

## Formation postgraduée et continue du point de vue de la relève

# Brève mise à jour sur l'angine, la perte auditive soudaine et le SAOS

Lea Wenger

Étudiante en master en médecine humaine à l'université de Berne

De nombreux patients atteints d'une maladie de la sphère ORL se présentent en premier lieu chez le médecin de famille. Il est donc essentiel que les jalons du diagnostic et du traitement de l'affection ORL soient déjà correctement posés chez le médecin de premier recours sur la base des lignes directrices actuelles. Dans cet article, les nouvelles lignes directrices relatives aux trois affections fréquentes que sont l'angine, la perte auditive soudaine et le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) seront discutées. Ces lignes directrices ont été présentées par le Prof. Sandro Stöckli de l'hôpital cantonal de Saint-Gall lors du troisième congrès d'automne de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) tenu en septembre 2019.

## Angine à streptocoques

L'angine tonsillaire est une amygdalite aiguë dont l'origine est le plus souvent virale. Elle n'est causée par des bactéries que chez 15–30% des enfants et 5–15% des adultes [1]. Les angines à streptocoques sont provoquées par des streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A et touchent avant tout les enfants et les adolescents. Les manifestations cliniques typiques de l'angine à streptocoques comprennent des amygdales rougies et hypertrophiées recouvertes de dépôts sous forme de petits points blancs non confluent, des douleurs à la déglutition irradiant dans les oreilles, une sensation de malaise et de la fièvre. Des symptômes catarrhaux font typiquement défaut. Quand une angine à streptocoques est suspectée chez un patient souffrant de maux de gorge aigus, un examen clinique est réalisé, puis le score de Mc Isaac est calculé afin de prédire la présence de streptocoques du groupe A dans le frottis pharyngé (tab. 1). Le score de Mc Isaac est similaire au précédent score de Centor, mais il intègre en plus l'âge du patient, tenant ainsi compte du fait que les enfants et les adolescents présentent une plus grande probabilité de contracter une angine à streptocoques.

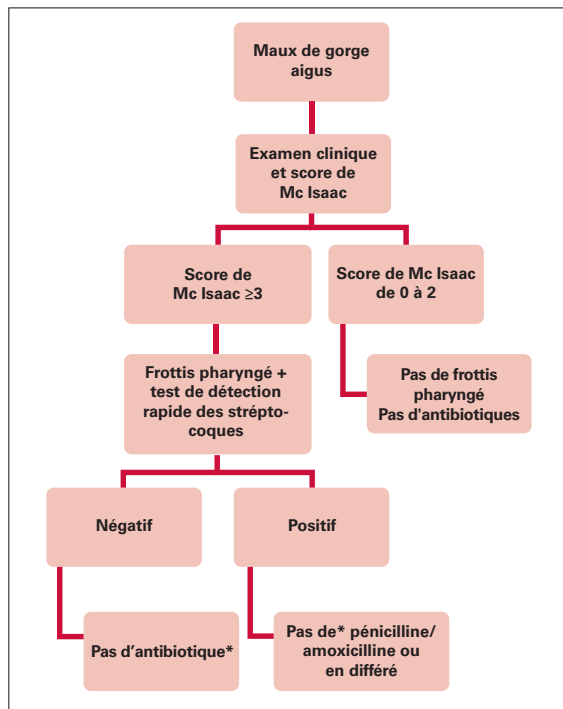
frant de maux de gorge aigus, un examen clinique est réalisé, puis le score de Mc Isaac est calculé afin de prédire la présence de streptocoques du groupe A dans le frottis pharyngé (tab. 1). Le score de Mc Isaac est similaire au précédent score de Centor, mais il intègre en plus l'âge du patient, tenant ainsi compte du fait que les enfants et les adolescents présentent une plus grande probabilité de contracter une angine à streptocoques.

## Détermination de l'approche à suivre sur la base du score de Mc Isaac

L'approche à suivre est déterminée sur la base du score de Mc Isaac (fig. 1): en cas de score de Mc Isaac de 0–2, un frottis pharyngé n'est pas réalisé et le patient reçoit un traitement symptomatique; en cas de score de Mc Isaac de  $\geq 3$ , un frottis pharyngé avec test de détection rapide des streptocoques est réalisé. En l'absence de signaux d'alerte, des antibiotiques ne sont en premier lieu pas administrés, que le test de détection rapide soit négatif ou positif. Il est alors essentiel d'expliquer au patient que le traitement antibiotique réduit la durée des symptômes d'une journée au maximum et ne prévient pas les complications. En outre, en cas de frottis pharyngé positif, un contrôle de suivi des symptômes après 48–72 heures est recommandé afin de pouvoir éventuellement commencer un traitement antibiotique différé en cas de persistance des symptômes. En cas de test de détection rapide des streptocoques positif et de présence concomitante de signaux d'alerte, des antibiotiques peuvent être envisagés.

**Tableau 1:** Score de Mc Isaac pour la prédiction des streptocoques du groupe A dans le frottis pharyngé.

Patient avec maux de gorge. Il convient d'ajouter le nombre de points des symptômes suivants:		Probabilité d'un frottis pharyngé positif d'après le score de Mc Isaac
Critère	Points	Score de Mc Isaac 1 → 5–10%
Fièvre >38 °C	1 point	Score de Mc Isaac 2 → 11–17%
Amygdales rougies et dépôts	1 point	
Lymphadénopathie cervicale	1 point	Score de Mc Isaac 3 → 28–35%
Pas de toux	1 point	
Age de 3–14 ans	1 point	Score de Mc Isaac 4 ou 5 → 51–53%
Age de 15–44 ans	0 point	
Age de $\geq 45$ ans	-1 point	



**Figure 1:** Algorithme d'évaluation en cas de suspicion d'angine à streptocoques. \* Exceptions: signaux d'alerte.

#### Signaux d'alerte en cas d'angine à streptocoques

Les signaux d'alerte pour l'évaluation du patient et un éventuel traitement antibiotique immédiat en cas d'angine à streptocoques sont les suivants:

- Enfants en bas âge, âge >65 ans ou comorbidités importantes.
- Patients gravement malades ou patients sous immunosuppression.
- Evolution inhabituelle: augmentation ou absence d'amélioration des symptômes suite à la consultation initiale.
- Symptômes ou anomalies strictement unilatéraux et douleurs au toucher du cou sur le côté en tant que signe possible d'un abcès périamygdalien.
- Antécédents personnels ou familiaux de rhumatisme articulaire aigu.
- Suspicion de scarlatine (exanthème maculo-papuleux à petites taches, «langue framboisée»)

**Tableau 2:** Examens en cas de perte auditive soudaine selon les *Clinical Practice Guidelines* de Chandrasekhar et al. [3].

Examens recommandés	Examens optionnels	Examens non recommandés
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de Rinne et Weber</li> <li>• Evaluation des signaux d'alerte: perte d'audition bilatérale, épisodes de perte auditive soudaine récidivants, déficits neurologiques focaux</li> <li>• IRM de l'angle pontocérébelleux pour exclure une pathologie rétrocochléaire</li> <li>• Education des patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audiométrie</li> <li>• Administration initiale de corticostéroïdes</li> <li>• Stéroïdes intratympaniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDM crânienne</li> <li>• Laboratoire: CRP, leucocytes, sérologies virales</li> <li>• Prescription de virostatiques, thrombolytiques, substances vasodilatrices ou vasoactives</li> </ul>

### Perte auditive soudaine (sudden sensorineural hearing loss)

La perte auditive soudaine est une hypoacousie de perception d'origine cochléaire survenant soudainement sans cause identifiable. La perte d'audition est généralement unilatérale et se caractérise par une perte auditive d'au moins 30 décibels dans au moins trois fréquences en l'espace de trois jours [2]. L'hypoacousie de perception peut présenter différents degrés de gravité allant jusqu'à la surdité complète et s'accompagner de vertiges et d'acouphènes. Lors de l'évaluation d'une perte auditive soudaine, il convient en premier lieu de faire la distinction entre un trouble de transmission et un trouble de perception au moyen du test au diapason de Weber et Rinne. En cas de perte auditive soudaine, une latéralisation du test de Weber dans l'oreille saine ainsi qu'un test de Rinne positif doivent être objectivés.

#### Evaluations en cas de perte auditive soudaine

Selon les *Clinical Practice Guidelines* de Chandrasekhar et al. [3], les évaluations suivantes sont indiquées en cas de perte auditive soudaine:

- test au diapason pour exclure un trouble de transmission;
- évaluation des facteurs nécessitant un traitement rapide, comme par exemple une perte auditive bilatérale;
- évaluation des signes évocateurs d'une pathologie rétrocochléaire, tels que des épisodes de perte auditive soudaine récidivants,
- évaluation des déficits neurologiques focaux.

#### A faire et à ne pas faire en cas de perte auditive soudaine

Les nouvelles lignes directrices [3] recommandent en outre la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) afin d'exclure une pathologie rétrocochléaire ou un schwannome vestibulaire pouvant initialement se manifester sous la forme d'une perte auditive soudaine. Par ailleurs, il est essentiel d'informer le patient quant à la pathogenèse indéterminée de la perte auditive soudaine idiopathique et à l'absence de traitement médicamenteux. Une audiométrie est recommandée au cours de l'évolution en tant qu'examen optionnel. En Suisse, en cas de suspicion de perte auditive soudaine, le patient est en règle générale adressé à un spécialiste en ORL pour un test audiologique. Il est d'une manière générale recommandé d'administrer un traitement initial par corticostéroïdes dans les deux semaines suivant le début des symptômes, même si les pertes auditives soudaines présentent un taux de guérison spontanée très élevé. En

cas de persistance de la perte auditive soudaine après une semaine sous traitement par corticostéroïdes, un traitement par stéroïdes intratympaniques peut être envisagé. Selon les lignes directrices, il convient en revanche de renoncer à une tomodensitométrie crânienne, à des examens de laboratoire ainsi qu'à des traitements médicamenteux par virostatiques, thrombolytiques ou substances vasoactives.

### Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est un trouble intermittent d'obstruction complète ou partielle des voies respiratoires supérieures survenant pendant le sommeil et réduisant ainsi la respiration. En Suisse, le SAOS touche environ 1 à 4% de la population [4]. Le SAOS se manifeste par des symptômes cliniques, tels que le ronflement, des arrêts respiratoires avec micro-réveils (arousals) pendant le sommeil, une somnolence diurne et des troubles de l'attention. Avec le temps, le SAOS peut notamment entraîner une hypertension artérielle et une surcharge cardiaque droite. Une pose fiable du diagnostic et un traitement adéquat sont en conséquence indispensables. Au moment du diagnostic initial chez l'adulte, une perte de poids est souvent indiquée en tant que traitement causal. Le traitement de référence du SAOS est la ventila-

tion nasale nocturne avec pression positive continue via un appareil de CPAP (*continuous positive airway pressure*). L'adhésion à long terme est toutefois insatisfaisante, s'élevant à seulement 50–70% [5].

### Stimulateur du nerf hypoglosse

Une nouvelle alternative à la CPAP pour le traitement du SAOS est l'implantation d'un stimulateur du nerf hypoglosse, qui est constitué d'un neurostimulateur et d'un capteur positionné dans l'espace intercostal qui enregistre l'inspiration. Lors de l'inspiration, la branche du nerf hypoglosse responsable de la protrusion de la langue est stimulée électriquement de façon à ce que le collapsus pharyngé puisse être empêché en cas de protrusion de la langue. Les indications pour un stimulateur du nerf hypoglosse sont un IMC <35 kg/m<sup>2</sup>, un collapsus antéro-postérieur du pharynx objectivé à l'endoscopie du sommeil, ainsi qu'un précédent essai de CPAP. Des améliorations durables et significatives de l'indice d'apnée du sommeil et une satisfaction élevée des patients ont été atteintes avec le traitement par stimulateur du nerf hypoglosse lorsque les patients ont été correctement sélectionnés [6].

### Références

- Hofmann Y, Berger H, Wingeier B, Huber B, Boggian K, Hug-Batschelet H, Rosamilia C, Mosimann P, Bielicki J, Horvath L, Hotz MA, Dettwiler A, Avoledo P, Rowedder A, Hasse B, Posfay-Barbe K, Senn L, Tarr P. Zeit für einen Paradigmenwechsel: Behandlung der Streptokokken-Angina. *Swiss Med Forum*. 2019;19(29–30):481–88.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD): <https://www.nidcd.nih.gov/health/sudden-deafness>, zuletzt aufgerufen am 10.11.2019.
- Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, Bontempo LJ, Faucett EA, Finestone SA, Hollingsworth DB, Kelley DM, Kmucha ST, Moonis G, Poling GL, Roberts JK, Stachler RJ, Zeitler DM, Corrigan MD, Nnacheta LC, Satterfield L. Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;161(1\_suppl): S1–S45.
- Maspero C, Giannini L, Galbiati G, Rosso G, Farronato G. Obstructive sleep apnea syndrome: a literature review. *Minerva Stomatol*. 2015;64(2):97–109.
- McArdle N, Devereux G, Heidarnejad H, Engleman HM, Mackay TW, Douglas NJ. Long-term use of CPAP therapy for sleep apnea/hypopnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159(4 Pt 1):1108–14.
- Boon M, Huntley C, Steffen A, Maurer JT, Sommer JU, Schwab R, Thaler E, Soose R, Chou C, Strollo P, Kezirian EJ, Chia S, Withrow K, Weidenbecher M, Strohl K, Doghramji K, Hofauer B, Heiser C; ADHERE Registry Investigators. Upper Airway Stimulation for Obstructive Sleep Apnea: Results from the ADHERE Registry. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;159(2):379–85.

Correspondance:  
Dr. med. Nadja Pecinska  
Managing Editorin  
Primary and Hospital Care  
EMH Schweizerischer  
Ärzteverlag  
Farnsburgerstrasse 8  
CH-4132 Muttenz  
office[at]primary-hospital-  
care.ch

### L'essentiel pour la pratique

- Si le score de Mc Isaac calculé dans le cadre d'une suspicion d'angine à streptocoques est  $\geq 3$ , il est recommandé de réaliser un frottis pharyngé avec test rapide de détection des streptocoques. Un traitement antibiotique n'est indiqué qu'en cas de test de détection rapide des streptocoques positif et de signaux d'alerte concomitants, ou après 48–72 heures en cas d'absence d'amélioration des symptômes.
- Dans le cadre de l'évaluation d'une perte auditive soudaine, le test au diapason de Weber et Rinne est central en vue d'exclure un trouble de transmission. Sur le plan thérapeutique, il est recommandé d'administrer des corticostéroïdes oraux, et en cas d'absence de rétablissement de l'audition, des stéroïdes intratympaniques.
- Les patients atteints de SAOS sont en premier lieu traités par masque de CPAP. En cas d'échec thérapeutique, l'implantation d'un stimulateur du nerf hypoglosse peut être évaluée.