

Mots clés :

Lyme  
Borréliose  
Examen complémentaire

## Comment confirmer le diagnostic de maladie de Lyme ?

La maladie de Lyme fait partie des 11 zoonoses déclarées « prioritaires » en 2006 (avec entre autres la brucellose, la rage, la leptospirose, etc.) par l'institut de veille sanitaire (InVS) en raison de son caractère émergent et de sa gravité potentielle<sup>1</sup>. Transmise par la morsure de tiques infectées par *Borrelia*, la maladie de Lyme passe d'abord par une phase primaire d'érythème migrant (EM). Il régresse spontanément, mais en l'absence de traitement antibiotique adapté, des manifestations secondaires et tertiaires neurologiques, rhumatologiques, cutanées ou cardiologiques peuvent survenir. Leur manque de spécificité clinique est aggravé par un défaut de standardisation de tests sérologiques dont la fiabilité et la précision dépendent du laboratoire<sup>2</sup>. Sur quels éléments cliniques et biologiques évoquer le diagnostic ? La conférence de consensus de 2006<sup>3</sup> et diverses synthèses<sup>2,4</sup> précisent les quelques données essentielles pour la pratique.

### A la phase primaire : l'érythème migrant

Il en est la manifestation la plus fréquente (40 à 77% des cas) : annulaire, centré sur la morsure de tique, apparaissant dans les jours ou le mois après la morsure (extrêmes : 1-180 jours). En Europe, il a une croissance périphérique caractéristique de quelques millimètres par jour, jusqu'à réaliser une plaque ovale de plus de 5 cm ou plus. De nombreuses variantes cliniques sont possibles en taille, nombre et aspect<sup>3</sup>. Spontanément, la lésion s'étale progressivement durant plusieurs semaines jusqu'à atteindre 30 cm ou plus, puis disparaît en quelques mois en laissant parfois une pigmentation résiduelle. Au stade d'EM récent, la plupart des patients n'ont pas d'anticorps anti-borrelia. Devant un signe clinique aussi évocateur (72% des généralistes et 92% des dermatologues reconnaissent l'EM en région d'endémie<sup>in2</sup>), la plupart des auteurs et les recommandations européennes ne proposent pas de sérologie<sup>in2</sup>, d'autant que sa négativité n'exclut pas le diagnostic (sensibilité variant autour de 50% selon les études<sup>3</sup>).

### Au cours des stades ultérieurs...

la maladie peut prendre des aspects très différents et non spécifiques : manifestations neurologiques (polynévrites, paralysies faciales, méningites souvent uniquement biologiques), arthritiques, plus rarement cardiaques ou cutanées. Chacune des 4 espèces de *Borrelia* circulant en Europe a un tropisme organique particulier<sup>4</sup>.

Selon l'EUCALB (*European Union Concerted Action of Lyme*

*Borreliosis*), l'examen sérologique n'est recommandé que si les signes cliniques sont évocateurs chez un patient exposé à une morsure de tique ou s'il y a une forte incidence locale de la maladie<sup>in2</sup>. Mais moins les symptômes cliniques sont spécifiques, plus la probabilité de maladie de Lyme est faible et plus la valeur prédictive positive des tests est faible (risque important de faux positifs)<sup>2</sup>. Selon les recommandations de l'EUCALB, les tests Elisa utilisés ont une spécificité d'au moins 90% ; il n'y a donc pas lieu de contrôler un test négatif<sup>3</sup>. Un test positif ou douteux doit être confirmé par une technique d'immuno-empreinte (Western Blot). A chacune des manifestations cliniques de la maladie correspond un résultat sérologique différent traduisant l'évolution des taux d'anticorps. Les examens plus spécialisés (examen direct, PCR, biopsies...) relèvent du cas par cas.

### Après traitement

L'objectif du traitement n'est pas la négativation de la sérologie, mais l'éradication des *borrelia*. La difficulté d'interprétation d'une nouvelle sérologie dans ce cas fait qu'elle n'est pas recommandée<sup>3</sup>. Les anticorps anti-borrelia peuvent persister jusqu'à 10 à 20 ans après une maladie de Lyme traitée<sup>2</sup>. Il n'existe pas actuellement de marqueurs d'activité de la maladie<sup>2</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

La borreliose de Lyme est principalement **diagnostiquée au stade primaire** de la maladie (EM) par les généralistes et les dermatologues<sup>5</sup> ; 5000 à 10 000 cas surviennent chaque année en France<sup>4</sup>. Le manque de spécificité des signes cliniques des phases secondaire et tertiaire et le manque de standardisation des tests sérologiques en fait un diagnostic difficile à ces stades.

Il n'existe **pas de marqueur d'activité de la maladie** : les tests sérologiques indiquent une exposition au *borellia*, mais pas nécessairement une infection<sup>2</sup>. En zone de forte endémie, un nombre significatif de patients asymptomatiques ont une preuve sérologique de cette exposition.

Le suivi de la maladie de Lyme est d'autant plus difficile que les anticorps peuvent persister de nombreuses années et que la maladie n'est pas immunisante.

#### Références

- 1- Capek I et al. Définition de priorités et actions réalisées dans le domaine des zoonoses non alimentaires, 2000-2005. BEH. 2006; 27-28: 196-9.
- 2- Rémy V. Place des méthodes biologiques dans le diagnostic des manifestations de la borreliose de Lyme. Médecine et maladies infectieuses. 2007; 37: 410-21.
- 3- SPILF. Borréliose de Lyme. Démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives. 16<sup>ème</sup> conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Paris, décembre 2006.
- 4- Institut Pasteur. La maladie de Lyme. Sur [www.pasteur.fr](http://www.pasteur.fr)
- 5- Schmitt M et al. Données épidémiologiques sur la maladie de Lyme en Alsace, Limousin, et Rhône-Alpes. BEH. 2006; 27-28: 202-3.