

### Points essentiels

- Devant une angine, le Test de Diagnostic Rapide streptococcococique doit être fait chez l'enfant d'au moins 3 ans et chez l'adulte ayant un score de Mclsaac  $\geq 2$ .
- Les angines streptococquiques doivent être traitées par amoxicilline.
- L'abcès péri-amygdalien relève d'un traitement par amoxicilline-acide clavulanique, en association à la ponction.
- Le syndrome de Lemierre est traité par amoxicilline-acide clavulanique à forte dose.
- Le diagnostic de sinusite maxillaire aiguë bactérienne peut être porté par excès devant des douleurs sinusiennes maxillaires dans un contexte de rhinopharyngite virale.
- L'amoxicilline est recommandée en cas de sinusite aiguë maxillaire bactérienne.
- L'amoxicilline-acide clavulanique est recommandée en cas de sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale, ou maxillaire d'origine dentaire, ou en cas d'échec de l'amoxicilline.
- L'otite externe aiguë bactérienne non compliquée relève d'un traitement antibiotique local par ofloxacine.
- L'amoxicilline est le traitement de l'otite moyenne aiguë. Elle est débutée dès la première consultation avant 2 ans et chez l'adulte, et en cas de persistance des symptômes après un traitement symptomatique de 48 h à partir de 2 ans.
- Les mastoïdites sont traitées par amoxicilline-acide clavulanique, ou par l'association ceftriaxone-imidazolé dans les formes les plus graves.

Université de Nantes, EA3826 Thérapeutiques cliniques et expérimentales des infections, CHU de Nantes, Urgences

Les infections oto-rhino-laryngologiques représentent une part modérée des antibiothérapies dans les services d'urgence. Cette part a été évaluée dans un service d'urgences adultes à 12 % des indications d'antibiothérapie, et à 7 % des prescriptions d'antibiotiques chez les patients sortant des urgences sans être hospitalisés (1, 2). Les infections ORL couvrent un large spectre d'infections, des plus bénignes aux plus graves. Concernant les plus bénignes (rhinopharyngites, angines, sinusites non compliquées, otites), les principaux enjeux sont (i) de ne pas prescrire d'antibiotique pour ces infections majoritairement virales, et (ii) quand la probabilité d'infection bactérienne justifie une antibiothérapie, de prescrire un antibiotique sélectionnant peu de résistances bactériennes. Le spectre antibactérien doit être élargi dans les infections ORL les plus graves.

## 1. Angines et abcès péri-amygdaliens

Les angines sont majoritairement virales, et plus rarement dues au streptocoque du groupe A. Avant 3 ans, les angines sont rares, et très rarement streptococciques : le Test Diagnostique Rapide du Streptocoque de groupe A (TDR) n'est alors pas recommandé, et l'antibiothérapie n'est pas indiquée. Chez l'enfant d'au moins 3 ans, un TDR streptococcique doit être réalisé, et une antibiothérapie prescrite seulement si ce dernier est positif. Chez l'adulte, le TDR n'est pas systématique. Le score de Mclsaac, fondé sur des critères cliniques, permet d'évaluer le risque que l'angine soit streptococcique (Tableau). Il doit être complété par un Test Diagnostique Rapide s'il est égal ou supérieur à 2 (3). Inférieur à 2, le risque d'infection streptococcique est trop faible ( $\leq 5\%$ ) pour justifier la réalisation du TDR. L'antibiothérapie n'est recommandée que si le TDR est positif, à base d'amoxicilline 2 grammes/j pendant 6 jours chez l'adulte (50 mg/kg/j en deux prises chez l'enfant). En cas d'allergie aux pénicillines, il est recommandé de prescrire soit une céphalosporine (céfuroxime-axétil, céfepodoxime ou céfotiam), soit un macrolide.

Les abcès péri-amygdaliens sont des infections parfois monomicrobiennes, parfois plurimicrobiennes (4). Les bactéries les plus souvent isolées sont le Streptocoque de groupe A, les Streptocoques anaérobies facultatifs du groupe *milleri*, et les

Score de Mclsaac chez l'adulte (3)

Signe d'examen	Point
Fièvre > 38 °C	+ 1
Absence de toux	+ 1
Adénopathies cervicales sensibles	+ 1
Atteinte amygdalienne (augmentation du volume ou exsudat)	+ 1
Âge $\geq 45$ ans	- 1
Un score de Mac-Isaac < 2 indique une faible probabilité d'infection streptococcique, et justifie chez l'adulte de ne pas réaliser le TDR streptococcique ni de prescrire d'antibiotique.	

bactéries anaérobies dont la principale est *Fusobacterium necrophorum* (4). Le traitement repose principalement sur la ponction et l'antibiothérapie. Cette dernière, pour les adultes comme pour les enfants, est généralement à base d'amoxicilline-acide clavulanique (5, 6).

L'angine n'est pas au premier plan dans le syndrome de Lemierre. Le patient présente un tableau de sepsis sévère, une symptomatologie respiratoire due à des abcès pulmonaires et une tuméfaction douloureuse latérocervicale due à une thrombose jugulaire interne. L'imagerie (scanner thoracique et cervical) puis les hémocultures signeront le diagnostic (bactéries anaérobies dont *Fusobacterium necrophorum*). L'antibiothérapie initiale est basée sur la sévérité du tableau clinique et doit être active sur les bactéries anaérobies (par exemple, amoxicilline-acide clavulanique à forte dose, ou pénicilline G à forte dose et imidazolé) (7, 8).

## 2. Épiglottites

La fréquence des épiglottites a diminué chez l'enfant, grâce à la vaccination contre *Haemophilus influenzae*. Le traitement antibiotique doit cependant rester actif sur cette bactérie, dont les taux de résistance à l'amoxicilline-acide clavulanique et à la ceftriaxone étaient en 2013 respectivement de 4,2 % et 0,2 % (9). Dans ces infections mettant en jeu le pronostic vital par arrêt cardiaque hypoxique, l'urgence est de protéger des voies aériennes par intubation au bloc opératoire. Concernant l'antibiothérapie, la ceftriaxone est préférée à l'amoxicilline-acide clavulanique.

## 3. Sinusites

Le diagnostic de sinusite maxillaire aiguë bactérienne peut être porté par excès devant des douleurs sinusiennes maxillaires dans un contexte de rhinopharyngite virale (3). Les signes cliniques suivants sont en faveur de la nature bactérienne d'une sinusite maxillaire aiguë : persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré un traitement symptomatique (antalgique, antipyrétique, décongestionnant) d'au moins 48 heures ; douleur unilatérale, augmentant quand la tête est penchée en avant, pulsatile, maximale en fin d'après-midi et la nuit ; persistance de la fièvre au delà du 3<sup>e</sup> jour (3). Une sinusite maxillaire unilatérale sans contexte de rhinite, avec rhinorrhée fétide, évoque la complication d'une infection dentaire homolatérale supérieure, et nécessite une antibiothérapie et un avis odontologique.

L'amoxicilline est recommandée en cas de sinusite aiguë maxillaire bactérienne. L'amoxicilline-acide clavulanique est recommandée en cas de sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale, ou maxillaire d'origine dentaire, ou en cas d'échec de l'amoxicilline (3).

Dans les infections compliquées d'une extension orbitaire ou d'une thrombose septique du sinus caverneux, une antibiothérapie à plus large spectre sur les bactéries à Gram négatif et anaérobies est utilisée (cefotaxime ou ceftriaxone,

associée au métronidazole) ; en cas de thrombose septique du sinus caverneux, l'antibiothérapie doit couvrir également le staphylocoque doré (par exemple en ajoutant la fosfomycine, la vancomycine ou une pénicilline M) (10).

#### 4. Otites externes

L'otite externe aiguë bactérienne non compliquée relève d'un traitement antibiotique local et non systémique, à base d'ofloxacine. En cas d'extension au pavillon ou au-delà de celui-ci, de diabète ou d'immunodépression, une antibiothérapie systémique est recommandée, par exemple à base d'amoxicilline-clavulanate (11). L'otite externe doit être distinguée de l'érysipèle streptococcique qui dépasse l'oreille externe, traité par amoxicilline, et du furoncle du conduit auditif externe traité localement par acide fusidique. L'otite externe maligne, caractérisée par une extension aux os de la base du crâne, est évoquée chez un patient diabétique ou immunodéprimé devant une otorrhée fétide, l'intensité des douleurs et l'absence d'amélioration malgré le traitement habituel, tardivement associée à une paralysie faciale. Généralement due à *Pseudomonas aeruginosa*, elle nécessite une antibiothérapie antipyocyanique intraveineuse. Les périchondrites du pavillon nécessitent également une antibiothérapie antipyocyanique intraveineuse et une évaluation chirurgicale (12).

#### 5. Otites moyennes aiguës

Le diagnostic d'otite moyenne aiguë purulente, qui peut être porté par excès devant une otalgie fébrile, est posé devant la constatation d'une inflammation tympanique (congestion ou hypervascularisation) et d'un épanchement rétrotympanique extériorisé (otorrhée) ou non (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement) (3). L'otite moyenne aiguë purulente doit être distinguée de l'otite congestive (inflammation tympanique sans épanchement rétrotympanique) et de l'otite séromuqueuse (épanchement rétrotympanique sans inflammation tympanique ni fièvre), qui ne relèvent pas d'une antibiothérapie (3).

Chez l'enfant de plus de 2 ans, l'otite moyenne aiguë purulente est traitée préférentiellement par un traitement symptomatique pendant 48-72 h. Une antibiothérapie par amoxicilline est débutée si les symptômes persistent ou s'aggravent passé ce délai, ou d'emblée dans les formes les plus symptomatiques. Chez l'enfant de moins de 2 ans et chez l'adulte, l'antibiothérapie, également à base d'amoxicilline, est prescrite dès la première consultation (3).

#### 6. Mastoïdites

Il n'y a pas de recommandation formelle d'antibiothérapie des mastoïdites en France (13). L'amoxicilline-acide clavulanique peut être utilisée dans les formes les moins sévères, et la ceftriaxone associée à un imidazolé dans les formes les plus graves.

## Références

1. Goulet H., Daneluzzi V., Dupont C., Heym B., Page B., Almeida K., *et al.* (A prospective study of antibiotic prescribing in an emergency care unit). *Med Mal Infect* 2009 ; 39 : 48-54.
2. Grenet J., MP G., Tritz T., Sivadon Tardy V., Dupont C., Beaune S., *et al.* M-21 : Audit des prescriptions d'antibiotiques dans le service d'urgence d'un hôpital universitaire. *Med Mal Infect* 2014 ; 44 (6 Suppl) : 71.
3. SPILF, SFP, GPIP. Recommandations de Bonne Pratique. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. 2011.
4. Powell E.L., Powell J., Samuel J.R., Wilson J.A. A review of the pathogenesis of adult peritonsillar abscess: time for a re-evaluation. *J Antimicrob Chemother* 2013 ; 68 : 1941-50.
5. Lorrot M., Haas H., Hentgen V., Van Den Abbeele T., Bonacorsi S., Doit C., *et al.* (Antibiotherapy of severe ENT infections in children: peripharyngeal abscesses). *Arch Pediatr* 2013 ; 20 Suppl 3 : e1-4.
6. Pinaud V., Lepelletier D., Montassier E., Potel G. Abcès péri-amygdalien: une étude multicentrique prospective. In : *Urgences : 2013 ; Paris : Société Française de Médecine d'Urgence ; 2013.*
7. Eilbert W., Singla N. Lemierre's syndrome. *Intern J Emerg Med* 2013 ; 6 : 40.
8. Kristensen L., Prag J. Human Necrobacillosis, with Emphasis on Lemierre's Syndrome. *Clin Infect Dis* 2000 ; 31 : 524-32.
9. Gaillot O. Rapport d'activités du C.N.R. *Haemophilus influenzae*. Année 2013-2014.
10. Ebright J., Pace M., Niazi A. Septic thrombosis of the cavernous sinuses. *Arch Intern Med* 2001 ; 161 : 2671-6.
11. Rosenfeld R.M., Schwartz S.R., Cannon C.R., Roland P.S., Simon G.R., Kumar K.A., *et al.* Clinical practice guideline: acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014 ; 150 : S1-S24.
12. Malard O., Beauvillain de Montreuil C., Legent F. Pathologie acquise de l'oreille externe. In : *EMC Oto-rhino-laryngologie*. edn. Paris: Elsevier SAS ; 2005 : 20-070-A10.
13. Hentgen V., Lorrot M., Haas H., Cohen R., Gimprel E. Antibiothérapie des infections ORL sévères du nourrisson et de l'enfant : mastoïdites aiguës. *Arch Pédiatr* 2013 ; 20 : e10-S3.