



Borréliose de Lyme : lecture éclairée d'un cas clinique



13 mai 2025

Dr Solene Patrat-Delon

Infectiologue - Service de Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale
CRMVT Grand Ouest
CHU Pontchaillou – Rennes

Avec le regard éclairé de **M Pierre LE BORGNE**
Président de l'association Mère de Vie - Lyme Bretagne



- Cas clinique de M. N. Sylvain, 30 ans

Habitus: en couple, bientôt papa

Patient ouvrier agricole: contact avec animaux, entretien espaces verts et stabulations

Acdt:

- sciatique bilatérale,
- ligamentoplastie genou gauche,
- Allergie aux acariens

- HDM:

- Depuis novembre 2023, il se plaint de fatigue et céphalées inhabituelles, et douleur lombaire et la fesse gauche

Il décrit la douleur différente des douleurs de sciatique qu'il avait déjà eue: raideur supplémentaire, avec réveil nocturne et au repos.

- En arrêt de travail depuis décembre à cause de la douleur.
- Bilan rhumatologique:
 - IRM 27/12/2023: discopathies L4L5 et L5S1, avec ébauche de hernie discale sans conflit et surcharge articulaire postérieure
 - Rx: trouble statique se traduisant par une inflexion latérale gauche centrée sur la charnière dorso lombaire
 - infiltration début 04/2024 sans aucune amélioration voire une aggravation des douleurs avec atteinte du mollet/ 2e infiltration prévue le 12/06 mais non faite.

- À la consultation au CRMVT (avril 2024):
 - Octobre 2023: Notion de piqure de tique sur le flanc droit, retirée +/- rapidement (dans les 48h); il n'est pas souvent piqué par les tiques
 - En reprenant l'interrogatoire, il décrit une rougeur avec évolution centrifuge jusqu'à 40 cm de diamètre, indolore, légèrement prurigineux mais pas tous les jours sur la cuisse- évolution sur plusieurs mois (décembre 2023 à mars 2024)
- pas de déficit moteur ou sensitif,
- ROT + en rotulien droit/ négatif à gauche, non réalisable en achilléen.
- Auscultation cardiopulmonaire normale.
- Pas d'anomalie cutanée ou rhumatologique

- 04/2024: bilan biologique:
 - NFSpl normale,
 - créatinine 84 μ mol/L,
 - CRP<4mg/L,
 - BH quasi normal: ASAT 113UI/L, ALAT 40UI/L GGT 199UI/L et Pal 71UI/L,
 - calcémie normale, TSH normale, EPP normale

- **Faut-il penser à une maladie de Lyme?**

- Faut-il penser à une maladie de Lyme?

<p>CUTANÉ</p> <p>Forme localisée précoce : EM</p>	<p>Érythème migrant isolé (EM) Forme la plus fréquente de BL</p> <p>Érythème migrant multiple (EMM) Forme rare, notamment décrite chez l'enfant</p>		<p>Lésion érythémateuse de forme ronde à ovale le plus souvent non infiltrée, survenant autour du site de la piqûre de tique, d'extension progressivement centrifuge, indolore et non prurigineuse, survenant après une durée d'incubation allant de 3 à 30 jours. Parfois associé à un syndrome pseudo-grippal peu intense (fébricule possible mais forte fièvre incompatible). Les formes multiples se développent à distance du territoire de la piqûre.</p>
<p>NEUROLOGIQUE</p> <p>Neuroborréliose de Lyme (NBL) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - précoce < 6 mois (90 % des cas) - tardive > 6 mois <p>après la piqûre avérée ou l'érythème migrant non traité</p>	<p>Atteinte péri-phérique</p> <p>Deuxième forme la plus fréquente en France (6,5 à 15 % des cas de BL) après l'atteinte cutanée de type EM</p>	<p>Méningoradiculite (syndrome de Garin-Bujadoux ou de Bannwarth)</p> <p>Forme la plus fréquente de NBL en Europe</p>	<p>Douleurs radiculaires atypiques, résistantes aux antalgiques habituels et insomniantes, survenant préférentiellement dans le métamère correspondant au territoire de la piqûre de tique ou d'un EM, associées à des paresthésies et/ou hypoesthésies, une faiblesse motrice, et le plus souvent à une pléiocytose lymphocytaire dans le liquide cébrospinal. Localisations les plus fréquentes : tronc, membres inférieurs.</p>
		<p>Paralysie faciale périphérique par atteinte du nerf (VII), notamment chez l'enfant</p>	<p>Sa survenue dans un contexte de piqûre de tique ou d'antécédent d'érythème migrant, durant la période estivale, son caractère bilatéral et asynchrone (à bascule) et son association à des douleurs radiculaires ainsi que des</p>

- 1^{ère} étape : le diagnostic d'une borréliose disséminée repose sur **un trépied diagnostique** (grade A):

- une exposition aux tiques,
- des signes cliniques évocateurs, et
- une sérologie de Lyme positive

Patient ouvrier agricole
Piqué 1 mois avant

*Exposition aux tiques dans
l'année précédente*

Tableau clinique évocateur
d'une radiculite

*Chez un patient présentant une
atteinte radiculaire
douloureuse, insomnante et
résistante aux antalgiques
habituels, une
méningoradiculite de Lyme doit
être évoquée (grade A)*

- L'hypothèse d'une borréliose de Lyme disséminée, neuroborréliose est donc évoquée.
- **Comment aborder cette hypothèse diagnostique avec le patient?**



- Les explications que l'on peut donner au patient:
 - De mon point de vue, la rougeur avec évolution centrifuge jusqu'à 40 centimètres est un érythème migrant + Fatigue et céphalées sont des caractéristiques fréquentes de la maladie de Lyme
 - Les conditions et lieu de travail sont également une information majeure à prendre en compte.
- Le fait d'attendre des résultats d'investigations complémentaires va, irrémédiablement, compliquer/retarder la guérison, par expériences basées sur mon propre cas et l'immensité des contacts avec des malades

- La sérologie de Lyme est la suivante. **Comment l'interpréter? Est-ce suffisant pour porter le diagnostic de neuroborréliose?**

SEROLOGIE	
Sérologie de la borréliose de Lyme (Chimiluminescence - Liaison XL, DiaSorin COFRAC)	
Borréliose IgG (Titre)	80,7 UA/ml
Interprétation IgG : <u>Index < 10,0 : Négatif</u> 10,0 à 15,0 : Douteux Index > 15,0 : Positif	
Borréliose IgM	NEGATIF
Interprétation :	Présence d'IgG, absence d'IgM. La positivité du test ELISA ne permet pas d'affirmer la maladie de Lyme. Ce test doit être confirmé par un Western-Blot. Conformément à l'arrêté du 11 octobre 2005, le sérum a été envoyé à un laboratoire spécialisé pour expertise.
IMMUNOLOGIE Sérologie Bactérienne	
■ Borréliose – sérologie confirmation IgG (Immunoblot-Mikrogen) #	
Anticorps anti-p100	0,0
Anticorps anti-VlsE	4,3
Anticorps anti-p58	0,0
Anticorps anti-p41	0,5
Anticorps anti-p39	0,0
Anticorps anti-OspA	0,0
Anticorps anti-OspC (B.sensu strico)	0,9
Anticorps anti-OspC (B. afzelii)	1,3
Anticorps anti-OspC (B.garinii)	1,2
Anticorps anti-OspC (B.spielmanii)	1,0
Anticorps anti-p18 (B.sensu strico)	0,0
Anticorps anti-p18 (B.afzelii)	0,7
Anticorps anti-p18 (B.bavariensis)	0,0
Anticorps anti-p18 (B.garinii)	0,0
Anticorps anti-p18 (B.spielmanii)	0,0
Récapitulatif	
VlsE(4,3); *p41(0,5); *OspCBss(0,9); OspCBaf(1,3); OspCBga(1,2); OspCBsp(1,0); *p18Baf(0,7);	

- 2^{eme} étape : La **sérologie de Lyme en deux temps** est le test biologique de référence pour le diagnostic des formes disséminées de la BL (grade A).
 - ☑ Devant une suspicion de phase disséminée de BL, sauf érythème migrant multiple, il est recommandé de réaliser une sérologie par ELISA dans un premier temps (grade A).
 - ☑ En cas d'ELISA positif ou équivoque, il est recommandé de réaliser une sérologie par WesternBlot ou équivalent (grade A).
- Les **IgM isolément positives** sont à interpréter avec prudence, notamment dans les BL disséminées, car le **risque de réaction croisée** avec d'autres pathologies infectieuses, auto-immunes ou inflammatoires est important (grade B).
- Une sérologie positive en IgG sans signe clinique évocateur de BL est une cicatrice sérologique et n'est pas en rapport avec une BL active (grade A).

- L'interprétation de la **sérologie de Lyme en deux temps** confirme sa positivité, reflétant le contact antérieur avec *Borrelia*.
- **Quelles informations paraissent pertinentes à transmettre au patient à ce stade du diagnostic?**

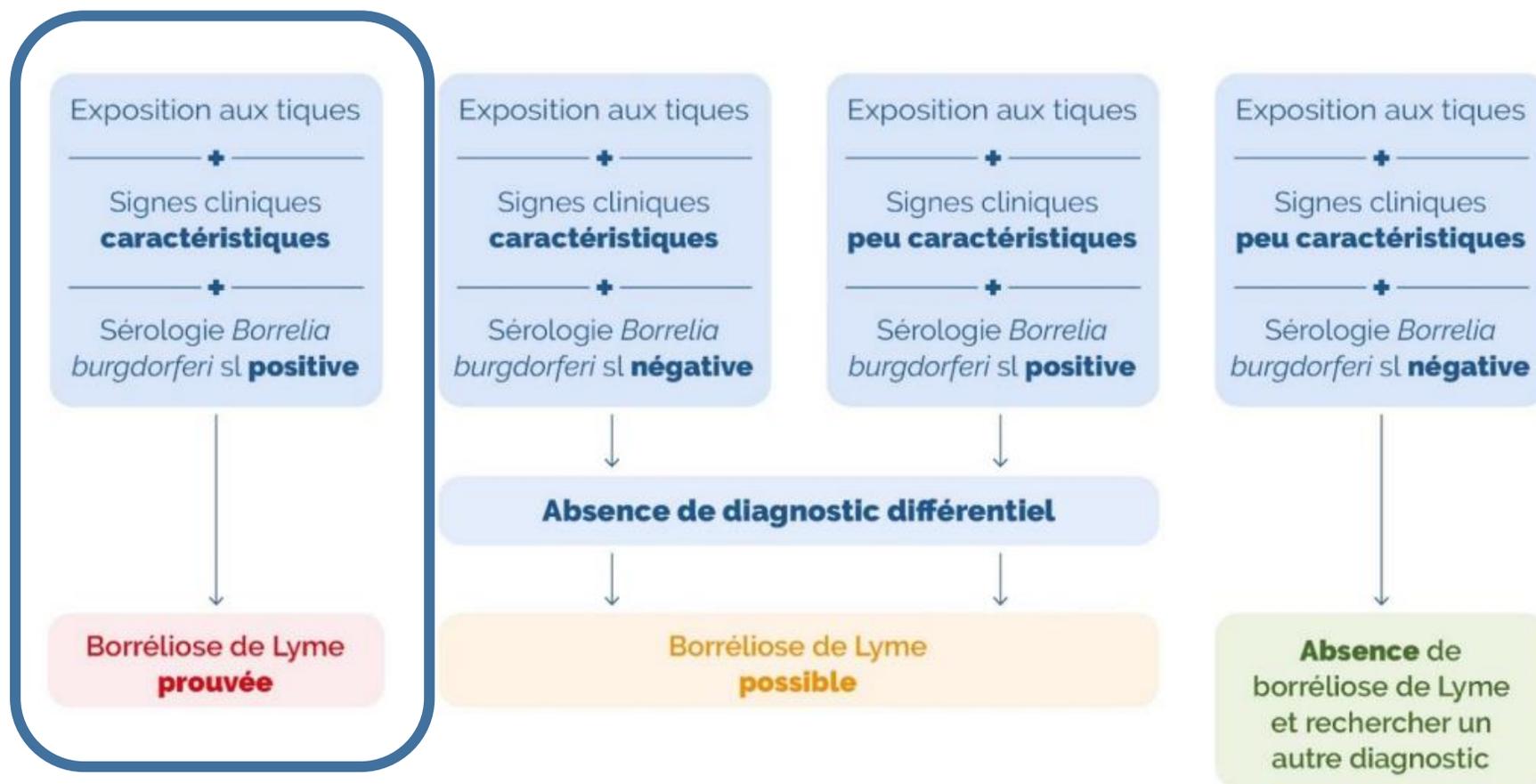


De mon expérience, intérêt de rester simple sur les explications médicales:

- Parler de prise de sang, plutôt que d'emblée « sérologie » (concept complexe)
- Expliquer que le test se fera en 2 temps:
 - Si positivité du 1^{er} test (ELISA), un second test de technique différente sera réalisé
- Explication sur la sérologie qui restera positive au long cours, même après traitement
- Intérêt de savoir expliquer que le test n'est pas nécessaire à tous les stades de la maladie:
 - Si érythème migrant typique : pas de sérologie, traitement ATB

- Faut-il faire **d'autres examens complémentaires** pour cette hypothèse diagnostique de maladie de Lyme?

- 3^{ème} étape : confirmer l'hypothèse



NB 1 : Une sérologie *Borrelia* est dite positive en cas d'IgG positives en ELISA confirmées par *Western-Blot*, les IgG apparaissant en 6 semaines environ après la piqûre de tique.

! Formes disséminées!

NB 2 : Pour les borrélioses disséminées, des examens complémentaires sont nécessaires pour confirmer le diagnostic (analyse du LCS avec cytologie et sérologie pour les neuroborrélioses, ou analyse du liquide articulaire avec cytologie et PCR pour les arthrites de Lyme, etc.).

- Une **ponction lombaire** s'impose : La positivité de l'index d'anticorps spécifiques associée à une méningite lymphocytaire confirme le diagnostic de NBL précoce et tardive (grade A).
 - **Synthèse intrathécale** / Se>99% pour NBL tardive (peut rester pendant des années)
 - Analyse cytologique et biochimique: La présence d'une **méningite lymphocytaire** et d'une **hyperprotéïnorachie** (modérée) doit faire évoquer le diagnostic de NBL (grade B).

Tableau 2. Indication des tests diagnostiques selon les manifestations cliniques de BL suspectées

Suspicion clinique	Sérologie sanguine ELISA +/- WB	Ac anti-Bb si dans le LCS	Cytologie	PCR*	CXCL-13*	Anatomopathologie	Imagerie à discuter pour éliminer un diagnostic différentiel
Neuroborréiose < 6 sem	+ (grade A)	+ (grade A)	+ dans le LCS (grade A)	+ (grade AE)	+ (grade AE)	-	IRM cérébrale/médullaire
Neuroborréiose > 6 sem	+ (grade A)	+ (grade A)	+ dans le LCS (grade A)	-	-	-	IRM cérébrale/médullaire

- Imagerie:
 - **Aucun examen d'imagerie** n'est recommandé pour affirmer le diagnostic d'une BL (grade AE).
 - La normalité d'un examen d'imagerie ne doit pas remettre en cause le diagnostic de BL (grade AE).
 - L'imagerie peut être utilisée dans la recherche d'un diagnostic différentiel (grade AE).
- ECG:
 - Devant une BL disséminée, quelle que soit sa manifestation clinique, il est recommandé de rechercher des manifestations cardiovasculaires (recherche de signes fonctionnels de type douleurs thoraciques, dyspnée, palpitations, recherche d'antécédents de malaises ou syncopes, examen clinique cardiovasculaire avec, en particulier, la mesure de la fréquence cardiaque, etc.) (grade AE).
 - Il est recommandé de faire un **ECG pour tout patient symptomatique au niveau cardiaque** (grade AE).

- Nécessité d'organiser les examens, notamment la ponction lombaire.
- **Quels éléments ou informations sont nécessaires pour le patient?**



- Expliquer à quoi peuvent servir les examens complémentaires
 - Que les examens sont parfois inutiles: l'érythème migrant suffit au diagnostic (pas de sérologie nécessaire)
 - Les examens complémentaires vont peut-être modifier le traitement, afin de prendre en compte les diagnostics associés ou autre (autres, infections?)
- Intérêt de rester simple sur les explications des examens et éviter d'être anxiogène (notamment pour la ponction lombaire)
 - inutile d'anticiper le détail de l'examen qui sera expliqué par l'infectiologue/neurologue/rhumatologue
- Informer le patient du délai prévisible avant les résultats

- Echec de la ponction lombaire
- Il est décidé de débiter une antibiothérapie par DOXYCYLINE 200mg/jour pour 21 jours
- Quel **traitement** est recommandé? Faut-il **associer d'autres prises en soins**?

- 4^{ème} étape : traiter un patient avec une neuroborréliose

4.2. Antibiothérapie recommandée dans la borréliose de Lyme chez l'adulte et l'enfant, ainsi que chez la femme enceinte ou allaitante

Tableau clinique	1 ^{re} intention	2 ^e intention	3 ^e intention
Neuroborréliose	<p>Doxycycline*</p> <p>4 mg/kg/j (sans dépasser 200 mg/prise chez l'enfant y compris < 8 ans, et sans dépasser 400 mg/j chez les adultes)</p> <p>En 2 prises</p> <p>14 jours si NBL < 6 mois (grade A)</p> <p>21 jours si NBL > 6 mois (grade AE)</p> <p>NB : si enfant < 20 kg, la ceftriaxone IV (75 mg/kg/j, sans dépasser 2 g/j) sera privilégiée</p>	<p>Ceftriaxone</p> <p>2 g/j en IV chez l'adulte et</p> <p>75 mg/kg/j sans dépasser 2 g/j en IV chez l'enfant</p> <p>En 1 seule prise</p> <p>14 jours si NBL < 6 mois (grade A)</p> <p>21 jours si NBL > 6 mois (grade AE)</p>	-

- 4^{ème} étape : traiter un patient avec une neuroborréliose
 - Antibiothérapie
 - Proposition du parcours de soins adapté au patient:
 - **Antalgie ++**
 - Arrêt de travail
- Évolution attendue d'une neuroborréliose
 - La résolution des symptômes peut prendre du temps, jusqu'à plusieurs semaines ou mois après le traitement, en particulier lorsque celui-ci est initié tardivement (> 6 mois):
 - 88 % de disparition des signes neurologiques objectifs à 12 mois et 95 % à 33 mois
 - disparition dans 50 à 90 % des signes subjectifs comme la fatigue à 5 ans
 - Les séquelles, telles que des douleurs neuropathiques résiduelles en lien avec une méningoradiculite, peuvent persister et ne doivent pas être considérées comme un échec du traitement antibiotique (grade C).
 - Devant une manifestation clinique objective persistante, en cas de doute entre une séquelle de NBL et une NBL active ou un diagnostic différentiel, un avis neurologique doit être sollicité (grade AE), et une ponction lombaire pourra être réalisée pour rechercher une pléiocytose.

Identification du médecin prescripteur

Identification du patient

Date de la prescription

Guide d'usage doxycycline pour le traitement d'une borréliose de Lyme de l'adulte

Note 1 : ce traitement est le traitement de première intention à proposer aux patients sauf contre-indication.

Note 2 : pour l'enfant, se référer au guide d'usage pédiatrique.

Cochez la forme traitée :

- Forme localisée cutanée précoce : érythème migrant isolé ou multiple**
 - Doxycycline 100 mg 1 cp matin et soir pendant 10 jours si EM isolé
 - Doxycycline 100 mg 1 cp matin et soir pendant 14 jours si EM multiple
- Forme disséminée cutanée précoce : lymphocytome cutané bénin**
 - Doxycycline 100 mg 1 cp matin et soir pendant 21 jours
- Forme disséminée cutanée tardive : acrodermatite chronique atrophiante**
 - Doxycycline 100 mg 1 cp matin et soir pendant 28 jours
- Forme disséminée articulaire précoce ou tardive : arthrite de Lyme**
 - Doxycycline 100 mg 1 cp matin et soir pendant 28 jours
 - La prise en charge de cette forme clinique requiert un avis spécialisé.
- Forme disséminée neurologique précoce < 6 mois : neuroborréliose de Lyme précoce**
 - Doxycycline 4 mg/kg/jour en 2 prises sans dépasser 200 mg/prise et 400 mg/jour, soit ...cp de 100 mg matin et soir pendant 14 jours
 - La prise en charge de cette forme clinique requiert un avis spécialisé.
- Forme disséminée neurologique tardive > 6 mois : neuroborréliose de Lyme tardive**
 - Doxycycline 4 mg/kg/jour en 2 prises sans dépasser 200 mg/prise et 400 mg/jour, soit ...cp de 100 mg matin et soir pendant 21 jours
 - La prise en charge de cette forme clinique requiert un avis spécialisé.

Note : les traitements de plus de 21 jours ne sont pas recommandés chez la femme enceinte ou allaitante. Si un traitement de plus de 21 jours est nécessaire, privilégier l'amoxicilline.

À prendre au milieu d'un repas avec un verre d'eau (100 ml) sans s'allonger pendant 1 heure après la prise.

En raison des risques de photosensibilisation, il est important de **vous protéger du soleil même pour une exposition courte : écran total, vêtements couvrants, casquette/chapeau pendant le traitement.**

Veuillez vous reporter à la fiche d'information pour retrouver plus d'informations sur les interactions médicamenteuses et les autres effets indésirables.

En cas d'apparition d'effets indésirables, consultez votre médecin prescripteur.

Identification du prescripteur

Identification du patient

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Poids :

Date : ____ / ____ / ____

Doxycycline (cp diluable 100 mg) et/ou doxycycline (cp diluable 50 mg)

Non substituable EFG :

Prescription hors AMM chez l'enfant de moins de 8 ans autorisée dans ce cadre en l'absence d'alternative thérapeutique et conformément aux recommandations de la HAS dans la prise en charge de la maladie de Lyme.

- Donner 4 mg/kg/j en 2 prises par jour (sans dépasser 5 mg/kg/j et 200 mg/j)
- Soit ____ mg matin et soir pendant ____ jours

Entourer la bonne posologie :

Posologie 4 mg/kg/j de doxycycline

Dose par jour



Durée de traitement de ____ jours (durée maximale de 21 jours chez l'enfant de moins de 8 ans)

Rappel des durées de traitement



Toutes les autres formes cliniques de Lyme chez l'enfant (neuroborréliose de Lyme, arthrite de Lyme) doivent faire l'objet d'une consultation en centre de pédiatrie spécialisé.

Diluer le comprimé dans une petite quantité d'eau chez l'enfant < 6 ans ou incapable d'avaler un comprimé.

L'enfant > 6 ans capable d'avaler les comprimés peut avaler le comprimé avec un verre d'eau.

Prendre la doxycycline au milieu d'un repas.

Ne pas s'allonger pendant une heure après la prise.

Protéger l'enfant du soleil pendant toute la durée du traitement : en raison des risques de photosensibilisation, il faut éviter l'exposition au soleil pendant le traitement et appliquer de la crème solaire.

* Il est toutefois conseillé de prendre un avis en pédiatrie spécialisé, notamment pour les autres aspects de la prise en charge de la PFP.

- **Quelles informations souhaite recevoir un patient qui débute un traitement pour une neuroborréliose?**



- Nécessité d'informer le patient sur l'évolution attendue
 - L'antibiothérapie est d'autant plus efficace qu'elle débute précocement ou ... plus le temps passe et plus les chances de guérison complète s'amenuisent
- Ne pas hésiter à vérifier la conformité du traitement antibiotique aux recommandations (en terme de dose et de molécules)
 - la dose des reco 2018 différente en 2025: Doxycycline 4mg/kg/j (plutôt 300-400mg/j chez adulte)
 - informer sur la bonne tolérance attendue des fortes doses de doxycycline

- Lors de la consultation de réévaluation en fin de traitement antibiotique, les constatations sont les suivantes:
 - Régression rapide de la douleur radiculaire
 - Patient encore fatigué
 - Impression de brouillard mental
 - Anxiété vis-à-vis de la perte de son emploi
- **Quelle suite de prise en soins?**

- 5^{ème} étape : Identifier les plaintes du patient, et les évaluer avec des échelles
 - l'asthénie
 - les troubles cognitifs (trouble de la mémoire et de la concentration)
 - les paresthésies
 - les douleurs articulaires et musculaires
 - Des troubles du sommeil (sommeil excessif ou insomnie), des sueurs nocturnes (avec réveil), des nausées, une irritabilité

- 5^{ème} étape : réévaluation du patient en fin de traitement

Critères d'inclusion et d'exclusion permettant de retenir le diagnostic de PTLDS

Critères diagnostiques positifs	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> – Altération de la qualité de vie liée à des symptômes de type asthénie, et/ou polyalgies, et/ou troubles cognitifs, éprouvés et rapportés par le patient lors de l'interrogatoire, persistants depuis 6 mois ou plus* – Survenant dans les suites immédiates (séquence temporelle d'imputabilité) d'une borréliose de Lyme prouvée (exposition aux tiques, signes cliniques évocateurs et sérologie positive au moment du diagnostic initial de BL, sauf si EM) – Et traitée par antibiothérapie adaptée à la forme clinique initiale de BL selon les recommandations 	<ul style="list-style-type: none"> – Séquelle de l'atteinte clinique initiale – Diagnostic différentiel ou décompensation d'une comorbidité sous-jacente (autre infection, pathologie rhumatologique, neurologique ou psychiatrique) – Symptômes préexistants à la survenue de la BL

* Cependant toute altération de la qualité de vie chez un patient, quel que soit le stade d'évolution de la maladie, doit être prise en charge sans délai (c'est-à-dire sans attendre d'objectiver une persistance des symptômes pendant plus de 6 mois après le traitement de la BL) (cf. chapitre 4) (grade AE).

- 5^{ème} étape : réévaluation du patient en fin de traitement
 - La prévalence du PTLDS en Europe semble varier entre 6 et 20 % chez les patients ayant été traités pour une BL prouvée
 - Les déterminants associés au développement et à la sévérité du PTLDS sont :
 - **les formes disséminées/tardives**
 - **le retard diagnostique et thérapeutique**
 - une multiplicité de symptômes initiaux
 - les antécédents d'évènements traumatiques
 - les antécédents de syndrome dépressif caractérisé
 - une absence de récupération complète à 4 mois post-traitement
 - la présence initiale d'une qualité de vie physique et sociale moins bonne, des niveaux plus élevés de dépression et d'anxiété, des perceptions de la maladie plus négatives, des comorbidités, ainsi que de la fatigue, des troubles cognitifs et des douleurs
- **Multiples hypothèses:** inflammation dérégulée, phénomènes auto immuns, persistance d'Agns bactériens, dérégulation du microbiote, sensibilisation centrale, méca cognitivo-comportementaux, désadaptation physique

- 6^{ème} étape : Proposer une PEC adaptée, personnalisée, globale et pluridisciplinaire (grade AE):
 - Le traitement ATB n'est pas indiqué
 - On ne peut donc pas recommander l'un ou l'autre de ces traitements dans la prise en charge du PTLDS (grade AE): hydroxychloroquine, AINS, corticoïdes, immunomodulateurs
 - La **prise en charge de la douleur**, à l'aide de médicaments et/ou de méthodes non médicamenteuses, doit être une priorité (grade AE). Un avis spécialisé auprès d'une équipe de prise en charge de la douleur peut être sollicité (grade AE).
 - Si aucune technique particulière de prise en charge psychologique spécifiquement adaptée au PTLDS ne peut être recommandée à l'heure actuelle, un **accompagnement psychologique doit toutefois être proposé** aux patients présentant un PTLDS (grade AE).

- 6^{ème} étape : Proposer une PEC adaptée, personnalisée, globale et pluridisciplinaire (grade AE):
 - La **réadaptation physique et/ou l'activité physique adaptée** émergent comme un élément important dans la prise en soins de nombreuses pathologies chroniques et peuvent être proposées aux patients présentant un PTLDS (grade AE).
 - La **prise en charge des troubles du sommeil** répond aux prises en charge habituelles, à la fois étiologiques et symptomatiques. Un avis spécialisé peut être sollicité (grade AE).
 - PEC **sociale**: médecine du travail, une demande de prise en charge ALD hors liste, selon les symptômes présentés, pourra être envisagée chaque fois que nécessaire, au même titre que pour d'autres pathologies invalidantes (grade AE).

- L'évolution étant encore incomplètement satisfaisante, on complète la proposition de soins... quel regard côté patient sur le PTLDS ?



- Informer des données actuelles de la science, y compris les incertitudes :
 - Le PTLDS évoque ces troubles persistants; les causes du PTLDS ne sont pas connues à ce jour
 - de nombreuses infections , comme la maladie de Lyme semblent pouvoir entraîner une atteinte du système immunitaire, d'ailleurs mentionnée dans les recommandations. La fatigue et le stress induits par l'inquiétude avant le diagnostic y participent largement.
 - hypothèse de la persistance du microbe (entier ou pas) ; cette hypothèse est souvent évoquée par les patients qui se demandent si ca expliquerait le nombre de « rechutes ».
- Les recommandations HAS émettent la nécessité d'études plus poussées.
 - Des patients experts seront sollicités pour participer à la construction des critères de jugement (en recherche clinique)

- L'évolution étant encore incomplètement satisfaisante, on complète la proposition de soins.



- Intérêt de confirmer au patient qu'il est pris en charge de façon adaptée
 - Le suivi post-thérapeutique est avant tout clinique
 - L'intérêt d'associer des traitements médicamenteux et non médicamenteux
 - Les recommandations HAS entrouvrent la porte à des traitements complémentaires, non antibiotiques
- Kinésithérapie et soutien psychologique ne peuvent qu'améliorer le retour en santé

Conclusions:

La maladie de Lyme est une pathologie réelle, non rare:

- diagnostic repose sur un trépied
- considérer les facteurs d'exposition aux tiques permet de penser rapidement à ce diagnostic
- les examens complémentaires sont nécessaires à tous les stades de la maladie, en dehors de l'érythème migrant
- le traitement repose sur une antibiothérapie (molécule, dose et durée à adapter à la forme clinique) + traitements associés
- réévaluer le patient à distance: pas de sérologie, évaluation clinique ... si nécessaire bilan et traitement complémentaire non ATB (ne pas manquer un diagnostic associé ou différentiel, proposer un parcours de soins adaptés)
- Avec le patient à toutes les étapes de la prise en soins: mieux l'informer, partager les connaissances, les incertitudes, les objectifs des soins, considérer l'évolution ressentie

Ligne d'avis en maladies infectieuses

Tél. 02 99 28 97 61

ou avis via plateforme « Omnidoc »

Contactez le CRMVT Grand Ouest

crmvt@chu-rennes.fr

www.crmvt.fr

