

## Trachome chez un adulte algérien. Cas clinique.

### Observation

Un homme de 45 ans, originaire du sud algérien, résidant à Ouargla, consulte pour une baisse de la vision. L'examen ophtalmologique montre à l'éversion de la paupière supérieure des follicules rétro palpébraux. Il est noté de plus un trichiasis bilatéral (cils déviés) frottant sur les globes oculaires (figure 1).



Figure 1. Follicules trachomateux. Trichiasis.

L'interrogatoire apprend qu'il a présenté dans l'enfance des conjonctivites chroniques et récidivantes des deux yeux, avec sécrétions purulentes.

### Questions

- 1- Quel est votre diagnostic ?
- 2- Quelle est l'étiologie de cette maladie ?
- 3- Quelle en est l'épidémiologie ?
- 4- Quelle est l'évolution naturelle de cette maladie ?
- 5- Quelle est la complication essentielle de cette maladie ?
- 6- Quelle est la classification de cette maladie ?
- 7- Quels traitements faut-il prescrire ?

### Discussion

1- La présence de follicules rétro palpébraux à l'éversion de la paupière supérieure, qui permet l'examen de la conjonctive tarsienne supérieure où siègent les follicules trachomateux et d'un trichiasis chez cet adulte, ayant des antécédents de lésions oculaires contractées dans l'enfance et évoluant depuis lors de manière torpide, vivant en zone d'endémie, permet de porter le diagnostic de trachome.

2- Le trachome est une kérato-conjonctivite transmissible, due à une bactérie intracellulaire, *Chlamydia trachomatis*, qui infecte les cellules épithéliales de la conjonctive et est caractérisée par la formation de follicules.

3- L'homme est le seul réservoir de germe. La transmission se fait par contact direct ou indirect avec des objets infestés (vêtements, mains sales...). La transmission de la mère à l'enfant est fréquente. Les mouches jouent le rôle de vecteurs passifs. C'est une maladie des sujets à hygiène précaire.

Le trachome frappe souvent les personnes les plus vulnérables des communautés, les femmes et les enfants. Les femmes ont un risque beaucoup plus grand de développer les complications cécitantes de la maladie que les hommes. Ce risque accru s'explique par le fait que les femmes passent généralement plus de temps en contact étroit avec les petits-enfants, qui sont le réservoir principal de l'infection. Dans les zones d'endémie, le trachome évolutif est le plus fréquent chez les enfants de 1 à 9 ans.

Le trachome continue à être endémique dans 52 pays les plus pauvres et les plus isolées d'Afrique (29 pays endémiques sur 46), d'Amérique, d'Asie du sud-est, du Moyen-Orient. On observe le trachome à la fois dans les zones rurales et dans les banlieues des grandes villes (bidonvilles), là où les conditions de vie sont défavorables «sans eau, ni latrines».

4- Une infection unique peut provoquer une conjonctivite spontanément résolutive, mais des infections répétées entraînent une inflammation chronique des conjonctives. Des cicatrices conjonctivales, associées à la réponse immunitaire à l'inflammation chronique, provoquent une déviation de la paupière vers l'intérieur (entropion) avec frottement des cils sur la cornée (trichiasis), entraînant peu à peu une opacité cornéenne puis une cécité. Une exposition prolongée à l'infection au cours de l'enfance et chez l'adulte jeune semble être nécessaire pour produire les complications qui apparaissent à l'âge adulte.

5- Le trachome, une des maladies tropicales négligées, est la principale cause infectieuse de la cécité dans le monde. Près de 230 millions de personnes vivent en zone d'endémie, dont 176 millions en Afrique. Le trachome est à l'origine de déficiences visuelles chez environ 2,2 millions de personnes dont 1,2 million ont une cécité irréversible.

6- La classification du trachome est basée sur l'examen clinique. Cette classification de l'OMS a un intérêt individuel et collectif (conséquences sur la santé publique) :

- TF : trachome inflammatoire folliculaire (conjonctivite),
- TI : trachome inflammatoire intense,
- TS : trachome cicatriciel,
- TT : trichiasis trachomateux (frottement des cils sur la cornée)
- Co : opacité cornéenne évoluant vers la cécité.

Le TF et le TI sont plus fréquents chez les enfants de moins de 5 ans, notamment chez les nourrissons de moins de 1 an, tandis que les formes plus évoluées de la maladie se rencontrent plus souvent chez les adultes plus âgés, comme chez notre patient.

7- La stratégie intégrée de l'OMS est connue sous l'acronyme de «CHANCE» pour :

- CH : chirurgie de l'ectropion-trichiasis,
- A : antibiothérapie en cas de trachome inflammatoire,
- N : promotion de l'hygiène individuelle (N pour nettoyage du visage),
- CE : les «changements de l'environnement » pour une meilleure hygiène collective, notamment à travers la gestion des déchets et l'approvisionnement en eau.

Cet acronyme vient de la stratégie SAFE [OMS, 1996] (*surgery, antibiotics, facial cleanliness, environmental improvement*).

L'efficacité des mesures non antibiotiques (composante N et CE) doit être soulignée. Le trachome a disparu d'Europe occidentale et d'Amérique du nord par des mesures d'hygiène individuelle et collective grâce aux progrès de type socio-économiques et ceci avant l'utilisation de masse des antibiotiques. Cependant, le trachome ne semble pas disparaître de lui-même dans les foyers de méso-endémie (prévalence du TF à 15 à 30% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans) ou d'hyperendémie (prévalence du TF > 30% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans).

L'intervention des antibiotiques (composante A) est donc indispensable pour obtenir et accélérer la réduction de la prévalence du trachome.

La stratégie de lutte repose donc sur :

- la prévention primaire : hygiène
- la prévention secondaire : traitement antibiotique
- la prévention tertiaire : traitement chirurgical des séquelles palpébrales.

Le programme de lutte contre le trachome est piloté par l'organisation ITI (*International Trachome Initiative*) qui fait appel à l'aide internationale et à la donation, par les laboratoires Pfizer, d'azithromycine orale, médicament de choix pour le programme «CHANCE».

L'azithromycine orale a transformé les possibilités thérapeutiques grâce à sa haute efficacité, son accumulation intracellulaire et sa longue demi-vie tissulaire. Une simple dose d'azithromycine est efficace à 92-98% pour éliminer *Chlamydia trachomatis* chez un sujet infecté (traitement minute). Le traitement est simple : azithromycine (Zithromax®) par voie orale en prise unique, à la dose de 20 mg/kg, au moment du diagnostic et à 12 mois. Bien que le traitement oral soit efficace, l'OMS a recommandé le développement d'une forme collyre d'azithromycine à 15 mg/g (Azither®) notamment pour limiter l'émergence de résistances dues à un traitement de masse par l'antibiothérapie générale et pour traiter les enfants qui ont une forme modérée de la maladie et les sujets contacts. Le traitement est prescrit à la dose de 1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours selon la posologie « one, two, three ». L'azithromycine collyre pourrait remplacer la pommade à l'auréomycine à 1% destinée aux enfants de moins d'un an et aux femmes enceintes.

Le traitement par azithromycine orale, qui interrompt la durée de l'infection, ne permet pas le développement de l'immunité, d'où le risque de réinfections.

A ce traitement médical doit être associée une correction chirurgicale des cicatrices palpébrales pour prévenir ou traiter les séquelles invalidantes.

L'objectif de la stratégie CHANCE est de réduire durablement le TF à < 5% chez les enfants de 1 à 9 ans et de réduire la prévalence du TT à < 0,1% de la population totale. En effet, le cycle de la transmission du trachome serait interrompu si la prévalence du trachome (TF/TI) diminuait sous le seuil de 5%, où l'on considère aujourd'hui qu'il y a un arrêt de la transmission de la maladie, grâce notamment à une antibiothérapie de masse.

L'éradication du trachome dans les PED nécessite une volonté politique de lutte globale. Celle-ci repose sur :

- l'intégration des programmes nationaux de lutte contre le trachome à d'autres programmes de santé,
- le développement rural (accès à l'eau),
- la diminution du taux de pauvreté,
- l'amélioration des infrastructures sanitaires.

L'OMS vise actuellement l'année 2020 pour réduire les infections oculaires à *Chlamydia trachomatis* à un niveau assez faible pour que la cécité qui leur est associée ne soit plus un problème de santé publique. Cet objectif est raisonnable, étant donné qu'un niveau faible d'infection ne mène pas à des taux significatifs de trichiasis et de cécité. Là où la prévalence chez l'enfant de 1 à 9 ans excède 10%, une antibiothérapie de masse par l'azithromycine couvrant 80% de la population pendant 3 ans doit entraîner l'éradication du trachome en 2020. En 2012, plusieurs pays (Gambie, Ghana, Maroc, Myanmar, Oman, Viet Nam) ont signalé à l'OMS avoir atteint les objectifs utilisés pour le suivi de l'élimination du trachome cécitant en tant que problème de santé publique (à savoir, < 1 cas de trichiasis pour 1 000 habitants et une prévalence du trachome évolutif [stade TF] chez les enfants âgés de 1-9 ans, inférieure à 5%).

Chez notre patient atteint d'un trichiasis trachomateux (TT), le traitement a associé chirurgie et antibiothérapie. La technique utilisée a été la rotation bi-lamellaire du tarse, meilleure technique chirurgicale pour les programmes de lutte contre le trachome pour l'OMS. Le taux de récurrences du trichiasis est élevé et l'opacification de la cornée peut progresser en dépit d'un traitement chirurgical réussi du TT, d'où l'intérêt d'un traitement antibiotique précoce au stade de trachome folliculaire.

## Références

Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Une cécité progressive. Médecine Tropicale au quotidien. 100 cas cliniques. Format utile, éditions Varia, mars 2001, pp. 260-262.

Resnikoff S., Quéguiner P. Trachome. Encycl. Med. Chir, Maladies infectieuses, 8-037-G-10, 2000, 4 p.

Saal M.B., Schemann J.F., Saar B., Faye M., Momo G., Mariotti S., Negrel A.D. Le trachome au Sénégal : résultats d'une enquête nationale. Méd. Trop., 2003, 63, 53-59.

Atik B., Ton Kim Thanh T., Quoc Luong V., Lagree S. Dean D. Impact of annual targeted treatment on infections trachoma and susceptibility to réinfection. JAMA, 2006, 296, 1488-1497.

Moulin A.M., Orfila J., Sacko D., Schemann J.F. Lutte contre le trachome en Afrique subsaharienne. IRD Editions, 2006.

Melese M., Alemayehu W., Lakew T. et al. Comparaison of annual and biannual mass antibiotic administration for elimination of infectious trachoma. JAMA, 2008, 299, 778-784.

Mariotti S.P., Pascolini D. Rose-Nussbaumer J. Trachoma: global magnitude of a preventable cause of blindness. *Br. J. Ophthalmol.*, 2009, 93, 563-568.

OMS. Prévention de la cécité et des déficiences visuelles. Le Trachome. Alliance mondiale pour l'élimination du trachome cécitant d'ici l'an 2020 (GET 2020).

Montgomery M.A., Bartram J. Une politique à courte vue : une stratégie incomplète n'éliminera pas le trachome cécitant. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 2010, 88, 82-82.

Peuchart O., Cazanave C., de Barbayrac B. Infections humaines à Chlamydia. *EMC, Maladies infectieuses* 2012; 9 (4):1-19 (Article 8-037-A-10).

OMS. Alliance mondiale de l'OMS pour l'élimination du trachome cécitant d'ici l'an 2020. *REH*, 2013, 88, 242-251.

Professeur Pierre Aubry. Texte mis à jour le 18/12/2013