

**Résumé de l'intervention de B.Jaulhac du 04 décembre 2008**  
**RICAI 2008 : 28<sup>ème</sup> Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-Infectieuse**

Titre de l'intervention :

**Les outils de diagnostic de la maladie de Lyme en 2008 en France : que prescrire, comment l'interpréter ?**

B Jaulhac, S De Martino

Laboratoire de Bactériologie, laboratoire associé au CNR des *Borrelia*, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, France

Abstract :

La borréliose de Lyme est la plus fréquente des maladies transmises par piqûre de tique en Europe. L'agent de la maladie est un spirochète du genre *Borrelia* dont les espèces nommées à ce jour sont regroupées en un complexe nommé *Borrelia burgdorferi* sensu lato. En dehors de l'érythème migrant typique, le diagnostic clinique de la borréliose de Lyme est souvent difficile et s'appuie sur des arguments épidémiologiques et biologiques.

L'isolement des *Borrelia* par culture est long (de l'ordre de 10 à 20 jours et la négativité de la culture ne peut être conclue qu'après 8 semaines d'observation), fastidieux et de sensibilité faible hormis au stade d'érythème migrant. La détection directe de B.b.s.l par biologie moléculaire est utile pour le diagnostic des formes cutanées et articulaires atypiques de la maladie, lorsque les arguments cliniques et sérologiques sont ambigus.

En routine, le diagnostic bactériologique de la borréliose de Lyme, repose donc essentiellement sur la sérologie, à interpréter avec prudence en fonction du stade clinique de la maladie. Cette dernière nécessite l'utilisation de technique correctement validée, satisfaisant les critères européens de l'EUCALB, pour la mise en évidence d'anticorps spécifiques. Le dosage des anticorps est réalisé en première intention par technique ELISA le plus souvent, puis confirmé en cas de résultats positifs ou douteux par Western-blot dont les critères d'interprétation méritent encore d'être harmonisés. Les principales limites de la sérologie résident dans son impossibilité à différencier une infection évolutive d'une cicatrice sérologique et sa mauvaise sensibilité au stade précoce de la maladie, l'érythème migrant, stade le plus fréquent de l'infection. A ce stade le diagnostic est clinique et la sérologie est inutile. Dans les suspicions de neuroborréliose, la sérologie sanguine ne suffit pas à affirmer le diagnostic et recherche d'une synthèse intrathécale spécifique anti-*Borrelia* est un argument sensible et spécifique. Dans le cas d'arthrite de Lyme ou d'ACA, la positivité de la sérologie est indispensable au diagnostic.

Discussion :

C'est la plus fréquente des zoonoses en Europe, il est important de penser à évoquer d'autres pathogènes. Dans le cadre de la neuroborréliose, il faut coupler la sérologie et la recherche de la synthèse intrathécale des anticorps anti-*Borrelia*. La PCR et la culture sont peu sensibles, en revanche la PCR est utile dans les formes cutanées ou articulaires atypiques.

La sérologie est inutile lorsque le sujet est asymptomatique ou exposé aux tiques sans piqûre. On ne traite pas une piqûre de tique en dehors de l'érythème migrant sauf chez la femme enceinte chez qui on applique le principe de précaution.