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

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURES DE PRÉVENTION DES PIQÛRES DE TIQUE À RECOMMANDER LORS D'UNE PROMENADE EN FORÊT, D'UN SÉJOUR EN ZONE BOISÉE OU VÉGÉTALISÉE (JARDINAGE) OU D'UNE RANDONNÉE

La prévention primaire repose essentiellement sur des mesures simples de protection mécanique (grade A) telles que :

- porter des vêtements clairs afin de mieux repérer les tiques, couvrants (protection de la tête et du cou, en particulier chez les enfants) et des chaussures fermées ;
- glisser les bas de pantalon dans les chaussettes, voire utiliser des guêtres ;
- se munir d'une paire de tire-tiques de préférence, ou à défaut d'une pince à épiler.

Il existe également des conseils pour l'aménagement des jardins (couper l'herbe courte et éviter les tas de bois) et un éventuel traitement des animaux de compagnie afin de limiter la prolifération des tiques. Lors d'une balade en forêt, se promener sur les chemins diminue aussi le risque de piqûre de tique.

Utilisation de répulsifs cutanés

Utiliser des répulsifs en privilégiant ceux disposant d'une autorisation de mise sur le marché (grade A).

À ce jour, tous les produits contenant du DEET et la majorité des produits contenant de l'IR3535 ont une AMM assortie d'un résumé des caractéristiques du produit (RCP). La picaridine et l'huile d'eucalyptus citronné ou PMD (P-menthane-3,8-diol) ont fait preuve de leur efficacité et leur AMM est en cours d'obtention.

Les répulsifs sont des produits potentiellement toxiques qu'il convient d'utiliser avec précaution. Il est recommandé de se conformer aux précautions d'usage indiquées sur la notice du produit, notamment, pour la fréquence de l'application cutanée ainsi que chez les enfants et les femmes enceintes (grade B).

L'imprégnation des vêtements par des insecticides (perméthrine) expose à un risque de toxicité individuelle et environnementale désormais bien documenté (grade B). L'imprégnation des vêtements n'est donc plus recommandée (grade B). Néanmoins, l'application ponctuelle sur les vêtements d'un répulsif cutané peut être réalisée en complément au niveau des points d'entrée (bas des vêtements) (grade AE).

Les bracelets insecticides n'ont pas fait preuve de leur efficacité et ne sont pas recommandés (grade AE).

Une actualisation annuelle des répulsifs est disponible dans les recommandations aux voyageurs du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), disponible sur : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports-domaine?clefr=1379.

MESURES À RECOMMANDER AU RETOUR D'UNE PROMENADE EN FORÊT, D'UN SÉJOUR EN ZONE BOISÉE OU VÉGÉTALISÉE (JARDINAGE) OU D'UNE RANDONNÉE

Vérifier régulièrement l'absence de tique sur soi au cours de la sortie et au retour (grade AE).

Il est recommandé de réaliser un examen corporel minutieux, tout particulièrement les localisations habituelles, c'est-à-dire les zones où la peau est la

plus fine, chaude et humide, telles que les aisselles, les plis du genou, les zones génitales, le nombril, les conduits auditifs et le cuir chevelu (grade AE).

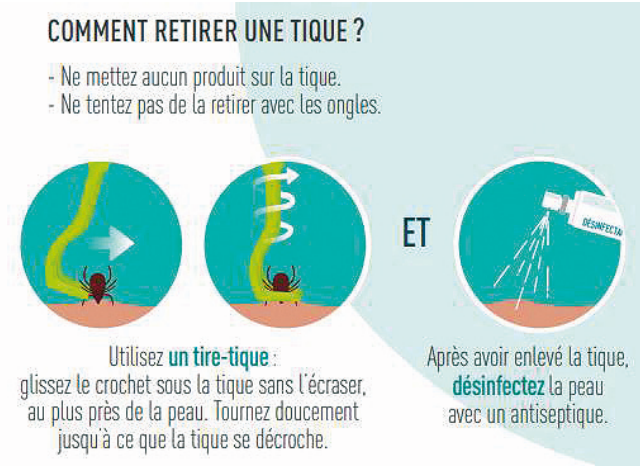
Il est recommandé que l'examen soit réalisé le plus rapidement possible (grade AE).

Il est recommandé de refaire cet examen le lendemain car la tique, gorgée de sang, sera plus visible (grade AE). Voir le clip pour en savoir plus : https://www.sante.fr/video-comment-se-proteger-de-la-maladie-de-lyme

MESURES À RECOMMANDER EN CAS DE PIQÛRE D'UNE TIQUE

Retrait de la tique (grade AE)

Le retrait d'une tique doit être réalisé le plus rapidement possible et selon la procédure décrite dans la Figure ci-après. Le retrait de la tique est un geste accessible à tous et ne nécessitant pas de formation particulière. Il ne s'agit pas d'un geste médical. En cas de difficulté, il est possible de demander au pharmacien ou à un professionnel de santé.



Il est recommandé de retirer la tique mécaniquement avec un tire-tique, en effectuant un mouvement de rotation-traction (« vissage » ou « dévissage »). Aucun produit ne doit être appliqué avant le retrait de la tique.

Les tire-tiques, commercialisés en particulier en pharmacie, existent en deux tailles (larves-nymphes et adultes). Il est possible d'utiliser une pince à épiler en seconde intention en l'absence de tire-tique disponible, en effectuant ce même mouvement de rotation-traction.

La persistance des « pièces piqueuses » de la tique sous la peau, après manoeuvre d'extraction, n'augmente pas le risque de MVT.

Un retrait incomplet de la tique peut conduire à la formation d'une papule persistante (granulome à corps étranger) sans conséquence ultérieure sur le risque d'apparition de symptômes ou de maladie.

Il faut désinfecter le site de piqûre après le retrait (antiseptique ou eau avec savon).

Une vidéo résumée est disponible sur le lien suivant : https://www.sante.fr/video-comment-se-proteger-de-la-maladie-de-lyme.

Conduite à tenir en cas de piqûre

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) (grade AE).

On peut recommander au patient de signaler la piqûre via l'application Signalement Tique ! (Signalement tique | Citique) afin de participer à l'effort de recherche citoyenne (grade AE).

On peut recommander de prendre des photos de la tique enlevée et de l'évolution de la piqûre en cas de rougeur (grade AE).

Les autotests sur la maladie de Lyme disponibles en vente libre y compris en pharmacie ne sont pas recommandés (grade A).

La sérologie de Lyme après une piqûre de tique n'est pas recommandée, quelle que soit la population concernée (grade A).

L'antibioprophylaxie post-piqûre de tique n'est pas recommandée, quelle que soit la population concernée (grade B).

Cette recommandation s'applique de la même façon pour la population générale, les femmes enceintes, les enfants et les patients immunodéprimés. Les traitements précoces post-piqûres de tiques ne sont pas recommandés aujourd'hui pour 3 raisons :

- Le faible taux d'infections post-piqûre de tique
- Le surrisque d'effets secondaires liés à l'antibiothérapie
- Et surtout la possibilité de quand même développer une BL même en ayant reçu une antibiothérapie, avec le risque théorique d'un retard diagnostique du fait d'une prophylaxie faussement rassurante et d'un stade précoce plus difficilement diagnostiqué.

Surveillance (grade B)

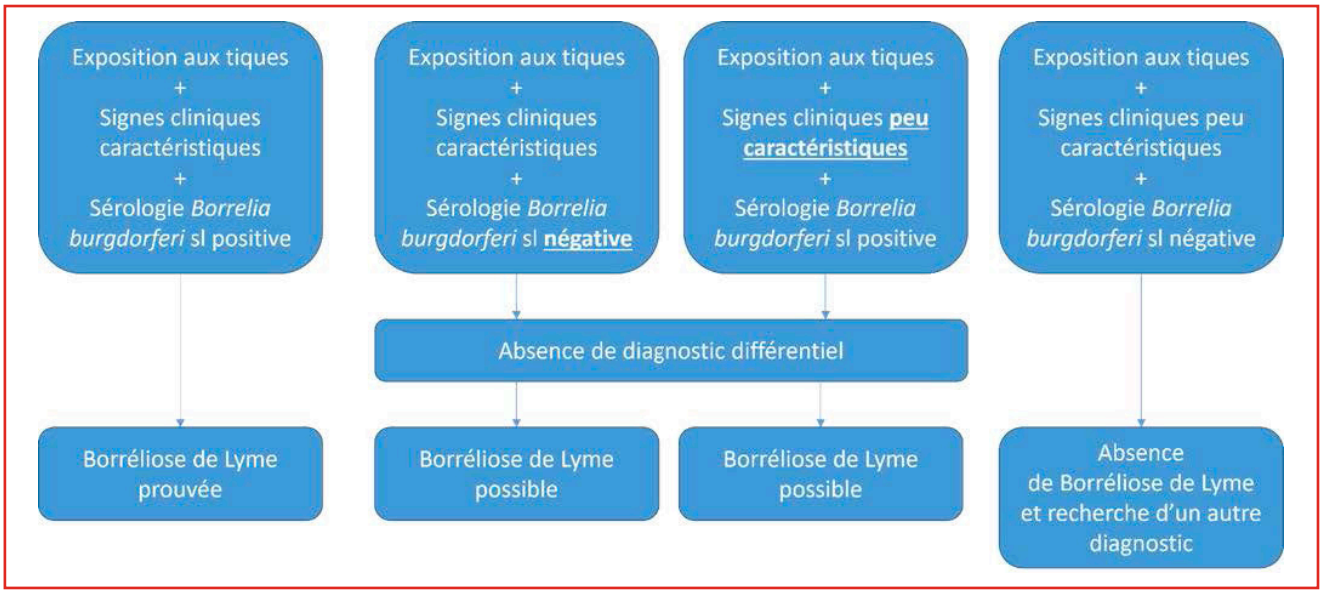
Il est recommandé d'informer le patient et son entourage des signes à surveiller.

Pendant les 4 semaines qui suivent la piqure de tiques, il faudra surveiller l'éventuelle apparition des symptômes suivants :

1. Au point de piqûre l'apparition d'une rougeur d'extension progressivement centrifuge (l'érythème migrant) caractéristique de la BL (voir chapitre 2) ou l'apparition d'une croûte noire (escarre d'inoculation) caractéristique d'autres MVT (voir chapitre 6).
2. Des signes généraux de type douleurs, fièvre, ou syndrome pseudo grippal.
3. Des signes focaux comme des lésions articulaires, neurologiques ou des adénopathies diffuses.

De même, il est important de rechercher une exposition aux tiques inférieure à 6 mois en présence de signes cliniques évocateurs comme un érythème ou une escarre d'inoculation, arthrite, paralysie faciale etc.

Pour en savoir plus : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2857558/fr/borreliose-de-lyme-et-autres-maladies-vectorielles-a-tiques-mvt#ancreDocAss



Algorithme de réflexion diagnostique à partir du trépied diagnostique de la borréliose de Lyme disséminée, chez un patient n'ayant jamais reçu d'antibiothérapie anti-Borrelia.

Système atteint	Principales manifestations cliniques de la borréliose de Lyme		
CUTANÉ Forme localisée précoce : EM Forme disséminée : • Précoce : EMM et LCB • Tardive : ACA	**Érythème migrant isolé (EM)** Forme la plus fréquente de BL **Érythème migrant multiple (EMM)** Forme rare, notamment décrit chez l'enfant		
	Lymphocytome cutané bénin (LCB) Forme rare		
	Acrodermatite chronique atrophiante (ACA) Forme rare Concerne principalement l'adulte de plus de 50 ans, de sexe féminin, bien que deux cas aient été décrits chez des enfants de plus de 10 ans.		
NEUROLOGIQUE Neuroborréliose de Lyme (NBL) : • Précoce < 6 mois (90 % des cas) • Tardive > 6 mois après la piqûre avérée ou l'érythème migrant non traité Toute manifestation neurologique dans les suites d'un EM non traité ou d'une piqûre de tique doit faire évoquer une NBL.	***Atteinte périphérique*** Deuxième forme la plus fréquente en France (6,5 à 15 %b des cas de BL) après l'atteinte cutanée de type EM.	**Méningoradiculite** (syndrome de Garin-Bujadoux ou de Bannwarth) Forme la plus fréquente de NBL en Europe. Paralysie faciale périphérique par atteinte du nerf (VII) notamment chez l'enfant.	
	Formes rares (<5% des NBL)	**Méningite isolée** Touche plutôt l'enfant	
		Myélite aiguë transverse (associée ou non à une méningite ou une méningoradiculite)	
		Encéphalite aiguë ou subaiguë	
		Neuropathies périphériques autres que les atteintes radiculaires	
		Atteintes cérébrovasculaires	
		Encéphalomyélite chronique progressive (évolution > 6 mois)	

Principales manifestations cliniques de la borréliose de Lyme selon le système atteint.

	Description clinique
	Lésion érythémateuse de forme ronde à ovalaire le plus souvent non infiltrée, survenant autour du site de la piqûre de tique, d'extension progressivement centrifuge, indolore et non prurigineuse, survenant après une durée d'incubation allant de 3 à 30 jours. Parfois associé à un syndrome pseudo-grippal peu intense (fébricule possible mais forte fièvre incompatible). Les formes multiples se développent à distance du territoire de la piqûre.
	Lésion infiltrée sous forme de plaque ou de nodule généralement de 1 à 5 cm, de croissance très lente, solitaire, le plus souvent situé au niveau du lobule de l'oreille chez l'enfant, scrotum ou péri-aréolaire du sein chez l'adulte, exceptionnellement visage, tronc ou membre, de couleur variable (du rose au rouge foncé, violacé ou rouge-brun), indolore le plus souvent (parfois douloureux ou avec sensation de brûlure ou de prurit).
	Érythème localisé sur la partie distale d'un membre (le plus souvent aux membres inférieurs), de couleur variable (rouge sombre ou violacé), se renforçant en regard des reliefs osseux, évoluant d'une phase initiale œdémateuse vers l'atrophie (aspect anormalement fin, plissé et brillant de la surface de la peau, avec un réseau superficiel veineux très visible). L'atteinte est parfois bilatérale. Des zones plus infiltrées (nodulesfibreux ou bandelettes fibreuses périarticulaires) et/ou une douleur déclenchée par l'effleurement (allodynie) dans la zone cutanée atteinte sont évocatrices du diagnostic.
	Douleurs radiculaires atypiques, résistantes aux antalgiques habituels et insomniantes, survenant préférentiellement, dans le métamère correspondant au territoire de la piqûre de tique ou d'un EM, associées à des paresthésies et/ou hypoesthésie, une faiblesse motrice, et le plus souvent à une pléiocytose lymphocytaire dans le liquide cérébrospinal. Localisations les plus fréquentes : tronc, membres inférieurs. Sa survenue dans un contexte de piqûre de tique ou d'antécédent d'érythème migrant, durant la période estivale, son caractère bilatéral et asynchrone (à bascule) et son association à des douleurs radiculaires ainsi que des céphalées constituent des éléments en faveur d'une étiologie de type borréliose de Lyme. Atteinte possible des autres nerfs crâniens (nerfs I, II, III, IV, V, VI, et VIII).
	Céphalées peu intenses, discrète photophonophobie, et parfois vomissements, très rarement une raideur de nuque.
	Inflammation aiguë ou subaiguë de la moelle épinière responsable d'un syndrome pyramidal et d'une atteinte le plus souvent bilatérale +/- symétrique des membres de topographie centrale motrice (perte de force, hyperréflexie), et sensitive (engourdissements, paresthésies, déficits sensitifs) et/ou sphinctérienne (incontinence/rétention urinaire et fécale).
	Signes encéphalitiques focaux aigus ou subaigus variables : crises convulsives, syndrome pyramidal, ataxie cérébelleuse, troubles sensitifs centraux, troubles cognitifs ou comportementaux, syndrome confusionnel, troubles de la conscience.
	Principalement sensitives, avec troubles proprioceptifs +/- atteinte thermoalgique et sensitive épicritique, diminution/abolition des réflexes ostéo-tendineux, le plus souvent symétriques, associées à une ACA. L'EMG est indispensable au diagnostic. L'analyse du LCS est normale.
	Accident vasculaire ischémique associé à des lésions de vascularite.
	Signes encéphalique et myélitiques (voir *supra*) d'installation plus progressive.

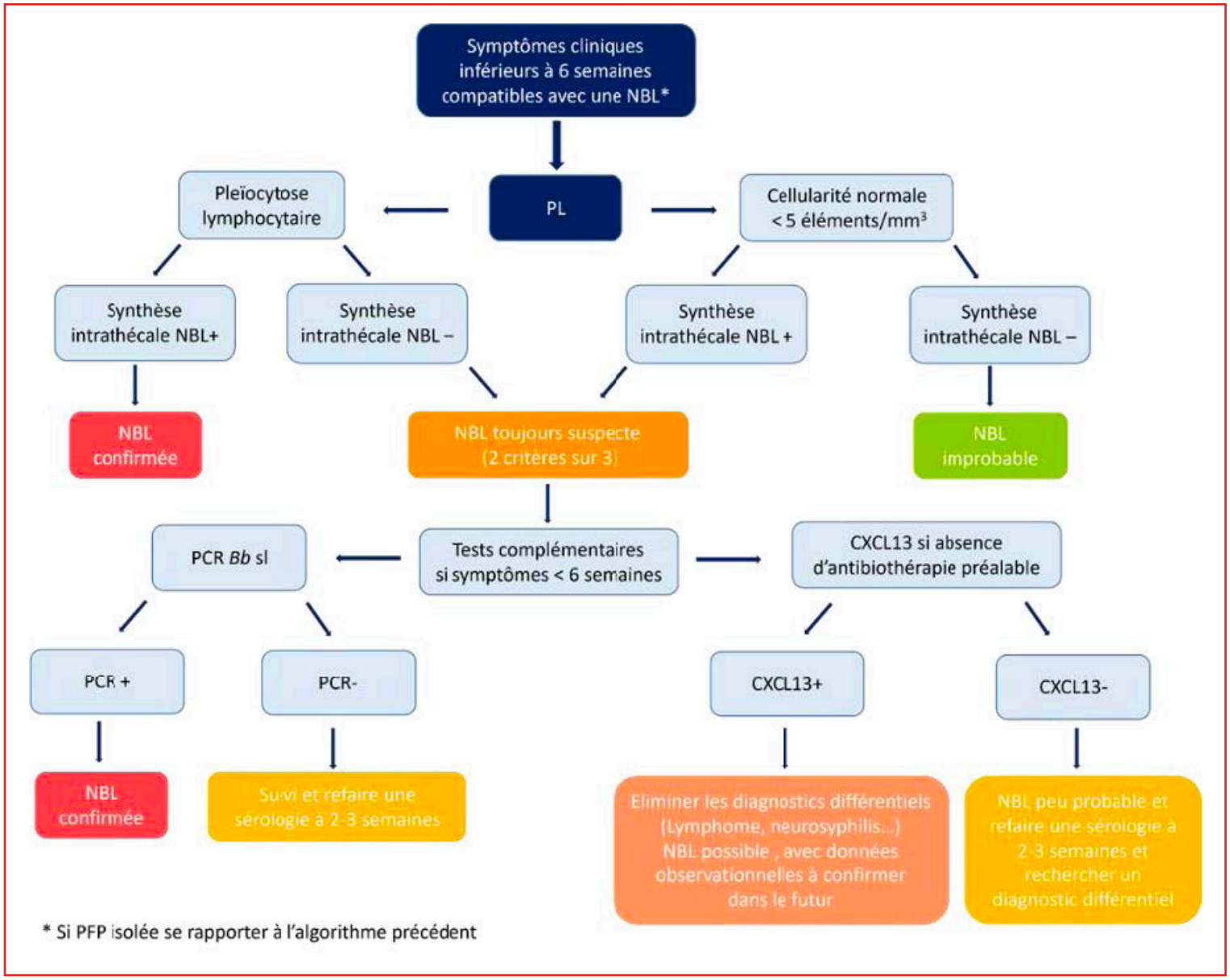
Système atteint	Principales manifestations cliniques de la borréliose de Lyme	
RHUMATOLOGIQUE Arthrite de Lyme • Précoce (< 6 mois) • Tardive (> 6 mois à 2 ans) après la piqûre avérée ou l'érythème migrant non traité	**Mono- ou oligoarthrite des grosses articulations** Fréquente aux États-Unis mais beaucoup plus rare en Europe (5 %)	
	Polyarthromyalgies (sans arthrite)	
CARDIOLOGIQUE	**Bloc atrio-ventriculaire** Forme très rare	
	Péricardite et myocardite Forme très rare	
	Manifestations cardiologiques non spécifiques sans anomalies de l'examen cardiologique Douleurs thoraciques, dyspnée, palpitations, malaises…	
OPHTALMOLOGIQUE	**Uvéite, neuropathie optique**, ou atteinte de toute autre structure Forme très rare	

Principales manifestations cliniques de la borréliose de Lyme selon le système atteint (suite).

	Description clinique
	Gonflement articulaire (épanchement intra-articulaire plus ou moins important) inflammatoire subaigu touchant une seule grosse articulation, le plus souvent le genou ou la grosse articulation la plus proche du point de piqûre, non fébrile et avec une CRP peu élevée. Douleurs modérées d'horaire inflammatoire, mise en charge le plus souvent conservée (marche possible). Évolution par poussées brèves spontanément résolutives en quelques semaines, s'espaçant avec le temps/ OU / Poussées d'arthrites récurrentes post-infectieuses possibles (physiopathologie encore mal connue) malgré le traitement antibiotique (10 % des patients aux États-Unis, rare en Europe).
	Ne constituent pas une forme clinique spécifique de borréliose de Lyme mais sont parfois retrouvées en association à une forme cutanée, neurologique, rhumatologique ou autre plus rare.
	Trouble de la conduction cardiaque (BAV-1, BAV-2, ou BAV-3) pouvant se manifester par des palpitations ou des syncopes. En l'absence de pathologie cardiaque prédisposante identifiée, et en présence d'une exposition aux tiques < à 6 mois, il est indiqué de faire une sérologie de Lyme lors du diagnostic. Avis cardiologique indispensable.
	Symptomatologie spécifique de ces atteintes cardiaques. Avis cardiologique indispensable pour le diagnostic.
	Ne constituent pas une forme clinique spécifique de borréliose de Lyme mais sont parfois retrouvées en association à une forme cutanée, neurologique, rhumatologique ou autre plus rare.
	Symptomatologie spécifique de la structure ophtalmique atteinte. Très peu de descriptions cliniques, souvent en association avec une neuroborréliose.

Suspicion clinique	Sérologie sanguine ELISA +/- WB	Ac anti-Bb sl dans le LCS	Cytologie	PCR*	CXCL-13*	Anatomopathologie	Imagerie à discuter pour éliminer un diagnostic différentiel
Piqûre de tique	-	-	-	-	-	-	-
Érythème migrant	- (grade A)	-	-	+ sur biopsie cutanée, si doute diagnostique (grade AE)	-	+ sur biopsie cutanée, si doute diagnostique (grade AE)	-
Neuroborréliose < 6 sem	+ (grade A)	+ (grade A)	+ dans le LCS (grade A)	+ (grade AE)	+ (grade AE)	-	IRM cérébrale / médullaire
Neuroborréliose > 6 sem	+ (grade A)	+ (grade A)	+ dans le LCS (grade A)	-	-	-	IRM cérébrale / médullaire
Lymphocytome borrélien	+ (grade A)	-	-	+ sur biopsie cutanée (grade B)	-	+ sur biopsie cutanée (grade AE)	-
Arthrite de Lyme	+ (grade A)	-**	+ sur liquide articulaire (grade B)	+ sur liquide articulaire (grade B) (+/- biopsie synoviale)	-	+ sur biopsie synoviale (grade AE)	+
Atteintes oculaires	+ (grade A)	+ (grade AE)	-	+ dans l'humeur aqueuse (grade AE)	-	-	+
Atteintes cardiaques	+ (grade A)	-	-	-	-	-	+
Acrodermatite chronique atrophiante	+ (grade A)		-	+ sur biopsie cutanée (grade B)	-	+ sur biopsie cutanée (grade AE)	-

Principales manifestations cliniques de la borréliose de Lyme selon le système atteint.
+, test indiqué ; -, test non recommandé ; *, en seconde intention ; **, pas de sérologie recommandée dans le liquide articulaire.



Algorithme décisionnel concernant les tests diagnostiques utilisés dans le cas d'une NBL très précoce (< 6 semaines).