

UNIVERSITE FERHAT ABBES SETIF 1
FACULTE DES SCIENCES MEDICALES DE SETIF
SERVICE MALADIES INFECTIEUSES
COURS D'EXTERNAT
4^{eme} ANNEE DE MEDECINE



**LA MONONUCLEOSE
INFECTIEUSE**

Dr GASMI ABDELKADER

PLAN DU COURS

1° INTRODUCTION

2° EPIDEMIOLOGIE

3° CLINIQUE ET TYPE DE DESCRIPTION

4° FORMES CLINIQUES

5° DIAGNOSTIC

6° TRAITEMENT

LA MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

Dr GASMI

1° 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 Davidshon) 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 humain 4.

Transmission : Elle se fait selon diverses 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 DESCRIPTION : MNI DE L'ADOLESCENT

▣ **INCUBATION : 10-14J**

▣ **INVASION** : Plus souvent rapidement progressive marquée 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 érythémato-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.

Si le patient n'était pas sous antibiotique : 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 mononucléosique

▣ **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 2-3^e 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 .

5° DIAGNOSTIC

☑☑ **Diagnostic positif** : Il repose sur

- Arguments épidémiologique : **age jeune**
- Arguments cliniques
- Biologie

Eléments d'orientation :

- NFS (**hémogramme**) qui montre un syndrome mononucléosique de grande valeur diagnostique .
- il est défini par augmentation de pourcentage des grandes lymphocytes hyperbasophiles stimulées >10% .
Par ailleurs le frottis sanguin montre une 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 capsid 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 .

☑☑ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- ANGINE PSEUDOMEMBRANEUSE** : éliminer – **DIPHTERIE** - Hémopathie
- Syndrmo mononucléosique** : éliminer les autres causes de Syndrome mononucléosique à savoir primo-infection à Cytomégalovirus ; toxoplasmose ; primo-infection à VIH , rubéole , allergie médicamenteuse

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