



# Pharyngite et antibiotiques quel est votre profil de prescription ?

*Michel Lapierre*

Dans la prochaine année, vous verrez près de 120 patients ayant un mal de gorge et 140 ayant un rhume. Si votre pratique ressemble à celle de vos collègues, vous leur prescrirez, dans de 60 % à 88 % des cas, des antibiotiques.

Près de 10 % des adultes et 30 % des enfants peuvent être atteints d'une infection à streptocoques du groupe A<sup>1</sup>.

Cherchez l'erreur ?

**Mettez vos connaissances à l'épreuve pour voir si vous pouvez conseiller les patients qui vous consulteront pour un mal de gorge.**

	Vrai	Faux
1. Les scores cliniques pour l'évaluation des maux de gorge influent peu sur la prescription d'antibiotiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le test antigénique rapide ne donne que 5 % de faux négatifs pour le diagnostic de pharyngite à streptocoques du groupe A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il n'est pas nécessaire de faire un test antigénique rapide ou une culture de gorge après le traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les antibiotiques apportent un soulagement rapide des symptômes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le streptocoque du groupe A est parfois résistant à la pénicilline.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Les céphalosporines et les macrolides sont indiqués dans le traitement initial de la pharyngite à streptocoques du groupe A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. On devrait tenter un traitement d'éradication du streptocoque du groupe A chez tous les porteurs sans symptômes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les omnipraticiens ont su incorporer dans leur pratique les lignes directrices sur la prise en charge des pharyngites.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La dexaméthasone peut être efficace pour soulager les maux de gorge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Un abcès périamygdalien constitue une indication d'amygdalectomie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le Dr Michel Lapierre, omnipraticien, est professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal et exerce aux groupes de médecine de famille de la Cité de la Santé de Laval et de Lorraine.

## Réponses

**1** Les scores cliniques pour l'évaluation des maux de gorge influent peu sur la prescription d'antibiotiques. **Faux.**

Il n'est pas aisé de faire un diagnostic clinique de pharyngite à streptocoques du groupe A en se fiant uniquement aux symptômes et aux signes cliniques. La plupart du temps, un tel diagnostic nous amènera à prescrire des antibiotiques inutilement sans confirmation. Les éléments du score de McIsaac (*tableau I*) s'avèrent des prédicteurs positifs d'infection à streptocoques du groupe A.

Cet outil clinique a été mis au point au début des années 1980 par Centor, puis modifié en 2000 par McIsaac qui a ajouté la variable *Âge des patients*<sup>2</sup>. Après validation, cet outil a montré une sensibilité de 85 % et une spécificité de 92,1 % pour détecter une pharyngite à streptocoques du groupe A. En 2000, on a aussi pu faire la preuve que cet outil permettait de réduire la prescription d'antibiotiques de 52,3 % dans les cas de maux de gorge<sup>3</sup>. Plus récemment, on a combiné cet outil avec des tests antigéniques rapides pour le streptocoque du groupe A.

En 2006, une étude suisse comportant 372 sujets adultes présentant un tableau de pharyngite a révélé que les tests antigéniques rapides pratiqués de façon systématique lorsque le score de McIsaac était supérieur à deux avaient amené un traitement idéal chez 94 % des patients. Seuls 3 % des patients qui auraient pu bénéficier d'un traitement antibiotique en ont été privés ou n'auraient pas dû en recevoir. Vu la faible incidence de rhumatisme articulaire aigu au Québec, cette sur- ou sous-utilisation serait sans doute acceptable<sup>4</sup>.

Une étude encore plus récente menée

**Tableau I**

### Score de McIsaac pour évaluer le mal de gorge<sup>2</sup>

Critères	Point
Antécédents de fièvre $\geq 38$ °C	1
Présence d'exsudats amygdaliens	1
Adénopathies cervicales antérieures douloureuses	1
Absence de toux	1
Âge < 15 ans	1
Âge de 15 à 44 ans	0
Âge > 45 ans	-1
<b>Score total</b>	<b>Probabilité d'infection à SGA*</b>
0-1	De 2 % à 6 %
2-3	De 10 % à 28 %
> 4	De 38 % à 63 %

\* SGA : streptocoque du groupe A  
Reproduction et traduction autorisées.

auprès de 40 omnipraticiens de Terre-Neuve, publiée en 2007, confirme que l'utilisation des tests antigéniques rapides permet de réduire le nombre d'ordonnances inutiles<sup>5</sup>.

**2** Le test antigénique rapide ne donne que 5 % de faux négatifs pour le diagnostic de pharyngite à streptocoques du groupe A. **Vrai.**

Un test de confirmation de la présence du streptocoque du groupe A est recommandé, le diagnos-

**Tableau II**

### Validité des tests de confirmation du SGA

	Sensibilité	Spécificité
Culture de gorge	90 %	99 %
Test antigénique rapide	80 %-95 % (faux négatifs : près de 5 %)	70 %-95 % (faux positifs : rares)

**Dans la littérature américaine, on insiste surtout sur l'importance de faire une culture de gorge chez l'enfant dont le test antigénique rapide est négatif pour détecter les faux négatifs.**

Repère

tic clinique seul étant peu fiable<sup>6</sup>. La méthode idéale et de référence demeure la culture de gorge, mais la venue de tests antigéniques rapides pour le streptocoque du groupe A offre une autre option. Il faut toutefois bien en comprendre la validité (*tableau II*). On préconise donc une stratégie alliant l'utilisation du score clinique de McIsaac et la confirmation de la présence du streptocoque du groupe A.

La prévalence du streptocoque du groupe A étant plus élevée chez l'enfant que chez l'adulte, les valeurs prédictives positive et négative varient dans le même sens. En conséquence, on pourrait recommander une culture de gorge dans les cas suivants :

- adulte dont le résultat du test antigénique rapide est positif pour diminuer les faux positifs ;
- enfant dont le résultat du test antigénique rapide est négatif pour diminuer les faux négatifs<sup>5</sup>.

Dans la littérature américaine, on insiste surtout sur l'importance de faire une culture de gorge chez l'enfant dont le test antigénique rapide est négatif pour détecter les faux négatifs<sup>7</sup>.

Par ailleurs, les écrits se contredisent. En effet, des lignes directrices émises en 2006, en Alberta, ne recommandaient pas l'usage des tests antigéniques rapides. Elles proposaient de ne pas faire de culture de gorge en cas de présomption d'infection virale (rhinorrhée, toux, conjonctivite et raucité de la voix).

Si le patient présente les symptômes décrits dans le *tableau I*, ces lignes directrices recommandent de faire une culture de gorge et d'attendre les résultats avant de traiter. Comme ces lignes directrices indiquent que la sensibilité des tests antigéniques rapides est faible, il est recommandé de différer le traitement jusqu'à l'obtention des résultats des cultures<sup>8</sup>.

### **3** En général, il n'est pas nécessaire de faire des tests antigéniques rapides ou une culture de gorge après le traitement. **Vrai.**

Les tests antigéniques rapides ou la culture de gorge

### **Tableau III**

#### **Indications pour la détection du SGA après le traitement**

- Patients présentant toujours des symptômes après le traitement
- Patients ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu ou de glomérulonéphrite poststreptococcique
- Patients à risque de récurrence d'infection à SGA
- Patients immunodéprimés
- Patients ayant contracté le SGA selon une transmission de type « ping-pong » dans une famille
- Patients ayant des antécédents d'échec de traitement contre le SGA ou des récurrences
- Enfants qui fréquentent une garderie

ne sont pas recommandés après une antibiothérapie, sauf dans les cas mentionnés au *tableau III*<sup>6</sup>. Toutefois, lorsqu'ils sont prescrits, les résultats positifs chez des patients sans symptômes permettront de déceler des porteurs du streptocoque du groupe A.

### **4** Les antibiotiques apportent un soulagement rapide des symptômes. **Vrai.**

Pendant longtemps, on a cru que les antibiotiques n'apportaient que très peu d'atténuation symptomatique. Plusieurs études à répartition aléatoire ont toutefois indiqué un soulagement plus rapide (de un à deux jours). Lorsque le rétablissement est plus long, il faut réévaluer le diagnostic initial d'infection à streptocoques du groupe A. Si le résultat de la culture initiale est positif et qu'on ne note pas de diminution rapide des symptômes, il s'agit vraisemblablement d'un porteur du streptocoque du groupe A. Le soulagement des symptômes est d'autant plus notable que le traitement est entrepris tôt dans l'évolution de la maladie, c'est-à-dire dans les

**Un traitement précoce par les antibiotiques entraînerait un risque de récurrence pour le patient, car il interférerait probablement avec la réaction immunitaire de ce dernier. Le risque de récurrence à l'intérieur d'un mois doublerait après un traitement précoce. On pourrait donc, dans les cas de pharyngites à streptocoques du groupe A récurrentes, se permettre d'attendre de deux à trois jours (au plus neuf jours) à partir de l'apparition des premiers symptômes avant de commencer le traitement.**

Repère

48 heures suivant le début de l'infection.

Par contre, un traitement précoce par les antibiotiques entraînerait un risque de récurrence pour le patient, car il interférerait probablement avec la réaction immunitaire de ce dernier. Le risque de récurrence à l'intérieur d'un mois doublerait après un traitement précoce. On pourrait donc, dans les cas de pharyngites à streptocoques du groupe A récurrentes, se permettre d'attendre de deux à trois jours (au plus neuf jours) à partir de l'apparition des premiers symptômes avant de commencer le traitement<sup>7</sup>.

Par ailleurs, une revue publiée en 2006 par le groupe Cochrane concernant l'usage des antibiotiques dans le traitement des maux de gorge confirmait une réduction modeste de la durée des symptômes avec la prise d'antibiotiques<sup>9</sup>.

Dans cette méta-analyse réalisée entre 1950 et 2003, comprenant 27 études de 12 835 patients, 40 % des patients au jour 3 et 85 % des patients au jour 7 ne présentaient plus de symptômes. Chez les sujets souffrant d'un mal de gorge qui n'avaient pas subi de culture de gorge, le nombre de patients à traiter était de 14,5, c'est-à-dire qu'il fallait traiter de 14 à 15 patients pour en soulager un seul !

Chez les patients ayant subi une culture et chez qui le résultat révélait la présence du streptocoque du groupe A, le nombre de patients à traiter était alors de 3,5.

## 5 Le streptocoque du groupe A est parfois résistant à la pénicilline. **Faux.**

La pénicilline est l'antibiotique de choix dans le traitement de la pharyngite à streptocoques du groupe A, sauf chez les patients ayant des antécédents d'allergie à cette molécule. Elle a un spectre d'activité étroit et est efficace depuis les années 1950 contre ce streptocoque. Jusqu'à maintenant, aucun cas de résistance *in vitro* à la pénicilline n'a été recensé.

Cependant, diverses études ont révélé, dans de 25 % à 35 % des cas, l'échec en clinique de traitements par la pénicilline<sup>7,10</sup>. Près de la moitié de ces échecs seraient survenus chez les porteurs du streptocoque du groupe A tandis que l'autre moitié se seraient produits chez des patients présentant des symptômes.

Il existe plusieurs causes à ces échecs : copathogénicité avec des organismes producteurs de  $\beta$ -lactamase (*Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, etc.) qui inactiveraient la pénicilline, augmentation de l'adhérence du streptocoque du groupe A par coagrégation (par exemple, avec *M. catarrhalis*), éradication de la flore protectrice normale, diminution de l'efficacité de la pénicilline contre le streptocoque du groupe A intracellulaire et, enfin, non-observance au traitement<sup>10</sup>.

En 2006, Kaplan et coll. ont voulu vérifier *in vitro* quels étaient les antibiotiques les plus susceptibles de tuer le streptocoque du groupe A intracellulaire. Les plus efficaces étaient l'azithromycine et l'érythromycine, suivis de la céphalotine et de la clindamycine, puis de la pénicilline. Cette étude pourrait donc influencer sur la conduite à tenir pour éradiquer le streptocoque du groupe A chez les porteurs<sup>11</sup>.

Selon cette étude, l'état de porteur de streptocoque du groupe A serait lié à une plus faible efficacité de la pénicilline lorsque le streptocoque du groupe A se trouve à l'intérieur de la cellule.

Des taux de résistance de près de 25 % du streptocoque du groupe A aux macrolides ont aussi été notés en Europe et en Scandinavie et commencent à être signalés en Amérique du Nord. Raison de plus pour faire une utilisation sélective de ce produit.

## 6 Les céphalosporines et les macrolides sont indiqués dans le traitement initial de la pharyngite à streptocoques du groupe A. **Faux.**

Comme le taux d'échecs du traitement par la pénicilline est de 25 % à 35 %, certains auteurs ont déjà

**Tableau IV**

### Antibiotiques et traitement de première intention de la pharyngite à SGA

● Pénicilline V      Enfant : 40 mg/kg/j en 2 doses  
Adulte : 600 mg, 2 f.p.j.

#### Allergie à la pénicilline

● Érythromycine      Enfant : 40 mg/kg/j en de 2 à 4 doses  
Adulte : 333 mg, 3 f.p.j.  
Enfant : 20 mg/kg/j en 3 doses

● Clindamycine      Adulte : 300 mg, 3 f.p.j.

**Tableau V****Antibiotiques et traitement de la pharyngite à SGA récurrente chez l'enfant**

Antibiotique	Dose (mg/kg/j)	Nombre de doses/jour	Durée (jours)
● Céphalexine (Keflex)	30	2	10
● Céfadroxil (Duricef)	30	2	10
● Cofactor (Ceclor)	30	2	10
● Cefprozil (Cefzil)	15	2	10
● Céfixime (Suprax)	8	1	5
● Azythromycine (Zithromax)	12	1	5
● Clarithromycine (Biaxin)	15	2	10

préconisé l'utilisation de céphalosporines comme traitement de première intention dans la pharyngite à streptocoques du groupe A.

Par contre, la plupart des sociétés savantes, telles que l'American Academy of Pediatrics et l'Infectious Disease Society of America (IDSA)<sup>10</sup>, ainsi que les plus récentes lignes directrices canadiennes<sup>8</sup>, considèrent encore la pénicilline comme l'antibiotique de première intention (*tableaux IV<sup>6</sup> et V<sup>7</sup>*). En cas d'allergie immédiate pouvant causer un choc anaphylactique, on peut prescrire de l'érythromycine. En cas d'échec, il faut alors songer à la clindamycine. En cas d'allergie retardée, on peut aussi considérer les céphalosporines de deuxième (Ceclor, Ceftin et Cefzil) et de troisième générations (Suprax).

Il faut surtout retenir que l'objectif premier d'une antibiothérapie contre la pharyngite à streptocoques du groupe A demeure la prévention du rhumatisme articulaire aigu et des complications suppuratives (abcès périamygdalien) associées. En outre, malgré les taux d'échecs mentionnés précédemment, aucune recrudescence de rhumatisme n'a été signalée. Les objectifs secondaires du traitement sont la diminution des symptômes, la réduction de la transmission de l'agent pathogène et l'éradication bactériologique.

À noter qu'en cas d'échec du traitement par la pénicilline chez un patient qui n'y est pas allergique, on pourrait aussi utiliser une céphalosporine de première génération (Keflex

et Duricef). Ces échecs surviennent le plus souvent de 5 à 20 jours après la prise de la pénicilline.

Si le patient présente toujours des symptômes après 72 heures de traitement par la pénicilline, il faut le réévaluer pour exclure la présence d'un abcès périamygdalien, une infection des voies respiratoires supérieures ou un problème de non-observance au traitement.

Entre les jours 2 à 7, si les symptômes sont toujours présents et que le résultat du test antigénique rapide ou de la culture était positif au départ, on répète la culture. Si le résultat

est de nouveau positif, on devrait envisager de prescrire de l'amoxicilline-clavulanate, de la clindamycine ou de l'érythromycine<sup>8</sup>.

## **7 On devrait tenter un traitement d'éradication du streptocoque du groupe A chez tous les porteurs sans symptômes. Faux.**

Avec ou sans traitement, les symptômes d'une infection à streptocoques du groupe A vont éventuellement disparaître. Cependant, l'état de porteur peut persister.

Les porteurs peuvent être contagieux de un à deux mois après le début de l'infection. Les porteurs chroniques ne semblent pas sujets au rhumatisme articulaire aigu ni aux complications suppuratives.

**Tableau VI****Conditions envisagées pour l'éradication du SGA<sup>11</sup>**

- Patients ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu ou ayant été en contact avec une personne atteinte
- Patients vivant ou travaillant dans un centre d'hébergement ou dans un hôpital
- Patients d'une communauté aux prises avec une éclosion d'infections sérieuses à SGA
- Familles aux prises avec des pharyngites à SGA répétées
- Patients souffrant de pharyngites et dont le résultat de la culture est positif pour le SGA  $\geq 3$  fois par année
- Familles ou patients anxieux relativement au SGA
- Patients chez qui on envisage une amygdalectomie

**Tableau VII****Antibiotiques et éradication du SGA<sup>6</sup>**

Enfant			
Antibiotique	Dose (mg/kg/j)	Nombre de doses/jour	Durée (jours)
Clindamycine	20	3	10
Amoxicilline-clavulanate	40	3	10
Pénicilline V	40	2	10
+ Rifampicine Max. de 600 mg/j	20	2	4 (Jours 7, 8, 9, 10)
Adulte			
Antibiotique	Dose (mg/kg/j)	Nombre de doses/jour	Durée (jours)
Clindamycine	300	3	10
Amoxicilline-clavulanate ou Amoxicilline-clavulanate	875 500	2 3	10 10
Pénicilline V	300	3	10
ou Pénicilline V	600	2	10
+ Rifampicine	300	2	4 (Jours 7, 8, 9, 10)

Le médecin se trouve souvent devant un dilemme clinique : chez quel porteur doit-on envisager un traitement d'éradication (*tableaux VI et VII<sup>12,13</sup>*) ?

## 8 Les omnipraticiens ont su incorporer dans leur pratique les lignes directrices sur la prise en charge des pharyngites. **Faux.**

L'American College of Physicians et l'IDSA ont publié des lignes directrices sur la prise en charge des cas de pharyngites. Ils recommandent d'utiliser l'outil clinique décrit dans la *tableau I* et de ne pas tester les patients ayant un score de 0 à 1 ni de leur prescrire des antibiotiques.

En 2007, une étude regroupant 2097 patients ayant reçu un diagnostic de pharyngite a permis de vérifier auprès de 190 intervenants de première ligne l'adhésion aux lignes directrices.

Dans 80 % des cas, les intervenants ont effectué un test diagnostique, un test antigénique rapide (25 %), une culture (39 %) ou encore un test antigénique rapide et une culture (16 %). Les tests ont révélé la présence de streptocoques chez 17 % des patients. Les intervenants ont prescrit des antibiotiques dans 47 % des cas. L'usage documenté d'un outil clinique a eu lieu dans seulement 1 % des cas tandis que 66 % des intervenants n'ont suivi aucune ligne directrice<sup>14</sup>.

Ces résultats semblent indiquer que les médecins de première ligne ont tendance à se fier à certains signes et symptômes et à prescrire empiriquement des antibiotiques selon la somme et l'intensité des symptômes. Il faut se souvenir que presque un patient sur deux (44 %) ayant un score de McIsaac de 4 ou plus n'a pas de pharyngite à streptocoques du groupe A (*tableau I*).

Une utilisation du score clinique de McIsaac et des tests antigéniques rapides ainsi que la réalisation

de cultures ciblées lorsque les résultats des tests sont négatifs semblent une avenue prometteuse et permettrait d'avoir recours à une approche davantage fondée sur les preuves devant ce problème qu'on rencontre de façon quotidienne.

## 9 La dexaméthasone peut être efficace pour soulager les maux de gorge. **Vrai.**

Seulement deux études sur ce sujet ont été repérées : une première effectuée en 2003 auprès de 184 enfants et qui a donné des résultats équivoques<sup>15</sup> et une deuxième en 2005 auprès de 150 enfants et qui a fait la preuve qu'une seule dose de dexaméthasone (0,6 mg/kg, maximum de 10 mg) procurait un soulagement plus rapide dans les 24 premières heures, particulièrement chez les patients atteints de pharyngite et dont le résultat du test était négatif<sup>16</sup>.

**10** Un abcès périamygdalien constitue une indication d'amygdalectomie. **Vrai.**

L'ablation des amygdales est indiquée, mais seulement après deux abcès périamygdaliens<sup>17</sup>. Par ailleurs, en dépit des taux élevés d'amygdalectomie en Occident, la littérature médicale n'est toujours pas d'une grande aide pour établir qui pourrait bénéficier d'une telle intervention.

Une méta-analyse publiée en 2005 sur l'efficacité de l'amygdalectomie (regroupant six études à répartition aléatoire et sept sans répartition aléatoire, parues avant 2003) a révélé une diminution de l'incidence des maux de gorge de 1,2 par année, une réduction du taux d'absentéisme scolaire de 2,8 jours par année et une réduction des infections des voies respiratoires supérieures de 0,5 par année<sup>18</sup>.

Une étude parue en novembre 2006 a indiqué une réduction de 3,1 fois du nombre de pharyngites à streptocoques du groupe A et un délai prolongé (0,6 année contre 1,1 année) avant la survenue d'une autre pharyngite<sup>19</sup>.

Une revue Cochrane a conclu que l'on ne pouvait juger de l'efficacité de l'amygdalectomie chez l'adulte souffrant d'amygdalites récurrentes<sup>20</sup>.

Il est difficile de s'y retrouver dans la littérature lorsqu'on tente de retrouver les indications d'amygdalectomie. On fait souvent référence aux critères de Discolo<sup>21</sup>, soit le nombre d'amygdalites sur une période donnée (sept sur une période d'un an; cinq par année, deux ans de suite ou trois par année, trois années consécutives).

En 1984, Paradise et coll. ont montré qu'en utilisant les critères précédents, l'amygdalectomie était efficace pour réduire le nombre et l'intensité des maux de gorge<sup>22</sup>. Par contre, ils ont refait une étude en 2002 en faisant reposer l'indication d'amyg-

**Tableau VIII**  
**Indications d'amygdalectomie**

- Amygdalites à répétition\*
- Hypertrophie amygdalienne chronique
- Amygdalite chronique
- Tumeur de l'amygdale
- Abcès périamygdalien†

\* ≥ 5 par année, symptômes depuis plus d'un an, maux de gorge invalidants et perturbation du fonctionnement normal  
† Après un deuxième abcès

dalectomie sur un nombre de trois amygdalites ou plus par année<sup>23</sup> et ont obtenu peu ou pas de bienfaits notables chez les enfants ayant des symptômes légers d'infections de la gorge. En 2004, van Staij et coll. ont réalisé une étude similaire<sup>24</sup> qui arrive à la même conclusion.

Pour le moment, en l'absence de données factuelles précises, il faut se fier à l'opinion d'experts pour cerner les indications d'amygdalectomie (tableau VIII).

**Date de réception :** 18 juin 2007  
**Date d'acceptation :** 15 août 2007

**Mots clés :** pharyngite, streptocoque du groupe A, amygdalectomie

Le Dr Michel Lapierre n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

**Bibliographie**

1. Francis N. The sore throat consultation. *Practitioner* 2006; 250 (1682): 54, 56, 58.
2. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D et coll. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 1998; 158 (1): 75-83.
3. McIsaac WJ, Goel V, To T et coll. The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ* 2000; 163 (7): 811-5.
4. Humair JP, Revaz SA, Bovier P et coll. Management of acute pharyngitis in adults: reliability of rapid streptococcal tests and clinical findings. *Arch Intern Med* 2006; 166 (6): 640-4.
5. Worrall G, Hutchinson J, Sherman G. Diagnosing streptococcal sore throat in adults: randomized controlled trial of in-office aids. *Can Fam Physician* 2007; 53: 666-71.
6. Pichichero M. Treatment and prevention of streptococcal tonsillopharyngitis. *UpToDate*. Site Internet: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) (Date de consultation : le 1<sup>er</sup> mars 2007).
7. Brunton S, Pichichero M. Considerations in the use of antibiotics for streptococcal pharyngitis. *J Fam Pract* 2006; Suppl: S9-S16.
8. Working Group for Antibiotics. *Guideline for The Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis*. Alberta Medical Association : 2006. Site Internet: [www.topalbertadoctors.org/TOP/CPG/Acute](http://www.topalbertadoctors.org/TOP/CPG/Acute)

**Les médecins de première ligne ont tendance à se fier à certains signes et symptômes et à prescrire empiriquement des antibiotiques selon la somme et l'intensité des symptômes. Il faut se souvenir que presque un patient sur deux (44 %) ayant un score de McIsaac de 4 ou plus n'a pas de pharyngite à streptocoques du groupe A.**

Repère



## Par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

### Épargne et investissement

- Fonds FMOQ
- Autres fonds communs de placement
- Produits d'Épargne Placements Québec
- Dépôts à terme
- Service complet de courtage en valeurs mobilières (REER autogéré, courtage à escompte ou de plein exercice)
- Service complet de planification financière

### Les Fonds d'investissement

**FMOQ inc. : (514) 868-2081 ou 1 888 542-8597**

### Programmes d'assurances

- Assurances de personnes
- Assurances automobile et habitation
- Assurances de bureau
- Assurance médicaments et assurance maladie complémentaires
- Assurances frais de voyage et annulation

**Dale-Parizeau LM : (514) 282-1112 ou 1 877 807-3756**

### Pro-Fusion « auto »

- Achat – Vente
- Voitures neuves ou usagées
- Location
- Financement d'auto

**Pro-Fusion : (514) 745-3500 ou 1 800 361-3500**

### Téléphone cellulaire et téléavertisseur

Bell Mobilité Cellulaire : (514) 946-2884 ou 1 800 992-2847

### Tarifs hôteliers d'entreprise pour les membres de la FMOQ

FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

### Direction des affaires professionnelles

D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur

**FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499**

### Summary

**Management of acute pharyngitis: can we do a better job?** The author focuses on how the general practitioner can positively diagnose streptococcal throats, combining the McIsaac score system and rapid antigen testing. The article also reviews the benefits and the drawbacks of prescribing antibiotics for acute pharyngitis, the possible explanations for treatment failure and how to deal with recurrent strep infections, streptococcal carriage and eradication strategies. Finally, the article concludes with a discussion on the effectiveness and current indications of tonsillectomy.

**Keywords:** pharyngitis, group A streptococcus, tonsillectomy

*Pharyngitis/AcutePharyngitisGuidelinePDF.htm* (Date de consultation : le 1<sup>er</sup> mars 2007).

9. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; Oct 18; (4): CD000023.
10. Brook I, Dohar JE. Management of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngotonsillitis in children. *J Fam Pract* 2006; 55 (12): S1-S11.
11. Kaplan EL, Chhatwal GS, Rohde M. Reduced ability of penicillin to eradicate ingested group A streptococci from epithelial cells: clinical and pathogenetic implications. *Clin Infect Dis* 2006; 43 (11): 1398-406.
12. Tanz RR, Shulman ST. Streptococcal pharyngitis: the carrier state, definition, and management. *Pediatr Ann* 1998; 27 (5): 281-5.
13. Pichichero M. Antibiotic failure in the treatment of streptococcal tonsillopharyngitis. *UpToDate*. Site Internet : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) (Date de consultation : le 1<sup>er</sup> mars 2007).
14. Linder JA, Chan JC, Bates DW. Evaluation and treatment of pharyngitis in primary care practice: the difference between guidelines is largely academic. *Arch Intern Med* 2006; 166 (13): 1374-9.
15. Bulloch B, Kabani A, Tenenbein M. Oral dexamethasone for the treatment of pain in children with acute pharyngitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Emerg Med* 2003; 41 (5): 601-8.
16. Olympia RP, Khine H, Avner JR. Effectiveness of oral dexamethasone in the treatment of moderate to severe pharyngitis in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159 (3): 278-82.
17. Sarrazin Janik. Docteur, j'ai de la fièvre et de la difficulté à avaler. *Le Médecin du Québec* 2007; 42 (5): 70.
18. van Staaïj BK, van den Akker EH, van der Heijden GJ et coll. Adenotonsillectomy for upper respiratory infections: evidence-based? *Arch Dis Child* 2005; 90 (1): 19-25.
19. Orvidas LJ, St Sauver JL, Weaver AL. Efficacy of tonsillectomy in treatment of recurrent group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. *Laryngoscope* 2006; 116 (11): 1946-50.
20. Burton MJ, Towler B, Glasziou P. Tonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001802.
21. Discolo CM, Darrow DH, Koltai PJ. Infectious indications for tonsillectomy. *Pediatr Clin North Am* 2003; 50 (2): 445-58.
22. Paradise JL et coll. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infections in severely affected children. *N Engl J Med* 1984; 310: 674-83.
23. Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK et coll. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children. *Pediatrics* 2002; 110 (1 Pt 1): 7-15.
24. van Staaïj BK, van den Akker EH, Rovers MM et coll. Effectiveness of adenotonsillectomy in children with mild symptoms of throat infections or adenotonsillar hypertrophy: open, randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329 (7467): 651.