

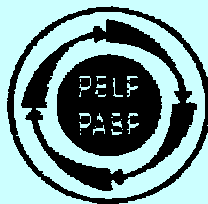
*The Foundation
for Medical
Practice
Education*

Experience

Expérience

Practice
Integration

*Intégration dans
la pratique*



Learning
Objectives

*Objectifs
d'apprentissage*

New
Knowledge

*Nouvelles
connaissances*

*La Fondation
pour l'éducation
médicale continue*

**Practice Based Learning Programs (PBLP)
Programmes d'apprentissage
basé sur la pratique (PABP)**

McMaster University
1280 Main Street West • DTC Basement
Hamilton • Ontario • Canada L8S 4L8

Tel: 905-525-9140 ext./poste 22219 • 1-800-661-3249

Fax: 905-540-4988

Email: fmpe@mcmaster.ca

Website: www.fmpe.org



PHARYNGITE

Le mal de gorge constitue un des plus fréquents motifs de consultation auprès des médecins de famille. La plupart des cas de pharyngite aiguë rencontrés en soins primaires sont d'origine virale et non d'origine bactérienne. De manière générale, moins de 30% des cas de pharyngite chez les enfants et 10% des cas chez les adultes sont causés par le streptocoque du groupe A (Strep. gr. A). Cependant, environ la moitié des patients qui se présentent pour un mal de gorge reçoivent une antibiothérapie.

On attribue la surutilisation des antibiotiques, principal facteur du développement de l'antibiorésistance, dans les cas d'infection des voies respiratoires, au problème de *différenciation* entre les infections bactériennes et les infections virales. Même si cette situation est vraie dans les cas d'otite moyenne et de sinusite aiguë, ce n'est pas vraiment le cas pour la pharyngite aiguë puisque les tests de détection antigénique et les cultures de gorge sont des tests facilement accessibles. De plus, tout comme dans les cas d'otite moyenne, il y a de plus en plus de controverse au sujet des bénéfices véritables d'une antibiothérapie — et ce, même dans les cas de pharyngite à streptocoque du groupe A confirmée.

Le but de ce module est d'aider:

- T** à améliorer la précision du diagnostic de la pharyngite à streptocoque du groupe A
- T** à mieux comprendre le rôle de l'antibiothérapie dans le traitement et, si elle est nécessaire, à mieux la prescrire
- T** à éduquer les patients pour mieux comprendre pourquoi certains traitements sont recommandés (et d'autres ne le sont pas).

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Maya S., 5 ans**Première partie**

Léonie, une mère de trois enfants, vient consulter avec Maya, sa fille la plus âgée, parce qu'elle vient tout juste de commencer un «mauvais rhume». Maya se plaint surtout du mal de gorge mais également de mal de ventre en plus d'avoir mal à l'oreille gauche. Elle a de la rhinorrhée et de la diarrhée. Elle ne tousse pas. À l'examen physique, elle semble assez bien. Elle est afebrile. Les seules anomalies consistent en un érythème léger des amygdales et une lymphoadénopathie antérieure cervicale douloureuse.

**Quelles investigations demanderiez-vous?
Prescrieriez-vous une antibiothérapie dès maintenant? Et si oui, laquelle?**

Deuxième partie

Les résultats de Maya pour la recherche de streptocoques du groupe A sont négatifs. Le lendemain après-midi, sa mère rappelle parce que même si Maya commence à se rétablir, son mal de gorge ne va pas mieux.

Que feriez-vous maintenant?

Cas numéro 2: Noah Sag, 30 ans

Noah est un de vos patients favoris. Il vient consulter pour un mal de gorge qu'il qualifie de «très douloureux» et qui l'ennuie depuis plus de deux jours. Il nie tout autre symptôme. À l'examen, il est un peu fébrile (temp. = 38,2 °C), ses piliers amygdaliens sont rouge sang des deux côtés avec un exsudat blanchâtre évident; il a aussi des ganglions cervicaux augmentés de volume et douloureux. Il ne tousse pas.

Quelle serait votre approche clinique?

Cas numéro 3: Marc S., 6 ans

La mère de Marc l'amène consulter à cause d'un mal de gorge. Elle a l'impression d'être dépassée parce que depuis l'été dernier, Marc a eu, à répétition, des pharyngites à streptocoque du groupe A. La première fois, Marc s'est présenté avec un mal de gorge et de la fièvre. Une culture de gorge a confirmé une infection par un streptocoque du groupe A. Marc a reçu de l'amoxicilline pendant 10 jours. Une partie de la prescription s'étant renversée dans la salle de bain, il n'a

donc pas pris tout le traitement.

Une semaine après avoir terminé le médicament, Marc a eu un autre mal de gorge. Il a reçu une autre prescription d'amoxicilline (un traitement complet cette fois-ci). Un mois plus tard, il a encore eu un mal de gorge et il a été évalué par le médecin de garde. Même s'il n'avait ni fièvre ni toux, la note au dossier indiquait que la gorge était «très rouge». Un échantillon pour culture a été prélevé et il a reçu de l'azithromycine (Zithromax®) en attendant les résultats. La culture a confirmé une fois de plus une infection au streptocoque du groupe A.

Marc a maintenant un autre mal de gorge. Il a aussi de la rhinorrhée et de la fièvre mais pas de toux. L'examen physique révèle une gorge rouge et enflammée, l'absence d'exsudat sur les amygdales ou dans le pharynx, pas d'adénopathie cervicale douloureuse. Personne d'autre dans la famille n'a été malade. Un nouveau prélèvement de gorge a encore révélé une infection au streptocoque du groupe A.

Comment pourriez-vous prendre en charge ce patient?

Si ce patient avait 18 ans ou plus, envisageriez-vous une fluoroquinolone pour traiter cette pharyngite à streptocoque?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

HISTORIQUE

1. La pharyngite aiguë est la deuxième maladie en importance la plus diagnostiquée durant l'enfance^{1,2}, et un des motifs les plus fréquents de consultation des enfants chez leur médecin de famille^{3,4}.
2. La plupart des cas de pharyngite (environ 80%) sont d'origine virale. De manière générale, en considérant à la fois les adultes et les enfants, seulement 10% des maux de gorge sont causés par des streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A^{5,6}. Toutefois, la prévalence de l'infection aux streptocoques du groupe A dans un contexte de médecine familiale peut varier de 10% et peut être aussi élevé que 25% dans les pays scandinaves⁷.

Tableau 1. Causes fréquentes de pharyngite aiguë

Étiologie	Organismes
Virale	<ul style="list-style-type: none"> • rhinovirus • coronavirus • virus respiratoire syncytial • adénovirus • virus de l'herpès simple, type 1 et 2 • para-influenza • coxsackie A • virus Epstein-Barr • cytomégalovirus • virus de l'immunodéficience humaine • influenza de type A et B
Bactérienne	<ul style="list-style-type: none"> • streptocoque bêta-hémolytique du groupe A • <i>Neisseria gonorrhoeæ</i> • <i>Corynebacterium diphtheriæ</i> • <i>Arcanobacterium hæmolyticum</i>
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mycoplasma pneumoniæ</i> • <i>Chlamydia pneumoniæ</i> • toxoplasmose

3. Les probabilités que le streptocoque du groupe A soit la cause du mal de gorge sont plus élevées parmi les enfants de moins de 10 ans. Dans un contexte typique de consultations externes, les groupes d'âge suivants auront une pharyngite à streptocoque du groupe A dans les proportions suivantes:⁸
 - de 5 à 9 ans: ~30%
 - de 10 à 19 ans: 15 à 20%
 - chez les adultes: uniquement de 5 à 10%.
4. Les pharyngites à streptocoque du groupe A sont plus fréquentes en hiver et au printemps⁴.
5. Même si le streptocoque du groupe A ne fait pas partie de la flore bactérienne normale de la gorge, il existe, toutefois, des porteurs asymptomatiques. Leur taux le plus élevé est parmi les enfants de 3 à 15 ans (5 à 21%), suivi de celui des enfants de moins de trois ans (de 2 à 7%); puis de celui des adultes et des adolescents plus âgés (de 2 à 3%)⁸.

LES COMPLICATIONS

6. Le traitement antibiotique de la pharyngite symptomatique à streptocoque du groupe A a longtemps été la norme parce que la pharyngite à streptocoque du groupe A non traitée a été associée au risque de développer un rhumatisme articulaire aigu, une glomérulonéphrite aiguë ou des complications purulentes telles que l'abcès périamygdalien, l'abcès rétropharyngé, la mastoïdite, l'otite moyenne, la sinusite, le syndrome du choc

toxique et la fasciite nécrosante⁹.

7. Dans les pays industrialisés, le rhumatisme articulaire aigu est maintenant une maladie rare. Le déclin du rhumatisme articulaire aigu peut être le résultat d'une combinaison de facteurs tels que: l'amélioration des conditions de vie et du traitement des pharyngites par les antibiotiques, et les changements dans la prévalence de souches virulentes de streptocoque¹⁰.
 - a. On évalue le risque de rhumatisme articulaire aigu entre 0,3 et 1% dans une communauté présentant un niveau habituel (ou endémique) de pharyngites à streptocoque du groupe A si l'infection est *non traitée*^{7,10,11}.
 - b. Toutefois, lors d'une épidémie, le risque de développer un rhumatisme articulaire aigu suite à une infection au streptocoque du groupe A non traitée peut atteindre 3%^{11,12}. Dans la plupart des communautés, le département de Santé publique informera les médecins si une épidémie survient — en particulier, si des cas de rhumatisme articulaire aigu sont rapportés. Plusieurs épisodes de rhumatisme articulaire aigu sont survenus au cours des années 80 dans une douzaine d'états différents aux États-Unis^{2,10}.
 - c. Le traitement de l'infection au streptocoque du groupe A peut être reporté sans problème jusqu'à 9 jours après l'apparition des symptômes et être encore efficace à prévenir le rhumatisme articulaire aigu¹³ (preuves de niveau 1b).
8. La glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique est rare et affecte environ 1 individu sur 10 000 infections au streptocoque du groupe A¹⁴. Il n'existe pas de preuves convaincantes que le traitement de la pharyngite peut prévenir la glomérulonéphrite aiguë¹⁵.

LE DIAGNOSTIC

Les trouvailles cliniques

9. Les patients symptomatiques d'une pharyngite à streptocoque du groupe A se présentent souvent avec un mal de gorge soudain, de la fièvre et de l'odynophagie. Les autres signes cliniques mais variables incluent: le mal d'estomac, l'otalgie, la lymphadénite, l'amygdalite exsudative, le rash scarlatiniforme, des pétéchies au palais mou et des lésions excoriées des narines chez les enfants^{16,8}.
10. Malheureusement, plusieurs organismes mentionnés au tableau 1 peuvent produire une amygdalite avec des symptômes et des signes cliniques qui chevauchent ceux de l'infection à

streptocoque du groupe A. Par exemple:

- la mononucléose infectieuse qui produit typiquement un exsudat dans le pharynx¹⁷
- le virus de l'herpès simple de type 1 peut aussi produire une pharyngite exsudative, en particulier, chez les élèves du secondaire¹⁸.

11. L'identification en se basant uniquement sur l'impression clinique mène à une grande probabilité de surtraitement. Même les médecins expérimentés surestiment la probabilité de résultats positifs à la culture dans 81% des cas⁵. Donc, l'American Academy of Pediatrics¹⁹, la Société canadienne de pédiatrie²⁰, et l'American Heart Association¹³ recommandent de poser un diagnostic uniquement sur la base des résultats des analyses de laboratoire.

12. D'autres organismes suggèrent l'emploi de règles de prédiction/d'outils diagnostiques pour améliorer la précision du diagnostic. Ces outils mettent l'accent sur la fièvre, la présence d'exsudats sur les amygdales, les adénopathies cervicales douloureuses et sur l'absence de toux²¹.

a. L'Infectious Diseases Society of America recommande l'emploi de règles de prédiction pour bien identifier les patients exposés à un faible risque d'infection au streptocoque du groupe A pour ne pas leur faire passer de test; pour tous les autres patients, on devrait faire une culture de gorge et traiter uniquement ceux qui ont un résultat positif¹⁶.

b. Les Centers for Disease Control and Prevention approuvent les recommandations de la Infectious Diseases Society of America dans le cas des *enfants* et mentionnent, tout particulièrement, que les résultats négatifs aux tests antigéniques rapides devraient être confirmés par une culture de gorge.

c. *Chez les adultes*, les Centers for Disease Control and Prevention, l'American College of Physicians, et l'American Academy of Family Physicians recommandent tous d'employer un outil de prédiction clinique validé pour poser un diagnostic de pharyngite plutôt que de se fier uniquement sur l'impression clinique²².

Les outils cliniques

13. Un outil de prédiction clinique parmi ceux disponibles (voir l'annexe 1) est particulièrement utile dans un contexte de médecine familiale^{21,23}. Cet outil:

- a été élaboré dans un contexte de soins primaires parmi des patients qui consultent régulièrement à cet endroit²¹
- considère l'âge comme un facteur important
- se fonde sur une prévalence d'infection au streptocoque du groupe A semblable aux autres études en pratique générale²¹.

14. Deux études de validation de l'outil clinique de McIsaac ont été réalisées chez des enfants et des adultes qui se présentaient avec un mal de gorge^{21,23} (preuves de niveau 2b). La plus récente de ces études a révélé que, d'une façon «globale», cette «méthode de pointage» avait une sensibilité de 85% et une spécificité de 92%.

(Remarque: Cette méthode de pointage ne peut s'appliquer lors d'une éclosion de streptocoque du groupe A dans une communauté.)

L'emploi de ce pointage comparé à la seule impression clinique pourrait permettre de réduire de 52% les prescriptions «inutiles» d'antibiotiques — avec la réduction la plus importante chez les adultes²³.

Donc, pour réduire le nombre des prescriptions d'antibiotiques inutiles, l'outil clinique est plus efficace que le jugement clinique seul mais n'est pas aussi bon que la culture de gorge.

15. Cet outil clinique peut être une façon simple et pratique:

- *d'éliminer* les examens plus poussés et l'emploi inutile d'antibiotiques chez les patients à faible risque (qui ont une très faible probabilité de streptocoque du groupe A)
- *d'identifier* les patients exposés à un risque élevé qui ont besoin de passer des tests diagnostiques (voir ci-dessous).

Les tests diagnostiques

Les prélèvements de gorge pour culture

16. On considère que la culture d'un prélèvement de gorge est le test de référence par excellence pour diagnostiquer le streptocoque du groupe A. Ce test est indiqué chez les patients qui obtiennent un «pointage total» du mal de gorge §3 (voir l'annexe 1) et qui ne prennent pas actuellement d'antibiotiques²⁴.

- a. Sa sensibilité varie entre 70 à 95%¹⁵.
b. Sa spécificité varie entre 76 à 99%⁹.
17. La culture de gorge impose un délai diagnostique de 24 à 48 heures. Le fait de reporter la prescription d'antibiotique durant cette attente ne diminuera pas son efficacité à prévenir les complications, c'est-à-dire, le rhumatisme articulaire aigu^{15,25}.
18. Puisque 5 à 15% des enfants d'âge scolaire sont des porteurs chroniques de streptocoque du groupe A, on devrait éviter les cultures de gorge sans discernement chez les patients qui ont une faible probabilité de pharyngite bactérienne. Un résultat positif à la culture chez un porteur ne signifie pas que le patient a effectivement une pharyngite à streptocoque du groupe A²⁵.
19. On ne recommande pas de faire de culture chez les contacts proches; par contre, elles peuvent être appropriées dans certaines circonstances particulières (par exemple, chez les patients qui ont des antécédents de rhumatisme articulaire aigu, pendant une éclosion de rhumatisme articulaire aigu ou lorsqu'on suspecte des récurrences d'infection)¹⁶.
20. Une culture de contrôle n'est, en général, pas indiquée chez la personne asymptomatique qui a reçu un traitement d'antibiotiques complet sauf dans les circonstances particulières suivantes:^{16,26}
- chez les patients qui ont des antécédents de rhumatisme articulaire aigu
 - chez les patients qui ont développé une pharyngite aiguë au cours d'une éclosion de rhumatisme articulaire aigu ou de glomérulonéphrite aiguë, ou au cours d'une éclosion de pharyngite à streptocoque du groupe A chez des groupes d'individus vivant en communauté fermée/semi-fermée (p.ex. les résidences étudiantes/les classes)
 - si on soupçonne un porteur chronique.
- Truc pratique: Pour faire un «bon» prélèvement de gorge**
À l'aide d'un écouvillon stérile, faire le prélèvement sur les *deux* amygdales et la paroi postérieure du pharynx; éviter les autres parties de l'oropharynx.
Pour un test antigénique rapide, placer immédiatement l'écouvillon dans le flacon prévu (tube d'extraction) et faire le test.
Pour une culture, placer l'écouvillon dans le milieu de culture approprié et l'expédier rapidement au laboratoire de votre localité. responsable de
- Le test rapide de dépistage du streptocoque («Strep Test»)**
21. Le test antigénique rapide ou le «Strep test» détecte la présence sur l'écouvillon d'un glucide spécifique au streptocoque du groupe A.
- a. La spécificité du test antigénique rapide est si élevée (95%) qu'un résultat positif permet d'établir de façon sûre le diagnostic de streptocoque du groupe A²⁷.
 - b. Sa sensibilité varie entre 70 et 85%²⁸. À cause de cette variation, certains experts recommandent de toujours confirmer un résultat *négatif* par une culture de gorge¹⁵. D'autres suggèrent que si le pointage du mal de gorge se situe entre 1 et 3, la probabilité de streptocoque du groupe A est tellement faible que la culture n'est plus justifiée²⁹.
 - c. Les trousse de test antigénique rapide (qui contiennent 20 à 30 tests) doivent être achetées directement des fabricants. Le prix approximatif d'un test est, au Canada de 8,50 \$CN³⁰ et, aux États-Unis de 3,90 \$US³¹.
22. Des nouvelles techniques utilisant des électrodes d'ADN et des réactions immuno-enzymatiques colorimétriques peuvent donner des résultats tout aussi fiables que la culture de gorge.
- a. Une étude canadienne qui comparait un test immunologique colorimétrique à deux méthodes standard de culture de gorge a démontré que le test immunologique colorimétrique a une spécificité (97%) et une valeur prédictive positive (94%) semblables aux résultats combinés des cultures. Toutefois, la sensibilité (89%) et la valeur prédictive négative (94%) étaient légèrement plus faibles³².
 - b. Les trousse de test immunologique colorimétrique doivent être achetées directement auprès du fabricant. En moyenne, ces tests sont trois fois plus chers que la culture de gorge³¹. Le prix approximatif d'un test est, au Canada, de 7,50 \$CN et, aux États-Unis, de 6,50 \$US³¹.
23. Certaines assurances-santé provinciales paient les trousse de test antigénique rapide et de test immunologique colorimétrique.

LE TRAITEMENT

L'antibiothérapie

Ses bénéfices

24. Les bénéfices potentiels de l'antibiothérapie incluent:

- la diminution de la durée et de la sévérité des symptômes
- la prévention du rhumatisme articulaire aigu (voir la section Renseignements généraux, point 7)
- la prévention des complications purulentes (voir la section Renseignements généraux, point 6)
- la diminution de l'infektivité qui réduit le risque de transmission.

25. Une récente revue de Cochrane ¹¹ a révélé que l'emploi d'antibiotiques dans les cas de pharyngite réduit la durée de la maladie d'une journée, le risque de rhumatisme articulaire de 70% et l'incidence d'otite moyenne aiguë associée de 75%. Par contre, «à cause du faible taux de complications et de la courte durée de la maladie dans les pays occidentaux, les auteurs concluent que les bénéfices absolus de l'antibiothérapie à réduire les symptômes et à prévenir les complications sont modestes» (preuves de niveau 2a, en tenant compte des éléments ci-dessous)

- a. **On devrait tenir compte que la majorité des données sur la pharyngite aiguë à streptocoque du groupe A proviennent d'études réalisées chez des adultes.** Donc, ces preuves sont plus faibles que dans le groupe pour lequel les antibiotiques ont un effet plus marqué — c'est-à-dire, les enfants avec une pharyngite à streptocoque du groupe A confirmée ³³.
- b. De plus, la plupart des études randomisées ont été réalisées dans les années 50; même si elles ont été faites dans les règles de l'art de l'époque, elles ne peuvent plus se comparer aux standard actuels. Parmi les 25 études incluses dans la revue, uniquement 17 avaient été faites à l'aveugle ¹¹.

26. L'antibiothérapie est vraiment indiquée dans les seuls cas de pharyngite à streptocoque du groupe A. À l'exception du *N. gonorrhœæ* et du *C. diphtheria*, les antibiotiques n'offrent aucun avantage prouvé dans les autres formes de pharyngite ¹⁵.

Les limites

L'antibiorésistance

27. Une des importantes limites à l'emploi des antibiotiques est l'apparition de plus en plus marquée de la résistance aux antibiotiques. Les

habitudes de prescription, en particulier, des antibiotiques à large spectre, est une des causes (mais pas la seule) de l'antibiorésistance ^{12,34}.

28. Les preuves ont démontré que l'emploi antérieur d'antibiotiques augmente le risque de développer une infection résistante aux antibiotiques. De plus, les souches résistantes peuvent être transmises à d'autres personnes (p.ex. les enfants d'un service de garde) ³⁵.

29. Heureusement, une souche streptocoque du groupe A résistante à la pénicilline n'a pas encore été isolée jusqu'à date dans un contexte clinique ²². Par contre, la résistance aux macrolides (l'érythromycine, la clarithromycine et l'azithromycine) augmente de façon constante ^{22,36,37}.

Les effets secondaires

30. Les antibiotiques représentent la plus forte proportion d'effets secondaires associés à un médicament. Le risque de développer une réaction allergique à la pénicilline varie de 0,7 à 4% ²⁵. Les autres effets secondaires incluent la diarrhée, le rash, le muguet, en plus des maladies sériques et de récurrences immédiates de la pharyngite à streptocoque du groupe A ^{12, 35}.

L'échec du traitement

31. L'échec au traitement peut survenir avec tous les antibiotiques. On l'attribue surtout à certains facteurs, par exemple, une faible fidélité au traitement, une dose inadéquate, une nouvelle exposition à l'agent pathogène et la résistance aux antibiotiques. Dans les cas de faible fidélité au traitement, on peut offrir au patient un schéma thérapeutique différent (p.ex., bid) ou une autre voie d'administration (p.ex., pénicilline IM) ⁹.

Les porteurs asymptomatiques

32. Des échecs au traitement répétés devraient augmenter la suspicion d'un porteur asymptomatique de streptocoque du groupe A dans la famille ⁹.

33. Une culture de gorge après traitement qui donne un résultat positif indique un porteur asymptomatique chronique ⁹. Les porteurs ont des streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A présents dans leur gorge sans que leur organisme n'ait de réaction immunologique à cette bactérie ¹⁶.

34. Il est parfois difficile de différencier les porteurs asymptomatiques qui ont de temps en temps une pharyngite d'origine virale de ceux qui ont réellement une pharyngite aiguë à streptocoque du groupe A ¹⁵.

- a. Il faut être prudent avec les patients qui ont eu de multiples épisodes de pharyngite à streptocoque du groupe A «confirmés» durant une période de quelques mois et même de plusieurs années. Ils sont probablement des porteurs de streptocoque du groupe A qui ont des infections d'origine virale concomitantes.
- b. La faible réponse thérapeutique à l'antibiothérapie et la présence de streptocoques du groupe A dans les cultures réalisées durant les intervalles asymptomatiques peuvent permettre d'identifier les porteurs chroniques ¹⁶.
- c. Des facteurs comme l'âge du patient, la saison de l'année et la présence de l'influenza ou de maladies entérovirales dans la communauté peuvent aider à poser le diagnostic ¹⁶.
- d. L'identification du sérotype des souches de streptocoque du patient peuvent aussi aider à faire un diagnostic différentiel mais ce genre de test est, en général, disponible uniquement dans des laboratoires spécialisés ¹⁶.
35. Les porteurs asymptomatiques sont à faible risque de complications purulentes ou autres, et ont peu de chances de contaminer leur entourage ¹⁶. En général, ces patients ne sont pas traités à moins d'un échec de traitement d'une personne de leur entourage ⁹.
- Si on doit éradiquer les bactéries chez le porteur, pour une raison ou une autre, on recommande la rifampicine plus soit, la clindamycine ou soit, la pénicilline ³⁸.
- Quand et quoi prescrire**
36. En dépit des très nombreuses recherches, il subsiste toujours un débat considérable en matière de prise en charge de la pharyngite à streptocoque du groupe A ³⁹.
- a. Certains des plus récents articles parus à l'extérieur de l'Amérique du Nord accordent moins d'emphase au diagnostic et au traitement ^{11,33,40} en faisant remarquer que les antibiotiques peuvent raccourcir la durée de la maladie mais seulement d'un jour ou deux et seulement s'ils sont prescrits tôt après l'apparition des symptômes ²².
- b. Une récente analyse coût/efficacité ²⁵ a comparé les effets de cinq stratégies différentes de diagnostic et de traitement de la pharyngite chez les adultes par rapport à quatre résultats ultimes: le rhumatisme articulaire aigu, l'abcès périamygdalien, la durée des symptômes et les réactions allergiques aux antibiotiques. L'étude a révélé que l'approche «*sans test ni traitement*» était aussi efficace que toutes les autres approches. Dans les régions où le rhumatisme articulaire aigu est rare c'est, dans les faits, la stratégie la plus efficace chez les *adultes* même si un essai comparatif prospectif serait nécessaire pour le confirmer.
37. En Amérique du Nord, nous continuons à mettre l'accent sur l'importance de diagnostiquer précisément le streptocoque du groupe A et de le traiter de façon appropriée.
- a. Certaines lignes directrices récentes mentionnent que l'emploi d'un simple outil clinique de prédiction validé est suffisant pour diagnostiquer et traiter ^{8,29,37}.
- b. Le système de pointage du mal de gorge de McIsaac qu'on cite souvent comme «le meilleur outil clinique de décision» ²⁹ réduit vraiment le nombre des prescriptions «d'antibiotiques inutiles». De plus, même si un pointage de 4 ou 5 avec cet outil a une valeur prédictive positive de 51% ²³ (ce qui signifie que près de la moitié des patients traités de façon «*empirique*» n'ont pas de pharyngite à streptocoque du groupe A et reçoivent donc des antibiotiques inutilement); en réalité, ce pointage n'est atteint que chez 5 à 7% de tous les patients qui se présentent pour des maux de gorge.
- c. D'un autre côté, l'analyse coût/efficacité mentionnée un peu plus haut ²⁵ a révélé que le *traitement empirique* est la stratégie clinique la *moins* efficace. Même si toutes les autres stratégies étaient tout aussi efficaces l'une que l'autre, les auteurs ont évalué que celle du *diagnostic à l'aide de la culture de gorge* était la *plus efficace* d'un point de vue coût/efficacité.
- d. Une analyse coût/efficacité *chez les enfants* a examiné cinq choix possibles (résultat ultime: prévention du rhumatisme articulaire aigu) et a montré que le traitement fondé sur un «test rapide» est la stratégie la plus efficace d'un point de vue coût/efficacité ³⁸.
38. Il semble donc raisonnable (en particulier, chez les adultes) de confirmer la présence de streptocoque du groupe A par un test antigénique rapide ou une culture *avant* de prescrire des antibiotiques. Lorsque le test antigénique ou la culture confirme la présence de streptocoque du groupe A, l'antibiothérapie appropriée est justifiée, en particulier, chez les enfants ²⁴.
39. Le traitement empirique, en attendant ou à la place de la confirmation de la présence de streptocoque du groupe A par un test peut être justifié dans les situations suivantes:
- difficulté à assurer le suivi du patient ²⁴
 - accès limité aux analyses de laboratoire ³⁴
 - délai de plus de 72 heures avant d'obtenir les résultats de culture ²⁴.

Tableau 2. Choix d'antibiotique: posologie et durée du traitement ²⁴

Choix d'antibiotique	Pénicilline V	300 mg PO tid/qid pendant 10 jours ou 600 mg PO bid pendant 10 jours†
Autre choix acceptable chez les enfants	Amoxicilline	40 mg/kg/jour divisé en tid pendant 6 à 10 jours, maximum 250 mg tid‡
Autre choix recommandé chez les patients allergiques à la pénicilline	Érythromycine	30 à 40 mg/kg/jour divisé en bid/tid pendant 7 à 10 jours, maximum 2 g/jour

† La diminution de la durée du traitement à la pénicilline pour la faire passer de 10 à 7 jours a été associée à de moins bons taux de guérison du streptocoque du groupe A. Toutefois, la fidélité au traitement de 10 jours pose un problème, en particulier, dans les posologies tid/qid, ce qui favorise la posologie de 600 mg bid (voir la liste ci-dessus) ⁴¹. Une étude qui comparait la durée de traitement de 7 jours par rapport à celle de 3 à 5 jours a révélé que l'efficacité du traitement de 7 jours est supérieure et devrait être la durée *minimale* du traitement — tout en notant qu'un traitement de 10 jours pourrait être justifié chez certains groupes de patients (p.ex. les enfants à risque de rhumatisme articulaire aigu) ⁴² (preuves de niveau 1a-1b).

‡ Plusieurs études (comparatives randomisées et de cohortes) ont démontré une efficacité et une sécurité comparables du traitement à l'amoxicilline pendant 6 jours par rapport au traitement de 10 jours dans les cas de streptocoque du groupe A ⁴³⁻⁴⁵ (preuves de niveau 1b).

40. On devrait cesser les antibiotiques si les résultats de la culture se révèlent négatifs ²⁴. De plus, on devrait encourager les patients à retourner la portion non utilisée de leurs antibiotiques à leur pharmacie pour destruction ⁴⁶. Les préoccupations justifiant leur destruction sont: l'emploi inapproprié des antibiotiques restants et la sécurité des autres personnes.

41. La suspension de pénicilline V a un goût désagréable pour bien des enfants, ce qui favorise l'emploi de la suspension d'amoxicilline ¹⁶. De plus on peut donner l'amoxicilline peu importe l'ingestion d'aliments alors que la prise de pénicilline doit se faire lorsque l'estomac est vide ⁴⁶. L'amoxicilline a moins de chances de causer de la diarrhée.

Les autres traitements d'appoint

42. Selon les données d'une méta-analyse, d'autres traitements, par exemple, les AINS, l'acétaminophène et les corticostéroïdes sont efficaces à court terme et peuvent être tout aussi efficaces sinon plus que les antibiotiques pour soulager les symptômes de pharyngite ⁴⁷.

43. Les autres choix incluent:

- Le gargarisme de chlorhydrate de benzydamine (p.ex., Tantum Oral Rinse®) — peut soulager le mal de gorge. Une étude à l'aveugle a démontré une diminution de 42% du pointage moyen de la douleur sur trois jours ⁴⁸.
- La tisane médicinale [Throat Coat® Citron et Échinacée] — qui selon une petite étude comparative randomisée multicentrique permet le soulagement rapide et temporaire du mal de gorge dans les cas de pharyngite ⁴⁹. (Cette tisane contient des extraits secs de racine de réglisse, d'écorce de cerisier sauvage, de fruits de fenouil, d'écorce de cannelle, d'écorce d'orange, d'écorce d'orme rouge et de racine de guimauve - *Althæa officinalis*).
- Les corticostéroïdes — les corticostéroïdes IM (dexaméthasone) sont plus efficaces que le placebo IM pour soulager la douleur de la pharyngite ⁵⁰. Les corticostéroïdes oraux offrent le même soulagement de la douleur dans les cas de pharyngite aiguë exsudative ⁵¹.

Les choix chirurgicaux

44. L'amygdalectomie est une chirurgie controversée et les opinions varient beaucoup au sujet des indications, des risques relatifs et des bénéfices de cette chirurgie ⁵². Une étude réalisée en 2002 a conclu que les bénéfices modestes obtenus par l'amygdalectomie ou l'adéno-amygdalectomie chez les enfants qui sont modérément affectés par des infections récurrentes à la gorge ne semblent pas justifier par rapport aux risques, à la morbidité et aux coûts de la chirurgie. Il peut subsister quelques bénéfices à l'amygdalectomie chez les enfants qui sont affectés, de façon sévère, par des infections à répétitions de la gorge ⁵³ (preuves de niveau 2b).

Remarque: Ce module n'a pas été élaboré pour revoir en détail la chirurgie.

L'ÉDUCATION DU PATIENT

45. On a très bien documenté le fait que les prescriptions inappropriées d'antibiotiques étaient souvent le résultat de la pression parentale perçue par les médecins ^{54,55}. Un sondage réalisé en 1997 auprès des médecins de famille canadiens a rapporté que 81% des médecins ressentaient une

pression de la part des parents/patients pour obtenir une prescription d'antibiotiques lors d'infections des voies respiratoires⁵⁶. Par contre, une enquête canadienne plus récente a révélé que la perception des médecins face aux attentes parentales était erronée et que la plupart des parents ne s'attendent pas à une prescription d'antibiotiques³⁵.

46. La satisfaction du patient par rapport au traitement du mal de gorge semble plus liée à «la reconnaissance de leurs inquiétudes» par le médecin ou à une explication adéquate des raisons pour ne pas prescrire d'antibiotiques qu'à l'obtention d'une prescription comme telle³⁵.

47. En plus de mieux expliquer aux patients/parents pourquoi on choisit une stratégie de prise en charge particulière — par exemple, pourquoi on ne prescrit pas d'antibiotiques — on pourrait utiliser le feuillet d'information destiné aux patients, **Le mal de gorge**, à la fin de ce module. L'éducation des parents en matière des risques potentiels chez leurs enfants s'ils sont traités de façon inappropriée peut être valable:

- Les enfants traités inutilement ont un risque plus élevé d'être porteurs de souches bactériennes résistantes, par exemple, le *Streptococcus pneumoniae*.⁵⁷ Ces enfants peuvent, à leur tour, transmettre des souches résistantes aux autres enfants⁵⁸.

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Utiliser le pointage du mal de gorge (voir l'annexe 1) pour guider votre prise en charge — en particulier, pour identifier les patients qui n'exigent pas de tests plus poussés ni d'antibiotiques.
- L'examen diagnostique de référence est le prélèvement de gorge pour culture même si les nouveaux tests antigéniques rapides constituent une alternative acceptable dans certaines situations.
- Lorsque l'antibiothérapie est justifiée, le traitement de première ligne est soit, la pénicilline ou soit, l'amoxicilline.
- Ne pas assumer que les patients/parents s'attendent à une antibiothérapie et prendre le temps de leur expliquer votre choix de traitement.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Maya, 5 ans

Première partie

Quelles investigations demanderiez-vous?

Même si certains symptômes de Maya suggèrent une pharyngite à streptocoque du groupe A, elle présente aussi certains signes cliniques caractéristiques d'une infection virale. Il peut être très difficile de faire une distinction clinique entre ces deux possibilités (voir la section Renseignements généraux, point 10). L'emploi d'une échelle du mal de gorge (voir l'annexe 1) peut aider à préciser votre prise en charge.

Selon cette échelle, Maya obtient un pointage de 3 qui correspond à environ 30% de chances d'infection au streptocoque du groupe A. Pour le moment, il serait raisonnable de faire un prélèvement de gorge pour culture pour déterminer la présence ou non de streptocoque du groupe A. Vous pourriez aussi envisager une test antigénique rapide (si disponible) parce qu'il offre une meilleure spécificité et des résultats plus rapides (voir la section Renseignements généraux, point 21). Par contre, dans le cas d'un enfant, si le test antigénique rapide donne des résultats négatifs, on devrait faire quand même une culture (voir la section Renseignements généraux, point 12b et l'annexe 1).

Prescrieriez-vous une antibiothérapie dès maintenant? Et si oui, laquelle?

Puisque Maya n'est pas toxique, il serait approprié d'attendre les résultats de la culture. Vous pourriez expliquer à sa mère que les chances d'une infection au streptocoque du groupe A sont d'environ 30%; les chances de donner un traitement d'antibiotiques inutile sont donc assez élevées (voir la section Renseignements généraux, points 27 et 47). Le feuillet d'information destiné aux patients, *Le mal de gorge*, fournit des renseignements sur les autres façons de soulager les symptômes.

Si Maya était plus malade, (p.ex. fièvre et/ou amygdalite avec exsudat qui lui donneraient un pointage \$ «4»), il pourrait être raisonnable de commencer l'antibiothérapie en attendant les résultats de la culture — puisqu'elle s'est présentée au tout début de sa maladie.

Le traitement de première ligne recommandé est la pénicilline V: 300 mg en administration orale tid/qid ou 600 mg en administration orale bid pendant 10 jours (voir le tableau 2). Toutefois, à cause de l'âge de Maya, une suspension d'amoxicilline serait préférable (voir la

section Renseignements généraux, point 41). Si vous décidez de traiter et que les résultats de la culture sont négatifs, on recommande de cesser les antibiotiques (voir la section Renseignements généraux, point 40).

Deuxième partie

Que feriez-vous maintenant?

La mère de Maya ne s'attend pas nécessairement à une prescription d'antibiotiques (voir la section Renseignements généraux, points 45 et 46).

Vérifiez si elle utilise des analgésiques (par exemple, des doses suffisantes d'ibuprofène ou d'acétaminophène) pour soulager le mal de gorge de Maya (voir la section Renseignements généraux, point 42). On peut envisager les autres choix possibles si la douleur est sévère (voir la section Renseignements généraux, point 43).

Si vous aviez prescrit des antibiotiques à sa première visite, Maya devrait cesser de les prendre; la mère de Maya pourrait avoir besoin de conseils pour savoir comment détruire les antibiotiques non utilisés (voir la section Renseignements généraux, point 40).

Cas numéro 2: Noah Sag, 30 ans

Quelle serait votre approche clinique?

Noah présente plusieurs symptômes compatibles avec une pharyngite à streptocoque du groupe A. Son pointage à l'échelle du mal de gorge (voir l'annexe 1) serait égal à 4. Dans le cas de Noah, vous pourriez aussi vouloir explorer la possibilité de mononucléose (voir la section Renseignements généraux, 10).

La plupart des médecins trouvent plus difficile d'avoir une approche d'attente vigilante avec un patient qu'il affectionne. Toutefois, en particulier chez les adultes, la première étape consisterait en un prélèvement de gorge pour culture (voir l'annexe 1). Noah a grosso modo 50% de chances d'avoir une infection à streptocoque du groupe A.

En attendant les résultats de culture, on pourrait inclure les autres choix de traitement comme les AINS ou tout autre médicament analgésique/antipyrétique (voir la section Renseignements généraux, point 42). Lors de la phase aiguë, vous pourriez aussi recommander le repos, la prise de liquides, les gargarismes avec de l'eau chaude salée ou de la benzydamine (voir la section Renseignements généraux, point 43, et le feuillet destiné aux patients).

Cas numéro 3: Marc S., 6 ans

Comment prendriez-vous en charge ce patient?

Cette histoire de cas représente un défi de taille. Compte tenu de la saison (l'été) et de la faible réponse thérapeutique aux antibiotiques pris récemment, Marc est peut-être un porteur chronique de streptocoque du groupe A avec des infections virales récurrentes — au lieu d'épisodes répétés de pharyngite à streptocoque du groupe A (voir la section Renseignements généraux, point 34). Un résultat positif obtenu avec une culture prélevée lors d'une période asymptomatique pourrait aider à confirmer ce diagnostic (voir la section Renseignements généraux, points 33 et 34a). Il pourrait être nécessaire de faire des prélèvements de gorge chez les autres membres de la famille vivant dans la même maison (voir la section Renseignements généraux, point 19), en particulier, si on a confirmé que Marc est un porteur chronique de streptocoque du groupe A.

Habituellement, il n'est pas nécessaire d'éradiquer la souche bactérienne chez le porteur chronique à moins que Marc infecte, à répétitions, les autres membres de sa famille (voir la section Renseignements généraux, point 35). Par contre, il serait important d'éviter de multiplier les traitements d'antibiotiques lorsque Marc a mal à la gorge et qu'on a déjà déterminé qu'il est porteur chronique de streptocoques.

Si ce patient avait 18 ans ou plus, envisageriez-vous une fluoroquinolone pour traiter cette pharyngite streptococcique?

On utilise de plus en plus les fluoroquinolones pour traiter les infections récurrentes de la gorge au streptocoque. Cette situation va, sans doute, mener à une antibiorésistance des bactéries à une classe très importante et très utile d'antibiotiques. Vérifier les autres raisons, en particulier, l'échec à prendre un traitement complet ou une posologie insuffisante avant de prescrire un antibiotique de seconde ligne (voir le tableau 2).

© La Fondation pour l'éducation médicale continue,
Volume 12(4):1-16, mars 2004 <www.fmpe.org>

Auteurs: D^r R. J. Henneberry, Bsc, CCFP
*Family /Emergency Physician
Halifax, Nova Scotia*

D^r R. Russek, CCFP
*Médecin de famille
Cambridge, Ontario*

Réviseurs: D^r W. J. McIsaac, MSc, CCFP
*Médecin de famille
Toronto, Ontario*

D^r S. A. Halperin, FRCPC
*Infectious Diseases (Pediatrics)
Halifax, Nova Scotia*

D^r R. A. Pennie, FRCPC
*Infectious Diseases (Pediatrics)
Brantford, Ontario*

**Rédactrice
médicale
en chef:**

D^{re} J. G. Wakefield, MD, CCFP
*Médecin de famille
Hamilton, Ontario*

**Rédactrice
médicale:**

L. Cranston, Hons BA
Hamilton, Ontario

Recherche: W. Leadbetter, RN, BScN
Hamilton, Ontario

Traduction: Biograph

L'équipe de rédaction de la Fondation pour l'éducation médicale continue tient à remercier les groupes-pilotes PGBP facilités par les D^r Tom Miller (SIV-Quincy, IL) et D^r James Crummey (Toronto, ON) qui ont testé ce module.

Visiter notre site Web: www.fmpe.org

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient. Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ni d'aucun dommage qui pourrait découler de cet usage.

Références bibliographiques

1. Attia MW, Zaoutis T, Klein JD, Meier FA. Performance of a predictive model for streptococcal pharyngitis in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(6):687-691. PM:11386959
2. Freid VM, Makuc DM, Rooks RN. Ambulatory Health Care Visits by Children: Principal Diagnosis and Place of Visit: Vital and Health Statistics. 137. 1998. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics. Series 13.
3. Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. *JAMA* 1998; 279(11):875-877. PM:9516004
4. Schappert SM. National Ambulatory Medical Care Survey: 1992 Summary. Advance Data from Vital and Health Statistics No. 253. 1994. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics.
5. Poses RM, Cebul RD, Collins M, Fager SS. The accuracy of experienced physicians' probability estimates for patients with sore throats. Implications for decision making. *JAMA* 1985; 254(7):925-929. PM:3894705
6. Komaroff AL, Pass TM, Aronson MD, Ervin CT, Cretin S, Winickoff RN et al. The prediction of streptococcal pharyngitis in adults. *J Gen Intern Med* 1986; 1(1):1-7. PM:3534166
7. Mclsaac WJ, Goel V, Slaughter PM, Parsons GW, Woolnough KV, Weir PT et al. Reconsidering sore throats. Part 2: Alternative approach and practical office tool. *Can Fam Physician* 1997; 43:495-500. PM:9116521
8. Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *JAMA* 2000; 284(22):2912-2918. PM:11147989
9. Hayes CS, Williamson H, Jr. Management of Group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. *Am Fam Physician* 2001; 63(8):1557-1564. PM:11327431
10. Massell BF, Chute CG, Walker AM, Kurland GS. Penicillin and the marked decrease in morbidity and mortality from rheumatic fever in the United States. *N Engl J Med* 1988; 318(5):280-286. PM:3336421
11. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford, Update Software.
12. Mclsaac WJ, Goel V, Slaughter PM, Parsons GW, Woolnough KV, Weir PT et al. Reconsidering sore throats. Part I: Problems with current clinical practice. *Can Fam Physician* 1997; 43:485-493. PM:9116520
13. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Jr., Kaplan EL, Schwartz RH. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2002; 35(2):113-125. PM:12087516
14. Health Central. Post-streptococcal GN. Health Central. Accessed Nov 2003. www.healthcentral.com/mhc/top/000503.cfm
15. Bisno AL. Acute pharyngitis. *N Engl J Med* 2001; 344(3):205-211. PM:11172144
16. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Jr., Kaplan EL, Schwartz RH. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: a practice guideline. Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 1997; 25(3):574-583. PM:9314443
17. Schooley R.T. EBV. In: Mandell DB, editor. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, 5th edn. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000:1599-1613.
18. McMillan JA, Weiner LB, Higgins AM, Lamparella VJ. Pharyngitis associated with herpes simplex virus in college students. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12(4):280-284. PM:8387178
19. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, Peter G, Shulman S. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the American Heart Association. *Pediatrics* 1995; 96(4 Pt 1):758-764. PM:7567345
20. Committee on Infectious Diseases. Group A Streptococcal Infection. In: Pickering LK, editor. *2000 Red Book*, 25th edn. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2001:526-536.
21. Mclsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 1998; 158(1):75-83. PM:9475915

22. Bisno AL. Diagnosing strep throat in the adult patient: do clinical criteria really suffice? *Ann Intern Med* 2003; 139(2):150-151. PM:12859165
23. McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ* 2000; 163(7):811-815. PM:11033707
24. British Columbia Medical Association. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis - a practice guideline. BCMA Guidelines and Protocols Advisory Committee, editor. 2003.
25. Neuner JM, Hamel MB, Phillips RS, Bona K, Aronson MD. Diagnosis and management of adults with pharyngitis. A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2003; 139(2):113-122. PM:12859161
26. Gerber MA. Treatment failures and carriers: perception or problems? *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13(6):576-579. PM:8078758
27. Gerber MA, Tanz RR, Kabat W, Dennis E, Bell GL, Kaplan EL et al. Optical immunoassay test for group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. An office-based, multicenter investigation. *JAMA* 1997; 277(11):899-903. PM:9062328
28. Sheeler RD, Houston MS, Radke S, Dale JC, Adamson SC. Accuracy of rapid strep testing in patients who have had recent streptococcal pharyngitis. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15(4):261-265. PM:12150457
29. Ebell MH. Strep throat. *Am Fam Physician* 2003; 68(5):937-938. PM:13678144
30. Abbott Diagnostics. RADT. Personal Communication. Nov 2003.
31. Tsevat J, Kotagal UR. Management of sore throats in children: a cost-effectiveness analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153(7):681-688. PM:10401800
32. Kuhn S, Davies HD, Katzko G, Jadavji T, Church DL. Evaluation of the Strep A OIA assay versus culture methods: ability to detect different quantities of group A Streptococcus. *Diagn Microbiol Infect Dis* 1999; 34(4):275-280. PM:10459477
33. Danchin MH, Curtis N, Nolan TM, Carapetis JR. Treatment of sore throat in light of the Cochrane verdict: is the jury still out? *Med J Aust* 2002; 177(9):512-515. PM:12405896
34. Gums JG. Redefining appropriate use of antibiotics. *Am Fam Physician* 2004;69(1):35,39-40. PM:14727818
35. Paluck E, Katzenstein D, Frankish CJ, Herbert CP, Milner R, Speert D et al. Prescribing practices and attitudes toward giving children antibiotics. *Can Fam Physician* 2001; 47:521-527. PM:11281085
36. McGeer A. Does prior antibiotic therapy mean we should change prescribing? Toronto Invasive Bacterial Diseases Network. 2002. Vol. 3 (Issue 1) Accessed Nov 2003. <http://microbiology.mtsinai.on.ca/research/tibdnews/tibdndec02-3-1.pdf>
37. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hickner JM et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. *Ann Intern Med* 2001; 134(6):509-517. PM:11255530
38. Ehrlich JE, Demopoulos BP, Daniel KR, Jr., Ricarte MC, Glied S. Cost-effectiveness of treatment options for prevention of rheumatic heart disease from Group A streptococcal pharyngitis in a pediatric population. *Prev Med* 2002; 35(3):250-257. PM:12202067
39. Martel L. Sore throats, why the dilemma? *BMJ* 2003; 326(7392):766. PM:12676859
40. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. A national clinical guideline. 1999. www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/index.html. Accessed Feb 2004.
41. Lan AJ, Colford JM, Colford JM, Jr. The impact of dosing frequency on the efficacy of 10-day penicillin or amoxicillin therapy for streptococcal tonsillopharyngitis: A meta-analysis. *Pediatrics* 2000; 105(2):E19. PM:10654979
42. Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Gubbels JW, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000; 320(7228):150-154. PM:10634735
43. Cohen R, Levy C, Doit C, De La RF, Boucherat M, Fitoussi F et al. Six-day amoxicillin vs. ten-day penicillin V therapy for group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15(8):678-682. PM:8858671
44. Curtin-Wirt C, Casey JR, Murray PC, Cleary CT, Hoeger WJ, Marsocci SM et al. Efficacy of penicillin vs. amoxicillin in children

- with group A beta hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis. *Clin Pediatr (Phila)* 2003; 42(3):219-225. PM:12739920
45. Peyramond D, Portier H, Geslin P, Cohen R. 6-day amoxicillin versus 10-day penicillin V for group A beta-haemolytic streptococcal acute tonsillitis in adults: a French multicentre, open-label, randomized study. The French Study Group Clamorange. *Scand J Infect Dis* 1996; 28(5):497-501. PM:8953681
 46. Drug Information Centre & Complex Continuing Care HHSC. Disposal of antibiotics. Personal Communication. October 2003.
 47. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract* 2000; 50(459):817-820. PM:11127175
 48. Whiteside MW. A controlled study of benzydamine oral rinse ("Difflam") in general practice. *Curr Med Res Opin* 1982; 8(3):188-190. PM:7128190
 49. Brinckmann J, Sigwart H, Van Houten TL. Safety and efficacy of a traditional herbal medicine (throat coat®) in symptomatic temporary relief of pain in patients with acute pharyngitis: a multicenter, prospective, randomized double-blinded, placebo-controlled study. *J Altern Complement Med* 2003; 9(2):285-298. PMID: 12804082
 50. Marvez-Valls EG, Ernst AA, Gray J, Johnson WD. The role of betamethasone in the treatment of acute exudative pharyngitis. *Acad Emerg Med* 1998; 5(6):567-572. PM:9660281
 51. Marvez-Valls EG, Stuckey A, Ernst AA. A randomized clinical trial of oral versus intramuscular delivery of steroids in acute exudative pharyngitis. *Acad Emerg Med* 2002; 9(1):9-14. PM:11772663
 52. Burton MJ, Towler B. Tonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
 53. Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK, Bernard BS, Rockette HE, Kurs-Lasky M. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children. *Pediatrics* 2002; 110(1 Pt 1):7-15. PM:12093941
 54. Bauchner H, Pelton SI, Klein JO. Parents, physicians, and antibiotic use. *Pediatrics* 1999; 103(2):395-401. PM:9925831
 55. Barden LS, Dowell SF, Schwartz B, Lackey C. Current attitudes regarding use of antimicrobial agents: results from physician's and parents' focus group discussions. *Clin Pediatr (Phila)* 1998; 37(11):665-671. PM:9825210
 56. McIsaac WJ, Goel V. Sore throat management practices of Canadian family physicians. *Fam Pract* 1997; 14(1):34-39. PM:9061342
 57. Hofmann J, Cetron MS, Farley MM, Baughman WS, Facklam RR, Elliott JA et al. The prevalence of drug-resistant *Streptococcus pneumoniae* in Atlanta. *N Engl J Med* 1995; 333(8):481-486. PM:7623880
 58. Rauch AM, O'Ryan M, Van R, Pickering LK. Invasive disease due to multiply resistant *Streptococcus pneumoniae* in a Houston, Tex, day-care center. *Am J Dis Child* 1990; 144(8):923-927. PM:2378341

Annexe 1

Outil clinique pour établir la prise en charge de la pharyngite

Étape 1

Déterminer le pointage total du mal de gorge en accordant le nombre de points associés aux critères suivants:

Critère	Point
Température >38°C	1
Absence de toux	1
Adénopathies cervicales antérieures douloureuses	1
Oedème ou exsudat des amygdales	1
Âge: 3 à 14 ans	1
Âge: 15 à 44 ans	0
Âge ≥45 ans	-1

Pointage total: _____

Étape 2

Choisir la prise en charge appropriée en fonction du pointage total du mal de gorge:

Pointage total	Probabilités d'infection au streptocoque du groupe A dans une communauté avec un niveau habituel d'infection	Prise en charge suggérée
1	2 à 3 % 4 à 6 %	Pas de culture ni d'antibiothérapie requises
2	10 à 12 %	Test antigénique rapide */culture si on envisage un traitement. Traiter uniquement les cas avec résultats positifs.
3	27 à 28 %	Test antigénique rapide */culture chez tous les patients. Traiter uniquement les cas avec des résultats positifs.
≥4	38 à 63 %	Test antigénique rapide*/culture. Envisager un traitement empirique avec une pénicilline en se fondant sur l'impression clinique †

* Chez les enfants, si le test antigénique rapide est négatif, faire un culture.

† Si le patient a une fièvre élevée, ne va pas bien d'un point de vue clinique, et consulte tôt au début de la maladie.

Adapté de:

- McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 1998;158(1):75-83.
- Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *JAMA* 2000; 284(22):2912-2918.
- Ebell MH. Strep throat. *Am Fam Physician* 2003; 68(5):937-938.



Le mal de gorge

Quelle est la cause du mal de gorge?

Le mal de gorge (votre médecin peut l'appeler pharyngite) peut être causé par plusieurs choses:

- un virus (comme celui qui cause le rhume)
- une bactérie (comme celle qui cause une infection de la gorge à strep, voir ci-dessous)
- du mucus qui s'écoule de vos sinus vers la gorge
- une irritation causée par la fumée de cigarette, la pollution de l'air ou l'alcool
- la fièvre des foins ou d'autres allergies

Comment puis-je savoir ce qui cause mon mal de gorge?

La plupart des maux de gorge sont causés par des virus. Parfois, il est difficile de déterminer si le mal de gorge est causé par autre chose puisque les symptômes sont similaires. Souvent, votre médecin ne peut en déterminer la cause lors de l'examen.

Parfois, des tests de laboratoire sont nécessaires pour s'assurer que le mal de gorge n'est pas causé par une bactérie appelée *Streptococcus* ou plus simplement «Strep». Dans ce cas, le médecin fera un prélèvement de gorge. Si ce prélèvement est envoyé à un laboratoire pour une culture, les résultats seront disponibles dans un jour ou deux — mais ils sont très précis. Dans certains cas, on fait un test différent avec le prélèvement (un test rapide au streptocoque); les résultats sont alors disponibles plus rapidement.

Quel est le traitement du mal de gorge?

La plupart des maux de gorge sont causés par des virus et votre système immunitaire se débarrassera de l'infection. Les antibiotiques ne fonctionnent **PAS** avec les virus et peuvent même être dommageables s'ils sont employés inutilement.

Si votre mal de gorge est causé par la bactérie du *Streptococcus*, votre médecin vous prescrira probablement un antibiotique, par exemple, la pénicilline. Il est très important de prendre TOUT le traitement parce qu'en de *très rares* occasions, le streptocoque peut causer des maladies sérieuses (p.ex. le rhumatisme articulaire). En prenant votre prescription d'antibiotiques au complet, vous pouvez éviter la plupart des complications sérieuses et aider à prévenir une nouvelle infection par cette bactérie.

Comment soulager les symptômes du mal de gorge?

Plusieurs choses peuvent aider à soulager le mal de gorge jusqu'à ce que l'infection disparaisse:

- Prendre un analgésique, par exemple, de l'acétaminophène (Tylenol®) ou de l'ibuprofène (Advil®). Les enfants **ne devraient pas prendre** d'aspirine/AAS.
- Se gargariser avec de l'eau salée tiède (une cuillère à thé de sel dans un grand verre d'eau).
- Manger des «Popsicles», sucer des pastilles contre le mal de gorge ou des bonbons faibles en sucre.
- Boire beaucoup de liquides froids et manger des aliments mous.
- Installer un humidificateur.

Adapté de:

Les maux de gorge - Pour soulager le mal de gorge. Élaboré par le Collège des médecins de famille du Canada www.cfpc.ca/programs/education/pated/Sore_throat.asp

Strep Throat. American Academy of Family Physicians www.familydoctor.org/x2232.xml

Feuille d'information destiné aux patients
Vous pouvez faire des copies



© La Fondation pour l'éducation médicale continue
Hamilton, Ontario Canada www.fmpe.org

