



Article original

Phlegmon péri amygdalien : à propos de 121 cas au service d'ORL et CCF
de l'Hôpital National de Niamey

Peritonsillar abscess: a report of 121 cases in the ENT and Head and Neck Surgery Department
of Hôpital National de Niamey

AB Djafarou*¹, ML Djangnikpo², A Assoumi Biga², S Amadou Issa¹, N Illa Alhamadou¹, M Boubacar¹,
F Kossinda³, HA Bacharou¹, S Ille¹

Résumé

Objectif : Rapporter les résultats de la prise en charge du phlegmon péri amygdalien dans le service d'ORL et CCF de l'HNN.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale, de type descriptif, menée sur une période de 5 ans. Cette étude a inclus tous les patients hospitalisés et traités pour phlegmon péri amygdalien durant la période.

Résultats : Au total, 121 cas de phlegmon péri amygdalien ont été enregistrés. Le sexe féminin était prédominant avec 60,33% des cas. L'âge moyen des patients était de 25,5 ans avec des extrêmes de 7 et 60 ans. Une odynophagie fébrile a été rapportée de manière constante par l'ensemble de la population d'étude. L'atteinte était toujours unilatérale. Un trismus était noté chez 73,55% des patients. La ponction exploratrice a permis de ramener du pus chez 85,95% des patients (n=104). Le phlegmon était fistulisé chez 17 patients (14,05%). L'examen bactériologique du pus réalisé chez 42 patients est revenu positif dans 24 cas, isolant principalement

Streptococcus pneumoniae (10/24) et *Staphylococcus aureus* (8/24). Le phlegmon était compliqué de suppuration parapharyngée dans 21 cas (17,35%) et de cellulite cervicale dans 11 cas (9,10%). Le traitement médical, sous forme d'une bi-antibiothérapie, avait recours à la pénicilline (ceftriaxone dans 42,15% des cas et amoxicilline-acide clavulanique dans 57,85%), toujours associée au métronidazole. Le traitement chirurgical a consisté en une incision-drainage dans 60,33% des cas (n=73) et une amygdalectomie « à froid » dans 59,50% des cas (n=72). La mortalité était de 4,13% (n=5).

Conclusion : Le phlegmon péri amygdalien est une affection courante. Le diagnostic est clinique et la prise en charge médico-chirurgicale.

Mots-clés : Phlegmon péri amygdalien, odynophagie, antibiotiques, incision-drainage.

Abstract

Objective: To Report the results of the management of peritonsillar phlegmon in the ENT and Head and Neck surgery department of HNN.

Methodology: This was a cross-sectional, descriptive study conducted over a 5-year period. This study included all patients hospitalized and treated for peritonsillar abscess during the period.

Results: A total of 121 cases of peritonsillar abscess were recorded. Females were predominant, representing 60.33% of cases. The mean age of the patients was 25.5 years, with a range from 7 to 60 years. Febrile odynophagia was the reason for consultation in all patients. The condition was always unilateral. Trismus was noted in 73.55% of patients. Exploratory aspiration yielded pus in 85.95% of patients (n=104). The abscess had fistulized in 17 patients (14.05%). Bacteriological examination of the pus, performed in 42 patients, was positive in 24 cases, primarily isolating *Streptococcus pneumoniae* (10/24) and *Staphylococcus aureus* (8/24). PTA was complicated by parapharyngeal suppuration in 21 cases (17.35%) and cervical cellulitis in 11 cases (9.10%). Medical treatment, in the form of dual antibiotic therapy, involved penicillin (ceftriaxone in 42.15% of cases and amoxicillin-clavulanic acid in 57.85%), always combined with metronidazole. Surgical treatment consisted of incision and drainage in 60.33% of cases (n=73) and delayed tonsillectomy in 59.50% of cases (n=72). The mortality rate was 4.13% (n=5).

Conclusion : Peritonsillar abscess is a common condition. Diagnosis is clinical and management is medical and surgical.

Keywords: Peritonsillar abscess, odynophagia, antibiotics, incision-drainage.

Introduction

Le phlegmon péri amygdalien (PPA) correspond au développement d'une collection purulente dans l'espace décollable pari amygdalien, situé entre la capsule fibreuse de l'amygdale et la paroi latérale du pharynx [1]. Première cause de suppurations péri pharyngées, il fait suite dans 90% des cas à une angine non ou mal traitée [2]. Tout retard dans sa prise en charge peut entraîner des complications

potentiellement mortelles, faisant toute sa gravité [3]. D'où la nécessité d'un traitement qui regroupe deux facettes à savoir l'antibiothérapie d'une part et l'évacuation chirurgicale de la collection de l'autre. Deux méthodes thérapeutiques qui font cependant l'objet de controverses [4].

Le but de ce travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques et diagnostiques de cette affection ainsi que les modalités de son traitement dans notre service.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale, de type descriptif, menée dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale (ORL et CCF) de l'Hôpital National de Niamey (HNN), sur une période de 5 ans, allant de janvier 2020 à décembre 2024. Elle a concerné les patients hospitalisés et pris en charge pour PPA. Ceux ayant été pris en charge en ambulatoire ou présentant un dossier médical inexploitable n'ont pas été retenus dans la présente étude. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques (âge, sexe, fréquence), diagnostiques (antécédents, motifs de consultation, données d'examen physique et général, résultats biologiques et bactériologiques) et thérapeutiques (traitement médical et chirurgical). Les données recueillies, à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie, ont été saisies, traitées et analysées avec le logiciel Sphinx iQ3. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés dans le traitement des informations.

Résultats

• Données épidémiologiques

En 5 ans, nous avons colligé 121 cas de PPA, soit 24 cas/an. Ces cas ont ainsi représenté 1,80 % des hospitalisations (121/6729). Il s'agissait de 73 femmes (60,33%) et 48 hommes (39,67%), soit un sex-ratio de 0,66. L'âge moyen des patients était de 25,5 ans avec des extrêmes de 7 et 60 ans. Les patients âgés de 16 à 31 ans ont représenté 47,93% de l'effectif de la série (n=58).

- Données diagnostiques

La symptomatologie fonctionnelle était dominée par l'odynophagie présente chez tous les patients, suivie de l'hypersialorrhée (76,03%) et de la douleur pharyngée (71,07%) (Tableau I). Le délai moyen de consultation était de 5 jours avec des extrêmes de 2 et 14 jours. Plus de la moitié des patients (56,20%) avait été admise dans un délai de 5 à 10 jours après le début de la maladie. La notion d'angine à répétition était l'antécédent le plus retrouvé chez 72 patients (59,50%) (Tableau II). L'automédication était pratiquée par 57,85% des patients (n=70) et 23,97% avaient suivi un traitement traditionnel avant leur admission. Cette automédication, toujours en monothérapie, était à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens pour 59 patients (48,76%) et de corticoïdes pour les 11 autres (9,09%). L'examen général retrouvait une fièvre chez tous les patients. Celle-ci était associée à une altération de l'état général dans 64,46% (n=78). L'examen physique a permis, quant à lui, de noter un trismus dans 73,55% des cas (n=89). A l'oropharyngoscopie, le phlegmon était unilatéral dans tous les cas. Il était localisé à gauche dans 60,33% des cas (n=73) et à droite dans 39,67% (n=48). Une fistulisation spontanée du phlegmon, avec issue de pus, était notée chez 17 patients (14,05%). Chez les 104 autres patients (85,95%), la ponction exploratrice a permis de ramener du pus. L'examen cervical a retrouvé une tuméfaction latéro-cervicale dont la ponction ramenait également du pus franc, chez 33 patients (27,27%). Sur le plan paraclinique, un syndrome inflammatoire biologique non spécifique, fait d'une hyperleucocytose à l'hémogramme et d'une C-Reactive Protein > 6mg/L, était présent. L'examen

bactériologique du pus de ponction a été demandé chez 42 patients (34,71%) et est revenu positif dans 19,83 % des cas (n=24). Les germes principalement isolés étaient *Streptococcus pneumoniae* (10/24) et *Staphylococcus aureus* (8/24) (Tableau III). Aucun examen d'imagerie médicale à visée diagnostique n'a été réalisé dans cette série. Au terme de l'examen clinique et paraclinique, le diagnostic de PPA isolé a été retenu dans 73,55% des cas (n=89) et, compliqué de suppuration para pharyngée dans 21 cas (17,35%) et de cellulite cervicale dans 11 cas (9,10%).

- Données thérapeutiques

La prise en charge thérapeutique était médico-chirurgicale. Le traitement médical a consisté en une antibiothérapie par voie parentérale chez tous les patients. Il s'agissait toujours d'une bi-antibiothérapie, selon l'habitude du service, associant soit ceftriaxone et métronidazole dans 42,15% des cas (n=51), soit amoxicilline-acide clavulanique et métronidazole dans 57,85% des cas (n=70). Le traitement symptomatique a fait appel aux corticoïdes (100%), au paracétamol (100%) et aux antiseptiques locaux sous forme de bain de bouche chez 98 patients (81%). L'incision-drainage de la collection a été pratiquée chez 73 patients (60,33%), chez qui la ponction ramenait au moins 1cc de pus franc. L'amygdalectomie « à froid », réalisée à distance de l'épisode infectieux, a concerné 72 patients (59,50%), après un délai moyen de 7 semaines (6 à 11 semaines). L'évolution après traitement a été favorable sans séquelle chez 116 patients (95,87%). Nous avons déploré 5 décès (4,13%). Ces décès étaient consécutifs à un choc septique chez des patients ayant développé des cellulites cervicales dont un était diabétique.

Tableau I : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Odynophagie	121	100
Hypersialorrhée	92	76,03
Douleur pharyngée	86	71,07
Otalgie réflexe	65	53,71
Rhinolalie	29	23,97
Halitose	23	19

Tableau II : Répartition des patients selon les antécédents

Antécédents	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Angine à répétition	72	59,50
HTA*	1	0,82
Diabète	1	0,82
Infection au VIH**	1	0,82
Cas similaires dans la famille	27	22,31
Automédication	70	57,85
« Tradithérapie »	29	23,97

*HTA : Hypertension Artérielle

**VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Tableau III : Répartition selon les germes isolés et leur sensibilité (n=42)

Germes	Sensibilité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Péni G, Amoxicilline-acide clavulanique, Erythromycine	10	23,81
<i>Staphylococcus aureus</i>	Cotrimoxazole, Vancomycine, Amoxicilline- acide clavulanique,	8	19,05
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Amoxicilline-Acide clavulanique, Ceftriaxone	3	7,14
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Ceftriaxone, Ciprofloxacine, Amoxicilline	3	7,14
Culture stérile	--	18	42,86
Total		42	100,00

Discussion

Le PPA est la suppuration cervicale la plus fréquente [5]. En 5 ans, nous avons noté 121 cas, soit une fréquence hospitalière de 24 cas/an. Ceci est inférieur aux 60 cas/an rapportés par Sidéris [6] en Grèce et aux 30 cas/an de Khammas [7] en Irak. El Abed [8] rapportait quant à lui 10,5 cas/an en Tunisie. Illé [9], dans une étude antérieure menée au Niger, retrouvait 85 cas en 5 ans, soit une fréquence annuelle de 17 cas. Le PPA est une affection de l'adulte jeune avec un pic entre 20 et 40 ans. Cependant, il peut survenir à tout âge avec une atteinte rare aux âges extrêmes [4]. Dans la présente étude, l'âge moyen des patients était de

25,5 ans avec un pic observé entre 16 et 31 ans. Cette prédominance du sujet jeune a également été rapportée par plusieurs auteurs [6-9]. La prédominance masculine constatée par certains auteurs n'est pas la règle [2,6-8,10]. En effet, dans notre série, la prédominance féminine était nette (60,33%), tout comme dans celles de Illé [9] au Niger et Koffi-Aka [11] en Côte d'Ivoire. Ce constat pourrait s'expliquer par la prédominance féminine dans la population générale de nos pays et le fait que leur situation économique souvent précaire ne leur autorise pas toujours l'accès aux soins au début de la maladie. En effet, le PPA fait souvent suite à une angine non ou mal traitée [2]. Cette notion d'angine à répétition a été

retrouvée chez 59,50% des patients de notre série. Par contre Zaghré [12] et El Abed [8] ne retrouvaient cet antécédent que dans 31,4 % et 23,2% des cas respectivement. Certains auteurs rapportent l'influence de certaines comorbidités (diabète, VIH), non comme facteurs de survenue mais d'évolution péjorative du PPA [13]. Aucune étude ne démontre une association significative entre le développement des PPA secondaires à une angine et l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [14]. Cependant, nous pensons que l'usage de ces AINS, en monothérapie (48,76% dans la présente étude) pourrait avoir un effet « masque ». En effet, le patient ressent une amélioration clinique subjective pendant que les AINS favorisent la diffusion de l'infection vers les tissus mous. A cela s'ajouterait la « tradithérapie » (23,97% des cas) dont l'effet irritatif, de certaines substances caustiques utilisées, pourrait exacerber l'inflammation locale, sans oublier l'inoculation d'une flore bactérienne exogène par le biais des préparations non stériles. D'autres auteurs rapportent le tabagisme modifiant la flore bactérienne locale et les traumatismes amygdaliens comme facteurs favorisants [3,6]. Le diagnostic de PPA est habituellement évoqué devant une symptomatologie faite d'odynophagie fébrile, de douleur pharyngée avec éventuelle otalgie réflexe, une hypersalivation et une voix modifiée dite de « patate chaude » [15]. La confirmation est apportée par l'examen endobuccal souvent rendu difficile par un trismus. Il montre un bombement du pilier antérieur avec refoulement de l'amygdale vers la ligne médiane et une luette œdématisée et déviée du côté opposé [2,15]. Le phlegmon est ainsi, le plus souvent, unilatéral, bien que des formes bilatérales aient été quelquefois décrites [5]. En cas de doute, la ponction exploratrice au niveau du bombement du pilier antérieur permet de ramener du pus franc. Nous avons pratiqué cette ponction chez 85,95% des patients de cette série et, était toujours positive. Les formes de fistulisation spontanée retrouvées dans notre étude (14,05%), témoignent du retard diagnostique, avec un délai de consultation allant jusqu'à 14 jours pour une

pathologie dont la symptomatologie fonctionnelle est aussi bruyante. Chez l'enfant ou lorsque le trismus rend l'examen physique impossible, l'examen tomodensitométrique peut être réalisé, en particulier si d'autres diagnostics sont suspectés ou en cas de mauvaise réponse au traitement ou lorsqu'il existe une suspicion de complication [16]. La réalisation de cet examen n'a pas été nécessaire au diagnostic dans notre série. El Abed [8] ne l'a demandé que pour 1 patient dans sa série de 95, confirmant que le diagnostic du PPA est essentiellement clinique. Dans notre étude, le diagnostic de PPA était posé devant une complication cervicale dans 26,45% des cas. Zaghré [12] et Sidéris [6] retrouvaient ces formes compliquées dans respectivement 20% et 11,31% des cas. Les complications des PPA sont en effet, dominées par les abcès para-pharyngés [3]. La forte proportion de ces formes compliquées dans notre étude s'explique en partie par la primauté accordée aux traitements traditionnels par les populations, au détriment des structures de soins de santé. Ces complications sont souvent responsables de la mortalité des PPA [3]. Pour réduire celle-ci, la prise en charge doit être immédiate dès que le diagnostic est posé. Elle ne doit pas être retardée par les résultats bactériologiques, isolant le plus souvent des germes aérobies et anaérobies, ne modifiant et n'influençant ni le traitement, ni l'évolution [17]. Comme dans notre série, le streptocoque reste le germe le plus identifié par les auteurs [2,6,8,15,17]. Le traitement du PPA est médico-chirurgical. Le volet médical a recours à une antibiothérapie dirigée contre les germes aérobies et anaérobies les plus souvent rencontrés et son schéma peut varier selon les pays [3,9]. Cependant, la pénicilline reste le traitement de première intention et l'association amoxicilline-acide clavulanique est préférentiellement utilisée en raison de son spectre adapté (streptocoque, staphylocoque et anaérobie) [18]. La pénicilline a ainsi été utilisée pour le traitement de tous nos patients avec une prédilection pour l'association amoxicilline-acide clavulanique, tout comme la plupart des auteurs [6,8,9,15]. En cas d'allergie à la pénicilline, le choix de l'alternative dépendra des disponibilités. D'autres suggèrent

d'associer le métronidazole à la pénicilline pour mieux couvrir les germes anaérobies [19,20]. Cette combinaison avec le métronidazole est systématique dans notre pratique. Le traitement chirurgical du PPA n'est par contre pas systématique, le traitement médical exclusif étant suffisant dans la plupart des cas, en particulier chez les enfants de moins de 7 ans [6]. Ce traitement chirurgical repose sur trois (03) procédés que sont l'amygdalectomie « à chaud », l'incision-drainage et la ponction aspiration à l'aiguille [21]. Ces différentes méthodes restent un sujet de controverses. En effet, Chang [22] suggère que l'incision-drainage pourrait être associée à un risque de récurrence plus faible que la ponction aspiration et, raccourcirait la durée d'hospitalisation par rapport à cette dernière. Dans notre pratique, la ponction aspiration n'est pas retenue comme procédé thérapeutique mais diagnostique. Dans notre pratique, toute ponction ramenant au moins 1cc de pus franc constitue une indication immédiate à une incision-drainage. Hahn [23] soutient quant à lui que l'amygdalectomie pratiquée « à chaud » est un choix thérapeutique de première intention, sûr et efficace tandis que l'incision-drainage reste selon lui une alternative souhaitable pour les patients sans comorbidité. De l'avis d'autres auteurs, l'amygdalectomie « à chaud » devrait plutôt être réservée aux patients présentant un PPA récidivant, bilatéral ou avec risque d'obstruction des voies aériennes supérieures [5,20]. Aucun patient de notre série n'a fait l'objet de ce mode de traitement. Par contre 59,50 % de nos patients ont bénéficié d'une amygdalectomie « à froid », à distance de l'épisode infectieux, lorsque Illé [9] ne la pratiquait que dans 29,41% des cas et Sidéris [6] dans seulement 2%. De toute façon, de l'avis de plusieurs auteurs, cette attitude qui consiste à drainer le phlegmon durant la phase aiguë et à différer l'amygdalectomie, n'est que peu justifiable au regard de la différence non significative en termes de morbidité, entre les deux choix. De plus, pratiquer l'amygdalectomie « à chaud » éviterait par-là même au patient de subir deux épisodes douloureux [3,15,23].

Limites de l'étude

L'étude n'a concerné que les patients hospitalisés, ce qui peut orienter les résultats vers les cas les plus sévères ou compliqués. Le caractère rétrospectif a constitué un biais de perte de données notamment l'absence d'examen bactériologique systématique, ce qui limite la portée des conclusions sur la flore bactérienne.

Conclusion

Le PPA est une affection fréquente au service d'ORL et CCF de l'Hôpital National de Niamey. Il touche surtout l'adulte jeune de sexe féminin présentant des antécédents d'angine à répétition. L'odynophagie fébrile constitue le principal motif de consultation. Le phlegmon est toujours unilatéral, le plus souvent simple, répondant favorablement au traitement médico-chirurgical.

*Correspondance

Djafarou Abarchi Boubé

djafarou82@live.fr

Disponible en ligne : 27 Février 2026

- 1 : Service ORL et CCF de l'Hôpital Général de Référence de Niamey
- 2 : Service ORL et CCF de l'Hôpital National de Niamey
- 3 : Service ORL-CCF du Centre Hospitalier Universitaire Elisabeth Domitien de Bimbo

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Hagelberg J, Pape B, Heikkinen J, Nurminen J, Mattila K, Hirvonen J. Diagnostic accuracy of contrast-enhanced CT for neck abscesses: a systematic review and meta-analysis of positive predictive value. *PLoS One* 2022;17(10):e0276544.
- [2] Pascual PM, Martinez PP, Friedlander E, Oviedo CM, Yurrita BS. Peritonsillar and deep neck infections: a review of 330 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2018;84(3):305-10. Doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.03.008
- [3] Klug TE. Peritonsillar abscess: clinical aspects of microbiology, risk factors, and the association with parapharyngeal abscess. *Dan Med J* 2017;64(3):B5333.
- [4] Mejias CD, Hubbard D, Jeong E, Reddy A. CT-guided transcutaneous drainage of peritonsillar abscess after failed ultrasound-guided drainage: a case report. *Radiology Case Reports* 2024;19:654-60. Doi.org/10.1016/j.radcr.2023.11.007
- [5] Alsubaie HM, Alsmadi MB, Aljuaid EF. Bilateral peritonsillar abscess: a case study and literature review. *J Surg Case Reports* 2020;8:1-3. Doi :10.1093/jscr/rjaa112
- [6] Sideris G, Malamas V, Tyrellis G, Maragkoudakis P, Delides A, Nikolopoulos T. Ubi pus, ibi evacua: a review of 601 peritonsillar abscess adult cases. *Irish Journal of Medical Science* 2022;191:1849-53. Doi.org/10.1007/s11845-021-02796-9
- [7] Khammas AH, Dawood MR. Peritonsillar abscess (Quinsy) : cross sectional study in Al Yarmouk teaching hospital. *Mustansiriyah Medical Journal* 2013,12(1):49-52.
- [8] El Abed W, Ben Ayed M, Boukattaya I, Gnaba K. Peritonsillar abscess: epidemiology, diagnosis and management. *J.TUN ORL* 2023;49:39-44.
- [9] Illé S, Kadre Alio K O, Timi N, Djafarou Abarchi B, Ibrahim G, Sani R. Le phlegmon péri amygdalien à Niamey (Niger) : épidémiologie et prise en charge. *Annales Série C* 2020:144-53.
- [10] Adegbiyi WA, Olajide GT, Adebayo AA. Clinical profile and management of peritonsillar abscess in a Sub Saharan Africa. *Africa International Journal of Innovative Research in Medical Science* 2020;5(01):5-9.
- [11] Koffi-Aka V, Ehouo F, Azagoh KR, Adjoua RP, Kouassi B. Phlegmon péri amygdalien à Abidjan. *Lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale* 2007;131:26-8.
- [12] Zaghré SE, Zaghré N, Nao EM, Bambara CL, Ouédraogo BP, Sérémé M, et al. Le phlegmon péri amygdalien dans le service d'ORL/CCF du CHU-YO : Aspects diagnostiques et thérapeutiques. *La Revue Africaine d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale* 2021;21(1):11-6.
- [13] Luan CW, Liu CY, Yang YH, Tsai MS, Tsai YT, Hsu CM, et al. The pathogenic bacteria of deep neck infection in patients with type 1 diabetes, type 2 diabetes, and without diabetes from Chang Gung Research Database. *Microorganisms* 2021;9(10):2059.
- [14] Piroulasa C, Devillersa L, Souty C, Sicsic J, Boissnault P, François M. Non-steroids anti-inflammatory drugs and risk of peritonsillar abscess in pharyngitis: a french longitudinal study in primary care. *Family Practice* 2018:1-6.
- [15] Dulguerov P, Landis B, Giger R. Abscess péri amygdalien : mise au point. *Med Hyg* 2004;62:1994-2000.
- [16] Eliason MJ, Wang AS, Lim J, Beegle RD, Seidman MD. Are computed tomography scans necessary for the diagnosis of peritonsillar abscess? *Cureus* 2023;15(2):e34820. Doi 10.7759/cureus.34820
- [17] Bivahagumyea L, Gosseleta V, Cambiere S, Puechmaillea M, Giboldd L, Saroul N. L'examen cytobactériologique du liquide de drainage d'un phlegmon péri-amygdalien est inutile en pratique clinique : analyse STROBE. *Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale* 2024;141:256-61. Doi.org/10.1016/j.aforl.2024.01.005
- [18] Bory C, Bory O, Guelfucci B, Nicollas R, Moreddu E. Deep cervical abscesses in children: efficacy of the cefotaxime–rifampicin

combination. *Eur J Pediatr* 2023;182(5):2315-24.

- [19] Zebolsky AL, Dewey J, Swayze EJ. Empiric treatment for peritonsillar abscess: a single-center experience with medical therapy alone. *Am J Otolaryngol* 2021;42(4):102954. Doi. org/ 10. 1016/j. amjoto. 2021. 102954
- [20] Johnston J, Stretton M, Mahadevan M, Douglas RG. Peri tonsillar abscess: a retrospective case series of 1773 patients. *Clin Otolaryngol* 2018;43(3):940-4. Doi. org/ 10. 1111/ coa. 13070
- [21] Battaglia A, Burchette R, Hussman J, Silver MA, Martin P, Bernstein P. Comparison of medical therapy alone to medical therapy with surgical treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2018;158(2):280-6.
- [22] Chang BA, Thamboo A, Burton MJ. Needle aspiration versus incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;12(12):CD006287. Doi. org/10.1002/14651858.CD006 287.pub4
- [23] Hahn J, Barth I, Wigand MC. The surgical treatment of peritonsillar abscess: a retrospective analysis in 584 patients [published online ahead of print, 2021 Jun 10]. *Laryngoscope*. Doi. org/ 10. 1002/ lary. 29677

Pour citer cet article :

AB Djafarou, ML Djangnikpo, A Assoumi Biga, S Amadou Issa, N Illa Alhamadou, M Boubacar et al. Phlegmon péri amygdalien : à propos de 121 cas au service d'ORL et CCF de l'Hôpital National de Niamey. *Jaccr Africa* 2026; 10(1): 50-57

<https://doi.org/10.70065/26101.jaccrAfri.001L012702>