

Présentation TDR et angine.

1) Présentation TDR

C'est un Test de dépistage rapide des angines à streptocoque Béta-hémolytique du groupe A qui a une Sensibilité supérieure à 90% et une spécificité de 95%.

Il a été diffusé à grande échelle en 2002 en France.

Le test est réalisable en cabinet de ville en 6 minutes.

Il se compose de 2 réactifs, un coton tige pour le prélèvement et une bandelette réactive.

2) Intérêt du TDR

Pour comprendre l'intérêt du TDR il faut revenir à la physiopathologie des angines.

La grande majorité des angines est virale. Les angines bactériennes sont très majoritairement présentées par les angines à streptocoque bêta hémolytique du groupe A. Toutefois l'angine streptococcique ne représente que 25 à 40% des angines de l'enfant et 10 à 25% des angines de l'adulte. (sources société française d'infectiologie).

Le risque de ces angines est essentiellement le RAA. Les glomérulonéphrites aiguës post streptococciques sont exceptionnellement d'origine pharyngée mais plutôt d'origine cutanée (société française d'infectiologie).

Le but est donc de prévenir le RAA.

TDR positif : Traitement Antibio

TDR négatif : traitement symptomatique. Sauf si facteur de risque de RAA ou il faut reconstruire par prélèvement (Atcd personnels de RAA ou âge entre 5 et 25 ans et :

- Atcd de multiples angines à SGA
- Séjour en pays d'endémie de RAA (Outre mer, pays en voie de développement)
- Condition socio économique défavorisée.

Il y a 9 jours entre le début de l'angine et le délai maximum d'introduction du traitement préventif du RAA par antibiotique.

Cependant le RAA est devenu exceptionnel en France métropolitaine, les rares cas reportés sont des cas d'origine étrangère ou des DOM TOM.

3) Quand réaliser un TDR

Il faut tout d'abord qu'il y ait une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée.

Chez les enfants de moins de 3 ans les angines sont rares et quasi exclusivement virales et surtout il n'a jamais été décrit de cas de RAA avant 3ans. Il est donc inutile de traiter ces angines et donc de réaliser un TDR.

Chez les enfants de moins de 15 ans, les scores cliniques n'ont pas de valeur et il est recommandé de faire un TDR de manière systématique.

Chez les adultes il est recommandé de réaliser un TDR lorsque le score de mac isaac est supérieur à 2.

Score de mac isaac , 1 point si fièvre>38, si absence de toux, si adénopathie cervicale sensible, si atteinte agmydaliene (augmentation de volume ou exsudat)

On enlève un point si age >45ans.

Les patients présentant un score d'isaac < ou = à 2 ont moins de 5% de risque de développer une infection à streptocoque beta hémolytique du groupe A et ne nécessite pas ni de TDr ni de traitement ATB.

Cela inclu par exemple qu'un patient de 45ans avec une toux ne recevra ni TDR ni Traitement ATB en dehors de facteur de risque de RAA. Ceci s'explique facilement car le RAA touche exceptionnellement les patients agés de plus de 25 ans.

4) Comment bien réaliser un TDR

Maintenir la langue avec un abaisse langue et posséder un bon éclairage.

Frotter l'écouvillon sur les amygdales et/ou l'arrière gorge.

Eviter de toucher la langue , les dents, les gencives et les joues.

Procéder au test aussitôt après écouvillonnage.

Respecter les 5 minutes de réaction.

Mais Pbl de temps ? Réaliser le test au début de l'examen pour laisser la réaction se faire le temps du reste de l'examen.

5) Bibliographie

- Recommandations de bonne pratique de la société française d'infectiologie 2011 : <http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>
- Item77. Angine et pharyngite de l'enfant et de l'adulte. Société française d'ORL. <http://www.orlfrance.org/college/DCEMitems/Question77/77.pdf>
- Rapport d'expertise de l'Afsaps sur la consommation des antibiotiques en France : juin 2011. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/afssaps/2011_ConsommationAntibiotiques_AFSSAPS.pdf
- Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire n° 12/1999 http://www.invs.sante.fr/beh/1999/9912/beh_12_1999.pdf