

Réseaux régionaux de surveillance de la Borréliose de Lyme en Aquitaine et Franche-Comté / 2010-2012

M. Charron¹, A. Serre², E. Ferquel³, B. Jaulhac⁴, E. Couturier⁵, V. Vaillant⁵

1/ Institut de veille sanitaire (InVS), Département de coordination des alertes et des régions (Dcar), Cire Aquitaine, Bordeaux – 2/ InVS, Dcar, Cire Bourgogne – Franche-Comté, Dijon – 3/ Institut Pasteur, Centre national de référence (CNR) des Borrelia, département de virologie, Paris – 4/ CNR des Borrelia, laboratoire de bactériologie, Strasbourg – 5/ InVS, Département des maladies infectieuses (DMI), Saint-Maurice

Introduction

La borréliose de Lyme est une zoonose présente dans tout le territoire français à l'exception du pourtour méditerranéen et en haute altitude. Si sa présence est bien décrite dans le quart nord-est de la France, elle est mal connue dans le quart sud-ouest.

De mai 2010 à avril 2012, deux régions françaises, l'Aquitaine et la Franche-Comté ont mis en place une étude épidémiologique descriptive et prospective via un réseau de surveillance de la borréliose de Lyme, basée sur un échantillon de médecins volontaires généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers répartis dans chaque région.

Les objectifs de ces études étaient de décrire la maladie, estimer l'incidence et améliorer les pratiques diagnostiques, thérapeutiques et de prévention.

Méthode

Population et période d'étude : toute personne susceptible de consulter un médecin généraliste ou spécialiste, libéral ou hospitalier, installé dans la région et participant au réseau, entre 2010 et 2012 (mai à avril en Aquitaine, avril à mars en Franche-Comté).

Définition des cas :

Cas certain	Erythème migrant de diamètre supérieur ou égal à 5 cm OU Manifestations secondaires ou tertiaires typiques ou compatibles de type articulaire, neurologique, cardiaque ou cutané ET sérologie ELISA positive confirmée par Western Blot (WB) ET/OU sérologie du LCR et synthèse intrathécale d'IgG spécifiques pour les neuroborrélioses
Cas probable	Signes cliniques compatibles avec la borréliose de Lyme (signes dermatologiques, rhumatologiques, neurologiques), avec tests sérologiques positifs avec ELISA, mais non confirmés car le test par WB n'est pas réalisé. Dont cas probable neurologique : signes neurologiques évocateurs de neuroborréliose, avec sérologie dans le sang et/ou dans le LCR positive (confirmée par WB), mais sans synthèse intrathécale réalisée (probable neurologique P1) ou quand la sérologie du liquide céphalo-rachidien (LCR) n'est pas réalisée (probable neurologique P2).
Cas douteux	Résultats biologiques incomplets ou taille de l'érythème migrant (EM) non précisée ou entre 3 et 5 cm.

Modalités de signalement : pour chaque nouveau patient diagnostiqué, les médecins volontaires remplissaient un questionnaire permettant de renseigner les caractéristiques du patient, l'exposition, les signes cliniques, les résultats des sérologies réalisées et le traitement.

Calcul de l'incidence régionale : l'incidence a été calculée selon 2 modalités, une incidence cantonale, basée sur l'attractivité cantonale des médecins généralistes participants et départementale des médecins spécialistes (incidence basse) et une incidence régionale (incidence haute).

- Incidence basse** : nombre de cas (Nc) par médecin généraliste participant (Pc) et par canton multiplié par le nombre de médecins généralistes exerçant dans le canton (MGc), auxquels sont ajoutés les cas signalés par les médecins spécialistes (Nspé), soit pour la région : $\sum (Nc/Pc) * MGc + Nspé$. Ces cas ont été rapportés aux personnes-années de la région.
- Incidence haute** : nombre de cas diagnostiqués dans la région, rapportés aux personnes-années de la région.

Résultats

Taux de participation des médecins

La participation des médecins a été plus importante en Franche-Comté qu'en Aquitaine (tableau 1).

Les médecins généralistes libéraux représentaient 80 % des participants en Franche-Comté et 70 % en Aquitaine. Pour les deux régions, les dermatologues sont les plus représentés parmi les spécialistes.

La répartition géographique des participants est homogène dans les deux régions.

TABLEAU 1 TAUX DE PARTICIPATION DES MÉDECINS SELON LA SPÉCIALITÉ ; FRANCHE-COMTÉ AQUITAINE, 2010 - 2012

Spécialités	Franche-Comté		Aquitaine	
	Nombre	% de participation	Nombre	% de participation
Médecin générale	204	17	249	6
Dermatologie	16	26	36	18
Pédiatrie	16	17	22	17
Neurologie	6	17	7	7
Rhumatologie	6	17	11	14
Cardiologie	3	6	1	*
Maladies infectieuses	4	*	14	*
Total	255	12	354	7

* : pas de données individuelles.

Cas certains et probables signalés : parmi les 555 cas signalés en Franche-Comté (FC) et les 205 cas signalés en Aquitaine (AQ), les cas certains ou probables étaient répartis comme suit (tableau 2).

TABLEAU 2 RÉPARTITION DES CAS EN FRANCHE-COMTÉ ET AQUITAINE SELON LA DÉFINITION, 2010 - 2012

	Franche-Comté	Aquitaine
Cas certains	386 (69,5 %)	122 (59,5 %)
Cas probables	8 (1,4 %)	25 (12,2 %)

Formes cliniques : parmi les cas certains (386 en FC et 122 en AQ), l'EM était la forme clinique la plus fréquente : elle représentait 94 % des cas (n=362) en FC et 87 % (n=106) en AQ. Les autres cas certains étaient liés soit à des manifestations secondaires comme les neuroborrélioses (16 en FC et 6 en AQ), les arthrites de Lyme (4 en FC et 6 en AQ) ou les lymphocytomes (3 en FC et 3 en AQ), soit à des manifestations tertiaires comme les acrodermatites atrophiantes (1 en FC et 1 en AQ). Une sérologie a été réalisée pour 28 % des cas (FC) et 47 % (AQ) qui avaient un EM sans autre signe clinique.

Caractéristiques des cas : le sexe-ratio H/F était de 0,94 en FC et de 1,44 en AQ. L'âge moyen était de 49 ans dans les deux régions. Les retraités représentaient 37 % des cas en FC et 29 % en AQ.

Répartition temporelle des cas : dans les deux régions, un pic de signalement a eu lieu en juin-juillet. En AQ, 65 % des cas ont été signalés la première saison contre 44 % en FC.

Expositions à risque : en FC, 61 % des cas ont évoqué une piqûre de tique dans le mois précédant les premiers signes contre 44 % en AQ (60 % des répondants). Parmi eux, 63 % en FC et 33 % en AQ avaient fréquenté une forêt (promenade, champignons) et 18 % en FC et 8 % en AQ jardinaient.

Incidence régionale : les taux d'incidence basse et haute, estimés de chaque région sont présentés dans le tableau 3.

TABLEAU 3 ESTIMATIONS DE L'INCIDENCE ANNUELLE DE LA BORRÉLIOSE DE LYME, FRANCHE-COMTÉ ET AQUITAINE

	Franche-Comté	Aquitaine
Cas annuels calculés	[712 - 1 407]	[355 - 718]
Incidence pour 100 000 habitants	[70 - 137]	[11 - 24]

Discussion / conclusion

Les caractéristiques des cas sont les mêmes dans les deux régions où la borréliose de Lyme touche des personnes plutôt âgées et retraitées.

La proportion d'EM est comparable entre les deux régions. La prescription d'une sérologie, non recommandée lors d'un EM est encore trop pratiquée malgré le peu d'intérêt diagnostique (fréquence des EM séronégatifs).

L'incidence en Aquitaine est plus faible qu'en Franche-Comté et que dans les régions où des études antérieures ont été réalisées (Alsace, Rhône-Alpes). D'autres systèmes de surveillance confortent la diversité géographique et les incidences plus élevées à l'Est qu'à l'Ouest.

Quelle que soit l'incidence, une information des médecins généralistes reste nécessaire pour les bonnes pratiques de diagnostic et de traitement et pourrait permettre de diminuer les cas secondaires. De même, il conviendrait de sensibiliser régulièrement la population sur les mesures de prévention et notamment sur les risques d'exposition lors d'activités de jardinage et de promenades en forêts.

Remerciements à tous les médecins ayant participé aux deux réseaux.