

## CHAPITRE 17

### **Quel est le rôle du couple « mère-enfant » dans la transmission du trachome ? Comment réduire ou éviter ce mode de contamination ?**

---

Sheila WEST

De façon générale, les modes précis de transmission entre individus n'ont pas été totalement élucidés. La contamination peut être directe, d'enfant à enfant, par contact digito-oculaire, de mère à enfant ou d'enfant à mère lors des soins d'un enfant qui présente un trachome actif avec ou sans sécrétions extra-oculaires. Elle peut aussi être indirecte par des habits ou des serviettes ayant servi à essuyer le visage d'un enfant. Les femmes semblent avoir davantage de risque que les hommes de présenter des signes de trachome, en particulier des trichiasis et des opacités cornéennes (Mabey *et al.*, 1992 ; Bailey *et al.*, 1989 ; West *et al.*, 1991 ; Tielsch *et al.*, 1988). Cela est attribué à leur contact proche et relativement continu avec les jeunes enfants qui représentent le principal réservoir de l'infection. On a pu démontrer qu'il y avait une association entre le soin des enfants et la fréquence du trachome actif chez les femmes (Congdon *et al.*, 1993). Plusieurs autres études ont confirmé que les mères d'enfants trachomateux ont plus de risques d'avoir elles-mêmes un trachome actif que les femmes qui ne prennent pas soin des enfants ou que celles dont les enfants n'ont pas le trachome (Taylor *et al.*, 1985 ; Taylor, 1958).

Le rôle de la transmission de la mère à l'enfant apparaît moins bien établi. Les femmes présentant un trachome actif sont capables, théoriquement, de transmettre l'infection aux enfants (Schachter *et al.*, 1999 ; Solomon *et al.*, 2003). Cela a été démontré au Mali où les enfants élevés par des femmes trachomateuses présentent davantage de risque d'être trachomateux (OR=2,86), la prévalence du trachome actif chez les enfants augmentant avec l'âge de la mère (Schémann *et al.*, 2002).

Un autre phénomène, qui n'a pas encore trouvé d'explication satisfaisante<sup>1</sup>, mérite d'être noté : c'est celui des femmes qui présentent une infection trachomateuse à caractère chronique représentant alors une source d'infection pour les autres (Smith *et al.*, 2001). On peut expliquer cela par l'échec du traitement appliqué aux seuls enfants qui présentaient un trachome actif (Bailey *et al.*, 1993) alors que cette technique s'est révélée suffisante ailleurs (Gaynor *et al.*, 2003). Il est cependant difficile de conclure puisque, dans les deux études citées, le statut de la mère quant au trachome n'était pas connu.

On pense que le trachome est une maladie de la famille aussi bien que de la communauté. Les programmes qui veulent réduire la transmission entre les enfants et les femmes qui en prennent soin doivent traiter ces deux populations. Cela entraînera le bénéfice additionnel de traiter les infections persistantes des femmes, qu'elles soient ou non source de transmission.

## Bibliographie

- BAILEY R., OSMOND C., MABEY D.C., WHITTLE H.C., WARD M.E., 1989 – Analysis of the household distribution of trachoma in a Gambian village using a Monte Carlo simulation procedure. *International Journal of Epidemiology*, 18(4): 944-951.
- BAILEY R.L., ARULLENDRAN P., WHITTLE H.C., MABEY D.C., 1993 – Randomised controlled trial of single-dose azithromycin in treatment of trachoma. *Lancet*, 342(8869): 453-456.
- CONGDON N., WEST S., VITALE S., KATALA S., MMBAGA B.B., 1993 – Exposure to children and risk of active trachoma in Tanzanian women. *American journal of epidemiology*, 137(3): 366-372.
- GAYNOR B.D., MIAO Y., CEVALLOS V., JHA H., CHAUDARY J.S., BHATTA R., OSAKI-HOLM S., YI E., SCHACHTER J., WHITCHER J.P., LIETMAN T., 2003 – Eliminating trachoma in areas with limited disease. *Emerging Infectious Disease*, 9(5): 596-598
- MABEY D.C., BAILEY R.L., WARD M.E., WHITTLE H.C., 1992 – A longitudinal study of trachoma in a Gambian village: implications concerning the pathogenesis of chlamydial infection. *Epidemiology and Infection*, 108(2): 343-351.
- SCHACHTER J., WEST S.K., MABEY D., DAWSON C.R., BOBO L., BAILEY R., VITALE S., QUINN T.C., SHETA A., SALLAM S., MKOCHA H., MABEY D., FAAL H., 1999 – Azithromycin in control of trachoma. *Lancet*, 354(9179): 630-635.

---

<sup>1</sup> Faute de connaître le statut trachomateux des mères concernés dans les 2 études citées.

- SCHÉMANN J.F., SACKO D., MALVY D., MOMO G., TRAORÉ L., BORE O., COULIBALY S., BANOU A, 2002 – Risk factors for trachoma in Mali. *International Journal of Epidemiology*, 31(1): 194-201.
- SMITH A, MUÑOZ B, HSIEH YH, BOBO L, MKOCHA H, WEST S., 2001 – OmpA genotypic evidence for persistent ocular *Chlamydia trachomatis* infection in Tanzanian village women *Ophthalmic Epidemiology*, 8(2-3): 127-135
- SOLOMON A.W., HOLLAND M.J., BURTON M.J., WEST S.K., ALEXANDER N.D., AGUIRRE A., MASSAE P.A., MKOCHA H., MUÑOZ B., JOHNSON G.J., PEELING R.W., BAILEY R.L., FOSTER A., MABEY D.C., 2003 – Strategies for control of trachoma: observational study with quantitative PCR. *Lancet*, 362(9379): 198-204
- TAYLOR C.E., GULATI P.V., HARINARAIN J., 1958 – Eye infections in a Punjab village. *American journal of tropical medicine and hygiene*, 7(1): 42-50.
- TAYLOR H.R., VELASCO F.M., SOMMER A., 1985 – The ecology of trachoma: an epidemiological study in southern Mexico. *Bulletin of the World Health Organization*, 63(3): 559-567.
- TIELSCH J.M., WEST K.P. JR, KATZ J., KEYVAN-LARIJANI E., SCHWAB L., JOHNSON G.S., 1988 – The epidemiology of trachoma in southern Malawi. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 38(2): 393-399.
- WEST S.K., MUNOZ B., TURNER V.M., MMBAGA B.B., TAYLOR H.R., 1991 – The epidemiology of trachoma in Central Tanzania. *International Journal of Epidemiology*, 20(4): 1088-1092.