


**Conférence de consensus,  
PARIS,  
13 Décembre 2006  
Com. Org : D Christmann  
Jury : P Choutet**



16<sup>e</sup> Conférence de Consensus en  
Thérapeutique Anti-infectieuse  
organisée par  
la Société de Pathologie Infectieuse  
de Langue Française

### La guerre du Lyme

Le courant officiel	Le courant alternatif
Sociétés savantes - SPILF - IDSA	Société savante - ILADS
Textes de référence - Consensus 2006	Texte de référence - Guidelines 2008
Le Centre National de Référence (CNR) L'InVS	Les Associations - France Lyme - Lyme sans frontière  Laboratoire Schaller TICTOX  Sites internet
 	



**La borreliose  
de Lyme**

28 Mars 2014

Collection  
Assis et Rapports

Sur le plan médical, la problématique de la maladie de Lyme peut se décliner de la manière suivante : (i) la cohérence clinico-biologique existe ; le diagnostic se révèle solide : une mise sous traitement selon les recommandations de la SPILF (référence) sera effectuée ; (ii) les signes exprimés sont ceux d'une maladie de Lyme, mais la sérologie est douteuse ; (iii) l'expression clinique du tableau est complexe, avec essentiellement des manifestations subjectives, mais la sérologie, s'avère positive. Ces deux situations, de diagnostic incertain, nécessitent une réflexion

➤ **Le débat clinique**

Comme évoqué précédemment, certains malades consultent pour des manifestations subjectives, alors même que la sérologie ne permet pas d'affirmer le diagnostic. Ces divers symptômes intitulés « post-Lyme » ou « Lyme-like » ou encore « Lyme chronique » sont d'autant plus difficiles à interpréter et à comprendre qu'ils seraient parfois améliorés par les antibiotiques, transitoirement ou définitivement [10,11]. Bien que l'absence d'amélioration ou une amélioration transitoire ou définitive ne constituent pas en soi une preuve étiologique de la maladie de Lyme, la symptomatologie observée et l'effet potentiel des antibiotiques (effet placebo compris) contribuent à entretenir le doute dans l'esprit des patients et même parfois dans celui des médecins [12].

## Plan national de lutte contre la maladie de Lyme et autres maladies transmissibles par les tiques 2016

### Axe stratégique 3 – Améliorer et uniformiser la prise en charge des malades

Pour lutter contre l'errance médicale dont souffrent les patients, avant qu'une prise en charge adaptée ne leur soit proposée, il est indispensable d'améliorer et d'uniformiser le bilan étiologique et la prise en charge des malades, selon une approche multidisciplinaire.

L'élaboration d'un protocole national de diagnostics et de soins (PNDS) des infections transmissibles par les tiques sera confiée à la Haute autorité de santé (HAS) en lien étroit avec la SPIL et l'ensemble des disciplines concernées (neurologie, dermatologie, rhumatologie, cardiologie, microbiologie, immunologie...) tant en France qu'à l'étranger. Elle associera les associations et la FMVT à ses travaux afin de bien prendre en compte leur ressenti et les problèmes auxquels les patients sont confrontés.

La mise en œuvre de ce PNDS sera assurée notamment par des centres spécialisés de prise en charge qui seront désignés dans chaque région par les ARS. Des filières de soins adaptées seront organisées, en lien avec les professionnels du premier recours, pour permettre une prise en charge de proximité et de qualité pour les patients.

L'Assurance maladie contribuera à la diffusion du bilan et du PNDS auprès des professionnels de santé. Elle assurera sa diffusion aux médecins conseils afin d'harmoniser la prise en charge des formes sévères lors des demandes d'exonération du ticket modérateur dans le cadre des affections hors liste.



5

## Plan national de lutte contre la maladie de Lyme et autres maladies transmissibles par les tiques 2016

### Axe stratégique 3

#### Améliorer et uniformiser la prise en charge des malades

**Action 8** - Elaborer un protocole national de diagnostics et de soins (PNDS) pour les maladies transmissibles par les tiques

#### Contexte

Dans son rapport sur la Borréliose de Lyme en 2014, le Haut conseil de la santé publique conclut qu'il « paraît clair qu'il existe un nombre important de patients souffrant de symptômes chroniques et invalidants étiquetés « maladie de Lyme » sans certitude du fait de la négativité des tests biologiques, ou de la persistance des anticorps dirigés contre B. burgdorferi sensu lato (Borrelia burgdorferi sensu lato), probablement certains pouvant être une maladie de Lyme échappant aux tests biologiques. Mais on peut penser aussi qu'un grand nombre d'entre eux pourraient souffrir d'une infection liée à d'autres micro-organismes portés par des tiques et transmis par eux à l'occasion d'une morsure de tique » ou d'autres pathologies.

Dans ce contexte, en cas de symptômes chroniques et invalidants survenant à la suite d'une piqûre de tique et en cas de négativité du test sur la maladie de Lyme, les patients sont aujourd'hui démunis pour que soit établi un diagnostic fiable de la maladie dont ils souffrent et que leur soit proposé un traitement adapté. Cela favorise l'errance médicale voire des recours à des tests non validés.

Ainsi, il semble indispensable aujourd'hui de développer un bilan diagnostique étendu et standardisé et d'améliorer et d'harmoniser la prise en charge médicale des patients avec un objectif d'équité en termes d'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge globale des personnes malades.

A cet égard, à l'instar des dispositifs existant pour les maladies rares, l'élaboration d'un protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) est un élément essentiel de soins de qualité, afin notamment de limiter l'errance médicale des patients.



6

## Plan national de lutte contre la maladie de Lyme et autres maladies transmissibles par les tiques 2016

### Action 9 Désigner des centres spécialisés de prise en charge dans les régions

#### Contexte

La lutte contre l'errance médicale dont souffrent certains patients passe à la fois par l'élaboration du programme national de dépistage et de soins (PNDS) afin d'homogénéiser les principes de prise en charge de ces patients mais également par la mise en place de parcours de soins adaptés dans les régions pour veiller à la bonne mise en œuvre de ces principes.

#### Description de l'action

A cet égard, les ARS mettront en place des filières de soins adaptées dans chaque région et dans une logique de coordination ville-hôpital accrue. Elles sensibiliseront les professionnels de santé du premier recours aux modalités de prise en charge des patients piqués par une tique, en application du PNDS. Elles définiront, en tant que de besoin, un rôle spécifique aux maisons de santé pluridisciplinaires.

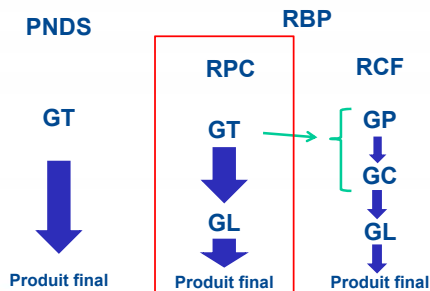
Enfin, elles désigneront dans chaque région, des centres spécialisés de prise en charge, en lien avec les URPS. Ces centres spécialisés mettront en œuvre les examens et les protocoles thérapeutiques nationaux de diagnostics et de soins pour constituer une prise en charge clinique de recours, notamment à travers l'organisation de réunions de synthèse ou de concertation pluridisciplinaires (RCF).



7

## PNDS HAS/SPILF Borréliose de Lyme et autres MVT

### Méthode choisie




8

**PNDS HAS/SFILF Borréliose de Lyme et autres MVT**

**Composition du groupe de travail**

**SFILF**  
(J.SALOMON)  
C. RABAUD  
E. CAUMES  
C. ELGIN  
Y. HANSMANN  
C. CHIROUZE



**Chargés de Projet**  
K. BOUILLER  
A. RAFFETIN  
A. SAUNIER

**FFMVT**  
R. GHOZZI  
C. PERRONNE  
P. RAYMOND  
P. HECKER  
C. POMMIER  
H. GASCAN  
P. TROUILLAS

**CNP**

Médecine Générale : C. MICHEL  
Ophtalmo : B. BODAGHI  
Neuro : T. DEBROUCKER/F. VUILLEMET  
Médecine Interne : B. FANTIN  
Cardiologue : P. CHEVALIER  
Pharmacien biologiste : C. ROURE-SOBAS  
Rhumato : C. SORDET, AP. TROUVIN  
Pédiatres : F. THOLLOT, J. TOUBIANA,  
S. GOULAMHOUSSEN, V. HENTGEN  
Dermato : C. LENORMAND  
Microbiologie : B. JAULHAC

**Le Relais de Lyme**  
**Lympact**  
T. MEDYNSKI


**Lyme sans frontières**  
MC. PERRIN

**HAS** 9

**PNDS HAS/SFILF Borréliose de Lyme et autres MVT**

**Parties prenantes consultées (1/3)**

Association des pédiatres ambulatoires (Afpa)  
Aviesan  
**Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP) \***  
Collège de la Masso Kinésithérapie (CMK)  
**Collège de médecine générale (CMG) \***  
Conseil national professionnel de cardiologie (CNPC)  
Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO) à GNOF  
Conseil national professionnel de médecine du travail (CNPMT)  
**Conseil national professionnel de neurologie (Fédération Française de Neurologie) \***  
Conseil national professionnel d'ophtalmologie (Académie Française de l'Ophtalmologie)  
Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie (CNP ORL)  
**Conseil national professionnel de psychiatrie - Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNPP-CNQSP) \***



**HAS** 10

**PNDS HAS/SFILF Borréliose de Lyme et autres MVT**

**Parties prenantes consultées (2/3)**

**Conseil national professionnel de rhumatologie (Collège Français des Médecins Rhumatologues) \***  
Conseil national professionnel de santé publique (CNP-SP)  
**Fédération française de neurologie \***  
Fédération française de psychiatrie (FFP)  
Groupe de pathologies infectieuses pédiatriques (GPIP)  
Ordre national des pharmaciens  
**Société française d'études et de traitement de la douleur (SFETD) \***  
Société française de dermatologie (SFD)  
Société française d'immunologie (SFI)  
**Société française de microbiologie (SFM) \***  
**Société française de mycologie médicale (SFMM) \***  
Société française de parasitologie  
Société française de pédiatrie (SFP)  
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)  
**Société nationale française de médecine interne (SNFMI) \***




**HAS** 11

**PNDS HAS/SFILF Borréliose de Lyme et autres MVT**

**Parties prenantes consultées (3/3)**

**Enfance Lyme and Co \***  
**Fédération française contre les maladies vectorielles à tiques (FFMVT) \***  
**Lyme sans frontières \***  
France Assos Santé



Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)  
**Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) \***  
Caisse centrale de la MSA (CCMSA)  
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)  
Direction de la sécurité sociale (DSS)  
Direction générale de la santé (DGS)  
Direction générale de l'offre de soins (DGOS)  
Etablissement français du sang (EFS)  
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche  
**Santé publique France \***  
Sécurité sociale indépendants (RSI)

**HAS** 12

## PNDS HAS/SPLIF Borréliose de Lyme et autres MVT

### Chapitres

1. Prévention des maladies vectorielles à tiques (MVT)
2. La Borréliose de Lyme
3. Les autres MVT
4. SPPT : symptomatologie/syndrome persistant(e) polymorphe après une possible de piqûre de tique
5. Propositions aux décideurs publics

## Déroulé des travaux

- 8 Séances de travail - 21 Mars 2017  
18 Mai 2017  
20 Juin 2017  
6 Juillet 2017  
21 Septembre 2017  
19 Octobre 2017  
23 Novembre 2017  
21 Décembre 2017
- 1 Séance de relecture – 8 Mars 2018



HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Borréliose de Lyme  
et autres maladies vectorielles à  
tiques (MVT)

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Juin 2018

HAS 27 juin 2014 15

Président du groupe de travail

Pr Jérôme Salomon, infectiologue, Garches - jusqu'au 8 janvier 2018 (avant la phase de lecture)

Pr Christian Rabaud, infectiologue, Nancy - membre du groupe de travail jusqu'au 8 janvier 2018 puis président du groupe de travail à partir du 8 janvier 2018 (pendant et après la phase de lecture)(\*)

Membres du groupe de travail

Pr Bahram Bodaghi, ophtalmologiste, Paris(*)	Dr Carole Eldin, infectiologue, Marseille(*)
Pr Éric Caumes, infectiologue, Paris(*)	Pr Bruno Fantin, médecin interniste, Clichy(+)
Pr Philippe Chevalier, cardiologue, Lyon(=)	Dr Hugues Gascan, immunologiste, Rennes(\$)
Pr Catherine Chirouze, infectiologue, Besançon(*)	Dr Raouf Ghozzi, médecin interniste, Lannemezan(\$)
Dr Thomas De Broucker, neurologue, Saint-Denis(*)	Dr Salime Goulamhousen, pédiatre, Méru(+)

(\*) n'endosse pas le texte  
(+) endosse uniquement les chapitres 1, 2 et 3  
(£) endosse le texte mais considère « que le Western Blot peut être d'emblée informatif de la Borréliose et que le traitement de l'érythème migrant, au nom de la prévention des dangers neurologiques tardifs de son traitement insuffisant et du principe de précaution, doit être porté à 28 jours »  
(\$) endosse le texte avec des réserves sur la recommandation de la sérologie en 2 temps et l'annexe 3  
(=) Réponse non reçue

HAS 27 juin 2014 16

Pr Yves Hansmann, infectiologue, Strasbourg(\*)  
 M. Pierre Hecker, représentant d'usagers (France Lyme), Saint-Mandé(§)  
 Dr Véronique Hentgen, pédiatre, Le Chesnay(\*)  
 Pr Benoît Jaulhac, microbiologiste, Strasbourg(\*)  
 Dr Cédric Lenormand, dermatologue, Strasbourg(+)  
 Dr Thierry Médyanski, médecin généraliste, représentant d'usagers (Le Relais de Lyme et Lympact), Bagneres-de-Bigorre(§)  
 Dr Christian Michel, médecin gériatriste, Strasbourg(+)  
 Mme Marie-Claude Perrin, représentante d'usagers (Lyme sans frontières), Saint-Nicolas-de-Port(+)  
 Pr Christian Perronne, infectiologue, Garches(§)  
 Dr Christine Pommer, psychiatre, Dijon(§)

Dr Philippe Raymond, médecin généraliste, Saint-Pierre(§)  
 Mme Chantal Roure-Sobas, pharmacien biologiste, Lyon(\*)  
 Dr Christelle Sordet, rhumatologue, Strasbourg(\*)  
 Dr Franck Thollot, pédiatre, Essey-lès-Nancy(+)  
 Dr Julie Troubiana, pédiatre, Paris(\*)  
 Pr Paul Trouillas, neurologue, Lyon(E)  
 Dr Anne-Priscille Trouvin, rhumatologue, médecin de la douleur, Paris(\*)  
 Dr Francis Vuillemet, neurologue, Colmar(\*)

(\*) n'endosse pas le texte  
 (+) endosse uniquement les chapitres 1, 2 et 3  
 (E) endosse le texte mais considère « que le Western Blot peut être d'emblée informatif de la Borréliose et que le traitement de l'érythème migrant, au nom de la prévention des dangers neurologiques tardifs de son traitement insuffisant et du principe de précaution, doit être porté à 28 jours »  
 (§) endosse le texte avec des réserves sur la recommandation de la sérologie en 2 temps et l'annexe 3  
 (+) Réponse non reçue

HAS 27 juin 2014 17

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ  
 Direction générale de la santé  
 Le Directeur général  
 Paris, le 17 septembre 2013  
 N° 14-2302

Monsieur le Président,  
 C'est avec le vif intérêt, les encouragements de Bruno Peltier (coordonnateur scientifique de Lyme et des autres maladies vectorielles à risque) proposé par le Haute Autorité de Santé en juin 2013 et vos 600 adhésions par avance des sociétés savantes que j'accueille ce projet de HAS.

Nous ne pouvons que féliciter les professionnels de santé et les patients pour leur intérêt et leur engagement dans ce projet et nous vous recommandons vivement de poursuivre vos travaux.

Il est en particulier recommandé d'appliquer dans les sociétés savantes concernées dans l'élaboration de ces recommandations les principes de transparence, d'indépendance et de protection des conflits d'intérêts. Il s'agit de proposer pour les sociétés savantes une expertise pluridisciplinaire impliquant notamment des représentants de médecine générale, pédiatrie, neurologie, infectiologie, dermatologie, rhumatologie, médecine interne, ainsi que l'avis de spécialistes de la Borréliose, des troubles neurologiques et de spécialistes, en lien avec l'expertise des associations, pharmaciens, représentants de patients. Une finalisation de ce projet de recommandation sera possible si elle est validée par les sociétés savantes concernées et si elle est validée par le conseil d'administration de la HAS.

Ces recommandations doivent être en principe disponibles pour le 30 septembre 2013. Le vif intérêt de la HAS pour vos travaux nous en sera un plaisir de recevoir de votre part et de l'ensemble de nos partenaires.

M. le Dr Pierre FATTIVIN  
 Président de la HAS  
 CHU de BREST  
 2 rue de la Santé  
 29100 Brest cedex 9

Améli, 

18

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Recommandation de bonne pratique**


Chapitre 1 – Prévention des MVT  
 Chapitre 2 – La borréliose de Lyme  
 Chapitre 3 – Les autres MVT  
 Chapitre 4 – SPPPT  
 Annexes

1- photos des différents stades d'une tique  
 2- proposition de cahier des charges pour les centres spécialisés MVT  
 3- performances des tests diagnostiques actuellement recommandés

**Argumentaire**  
 402 pages, non relues par le GT  
 601 références bibliographiques  
 Positionnement FFMVT  
 Avis des parties prenantes : résultat de la phase de lecture

**Une conférence de consensus**

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 traitement peut-on recommander dans la borréliose de Lyme ? Quel est le suivi nécessaire ?  
 Question 4 – Quelles sont les mesures préventives à proposer ?




HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ


**Ce que j'en retiens ...**


**Volonté de clarifier le parcours de soins (BL –fiches HAS >> non BL / PNDS)**

- Stratégie diagnostique
- Stratégie thérapeutique
- Surveillance / Orientation en cas de doute diagnostique

Adultes et enfants

 Les infectiologues sont uniquement sollicités pour avis sur l'antibioprofylaxie et le tit des formes psychiatriques de la BL



HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 

Chapitre 2 La BL Questions 1 + 2 + 3


• Exemple : EM unique

EM  
↓  
Antibiothérapie « indispensable et débutée rapidement »  
Surveillance : auto-surveillance (photo avant/après)

« En général », réponse excellente (délai 1 sem-1 mois)  
« Il est recommandé de surveiller et revoir les patients traités pour EM simple en cas d'évolution atypique, de symptômes persistants ou d'apparition de nouveaux symptômes »

« L'échec thérapeutique nécessite un examen spécialisé, notamment dermatologique »

Le suivi après traitement est clinique. Les signes cutanés peuvent mettre plus d'un mois à disparaître sans que cela signe un échec thérapeutique.


HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 

Chapitre 2 La BL Questions 1 + 2 + 3

• Exemple : arthrite

En cas de récurrence des symptômes ou de nouveaux symptômes :

- rechercher un diagnostic différentiel (se reporter au paragraphe sur les diagnostics différentiels) ;
- prendre un avis rhumatologique sur l'intérêt d'un nouveau prélèvement de liquide articulaire ;
- si la PCR est toujours positive 3 semaines après la fin du traitement antibiotique, une deuxième ligne de traitement antibiotique doit être proposée avec une molécule différente de la première.

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 

Ce que j'en retiens ...

• Les messages clés CC SPILF2006 ont été maintenus

- Pas d'antibioprophylaxie
- EM=diagnostic clinique
- ELISA / WB
- Pas de suivi sérologique post-traitement

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


mais des schémas atb sont proposés

L'abstention thérapeutique avec une surveillance rapprochée est recommandée à la condition expresse de l'absence d'érythème migrant ou d'autres symptômes liés à des MVT.

- ▶ Aucun risque infectieux supplémentaire n'a été démontré chez la femme enceinte.
- ▶ Aucun risque infectieux supplémentaire n'a été démontré chez l'enfant de moins de 8 ans.
- ▶ Chez le patient immunodéprimé, il existe un risque accru d'autres MVT.

Il n'y a pas de recommandation spécifique dans ces trois cas particuliers, mais un avis spécialisé peut être demandé auprès d'un infectiologue, d'un gynécologue-obstétricien ou d'un pédiatre.

Et aucun schéma atb n'est proposé

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 

Ce que j'en retiens ...

• Certains points sont plus détaillés (trop ?)

« Promenade en forêt, séjour en zone boisée ou végétalisée (jardinage), randonnée »

après le retrait de la tique, il faut désinfecter le site de piqûre. Cette zone doit être surveillée pour dépister l'apparition d'un EM.

► Surveillance  
Il est recommandé d'informer le patient et son entourage des signes à surveiller.

En plus d'une évolution du point de piqûre (érythème migrant dans la borréliose de Lyme, tache noire dans d'autres MVT, etc.), les signes cliniques à surveiller dans les semaines qui suivent une piqûre de tique sont notamment :

- signes généraux : douleurs, fièvre, fatigue inexpliquée ;
- signes focaux : atteinte dermatologique (érythème migrant ailleurs qu'au site de piqûre), articulaire, neurologique, etc. (voir ci-après).

**HAS** HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ Spilf

### Ce que j'en retiens ...

- Certains points sont plus précis (trop ?)

Il est recommandé d'informer le patient de ne pas utiliser les autotests sur la maladie de Lyme disponibles en vente libre.

Il est recommandé de noter dans le dossier médical du patient (et dans le carnet de santé des enfants) la notion de piqûre de tique (date, localisation anatomique), de prendre des photos (et de demander au patient de le faire pour documenter l'évolution), de noter la localisation géographique.

**HAS** HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ Spilf

### Ce que j'en retiens ...

- D'autres ne reposent pas sur des données scientifiques
  - Tableau psychiatrique dans les formes tardives de la borréliose de Lyme
    - Avis en maladies infectieuses !
  - SPPPT (« Lyme chronique » ?) ≠ « Post-Lyme »

Triade :  
 - Sd polyalgique  
 - Fatigue persistante  
 - Plainte cognitive

Plusieurs fois par semaine, pendant plus de 6 mois  
 Après possible pique de tique  
 Avec ou sans antécédent d'EM

Le syndrome «post-Lyme» correspond à l'association d'une asthénie, d'algies diffuses et de plaintes cognitives après une borréliose de Lyme correctement traitée. La responsabilité d'une infection active à *Borrelia burgdorferi* si n'est actuellement pas démontrée. La reprise d'un traitement antibiotique n'en modifie pas l'évolution (grade B).

↳ Troubles somatoformes ?

Organisations des soins pour la prise en charge de ces patients

- PEC souffrance psychique
- PEC douleur
- PEC sociale (antibiothérapie ???)

**HAS** HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ Spilf

### Ce que j'en retiens ...

- Antibiothérapie (≠ traitement d'épreuve du SPPPT)
  - Abpies RBP HAS2018 ≈ abpies BL CC SPILF2006

- Antibiothérapies EM : plus courtes
- Antibiothérapie formes disséminées précoces : 21 jours
- Antibiothérapie formes disséminées tardives : 28 jours

**HAS** HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ Spilf


Chapitre 2 La BL

Questions 1 + 2 + 3

- Forme localisée précoce : EM unique

Adultes			
1 <sup>re</sup> ligne à privilégier	Doxycycline	200 mg/j en 1 ou 2 prises	14 jours <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">14-21 jours</span>
	ou Amoxicilline	1 g x 3 par jour, toutes les 8 heures (soit 50 mg/kg, sans dépasser 4 g/j)	14 jours <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">14-21 jours</span>
2 <sup>e</sup> ligne si impossibilité de 1 <sup>re</sup> ligne	Azithromycine	1 000 mg le 1 <sup>er</sup> jour Puis 500 mg/j	7 jours <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">10 jours</span>

Exit céfuroxime


HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 

Chapitre 2 La BL Questions 1 + 2 + 3

- Forme localisée précoce : EM unique

Enfants				
1 <sup>re</sup> ligne	< 8 ans	Amoxicilline	50 mg/kg) en 3 prises toutes les 8 heures* (sans dépasser 4 g))	14 jours <b>14-21 jours</b>
		ou Doxycycline	4 mg/kg) en 2 prises (maximum 100 mg/prise)	
	≥ 8 ans	Amoxicilline	50 mg/kg) en 3 prises toutes les 8 heures* (sans dépasser 4 g))	
2 <sup>e</sup> ligne	Azithromycine		20 mg/kg) en une prise (sans dépasser 500 mg/prise)	7 jours


Exit céfuroxime

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 

Chapitre 2 La BL Questions 1 + 2 + 3


- Forme localisée précoce : EM unique

Femme enceinte ou allaitante			
1 <sup>re</sup> ligne	Amoxicilline	1 g x 3 par jour, toutes les 8 heures (soit 50 mg/kg, sans dépasser 4 g))	14 jours <b>14-21 jours</b>
2 <sup>e</sup> ligne (à partir du 2 <sup>e</sup> trimestre)	Azithromycine	1 000 mg le 1 <sup>er</sup> jour Puis 500 mg))	7 jours

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 

Chapitre 2 La BL Questions 1 + 2 + 3

	RBP HAS2018	CC SPILF2006
EM multiple	Doxy/amox – 21 jours Azithro – 10 jours	Doxy/amox – 21 jours
Lymphocytome borrélien	Doxy/amox – 21 jours Azithro – 10 jours	Doxy – 14 à 21 jours
Forme neuro précoce	Ceftriaxone / doxy – 21 jours	PFPI isolée : Doxy/ceftriaxone – 14 à 21 jours Autres formes (et si méningite) : ceftriaxone – 28 jours
Forme neuro tardive	Ceftriaxone – 28 jours Doxy – 28 jours	Autres formes (et si méningite) : ceftriaxone – 28 jours
Arthrite	Doxy – 28 jours Ceftriaxone – 28 jours	Doxy – 21 à 28 jours Amox – 21 à 28 jours
Arthrite récidivantes	2 <sup>me</sup> abpie avec molécule différente de la première	Doxy – 30 à 90 jours Ceftriaxone – 14 à 21 jours
Polynuropathie sensitive	?	Autres formes : ceftriaxone – 28 jours
ACA	Doxy – 28 jours Ceftriaxone – 28 jours	Doxy – 28 jours Ceftriaxone – 14 jours

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 

Ce que j'en retiens ...

- Pas de place définie pour le traitement antibiotique d'épreuve en dehors du SPPPT

PEC des patients avec SPPPT

Si le bilan des diagnostics différentiels complet, dont les diagnostics différentiels infectieux, est négatif, un traitement antibiotique d'épreuve pourra être proposé :

- Chez l'adulte, traitement anti-infectieux d'épreuve par doxycycline 200 mg) pendant 28 jours en 1<sup>re</sup> intention. Si la doxycycline est contre-indiquée, notamment chez la femme enceinte aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres de grossesse : azithromycine 1 000 mg en dose de charge puis 500 mg) pendant 15 jours en 2<sup>e</sup> intention.
- Chez l'enfant de moins de 8 ans, un avis pédiatrique spécialisé est recommandé.

Toute antibiothérapie prolongée au-delà de 28 jours devra être documentée\* dans le cadre de protocoles de recherche (observationnel, clinique, etc.) définis au sein du centre spécialisé.



**HAS** HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ Spif

### Ce que j'en retiens ...

- **Pas de paragraphe sur la stratégie du diagnostic microbiologique mais**
  - Annexe 3
  - Il est répété tout au long du texte : Elisa puis WB
  - Il est clairement précisé que les auto-tests ne doivent pas être utilisés
- On trouve *qqpart qq mots* sur l'interprétation de la sérologie en fonction du contexte clinique

Après un traitement efficace de la forme précoce de la maladie, ayant permis une guérison clinique, des taux élevés d'anticorps, et donc une sérologie positive, peuvent être observés plusieurs années après la guérison. En l'absence de signes cliniques, ils ne doivent pas conduire à une reprise du traitement, et le suivi sérologique n'est pas recommandé. Le succès thérapeutique doit être évalué sur des critères cliniques.

Les anticorps spécifiques ne protègent pas contre une nouvelle infection à *Borrelia burgdorferi sensu lato*.

P 21, formes tardives

Il est rappelé également qu'en cas de découverte fortuite d'une sérologie de Lyme positive sans signe clinique évocateur d'une infection à *Borrelia burgdorferi sensu lato*, d'une autre MVT ni d'un SPPT, il n'est pas recommandé de poursuivre les investigations ni de traiter le patient.

P 33, SPPTT

**HAS** HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ Spif

### Ce que j'en retiens ...

- **Tous les points qui ne posaient pas de problèmes scientifiques ont obtenu un consensus mais sans gradation des recommandations, mais avec manque de concision +++** (fréquence, description sémiologique, « en général, mais », ...)
- Prévention
- Forme localisée précoce
- Formes disséminées précoces

- **Tous les points avec des « données scientifiques » interprétées de façon diverses par les membres du GT n'ont pas trouvé de consensus**
  - Formes disséminées tardives
  - SPPPPPTTTT

### Ce que j'en retiens ...PAS !

#### Les dangers du texte

ex : Surveillance

**Surveillance**

Il est recommandé d'informer le patient et son entourage des signes à surveiller.

En plus d'une évolution du point de piqure (érythème migrant dans la borréliose de Lyme, tache noire dans d'autres MVT, etc.), les signes cliniques à surveiller dans les semaines qui suivent une piqûre de tique sont notamment :

- signes généraux : douleurs, fièvre, fatigue inexplicable ;
- signes focaux : atteinte dermatologique (érythème migrant ailleurs qu'au site de piqûre), articulaire, neurologique, etc.

De même, il est important de rechercher une exposition aux tiques en présence de ces symptômes.

Il est recommandé de noter dans le dossier médical du patient (et dans le carnet de santé des enfants) la notion de piqûre de tique (date, localisation anatomique), de prendre des photos (et de demander au patient de le faire pour documenter l'évolution), de noter la localisation géographique.

On peut recommander au patient de signaler la piqûre via l'application Signalement Tique !

Il est recommandé d'informer le patient de ne pas utiliser les autotests sur la maladie de Lyme disponibles en vente libre.

### Ce que j'en retiens ...PAS !

#### Forme localisée précoce de la borréliose de Lyme : l'érythème migrant

**Description clinique**

La forme classique est une macule érythémateuse, de forme ronde à ovale, de plusieurs centimètres de diamètre à croissance centrifuge (atteignant le plus souvent un diamètre supérieur à 5 cm) avec un éclaircissement central, généralement sans prurit. Il apparaît au site de la piqûre après une durée d'incubation de 3 à 30 jours.

Une réaction locale précoce prurigineuse et transitoire n'est pas un érythème migrant, mais la conséquence d'une réaction à la salive de la tique.

S'il est associé à des signes généraux (myalgies, frissons, voire fièvre, fatigue, etc.) ou à d'autres signes cliniques (humatologiques, neurologiques, dermatologiques, etc.) : atteintes disséminées précoces. Par ailleurs, tout évoquer les autres MVT.

**Confusion : définition de la phase de l'infection précoce ou disséminé ?**

## Les délais de survenue des symptômes

- Formes disséminées précoces
  - Neuroborréliose : pas de précisions
  - Formes articulaires : 4 jours à plusieurs années après l'érythème migrant
  - Formes cardiaques : 4 jours à 7 mois après la piqûre de tique
- Quelles conséquences ?
  - Sérologie négative en cas d'atteinte articulaire précoce ?
  - Faire un ECG après piqûre de tique ? (signes d'appels : « douleurs thoraciques, palpitations, dyspnée, syncope »)

...vous avez dit « chronique ? »  
merci à ctrl »f »

- Que signifie « chronique » ?
- Formes disséminées tardives de neuroborréliose
  - « rares, définies par une évolution **chronique** sur plus de 6 mois »
  - « il peut persister des troubles chroniques consécutifs avec au premier plan des pertes de mémoire, des troubles de la concentration, la dépression, des douleurs d'allures neuropathiques, la fatigue chronique et des céphalées chroniques »
- Manifestations psychiatriques : où se cache « la dépression » ?

## Autres...

- En France en 2014-2015, la présence d'un foyer d'encéphalite à tiques en Alsace était confirmé....

## ...et le SPPT

### Définition et signes cliniques

- Il est proposé la notion de symptomatologie/syndrome persistant(e) polymorphe après une possible piqûre de tique (SPPT) qui est définie par :
  - une piqûre de tique possible ;
  - la triade clinique associant plusieurs fois par semaine, depuis plus de 6 mois :
    - un syndrome polyalgique (douleurs musculo-squelettiques et/ou d'allure neuropathique et/ou céphalées),
    - à une fatigue persistante avec réduction des capacités physiques,
    - et à des plaintes cognitives (troubles de la concentration et/ou de l'attention, troubles mnésiques, lenteur d'idéation) ;
  - avec ou sans antécédent d'érythème migrant.

Cette triade peut être associée à des signes fonctionnels polyorganiques (cf. Cas rapportés dans la littérature : voir rapport d'élaboration).

La présence de fièvre et un syndrome inflammatoire biologique élevé sont peu évocateurs d'un SPPT et doivent faire rechercher les autres maladies infectieuses, dont les autres MVT, et les autres diagnostics différentiels.

Les symptômes seront dans la mesure du possible objectivés par des tests validés.

## SPPT

- Bilan de 2<sup>ème</sup> recours
  - Évoquer une babésiose, fièvre Q, bartonellose, rickettsiose, ehrlichiose, infection à parvovirus B19
- Ces infections sont elles connues pour provoquer des symptômes chroniques ?

- SPPT :  
la cause est...inconnue  
mais le traitement est...antibiotique !

### Traitement anti-infectieux adapté selon les résultats

Si le bilan des diagnostics différentiels complet, dont les diagnostics différentiels infectieux, est négatif, un traitement antibiotique d'épreuve pourra être proposé :

- chez l'adulte, traitement anti-infectieux d'épreuve par doxycycline 200 mg/j pendant 28 jours en 1<sup>ère</sup> intention. Si la doxycycline est contre-indiquée, notamment chez la femme enceinte aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres de grossesse : azithromycine 1 000 mg en dose de charge puis 500 mg/j pendant 15 jours en 2<sup>e</sup> intention ;
- chez l'enfant de moins de 8 ans, un avis pédiatrique spécialisé est recommandé.

## SPPT : quelle limite donner à cette entité ?

### Prise en charge sociale

Il est recommandé d'évaluer l'impact familial, social et professionnel.

Dans le cas des enfants, veiller à évaluer l'impact scolaire, ainsi que l'impact social. Toutes les dispositions seront prises pour garantir la continuité de la scolarité en recourant le cas échéant à différents dispositifs en lien avec l'établissement, le médecin scolaire ou l'équipe pédagogique (PAP, FRE, PAL APAD, etc.). Des aides spécialisées comme l'allocation journalière présence parentale peuvent être proposées aux parents.

- ▶ Penser à demander une prise en charge ALD hors liste et selon le tableau clinique.
- ▶ Demander une prise en charge sociale si nécessaire (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé : RQTH ; allocation aux adultes handicapés : AAH).