

UNIVERSITE BADJI MOKHTAR ANNABA

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Cours 6^{ème} année

Année 2018/2019

Dr S BEHLOUL

LE TRACHOME

Plan :

- I) INTRDODUCTION
 - II) DEFINTION
 - III) EPIDEMIOLOGIE
 - IV) BACTERIOLOGIE
 - V) HISTOIRE NATURELLE
 - VI) ETUDE CLINIQUE
 - VII) CLASSIFICATION
 - VIII) DIAGNOSTIC POSITIF
 - IX) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
 - X) TRAITEMENT
 - XI) CONTROLE ET PREVENTION DU TRACHOME
 - XII) CONCLUSION
- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. INTRODUCTION :

- 1^{ère} cause de cécité curable dans le monde. (6 M d'aveugles)
- Maladie liée à la pauvreté.
- Problème de santé publique dans les régions défavorisées.
- Des mesures simples d'**hygiène** permettent de réduire sa fréquence.
- Préoccupation de l'OMS = éliminer le Trachome cécitant d'ici 2020 (GET 2020, global élimination of blinding trachoma).
- L'ampleur du trachome recule parallèlement à l'amélioration des conditions de vie et au développement des programmes d'éradication du trachome.

II. DEFINITION :

Kérato-conjonctivite due à *Chlamydia trachomatis*, transmissible, d'évolution généralement chronique, caractérisée par la formation de follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et entraînant des lésions cicatricielles typiques (OMS 1962).

III. EPIDEMIOLOGIE :

- Endémique dans 48 pays, répartis dans « ceinture de pauvreté » (régions sèches).
- 150 millions de personnes atteintes par le T actif
- 10 millions atteints d'un trichiasis
- 6 millions aveugles du fait du trachome
- Sévit en petits foyers au sein de zone d'endémie.

IV. BACTERIOLOGIE :

- Petit Bacille Gram \ominus , paroi sans Peptidoglycane.
- Intracellulaire obligatoire.
- Incapable de se multiplier en $\frac{1}{2}$ artificiel.
- Réservoir : Homme.
- Transmission : mains sales, mouches, MST, Mère-enfant lors d'accouchement, Auto-contamination : OGE vers œil.
- Touche surtout l'enfant et la femme qui s'occupe des enfants trachomateux.
- Non immunisante (pas de vaccin).
- Sérotypes : A-B-C-Ba (trachome).
- Durée du cycle : 2-3 jrs.

V. HISTOIRE NATURELLE :

Tôt dans l'enfance → inflammation chronique de la conjonctive tarsale supérieure avec envahissement cornéen → phase active contagieuse → phase cicatricielle : 02 options
→ Trachome cicatriciel bénin.
→ Trachome cicatriciel grave.

VI. ETUDE CLINIQUE :

Maladie chronique extrêmement polymorphe, sans cycle évolutif, lente émaillée de complications fréquentes et intrication complexe de plusieurs stades.

A. PHASE DU TRACHOME :

1) Trachome initial :

- SF : après une incubation 5-7 jrs, minimes (picotement, corps étranger, photophobie, larmoiement).
- Ex :
 1. Épaississement de la muqueuse : œdème discret.
 2. Hyperhémie conjonctivale.
 3. Papilles conjonctivales : points rouges.
 4. Follicules : au bord sup du tarse sup, difficile à voir : s/f plages pales arrondies, peu saillants.
 5. Pannus cornéen : spécifique et précoce du trachome.
 6. Inclusions intra-épithéliales : affirment le Dgc dès ce stade découvert au Grattage conjonctival : inclusions intra-épithéliales.

2) Trachome floride :

- SF : restent modérés.
- Ex :
 1. **Faux ptôsis trachomateux.**
 2. **Hyperplasie de la muqueuse** : aspect granuleux.
 3. **Papilles** : mosaïque de saillies polygonales centrées par un bouquet néovasculaire, JAMAIS CONFLUENTES +++, rouges, charnues, liées à l'irritation et l'inflammation des paupières.
 4. **Follicules** :
 - Exagération des formations lymphoïdes normales de la paupière.
 - Entre les papilles, au bord supérieur du tarse supérieur.
 - Sphériques, saillantes, 2 à 5 fois le diamètre des papilles.
 - Augmentation progressive de volume et de nombre s'étendant de la paupière supérieure à la caroncule.
 - Fragiles, se vident facilement sous pression, contenant une masse pulpeuse jaune rose pathognomonique +++.
 5. **Pannus cornéen** : voile vasculaire, granuleux, évoluant progressivement dans les couches superficielles de la cornée prédominant au limbe supérieur.
 - Le pannus comporte :
 - Néovaisseaux fins à direction radiaire provenant des vaisseaux de la conjonctive et parfois épiscléraux, anastomosés en leurs extrémités en boucles terminales.
 - Zones d'infiltration diffuses de coloration opalescente ou blanche en forme de croissant supérieur.
 - Nodules limbiques, fines élevures grisâtres au sein de l'infiltration le long des Vx.
 - Zone d'infiltration débordante : s'y associe lus en avant vers le centre de la cornée.
 - Il ne siège pas uniquement au limbe supérieur mais il prédomine toujours en haut.

3) Trachome pré-cicatriciel :

→ La cicatrisation par sclérose est constante et caractéristique du trachome, Vers la fin du 2^{ème} mois.

→ Ex :

1. Entre follicules et papilles : Travées fibreuses +/- allongées blanchâtres.
2. Étoiles cicatricielles : séquelles des follicules vidés et rétractés.
3. **Tarse épaissi et incurvé amorçant l'ébauche de l'entropion.**
4. Pannus étendu en surface ++ s'accompagnant parfois d'ulcère.
5. Limbe : premiers éléments = **ocelles limbiques** : petites fossettes entre les éléments fibreux.
6. Coexistence d'éléments évolutifs et cicatriciels.

4) Trachome cicatrisé :

→ Il n'y a plus de follicules ni papilles, seulement des séquelles définitives et non évolutives.

→ Conjonctive :

- La ligne d'ARLT : travées blanchâtres, entrecroisées qui semble converger vers une zone horizontale au niveau du tarse de la pp sup.
- La muqueuse pâle délavée.

→ Déformations cornéennes visibles :

- Signe de la lunule : opacité en croissant supérieur qui s'étend sur la cornée évoquant un gérontoxon.
- Ocelles limbiques.
- Fossettes cornéennes et régression des vaisseaux.

→ Déformations palpébrales inférieures pas des lignes nettement tracées (entropion, trichiasis, symblépharon).

B. PHASE DES COMPLICATIONS :

1) Complications cornéennes :

- Taies et leucomes adhérents : si l'ulcère est perforé.
- Surinfections bactériennes.
- **Xérosis trachomateux** : L'atrophie de la conjonctive, des glandes de Meibomius et des canaux excréteurs des GL entraîne une sécheresse conjonctivale et lacrymale. Au stade ultime, il se produit une kératinisation des épithéliums conjonctivaux et cornéens, réalisant l'aspect d'œil de marbre.

2) Complications palpébrales :

- Déformation de la pp. dont la convexité antérieure s'exagère de telle sorte que la pp. s'incurve.
- Il y'a trichiasis dès que les cils tendent à se diriger vers la fente palpébrale. Le trichiasis comporte 4 éléments fondamentaux :
 - Hypertrophie du tarse.
 - Entropion.
 - Effacement de la lèvre postérieure du bord libre.
 - Diminution de la longueur du bord libre qui entraîne un rétrécissement de la fente palpébrale dans les formes les plus anciennes.

3) Les atteintes des voies lacrymales d'excrétion :

- Des canaliculites.
- Des atrésies ou des oblitérations des canalicules lacrymaux par la fibrose cicatricielle.

4) Complications conjonctivales :

- Atrophie et destruction plus ou moins complète des glandes de Meibomius.

- Atrésie des CDS conjonctivaux : Il y apparaît d'abord des brides puis un comblement progressif pouvant aller parfois jusqu'à un véritable symblépharon partiel.

VII. CLASSIFICATION :

- Plusieurs systèmes de classification.
- La plus utilisée : « La codification simplifiée », recommandée par l'OMS.
- La présence ou l'absence de cinq signes, indépendamment les uns des autres :
 1. Inflammation trachomateuse folliculaire (TF) : au moins 5 follicules au niveau des 2/3 inf. de la conjonctive tarsale sup.
 2. Inflammation trachomateuse intense (TI) : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsale (papilles), la ½ des vaisseaux conjonctivaux profonds sont invisibles.
 3. Cicatrices conjonctivales trachomateuses (TS) : cicatrices linéaires ou stellaires sur la conj. tarsale sup.
 4. Trichiasis trachomateux (Tt) : un cil au moins frotte sur le globe oculaire.
 5. Opacité cornéenne (CO) : 1 partie au (-) du bord de la pupille apparaît trouble à travers la zone opaque.
- Il ne s'agit pas d'une classification au sens strict du terme, mais plutôt d'un système de cotation permettant d'analyser la situation épidémiologique au sein d'une communauté.
- Le taux de **TF** renseigne sur le potentiel de transmission du trachome.
- Le taux de **TI** permet d'évaluer le risque d'évolution vers la cécité.

VIII. DIAGNOSTIC POSITIF :

A. **ARGUMENT EPIDEMIOLOGIQUE** : zone d'endémie.

B. **DIAGNOSTIC CLINIQUE** : ++++

- Score OMS simplifié : en **5 grades** utile pour enquête épidémiologique et de masse.
- Spécificité des signes cliniques :
 - Follicules / papilles / cicatrices / pannus isolés = peu spécifiques.
 - *Trichiasis* de la paupière supérieure ou 2 *signes associés* = valeur diagnostic élevée.

C. **BIOLOGIE** :

- Peu utilisable.
- Sérologie : ni spécifique ni sensible.
- Culture sur tissu en 2 à 3 jours, est spécifique mais inutilisable en routine dans les zones d'endémie.
- IFI des frottis conjonctivaux : Bonne spécificité et sensibilité mais n'est positive qu'au début de l'infection.

IX. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Conjonctivite folliculaire.
- Folliculose conjonctivale printanière.
- Conjonctivite du syndrome FLR.
- Pannus mécanique.
- Conjonctivite à inclusion.

X. TRAITEMENT :

A. BUT :

- 1) Respecter les règles d'hygiène.
- 2) Dépister et traiter les affections concomitantes.
- 3) Favoriser la cicatrisation rapide des lésions.
- 4) Eviter les complications.
- 5) OMS : Élimination globale à l'horizon **2020** du **Trachome cécitant**.

B. MOYENS :

1) Règles d'hygiène.

2) Médicaux :

- Locaux** : Tétracycline pde 1%.
- Généraux** :
 1. Tétracycline gel 250 mg :
 - Continue : 1 gel 2*/ j pdt 6 semaines.
 - Intermittent : 2 gel 2*/ j 5*/ mois pdt 6 mois.
 2. Erythromycine gel 250 mg.
 3. Azythromycine cp 500 mg : **20 mg / kg, dose unique = aussi efficace.**

3) Chirurgicaux :

- Technique de Trabut / Cuenodnataf → Entropion-Trichiasis.
- Kératoplastie lamellaire → Opacités cornéennes.

C. INDICATIONS :

- 1) **TF** : ATB topiques.
- 2) **TI** : ATB topiques - discuter ATB systémiques (Azythromycine).
- 3) **TT** : Préférer pour chirurgie de la paupière.

D. QUI TRAITER ? : En zone d'endémie, le traitement peut être appliqué :

- 1) A l'ensemble de la population : traitement systématique ou de «masse» qui consiste à administrer le médicament à tous les membres de toutes les familles qui constituent la population à traiter.
- 2) Aux malades dépistés.
- 3) A un segment particulier de la population, en particulier la famille. Le traitement familial consiste à identifier et traiter toutes les familles dont un **membre au moins est atteint de trachome actif**.

XI. CONTROLE DU TRACHOME ET PREVENTION :

- Ce n'est pas de traiter chaque sujet atteint (curatif) mais réduire dans la communauté le fardeau cécité, la transmission, le coût social du Trachome et faire reculer la maladie en tant que problème de santé publique pour finir par l'éradiquer.
- L'OMS a adopté, avec une alliance de parties intéressées, la stratégie « CHANCE » pour combattre le trachome. Les quatre composantes de la stratégie sont les suivantes :

- CH** : CHirurgie du trichiasis.
- A** : Antibiothérapie.
- N** : Nettoyage du visage.
- CE** : Changements de l'Environnement.

XII. CONCLUSION :

- Première cause de cécité évitable dans le monde.
- Maladie ancienne, transmissible, chronique, endémique.
- Pauvreté et carence d'hygiène jouent un rôle majeur.
- Programme de lutte communautaire efficient = chance.
- La communauté doit s'approprier ce programme.
- Le contrôle effectif du Trachome requiert encore de longs efforts.
- OMS : éradiquer le Trachome comme problème de santé publique en 2020.

BIBLIOGRAPHIE :

- Encyclopédie Médico-Chirurgicale 8-037-G-10-21-140-A-10
- Trachoma, IFMT, MS féb 2004
- <http://www.who.int/topics/trachoma/en/>
- www.lei.org.au/
- www.onjoph.com
- Atlas d'ophtalmoscopie clinique
- Wright HR, Turner A, Taylor HR. Trachoma. Lancet. 2008 Jun 7;371(9628):1945-54. Review.
- www.chlamydiae.com