

Pharyngite streptococcique chez l'enfant

Mots clés :
Antibactériens
; Pharyngite
[Antibacterials
Agents; Pharyngitis]

Les *guidelines* européens et nord-américains sur la pharyngite aiguë de l'enfant (au sens anglophone, intégrant l'angine française usuelle) ont 4 points de convergence¹ : 1/ l'agent pathogène à cibler est le streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGBA), pour certains en raison des risques de rhumatisme articulaire aigu (RAA) et de glomérulonéphrite aiguë (GNA), 2/ aucun score clinique ne peut en soi affirmer la présence de SGBA ou guider le traitement antibiotique, 3/ aucun examen sanguin (antistreptolysine O, CRP, leucocytose) n'est recommandé, 4/ la pénicilline à spectre étroit est le premier choix antibiotique. Cependant, l'antibiothérapie ne change rien au risque de GNA. Si elle a clairement participé à réduire la prévalence et la gravité du RAA dans les pays industrialisés, confortant une tendance antérieure à l'ère antibiotique, le RAA peut survenir sans pharyngite, ou chez des patients traités par antibiotiques². Les *guidelines*, s'appuyant pourtant sur les mêmes données scientifiques, divergent sur le risque de RAA et les outils diagnostiques.

Le risque de RAA en 2014

Selon les plus récentes données populationnelles³, il y a dans le monde un peu moins de 500 000 cas annuels de RAA, dont les 2/3 entre 5 et 14 ans ; 15% des enfants d'âge scolaire des pays développés font chaque année une pharyngite streptococcique, 5 à 10 fois plus dans les pays en voie de développement, pauvres ou insuffisamment médicalisés, où la fréquence du RAA est probablement sous-estimée faute de données précises. L'incidence moyenne mondiale du RAA est de 19 pour 100 000, mais varie de 2 à 14 pour 100 000 dans les pays développés, estimation élevée probablement due à des épidémies régionales sporadiques des années 1980³. Elle est de l'ordre de 0,15 pour 100 000 enfants de 4 à 14 ans en France métropolitaine². Malgré la réduction d'incidence des pharyngites streptococciques de l'enfant, son coût reste important (200 à 500 millions de \$ par an aux USA, coûts directs et indirects inclus). Le SGBA n'est en cause que dans 25 à 40% des pharyngites de l'enfant (la plupart sont virales), très rarement avant 3 ans².

Critères décisionnels

Une équipe française a méta-analysé les données originales utilisées pour élaborer ou valider différents scores décisionnels cliniques, Centor, McIsaac, Joachim, etc. (16 études, 10 523 enfants de 7 ans en moyenne, dont 11 études dans des pays industrialisés et 7 en ambulatoire, prévalence moyenne de pharyngites SGBA 34%). Les scores cliniques excluent le SGBA aussi bien que le

Que conclure pour notre pratique ?

Les deux propositions antagonistes des *guidelines* sont tout aussi factuelles. Un score clinique simple (en général sur 4 signes : fièvre $>38^{\circ}\text{C}$, exsudat, adénopathies cervicales douloureuses, et absence de toux) associé au TDR identifie raisonnablement les pharyngites à SGBA. Est-ce pour autant suffisant pour prescrire une antibiothérapie ? La position anglaise, plus pragmatique et « moderne », réserve l'antibiothérapie immédiate aux formes cliniques les plus sévères, compte tenu de la rareté des risques évolutifs (*Bibliomed* 749) et notamment du redouté RAA, en voie de disparition dans nos pays. Nous y reviendrons.

Il n'est évidemment pas question dans ce débat des angines diphtérique, gonococcique ou nécrotiques (angine de Vincent, angine de Ludwig...) qui justifient d'un traitement antibiotique adapté.

test diagnostique rapide (TDR), mais leur spécificité n'est pas suffisante pour affirmer le diagnostic, conduisant à un excès de prescription antibiotique si le TDR n'est pas utilisé en complément⁴.

Divergences entre les *guidelines*

L'analyse de l'équipe belge¹, un peu ancienne, n'est pas remise en question par de plus récents *guidelines* anglais (*NICE* 2008) ou américain (*IDSA* 2012). Ces différences ont des conséquences importantes en pratique. En France, Finlande, Amérique du Nord, il est recommandé de faire un TDR, le traitement (pénicilline ou amoxicilline) dépendant du résultat : la prévention du RAA reste l'argument central. En Grande Bretagne, Belgique, Pays-Bas, les médecins ne font pas de TDR, du fait des nombreux porteurs de SGBA (5 à 20%) et de sa modeste sensibilité en soins primaires (65 à 80%) : ils prescrivent selon la gravité clinique, privilégiant dans les cas peu sévères la non prescription ou la prescription différée. Les deux approches sont basées sur des preuves scientifiques, peut-être sélectionnées ou interprétées différemment. L'approche « prévention RAA » reste profondément marquée par les études des années 1950, alors que depuis les années 1980, sauf quelques épidémies sporadiques, le RAA a quasiment disparu des pays développés et que surtout, l'analyse des données montre que les antibiotiques n'y ont pas joué un grand rôle. La pharyngite à SGBA est maintenant une maladie limitée où les antibiotiques n'ont pour but que de réduire la sévérité et la durée d'évolution.

Références

- 1- Matthys J et al. Differences Among International Pharyngitis Guidelines: Not Just Academic. *Ann Fam Med.* 2007;5:436-43.
- 2- Afssaps. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Octobre 2005.
- 3- Burke RJ et al. Diagnostic criteria of acute rheumatic fever. *Autoimmunity Reviews.* 2014;13:503-7.
- 4- Le Maréchal F et al. Streptococcal pharyngitis in children: a meta-analysis of clinical decision rules and their clinical variables. *BMJ Open.* 2013;3:e001482.

