

La Nutrition.fr : Richard Horowitz, que doit-on faire si on est mordu par une tique ?

Dr Richard Horowitz :

Le traitement dépend de quelle tique vous a mordu et de combien de temps elle est restée accrochée. Les femelles des tiques trouvées sur les cervidés (*Ixodes scapularis* aux USA et *Ixodes ricinus* en Europe) sont aujourd'hui porteuses d'un grand nombre de bactéries, virus et parasites. Ainsi, il suffit d'une morsure de 15 minutes pour être infecté par le virus de Powassan. Il est donc conseillé d'ôter toute tique découverte le plus vite possible, soit avec une pince à épiler, soit à l'aide de ces petits crochets spéciaux que l'on glisse entre la peau et la tique avant de tourner pour retirer le parasite en entier, tête comprise. Éventuellement, la placer dans un flacon ou un sac en plastique avec un brin d'herbe pour la faire analyser ultérieurement par un laboratoire spécialisé. En effet, toutes les tiques ne sont pas infectées par *Borrelia burgdorferi*, le microbe qui provoque la maladie de Lyme.

Faut-il attendre l'apparition de la rougeur caractéristique avant de voir un médecin, ou au contraire se faire prescrire des antibiotiques ? Lesquels ? Combien de temps ?

Aux États Unis, environ la moitié des patients mordus par une tique ne présente aucun érythème et seulement moins de 25 % d'entre eux ont l'aspect caractéristique d'une cible (érythème migrant ou EM). Il s'agit parfois d'une éruption cutanée rouge qui s'étend et ressemble à une infection cutanée (cellulite) ou une morsure d'araignée. Si vous habitez une région où la maladie de Lyme est endémique et si vous découvrez une tique accrochée depuis plusieurs heures, je vous conseille de consulter rapidement un médecin pour qu'il vous prescrive un traitement par doxycycline, que vous présentiez l'éruption cutanée caractéristique ou pas. Cet antibiotique traite la majorité des infections transmises par les tiques. Je le prescris généralement à raison de 100 à 200 mg, 2 fois par jour, pendant quatre semaines

au maximum. On peut également utiliser une céphalosporine de seconde génération telle que le céfuroxime chez l'enfant de moins de 12 ans dont la dentition adulte n'est pas complète (les tétracyclines risquent d'altérer la couleur des dents), et chez les personnes qui travaillent à l'extérieur et sont exposées au soleil (les tétracyclines peuvent provoquer une hypersensibilité aux rayons UV et déclencher de graves coups de soleil). La posologie dépendra du poids du patient. Elle peut aller de 250 mg, 2 fois par jour chez l'enfant (moins chez les bébés), à 500 mg, 2 fois par jour chez l'adulte. Si vous tombez malade en dépit de la prise d'antibiotiques contre la maladie de Lyme, c'est que le médicament n'était pas actif sur toutes les infections transmises par la tique et des examens complémentaires seront nécessaires.

Les morsures de tiques sont-elles le seul vecteur d'infection de Lyme ? Qu'en est-il de la transmission par rapports sexuels ? Des transfusions ?

Le principal mode de transmission de la maladie de Lyme est la morsure de tique. Cependant, de récentes études ont montré que *Borrelia burgdorferi* pouvait être retrouvée dans le sperme et les sécrétions vaginales. La transmission par voie sexuelle est donc probable, mais nos informations sont insuffisantes à ce jour pour en déterminer la fréquence. Il faudrait mettre en place des études complémentaires. Ce que nous savons, c'est qu'à l'instar de la babésiose (maladie ressemblant au paludisme) et la bartonellose (variante de la maladie des griffes du chat que l'on retrouve chez les tiques), la maladie de Lyme peut être transmise au fœtus par sa mère, entraînant alors maladie fœtale et/ou décès. Il est également démontré que l'anaplasmose et la babésiose sont transmissibles par voie sanguine (transfusions). Il convient donc de faire particulièrement attention à ces différents modes de contamination si nous souhaitons protéger les populations des effets dévastateurs des maladies transmises par les tiques.

Comment en êtes-vous venu à soigner les patients atteints de Lyme ?

À la fin de mes études de médecine à l'université libre de Bruxelles, en Belgique, je suis revenu aux États Unis et j'ai fait mes

trois années d'internat dans un service de médecine interne de l'hôpital d'Elmhurst, dans le quartier du Queens. J'ai ensuite déménagé à Hyde Park, à deux heures au nord de New York, où l'on m'avait proposé un poste de directeur médical adjoint au Vassar Brothers Hospital. À l'époque, je ne m'étais absolument pas rendu compte que je m'installais dans l'une des régions américaines à plus forte densité de maladie de Lyme (ML). Je m'en suis vite aperçu lorsque j'ai reçu plusieurs nouveaux patients atteints de ML par jour. Beaucoup s'amélioraient après un traitement précoce, mais certains développaient des symptômes chroniques persistants : fatigue écrasante, maux de tête, douleurs musculaires et articulaires, problèmes de mémoire. Mes maîtres m'ont toujours encouragé à rechercher l'origine des problèmes. J'ai donc entamé un long voyage pour découvrir les raisons du mauvais état chronique de ces patients. Vingt-sept ans plus tard, après avoir soigné plus de 12000 patients provenant de toutes les régions des États Unis et d'Europe, j'ai compris que ces personnes continuaient à être malades après avoir été soignées pour une ML pour de nombreuses raisons. J'appelle cette pathologie le syndrome infectieux multisystémique de Lyme ou SIMS-ML. Le SIMS regroupe seize pathologies potentiellement concomitantes qui contribuent à la persistance des symptômes de certains patients souffrant de ML.

Comment approcher ce syndrome ?

Par ma grille d'évaluation des SIMS, dont le premier point concerne les infections. De nos jours, les tiques sont porteuses de nombreuses infections bactériennes, virales et parasitaires, qu'elles inoculent en même temps que *Borrelia burgdorferi*, la bactérie responsable de la ML. Les patients souffrant de co-infections sont beaucoup plus malades et moins sensibles aux traitements conventionnels. De plus, certaines co-infections sont difficiles à dépister avec les analyses sanguines habituelles.

Les patients qui présentent un SIMS-ML possèdent souvent aussi des signes de dysfonctionnement immunitaire, d'inflammation, d'intoxication par des toxines environnementales et/ou des métaux lourds, de troubles de la détoxification, de carences nutritives, d'anomalies hormonales, de troubles du sommeil, de dysfonctionnement mitochondrial, d'allergies et d'hypersensibilités

alimentaires, de dégradation de l'état général avec perturbation du système nerveux autonome (qui régit le rythme cardiaque, la tension artérielle et le système digestif). Chacun de ces facteurs peut induire la chronicisation de la maladie.

De nombreux médecins restent fidèles au postulat de Pasteur comme quoi il y aurait une seule cause à chaque maladie. Cependant, ceci ne s'applique pas aux patients atteints d'un SIMS-ML.

Combien de personnes sont atteintes par la maladie de Lyme aux États-Unis ?

Le CDC (centre d'épidémiologie américain) s'est récemment aperçu que le nombre de cas de ML aux États-Unis était dix fois plus important qu'on ne le pensait. Le chiffre officiel est passé de 30 000 cas en 2012 à 300 000 nouveaux cas par an actuellement. Et encore, l'incidence réelle est sans doute plus élevée puisque le CDC a signalé que 0,3 % de la population américaine était atteinte cette année-là, ce qui donnerait une incidence plus proche des 900 000 nouveaux cas par an (en 2012, la population des États-Unis était supérieure à 300 millions). La prévalence réelle de la ML aux États-Unis est d'autant moins bien reflétée que les chiffres cités n'incluaient pas les résultats de tous les laboratoires effectuant des dépistages de MVT et que l'échantillon n'était pas représentatif pour les états où la ML est endémique, l'État de New York, par exemple. Autre cause de sous-estimation : le protocole d'analyses en deux étapes qu'ils ont utilisé (un test ELISA, suivi d'un Western Blot) dont l'insensibilité est notoire et qui est réputé passer à côté de la moitié des cas de ML. Enfin, l'enquête n'a pas tenu compte des autres souches de *Borrelia* qui déclenchent des maladies similaires à la ML (*Borrelia miyamotoi*, par exemple). Pas plus qu'elle n'a tenu compte des co-infections et des diagnostics erronés de syndrome de fatigue chronique, de fibromyalgie et de SEP. J'estime donc que le nombre de nouveaux cas aux États Unis se situe entre un et deux millions de personnes par an.

Et en Europe ?

L'incidence réelle est difficile à déterminer pour l'Europe puisque de nombreux pays ne recherchent pas efficacement cette

maladie ou utilisent des méthodes de dépistage défectueuses. Il existe de nombreuses souches de *Borrelia* en France et à travers l'Europe : *Borrelia burgdorferi* stricto sensu aux USA, en Europe et en Afrique du Nord ; *Borrelia afzelii* en Europe et en Asie, plusieurs sérotypes de *Borrelia garinii* en Europe, Asie et Afrique du Nord, *Borrelia valaisiana*, *Borrelia lusitaniae* au Portugal, en Italie et en Afrique du Nord, et *Borrelia spielmanii* aux Pays-Bas, en Allemagne, en Hongrie et en Slovaquie. On ne peut pas demander à un test Western blot qui utilise une seule souche de *Borrelia* (cas le plus habituel) de déceler toutes ces souches différentes.

Lorsque je viens parler en Europe, je suis toujours étonné et attristé par le nombre de personnes qui souffrent de MVT dans des pays tels que la France, la Belgique et la Norvège. Ces patients me racontent tous la même chose. Voilà des années qu'ils sont malades et errent de médecin en médecin à la recherche d'un diagnostic alors qu'en fin de compte ils souffrent d'une ML avec co-infections transmises par les tiques. Il est urgent que chaque gouvernement européen mette en place un plan spécifique d'examen des tiques et détermine l'incidence réelle de ML et de MVT dans son pays.

Qu'est-ce qui rend cette maladie si difficile à diagnostiquer et à traiter ?

Comme je l'ai dit, les tiques peuvent être infectées par plusieurs souches de *Borrelia*. Plus de 100 souches différentes ont été dénombrées aux États Unis et plus de 300 au niveau mondial. Toutes ne peuvent pas être détectées par les tests sanguins standards. Les services de santé de l'État de New York et le CDC ont mené à bien une étude qui a révélé que plus de 81% des patients qui n'avaient jamais présenté d'érythème migrant caractéristique n'étaient pas détectés par le protocole conventionnel de dépistage en deux temps. Les co-infections transmises par les tiques sont aussi responsables de la chronicisation de nombreux patients et leur dépistage est également peu fiable. Ces infections restent souvent non détectées parce que les analyses standards ne sont pas assez sensibles pour déceler la présence de ces micro-organismes qui

sont capables de se cacher du système immunitaire.

Les patients continuent à être malades en dépit d'antibiothérapies apparemment adéquates parce que beaucoup de ces co-infections persistent et provoquent inflammation et dysfonctionnement immunitaire. Ces infections déclenchent la libération de molécules appelées cytokines qui sont responsables de nombre des symptômes observés en cas de ML, notamment la fatigue, les douleurs musculaires et articulaires, les troubles de la mémoire et de l'attention ainsi que les troubles de l'humeur. Si nous ne traitons pas simultanément les trois « I » (infection, immunité et inflammation), les patients ne guériront pas.

Enfin, la majorité des médecins nient l'existence de causes plurifactorielles et ignorent le concept de SIMS. C'est un peu comme si un patient venait consulter pour une douleur au pied, provoquée par la présence de 16 clous. Si vous ne retirez pas tous les clous, le patient n'ira pas mieux. Vous trouverez dans mon livre le détail des 16 facteurs concomitants pouvant favoriser la chronicisation.

Vidéo : [HYPERLINK "https://www.youtube.com/watch?v=iB7oq6MuLf4"](https://www.youtube.com/watch?v=iB7oq6MuLf4) \n [_blank](#) [Richard Horowitz parle de la maladie de Lyme](#) voir aussi [HYPERLINK "https://www.youtube.com/watch?v=sOIZBfe6Yt4"](https://www.youtube.com/watch?v=sOIZBfe6Yt4) \n [_blank](#) [cette vidéo](#)

Quels sont les symptômes les plus fréquents quand on a Lyme ?

La majorité des patients souffrant de ML se plaignent de troubles multisystémiques, c'est-à-dire qu'ils présentent de nombreux symptômes simultanément. Les plus fréquents sont la fatigue, les douleurs articulaires, musculaires ou neurologiques s'exprimant régulièrement dans différentes parties du corps, les maux de tête, une raideur de la nuque, une hypersensibilité au bruit et à la lumière, des étourdissements, des troubles de la mémoire et de l'attention, des troubles du sommeil dont des difficultés d'endormissement ou des réveils en milieu de nuit, ainsi que des problèmes psychiatriques (particulièrement dépressions,

angoisses, TOC et psychoses). Ces symptômes vont et viennent de façon irrégulière, certains jours étant meilleurs que d'autres. Chez les femmes, ils sont souvent aggravés à certains moments du cycle menstruel (juste avant, pendant ou après les règles). Ils sont aussi parfois aggravés ou soulagés par la prise d'antibiotiques. Ceci est dû au fait que la destruction de la bactérie par les antibiotiques peut donner lieu à une exacerbation passagère des symptômes que l'on appelle « réaction de Jarish-Herxheimer ». Lorsque le patient souffre de babésiose, une maladie proche du paludisme, il se plaindra également de sueurs abondantes jour et nuit, de frissons, de toux inexplicée avec respiration de Kussmaul (où le patient a beaucoup de mal à reprendre son souffle). Les personnes qui souffrent en même temps d'une ML et d'une babésiose sont beaucoup plus sévèrement atteintes et rebelles aux traitements standards.

Si les tests biologiques ne sont pas fiables, comment savoir si on est atteint ?

Le diagnostic de la maladie de Lyme est essentiellement clinique et nul ne devrait se fier exclusivement aux analyses sanguines comme le recommande aux Etats-Unis le CDC. Je veux dire que c'est au médecin de repérer les symptômes caractéristiques de ML et d'écarter les autres pathologies possibles si les analyses sanguines s'avèrent négatives. Vous trouverez dans mon livre un bon moyen d'évaluer la probabilité d'avoir une ML ou une MVT. Il s'agit du questionnaire SIMS-ML de Horowitz.

Répondre au [HYPERLINK "http://www.thierrysouccar.com/sante/info/lyme-le-questionnaire-symptomatologique-du-dr-horowitz-2181"](http://www.thierrysouccar.com/sante/info/lyme-le-questionnaire-symptomatologique-du-dr-horowitz-2181)
[\n _blankquestionnaire SIMS-ML de Horowitz](#)

Nous l'avons récemment validé pour la seconde fois chez plus de 500 patients et les chercheurs de l'université de New Paltz l'ont déclaré valide et utile comme outil de dépistage. Un score total supérieur à 46 indique une forte probabilité de maladie vectorielle à tique. Si l'on effectue alors des analyses sanguines chez un laboratoire fiable (aux États-Unis, par exemple, IgeneX utilise plus d'une souche de Borrelia), et si l'on étudie les bandes du Western Blot (chaque bande représente une protéine précise de la surface

du microbe) on peut déterminer la probabilité d'exposition : pour la maladie de Lyme, ce sont les bandes 23, 31, 34, 39, et 83/93 qui sont intéressantes. L'administration du questionnaire, l'écartement d'autres pathologies possibles et la recherche de protéines spécifiques sur le Western Blot devraient permettre d'établir ou d'écarter le diagnostic de façon assez fiable.

Vous faites un lien entre des maladies comme la fatigue chronique, la fibromyalgie, des maladies auto-immunes comme la polyarthrite et Lyme. Cela voudrait dire que dans de nombreux cas, ces patients sont en réalité infectés par des bactéries transmises par les tiques ? Dans quelles proportions et comment savoir ?

D'après mon expérience personnelle, la majorité des patients souffrant de syndrome de fatigue chronique, de fibromyalgie, ou de pathologies auto-immunes de type polyarthrite rhumatoïde, SEP ou lupus, présentent plusieurs étiologies concomitantes, plusieurs choses les rendent malades. Il s'agit notamment d'infections bactériennes, virales, parasitaires et fongiques ainsi que de nombreux autres facteurs que vous trouverez sur la grille d'évaluation des SIMS : intoxication par toxines environnementales de type métaux lourds ou moisissures, problèmes de détoxification, allergies et hypersensibilités alimentaires, dysbioses intestinales, troubles du sommeil, carences nutritionnelles, dysfonctionnements mitochondriaux, troubles hormonaux et dysfonctionnement du système nerveux autonome. Tous ces facteurs renforcent la fatigue, la douleur, les problèmes de mémoire ainsi que les troubles du sommeil et de l'humeur. Ainsi, soit le patient n'a jamais vraiment souffert d'un trouble auto-immun mais plutôt d'un SIMS-ML, soit il a présenté un trouble auto-immun, s'est fait mordre par une tique et plusieurs des symptômes énumérés ci-dessus ont contribué à aggraver son état.

Il existe des marqueurs spécifiques au lupus (anticorps dirigés contre l'ADNdb) et à la polyarthrite rhumatoïde (peptide cyclique citrulliné). Le clinicien doit demander ces dosages afin de déterminer si le patient souffre réellement d'une maladie auto-immune ou pas. Les choses se compliquent avec la SEP, que la

ML imite à la perfection ! On retrouve des modifications de la matière blanche à l'IRM cérébrale et des augmentations du taux de certaines protéines spécifiques dans le LCR lors des deux maladies. Il serait donc intéressant que les divers spécialistes (neurologues, rhumatologues) travaillent en association avec un médecin spécialiste en ML lorsqu'ils rencontrent des difficultés diagnostiques.

Comment y voir plus clair quand on est concerné ?

La grille de diagnostic différentiel en 16 points fait ressortir les différents problèmes médicaux qui peuvent être concomitants et contribuer à la maladie chronique. Les patients qui se plaignent de fatigue, maux de tête, insomnies, douleurs articulaires et musculaires, troubles de l'humeur et/ou problèmes de mémoire et d'attention, qu'ils proviennent d'une ML ou non, tireront souvent bénéfice de l'utilisation de la grille d'évaluation des SIMS pour explorer les 16 facteurs potentiellement responsables de leurs symptômes. Par exemple, une personne souffrant de fatigue, maux de tête, palpitations, étourdissements, tremblements et irritabilité en milieu d'après-midi souffre peut-être d'hypoglycémie postprandiale avec des fluctuations de la glycémie qui seront éliminées par de simples changements alimentaires. La même personne peut aussi présenter une tension artérielle basse qui impose une augmentation du sel et des liquides dans la ration alimentaire. Tant que l'hypoglycémie et l'hypotension n'auront pas été traitées correctement, les symptômes perdureront.

Il semble donc raisonnable d'examiner tous les facteurs de la grille d'évaluation des SIMS pour voir lesquels sont présents et contribuent à l'état chronique. En cas de maladie de Lyme ou autre MVT, de nombreux patients seront améliorés en soignant les infections bactériennes et parasitaires chroniques tout en rééquilibrant les hormones et en améliorant leur détoxification de substances chimiques environnementales. C'est particulièrement vrai de ceux chez qui les traitements classiques ont échoué. Nous devons changer la façon dont nous appréhendons la maladie chronique et la santé.

Quels sont les traitements les plus efficaces pour vaincre ces infections ? Combien de temps faut-il traiter un

patient lorsque la maladie est chronique. Peut-on espérer une guérison totale ?

Le spirochète responsable de la ML peut prendre plusieurs formes : spiralée à paroi, kystique, ou encore intracellulaire. Il peut également exister en biofilm. Il nous faut donc des antibiotiques et des plantes efficaces contre toutes ces formes différentes si nous voulons améliorer l'état clinique de nos patients. Ainsi, il m'arrive d'associer un médicament contre les formes spiralées tel que la pénicilline, un produit antikystique tel que le Plaquenil (hydroxychloroquine) avec un antibiotique intracellulaire tel que la roxithromycine et de la serrapeptase qui pénètre les biofilms, pour former un protocole thérapeutique exhaustif contre la maladie de Lyme. Cependant, si la ML est associée à une babésiose et/ou une bartonellose (infection intracellulaire) j'adopterais un autre protocole avec deux antibiotiques intracellulaires (doxycycline + rifampicine, par exemple) un traitement antipaludéen (Malarone = atovaquone+proguanil) et des plantes antipaludéennes (artémisine) pour plus d'efficacité. Chaque individu sera traité différemment, mais, en moyenne, un patient qui souffre de ML depuis des années aura besoin de plusieurs mois, ou années, de traitement. Ce dernier associera antibiotiques et phytothérapie, avec un soutien immunitaire, nutritif et détoxifiant à long terme. La guérison complète, avec élimination de toute infection, peut s'avérer impossible chez les personnes qui ont souffert de ML chronique depuis des années. Cependant, l'utilisation du modèle SIMS permettra tout de même d'améliorer leur qualité de vie et ils se sentiront mieux.

Dans votre livre, vous expliquez qu'en cas d'échec, le médecin doit explorer d'autres voies, comme l'intoxication aux métaux lourds. Cette intoxication est-elle répandue, et quels sont les métaux lourds les plus souvent en cause ?

Nous sommes tous exposés quotidiennement à des centaines de toxines environnementales, notamment les polychlorobiphényles (PCB), les dioxines, les plastiques, les solvants organiques volatils (SOV) et les métaux lourds. Les analyses de mes patients reviennent souvent positives pour des

métaux lourds tels que le mercure, le plomb, l'arsenic, le cadmium ou l'aluminium. Or, un empoisonnement aux métaux lourds comme le mercure imite les symptômes d'une ML et contribue à la résistance des symptômes. Certains patients sont plus sensibles que d'autres à ces métaux qui participent à la fatigue, au dysfonctionnement immunitaire, aux douleurs musculaires, articulaires et nerveuses, aux problèmes de mémoires et aux troubles psychiatriques. Des patients qui ne répondent pas aux antibiotiques s'améliorent parfois lorsque l'on retire ces métaux lourds et ces toxines de leur organisme. Associé aux protocoles de chélation, le glutathion doit être envisagé chez les patients en échec thérapeutique car il a souvent un effet clinique positif.

À qui s'adresse votre livre : patients ou médecins ?

J'ai conçu mon livre autant pour les patients que pour mes confrères. Tous les termes médicaux sont expliqués pour que le grand public puisse les comprendre. À la fin du livre, une partie entière destinée aux médecins est consacrée aux posologies des différents traitements pharmaceutiques et phytothérapeutiques que j'ai utilisés pour soigner mes patients. Étant donné que nous nous trouvons en pleine épidémie (la ML est la principale maladie vectorielle à tiques, ou MVT, dans le monde entier), sans test de dépistage sanguin fiable et vu la capacité de la ML à se présenter comme un syndrome de fatigue chronique, une fibromyalgie ou une pathologie auto-immune telle que la sclérose en plaques (SEP), il importe d'éduquer aussi bien les praticiens que les patients. Ce sont les controverses quant au diagnostic et au traitement de la ML et de ses pathologies connexes qui m'ont poussé à écrire ce livre pour expliquer les éléments scientifiques et raconter comment j'ai réussi à aider des patients chez qui les traitements conventionnels avaient échoués. Mon modèle diagnostic et thérapeutique est étayé par des centaines de références scientifiques énumérées à la fin du livre. L'édition en français de ce livre me permet de partager toutes ces informations avec les personnes vivant en Europe et au Québec.

Est-il possible pour des patients français, belges, suisses ou canadiens de vous consulter ?

En l'espace de vingt-sept ans, j'ai soigné plus de 12000

patients souffrant de ML chronique et provenant de toutes les régions des États Unis et d'Europe. Je suis enchanté que mon livre soit maintenant disponible pour tous les médecins et patients francophones mais même quand ce n'était pas le cas, de nombreux patients francophones sont venus me voir de Belgique, de Suisse, de France et du Canada pour que je confirme leur diagnostic et que je les soigne. Je donne des conférences sur l'approche SIMS-ML en France et en Europe afin que les médecins puissent utiliser mon modèle pour aider leurs patients européens.

Merci, Richard Horowitz.

Merci, et je vous souhaite à tous une excellente santé !

Propos recueillis par Sylviane Passard - Traduction : Anne Pietrasik