

Diagnostic et traitement

Par Dr Laurence Meer-Scherrer.

Ceci est la retranscription de l'intervention du Dr Meer à la conférence qui s'est tenue à l'université de Hull en 2001.

Merci pour votre invitation à cette conférence pour parler des maladies vectorielles à tiques.

Depuis 17 ans je travaille dans un cabinet médical en zone rurale entre les villes de Berne et de Fribourg, près d'une rivière. Dans cette région rurale, la présence de spirochètes *Borrelia burgdorferi*, *afzelii* et *garinii* semble être endémique. Dans mon cabinet je vois entre 40 et 50 Erythèmes migrants chroniques (EMC) par an – la première phase de la maladie de Lyme. Environ 60% des infections avec *Borrelia* évitent cette première phase cutanée et commencent cliniquement par la deuxième phase. Je ne travaille pas directement à l'université, mais partage le suivi de mes patients avec différents professeurs de neuro-physiologie, psychiatrie, médecine nucléaire, radiologie entre autre.

Je vous présenterai l'approche clinique des patients atteints de maladie de Lyme, basée sur l'expérience du suivi d'un grand nombre de patients sur de nombreuses années. Vous n'entendrez pas ici parler de critère de diagnostic du CDC ni d'« evidence-based medicine » appliquée aux malades de Lyme.

En Suisse il n'y a pas de recommandation officielle concernant le diagnostic et le traitement, les universités suivent principalement les recommandations du CDC. Les soins apportés aux malades de Lyme sur des années ont été établis sur la base de mes expériences, le patient étant le facteur le plus important de mes recherches.

Diagnostic de Lyme et maladies associées

Le diagnostic de la maladie de Lyme est établi sur une base clinique et confirmé par des résultats de laboratoire, mais ne peut pas être exclu par des résultats de laboratoire négatifs. La maladie de Lyme est une maladie multisystémique et peut impliquer tous les organes humains. La maladie peut produire des présentations cliniques très différentes résultant de l'interaction entre les micro organismes et la réponse immunitaire de l'hôte. La maladie de Lyme est une pathologie avec différentes phases comme la syphilis. Il y a des indices non compris d'immunodépression due à la maladie de Lyme. De nombreuses études prouvent l'impossibilité d'éradiquer les spirochètes.

La maladie de Lyme n'est que l'une des maladies transmises par les tiques. Un mélange de micro organismes peut envahir le corps humain. Les co-infections telles que l'*Ehrlichia*, les *Rickettsies*, *Babésias*, *Bartonella henselae* entre autres sont fréquentes. La maladie de Lyme peut être asymptomatique et peut aussi être aiguë ou chronique, et finalement conduire à des handicaps physiques et mentaux et même à la mort.

Il y a différents sous groupes de bactéries *Borrelia* provoquant la maladie de Lyme, trois d'entre elles sont bien connues : *Borrelia burgdorferi* « le sous groupe américain » qui provoque plus spécialement de l'arthrite et des douleurs rhumatismales ; *Borrelia afzelii* « le sous groupe européen » provoquant l'acrodermatite chronique atrophiante le lichen, la sclérodémie localisée ; *Borrelia garinii* « le sous groupe européen » provoquant les maladies neurologiques. La présentation de la surface de l'antigène peut changer, et plus d'une espèce peut être transmise dans une seule tique.

Les tiques inoculent des immunodépresseurs lorsque elles piquent. Les spirochètes de *Borrelia* envahissent les tissus qui comportent peu de circulation sanguine, déjouant ainsi la réponse du système immunitaire des globules blancs et des anticorps (fibroblastes, cellules adipeuses, cellules gliales, cartilages, et peut être osseuse). Les spirochètes de *Borrelia* peuvent aller dans les cellules, échappant ainsi aux antibiotiques.

La *Borrelia* peut changer ses protéines de surface, gênant la production d'anticorps ; *Borrelia* peut se transformer en forme sphérique et L, provoquant une pseudo résistance aux antibiotiques utilisables. Les niveaux de cytokines sont élevés. Il y a des patients avec une réponse humorale et d'autres sans. L'immunité cellulaire est toujours présente mais souvent hyper activée, provoquant une cascade autoimmune.

Aperçu des principaux symptômes

Les plus connus :

Paralysie de Bell et faible méningite
Erythème migrant chronique
Acrodermatite atrophiante chronique
Mono-arthrite aigu

Moins connus :

Névrite optique
Perte d'audition
Difficultés à avaler
Acrodermatite chronique dans le stade inflammatoire
Paralysie des muscles abdominaux

Pancréatite / Hépatite
Myocardite
A-V block
Sensation de brûlure
Vascularite
Faiblesse musculaire
Signes d'encéphalopathie

Les mauvais diagnostics :

Urticaire
Sclérose en plaques
Parkinson
Sclérose latérale amyotrophique
Démence
Dépression / Crise de panique
Psychose / désordres obsessionnels
Epilepsie
Attaque / Anévrismes
Lymphome (cutané bénin et malin)

Cette liste pourrait être prolongée par des symptômes et des diagnostics sur tous les organes humains.

Comment procéder au diagnostic

Elaborer l'historique médical du patient (maladie polysystémique)

EMC : regarder et sentir, puis faire une photo, prendre du sang pour une sérologie et traiter.

Pour toutes les autres phases, examen du patient incluant des tests neurologiques et neuropsychiatriques, une excellente documentation de toutes les observations par des photos, vidéo, biopsies de la peau et PCR.

Exclure toutes les diagnostics différentiels (PCP, atrophie de Sudeck, tumeur cancéreuse, maladie thyroïdienne, etc...).

Analyses sanguines : bilan hématologique, bilan hépatique, bilan thyroïdien, vitamine B, analyses rhumatologiques, autres sérologies comme HIV Hépatite B/C, Syphilis, Chlamydia pneumonia, EBV. Analyses Borrelia : sérologies IgG / IgM, Westernblots, Antigènes IgG / IgM - Anticorps complexe immun, Antigène urine, PCR dans le sang, le LCR, les fluides corporels, et les biopsies ; dans le LCR les cellules, protéines glucose (IgG, IgA, IgM bandes oligoclonales)

Sérologies et PCR de borrelia , Syphilis, Herpes, CMV ; électroencéphalogramme, IRM du cerveau , Scintigraphie, échographie des vaisseaux, électrocardiogramme, tests ophtalmologiques co-infections à vérifier Ehrlichiose, Babésiose, Bartonella henselae.

N'oubliez jamais !!! nous traitons un malade, pas des analyses de laboratoire. Vous manquez d'homogénéité dans toutes les caractéristiques cliniques des patients de Lyme mais vous trouverez des signes communs.

Suspicion de co-infections

Les symptômes se ressemblent, mais les symptômes suivants peuvent être fréquemment dans :

LYME : spasmes, sensations de brûlure , hypersensibilité à la lumière ou au bruit, paralysie, troubles neurologiques majeurs, épilepsie, perte de mémoire, difficultés à parler, sensation d'avoir froid, température basse. Aggravation des symptômes durant le passage des spirochètes dans le sang en général entre 16h et 20h, assoupissement, neuropathie, douleurs, vascularite.

BABESIOSE : fièvre frisson, transpiration abondante, maux de tête importants, changements subites d'humeur, douleurs musculaires, toux, conjonctivite, vascularite.

EHRlichiose : Fièvre, nombre de globules blanc et plaquettes bas, splénomégalie.

BARTONELLA HENSELAE : angiomatose infectieuse, encéphalopathie, adénopathie des ganglions lymphatiques.

Autres caractéristiques des malades de Lyme

Les malades de Lyme sont allés habituellement chez plusieurs médecins avant de trouver enfin un médecin impliqué dans la maladie de Lyme. La plus part du temps le diagnostic était une maladie psychologique. Malheureusement il est souvent séronégatif. Il est dépendant des antibiotiques. Il a des problèmes avec son assurance. Il a besoin d'un avocat. Sa maladie est source de controverse chez les médecins et les chercheurs comme jamais dans l'histoire médicale. Il doit combattre sa maladie. Il doit aussi combattre l'incompréhension de sa famille. Il doit combattre pour le remboursement des traitements. Il doit combattre une dépression organique. Il doit lutter pour pouvoir travailler. Aux Etats-Unis il doit lutter pour la licence de son médecin.

Certains risques en vue

La maladie de Lyme pourrait être sexuellement transmissible. D'autres possibilités de transmission : par d'autres insectes, les sangsues, les transfusions sanguines, les blessures par aiguille, et la transmission verticale bien documentée dans la littérature. La meilleure stratégie des maladies vectorielles à tiques est d'avoir réussi à diviser la communauté

médicale, a paralysé les recherches, et choisi un moment d'instabilité dans la politique de santé publique, sans parler de manque de ressources financières et de l'époque de la spécialisation des médecins.

Traitements

Le traitement des maladies vectorielles à tiques a trois buts :

- 1/ Stabiliser les infections par des substances anti-microbiennes.
- 2/ Influencer le système immunitaire.
- 3/ Soulager les symptômes

Je ferai référence au guide du traitement écrit par le Dr Burrascano, nous avons développé complètement indépendamment des traitements similaires, lui aux Etats-Unis et moi en Europe. Nous sommes en contact seulement depuis 1998. Il a publié son guide du traitement dans le livre de référence « Conns Current Therapy 1997 ».

Pour chaque objectif thérapeutique il y a des remarques individuelles :

- 1/ Stabiliser les infections avec des substances antimicrobiennes

Spirochètes Borrélia

Mieux vaut aucun traitement qu'un traitement trop faible en raison de l'inhibition de la fabrication des anticorps lorsque l'infection n'est pas éradiquée.

L'érythème migrant doit être traité pour pendant au moins 3 semaines et le traitement doit être continué si après cette durée l'érythème n'est pas complètement parti.

Les doses doivent être fortes, il a été prouvé que la dissémination précoce est fréquente (Amoxyciline 750mg 4 fois par jour, Doxycycline 200mg deux fois par jour, Clarithromycine 500mg deux fois par jour).

Toutes les autres présentations nécessitent un traitement intraveineux d'au moins 6 semaines (Ceftriaxone 2g par jour, Cefotaxime 2g trois fois par jour, Doxycycline 200 à 400mg une fois par jour)

Les symptômes doivent avoir disparu au moins pendant 4 semaines avant l'arrêt du traitement intraveineux, ou doit être répété après un court arrêt.

Il n'y a pas d'analyses de contrôle pour mesurer le degré d'infection, les symptômes du patient sont le seul paramètre.

Borrélia afzelii, le principal responsable de l'acrodermatite atrophique réagit bien aux Pénicillines et aux Céphalosporines.

Borrélia garini, le principal responsable des symptômes neurologiques, réagit bien au traitement intraveineux avec les Céphalosporines, Doxycycline, Azithromycine.

En général chez les enfants le traitement est heureusement plus efficace. La borréliose de Lyme congénitale doit être traitée. Les femmes enceintes ont besoin de hautes doses d'Amoxyciline toutes les 6 heures 750mg.

Considérez que le temps de régénération des spirochètes est de 12 à 24h in vitro et que le temps de croissance est de 4 semaines. Dans les phases de sommeil les antibiotiques usuels ne marchent pas.

Co-infection par Babésia

Dans mon protocole de traitement publié pour une vingtaine de patients, la combinaison d'Azithromycine et d'Atovaquone pendant 2 à 4 mois, environ un tiers des patients redevient positif soit après soit même pendant le traitement. La Méfloquine marche très bien mais a des effets secondaires importants.

Bartonella henselae

J'utilise les substances suivantes (traitement non établi) Cefotaxime, Azithromycine, Ciprofloxacine.

Co-infections virales

En particulier le cytomégalovirus qui semble provoquer une immunodépression, c'est la raison pour laquelle on peut essayer le Ganglocyclovir (pas encore établis pour la maladie de Lyme).

- 2/ Influencer le système immunitaire

C'est le facteur le moins connu

Toute la cascade de cytokines ne peut pas être contrôlée.

On doit évaluer la situation immunitaire de chaque patient, il y a de grandes différences entre les patients et même chez un patient elle peut changer au long de la maladie.

Comment stimuler le système immunitaire

Hautes doses de vitamines

Hautes doses de B12 si possible dans la formule méthyle.

Antioxydant (tel que co-enzyme Q)

Echinacée, antidépresseurs

Pas de stress émotionnel ou psychologique.

Suffisamment de sommeil.

Somme en début d'après midi.

Pas d'alcool.

Ne pas fumer.

Comment briser la situation d'hyper-immunité comme dans la sclérodermie localisée, la sclérose en plaques, le syndrome de Raynaud et autres : NSAR, vitamine E, Epa-caps (huile de poisson), antagonistes alpha 4N comme Remicade, Enbrel.

Evitez absolument les stéroïdes, Methrotrexat, Immurel
beta-interferon ??? Gamaglobulines.

3/ Soulager les symptômes

Hautes doses de magnésium (spasmes)

Traitements antiparkinsoniens (spasmes)

Salicylates (douleurs arthritiques, vascularite cérébrale, attaques)

Gabapentine contre les douleurs neurologiques et sensation de brûlure

Ginkgo en haute doses (hypoperfusion cérébrale)

Médicaments antidépresseurs, anxiolytiques

Réhabilitation physique.

Les patients ne sont plus autorisés à donner leur sang pour la transfusion sanguine.