



Article original

Phlegmon periamygdalien et revue de la littérature : À propos de 28 cas à l'hôpital national Donka de Conakry, Guinée

Peritonsillar phlegmon and literature review: About 28 cases at Donka National Hospital in Conakry, Guinea

A Keïta^{1*}, M Fofana², I Diallo¹, A Camara¹, M A Diallo¹, M Keita¹, M M R Diallo¹, G Camara¹, S Sacko¹

Résumé

Introduction : Le phlegmon périamygdalien est la suppuration « profonde » la plus fréquemment rencontrée dans la région cervicofaciale.

Objectifs : rapporter notre expérience dans la prise en charge des phlegmons périamygdaliens et comparer à la revue de la littérature.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective allant de janvier 2014 à décembre 2017 (4 ans) au cours de laquelle nous avons colligé 28 patients hospitalisés et pris en charge pour phlegmon périamygdalien au service ORL de l'Hôpital National Donka. Les données ont été épidémiologique, clinique, bactériologique, thérapeutique et évolutive.

Résultats : Le phlegmon périamygdalien représentait 1,25% des hospitalisations en 4 ans. L'âge moyen était de 21 ans et une prédominance féminine (64,28%) avec un sex-ratio = 0,55. Les antécédents d'amygdalites chroniques représentaient 85,71%. Le trismus, l'odynophagie et la fièvre ont été les symptômes les plus fréquents. Le diagnostic positif était clinique dans 25 cas sur 28. La ponction diagnostique a ramené

du pus franc dans 25 cas. Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement médical parentéral par une association amoxicilline-acide clavulanique. Vingt-trois patients ont bénéficié d'une corticothérapie. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours. Le prélèvement bactériologique était négatif chez 23 cas. Dix-huit de ces 23 patients ont bénéficié d'une antibiothérapie orale au préalable (78,26 % des cas). Les streptocoques ont été les plus représentés. L'amygdalectomie a été faite chez 5 patients. L'évolution a été favorable.

Conclusion : le phlegmon périamygdalien constitue une urgence dont le traitement commence par un geste local (ponction ou drainage) associé à une antibiothérapie et une corticothérapie. L'évolution est rapidement favorable en deux à trois jours. Les complications sont rares.

Mots clés : Phlegmon périamygdalien, Otorhinolaryngologie, Hôpital National Donka - Conakry

Abstract

Introduction: The peritonsillar phlegmon is

the "deep" suppuration most frequently encountered in the cervicofacial region.

Objectives: to report our experience in the management of peritonsillar phlegmons and to compare with the literature review.

Methodology: This is a retrospective study from January 2014 to December 2017 (4 years) during which we collected 28 patients hospitalized and treated for peritonsillar phlegmon at the ENT - CCF de l'Hôpital National Donka. The data were epidemiological, clinical, bacteriological, therapeutic and evolutionary.

Results: Peritonsillar phlegmon accounted for 1.25% of hospitalizations in 4 years. The average age was 21 years and female predominance (64.28%) with a sex ratio = 0.55. The history of chronic tonsillitis was 85.71%. Trismus, odynophagia and fever were the most common symptoms. The positive diagnosis was clinical in 25 out of 28 cases. The diagnostic puncture returned 25 cases of free pus. All patients received parenteral medical treatment with amoxicillin-clavulanic acid. Twenty-three patients received corticosteroid therapy. The average duration of hospitalization was 3 days. Bacteriological sampling was negative in 23 cases. Eighteen of these 23 patients received prior oral antibiotic therapy (78.26% of cases). Streptococci were the most represented. Tonsillectomy was performed in 5 patients. The evolution has been favorable.

Conclusion: Peritonsillar phlegmon is an emergency whose treatment begins with a local procedure (puncture or drainage) associated with antibiotic therapy and corticosteroid therapy. The evolution is quickly favorable in two to three days. Complications are rare.

Keywords: Peritonsillar phlegmon, Otolaryngology, Donka National Hospital–Conakry

Introduction

Le phlegmon périamygdalien "PP" est la suppuration « profonde » la plus fréquemment rencontrée dans la région cervicofaciale. Il s'agit, dans la majorité des cas, de la complication d'une angine [1–4]. Cependant, le diagnostic et, en particulier, la conduite à tenir thérapeutique ne sont pas univoques et prêtent toujours à discussion [1,5–7].

Nous rapportons dans cette étude notre expérience comparée à la revue de la littérature. C'est pourquoi, cette étude rétrospective menée sur une période de 4 ans a concerné 28 patients hospitalisés pour un PP, a été réalisée afin de décrire leurs aspects épidémiologique, clinique, bactériologique, thérapeutique et évolutive dans un contexte d'épidémie de la maladie à virus Ebola.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 4 ans (de janvier 2014 à décembre 2017) que nous avons colligé sur 28 patients hospitalisés et pris en charge pour PP au service ORL de l'Hôpital National Donka. Nous avons tenu compte des variables épidémiologique, clinique, biologique, thérapeutique et évolutive. Le diagnostic de PP était avant tout clinique. En cas de doute diagnostique, un scanner cervical avec injection de produit de contraste a pu être réalisé. Tous les patients ont bénéficié d'une ponction exploratrice de la collection purulente périamygdalienne, cette ponction était suivie d'un drainage en consultation sous-anesthésie locale par une ouverture large du phlegmon à la pince de Lubet Barbon. Aucun geste sous-anesthésie générale au bloc opératoire n'a été réalisé. Le pus obtenu avait fait objet d'un examen bactériologique avec culture.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement antibiotique par voie parentérale, associé ou non à une courte corticothérapie. Le traitement de relais par voie orale comportait une antibiothérapie associée à des bains de bouche antiseptiques pendant sept jours. En cas de positivité de l'examen bactériologique (délai de 48 heures), l'antibiothérapie était adaptée au germe mis en évidence. Les données analysées sur SPSS 20 ont été protégées de toute indiscretion et utilisées dans un but exclusivement scientifique.

Résultats

Sur 2 234 pathologies amygdaliennes nous avons retrouvé 28 cas (1,25%) de PP soit une incidence annuelle de 7 cas. L'âge moyen des patients était de 21 ans avec une prédominance féminine (64,28% ; n=18) soit un sex-ratio = 0,55. La quasi-totalité a usé d'une automédication (92,85% ; n=26). Par contre 2 patients ont bénéficié d'un traitement médical à base d'anti-inflammatoire avant la formation de l'abcès. La majorité d'entre eux avait un antécédent d'amygdalite chronique (85,71% ; n=24).

Un trismus et l'odynophagie ont été présents chez tous les patients. La fièvre était présente chez 21 patients, à 38,5 °C ou plus chez 8 patients. Le diagnostic positif était clinique dans 25 cas sur 28. Il existait une voussure du voile du palais du côté atteint et une déviation de la luette du côté opposé au phlegmon dans 24 cas sur les 28.

Trois patients avaient bénéficié d'un scanner cervical avec injection de produit de contraste car la sémiologie oropharyngée n'était pas évidente (voussure modérée, peu ou pas d'asymétrie en ce qui concerne la position de la luette). La ponction diagnostique a ramené du pus franc dans 25 cas.

Une ponction improductive a été obtenue 3 fois. Il s'agissait d'un « état préphlegmoneux ». Vingt-cinq patients ont bénéficié d'une ponction suivie d'un drainage à la pince de Lubet-Barbon.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement parentéral par une association amoxicilline-acide clavulanique (2 g/j pour les adultes, 100 mg/kg par jour en deux prise chez les enfants de moins de 15 ans). Vingt-trois patients ont bénéficié d'un traitement parentéral par méthylprednisolone 1 mg/kg par jour pendant 8 jours. Cinq patients n'ont pas eu de corticothérapie.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours avec des extrêmes de 1 jour et 6 jours. La guérison clinique a été constatée en consultation en moyenne au dixième jour après la prise en charge ORL, avec des extrêmes allant de 8 jours et 18 jours.

Dans 23 cas, des prélèvements à visée bactériologique étaient négatifs. Dix-huit de ces 23 patients avaient bénéficié d'une antibiothérapie orale au préalable (78,26 % des cas). Dans 7 cas, la mise en culture a mis en évidence une flore commensale oropharyngée. Les streptocoques (*Streptococcus pyogenes*, et *Streptococcus bêta-hémolytique*) et l'*Haemophilus influenzae*. Cinq (17,85%) patients ont ainsi bénéficié d'une amygdalectomie après récurrence de l'amygdalite ou au phlegmon sans complication hémorragique.

Discussion

Le PP, principale complication des angines constitue environ 2,4 % de nos consultations annuelles en urgence [8]. Dans cette étude que nous avons menée sur une période de 4 ans, la prévalence était de 1,25%. Tous nos patients ont été reçus en urgence. Cela est dû au retard de

consultation ou au refus de l'amygdalectomie préconisé par le médecin. C'est pourquoi il est beaucoup plus fréquent chez l'adolescent et l'adulte jeune. L'âge moyen de 21 ans est conforme à celle de la littérature. Bien qu'elle soit rare chez l'enfant de moins de dix ans [9]. Il n'existe pas de prédisposition masculine ou féminine et la pathologie se voit à tout âge. Malgré la prédominance féminine observée dans notre série.

Le diagnostic est essentiellement clinique [4,10]. Les signes d'appel sont variables : une dysphagie, une odynophagie, une voix couverte et un trismus, le tout dans un contexte infectieux général et local au décours d'une angine. Néanmoins bien que fréquente, la fièvre est inconstante. Sur le plan clinique, un bombement plus ou moins érythémateux du voile du palais refoulant l'amygdale palatine vers le dedans associé à une déviation de la luette vers le côté sain est quasi pathognomonique. Le PP est quasiment toujours unilatéral. Des formes bilatérales ont été décrites [11,12]. Elles concerneraient 5 % (215 patients) des cas de PP selon Giger et al. [13], 4 % (541 patients) pour Lehnerdt et al. [12], 1 % (185 patients) pour Ong et al. [11]. Dans notre série, aucun PP bilatéral n'a été observé et le même constat a été fait par Page et al. [1].

Aucune imagerie diagnostique n'est réellement utile, bien que certains utilisent l'échographie transorale [6,14]. Le scanner cervical ne doit pas être systématique [4] sauf chez l'enfant de moins de cinq ans selon Friedman et al. [1]. Il est uniquement indiqué en cas de doute diagnostique. Les diagnostics différentiels possibles étant : une angine « simple », un stade « préphlegmoneux » ou un phlegmon parapharyngé ou rétrotylien.

En ce qui nous concerne, seulement trois patients ont bénéficié d'un scanner cervical qui a confirmé l'existence d'un PP. Le développement d'un PP se fait à partir de la flore commensale oropharyngée. Les streptocoques sont principalement mis en évidence [1,2,9]. Des associations de germes, en particulier anaérobies, sont également fréquentes [2,15]. Néanmoins, les examens bactériologiques peuvent être également négatifs. Dans notre série, les streptocoques étaient effectivement le plus souvent mis en évidence. Il s'agissait de germes de phénotype «sauvage» sans résistance notable aux antibiotiques. Il est à noter que dans 82,14 % de nos cas, aucun germe n'a été mis en évidence. De plus, compte tenu de l'évolution rapidement favorable après le traitement médicochirurgical et la nature des germes impliqués, certains auteurs ne jugent pas utile d'effectuer une analyse microbiologique du pus [2].

Le PP est en général une pathologie bénigne bien que d'importantes complications infectieuses soient susceptibles de survenir comme : une fasciite nécrosante cervicale [16], le syndrome de Lemierre, une fistule infectieuse impliquant l'artère carotide externe, une médiastinite ou une septicémie pouvant aller jusqu'au choc septique [4]. Dans notre série, aucune complication infectieuse n'a été mise en évidence.

Bien qu'étant une pathologie fréquente, la prise en charge thérapeutique est loin d'être univoque [1,2,7]. Tous les auteurs s'accordent sur un point : la prise en charge initiale doit associer un geste chirurgical local à un traitement antibiotique initialement parentéral (plus ou moins associé à une corticothérapie parentérale).

L'amygdalectomie et ses modalités sont encore discutées [1].

Le geste chirurgical local initial peut comporter : une (ou plusieurs) ponction (s) évacuatrice (s) à l'aiguille fine, une incision–drainage de l'abcès ou encore une amygdalectomie « à chaud ».

L'incision–drainage est le traitement « classique » du PP. Il est efficace d'emblée dans 90 à 100 % des cas [10]. Dans notre série, 25 (89,28%) patients ont bénéficié d'emblée d'une incision–drainage du phlegmon. Trois patients ont bénéficié d'un traitement médical puis qu'ils développaient un état préphlegmoneux. La ponction à l'aiguille fine a l'avantage d'être réalisable dans tous les cas, d'être sans danger et a montré son efficacité. En cas d'échec ou de recollection précoce, le geste peut être réitéré, et de toutes les façons, n'interdit pas une incision–drainage « de rattrapage ». La ponction en première intention est efficace dans 82 à 92 % des cas [10]. Dans notre série, tous nos patients ont bénéficié d'une ponction exploratrice qui a été positive dans 25 cas sur 28 du fait de la collection purulente abondante et de l'accentuation de la symptomatologie.

Certains auteurs proposent systématiquement l'amygdalectomie d'emblée [4,17]. Selon Windfuhr et al. [4], l'amygdalectomie d'emblée est efficace à 100 % en ce qui concerne l'évacuation de la collection abcédée, elle ne présente pas de taux de complication (essentiellement hémorragique) plus important par rapport à une amygdalectomie « réglée ». Selon Lehnerdt et al. [7], il n'existe pas de risque hémorragique accru en postopératoire lors d'une amygdalectomie « à chaud » pour un PP, ce que confirment Johnson et al. [10] dans une méta-analyse de la littérature. Giger et al. [13] et suggèrent même l'amygdalectomie unilatérale afin de réduire le risque hémorragique en postopératoire.

Une amygdalectomie « à froid » est généralement indiquée à partir de deux épisodes de PP ou en cas

d'angines à répétition [11]. Ce qui fut fait chez 5 de nos patients après une récurrence d'amygdalite.

En fait, lors de la prise en charge initiale d'un patient présentant un PP, s'il existe une indication chirurgicale d'amygdalectomie, celle-ci devrait être réalisée d'emblée [5]. Dans notre service, cinq amygdalectomies ont été réalisées mais après récurrence. L'antibiothérapie doit être choisie en fonction du spectre d'activité antibactérienne, de la voie d'administration et du relais oral. En association avec le geste local, la pénicilline G serait suffisante selon Herzon [18] et Kieff et al. [2]. La pénicilline G est, dans la grande majorité des cas, bactéricide vis-à-vis des streptocoques, mais est potentiellement insuffisante en ce qui concerne les bactéries anaérobies, en particulier sécrétrices de pénicillinases (*Bacteroides* sp). Le mode d'administration parentéral de la pénicilline G est adapté initialement à la prise en charge d'un PP, et le relais oral peut se faire par une pénicilline V ou idéalement par l'amoxicilline, pour des raisons essentiellement de biodisponibilité et de diffusion. Néanmoins, en raison de la fréquence non négligeable d'infections à bactéries anaérobies sécrétrices de bêta-lactamases, l'utilisation de la pénicilline G (ou A) seule est insuffisante sur le plan bactériologique. Ozbek et al. ont également montré l'efficacité de la clindamycine comme de l'association ampicilline–sulbactam [19]. La clindamycine a un spectre d'activité antibactérienne intéressant en ce qui concerne les bactéries anaérobies, mais est d'efficacité plus inconstante vis-à-vis des streptocoques. De plus, elle est inactive contre *H. influenzae*.

Nous utilisons en première intention l'association amoxicilline–acide clavulanique, à la dose de 2 g/j en trois injections par voie intraveineuse chez l'adulte (100 mg/kg par jour en 2 prises chez l'enfant) durant l'hospitalisation, avec un relais

oral à la dose de 2 g/j en trois prises chez l'adulte et toujours 100 mg/kg par jour chez l'enfant. La durée totale de l'antibiothérapie est de dix jours. L'association d'une céphalosporine de troisième génération (céfotaxime ou ceftriaxone) 2g/j en 2 prises chez l'adulte ou 100 mg/Kg en 2 prises / jour chez l'enfant avec le métronidazole 1,5 g/j en 3 prises chez l'adulte en perfusions intraveineuses durant l'hospitalisation.

Néanmoins, dans notre série, à partir du moment où l'abcès a été drainé, aucun échec du traitement antibiotique n'a été constaté, même chez les patients n'ayant pas bénéficié d'un traitement par l'association amoxicilline-acide clavulanique. En fait, selon Page et al. [1] dès que l'abcès a été drainé, l'antibiothérapie ne pose pas réellement de problème sauf en ce qui concerne sa durée. Nous avons tenu compte de la proposition de Page et al. [1] concernant la durée totale de l'antibiothérapie qui est de dix jours.

Peu d'études dans la littérature ont mis en évidence une efficacité, ou une inefficacité, de la corticothérapie [10]. Néanmoins, la corticothérapie diminuerait sensiblement plus rapidement l'intensité des signes fonctionnels [3,10]. La corticothérapie, comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens, ne doit en aucun cas être utilisée seule sans couverture antibiotique, en raison d'un risque probablement non négligeable d'aggravation et/ou de diffusion de l'infection. Une corticothérapie associée aurait essentiellement un impact fonctionnel avec une diminution plus rapide des signes fonctionnels (odynophagie, trismus). Dans notre contexte, elle a été utilisée chez 23 patients (82,14%) mais tous soumis à une antibiothérapie en association avec les imidazolés (métronidazole).

Par ailleurs, concernant l'amygdalectomie « à chaud », elle doit être systématique en cas de

notion d'angines à répétition, et en cas d'antécédent personnel de PP chez le patient concerné, et ce d'autant plus qu'il ne semble pas exister plus de complications hémorragiques par rapport à l'amygdalectomie « réglée ». Dans le cadre d'un PP isolé « de novo », un geste local est suffisant et l'amygdalectomie n'est pas obligatoire. En effet, le PP semble en fait, dans la majorité des cas, être une pathologie unique exposant peu à la récurrence [1]. Le traitement antibiotique concomitant au geste chirurgical local importe peu selon notre expérience. Il semblerait que ce soit le geste local qui favorise l'évolution rapide vers la guérison. Seule la durée totale optimale du traitement antibiotique après drainage de l'abcès reste à être étudiée.

Conclusion

Le PP constitue une urgence ORL quasiment rare en absence des facteurs favorisants. Les streptocoques sont les plus incriminés. La prise en charge du PP est toujours d'actualité. Une ponction évacuatrice (plus qu'une incision-drainage) sous anesthésie locale est indiquée, associée à une antibiothérapie et à une éventuelle corticothérapie pour une rémission rapide des symptômes. L'amygdalectomie est importante dans les cas d'angines à répétition ou de récurrence du PP.

*Correspondance

Abdoulaye Keïta
(abdoulayeorl@gmail.com)

Reçu: 16 Fév, 2018 ; Accepté: 09 Mars, 2018; Publié: 17 Mars, 2018

¹Service ORL Hôpital National Donka, Conakry, Guinée

²Service ORL Hôpital Régional Kankan, Conakry, Guinée

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Page C, Peltier J, Medard C, Celebi Z, Schmit J-L, Strunski V. Phlegmons péritonsillaires. *Ann Otolaryngol Chir Cervico-Faciale*. 1 mars 2007;124(1):9-15.
- [2] Kieff DA, Bhattacharyya N, Siegel NS, Salman SD. Selection of antibiotics after incision and drainage of peritonsillar abscesses. *Otolaryngol Neck Surg*. 1999;120(1):57-61.
- [3] Ozbek C, Aygenc E, Tuna EU, Selcuk A, Ozdem C. Use of steroids in the treatment of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol*. 2004;118(6):439-442.
- [4] Windfuhr JP, Chen Y-S. Immediate abscess tonsillectomy—a safe procedure? *Auris Nasus Larynx*. 2001;28(4):323-327.
- [5] Brojerdian S, Bisschop P. Clinical advantage of abscess tonsillectomy in peritonsillar abscess. *Acta Otorhinolaryngol Belg*. 2000;54(4):459-464.
- [6] Johnson RF, Stewart MG. The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;13(3):157-160.
- [7] Lehnerdt G, Senska K, Jahnke K, Fischer M. Post-tonsillectomy haemorrhage: a retrospective comparison of abscess-and elective tonsillectomy. *Acta Otolaryngol (Stockh)*. 2005;125(12):1312-1317.
- [8] Koffi-Aka V, Ehouo F, Azagoh KR, Adjoua RP, Kouassi B. Phlegmon péri-amygdalien à Abidjan. *Lett Otorhinolaryngol Chir Cervicofac*. 2007;311:26-28.
- [9] Friedman NR, Mitchell RB, Pereira KD, Younis RT, Lazar RH. Peritonsillar abscess in early childhood: presentation and management. *Arch Otolaryngol Neck Surg*. 1997;123(6):630-632.
- [10] Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngol-Head Neck Surg*. 2003;128(3):332-343.
- [11] Ong YK, Goh YH, Lee YL. Peritonsillar infections: local experience. *Singapore Med J*. 2004;45(3):105-109.
- [12] Lehnerdt G, Senska K, Fischer M, Jahnke K. Bilateral peritonsillar abscesses. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Head Neck*. 2005;262(7):573-575.
- [13] Giger R, Landis BN, Dulguerov P. Hemorrhage risk after quinsy tonsillectomy. *Otolaryngol-Head Neck Surg*. 2005;133(5):729-734.
- [14] Lyon M, Blaivas M. Intraoral ultrasound in the diagnosis and treatment of suspected peritonsillar abscess in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2005;12(1):85-88.
- [15] Brook I. The role of anaerobic bacteria in tonsillitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005;69(1):9-19.
- [16] Boninsegna M, Marioni G, Stramare R, Bottin R, Tesi J, de Filippis C, et al. Cervical necrotizing fasciitis: an unusual complication of genuine peritonsillar abscess. *J Otolaryngol*. 2005;34(4):258.
- [17] Knipping S, Passmann M, Schrom T, Berghaus A. Abscess tonsillectomy for acute peritonsillar abscess. *Rev Laryngol-Otol-Rhinol*. 2002;123(1):13-16.
- [18] Herzon FS. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *The Laryngoscope*. 1995;105(S3):1-17.
- [19] Ozbek C, Aygenc E, Unsal E, Ozdem C. Peritonsillar abscess: a comparison of outpatient IM clindamycin and inpatient IV ampicillin/sulbactam following needle aspiration. *Ear Nose Throat J*. 2005;84(6):366.

Pour citer cet article:

Keita Abdoulaye, Fofana Mamady, Diallo Ibrahima et al. Phlegmon periamygdalien et revue de la littérature : À propos de 28 cas à l'hôpital national Donka de Conakry, Guinée. *Jaccr Africa* 2018; 2(1): 159-165.