



Le présent guide d'usage optimal s'adresse principalement aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens, d'experts et de patients québécois. Pour plus de détails, consulter la section Guides d'usage optimal du site [inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca).

## GÉNÉRALITÉS

### QU'EST-CE QUE LA MALADIE DE LYME ?

- Maladie infectieuse causée par des génoespèces bactériennes de *Borrelia burgdorferi* qui sont transmises à l'humain par des tiques à pattes noires porteuses.
- C'est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) en progression au Québec.
- Elle peut toucher simultanément plusieurs systèmes anatomiques.



### QUELS SONT LES STADES DE LA MALADIE ?

**Stade localisé** (parfois nommé précoce) : Début de l'infection avant la dissémination des bactéries dans la circulation.

- Principale manifestation observée :



**Cutanée isolée**  
(érythème migrant isolé)

- Pas toujours présent ou remarqué.
- Si présent, apparaît habituellement entre 3 et 30 jours après l'infection, mais possible jusqu'à 3 mois après la piqûre.

### Stade disséminé précoce

Dissémination des bactéries par la circulation.

- Survient généralement lorsque l'infection locale n'a pas été détectée ou traitée efficacement.
- Apparaît entre quelques jours après l'érythème migrant isolé et quelques semaines après l'infection (habituellement jusqu'à 6 mois après la piqûre).
- Peut inclure des symptômes systémiques généraux.
- Principales manifestations observées :



**Cutanées**  
(érythème migrant multiple)



**Neurologiques**  
(neuroborréliose)



**Cardiaques**  
(cardite de Lyme)

### Stade disséminé tardif

Complication du stade disséminé précoce.

- Apparaît quelques semaines voire quelques mois après l'infection (habituellement jusqu'à un an après la piqûre).
- Principale manifestation observée en Amérique du Nord :



**Articulaire**  
(arthrite de Lyme)

## FACTEURS DE RISQUE

► Le risque d'être exposé à une tique :

- dépend des habitudes de vie, des activités extérieures (loisirs et travail), des lieux visités ou de résidence et de la proximité avec des animaux de compagnie en contact avec l'extérieur;
- est présent toute l'année mais est minime en hiver au Québec, sauf pour les personnes qui voyagent dans les régions où le climat est favorable aux tiques ([Québec](#), [autres provinces canadiennes](#), [États-Unis](#), [Europe](#)).

! La piqûre étant indolore et la tique de petite taille, il est fréquent que le patient ne se rappelle pas d'avoir été piqué.

## TABLEAU CLINIQUE

### MALADIE DE LYME CHEZ L'ADULTE

- ▶ La démarche diagnostique doit inclure :
  - une évaluation du risque d'exposition aux tiques;
  - un examen physique complet comprenant un examen neurologique, la recherche d'érythème migrant et d'atteintes du stade disséminé;
  - la considération d'autres conditions cliniques possibles (consulter la [liste non exhaustive de diagnostics différentiels](#)).
- ▶ Les manifestations cliniques de la maladie de Lyme ne sont pas mutuellement exclusives. La présentation, l'intensité des manifestations, leur durée et la vitesse de progression de la maladie d'un stade à l'autre sont variables d'un individu à l'autre.
- ▶ Se référer à l'[outil d'aide au diagnostic de la maladie de Lyme](#) afin de consulter l'algorithme recommandé, de savoir quand les tests sérologiques sont indiqués et comment les interpréter.

### PRINCIPALES ATTEINTES DE LA MALADIE DE LYME (D'autres systèmes peuvent être touchés)<sup>1</sup>

	Symptômes <sup>2</sup>	Signes et présentation
<b>Atteintes cutanées</b> 	Peu ou pas de douleur et de démangeaisons.	<a href="#">Érythème migrant isolé</a> <a href="#">Érythème migrant multiple</a>
<b>Atteintes neurologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paralysie faciale (parfois bilatérale);</li> <li>• Engourdissement dans le visage;</li> <li>• Surdité;</li> <li>• Diplopie.</li> </ul>	Névrite crânienne (en particulier paralysie faciale, mais d'autres atteintes des paires crâniennes sont possibles).
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faiblesse de type motoneurone inférieur respectant un ou plusieurs territoires nerveux ou radiculaires;</li> <li>• Paresthésie ou hypoesthésie respectant un ou plusieurs territoires nerveux ou radiculaires;</li> <li>• Abolition d'un ou de plusieurs réflexes ostéotendineux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mononeuropathie;</li> <li>• Mononévrite multiple;</li> <li>• Radiculopathie sans autre cause;</li> <li>• Plexopathie.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Céphalée;</li> <li>• Douleur ou raideur nucale;</li> <li>• Photophobie;</li> <li>• Nausées;</li> <li>• Vomissements.</li> </ul>	Méningite aseptique.
<b>Atteintes cardiaques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs thoraciques;</li> <li>• Palpitations;</li> <li>• Dyspnée;</li> <li>• Syncope;</li> <li>• Étourdissements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloc auriculoventriculaire;</li> <li>• Arythmie non spécifique;</li> <li>• Syndrome péricardique avec ou sans bloc;</li> <li>• Défaillance cardiaque.</li> </ul>
<b>Atteintes articulaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gonflement articulaire souvent plus important que la douleur et les autres symptômes associés;</li> <li>• Atteinte du genou dans la plupart des cas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gonflement d'une ou de plusieurs articulations (principalement le genou, mais aussi d'autres plus petites);</li> <li>• Possibles poussées d'arthrite entrecoupées de rémissions sans traitement.</li> </ul>

1. Exemples d'autres atteintes : les atteintes oculaires non neurologiques (uvéïte; kératite; conjonctivite; épisclérite; rétinite; choroïdite).

2. Des symptômes systémiques généraux peuvent aussi être présents : fièvre et frissons, malaise, fatigue, myalgie, arthralgie, problèmes de concentration et de mémoire, céphalées, adénopathies isolées, syndrome d'allure grippale (compatibilité avec la maladie de Lyme accentuée si survient l'été), syndrome mononucléosique (compatibilité avec la maladie de Lyme accentuée si survient l'été), asthénie, léthargie, anorexie.

#### Légende :

 Photos disponibles pour aide au diagnostic.

## PRINCIPES DE TRAITEMENT

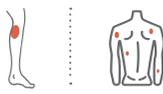
- ▶ Chez un patient qui présente une atteinte cutanée sans autres manifestations évocatrices du stade disséminé :
  - S'il y a hésitation entre un diagnostic de cellulite infectieuse et d'érythème migrant de la maladie de Lyme : privilégier un traitement couvrant les deux pathologies (p. ex. céfuroxime axétil).
- ▶ Dès que le diagnostic d'érythème migrant isolé est posé, l'antibiothérapie peut immédiatement commencer (les tests sérologiques ne sont pas indiqués dans ce cas-ci).
- ▶ Après avoir diagnostiqué une atteinte attribuable à la maladie de Lyme (p. ex. érythème migrant isolé), le clinicien devrait toujours vérifier la présence de symptômes et signes de l'atteinte d'autres systèmes anatomiques pour choisir le traitement antibiotique approprié.
- ▶ Dans les situations où des atteintes neurologiques, cutanées (érythème migrant multiple), cardiaques ou articulaires pourraient être attribuées à la maladie de Lyme selon le tableau clinique et dans l'attente des résultats des analyses de laboratoire, une antibiothérapie pourrait être débutée après discussion avec un ou des médecins spécialistes ou un collègue expérimenté.
- ▶ La doxycycline et les bêta-lactamines sont les traitements privilégiés pour les différentes manifestations de la maladie de Lyme. Dans les cas où ces molécules ne peuvent être prescrites (p. ex. contre-indication absolue, antécédent de réaction allergique très sévère aux pénicillines), l'usage des macrolides est possible pour traiter l'érythème migrant isolé. Par contre, pour les autres manifestations cliniques, le choix de l'antibiotique devrait être discuté avec un médecin spécialiste.

## ANTIBIOTHÉRAPIE

### INFORMATION IMPORTANTE SUR L'USAGE DE LA DOXYCYCLINE AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT

- ▶ **Chez la femme enceinte** : la doxycycline demeure contre-indiquée pour traiter toutes les manifestations cliniques de la maladie de Lyme.
- ▶ **Chez la femme allaitante**, elle pourrait être considérée comme :
  - Traitement de 1<sup>re</sup> intention pour les atteintes cutanées, neurologiques ou cardiaques **après discussion éclairée avec la patiente** :
    - les tétracyclines se retrouvent en faibles concentrations dans le lait maternel, et les données disponibles sur la tétracycline indiquent qu'aucune trace de ce médicament n'est décelable dans le sérum des enfants exposés;
    - selon plusieurs ouvrages de référence sur les médicaments lors de l'allaitement, l'usage des tétracyclines à court terme est acceptable.
  - Autre option de traitement pour les atteintes articulaires en cas d'[antécédent de réaction allergique](#) très sévère à un antibiotique de la classe des pénicillines.

### ATTEINTES CUTANÉES AVEC OU SANS SYMPTÔMES SYSTÉMIQUES GÉNÉRAUX



	1 <sup>RE</sup> INTENTION		AUTRES OPTIONS	
	Antibiotiques et posologie	Durée <sup>1</sup>	Antibiotiques et posologie	Durée <sup>1</sup>
Érythème migrant <b>isolé sans</b> symptômes systémiques généraux	Doxycycline PO 100 mg BID	10 jours (10-14 jours)	Amoxicilline PO 500 mg TID <b>ou</b> Céfuroxime axétil PO 500 mg BID	14 jours (14-21 jours)
Érythème migrant <b>isolé avec</b> symptômes systémiques généraux		14 jours (14-21 jours)		14 jours (14-21 jours)
Érythème migrant <b>multiple</b> ± symptômes systémiques généraux				

#### Raisons de faire appel à ou d'orienter le patient vers un ou des médecins spécialistes :

- Apparition d'atteintes neurologiques, cardiaques ou articulaires en cours de traitement.
- En cas de symptômes persistants post-traitement.
- En cas d'échec de l'antibiothérapie et lorsque l'attribution à la maladie de Lyme des atteintes cutanées avec ou sans symptômes systémiques généraux doit être réévaluée.

1. L'intervalle de temps proposé pour la durée du traitement est basé sur les études primaires, les guides de pratique clinique et les lignes directrices retenus.

## ATTEINTES NEUROLOGIQUES (NEUROBORRÉLIOSE)



	1 <sup>RE</sup> INTENTION		AUTRES OPTIONS	
	Antibiotiques et posologie	Durée <sup>1</sup>	Antibiotiques et posologie	Durée <sup>1</sup>
<b>Atteinte du système nerveux périphérique</b> (p. ex. mononévrite crânienne ou mononévrite multiple, plexopathie ou radiculopathie)	Doxycycline PO 100 mg BID	14 jours (14-21 jours)	Amoxicilline PO 500 mg TID <b>ou</b> Céfuroxime axétil PO 500 mg BID	14 jours (14-21 jours)
<b>Atteinte du système nerveux central</b> (y inclus la névrite optique) <b>ou</b> <b>Méningite</b>	Ceftriaxone IV 2 000 mg DIE	14 jours (10-28 jours)	Céfotaxime IV 2 000 mg TID <b>ou</b> Pénicilline G IV 18-24 millions d'unités divisées toutes les 4 h	14 jours (10-28 jours)

**Raisons de faire appel à ou d'orienter le patient vers un ou des médecins spécialistes :**

- En cas de suspicion d'une neuroborréliose (évaluation clinique et prise de décision concernant l'antibiothérapie de première intention).
- Apparition d'atteintes articulaires en cours de traitement; dans un tel cas, une prolongation à 28 jours pourrait être considérée.
- En cas de symptômes persistants post-traitement.
- En cas d'échec de l'antibiothérapie et lorsque l'attribution des atteintes neurologiques à la neuroborréliose doit être réévaluée.

## ATTEINTES CARDIAQUES (CARDITE DE LYME)



	1 <sup>RE</sup> INTENTION		AUTRES OPTIONS	
	Antibiotiques et posologie	Durée <sup>1</sup>	Antibiotiques et posologie	Durée <sup>1</sup>
<b>Bloc AV de 1<sup>er</sup> degré avec un PR &lt; 300 ms<sup>2</sup></b>	Doxycycline PO 100 mg BID	14 jours (14-21 jours)	Amoxicilline PO 500 mg TID <b>ou</b> Céfuroxime axétil PO 500 mg BID	14 jours (14-21 jours)
• <b>Bloc AV de 1<sup>er</sup> degré avec un PR &gt; 300 ms<sup>3</sup></b> • <b>Bloc AV de haut degré<sup>3</sup> (2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> degré)</b>	Ceftriaxone IV 2 000 mg DIE		Céfotaxime IV 2 000 mg TID <b>ou</b> Pénicilline G IV	
<b>Myocardite ou péricardite</b> (avec ou sans bloc) <sup>3</sup>			18-24 millions d'unités divisées toutes les 4 h	

**Raisons de faire appel à ou d'orienter le patient vers un ou des médecins spécialistes :**

- En cas de suspicion d'une cardite de Lyme (évaluation clinique et prise de décision concernant l'antibiothérapie de première intention).
- Évaluation de la possibilité d'un relais PO.
- Apparition d'atteintes neurologiques ou articulaires en cours de traitement; dans un tel cas, un changement d'antibiotique ou de durée pourrait être considéré.
- En cas de symptômes persistants post-traitement.
- En cas d'échec de l'antibiothérapie et lorsque l'attribution des atteintes cardiaques à la cardite associée à la maladie de Lyme doit être réévaluée.

1. L'intervalle de temps proposé pour la durée du traitement est basé sur les études primaires, les guides de pratique clinique et les lignes directrices retenus.  
2. Le traitement PO devrait être accompagné d'ECG sériés de contrôle.  
3. Un monitoring cardiaque devrait être réalisé en cas de traitement IV.

## ATTEINTES ARTICULAIRES (ARTHRITE DE LYME)



### MALADIE DE LYME CHEZ L'ADULTE

	1 <sup>RE</sup> INTENTION		AUTRES OPTIONS	
	Antibiotiques et posologie	Durée <sup>1</sup>	Antibiotiques et posologie	Durée <sup>1</sup>
Arthrite de Lyme	Doxycycline PO 100 mg BID	28 jours	Amoxicilline PO 500 mg TID <b>ou</b> Céfuroxime axétil PO 500 mg BID	28 jours
Récidive d'une arthrite de Lyme	Doxycycline PO 100 mg BID	28 jours	Amoxicilline PO 500 mg TID <b>ou</b> Céfuroxime axétil PO 500 mg BID	28 jours
	Ceftriaxone IV 2 000 mg DIE	14 - 28 jours	Céfotaxime IV 2 000 mg TID <b>ou</b> Pénicilline G IV 18-24 millions d'unités divisées toutes les 4 h	14 - 28 jours

#### Raisons de faire appel à ou d'orienter le patient vers un ou des médecins spécialistes :

- En cas de suspicion d'une arthrite de Lyme (évaluation clinique et prise de décision concernant l'antibiothérapie de première intention)
- En cas d'échec de l'antibiothérapie et lorsque l'attribution de l'arthrite à la maladie de Lyme doit être réévaluée.
- En cas de symptômes persistants post-traitement malgré deux cures d'antibiotiques (la décision de ne pas prescrire un nouvel antibiotique devrait être prise au cas par cas).

#### Information complémentaire :

- ❗ L'usage des corticostéroïdes devrait être évité lors d'un traitement antibiotique de l'arthrite de Lyme.
- Le recours à des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pourrait être envisagé pour un traitement ponctuel de la douleur en complément des antibiotiques.
- Une injection intra-articulaire de corticostéroïdes ou l'usage d'un agent antirhumatismal modificateur de la maladie pourrait être envisagé **après** un traitement antibiotique adéquat. Le cas échéant, l'avis d'un médecin spécialiste ou d'un collègue expérimenté devrait être demandé.

1. L'intervalle de temps proposé pour la durée du traitement est basé sur les études primaires, les guides de pratique clinique et les lignes directrices retenus.

## ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE AUX PÉNICILLINES

ALLERGIE CONFIRMÉE AUX PÉNICILLINES	ALLERGIES CROISÉES AUX CÉPHALOSPORINES DIFFÉRENTES							
Sur 100 personnes rapportant un antécédent d'allergie à une pénicilline, un diagnostic d'allergie sera confirmé chez :	Sur 100 personnes ayant une allergie confirmée aux pénicillines, une réaction croisée avec une céphalosporine « différente » pourrait être observée chez :							
moins de 10 personnes (adultes)	<p>1 à 2 personnes</p> <table border="1"> <tr> <td>Céfotaxime</td> <td>1.08 (0.27; 4.22)</td> <td rowspan="3">Risque absolu (Intervalle de confiance à 95%)</td> </tr> <tr> <td>Ceftriaxone</td> <td>0.43 (0.07; 2.62)</td> </tr> <tr> <td>Céfuroxime axétil</td> <td>0.79 (0.18; 3.33)</td> </tr> </table>	Céfotaxime	1.08 (0.27; 4.22)	Risque absolu (Intervalle de confiance à 95%)	Ceftriaxone	0.43 (0.07; 2.62)	Céfuroxime axétil	0.79 (0.18; 3.33)
Céfotaxime	1.08 (0.27; 4.22)	Risque absolu (Intervalle de confiance à 95%)						
Ceftriaxone	0.43 (0.07; 2.62)							
Céfuroxime axétil	0.79 (0.18; 3.33)							
<p>Bien évaluer le statut allergique de la personne lors de la consultation avant de considérer un autre antibiotique qu'une céphalosporine « différente »</p>								
<p>Cliquez <a href="#">ici</a>  pour consulter l'algorithme spécifique à la maladie de Lyme</p>								

## INFORMATION À TRANSMETTRE AU PATIENT

### INVITER LE PATIENT

- ▶ À surveiller la survenue de symptômes de la maladie au cours de la période d'observation, pendant et après le traitement (référer à la [Feuille de suivi](#));
- ▶ À prendre une photo avec un élément de mesure, si pertinent, de la rougeur si un doute subsiste quant à son attribution à la maladie de Lyme;
- ▶ À contacter un professionnel de la santé, le cas échéant.

### INFORMER LE PATIENT

- ▶ Qu'il peut prendre un antipyrétique/analgésique (p. ex. acétaminophène, ibuprofène) en complément de son traitement antibiotique pour soulager la douleur et les symptômes systémiques généraux.
- ▶ Que peut survenir la réaction de Jarisch-Herxheimer suivant l'amorce de l'antibiothérapie. Cette réaction inflammatoire systémique peut se produire au cours du traitement d'une infection par des bactéries spirochètes comme celles du groupe des *Borrelia burgdorferi*.
  - **Toutefois**, elle ne doit pas entraîner un arrêt de la prise de l'antibiotique et il faut aviser un professionnel de la santé en cas de doute.

### AVISER LE PATIENT

- ▶ Qu'en règle générale, il devrait récupérer complètement après l'antibiothérapie, surtout s'il est traité précocement et pour un érythème migrant.
- ▶ Que pour certaines atteintes des stades disséminés (p. ex. paralysie faciale, arthrite), des symptômes peuvent persister des semaines voire des mois suivant un traitement antibiotique approprié, d'où un impact possible et significatif sur la qualité de vie du patient.
- ▶ De consulter un professionnel de la santé si les symptômes ne s'améliorent pas ou récidivent à la fin du traitement.

## SUIVI

- ▶ La condition clinique d'un patient qui a reçu un diagnostic de maladie de Lyme et présente des symptômes persistants après une antibiothérapie, dont l'intensité et le délai depuis le traitement semblent inhabituels et qui ne s'expliquent pas par d'autres conditions cliniques probables, devrait être réévaluée conjointement avec un ou plusieurs médecins spécialistes selon les symptômes présents.

❗ Les tests sérologiques ne sont pas indiqués pour faire le suivi de l'efficacité de l'antibiothérapie.

## PRINCIPALES RÉFÉRENCES

HAS (2018). Recommandation de bonne pratique - Borreliose de Lyme et autres maladies vectorielles à tiques, Haute autorité de santé: 9.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Du diagnostic au traitement de la maladie de Lyme aux stades localisés et disséminés. Rapport en soutien aux outils d'aide à la décision clinique sur le diagnostic et le traitement. Québec, Qc : INESSS; 2019d. Disponible à : [www.inesss.qc.ca/publications/publications.html](http://www.inesss.qc.ca/publications/publications.html).

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Prophylaxie post-exposition à une piqûre de tique par antibiotique pour prévenir la maladie de Lyme. Rapport en soutien aux outils de transfert des connaissances, au protocole médical national et au modèle d'ordonnance collective. Québec, Qc : INESSS; 2019c. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/publications.html>.

National Institute for Health and Care Excellence (2018). Lyme disease, NICE guideline.

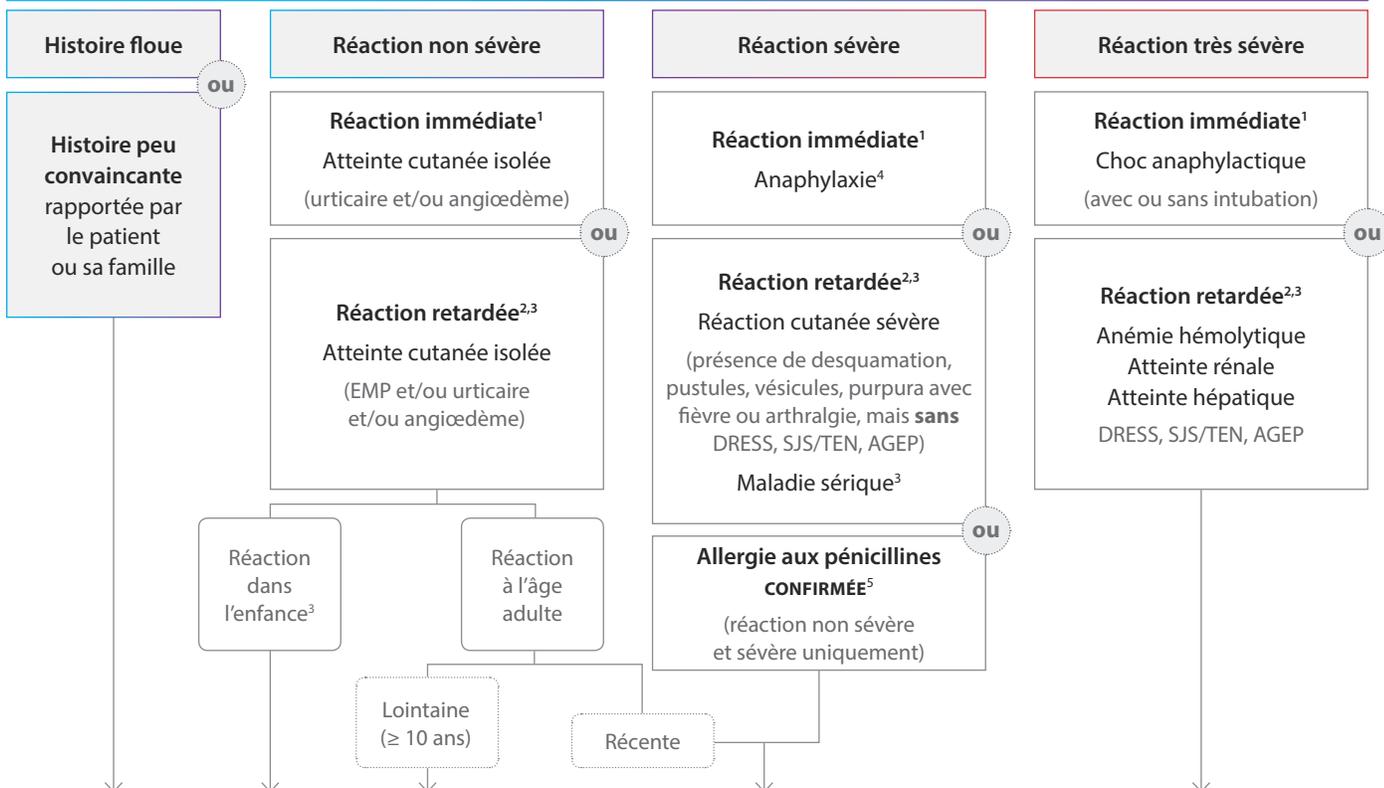
Wormser, G. P., R. J. Dattwyler, *et al.* (2006). "The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America." *Clin Infect Dis* 43(9): 1089-1134. DOI: 10.1086/508667



# LA MALADIE DE LYME CHEZ L'ADULTE

## SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION ALLERGIQUE ANTÉRIEURE AUX ANTIBIOTIQUES DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

IDENTIFIER LA SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION INITIALE ET ÉVALUER LES RISQUES ENCOURUS



### JE PRESCRIS DE FAÇON SÉCURITAIRE



#### Céphalosporines DIFFÉRENTES

**Céfuroxime axétil ou Ceftriaxone IV\* ou Céfotaxime IV\***

\* Traitement IV si l'option PO ne peut être tolérée.

### JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE



#### Amoxicilline Pénicilline G

La 1<sup>re</sup> dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.

#### Si antécédents de réactions :

- **immédiates**, un test de provocation devrait être réalisé;
- **retardées**, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible dans les jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

Pour plus d'informations sur les manifestations cliniques, consultez l'[outil interactif](#).

AGEP : acute generalized exanthematous pustulosis;  
DRESS : drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms;  
EM : Érythème migrant;  
EMP : éruption maculo-papuleuse;  
SJS : Stevens-Johnson syndrome;  
TEN : toxic epidermal necrolysis.

### JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE



#### Céphalosporines DIFFÉRENTES

**Céfuroxime axétil ou Ceftriaxone IV\* ou Céfotaxime IV\* SEULEMENT** pour les antécédents de réactions non-sévères récentes chez l'adulte **OU** pour les réactions de type maladie sérique survenue dans l'enfance<sup>3</sup>.

\* Traitement IV si l'option PO ne peut être tolérée

La 1<sup>re</sup> dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.

#### Si antécédents de réactions :

- **immédiates**, un test de provocation devrait être réalisé;
- **retardées**, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible dans les jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

### J'ÉVITE DE PRESCRIRE



#### Amoxicilline Pénicilline

**SI NI LA DOXYCYCLINE NI UNE BÉTA-LACTAMINE<sup>6</sup> NE PEUT ÊTRE ADMINISTRÉES, JE PEUX PRESCRIRE...**



#### Azithromycine<sup>7</sup> Clarithromycine

**Pour traiter l'EM isolé**

### J'ÉVITE DE PRESCRIRE



#### Toute Béta-lactamine<sup>6</sup>

**Privilégier une autre classe d'antibiotique.**  
Si forte indication d'une bêta-lactamine, obtenir une consultation auprès des services spécialisés.

**SI NI LA DOXYCYCLINE NI UNE BÉTA-LACTAMINE<sup>6</sup> NE PEUT ÊTRE ADMINISTRÉES, JE PEUX PRESCRIRE...**



#### Azithromycine<sup>7</sup> Clarithromycine

**Pour traiter l'EM isolé**

1. Réaction immédiate (de type I ou IgE-médiée) : se déclare généralement en moins d'une heure suivant la prise de la **première dose** d'un antibiotique.
2. Réaction retardée (de type II, III et IV) : peut survenir à tout moment à partir d'une heure suivant l'administration de l'antibiotique.
3. Les réactions cutanées retardées et les réactions de type maladie sérique qui apparaissent chez les enfants sous antibiothérapie sont généralement non allergiques et peuvent être d'origine virale.
4. Anaphylaxie sans choc ou intubation : nécessite un niveau supplémentaire de vigilance.
5. Sans recommandations pour d'autres bêta-lactamines.
6. Pénicillines, céphalosporines et carbapénèmes.
7. Sauf si malformation cardiaque du fait de l'allongement possible de l'intervalle QT.

PRISE DE DÉCISION CONCERNANT L'ADMINISTRATION D'UNE NOUVELLE BÉTA-LACTAMINE

 LA MALADIE DE LYME CHEZ L'ADULTE**Alternatives si ni la doxycycline ni une bêta-lactamine  
ne peuvent être administrées pour traiter un érythème migrant isolé**

Antibiotiques	Posologie	Durée
Azithromycine <sup>1</sup>	500 mg DIE PO	7-10 jours
Clarithromycine	500 mg BID PO	14-21 jours

1. Sauf si malformation cardiaque du fait de l'allongement possible de l'intervalle QT.