

INFECTIONS DERMATOLOGIQUES

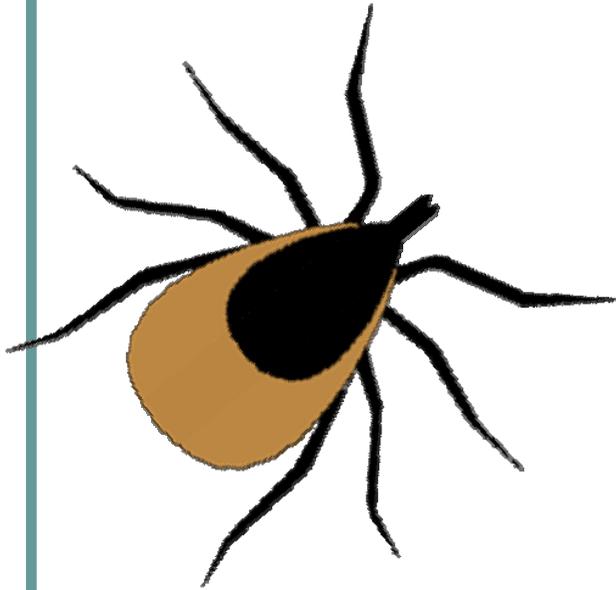
CAS CLINIQUE

HISTOIRE

Un homme de 52 ans vient vous consulter car il s'est aperçu le matin même de la présence d'une tique au niveau de la cuisse. Il s'agit d'un grand ramasseur de champignons dont la dernière sortie a eu lieu la veille.



1) Les tiques sont-elles toutes contaminantes pour la maladie de Lyme ?



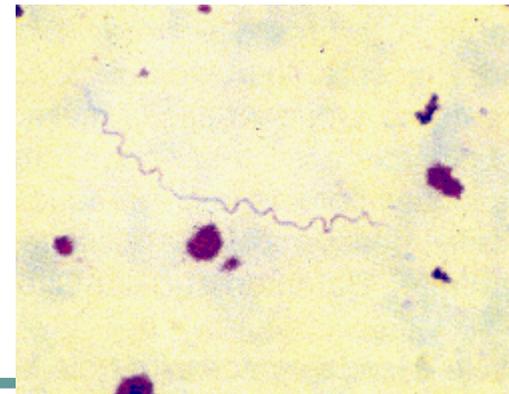
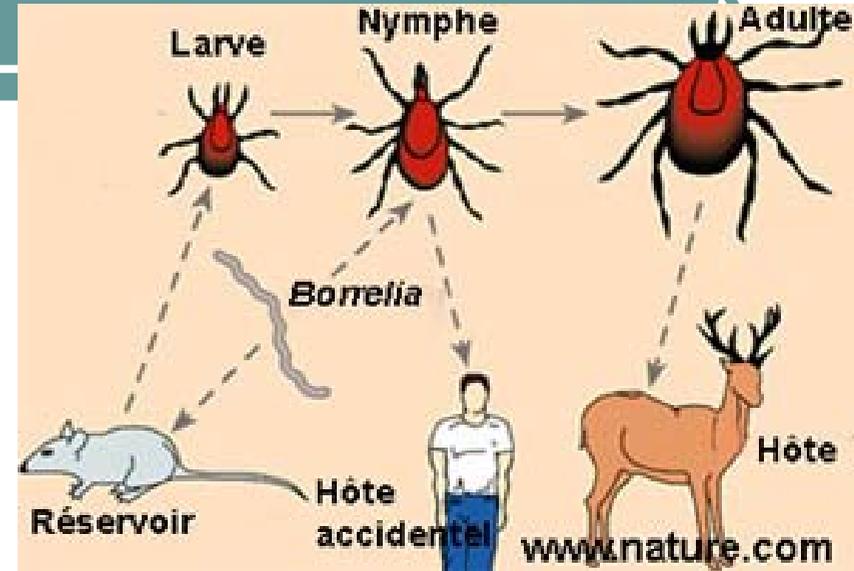
- Oui
- Non



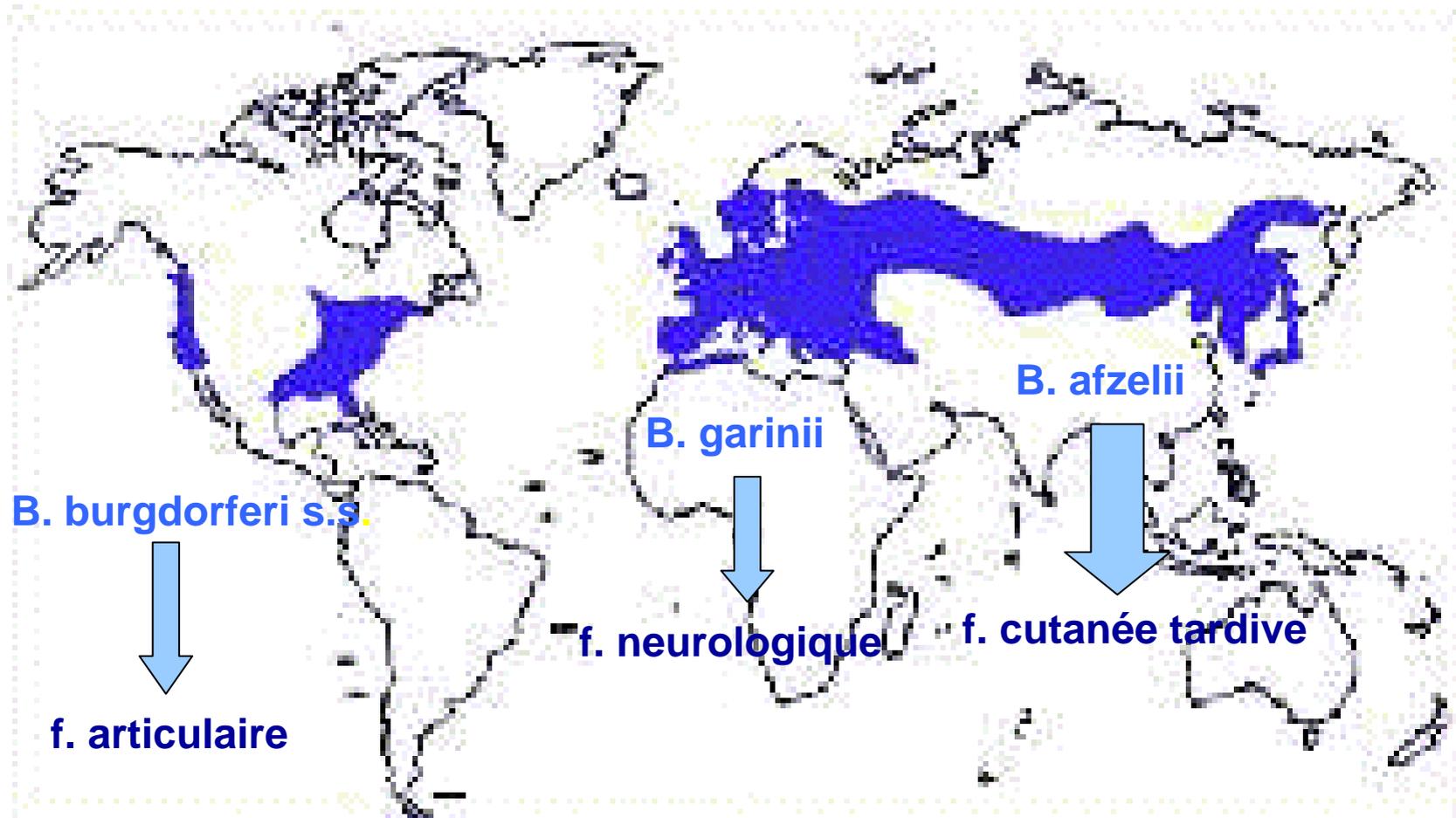
1/ Réponse

■ NON

- Parmi les tiques, seule l'espèce **Ixodes ricinus** est vectrice de *Borrelia burgdorferi*
- Parmi *Ixodes ricinus* environ 12 % sont infectées dans notre région.



Répartition de la maladie de Lyme



2) Faut-il retirer la tique ?

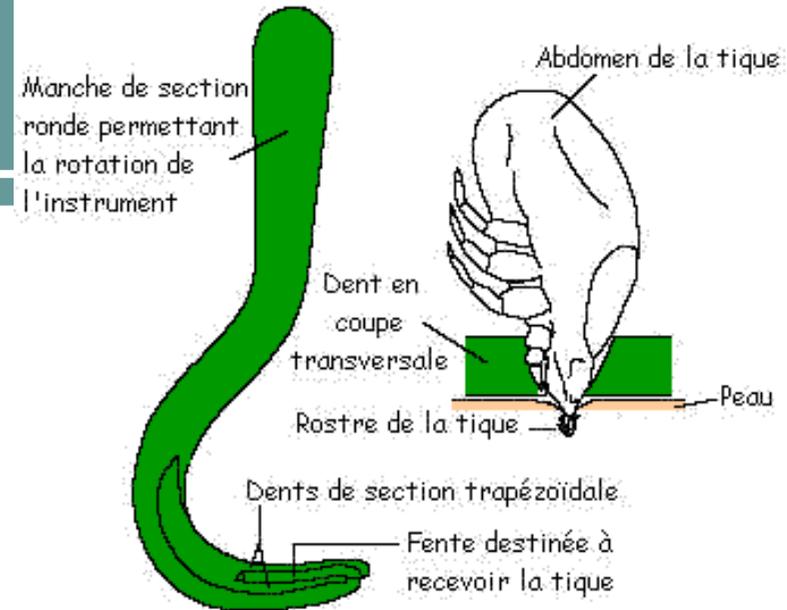
Et comment ?

- grâce à une pince à épiler
- avec un tire-tique
- après l'avoir anesthésiée avec de l'Ether
- en l'arrachant dans le sens des aiguilles d'une montre

2/ Réponse

- grâce à une pince à épiler
- avec un tire-tique

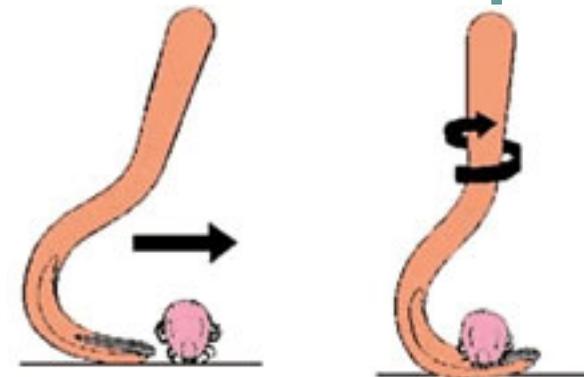
- après l'avoir anesthésié avec de l'Ether
- en l'arrachant dans le sens des aiguilles d'une montre



Le tire-tiques

Mode d'emploi

- Choisir le crochet adapté à la taille de la tique.
- Engager le crochet à la base de la tique, contre la peau, en abordant la tique par le côté, jusqu'à ce qu'elle soit maintenue.
- Soulever très légèrement le crochet et **TOURNER** comme avec un tournevis. La tique se détache d'elle-même au bout de 2 à 3 tours.



3) Faut-il proposer une antibiothérapie après toute morsure

- oui par Amoxicilline pendant 5 j
- si la tique est retirée au-delà de 48 h
- oui, mais seulement chez la femme enceinte
- oui, par Doxycycline en 1 prise de 200 mg

3/ Réponse

oui par Amoxicilline pendant 5 j

- si la tique est retirée au-delà de 48 h
- oui, mais seulement chez la femme enceinte

oui, par Doxycycline en 1 prise de 200 mg

Antibioprophylaxie

« En zone d'endémie, l'antibioprophylaxie peut être discutée au cas par cas dans des situations à haut risque de contamination (piqûres multiples, long délai d'attachement, fort taux d'infestation connu) : doxycycline PO en monodose (200 mg) (grade A=) ou amoxicilline PO (3g/j) pendant 10 à 14 jours (grade B) »

« Chez la femme enceinte : il n'y a pas de démonstration formelle d'un risque d'infection ou de malformation foétale et donc pas de recommandation spécifique. Si une antibioprophylaxie est décidée, on utilise l'amoxicilline PO (3g/j) pendant 10 jours (grade C) »

Conférence de consensus maladie de Lyme, décembre 2006

Lyme et femme enceinte

- LE RISQUE

Le spirochète peut traverser le placenta.

Dans une étude portant sur 19 femmes enceintes atteintes de la maladie de Lyme, les infections étant réparties sur toute la grossesse, 14 grossesses et accouchements ont été normaux et 5 complications sont survenues : mort in utero, prématurité, cécité corticale, rash cutané à la naissance, syndactylie (Markowitz et al, JAMA 1986; 255: 3394-6).

Une malformation cardiaque a été décrite dans une autre étude mais sans preuve de relation avec la maladie de Lyme.

Ce même patient revient vous voir quatre semaines plus tard car il développe après une nouvelle piqûre une réaction érythémateuse



4) Quelles sont les caractéristiques de cette lésion ?

- Nodule violacé situé habituellement autour du mamelon
- Macule extensive et centrifuge
- Aspect en cocarde avec un centre plus clair
- Début au point de piqûre



4) Réponse

Nodule violacé situé habituellement autour du mamelon

- Macule extensive et centrifuge
- Aspect en cocarde avec un centre plus clair
- Début au point de piquûre

Erythème chronique migrant



5) Quelle antibiothérapie pouvez-vous prescrire pour traiter cet E.C.M.?

- AMOXICILLINE 3 g/j pendant 15 j
- AMOXICILLINE 2 g/j pendant 5 j
- DOXYCYCLINE 200 mg/j pendant 15 j
- CEFTRIAXONE 2 g/j pendant 15 j
- OFLOXACINE 400 mg/j pendant 7 j

5) Réponse

■ AMOXICILLINE	3 g/j	pendant	15 j
● AMOXICILLINE	2 g/j	pendant	5 j
■ DOXYCYCLINE	200 mg/j	pendant	15 j
● CEFTRIAXONE	2 g/j	pendant	15 j
● OFLOXACINE	400 mg/j	pendant	7 j

Antibiothérapie curative

Phase primaire de la maladie de Lyme : traitement per os

	Antibiotique	Posologie	Durée
Adulte			
1 ^{ère} ligne	Amoxicilline Ou Doxycycline*	1g x 3/j 100 mg x 2/j (ou 200mg x 1/j)	14-21 j
2 ^{ème} ligne	Céfuroxime axétil	500 mgx2/j	14-21 j
3 ^{ème} ligne (CI 2 premières lignes ou allergie)	Azythromycine	500 mgx1/j (pas de justification d'une dose de charge dans les études cliniques)	10j

* Sauf femme enceinte ou allaitante

Antibiothérapie curative

Phase primaire de la maladie de Lyme : traitement per os

	Antibiotique	Posologie	Durée
Enfants			
1 ^{ère} ligne	Amoxicilline Ou Doxycycline*	50 mg/kg/j en 3 prises 4mg/kg/j en 2 prises, max 100 mg/prise	14-21 j
2 ^{ème} ligne	Céfuroxime axétil	30 mg/kg/j en 2 prises, max 500 mg/prise	14-21 j
3 ^{ème} ligne (CI 2 premières lignes ou allergie)	Azythromycine	20 mg/kg/j en 1 prise max 500 mg/prise Pas de justification d'une dose de charge	10j

* Sauf enfants < 8 ans

Antibiothérapie curative

Phase secondaire et tertiaire de la maladie de Lyme

	Antibiotique	Posologie	Durée
Paralysie faciale isolée	Doxycycline* PO Ou Amoxicilline PO Ou Ceftriaxone IV	200 mg/j 1g x 3/j 2g/j	14-21 j
Autres formes de neuroborelliose dont PF avec méningite	Ceftriaxone IV Ou Pénicilline G Ou Doxycycline* PO	2g/j 18-24 MU/j 200 mg/j	21-28j

* Sauf femme enceinte ou allaitante et enfants < 8 ans

Antibiothérapie curative

Phase secondaire et tertiaire de la maladie de Lyme			
	Antibiotique	Posologie	Durée
Arthrites aiguës	Doxycycline* PO	200 mg/j	21-28 j
	Ou Amoxicilline PO	1g x 3/j	
Arthrites récidivantes ou chroniques	Doxycycline* PO	200 mg/j	30-90 j
	Ou Ceftriaxone IV, IM	2g/j	14-21 j
Lymphocytome borrélien	Doxycycline* PO	200 mg/j	14-21 j
Atteintes cardiaques	Ceftriaxone IV, IM	2g/j	21-28 j
Acrodermatite chronique atrophiante	Doxycycline* PO	200 mg/j	28 j
	Ou Ceftriaxone IV, IM	2g/j	14 j

* Sauf femme enceinte ou allaitante et enfants < 8 ans

6) Prescrivez vous des examens complémentaires ?

7) Concernant la sérologie de la maladie de Lyme

- Il est toujours utile de la pratiquer au moment de l'ECM pour avoir une sérologie de référence
- Elle est utile car les IgM apparaissent concomitamment à l'ECM
- Elle est inutile et potentiellement iatrogène car le diagnostic de l'ECM est clinique
- Elle est utile car une antibiothérapie efficace négative la sérologie lors d'un nouveau contrôle

7) Réponse

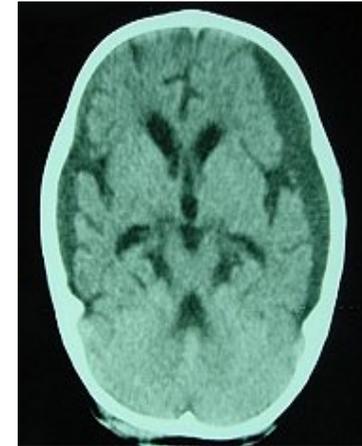
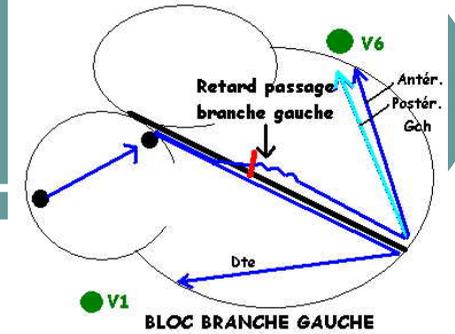
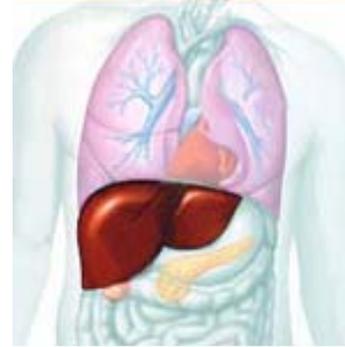
- Il est toujours utile de la pratiquer au moment de l'ECM pour avoir une sérologie de référence
- Elle est utile car les IgM apparaissent concomitamment à l'ECM
- Elle est inutile et potentiellement iatrogène car le diagnostic de l'ECM est clinique
- Elle est utile car une antibiothérapie efficace négative la sérologie lors d'un nouveau contrôle.

8) Quelles complications peut-on craindre à la phase secondaire ?

- Endocardite
- Monoarthrite
- Bloc de branche à l'ECG
- Méningoradiculite
- Glomérulonéphrite

8) Réponse

- endocardite
- Monoarthrite
- Bloc de branche à l'ECG
- Méningoradiculite
- Glomérulonéphrite



9) A propos de l'immunité et de la maladie de Lyme

- L'immunité est protectrice après un ECM
- Il existe un vaccin contre la maladie de Lyme
- Il existe en France un vaccin anti-tiques disponible pour les chiens
- Il existe maintenant un vaccin en France contre un virus transmis par les tiques : TICOVAC ®
- Une ascension des anticorps traduit-elle une évolutivité ?

9) Réponse



- L'immunité est protectrice après un ECM
- Il existe un vaccin contre la maladie de Lyme
- Il existe en France un vaccin anti-tiques disponible pour les chiens
- Il existe maintenant un vaccin en France contre un virus transmis par les tiques : TICOVAC ®
- Une ascension des anticorps traduit-elle une évolutivité ?

Virus TBE (Tick-Born Encephalitis)



M0, M1, M9



Cas clinique

Maladie de Lyme

Christine LICHOSIK

Interne en maladies infectieuses au CHU NANCY
BRABOIS

Mr M. 55 ans

- sans antécédent particulier si ce n'est une allergie à la pénicilline
- Hospitalisé le 11 août 2007 en neurologie pour :
 - paresthésies des doigts et des orteils
 - difficultés à la marche (marche talonnante, ébauche de steppage bilatéral)
 - tétraparésie à prédominance distale
 - aréflexie généralisée

Habitus

- C'est un patient qui aime se promener en forêt.
- Il a souvent eu des morsures de tiques.
- La dernière en date : sur le testicule droit au mois de juin, de la taille d'une pièce de 2 euros, sans déficit neurologique immédiat, ni d'érythème migrans.

Examens complémentaires

- Hyperleucocytose : GB à 14,2 G/L et Ly à 9,1 G/L
 - Immunophénotypage des lymphocytes circulants : leucémie lymphoïde chronique
 - PL : < 5 cellules/mm³
 - Protéïnorachie : 0,68g/L
 - glycorachie : 0,68g/L
 - Chlorurorachie : 127 mEq/L
 - examen direct et culture négative
- > dissociation albuminocytologique
- EMG en faveur d'une polyradiculonévrite aiguë

Prise en charge

- Diagnostic retenu : polyradiculonévrite aiguë
 - Cure de TEGELINE dans le service de neurologie
- > régression de la symptomatologie en 15jours

Examens complémentaires

- Sérologie Listeria, Syphilis, VHB, VHC, VIH négatives

- Sérologie de Lyme :

Le 12/09 : IgG limite normale supérieure à 24 UI/mL et
IgM positifs à 67 UI/mL (>24)

Western blot positif en IgG et IgM (bandes p25 en p17 en
IgM et bandes v1sE et p83 en IgG)

Prise en charge

- Adressé en consultation le 02/10 pour avis sur la nécessité ou non d'un traitement
- Cliniquement, il n'y a plus de lésion visible sur le scrotum
- Plus de déficit sensitivo-moteur ou de paresthésies mais persiste une limitation à la course à pied.

Discussion

1) ce patient nécessite-t-il un complément de bilan ?

2) ce patient nécessite-t-il un traitement ?

Prise en charge

- PL : < 5 cellules/mm³
Protéinorachie : 0,65g/L
glycorachie : 0,66g/L

PCR Lyme négative, recherche d'IgG dans le LCR négative
(IgM non faits ...)

- Par ailleurs : contrôle de la sérologie Lyme :
IgG à 47 UI/mL (versus 24)
IgM à 43 UI/mL (versus 67).

Discussion

- 1) Ce patient nécessite-t-il un traitement
(attention allergie aux pénicillines)

Observation

Borréliose de Lyme et atteinte
articulaire

Observation

- Mr. L...
 - 44 ans
 - Absence d'antécédents notables
 - Consultation Novembre
 - Depuis 3 semaines douleurs articulaires
 - Hanche Dte +
 - Genou Dt +++
 - Pied Dt +

Observation

- Amélioration spontanée (hanche et pied)
- Majoration au niveau du genou avec épanchement articulaire
- Fièvre le soir (39°C)
- Traitement AINS
 - Pas d'antibiotique

Examen clinique

- Epanchement articulaire genou Dt, non inflammatoire
- Epanchement modéré au niveau de la hanche Dte
- Sinon, examen normal
- Données anamnestiques :
 - Piqûres de tiques au cours de l'été et en automne
 - Absence de lésions cutanées (ECM)

Bilan biologique

- Leuco 9300/mm³
 - PNN 75%
- VS 70/113
- Ac. urique 31,3 mg/L
- CRP 87 mg/L

- Sérologie de Lyme : IFI non significative (Ig G et Ig M)

Traitement et évolution

- Doxycycline 200 mg/j pendant 4 semaines
- Janvier :
 - Amélioration (J 15 après arrêt du traitement)
 - Douleurs résiduelles du genou (marche)
 - (cheville +/-)
 - Absence d'arthrite, de fièvre
 - Sinon RAS

Contrôle sérologique

- IFI négative (Ig G et M)
- Western blot +
 - en Ig G pour les bandes : 17, 19, 21, 22, 23, 24, 27, 30, 33, 47, 52, 62, 68, 70, 76, 88 kDa
(16 bandes)
 - en Ig M pour les bandes : 60, 66, 92 kDa

Evolution

- Très lentement favorable après plusieurs semaines
- HLA B27 +

Conclusion

- Contamination sans développement d'ECM
- IFI négative avec W. blot très positif
- Evolution très prolongée malgré traitement efficace

– HLA B27

Observation

Borrélioze de Lyme et atteinte
neurologique

Observation

- Mme A..., née en 1950
- Absence d'antécédent notable
- 1ère manifestations - 1993 ? - « décharges au niveau des MI »
- 1er EMG, nov. 1996 : PES altérés MI
- Consultation janvier 1997
 - Depuis 3 ans, asthénie, dysesthésie des membres inférieurs, troubles modérés de la marche (perte d'équilibre)

Observation

- Examen neurologique :
 - Absence de déficit moteur
 - ROT vifs, symétriques (4 membres)
 - R. cutané plantaire indifférent

- Sérologie Lyme (déc. 1996)
 - Sérum Ig G 340 U
 - LCR Ig G 10 U

Observation

- IRM (nov. 1996)
 - Absence de lésion compressive médullaire
 - Petites anomalies de signal, diffuses intra-médullaires, en cervical et thoracique, compatibles avec des foyers de démyélinisation
- Traitement par ceftriaxone
 - Amélioration de la symptomatologie

Observation

- Avril 1997
 - Réaggravation
 - Troubles de l'équilibre, fatigabilité
 - 2ème traitement par ceftriaxone (3 sem.)
- Juillet 1997
 - Nouvelle amélioration
 - Examen neurologique inchangé
 - Syndrome pyramidal Dt

Observation

- IRM (avril 1997)
 - Multiples anomalies de signal au niveau de la substance blanche sus tentorielle évocatrice de foyers de démyélinisation
- Novembre 1997
 - Traitement par doxycycline 200 mg/j (3 sem.)

Observation

- Mars 1998, aggravation des manifestations neurologiques
- Traitement : ceftriaxone 2 g/j, 3 semaines
- « récupération à 50% » dès le 15ème jour de traitement

Evolution ultérieure

- Symptomatologie fluctuante
- Antibiothérapie associant Amoxicilline + clarithromycine (1 mois)
- Début de corticothérapie en octobre 2001
 - Absence d'amélioration majeure
 - Posologie lentement dégressive avec maintien d'une dose d'entretien à 5 mg/j
- Poursuite de rééducation. Situation stabilisée

Observation

- Depuis novembre 2000
- Manifestation articulaire (genou Dt)
- Traitement symptomatique

Sérologie - évolution (1)

	Ig G - ELISA	W. blot - nombre de bandes Ig G
Mai 1997	290 U	16
Sept. 1997	250 U	15
Janv. 1999	110 U	14
Avril 1999	200 U	12
Octobre 1999	180 U	10

Sérologie - évolution (2)

	Ig G - ELISA	W. blot - nombre de bandes Ig G
Novembre 2000	150 U	13
Mai 2001	140 U	10
Nov. 2002	150 U	9
Déc. 2004	110 U	8
Déc. 2005	221 U	8

Conclusion

- Atteinte démyélinisante
 - SEP ?
 - Amélioration très modeste sous corticoïdes
 - B. de Lyme tertiaire ?
 - Amélioration (transitoire) après chaque traitement antibiotique
 - Association des 2 pathologies ?

DES DOULEURS BIEN INVALIDANTES

CAS CLINIQUE

**2ème Journée Régionale d'Infectiologie
20 octobre 2007
Nancy**

Des douleurs bien invalidantes

- Mr M... né le 28/04/62
Bûcheron de 1978 à 1996
- **1996 : oligo-arthrite du genou et de la cheville gauche**

Hospitalisation en rhumatologie

- PCR Lyme + sur le liquide synovial
 - Sérologie Lyme + (IgG > 200 U, IgM -, Western Blot +)
-

Des douleurs bien invalidantes

- ❑ Rocéphine (2 g/j) pendant 15 jours
 - ❑ HLA B27+: Polyarthrite chronique post-Lyme
 - ❑ Persistance de la symptomatologie, arrêt de travail
 - ❑ Déclaration en maladie professionnelle par le patient (1997)
 - ❑ Invalidité 2ème catégorie
-

Des douleurs bien invalidantes

□ 2001

- Persistance des douleurs
⇒ AINS

- Demande de reconnaissance comme maladie professionnelle

Des douleurs bien invalidantes

□ 2002

- Persistance des douleurs
⇒ corticothérapie
 - Rejet de la Caisse au motif que le délai de prise en charge est dépassé
-

Des douleurs bien invalidantes

- ❑ Dossier transmis au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles de Nancy (CRRMP)
 - ❑ Confirmation du rejet du fait du délai de 5 ans entre fin exposition au risque et constatation des symptômes
-

Des douleurs bien invalidantes

- Recours du patient devant le TASS du fait de sa déclaration en 1997
 - En 2003 :
Désignation d'un second CRRMP (Dijon)
-

Des douleurs bien invalidantes

- ❑ CCRMP de Dijon en 2004 considère que la preuve d'un lien direct entre forme tertiaire de Lyme et son travail peut être retenue
 - ❑ Jugement du TASS en 2004 :
Reconnaissance de prise en charge
au titre de l'Assurance Maladie et Maladie
Professionnelle
-

Des douleurs bien invalidantes

- **2005 :**
Recrudescence des douleurs
(Méthotrexate)
 - **Mars 2005 :**
Commission des Rentes de la Caisse
propose un taux d'IPP à 7 %
 - **Mai 2005 :**
Contestation du patient
-

Des douleurs bien invalidantes

- **Juin 2005 :**
 - Réexamen du dossier
 - Confirmation du taux de 7 %

 - **Septembre 2005 :**
 - Recours du patient
-

Des douleurs bien invalidantes

□ Consultation en Mars 2006 :

- 178 cm – 115 kg
 - Sédentarité forcée
 - Doléances multiples : poignet, épaule, genoux, pieds, douleurs migratrices, invalidantes, rythme inflammatoire
 - Amplitude articulaire réduite, œdème des membres inférieurs
-

Des douleurs bien invalidantes

□ Consultation en Mars 2006 :

- Maison équipée avec des rampes, des tabourets dans toutes les chambres
 - Syndrome dépressif
 - Méthotrexate, Cortancyl par cure, Apranax, Tétrazepam
-

Des douleurs bien invalidantes

- Quelle conclusion ?
 - Quel taux d'IPP ?
-