

**Madame Z. – 56 ans**

**Hospitalisée le 17.10 pour un syndrome fébrile au retour d'un trek au NEPAL**

**ATCD : O**

**Séjour au NEPAL du 29.09 au 16.10 principalement en zone montagneuse**

**\* A son entrée dans le service le 17.10**

**☞ HT° 39° depuis 24 H**

**Examen clinique sans particularité sinon une discrète éruption rosée du tronc**

**\* Rx thorax/ECG sans particularité**

**\*Biologie :**

Discrète thrombopénie à 138 000

CRP 139

Cytolyse ⊕ cholestase : SGOT-SGPT x 3

Gamma GT x 5

Phos alc nubnormales

**\* Hémocultures/ECBU stériles**

Ex parasitologique des selles – coprocultures négatives

**\* Bilan sérologique :**

EBV ⊕ isolée pour IgM anti VCA

Mycoplasme P. 1/320 sans IgM

\* Echo abdo : normale

\* Evolution :

Apyrexie le 23.10

Amélioration de la cytolyse => *SGOT x 1,5 SGPT x 2*

Stabilisation de la cholestase qui s'était secondairement  
aggravée : *Phos alc x 2,5 - Gamma GT x 8,5*

*CRP ↗ 56 mg*

Sortie le 26.10

**\* Le 02.11** : Asthénie intense, malaise, bradycardie

⇔ Hospitalisation en cardiologie le 04.11 en raison d'une BAVII 2/1 avec une bradycardie  $\approx 40$

Echo cœur : Absence de myocardite ou de péricardite

Biologie standard RAS / CRP 32 mg/ Abs ↗ de la troponine

Contrôle sérologique : EBV ⊕ en IgM et IgG

L'hypothèse d'un BAV isolé sans myocardite au décours d'une infection aiguë à EBV semblait douteuse

⇔ Sérologie de Lyme ⊕ 2,5 (2,1 sur le prélèvement de la 1ère hospitalisation)

⇔ Diagnostic de BAVII secondaire à une maladie de Lyme est retenu dans l'attente du résultat du Western Blot ⇔ ROCEPHINE 2 g/j IV

En réinterrogeant la patiente : dans la semaine précédant son départ, morsure de tique avec une insertion  $\approx$  48 H/72 H

Secondairement, le WB de Lyme est rentré  $\oplus$  en IgM traduisant une infection récente

Evolution clinique et électrocardiographique favorable sous ROCEPHINE poursuivie durant 28 jours

# Maladie de Lyme

# Agent pathogène

Spirochète du genre *Borrelia*

3 principales espèces de *Borrelia* pathogènes pour l'homme et prédominantes en Europe

- ❖ *Borrelia afzelii*
- ❖ *Borrelia garinii*
- ❖ *Borrelia burgdorferi sensu stricto*

Réservoirs : En Europe, les petits mammifères (mulots, campagnols...) = réservoir majoritaire mais aussi les oiseaux, écureuils...

# Vecteurs

- Tiques dures du genre *Ixodes*/*Ixodes ricinus* en Europe
- Transmission de la *Borrelia* lors **du repas sanguin** et à **tous les stades de son développement** :
  - \* larve
  - \* nymphe
  - \* adulte

Stade nymphal le + souvent impliqué

- **En France**, seules les régions proches de la méditerranée et en altitude  $> 1\,500$  m n'hébergent pas les tiques vectrices
- Zones à risque = régions boisées notamment forestières mais aussi les zones péri-urbaines humides
- Le risque de transmission de la *Borrelia* ↗ avec le temps de fixation de la tique contaminée

# Epidémiologie

- Incidence variable de la borreliose en Europe dépendant de l'environnement mais aussi du contact de la population avec l'environnement
- Exposition lors des activités professionnelles mais surtout lors d'activités de loisirs en zones boisées humides
- Contamination surtout entre le début du printemps et la fin de l'automne
- En Europe : prédominance nette de la maladie en Europe Centrale

- Incidence annuelle en France estimée à au moins 9,5 cas/100 000

Variations régionales importantes dépendant de la densité des tiques infestées

Incidence quasi nulle dans le Sud-Est

⊕ 40 cas/100 000 dans le Centre et Nord-Est de la France avec un maximum en Alsace mais aussi des incidences élevées en Lorraine/Limousin

☞ **Phase primaire = phase précoce localisée**

Infection focale cutanée

☞ **Phase secondaire = phase précoce disséminée**

Processus bactériémique ⇔ atteinte systémique  
se traduisant cliniquement après plusieurs semaines  
par des manifestations tissulaires focalisées

☞ **Phase tertiaire = phase tardive**

Processus infectieux résiduel

Phénomènes inflammatoires ou dysimmunitaires

# Manifestations dermatologiques

## ⇒ Erythème chronique migrant :

- \* Seul signe spécifique mais inconstant [60-80 % des cas]
- \* Macule érythémateuse de croissance annulaire et centrifuge avec éclaircissement central progressif aboutissant à la formation d'un anneau maculeux à bordure plus foncée
- \* Taille variable / Le plus souvent asymptomatique et isolé en Europe
- \* Siégeant à l'endroit de la morsure de tique après un intervalle de 7 à 20 jours
- \* En absence de traitement persiste durant 2-4 sem voire plus pour disparaître sans séquelle

⇒ A la phase secondaire :

\* Erythème chronique migrant multiple : rare en Europe  
< 5 % cas

\* Lymphocytome cutané bénin :

Rare/Plutôt chez l'enfant

Plaque ou nodule brun violacé indolore de taille  
variable

Siégeant préférentiellement au niveau de l'oreille,  
du mamelon, scrotum

⇒ A la phase tardive :

**Acrodermatite chronique atrophiante :**

Essentiellement en Europe

Siège surtout aux extrémités et en regard des surfaces articulaires

Débute par une phase inflammatoire avec un érythème violacé + œdème associés à des bandes fibreuses périarticulaires

AB efficace à cette phase

En absence de traitement, évolution vers atrophie cutanée définitive avec une peau fine luisante où le réseau veineux devient apparent

AB le plus souvent inefficace à ce stade



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>

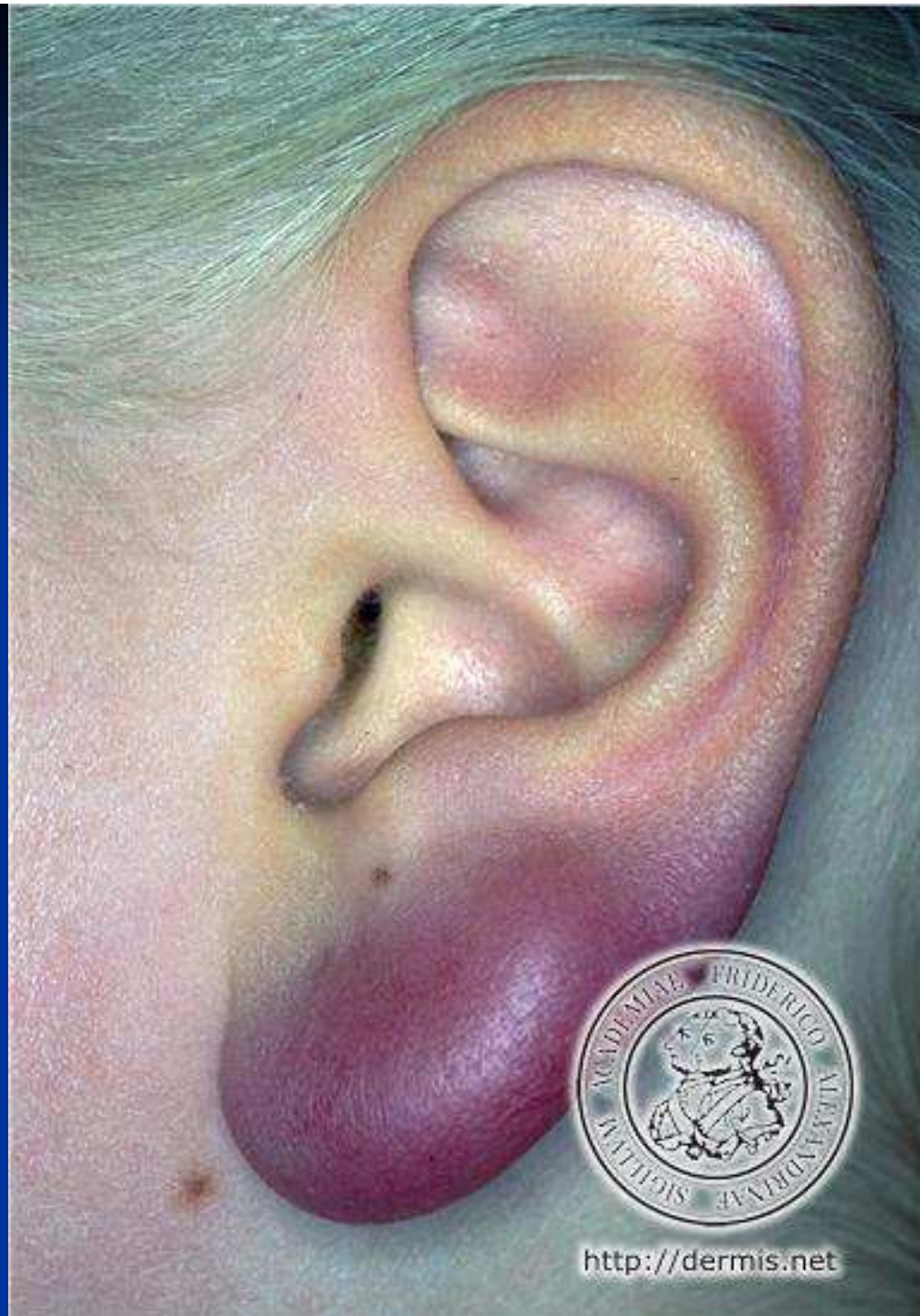




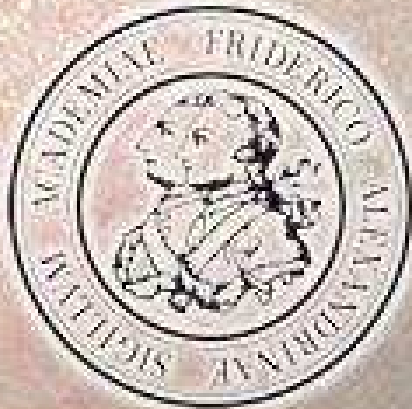
<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



# Manifestations neurologiques

## Polymorphisme

### ⇒ **Méningo-radiculite sensitive**

Méningite lymphocytaire asymptomatique ou paucisymptomatique associée à des douleurs radiculaires fréquemment localisées dans le territoire de morsure à recrudescence nocturne et résistantes aux antalgiques

⇒ **Atteinte paires craniennes :**

VII : PFP uni ou bilatérale

isolée ou associée à une méningite lymphocytaire

III – IV – VI /VIII

⇒ **Manifestations neurologiques centrales de la phase secondaire** se résumant à une méningo-encéphalite aiguë ou à méningomyélite aiguë

*A la phase tertiaire, les manifestations neurologiques sont plus rares, non spécifiques :*

\* Polyneuropathie distale associée ou non à une méningite

\* Tableau encéphalomyélite chronique / d'encéphalopathie chronique

# Manifestations articulaires et musculaires

- ❖ Moins fréquentes en Europe
- ❖ Phase précoce disséminée
- ❖ Mono ou oligoarthrite asymétrique des grosses articulations

Accès récidivants entrecoupés de phases de rémission

Passage rare à la chronicité  $\approx 10\%$  des cas

- ❖ Myalgies banales au cours de l'évolution
- Myosites rares

## Autres

### ⇒ Atteinte cardiaque

Rare/entre 0 et 8 %

En moyenne, 3 semaines après EM

\* BAV de tout degré

Régression en général spontanée du trouble de la conduction en moyenne et 2 à 6 sem sans séquelle

\* Troubles du rythme : + rares

\* Myocardite/Péricardite

⇒ Manifestations oculaires :

1 % des cas

Toutes les structures de l'œil peuvent être touchées

Mécanisme infectieux ou immuno-allergique

Aucune atteinte spécifique

## Diagnostic :

- ✓ Avant tout clinique
- ✓ Bilan biologique standard le plus souvent normal
- ✓ Sérologie ELISA
  - ❖ Si  $\oplus$  confirmation par le Western Blot qui permet d'écartier les réactions croisées avec la syphilis, la leptospirose, une infection à CMV-EBV
  - ❖ Le plus souvent T au stade EMC

*Une positivité de la sérologie et du WB ne traduit qu'un contact avec la borrelia ; en l'absence de manifestation clinique évocatrice, rien ne permet de retenir le diagnostic de la maladie de Lyme*

**Recommandations thérapeutiques pour la prise en charge de la phase primaire de la borréliose de Lyme : traitement par voie orale**

	<b>ANTIBIOTIQUE</b>	<b>POSOLOGIE</b>	<b>DURÉE</b>
<b>ADULTE</b>			
1 <sup>e</sup> ligne	Amoxicilline ou Doxycycline*	1 g x 3/j 100 mg x 2/j	14-21 jours 14-21 jours
2 <sup>e</sup> ligne	Céfuroxime-axétil	500 mg x 2/j	14-21 jours
3 <sup>e</sup> ligne si CI 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> lignes ou allergie	Azithromycine**	500 mg x 1/j	10 jours
<b>ENFANTS</b>			
1 <sup>re</sup> ligne < 8 ans	Amoxicilline	50 mg/kg/j en trois prises	14-21 jours
> 8 ans	Amoxicilline ou Doxycycline*	50 mg/kg/j en trois prises  4 mg/kg/j en deux prises, maximum 100 mg/prise	14-21 jours
2 <sup>e</sup> ligne	Céfuroxime-axétil	30 mg/kg/j en deux prises, maximum 500 mg/prise	14-21 jours
3 <sup>e</sup> ligne si CI 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> lignes ou allergie	Azithromycine**	20 mg/kg/j en une prise, maximum 500 mg/prise	10 jours
<b>FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE</b>			
1 <sup>re</sup> ligne	Amoxicilline	1 g x 3/j	14-21 jours
2 <sup>e</sup> ligne	Céfuroxime-axétil	500 mg x 2/j	14-21 jours
3 <sup>e</sup> ligne si CI 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> lignes ou allergie À partir du 2 <sup>e</sup> trimestre de grossesse	Azithromycine**	500 mg x 1/j	10 jours

# Traitement des phases secondaire et tertiaire (Grade C)

Situations cliniques	Options thérapeutiques	
	1 <sup>re</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne
<b>Paralysie faciale (PF) isolée</b>	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	
<b>Autres formes de neuroborréliose dont PF avec méningite</b>	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
<b>Arthrites aiguës</b>	Doxycycline PO 200 mg/j 21 à 28 jours	Amoxicilline PO 1 g x 3/j 21 à 28 jours
<b>Arthrites récidivantes ou chroniques</b>	Doxycycline PO 200 mg/j 30 à 90 jours ou Ceftriaxone IM/IV 2 g/j 14 à 21 jours	

\* Voie IM également possible

\*\* Per os

MUI Million d'Unités Internationales

- ❏ ECM multiples **AMOXICILLINE** ou **DOXYCYCLINE** mêmes posologies pendant 21 jours
- ❏ Le traitement de première ligne du lymphocytome borrélien est la **DOXYCYCLINE PO** (200 mg/j pendant 14 à 21 jours)
- ❏ Le traitement antibiotique des atteintes cardiaques est la **CEFTRIAXONE IV** (2 g/j pendant 21 à 28 jours)
- ❏ Le traitement de l'acrodermatite chronique atrophiante : **DOXYCYCLINE** 200 mg/j 28 J  
Alternative : **CEFTRIAXONE IV** ou **IM** 2 g/j 14 j

## Prophylaxie :

➤ Antibioprophylaxie après morsure de tique ne se discute que chez la femme enceinte, l'enfant < 8 ans et l'immunodéprimé

➤ Port de vêtements clairs, longs, fermés lors d'activités en zone à risque

Répulsif cutané et/ou vestimentaire

Vérification de l'ensemble du revêtement cutané

➤ Extraction rapide de la tique par un tire-tique sans utilisation de substance chimique

Surveillance du site après morsure