

DEUX CAS DE MALADIE DE LYME CONTRACTÉS EN FRANCE

Par G. CHARMOT (*) & E. DOURNON (**) (***)

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent deux cas de maladie de Lyme contractés dans l'Ouest de la France : l'un comporte la piqûre de tique, puis l'érythème migrant, puis l'arthrite subaiguë ; la sérologie est positive. L'autre est limité à l'érythème chronique migrant et la sérologie est négative. Cette borreliose est sûrement répandue en France, puisqu'au moins 16 cas ont été rapportés.

Mots-clés : MALADIE DE LYME, SÉROLOGIE, FRANCE.

SUMMARY

Two cases of Lyme disease contracted in France.

Two new cases of Lyme disease are reported. Both were contracted in western France. In the first case, a tick bite was followed by a typical erythema chronicum migrans and then a subacute arthritis. High levels of specific antibodies were demonstrated. In the second case, only erythema chronicum migrans developed and serology remained negative. At least, 16 typical cases of Lyme disease have now been reported in France from several geographical areas.

Key-words : LYME DISEASE, ERYTHEMA CHRONICUM MIGRANS, SEROLOGY, FRANCE.

Nous pensons bien faire en ajoutant au travail de J. M. DOBY et coll., deux observations de maladie de Lyme recueillies à la consultation de l'Hôpital Claude-Bernard pendant l'automne 1984. Les réactions sérologiques ont été pratiquées en IFI au Laboratoire central de l'Hôpital Claude-Bernard ; l'antigène est une souche de *Borrelia burgdorferi* provenant d'Atlanta.

Observation n° 1 : Mme W... M., 51 ans, consulte le 26 octobre 1984. Vers le 15 mai 1984, lors d'une promenade en forêt à Cholet (Vendée), elle est mordue par 8 tiques sur le dos du pied et à la jambe gauches ; ces lésions sont très prurigineuses. Un mois plus tard, apparition d'une plaque rouge violacé sur la malléole externe gauche, d'environ 5 × 5 cm, prurigineuse ; traitement par une pommade à la cortisone et disparition après 15 jours. Début août, soit près de trois mois après la piqûre, arthralgie de la cheville gauche, puis gros œdème, un peu rosé, avec gêne importante à la marche ; traitement par anti-inflammatoire ; sédation en 15 jours.

(*) Hôpital Claude-Bernard (Service du Pr J.-P. COULAUD, 10, avenue de la Porte-d'Aubervilliers, Paris).

(**) Hôpital Claude-Bernard (Laboratoire Central), même adresse.

(***) Séance du 10 avril 1985.

Enfin, vers la mi-septembre, apparition d'une macule érythémateuse sur la face externe du mollet gauche à sa partie inférieure; cette lésion se déplace lentement vers le haut, réalisant un *erythema chronicum migrans* typique. Le jour de la consultation, on note un érythème de 10 cm × 5 cm, rose pâle, plus clair au centre, non prurigineux, dont le bord supérieur atteint le genou. Il existe des paresthésies dans la jambe et le pied gauches. NFS normale; VS à 10 mm à la première heure. Prescription de doxycycline (0,200 g/jour × 10 jours). Le 12 novembre, persistance de l'érythème et des paresthésies non modifiés. Le 17 décembre, tout est rentré dans l'ordre.

Sérologie (prélèvement du 26 octobre 1984): positive en IFI à 1/1 024; résultat confirmé par le CDC d'Atlanta.

Observation n° 2: Mme G... J., 43 ans. Le 8 août, après une promenade dans une forêt domaniale, près de Boulogne-sur-Mer, petite lésion rouge prurigineuse sur la jambe gauche évoquant une piqûre d'insecte. Le lendemain, papule rouge violacé de 1 cm de diamètre. A partir du début septembre, soit un mois plus tard, extension centrifuge progressive de cette lésion avec formation d'un grand placard rouge, de 15 cm dans son grand axe, situé sur la face antéro-externe de la jambe gauche, dans son tiers inférieur. Cet érythème régresse lentement, en six semaines environ, laissant persister, au niveau de la lésion initiale une macule noirâtre atrophique, de 3 cm de diamètre, avec quelques nodules rouge vif à la périphérie.

La patiente consulte début décembre, en raison de l'apparition d'un état subfébrile persistant (37°7 au réveil et 38° à 38°4 le soir), resté d'étiologie inconnue, avec asthénie importante et arthralgie de la cheville gauche qui présente un léger œdème. La NFS est normale (7 800 globules blancs, avec 59 polynucléaires neutrophiles, 3 polynucléaires éosinophiles, 34 lymphocytes et monocytes) et la VS est à 17-35 mm. Prescription de doxycycline à la dose de 0,2 g/jour pendant dix jours, sans résultat bien net. Finalement, tous les symptômes cèdent fin janvier 1985.

La sérologie est négative en IFI (< 1/64).

COMMENTAIRES

a) *Les observations*. — L'observation n° 1 réunit la certitude de morsures par des tiques en forêt, une succession de symptômes caractéristiques et une sérologie positive.

Dans l'observation n° 2, une piqûre d'insecte est vraisemblable, mais non certaine; l'allure clinique est typique d'un érythème chronique migrant, mais la sérologie est négative.

b) *Le diagnostic sérologique*. — L'IFI, première réaction utilisée, est maintenant parfois couplée avec un test ELISA. Ces deux réactions sont très spécifiques, si l'on prend soin d'exclure les patients atteints d'une tréponématose; il conviendra donc de faire simultanément une sérologie de la syphilis pour éliminer les réactions faussement positives.

La sérologie peut être négative dans les cas où n'existent que des manifestations cutanées. Elle est presque toujours positive lorsqu'il y a des atteintes systémiques (2,5). Ainsi, sur 45 malades du Connecticut, IFI et ELISA sont positifs chez 39, soit 87 % des cas; mais sur les 15 cas avec lésions cutanées isolées, ces réactions sont négatives huit ou dix fois respectivement, alors qu'elles sont positives dans les trente cas avec manifestations articulaires, cardiaques ou neurologiques (5).

Ainsi, la clinique est le plus souvent suffisante pour porter le diagnostic d'*erythema chronicum migrans* — ou d'arthrite de Lyme — et prescrire

le traitement, sans attendre le résultat de la sérologie. Par contre, cette dernière est nécessaire pour le diagnostic des manifestations systémiques, neurologiques ou cardiaques. On prescrira plutôt la pénicilline G devant un EMC et une cycline dans les formes compliquées.

c) *La fréquence en France.* — Elle est certainement sous-estimée. Aux dix cas français signalés par DOBY, dont ses trois personnels (3), il faut ajouter un cas tout récemment publié (1), nos deux observations et trois sérologies positives parmi celles qui ont été adressées à l'Hôpital Claude-Bernard (les observations correspondantes seront ultérieurement publiées), soit 16 cas au total. L'aire géographique est probablement dispersée. Enfin aux manifestations cliniques d'un spectre déjà étendu, il faudra peut-être ajouter la maladie de Pick-Herxheimer (4).

BIBLIOGRAPHIE

1. BORSA-LEBAS (F.), LECOMTE (F.), HUMBERT (G.) & DOURNON (E.). — La maladie de Lyme : un cas autochtone confirmé sérologiquement. *Méd. et Mal. infect.*, 1985, **15**, 44-45.
2. CRAFT (J. E.), GRODZICKI (R. L.) & STEERE (A. C.). — Antibody response in Lyme disease: evaluation of diagnostic tests. *J. infect. dis.*, 1984, **149**, 789-795.
3. DOBY (J.-M.), CHASTEL (C.), COUATARMANACH (A.), COUSANCA (C.), CHEVRANT-BRETON (J.), MARTIN (A.), LEGAY (B.) & GUIGUEN (C.). — Questions étiologiques et épidémiologiques posées par l'érythème chronique migrant et la maladie de Lyme. A propos de 4 observations réalisées au Centre Hospitalier régional de Rennes. *Bull. Soc. Path. ex.*, 1985, **78**, 512-525.
4. JAYLE (D.), ENJOLRAS (O.) & LESSANA-LEIBOWITCH (M.). — Maladie de Pick-Herxheimer : une nouvelle spirochétose. Intérêt du séro-diagnostic anti-spirochète d'*Ixodes ricinus* (deux cas). Journées de Dermatologie, Paris, mars 1985 (p. 170 et 171 du volume des abstracts).
5. MAGNARELLI (L. A.), MEEGAN (J. M.), ANDERSON (J.) & CHAPPELL (W.). — Comparison of an indirect fluorescent-antibody test with an enzyme-linked immuno-absorbent assay for serological studies of Lyme disease. *J. of clin. Microb.*, 1984, **20**, 181-184.