

Mal de gorge *Dites Ahhhh!!!*

Un examen clinique ciblé

Par **Lyne Cloutier**, inf., Ph.D., **Pascale Bisson**, étudiante en médecine, **Josyane Pinard**, inf., B.Sc.



© Bowie15 / Dreamstime.com

Le mal de gorge est un symptôme bien connu des professionnels de la santé. Il est une raison fréquente de consultation en clinique. Le mal de gorge se décrit comme un picotement, un assèchement, une irritation ou une inflammation du pharynx, la plupart du temps causé par une infection touchant la muqueuse pharyngienne. Le seul fait de respirer, de parler ou d'avaler peut provoquer de la douleur.

Pourquoi se soucier d'un mal de gorge ?

Parce qu'il est un symptôme de plusieurs maladies, entre autres de la

rhinite, la pharyngite, l'amygdalite, la mononucléose infectieuse et les oreillons. Savoir reconnaître les signes et les symptômes caractéristiques de chacune de ces maladies permet de déterminer quelle sera l'intervention la plus efficace pour répondre aux besoins du patient et éviter le développement de complications sérieuses, par exemple un rhumatisme articulaire aigu (RAA) ou une glomérulonéphrite aiguë (Hockenberry et Wilson, 2012). Rappelons que 85% des maux de gorge sont dus à une infection d'origine virale et 15%, d'origine bactérienne.

Innervation sensitive et motrice de la langue

La langue est innervée par trois nerfs crâniens. Elle possède une double innervation sensorielle avec le nerf VII dans le deux tiers antérieurs, le nerf IX pour le tiers postérieur et une innervation motrice par le nerf XII.

Rappel anatomique

Le **pharynx** : Communément appelé gorge, le pharynx est un conduit qui relie le nez et la bouche au larynx. Il va de la base du crâne jusqu'à la sixième vertèbre cervicale et se divise en trois parties (voir Figure 1) :

- Le **nasopharynx** est situé au-dessus du voile du palais, il est en fait l'arrière-nez. Il comprend les orifices postérieurs des fosses nasales, les choanes. On y trouve l'orifice des trompes d'Eustache qui drainent les cavités de l'oreille moyenne.
- L'**oropharynx** va du nasopharynx jusqu'à la base de la langue. Il permet le passage de l'air et de la nourriture alors que la partie supérieure du pharynx, le nasopharynx, ne laisse passer que l'air.
- Le **laryngopharynx** se trouve entre l'oropharynx et l'os cricoïde. Il aboutit au larynx.

Le nez : Le nez fait partie des voies aériennes supérieures. En plus de ses fonctions olfactives, il joue un grand rôle dans la ventilation, principalement en réchauffant et en humidifiant l'air. Le squelette nasal est constitué par une partie osseuse et une partie cartilagineuse. Ces parties sont soutenues par une cloison qui sépare le nez et crée les deux fosses nasales. Ces dernières sont recouvertes par une muqueuse. Les reliefs osseux de la paroi externe des fosses nasales forment les cornets. On en compte trois de chaque côté : inférieur, moyen et supérieur. Entre les cornets, il y a des orifices appelés méats. Le méat inférieur accueille le canal lacrymal et permet de drainer les larmes dans le nez. Le méat moyen permet le drainage des sinus antérieurs : frontal, maxillaire et partie antérieure du sinus ethmoïdal. Le méat supérieur draine les sinus supérieurs : sphénoïde et partie postérieure du sinus ethmoïdal (voir Figure 1).

La bouche : La bouche comprend plusieurs éléments (voir Figure 3). D'abord, le palais qui se divise en deux : le palais osseux en position antérieure et le palais mou, composé de muscles, en position postérieure. La luette se situe à l'extrémité du palais (Brûlé *et al.*, 2002). La langue, organe musculaire, tient un rôle dans la mastication, la phonation, la déglutition et la perception des saveurs grâce aux papilles gustatives. La bouche contient aussi trois paires de glandes salivaires (voir Figure 2). Les premières, les glandes parotides, sont les plus volumineuses. Elles se situent à l'avant de l'oreille et se drainent au niveau de la 2^e molaire supérieure par les canaux de Sténon. Les deuxièmes, les glandes sous-maxillaires, sont sous la mâchoire. Elles se drainent par les canaux de Wharton qui s'ouvrent à la base du frein de la langue. Les dernières, les glandes sous-linguales, sont les plus petites. Situées en amont des glandes sous-maxillaires sous la langue, elles se drainent par de nombreux conduits dans le plancher buccal (Brûlé *et al.*, 2002). Ces structures se situent de chaque côté de la bouche de manière symétrique.

Il y a dans la bouche et le pharynx des structures qui appartiennent au système lymphatique, soit les amygdales (voir Figure 4). Elles forment quatre paires de renflements de la muqueuse pharyngienne et protègent l'organisme contre des agents pathogènes (Brûlé *et al.*, 2002 ; Marieb *et al.*, 2010). Les principales sont les deux amygdales palatines situées entre les piliers de l'oropharynx. En raison de leur situation anatomique, elles sont les plus souvent touchées par les agents pathogènes (voir Figure 4).

Les nœuds lymphatiques : Les nœuds lymphatiques ou ganglions assurent la filtration de la lymphe. Ils font partie du système lymphatique, ils activent les réactions immunitaires. Disposés en chaîne ou en amas à plusieurs endroits de l'organisme, ils constituent le réseau lymphatique. De forme globuleuse, ils sont constitués de tissus lymphoïdes enveloppés dans une capsule. Le cou comporte plus de soixante-dix nœuds lymphatiques situés principalement à l'avant et à l'arrière des oreilles, sous la mâchoire et le long des muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèzes (voir Figure 5).

Figure 1 Anatomie du pharynx

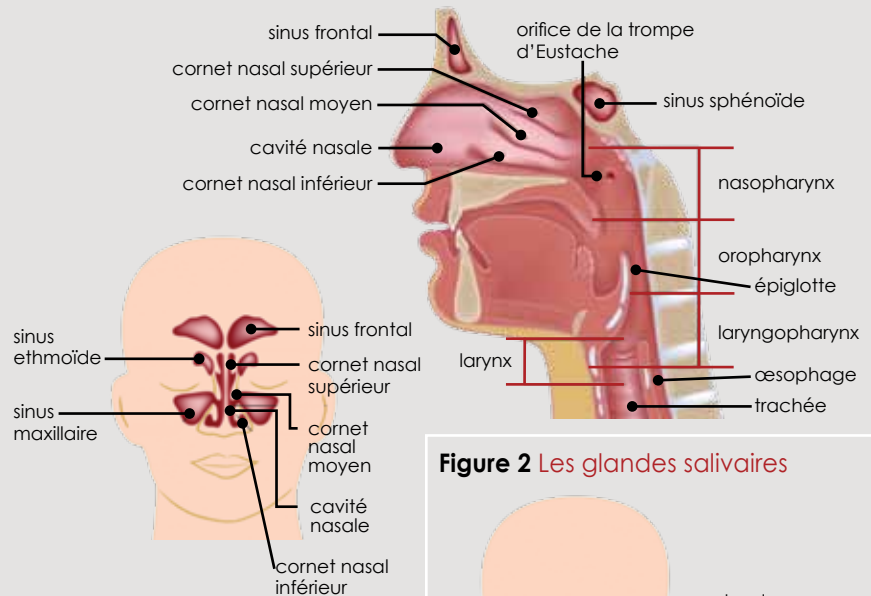


Figure 2 Les glandes salivaires

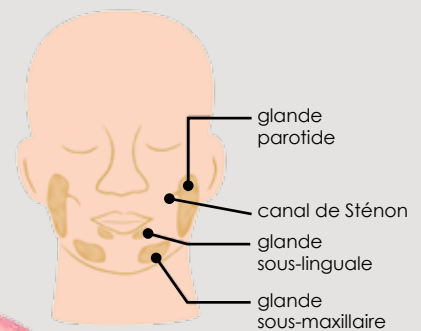


Figure 3 La bouche

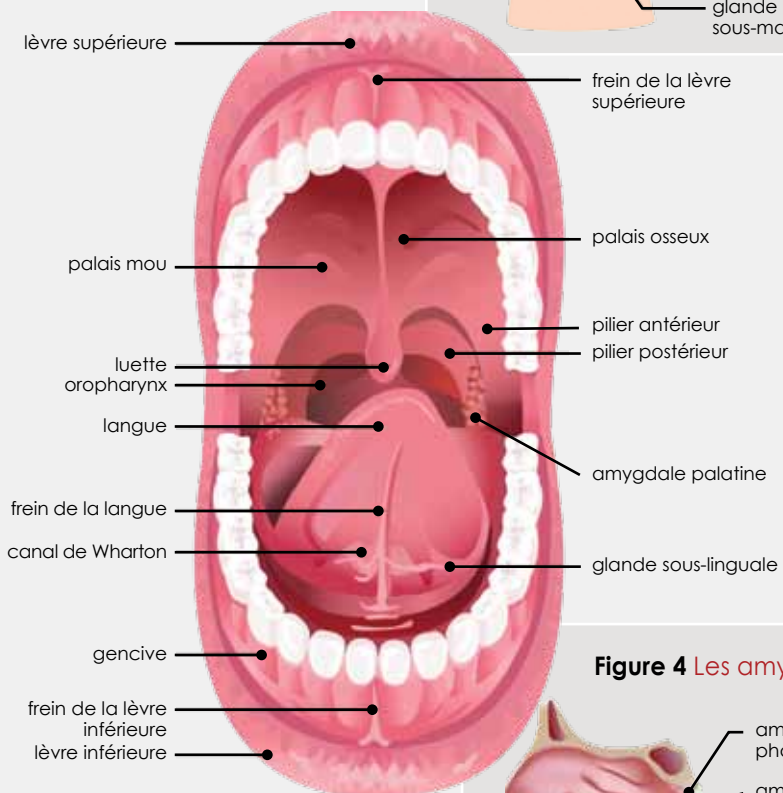


Figure 4 Les amygdales

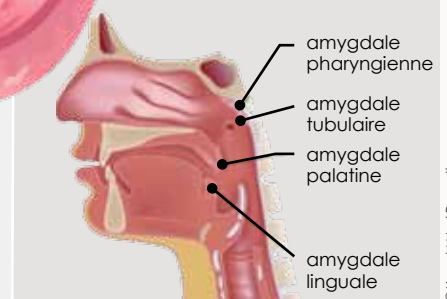
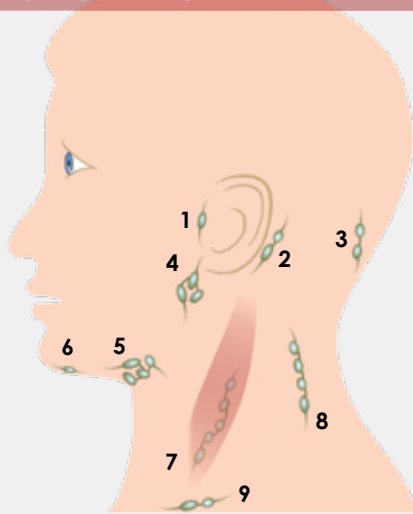


FIGURE 5

Les nœuds lymphatiques du cou



- 1 Préauriculaires
- 2 Rétroauriculaires
- 3 Occipitaux
- 4 Amygdaliens
- 5 Sous-maxillaires
- 6 Sous-mentonniers
- 7 Chaîne postérieure superficielle
- 8 Chaîne cervicale profonde
- 9 Sus-claviculaires

Signes et symptômes

Dès la première consultation d'un patient qui se plaint d'un mal de gorge, la méthode PQRST – Provoquer et pallier; Qualité et quantité; Région touchée et irradiation; Signes et Symptômes associés; Temps et durée (Cloutier *et al.*, 2010) s'applique. L'infirmière doit porter une attention toute particulière au point « S » afin de bien noter tous les signes et symptômes liés au mal de gorge. En effet, ce sont souvent eux qui permettront de mieux identifier la cause et de guider l'intervention. Les points les plus importants sont décrits dans le Tableau 1 (Ebell *et al.*, 2000).

Un patient souffrant d'un mal de gorge peut aussi se plaindre de problèmes respiratoires, de difficultés à avaler, d'un enrouement, de perte d'appétit, de vomissements, de nausées, de douleurs abdominales, de diarrhées et de maux de tête (Algranti-Fildier *et al.*, 2006; Ebell *et al.*, 2000).

L'examen physique

La tête : Pour l'examen physique de la tête et du cou, le patient doit se tenir assis. L'infirmière commence par inspecter la tête à la recherche de déformations ou de points douloureux (Bates *et al.*, 2006).

Le cou : L'infirmière fait ensuite l'inspection du cou. Elle note s'il y a augmentation du volume des glandes salivaires et des ganglions (aussi appelée adénopathie). Elle effectue une palpation superficielle des ganglions par des mouvements circulaires avec la pulpe du bout de ses doigts. L'ordre présenté à la Figure 5 facilite l'examen exhaustif.

Les ganglions d'une personne en bonne santé ne devraient pas être palpables. Par contre, en cas d'infection, ils peuvent présenter des particularités décrites dans le Tableau 2.

Le nez : L'infirmière poursuit l'examen physique du patient par l'inspection du nez. Elle note la forme, la taille

Tableau 1 Principaux signes et symptômes à rechercher

| Présence ou non de |
|--|
| ■ Fièvre (T° rectale ≥ 38°C) |
| ■ Toux |
| ■ Adénopathie |
| ■ Exsudats blanchâtres sur les amygdales |

et la couleur de la structure externe du nez composée des deux narines séparées par le septum nasal. En cas d'infection des voies respiratoires supérieures, le nez sera souvent rouge et asséché à cause de l'irritation. L'infirmière observe aussi la muqueuse de la paroi nasale, sa couleur et s'il y a une sécrétion ou inflammation. La muqueuse devrait normalement être rosée, humide et sans lésion. En cas de rhinite allergique, elle sera plus pâle et accompagnée d'écoulement clair. En cas de rhinite virale, elle sera plus rouge et œdématisée (Bates *et al.*, 2006; Potter *et al.*, 2010).

Tableau 2 Particularités des ganglions en cas de maladies

| Maladie | Particularités |
|--|---|
| Infection à l'oreille ou des voies respiratoires supérieures | Douloureux Mobiles Fermes à la palpation Localisés dans la zone de drainage associée |
| Mononucléose infectieuse | Parfois douloureux Mobiles Fermes à la palpation Bilatéraux Multiples |
| Cancer | Non douloureux Non mobiles Fermes à la palpation Unilatéraux |

Source : Brûlé *et al.*, 2002.

Tableau 3 Différentes présentations du pharynx en cas de maladies

| Maladie | Apparence du pharynx |
|----------------------------|--|
| Pharyngite virale | Rougeur modérée du pharynx Hypertrophie des amygdales Parfois asymptomatique |
| Pharyngite streptococcique | Luette rouge et œdématisée Présence d'exsudats blanchâtres sur les piliers Présence d'exsudats blanchâtres sur les amygdales Hypertrophie des amygdales |
| Mononucléose infectieuse | Pétéchies sur le palais Amygdales recouvertes d'exsudats blanchâtres |

Source : Brûlé *et al.*, 2002.

Tableau 4 Maladies pouvant causer un mal de gorge

| Maladie | Description | Provoque | Pallie | Signes et symptômes associés | Temps et durée | Complications |
|---|---|---|---|--|---|---|
| Rhinite allergique | Inflammation nasale causée par une hypersensibilisation à une substance étrangère | Allergène | Antihistaminique | Muqueuse nasale pâle, œdème, sécrétion claire possible, congestion nasale, éternuements, picotement du palais | Saisonnier ou tout au long de l'année | Sinusite, conjonctivite |
| Rhino-pharyngite | Infection des voies supérieures (nez et pharynx) qui touche principalement les enfants âgés de 6 mois à 8 ans | Rhinovirus, virus respiratoire syncytial, adénovirus, virus de la grippe ou paragrappal | Antipyrétique, augmenter la consommation liquidienne | Adénopathie, fièvre, hypertrophie des amygdales, écoulement nasal muqueux, obstruction nasale, éternuements, vomissements, diarrhées, douleur musculaire | Automne et hiver Durée des symptômes : 3 à 10 jours | Pneumonie, infection bactérienne de l'oreille ou des poumons, risque de détresse respiratoire, otite, bronchite |
| Pharyngite ou amygdalite virale | Infection du pharynx ou des amygdales d'origine virale | Divers virus | Analgésique, repos | Parfois asymptomatique. Adénopathie, exsudats sur les amygdales, pharynx œdématié, fièvre, céphalée, toux, dysphagie, perte d'appétit, vomissements, douleur abdominale | Durée des symptômes : 3 à 10 jours | Rare |
| Pharyngite ou amygdalite streptococcique | Infection du pharynx ou des amygdales d'origine bactérienne | Streptocoque B-hémolytique du groupe A (SGA) | Antibiothérapie, analgésique | Adénopathie, luette rouge et œdématiée, exsudats blanchâtres sur les piliers et les amygdales, fièvre, absence de toux | Durée des symptômes : 7 à 10 jours | RAA (pouvant mener à une endocardite, myocardite ou péricardite) Glomérulonéphrite aiguë |
| Mononucléose infectieuse | Infection généralement bénigne provoquant une lymphocytose qui touche principalement les 15-24 ans | Virus Epstein-Barr | Analgésique, augmenter la consommation liquidienne, repos, éviter les sports de contact | Adénopathie, fièvre, pétéchies sur le palais, membrane sur les amygdales, muqueuse pharyngée rouge et œdématiée, fatigue chronique, splénomégalie | Durée des symptômes : 1 à 3 semaines | Rupture de la rate, ictère |
| Oreillons | Infection virale des glandes salivaires qui touche principalement les enfants et les adolescents | Paramyxovirus | Analgésique, antipyrétique, repos, augmenter la consommation liquidienne, vaccin RRO | Adénopathie, pharynx rouge, orifice du canal de Sténon rouge, fièvre, céphalée, otalgie, anorexie, inflammation des glandes salivaires | Hiver et printemps Durée des symptômes : 10 à 15 jours | Surdité de perception, encéphalite postinfectieuse, myocardite, arthrite, hépatite, orchite |
| Coqueluche | Infection des voies respiratoires accompagnée de quintes de toux caractéristiques | <i>Bordetella pertussis</i> | Antibiothérapie, vaccin (ne donne pas une immunité définitive) | Signes et symptômes d'une rhinopharyngite, anorexie, quintes de toux violentes | Durée des symptômes : 6 à 10 semaines | Otite, pneumonie, convulsion, hémorragie |

Sources : Brûlé *et al.*, 2002 ; Molinier *et al.*, 2008 ; Hockenberry *et Wilson*, 2012 ; Gaurois, 2002 ; Ball *et Bindler*, 2008 ; Bates *et al.*, 2006 ; Anglaret *et Mortier*, 2002 ; Algranti-Fildier *et al.*, 2006 ; MSSS, 2009 ; Wong, 2002.

Tableau 5 Score de Mclsaac pour évaluer le mal de gorge

| Critères | Points |
|--|----------------------------------|
| Antécédent de fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ | 1 |
| Présence d'exsudats amygdaliens | 1 |
| Adénopathies cervicales antérieures sensibles | 1 |
| Absence de toux | 1 |
| Âge < 15 ans | 1 |
| Âge ≥ 45 ans | -1 |
| Score total | Pourcentage avec infection à SGA |
| 0-1 | De 1 à 10 % |
| 2-3 | De 17 à 35 % |
| > 4 | 50 % et plus |

Source : Mc Isaac et al., 2004.

La bouche : Pour inspecter et palper la bouche et la gorge d'un patient, l'infirmière met des gants. Pour faciliter l'examen, le patient devrait retirer sa prothèse dentaire et incliner légèrement la tête vers l'arrière. L'infirmière commence en inspectant les lèvres qui devraient être roses, humides, symétriques et lisses (Potter et al., 2010).

Elle demande ensuite au patient d'ouvrir la bouche et à l'aide d'un abaisse-langue, elle examine la muqueuse buccale et le palais. La muqueuse est normalement rose, humide et intacte. Le palais dur est sensiblement de la même couleur tandis que le palais mou est un peu plus rouge. En cas d'infection, il est possible de remarquer des pétéchies et des exsudats. L'infirmière doit porter attention à l'haleine qui, en cas d'infection, sera fétide (Brûlé et al., 2002 ; Thorn et Greenman, 2012).

Le pharynx : L'infirmière termine son examen par la gorge. À l'aide de l'abaisse-langue qu'elle appose sur le tiers médian de la langue, elle pourra examiner l'oropharynx. La position de l'abaisse-langue est importante pour éviter le réflexe nauséux déclenché par la stimulation du nerf crânien IX et pour empêcher que la langue ne se bombe (voir Exergue p. 36).

L'infirmière observe attentivement le voile du palais, les piliers, la luette, les amygdales et le pharynx. Elle note la couleur, la symétrie, ainsi que la présence éventuelle d'exsudats et d'œdème (Bates et al., 2006).

Le Tableau 3 décrit l'apparence du pharynx en présence de diverses maladies. À propos des amygdales, il faut savoir que leur développement se termine vers l'âge de 15 ans et qu'avant, il est normal que leur volume soit plus grand (Hockenberry et Wilson, 2012).

En plus de l'examen physique, des examens de laboratoire devront être pratiqués. L'infirmière devra procéder à un prélèvement de la muqueuse pharyngienne afin de pouvoir confirmer ou non l'origine streptococcique de l'infection.

Le Tableau 4 présente les différentes maladies qui peuvent causer un mal de gorge. Elles sont décrites en fonction de la méthode PQRST. Il faut garder en tête que plusieurs autres maladies peuvent avoir comme symptôme le mal de gorge, mais aux fins de cet article, nous avons sélectionné les principales.

Complications

L'importance d'un bon examen clinique en cas de mal de gorge, problème de santé qui le plus souvent s'avère de source virale et ne nécessite que peu d'interventions, se justifie par le fait qu'une infection streptococcique peut avoir de sérieuses conséquences. On pense notamment au rhumatisme articulaire aigu (RAA) ou à la glomérulonéphrite aiguë, deux maladies dont les répercussions à long terme sont graves allant même parfois jusqu'à causer la mort du patient. Le RAA est caractérisé par une atteinte articulaire,

neurologique, tégumentaire, ou cardiaque comprenant des atteintes valvulaires graves. Une prise en charge rapide du patient est essentielle dans ce cas afin de pouvoir amorcer l'antibiothérapie. La glomérulonéphrite aiguë, contrairement au RAA, évolue souvent favorablement. Elle se présente principalement sous la forme d'une insuffisance rénale transitoire et d'une hypertension artérielle qui ne deviennent généralement pas chroniques. Dans de rares cas, elle peut évoluer vers une insuffisance rénale terminale.

Des échelles permettent de prédire la probabilité d'être atteint d'une pharyngite streptococcique. Les deux principales sont les scores de Centor et de Mclsaac. Le premier consiste à assigner un point à chacun des signes présents chez le patient : fièvre, absence de toux, exsudats sur les amygdales et adénopathie. Le résultat évalue le risque que le patient soit atteint d'une pharyngite streptococcique allant de faible (score de 0-1) à élevé (score de 4).

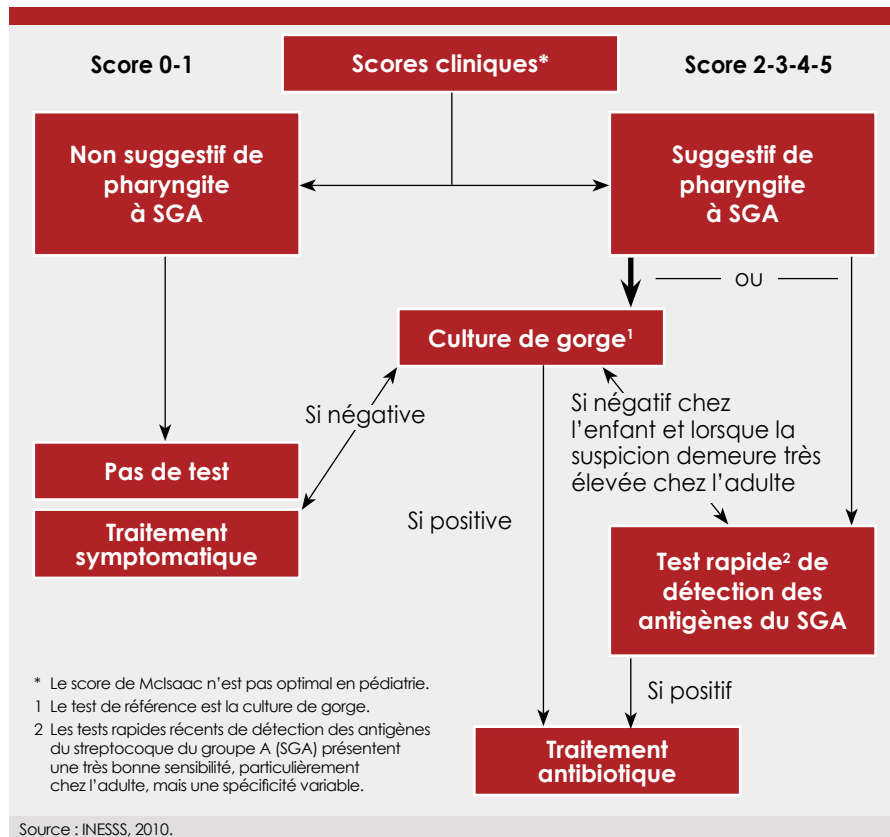
Le score de Mclsaac reprend les mêmes critères en tenant compte de l'âge du patient. Une personne de moins de 15 ans obtient un point de plus à son total tandis que celle de plus de 45 ans en perd un. Le score de Mclsaac est fréquemment utilisé dans les milieux hospitaliers québécois (voir Tableau 5).

Interventions et traitements

En plus de permettre l'estimation de la probabilité d'être en présence d'une infection à SGA, le score de Mclsaac permet de déterminer les examens para-cliniques et de guider les cliniciens dans le traitement à appliquer (voir Tableau 6).

En plus d'évaluer, d'analyser et de communiquer, l'infirmière doit aussi assurer le soulagement du patient. Le plus souvent, se gargariser avec une solution d'eau saline suffit à traiter un mal de gorge. Des analgésiques non narcotiques de type acétaminophène ou ibuprofène peuvent être utilisés pour diminuer la douleur et la fièvre.

Tableau 6 Approche diagnostique et thérapeutique



Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il sera disponible au cours des prochaines semaines sur la plateforme de téléapprentissage Mistral.



Bibliographie

Algranti-Fildier, B., L. Kremp, C. Pairault et M.F. Rivet. *Pédiatrie, pédopsychiatrie et soins infirmiers* (2^e éd.), France, Lamarre, 2006, 313 p.

Anglaret, X. et E. Mortier. *Maladies infectieuses* (3^e éd.), Paris, De Boeck-Estern, 2002, 292 p.

Ball, J. et R. Bindler. *Pediatric Nursing: Caring for Children* (4^e éd.), Upper Saddle River (NJ), Pearson/Prentice Hall, 2008, 1408 p.

Bates, B., L.S. Bickley et P.G. Szilagyi. *Guide de l'examen clinique* (5^e éd.), Rueil-Malmaison (France), Arnette, 2006, 1009 p.

Brûlé, M., L. Cloutier et O. Doyon. *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, Saint-Laurent (QC), Éditions du Renouveau pédagogique, 2002, 733 p.

Cloutier, L., P. Delmas et J. D'Allava. *L'examen clinique infirmier*, Bruxelles, de Boeck Université, 2010, 382 p.

Ebell, M.H., M.A. Smith, H.C. Barry, K. Ives et M. Carey. « The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 22, 13 déc. 2000, p. 2912-2918.

Gaurois, M.F., C. Gilliet et F. Saint-Dizier. *Pédiatrie*, Paris, Vuibert, 2002, 127 p.

Hockenberry, M.J. et D. Wilson. *Soins infirmiers-Pédiatrie*, Montréal, Chenelière Éducation, 2012, 1408 p.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte*, Québec, INESSS, mars 2010, 2 p. [www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/CDM-Antibio1-PharyngiteAmygdalite-fr.pdf]

Mariëb, E.N., K. Hoehn, L. Moussakova et R. Lachaine. *Anatomie et physiologie humaines* (4^e éd.), Saint-Laurent (QC), Éditions du Renouveau pédagogique, 2010, 1293 p.

McIsaac, W.J., J.D. Kellner, P. Aufricht, A. Vanjaka et D.E. Low. « Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 13, 7 avril 2004, p. 1587-1595.

McIsaac, W.J., D. White, D. Tannenbaum et D.E. Low. « A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 1, 13 janv. 1998, p. 75-83.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Guide d'intervention – La coqueluche*, Québec, MSSS, 2009, 31 p. [En ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-271-02.pdf]

Molinier, A., J. Massol et J. Druot. *Pathologie médicale et pratique infirmière – vol. 3*, Rueil-Malmaison (France), Lamarre, 2008, 601 p.

Potter, P.A., A.G. Perry, C. Dallaire, S. Le May, Y. Brassard, C. Lemire et al. *Soins infirmiers: fondements généraux* (3^e éd.), Montréal, Chenelière Éducation, 2010, 1490 p.

Schappert, S.M. et C. Nelson. « National ambulatory medical care survey: 1995-96 summary », *Vital and Health Statistics*, série 13, n° 142, nov. 1999, p. i-vi ; 1-122.

Thorn, R.M. et J. Greenman. « Microbial volatile compounds in health and disease conditions », *Journal of Breath Research*, vol. 6, n° 2, juin 2012, p. 024001.

Wong, D.L. *Soins infirmiers – pédiatrie*, Laval, Études vivantes, 2002, 1368 p.

En cas d'infection bactérienne, le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne pourra amorcer une antibiothérapie (Hockenberry et Wilson, 2012). Dans tous les cas, l'infirmière dispense son enseignement en encourageant le patient à se laver les mains régulièrement afin d'éviter la propagation de l'infection, à se reposer et à s'hydrater fréquemment afin de compenser le déficit corporel en eau et à enrayer la fièvre (Hockenberry et Wilson, 2012).

Maîtriser l'examen clinique ciblé pour un mal de gorge permet à l'infirmière de reconnaître une infection streptococcique et d'accélérer la prise en charge du patient. Il faut retenir que l'examen clinique ne peut déterminer à lui seul la cause de l'infection sans le recours à des analyses de laboratoire. Aussi, il ne faut pas exclure les causes plus rares de maux de gorge telles que la diphtérie ou le cancer. ■

Les auteures



Lyne Cloutier est professeure titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières.



Pascale Bisson est étudiante en médecine à l'Université de Montréal, campus de la Mauricie.



Josyane Pinard est étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Trois-Rivières et assistante de recherche au laboratoire de recherche en santé cardiovasculaire et métabolique de l'Université du Québec à Trois-Rivières.