

# Abcès périamygdalien : mise au point

P. Dulguerov  
B. Landis  
R. Giger

La physiopathologie, les moyens diagnostiques et thérapeutiques lors d'abcès périamygdalien sont passés en revue. Nous encourageons la ponction à l'aiguille comme moyen initial de diagnostic et de traitement. La tonsillectomie élective, de principe, après un abcès périamygdalien n'est plus justifiable. La tonsillectomie à chaud reste la méthode la

plus efficace pour les patients de moins de 35 ans et ayant des antécédents d'abcès périamygdalien ou d'angines récidivantes. Dans cette population, notamment lors de prise d'aspirine, une tonsillectomie unilatérale est à envisager pour diminuer les risques d'hémorragie postopératoire.

## Mots-clés :

- abcès périamygdalien
- traitement
- revue

L'abcès périamygdalien (APA), aussi appelé esquinance, correspond à une collection purulente autour de l'amygdale, dans l'espace situé entre la capsule et les muscles sous-jacents.

L'APA est souvent cité comme étant le plus fréquent des abcès de la tête et du cou, représentant près de la moitié des abcès cervicaux.<sup>1</sup> Comme tout abcès, il doit être chirurgicalement drainé, d'autant plus que la proximité des gros vaisseaux de la base du crâne en fait un risque vital important. Il s'agit d'une infection potentiellement grave, puisqu'avant l'ère des antibiotiques, l'APA était une cause de mortalité fréquente (226 cas de décès en 1875 en Angleterre)<sup>2</sup> soit par rupture spontanée et broncho-aspiration, soit par extension parapharyngée et cervicale.

## Epidémiologie

Une incidence de 30/100 000 cas pour l'APA est souvent citée dans la littérature. Dans notre service, nous observons environ 60 cas par année.<sup>3</sup> Il s'agit le plus souvent d'adultes jeunes âgés de 20 à 40 ans, avec une légère prépondérance masculine.<sup>4</sup> Cependant, un APA peut survenir à tout âge, dès la première année<sup>5</sup> et jusqu'à un âge avancé.

## Physiopathologie

Pour l'essentiel, la pathogenèse des APA est inconnue. L'APA est censé compliquer un épisode d'amygdalite aiguë non ou insuffisamment traité. L'APA représente l'aboutissement d'un spectre qui commence par une amygdalite aiguë, progresse en phlegmon périamygdalien pour se terminer par la formation d'un véritable abcès.<sup>6</sup> Aucune étude clinique, pathologique ou bactériologique n'a pu mettre en évidence des facteurs qui seraient responsables de cette progression. Cependant, un APA peut survenir de novo, sans symptomatologie

d'angine préalable.

La collection purulente est située dans l'espace pharyngien muqueux, délimité en dedans par la muqueuse du naso- et oropharynx et par le tissu lymphoïde de l'anneau de Waldeyer, et latéralement par le fascia pharyngo-basilaire et les muscles constricteurs du pharynx supérieur et moyen.<sup>7</sup> L'inflammation du muscle ptérygoïdien interne, situé latéralement à cet espace serait responsable du trismus qui est un des signes caractéristiques de l'APA.

Parmi les éventuels facteurs favorisants qui pourraient expliquer la genèse d'un APA, on retrouve souvent la notion de fibrose des cryptes amygdaliennes qui favoriserait la prolifération bactérienne accrue, notamment anaérobie. Le drainage vers la lumière étant obstrué, la collection purulente s'étendrait en profondeur à travers la capsule amygdalienne dans l'espace pharyngien muqueux adjacent. Néanmoins, seuls la moitié des patients développant un APA ont des antécédents d'angines récidivantes.<sup>6,8,9</sup>

La collection purulente est le plus souvent localisée au pôle supérieur de l'amygdale,<sup>10,11</sup> sans qu'aucune explication convaincante ne soit proposée. Dans l'étude de Marchal et coll.,<sup>3</sup> seuls 44% des APA étaient supérieurs, pour 22% latéraux et 33% postérieurs.

Une autre théorie a été récemment avancée quant à la pathogenèse de l'APA. Des glandes salivaires accessoires, nombreuses dans l'oropharynx, sont présentes au niveau du pôle supérieur de la capsule amygdalienne. Ces glandes ont été décrites premièrement par Weber en 1927 et ensuite par d'autres anatomistes.<sup>9</sup> Elles se drainent soit dans des cryptes amygdaliennes, soit au niveau de la muqueuse près du pôle supérieur de l'amygdale. L'obstruction du drainage de ces glandes salivaires accessoires serait responsable de l'infection<sup>9</sup> comme lors de l'obstruction des canaux d'autres glandes salivaires. L'APA serait donc une forme de sialadénite ! Malheureusement, aucune étude véritable n'était cette hypothèse.

Actuellement, les seuls facteurs de risque associés à l'APA sont des antécédents d'APA (voir

## Peritonsillar abscess : an update

*A literature review of the physiopathology, diagnosis, and treatment of peritonsillar abscess is presented. A needle aspiration seems the initial treatment approach. An elective tonsillectomy for all patients is not justified. Abscess tonsillectomy is indicated for patients younger than 35 years and who have a history of previous peritonsillar abscess or recurrent tonsillitis. In this population, prior Aspirin intake should favor a unilateral abscess tonsillectomy in order to reduce postoperative bleeding episodes.*

Med Hyg 2004 ; 62 : 1994-2000

plus bas) et une mauvaise hygiène dentaire.<sup>6,12</sup> Un rapport mentionne une incidence accrue d'APA chez les fumeurs.<sup>13</sup>

## Manifestations cliniques

Le mal de gorge et la fièvre de l'amygdalite se retrouvent dans l'APA. L'odynodyspasie est importante, souvent associée à une otalgie réflexe, et à prédominance unilatérale. Le patient est souvent aphasique. Des modifications de la voix sont parfois retrouvées, avec une voix voilée, dite «de patate chaude» (*hot potato voice*), traduisant la présence d'une masse au niveau de l'oropharynx. Le symptôme qui permet de suspecter le diagnostic est le trismus.

L'examen de l'oropharynx frappe par le bombement unilatéral du pilier amygdalien antérieur avec déplacement de l'amygdale vers la ligne médiane. La luette est œdématisée et déviée vers l'amygdale controlatérale (fig. 1). Les muqueuses oropharyngées sont érythémateuses. L'importance du trismus rend parfois cette évaluation difficile, surtout chez l'enfant.

L'examen du cou révèle souvent des adénopathies, mais il faut se méfier d'empâtements diffus et douloureux à la palpation pouvant signaler une extension de l'abcès dans les compartiments du cou. Cette extension cervicale était souvent la cause des décès avant l'ère des antibiotiques.

En plus de la fièvre, d'autres signes généraux comme la tachycardie peuvent traduire une déshydratation importante. De façon exceptionnelle, une agitation signale la présence d'une obstruction sévère des voies respiratoires supérieures.

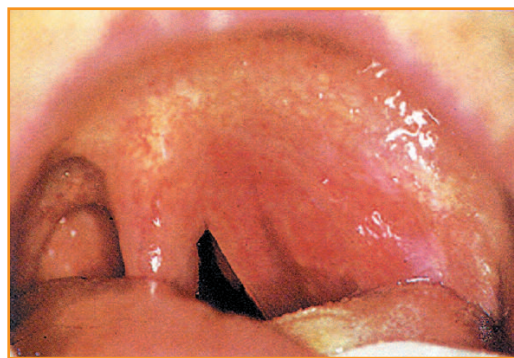


Fig. 1. Aspect de l'oropharynx lors d'un abcès périamygdalien.

## Diagnostic

Il y a parfois rupture de l'abcès avec drainage de pus visible à l'examen endobuccal, ce qui rend le diagnostic d'APA évident. Ceci est relativement rare, et il s'agit le plus souvent de déterminer s'il s'agit d'une collection purulente (APA) ou d'une cellulite périamygdalienne (phlegmon périamygdalien). La différence est importante car l'abcès doit être drainé, tandis qu'une anti-

biothérapie suffit pour traiter le phlegmon.

Plusieurs auteurs ont essayé d'identifier des signes cliniques permettant de différencier un abcès d'un phlegmon. Fried et Forrest<sup>6</sup> ont comparé 41 patients avec APA et 43 patients avec un phlegmon et retrouvent plus d'aphagie (*drooling*) et de trismus lors d'APA, sans que l'analyse statistique soit rigoureuse. Schoemaker et coll.,<sup>14</sup> dans un petit collectif d'enfants, trouvent l'âge comme seul facteur significatif pour différencier APA et phlegmon. Brodsky et coll.,<sup>15</sup> toujours chez des enfants, relèvent comme seul facteur significatif l'amélioration clinique après 24 heures de traitement antibiotique. Chez Patel et coll.,<sup>16</sup> le seul facteur statistiquement significatif est la présence d'une occlusion complète de l'isthme du gosier par la tuméfaction amygdalienne. Dans un collectif plus large d'enfants, Szuhay et Tewfik<sup>17</sup> retrouvent le trismus comme seul signe statistiquement significatif. A la lecture de ces études, il est permis de conclure que, outre des résultats divergents, la distinction clinique entre abcès et phlegmon n'est pas aisée. La seule façon de faire la différence est de drainer.

Plus récemment, des examens radiologiques, tels que le CT-scan et l'ultrason avec un transducteur intra-buccal<sup>18</sup> ont été utilisés. Scott et coll.<sup>19</sup> ont comparé l'évaluation clinique, le CT-scan et l'ultrason : les spécificités et sensibilités étaient respectivement de 78% et 59% pour l'évaluation clinique, 100% et 75% pour le CT-scan et 89% et 100% pour l'ultrason. L'ultrason a pour avantage de permettre, une fois l'abcès localisé, une ponction sous guidage pour effectuer le drainage de l'APA. Pour les jeunes enfants avec un trismus important, un CT-scan semble indispensable.

Le diagnostic différentiel avec d'autres tuméfactions de la loge amygdalienne, telles qu'asymétrie amygdalienne, carcinomes ou lymphomes de l'amygdale, tumeurs du lobe profond de la parotide, est en général rendu aisé par l'absence de signes inflammatoires au niveau de l'oropharynx.

## Bactériologie

Les germes de l'APA sont différents de ceux des amygdalites et pharyngites. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit d'infections polymicrobiennes et mixtes aéro-anaérobies.<sup>20</sup> Les aérobies sont le plus souvent des Streptocoques (*pyogenes*, *milleri*, *viridans*) et des *Haemophilus*.<sup>20</sup> Les anaérobies sont isolés chez la plupart des patients (82% à 90%).<sup>20,21</sup> Il s'agit de *Fusobacterium necrophorum* ou *nucleatum*, *Prevotella melaninogenica* ou *intermedia* et de peptostreptocoques.<sup>20</sup> Environ un tiers des anaérobies produisent des bêta-lactamases. Les cultures restent stériles dans 20% à 40% des cas à cause de problèmes techniques, tels la contamination du prélèvement, la

## Bibliographie

- 1 Ungkanont K, Yellon RF, et al. Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112: 375-82.
- 2 Yung AK, Cantrell RW. Quinsy tonsillectomy. *Laryngoscope* 1976; 86: 1714-7.
- 3 Marchal F, Dulguerov P, Lehmann W. L'abcès périamygdalien. Tonsillectomie en urgence? *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1995; 112: 393-8.
- 4 Matsuda A, Tanaka H, Kanaya T, Kamata K, Hasegawa M. Peritonsillar abscess: A study of 724 cases in Japan. *Ear Nose Throat J* 2002; 81: 384-9.
- 5 Friedman NR, Mitchell RB, Pereira KD, Younis RT, Lazar RH. Peritonsillar abscess in early childhood. Presentation and management. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123: 630-2.
- 6 Fried MP, Forrest JL. Peritonsillitis. Evaluation of current therapy. *Arch Otolaryngol* 1981; 107: 283-6.
- 7 Harnsberger H. *Handbook of Head and Neck imaging*. 2nd ed. St. Louis: Mosby - Year Book Inc., 1995.
- 8 Schechter GL, Sly DE, Roper AL, Jackson RT. Changing face of treatment of peritonsillar abscess. *Laryngoscope* 1982; 92 (6 Pt 1): 657-9.
- 9 Passy V. Pathogenesis of peritonsillar abscess. *Laryngoscope* 1994; 104: 185-90.
- 10 Bonding P. Routine abscess tonsillectomy: Late results. *Laryngoscope* 1976; 86: 286-90.
- 11 Maisel RH. Peritonsillar abscess: Tonsil antibiotic levels in patients treated by acute abscess surgery. *Laryngoscope* 1982; 92: 80-7.
- 12 Georgalas C, Kanagalingam J, Zainal A, et al. The association between periodontal disease and peritonsillar infection: A prospective study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 126: 91-4.
- 13 Dilkes MG, Dilkes JE, Ghufoor K. Smoking and quinsy. *Lancet* 1992; 339: 1552.
- 14 Shoemaker M, Lampe RM, Weir MR. Peritonsillitis: Abscess or cellulitis? *Pediatr Infect Dis* 1986; 5: 435-9.
- 15 Brodsky L, Sobie SR, Korwin D, Stanievich JF. A clinical prospective study of peritonsillar abscess in children. *Laryngoscope* 1988; 98: 780-3.
- 16 Patel KS, Delis V, Oyarzabal M. Clinical differentiation of peritonsillar cellulitis from abscess. *Adv Otorhinolaryngol* 1992; 47: 172-5.
- 17 Szuhay G, Tewfik TL. Peritonsillar abscess or cellulitis? A clinical compa-

relative paediatric study. *J Otolaryngol* 1998; 27: 206-12.

18 Boesen T, Jensen F. Preoperative ultrasonographic verification of peritonsillar abscesses in patients with severe tonsillitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1992; 249: 131-3.

19 Scott PM, Loftus WK, Kew J, et al. Diagnosis of peritonsillar infections: A prospective study of ultrasound, computerized tomography and clinical diagnosis. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 229-32.

20 Jousimies-Somer H, Savolainen S, Makitie A, Ylikoski J. Bacteriologic findings in peritonsillar abscesses in young adults. *Clin Infect Dis* 1993; 16 (Suppl. 4): S292-8.

21 Brook I, Frazier EH, Thompson DH. Aerobic and anaerobic microbiology of peritonsillar abscess. *Laryngoscope* 1991; 101: 289-92.

22 Parker GS, Tami TA. The management of peritonsillar abscess in the 90s: An update. *Am J Otolaryngol* 1992; 13: 284-8.

23 Cherukuri S, Benninger MS. Use of bacteriologic studies in the outpatient management of peritonsillar abscess. *Laryngoscope* 2002; 112: 18-20.

24 Kieff DA, Bhattacharyya N, Siegel NS, Salman SD. Selection of antibiotics after incision and drainage of peritonsillar abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120: 57-61.

25 Ozbek C, Aygenc E, Tuna EU, Selcuk A, Ozdem C. Use of steroids in the treatment of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol* 2004; 118: 439-42.

26 Herzon FS. Peritonsillar abscess: Incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope* 1995; 105 (8 Pt 3 Suppl. 74): 1-17.

27 Spires JR, Owens JJ, Woodson GE, Miller RH. Treatment of peritonsillar abscess. A prospective study of aspiration vs incision and drainage. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 113: 984-6.

28 Stringer SP, Schaefer SD, Close LG. A randomized trial for outpatient management of peritonsillar abscess. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114: 296-8.

29 Maharaj D, Rajah V, Hemsley S. Management of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 743-5.

30 Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;

conservation et le transport en dehors des heures ouvrables, et parce que ces patients sont déjà sous antibiothérapie.<sup>3</sup>

Le rôle de la culture dans la prise en charge des APA reste incertain.<sup>22</sup> Une étude récente<sup>23</sup> illustre les tendances actuelles: sur un total de 153 patients avec APA confirmé par ponction, seuls 82 (54%) ont eu un prélèvement pour une culture et chez 17 (11%) un antibiogramme a été effectué. La microbiologie n'a modifié ni le traitement ni l'évolution finale. Les auteurs<sup>23</sup> recommandent de réserver les cultures microbiologiques aux seuls patients qui ont des facteurs de risque pour des bactéries résistantes ou des complications. En cas d'APA récidivant, des cultures avec antibiogramme sont probablement utiles.

Si le traitement antibiotique classique est la pénicilline,<sup>24</sup> la présence de souches produisant des bêta-lactamases devrait faire préférer l'amoxicilline-acide clavulinique ou la clindamycine. Néanmoins, aucune étude comparative et encore moins randomisée comparant les différents antibiotiques pour le traitement de l'APA n'est disponible et la pénicilline reste l'antibiotique de premier choix.<sup>24</sup>

### Le traitement initial

Le traitement médical de l'APA consiste en antibiotiques, analgésiques et anti-inflammatoires. L'antibiothérapie est généralement administrée par voie intraveineuse, ceci non seulement à cause d'une meilleure efficacité, mais également en raison de la dysphagie associée. Si des analgésiques sont administrés de routine aux patients avec APA, il n'y a pas d'étude comparant leur efficacité. Un rôle possible pour des corticostéroïdes est suggéré par une étude randomisée en double aveugle avec des meilleurs résultats dans le groupe recevant des stéroïdes concernant la reprise alimentaire, le trismus et la durée d'hospitalisation.<sup>25</sup>

Comme tout abcès, l'APA doit être drainé. Trois attitudes sont possibles dans la phase ai-

guë: l'incision et le drainage de l'abcès (Guy de Chauliac - 1362), la tonsillectomie immédiate ou en urgence ou encore tonsillectomie à chaud (Chassaignac - 1859) et la ponction transorale à l'aiguille (Chiari - 1889).<sup>26</sup>

- **Incision et drainage.** C'est l'attitude classique; l'abcès est drainé mais il s'agit d'un geste qui, bien qu'effectué en anesthésie locale, reste assez douloureux. Il n'est pas toujours efficace et doit parfois être répété. Si une tonsillectomie est nécessaire, elle se fait à distance de l'épisode infectieux, ce qui engendre deux épisodes douloureux pour le patient, l'épisode aigu et la tonsillectomie élective.

- **La ponction transorale à l'aiguille.** Plusieurs publications comprenant au total 630 patients analysent le drainage d'APA par ponction associé à une antibiothérapie (tableau 1). Le taux de guérison varie entre 85% et 100% avec, en moyenne, une réussite de 95%.<sup>26</sup> Dans trois de ces études,<sup>27-29</sup> les patients étaient randomisés entre incision et drainage et ponction et toutes concluent à l'absence de différence entre les deux traitements. Une méta-analyse<sup>30</sup> sur ces trois études montre que le succès de l'incision et drainage est de 93,7% et celui de la ponction 91,6%.

Pour être efficace, cette ponction peut nécessiter des aspirations en 2 à 3 endroits étagés sur la hauteur du pilier amygdalien antérieur. Comme l'incision et drainage, la ponction doit parfois être répétée. Une mise en garde est de rigueur car les vaisseaux de la gaine carotidienne peuvent être situés à quelques millimètres en profondeur de la loge amygdalienne.

Les avantages de l'aspiration à l'aiguille de l'APA sont la douleur moindre, la simplicité de la procédure, le faible coût et la possibilité d'un guidage par ultrasons. Une coopération du patient reste nécessaire ce qui rend ce geste difficile chez le jeune enfant. Si la douleur est moindre que dans l'incision et le drainage, elle est néanmoins plus importante que lors de la tonsillectomie à chaud. Enfin, si une tonsillectomie est nécessaire, elle se fait dans un deuxième temps, ce qui engendre deux épisodes douloureux pour le patient.

- **La tonsillectomie à chaud.** En 1859, Chassaignac écrit: «*Nous n'hésitons pas dans les cas de suppuration tonsillaire à enlever la glande malade avec l'instrument de Fahrenstock modifié par nous. Non seulement nous n'avons jamais vu survenir aucun accident à la suite de l'opération pratiquée, mais la disparition de tous les symptômes aigus et une cicatrisation rapide de l'amygdale enlevée dans cet état en sont la conséquence.*» La tonsillectomie à chaud devient le traitement de choix pour l'APA en Europe au début du XX<sup>e</sup> siècle. Par la suite, la crainte d'hémorragie et de broncho-aspirations peropératoires et surtout de dissémination de l'infection (septicémie, glomérulonéphrite aiguë, rhumatisme articulaire aigu), a fait abandonner la tonsillectomie à chaud dans le traitement de l'APA.

Nous avons comparé 27 patients opérés à

Publication	Année	Nombre de patients	Taux de succès
King <sup>39</sup>	1961	39	97%
Strome <sup>40</sup>	1974	20	100%
Schlechter <sup>8</sup>	1982	52	92%
Spires <sup>27</sup>	1987	41	95%
Stringer <sup>28</sup>	1988	24	100%
Ophir <sup>41</sup>	1988	75	85%
Maharaj <sup>29</sup>	1991	30	87%
Weinberg <sup>42</sup>	1993	31	94%
Savolainen <sup>43</sup>	1993	98	100%
Wolf <sup>44</sup>	1994	86	90%
Herzon <sup>26</sup>	1995	130	96%

Tableau 1. Etudes sur le traitement de l'abcès périamygdalien par ponction.

128: 332-43.  
 31 Chowdhury CR, Bricknell MC. The management of quinsy—a prospective study. *J Laryngol Otol* 1992; 106: 986-8.  
 32 Fagan JJ, Wormald PJ. Quinsy tonsillectomy or interval tonsillectomy – a prospective randomised trial. *S Afr Med J* 1994; 84: 689-90.  
 33 Herbild O, Bonding P. Peritonsillar abscess. *Arch Otolaryngol* 1981; 107: 540-2.  
 34 Nielsen VM, Greisen O. Peritonsillar abscess. I. Cases treated by incision and drainage: A follow-up investigation. *J Laryngol Otol* 1981; 95: 801-5.  
 35 Kronenberg J, Wolf M, Leventon G. Peritonsillar abscess: Recurrence rate and the indication for tonsillectomy. *Am J Otolaryngol* 1987; 8: 82-4.  
 36 Sorensen JA, Godballe C, Andersen NH, Jorgensen K. Peritonsillar abscess: Risk of disease in the remaining tonsil after unilateral tonsillectomy a chaud. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 442-4.  
 37 Giger R, Landis B, Dulguerov P. Hemorrhage risk after quinsy tonsillectomy. *Laryngoscope*, in press.  
 38 Kujawski O, Dulguerov P, Gysin C, Lehmann W. Microscopic tonsillectomy: A double-blind randomized trial. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117: 641-7.  
 39 King JT. Aspiration treatment of peritonsillar abscess. *J Med Assoc Ga* 1961; 50: 18-9.  
 40 Strome M. Peritonsillar abscess – a

chaud et 26 patients ayant eu une tonsillectomie dans un deuxième temps (à froid) dans le traitement d'APA: des différences significatives ont été observées, chaque fois en faveur des opérations à chaud: 1) le saignement peropératoire est de 70 ml dans le groupe à chaud contre 200 ml dans le groupe à froid; 2) les complications hémorragiques postopératoires sont toutes survenues dans le groupe à froid (9 cas dont 2 ont nécessité une reprise chirurgicale pour hémostase); 3) la durée d'hospitalisation et par conséquent les coûts varient du simple au double.<sup>3</sup> Deux études randomisées entre tonsillectomie à chaud et tonsillectomie à froid<sup>31,32</sup> arrivent à des conclusions similaires notamment sur la durée d'hospitalisation et, quant à l'incapacité de travail.

Parmi les avantages de la tonsillectomie à chaud par rapport aux autres formes de drainage, il convient de souligner qu'il s'agit du seul geste permettant de drainer l'abcès complètement et quasiment sans récurrence, que les amygdalites subséquentes sont supprimées et que l'inconfort est moindre puisque le drainage se fait en anesthésie générale. Les désavantages sont la nécessité d'une anesthésie générale et la nécessité de mobiliser du personnel en urgence.

## Le traitement définitif – la tonsillectomie à froid est-elle nécessaire ?

Traditionnellement, l'APA est une indication claire à une tonsillectomie. L'abcès est drainé puis une tonsillectomie programmée après un intervalle de plusieurs semaines (tonsillectomie à froid) dans le but d'éviter des récurrences subséquentes d'APA. Depuis une trentaine d'années, plusieurs auteurs ont souligné que cette attitude n'est pas justifiable, vu le faible taux d'APA récidivants. Une méta-analyse de 20 publications sur ce thème et portant sur 2210 patients, relève une incidence d'APA récidivants variant entre 0 et 22%, pour une moyenne d'environ 12%.<sup>26</sup>

Herbild et Bonding<sup>33</sup> ont suivi 194 patients avec APA qui ont eu un drainage sans tonsillectomie sur une période de 3,5 à 8 ans (médiane: 5 ans): la moitié des patients n'ont pas posé de problèmes, tandis qu'une récurrence d'APA a été notée dans 22% et des épisodes d'amygdalite ou de pharyngite dans 20% des cas. Les patients de moins de 40 ans font plus fréquemment des problèmes (récurrence d'APA, angines). De même, la présence d'antécédents de pharyngite ou d'amygdalite avant le premier épisode d'APA est un élément pronostique en faveur d'une récurrence (fig. 2). Des résultats similaires ont été rapportés par Nielsen et Griesen:<sup>34</sup> 63% des patients de moins de 30 ans ont présenté des problèmes amygdaliens dans le suivi contre seulement 12% chez les patients âgés de plus de 30 ans. Une autre étude importante à citer a été conduite par Kronenberg et coll.<sup>35</sup> qui trouvent un taux d'APA récidivants de 40% chez les patients avec des antécédents d'amygdalite et de 10% sans antécédents.

Sorensen et coll.<sup>36</sup> ont drainé un APA chez 536 patients par une tonsillectomie à chaud unilatérale (!) et ont analysé le nombre de récurrences dans l'amygdale restante. L'incidence de récurrence est de 6% et la majorité des récurrences est survenue chez des patients de moins de 30 ans (fig. 3).

En conclusion, le traitement traditionnel consistant à drainer l'APA durant la phase aiguë suivi d'une tonsillectomie à distance n'est que rarement justifiable. Il est souhaitable d'effectuer le traitement définitif en un temps, pendant l'épisode aigu, évitant par-là même au patient de subir deux épisodes douloureux.

## L'évolution de l'attitude à Genève

Depuis 1995<sup>3</sup> le management d'un APA dans notre clinique est le suivant:

- une tonsillectomie à chaud est proposée aux patients de moins de 35 ans ayant des antécédents d'angine (> 2 épisodes/an) ou d'APA.

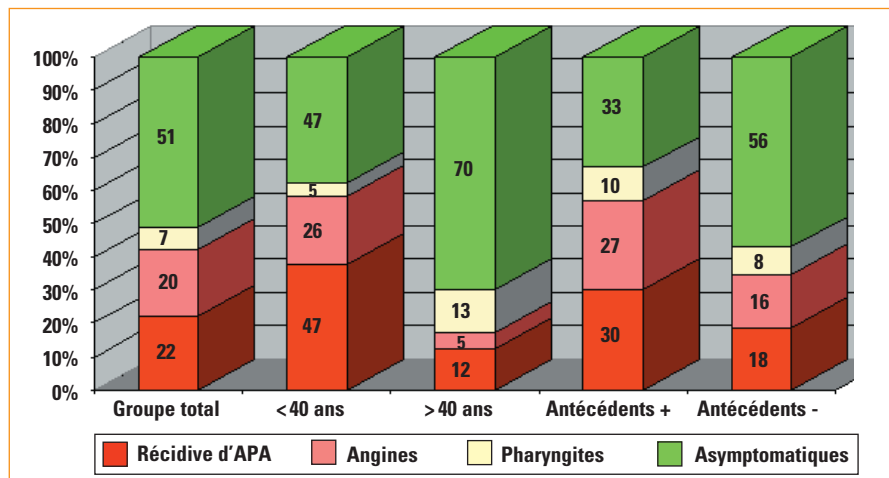


Fig. 2. Fréquence de problèmes après drainage d'abcès périamygdalien sans tonsillectomie. (D'après Herbild O. et Bonding P.<sup>33</sup>).

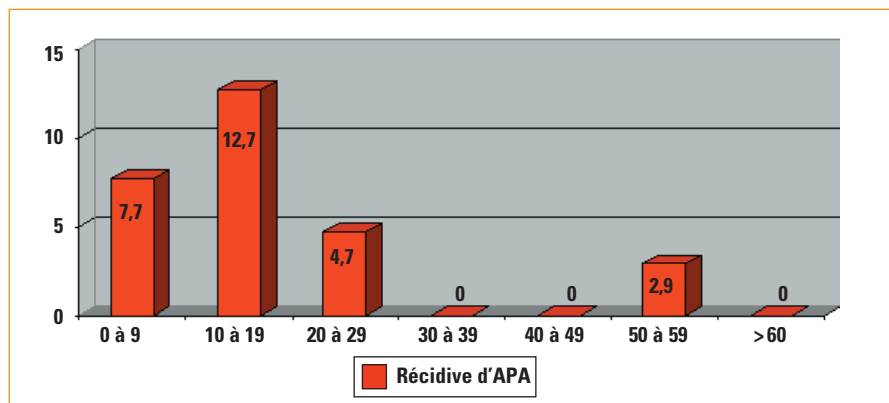


Fig. 3. Fréquence de récurrences d'abcès périamygdalien en fonction de l'âge du patient au moment du diagnostic de l'abcès initial. (D'après Sorensen et coll.<sup>36</sup>).

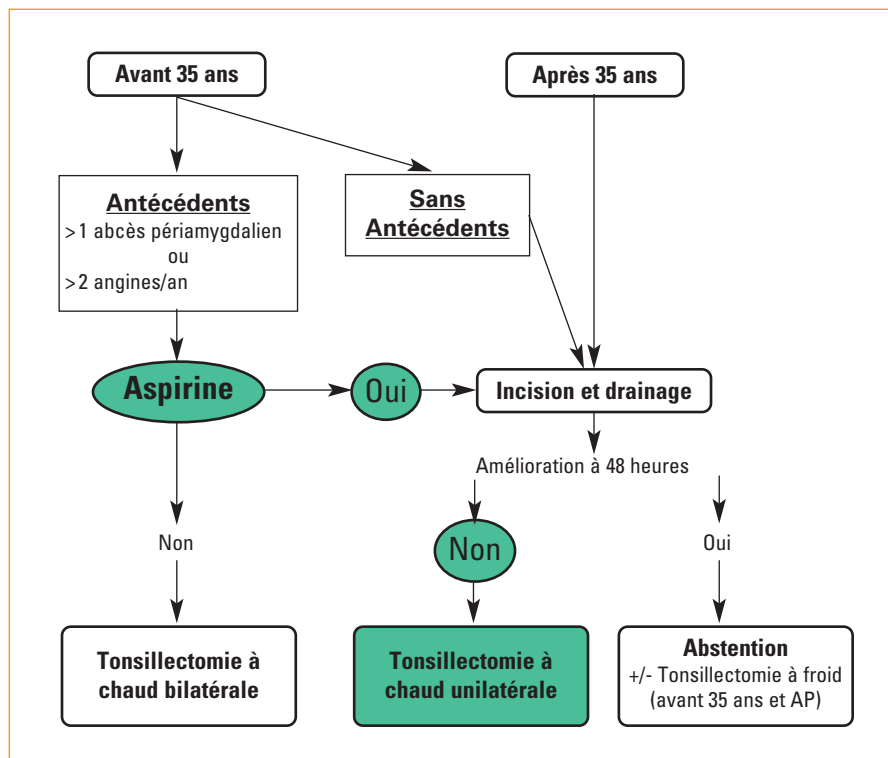


Fig. 4. Arbre décisionnel proposé lors d'abcès périamygdalien. (D'après Giger et coll.<sup>37</sup>)

different approach. *J Med Assoc Ga* 1973; 62: 4-6.

41 Ophir D, Bawnik J, Poria Y, Porat M, Marshak G. Peritonsillar abscess. A prospective evaluation of outpatient management by needle aspiration. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114: 661-3.

42 Weinberg E, Brodsky L, Stanievich J, Volk M. Needle aspiration of peritonsillar abscess in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119: 169-72.

43 Savolainen S, Jousimies-Somer HR, Makitie AA, Ylikoski JS. Peritonsillar abscess. Clinical and microbiologic aspects and treatment regimens. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119: 521-4.

44 Wolf M, Even-Chen I, Kronenberg J. Peritonsillar abscess: Repeated needle aspiration versus incision and drainage. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994; 103: 554-7.

**Adresse des auteurs :**

Drs Pavel Dulguerov, Basile Landis et Roland Giger  
Unité de chirurgie cervico-faciale  
Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale  
Département NEUCLID  
Hôpitaux universitaires de Genève  
1211 Genève 14  
pavel.dulguerov@hcuge.ch

– Pour les patients âgés de plus de 35 ans et ceux sans antécédents, une incision et un drainage sont effectués. Les patients sont hospitalisés et traités par antibiothérapie intraveineuse. S'il n'y a pas d'amélioration des symptômes dans les 48 heures, une tonsillectomie à chaud est proposée, puisque jusqu'à 30% des APA peuvent être postérieurs et donc difficiles d'accès.

Nous avons récemment revu nos résultats avec ce protocole.<sup>37</sup> De janvier 1995 à décembre 2003, 205 tonsillectomies bilatérales à chaud ont été effectuées pour APA. L'hémorragie postopératoire a été la seule complication significative avec une incidence de 13%, dont la moitié

(6%) a nécessité une reprise chirurgicale pour hémostase. Ce taux est environ le double du taux observé lors de tonsillectomie élective<sup>38</sup> et nous avons tenté de déterminer les facteurs qui pourraient en être responsables. Des associations statistiquement significatives ont été retrouvées pour le sexe (plus de saignements chez les hommes), le tabagisme et la prise d'aspirine avant la tonsillectomie à chaud. Il est dès lors fortement souhaitable que la pratique répandue de prescrire de l'aspirine lors d'angine soit utilisée parcimonieusement, voire abandonnée.

Une observation intéressante concerne le côté de l'hémorragie : dans deux tiers des cas, il s'agit du côté controlatéral à l'abcès. Ceci nous a amené à proposer des tonsillectomies unilatérales aux patients sans antécédents d'angine.

**En conclusion – Notre attitude actuelle**

Les facteurs de l'arbre décisionnel sont l'âge, les antécédents d'angine et d'APA, la prise d'aspirine et l'amélioration après incision et drainage (fig. 4):

- une tonsillectomie à chaud bilatérale est proposée aux patients de moins de 35 ans qui ont des antécédents d'angine (>2 épisodes/an) ou d'APA et qui n'ont pas reçu d'aspirine;
- si l'un de ces facteurs (âge >35 ans, absence d'antécédents, prise d'aspirine) est présent, les patients sont traités conservativement par incision et drainage (respectivement ponction) et antibiotiques. Selon l'évolution à 48 heures, deux options sont possibles :
  - en l'absence d'amélioration une tonsillectomie à chaud unilatérale est effectuée;
  - les patients améliorés pourront bénéficier d'une tonsillectomie à froid s'ils ont moins de 35 ans et des antécédents d'angine et d'APA.

**Implications pratiques**

- L'abcès périamygdalien (APA) est une collection purulente autour de la capsule de l'amygdale. L'examen clinique ne permet souvent pas de distinguer un phlegmon d'un abcès périamygdalien
- La bactériologie des APA est mixte aérobie et anaérobie et l'antibiothérapie doit obligatoirement couvrir les anaérobies
- La pénicilline reste l'antibiotique de choix
- La tonsillectomie n'est pas toujours nécessaire lors d'APA. Il faut essayer d'administrer un traitement chirurgical définitif lors de l'épisode initial aigu de l'APA
- Le choix entre drainage par ponction ou incision et tonsillectomie à chaud se base sur l'âge et les antécédents d'APA et d'angines à répétition
- Il ne faut pas prescrire de gargarismes d'aspirine lors d'une suspicion d'APA car, si une tonsillectomie à chaud devait être indiquée, le risque d'hémorragie postopératoire serait augmenté