

Oliver Adam, Paul W. Meier

Vous l'auriez su? – érythème migrant

Cas pédiatriques au cabinet du médecin de famille – en bref

Le cas

Une mère se présente au cabinet médical avec son fils de quatre ans en raison d'une éruption cutanée asymptomatique. Le garçon a été et il est toujours afebrile. Il y a une semaine, ils sont revenus des Etats-Unis, et ils n'ont pas de souvenir de morsure de tique. Toutefois, le diagnostic semble s'imposer au premier coup d'œil: érythème chronique migrant (ECM). Puis la mère ôte les vêtements de son enfant, et les efflorescences s'avèrent nombreuses et semblables. Un ECM, vraiment, ou autre chose?

Solution

Normalement, l'ECM se manifeste localement (stade 1 de la borréliose de Lyme) et apparaît une semaine ou deux après une piqûre de tique (intervalle: de 3 à 32 jours). A l'occasion, une seule piqûre peut suffire à déclencher un ECM multiple. Il s'agit alors d'une maladie disséminée précoce, donc du stade 2, et dans ce cas la période de latence entre piqûre et efflorescences cutanées compte trois à cinq semaines.

Ces ECM multiples sont nettement plus fréquents aux Etats-Unis qu'en Europe (environ 23% contre 7%). On l'explique par le fait que *Borrelia burgdorferi sensu stricto* sont les borrélioses principales associées aux tiques nord-américaines, alors qu'en Europe nous connaissons *B. afzelii*, *B. garinii* et divers autres sous-groupes de borrélioses, qui provoquent des symptômes avec de faibles variations.

Ces différences expliquent que la fréquence des conséquences neurologiques des morsures de tiques (*B. garinii*) est plus élevée en Eurasie qu'en Amérique du Nord. Seules les borrélioses eurasiatiques provoquent des lymphocytomes et l'acrodermatite (*B. afzelii*).

Traitement

- Le traitement consiste en une antibiothérapie perorale de 14 à 21 jours.
- Pour les enfants de moins de huit ans: amoxicilline 20 mg/kgPC 3x par jour (alternatives: céphalosporine ou clarithromycine).
- Pour les enfants de plus de huit ans: doxycycline 1 à 2 mg/kgPC 2x par jour.

Et l'examen sérologique en cas d'ECM?

Au stade d'ECM, le sérodiagnostic n'est pas recommandé et il sert uniquement d'appoint. Comme il s'agit encore d'une manifestation précoce et locale, il est encore trop tôt pour doser les anticorps. Ce n'est que dans les cas très incertains qu'un recours à l'examen sérologique pourrait en valoir la peine; si le résultat est négatif, il faut cependant répéter l'examen après quatre à huit semaines pour ne pas manquer la survenue de la séroconversion. Par conséquent, à ce stade, le diagnostic et l'indication de traitement découlent des observations cliniques.

La situation est différente au stade 2, dans les formes disséminées de la maladie de Lyme (telles que la paralysie faciale, la méningite) ou au stade 3 (par ex. en cas d'arthrite). Là, le recours à la sérologie est utile mais non déterminant, car l'interprétation d'une sérologie positive de la borréliose est délicate. Les valeurs faussement



positives étant très fréquentes, il faut tout d'abord confirmer le résultat par Western blot. De plus, l'examen sérologique ne donne aucune indication claire sur la présence d'une borréliose aiguë, même si la sérologie en IgM se révèle positive. Les titres infectieux peuvent persister des mois et des années et la seule information que l'on puisse en conclure, c'est qu'il y a eu au moins une occurrence de contact avec des borrélioses. Chez les donneurs de sang en Suisse, la prévalence sérologique d'anticorps antiborrélioses se situe autour des 10%, mais seule une fraction des porteurs d'anticorps a présenté les symptômes de la borréliose de Lyme.

Mémento

Sérologie positive ≠ borréliose de Lyme
Observations cliniques + Western blot positif = borréliose de Lyme
Les recommandations détaillées concernant le diagnostic et le traitement en cas de borréliose figurent dans le BMS 2005;86(41):2332-2338, 2005;86(42):2375-2384 et 2005;86(43):2422-2428 en allemand, et sous <http://www.sginf.ch/ssi-home/guidelines/ssi.html> en français.

Correspondance:

Dr. med. Paul W. Meier
FMH Kinder- und Jugendmedizin
Gruppenpraxis für Kinder und Jugendliche
Bürgerspital
4500 Solothurn
paul.meier@mac.com