

10 choses à savoir sur la Maladie de Lyme

Dr Frédéric BASTIDES

Omédit-Centre

CHU de Tours

26/11/2019

avertissement

- Ce n'est pas un cours sur la maladie de Lyme
- C'est juste vous faire part de mon expérience de ce qui n'est si fréquemment dit
- Je suis très loin de l'exhaustivité

Référence

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Borréliose de Lyme et autres maladies vectorielles à tiques (MVT)

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

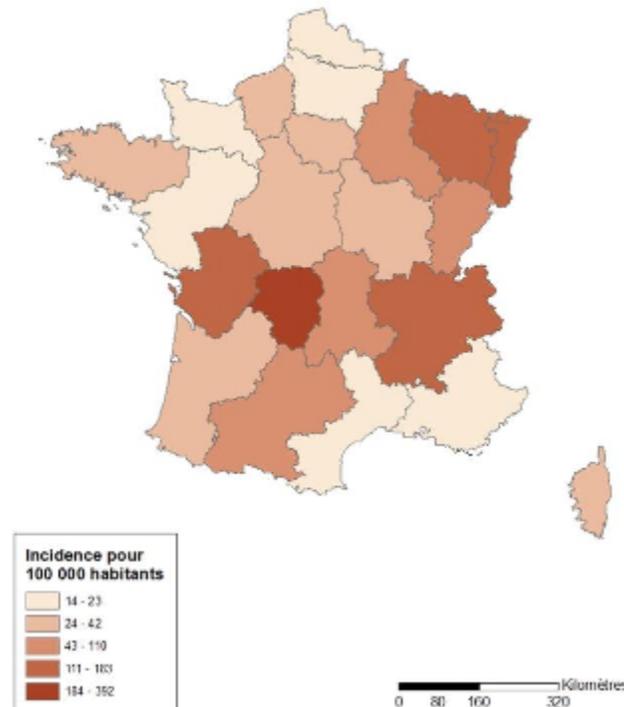
Juin 2018

Ce document n'est pas le texte des recommandations.

1-Zoonose endémique en France... mais

- Cas rapportés sur l'ensemble du territoire
 - Hétérogénéité géographique :
 - Régions du **Nord-Est** et Centre (**Limousin**) les plus affectées
 - Bassin méditerranéen moins touché
 - Saisonnalité :
 - Majorité des cas diagnostiqués entre mars et octobre
 - Majorité des cas hospitalisés entre juin et novembre (pic entre juillet et septembre)
- Liée à la biologie, l'écologie du vecteur et sa distribution sur le territoire

Taux d'incidence des cas de BL diagnostiqués par un MG, par région, 2013 – 2017, France métropolitaine



...rare

Objectifs : Suivi des tendances dans le temps – Description épidémiologique des cas de BL



Réseau de médecins généralistes volontaires
→ **Cas diagnostiqués en médecine générale**

Analyses des données d'hospitalisation = PMSI
→ **Cas hospitalisés**

- **53/100 000** habitants (41 à 84)
- ~ **50 000 cas/an**
- 95% d'érythèmes migrants
- Fluctuations d'incidence **Tendance augmentation**, non significative (2009-2017)

- **1,3/100 000** habitants
- ~ **900 cas/an**
- ~ **50 % de neuroborrélioses**
- **Pas de tendance évolutive dans le temps (2005–2017)**

Ordres de grandeur similaires = Belgique, Suisse, Pays-Bas (pays voisins, systèmes de santé/surveillance équivalents)

Deux consultations en une :

- Alors si ce n'est pas la Maladie de Lyme....

Qu'est ce que j'ai ?

2-Diagnostic parfois facile si....

- Du contact : facilement mis en évidence si ...
 - Test biologiques = dépistage d'anticorps
 - . ELISA : sensibilité
 - . Western Blott : spécificité
 - Limite : le contact ne traduit pas l'activité
 - . C'est la différence entre syphilis et maladie de Lyme
 - . Délai et traitement précoce
 - . Il n'y a aucun test biologique traduisant l'activité de la maladie de Lyme
- De la maladie de Lyme :
 - . Le diagnostic est clinique
 - . Erythème noueux : par exemple

on ne fait pas dire n'importe quoi aux tests...

3- la maladie est protéiforme... mais

- Peau
- Système nerveux
 - Nerfs périphériques / Racines
 - Méninges
 - Fonctions supérieures: tête vide , manque du mot
 - Troubles psychiatriques
- Articulation: genou
- Cœur
- Œil

À comparer aux plaintes des malades

Rarement tous présents en même temps







- **si le contact est avéré , le diagnostic de maladie de Lyme est clinique**
- **Le point important est alors de savoir si le patient a reçu un jour un traitement par antibiotique adapté**

3- le danger est de passer à coté d'un diagnostic alternatif.....

- **Problème neurologique**
 - Maladie de Charcot
 - Sclérose en plaques
 - Schizophrénie
 - Syndrome dépressif parfois masqué
- **Maladies rhumatismales ou inflammatoires**
 - Banal : arthrose
 - Inflammatoire : PR, Rhumatisme psoriasique ...
- **Dermatomyosites**

Parfois grave

- **Nécessité de travailler en réseau**
 - avec des correspondants

4-la chronicité de la maladie existe ... mais

- En cas d'infection : Le traitement antibiotique adapté aboutit à l'éradication bactérienne
- Il n'y a pas de forme chronique de maladie de Lyme après un traitement bien conduit
 - Malgré la persistance de la sérologie positive
 - Même s'il persiste de signes cliniques après le traitement
 - . Syndrome post lyme ?

.....uniquement avant traitement

5- la persistance de symptômes après un traitement efficace n'est pas univoque

- Lien avec le retard clinique et donc thérapeutique
- Lien avec les caractéristique de l'individu
- Lien avec les caractéristiques de la bactérie
- Lien avec le diagnostic en cause

SPPT : une avancée ?

- symptomatologie / syndrome polymorphe après possible piqûre de tique
 - . Objectif : prise en charge de personnes en souffrance parfois majeures
 - . Uniformisation de la prise en charge sur l'ensemble du territoire

Gastroentérologie	Sd de l'intestin irritable, dyspepsie
Gynécologie	Sd pré-menstruel, vulvodynie
Rhumatologie	Fibromyalgie
Cardiologie	Précordialgies à coronaires saines
Pneumologie	Sd d'hyperventilation
Medecine interne	Sd de fatigue chronique
Neurologie	Céphalées de tension
Allergologie	Intolérance environnem idiopathique

Micoulaud-Franchi JA et al. Déf troubles somatoformes. Rev Prat Fev 2019

Maladies vectorielles à tiques : MVT

- Maladie de Lyme
- Méningoencéphalite à tiques / TBE
- Rickettsioses méditerranéenne à tiques (groupe boutonneux)
- Tularémie
- Babésiose
- Anaplasmose granulocytaire humaine
 - *Anaplasma phagocytophilum*
- Fièvres récurrentes à tiques
 - *Borrelia miyamotoi*

SPPT : polyalgies + fatigue+ plainte cognitives

Centres/consultations spécialisés

- Bilan et consultations spécialisées
 - Infectieux : VIH, syphilis, VHC, VHB, EBV, CMV, FQ, Bartonellose, brucellose, PVB19, Whipple
 - Endocrinien
 - Métabolique
 - Néoplasique
 - Dysimmunitaires : AAN, ANCA , Ac antineuronaux, Latex / FR, HLA B27 ou B51
 - SAS
 - Psychiatriques

6- les réinfections sont toujours possibles

The image shows the cover of The New England Journal of Medicine. The title is written in a red, serif font. Below the title, the date, volume, and issue number are printed in a smaller, black, sans-serif font.

The NEW ENGLAND
JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

NOVEMBER 15, 2012

VOL. 367 NO. 20

Differentiation of Reinfection from Relapse in Recurrent Lyme Disease

Robert B. Nadelman, M.D., Klára Hanincová, Ph.D., Priyanka Mukherjee, B.S., Dionysios Liveris, Ph.D.,
John Nowakowski, M.D., Donna McKenna, A.N.P., Dustin Brisson, Ph.D., Denise Cooper, B.S., Susan Bittker, M.S.,
Gul Madison, M.D., Diane Holmgren, R.N., Ira Schwartz, Ph.D., and Gary P. Wormser, M.D.

Table 1. Genotypes in 22 Paired Consecutive Episodes of Erythema Migrans in 17 Patients with Positive Cultures for *Borrelia burgdorferi*.*

Paired Consecutive Episode	Initial Episode						Second Episode						Duration between Episodes
	Skin Culture			Blood Culture			Skin Culture			Blood Culture			
	<i>ospC</i> †	RST	MLST	<i>ospC</i> †	RST	MLST	<i>ospC</i> †	RST	MLST	<i>ospC</i> †	RST	MLST	
1	N	2	New type‡	NA§	1		H	2	ST4	H	2		7
2¶	K	2					M	3	ST12				10
3¶	M	3	ST12							A		ST1	4
4	Negative	Negative	Negative	K	2		B	1		Negative	Negative	Negative	3
5	G	3					A	1		A	1		5
6	K	2		K	2		I	3		I	3		2
7	I	3		I	3		Negative	Negative	Negative	K	2		5
8	B	1		J	3	ST34	E	3	ST19	A	1		3
9	K	2	ST3	K	2		Negative	Negative	Negative	B	1		3
10**	K	2	ST3	Negative	Negative	Negative	G	3	ST14	Negative	Negative	Negative	4
11**	G	3	ST14	Negative	Negative	Negative	K	2	ST3	Negative	Negative	Negative	1
12**	K	2	ST3	Negative	Negative	Negative	H	2	ST4	Negative	Negative	Negative	1
13††	Negative	Negative	Negative	K	2		I	3	ST16				1
14††	I	3	ST16				E3	3	ST40	Negative	Negative	Negative	7
15‡‡	A	1		A	1		N	2	ST9	Negative	Negative	Negative	1
16‡‡	N	2	ST9	Negative	Negative	Negative	K	2	ST3	K	2		2
17	M	3	ST12	Negative	Negative	Negative	N	2		N	2		4
18	G	3		Negative	Negative	Negative	K	2		Negative	Negative	Negative	4
19	A	1		A	1	ST1	B	1	ST7	Negative	Negative	Negative	2
20	K		ST3	Negative	Negative	Negative	T	3	ST37	Negative	Negative	Negative	15
21	B	1	ST7	B	1	ST7				A	1	ST1	5
22	A	1		A	1					K	2	ST3	7

8- la prise en charge doit être multidisciplinaire (HAS 2018)

- Centres spécialisés MVT sur tous le territoire
 - Attente des patients atteints de SPPT
 - Prise en charge rationalisée: explorations / traitements
 - Réduire l'errance médicale : parcours de soins
 - Réduire les pratiques non conventionnelles
 - Prise en charge psychologique
 - Décrire l'épidémiologie dynamique
 - Evaluation des pratiques
 - Améliorer la satisfaction des patients

9- la consultation est stéréotypée....

- le temps de consultation est long
- Profils de patients différents
 - Des faciles
 - Des difficiles
 - Des chercheurs sur internet
- Il faut savoir adapter son discours au type de patient
- Prévenir vaut mieux que guérir:
 - Je lui raconte un histoire : il faut du temps

mais pas toujours

Sujets à aborder

- Donner ses conclusions
 - mon avis
- Adresser un double du courrier au patient
- Refuser de faire n'importe quoi : renouvellement ordonnance
- Portes de sortie
 - Examen biologique à l'hôpital : CNR ?
 - Prescription antibiotique ?
 - Autres prescriptio: traitement / consultation psychiatrique?
 - Reconsultation / réévaluation

10- les contre-pouvoirs sont nombreux



YVES HANSMANN
yves.hansmann@chru-strasbourg.fr

EN DÉBAT

Il est des maladies qui frappent les esprits plus que d'autres. La maladie de Lyme appartient à cette catégorie de maladie. On peut même dire qu'elle s'inscrit dans un phénomène de société, à tel point que certains patients se la sont appropriée et en font une cause qui pourrait expliquer nombre de leurs maux.

La maladie de Lyme chronique existe-t-elle ?

Dans ce contexte, la maladie de Lyme suscite de nombreuses polémiques qui restent souvent en deçà du débat scientifique. Deux types d'argumentaires s'opposent : l'un se fonde sur le raisonnement issu de l'observation et de la déduction scientifique, et l'autre s'appuie sur l'expérience personnelle. Dans cette dernière situation, une observation peut aboutir à une hypothèse, mais celle-ci ne doit en aucun cas être considérée comme un fait avéré. Le paralogisme « il existe des douleurs articulaires au cours de la maladie de Lyme ; - j'ai des douleurs articulaires ; donc j'ai une maladie de Lyme » est malheureusement source de confusion pouvant aboutir à des diagnostics erronés.

Par définition, j'appellerai « maladie de Lyme chronique » (ou plutôt « borreliose de Lyme chronique ») les manifestations liées à la présence de la bactérie *Borrelia* dans l'organisme et non à d'autres pathogènes transmis par les tiques. Si les co-infections existent sans aucun doute possible, celles-ci se manifestent par leurs symptômes propres et n'entrent pas dans notre débat.

Si on fait un état des lieux de nos connaissances, la forme primaire est bien connue, bien expliquée et ne suscite que peu d'interrogations. La découverte de l'implication de *Borrelia* au cours de manifestations secondaires de type articulaire aux États-Unis dans les années 1980 a été à l'origine de progrès comme le monde médical en connaît assez peu : une maladie inconnue jusqu'alors se révèle extrêmement fréquente et pourrait ainsi expliciter de nombreuses manifestations articulaires. Très rapidement, des formes neurologiques, par ailleurs décrites depuis plusieurs décennies, puis des formes cardiaques ont pu être étroitement rattachées à *Borrelia*.

À partir de là peuvent se poser quatre questions que je propose d'aborder successivement :

Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Y. Hansmann déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.

- combien de temps *Borrelia* reste-t-elle dans l'organisme humain ?
- *Borrelia* peut-elle rester dans l'organisme humain après un traitement antibiotique adapté ?
- quelle est la signification des formes de *Borrelia* de viabilité douteuse, persistantes dans l'organisme humain ?
- peut-il persister des symptômes même si aucune trace d'infection active n'est détectable ?

***Borrelia* peut-elle rester durablement dans l'organisme ?**

Après la phase d'infection localisée cutanée, *Borrelia* est capable de disséminer quelques semaines après l'inoculation par voie hématogène, pour se loger dans divers tissus (neurologiques, articulaires ou cutanés) où l'infection peut prendre une forme évolutive plus lente.

La manifestation cutanée tardive appelée acrodermatite atrophiquante chronique sont les plus anciennes formes de borreliose de Lyme, décrites dès le XIX^e siècle. La présence de *Borrelia* (identifiée par culture ou par amplification génique [PCR]) a été confirmée dans les tissus infectés jusqu'à plusieurs années après l'inoculation initiale,¹ confirmant ainsi le potentiel de chronicité de cette forme de borreliose de Lyme.

Au cours des neuroborrelioses, la mise en évidence de *Borrelia* est un fait rare en pratique courante. Certaines publications montrent cependant que cet événement est possible au cours de formes chroniques de neuroborreliose de type encéphalopathie avec troubles mnésiques ou de polymyopathie associée aux acrodermatites atrophiquantes chroniques.²

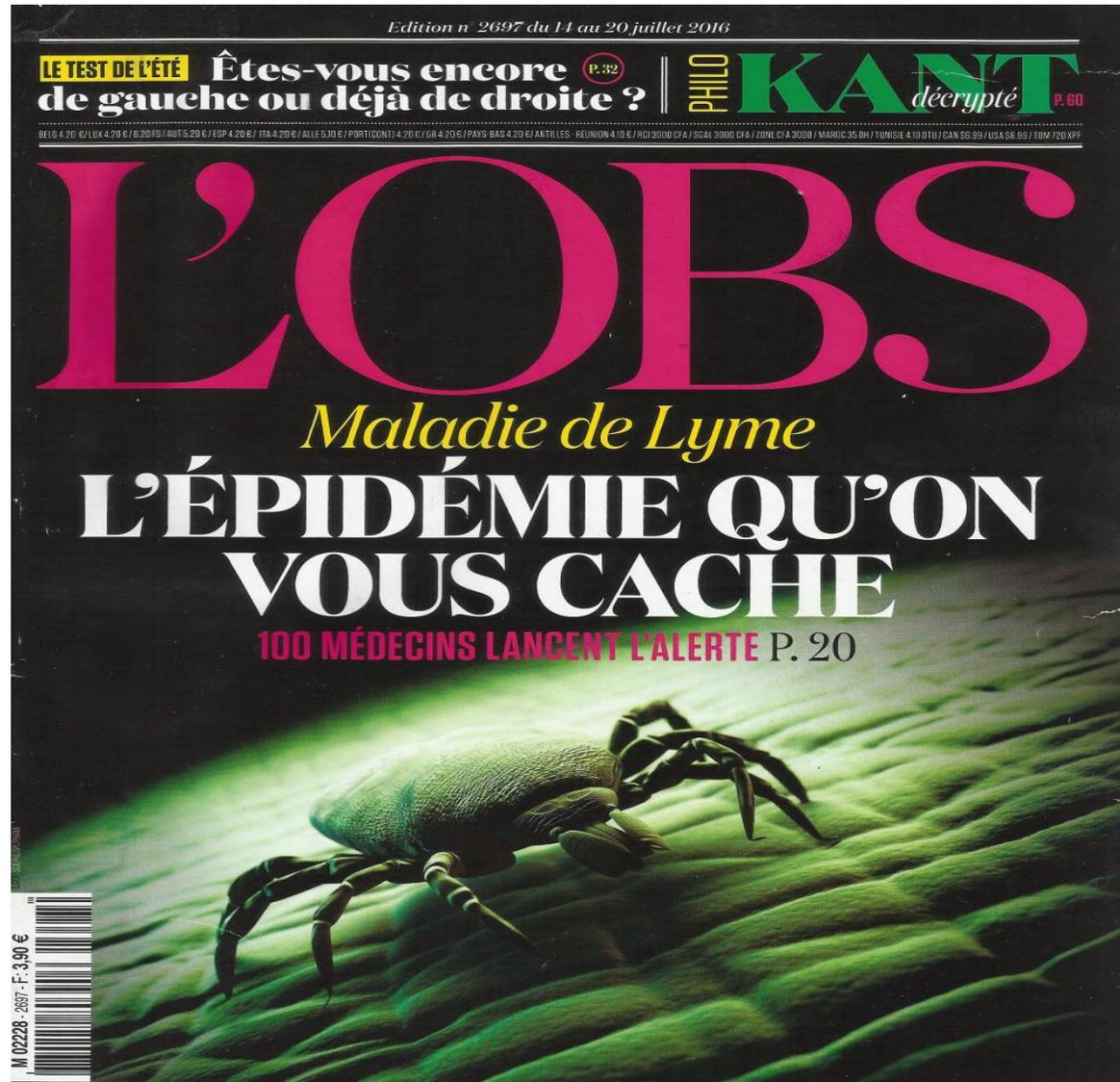
Des analyses histologiques ont aussi permis de mettre en évidence *B. burgdorferi* cultivable, dans des plaques amyloïdes que l'on trouve dans la maladie d'Alzheimer,³ sans qu'aucun lien de cause à effet n'ait pu être établi. À défaut de pouvoir mettre >>>



Les patients, premières victimes
Suspicion de Lyme chronique : non à l'escalade antibiotique !

4 Juillet 2018 : Ministère de la santé

Le danger de la médiatisation





La théorie du Complot et Le procès en incompétence

Matthias Lacoste, atteint de la maladie de Lyme, est en grève de la faim depuis le 18 juin. Il réclame à l'État « le droit de guérir ».

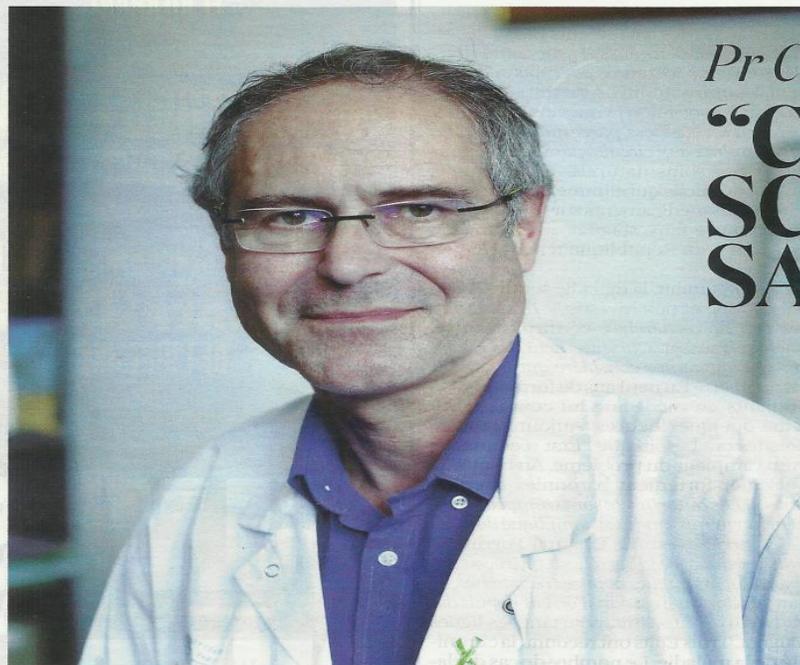


Tests déficients, pathologie sous-estimée, silence des autorités... De nombreuses voix s'élèvent pour dénoncer un possible scandale sanitaire français autour de cette maladie transmise par les tiques. Un plan d'action national vient d'être lancé. Vraie prise de conscience ou leurre pour calmer des malades de plus en plus mobilisés? Enquête

EMMANUELLE ANIZON
ET ÉLODIE LEPAGE

Excusez-moi, il faut que j'aille me reposer. » Dans sa maison de Vesseaux, en Ardèche, Matthias Lacoste, un grand gaillard de 32 ans, va s'allonger sur le canapé du salon. Ce père de deux jeunes enfants en est à son sixième jour de grève de la faim. Il est épuisé, mais veut continuer de raconter. Depuis l'âge de 6 ans, il souffre de douleurs articulaires et d'une grosse fatigue par intermittence. « J'ai toujours eu la réputation d'être feignant », ironise-t-il. Matthias a 20 ans quand commence son errance de médecin en médecin, d'hôpital en hôpital. Sclérose en plaques? Fibromyalgie? Spondylarthrite ankylosante? Les diagnostics divergent, les traitements échouent avec la même constance. Et les arrêts maladie se multiplient. Fin 2014, un rhumatologue pose un nouveau diagnostic : Matthias aurait la maladie de Lyme, transmise par les tiques. L'Ardéchois a grandi dans la nature. « J'en enlevais à mon chien. Mais je n'ai pas le souvenir d'avoir été piqué. » Le jeune ➤

L'OBS N° 2697-13/07/2016



Pr Christian Perronne “C'EST UN SCANDALE SANITAIRE”

Le chef de service en infectiologie de l'hôpital universitaire Raymond-Poincaré de Garches dénonce, depuis des années, le déni de la maladie de Lyme chronique. Pour lui, et pour la centaine de médecins qui lancent un appel à la ministre de la Santé dans "l'Obs", il faut agir, vite

PROPOS RECUEILLIS
PAR EMMANUELLE ANIZON
ET BRUNO COUTIER

L'OBS N° 2697-13/07/2016

Le gouvernement annonce un plan d'action national contre la maladie de Lyme. C'est une bonne nouvelle?

C'est un premier pas timide. Toutes ces années, nos entrevues avec le ministère de la Santé ont toujours abouti à un déni de la pathologie. J'espère que ce ne sera pas le cas cette fois.

Comment vous êtes-vous intéressé à la maladie de Lyme?

Quand j'ai commencé à travailler à Garches, en 1994, j'ai vu arriver nombre de malades piqués par des tiques lors de leurs promenades dans les grandes forêts de l'Ouest parisien. Les tiques peuvent transmettre ce qu'on appelle la maladie de Lyme, due à une bactérie, la borrelie (*Borrelia*), elle-même souvent accompagnée d'autres bactéries et de parasites. J'ai soigné ces malades avec trois semaines d'antibiothérapie, selon le protocole officiel, mais beaucoup rechutaient. Je voyais bien que ça ne suffisait pas. La maladie nécessite des soins plus longs. Ce que j'ai fait. J'ai découvert alors que le corps médical ne voulait absolument pas entendre parler de la chronicité de cette

maladie. J'ai été moqué, jusque dans mon propre service. Si les symptômes – articulaires, cardiologiques, neurologiques – reviennent, ce n'est plus du Lyme, on dit que c'est du « post-Lyme » et on envoie les gens en psychiatrie. C'est ahurissant. Comme si on disait au bout de quinze jours de tuberculose: « Vous n'avez plus la tuberculose, si vous avez des signes, vous avez peut-être une dépression. »

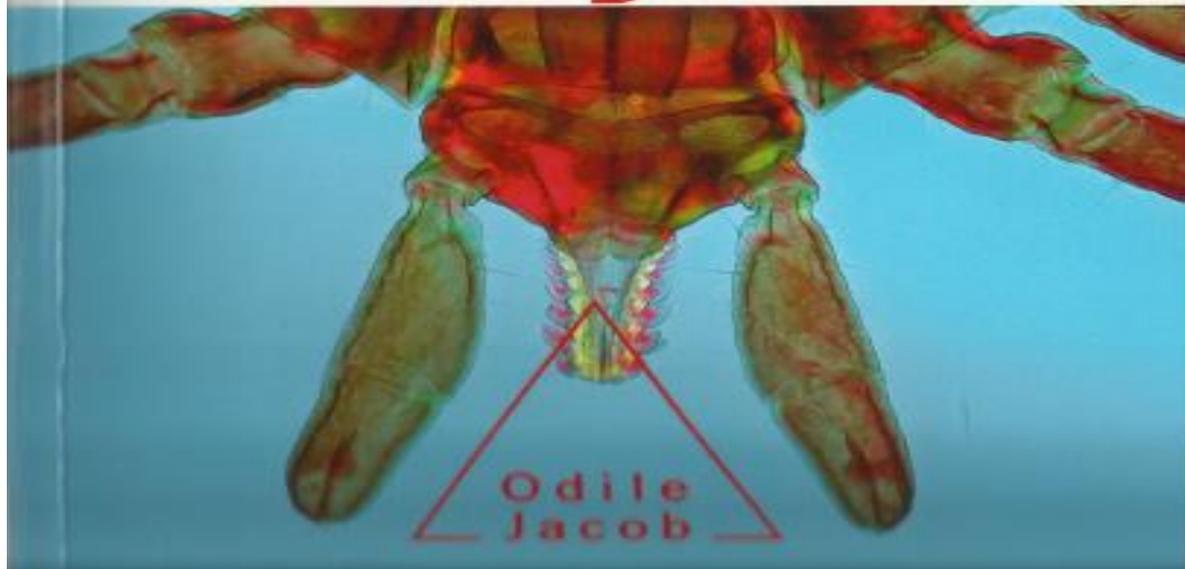
Pourquoi estimez-vous que les tests censés dépister la maladie ne sont pas efficaces?

En plus de la borrelie responsable de la maladie de Lyme, il existe une vingtaine d'autres espèces de *Borrelia*. Le test Elisa, étape obligatoire pour les médecins français, n'en détecte que trois, avec de plus une proportion élevée de cas où ce test reste négatif malgré la maladie. Et pourtant, s'il est négatif, les médecins français n'ont pas le droit de poursuivre leur exploration, de compléter par un autre test plus précis, comme le Western-Blot. Même si leur patient a des signes cliniques significatifs. Les médecins peuvent être poursuivis par l'Assurance-Maladie s'ils le font! Le centre de référence de la borreliose à Strasbourg dit encore aujourd'hui que ce test est fiable à 100%, alors que toutes les publications montrent l'inverse! Comment peut-on continuer une telle aberration? Surtout qu'il est prouvé depuis longtemps – ça a été publié dans les plus grandes revues scientifiques – qu'une sérologie peut être négative malgré la présence de la bactérie *Borrelia*. Aux Etats-Unis, non seulement le médecin est libre de prescrire le Western-Blot malgré un Elisa négatif, mais il a même le devoir de dire à son patient qu'un test négatif, quel qu'il soit, n'est pas la preuve qu'il n'est pas infecté!

Le sujet divise la communauté médicale. Que répondez-vous aux infec-

Pr Christian Perronne

La Vérité sur la maladie de Lyme



La Vérité sur la maladie de Lyme

La maladie de Lyme, cette étrange infection déclenchée par une piqûre de tique, peut provoquer dermatoses, arthrites et jusqu'à des atteintes neurologiques.

Pourquoi les patients sont-ils souvent abandonnés à leur souffrance ? Pourquoi ne traite-t-on pas plus efficacement cette maladie alors que des solutions thérapeutiques existent ?

Le professeur Perronne, médecin et chercheur de renom, le premier à avoir sensibilisé les pouvoirs publics, raconte dans ce livre de manière claire et précise tout ce qu'on sait aujourd'hui de cette maladie et comment la guérir. Il répond également aux multiples interrogations de ceux, de plus en plus nombreux, qui sont concernés par cette affection.

Ce livre nous aide aussi à mieux comprendre et à savoir soigner cet ensemble de maladies mal connues dues à des infections cachées, comme la maladie de Lyme.

La vérité sur l'histoire de la maladie de Lyme et des infections cachées expliquée par le plus grand médecin spécialiste de ces maladies.

Pr Christian Perronne



Le professeur Christian Perronne est chef de service en infectiologie à l'hôpital universitaire Raymond-Poincaré de Garches, faculté de médecine Paris-Île-de-France-Ouest. Il a été président de plusieurs instances médicales et scientifiques, notamment du Collège des professeurs de maladies infectieuses et tropicales. Il a été vice-président d'un groupe d'experts sur la vaccination à l'OMS.



21,90 €

9594308

ISBN 978-2-7301-3509-4

En couverture : 30 jours Gutenberg/SPL/Comma

www.collegeidf.fr

Pourquoi je ne guéris pas ?

*douleur
fatigue
confusion
dépression
anxiété
insomnies
fasciculations
migraines
neuropathies
mémoire
acouphènes*

**ET SI
C'ÉTAIT LYME?**

*fatigue chronique
fibromyalgie
sclérose en plaques
polyarthrite
lupus
inflammation
allergies*

SOIGNER LYME & LES MALADIES CHRONIQUES INEXPLIQUÉES

« Ce livre apporte une solution médicale efficace
à une nouvelle épidémie. »

Pr LUC MONTAGNIER, Prix Nobel de médecine

Dr Richard Horowitz

THIERRY
SOUCAR
ÉDITIONS

Intérêt de la lecture ?

Les dérives d'Internet : Amazon

17 commentaires : une étoile 91%



- Professeur qui ne tient pas compte de la littérature scientifique actuelle et mondiale. Partant de se principe il n'y a aucun intérêt à acheter ce livre.

- Cet ouvrage est un concentré de désinformation qui ne se base sur aucun fondement scientifique. Quel intérêt a l'auteur d'écrire de telles sottises ? Communiquer des informations médicales totalement erronées est dangereux. Pour un médecin, c'est aller contre le serment d'Hippocrate que de véhiculer des informations nuisant à la bonne prise en charge des malades de la borréliose de Lyme.

-Un torchon. Aucun intérêt.

Éditorial

Position de la Société de pathologie infectieuse de langue française à propos de la maladie de Lyme

Lyme disease: The French Infectious Diseases Society's statement

La maladie de Lyme fait l'objet d'une médiatisation importante. De nombreux articles et émissions de radio et de télévision ont contribué à renforcer un sentiment d'état d'alerte concernant cette maladie. L'une des demandes principales des patients est de bénéficier d'une reconnaissance et d'une prise en charge adaptée de leur infection.

Le problème principal de la prise en charge concerne des patients ayant des manifestations chroniques fonctionnelles attribuées à la maladie de Lyme ou à une autre maladie transmise par piqûre de tiques. Dans ces situations, le diagnostic est souvent incertain et le traitement anti-infectieux habituellement prescrit permet rarement d'obtenir une amélioration significative.

Dans ce contexte, et en accord avec l'avis du Haut Conseil de la santé publique en date du 28 mars 2014, la Société de pathologie infectieuse de langue française tient à préciser sa position.

1. La maladie de Lyme est-elle sous-estimée en France ?

La fréquence d'une maladie est calculée en fonction des critères que l'on utilise pour la définir. Selon les critères diagnostiques utilisés, la fréquence de cette maladie est variable. Le nombre de personnes présentant un accident cérébral vasculaire varie selon que l'on utilise le scanner cérébral plutôt que l'IRM cérébrale pour établir le diagnostic.

De même, la fréquence de la maladie de Lyme peut varier selon la définition que l'on utilise.

On ne peut comparer que les études ayant utilisé les mêmes critères de définition, les mêmes tests et la même façon de comptabiliser les patients. Si l'on utilise la définition validée, qui associe la présence de signes cliniques évocateurs de la maladie de Lyme et une sérologie par test Elisa positive, nous pouvons comparer les données d'une population à l'autre. Ainsi, si l'on applique les mêmes outils de mesure, la fréquence de la maladie de Lyme dans certaines régions françaises (Alsace, Limousin) est équivalente aux données d'autres pays à forte endémie [1,2]. La référence de 2011 d'eurosurveillance citée dans l'OBS fait état d'une incidence allant de 1 à 350/100 000 habitants selon

les pays. L'incidence en France est évaluée à 43/100 000 habitants sachant que dans certaines régions (Est, Limousin), cette incidence peut atteindre 200/100 000 donc parmi les taux d'incidence les plus élevés en Europe et dans le monde. Dans ces conditions, on ne peut pas parler de chiffres discordants par rapports aux autres pays européens.

Si l'on applique d'autres critères diagnostiques la fréquence varie. Par exemple, si l'on part du principe que la sérologie n'est pas suffisamment sensible (ce qui revient à dire qu'une sérologie négative peut correspondre à la maladie), alors le nombre de patients pouvant avoir une maladie de Lyme est bien plus élevé. Il ne s'agit cependant pas d'une augmentation réelle de la fréquence de la maladie mais d'un cumul de cas, certains authentiques et d'autres hypothétiques.

2. Quelles sont les priorités pour la prise en charge des maladies vectorielles transmises par les tiques ?

Établir un diagnostic fiable pour proposer un traitement adapté : notre priorité est de soigner les patients. Notre responsabilité de médecin et de spécialiste est de traiter les patients à partir de données vérifiées. C'est ce que les Anglo-saxons appellent l'*evidence-based medicine* (médecine fondée sur des preuves), moins à risque d'erreur que l'*experience-based medicine* ou, pire encore, l'*emission-based medicine*, pour laquelle quelques leaders communiquent leurs convictions par les médias grand public, puisque leur argumentation ne passe pas par les revues scientifiques.

Dans le cadre de la borréliose de Lyme, la démarche s'appuie sur les connaissances acquises par l'observation des patients chez qui *Borrelia* a pu être isolée, c'est-à-dire ayant un diagnostic de certitude, ce qui représente un fait rare en routine, car cette bactérie est difficile à mettre en évidence. À partir de l'observation de ces patients ayant eu une borréliose prouvée, des déductions ont permis de faire progresser notre connaissance de la maladie. À l'inverse les patients n'ayant pas de façon certaine une borréliose de Lyme ne peuvent pas représenter une source d'observation utile pour améliorer nos connaissances, du fait du risque d'erreur quant au diagnostic initial.

Comprendre pourquoi ?

- Souffrances des malades
- Evidence-based médecine lente
- Evaluation des thérapeutiques
- Sciences fondamentales / sciences appliquées
- Tests
- Fausses impressions : doxycycline
- Charlatanisme / ringardisme
- Ouverture d'esprit
- Judiciarisation

Conclusion

- **Au travail !!**

« la prise en charge ne doit faire aucune concession à la vérité, ce qui n'empêche pas de continuer à accompagner ces patients sans les rejeter: c'est probablement cela qu'ils attendent réellement de la médecine »

Y. Hansmann

Revue du praticien 2018