

**Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.  
Toute reproduction à usage collectif est interdite.**

**L'ouvrage original couleur E.PILLY.ECN 2018 est disponible en librairie ou chez l'éditeur.**

## **ECN.PILLY 2018**

### **Licence d'utilisation et précautions d'usage**

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

### **© Copyright 2018. ALINÉA Plus – CMIT**

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Dépôt légal - ISBN ALINÉA Plus : 978-2-916641-67-6

### **ECN.PILLY 2018 - 5<sup>e</sup> édition**

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie  
210 x 270 mm - quadrichromie - 324 pages - ISBN : 978-2-916641-67-6  
40,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris  
email : [alinea@alineaplus.fr](mailto:alinea@alineaplus.fr)

### ***Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :***

#### **E.PILLY 2018 - 26<sup>e</sup> édition**

Maladies infectieuses et tropicales  
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-66-9  
58,00 € TTC

**ePOPI ([www.epopi.fr](http://www.epopi.fr))** : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

**ePOPI Etudiant - Préparation iECN** : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2018).

### Objectifs

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques devant un syndrome mononucléosique et justifier les premiers examens complémentaires les plus pertinents.

### Points importants

- Diagnostic fait sur la formule leucocytaire de l'hémogramme
- Pas de gravité intrinsèque
- Reflet d'une réponse immunitaire lymphocytaire T intense
- Cause la plus fréquente : primo-infection par le Virus d'Epstein Barr (EBV)
- Évoquer systématiquement l'hypothèse d'une primo-infection par le VIH

## 1 Bases pour comprendre

### 1. Définitions

- **Syndrome mononucléosique** : c'est un fait biologique diagnostiqué sur l'hémogramme et la formule leucocytaire :
  - proportion > 50 % de cellules mononuclées dans la population leucocytaire ;
  - et proportion > 10 % de **lymphocytes activés** (taille augmentée, coloration basophile). Il s'agit de lymphocytes T ; ils ont généralement été activés en réponse à un agent infectieux, le plus souvent viral. Le syndrome mononucléosique témoigne donc d'une activation intense de l'immunité cellulaire.
- **Mononucléose infectieuse (MNI)** : il s'agit de la **primo-infection symptomatique à EBV** (les lymphocytes T constituant le syndrome mononucléosique étant alors spécifiques des antigènes de l'EBV). Cette situation est à l'origine des syndromes mononucléosiques les plus intenses (en termes de numération sanguine).

### 2. Mode de découverte

- Le diagnostic positif de syndrome mononucléosique est porté en réalisant une formule leucocytaire (par exemple dans l'exploration d'une fièvre). Les lymphocytes activés sont parfois qualifiés « d'atypiques » par le laboratoire.

### 3. Diagnostics différentiels

- D'autres anomalies biologiques peuvent conduire à un diagnostic erroné de syndrome mononucléosique par le laboratoire, en particulier lors d'une leucémie aiguë (confusion entre blastes circulants et lymphocytes T activés).

## 2 Diagnostic étiologique

### 1. Causes infectieuses

(réaction lymphocytaire T suscitée par un agent infectieux)

- Les plus fréquentes (Cf. TUE7-213-1) : **primo-infections**
  - par l'**EBV**, responsables de la majorité des syndromes mononucléosiques
  - par le **CMV**
  - par le **VIH** (Cf. item UE6 N°165), à évoquer systématiquement
  - par *Toxoplasma gondii* (Cf. item UE6 N°169)
- Infections plus rarement à l'origine d'un syndrome mononucléosique :
  - infections virales : hépatite A et primo-infection par le VHB et le VHC (une intense cytolysse hépatique étant cependant au premier plan), primo-infection par le HHV6, rubéole, infection par les adénovirus
  - bactériennes : rickettsioses, syphilis secondaire, brucellose, typhoïde, listériose.



Notes

TUE7-213-1 : Éléments d'orientation devant un syndrome mononucléosique				
Agent infectieux	EBV	CMV	VIH	<i>Toxoplasma gondii</i>
Population concernée	Adolescent, adulte jeune	Adulte jeune	Adolescents et adultes de tous âges	Enfant, adolescent et adulte jeune
Interrogatoire	Nouveau partenaire	Notion de contagé	Rapport sexuel à risque Utilisation de drogue IV	Contact avec un chat Consommation de viande crue ou peu cuite
Incubation	4 à 6 semaines	3 à 8 semaines	2 à 8 semaines	5 jours à 3 semaines (selon le mode de contamination)
Examen clinique	Angine classiquement pseudomembraneuse Polyadénopathie Splénomégalie Éruption sous aminopénicilline	Fièvre isolée ± prolongée Adénopathies cervicales Splénomégalie	Nombreux tableaux possibles : fièvre isolée, myalgies, arthralgies, éruption cutanée, pharyngite, ulcérations muqueuses, polyadénopathie, ...	Adénopathies (surtout cervicales)
Intensité du syndrome mononucléosique	+++	++	+	±
Diagnostic	MNI-test Sérologie spécifique	Sérologie spécifique	Sérologie spécifique	Sérologie

**2. Causes médicamenteuses**

(réaction lymphocytaire T suscitée par un médicament) :

- Certaines réactions d'**hypersensibilité médicamenteuse** (aux sulfamides, aux β-lactamines, à certains anticonvulsivants...) peuvent se traduire par un syndrome mononucléosique. Un syndrome mononucléosique peut ainsi accompagner un *DRESS-syndrome* (*Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms*).

**3 Conduite à tenir**

Pas de gravité intrinsèque du syndrome mononucléosique.

**1. Orientation générale**

- Devant un syndrome mononucléosique (en particulier lors de l'exploration d'un tableau de fièvre), les hypothèses diagnostiques doivent plus particulièrement tenir compte (Cf. TUE7-213-1) :
  - de l'âge,
  - des données de l'interrogatoire concernant l'existence d'un nouveau partenaire de flirt (transmission salivaire de l'EBV) ou d'un rapport sexuel à risque récent (pour le VIH),
  - des habitudes alimentaires (consommation de viande crue ou peu cuite) et de la présence d'un chat dans l'entourage (principaux modes de contamination par *T. gondii*)
  - de l'introduction récente d'un traitement médicamenteux,
  - de la présence à l'examen physique d'adénopathies et/ou d'une angine.

**2. Recherche d'une primo-infection par l'EBV**

- Il s'agit de l'étiologie la plus fréquente ; on réalise :
  - le MNI-test (recherche d'anticorps dits hétérophiles agglutinant les hématies d'animaux) : spécificité supérieure à 90 %, sensibilité de 85 à 90 % (moins chez l'enfant). L'autre méthode de détection de ces anticorps hétérophiles (réaction de Paul-Bunnell-Davidsohn) n'est plus utilisée.
  - ou bien d'emblée la **sérologie spécifique de l'EBV** : recherche du profil sérologique spécifique d'une primo-infection (IgM anti-VCA positives, IgG anti-VCA négatives ou faiblement positives, IgG anti-EBNA négatives).
  - La mesure de la charge virale EBV (nombre de copies du génome viral) n'a pas d'indication chez l'immuno-compétent, sauf rares situations.

**3. Recherche des autres agents les plus fréquents**

- En particulier en l'absence de primo-infection par l'EBV
- VIH :
  - Test de dépistage (à répéter si nécessaire 6 semaines après l'exposition à un risque), charge virale si test de dépistage négatif (plus précocement positive).
  - CMV : sérologie pour rechercher la présence d'IgM (hors cas particuliers, la détermination de la charge virale plasmatique CMV n'a pas de place chez l'immuno-compétent).
  - *Toxoplasma gondii* : sérologie