

COL05-1

Tests diagnostiques non validés de la  
borréliose de Lyme

A. Raffetin<sup>1</sup>, J. Salomon<sup>2</sup>, B. Jaulhac<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CHIV, Villeneuve-Saint-Georges, France

<sup>2</sup> CHU R.-Poincaré, Garches, France

<sup>3</sup> 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. Hansmann<sup>1</sup>, B. Jaulhac<sup>1</sup>, P. Kieffer<sup>2</sup>, M. Martinot<sup>3</sup>, E. Wurtz<sup>4</sup>,  
R. Dukic<sup>5</sup>, A. Michel<sup>6</sup>, O. Bonomi<sup>7</sup>, G. Boess<sup>8</sup>, S. de Martino<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HUS, Strasbourg, France

<sup>2</sup> CH Mulhouse, Mulhouse, France

<sup>3</sup> CH Pasteur, Colmar, France

<sup>4</sup> CH Saverne, Saverne, France

<sup>5</sup> CH Haguenau, Haguenau, France

<sup>6</sup> CH Wissembourg, Wissembourg, France

<sup>7</sup> CH Sélestat, Sélestat, France

<sup>8</sup> 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 ; bartonellose : 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

