



Photo : Nathalie Boulanger, Université de Strasbourg

ANTIBIOESTinfos

www.antibioest.org

LYME : PEUT-ON À NOUVEAU PARLER D'AUTRE CHOSE QUE DE "COVID-19" ?



EDITORIAL

Comment provoquer une maladie chronique et anxigène ?

Pr Yves HANSMANN, Chef de Pôle et infectiologue aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Pr Christian RABAUD, Président d'AntibioEst

Il faut tout d'abord choisir une maladie. Cette maladie pour être au centre d'un débat sociétal doit pouvoir être exprimée sans honte. Les maladies infectieuses sont intéressantes à ce sujet, sauf s'il s'agit d'IST, car elles sont causées par un élément extérieur permettant de déculpabiliser le patient bien mieux que toute autre pathologie de cause endogène voire psychiatrique. Quand elles sont en plus acquises par transmission à partir d'un autre hôte, elles sont de nature à engendrer à la fois un sentiment d'injustice et de colère.

Il faut que cette maladie puisse faire l'objet d'une médiatisation importante la faisant connaître d'un maximum de personnes. Ainsi, dès les années 80, la maladie de Lyme à travers l'épidémie d'arthrite dans le comté de Lyme aux Etats-Unis a débuté son existence moderne en profitant d'une telle publicité.

Il faut que cette maladie fasse peur : l'anxiété est un moteur indispensable pour en faire une bonne maladie chronique, car tout le monde a tendance à s'y projeter. Il faut qu'elle provoque des manifestations graves ou ressenties, médiatisées, comme telles.

Il faut que cette maladie garde une certaine dose de mystère. Si la science est en mesure d'expliquer tous ses mécanismes alors elle ne pourra plus s'emparer de l'imaginaire collectif. Moins on connaît la maladie plus elle expose au risque de chronicisation. Le fait de ne pas arriver à identifier l'agent causal ou à ne pas arriver à faire le lien entre un résultat biologique et la maladie est un facteur utile pour réfuter

toute réponse à caractère scientifique.

Il faut que la maladie fasse l'objet d'une polémique. Les polémiques impliquent l'incertitude des experts et contribue à générer des doutes, voire une méfiance par rapport au corps médical au sein de la population.

Tous ces ingrédients sont ainsi servis à une société ou des groupes de populations appelés victimes qui s'organisent dans le but de faire reconnaître leur souffrance. Notre société se délecte de ce type de comportements relayés par les médias. Notre société est endoctrinée par la nécessité de trouver un coupable à une cause, et va crier son indignation face à cette injustice.

Certains patients ont trouvé avec la borréliose de Lyme tous ces ingrédients qui en ont fait ce sujet de polémique sociétal idéal.

Mais peut être que nous nous trompons ? Toutefois, si notre analyse est juste, la prochaine maladie chronique sociétale portera

sans doute le nom de « post covid-19 » et sera sans doute portée par les mêmes personnes en appelant aux mêmes traitements tels l'hydroxychloroquine !

AntibioTél ? !

Le réseau AntibioEst a mis en place un numéro de conseil téléphonique destiné aux professionnels de santé libéraux de notre région.

Il est assuré par des infectiologues référents bénévoles pour répondre à toutes les questions concernant l'antibiothérapie.

Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30 (hors jours fériés).

**Un seul numéro d'appel
03 83 76 44 89**



Borréliose de Lyme et autres infections transmises par les tiques

Les recommandations 2019 de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française)

La saison prête à se remémorer les recommandations de la SPILF parues il y a 1 an. En effet en cette période de déconfinement, les tiques sont à nouveau en activité. Et la SPILF s'adresse à l'ensemble des médecins pour leur venir en aide sur les problématiques des maladies transmises par ces tiques. **Loi des polémiques, les recommandations font le point sur l'état des connaissances, sans faire de concession à la méthode scientifique qui reste de fondement de notre exercice médical.** Elles proposent une prise en charge pratique correspondant aux situations que chaque médecin peut rencontrer dans son activité quotidienne.

Le nœud du problème : la tique

Connaître son mode de vie, c'est savoir adopter un comportement préventif. Les recommandations décrivent les différentes tiques et leur mode de vie. Des mesures de limitation de la prolifération des tiques sont aussi une méthode de prévention importante : action sur le biotope des tiques, limitation de la prolifération de certaines espèces animales servant d'amplificateur de la prolifération des tiques.

L'épidémiologie de la borréliose de Lyme

Oui, cette infection est fréquente, il n'y a pas de doute. La maladie de Lyme est bien une infection de médecine de premier recours que chaque médecin doit savoir prendre en charge dans ses formes les plus simples. Le réseau sentinelle permet d'en apprécier l'évolution dans le temps, et les données nationales montrent qu'elle est en augmentation depuis quelques années avec une incidence passant d'un taux juste supérieur à 40/100 000 habitants il y a 10 ans à plus de 100 cas/ 100 000 habitants en 2018. Mais les causes précises de cette augmentation restent discutées : prolifération des tiques ? Augmentation de l'exposition ? Meilleure connaissance de l'infection ?

Les autres infections transmises par les tiques

Les tiques peuvent héberger de nombreux agents microbiens dont certains peuvent être pathogènes pour l'homme. Les autres infections, moins fréquentes que la borréliose de Lyme, **ont toutes un point commun** : l'anaplasmose, la babésiose, les rickettsioses, les méningo-encéphalites à tiques (MET), **sont des infections aiguës et fébriles.** Elles peuvent expliquer un certain nombre de syndromes infectieux estivaux et répondent bien au traitement anti infectieux sauf la MET pour laquelle un traitement préventif vaccinal est disponible et indiqué en cas de forte exposition dans les zones à risque (Alsace, Lorraine, Savoie). Il faut savoir y penser en demandant les tests microbiologiques adéquats.

Quand faut-il suspecter la borréliose de Lyme ?

Il est important de connaître les signes cliniques de la borréliose de Lyme qui sont la base du diagnostic de l'infection.

L'érythème migrant devrait être connu par tout médecin généraliste, mais il existe des pièges comme l'absence de la piqûre de tique qui ne permet pas de rejeter le diagnostic. Les critères sérologiques permettent d'identifier l'infection à ce stade : la taille de l'érythème est souvent supérieure à 5 cm et sa forme est plus ou moins variable, grossièrement annulaire avec un rehaussement périphérique (en cocarde) et une évolution centrifuge : **avec ces 3 critères, pas de risque de se tromper, le diagnostic est fait et le traitement est indispensable.** Il faut savoir reconnaître la réaction inflammatoire (et non infectieuse) induite par la piqûre de tique de l'érythème migrant de la borréliose de Lyme : la taille inférieure à 2 cm et la chronologie au moment ou dans les suites immédiates de la piqûre permettent de faire le diagnostic différentiel. **En cas de doute, les recommandations mettent à disposition un tableau regroupant les principaux diagnostics différentiels.**

Les autres manifestations cutanées sont plus rares : lymphocytome cutané bénin, érythèmes migrants multiples. L'acrodermatite atrophique a la particularité de pouvoir

survenir plusieurs années après la piqûre de tique. Le diagnostic peut être délicat et il est recommandé de faire appel à un avis spécialisé en dermatologie.

Les formes neurologiques sont d'expressions cliniques diverses. Les recommandations proposent de différencier les manifestations typiques justifiant la recherche systématique de la borréliose dans la démarche étiologique, des manifestations moins typiques pour lesquelles l'exclusion d'une autre cause évidente peut faire rechercher une borréliose dans un deuxième temps. Parmi les premières, **la méningo-radculite est l'expression la plus classique dont la paralysie faciale est une forme particulière.** Les autres manifestations décrites sont parfois plus difficiles à identifier, mais quelle que soit l'expression, le diagnostic repose sur la réalisation d'une ponction lombaire, **seul critère qui permet d'établir avec certitude le diagnostic,** en montrant à la fois une réaction inflammatoire dans le LCS et la présence d'une synthèse intra thécale d'anticorps spécifiques.

Les formes articulaires sont souvent évoquées, mais, comme pour la neuroborréliose, **il existe des formes typiques** justifiant une recherche systématique de Borrelia : il s'agit **des mono ou oligo-arthrites des grosses articulations ayant un caractère inflammatoire mais sans signe de sepsis.** La ponction articulaire peut apporter des informations intéressantes en montrant un liquide inflammatoire avec de nombreux polynucléaires, et permet aussi dans certains cas, grâce aux techniques de diagnostic moléculaire d'identifier Borrelia permettant d'affirmer le diagnostic. **Les autres formes d'arthrites voire de douleurs articulaires sont dans la grande majorité liées à d'autres causes et la recherche du diagnostic différentiel doit être prioritaire.**

Les autres manifestations de borréliose sont plus rares : les formes cardiaques méritent d'être connues en raison du risque de BAV, les formes ophtalmologiques sont rarement confirmées.

Les outils du diagnostic biologique s'inscrivent dans la démarche diagnostique à la suite de l'analyse des signes cliniques et repose sur **la sérologie.** Celle-ci ne représente **jamais à elle seule un critère suffisant pour affirmer le diagnostic de borréliose de Lyme** car elle n'est pas en mesure de mettre en évidence l'agent pathogène lui-même. **Dans les formes précoces la sérologie n'a aucun intérêt** car les anticorps n'ont pas encore eu le temps d'apparaître et sa négativité ne permettra jamais d'éliminer le diagnostic. Par contre pour les formes tardives, survenant **plus de 6 semaines après la piqûre de tique, la sérologie prend tout son sens** pour confirmer une hypothèse clinique. Il faut toutefois se méfier des formes précoces de neuroborréliose pour lesquelles les symptômes cliniques peuvent précéder la séroconversion. Par contre pour les formes plus tardives comme les arthrites et les acrodermatites atrophiques, la valeur prédictive négative de la sérologie est excellente.

La PCR n'est pas faite en routine mais peut être utile pour confirmer un diagnostic surtout dans les formes articulaires. **Beaucoup d'autres tests sont proposés à tort aux patients, car non validés voire bien moins performants que la sérologie.**

Les propositions thérapeutiques reposent sur les antibiotiques. **La doxycycline a démontré une efficacité équivalente aux beta-lactamines** au cours des formes précoces mais aussi tardives. Elle a l'avantage de la simplicité. Les durées de traitements proposées sont celles qui ont fait l'objet d'essais thérapeutiques ayant démontré leur efficacité. Il est probable que la prolongation de la durée d'une antibiothérapie n'apporte qu'un risque majoré d'effets secondaires. **Les durées supérieures à 6 semaines n'ont jamais démontré leur efficacité au cours d'études comparatives.**

.../...

Adhérez à ANTIBIOEST Rejoignez-nous !

En complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre.

Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioEst ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiologie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.

Bulletin d'adhésion 2020

À glisser dans une enveloppe accompagné de votre règlement

Je souhaite adhérer à l'Association du Centre de Conseil en Antibiothérapie du Grand Est

J'adresse ci-joint ma cotisation pour l'année 2020

Montant : (cochez la case correspondante)

- 600 € pour les CHU/CHR
- 300 € pour les CHG/ESPIC/Cliniques
- 150 € pour les Moyen Long Séjour/Retraite médicalisée
- 300 € pour les Associations professionnelles
- 15 € en adhésion individuelle

À retourner à :

ANTIBIOEST

Mme Christine Barthélemy
Secrétariat du réseau AntibioEst - Maladies infectieuses
Bâtiment des spécialités médicales Philippe CANTON
Hôpitaux de Brabois - Rue du Morvan
54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY





La prise en charge des symptômes persistants

Il s'agit du sujet le plus polémique concernant la borréliose de Lyme (BL). En effet de nombreuses manifestations dites chroniques et polymorphes ont été attribuées à la borréliose de Lyme ou aux suites d'une piqûre de tique. On parle de post Lyme disease ou de SPPT (symptomatologie polymorphe post piqûre de tique). Ces entités sont difficiles à définir et les références médicales scientifiques sont quasi inexistantes. Pour autant cette problématique a été abordée afin de pouvoir aider les médecins dans leur prise en charge des patients présentant des symptomatologies complexes. **Il est proposé de définir ces manifestations comme une « symptomatologie somatique persistante »** correspondant à divers troubles d'étiologie inconnue, persistant dans le temps. L'approche diagnostique doit tenir compte du contexte, de l'environnement du patient, de son parcours et repose sur **un interrogatoire minutieux**. Il est utile de lister les arguments en faveur d'une maladie post



Erythème migrant - Photo personnelle avec accord du patient

piqûre de tique et d'évaluer le degré de conviction de souffrir d'une BL. On peut explorer les facteurs d'aggravation ou de soulagement, et évaluer l'impact sur la qualité de vie du patient. La détresse psychique est notamment explorée, en particulier les symptômes anxieux et dépressifs sans établir hâtivement un lien de causalité entre symptômes physiques et psychologiques. Les symptômes psychologiques peuvent constituer aussi bien des causes que des conséquences, et le plus souvent les deux (causalité circulaire). **Des mécanismes favorisant la perpétuation des symptômes ont été décrits** : mécanismes cérébraux (sensibilisation centrale, conditionnement psychologique), mécanismes somatiques (déconditionnement physique), déterminants sociaux (organisation du système de soins, rôle des médias, complotisme). Ces mécanismes **peuvent être des cibles des traitements proposés**. Il est important de ne pas multiplier les investigations biologiques ou radiologiques destinées à éliminer des diagnostics improbables (risque d'incidentalomes, d'induire des

diagnostics erronés, voire de renforcer les convictions et inquiétudes du patient). Dans ce contexte et en l'absence de signe objectif il est important de pouvoir énoncer le diagnostic de « symptomatologie somatique persistante ». **Ce diagnostic ne doit pas être un diagnostic d'élimination, mais bien un diagnostic positif** (basé sur la mise en évidence de symptômes cognitifs et comportementaux). L'attitude du médecin doit lui permettre d'assumer son positionnement sans faire culpabiliser le patient, en établissant une interaction constructive avec lui. Il est bien entendu important de pouvoir lui expliquer que les antibiotiques n'ont pas d'intérêt et de lui proposer des explications alternatives personnalisées pour ses symptômes : facteurs de pérennisation à aborder avec le patient, relations conflictuelles avec le système de soins, incertitudes angoissantes véhiculées par internet. L'approche thérapeutique, même si elle reste modeste dans ces ambitions doit avoir pour **objectif l'atténuation des symptômes et de leur retentissement sur la vie quotidienne** plutôt que la guérison. Dans ce cadre l'accompagnement du patient est au centre de la prise en charge. Il est souhaitable de proposer une consultation de suivi pour établir une alliance thérapeutique et montrer que l'on est prêt à assumer les choix faits et les décisions prises et même le risque de s'être trompé. Si le patient est réceptif, il existe un intérêt potentiel d'une thérapie cognitive et comportementale bien qu'elle ne soit pas prise en charge par l'assurance maladie quand elle est assurée par des psychologues cliniciens.

Conclusion

Il ne faut pas perdre de vue que des recommandations ... sont des recommandations. Toutes les situations particulières ne peuvent être prises en compte. L'expérience de terrain, le bon sens sont autant de qualités qui permettent à chacun d'adapter les propositions à une situation spécifique. Lisons ces recommandations avec recul. Elles permettent aussi, face au patient de s'appuyer sur des faits scientifiques et validés : il est bien précisé que les traitements longs n'ont aucun sens et que les tests sérologiques sont utiles à l'interprétation, tout particulièrement pour leur valeur prédictive négative devant des manifestations prolongées. Elles sont utiles et fiables pour notre pratique.

Pr Yves Hansmann, Chef de Pôle et infectiologue aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

| ANTIBIOTIQUE | POSOLOGIE | | DUREE | |
|--|---|---|---|------|
| | Adultes et enfants à partir de 8 ans | | | |
| 1 ^{ère} ligne | Doxycycline | 100 mg x 2/j Enfant : 4 mg/kg/j en 2 prises (max 100 mg/prise, et 200 mg/j) | 14 j pour érythème(s) migrant(s), 21 j pour lymphocytome borrélien | |
| 2 ^{ème} ligne | Amoxicilline | 1 g x 3/j Enfant : 50 mg/kg/j en 3 prises toutes les 8 h si possible* (max 1 g par prise) | | |
| Enfants < 8 ans | | | | |
| 1 ^{ère} ligne | Amoxicilline | 50 mg/kg/j en 3 prises toutes les 8 h si possible* | 14 j pour érythème migrant, 21 j pour lymphocytome borrélien | |
| 2 ^{ème} ligne | Azithromycine | 20 mg/kg/j sans dépasser 500 mg/j | 5 j pour érythème migrant, 10 j pour lymphocytome borrélien | |
| Adultes Enfants | | | | |
| Neuroborréliose précoce (Symptômes < 6 mois) | | | | |
| | Doxycycline | 100 mg x 2/j | À partir de 8 ans : 4 mg/kg/j (maximum 200 mg/j), en 2 prises | 14 j |
| | Ceftriaxone i.v. | 2 g x 1/j | 80 mg/kg x 1/j (maximum 2 g) | 14 j |
| Neuroborréliose tardive (symptômes > 6 mois) | | | | |
| | Doxycycline* | 100 mg x 2/j 200 mg x 2/j en cas d'atteinte du système nerveux central | À partir de 8 ans : 4 mg/kg/j (maximum 200 mg/j), en 2 prises 8 mg/kg/j en cas d'atteinte du système nerveux central (maximum 400 mg/j) en 2 prises | 21 j |
| | Ceftriaxone i.v. | 2 g x 1/j 80 mg/kg x 1/j en cas d'atteinte du système nerveux central, en 1 ou 2 administration(s) | 80 mg/kg x 1/j (maximum 2 g) 80 mg/kg x 1/j en cas d'atteinte du système nerveux central, en 1 ou 2 administration(s) | 21 j |
| Formes articulaires | | | | |
| | Doxycycline* PO en 1^{ère} ligne (grade B) | 100 mg x 2/j | À partir de 8 ans : 4 mg/kg/j (maximum, 200 mg) en 2 prises | 28 j |
| | Ceftriaxone i.v., 2^{ème} ligne, en cas d'échec ou de contre-indication à la doxycycline (grade B) | 2 g x 1/j IV | 80 mg/kg x 1/j (max 2 g) | 28 j |
| | Amoxicilline PO en 3^{ème} ligne (grade C) | 1 g x 3/j | 80 mg/kg/j en trois prises (max 3 g) | 28 j |

* Il est recommandé en cas d'échec à une première ligne d'antibiotique, de recourir à une deuxième antibiothérapie en privilégiant la voie parentérale (grade AE).

Recommandations sur la Borréliose de Lyme et autres maladies vectorielles à tiques élaborées par la SPILF et 24 sociétés savantes ou collèges professionnels. Médecine Maladies Infectieuses 2019; 49 (5): 296-317.

- Diaporama de synthèse présenté lors des JNI 2019 à Lyon
- Voir aussi la version dans MMI des argumentaires

Je soussigné(e)
M - Mme
(rayer la mention
inutile)

NOM : Prénom :
Fonction : Spécialité :
Adresse professionnelle :

N° de téléphone : E-mail :@.....

Le cas échéant
représentant :

NOM de l'établissement ou de l'association :
Adresse de l'Etablissement ou de l'Association :

Je règle ma
cotisation :

par Chèque bancaire ou postal Virement bancaire Mandat administratif

IBAN : FR76 1470 7034 0032 2212 2429 114 - BIC : CCBPFRPMTZ

Banque : Ville ou centre :

N° du chèque Libellé au nom de «Association AntibioEst»

Je désire recevoir un reçu de ma cotisation Date :/...../..... Signature
oui non

Inscrivez-vous à notre newsletter
via notre site internet :

www.antibioest.org

↳ Qui sommes nous ?

↳ Recevoir la newsletter

Et suivez-nous sur notre compte Twitter :

 @antibioest



Directeur de la publication : Christian RABAUD
Conception graphique : Youpositif
Mise en page : Daniel Fernandes
Impression : Lorraine graphic
Ce numéro a été tiré à 11 650 exemplaires
ISSN 2649-8480