

2. Période de contamination

Elle a eu lieu dans presque tous les cas entre mai et octobre avec un pic en juillet-août (fig. 1).

3. Lieu de la contamination

Il est connu dans 160 cas (fig. 2). La maladie de Lyme peut être contractée partout en France métropolitaine.

Figure 1. — Maladie de Lyme

Distribution saisonnière de la phase primaire établie sur 2 ans (février 1985-décembre 1986) (180 cas. Hôpital Claude-Bernard)

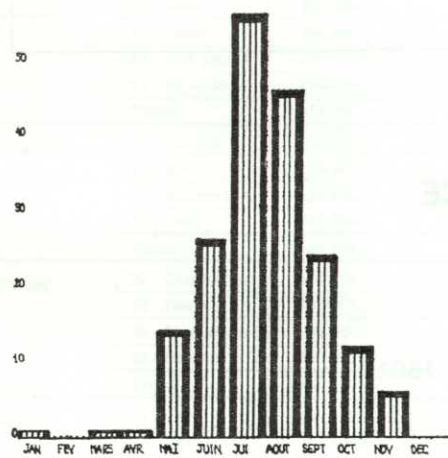
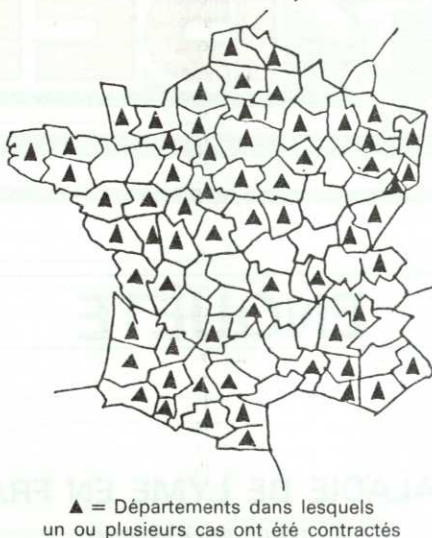


Figure 2

Lieu de contamination de 160 cas de la maladie de Lyme



▲ = Départements dans lesquels un ou plusieurs cas ont été contractés
● Ce travail a été présenté le 3 avril 1987 au XIV^e Symposium national de Médecine agricole consacré à l'actualité sur les maladies d'origine parasitaire en milieu agricole en France.

Note de la rédaction

La maladie de Lyme, borréliose due à *Borrelia burgdorferi*, est transmise par morsure de tiques ou d'autres insectes.

La série de cas hospitaliers de Dournon et coll. est à rapprocher de l'enquête ponctuelle effectuée entre août et décembre 1986 auprès des 260 médecins généralistes « sentinelles » du Réseau téléinformatique national de surveillance et d'information sur les maladies transmissibles (D.G.S.-I.N.S.E.R.M. U 263) pendant laquelle 16 cas ont été rapportés : 14 patients ont été vus à la phase primaire de la maladie (E.C.M.) et 2 à la phase primo-secondaire (E.C.M. + arthralgies et E.C.M. + névralgie crurale). Ces deux enquêtes confirment que la maladie de Lyme n'est pas rare en France. La contamination est possible sur l'ensemble du territoire et peut être observée dès le printemps (avril-mai). L'E.C.M. permet d'affirmer le diagnostic à la phase primaire de la maladie.

Devant une symptomatologie neuro-méningée (méningite lymphocytaire, atteintes radiculaires, paralysie faciale), rhumatologique (arthrites, arthralgies) ou cardiologique (B.A.V. apparemment isolé) non expliquée, il faut rechercher des antécédents de morsure de tique ou d'E.C.M. Mais leur absence ne permet pas de récuser le diagnostic; en effet ils ne sont retrouvés que dans la moitié des cas environ.

La sérologie permet dans les formes systémiques de confirmer le diagnostic. Toutefois il faut savoir qu'une sérologie positive isolée ne suffit pas pour affirmer que l'on est en présence d'une maladie de Lyme.

Le traitement repose, lors de la phase primaire, sur l'utilisation d'une cycline ou d'une pénicilline. À la phase secondaire il semble préférable de recourir à la pénicilline G en perfusion pendant 15 à 20 jours. Dans les atteintes radiculaires hyperalgiques, l'efficacité de la pénicilline est telle qu'il semble légitime de l'utiliser comme traitement d'épreuve dans les cas douteux.

LE POINT SUR...

LE PRATICIEN ET LA TUBERCULOSE (suite du B.E.H. 14/1987)

LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Le diagnostic

Dans la mesure où le dépistage radiologique systématique n'est plus une arme essentielle de la lutte antituberculeuse, le diagnostic de la tuberculose repose au premier chef sur le médecin praticien. Alerté par les signes évocateurs de la maladie, c'est lui qui fera entreprendre les examens clinique, radiologique, bactériologique et éventuellement anatomo-pathologique qui permettent un diagnostic d'abord de présomption puis de certitude. La mise en évidence du bacille dans les prélèvements pathologiques étant l'élément fondamental du diagnostic de tuberculose, les examens bactériologiques (examen microscopique et culture) doivent être répétés (au moins 3 fois) avant la mise en route de tout traitement antituberculeux. En l'absence de bacilles acido-alcoolo-résistants à l'examen microscopique, la recherche de bacilles exige la mise en œuvre de techniques spécialisées, parfois difficiles à exécuter correctement chez des malades non hospitalisés.

En l'absence de preuve bactériologique ou anatomo-pathologique, le diagnostic de tuberculose est porté sur la conjonction de signes de présomption, en particulier cliniques et radiologiques, la forte positivité de l'intradermo-réaction à la tuberculine et la notion d'un contage récent.

Dans les cas difficiles, le médecin praticien pourra bénéficier du concours du spécialiste pour l'établissement du diagnostic et la mise en route du traitement.

Le traitement

Le traitement de toutes les formes de tuberculose repose presque exclusivement sur la prise régulière d'antibiotiques. Le repos, l'arrêt des activités professionnelles et l'hospitalisation sont nécessaires seulement si l'état clinique ou la situation sociale du malade l'exigent. La contagiosité disparaissant dès la mise en route du traitement antibiotique, l'arrêt des activités professionnelles et l'hospitalisation devront être réduits au maximum pour que la vie familiale et socio-professionnelle du malade n'en souffre pas.

1. Primo-infection

En cas de primo-infection latente, caractérisée par le virage simple des réactions cutanées à la tuberculine, une chimioprophylaxie doit être entreprise chez les enfants de moins de 5 ans, les adolescents et les diverses catégories d'immuno-déprimés. Elle repose classiquement sur l'administration d'isoniazide seul durant 6 mois : 5 mg/kg/jour. Mais on peut lui substituer l'association isoniazide-rifampicine pendant 3 à 4 mois.

En cas de primo-infection patente (avec signes radiologiques et/ou signes généraux), le traitement qui s'impose est le même que celui d'une tuberculose de première atteinte.

2. Tuberculose de première atteinte

Le traitement de la tuberculose de première atteinte est maintenant bien codifié, de même que les examens cliniques et paracliniques de surveillance qui doivent être effectués. Comme le montre la figure 1, il dure 6 mois et comporte en permanence l'administration quotidienne, en une seule prise orale, d'isoniazide (2 comprimés à

150 mg pour un sujet de 60 kg) et de rifampicine (2 gélules à 300 mg pour un sujet de 60 kg) et, en supplément pendant les deux premiers mois, du pyrazinamide (4 comprimés à 500 mg pour un sujet de 60 kg) et de l'éthambutol (3 comprimés à 400 mg pour un sujet de 60 kg). Une durée de traitement de 6 mois est suffisante, lorsque les antibiotiques sont pris régulièrement. Lorsque le pyrazinamide ne peut être administré, ou lorsque les antibiotiques ne sont pas pris avec une extrême régularité, une durée de 9 mois est nécessaire.

La surveillance clinique et paraclinique qu'il y a lieu d'effectuer tout au long du traitement est résumée dans le tableau 1. Les examens clinique, bactériologique et radiologique ont pour objet de contrôler l'amélioration rapide qui résulte de la prise des antibiotiques. Les examens paracliniques ont pour objet de déceler précocement les accidents toxiques qui pourraient résulter de la prise des antibiotiques. La majorité des antibiotiques étant excrétés par voie rénale, la **fonction rénale** (créatininémie) doit être contrôlée au début du traitement. Si elle est normale, elle n'a pas lieu d'être contrôlée à nouveau. Avant traitement, on contrôlera également la **fonction hépatique** (transaminases), car l'isoniazide et la rifampicine sont métabolisés par le foie et peuvent entraîner un certain degré de cytolyse, l'**uricémie**, car le pyrazinamide et ses métabolites sont excrétés en compétition avec l'acide urique et la **fonction visuelle** (champ visuel et vision des couleurs) car l'éthambutol peut avoir une certaine toxicité sur le nerf optique.

Au cas où les résultats des examens paracliniques effectués avant mise au traitement sont anormaux, la posologie des antibiotiques doit être rigoureusement adaptée à ces résultats de manière à éviter les risques de toxicité. Il sera alors prudent de faire appel au spécialiste.

Sous traitement il est fréquent d'observer une légère ascension des transaminases liée à l'administration conjointe d'isoniazide et de rifampicine. Si celle-ci reste modérée, le taux des transaminases restant inférieur à 200 U (moins de 6 fois la limite supérieure du taux normal), le traitement n'a pas lieu d'être modifié mais on vérifiera que la posologie des antibiotiques est bien adaptée et on intensifiera la surveillance hépatique. En revanche, si le taux des transaminases atteint ou dépasse 200 U, il faut d'abord arrêter l'isoniazide, qui est l'antibiotique le plus hépatotoxique. Celui-ci sera repris à une posologie adaptée au métabolisme du malade lorsque le taux des transaminases sera revenu à la normale. Si l'élévation du taux des transaminases est très importante, de l'ordre de 1 000 U, la rifampicine sera arrêtée en même temps et aussi longtemps que l'isoniazide. Comme l'isoniazide, elle sera reprise à une posologie adaptée. Si la reprise du traitement par l'isoniazide entraîne à nouveau une élévation importante des transaminases, l'isoniazide doit être définitivement écarté. Ce cas est exceptionnel.

Durant l'arrêt du traitement par l'isoniazide et la rifampicine, il est recommandé de traiter le malade par des antibiotiques à toxicité hépatique réduite comme la streptomycine, le pyrazinamide et l'éthambutol.

Au cours du traitement par le pyrazinamide, on observe habituellement une augmentation de l'uricémie. Celle-ci, qui est la conséquence normale du traitement, peut entraîner des arthralgies, plus rarement de véritables crises de goutte. Les premières, qui cèdent habituellement à un simple traitement antalgique (aspirine), ne nécessitent pas l'arrêt du pyrazinamide. Les secondes qui doivent être traitées par un uricosurique peuvent entraîner l'arrêt du pyrazinamide si l'adaptation de la posologie n'est pas suffisante pour en éviter le retour.

3. Les tuberculoses à bacilles résistants et les rechutes de tuberculose

Après un primo-traitement écourté, irrégulier ou mal prescrit, certains malades rechutent et leurs bacilles peuvent être devenus résistants à plusieurs antibiotiques. Le traitement antibiotique qui doit être strictement adapté à la sensibilité des bacilles sera confié à un spécialiste. Dans la majorité des cas le traitement sera d'une durée prolongée et exigera l'hospitalisation.

La prise en charge du malade

Les modalités de mise en route et de suivi du traitement doivent à l'évidence être adaptées à la situation personnelle du malade et à ses possibilités. Ces modalités devront être décidées par le médecin traitant en accord avec le malade en se rappelant que le point essentiel du traitement est l'organisation de la prise régulière de tous les antibiotiques et non pas l'arrêt du travail, ni le repos ni l'hospitalisation. Le traitement de la

tuberculose étant remboursable intégralement par la Sécurité sociale lorsqu'une demande de longue maladie est dûment remplie par le médecin traitant, celle-ci devra obtenir l'agrément du médecin contrôleur de la Sécurité sociale qui appréciera le bien-fondé des remboursements, des arrêts de travail, des indemnités journalières, etc. Le médecin du travail (pour l'arrêt et la reprise du travail), le Comité médical départemental ou le Comité médical supérieur (pour l'octroi d'un congé de longue durée, dans le cas de la fonction publique) seront, le cas échéant, avertis par le médecin traitant, comme le sont les autorités sanitaires du département par la déclaration obligatoire de la maladie.

C'est encore au médecin traitant que revient de contrôler (épreuves tuberculiniques, examens radiographiques) l'état de santé de l'entourage familial du malade qu'il vient de diagnostiquer. Dans les cas difficiles ou lorsqu'il ne peut effectuer lui-même l'enquête familiale ou professionnelle, il fera appel aux structures départementales de lutte antituberculeuse pour faire ce contrôle et assurer les mesures préventives qui s'imposent (chimio prophylaxie, par exemple).

Figure 1. — Traitement de la tuberculose de l'adulte

Traitement de la tuberculose de l'adulte

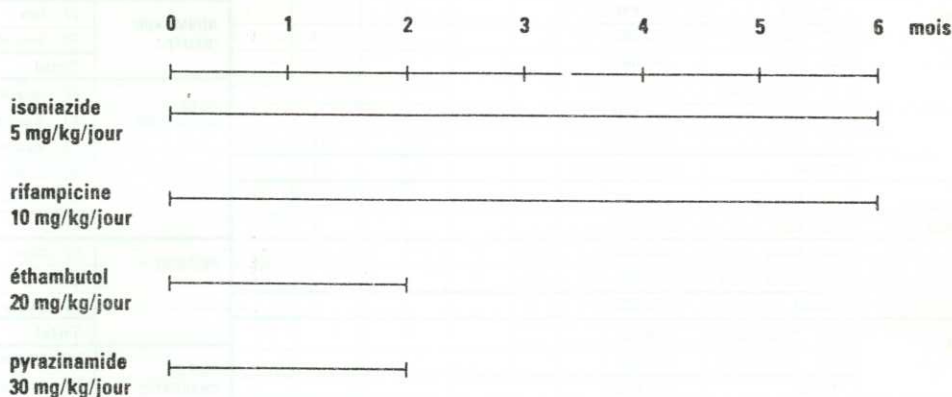


Tableau 1. — Surveillance minimale du traitement d'une tuberculose pulmonaire

	Bilan initial	2 ^e sem.	Mois							
			1	2	3	4	5	6	9	12
Consultation	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Examens bactériologiques . . .	+			+				+		
Radiographies	+		+		+			+		+
Tomographies	(+)									
Transaminases	+	+ *								
Créatininémie	+ *									
Uricémie	+ *									
Ex. Ophtalmologique	+ *									

() Pas indispensable dans tous les cas.

* Si ces examens donnent des résultats normaux, ils ne seront répétés qu'en cas d'apparition de signes cliniques ou d'indications particulières.