



Erythème migrant : formes typiques et atypiques

Dr Sophie Blanchi

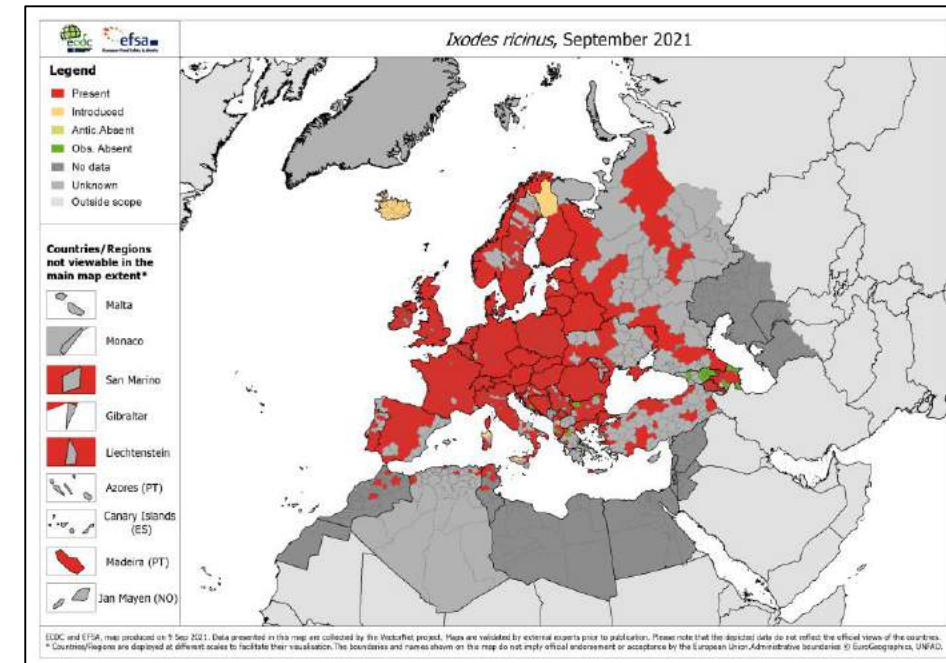
CCMVT CH le Mans

Le 07/12/2021



Maladie de Lyme généralités

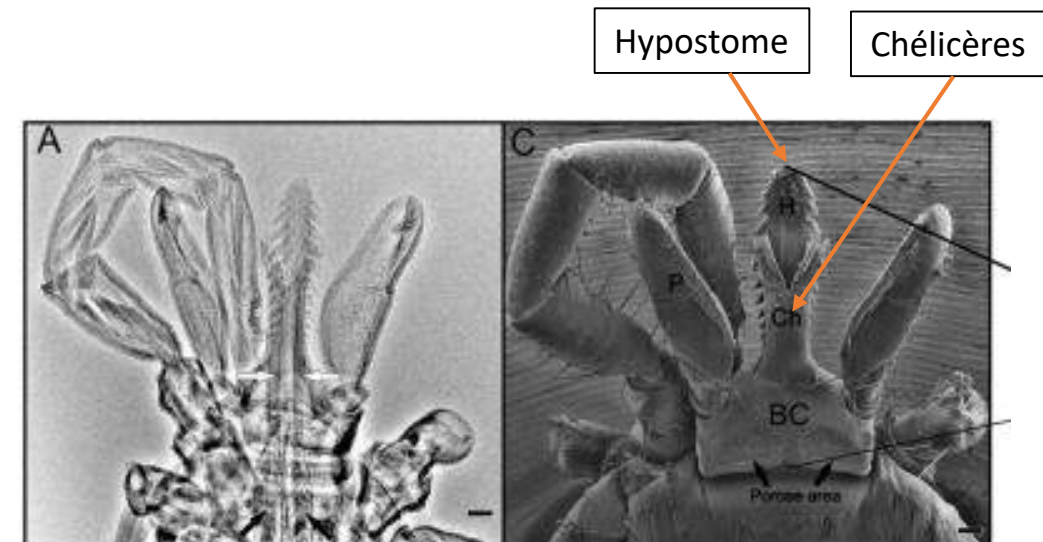
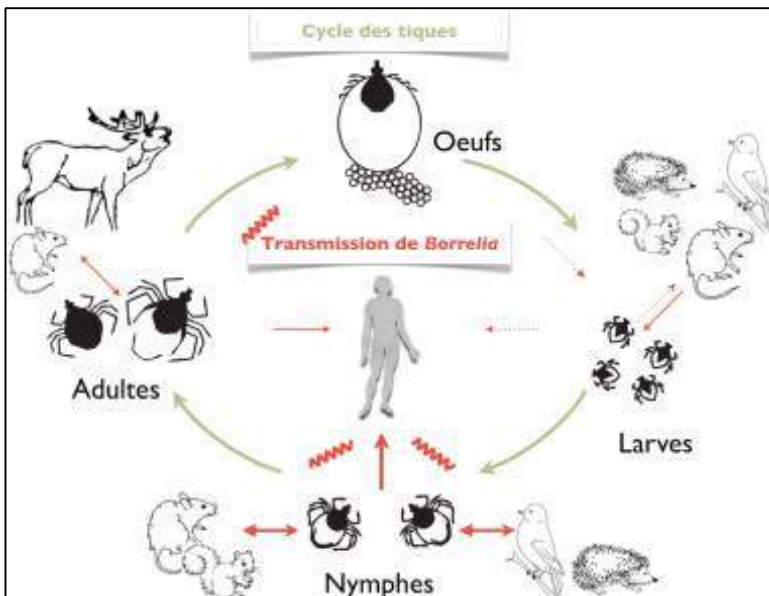
- Borreliose : maladie vectorielle liée aux tiques (*Ixodes ricinus*).
- 5 espèces responsables :
 - *B. burgdorferi strico sensu* en Europe et en Amérique du Nord,
 - *B. afzelii* se retrouve en Asie et en Europe,
 - *B. spielmanni* en Europe,
 - *B. garinii* en Asie et en Europe,
 - *B. bavariensis* en Asie et en Europe.





Erythème migrant : physiopathologie

- Toutes les espèces de *Borrelia* peuvent être responsables d'EM.
- **Temps d'attachement d'au moins 24 heures.**
- Plusieurs facteurs facilitent la transmission de *Borrelia* :
 - **Hypostome et chélicères, ciment,**
 - **Salive** : substances anesthésiantes, anti hémostatiques, anti-inflammatoires et immunosuppressives.
- Peut apparaître à tous les niveaux du corps.
- Due à la dissémination des *Borrelia* dans le derme.





Erythème migrant : épidémiologie

- Surveillance par le réseau sentinelle depuis 2009.
- En 2020 :
 - **91/100 000 habitants** (IC95% : 80 - 102),
 - 97,7% d'érythèmes migrants.

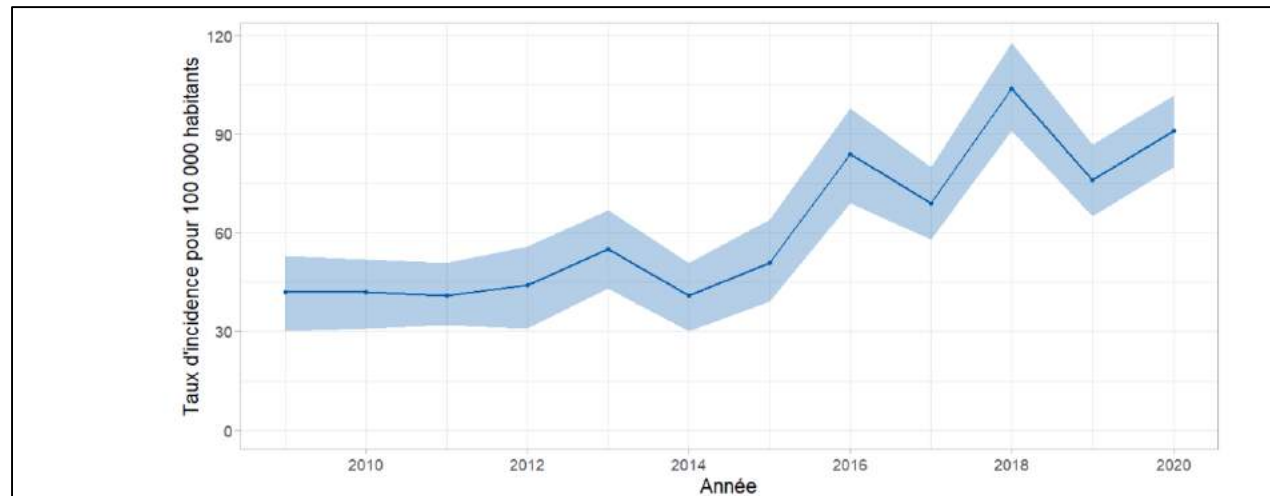
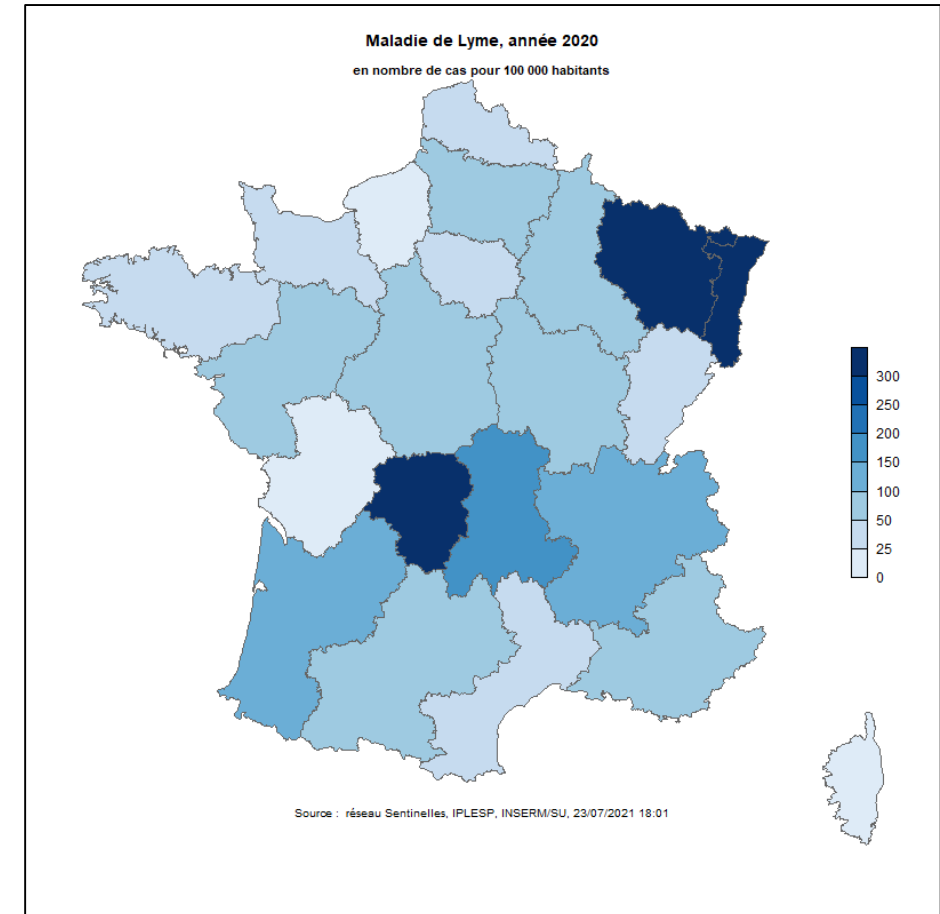


Figure 15.1 : Évolution du taux d'incidence annuel des cas de borréliose de Lyme vus en consultation de médecine générale en France métropolitaine de 2009 à 2020 (intervalle de confiance à 95%)



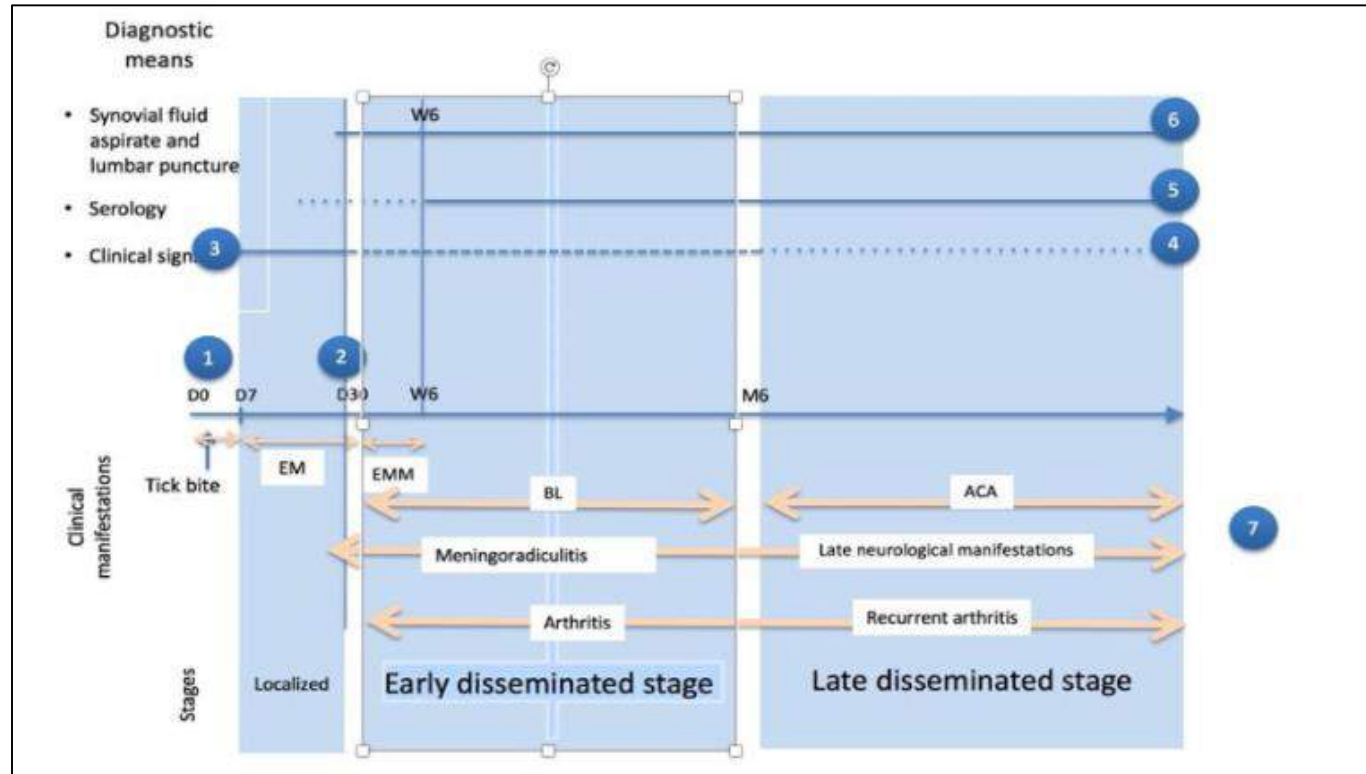


Erythème migrant : définition

- **Stade cutané précoce** : au site de la piqûre après une durée **d'incubation de 3 à 30 jours**.
- **Forme classique** :
 - Macule rosée à rougeâtre,
 - Forme **ovale**, de plusieurs centimètres de diamètre à croissance **centrifuge** (souvent **plus de 5 cm** au diagnostic),
 - **Eclaircissement central** (pas dans tous les cas),
 - **Non prurigineuse**.
- Croissance sur quelques jours à quelques semaines (2 à 3 cm par jour).
- **Saisonnalité** : de mars à octobre.
- Parfois associé à des symptômes généraux type syndrome pseudo grippal.
- Histologie : infiltrat cutané avec mélange de lymphocytes T, neutrophiles, cellules dendritiques, monocytes et macrophages avec présence de cytokines pro- inflammatoires et TNF (Tumor Necrosis Factors).



Erythème migrant : tests diagnostics



	ELISA	Sensibilité ELISA	Spécificité ELISA	PCR
Erythème migrant	Non recommandé	IgG : 36% (29-43) IgM : 42% (36-49)	IgG: 96% (94-97) IgM: 95% (92-97%)	PCR sur biopsie cutanée sensibilité 69% (35-81)



Erythème migrant : forme classique

- Éruption annulaire, croissance centrifuge, avec un **aspect de cible**.





Erythème migrant : forme classique

- Éruption **annulaire**, croissance centrifuge avec éclaircissement central.





Erythème migrant : forme classique





Erythème migrant : forme classique

BRAS



01/07/2020
Premières observations
quelques jours à une semaine
avant cette date



04/07/2020



06/07/2020
Dr Gardant + Dermato

Début Amoxicilline 07/07



07/07/2020



08/07/2020



09/07/2020



11/07/2020



12/07/2020

Dr Patrat-Delon



Erythème migrant : forme classique

JAMBES



03/07/2020
Première observation
sur la jambe



04/07/2020



06/07/2020
Dr Gardant + Dermato



Début Amoxicilline 07/07



08/07/2020



09/07/2020



11/07/2020



12/07/2020



04/07/2020



13/07/2020

Comparatif entre jour de découverte et aujourd'hui

Dr Patrat-Delon



Erythème migrant : formes atypiques

- **Macule rouge/rosée ovale, sans centre clair.**





Erythème migrant : formes atypiques

- Teinte **bleutée** sans éclaircissement central.





Erythème migrant : formes atypiques

- Lésion **rouge-bleu** avec une petite zone d'éclaircissement central.





Erythème migrant : formes atypiques

- Lésions hémorragiques.



- Lésions vésiculeuses.





Erythème migrant : formes atypiques

- Érythème avec **nodule central**.
- Lésion avec **croûte centrale**.



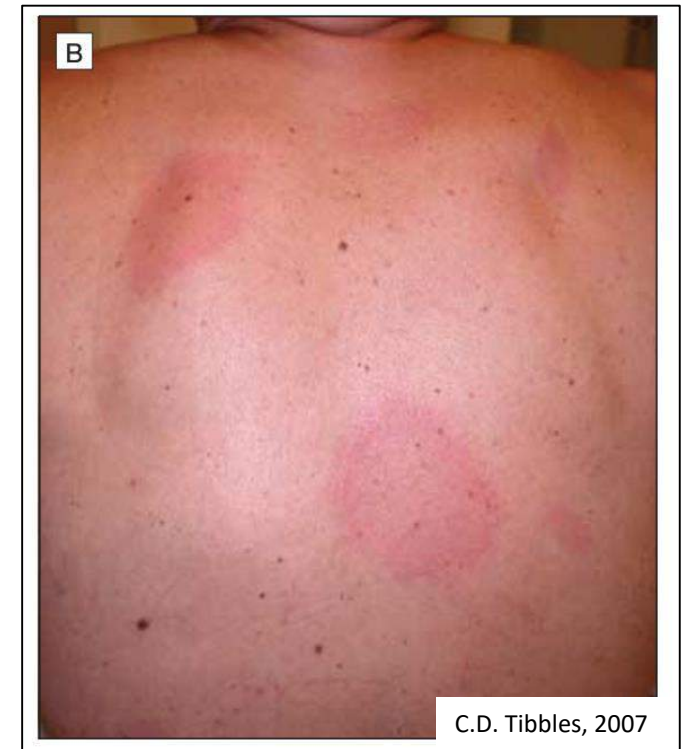


Erythème migrant : formes atypiques

- Erythème migrant multiple (forme disséminée précoce) : lésions **multiples** souvent annulaires et de taille plus petite.



H. Hofmann, 2017



C.D. Tibbles, 2007



Erythème migrant : formes atypiques





Erythème migrant : diagnostics différentiels

Réaction inflammatoire cutanée après piqûre de tique.

- Lésion de petite taille (quelques cm) non extensive,
- Douloreuse et prurigineuse.





Erythème migrant : diagnostics différentiels

Tinea corporis

- Plaque érythémateuse prurigineuse, annulaire, croissance centrifuge, éclaircissement central.
- Contact étroit avec des personnes, des animaux ou des sols infectés.



© Bernard Cohen, Dermatlas; <http://www.dermatlas.org>



K.P. Traves, 2018



Erythème migrant : diagnostics différentiels

Eczéma nummulaire

- Lésions érythémateuses, squameuses, prurigineuses et en forme de pièces de monnaie (2 à 10cm).
- Sur les surfaces d'extension des mains, des bras et des jambes.
- Saisonnalité (pendant les mois froids et secs).





Erythème migrant : diagnostics différentiels

Erythème polymorphe

- Lésions annulaires surélevées, avec un érythème central (cible), de petite taille (2cm).
- Développement en quelques jours et disparition lente en trois à cinq semaines.



K.P. Traves, 2018



DR P. MARAZZI/SCIENCE PHOTO LIBRARY



Erythème migrant : diagnostics différentiels

Pityriasis rosé de Gibert

- Plaque unique, initiale, de 2 à 10 cm qui apparaît sur le tronc ou les membres proximaux.
- Puis lésions similaires de plus petites tailles dans les 7 à 14 jours suivants :
 - Bord squameux, légèrement surélevé
 - Prurit, parfois sévère.





Erythème migrant : diagnostics différentiels

Granulome annulaire

- Granulomatose cutanée touche plutôt la femme (SR 2/1) jeune (<30 ans).
- Forme localisée (75%) :
 - Plaques groupées en anneaux à progression centrifuge,
 - Parfois prurigineuses,
 - Dos des mains et des pieds, poignets chevilles et faces dorso latérales des doigts.





Erythème migrant : diagnostics différentiels

Dermohypodermite :

- Infection cutanée aiguë touchant le derme et hypoderme, localisée non nécrosante.
 - Due essentiellement à *Streptococcus pyogenes*,
 - Début brutal avec signes généraux + placard érythémateux, chaud douloureux +/- ADP satellite ou lymphangite.

E Erythema migrans

F Cellulitis



A.B. Raff, 2016



Erythème migrant : démarche diagnostique

- **Risque d'exposition aux tiques :**

- Habitudes de vie et activités extérieures,
- Zone géographique,
- Saison,
- Temps d'attachement si pique documentée.

- **Clinique :**

- Rougeur apparue quelques jours après la pique,
- Extension progressive sur plusieurs jours,
- Diamètre $>$ ou $=$ 5cm.

=> **En cas de doute mesurer la lésion et revoir le patient à 48/72h pour suivre l'évolution.**





Perspectives

1ère Formation interrégionale MVT – 9 Décembre 2022 – Zoom

1

Projet DAPPEM

Développement d'une APPLICATION d'identification des Erythèmes Migrants (signe cutané de maladie de Lyme) à partir de photographies

Lebert, Isabelle – De Goër, Jocelyn

Réunion CMRVT, CHU Clermont-Ferrand, 4 septembre 2020













4

Objectif

Développer une application d'analyse automatisée de photos de taches rouges pour fournir une probabilité vis-à-vis des Erythèmes Migrants (EM)

Public visé : médecins et citoyens



1 Photographier

L'utilisateur photographie la zone contenant la tache rouge à analyser (Erythème Migrant - EM)

2 Analyser

L'application calcule la probabilité d'être en présence d'un érythème migrant

4 Contribuer

Faire avancer la recherche autour de la maladie de Lyme

3 Consulter

Lorsqu'il y a suspicion d'un érythème migrant, l'application dirige l'utilisateur vers un professionnel de santé



Pour en savoir plus

- Réseau Sentinelles > France > [Internet]. [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=table&maladie=18>
- Figoni J, Chirouze C, Hansmann Y, Lemogne C, Hentgen V, Saunier A, et al. Lyme borreliosis and other tick-borne diseases. Guidelines from the French Scientific Societies (I): prevention, epidemiology, diagnosis. *Med Mal Infect*. 2019 Aug ;49(5):318-34.
- Jaulhac B, Saunier A, Caumes E, Bouiller K, Gehanno JF, Rabaud C, et al. Lyme borreliosis and other tick-borne diseases. Guidelines from the French scientific societies (II). Biological diagnosis, treatment, persistent symptoms after documented or suspected Lyme borreliosis. *Médecine Mal Infect*. 2019 Aug 1;49(5):335–46.
- Stanek G, Wormser GP, Gray J, Strle F. Lyme borreliosis. *Lancet Lond Engl*. 2012 Feb 4;379(9814):461–73.
- Trayer KP, Savage K, Studdiford J. Annular Lesions: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 1 sept 2018;98(5):283-91.
- Shapiro ED. Clinical practice. Lyme disease. *N Engl J Med*. 1 mai 2014;370(18):1724-31.
- Cardenas-de la Garza JA, De la Cruz-Valadez E, Ocampo-Candiani J, Welsh O. Clinical spectrum of Lyme disease. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis Off Publ Eur Soc Clin Microbiol*. févr 2019;38(2):201-8.
- Hofmann H, Fingerle V, Hunfeld K-P, Huppertz H-I, Krause A, Rauer S, et al. Cutaneous Lyme borreliosis: Guideline of the German Dermatology Society. *GMS Ger Med Sci*. 5 sept 2017;15:Doc14.
- Tibbles CD, Edlow JA. Does this patient have erythema migrans? *JAMA*. 20 juin 2007;297(23):2617-27.
- Stanek G, Strle F. Lyme borreliosis. *Lancet Lond Engl*. 15 nov 2003;362(9396):1639-47.
- Hengge UR, Tannapfel A, Tying SK, Erbel R, Arendt G, Ruzicka T. Lyme borreliosis. *Lancet Infect Dis*. août 2003;3(8):489-500.
- Kullberg BJ, Vrijmoeth HD, van de Schoor F, Hovius JW. Lyme borreliosis: diagnosis and management. *BMJ*. 26 mai 2020;369:m1041.
- Shapiro ED, Gerber MA. Lyme disease. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. août 2000;31(2):533-42.
- Bhate C, Schwartz RA. Lyme disease: Part I. Advances and perspectives. *J Am Acad Dermatol*. avr 2011;64(4):619-36; quiz 637-8.
- Müllegger RR, Glatz M. Skin manifestations of lyme borreliosis: diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol*. 2008;9(6):355-68.
- Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review. *JAMA*. 19 juill 2016;316(3):325-37.