

ANGINE ERYTHEMATEUSE ET ERYTHEMATOPULTACEES	
Etiologie	Virus ++ : AdénoV, EBV, VIH (PI) Bacteries : Stp β -hemolytique gpe A (SBHA)++
Physiopathologie	Contam par voie aerienne
Clinique	<u>Angine érythémateuse</u> : Pharynx inflammatoire + \uparrow vol amygdale <u>Angine érythématopultacée</u> : Amygdale recouvert enduit blanchâtre + muq congestive Score de Mac Isaac (Adulte) \rightarrow perm elim origine SBHA <ul style="list-style-type: none"> - Fievre $> 38^\circ$ - \emptyset toux \rightarrow 1 pt pour chaque - Adenopathies cervicales sensibles - Atteinte amygdale - A : 15-44 \rightarrow 0 ; $\geq 45 \rightarrow -1$
Paraclinique	TDR SHBA (après écouvillonnage ; resultat en 5min, Se 90, Sp 95) \rightarrow Chez tout >3 ans et adulte avec score ≥ 2 avec angine Si – \rightarrow rech VIH
Evolution	Evol fav en 3-4j Complications (que SHBA) : <ul style="list-style-type: none"> - Phlegmon péri-amygdalien - Abscess retro-pharyngé - Adénophlegmon cervical - Cellulite cervicale - Sd immuno : RAA ; GNA ; Chorée de Sydenham ; Erythème noueux - Toxiniques : Scarlatine ; Choc toxique
Traitement	TTT ATB que qd TDR + ; \emptyset chez < 3 ans : <ol style="list-style-type: none"> 1. AMox 6j) 2. C2G (4j) / C3G (5j) (si allergies aux penicillines) 3. Macrolides (3j pr Azithro et 5j pr le reste) TTT Σ tomatique Eviction collectivité si scarlatine et/ou angine à SHBA jusqu'à 2j post debut ATB Reconsulter si Σ t après 3j

ANGINES VESICULEUSES	
Etiologie	Toujours virales : <ul style="list-style-type: none"> - Enterov : Coxsackie A : herpangine chez 1 à 7ans, lés° loca oropharynx - HSV : angine + gingivo-stomatite diffuse + eruption vesiculeuse perilabiale
Clinique	Petites vésicules niv pharynx \rightarrow érosion \rightarrow enduit jaunâtre + halo inflamm Douleurs +++
Evolution	Benigne
Traitement	<u>Σtomatique</u> : Rehydratation + Soins bouche + Antalgiques/Antipyétiqes Si PI herpétique \rightarrow TTT antiviral spé

ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE		
Etiologie	Mononucléose infectieuse (fqt)	Diphtérie /!\ A évoquer en 1 ^{er} car + grave /!\
Physiopathologie	Ado/ Adulte jeune Incubation 4-6semanes	Voyage europe de l'est, pays dev Ø immunité vaccinale Incubation <7j
Clinique	Asthénie + Fièvre (10-15j) Polyadenopathie Fausses mb non adhérentes Respect luette, Purpura voile du palais +/- Splénomégalie (50%) +/- Exanthème maculeux/maculo-pap	Malaise + Fièvre+ Signes imprégnation toxinique (paleur, tachycardie) Fausses mb extensives, adherentes Evahissement luette Coryza unilat (jetage nasal) ADP satellites sous angulo-maxillaires
Paraclinique	<u>Bio :</u> - Σd mononucléosique retardé - Cytolyse hepatic, thrombopénie MNI test 1 ^{ère} int Si - → Sero: IgM anti-VCA sans EBNA	<u>Bio :</u> - Hyperleuco à PNN <u>En URG :</u> - Prelvt gorge → Exam direct, Culture - PCR (rech gene toxine)
Evolution	Evol bénigne <u>Complications rare :</u> - Rupture de rate - Anémie hémolytique - Purpura thrombopenique - Atteinte neuro	<u>Complications :</u> → Locales non suppurée : - Croup + Risq detresse rep aigue → Toxiques : - Myocardite - Atteinte neuro → Décès 10%
Traitement	Symptomatique	URG therap + Hospit Serothérapie relayée par vaccination + Amox TTT Σtomatique, precaution gouttellette Eviction jusqu'à 2 prlvt – à 24h intervalle Sujet ctct : Vaccin, ecouvillonnage, ATB

ANGINE ULCEREUSE ET ULCERONECROTIQUE			
Etiologie	Angine de Vincent	Chancre syphilitique	Agranulocytose sur hemopathie maligne
Clinique	<i>Fusobacterium, spirochete</i> Hygiène buccodent ----- Fièvre, haleine fétide, odynophagie, ulcération unilat, ADP satellite	<i>Rapports oraux genitaux</i> Ulcération indolore, indurée, ADP unilat	<i>Dvt angine trainante, resistente aux ttt + AEG</i> Ulceration bilat ou unilat si Kc ORL
Paraclinique	Exam direct prlvt gorge	Serologie	NFS + Plaquettes
Evolution	<u>Complications angine de vincent :</u> Phlegmon péri-amygdalien Σd de lemierre : thrombophlébite jugulaire septique + Embole pulm + Infarctus+ Abcès+ Douleur laterocervicale fébrile + DT + AEG		
Traitement	Amoxicilline + Panoramique dentaire		

