

MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

Dr GASMI

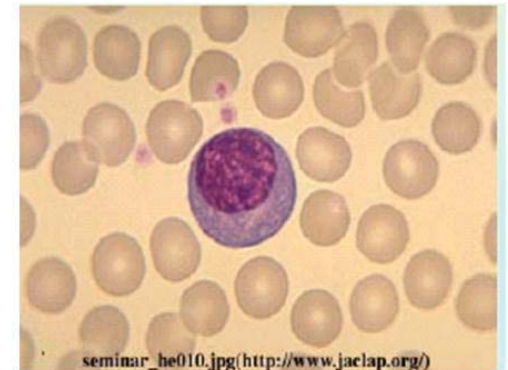
INTRODUCTION

- La mononucléose infectieuse(MNI) est la forme symptomatique de la primo-infection à Epstein Barr virus (EBV) . L'EBV est un herpès virus à tropisme électif pour les lymphocytes B, cellules épithéliales et cellules des glandes salivaires . Il est également incriminé aussi dans la pathogenèse de plusieurs cancers (Lymphomes ou sarcomes).
- La MNI est une infection sporadique , contagieuse et immunisante , fréquente chez le sujet jeune ; plus souvent d'évolution bénigne . La transmission est interhumaine en règle directe par la salive
- La primo-infection est très souvent inapparente et lorsqu'elle est symptomatique son tableau clinique classique associe un syndrome infectieux , angine, SPM, Adénopathies et éruption ..

- Le diagnostic repose sur la découverte d'un syndrome mononucléosique à l'hémogramme et à la recherche d'anticorps (MNI-test et réaction de Paul Bunnell Davidsohn) et la recherche des anticorps spécifiques (Ig M antiVCA).
- L'évolution de la MNI est généralement spontanément favorable mais avec une convalescence longue. La rupture de la rate constitue la complication classique de la MNI
- Il n'y a pas de thérapeutique spécifique et le traitement reste purement symptomatique

2° EPIDEMIOLOGIE

- Agent causal : EBV
(virus Epstein Barr) est un virus à ADN appartenant à la famille des Herpès virus .
- Il est appelé parfois herpès virus humain4



- Transmission : Elle se fait selon diverse modalités , mais elle est toujours interhumaine
- - **La transmission est en règle directe : la source du virus est la salive (maladie des baisers , maladie des fiancés)**



- Exceptionnellement : Transmission par sang infecté
- Greffe d'organe ou de moelle infectés
- * **Age de survenu** :
 - **Maladie de l'adolescent et l'adulte jeune**
 - Mais peut se voir à un âge d'autant plus jeune (pays sous développés)

3 ° CLINIQUE :

TYPE DE DISCRIPTION :

MNI DE L'ADOLESCENT

- **■ INCUBATION** : 10-14J
- **■ INVASION** : Plus souvent rapidement progressive marqué par mal de gorge , céphalées , myalgies , fièvre 38-39°C , adénopathies apparaissent au bout de quelques jours .
- **■ PHASE D'ETAT** : le tableau est caractéristique par l'association des signes suivants
- **Syndrome infectieux** : 38-39°C mais peut atteindre 40°C asthénie (très marquée) myalgies , courbature , anorexie .

- Examen physique
- **• Angine : pseudo-membraneuse uni ou bilatérale** , ulcéreuse ou ulcéro - membraneuse .L'haleine est fétide . Elle peut être erythémato- pultacée



- **Adénopathies** cervicales ou sous angulo-maxillaires .
Elles sont bilatérales , grossièrement symétriques , fermes , quelquefois douloureuses et sans péri adénite.
- **Splénomégalie** : fermes , parfois douloureuse avec risque de rupture
- **Autres symptômes :**
HPM

- **Eruption :**
- **Elle s'observe dans 90-100% de patients sous ampicilline :** C'est une éruption tardive qui survient vers 9-12^e jour du début traitement par antibiotique ; elle est étendue ,. souvent scarlatiniforme et purpurique et durable , siégeant au niveau du tronc , racine des membres .



- **Eruption : Si le patient n'était pas sous ATB:** l'éruption est maculo-papules parfois purpuriques , et régresse en général rapidement
- **AU TOTAL**
Le diagnostic de MNI est évoqué devant l'association d'un syndrome infectieux , SPM ,angine ; ADP et éruption avec à la NFS : syndrome mononucléosidique

▣ EVOLUTION

- Elle est spontanément favorable en 2-3 semaines marquée par persistance d'une asthénie .
- Elle peut être émaillée de complications à type de :
- **Atteinte splénique : rupture de la rate**
- Atteinte hématologiques : anémie hémolytique , aplasie médullaire , granulopénie
- Atteinte cardiaque : myocardite , péricardite
- Atteinte respiratoire : détresse respiratoire , pneumopathies, pleurésie
- Atteinte rénale : GNA
- Atteinte hépatique : Syndrome de Rège .

4° FORMES CLINIQUES :

- ▣ Angine est parfois absente
- ▣ **Rupture de la rate** : complication rare mais très classique de cette maladie . Elle peut être spontanée ou provoquée par un traumatisme et apparaît le plus souvent vers 2-3e semaine de la maladie
- ▣ **Atteinte hépatique** : elle est quasi constante . On peut avoir
- HPM discrète ,
- Ictère
- Atteinte biologique : **cytolyse 3-4 fois la normale**
- ▣ **Atteinte neurologique** à type d'encéphalite ou polyradiculonévrites .

DIAGNOSTIC

- **■ Diagnostic positif** : Il repose sur
- **Arguments épidémiologique** : âge jeune
- **Arguments cliniques**
- **Biologie**
- **Eléments d'orientation** :
- **NFS (hémogramme) : Sd. mononucléosique**: grande valeur diagnostique: Présence de cellules mononucléées activées dans le sang, traduisant une stimulation immunitaire.

A la formule leucocytaire : **lymphocytes > 50 % ;**
lymphocytes activés > 10 %.

Hyperleucocytose.

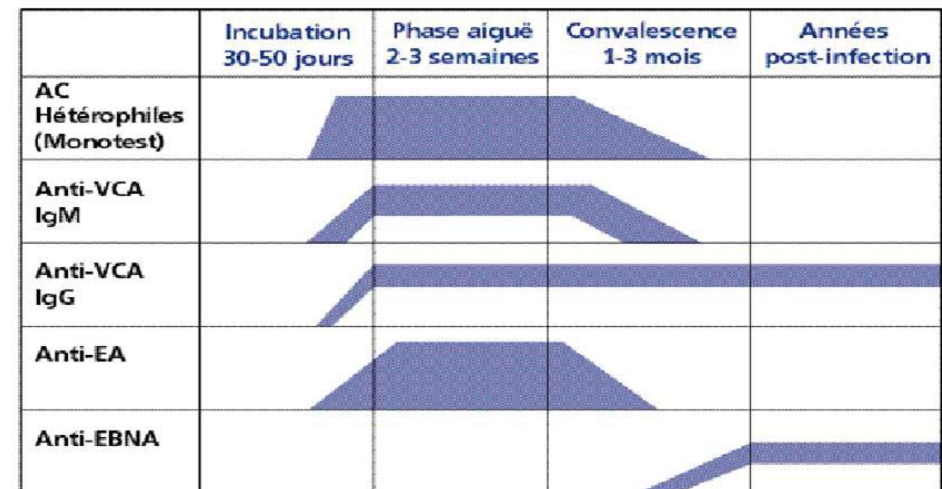
- Bilan hépatique : augmentation des transaminases 3-4 fois la normale .

- **Eléments de certitude** : Isolement du virus n'est pas de pratique courante , technique difficile .
- **Sérologie** :
- **■ MNI-test (réaction de HOFF et BAUER)** test d'agglutination rapide sur lame mettant en évidence les Ig M . Il est de sensibilité de 98% mais une spécificité un peu inférieure à la réaction de Paul Bunnell Davidsohn .
- **■ Réaction de Paul Bunnell Davidsohn** : met en évidence des agglutinines des Globules rouges de mouton : Seuil de positivité 1/80 .

- **■ Réaction spécifique : recherche des anticorps anti VCA** permettant un diagnostic de certitude . Les Ig M anti VCA (VCA= viral capside antigène) apparaissent rapidement et persistent 3 mois .

IgM anti VCA positifs signent la maladie

La recherche des anticorps Anti EA (EA= early antigène) et le anti EBNA (Epstein Barr nuclear antigène) est surtout indiquée pour la surveillance d'une réactivation virale .



Renseignements pratiques

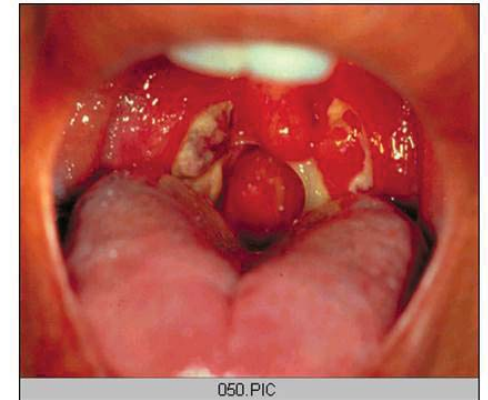
La recherche des anticorps se fait à partir du sérum (1 ml)

Monotest	Résultat dans la journée	Prix: Fr. 16.-
IgG anti-VCA	Résultat en 24 à 48 h	Prix: Fr. 35.-
IgM anti-VCA	Résultat en 24 à 48 h	Prix: Fr. 40.-
Ac anti-EBNA	Résultat en 24 à 48 h	Prix: Fr. 40.-

☐☐ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- **ANGINE PSEUDOMEMBRANEUSE :**
éliminer
- – **DIPHTERIE**

- – **DIPHTERIE :**



- Hémopathie
- Angine streptococcique
- Angine Candidosique

📌 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- **Syndrmo mononucleosique** : éliminer les autres causes de Syndrome mononucleosique à savoir
 - Primo-infection à CMV
 - Primo-infection à VIH ,
 - Rubéole ,
 - Toxoplasmose
 - Allergie médicamenteuse

Étiologie	EBV	CMV	VIH	Toxoplasmose	Médicament
Mode de transmission	Contact salivaire	Multiplés	Contact sexuel ou sanguin	Hygiène, contact alimentaire	Introduction nouveau médicament
Délai d'incubation après exposition	4-6 semaines	4-8 semaines	1-4 semaines	1-3 semaines	2-6 semaines
Fièvre	Élevée	Élevée	Modérée	Modérée	Élevée
Adénopathies	++ cervicales	-	++ diffuses	++ cervicales	++ diffuses
Atteinte muqueuse	Angine	-	Buccale et génitale	-	Possible
Rash cutané	Post-antibiotique	-	+ fugace	-	+++
Arthralgies/myalgies	+/-	++/++	+/-	-/-	-/-
Lymphocytose	+++	++	++	+	++
Anomalies biologiques associées	Cytolyse hépatique importante	Thrombopénie, neutropénie Cytolyse hépatique modérée	Thrombopénie Cytolyse hépatique modérée	Hyperéosinophilie modérée inconstante	Hyperéosinophilie importante Cytolyse hépatique Insuffisance rénale
Diagnostic positif	MNI-test Présence d'IgM anti-VCA	Présence d'IgM anti-CMV	Détection charge virale puis sérologie +	Présence d'IgM anti-toxoplasmose	Biopsie cutanée
Prise en charge thérapeutique	Aucune	Aucune sauf grossesse	Traitement antirétroviral rapide	Aucune sauf grossesse	Arrêt médicament incriminé

CMV : cytomégalovirus ; EBV : Epstein-Barr virus ; MNI : mononudéose infectieuse ; VCA : Viral Capsid Antigen ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

Ruxanda B, Cécile Goujard. Syndrome mononuclosique. La revue de Praticien Médecine générale. 2017

6 ° TRAITEMENT :

- Il est essentiellement symptomatique :
- Repos au lit ; pas de sport ; lutter contre la fièvre
- Il n'y a pas de vaccin pour la MNI

BIBLIOGRAPHIE

E. PILLY. Maladies Infectieuses et tropicales. Anciennes éditions et 26^e-28^e Editions (2018. 2020; 2022)

EMC MALADIES INFECTIEUSES. Mononucléose infectieuses. Elsevier Masson S.AS.

EMC MALADIES INFECTIEUSES. Syndrome mononucléosique infectieuses. Elsevier Masson S.AS.

Ruxanda B, Cécile Goujard. Syndrome mononucléosique. La revue de Praticien Médecine générale. 2017