

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.

Présentation de cas Pédiatrie de Genève du 24 mars 2012

deuxième partie:

Prêts pour les tiques

Cas présentés par la Drsse V Vandenberghe et discuté par la Drsse K Posfay Barbe

1) un garçon de 8 ans revient de Provence, il consulte pour une boule sous le bras. Il s'agit d'une adénopathie axillaire, mais à l'examen on remarque une plaque érythémateuse. Il est mis sous amoxicilline pendant 14 jours, les premières sérologies sont négatives. Quelques semaines plus tard, les sérologies reviennent légèrement positives, on conclut à un érythème migrant.

2) Un garçon de 10 revient du Tessin. Il avait présenté un syndrome grippal et présentait des placards rouges sur le visage surtout. Il a été diagnostiqué comme érythème migrant, traité par amoxicilline et les sérologies reviendront positives. Il a été recommandé de faire un ECG ultérieurement. Les sérologies chez le père reviendront également fortement positives, mais il est complètement asymptomatique.

Les tiques peuvent transmettre l'encéphalite (FSME), causée par un flavivirus avec épidémie d'avril à juin ; en Suisse 1% des tiques sont infectées, le risque est en dessous de 1000m d'altitude ; c'est une maladie à déclaration obligatoire. Il existe un système de surveillance dans plusieurs pays européens.

En Suisse, il y a eu un pic de 244 cas en 2001, autrement environ 130 cas par année.

La maladie se manifeste par un syndrome grippal 7 à 14 jours après la piqûre, suivie dans environ 30% des cas par une phase de fatigue, myalgie, atteinte du SNC ; la mortalité s'élève à 1%, il n'y a pas traitement. La vaccination est possible, recommandée dès 6 ans dans les zones à risque (pas utile en dessous de 6 ans)

Borréliose : le risque de transmission est possible jusqu'à une altitude de 1500m ; en Suisse, 5 à 30% des tiques sont infectées.

La tique se trouve dans les buissons, elle ne tombe pas des arbres. Il existe plusieurs sous espèces de borréliose, en Suisse surtout le Garinii et ensuite le Burgdoferi.

Le risque de transmission augmente, lorsque la tique est porteuse, avec le temps de fixation, faible en dessous de 24 heures, proche de 100% après 72 heures. Les nymphes sont plus dangereuses car comme elles sont petites, on les voit moins bien et elles restent fixées plus longtemps.

En Suisse, l'incidence est de 3000 cas par année avec un pic d'âge entre 2 et 10 ans et 35 à 55 ans.

Au stade I, il y a un érythème chronique migrant, pathognomique. Il y a aussi un syndrome grippal léger, avec souvent une somnolence (dans 80% des cas). Les

sérologies sont peu utiles à ce stade, il est recommandé de traiter par 2 semaines d'amoxicilline.

Le stade II se développe 2 à 12 semaines après. Diverses manifestations sont possibles : lymphocytome cutané bénin, neuroborréliose, cardite (par exemple trouble de la conduction, d'où l'utilité de l'ECG), arthrite.

Les sérologies sont nécessaires (ELISA ou autre avec IgM ou IgG) à confirmer par un western blot si positif

La ponction lombaire n'est pas indiquée en cas de paralysie faciale isolée

Le traitement est l'amoxicilline pendant 4 semaines, la doxycycline ou le cefuroxime, la ceftriaxone iv 3 semaines en cas de neuroborréliose

L'ECG est utile pour rechercher ou exclure une atteinte cardiaque.

La phase tardive arrive des semaines ou des mois plus tard, avec arthrite chronique récidivante (touchant le genou dans 90% des cas), la neuroborréliose, l'acrodermite. Il est nécessaire pour les phases II et tardive de confirmer le diagnostic avant de débuter le traitement. En phase précoce, localisée, la sérologie n'est pas forcément positive.

Le dépistage se fait par test ELISA ou EIA, à confirmer par western blot si positif (5 bandes ou plus pour considérer le test positif)

Les difficultés liées à la sérologie sont des sérologies souvent positives en zone de prévalence élevée, des séroconversions asymptomatiques, une sensibilité faible et des souches de borrelia différentes.. Parfois une réponse humorale non spécifique. L'interprétation de la sérologie est souvent difficile.

Un nouveau test a été développé : VLSE (Vmp Like sequence Expressed). Il s'agit d'un segment court de protéine externe commune à toutes les souches de borrelia, hautement antigénique. La valeur varie en fonction du stade de la maladie, diminue après traitement. Ce test remplacera peut-être la stratégie de sérologie en deux temps

Tests possibles	Phase érythème migrant	phase II ou tardive (%de positivité)
IG totale	40%	>99%
IgM	40%	>54%
VLSE	45%	>99%
IgG	52%	>99%
Blot IgG	<15%	>99%

En cas de traitement précoce, on n'observera pas de séroconversion

L'antigène urinaire n'est pas utile, la PCR sur liquide synovial ou LCR est utile si positive

Prophylaxie antibiotique : à discuter si une tique attachée a été identifiée :

Si la tique est pleine de sang

Si la tique est restée attachée plus de 36 heures

Si on se trouve dans une zone d'endémie à plus de 20% de tique infectée (ce qui n'est pas le cas à Genève)

Le traitement recommandé pour la prophylaxie est la doxycycline, (contre-indication chez les enfants de moins de 8 ans et les femmes enceintes)

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch