

BORRELIOSE (MALADIE DE LYME), ASPECTS CLINIQUES

Pour évoquer un diagnostic de borréliose, il faut tenir compte d'un antécédent de morsure de tique et aussi d'un risque de morsure de tique (activités extérieures, régions visitées).

Les symptômes varient selon les régions, ou plutôt selon l'espèce de *Borrelia* incriminée.

En Europe, *B. afzelii* prédomine, cette espèce à un tropisme particulier (mais pas exclusif) pour la peau.

Manifestations précoces localisées :

- Erythème migrant (EM) :

L'EM apparaît 4 à 20 jours après la piqûre. Une macule ou papule apparaît à l'endroit de la piqûre et s'étend lentement de façon centrifuge. Sa durée moyenne est de 21 jours. Dans de rares cas, des lésions vésiculeuses, pustuleuses, nécrotiques ou purpuriques peuvent être présentes. On le décèle chez 75/80% des patients développant une maladie de Lyme. Des symptômes systémiques (myalgies, arthralgies, fièvre modérée, fatigue, adénopathies) peuvent accompagner l'EM dans 10 à 30% des cas. Sans traitement les lésions disparaissent, souvent dans le mois.

Diagnostic : Clinique, la sérologie est négative dans plus de 50% des cas.

- Le lymphocytome :

C'est une lésion rare (1-3% des cas) qui apparaît 1 à 6 mois après la morsure. Elle est nodulaire, rouge-violacée, mesure 1 à 5 cm de diamètre. Elle touche le plus souvent les enfants. La localisation la plus fréquente est le lobe de l'oreille.

Diagnostic : Sérologie + 70% des cas, Aspect typique biopsie cutanée, PCR biopsie + 67% des cas.



Manifestations précoces disséminées :

Ces manifestations apparaissent dans les semaines, voire les mois qui suivent la morsure. Elles sont la conséquence d'une dissémination hémotogène du spirochète et peuvent atteindre la peau, le système nerveux, les articulations, le cœur et exceptionnellement d'autres localisations (oculaire, hépatique, ...).

- Erythèmes migrants multiples :

Il s'agit de lésions multiples, souvent plus petites que la lésion primaire classique. Elles apparaissent, croissent et disparaissent spontanément. Elles sont souvent associées à des symptômes systémiques. 4 à 20% des EM sont multiples.

- Atteintes neurologiques précoces ou neuroborréliose aiguë :

La triade classique comprend la radiculonévrite, l'atteinte des nerfs crâniens (facial) et la méningite, le tableau est rarement complet.

Chez l'enfant, au moins 50% des cas se manifestent sous forme d'une paralysie faciale. Les atteintes des autres nerfs crâniens sont plus rares. On observe une méningite lymphocytaire (25% des cas) avec souvent un syndrome méningé à bas bruit (céphalées).

Chez l'adulte, l'atteinte la plus fréquente est la radiculonévrite caractérisée par une douleur de type radiculaire (plus de 75% des patients) et/ou une parésie (environ 60%). La parésie peut atteindre les nerfs crâniens, surtout le VII. Les céphalées sont fréquentes (>40%) mais les céphalées intenses sans douleur radiculaire ou parésie sont rares.

Diagnostic : La sérologie est habituellement positive (à l'exception de quelques formes précoces). Il faut parfois répéter la sérologie (98% de + si 4 semaines après le début des signes neurologiques).

Ponction lombaire : Recherche sécrétion intrathécale d'anticorps (taux LCR > Taux sanguin). On observe une pléiocytose (lymphocytose) avec une protéinorachie discrète.

• L'atteinte cardiaque :

Elle est rare (1-5% des cas, hommes jeunes) et se manifeste essentiellement par un trouble de conduction atrio-ventriculaire, le plus souvent sous la forme d'un BAV de 1er degré. Des BAV de degrés plus sévères, des myocardites et des péricardites sont rarement décrits.

Diagnostic : La sérologie est + dans plus de 80% des cas. Une sérologie isolément + ne suffit pas.

Manifestations plus tardives :

L'atteinte articulaire :

L'arthrite apparaît dans les mois voire les années après la morsure de tique. C'est une manifestation inflammatoire avec une synovite, une douleur souvent modérée et un gonflement articulaire. Elle est mono ou pauci-articulaire (asymétrique), touchant le plus souvent le genou. Non traitée, elle peut persister des mois ou des années.

Diagnostic : La sérologie est toujours + car manifestation tardive. La ponction articulaire est inflammatoire. La PCR est + dans 60 – 80 % des cas.

• L'Acrodermatite chronique atrophiante :

Cette atteinte rare (< 5% des cas), touche surtout les femmes. Elle peut apparaître jusque 10 ans après la morsure. Les lésions sont, au départ, rouge-bleuâtres et oedématisées, deviennent ensuite atrophiques (« peau en papier à cigarette »).

Diagnostic : La sérologie est toujours +, manifestation tardive. La biopsie cutanée est caractéristique.

• La neuroborréliose tardive :

Cette atteinte rare (< 5% des atteintes neurologiques), se caractérisant par une encéphalomyélite ou radiculo-myélite évoluant depuis plus de 6 mois (myélopathie lentement progressive, ataxie, tétra-parésie spastique, perte de l'audition, ...).

Diagnostic : La sérologie est toujours + car manifestation tardive. Le LCR est toujours pathologique.

Syndrome post Lyme

Association d'asthénie, d'algies diffuses et de plaintes cognitives après une maladie de Lyme correctement traitée. La responsabilité d'une infection active à borréliose n'est pas démontrée. La reprise d'une antibiothérapie anti-borréliose ne modifie pas l'évolution.

Grossesse

Contrairement à ce que laissaient craindre les premières publications, il n'y a pas d'association évidente entre borréliose et prématurité, décès in utero ou malformations congénitales. Les femmes enceintes qui présentent une atteinte clinique (et

non pas une sérologie isolément positive) doivent être traitées avec des antibiotiques comme les autres patients, en évitant les tétracyclines, contre-indiquées en cas de grossesse et d'allaitement.

Traitement :

Toutes les manifestations cliniques de la borréliose doivent faire l'objet d'une antibiothérapie ciblée. Par contre, une sérologie positive sans symptomatologie caractéristique est une séquelle sérologique qui ne doit pas être traitée. Une thérapie ciblée n'est pas possible dans ce cas, et le patient sera exposé inutilement à une antibiothérapie de longue durée.

La borrelia est une bactérie pour laquelle on ne rapporte pas d'émergence de résistance aux antibiotiques à ce jour. Un traitement antibiotique bien mené ne permettant pas d'améliorer nettement ou complètement (le plus souvent) la situation doit remettre le diagnostic en question.

Une bonne compliance au traitement (posologie et durée) est importante.

L'attitude, actuellement, est de ne pas donner de prophylaxie antibiotique post-morsure (documentée) en Belgique. Si l'administration d'une dose de 200 mg de doxycycline diminue le risque d'atteinte clinique (3,2 à 0,4%), (Nadelman 2001), ce bénéfice n'a été démontré que :

- si le taux d'infestation des tiques (*I. scapularis*) par *Borrelia* sp. dépasse 20%
- si la tique est enlevée après une présence sur la peau d'au moins 36h.
- si la tique est au stade de nymphe
- si l'antibiotique est donné endéans les 72h de la morsure (chez l'adulte).

En Belgique, en moyenne 12% des tiques sont infestées par *Borrelia* sp (Kesteman 2010). Une méta-analyse de quatre études américaines a démontré que pour éviter un épisode d'EM, il faudrait traiter préventivement 50 personnes (Warshafsky 2010).

Il est par contre recommandé, en cas de morsure documentée ou suspectée, d'assurer un suivi clinique de la zone autour de la morsure dans les 30 jours qui suivent, afin de s'assurer de l'absence de développement de manifestations cliniques de borréliose de Lyme.

Référence : Groupe de travail, janvier 2015, Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC), Société Belge d'Infectiologie et de Microbiologie Clinique (SBIMC), Domus Medica, la Société Royale Belge de Rhumatologie (SRBR) et la Vlaamse Vereniging voor Neurologie (VVN)

Rédaction : Dr Edmond Renard
Biologiste
SYNLAB - Laboratoire Dr Collard - Liège