

**FICHE**

# Fiche pratique – Principales manifestations cliniques de la borréliose de Lyme selon le système atteint

Adoptée par le Collège le 13 février 2025

## Principales manifestations cliniques de la borréliose de Lyme selon le système atteint

Système atteint	Principales manifestations cliniques de la borréliose de Lyme	Description clinique
<b>CUTANE</b>  Forme localisée précoce : EM  Forme disséminée : - Précoce : EMM et LCB - Tardive : ACA	<b>Érythème migrant isolé (EM)</b> Forme la plus fréquente de BL	Lésion érythémateuse de forme ronde à ovalaire le plus souvent non infiltrée, survenant autour du site de la piqûre de tique, d'extension progressivement centrifuge, indolore et non prurigineuse, survenant après une durée d'incubation allant de 3 à 30 jours. Parfois associé à un syndrome pseudo-grippal peu intense (fébricule possible mais forte fièvre incompatible). Les formes multiples se développent à distance du territoire de la piqûre.
	<b>Érythème migrant multiple (EMM)</b> Forme rare, notamment décrit chez l'enfant	
	<b>Lymphocytome cutané bénin (LCB)</b> Forme rare	Lésion infiltrée sous forme de plaque ou de nodule généralement de 1 à 5 cm, de croissance très lente, solitaire, le plus souvent situé au niveau du lobule de l'oreille chez l'enfant, scrotum ou péri-aréolaire du sein chez l'adulte, exceptionnellement visage, tronc ou membre, de couleur variable (du rose au rouge foncé, violacé ou rouge-brun), indolore le plus souvent (parfois douloureux ou avec sensation de brûlure ou de prurit).
	<b>Acrodermatite chronique atrophiante (ACA)</b> Forme rare.  Concerne principalement l'adulte de plus de 50 ans, de sexe féminin, bien que deux cas aient été décrits chez des enfants de plus de 10 ans.	Erythème localisé sur la partie distale d'un membre (le plus souvent aux membres inférieurs), de couleur variable (rouge sombre ou violacé), se renforçant en regard des reliefs osseux, évoluant d'une phase initiale œdémateuse vers l'atrophie (aspect anormalement fin, plissé et brillant de la surface de la peau, avec un réseau superficiel veineux très visible). L'atteinte est parfois bilatérale. Des zones plus infiltrées

			(nodules fibreux ou bandelettes fibreuses périarticulaires) et/ou une douleur déclenchée par l'effleurement (allodynie) dans la zone cutanée atteinte sont évocatrices du diagnostic.
<b>NEUROLOGIQUE</b>  <b>Neuroborréliose de Lyme (NBL) :</b> - Précoce < 6 mois (90 % des cas)  - Tardive > 6 mois  après la piqûre avérée ou l'érythème migrant non traité  Toute manifestation neurologique dans les suites d'un EM non traité ou d'une piqûre de tique doit faire évoquer une NBL.	<b>Atteinte péri-phérique</b>  Deuxième forme la plus fréquente en France (6,5 à 15 % des cas de BL) après l'atteinte cutanée de type EM.	<b>Méningoradiculite</b> (syndrome de Garin-Bujadoux ou de Bannwarth)  Forme la plus fréquente de NBL en Europe.	Douleurs radiculaires atypiques, résistantes aux antalgiques habituels et insomniantes, survenant préférentiellement, dans le métamère correspondant au territoire de la piqûre de tique ou d'un EM, associées à des paresthésies et/ou hypoesthésie, une faiblesse motrice, et le plus souvent à une pléiocytose lymphocytaire dans le liquide cébrospinal. Localisations les plus fréquentes : tronc, membres inférieurs.
		<b>Paralysie faciale périphérique</b> par atteinte du nerf (VII) notamment chez l'enfant.	Sa survenue dans un contexte de piqûre de tique ou d'antécédent d'érythème migrant, durant la période estivale, son caractère bilatéral et asynchrone (à bascule) et son association à des douleurs radiculaires ainsi que des céphalées constituent des éléments en faveur d'une étiologie de type borréliose de Lyme.  Atteinte possible des autres nerfs crâniens (nerfs I, II, III, IV, V, VI, et VIII).
	<b>Formes rares (&lt;5% des NBL)</b>	<b>Méningite isolée</b>  Touche plutôt l'enfant	Céphalées peu intenses, discrète photophobie, et parfois vomissements, très rarement une raideur de nuque.
		<b>Myélite aiguë transverse (associée ou non à une méningite ou une méningoradiculite)</b>	Inflammation aiguë ou subaiguë de la moelle épinière responsable d'un syndrome pyramidal et d'une atteinte le plus souvent bilatérale +/- symétrique des membres de topographie centrale motrice (perte de force, hyperréflexie), et sensitive (engourdissements, paresthésies, déficits sensitifs) et/ou sphinctérienne (incontinence/rétention urinaire et fécale).
		<b>Encéphalite aiguë ou subaiguë</b>	Signes encéphalitiques focaux aigus ou subaigus variables : crises convulsives, syndrome pyramidal, ataxie cérébelleuse, troubles sensitifs centraux, troubles cognitifs ou comportementaux, syndrome confusionnel, troubles de la conscience.
		<b>Neuropathies périphériques autres que les atteintes radiculaires</b>	Principalement sensitives, avec troubles proprioceptifs +/- atteinte thermoalgique et sensitive épicrotique, diminution/abolition des réflexes ostéo-tendineux, le plus souvent symétriques, associées à une ACA. L'EMG est indispensable au diagnostic. L'analyse du LCS est normale.
		<b>Atteintes cérébrovasculaires</b>	Accident vasculaire ischémique associé à des lésions de vascularite.
<b>Encéphalomyélite chronique progressive (évolution &gt; 6 mois)</b>	Signes encéphalique et myélitiques (voir supra) d'installation plus progressive.		
<b>RHUMATOLOGIQUE</b>	<b>Mono- ou oligoarthritis des grosses articulations</b>	Gonflement articulaire (épanchement intra-articulaire plus ou moins important) inflammatoire	

<b>Arthrite de Lyme</b> - Précoce (< 6 mois) - Tardive (> 6 mois à 2 ans) après la piqûre avérée ou l'érythème migrant non traité	Fréquente aux Etats-Unis mais beaucoup plus rare en Europe (5 %)	subaigu touchant une seule grosse articulation, le plus souvent le genou ou la grosse articulation la plus proche du point de piqûre, non fébrile et avec une CRP peu élevée. Douleurs modérées d'horaire inflammatoire, mise en charge le plus souvent conservée (marche possible).  Evolution par poussées brèves spontanément résolutive en quelques semaines, s'é espaçant avec le temps/ OU / Poussées d'arthrites récurrentes post-infectieuses possibles (physiopathologie encore mal connue) malgré le traitement antibiotique (10 % des patients aux Etats-Unis, rare en Europe).
	<b>Polyarthromyalgies (sans arthrite)</b>	Ne constituent pas une forme clinique spécifique de borréliose de Lyme mais sont parfois retrouvées en association à une forme cutanée, neurologique, rhumatologique ou autre plus rare.
<b>CARDIOLOGIQUE</b>	<b>Bloc atrio-ventriculaire</b> Forme très rare	Trouble de la conduction cardiaque (BAV-1, BAV-2, ou BAV-3) pouvant se manifester par des palpitations ou des syncopes. En l'absence de pathologie cardiaque prédisposante identifiée, et en présence d'une exposition aux tiques < à 6 mois, il est indiqué de faire une sérologie de Lyme lors du diagnostic. Avis cardiologique indispensable.
	<b>Péricardite et myocardite</b> Forme très rare	Symptomatologie spécifique de ces atteintes cardiaques. Avis cardiologique indispensable pour le diagnostic.
	<b>Manifestations cardiologiques non spécifiques sans anomalies de l'examen cardiologique</b>  Douleurs thoraciques, dyspnée, palpitations, malaises...	Ne constituent pas une forme clinique spécifique de borréliose de Lyme mais sont parfois retrouvées en association à une forme cutanée, neurologique, rhumatologique ou autre plus rare.
<b>OPHTALMOLOGIQUE</b>	<i>Uvéite, neuropathie optique, ou atteinte de toute autre structure de l'œil</i>  <b>Forme très rare</b>	<b>Symptomatologie spécifique de la structure ophtalmique atteinte. Très peu de descriptions cliniques, souvent en association avec une neuroborréliose.</b>

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Fiche pratique – Principales manifestations cliniques de la borréliose de Lyme selon le système atteint, Méthode, février 2025**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)