

Approche des douleurs pharyngées en médecine générale

Throat pain: clinical workup in general practice

LAURENT C.¹ et VERHASSELT M.²

¹Service d'ORL et Chirurgie cervico-faciale, H.U.B - Hôpital Erasme

²Service d'ORL et Chirurgie cervico-faciale, CHU Saint-Pierre

RÉSUMÉ

Les douleurs pharyngées sont un motif fréquent de consultation en première ligne. Les angines infectieuses, virales dans 40-80 % des cas, dominent les origines aiguës. Elles sont le plus souvent de résolution spontanée dans les sept à dix jours, l'antibiothérapie est de ce fait rarement indiquée. Les angines bactériennes peuvent se compliquer d'atteintes suppurées, nécessitant alors une prise en charge de deuxième ligne. En cas d'angines récidivantes, les critères de Paradise aident à orienter l'indication d'une amygdalectomie chez l'enfant, tandis qu'aucun consensus clair n'existe à ce jour chez l'adulte.

Les douleurs persistant au-delà de deux à trois semaines doivent conduire à élargir le spectre étiologique. Leur mécanisme est plus souvent lié à des facteurs inflammatoires chroniques, irritatifs, ou fonctionnels, ou à une origine néoplasique. Le reflux pharyngo-laryngé se manifeste par des symptômes extra-digestifs dont la douleur pharyngée chronique. Son traitement repose principalement sur des mesures hygiéno-diététiques. L'usage d'inhibiteurs de la pompe à protons est quant à lui discuté. Le tabagisme actif et passif représente la principale cause toxique de douleur chronique. Toutefois, des assuétudes éthyliques et/ou tabagiques ainsi que certains signaux d'alerte doivent laisser suspecter une atteinte néoplasique. Cette dernière situation nécessite un bilan d'extension rapide en deuxième ligne.

Qu'elles soient aiguës ou chroniques, les douleurs pharyngées sont fréquentes et le plus souvent bénignes, mais la connaissance des signes d'alerte est essentielle afin d'identifier les situations nécessitant une orientation rapide en deuxième ligne.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 290-297

Mots-clés : angine, pharyngite, reflux pharyngolaryngé

ABSTRACT

Pharyngeal pain is a common reason for consultation in primary care. Infectious tonsillitis, viral in 40-80% of cases, accounts for most acute causes. It is usually self-limiting within seven to ten days, and antibiotic therapy is rarely indicated. Bacterial tonsillitis may be complicated by suppurative infections, requiring secondary care management. In patients with recurrent tonsillitis, the Paradise criteria can help guide the decision to perform tonsillectomy in children. However, no clear consensus exists for adults.

Pain persisting beyond two to three weeks should prompt a broader etiological assessment. The underlying mechanism is more often related to chronic inflammatory, irritative, or functional factors, or to a neoplastic origin. Laryngopharyngeal reflux often presents with extra-digestive manifestations, including chronic pharyngeal pain. Management primarily relies on lifestyle and dietary modifications, while the role of proton pump inhibitors remains controversial. Active and passive smoking are the leading toxic causes of chronic pharyngeal pain. However, alcohol and/or tobacco use, particularly when associated with red-flag features, should raise suspicion of an underlying neoplastic process. In such cases, prompt evaluation and staging in secondary care are warranted.

Whether acute or chronic, pharyngeal pain is common and most often benign. Nevertheless, awareness of red flags is essential to identify situations requiring rapid referral to secondary care.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 290-297

Keywords: tonsillitis, pharyngitis, laryngopharyngeal reflux



**Vous étiez inscrit au congrès ?
SCANNEZ ce QR-Code pour accéder
aux diapositives des présentations**

Si vous n'avez pas pu assister au congrès, retrouvez ces séances en e-learning (avec accréditation INAMI)
Plus d'infos sur notre site internet : <https://www.amub-ulb.be/evenement/le-congres-de-medecine-2026>

INTRODUCTION

Les douleurs pharyngées constituent un motif fréquent de consultation en médecine générale. Au Royaume-Uni, elles représenteraient jusqu'à 9 % des consultations de première ligne¹. Le plus souvent d'origine virale, les pharyngites aiguës évoluent favorablement en quelques jours. Elles peuvent toutefois se compliquer, plus rarement, d'infections profondes cervicales nécessitant une prise en charge rapide en milieu hospitalier.

La persistance de symptômes au-delà de deux à trois semaines doit en revanche faire envisager d'autres étiologies, généralement non infectieuses. Parmi celles-ci, certaines pathologies néoplasiques doivent être systématiquement évoquées et recherchées.

RAPPELS ANATOMIQUES

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux s'étendant de la base du crâne jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde, classiquement divisé en trois étages : le rhinopharynx (ou nasopharynx), l'oropharynx et l'hypopharynx.

Le rhinopharynx, situé en arrière des fosses nasales, communique avec les trompes d'Eustache. Il est principalement impliqué dans les pathologies infectieuses de l'enfant et certaines atteintes tumorales. L'oropharynx, comprenant les amygdales palatines, la base de langue et le voile du palais, constitue le siège principal des pharyngites aiguës. L'hypopharynx, en continuité avec le larynx et l'œsophage, joue un rôle clé dans la déglutition et est plus volontiers concerné par les pathologies liées au reflux et par les lésions néoplasiques².

L'innervation sensitive du pharynx est assurée principalement par les nerfs glossopharyngien (IX) et vague (X), expliquant la richesse de la symptomatologie douloureuse ainsi que certaines irradiations, notamment l'otalgie réflexe³.

Sur le plan fonctionnel, le pharynx se situe au carrefour des voies aériennes et digestives. Il est ainsi exposé à de multiples agressions : agents infectieux, reflux acide ou non acide, toxiques inhalés (tabac, polluants) et contraintes mécaniques liées à la phonation. Cette exposition explique la fréquence des symptômes chroniques et la diversité de leurs étiologies.

Enfin, la richesse du réseau lymphoïde de l'anneau de Waldeyer (amygdales palatines, pharyngée et linguale) participe à la défense immunitaire locale, mais constitue également un site fréquent de pathologies inflammatoires, infectieuses et néoplasiques⁴.

PHARYNGITES AIGÜES INFECTIEUSES

Epidémiologie

Les angines sont virales dans 40-80 % des cas⁵, les agents les plus fréquemment impliqués étant les rhinovirus, coronavirus, influenza, parainfluenza et adénovirus⁶.

Parmi les angines bactériennes, le streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGBA) constitue le principal agent pathogène. Il est responsable de 5-15 % des angines bactériennes de l'adulte et 20-30 % chez l'enfant⁶. Environ 15 % des enfants en âge scolaire présenteront chaque année une pharyngite à SGBA sans complication⁵. Les angines bactériennes restent cependant exceptionnelles en-dessous de 3 ans⁷.

Formes cliniques

Les angines érythémateuses et érythémato-pultacées, représentant 90 % des présentations cliniques, peuvent être virales comme bactériennes⁷.

Les pharyngites vésiculeuses sont le plus souvent liées à une primo-infection herpétique et se présentant plutôt sous la forme d'une gingivo-stomatite, ou à l'herpangine (Coxsackie du groupe A principalement)⁷.

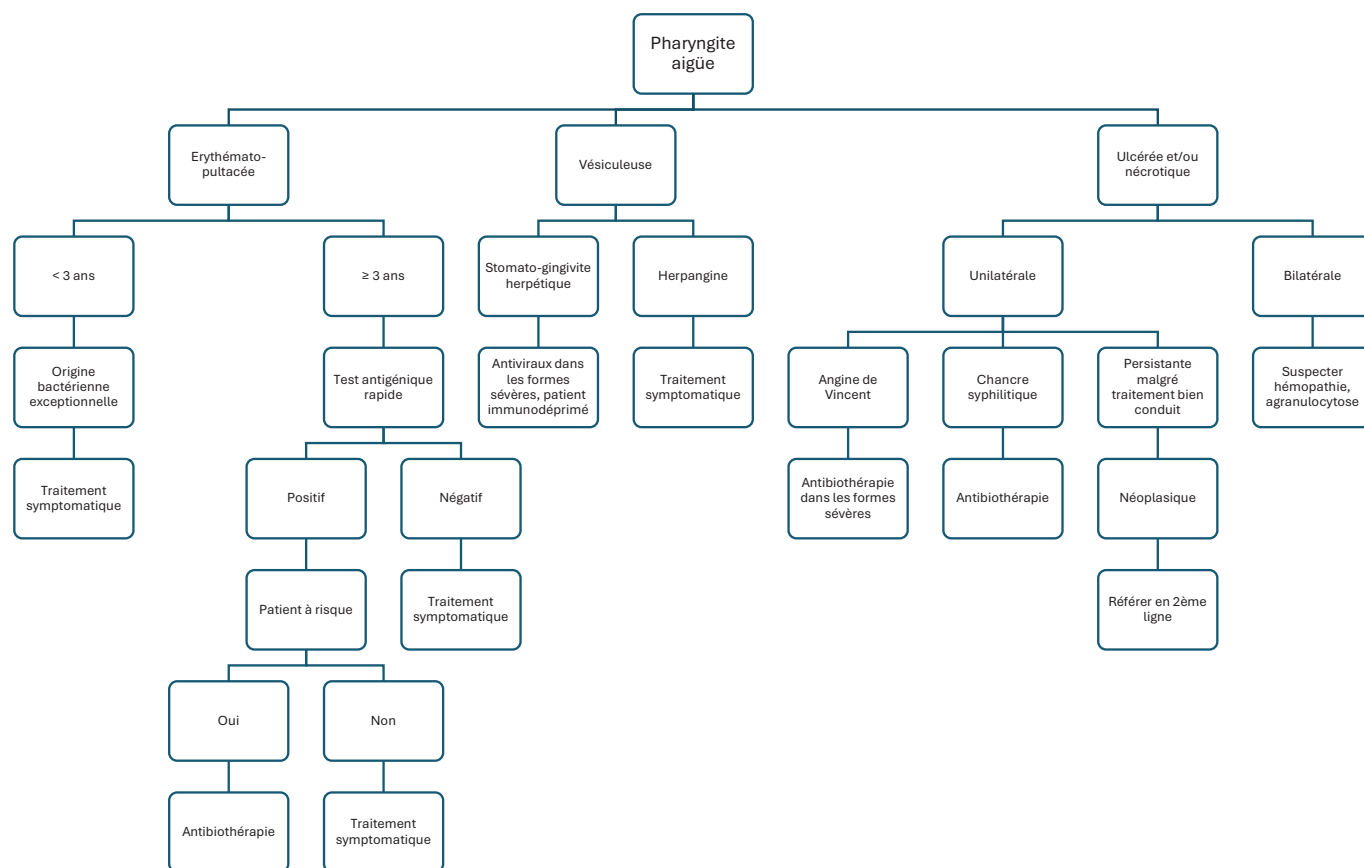
Les angines ulcérées ou ulcéro-nécrotiques unilatérales doivent faire évoquer :

- Angine de Vincent (*Treponema vincenti* et *Fusobacterium necrophorum*) : elle touche plus souvent l'adolescent et l'adulte jeune. Elle se manifeste typiquement par une dysphagie unilatérale associée à une haleine fétide. Un ulcère fibrineux unilatéral recouvre l'amygdale palatine à l'examen clinique. L'évolution est généralement spontanément favorable. En cas de symptomatologie sévère, une antibiothérapie à base de pénicilline peut être envisagée. Elle peut se compliquer exceptionnellement d'un syndrome de Lemierre associant un sepsis avec thrombophlébite septique de la veine jugulaire interne et embolies septiques pulmonaires⁷ ;
- Chancre syphilitique : la syphilis primaire peut se présenter sous la forme d'une ulcération amygdalienne souple et indolore ou peu douloureuse⁷.

Signes d'alerte : Toute ulcération oropharyngée persistante malgré un traitement médical bien conduit, particulièrement chez le patient éthylo-tabagique, doit laisser suspecter une atteinte néoplasique⁷.

Une atteinte ulcérée et/ou nécrotique bilatérale doit laisser suspecter une hémopathie maligne ou une agranulocytose, d'autant plus si elle est associée à une gingivite⁷.

La figure 1 résume le diagnostic et la prise en charge initiale des pharyngites aiguës.



Traitement

Le traitement des angines est symptomatique dans la majorité des cas.

Place de la corticothérapie et des AINS

Une dose unique de corticoïde peut être utilisée dans la gestion antalgique du mal de gorge aigu. Toutefois, l'effet cumulatif d'une corticothérapie itérative en cas d'angines à répétition n'a pas été étudié⁸. Par ailleurs, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ainsi que les corticoïdes pourraient augmenter le risque d'abcès périamygdalien selon certaines données⁹. Leur utilisation est dès lors déconseillée en France dans la prise en charge antalgique de la pharyngite⁷.

Place de l'antibiothérapie

Les angines sont le plus souvent de résolution spontanée dans les sept à dix jours et ne nécessitent pas d'antibiothérapie dans la majorité des cas¹⁰.

L'antibiothérapie peut réduire l'intensité et la durée des symptômes⁷, bien que chez les enfants âgés entre 3 et 15 ans atteints d'angine à SGBA, le placebo n'est pas inférieur à l'Amoxicilline dans la réduction de la durée de fièvre¹¹.

L'antibiothérapie a pour but principal de réduire le risque de développer certaines complications suppuratives et le rhumatisme articulaire aigu, mais pas la glomérulonéphrite aiguë^{17,12}.

En Belgique, les antibiotiques sont indiqués chez les patients à risque comprenant :

1. Patients immunodéprimés, patients oncologiques, patients ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu, patients avec chirurgie prothétique récente, patients atteints de valvulopathie cardiaque avec risque d'endocardite ;
2. Patients gravement malades¹⁰.

Afin d'orienter la décision d'instaurer ou non une antibiothérapie, les scores cliniques de Centor et de McIsaac se révèlent peu performants¹³, bien qu'un score ≤ 0 peut être suffisant pour exclure une origine bactérienne¹⁴. En revanche, les tests antigéniques rapides de détection du SGBA peuvent s'avérer utiles : ils présentent une spécificité de 96 % et une sensibilité de 86 % pour le diagnostic d'angine à SGBA¹⁵.

Toutefois, 5 % des adultes et jusqu'à 20 % des enfants sont porteurs du SGBA au niveau pharyngé¹⁶. Une angine virale associée à un portage de SGBA ne peut pas être distinguée d'une angine à SGBA par un test antigénique¹². Ainsi, l'utilisation de ces tests doit être mise en balance avec les recommandations nationales en matière d'antibiothérapie.

Quand référer en deuxième ligne ?

Episode aigu :

- Une angine ne répondant pas à 48-72h de traitement bien conduit ;
- Une angine avec des symptômes de détresse respiratoire, stridor ou aphagie doit laisser suspecter une complication suppurative telle qu'un phlegmon ou abcès périamygdalien, ou un abcès para- ou rétro-pharyngé^{7,10}. Il en est de même en cas de trismus ou de torticollis⁷.

Les abcès périamygdaliens touchent plus préférentiellement la tranche d'âge entre 20 et 40 ans⁹, ils sont rares avant 10 ans⁷. Ils se présentent par un œdème du voile du palais associé à une déviation de la luette vers le côté sain⁷.

Les abcès parapharyngés peuvent être pré- ou rétrostyliens, se distinguant par la présence d'un trismus pour le premier et plutôt d'une raideur cervicale pour le second. A l'examen clinique, un bombement latéral associé à une amygdale refoulée en dedans associée à un empatement cervical douloureux sont retrouvés dans les deux cas⁷.

- Angine diphtérique (*Corynebacterium diphtheriae*) : l'incidence de la diphtérie est en augmentation en Belgique, majoritairement sous forme cutanée, mais aussi respiratoire dans la population sans-abris et les migrants¹⁷. A titre d'exemple 16 cas ont été rapportés en 2023-2024 avec un décès¹⁷. Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire¹⁷. Les pseudomembranes blanchâtres à grisâtres sont adhérentes aux amygdales palatines et peuvent s'étendre au palais et au reste du pharynx⁷.

Diagnostic différentiel: la mononucléose peut également se présenter sous forme pseudomembraneuse. Toutefois, les pseudomembranes ne s'étendent pas au-delà des amygdales palatines et sont décollables. De plus, le tableau clinique global reste différent de celui de l'angine diphtérique⁷.

Angines à répétition :

Il n'existe pas de traitement médical préventif de l'angine à répétition⁷. Chez l'enfant, les critères de Paradise permettent d'orienter la décision d'amygdalectomie dans ce contexte¹⁸.

Ces critères sont repris dans le tableau 1.

TABLEAU 1

Critères de Paradise.

Nombre d'épisodes d'angines	Au moins 7 épisodes au cours de l'année précédente, au moins 5 épisodes par an au cours des deux années précédentes, ou au moins 3 épisodes par an au cours des trois années précédentes
Caractéristiques cliniques	• Température supérieure à 38,3 °C • Adénopathies cervicales (ganglions sensibles ou de taille supérieure à 2 cm) • Exsudat amygdalien • - Culture positive pour un streptocoque β-hémolytique du groupe A
Traitement	Antibiothérapie administrée à la posologie correcte en cas d'épisodes streptococciques confirmés ou suspectés
Documentation	Chaque épisode doit être documenté dans le dossier médical.

Si les critères ne sont pas remplis, des facteurs modifiant la prise en charge en faveur de l'amygdalectomie peuvent être recherchés.

Ces critères sont repris dans le tableau 2^{7,18}.

TABLEAU 2

Facteurs modificateurs des critères de Paradise.

Critères en faveur d'une amygdalectomie	• Allergies multiples aux antibiotiques • Episodes très sévères ou mal tolérés par l'enfant • Antécédent de phlegmon ou d'abcès • Troubles respiratoires obstructifs • Syndrome de Marshall
Critères non validés	• Halitose • Convulsion fébrile • Malocclusion

Chez l'adulte, les données de la littérature sont plus limitées. Burton *et al.* ne mettent pas en évidence de réduction des épisodes d'angine après amygdalectomie¹⁹, contrairement aux résultats rapportés par Wilson *et al.*²⁰.

PHARYNGITE CHRONIQUE

La persistance d’une douleur pharyngée au-delà de deux à trois semaines doit conduire à reconsidérer le diagnostic initial et à élargir le spectre étiologique²¹. Contrairement aux tableaux aigus, dominés par les infections virales ou bactériennes, les formes prolongées relèvent le plus souvent de mécanismes inflammatoires chroniques, irritatifs ou fonctionnels. Les causes infectieuses restent possibles mais deviennent nettement moins fréquentes²².

Dans cette situation, l’enjeu pour le médecin généraliste est d’identifier les situations relevant d’une prise en charge symptomatique simple, tout en dépistant les étiologies nécessitant d’être référées en deuxième ligne.

La figure 2 propose un algorithme de prise en charge pour ces douleurs pharyngées chroniques.

Le reflux pharyngo-laryngé

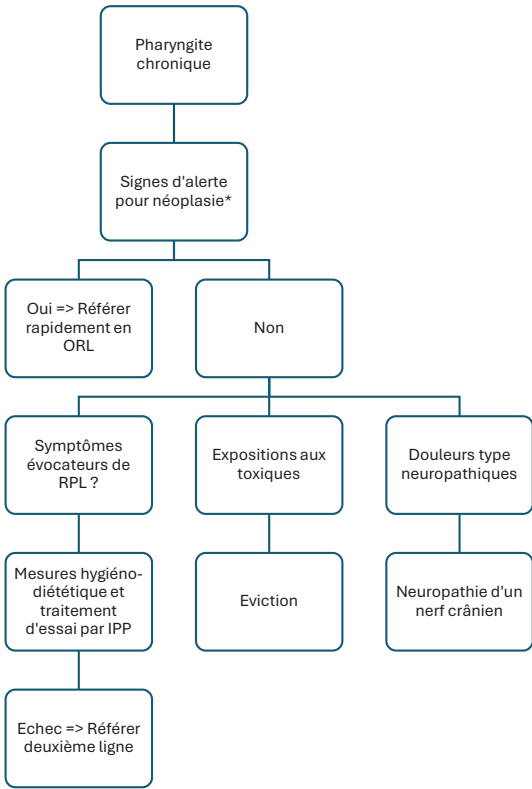
Le reflux pharyngo-laryngé (RPL) correspond à une entité clinique caractérisée par l’irritation du pharyngo-larynx secondaire à la remontée de contenu gastrique au-delà du sphincter œsophagien supérieur²³. Contrairement au reflux gastro-œsophagien (RGO) typique, dominé par les pyrosis et les régurgitations en position allongée, le RPL se manifeste le plus souvent par des symptômes extra-digestifs, volontiers prédominants

au niveau pharyngo-laryngé. Les manifestations cliniques les plus fréquemment rapportées incluent une gêne ou des douleurs pharyngées, une dysphonie, une toux chronique, une sensation de raclement ou d’encombrement pharyngé, un globus pharyngé ainsi que, plus rarement, une dysphagie²⁴.

Le diagnostic est rendu difficile par l’absence de test de référence²⁵. Bien que sa spécificité soit modérée, le *Reflux Symptom Index* (RSI) constitue un outil d’évaluation clinique utile, permettant de quantifier la symptomatologie évocatrice de RPL²⁶. La nasofibroskopie est largement utilisée en pratique, mais sa spécificité reste limitée, les signes observés étant souvent aspécifiques. Elle conserve néanmoins un intérêt majeur pour exclure des diagnostics différentiels et rechercher des signes d’alarme²³. La pH-impédancemétrie œsophagienne peut être proposée en cas de symptômes persistants ou atypiques, notamment avant d’envisager une prise en charge plus invasive²³.

La prise en charge repose en première intention sur des mesures hygiéno-diététiques^{23,25}. Un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons peut être proposé, généralement à double dose pendant deux à trois mois, bien que son efficacité reste discutée dans cette indication. Les alginates peuvent être utilisés en traitement adjuvant, notamment sur les symptômes post-prandiaux ou positionnels^{23,25}.

FIGURE 2
Proposition d’algorithme de prise en charge initiale des douleurs pharyngées chroniques.



* Signes d’alerte : douleur pharyngée unilatérale persistante, odynophagie, dysphagie progressive, otalgie réflexe homolatérale, dysphonie prolongée, altération de l’état général ou une perte de poids inexpliquée, adénopathie(s) cervicale(s) ; en particulier chez un patient éthylo-tabagique
RPL = reflux pharyngo-laryngé

Toxiques

Les causes irritatives constituent une étiologie fréquente de douleur pharyngée chronique et sont souvent sous-estimées en pratique clinique²². Elles résultent d'une exposition prolongée de la muqueuse pharyngo-laryngée à des agents agressifs, entraînant une inflammation chronique aspécifique.

Le tabagisme, actif ou passif, représente le principal facteur en cause²⁷. La consommation d'alcool, l'exposition professionnelle à des poussières ou des irritants chimiques, ainsi que la pollution atmosphérique peuvent également contribuer à la symptomatologie²².

Le tableau clinique est peu spécifique, dominé par une sensation de gorge irritée ou sèche, une gêne fluctuante et parfois un besoin fréquent de raclement. L'examen clinique est souvent pauvre, sans signes inflammatoires nets.

La prise en charge repose essentiellement sur l'identification et la suppression des facteurs irritatifs, qui constitue le traitement de fond²².

Causes locales ORL chroniques

Certaines pathologies locales peuvent être associées à des symptômes pharyngés chroniques.

L'amygdalite chronique est parfois évoquée devant une halitose ou la présence de caséum amygdalien²⁷. Toutefois, son imputabilité dans une douleur pharyngée isolée et prolongée reste discutée et doit être interprétée avec prudence²⁸.

Les situations de sécheresse muqueuse sont également fréquentes, favorisées par la respiration buccale chronique, les syndromes d'apnées obstructives du sommeil ou certains traitements médicamenteux à effet anticholinergique ou sédatif. Elles peuvent majorer la sensation de gêne pharyngée et contribuer à l'inconfort chronique.

Signes d'alerte (étiologies néoplasiques)

Certaines situations doivent faire évoquer une pathologie néoplasique sous-jacente et justifient une exploration ORL rapide.

Les principaux signes d'alerte incluent une douleur pharyngée unilatérale persistante, une odynophagie, une dysphagie progressive, une otalgie réflexe homolatérale, une dysphonie prolongée, une altération de l'état général ou une perte de poids inexplicée, ainsi que la présence d'une adénopathie cervicale²¹.

Le terrain à risque, notamment tabagique et alcoolique, renforce fortement la suspicion diagnostique. Cependant, avec l'augmentation des cancers oropharyngés liés au HPV, l'absence d'intoxication éthylo-tabagique ne doit pas être considérée comme rassurante²⁹.

Quelques causes rares de douleurs pharyngées chroniques

Lorsque le bilan standard ne révèle aucune étiologie classique, certaines pathologies plus rares, d'origine anatomique ou neurologique, doivent être évoquées devant des douleurs pharyngées chroniques.

Parmi les causes anatomiques, le syndrome d'Eagle se distingue comme une entité clinique causée par une élongation de l'apophyse styloïde, qu'elle soit unilatérale ou bilatérale, ou par la calcification du ligament stylo-hyoïdien. Dans la littérature scientifique, une longueur de l'apophyse supérieure à 30 mm est généralement admise comme pathologique^{30,31}. Si cette particularité anatomique concerne environ 4 % de la population générale, elle reste majoritairement asymptomatique, puisque seuls 4 à 10 % de ces individus présentent des symptômes³⁰. Les symptômes associés sont divers et polymorphes, comprenant une odynophagie, des facialgies ainsi que des douleurs cervicales chroniques³⁰. Sur le plan diagnostique, une épreuve d'infiltration par injection de xylocaïne dans la fossette amygdalienne s'avère particulièrement utile³¹. En cas de traitement d'épreuve concluant à plusieurs reprises, une résection chirurgicale de l'apophyse styloïde peut alors être proposée au patient³¹.

Les douleurs pharyngées chroniques peuvent également s'inscrire dans le cadre de névralgies crâniennes. Si la névralgie du nerf glossopharyngien est la plus caractéristique, d'autres structures nerveuses peuvent être impliquées, notamment le nerf laryngé supérieur, le nerf trijumeau (et plus particulièrement sa branche mandibulaire V3) ou encore le nerf intermédiaire, également appelée névralgie géniculée, qui correspond à une branche du nerf facial (VII). Les manifestations cliniques sont généralement unilatérales, les formes bilatérales restant d'une extrême rareté³². La douleur se présente typiquement sous forme de crises paroxystiques, souvent décrites comme des décharges électriques ou des sensations de piqûres d'aiguilles³². Ces épisodes douloureux sont fréquemment déclenchés par des facteurs spécifiques tels que l'exposition au froid ou la mastication³². L'interrogatoire clinique revêt une importance capitale car la description précise de la localisation de la douleur oriente directement le praticien vers le nerf responsable. Une imagerie médicale est systématiquement indiquée afin d'exclure un processus comprimant le tronc nerveux. Enfin, la prise en charge initiale repose sur les traitements médicamenteux des douleurs neuropathiques, à l'instar de la prégabaline ou de l'amitriptyline, tandis que les options chirurgicales restent strictement réservées aux patients pharmacorésistants ou intolérants aux molécules médicales³².

CONCLUSION

La douleur pharyngée constitue un motif fréquent de consultation en médecine générale. Si les pharyngites aiguës, le plus souvent d'origine infectieuse, évoluent favorablement en quelques jours, la persistance des symptômes au-delà de deux à trois semaines doit faire envisager d'autres étiologies, généralement non infectieuses.

Ce seuil, bien que pragmatique, correspond à un changement de paradigme diagnostique, orientant vers des causes inflammatoires chroniques, irritatives, fonctionnelles ou plus rarement néoplasiques.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. Cassan S, Thompson MJ, Perera R, Glasziou PP, Del Mar CB, Heneghan CJ *et al.* Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;5(5):CD008268.
2. Mu L, Sanders I. Sensory nerve supply of the human oro- and laryngopharynx: a preliminary study. *Anat Rec.* 2000;258(4):406-20.
3. Sarrazin JL, Toulgoat F, Benoudiba F. The lower cranial nerves: IX, X, XI, XII. *Diagn Interv Imaging.* 2013;94(10):1051-62.
4. Hellings P, Jorissen M, Ceuppens JL. The Waldeyer's ring. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 2000;54(3):237-41. PMID: 11082757.
5. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis.* 2005;5(11):685-94.
6. Bisno AL. Acute pharyngitis. *N Engl J Med.* 2001;344(3):205-11.
7. Couloigner V. L'angine et ses complications. *EMC - Oto-rhino-laryngologie.* 2021;36:1-13.
8. Sadeghirad B, Siemieniuk RA, 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.* 2017;358:j3887.
9. Piroulas C, Devillers L, Souty C, Sicsic J, Boissault P, François M. Non-steroids anti-inflammatory drugs and risk of peritonsillar abscess in pharyngitis: a French longitudinal study in primary care. *Fam Pract.* 2019;36(4):425-30.
10. De Sutter A, Piessens V, Poelman T. Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. 2022 ; BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission)
11. Gualtieri R, Veroleto C, Mardegan C, Papis S, Loevy N, Asner S, *et al.* Amoxicillin vs. placebo to reduce symptoms in children with group A streptococcal pharyngitis: a randomized, multicenter, double-blind, non-inferiority trial. *Eur J Pediatr.* 2024;183(11):4773-82.
12. Oliver J, Malliya Wadu E, Pierse N, Moreland NJ, Williamson DA, Baker MG. Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018;12(3):e0006335.
13. Kanagasabai A, Evans C, Jones HE, Hay AD, Dawson S, Savović J *et al.* Systematic review and meta-analysis of the accuracy of McIsaac and Centor score in patients presenting to secondary care with pharyngitis. *Clin Microbiol Infect.* 2024;30(4):445-52.
14. Willis BH, Coomar D, Baragilly M. Comparison of Centor and McIsaac scores in primary care: a meta-analysis over multiple thresholds. *Br J Gen Pract.* 2020;70(693):e245-54.
15. Lean WL, Arnup S, Danchin M, Steer AC. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014;134(4):771-81.
16. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases E-Book: 2-volume set. Elsevier health sciences; 2019.
17. Jacquinet S, Martini H, Pierard D, Hammami AT. Surveillance épidémiologique de la diphtérie: Corynebactéries toxigènes-2024. Sciensano. <https://www.sciensano.be/fr/biblio/surveillance-epidemiologique-de-la-diphtherie-corynebacteries-toxinogenes-data-2024>
18. Randel A. AAO-HNS Guidelines for Tonsillectomy in Children and Adolescents. *Am Fam Physician.* 2011;84(5):566-73.
19. Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(11):CD001802.
20. 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. *The Lancet.* 2023;401(10393):2051-9.
21. Haute Autorité de Santé (HAS), Institut national du cancer (INCa). Guide affection de longue durée : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique - Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS). Novembre 2009.
22. Renner B, Mueller CA, Shephard A. Environmental and non-infectious factors in the aetiology of pharyngitis (sore throat). *Inflamm Res.* 2012;61(10):1041-52.
23. Yadlapati R, Weissbrod P, Walsh E, Carroll TL, Chan WW, Gartner-Schmidt J, *et al.* The San Diego Consensus for Laryngopharyngeal Symptoms and Laryngopharyngeal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol.* 2026;121(2):322-36.
24. Cui N, Dai T, Liu Y, Wang YY, Lin JY, Zheng QF, *et al.* Laryngopharyngeal reflux disease: Updated examination of mechanisms, pathophysiology, treatment, and association with gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol.* 2024;30(16):2209-19.
25. Poelmans J, Tack J. Extraesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux. *Gut.* 2005;54(10):1492-9.

26. DeVore EK, Chan WW, Shin JJ, Carroll TL. Does the Reflux Symptom Index Predict Increased Pharyngeal Events on HEMII-pH Testing and Correlate with General Quality of Life? *J Voice*. 2021;35(4):625-32.
27. Abu Bakar M, McKimm J, Haque SZ, Majumder MAA, Haque M. Chronic tonsillitis and biofilms: a brief overview of treatment modalities. *J Inflamm Res*. 2018;11:329-37.
28. Pribuišienė R, Šarauskas V, Kuzminienė A, Uloza V. Correlation between throat-related symptoms and histological examination in adults with chronic tonsillitis. *Medicina (Kaunas)*. 2015;51(5):286-90.
29. Gooi Z, Chan JY, Fakhry C. The epidemiology of the human papillomavirus related to oropharyngeal head and neck cancer. *Laryngoscope*. 2016;126(4):894-900.
30. Pagano S, Ricciuti V, Mancini F, Barbieri FR, Chegai F, Marini A, *et al*. Eagle syndrome: An updated review. *Surg Neurol Int*. 2023;14:389.
31. Pigache P, Fontaine C, Ferri J, Raoul G. Styloïdectomie par voie cervicale dans le syndrome d'Eagle. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*. 2018;135(6):424-7.
32. Blumenfeld A, Nikolskaya G. Glossopharyngeal neuralgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(7):343.

Travail reçu le 19 avril 2026 ; accepté dans sa version définitive le 18 juin 2026.

AUTEURS CORRESPONDANTS :

C. LAURENT et M. VERHASSELT

E-mail : celine.laurent@hubruxelles.be et marie.verhasselt@stpierre-bru.be