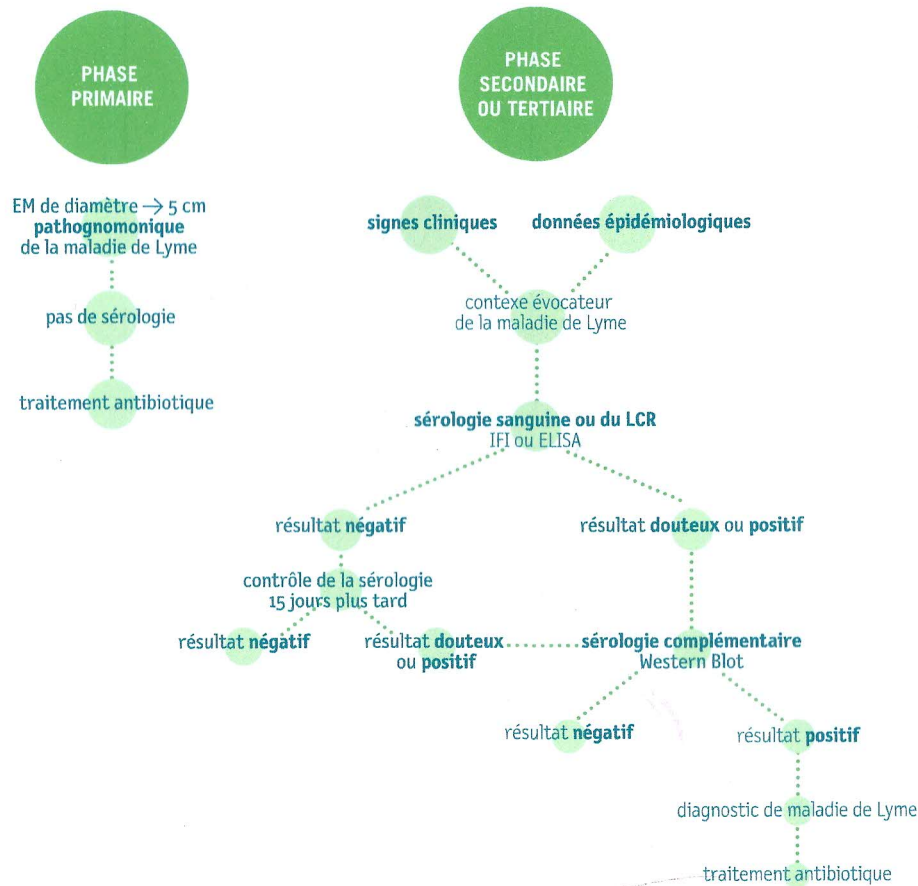


STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Le diagnostic repose sur l'anamnèse et la clinique. Aux phases secondaire et tertiaire, l'examen sérologique permet de confirmer le diagnostic si la suspicion de maladie de Lyme est forte.



TRAITEMENT

Le traitement de la borréliose repose sur l'antibiothérapie et le traitement symptomatique. Les protocoles antibiotiques sont résumés dans la fiche "traitement de la maladie de Lyme" ci-jointe.

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

DIAGNOSTIC DIRECT

CULTURE

La culture de *Borrelia*, à partir de biopsies cutanées ou synoviales surtout et plus rarement de LCR, est très lente (plusieurs semaines) et de très faible rendement (de 0 à 10 %) sauf au stade d'EM. Les prélèvements sanguins ne sont pas recommandés pour la culture.

PCR

Par amplification génique, l'ADN spécifique de *Borrelia burgdorferi* peut être recherché dans un échantillon biologique (biopsies cutanée ou synoviale, LCR). Il n'existe pas de kits commerciaux et cet acte n'est actuellement pas inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale.

DIAGNOSTIC INDIRECT : SÉROLOGIES

Les **IgM spécifiques** apparaissent entre 2 et 4 semaines après la morsure de tique ; leur taux sérique présente un pic entre les 6ème et 8ème semaines puis diminue en 4 à 6 mois. Les **IgG spécifiques** apparaissent entre 6 et 8 semaines, parfois plus tardivement ; puis, leur taux sérique diminue très lentement ou persiste au fil des années. Ainsi, au cours des 4 à 5 semaines suivant une morsure de tique, la sérologie est inutile mais prend toute sa valeur au bout de 6 semaines, face à un tableau clinique évocateur.

Une sérologie positive ne permet pas de différencier une infection active d'une infection ancienne (traitée ou non) ou asymptomatique. Elle peut rester positive après un traitement antibiotique surtout s'il est institué tardivement.

Une sérologie positive ne signe pas systématiquement une infection active mais reflète souvent un contact antérieur avec des *Borrelia*. En l'absence de manifestations cliniques évocatrices, elle ne constitue donc pas en soi une indication de traitement.

Dans le cas d'une neuroborréliose, la sérologie sanguine est fréquemment positive mais, son titre restant peu élevé, elle doit être couplée à la recherche d'anticorps dans le LCR. Dans les formes tertiaires, la réponse sérologique est forte.

Cependant, l'interprétation du résultat sérologique reste difficile :

- une sérologie **faussement négative** peut s'observer au début de l'infection cutanée, en cas de formation de complexes immuns ou de traitement précoce limitant la production d'anticorps ;
- une sérologie **faussement positive** peut être liée à une réaction croisée avec d'autres microorganismes, notamment d'autres spirochètes (syphilis), ou à une maladie auto-immune.

La mise en évidence de ces anticorps repose sur trois techniques :

L'immunofluorescence indirecte (IFI) : l'IFI est une méthode quantitative assez sensible et spécifique mais la qualité de sa lecture est liée à l'opérateur.

L'ELISA : méthode quantitative habituellement plus sensible que l'IFI, l'ELISA est automatisable et la lecture de son résultat ne dépend pas de l'opérateur.

Le Western Blot : utilisée en seconde intention, cette méthode qualitative permet de confirmer la positivité d'un résultat positif ou douteux par IFI ou ELISA, face à une symptomatologie évocatrice.