



Item169-1-Zoonoses. Maladie de Lyme. Maladie des griffes de chat.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement des principales zoonoses : brucellose, fièvre Q, leishmaniose, toxoplasmose, maladie de Lyme, maladie des griffes du chat, pasteurellose, rickettsioses, tularémie, échinococcose (hydatidose). - Connaître et expliquer les mesures préventives contre la rage.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives / SPILF / 2006 - Polycopié national: Pathologie d'inoculation (Pilly 2012)	- <i>Borrelia burgdoferi</i> / T°: tiques / forêt - Phase primaire: érythème migrant - Phase II: méningo-radiculite / arthrite - Phase III: neuropathie / acrodermite - EM: amoxicilline 1g x3/J PO 14-21J - MR: ceftriaxone 2g/J IV-IM 21-28J - MA: kiné / protection oculaire / MP - <i>Bartonella henselae</i> / T°: chats / jeune - ADP: isolée unilatérale inflammatoire - Si histo: granulome géant-cellulaire - Azithromycine 1g/J PO pendant 14J	- AUCUN examen si phase I - ECG: BAV sur myocardite - Sérologie VIH si méningoR - Tétanos: SAT +/- VAT - Déclaration M. professionnelle - MGC: évoquer une hémopathie

Remarque

- Pour CAT devant morsure/plaie et autres pathologies d'inoculation
- → cf [Zoonoses. Piqûres et morsures. Prévention de la rage](#): « Piqûres et morsures. Prévention de la rage »

A. MALADIE DE LYME

Généralités

Définitions

- Maladie de Lyme (borréliose): infection bactérienne transmise par morsure de tique
- Remarque: pathologie d'inoculation: infection transmise par effraction cutanée

Epidémiologie

- La plus fréquente des maladies transmises par les tiques (genre Ixodes)
- Localisation: US-Europe (!! pas les PVD) / période: printemps-automne ++
- !! La maladie de Lyme est une maladie professionnelle du chasseur/bucheron

Physiopathologie

- **Germe:** bactérie spirochète: *Borrelia burgdoferi* (d'où « borreliose »)
- **Transmission:** par morsure de tique (risque de 1 à 4%) / en forêt +++
- Multiplication dermique (érythème migrant) puis dissémination

Diagnostic

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: rechercher **profession** / loisir à risque (ballades en forêt ++)
 - Anamnèse: si non visible rechercher notion d'érythème migrant (**A savoir !**)
- Phase primaire
 - !! Asymptomatique dans 50% des cas / incubation: 1 à 2S après piqûre
 - Erythème migrant +++
 - macule érythémateuse à croissance centrifuge (éclaircissement central)
 - !! indolore et non prurigineuse / parfois associées à des ADP, myalgies..
 - Disparition spontanée sans séquelle en environ 3 à 4 semaines
- Phase secondaire (hématogène)
 - En l'absence d'ABT / quelques semaines à plusieurs mois après l'érythème
 - Atteinte neurologique (« neuroborréliose »)
 - Tableau de **méningo-radiculite** / en Europe > aux US
 - **Méningite**: syndrome méningé / !! souvent apyrétique / lymphocytaire
 - **Radiculite**: syndrome neurogène périphérique (dermatome de la piqûre ++)
 - **Atteinte nerfs crâniens**: paralysie faciale périphérique le plus souvent
 - Atteinte rhumatologique (« arthrite de Lyme »)
 - Oligo-arthrite asymétrique des grosses articulations / paroxystique
 - En pratique: **mono-arthrite** du genou +++ / surtout aux US
 - Autres atteintes (plus rares)
 - **cardiaque**: **BAV** spontanément régressif (5%) / myocardite à minima
 - **oculaire**: uvéite antérieure / exceptionnellement NOIAA
 - **cutanée**: lymphocytome borrélien: nodule des oreilles, mammelon, OGE
- Phase tertiaire (immunologique)
 - Manifestations tardives: ≥ 6 mois et souvent plusieurs années après contage
 - Atteinte neurologique: encéphalomyélite chronique / polyneuropathie sensitive
 - Atteinte cutanée: acrodermite chronique atrophiante / dos des mains et pieds
 - Atteinte rhumatologique: mono ou oligoarthrite chronique peu inflammatoire

Examens complémentaires

- !! si érythème migrant typique: **aucun** examen → ABT directe (CC [Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives / SPILF / 2006](#)) (**A savoir !**)
- Diagnostic positif = sérologique
 - Recherche d'IgG/IgM anti-borrelia par **ELISA**: à confirmer par **WB** si (+)
 - Peut se faire dans le sang (atteinte articulaire) et/ou le LCR (neuroborréliose)
 - !! sérologie le plus souvent négatif en phase primaire (et faible en phase II)
- Devant tout tableau de méningo-radiculite ou tout signe neurologique (sauf PF isolée)
 - Ponction lombaire pour analyse du LCR
 - LCR clair / pléiocytose modérée à prédominance lymphocytaire
 - Hyperprotéinorachie modérée (~ 1g/L) / pas d'hypoglycorachie
 - Ac anti-Borrelia positifs / bandes oligoclonales Ig à l'électrophorèse
 - LCR lymphocytaire et/ou hyperprotéinorachie / !! pas d'hypoglycorachie
- Rechercher une atteinte associée
 - **ENMG**: recherche une atteinte pluri-radiculaire en cas de méningo-radiculite
 - **ECG +/- ETT**: recherche systématique d'un **BAV** +/- myocardite +++ (**A savoir !**)
 - **Diagnostiques différentiels**: sérologie **VIH** (**A savoir !**) / recherche de BK / de **blastes**
- Devant tout tableau d'arthrite
 - Ponction articulaire: arthrite inflammatoire / faire sérologie sanguine

Diagnostiques différentiels devant une méningo-radiculite

- Bactérienne: listériose / BK (cf [Méningites, méningoencéphalites chez l'adulte et l'enfant.](#))
- Virale: zona / **VIH** / HSV
- Néoplasique: lymphome / leucémie aiguë (blastes au LCR)
- Autres: sarcoïdose / lupus

Evolution

Histoire naturelle

- En l'absence de traitement: évolution vers phase II non systématique (10% seulement)
- Sous traitement: bon pronostic (> 90% de guérison en phase I ou II)

Complications

- Syndrome post-Lyme: asthénie / algies diffuses / troubles cognitifs
- Survient après une borreliose bien traitée / pas de modification de l'ABT
- Réaction de Jarisch-Herxheimer possible

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire si phase primaire ou PF isolée
- Hospitalisation si méningo-radculite ou arthrite

Antibiothérapie

(CC [Borreliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives / SPLIF / 2006](#))

érythème migrant ou PF isolée	amoxicilline 1g x3/j PO pendant 14 à 21J (si allergie: doxycycline 200mg PO possible)
méningo-radculite ou myocardite	ceftriaxone 2g/j IV (ou IM) pendant 21 à 28J (si allergie: Doxycycline)
arthrite	doxycycline 200mg/j PO pendant 21 à 28J (si allergie: Amoxicilline)

Mesures associées

- Prévention du tétanos: **SAT/VAT** (**A savoir !**)
- Si PF: NPO [**protection oculaire** / occlusion / rééducation / collyre / éduP] (**A savoir !**)
- Si radiculite avec déficit moteur: NPO kinésithérapie
- Déclaration en maladie professionnelle (**MPI**): si bûcheron

CAT en cas de morsure de tique

- Ablation précoce de la tique avec une pince mais ne rien mettre dessus (pas d'éther !)
- !! Pas de prophylaxie ni sérologie: surveillance simple (consulter si érythème)

Surveillance

- **Clinique** uniquement: régression de la PF, du syndrome méningé, etc.
- !! **Pas** de sérologie ni de PL de contrôle (CC [Borreliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives / SPLIF / 2006](#))

B. MALADIE DES GRIFFES DU CHAT

Généralités

Définition

- MGC = « lymphoréticulose bénigne d'inoculation » (!! granulome)

Epidémiologie

- Maladie fréquente et cosmopolite / enfant et adulte jeune ++ (80% < 18ans)

Physiopathologie

- **Germe**: bacille Gram- (BGN) **intra-cellulaire**: Bartonella henselae
- **Transmission**: par morsure ou griffure de chat / pas de contamination inter-humaine
- Vecteur = puce sur le chat / chez l'homme: migration lymphatique

Diagnostic

Examen clinique (++)

- **Interrogatoire**
 - Rechercher contact avec un **chat** devant toute ADP unilatérale du sujet jeune
 - Notion de contagé (griffure ou morsure) / !! diagnostic ≠ avec hémopathie
 - Discrets signes généraux possibles: asthénie, fébricule..
- **Examen physique**
 - **Lésion d'inoculation**
 - papule rouge indolore infracentimétrique au niveau de la plaie

- Adénopathie +++
 - unilatérale / ferme / mobile / indolore ou inflammatoire
 - uniquement dans le territoire de drainage: une seule aire

Examens complémentaires

- **Aucun** nécessaire pour diagnostic positif en cas de forme typique et contage
- **Sérologie**: en 1ère intention mais faible spécificité ++
- **Biospie-exérèse ganglionnaire**: si doute (avec une hémopathie ++)
 - Anapath: granulome giganto-cellulaire +/- nécrotique
 - IHC ou PCR confirme la présence de bartonella henselae

Diagnostics différentiels

- **Ceux d'une ADP isolée** (cf Adénopathie superficielle de l'adulte et de l'enfant)
 - **Infectieuse**: BK (ou mycoB atypique) / pyogènes
 - **Tumorale**: hémopathie (lymphome ++) / métastase (**A savoir !**)

Evolution

Histoire naturelle

- Evolution spontanément favorable dans la grande majorité des cas
- Mais peut être longue: quelques semaines à 2-3M (même si ABT ++)

Complications

- **fistulisation à la peau**: dans 10% des cas / écoulement purulent
- **chez l'immuno-déprimé**: angiomatose bacillaire (prolifération vasculaire)
- **chez le valvulopathe**: endocardite infectieuses à hémocultures négatives

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire hors formes compliquées

Antibiothérapie

- Forme typique: macrolide car intra-cellulaire; **azithromycine** 1g/j pendant 14J
- Si angiomatose bacillaire: érythromycine 2g/j pendant 3 mois
- Non obligatoire chez l'enfant

Mesures associées

- Décontamination du chat contre les puces +++
- Exérèse si fistulisation ou évolution traînante

Surveillance

- Clinique seulement: régression progressive de l'ADP

Synthèse pour questions fermées

Quelle est la notion à rechercher à l'interrogatoire en cas de suspicion de maladie de Lyme ?

- Recherche d'érythème migrant

Quelles sont les 3 atteintes les plus fréquentes au cours d'une maladie de Lyme en phase secondaire ?

- Atteinte neurologique (méningo-radculite)
- Atteinte rhumatologique (monoarthrite du genou ++)
- Atteinte cardiaque (BAV)

Devant un tableau de dépression après maladie de Lyme traitée, 1 diagnostic à évoquer ?

- Syndrome post-Lyme