

COL05-1

Tests diagnostiques non validés de la
borréliose de Lyme

A. Raffetin¹, J. Salomon², B. Jaulhac³

¹ CHIV, Villeneuve-Saint-Georges, France

² CHU R.-Poincaré, Garches, France

³ CHU Strasbourg, Strasbourg, France

Introduction Le diagnostic de borréliose de Lyme repose principalement sur la sérologie et la PCR. Leurs sensibilités et spécificités peuvent varier selon le stade de la maladie et le site de prélèvement. L'objectif de cette revue de la littérature était d'analyser les données disponibles sur les tests alternatifs pour diagnostiquer la borréliose de Lyme.

Matériels et méthodes Les bases de données consultées ont été Pubmed et la Cochrane Library. Cette revue de la littérature a été conduite selon la méthode PRISMA. Nous avons analysé toutes les études publiées en anglais de 1991 à 2017, menées chez les êtres humains, et dans lesquelles les cas de borréliose de Lyme étaient définis précisément.

Résultats Nous avons inclus 22 études : recommandations ($n=2$), revue de la littérature ($n=1$), études prospectives contrôlées ($n=10$), études prospectives non contrôlées ($n=4$), études comparatives rétrospectives ($n=2$), séries de cas ($n=1$), report de cas ($n=1$), résumé présenté à un congrès ($n=1$). Dans la borréliose de Lyme précoce, l'utilité en pratique clinique des tests de transformation lymphocytaire, la recherche d'une sécrétion augmentée de l'IFN-gamma, la quantification des protéines membranaires OspA dans le sang, et la mesure du taux de CXCL-13 dans le LCR n'a pas été démontrée. Dans la borréliose de Lyme tardive, l'utilité clinique des tests de transformation lymphocytaire, la recherche d'une sécrétion augmentée de l'IFN-alpha, la mesure du taux de CD57, le xénodiagnostic et la phagothérapie diagnostique n'a pas été prouvée. Le dosage de l'apolipoprotéine B-100 semble plus élevé chez les patients présentant une arthrite de Lyme tardive, et semble prédictif des séquelles rhumatologiques (auto-immunité pathogène chez les patients présentant des arthrites de Lyme réfractaires à l'antibiothérapie). Le xénodiagnostic reste un test expérimental et pourrait servir à développer de nouveaux tests diagnostiques.

Conclusion Ces tests ne devraient pas encore être utilisés pour le diagnostic microbiologique d'une borréliose de Lyme. Des études supplémentaires chez l'être humain sont nécessaires pour évaluer leur sensibilité, leur spécificité, et leur reproductibilité. Le développement de biomarqueurs d'une infection active représenterait un grand progrès dans le diagnostic de la borréliose de Lyme.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.048>



COL05-2

Manifestations infectieuses systémiques post
piqûres de tiques : étude étiologique et place
des coinfections

Y. Hansmann¹, B. Jaulhac¹, P. Kieffer², M. Martinot³, E. Wurtz⁴,
R. Dukic⁵, A. Michel⁶, O. Bonomi⁷, G. Boess⁸, S. de Martino¹

¹ HUS, Strasbourg, France

² CH Mulhouse, Mulhouse, France

³ CH Pasteur, Colmar, France

⁴ CH Saverne, Saverne, France

⁵ CH Haguenau, Haguenau, France

⁶ CH Wissembourg, Wissembourg, France

⁷ CH Sélestat, Sélestat, France

⁸ CH Guebwiller, Guebwiller, France

Introduction Les tiques transmettent plusieurs agents pathogènes pour l'homme. L'hypothèse de coinfections est avancée pour expliquer des tableaux cliniques complexes. Nous avons réalisé une étude prospective sur 2 ans dans le but d'identifier les causes infectieuses des manifestations aiguës post piqûres de tiques.

Matériels et méthodes Critère d'inclusion : patients avec manifestation clinique dans le mois qui a suivi une piqûre de tique, ou patient exposé aux tiques (fréquentation des forêts, habitat en milieu rural), présentant une fièvre sans autre cause évidente. Réalisation systématique de frottis sanguins (*Anaplasma*, *Babesia*), PCR *Anaplasma*, sérologie à 4 à 6 semaines d'intervalle (*Borrelia*, TBE, *Anaplasma*, *Bartonella*, *Francisella*). Le médecin était libre de prescrire d'autres examens selon l'orientation clinique. Critères diagnostiques : anaplasmose : PCR + ou sérologie > 1/128 ou séroconversion ; bartonelle : séroconversion ou ascension $\times 4$ du taux des Ac ; tularémie : sérologie + CNR ; Lyme : EM ou séroconversion ou IgM, babésiose : frottis sanguin, TBE : IgM et IgG+.

Résultats Au total, 129 patients répondant aux critères d'inclusion ayant complété les deux visites ont été analysés. Pour 55 patients un diagnostic a été établi. Pour les infections transmises par les tiques : 19 Anaplasmose, 10 borréliose de Lyme (7 EM ; 6 patients avec présence d'IgM (dont 2 IgM uniquement + à V2 ; un cas avec IgM isolées n'a pas été retenu car il présentait une primo infection CMV), 7 infections à TBE, 1 tularémie. Pour les bartonelloses, 7 patients avait une sérologie > 1/64 à V2, dont une seule ascension significative chez un patient ayant fait une leptospirose confirmée. Parmi les autres diagnostics : 6 infections à CMV, 4 leptospirose, 2 infection à EBV, 1 infection à *Hantavirus*, 1 paludisme, 1 primo infection VIH, 1 infection à Parvovirus, 1 bactériémie à *Aeromonas*. Dans trois cas nous avons pu identifier une possible coinfection. Deux patients avec une association TBE et Lyme, reposant une fois



sur l'identification de *Borrelia* dans le sang (coinfection confirmée) et une fois sur la présence d'IgM *Borrelia*, sans séroconversion IgG (faux + possible). Un patient avec une association TBE confirmée, Lyme (IgM *Borrelia* sans séroconversion IgG : faux + possible) et anaplasmose (sérologie *Anaplasma* 1/128, avec PCR négative : faux + possible).

Conclusion Les 3 diagnostics les plus fréquents sont l'anaplasmose, la borréliose de Lyme et les infections à virus TBE. Les coinfections sont rares avec des risques de sérologies faussement positives. L'exposition à une piqûre de tique ne doit pas faire méconnaître les autres causes d'infection.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.049>

COL05-3

Suspicion de borréliose de Lyme : parcours de soins avant la consultation en infectiologie et apport de l'infectiologue

M. Voitey, K. Bouiller, J. Moreau, L. Hustache-mathieu, C. Chirouze, T. Klopfenstein

CHU Jean-Minjoz, Besançon, France

Introduction Il existe peu de données concernant le parcours de soins et l'apport d'une consultation en infectiologie chez les patients consultants pour une suspicion de borréliose de Lyme (BL).

Matériels et méthodes Étude observationnelle, rétrospective incluant tous patients consultant pour suspicion de BL en infectiologie dans un CHU du 01 novembre 2015 au 31 janvier 2018.

Résultats Au total, 305 patients étaient inclus. Cinquante-sept pour cent (132/232) étaient exposés aux piqûres de tiques (fréquentation au moins mensuelle de la forêt ou jardinage). Soixante-quinze pour cent (179/238) avaient eu au moins une piqûre de tique et 20 % (48/238) au moins 3 piqûres ; seulement 7 % (17/238) avaient une piqûre moins de 3 mois avant les symptômes. Cinquante-six pour cent (170/301) présentaient au moins 3 symptômes qui évoluaient depuis plus d'un an dans 46 % (132/284) des cas. Les 3 symptômes majoritaires étaient asthénie (53 %, 159/303), douleurs musculaires (29 %, 89/303) et articulaires diffuses (29 %, 88/303). Des insomnies étaient présentes chez 22 % (68/303) des patients, 16 % (48/303) présentaient une anxiété ou des troubles de l'humeur et 10 % (31/303) des troubles de la concentration ou de la mémoire. Trente-trois pour cent (96/289) réalisaient au moins 2 sérologies, 52 % (158/304) recevaient une antibiothérapie dont 28 % (44/158) au moins deux lignes et 23 % (37/158) d'une durée supérieure à 28 j. Quarante-neuf pour cent (150/305) avaient déjà consulté un spécialiste, le plus souvent un neurologue (28 %, 42/150) ou un rhumatologue (25 %, 37/150). À la fin de la consultation, l'infectiologue concluait à une BL dans 12 % (37/305) des cas. Il retenait ou suspectait une autre pathologie organique dans 35 % (107/305) des cas (notamment rhumatologique, neurologique ou autre cause infectieuse dans respectivement 43, 19 et 12 cas). Il suspectait une pathologie psychiatrique (trouble anxieux ou de l'humeur ou somatoforme) dans 13 % (40/305) des cas et un syndrome de fatigue chronique ou une fibromyalgie dans 8 % (25/305) des cas. Dans 31 % (96/305) des cas il n'était pas retenu de diagnostic.

Conclusion La moitié des patients qui consultaient pour une BL avaient une symptomatologie polymorphe et ancienne. Leur parcours de soins était consommateur de soins. Ainsi, un tiers des patients réalisaient au moins deux sérologies, ce qui n'est habituellement pas nécessaire. Une antibiothérapie était prescrite dans la moitié des cas, pour seulement un dixième de diagnostic de BL retenus ; les modalités étaient inadaptées pour plus d'un quart des cas (plusieurs lignes ou durée prolongée). Pour la moitié des patients, l'infectiologue était déjà le deuxième spécialiste consulté. Au final, l'infectiologue retenait ou suspectait un autre diagnostic dans plus de la moitié des cas ; il était retenu une BL chez seulement un dixième des patients.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.050>

COL05-4

Consultations pour maladie de Lyme supposée : des étiologies très diverses mais pas beaucoup de maladie de Lyme

K. Chabane, E. Caumes

GH Pitié-Salpêtrière, Paris Sorbonne Université, Paris, France

Introduction De nombreux patients viennent consulter pour suspicion de maladie de Lyme. Néanmoins, la part des patients avec une authentique maladie de Lyme reste discutée, les autres étiologies sont inconnues et les résultats du traitement d'épreuve n'ont pas été évalués.

Matériels et méthodes Nous avons inclus les patients consultant pour une suspicion de maladie de Lyme entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017, et évalué leurs caractéristiques épidémiologiques (degré d'exposition aux tiques), cliniques (symptômes et signes), et biologiques (sérologie). La sérologie (IgG, IgM) était considérée positive si au-dessus du seuil pour l'Elisa et si présence d'au moins trois bandes au Western-Blot. Les patients non encore traités et suspects de Lyme étaient traités par la doxycycline ou la ceftriaxone. Le diagnostic de Lyme était considéré comme certain devant la présence de 4/4 critères épidémiologiques (exposition possible), cliniques (signes compatibles), biologiques (sérologie positive), et thérapeutique (réponse au traitement). Le diagnostic de Lyme était considéré comme possible devant la présence de 3 des 4 critères dont la réponse favorable au traitement.

Résultats Cent neuf patients (64 femmes, 45 hommes), d'âge médian 53 ans (12–85 ans) ont consulté. Parmi eux, 93 (85 %) ont séjourné en zone d'endémie, 63 (58 %) ont été exposés, et 58 (53 %) avaient décroché une tique de leur peau. La durée médiane des symptômes était de 16 mois (1–384 mois). Le nombre médian de médicaments déjà pris pour Lyme était de 1 (0–22). Le nombre médian de signes fonctionnels était de 3/patient (0–10). Le nombre médian de signes physiques était de 0/patient (0–2). Les tests Elisa étaient positifs chez 30/109 patients (28 %) pour les IgM, et chez 31/109 patients (28 %) pour les IgG. Pour le Western-Blot, les IgM faites chez 71/109 patients (65 %) étaient positives chez 4/71 patients (5 %), et les IgG pratiqués chez 74/109 (68 %) étaient positives chez 19/74 (25 %). Parmi les 109 patients, 80 (73 %) ont été traités : 59/80 (73 %) sans succès, 13/80 (16 %) avec succès, et sans possibilité de conclure formellement chez 8/80 (10 %). Au total, 93 des 109 patients (86 %) n'avaient pas de Lyme, 8 (7 %) avaient un Lyme certain, et 8 (7 %) un Lyme possible. Les principales causes de consultation, chez les 93 malades sans Lyme, étaient psychologiques (syndrome de stress post traumatique, syndrome d'épuisement professionnel, harcèlement moral ou sexuel, dépression masquée) chez 26 %, neurologiques (SEP, SLA, ...) chez 20 %, rhumatologiques (arthrose, sclérose, ...) chez 16 %, et diverses chez 27 %.

Conclusion Seuls 8 % des consultations pour Lyme sont le fait de Lyme certain. Environ 1/4 des causes de consultations sont liées à une souffrance morale dont les étiologies sont diverses. Les autres diagnostics couvrent l'ensemble de la médecine. La prise en charge de tels malades relève donc d'une approche multidisciplinaire avec psychologue.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.051>

COL05-5

Analyse de l'émergence de la maladie de Lyme comme problème public de santé dans les médias

C. Pascal¹, O. Lesens¹, J. Arquembourg²

¹ SMIT, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

² ERCOMES, Université Sorbonne Nouvelle, Paris, France

Introduction La maladie de Lyme (ML) n'est pas considérée comme un problème de santé publique par la communauté scientifique mais a pourtant émergé comme un problème public de santé (PPS). L'objectif de ce travail translationnel est de comprendre l'émergence de ce PPS dans les médias français.