

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 8 avril 2014

Première heure:

Borréliose, encéphalites à tiques, tularémie et autres maladies infectieuses transmises par les tiques

Oratrices: Dr PA Crisinel, Dr S Asner CHUV

Maladies à tiques: il existe environ une vingtaine d'espèces de tiques, mais chez nous l'espèce la plus répandue est *Ixodes ricinus*. D'autres tiques existent chez nous, moins pathogènes. Aux USA, les espèces de tiques les plus répandues sont *Ixodes pacificus* et *scapularis*.

Différentes maladies peuvent être transmises par les tiques: maladie de Lyme, méningo-encéphalite verno-estivale, anaplasmose, babesiose, rickettsiose, tularémie.

Le cas d'un enfant de 11 ans est présenté. Il a été piqué par une tique le 20 juin, le 5 juillet il a présenté céphalées, nuchalgies, méningisme. Les sérologies étaient fortement positives pour la maladie de Lyme. La ponction lombaire montrait une pléiocytose, une protéinorachie, des IgG positives. Le diagnostic retenu était celui de neuroborréliose, stade disséminé précoce. Le choix de traitement était théoriquement 1 mois de Rocéphine. Y a-t-il d'autres possibilités de traitement?

La maladie de Lyme est présente sur l'ensemble du territoire suisse en dessous de 1500m d'altitude, avec un pic d'incidence au printemps et en été. La séroprévalence est de 10%. La borréliose largo sensu est due à *B. burgdorferi*, *afzelii*, *garrinii* et encore deux autres espèces.

Le système sentinelle permet d'évaluer l'extension de la maladie.

La tique connaît 4 phases. Œuf, larve, nymphe et adulte. La transmission de la maladie est faite par les glandes salivaires, surtout au stade de nymphe et d'adulte.

Clinique: d'après les textbooks, les stades de la maladie semblent bien définis, ce qui n'est pas le cas en réalité. Le stade précoce est localisé, survenant une semaine après la piqûre de tique, avec un érythème augmentant de taille progressivement, puis résolution spontanée en quelques semaines à mois; un syndrome grippal est aussi possible, moins fréquent.

Stade II: dissémination précoce:

Lymphocytome: douleur, tuméfaction cutanée, en particulier lobe de l'oreille

Neuroborréliose précoce: quelques semaines à mois après la piqûre peut survenir une méningite aseptique, des céphalées modérées, le méningisme est rare; il y a une pléiocytose dans le liquide céphalorachidien;

La radiculite est rare chez l'enfant;

La paralysie faciale peut être bilatérale chez l'enfant, avec régression spontanée en général.

L'atteinte cardiaque, avec BAV, est rare chez l'enfant

Atteinte articulaire: représente 5% des causes d'arthrite chez l'enfant, sous forme de mono ou oligo arthrite des grandes articulations. La guérison est bonne sous antibiotique, la pathologie inflammatoire peut persister. L'évolution vers une arthrite chronique est possible.

Ixodes peut transmettre d'autres germes, par exemple babesia et anaplasma. Il peut y avoir co-infection.

Stade II tardif, chronique: lésion d'acrodermite, arthrite ou neurologique.

Un challenge: seulement 50 à 70% se souviennent avoir été piqué par une tique; la présentation est parfois atypique; la séroprévalence positive dans la population générale est élevée (environ 10%); avant de demander des examens, il faut toujours établir une probabilité pré test.

Les tests possibles sont:

- Les sérologies IgM, IgG (Elisa): sensibles mais peu spécifiques
- A confirmer par un western blot (bandes de protéines)
- La protéine VLSE

Les sérologies se positivent après 3 à 4 semaines (IgM), les IgG après 6 à 8 semaines. Les sérologies ne sont pas utiles au stade de l'érythème migrant. Il y a beaucoup de faux positifs (réaction croisée, inflammation)

Le western blot est une détection dirigée contre certaines protéines; le test gagne en spécificité; la sensibilité est élevée pour les arthrites, de l'ordre de 70 % lors de neuroborréliose.

Protéine VLSE: la détection est dirigée sur la réaction contre une séquence de protéines Ir6 (région hautement conservée). Le test est sensible dans les stades précoces, et est utile pour le suivi de la maladie (cinétique); en général, se négative 6 mois après le traitement, des faux négatifs et positifs sont possibles.

Liquide céphalo rachidien: le dosage des IgG dans le LCR est spécifique; le Western Blot est utile ainsi que la protéine VLSE.

La PCR pour borelia est disponible, utile dans les biopsies cutanée.

La cytokine Cxcl13 semblerait avoir une bonne sensibilité et spécificité dans le LCR. Mais des études sont encore nécessaires, il n'y a pas de gold standard,

Traitement de la borréliose: le traitement est efficace, il n'y a pas de résistance aux antibiotiques connue; la régression des symptômes peut être lente.

Le traitement par Rocéphine est recommandé pour la cardite, la neuroborréliose, la paralysie faciale. Les recommandations thérapeutiques peuvent différer d'un pays à l'autre, En Allemagne, il est recommandé 2 semaines de ceftriaxone, puis 2 semaines de doxycycline; aux USA 14 à 28 jours de ceftriaxone puis doxycycline

Concernant le traitement de la paralysie faciale, les recommandations sont différentes et variées. La doxycycline est recommandée après 8 ans, elle a été évaluée aussi efficace que la ceftriaxone.

Pour l'arthrite, le traitement recommandé reste l'amoxicilline, si récidive la ceftriaxone intra veineux.

La prévention consiste en protection (habits longs), retrait rapide de la tique, la prophylaxie par doxycycline est discutée chez l'adulte, il n'y a pas de vaccin disponible.

Nouvelle maladie: en cas d'adénite, ulcères cutanées, il faut penser à la tularémie (cas dans le Nord vaudois). La maladie est plus fréquente aux USA. La transmission est possible par contact avec un animal (lapin) ou piqure de tique. Le traitement est gentamycine et quinolone, les beta lactames sont inefficaces, sur 14 jours; il faut y penser en cas d'adénite.

Encéphalites à tiques. Il existe des zones à risque (par exemple plaine de l'Orbe). L'âge pour le développement des symptômes est déterminant, après 6 ans. La période d'incubation est de 14 jours, suivi d'un syndrome grippal: 1/3 des enfants peuvent développer une méningo encéphalite, 2/3 un méningisme; les complications neurologiques sont plus fréquentes chez l'adulte. Il existe 3 formes de maladie, selon le vecteur ixodes (Sibérie, Russie ou Europe). En Suisse, on observe une augmentation des cas rapportés, alors que les cas sont en baisse en Autriche où la vaccination est plus systématique. En Suisse, il y a aussi une progression des zones à risque.

Le vecteur est ixodes ricinus, ayant une activité dès 11° degré de température, nécessitant une humidité de 70 à 80% (idéalement sous bois).

Les rongeurs sont l'hôte réservoir, permettant et facilitant la transmission inter tiques. Les grands mammifères ne facilitent pas la transmission inter tiques.

L'élévation des températures, une zone à population de rongeurs importantes facilite l'extension de la maladie.

Les vaccins Encepur et FSME immune existent; les recommandations vaccinales diffèrent selon le fabricant et l'OFSP. Si le vaccin est possible dès 1 an, il est recommandé dès 6 ans et un rappel tous les 10 ans est suffisant. En dessous de 6 ans, la maladie est moins sévère et probablement l'exposition moins forte,

Le vaccin est très efficace (99% en Autriche), éviteraient en Autriche 2800 cas et 20 décès. Il est bien toléré, la fièvre est rare; l'allergie à l'œuf est une contre indication.

Est-il utile de tester la tique pour la maladie de Lyme? Non cela n'est pas utile, Une tique positive ne transmettra pas forcément la maladie.

Commentaire sur la vignette présentée: effectivement, cas atypique, probable contamination plus ancienne.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch