

# De l'angine simple à l'abcès périamygdalien

Dr SINAN GHAVAMI<sup>a</sup>, Dre EDWIGE GOMBERT<sup>a</sup>, Dre CÉCILE DE SANDRE<sup>a</sup> et Dr KARMA LAMBERCY<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2021; 17: 1690-3

L'amygdalite aiguë représente un motif de consultation fréquent. Elle est caractérisée par une infection amygdalienne uni ou bilatérale de résolution spontanée dans la majorité des cas. Dans certaines situations, celle-ci se complique d'un phlegmon ou d'un abcès périamygdalien caractérisés par respectivement une réaction inflammatoire ou du pus dans l'espace périamygdalien. Les signes d'alerte sont une odynodysphagie sévère latéralisée, une tuméfaction ipsilatérale du voile du palais, un trismus (rare chez l'enfant) et une modification de la voix. L'examen complémentaire comprend une ponction de la tuméfaction du voile à la recherche de pus. En cas d'abcès avéré, un drainage chirurgical en urgence par amygdalectomie à chaud ou incision sous anesthésie locale est préconisé en plus d'une antibiothérapie adéquate.

## From tonsillitis to peritonsillar abscess

Acute tonsillitis is a common disease. The tonsillar infection can be uni- or bilateral with a high rate of spontaneous recovery. In some cases, a peritonsillar cellulitis or abscess can occur, characterized by an inflammatory reaction of the peritonsillar space. The red flags consist of a gradually worsening odynodysphagia, an ipsilateral swelling of the soft palate, a trismus (infrequent in children) and in some cases a change of voice («hot potato voice»). A needle puncture of the swollen soft palate is then required. If pus is found, a surgical drainage by either hot tonsillectomy or incision under local anesthesia with an appropriate antibiotic therapy must be carried out.

## INTRODUCTION

La symptomatologie angineuse représente une proportion importante des consultations de médecine générale. Elle correspond environ à 2% des consultations ambulatoires.<sup>1</sup> Elle se caractérise dans la plupart des cas par une amygdalite simple avec résolution spontanée des symptômes. Une antibiothérapie per os peut être prescrite si une infection bactérienne est avérée. Dans certains cas, et ce, même sous antibiotique, l'angine peut se compliquer en un phlegmon puis un abcès périamygdalien nécessitant une prise en charge chirurgicale en urgence.

<sup>a</sup> Service d'otorhinolaryngologie et chirurgie maxillofaciale, CHUV, 1011 Lausanne  
sinan.ghavami@chuv.ch | edwige.gombert@chuv.ch | cecile.mouly@chuv.ch  
karma.lambercy@chuv.ch

## AMYGDALITE AIGUË SIMPLE

Il s'agit d'une infection en général bilatérale, d'étiologie majoritairement virale qui peut s'étendre aux structures anatomiques adjacentes (voile du palais, luette, paroi pharyngée postérieure). Les scores de Centor et McIsaac permettent de différencier certains signes cliniques en faveur d'une infection bactérienne, augmentant la sensibilité au streptococque rapide.<sup>2</sup> Le **tableau 1** expose les étiologies fréquentes.

### Streptocoques du groupe A

La symptomatologie débute de manière progressive avec association d'une odynophagie, d'un état fébrile ainsi que d'une ou de plusieurs adénopathies en général sous-mandibulaires douloureuses. Les amygdales sont tuméfiées et érythémateuses avec présence de dépôts pultacés. Les symptômes s'estompent en général spontanément.<sup>3</sup> L'emploi d'une antibiothérapie est de plus en plus controversé,<sup>4</sup> tant pour diminuer la durée des symptômes que pour la prévention des complications post-streptococciques (rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite).

### Virus d'Epstein-Barr

Les symptômes oropharyngés sont habituellement précédés d'une période de baisse d'état général. L'odynophagie est modérée avec présence d'un état subfébrile. Les amygdales sont symétriquement congestionnées et érythémateuses avec dépôts pseudomembraneux possibles. Le patient présente typiquement des adénopathies des chaînes spinales bilatérales, et une hépatosplénomégalie est à rechercher.

	<b>TABLEAU 1</b>	<b>Principales étiologies de l'amygdalite aiguë</b>	
--	------------------	---	--

CMV: cytomégalovirus; HSV: virus herpès simplex.

#### Bactériennes

- Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A
- Streptocoques bêta-hémolytiques des groupes C, G, E et F
- *Fusobacterium necrophorum* et *Borrelia vincentii*
- *Corynebacterium diphtheriae*
- Gonocoque, Chlamydia, *Treponema pallidum*
- *Yersinia species*
- *Mycoplasma pneumoniae*

#### Virales

- Adénovirus, coronavirus, rhinovirus
- Virus d'Epstein-Barr
- VIH
- CMV, HSV-1 et HSV-2
- Coxsackie

Parfois, une hospitalisation peut être nécessaire si la symptomatologie devient aphasique. Dans de rares cas, une hypertrophie amygdalienne sévère peut être responsable d'une obstruction de la filière respiratoire avec apparition d'une dyspnée, pouvant nécessiter une amygdalectomie bilatérale. La clinique oropharyngée s'estompe en 5 à 7 jours à l'aide d'un traitement symptomatique. L'emploi d'une corticothérapie dans les formes aphasiques reste débattue et dépend actuellement de l'hôpital.<sup>5</sup> Il est à noter que l'asthénie peut persister jusqu'à plusieurs semaines après la fin de la symptomatologie oropharyngée.

### Angine de Plaut-Vincent

Elle consiste en une amygdalite ulcéreuse par infection mixte due à *Fusobacterium necrophorum* et *Borrelia vincentii*, avec comme facteur de risque une infection buccodentaire sous-jacente (gingivite, carie, péricoronarite). Le patient présente peu de symptômes généraux. On retrouve une lésion amygdalienne ulcéreuse, unilatérale, tapissée d'un enduit gris nécrotique.<sup>6</sup>

En cas de persistance des symptômes malgré une antibiothérapie adéquate, une étiologie néoplasique est à rechercher, d'autant plus si des facteurs de risque de cancer otorhinolaryngologique (ORL) sont présents (tabagisme actif, éthyliisme chronique). Un chancre syphilitique ainsi qu'une infection par le VIH font également partie du diagnostic différentiel des formes ulcéreuses.

### PHLEGMON PÉRIAMYGDALIEN

En cas de réaction inflammatoire de l'espace périamygdalien (région située entre la capsule amygdalienne et le muscle pharyngé constricteur supérieur), on se trouve face à un phlegmon périamygdalien. La clinique est similaire à celle de l'abcès périamygdalien (tableau 2 et ci-dessous). Cependant, la ponction du voile du palais est négative et un CT-scan cervical ne met pas en évidence de collection.<sup>7</sup> L'évolution est favorable sous antibiothérapie intraveineuse et corticothérapie, bien que l'utilisation des corticoïdes reste controversée.

### ABCÈS PÉRIAMYGDALIEN

Dans sa forme avancée, le phlegmon se complique d'un abcès périamygdalien. Il s'agit de l'infection profonde du cou la plus fréquente, avec accumulation de pus dans l'espace périamygdalien. La réaction se produit en général en regard du pôle

amygdalien supérieur et touche majoritairement les adolescents et jeunes adultes. L'incidence annuelle aux États-Unis est estimée à 30/100 000 habitants.<sup>8</sup> Les facteurs de risque connus sont la présence d'une amygdalite bactérienne aiguë, le tabagisme actif et/ou une infection périodontale concomitante.

L'infection est en général polymicrobienne, avec présence de bactéries aérobies et anaérobies. Lorsqu'un seul germe est retrouvé, il s'agit la plupart du temps d'un streptocoque du groupe A ainsi que de *Fusobacterium necrophorum*.<sup>9</sup> La proportion d'infection à germes anaérobies étant en constante augmentation, il est nécessaire que l'antibiothérapie cible tant les bactéries aérobies qu'anaérobies.

La clinique est bruyante, avec une odynodysphagie sévère qui se latéralise progressivement du côté de l'abcès, accompagné d'un état général diminué et de fièvre. Une otalgie réflexe ipsilatérale peut être associée. L'examen clinique met en évidence un pilier amygdalien antérieur tuméfié et érythémateux avec déviation de la luette du côté controlatéral. Un trismus est souvent présent (dû à l'inflammation et au spasme des muscles masticateurs, ptérygoïdiens et temporaux ipsilatéraux). Ce signe clinique est pathognomonique chez l'adulte mais reste une entité rare chez l'enfant. Une modification de la voix de type «voix de patate chaude» peut être présente. La sémiologie est résumée dans le tableau 2. Un bilan biologique composé d'une formule sanguine simple et d'une chimie montre un syndrome inflammatoire élevé.

Le diagnostic différentiel comprend l'épiglottite (clinique d'évolution plus rapide et majoritairement pédiatrique), l'abcès rétropharyngé (absence de trismus, amygdales symétriques, torticolis au premier plan), l'abcès parapharyngé (tuméfaction du pilier postérieur) ainsi que l'amygdalite virale sévère et aphasique. Une néoplasie oropharyngée qui se surinfecte peut mimer la clinique d'un abcès périamygdalien et doit être suspectée si des facteurs de risque sont présents.

Comme résumé dans la figure 1, le diagnostic tel qu'effectué dans le service d'ORL du CHUV repose sur une ponction à l'aiguille en regard de la tuméfaction du voile du palais à la recherche de pus. En présence d'une ponction positive, un drainage par amygdalectomie unilatérale à chaud est effectué, avec envoi systématique de l'amygdale pour analyse anatomopathologique afin d'exclure toute néoplasie sous-jacente. En cas d'antécédent d'angines à répétition, une amygdalectomie controlatérale dans le même temps opératoire est proposée.

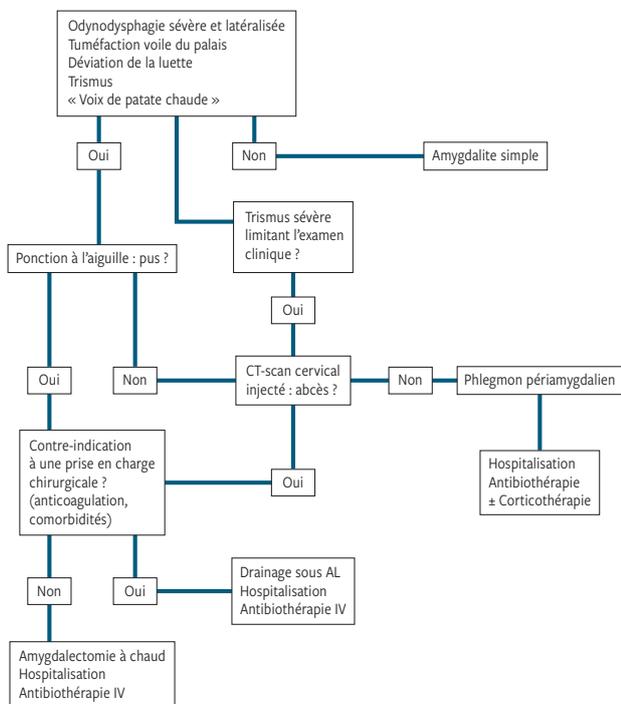
Si le patient présente des comorbidités contre-indiquant une anesthésie générale ou une intervention chirurgicale (anticoagulation, double antiagrégation, coagulopathies, comorbidités cardiaques/pulmonaires sévères), une incision au bistouri froid du point de ponction précédée d'une anesthésie locale peut être envisagée comme alternative thérapeutique.

Dans ces deux modalités de drainage, le pus prélevé est envoyé en analyse microbiologique. Le patient est par la suite hospitalisé pour 72 heures de surveillance avec instauration d'une antibiothérapie intraveineuse. Selon l'évolution clinico-biologique, un relais per os est effectué pour une durée totale de 10-14 jours.

TABLEAU 2		Sémiologie de l'abcès périamygdalien
Symptômes	Examen clinique	
<ul style="list-style-type: none"> <li>État général diminué</li> <li>État fébrile</li> <li>Odynodysphagie sévère et latéralisée</li> <li>«Voix de patate chaude»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tuméfaction unilatérale et érythémateuse du voile du palais</li> <li>Déviation de la luette controlatérale</li> <li>Trismus (rare chez l'enfant)</li> <li>Lymphadénopathie cervicale ipsilatérale douloureuse</li> </ul>	

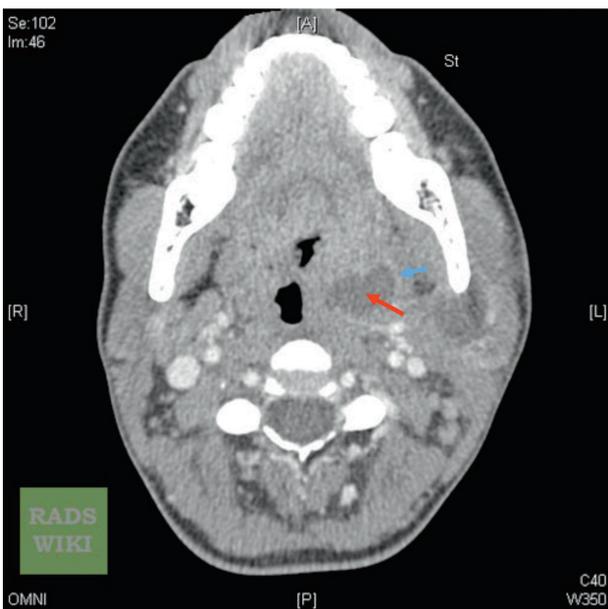
**FIG 1** Prise en charge d'une suspicion d'abcès périamygdalien

Algorithme décisionnel de la prise en charge d'une suspicion d'abcès périamygdalien dans le Service d'ORL du CHUV. Le trismus est un signe pathognomonique chez l'adulte alors qu'il est rare chez l'enfant avec un abcès périamygdalien. AL: anesthésie locale.



**FIG 2** Image scanographique d'un abcès périamygdalien

L'image montre un abcès périamygdalien gauche caractérisé par la présence d'une hypodensité centrale (flèche rouge) et d'un rehaussement hyperdense périlésionnel (flèche bleue).



(Case courtesy of Radswiki, Radiopaedia.org, rID: 11761).

**TABLEAU 3** Principales complications de l'abcès périamygdalien

- Obstruction des voies aériennes
- Pneumonie d'aspiration
- Abscès parapharyngé
- Abscès rétropharyngé
- Cellulite cervicale profonde ± médiastinite

En cas de ponction négative, un abcès postérieur ou inférieur de la loge périamygdalienne doit être suspecté. Dans ce cas de figure, tout comme lors d'un trismus sévère préterit une évaluation oropharyngée adéquate, un CT-scan cervical est effectué à la recherche d'une collection. Si un abcès est mis en évidence à l'imagerie (figure 2), on procède à la même prise en charge que lors d'une ponction positive.

Une prise en charge ainsi qu'un drainage de l'abcès dans les plus brefs délais sont primordiaux afin d'éviter de potentielles complications graves. Celles-ci sont citées dans le tableau 3. Elles sont caractérisées par une obstruction des voies aériennes, une pneumonie d'aspiration, un abcès para- et rétropharyngé pouvant même se compliquer d'une cellulite cervicale profonde et d'une médiastinite, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire urgente et pouvant préteriter le pronostic vital.<sup>10</sup>

**CONCLUSION**

L'amygdalite est une infection fréquente, d'étiologies multiples, avec une guérison souvent spontanée. Dans certaines circonstances, celle-ci peut se compliquer d'un phlegmon ou d'un abcès périamygdalien nécessitant un drainage chirurgical dans les plus brefs délais (amygdalectomie à chaud, incision sous anesthésie locale). Les complications de l'abcès périamygdalien peuvent être fatales et mettre en jeu le pronostic vital.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- L'amygdalite simple peut se compliquer d'un phlegmon ou d'un abcès périamygdalien nécessitant une prise en charge dans les plus brefs délais
- Le diagnostic de l'abcès périamygdalien repose sur une ponction à l'aiguille en regard du voile du palais tuméfié. Une ponction négative pose l'indication à un CT-scan cervical à la recherche d'une collection postéro-inférieure
- Le traitement de l'abcès périamygdalien nécessite un drainage, soit par une amygdalectomie à chaud, soit par incision-drainage sous anesthésie locale

- 1 \*\*Anderson J, Paterek E. Tonsillitis. StatPearls [En ligne]. 2021 August. Disponible sur : [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544342/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544342/)
- 2 \*Perone N, Humair J. Diagnostic et prise en charge de la pharyngite de l'adulte. Rev Med Suisse 2007;3:286-90.
- 3 \*Flores AR, Caserta MT. Pharyngitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 2015:753-9.e2. DOI: 10.1016/B978-1-4557-4801-3.00059-X.
- 4 Piltcher OB, Kosugi EM, Sakano E. How to Avoid the Inappropriate Use of Antibiotics in Upper Respiratory Tract Infections? A Position Statement From an Expert Panel. Braz J Otorhinolaryngol 2018;84:265-79. DOI: 10.1016/j.bjorl.2018.02.001.
- 5 Rezk E, Nofal YH, Hamzeh A, Aboujaib MF, AlKheder MA, Al Hammad MF. Steroids for Symptom Control in Infectious Mononucleosis. Cochrane Database Syst Rev 2015;2015:CD004402. DOI: 10.1002/14651858.CD004402.pub3.
- 6 \*Barry B, Kania R, Righini CA. Les infections pharyngées. Les monographies amplifon. 2014; numéro 56.
- 7 Secko M, Sivitz A. Think Ultrasound First for Peritonsillar Swelling. Am J Emerg Med 2015;33:569-72. DOI: 10.1016/j.ajem.2015.01.031.
- 8 Herzon FS, Harris P, Mosher Award Thesis. Peritonsillar Abscess: Incidence, Current Management Practices, and a Proposal for Treatment Guidelines. Laryngoscope 1995;105:1-17. DOI: 10.1288/00005537-199508002-00001.
- 9 Powell EL, Powell J, Samuel JR, Wilson JA. A Review of the Pathogenesis of Adult Peritonsillar Abscess: Time for a Re-evaluation. J Antimicrob Chemother 2013;68:1941-50. DOI: 10.1093/jac/dkt128.
- 10 \*\*Klug TE, Greve T, Hentze M. Complications of Peritonsillar Abscess. Ann Clin Microbiol Antimicrob 2020;19:32. DOI: 10.1186/s12941-020-00375-x.

\* à lire

\*\* à lire absolutement