

1.1 Définition de « ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE), après synthèse du Secrétariat du DDRC du 24 février 2005

1.1.1 Titre

ANGINE (AMYGDALITE- PHARYNGITE)

1.1.2 Définition

++++ ROUGEUR de l'OROPHARYNX
++1 diffuse du pharynx
++1 d'une (ou des) amygdale(s)
++++ ABSENCE d'ÉCOULEMENT NASAL CARACTERISTIQUE

+ - douleur
+ - fièvre ou sensation de fièvre
+ - hypertrophie
+ - enduit pultacé
+ - adénopathie sous angulo-maxillaire
+ - unilatérale

+ - vésicules
+ - ulcération
+ - fausses membranes

+ - toux
+ - vomissement
+ - douleur abdominale

+ - score de Mac Isaac ≥ 4
+ - TDR positif
+ - présence bactérienne

+ - récurrence
+ - asymptomatique

1.1.3 Risques

GLOMERULONEPHRITE
ENDOCARDITE
LEUCEMIE (hémopathies)
CANCER
SIDA
CORPS ÉTRANGER
DIPHTÉRIE

1.1.4 Positions diagnostiques

C : Sans présence bactérienne ou seulement TDR positif
D : Avec présence bactérienne certifiée par un prélèvement

1.1.5 Voir aussi

ÉTAT FEBRILE

ETAT MORBIDE AFEBRILE
HERPES
MAL DE GORGE
OTALGIE
PHLEGMON DE L'AMYGDALE
RHINOPHARYNGITE

1.1.6 Correspondance CIM-10

J02.9

J03.9 si uniquement « amygdale rouge »

1.1.7 Argumentaire

1.1.7.1 Dénomination

Cette définition permet d'inclure toutes les atteintes inflammatoires (rougeur) de l'oropharynx (amygdales et/ou pharynx). En effet, elles présentent toutes le même risque et doivent donc bénéficier du même processus décisionnel.

1.1.7.2 Critères d'inclusion

Ils précisent la topographie des lésions et l'aspect exact des atteintes amygdaliennes. Il ne doit pas y avoir d'écoulement nasal allégué ou constaté. Dans ces cas là il faut inclure le cas dans le RC RHINOPHARYNGITE.

1.1.7.3 Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter les signes les plus souvent associés aux atteintes oropharyngées et que vous jugez faire partie du même processus pathologique. Mais, en fonction de leurs intensités, ils peuvent éventuellement être relevés avec leurs RC spécifiques. Le score de Mac Issac peut être calculé en fonction de l'âge du patient et de la présence ou de l'absence de certains des compléments sémiologiques. Le TDR constitue un argument de présomption fort vis à vis d'une origine streptococcique sans en faire véritablement la preuve bactériologique. La présence effective d'un germe retrouvé par prélèvement bactériologique pourra être notée (pour les germes autres que le streptocoque, en préciser la nature exacte en commentaire).

1.1.7.4 Risques

GLOMERULONEPHRITE

ENDOCARDITE

LEUCEMIE (hémopathies)

CANCER

SIDA

CORPS ETRANGER

DIPHTERIE

1.1.7.5 Positions diagnostiques

C : Sans présence bactérienne ou seulement TDR positif

D : Avec présence bactérienne certifiée par un prélèvement

1.1.7.6 Voir aussi

CANCER

ETAT FEBRILE

ETAT MORBIDE AFEBRILE

MAL DE GORGE : Il y a plainte sans signe clinique.

PHLEGMON DE L'AMYGDALITE

RHINOPHARYNGITE

1.1.7.7 Correspondance CIM-10

1.1.7.7.1 Code par défaut

J02.9 Pharyngite aiguë, sans précision, car elle inclut aussi bien l'angine que la pharyngite sous toutes leurs formes et sans indication de leurs étiologies.

1.1.7.7.2 Si position diagnostique « C »

J02.9 Pharyngite aiguë, sans précision

si « ++1 diffuse de la muqueuse pharyngée » +/- « ++1 d'une (ou des) amygdale(s) » est (sont) coché(s).

J03.9 Amygdalite aiguë, sans précision

si « ++1 d'une (ou des) amygdale(s) » est le seul coché

1.1.7.7.3 Si position diagnostique « D » streptococcique

J02.0 Pharyngite à streptocoques dont angine à streptocoques

si « ++1 diffuse de la muqueuse pharyngée » +/- « ++1 d'une (ou des) amygdale(s) » et « ++1 streptocoque β hémolytique sur prélèvement » sont cochés.

J03.0 Amygdalite à streptocoques

si « ++1 d'une (ou des) amygdale(s) »

et « ++1 streptocoque β hémolytique sur prélèvement » sont cochés

1.1.7.7.4 Si position diagnostique « D » non streptococcique

J02.8 Pharyngite aiguës due à d'autres micro-organismes précisés

si « ++1 diffuse de la muqueuse pharyngée » +/- « ++1 d'une (ou des) amygdale(s) » et « ++1 autre(s) germe(s) sur prélèvement » sont cochés.

J03.8 Amygdalite aiguës due à d'autres micro-organismes précisés

si « ++1 d'une (ou des) amygdale(s) »

et « ++1 autre(s) germe(s) sur prélèvement » sont cochés

1.2 Motif de la modification

D'aucuns ont proposé de modifier la définition actuelle de la façon suivante :

Ajout d'un item « absence de toux »

Introduction de la notion de TDR

Position « D » si TDR positif

Ces propositions sont essentiellement dues à l'apparition des « *scores diagnostiques* » et du « *TDR* ». Toutefois ceux-ci n'ont pas vraiment d'importance pour le « *diagnostic positif* » de l'angine mais seulement pour en suspecter une origine streptococcique. Elles s'inscrivent donc dans une logique de décision thérapeutique afin de diminuer le risque des complications streptococciques. Elles ne légitiment peut-être pas pour autant une modification « radicale » du RC « ANGINE ». Nous avons toujours dit que la décision thérapeutique d'un RC n'était pas univoque mais dépendante de nombreux autres déterminants.

Le problème est donc de savoir si la définition (critères d'inclusion + - compléments sémiologiques) permette de « visualiser » les items du score clinique (pour justifier la décision thérapeutique) ou si ne nous la modifions seulement pour que le praticien puisse seulement noter les résultats des tests (clinique et para clinique) qui contribuent à sa décision thérapeutique.

1.3 Bibliographie

<http://www.paris-nord-sftg.com/rev.pres.angines.scores.0303.php3>

<http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/angarg.pdf>

<http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/angcomp.pdf>

http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/163/7/811?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESU LTFORMAT=&author1=McIsaac&searchid=1047714827214_2&stored_search=&FIR S TINDEX=0&journalcode=cmaj

http://www.33docpro.com/Medecine/Rech_clinique/Rech_clinique_index.asp?page=corp s&c=6641&r=174

Évaluation de l'applicabilité du consensus sur la prise en charge de l'angine chez l'adulte. Méd Mal Infect 2001 ; 31 ; 388-395.

Comment reconnaître les angines à streptocoques ? (ou quelles angines traiter par antibiotiques).

La lettre de l'infectiologue. 1996, 11, 6, 127-128.

Pourquoi doit-on faire des prélèvements de gorge pour la recherche du streptocoque du groupe A au cours des pharyngites. J-CI Pechère, Méd et Hyg, 23 octobre 1996, 54 : 1901-5.

Angines aiguës : faire le tri. Revue Prescrire ; octobre 2002 ; 22 ; 232 : 688-95.

Combien coûte une pharyngite. Cl. Carbon. Méd et Hyg, 23 octobre 1996 ; 54 : 1906-9.

Angines aiguës. Médecine et maladies infectieuses 1999 ; vol 29 : N°4.

Le test d'angine en deux minutes trente. Impact médecine 24 septembre 2002 ; 24 : 16-19.

1.4 Proposition de définition

1.4.1 *Réflexions*

Les propositions de modification de cette définition sont essentiellement dues à l'apparition d'un « score diagnostique » (Isaac et al.) et du « TDR » (test de diagnostic rapide).

Pour information :

Score diagnostique de Mac Isaac

Température > 38°C = 1 point

Absence de toux = 1 point

Ganglions cervicaux antérieurs douloureux = 1 point

Atteinte amygdalienne (augmentation de volume et présence d'un exsudat) = 1 point

Age

de 3 à 14 ans = 1 point

de 15 à 44 ans = 0 point

45 ans et au delà = -1 point

Au total:

score 4 ou 5 : le TDR est inutile, antibiothérapie active sur le streptocoque A d'emblée

score <4: faire le TDR et traiter en fonction du résultat

Par rapport aux items de score, qu'avons-nous dans la définition actuelle du DRC ?

Température : oui mais sans notion d'importance sous l'item habituel « fièvre ou sensation de fièvre », la température n'étant pas toujours contrôlée !

Absence de toux : non ce qui est reproché, car cette notion semblait ne pas faire partie du tableau clinique (diagnostic positif),

Ganglions : oui (adénopathies) mais sans notion de « douloureux »

Atteinte amygdalienne : oui avec « hypertrophie amygdalienne » et « enduit pultacé »

Age : non il est visible dans le bandeau « signalétique » de la fenêtre de saisie

Toutefois, ces items n'ont pas une véritable importance pour le « diagnostic positif » de l'angine mais seulement pour en suspecter une origine streptococcique. Les modifications souhaitées s'inscrivent donc dans une logique de décision thérapeutique afin de diminuer le risque des complications dues à ce germe. Elles ne légitiment peut-être pas pour autant une modification « radicale » du RC « ANGINE ».

Le problème est surtout de savoir si la définition (critères d'inclusion + - compléments sémiologiques) doit permettre de visualiser totalement les items du score clinique, voire d'en fournir le résultat (pour justifier la décision thérapeutique) ou si nous modifions cette définition seulement pour que le praticien puisse juste noter les résultats des tests (clinique et para clinique) qui contribuent à sa décision thérapeutique.

Par ailleurs, on peut se demander si ce score voire le TDR ne sont pas des effets « de mode » appelés à disparaître un jour ou à être remplacés. Est-ce que la définition doit être changée à chaque fois qu'apparaîtront de nouveaux scores ?

Un autre problème est évoqué par les membres du DDRC

Faut-il garder deux RC différents pour « ANGINE » et pour « PHARYNGITE » ?

En effet :

Dans la bibliographie, le terme « angine » correspond à l'inflammation du gosier ou de l'oropharynx (c'est à dire indifféremment à une atteinte des amygdales et/ou pharynx). Les critères d'inclusion de la définition « ANGINE » actuelle correspondent en fait à l'angine tonsillaire (atteinte élective des amygdales) mais un complément sémiologique permet de noter une éventuelle rougeur pharyngée associée. Par contre la définition de « PHARYNGITE » exclu toute atteinte des amygdales,

Dans la pratique, nous observons souvent (surtout chez l'enfant) une rougeur diffuse, Dans la CIM, ils ont le même code (ce qui nous a déjà posé quelques problèmes), Enfin, ils posent les mêmes problèmes décisionnels/risque streptococcique.

Quant à la Positions diagnostiques ni le score clinique, ni le TDR ne peuvent certifier la présence d'un streptocoque. On est même pas certain qu'un germe trouvé à la culture soit obligatoirement la cause de la maladie « *en présence de streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A sur un prélèvement de gorge, on ne peut affirmer formellement que cette bactérie soit la cause des symptômes d'angine aiguë. Lors des infections pharyngées, bactéries et virus coexistent dans le pharynx, et il n'est pas possible de savoir si la symptomatologie clinique est due à l'un ou à l'autre des microorganismes présents ou aux deux* » Prescrire Rédaction « diagnostic et traitement des angines » Rev Presr 2002 : 22 (232) : 687-695.

La Positions diagnostiques « D » ne semble donc pas possible en cas de TDR positif. Finalement, on peut même se demander si la position « D » doit être conservée pour ce RC.

1.4.2 Définition actuelle

++++ AMYGDAL(S) ROUGE(S)
++1| douleur
++1| hypertrophie
++1| enduit pultacé
++1| fièvre ou sensation de fièvre
++1| adénopathie sous angulo-maxillaire

+ - rougeur pharyngée
+ - unilatéral
+ - vésicules
+ - ulcérations
+ - fausses membranes
+ - vomissements
+ - otalgie
+ - douleurs abdominales
+ - confirmation bactériologique
 ++1 strepto β hémolytique
 ++1 autres germes

1.4.3 Plusieurs propositions de modification sont faites

1.4.3.1 Proposition de modification (version n°1 OK)

++++ AMYGDAL(S) ROUGE(S)
++++ DOULOUREUSE(S)
+ - absence de toux
+ - fièvre supérieure à 38°
+ - ganglion satellite douloureux.
+ - exsudat amygdalien, enduit pultacé

- + - enfant entre 3 et 14 ans
- + - hypertrophie
- + - rougeur pharyngée
- + - unilatéral
- + - vésicules
- + - ulcérations
- + - fausses membranes
- + - vomissements, douleurs abdominales
- + - otalgie
- + - confirmation bactériologique
- + - TDR négatif
- + - TDR positif
- + - récurrence
- + - asymptomatique

1.4.3.2 Version n°2 (BG)

++++ AMYGDALÉ(s) ROUGE(s)

- ++1| DOULEUR
- ++1| HYPERTROPHIE AMYGDALIENNE
- ++1| ENDUIT PULTACE
- ++1| FIEVRE ou SENSATION de FIEVRE
- ++1| ADÉNOPATHIE(s) sous angulo-maxillaire(s) DOULOUREUSES

- + - rougeur pharyngée
- + - unilatéral
- + - vésicules
- + - ulcérations
- + - fausses membranes
- + - vomissements
- + - otalgies
- + - douleurs abdominales
- + - absence de toux

- + - confirmation bactériologique (qui donnerait la position « D »)
 - ++1 streptocoque ? hémolytique
 - ++ **1 au TDR**
 - ++ 1 au laboratoire
 - ++1 autres germes

mais peut-on mélanger docteur-test et examens de laboratoire ?
ou, sinon

- + - confirmation bactériologique => « D »
 - ++1 streptocoque ? hémolytique
 - ++1 autres germes
- + - TDR positif => « C » ou « D » à discuter, pour moi ce serait « C »

ou encore

si nous voulons faire des statistiques sur le docteur-tests réalisés

+ - confirmation bactériologique => « D »

++1 streptocoque ? hémolytique

++1 autres germes

+ - TDR effectué

++1 positif => « C » ou « D » à discuter, pour moi ce serait « C »

++1 négatif => reste en « C »

et encore

si nous voulons faire des statistiques sur les scores cliniques et les « docteur-tests » réalisés

+ - Test clinique (Isaac) effectué

++1 supérieur ou égal à 4

++1 inférieur à 4

+ - TDR effectué

++1 positif => « C » ou « D » à discuter, pour moi ce serait « C »

++1 négatif => reste en « C »

+ - confirmation bactériologique => « D »

++1 streptocoque ? hémolytique

++1 autres germes

et enfin

+ - approche bactériologique note BG : terme à affiner mais qui donnerait « C »

++1 Score clinique d'Isaac effectué

++1 supérieur ou égal à 4

++1 inférieur à 4

++1 TDR effectué

++1 positif

++1 négatif

+ - confirmation bactériologique note BG : qui donnerait « D »

++1 streptocoque ? hémolytique

++1 autres germes

+ - récurrence

+ - asymptomatique

1.4.3.3 Version n°3 rapprochement Angine – Pharyngite (BG)

Titre possible : ANGINE (AMYGDALITE- PHARYNGITE)

++++ ROUGEUR de l'OROPHARYNX

++1 diffuse de la muqueuse pharyngée

- ++1 d'une (ou des) amygdale(s)
 - + - hypertrophiée(s)
 - + - enduit pultacé
 - + - vésicules
 - + - ulcérations
 - + - fausses membranes

++++ ABSENCE d'ÉCOULEMENT NASAL CARACTERISTIQUE

- + - douleur spontanée ou à la déglutition
 - + - fièvre ou sensation de fièvre
 - + - adénopathie sous angulo-maxillaire douloureuse
 - + - vomissement
 - + - otalgie
 - + - douleur abdominale
 - + - toux
 - + - TDR positif
 - + - TDR négatif
-
- + - récurrence
 - + - asymptomatique

1.5 Discussion du séminaire du 27 novembre 2004

Rapprochement ANGINE / PHARYNGITE : dans la mesure où le contexte décisionnel est identique pour ces deux RC le rapprochement semble possible. D'autant plus que la correspondance CIM-10 est la même. Toutefois, une discussion se fait sur l'entité « pharynx » par rapport au reste de la muqueuse respiratoire lors des problèmes de RGO. Le groupe pense qu'avec une exploitation informatique item par item, il n'y a pas de problème pour ce rapprochement. Une atteinte isolée du pharynx lors d'un RGO peut être relevée.

Le titre retenu est ANGINE - PHARYNGITE

Il est discuté le regroupement des compléments sémiologiques « vésicules, ulcérations et fausses membranes » qui allongent la définition. En fait, on ne doit pas écrire les RC en fonction de l'ergonomie actuelle du logiciel (fenêtre des RC trop petite) mais en fonction de l'utilisation possible et en particulier l'exploitation des items pour le transcodage CIM. Les critères restent donc séparés. La notion « d'otalgies » proposée dans la précédente définition n'a pas été retenue.

Le RC ne doit pas calculer le score clinique de Mac Isaac mais seulement fournir les critères descriptifs qui aident à la décision. Par ailleurs, les avis du groupe sur l'intérêt et la validité de ce score sont très partagés. N'est-ce pas une mode ? N'est-il pas appelé à disparaître ou à être remplacé ? Quelle valeur médico-légale a-t-il ?

La même discussion se fait à propos du TDR. Toutefois, celui-ci aurait été mis en commentaire dans 25% des cas relevés en 2001/2002. Il semble donc logique qu'il apparaisse dans le RC. Enfin, sa présence est importante vis à vis de la lecture que

pourront faire les différentes institutions. La SFMG n'a-t-elle pas participé à la promotion du TDR en partenariat avec la CNAM ?