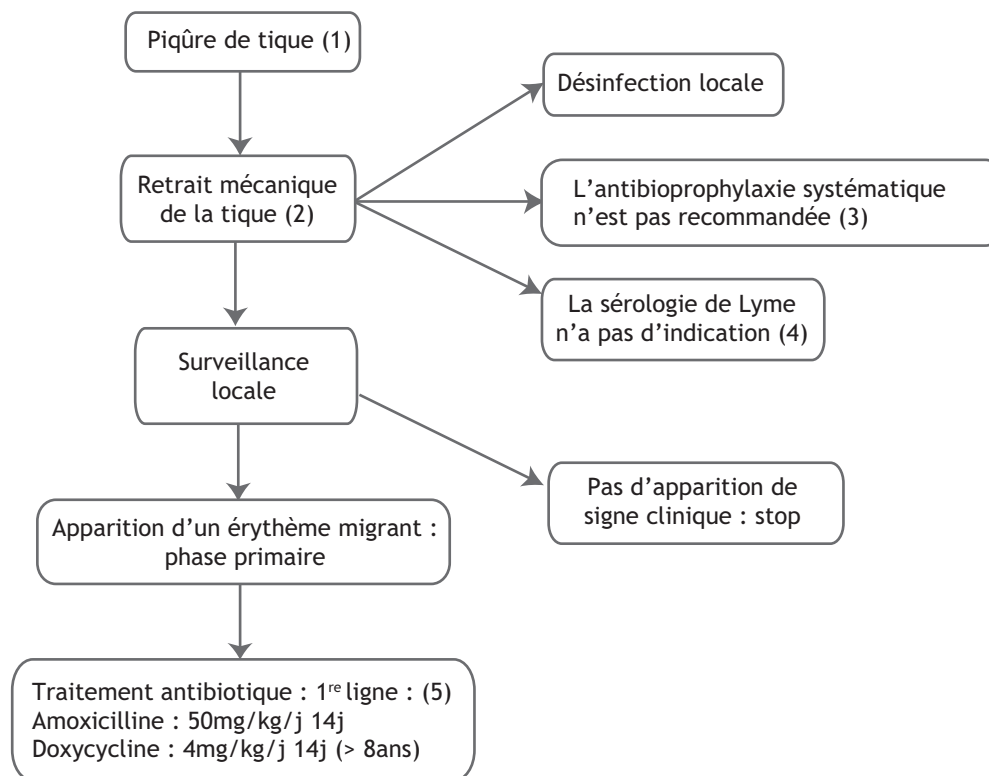


# Conduite à tenir devant une piqûre de tique chez l'enfant - B. Quinet

Consultation de pédiatrie du Pr E. Grimprel, hôpital d'enfants Armand-Trousseau, 28 avenue du Dr Arnold Netter, 75012 Paris, France

Mots clés : Piqûre de tique ; Borréliose de Lyme ; Antibioprophylaxie ; Antibiothérapie



Adresse e-mail : [beatrice.quinet@trs.aphp.fr](mailto:beatrice.quinet@trs.aphp.fr) (B. Quinet).

## ■ Arbre décisionnel - Commentaires

(1) **Piqûre de tique** : la tique fait partie de la famille des acariens. Son cycle de développement passe par 3 stades : larve, nymphe, forme adulte. Le passage d'un stade à un autre nécessite un repas sanguin. La taille de la tique dépend de son stade (nymphe à la limite de la visibilité) et de son degré d'engorgement donc de la durée du repas sanguin. *Ixodes ricinus* est la tique la plus répandue en Europe et peut transmettre de nombreuses maladies : la borréliose de Lyme est la plus répandue en France, la méningo-encéphalite à tique, en Europe centrale, orientale et du nord, peut être prévenue par une vaccination spécifique. D'autres microorganismes peuvent être transmis par les tiques : Rickettsia, Coxiella, Ehrlichia, Babesia, Francisella tularensis mais il s'agit de pathologies rares. La piqûre de tique est indolore. En hiver la tique hiberne. Il faut être particulièrement vigilant de mars à octobre et se protéger des piqûres par des vêtements couvrant, des répulsifs cutanés (utilisation limitée chez les nourrissons de moins de 30 mois).

(2) **Retrait de la tique** : la pique étant indolore, au retour de promenades en forêt une inspection soigneuse du corps de l'enfant est indispensable : ni le bain ni la douche n'éliminent une tique fixée. Il faut extraire mécaniquement et le plus précocement la tique fixée : pince plate, pince à épiler non coupante, pince spécifique type « tire tic ». L'arrachage manuel, l'écrasement sont déconseillés ainsi que toutes autres méthodes plus ou moins folkloriques à base d'éther, d'alcool, de pétrole, de vaseline ou par la chaleur d'une cigarette : ces méthodes comportent un risque de régurgitation de la tique et donc une majoration du risque de transmission. Il faut désinfecter le site après extraction. Le risque de transmission de *Borrelia Burgdorferi* dépend du taux d'infestation des tiques et du temps d'attachement de la tique à la peau. En France ce risque existe dès les premières heures et s'accroît avec le temps : il est élevé dès la 48<sup>e</sup> heure.

(3) **L'antibioprophylaxie systématique après piqûre de tique n'est pas recommandée** : il n'y a pas de preuve de l'efficacité de la prophylaxie avec un risque non négligeables d'effets indésirables (allergie, sélection de germes résistants etc) alors même que la phase primaire d'érythème migrant est facilement traitable. A moins d'être entomologiste on n'est pas sûr qu'il s'agissait d'une tique de type *Ixodes ricinus*. Le taux d'infestation des tiques varie selon les régions et parfois au sein d'une même région. Une seule étude aux États-Unis a montré un certain bénéfice d'une dose unique de Doxycycline 200 mg prescrite dans les 72 heures après piqure en zone de forte endémie, pour prévenir la survenue d'une borréliose de Lyme : les enfants de moins de 8 ans et les femmes enceintes étaient exclus de l'étude. Il s'agissait d'une région (États-Unis) où les tiques sont différentes et l'espèce génomique de borrelia l'est également. En zone d'endémie l'antibioprophylaxie peut être discutée au cas par cas dans des situations à haut risque de contamination : piqûres multiples, long délai d'attachement, fort taux d'infestation connu. Chez l'enfant de moins de 8 ans il n'y a pas de recommandation spécifique (amoxicilline 50 mg/kg/j pendant 10 jours).

(4) **La sérologie de Lyme n'a pas d'indication en cas de piqûre de tique sans manifestation clinique.**

(5) **L'érythème migrant** est la manifestation typique de la phase primaire, il apparaît quelques jours à quelques semaines après la piqure : son diagnostic est clinique. Devant un érythème migrant typique, il n'y a pas lieu de faire une sérologie. Le traitement de première ligne chez l'enfant est oral pendant 14 jours par la doxycycline (4 mg/kg/j en 2 prises) ou l'amoxicilline (50 mg/kg/j en 3 prises). La doxycycline est contre indiquée avant l'âge de 8 ans. Le céfuroxime-axétil et l'azythromycine sont des traitements de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne en cas de contre-indication ou d'allergie au traitement de 1<sup>re</sup> ligne.

## ■ Références

- [1] Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives. 16<sup>e</sup> Conférence de Consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Texte disponible sur : [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com).
- [2] Wormser GP, Dattwyler RJ, Shapiro Ed. et al. The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis and babesiosis : clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2006;43:1089-134.