

# Maladie de Lyme chez l'enfant (ML)

## PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent  
Ottawa (Ontario) K1G 4J8  
Tél. : 613-526-9397, poste 239  
Télec. : 613-526-3332  
pcsp@cps.ca  
www.pcsp.cps.ca

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par le personnel du PCSP)

Numéro du rapport

Mois de déclaration

Province

Date du jour

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.  
Les données seront traitées confidentiellement.**

### DÉFINITION DE CAS DE LA MALADIE DE LYME CHEZ L'ENFANT

Déclarer un patient de moins de 16 ans atteint de la maladie de Lyme qui respecte les critères suivants :

**Maladie de Lyme confirmée** – Le patient respecte l'une des deux conditions suivantes :

1. Manifestations cliniques de maladie accompagnées d'une confirmation de laboratoire
  - a. Isolement de *Borrelia burgdorferi* dans un échantillon clinique pertinent  
OU
  - b. Détection de l'ADN du *B burgdorferi* par PCR dans les tissus pertinents
2. Manifestations cliniques de maladie accompagnées d'antécédents de résidence dans une région endémique ou de visite dans une telle région\*, ainsi qu'une preuve d'infection confirmée en laboratoire
  - Test sérologique positif au moyen de l'approche sérologique en deux étapes (test ELISA suivi du transfert Western [Western blot])

**Maladie de Lyme probable** – Le patient respecte l'une des deux conditions suivantes :

1. Manifestations cliniques de maladie sans antécédents de résidence dans une région endémique ou de visite dans une telle région\*, ainsi qu'une preuve d'infection confirmée en laboratoire
  - Test sérologique positif au moyen de l'approche sérologique en deux étapes (test ELISA suivi du transfert Western)
2. Érythème migrant observé par un clinicien, sans preuve d'infection confirmée en laboratoire, mais accompagné d'antécédents de résidence dans une région endémique ou de visite dans une telle région\*

### Critères d'exclusion

Confirmation de l'infection par une maladie non à tiques, qui explique entièrement les symptômes. Les cas diagnostiqués par des méthodes ou des laboratoires non recommandés par l'Agence de la santé publique du Canada ou les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis seront exclus.

\* Une région endémique est définie comme un lieu où des populations reproductrices de tiques vectorielles d'*Ixodes scapularis* ou d'*Ixodes pacificus* sont présentes et où la transmission de *B burgdorferi* se produit.

Mois de la première consultation : \_\_\_\_\_

## SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 1.2 Sexe : Masculin \_\_\_\_ Féminin \_\_\_\_  
JJ MM AAAA

1.3 Province ou territoire de résidence permanente : \_\_\_\_\_

1.4 Province ou territoire du diagnostic : \_\_\_\_\_

1.5 Trois premiers caractères du code postal seulement : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

## SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS CLINIQUES

2.1 Date d'apparition des premiers symptômes : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
JJ MM AAAA

2.2 Date de confirmation du diagnostic clinique : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
JJ MM AAAA

2.3 Principales manifestations initiales (cochez toutes les réponses applicables et indiquez par une croix dans la colonne de droite celles que vous avez considérées comme les plus importantes pour poser le diagnostic) :

Manifestation initiale	Oui	Non	Durée des symptômes avant le diagnostic (en jours)	Symptôme important pour poser le diagnostic
Un seul érythème migrant (EM) (d'un diamètre d'au moins 5 cm)				
Multiples EM				
Épanchement articulaire transitoire récurrent				

**SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE (suite)**

Manifestation initiale	Oui	Non	Durée des symptômes avant le diagnostic (en jours)	Symptôme important pour poser le diagnostic
Arthrite d'une seule articulation				
Polyarthrite				
Arthralgie				
Paralysie de Bell (paralysie faciale)				
Autre neuropathie crânienne				
Radiculoneuropathie				
Méningite ou méningite lymphocytaire				
Encéphalite ou encéphalomyélite				
Cardite de Lyme				
Bloc atrio-ventriculaire				
Palpitations ou arythmie				
Céphalées				
Fièvre				
Autres signes pertinents? (Décrivez)				

**SECTION 3 – DONNÉES DE LABORATOIRE**

3.1 Le diagnostic reposait-il seulement sur les manifestations initiales (p. ex., EM) sans tests de laboratoire?

Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_ **Dans l'affirmative, passez à la section 4**

3.2 Tests de laboratoire (cochez et remplissez toutes les parties applicables)

3.2.1 Test sérologique (inscrivez tous les tests effectués, y compris les tests répétés – voir les possibilités sous le tableau)

Test sérologique	Date JJ / MM / AAAA	Positif ou réactif	Négatif ou non réactif	Limite ou peu réactif	Illisible	Non effectué
Autre :						

Possibilités : ELISA, IFA, C6, transfert Western (*Western blot*) de l'IgM, transfert Western de l'IgG, sérologie du LCR

3.2.2 Nom du (des) laboratoire(s) qui a (ont) effectué les tests sur les échantillons : \_\_\_\_\_

3.2.3 PCR

Échantillon un : Biopsie de tissu\_\_\_ Liquide synovial\_\_\_ LCR\_\_\_ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Résultat : Positif\_\_\_ Négatif\_\_\_ Indéterminé\_\_\_

Échantillon deux : Biopsie de tissu\_\_\_ Liquide synovial\_\_\_ LCR\_\_\_ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Résultat : Positif\_\_\_ Négatif\_\_\_ Indéterminé\_\_\_

Où la PCR a-t-elle été effectuée? \_\_\_\_\_

3.2.4 Culture

Échantillon un : Biopsie de tissu\_\_\_ Liquide synovial\_\_\_ LCR\_\_\_ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Résultat : Positif\_\_\_ Négatif\_\_\_ Indéterminé\_\_\_

Échantillon deux : Biopsie de tissu\_\_\_ Liquide synovial\_\_\_ LCR\_\_\_ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Résultat : Positif\_\_\_ Négatif\_\_\_ Indéterminé\_\_\_

**SECTION 3 – DONNÉES DE LABORATOIRE (suite)**

3.3 Des tests de laboratoire ont-ils été effectués à l'extérieur du Canada? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

**Dans l'affirmative**, précisez : le laboratoire utilisé \_\_\_\_\_  
les tests \_\_\_\_\_  
les résultats \_\_\_\_\_

3.4 Le cas respecte les critères suivants de la définition de la maladie de Lyme donnée pour la surveillance :

Confirmé\_\_\_ Probable 1\_\_\_ Probable 2\_\_\_

**SECTION 4 – TRAITEMENT**

**Oui Non Inconnu**

4.1 Le patient avait-il des antécédents de piqûre de tique? \_\_\_\_\_

4.2 Le patient a-t-il été soigné à l'urgence? \_\_\_\_\_

**Dans l'affirmative**, il s'y était rendu en raison : d'une piqûre de tique\_\_\_ ou  
de symptômes de maladie de Lyme\_\_\_

4.3 S'il avait des antécédents de piqûre de tique, a-t-il reçu un traitement prophylactique? \_\_\_\_\_

**Dans l'affirmative**, précisez l'antibiotique : \_\_\_\_\_

Le traitement est : Terminé\_\_\_ En cours\_\_\_ Durée du traitement \_\_\_\_\_

4.4 Le patient a-t-il été hospitalisé pour être traité? \_\_\_\_\_

**Dans l'affirmative**, durée de l'hospitalisation \_\_\_\_\_

4.5 Liste des médicaments utilisés dans le traitement empirique ou définitif (sans inclure la prophylaxie)

Médicament	Oui	Non	Dose (par kg)	Fréquence (par jour)	Durée (en jours) (réelle ou prévue)
Amoxicilline					
Doxycycline					
Ceftriaxone					
Médicament anti-inflammatoire – autre :					

**SECTION 5 –RÉSULTATS DU TRAITEMENT (Il peut falloir un suivi pour remplir cette section. Si le résultat du traitement est encore inconnu, laissez tous les champs vides.)**

5.1 Le patient avait-il des symptômes récurrents ou persistants après un traitement recommandé d'antibiotiques par voie orale ou IV? \_\_\_\_\_

**Oui Non Inconnu**

**Dans l'affirmative**, précisez l'antibiotique : \_\_\_\_\_

**Dans la négative**, précisez les symptômes : \_\_\_\_\_

5.2 L'état du patient s'est-il amélioré grâce à un traitement subséquent aux antibiotiques? \_\_\_\_\_

**Dans l'affirmative**, précisez l'antibiotique et la voie d'administration : \_\_\_\_\_

**Dans la négative**, précisez les symptômes : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**SECTION 6 – ANTÉCÉDENTS D'EXPOSITION DANS L'ENVIRONNEMENT**

6.1 Le patient habitait-il ou s'est-il rendu dans une **région** endémique ou à risque\* **au Canada** dans les 30 jours précédant l'apparition des symptômes? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

\* Les régions endémiques et à risque connues au Canada incluent des parties du sud de l'Ontario, du Québec, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Manitoba et le sud de la Colombie-Britannique (voir la carte ci-incluse).

**Dans l'affirmative** : date : \_\_\_ / \_\_\_  
MM AAAA

Province \_\_\_\_\_ / Comté \_\_\_\_\_ / Ville \_\_\_\_\_ / Parc \_\_\_\_\_

6.2 Le patient habitait-il ou s'est-il rendu dans une région endémique de la maladie de Lyme à l'extérieur du Canada dans les 30 jours précédant l'apparition des symptômes? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

**Dans l'affirmative** : date : \_\_\_ / \_\_\_  
MM AAAA

États-Unis\_\_\_ Europe\_\_\_ Asie\_\_\_

État \_\_\_\_\_ / Ville \_\_\_\_\_ / Parc \_\_\_\_\_

**SECTION 6 – ANTÉCÉDENTS D'EXPOSITION DANS L'ENVIRONNEMENT (suite)**

6.3 Le patient avait-il des antécédents de piqûre de tique dans les 30 jours précédant l'apparition des symptômes?

Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_ **Dans la négative ou si la réponse est inconnue, passez à la question 6.4.**

**Dans l'affirmative :** Province\_\_\_\_\_ / Comté\_\_\_\_\_ / Ville \_\_\_\_\_ / Parc\_\_\_\_\_

6.4 Le patient se trouvait dans quel type d'environnement lorsqu'il a été piqué par la (les) tique(s)?

(Cochez toutes les réponses applicables)

Forêt\_\_\_ Parc national ou provincial\_\_\_ Jardin privé ou public\_\_\_ Parc municipal\_\_\_ Terres agricoles ou pré\_\_\_

Inconnu\_\_\_ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

6.5 Décrivez les activités auxquelles le patient s'adonnait lorsqu'il a été exposé à la (aux) tique(s)?

(Cochez toutes les réponses applicables)

Jeu\_\_\_ Promenade avec un chien\_\_\_ Pique-nique\_\_\_ Randonnée\_\_\_ Jardinage\_\_\_ Camping\_\_\_ Sports\_\_\_

Chasse ou pêche\_\_\_ Inconnu\_\_\_ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_ **J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir plus d'information au sujet de ce questionnaire, particulièrement si la section 5 n'est pas remplie lorsque je le remettrai.**

\_\_\_ **Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments d'information.**

**SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom\_\_\_\_\_ Nom\_\_\_\_\_

Adresse\_\_\_\_\_

Ville\_\_\_\_\_ Province\_\_\_\_\_ Code postal\_\_\_\_\_

Téléphone\_\_\_\_\_ Télécopieur\_\_\_\_\_

Courriel\_\_\_\_\_ Date de complétion\_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli ce formulaire.**

(ML 2014-07)