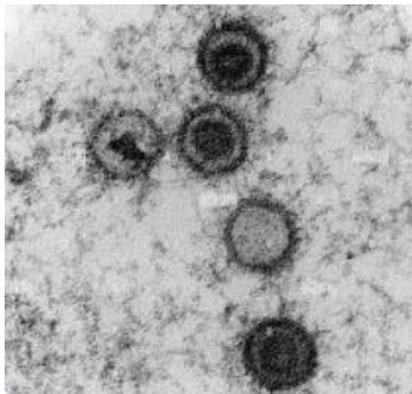


## 5

## VIRUS EPSTEIN-BARR (EBV)

**CARTE IDENTITE**

Cf. fiche « Généralités sur les herpesvirus »

**TRANSMISSION**

Oropharyngée *via* la salive.

**EPIDEMIOLOGIE**

**80-90% des adultes** sont infectés en France.

**PREVENTION**

Aucun vaccin

La prévention et le traitement du SLPT consiste principalement à réduire les doses d'immunosuppresseurs et, si nécessaire, à utiliser des anticorps monoclonaux anti-lymphocytes B, voire une chimiothérapie conventionnelle.

**PHYSIOPATHOLOGIE**

Cf. fiche « Généralités sur les herpesvirus »

Le **site primaire de l'infection est l'oropharynx** : épithélium et lymphocytes B de l'anneau de Waldeyer.

Réplication virale intermittente et asymptomatique dans les structures lymphoïdes oropharyngées => transmission interhumaine du virus

**SIGNES CLINIQUES**

● **Mononucléose infectieuse (MNI)** = forme symptomatique de la primo-infection par l'EBV

Un tiers des adolescents et adultes développent une MNI, la plupart des jeunes enfants sont asymptomatiques

Cause la plus fréquente du **syndrome mononucléosique** défini par la présence de **≥50% de cellules mononucléées** sur le frottis sanguin dont **≥10% de lymphocytes atypiques**, de grande taille, basophiles et polymorphes. **D'autres anomalies biologiques sont possibles au cours de la MNI : thrombopénie, anémie hémolytique, cytolysé hépatique sans cholestase.**

La symptomatologie de la MNI associe classiquement une **fièvre élevée** qui peut être **prolongée**, **une asthénie** parfois persistante, **une angine avec adénopathies cervicales**. Autres signes possibles : splénomégalie, céphalées, éruption maculopapuleuse (favorisée par la prise d'ampicilline), myalgies et troubles digestifs

Evolution clinique spontanément favorable en 10 à 15 jours mais l'asthénie peut persister plusieurs semaines

● La persistance virale (sous forme latente) peut conduire à l'apparition de cancers associés à l'EBV :

- Individu immunocompétent : lymphome de Burkitt, certains lymphomes de Hodgkin, carcinome indifférencié du nasopharynx
- Patient transplanté : syndrome lymphoprolifératif post-transplantation associé à l'EBV (SLPT)
- Individu infecté par le VIH : lymphomes induits par l'EBV (classant SIDA)

**DIAGNOSTIC VIROLOGIQUE**

Indications :

Enfants présentant des adénopathies (diagnostic différentiel : CMV, leucémie)

Tout individu présentant un tableau viral bruyant et peu spécifique

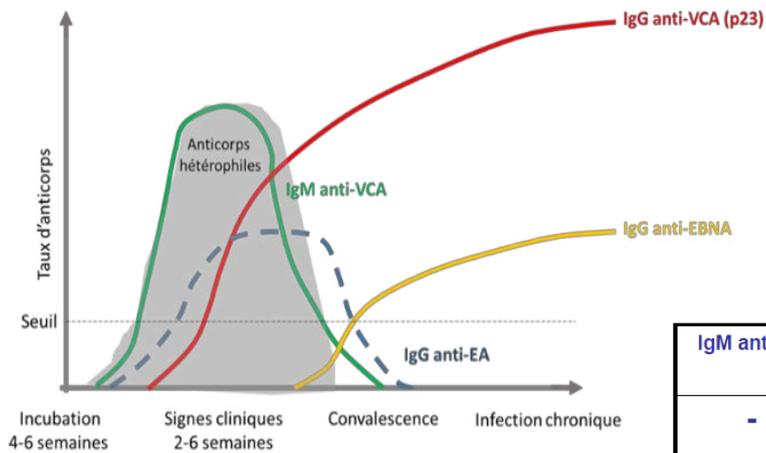
Individus immunodéprimés (avant traitement immunosuppresseur et en suivi post-greffe)

Méthodes :

**Sérologie** : IgM anti-VCA, IgG anti-VCA et IgG anti-EBNA

Possible de détecter des anticorps hétérophiles (IgM agglutinant certains globules rouges d'animaux) : MNI test

La détermination du statut immunitaire fait partie du bilan de qualification des donneurs d'organes (tissus/cellules) et chez le receveur pour appairer les greffons ou à défaut adapter le suivi virologique du patient greffé.



IgM anti-VCA	IgG anti-VCA	IgG anti-EBNA	Interprétation
-	-	-	Pas d'infection
+	+/-	-	Infection aiguë
-	+	+	Infection ancienne

### RT-PCR

Quantification de l'ADN EBV dans le sang total et/ou le plasma nécessaire au suivi et à la prévention du SLPT chez les individus greffés

### TRAITEMENT

MNI : symptomatique (antalgiques et repos)

Prise en charge hospitalière nécessaire dans les rares cas de formes compliquées (thrombopénie profonde, syndrome d'activation des macrophages, encéphalite, rupture de rate).

Proliférations cellulaires (lymphomes, carcinomes) induites par l'EBV :

- Baisse de l'immunosuppression
- Radiothérapie
- Chimiothérapie anticancéreuse
- Exérèse de tumeur
- Utilisation d'anticorps monoclonaux anti-CD20

Auteur : Edouard Tuillon  
 Relecteur : David Boutolleau

Légende : Rang A Rang B Rang C