

Aperçu de l'étude sur les connaissances et les pratiques des médecins de familles relatives à la maladie de Lyme

Louise Lambert, Médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, membre du GREZOSP

François Milord, Médecin-Conseil. Institut national de la santé publique du Québec, membre du GREZOSP

Cécile Ferrouillet, Agente de recherche au GREZOSP, Faculté de médecine vétérinaire, Université de Montréal.

Anne Vibien, microbiologiste-infectiologue MD, F.R.C.P.

André Ravel, Épidémiologiste, Professeur à la Faculté de médecine vétérinaire de l'Université de Montréal, membre du GREZOSP.

Description de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de décrire l'exposition reliée à la maladie de Lyme durant l'année 2011; de décrire les connaissances et pratiques des omnipraticiens québécois nécessaires au diagnostic et à la gestion des cas de maladie de Lyme; et de vérifier si les pratiques concordent avec les guides de bonnes pratiques actuels.

L'étude était descriptive et exploratoire. Un échantillon de convenance a été recruté parmi des médecins du sud du Québec (Montérégie, Estrie et Lanaudière). Un questionnaire d'une page a été distribué lors de formations continues offertes par différents regroupements professionnels : associations régionales de médecins omnipraticiens, membres de l'association des médecins de CLSC, membres de Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens. Selon les organisations, les questionnaires ont été présentés soit au début d'une formation continue sur la maladie de Lyme soit lors d'une formation sur un autre sujet.

Dix collectes ont été réalisées entre le 31 mai et le 28 septembre 2012. Le taux de réponse général était de 59 % avec 151 omnipraticiens exerçant en Montérégie et 50 dans les autres régions. Avec un nombre moyen d'années de pratique plus élevé qu'au Québec et une plus grande proportion de répondants en pratique exclusive de première ligne (définie comme une pratique en cabinet privé, GMF, clinique-réseau et CLSC, excluant les urgences des CH) l'échantillon de cette étude peut être considéré comme représentatif pour nos objectifs

Exposition à la maladie de Lyme

Résultats de l'étude : En 2011, par rapport aux omnipraticiens des autres régions, ceux de Montérégie sont plus souvent consultés pour des piqûres de tiques (57 % vs 25 %) et sont plus nombreux à considérer que la maladie de Lyme peut être acquise dans leur région de pratique (78 % vs 53 %); 48% des omnipraticiens de Montérégie et 30% de ceux des autres régions ont envisagé un diagnostic de maladie de Lyme.

Commentaire : Respectivement 32 et 42 cas de maladie de Lyme ont été déclarés au Québec en 2011 et 2012. Pour ces deux années, respectivement 6 et 16 cas ont été acquis au Québec. Globalement, 80% des cas acquis au Québec l'ont été en Montérégie. Des populations de tiques sont établies en Montérégie. Des tiques sont également transportées chaque année par les oiseaux migrateurs ce qui fait que la possibilité de se faire piquer par une tique existe dans tout le Québec.

Analyse de la tique lors de piqure de tique

Étude: Une majorité de répondants (69 %) pense que lors d'une consultation pour piqure de tique sans symptômes et avec un examen physique normal, l'identification de la tique et la recherche de *Borrelia burgdorferi* est un outil de décision pour la maladie de Lyme.

Commentaire : Les résultats d'analyses sur la tique ne sont pas un outil de décision pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le patient peut avoir été piqué par d'autres tiques sans s'en apercevoir. Ainsi, la majorité des personnes infectées au Québec ne rapportait pas une histoire de piqûre de tique (Bourre-Tessier et al., 2011). Même si la tique s'avère porteuse de *Borrelia burgdorferi*, la transmission de la bactérie n'a peut-être pas eu lieu si la piqure a été de courte durée, c'est-à-dire de moins de 24 heures. De plus, la prise en charge diagnostique doit être basée sur les symptômes du patient, les épreuves diagnostiques seules n'étant pas assez spécifiques.

L'analyse de la tique est toutefois d'une importance majeure pour connaître les zones à risque d'infection au Québec et vous êtes donc encouragés à faire analyser les tiques retrouvées sur vos patients.

Gestion d'une piqure de tique et d'un érythème migrant

Vignettes cliniques de l'étude:

Un patient présente une piqure de tique objectivée. Il n'y a pas de symptômes et l'examen physique est normal, que faites-vous ou que feriez-vous?

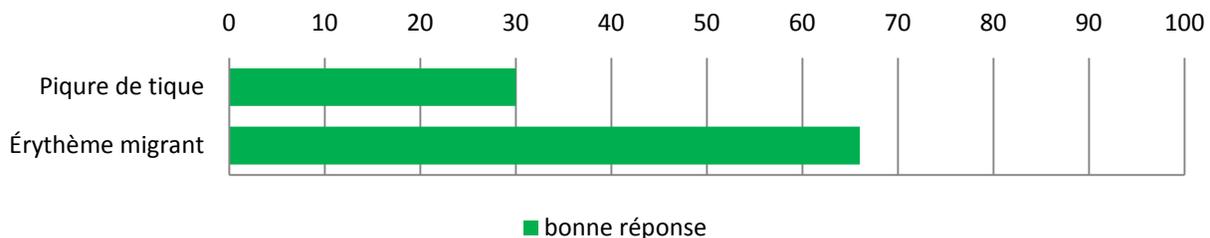
- Sérologie pour la maladie de Lyme
- Traitement antibiotique seul pour traiter la maladie de Lyme
- Sérologie et traitement antibiotique pour la maladie de Lyme
- Pas de sérologie, ni de traitement antibiotique, éduquer le patient, reconsulter au besoin
- J'ai besoin de m'informer pour prendre en charge ce cas
- Autre action ou traitement mis en œuvre

Vous diagnostiquez chez un patient un érythème migrant (lésion cutanée érythémateuse caractéristique de la maladie de Lyme). Que faites-vous ou que feriez-vous?

- Sérologie pour la maladie de Lyme
- Traitement antibiotique seul pour traiter la maladie de Lyme
- Sérologie et traitement antibiotique pour la maladie de Lyme
- Pas de sérologie, ni de traitement antibiotique, éduquer le patient, reconsulter au besoin
- J'ai besoin de m'informer pour prendre en charge ce cas
- Autre action ou traitement mis en œuvre

Résultats de l'étude :

Proportion de répondants avec une gestion adéquate des scénarios des vignettes cliniques sur la piqure de tique et l'érythème migrant



Bonne réponse piqure de tique : Pas de sérologie, ni de traitement antibiotique, éduquer le patient, reconsulter au besoin, antibioprophylaxie possible pour les tiques acquises dans des régions fortement endémiques (certaines régions des États-Unis et de l'Europe).

Bonne réponse érythème migrant: traitement antibiotique accompagné ou non de sérologie

Les répondants ne rapportent pas de pratique dommageable pour le patient. La prise en charge d'une piqure de tique observée dans l'étude fait souvent appel à une sérologie ou à une prescription d'antibiotique alors que dans la plupart des cas l'éducation du patient serait suffisante. La prise en charge de l'érythème migrant est adéquate dans la majorité des cas. Pour la gestion d'une piqure de tique et d'un érythème migrant, respectivement 30 à 25% des répondants ont mentionnés avoir besoin d'information pour prendre en charge le cas.

Commentaire : La proportion de tiques infectées par *Borrelia burgdorferi* est trop faible pour recommander l'usage de l'antibioprophylaxie lors de piqure de tique acquise au Québec (5 % à 13 % selon les études). Comme la tique doit être attachée plus de 24 heures à l'humain pour transmettre l'agent de la maladie de Lyme, un autoexamen tous les soirs pour identifier et retirer les tiques permet de limiter grandement le risque de maladie de Lyme.

Lors de piqure de tique, il est conseillé de ne pas prescrire de sérologie ni d'antibiotique, mais de conseiller le patient sur les mesures préventives et de reconsulter si des signes de fièvre, de myalgies, d'arthralgies ou de rougeur cutanée apparaissent.

L'érythème migrant est une lésion cutanée érythémateuse, uniforme ou en cible, avec un centre clair et une bordure plus foncée, qui s'étend rapidement. Elle doit être plus grande ou égale à 5 cm pour être un critère diagnostique. Cette lésion non douloureuse est présente chez seulement 60 à 80 % des cas. Le traitement de choix de l'érythème migrant est un traitement antibiotique. Une sérologie peut confirmer le diagnostic clinique.

Référence :

Bourre-Tessier, J., Milord, F., Pineau, C., & Vinet, E. (2011). Indigenous lyme disease in quebec. *J Rheumatol*, 38(1), 183. doi: 38/1/183 [pii] 10.3899/jrheum.100768 [doi]

Information?

Une publication dans un article scientifique de l'ensemble des résultats de l'étude est en cours.

Pour plus d'information sur la maladie de Lyme, veuillez consulter :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/zoone/index.fr.html>