

Maladie de Lyme : après les recommandations HAS

C. RABAUD – C. JACQUET

1 3^{ème} Journée Régionale d'Infectiologie

10/11/2018



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



16^e Conférence de Consensus en
Thérapeutique Anti-infectieuse

organisée par

**la Société de Pathologie Infectieuse
de Langue Française**

La guerre du Lyme

Le courant officiel

Sociétés savantes

- SPILF
- IDSA

Textes de référence

- Consensus 2006

Le Centre National de Référence (CNR)

L' InVS



Le courant alternatif

Société savante

- ILADS

Texte de référence

- Guidelines 2008

Les Associations

- France Lyme
- Lyme sans frontière

Laboratoire Schaller
TICTOX

Sites internet



La **borréliose** de Lyme

28 Mars 2014

Collection
Avis 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 SPILF 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 FFMVT 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.

Synthèse

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



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 faussant leur interprétation. Probablement certains pourraient 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 diagnostic étendu et standardisé et d'améliorer et d'homogénéiser 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.

Synthèse

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



PNDS HAS/SPILF Borréliose de Lyme et autres MVT

Composition du groupe de travail

SPILF

(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
Pharm. 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

PNDS HAS/SPIILF 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



~~PNDS~~

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(α)

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

(α) Réponse non reçue

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 Medynski, médecin généraliste, représentant d'usagers (Le Relais de Lyme et Lympact), Bagnères-de-Bigorre(\$)

Dr Christian Michel, médecin généraliste, Strasbourg(+)

Mme Marie-Claude Perrin, représentante d'usagers (Lyme sans frontières), Saint-Nicolas-de-Port(α)

Pr Christian Perronne, infectiologue, Garches(\$)

Dr Christine Pommier, psychiatre, Dijon(\$)

Dr Philippe Raymond, médecin généraliste, Saint-Péray(\$)

Mme Chantal Roure-Sobas, pharmacien biologiste, Lyon(*)

Dr Christelle Sordet, rhumatologue, Strasbourg(*)

Dr Franck Thollot, pédiatre, Essey-lès-Nancy(+)

Dr Julie Toubiana, pédiatre, Paris(*)

Pr Paul Trouillas, neurologue, Lyon(£)

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

(£) 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

(α) Réponse non reçue



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé
Le Directeur général

Paris, le 17 septembre 2018

A 8-23560

Monsieur le Président,

Cher Pierre

Comme vous le savez, les Recommandations de Bonne Pratique concernant la borréliose de Lyme et les autres maladies vectorielles à tiques proposées par la Haute Autorité de Santé en juin 2018 n'ont été validées par aucune des sociétés savantes ayant participé au groupe de travail.

Nous ne pouvons pas laisser les professionnels de santé et les patients sans repère pour la prise en charge de ces situations souvent complexes et rester sur les recommandations issues de la conférence de consensus de 2006 en repoussant toute réévaluation des connaissances.

Dans ce contexte, je souhaite vous confier la coordination de l'élaboration de nouvelles recommandations pratiques concernant la prévention, le diagnostic, et le traitement de la borréliose de Lyme et des autres maladies vectorielles à tiques, en vous appuyant notamment sur les travaux importants réalisés depuis plus d'un an par le groupe de travail constitué par la Haute Autorité de Santé, la revue bibliographique élaborée par les chargés de projet, ainsi que sur les recommandations de prise en charge récemment publiées par d'autres pays.

Il me paraît fondamental d'impliquer toutes les sociétés savantes concernées dans l'élaboration de ces recommandations, en prenant en compte les impératifs de déontologie, de transparence, de rigueur scientifique, d'indépendance et de prévention des conflits d'intérêts. Il s'agit de proposer pour les cas les plus complexes une approche pluridisciplinaire regroupant notamment des compétences en infectiologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, médecine interne, avec l'aide de spécialistes de la douleur, des troubles somatoformes et de microbiologistes, en intégrant également des compétences pluri-professionnelles paramédicales et sociales. Une hospitalisation de jour ou de semaine me paraît la plus adaptée à cette approche afin de répondre au mieux à la détresse des patients, contrer toute stigmatisation et lutter contre l'errance médicale ou les dérives des pratiques.

Le document final devra être consensuel, pratique, cohérent basé le plus souvent possible sur des preuves scientifiques, et applicable par les principaux professionnels de santé concernés par ces situations, en particulier les médecins généralistes et compréhensible aussi par les patients envers lesquels nous avons un devoir de pédagogie. Vous veillerez à la validation du document final par l'ensemble des participants.

Ces recommandations devront être si possible disponibles pour la fin de l'année 2018. Je vous remercie d'avance pour votre mobilisation sur ce sujet majeur de santé publique et d'inquiétude pour les patients.

Amélie's,

Le Directeur Général de la Santé

Professeur Jérôme SALOMON

M. le Pr Pierre TATTEVIN
Président de la SPILF
CHU de RENNES
2, rue Henri Le Guilloux
35 033 Rennes cedex 9



Ce qui a changé...

Borrélie de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives

**16^e CONFÉRENCE DE CONSENSUS
EN THÉRAPEUTIQUE ANTI-INFECTIEUSE**

**Borrélie de Lyme :
démarches diagnostiques,
thérapeutiques et préventives**

TEXTE LONG

Mercredi 13 décembre 2006
Institut Pasteur - Centre d'Information Scientifique - 26 rue du Docteur Roux - 75015 Paris

Organisée par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
avec la participation du collège et des sociétés savantes suivantes :
CMT (Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales)
SFD (Société Française de Dermatologie)
SFM (Société Française de Microbiologie)
SFR (Société Française de Rhumatologie)
SNFM (Société Nationale Française de Médecine Interne)

Correspondance
Patrick Chouat : chouat@med.univ-tours.fr
et Daniel Christmann : daniel.christmann@chu-strasbourg.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**Borrélie de Lyme
et autres maladies vectorielles à
tiques (MVT)**

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Juin 2018

Prévention des maladies vectorielles à tiques (MVT)

En cas de pique

- Abstention thérapeutique + Surveillance rapprochée
 - Aucun risque infectieux supplémentaire n'a été démontré
 - Chez la femme enceinte
 - Chez l'enfant de moins de 8ans
 - Chez l'immunodéprimé = risque accru d'autres MVT
- Pas de recommandation spécifique dans ces 3 situations.**
- Avis spécialisé possible**

La borréliose de Lyme (BL)

Phase primaire

- Erythème migrant

- Erythème migrant

Forme localisée
précoce

Phase secondaire

- Neuroborréliose précoce
- Manifestations rhumatologiques
- Manifestations dermatologiques
- Manifestations cardiaques et ophtalmologiques

- EM à localisations multiples
- Le lymphocytome borrélien
- Atteintes neurologiques précoces
- Formes articulaires, cardiaques et ophtalmologiques

Formes
disséminées
précoces

Phase tertiaire

- Neuroborréliose tardive
- Manifestations dermatologiques (ACA)
- Manifestations rhumatologiques

- Acrodermatite chronique atrophiante
- Formes neurologiques tardives
- Troubles psychiatriques

Formes
disséminées
tardives

Manifestations possibles

- Manifestations neurologiques et psychiatriques
- Manifestations rhumatologiques (polyarthrites, enthésopathies)
- Manifestations dermatologiques (morphée et lichens)

Place de la sérologie et du Western Blot

Annexe 3. Performances des tests diagnostiques actuellement recommandés

Synthèse des sensibilités /spécificités des examens paracliniques selon la forme clinique de borréliose de Lyme

Formes cliniques	Diagnostic indirect			Diagnostic direct	
	ELISA	Western blot	Deux temps ELISA puis Western blot sur ELISA +	PCR	Culture
Erythème Migrant	Sérologie positive dans 30 à 40% des cas à la phase aiguë en fonction des études et des techniques de sérologie utilisées Sérologie positive dans 60% des cas si on répète la sérologie 4 à 6 semaines après le début des signes	-*	-*	Sensibilité 65 à 90% dans les biopsies cutanées Spécificité > 99%	Sensibilité 50% dans une biopsie de peau d'un érythème migrant Spécificité > 99%
Acrodermatite chronique atrophiante	Sensibilité moyenne 97% (IC95% = 94%-99%) Spécificité moyenne 95 % (IC 95% = 88%-98%).	-*	Sensibilité 100% Spécificité > 99%	Sensibilité 65 à 90% dans les biopsies cutanées Spécificité > 99%	Sensibilité 10 à 20% dans une biopsie de peau Spécificité > 99%
Neurologiques tous stades confondus	Sensibilité moyenne 77% (IC95% = 67%-85%) Spécificité moyenne 92%	Sensibilité 77% - 100% Spécificité moyenne 92%	-*	Sensibilité 10 à 30% dans le LCS (mais surtout dans l'atteinte neurologique précoce de borréliose de Lyme) Spécificité > 99%	Sensibilité 10% dans le LCS Spécificité > 99%
Arthrite	Sensibilité moyenne 96 % Spécificité moyenne 94%	Sensibilité > 99%	-*	Sensibilité 50% dans le liquide articulaire 70% dans les biopsies synoviales Spécificité > 99%	Sensibilité < 5% dans le liquide articulaire Spécificité > 99%
Cardiaques	-*	-*	-*	-*	-*
Ophthalmologiques	-*	-*	-*	-*	-*

(Sources : Argumentaire scientifique,* « - » = pas de donnée dans la littérature) NB : La FFMVT est en désaccord avec la partie du tableau relative aux Elisa et Western blot

Place de la sérologie et du Western Blot

Formes		Examens complémentaires
Localisée précoce	Erythème migrant	Aucun
Disséminées précoces	Erythème migrant à localisation multiple	Aucun
	Lymphocytome borrélien	Sérologie en 2 temps (Elisa dans un premier temps, puis en cas de résultat positif ou douteux, réalisation du Western Blot) Si négatif, contrôle à 3 semaines Si doute diagnostique : avis dermatologique ± biopsie cutanée pour analyse histologique ± recherche de <i>Bb sI</i> par culture/PCR
	Atteintes neurologiques précoces	Sérologie en 2 temps + Ponction lombaire avec cytologie et biochimie du LCS et établissement de l'index anticorps anti- <i>Bb sI</i> (comparatif LCS/sérum)
Articulaires, cardiaques et ophtalmiques	Articulaires	Sérologie en 2 temps Ponction de liquide articulaire pour PCR
	Cardiaques	Sérologie en 2 temps Electrocardiogramme
	Ophtalmiques	Sérologie en 2 temps ± PCR à la recherche de <i>Bb sI</i> dans l'humeur aqueuse et recherche d'anticorps dans le LCS

Place de la sérologie et du Western Blot

Formes		Examens complémentaires
Disséminées tardives	Acrodermatite chronique atrophiante (ACA)	Sérologie en 2 temps Si sérologie négative : avis dermatologique, qui pourra conduire à la réalisation d'une biopsie cutanée pour examen histologique et recherche de <i>Bb s/</i> par culture/PCR si besoin.
	Atteintes neurologiques tardives	Sérologie en 2 temps Examens complémentaires orientés par l'examen clinique neurologique : IRM cérébrale et/ou médullaire, électroencéphalogramme en cas de manifestations centrales, électroneuromyogramme en cas d'atteinte périphérique + Ponction lombaire avec cytologie et biochimie du LCS et établissement de l'index anticorps anti- <i>Bb s/</i> (comparatif LCS/sérum)
	Troubles psychiatriques	Sérologie en 2 temps

La borréliose de Lyme (BL) : traitement de la phase primaire

	2006	HAS 2018
	Adultes	
1^{ère} ligne	Amoxicilline 1gX3/j 14-21j Ou Doxycycline 100mgX2/j 14-21 j	Amoxicilline 1gX3/j 14j Ou Doxycycline 200mg/j 14j
2^{ème} ligne	Céfuroxime –axétil 500mgX2/j 14-21j	Azithromycine 1000mg J1 puis 500mg/j 7j
3^{ème} ligne	Azithromycine 500mg/j 10j	

La borréliose de Lyme (BL) : Formes disséminées précoces

Situations cliniques	2006	HAS 2018	
		1 ^{ère} ligne	2 ^{ème} ligne
EM à localisations multiples – LB	Doxycycline 200mg/j Ou Amoxicilline 1 à 2gX3/j 21 j	Doxycycline 200mg/j Ou Amoxicilline 1 à 2gX3/j 21 j	Azithromycine J1 1g puis 500mg/j 10 j
PF isolée chez enfant	Doxycycline 200mg/j Ou Amoxicilline 1 à 2gX3/j Ou Ceftriaxone 2g/j 14 – 21j	Amoxicilline PO 100mg/kg/j en 3 prises 21j	

La borréliose de Lyme (BL) : Formes disséminées précoces

Situations cliniques	2006		HAS 2018	
	1 ^{ère} ligne	2 ^{ème} ligne	1 ^{ère} ligne	2 ^{ème} ligne
Atteintes neurologiques précoces /OPH	Ceftriaxone 2g 21 à 28j	Peni G IV 18-24MUI Ou Doxycycline 200mg/j 21 à 28j	Ceftriaxone 2g Ou Doxycycline 200mg/j 21j	
Arthrites aiguës	Doxycycline 200mg/j 21 à 28j	Amoxicilline PO 1gX3/j 21 à 28j	Doxycycline 200mg/j 28j	Ceftriaxone 2g 28j
Atteintes cardiaques	Ceftriaxone 14 à 28j		Doxycycline ou Amoxicilline 21j	Si hospitalisation : Ceftriaxone puis relais PO 21j

La borréliose de Lyme (BL) : Formes disséminées tardives

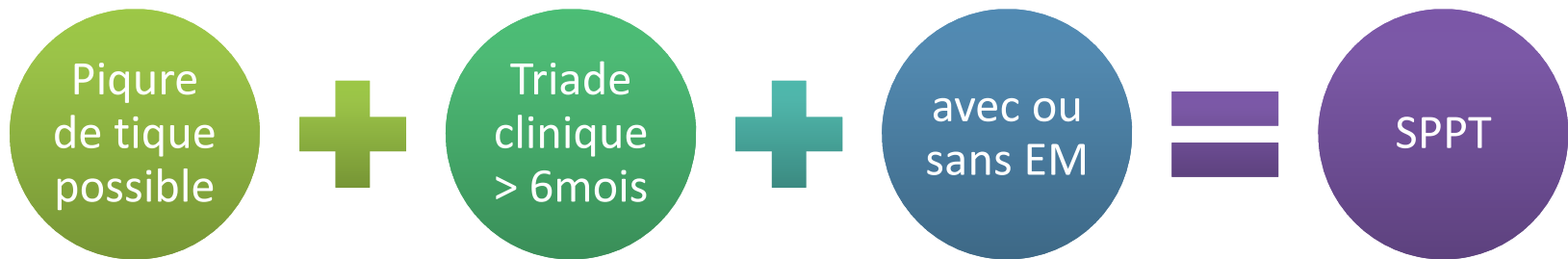
Situations cliniques	2006		HAS 2018	
	1 ^{ère} ligne	2 ^{ème} ligne	1 ^{ère} ligne	2 ^{ème} ligne
Acrodermatite chronique atrophiante	Doxycycline 200mg/j 28j	Ceftriaxone 2g 14j	Doxycycline 200mg/j 28j	Ceftriaxone 2g 28j
Formes neurologiques tardives – Formes psychiatriques	Ceftriaxone 2g 21 à 28j	Peni G IV 18- 24MUI Ou Doxycycline 200mg/j 21 à 28j	Ceftriaxone 2g 28j	Doxycycline 200mg/j 28j (ou PeniG 24MUI/j 28j)

Symptomatologie/syndrome polymorphe après une possible piqûre de tique

En l'absence de consensus du groupe de travail sur le choix du terme symptomatologie ou syndrome, le groupe de travail propose de garder les deux termes et d'utiliser l'abréviation SPPT pour alléger la lecture dans la suite du document.

Le groupe de travail est néanmoins en accord sur le fait que ces patients doivent pouvoir bénéficier d'un bilan étiologique et d'une prise en charge adaptée à leurs symptômes, comme précisé dans les recommandations ci-dessous.

Symptomatologie/syndrome polymorphe après une possible piqûre de tique




La triade clinique associant plusieurs fois/semaine :

- Syndrome polyalgique = douleurs musculo-squelettiques et/ou neuropathiques et/ou céphalées
- Fatigue persistante avec réduction des capacités physiques
- Et des plaintes cognitives = troubles de la concentration et/ou de l'attention, troubles mnésiques, lenteur idéation

Bilan étiologique devant un SPPT

- 1^{ère} intention : Bilan en ville
 - éliminer un diagnostic de maladie inflammatoire chronique
 - éliminer une autre maladie infectieuse : sérologies VIH, syphilis, HVC, HVB, EBV, CMV
- 2^{ème} intention : Bilan en centre spécialisé
 - babésiose, fièvre Q, bartonellose, brucellose, rickettsiose, ehrlichiose, infection par Parvovirus B19 et maladie de Whipple



Bilan étiologique des diagnostics différentiels non infectieux

- **Selon l'interrogatoire et l'examen clinique complet**
 - Endocriniens
 - Métaboliques
 - Néoplasiques
 - Dysimmunitaires
 - Troubles du sommeil
 - Neuro-psychologiques/psychiatriques

Prise en charge des patients présentant un SPPT

- Créer des **centres spécialisés hospitaliers régionaux** (au moins 1 par région du fait de l'enjeu de proximité de réponse rapide aux demandes des médecins de premier recours et de lutte contre l'errance)
- Créer des **partenariats étroits et structurés entre la ville et l'hôpital**
- Prendre en charge des patients dans le cadre des « **consultations renforcées** » pour les **maladies vectorielles à tiques**, en ville et à l'hôpital
- Prise en charge en **hôpital de jour (HDJ) ou en hôpital de semaine** recommandée
- Ces **centres spécialisés MVT** devront avoir un **comité de direction** composé de **médecins du centre**, de **médecins libéraux partenaires** et de **représentants d'associations de soutien de malades** atteints de MVT. Ce comité de direction définira les objectifs, le projet médical, et rédigera un plan d'action ainsi que l'organisation des activités du centre

Prise en charge thérapeutique

- **Prise en charge des diagnostics différentiels**
- **Traitement anti-infectieux adapté selon les résultats**
 - Si le bilan négatif, **traitement antibiotique d'épreuve** proposé :
 - chez l'adulte, **doxycycline 200 mg/j 28 jours**
 - chez l'enfant de moins de 8 ans, un avis pédiatrique spécialisé
 - **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.

Prise en charge thérapeutique

- **Prise en charge de la souffrance psychique**
- **Prise en charge de la douleur**
- **Prise en charge sociale**
 - Evaluer l'impact familial, social et professionnel
 - Dans le cas des enfants, veiller à évaluer l'impact scolaire, ainsi que l'impact social
 - 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).



**S'agit-il vraiment d'une
Borréliose de Lyme ?**



Approche Multidisciplinaire Diagnostic des Patients suspects de Lyme



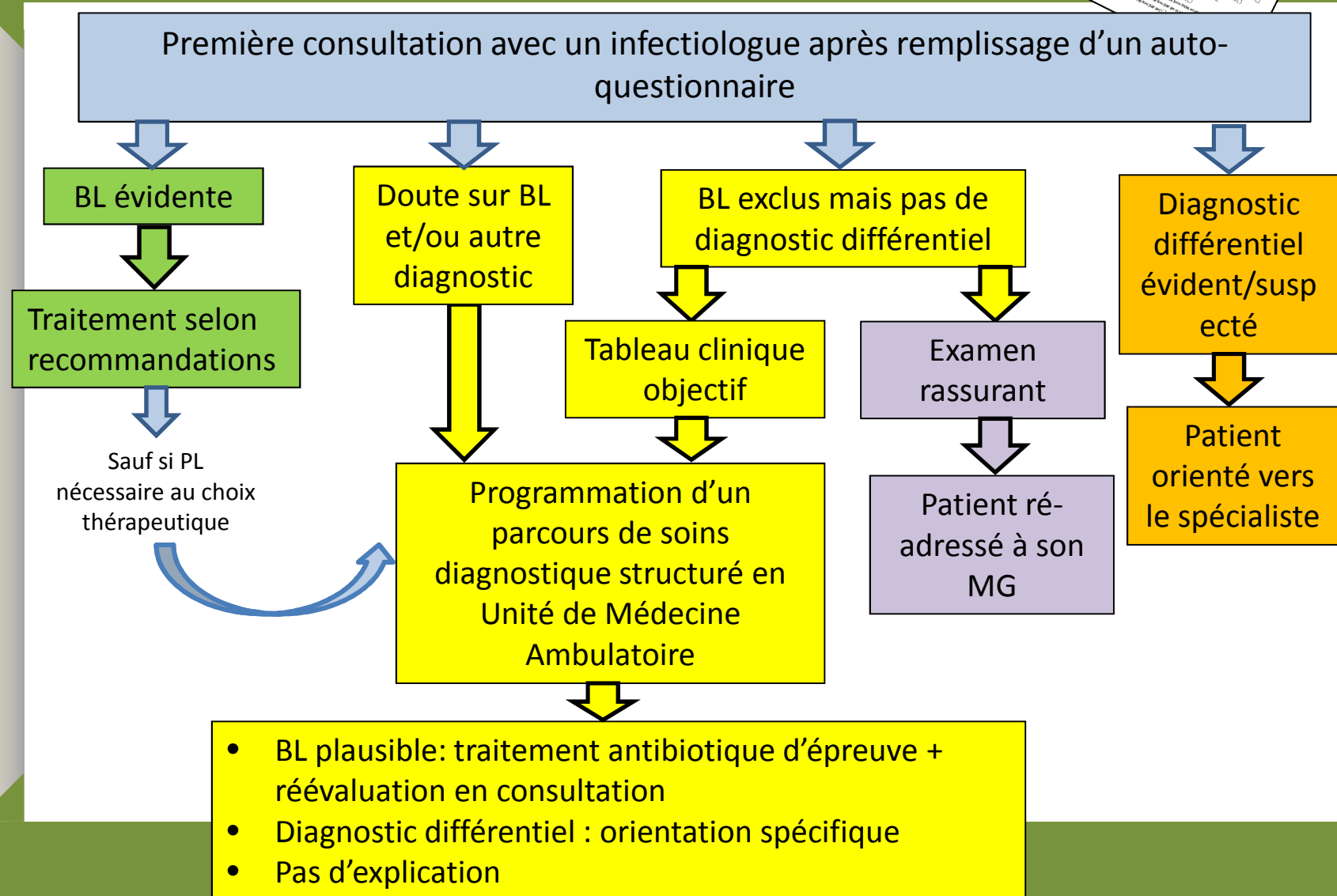
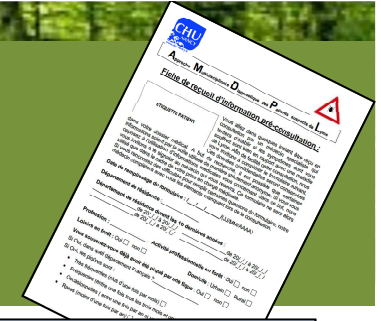
NOUVELLES EXPÉRIENCES DE PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE LYME

Retour d'expérience 12 mois après la mise en place
du parcours de soins AMDPL au CHRU de Nancy

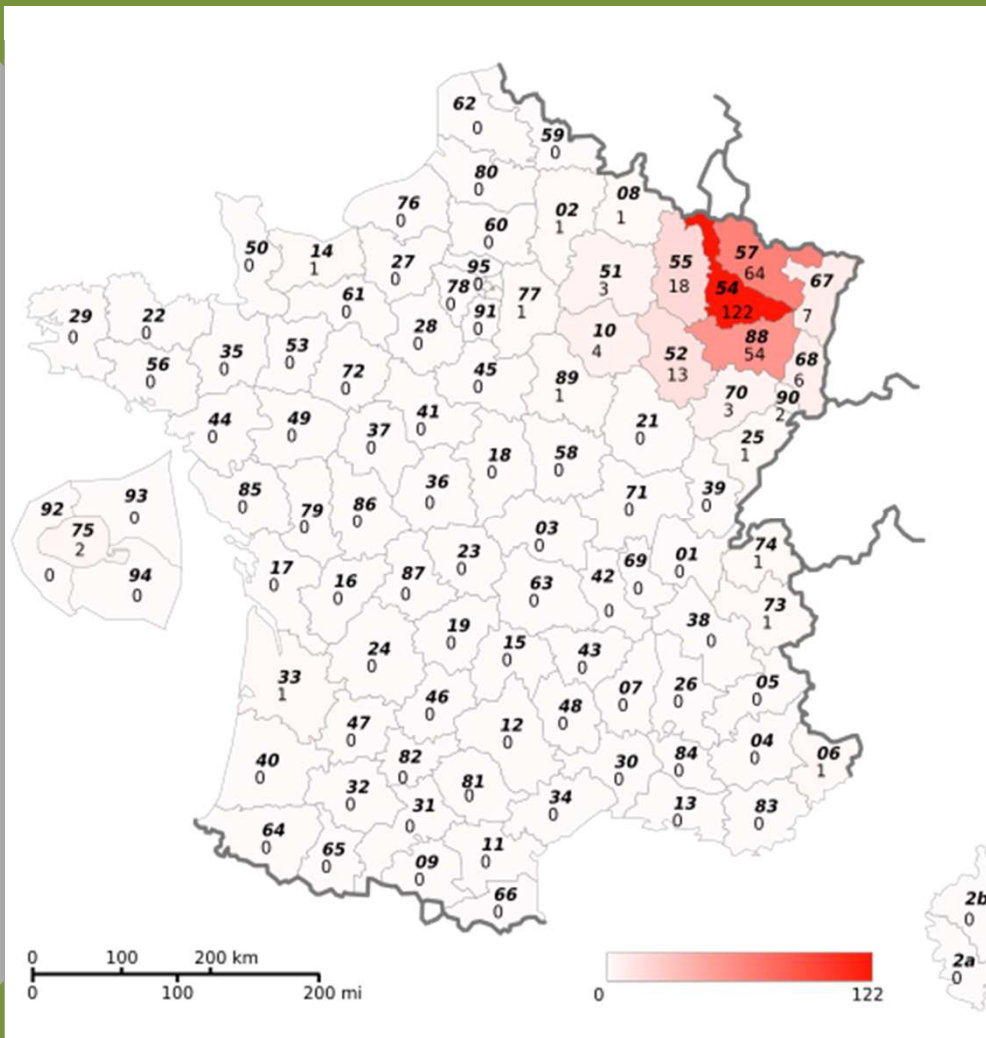


Dr Caroline Jacquet, Dr François Goehringer,
Pr Thierry May, Pr Ch Rabaud

Prise en charge hiérarchisée



BILAN APRÈS 12 MOIS D'ACTIVITÉ



- 468 consultations :
1^{er} nov 2016 - 31 oct 2017
- 50% de femmes
- Age moyen 51 ans
- Hors Grand Est = 7,7%
- 78% ATCD piqure de tique
- 41% ATCD ECM
- 31% sérologie négative

DEVENIR SUITE À LA CONSULTATION

- **BL certaine ou hautement probable**
 - 15% (67/468) (dont 7 -> HDJ)
- **Autre diagnostic porté d'emblée ou après consult spécialisée**
 - 37% (171/468)
- **BL exclue**
 - 19% (90/468)
- **Explorations complémentaires : HDJ préconisées**
 - 26% (121/468)

- 171 Patients adressés autre spécialiste hors circuit HDJ « BL »
 - 51 en rhumatologie
 - 48 en médecine interne
 - 33 en neurologie
 - 8 en psychiatrie
 - 6 en dermatologie
 - 24 vers psychologue



99 secondairement pris en charge en HDJ :
8 BL ; 59 autres diagnostics ; 32 ?

49 Borrélioses traitées
directement suite à la Cs :
28 doxycycline, 19 ceftriaxone

Au Total

- **BL certaine ou hautement probable**
 - 15% (69/468) **EC : 38/301 (12,6%)**
(30% sérologie +)
- **Autre diagnostic porté d'emblée ou après consult spécialisée**
 - 49% (230/468) **EC : 243/301 (80%)**
dont > 30% troubles somatoformes
- **BL exclue**
 - 26% (122/468) [90 + 32]

49 Borrélioses traitées directement suite à la consultation:
28 doxycycline,
19 ceftriaxone
Evaluation au décours non encore disponible



Merci de votre attention