



LE PRÉVENANT

BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE — Vol.24, N°7

LA MALADIE DE LYME

par : D^r Daniel Paquette, médecin-conseil

ÉTAT DE SITUATION : LA MALADIE DE LYME (ML)

La ML, à titre de maladie émergente, connaît une hausse graduelle de cas dans la population du Québec ces dernières années. De 2004 à 2012, il y a eu un total de 134 cas humains déclarés, dont 42 cas en 2012 seulement¹. En 2013 et en 2014, 136 et 120 cas ont été déclarés au Québec respectivement, et **plus de 50 % d'entre eux ont été acquis dans la province**. Dans la région de Lanaudière, il y a eu 7 et 3 cas déclarés en 2013 et 2014 respectivement, et l'un d'entre eux a été acquis sur notre territoire. Nous avons toutes les raisons de croire que la tendance générale à la hausse du nombre de cas touchant la population du Québec et du nombre de cas acquis de façon indigène se poursuivra durant les prochaines années. En ce sens, les mesures de prévention et une prise en charge adéquate des cas par le réseau de la santé s'avèrent plus que nécessaires.

CYCLE DE TRANSMISSION

L'agent causal est la bactérie *Borrelia burgdorferi* (B.b.), un spirochète.

Au sujet du vecteur, voici les informations principales :

- tique *Ixodes scapularis* au Québec et en général dans l'est du Canada, de même que dans les États du Nord-Est et du Midwest aux États-Unis (autres tiques dans les autres régions de l'hémisphère nord de la planète);
- trois stades possibles, chacun requérant un repas sur un hôte humain ou animal : larve, nymphe, adulte;
- présence des tiques dans des régions boisées et dans les hautes herbes;
- pics d'incidence au Québec, dans l'ordre d'importance : 1) mi-octobre à mi-décembre, 2) mai et juin;
- transmission de la bactérie requérant une tique **attachée au moins 48 heures à l'hôte (humain)**;
- cerf de Virginie (chevreuil) comme hôte principal de la tique *I. scapularis*;
- tiques transportées dans nos régions par des oiseaux ou des animaux migrateurs venant des zones états-uniennes où la maladie est endémique;
- proportion moyenne de tiques *I. scapularis* infectées par B.b. au Québec entre 1990 et 2010 de 10,3 %, avec certains secteurs dépassant maintenant 20 %.

Pour ce qui est de la transmission secondaire de la bactérie, il existe un risque de transmission par voie

hématogène de la bactérie B.b. pour les personnes atteintes en période aiguë, mais non traitées; la période à questionner pour le don ou la réception de sang ou de cellules souches est de 8 semaines, alors que la période est de 31 jours pour les organes et les tissus. Par ailleurs, la transmission de la mère au fœtus est peu fréquente, et on ne dispose pas de preuve sur les autres voies de transmission.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

La **période d'incubation** de la ML comprend une étendue allant de 1 à 32 jours, avec l'intervalle plus fréquent se situant **de 3 à 30 jours**. Seulement la moitié des personnes qui reçoivent un diagnostic de maladie de Lyme se souvient d'avoir reçu une piqûre de tiques; c'est pourquoi les définitions nosologiques ne requièrent pas nécessairement une histoire ou une objectivation de piqûre de tique.

Comme le présente le *Guide d'intervention - La maladie de Lyme*², la ML comprend trois stades cliniques, plus ou moins juxtaposés ou entrecoupés de périodes de latence : stade 1, infection précoce localisée (1 à 32 jours après l'infection); stade 2, infection précoce disséminée (de quelques semaines à quelques mois après l'infection);

¹ Ferrouillet, C., Fortin, A., Milord, F., Serhir, B., Ravel, A., & Tremblay, C. (2014). Proposition d'un programme de surveillance intégré pour la maladie de Lyme et les autres maladies transmises par la tique *Ixodes scapularis* au Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

² Lambert, L., Drapeau, M., Milord, F., Serhir, B., Trudel, L., & Doucet, A. (2013). Guide d'intervention - La maladie de Lyme. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

stade 3, infection tardive persistante (de plusieurs mois à quelques années après l'infection).

Dans 60 à 80 % des cas de maladie de Lyme, on trouve un érythème migrant (ÉM), qui se manifeste au stade précoce localisé. Ses caractéristiques sont les suivantes :

- Lésion cutanée érythémateuse qui se manifeste habituellement de 1 à 32 jours après la piqûre de la tique, généralement au site de la piqûre;
- Formes possibles : circulaire, ovale, triangulaire, annulaire ou en cible;
- Au site de la lésion, possible sensation de brûlure, d'inconfort, de douleur ou de prurit;
- Augmentation de taille assez rapide (au moins 5 cm de diamètre comme critère diagnostique);
- Disparition dans une période allant de quelques jours à quelques semaines, même sans traitement;
- Ne pas confondre avec une réaction d'hypersensibilité à la piqûre, soit un érythème de moins de 5 cm qui disparaît en 24-48 heures après la piqûre.



Sur le site Web de la Direction de santé publique de la Montérégie, on trouve plusieurs illustrations d'ÉM : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/illustrations-Em-Lyme.pdf>

Par ailleurs, des manifestations cliniques touchant différents systèmes ou des manifestations dermatologiques autres que l'ÉM peuvent survenir aux différents stades de la maladie. Nous trouvons :

Tableau 1 : Manifestations cliniques autres que l'ÉM

Stade 1	Musculosquelettiques : myalgies et arthralgies diffuses.
	Neurologique : raideur de la nuque.
	Autres : symptômes et signes constitutionnels (fatigue, céphalée, anorexie, fièvre), lymphadénopathies régionales, dyesthésies, photophobie.
Stade 2 (résorption généralement spontanée, mais récurrences fréquentes)	Musculosquelettiques : douleurs migratrices aux os, muscles, articulations, bourses, tendons, arthrite inflammatoire aiguë de courte durée ou intermittente.
	Neurologique : raideur de la nuque, méningite, névrite crânienne (dont la paralysie faciale de Bell), radiculonévrite motrice ou sensitive.
	Cardiaque : bloc du noeud auriculo-ventriculaire, myopéricardite légère; en Europe seulement, péricardite et autres atteintes cardiaques plus graves
	Oculaire : conjonctivite, kératite, uvéite ou autres; en Europe seulement, névrite optique.
	Peau : lésions secondaires multiples (10 à 50 %), érythème, lésions urticariennes diffuses, lésions évanescences.
	Autres : fatigue, malaises importants.
Stade 3	Musculosquelettique : arthrites inflammatoires aiguës prolongées, arthrite chronique.
	Neurologique : polynévrites, polyradiculopathies axonales chroniques, encéphalomyopathie, atteinte discrète des fonctions mentales; en Europe seulement, encéphalomyélite chronique, paraparésie spastique, démarche ataxique.
	Peau (en Europe seulement) : acrodermatite chronique atrophique, avec ou sans périostite ou atteintes articulaires associées, lymphocytome.
	Autres : fatigue, léthargie.

DIAGNOSTIC

Il est important que les médecins déclarent les cas de ML à la Direction de santé publique.

Lorsqu'une personne présente des manifestations cliniques compatibles avec la ML, différentes informations sont à considérer pour poser un diagnostic. Dans toutes les situations, il est très important de déterminer si la personne a séjourné (résidé ou voyagé) dans une zone où la maladie est considérée comme endémique; la notion de **zone endémique** est présentée ci-après. Une exposition significative aux tiques requiert une histoire d'activité extérieure à risque (contact avec la végétation dans un boisé ou dans les hautes herbes) ou l'objectivation d'une piqûre de tique.

Si la personne a séjourné dans une zone non endémique (comme Lanaudière), une sérologie doit être demandée pour poser le diagnostic, et ce, même en présence de lésions compatibles avec un ÉM.

Pour une personne ayant séjourné en zone endémique, la seule présence d'ÉM est suffisante pour établir le diagnostic. Toutefois, un tableau comprenant des manifestations cliniques

compatibles, mais excluant un ÉM, requiert une sérologie positive pour établir un diagnostic.

Si la sérologie est négative et si un doute clinique persiste malgré tout, il est recommandé de prélever un deuxième sérum de deux à quatre semaines après le premier.

RISQUE D'ACQUISITION ET ENDÉMICITÉ

L'Institut national de santé publique (INSPQ) a développé dans les derniers mois une cartographie du risque d'acquisition (ou de l'endémicité) de la ML pour l'ensemble des territoires municipaux du Québec. La cartographie repose sur une surveillance intégrée comportant des critères de surveillance de maladies à déclaration obligatoire (MADO), de surveillance passive (tiques prélevées sur des humains ou des animaux) et de surveillance acarologique active (tiques recueillies dans l'environnement).

Ainsi, cinq niveaux de risque d'acquisition ont été définis pour chaque municipalité au Québec :

Niveau de risque d'acquisition	Zone
Inconnu	Non endémique
Possible	
Faible	
Modéré	Endémique
Élevé	

Une carte et une liste des municipalités du Québec classées par région puis par ordre alphabétique sont disponibles sur le site Web suivant : <https://www.inspq.qc.ca/zooses/maladie-de-lyme>

En plus d'être requise pour le diagnostic de ML, la connaissance du niveau de risque d'acquisition détermine également certaines interventions cliniques à effectuer (voir la section suivante). Notons que la définition d'une zone à risque élevé correspond à un territoire où des populations de tiques sont installées et où la bactérie B.b. a été détectée dans une proportion supérieure à 20 % des tiques.

Autres provinces

Lorsqu'une personne présentant des manifestations cliniques compatibles à la ML a séjourné dans une autre province canadienne, nous ne disposons pas d'un classement et d'un découpage précis des zones en fonction du risque d'acquisition qui se baserait sur les critères retenus pour le Québec. Ainsi, lorsqu'une personne exposée dans une autre province canadienne présente des manifestations cliniques compatibles avec la maladie de Lyme, la recommandation est de procéder à la sérologie et de déclarer un cas probable à la Direction de santé publique lorsque la sérologie s'avère positive.

États-Unis

Lorsque l'exposition a eu lieu ailleurs qu'au Canada, nous ne disposons pas d'un classement et d'un découpage fin des zones en fonction du risque d'acquisition qui se baserait sur les critères retenus pour le Québec. De manière générale, les États du Nord-Est et ceux du Haut-Midwest aux États-Unis peuvent être considérés comme des zones à risque modéré ou élevé, donc des zones endémiques. Pour les autres zones et juridictions ou en cas d'incertitude quant à l'endroit, il est

recommandé de procéder à la sérologie et de déclarer un cas probable lorsque la sérologie s'avère positive.

Les États américains que l'on peut considérer comme endémiques³ sont les suivants (en ordre alphabétique) : Connecticut, Delaware, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Virginia, Wisconsin.

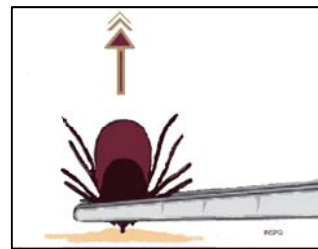
EN PRÉSENCE D'UNE PIQÛRE DE TIQUE

L'intervention à effectuer en présence d'une piqûre de tique comprend deux parties : 1) l'extraction de la tique, et 2) le suivi après une piqûre de tique.

Extraction de la tique

Il est important de retirer la tique le plus tôt possible étant donné que le risque d'infection commence à exister lorsque la tique est attachée plus de 48 heures (le risque est pratiquement nul en-deçà de 36 heures).

À l'aide d'une pince fine aux extrémités pointues (pince pour écharde) placée le plus près possible de la peau, on tire de façon perpendiculaire à la peau par un mouvement sûr et constant⁴, comme le montre la photo suivante :



On envoie ensuite la tique vivante ou morte au laboratoire de l'établissement dans un petit contenant rigide et propre en vue de la faire analyser pour des fins de surveillance de santé publique.

Suivi après une piqûre de tique

Même en l'absence de manifestations cliniques, la personne qui a subi une piqûre de tique que l'on a extraite doit être suivie pendant un mois, doit surveiller l'apparition de symptômes durant cette période et doit consulter dans le cas où ils apparaissent.

Une antibioprophyllaxie suite à une piqûre de tique (une dose unique de 200 mg de doxycycline par voie orale) n'est recommandée que pour les cas où la piqûre est survenue en zone à risque d'acquisition élevé. En outre, les conditions suivantes doivent également être remplies⁵ :

- il s'agit de l'espèce de tique *I. scapularis*;
- la tique est restée attachée à l'humain pendant plus de 36 heures ou présente un niveau d'engorgement de sang important;
- la prophylaxie peut être commencée dans les 72 heures suivant le retrait de la tique;
- le traitement à la doxycycline n'est pas contre-indiqué.

³ Centers for disease control and prevention (CDC, 2015). Lyme Disease, Data and Statistics [page web]. Tiré de <http://www.cdc.gov/lyme/stats/index.html> (consulté le 11 juin 2015).

⁴ Voir la note 2.

⁵ Wormser, G.P., & al. (2006). The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 43 (9): 1089-1134.

TRAITEMENT DE LA MALADIE DE LYME

Voici le traitement indiqué pour la ML selon le *Guide d'intervention - La maladie de Lyme*⁵ :

Tableau 3 Antibiotiques indiqués et posologies par voie orale pour une maladie de Lyme en phase précoce, sans atteinte neurologique ou cardiaque

Nom	Posologie adulte	Durée du traitement	Posologie pédiatrique
Doxycycline*	100 mg deux fois par jour	10 à 21 jours	Enfant de 8 ans et plus : 4 mg/kg par jour, divisés en deux doses égales (maximum de 100 mg/dose)
Amoxicilline	500 mg trois fois par jour	14 à 21 jours	50 mg/kg par jour, divisés en trois doses égales (maximum de 500 mg/dose)
Céfuroxime axétil	500 mg deux fois par jour	14 à 21 jours	30 mg/kg par jour, divisés en deux doses égales (maximum de 500 mg/dose)

* La doxycycline est contre-indiquée pour les femmes enceintes ou qui allaitent et pour les enfants de moins de 8 ans.

SITES WEB D'INTÉRÊT

Des informations relatives aux mesures de protection personnelle recommandées de même que des informations destinées à la population et aux professionnels de la santé sont disponibles sur les sites Web suivant : <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/maladie-de-lyme/> et <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladie-lyme.php>

Le *Guide d'intervention - La maladie de Lyme* est disponible à l'adresse suivante; il inclut la définition nosologique : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-271-01W.pdf>

Publication

Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Responsable de la publication

D^{re} Joane Désilets, médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses

Avec la collaboration de :

Élyse Brais, coordonnatrice par intérim, Service de prévention et contrôle des risques d'origine biologique et environnementale

Mise en page

Marie-Pier Bélanger, Équipe des maladies infectieuses

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2015

Dépôt légal

Deuxième trimestre 2015
ISSN 1718-9497 (PDF)
1920-2555 (en ligne)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible à la section *Santé publique*, dans la rubrique *Documentation* sous l'onglet *Professionnels de la santé* du site du CISSS au :

www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée.

⁵ Voir la note 2.