

Une cause rare d'œdème unilatéral à la jambe

Acrodermatite chronique atrophiante

Dr méd. Salomon M. Manz^a, Dr méd. Kristian Schneider^b, Dr méd. Christian Roedel^c

^a Institut für Hausarztmedizin, Universitätsspital Zürich, Zürich

^b Klinik für Allgemeine Orthopädie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

^c Angiologische Praxis, Wetzikon

Description du cas

Un patient âgé de 60 ans sans antécédents médicaux connus, ni prise régulière de médicaments s'est présenté à notre consultation d'urgence en raison d'un œdème indolore à la jambe droite, présent depuis environ six semaines. Le tableau clinique se caractérisait par un œdème unilatéral rouge pâle impressionnant sur la partie inférieure de la jambe (fig. 1).

Le statut neurologique n'a révélé aucune anomalie pathologique. L'échographie Doppler a permis d'exclure une thrombose veineuse ainsi qu'une insuffisance veineuse chronique.

Au cours de l'anamnèse approfondie, le patient a mentionné qu'il aimait cueillir des champignons dans son temps libre. A l'issue de questions ciblées, il s'est souvenu avoir été piqué par une tique au talon droit environ huit semaines auparavant. En présence d'une forte suspicion clinique d'acrodermatite chronique atrophiante (ACA), une sérologie de borrélioses a été réalisée. Le test ELISA de détection d'anticorps IgG et IgM contre *Borrelia burgdorferi* a fourni un résultat positif. De même, le test de confirmation par Western Blot des IgG contre *Borrelia burgdorferi* était également positif. En présence d'un spectre de bandes large et positif (p83/100, VIsE, p58, p39, p20, p19) ainsi que d'un dépistage négatif des IgG/IgM contre *Treponema pallidum*, nous avons pu établir le diagnostic d'une ACA au stade œdémateux – une forme cutanée tardive de la borréliose de Lyme.

Le traitement antibiotique par doxycycline (p.o., 100 mg 1-0-1) sur quatre semaines [1] a abouti à une régression complète des symptômes. Aucune réaction de Herxheimer n'est survenue au début du traitement.



Salomon M. Manz

Discussion

Les tiques dures du genre *Ixodes*, vivant typiquement dans les graminées, buissons et forêts généralement au-dessous de 1200 mètres d'altitude, constituent les principaux réservoirs de borrélioses. Jusqu'à 40% des tiques sont porteuses de *Borrelia burgdorferi* [2].

Avec une prévalence de 1–10% selon la région d'Europe, l'ACA est la manifestation tardive la plus fréquente de la borréliose de Lyme [3], qui, contrairement à notre



Figure 1 A+B: Œdème rouge pâle de la partie inférieure de la jambe droite. Les deux images ont été prises pendant la consultation initiale du patient présenté. (La publication a lieu avec l'accord du patient).

exemple de cas, ne survient généralement qu'après plusieurs mois voire années après la piqûre de tique. Cela entraîne souvent un diagnostic erroné ou retardé [3]. Classiquement, le tableau clinique initial présente un stade œdémateux infiltratif avec coloration rougeâtre de la peau, comme chez notre patient. Il apparaît ensuite une coloration rouge pâle à brunâtre de la peau avec atrophie cutanée [4]. Dans plus de la moitié des cas, des paresthésies et une allodynie ont été décrites [5]. Le traitement de choix repose sur la doxycycline ou encore l'amoxicilline. Si les symptômes cutanés persistent pendant plus de six semaines malgré un traitement conforme aux directives, il convient d'envisager des diagnostics différentiels tels que la vascularite urticarienne, la sarcoïdose, la teigne, la sclérodermie circonscrite ou d'autres dermatopathies. Il faut néanmoins compter plusieurs mois voire années pour une guérison prolongée, en particulier en présence d'un œdème persistant dans le cadre de l'ACA [4].

Résumé

- Particulièrement dans les régions endémiques des borrélioses, telles qu'en grande partie la Suisse, il convient de toujours envisager l'ACA en présence

d'un œdème unilatéral de la jambe après exclusion d'une thrombose veineuse.

- En cas de manifestations cutanées de la borréliose chez l'adulte, la doxycycline constitue le traitement de choix.

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaleureusement Prof. Dr Martin Altwegg et Dr Michael Trummel pour la révision critique du manuscrit.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 AWMF Online, AWMF-Register Nr. 013/044 Klasse: S2k, Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft e.V., Kutane Lyme Borreliose. März 2016. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/013-044.html>.
- 2 Krause M, Majer S. Borreliose de Lyme: rétrospective des 30 dernières années. Forum Med Suisse. 2012;12(50):976–9.
- 3 Moniuszko-Malinowska A, Czupryna P, Dunaj J, Pancewicz S, Garkowski A, Kondrusik M, et al. Acrodermatitis chronica atrophicans: various faces of the late form of Lyme borreliosis. Postepy Dermatol Alergol. 2018;35:490–4.
- 4 Scheerer C, Dersch R, Huppertz HI, Hofmann H. Lyme Borreliosis: Cutaneous and Neurologic Manifestations, Case Definitions and Therapy. Dtsch Med Wochenschr. 2020;145(1):19–28.
- 5 Kindstrand E, Nilsson BY, Hovmark A, Pirskanen R, Asbrink E. Peripheral neuropathy in acrodermatitis chronica atrophicans – a late Borrelia manifestation. Acta Neurol Scand. 1997;95:338–45.

Correspondance:
Dr méd. Salomon M. Manz
Institut für
Hausarztmedizin
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
[salomon.manz\[at\]usz.ch](mailto:salomon.manz[at]usz.ch)