Revue d'odontostomatologie malgache en ligne ISSN 2220-069X
2017; Volume 12 : pages 67- 79

Traitement des phlegmons peri-tonsillaires à Madagascar

Peri-tonsillar abcess management in Madagascar

Ramilison HE[(1)], Fare ATS[(2)], Razanakoto GFA[(2)], Razafindrakoto RMJ[(3)], Rakoto FA[(2)], Rakotoarisoa AHN[(1)]

1-Centre Hospitalier Universitaire Place Kabary Antsiranana

2-Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo

3-Centre Hospitalier Universitaire d'Andohatapenaka

Auteur correspondant:

RAMILISON Heritsilavo Eloi

Centre Hospitalier Universitaire Place Kabary Antsiranana

E-mail: heritsilavo_eloi@yahoo.fr

Résumé

Introduction : L'objectif de cette étude était de déterminer le traitement des phlegmons péri-tonsillaires, notamment la place de l'antibiothérapie probabiliste.

Méthodologie : C'est une étude rétrospective descriptive sur 3 ans réalisée dans le service d'ORL du CHU d'Antananarivo. Les cas de phlegmon péri-tonsillaire hospitalisé et traité par antibiothérapie probabiliste ont été inclus dans ce travail et les patients présentant des complications cervico-faciale et médiastinale ont été exclus.

Résultats : Nous avons colligé 79 cas de phlegmon péri-tonsillaire dont l'âge moyen était de 27,6 ans, et les âges extrêmes 7 ans et 62 ans. Le genre masculin prédominait avec un sex-ratio H/F de 1,19. Les formes collectées, retrouvées dans 72,2% des cas, avaient nécessité un drainage de pus. L'association d'antibiotiques pénicilline-métronidazole était utilisée dans 51,9% des cas, ampicilline-métronidazole dans 38%, ceftriaxone-métronidazole dans 5%, amoxicilline-acide clavulanique dans 3,8% et oxacilline-métronidazole dans 1,3% des cas. La durée d'hospitalisation a été en moyenne de 3,3 jours. L'évolution était favorable chez tous nos patients.

Conclusion : L'antibiothérapie probabiliste associée à un traitement chirurgical, pour les formes collectées, a permis d'obtenir une évolution favorable au cours des phlegmons péri-tonsillaires. Toutefois, un examen bactériologique du pus avec antibiogramme reste le "gold standard" afin de mieux cibler les germes en cause.

Mots clés : drainage de pus, phlegmon péri-tonsillaire, antibiothérapie probabiliste, incision-drainage

Abstract

Background: The aim of this study was to determinate the peritonsillar abcess management and to evaluate the probabilistic antibiotherapy effect.

Method: This is a descriptive retrospective study conducted over 3 years, performed at the ENT Department of the University Hospital of Antananarivo. All patients with peritonsillar abcess hospitalized and treated by probabilistic antibiotherapy were included in this work. The patients with deep cervical complications were excluded.

Results: We included 79 cases of peritonsillar abcess in this study. These patients were aged from 7 years to 62 years with a mean age of 27.6 years. The male gender predominated with a sex ratio of 1.19. The peritonsillar abcess were collected in 72.2% of cases, requiring incision and drainage. All patients benefitted from a probabilistic antibiotherapy. The combination penicillin – metronidazole was used in 51.9% of cases, ampicillin - metronidazole in 38% of cases, ceftriaxone-metronidazole in 5% of cases, amoxicillin-clavulanic acid- metronidazole in 3.8% of cases and oxacillin-metronidazole in 1.3% of cases. The hospital stay average was 3.3 days. The outcome was favorable for all patients.

Conclusion: The collected peritonsillar abcess may be treated by both medical and surgical treatment. A probabilistic antibiotherapy in all cases active on anaerobes was effective in all cases. However, the bacteriological study with antibiogram of purlent secretion is important to eradicate effectively the involved germs.

Keywords: drainage of pus, peritonsillar abcess, probabilistic antibiotherapy, drainage.

Introduction

Un phlegmon péri-tonsillaire est une collection de pus dans l'espace péri-tonsillaire [1]. Dans 90% des cas, il constitue la principale complication d'une angine. [2]. Il expose au risque de cellulite cervicale, voire de médiastinite, mettant ainsi en jeu le pronostic vital [1]. Sa prise en charge est basée sur une antibiothérapie appropriée, ciblée sur les germes en cause, associée à un drainage des collections dans les formes collectées [3].

L'objectif de cette étude était de déterminer le traitement des phlegmons péri-tonsillaires en fonction des réalités locales et d'évaluer la place de l'antibiothérapie probabiliste dans cette prise en charge.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 3 ans, réalisée au sein duservice d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, s'étalant de janvier 2011 à décembre 2014.

Tous les patients présentant un phlegmon péri-tonsillaire non compliqué, hospitalisés durant cette période étaient inclus dans ce travail. Les patients qui avaient présenté une complication associée au phlegmon péri-tonsillaire (cellulite cervicale, médiastinite, septicémie…) étaient exclus ; et les cas de phlegmons péri-tonsillaires non compliqués avec des résultats bactériologiques et antibiogramme n'étaient pas inclus. Les données étaient recueillies à partir des dossiers médicaux des patients. Les variables étudiées étaient les suivantes :

- l'âge,
- le genre,
- les antécédents médicamenteux,
- les formes cliniques,
- l'attitude thérapeutique : antibiothérapie avec ou sans chirurgie de drainage

- la durée d'hospitalisation,
- l'évolution.

Les patients étaient tous traités par une association d'antibiotique. Le type d'association dépendait des moyens financiers des patients. Cette association d'antibiotique était administrée à dose élevée et pendant une durée de 10 jours, en intraveineuse au début puis par voie orale dès que l'alimentation par voie orale était possible.

Résultats

Nous avons inclus 79 cas de phlegmons péri-tonsillaires, parmi les 83 cas recensés durant la période d'étude. L'âge moyen de nos patients était de 27,6 ans avec des extrêmes de 7 et 69 ans (*Figure 1*). Le genre masculin prédominait avec un *sex-ratio* de 1,19. La plupart de nos patients (soit dans 62% des cas) ne présentait pas d'antécédent particulier (*Tableau I*). Un traitement par anti-inflammatoire, non stéroïdien ou stéroïdien, dans la période précédant l'hospitalisation, était retrouvé chez 39,2% de nos patients (*Figure 2*). La forme collectée était observée dans 72,2% des cas. L'association d'antibiotiques pénicilline et métronidazole était la plus utilisée, soit dans 51,9 % des cas (*Tableau* II). Une chirurgie de drainage était associée au traitement médical pour les formes collectées. Pour le traitement médical en relais *per os*, nous avons eu recours à l'association amoxicilline-métronidazole dans 87,3% des cas, l'association amoxicilline-acide clavulanique dans 10,2% et la ceftriaxone dans 2,5% des cas. En adjuvant thérapeutique, la polyvidone iodée en bain de bouche était prescrite chez 98,7% de nos patients et la chlorhexidine associée à la tetracaïne dans 1,3% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,3 jours. L'évolution était favorable chez tous nos patients.

Discussion

Les phlegmons péri-tonsillaires sont, dans 90% des cas, des complications des angines [2]. Ils représentent 30% des abcès de la tête et du cou [2] et 2,4% des consultations aux urgences [4]. Leur prévalence est de 12/100.000 habitants [5] et l'incidence varie de 9 /100.000 à 41/100.000 par an [6, 7].

C'est une pathologie qui affecte les deux genres de façon égale [1, 2, 5, 6], même si une prédominance féminine est retrouvée dans certaines études [4, 8, 9]. Ces constatations contrastent avec celles de notre étude où une prédominance masculine était observée.

L'âge moyen des patients atteints de phlegmon péri-tonsillaire varie de très peu selon les auteurs : 26 ans pour Maâmouri [1], 29 ans pour Amana [9], 29,6 ans pour Gavriel [10] et 30,02 ans pour Khan [11]. Au vue de ces constatations, on pourrait dire que c'est une affection qui touche principalement l'adulte jeune, comme c'était le cas dans notre étude.

Dans notre étude, plus de la moitié des cas, soit 62% des cas, n'avait pas d'antécédent particulier, et les angines à répétitions étaient observées dans 32,9% de cas. Dans l'étude de Maâmouri, les angines à répétition étaient observées dans 24% des cas [1]. Dans leur étude, Marom et coll. notaient la tendance des phlegmons péri-tonsillaires à apparaître chez les personnes sans antécédents d'angine à répétition ou chez celles présentant une épisode d'angine correctement traitée sous antibiothérapie [6]. Parmi les facteurs de risques, le tabagisme chronique est à signaler [6]. Il était retrouvé chez 15% des patients pour Sowerby [5] et chez 73,35% des patients pour Marom [6].

La prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou stéroïdien est indéniablement un des facteurs de risques de survenue de phlegmon péri-tonsillaire selon Koffi-Aka [4]. Cette constatation n'était pas rencontrée dans notre étude, car 60,8% de nos patients n'ont pas pris

d'AINS ni de corticoïde avant leur admission.

Les germes responsables de phlegmons péri-tonsillaires sont commensaux de la flore oro-pharyngée, et dans 2/3 des cas, ces germes sont sécréteurs de beta-lactamases [2]. L'association de plusieurs germes constitue un facteur de virulence [2]. Les germes rencontrés varient en fonction des études. Pour Sowerby, *Streptococcus pyogenes* et *Streptococcus anginosus* prédominent [5]. D'autres auteurs avaient noté la présence d'*Haemophilus influenzae, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli* et *Enterococcus spp* [3]. Selon Klug, *Fusobacterium necrophorum* est plus fréquent que le streptocoque β-hémolytique du groupe A chez les jeunes entre 15 et 24 ans, tandis que chez l'enfant en dessous de 9 ans et chez l'adulte entre 30 et 39 ans, c'est le streptocoque β-hémolytique du groupe A qui est le plus fréquent [8]. Selon Gavriel, les personnes âgées sont surtout concernées par les germes anaérobies [10]. Enfin, chez les patients tabagiques, *Streptococcus viridans* est le plus souvent incriminé [6]. Dans notre étude, les prélèvements bactériologiques n'ont pas été effectués à cause de l'insuffisance de moyens financiers de nos patients. Les mêmes problèmes ont été rencontrés par Koffi-Aka dans la prise en charge des patients [4].

Le traitement des phlegmons péri-tonsillaires n'est pas encore bien codifié [7]. Cependant, l'incision-drainage duphlegmon associé à l'administration d'antibiothérapie en intraveineuse est préconisée dans la littérature [11, 12]. En cas de ponction négative, une antibiothérapie exclusive associée à une surveillance clinique, biologique et par des ponctions répétées est nécessaire [1]. Le choix d'antibiotique est différent en fonction des séries. L'amoxicilline-acide clavulanique était utilisée en première intention par plusieurs auteurs [1, 11, 12]. Une adaptation du traitement est, ensuite,

effectuée en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques [1]. Des données montrent que la pénicilline serait efficace sur *Streptococcus pyogenes* mais inactive sur *stahylococcus aureus* et que la cloxacilline serait efficace contre *Staphylococcus aureus* [3]. Si Amana a préféré utiliser l'ampicilline chez ses patients [9], la pénicilline (ou ses dérivés) ou les céphalosporines en association avec la métronidazole étaient utilisées par d'autres auteurs [13, 14]. En tout cas, il est recommandé d'administrer une dose d'antibiothérapie élevée en raison de lésions ischémiques voire nécrotiques au cours des phlegmons péri-tonsillaires. Pour notre étude, compte-tenu de l'absence de données bactériologiques, nous avons eu recours à l'association pénicilline-métronidazole dans 51,9% des cas et l'association ampicilline-métronidazole dans 38% des cas pendant une durée de dix jours. Cette durée de traitement est recommandée dans la littérature [1, 2, 4, 9]. Ce traitement a été retenu pour son efficacité dans la littérature mais aussi pour son coût abordable par les patients. Et en cas de ponction positive, une incision-drainage sous-anesthésie locale est indispensable [1, 4, 9, 11, 12, 14]. Selon Maâmouri, une ponction itérative aboutirait à une efficacité thérapeutique de 94%, mais il s'agit d'un geste répétitif et très douloureux et contraignant pour les patients [1].

En adjuvant thérapeutique, Amana et coll. ont eu de bons résultats en utilisant la solution saline en bain de bouche. [9]. Chez nos patients, nous avons souvent utilisé la polyvidone iodée à usage buccal en adjuvant thérapeutique, avec des résultats satisfaisants.

La durée moyenne d'hospitalisation de nos patients a été de 3,3 jours, plus longue que celle de Khan qui était de 1,55 jour [11]. Le retour à domicile varie de 10 à 15 jours dans la littérature [4]

Dans notre étude, le relais per os d'antibiotique était assuré dans 87,3% des cas par amoxicilline-métronidazole,

par leur accessibilité et leur disponibilité, ou par amoxicilline-acide clavulanique, dans 10,1% des cas. Dans la littérature, l'association amoxicilline-acide clavulanique doit être utilisée en première intention [2]. Nos patients avaient une évolution favorable après ce traitement probabiliste associé au drainage des collections en cas d'abcédation. Les phlegmons péri-tonsillaires évoluent souvent favorablement après dix jours de traitement [1, 4, 9]. Cette évolution favorable observée chez nos patients serait due à l'utilisation d'association d'antibiotiques à large spectre, actifs aux germes commensaux de la flore oro-pharyngée, responsables des phlegmons péri-tonsillaires.

Aucun de nos patients n'avait bénéficié de tonsillectomie à chaud, c'est-à-dire d'une exérèse chirurgicale des tonsilles palatines au cours ou au décours immédiat du traitement d'un phlegmon péri-tonsillaire, comme dans d'autres études [4]. Cet acte chirurgical reste controversé actuellement. La tonsillectomie est en général indiquée en cas d'antécédents d'angine à répétition ou de phlegmon péri-tonsillaire récidivant, surtout si le patient est âgé de moins de 30 ans [2]. Maâmouri et Khan l'ont réalisée de façon systématique à froid, pour éviter une récidive, après un délai moyen de 1-6 mois [1, 11].

Conclusion

Les phlegmons péri-tonsillaires sont des complications redoutables des angines. Les germes en cause sont des germes commensaux bien déterminés de la flore oropharyngée. Chez la population malgache, l'identification des germes en causes reste encore difficile, Aussi, le traitement par antibiothérapie probabiliste, associant pénicilline et métronidazole à dose élevée, et le drainage du pus, pour les formes collectées, restent encore efficaces. Toutefois, l'adaptation

du traitement à partir du résultat bactériologique constitue la meilleure démarche thérapeutique afin d'éviter des échecs thérapeutiques, sources de complications potentiellement mortelles.

Références

1. Maâmouri M, Hamouda RB, Mansour S, Chorfa A, Chtioui I, Bouzaidi K. Phlegmon péri-amygdalien ; aspects diagnostiques et thérapeutiques. J. Tun ORL 2009 ; 22 : 20-4.
2. Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie de la face et du cou. Complications locorégionales des pharyngites. Recommandations pour la pratique clinique 2008 : 1-22.
3. Acharya A, Gurung R, Khanal B, Ghimire A. Bacteriology and antibiotic susceptibility pattern of peritonsillar abcess. J Nepal Med Assoc. 2010; 49:139-42.
4. Koffi-Aka V, Ehouo F, Azagoh KR, Adjoua RP, Kouassi B., Phlegmon péri-amygdalien à Abidjan. La Lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale 2007 ; 311 :26-8.
5. Sowerby LJ, Hussain Z, Husein M. The epidemiology, antibiotic resistance and post-discharge course of peritonsillar abcesses in London, Ontario . Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery 2013; 42:5.
6. Marom T, Cinamon U, Itskoviz D, Roth Y. Changing trends of peritonsillar abcess. Am J Otolaryngol 2010; 31:162-7.
7. Anthonsen K, Trolle W. Treatment of peritonsillar abcess Ugeskr Laeger 2012; 174:340-3.
8. Klug TE. Incidence and microbiology of peritonsillar abcess: the influence of season, age, and gender. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2014 ; 33:1163-7.
9. Amana B, Agoda P, Boko E, Pegbessou E, Kpemissi E. Prise en charge des phlegmons peri-amygdaliens au CHU de Lome. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé 2011 ; 13: 249-53.
10. Gavriel H, Golan Y, Lazarovitch T, Eviatar E. Bacteriology of peritonsillar abscess in patients over 40 years-a neglected age group. Eur Arch Otorhinolaryngol.2014; 1-4,
11. Khan MI, Khan A, Muhammad. Peritonsillar abcess: clinical presentation and efficacy of incision and drainage under local anaesthesia. J Ayub Med Coll Abbottabad 2011; 23:34-6..
12. Costales-Marcos M, López-Álvarez F, Núñez-Batalla F, Moren-Galindo C, Alvarez Marcos C, Llorente-Pendas JL. Peritonsillar infections: prospective study of 100 consecutive cases Acta Otorrinolaringol Esp 2012; 63:212-7.
13. Repanos C, Mukherjee P, Alwahab Y. Role of microbiological studies in management of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol. 2009; 123:877-9.
14. Visvanathan V, Nix P. National UK survey of antibiotics prescribed for acute tonsillitis and peritonsillar abscess. J Laryngol Otol 2010; 124:420-3.

Tableau I: répartition selon les antécédents de nos patients

Antécédents	Nombre	Proportion (%)
Aucun	49	62
Angine à répétition	26	32,9
Phlegmon péri-tonsillaire	2	2,5
Ethylisme chronique	1	1,3
Rage dentaire	1	1,3
Total	**79**	**100**

Tableau II: répartition selon les associations d'antibiotiques utilisées

Association d'antibiotiques	Nombre	Proportion (%)
Pénicilline-métronidazole	41	51,9
Ampicilline-métronidazole	30	38
Ceftriaxone-métronidazole	4	5
Amoxicilline-acide clavulanique-métronidazole	3	3,8
Oxacilline-métronidazole	1	1,3
Total	**79**	**100**

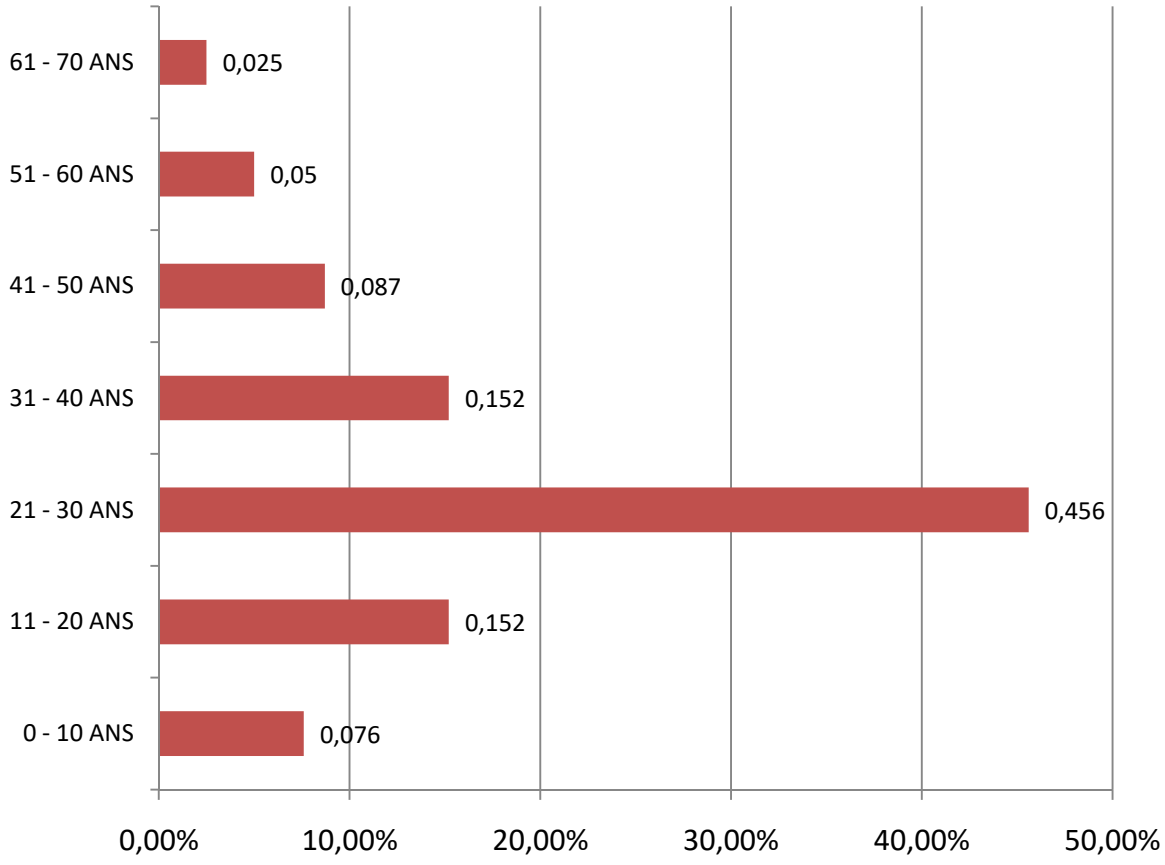

Figure 1: répartition selon la tranche d'âge

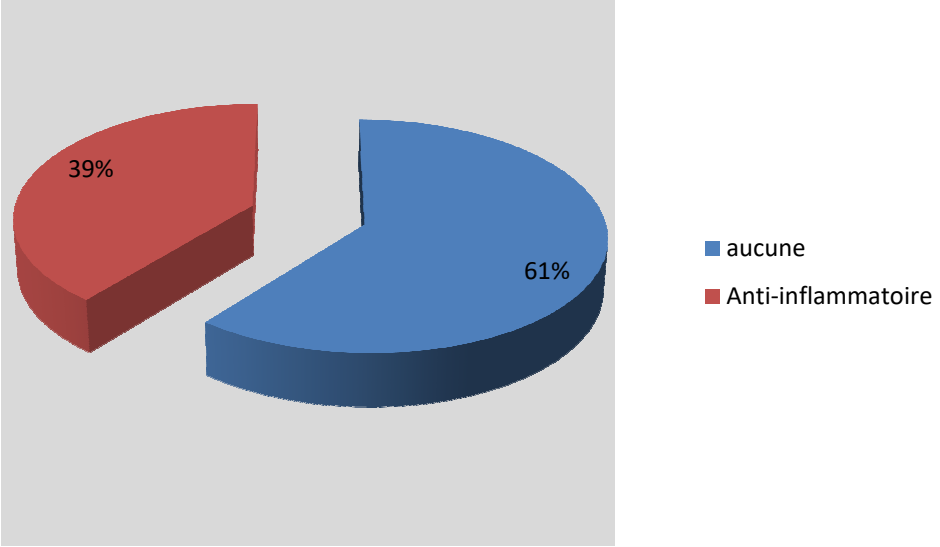

Figure 2: répartition selon les antécédents de prise d'anti-inflammatoire