

Cas cliniques

ATB multiples et alternatives

Alice Raffetin, alice.raffetin@chiv.fr

CH de Villeneuve-Saint-Georges, Centre de Référence des Maladies Vectorielles à tiques, Paris et Région Nord

DES MIT, 08/10/2026

CAS CLINIQUE

N°1 (1)

Mme D, 29 ans

Antécédents: aucun

Suivie depuis 2017 par un médecin spécialiste de la maladie de Lyme en ville.

A reçu des antibiothérapies multiples et séquentielles depuis 2017.

Consultation ce jour pour la suite de la prise en charge car son médecin est parti à la retraite et certains symptômes sont toujours présents.

Que faites-vous?

CAS CLINIQUE

N°1 (2)

Mme D, 29 ans

Antécédents: aucun

REPRISE DE L'HISTOIRE DEPUIS 2017 +++, voire avant.

1/ Exposition aux tiques?

OUI

Nombreuses balades en forêt, pratique l'équitation

Pas de souvenir de piqure de tique en revanche

2/ Date de début des symptômes ?

Janvier 2017.

3/ Clinique compatible avec une BL?

OUI

Paralysie faciale périphérique droite, puis gauche, non améliorée au bout de 10 jours de ZELITREX et corticoïdes prescrits par son MT.

Céphalées associées.

Pas de fièvre

CAS CLINIQUE N°1 (3)

Mme D, 29 ans

Antécédents: aucun

4/ Sérologie de Lyme réalisée?

OUI

SÉROLOGIE DE LA BORRELIOSSE DE LYME

Dosage des IgG 89.27 UA/mL
Recherche des IgM recherche POSITIVE
Index des IgM 2.22

Immunoluminescence, Liaison XL, Diasorin (I)

Interprétation des IgG : Négatif ≤ 10 UA/ml, Equivoque 10-15 UA/ml, Positif $>$ ou $= 15$ UA/ml.
Interprétation des IgM : Négatif ≤ 0.9 , Equivoque 0.9-1.1, Positif $>$ ou $= 1.1$

• RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-B. BURGDORFERI par Western-Blot

Réactif : Western-blot (Bioadvance)

Ac anti-B. burgdorferi IgM

Présence d'IgM anti-p25* (OspC)

Ac anti B. burgdorferi IgG

Présence d'IgG anti-VlsE*

Présence d'IgG anti-p25* (OspC)

CAS CLINIQUE

N°1(4)

Mme D, 29 ans

Antécédents: aucun

5/ Ponction lombaire réalisée à la recherche d'Ac anti-*Borrelia* dans le LCS?

NON

Conclusion initiale:

Neuroborréliose de Lyme précoce possible

6/ Antibiothérapie reçue?

- Nom ?
- Posologie?
- Durée ?
- Evolution?

CAS CLINIQUE N°1 (5)

Mme D, 29 ans

Antécédents: aucun

3) 2) 17

Mme D

conseiller
Matière

- texodil : un matin et soir dix jours puis arrêt dix jours puis reprise un matin et soir dix jours.
- Tetralysal300 : un matin un mois **Substitué par Lyneadine**
- Tocco500 : un par jour, un mois.
- zymaD200000 : une ampoule.
- Tanakan : un matin midi soir, un mois.
- Vitc1000 : un par jour.
- Lactibiane reference : un par jour le soir, un mois.
- Magnésium 300 boiron : un par jour, un mois.
- Cortancyl5 : un par jour, un mois. **Prednisone**
- Solupred20 : un par jour cinq jours en cas de pousse inflammatoire. **Prednisolone**
- Disulone : un quart par jour, un mois.
- Speciafoldine5 : un par jour, un mois. **Acide folique**
- Azantac300 : un le matin, un mois. **RAMITRINE**
- Dhea50 : un par jour, un mois.
- Aspirine100protect : un par jour.
- Inexium40 : un mois le soir. **Esomeprazole**
- Fluvermal : un matin, six jours.

Ci-dessus : 1/2 motus et 200 105 jours nuit 105 jours reprise
500 1/2 motus et 200 105 jours nuit 105 jours reprise
ciprofloxacine 1/2 motus et 200

CAS CLINIQUE N°1 (6)

Mme D, 29 ans

Antécédents: aucun

Mme D 27/2/17

Constat

texodil : un matin et soir dix jours puis arrêt dix jours puis reprise un matin et soir dix jours.
Tetralysal300 : un matin un mois
Tavanic500 : un matin, dix jours, puis arrêt 10 jours, un matin, dix jours.
Zelitrex : un matin midi et soir, dix jours.
Tocco500 : un par jour, un mois.
zymad200000 : une ampoule.
Tanakan : un matin midi soir, un mois.
Vite1000 : un par jour.
Lactibiane reference : un par jour le soir, un mois.
Magnésium 300 boiron : un par jour, un mois.
Dhea50 : un par jour, un mois.
Lamaline : un matin midi et soir.
Triflucan50 : un par jour pendant 10 jours.
Riamet : un matin midi et soir, cinq jours
Cortancyl5 : un par jour, un mois.
Solupred20 : un par jour cinq jours.
Disulone : un demi par jour, un mois.
Speciafoldine5 : un par jour, un mois.

CAS CLINIQUE N°1 (7)

Mme D, 29 ans

Antécédents: aucun

14/3/17 → 22

7m 5

texodil : un matin et soir dix jours puis arrêt dix jours puis reprise un matin et soir dix jours.
Bactrim fort : un matin un mois = COTRIMOXAZOLE
Tavanic500 : un matin, dix jours, puis arrêt 10 jours, un matin, dix jours. = LEVOFLOXACIN
Zelitrex : un matin midi et soir, dix jours. = VALACICLOVIR
Tocco500 : un par jour, un mois.
zymad200000 : une ampoule.
Tanakan : un matin midi soir, un mois.
Vite1000 : un par jour.
Lactibiane reference : un par jour le soir, un mois.
Magnésium 300 boiron : un par jour, un mois.
Dhea50 : un par jour, un mois.
Aspirine100protect : un par jour.
Lamaline : un matin midi et soir.
Triflucan50 : un par jour pendant 10 jours. = FLUCONAZOLE
Riamet : un matin midi et soir, cinq jours.
Cortancyl5 : un par jour, un mois. = PREDNISONE
Solupred20 : un par jour cinq jours. = PREDNISOLONE
Disulone : un demi par jour, un mois.
Speciafoldine5 : un par jour, un mois. = ACIDE FOLIQUE
Vit B12 : une ampoule matin, un mois.
Inexium40 : un par jour, un mois. = ESOMEPRAZOLE

Depuis 2017, 15 ordonnances similaires, avec des intervalles libres d'environ 15 jours à 1 mois entre chaque. **Qu'en pensez-vous?**

CAS CLINIQUE N°1 (8)

Mme D, 29 ans

Antécédents: aucun

Molécules	Classe	Efficacité sur <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l.
Texodil = Cefotiam	C3G orale	Faible
Doxycycline, Tétralysal, Lymecycline	Cyclines	Très bonne
Disulone = Dapsone	Anti-lépreux	Aucune
Ciflox = Ciprofloxacin	Fluoroquinolones	Aucune
Bactrim = Cotrimoxazole	Sulfamides	
Riamet = Arthémeter-Luméfantrine	Anti-palustre	Aucune
Fluvermal = Flubendazole	Antiparasitaire azolé	Aucune
Zelitrex = Valaciclovir	Anti-HSV	Aucune
Cortancyl, Solupred = Prednisone	Corticoïdes	Aucune
Aspirine	AINS	Aucune

CAS CLINIQUE N°1 (9)

Mme D, 29 ans

Antécédents: aucun

Molécules	Classe	Efficacité sur <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l.
DHEA, Prastérone	Hormone sexuelle	Aucune
Inexium = Esoméprazole	Anti-sécrétoire gastrique	Aucune
Azantac = Ranitidine	Agoniste R-H2 (anti-sécrétoire gastrique)	Aucune
Zyma D	Vitamine D	Aucune
Toco = Tocophérol	Vitamine E	Aucune
Vitamine C	Vitamine C	Aucune
Spéciafoldine	Vitamine B9	Aucune
Magnésium	Magnésium	Aucune
Lactibiane	Probiotique	Aucune
Tanakan	Ginkgo biloba	Aucune

Rappel sur les antibiotiques efficaces sur *Borrelia*

Fluoroquinolones et Rifampicine naturellement résistant à *Borrelia*

Artemisinine inefficace à court et long terme

Raffetin et al, MMI, 2018, Puri et al. 2017

OUI

MOYEN

SI ALLERGIE

NON

Annexe 2. Liste indicative des traitements antibiotiques identifiés dans la littérature utilisés dans le cadre du SPTT ou de co-infections

- Antibiotiques couramment recommandés
 - o Amoxicilline
 - o Ceftriaxone injectable
 - o Doxycycline

- Autres pénicillines et céphalosporines
 - o Pénicilline G en IV, et ses dérivés (phénoxyéthylpénicilline per os, benzathine pénicilline IM)
 - o Céfuroxime-axétil

- Macrolides
 - o Clarithromycine
 - o Azithromycine

- Nitroimidazoles
 - o Métronidazole
 - o Tinidazole
- Fluoroquinolones
 - o Fluoroquinolones, dont la Ciproflaxine
- Sulfamides
 - o Sulfaméthoxazole
- Anti-folinique
 - o Pyriméthamine
- Anti-mycobactériens
 - o Rifamycines
 - o Rifampicine
 - o Clofazimine
 - o Dapsone
- Anti-parasitaires
 - o Hydroxychloroquine
 - o Artémisinine
- Anti-fongiques
 - o Fluconazole

Rationnel des associations d'anti-infectieux?

Co-infections?

NON

Doxycycline couvre la majorité des co-infections en monothérapie

Les co-infections ne passent pas inaperçues (symptômes souvent sévères, aigus, biologie parlante)

Synergie sur *Borrelia*?

NON

Aucune étude retrouvée n'ayant démontré l'efficacité d'une association d'anti-infectieux contre *Borrelia*

A ce jour, il n'y a pas d'étude démontrant l'intérêt d'une association d'anti-infectieux contre *Borrelia* ni *in vitro*, ni *in vivo*.

Place des corticoïdes ?

Résultats contradictoires
MAIS :

Corticoïdes **APRES** début
ATB encourageant

Steere et al., 1994:

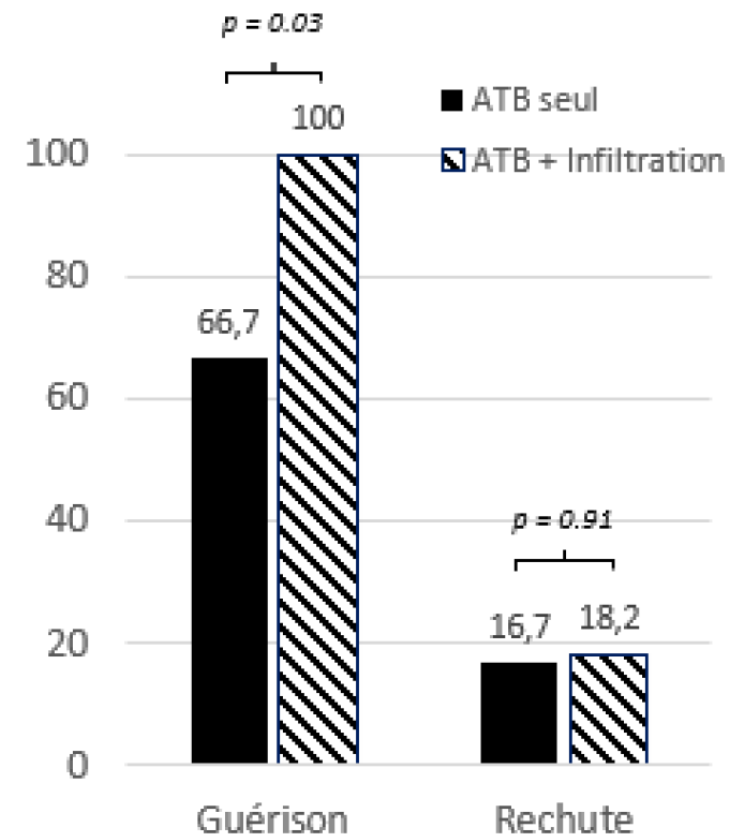
16 patients inclus (4 dans l'étude + ajout de 10 patients présentant une arthrite réfractaire = Persistance arthrite clinique à M3 post-ATB)

FR échec => Patients ayant reçu des corticoïdes en intra-articulaire ($p=0.12$)

Infiltrations de corticoïdes et évolution

Pas d'augmentation du risque de rechute ou de forme réfractaire.

Au contraire, une infiltration intra-articulaire contemporaine d'une antibiothérapie adaptée est associée à la guérison de l'arthrite.



Place des AINS ?

Steere et Angelis, 2006

Table 3. Post-antibiotic therapy in 22 patients treated according to strategy 1*

	No. (%) of patients	Median (range) months from initiation of antibiotics to start of indicated therapy
Antiinflammatory agents		
NSAIDs†	19 (86)	3 (1–10)
1 or 2 intraarticular steroid injections‡	18 (82)	7 (3–32)
Arthroscopic synovectomy	9 (41)	12 (6–30)
Persistent arthritis after synovectomy§	3 (14)	–

* Two of the 22 patients were lost to followup during treatment with nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) or intraarticular steroids.

† Ibuprofen, 400 mg 3 times daily, naproxen, 375 mg twice daily, or diclofenac, 50–75 mg twice daily. Patients received NSAIDs for a median of 6 months (range 3–24 months).

‡ Triamcinolone hexacetonide, 40 mg or 80 mg. Six of the 18 patients also received intraarticular steroids prior to antibiotic therapy.

§ Synovitis persisted for 9, 15, and 19 months, respectively, after the procedure.

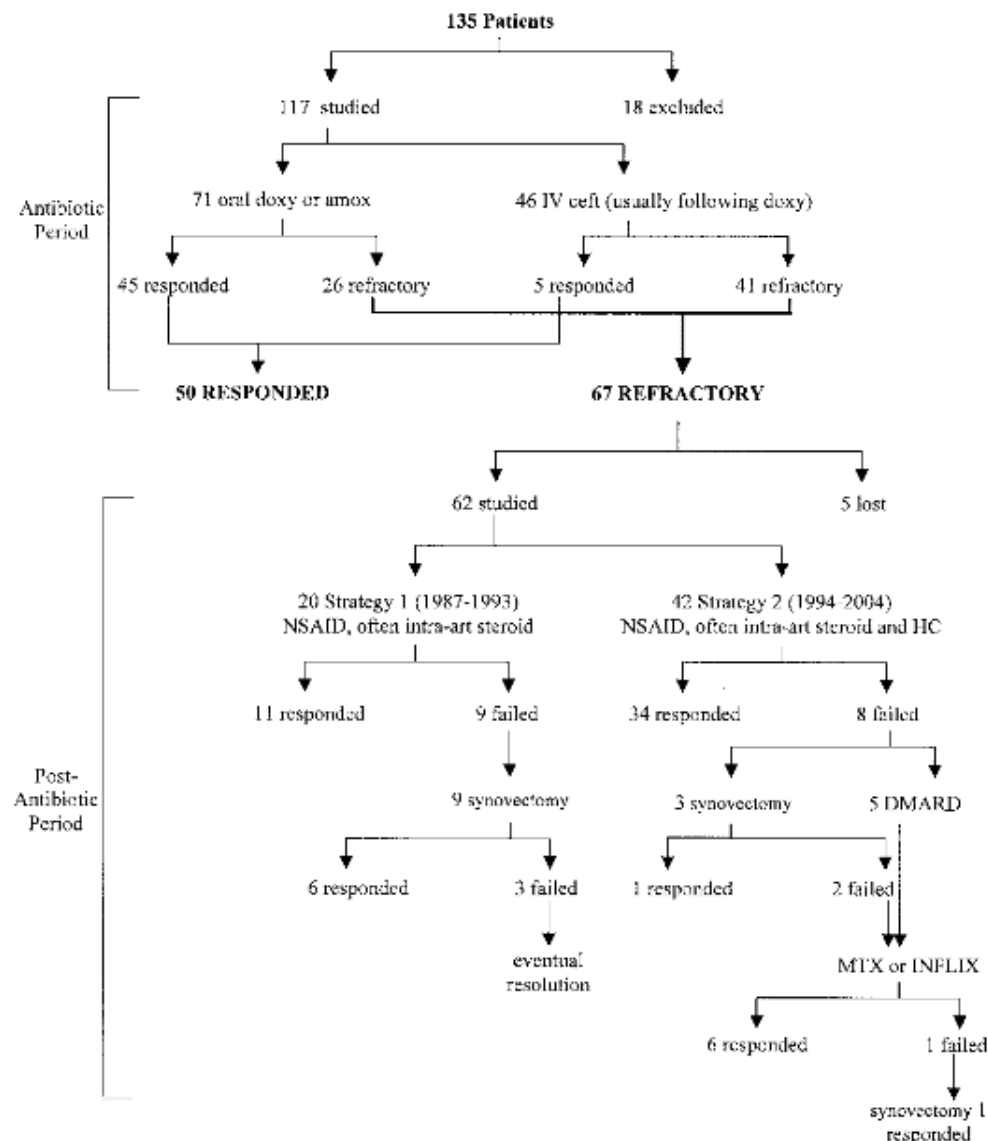


Figure 1. Flow chart showing characteristics of and outcomes in patients in the study population. doxy = doxycycline; amox = amoxicillin, IV = intravenous; ceft = ceftriaxone, NSAID = nonsteroidal antiinflammatory drug; intra-art = intraarticular; HC = hydroxychloroquine; DMARD = disease-modifying antirheumatic drug; MTX = methotrexate; INFLIX = infliximab.

Cas clinique n°2

Mme I. , 37 ans vient vous voir car son « médecin du Lyme » qui la suit depuis 3 ans est débordé.

Elle est très embêtée car son ordonnance arrive à expiration et on lui a bien expliqué que si elle « lâchait en cours de route, elle aura la bactérie à vie ».

Et ses brûlures dans les jambes sont insupportables...

Voilà sa précédente ordonnance:

Lui renouvez-vous ? Que faites-vous?

Département de Médecine
Aiguë Spécialisée

Maladies Infectieuses et Tropicales
Nutrition Clinique
Médecine Aiguë du Handicap
Médecine Interne
Pathologies Professionnelles
Vaccinations Internationales (Fièvre Jaune)

Age: 37 ans.

① Bithridide: 39 mat: 2 midi 3/soir
600 + x 4 jour
à refaire dans 3 semaines.
Pis 28/08/18
Net ⇒ 21/09/18.

② Bactrim: 400 1cp 3/5J.

③ Procainamide: 300 1cp 3/5J } 7/7

④ Plag-eul: 200 1/2 mat et 1/2 soir } X 15J

⑤ Fluconazole: 200 1 mat: et 1 soir 5/7 } au 7 de repos!
Pis Heosil → Dimanche. 1/2 jour par

Puis tl us 2:

① Doxycycline 100 mg
1 mat: et 2 soir
avec 1 repas sans laitage.

② Cefuroxime: 500 1 mat: et 2 soir } 7/7

③ Plag-eul 200 1/2 mat et 1/2 soir } X 1 mois

④ Fluconazole 200 1 mat: et 1 soir 5/7

⑤ Ivermectine 6 cp en 1 prise à jeun et
ne pas manger x 2 heures après.

⑥ Aetius 1 loisir x 2 fois

Cas clinique n°2

NON => Pas de renouvellement d'ordonnance

ESSAYER DE COMPRENDRE ... ET **TOUT REPRENDRE** depuis le début :

- tous les antécédents, TOUTES LES THERAPEUTIQUES PRISES DONT LA PHYTOTHERAPIE +++
- toute l'histoire de la maladie,
- toutes les expositions aux tiques ou autres maladies vectorielles,
- tous les examens réalisés (imagerie et biologie)
- tous les symptômes en les caractérisant (surtout les symptômes fonctionnels, ex: horaire des douleurs etc.)
- Tout l'examen clinique « de la tête au pied »



Cas clinique n°2

EVITER DE REMETTRE EN CAUSE DEVANT LA PATIENTE LE DIAGNOSTIC DE SON COLLEGE
car **investissement de la patiente** pour suivre « à la lettre » ce que son docteur lui a prescrit

RASSURER LA PATIENTE

Elle a très bien suivi son traitement.

La *Borrelia* est très sensible : « à ces doses et ces durées, la bactérie est partie »

Cas clinique n°2

ARRETER TOUS LES ANTI-INFECTIEUX ET TOUTES LES MOLECULES, dont les plantes

Le corps a besoin de reprendre sa fonction, a besoin d'un peu de vacances...

Nécessité de faire la part des choses entre tous les symptômes persistants :

- effets secondaires des molécules
- ou pathologies sous-jacentes évolutives?

REVOIR LA PATIENTE RAPIDEMENT pour consolider l'alliance thérapeutique « non médicamenteuse »

Cas clinique n°2

Vous revoyez la patiente 1 mois après l'arrêt de tous ses traitements.

Elle n'a presque plus de douleurs neuropathiques des MI.

Qu'en pensez-vous?

Cas clinique n°2

Neuropathie périphérique iatrogénique, réversible après l'arrêt des neurotoxiques

(cf. ordonnance + TIC-TOX)

Effets secondaires des thérapeutiques alternatives

L'affaire TIC-TOX



« Qui a de la sauge dans son jardin, n'a pas besoin de médecin » ...

TIC-TOX = THUYONE (sauge officinale)

Puissant neurotoxique

Utilisé en naturopathie pour la borréliose de Lyme

Vente interdite depuis 2012 en France

Mais toujours vendu sur le marché noir (facilement trouvable sur internet)

=> Faire des déclarations de pharmacovigilance +++

Conclusion

Critères d'inclusion dans les études probléma  => Peu d'études bien conduites
=> Traitement de la BL basé sur des études de faible niveau de preuve (durées courtes, posologie, atteintes)

Mais ce qui est démontré dans des études bien conduites, avec des critères d'inclusion solide:

AUCUN BENEFICE A PRATIQUER UNE ou DES ANTIBIOTHERAPIES PROLONGEES

Effets secondaires à évaluer +++, même pour les antibiothérapies courtes

Connaître quelques **plantes** et ne pas sous-estimer leur effet

Toujours avoir en tête qu' « *un Lyme peut en cacher un autre* » => Diagnostics associés ? Différentiels?

Merci pour
votre attention

ALERTE DE TIQUES



S'il vous plaît partagez ceci le plus possible.
Si quelqu'un frappe à votre porte et prétend qu'il est inspecteur en tiques et qu'il doit faire une inspection dû à la chaleur, et qu'il vous demande de retirer vos vêtements et de danser tout nu les bras dans les airs,
NE LE FAITES PAS, C'EST UNE FRAUDE!!
Ils veulent seulement vous voir danser tout nus les bras dans les airs..
J'aurais voulu avoir ce message hier... je me sens si con.



Décrocher sur benpourquoipas.com