

Maladie de Lyme



Olivier Lesens

Service des Maladies Infectieuses et
tropicales, CHU Clermont-Ferrand

Journées du Lioran 1er et 2 Octobre
2021/2021

CRMVT de Clermont-Ferrand/St Etienne

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

CHU Gabriel Montpied

58, Rue Montalembert

63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

crmvt@chu-clermontferrand.fr

04 73 75 49 31

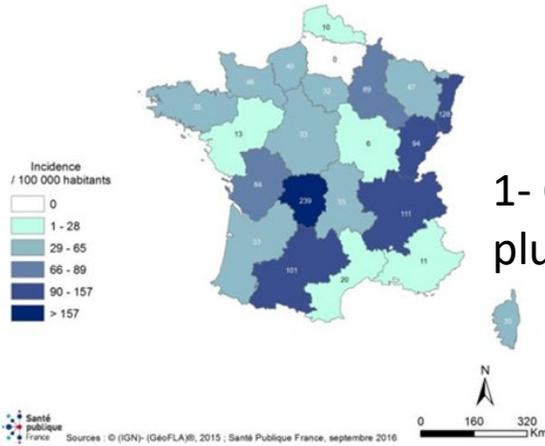


FACULTÉ DE MÉDECINE
Université Clermont Auvergne

Plan

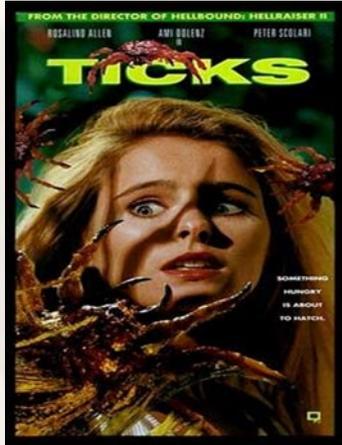
- introduction
- Quand y penser?
- Quand référer au centre de compétence ou au centre de référence?
- Troubles subjectifs persistants après une maladie de Lyme et syndrome somatoforme

Introduction



1- C'est probablement de plus en plus fréquent

2- ça fait peur



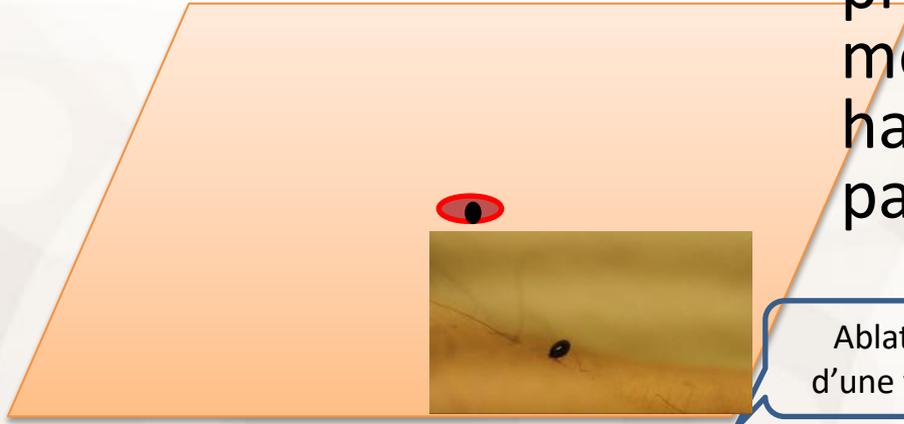
Quand y penser?

- Devant un tableau suggérant un EM ou une autre forme cutanée
- Devant certains tableaux neurologiques
- Devant une atteinte articulaire

Reconnaitre l'ECM



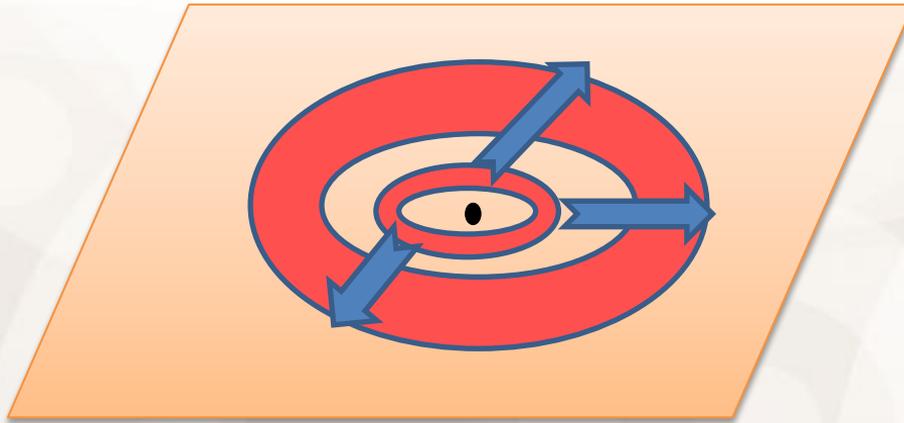
L'érythème
provoqué par la
morsure est
habituel: ce n'est
pas un ECM



Ablation
d'une tique

Reconnaitre l'ECM

L'ECM apparait 3-30 jours
après la morsure de tique



- Il est centré par la morsure
- Et d'extension centrifuge

Points clés

- ✓ Le diagnostic est clinique: il ne nécessite ni sérologie ni recours à un spécialiste, que ce soit pour son diagnostic ou son traitement
- ✓ Peut s'accompagner de signes non spécifiques:
 - Fatigue, céphalées, fébricule, arthralgies, adénopathies périphériques
- ✓ Sauf en cas de recontamination, il n'y a pas de risque de passage à une forme secondaire: il faut rassurer le patient
- ✓ Traitement (HAS 2018):
 - doxycycline ou amoxicilline pendant 14 jours en première intention ;
 - azithromycine pendant 7 jours si la première ligne impossible.
- ✓ Doit être recherché à l'interrogatoire dans le cadre d'une suspicion d'une autre forme clinique
- ✓ EM multiple = forme plus tardive et/ou disséminée



EM typique



EM atypique



acrodermatite



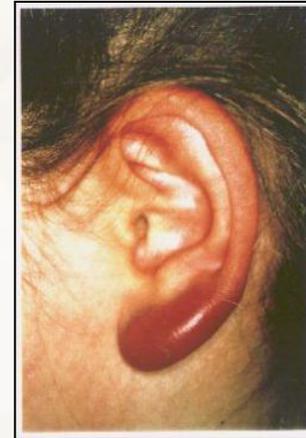
Acrodermatite (phase tardive)

- Érythème puis hyperpigmentation d'un segment de membre
- Atrophie cutanée : aspects scléreux de la peau
- Réseau veineux visible par transparence sous la peau



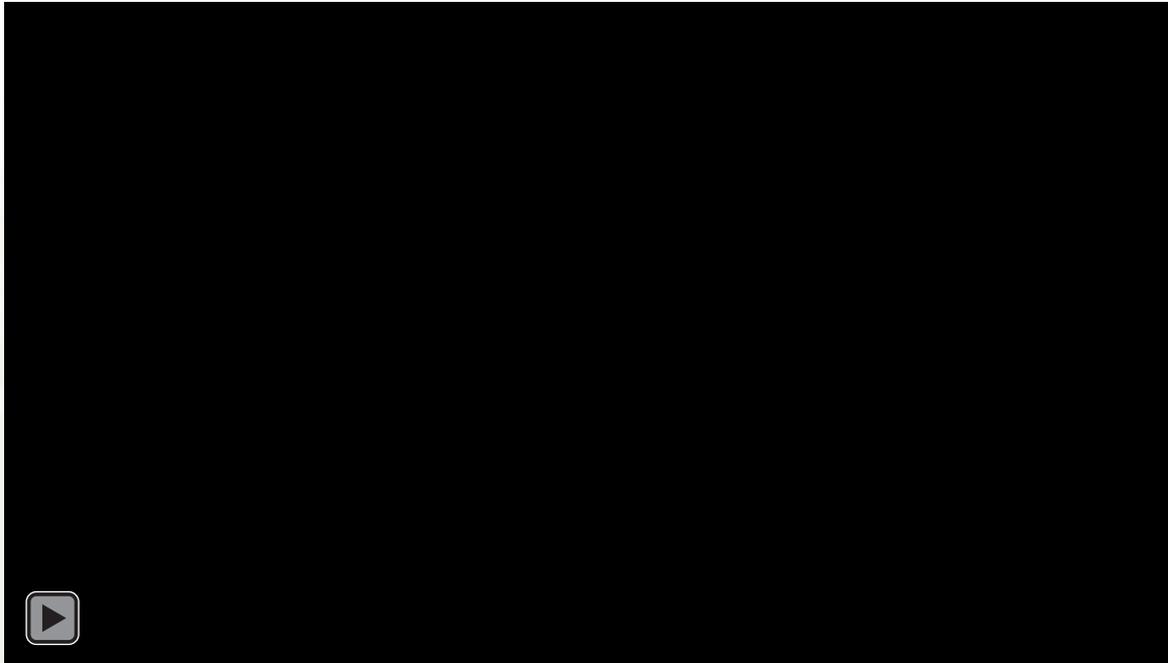
Lymphocytome cutané bénin

Nodule ou plaque violacé, typiquement situé sur le lobe ou le pavillon de l'oreille, sur le mamelon ou sur le scrotum.



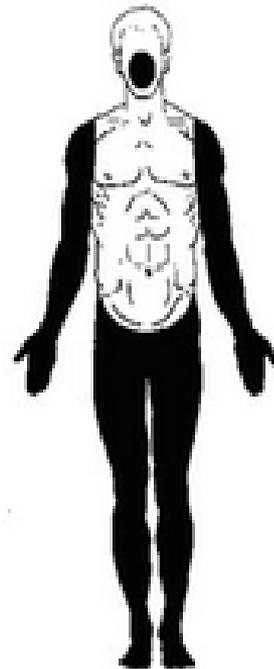
Neuro-borréliose précoce

Manifestations neurologiques



Méningo-radiculite

- Quasi-pathognomonique de la neuro-borréliose précoce
- Apparition entre 5 jours à 3 mois après la pique
- Présentation clinique:
 - ✓ **Douleurs radiculaires**, insomniantes, se majorant la nuit, pas de trajet radiculaire strict
 - ✓ Déficit moteur radiculaire possible, moins fréquent sensitif
 - ✓ \pm hyperesthésies ou dysesthésies locales ou diffuses sans localisation radiculaire identifiable
- Résistantes aux antalgiques
- Dans 50% des cas: associée à une atteinte de nerfs crâniens (le plus fréquent: PFP)
- Méningite isolée (rare): céphalées persistantes \pm fébricule



Méningo-radicalite

- 67 à 85% des NB en Europe avec localisation crânienne: PFP+++
- Ponction lombaire **OBLIGATOIRE** (sauf en cas de PFP isolée):
 - Pleiocytose lymphocytaire
 - Hyperprotéinorachie modérée sans hypoglycorachie
 - Synthèse intrathécale des IgG spécifique
 - ± détection de Borrelia en culture et/ou PCR
- Diagnostic différentiel: infiltration méningée (hématologique ou méningite carcinomateuse)

Myélite aiguë

- ✓ 4 à 5% des neuro-borrélioses
- ✓ Installation entre 4 h et 3 semaines
- ✓ Souvent associée à une atteinte radiculaire crânienne ou spinale
- ✓ Présentation clinique: paraparésie, troubles sensitifs le plus souvent proprioceptifs, troubles urinaires
- ✓ IRM médullaire: peut être normale, myélite aiguë transverse longitudinalement étendue (hypersignal T2 >3 segments vertébraux), cervico-thoracique+++ , prise de contraste leptoméningée
- ✓ Analyse du LCR: méningite lymphocytaire, bandes oligoclonales

Neuroborréliose tardive



Encéphalo-myélite chronique

- ✓ 4 à 6% des neuro-borrélioses
- ✓ Apparition dans un délai de plus de 6 mois après la pique
- ✓ Présentation clinique: atteinte médullaire (paraparésie, ataxie proprioceptive, troubles urinaires) + atteinte encéphalitique (déficit pyramidal, syndrome cérébelleux, troubles cognitifs: atteinte mnésique)
- ✓ IRM: possibles hypersignaux T2 de la substance blanche (aspécifiques, inconstants)
- ✓ Analyse du LCR indispensable
- ✓ Sérologie souvent positive

Polyneuropathie sensitive axonale

- ✓ 2% des neuro-borrélioses
- ✓ Douleurs ou dysesthésies à prédominance distale, diminution de la pallesthésie, hypoesthésie thermoalgique, abolition des ROT
- ✓ Rarement associée à une méningite lymphocytaire
- ✓ Confirmer l'atteinte par EMG

Points-clés

- Neuroborréliose précoce:
 - **Méningoradiculite**+/- associée à une atteinte des nerfs crâniens: forme la plus fréquente de neuroborréliose, survenant dans les jours voir semaines suivant l'infection.
 - Autres manifestations (méningite isolée, myélite) plus rares.
- Neuroborréliose tardive: rare, au-delà de 6 mois
- Dans tous les cas: Confirmer le diagnostic:
 - Sérologie recommandée: Peut être négative au cours de la neuroborréliose précoce. Ne pas hésiter à faire un contrôle 3 à 4 semaines plus tard
 - Ponction lombaire: Seul moyen de confirmer le diagnostic, à faire systématiquement sauf en cas de PF isolée où elle est conseillée: pléocytose lymphocytaire et synthèse intrathécale d'IgG spécifiques
 - Ne pas hésiter à faire une imagerie cérébrale afin d'éliminer une compression médullaire si suspicion de myélopathie

Manifestations articulaires

clinique

- Les arthralgies diffuses:
 - fréquentes dans les premiers stades de la maladie
 - habituellement symétriques.
 - **Manifestations subjectives**
- **Oligoarthritis asymétrique des grosses articulations**
 - principalement genoux et plus rarement, chevilles, hanches, coudes
 - Pas de fièvre associée
 - **Accès auto-résolutifs et récidivants**
 - Des présentations plus atypiques ont été rapportées (symétriques, articulations phalangiennes).

Points clés

- ✓ **Arthrite de Lyme isolée plus fréquente chez les enfants**
- ✓ Manifestations articulaires fonction de l'espèce, plus fréquentes aux Etats-Unis
- ✓ Manifestations ostéo-articulaire variées en fonction du stade clinique, allant d'arthralgies diffuses à un tableau d'oligo-arthrite des grosses articulations.
- ✓ Sérologie recommandée avec fort taux d'IgG spécifiques.
- ✓ **Ne pas hésiter à faire une ponction articulaire avec recherche de *Borrelia* par PCR sur liquide articulaire.**
- ✓ Traitement: DOXYCYCLINE 200 mg pendant 28 jours en 1^{ère} intention

Examens complémentaires

- ✓ Sérologie recommandée: taux élevé d'IgG spécifiques dans le sérum (IgM non spécifique).
- ✓ En cas de sérologie négative: rechercher un autre diagnostic.
- ✓ recherche du génome bactérien par PCR dans le liquide articulaire.

Stades	Manifestations	
Localisé précoce de la maladie (<30 jours)	Manifestation objective	Erythème cutané migrant
	Manifestations subjectives	Fièvre Douleurs articulaires Céphalée
Disséminé précoce de la maladie (<3 mois)*	Manifestations objectives	Peau :Plusieurs érythèmes migrants, Lymphocytome cutané SNC :Méningoradiculite; Paralyse faciale ; Méningite Cœur (rare)
	Manifestations subjectives	Fièvre Douleurs articulaires
Stade disséminé tardif (>3 mois)*	Manifestations objectives	Musculosqueletique : Oligo-arthrite SNC :Encéphalomyélite; Polyneuropathie

*délai approximatif donnant une idée générale

Quand ne pas y penser?

- Devant une piqure de tique sans EM
- Parce qu'on n'a pas d'autre idée
 - Devant une symptomatologie subjective et polymorphe
- Devant une fièvre prolongée inexpliquée
- Parce que le patient y a pensé avant vous
 - Cela dit, il faudra prendre le temps de la discussion

Plan

- Quand y penser?
- Quand référer au centre de compétence ou au centre de référence?
- Troubles subjectifs persistants après une maladie de Lyme et syndrome somatoforme

Quand référer?

- EM: pas de sérologie. Traitement par le médecin généraliste
- Autres atteintes cutanées, atteintes neurologiques, atteinte articulaire: la sérologie peut être réalisée dans le cadre du bilan étiologique mais référer rapidement sans forcément attendre le résultat (diagnostic différentiel): ponction articulaire, ponction lombaire...

Démarche diagnostique

Données épidémiologiques

- région d'endémie,
- habitat : ville / campagne,
- loisirs : activités à risque,
- piqûres de tiques : si oui,
→ date de la dernière piqûre.

Antécédent d'Erythème Cutané Migrant

non traité.

Erythème Cutané Migrant

constaté
lors de la consultation.

Données cliniques compatibles avec une maladie de Lyme

Evocatrices d'une phase disséminée **précoce** :

- neurologique (méningo-radiculite, syndrome méningée, paralysie faciale isolée),
- cutanée (Erythèmes Cutanés Migrants multiples),
- cardiaque (rare),
- arthralgies diffuses,

Evocatrices d'une phase disséminée **tardive** :

- neurologique (encéphalomyélite, polyneuropathie),
- cutanée (acrodermatite atrophiante),
- articulaire (arthrites récidivantes).



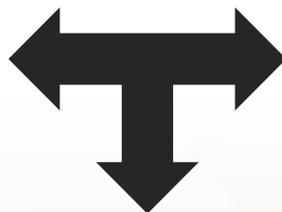
1^{er} cas

Données épidémiologiques

- région d'endémie,
- habitat : ville / campagne,
- loisirs : activités à risque,
- piqûres de tiques : si oui
→ date de la dernière piqûre.

Erythème Cutané Migrant

constaté
lors de la consultation.

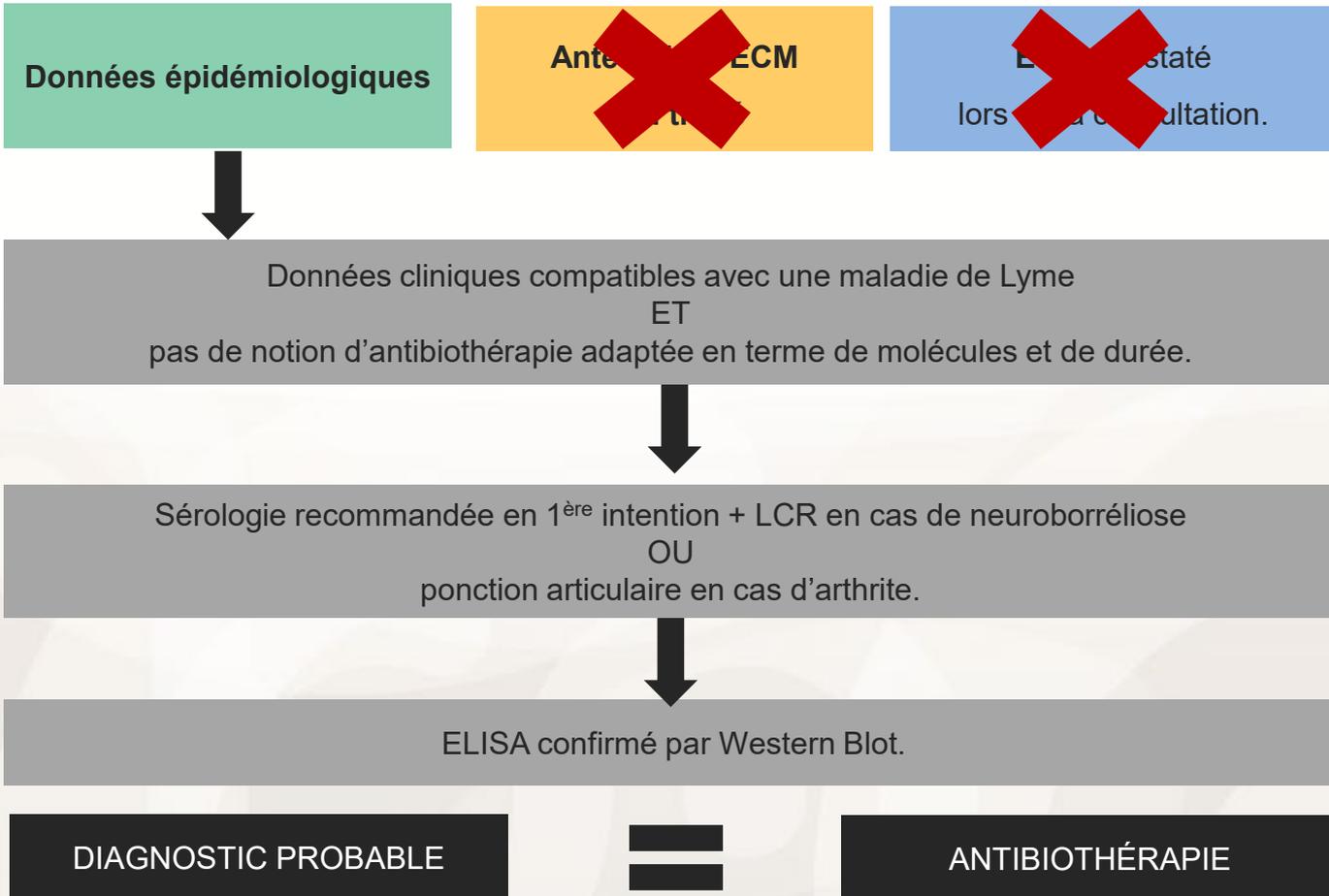


AUCUN examen complémentaire

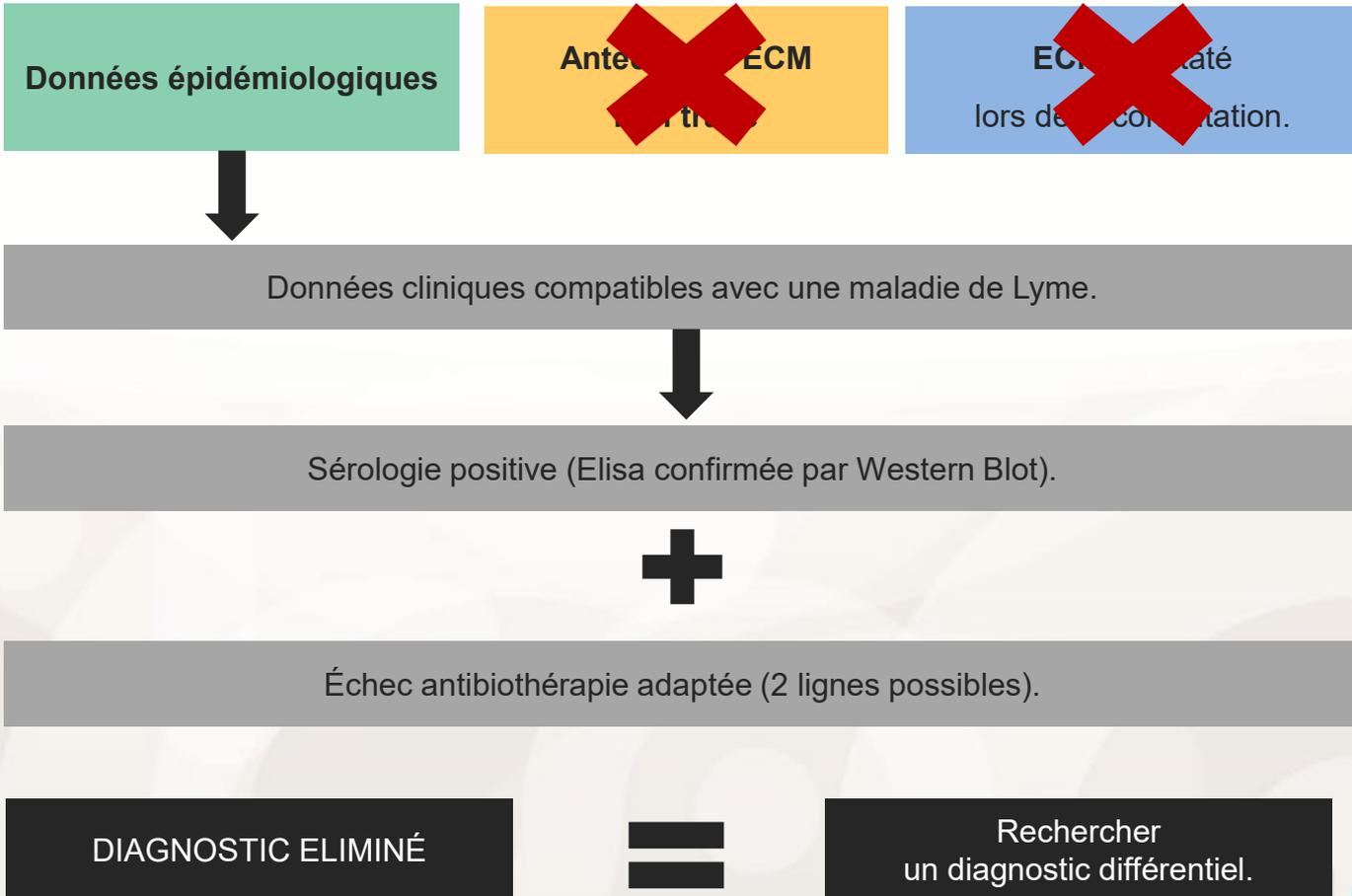


ANTIBIOTHÉRAPIE

2^{ème} cas



3^{ème} cas



4^{ème} cas



Données cliniques compatibles avec une maladie de Lyme.



Absence d'antibiothérapie adaptée.



Sérologie recommandée en 1^{ère} intention + LCR en cas de neuroborréliose
OU
ponction articulaire en cas d'arthrite.



ELISA confirmé par Western Blot.

DIAGNOSTIC PROBABLE



ANTIBIOTHÉRAPIE

Situations pour lesquelles la sérologie n'a pas d'indication

Erythème migrant typique (si EM atypique, pas de sérologie mais demander un avis dermatologique ± biopsie cutanée et PCR).

Sujet asymptomatique.

Piqûre de tique sans signes cliniques.

Dépistage des sujets exposés.

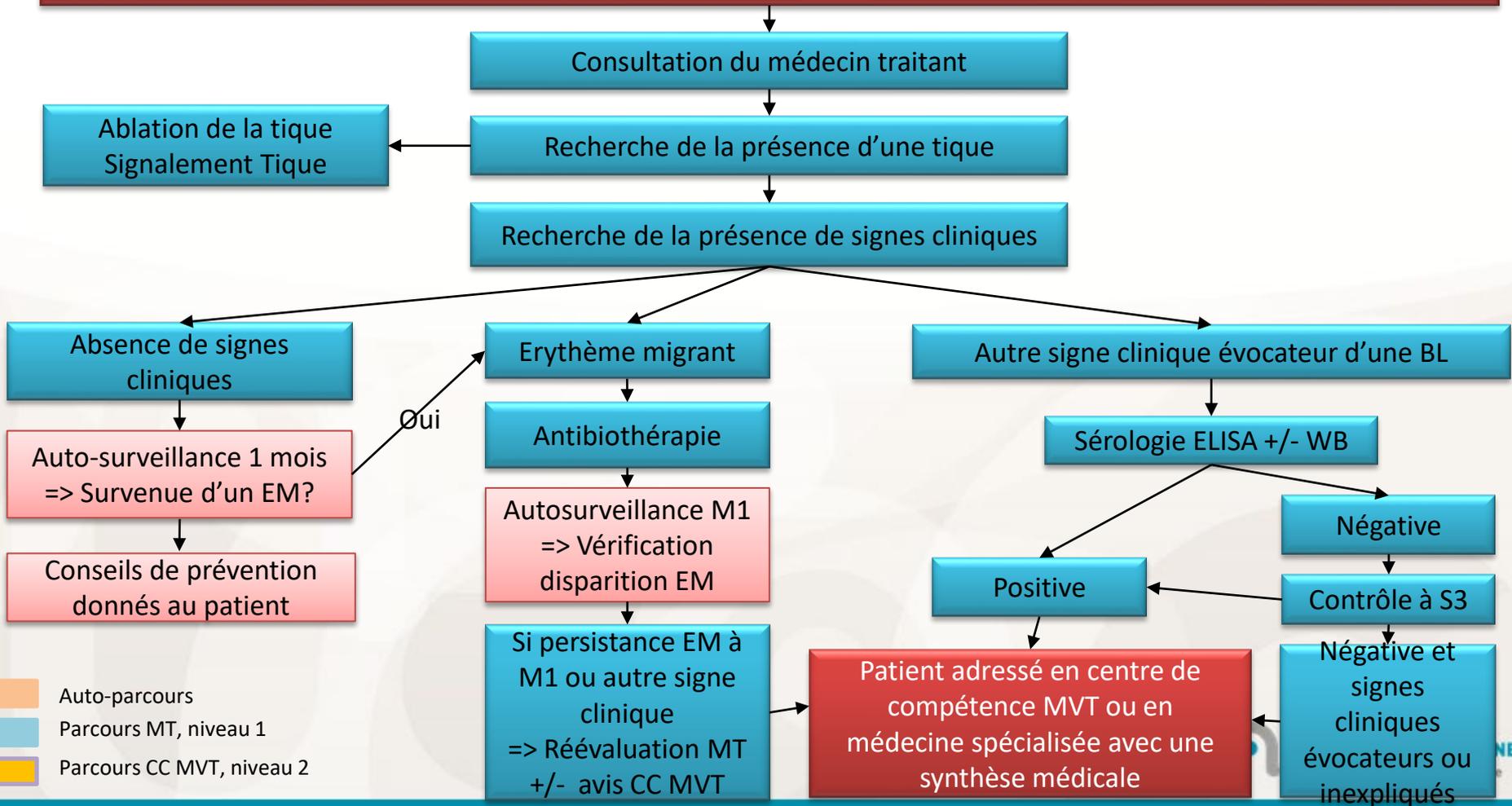
Contrôle sérologique des patients traités.

Pour mettre un nom sur des symptômes dont on ne comprend pas la cause et qui ne correspondent pas aux manifestations de la maladie de Lyme.

Ne pas faire

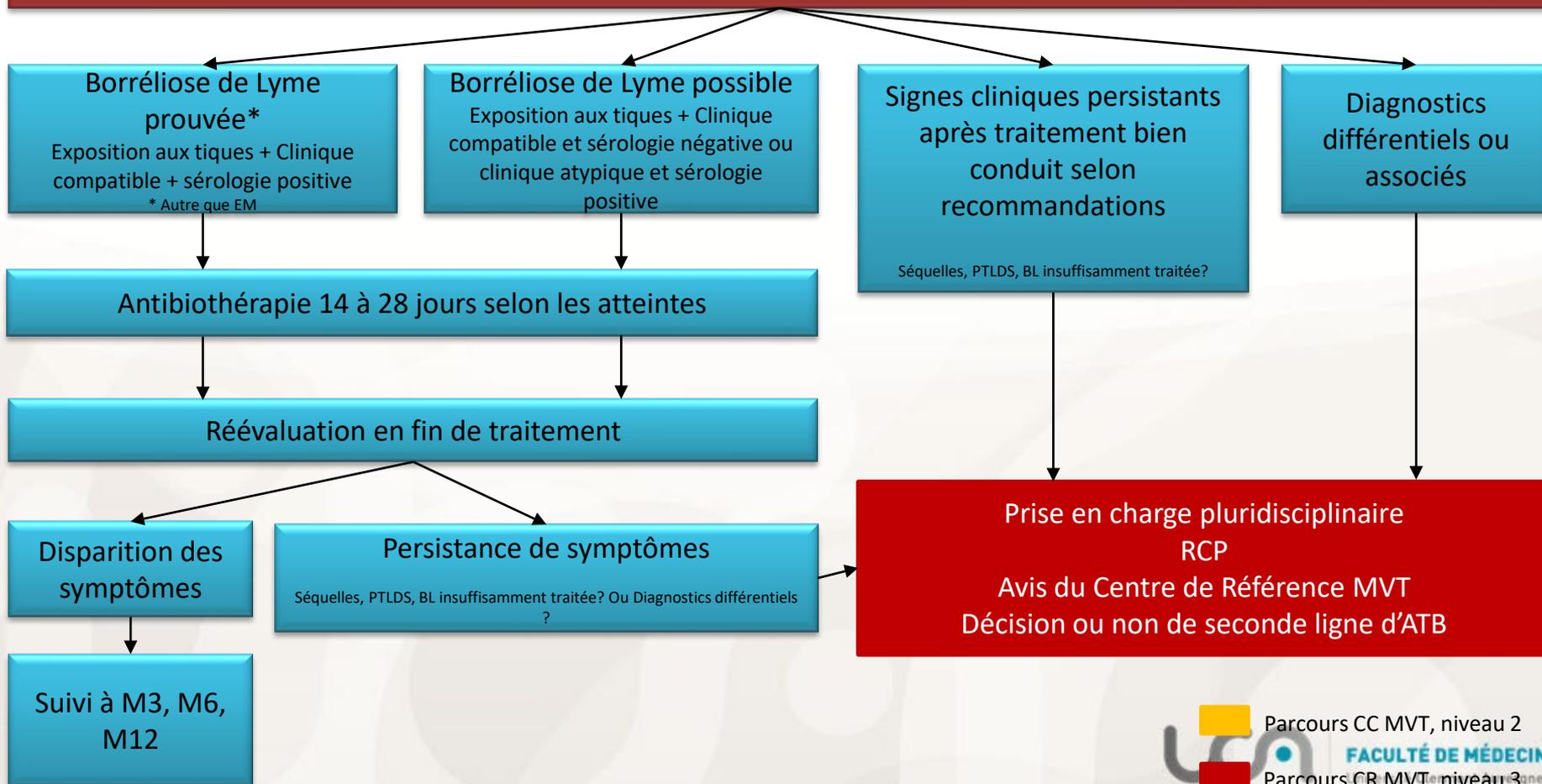
- Faire des tests coûteux non validés, notamment à l'étranger
- Faire des tests dans un laboratoire vétérinaire
- Faire des traitements séquentiels non validés et dangereux

Exposition à une piqûre de tique



- Auto-parcours
- Parcours MT, niveau 1
- Parcours CC MVT, niveau 2

Patient adressé en centre de compétence MVT



Centre de Référence des Maladies Vectorielles à Tiques Sud Nouvelle-Aquitaine & Auvergne- Rhône-Alpes

CRMVT de Clermont-Ferrand/St Etienne

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

CHU Gabriel Montpied

58, Rue Montalembert

63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

crmvt@chu-clermontferrand.fr

04 73 75 49 31

5 centres de références en France



Recours

Enseignement

Recherche



FACULTÉ DE MÉDECINE
Université Clermont Auvergne

SYNDROME POST-LYME

Qu'est-ce qu'un syndrome post-lyme?

- C'est la persistance ou l'apparition de symptômes subjectifs après un traitement bien conduit d'une maladie de Lyme (érythème migrant, forme neurologique...)
- **au moins 6 mois** après la fin du traitement
- Ces symptômes peuvent être intermittents
- Ce peut être: des troubles mnésiques, des troubles de l'attention, une grande fatigue, des douleurs musculo-squelettiques, des céphalées, des malaises, des paresthésies

Quelle est la fréquence et le pronostic?

- Il est difficile d'établir la fréquence exacte dans la mesure où les symptômes sont subjectifs et le lien souvent difficile à prouver avec la maladie de Lyme
- La fréquence serait de l'ordre de 10-11%
- La fréquence augmente lorsqu'une ou plusieurs comorbidité sont associées
- Les symptômes peuvent durer plusieurs années
- Dans la quasi-totalité des cas ils s'améliorent spontanément progressivement

Que peut-on proposer?

- **Il est maintenant bien établi par une étude randomisée en double aveugle que l'antibiothérapie prolongée associée ou non à du Plaquenil® n'apporte aucun bénéfice.**
- Il faut rassurer le patient en lui disant que ses symptômes vont s'améliorer progressivement dans tous les cas
- On peut proposer des thérapies alternatives

Que faire pour ces patients souvent en grande souffrance?

Que faire?

- Anamnèse+++ , diagnostic différentiel
- Ecoute, examen clinique
- Expliquer, rassurer
- En l'absence de cause
 - Médecine douce
 - Rééducation fonctionnelle/APA
 - Thérapie cognitive comportementale
 - Eviter les dérives ésotériques couteuses ou dangereuses

La vraie question...

Que faire devant des troubles somatoformes? (syndrome fibromyalgique, fatigue chronique...)

Diagnostics différentiels+++:

vascularite, m. auto-immune,
cancer, polyarthrose...

Dépression, SSPT...

Infection chronique dont tuberculose

m. de Lyme



Facteur déclenchant:
traumatisme de l'enfance,
infection (COVID, Lyme...)

Terrain particulier???

Prise en charge non allopathique

« Les troubles somatoformes confrontent le praticien à une sorte d'impasse logique où le patient confronte le médecin à son vécu subjectif de symptomatologie physique alors que le médecin confronte le patient aux résultats concrets et mesurables des examens complémentaires. Cette confrontation renvoie chacun des deux partenaires dos à dos, égaux dans leur vécu d'impuissance, d'incompréhension, et certainement, d'irritation mutuelle.

Le doute survient alors dans l'esprit du patient d'être «pris au sérieux» et dans l'esprit du médecin quant à la validité des symptômes énoncés par le patient (avec le risque que cela comporte de passer du simple «elle exagère» au plus soupçonneux «il simule»). »

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 1069-74

Merci de votre attention

