

Maladie de Lyme et grossesse, connaissances et incertitudes

Dominique JEAN

Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal, CHU Grenoble, djean@chu-grenoble.fr

La maladie de Lyme n'est reconnue que depuis 1975, suite à une épidémie d'arthrites juvéniles dans la ville de Lyme (Connecticut) ayant conduit à identifier le vecteur (tiques Ixodes), puis l'agent pathogène *Borrelia burgdorferi* en 1981 (Burgdorfer, Science 1982).

Dès lors s'est posée la question des risques éventuels de la maladie de Lyme pendant la grossesse, par analogie avec d'autres infections à spirochètes, et en 1^{er} lieu la syphilis.

Borrelia burgdorferi (Bb) est responsable d'avortements dans plusieurs espèces animales (souris, vache, jument) et son passage transplacentaire a été démontré (souris, vache, jument, chienne beagle, coyote).

Dans l'espèce humaine ont été rapportés avortements, morts fœtales, hypotrophie et prématurité, ainsi que des malformations diverses. La transmission materno-fœtale a été prouvée, Bb ayant été retrouvée dans le placenta et différents organes fœtaux lors d'autopsies (foie, rate, rein, moelle osseuse, cerveau, cœur, surrénales), non seulement par diverses techniques d'identification au microscope mais aussi en culture. Mais contrairement aux observations de syphilis congénitale, la présence du spirochète n'a jamais été associée à des signes d'inflammation, de sorte que son rôle pathogène reste discuté.

Maladie de Lyme pendant la grossesse : cas rapportés d'issues défavorables ou complications

Issue de grossesse		auteurs
Avortement spontané, MFIU		Ciesielski 1987, Carlomagno 1988, McDonald 1989, Hercogova 1993, Lakos 2010
RCIU		Markowitz 1986, McDonald 1989
Prématurité		Schlesinger 1985, Markowitz 1986
Malformations	cardiopathie	Schlesinger 1985, McDonald 1989, Maraspin 1996
	syndactylie	Markowitz 1986, Ciesielski 1987, Maraspin 1999
	uropathie obstructive	Schlesinger 1985, Maraspin 1999
	hémangiomes	Maraspin 1996, Lakos 2010
	hydrocéphalie	McDonald 1989
	hernie diaphragmatique	McDonald 1989
	dysplasie de hanche	Maraspin 1996, Lakos 2010
	fente labio-palatine	Maraspin 1996
Sepsis néo-natal, ictère		Shirts 1983, Markowitz 1986, McDonald 1989

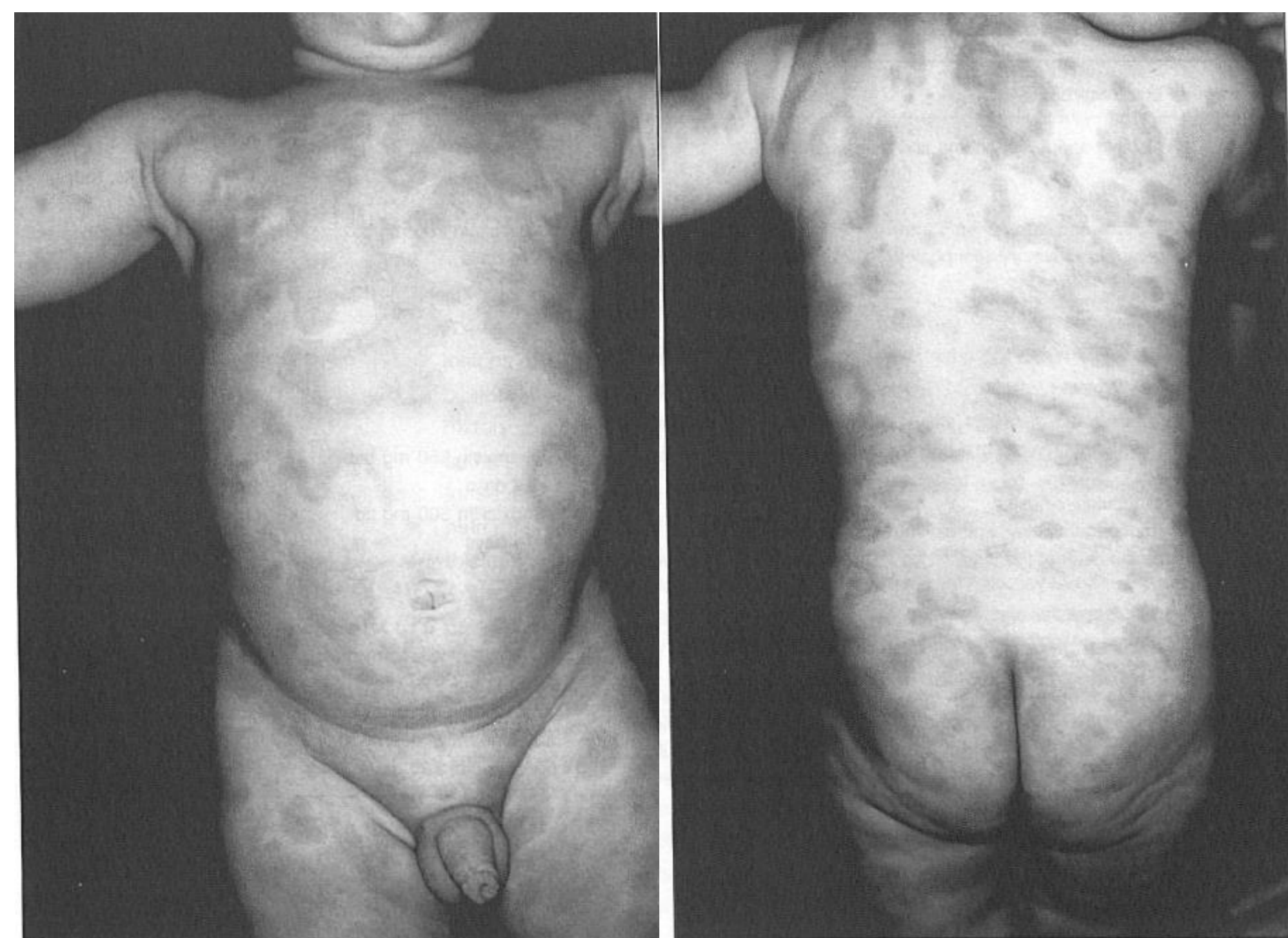
MFIU = mort fœtale in utero RCIU = retard de croissance intra-utérin

Concernant les malformations, le nombre de cas rapportés est très faible pour certaines, et pour d'autres il s'agit de malformations relativement fréquentes en population générale. Une association fortuite est donc plus probable qu'une relation causale. Les cardiopathies ont été les premières et les plus fréquemment rapportées. Il s'agit surtout de CIV, mais des cardiopathies plus sévères ont été observées. Les cas correspondent à des maladies de Lyme du 1^{er} trimestre non traitées (EM le plus souvent), survenues donc au moment de l'organogénèse cardiaque, ce qui peut faire suspecter un lien de causalité.

Des études épidémiologiques comparant population vivant en zone hyper-endémique et population non exposée n'ont pour la plupart pas retenu d'augmentation du risque d'issue de grossesse défavorable ou de malformations. Une étude a trouvé une augmentation significative des malformations cardiaques (Williams 1995).

Ces études présentent plusieurs limitations: en zone hyper-endémique, la maladie est bien connue et peu de femmes enceintes échappent au diagnostic et au traitement, on ne peut donc exclure un risque chez les cas non traités. Certaines études ont utilisé la sérologie au sang du cordon comme critère d'infection maternelle, or on sait que la sérologie est peu fiable, le diagnostic étant essentiellement clinique en phase précoce, cas le plus fréquent. Enfin, même en zone hyper-endémique, le nombre d'infections pendant la grossesse n'est pas suffisant pour atteindre une puissance statistique correcte.

Possible maladie de Lyme congénitale (Trevisan 1997)



Érythème annulaire multiple récidivant entre l'âge de 3 semaines et l'âge de 3 ans. Sans exposition aux tiques.

Exposition maternelle pendant grossesse.

Biopsie: spirochètes évoquant Bb et PCR +. Culture + sur biopsie ultérieure lors d'une rechute.

2 rechutes malgré traitement par amoxicilline.

Sérologie mère +, Sérologie enfant – initialement puis WB +.



Ixodes ricinus



Erythème migrant (EM)

Prise en charge d'une maladie de Lyme pendant la grossesse (consensus SPILF 2006)

- Méthodes diagnostiques: comme pour la population générale (pas de sérologie en cas d'EM, le diagnostic est clinique)

- Traitement: comme pour la population générale, à l'exception de la Doxycycline, contre-indiquée pendant la grossesse

A noter que certaines équipes européennes (Slovénie, Hongrie, Munich) traitent systématiquement les femmes enceintes en parentéral (Ceftriaxone) quel que soit le stade, suite à au moins 1 cas de transmission materno-fœtale bien documentée malgré traitement oral (Weber).

- Seule la société allemande d'inféctiologie pédiatrique contre-indique l'allaitement

(PCR + dans le lait maternel: 2 cas publiés, sans conséquence prouvée)

Conclusion

De nombreuses incertitudes persistent, on peut néanmoins être rassurant si la maladie de Lyme est diagnostiquée et traitée rapidement.

La prévention en zone d'endémie doit être appliquée pour minimiser les risques.

Prévention

- Protection vestimentaire et répulsif en zone à risque

- Inspection après exposition et retrait rapide des tiques: Tire-Tic*

- Prophylaxie après morsure non recommandée (a été recommandée aux USA en 1992 par le collège des gynéco-obstétriciens américains, ne l'est plus actuellement. Encore préconisée par l'équipe de Munich (Mylonas 2011)).

Répulsifs autorisés chez la femme enceinte

DEET 30%

Picaridine 20%

Citriodiol 20%

IR3535 20%

(RBP PPAV SMV et SFP 2010)



Tire-Tic*