

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE PIQÛRE DE TIQUE EN FRANCHE-COMTÉ

Rédaction: Dr J.Leroy le 05 juillet 2005 **MAJ 13/07/2012**

Piqûres de tiques et borréliose de Lyme

Recommandations pour la pratique

L'incidence de la maladie de Lyme en France est difficile à préciser et a été estimée à 16/100.000 habitants mais ce chiffre est probablement sous-estimé. Il existe des disparités régionales. Cependant, l'ensemble du territoire français est touché par la maladie à l'exception du pourtour méditerranéen et des régions montagneuses (> 1500 mètres). Les vecteurs en Europe sont des tiques du genre *Ixodes ricinus* (tiques adultes et nymphes) présentes dans les milieux humides et boisés, mais aussi dans les prairies et même parfois les parcs en zones urbanisées. Ces tiques prédominent d'avril à octobre et peuvent aussi transmettre d'autres maladies beaucoup plus rares comme l'encéphalite à tique, l'anaplasmose...

1. Prévention primaire de la maladie de Lyme

La meilleure prévention primaire actuelle consiste à se protéger contre les piqûres de tiques lors d'une promenade en forêt :

- port de vêtements longs et fermés, de couleur claire (pour repérer plus facilement les tiques) et port d'un chapeau
- **examen soigneux de tout le corps et du cuir chevelu après la promenade pour repérer et retirer précocement toute tique.**
- usage d'un répulsif de synthèse (à base de DEET ou d'IRS35/35) pour les parties découvertes mais ces répulsifs sont pour certains contre-indiqués chez la femme enceinte et/ou le petit enfant (< 30 mois) et leur efficacité n'est pas formellement démontrée contre les tiques.

2. Prévention secondaire : retrait précoce de la tique

L'application préalable d'éther, de pétrole ou d'un autre produit chimique provoquerait la régurgitation de la tique et la libération de *Borrelia* et doit donc être proscrite. Vérifier la vaccination antitétanique.

A l'aide d'une pince fine (pince à épiler) ou d'un tire-tique, agripper la tique le plus près possible de la peau et tirer doucement mais fermement.

Un antiseptique est ensuite appliqué sur la zone et une surveillance locale attentive est menée pendant 30 jours afin de détecter l'apparition d'un érythème migrant (EM) qui sera alors traité.

La présence d'une petite zone d'érythème autour de la piqûre immédiatement ou dans les 24 premières heures après la morsure est le résultat d'une réaction aux composés salivaires de la tique et ne doit pas être confondue avec un érythème migrant. La durée minimale d'incubation de l'EM est de 3 jours

Si une partie du rostre de la tique n'a pu être extirpée, il ne faut pas chercher à compléter l'extraction. Un petit granulome peut dans ce cas persister pendant plusieurs semaines et ne correspond pas à un EM.

L'érythème migrant apparaît 3 à 30 jours (moyenne 7-14 jours ; extrêmes 1 – 180 jours) après la piqûre de tique infectante. Une notion d'exposition suffit. Il s'agit d'une lésion érythémateuse non indurée, ni prurigineuse, habituellement d'au moins 5 cm de diamètre avec une extension centrifuge. Cependant le diagnostic doit être évoqué devant une lésion plus minime, et c'est son extension en quelques jours qui confirmera alors le diagnostic. L'EM peut s'accompagner d'arthralgies fugaces et migratrices et de signes généraux modérés et peu spécifiques (fébricule et asthénie).

3. Antibioprophylaxie après piqûre de tique :

L'antibioprophylaxie ne doit pas être prescrite systématiquement mais peut être envisagée dans les cas suivants:

- o durée d'attachement de la tique supérieur à 48-72 heures
- o durée d'implantation de la tique inconnue mais tique gorgée de sang au moment du retrait
- o à discuter chez la femme enceinte et l'enfant < 8 ans (surtout si multiples piqûres et attachement > 48 h)
- o patients immunodéprimés

L'antibioprophylaxie doit alors être prescrite (maximum dans les 3 jours suivant le retrait de la tique) et peut faire appel aux schémas suivants :

- Chez l'adulte et l'enfant de plus de 8 ans : doxycycline per os : 200 mg en 1 prise unique
- Chez la femme enceinte amoxicilline per os (500 mg x3/j) et l'enfant de moins de 8 ans (50 mg/kg/j sans dépasser 2 g/j) pendant 10 jours
- Chez le patient immunodéprimé : pendant 10 – 21 jours : doxycycline per os : 200 mg en 1 prise unique ou amoxicilline 1 g x 3/j

Nota bene :

- Il est inutile de réaliser une sérologie de maladie de Lyme après morsure de tique.
- Il n'y a pas de risque de transmission de *Borrelia* par le lait maternel. En conséquence, il n'y a pas lieu d'interrompre l'allaitement maternel du fait d'une piqûre de tique chez une femme allaitante.

4. Traitement curatif d'un érythème migrant

- **Chez l'adulte et l'enfant de plus de 8 ans :** choix entre
 - ✓ Doxycycline per os : 100 mg x 2/j pendant 14 jours (2 mg/kg x 2/j maximum 100 mg x2/j)
 - ✓ Amoxicilline per os : 1 g x 3/j (50 mg/kg/j en 3 prises sans dépasser 3 g/j) pendant 14 jours (notamment pour la femme enceinte)
- **Pour les enfants < 8 ans :** choix entre
 - ✓ Amoxicilline per os : 50 mg/kg/j en 3 prises (maximum 2-3 g/j) pendant 14 jours
 - ✓ Céfuroxime-axétil per os : 30 mg/kg/j en deux prises (maximum 1g/j) pendant 14 jours
- **En cas d'allergie vraie aux β -lactamines :**
 - ✓ Adultes et enfants > 8 ans : doxycycline per os : 100 mg x 2/j (2 mg/kg x 2/j maximum 100 mg x2/j) pendant 14 jours
 - ✓ Si intolérance ou contre-indication à la doxycycline :
Azithromycine per os : 500 mg x 1/j (20 mg/kg x 1/j sans dépasser 500 mg/j) 10 jours

Références :

1. Wormser GP. Early Lyme diseases. N Engl J Med 2006; 354: 2794-801
2. Stanek G. et al. Lyme borreliosis. Lancet 2003 ; 362 : 1639-47
3. Hengge UH. et al. Lyme borreliosis. Lancet ID 2003; 3: 489-500
4. Sigal LH. Evaluation of a tick bite for possible Lyme disease. Up To Date vol 13.1 17/09/2004
5. Institut de Veille Sanitaire. Surveillance de la maladie de Lyme. Région Rhône-Alpes. 14/04/2005. <http://www.invs.sante.fr>
6. Institut de Veille Sanitaire. La maladie de Lyme. Données du réseau de surveillance de la maladie en Alsace. Mars 2001 - Février 2003. <http://www.invs.sante.fr>
7. Stafford KC. Tick management Handbook. An integrated guide for homeowners, pest control operator, and public health officials for the prevention of tick-associated disease. 2004 <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/lyme/>
8. Qureshi MS. et al. Overdiagnosis and over treatment of Lyme disease in children. Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 12-4
9. Centres Nationaux de Référence. CNR des Borrelia. <http://www.pasteur.fr>
10. Wormser GP. et al. Practice guidelines for the treatment of Lyme disease. Clin Infect Dis 2000; 31 (Suppl 1): S1-S14
11. De Martino S. et al. La borréliose de Lyme. Rev Prat 2005 ; 55 : 471-7
12. Cavalier A. et al. La borréliose de Lyme chez l'enfant : aspects cliniques et thérapeutiques. MT Ped 2000; 3 : 436-42
13. Hayes EB. et al. How can we prevent Lyme disease ? N Engl J Med 2003; 348: 2424-30
14. Eppes SC. Diagnosis, treatment, and prevention of Lyme disease in children. Paediatr Drugs 2003; 5: 363-72
15. Murray T. et al. Management of tick bites and early Lyme disease : a survey of Connecticut physicians. Pediatrics 2001; 108: 1367-70
16. American Academy of Pediatrics. Lyme disease. In Red Book. Elk Grove Village. 2003 pages 407-11
17. Poland GA. Prevention of Lyme disease: a review of the evidence. Mayo Clin Proc 2001; 76: 713-24
18. Nachman SA. et al. Central nervous system Lyme disease. Sem Ped Infect Dis 2003 ; 14 : 123-30
19. Steere AC. et al. The emergence of Lyme disease. J Clin Invest 2004; 113: 1093-1101
20. Crippa M. et al. Investigations on the mode and dynamics of transmission and infectivity of *Borrelia burgdorferi* sensu stricto and *Borrelia afzelii* in Ixodes ricinus ticks. Vector Borne Zoonotic Dis 2002; 2: 3-9
21. Remy V. et al. Manifestations cliniques précoces, après morsure de tiques: quelles orientations étiologiques? Med Mal Inf 2004 ; 34 : S24-27
22. P. Choutet, D. Christmann et al. 16e conférence en thérapeutique anti-infectieuse. Borréliose de Lyme : démarche diagnostiques, thérapeutiques et préventives. Med Mal Inf 2007 ; 37 (Suppl 3) : S153-S174
23. Stanek G. et al. Lyme borreliosis : clinical case definitions for diagnosis and management in Europe. Clin Microbiol Infect 2011; 17: 69-79
24. Haut Conseil de la santé publique. Commission spécialisée « Maladies transmissibles ». Mieux connaître la borréliose de Lyme pour mieux la prévenir. 29/01/2010 <http://www.hcsp.fr>