

MV-ZOO-MIG-19

Maladie de Lyme : bilan d'une année de consultations multidisciplinaires infectiologie-rhumatologie-psychologie en hôpital de jour

T. Prazuck¹, F. Millet¹, K. Adam¹, C. Salliot²¹ Service de maladies infectieuses, CHR d'Orléans, 45067 Orléans, France² Service de rhumatologie, CHR d'Orléans, Orléans, France

Introduction En France, le diagnostic et la prise en charge de la borréliose de Lyme sont encadrés par la conférence de consensus de décembre 2006. Dans un contexte polémique, les méthodes diagnostiques et les schémas thérapeutiques sont remis en cause, les associations de malades sont actives, laissant les médecins généralistes et les patients démunis.

Matériels et méthodes Dans l'attente des résultats du « plan lyme 2016 » a été créée en septembre 2016 une consultation multidisciplinaire « maladie de lyme » au sein de notre hôpital. Elle fait intervenir un infectiologue et un rhumatologue (consultation conjointe en hôpital de jour), ainsi qu'une psychologue. Nous décrivons ici les caractéristiques des 47 patients vus de septembre 2016 à septembre 2017.

Résultats Parmi ces 47 patients 61,7 % sont des femmes. L'âge moyen est de 54 ans. Soixante-douze pourcent ont eu au moins une morsure de tique, 38 % un érythème chronique migrans et 66 % au moins un traitement antibiotique. Les plaintes principales étaient une asthénie (57 %) et des arthralgies (57 %) puis des symptômes sensitifs périphériques à types de paresthésies et de radiculalgies (35 %). 19 (40 %) avaient une composante psychologique associée : 15 % des patients décrivaient des symptômes neuropsychologiques (troubles de la concentration, mémoire, cognitif), 19 % un trouble anxieux et 6 % un trouble de l'humeur. Treize ne rapportaient aucun symptôme. Un bilan complémentaire a été réalisé chez 37 patients. Un tiers avait une sérologie négative en Elisa et 17 % positives en Elisa avec des IgM seulement. Parmi ces 22 patients, le diagnostic de maladie de Lyme active n'a pas été retenu et été rectifié en rhumatisme inflammatoire chronique, spondylarthropathie, maladie de Sjogren, intolérance alimentaire. Vingt-cinq patients avaient une sérologie positive en IgG avec un western blot également positif dans 87 % des cas. Cinq patients souffraient de neurolyme et ont reçu plusieurs séquences d'antibiotiques (ceftriaxone 2 g/j pendant 28 jours puis doxycycline 200 mg/j pendant 28 jours éventuellement associé à l'hydroxychloroquine) avec une efficacité lente. Pour 9/22, il s'agissait d'une cicatrice sérologique sans élément en faveur d'une maladie active (4 patients asymptomatiques et 5 avec un autre diagnostic). Six patients avaient un tableau clinique proche de celui d'une fibromyalgie pouvant évoquer une maladie post Lyme dont la définition n'est pas consensuelle. Un quart des recours ont conduit à une hospitalisation classique.

Conclusion Un quart des patients évalués en consultation multidisciplinaire ont une maladie de Lyme chronique active (neuroborréliose) ou un syndrome post Lyme. Parmi les autres patients, le diagnostic a été redressé dans 66 % des cas.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.279>

MV-ZOO-MIG-20

Prise en charge multidisciplinaire des patients « suspects » de borréliose de Lyme : retour sur un an d'expérience d'un centre de référence

C. Jacquet, F. Goehringer, T. Moulinet, M.O. Ganne Devonec, G. Mathey, H. Tronel, J.L. Schmutz, I. Chary-Valckenaere, T. May, C. Rabaud
CHRU, Nancy, France

Introduction Pour améliorer la prise en charge de patients « suspects » de borréliose de Lyme (bdL), a été créée une filière spécifique de prise en charge, multidisciplinaire. (approche multidisciplinaire de la prise en charge des patients « suspects » de la maladie de Lyme = AMDPL). L'objectif de ce travail était de dresser un bilan de ces premiers mois de fonctionnement.

Matériels et méthodes La prise en charge de tous les patients de la filière AMDPL entre le 01/11/2016 (date d'ouverture) et le 31/10/2017 a été analysée.



Les étapes de la prise en charge étaient les suivantes. La 1^{re} étape consistait en une consultation d'infectiologie dédiée. À l'issue de cette consultation, soit le diagnostic de bdL était établi et un traitement adéquat était prescrit, soit un autre diagnostic – différentiel – était retenu et justifiait d'une prise en charge adaptée, soit il apparaissait nécessaire de pousser plus avant le bilan et une hospitalisation de jour multidisciplinaire (neurologue, dermatologue, rhumatologue, médecine interne, psychiatre, psychologue) était alors proposée afin d'étayer le diagnostic.

Résultats Au total, dans 14 % (67/468) des cas seulement le diagnostic de bdL a été confirmé dans 32 % (149/468) un diagnostic différentiel a été posé et dans 43 % (203/468) le diagnostic de bdL a été exclu sans qu'un autre diagnostic ne puisse être arrêté ; 82 de ces 203 patients ont malgré tout été adressé à d'autres spécialistes de l'AMDPL, les autres poursuivant leur prise en charge avec leur médecin généraliste sans diagnostic.

Conclusion Il s'agit à notre connaissance du 1^{er} centre multidisciplinaire mis en place en France pour la prise en charge des patients « suspects » de bdL. Il accueille principalement des patients dont la symptomatologie est polymorphe, et qui ont le plus souvent déjà bénéficié de plusieurs traitements et reste dans une situation d'errance diagnostique. La cohorte que constitue la prise en charge de ces patients, avec un recueil standardisé de données et l'organisation d'un suivi mais aussi d'enquêtes de satisfaction doit par ailleurs nous permettre d'améliorer nos connaissances sur la bdL et ses diagnostics alternatifs.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.280>

MV-ZOO-MIG-21

Que deviennent les patients qui consultent pour une maladie de Lyme ?

L. Caudrelier, N. Wilhelm, V. Remy, S. Sire, E. Boidin
CH Cahors, Cahors, France

Introduction La borréliose de Lyme pose le problème de la prise en charge des patients présentant des manifestations chroniques fonctionnelles avec un diagnostic souvent incertain. Nous avons étudié le devenir à distance des patients consultant « pour une maladie de Lyme », afin de distinguer les diagnostics différentiels évoqués mais aussi l'efficacité de la prise en charge chez les patients traités.

Matériels et méthodes Nous avons inclus rétrospectivement tous les patients consultant au CH de Cahors pour « suspicion de maladie de Lyme » entre 2012 et 2014, motif explicitement indiqué soit par le courrier du médecin traitant ou notifié dans le courrier de consultation. Nous avons recueilli les résultats sérologiques effectués (Elisa ± Western Blot), les symptômes associés, le traitement et l'évolution. Ils ont tous été recontactés par téléphone par un médecin tiers à au moins 4 ans de la 1^{re} consultation, afin de caractériser l'évolution de leurs symptômes.

Résultats Entre 2012 et 2014, 37 patients ont pu être inclus, principalement des femmes (60,5 %), âgée en moyenne de 48 ans consultant le plus souvent pour des polyarthralgies (40,5 %) ou une asthénie (29,7 %), 23 (62,1 %) patients avaient une sérologie Elisa (IgG et/ou IgM positif), 9 (24,3 %) un Western Blot positif et 2 (5,4 %) une ponction lombaire avec des résultats évocateurs. Pour 25 (67,6 %) patients, un autre diagnostic a été évoqué, 6 (16,2 %) n'avaient pas de diagnostic forme 1 et 3 (8,1 %) étaient asymptomatiques. Pour 12 (32,4 %) patients, le diagnostic de maladie de Lyme a été porté et 11 (29,7 %) patients ont bénéficié d'un traitement considéré comme approprié. Parmi les patients traités, 5 (45,5 %) décrivent une évolution favorable et l'absence de symptôme à distance, contre 6 (54,5 %) avec récurrence/persistance des symptômes après traitement. Parmi eux, 3 patients ont consulté un autre médecin, « spécialiste de la maladie de Lyme ». Aucun d'entre eux ne présente d'amélioration des symptômes à 4 ans.

Conclusion La borréliose de Lyme est la plus fréquente des infections bactériennes transmissibles à l'homme par *Ixodes ricinus* et touchant exclusivement des hôtes vertébrés dont l'homme, de façon accidentelle [1]. Notre travail, malgré son faible effectif, rétrospectif et monocentrique, montre l'hétérogénéité des diagnostics des patients consultant initialement pour « suspicion de maladie de Lyme », renforçant la nécessité de rechercher des diagnostics différentiels de manière systématique [2,3]. On notera une part importante de patients considérés comme atteints mais pour lesquelles le traitement est mis en échec ou



qui récidivent, remettant en cause le diagnostic, un autre diagnostic associé ou l'efficacité du traitement, déjà décrits dans plusieurs travaux [3]. Les 3 patients ayant consulté des médecins dits « spécialistes » avec traitements longs ou multiples ne présentent pas d'amélioration évidente à 4 ans. . .

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Cameron, Daniel J, Johnson LB, Maloney EL. Evidence assessments and guideline recommendations in Lyme disease: the clinical management of known tick bites, erythema migrans rashes and persistent disease. *Expert Rev Antiinfect Ther* 2014;12(9):1103–35.
- [2] Hansmann Y, et al. Position de la Société de pathologie infectieuse de langue française à propos de la maladie de Lyme; 2016. p. 343–5.
- [3] Greenberg R. Chronic Lyme disease: an unresolved controversy. *Am J Med* 2017;30(9):e423.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.281>

MV-ZOO-MIG-22

Télé-déclaration des érythèmes migrants en zone rurale : étude de faisabilité (Lyme Snap)

P. Letertre-gibert¹, I. Lebert², G. Vourc'h², M. René-martellet², D. Martineau¹, J. Beytout¹, O. Lesens¹

¹ CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

² INRA, Saint-Genès-Champagnelle, France

Introduction La maladie de Lyme (ML) peut être difficile à diagnostiquer de manière certaine. Une manière d'évaluer son incidence est d'utiliser l'érythème migrant (EM). Le but de cette étude pilote prospective était d'évaluer la faisabilité de la télé-déclaration des EM en zone rurale.

Matériels et méthodes L'étude était restreinte à une zone rurale d'environ 40000 habitants, connue pour avoir un taux important d'*Ixodes* porteur de *Borrelia burgdorferi*. Nous avons tout d'abord organisé une campagne d'information pour les habitants et les professionnels de santé. Pour être inclus, une photo de suspicion d'EM devait être envoyée par mail ou MMS entre avril 2017 et avril 2018 puis il fallait répondre à un questionnaire. Deux médecins jugeaient ensuite la qualité de la photo et la probabilité d'EM. En parallèle, un recueil du nombre d'EM vu durant la période par les médecins et les pharmaciens de la zone était réalisé.

Résultats À 10 mois du début de l'étude, 102 photos ont été reçues. Soixante-trois personnes étaient hors zone/période et 11 n'ont pas encore répondu au questionnaire. Parmi les 28 personnes dont les photos ont été analysées, l'âge médian était de 55 ans [IQR : 40–58] et 16 (57 %) étaient de sexe féminin. Sept personnes (25 %) ont déclaré ne pas avoir de smartphone, tous les participants sauf 2 ont considéré comme facile l'envoi de la photo mais dans 9 cas (31 %) elle était envoyée par un tiers. La qualité de la photo était jugée comme bonne dans 26 cas et moyenne dans 2 cas. Cinq photos (18 %) étaient évaluées comme EM probable, 7 (25 %) comme possible, 4 (14 %) comme peu probable et dans 12 cas (43 %) le diagnostic était écarté. Les EM probables et possibles suivaient des morsures de tiques ayant eu lieu en avril ($n=1$), juin ($n=6$), juillet ($n=4$) et août ($n=1$). Trente-un médecins et 20 pharmaciens ont été contactés, 9 d'entre eux en médiane [6 ; 15] ont répondu chaque mois. Ils rapportaient 8 EM en mai, 15 en juin, 15 en juillet, 12 en août, 2 en septembre et 3 en octobre. Aucun EM n'était déclaré en avril, novembre, décembre 2017 et en janvier 2018.

Conclusion La télé-déclaration est un outil séduisant qui permet d'éliminer le diagnostic d'EM dans près de la moitié des cas mais elle se heurte à plusieurs difficultés pour l'évaluation de son incidence : la nécessité d'une campagne d'information préalable, la faible utilisation des nouvelles technologies dans les zones rurales, l'importance des ressources humaines déployées et la difficulté du recueil du caractère migrant associé à la photo pour améliorer le diagnostic d'EM.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.282>

MV-ZOO-MIG-23

Babésiose en France et en Europe : une pathologie à redéfinir

M. Martinot¹, A. Paleau², V. Greigert¹, J. Brunet^{3,4}, Y. Hansmann³, M. Jouglin⁴, L. Souply⁵, B. Jaulhac³, D. De briel⁵, E. Candolfi³

¹ CH Colmar, Colmar, France

² CH Macon, Macon, France

³ HUS Strasbourg, Strasbourg, France

⁴ Oniris INRA Nantes, Nantes, France

⁵ Hôpitaux civils de Colmar, Colmar, France

Introduction La babésiose est une parasitose transmise par les tiques due à différents espèces au sein desquelles prédominent *Babesia divergens*, *Babesia microti*. Aux USA *B. microti* est l'espèce la plus commune responsable de plus mille cas par an chez l'immunocompétent (IC) et l'immunodéprimé (ID). À l'inverse en Europe seule une cinquantaine de cas est rapportée avec une très forte prédominance de cas sévères dus à *B. divergens* principalement chez des patients splénectomisés. Cette description correspond de fait à la définition classique de la babésiose européenne. Plusieurs données récentes semblent toutefois plaider vers la survenue de tableaux cliniques plus modérés de babésiose chez l'IC et une présence importante de *B. microti* notamment en France.

Matériels et méthodes Une analyse rétrospective de cas diagnostiqués en Alsace associée à une analyse d'une étude récente de séroprévalence en France chez des travailleurs forestiers du Nord-Est de la France a été réalisée afin de définir les caractéristiques de la babésiose en France.

Résultats Depuis 2009 on note en Alsace la survenue de 6 cas avérés (patient avec frottis positif et/ou PCR positive et/ou séroconversion) chez des patients tous IC et de 12 cas possibles (sérologie positive isolée avec tableau compatible) avec 11/12 patients IC. Tous les cas ont évolué favorablement. Une étude de séroprévalence recherchant à la fois *B. microti* et *B. divergens* réalisée entre 2002 et 2003 chez 627 travailleurs forestiers du Grand-Est a trouvé une séroprévalence de 0,1 % pour *B. divergens* et 2,5 % pour *B. microti* soulignant la prépondérance de cette espèce.

Conclusion La babésiose en France et par-là en Europe semble concerner essentiellement les IC et l'espèce *B. microti* est fréquente. La babésiose européenne est sous-estimée. Plusieurs mécanismes concourent à ce sous diagnostic.

– Une méconnaissance de la pathologie.

– Une définition inadéquate restreinte aux tableaux sévères chez les patients splénectomisés.

– Des moyens diagnostiques biologiques limités à un petit nombre de laboratoire et d'interprétation délicate (frottis sanguin pauci-parasitaire chez l'IC, PCR et sérologie *Babesia* en immunofluorescence « faites maison » sans kit commercialisé). Il apparaît nécessaire de réaliser des études prospectives afin de mieux connaître la babésiose en France et en Europe et d'améliorer les examens diagnostiques disponibles.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.283>

MV-ZOO-MIG-24

La Babésiose humaine : bilan de 10 ans d'analyses

M. Jouglin, N. De la Cotte, C. Bonsergent, S. Bastian, L. Malandrini
INRA/Oniris, Nantes, France

Introduction La Babésiose, maladie transmise par les tiques, est due à *Babesia*, un parasite sanguin proche de *Plasmodium*. L'homme ne représente qu'un hôte accidentel, les différentes espèces de *B. microti* étant toutes zoonotiques. En Europe, *B. divergens* est inféodé aux bovins et *Babesia* sp. EU1 (*B. venatorum*) aux chevreuils, tandis que *B. microti* est inféodé aux rongeurs, principalement aux USA. Le tableau clinique est très différent aux USA et en Europe : aux USA, la babésiose humaine est très largement répandue sur des patients immunodéprimés ou non avec un tableau clinique modéré ; elle est rare mais sévère en Europe sur individus immunodéprimés uniquement. Quelques cas modérés sur individus immunocompétents sont rapportés.