

RÉSUMÉ DE « ILADS GUIDELINES 2014 »

Recommandations de traitements pour la Maladie de Lyme par une cohorte d'experts de l'ILADS, basées sur une revue de la littérature (213 références)

1-En cas de **morsure de tique avec repas sanguin**

(engorgement de la tique), sans EM, indépendamment du temps d'attachement de la tique :

savoir que 30% des Lyme aigu n'ont pas eu d'EM...

Donc :

Prophylaxie par **DOXY 200 à 400mg/j pendant 20j,**

- Surtout pas de prophylaxie par dose unique de doxy !
- En cas de contre indication à la Doxycycline, remplacer par Amoxi, Cefuroxime ou Azithromycine mais pas d'étude pour prouver l'efficacité de ces antibiotiques en prophylaxie

2- En cas d' **EM (Erythème Migrant), ou de Maladie de Lyme aiguë:**

- **Soit 4 à 6 semaines de AMOXI 1,5 à 2g/j, CEFUROXIME 1000mg/j, ou DOXY 200mg/j,**

- **Soit 3 à 4 semaines de AZITHRO 250 à 500mg/j**

- chez l'enfant AMOXI 50mg/kg/j en 3 prises,
CEFUROXIME 20 à 30mg/kg/j, en 2 prises
AZITHRO 10mg/kg le 1^{er} jour puis 5 à 10mg/kg/j
Si âge > 8 ans : DOXY 4mg/kg/j, en 2 prises

- Préférence pour DOXY si co-infections à Anaplasma, Ehrlichia

- Faire un suivi impératif pour s'assurer de l'efficacité du traitement

3- Si le patient n'est pas totalement guéri, continuer le traitement au delà des 4 à 6 semaines avec :

- a- Si bonne réponse au traitement : continuer le même ATB
- b- Si réponse modeste: augmenter la dose ou changer d'ATB
- c- Si réponse minime ou nulle : re-évaluation du diagnostic puis soit **bithérapie orale** avec au moins un ATB visée intracellulaire
soit **voie parentérale** : Ceftriaxone IV, Extencilline IM

- Selon les cas , **possibilité de faire des traitements discontinus.**
- Traiter les rechutes, et évaluer les facteurs de rechute (nouvelles morsures de tiques)
- Si rechutes précoces, faire Ceftriaxone IV ou Extencilline IM
- Informer les patients sur les risques de colite à Clostridium Difficile et les prévenir avec des probiotiques

4- Retraitement ATB si symptômes chroniques, mais avec bonne re-évaluation du diagnostic et évaluation de la progression de la maladie

- 4 à 6 semaines de traitement, mais possibilité de traitement plus long selon le cas

avec les mêmes schémas thérapeutiques que paragraphe précédent et avec **3eme possibilité de bithérapie avec voie parentérale + orale**

- Regarder les co-infections, si le patient est immuno déprimé, prend des immuno-suppresseurs ou une corticothérapie, ou si d'autres conditions ou comorbidités affectent l'efficacité du traitement ATB

- Bilan après traitement, et même pendant le traitement pour les patients sévèrement atteints ou si thérapeutique à risque

- Remarques sur les autres traitements :

- Les céphalosporines de 1ere génération , et l'Erythromycine ne sont pas efficaces
- les autres macrolides et les autres tetracyclines ainsi que la cefotaxime IV sont des traitements efficaces

- La télithromycine : risques hépatiques
- Métronidazole et Tinidazole efficaces in vitro mais pas d'études in vivo