

Mots clés :

Lyme
Borréliose
Antibiothérapie

Quelle est la place de l'antibiothérapie dans la maladie de Lyme ?

L'objectif du traitement antibiotique d'une borréliose de Lyme est l'éradication complète des *Borrelia*, quelle que soit leur localisation au niveau tissulaire, pour éviter une évolution infectieuse ultérieure souvent associée à des phénomènes inflammatoires ou dysimmunitaires¹. En pratique, le suivi sera clinique (disparition des symptômes) et non sérologique (interprétation discutable). La plupart des patients répondent rapidement et complètement au traitement². La recommandation 2006 de la SPILF³ et les différentes synthèses qui l'accompagnent^{1,2,4}, font le point sur les données actuelles en fonction de la phase de la maladie et du patient atteint.

Quels antibiotiques ?

Trois classes d'antibiotiques peuvent être utilisées (consulter les monographies du Vidal) : les β -lactamines (péni-G, amoxicilline, céfuroxime-axétil, ceftriaxone), les cyclines (doxycycline), et les macrolides (érythromycine, azythromycine). Les β -lactamines peuvent entraîner une réaction d'Herxheimer bénigne (1 à 21% des cas selon les études) ; seules l'amoxicilline et la ceftriaxone (chère et douloureuse en IM) ont l'AMM en France. Les cyclines sont contre-indiquées chez l'enfant avant 8 ans et chez la femme enceinte. La sensibilité des différentes espèces de *borrelia* est comparable vis-à-vis de ces antibiotiques¹⁻⁴. Les localisations nerveuses posent un problème de diffusion : elle est bonne pour la ceftriaxone, moyenne pour l'amoxicilline, médiocre pour les cyclines et macrolides.

A la phase primaire (érythème migrant)

L'amoxicilline (50 mg/kg/j) et la doxycycline (200 mg/j) ont une efficacité comparable. Le traitement doit être le plus précoce possible, par voie orale, pour une durée habituelle de 14j, 21j en cas d'érythème multiple ou avec signes extracutanés. Les symptômes cutanés peuvent persister plus d'un mois sans qu'il s'agisse d'un échec thérapeutique³. Les posologies préconisées sont les posologies standard (grade B)³. Il y a quelques variantes selon les pays concernés⁴.

Phases secondaires et tertiaires

Il n'existe pas d'essais thérapeutiques suffisamment puissants ou non biaisés pour conclure dans les différentes manifestations secondaires (liées directement à la *borrelia*) ou tertiaires (impliquant des réactions immunologiques encore mal connues). Les études cliniques ne permettent pas de retenir un schéma thérapeutique unique, que ce soit pour le

choix de la molécule ou la durée du traitement, qui relèvent donc de l'accord professionnel. Pour les formes neurologiques, le traitement par voie orale n'est recommandé que pour les atteintes isolées d'un nerf crânien (14 à 21 jours). Dans tous les autres cas, la voie parentérale est préférée (21 à 28 jours). Les arthrites aiguës peuvent être traitées par voie orale 21 à 28 jours, les arthrites récidivantes ou chroniques de 30 à 90 jours. La place de médicaments non antibiotiques est affaire de cas particuliers (aspirine, corticoïdes, voire immuno-suppresseurs...)

La résolution des signes cliniques est d'autant plus tardive que le traitement a été mis en route avec retard. L'évaluation clinique des résultats doit être faite au moins 2 mois après la fin du traitement, avant de proposer le cas échéant un traitement complémentaire avec un autre antibiotique. La sérologie n'est pas recommandée parce que d'interprétation trop discutable.

Maladie de Lyme et grossesse

La prophylaxie post-exposition a été recommandée vers 1995 sur la base de quelques dizaines de suspicions de transmission materno-foetale avec avortements, mort in utero ou malformations fœtales cardiaques et neurologiques après borréliose de Lyme. Ces données n'ont pas été confirmées. La situation de la femme enceinte répond donc aux règles générales de la prise en charge de cette maladie, exception faite de la contre-indication des cyclines.

Que conclure pour notre pratique ?

S'il y a accord sur le principe du traitement antibiotique de la borréliose de Lyme, les doses, les durées de traitement et les critères de jugement varient beaucoup d'une étude à l'autre⁴. Chez la femme enceinte, il n'existe pas d'étude clinique contrôlée.

La borréliose de Lyme est au total une maladie très médiatisée (plus de 10 millions de références sur Google...), « ce qui expose d'autant plus les professionnels de santé et le grand public à des conduites irrationnelles : symptomatologie rapportée à tort à une borréliose évolutive, difficultés d'indications et d'interprétation des sérologies, répétition de traitements inutiles et inefficaces... »⁴. Retenons la nécessité d'une démarche diagnostique, thérapeutique et préventive complète et cohérente. Et n'oublions pas qu'une tique peut aussi transmettre d'autres agents infectieux, parasitaires ou viraux que la *borrelia*.

Références

- 1- Christmann D. Borréliose de Lyme : quel est le suivi nécessaire après le traitement ? Médecine et maladies infectieuses. 2007; 37: 357-9.
- 2- Monsel G et al. Antibiothérapie de la phase primaire de la borréliose de Lyme. Maladies infectieuses. 2007; 37: 463-72.
- 3- SPILF. Borréliose de Lyme. Démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives. 16^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Paris, décembre 2006.
- 4- Patey O. Borréliose de Lyme : mesures préventives secondaires après piqûres de tiques. Médecine et maladies infectieuses. 2007; 37: 446-55.