

Manifestations cliniques au cours de la borréliose de Lyme

Après la contamination à la suite d'une piqûre de tique vont se développer différents tableaux cliniques qui, en l'absence de traitement antibiotique, peuvent être identifiés en quatre phases : la phase primaire (phase aiguë localisée) suivie d'une phase primo-secondaire qui passe souvent inaperçue suivie des phases secondaires (phase aiguë disséminée) et tertiaire (phase disséminée tardive). L'identification de ces phases est importante sur le plan pathogénique. En effet, au cours de la phase disséminée précoce secondaire, les manifestations cliniques sont en rapport avec le rôle pathogène direct de *Borrelia* alors qu'en phase disséminée tardive, le germe prolonge son action mais va être associé à des réactions inflammatoires et dysimmunitaires spécifiques complémentaires. Il faut, enfin, souligner que les différents aspects symptomatiques s'inscrivent dans un continuum que va traduire l'expression clinique.

Manifestations dermatologiques au cours de la phase primaire

Au cours d'une borréliose de Lyme, la peau est le plus souvent touchée avec des lésions spécifiques qui vont constituer des indices importants pour le diagnostic. Parmi les tableaux cliniques, on retiendra, à ce stade de l'infection, l'érythème migrant (EM). Plus tard aux phases ultérieures, ce seront le lymphocytome cutané bénin actuellement identifié comme lymphocytome borreléen et l'acrodermatite chronique atrophiante (ACA). D'autres aspects particuliers méritent d'être abordés et discutés.

Phase aiguë localisée : l'érythème migrant (EM) [1-16]

L'érythème migrant correspond à la manifestation clinique cutanée initiale de l'infection localisée au site d'inoculation des *Borrelia* nommé initialement érythème chronique migrant (ECM). Actuellement, c'est le terme érythème migrant (EM) qui est retenu pour désigner cette lésion.

Cette atteinte cutanée s'observe avec les différentes espèces de *Borrelia* responsables d'une borréliose de Lyme. Elle n'est pas constante, n'apparaît que dans 70 à 80 % des cas. Tous les âges sont concernés aussi bien hommes que femmes avec une petite prédominance féminine en Europe. Cette lésion est pathognomonique de l'infection.

Dans son expression typique, il s'agit d'une lésion érythémateuse extensive centrée par le point de piqûre de la tique qui est le siège d'une petite macule (ou papule) rouge à partir de laquelle vont diffuser et se multiplier les *Borrelia* pour réaliser une zone érythémateuse centrifuge, extensive dont la taille est variable, de quelques centimètres à plusieurs dizaines de centimètres de diamètre. Cette extension peut, en l'absence de traitement, se poursuivre pendant plusieurs semaines à mois. La rougeur débute au point de piqûre en quelques jours, en moyenne 7 à 14 jours après mais peut être plus précoce ou plus tardive (30 jours). Elle n'est pas douloureuse et peut être parfois accompagnée d'un léger prurit. Il n'y a pas de fièvre ou d'impression de brûlure. Localement, la zone érythémateuse n'est pas cliniquement inflammatoire (fig. 3.1).

Ces premiers éléments permettent ainsi d'écarter d'autres diagnostics et notamment une réaction inflammatoire transitoire liée à la piqûre. Dans son aspect le plus typique, la région cutanée entre le point de piqûre et l'érythème a souvent

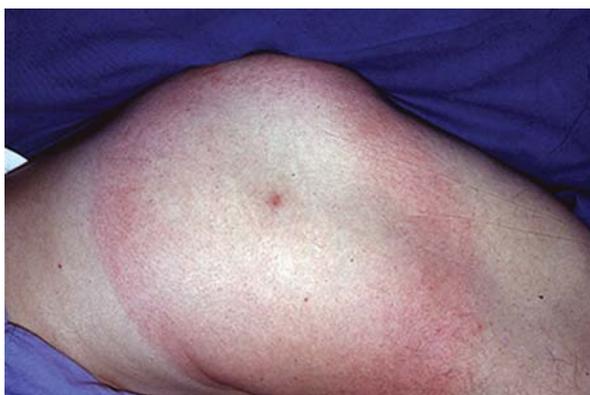


Figure 3.1. Érythème migrant typique.

Fesse et partie haute de la cuisse. Diamètre d'environ 30 cm. Point central (piqûre) et bordure érythémateuse.

repris un aspect subnormal, voire normal donnant alors un aspect de cible (« *bull's eye rash* » aux États-Unis). Cette lésion classiquement arrondie ou ovale a parfois une forme irrégulière (fig. 3.2).

Cette évolution ne serait pas totalement identique selon l'implication de *Borrelia burgdorferi* sensu stricto ou de *Borrelia afzelii*. Lorsque cette dernière est impliquée, la partie centrale s'éclaircirait dans 80 % des cas alors qu'elle n'est plus que de 9 à 37 % des cas lorsque *Borrelia burgdorferi* sensu stricto est responsable. *Borrelia garinii* donne une lésion dont l'évolution est très proche de celle de *Borrelia afzelii*. Dans près de 25 % des cas, la lésion reste uniquement érythémateuse (fig. 3.3). Il est parfois noté une petite desquamation ou de petites vésicules de contenu clair, trouble ou hémorragique (fig. 3.4).

Cette lésion, en l'absence de traitement, sera de résolution spontanée, en général en trois à quatre semaines.

En Europe, l'érythème migrant lié à *Borrelia garinii* semble avoir une expansion plus rapide. Cette symptomatologie, qui se résume en fait à la zone érythémateuse, explique souvent son absence d'identification en particulier lorsque l'EM n'est pas très grand ou siège dans une zone anatomique difficile à examiner lors de l'auto-examen (cuir chevelu, région rétro-auriculaire chez l'enfant, région dorsale ou périnéale).

L'EM siège le plus souvent aux membres inférieurs, en particulier au niveau du creux poplité ou au niveau de l'aîne. Dans un quart des cas, la lésion siège au niveau du thorax ou de l'abdomen (région péri-ombilicale) ou dans les autres cas au niveau de la partie supérieure du corps notamment chez l'enfant.

Cette lésion caractéristique ne nécessite aucun examen complémentaire pour retenir le diagnostic. Il est ainsi possible d'écarter d'autres atteintes cutanées



Figure 3.2. Érythème migrant.
Aspect atypique. Face interne genou droit.



Figure 3.3. Érythème migrant atypique.
Zone érythémateuse diffuse. Creux poplité.



Figure 3.4. Érythème migrant.
Aspect atypique. Forme desquamante.

comme une infection mycosique (surtout dans les régions inguinales et axillaires), un érysipèle dans lequel la fièvre est élevée, associée à une réaction inflammatoire biologique, ou d'autres pathologies comme une réaction à une piqûre d'insecte, une urticaire, un eczéma de contact ou un granulome annulaire.