et mettons en place un traitement symptomatique. Nous prévoyons un contrôle après 72 heures avec, évidemment, l'indication d'anticiper la consultation en cas d'aggravation rapide de la symptomatologie. Nous ne lui imposons pas d'éviction scolaire.

Lors du contrôle, notre patient se présente en bon état général. Les symptômes douloureux et la fièvre répondent très bien au traitement symptomatique et il est capable de bien manger et de bien s'hydrater. A l'examen, les signes cliniques précédemment observés sont en régression.

Nous laissons donc rentrer notre patient à domicile avec l'indication de poursuivre le traitement antalgique et restons à disposition pour le revoir si nécessaire.

Pour la bibliographie, veuillez consulter notre version en ligne de l'article.

Auteurs

Dr med. Renato Gualtieri, Service de Pédiatrie, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève

Prof. Dr med. Klara Posfay-Barbe, Service de Pédiatrie, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève

Dr. med. Noémie Wagner, Médecin adjointe, Unité des maladies infectieuses pédiatriques HUG, Genève

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.