

ILADS

TRADUCTION DU COMPTE-RENDU DE LA CONFERENCE SUR LA MALADIE

DE LYME DU 23/10/04

Notes prises par Jim Wilson, président de la Fondation Canadienne de la Maladie de Lyme lors de la conférence d'ILADS (Association de médecins spécialistes des maladies vectorielles à tiques). www.canlyme.com

Rapport de la conférence ILADS du 23/10/04.

Environ 300 professionnels de santé de tous les USA sont venus assister à la Conférence sur la MdL¹ et les maladies associées (les co-infections), qui a eu lieu dans le comté de Westchester, état de New York, l'une des zones les plus endémiques des Etats-Unis.

ILADS (International Lyme and Associated Diseases) est une association médicale pluridisciplinaire à but non lucratif qui étudie les diagnostics et les traitements appropriés de la MdL et des co-infections (maladies associées).

Voici mes notes personnelles de la conférence.

Joseph Jemsek, Docteur en médecine, au sujet de l'érythème migrant.

<http://www.jemsekclinic.com/lymedisease.php>

Sa clinique a conduit une étude sur 48 patients atteints de la MdL dont la PCR était positive. Il a trouvé que :

- 21 % de ces patients avaient eu une « auréole rouge » classique ou érythème migrant autour de la piqûre.

En suivant les critères du C.D.C², on n'a trouvé, parmi ces patients atteints de MdL, que 21 % à être positifs à l'IgM et 10% à l'IgG.

- Seulement 4% des patients séropositifs qui présentaient les symptômes requis étaient des cas reportables pour le C.D.C. Qui plus est : parmi les 1000 patients traités par Joseph Jemsek, seuls 4 d'entre eux ont eu toutes les 5 bandes requises au test IgG Western Blot par le C.D.C.

En conclusion, les directives du C.D.C amènent à une totale sous représentation des cas réels de Lyme ainsi qu'à des diagnostics erronés pour de nombreux malades de Lyme. Des tests plus fiables sont nécessaires et le C.D.C. doit réduire le nombre de bandes requises dans le test Western Blot et ajouter les bandes spécifiques à la *Borrelia burgdorferi* : 31 kDa, 34 kDa, 18 kDa.

Steven Phillips : Docteur en médecine, spécialiste des MdL persistantes.

Il a présenté 23 études de recherche qui supportent la théorie selon laquelle la bactérie provoquant la maladie de Lyme est complexe, résistante et peut survivre à de multiples attaques d'antibiotiques. Ces résultats contredisent la croyance largement répandue (défendue par Klempner et d'autres) selon laquelle la MdL chronique n'existe pas et que les symptômes résiduels ou persistants sont le résultat d'une réponse auto-immune.

¹ Lire partout : Maladie de Lyme.

² Centre pour le contrôle et la prévention des maladies

Il a analysé la capacité de la Bb² à modifier ses protéines de surface afin de se cacher du système immunitaire et de prendre la forme de paroi cellulaire déficiente (par exemple « c.a.d. kystes, sphéroblastes et L-formes) qui ne peuvent être attaquées par les antibiotiques traditionnels. Les Borrélias peuvent se cacher dans des cellules comme les macrophages (les globules blancs qui nettoient les bactéries mortes) et s'assembler en petites sphères appelées bulles, dans lesquelles les spirochètes de l'extérieur protègent celles de l'intérieur contre les antibiotiques.

Il a mentionné que les fluidifiants sanguins semblent empêcher la formation de sphéroblastes dans le sang. Ceci peut expliquer l'amélioration qu'ont connue certains patients avec l'utilisation de l'Héparine.

Il a posé une question dérangement au sujet de la transmission de la MdL : si 88% des tiques ont attrapé l'infection en se nourrissant du sang infecté de la MdL, pourquoi est-il si difficile pour nous de la mettre en évidence dans le sang humain ? Faisons nous fausse route ?

Le docteur Philips pense également qu'il y a une preuve évidente que la Bb peut être à l'origine de nombreux symptômes de la sclérose en plaques (SEP). Les deux maladies conduisent à la démyélinisation des nerfs et la flagelle de la borrelia est constituée des mêmes protéines que la gaine de myéline qui entoure nos nerfs.

Docteur D. Cameron : Analyse de sa base de données des malades de Lyme.

http://www.lymeproject.com/Cameron/Research/Surveillance_Database.htm

Il a présenté sa base de données : la « Cameron Surveillance Data Base ».
Son analyse des malades de Lyme diagnostiqués cliniquement a montré que :
42% étaient séronégatifs,
30% avaient un Elisa positif,
17% montraient un érythème migrant,
7% étaient positifs au IgM Western Blot,
4% étaient positifs au IgG Western Blot,

Une récente étude complète du NIH sur 107 malades chroniques (malades depuis en moyenne 4,7 ans) a montré qu'ils ont une qualité de vie pire que celle des diabétiques et des malades récemment opérés du cœur.

Le délai moyen avant un traitement a été en moyenne de 6 mois pour des retards causés par le patient et 2,2 ans en raison de retards causés par les médecins qui posent un mauvais diagnostic et souvent confondent la MdL avec les morsures d'araignées, le rhumatisme, la cellulite, l'arthrite du genou, la sinusite, la fibromyalgie, les migraines et « Epstein Barr. »

Etant donné que les patients traités tardivement ont un taux d'échec plus élevé (52% contre 15%), il a suggéré que la communauté médicale insiste sur l'importance de suivre les directives de traitement d'ILADS afin d'empêcher une maladie de Lyme simple de devenir chronique.

Docteur Raphael Stricker MD: utilisation du marqueur CD 57/ Natural Killer cell pour mesurer les progrès d'un traitement.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd==Retrieve&db==PubMed&list_uids=1088407&dopt=«stract

L'une des difficultés dans le traitement des malades chroniques de Lyme est de savoir le moment où il faut arrêter les antibiotiques sachant que les tests anticorps et PCR sont peu fiables.

² Lire partout : Borrelia Burgdorferi.

Le docteur Stricker a fait des recherches qui mesurent le niveau de cellules du CD 57/ Natural Killer Cell, de manière à déterminer si un malade chronique va mieux. Les cellules CD 57 NKC sont des globules blancs agressifs ou lymphocytes qui cherchent et trouvent les germes pour ensuite les détruire). Sans que nous puissions savoir pourquoi, les Bb et toutes les co-infections empêchent la production des CD 57 NKC.

Le « Panel Striker » qui est utilisé par de nombreux médecins spécialistes de la MdL, mesure, entre autres, ce marqueur du système immunitaire.

<http://www.anapsid.org/lyme/strickerpanel.html>

Dans son étude d'un an sur 89 patients avec une MdL chronique, il a trouvé que ceux avec un taux très bas de CD 57 NKC ont sensiblement plus de co-infections, un diagnostic tardif, plus de problèmes neurologiques et plus de défaillances immunologiques, comparés aux patients qui ont des taux plus élevés de CD 57 NKC.

Il a dit que la borrelia dispose de plus de 1500 gènes dont 132 sont des gènes de fonctionnement ce qui la rend 6 fois plus complexe que le spirochète de la syphilis. La borrelia échappe au système immunitaire grâce à des mutations, des réclusions physiques et à des sécrétions

Les scientifiques viennent juste de découvrir que la première sécrétion toxique : Porin (OMS28), qui est probablement utilisée pour percer des trous dans la membranes des cellules.

<http://iai.asm.org/cgi/content/abstract/72/11/6279>

Robert Bransfield : Gestion neuropsychiatrique de la maladie de Lyme.

<http://www.mentalhealthandillness.com/lymeframes.html>>

http://www.actionlyme.com/Bransfield_Fatigue_6_03.htm

Il a parlé des stratégies visant le traitement de la fatigue pour les patients atteints de la MdL.

Il pense qu'en normalisant les schémas de sommeil des patients, le système immunitaire est mieux à même de se défendre contre la MdL et les co-infections.

Par exemple, il fait prendre du Modafinil à ses patients pendant la journée pour augmenter l'activité histaminique dans le cerveau, ce qui a pour conséquence de réduire la fatigue diurne.

Il leur administre du Tigabine la nuit afin d'augmenter le sommeil profond réparateur et d'améliorer la neuropathie. Il prescrit de la Memantine un antagoniste faible à modéré des récepteurs NMDA pour bloquer les effets toxiques de l'acide quinolinique, qui, en théorie, ralentit la progression de l'encéphalopathie.

Docteur Brian Fallon : les antibiotiques de classe IV aident les malades chroniques de Lyme. Rapport de l'Université de Colombia, subventionné par le NIH (National Institut Health) pour l'étude de la MdL neurologique chronique.

http://www.lymediseaseassociation.org/Fallon_Study.pdf

Dans la discussion à laquelle j'ai assisté, le Docteur Fallon a parlé de la méthodologie rigoureuse qu'il avait suivie pour sélectionner les participants à son étude sur la MdL chronique et comment il avait éliminé les patients qui étaient sensibles à « l'effet placebo »

Voici un condensé de ce qu'il a publié dans la presse où il expose les résultats de son étude.

«Des patients atteints de MdL chronique et retraités une deuxième fois par des antibiotiques intraveineux sur une période de 10 semaines ont montré une amélioration significative dans le domaine cognitif et pour d'autres symptômes» a affirmé le neuropsychiatre Brian Fallon de l'Université de Columbia – qui est le principal chercheur d'une étude de 4,7 millions de dollars financée par les Services Nationaux de la Santé (N.I.H.).

Fallon a présenté les résultats pour la première fois lors de la conférence du 22 octobre qui était sponsorisée à la fois par l'Association de la Maladie de Lyme (L.D.A.) basée dans le New Jersey (état limitrophe de celui de New York) et par l'Université de Columbia.

Pour pouvoir participer à l'étude, les patients devaient être atteints de neuroborréliose et manifester des altérations durables de la mémoire.

Tous avaient été préalablement traités par antibiotiques de classe IV pendant au moins 3 semaines et avaient rechuté. Tous les patients de l'étude ont été testés avec les toutes dernières techniques d'IRM (concernant le cerveau) et on a noté une amélioration significative des fonctions neurocognitives suite au retraitement de 10 semaines avec des antibiotiques de classe IV.

Conclusion de Brian Fallon : « C'est la première étude contrôlée de la neuroborréliose chronique. Les résultats montrent que les patients dont les problèmes cognitifs réapparaissent peuvent trouver une amélioration de leur état en se soumettant à un traitement antibiotique intraveineux à long terme ».

David Owen, MD : Spécialiste de la maladie de Lyme en au Royaume Uni.

Dans tout le Royaume Uni, seuls trois médecins sont spécialistes de la MdL. Dans une étude réalisée auprès de 100 médecins traitants, seulement un tiers savaient à quoi ressemble une tique et encore moins avaient entendu parler d'auréole rouge (érythème migrant) autour de la piqure. 75% de leurs patients atteints de la MdL avaient été piqués par une tique pendant leur service militaire et il a émis l'hypothèse qu'il y aurait peut être un lien entre le syndrome de la guerre du Golf et la MdL (piqures de puces des sables).

Nick Harris, Docteur en physique, Président de IGeneX spécialisé sur les tests de MdL.

<http://www.igenex.com/about.htm>

Dans son exposé, Harris a parlé de la compétence de son laboratoire et des difficultés qu'il y a à être reconnu en tant que laboratoire commercial pour l'Etat de New York et la Californie.

Contrairement à de nombreux laboratoires, IGeneX utilise deux souches de la bactérie de Lyme (la B31 et la 227) de sorte qu'il est davantage susceptible de détecter les souches du centre ouest Etats-Unis et d'Europe.

Il teste également avec des marqueurs de MdL tardive, le 31 kDa et le 34 kDa, qui mettent six mois à se développer et qui ne sont pas toujours inclus dans les tests Western Blot des autres laboratoires.

Il a présenté une stratégie médicale pour tester des patients suspectés d'être atteints de façon chronique de la MdL. Sa définition d'un diagnostic positif de la MdL :

- un test PCR positif sur du sang complet pour détecter le DNA de la borrelia
- ou bien un Western Blot IgG et IgM positif (spécialement si les bandes 31 ou 34 kDa sont positives).
- Si les résultats des tests précédents sont négatifs et si le médecin veut confirmer un diagnostic clinique avec un test positif, il suggère un traitement antibiotique pour augmenter la quantité de Borrelia circulant librement dans l'organisme et puis de faire un test sanguin Lyme Dot Blot et un test d'urine par PCR avec trois échantillons regroupés.

NB : IGeneX a trouvé que les échantillons sanguins se révèlent davantage positifs lorsqu'ils sont prélevés en fin d'après midi au moment où les patients éprouvent leurs crises de fatigue les plus aiguës.

Questions et commentaires des médecins dans le public :

Voici en vrac toutes sortes d'informations intéressantes glanées pendant les moments de débats. Je n'ai pas pu saisir les noms de tous les intervenants donc il est difficile de vérifier l'exactitude de leurs assertions.

- Stricker ou Burrascano a dit qu'il n'a pas eu de patients qui aient dû être opérés de la vésicule biliaire après avoir pris de la Rocéphine IV, tant qu'on leur a administré en même temps de l'Actigall.
 - Un médecin a eu de bons résultats en faisant des injections de Probécénid et d'IM Bicillin. Le Probécénid empêche les crises de goutte en éliminant l'excès d'acide urique du corps et il ralentit l'élimination des antibiotiques en augmentant leur taux dans le sang et en prolongeant ainsi leur durée d'action.
 - Burrascano ne croit pas beaucoup à l'efficacité du Samento, des champignons (Reishi ?) ni des boosters TH-1 cytokine.
 - C'est rare mais l'Ehrlichia chronique existe, selon des publications vétérinaires.
 - Selon Burrascano, le jury ne s'est pas encore prononcé sur l'efficacité du Ketek à cause des problèmes de champignons dans le système gastro-intestinal.
 - Trois médecins ont mentionné qu'ils avaient remarqué une forte incidence des tumeurs bénignes et malignes sur les patients de Lyme. Beaucoup étaient situées près de la piqûre de tique.
 - A cause de la faculté de la maladie de se transformer et de se cacher à l'intérieur des cellules, comme les macrophages, le traitement est plus efficace si un antibiotique intracellulaire et un antibiotique extracellulaire sont administrés simultanément.
- Je n'ai pas assisté aux exposés suivants mais en voici les grandes lignes :

Sherwood Casjens, thèse : les échanges de matériel génétique des Bb.

<http://www.pnas.org/cgi/content/abstract/101/39/14150>

Sherwood Casjens, titulaire d'une thèse de l'Université d'Utah et une équipe renommée de recherche sur le génome avec sa présidente, Claire Fraser, Présidente de TIGR, (Institut de recherches sur le génome) ont présenté de nouvelles informations : les Borrelia burgdorferi - bactéries en forme de spirale qui déclenchent la MdL - sont capables d'échanger librement du matériel génétique entre elles, ce qui rend potentiellement le diagnostic et le traitement difficiles. L'équipe de chercheurs a conclu qu'une recombinaison fréquente peut aider la bactérie à survivre dans les tiques et les animaux qu'elle parasite, humains inclus. La recherche a été publiée dans le numéro de septembre des Actes de l'Académie Nationale des Sciences (National Academy of Sciences/ The Proceedings)

Prof. Sam Donta, MD : La Maladie de Lyme et les enfants

Le docteur Donta a réuni des statistiques cliniques sur 101 enfants atteints de la MdL chronique, âgés de 2 à 19 ans, présentant des symptômes multiples et persistants (88% des enfants avaient des symptômes depuis plus de 6 mois).

Leurs principaux symptômes étaient :

- Symptômes musculo-squelettiques : 90%
- Fatigue : 84%
- Dysfonctionnement cognitif : 74%
- Paresthésie (insensibilité, « fourmis ») : 46%
- Maux de ventre, nausées : 48%
- Symptômes oculaires : 40%
- Fièvre ou bouffées de chaleur : 39%
- Paralysie faciale : 5%
- Vertiges, étourdissements, palpitations, tremblements : 79%
- Se rappelaient d'une morsure de tique : 24%
- Se rappelaient d'une éruption cutanée : 40% (15% avec érythème migrant)

Résultats des tests :

Anticorps EIA positifs : 65%

IgG, au moins une bande positive : 82%

IgM, au moins une bande positive : 74%

Scanner du cerveau SPECT : anormal dans 18 cas sur 29.

Traitement :

Pendant 4 à 8 mois : Tétracycline ou bien une combinaison de macrolides plus hydroxychloroquine.
Guérison ou rémission clinique durable : 75%

Par : Jim Wilson , www.canlyme.com