

BORRÉLIOSE DE LYME, BROUILLARDS DIAGNOSTIQUES CHRONIQUES

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

«Lyme». C'est, en France, une étonnante polémique médicale sur fond médiatique concernant un sujet encore trop mal connu de santé publique. L'affaire a pris suffisamment d'ampleur pour que le gouvernement s'en saisisse et annonce un plan de lutte dont on ne connaît encore rien. Cœur de la controverse, donc: la maladie de Lyme, une zoonose reconnue depuis trente ans via l'identification de l'agent étiologique (*Borrelia burgdorferi*) mais cliniquement décrite en Europe depuis plus d'un siècle.

Il est bien établi que la maladie de Lyme est une infection à la fois polymorphe et d'une particulière complexité. La phase initiale fait suite à une piqûre de tique – elle est généralement caractérisée par une lésion cutanée à type d'érythème migrant, d'extension centrifuge pathognomonique de la maladie. Elle disparaît en quatre à six semaines sans laisser de cicatrice. On peut ensuite entrer dans ce qui est considéré comme une phase secondaire qui se traduira par des manifestations cliniques variées où prédominent les atteintes neurologiques (70 à 80%) – méningites, méningoencéphalites ou atteintes nerveuses périphériques – et articulaires (50%) à type d'arthrite. Mais il peut aussi exister des atteintes cardiaques (péricardite, myocardite), musculaires, ophtalmiques, urinaires... Quant à la phase tertiaire, elle réunit des manifestations pouvant se produire jusqu'à trois à cinq ans après la contamination. On ajoutera qu'il peut aussi s'agir de manifestations très atypiques: douleurs variées, maux de tête, phases récurrentes d'asthénie...

Dans ce contexte, la polémique est née d'oppositions très vives quant à la reconnaissance des formes tardives de la maladie. Plus largement cette polémique concerne la reconnaissance diagnostique et la prise en charge de la maladie, principalement dans sa forme chronique. Pour le dire simplement, l'affrontement voit, d'un côté, les partisans d'une vision classique d'une maladie infectieuse et, de l'autre, ceux qui ont une vision à la fois plus large et plus incertaine, débouchant sur diverses formes de prise en charge aux frontières imprécises.

Avant l'annonce du «plan gouvernemental», l'Académie nationale de médecine organisait le 20 septembre, à Paris, une séance thématique à vocation œcuménique. La question des tiques y fut abordée par le Pr Muriel Vayssier-Taussat (Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, Institut national français de la recherche agronomique). «En Europe, la maladie transmise par les tiques la plus importante en termes de santé publique est la maladie de Lyme, relativement bien connue, diagnostiquée et guérie par une antibiothérapie adaptée. Cependant, dans les mois ou les années qui suivent une morsure de tique, certains patients se plaignent de symptômes très polymorphes et invalidants. Il est alors fréquent d'évoquer une maladie de Lyme, bien que dans un certain nombre de cas, il soit impossible d'en faire la preuve, a-t-elle expliqué. Depuis la découverte dans les années 80 de la bactérie responsable de cette maladie, *Borrelia burgdorferi*, d'autres espèces impliquées ont été identifiées et de nombreux autres microorganismes transmis par les tiques sont encore découverts.

Ces agents pathogènes et les pathologies qu'ils provoquent sont très peu connus du milieu médical et pour certaines, aucun test diagnostique n'est encore disponible.»

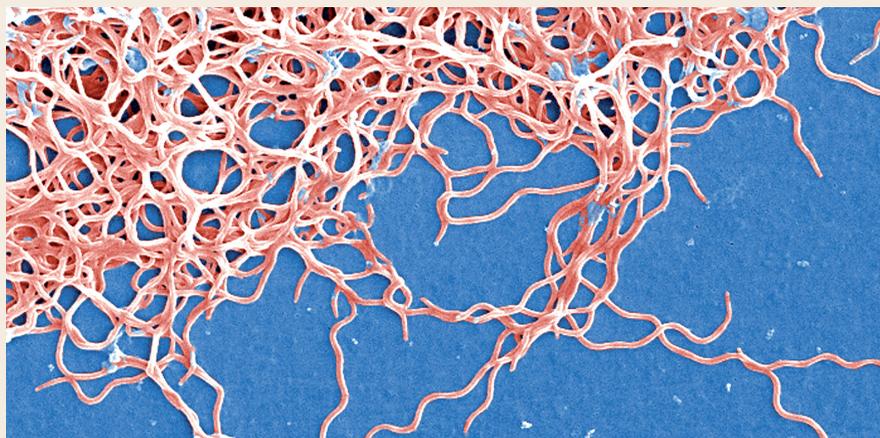
Quand et comment évoquer cliniquement la borréliose de Lyme? Une réponse synthétique a été formulée par le Pr Daniel Christmann (Service des maladies infectieuses et tropicales - Nouvel Hôpital Civil/Hôpitaux universitaires - Strasbourg). Maladie infectieuse qui peut être polysystémique, la borréliose de Lyme est une infection dont les manifestations cliniques (pour certaines anciennement décrites) sont mieux connues depuis l'identification des germes et la mise au point des techniques diagnostiques. «A

l'exception de quelques aspects très spécifiques, la symptomatologie clinique où dominent les atteintes neurologiques et articulaires, est très protéiforme pouvant être partagée avec d'autres pathologies, résume-t-il. Sur la base des données anamnestiques et des tests sérologiques, le diagnostic est en général facile à établir, conforté par une antibiothérapie adaptée efficace.»

Que penser dès lors que l'on entre dans une plus grande complexité? Que faire devant une sémiologie persistante et polymorphe après piqûre de tique? Une réponse est apportée par le Pr Christian Perronne (Maladies infectieuses et tropicales - Hôpital universitaire Raymond Poincaré, Garches). «Les formes classiques de la maladie de Lyme sont généralement faciles à gérer, mais des situations médicales se présentant sous forme de symptômes polymorphes non spécifiques, en majorité subjectifs, peuvent être déroutantes pour les médecins, résume-t-il. Des problèmes sérieux dans la mise au point des tests sérologiques ont été analysés dans un rapport de 2014 du Haut conseil français de la santé publique (HCSP)».¹

Le Pr Perronne ajoute qu'un rapport de 2016 de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) souligne que, dans toutes les études sur les sérologies, les populations sont mal définies, rendant difficile l'interprétation des sensibilités et spécificités alléguées et qu'il faut en confronter les résultats aux données cliniques. «Chez ces malades souffrant de symptomatologies chroniques mal identifiées, tout n'est pas Lyme. Il existe de nom-

LES FORMES CLASSIQUES DE LA MALADIE DE LYME SONT GÉNÉRALEMENT FACILES À GÉRER



D.R.

breuses borrélioses dues à des espèces variées de *Borrelia*, ajoute-t-il. Il existe des coïnfections possibles avec d'autres bactéries ou parasites. Il faudrait pouvoir utiliser des tests de diagnostic direct par isolement de la bactérie ou du parasite, mais ces tests ne sont pas disponibles en routine. La recherche fondamentale s'avère donc indispensable.»

En pratique, devant un malade suspect de Lyme chronique et dont on n'a pas de confirmation diagnostique,² il faut selon lui «s'acharner à trouver des critères objectifs de maladie organique». Il faut «éliminer un autre diagnostic par un examen clinique complet et une exploration appropriée». «Si l'on n'a toujours pas d'orientation diagnostique précise, il faut proposer un traitement antibiotique d'épreuve, affirme-t-il. La réponse au traitement peut être difficile à évaluer rapidement, en raison de l'évolution cyclique des symptômes et de leur exacerbation très fréquente, déclenchée par les anti-infectieux.»

Il faut en outre ajouter que plusieurs publications montrent des résultats contradictoires quant aux traitements anti-infectieux de la forme chronique. Pour montrer des résultats significatifs, les critères d'évaluation doivent et devront être précis (et la durée du traitement suffisante). Des études cliniques sont et seront nécessaires pour évaluer les meilleurs médicaments efficaces pour le traitement d'entretien en cas de symptomatologie persistante. «Bien que le traitement antibiotique soit efficace chez certains patients, en particulier pendant la phase précoce de la maladie, de nombreux patients souffrent d'une symptomatologie chronique avec persistance et évolution des signes et symptômes, reconnaît le Pr Perronne. Il n'existe pas en routine de test pour vérifier la persistance des *Borreliae*. De plus, d'autres microorganismes persistants, le plus souvent non détectables avec les techniques biologiques actuelles, utilisées en routine, peuvent jouer un rôle dans la persistance des symptômes.»

Et, pour ajouter à la complexité, on conclura en soulignant que la physiopathologie des syndromes chroniques après une maladie de Lyme est encore et toujours débattue. Comment, dans de tels brouillards, le prochain plan gouvernemental français de lutte pourra-t-il nous éclairer? Est-il encore temps (et éthique) de mettre en place des essais en double aveugle contre placebo?

1 «Borréliose de Lyme. Etat des connaissances». Rapport du HCSP, 4 décembre 2014.

2 Sur ce thème, on peut se reporter à Lienhard R. Quelle est l'utilité de la sérologie de Lyme? Rev Med Suisse 2015;11:1830-4.

CARTE BLANCHE



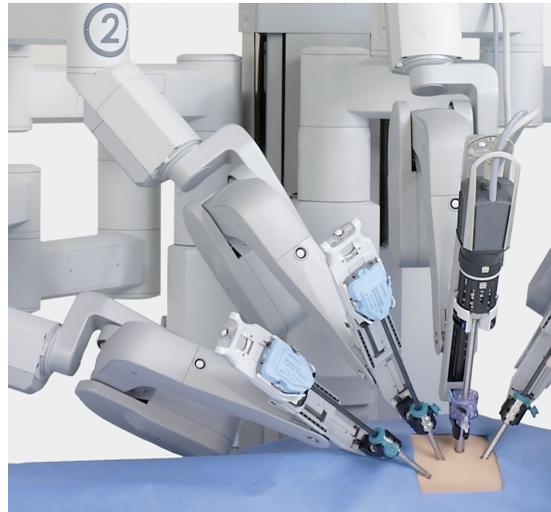
Béatrice Schaad

Directrice du Service de communication du CHUV
Direction générale
Bugnon 21, 1011 Lausanne
beatrice.schaad@chuv.ch

LE MÉDECIN BIENTÔT REMPLAÇABLE?

Dans son dernier livre, la philosophe et psychanalyste française Cynthia Fleury¹ s'inquiète: nos sociétés occidentales produisent, selon elle, des individus mus par le sentiment d'être remplaçables. En cause, selon elle, la révolution néo-managériale adoptée par les entreprises comme par le service public. En clair, on ne dit pas à l'employé qu'il ne sert à rien, on fait pire: on lui laisse entendre qu'il peut être remplacé comme n'importe quel produit. La singularité de l'individu est balayée au profit d'une forme de standardisation, d'effacement de la singularité. Avec son cortège de conséquences sur les plans individuel et collectif: mésestime de soi, dépréciation ou encore ressentiment; lequel peut, comme dans le cas du Brexit, se traduire par des votes de repli sur soi, de nationalisme ou de xénophobie. «Ce n'est pas la normalisation – ni les individus piégés par elle – qui protège la démocratie, écrit Cynthia Fleury. La protéger, en avoir le désir et l'exigence, suppose que la notion d'individu – et non d'individualisme – soit réinvestie par les individus».

Transposée au milieu de la santé, cette notion de remplaçabilité prend une actualité troublante. Plusieurs facteurs participent à en faire le lit.



D.R.

Premièrement, le système de tarification: les soins désormais basés sur une rémunération à l'acte ne font-ils pas abstraction de ce qui fonde le traitement, soit la qualité de la relation? Deuxièmement, une complexification des soins qui débouche irrémédiablement sur une fragmentation de la prise en charge. Troisièmement, une présence toujours plus importante de la technique. «Nous sommes dans une ère d'hyper-technicité qui empêche le caractère clinique de la médecine de s'opérer. Or la médecine sans la clinique, c'est de l'informatique. La technicité est un merveilleux atout si elle a pour socle le souci de l'autre, la reconnaissance du sujet», dit Cynthia Fleury. Cette violence n'est pas spécifique à l'hôpital ou au cabinet médical, mais elle est encore plus problématique lorsqu'elle y a cours, puisqu'il s'agit du lieu du soin. La psychanalyste française a décidé d'explorer une voie, une sorte de «puissance critique», en introduisant au cœur même de l'hôpital une chaire de philosophie pour se donner les moyens d'une réflexion sur cette violence. L'idée force étant d'accompagner les différents développements de la médecine d'un regard critique, d'un temps pour le

recul. Les professionnels de la santé des 38 hôpitaux de Paris ont désormais la possibilité de s'interroger avec des philosophes sur les «vraies et fausses promesses d'avenir» ou sur le transhumanisme, par exemple. Plus profondément, accompagner la science de la réflexion philosophique, c'est lutter aussi en faveur de la singularité non seulement du médecin mais aussi de celle du patient et surtout de la relation thérapeutique qui ne peut naître que de ces deux individus. A l'heure où la robotique combinée à la puissance de l'informatique promet l'établissement par la machine de diagnostics hautement complexes, à l'heure où patients et professionnels s'inquiètent d'une forme de déshumanisation des soins,² les Humanités apparaissent comme une forme de rempart, une façon de conserver au monde du soin son humanisme.

1 Fleury C. Les irremplaçables. Paris: Éditions Gallimard, 2015, 217 p. Cynthia Fleury donnera une conférence le 1er décembre prochain, Auditoire César Roux, CHUV, 17h00, entrée libre.

2 Schaad B, Bourquin C, Bornet F, et al. Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: Analysis of accounts collected in a complaints center. Patient Educ Couns 2015;98:771-6.