

# Maladie de Lyme

Olivier Lesens

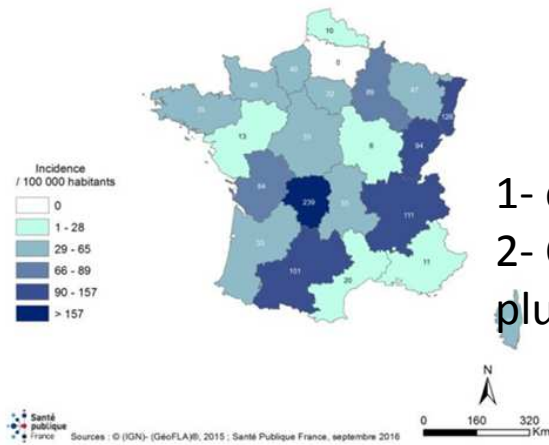
Service des Maladies Infectieuses et tropicales, CHU Clermont-Ferrand

Journées du Lioran 1er et 2 Octobre 2021

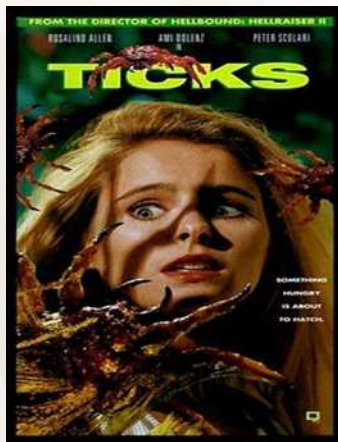
# Plan

- 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- ça existe
- 2- C'est probablement de plus en plus fréquent



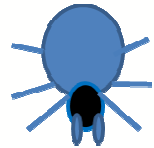
- 3- ça fait peur



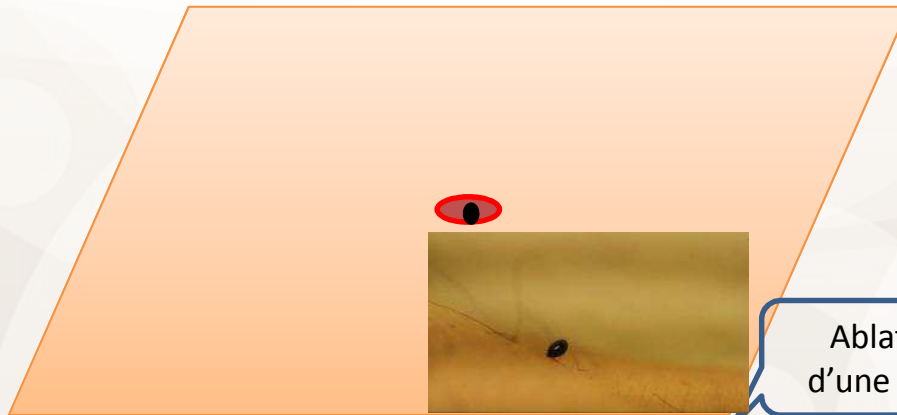
# Quand y penser?

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

## Reconnaitre l'ECM



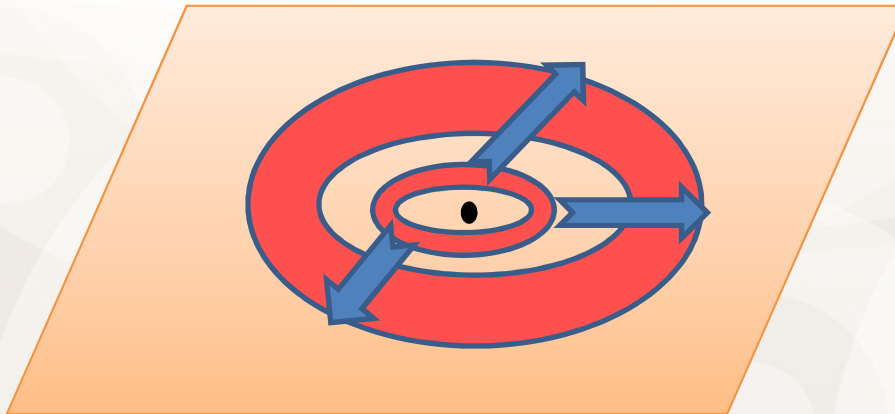
L'érythème  
provoqué par la  
morsure est  
habituel: ce n'est  
pas un ECM



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)

- Personnes + âgées (Ogrinc K, 2016)
- Atteinte préférentielle des extrémités (Ogrinc K, 2016)
- *Stt B afzelii*
- Association avec neuropathie distale sensitive symétrique (en dehors de ce contexte, cette forme d'atteinte neurologique est très rare) (Wormser GP, 2016)
- Sérologie très positive, PCR souvent positive, histologie évocatrice



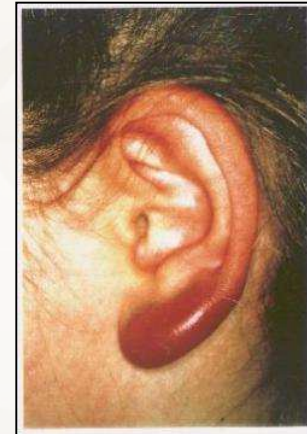
## Acrodermatite (phase tardive)

- 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-radicalite

- Quasi-pathognomonique de la neuro-borréliose précoce
- Apparition entre 5 jours à 3 mois après la piqure
- 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-radiculite

- 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 (ménigite 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**
- **Oligoarthrite 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<sup>ère</sup> 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<br><b>Douleurs articulaires</b><br>Céphalée   |
| Disséminé précoce de la maladie (<3 mois)* | Manifestations objectives  | Peau :Plusieurs érythèmes migrants, Lymphocytome cutané<br>SNC :Méningoradiculite; Paralyse faciale ; Méningite<br>Cœur (rare) |
|  | Manifestations subjectives | Fièvre<br><b>Douleurs articulaires</b>   |
| Stade disséminé tardif (>3 mois)*          | Manifestations objectives  | <b>Musculosqueletique :</b><br><b>Oligo-arthrite</b><br>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 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).





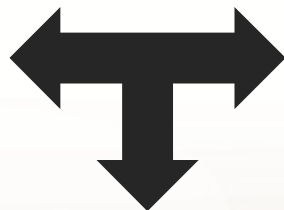
## 1<sup>er</sup> cas

### 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.

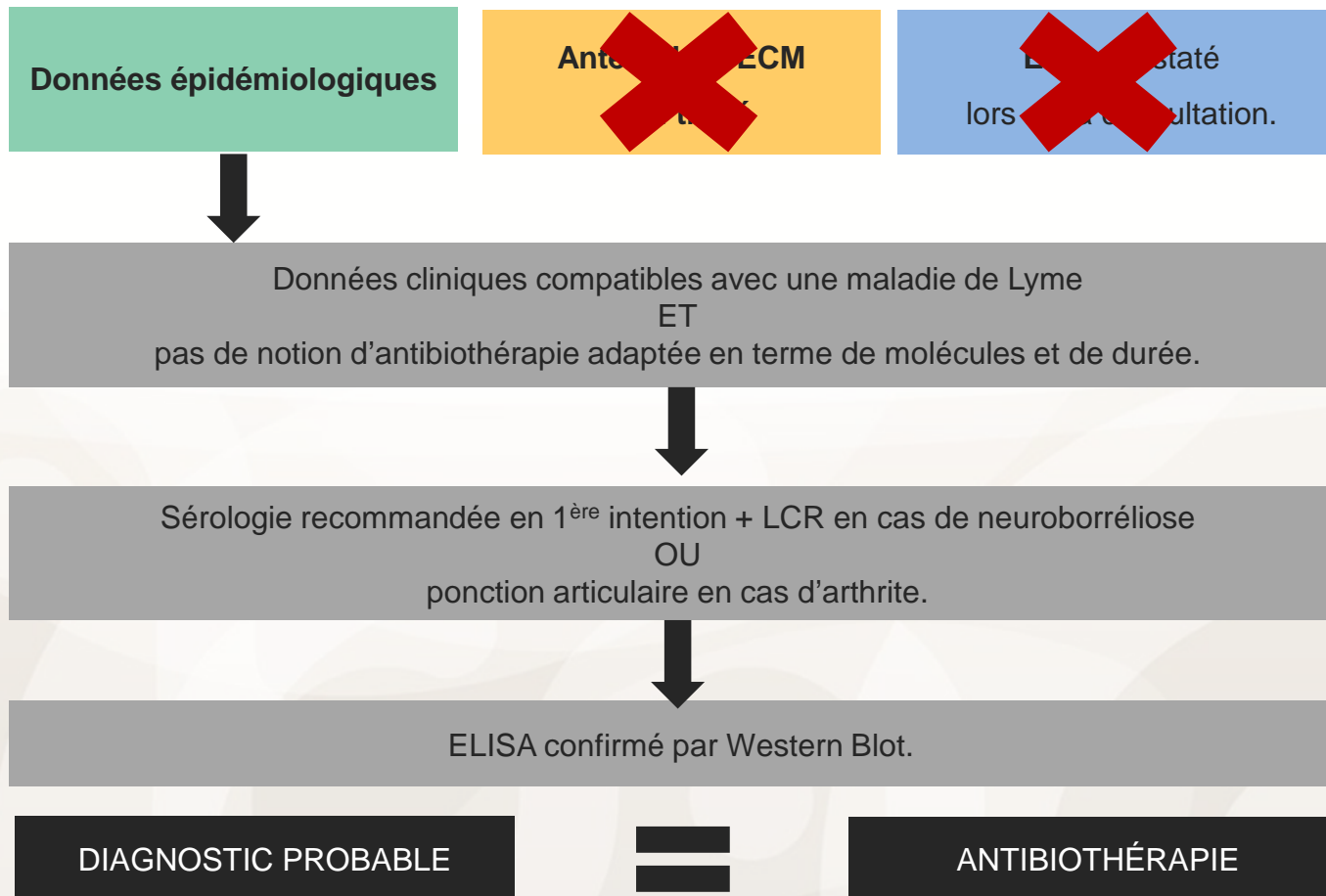


AUCUN examen complémentaire

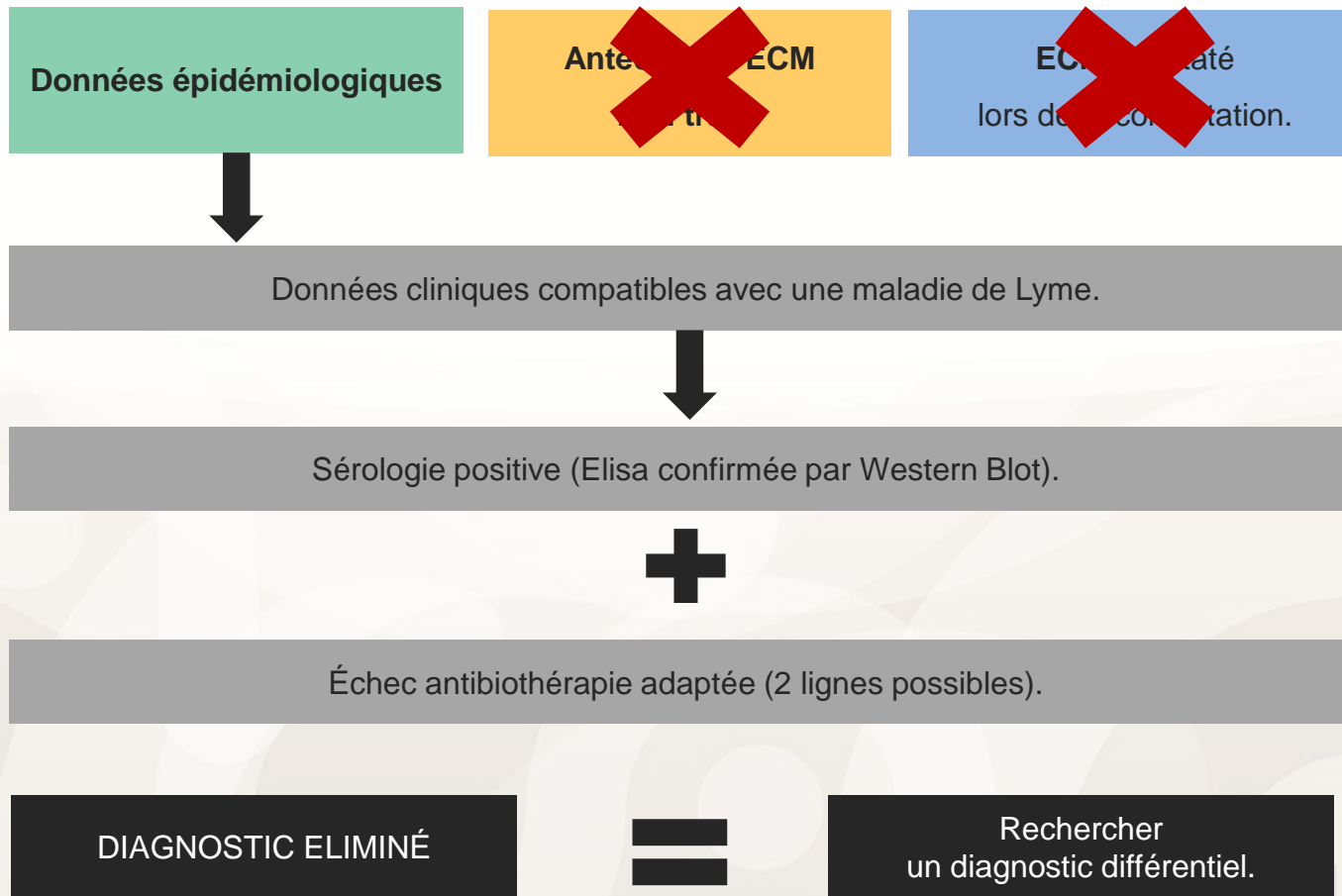
=

ANTIBIOTHÉRAPIE

## 2<sup>ème</sup> cas



### 3<sup>ème</sup> cas



#### 4<sup>ème</sup> cas



Données cliniques compatibles avec une maladie de Lyme.



Absence d'antibiothérapie adaptée.



Sérologie recommandée en 1<sup>ère</sup> 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 traitements séquentiels non validés et dangereux

Exposition à une piqûre de tique

Consultation du médecin traitant

Ablation de la tique  
Signalement Tique

Recherche de la présence d'une tique

Recherche de la présence de signes cliniques

Absence de signes cliniques

Auto-surveillance 1 mois  
=> Survenue d'un EM?

Conseils de prévention  
donnés au patient

Erythème migrant

Antibiothérapie

Autosurveillance M1  
=> Vérification  
disparition EM

Si persistance EM à  
M1 ou autre signe  
clinique  
=> Réévaluation MT  
+/- avis CC MVT

Autre signe clinique évocateur d'une BL

Sérologie ELISA +/- WB

Positive

Patient adressé en centre de  
compétence MVT ou en  
médecine spécialisée avec une  
synthèse médicale

Négative

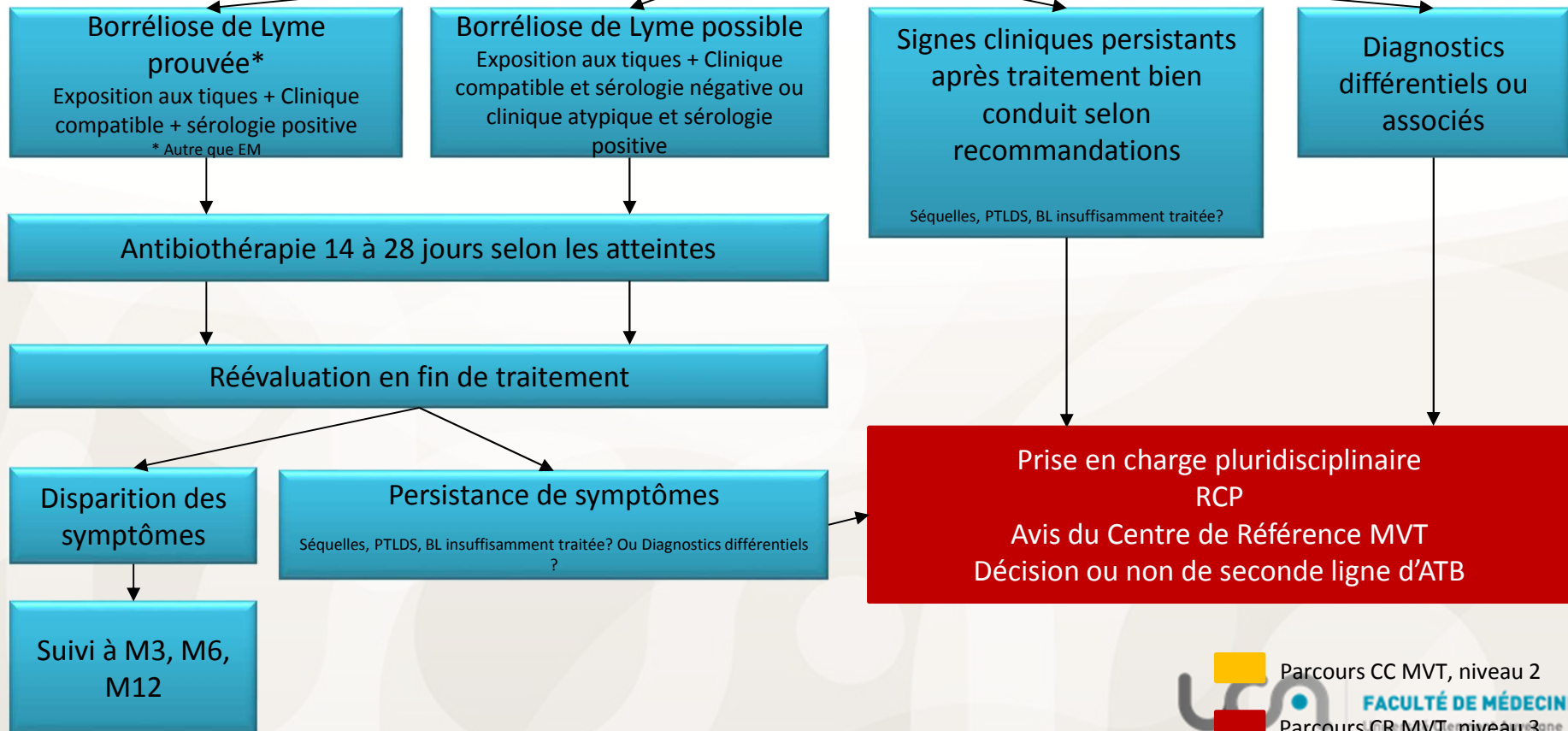
Contrôle à S3

Négative et  
signes  
cliniques  
évoqueurs ou  
inexpliqués

- 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](mailto: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

