

"ATTENTION ! CRURALGIE"

A PROPOS DE 3 OBSERVATIONS ORIGINALES

N. HALMAGRAND*

Les "névralgies crurales" d'origine non discale relèvent d'étiologies très diverses, dont la fréquence d'ensemble est plus élevée que dans les sciaticques, ceci en raison de la situation du nerf crural, de ses racines et de ses branches.

Nous présentons 3 observations originales ; une fissuration d'un anévrisme de l'artère iliaque primitive droite, un "kyste synovial" de l'articulation coxo-fémorale développé au dépend du bourrelet et communiquant avec la bourse séreuse du psoas-iliaque, et une maladie de LYME à forme neurologique, qui illustrent bien la diversité des étiologies possibles des cruralgies non communes.

■ On entend par "cruralgies" ou "névralgies crurales" des douleurs consécutives à l'atteinte des racines du nerf, de son tronc ou de ses branches terminales.

■ Elles sont à différencier des douleurs crurales antérieures liées à une atteinte du bassin osseux, du fémur, de l'articulation coxo-fémorale, voire parfois de l'articulation fémoro-tibiale.

■ La "névralgie crurale", d'origine discale ou cruralgie commune est évoquée devant l'association de signes radiculaires, rachidiens et dure-mériens. Cette association n'est pas toujours constante et il faudra s'aider d'examen complémentaires (scanner, sacroradiculographie, I.R.M.) pour affirmer l'atteinte radiculaire mécanique.

Mais on retrouve bien souvent des lésions dégénératives vertébrales postérieures ou discales à ces examens, pouvant expliquer temporairement la symptomatologie, et passer ainsi à côté de la véritable étiologie.

Les "névralgies crurales" d'origine non discale, relèvent d'étiologies très diverses dont la fréquence d'ensemble est plus élevée que dans les sciaticques, ceci en raison de la situation du crural, de ses racines et de ses branches.

■ Situé en avant de l'axe rachidien, il est ainsi exposé à des compressions par des organes de l'abdomen ou du petit bassin eux-mêmes porteurs de lésions tumorales, infectieuses ou obstétricales.

■ Ce peuvent être également des affections nerveuses du plexus lombaire (neurinome, schwannome), des méningo-radiculites ou méningo-radiculo-névrites de toutes origines ou des atteintes rachidiennes propres (Spondylodiscites-tumeurs).

Ces 3 observations illustrent certaines de toutes ces étiologies. Elles sont suivies de commentaires concernant l'observation et le cadre nosologique dans lequel elles s'intègrent.

* Service de Rééducation et de Médecine orthopédique du Dr R. MAIGNE - Hôtel-Dieu de Paris 75004.

FISSURATION D'UN ANÉVRYSMES DE DE L'ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE DROITE

Monsieur K., 54 ans, insuffisant coronarien et porteur d'une surcharge pondérale moyenne, souffre depuis six mois de lombalgies d'allure mécanique, rapportées à une lombarthrose étagée touchant les disques et les articulaires postérieures.

Progressivement, les douleurs seront moins calmées par les antalgiques et les A.I.N.S. et se manifesteront également la nuit. Durant toute l'évolution, la biologie sera normale.

L'apparition d'une douleur crurale antérieure droite de topographie plutôt L4 va conduire Monsieur K. en milieu spécialisé où l'on constatera la discrétion des signes rachidiens en ne retrouvant qu'une sensibilité des articulaires postérieures lombaires basses, réveillée par l'hyperextension du rachis mais sans déclenchement de la douleur crurale. La manœuvre de lasègue inversé sera en revanche discrètement positive. La fosse iliaque interne droite était sensible à la palpation, sans perception de tuméfaction ni de souffle.

L'examen des membres inférieurs ne révélait qu'une très discrète parésie quadricipitale de sous-utilisation ; la marche normale et rapide accentuait la douleur crurale depuis une quinzaine de jours.

L'EMG ne retrouvera aucun argument électro-physiologique d'atteinte radiculaire ou tronculaire. C'est le scanner lombaire qui assurera le diagnostic, en montrant un anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale, athéromateux, calcifié, thrombosé, compliqué d'une fissuration intéressant la face droite de l'aorte abdominale sous rénale dans sa portion haute et sa face postérieure sous L3. L'extension de la fissuration se poursuivait sur les premiers centimètres de l'artère iliaque primitive droite (Fig. 1). Opéré en urgence, Monsieur K. bénéficiera d'une mise à plat greffe (prothèse aorto-bi-iliaque).

■ COMMENTAIRE

■ Généralement, les anévrysmes de l'aorte abdominale se révèlent par des douleurs typiquement épigastriques à irradiations dorsales, inguinales ou lombaires gauches. C'est beaucoup plus rarement qu'ils prennent le masque d'une affection digestive, urologique ou neuro-rhumatologique. Souvent, chez les sujets minces, l'anévrisme latent peut être dépisté par l'examen clinique.

■ Les signes neuro-rhumatologiques pouvant révéler un anévrisme de l'aorte abdominale sont rachidiens et/ou radiculo-tronculaires.

■ Les lombalgies chroniques ont un aspect inflammatoire, sont accompagnées d'irradiations basses avec recrudescence nocturne et sont associées à un syndrome rachidien souvent discret.

■ Les lombalgies sur-aigües traduisent une rupture anévrysmale massive.

■ Les lombalgies aigües intermittentes évoquent des fissurations répétées.

■ Les atteintes radiculaires ou tronculaires intéressent 8 fois sur 10 le côté gauche.

■ LA NÉVRALGIE SCIATIQUE est la plus fréquente des névralgies par anévrisme abdomino-pelvien. Elle peut être radiculaire (L5 ou S1) par anévrisme de l'hypogastrique ou de l'iliaque primitive, ou tronculaire par lésion de l'hypogastrique ou de l'une de ses branches (fessière et honteuse interne).

■ LA NÉVRALGIE CRURALE est susceptible de révéler un anévrisme de l'aorte abdominale ou des artères iliaques primitives. Elle s'accompagne classiquement de signes neurologiques déficitaires

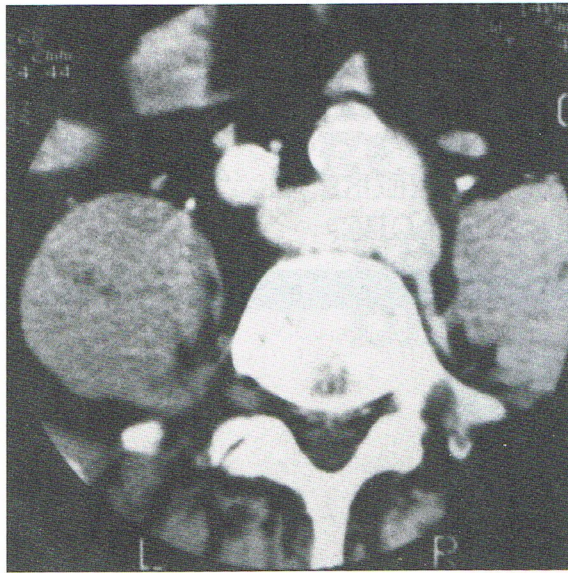
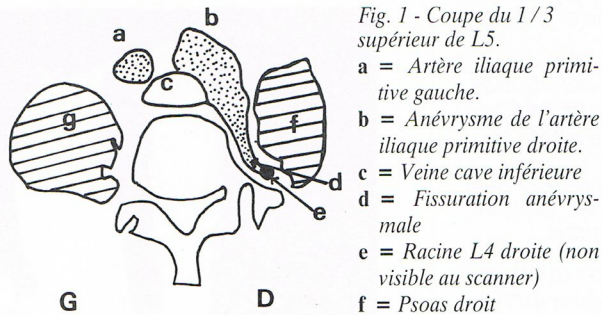


Fig. 1 - Coupe du 1/3 supérieur de L5.



a = Artère iliaque primitive gauche.
 b = Anévrisme de l'artère iliaque primitive droite.
 c = Veine cave inférieure
 d = Fissuration anévrys-male
 e = Racine L4 droite (non visible au scanner)
 f = Psoas droit

(amyotrophie quadricipitale, hypoesthésie cutanée, abolition du réflexe rotulien).

L'atteinte radiculaire du plexus lombaire, soit directement, soit par le biais d'une érosion vertébrale, est rare.

L'atteinte tronculaire par fissuration ou rupture de l'anévrisme dans le fascia iliaca est de loin la plus fréquente.

Dans les anévrismes de l'aorte abdominale, l'apparition d'une cruralgie est donc un signe avant-coureur d'une rupture franche, permettant ainsi un diagnostic précoce et un traitement en dehors de tout contexte d'urgence.

DANS NOTRE OBSERVATION, il n'existait aucun signe neurologique déficitaire clinique ou électrique. La cruralgie droite était liée à une fissuration de l'artère iliaque primitive droite sous le muscle psoas droit comprimant ainsi la racine L4 au niveau de son croisement sur l'apophyse transverse droite de L5 (Fig. 1).

■ Des névralgies obturatrices, fémoro-cutanées, génito-crurales ont été rapportées. Elles s'accompagnent presque toujours d'une atteinte du crural.

■ 2 COMPLICATIONS SONT A CRAINDRE :

- la thrombose du sac anévrysmal, pratiquement constante et muette mais qui peut rarement être responsable d'une thrombose du carrefour aortique ou de micro-embols distaux ;
- la rupture parfois responsable de mort subite.

Il faut s'attacher à déceler les signes pré-curseurs de fissuration :

- aggravation des douleurs spontanées ;
- modification de la tuméfaction si elle est palpable qui devient moins plusatile et plus sensible avec parfois présence de petits signes généraux (fébricule, anémie) ;
- Apparition de nouvelles douleurs.

En pratique, c'est l'échographie abdomino-pelvienne qui détecte les anévrismes abdominaux et ses complications (thrombose ou rupture). La tomodensitométrie avec injection intra-vasculaire de produit de contraste a l'avantage de mettre en évidence le stade fissuraire.

LECTURES CONSEILLÉES

J. NATALI -
 Traitement chirurgical des anévrismes de l'Aorte abdominale.
 Concours médical 10.10.1981 - 103-36.

P. RAUL et Collaborateurs -
 Manifestations rhumatismales des anévrismes de l'aorte abdominale et de ses branches terminales.
 Rhumatologie n° 3, tome 34, 1982, 139-144.

J. WERTHEIMER et Collaborateurs -
 Aspect anatomo-cliniques des anévrismes de l'aorte abdominale.
 Concours médical 03.10.1981, 103-35.

"Kyste synovial"

DE L'ARTICULATION COXO-FEMORALE COMMUNIQUE AVEC LA BOURSE SEREUSE DU PSOAS-ILIAQUE.

Monsieur L., 70 ans, se plaint depuis 12 mois d'une douleur de la région inguino-crurale, de type mécanique, irradiant à la face antéro-interne de la cuisse jusqu'au genou et prenant une topographie lombo-crurale lors de paroxysmes algiques. Ces paroxysmes apparaissent essentiellement lors des marches prolongées. D'autre part, Monsieur L. signale l'apparition d'un empâtement intermittent au niveau de l'aîne, et de quelques paresthésies à la face interne de la cuisse, au cours de ces longues marches.

Progressivement, ses douleurs seront plus constantes et parfois nocturnes. Les divers traitements initiaux antalgiques et anti-inflammatoires seront sans effet.

Cliniquement, on retrouve un rachis lombaire raide mais sans syndrome dure-mérien. La manœuvre de lasègue inversée est positive, associée à un discret psoïtis.

Sur le plan neurologique, il existe une diminution du réflexe rotulien et une discrète parésie quadricipitale, sans aucun signe sensitif objectif. On n'objective aucune tuméfaction de l'aîne, mais, en revanche, l'articulation coxo-fémorale est douloureuse en rotation interne et en extension.

Les radiographies standards notent la présence d'une lomboarthrose banale et l'intégrité des coxo-fémorales. La biologie est normale, de même que l'électromyogramme des membres inférieurs.

Ces signes discrets de souffrance de la hanche associées à la constatation par le patient de cet empâtement intermittent nous conduiront à demander une arthrographie qui fera le diagnostic (Fig. 2 et Fig. 3).

Celle-ci montre, dès l'injection des premiers cm³ de produit de contraste, une opacification de la bourse du psoas communiquant largement avec l'articulation et dont la capacité totale est de 18 cm³.

L'intervention confirmera la présence d'une communication entre la bourse du psoas et l'articulation et retrouvera un kyste synovial, développé au dépend de la partie antérieure du bourrelet, qui sera réséqué. Ce Kyste synovial communique avec la bourse du psoas (Fig. 2 et Fig. 3).

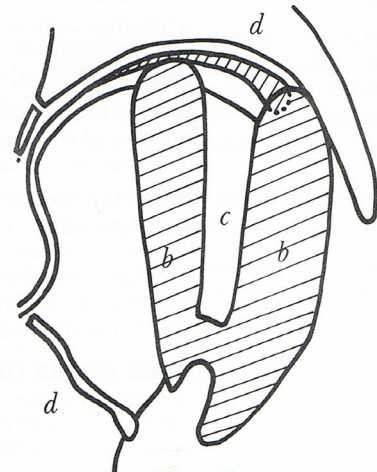


Figure 2

a "Kyste synovial" développé sur la partie antérieure du bourrelet et communiquant avec la bourse séreuse du psoas.

b Bourse du psoas.

■ COMMENTAIRES

■ Pendant quelques mois, le diagnostic de cruralgie commune était retenu du fait des quelques signes lombaires cliniques et radiologiques, de l'intégrité radiologique des coxo-fémorales, également par la rémission transitoire des symptômes après injection intra-thécale d'un cortico-stéroïde et la présence d'une hyperalbuminorachie isolée à 0,8 g/litre.

Une artérite avait été également évoquée devant ce tableau de claudication intermittente, puis récusée par l'artériographie strictement normale.

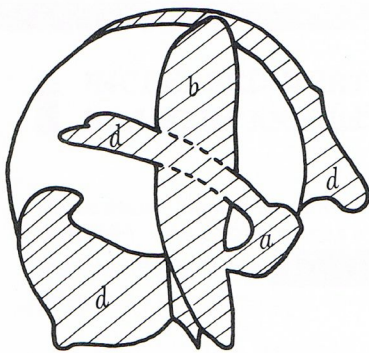


Figure 3

c Zone de passage du psoas-iliaque séparant la bourse en 2 parties.

d Arthrogramme normal.

Rappelons que toute douleur de hanche provoquée par sa mobilisation passive, est à priori suspecte et doit conduire à des examens complémentaires (1) (arthrographie et/ou scanner), si les clichés standards sont normaux ou non concluants, et à fortiori si existent des signes locaux (empâtement-tuméfaction).

■ **LES AFFECTIONS DES BOURSES SÉREUSES**, qui sont le plus souvent de nature inflammatoire, sont dénommées bursites. Les kystes synoviaux sont des atteintes des bourses séreuses qui communiquent ou qui ont communiqué avec l'articulation.

Ces kystes synoviaux vrais sont à différencier des kystes "dits synoviaux", du poignet et du pied qui paraissent, quant à eux, liés à une dégénérescence colloïde du tissu conjonctif juxta-articulaire ou juxta-tendineux.

- **Au niveau de la hanche**, il existe trois bourses séreuses profondes : trochantérienne en dehors, ischiatique en arrière et du psoas-iliaque en avant (Fig. 4)
- Les bursites non spécifiques sont consécutives à un traumatisme, ou à des microtraumatismes, mais parfois aucune cause n'est retrouvée.
- La bourse séreuse du psoas-iliaque ne communique pas avec l'articulation à la

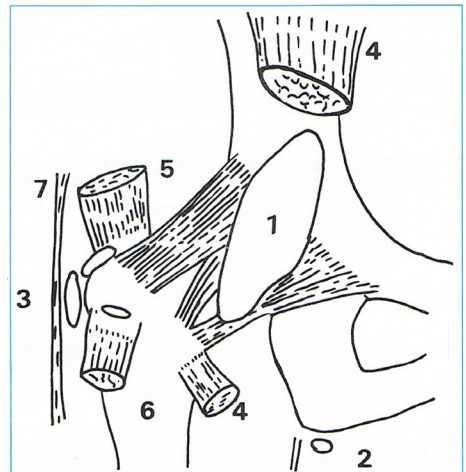


Fig. 4 - Les bourses séreuses de la hanche.

- 1 = Bourse du psoas-iliaque
- 2 = Bourse ischiatique
- 3 = Bourses prétrochantériennes
- 4 = Psoas iliaque
- 5 = Moyen fessier
- 6 = Petit fessier
- 7 = Grand fessier

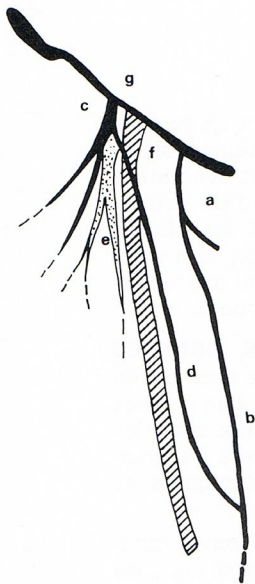


Figure 5

a = branche antérieure du nerf obturateur.

b = rameau cutané de l'obturateur.

c = nerf musculo-cutané externe.

d = branche anastomotique du musculo-cutané externe avec le rameau cutané de l'obturateur.

e = nerf du quadriceps.

f = artère fémorale.

g = arcade crurale.

naissance, mais une communication s'établit dans 15 % des cas environ, à l'âge moyen de la vie, par dégénérescence des tissus capsulo-adipeux, analogue à celle de l'articulation acromio-humérale.

- La présence d'une tuméfaction permanente définit le kyste synovial.
- L'existence d'une coxopathie sous-jacente est fréquente (50 % des cas).
- Le traitement consiste en une ponction évacuatrice, suivie d'injection d'un corticostéroïde, mais généralement le résultat est temporaire et l'exérèse est conseillée.
- Les bursites spécifiques sont d'origine infectieuses, rhumatismales, métaboliques ou exceptionnellement tumorales.

■ **DANS NOTRE OBSERVATION**, il y avait un remplissage intermittent de la bourse séreuse, apparaissant au cours des efforts prolongés et responsable de cette pseudo-claudication. Dans ce cas, l'arthrographie est supérieure au scanner qui lui, ne détecte que les kystes synoviaux permanents.

- Le "kyste synovial" visible sur l'arthrographie, et retrouvé à l'intervention, s'apparente davantage à un kyste "dit synovial" du poignet ; celui-ci ayant communiqué secondairement avec la bourse du psoas-iliaque.
- Les paresthésies de la face interne de la cuisse étaient très vraisemblablement liées à un syndrome compressif

intermittent de la branche anastomotique du nerf musculo-cutané-externe avec la branche antérieure du nerf obturateur.

Cette branche anastomotique croise, juste en dessous de l'arcade crurale, l'artère fémorale (Fig. 5).

- Lors des marches prolongées, la combinaison du remplissage de la bourse séreuse et de l'augmentation de la pulsativité fémorale, devait déterminer un discret "syndrome des loges". A l'extrême, la compression était plus franche et entraînait une extension du trajet douloureux à l'ensemble du crural, comme on le voit parfois dans certains syndromes du canal carpien.

Il s'agissait donc bien d'une cruralgie bien que la lésion initiale intéressait l'articulation coxo-fémorale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - M. LEDOUX, J.Y. MAIGNE et R. MAIGNE.
Fissuration du bourrelet cotyloïdien. Une cause de blocage et de douleurs de hanche.
Revue du Rhumatisme. Nov. 1986 N° 11. 657-658.

LECTURE CONSEILLÉE

- G. VALENSIN, T. GLIMET -
Bursites et kystes synoviaux de la hanche.
In "Actualités Rhumatologiques 1984" - L'Expansion Scientifique Française.

INFECTION A BORRELIA BURGDOFERI (B.B.)

*Maladie de LYME
à forme neurologique.*

Monsieur D., 57 ans, consulte pour des douleurs crurales gauches, d'intensité modérée, accompagnées de quelques lombalgies basses à prédominance nocturne.

Les symptômes évoluaient depuis 4 semaines et étaient apparus après une journée de "débroussaillage" en Seine et Marne. L'association repos, antalgiques et A.I.N.S. sera sans effet favorable. Un état anxieux avec trouble de l'humeur rendra particulièrement délicate l'analyse des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

La notion oubliée d'une plaque érythémateuse fugace

sur la face antéro-interne du genou gauche, survenue 3 jours avant ses douleurs, pourra tout de même être rappelée.

Le rachis était globalement enraidit avec des signes discrets de souffrance des étages L3-L4 et L5-S1. Il existait une hypoesthésie douloureuse L4 gauche avec légère diminution du réflexe rotulien. La manœuvre de Léri était peu significative, l'état général bon.

Les radiographies standards et la biologie étaient normales ; le scanner montrant une protusion L3-L4 gauche et L5-S1 médiane, sans modification des racines.

La douleur radicaire va nettement s'améliorer pendant 8 jours, après une injection épidurale d'un dérivé cortisoné.

En revanche, les troubles de l'humeur vont s'accroître. C'est alors qu'apparaît brutalement un tableau d'atteintes polyradiculaires des membres inférieurs prédominant sur les racines L3 et L4 droites, s'accompagnant de petits troubles sphinctériens, d'une hypoesthésie sacro-périnéale, et de quelques signes pyraminaux des membres inférieurs. L'anamnèse et l'aspect clinique conduiront à l'étude du L.C.R. qui révélera une protéinorachie à 1,50 g/litre avec 327 éléments dont 82 % de lymphocytes et 16 % de plasmocytes.

Bien que fortement suspecté, le diagnostic de maladie de LYME sera mis en doute par la présence inhabituelle de cette plasmocytose intrathécale et par les contradictions des premiers résultats sérologiques :

- positif au 1/256 pour l'institut Pasteur et
- négatif pour l'institut Alfred-Fournier.

Ces résultats contrôlés laisseront le diagnostic en suspens, notamment avec une maladie de KAHLER débutante à forme neuro-méningée, d'autant que la biopsie médullaire révélera une plasmocytose à la limite du pathologique.

C'est en définitif la recherche d'anticorps anti B.B dans le L.C.R qui tranchera en donnant un résultat positif au 1/100 pour les IgG, négatif pour les IgM (institut Alfred-Fournier). Dès lors, la mise en route d'un traitement par Pénicilline I.V, à raison de 20 M. d'unités par jour pendant 10 jours, entraînera une amélioration spectaculaire de l'état du patient.

Le second prélèvement sérique donnera les mêmes résultats, le 3^e effectué 4 semaines plus tard se révélera positif au 1/1024^e (l'institut Pasteur).

Par ailleurs, l'immunomarquage fait sur la biopsie médullaire conclura à une plasmocytose réactionnelle polytypique comprenant une vive positivité aux IgA, plus faible positivité aux IgG mais sur un plus grand nombre de plasmocytes, tandis que les plasmocytes à IgM seront très rares et à faible positivité intracytoplasmique.

■ COMMENTAIRES

Les infections à B.B sont des spirochètes dont les manifestations cliniques sont aussi polymorphes que dans la syphilis.

L'Agent vecteur est un Ixode de l'ordre des acariens (tique de chevreuil, rongeur, ovin, lapin ou chien), qui transmet l'agent contaminant à l'homme après morsure.

La contamination est maximale en été et en automne.

Comme la syphilis, la maladie évolue en trois stades :

■ STADE I

(premier mois d'infection)

Il est caractérisé par l'Erythème chronique Migrant, qui est le signe cutané le plus fondamental par sa fréquence, sa chronologie et son rôle dans le diagnostic. Il apparaît dans les jours ou les semaines suivant la morsure, le plus souvent localement.

C'est, au début, une maculo-papule dont la taille peut atteindre progressivement plusieurs dizaines de centimètres de diamètre. Elle peut disparaître en quelques semaines ou persister.

Des formes atypiques sont décrites : urticariennes, colorations bleuâtres, voire purpuriques. Dans notre observation, il s'agissait d'une lésion urticarienne fugace, particulièrement trompeuse.

Des signes généraux peuvent être associés : céphalées, asthénie, fièvre, myalgies, arthralgies.

■ STADE II

(de 1 à 4 mois après l'installation de la maladie)

C'est le stade des complications rhumatologiques, neurologiques et cardiaques.

Ces atteintes ne sont pas nécessairement associées. En Europe, les lésions neurologiques sont les plus fréquentes.

Les atteintes rhumatologiques sont des mono, oligo ou polyarthrites intermittentes, migratrices et régressives, touchant souvent les grosses articulations proches de la morsure de tique (genoux - chevilles).

La méningo radiculite est l'atteinte neurologique la plus classique. Toute lomboradiculalgie atypique (mal systématisée et souvent bilatérale) doit faire évoquer le diagnostic.

Il peut s'agir également d'une méningo-radiculo-névrite (l'atteinte du nerf facial uni ou bilatérale est évocatrice), d'une méningo-encéphalite avec trouble de l'humeur et de la conscience, ou de lésions médullaires avec signes pyramidaux.

Dans notre observation, il s'agissait d'une méningo-radiculo-encéphalite avec atteinte médullaire, ayant débuté par une simple radiculalgie crurale dans le territoire de la morsure. Cette radiculalgie a évolué isolément pendant 5 semaines avant la diffusion de l'atteinte neurologique.

D'autre part, cette cruralgie était apparue seulement trois jours après la lésion cutanée, contrairement aux données classiques qui situent les atteintes neurologiques quelques semaines après la morsure.

Les lésions cardiaques sont plus rares : bloc auriculo-ventriculaire, péricardites aiguës, insuffisance cardiaque congestive.

■ STADE III

(3 à 5 mois ou plus après l'installation de la maladie)

On y observe des arthrites ou polyarthrites chroniques, des atteintes chroniques neurologiques (encéphalite démyélinisante), ou des lésions cutanées à type d'acrodermite chronique atrophique.

■ DIAGNOSTIC

Le polymorphisme clinique et le chevauchement possible des différents stades (2) posent de nombreux problèmes diagnostiques.

Aux stades I et II de la maladie (qui intéressent le médecin praticien), il faut s'attacher à rassembler un faisceau d'arguments cliniques et biologiques :

Le caractère saisonnier et régional de l'affection, la notion d'une piqûre et à fortiori d'une morsure de tique, la présence d'une lésion cutanée préalable (érythème chronique migrant ou lésion plus fugace, urticarienne), les résultats sérologiques et la réponse au traitement antibiotique.

■ SÉROLOGIE

Aux stades I et II de la maladie, on note une franche élévation des taux d'anticorps (Immunofluorescence indirecte ou ELISA).

Cette sérologie est d'interprétation difficile et mérite une discussion sous forme de réponses à 3 questions :

1 Comment interpréter et quelle valeur donner à la sérologie ?

Elle doit être appréhendée comme une présumption supplémentaire venant à l'appui du diagnostic clinique. Sa sensibilité est appréciée à 95 % au seuil de 1/256 en immunofluorescence avec une spécificité de 97 % (la syphilis étant écartée). L'augmentation du taux de positivité est bien entendu un argument majeur, mais son attente retarde l'établissement du diagnostic et la mise en route du traitement. D'autre part, cette augmentation n'est pas constante.

La sensibilité dépend de plusieurs facteurs :

- les antigènes exprimés par le spirochète ne sont pas les mêmes à tous les stades de la maladie. Certains antigènes de la phase primaire disparaissent et sont remplacés par d'autres, dans les phases ultérieures.
- La structure d'un antigène donné peut se modifier dans le temps et la responsabilité de plusieurs Borrélia est fortement suspectée.
- Les taux d'IgM spécifiques remontent à chaque poussée évolutive. Aucune conclusion d'infection récente ne peut y être rattachée.

Dans notre observation, on notera l'absence d'IgM dans le L.C.R., bien que la contamination soit récente, et la présence de très rares plasmocytes à IgM dans la moëlle. En revanche, il faut signaler la forte positivité à IgA.

Cette importante réaction plasmocytaire chez notre patient, témoigne de l'importance de la réaction immunitaire.

2 Quel est l'intérêt d'effectuer des réactions sérologiques dans le L.C.R. ?

Il est double ;

- d'une part, il permet de faire le diagnostic des formes neurologiques centrales ou périphériques des stades II ou III, quand l'érythème chronique migrant est absent ou est passé inaperçu et que les réactions sériques sont négatives. Les cas sont rares mais existent (BARANTON).
- d'autre part, il permet souvent un diagnostic plus précoce des stades II ; la positivité sérique étant très souvent retardée. On sait actuellement l'importance d'un traitement précoce au stade II afin d'éviter les complications du stade tertiaire (3).

Dans le L.C.R., le taux est considéré comme positif à la dilution du 1/4. Dans notre observation, cette réaction était positive au 1/100 pour le laboratoire de l'institut Alfred-Fournier qui d'autre part, donnait un résultat négatif dans le sérum. Cet aspect témoigne de la très forte réaction immunologique dans le L.C.R.

3 Que penser des discordances sérologiques constatées entre les laboratoires ?

Elle peut provenir de différences techniques ou d'antigènes (il existe plusieurs sérotypes), mais également de variations antigéniques qui sont un caractère classique chez les Borrelia. Il y aurait ainsi une hétérogénéité des souches entre les laboratoires.

En ce qui concerne notre observation, les discordances ne peuvent s'expliquer que par des seuils de significativité différents, les deux laboratoires utilisant les mêmes souches antigéniques.

■ TRAITEMENT

La majorité des auteurs s'accorde pour conseiller les cyclines dans les formes récentes ou exclusivement cutanées. Les stades secondaires ou tertiaires seront traités par la Pénicilline G 20 M. unités I.V./jour pendant 10 à 15 jours, complétée pour certains par l'ampicilline en raison de son passage plus facile à travers la barrière hémato-méningée.

Un traitement antibiotique précoce, au stade primaire, n'évite pas toujours la survenue de manifestations cliniques ultérieures mais peut empêcher la positivité de la sérologie.(1).

Cette observation met en relief toute la complexité des affections secondaires à une contamination par B.B.

Rappelons que le diagnostic des affections à B.B est avant tout clinique quel que soit le type et le stade de la maladie. Parmi les signes cliniques, la notion d'un érythème chronique migrant, précédant l'atteinte systémique, est un élément déterminant.

Les sérologies sont importantes pour le diagnostic mais avec les réserves que nous avons détaillées.

L'efficacité du traitement antibiotique constitue, dans certains cas, un argument pour le diagnostic de cette maladie infectieuse dont les multiples aspects font qu'elle s'apparente davantage à une parasitose.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - DATTWYLER R.J et Coll.
Maladie de LYME séronégative après un traitement antibiotique précoce.
Abstract n° 159, A.R.A. 1987.
- 2 - BARANTON.
Maladie de LYME. Une terminologie récente pour un complexe pathologique oublié.
Annales de pédiatrie. Vol 34, 8, octobre 1987.
- 3 - BENHAMOU C.L., GAUVAIN J.B..
La maladie de LYME : plusieurs questions restent posées.
La lettre du rhumatologue, Décembre 1987.

LECTURE CONSEILLÉE

- GIRAUDET J.S. AWADA H. .**
La maladie de LYME : derrière une sciatique peut se cacher une tique.
Rhumatologie pratique, 14, 27 octobre 1987.

Ces 3 observations amènent les observations suivantes :

■ L'analyse sémiologique est primordiale. Elle s'attache à rechercher les signes radiculaires ou tronculaires classiques, mais également les signes d'un syndrome cellulo-périosto myalgique, évocateurs d'une atteinte vertébrale sans préjuger de son étiologie ;

■ Le signe de lasèque inversé, ou signe de LERI, n'est pas un signe spécifique d'une origine vertébrale mais d'une "névralgie crurale" commune ou non.

■ L'examen clinique de toute cruralgie doit s'accompagner d'une étude des organes abdomino-pelviens, des articulations coxo-fémorales et fémoro-tibiales, et des axes vasculaires.