

Angine de Vincent chez une étudiante en médecine, un retour au XIX^e siècle ?

Medicine student with Vincent's angina, back to the 1900's?

AZZAGNUNI Y.¹, JAVAUX L.², POINT C.³ et LE A.⁴

¹Département de Médecine interne, Hôpital Erasme,

²Médecine générale, Fraire,

³Département de Psychiatrie, Hôpital Erasme,

⁴Département d'Ophtalmologie, CHU Saint-Pierre

RÉSUMÉ

Introduction : L'Epstein Barr Virus est responsable classiquement de la mononucléose infectieuse. Face à une angine chez un patient atteint de mononucléose infectieuse, on suppose alors que l'atteinte tonsillaire est due à cette virose. Mais dans certains cas, face à une clinique comprenant une forte pyrexie et des douleurs insupportables, faire des prélèvements peut s'avérer d'une grande utilité. Les éléments d'anamnèse tels que l'activité des patients sont d'une importance capitale, cela peut donner des pistes quant au niveau de stress ou d'épuisement.

Cas clinique : Nous présentons le cas d'une jeune étudiante en médecine dont les sérologies ont démontré la présence d'une mononucléose récente. Quelques jours après le diagnostic, elle développe une tonsillite accompagnée d'une très forte pyrexie. Les prélèvements montrent une association fuso-spirillaire révélant une angine de Vincent, pathologie d'un autre temps observée chez des patients surmenés, immunodéprimés ou présentant une hygiène buccale médiocre.

Conclusion : Ce cas démontre l'importance des prélèvements face à une clinique atypique, mais également l'importance du stress inhérent aux études de médecine, pouvant mener à des pathologies d'un autre temps.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 153-156

Doi : 10.30637/2022.20-092

ABSTRACT

Introduction : The Epstein Barr Virus is classically responsible for infectious mononucleosis. In the case of angina in a patient suffering from infectious mononucleosis, it is then assumed that the tonsillary damage is the result of this virus. However, in some cases, when faced with a clinic with severe pyrexia and unbearable pain, taking samples can be very useful. Anamnesis elements such as patients' activity is of capital importance, this can give clues as to their level of stress or exhaustion.

Clinical case : We present the case of a young female medical student whose serologies showed the presence of recent mononucleosis. A few days after diagnosis, she develops tonsillitis with very strong pyrexia. The samples showed a fuso-spirillar association revealing Vincent's angina, pathology of another time, verified in patients who are overworked, immunocompromised or with poor oral hygiene.

Conclusion : This case demonstrates the importance of taking samples when the clinic is atypical, but also the importance of the stress inherent in medical studies, which can lead to pathologies from another time.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 153-156

Doi : 10.30637/2022.20-092

Key words : infectious mononucleosis, Epstein Barr virus, Vincent's angina, stress, medical student

INTRODUCTION

L'Epstein Barr Virus (EBV) a une prévalence de 90 % dans la population mondiale, sa forme la plus courante est la mononucléose infectieuse¹. Sa présentation clinique est aspécifique : fatigue, adénopathies, hépatosplénomégalie, ainsi qu'une tonsillite².

L'angine de Vincent est une entité ancienne, décrite pour la première fois par Plaut en 1894 et Vincent en 1896³, dont les descriptions cliniques datent de l'entre-deux-guerres, les cas datant eux-mêmes des guerres⁴. Une étude indienne rétrospective de 2017 a étudié les angines ulcéro-membraneuses. Au sein d'une cohorte de 50 patients, 2 % présentaient une angine de Vincent⁵. Elle a pour origine *Fusobacterium necrophorum* et *Treponema vincentii*. Touchant particulièrement les adolescents et jeunes adultes dont l'état général est médiocre, les facteurs de risque sont la malnutrition et le surmenage⁶. Son point de départ est le plus souvent une infection bucco-dentaire (caries, aphtes). Cliniquement, le patient présente de la fièvre, une odynophagie latéralisée et une haleine fétide. A l'examen clinique, on observe une ulcération associée à une adénopathie sous angulo-maxillaire. Le diagnostic est réalisé par un examen direct, mettant en évidence une association fuso-spirillaire au frottis de gorge. Le traitement consiste en la prise de pénicilline V ou de métronidazole en cas d'allergie⁶.

Il est devenu très rare de croiser ce genre de pathogène à notre époque, surtout dans un pays industrialisé, mais il ne faut pas sous-estimer l'impact du stress sur le système immunitaire⁷.

CAS CLINIQUE

Une étudiante en médecine d'une vingtaine d'années présente une subpyrexie depuis dix jours, sans signe d'appel et une asthénie majeure. Au niveau de la muqueuse buccale, on note plusieurs aphtes. En termes d'hygiène dentaire, elle ne présente ni carie ni gingivite.

On relève à l'examen clinique une subpyrexie à 37,8°C, plusieurs adénopathies (pré-tragienne gauche, inguinales droites), des aphtes buccaux et une hépatosplénomégalie. La sérologie EBV montre une infection récente (EBV IgM positif – EBV IgG négatif). Le diagnostic de mononucléose infectieuse est posé. Le dosage des lymphocytes se situe dans la norme (lymphocytes : 3410/μl – norme : 1200-3500/μl).

Trois jours après sa visite, la patiente revient pour un mal de gorge hyperalgique, un gonflement cervical unilatéral droit, une dyspnée en *decubitus* dorsal, une odynophagie aux solides et un état général altéré. A l'examen clinique, on note une pyrexie à 38,5°C, une ulcération de l'amygdale droite, un pharynx érythémateux (figure).

Figure

Ulcération de l'amygdale droite et pharynx érythémateux.



Une telle symptomatologie peut-elle s'expliquer uniquement par l'EBV ? Existe-il une co-infection à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A ? Un frottis amygdalien est réalisé et un traitement par céfadroxil est débuté. L'examen direct révèle la présence de *Fusobacterium necrophorum* et de *Treponema vincentii*, évoquant le diagnostic d'angine de Vincent. L'état général de la patiente s'est amélioré rapidement sous antibiothérapie.

Une évaluation psychologique est réalisée au moment de l'épisode, par le biais de l'échelle STAI-Y. L'échelle révélait (Y-A : 57 et Y-B : 46) démontrant un stress au moment de son épisode de maladie (grade 4 – élevé), par rapport à son état d'anxiété en temps normal (grade 3 – moyen)⁸.

DISCUSSION

Les Fusobactéries sont des bactéries anaérobies à Gram-négatif, responsables de nombreuses atteintes organiques, essentiellement chez les enfants et les jeunes adultes⁹. Ce sont des pathogènes opportunistes retrouvés dans les populations socio-économiquement défavorisées ou immunodéprimées. Dans la littérature récente, quelques cas d'infection à *Fusobacterium necrophorum* post infection à EBV sont rapportés^{10,11}. Dans ces deux cas cliniques, les atteintes étaient pour l'un, une septicémie (2003) à *Fusobacterium necrophorum* et pour l'autre, un syndrome de Lemierre (2004).

En 1976, une étude rétrospective a été réalisée par Van Cauwenberge sur 126 patients chez qui un excès de complexe fuso-spirillaire a été trouvé par examen microscopique direct du matériel amygdalien. Ces bactéries ne se trouvent pas seulement dans l'amygdalite ulcéro-nécrotique unilatérale mais également dans différentes pathologies amygdaliennes. Au sein de la cohorte, plusieurs patients présentaient une mononucléose infectieuse. Chez un tiers des patients atteints de mononucléose infectieuse, le complexe est présent dans les lésions amygdaliennes. Van Cauwenberge a conclu que le complexe fuso-spirillaire a une pathogénie très faible et qu'il ne peut se développer que chez les patients présentant une résistance locale ou générale réduite⁹.

Notons que les angines de Vincent ont été très fréquemment décrites dans la période de l'entre-deux-guerres, les cas ayant eu lieu durant ces guerres (manque d'hygiène buccale, malnutrition, ...). Par la suite, leur fréquence a diminué, surtout dans les pays industrialisés.

Les hypothèses pouvant expliquer le développement d'une angine de Vincent chez une patiente sans comorbidité médicale ou socio-économique sont une infection préexistante par EBV entraînant une brèche immunitaire et/ou un stress, lié à sa condition d'étudiante en médecine. Les lymphocytes étaient dans la norme, ce qui n'est pas classique dans les cas de mononucléose, où la lymphocytose est l'anomalie hématologique la plus fréquemment rencontrée¹³ et est corrélée à l'intensité des symptômes (exception faite de la mononucléose infectieuse compliquée, où on peut observer une pancytopenie¹⁴). Ici, nous nous serions attendus à une lymphocytose, vu les plaintes de la patiente. Ce taux de lymphocytes normal pourrait être en fait une lymphopénie relative.

Une revue de la littérature réalisée en 2012 a analysé 56 études sur la relation entre stress professionnel et immunité¹⁵. Dans les professions médicales (infirmiers et médecins), il a été observé une diminution statistiquement significative des taux de lymphocytes *Natural*

Killers et/ou *T* circulants, en relation avec le stress professionnel. Le stress et ses effets sur les étudiants en médecine a déjà été largement démontré dans la littérature. Il est donc raisonnable de penser que le stress des études de médecine peut entraîner une baisse immunitaire, au même titre que les autres professions¹⁶. Kiecolt-Glaser *et al.* ont démontré au sein d'une cohorte d'étudiants de médecine, l'effet des événements stressants et de la solitude sur le système immunitaire, touchant plus spécifiquement les lymphocytes *Natural Killers* et entraînant un effet négatif sur l'immunité¹⁸, comme décrit chez les praticiens hospitaliers¹⁴. Cette observation pourrait correspondre à la lymphopénie relative observée chez notre patiente étudiante.

Dans ce cas, nous posons la question d'une atteinte relative de l'immunité, mais au vu de l'échelle STAI-Y, il ressort qu'effectivement, l'étudiante était particulièrement sous l'effet du stress durant son épisode d'angine de Vincent, comparativement à son état habituel. Cette échelle comprend 2 parties : l'une évaluant l'anxiété-état (AE) qui reflète l'état émotionnel actuel (STAI-forme Y-A) ce qui permet d'évaluer la nervosité et l'inquiétude du patient lors de la séance, l'autre évaluant l'anxiété-trait (AT) qui reflète l'état émotionnel habituel (STAI forme Y-B). Les deux formulaires comprennent chacun 20 propositions. Chaque item de l'inventaire est coté de 1 à 4, selon son intensité. Le score total varie de 20 à 80. Pour faciliter l'interprétation, les résultats sont classés en 5 niveaux : 1-stress très élevé (≥ 66) ; 2-stress élevé (56 à 65) ; 3-stress moyen (46 à 55) ; 4-stress faible (36 à 45) ; 5-stress très faible (≤ 35). Il aurait été intéressant de relever la STAI anxiété-état à d'autres moments de la formation de notre patiente, permettant alors de remarquer ou non un état émotionnel altéré davantage lors de stages ou d'exams par exemple. Dans ce cas précis, nous pouvons supposer que la patiente présentait un stress plus intense qu'habituellement, dû soit à la pathologie elle-même ou au contexte de stage dans lequel elle évoluait à ce moment-là, ou encore à une tierce raison.

CONCLUSION

Ce cas clinique montre l'importance de faire des prélèvements chez les patients dont la clinique est atypique, même si un diagnostic cohérent a été posé auparavant. Il pose par ailleurs la question de l'impact des études de médecine sur la santé des étudiants, puisque l'angine de Vincent est une pathologie historique, associée à des états de dénutrition sévère ou de stress intense. Cette discussion soulève la question des conditions auxquelles sont soumis les étudiants de médecine, d'un point de vue moral et physique.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Smatti MK, Al-Sadeq DW, Ali NH, Pintus G, Abou-Saleh H, Nasrallah GK. Epstein-Barr Virus Epidemiology, Serology, and Genetic Variability of LMP-1 Oncogene Among Healthy Population: An Update. *Front Oncol.* 2018;8:211.
2. Israël BF. Mononucléose infectieuse. In: Médecine interne de Netter [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 23 août 2020]. p. 764-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294709517000992>
3. Barnes GP, Bowles WF 3rd, Carter HG. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: a survey of 218 cases. *J Periodontol.* 1973 Jan;44(1):35-42.
4. Cummings GO. Vincent's angina. *N Engl J Med.* 1930;202(16):768-71.
5. Sridhar Reddy D, Shoban Babu A, Rathod JBS, Sravan Kumar Ch, Rajesh S. Study of Ulcero-membranous Lesions of Tonsil in an Indian Scenario. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;69(1):16-9.
6. Kaplan D. Acute necrotizing ulcerative tonsillitis and gingivitis (Vincent's infections). *Ann Emerg Med.* 1981;10(11):593-5.
7. Khansari DN, Murgo AJ, Faith RE. Effects of stress on the immune system. *Immunol today.* 1990;11:170-5.
8. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63 Suppl 11(o 11):S467-72.
9. Van Cauwenberge P. [Significance of the fusospirillum complex (Plaut-Vincent angina)]. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 1976;30(3):334-45.
10. Dalamaga M, Karmaniolas K, Chavelas C, Liatis S, Matekovits H, Migdalis I. Fusobacterium necrophorum septicemia following Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Anaerobe.* 2003;9(6):285-7.
11. Boz GA, Iskender S, Caylan R, Aydin K, Koksali I. A case of Lemierre's syndrome following Epstein-Barr virus infection. *Anaerobe.* 2005;11(3):185-7.
12. Raphaël M, Baran-Marszak F, Besson C. Syndromes mononucléosiques et pathologies hématologiques liés au virus d'Epstein-Barr. *EMC-Hématologie.* 2005;2(4):207-19.
13. <https://sjbm.fr/images/cahiers/2006-Bioforma-36-Le%20virus%20Epstein-Barr.pdf>.
14. Nakata A. Psychosocial Job Stress and Immunity: A Systematic Review. In: Yan Q, éditeur. *Psychoneuroimmunology* [Internet]. Totowa, NJ: Humana Press; 2012 [cité 31 janv 2021]. p. 39-75. (Methods in Molecular Biology; vol. 934). Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-1-62703-071-7_3
15. Abdulghani HM, AlKanhal AA, Mahmoud ES, Ponnampetuma GG, Alfaris EA. Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia. *J Health Popul Nutr.* 2011;29(5):516-22.
16. Kiecolt-Glaser JK, Garner W, Speicher C, Penn GM, Holliday J, Glaser R. Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosom Med.* 1984;46(1):7-14.

Travail reçu le 12 novembre 2020 ; accepté dans sa version définitive le 16 avril 2021.

CORRESPONDANCE :

A. LE
CHU Saint-Pierre
Département d'Ophtalmologie
Rue Haute, 322 - 1000 Bruxelles
E-mail : dr.aurelie.le@outlook.com