



16^e Conférence de Consensus en Thérapeutique Anti-infectieuse

organisée par

**la Société de Pathologie Infectieuse
de Langue Française**

Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives

Paris, 13 décembre 2006

Quatre questions

Question 1

- Sur quels éléments cliniques et épidémiologiques faut-il évoquer le diagnostic de la borréliose de Lyme ?

Question 2

- Place des méthodes biologiques dans le diagnostic des différentes manifestations de la borréliose de Lyme ?

Question 3

- Quels traitements peut-on recommander dans la borréliose de Lyme ?
- Quel est le suivi nécessaire ?

Question 4

- Quelles sont les mesures préventives à proposer ?

Question 1 - Sur quels éléments cliniques et épidémiologiques faut-il évoquer le diagnostic de la borréliose de Lyme ?

- **Éléments épidémiologiques**
exposition à piquûre de tique



- **Éléments cliniques**
 - **Stade primaire**
 - Érythème migrant
 - **Stade secondaire**
 - Manifestations neurologiques
 - Manifestations articulaires
 - Autres manifestations
 - **Stade tertiaire**
 - Manifestations articulaires et neurologiques
 - Manifestations cutanées

Question 1 - Sur quels éléments cliniques et épidémiologiques faut-il évoquer le diagnostic de la borréliose de Lyme ?

- **Stade primaire : Érythème migrant**
 - **Macule érythémateuse annulaire à croissance centrifuge**
 - **Survenant quelques jours à quelques semaines après la piqûre**
 - **Mesurant plusieurs centimètre de diamètre**



D. Lipsker



D. Lipsker

Question 1 - Sur quels éléments cliniques et épidémiologiques faut-il évoquer le diagnostic de la borréliose de Lyme ?

- **Stade secondaire**

- Neuro-borréliose

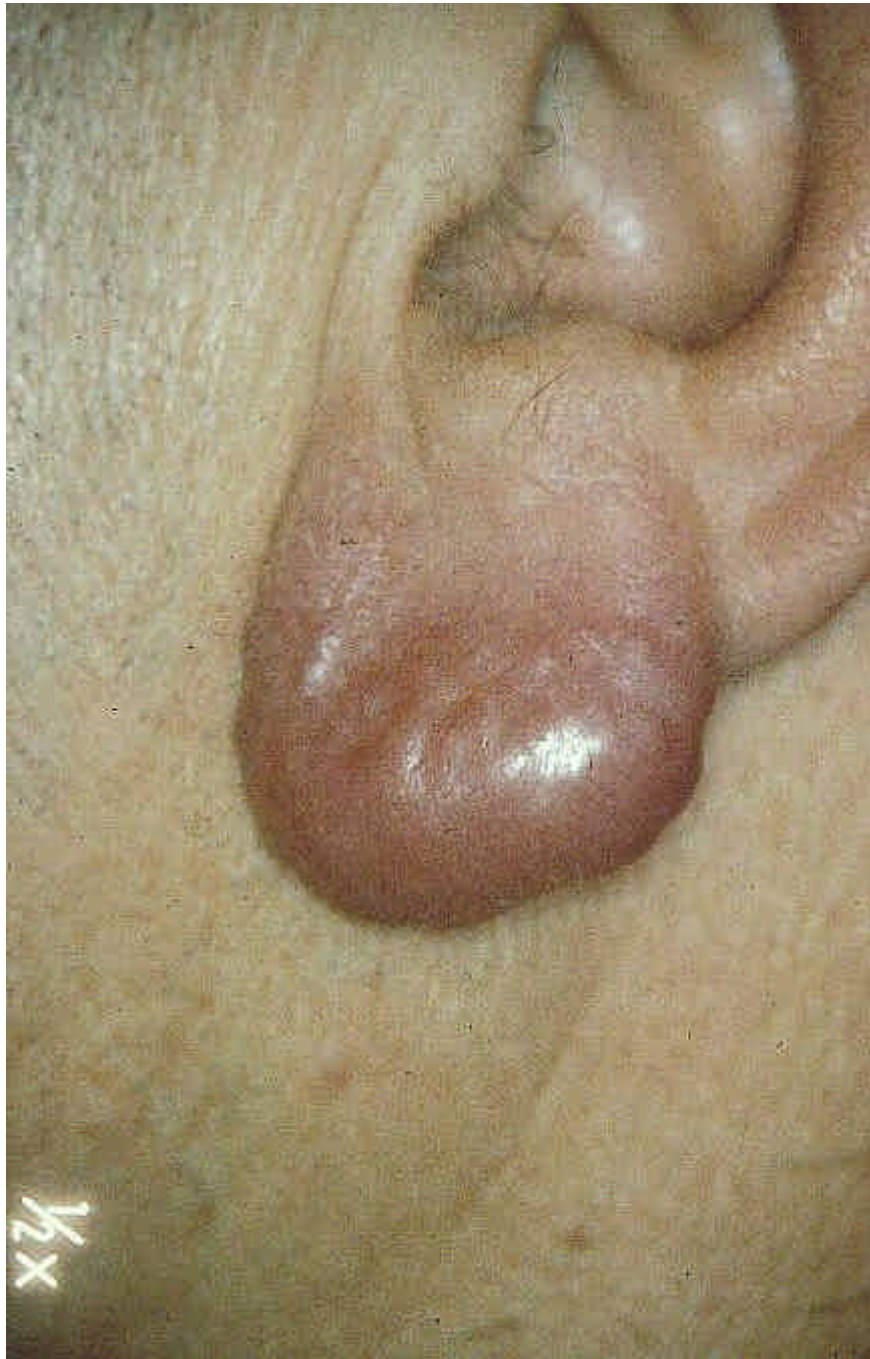
- Méningo-radiculite
- Méningo-myélite, méningo-encéphalite, méningite
- PL (sauf paralysie faciale périphérique isolée et sérologie +) (C))

- Arthrite

- Mono-arthrite ou oligo-arthrite (genou) évoluant par poussées de quelques jours à quelques semaines

- Rarement

- Lymphocytome
- Troubles de conduction cardiaque
- Atteinte oculaire



D. Lipsker

Question 1 - Sur quels éléments cliniques et épidémiologiques faut-il évoquer le diagnostic de la borréliose de Lyme ?

- **Stade tertiaire**

- Neuro-borréliose tardive

- Encéphalo-myélite chronique, polyneuropathie sensitive axonale
- Anomalies du LCR, synthèse locale Ac (C)

- Acrodermatite chronique atrophiante (ACA)

- Arthrites aiguës récidivantes ou chroniques

- **Syndrome post-Lyme ?**

- Asthénie, algies diffuses, plaintes cognitives

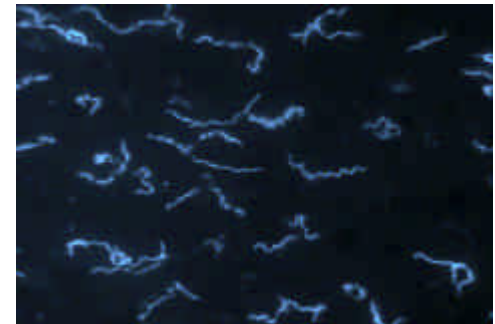
- L'antibiothérapie ne modifie pas l'évolution (B)



D. Lipsker

Question 2 - Place des méthodes biologiques dans le diagnostic des différentes manifestations de la borréliose de Lyme ?

- **Détection d'anticorps**
 - Dépistage : ELISA
 - Confirmation : Western blot (immuno-empreinte)
- **Autres**
 - Culture, PCR : laboratoires spécialisés
 - Histologie



Recommandations pour le diagnostic biologique en fonction des formes cliniques (C)

Formes cliniques	Indications et résultats des examens essentiels au diagnostic	Examens optionnels
Érythème migrant	AUCUN examen	AUCUN
Neuro-borreliose précoce	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction cellulaire lymphocytaire dans le LCR et/ou hyperprotéinorachie - Sérologie positive dans le LCR, parfois retardée dans le sang - Synthèse intrathécale d'IgG spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Culture et PCR du LCR - Séroconversion ou ascension du titre sérique des IgG
Arthrite	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie positive dans le sang à titre habituellement élevé (IgG) - Liquide articulaire inflammatoire 	Culture et PCR sur liquide et/ou tissu synovial
Neuro-borreliose chronique	<ul style="list-style-type: none"> - Synthèse intrathécale d'IgG spécifiques 	Culture et PCR du LCR
ACA	<ul style="list-style-type: none"> - Aspect histologique évocateur - Sérologie positive à titre élevé (IgG) 	Culture et PCR du prélèvement cutané

Situations au cours desquelles la sérologie n'a pas d'indication (C)

- Sujets asymptomatiques
- Dépistage systématique des sujets exposés
- Piqûre de tique sans manifestation clinique
- Érythème migrant typique
- Contrôle sérologique systématique des patients traités

Question 3 : recommandations thérapeutiques pour la prise en charge de la phase primaire de la borréliose de Lyme chez l'adulte (B)

	ANTIBIOTIQUE	POSOLOGIE	DURÉE
1^e ligne	Amoxicilline	1 g x 3/j	14-21 jours
	ou Doxycycline	100 mg x 2/j	14-21 jours
2^e ligne	Céfuroxime-axétil	500 mg x 2/j	14-21 jours
3^e ligne si CI 1^{re} et 2^e lignes ou allergie	Azithromycine	500 mg x 1/j	10 jours

Recommandations thérapeutiques pour la prise en charge de la phase primaire de la borréliose de Lyme (B)

- **Enfants**
 - **amoxicilline 50 mg/kg/jour en 3 prises ; 14 à 21 jours**
 - **pas de cyclines en dessous de 8 ans**
 - **céfuroxime-axétil 30 mg/kg/j en deux prises, maximum 500 mg/prise**
 - **azithromycine 20 mg/kg/j en une prise, maximum 500 mg/prise**
- **Femmes enceintes**
 - **pas de cyclines**

Traitement des stades secondaire et tertiaire de la borréliose de Lyme (C)

Situations cliniques	Options thérapeutiques	
	1 ^{re} ligne	2 ^e ligne
Neuro-borrélioses dont PF avec méningite	Ceftriaxone IV 2 g /j 21 à 28 jours	Pénicilline G IV 18-24 MUI/j 21 à 28 jours ou Doxycycline PO 200 mg/j 21 à 28 jours
Arthrites aiguës	Doxycycline PO 200 mg/j 21 à 28 jours	Amoxicilline PO 1 g x 3/j 21 à 28 jours
Arthrites récidivantes ou chroniques	Doxycycline PO 200 mg/j 30 à 90 jours ou Ceftriaxone IM/IV 2 g/j 14 à 21 jours	
Paralysie faciale (PF) isolée	Doxycycline PO 200 mg/j 14 à 21 jours ou Amoxicilline PO 1 g x 3/j 14 à 21 jours ou Ceftriaxone IV* 2 g/j 14 à 21 jours	

Suivi

- **Stade primaire**
 - Clinique
 - Évolution possible > un mois
- **Stades secondaire et tertiaire**
 - Clinique
 - Plusieurs semaines
 - Pas de contrôle sérologique
 - Formes tardives : discuter la prolongation ou la reprise de l'antibiothérapie

Question 4 - Quelles sont les mesures préventives à proposer ?

Prévention primaire

Éviter le contact avec les tiques

- Information du public et des sujets exposés
- Protection mécanique
 - vêtements longs et fermés
- Répulsifs cutanés
 - sauf enfant < 30 mois
 - DEET, IR 35/35, citrodiol
 - Femme enceinte : IR 35/35
- Répulsifs vestimentaires
 - Perméthrine (sauf jeune enfant)



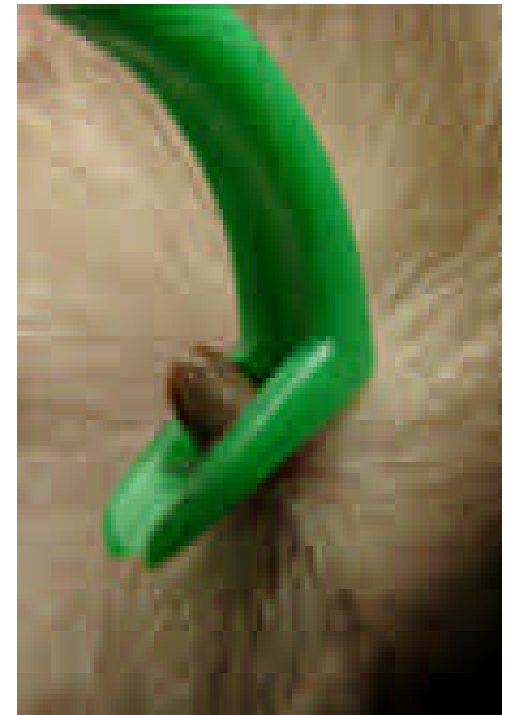
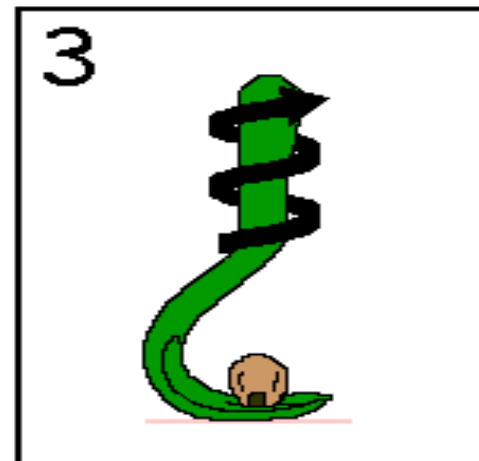
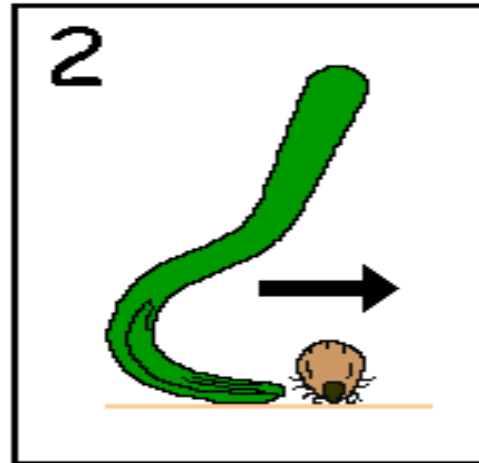
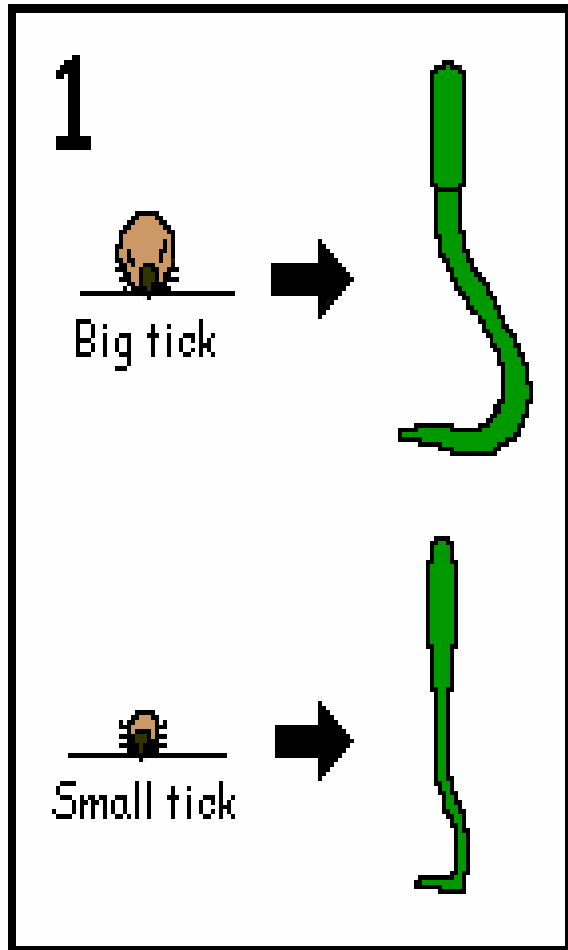
Prévention secondaire

Détection et retrait rapide d'une ou plusieurs tiques

- Examen minutieux du revêtement cutané (C)
- Extraire la tique par une technique mécanique
(risque de transmission existe dès les premières heures d'attachement et s'accroît avec le temps, élevé si > 48 h) (B)
- Éviter les substances « chimiques » (C)
(risque de régurgitation)
- Désinfecter le site de la piqûre
- Surveiller la zone pour dépister un érythème migrant



EXTRACTION D'UNE TIQUE



O. Patey

Prévention secondaire en zone d'endémie antibioprophylaxie ?

**L'antibioprophylaxie systématique après
piqûre de tique n'est pas recommandée**

- **Risque élevé**
 - piqûres multiples
 - long délai d'attachement
 - fort taux d'infestation des tiques
- **Modalités**
 - Doxycycline PO : 200 mg monodose (A)
 - Amoxicilline PO : 3 g/j 10 à 14 j (B)

Prévention secondaire en zone d'endémie antibioprophylaxie ?

- **Situations particulières (C)**

- Femme enceinte

- Amoxicilline PO : 3 g/j 10 j

- Enfant âgé < 8 ans

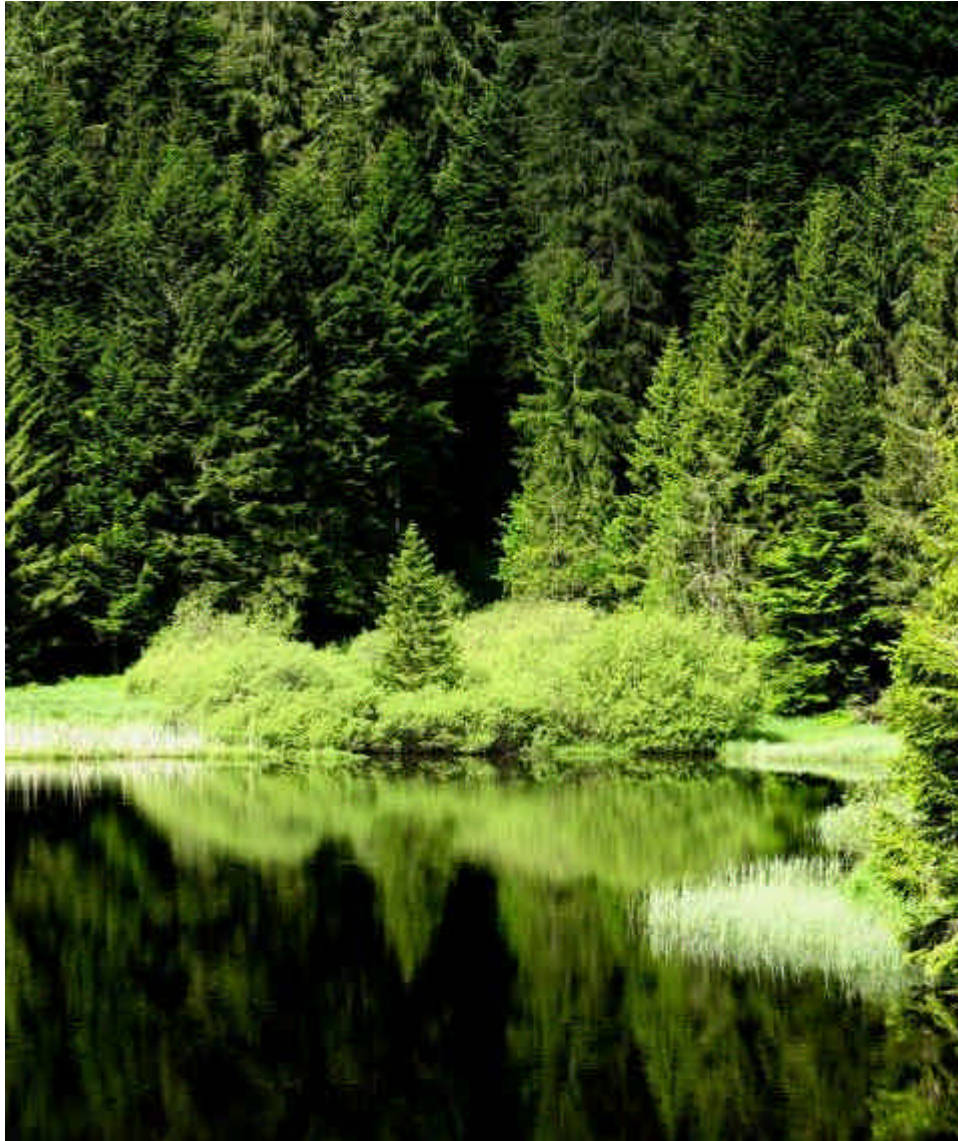
- Amoxicilline PO : 50 mg/kg/j 10 j

- Immunodéprimé

- Amoxicilline PO : 3 g/j 10 – 21 j

- Doxycycline PO : 200 mg monodose

Merci de votre attention



...et que cela ne vous empêche pas de venir visiter nos belles forêts de l'Est