



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

SERVICE DES MALADIES
INFECTIEUSES ET TROPICALES

Secrétariat 03.81.21.85.33
Dr J.-M. Estavoyer, Pr B. Hoen, Dr J. Leroy, Dr C. Chirouze,
Dr J.F. Faucher

Morsures de tiques et Maladie de Lyme

Recommandations pour la pratique

L'incidence exacte de la maladie de Lyme en France est mal connue. Il existe des disparités régionales importantes. L'ensemble du territoire français est touché par la maladie à l'exception du pourtour méditerranéen et des régions montagneuses (> 1200 mètres). Les vecteurs sont des tiques de type *Ixodes ricinus* présentes dans les sites humides et boisés, mais aussi dans les prairies et même parfois les parcs en zones urbanisées. Ces tiques prédominent de mars à octobre.

1. Prévention primaire de la maladie de Lyme

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

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

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**.

A l'aide d'une pince fine (pince à épiler) ou d'une pince spéciale vendue en pharmacie, 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 après la morsure de tique infectante. 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 toute lésion même minime, et c'est son extension en quelques jours qui confirmera alors le diagnostic. L'EM peut s'accompagner d'arthralgies touchant asymétriquement une ou plusieurs articulations, de myalgies et de signes généraux modérés et peu spécifiques (fébricule et asthénie).

3. Antibiotrophylaxie après morsure de tique :

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

- o la tique est restée implantée plus de 36 heures
- o durée d'implantation de la tique inconnue mais tique gorgée de sang au moment du retrait
- o femme enceinte

L'antibiotrophylaxie doit alors être prescrite 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 9 ans : Doxycycline per os : 200 mg en 1 prise unique
- Chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 9 ans : Amoxicilline per os : 500 mg x3/j pendant 10 jours

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 morsure de tique chez une femme allaitante.

4. Traitement curatif d'un érythème migrant simple

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 9 ans : choix entre

- ✓ Doxycycline per os : 100 mg x 2/j pendant 14 jours (1 à 2 mg/kg x 2/j maximum 100 mg x2/j)
- ✓ Amoxicilline per os : 1g x 3/j pendant 14 jours

Pour les enfants < 9 ans : choix entre

- Amoxicilline per os : 50 mg/kg/j en 3 prises (maximum 2 g/j) pendant 14 jours
- Céfuroxime-axétil per os : 40 mg/kg/j en deux prises (maximum 1g/j) pendant 14 jours

En cas d'allergie vraie aux Bêta-Lactamines :

Adultes et enfants > 9 ans : Doxycycline per os : 100 mg x 2/j pendant 14 jours

Si intolérance ou contre-indication à la Doxycycline :

Azithromycine per os pendant 5 jours selon le schéma suivant :

J1 : 500 mg x 2 (20 mg/kg)

Soit 5 jours au total

puis de J2 à J4: 500 mg x1/j (10 mg/kg/j)

Rédaction: Dr J.Leroy le 05 juillet 2005 MAJ 27 juin 2006 Email : jleroy@chu-besancon.fr

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. Henge 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