

# Maladie de Lyme : les différentes formes cliniques

Les principaux points d'appel sont les manifestations cutanées à type, généralement, d'érythème migrant.

DR GUY SCAMAMA, PARIS

**1.** La borréliose de Lyme est due à une infection par *Borrelia burgdorferi* transmise par une piqûre de tique. Après la morsure indolore de la tique, la bactérie diffuse dans la peau, parfois dans le sang et dans les tissus, et va entraîner une maladie protéiforme, qui doit être rapidement traitée par antibiotiques.

**2.** La forme classique est une macule érythémateuse, de forme ronde à ovale, de plusieurs centimètres de diamètre à croissance centrifuge (atteignant le plus souvent un diamètre supérieur à 5 cm) avec un éclaircissement central, généralement sans prurit. Elle apparaît au site de la piqûre après une durée d'incubation de trois à trente jours.

**3.** Le diagnostic d'érythème migrant est clinique, et peut être facilité à l'anamnèse par la notion de piqûre de tique récente (datant de quelques jours à quelques semaines), mais dont l'absence ne doit pas conduire à réfuter le diagnostic. En cas de doute clinique, il est recommandé de mesurer la lésion et de revoir le patient quarante-huit à soixante-douze heures plus tard : une augmentation progressive du diamètre de la lésion est suffisante pour affirmer le diagnostic et traiter.

**4.** Le traitement recommandé de l'érythème migrant sans autre signe clinique est la doxycycline pendant quatorze jours en première intention, ou l'amoxicilline. La disparition de l'érythème migrant est rapide et complète entre une semaine et un mois.

**5.** Les formes disséminées précoces (< 6 mois) sont plus rares et correspondent à des lésions cutanées de même



caractéristique mais à localisations multiples, parfois très à distance du site de la piqûre de tique, dans les jours ou semaines après la piqûre. Il est recommandé de rechercher une atteinte articulaire, neurologique, cardiaque et/ou ophtalmologique. La sérologie est inutile.

Le traitement de première intention recommandé est : doxycycline (200 mg/j en 1 ou 2 prises) ou amoxicilline (1 à 2 g 3 fois par jour) pour une durée de vingt et un jours.

**6.** Les atteintes neurologiques précoces (< 6 mois) peuvent être constituées par :  
- une atteinte périphérique principalement représentée par une atteinte radiculaire douloureuse associée à des paresthésies et/ou une hypoesthésie et/ou une diminution ou une abolition des réflexes ostéotendineux dans la région concernée (celle-ci correspondant le plus souvent au site de la piqûre de tique). La paralysie faciale périphérique uni- ou bilatérale (très évocatrice en cas de diplopie) est la plus fréquente des atteintes des nerfs crâniens ;  
- une atteinte centrale sous forme méningitique, souvent muette mais pouvant aussi se manifester par une méningite aiguë typique ou par des céphalées isolées témoignant d'une hypertension intracrânienne, surtout chez l'enfant.

**7.** Les formes articulaires précoces se manifestent par une monoarthrite (parfois une oligoarthrite) des grosses articulations, survenant de façon plus fréquente au niveau des genoux. Le tableau est caractérisé par des épisodes inflammatoires spontanément résolutifs en quelques semaines, évoluant par poussées.

**8.** La principale forme cardiaque est le bloc auriculoventriculaire, survenant quatre jours à sept mois après la piqûre de tique. Les signes cliniques rapportés par les patients sont des douleurs thoraciques, des palpitations, une dyspnée, voire des syncopes.

**9.** Les formes disséminées tardives (> 6 mois après l'apparition des premiers symptômes) sont représentées par :  
- une acrodermatite chronique atrophique. La maladie débute par un érythème violacé, souvent homogène et diffus, prédominant sur la face dorsale d'une extrémité et en regard des surfaces articulaires. L'évolution se fait vers une atrophie cutanée majeure ;  
- une atteinte neurologique :  
• centrale avec encéphalomyélite chronique progressive caractérisée par des syndromes neurologiques focaux, parfois sévères, avec troubles cognitifs réalisant un tableau de démence curable ;  
• périphérique, de type polyneuropathie sensitive asymétrique.

**10.** Les mesures préventives en cas de piqûre de tique sont :  
- retirer la tique le plus vite possible, en particulier avant les 36 premières heures de fixation ;  
- éviter d'appliquer tout produit (éter...) qui risque de faire régurgiter la tique et d'accroître ainsi le risque d'infection ;  
- éviter le contact direct des doigts avec la tique, car de petites blessures aux doigts favorisent la pénétration des germes ;  
- toujours désinfecter à l'alcool le point de piqûre après arrachage.

## RÉFÉRENCE

HAS. Recommandation de bonne pratique. Borréliose de Lyme et autres maladies vectorielles à tiques. Juin 2018.

Le Dr Guy Scamama déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.

# Fibrillation auriculaire, trouble du rythme le plus fréquent

La question de l'indication des anticoagulants est fondamentale.

DR DAVID BACQUET, PARIS

**1.** La prévalence des arythmies supraventriculaires est de 2,25/1000 personnes, et l'incidence annuelle est de 35/100 000. Le risque d'arythmie est 2 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, il augmente avec l'âge : les personnes âgées de plus de 65 ans ont un risque d'arythmie 5 fois plus élevé que les plus jeunes.

**2.** Il existe trois types de tachycardie supraventriculaire : les tachycardies atriales, les flutters atriaux et les fibrillations auriculaires (Acfa). Parmi les Acfa, on distingue les formes paroxystiques (< 7 jours, en général < 48 heures, de résolution spontanée), persistantes (≥ 7 jours ou nécessitant une cardioversion) et persistantes prolongées (≥ 1 an).

**3.** La principale cause est l'âge. Les autres sont l'HTA, les coronaropathies, les valvulopathies, l'insuffisance cardiaque, les hyperthyroïdies, l'excès d'alcool, le diabète, les apnées du sommeil, l'obésité.

**4.** Il faut distinguer les formes mal tolérées (dyspnée, angor, malaises...), nécessitant une hospitalisation des formes pauci-/asymptomatiques pouvant être traitées en ambulatoire. L'examen de première intention est l'ECG qui confirme l'arythmie. Si celui-ci est normal, on complètera par un Holter ECG de 24 heures ou plus. L'échocardiographie appréciera la tolérance ventriculaire gauche, évaluera la dilatation des oreillettes et recherchera une cause valvulaire ou ischémique. On discutera un test d'effort si suspicion de cardiopathie ischémique ou si arythmie à l'effort. Un bilan biologique de base doit être réalisé (ionogramme, hémogramme, créatininémie, TSH).

**5.** Dans les formes paroxystiques, la difficulté est d'avoir un ECG per-critique. L'alternative est de proposer une autosurveillance via des systèmes type AliveCor qui permet l'enregistrement d'un tracé sur un smartphone.

**6.** Longtemps empirique, l'indication de l'anticoagulation a été affinée grâce au score CHA2DS2-VASc.

C	Dysfonction VG ou IC	Score 1
H	HTA	Score 1
A2	Âge ≥ 75 ans	Score 2
D	Diabète	Score 1
S2	AVC, AIT, embolie	Score 2
V	Maladie vasculaire	Score 1
A	Âge 65-74 ans	Score 1
Sc	Sexe féminin	Score 1

En cas de score = 0, pas d'indication aux anticoagulants ; si = 1, discussion au cas par cas ; si ≥ 2, indication aux anticoagulants. Les traitements anticoagulants historiques sont les antivitamine-K (AVK) dont la gestion est difficile au quotidien (interférences médicamenteuses, alimentaires, contrôle par INR) mais qui présentent l'intérêt d'être utilisables en cas d'insuffisance rénale sévère et de pouvoir être neutralisés.

Les traitements de première intention sont les anticoagulants oraux directs, avec une efficacité supérieure ou équivalente aux AVK et un taux de saignements inférieur. La contre-indication principale est l'insuffisance rénale sévère. Les limites sont l'absence de test d'hémostase de routine et la présence d'un antidote uniquement pour le dabigatran.

**7.** Il existe deux types de cardioversion : médicamenteuse (amiodarone) ou électrique. Le patient doit être préalablement anticoagulé, soit au long cours, soit, chez

les nouveaux patients, depuis au moins quatre semaines. Si l'arythmie est récente (< 48 heures), il est possible de tenter une cardioversion médicamenteuse rapide. Si l'arythmie est mal tolérée et que le patient n'est pas anticoagulé, une cardioversion électrique peut se discuter, après avoir éliminé un thrombus auriculaire gauche par échographie transœsophagienne ou angioscanner.

**8.** Le traitement médicamenteux de fond utilise préférentiellement la flécaïnide et les bêtabloquants, en respectant les contre-indications (insuffisance cardiaque, coronaropathie, bloc de branche gauche complet pour la flécaïnide et asthme pour les bêtabloquants). Les alternatives sont les quinidiniques, les inhibiteurs calciques bradycardisants et l'amiodarone (la plus efficace mais limitée par les nombreux effets secondaires). La règle est de ne pas utiliser plus de deux anti-arythmiques. L'efficacité de ces traitements est de 50 à 60 % un an après régularisation d'une arythmie.

**9.** Une ablation par radiofréquence ou cryoablation peut se discuter chez les patients symptomatiques, en cas d'échec ou d'intolérance aux traitements antiarythmiques. En cas d'Acfa symptomatique, l'ablation se discutera plutôt chez les patients les plus jeunes (< 70 ans) et dans les formes paroxystiques et persistantes (taux de succès respectivement de 90 et 70 %, seulement 50 % dans les formes chroniques). Une deuxième, voire une troisième, intervention est parfois nécessaire.

**10.** En cas de contre-indication ou d'hémorragie majeure sous anticoagulants et si le score CHA2DS2-VASc est ≥ 4, l'alternative est d'implanter une prothèse dans l'auricule gauche après étude précise de son anatomie. Le risque principal est la perforation de la paroi de l'auricule.

## RÉFÉRENCE

2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. August 2019.

Le Dr David Bacquet déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.

# Prise en charge de la douleur de l'arthrose

Le traitement doit être progressif, incluant des mesures hygiéno-diététiques, physiques et médicamenteuses.

DR GUY SCEMAMA, PARIS

**1.** L'arthrose concerne 9 à 10 millions de Français. C'est la première cause d'invalidité des plus de 40 ans et la deuxième cause de consultation chez le médecin généraliste (derrière les maladies cardiovasculaires). 35 % des malades ressentent des douleurs d'arthrose avant 40 ans. Cette pathologie n'est pas en effet exclusivement liée à l'âge, la détérioration du cartilage pouvant survenir à l'occasion de traumatismes de l'articulation. Le coût économique de l'arthrose est sept fois supérieur à celui de la polyarthrite rhumatoïde.

**2.** Le diagnostic est posé (dans 50 % des cas par le médecin généraliste) dans les deux ans qui suivent les premiers signes. La douleur est le principal symptôme qui amène au diagnostic. Elle débute progressivement et est souvent intermittente au début. La maladie évolue par poussées. Aux stades avancés, la mobilité des articulations devient limitée : difficultés à saisir et à manipuler des objets, à se déplacer, à s'habiller, avec un retentissement sur la qualité de vie des patients.

**3.** L'arthrose peut atteindre tout ou partie des articulations, avec une prédominance au niveau des membres inférieurs (genoux, hanches), du rachis, des mains... Les radiographies standard peuvent être normales ou retrouver des lésions arthrosiques. Les imageries de type IRM sont réalisées en cas de doute diagnostique ou dans le cadre de la discussion d'une prise en charge chirurgicale.

**4.** Pendant une poussée douloureuse, les mesures antalgiques simples, comme l'application de chaud ou de froid en fonction du ressenti du patient, peuvent sou-



ADOBESTOCK

lager les douleurs. Les aides techniques (orthèses nocturnes, semelles orthopédiques, canne de marche à porter du côté opposé au côté malade) sont importantes pour mettre au repos l'articulation touchée.

**5.** Les mesures hygiéno-diététiques sont primordiales. Ainsi, la perte de quelques kilos (environ 5 % du poids) permet d'améliorer les douleurs et de protéger l'articulation. Entretenir une activité physique régulièrement est aussi une des mesures phares à prendre lors d'une atteinte arthrosique en permettant de conserver une bonne amplitude articulaire et des mouvements. Le dépistage et la correction de dysplasies et de troubles statiques diminuent le risque de développement d'arthrose, notamment des membres inférieurs.

**6.** Concernant la rééducation, l'entretien musculaire avec des étirements et un travail de posture permettent de conserver plus longtemps la mobilité et la stabilité articulaire. L'exercice physique doit être

adapté en intensité selon l'importance de l'arthrose et doit être poursuivi sous la forme d'auto-exercice.

**7.** Le paracétamol à la dose de 2 à 3 g par jour est l'antalgique de première intention. En cas d'inefficacité, la prescription d'antalgiques plus puissants est recommandée. Si la douleur est permanente, il est préférable de les prendre régulièrement tout au long de la journée plutôt que d'attendre que la douleur revienne. La durée du traitement doit être la plus courte possible.

**8.** Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) permettent de soulager la poussée congestive d'arthrose. Ils peuvent être parfois utilisés en première intention. Dans ce cas, ils seront prescrits en cure courte et sous couverture d'IPP selon les recommandations usuelles. Plusieurs médicaments définis sous le terme d'antiarthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL) sont actuellement disponibles, ils n'agissent que sur les symptômes, mais leur efficacité reste encore à l'heure actuelle l'objet de controverse.

**9.** Les infiltrations peuvent être utiles en cas de poussées pour lesquelles le traitement médicamenteux n'est pas efficace, il s'agit notamment des infiltrations de corticoïdes ou d'acide hyaluronique. Les modalités dépendent de l'intensité de la symptomatologie douloureuse et du siège de l'atteinte.

**10.** Le traitement chirurgical n'est utilisé que dans 10 % des cas, surtout dans certaines localisations comme la hanche et le genou, lorsque la gêne fonctionnelle est trop importante. Dans ces cas, la prise en charge chirurgicale est discutée dès lors que la marche n'est plus possible pour assurer son quotidien et/ou que les douleurs sont trop importantes. Le plus souvent, il y aura proposition d'une prothèse.

## RÉFÉRENCE

Richette P. Traitement par voie orale de l'arthrose. *Rev Prat* 2012;62:654-60.

Le Dr Guy Scemama déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.

# Troubles fonctionnels intestinaux : plus complexes qu'il n'y paraît

Environ 20 % de la population française souffre de ce syndrome, avec une nette prédominance féminine, et un début en général avant 30 ans.

DR GUY SCÉMAMA, PARIS

**1.** Le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable (SII) est un diagnostic clinique fondé sur les critères de Rome IV publiés en 2016. Le diagnostic de SII repose sur la présence d'une douleur abdominale présente depuis au moins six mois et survenant au moins un jour par semaine durant les trois derniers mois. Au moins deux des trois critères suivants doivent être associés à la douleur : une relation entre douleur et défécation, une modification de la fréquence des selles, une modification de la consistance des selles appréciée par l'échelle de Bristol.

**2.** Selon les troubles du transit associés, il est possible de distinguer quatre formes cliniques : SII à diarrhée prédominante (SII-D), SII à constipation prédominante (SII-C), SII mixte avec une alternance de diarrhée et de constipation (SII-M) et SII indéterminé (SII-I), c'est-à-dire n'ayant pas de trouble du transit évident.

**3.** Le bilan biologique standard est le plus souvent normal. Une dysthyroïdie est retrouvée dans 6 % des cas, fréquence similaire à celle retrouvée dans la population

normale. La recherche de parasites dans les selles est inutile, sauf contexte particulier (migrant, voyage récent en zone endémique). Le dosage de calprotectine fécale (actuellement non remboursée) peut être utile pour éliminer une forme débutante de maladie inflammatoire chronique intestinale (Mici).

**4.** Une coloscopie doit être réalisée en cas de :  
– symptôme survenant après 50 ans ;  
– et/ou chez les patients SII-D pour éliminer une colite microscopique ou une Mici ;  
– et/ou en présence de signes d'alarme (rectorragie, perte de poids, anémie...) ;  
– et/ou en cas de facteur de risque de cancer colorectal, notamment en cas d'antécédents familiaux au premier degré de cancer et/ou de polype colorectal.

**5.** Les objectifs de la consultation sont d'évaluer : le stress du patient, son mode de vie, sa consommation de fibres, son activité physique et le retentissement des symptômes sur la qualité de vie.

**6.** L'augmentation de l'ingestion de fibres peut améliorer certains patients constipés mais aussi aggraver les symptômes de ballonnements et/ou de douleurs chez d'autres. Les aliments gras sont souvent incriminés par les patients, mais il n'y a pas d'étude contrôlée prouvant le bénéfice de la réduction des graisses.

**7.** Le traitement du syndrome de l'intestin irritable repose toujours sur les antispasmodiques en première ligne, même si le niveau de preuve est assez faible.

**8.** Les probiotiques sont considérés comme des compléments alimentaires et non des molécules médicamenteuses, ils ne répondent donc pas aux mêmes exigences de développement. Cependant, deux souches ayant montré une efficacité au cours du SII, la souche *Bifidobacterium infantis* et la souche *Lactobacillus plantarum*, sont maintenant disponibles. Certaines études montrent que les probiotiques restaurent l'intégrité de la barrière intestinale et préviennent l'hypersensibilité viscérale.

**9.** L'efficacité d'un régime sans gluten sans maladie cœliaque a été bien démontrée. Des données récentes suggèrent que dans cette situation il s'agit plutôt d'une mauvaise digestion des fructanes, un oligosaccharide, que d'une intolérance au gluten. Les Fodmap, des sucres largement présents dans l'alimentation et parfois mal digérés, par défaut enzymatique ou mal absorbés, pourraient être en cause. Ils peuvent alors générer des symptômes digestifs (douleur, ballonnements, borborygmes, troubles du transit). Chez des patients avec SII, une méta-analyse récente a confirmé l'efficacité à court terme d'un régime pauvre en Fodmap. En l'absence d'efficacité nette au bout de quatre à six semaines, il est inutile de poursuivre un régime.

**10.** L'acupuncture n'est pas efficace dans la prise en charge du SII *a contrario* de l'hypnose dirigée sur le tube digestif, ceci ayant été prouvé sur plusieurs études randomisées. Les autres techniques de relaxation (yoga, sophrologie) sont probablement efficaces mais n'ont pas encore été évaluées par des études. Par ailleurs, l'effet bénéfique à court terme de l'ostéopathie viscérale a été rapporté dans deux études françaises randomisées, avec une récurrence des symptômes après l'arrêt du traitement.

## RÉFÉRENCE

Coffin B, Macaigne G. Syndrome de l'intestin irritable : prise en charge, y a-t-il du neuf ? *JFHOD* 2018. *Post'U* 2018;253-6.

Le Dr Guy Scémama déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.



ADOBESTOCK



# Kératoacanthome : pseudo-cancéreux

Le kératoacanthome est une tumeur bénigne, spontanément résolutive, mais dont la proximité avec le carcinome épidermoïde invasif oblige à son exérèse chirurgicale.

PIERRE FRANCES, BANYULS-SUR-MER (66)  
NEIL METCALFE, YORK (ROYAUME-UNI)

**1.** Le kératoacanthome est une tumeur épithéliale bénigne développée aux dépens des follicules pilo-sébacés. Cependant, pour la plupart des spécialistes, il serait l'expression d'un carcinome épidermoïde de malignité faible auto-involutif.

**2.** Cette dermatose est le plus souvent observée chez les patients dont l'âge est supérieur à 50 ans (on ne retrouve qu'exceptionnellement cette tumeur chez les moins de 40 ans). Son incidence est assez élevée : 104 cas/100 000 habitants.

**3.** Le kératoacanthome survient le plus souvent chez des patients de type caucasien. La tumeur est dans 75 % des cas observée au niveau de l'extrémité céphalique (visage notamment). Néanmoins, on peut l'observer au niveau des membres ou du dos des mains.

**4.** L'origine reste encore inconnue. Cependant, certains facteurs favorisants ont été identifiés :

- des agents infectieux (HPV notamment sans que cela soit parfaitement identifié) ;
- l'exposition solaire, qui permet d'expliquer la localisation préférentielle de ces lésions au niveau des zones photo-exposées ;
- certains facteurs environnementaux comme les polluants atmosphériques, les goudrons ;
- des facteurs immunitaires comme les traitements immunosuppresseurs, et les hémopathies ;
- des facteurs génétiques qui expliquent le développement au sein de certaines familles de kératoacanthomes (forme de Ferguson-Smith liée au chromosome



9q22-q31 qui touche souvent l'adolescent, *Xeroderma pigmentosum*) ;  
– des facteurs iatrogènes (médicaments surtout, tatouages).

**5.** Cliniquement, on retrouve, au début, une lésion papuleuse de couleur rose qui est parfois ombiliquée. Cette lésion évolue très rapidement, et donne par la suite un nodule de couleur chair dont la taille varie entre 0,5 et 2 cm. Au centre de ce nodule, on observe une sorte de cratère volcanique qui est occupé par un bouchon corné (il peut être obturé par une croûte, ou une corne épaisse et très résistante). Sur les bords, il est possible de mettre en évidence des télangiectasies.

**6.** Des formes cliniques sont parfois observées :

- des formes non folliculaires touchent les lèvres, les conjonctives, le larynx, la région anale. La forme unguéale est particulière, car elle ne régresse jamais et peut conduire à un envahissement osseux ;
- des formes évolutives peuvent se développer durant une période allant de deux mois à cinq ans ;
- des formes récurrentes sont rarement observées (moins de 5 % des cas) ;
- les formes multiples peuvent se voir dans le cas du syndrome de Ferguson-Smith ;
- un caractère éruptif est parfois observé dans le cas d'un déficit immunitaire, ou dans le cas du syndrome de Muir-Torre, qui est un syndrome paranéoplasique.

**7.** L'évolution du kératoacanthome s'effectue en trois stades :

- phase de prolifération : la lésion se développe et atteint sa taille maximale en deux à quatre semaines ;
- phase de maturité : la lésion atteint sa taille maximale, et le bouchon corné disparaît ;
- phase de résorption : affaissement de la lésion, qui laisse au bout de deux à six mois une cicatrice souvent irrégulière.

**8.** Le diagnostic est anatomopathologique. On retrouve des kératinocytes acantholytiques, des cellules dyskératosiques, une kératinisation des globes cornés et des cellules nécrotiques, avec une prolifération épithéliale irrégulière envahissant le derme.

Ces caractéristiques histologiques se retrouvent également dans le cas de carcinomes épidermoïdes classiques et peuvent induire une confusion, surtout si l'exérèse n'est pas complète ou si la connaissance architecturale de la pièce opératoire n'est pas suffisamment détaillée.

**9.** Le traitement préventif repose sur la protection solaire, l'arrêt d'une exposition à certains agents polluants, la restauration de l'immunité du patient, la suppression des thérapeutiques responsables de ce tableau, le suivi régulier des formes familiales.

**10.** Le traitement curatif repose en premier lieu sur l'exérèse chirurgicale totale (les cas de doute diagnostique entre carcinome épidermoïde et kératoacanthome sont fréquents). Il est possible également d'effectuer une injection lésionnelle de 5-FU, des séances d'électrocoagulation, une administration de méthotrexate ou d'interféron et, pour les formes disséminées, de l'acitrétine ou de la radiothérapie.

## RÉFÉRENCES

- Thomas L. *Rev Prat* 2002;52:797-806.
- Guyot A, Maubec E. *Rev Prat Med Gen* 2017;31:363-5.
- Habib T. *Maladies cutanées. Diagnostic et traitement*. Ed. Elsevier 2012.
- Saurat JH, *et al*. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. Ed. Elsevier Masson 2017.

Les Drs Pierre Frances et Neil Metcalfe déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.