

Docteur, j'ai de la fièvre et de la difficulté à avaler

Janik Sarrazin

5

Ce soir, ça va mal à l'urgence. Trois jeunes hommes, Pierre, Jean et Jacques, présentent tous des signes et des symptômes qui pourraient menacer l'intégrité de leurs voies respiratoires. Comment réagir rapidement et efficacement pour éviter des complications mortelles ?

CET ARTICLE TRAITE de trois maladies infectieuses de la sphère ORL qui menacent les voies respiratoires supérieures, soit l'abcès périamygdalien, l'angine de Ludwig et l'épiglottite. Malgré l'évolution des méthodes diagnostiques, l'utilisation d'antibiotiques puissants et l'amélioration du matériel disponible pour préserver les voies respiratoires, ces affections font encore des victimes. En posant un diagnostic rapide, le médecin qui voit le patient en première ligne contribue largement à éviter les complications mortelles.

Cas n° 1

Pierre, 30 ans, se présente à la clinique pour un mal de gorge apparu il y a une semaine. Une amygdalite bactérienne a été diagnostiquée il y a quatre jours. On lui a prescrit de l'amoxicilline par voie orale, à raison de 500 mg, trois fois par jour. Aucun prélèvement pharyngé n'a été effectué. Le patient a d'abord noté une légère diminution de la douleur qui a toutefois augmenté depuis deux jours et est maintenant située du côté droit. Il ouvre plus difficilement la bouche, se sent fébrile et éprouve de la difficulté à s'alimenter.

L'abcès périamygdalien, comment le reconnaître et le traiter ?

Examen physique

Lorsqu'un patient souffre depuis quelques jours

Le Dr Janik Sarrazin, otorhinolaryngologiste, exerce au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, à Lachenaie.



Photo 1. *Abcès périamygdalien.*

Source : *A practical guide to clinical medicine, The neurological examination.* University of California, San Diego. Site Internet : <http://medicine.ucsd.edu/clinicalmed/neuro2.htm>. Reproduction autorisée.

d'une amygdalite qui se détériore au lieu d'évoluer vers la guérison, il faut soupçonner l'apparition d'un abcès périamygdalien. Il s'agit d'une accumulation de pus entre l'amygdale et le muscle constricteur pharyngé supérieur, sorte de bande musculaire qui encercle le pharynx. C'est la présence de ce pus qui explique les signes visibles à l'examen, soit le déplacement d'une amygdale vers la ligne médiane et, secondairement, une déviation de la luette vers le côté opposé (photo 1). L'observateur averti notera aussi une voussure au-dessus de l'amygdale atteinte : il s'agit de la partie supérieure de l'abcès, là où le drainage est le plus aisé. La diffusion de l'inflammation à travers le muscle constricteur jusqu'aux muscles masticateurs conduit parfois à l'apparition d'un trismus, c'est-à-dire d'une limitation de l'ouverture de la bouche.

Chez l'adulte

Chez l'adulte, le diagnostic est posé à l'examen physique, et le patient est alors orienté en ORL. En drainant l'abcès, le spécialiste confirme le diagnostic et traite le problème. Il est, en effet, assez simple de ponctionner ou encore de drainer l'abcès sous anesthésie locale. La douleur diminue alors quasi instantanément et l'ouverture buccale revient souvent à la normale. Étant donné le faible taux de récurrences (10 %) après un seul abcès¹, l'amygdalectomie n'est généralement proposée qu'après un deuxième, les études ayant montré un risque de récurrences plus important (40 %) en pareil cas^{2,3}. Généralement, dans ces cas, l'abcès est drainé en clinique et une amygdalectomie est planifiée plus tard. Parfois, l'ORL pourra préférer procéder d'emblée à une amygdalectomie dite « à chaud ».

L'infection est généralement causée par un ensemble de bactéries de la flore buccale⁴ et traitée par la pénicilline ou la clindamycine pendant dix jours. La voie d'administration dépendra de la capacité du patient à s'hydrater et à avaler ses comprimés. Les patients incapables de s'hydrater devront être hospitalisés.

Certains patients signalent parfois que leur abcès s'est drainé spontanément. Ils ressentent alors un goût désagréable et la douleur disparaît une fois la tension relâchée. Le traitement se limite alors à une antibiothérapie (pénicilline ou clindamycine).

Chez l'enfant

Si le diagnostic et le traitement sont relativement simples chez l'adulte, ils constituent un réel problème chez l'enfant. En effet, la collaboration nécessaire à l'examen et à un drainage éventuel est difficile à obtenir chez les enfants de moins de 12 ans. Bien que l'incidence des abcès périamygdaliens dans cette population demeure inconnue, il s'agit d'un problème qui touche davantage les adolescents et les jeunes adultes⁵. Il faut parfois avoir recours aux techniques d'imagerie pour confirmer l'abcès. La tomodensitométrie permet de visualiser précisément l'abcès et d'en préciser l'étendue. Quant aux clichés simples des

tissus mous du cou, ils ne sont pas utiles pour le diagnostic d'un abcès périamygdalien, mais permettent d'évaluer un épaississement des tissus rétropharyngés, signe d'une éventuelle progression postérieure de l'infection. Lorsque le diagnostic d'abcès périamygdalien est établi chez un enfant qui ne collabore pas, on doit procéder à une amygdalectomie sous anesthésie générale. Chez les enfants qui semblent calmes, une ponction à l'aiguille peut parfois être réalisée, évitant l'intervention^{5,6}.

Complication

L'abcès périamygdalien est une affection fréquente qui se complique rarement lorsqu'elle est traitée adéquatement. Cependant, comme pour tout phénomène infectieux, les limites anatomiques habituelles peuvent être franchies, et l'infection peut s'étendre. Un abcès périamygdalien peut donc se transformer en abcès rétropharyngé ou parapharyngé, deux maladies beaucoup plus sérieuses qui peuvent évoluer vers la médiastinite si elles ne sont pas diagnostiquées et traitées⁴. Il faut aussi garder à l'esprit que l'œdème et la collection purulente peuvent, bien que cela soit rare, compromettre les voies respiratoires supérieures.

L'abcès rétropharyngé peut être diagnostiqué à l'aide d'un cliché simple des tissus mous du cou alors que l'abcès parapharyngé doit être soupçonné en présence d'une raideur cervicale accompagnée d'une masse ou lorsque l'état du patient s'est détérioré de façon inhabituelle.

Cas n° 2

Jean, 27 ans, vient à l'urgence pour une douleur cervicale qui augmente depuis quelques jours. Il présente un œdème sous-maxillaire bilatéral et une hypersalivation. À l'examen, on note un patient souffrant, fébrile et dont l'élocution est rendue difficile. L'examen buccal montre une certaine élévation de la langue de même qu'une induration du plancher buccal bilatéral.

Lorsqu'on évalue un patient souffrant d'abcès périamygdalien, il faut garder à l'esprit que l'œdème et la collection purulente peuvent, bien que cela soit rare, compromettre les voies respiratoires supérieures.

Repère



Photo 2. Angine de Ludwig.

L'angine de Ludwig, quelles sont les conséquences ?

L'anamnèse révèle l'extraction de la deuxième molaire inférieure gauche il y a une semaine parce que la dent était cariée et difficilement réparable.

Discussion

Chez un patient présentant un processus infectieux localisé au plancher buccal (photo 2), il faut toujours considérer une angine de Ludwig. Il s'agit d'une cellulite des régions sous-mandibulaires et sous-linguales, causée dans 70 % des cas⁷ par la propagation d'une infection des deuxièmes ou troisièmes molaires inférieures (tableau I).

L'attention particulière prêtée à cette infection réside dans son évolution potentiellement mortelle si elle n'est pas diagnostiquée et traitée à temps. En effet, l'œdème et la présence d'un abcès sous la langue peuvent pousser cette dernière vers le haut et l'arrière, obstruant les voies respiratoires (photo 3). Même lorsque le phénomène est repéré, l'intubation du patient demeure risquée et nécessite la présence de personnes expérimentées dans un environnement optimal.

L'angine de Ludwig affecte principalement les hommes et rarement les enfants de moins de 12 ans⁸. La présence de troubles immunodépresseurs,

Tableau I

Causes de l'angine de Ludwig

Fréquentes

- Dent cariée ou abcès dentaires
- Extraction dentaire récente

Rares

- Traumatisme du plancher buccal
- Fracture de la mandibule
- Néoplasie

tels que le diabète, la neutropénie, l'alcoolisme ou le lupus érythémateux⁷, prédispose à l'apparition de la maladie. Les patients se plaignent généralement de douleur dentaire et cervicale ou d'odynophagie. L'examen physique de la cavité buccale, de même qu'un gonflement sous-mandibulaire d'abord unilatéral puis bilatéral, pourra permettre de découvrir l'origine de l'infection. On fera surtout attention à une induration du plancher buccal et à une élévation de la langue. Il arrive que l'inflammation se soit propagée au muscle masticateur, créant un trismus qui limite l'examen de la cavité orale.

Le traitement de l'angine de Ludwig comporte trois aspects qui doivent être considérés en ordre chronologique. L'élément primordial consiste à s'assurer de l'intégrité des voies respiratoires supérieures. Encore

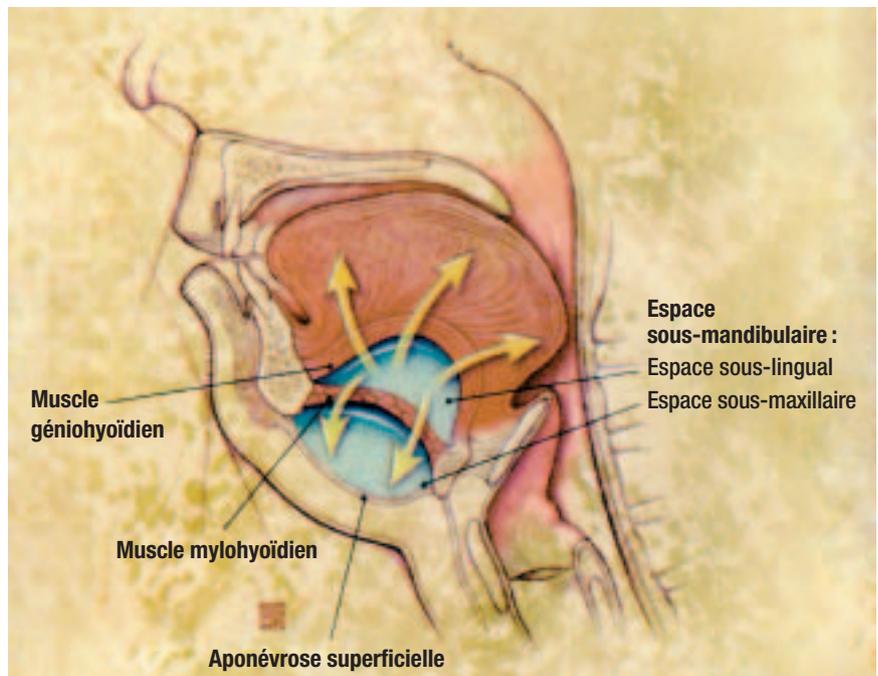


Photo 3. Angine de Ludwig. Direction de pression de l'abcès.

Source : Hartmann RW Jr. Ludwig's angina in children. *Am Fam Physician* 1999 ; 60 (1) : 109-12. Reproduction autorisée par KO Studios, Pacifica, Californie.

de nos jours, des décès attribuables à l'asphyxie sont signalés de façon très exceptionnelle⁹. Dans tous les cas d'angine de Ludwig, une consultation en ORL ou en chirurgie maxillofaciale ainsi qu'en anesthésie doit être demandée. Un grand nombre de patients ne présenteront pas de gêne importante des voies respiratoires et pourront être gardés en observation dans une unité de soins intensifs jusqu'à ce que l'infection soit maîtrisée. Les patients dont l'intégrité des voies respiratoires est compromise seront conduits en salle d'opération où l'intubation pourra être réalisée dans les meilleures conditions possibles. Cependant, dans les rares cas d'obstruction respiratoire grave à l'urgence, une trachéotomie ou encore une cricothyroïdectomie doivent être envisagées. Dans un deuxième temps, une antibiothérapie intraveineuse associant pénicilline à forte dose et inhibiteur des bêta-lactamases, céphalosporine ou clindamycine doit être entreprise¹⁰. Il faut demeurer à l'affût d'une progression inférieure de l'infection qui pourrait potentiellement dégénérer en médiastinite. Enfin, un drainage doit être envisagé lorsque l'examen clinique ou d'imagerie met en évidence une collection de pus ou encore lorsqu'une décompression des espaces infectés devient nécessaire en l'absence de réponse au traitement antibiotique intraveineux. L'examen radiologique de choix pour l'angine de Ludwig est la tomodensitométrie du cou avec injection d'un produit de contraste. Naturellement, l'extraction d'une dent cariée ou le drainage de l'abcès dentaire à l'origine du problème doit être réalisé rapidement.

En conclusion, l'angine de Ludwig demeure une affection rare, mais potentiellement mortelle si elle n'est pas prise en charge rapidement. Il faut donc garder le diagnostic en tête lorsqu'un patient présente une douleur cervicale et une voussure dans la région sous-maxillaire. Un examen de la cavité orale et une palpation de routine du plancher de la bouche de ces patients permettent de repérer efficacement le pro-

blème et d'y remédier avant l'apparition de complications sérieuses.

Cas n° 3

Jacques, 32 ans, est relativement en bonne santé. Il se présente à l'urgence pour un mal de gorge évoluant depuis quelques jours. Il s'exprime avec difficulté depuis ce matin, éprouve beaucoup de mal à s'alimenter depuis la veille à cause de la douleur et a la voix maintenant assourdie.

À l'examen, on note un jeune homme relativement calme, sans stridor et qui semble avoir très mal à la région cervicale antérieure. L'examen de la gorge montre un érythème non spécifique et l'absence d'amygdales. L'aspect le plus frappant est l'enrouement sourd de la voix.

L'épiglottite chez l'adulte, comment la diagnostiquer et la traiter en 2007 ?

L'épiglottite était autrefois une maladie infantile gravissime. Son épidémiologie a été grandement modifiée par l'instauration, au milieu des années 1980, de la vaccination systématique des enfants contre *Hæmophilus influenzae* de type B. Le ratio enfant/adulte, qui était auparavant de 2,6 : 1, est maintenant de 0,4 : 1¹¹. Par conséquent, le tableau clinique de l'épiglottite a changé depuis vingt ans.

Une épiglottite est une inflammation de l'épiglotte attribuable à une infection bactérienne, classiquement par *Hæmophilus influenzae* de type B. L'œdème créé peut, dans les pires cas, conduire à une obstruction du larynx et à l'asphyxie. Le traitement de l'épiglottite chez l'enfant a évolué au cours des dernières décennies, passant de la trachéotomie à l'intubation par bronchoscope rigide, puis finalement à l'intubation nasotrachéale en salle d'opération. Bien que le nombre de cas imputés à *Hæmophilus influenzae* ait

Dans tous les cas d'angine de Ludwig, une consultation en ORL et en anesthésie doit être demandée. L'examen radiologique de choix pour l'angine de Ludwig est la tomodensitométrie du cou avec injection d'un produit de contraste.

Repères

Encadré**Mises en garde concernant les enfants**

- ⊗ Ne pas tenter de visualiser l'épiglotte à l'urgence.
- ⊗ Ne pas faire de prélèvements sanguins qui ne seront de toute façon d'aucune aide dans l'immédiat.
- ⊗ Conduire le patient au bloc opératoire où l'anesthésiste, souvent en collaboration avec l'ORL, procédera à une laryngoscopie et maintiendra ensuite les voies respiratoires supérieures ouvertes.

chuté de façon spectaculaire, d'autres bactéries telles que *Streptococcus pneumoniae* ou *Staphylococcus aureus*^{11,12} peuvent produire un tableau clinique similaire. Des épiglottites virales, causées par *Herpes simplex*, ou encore fongiques, par *Candida albicans*, sont aussi possibles^{11,12}. Dans la majorité des cas, aucun agent pathogène ne peut être identifié par culture.

Chez l'enfant, l'épiglottite se manifeste généralement par un mal de gorge accompagné de stridor, de sialorrhée, d'une voix étouffée et, ultimement, de difficultés respiratoires. L'enfant adopte parfois la position classique du tripode, en position assise, penché vers l'avant, les bras tendus écartés vers l'avant, qui permet de dégager les voies respiratoires supérieures. Il refusera généralement de se coucher. Il est important de rappeler que même si elle est maintenant très rare, l'épiglottite chez l'enfant n'en est pas moins potentiellement mortelle. Conséquemment, lorsque le doute est grand, on doit éviter tout geste pouvant causer de l'anxiété ou compromettre les voies respiratoires (voir les mises en garde dans l'encadré). Une radiographie simple des tissus mous du cou est utile lorsque le diagnostic est incertain, mais ne doit pas retarder la prise en charge d'un patient qui présente un état clinique non équivoque. À partir du moment où l'on soupçonne sérieusement une épiglottite jusqu'à ce que le diagnostic soit écarté ou que les voies respiratoires soient dégagées, l'enfant devrait être accompagné de personnes aptes à l'intuber.



Photo 4. Épiglottite.

Source: Mettler FA J^r, rédacteur. *Essentials of radiology*. 1^{re} éd. Philadelphie: WB Saunders; 1996. Reproduction autorisée.

La diminution marquée de l'incidence de l'épiglottite chez l'enfant, combinée au fait que les adultes ne sont pas vaccinés contre *Haemophilus influenzae* de type B, a attiré l'attention vers les cas chez l'adulte dont l'incidence semble en augmentation¹¹⁻¹³. Le tabagisme serait un facteur de risque¹². Chez l'adulte, on parle davantage d'une supraglottite que d'une épiglottite franche. En effet, l'œdème et l'infection tendent à s'étendre à tout l'étage supraglottique qui comprend l'épiglotte, mais aussi les replis aryépiglotiques, les aryténoïdes et les bandes ventriculaires. Malgré cette extension plus marquée, le larynx de l'adulte étant plus volumineux que celui de l'enfant, la tolérance des voies respiratoires est plus grande. Le tableau clinique sera donc différent. Les adultes se plaindront davantage d'odynophagie, de mal de gorge et de douleur cervicale. Le stridor et la dyspnée sont des signes beaucoup plus rares, mais alarmants lorsqu'ils sont présents.

La diminution marquée de l'incidence de l'épiglottite chez l'enfant, combinée au fait que les adultes ne sont pas vaccinés contre *Haemophilus influenzae* de type B, a attiré l'attention vers les cas chez l'adulte dont l'incidence semble en augmentation.

Repère

Tableau II

Différences entre l'épiglottite chez l'enfant et chez l'adulte

| | Incidence | Cause | Foyer | Symptômes | Signes |
|--------|------------------|--|-----------------------|--|---|
| Enfant | Cas exceptionnel | <i>Hæmophilus influenzae</i> de type B | Épiglotte | Voix étouffée, difficultés respiratoires | Position du tripode, stridor, hypersalivation |
| Adulte | 1-1,8/100 000 | Agent pathogène généralement inconnu | Région supraglottique | Mal de gorge, voix étouffée, odynophagie | Douleur cervicale |

L'état du patient adulte permet généralement de procéder aux prélèvements sanguins habituels et de réaliser une radiographie des tissus mous du cou. De nombreux paramètres ont été étudiés pour diagnostiquer l'épiglottite à l'aide de clichés simples, dont le classique « signe du pouce » (*photo 4*) qui traduit un épaississement de l'épiglotte œdématisée. On peut aussi noter l'effacement de la vallécule causé par le gonflement antérieur de l'épiglotte. Le diagnostic final repose sur l'endoscopie flexible faite par l'ORL. Chez l'adulte, il s'agit d'un examen bref sans risque élevé de décompensation respiratoire comme chez l'enfant. L'intubation peut donc souvent être évitée¹³. La conduite à tenir dépend de l'état du patient et des résultats de l'endoscopie. Les facteurs associés à la nécessité d'une intubation sont, entre autres, une évolution rapide de la maladie (présentation à l'urgence moins de douze heures après le début des symptômes)¹³ et la présence d'un stridor accompagné d'une dyspnée¹⁴. Dans tous les cas, le patient doit être suivi de près et placé sous surveillance constante, si possible à l'unité de soins intensifs. Le *tableau II* définit bien les différences entre l'épiglottite chez l'enfant et chez l'adulte.

Enfin, tous les patients atteints d'épiglottite doivent recevoir une antibiothérapie par voie intraveineuse. L'apparition de souches d'*Hæmophilus influenzae* productrices de bêta-lactamases et possiblement d'autres bactéries commande l'utilisation d'une céphalosporine de troisième génération ou encore d'une pénicilline active contre les bâtonnets Gram négatif, combinée à un inhibiteur de bêta-lactamases¹⁰. Des corticostéroïdes sont fréquemment administrés afin de réduire l'œdème, mais leur efficacité n'a pu être prouvée.

Retour aux cas cliniques

Cas de Pierre

Comme Pierre présente une voussure caractéristique de la région amygdalienne droite, son médecin a joint l'otorhinolaryngologiste de garde qui a pu voir le patient le jour même et a ponctionné 5 ml de pus dans l'abcès. Le patient a été traité par la clindamycine administrée d'abord par voie intraveineuse, puis par voie orale pour une durée totale de dix jours. Il a très bien répondu au traitement et, à ce jour, n'a pas eu de récurrences.

Cas de Jean

Devant l'état préoccupant du patient, une consultation en ORL et une tomодensitométrie du cou sont obtenues rapidement. Cette dernière montre la présence de pus dans les espaces sous-maxillaires et sous-linguaux des deux côtés, mais surtout à gauche. Le patient a été emmené en salle d'opération où il a été intubé avec une fibre optique et où les abcès ont pu être drainés. Le patient a été gardé aux soins intensifs et a été extubé le deuxième jour, ayant très bien répondu au traitement antibiotique prescrit par l'équipe de microbiologie.

Cas de Jacques

Devant le tableau atypique de ce mal de gorge et un hémogramme qui évoquait un processus bactérien, une radiographie des tissus mous du cou a été faite. Cette dernière a révélé une augmentation des structures supraglottiques, dont un épaississement marqué de l'épiglotte. L'ORL a pu procéder à une fibroscopie flexible qui a confirmé le diagnostic de supraglottite chez l'adulte. Le patient a été gardé sous surveillance constante à l'urgence et a reçu de la ceftriaxone par voie intraveineuse. Deux jours plus tard, les symptômes avaient largement

| Diagnostic | Traitement | Risque de décompensation |
|----------------------------|--|---|
| Au moment de l'intubation | Intubation, antibiothérapie | Très élevé |
| Par laryngoscopie flexible | Surveillance étroite, rare intubation, antibiothérapie | Présent, mais moindre que chez l'enfant |

régressé, et le larynx avait repris son aspect normal. Le traitement a pu être complété à la maison par la prise de comprimés de Clavulin pendant dix jours. 📖

Date de réception : 3 décembre 2006

Date d'acceptation : 8 janvier 2007

Mots-clés : épiglottite, angine de Ludwig, abcès périamygdalien

Le Dr Janik Sarrazin n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

- Johnson RE, Stewart MG. The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 13 (3) : 157-60.
- Herzon FS, Harris P. Mosher Award thesis. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope* 1995; 105 (Suppl. 74) : 1-17.
- Johnson RE, Stewart MG, Wright CC et coll. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 128 (3) : 332-43.
- Brook I. Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscesses. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62 (12) : 1545-50.
- Weinberg E, Brodsky L, Stanievich J, Volk M. Needle aspiration of peritonsillar abscess in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119 (2) : 169-72.
- Herzon FS, Nicklaus P. Pediatric peritonsillar abscess: management guidelines. *Curr Probl Pediatr* 1996; 26 (4) : 270-8.
- Barakate MS, Jensen MJ, Hemli JM, Graham AR. Ludwig's angina: report of a case and review of management issues. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110 (5) : 453-6.
- Nguyen VD, Potter JL, Hersh-Schick MR. Ludwig angina: an uncommon and potentially lethal neck infection. *Am J Neuroradiol* 1992; 13 (1) : 215-9.
- Iwu CO. Ludwig's angina: report of seven cases and review of current concepts in management. *Br J Oral Maxillofac Surgery* 1990; 28 (3) : 189-93.
- Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos GM, Sande MA. The Sanford guide to antimicrobial therapy 2005. Antimicrobial therapy, inc. 2005, 35^e éd., Hyde Park.
- Carey MJ. Epiglottitis in adults. *Am J Emerg Med* 1996; 14 (4) : 421-4.
- Sack JL, Brock CD. Identifying acute epiglottitis in adult. High degree of awareness, close monitoring are key. *Postgrad Med* 2002; 112 (1) : 81-6.
- Katori H, Tsukuda M. Acute epiglottitis: analysis of factors associated with airway intervention. *J Laryngol Otol* 2005; 119 : 967-72.
- Mayo-Smith MF, Spinale JW, Donskey CJ et coll. Acute epiglottitis: an 18-year experience in Rhode Island. *Chest* 1995; 108 (6) : 1640-7.

Summary

Doctor! I have a sore throat and a fever. This article summarizes the diagnoses and treatments of three ORL infections that may threaten the upper airways. Peritonsillar abscess, epiglottitis and Ludwig's angina are discussed with an emphasis on diagnostic techniques that are useful for first line physicians. The importance of correctly diagnosing and treating early is underlined as it will significantly affect the prognosis and the outcome of the disease.

Keywords: peritonsillar abscess, epiglottitis, Ludwig's angina