

## Encadré 1. Manifestations cliniques de la maladie de Lyme au stade localisé précoce : Éruptions cutanées d'érythème migrant



Des images supplémentaires d'éruptions cutanées typiques et atypiques sont disponibles sur [le site Web de Santé Canada](#) ; sous « Manifestations cliniques », veuillez consulter « Érythème migrant ».

Remarque : Chez les personnes ayant une peau foncée, l'éruption cutanée peut apparaître davantage comme une ecchymose.

## Encadré 2. Prévalence des symptômes chez les patients susceptibles de présenter une maladie de Lyme au stade localisé précoce<sup>#</sup>

- Éruptions cutanées d'érythème migrant ~70 %
- Fatigue 54 %
- Myalgie 44 %
- Maux de tête 42 %
- Fièvre/frissons 39 %
- Raideur au cou 35 %
- Diminution de l'appétit 26 %

<sup>#</sup>En tant que maladie importante sur le plan de la santé publique, en Ontario, la maladie de Lyme est une maladie à déclaration obligatoire en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7.

## Encadré 4. Zones à risque de la maladie de Lyme

- Le risque de contraction de la maladie de Lyme varie selon les régions géographiques. Cliquez pour voir les risques [en Ontario](#), [au Canada](#) et [aux États-Unis](#).
- En Europe, les zones les plus à risque sont situées dans le Centre et l'est de l'Europe, mais des tiques infectées ont également été trouvées dans le sud de la Scandinavie et dans la région du nord de la Méditerranée.

## Encadré 5. Prophylaxie post-exposition

Le risque de contraction de la maladie de Lyme à la suite d'une piqûre par une tique infectée est de 1 à 3 %. En Ontario, le taux de prévalence de tiques infectées varie selon la région géographique. Dans de nombreux cas, il est raisonnable d'adopter l'approche « attendre pour voir » et de traiter les patients s'ils développent des symptômes compatibles avec la maladie de Lyme. **Conseiller aux patients de rester à l'affût de signes et de symptômes précoces durant 30 jours et les prévenir que d'autres infections transmises par les tiques peuvent également occasionner des signes et des symptômes.**

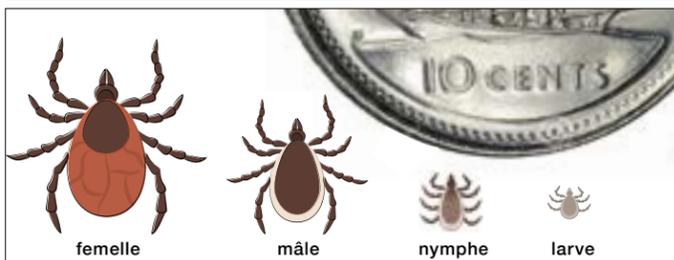
En se fondant sur les meilleures données probantes disponibles, la prophylaxie post-exposition peut être envisagée si les quatre critères suivants sont remplis :

1. La tique était attachée durant > 24 heures.
2. La tique a été retirée au cours des 72 dernières heures.
3. La tique a été acquise dans une zone présentant une prévalence de > 20 % de tiques infectées par la bactérie *Borrelia burgdorferi* (p. ex., le parc urbain national de la Rouge et le parc Morningside, dans la région du Grand Toronto, Brighton, Kingston et les environs, Mille Îles, Brockville, Perth-Smiths Falls et

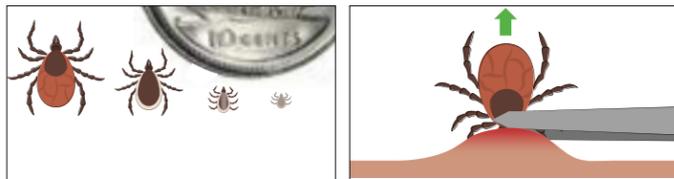
### Références

1. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Lyme disease (Lyme Borreliosis, *Borrelia burgdorferi* sensu lato Infection). In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, editors. Red Book (2018): report of the Committee on Infectious Diseases: American Academy of Pediatrics; 2018.
2. Cameron DJ, Johnson LB, Maloney EL. Evidence assessments and guideline recommendations in Lyme disease: the clinical management of known tick bites, erythema migrans rashes and persistent disease. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2014;12(9):1103–35.
3. Canadian Paediatric Society (CPS). Lyme disease in Canada: focus on children [Internet]. Ottawa (ON): The Society; 2020 [cited 2022 Dec]. Available from: <https://cps.ca/fr/documents/position/maladie-de-lyme-enfants>
4. Centre for Effective Practice (CEP). Early Lyme disease management in primary care [Internet]. Toronto (ON): The Centre; 2020 [cited 2022 Dec]. Available from: [https://cep.health/media/uploaded/CEP\\_Early\\_Lyme\\_Disease\\_Provider\\_French\\_2020.pdf](https://cep.health/media/uploaded/CEP_Early_Lyme_Disease_Provider_French_2020.pdf)
5. Committee on Infectious Diseases American Academy of Pediatrics, Kimberlin DW, Barnett EDSmith GN, Moore KM, Hatchette TF, Nicholson J, Bowie W, Langley JM. Committee Opinion No. 399: Management of Tick Bites and Lyme Disease During Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2020;42(5):644–53.;
6. Hatchette T, Lindsay R, on behalf of the Lyme Disease Diagnostic Working Group. Modified two-tiered testing algorithm for Lyme disease serology: the Canadian context. *Can Commun Dis Rep*. 2020;46(5):125–31.
7. Pegalajar-Jurado A, Schriefer ME, Welch RJ, Couturier MR, MacKenzie T, Clark RJ, et al. Evaluation of Modified Two-Tiered Testing Algorithms for Lyme Disease Laboratory Diagnosis Using Well-Characterized Serum Samples. *J Clin Microbiol*. 2018;56(8):e01943-17.

## Encadré 3. Tiques à pattes noires à différents stades et pratiques sécuritaires de retrait des tiques



Pour des images d'autres types de tiques, consulter les : [Centres de prévention et de contrôle des maladies](#).



Pour obtenir des instructions sur le retrait sécuritaire des tiques, consulter [Centres de prévention et de contrôle des maladies](#).

les environs, Ottawa et les environs, le parc provincial Rondeau à Morpeth et le parc provincial The Pinery à Grand Bend\*).

4. La doxycycline n'est pas contre-indiquée. (La doxycycline était auparavant contre-indiquée chez les personnes enceintes et allaitantes ; toutefois, des données récentes ont démontré qu'une dose unique de doxycycline ne pose aucun danger pour cette population)<sup>5</sup>

### Traitement recommandé pour la prophylaxie post-exposition :

**Chez les adultes :** 1 dose de 200 mg de doxycycline, par voie orale

**Chez les enfants < 18 ans :** Une dose de doxycycline de 200 mg ou 4 mg/kg (jusqu'à une dose maximale de 200 mg), par voie orale

\*Remarque : Il ne s'agit pas d'une liste complète des zones les plus à risque en Ontario. Le taux d'infectiosité n'est pas uniformément collecté et mis à jour, et par conséquent, les décisions de prophylaxie post-exposition sont parfois prises sur la base de discussions risques-avantages avec les patients.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter [la carte de la maladie de Lyme de l'Ontario](#).

8. Lantos PM, Rumbaugh J, Bockenstedt LK, Falck-Ytter YT, Aguero-Rosenfeld ME, Auwaerter PG, et al. Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Academy of Neurology (AAN), and American College of Rheumatology (ACR): 2020 guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of Lyme disease. *Clin Infect Dis*. 2020;72(1):e1–e48.

9. Meissner HC, Steere AC. Management of pediatric Lyme disease: updates from 2020 Lyme guidelines. *Pediatrics*. 2022;149(3). Aguero-Rosenfeld ME, Wang G, Schwartz I, Wormser GP. Diagnosis of Lyme Borreliosis. *Clin Microbiol Rev*. 2005;18(3):484–509.

10. Nadelman RB. Erythema migrans. *Infect Dis Clin North Am*. 2015;29(2):211–39.

11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Lyme disease [Internet]. United Kingdom: The Institute; 2018 [cited 2022 Dec]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng95>

12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Lyme disease: diagnosis and management. [D] Evidence review for the management of erythema migrans [Internet]. United Kingdom: The Institute; 2018 [cited 2022 Dec]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng95/evidence/d-management-of-erythema-migrans-pdf-4792271010>

13. Wormser GP, Dattwyler RJ, Shapiro ED, Halperin JJ, Steere AC, Klempner MS, et al. The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2006;43(9):1089–134.

14. Committee on Infectious Diseases American Academy of Pediatrics, Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH. Lyme disease (Lyme Borreliosis, *Borrelia burgdorferi* sensu lato Infection). Red Book: 2021–2024 report of the Committee on Infectious Diseases: American Academy of Pediatrics; 2021.

## Encadré 6. Analyses en laboratoire

- Les tests de laboratoire ne sont généralement pas indiqués pour les patients asymptomatiques
- Les analyses sérologiques peuvent ne pas donner de résultats positifs pour la maladie de Lyme au stade localisé précoce, de sorte que la prise en charge ne devrait pas être fondée sur les résultats aux analyses sérologiques au cours de cette phase
- Le traitement antibiotique au début de la maladie peut réduire la séroconversion ; les analyses ne devraient pas être utilisées pour évaluer les résultats du traitement
- Après l'exposition à la bactérie *Borrelia burgdorferi*, les anticorps de l'immunoglobuline M (IgM) sont détectés entre 2 à 4 semaines, et les anticorps de l'IgG entre 4 et 6 semaines
- Depuis le 1er avril 2023, Santé publique Ontario utilise un algorithme de sérologie à deux volets modifiée (SDVM) pour maximiser la sensibilité et la spécificité (voir l'encadré 7)
- Pour les analyses sérologiques, veuillez remplir [la demande](#) dans son entièreté et la soumettre, accompagnée d'échantillons, à un laboratoire de santé publique aux fins d'analyses
- Si vous soupçonnez une maladie de Lyme européenne sur la base des antécédents de voyage du patient, veuillez demander des analyses sérologiques spécifiques à la maladie de Lyme européenne

## Encadré 8. Recommandations pour le traitement des patients atteints de la maladie de Lyme au stade localisé précoce

Médicament	Posologie pour les adultes	Posologie pour enfants
<b>Préférée</b>		
Doxycycline*	100 mg deux fois par jour pendant 10 à 21 jours <sup>†</sup> Contre-indiqué pour les personnes enceintes	Pour les enfants < 18 ans : 4 mg/kg par voie orale, répartis en deux doses (maximum 200 mg/jour) pendant 10 à 21 jours <sup>†</sup>
Amoxicilline	500 mg trois fois par jour pendant 14 à 21 jours	Pour les enfants < 18 ans : 50 mg/kg/jour par voie orale, répartis en trois doses égales par jour, maximum de 500 mg par dose pendant 14 à 21 jours
Céfuroxime	500 mg deux fois par jour pendant 14 à 21 jours	Pour les enfants âgés de > 8 ans : 30 mg/kg/jour divisé en 2 doses (500 mg/dose maximum) pendant 14 à 21 jours
<b>En cas d'allergie ou d'intolérance<sup>§</sup></b>		
Azithromycine	500 mg/jour pendant 7 à 17 jours	Pour les enfants < 18 ans : 10 mg/kg/jour, par voie orale, une fois par jour pendant 7 à 17 jours
Clarithromycine	500 mg deux fois par jour pendant 14 à 21 jours Plutôt contre-indiqué pour les personnes enceintes	Pour les enfants âgés de > 8 ans : 7,5 mg/kg deux fois par jour (maximum de 500 mg/jour) pendant 14 à 21 jours

\* La doxycycline est considérée comme l'option de traitement antibiotique préférée par certaines directives pour la maladie de Lyme précoce (érythème migrant) chez les enfants et les adultes, en raison de sa capacité à traiter les manifestations extracutanées potentielles de l'infection (en particulier l'atteinte neurologique) et l'infection multiple ou l'infection potentielle avec *Anaplasma phagocytophilum* (anaplasmose) ou l'agent de type *Ehrlichia muris*.<sup>9,12,14</sup>

<sup>†</sup> Des lignes directrices récentes,<sup>3,8,14</sup> dont une de la Société canadienne de pédiatrie, recommandent un traitement à la doxycycline d'une durée de dix jours chez les enfants de tous âges et les adultes. Une ligne directrice<sup>11</sup> de 2018 recommande un traitement à la doxycycline d'une durée de 21 jours chez les enfants de plus de neuf ans et les adultes en raison des préoccupations liées aux faibles taux de guérison et à l'absence de preuves claires pour des traitements de plus courte durée. De plus, un traitement prolongé peut être rassurant pour les personnes traitées pour une maladie de Lyme précoce dont les symptômes persistent, et les preuves suggèrent que les taux d'événements indésirables liés aux traitements prolongés demeurent inchangés.<sup>12</sup>

<sup>§</sup> Les patients traités avec macrolides devraient être surveillés de près afin de s'assurer que les symptômes cliniques disparaissent, car les macrolides sont moins efficaces.