

Q6 Anaplasmosse

Lequel des énoncés suivants concernant l'anaplasmosse est faux ?

- ☐ Les résultats courants des analyses de laboratoire incluent une thrombocytopénie et une leucopénie.
- ☐ Elle peut se manifester avec une éruption cutanée érythémateuse migrante.
- ☐ Les infections concomitantes avec d'autres maladies transmises par les tiques sont fréquentes.
- ☐ La doxycycline constitue le traitement de choix.

Résumé formatif : L'anaplasmosse, aussi connue sous le nom d'*anaplasmosse granulocytaire humaine*, est une infection des granulocytes transmise par les tiques et causée par la bactérie intracellulaire *Anaplasma phagocytophilum*. En Amérique du Nord, l'anaplasmosse est transmise par la morsure de tiques à pattes noires (*Ixodes scapularis*) ou de tiques occidentales à pattes noires (*Ixodes pacificus*) infectées. Ces vecteurs des tiques peuvent aussi être porteurs d'autres pathogènes, y compris la *Borrelia burgdorferi* (qui cause la maladie de Lyme), les espèces *Babesia* (babésiose) et le virus de Powassan.

Historiquement, l'anaplasmosse était une affection rare au Canada, et seulement quelques cas sporadiques ont été signalés. Par ailleurs, en raison du changement climatique et d'autres facteurs écologiques, les populations de tiques augmentent tant en nombres qu'en espèces. Une étude réalisée en Ontario en 2016 estimait que l'ensemble des populations de tiques se déplace vers le nord à raison d'environ 46 km par année. En 2024, Santé Canada désignait l'anaplasmosse comme maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale.

Les cas d'anaplasmosse chez l'humain ont principalement été signalés en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba, quoique quelques cas auraient aussi été rapportés en Alberta. Entre mai 2023 et juillet 2024, plus de 514 cas ont été signalés en Nouvelle-Écosse. En 2023, il y a eu 40 cas d'anaplasmosse rapportés en Ontario. Des rapports antérieurs provenant de l'Ontario et du Québec ont décrit des grappes régionales comptant jusqu'à 25 cas durant une seule saison de transmission, mettant en évidence l'émergence de flambées localisées dans les zones à risque élevé. On s'attend à ce que l'incidence de l'anaplasmosse augmente à mesure que les changements environnementaux continuent d'influer sur l'expansion des populations de tiques.

Les symptômes apparaissent habituellement de 5 à 21 jours après la morsure d'une tique, et les patients souffrent généralement d'une maladie fébrile avec des symptômes non spécifiques, comme des céphalées, de l'arthralgie, de la myalgie et une sensation de malaise. **Au contraire des patients atteints de l'anaplasmosse, ceux qui souffrent de la maladie de Lyme**

peuvent présenter une éruption cutanée érythémateuse migrante (en forme de cible) au site de la morsure de tique. Les résultats courants des analyses de laboratoire liés à l'anaplasmosse incluent une thrombocytopénie, une leucopénie et une légère transaminite. Une éruption cutanée n'est pas une caractéristique courante de l'anaplasmosse ; elle ne se produit que dans environ 6 à 14 % des cas.

Le diagnostic définitif est posé soit au moyen de l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) ou d'un test sérologique. La PCR a une spécificité et une sensibilité élevées durant la phase aiguë initiale de l'infection. **Les infections concomitantes de l'anaplasmosse et d'autres maladies transmises par les tiques, comme la maladie de Lyme et la babésiose, se produisent souvent, puisque les tiques *I. scapularis* et *I. pacificus* sont des vecteurs communs. La co-infection la plus fréquente est la maladie de Lyme.**

La plupart des patients atteints d'anaplasmosse sont habituellement des cas légers ou, même, sous-cliniques ; certains peuvent se rétablir spontanément sans traitement. Cependant, un petit nombre de patients peuvent connaître des issues sérieuses ou fatales. Étant donné les retards possibles et les tests précoces faux négatifs, un traitement empirique avant la confirmation du diagnostic est recommandé chez les patients ayant une anaplasmosse soupçonnée, parce qu'un traitement retardé peut accroître le risque de complications (données probantes de niveau II). **L'antibiothérapie de première intention pour les adultes est de 100 mg de doxycycline deux fois par jour (par voie orale ou intraveineuse) pendant 10 jours (données probantes de niveau III). Pour les enfants pesant moins de 45 kg (100 lb), la dose de doxycycline recommandée est de 2,2 mg/kg deux fois par jour (par voie orale ou intraveineuse) (données probantes de niveau III).** En l'absence d'une amélioration clinique au-delà de 48 heures après avoir commencé les antibiotiques, il y a lieu d'envisager d'autres diagnostics.

La bonne réponse est 2.