

PRATIQUE DES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (TROD) EN PHARMACIE

Argumentaire scientifique destiné aux pharmaciens



1. Qu'est-ce qu'une angine ?

(Synonyme : amygdalite, pharyngo-amygdalite, pharyngite) (1)

C'est un syndrome clinique associant de façon variable des douleurs de gorge spontanées ou lors de la déglutition et de la fièvre et/ou ses signes d'accompagnement : asthénie, myalgies, céphalées. Une observation de la gorge (observation) avec un bon éclairage est indispensable.

Cette observation de la gorge permet de distinguer 5 aspects:

- Aspect évocateur d'une angine érythémateuse, la plus fréquente et de loin : le pharynx et/ou les amygdales sont congestifs, érythémateux



- Aspect évocateur d'une angine érythémato-pultacée : en plus de la rougeur, un enduit blanchâtre recouvre en partie les amygdales



- Aspect évocateur d'une angine purpurique (souvent liée au streptocoque du groupe A) : des taches rouges ou violacées plus foncées sont présentes sur le voile du palais et la luette



- Aspect évocateur d'une angine à fausses membranes qui doit faire craindre une diphtérie (exceptionnelle) ou une mononucléose infectieuse : un enduit pultacé (blanchâtre) recouvre complètement les amygdales



- Aspect évocateur d'une angine ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique qui doit faire envisager une infection à anaérobies : une ulcération souvent à fond blanchâtre est présente sur une amygdale.



Une bonne observation de la gorge est nécessaire afin de poser l'indication (ou non) d'effectuer un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) et d'effectuer un prélèvement satisfaisant pour une performance optimale du TROD.

De multiples agents pathogènes viraux (les plus fréquents) ou bactériens peuvent être impliqués dans les angines (tableau 1). Parmi eux, seul le streptocoque du groupe A (SGA) justifie en routine l'administration d'antibiotiques. (1)

A noter que les médecins pourront toujours réaliser un TROD Angine s'ils disposent du matériel nécessaire. Cette nouvelle pratique par les pharmaciens en officine vient en complément des dispositions déjà existantes.

Causes bactériennes		Causes virales
Streptocoque du Groupe A <i>ou Streptococcus pyogenes</i>	Autres causes bactériennes <ul style="list-style-type: none"> • Streptocoque C.G.E. • <i>Fusobacterium necrophorum</i> • Autres anaérobies • <i>Arcanobacterium hemolyticum</i> 	Virus Ebstein Barr Adénovirus Enterovirus Virus influenzae Virus parainfluenzae ---

Tableau 1. Causes bactériennes et virales des angines

2. Qu'est-ce que le SGA ?

Le SGA est une des espèces bactériennes les plus fréquemment responsables d'infections communautaires, pouvant induire des infections bénignes mais aussi des complications graves (2). C'est la cause bactérienne la plus fréquente des angines, globalement 20 %, mais jusqu'à 40% chez l'enfant entre 3 et 12 ans et 10 à 15 % chez l'adulte. (1,3) Bien que la majorité des angines à SGA guérissent spontanément, cette bactérie est impliquée dans la majorité des complications immunologiques comme le Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA) ou les complications suppuratives (en particulier les phlegmons péri-amygdaliens et les adéno-phlegmons cervicaux mais aussi des otites à SGA) (2).

3. Pourquoi faut-il traiter les angines à SGA ?

Les années 50 ont vu une révolution médicale : la prévention du Rhumatisme Articulaires Aigu (RAA), en traitant les angines à SGA avec de la pénicilline pendant 10 jours. Cependant, on ne peut résumer l'intérêt de l'antibiothérapie dans les angines à la seule prévention de cette pathologie dont l'incidence a diminué de façon considérable ces trente dernières années.

Les objectifs d'un traitement antibiotique des angines à SGA sont aujourd'hui en France :

- De réduire le risque de complications suppuratives (phlegmons péri-amygdaliens, adéno-phlegmons cervicaux, otites moyennes aiguës et sinusites) (3)
- De raccourcir la durée des signes cliniques (de 24 à 48 heures), si l'antibiothérapie est prescrite précocement, dans les 48 heures suivant le début des symptômes (3)
- De diminuer le risque de contagion (de plusieurs jours voire plusieurs semaines, permettant le retour rapide du patient en collectivité (1,5)).

4. Quand évoquer une angine à SGA et réaliser un TROD angine ?

Les TROD angine ne sont indiqués que dans les maux de gorge évocateurs d'angine, pas dans les tableaux évocateurs de rhinopharyngite (rhume). **Les TROD angine ne sont donc pas indiqués en cas de symptomatologie dominée par la rhinorrhée, l'obstruction nasale et la toux, qu'il existe ou non des douleurs pharyngées et une rougeur de la gorge associées.**

Dans les cas où le mal de gorge est évocateur d'angine, les signes cliniques utilisés seuls sont peu fiables, pour reconnaître les angines à SGA parmi les autres causes d'angines car leur sensibilité et leur spécificité sont insuffisantes. Les scores cliniques de type Mac Isaac ou Centor sont sans intérêt chez l'enfant, mais à partir de l'âge de 15 ans et chez l'adulte, ils permettent de dépister les patients à très faible risque d'infection à SGA pour lesquels les TROD sont inutiles (tableau 2). (1) L'arrivée des tests rapides d'orientation diagnostique a modifié la pratique en permettant un diagnostic plus fiable que toute règle de décision uniquement fondée sur la clinique (sensibilité des tests avoisinant 90% et spécificité > 95%, en comparant à la culture) (6). De plus, il s'agit d'un examen rapide et peu coûteux. Les TROD sont préconisés devant toute angine chez l'enfant de plus de 3 ans (avant 3 ans, les angines sont toujours virales), et à partir de l'âge de 15 ans et chez l'adulte quand le score de Mac Isaac est ≥ 2 . Cependant les performances des TROD et notamment la sensibilité est très influencée par la façon dont ce geste est réalisé par le professionnel de santé (7).

Le traitement antibiotique doit être limité aux situations dans lesquelles le TROD est positif.

Clinique	points
Âge 3 à 14 ans	1
Age 15 à 45 ans	0
Age > 45 ans	-1
Fièvre > 38	1
Adénopathies sensibles	1
Exsudat ou Amygdales ↗ de volume	1
Pas de toux	1

Score	Valeur prédictive +
0	2,5 %
> 0	18 %
> 1	26%
> 2	40%
> 3	53%

Tableau 2. Score de Mac Isaac Description et valeurs prédictives positives (Mc Isaac. CMAJ 1998;159:75)

5.Utilisation des TROD en pharmacie

Un TROD n'est utile que s'il change la prise en charge d'un patient.

L'utilisation des TROD en pharmacie doit permettre de mieux distinguer les patients pour lesquels une consultation chez le médecin est indispensable ou utile, et ceux pour lesquels un traitement symptomatique est suffisant. Si le TROD est positif, une consultation médicale est systématiquement indiquée. Pour certains patients (voir paragraphe 6), une consultation médicale s'avère indispensable, et il est donc inutile de réaliser un TROD chez eux.

6.Raisons de non éligibilité à la réalisation des TROD en pharmacie

Deux types de raisons peuvent conduire à ne pas effectuer de TROD en pharmacie et à adresser d'emblée le patient à un médecin:

- **Des raisons liées au terrain** : Enfant de moins de 10 ans, patient à risque d'immunodépression (patient vivant avec le VIH, patient sous traitement immunosuppresseur, dont corticothérapie au long cours et cancer sous chimiothérapie), patiente enceinte fébrile (température >38°C), patient >70 ans avec température > 38°C, épisode similaire de mal de gorge traité récemment (<1 mois) par antibiotique sur la base du déclaratif patient.

- **Des raisons liées aux données de l'observation** : aspect qui ne semble pas évocateur d'une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée, fièvre élevée (température >39°) ou fièvre (température >38°C) persistant depuis plus de 3 jours, altération importante de l'état général, difficultés pour respirer, limitations de l'ouverture buccale, douleurs limitant les mouvements de la tête, peau rouge ou tuméfiée au niveau du visage, du cou ou du thorax.

Parmi ces raisons, la plus fréquente est celle des **angines de l'enfant**.

Critères de non éligibilité :

Les enfants de moins de 10 ans

Plusieurs arguments conduisent à exclure les enfants de moins de 10 ans de la pratique des TROD en pharmacie, quel que soit le parcours (pharmacie d'emblée, ou après consultation médicale dans le cadre d'une ordonnance de dispensation conditionnelle). Avant l'âge de 10 ans, un adressage systématique vers un médecin est souhaitable pour les raisons suivantes :

- La prise en charge d'un enfant fébrile, même si la fièvre s'accompagne de douleurs pharyngées justifie un examen clinique orienté et complet chez un patient déshabillé.
- Du fait de l'absence fréquente de coopération des jeunes enfants, l'observation de la gorge est souvent plus difficile et le prélèvement surtout beaucoup plus délicat à réaliser (ouverture buccale limitée, enfant souvent peu ou pas coopératif) (7).
- La prévalence du SGA dans les angines est beaucoup plus importante (jusqu'à 40 %), ce qui s'accompagne d'une augmentation du pourcentage de faux négatifs (TROD faussement rassurants) (2).

Les femmes enceintes

- Du fait de leur statut immunitaire, les femmes enceintes sont plus susceptibles d'être atteintes d'infections virales (grippe, cytomégalovirus...), parasitaires (toxoplasmose) et bactériennes (listériose, streptocoque du groupe B...) qui peuvent être associées à des angines fébriles. Donc, chez elles, plusieurs diagnostics doivent être évoqués et une consultation médicale est indispensable.

Patients immunodéprimés

- Ces patients peuvent s'infecter avec des espèces bactériennes différentes du SGA et sont plus à risque de complications.

Patients >70 ans avec température > 38°C

- Chez ces patients, les infections bactériennes et les surinfections bactériennes des maladies virales sont plus fréquentes et plus graves, justifiant un examen clinique.

Tableaux cliniques

- Les patients les plus graves présentant une altération de l'état général, des difficultés pour respirer ou parler, des douleurs limitant les mouvements de la tête et du cou, une limitation de l'ouverture buccale, une peau rouge ou tuméfiée au niveau du cou, du thorax ou du visage sont exclus, car ces signes témoignent d'une infection potentiellement grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital quelle que soit l'espèce bactérienne responsable.
- Les angines à fausses membranes (dépôt blanchâtre sur les amygdales et la luette) doivent faire craindre une diphtérie (exceptionnelle) ou une mononucléose infectieuse. Des examens complémentaires urgents sont alors à programmer.
- Les angines ulcéreuses ou ulcéro-nécrotiques, (angines unilatérales), et donc des douleurs strictement ou principalement unilatérales doivent faire envisager une infection à anaérobies, à Pasteurella, Herpès etc... ou un cancer.

- Enfin une fièvre élevée $>39^{\circ}\text{C}$ ou une fièvre (température $> 38^{\circ}\text{C}$) durant plus de 3 jours imposent aussi une visite médicale car un examen clinique est nécessaire en cas de fièvre élevée et parce que les infections virales sont rarement responsables d'une fièvre dépassant cette durée.
- Enfin un épisode similaire de mal de gorge traité par antibiotique récemment (<1 mois) nécessite une consultation médicale pour rechercher des pathologies spécifiques.

7.Paracétamol ou Ibuprofène/ketoprofene ?

L'objectif essentiel de l'utilisation de paracétamol ou de l'ibuprofène/ketoprofene est le traitement de la douleur. Le traitement de la fièvre n'est plus une priorité thérapeutique. (9,10)

Dans l'immense majorité des situations, le paracétamol sera privilégié. En effet, les effets indésirables, contre-indications et interactions médicamenteuses sont plus nombreux pour l'ibuprofène et l'ensemble des anti-inflammatoires non stéroïdiens que pour le paracétamol (9). Un rapport de pharmacovigilance récent souligne le risque aggravant des anti-inflammatoires dans certaines infections bactériennes cutanées ou pulmonaires, si le germe en cause est un streptocoque du groupe A ou un pneumocoque, car ils augmentent le risque de complications bactériennes graves (11).

En cas de douleurs de faible ou de moyenne intensité, c'est le paracétamol qu'il faut prescrire. La délivrance d'ibuprofène ne doit s'envisager qu'en cas de résistance au paracétamol ou de douleurs très intenses, et en respectant des règles précises de bon usage : utiliser la dose minimale efficace; arrêter le traitement dès la disparition des symptômes ; éviter les AINS en cas de varicelle ; ne pas prolonger le traitement au-delà de 3 jours en cas de fièvre, et au-delà de 5 jours en cas de douleur; ne pas prendre deux médicaments AINS en même temps (12).

Bibliographie

1. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), Société Française de Pédiatrie (SFP), Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (GPIP)
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-argumentaire.pdf>
2. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis.* 2005 Nov;5(11):685-94.
3. Spinks A, Glaziou, PP, Del Mar CB Antibiotic for sore throat; Cochrane 2013. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000023.pub4/epdf/standard>
4. Shaikh N, Leonard E, Martin J. Prevalence of Streptococcal Pharyngitis and Streptococcal Carriage in Children: A meta analysis. *Pediatrics* 2010 ;126(3) :557-64
5. Snellman LW, Stang HJ, Stang JM, Johnson DR, Kaplan EL. Duration of positive throat cultures for group A streptococci after initiation of antibiotic therapy. *Pediatrics* 1993; 91:1166–1170.
6. Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jul 4;7:CD010502
7. Cohen JF, Chalumeau M, Levy C, Bidet P, Benani M, Koskas M, Bingen E, Cohen R. Effect of clinical spectrum, inoculum size and physician characteristics on sensitivity of a rapid antigen detection test for group A streptococcal pharyngitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2013 Jun;32(6):787-93. doi: 10.1007/s10096-012-1809-1.
8. Keighley CL, Skrzypek HJ, Wilson A, et al. Infections in pregnancy. *Med J Aust.* 2019 Aug;211(3):134-141. d
9. Truffert E1, Fournier Charrière E2, Treluyer JM3 et al. 14 Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL): Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and pediatric ENT infections. Short version. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2019 Sep;136(4):289-294. doi: 10.1016/j.anorl.2019.04.001.
10. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/prise_en_charge_medicamentuse_de_la_douleur_chez_l'enfant_alternatives_a_la_codeine_-_fiche_memo.pdf
11. https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0af552386a3d59a38fdad-d960aeaf963.pdf
12. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves - Point d'Information. <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-et-complications-infectieuses-graves-Point-d-Information>

Ce document a été rédigé par un groupe de travail composé des organisations suivantes :

- Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche- Comté
- Collège de la Médecine Générale
- Conseil National Professionnel pharmacie officine et hospitalière
- Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
- Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
- Conseil National Professionnel d'ORL et Chirurgie Cervico- Faciale
- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
- Société française de pédiatrie / Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique et Association française de pédiatrie ambulatoire
- URPS Pharmaciens Bourgogne-Franche-Comté
- URPS Pharmaciens Grand Est
- URPS Pharmaciens Ile-de-France
- URPS Pharmaciens Occitanie