

Lyme, l'incroyable méconnue

Philippe Moës

La maladie de Lyme est aussi mal connue que répandue. Le corps médical est parfois dépourvu pour y faire face. Voici quelques éléments de synthèse et recommandations pour les personnes exposées.

Les gens de terrain, qu'ils soient forestiers, naturalistes, agriculteurs, chasseurs, promeneurs, scouts ou jardiniers du dimanche, sont de plus en plus régulièrement confrontés à des morsures de tiques. Forêts, champs, prairies, jardins et même parcs urbains, très peu de biotopes sont épargnés par les infestations. Parallèlement, diverses maladies associées aux tiques suivent leur progression, dont la borréliose (maladie de Lyme), mais aussi la babésiose, l'anaplasmose et autres « joyeusetoses ». Plus de 90 microorganismes (bactéries, virus...), formant souvent de dangereux « cocktails », auraient été trouvés dans les tiques fréquentant nos régions et notamment dans l'espèce mordant le plus souvent les humains : *Ixodes ricinus*.

Mais contentons nous de nous intéresser à la seule borréliose de Lyme, déjà tout un programme !

Depuis quelques années cette maladie prend des proportions inquiétantes et les spécialistes n'hésitent plus à parler dorénavant d'épidémie mondiale. Beaucoup d'entre eux s'accordent également pour dire que la maladie est très largement sous-détectée dans nos régions et qu'un pourcentage important de la population est atteint à son insu (et « accessoirement » soigné pour une série de symptômes dont l'origine n'a pas été correctement établie ni combattue).

Certains scientifiques spécialisés estiment à plus d'un million le nombre de cas pour la seule France (contre

quelques milliers officiellement, car seule la phase 1 a été jusqu'ici reconnue, ce qui rend impossible tout avancement de chiffres indiscutables), portant à des dizaines de millions le nombre de personnes vraisemblablement touchées par la borréliose en Europe. Il faut savoir en effet que jusqu'il y a peu, seule la phase aiguë de la maladie était reconnue officiellement dans certains pays se ralliant aux anciennes pratiques médicales américaines dans ce domaine (dont la France et la Belgique). Heureusement, après une très longue « guerre médicale » entre « clans » de médecins sur fonds de lobbies (le film documentaire primé « *Under our skin* » est assez explicite à ce sujet), la chronicité de la maladie vient enfin d'être reconnue aux USA. Cette (r)évolution devrait vraisemblablement gagner progressivement le reste du monde.

Pour mieux comprendre les difficultés rencontrées par les médecins, quelques spécificités de la maladie méritent d'être évoquées :

- Les souches pathogènes varient d'un pays à l'autre et sont bien plus nombreuses qu'imaginé au départ. Très (trop) longtemps en effet et souvent pour de sombres raisons financières ou de courants de pensées hégémoniques, entre-autres, seule la souche B31 a été étudiée et a servi de base aux diverses conclusions officielles.
- La maladie peut rester « dormante » dans l'organisme humain pendant des années, voire décennies : les bactéries s'enkystent dans les cellules et deviennent difficilement détectables dans le sang, même après un traitement classique aux antibiotiques, avant de se

Rostre de la tique



déclarer et d'aboutir à des symptômes eux-mêmes extraordinairement variables (type, nombre, intensité).

- Une fois bien implantée dans l'organisme, la bactérie peut effectuer des mutations, lui permettant d'échapper régulièrement au système immunitaire et aux traitements. Une étude récente aurait par ailleurs également démontré la toxicité des bactéries mortes, lesquelles resteraient pathogènes pour l'organisme et particulièrement le système nerveux.

La borréliose est très souvent associée à d'autres coïnfections, ce qui allonge parfois de manière très considérable la liste des symptômes et rend les diagnostics (et traitements) parfois très complexes.

Last but not least, un autre facteur complique de manière fondamentale la détection de la maladie chez nous : les tests sanguins classiques développés en Belgique (tests Elisa, pour *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*) ne sont que très partiellement fiables et beaucoup de médecins mal informés ne s'appuient malheureusement (dramatiquement !) que sur ce seul élément pour établir leur diagnostic. En cas de doutes, d'autres examens sont donc indispensables pour mieux approcher la vérité.

C'est ainsi par exemple que l'Allemagne, un des pays à la pointe en la matière, déclare officiellement près d'un million de cas, pour à peine quelques milliers chez nous. Tandis qu'aux USA, la récente acceptation d'un nouveau protocole de dépistage et des recommandations a fait passer d'un seul coup le nombre de cas annuels de 30 000 à 300 000 !

Malheureusement, le corps médical Belge n'a pas encore traduit, dans ses protocoles officiels, l'expérience exceptionnelle de l'ILADS (*International Lyme And Associated Diseases Society*), ni ses recommandations pourtant officialisées à présent aux USA. Concrètement, ce manque d'informations se traduit régulièrement dans le chef de nombreux médecins par des traitements inadaptés, voire un déni par rapport à la chronicité de la

maladie ou aux – nombreux – symptômes qui s'écartent de ceux liés à la « souche B31 » évoquée.

Le présent article n'ayant pas de prétention médicale, contentons-nous de mettre fin à quelques rumeurs ou assertions aussi tenaces que dangereuses.

► Il suffit d'effectuer un test sanguin pour détecter la maladie de Lyme : **FAUX**, et c'est la plus grosse difficulté. La borréliose n'est **que très partiellement détectable par analyse sanguine**. Ainsi, le test officiel généralement pratiqué en Belgique, (test Elisa) n'est fiable, selon les études, qu'à hauteur de 20 à 70 % seulement pour cette maladie. Les résultats peuvent en outre varier d'un laboratoire à l'autre (sensibilité différente de l'étalonnage). D'autres tests sont pratiqués à l'étranger (un des plus connus étant le *Western blott microgène*) et affichent une fiabilité supérieure, mais néanmoins encore très largement perfectible.

► Les symptômes de la borréliose sont bien connus et limités : **FAUX**. On en a décrit **plusieurs centaines**, dont une quarantaine très courants, qui peuvent s'exprimer en petit ou en grand nombre chez une même personne et avec une intensité très variable. En outre, **cette maladie en imite d'autres**, dont par exemple la polyarthrite, la sclérose en plaques ou encore la fibromyalgie, ce qui rend d'autant plus complexe son diagnostic.

► Un érythème migrant (tache rouge grandissante, apparaissant 1 à 30 jours après et autour d'une morsure de tique) se manifeste toujours lorsqu'on est positif : **FAUX**, il **n'apparaît que dans quelques dizaines de pourcents des cas** (35 à 65 % selon les études) et peut en outre, être extrêmement ténu.

► Lorsqu'un bel érythème migrant apparaît il faut faire une prise de sang pour confirmer avant d'agir éventuellement : **FAUX**. Quand on a (la « chance » d'avoir !) un érythème, **il faut traiter directement** et impérativement (strict minimum de 3 semaines, en respectant les fort dosages conseillés par l'ILADS) car non seulement le test peut être un faux négatif, mais en plus la maladie est d'autant plus curable qu'elle est **traitée tôt**. Mal ou non soignée, elle peut resurgir longtemps après la morsure infectée (forme chronique).

► Un traitement antibiotique de 3 semaines suffit à vaincre la maladie : **VRAI dans la majorité des cas pris précocement** (stade 1), **mais FAUX** quand il s'agit d'une forme chronique. Dans ce cas le traitement dure souvent 6 mois à 1 an et parfois même plusieurs années. Les bactéries peuvent en effet **s'enkyster**, hors d'atteinte de certains antibiotiques, en attendant les conditions favorables (souvent un gros stress) pour se multiplier et se répandre dans l'organisme et il faut alors aller les « chercher » dans divers tissus (cellules, biofilms...) avec des cocktails d'antibiotiques qui vont varier dans le temps et d'une personne à l'autre.

Exemple d'érythème migrant suite à une morsure de tique.



► Les tiques ôtées dans les 48 heures ne transmettent pas la maladie : **FAUX**, dès que la tique commence son repas, elle injecte de la salive et ce qu'elle contient. Chez les variantes que l'on retrouve dans nos régions, des études révèlent que la moitié des tiques transmettraient déjà les bactéries après 18 heures. Globalement, plus elle reste fixée longtemps, plus les risques sont élevés (sauf chez les cervidés, dont le sang a des pouvoirs « boréliacides »). Mieux vaut donc l'ôter aussi tôt que possible. D'où, l'importance capitale de l'inspection régulière du corps pendant et immédiatement après une sortie sur le terrain en conditions favorables aux tiques.

► Seules les tiques transmettent la borréliose : **pas tout à fait**. Des enquêtes récentes indiquent la responsabilité probable – mais néanmoins, a priori rares – de moustiques, taons et puces. Par ailleurs, la transmission de la mère à l'enfant *in utero* est avérée dans certains cas.

► Les tiques infectées n'ont pu l'être qu'en mordant préalablement un animal ou un humain atteint : **FAUX**, les tiques infectées peuvent donner naissance à des larves infectées.

► Les tiques minuscules ne sont pas dangereuses : **FAUX**. Les trois stades sont dangereux : adulte, nymphe et larve (ces dernières sont à peine visibles).

► On s'aperçoit facilement d'une morsure de tique : **FAUX**, 75 % des personnes atteintes de Lyme ne se souviennent pas avoir été mordues. De fait, les larves peuvent être réellement minuscules et, qui plus est, se loger parfois en des endroits très inaccessibles ou rarement inspectés.

► La maladie de Lyme est d'apparition récente : **FAUX**, si elle a bien été « découverte » et nommée comme telle il y a moins d'un siècle, on sait à présent que la momie humaine autrichienne baptisée « Otzi », vieille de 5300 ans, était porteuse de la borréliose. La maladie de Lyme a été trouvée sur tous les continents, excepté l'antarctique.

► Il existe des porteurs « sains » de la maladie : **VRAI**. Certaines personnes sont mordues très souvent par des tiques infectées (même si une seule fois suffit) et ne développent pas pour autant de symptômes graves,

tout au plus quelques désagréments généralement peu handicapants. Mais la maladie, jusque là sommeillante, peut parfois se « réveiller » suite à un gros stress affectif ou physiologique (tout comme chez les personnes en rémission par rapport à la forme chronique, préalablement traitée) et développer des symptômes subitement graves. Il faut alors savoir orienter le corps médical rapidement vers la piste « Lyme ».

► Un traitement antibiotique efficace soulagera très vite le patient : **partiellement FAUX**. Dans 75 % des cas, une aggravation des symptômes sera observée rapidement, indiquant que le traitement est performant et sur la bonne voie. Cela s'appelle la réaction d'*Herxheimer*, indiquant une mort massive des bactéries (libérant des toxines) ce qui provoque une inflammation.

► Pour vaincre la maladie chronique il « suffit » de prendre les médicaments antibiotiques prescrits : **c'est majoritairement VRAI** pour la forme précoce (stade 1). Cependant, pour le traitement de la forme chronique, qui peut être très lourd physiquement et moralement, il ne faut pas se contenter de cela. Deux voies sont à suivre simultanément afin de pouvoir tenir sur une longue période :

1. Tuer massivement les bactéries.
2. Aider l'organisme à combattre : minimiser l'impact négatif des antibiotiques (aider le foie, les intestins, l'estomac, les reins...), limiter l'inflammation dans l'organisme (abaisser le taux de cytokines, pratiquer un régime hypoglucidique et sans gluten, ni lait ni alcool...) et enfin augmenter les défenses immunitaires (sauf dans certains cas, complexité des maladies auto-immunes...).

► On peut guérir définitivement de la forme chronique : **rien n'est moins sûr...** La capacité d'enkystement et de mutation des bactéries *Borrelia* est telle que beaucoup de spécialistes estiment qu'on ne guérit jamais totalement de la forme chronique. On peut abaisser fortement le taux d'infestation et d'inflammation et vivre presque normalement, mais au prix d'une hygiène de vie souvent conséquente et permanente, et au risque de rechuter.

Si vous êtes mordus par une tique ou si vous souffrez de maux inexpliqués (surtout si vous êtes jeune et que les symptômes migrent ou s'amplifient sans aucune explication), ne tardez pas à vous renseigner sérieusement. La maladie peut se cacher en vous depuis longtemps, ne laissant apparaître que quelques symptômes, parfois relativement anodins. Elle peut rester ainsi tapie pendant des années sans que votre qualité de vie n'en soit trop affectée. Mais elle peut aussi se déclarer subitement et de manière violente, pouvant conduire à des séquelles graves (péricardite, paralysies, méningites, démence, Alzheimer...).

Pas de paranoïa donc, mais pas de désinvolture non plus. Juste de la vigilance. ■

Taille réelle de la femelle adulte

Taille des différents stades de la tique



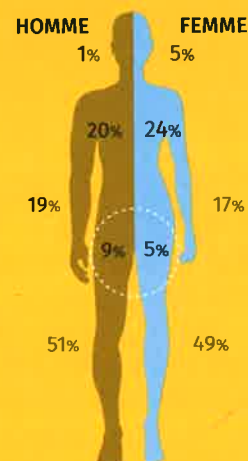
Recommandations et précautions

- Beaucoup de répulsifs chimiques sont inefficaces contre les tiques même si la notice affirme le contraire.
- Porter des vêtements plus clairs qu'une tique, de manière à faciliter leur détection rapide sur le terrain.
- Ne pas mélanger vos vêtements potentiellement porteurs de tiques avec des vêtements propres.
- Éviter de se coucher à même le sol en milieu favorable (fougères, broussailles...) et limiter autant que possible les contacts avec la végétation haute.
- Inspection du corps après chaque sortie, la bonne question n'étant pas « *Je vais regarder si il y a une tique* » mais bien « *Il y en a une, où est-elle ?* »
- En cas de morsure, enlever la tique sans tarder. Utiliser une pince à tiques vendue en pharmacie en effectuant une rotation de droite à gauche (rostre vrillé). Il existe aussi des « *safecards* », sorte de cartes à encoches dédiées à cette fonction (format d'une carte bancaire, très pratique car facile à glisser en permanence dans un portefeuille). À défaut, si l'on

- veut vraiment gagner du temps, effectuer une rotation du doigt ensalivé ou ensavonné autour de la morsure dans le sens inverse des aiguilles d'une montre sans aucune pression sur la tique. Ensuite, désinfecter. Éviter de tenter d'endormir ou d'asphyxier l'araignée en l'enduisant d'alcool, d'éther ou d'huile, car elle recracherait sa salive avant de se décrocher.
- Consulter rapidement votre médecin pour tout symptôme douteux et attirer son attention sur votre exposition aux morsures de tiques.
- En cas d'érythème flagrant, exigez un traitement antibiotique d'au moins 3 semaines, même sans apparition de symptômes autres. En cas de méconnaissance manifeste de la maladie par votre médecin, consultez rapidement un spécialiste.
- Sensibiliser vos proches à cette problématique.
- Les tiques s'activent essentiellement de mars à octobre. Elles apprécient particulièrement les conditions humides.



Répartition des points de morsure des tiques chez les hommes et les femmes



Pour en savoir plus

- « Les dossiers de Santé et Nutrition », n° 23 (août 2013), de Thierry Souccar.
- « *Why can't I get better - Solving the mystery of Lyme and chronic disease* » du Dr Richard Horowitz. Éd. St. Martin's Press. Conférence (donnée initialement à l'intention de médecins internistes) disponible en français (3h) via l'association « Lyme sans frontière ».
- Film documentaire « *Under our skin* », Open eyes pictures production, underourskin.com 
- « *Maladie de Lyme, mon parcours pour retrouver la santé* » de Judith Albertat, Éd. Thierry Souccar.
- Actes des colloques dédiés à Lyme à Louvain La Neuve en septembre 2015 et à Marche en Famenne en mai 2016.

- Lyme Santé Vérité : www.lyme-sante-verite.fr 
- Association France Lyme : www.Francelyme.fr 
- Association tekentiques : www.tekentiques.net 
- International Lyme And Associated Diseases Society : www.ilads.org 
- Lyme Disease Guide : Lymediseaseguide.org/fr 
- Association Lyme Sans Frontières : www.associationlymesansfrontieres.com 
- Time for Lyme asbl : www.timeforlyme.eu 
- Département américain de la santé : www.guideline.gov 
- Alternative Santé : www.alternativesante.fr/lyme/maladie-de-lyme-l-epidemie-silencieuse 

Photos J.-L. Leclef et J.-F. Godeau (p. 74), J. Gathany (Centers for Disease Control and Prevention) (p. 75), P. Lindblom (Division of Medical Microbiology, Linköping University) (p. 76 et 77 gauche).