

Maladie de Lyme : la HAS publie un guide de parcours de soins

Par Corinne TUTIN - date de publication : 07 avril 2022

Pour améliorer l'information, la prévention et la prise en charge, la Haute Autorité de santé publie un guide du parcours de soins en cas de suspicion de maladie de Lyme. Les trois niveaux d'action concernent : les personnes piquées par une tique, les médecins traitants, et les centres de compétences et de référence.



En cas de piqûre, il faut retirer la tique dès que possible en utilisant de préférence un tire-tique ou, à défaut, une pince fine, comme une pince à épiler (illustration).

Résumé

La Haute Autorité de santé vient de concevoir un « guide du parcours de soins de patients présentant une suspicion de borréliose de Lyme ».

Il reste, en effet, nécessaire de faciliter et harmoniser la prise en charge de cette affection (*cf.* Vidal Reco « Maladie de Lyme »), dont le nombre de nouveaux cas était estimé à environ 60 000 en 2020, et dont le diagnostic différentiel demeure parfois difficile.

Des algorithmes détaillent la conduite à tenir :

- pour les personnes piquées par une tique (auto-inspection, signalement, quand consulter) ;
- pour les médecins traitants (attitude à adopter selon les signes cliniques et en présence ou non d'un érythème migrant, adressage en centres spécialisés).

Et, expliquent le parcours de soins en centres de compétences, puis en centres de référence des maladies vectorielles à tiques.

La Haute Autorité de santé (HAS) a mis en ligne le 15 mars 2022, un guide du parcours de soins pour les patients avec une suspicion de borréliose de Lyme (1).

Ses objectifs sont de mieux faire connaître aux patients et aux professionnels de santé la maladie de Lyme et les autres affections pouvant lui ressembler, d'expliciter la place et le rôle des centres de compétences et de référence créés par le ministère de la Santé à la suite des recommandations de prise en charge publiées par la HAS en 2018 (2), et enfin plus globalement de faciliter et d'harmoniser la prise en charge médicale sur l'ensemble du territoire national, prise en charge qui confère un rôle de première ligne aux médecins généralistes traitants.

Une priorité : mieux coordonner les soins entre patients, professionnels de santé de ville et centres spécialisés

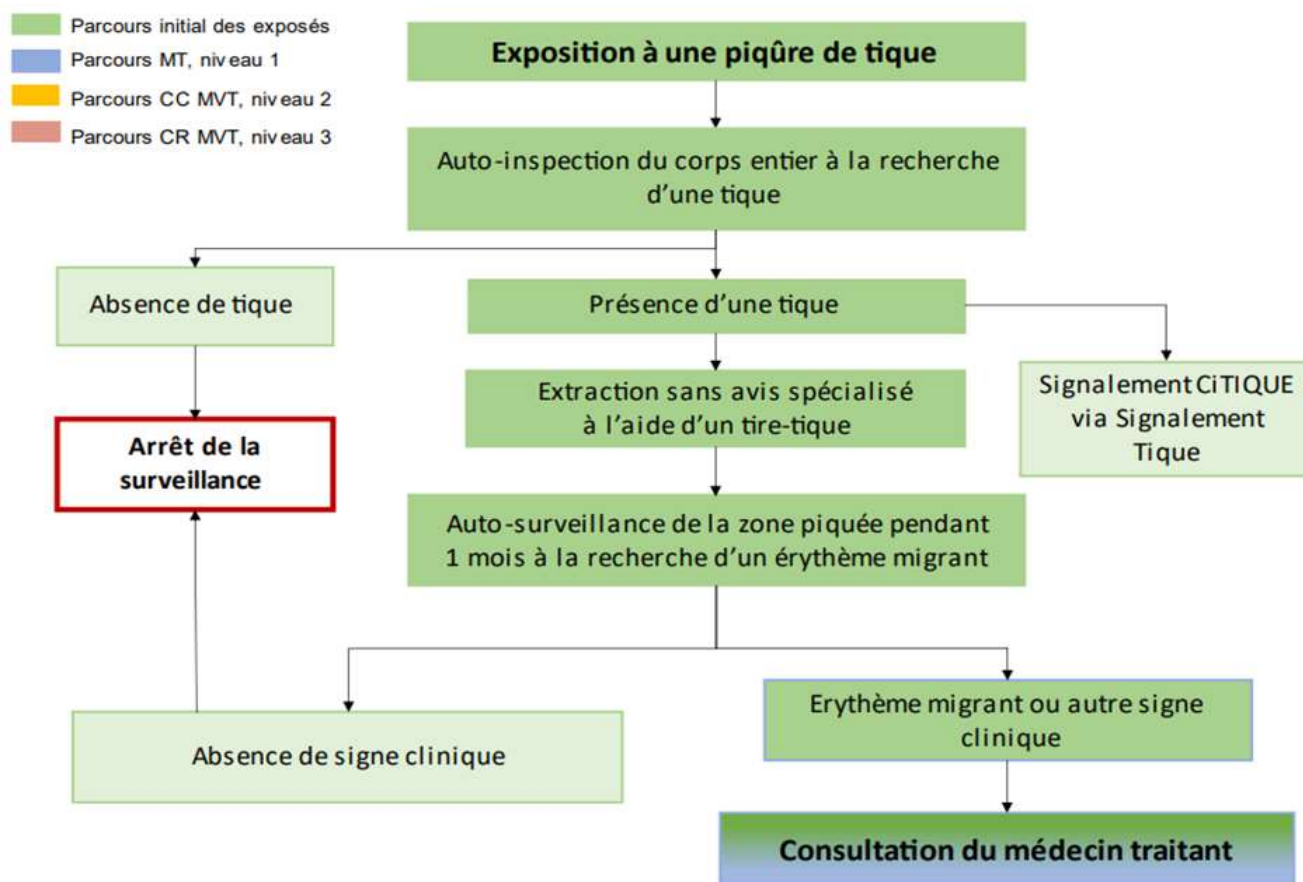
« Une meilleure coordination de l'offre de soins est, en effet, indispensable pour garantir la qualité et la sécurité des soins à tous les patients, réduire l'errance médicale, qui est parfois importante dans ces maladies vectorielles à tiques (MVT) », précise Estelle Lavie, cheffe de projet au sein du service des Bonnes pratiques de la HAS.

De fait, l'enjeu est là avec une incidence de la maladie de Lyme en augmentation depuis 2009. « Les dernières données épidémiologiques publiées par Santé publique France montrent qu'environ 60 000 nouveaux cas de borréliose de Lyme ont été diagnostiqués en 2020, ce qui correspond à un taux d'incidence annuel de 91/100 000 », ajoute le Dr Alice Raffetin, coordinatrice du centre de référence des maladies vectorielles à tiques, Paris et région Nord.

Un premier niveau de prise en charge destiné aux personnes exposées aux tiques et aux médecins traitants

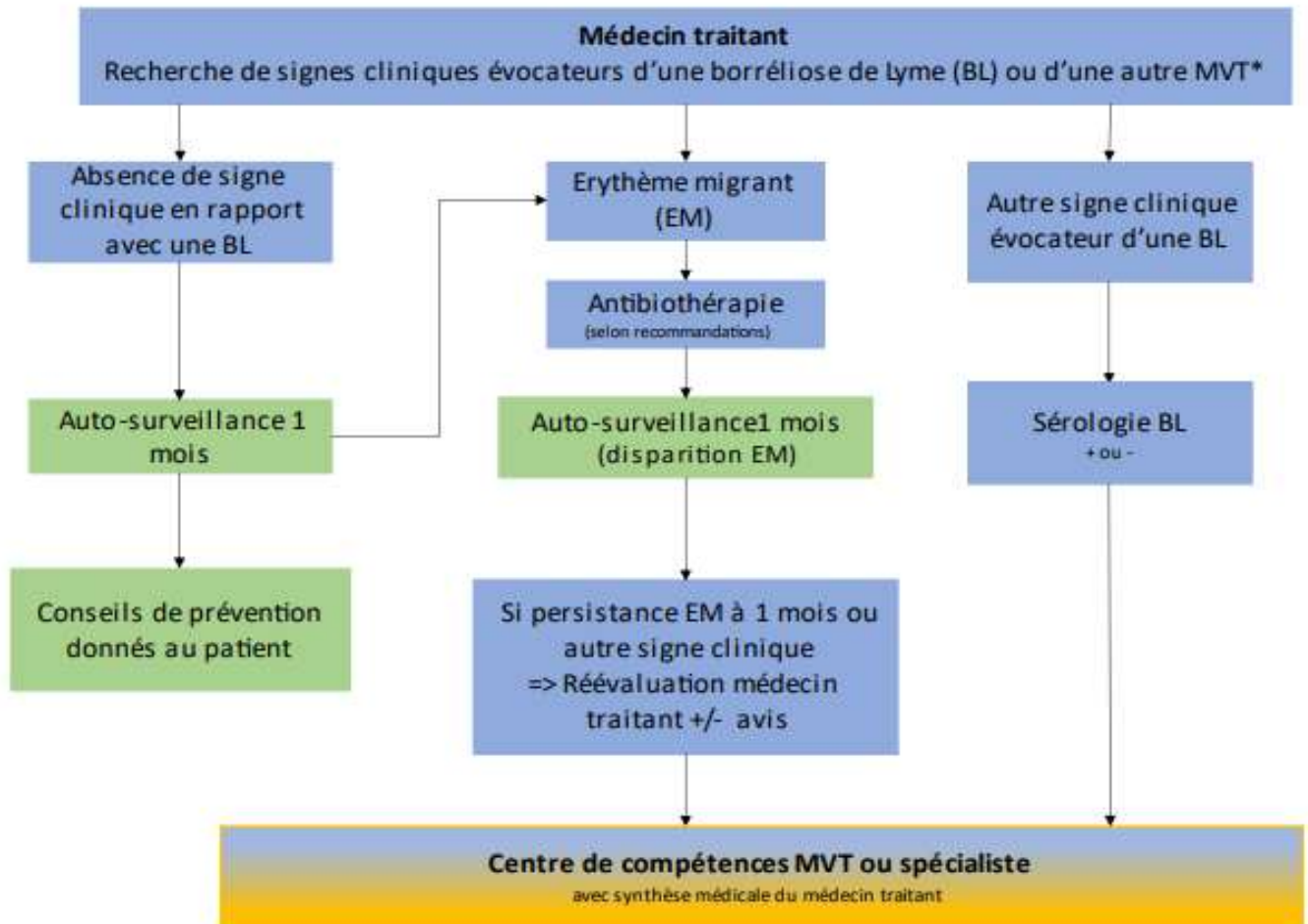
Le guide de la HAS, qui a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire de professionnels de santé et de représentants d'associations de patients, définit plusieurs niveaux de prise en charge, grâce à trois algorithmes (cf. **Figures 1, 2 et 3**).

Figure 1 - Parcours initial des patients exposés à une piqûre de tique (source : HAS - Parcours de soins - Recommandations de bonnes pratiques - Maladie de Lyme)



Il insiste sur la nécessité de **s'auto-inspecter** à la recherche de tiques après une promenade dans une zone d'exposition, d'enlever les tiques à l'aide d'un tire-tique, puis de surveiller pendant un mois l'apparition d'un érythème migrant (rougeur s'étendant autour du point de piqûre, de plus de 5 cm de diamètre, non douloureuse). Un **tel érythème migrant nécessitera de consulter le médecin traitant**, de même que la présence d'un autre signe clinique, ou encore des difficultés pour extraire la tique. Des photographies des lésions pourront être effectuées pour suivre leur évolution et faciliter les échanges avec le professionnel de santé. Les personnes piquées par une tique pourront aussi le **déclarer** sur l'application « Signalement Tique » du programme de recherche participative **Citique** (Citoyens et tiques) (3), développé par l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Inrae), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et le ministère de la Santé. La tique pourra être envoyée à une tiquothèque pour aider la recherche scientifique.

Figure 2 - Parcours Médecin traitant, niveau 1 (source : HAS - Parcours de soins - Recommandations de bonnes pratiques - Maladie de Lyme)



* en cas de signe clinique évocateur d'une autre maladie vectorielle à tiques (MVT), le patient sera directement adressé en centre de compétences-MVT (CC-MVT) +/- en centre de référence-MVT(CR-MVT).

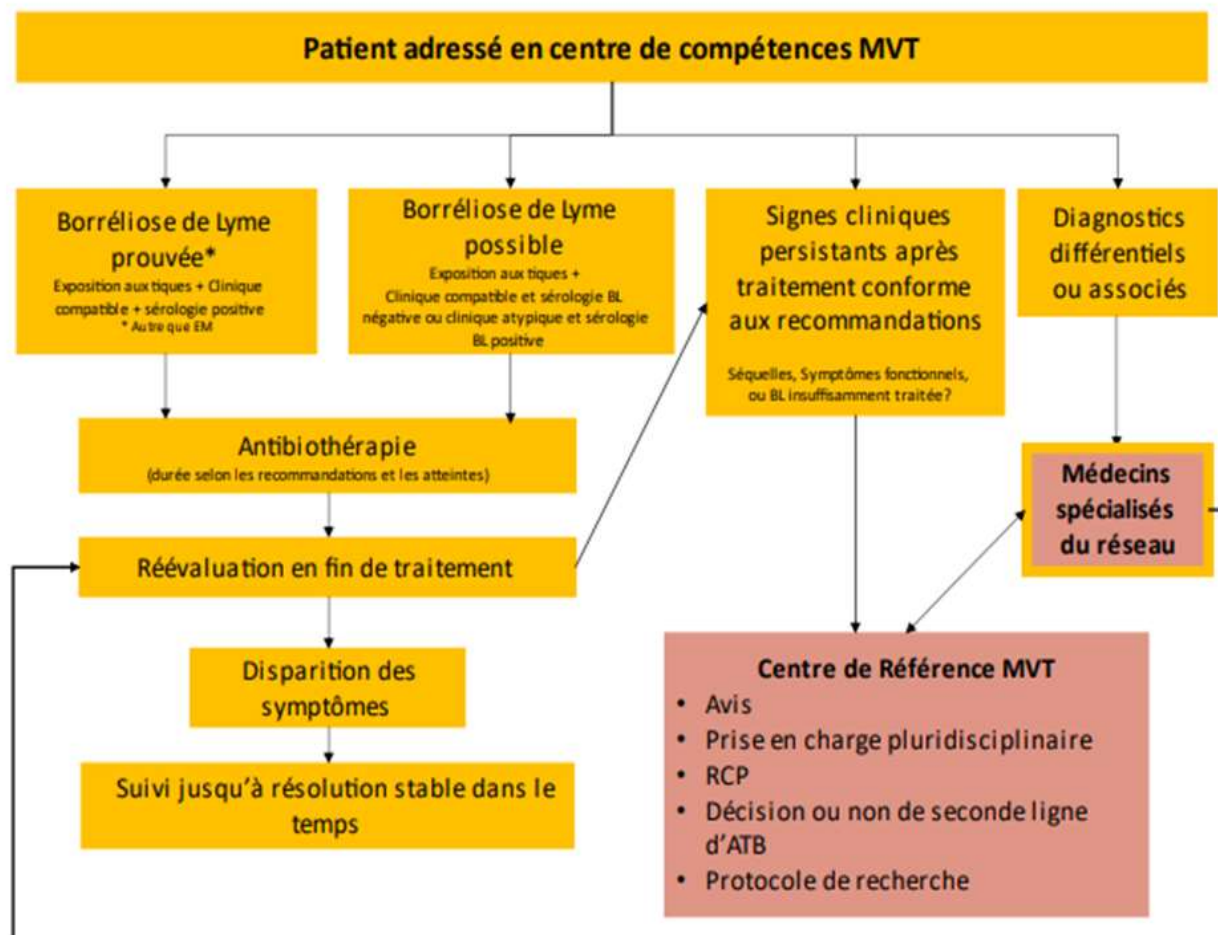
« Compte tenu du délai de survenue de l'érythème migrant, de 4 à 6 semaines après la piqûre de tique, ce sont en effet les médecins traitants qui voient les patients infectés dans la grande majorité des cas, indique le Dr Raffetin. Dans 95 % des cas, les borrélioses de Lyme peuvent être diagnostiquées et traitées par eux, en particulier devant un érythème migrant qui suffit à lui-même à prescrire une **antibiothérapie** sans demander une sérologie de Lyme, laquelle est souvent négative à ce stade, ce qui n'exclut en rien le diagnostic. » Les recommandations de 2018 de la HAS préconisent, rappelons-le, une prescription en première ligne de doxycycline ou d'amoxicilline pendant 14 jours devant ce type de borréliose localisée précoce.

Deuxième niveau en cas de persistance de l'EM ou d'autre signe clinique :

demander l'avis d'un centre de compétences ou d'un spécialiste de ville

En cas de persistance de l'érythème migrant (EM) un mois après traitement, le médecin traitant pourra adresser le patient pour avis à un spécialiste ou un centre de compétences des maladies vectorielles à tiques (CC- MVT). C'est aussi le cas si le patient présente dans les 6 semaines suivant une piqûre de tique des signes cliniques autres qu'un EM, mais évocateurs de borréliose de Lyme : signes articulaires ou neuroméningés, par exemple. Dans ces cas, la sérologie de Lyme peut alors être demandée.

Figure 3 - Maladie vectorielle à tiques - Parcours centre de compétences (CC-MVT) - niveau 2 (en jaune) et parcours centre de référence (CR-MVT) - niveau 3 (en rose)
[source : HAS - Parcours de soins - Recommandations de bonnes pratiques - Maladie de Lyme]



Le Dr Raffetin insiste sur le fait « *qu'il est important que le médecin traitant fasse une synthèse médicale détaillant les signes de la maladie, les examens réalisés, les praticiens rencontrés avant d'adresser le patient en centre de compétences, ce afin de gagner du temps et d'éviter la répétition d'examens inutiles.* »

La prise en charge des maladies de Lyme prouvées ou possibles continuera de reposer en premier lieu sur l'antibiothérapie dans les trente **centres de compétences des MVT** français.

Troisième niveau : des centres de référence pour les cas plus complexes

Les patients, pour lesquels le traitement en centre de compétences n'a pas permis une amélioration des symptômes, pourront être adressés vers les **cinq centres de référence des MVT** mis en place (CR-MVT, 3^e niveau de prise en charge, *cf. Figure 3*).

Comme pour les centres de compétences, les patients et les médecins traitants doivent savoir que ces centres de référence n'ont pas pour seul objectif de prendre en charge les malades avec une borréliose de Lyme, mais tous les malades avec une affection pouvant être confondue avec elle. « *C'est en effet une perte de chances pour ces autres patients de recevoir à tort une antibiothérapie et non un traitement validé pour leur pathologie* », souligne le Dr Raffetin.

Au centre de référence Paris et région Nord, qui est aussi un centre de compétences, 12 à 15 % des patients vus ont une maladie de Lyme authentifiée tandis que les autres patients ont, dans 12 % des cas, une autre maladie infectieuse, dans 40 % une maladie rhumatologique ou auto-immune : arthrite, spondylo-arthropathie, dans d'autres cas des pathologies neurologiques (20 %), des syndromes fonctionnels somatiques (10 %), des troubles psychiques (9 %), etc. Au sein des CR-MVT, tous ces patients devront bénéficier, comme ceux avec une borréliose de Lyme complexe, **d'une prise en charge multidisciplinaire** avec intervention de dermatologues, neurologues, rhumatologues, infectiologues, psychiatres, psychologues.

Un des autres intérêts de ces centres de référence est de développer des protocoles de recherche, souvent en collaboration avec les associations de patients. « *Environ 1 000 patients par an seraient suivis dans les cinq centres de référence à maladies vectorielles à tiques* », estime le Dr Raffetin.

La HAS travaille actuellement à l'**actualisation des recommandations de 2018**, lesquelles pourraient être prochainement publiées.

©*vidal.fr*

Pour aller plus loin

(1) Guide du parcours de soins de patients présentant une suspicion de borréliose de Lyme.
HAS, 15 mars 2022

(2) Recommandation de bonne pratique : Borréliose de Lyme et autres maladies vectorielles à tiques. HAS, 20 juin 2018

(3) Programme de recherche participative Citique avec l'Inrae et l'Anses entre autres

Cet article d'actualité rédigé par un auteur scientifique reflète l'état des connaissances sur le sujet traité à la date de sa publication. Il ne s'agit pas d'une page encyclopédique régulièrement remise à jour. L'évolution ultérieure des connaissances scientifiques peut le rendre en tout ou partie caduc.

Sources : Centres de référence des maladies vectorielles liées aux tiques
(CRMVT) , Inrae , Anses , DGS , HAS (Haute Autorité de santé)