

Mal de gorge aigu en soins primaires

mise à jour 2025

S. Mokrane, A. Verpoorten, A. Nonneman, M. Goossens, B. Fauquert, H. De Loof, A. De Sutter, A. Janssen, L. Peremans, M. Rupal, P. Van Royen

À la demande du Groupe de travail Développement
de Guides de pratique de Première Ligne
(WOREL asbl)

Version pour publication Décembre 2025



Contribution du patient et évaluation par le praticien de soins primaires

Les guides de pratique clinique donnent des indications sur lequel le praticien de soins primaires peut s'appuyer, et qui constituent un point de repère lors de la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques. Pour le praticien de soins primaires, ils résument la meilleure prise en charge d'un point de vue scientifique pour le patient. Par ailleurs, il convient de prendre en compte le contexte du patient, celui-ci étant un partenaire, à titre égal, dans la prise de décisions. C'est la raison pour laquelle le praticien clarifie la demande du patient par une communication adaptée et l'informe sur tous les aspects des options thérapeutiques possibles. Il peut donc arriver que le praticien et le patient fassent ensemble un autre meilleur choix de manière responsable et raisonnée. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas soulevé à chaque fois, mais est mentionné ici de manière explicite.

Table des matières

1. Introduction	4
1.1 Contexte	4
1.2 Motif de la mise à jour du guide	4
1.3 Etiologie	4
1.4 Objectif de ce guide de pratique clinique	5
1.5 Population de patients	5
1.6 Utilisateurs.....	5
1.7 Concepts et définitions	5
1.8 Abréviations.....	6
2. Types de recommandations et leur signification	7
3. Synthèse des recommandations.....	9
4. Diagnostic.....	12
4.1 À quoi faut-il être attentif lors de l'anamnèse et l'examen clinique d'un patient souffrant de mal de gorge aigu ?	12
4.2 Quelle est la démarche diagnostique en cas de mal de gorge aigu ?	16
5. Renvoi du patient	20
5.1 Quels sont les symptômes d'alarme en cas de mal de gorge aigu et quand faut-il réorienter le patient souffrant de mal de gorge aigu ?	20
6. Conseils	22
6.1 Quels messages donner aux (parents de) patients atteints d'un mal de gorge aigu ?	22
7. Traitement symptomatique	29
7.1 Comment traiter efficacement les symptômes d'un mal de gorge aigu ?.....	29
8. Traitement par antibiotiques	34
8.1 Quand traiter un mal de gorge aigu par antibiotiques ?.....	34
8.1.1 Quels patients sont éligibles à un traitement antibiotique ?	34
8.1.2 Quelle est la valeur et la place des tests rapides antigéniques strepto dans la décision de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu en première ligne de soins ?	36
8.1.3 Quelle est la valeur et la place du test CRP au point de soins (POC) dans la décision de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu en première ligne de soins ?	39
8.2 Quelle est la place de la prescription différée d'antibiotique dans la prise en charge du mal de gorge aigu ?	43
8.3 Comment traiter par antibiotiques ?	44
9. Maux de gorge récidivants	48
9.1 Que faire en cas de maux de gorge aigus récidivants ?.....	48
10. Agenda de recherche	52
11. Éléments clés	53
12. Conditions préalables à la mise en oeuvre du guide.....	54

13. Elaboration..... 55

 13.1 Auteurs..... 55

 13.2 Parties prenantes..... 55

 13.3 Participation des patients 55

 13.4 Métholodologie..... 56

 13.4.1 Questions clinique 56

 13.4.2 Processus de mise à jour..... 56

14. Conflits d'intérêts et financement 57

15. Mise à jour 58

16. Annexes..... 59

Référence..... 59

1. Introduction

1.1 Contexte

Le mal de gorge aigu constitue un trouble fréquemment rencontré en médecine générale (3 % de toutes les raisons justifiant une consultation) « Reason for encounter » ou RFE)). Le mal de gorge aigu est un symptôme qui peut survenir dans le cadre de différentes pathologies. Les causes non infectieuses du mal de gorge aigu sont l'irritation consécutive à l'exposition à des irritants, le reflux gastro-œsophagien, l'allergie, des causes iatrogènes (radiothérapie, médicaments), des causes endocriniennes et d'autres causes d'ordre général (ménopause, hypothyroïdie, avitaminose A, diabète, etc.). Une infection située plus haut (adénoïdite, rhinosinusite) peut aussi entraîner un mal de gorge.

Ce guide de pratique clinique se concentre sur le mal de gorge aigu en cas de pharyngo-amygdalite infectieuse aiguë. La pharyngo-amygdalite aiguë fait partie des vingt diagnostics les plus fréquemment posés en médecine générale (environ 19 pour 1000 patients-années dans le groupe de contact annuel ; données Intego [KULeuven, 2025]). Chez environ 30 % des personnes qui présentent des maux de gorge aigus, il est possible de déceler la présence de streptocoques, un tiers sont porteurs et deux tiers ont des infections streptococciques actives. Même en cas d'infection streptococcique active, la prescription d'un antibiotique n'est pas toujours pertinente sur le plan clinique, étant donné qu'il ne permet pas de prévenir le rhumatisme articulaire aigu, la glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique et les complications suppurées [Spinks A, 2021]. Il est donc plus important de faire la distinction entre les patients avec et sans risque qu'entre les infections bactériennes et virales. Une attitude à adopter qui contraste pourtant fortement avec le comportement de fait de certains médecins qui prescrivent plus fréquemment un antibiotique.

Le mal de gorge aigu peut généralement être traité directement par le médecin généraliste, il est en effet rare de devoir réorienter le patient.

1.2 Motif de la mise à jour du guide

Le précédent guide de pratique sur la prise en charge du mal de gorge aigu date de 2017 [Odeurs PH, 2017]. Ce guide de pratique a été partiellement mis à jour.

Les sections suivantes ont été revues sur la base des connaissances scientifiques les plus récentes, et ont donné lieu ou non à des ajustements (*ce qui est clarifié dans l'onglet Argumentaire de chaque recommandation*) :

- Diagnostic du mal de gorge aigu :
 - À quoi faut-il être attentif lors de l'anamnèse et l'examen clinique d'un patient souffrant de mal de gorge aigu ?
 - Quelle est la démarche diagnostique en cas de mal de gorge aigu ?
- Renvoi du patient:
 - Quels sont les symptômes d'alarme en cas de mal de gorge aigu et quand faut-il réorienter le patient souffrant de mal de gorge aigu ?
- Conseils:
 - Quels messages donner aux (parents de) patients atteints d'un mal de gorge aigu ?
- Traitement symptomatique :
 - Comment traiter efficacement les symptômes d'un mal de gorge aigu ?
- Traitement par antibiotiques :
 - Quand traiter un mal de gorge aigu par antibiotiques ?
 - Quelle est la place de la prescription différée d'antibiotique dans la prise en charge du mal de gorge aigu ?
 - Comment traiter par antibiotiques ?
- Maux de gorge récidivants :
 - Que faire en cas de maux de gorge aigus récidivants ?

1.3 Etiologie

Les germes responsables du mal de gorge aigu sont restés pratiquement identiques au cours des dernières décennies. Que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte, une pharyngo-amygdalite aiguë est en général d'origine virale (rhinovirus, coronavirus, adénovirus, virus (para-)influenza). L'affection est associée à d'autres troubles d'une infection virale, telles qu'une rhinorrhée, des céphalées et des myalgies. Une (sur)infection bactérienne joue un rôle dans moins de la moitié des cas, et le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA ; *Streptococcus pyogenes*) est le pathogène bactérien le plus fréquent, suivi par d'autres streptocoques hémolytiques (groupe C, G et d'autres), *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus aureus*.

Dans 40 % des cas de mal de gorge aigu, une cause virale peut généralement être détectée. Chez 30 % aucun germe pathogène ne peut être cultivé et chez un autre 30 % on finit par détecter des streptocoques pathogènes, dont environ 30 % chez des porteurs (c.-à-d. des patients chez qui des streptocoques pathogènes sont détectés dans le cadre d'une culture de routine sans qu'ils aient une infection ou qu'ils soient cliniquement

malades). Le pourcentage de streptocoques pathogènes est plus élevé chez les enfants (jusqu'à 35 %) que chez les adultes (jusqu'à 15 %). La présence d'un germe pathogène ne signifie cependant pas nécessairement qu'il soit à l'origine des symptômes de maux de gorge. En effet, des cultures réalisées de manière systématique chez des personnes asymptomatiques montrent qu'environ 10 % de la population est porteuse d'un streptocoque pathogène au niveau de la gorge (c'est-à-dire des patients chez qui un streptocoque pathogène est détecté sans qu'ils présentent d'infection ou de signes cliniques de maladie) [Oliver J, 2018].

1.4 Objectif de ce guide de pratique clinique

Ce guide de pratique clinique formule des recommandations concernant le diagnostic et la prise en charge du mal de gorge aigu d'origine infectieuse. Il précise également chez quels patients souffrant de mal de gorge aigu il est indiqué de prescrire un traitement antibiotique.

1.5 Population de patients

Ce guide de pratique clinique s'applique aux enfants à partir de 3 ans ainsi qu'aux adultes souffrant du mal de gorge aigu.

Les nourrissons et les jeunes enfants ne se plaignent pas de maux de gorge. Une angine s'exprime chez les nouveau-nés par une mauvaise prise de liquide et chez les jeunes enfants par de la fièvre, un malaise, de l'irritabilité et de l'agitation nocturne.

1.6 Utilisateurs

Ce guide s'adresse à tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients souffrant de maux de gorge aigus, notamment les médecins généralistes, les pharmaciens et les infirmières (praticiennes) exerçant en soins primaires.

Dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire et inter-établissements, ce guide de pratique clinique concerne également les professionnels en soins secondaires et tertiaires. Il constitue une ressource importante pour tous les professionnels de santé et les personnes impliquées dans la prise en charge des patients souffrant d'un mal de gorge aigu.

1.7 Concepts et définitions

- **Abcès péri-amygdalien** : amygdalite qui se propage et entraîne un phlegmon. Au final, un abcès se forme entre la capsule amygdalienne et la paroi pharyngée latérale.
- **Aigu** : moins de 14 jours de présence.
- **Amygdalite** ou **angine** : inflammation ou infection de la muqueuse et du parenchyme des tonsilles palatines. L'amygdalite peut se manifester de manière isolée ou dans le cadre d'une pharyngo-amygdalite générale.
- **Mal de gorge aigu** : nous faisons référence à l'amygdalite aiguë et/ou la pharyngo-amygdalite aiguë.
- **Pharyngite** : inflammation ou infection des muqueuses du pharynx. Dans ce guide de pratique, le terme « pharyngite » désigne exclusivement une origine infectieuse. Le pharyngite peut survenir de manière isolée ou dans le cadre d'une pharyngo-amygdalite généralisée.
- **Pharyngo-amygdalite** : inflammation ou infection de la muqueuse du pharynx et des amygdales. Dans ce guide de pratique, le terme « pharyngo-amygdalite » désigne exclusivement une origine infectieuse. La différence entre une amygdalite et une pharyngite n'est pas toujours claire tant au niveau clinique que dans la littérature scientifique [Dagnelie CF, 2015]. Les symptômes de la pharyngo-amygdalite sont de la fièvre, un mal de gorge, des troubles de la déglutition et des ganglions lymphatiques cervicaux douloureux avec obstruction potentielle des voies respiratoires associée à une respiration buccale, des ronflements et/ou des apnées [KNO, 2007].
- **Pharyngo-amygdalite récidivante** : pour la définition, c'est le nombre d'épisodes par an ou par années consécutives qui est important, ce qui correspond aux critères d'indication pour une orientation vers la seconde ligne de soins, c.-à-d. 7 épisodes documentés ou plus de mal de gorge aigu cliniquement significatif et traité correctement au cours de l'année écoulée ou 5 épisodes de ce type dans chacune des 2 années écoulées ou 3 épisodes de ce type dans chacune des 3 années écoulées [Dagnelie CF, 2015],[Paradise JL. 1981].

- **"Pressentiment négatif" ou "impression négative" (de l'anglais "*gut feeling*"):** ceci signifie que le médecin généraliste a un sentiment vague parce qu'il est soucieux d'une issue potentiellement défavorable.

1.8 Abréviations

Liste des abréviations utilisées:

- **AINS** : médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens
- **ARMM** : antirhumatismaux modificateurs de la maladie
- **CRP** : protéine C-réactive
- **DP** : Delayed prescription (prescription différée)
- **IC** : intervalle de confiance
- **IPA** : idées, préoccupations, attentes (Ideas, Concerns, Expectations)
- **NNTB** : Number Needed To Benefit [nombre de patients nécessaires pour un bénéfice]
- **OR** : Odds Ratio [rapport de cotes]
- **PDA** : Prescription différée d'antibiotiques
- **POC**: Point-of-Care
- **POCT**: Point-of-Care Testing
- **RFE** : Reason for encounter [raison de la consultation]
- **SGA** : streptocoques bêta-hémolytique du groupe A
- **TAS** : titrage d'antistreptolysines

2. Types de recommandations et leur signification

Ce guide de pratique formule 3 types de recommandations (*voir encadré*) :

- Recommandations assorties d'un GRADE :
 - Ce type de recommandation est élaboré selon la méthodologie GRADE (« Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation » [Guyatt GH, 2008],[Guyatt GH, 2008].
 - La méthodologie GRADE, développée par le GRADE Working Group, permet d'évaluer de manière transparente et standardisée la certitude des preuves scientifiques sous-jacentes et la force de la recommandation. Les critères d'application de GRADE ont été révisés en 2016 [Schünneman H, 2016].
 - L'approche GRADE comprend 2 démarches :
 - L'évaluation de la certitude des preuves scientifiques (pour tous les résultats ayant influencé la formulation de la recommandation). Cette certitude est exprimée par un niveau élevé (= A), modéré (= B) ou faible (= C).
 - L'évaluation ou classification (« grading ») de la force de la recommandation, exprimée par un chiffre : recommandation forte (= 1) ou recommandation faible (= 2).
- Recommandations basées sur les bonnes pratiques (« Good Practice Statements » ou GPS) :
 - Ce type de recommandation est formulé en l'absence de preuves directes, lorsque seules des données scientifiques indirectes sont disponibles, que la recommandation est jugée essentielle pour assurer des soins de qualité, et que ses bénéfices sont manifestes.
 - Ces recommandations sont donc systématiquement fortes, même si elles ne reposent pas sur des preuves directes.
- Recommandations basées sur le consensus :
 - Ce type de recommandation est formulé en l'absence de preuves scientifiques, lorsque les experts estiment qu'il s'agit de la meilleure approche.
 - Ces recommandations sont établies à l'issue d'une procédure formelle de consensus, intégrant l'expérience clinique, les savoirs pratiques et les perspectives partagées des professionnels de la santé, afin de parvenir à un avis commun.

Encadré : Aperçu des types de recommandations et leur signification.

Type de recommandation		Avantages vs inconvénients ou risques	Signification niveau de certitude des preuves	Implications
GRADE 1A	Recommandation forte, certitude élevée des preuves	Les avantages surpassent clairement les inconvénients ou les risques	Nous avons une forte confiance que l'effet réel est proche de l'effet estimé.	Recommandation forte, applicable à la majorité des patients et dans la plupart des circonstances.
GRADE 1B	Recommandation forte, certitude modérée des preuves		Nous avons une confiance modérée dans l'effet estimé. Il est probable que cet effet soit proche de l'effet réel, bien qu'une divergence significative ne puisse être exclue.	
GRADE 1C	Recommandation forte, faible certitude des preuves		Notre confiance dans l'effet estimé demeure limitée. L'effet réel pourrait s'en écarter de manière significative.	
GRADE 2A	Recommandation faible, certitude élevée des preuves	Équilibre entre avantages et inconvénients ou risques	Nous avons une forte confiance que l'effet réel est proche de l'effet estimé.	Recommandation faible, l'action la plus appropriée peut varier selon les circonstances, les caractéristiques des patients ou les valeurs sociétales.
GRADE 2B	Recommandation faible, certitude modérée des preuves		Nous avons une confiance modérée dans l'effet estimé. Il est probable que cet effet soit proche de l'effet réel, bien qu'une divergence significative ne puisse être exclue.	
GRADE 2C	Recommandation faible, faible certitude des preuves	Incertitude concernant les avantages/ inconvénients ; équilibre possible	Notre confiance dans l'effet estimé demeure limitée. L'effet réel pourrait s'en écarter de manière significative.	Recommandation faible, des alternatives peuvent être tout aussi justifiées.

Recommandation basée sur les bonnes pratiques	Recommandation forte sans preuves directes à l'appui et sans indication d'un GRADE.
Recommandation baséesur le consensus	Recommandation ne pouvant être étayée par des preuves scientifiques, élaborée sur la base d'une procédure formelle de consensus.

3. Synthèse des recommandations

Diagnostic
<i>À quoi faut-il être attentif lors de l'anamnèse et l'examen clinique d'un patient souffrant de mal de gorge aigu ?</i>
Prenez le temps durant l'anamnèse d'investiguer les idées, les préoccupations et les attentes (IPA) des (parents des) patients ainsi que les éléments d'ordre psychosocial qui peuvent les influencer (GRADE 1C: recommandation forte, preuves de faible certitude).
À travers l'anamnèse et l'examen clinique, vérifiez la présence d'une autre pathologie (notamment mononucléose, abcès péri-amygdalien), si le patient est gravement malade et/ou s'il fait partie d'un groupe à risque (recommandation basée sur le consensus).
En cas de difficultés respiratoires, évitez les tentatives ambulatoires d'examen de la gorge (recommandation basée sur le consensus).
<i>Quelle est la démarche diagnostique en cas de mal de gorge aigu ?</i>
Faites une distinction entre les formes d'angine sévères et non sévères. Les formes sévères sont la pharyngo-amygdalite chez un patient gravement malade, le phlegmon péri-amygdalien et l'épiglottite (recommandation basée sur les bonnes pratiques).
En cas de forme d'angine non sévère, déterminez s'il y a un risque accru de complications (recommandation basée sur les bonnes pratiques).
Renvoi du patient
<i>Quels sont les symptômes d'alarme en cas de mal de gorge aigu et quand faut-il réorienter le patient souffrant de mal de gorge aigu ?</i>
Orientez sans délai vers l'hôpital les patients présentant un mal de gorge associé à un stridor sévère, une insuffisance respiratoire, de graves troubles de la déglutition et/ou des signes de septicémie (recommandation basée sur le consensus).
Conseils
<i>Quels messages donner aux (parents de) patients atteints d'un mal de gorge aigu ?</i>
Informez le patient que l'instauration d'un traitement antibiotique en cas de mal de gorge aigu n'est généralement pas nécessaire (GRADE 1A: recommandation forte, preuves de certitude élevée).
Conseillez au patient de reconsulter ou de reprendre contact avec le cabinet médical en l'absence d'amélioration après environ 3 jours (recommandation basée sur le consensus).
Conseillez au patient de reconsulter ou de reprendre contact avec le cabinet médical en cas d'aggravation de l'état, en particulier en présence de raideur de la nuque, forte fièvre, sueurs nocturnes, somnolence et/ou tuméfaction unilatérale de la gorge (recommandation basée sur le consensus).
Conseillez à un patient gravement malade chez qui un traitement antibiotique a été instauré de reconsulter ou de reprendre contact avec le cabinet médical en l'absence d'amélioration après 48 heures (recommandation basée sur le consensus).
Informez les patients à qui des antibiotiques ont été prescrits, sur les effets indésirables possibles, tels que nausées, diarrhée, éruption cutanée ou démangeaisons (recommandation basée sur le consensus).
Traitement symptomatique
<i>Comment traiter efficacement les symptômes d'un mal de gorge aigu ?</i>
Prescrivez du paracétamol pour soulager les douleurs liées au mal de gorge aigu. L'ibuprofène constitue une bonne alternative, sauf chez les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées (GRADE 1A: recommandation forte, preuves de certitude élevée).
Envisagez de prescrire des corticostéroïdes pour une courte durée en cas de soulagement insuffisant de la douleur ou de mal de gorge sévère et invalidant chez l'adulte (GRADE 2C: recommandation faible, preuves de faible certitude).
Traitement par antibiotiques
<i>Quand traiter un mal de gorge aigu par antibiotiques ?</i>
Quels patients sont éligibles à un traitement antibiotique ?

L'instauration d'un traitement antibiotique en cas de mal de gorge aigu n'est généralement pas nécessaire (**GRADE 1A: recommandation forte, preuves de certitude élevée**).

Envisagez l'utilisation d'antibiotiques chez les patients gravement malades et chez les patients à risque (**GRADE 2B : recommandation faible, preuves de certitude modérée**).

Quelles sont la valeur et la place des tests rapides antigéniques strepto dans la décision de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu en première ligne de soins ?

N'utilisez pas de test antigénique rapide pour décider de prescrire un antibiotique (**recommandation basée sur les bonnes pratiques**).

Quelles sont la valeur et la place du test CRP au point de soins (POC) dans la décision de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu en première ligne de soins ?

N'utilisez pas de test CRP rapide pour décider de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu chez l'adulte (**GRADE 1C : recommandation forte, preuves de faible certitude**).

N'utilisez pas de test CRP rapide pour décider de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu chez l'enfant (**recommandation basée sur les bonnes pratiques**).

Quelle est la place de la prescription différée d'antibiotique dans la prise en charge du mal de gorge aigu ?

En cas de doutes sur l'utilité de l'antibiothérapie dans la prise en charge du mal de gorge aigu, privilégiez les explications sur l'évolution naturelle de la maladie, les conseils filets de sécurité et un traitement symptomatique adéquat, plutôt qu'une prescription différée (**GRADE 1B : recommandation forte, preuves de certitude modérée**).

Comment traiter par antibiotiques ?

Si un antibiotique est indiqué pour le mal de gorge aigu, choisissez (**recommandation basée sur les bonnes pratiques**) :

Premier choix : la phénéticilline

- Adultes et enfants > 10 ans : 500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours
- Enfants 2-10 ans : 250 mg 3 fois par jour pendant 7 jours
- Enfants <2 ans : 125 mg 3 fois par jour pendant 7 jours

Le choix antibiotique alternatif en cas d'indisponibilité de la phénéticilline ou si son coût est trop élevé :

- Le cefadroxil ou la céfalexine :
 - Adultes : 500 mg 2 fois par jour pendant 5 jours
 - Enfants : 30 mg/kg/jour en 2 prises pendant 5 jours
- L'amoxicilline :
 - Adultes et enfants > 10 ans : 500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours
 - Enfants < 10 ans : 50 mg/kg/jour en 3 prises pendant 7 jours

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline médiée par les IgE : l'azithromycine

- Adultes : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3 jours
- Enfants : 10 mg/kg par jour en 1 prise pendant 3 jours

Maux de gorge récidivants

Que faire en cas de maux de gorge aigus récidivants ?

Chez les enfants et les adultes présentant un mal de gorge aigu récidivant et léger ou modéré, nous recommandons une attitude attentiste ('watchful waiting') plutôt qu'une amygdalectomie (**GRADE 1B : recommandation forte, preuves de certitude modérée**).

Envisagez d'orienter le patient vers une amygdalectomie en présence des constatations suivantes (**GRADE 2B : recommandation faible, preuves de certitude modérée**) :

- épisodes de maux de gorge aigus attribuables à une amygdalite aiguë, ET
- épisodes de maux de gorge aigus qui rendent impossible un fonctionnement normal, ET

- au moins 7 épisodes documentés de mal de gorge aigu significatif sur le plan clinique et bien traité au cours de l'année écoulée ou 5 épisodes de ce type au cours de chacune des 2 années écoulées ou encore 3 épisodes de ce type au cours de chacune des 3 années écoulées.

4. Diagnostic

4.1 À quoi faut-il être attentif lors de l’anamnèse et l’examen clinique d’un patient souffrant de mal de gorge aigu ?

Recommandation Forte

Prenez le temps durant l'anamnèse d'investiguer les idées, les préoccupations et les attentes (IPA) des (parents des) patients ainsi que les éléments d'ordre psychosocial qui peuvent les influencer (**GRADE 1C: recommandation forte, preuves de faible certitude**).

Conseils pratiques

Les patients souffrant de mal gorge aigu peuvent se rendre chez le médecin pour différentes raisons et avec certaines attentes. Il est question d’une conjonction complexe entre les préoccupations du patient et celles du médecin, des facteurs d’ordre psychosocial et la maladie aiguë. Ceci peut avoir une influence sur les décisions prises durant la consultation. C’est pourquoi, il importe de scruter les idées, préoccupations et attentes (IPA en abrégé) du patient durant la consultation d’entrée.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques Importants bénéfices nets de l'option recommandée

La prise en compte des préoccupations et des attentes du patient est associée à un nombre réduit de nouvelles prescriptions médicamenteuses.

Qualité de l'évidence Faible

Les données disponibles proviennent exclusivement d'études observationnelles et d'analyses secondaires.

Valeurs et préférences Pas de variabilité importante attendue

Les patients apprécient généralement que les professionnels de la santé prennent en considération leurs attentes.

Ressources Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Une communication efficace, associée à une exploration des attentes, des idées et des préoccupations du patient, exige principalement du temps en début de consultation. Cependant, cette approche contribue généralement à une prise en charge mieux adaptée et une satisfaction accrue des patients.

Equité L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

L’exploration attentive des attentes, des idées et des préoccupations des patients nécessite dans certaines situations une approche adaptée, par exemple chez les personnes présentant une déficience intellectuelle, les patients allophones ou ceux issus d’un autre contexte ethnique ou culturel, mais elle demeure réalisable si l’on y accorde l’attention nécessaire.

Acceptabilité L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

L'exploration des attentes, des idées et des préoccupations des patients est généralement perçue comme utile et acceptable tant par les patients que par les médecins.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Aucune difficulté majeure n'est à prévoir. Une évaluation initiale adéquate nécessite principalement du temps et de l'attention en début de consultation.

Raison

Le groupe d'élaboration a estimé que cette recommandation est toujours valide aujourd'hui et qu'aucune mise à jour n'était nécessaire. Par conséquent, l'argumentaire ci-dessous est repris du guide de pratique précédent Mal de gorge aigu [Odeurs PH, 2017]:

Cette recommandation est reprise du guide de pratique clinique du SIGN [Sign, 2010], mais a été adaptée au contexte de médecine générale en Belgique.

Nombre d'études ont déjà fait la preuve de l'intérêt de la perspective du patient. Ainsi, on sait que les patients souffrant de maux de gorge veulent en premier lieu un examen approfondi et un produit efficace pour lutter contre la douleur [van Driel ML, 2006], [De Vocht K, 2021]. Si les médecins généralistes pensent que les patients souhaitent un antibiotique, cela peut fortement influencer leur comportement de prescription [Domen, 2025]. Il est donc d'autant plus important d'interroger explicitement les attentes réelles du patient. Il apparaît également que l'exploration approfondie des préoccupations et des attentes du patient est associée à un nombre réduit de nouvelles prescriptions de médicaments [Matthys J, 2009]. La prescription d'antibiotiques en cas de mal de gorge aigu renforce à tort la confiance des patients dans ces médicaments et augmente la probabilité qu'ils en redemandent lors d'épisodes ultérieurs [Little P, 1997].

Consensus

À travers l'anamnèse et l'examen clinique, vérifiez la présence d'une autre pathologie (notamment mononucléose, abcès péri-amygdalien), si le patient est gravement malade et/ou s'il fait partie d'un groupe à risque (**recommandation basée sur le consensus**).

Conseils pratiques

Patients à risque

Il est important d'identifier les patients à risque. Il s'agit de patients qui :

- ont un cancer et sont sous chimiothérapie ou radiothérapie ;
- ont des antécédents de rhumatisme articulaire aigu ;
- manifestent des douleurs rhumatismales aiguës ;
- présentent une immunité générale affaiblie en raison d'une infection par le VIH, de troubles immunitaires, d'asplénie, d'abus d'alcool important, de toxicomanie par voie intraveineuse, de diabète sucré ou du fait de l'utilisation d'un médicament qui affaiblit la résistance, comme des corticostéroïdes oraux, des cytostatiques, des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), des substances à effet thyrostatique, de la phénytoïne, des neuroleptiques et des immunosuppresseurs ;
- font face à une épidémie à streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A (SGA) dans une communauté fermée ;
- présentent un syndrome toxique (état pathologique grave avec forte fièvre, faible tension artérielle et symptômes gastro-intestinaux comme des vomissements et de la diarrhée) ;
- présentent des récidives de mal de gorge aigu ≥ 5 par an (deux années consécutives) ;
- présentent un risque d'endocardite, comme les personnes porteuses d'une prothèse valvulaire cardiaque (voir ESC : *Management of Endocarditis* (98) pour plus d'informations).

Cette liste n'est pas exhaustive. Sur la base des facteurs de risque, des antécédents et du tableau clinique, le médecin généraliste évalue quels sont (ou peuvent être) les patients à risque (p. ex patients diabétiques, avec insuffisance cardiaque, valvulopathie, asthme, etc.).

Il convient de faire une distinction entre les cas graves et ceux qui peuvent être traités, les cas où on peut adopter une attitude vigilante et attentive et/ou ceux où une approche symptomatique apparaît indiquée, les cas pour lesquels un examen complémentaire est nécessaire et enfin les cas qu'il faut réorienter. L'anamnèse et l'examen clinique fournissent de bonnes indications à cet égard.

Anamnèse

Durant l'anamnèse, le médecin généraliste interroge sur les éléments suivants :

- la durée de la douleur : si la douleur dure plus longtemps que trois jours (premier jour de maladie = jour 1) , la chance qu'un antibiotique agisse est faible. Un mal de gorge qui subsiste plus de 7 jours peut avoir d'autres causes (facteurs environnementaux, tabagisme) ;
- l'évolution des troubles : augmentent-ils rapidement de manière progressive ou au contraire diminuent-ils graduellement ;
- les symptômes :
 - Signes pathologiques généraux (autre sensation de maladie qu'à l'accoutumée, irritabilité,...),
 - Toux (l'absence de toux rend plus probable une infection bactérienne, mais en soi ne constitue pas un signe d'alarme ou une raison de prescrire des antibiotiques),
 - Fièvre (température $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, mesurée par voie rectale),
 - Bavement ou hypersalivation,
 - Douleur intense à la déglutition ou difficulté à ouvrir la bouche (attention : formation d'abcès (abcès péri-amygdalien),
 - Fatigue qui subsiste pendant plus de 7 jours (mononucléose infectieuse, leucémie),
 - Difficulté à respirer (épiglottite),
 - Ecoulement nasal (presque toujours viral),
 - Douleur abdominale chez l'enfant (peut indiquer une angine streptococcique),
 - Aspect toxique.
- en cas de suspicion de MST : vérifier si un contact oro-génital a eu lieu.

Examen clinique

L'examen clinique comprend :

- prise de la température (de la fièvre avec frissons peut indiquer une grave infection bactérienne), de la tension artérielle et du pouls ;
- en cas de suspicion de mononucléose infectieuse ou de leucémie : examen des glandes, du foie, de la rate ;
- inspection de la cavité buccale et du pharynx pour détecter la présence de :
 - pellicule sur les amygdales (par définition, n'indique pas une infection bactérienne), œdème péri-amygdalien, problèmes de mobilité mandibulaire (trismus),
 - phlegmon unilatéral/bilatéral (unilatéral p. ex en cas d'angine de Plaut-
 - déplacement de la luette et/ou déplacement de l'amygdale vers la région centrale (abcès),
 - érosion ou ulcération : aphtes, herpès, pharyngite uniquement et/ou inflammation des amygdales,
 - pétéchies : mononucléose infectieuse, streptocoques, staphylocoques, méningocoque.
- palpation du cou pour détecter la présence de :
 - glandes enflées et/ou sensibles à la palpation dans le cou,
 - tuméfaction des ganglions lymphatiques à d'autres endroits que dans la région sous-mandibulaire (peut indiquer une mononucléose),
 - tuméfaction douloureuse de la glande thyroïde (peut suggérer une thyroïdite subaiguë),
 - autres foyers infectieux : sinus, oreilles, dents, voies respiratoires inférieures.
- inspection de la peau :
 - pâleur péri-buccale, amygdales rouges cerise, langue framboisée, exanthème et signe de Pastia (stries rougeâtres au niveau des aines et des plis des aisselles) peuvent indiquer une scarlatine,
 - en cas de suspicion de mononucléose infectieuse ou de leucémie, il est indiqué d'examiner plus en détail les glandes, le foie et la rate,
 - coloration de la peau (cyanose ?),
 - pétéchies pour les patients gravement malades.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Une anamnèse approfondie et un examen clinique offrent des éléments essentiels lors de l'établissement d'un diagnostic différentiel et pour déterminer si le patient appartient à un groupe à risque.

Qualité de l'évidence

Recommandation fondée sur le consensus. La littérature ne permet pas d'étayer les éléments à aborder lors de l'anamnèse ni sur le contenu de l'examen clinique.

Valeurs et préférences

Pas de variabilité importante attendue

Les patients s'attendent à un examen clinique permettant d'identifier la cause et de clarifier l'évolution du mal de gorge aigu (84).

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Une anamnèse et un examen clinique en cas de mal de gorge aigu sont faciles à réaliser en médecine de première ligne.

Raison

Le groupe d'élaboration a estimé que cette question et les recommandations qui y répondent sont toujours valides aujourd'hui et qu'aucune mise à jour n'était pas nécessaire. Par conséquent, l'argumentaire ci-dessous est repris du guide de pratique précédent Mal de gorge aigu [Odeurs PH, 2017].

Cette recommandation est reprise du guide de pratique clinique du SIGN [Sign, 2010], mais a été adapté au contexte de médecine générale en Belgique.

La littérature scientifique ne propose pas de données probantes s'agissant des éléments à demander durant l'anamnèse et non plus en ce qui concerne le contenu de l'examen clinique. C'est la raison pour laquelle nous avons formulé une recommandation fondée sur le consensus, validée par une procédure Delphi en deux tours, en nous appuyant sur les recommandations relatives à ce sujet, issues des sources suivantes : le guide de pratique clinique précédent de 2017 et [Dagnelie CF, 2015].

Consensus

En cas de difficultés respiratoires, évitez les tentatives ambulatoires d'examen de la gorge (**recommandation basée sur le consensus**).

Conseils pratiques

Un stridor inspiratoire et des difficultés respiratoires peuvent indiquer une obstruction des voies respiratoires supérieures consécutive d'une épiglottite. Soyez prudent et n'introduisez pas trop profondément la spatule, car dans pareil cas il se peut que l'épiglotte ferme subitement les voies respiratoires. Orientez le patient sans délai vers l'hôpital.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

La prudence nécessaire consistant à ne pas réaliser d'examen avec la spatule présente plus d'avantages que d'inconvénients.

Qualité de l'évidence

Recommandation fondée sur le consensus. Aucune étude n'a été identifiée concernant les risques liés à l'usage de la spatule en cas de suspicion d'épiglottite.

Valeurs et préférences

Pas de variabilité importante attendue

Les patients s'attendent à un examen clinique qui leur apporte de la clarté sur la cause et l'évolution de la douleur aiguë à la gorge (83). Il est important d'expliquer au patient pourquoi aucun examen de la gorge n'est réalisé en cas de difficultés respiratoires.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

En cas de suspicion d'épiglottite, la majorité des médecins jugent acceptable d'éviter l'examen avec la spatule, en particulier chez les enfants.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Raison

Le groupe d'élaboration a estimé que cette question et les recommandations qui y répondent sont toujours valides aujourd'hui et qu'aucune mise à jour n'était pas nécessaire. Par conséquent, l'argumentaire ci-dessous est repris du guide de pratique précédent Mal de gorge aigu [Odeurs PH, 2017]. Aucune étude n'a été identifiée évaluant le risque lié à l'usage de la spatule lors d'un soupçon d'épiglottite. Traditionnellement, cette pratique est déconseillée chez les enfants, en raison de leur anatomie particulière et du risque théorique d'aggravation de l'œdème de l'épiglotte, soit par manipulation directe de l'épiglotte, soit par déclenchement du réflexe de vomissement.

Cette recommandation repose sur le guide de pratique clinique du SIGN [SIGN, 2010] assorti d'un commentaire tiré du guide de pratique clinique de la NHG [Dagnelie CF, 2015]. Son applicabilité en médecine générale a été testée via une procédure de consensus Delphi en deux tours de table auprès de médecins généralistes et de pédiatres.

4.2 Quelle est la démarche diagnostique en cas de mal de gorge aigu ?

Practice Statement

Faites une distinction entre les formes d'angine sévères et non sévères. Les formes sévères sont la pharyngo-amygdalite chez un patient gravement malade, le phlegmon péri-amygdalien et l'épiglottite (**recommandation basée sur les bonnes pratiques**).

Conseils pratiques

Le médecin généraliste fait une distinction entre des formes sévères et non sévères d'une angine ; c'est en effet cette distinction qui déterminera s'il faut initier un traitement antibiotique.

Le médecin généraliste jugera un patient comme étant **gravement malade** s'il a un pressentiment négatif [Stolper E, 2009] sur la base de symptômes pathologiques généraux (fièvre $\geq 38,5$ °C, malaise important, alitement), d'une évolution anormale de la maladie et/ou d'une combinaison de troubles graves et de constats à l'examen physique (comme des problèmes de mobilité mandibulaire, des troubles de la déglutition et salivation/sialorrhée).

Le médecin généraliste soupçonnera un **phlegmon péri-amygdalien** en présence de symptômes unilatéraux, comme une déviation de la position de l'arc pharyngien antérieur, une déviation de la luette vers le côté sain ou le déplacement de l'amygdale vers le bas ou le milieu en raison du gonflement, avec éventuellement douleur irradiante vers l'oreille ipsilatérale, graves troubles de la déglutition, salivation due à des problèmes pour avaler, blocage mandibulaire, tuméfaction des ganglions lymphatiques dans le cou et altération de la voix. Un phlegmon péri amygdalien est préalable à un abcès péri-amygdalien ; les symptômes sont en principe comparables à ceux d'un abcès (voir question 5). Il est donc également

possible de penser à d'autres infections profondes du cou, lesquelles peuvent survenir comme complications d'une pharyngo-amygdalite (abcès parapharyngé, abcès rétropharyngé, syndrome de Lemierre, tableau clinique de sepsis.

Il convient de ne pas écarter la possibilité d'une **épiglottite** :

- chez les patients qui font de la fièvre, ont mal de gorge et présentent une anamnèse typique avec douleur aiguë et rapidement progressive, douleur pour déglutir, altération de la voix, salivation, ou avec une anamnèse moins typique en cas de discordance entre la gravité des troubles et un examen de la gorge peu altéré.
- en cas de signaux d'une obstruction des voies respiratoires supérieures (utilisation de muscles auxiliaires de la respiration, respiration nasale, stridor inspiratoire, position du trépied (le patient est assis avec la tête penchée en avant et la langue sortie, pour que la salive puisse sortir, parfois en s'appuyant sur les deux bras)) et mal de gorge ;
- en cas de douleur à la palpation du larynx et des ganglions lymphatiques tuméfiés.

Chez l'enfant, le tableau classique d'une épiglottite œdémateuse est une tuméfaction rouge cerise, ce qui confirme d'ailleurs le diagnostic d'épiglottite. Chez l'adulte, l'épiglotte n'est pas visible. La sensation d'avoir quelque chose à avaler peut aussi indiquer une tuméfaction de l'épiglotte.

Le risque de complications est évalué sur la base de l'anamnèse (voir section 4.1.)

Preuve à la décision

Bénéfices et risques	Importants bénéfices nets de l'option recommandée
	La démarche visant à exclure une pathologie sévère est cruciale pour prévenir les complications et limiter les conséquences négatives pour le patient.
Qualité de l'évidence	Il existe des données indirectes concernant la présence de certains symptômes associées à des affections graves, notamment l'épiglottite aiguë.
Valeurs et préférences	Pas de variabilité importante attendue
	Tous les patients s'attendent à un examen complémentaire permettant de distinguer les formes sévères des formes non sévères de mal de gorge aigu.
Ressources	Aucun problème important identifié avec l'option recommandée
	Il s'agit principalement de la contribution de l'anamnèse et de l'examen clinique. Aucun impact sur les coûts n'est donc attendu.
Equité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur
	Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.
Acceptabilité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur
	Les patients s'attendent à un examen clinique permettant d'identifier la cause et de clarifier l'évolution du mal de gorge aigu (83).
Faisabilité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence la mise en œuvre.

Raison

Le groupe d'élaboration a estimé que cette question et les recommandations qui y répondent sont toujours valides aujourd'hui et qu'aucune mise à jour n'était pas nécessaire. Par conséquent, l'argumentaire ci-dessous est repris du guide de pratique précédent Mal de gorge aigu [Odeurs PH, 2017]:

À l'origine d'une épiglottite aiguë figure en général une bactérie, dont *H. influenzae* type b est la plus sévère. Les infections par d'autres bactéries, comme les streptocoques, ont une évolution plus lente, ne se limitent pas à l'épiglotte et entraînent moins de risques de fermeture des voies respiratoires. Après la mise en circulation de la vaccination contre *Haemophilus influenzae type b (Hib)*, l'incidence de l'épiglottite a diminué ; le diagnostic d'épiglottite est désormais posé relativement plus souvent chez l'adulte, et la pathologie est donc fréquemment due à d'autres germes comme *S. pyogenes*. Au niveau mondial, il s'avère que l'incidence de l'épiglottite chez l'adulte est en hausse, avec actuellement environ 3 cas pour 100 000 adultes [Berger G, 2003]. La prévalence des symptômes est la suivante : mal de gorge (89 % chez l'adulte et 50 % chez l'enfant), douleur à la déglutition (82 % chez l'adulte et 26 % chez l'enfant), enrouement (79 % chez l'adulte et 79 % chez l'enfant), fièvre (26 % chez l'adulte et 57 % chez l'enfant), salivation (22 % chez l'adulte et 38 % chez l'enfant), lymphadénopathie cervicale (55 % chez l'adulte et 50 % chez l'enfant), stridor inspiratoire (27 % chez l'adulte et 80 % chez l'enfant), dyspnée (37 % chez l'adulte et 80 % chez l'enfant), douleur à la palpation du larynx (79 % chez l'adulte et 38 % chez l'enfant), toux légère (15 % chez l'adulte et 30 % chez l'enfant) et une position du trépied, c.-à-d. être assis tout en s'appuyant vers l'avant, avec la langue sortie et la tête vers l'avant (pourcentages inconnus) [de Saint Aulaire C, 2008].

En plus des données indirectes concernant la présentation des symptômes en cas d'épiglottite, il n'existe pas d'étude prospective sur la valeur prédictive des symptômes cliniques et leurs issues pour la poursuite de la prise en charge et du traitement. Il n'est donc pas possible de poser des critères diagnostiques exacts pour un « patient gravement malade ». C'est la raison pour laquelle les recommandations reposent sur un consensus. Les recommandations se basent sur le guide de pratique clinique de la NHG [Dagnelie CF, 2015] et ont été présentées à des médecins et pédiatres pour consensus.

Practice Statement

En cas de forme d'angine non sévère, déterminez s'il y a un risque accru de complications (**recommandation basée sur les bonnes pratiques**).

Conseils pratiques

Le médecin généraliste évalue, sur la base des facteurs de risque, des antécédents médicaux et du tableau clinique, quels patients présentent un risque accru (par exemple, les patients atteints de diabète, d'insuffisance cardiaque, de valvulopathies, d'asthme, etc.) (*voir également la liste des patients présentant des facteurs de risque particuliers dans la section 4.1.*).

Preuve à la décision

Bénéfices et risques	Importants bénéfices nets de l'option recommandée L'exclusion des risques de complications est essentielle pour éviter des répercussions supplémentaires ou des conséquences négatives pour le patient.
Qualité de l'évidence	Il existe des preuves indirectes concernant la valeur prédictive et diagnostique des symptômes, des signes cliniques, de la culture pharyngée, du test de détection d'antigènes et de la CRP dans l'évaluation du risque de complications possibles en cas de mal de gorge aigu.
Valeurs et préférences	Pas de variabilité importante attendue Les patients s'attendent à ce que le médecin généraliste identifie la cause de leur mal de gorge aigu et leur apporte des éclaircissements sur son évolution (84).
Ressources	Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Il s'agit principalement de la contribution de l'anamnèse et de l'examen clinique. Aucun impact sur les coûts n'est donc attendu.

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Les patients s'attendent à un examen clinique permettant d'identifier la cause et de clarifier l'évolution du mal de gorge aigu (83).

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Aucun impact sur la faisabilité de cette recommandation n'est attendu.

Raison

Le groupe d'élaboration a estimé que cette question et les recommandations qui y répondent sont toujours valides aujourd'hui et qu'aucune mise à jour n'était pas nécessaire. Par conséquent, l'argumentaire ci-dessous est repris du guide de pratique précédent Mal de gorge aigu [Odeurs PH, 2017] :

La recommandation se base sur le guide de pratique clinique de la NHG [Dagnelie CF, 2015] et sur des données indirectes concernant la valeur prédictive et diagnostique limitée de la culture pharyngée, du test de détection antigénique et de la CRP dans l'évaluation des complications possibles en cas de mal de gorge aigu. La recommandation a été présentée à des médecins et pédiatres pour consensus.

Comme nous l'avons déjà dit, il ne s'agit pas de faire une distinction entre des infections bactériennes et virales, mais plutôt entre des patients avec et sans risque de complications. Alors il n'est pas cliniquement pertinent d'établir un diagnostic plus poussé par rapport à une angine à SGA. De surcroît, il n'y a pas de test idéal pour poser le diagnostic d'angine à SGA. Les critères de Centor (amygdales enflammées avec exsudat, adénopathies cervicales douloureuses, fièvre >38°C et absence de toux) [Centor RM, 1987], ainsi que le score de McIsaac modifié [McIsaac WJ, 1998], ne permettent de prédire la présence d'une infection à streptocoque du groupe A (GAS) qu'avec une fiabilité modérée, notamment dans les contextes de faible prévalence des infections streptococciques, tels que les soins de première ligne [Fine AM, 2012], [Aalbers J, 2011]. La valeur diagnostique de la culture pharyngée reste limitée. Elle présente l'inconvénient de nécessiter plusieurs jours avant que les résultats soient disponibles, alors qu'un traitement antibiotique rapide est requis pour garantir une efficacité thérapeutique. Le test antigénique rapide pour le streptocoque (streptest) n'est pas adapté à l'évaluation du risque de complications en cas de mal de gorge aigu, en raison de sa sensibilité limitée (entraînant un nombre élevé de faux négatifs) et d'un rapport coût-efficacité jugé insuffisant [Fraser H, 2020], [Cohen JF, 2016]. Par ailleurs, une CRP élevée n'est pas corrélée à une infection à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (GABHS), ce qui limite l'utilité de ce test pour différencier une angine à GABHS des autres étiologies du mal de gorge aigu [Calvino O, 2014].

Par conséquent, et comme indiqué également dans le guide de pratique clinique du NHG [Calvino O, 2014], l'évaluation du risque de complications repose exclusivement sur l'analyse des facteurs de risque identifiés, des antécédents médicaux et du tableau clinique. L'anamnèse et l'examen clinique du patient présentant un mal de gorge aigu jouent un rôle central dans cette démarche, comme le précise la deuxième recommandation de la section 4.1 ainsi que les explications qui l'accompagnent.

5. Renvoi du patient

5.1 Quels sont les symptômes d'alarme en cas de mal de gorge aigu et quand faut-il réorienter le patient souffrant de mal de gorge aigu ?

Consensus

Orientez sans délai vers l'hôpital les patients présentant un mal de gorge associé à un stridor sévère, une insuffisance respiratoire, de graves troubles de la déglutition et/ou des signes de septicémie (**recommandation basée sur le consensus**).

Conseils pratiques

Il est indispensable d'orienter vers l'hôpital les patients souffrant de mal de gorge aigu ET présentant un stridor, une insuffisance respiratoire (rétractions thoraciques, tachypnée, cyanose, dyspnée sévère, utilisation des muscles respiratoires accessoires) ou trouble sévère de la déglutition. Par les termes « graves troubles de la déglutition », nous entendons « **l'incapacité de fait à déglutir** », et pas uniquement les douleurs ressenties à la déglutition. Si ces patients présentent en outre les caractéristiques typiques d'un phlegmon péri-amygdalien (symptômes unilatéraux, comme une déviation de la position de l'arc pharyngien antérieur, une déviation de la luette ou le déplacement de l'amygdale, des graves troubles de la déglutition, blocage mandibulaire, la tuméfaction des ganglions lymphatiques dans le cou et altération de la voix), celles-ci peuvent indiquer un abcès péri-amygdalien, qui peut nécessiter un drainage et des antibiotiques parentéraux.

Le médecin doit rester vigilant face à des signes évocateurs d'une infection systémique (septicémie), tels que la tachypnée, l'hypotension ou la confusion, nécessitant une orientation urgente vers l'hôpital.

Un stridor inspiratoire et des difficultés respiratoires peuvent en outre indiquer une obstruction des voies respiratoires supérieures consécutive d'une épiglottite. Soyez prudent et n'introduisez pas trop profondément la spatule, car dans pareil cas il se peut que l'épiglotte ferme subitement les voies respiratoires. Aucune étude n'a été trouvée concernant le risque d'un examen avec une spatule en cas de suspicion d'épiglottite chez les enfants. Un tel examen est toujours déconseillé chez l'enfant. En raison d'une anatomie différente, il existe théoriquement un risque accru d'aggravation de l'œdème de l'épiglotte lors de la manipulation de celle-ci ou de la stimulation du réflexe nauséeux.

Les jeunes adultes atteints de mononucléose infectieuse peuvent aussi présenter de graves troubles de la déglutition, ce qui peut donner lieu à une hospitalisation.

Les patients avec une grave amygdalite non compliquée associée à de la dysphagie et de la déshydratation doivent être potentiellement envoyés à l'hôpital.

Le seuil pour réorienter des patients à risque (*voir supra*) peut être moins élevé. En cas de suspicion de méningite avec symptômes associés comme des pétéchies, une hospitalisation est indiquée. En cas de tableau ou d'évolution atypique, le médecin généraliste doit être suffisamment vigilant et réorienter le patient.

Chez un patient avec un soupçon d'épiglottite, des signes clairs d'une obstruction des voies respiratoires supérieures, de cyanose et qui est inconscient, une cricothyroïdectomie réalisée par un personnel expérimenté peut lui sauver la vie. En médecine générale, le médecin traitant peut, outre l'appel aux services d'urgence, pratiquer une cricothyroïdectomie à l'aiguille. L'évolution d'une obstruction totale due à une épiglottite est extrêmement rapide : le patient devient immédiatement agité, porte les mains à sa gorge et ne peut plus parler ni respirer. Après 30 à 90 secondes, une cyanose apparaît ; après 60 à 120 secondes, une hypertension survient ; entre 60 et 180 secondes, des convulsions apparaissent et le patient perd connaissance ; après 120 secondes, les pupilles deviennent fixes et fortement dilatées ; et après 180 secondes, une bradycardie et une hypotension s'installent, suivies d'un arrêt circulatoire [Sign, 2010].

Une coniotomie ne doit être pratiquée qu'en dernier recours chez un patient suspecté d'épiglottite avec obstruction des voies respiratoires supérieures, lorsque toutes les autres tentatives de soutien respiratoire ont échoué ou sont impossibles, et que le patient a perdu connaissance [de Koning Gans JMM, 2010].

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Les patients présentant un stridor, une insuffisance respiratoire et/ou incapacité de déglutition nécessitent une prise en charge spécialisée et doivent donc être orientés vers l'hôpital. Le fait de ne pas orienter ces patients peut entraîner des complications potentiellement fatales.

Qualité de l'évidence	Cette recommandation est fondée sur un consensus formel obtenu par le biais d'une procédure Delphi.
Valeurs et préférences	Pas de variabilité importante attendue Aucune variation significative n'est à prévoir dans les préférences des patients. Les personnes présentant des symptômes graves, susceptibles de mettre leur vie en danger, recherchent une prise en charge rapide et optimale.
Ressources	Aucun problème important identifié avec l'option recommandée
Equité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.
Acceptabilité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur L'orientation immédiate en présence de symptômes potentiellement mortels relève des responsabilités de la pratique de soins de première ligne.
Faisabilité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur L'orientation immédiate en présence de symptômes potentiellement mortels relève des responsabilités de la pratique de soins de première ligne.

Raison

Cette recommandation basée sur le consensus a été élaborée sur la base du guide de pratique du SIGN [SIGN, 2010] et des explications issues du guide de la NHG [Dagnelie CF, 2015]. Elle a ensuite été soumise pour approbation à un panel d'experts et de parties prenantes via une procédure de consensus Delphi en 2 tours.

6. Conseils

6.1 Quels messages donner aux (parents de) patients atteints d'un mal de gorge aigu ?

Recommandation Forte

Informez le patient que l'instauration d'un traitement antibiotique en cas de mal de gorge aigu n'est généralement pas nécessaire (**GRADE 1A: recommandation forte, preuves de certitude élevée**).

Conseils pratiques

Chez les patients qui consultent pour un mal de gorge aigu, il est important de bien les informer sur l'utilité et les effets limités des antibiotiques. Initier des antibiotiques n'a pas de sens parce qu'ils ont peu d'effet sur la durée des troubles et des symptômes. Ils ne peuvent pas non plus prévenir le rhumatisme aigu, la glomérulonéphrite post-streptococcique, les complications locales et les infections récurrentes. En donnant ces informations, cherchez à faire le lien avec les idées, préoccupations et attentes (IPA) du patient.

Contenu de l'information à transmettre au patient (4) :

- Expliquez que le mal de gorge est souvent gênant mais bénin, et qu'il disparaît spontanément en 7 à 10 jours.
- Expliquez que la douleur peut être soulagée par des mesures non médicamenteuses (boire suffisamment, consommer des boissons chaudes ou froides, sucer des pastilles ou des bonbons, privilégier une alimentation douce et se reposer suffisamment, ...) ou par des anti-douleurs.
- Informez que les antibiotiques sont déconseillés et donnez des explications à ce sujet : de nombreux patients acceptent de ne pas prendre d'antibiotiques s'ils sont bien informés et rassurés.
- Conseillez au patient de reprendre contact si le mal de gorge persiste au-delà de 10 jours ou si son état s'aggrave (voir les recommandations de la section 6.1 concernant les signes d'alarme et les conseils pratiques).
- Une amygdalectomie antérieure ne modifie pas la prise en charge du mal de gorge aigu.
- Expliquez que :
 - En cas d'infection virale, qui est dans la majorité des cas la cause du mal de gorge aigu, les antibiotiques sont inutiles ;
 - Même en cas d'origine bactérienne, le mal de gorge aigu guérit presque toujours spontanément ;
 - L'anamnèse et l'examen clinique ne permettent pas de confirmer avec certitude une origine bactérienne ;
 - Les antibiotiques réduisent la durée des symptômes de seulement une demi-journée en moyenne ;
 - Les antibiotiques présentent des inconvénients : risque d'effets indésirables, réactions allergiques et développement de résistances, ce qui peut limiter leur efficacité future.
 - Les complications du mal de gorge sont rares, et les antibiotiques ont peu d'impact sur leur prévention.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Les antibiotiques ne raccourcissent la durée de la maladie que dans les infections à streptocoques, à condition d'être débutés dans les 2 jours suivant les premiers symptômes. Dans ce cas, la durée de la maladie peut être réduite de 1 à 2 jours (25). Toutefois, d'autres études n'ont trouvé aucune différence significative (26).

Il n'existe aucune preuve convaincante que le traitement systématique des maux de gorge par la pénicilline prévient l'apparition du rhumatisme aigu ou de la glomérulonéphrite post-streptococcique aiguë (27),(28).

Le Number Needed to Treat (NNT) pour prévenir les complications purulentes telles qu'un phlegmon ou un abcès péri-amygdalien est supérieur à 150. Pour l'otite moyenne aiguë ou la sinusite, le NNT est encore plus élevé (24).

Qualité de l'évidence

Elevée

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

En ce qui concerne l'utilisation des antibiotiques en cas de mal de gorge, il est établi que les patients qui s'attendent à recevoir un antibiotique souhaitent avant tout un examen approfondi et un soulagement efficace de la douleur (12),(84). Certains patients s'attendent à ce que les antibiotiques soient également efficaces pour soulager la

douleur (101). Lorsque les médecins généralistes pensent que les patients demanderont un antibiotique, cela influence fortement leur comportement de prescription (83). Il est donc d'autant plus important d'explorer explicitement les attentes réelles du patient. Il apparaît également qu'une exploration approfondie des préoccupations et des attentes du patient est associée à un nombre réduit de nouvelles prescriptions médicamenteuses (11).

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Raison

Une angine connaît une évolution naturelle favorable avec guérison spontanée dans les 7 jours, même lorsqu'elle est due à des streptocoques [Zwart S, 2000]. Ce n'est qu'en cas d'infections streptococciques que des antibiotiques, initiés dans les deux jours qui suivent le début des troubles, peuvent raccourcir la durée de l'affection d'un à deux jours [Zwart S, 2000]. En revanche, d'autres études n'ont pas décelé de différence [Leelarasamee A, 2000].

La principale raison qui justifie de prescrire des antibiotiques pour un mal de gorge aigu dû à des streptocoques est la prévention de douleurs rhumatismales aiguës. Toutefois, l'incidence des douleurs rhumatismales aiguës est peu élevée et il n'existe pas de données probantes postulant que le traitement de routine du mal de gorge par de la pénicilline puisse prévenir le développement d'un rhumatisme aigu [Howie JG, 1985]. Cela vaut également pour la prévention de la glomérulonéphrite post-streptococcique aiguë [Taylor JL, 1983].

Les complications purulentes sont un phlegmon et un abcès péri-amygdaliens, une otite moyenne et une sinusite. Prescrire un antibiotique pour prévenir ces complications chez tous les patients souffrant de mal de gorge aigu apparaît peu judicieux. Le Number Needed to Treat (NNT) pour prévenir grâce à un antibiotique un abcès supplémentaire chez les patients qui viennent en consultation pour un mal de gorge aigu (par rapport à une temporisation dans la prise en charge) est supérieur à 150. Le NNT pour prévenir l'otite moyenne aiguë et la sinusite est encore plus élevé ; les deux affections guérissant en principe spontanément [Zwart S, 2000].

Consensus

Conseillez au patient de reconsulter ou de reprendre contact avec le cabinet médical en l'absence d'amélioration après environ 3 jours (**recommandation basée sur le consensus**).

Conseils pratiques

Lorsqu'un patient souffrant de mal de gorge aigu ne présente aucune amélioration (même minimale) après 3 jours de traitement symptomatique, il convient de prévoir une consultation de suivi. Celle-ci permet d'évaluer l'apparition éventuelle de complications et, si nécessaire, de réévaluer le diagnostic différentiel.

Un bilan sanguin avec contrôle des paramètres infectieux et/ou une sérologie Epstein-Barr (EBV) s'impose chez les patients suivants, afin d'exclure une immunodéficience, une leucémie ou une infection à EBV ou d'identifier une cause possible des symptômes :

- patients présentant un mal de gorge qui ne s'améliore pas après 2 semaines ;
- patients présentant un mal de gorge persistant après 10 jours, accompagné d'une tuméfaction ganglionnaire importante, d'érosions ou d'ulcérations ;
- patients dont les symptômes s'aggravent après 1 semaine.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Le mal de gorge aigu est généralement une affection auto-limitée qui ne nécessite qu'un traitement symptomatique. Chez un patient qui ne présente pas de signes de gravité, il est en général suffisant de laisser évoluer naturellement la maladie.

En l'absence d'amélioration après 3 jours, une réévaluation est indiquée. Cette approche favorise une reconnaissance précoce des complications et renforce le suivi, tout en évitant des interventions inutiles en cas de symptômes bénins.

Qualité de l'évidence

Cette recommandation est fondée sur un consensus formel obtenu à travers une procédure Delphi.

Valeurs et préférences

Pas de variabilité importante attendue

Aucune variation significative des préférences des patients n'est à prévoir.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Équité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Seule une minorité de patients souffrant de mal de gorge aigu nécessitera une consultation de suivi, la majorité évoluant favorablement dans les 3 jours.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Seule une minorité de patients souffrant de mal de gorge aigu nécessitera une consultation de suivi, la majorité évoluant favorablement dans les 3 jours.

Raison

Cette recommandation repose sur l'avis d'experts et a été élaborée selon une procédure formelle de consensus Delphi.

Consensus

Conseillez au patient de reconsulter ou de reprendre contact avec le cabinet médical en cas d'aggravation de l'état, en particulier en présence de raideur de la nuque, forte fièvre, sueurs nocturnes, somnolence et/ou tuméfaction unilatérale de la gorge (**recommandation basée sur le consensus**).

Conseils pratiques

Lorsqu'un patient souffrant de mal de gorge aigu qui, traité de manière symptomatique présente une aggravation manifeste de son état après évaluation par le médecin (généraliste), une consultation de suivi est indiquée. Une aggravation de l'état du patient peut révéler une complication, dont la probabilité est faible mais non négligeable. Les facteurs de risque incluent notamment : raideur cervicale, fièvre élevée, sueurs nocturnes, somnolence et/ou tuméfaction unilatérale de la gorge.

Il est important de rester vigilant face aux complications possibles liées au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (GABHS), mais également à celles causées par d'autres agents pathogènes. Le syndrome de Lemierre, autrefois appelé « la maladie oubliée », en est un exemple [Centor RM, 2009]. Ce syndrome est généralement provoqué par *Fusobacterium necrophorum*, un anaérobie commensal qui, à la suite d'une infection oropharyngée récente, peut migrer vers les tissus cervicaux, muscles, nerfs et vaisseaux sanguins, entraînant douleurs cervicales, dysphagie et thromboses des veines jugulaires internes [Centor RM, 2011],[Karkos PD, 2009].

Au cours des 20 dernières années, l'incidence du syndrome de Lemierre a connu une augmentation. Une étude transversale menée aux Etats-Unis de 2015 [Centor RM, 2015] a révélé que la prévalence de *Fusobacterium necrophorum* chez les étudiants âgés de 15 à 30 ans est supérieure à celle du GABHS. Toutefois, en raison des limites méthodologiques de cette étude, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Des symptômes d'alarme tels que la raideur cervicale, fièvre élevée, sueurs nocturnes, somnolence et/ou une tuméfaction unilatérale de la gorge peuvent suggérer une affection grave. Une consultation de suivi immédiate permet d'exclure des complications potentiellement vitales et augmente la probabilité d'une intervention rapide et appropriée.

Qualité de l'évidence

Cette recommandation est fondée sur un consensus formel obtenu à travers une procédure Delphi.

Valeurs et préférences

Pas de variabilité importante attendue

Aucune variation significative des préférences des patients n'est à prévoir.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il incombe aux soins de première ligne d'assurer une accessibilité suffisante pour les patients présentant des signes de maladie grave.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il incombe aux soins de première ligne d'assurer une accessibilité suffisante pour les patients présentant des signes de maladie grave.

Raison

Cette recommandation repose sur l'avis d'experts et a été élaborée selon une procédure formelle de consensus Delphi.

Consensus

Conseillez à un patient gravement malade chez qui un traitement antibiotique a été instauré de reconsulter ou de reprendre contact avec le cabinet médical en l'absence d'amélioration après 48 heures (**recommandation basée sur le consensus**).

Conseils pratiques

Il est important d’informer le patient qu’une réévaluation doit avoir lieu 48 heures après le début du traitement antibiotique si les symptômes ne montrent aucune amélioration. Le patient est en effet gravement malade, et il a été estimé que l’absence de traitement antibiotique pourrait présenter un risque pour sa santé. Invitez le patient à prendre contact avec vous, le cabinet médical ou, si nécessaire, le poste de garde.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques	Importants bénéfices nets de l'option recommandée
	Les antibiotiques étant généralement prescrits uniquement chez les patients gravement malades souffrant de maux de gorge, pour lesquels une infection bactérienne compliquée est envisagée, une réévaluation clinique s'impose en l'absence d'amélioration dans les 48 heures. Cela permet d'ajuster la prise en charge en temps opportun, si nécessaire.
Qualité de l'évidence	Cette recommandation est fondée sur un consensus formel obtenu à travers une procédure Delphi.
Valeurs et préférences	Pas de variabilité importante attendue
	Aucune variation significative des préférences des patients n'est à prévoir.
Ressources	Aucun problème important identifié avec l'option recommandée
Equité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur
	Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.
Acceptabilité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur
	Il incombe aux soins de première ligne d'assurer une accessibilité suffisante pour les patients gravement malades et de garantir un suivi approprié.
Faisabilité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur
	Il incombe aux soins de première ligne d'assurer une accessibilité suffisante pour les patients gravement malades et de garantir un suivi approprié.

Raison

Cette recommandation repose sur l’avis d’experts et a été élaborée selon une procédure formelle de consensus Delphi.

Consensus

Informez les patients à qui des antibiotiques ont été prescrits, sur les effets indésirables possibles, tels que nausées, diarrhée, éruption cutanée ou démangeaisons) (**recommandation basée sur le consensus**).

Conseils pratiques

Informez le patient sur les effets indésirables potentiels de l’antibiotique prescrit fait partie intégrante d’une prise en charge de qualité et présente plusieurs avantages :

- **Meilleure observance du traitement :**

- En expliquant que certains effets indésirables légers, comme une diarrhée modérée ou des nausées, sont généralement bénins et transitoires, le patient comprend mieux l'importance de suivre le traitement jusqu'au bout.
- Donnez également des conseils pratiques pour soulager ces symptômes.
- **Reconnaissance précoce des réactions allergiques :**
 - Une communication transparente aide le patient à identifier et signaler rapidement des réactions allergiques (potentiellement graves), telles qu'une éruption cutanée ou des démangeaisons.
- **Utilisation correcte du médicament :**
 - Les conseils généraux (comme la prise avec ou sans nourriture) sont mieux suivis lorsqu'ils sont clairement expliqués.
- **Renforcement de la relation soignant-patient :**
 - Une discussion ouverte sur les effets indésirables favorise la confiance et améliore la qualité de la relation thérapeutique.

Attention à l'effet nocebo: un focus trop prononcé sur les effets indésirables peut provoquer des plaintes subjectives ou générer de l'anxiété. Ce risque peut être atténué en :

- fournissant des informations sur la **fréquence** des effets (ex. : *"environ 1 personne sur 10 se plaint d'une diarrhée légère"*)
- précisant la **gravité** des symptômes (ex. : *"généralement bénins et transitoires"*)

La fourniture d'information sur les effets indésirables des antibiotiques est une responsabilité partagée entre le médecin, le pharmacien (ou leurs assistants) et les infirmières.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques	Importants bénéfices nets de l'option recommandée
	Grâce à une communication ciblée et adaptée au patient, visant également à limiter le risque d'effet nocebo, les avantages de la fourniture d'informations sur les effets indésirables l'emportent largement sur les inconvénients potentiels.
Qualité de l'évidence	Cette recommandation est fondée sur un consensus formel obtenu à travers une procédure Delphi.
Valeurs et préférences	Pas de variabilité importante attendue
	Aucune variation significative des préférences des patients n'est à prévoir.
Ressources	Aucun problème important identifié avec l'option recommandée
Equité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur
	Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.
Acceptabilité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur
	La fourniture d'informations sur les effets indésirables des médicaments fait partie des responsabilités partagées entre le médecin et le pharmacien, ou leurs assistants.
Faisabilité	L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

La fourniture d'informations orales sur les effets indésirables potentiels des médicaments demande du temps. Pour garantir que les patients reçoivent les informations nécessaires sans que cela ne représente une charge excessive pour le professionnel de la santé, il est possible d'utiliser des brochures explicatives adaptées au patient, à remettre au patient ou à référencer lors de la consultation.

Raison

Cette recommandation repose sur l'avis d'experts et a été élaborée selon une procédure formelle de consensus Delphi.

7. Traitement symptomatique

7.1 Comment traiter efficacement les symptômes d'un mal de gorge aigu ?

Recommandation Forte

Prescrivez du paracétamol pour soulager les douleurs liées au mal de gorge aigu. L'ibuprofène constitue une bonne alternative, sauf chez les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées (**GRADE 1A: recommandation forte, preuves de certitude élevée**).

Conseils pratiques

Tant le paracétamol que l'ibuprofène aident à réduire les symptômes comme la fièvre, les céphalées et le mal de gorge chez les adultes et les enfants souffrant de mal de gorge aigu.

Compte tenu des risques et des bénéfices, le paracétamol constitue le premier choix [CBIP] chez un enfant fébrile (ou souffrant de douleur). Il est très important de respecter la bonne dose de paracétamol avec un intervalle d'au moins 4 heures entre deux administrations. La voie d'administration orale est à privilégier sur la voie rectale, en raison d'une résolution meilleure, plus rapide et plus prévisible.

Tableau : doses initiales et maximales des analgésiques dans la douleur et la fièvre.

Produit	Dose initiale	Dose maximale
Paracétamol	- Adulte ≥ 50 kg : 500 mg jusqu'à 4 fois par jour - Enfant et adulte < 50 kg : 15 mg/kg jusqu'à 4 fois par jour	- Adulte : 4 g par jour → En présence de facteurs de risque : 3 g par jour - Enfant : 60 mg/kg/jour -> En présence de facteurs de risque : 2 g par jour
Ibuprofène	- Adulte ≥ 40 kg (plus de 12 ans) : 200-400 mg jusqu'à 3 fois par jour - Enfant : 7-10 mg/kg jusqu'à 3-4 fois par jour	- Adulte : 1,2 g par jour - Enfant : 400 mg par dose

Pour des raisons de toxicité rénale, l'ibuprofène ne peut pas être administré en cas de (risque de) déshydratation. En cas d'insuffisance rénale et de diarrhée, il convient également de se montrer prudent dans l'administration de l'ibuprofène. L'ibuprofène est également connu pour ses effets secondaires gastro-intestinaux. Il est donc essentiel d'évaluer soigneusement la balance bénéfice/risque avant chaque utilisation, en tenant compte des effets secondaires potentiels, des comorbidités et des traitements concomitants.

Lorsqu'on décide d'administrer de l'ibuprofène à un enfant fébrile, le « Belgian Paediatric Nephrology Group », un groupe de spécialistes belges en néphrologie pédiatrique, demande de tenir compte des mesures de précaution et avertissements suivants :

- Signalez aux parents qu'ils doivent lire la notice ;
- Il convient de respecter la dose avec un maximum de trois prises par jour ;
- Ne pas utiliser l'ibuprofène pendant plus de 24 heures sans l'avis d'un médecin ;
- L'utilisation d'une mesurette est recommandée ;
- Ne pas administrer l'ibuprofène à des enfants présentant des diarrhées ou de la déshydratation, ou à des enfants en insuffisance rénale.

En ce qui concerne d'autres produits :

- Les comprimés à sucer avec un AINS ne sont pas conseillés en raison de leur efficacité limitée au regard de leurs inconvénients (irritation buccale, sensation de bouche sèche, paresthésies buccales, aphtes, symptômes digestifs, dysgueusie, céphalées, vertiges, éruption cutanée)[Watson N, 2000],[Benrimoj SI, 2001],[Gehanno P, 2003],[Schachtel BP, 2002]. Voir également : [CBIP | Anti-inflammatoires non stéroïdiens](#)
- Selon le CBIP, les données disponibles sont limitées et ne permettent pas de démontrer l'efficacité des traitements analgésiques locaux sous forme de pastilles ou de spray dans le cas du mal de gorge aigu. Il en va de même pour les antibiotiques et les antiseptiques locaux. Voir également : [CBIP | Comprimés à sucer](#)
- L'utilisation de vitamine C, de zinc et d'échinacée pour soulager le mal de gorge aigu n'est pas recommandée étant donné que les effets favorables sont insuffisamment prouvés et ne contrebalancent certainement pas les effets secondaires possibles [Hemilä H, 2013] ,[Singh M, 2011],[Mossad SB, M 1996],[Macknin ML, 1998],[Yale SH, 2004].
- Il existe des comprimés à sucer ou orodispersibles en vente libre. Nous ne savons pas si leur effet est plus grand que le fait de donner des

conseils non pharmacologiques associés à du paracétamol (ou un AINS) pour apaiser la douleur. Vraisemblablement, une partie de cet effet repose uniquement sur le fait de sucer le médicament.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

L'ibuprofène et le paracétamol sont tous deux efficaces pour traiter la fièvre et la douleur chez les adultes et les enfants (47),(48).
Lorsqu'ils sont administrés à court terme pour soulager les douleurs liées à un mal de gorge aigu, ces deux médicaments sont généralement bien tolérés chez les adultes (hors grossesse) et chez les enfants (43),(44),(45). Comparé aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), le paracétamol présente un meilleur profil d'innocuité dans le traitement de la fièvre, notamment chez les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées (95).

Qualité de l'évidence

Elevée

Preuves de certitude élevée fondées sur des essais contrôlés randomisés et des revues systématiques de haute qualité.

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

Une étude qualitative publiée en 2021 (84) a mis en évidence que certains patients méconnaissent les indications du paracétamol au-delà du mal de tête, et que son usage à dose insuffisante peut conduire à une perception d'inefficacité. Les médecins généralistes soulignent l'importance d'une explication claire sur son utilisation, et expriment des préférences divergentes entre paracétamol et AINS selon leur perception de l'efficacité et du profil de tolérance.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Le paracétamol, lorsqu'il est utilisé pour le traitement des douleurs aiguës, n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. Le prix de l'ibuprofène peut varier selon la spécialité pharmaceutique. Toutefois, une spécialité en boîte de 30 comprimés sécables dosés à 400 mg est prise en charge par l'Assurance Maladie lorsqu'elle est prescrite. Dans ce cas, le coût pour la société reste raisonnable.

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Le prix du paracétamol varie selon les spécialités disponibles, mais reste généralement raisonnable et acceptable. Les formulations pédiatriques présentent également une variabilité de prix selon les spécialités, tout en restant dans une gamme considérée comme acceptable.

- Le ticket modérateur de l'ibuprofène 400 mg en boîte de 30 comprimés peut être considéré comme raisonnable. Les prix des autres spécialités disponibles peut être considérés, également, comme raisonnable. Le prix des formules pédiatriques varie également en fonction des spécialités disponibles mais ceux-ci restent acceptables.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Raison

Le panel a estimé que cette question et les recommandations qui y répondent sont toujours valides aujourd'hui et qu'une mise à jour n'était pas nécessaire. Par conséquent, l'argumentaire ci-dessous est repris du guide de pratique précédent Mal de gorge aigu (2017) :

- Il ressort d'une recherche documentaire systématique [Thomas M, 2000] et de 6 études cliniques randomisées [Watson N, 2000],[Benrimoj SI, 2001],[Burnett I, 2006],[Eccles R, 2003],[Gehanno P, 2003],[Schachtel BP, 2002] que les AINS et le paracétamol sont plus efficaces que le placebo pour réduire les plaintes en cas de mal de gorge aigu. La différence en termes d'efficacité est significative 15 minutes après la prise. Les AINS analysés dans les études cliniques randomisées sont des comprimés à sucer de flurbiprofène et du potassium de diclofénac [Watson N, 2000],[Benrimoj SI, 2001],[Gehanno P, 2003],[Schachtel BP, 2002]. Ces AINS sont déjà plus efficaces que le placebo à partir de respectivement 5 mg et 6,25 mg. Le diclofénac à 6,25 mg et le paracétamol à 1 000 mg sont tout aussi efficaces.
- Deux études cliniques randomisées d'envergure [Moore N, 2003],[Moore N, 2002] ont montré que l'ibuprofène (à 1,2 g par jour) est aussi bien toléré que le paracétamol (jusqu'à 3 g par jour) dans un traitement à court terme de la douleur en cas de rhume et en cas de mal de gorge aigu. Le paracétamol et l'ibuprofène sont considérablement mieux supportés que l'aspirine. Le risque d'effets secondaires de la médication dépend surtout de la fréquence et du recours à des médicaments concomitants.
- Une méta-analyse d'envergure [Perrott DA, 2004] portant sur 17 études cliniques randomisées a comparé l'efficacité et l'inocuité du paracétamol à l'ibuprofène chez des enfants jusqu'à 18 ans. Il en ressort que tant l'ibuprofène que le paracétamol peuvent être instaurés de manière sûre et efficace pour le traitement à court terme de la douleur ou de la fièvre chez l'enfant. Il s'avère n'y avoir aucune différence entre les deux en termes de sécurité d'emploi et d'efficacité analgésique. Pour réduire la fièvre, l'ibuprofène s'avère être plus efficace que le paracétamol 2, 4 et 6 heures après la prise.
- Southey et al. [Southey ER, 2009] ont obtenu des résultats comparables : l'ibuprofène, le paracétamol et le placebo ont un profil de tolérance et de sécurité d'emploi comparable pour ce qui est des symptômes gastro-intestinaux, de l'asthme et des effets secondaires rénaux. En cas de (risque de) déshydratation, il convient d'observer une prudence particulière [Moghal NE, 2004].
- La revue systématique de Pierce et al. [Pierce CA, 2010] avance que l'ibuprofène et le paracétamol sont tous deux sûrs, et que l'ibuprofène est plus efficace que le paracétamol pour contrôler la fièvre et la douleur, tant chez l'enfant que chez l'adulte. L'ibuprofène et le paracétamol sont souvent utilisés en alternance ou ensemble chez les enfants fiévreux.
- Les résultats issus d'une analyse de 5 études cliniques randomisées [Nabulsi M., 2009] s'avèrent cependant contradictoires. Le critère de jugement primaire de ces études était l'appréciation de l'effet antipyrétique. Pas la moindre étude n'avait la réduction de la douleur comme critère de jugement. Les auteurs concluent qu'en termes de contrôle de la douleur chez l'enfant les données probantes ne suffisent pas pour mettre en avant soit le paracétamol, soit l'ibuprofène, soit une combinaison des deux.
- Le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) [Folia, 2005] conseille l'utilisation du paracétamol en cas de douleur ou de fièvre, en raison de sa bonne tolérance et de son profil de sécurité favorable. Ce conseil s'applique tout particulièrement aux enfants, aux femmes enceintes et aux personnes âgées. L'ibuprofène, anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS), possède des propriétés anti-inflammatoires, analgésiques et antipyrétiques. Le CBIP précise également qu'aux vues des effets indésirables fréquents des AINS, une évaluation de la balance bénéfice/risque est importante à chaque utilisation.

Conclusion : tenant compte de ce qui précède, les auteurs ont décidé de réintégrer cette recommandation de la version précédente du guide dans la mise à jour actuelle. Une information claire sur les indications et la posologie du paracétamol peut jouer un rôle bénéfique dans l'optimisation de son usage et la satisfaction des patients.

Faible recommandation

Envisagez de prescrire des corticostéroïdes pour une courte durée en cas de soulagement insuffisant de la douleur ou de mal de gorge sévère et invalidant chez l'adulte (**GRADE 2C: recommandation faible, preuves de faible certitude**).

Conseils pratiques

Les corticostéroïdes oraux peuvent être proposés aux patients se présentant à une consultation de médecine générale pour un mal de gorge aigu. Ils peuvent être envisagés en complément à un traitement standard, incluant typiquement des analgésiques.

L'effet des corticostéroïdes oraux est faible et variable. Une seule dose de corticostéroïde orale est peu susceptible de causer des effets indésirables. En cas de doses cumulées, les risques peuvent dépasser les avantages. C'est notamment le cas, lorsque des doses répétées de corticostéroïdes sont prescrites lors de multiples épisodes de mal de gorge aigu. Pour cette raison, il est recommandé au médecin généraliste, si possible, de ne prescrire qu'une seule dose à la fois.

La grande variabilité de l'effet entraîne que tous les patients souffrant de mal de gorge aigu n'auront pas les bénéfices rapportés. Une prise de décision partagée entre le médecin et le patient est donc nécessaire, afin d'identifier avec le patient ce qui est le plus important pour lui.

Selon le CBIP, des précautions particulières s'imposent chez des patients atteints de diabète, d'obésité, d'ostéoporose, d'une hypertension sévère, d'insuffisance cardiaque, d'ulcère peptique, ceux présentant des risques infectieux, ou ceux prenant simultanément une héparine de bas poids moléculaire ou un anticoagulant oral direct.

Le traitement par corticostéroïdes doit être de courte durée, avec une dose/jour pendant 1 à 2 jours maximum [Guntinas-Lichius O, 2023].

Administration orale : dexaméthasone 10 mg ou 0,6 mg/kg par jour ou prednisolone 60 mg

En Belgique, la dexaméthasone et la prednisolone à usage oral ne sont pas disponibles sous forme de spécialités, mais elle peut être prescrite en magistrale.

Cette recommandation ne s'applique pas aux patients atteints de :

- mononucléose infectieuse (fièvre glandulaire) ;
- immunodépression ;
- mal de gorge consécutif à une amygdalectomie, intervention chirurgicale, à une intubation ou à un abcès périamygdalien.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Balance en faveur des corticostéroïdes pour réduire la durée de la douleur à 24 ou 48 heures, ainsi que sur la réduction du délai moyen d'apparition du soulagement de la douleur (critères de jugement importants mais pas critiques) par rapport au placebo en complément ou non d'un traitement antibiotique et/ou antalgique (29).

Les données sur les effets indésirables restent limitées, mais les risques semblent faibles dans le cadre d'une administration unique et de courte durée, ce qui permet d'éviter les complications associées à des doses cumulées plus importantes.

La place des corticostéroïdes dans la prise en charge semble limitée aux situations de douleurs sévères. Il n'y a pas de données distinctes spécifiques pour les enfants.

Qualité de l'évidence

Faible

La certitude des preuves concernant l'efficacité supérieure des corticostéroïdes par rapport au placebo pour la réduction de la douleur est faible à 24 heures, modérée à 48 heures, et faible pour la réduction du délai moyen d'apparition du soulagement de la douleur. La certitude des preuves a été rétrogradée en raison d'une hétérogénéité importante (à l'exception de la réduction de la douleur à 48 heures) et du caractère indirect des preuves.

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

La réduction de l'intensité de la douleur ou le délai nécessaire à sa résolution complète sont des critères dont l'importance est subjective et propre à chaque individu (79).

- Une enquête par questionnaire (78) portant sur les perceptions liées aux maux de gorge et leur influence sur les attitudes et comportements des patients vis-à-vis du traitement a révélé une diversité dans les symptômes ressentis, tant physiques qu'émotionnels. Cette variabilité se traduit par des attentes différentes en matière de prise en charge.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Les 3 préparations magistrales (dexaméthasone en gélules, dexaméthasone en sirop, et prednisolone en gélules) sont prises en charge par les mutuelles. Leur coût représente une charge modeste pour la société. Ce traitement peut être prescrit dans le cadre d'une consultation médicale qui aurait eu lieu indépendamment de l'administration de corticostéroïdes. Étant donné que la prescription de ces médicaments doit être réservée aux patients présentant des douleurs intenses, non soulagées par les analgésiques usuels, seuls un nombre limité de patients atteints de mal de gorge aigu seraient concernés.

Équité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Les gélules de dexaméthasone et de prednisolone, ainsi que le sirop, sont éligibles à une prise en charge par la mutuelle. Le coût restant à charge pour le patient (ticket modérateur) en cas de prise en charge majorée est considéré comme raisonnable et acceptable.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Etant donné que le traitement doit rester limité en termes de fréquence et de durée, aucun problème n'est à prévoir en ce qui concerne la fréquence et la durée d'administration recommandées.

Raison

Cette recommandation repose sur la méta-analyse suivante, sélectionnées à l'issue d'une recherche systématique de la littérature:

- Dans la méta-analyse de de Cassan et al. publiée en 2020 [de Cassan, S. 2020], les corticostéroïdes administrées par voie orale ou intramusculaire montrent un effet modéré sur la proportion de patients ayant une résolution complète de la douleur après 24 et 48 heures, ainsi qu'une réduction de 6 heures du délai moyen d'apparition du soulagement de la douleur.
 - La méta-analyse inclut 9 études, dont la plupart des études ont été réalisées dans des services d'urgence et des pratiques de médecine générale.
 - Une seule étude sur les 9 a été menée exclusivement dans une consultation de médecine générale, ce qui pourrait expliquer la différence de gravité initiale des symptômes. La majorité des participants inclus dans la revue sont des adultes. Deux études incluent uniquement des enfants (de 5 à 18 ans), mais les résultats de ces études n'étaient pas consistants, rendant difficile toute conclusion fiable pour les enfants. Les corticostéroïdes utilisés comprenaient la dexaméthasone (10 mg par voie orale, 0,6 mg/kg/jour par voie orale, ou 8 à 10 mg par voie intramusculaire) et la prednisolone (60 mg par voie orale). Les schémas d'administration variaient d'une dose unique à une prise par jour pendant une durée de 1 à 3 jours.
 - Les données disponibles sur les effets indésirables sont limitées. Seules 2 études ont rapporté ces données pour la dexaméthasone, chacune portant sur l'administration d'une dose unique par voie orale. Aucune différence significative n'a été observée concernant les effets indésirables. Toutefois, la faible puissance statistique de ces études limite leur capacité à détecter de tels événements.
 - Des antibiotiques ont été administrés aux participants des groupes corticostéroïdes et placebo dans 8 des 9 essais inclus, dans la plupart des cas sur la base d'un test antigénique rapide au streptocoque ou une culture positive au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Un seul essai n'a pas administré d'antibiotiques immédiats, mais des antibiotiques différés pouvaient être proposés par le clinicien s'il le jugeait nécessaire.
 - L'utilisation d'analgésiques était autorisée dans toutes les études.
 - Les études incluses dans la méta-analyse présentent une grande variabilité dans la description des symptômes du mal de gorge, allant de formes bénignes (érythème,odynophagie) à des manifestations plus sévères (exsudat amygdalien, lymphadénopathie). Compte tenu de cette hétérogénéité et du cadre défini par le PICO de la méta-analyse, le groupe de développement du guide a choisi de restreindre la population cible de la recommandation aux patients présentant un mal de gorge sévère et invalidant.
 - Des analyses de sous-groupes ont révélé un effet plus important sur la proportion de participants ayant obtenu une disparition complète de la douleur après 24 heures pour les corticostéroïdes administrés par la voie intramusculaires. Le test pour les différences dans les effets de sous-groupe avait une valeur p de 0,13, ce qui signifie que le hasard explique probablement ce résultat. Les auteurs le reconnaissent dans leur discussion. La crédibilité de l'analyse des sous-groupes étant très faible, il est recommandé de se référer aux résultats globaux.

Conclusion : en raison des éléments précédemment évoqués (notamment le manque de données sur les effets indésirables, le risque de cumul des doses, la variabilité dans la sévérité des symptômes observée dans les études incluses dans la méta-analyse sélectionnée), le groupe de développement a décidé de limiter l'utilisation des corticostéroïdes. Leur usage est restreint à une courte durée et réservé aux patients présentant des douleurs invalidantes. Par ailleurs, la réduction de l'intensité de la douleur ou le délai nécessaire à sa résolution complète sont des critères dont l'importance varie fortement d'un individu à l'autre. Cette subjectivité, combinée aux effets limités observés, invite une décision partagée afin de déterminer ce qui est le plus important pour le patient.

8. Traitement par antibiotiques

8.1 Quand traiter un mal de gorge aigu par antibiotiques ?

8.1.1 Quels patients sont éligibles à un traitement antibiotique ?

Recommandation Forte

L'instauration d'un traitement antibiotique en cas de mal de gorge aigu n'est généralement pas nécessaire (**GRADE 1A: recommandation forte, preuves de certitude élevée**).

Conseils pratiques

La prescription systématique d'antibiotiques en cas de mal de gorge aigu est inutile. Les antibiotiques ont peu d'effet sur la durée ou la gravité des symptômes et ne préviennent ni le rhumatisme aigu, ni la glomérulonéphrite post-streptococcique, ni les complications locales ou les infections récidivantes.

Voir plus d'informations à la section 6.1, sous la recommandation « Informez le patient que l'instauration d'un traitement antibiotique en cas de mal de gorge aigu n'est généralement pas nécessaire ».

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Les antibiotiques ne raccourcissent la durée de la maladie que dans les infections à streptocoques, à condition d'être débutés dans les 2 jours suivant les premiers symptômes. Dans ce cas, la durée de la maladie peut être réduite de 1 à 2 jours (25). Toutefois, d'autres études n'ont trouvé aucune différence significative (26).

Il n'existe aucune preuve convaincante que le traitement systématique des maux de gorge par la pénicilline prévient l'apparition du rhumatisme aigu ou de la glomérulonéphrite post-streptococcique aiguë (27),(28).

Le Number Needed to Treat (NNT) pour prévenir les complications purulentes telles qu'un phlegmon ou un abcès péri-amygdalien est supérieur à 150. Pour l'otite moyenne aiguë ou la sinusite, le NNT est encore plus élevé (24).

Qualité de l'évidence

Elevée

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

En ce qui concerne l'utilisation des antibiotiques en cas de mal de gorge, il est établi que les patients qui s'attendent à recevoir un antibiotique souhaitent avant tout un examen approfondi et un soulagement efficace de la douleur (12),(84). Certains patients s'attendent à ce que les antibiotiques soient également efficaces pour soulager la douleur (101). Lorsque les médecins généralistes pensent que les patients demanderont un antibiotique, cela influence fortement leur comportement de prescription (83). Il est donc d'autant plus important d'explorer explicitement les attentes réelles du patient. Il apparaît également qu'une exploration approfondie des préoccupations et des attentes du patient est associée à un nombre réduit de nouvelles prescriptions médicamenteuses (11).

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Faisabilité L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Raison

Voir la section 6.1, sous la recommandation « Informez le patient que l'instauration d'un traitement antibiotique en cas de mal de gorge aigu n'est généralement pas nécessaire ».

Faible recommandation

Envisagez l'utilisation d'antibiotiques chez les patients gravement malades et chez les patients à risque (**GRADE 2B : recommandation faible, preuves de certitude modérée**).

Conseils pratiques

L'établissement d'un diagnostic précis chez les patients présentant un mal de gorge aigu demeure complexe. Les symptômes et signes cliniques ne permettent pas de différencier une origine bactérienne d'une origine virale. Toutefois, l'évaluation du risque de complications s'avère plus pertinente que la distinction étiologique. Il faut également tenir compte du fait que les complications suppuratives et non suppuratives ne peuvent pas toujours être évitées par l'administration d'antibiotiques, leur survenue dépendant notamment de la virulence du pathogène et de l'immunité de l'hôte. Si un traitement antibiotique est indiqué, il est recommandé de débiter le traitement dans les 2 jours suivant l'apparition des symptômes.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques Petit bénéfices nets, ou petite différence liée à l'option recommandée

Les antibiotiques sont légèrement plus efficaces que le placebo dans le traitement du mal de gorge aigu, tant pour le soulagement des symptômes que pour la prévention des complications. Ces effets demeurent limités. Les bénéfices potentiels doivent être soigneusement mis en balance avec les effets indésirables, la perturbation de la flore commensale, le risque accru de résistance antimicrobienne, la médicalisation et le coût.

Qualité de l'évidence Modérée

Le niveau de certitude des preuves relatives à l'effet sur les symptômes et les complications est jugé modéré à élevé.

Valeurs et préférences Pas de variabilité importante attendue

Les patients gravement malades et les patients à risque seront réceptifs aux traitements susceptibles d'accélérer leur guérison ou de réduire le risque de complications, même si les effets restent modestes. Aucune variabilité dans les valeurs et préférences n'est attendue au sein de ces groupes de patients.

Ressources Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Aucun problème attendu.

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

Questions importantes ou potentielles non examinées

Voir valeurs et préférences

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Aucun problème attendu.

Raison

La recommandation repose sur des études issues de la version antérieure du guide de pratique Mal de gorge aigu [Odeurs PH, 2017], complétées par des études plus récentes à la suite d'une nouvelle recherche documentaire :

- Une méta-analyse Cochrane [Spinks A, 2021] montre que les antibiotiques ont un effet plus marqué sur la réduction des symptômes au jour 3 qu'au jour 7. Le NNTB (nombre de patients à traiter pour bénéficier) est de 5 au jour 3 et de 18 au jour 7, ce qui indique un effet limité. Cette méta-analyse révèle également que le NNTB est élevé pour la prévention des complications suppuratives (sinusite, otite moyenne, abcès péri-amygdalien) et non suppuratives (glomérulonéphrite aiguë et fièvre rhumatismale aiguë). Étant donné la forte diminution du risque de complications par rapport aux études initiales des années 1950, la probabilité qu'un antibiotique prévienne une complication non suppurative est à peu près équivalente à celle d'une réaction anaphylactique sévère à l'antibiotique (incidence de 0,01 à 0,3 %).
- Une étude prospective [Little P, 2013] indique que les complications suppuratives graves après un épisode de mal de gorge aigu sont plutôt rares en médecine générale.
- Une étude randomisée contrôlée (RCT) [Little P, 2004] chez des enfants souffrant de maux de gorge a révélé qu'un traitement par pénicilline n'avait aucun effet sur la durée moyenne des symptômes. Toutefois, cette RCT suggère que le traitement par pénicilline pourrait réduire le nombre de séquelles liées aux streptocoques.
- Il ressort d'une autre RCT [Zwart S, 2000] comparant une cure de 7 jours de pénicilline à une cure de 3 jours et un placebo que les symptômes disparaissent plus rapidement avec la cure longue, mais uniquement si les antibiotiques sont débutés dans les 2 jours suivant l'apparition des symptômes.
- Une revue Cochrane [Spurling GK, 2023] comparant l'administration différée des antibiotiques (plus de 48 heures après la consultation initiale) à l'administration immédiate ou à l'abstention de traitement antibiotique dans les infections aiguës des voies respiratoires supérieures n'a montré aucune différence significative entre les stratégies de prescription en termes de complications. Il n'est donc pas recommandé de débuter immédiatement un traitement antibiotique pour des raisons de sécurité.
- Une étude systématique de la littérature menée par Munck (2018) [Munck H, 2018] suggère que l'administration d'antibiotiques en cas de pharyngo-amygdalite récidivante pourrait réduire le nombre de récurrences futures. Les personnes ayant présenté 5 épisodes de pharyngo-amygdalite ou plus sur 2 années consécutives sont considérées comme un groupe à risque (voir les groupes à risque dans la section 4.1). Chez ces patients, l'utilisation d'antibiotiques peut être envisagée. Toutefois, la certitude des données probantes demeure faible, en raison du risque élevé de biais dans les deux études incluses.

Conclusion: les antibiotiques sont légèrement plus efficaces que le placebo dans le traitement du mal de gorge aigu, tant en termes de soulagement des symptômes que de prévention des complications. Les effets restent cependant (très) limités. C'est la raison pour laquelle nous formulons une recommandation faible, basée sur une certitude modérée des preuves, en faveur d'une utilisation ciblée des antibiotiques chez les patients gravement malades ou appartenant à des groupes à risque. Les bénéfices potentiels des antibiotiques doivent être soigneusement mis en balance avec les effets indésirables, la perturbation de la flore commensale, le risque accru de résistance antimicrobienne, la médicalisation et le coût.

8.1.2 Quelle est la valeur et la place des tests rapides antigéniques strepto dans la décision de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu en première ligne de soins ?

Practice Statement

N'utilisez pas de test antigénique rapide pour décider de prescrire un antibiotique (**recommandation basée sur les bonnes pratiques**).

Conseils pratiques

Le test rapide de détection des streptocoques (ou test streptococcique) permet de détecter la présence de streptocoques du groupe A. La précision diagnostique du test streptococcique n'est pas supérieure à 85 à 90 % pour la détection des streptocoques [Gerber MA, 2004]. De plus, un test streptococcique positif n'a aucune valeur supplémentaire pour prédire les complications en cas de mal de gorge aigu.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Une méta-analyse portant sur des enfants et des adultes (29) ne montre aucun bénéfice clinique direct :

- pas de différence au niveau des mesures de résultats cliniques (taux de complications) ;
- pas de différence observée dans le nombre de consultations de suivi, que ce soit chez les enfants ou chez les adultes;
- pas de différence sur la quantité d'antibiotiques achetés, malgré une diminution de 25 % du nombre de prescriptions.

Une autre méta-analyse portant uniquement sur des enfants (30) montre une diminution relative du nombre de consultations de suivi, sans que la pertinence pratique de cet effet a pu être évaluée.

L'utilisation du test rapide ne présente donc aucun avantage clair pour décider de la prescription d'un antibiotique.

Qualité de l'évidence

Très faible

Preuves de très faible certitude en ce qui concerne le nombre de complications, de consultations de suivi et de prescriptions d'antibiotiques retirées.

Preuves de faible certitude pour le nombre de prescriptions d'antibiotiques établies.

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

Une étude qualitative menée par Hoste et al. (35) sur l'utilisation des POCT en soins primaires (CRP et streptocoque A) pour les infections respiratoires aiguës met en lumière la perception des POCT par les patients :

- Certains patients estiment qu'un POCT aide le médecin à choisir le « bon » traitement, leur donnant le sentiment de recevoir la « meilleure » prise en charge possible.
- Certains patients acceptent ou comprennent mieux l'absence de prescription d'antibiotiques lorsque le POCT indique un résultat négatif.
- D'autres patients perçoivent les POCT comme impersonnels et éprouvent des difficultés à accepter le refus d'un antibiotique basé sur ces tests.

L'étude qualitative de Leydon et al. (100) indique également que les patients sont favorables à l'utilisation d'un test antigénique rapide lorsque celui-ci est disponible chez le médecin généraliste, mais que cela n'influence pas leur comportement de consultation.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Ne pas recommander le test ne génère aucun coût.

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Étant donné qu'aucune intervention n'est recommandée, cette recommandation ne devrait pas entraîner d'inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

Questions importantes ou potentielles non examinées

L'utilisation des POCT en soins primaires pour les infections respiratoires aiguës est parfois perçue par certains médecins comme une preuve « objective » permettant de convaincre les patients de l'inutilité des antibiotiques. De plus, certains médecins considèrent que les POCT peuvent jouer un rôle éducatif en sensibilisant les patients à la nature autolimitante des infections, ce qui réduit la probabilité qu'ils consultent à nouveau pour des symptômes similaires à l'avenir (35).

Informers les professionnels de la santé sur la valeur limitée des tests rapides antigéniques POCT pour le mal de gorge aigu, ainsi que sur l'importance d'une communication efficace à court et à long terme, pourrait faciliter l'acceptation de cette recommandation (69),(70).

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Aucune intervention supplémentaire n'est recommandée.

Si un POCT venait à être proposé, il pourrait nécessiter la mobilisation de ressources supplémentaires, telles qu'un.e assistant.e de cabinet, afin d'assurer sa mise en œuvre pratique. En effet, des actions supplémentaires et plus de temps seront notamment requis à sa mise en pratique.

Raison

Pour formuler cette recommandation, nous avons pris en compte 2 méta-analyses ayant étudié l'efficacité des tests rapides de détection de l'antigène A du streptocoque dans la prescription d'antibiotiques pour les patients souffrant de maux de gorge aigus [Cohen JF, 2020],[Van Hecke O, 2020]. Une méta-analyse incluait une population composée d'adultes et d'enfants. Il en ressort que, par rapport à une évaluation clinique, l'utilisation de tests rapides de détection de l'antigène ne génère pas de différence significative quant au nombre de complications, de consultations de suivi ou de prescriptions soumises au pharmacien. Cependant, une différence significative de 25 % de réduction des prescriptions d'antibiotiques a été observée [Cohen JF, 2020].

Dans les études incluses dans cette méta-analyse, le test antigénique rapide n'est pas utilisé en complément d'une anamnèse de base et d'un examen clinique, comme c'est le cas dans la pratique des médecins généralistes en Belgique. De plus, le groupe témoin présente un pourcentage élevé de prescriptions d'antibiotiques (50-60 %), alors que, dans la plupart des cas, un mal de gorge aigu ne nécessite pas d'antibiotiques. Un test rapide de détection de l'antigène streptocoque A peut confirmer une infection streptococcique, mais cela ne signifie pas qu'un traitement antibiotique est systématiquement requis. Les antibiotiques ne visent pas principalement à éliminer l'infection bactérienne, mais à prévenir les complications suppuratives. La méta-analyse montre que l'utilisation d'un test antigénique rapide n'a pas d'impact sur le nombre de complications. Cette méta-analyse constitue donc une preuve indirecte pour étayer notre recommandation.

Une méta-analyse, qui se concentre uniquement sur une population pédiatrique, montre une diminution du nombre de consultations de suivi lorsque des tests rapides de détection des antigènes du streptocoque A sont utilisés. Cependant, cette observation repose sur un seul essai clinique randomisé, avec un très faible niveau de preuve. De plus, cette étude ne fournit qu'un risque relatif, ce qui empêche d'évaluer sa pertinence dans la pratique [Van Hecke O, 2020].

Une étude qualitative réalisée par Hoste et al. [Hoste ME, 2025] dans le cadre des soins primaires pour les infections respiratoires aiguës révèle que les préférences des patients concernant l'utilisation des tests POC (POCT) varient. Certains patients estiment que le POCT permet au médecin de choisir le « bon » traitement et acceptent mieux ou comprennent pourquoi aucun antibiotique ne leur est prescrit en cas de résultat négatif. D'autres, en revanche, perçoivent le POCT comme impersonnel et éprouvent davantage de difficulté à accepter le refus d'un antibiotique basé sur ce test.

L'étude de Hoste et al. met également en lumière l'attitude positive des médecins à l'égard des POCT. Certains s'appuient sur les résultats négatifs de ces tests comme preuve « objective » pour convaincre les patients de l'inutilité des antibiotiques. En outre, certains considèrent que les POCT ont une valeur pédagogique en informant les patients sur la nature autolimitante des infections, ce qui les rend moins susceptibles de consulter à nouveau pour des symptômes similaires. Les effets positifs d'un POCT, perçus par le médecin et le patient, semblent reposer principalement sur le sentiment de réassurance.

Cependant, comme l'ont montré Cals et al., une formation approfondie des médecins en communication peut avoir des effets comparables à ceux des POCT dans la réduction des prescriptions d'antibiotiques. En outre, cette formation favorise également une diminution durable des prescriptions d'antibiotiques pour les infections respiratoires [Cals JWL, 2013],[Cals JWL, 2009].

Conclusion : les études décrites apportent des preuves indirectes indiquant que les tests rapides de détection d'antigènes sur le lieu de soins (POCT) n'offrent aucun avantage clinique prouvé pour déterminer la nécessité de prescrire des antibiotiques chez les patients souffrant d'un mal de gorge. Bien qu'ils permettent une légère réduction du nombre de prescriptions, cela n'a aucun impact sur l'utilisation globale des antibiotiques. Par ailleurs, les patients adoptent des attitudes variées face à l'utilisation des POCT. Ces tests engendrent des coûts, alors qu'une formation en communication peut produire un impact comparable sur le comportement des médecins concernant la prescription d'antibiotiques, tout en générant des résultats durables et avantageux à long terme. Sur la base de preuves indirectes, nous formulons un GPS contre l'utilisation d'un test rapide de détection d'antigènes POC pour décider si un antibiotique est nécessaire chez les patients souffrant d'un mal de gorge aigu.

8.1.3 Quelle est la valeur et la place du test CRP au point de soins (POC) dans la décision de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu en première ligne de soins ?

Forte recommandation contre

N'utilisez pas de test CRP rapide pour décider de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu chez l'adulte (**GRADE 1C : recommandation forte, preuves de faible certitude**).

Conseils pratiques

On peut mesurer la CRP dans le sang à l'aide d'un test rapide. En cas d'infection bactérienne, le taux de CRP dans le sang augmente considérablement en 6 à 8 heures. Pour certaines infections, une mesure de la CRP peut être une méthode efficace pour détecter une infection bactérienne. Cependant, pour les maux de gorge aigus, un test CRP rapide n'a pas de valeur ajoutée. Par conséquent, nous déconseillons son utilisation.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Dans une population d'adultes, aucune différence significative n'a été constatée concernant le rétablissement clinique dans les 7 jours, ni sur le nombre de prescriptions d'antibiotiques lors de la première consultation. L'utilisation d'un test CRP rapide entraînerait donc des coûts inutiles et un gaspillage de ressources.

Une des 4 études incluses rapporte une diminution des prescriptions d'antibiotiques après 28 jours grâce à l'utilisation du test CRP rapide en soins primaires. Cependant, ce résultat est secondaire pour notre contexte, et comme il repose sur une seule étude de très faible qualité, il n'a pas été pris en compte dans la formulation de la recommandation.

Qualité de l'évidence

Faible

Il existe une faible certitude des preuves modérée pour le critère de jugement clinique « rétablissement clinique dans les 7 jours ». Il existe une faible certitude des preuves pour le critère de jugement « prescription d'antibiotiques lors de la consultation initiale » (31).

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

Une étude qualitative menée par Hoste et al. (35) sur l'utilisation des POCT en soins primaires (CRP et streptocoque A) pour les infections respiratoires aiguës met en lumière la perception des POCT par les patients :

- Certains patients estiment qu'un POCT aide le médecin à choisir le « bon » traitement, leur donnant le

sentiment de recevoir la « meilleure » prise en charge possible.

- Certains patients acceptent ou comprennent mieux l'absence de prescription d'antibiotiques lorsque le POCT indique un résultat négatif.
- D'autres patients perçoivent les POCT comme impersonnels et éprouvent des difficultés à accepter le refus d'un antibiotique basé sur ces tests.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Ne pas recommander le test ne génère aucun coût.

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Étant donné qu'aucune intervention n'est recommandée, cette recommandation ne devrait pas entraîner d'inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

Questions importantes ou potentielles non examinées

L'utilisation des POCT en soins primaires pour les infections respiratoires aiguës est parfois perçue par certains médecins comme une preuve « objective » permettant de convaincre les patients de l'inutilité des antibiotiques. De plus, certains médecins considèrent que les POCT peuvent jouer un rôle éducatif en sensibilisant les patients à la nature autolimitante des infections, ce qui réduit la probabilité qu'ils consultent à nouveau pour des symptômes similaires à l'avenir (35).

Informar les professionnels de la santé sur la valeur limitée des tests rapides antigéniques POCT pour le mal de gorge aigu, ainsi que sur l'importance d'une communication efficace à court et à long terme, pourrait faciliter l'acceptation de cette recommandation.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Aucune intervention supplémentaire n'est recommandée.

Raison

Il existe de plus en plus de preuves concernant l'utilisation des tests CRP POC pour les infections des voies respiratoires inférieures. Cependant, le nombre d'études sur leur application pour les infections des voies respiratoires supérieures est limité. La recherche documentaire n'a identifié aucune étude ni méta-analyse évaluant les tests CRP POC spécifiquement dans les cas de maux de gorge aigus, ce qui oblige à se référer à des études incluant le mal de gorge aigu parmi d'autres symptômes des voies respiratoires supérieures.

Cette recommandation est basée sur une méta-analyse de faible qualité de Zhang et al. [Zhang K, 2022]. D'autres preuves convaincantes font défaut. Cette méta-analyse a évalué l'impact de l'utilisation des tests CRP POC dans la décision de prescrire ou non un antibiotique chez des adultes souffrant d'infections des voies respiratoires supérieures. Elle n'a montré aucune différence significative en termes de rétablissement clinique dans les 7 jours, ni dans le nombre de prescriptions d'antibiotiques lors de la première consultation. L'une des 4 études incluses fait état d'une diminution du nombre de prescriptions d'antibiotiques après 28 jours suite à l'utilisation du test CRP rapide en soins primaires. Cette étude était de très faible qualité (faible certitude des preuves) et n'a donc pas été prise en considération lors de formulation de la recommandation.

Une étude qualitative réalisée par Hoste et al. [Hoste ME, 2025] dans le cadre des soins primaires pour les infections respiratoires aiguës révèle que les préférences des patients concernant l'utilisation des tests POC (POCT) varient. Certains patients estiment que le POCT permet au médecin de choisir le « bon » traitement et acceptent mieux ou comprennent pourquoi aucun antibiotique ne leur est prescrit en cas de résultat négatif. D'autres, en revanche, perçoivent le POCT comme impersonnel et éprouvent davantage de difficulté à accepter le refus d'un antibiotique basé sur ce test.

L'étude de Hoste et al. met également en lumière l'attitude positive des médecins à l'égard des POCT. Certains s'appuient sur les résultats négatifs de ces tests comme preuve « objective » pour convaincre les patients de l'inutilité des antibiotiques. En outre, certains considèrent que les POCT ont une valeur pédagogique en informant les patients sur la nature autolimitante des infections, ce qui les rend moins susceptibles de consulter à nouveau pour des symptômes similaires. Les effets positifs d'un POCT, perçus par le médecin et le patient, semblent reposer principalement sur le sentiment de réassurance.

Cependant, comme l'ont montré Cals et al., une formation approfondie des médecins en communication peut avoir des effets comparables à ceux des POCT dans la réduction des prescriptions d'antibiotiques. En outre, cette formation favorise également une diminution durable des prescriptions d'antibiotiques pour les infections respiratoires [Cals JWL, 2013],[Cals JWL, 2009].

Conclusion : la population de l'étude sous-jacente est hétérogène, c.-à-d. que les personnes présentant un mal de gorge aigu ne constituaient qu'une petite partie d'un groupe plus large souffrant d'infections des voies respiratoires supérieures. Il n'y a pas d'avantages cliniques prouvés ni de diminution du nombre de prescriptions d'antibiotiques. Les patients adoptent des attitudes variées face à l'utilisation des POCT. Ces tests engendrent des coûts, alors qu'une formation en communication peut produire un impact comparable sur le comportement des médecins concernant la prescription d'antibiotiques, tout en générant des résultats durables et avantageux à long terme. Nous formulons une recommandation forte contre l'utilisation d'un POC test CRP pour décider de la prescription d'un antibiotique chez l'adulte souffrant d'un mal de gorge aigu.

Practice Statement

N'utilisez pas de test CRP rapide pour décider de prescrire un antibiotique pour un mal de gorge aigu chez l'enfant (**recommandation basée sur les bonnes pratiques**).

Conseils pratiques

On peut mesurer la protéine C-réactive (CRP) dans le sang à l'aide d'un test rapide. En cas d'infection bactérienne, le taux de CRP dans le sang augmente considérablement en 6 à 8 heures. Pour certaines infections, une mesure de la CRP peut être une méthode efficace pour détecter une infection bactérienne. Cependant, pour les maux de gorge aigus, un test CRP rapide n'a pas de valeur ajoutée. Par conséquent, nous déconseillons son utilisation.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Cette recommandation repose indirectement sur les résultats de la méta-analyse de Zhang et al. (31) menée dans une population d'adultes. Aucune différence significative n'a été constatée concernant le rétablissement clinique dans les 7 jours, ni sur le nombre de prescriptions d'antibiotiques lors de la première consultation. L'utilisation d'un test CRP rapide entraînerait donc des coûts inutiles et un gaspillage de ressources.

Une des 4 études incluses rapporte une diminution des prescriptions d'antibiotiques après 28 jours grâce à l'utilisation du test CRP rapide en soins primaires. Cependant, ce résultat est secondaire pour notre contexte, et comme il repose sur une seule étude de très faible qualité, il n'a pas été pris en compte dans la formulation de la recommandation.

Qualité de l'évidence

Recommandation basée sur des preuves indirectes (revue systématique dans une population adulte) (31).

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

Une étude qualitative menée par Hoste et al. (36) sur l'utilisation des POCT en soins primaires (CRP et streptocoque A) pour les infections respiratoires aiguës met en lumière la perception des POCT par les patients :

- Certains patients estiment qu'un POCT aide le médecin à choisir le « bon » traitement, leur donnant le sentiment de recevoir la « meilleure » prise en charge possible.
- Certains patients acceptent ou comprennent mieux l'absence de prescription d'antibiotiques lorsque le POCT indique un résultat négatif.
- D'autres patients perçoivent les POCT comme impersonnels et éprouvent des difficultés à accepter le refus d'un antibiotique basé sur ces tests.

Les parents peuvent, en cas de maladie de leur enfant, privilégier des tests objectifs.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Ne pas recommander le test ne génère aucun coût.

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Étant donné qu'aucune intervention n'est recommandée, cette recommandation ne devrait pas entraîner d'inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

L'utilisation des POCT en soins primaires pour les infections respiratoires aiguës est parfois perçue par certains médecins comme une preuve « objective » permettant de convaincre les patients de l'inutilité des antibiotiques. De plus, certains médecins considèrent que les POCT peuvent jouer un rôle éducatif en sensibilisant les patients à la nature auto-limitée des infections, ce qui réduit la probabilité qu'ils consultent à nouveau pour des symptômes similaires à l'avenir (38).

Informers les professionnels de la santé sur la valeur limitée des tests rapides antigéniques POCT pour le mal de gorge aigu, ainsi que sur l'importance d'une communication efficace à court et à long terme, pourrait faciliter l'acceptation de cette recommandation.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Aucune intervention supplémentaire n'est recommandée.

Raison

Il existe de plus en plus de preuves concernant l'utilisation des tests CRP POC pour les infections des voies respiratoires inférieures. Cependant, le nombre d'études sur leur application pour les infections des voies respiratoires supérieures est limité. La recherche documentaire n'a identifié aucune étude ni méta-analyse évaluant les tests CRP POC spécifiquement dans les cas de maux de gorge aigus, ce qui oblige à se référer à des études incluant le mal de gorge aigu parmi d'autres symptômes des voies respiratoires supérieures.

Il n'existe que des preuves indirectes pour étayer cette recommandation chez les enfants, basées sur une méta-analyse de faible qualité de Zhang et al. [Zhang K, 2022]. Cette méta-analyse menée dans une population adulte souffrant d'infections des voies respiratoires supérieures n'a révélé aucune différence significative en termes de rétablissement clinique dans les 7 jours, ni en termes de nombre de prescriptions d'antibiotiques lors de la consultation initiale. L'une des 4 études incluses fait état d'une diminution du nombre de prescriptions d'antibiotiques après 28 jours suite à l'utilisation du test CRP rapide en soins primaires. Cette étude était de très faible qualité (faible certitude des preuves) et n'a donc pas été prise en considération lors de formulation de la recommandation.

Une étude qualitative réalisée par Hoste et al. [Hoste ME, 2025] dans le cadre des soins primaires pour les infections respiratoires aiguës révèle que les préférences des patients concernant l'utilisation des tests POC (POCT) varient. Certains patients estiment que le POCT permet au médecin de choisir le « bon » traitement et acceptent mieux ou comprennent pourquoi aucun antibiotique ne leur est prescrit en cas de résultat négatif. D'autres, en revanche, perçoivent le POCT comme impersonnel et éprouvent davantage de difficulté à accepter le refus d'un antibiotique basé sur ce test. L'étude de Hoste et al. met également en lumière l'attitude positive des médecins à l'égard des POCT. Certains s'appuient sur les résultats négatifs de ces tests comme preuve « objective » pour convaincre les patients de l'inutilité des antibiotiques. En outre, certains considèrent que les POCT ont une valeur pédagogique en informant les patients sur la nature autolimitante des infections, ce qui les rend moins susceptibles de consulter à nouveau pour des symptômes similaires. Les effets positifs d'un POCT, perçus par le médecin et le patient, semblent reposer principalement sur le sentiment de réassurance.

Cependant, comme l'ont montré Cals et al., une formation approfondie des médecins en communication peut avoir des effets comparables à ceux des POCT dans la réduction des prescriptions d'antibiotiques. En outre, cette formation favorise également une diminution durable des prescriptions d'antibiotiques pour les infections respiratoires [Cals JWL, 2013],[Cals JWL, 2009].

Conclusion : nous utilisons des preuves indirectes issues d'études menées dans une population adulte souffrant d'infections des voies respiratoires supérieures, dont les maux de gorge aigus ne constituaient qu'une petite partie. Il n'y a pas d'avantages cliniques prouvés ni de diminution du nombre de prescriptions d'antibiotiques. Les patients adoptent des attitudes variées face à l'utilisation des POCT. Ces tests engendrent des coûts, alors qu'une formation en communication peut produire un impact comparable sur le comportement des médecins concernant la prescription d'antibiotiques, tout en générant des résultats durables et avantageux à long terme. En raison des preuves

indirectes, nous formulons un GPP contre l'utilisation d'un POC test CRP pour décider de la prescription d'un antibiotique chez l'enfant souffrant d'un mal de gorge aigu.

8.2 Quelle est la place de la prescription différée d'antibiotique dans la prise en charge du mal de gorge aigu ?

Forte recommandation contre

En cas de doutes sur l'utilité de l'antibiothérapie dans la prise en charge du mal de gorge aigu, privilégiez les explications sur l'évolution naturelle de la maladie, les conseils filets de sécurité et un traitement symptomatique adéquat, plutôt qu'une prescription différée (**GRADE 1B : recommandation forte, preuves de certitude modérée**).

Conseils pratiques

Privilégiez les explications sur l'évolution naturelle de la maladie. Dans la majorité des cas, le mal de gorge guérit spontanément en 7 à 10 jours, y compris lorsqu'il est causé par une infection à streptocoques.

La prescription différée peut prendre la forme d'une ordonnance remise le jour de la consultation, avec une date de délivrance ultérieure ('delayed prescription'), ou être envoyée quelques jours plus tard, par voie électronique et/ou via le secrétariat.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques Importants bénéfices nets de l'option recommandée

La prescription différée d'antibiotiques permet une diminution de la consommation d'antibiotiques par rapport à la prescription immédiate, mais l'absence de prescription demeure l'attitude la plus efficace. Les taux de complications et de reconsultations sont comparables et la satisfaction des patients reste élevée en cas de non-prescription.

Qualité de l'évidence Modérée

La certitude des preuves concernant le bénéfice de la prescription différée d'antibiotiques, comparée à l'absence de prescription, sur la durée de la douleur et de la fièvre, considérés comme des critères de jugement critiques, a été jugée modérée.
La certitude des preuves relatives à la satisfaction des patients, au taux de reconsultations et au risque de diarrhée est considérée comme faible.
Enfin, la certitude des preuves concernant la durée de l'inconfort a été jugée très faible.

Valeurs et préférences Pas de variabilité importante attendue

Une étude qualitative (96) apporte un éclairage intéressant sur les perceptions des médecins généralistes et des patients concernant la prescription d'antibiotiques pour les maux de gorge.
Les médecins perçoivent chez leurs patients un besoin d'être pris au sérieux et rassurés quant à leur état de santé. Ce ressenti est confirmé par environ deux tiers des patients interrogés, qui expriment ce besoin de réassurance. Certains participants ont exprimé le besoin d'explications claires, de conseils préventifs et de solutions pour soulager la douleur, tant pour eux-mêmes que pour leurs enfants. Concernant les enfants, quatre des cinq mères incluses dans l'étude se sont montrées ouvertes à des alternatives aux antibiotiques.

Ressources Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Equité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

L'étude qualitative sus-mentionnée (96) apporte également des éclairages sur l'acceptation de l'absence de prescription d'antibiotiques. Concernant les enfants, les mères dont les enfants n'avaient pas reçu d'antibiotiques se sont déclarées satisfaites. Toutefois, l'insatisfaction était fréquente lorsque les explications fournies étaient insuffisantes ou lorsque la consultation était ressentie comme expéditive.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Raison

Cette recommandation repose sur une recherche documentaire de novo axée sur des revues systématiques et des méta-analyses, portant spécifiquement sur les stratégies de prescription différée, retardée ou de secours (« delayed », « deferred », « back-up prescription »), comparées à l'absence de prescription d'antibiotiques ("no antibiotic prescription"). Cette recherche a conduit à la sélection d'une méta-analyse Cochrane [Spurling GK, 2023], qui constitue une mise à jour d'une analyse antérieure.

La revue Cochrane inclut des études comparant une prescription différée d'antibiotiques à une prescription immédiate ou à l'absence de prescription, dans divers contextes cliniques tels que les soins de première ligne, les services d'urgence et la pratique pédiatrique ambulatoire.

Les critères de jugement principaux portaient sur l'évolution clinique des patients, notamment la douleur, la fièvre et le malaise, ainsi que sur la consommation d'antibiotiques et le niveau de satisfaction des patients. Les critères secondaires incluaient les effets indésirables liés au traitement, les complications potentielles de l'infection, le nombre de consultations répétées et le recours à d'autres formes de traitement.

Étant donné que l'objectif était d'évaluer le rôle de la prescription différée, l'analyse s'est concentrée sur les résultats comparant une prescription différée à l'absence de prescription d'antibiotiques pour les cas de mal de gorge aiguë. Deux stratégies de prescription différée ont été analysées :

- La première consistait à remettre une prescription au patient le jour de la consultation, avec pour consigne de ne l'utiliser qu'en cas de besoin ("prescription différée") ;
- La seconde consistait à rédiger une prescription 3 jours plus tard, lorsque le patient reprend contact avec le cabinet médical ("prescription de secours").

Les principaux résultats sont présentés dans les tableaux « Summary of Findings ».

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux stratégies (prescription différée versus absence de prescription) en ce qui concerne la durée de la douleur, de la fièvre ou du malaise général. La consommation d'antibiotiques était sensiblement plus faible dans le groupe sans prescription (27,5 % avec prescription différée contre 13,3 % sans prescription). La satisfaction des patients était élevée dans les deux groupes, avec une légère différence : 88 % de satisfaction dans le groupe avec prescription différée, contre 84 % dans le groupe sans prescription. Une seule étude a examiné les effets indésirables des deux stratégies, sans mettre en évidence de différence significative. Le taux de consultations répétées était également comparable entre les deux approches.

Les auteurs de la revue Cochrane estiment que la certitude des preuves est modérée, en raison d'un risque de biais.

Conclusion : cette revue Cochrane montre que la prescription différée d'antibiotiques permet de réduire leur utilisation par rapport à une prescription immédiate. Toutefois, l'absence de prescription demeure l'approche la plus efficace. Les taux de complications et de consultations répétées sont comparables, et la satisfaction des patients reste élevée, même en l'absence de traitement antibiotique. En conséquence, nous recommandons de ne pas recourir à la prescription différée. Nous privilégions plutôt une approche fondée sur l'éducation concernant l'évolution naturelle de la maladie, la délivrance de conseils de sécurité et la mise en place d'un traitement symptomatique adapté.

8.3 Comment traiter par antibiotiques ?

Practice Statement

Si un antibiotique est indiqué pour le mal de gorge aigu, choisissez (**recommandation basée sur les bonnes pratiques**) :

Premier choix : la pénéticilline

- Adultes et enfants > 10 ans : 500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours
- Enfants 3-10 ans : 250 mg 3 fois par jour pendant 7 jours

Le choix antibiotique alternatif en cas d'indisponibilité de la pénéticilline ou si son coût est trop élevé pour le patient :

- le céfadroxil ou la céfalexine :
 - Adultes : 500 mg 2 fois par jour pendant 5 jours
 - Enfants : 30 mg/kg/jour en 2 prises pendant 5 jours
- l'amoxicilline :
 - Adultes et enfants > 10 ans : 500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours
 - Enfants < 10 ans : 50 mg/kg/jour en 3 prises pendant 7 jours

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline médiée par les IgE : l'azithromycine

- Adultes : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3 jours
- Enfants : 10 mg/kg par jour en 1 prise pendant 3 jours

Conseils pratiques

En alternative à la pénéticilline, la céfadroxil/la céfalexine ou l'amoxicilline peuvent être proposées. Compte tenu du spectre d'action plus étroit des céphalosporines, une légère préférence est donnée à la céfadroxil ou à la céfalexine lorsque la pénéticilline n'est pas disponible.

Chez les patients présentant une allergie suspectée à la pénicilline, il convient de distinguer les réactions d'hypersensibilité médiées par les IgE de celles non médiées par les IgE. Cette distinction n'est pas toujours facile à établir en pratique, mais elle est déterminante pour le choix de l'antibiotique :

- Les réactions médiées par les IgE surviennent généralement dans l'heure qui suit la prise et se caractérisent par des symptômes aigus tels qu'une éruption cutanée, une urticaire, un angio-œdème, des nausées, des vomissements, un bronchospasme ou, dans les cas graves, un choc anaphylactique. Ces réactions sont dues à des anticorps IgE dirigés contre la pénicilline et peuvent être potentiellement mortelles. En cas d'allergie IgE-médiée avérée ou suspectée, tous les antibiotiques β -lactamines (pénicillines et céphalosporines) doivent être évités. Dans ce cas, un macrolide constitue l'alternative recommandée.
- Les réactions non médiées par les IgE apparaissent plus tard (généralement après plus de 72 heures) et sont souvent plus bénignes, se manifestant par exemple sous la forme d'un exanthème morbilliforme ou maculopapuleux. Ces réactions sont généralement médiées par les cellules T. En cas de réaction légère non IgE-médiée, une céphalosporine peut souvent être administrée sans danger, après une anamnèse soigneuse. En cas de réaction sévère non IgE-médiée, comme le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) ou la nécrolyse épidermique toxique (NET), les macrolides restent l'alternative de choix.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Les pénicillines sont efficaces contre le streptocoque A. Les pénicillines à spectre étroit se révèlent plus efficaces pour assurer une guérison clinique lorsqu'elles sont administrées sur une durée prolongée (7 à 10 jours) plutôt que sur une période plus courte (3 à 5 jours).

Les macrolides ne surpassent pas l'efficacité des pénicillines. Quant aux céphalosporines, les données sur leur supériorité par rapport aux pénicillines restent contradictoires.

Il n'existe aucune différence notable dans la fréquence des effets indésirables (nausées, vomissements, diarrhée, éruptions cutanées) entre les diverses classes d'antibiotiques.

Qualité de l'évidence

Très faible

Les études ne montrent aucune différence en termes de guérison clinique entre les pénicillines, les céphalosporines et les macrolides dans le traitement des maux de gorge aigus (faible certitude des preuves). Les dosages, la fréquence d'administration et la durée du traitement sont principalement basés sur un consensus formel.

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

Le patient pourrait préférer un traitement de courte durée avec des prises moins fréquentes (azithromycine). Étant donné que la phénéticilline, une pénicilline à spectre étroit, peut limiter le développement de résistances, il est recommandé de la prescrire en première intention.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

La phénéticilline représente l'option la plus coûteuse pour la société, mais les frais restent relativement bas. Étant donné que les antibiotiques sont rarement prescrits pour les maux de gorge aigus, le coût global devrait rester limité.

Équité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il n'y a pas de problèmes à prévoir en matière d'inégalités de santé. Le coût plus élevé de la phénéticilline peut constituer un obstacle, mais il existe de bonnes alternatives abordables.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Les capsules et le sirop de phénéticilline sont éligibles à un remboursement. Le coût actuel pour le patient est considéré comme acceptable.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Aucun problème n'est à prévoir concernant la fréquence et la durée des prises d'antibiotiques proposées.

Raison

Premier choix : phénéticilline

- Les guides de pratique de l'IDSA (2012), du NHG (2015) et du NICE (2018) recommandent la pénicilline comme traitement de premier choix en cas de mal de gorge aigu, en raison de son efficacité prouvée contre *Streptococcus pyogenes* (groupe A). Afin de limiter le risque de résistance, la pénicilline à spectre étroit, la phénéticilline, est à privilégier.
- Holm et al. (2020) ont comparé une courte cure (3 à 5 jours) à une cure plus longue (7 à 10 jours) de pénicilline V. La durée de traitement plus longue s'est révélée plus efficace pour la résolution des symptômes (GRADE : preuves de faible certitude). Il n'existe toutefois pas d'autres données scientifiques venant étayer spécifiquement le choix d'un traitement de 7 à 10 jours par phénéticilline.
- Il est important de rappeler que les antibiotiques ne constituent pas un traitement symptomatique, mais ne sont indiqués que chez les patients gravement malades présentant un mal de gorge aigu. Dans ce contexte, le groupe d'élaboration de ce guide a conclu que la meilleure résolution des symptômes observée après un traitement de 7 jours était cliniquement pertinente. Ce choix a été confirmé par une procédure de consensus Delphi. Les guides de pratique du NICE et du NHG recommandent également, sur la base d'un consensus, une durée de traitement de 7 jours avec une pénicilline à spectre étroit.
- En cas d'indisponibilité de la phénéticilline, les céphalosporines (céfalexine, céfadoxil) et l'amoxicilline constituent de bonnes alternatives.

Alternative : céphalosporine

- Une méta-analyse de Holm et al. (2020) (qualité modérée à faible) a montré qu'une courte cure de céphalosporine était plus efficace pour la résolution des symptômes qu'une cure longue de pénicilline.
- Une revue parapluie (*umbrella review*) (2025) [Kuijpers SME, 2025] rapporte, sur la base de 3 méta-analyses en plus de celle de Holm, aucune

différence dans la guérison clinique entre les céphalosporines et les pénicillines.

- Une méta-analyse de Hedin et al. (2023), mise à jour récente et méthodologiquement solide d'une analyse antérieure, n'a montré aucune différence dans la résolution des symptômes entre les céphalosporines et les pénicillines.
- Holm et al. (2020) et Hedin et al. (2023) n'ont rapporté aucune différence en termes d'effets indésirables.
- Enfin, un rapport de consensus italien (2024) [Chiappini E, 2024] recommande l'utilisation des céphalosporines sur la base d'une étude pédiatrique ne montrant aucune différence entre une cure de 10 jours d'amoxicilline et une cure de 5 jours de céphalosporine.

Alternative : amoxicilline

- L'amoxicilline était auparavant déconseillée en raison d'une incidence supposée élevée (80 à 100 %) d'éruptions cutanées chez les patients présentant une infection à virus Epstein-Barr. Une revue systématique (2025) [ESC. 2023] montre cependant que les études récentes (à partir de 2012) ne rapportent ce phénomène que dans 18 % des cas, sans différence significative avec les patients non traités.
- Une étude rétrospective de Zhang et al. [Zhang R, 2023] n'a pas non plus mis en évidence de différence d'éruptions cutanées induites par les antibiotiques entre l'amoxicilline et d'autres antibiotiques.
- La posologie de l'amoxicilline a été réduite en concertation avec la BAPCOC, conformément aux recommandations de l'IDSA (2012), du CDC et du rapport de consensus italien susmentionné [Chiappini E, 2024], qui préconisent également des doses plus faibles.
- La meilleure résolution des symptômes observée par Holm et al. (2020) avec une cure de 7 à 10 jours de phénéticilline est considérée comme une preuve indirecte en faveur d'une durée de traitement de 7 jours pour l'amoxicilline.

En cas d'allergie à la pénicilline médiée par les IgE : macrolides

- Le macrolide azithromycine constitue une alternative appropriée en cas d'allergie à la pénicilline médiée par les IgE, étant donné que Holm et al. (2020) et Hedin et al. (2023) n'ont observé aucune différence en termes de guérison clinique ou d'effets indésirables entre la pénicilline V et les macrolides.
- Le guide de pratique du NHG [Dagnelie CF, 2015] recommande les mêmes doses et durées de traitement.
- Le consensus sur la posologie, la fréquence d'administration et la durée du traitement des différents antibiotiques a été atteint à la suite d'une concertation entre experts et d'une procédure formelle de consensus Delphi.

Conclusion : sur la base de preuves indirectes et d'un consensus formel, nous formulons une recommandation basée sur les bonnes pratiques (Good Practice Statement) pour le traitement antibiotique de premier choix en cas de mal de gorge aigu, à savoir : la phénéticilline, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Les céphalosporines et l'amoxicilline constituent de bonnes alternatives de second choix, tandis que les macrolides sont indiqués en cas d'allergie à la pénicilline médiée par les IgE.

9. Maux de gorge récidivants

9.1 Que faire en cas de maux de gorge aigus récidivants ?

Recommandation Forte

Chez les enfants et les adultes présentant un mal de gorge aigu récidivant et léger ou modéré, nous recommandons une attitude attentiste ('watchful waiting') plutôt qu'une amygdalectomie (**GRADE 1B : recommandation forte, preuves de certitude modérée**).

Conseils pratiques

L'impact de la chirurgie sur le nombre de récurrences est limité. Il est souvent question d'amélioration spontanée, avec une réduction progressive du nombre de récurrences au fil du temps. Qui plus est, l'avantage de la chirurgie doit être évalué par rapport aux risques d'une procédure chirurgicale (p. ex. hémorragie primaire et secondaire) et de l'anesthésie.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Importants bénéfices nets de l'option recommandée

Comparée à une thérapie conservatrice, l'adéno-/tonsillectomie chez les enfants n'entraîne qu'une légère réduction des épisodes de mal de gorge aigu et du nombre de jours avec mal de gorge. Chez les adultes, on observe une légère réduction du nombre de jours avec mal de gorge.

- Chez les enfants âgés de 2 à 8 ans présentant un mal de gorge léger à modéré, l'adéno-/tonsillectomie n'est pas coût-efficace et n'apporte aucun bénéfice clinique significatif.
- Chez les adultes, un risque postopératoire limité mais réel de complications après amygdalectomie a été mis en évidence.
- Compte tenu de l'évolution généralement favorable et de la réduction progressive des récurrences au fil du temps, l'adoption d'une attitude attentiste présente plus d'avantages.

Qualité de l'évidence

Modérée

La certitude globale des preuves est modérée.

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

Les patients sont parfois difficiles à convaincre d'adopter une attitude attentiste (« watchful waiting ») lorsqu'ils présentent des problèmes de santé. Ils privilégient souvent une intervention, motivés par l'idée que toute amélioration, même minime, est préférable à l'inaction. Il est essentiel de leur expliquer les bénéfices potentiels des différentes options thérapeutiques, ainsi que les risques de complications qui peuvent y être associés.

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Une attitude attentiste est rentable en cas de maux de gorge récidivants légers ou modérés.

Équité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Il est peu probable que cette intervention influence les inégalités en matière de santé.

Acceptabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Aucun problème de faisabilité n'est à prévoir pour le prestataire de soins.

Faisabilité

L'alternative recommandée ne pose pas de problème majeur

Aucun problème de faisabilité n'est à prévoir.

Raison

Le groupe d'élaboration a estimé que cette question et les recommandations qui y répondent sont toujours valides aujourd'hui et qu'aucune mise à jour n'était pas nécessaire. Par conséquent, l'argumentaire ci-dessous est repris du guide de pratique précédent Mal de gorge aigu (2017) :

- Il ressort d'une revue Cochrane [Burton MJ, 2014] que comparativement à un traitement conservateur, une adéno-amygdalectomie chez l'enfant souffrant d'un mal de gorge grave à moins grave la première année après la chirurgie entraîne une baisse limitée du nombre d'épisodes de mal de gorge aigu et du nombre de jours de mal de gorge. L'effet pourrait même être négatif, avec davantage d'épisodes de mal de gorge aigu dans le groupe post-amygdalectomie (bien que non significatif) chez les enfants présentant des récurrences de formes légères de mal de gorge aigu. Les auteurs de la même revue Cochrane disent ne pas disposer de suffisamment d'informations pour pouvoir se prononcer sur l'efficacité d'une adéno-amygdalectomie par rapport au traitement conservateur chez l'adulte.
- Une étude clinique randomisée néerlandaise [Buskens E, v2007] montre que chez les enfants âgés de 2 à 8 ans et souffrant de maux de gorge légers à modérés, une adéno amygdalectomie n'est pas une solution économique et n'offre pas d'avantage clinique significatif.
- L'étude clinique randomisée NATTINA, publié en 2023 [Wilson JA, 2023], fournit des données plus fiables sur l'efficacité de l'adéno-/amygdalectomie par rapport au traitement conservateur chez les adultes. Sur une période de 24 mois, l'adéno-/amygdalectomie a entraîné une réduction limitée du nombre de jours avec maux de gorge.
- Une étude publiée en 2014 [Chen MM, 2014] montre que dans la foulée d'une amygdalectomie chez l'adulte, il subsiste un risque de complications, certes faible mais qu'il ne faut pas négliger : chez 25 patients sur 1.000, des complications postopératoires surviennent, principalement des infections et des hémorragies secondaires. Chez 32 patients sur 1.000, il existe un risque de réintervention, et le risque de mortalité peut atteindre 1 sur 10.000.

Conclusion : sur la base des données probantes de certitude modérée, l'amygdalectomie n'a aucun effet, ou seulement un effet limité, sur le nombre d'épisodes de mal de gorge aigu et sur le nombre de jours avec symptômes, comparée au traitement conservateur chez les enfants. Chez les adultes, on observe une légère réduction du nombre de jours avec mal de gorge. Les bénéfices potentiels ne compensent pas les inconvénients possibles. De plus, aucune preuve de rentabilité n'a été démontrée, en particulier dans les cas de maux de gorge légers ou modérés.

Faible recommandation

Envisagez d'orienter le patient vers une amygdalectomie en présence des constatations suivantes (**GRADE 2B : recommandation faible, preuves de certitude modérée**) :

- épisodes de maux de gorge aigus attribuables à une amygdalite aiguë, ET
- épisodes de maux de gorge aigus qui rendent impossible un fonctionnement normal, ET
- au moins 7 épisodes documentés de mal de gorge aigu significatif sur le plan clinique et bien traité au cours de l'année écoulée ou 5 épisodes de ce type au cours de chacune des 2 années écoulées ou encore 3 épisodes de ce type au cours de chacune des 3 années écoulées.

Conseils pratiques

L'impact de la chirurgie est limité, mais le bénéfice de l'amygdalectomie augmente avec la gravité de la situation et le nombre d'épisodes de mal de gorge aigu survenus avant l'intervention. Il est également essentiel de toujours mettre en balance les bénéfices potentiels de la chirurgie avec les risques inhérents à l'intervention, tels que les hémorragies primaires et secondaires, ainsi que ceux liés à l'anesthésie. L'amygdalectomie peut permettre de prévenir les épisodes récurrents d'amygdalite aiguë. Toutefois, il convient de souligner que cette efficacité ne s'étend pas à l'ensemble des causes de mal de gorge aigu, notamment la pharyngite. Lors de l'évaluation d'une indication pour une amygdalectomie, il est donc primordial de confirmer l'implication réelle des amygdales dans les processus inflammatoires, et d'exclure les cas de pharyngite isolée. Bien que le nombre d'épisodes d'amygdalite tende à diminuer spontanément avec le temps, les données épidémiologiques solides font défaut à ce sujet, et ce dans toutes les tranches d'âge. Il est dès lors impossible d'établir des prédictions fiables pour un patient donné.

La présence de l'ensemble des critères requis est indispensable avant d'envisager une orientation vers une amygdalectomie.

Preuve à la décision

Bénéfices et risques

Petit bénéfices nets, ou petite différence liée à l'option recommandée

Comparée à un traitement conservateur, l'adéno-/amygdalectomie chez les enfants et les adultes entraîne, après chirurgie, une réduction limitée du nombre d'épisodes de mal de gorge aigu et du nombre de jours avec maux de gorge. De plus, il existe un risque de complications postopératoires liées à l'amygdalectomie, comme démontrée dans une population adulte.

Qualité de l'évidence

Modérée

La certitude globale des preuves est modérée

Valeurs et préférences

Importante variabilité attendue, ou incertaine

Ressources

Aucun problème important identifié avec l'option recommandée

Les études sélectionnées ont montré que l'amygdalectomie est rentable lorsqu'elle est réalisée sur base d'indications appropriées.

Équité

Questions importantes ou potentielles non examinées

Une étude menée au Royaume-Uni (92) révèle que les amygdalectomies sont plus fréquemment pratiquées chez les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés. Ces résultats pourraient être liés à une accessibilité réduite aux soins de première ligne ainsi qu'à une application moins rigoureuse des critères d'orientation.

Acceptabilité

Questions importantes ou potentielles non examinées

Aucun problème de faisabilité n'est à prévoir pour le prestataire de soins.

Faisabilité

Questions importantes ou potentielles non examinées

Il est essentiel que les professionnels de la santé connaissent bien ces critères d'orientation et les appliquent de manière cohérente lors du renvoi des patients. Dans la réalité clinique, la pression exercée par les patients et le manque de temps compromettent souvent une application stricte des critères d'orientation.

Raison

La recommandation repose sur des études issues de la version antérieure du guide de pratique Mal de gorge aigu (2017), complétées par des études plus récentes à la suite d'une nouvelle recherche documentaire :

- Il ressort d'une revue Cochrane de 2014 [Burton MJ, 2014] que, comparativement à un traitement conservateur, une adéno-amygdalectomie chez l'enfant souffrant d'un mal de gorge grave à moins grave la première année après la chirurgie entraîne une baisse limitée du nombre d'épisodes de mal de gorge aigu et du nombre de jours de mal de gorge. L'effet est plus marqué (bien que non significatif) chez les enfants présentant des récurrences de mal de gorge aigu sévère. Il est globalement admis que l'avantage d'une amygdalectomie augmente avec la gravité et le nombre d'épisodes de mal de gorge aigu préalablement à l'intervention.
- L'étude clinique randomisée NATTINA [Wilson JA, 2023] indique que l'adéno-/amygdalectomie chez l'adulte entraîne, sur une période de 24 mois, une réduction limitée du nombre de jours avec maux de gorge.
- Dans la foulée d'une amygdalectomie il faut aussi prendre en compte le risque de complications, comme démontrée dans une population adulte : 2,5 % de complications post-opératoires avec risque d'infections et d'hémorragies secondaires, 3,2 % de risque de réitération de

l'opération et un risque de mortalité allant jusqu'à 1/10 000 (65). Par ailleurs, une incertitude persiste également quant aux effets à long terme de l'amygdalectomie [Guntinas-Lichius O, 2023].

- Il ressort d'une étude rétrospective [Katzenell U, 2010] sur la pertinence de l'amygdalectomie montre qu'il n'existe pas de critères d'orientation stricts, et qu'il est nécessaire d'en définir de nouveaux. Les critères utilisés ici sont fondés sur une revue systématique récente concernant le traitement de la tonsillite aiguë récidivante [Guntinas-Lichius O, 2023], sur le guide de pratique de la NHG pour le mal de gorge aigu [Dagnelie CF, 2015], ainsi que sur le guide de pratique de la ZATT [KNO, 2007], qui se base sur les critères de Paradise [Paradise JL, 1981]. Les mêmes critères de Paradise ont été utilisés pour l'inclusion des patients éligibles à une amygdalectomie dans les études examinées dans la revue Cochrane [Burton MJ, 2014] et dans l'étude contrôlée randomisée NATTINA [Wilson JA, 2023].

Conclusion: il existe des données probantes de certitude modérée indiquant qu'une amygdalectomie, réalisée sur la base des critères d'orientation actuels, peut entraîner une réduction du nombre de jours de maladie et d'épisodes chez les enfants comme chez les adultes. Toutefois, les effets à long terme de l'amygdalectomie restent insuffisamment étudiés, ce qui pourrait justifier une révision future des critères. La mise en œuvre et l'adhésion à ces critères d'orientation se heurtent toutefois à plusieurs difficultés. C'est la raison pour laquelle nous formulons une recommandation faible, avec une certitude modérée des preuves.

10. Agenda de recherche

- Quelle est la valeur prédictive des symptômes cliniques liés aux issues de la poursuite de la prise en charge et du traitement en cas de mal de gorge aigu ?
- Quelles méthodes les médecins généralistes peuvent-ils mettre en place en vue d'une prise en charge par antibiotiques plus restrictive ?
- Quelle est l'efficacité des différents antibiotiques lorsqu'ils sont utilisés en cas de forme sévère de mal de gorge aigu ou en présence d'un risque accru de complications ?
- Quelles sont les indications justifiées de l'amygdalectomie chez l'enfant et l'adulte ?

11. Éléments clés

Les critères suivants ont été utilisés pour évaluer si le guide de pratique clinique est suivi :

- nombre de patients souffrant de mal de gorge aigu à qui des antibiotiques ont été prescrits ;
- nombre de patients souffrant de mal de gorge aigu à qui un traitement antibiotique à base de pénicilline spectre étroit a été prescrit ;
- durée et quantité du traitement antibiotique prescrit ;
- nombre de patients (enfants et adultes) avec angine bactérienne récidivante chez qui une amygdalectomie a été pratiquée.

12. Conditions préalables à la mise en oeuvre du guide

- En cas de mal de gorge aigu ou de pharyngo-amygdalite, l'on prescrit toujours trop d'antibiotiques (à large spectre). Une politique continue d'amélioration de la qualité pour tous les prescripteurs demeure nécessaire.
- La phénéticilline, en tant qu'antibiotique à spectre étroit, est à nouveau disponible sous forme de comprimés et de sirop. Il est crucial de préserver la disponibilité de la phénéticilline, considérée comme traitement de premier choix, bien qu'elle ne soit pas reprise dans la liste des médicaments à faible coût.

13. Elaboration

13.1 Auteurs

Les auteurs de cette mise à jour sont :

Fauquert	Benjamin	Médecin généraliste, ULB
De Loof	Hans	Pharmacien, UAntwerpen
De Sutter	An	Médecin généraliste, BAPCOC, UGent
Janssen	Anneleen	Pharmacienne, coördinator Domus Medica
Peremans	Lieve	Médecin généraliste, professeure émérite de médecine générale, UAntwerpen
Rupal	Mehta	ORL, Hôpital Civil Marie Curie, Lodelinsart
Goossens	Martine	WOREL, coordination éditoriale
Mokrane	Saphia	Médecin généraliste, ULB, WOREL
Nonneman	Annick	Pharmacienne, CBIP, WOREL
Verpoorten	Annemie	Médecin généraliste en epidemioloog, WOREL
Van Royen	Paul	Médecin généraliste, professeur émérite de médecine générale, UAntwerpen & président WOREL

13.2 Parties prenantes

Les parties prenantes impliquées dans la mise à jour du guide de pratique de 2017 (Delphi/évaluation externe du guide) sont :

De Loof	Geert	Médecin généraliste, CBIP
Lachgar	Wiame	Médecin généraliste à Bruxelles
Lacor	Patrick	Interne geneeskunde & Infectiologie, UZ Brussel
Balthazard	Xavier	Médecin généraliste en formation professionnelle, ULB
Vandeput	Olivia	Médecin généraliste , Domus Medica
Vanderveken	Olivier	ORL, UZA

13.3 Participation des patients

Aucun patient n'a été directement impliqué dans la mise à jour de ce guide de pratique, étant donné qu'il s'agit d'une affection aiguë avec une évolution généralement brève et spontanée. Une recherche systématique de la littérature a toutefois été menée concernant les préférences et les valeurs des patients. Les résultats du processus de recherche et de sélection sont disponibles dans le rapport méthodologique. Les constats pertinents ont été pris en compte dans les étapes de la démarche 'Preuves fondant la décision' (evidence to decision).

13.4 Méthodologie

13.4.1 Questions clinique

Le groupe d'élaboration a examiné avec soin dans quelle mesure les questions cliniques et leurs recommandations du guide de pratique de 2017 étaient encore d'actualité. Par consensus, il a été déterminé quelles parties devaient être révisées. Sur la base de cette priorisation, certaines questions cliniques et recommandations ont été sélectionnées pour cette mise à jour.

Les autres recommandations ont été reprises avec leur argumentaire (*cf. onglets Argumentaire des recommandations*) et, le cas échéant, leur base scientifique, puis restructurées. Elles ne sont pas nécessairement incorrectes ou obsolètes. Au besoin, elles ont été légèrement reformulées afin de les rendre plus claires et/ou plus orientées vers l'action. Pour certaines recommandations de l'ancien guide, aucune base scientifique explicite n'avait été décrite.

13.4.2 Processus de mise à jour

Pour la version du guide de 2017, une procédure Adapte a été suivie. Les 2 guides suivants ont été utilisés comme base :

- SIGN guideline – Management of sore throat and indications for tonsillectomy (SIGN CPG 117) [SIGN, 2010]
- ESCMID Guideline for the management of acute sore throat [ESC, 2012]

Pour la mise à jour de 2025 une procédure de novo a été suivie.

De plus amples informations sur la méthodologie suivie sont disponibles dans le Manuel pour l'élaboration de guides de pratique clinique du WOREL [Goossens M, 2025] et les rapports méthodologiques respectifs (disponibles sur demande).

14. Conflits d'intérêts et financement

Le groupe chargé de la mise à jour de ce guide de pratique clinique a pu travailler de manière indépendante. Ce guide n'a pas été influencé par les opinions ni les intérêts de l'organisme de financement, l'INAMI.

Tous les auteurs, experts et parties prenantes ont déclaré leurs intérêts. Ces documents sont disponibles sur demande auprès du WOREL.

Les auteurs, experts et parties prenantes consultés n'ont aucun lien avec l'industrie pharmaceutique ni d'autres groupes d'intérêt.

Les éventuels conflits d'intérêts ont été examinés au sein du groupe d'élaboration et n'ont pas donné lieu à des conflits sur le fond.

Aucun auteur, expert ou partie prenante n'a signalé de conflit d'intérêts, à l'exception des conflits d'intérêts intellectuels dans le domaine de la recherche. Cela n'a pas affecté le contenu de ce guide.

15. Mise à jour

Pour ce guide de pratique clinique, la littérature a été examinée jusqu'à fin 2024. Pour plus de détails, nous renvoyons au rapport méthodologique (disponible sur demande).

La littérature relative au sujet de ce guide est régulièrement contrôlée. Si cette surveillance révèle que le guide ou certaines de ses parties sont obsolètes, une mise à jour (partielle) peut être envisagée plus rapidement. Quoi qu'il en soit, les informations de ce guide feront, comme d'usage, l'objet d'une mise à jour après 5 ans.

16. Annexes

Rapports méthodologiques 2017 et 2025 (disponible sur demande auprès de WOREL).

Référence

1. Odeurs PH, De Meyere M, Matthys J, Peremans L, Van Royen P. Guide de pratique clinique sur le mal de gorge aigu. WOREL 2017;28(5):93-201
2. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline 117. SIGN 2010. [Site Internet](#)
3. ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, et al. Guideline for the management of acute sore throat. Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases 2012;18 Suppl 1:1-28 [Pubmed Journal](#)
4. Dagnelie CF, De Jongh E, Lemmen WH, Opstelten W, Pos M, Van Staaij BK, et al. NHG Standaard Acute keelpijn. NHG 2015. [Site Internet](#)
5. Intego epi-tool. KULeuven 2025. [Site Internet](#)
6. Dirven K, De Sutter A, Van Royen P, Mambourg F, Van Den Bruel A. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen. Good Clinical Practice (GCP). KCE reports 43A. Brussel: KCE 2006.
7. Richtlijn Ziekten van Adenoid en Tonsillen in de Tweede lijn (ZATT). Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied 2007.
8. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ (Clinical research ed.) 2008;336(7650):924-6 [Pubmed Journal](#)
9. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ, et al. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians?. BMJ (Clinical research ed.) 2008;336(7651):995-8 [Pubmed Journal](#)
10. Schünemann H, Guyatt G, Oxman A. Criteria for applying or using GRADE. GRADE Working Group 2016. [Site Internet](#)
11. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter AN, De Meyere M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 2009;59(558):29-36 [Pubmed Journal](#)
12. van Driel ML, De Sutter AN, Deveugele M, Peersman W, Butler CC, De Meyere M, et al. Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief?. Annals of family medicine 2006;4(6):494-9 [Pubmed](#)
13. Little P, Gould C, Williamson I, Warner G, Gantley M, Kinmonth AL. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. BMJ (Clinical research ed.) 1997;315(7104):350-2 [Pubmed](#)
14. Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. BMC family practice 2009;10:66 [Pubmed Journal](#)
15. Berger G, Landau T, Berger S, Finkelstein Y, Bernheim J, Ophir D. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. American journal of otolaryngology 2003;24(6):374-83 [Pubmed](#)
16. de Saint Aulaire C, Meinesz SF, Verschuur HP. [Epiglottitis: a children's disease seen in adults]. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 2008;152(4):177-81 [Pubmed](#)

17. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making 1981;1(3):239-46 [Pubmed](#)
18. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 1998;158(1):75-83 [Pubmed](#)
19. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Archives of internal medicine 2012;172(11):847-52 [Pubmed](#) [Journal](#)
20. Aalbers J, O'Brien KK, Chan W-S, Falk GA, Teljeur C, Dimitrov BD, et al. Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score. BMC medicine 2011;9:67 [Pubmed](#) [Journal](#)
21. Del Mar C. Managing sore throat: a literature review. I. Making the diagnosis. The Medical journal of Australia 1992;156(8):572-5 [Pubmed](#)
22. Calviño O, Llor C, Gómez F, González E, Sarvisé C, Hernández S. Association between C-reactive protein rapid test and group A streptococcus infection in acute pharyngitis. Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM 2014;27(3):424-6 [Pubmed](#) [Journal](#)
23. de Koning Gans JMM, Zwart DLM, Kalkman CJ. [Acute upper-airway obstructions in primary care. Cricothyrotomy performed by the general practitioner]. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 2010;154:A1299 [Pubmed](#)
24. Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Gubbels JW, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. BMJ (Clinical research ed.) 2000;320(7228):150-4 [Pubmed](#)
25. Leelarasamee A, Leowattana W, Tobunluepop P, Chub-upakarn S, Artavetakun W, Jarupoonphol V, et al. Amoxicillin for fever and sore throat due to non-exudative pharyngotonsillitis: beneficial or harmful?. International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases 2000;4(2):70-4 [Pubmed](#)
26. Taylor JL, Howie JG. Antibiotics, sore throats and acute nephritis. The Journal of the Royal College of General Practitioners 1983;33(257):783-6 [Pubmed](#)
27. Howie JG, Foggo BA. Antibiotics, sore throats and rheumatic fever. The Journal of the Royal College of General Practitioners 1985;35(274):223-4 [Pubmed](#)
28. de Cassan, S., Thompson, M. J., Perera, R., Glasziou, P. P., Del Mar, C. B., Heneghan, C. J., & Hayward, G. (2020). Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. Cochrane Database Syst Rev, 5(5), CD008268. doi:10.1002/14651858.CD008268.pub3. [Journal Site](#) [Internet](#)
29. Cohen JF, Pauchard J-Y, Hjelm N, Cohen R, Chalumeau M. Efficacy and safety of rapid tests to guide antibiotic prescriptions for sore throat. The Cochrane database of systematic reviews 2020;6(6):CD012431 [Pubmed](#) [Journal](#)
30. Van Hecke O, Raymond M, Lee JJ, Turner P, Goyder CR, Verbakel JY, et al. In-vitro diagnostic point-of-care tests in paediatric ambulatory care: A systematic review and meta-analysis. PloS one 2020;15(7):e0235605 [Pubmed](#) [Journal](#)
31. Zhang K, Xie K, Zhang C, Liang Y, Chen Z, Wang H. C-reactive protein testing to reduce antibiotic prescribing for acute respiratory infections in adults: a systematic review and meta-analysis. Journal of thoracic disease 2022;14(1):123-134 [Pubmed](#) [Journal](#)
32. Smedemark SA, Aabenhus R, Llor C, Fournaise A, Olsen O, Jørgensen KJ. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in people with acute respiratory infections in primary care. The Cochrane database of systematic reviews 2022;10(10):CD010130 [Pubmed](#) [Journal](#)
33. Do NTT, Ta NTD, Tran NTH, Than HM, Vu BTN, Hoang LB, et al. Point-of-care C-reactive protein testing to reduce inappropriate use of antibiotics for non-severe acute respiratory infections in Vietnamese primary health care: a randomised controlled trial. The Lancet. Global health 2016;4(9):e633-41 [Pubmed](#) [Journal](#)
34. Malecki M. Rapid strip tests as a decision-making tool about antibiotic treatment in children—A prospective study. Pediatría polska 2017.
35. Hoste ME, Borek AJ, Santillo M, Roberts N, Tonkin-Crine S, Anthierens S. Point-of-care tests to manage acute respiratory tract infections in primary

care: a systematic review and qualitative synthesis of healthcare professional and patient views. The Journal of antimicrobial chemotherapy 2025;80(1):29-46 [Pubmed Journal](#)

36. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat?. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 2000;50(459):817-20 [Pubmed](#)

37. Watson N, Nimmo WS, Christian J, Charlesworth A, Speight J, Miller K. Relief of sore throat with the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8.75 mg: a randomised, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and safety. International journal of clinical practice 2000;54(8):490-6 [Pubmed](#)

38. Benrimoj SI, Langford JH, Christian J, Charlesworth A, Steans A. Efficacy and Tolerability of the Anti-inflammatory Throat Lozenge Flurbiprofen 8.75mg in the Treatment of Sore Throat : A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Clinical drug investigation 2001;21(3):183-93 [Pubmed Journal](#)

39. Burnett I, Schachtel B, Sanner K, Bey M, Grattan T, Littlejohn S. Onset of analgesia of a paracetamol tablet containing sodium bicarbonate: A double-blind, placebo-controlled study in adult patients with acute sore throat. Clinical therapeutics 2006;28(9):1273-8 [Pubmed](#)

40. Eccles R, Loose I, Jawad M, Nyman L. Effects of acetylsalicylic acid on sore throat pain and other pain symptoms associated with acute upper respiratory tract infection. Pain medicine (Malden, Mass.) 2003;4(2):118-24 [Pubmed](#)

41. Gehanno P, Dreiser RL, Ionescu E, Gold M, Liu J-M. Lowest effective single dose of diclofenac for antipyretic and analgesic effects in acute febrile sore throat. Clinical drug investigation 2003;23(4):263-71 [Pubmed](#)

42. Schachtel BP, Homan HD, Gibb IA, Christian J. Demonstration of dose response of flurbiprofen lozenges with the sore throat pain model. Clinical pharmacology and therapeutics 2002;71(5):375-80 [Pubmed](#)

43. Moore N, Charlesworth A, Van Ganse E, LeParc J-M, Jones JK, Wall R, et al. Risk factors for adverse events in analgesic drug users: results from the PAIN study. Pharmacoepidemiology and drug safety 2003;12(7):601-10 [Pubmed](#)

44. Moore N, Le Parc JM, van Ganse E, Wall R, Schneid H, Cairns R. Tolerability of ibuprofen, aspirin and paracetamol for the treatment of cold and flu symptoms and sore throat pain. International journal of clinical practice 2002;56(10):732-4 [Pubmed](#)

45. Perrott DA, Piira T, Goodenough B, Champion GD. Efficacy and safety of acetaminophen vs ibuprofen for treating children's pain or fever: a meta-analysis. Archives of pediatrics & adolescent medicine 2004;158(6):521-6 [Pubmed](#)

46. Southey ER, Soares-Weiser K, Kleijnen J. Systematic review and meta-analysis of the clinical safety and tolerability of ibuprofen compared with paracetamol in paediatric pain and fever. Current medical research and opinion 2009;25(9):2207-22 [Pubmed Journal](#)

47. Moghal NE, Hegde S, Eastham KM. Ibuprofen and acute renal failure in a toddler. Archives of disease in childhood 2004;89(3):276-7 [Pubmed](#)

48. Pierce CA, Voss B. Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: a meta-analysis and qualitative review. The Annals of pharmacotherapy 2010;44(3):489-506 [Pubmed Journal](#)

49. Nabulsi M. Is combining or alternating antipyretic therapy more beneficial than monotherapy for febrile children?. BMJ (Clinical research ed.) 2009;339:b3540 [Pubmed Journal](#)

50. Fièvre chez l'enfant: paracétamol ou ibuprofène ?. Folia Pharmacotherapeutica 2005. [Site Internet](#)

51. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. The Cochrane database of systematic reviews 2013;2013(1):CD000980 [Pubmed Journal](#)

52. Singh M, Das RR. Zinc for the common cold. The Cochrane database of systematic reviews 2011;(2):CD001364 [Pubmed Journal](#)

53. Mossad SB, Macknin ML, Medendorp SV, Mason P. Zinc gluconate lozenges for treating the common cold. A randomized, double-blind, placebo-controlled study. Annals of internal medicine 1996;125(2):81-8 [Pubmed](#)

54. Macknin ML, Piedmonte M, Calendine C, Janosky J, Wald E. Zinc gluconate lozenges for treating the common cold in children: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;279(24):1962-7 [Pubmed](#)
55. Yale SH, Liu K. Echinacea purpurea therapy for the treatment of the common cold: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Archives of internal medicine* 2004;164(11):1237-41 [Pubmed](#)
56. Centor RM. Expand the pharyngitis paradigm for adolescents and young adults. *Annals of internal medicine* 2009;151(11):812-5 [Pubmed](#) [Journal](#)
57. Centor RM, Samlowski R. Avoiding sore throat morbidity and mortality: when is it not "just a sore throat?". *American family physician* 2011;83(1):26, 28 [Pubmed](#)
58. Little P, Hobbs FDR, Mant D, McNulty CAM, Mullee M, . Incidence and clinical variables associated with streptococcal throat infections: a prospective diagnostic cohort study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2012;62(604):e787-94 [Pubmed](#) [Journal](#)
59. Karkos PD, Asrani S, Karkos CD, Leong SC, Theochari EG, Alexopoulou TD, et al. Lemierre's syndrome: A systematic review. *The Laryngoscope* 2009;119(8):1552-9 [Pubmed](#) [Journal](#)
60. Centor RM, Atkinson TP, Ratliff AE, Xiao LI, Crabb DM, Estrada CA, et al. The clinical presentation of Fusobacterium-positive and streptococcal-positive pharyngitis in a university health clinic: a cross-sectional study. *Annals of internal medicine* 2015;162(4):241-7 [Pubmed](#) [Journal](#)
61. Linder JA. Sore throat: avoid overcomplicating the uncomplicated. *Annals of internal medicine* 2015;162(4):311-2 [Pubmed](#) [Journal](#)
62. Matthys J, De Meyere M, De Sutter AN. Fusobacterium-Positive and Streptococcal-Positive Pharyngitis. *Annals of internal medicine* 2015;162(12):876 [Pubmed](#) [Journal](#)
63. Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. *The Cochrane database of systematic reviews* 2014;2014(11):CD001802 [Pubmed](#) [Journal](#)
64. Buskens E, van Staaïj B, van den Akker J, Hoes AW, Schilder AGM. Adenotonsillectomy or watchful waiting in patients with mild to moderate symptoms of throat infections or adenotonsillar hypertrophy: a randomized comparison of costs and effects. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery* 2007;133(11):1083-8 [Pubmed](#)
65. Chen MM, Roman SA, Sosa JA, Judson BL. Safety of adult tonsillectomy: a population-level analysis of 5968 patients. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery* 2014;140(3):197-202 [Pubmed](#) [Journal](#)
66. Katzenell U, Bakshi E, Ashkenazi I, Bar-Dayana Y, Yeheskeli E, Eviatar E. A retrospective study of the eligibility for tonsillectomy. *The Israel Medical Association journal : IMAJ* 2010;12(11):681-3 [Pubmed](#)
67. Hedin K, Thorning S, van Driel ML. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *The Cochrane database of systematic reviews* 2023;11(11):CD004406 [Pubmed](#) [Journal](#)
68. Holm AE, Llor C, Bjerrum L, Cordoba G. Short- vs. Long-Course Antibiotic Treatment for Acute Streptococcal Pharyngitis: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Antibiotics (Basel, Switzerland)* 2020;9(11) [Pubmed](#) [Journal](#)
69. Cals JWL, de Bock L, Beckers P-JHW, Francis NA, Hopstaken RM, Hood K, et al. Enhanced communication skills and C-reactive protein point-of-care testing for respiratory tract infection: 3.5-year follow-up of a cluster randomized trial. *Annals of family medicine* 2013;11(2):157-64 [Pubmed](#) [Journal](#)
70. Cals JWL, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant G-J. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2009;338:b1374 [Pubmed](#) [Journal](#)
71. Zhang R, Mao Z, Xu C, Wang W, Kwong JS-W, Xu M, et al. Association between Antibiotic Exposure and the Risk of Rash in Children with Infectious Mononucleosis: a Multicenter, Retrospective Cohort Study. *Antimicrobial agents and chemotherapy* 2023;67(6):e0024923 [Pubmed](#) [Journal](#)
72. Gerber MA, Shulman ST. Rapid diagnosis of pharyngitis caused by group A streptococci. *Clinical microbiology reviews* 2004;17(3):571-80, table of

contents [Pubmed](#)

73. Spurling GK, Dooley L, Clark J, Askew DA. Immediate versus delayed versus no antibiotics for respiratory infections. The Cochrane database of systematic reviews 2023;10(10):CD004417 [Pubmed Journal](#)
74. Truyers C, Elli S, Goderis G, Buntinx F. 20 jaar Huisartspraktijk in Vlaanderen. Acco Leuven/Den Haag 2015.
75. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, Glasziou PP, Del Mar CB, Heneghan CJ. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. The Cochrane database of systematic reviews 2012;10:CD008268 [Pubmed Journal](#)
76. Sadeghirad B, Siemieniuk RAC, Brignardello-Petersen R, Papola D, Lytvyn L, Vandvik PO, et al. Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ (Clinical research ed.) 2017;358:j3887 [Pubmed Journal](#)
77. Addey D, Shephard A. Incidence, causes, severity and treatment of throat discomfort: a four-region online questionnaire survey. BMC ear, nose, and throat disorders 2012;12:9 [Pubmed Journal](#)
78. De Vocht K, Debie T, Bastiaens H, Anthierens S. The use of paracetamol for first-line treatment of acute sore throat. A descriptive generic qualitative study of GPs and patients. The European journal of general practice 2021;27(1):60-67 [Pubmed Journal](#)
79. Goossens M, Van Royen P, De Coninck L, Van Cauwenbergh S, Vanoverschelde I. Leidraad richtlijnontwikkeling. Wilrijk: WOREL, 2025. [Site Internet](#)
80. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for treatment of sore throat in children and adults. The Cochrane database of systematic reviews 2021;12(12):CD000023 [Pubmed Journal](#)
81. Oliver J, Malliya Wadu E, Pierse N, Moreland NJ, Williamson DA, Baker MG. Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. PLoS neglected tropical diseases 2018;12(3):e0006335 [Pubmed Journal](#)
82. Domen J, Aabenhus R, Balan A, Bongard E, Böhmer F, Bralić Lang V, et al. The effect of a GP's perception of a patient request for antibiotics on antibiotic prescribing for respiratory tract infections: secondary analysis of a point-prevalence audit survey in 18 European countries. BJGP open 2025;9(2) [Pubmed Journal](#)
83. De Vocht K, Debie T, Bastiaens H, Anthierens S. The use of paracetamol for first-line treatment of acute sore throat. A descriptive generic qualitative study of GPs and patients. Eur J Gen Pract 2021;27(1):60-67 [Pubmed Journal](#)
84. Fraser H, Gallacher D, Achana F, Court R, Taylor-Phillips S, Nduka C, et al. Rapid antigen detection and molecular tests for group A streptococcal infections for acute sore throat: systematic reviews and economic evaluation. Health technology assessment (Winchester, England) 2020;24(31):1-232 [Pubmed Journal](#)
85. Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. The Cochrane database of systematic reviews 2016;7(7):CD010502 [Pubmed Journal](#)
86. Calvino O, Llor C, Gomez F, Gonzalez E, Sarvisé C, Hernandez S. Association between C-reactive protein rapid test and group A streptococcus infection in acute pharyngitis. J Am Board Fam Med 2014;27(3):424-426 [Journal](#)
87. Aertgeerts B, Agoritsas T, Siemieniuk RAC, Burgers J, Bekkering GE, Merglen A, et al. Corticosteroids for sore throat: a clinical practice guideline. BMJ (Clinical research ed.) 2017;358:j4090 [Pubmed Journal](#)
88. Guntinas-Lichius O, Geißler K, Mäkitie AA, Ronen O, Bradley PJ, Rinaldo A, et al. Treatment of recurrent acute tonsillitis-a systematic review and clinical practice recommendations. Frontiers in surgery 2023;10:1221932 [Pubmed Journal](#)
89. Wilson JA, O'Hara J, Fouweather T, Homer T, Stocken DD, Vale L, et al. Conservative management versus tonsillectomy in adults with recurrent acute tonsillitis in the UK (NATTINA): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. Lancet (London, England) 2023;401(10393):2051-2059 [Pubmed Journal](#)
90. Munck H, Jørgensen AW, Klug TE. Antibiotics for recurrent acute pharyngo-tonsillitis: systematic review. European journal of clinical microbiology &

infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology 2018;37(7):1221-1230 [Pubmed Journal](#)

91. Paradise JL. Tonsillectomy and adenoidectomy. Pediatric clinics of North America 1981;28(4):881-92 [Pubmed](#)

92. Hulse K, Lindsay E, Rogers A, Young D, Kunanandam T, Douglas CM. Twenty-year observational study of paediatric tonsillitis and tonsillectomy. Archives of disease in childhood 2022;107(12):1106-1110 [Pubmed Journal](#)

93. Little P, Stuart B, Hobbs FDR, Butler CC, Hay AD, Campbell J, et al. Predictors of suppurative complications for acute sore throat in primary care: prospective clinical cohort study. BMJ (Clinical research ed.) 2013;347:f6867 [Pubmed Journal](#)

94. Little P. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. The Journal of pediatrics 2004;145(1):136-7 [Pubmed](#)

95. Centre belge d'Information Pharmacothérapeutique. Paracétamol. <https://www.cbip.be/fr/chapters/9?frag=6429> [Site Internet](#)

96. BUTLER C, ROLLNICK S, PILL R. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners and patients perceptions of antibiotics for sore throats. BMJ 1998;317:637-642 [Pubmed](#)

97. de la Poza Abad M, Mas Dalmau G, Moreno Bakedano M, González González AI, Canellas Criado Y, Hernández Anadón S, et al. Prescription Strategies in Acute Uncomplicated Respiratory Infections: A Randomized Clinical Trial. JAMA internal medicine 2016;176(1):21-9 [Pubmed Journal](#)

98. ESC. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines. 2023. [Site Internet](#)

99. Vrysis C, Katsarou A, Lytras T, Katsikas K, Falagas ME. Rash associated with antibiotic administration in patients with infectious mononucleosis: a systematic review and meta-analysis. European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology 2025;44(9):2183-2196 [Pubmed Journal](#)

100. Leydon GM, McDermott L, Moore M, Williamson I, Hobbs FDR, Lambton T, et al. A qualitative study of GP, NP and patient views about the use of rapid streptococcal antigen detection tests (RADTs) in primary care: 'swamped with sore throats?'. BMJ open 2013;3(4) [Pubmed Journal](#)

101. Macnamara J, Harrington P, Walsh M, Walsh M, Burke M, Walsh N. Antibiotics for sore throat: impact of feedback to patients on the probability of bacterial infection. Irish medical journal 2000;93(7):211-2 [Pubmed](#)

102. NICE. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. 2018. [Site Internet](#)

103. IDSA. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. 2012. [Site Internet](#)

104. Kuijpers SME, Buis DTP, Ziesemer KA, van Hest RM, Schade RP, Sigaloff KCE, et al. The evidence base for the optimal antibiotic treatment duration of upper and lower respiratory tract infections: an umbrella review. The Lancet. Infectious diseases 2025;25(1):94-113 [Pubmed Journal](#)

105. Chiappini E, Simeone G, Bergamini M, Pellegrino R, Guarino A, Staiano A, et al. Treatment of acute pharyngitis in children: an Italian intersociety consensus (SIPPS-SIP-SITIP-FIMP-SIAIP-SIMRI-FIMMG). Italian journal of pediatrics 2024;50(1):235 [Pubmed Journal](#)