

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2013-2014

Thèse N°.....

**Les amygdalites et leurs complications : aspects
épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. A propos de
255 cas colligés**

en ORL CCF CHU Gabriel Touré

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Faculté de Médecine de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par **Abdoul Wahab Haidara**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury:	Alhousseini Ag Mohamed
Membres du jury:	Dr Boubacary Guindo
Codirecteur de thèse .	Dr Siaka Soumaoro
Directeur de thèse :	Pr Samba Karim Timbo

DÉDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Louange à Allah « qui a enseigné par la plume, a enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas. » le saint coran Sourate 96 l'Adhérence verset 4 - 5

Qu'Il soit loué, ALLAH le très Haut, le très Grand, le Clément, l'Omniscient, l'Omnipotent, le Tout Puissant, le très miséricordieux d'avoir permis à ce travail d'aboutir à son terme.

Que la paix et le salut soient sur le PROPHETE MOHAMED, sa famille et ses compagnons.

✓ Je dédie ce travail

A mon cher Père Feu Ousmane HAIDARA, grâce à qui notre éducation a été une vraie réussite. Nous n'avons manqué de rien, il s'est toujours sacrifié afin que nous soyons ce que nous sommes aujourd'hui.

Dors en paix et que la terre te soit légère

Amen

A ma Mère Assitan NIMAGA

Chère Maman, tu as été toujours présente pour t'occuper de nous et nous n'avons rien à envier aux autres. Ton honnêteté, ton courage, ta générosité, ton amour et ton affection pour les enfants d'autrui font de toi une mère exemplaire. Notre réussite est le fruit de tes efforts. Maman nous te demandons de persévérer dans ce sens pour que nous puissions continuer à bénéficier cette immunité.

Que Dieu t'accorde une meilleure santé et longue vie.

REMERCIEMENTS

Ce travail est l'aboutissement d'un long cheminement au cours duquel j'ai bénéficié de l'encadrement, des encouragements et du soutien de plusieurs personnes, à qui je tiens à dire profondément et sincèrement merci.

- **A mes tantes et oncles :** Kadiatou DIAWARA, Mamadou NIMAGA, Vous avez été pour moi plus qu'une mère et un père. Je ne saurais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère.

Merci pour votre soutien

- **A mes sœurs et frère :** Mariam HAIDARA, Kadidiatou HAIDARA, Mohamed HAIDARA, Fatoumata HAIDARA, Almamy, Hadiara, Oumou, Abdoul Madjid, Hassane et toute la famille HAIDARA. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. Restons unis car l'union fait la force et soyons à la hauteur de nos parents. Ce travail est le vôtre.
- A ma très chère épouse Fatoumata NIMAGA dite TATA : merci pour votre patience, votre abnégation, votre encouragement pour la réalisation de ce travail.
- **A TOUTES MES COUSINES ET A TOUS MES COUSINS :** Abdramane NIMAGA, Fatoumata NIMAGA, Badara Alou NIMAGA, Youssouf NIMAGA, Dr Dramane NIMAGA et toute la famille NIMAGA : Votre participation a été d'une importance capitale. Nous sommes et resterons par la grâce de Dieu une famille unie. Ce travail est le vôtre.

- **A TOUS MES AMIS** : Djibril KEITA, Mamadou TOGOLA, Thora DIARRA, Abdoul Karim SAMAKE, Mohamed TRAORE, Abdramane SAGARA, Oumou COULIBALY :
Vous avez été toujours au côté de moi dans les moments. Sache que dans la difficulté qu'on connaît les vrais amis. Je vous serais reconnaissant. Ce travail est le vôtre.
- **A tous les membres de l'association des amis du centre culturelle islamique** : Fabou TRAORE, Aboubacar BAGO, Moustapha Diaby, Kadidiatou Djimika, Nantenin BAGAYOGO, Aicha MAIGA...
Merci pour vos soutiens morales. Que Dieu fortifie notre amitié.
- **A tous les enseignants du Lycée Centre Culturel Islamique d'Hamdallaye** : Salif COULIBALY, Abba THERA...
- **A tous les personnels de la clinique Darchifa** : Dr KONATE Habibatou, Dr Koné Issa, Dr Daou Mariam, KEITA Ibrahim Lamine. Dr KEITA Boubacar, Dr TAMBASSI : Merci pour votre contribution et votre accompagnement pour la tenue de ce travail.
- **A tous les techniciens supérieurs et Assistants Médicaux** du Service ORL –CCF du CHU Gabriel Touré.
Merci pour vos conseils et votre collaboration et votre gentillesse.
- **A mes Collègues, thésards du service** : Ibrahim FOFANA, Abraham DIARRA, Mariam SANGARE, Hadiza ABOUBACAR, Helene SAMAKE, Ibrahim DICKO, Aicha SIDIBE, Idrissa KONATE,
Vous avez tous contribué pour la réussite de ce travail, je vous serai reconnaissante.
A Dr DIARRA Haoua dite MADJE : merci pour votre soutien.
A Dr MAIGA Ali Yoro et Dr MAIGA Mahamane : merci pour votre intelligence et votre soutien.

- **Aux INTERNES et CES du service ORL-CCF CHU GT :**Dr Kassim DIARRA, Dr N’faly KONATE, Dr Djibril SAMAKE, Dr Nagnouma CAMARA, Dr Neuilly Gislaine Gnièe TAFO, Dr Kolo DIAMOUTENE, Dr Arouna SANOGO, Dr Lassina DIENTA, Dr Naouma CISSE, Dr Ibrahim BOUARE, Dr Mohamed Saydi EL ANCARY, Dr Yaya DEMBELE.

Merci pour votre collaboration et pour nous avoir accueillis dans le service.

- **A tous mes maîtres :**

Pr AG MOHAMED Alhousseini, Pr TIMBO Samba Karim, Pr KEITA Mohamed Amadou, Dr SOUMAORO Siaka, Dr GUINDO Boubacary, Dr SINGARE Kadidiatou, Dr SACKO Hamidou Baba, Dr TRAORE Lamine, Dr COULIBALY Kalifa, Dr SIDIBE Youssouf, Dr KONE Fatogoma Issa, Dr DAO Sidiki.

Soyez rassurés de notre infinie gratitude et notre Sincère remerciement pour notre formation.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury
Professeur Alhousseïni AG MOHAMED

- **Professeur titulaire en ORL et CCF**
- **Coordinateur des CES d'ORL et CCF**
- **Directeur Général de l'Institut National de Formation en Science de la Santé(INFSS)**
- **Médecin aéronautique auprès de l'Agence Nationale d'Aviation Civile(ANAC)**
- **Président de la Société Malienne d'ORL et CCF**
- **Ancien Président de l'Ordre National des Médecins du Mali**
- **Ancien vice Doyen de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie(FMPOS)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**
- **Chevalier de l'ordre national du Lion du Sénégal**

Cher maître,

C'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme président et juge de ce travail malgré vos multiples occupations. L'accueil que vous nous avez réservé ne nous a pas laissé indifférent. Votre gentillesse, votre chaleur humaine, votre ardeur et votre rigueur scientifique font de vous un homme aux qualités indéniables. Nous ne saurons trouver ici, cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance. Qu'ALLAH vous prête longue vie.

A notre maître et juge

Docteur GUINDO Boubacary

- **Maître-assistant ORL et CCF**
- **Enseignant à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**
- **Membre de la Société Malienne D'ORL(SMORL)**
- **Membre de la Société Bénino-Togolaise d'ORL(SOBETORL)**

Cher maître,

Nous sommes très touchés par votre simplicité, votre disponibilité et également par la spontanéité avec laquelle vous avez répondu à nos sollicitations pour juger ce travail.

Nous sommes très honorés de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de nos sentiments les plus respectueux. Qu'ALLAH vous prête longue vie.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur SOUMAORO Siaka

- **Maitre-assistant d'ORL à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**
- **Praticien hospitalier au CHU-Gabriel TOURE**
- **Membre de la société malienne d'ORL (SMORL)**
- **Membre de la société Benino-togolaise d'ORL (SOBETORL)**

Cher maître,

La chance que vous nous avez donné, en nous acceptant dans le service et en nous confiant ce travail , nous a permis de découvrir en vous un homme dont la simplicité, l'humilité, la générosité et la disponibilité forcent l'admiration.

Vos connaissances immenses et surtout votre maîtrise parfaite à la matière font de vous un formateur apprécié et désiré.

Nous voudrions témoigner ici, toute notre fierté et notre satisfaction d'avoir appris à vos côtés.

Soyez rassuré cher maitre, de tout notre attachement et de notre profonde reconnaissance.Qu'ALLAH vous prête longue vie.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur TIMBO Samba Karim

- **Maître de conférences en ORL et CCF**
- **Membre fondateur et Secrétaire général de la Société Malienne D'ORL**
- **Membre de l'Assemblée de la Faculté à la FMOS**
- **Membre de la Société Ivoirienne d'ORL**
- **Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone(SORLAF)**
- **Membre de l'institut Portmann**
- **Chef du DER de Chirurgie**
- **Directeur médical du CHU Gabriel TOURE**

Cher maître,

C'était un véritable plaisir d'être encadré par vous pour l'élaboration de ce travail. Nous tenons à vous remercier d'abord pour vos enseignements et vos conseils tout au long de ce travail. Votre accueil bienveillant et votre disponibilité à tout moment, malgré vos multiples occupations, étaient pour nous une aide permanente.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression d'un vif témoignage de notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous prête longue vie.



ATCD : Antécédent

BPO : Bilan préopératoire

CHU : Centre Hospitalier -Universitaire

ECG : Electrocardiogramme

GNA : Glomérulonéphrite aigue

GT : Gabriel TOURE

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL et CCF : Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale

SBGA : Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A

SGA : Streptocoque du groupe A

TDR : Test de diagnostic rapide

USA : United States of America(États-Unis d'Amérique)

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AL : collaborateur

OMS :Organisation mondiale de la sante

CVD : Centre pour le Développement des Vaccins

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

PAM : Programme Alimentaire Mondial

MRTC: Malaria Research and Training Center

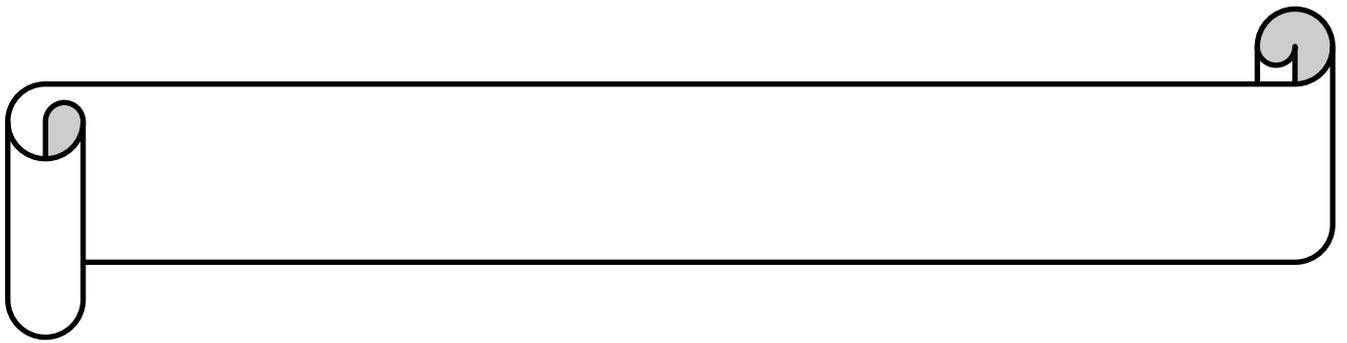
DNDS : La Direction Nationale du Développement Social

UTM : Union Technique de la Mutualité

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	4
III. GENERALITES.....	6
IV. PATIENTS ET METHODE	51
V. RESULTATS.....	60
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	74
VII. CONCLUSION.....	82
VIII. RECOMMANDATIONS.....	84
IX. REFERENCES.....	86
X. ANNEXES.....	93



I. INTRODUCTION

Les amygdalites ou angines, sont considérées comme une inflammation des amygdales palatines le plus souvent d'origine infectieuse.

Elles peuvent être aiguës ou chroniques. Les germes en cause sont surtout les virus et les bactéries.

Elles constituent un problème de Santé publique, de par leur fréquence, leur récurrence et leur incidence socioprofessionnelle et économique ^[1]. C'est la 3^{ème} pathologie infectieuse ORL après les rhinopharyngites et les otites. Ces amygdalites peuvent générer des complications qui peuvent être d'ordre locorégional et/ou général ^[2].

Au Mali, les amygdalites représentent 1,8% des pathologies rencontrées en ORL ^[3]. Environ 9 millions de nouveaux cas d'amygdalite sont diagnostiqués en France chaque année ^[4]. Par ailleurs, le nombre d'amygdalite est estimé à 40 millions par an aux USA, 4 millions en Espagne, soit plus de 5% des consultations médicales aux USA et 15% en Espagne ^[5, 6, 7, 8].

Selon les résultats microbiologiques, 50 à 90% des amygdalites sont d'origine virale (adénovirus, virus Influenzae, virus respiratoire syncytial, virus para-influenzae...). Parmi les bactéries responsables d'amygdalite, le Streptocoque β -hémolytique du groupe A est la première cause retrouvée (20% tous âges confondus) ^[9]. Cependant on estime que 20% des amygdalites de l'adulte et 25 à 50% des amygdalites de l'enfant sont Streptococciques ^[4].

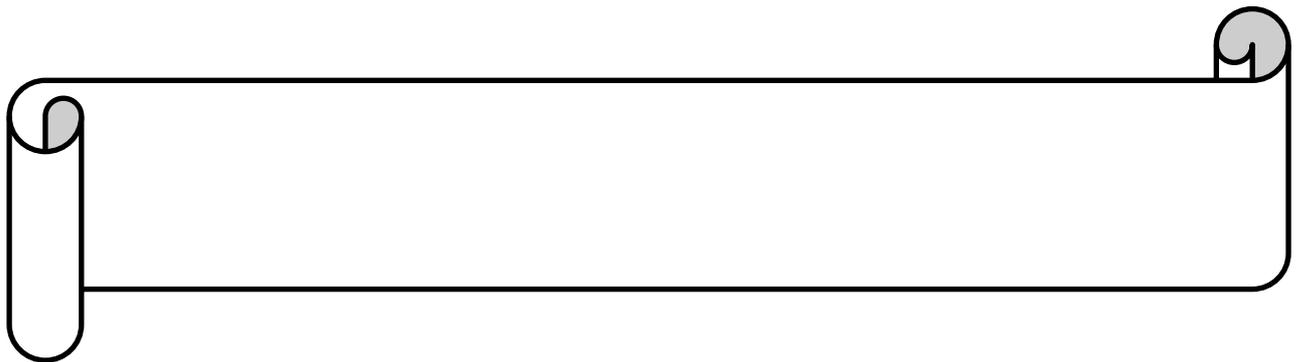
Cliniquement, on distingue : les amygdalites érythémateuses ou érythémato-pultacées ; les amygdalites pseudomembraneuses ; les amygdalites ulcéreuses ou ulcéro-nécrotiques et les amygdalites vésiculeuses ^[10].

Les complications sont surtout d'origine Streptococciques (beta hémolytique du groupe A). Selon une étude menée au Mali : 45,90% des cardiopathies chez le

sujet de 0 à 15 ans sont d'origine rhumatismale et 43,90% des GNA post infectieuse avaient un ATCD d'amygdalite ^[3].

Le diagnostic de certitude des infections à streptocoque est fait à la détection du germe au test diagnostique rapide (TDR) ^[11].

Dans le souci de réactualiser nos données et de pallier à cette morbidité importante, et par défaut de TDR dans notre contrée, nous voulons mettre l'accent sur le diagnostic et la prise en charge. Ceci permettra d'éviter les complications gravissimes.



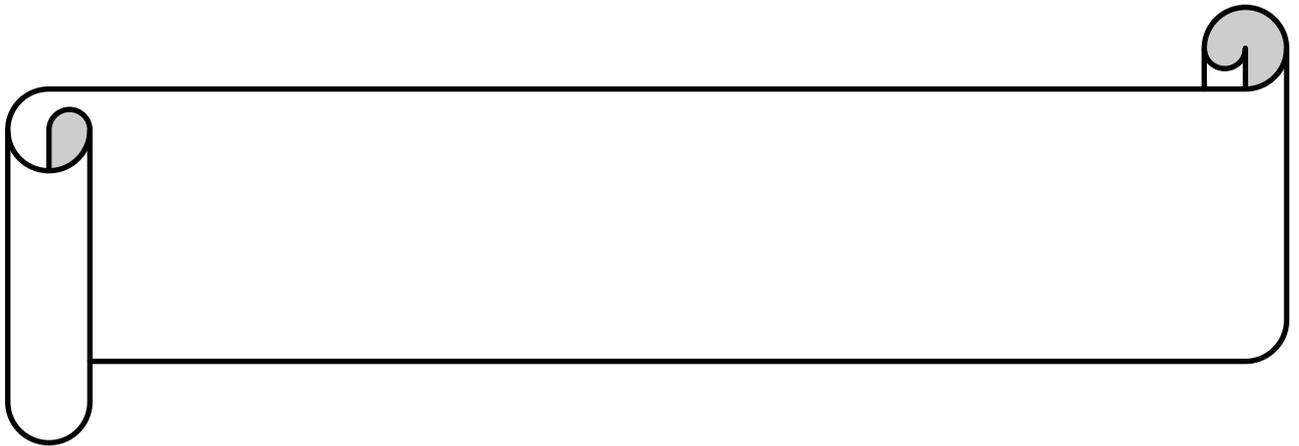
II. OBJECTIFS

➤ **Objectif général**

- ✓ Etudier les aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des amygdalites et leurs complications dans le Service ORL et Chirurgie cervico-faciale(CCF) du CHU Gabriel TOURE de Bamako.

➤ **Objectifs spécifiques**

- ✓ Identifier le profil sociodémographique des patients.
- ✓ Déterminer la fréquence des amygdalites et leurs complications.
- ✓ Recenser les types de complications des amygdalites
- ✓ Déterminer les complications en fonction de l'âge
- ✓ Exposer les méthodes de prise en charge des amygdalites et de leurs complications.



III. GENERALITES

1. Rappels embryologiques ^[12] :

Le pharynx est la partie crâniale de l'intestin primitif et l'appareil branchial qui joue un grand rôle dans son développement. Il dérive de l'intestin antérieur entouré d'arcs squelettiques qui constituent le splanchnocrâne.

Son origine est double, à la fois **épiblastique** par le stomodaeum et **entoblastique** par l'intestin primitif initialement séparée par la membrane pharyngienne qui se résorbe au vingt-sixième jour de la vie intra-utérine.

La jonction stomodaeum-intestin céphalique se situe à hauteur du V lingual.

L'évolution principale du pharynx est liée au développement des arcs branchiaux latéraux, séparés en surface par de profonds sillons ou poches ectobranchiales chez l'embryon de 5 mm (32 jours) à 10 mm (37 jours). En profondeur, l'épithélium endoblastique de l'intestin primitif s'invagine entre les arcs squelettiques pour former les poches entobranchiales qui donneront naissance au pharynx mais, aussi à l'ébauche laryngotrachéo-bronchique, et à des formations spécifiques : amygdales palatines et thymus.

2. Rappel anatomique ^[12, 13, 14, 15]

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux étendu verticalement en avant de la colonne cervicale, en arrière des fosses nasales, de la cavité buccale et du larynx, depuis la base du crâne, jusqu'à hauteur de la 6^{ème} vertèbre cervicale ^[13].

Cette gouttière médiane, symétrique se subdivise en 3 étages, qui sont de haut en bas :

- L'étage supérieur ou rhinopharynx ;
- L'étage moyen ou oropharynx ;

- L'étage inférieur ou hypo-pharynx. [13]

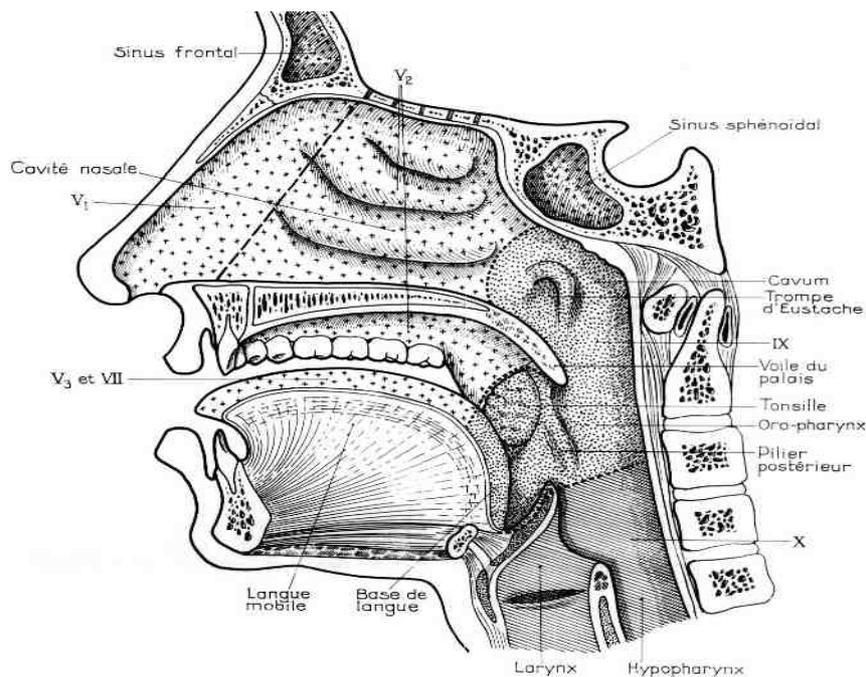


Fig. 1 : Pharynx –Source : Cahier d’anatomie ORL tome 2 [14]

2.1 Anatomie descriptive

2.1.1 Situation et limites [12]

Le pharynx est limité :

- En haut** : Par la face antéro-inférieure du voile du palais, l’ostium intra pharyngien à hauteur du plan horizontal passant par la voûte palatine ;
- En avant** : Par l’isthme du gosier et la base de la langue ;
- Latéralement** : Par les piliers antérieurs ;
- En arrière** : Par la paroi postérieure du pharynx ;
- En bas** : Par le plan horizontal passant par le bord supérieur de l’épiglotte et le corps de l’os hyoïde, en avant et le bord inférieur de la 3^{ème} vertèbre cervicale, en arrière.

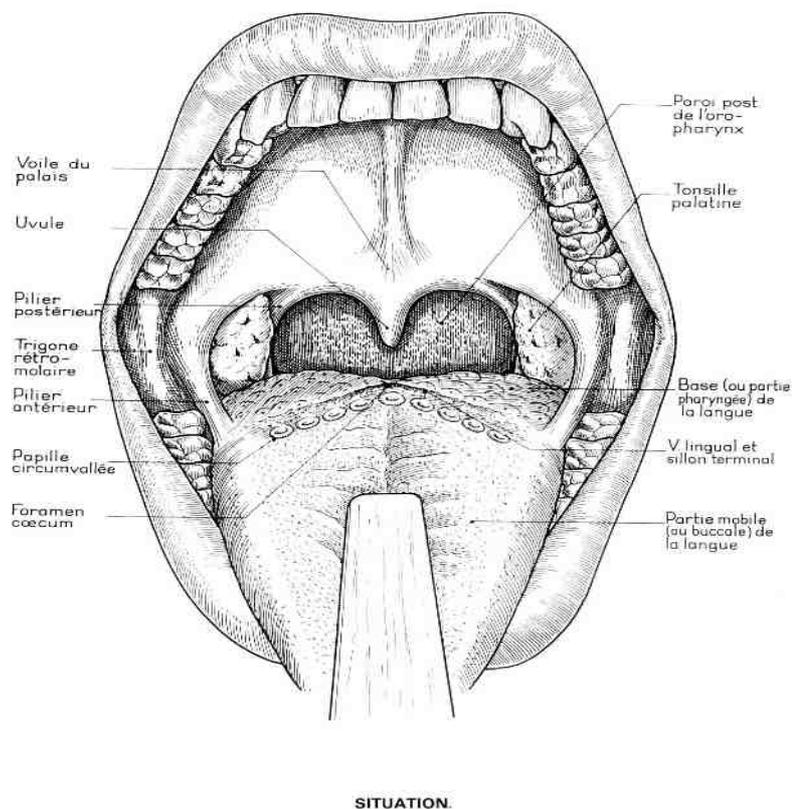


Fig. 2 : Situation – **Source :** Cahier d’anatomie ORL tome 2 [14]

2.1.2 Formes et dimensions [12]

L’oropharynx est grossièrement cylindrique et mesure en moyenne 4 cm de haut, 5 cm de diamètre dans le sens transversal et 4 cm de diamètre dans le sens antéro-postérieur. Il représente le segment le plus large du pharynx. Sa surface moyenne va de 544 à 664 mm².

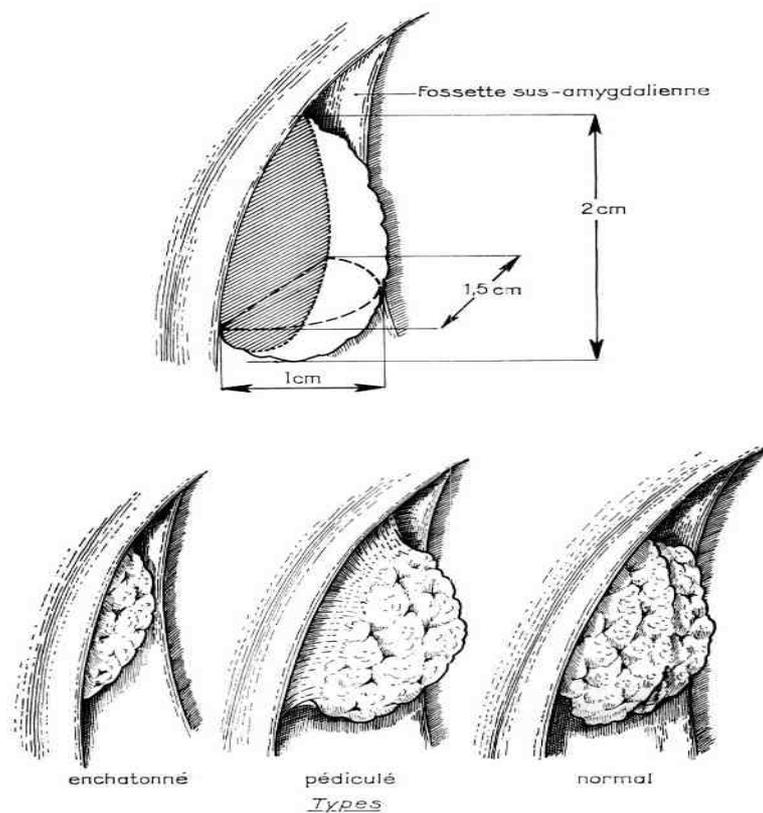


Fig. 3 : forme et dimension – **Source** : Cahier d’anatomie ORL tome 2 ^[14]

2.1.3 Configuration interne ^[12]

2.1.3.1 La muqueuse : est de type oral, épithélium malphigien pavimenteux stratifié non kératinisé, identique à celui de la cavité buccale et de l’œsophage sur tout le reste de la cavité pharyngée : l’uvule palatine, les arcs palatins, la face antérieure du voile ainsi que la paroi postérieure sur toute sa hauteur.

Les glandes muqueuses sont réparties dans la muqueuse de type nasal, plus particulièrement dans le récessus pharyngien.

Les glandes salivaires accessoires sont retrouvées dans le tiers inférieur du voile mou.

2.1.3.2 L'aponévrose intra-pharyngienne ou facia-pharyngobasilaire ou tunique fibreuse :

C'est une couche conjonctive sous-muqueuse, fibreuse et résistante en haut, mince et cellulaire en bas, qui se prolonge par la sous-muqueuse des fosses nasales, du voile du palais, du larynx et de l'œsophage. Elle est en contact direct avec la tonsille palatine dont elle formerait la capsule.

2.1.3.3 L'aponévrose péri-pharyngienne :

C'est une lame conjonctive entourant les muscles pharyngés, il émet deux expansions :

- l'une postérieure, appelée cloison sagittale qui s'unit en arrière à la lame pré-vertébrale du fascia cervical ;
- l'autre latérale, appelée l'aileron latéral du pharynx, qui unit la paroi latérale du pharynx au muscle stylopharyngien, partie la plus interne du diaphragme stylien ; ce fascia se poursuit en bas par la gaine viscérale du cou qui enveloppe la trachée, la thyroïde et l'œsophage.

En arrière, il s'attache au fascia du muscle long de la tête.

2.1.3.4 Le plan musculaire :

Les parois latérales du pharynx sont formées par trois muscles : les constricteurs supérieur, inférieur et moyen. Ces trois muscles se superposent partiellement, le constricteur inférieur étant le plus superficiel, réalisant un éventail et s'unissent en arrière sur la ligne médiane, entre eux et avec leurs homologues controlatéraux. Ils assurent la propulsion du bol alimentaire en diminuant les diamètres antéropostérieur et transversal du pharynx. Au sein de ces trois muscles s'insinue le muscle stylopharyngien.

La gouttière ainsi formée par ces quatre muscles est recouverte par deux fascias, l'un externe, le fascia péri-pharyngien, l'autre intra-pharyngé plus résistant, le

fascia pharyngo-basilaire. Ces fascias sont recouverts par une muqueuse qui est de deux types, nasal au niveau du rhinopharynx et oral au niveau des deux autres parties.

a) Muscle constricteur supérieur du pharynx

Il réalise une lame musculaire mince, large et continue. Il est formé par quatre faisceaux :

- le faisceau ptérygo-pharyngien, qui s'insère sur le bord postérieur de la lame médiale du processus ptérygoïde et sur l'hamulus ptérygoïdien ;
- le faisceau oro-pharyngien, qui s'insère sur le raphé ptérygo-mandibulaire et se prolonge en avant par le muscle buccinateur ;
- le faisceau mylo-pharyngien, qui s'insère sur l'extrémité postérieure de la ligne mylo-hyoïdienne du corps de la mandibule, en arrière du muscle mylo-hyoïdien ;
- le faisceau glossopharyngien, qui est une expansion musculaire qui se prolonge jusqu'au bord latéral de langue.

L'ensemble de ces fibres se dirige dorsalement et croise sur la ligne médiane les fibres des homonymes controlatéraux pour former un raphé médian.

Les fibres supérieures sont à distance de la base du crâne et ne s'insèrent que sur le tubercule pharyngien, créant ainsi un espace entre la base du crâne et le bord supérieur du faisceau ptérygo-pharyngien, espace comblé par la trompe auditive et le fascia pharyngo-basilaire.

Les fibres inférieures forment, avec le muscle du voile du palais qu'elles longent, le sphincter palato-pharyngien qui ferme l'isthme pharyngo-nasal ou ostium intra-pharyngien lors de la déglutition.

b) Muscle constricteur moyen du pharynx

Il naît en deux faisceaux, le faisceau cératopharyngien qui naît de la grande corne et le faisceau chondro-pharyngien qui naît de la petite corne de l'os hyoïde. Il s'ouvre en un large éventail dont les fibres supérieures recouvrent le constricteur supérieur et remontent jusqu'au niveau de l'atlas ; les fibres inférieures descendantes vont jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde.

c) Muscle constricteur inférieur du pharynx

Il naît en deux faisceaux, l'un thyro-pharyngien de direction ascendante, s'insérant sur la face externe du cartilage thyroïde, l'autre crico-pharyngien presque horizontal, s'insérant sur l'arcade fibreuse entre les cartilages thyroïde et cricoïde et sur le bord inférieur du cartilage cricoïde. Les fibres, issues du cartilage cricoïde, peuvent être isolées et correspondent au sphincter supérieur de l'œsophage ; une déhiscence de la paroi en résulte, responsable de hernies muqueuses qui aboutissent à un diverticule pharyngo-œsophagien.

d) Muscle stylopharyngien

Elément le plus médian du rideau stylien, il naît à la base du processus styloïde du temporal. Il s'insinue entre les fibres des muscles constricteurs supérieur et moyen ; sa terminaison en éventail est intra-pharyngienne et se fait sur le fascia pharyngo-basilaire sous la tonsille palatine, sur le bord latéral et la face antérieure du cartilage épiglottique, sur la corne supérieure du cartilage thyroïde et enfin sur le bord supérieur du cartilage cricoïde.

Il crée un relief muqueux, le pli pharyngo-épiglottique, lors de son insertion sur l'épiglotte. C'est un muscle élévateur du larynx et de la bouche de l'œsophage de 3 cm en moyenne, lors de la déglutition.

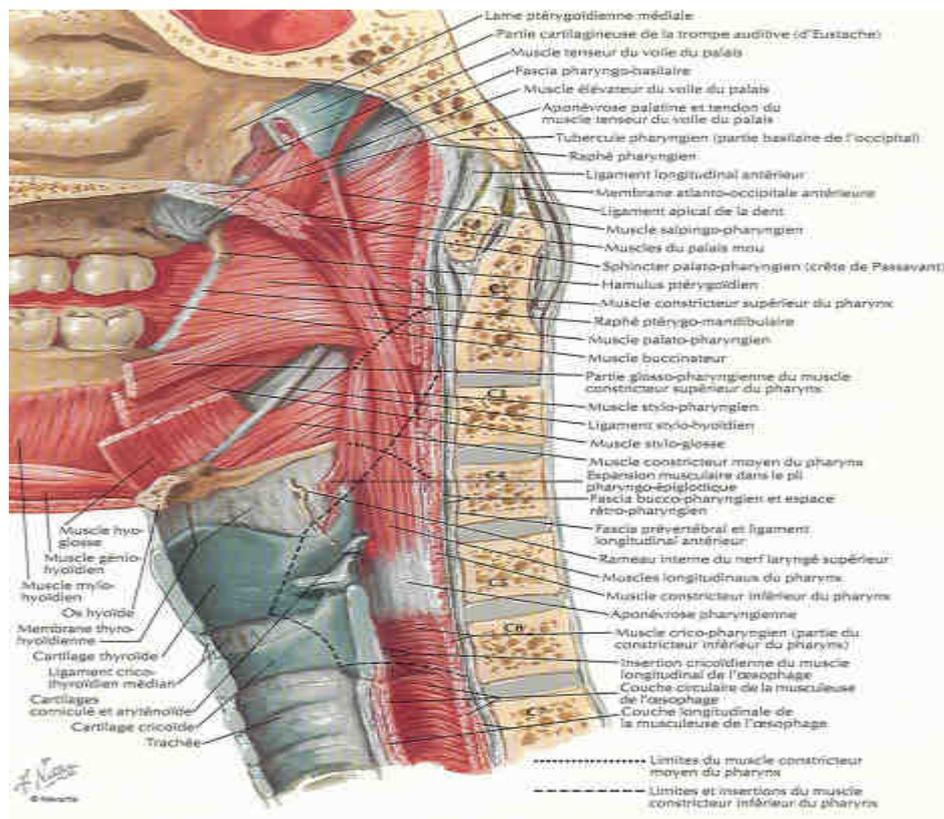


Fig.4 : Musculature du pharynx - **Source** : atlas d'anatomie humaine [16]

2.1.4 Les parois [12, 15]

2.1.4.1 Paroi antérieure :

La face antérieure de l'oropharynx comprend deux parties.

a) La partie supérieure est **l'isthme du gosier** : qui constitue l'orifice postérieur de la cavité orale. Il fait communiquer la cavité orale avec l'oropharynx. Il est limité en bas par le « V » lingual, latéralement par les deux arcs palatoglosses et en haut par une ligne unissant les extrémités supérieures des deux arcs palatoglosses.

b) La partie inférieure est la **racine de la langue**, en arrière du « V » lingual dont la muqueuse est soulevée par de nombreux follicules de la tonsille linguale.

2.1.4.2 Paroi postérieure : elle repose sur le plan pré-vertébral. Elle correspond aux vertèbres cervicales situées entre le plan passant par le bord supérieur de

l'arc ventral de l'atlas et le plan horizontal passant par le bord inférieur de la 3^{ème} vertèbre cervicale.

2.1.4.3 Les parois latérales : Sont représentées par les loges amygdaliennes contenant à leur partie supérieure l'amygdale palatine qui surplombe le fond du sillon glosso-amygdalien.

a) La loge amygdalienne ou Fosse tonsillaire :

Elle est limitée par l'arc palato-pharyngien en arrière. Elle réalise une dépression ovale à grand axe vertical et mesure environ 4 cm de hauteur.

Sa paroi inférieure est constituée par le sillon amygdalo-glosse, oblique en bas, en arrière et médialement, limitée en avant par le pied de l'arc palatoglosse, médialement et d'avant en arrière par le bord latéral de la base de la langue, le pli glosso-épiglottique latéral et, en arrière, par le pli pharyngo-épiglottique tendu entre la paroi pharyngée latérale, au-dessous et en avant de l'arc palato-pharyngien et du bord latéral de l'épiglotte. Le pli pharyngo-épiglottique correspond au relief muqueux formé par le faisceau épiglottique du muscle stylopharyngien. Le sommet est caractérisé par la jonction des deux arcs pharyngiens qui dessine une ogive émoussée par un repli muqueux, le pli semi-lunaire qui peut se poursuivre en avant avec le pli triangulaire. Ainsi se trouve délimitée la fossette sus-amygdalienne, vestige embryonnaire de la seconde fente branchiale dont le développement est très variable.

Ses parois sont constituées par trois plans, de dedans en dehors : le fascia pharyngo-basilaire, la musculature pharyngienne, constituée par les muscles constricteurs supérieur et moyen, le stylopharyngien et le stylo-glosse et le fascia péri-pharyngien.

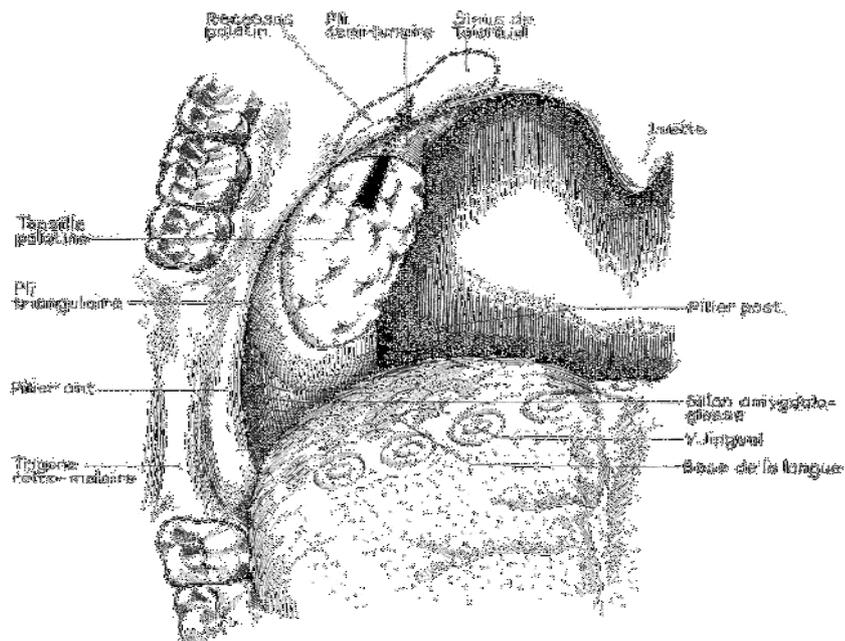


Fig. 5 : Loge amygdalienne : Vue antéro-médiale - **Source :** Cahier d'anatomie ORL tome 2 ^[14]

b) L'amygdale palatine :

Elle a grossièrement la forme d'une amande à grand axe quasi vertical dont les dimensions moyennes sont de 1,5 cm dans le sens antéropostérieur, 2 cm de hauteur et 1 cm d'épaisseur.

C'est une formation lymphoïde bilatérale qui constitue l'élément le plus volumineux de l'anneau de Waldeyer et occupe la moitié supérieure de la fosse tonsillaire.

Elle possède **une face lisse**, c'est la capsule tonsillaire, rattachée à la paroi pharyngée par du tissu conjonctif lâche mais bien vascularisé, permettant un clivage chirurgical aisé ; **une face médiale**, directement accessible à l'inspection irrégulière, convexe, parcourue par des cryptes ; **le pôle supérieur** est effilé et laissé libre à la partie supérieure de la fosse tonsillaire, **le pôle inférieur** renflé reste à 2 cm au-dessus du pli glosso-épiglottique latéral.

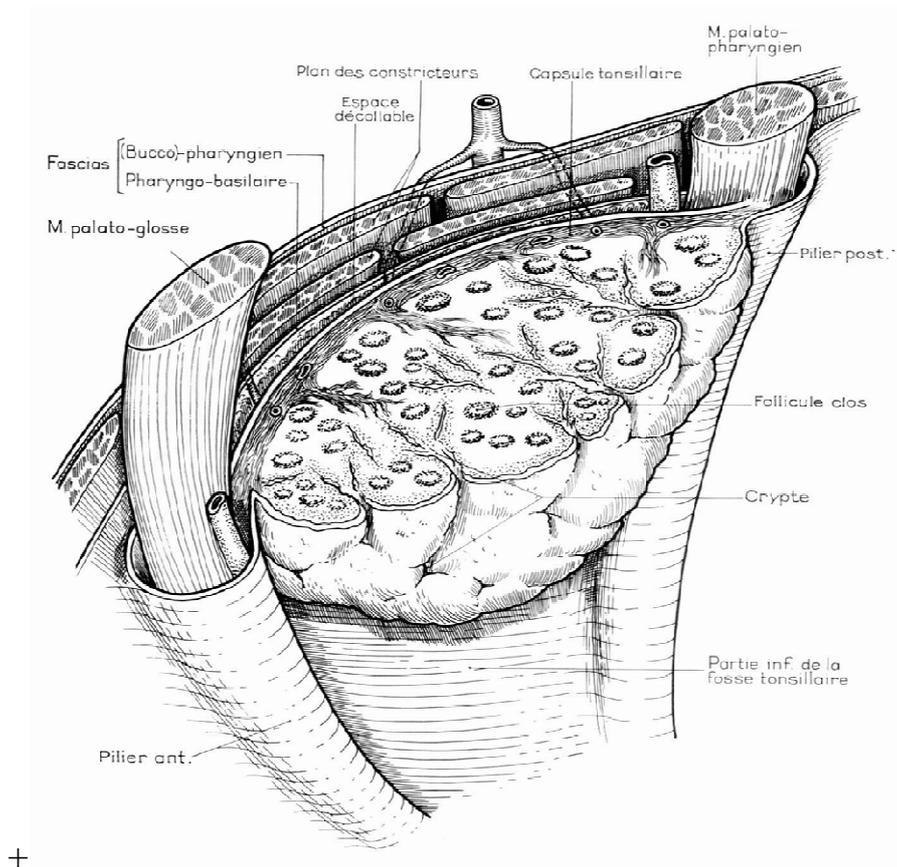


Fig. 6 : Fosse tonsillaire : rapports latéraux - **Source** : Cahier d'anatomie ORL tome 2 ^[14]

2.1.5 Vascularisation et innervation

2.1.5.1 vascularisations : Elle provient de l'artère carotide externe

a) La Vascularisation artérielle :

- **L'artère pharyngienne ascendante**, qui monte le long de la paroi pharyngée postéro-latérale, le long des muscles constricteurs moyens et supérieurs du pharynx, en arrière du stylopharyngien jusqu'au foramen jugulaire où elle devient l'artère méningée postérieure. Elle vascularise la paroi postérieure de l'oropharynx et la partie postéro-latérale du voile du palais, ainsi que le pôle supérieur de la loge tonsillaire.

- **L'artère palatine ascendante**, qui naît de la faciale au contact du muscle constricteur supérieur et de la tonsille palatine ; elle donne l'artère tonsillaire inférieure, principal pédicule de la loge tonsillaire, se place en dedans du muscle styloglosse et se distribue aux arcs du voile du palais et à la partie adjacente du pharynx.
- **L'artère du canal ptérygoidien et l'artère pharyngienne supérieure**, collatérales de l'artère palatine descendante, se destinent au fornix du pharynx, aux muscles élévateur et tenseur du voile et à la trompe auditive ;
- **L'artère dorsale de la langue**, collatérale de l'artère linguale, qui assure la vascularisation de la paroi antérieure de l'oropharynx et donne une branche à l'artère polaire inférieure, destinée à la tonsille palatine.

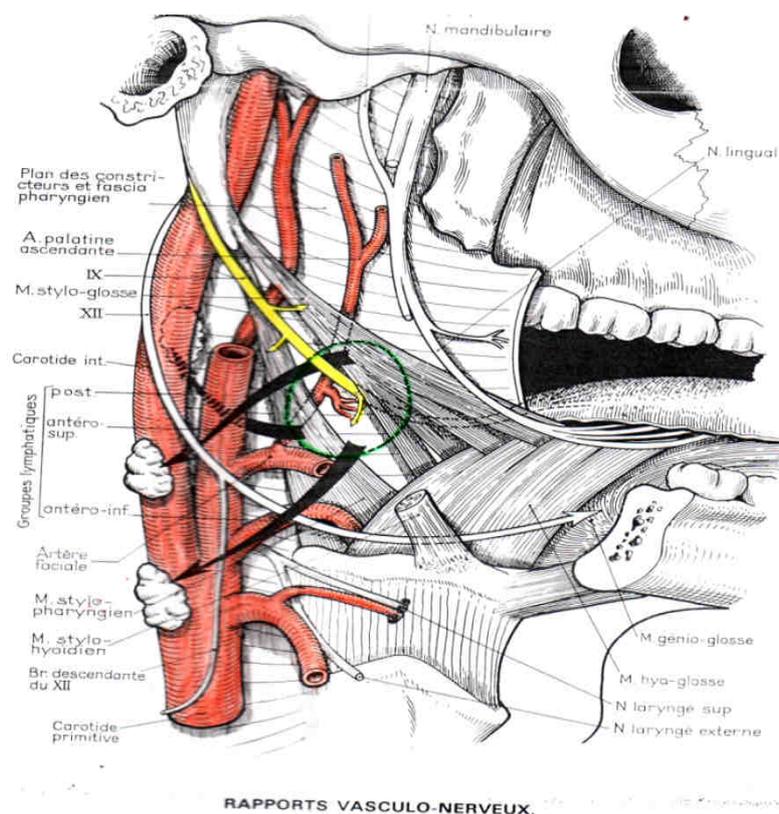


Fig. 7 : Rapports vasculo-nerveux – **Source :** Cahier d'anatomie ORL tome 2^[14]

b) La vascularisation veineuse :

Il s'effectue vers la veine jugulaire interne. Il est formé de deux plexus :

- l'un profond, sous-muqueux, particulièrement marqué au niveau de la région ptérygoïdienne et au niveau du voile, de la base de langue et sur la paroi postérieure du pharyngo-larynx ; il se draine vers le plexus externe par des veines perforantes qui cheminent sous le constricteur.

- le plexus péri-pharyngien, entre muscles et fascias, qui forme un réseau de veines volumineuses réunies entre elles, réalisant une voie collatérale profonde latéro-pharyngée qui se draine vers la jugulaire interne.

Le plexus sous-muqueux de l'oropharynx, notamment de la face dorsale haute du voile et de la partie supérieure de la fosse tonsillaire se draine dans la veine jugulaire externe.

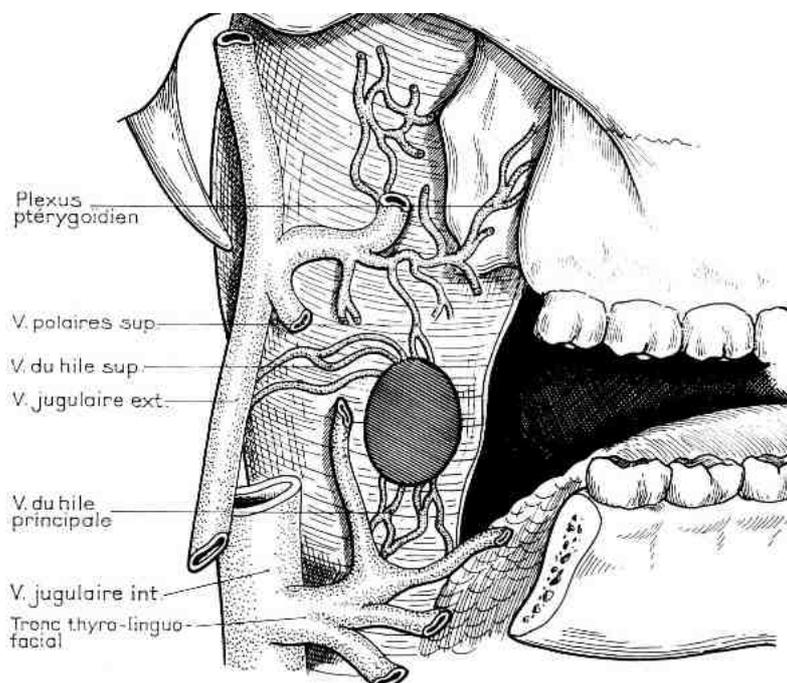


Fig. 8 : Vascularisation veineuse – **Source :** Cahier d’anatomie ORL tome 2 ^[14]

c) Lymphatiques :

Les voies de drainage oropharyngée se dirigent vers les lymphonœuds rétro- et latéro-pharyngiens et jugulo-digastriques du lymphocentre cervical profond. Le drainage est bilatéral pour les collecteurs émanant du voile du palais.

2.1.5.2 Innervation

Le pharynx est constitué de muscles striés à commande volontaire sous la dépendance du nerf glossopharyngien (IX) et du pneumogastrique (X). Il comporte également une muqueuse sécrétant sous l'action de fibres sympathiques et parasympathiques. L'ensemble des fibres forme le plexus pharyngien particulièrement riche.

a) Innervation motrice :

L'innervation motrice de tous les muscles du pharynx dépend du neuvième et dixième paires crâniennes à une exception près, le muscle tenseur du voile du palais est innervé par une branche terminale du nerf maxillaire inférieur, branche du nerf trijumeau (V).

b) Innervation sensitive

Elle est assurée par :

- le nerf glossopharyngien pour l'oropharynx ;
- le nerf maxillaire inférieur pour le fornix du pharynx et le voile du palais.

L'innervation de la muqueuse pharyngée reste mal connue ;

L'oropharynx est innervé par des fibres émanant des ganglions cervicaux supérieurs et moyens ainsi que du ganglion cervico-thoracique de façon bilatérale. Il n'y aurait pas de fibres émanant du ganglion ptérygo-palatin.

c) Sécrétoire : Elle est sous la dépendance du sympathique cervical.

2.2 Anatomie topographique

2.2.1 Rapport de la paroi postérieure : En arrière, la paroi postérieure de l'oropharynx répond à la troisième vertèbre cervicale par l'intermédiaire des muscles pré-vertébraux tapissés de la lame pré-vertébrale du fascia cervical.

2.2.2 Rapports antérieurs : En avant, l'oropharynx s'ouvre sur la cavité buccale et son contenu.

2.2.3 Rapports de la paroi supérieure : rhinopharynx

2.2.4 Rapports de la paroi inférieure : pharyngo-larynx ou hypopharynx

2.2.5 Rapport de paroi latérale : L'espace latéro-pharyngé est divisé en espaces pré- et rétrostylien par le diaphragme stylien constitué d'un ensemble musculo-ligamentaire relié entre eux par des formations fibreuses. Le diaphragme stylien s'étend de la paroi latérale du pharynx à la face médiale du muscle sternocléidomastoïdien et engaine de dedans en dehors les muscles stylopharyngien, styloglosse, stylohyoïdien et le ventre postérieur du digastrique. Il constitue l'aileron latéral du pharynx qui est renforcé par le ligament stylohyoïdien et le ligament stylo-mandibulaire.

L'espace préstylien est subdivisé par le fascia inter-ptérygoïdien renforcé par les ligaments ptérygoépineux, sphéno-mandibulaires et tympano-mandibulaires en deux loges : la loge parotidienne en dehors et en arrière, l'espace paratonsillaire ou ptérygo-pharyngien en dedans et en avant.

Dans l'espace rétrostylien, les rapports essentiels sont vasculonerveux, l'artère carotide interne étant l'élément le plus médial.

Les autres rapports réputés dangereux de l'oropharynx sont l'artère carotide interne mais elle reste à distance de l'oropharynx. Elle est à 7 millimètres de l'arc palato-pharyngien et à 15 millimètres de la tonsille palatine, dont il faut tenir compte lors de l'amygdalectomie pour éviter une hémorragie cataclysmique.

3. Rappel physiologique du pharynx ^[17]

Le pharynx a un rôle actif dans la déglutition. Chaque déglutition est précédée et suivie d'une inhibition respiratoire et se déroule selon un processus constant avec une vague de péristaltisme atteignant les constricteurs pharyngés, le voile, les muscles sus, sous-hyoïdiens et laryngés. L'innervation motrice, dont le centre est essentiellement représenté par le noyau ambigu, est dévolue au vagospinal. La sensibilité des parois pharyngées et du tiers postérieur de la langue est assurée par le nerf glossopharyngien et le nerf vague.

En dehors de toute alimentation, la déglutition est fréquemment déclenchée par les sécrétions nasales, trachéo-bronchiques et la salive. Lors de l'alimentation, il s'agit d'un acte volontaire adapté au type d'alimentation. Lorsque le bol alimentaire franchit l'isthme du pharynx, il est projeté dans l'oropharynx par les mouvements de la langue, du voile et de la paroi pharyngée postérieure.

Le voile est attiré vers le haut et l'arrière, vient au contact de la paroi pharyngée postérieure et obstrue le rhinopharynx. L'os hyoïde suit un mouvement antéro-supérieur entraînant avec lui le larynx, les cordes vocales restant en adduction. La bascule de l'épiglotte sur le vestibule est assurée par la contraction des muscles aryépiglottiques. L'ascension du larynx produit également un élargissement de l'hypo-pharynx dans le sens transversal. La déglutition se termine par la contraction active du muscle crico-pharyngien et une inspiration suit toujours ce temps pharyngé de la déglutition.

La vague de péristaltisme intéresse tous les muscles pharyngés et progresse de 12 à 25 cm par seconde et le bol ainsi dégluti franchit le sphincter à la vitesse de 70 cm/s. Cette vitesse est fonction de l'importance du bol alimentaire.

L'acte pharyngé de la déglutition contribue également à la digestion par la sécrétion d'une lipase par les glandes d'Ebner situées sur le voile et la base de langue dont le mécanisme exact de stimulation locale reste inconnu.

Le pharynx intervient dans la phonation et notamment dans la formation des voyelles : c'est le renforcement de certains harmoniques par le passage du son à travers la cavité pharyngée et buccale qui donne à la voyelle son caractère propre. Le pharynx donne le formant grave et la cavité buccale donne le formant aigu. Selon la nature de leur formant, l'ouverture plus ou moins grande du conduit pharyngo-buccal, les voyelles peuvent être classées en voyelles antérieures ou postérieures et en voyelles fermées ou ouvertes. La formation des consonnes est essentiellement conditionnée par les effecteurs buccaux.

Le rhinopharynx a un rôle dans l'olfaction et notamment dans le courant expiratoire. C'est ainsi que nous percevons, lors de la déglutition, des odeurs d'origine alimentaire par diffusion rétro-nasale. Il se produit ainsi une double stimulation gustative et olfactive permettant la reconnaissance des aliments.

Les papilles gustatives sont retrouvées au niveau du voile, de la face laryngée de l'épiglotte et des faces postérieures et latérales du pharynx ; les influx sensoriels sont véhiculés par les branches du nerf trijumeau et du nerf glossopharyngien.

Au cours de la respiration, le pharynx a des mouvements qui ne sont plus de nature péristaltique mais de type agoniste antagoniste comme au niveau de l'arbre respiratoire. Le pharynx reçoit l'air inspiré par le nez, réchauffé, humidifié. Pathologiquement, l'air peut être inspiré par la bouche lors de troubles de la ventilation nasale et il appartient alors au pharynx de remplir les fonctions dévolues aux fosses nasales. Il les remplace de manière imparfaite : le réchauffement de l'air est moindre de même que son humidification.

4. Rappels immunologiques du pharynx ^[12]

Comme le reste du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT), le tissu amygdalien se développe essentiellement après la naissance. Les mécanismes de ce développement sont encore imparfaitement connus, mais il est établi que la présence d'antigènes exogènes est nécessaire pour sa prolifération.

La génération de récepteurs spécifiques d'un antigène à la surface des lymphocytes B (immunoglobulines de membrane) ou T (TCR) est un phénomène gouverné par le hasard des réarrangements génomiques. La conséquence simplifiée de ce phénomène est qu'au moins une cellule spécifique d'un antigène donné existe dans l'organisme à un instant donné. C'est notamment le cas chez le nouveau-né, qui possède déjà un système immunitaire.

Le contact de l'organisme jusque-là isolé du nourrisson avec l'extérieur va avoir l'effet d'une série d'immunisations physiologiques. Chacune de celles-ci va consister à sélectionner une cellule spécifique et à l'impliquer dans une réponse immunitaire à l'issue de laquelle la cellule initiale aura donné naissance à un clone de cellules identiques. Ce mécanisme permet d'amplifier considérablement le pool de cellules spécifiques d'un antigène donné.

La recirculation cellulaire, ou écotaxie, assurera dans un second temps l'essaimage de ces cellules filles dans les autres territoires, et singulièrement dans les territoires muqueux si l'immunisation initiale s'est déroulée dans l'un d'eux. Ce phénomène de migration cellulaire concerne aussi bien des lymphocytes T que des lymphocytes B et permet de doter les territoires colonisés de tous les éléments permettant à leur niveau le développement rapide d'une réponse immunitaire secondaire complète, incluant la production de cytokines et d'anticorps.

Appliquée au tissu lymphoïde du pharynx, cette stratégie prend un relief tout particulier. Elle place en effet les amygdales dans une position clé pour assurer

la captation de nombreux antigènes « passagers », en transit dans le pharynx, et « initier » une réponse immunitaire.

Dans le cadre des phénomènes écotaxiques, le cercle de Waldeyer, colonisé par des cellules amplifiées notamment au niveau digestif, va pouvoir assurer une première défense spécifique efficace, soit par les anticorps contenus dans les sécrétions tapissant toutes les structures ORL, soit par les lymphocytes contenus dans ces mêmes sécrétions. Un autre élément important concerne le devenir des cellules filles mentionnées plus haut. Une partie d'entre elles va renforcer le potentiel de cellules spécifiques de l'organisme. Les autres vont être impliquées dans les phases effectrices de l'immunité : les cellules B vont se différencier en plasmocytes et produire des anticorps ; une partie des cellules T va développer des propriétés cytotoxiques efficaces pour l'élimination d'antigènes microbiens ou de cellules infectées ; une autre partie des cellules T va produire des médiateurs immunitaires et/ou inflammatoires : interféron gamma, interleukines 2, 3, 4, 5, 7, 8... Ces substances peuvent intervenir dans l'entretien d'une réponse inflammatoire, notamment en stimulant les populations phagocytaires macrophagiques.

La considérable prolifération cellulaire précédant la dissémination des cellules filles « mémoire » peut expliquer pourquoi le tissu lymphoïde en pleine évolution du jeune enfant apparaît plus volumineux, voire plus souvent inflammatoire ou infecté.

Un autre mécanisme peut participer à cette prolifération cellulaire : l'effet mitogène, totalement non spécifique, et donc non sélectif, des lipopolysaccharides ou endotoxines de nombreuses structures bactériennes appartenant à la flore saprophyte ou à la flore pathogène.

L'éducation physiologique du système immunitaire muqueux et son « amplification » peuvent inclure des phénomènes immuno-actifs à caractère inflammatoire, particulièrement remarquables au niveau du cercle de Waldeyer

chez l'enfant. En effet, cette « éducation » comporte la prolifération des clones cellulaires stimulés par des antigènes rencontrés pour la première fois. Ce mécanisme s'accompagne de la production d'interleukines et, sur le plan clinique, de signes assimilés à ceux d'une réaction inflammatoire. Ce potentiel prolifératif se maintient, à plus ou moins bas bruit, par la suite.

Des mécanismes de régulation très puissants doivent cependant intervenir pour contenir une activité immunitaire potentielle aussi importante, et l'homéostasie du pharynx peut être perturbée par de nombreux mécanismes exogènes ou endogènes.

Le pharynx doit en outre conserver un état d'hydratation optimal pour permettre la déglutition et la phonation, tout en préservant un passage aérien fonctionnel. Le bon état et la souplesse de la muqueuse pharyngée vont donc dépendre de la qualité et de la quantité des sécrétions des glandes muqueuses, elles-mêmes soumises à des influences endogènes d'ordre immunologique et/ou neurovégétatif. Ces différentes intrications suggèrent, d'une part que les altérations caractérisant les pharyngites chroniques peuvent avoir des étiologies très diverses, d'autre part que les conséquences d'une lésion précise peuvent également être très diverses.

5. Physiopathologie ^[18]

À la naissance, l'enfant ne possède comme moyen de défense anti-infectieux immunitaire humoral que les seules IgG maternelles : cette arme anti-infectieuse est passive et temporaire (environ 6 mois). Durant cette période, l'enfant met en place ses propres moyens d'acquisition immunitaire : son tissu lymphoïde.

Les antigènes nécessaires à cette synthèse immunitaire pénètrent dans l'organisme par les fosses nasales et entrent d'abord en contact avec la muqueuse du rhinopharynx, entraînant ainsi le développement de l'amygdale pharyngée, puis dans un second temps, au niveau de l'oropharynx (amygdales palatines), enfin le long du tube digestif (plaques de Peyer).

Les antigènes, viraux ou bactériens, traversent la muqueuse, sont captés par les macrophages et véhiculés dans les centres germinatifs du tissu lymphoïde, centres de la synthèse immunitaire (grâce aux lymphocytes B et T), qui ainsi se multiplient, augmentent de volume et provoquent l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée : les végétations adénoïdes.

L'hypertrophie adénoïdienne (de même que celle des amygdales) doit donc être considérée non pas comme une manifestation pathologique, mais comme la réaction normale d'un organisme en voie de maturation immunitaire.

L'inflammation du rhinopharynx (rhinopharyngite) représente chez l'enfant une adaptation naturelle au monde microbien. On doit considérer comme normale une fréquence de quatre à cinq rhinopharyngites banales, non compliquées par an, jusque vers l'âge de 6 à 7 ans. Cette "maladie d'adaptation" évolue pendant la période au cours de laquelle l'enfant acquiert son capital immunitaire.

Par contre, les rhinopharyngites ou les amygdalites de l'enfant sont considérées comme véritablement pathologiques lorsqu'elles se répètent trop souvent ou lorsqu'elles entraînent des complications.

6. Aspects cliniques et thérapeutiques des amygdalites

6.1 Définition

Le mot angine vient du mot latin angina, du verbe angere dérivé du grec agchéin : serrer, suffoquer^[19].

Les termes angine et pharyngite désignent une inflammation aiguë de la région oro-pharyngée d'origine infectieuse.

Dans le langage courant, on parle d'angine lorsque l'inflammation concerne principalement les amygdales (amygdalite aiguë ou tonsillite) et de pharyngite lorsqu'elle est plus diffuse et touche toute la muqueuse. En pratique, la distinction est difficile et, le plus souvent, lorsque les amygdales sont présentes, elles sont également impliquées ; aussi, les termes angine, pharyngite, amygdalite et pharyngo-amygdalite peuvent être considérés comme équivalents^[19].

Arbitrairement, elle est dite chronique lorsque les signes inflammatoires locaux et régionaux persistent trois(3) mois ou plus et qu'elle n'est pas amendée par un traitement médical^[2].

Plusieurs facteurs contribuent à la survenue d'une amygdalite ; il s'agit soit de facteurs favorisants, soit de facteurs déterminants.

6.1.1 Les facteurs favorisants^[20]

- les conditions climatiques : hiver, harmattan, saison sèche, air sec et froid, air pressurisé.
- les conditions de vie : mauvaise hygiène buccale, vie en collectivité (crèches, école...), pollution atmosphérique, surmenage physique.
- le terrain : diabète, immunodépression, drépanocytose.
- l'âge : tous les âges sont concernés, mais c'est une affection particulièrement fréquente chez l'enfant à cause de l'immaturité de son système immunitaire et la fréquence des rhinopharyngites qui peuvent être secondées par les amygdalites.

6.1.2 Les facteurs déterminants

Les agents infectieux le plus souvent incriminés sont les virus (retrouvés dans plus de 80 % des cas) et les bactéries (retrouvés dans 20 à 40 % des cas).

6.2 Étiologies ^[21]

L'oropharynx est le siège d'une flore microbienne riche et variée appartenant à la flore commensale, c'est-à-dire une flore constituée d'espèces non pathogènes. Elle constitue un degré de protection contre l'infection à point de départ oropharyngé. Cette flore commensale subit des variations quantitatives et qualitatives.

6.2.1 Origine virale ^[21, 22]

Environ 40 à 80 % des amygdalites sont d'origine virale. Les virus les plus fréquemment en cause semblent être : rhinovirus, coronavirus, virus de la grippe, virus para influenzae. Parmi les autres virus, certains comportent une sémiologie particulière qui a le mérite d'être évocatrice : herpès simplex, coxsackie A, adénovirus (responsables de syndrome pharyngo-conjonctivale), virus d'Epstein-Barr (qui peut donner tous les types d'amygdalite ^[22]).

La plus part des amygdalites virales sont bénignes et guérissent spontanément après 4 à 5 jours, en absence de surinfection bactérienne ^[1].

6.2.2 Origine bactérienne ^[21, 22]

Elles sont retrouvées dans une proportion qui varie de 20 à 40 % des cas au maximum : le streptocoque du groupe A (SGA) demeure le plus fréquemment représenté (11 % de la totalité des amygdalites de l'adulte jusqu'à 50% en période épidémique chez l'enfant). Les autres streptocoques hémolytiques des groupes B, C et G sont plus rares. Parmi les autres bactéries, on peut retenir l'association fusospirillaire, *Corynebacterium diphtérie*, *Mycoplasma*

pneumoniæ et *Arcanobacterium hæmolyticum* sont exceptionnellement impliqués. En ce qui concerne *Staphylococcus aureus*, *Hæmophilus influenzaë*, *Moraxella catarrhalis* et *Streptococcus pneumoniæ*, leur fréquence de portage chez l'enfant est grande et leur rôle pathogène demeure douteux.

6.2. 3 Les autres origines possibles d'amygdalites ^[23]

➤ **Les champignons** : il s'agit le plus souvent du *Candida Albicans* qui réalise un muguet dans sa forme profuse.

➤ **L'amygdalite des maladies générales** :

- **la toxoplasmose** : peut réaliser une amygdalite unilatérale avec adénopathie satellite douloureuse ; le diagnostic est confirmé par l'intradermoréaction et la sérologie spécifique.

- **la fièvre typhoïde** : Peut réaliser une amygdalite de Duguet totalement asymptomatique (exulcération en coup d'ongles à grand axe vertical siégeant sur les piliers) durant le 1^{er} septénaire et une angine de Louis (ulcérations pharyngées) au 3^e ou 4^e septénaire.

6.3 Etude clinique

6.3.1 Type de description : Les amygdalites érythémateuses ou érythémato-pultacées ^[22]

✓ **Signes fonctionnels** :

Elles se manifestent cliniquement par : un début brutal, une odynophagie, une otalgie, une haleine fétide, la langue saburrale et la poly-adénopathie cervicale ^[20].

✓ **Signes physiques**

L'examen clinique découvre les amygdales tuméfiées, rouge intense, avec des pliers plus ou moins enflammés. L'amygdalite est dite pultacée lorsque les

amygdales sont recouvertes de points blancs ou de dépôts blanchâtres facilement détachables.

✓ **Signes généraux**

Une fièvre 39 /40°C, de frissons, une altération de l'état général avec asthénie, une myalgie.



Fig.9 : A/ Amygdalite érythémateuse ^[18] B/ Amygdalite érythémato-pultacée ^[18]

✓ **Bilan para-clinique ^[10]**

Le diagnostic d'amygdalite est strictement clinique ; cependant certains bilans peuvent être demandés, guidés par le contexte. Ainsi :

* **la NFS** : rarement demandée, lorsqu'elle est réalisée peut montrer une hyperleucocytose non spécifique d'une origine bactérienne ou virale.

* **les sérologies** : spécifiques, elles sont le plus souvent demandées devant un tableau clinique évocateur ou dans le cadre d'études épidémiologiques. On pourra ainsi réaliser des sérologies lorsqu'on suspecte une mononucléose infectieuse, une syphilis pharyngée ou une amygdalite herpétique.

* **le test de diagnostic rapide (TDR) du streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBGA)** : très répandue aux Etats-Unis, c'est un test d'une excellente spécificité (95%) mais d'une sensibilité moindre (80 à 90%) basée sur la mise en évidence d'un antigène du SBGA qui, en présence d'un anticorps spécifique

produit une réaction Ag-Ac. Donc, un TDR négatif n'élimine pas une origine streptococcique.

* **le prélèvement de gorge :** réalisé par écouvillonnage des loges amygdaliennes et/ou de la paroi pharyngée postérieure en évitant scrupuleusement tout contact avec la cavité buccale et la langue, il doit être rapidement acheminé au laboratoire pour y subir un examen direct et/ou une culture qui permettra d'isoler le germe responsable de l'amygdalite. Pas de pratique courante, ses indications sont : l'amygdalite traînante, amygdalite spécifique (pseudomembraneuse ou ulcéro-nécrotique), suspicion de la scarlatine, amygdalite chez un patient ayant des antécédents de RAA ou de GNA.

* **le dosage des anticorps antistreptococciques :** Ceux titrables sont : les antistreptolysines O, les antistreptodornases, les antihyaluronidases. Ce dosage ne présente aucune indication au cours d'une amygdalite aiguë. En effet, à titre d'exemple, les ASLO augmentent en fin de 1^{ère} semaine dans les amygdalites streptococciques, atteignent leur taux maximal en 5 à 6 semaines puis décroissent en 6 mois voire 1 an ; leur augmentation signe donc un antécédent d'infection streptococcique mais ne justifie nullement une antibiothérapie prolongée ou une amygdalectomie.

6.3.2 Les formes cliniques

Il existe différentes formes cliniques d'amygdalites, qui sont :

6.3.2.1 Formes évolutives :

a) Les amygdalites pseudomembraneuses :

L'amygdalite diphtérique : à un début typiquement progressif associé à une fièvre modérée (inf. à 38,5°) une pâleur et une asthénie intense. La fausse membrane est blanc nacré, épaisse et très adhérente à la muqueuse recouvrant l'amygdale et le pharynx. L'existence de signes associés laryngés ou d'une

rhinite sanglante sont très évocateurs. La notion de contagé doit être recherchée. Seul le prélèvement de la gorge va affirmer le diagnostic en montrant le *Corynebacterium diphtheriae*. Cependant une sérothérapie doit être instaurée, sans attendre le résultat des prélèvements, après la réalisation d'un test de susceptibilité. Un traitement antibiotique par macrolide ou pénicilline doit être associé à cette sérothérapie.

La mononucléose infectieuse ^[1, 22] : correspond à la primo-infection tardive, chez l'adolescent, du virus d'Epstein Barr. Elle peut revêtir différents types d'amygdalites : érythémateuse, érythémato-pultacée, pseudomembraneuse, ulcéro-nécrotique uni- ou bilatérale. On la suspecte lorsque l'on découvre associée à l'amygdalite :

- Des adénopathies diffuses, siégeant à la partie postérieure du cou ;
- Un purpura de voile, un œdème de la luette ;
- Une éruption cutanée, une splénomégalie ^[22].

La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose avec prédominance de monocytes basophiles. Le MNI test et le test de Paul-Bunnell-Davidson confirment le diagnostic ^[1].



Fig.10 : Amygdalite pseudomembraneuse ^[18]

b) Les amygdalites ulcéreuses ou ulcéro-nécrotiques : [22]

Elles peuvent être :

-Bilatérales, elles s'observent dans les leucoses et dans les agranulocytoses. Un tel aspect impose donc un hémogramme d'urgence.

-unilatérales, elles évoquent l'angine de Vincent et le chancre syphilitique.

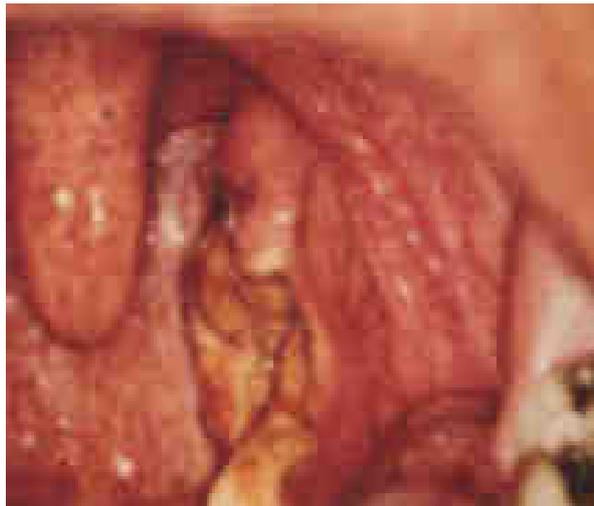


Fig.11 : Amygdalite ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique [18]

Angine de Vincent : cette affection relativement fréquente survient surtout chez l'adolescent et adulte jeune. L'asthénie marquée contraste avec une température peu élevée. L'examen découvre une ulcération amygdalienne, ne débordant pas l'amygdale, recouverte d'un enduit jaunâtre. Mais le doigt palpe une amygdale souple.

Le prélèvement confirme la présence de l'association fuso-spirillaire qui n'est cependant pas spécifique.

Chancre syphilitique : l'érosion superficielle d'une amygdale souvent recouverte d'un enduit diphtéroïde, accompagnée d'une adénopathie satellite, est très évocatrice. Mais l'aspect peut être moins caractéristique et prendre le masque d'un processus tumoral ou d'un phlegmon.

Aussi on doit systématiquement rechercher devant cette amygdalite unilatérale :

-l'induration ligneuse de l'amygdale avec un doigt protégé d'un gant ou un doigtier.

-le tréponème à l'ultramicroscope sur le liquide de ponction de l'adénopathie. Au niveau de l'amygdale, il faut se méfier de Spirochètes saprophytes. La sérologie corrobore le diagnostic ultérieurement.

c) Les amygdalites vésiculeuses ^[24] :

Elle est caractérisée par la présence d'une ou plusieurs vésicules complètes ou rompues donnant alors des exulcérations minimales recouvertes d'un enduit jaunâtre et cerclées d'un halo érythémateux. Habituellement, ces causes sont toujours virales mais, bien entendu, une surinfection bactérienne est possible. On peut individualiser 2 formes :

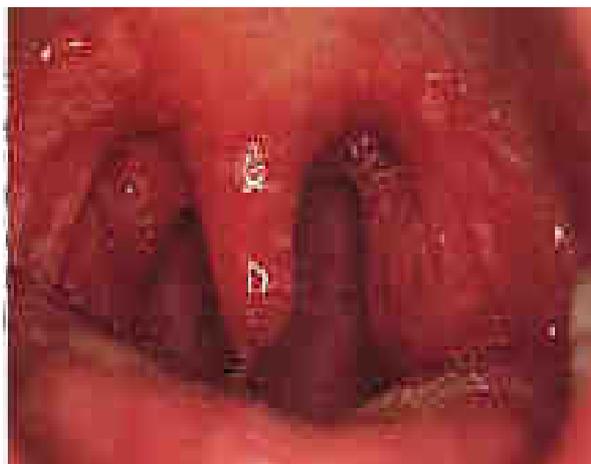


Fig.12 : Amygdalites vésiculeuses ^[18]

L'amygdalite herpétique est due à herpès simplex, virus type I, avec un début brutal marqué par de la fièvre, une douleur pharyngée avec odynophagie. Au début, il existe des vésicules sur les régions amygdaliennes qui peuvent confluer en éléments plus vastes à contours polycycliques. On peut retrouver d'autres ulcérations sur l'ensemble de la cavité buccale et notamment les gencives.

L'herpangine est due à des entérovirus (coxsackie du groupe A) et survient surtout chez l'enfant âgé de moins de 7 ans, en période estivale et survenant par poussées épidémiques. Les lésions vésiculeuses siègent uniquement au niveau de l'oropharynx qui, en se rompant, laissent des exulcérations régulières, arrondies. La guérison spontanée survient habituellement en une semaine.

d) Amygdalites récidivantes ^[24]

Cette entité particulière résulte soit d'une récurrence précoce après un épisode traité, soit d'une fréquence anormalement élevée d'amygdalite aiguë chez un patient donné. On peut considérer que l'amygdalite est récidivante à partir d'au moins 3 épisodes en 12 mois ou 5 épisodes en 2 ans.

e) Amygdalite chronique ^[9]

Est caractérisée par une réaction fibroscicatricielle importante des amygdales, qui vient s'ajouter à la régression normale du tissu lymphoïde.

La symptomatologie, locale, habituellement modérée se traduit, chez un sujet volontiers anxieux, dystonique, cancérophobe, par une dysphagie unilatérale intermittente avec otalgie, une mauvaise haleine, des crachats de fragments caséux fétides, une toux irritative. Il n'y a pas de signes infectieux généraux.

A l'examen, les amygdales sont petites, enclavées dans les piliers, sièges de cryptes emplies de caséum (débris de kératine, de germes et/ou de mycose), de noyaux cicatriciels notés à la palpation, de kystes jaunâtres par occlusion de cryptes.

L'évolution est chronique, mais le plus souvent bénigne. La recherche et la prise en charge d'un reflux gastro-œsophagien peut améliorer l'évolution.

Des complications locales (abcès intra-amygdalien, phlegmon péri-amygdalien) ou générales peuvent cependant survenir, et il est classique de rechercher un

foyer amygdalien chronique dans le bilan d'une néphropathie ou d'un rhumatisme infectieux.

L'amygdalectomie est indiquée en cas de complications.

6.3.2.2 Formes Compliquées

6.3.2.2.1 Les complications locorégionales :

a) Le phlegmon péri-amygdalien ^[22, 25, 26] :

Il correspond à une infection purulente développée dans l'espace péri-amygdalien entre, d'une part l'amygdale et sa capsule, et d'autre part la paroi pharyngée musculaire ^[22].

Il se manifeste cliniquement par : une dysphagie très intense voire une aphagie, une otalgie.

- les signes généraux marqués, fièvre à plus de 39°C ;
- un trismus ;
- des adénopathies cervicales douloureuses ;
- la douleur est intense, pulsatile, empêchant la déglutition avec une haleine fétide.

A l'examen, on note :

- une hypertrophie amygdalienne bilatérale ;
- un œdème asymétrique d'un pilier et de la luette avec refoulement de l'amygdale concernée vers la ligne médiane ^[26].

b) Adénite et Adeno-phlegmon ^[26].

Complication classique surtout chez l'enfant des amygdalites aiguës et nécessite une double antibiothérapie ainsi qu'une évacuation en cas de collection.

c) Abscesses para et rétro-pharyngées^[13]

Les abscesses rétro-pharyngées sont rares. Ils se manifestent par une pyrexie élevée, un torticolis, et une stase salivaire, secondaire à la dysphagie. L'examen endobuccal montre une voussure médiane de la paroi pharyngée postérieure qui vient au contact du voile du palais, en dehors de tout réflexe nauséux. Ceci est difficile à apprécier. C'est pourquoi il est utile, au moindre doute, de faire pratiquer une échographie cervicale ou mieux, une imagerie par résonance magnétique nucléaire. Les abscesses rétro-pharyngées sont le plus souvent plurimicrobiens. On y retrouve aussi bien des germes aérobies qu'anaérobies. Mais un abscesses rétro-pharyngée peut aussi être d'origine tuberculeuse et révéler une spondylodiscite tuberculeuse. L'incision de l'abscesses se fait sous anesthésie générale, par voie endobuccale. Le geste chirurgical est complété par une antibiothérapie parentérale et une réhydratation par voie veineuse.

d) Cellulites cervicales extensives à point de départ pharyngé^[27]

C'est une infection du tissu cellulo-adipeux et aponévrotique de la face et du cou ; poly-microbienne à tendance expansif propagées à partir d'inoculation septique.

Ce sont des complications rares mais sévères de situations infectieuses résultant d'une contamination transmuqueuse à point de départ le plus souvent dentaire ou pharyngé.

Pour la grande majorité des patients, des signes généraux et locaux coexistent lors de l'examen initial. On constate un syndrome infectieux avec une température toujours supérieure à 38 °C, des signes fonctionnels associant une douleur cervicale, une odynophagie ; souvent, une dyspnée laryngée, parfois une douleur thoracique en cas d'extension médiastinale. Il faut distinguer deux formes cliniques de cellulites.

– **La forme gangreneuse** est la traduction clinique d'une nécrose tissulaire gazogène responsable d'une crépitation sous-cutanée et, à la radiographie, d'un emphysème. Cette forme de cellulite est remarquable par sa rapidité d'évolution et par des signes généraux très marqués (température supérieure à 40 °C, faciès grisâtre, sepsis).

– **La forme d'adéno-phlegmon** : se manifeste par un empâtement cervical, au début sous-mandibulaire qui s'étend progressivement jusqu'au creux sus-claviculaire homolatéral. Elle réalise au final une tuméfaction cervicale tendue, rouge, très douloureuse, s'étendant de la pointe de la mastoïde jusqu'au creux sus-claviculaire. La diffusion de l'infection peut franchir la ligne médiane et s'étendre également jusqu'à la fourchette sternale avec très souvent un érythème douloureux pré-sternal qui ne préjuge en aucun cas d'une extension médiastinale haute. Sur le plan radiologique, on retrouve le plus souvent des zones de nécroses tissulaires sous forme de bulles d'air des parties molles. L'évolution de cette forme clinique est toujours plus lente que la forme gangreneuse.

e) La thrombophlébite de la veine jugulaire interne ^[27]

C'est une complication relativement fréquente des infections de l'espace viscéral du cou. Cette complication peut passer inaperçue ou être constatée lors du drainage chirurgical de l'abcès lorsque cette thrombose est aseptique, réactionnelle à l'infection adjacente. La thrombose septique de la jugulaire interne est parfois palpable sous la forme d'un cordon induré et douloureux en avant du muscle sterno-cléido-mastoïdien, rarement associée à une atteinte neurologique du pneumogastrique. Une septicémie peut être le seul signe évocateur. Les embolies septiques pulmonaires, ostéoarticulaires sont fréquents. Il peut y avoir une infection rétrograde qui se manifeste par un abcès cérébral ou une méningite.

Le diagnostic évoqué cliniquement est confirmé par le scanner avec injection de produit de contraste.

Un traumatisme local, soit par cathétérisme vasculaire, soit par injection chez les toxicomanes, peut être à l'origine d'une thrombophlébite septique primitive de la veine jugulaire interne. La symptomatologie est alors identique mais le germe en cause est le plus souvent *Staphylococcus aureus*. D'autres causes plus rares de thrombophlébite de la veine jugulaire interne sont une propagation d'une infection de la mastoïde à partir du sinus latéral ou une infection dentaire.

Le traitement est avant tout médical, reposant sur une antibiothérapie adaptée. Les traitements anticoagulants sont discutés. L'abord chirurgical pour ligature de la veine n'est indiqué que s'il existe une collection purulente à drainer ou en cas d'échec de traitement antibiotique avec un état septicémique non contrôlé.

6.3.2.2 Les complications générales :

a) Rhumatisme articulaire aigu ^[24] :

Le rhumatisme articulaire aigu n'a pas une physiopathologie clairement établie. La crise peut apparaître dans 30 à 50 % des cas en l'absence d'antécédent clinique d'amygdalite. Dans les pays en voie de développement, on incrimine surtout les mauvaises conditions d'hygiène, le niveau économique bas, la dénutrition. Quelques points paraissent cependant importants : l'amygdalite à streptocoque du groupe A non traitée ne se complique de rhumatisme articulaire aigu que dans 1 à 3% des cas suivant les années et plus sûrement suivant les sérotypes en cause. Par ailleurs, le risque de rhumatisme articulaire aigu est d'autant plus grand que les signes d'amygdalite sont discrets, car ils sont alors négligés. On a vu apparaître en 1985 aux États-Unis des épidémies frappant des enfants blancs de classe socio-économique moyenne. Dans plus de la moitié des cas, les enfants n'avaient pas eu d'épisode pharyngé symptomatique dans les 3 mois précédant la poussée. Ces résurgences ne semblent pas liées aux habitudes thérapeutiques de ce pays, mais plutôt à l'existence de souches appartenant généralement à certains sérotypes M1, M3, M18, dont le caractère particulièrement mucoïde pourrait être responsable d'une augmentation de la

virulence et de la capacité à provoquer un rhumatisme articulaire aigu. Il semble donc important de surveiller l'apparition éventuelle de telles souches dans notre pays. Les résultats d'une enquête nationale récente permettent de dire que le rhumatisme articulaire aigu est devenu une maladie virtuelle avec environ 10 nouveaux cas chaque année en France.

b) Cardite aigue rhumatismale ^[28]:

La cardite aigue rhumatismale s'installe vers le 10^e jour de la crise de RAA. Elle peut être bruyante : douleurs thoraciques, dyspnée, palpitations, elle peut être silencieuse, justifiant l'examen clinique biquotidien du cœur des patients.

Les trois tuniques du cœur peuvent être lésées :

- Péricarde : œdème sous péricardique d'où épanchement qui ne laisse, après résorption, que des adhérences lâches.
- Myocarde : nodule d'Asschoff avec nécrose fibrinoïde centrale, d'où dilatation myocardite par élongation des myofibrilles.
- Endocarde : lésions inflammatoires prédominant sur la face auriculaire de la valve mitrale et la face ventriculaire de la valve aortique avec double risque évolutif : soudure des commissures (rétrécissement vasculaires), et sclérose rétractile des feuillets valvulaires et des cordages (insuffisances valvulaires).

c) La glomérulonéphrite aiguë ^[24] : est liée à la mise en circulation de complexes immuns circulants apparaissant 10 à 20 jours après l'amygdalite streptococcique et se révélant par une hématurie, une protéinurie et des œdèmes.

d) Les néphropathies ^[24] : se voient surtout entre 10 et 30 ans et sont caractérisées par la succession de poussées aiguës (purpura cutanéomuqueux, hématurie) contemporaines d'infection des voies aériennes supérieures.

e) Syndrome de LEMIERRE ^[29]

Ce syndrome, initialement décrit par Lemierre en 1936, associe classiquement une amygdalite, une thrombophlébite de la veine jugulaire interne, des abcès métastatiques par dissémination hémotogène, préférentiellement pulmonaires, articulaires ou osseux, avec une septicémie à *Fusobacterium necrophorum*. Ce syndrome, également appelé « syndrome angine-infarctus pulmonaire », est actuellement rarissime. Il doit cependant être évoqué chez un sujet, le plus souvent jeune, sans pathologie sous-jacente, qui présente une amygdalite érythémateuse ou nécrotique associée à des embolies septiques. Des images pulmonaires sont bilatérales nodulaires, s'excavant secondairement, et sont souvent associées à une pleurésie ou à un pneumothorax. Le diagnostic différentiel doit surtout se faire avec une endocardite droite. La gravité de la maladie impose une hospitalisation et une antibiothérapie efficace contre les germes anaérobies (associant une β -lactamine et du métronidazole) pour une durée de 6 semaines. Un geste chirurgical est parfois nécessaire sur les complications pulmonaires. La ligature de la veine jugulaire interne peut être indiquée en cas de persistance d'embolies septiques, mais la guérison survient le plus souvent sous traitement médical.

e) Septicémie ^[30] :

La septicémie résulte de l'invasion brutale de la circulation sanguine par des germes ou leur toxine. Elle est confirmée par l'isolement d'un microorganisme pathogène dans les hémocultures.

Les septicémies peuvent survenir avec toutes les classes d'organismes : bactéries à Gram positif, bactéries à Gram négatif, virus (fièvre hémorragique, virus de l'herpès), parasites (*P. falciparum*), champignons (levures opportunistes). Les bactériémies dues à des bactéries à Gram négatif se compliquent de choc septique chez près de 40% des patients, alors qu'il ne survient que chez 5 à 15 % des patients ayant une septicémie à pneumocoque ou à staphylocoque.

Les lésions, sphacéliques et pseudomembraneuses sont diffuses sur tout le pharynx, et d'extension rapide.

Elles ne saignent pas, ne suppurent pas. Il n'y a pas d'adénopathie.

L'hémogramme et le myélogramme montrent l'agranulocytose sans atteinte des autres lignées sanguines.

-Leucose aiguë. L'atteinte amygdalienne est associée à une gingivite hypertrophique. Son évolution nécrotique et sa tendance hémorragique doivent faire pratiquer un hémogramme et un myélogramme qui affirment le diagnostic.

-Le zona pharyngien :

Dû à l'atteinte du nerf glosso-pharyngien. Il est rare, et se caractérise par son éruption vésiculeuse strictement unilatérale, siégeant sur le voile, le tiers supérieur des piliers, le palais osseux, respectant l'amygdale.

-l'aphtose : Intéresse plutôt la muqueuse gingivobuccale, mais peut se localiser sur le voile et les piliers : une à plusieurs ulcérations en coup d'ongle ou en pointe d'épingle, à fond jaunâtre, très douloureuses. Elles peuvent entrer dans le cadre d'un syndrome de Behçet.

-Les éruptions bulleuses :

Sont des affections rares, qui intéressent surtout la dermatologie : pemphigus, maladie de Duhring-Broq.

-L'infarctus du myocarde :

Peut simuler une amygdalite aiguë, par une violente douleur amygdalienne unilatérale. Il n'y a pas de syndrome infectieux général. L'examen de la gorge est normal. L'ECG fera le diagnostic.

- **La pharyngite chronique**, essentiellement, où l'inflammation est diffuse à l'ensemble du pharynx, surtout en rapport avec une maladie générale (Diabète, goutte, allergie...), une affection digestive, une mycose (après antibiothérapie prolongée, chimiothérapie...), une médication au long cours, à effet atrophique (antihypertenseurs, tranquillisants...)

- **Les paresthésies pharyngées**, manifestations phobiques à cible pharyngée : sensation de corps étranger, de boule pharyngée (globus hystericus) chez un névrotique cancérophobe. L'examen local est normal.

6.5 Traitement [10, 11, 31, 32, 33]

6.5.1 Traitement préventif

6.5.1.1 Prévention primaire :

Elle passe par :

- * une vaccination correcte (programme élargi de vaccination, respect du calendrier vaccinal) ;
- * éviction des facteurs de risque dans la mesure du possible (crèche en période hivernale, surmenage physique, tabagisme) ;
- * l'éducation des parents.

6.5.1.2 Prévention secondaire

Elle consiste en la prise en charge précoce et adéquate des amygdalites afin d'éviter la survenue de récurrences et de complications.

6.5.1.3 Prévention tertiaire

Elle comprend le traitement adéquat des complications et la prise en charge d'éventuelles séquelles.

6.5.2 Traitement curatif

6.5.2.1 Buts

- * soulager la douleur ;
- * traiter l'infection ;
- * éviter la survenue de complications ;
- * si complications, assurer leur prise en charge correcte.

6.5.2.2 Moyens

Ils sont médicaux et chirurgicaux

6.5.2.2.1 Moyens médicaux

*** Mesures hygiéno-diététiques**

Repos au lit, consommation de repas chaud, boissons chaudes et abondantes.

*** Antibiothérapie**

- les bêtalactamines :

Pénicilline G, pénicilline retard, pénicilline V, aminopénicillines.

Céphalosporines de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} génération

Associations : Amoxicilline - acide clavulanique

- les macrolides :

Ils représentent une alternative en cas d'allergie aux bêtalactamines :

Erythromycine, josamycine, spiramycine, roxythromycine, clarythromycine, azythromycine

- les imidazolés :

Ils sont préconisés si suspicion de germes anaérobies

*** Les traitements symptomatiques**

- par voie locale :

Ils ont pour objectif de soulager rapidement le malade ; ce sont des produits avec anesthésique, antiseptique ou anti-inflammatoire types : collu-hextril*, anginovag*, strepsil* pastilles, drill* pastilles.

- par voie générale :

Ce sont les antalgiques et antipyrétiques (paracétamol [60mg/kg/24h], acide acétylsalicylique, parfois les associations paracétamol-dextropropoxyphène)

*** Les traitements spécifiques**

Sérothérapie antidiphthérique, traitement antituberculeux.

6.5.2.2.2 Moyens chirurgicaux

C'est essentiellement l'amygdalectomie : au Sluder-Ballenger, par dissection, électrocoagulation au bistouri électrique ou laser

6.5.2.3 Indications

Le traitement associera toujours les mesures hygiéno-diététiques au traitement local et général. Ainsi :

6.5.2.3.1 Les amygdalites communes

Dans notre contexte, l'antibiothérapie est systématique ; sa durée est classiquement de 7 à 10 jours.

* la pénicilline G ou V : à la dose de 50000 à 100000 UI/Kg/j chez l'enfant ; 2 à 4 millions d'UI/j chez l'adulte en 3 prises. La pénicilline est le traitement historique de référence de l'amygdalite, la seule à avoir démontré son efficacité dans la prévention du RAA (Extencilline* 1,2 à 2,4 millions d'UI en IM tous les 21 jours pendant 18 mois).

* les molécules le plus fréquemment utilisées actuellement sont :

Amoxicilline : 50 à 100 mg/Kg/j chez l'enfant, 2g/j chez l'adulte ;

Céfadroxil : 50 mg/Kg/J chez l'enfant, 2g/J chez l'adulte ;

Association amoxicilline - acide clavulanique : 50 mg/Kg/j chez l'enfant, 2g/j chez l'adulte.

* les macrolides et apparentés sont préconisés dans les allergies à la pénicilline : 15 à 30 mg/kg/J chez l'enfant, 1 à 2g/J chez l'adulte.

Il est important d'informer le patient sur la nécessité de respecter strictement les posologies et la durée du traitement prescrit. Signalons que des études ont montré l'efficacité de l'antibiothérapie de courte durée pour certains macrolides et céphalosporines ; à titre d'exemples : 6 jours pour Orélox*, Zinnat*, Josacine*, 3 jours pour l'azithromycine.

* Dans d'autres écoles, il est préconisé l'utilisation systématique du TDR avec traitement antibiotique si le TDR est positif et contrôle par examen direct ou culture si TDR négatif ; plus rarement d'autres pratiquent un prélèvement de gorge systématique et l'antibiothérapie en cas d'isolement du SBGA.

6.5.2.3.2 Amygdalites spécifiques

*** Mononucléose infectieuse :**

Traitement essentiellement symptomatique, l'antibiothérapie est non systématique sauf en cas de surinfection en évitant les pénicillines A. La corticothérapie peut être indiquée si l'asthénie est intense ou si on est en présence d'une amygdalite obstructive par exemple.

*** Angine diphtérique :**

- antibiothérapie : pénicilline G ou macrolides ;
- sérothérapie : 10000 à 20000 UI chez l'enfant, 30000 à 50000 UI chez l'adulte (méthode de BERESDKA) associée à l'anatoxinothérapie.

Par ailleurs, isolement du malade jusqu'à l'obtention de 2 prélèvements de gorge stériles et vaccination de l'entourage.

*** Angine de Vincent :**

Pénicilline G ou V + imidazolés associés aux soins bucco-dentaires.

*** Angine syphilitique :**

La pénicillinothérapie est la base du traitement.

*** Tuberculose amygdalienne :**

Traitement antibacillaire.

*** Formes compliquées :**

La conduite à tenir sera fonction de la complication ; ainsi :

- en cas de complications suppuratives :

Hospitalisation, bi ou triple antibiothérapie par voie parentérale, équilibration hydro-électrolytique, vidange de la collection à la pince de LUBET-BARBON, amygdalectomie 6 semaines après le traitement médical (principe de GUERRIER).

- en cas de complications générales :

Traitement symptomatique, prise en charge multidisciplinaire, amygdalectomie impérative à distance.

6.5.2.3.3 L'amygdalectomie

*** Indications :**

- chez l'enfant :

Amygdalites aiguës récidivantes (plus de 2 épisodes /an pendant 5ans ou 3 épisodes par an pendant 2 ans) ne répondant pas au traitement médical, avec rétentissement staturo-pondéral et scolaire important ;

Amygdalites chroniques ;

Amygdalites hypertrophiques obstructives avec syndrome d'apnée de sommeil ;

Complications suppuratives et générales des amygdalites.

- chez l'adulte :

Amygdalites à répétition, amygdalite cryptique, complications.

*** Contre-indications**

Il n'existe pas de contre-indications absolues et les contre-indications relatives doivent être examinées au cas par cas :

Troubles de la crase sanguine ;

Malformations (fentes palatines) ;

Infections évolutives ;

La vaccination : 6 mois après le BCG, 4 à 6 semaines après la dernière dose de vaccin antipolio ;

Age : généralement pas avant 4 ans.

6.5.2.3.4 Surveillance et résultats

6.5.2.3.4.1 Surveillance

Elle est essentiellement clinique basée sur :

* l'interrogatoire : plaintes du patient

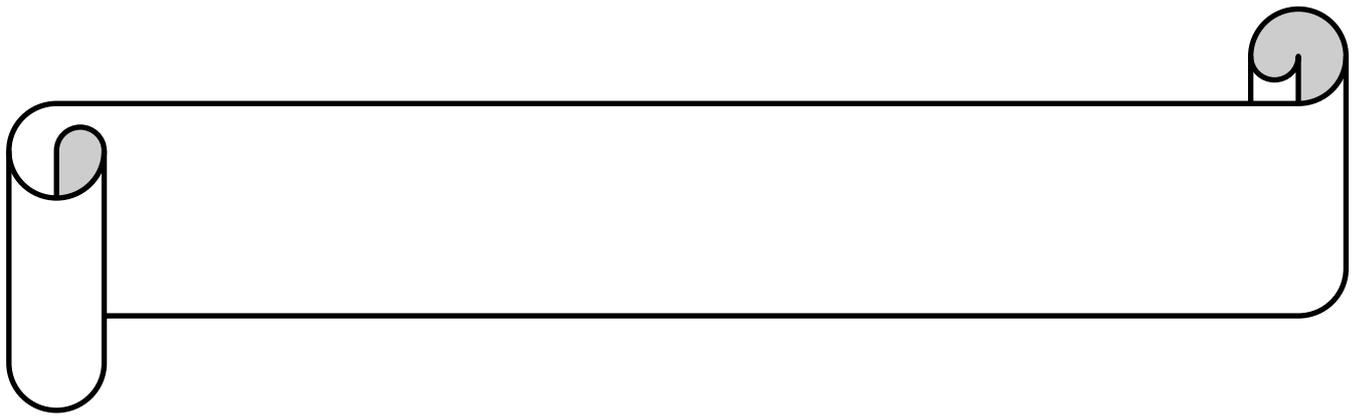
* l'examen : prise de la température, recherche de complications

La persistance de la symptomatologie après 48 heures doit faire réexaminer le malade et réévaluer le traitement.

Parfois, on peut recourir aux examens para-cliniques : dosage des ASLO, NFS et CRP.

6.5.2.3.4.2 Résultats

- * Bien traitée, guérison sans séquelles en 3 jours si origine virale et en 4 à 8 jours si origine bactérienne.
- * Pas ou mal traitée, survenue de complications.



IV. METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

1.1. Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE

Jadis dispensaire central de Bamako, Le CHU Gabriel TOURE est l'un des quatre (04) établissements publics à caractère Hospitalier (EPH) institués par la loi n°94-009 du 22 mars 1994 modifiée par la loi n°02-048 du 12 juillet 2002 portant création du Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Il a été baptisé Gabriel TOURE le 17 janvier 1959, immortalisant ainsi un jeune étudiant en médecine, originaire du Soudan français (actuel Mali).

Djibril TOURE alias Gabriel TOURE est mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage au Sénégal le 12 juin 1934. Le CHU Gabriel TOURE a évolué en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

Le CHU Gabriel TOURE a quatre (04) missions principales à savoir :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ;
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants ;
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

Situé en commune III et bâti sur une superficie de 3,1 hectares, le CHU Gabriel TOURE comprend une administration, 7 départements regroupant 26 services

médico-techniques et des unités depuis la décision n°0386/DGHGT du 30 novembre 2009 suite à la mise en œuvre du Projet d'établissement.

Il s'agit de :

- Département de médecine regroupant les services suivants :

- O Hépto-Gastro-entérologie ;
- O Cardiologie ;
- O Neurologie ;
- O Diabétologie ;
- O Dermatologie.

- Département de chirurgie regroupant les services suivants :

- O Chirurgie générale ;
- O Traumatologie et orthopédie ;
- O Otorhinolaryngologie et Chirurgie cervico-faciale ;
- O Urologie ;
- O Neurochirurgie ;
- O Chirurgie pédiatrique ;
- O Médecine physique (Kinésithérapie).

- Département d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence comprenant les services :

- O Anesthésie ;
- O Réanimation adulte ;

- O Service d'Accueil des Urgences.
- Département de gynécologie-Obstétrique qui regroupe les services ci-après :
 - O Gynécologie ;
 - O Obstétrique.
- Département d'imagerie médicale comprenant les services :
 - O Scanner ;
 - O Mammographie et radiologie conventionnelle.
- Département des services médico-techniques composé de services :
 - O Laboratoire d'analyses médicales ;
 - O Pharmacie.
- Département de pédiatrie composé de deux services :
 - O Pédiatrie générale ;
 - O Néonatalogie.

Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff à la direction. L'Unité d'hygiène et assainissement et la Buanderie sont rattachées à la Surveillance générale, la morgue à la Direction médicale et la Cuisine à la Direction administrative.

Chaque département est dirigé par un Chef de département.

L'hôpital dispose actuellement de 447 lits et emploie 763 agents toutes catégories confondues dont 181 contractuels sur ressources propres.

Les partenaires du CHU sont essentiellement :

- L'OMS à travers les partenariats Africains pour la Sécurité des Patients «APPS»
- L'UNICEF pour la lutte contre le VIH/SIDA et la malnutrition
- Le Centre pour le Développement des Vaccins (CVD)
- L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), partenariat à redynamiser
- L'ONG GIP-ESTHER pour la lutte contre le VIH/SIDA
- L'ONG Save The Children et le Projet KANGOUROU avec le GP/SP
- Le GFAOP dans le cadre de la lutte contre le cancer de l'Enfant
- Le PAM (Programme Alimentaire Mondial)
- La Fondation pour l'Enfance
- La Fondation Partage
- La Fondation THIAM
- Le MRTC (Malaria Research and Training Center)
- Le Gouvernorat du District de Bamako
- La Mairie du District de Bamako
- La Direction Nationale du Développement Social (DNDS)
- L'UTM (Union Technique de la Mutualité)
- L'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale)
- EDM –SA (Energie du Mali-Société Anonyme)
- Mutuelle des forces Armées

-le SAMU social

-Des donateurs anonymes et diverses autres associations religieuses et bénévoles

Les activités de l'hôpital s'inscrivent entièrement dans la mise en œuvre du PRODESS II prolongé.

Le budget de l'hôpital Gabriel TOURE provient essentiellement du Budget National et des ressources propres générées par l'hôpital.

La réalisation de certaines activités au cours de l'année 2011 qui sont inscrites dans le projet d'établissement et le budget programme de l'Hôpital Gabriel TOURE vise à promouvoir la santé et la lutte contre l'exclusion. Malgré certaines difficultés, le CHU Gabriel Touré poursuit sa mission de service publique avec en mire la satisfaction des besoins de ses usagers, la formation des étudiants et la promotion de la recherche médicale.

1.1.1. Présentation du service ORL-CCF

1.1.1.1. Ressources humaines

Le service ORL-CCF comprend :

Sept(7) Médecins spécialistes en ORL et Chirurgie Cervico-faciale

Deux(2) internes des hôpitaux et onze médecins (11) inscrits au DES d'ORL

Sept(7) Assistants médicaux dont six(6) spécialistes en ORL dont un fait office de major du service d'hospitalisation et un(1) major du bloc opératoire.

Deux(2) techniciens de santé

Deux(2) Secrétaires

Trois(3) techniciens de surface

Neuf(9) étudiants en thèse de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie FMOS de Bamako, des stagiaires de différents niveaux FMOS, et les différentes écoles de sante.

1.1.1.2. Les unités fonctionnelles du service

1.1.1.2.1. Unité de consultation :

Elle fonctionne autour de 3 boxes de consultation et Une(1) salle d'audiométrie.

1.1.1.2.2. Unité d'Hospitalisation :

Située au centre du CHU qui l'abrite au premier niveau d'un bâtiment à un étage il occupe les deux ailes et se reparti comme suit :

Cinq(5) bureaux pour les médecins et un bureau du major

Une(1) salle d'internes et CES ;

Une(1) salle de garde ;

Une(1) salle de staff servant aussi de lieu de dispensation des cours ou des conférences ;

Une(1) salle pour le personnel soignant ;

Un(1) secrétariat ;

Dix(10) salles d'hospitalisation avec 28 lits ;

Deux(2) blocs opératoires et un bloc pour chirurgie septique jouxtant les salles d'hospitalisation septique ;

Des toilettes ;

Le déshabilleur, les vestiaires, le magasin, le hall des attentes, le secrétariat du chef de service.

2. PATIENTS ET METHODE

2.1. Type d'étude

Nous avons procédé à une étude prospective, portant sur une série de 255 cas d'amygdalites, colligés dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (ORL et CCF) du CHU Gabriel TOURE de Bamako.

2.2. Période de l'étude

Elle s'est étendue sur une période de 12 mois allant de juillet 2013 à juin 2014.

2.3. Population d'étude

Les patients ont été reçus en consultation ambulatoire ou enrôlés à partir d'autres services lors de demandes d'avis ORL ou diagnostiqués comme amygdalite ou complication d'amygdalite.

2.3.1. Critères d'inclusion

Patients admis en consultation ambulatoire ou en urgence, pendant la période d'étude, dont l'examen clinique a évoqué une amygdalite ou une complication d'amygdalite.

2.3.2. Critères de non inclusion

Patients dont l'analyse clinique a évoqué une pharyngite.

Patients n'ayant pas accepté son adhésion au protocole d'étude.

2.4. Méthode

Une fiche d'enquête a été établie à cet effet prenant en compte les variables relatives aux aspects sociodémographiques, cliniques, para-cliniques et thérapeutiques. Un examen ORL effectif centré sur la sphère pharyngée a été effectué chez tous nos patients. Le diagnostic de l'amygdalite et de ces complications a été posé sur la base des signes cliniques, radiologiques et biologiques de prélèvement.

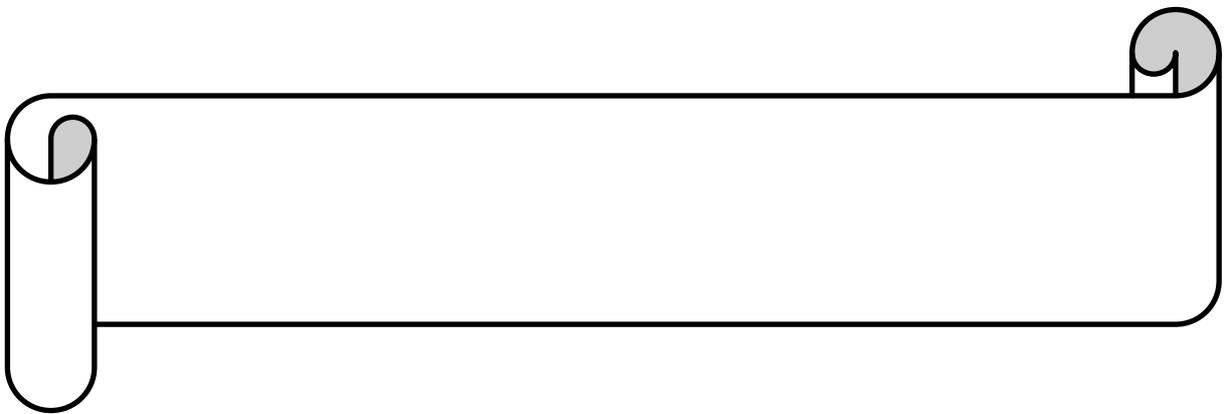
L'examen a toujours été fait par un senior qui a aussi supervisé le remplissage du dossier médical.

2.5. Considération éthique

Tous les patients étaient consentants et avaient donné un accord verbal ou écrit.

2.6. Outils de saisie et de traitement des données :

Nos données ont fait l'objet d'une exploitation informatique par le biais d'un logiciel spécialisé dans le traitement statistique « Epi info 7.0 version française », et la saisie des données sur Word 2010 et Excel 2010 ce qui nous a permis d'obtenir les résultats présentés dans le chapitre suivant.



V. RESULTATS

1. Aspects épidémiologiques

1.1. La fréquence :

De juillet 2013 à juin 2014, nous avons enregistré 255 cas d'amygdalite soit en moyenne 21,25 cas d'amygdalite par mois dont 209 cas d'amygdalite simple représentant 81,96% et 46 cas de complication d'amygdalite représentant 18,04%. Pendant la période d'étude 7796 patients ont consulté en ORL dont 3,27% pour amygdalite.

1.2 Données socio-demographiques

TABLEAU I : Répartition des patients en fonction de l'âge

Age /an	Nombre	Pourcentage (%)
[0 à 10[	81	31,76
[10 à 20[	57	22,35
[20 à 30[	72	28,24
[30 à 40[	33	12,94
[40 à 50[	9	3,53
[50 à 65[	3	1,18
Total	255	100

La tranche d'âge de 0 à 10 ans a été la plus représentative avec 31,76%.

L'âge moyen a été 18,15 ans avec des extrêmes allant de 2 mois à 61 ans.

Le sexe féminin a prédominé avec 64,31%. Le sex-ratio a été de 0,58 en faveur du sexe féminin.

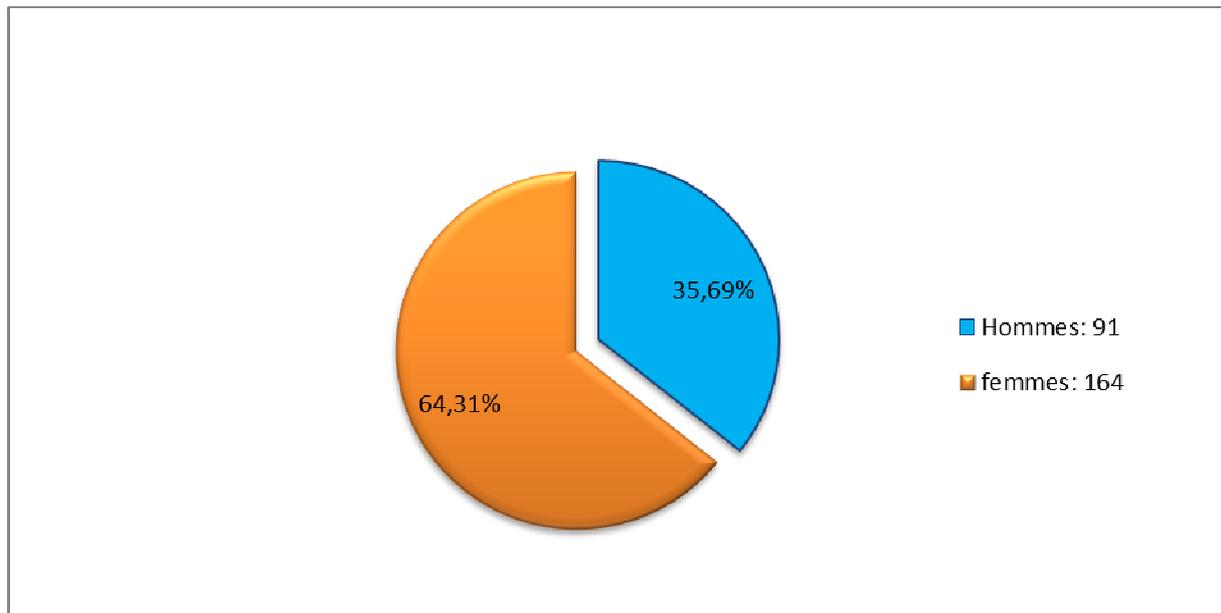


Fig. 1 : Répartition des patients en fonction du sexe.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Nombre	Pourcentage(%)
Bambara	82	32,16
Peulh	50	19,61
Soninké	37	14,51
Malinké	20	7,84
Sonrhäï	16	6,27
Miniaka	13	5,10
Dogon	8	3,14
Senufo	7	2,75
Bobo	7	2,75
Maure	7	2,75
Bozo	6	2,35
Autres*	2	0,77
Total	255	100

L'ethnie Bambara a été prédominante avec 32,16% suivi de Peulh avec 19,61%.

*wolof, Mossi

La commune I a enregistré le plus grand nombre de nos patients avec 18,82%.

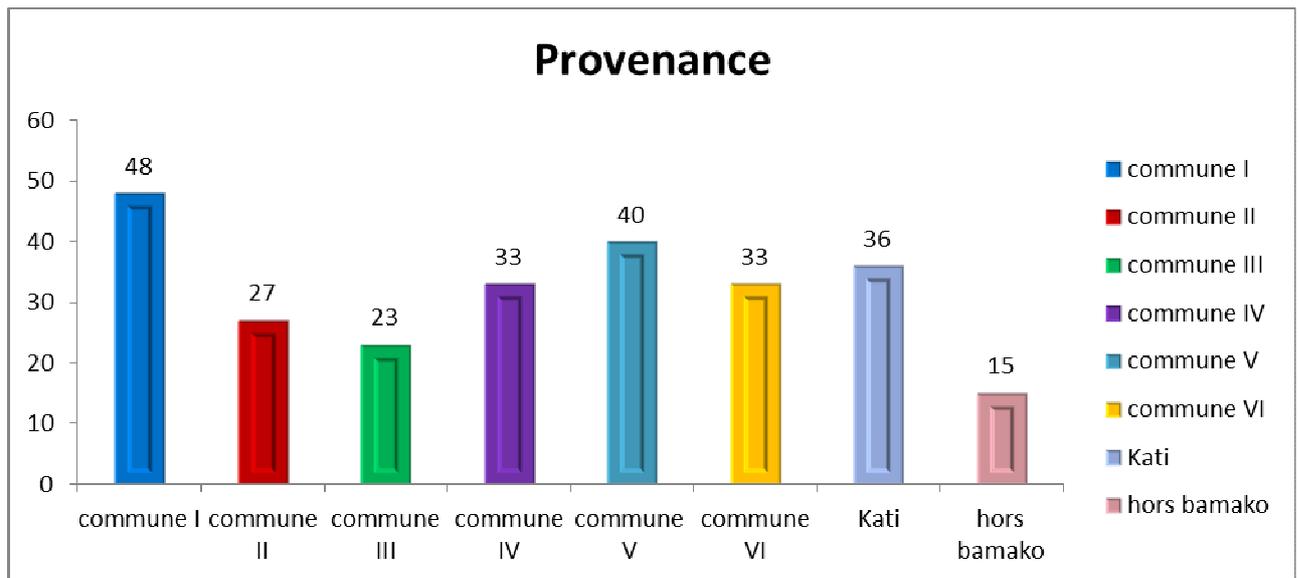


Fig.2 : Répartition des patients en fonction de leur provenance

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Nombre	Pourcentage(%)
Enfants avant l'âge scolaire	49	19,22
Elèves et étudiants	117	45,88
Ménagères	34	13,33
Fonctionnaires	19	7,45
Commerçants	16	6,27
Travailleurs de l'informel/ouvrier	13	5,10
Cultivateurs	7	2,75
TOTAL	255	100%

Les professions les plus représentées sont les élèves et étudiants avec un taux de 45,88%.

2. Approche diagnostique

83,14 % des patients sont venus de leur propre chef en consultation externe et 16,86% ont été référés à partir des centres de deuxième référence.

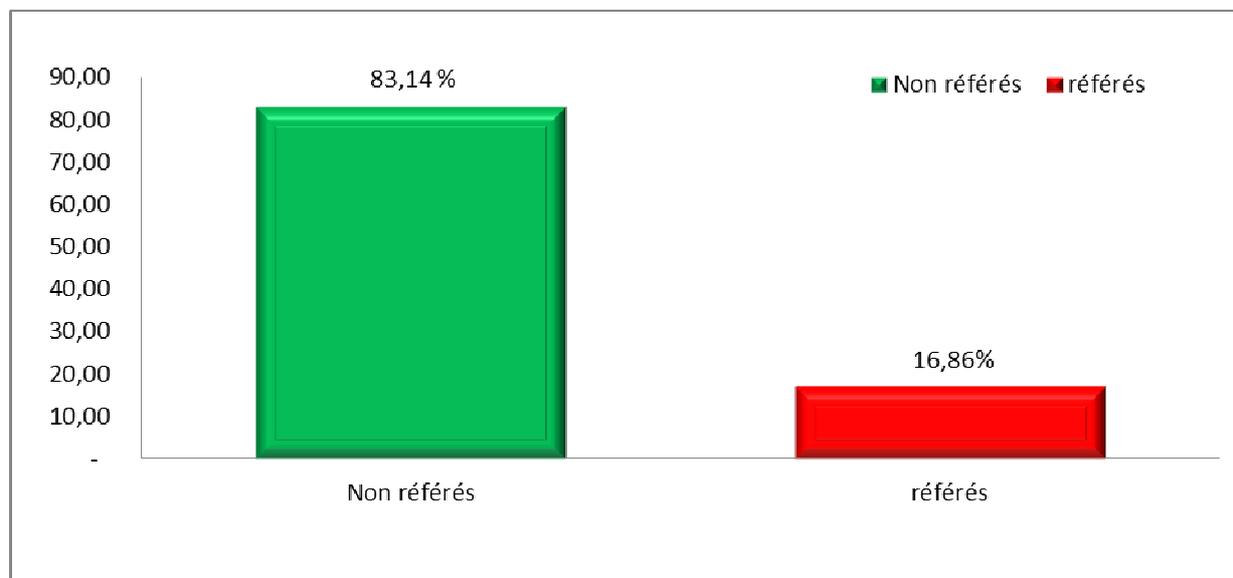


Fig. 3 : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Tableau IV : Mode de recrutement en fonction du type d'amygdalite

Type des amygdalites	Non référés	Référés
Amygdalite aiguë	101	9
Amygdalite à répétition	57	0
Amygdalite chronique	35	0
Adeno-amygdalite	7	0
Amygdalite compliquée	12	34
Total	212 (83,14%)	43 (16,86%)

Dans 83,14% des cas le malade est venu de lui-même.

Tableau V : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Nombre	Pourcentage
Odynophagie	189	74,12%
Tuméfaction cervicale	21	8,24%
Otalgie	13	5,10%
Ronflement	11	4,31%
Dyspnée	6	2,35%
Halitose	4	1,57%
Fièvre	4	1,57%
Dysphagie	4	1,57%
Hyper-sialorrhée	3	1,17%
Total	255	100%

L'odynophagie était le motif le plus fréquent de consultation avec 74,12%.

68,63% de malades avaient un mode d'installation progressif.

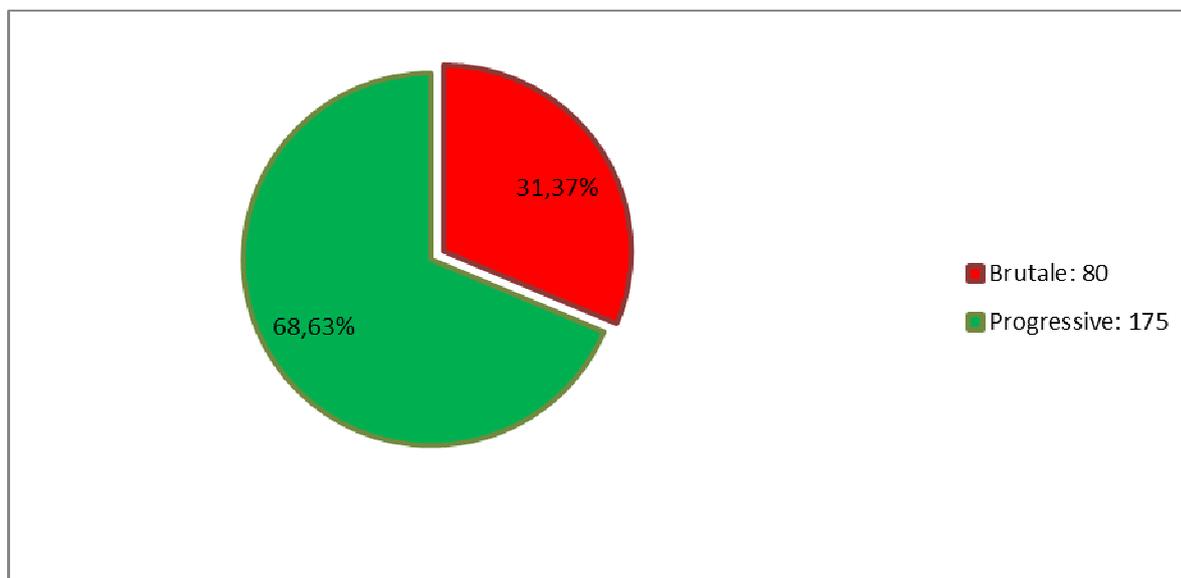


Fig. 4 : La répartition des patients en fonction du mode d'installation

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution

Durée d'évolution	Nombre	Pourcentage
< 3 semaines	77	30,20%
>3< 12 semaines	16	6,27%
> 12 semaines	162	63,53%
Total	255	100%

La durée d'évolution était < 3semaines chez 77 malades (30,20%), contre 164(63,53%) dont l'évolution \geq 12 semaines.

Les patients faisant 1 à 2 épisodes par an ont été les plus fréquents avec 35,29%.

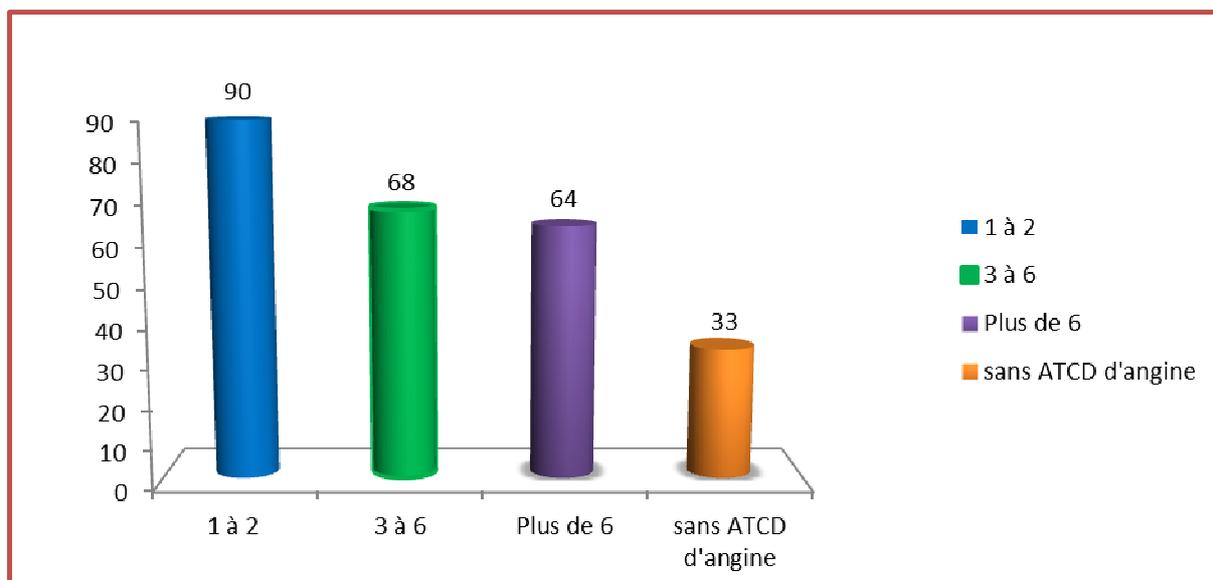


Fig. 5 : Répartition des patients en fonction de nombre d'épisode par an

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la prise charge antérieure

Prise en charge antérieure	Nombre	Pourcentage
Médicale	199	78,04%
Médocochirurgicale	2	0,78%
Traditionnelle	33	12,94%
Sans ATCD de traitement	21	8,24%
Total	255	100%

78,04% avaient un antécédent de traitement médical.

Tableau VIII : La répartition des patients en fonction des Antécédents personnels

Antécédents personnels	Nombre	Pourcentage(%)
Asthme	4	1,57
Drépanocytose	8	3,14
HTA	5	1,96
Sans ATCD personnel	238	93.33
Total	255	100

La drépanocytose a été le principal ATCD personnel avec 3,14%.

Tableau IX : Résultats de l'oropharyngoscopie

Oropharynx	Nombre	Pourcentage
Amygdale inflammatoire	136	53,33%
Hypertrophie uni latérale	27	10,59%
Hypertrophie bilatérale	210	82,35%
Enduit blanchâtre	50	19,61%
Œdème de la luette	28	10,98%
Voussure du pilier	12	4,71%
Vésicule	2	0,78%
Autres	24	9,41%

L'hypertrophie bilatérale chez 210 patients soit 82,35% des malades. Une amygdale inflammatoire a été retrouvée chez 136 patients soit 53,33%.

Tableau X : Résultats de l'examen des autres appareils

Examen autres appareils	Nombre	Pourcentage
Tuméfaction cervicale /sous mentale	33	12,94%
Hypertrophie des cornets	40	15,69%
Otoscopie anormale	9	3,53%
Adénopathies cervicales	27	10,24%
Trismus	18	7,06%
Carie dentaire	26	10,59%

Hypertrophie des cornets a été retrouvée dans 15,69% de cas.

Amygdalite non compliquée a été prédominante dans notre étude à 81,96%.

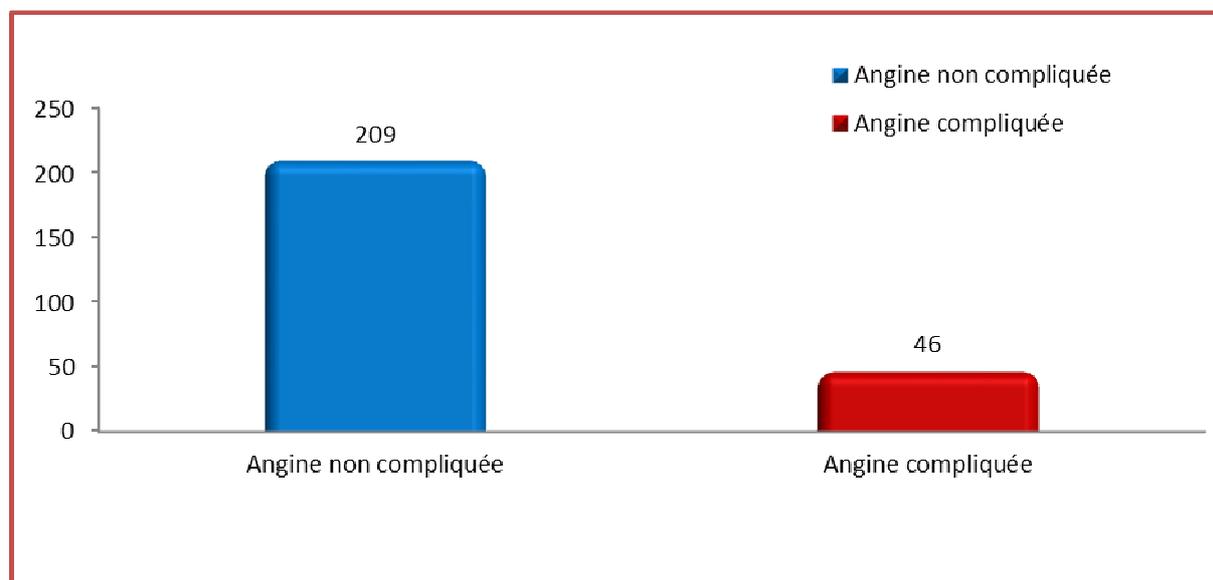


Fig. 6 : Répartition des patients selon le stade évolutif de l'amygdalite

L'amygdalite érythémateuse ou érythémato-pultacée a été la plus représentative avec 95,45%.

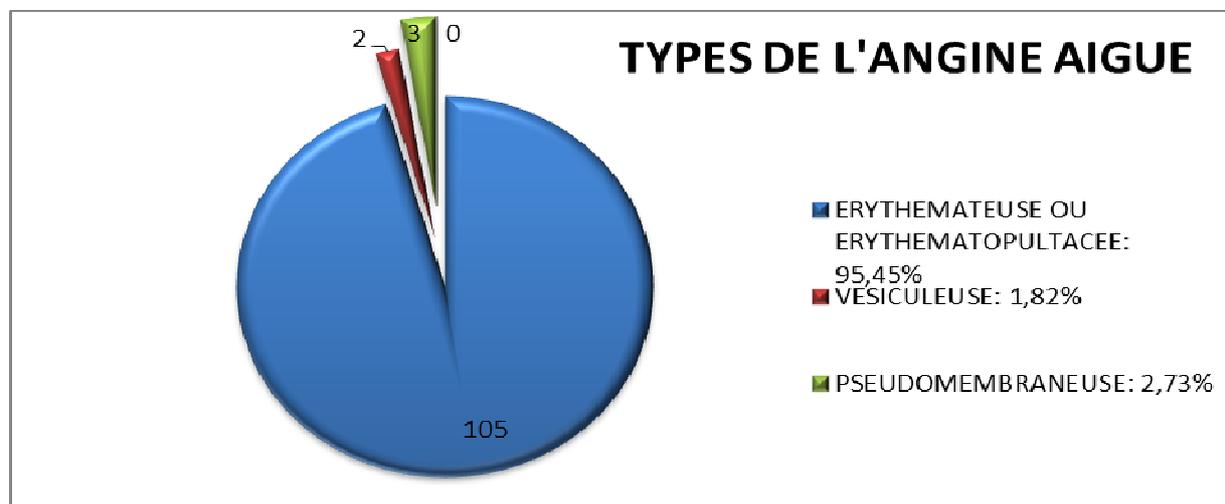


Figure7 : Répartition des patients en fonction des types d'amygdalite aigue

Tableau XII : Répartition de l'amygdalite aigue en fonction de l'âge

Amygdalite aigue /Age	Effectif	Pourcentage
[0 - 10 [	39	35,45%
[10 - 20 [	31	28,18%
[20 - 30 [	25	22,73%
[30 - 40 [	13	11,82%
[40 – 65[	2	1,82%
Total	110	100,00%

La tranche d'âge de 0 à 10 ans a été la plus représentative avec 35,45%.

Tableau XIII : Répartition de types d'amygdalite en fonction de l'âge

Type d'amygdalite	Age / Année					Total	Pourcentage
	[0 à 10[	[10 à 20[	[20 à 30[	[30 à 40[	[40 à 65[
Amygdalite aiguë	39	31	25	13	2	110	43,14%
Amygdalite à répétition	23	11	14	7	2	57	22,35%
Amygdalite chronique	5	8	14	4	4	35	13,73%
Adeno-amygdalite	6	1	0	0	0	7	2,75%
Amygdalite compliquée	10	6	18	8	4	46	18,04%
Total	83(21,74)	57(13,04)	71(39,13)	32(17,39)	12(8,70)	255	100%

Les amygdalites ont été de 39,13% dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans.

L'amygdalite aiguë a été la plus fréquente avec 43,14%, la tranche d'âge de 0 à 10 ans a été la plus représentative avec 35,45%.

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du type de complication

Type de complication	Nombre	Pourcentage
Complication locale :		
- Phlegmon péri amygdalien	25	54,35%
Complications locorégionales :		
- Cellulite cervicale	10	21,74%
- Adeno-phlegmon	5	10,87%
- Abscessus para-pharyngé	3	6,52%
Complications générales :		
- Cardiopathie rhumatismale	1	2,17%
- Septicémie	2	4,35%
Total	46	100%

Le phlegmon péri amygdalien a été le plus fréquent avec 54,35%.

Tableau XV : Répartition des types de complications selon le sexe

Types de complications	Masculin	Féminin
Phlegmon péri amygdalien	11	14
Cellulite cervicale	7	3
Adeno-phlegmon	3	2
Abcès para-pharyngé	1	2
Septicémie	1	1
Cardiopathie rhumatismale	1	0
Total	24(52,17%)	22(47,83%)

Le phlegmon péri-amygdalien a représenté 30,43% chez le sexe féminin.

Tableau XVI : Répartition des types de complications en fonction de la tranche d'âge

Types Complications	Age / Année					Total	Pourcentage
	[0 à 10[	[10 à 20[	[20 à 30[	[30 à 40[	[40 à 65]		
Phlegmon péri amygdalien	2	2	12	6	3	25	54,35%
Cellulite cervicale	0	3	4	2	1	10	21,74%
Adeno-phlegmon	3	1	1	0	0	5	10,87%
Abcès para pharyngé	2	0	1	0	0	3	6,52%
Septicémie	2	0	0	0	0	2	4,35%
Cardiopathie rhumatismale	1	0	0	0	0	1	2,17%
Total	10(21,74)	6(13,04)	18(39,13)	8(17,39)	4(8,70)	46	100%

Les complications sont prédominantes dans la tranche d'âge 20 à 30 ans avec une fréquence de 39,13%.

3. Approche thérapeutique

Tableau XVIII : Traitement médical exclusif

Médicaments	Nombre	Pourcentage
Antibiotique*	113	44,31%
Antalgique**	113	44,31%
Anti inflammatoire	70	27,45%
Bain de bouche	51	20,00%
Corticoïde	10	3,92%

Le traitement médical a été exclusif dans les amygdalites aiguës. Antibiotique et antalgique ont été utilisés à 44,31%.

* Association amoxicilline acide clavulanique, C3G

** Paracétamol

Tableau XIX : Traitement médico-chirurgical

Traitements	Médical	Incision drainage	Amygdalectomie
Amygdalite à répétition	57	0	56
Amygdalite chronique	35	0	35
Adeno-amygdalite	7	0	7
Amygdalite aiguë*	110	0	0
Amygdalite compliquée**	46	43	1
Total	255(100%)	43(16,86%)	99(38,82%)

Le traitement chirurgical a été effectué dans 142 cas soit 55,69%.

*amygdalite érythémateuse /érythémato-pultacée(105), amygdalite vésiculeuse(2), amygdalite pseudomembraneuse(3)

**phlegmon amygdalien(25), abcès para-pharyngé(3), cellulite cervicale(10), Adeno-phlegmon(5).

Tableau XX : Traitement chirurgical

Traitement chirurgicale	Nombre	Pourcentage
Amygdalectomie	99	38,82%
Incision de Phlegmon amygdalien	25	9,80%
Incision de Cellulite cervicale	10	3,92%
Incision d'adeno-phlegmon	5	1,96%
Incision d'abcès para pharyngé	3	1,17%
Total	142	55,69%

L'amygdalectomie a représenté 38,82%.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Les difficultés rencontrées :

Dans notre étude, nous avons recensé des difficultés :

- l'inobservance du traitement par certains patients, évoluant vers les complications.
- le non-respect des rendez-vous.
- la faisabilité de certains examens complémentaires en Urgence : la TDM, examens cyto bactériologiques.
- la prise en charge retardée de certaines complications par un manque de moyens financiers.

2. La fréquence

Dans notre série, nous avons collecté en 12 mois, 255 cas des amygdalites dont 46 cas de complications. Ces amygdalites représentent 3,27% des consultants reçus en ORL et 0,59% des complications reçus au cours de la période d'étude.

Au **Royaume-Uni en 2009** les amygdalites ont été trouvées avec une incidence de 100 pour 1000 habitants ^[34] et le phlegmon péri-amygdalien a été trouvé avec une incidence de 12/100 000 ^[35].

L'éventualité d'une complication d'amygdalite aiguë nous a paru fréquente en pratique, cela s'explique par l'inobservation du traitement médical par les patients d'une part et d'autre part la prise en charge mal adaptée des amygdalites, font que l'évolution de cette pathologie se fait en cascade.

Nous pensons qu'une étude multicentrique pourra permettre de recenser plus d'amygdalites et de complications.

3. Données socio démographiques

3.1 L'âge :

Les amygdalites et leurs complications peuvent survenir à tout âge ^[1, 36] . Dans notre série, les âges extrêmes ont été 2 mois et 61 ans. Nous trouvons que ces âges extrêmes se rapprochent de ceux de **YELBEOGO Denis** ^[37] qui a trouvé respectivement 2 mois et 58 ans.

De même 82,35% de nos patients avaient moins de 30 ans ceci corrobore avec l'étude de **YELBEOGO Denis** ^[37] où 84,38% des patients avaient un âge inférieur à 30 ans et celle de la série de **TRAORE T** ^[38] où 67,74% des patients avaient un âge inférieure a 30 ans.

La classe d'âge la plus représentative était celle de 0 à 10 ans avec 31,76% des cas dans notre série. Il en était de même chez **SOWERBY et al** ^[35].

La fréquence dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par une plus grande exposition à des épisodes de rhinopharyngites, lié à une défaillance immunitaire à cet âge. A cet âge l'amygdalite est découverte en consultation chez les enfants consultant pour l'otalgie, ou pour des cris incessants.

Les complications sont prédominantes dans la tranche d'âge 20 à 30 ans avec une fréquence de 39,13%. Cette tranche d'âge est de 20 à 30 ans selon **YELBEOGO** ^[37] et 20 à 40 ans selon **DULGUEROV** ^[39].

3.2. Le sexe :

Nous avons observé dans notre série une légère prédominance féminine (64,31%). Cette constatation rejoint celles de **TIMBO** ^[3] et **YELBEOGO** ^[37] qui ont apporté respectivement 72,03% et 56,54%. D'autres auteurs par contre ont trouvé une prédominance masculine ^[36, 40].

Selon la littérature, la prédominance de sexe n'a pas d'impact sur la survenue des amygdalites ^[41].

3.3 L'ethnie :

Notre population d'étude était répartie entre douze ethnies. L'ethnie Bambara a été prédominante à la hauteur de 32,16%. Cela est justifié par les données démographiques des recensements généraux de la population malienne où l'ethnie Bambara présente 35% de la population en tenant compte aussi du lieu d'étude située en zone majoritairement Bambara ^[42].

2.4 La provenance :

La commune I étant une commune très étendue et très peuplée cela peut expliquer leur prédominance dans notre étude avec une fréquence de 18,82%.

2.5 La profession :

Toutes les classes professionnelles ont été représentées dans notre étude. Le statut « élève et étudiant » a constitué la profession la plus représentée (45,88%) car aussi rentrent dans la tranche des jeunes (49,7%) ^[42]. Nous estimons que la grande mobilité de cette population peut constituer un facteur déterminant. Ailleurs leur promiscuité peut être un facteur favorisant.

4. Caractéristiques cliniques

4.1 Le mode de recrutement :

Une grande majorité de nos patients soit 83,14% étaient venus d'eux-même en consultation ORL contre 16,86% qui ont été référés. Les références ont concerné surtout les cas de complications.

Selon **PAGE et al** ^[40] 62,24% se sont présentés directement dans le service des urgences de l'hôpital, tandis que 37,76% patients ont été adressés en consultation ORL par un médecin.

La référence de ces complications pourrait s'expliquer dans notre contexte par la présence d'un service spécialisé ORL au CHU Gabriel Touré et la seule structure compétente et habilitée à prendre en charge les complications.

4.2 Le motif de consultation :

L'Odynophagie étant le principal signe d'appel de l'amygdalite, elle a été trouvée chez 88,63% de nos malades. Nous avons recensé d'autres symptômes associés à type de fièvre (86,27%), de ronflement (38,43%), d'otalgie reflexe (37,65%), d'hyper-sialorrhée (20,39%), de dysphagie (15,29%), de syndrome d'apnée du sommeil (14,12%) et de dyspnée (10,20%).

TRAORE T ^[38] a trouvé une prédominance de l'association odynophagie-fièvre avec 42,3%. Selon **YELBEOGO Denis** ^[37] l'odynophagie a motivé 79,75% des consultations soit la plus fréquente.

4.3 La durée d'évolution :

La durée d'évolution de l'amygdalite et ses complications a été peu discutée par la littérature. La courte durée d'évolution est liée à une consultation précoce à l'hôpital par des patients venus en consultation de leur propre chef d'où le traitement a été instauré immédiatement selon les recommandations de l'AFSSAPS ^[11].

La longue durée d'évolution des amygdalites s'expliquent par l'inobservance du traitement médical instauré d'une part, d'autre part l'inadaptation de l'antibiothérapie ne respectant pas les recommandations de l'AFSSAPS. Ces observations notent l'évolution en cascade de l'infection, son entretien et le passage de plusieurs amygdalites aiguës en une amygdalite chronique voire les complications. Le mode de recrutement des amygdalites témoigne cela car 16,86% ont été référées et l'histoire clinique de ces malades a mis en évidence l'inobservance et l'inadaptation de l'antibiothérapie ne respectant les recommandations actuelles.

4.4 Le stade évolutif :

Dans notre étude les amygdalites non compliquées ont été trouvées avec 81,96% et les amygdalites compliquées ont été de 18,04%.

TRAORE T^[38] a trouvé respectivement 75,8% et 24,2%.

A **Cotonou**^[41], l'amygdalite était aiguë dans 45,99% et elle était compliquée dans 54,01% y compris des amygdalites à répétitions avec 25,26% et les amygdalites chroniques avec 19,16%.

On peut dire que les amygdalites sont au départ simple mais ils peuvent se compliquer du fait de retard ou inadaptation de traitement, l'état immunitaire et la virulence du germe en cause.

4.5 Les types d'amygdalite aiguë :

Nous avons trouvé 3 types amygdalites aiguës. Le type érythémateux ou érythémato-pultacée était retrouvée dans 105 cas soit 95,45% ; le type vésiculeux dans 2 cas soit 1,82% et le type pseudomembraneux dans 3 cas soit 2,73%. Nous n'avons pas trouvé le cas de l'amygdalite ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique.

Par ailleurs **TRAORE T** a trouvé le type amygdalite érythémateuse ou érythémato-pultacée avec 95,9% ; amygdalite vésiculeuse avec 2% ; amygdalite pseudomembraneuse avec 1,5% et amygdalite ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique avec 0,5%^[38].

A **Cotonou**^[41] l'amygdalite était aiguë dans 45,99% dont 12,02% les amygdalites érythémateuses et 33,44% les amygdalites érythémato-pultacées^[41].

4.6 Les type de complications :

Selon la revue de la littérature le phlegmon péri-amygdalien est la principale complication des amygdalites et 2,4 % des consultations annuelles en urgence^[43]. Ce constat corrobore avec notre étude dont 54,35% ont représenté le

phlegmon. Ce phlegmon a représenté 0,32% de l'ensemble de nos consultations en ORL.

L'incidence de ces complications a représenté 2/1000 dans l'étude de **PIERRE RABANY** ^[44] en 2003. Au **Royaume-Uni** ^[35] le phlegmon péri-amygdalien a été trouvé avec une incidence de 12/100 000 en 2013.

Les autres complications dans notre étude ont concerné la cellulite cervicale (21,74%), l'adénophlegmon (10,87%), l'abcès para-pharyngée (8,70%), la cardiopathie rhumatismale (2,17%), la septicémie (4,35%). Comparativement à l'étude de **YELBEOGO** ^[37] et de **TRAORE T** ^[38] les mêmes complications ont été retrouvées.

5. Les traitements

5.1 Traitement médical :

Selon la littérature la prise en charge antibiotique des amygdalites est bien codifiée, basée par la détection du streptocoque β hémolytique du groupe A par le TDR. La place du TDR dans la prise en charge de l'amygdalite varie d'une recommandation internationale à l'autre ^[45].

L'AFSSAPS ^[11] a réactualisé les recommandations concernant cette prise en charge en proposant de ne traiter que les amygdalites prouvées à $S\beta$ HA et en privilégiant l'utilisation des bêtalactamines en traitement court.

La difficulté réside dans la différenciation de l'amygdalite virale et bactérienne dans notre contexte car nous ne disposons pas à l'heure actuelle le TDR. Nous avons préconisé de traiter systématiquement par antibiotiques tous les cas d'amygdalites, ceci rejoint les recommandations actuelle en France qui est de traiter de manière systématique toute amygdalite aiguë par les antibiotiques ^[48].

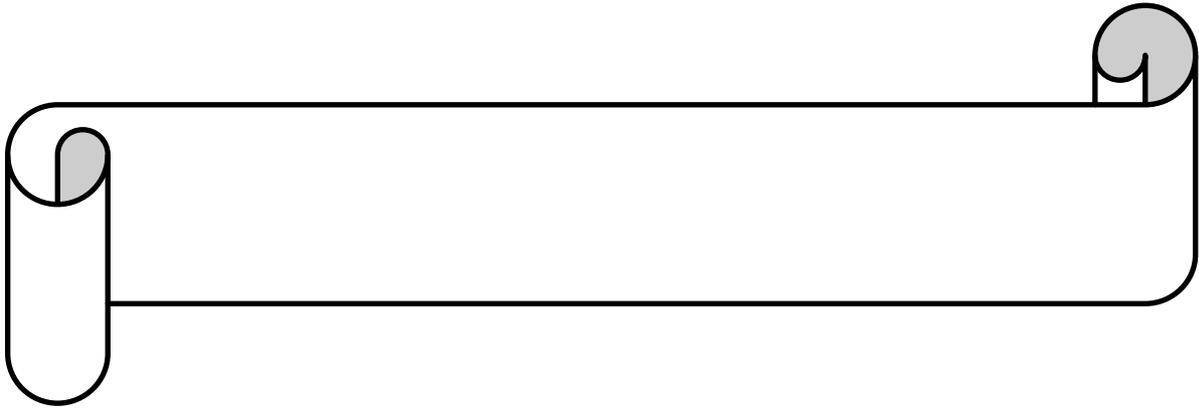
Le traitement médical a été à la hauteur de 44,31% dans notre étude comparativement à une étude menée à **Cotonou** ^[41] où le traitement médical a été institué dans 45,99%.

Nous avons utilisé les Bêtalactamines et les macrolides, la durée de l'antibiothérapie variait de 7 à 10 jours.

5.2 Traitement chirurgical :

Ce traitement chirurgical a intéressé l'amygdalectomie 38,82%, l'incision et le drainage dans 16,86%. En **France** ^[46], sur environ 670 000 anesthésies annuelles en ORL, 17 % sont pour amygdalectomies.

Ces indications ont concerné l'amygdalite aiguë récidivante, les complications et les amygdalites obstructives. Ce constat corrobore l'étude de **YAHYA OUI M** ^[46]. En **Angleterre** et au **Pays de Galles** plus de 50 000 amygdalectomies ont été réalisées, la plupart a concerné des amygdalites à répétitions ^[49].



VII. CONCLUSION

Les amygdalites et leurs complications représentent une pathologie importante en ORL.

Ces amygdalites surviennent dans la majorité des cas chez les enfants et les jeunes adultes particulièrement entre 20 et 30 ans avec une légère prédominance féminine.

L'incidence des amygdalites et de ses complications est connue de la littérature.

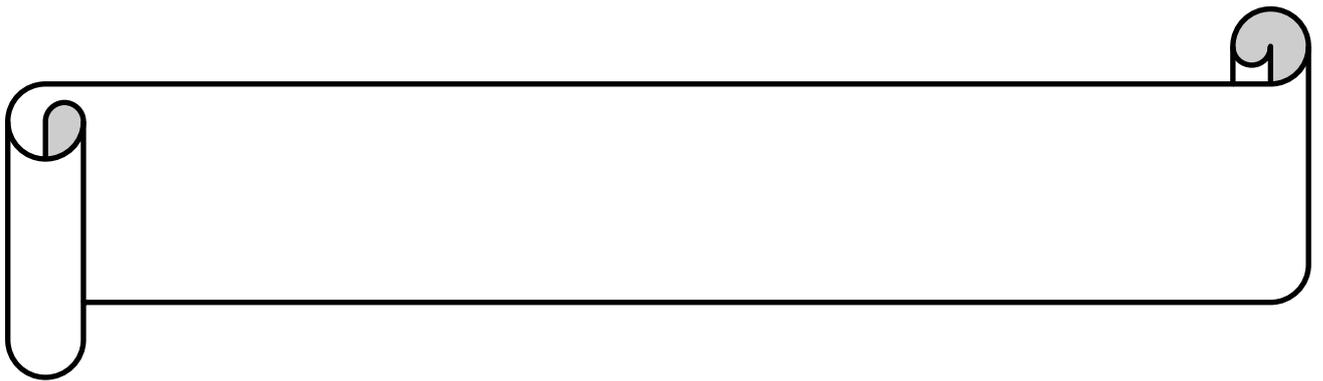
L'odynophagie est le signe alertant, le plus fréquent.

Le phlegmon péri-amygdalien est reconnu comme la complication la plus fréquente.

Le diagnostic des amygdalites et ses complications est essentiellement clinique.

Le traitement médical des amygdalites aiguës est bien codifié repose sur la détection du streptocoque par le TDR. Nous préconisons en absence du TDR qui permet de différencier l'origine virale et l'origine bactérienne, de systématiser l'antibiothérapie afin de prévenir les complications gravissimes. Les indications du traitement chirurgical sont bien définies.

Les amygdalites restent une pathologie ubiquitaire et pourvoyeuse de complications. La prévention de ces complications est le garant de la réduction de sa morbidité.



VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude et, en vue de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des affections ORL, particulièrement les amygdalites, nous recommandons :

AUX AUTORITES SANITAIRES :

- Renforcer la formation de spécialistes en ORL tant médical que paramédical qualifié au Mali afin de pourvoir aux besoins sur tout le territoire national ;
- Assurer la formation continue du personnel du service ORL ;
- Doter les hôpitaux d'un TDR conséquent dans le cadre de la prise en charge raisonnée de l'amygdalite.
- Le renforcement de l'assurance maladie pour la réduction du coût de la prise en charge des complications.

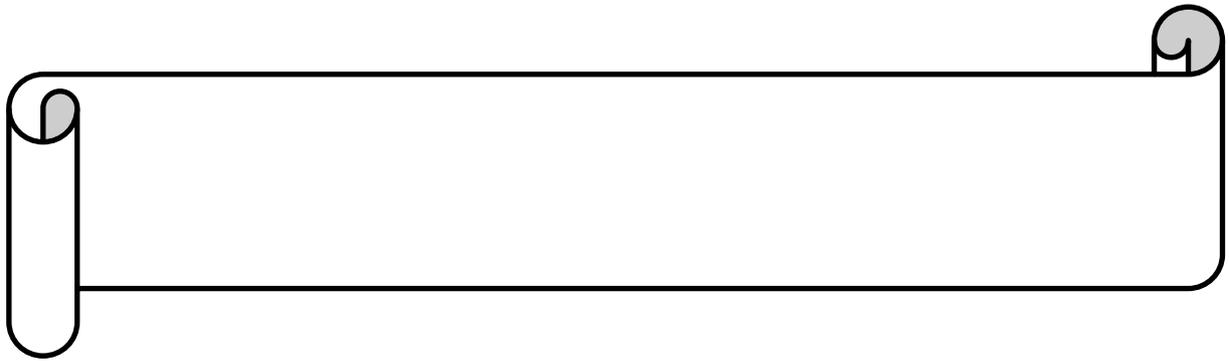
AUX AGENTS DE SANTE

- Identifier les signes d'appel de l'amygdalite et de ses complications.
- Reconnaître l'amygdalite comme une maladie douée d'un potentiel de complications.
- Organiser la prise en charge multidisciplinaire.
- Référer à temps les cas suspectés d'être une complication.
- Respecter les recommandations dans le cadre de la prise en des amygdalites, le seul garant de la réduction de sa morbidité.

A LA POPULATION :

- Considérer toutes formes d'amygdalite comme maladie grave.
- Consulter immédiatement devant tout cas d'amygdalite.
- Une odynophagie, une apnée du sommeil ne sont pas des symptômes banals.

- L'automédication doit être proscrite.



XI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BARRY B, GEHANNO P, TRAN BAY P.

Pathologie infectieuse et inflammatoire de l'adulte; ORL, ELLIPSES, 1999, p. 448

2. AG MOHAMED A.

Etude clinique des angines ; 3^{ème} congrès ordinaire de la SMORL et CCF, Bamako 2000

3. TIMBO SK, KEITA MA, TOGOLA FK, TRAORE T, AG MOHAMED A.

Aspects épidémiologiques de l'angine à Bamako. Mali Med, 2006, TXXI N 4

4. CRAMPETTE L.

Angine. Encycl Méd Chir, Manuel du Généraliste ORL, (Elsevier, Paris),6-0400, 1998, 4p.

5. DAVID R, NASH ET AL.

« Antibiotic Prescribing by Primary Care Physicians for Children with Upper Respiratory Tract Infections », Arch Pediatr Adolesc Med 156, no. 11 (November 1, 2002): 1114-1119p.

6. ALAN L, BISNO ET EDWARD L. KAPLAN.

« Strep Throat Over and Over: How Frequent? How Real? », Mayo Clinic Proceedings 81, no. 9 (2006): 1153 -1154p.

7. SHAIKH N, LEONARD E, MARTIN JM.

Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: A meta-analysis. Pediatrics. 2010 ; 126 :e557–e564.

8. DAGNELIE CF, TOUW-OTTEN F, KUYVENHOVEN MM, et al.

Bacterial flora in patients presenting with sore throat in Dutch general practice. Fam Practice 1993 ; 10:371-77.

9. GALPERINE T.

Angine et pharyngite de l'enfant et de l'adulte : Maladies infectieuses : orl – stomato, Collection Hippocrate, 1-7-77, 2005, 1-8p

10. ALBERT S, BOZEC H.

Angine : ORL et chirurgie cervico-faciale. Paris, Ellipses, Edition 2002 ; 175-186 p.

11. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé(AFSSAPS).

Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections ORL et respiratoires basses. Angines aiguës. Synthèses. Recommandations, octobre 2005

12. DEHESDIN D, CHOussy O.

Anatomie du pharynx. Encycl Med chir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS) oto-rhino-laryngologie 20-491-A-10 (1998)

13. FRANÇOIS M.

Pathologie des voies aériennes supérieures. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), Pédiatrie, 4-061-A-10, 2003,10 p.

14. LEGENT F, PERLEMUTER L, VANDENBROUCK C.

Cahier d'anatomie orl, tome2, 4^e édition, Paris : MASSON, 1984.

15. BONFILS P, CEVALIER JM.

Anatomie ORL 3^{ème} édition Médecine-Sciences-Flammarion. Septembre 2001. 155 p.

16. NETTER FRANCK-H.

Atlas d'anatomie humaine, Section1 Tête et cou. Edition MASSON, Paris 2007, 57-67p.

17. VAZEL L, MARTINS C, POTARD G, MARIANOWSKI R.

Pharyngites chroniques. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-530-A-10, 2005, 2 p.

18. GARABEDIAN N, REYT E.

Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale. Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant 2014.

<http://www.orlfrance.org/college/DCEMItems/DCEMECNItems77.html>

Consulter le 09/08/2014 à 21H01

19. AURELIE DM.

Angine et prescription d'antibiotiques : impact de l'utilisation systématique du score de mac Isaac ; thèse de médecine n° 99, Paris 2009 :9p.

**20. PORTMANN M,
PORTMANN D.**

Infections adeno-amygdalites Abrégés ORL 4e édition PARIS : Masson 1991 ; 95-100p.

21. COHEN R, STEINERT P.

Pour une évaluation de l'angine streptococcique : du diagnostic au traitement, Archives de Pédiatrie ; Volume 5, Issue 6, June 1998, 673-678 p.

22. LEGENT F, NARCY P, BEAUVILLAIN C et al.

Principaux syndromes et principales maladies : ORL Pathologie cervico-faciale ; MASSON 6^e édition, Paris 2003, 229 p.

23. ARMENGAUD D.

Angines et pharyngites de l'enfant : Pédiatrie collection Med-Line, Paris, éditions 2003, 455p.

24. PESSEY JJ.

Angines : étiologie, diagnostic, évolution, traitement : La revue du praticien Toulouse 2000, 50 ; oto-rhino-laryngologie, 330p.

25. ERMINY M, LONDERO A, BIACABE B, BONFILS P.

Urgences en oto-rhino-laryngologie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 25-130-A-10, 2007, 8-9 p.

26. LACHIVER X.

Angine aigue ; internat nouveau programme ORL. Paris, 2002, 121p.

27. BARRY B, KICI S, AMELINE E, BENSIMON JL.

Suppurations péripharyngées. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-520-A-10, 2000, 6 p.

28. TOURE MK, SANOGO K.

Étude clinique des angines ; 3^{ème} congrès ordinaire de la SMORL et CCF, Bamako, 2000

29. BARRY B, LARIVEN S.

Manifestations systémiques au cours des infections pharyngées. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-515-A-10, 2001, 7 p.

30. LONGUET P.

Syndrome septicémique. Encycl Méd Chir, AKOS Pratique de Médecine (Elsevier, Paris), 4-1020, 1999, 3 p.

31. LINDA B et al.

Évaluation des actes d'amygdalectomie A l'amygdalotome ; Service évaluation des actes professionnels. Le Collège de la Haute Autorité de santé en avril 2006. www.has-sante.fr; consulter 09/08/17 à 00H14

32. BROEK I, HARRIS N.

Angine (pharyngite) aigue : guide clinique et thérapeutique ; édition 2013, 53-54p.

33. LAUGIER J, SENEZ B.

Indications de l'adénoïdectomie et/ou de l'amygdalectomie chez l'enfant. ANAES, Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 1998 ; 115 Suppl 1S22-45

34. GEORGALAS CC, TOLLEY NS, NARULA A.

Tonsillitis : clinical evidence, March 2009;10:503, p.1-2

35. **SOWERBY LJ, HUSSAIN Z, MURAD H.**

The epidemiology, antibiotic resistance and post-discharge course of peritonsillar abscesses in London, Ontario: *Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 2013, 42:5

36. **LOGANATHAN A, ARUMAINATHAN U D, RAMAN R.**

Comparative study of bacteriology in recurrent tonsillitis among children and adults: *Singapore Med J* 2006; 47(4): 271

37. **YELBEOGO D.**

Complications aiguës des angines : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques (à propos de 239 cas) au centre hospitalier national YALGADO OUEDRAGO. Ouagadougou, thèse Med n°31, 2001

38. **TRAORE T.**

Aspect épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques des angines et leurs complications locorégionales : à propos de 260 cas au service ORL de l'hôpital Gabriel Touré. Bamako, thèse Med n°38, 2001

39. **DULGUEROV P, LANDIS B, GIGER R.**

Abcès péri amygdalien : mise au point, Oto-Rhino-laryngologie : *Revue Médicale Suisse* N°2500

40. **PAGE C, PELTIER J, MEDARD C et al.**

Phlegmons péritonsillaires Peritonsillar abscesses (Quincy). *Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale* 124 (2007), 9–15p.

41. **CHOBLI M, YEHOUESSI-VIGNIKIN B, ZOUMENOU E et al.**

Prise en charge des angines de l'enfant en ORL au CNHU de Cotonou. *R.A.M.U.R - Tome 17 n°1 - 2012* <http://www.saranf.net/Prise-en-charge-des-angines-de-l.html>; consulter le 03/09/2014 à 18h37

42. **CAMARA Y.**

Le recensement administratif à vocation d'état civil lancé au Mali, l'indépendant du 29 octobre 2008.

43. KOFFI-AKA V, ADJOUA R.P, KOUASSI B et al.

Phlegmon péri-amygdalien à Abidjan : cas clinique. La Lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale - n° 311 - octobre-décembre 2007, p. 26-28

44. RABANY P, LEPOUTRE B, AUBERT J.

TDR : quand l'utiliser ? La revue du praticien - médecine générale. Tome 17. N° 633 du 1er décembre 2003, 1581-1584 p.

45. DENIS LE GRAND.

Intérêt du TDR dans la prise en charge de l'angine en médecine générale. UNIVESITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1, Thèse ; 2011

46. ORLIAGUET G.

Anesthésie pour amygdalectomie chez l'enfant : Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 27, Paris, 2008, 200-201p.

47. YAHYAOUI M.

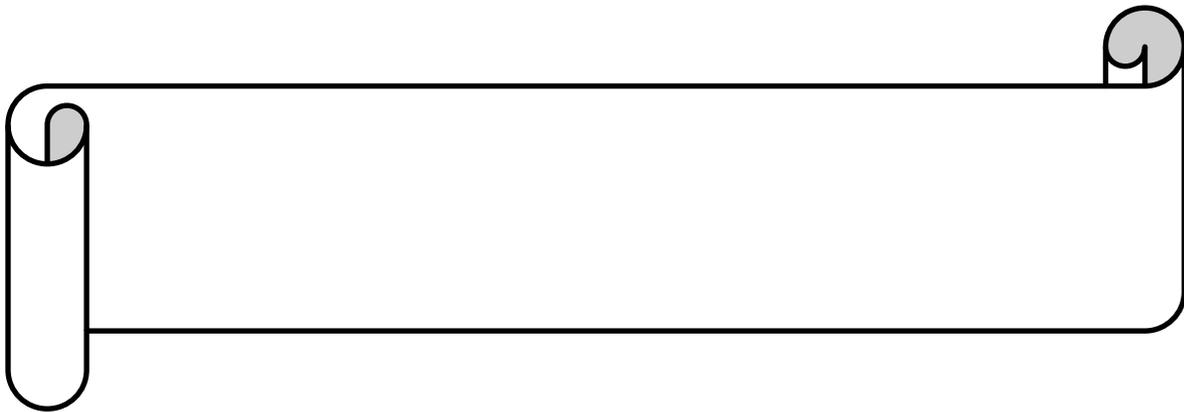
Amygdalectomie indications et accidents (à propos de 500 cas) Thèse N° 109/10, 2010

48. ESSOMBA EN, BITA FOU DA A, NGABA GP et al.

Efficacité de l'Antibiothérapie en Post Amygdalectomie en Afrique Subsaharienne : Cas de l'Hôpital Laquintinie de Douala. Déc. 2013. 14(4)

49. TOH A, MULLIN A, GRAINGER J, UPPAL H.

Indications for tonsillectomy: are we documenting them? Ann R Coll Surg 698 Engl 2009; 91: 697-699p.



Fiche Signalétique

Nom : HAIDARA

Prénom : ABDOUL WAHAB

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : LES AMYGDALITES ET LEURS COMPLICATIONS :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

Année Universitaire : 2013-2014

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays de soutenance : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie
(FMOS).

Secteur d'intérêt : Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale

RESUME :

✓ **OBJECTIFS** : Etudier les aspects épidémiologiques cliniques et
thérapeutiques des amygdalites et leurs complications.

PATIENS ET METHODE : il s'agit d'une étude prospective étalée sur une
période de 12 mois allant de juillet 2013 à juin 2014, ont été inclus tous les
patients qui ont présenté une amygdalite ou des complications dans le service
ORL – CCF.

RESULTATS : Deux cent cinquante-cinq (255) patients ont été colligés durant
cette période. L'âge moyen dans notre étude a été de 18,15 ans avec des
extrêmes allant de 2 mois à 61ans. Le sexe ratio a été de 0,58 en faveur du sexe

féminin. 83,14% de nos patients sont venus de leur propre chef et 16,86% ont été référés.

Au cours de cette période nous avons recensé 81,96 % des cas d'amygdalite non compliquée dont 43,14% pour amygdalite aiguë, 22,35% pour amygdalite à répétition, 13,73% pour amygdalite chronique, 2,75% pour adeno-amygdalite et 18,04% pour les complications.

Les amygdalites aiguës ont été représentées par amygdalite érythémateuse ou érythémato-pultacée avec 95,45% des cas, amygdalite vésiculeuse avec 1,82% et amygdalite pseudomembraneuse avec 2,73%.

Les complications ont concerné le phlegmon péri-amygdalien 54,35%, la cellulite cervicale 21,74%, l'adeno-phlegmon 10,87%, l'abcès para-pharyngé 6,52%, la septicémie 4,35%, la cardiopathie rhumatismale 2,17%.

Le traitement médical exclusif a été effectué dans 44,31%. Le traitement chirurgical (incision drainage et amygdalectomie) a été effectué dans 55,69%.

CONCLUSION : Les amygdalites et leurs complications représentent une pathologie importante en ORL. L'odynophagie fébrile est le couple-symptôme princeps pouvant orienter vers le diagnostic. La prévention des complications est le garant de la réduction de sa morbidité. Nous préconisons en absence du TDR, de systématiser l'antibiothérapie afin de prévenir les complications gravissimes.

Mots clés : amygdalite, complication, TDR.

Fiche d'enquête

I. Caractéristiques sociodémographiques :

Fiche d'enquête N°

Date :...../.../...

Nom et prénom :.....

Age :....

Sexe :

N°deTel :.....

Profession :.....

Ethnie :.....

Statut matrimonial :.....

Provenance :

II. Aspect clinique

1. Mode de recrutement : Non référé Référé

2. Motif de consultation

Signe princeps :.....

Signes associés :

Dysphagie odynophagie Dyspnée Ronflement Fièvre

Mauvaise haleine Otalgie Hyper-sialorrhée Apnée de sommeil

Autres.....

3. Histoire de la maladie

Mode d'installation Brutale :

Progressive :

Mode d'évolution : Intermittente

Permanente

Durée d'évolution : ≤ 3 semaines : X ; □ 3 semaines Y < 12 semaines ; ≥ 12 semaines : Z

Nombre d'épisode par an Préciser :.....

Prise en charge antérieure

Médicale Médiocoirurgicale

Traditionnelle

Autres :.....

Mode de vie : Natures :.....

Antécédents :

Personnels : Préciser la nature :.....

Familiaux : Préciser la nature.....

4. Examen physique

Cervico-facial : normale, oui ou non si non décrit.....

.....

.....

Cavité buccale : Trismus autre.....

Oropharynx :

Inflammatoire hypertrophie amygdalienne : uni /bilatéral
Amygdales : congestives enduit blanchâtre vésicules
Œdème de la luette voussure du pilier :
Autres anomalies :.....

Rhinoscopie antérieure : Normale, oui ou non si non décrit.....

Otoscopie : normale, oui ou non si non décrit.....

Examen ganglionnaire : normal, oui ou non si non décrit

Examen des paires crâniennes : normal, oui ou non si non décrit.....

5. Examens complémentaires

Biologie : BPO

NFS ASLO Culture de prélèvement bactériologique CRP

TDR Autres.....

Imagerie : Rx thorax Rx cervicale TDM cervicale

6. Diagnostic

Amygdalite : Erythémateuse ou Erythémato-pultacée

Pseudomembraneuse ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique vésiculeuse

Complications d'amygdalite :

Locorégionales : phlegmon amygdalien cellulite cervicale

Abcès para pharyngée Thrombophlébite de la veine jugulaire interne

Générale : rhumatisme articulaire aigue glomérulonéphrite septicémie

Cardiopathie rhumatismale

Diagnostic opératoire : amygdalite à répétition amygdalite chronique

adeno-amygdalite

III. Traitements

1. Médicaux : antibiotique antalgique anti-inflammatoire

bain de bouche corticoïdes

2. Chirurgicaux : incision de phlegmon amygdalectomie

Incision de cellulite cervicale Incision para pharyngée incision d'adenophlegmon

Suivi après traitement :

A J3 :.....

A J10 :.....

A J30 :.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure