

MINISTRE DE L'ÉDUCATION  
NATIONALE

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE  
**ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

\*\*\*\*\*

Année universitaire : 2005-2006

REPUBLIQUE DU MALI  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**

N°...../

THESE

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE  
PREVALENCE DE LA CATARACTE ET DU  
TRICHIASIS TRACHOMATEUX DANS LES  
QUARTIERS DE LASSA ET SEBENIKORO  
DU DISTRICT DE BAMAKO ET DANS LE  
VILLAGE DE NARENA**

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2006

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Monsieur Manian DIAKITE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ÉTAT)

Jury :

**PRESIDENT :** Professeur Amadou DIALLO  
**MEMBRE :** Dr Japhet Pobanou THERA  
**DIRECTEUR :** Professeur Abdel Kader TRAORE  
**CO-DIRECTEUR :** Dr N'DIAYE Fatoumata N'DIAYE

*PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE*

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2005 - 2006**

ADMINISTRATION

**DOYEN : ANATOL TOUNKARA, PROFESSEUR ;**

**1<sup>ER</sup> ASSESSEUR : IDRISSE DIALLO, PROFESSEUR ;**

**2<sup>EME</sup> ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE, PROFESSEUR ;**

**SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE, MAITRE DE  
CONFERENCES AGREGE ;**

**AGENT COMPTABLE : MME COULIBALY FATOUMATA TALL –  
CONTROLEUR DES FINANCES.**

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	Ophtalmologie
M. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
M. Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
M. Balla COULIBALY	Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
M. Mohamed TOURE	Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
M. Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

### D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

#### 1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R.
M. Kalilou OUATTARA	Urologie
M. Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
M. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
M. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique

#### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
M. Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
M. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
M. Sékou SIDIBE	Orthopédie- Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie- Réanimation
M. Tieman COULIBALY	Orthopédie- Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
M. Sadio YENA	Chirurgie Générale et thoracique
M. Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique
M. Youssouf Coulibaly	Anesthésie- Réanimation
M. Samba Karim TIMBO	O.R.L
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L

M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
<b>5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE</b>	
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie - Réanimation
M.Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA	Urologie
M. Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
M. Lamine TRAORE	Ophtalmologie
M. Mady MAKALOU	Orthopédie – Traumatologie
M. Aly TEMBELY	Urologie
M. Niani MOUNKORO	Gynéco-obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
M. Souleymane TOGORA	Odontologie
M. Mohamed KEITA	O.R.L

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
M. Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
M. Amadou DIALLO	Biologie
M. Moussa HARAMA	Chimie organique
M. Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
M. Amagana DOLO	Parasitologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R.
M. Amadou TOURE	Histoembryologie
M. Flabou Bougoudogo	Bactériologie-Virologie

### 3. *MAITRES DE CONFERENCES*

M. Bakary M. CISSE	Biochimie
M. Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
M. Adama DIARRA	Physiologie
M. Mamadou KONE	Physiologie
M. Massa SANOGO	Chimie Analytique
M. Mahamadou CISSE	Biologie
M. Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie

### 4. *MAITRES ASSISTANTS*

M. Abdourahamane TOUNKARA	Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	Biologie
M. Bouréma KOURIBA	Immunologie
M. Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
M. Mounirou BABY	Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	Parasitologie

### 5. *ASSISTANTS*

M. Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	Parasitologie Biologie
M. Boubacar TRAORE	Immunologie
M. Bokary SACKO	Biochimie

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE	Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	Néphrologie
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Issa TRAORE	Radiologie
M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
M. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
M. Boubacar DIALLO	Cardiologie
M. Somita KEITA	Dermato-Leprologie
M. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Mamady KANE	Radiologie
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
M. Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses

## **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

M. Bou DIAKITE	Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa A. CISSE	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
M. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, <b>Chef de D.E.R</b>

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Drissa DIALLO	Matière Médicale

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Boukassoum HAIDARA	Législation
M. Elimane MARIKO	Pharmacologie

#### 4. *MAITRES ASSISTANTS*

M. Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
M. Alou KEITA	Galénique
M. Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
M. Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

#### 5- *ASSISTANTS*

M. Saibou MAIGA	Législation
M. Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

### **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

#### 1. *PROFESSEUR*

M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, <b>Chef de D.E.R.</b>
---------------------	---------------------------------------

#### 2. *MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ*

M. Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

#### 3. *MAITRES DE CONFERENCES*

M. Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

#### 4. *MAITRES ASSISTANTS*

M. Bocar G. TOURE	Santé Publique
M. Adama DIAWARA	Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
M. Massambou SACKO	Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	Santé Publique

#### 5-*ASSISTANTS*

M. Samba DIOP	Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
M. Oumar THIERO	Biostatistique



**CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

M. N'Golo DIARRA	Botanique
M. Bouba DIARRA	Bactériologie
M. Salikou SANOGO	Physique
M. Boubacar KANTE	Galénique
M. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
M. Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
M. Mahamadou TRAORE	Génétique
M. Yaya COULIBALY	Législation

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromotologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

# *DEDICACES*

## DEDICACES

Après avoir rendu la gloire à Dieu « ALLAH » le tout puissant qui m'a donné la chance le courage, la santé et la vie d'avoir mené ce travail à bord et salué le prophète Mahomet (SAW).

Je dédie cette thèse :

A tous ceux qui œuvrent pour le bien être mental, physique et social des aveugles

A tous ceux qui s'intéressent à la lutte contre la cécité

A toutes les victimes de la cécité

❖ A ma grand-mère : **Feue Mouké Traoré**

Tu m'as entièrement consacré les derniers jours de ta vie

Tu étais là à chaque fois que j'avais besoin de toi surtout les moments les plus cruciaux de ma vie. J'ai reçu ta mort comme un coup de poignard en plein cœur.

L'amour d'une femme pour son enfant ne pouvait pas être mieux que celui que tu m'as donné. Je prie Dieu pour que tu sois éternelle dans mon cœur et qu'il t'accueille dans sa miséricorde ce travail t'est entièrement dédié

❖ A mon père : **Malicoro DIAKITE**

Je te remercie pour ton encouragement, ta disponibilité et ta motivation pour le choix de la médecine. J'ai appris à tes côtés que la vie est un éternel combat. Les différentes épreuves que j'ai subies sont éloquentes. Que Dieu te donne longue vie et la force nécessaire de veillez encore plus sur ta famille.

❖ A ma mère : **Feue Fanta KONATE**

Je ne t'ai pas connue mais les témoignages certifient que tu tenais beaucoup aux liens familiaux. Que tu détestais l'injustice, l'hypocrisie raison pour la quelle tu n'hésitais pas de répliquer sévèrement chaque fois que de telle situation se présentait. Je te promets de pérenniser ce combat jusqu'à la fin de mes jours. Que Dieu t'accorde sa grâce et sa miséricorde .

❖ A ma mère : **Assitan FOFANA**

Si je suis ce que je suis aujourd'hui c'est grâce quelque part à toi car j'ai grandi dans tes bras. Tu m'accompagné durant tout le long de cette aventure que j'ai un moment donné considéré comme interminable. De la manière dont tu t'es mise à mon service, j'émetts les vœux les plus ardents que Dieu me donne une épouse qui puisse faire de même pour toi jusqu'à la fin de tes jours merci 1000 Fois.

❖ A mes Tonton ; tantes et Oncles :

Merci pour la confiance que vous avez portée sur ma modeste personne. J'ai appris à vos côtés que l'homme ne doit pas sombrer dans la facilité.

Que le vrai homme est celui qui sait ce qu'il fait ce qu'il veut merci pour votre confiance. Que Dieu face que je sois à la hauteur de vos attentes.

❖ A mes Frères et Sœurs :

Un jour un sage m'a dit « mon fils si tu veux avoir le respect de tes frères et sœurs en tant qu'aîné de la famille, tâches d'être droit, véridique et de punir celui ou celle qui a tort ». C'est ce que j'ai essayé et je remercie infiniment Dieu pour cela. Les mots me manquent ici pour véritablement exprimer mon état d'âme. Que Dieu vous donne longue vie

❖ A mon très cher Frère : **Feu Aliou Badra DIAKITE**

Tu as été précocement arraché à notre affection. D'une part toute la famille a eu le cœur meurtri mais d'autre part fière et comblée parce que tu étais un sain. Pour moi Dieu t'a préservé de Satan je te vois pas mais tu seras éternel dans mon cœur et te promet de baptiser mon premier fils à ton nom. Reposes toi en paix petit frère.

❖ A mes cousins et cousines : plus particulièrement à **Boubacar**

**COULIBALY**, ce travail est le tien car je suis l'auteur et toi tu en est le réalisateur. Seul Dieu peut te récompenser. Je te suis entièrement reconnaissant.

❖ **Awa TOURE** : Malgré tes modestes moyens tu as partagé tout ce que tu gagnais avec moi. Tu as toujours partagé mes bonheurs et mes peines. Je te serai reconnaissant durant toute ma vie. Que Dieu te bénisse.

❖ A tous mes parents :

Ce travail est le votre car vous avez été d'un soutien moral. Soyez certain de mon entière disponibilité.

❖ A mon maître de karaté : **Amadou TOGOLA** : ceinture Noire 4<sup>ème</sup> DAN  
Tu as créé en moi un moral d'acier qui me permet aujourd'hui de me maîtriser devant n'importe quelle situation. Tu as l'habitude de me dire que l'homme c'était le mental. Merci pour ma formation de la ceinture blanche à la ceinture Noire, encore merci pour ta courtoisie et ton entière disponibilité. Je m'engage à donner les mêmes formations à tes enfants si Dieu me prête une longue vie et la santé physique nécessaire.

# *REMERCIEMENTS*

## **REMERCIEMENTS :**

A la famille DIAKITE à Bamako, Badougou Faraba

A la famille de feu Séga KONATE à Missira

Aux familles : SIDIBE à Sirakoro Dounfing

TRAORE au Badialan II, III

KOUYATE au Badialan III

KONE au Badialan III

KEÏTA à Taliko

Mes sincères reconnaissances

❖ A mes amis :

Abdoulaye KOUYATE dit Gardy

Yaya SDIBE

Salif TRAORE

Souleymane TRAORE

Hamidou Samba TRAORE

Alassane KONE

Sitan SOUMAORO

Vous avez été d'un soutien moral inestimable. Depuis le début vous avez montré votre attachement et admiration pour mes études. Vos encouragements et vos visites n'ont jamais manqué durant ce long et pénible trajet. Soyez sûrs et certains de mon entière disponibilité. Veuillez recevoir ici l'expression de mes reconnaissances les plus sincères.

❖ A tous mes collègues internes du CSRéf C IV

Merci pour votre amitié et votre souci pour la bonne marche du centre, votre disponibilité n'a jusque là jamais manqué au service de vos différents chefs. Que DIEU vous protège de Satan .Dieu récompensera vos efforts au service de ce centres.

❖ **A Rokiatou DICKO :**

Les mots me manquent jusque là pour te remercier mais ta récompense ne peut être que le Paradis.

A tout le personnel du service d'ophtalmologie du CSRéf CIV

Merci pour votre hospitalité, votre collaboration et surtout l'encadrement que vous m'avez donné.



*REMERCIEMENTS A NOS  
MAITRES*

## **REMERCIEMENTS A NOS MAITRES**

De bon cœur, vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail. Vos critiques, remarques et suggestions sont les bienvenues et contribueront à enrichir cette œuvre qui jadis est très loin d'être parfaite dans l'intérêt de la science.

**A notre Maître et président du Jury :**

**Professeur Amadou DIALLO**

- ✓ **Professeur titulaire de biologie**
- ✓ **Vice Recteur de l'université de Bamako**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons apprécié votre simplicité, votre esprit de tolérance et de compréhension. Vous nous avez impressionné par votre sens élevé de personnalité humaine votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture votre amour pour le travail bienfait et vos qualités intellectuelles font de vous un exemple à suivre. Soyez assuré cher maître de notre haute admiration, considération et de notre profond respect.

Veillez accepter ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.

**A notre maître et juge**

**Dr Japhet Pobanou THERA**

- **Diplômé d'ophtalmologie,**
- **Diplômé d'épidémiologie,**
- **Chef du service d'ophtalmologie du CSRef de koulikoro,**
- **Coordinateur du plan régional de lutte contre la cécité (région de koulikoro),**
- **Chargé de Cours à l'institut de formation en sciences de la santé.**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Vos connaissances en ophtalmologie, votre disponibilité et votre simplicité nous ont touchés.

Recevez ici nos considérations les plus distinguées.

**A notre maître et codirecteur**

**Dr N'DIAYE Fatoumata**

- **Diplômée d'ophtalmologie**
- **Chef d'unité d'ophtalmologie au CS Réf C IV**
- **Chargé de cours d'ophtalmologie a INFSS**
- **Ancienne présidente de l'ordre national des médecins du Mali**

Merci pour l'accueil, la formation, la franchise et le sérieux dans le travail dont vous avez fait valoir. Votre sociabilité, votre esprit d'ouverture et votre amour du travail bienfait font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'expression véritable de notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

**A notre maître et directeur de thèse :**

**Professeur Abdel Kader TRAORE**

- ✓ **Maître de conférence agrégé en médecine interne**
- ✓ **Spécialiste en communication Scientifique médicale**
- ✓ **Directeur du CNAM**
- ✓ **Member of the International Council of Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD)**

Cher maître très tôt vous nous avez impressionné par votre personne, homme de science éclairé, praticien infatigable.

Votre souci constant pour le progrès des sciences médicales votre simplicité, votre franchise et votre immense talent de scientifique émérite ont forgé notre admiration. Vos multiples charges n'ont altéré en rien l'intérêt que vous avez apporté à toutes les étapes de notre recherche. Soyez infiniment remercié.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ASACO** : Association de Santé Communautaire

**ASPCIV** : Association Santé Plus Commune IV

**CHK** : Chirurgie de Cataracte

**CO** : Opacité Cornéenne

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSRéf CIV** : Centre de Santé de Référence de la commune IV

**C.S.T.S** : Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé

**E/T** : Entropion Trichiasis

**IOTA** : Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique

**ISO** : Infirmier Spécialiste en Ophtalmologie

**OCCGE** : Organisation de Coordination et Coopération pour la lutte Contre les Grandes Endémies.

**PMI** : Protection Maternelle et infantile

**PNLC** : Programme National de lutte Contre la Cécité

**TF** : Trachome folliculaire

**TI** : Trachome Intense

**TS** : trachome Cicatriciel

**T.S.O** : Technicien Supérieur en Ophtalmologie

**H.G.T** : Hôpital Gabriel TOURE

**I.E.C** : Information Education Et Communication

**O.R.L** : Otorhinolaryngologie

**D.A.T** : Division Antituberculeuse

**BAV** : Baisse de l'Acuité Visuelle

## Sommaire

<i>INTRODUCTION</i> .....	23
<i>OBJECTIFS</i> .....	27
Objectif Général .....	28
Objectifs Spécifiques .....	28
<i>GENERALITES</i> .....	29
1-1. La Cataracte :.....	30
1.2-Entropion trichiasis (trachome).....	35
<i>METHODOLOGIE</i> .....	18
2-1. Cadre d'étude .....	19
2.2. Type d'étude .....	22
2-3.Critère d'inclusion et de non inclusion : .....	472
2-4. Technique de recueil des données.....	473
2-5. Saisie et analyse des données .....	23
<i>RESULTATS</i> .....	484
3-1. Aspects socio démographiques de nos patients .....	495
3-2. Motif de consultation .....	517
3-3. Diagnostic.....	28
3-4. Référence .....	28
3-5. Traitement .....	29
3.6. Qualification du personnel soignant.....	29
3.7. Age diagnostic.....	30
3.8. Sexe-diagnostic .....	541
3.9. Ethnie-diagnostic .....	552
3.10. Résidence-diagnostic .....	562
3.11. Traitement-diagnostic .....	563
3.12. Résidence-traitement : .....	573
<i>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</i> .....	585
4.1. Description de la population.....	596
4.2. Etude Spécifique :.....	607
<i>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</i> .....	640
5.1. Conclusion : .....	651
5.2. Recommandations : .....	662
<i>BIBLIOGRAPHIES</i> .....	684

# *INTRODUCTION*



## **INTRODUCTION :**

Dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé au Mali, les autorités sanitaires ont entrepris de vastes réformes. Celles-ci visent à décentraliser la prise en charge des maladies par la création des centres de santé périphériques (CSCOM et CS réf.). Cette prise en charge décentralisée concernait au départ les activités de PMI et de maternité, mais progressivement s'est étendue à d'autres domaines dont l'ophtalmologie qui jusque là réservée à L'IOTA.

Dans la parfaite symbiose entre les autorités sanitaires de la commune IV et les étudiants en médecine ressortissant de la dite commune est née une association dénommée ASP C IV (association santé plus commune IV). Dans le souci de pérenniser sinon aller au-delà des efforts consentis par les autorités sanitaires l'ASPC IV a voulu apporter sa contribution à l'édifice. C'est ainsi que dans son programme d'activités annuel, elle a entrepris une journée de consultation ophtalmologique de masse. Celle-ci vise non seulement à faire des dépistages précoces mais aussi à faire le point sur les maladies oculaires. La cécité représente à l'échelle mondiale et surtout dans les pays en développement un problème majeur de santé publique. Dans le monde selon les estimations récentes de l'OMS, il y aurait 180 millions de personnes avec incapacité visuelle dont 40 à 50 millions d'aveugles avec plus de 80% dans les pays en voie de développement [1]

Les principales causes de la cécité et de la baisse visuelle sont [2]

- Cataracte
- Trachome
- Glaucome
- Onchocercose
- Autres

La cataracte est de loin l'affection la plus cécitante dans le monde. Elle représenterait 41,8% de cécités globales [3]

En Afrique la cataracte est la première cause de cécités et la plupart des malvoyants vivent en milieu rural. Par ailleurs en Afrique Subsaharienne, il a été observé 43,6% de cécité par cataracte, 19,4% par trachome, 12% par glaucome et 25% par les autres [4]. L'indice de la cataracte en Afrique est estimée à 1 million de nouveaux cas par an pour une population de 500 millions d'habitants soit deux cas pour 100 habitants.

Sa prévalence est estimée à 0,5% de la population de [5].

Il est implicitement admis que la cataracte comme le trachome ou toutes autres causes de cécité, pèse lourd sur le plan économique et social car un aveugle non seulement est improductif mais aussi est à la charge d'une tierce personne [6].

Alors que dans la plus part des pays développés la cataracte sénile est généralement diagnostiquée et opérée après l'âge de 60 ou 70 ans, la maladie est plus fréquente et d'apparition plus précoce souvent dès l'âge de 40 ans en Asie et en Afrique.

Le trachome est la deuxième cause de cécité avec un taux de 15% à l'échelle mondiale. La maladie sévit essentiellement dans les zones rurales pauvres de la plupart des pays d'Afrique. Le nombre de personnes atteintes par cette maladie (nécessite un traitement) a été estimé à 146 millions [7]. Il y a approximativement 10,6 millions d'adultes dont les cils sont inversés (Entropion Trichiasis), imposant la chirurgie [7].

Environ 40 millions d'êtres humains soit 10% de la population mondiale courent le risque d'être atteints par cette maladie si rien n'est fait [7].

La pénurie de chirurgiens ophtalmologistes et d'installations chirurgicales spécialisées a entraîné l'accumulation d'un nombre considérable de cas de cécité due à la cataracte et au trachome (Entropion Trichiasis).

Le Mali est un vaste pays avec une superficie de 1.248.574 km<sup>2</sup> pour une population d'environ 10 millions d'habitants. On estime la prévalence de la cécité à un 1,2% avec 120.000 aveugles dont 60.000 par cataracte, 34,9% des enfants de moins de 10 ans souffrent de trachome actif, 86.000 personnes sont à

l'attente de la cure du trichiasis .Cette situation engendre des pertes socio-économiques considérables alors que dans 80% des cas elle aurait pu être évité [7]

C'est ainsi que le PNLC (depuis sa création le 21 août 1994 par l'arrêté N°943888 et rattaché à la direction nationale de la santé) et ses partenaires se sont mis à la tâche. Plusieurs stratégies ont été mises en application telles :

- La stratégie avancée de la chirurgie de la cataracte ;
- La stratégie avancée de la chirurgie du trichiasis ;
- La formation des médecins spécialistes ;
- La formation du personnel non spécialisé en ophtalmologie, aux soins oculaires primaires ;
- La création au C.S.T.S de la filière ophtalmologie ;
- La création et l'équipement de centres d'ophtalmologie ;

Au-delà de sa stratégie fixe le CS réf CIV à travers son service d'ophtalmologie fait ses premiers pas dans la stratégie avancée avec pour but de faire l'état des lieux des maladies oculaires

# *OBJECTIFS*

## **OBJECTIFS :**

### **Objectif Général**

Evaluer la fréquence de la cataracte et de l'entropion trichiasis (trachome) dans les quartiers de Lassa et Sébénikoro du district de Bamako et dans le village de Aréna.

### **Objectifs Spécifiques**

- Comparer la distribution en fonction des données socio démographiques de la cataracte et de l'entropion trichiasis dans les trois localités.
- Analyser la qualification du personnel ayant réalisé l'examen clinique
- Décrire le type de traitement suivi par les patients par type de pathologie et par localités.

# *GENERALITES*

# **1-GENERALITES :**

## **1-1. La Cataracte :**

### **1-1.1.Définition :**

Le terme de « cataracte » vient du mot latin « *cataracta* » qui signifie chute d'eau. Les praticiens d'autrefois ont probablement employé ce terme parce qu'ils croyaient que cette affection était due à la chute de l'humeur aqueuse. Par la suite de grands chercheurs ont prouvé que la cataracte est une perte de la transparence ou une opacification du cristallin entraînant une baisse d'acuité visuelle (BAV). Cette opacification est le mode de réaction du cristallin face aux agressions. [8].

### **1.1-2.Epidémiologie**

La cataracte est la principale cause de cécité dans le monde ; elle est responsable d'environ 16 millions de cas de cécité à travers le monde [9].

Selon L'OMS, la cataracte peut être responsable 60% des cas de cécité dans la sous- région, soit quelque 1,2 million de personnes avec un nombre annuel de cas nouveaux de cataracte cécitante estimé à 300.000. Le taux de chirurgie de la cataracte dans la sous -région demeure parmi les plus faibles du monde entre 200 et 400 seulement par million d'habitants, par rapport à 3500-5000 dans les pays industrialisés. En d'autres termes ; 20% seulement des cas nouveaux sont opérés tandis que les cas de cataracte en attente d'opération sont de plus en plus nombreux.

Aux Mali cependant, la situation est un peu meilleure. L'IOTA pratique environ 4000 opérations par an. Près de 80% sont des opérations de la cataracte.

Le taux de prévalence de la cataracte est variable d'un pays à un autre et marque l'importance de la cataracte sur le plan mondial selon les tableaux ci-dessous

**TABLEAU I** : Prévalence de la cécité et place de la cataracte dans le monde [10].

Régions	Prévalence de la cécité	Causes majeures de la cécité par région démographiques			
		Cataracte	Trachome	Glaucome	Autres
<b>Pays développés</b>	0,3	3,5%	-	7,5%	89,0%
<b>Europe de l'Est</b>	0,3	8,3%	-	6,8%	84,9%
<b>Inde</b>	1,0	51,2%	9,7%	12,8%	26,3%
<b>Chine</b>	0,6	32,4%	17,6%	22,7%	27,3%
<b>Autre d'Asie et d'Océanie</b>	0,8	39,8%	23,6%	16,7%	19,9%
<b>Afrique Subsaharienne</b>	1,4	43,6%	19,4%	12,0%	25,06%
<b>Amérique latine et caraïbe</b>	0,5	37,6%	6,8%	8,0%	27,6%
<b>Moyen Orient</b>	0,7	45,52%	25,7%	5,7%	23,4%

Source : Thylefors, B, Negrel [1995]

### 1.1-3. Physiopathologie :

Le métabolisme de cette lentille biconvexe, élément à puissance variable du dioptré oculaire et organe avasculaire, se fait par des échanges passifs mais surtout par des transports actifs d'éléments qui diffusent à partir de l'humeur aqueuse au travers de la capsule cristallinienne et de l'épithélium de sa face antérieure. L'action caractogène des radio-mimétiques peut être expliquée par la production d'ions doués d'effets oxygénés. Il semble en définitif qu'en dehors de la cataracte traumatique et galactosémique où les tenants et les aboutissants sont logiquement connus, qu'on puisse séparer d'une part les cataractes pour



lesquelles est suspecté mais non toujours mis en évidence avec précision un caractère anormal du déroulement biochimique ou tissulaire général ou local qui surviennent à tout âge et chez le jeune (cataractes des embryopathies, cataractes au cours des maladies oculaires, cataractes endocriniennes, cataractes syndermatotiques, cataractes toxiques) et d'autre part les cataractes séniles banales correspondant à une sénescence localisée et isolée du cristallin sans aucune cause précise [11]. Actuellement l'implication du Stress oxydant dans l'étiopathogénie de la cataracte est fondée sur de nombreuses données épidémiologiques, expérimentales et biologiques. Les conséquences du Stress oxydant sont une attaque destructive des structures biologiques [12].

#### **1.1.4. Etiologie :**

Elle n'est pas connue de façon précise (exacte), mais on pense que certains facteurs contribuent à ses genèses parmi lesquels on peut citer :

- la sénescence
- les maladies métaboliques telles que le diabète
- le glaucome
- les radiations (rayonnements électriques et corpusculaires)
- les processus inflammatoires intraoculaires
- les traumatismes oculaires et
- les états de malnutrition

#### **1.1.5. Clinique**

Le signe clinique majeur est la baisse de l'acuité visuelle (BAV), elle est commune à toutes les formes cliniques, une sensation de brouillard perpétuel avec une meilleure acuité dans la pénombre. La BAV est progressive et finit par entraîner au bout de deux ou trois ans une simple perception lumineuse. Le diagnostic est facile. Il se fait à la lampe à fente. Selon que les opacités prédominent en avant, en arrière ou au centre on parle de cataracte corticale antérieure, corticale postérieure ou nucléaire. Le diagnostic se fait aussi à la torche ou à l'œil nu en cas de cataracte blanche totale ou leucocorie.

### 1.1.6. Classification Générale :

Selon le type on distingue :

**1.1-6.1. Cataractes congénitales :** la cataracte est dite congénitale lorsqu'elle existe dès la naissance. L'hérédité est la cause la plus fréquente de ces cataractes 20 à 50% des cas selon les statistiques. Cette hérédité est le plus souvent dominante mais peut être récessive liée au sexe.

- **Cataracte du nouveau-né**

- **Cataractes de la galactosémie** : Elles sont liées à un déficit enzymatique qui bloque le métabolisme du galactose. Il s'agit d'affection héréditaire transmise en récessivité autosomique.
- **Cataractes de la prématurité** : opacité transitoire au voisinage des autres cours des premiers mois, cataractes plus tardives sans signes évidents de fibroplasie cataractes compliquant une fibroplasie.

- **Cataractes du grand enfant :**

- **Cataractes de la trisomie 21** avec un aspect particulier en tâches de bougie. Elles peuvent aboutir à une cataracte totale et nécessitent un traitement chirurgical.
- **Cataractes du syndrome de Rothmund** : Il s'agit d'une maladie récessive qui associe des lésions cutanées (Poikilodermie) à un retard pubertaire.
- **Syndrome de Werner** dont l'aspect est voisin de celui de Rothmund, il s'observe plus tardivement après 15 ans.

### 1.1-6-2. Cataractes acquises :

- **Cataracte sénile** : c'est une cataracte liée à l'âge. Elle représente la première grande cause de la cécité dans le monde [13] Elle apparaît précocement sous les tropiques et donne une opacification progressive de la lentille pouvant s'étaler sur des années. Elle survient tard chez les

Européens, après 60 ans et tôt chez les Africains après la quarantaine près de 85% de cataracte sont d'origine sénile [14]. En d'autres termes, avec l'accroissement de la population et de la durée moyenne de vie, le nombre de cas de cataracte et de cécité augmentera si la population continue de vieillir au rythme actuel ; en l'an 2020 selon l'OMS il y aura dans le monde quelques 1,2 milliards de personnes âgées de 60 ans et plus dont les  $\frac{3}{4}$  dans les pays en voie de développement.

- **Cataractes secondaires :**

- **Cataractes traumatiques :** Contusion Oculaire, plaies perforante agents physiques.

- **Cataractes Complicées :** Cataracte post uvéite glaucome.

- **Cataractes pathologiques :** Métaboliques et endocriniennes à type de :

- \*Diabète : Surtout le diabète non insulino-dépendant

- \*hypoparathyroïdie

- \*Avitaminose C

- \*Tabac

- \*Alcool

- **Cataracte iatrogène**

- \*Corticothérapie générale au long cours (corticothérapie supérieure ou égale à 1an).

- \*Radiothérapie arbitraire : Rare

- \*Certains neuroleptiques majeurs de la famille des Phénothiazines (exemples la Chlorpromazine)

- \*Amiodarone

### **1.1.7. Traitement : [15]**

**1.1-7.1.Traitement médical** : On prescrit un collyre à base d'iodure en application locale et les vitamines (C et B).

**1.1-7.2.Traitement chirurgical** : il demeure le seul traitement efficace.

Deux types de chirurgie sont offerts aux patients

- L'extraction intra capsulaire (EIC) : C'est à dire l'extraction in toto du cristallin de la capsule et du noyau et appareillage optique par des lunettes d'aphaques.
- L'extraction extra capsulaire (EEC) : c'est à dire extraction de la capsule antérieure et du noyau, la capsule postérieure restant en place pour permettre la pose d'un implant de chambre postérieure(ICP).

## **1.2-Entropion trichiasis (trachome)**

### **1.2-1 .Définition :**

- **Trachome** : le mot « trachome » vient d'une racine grecque signifiant « rugueux » en référence à l'aspect de la conjonctive tarsienne supérieure. La maladie peut se définir comme une forme spécifique de kérato-conjonctivite transmissible et d'évolution généralement chronique caractérisée par la formation des follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et entraînant des lésions cicatricielles typiques. Son agent pathogène est dénommé chlamydia trachomatis [16]
- **Entropion** : c'est la bascule en dedans du bord libre de la paupière. Il aboutit à mettre en contact les cils et la cornée d'où gêne et irritation [17]
- **Trichiasis** : le trichiasis est la déviation des cils de la paupière supérieure qui partent en fausse direction et viennent froter la cornée. C'est une complication fréquente du trachome et des affections chroniques des paupières. Il relève d'un traitement chirurgical : incision du tarse un peu au-dessous du bord libre et bascule du fragment ciliaire par rapport au fragment palpébral

- **Entropion Trichiasis** :est une complication du trachome caractérisé par la bascule en dedans du bord libre de la paupière associé à une déviation des cils de la paupière supérieure qui partent en fausse direction et viennent froter la cornée.

### 1.2-2.Epidémiologie :

Le trachome est l'une des maladies les plus répandues puisqu'elle affecte vraisemblablement quatre à cinq cents millions d'individus. Il n'a pas de frontière, les contrées les plus touchées étant l'Afrique du nord le Moyen orient et certaines régions d'Afrique sub-saharienne et d'Asie méridionale.

Actuellement il y a environ 146 millions de personnes infectées par le micro organisme *chlamydia trachomatis* et sont ou devraient être traitées aux antibiotiques, 10,6 millions d'adultes souffrent d'entropion trichiasis qui relèvent de la chirurgie des paupières afin de prévenir la cécité et environ 5,9 millions d'adultes sont aveugles à cause de taries cornéennes dues au trachome [18]

Le trachome est en soi peu contagieux, mais des infections bactériennes associées peuvent aggraver les signes cliniques et faciliter la transmission qui se fait par contact avec du matériel infecté. Les mauvaises habitudes d'hygiène, la promiscuité, le manque d'eau propre, l'abondance des mouches qui vont bien souvent de pair contribuent à la dissémination et à la persistance de l'infection et aggrave la sévérité de la maladie dans les régions d'endémies

L'OMS considère qu'il y a un problème de santé publique grave lorsque l'on observe plus d'entropion trichiasis chez les femmes de plus de 14 ans dans une communauté. Dans les pays sahéliens, la prévalence de la cécité atteint ou dépasse 1,5% de la population. Environ un tiers de ces cécités est imputable aux affections cornéennes pouvant être évités grâce à des moyens théoriquement simples et peu coûteux.

Au Mali, la prévalence de l'entropion trichiasis chez les femmes de plus de 14 ans est égale à 2,5%. On estime à environ 85.000 le nombre de personnes de plus de 14 ans qui devraient subir une intervention chirurgicale pour éviter une cécité due au trachome [19]

**TABLEAU II** : La prévalence de l'entropion trichiasis chez les femmes de plus de 14 ans dans les différentes régions administratives du Mali en juin 1997.

Kayes	3,3%
Koulikoro	3,9%
Sikasso	2,9%
Ségou	1,8%
Mopti	1,7%
Tombouctou	1,2%
Gao-Kidal	0,65%

**Source** : Coulibaly M K. 2002

La prévalence spécifique de l'entropion trichiasis est 2,51% pour l'ensemble des femmes du Mali de plus de 14 ans. Elle dépasse le seuil de 1% qui témoigne selon l'OMS d'un problème de santé publique dans toutes les régions hormis Gao et Kidal et dépasse les 3% dans les régions de Kayes et Koulikoro.

### **1. 2.3. Physiologies.**

Les paupières supérieures et inférieures sont deux voiles musculo-membraneux qui limitent par leurs bords la fente palpébrale. Elles protègent le globe oculaire contre les agents extérieurs et étalent les larmes en avant de la cornée assurant son hydratation. La paupière supérieure, très mobile est de plus la plus étendue. La paupière inférieure peu développée assure l'occlusion palpébrale par son contact avec la périphérie. Leur bord libre long d'environ 30 mm et épais de 2 mm est subdivisé en deux portions : lacrymale et ciliaire. C'est la portion externe très longue ciliaire qui supporte les cils.

[20]. La déformation des paupières au cours du trichiasis entraîne une rétraction des paupières et de leur bord libre. Les cils sont déviés sur le globe oculaire, frottent le globe oculaire et blessent la cornée entraînant une kératite traumatique. La cornée s'ulcère, peut s'opacifier ou se perforer et entraîner la cécité.

#### **1.2. 4. Etiologies :**

Le trachome est causé par un agent bactérien pathogène dénommé *Chlamydia trachomatis*. Le micro-organisme en question possède de nombreux caractères en commun avec les bactéries mais, à l'instar des virus, il est parasite intracellulaire obligatoire.

Comme facteur favorisant on peut citer entre autre :

- Manque d'eau.
- Manque d'assainissement.
- L'excès de mouches.
- L'absence de service de santé ophtalmologique.
- La pauvreté et l'isolement.

#### **1.2-5. Clinique :**

C'est une maladie chronique qui évolue en deux phases.

- Une première phase dite active qui touche d'âge préscolaire sous forme de conjonctivite.
- Une deuxième phase à l'âge adulte, cette deuxième phase est caractérisée par une rétraction de la paupière associée à une inversion des cils qui frottent la cornée entraînant les opacifications puis la cécité.

#### **Classification générale :**

Plusieurs classifications du trachome ont été faites. Aujourd'hui c'est la codification simplifiée de l'OMS (1987) qui est utilisée.

- Stade 1 : Trachome folliculaire (TF) : présence d'au moins cinq follicules sur la conjonctive tarsienne supérieure.

- Stade 2 : Trachome inflammatoire ou trachome intense (TI) : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne, masquant plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse.
- Stade 3 : Trachome cicatriciel (TS) : présence de cicatrice sur la conjonctive tarsienne.
- Stade 4 : Trichiasis trachomateux : un cil au moins frotte le globe oculaire.
- Stade 5 : Opacité cornéenne (CO) : opacité cornéenne évidente masquant l'aire pupillaire.

### **1.2-7 Traitements :**

Le traitement de l'entropion trichiasis est essentiellement chirurgical. Il existe plusieurs techniques de chirurgie du trichiasis mais la méthode de Trabut est celle utilisée dans nos formations sanitaires. C'est une tarsotomie horizontale basse facile à faire qui donne de bons résultats, rapide, simple et ne demande pas d'aide opérateur, seulement un équipement adapté.

Pour lutter contre le trachome et ces complications cécitantes, l'OMS, au cours de la première réunion de l'alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitant en 1996 a adopté une stratégie de lutte résumée par l'acronyme << CHANCE >> :

- CH : chirurgie du trichiasis.
- A : antibiothérapie par l'azytromycine ou la tétracycline.
- N : nettoyer le visage.
- CE : changer l'environnement.

### **1.3. Initiative vision 2020 : le droit à la vue [21].**

Afin de réduire la charge mondiale de la cécité, l'OMS ainsi qu'une large coalition d'organisations internationales, non gouvernementales et privées, ont lancé à Genève en février 1999 une initiative mondiale baptisée << vision 2020 : le droit à la vue >>.



Son lancement a eu lieu à Bamako pour l'Afrique francophone le 25 Février 2000. Vision 2020 s'articule autour d'un certain nombre d'idées fortes et de principes tirés de plus de 25 ans d'expérience cumulée en matière de lutte contre la cécité dans le monde :

- Un partenariat fort, multiple et complexe, mais bien coordonné. Ce partenariat est constitué par une vaste coalition d'organisations internationales non gouvernementales et privées qui collaborent depuis plusieurs années déjà avec l'OMS dans la lutte contre la cécité et la promotion de la santé oculaire. Des organisations qui dans le cadre spécifique de vision 2020, ont convenu de mettre en commun leurs ressources actuelles et futures et d'en mobilier ensemble de nouvelles, en vue d'éliminer la cécité évitable en tant que problème d'ici 2020, et d'atténuer ainsi les conséquences de celle-ci sur le développement, la situation socio-économique et la qualité de la vie des individus affectés.

A l'heure actuelle les coûts liés à la cécité dans le monde sont estimés à au moins 25 milliards de dollars USA par an. Par contre ce qu'il faudrait pour atteindre les objectifs fixés par vision 2020 seulement 200 millions de dollars environ par an, c'est à dire le double de ce que dépense actuellement la communauté internationale (essentiellement les ONG) dans ce domaine.

- Une stratégie clairement articulée autour de << 3 piliers >> ou conditions essentielles aux succès de l'initiative.
  - La prévention et la lutte contre les maladies cécitantes, prioritairement celles pour lesquelles de mesures préventives ou curatives simples peu coûteuses existent (cataractes, trachomes, avitaminose A, et autres maladies cécitantes de l'enfant.
  - La formation ou le recyclage des différentes catégories de personnel requis pour ces tâches (ophtalmologistes, optométristes, infirmiers spécialisés en ophtalmologie, gestionnaires et administrateurs des sources oculaires, etc....)

- Renforcement des structures et infrastructures existantes et la création de nouvelles en vue d'optimiser les performances et les rendements actuels.

➤ Des activités d'accompagnement et de soutien :

Il s'agit principalement :

- Des activités ciblées de plaidoyer auprès des groupes professionnels, les états, la communauté des donateurs en vue de leurs plus grandes implications et surtout leur soutien (politique, technique et financier etc....)
- Des effets bien coordonnés pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de toutes les activités prévues de vision 2020.

### **1.3.1. Mise en œuvre de vision 2020.**

Vision 2020 sera mise en œuvre sous forme de quatre plans quinquennaux dont le premier a débuté en 2000. Les trois autres commenceront en 2005, 2010 et 2015 respectivement.

Au cours de la phase en cours qui est aussi celle de la mise en place du programme, la priorité sera accordée aux activités de sensibilisation, de planification régionale et nationale, et à la mobilisation des ressources.

L'implication des pays aux activités de vision 2020 sera étroitement coordonnée avec les bureaux régionaux de l'OMS et dépendra des priorités régionales, elles-mêmes définies en fonction de l'importance de la cécité, le niveau de préparation des pays et la volonté politique dans ces pays et des ressources disponibles.

### **1.3-2 Pathologie d'intervention en Afrique francophone :**

Vision 2020 s'occupe de cinq grandes causes de cécité en Afrique francophone :  
La cataracte, le trachome, le glaucome, l'onchocercose et les troubles cécitants  
de l'enfant, en particulier ceux qui sont responsables de cicatrices cornéennes.

# *METHODOLOGIE*

## **2-METHODOLOGIE**

### **2-1. Cadre d'étude**

#### **2.1.1 La commune IV**

Elle fut créée par l'ordonnance 78-34/ CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée de huit quartiers dont Lassa (le plus ancien) et Sébénikoro.

##### **2.1.1.1 Sébénikoro :**

- **Aperçu historique :**

Sébénikoro fut fondé en 1915 par cinq hommes qui ont fui la bataille de Bélé Dougou pour venir y chercher refuge. Ils se sont vus allouer le site par les Niaré de Bamako. Parmi les cinq hommes le plus âgé était Sibiri Diakité qui devint le chef de village.

- **Superficie, Population, principales activités :**

Sébénikoro s'étend sur 1368Km<sup>2</sup> avec 25134 habitants. Les activités principales sont le commerce et l'ouvrage.

- **Situation Socio-Sanitaire :**

Sébénikoro est doté d'un CSCOM (centre de santé communautaire) dirigé par un médecin généraliste, un infirmier d'état, un infirmier du premier cycle, trois (3) aides-soignants et géré par un comité de gestion. Le centre fut érigé en CSCOM il y a 15 ans et reçoit en moyenne 400 malades par mois.

Le centre réfère en général au CSRef C IV et l'HGT

##### **2.1.1.2. Lassa**

- **Aperçu historique :**

Lassa veut dire lieu de chasse. Les chasseurs quittaient Banconi pour venir y chasser. Comme la chasse devenait fructueuse ils décidèrent de s'y installer définitivement pour en faire un village vers 1900.

- **Superficie, population, principales activités :**

Lassa s'étend sur une superficie de 423 Km<sup>2</sup> avec une population de 2243 habitants. Les principales activités sont : agriculture maraîchage, commerce élevage, etc.

▪ **Situation Socio –Sanitaire**

Le CSCOM de Lassa relève de l'ASACOL ABASAD. L'activité principale du CSCOM reste l'accouchement et la consultation prénatale. Les hommes adhèrent moins parce qu'ils soutiennent que se sont uniquement les femmes qui constituent le personnel.

Le CSCOM réfère en général au CSRéf CIV et à l'HGT

**2.1.1.3. Le Centre de référence**

- Il est situé en plein cœur de la commune IV à lafiabougou. Ce centre, d'abord PMI (protection Maternelle et Infantile) est érigé en centre de santé de référence en 2002 pour répondre aux besoins de la population de la commune en matière de santé.

Le CSRéf comporte plusieurs services :

- Médecine Générale
- Chirurgie
- Ophtalmologie
- Gynéco-obstétrique
- Stomatologie
- O RL
- Pédiatrie
- Anesthésie Réanimation
- DAT
- Laboratoire d'analyses médicales
- Pharmacie

### ▪ **L'unité d'ophtalmologie**

Situé au CSRéf : est né dans l'esprit de rapprochement du soignant au soigné.

L'unité dirigée par un ISO (Infirmier Spécialiste en ophtalmologie) de 1999 à 2000 ; ne sera doté d'un médecin ophtalmologiste qu'à partir de 2001, l'année à laquelle les activités médicochirurgicales débiteront.

Le centre ne disposant pas de bloc chirurgical Opérationnel, toutes les activités chirurgicales étaient alors menées dans un camion doté d'un bloc chirurgical.

Présentement l'unité d'ophtalmologie est obligée de partager le bloc opératoire avec les autres services de chirurgie.

## **2.1.2. La commune de Naréna**

### ▪ **Aperçu historique**

Avant la période coloniale, le village de Menimbougou, l'actuel Naréna était occupé par des Samorayes qui étaient des bambaras installés pour l'exploitation de l'or. Après l'indépendance avec la création du cercle de kangaba, le village de Naréna fut érigé en chef lieu d'arrondissement qui regroupe 18 villages dont Naréna.

### ▪ **Superficie, population, principales activités**

La population de la commune de Naréna est estimée à 11.811 hts

Les principales activités sont l'agriculture et l'élevage qui occupent 95% de la population. Des activités secondaires telles que le commerce, l'exploitation forestière et l'orpaillage occupent une place de choix dans les activités économiques des populations de la commune de Naréna.

### ▪ **Situation socio-sanitaire**

La commune de Naréna ne dispose que d'un CSCom sis à Naréna, chef lieu de commune et d'une maternité rurale à Balankoumana.

Le personnel se compose de :

- un (1) infirmier d'état
- deux (2) Matrones
- un (1) gérant de dépôt de médicament
- un (1) vaccinateur
- un (1) gardien

## **2.2. Type d'étude**

il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les journées de consultation ophtalmologique gratuite menée dans 3 zones et initiées par l'association santé plus commune IV (ASPCIV) en accord avec le service d'ophtalmologie du CSRéf de la dite commune en Avril 2003 : 1<sup>er</sup> édition

2-3. Critère d'inclusion et de non inclusion :

### **2.3.1. Critère d'inclusion**

Tous les malades qui ont répondu à la consultation ophtalmologique gratuite et venant des zones définies par l'étude.

### **2.3.2. Critère de non inclusion**

Les malades venant d'autres zones que celles définies par l'étude

## **2-4. Technique de recueil des données :**

L'ASP a sommé les chefs de village des différentes localités d'informer les population de la tenue de journées consultation ophtalmologique gratuite de masse. Etaient conviés surtout les patients qui avaient des problèmes oculaires. Certes il y avait des cas sains mais seuls étaient retenus, enregistrés et considérés comme faisant partie de l'étude, les patients qui avaient des problèmes oculaires  
Le support des données a été les fiches et registres de consultation établis à cet effet.

## **2-5 Saisie et analyse des données :**

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Epi 6.04 et l'analyse sur SPSS.

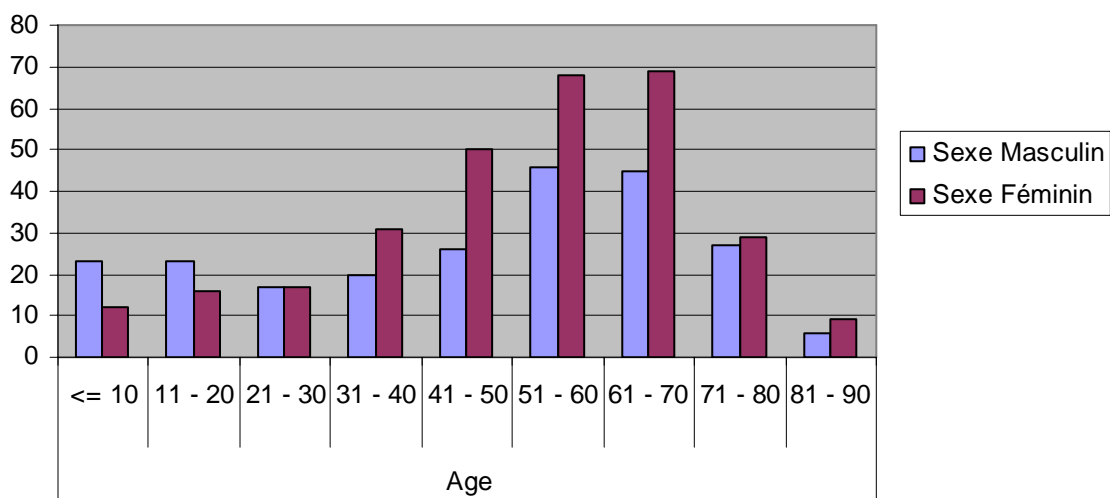


# *RESULTATS*

### 3. RESULTATS

#### 3-1. Aspects socio démographiques de nos patients

##### 3-1.1 .Age et sexe



**Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe**

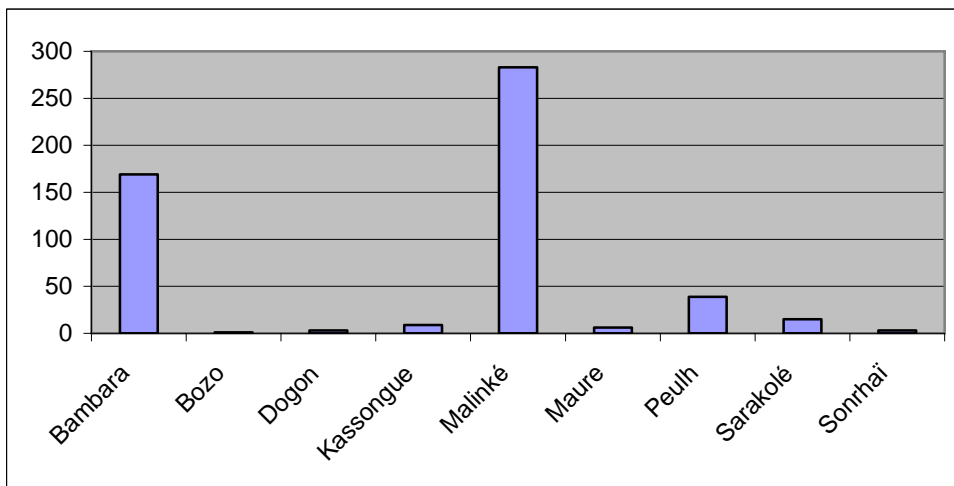
Les tranches d'âge de 51-60 et 61-70 ont représenté 21,6% de nos patients

.L'âge moyen était de 61-70 avec des extrêmes allant de 10 ans et 90 ans

56,4% de nos patients étaient de sexe féminin

Le sexe ratio était de 1,3 en faveur des femmes

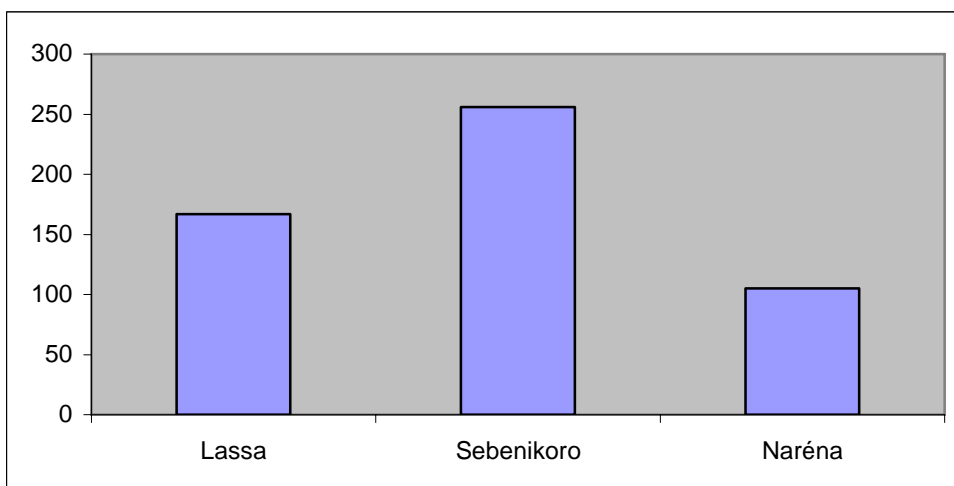
### 3-1.2. Ethnie



**Figure 2 : Répartition des patients selon l'ethnie**

Les malinkés et les Bambara ont représenté respectivement 59,6% et 32%.

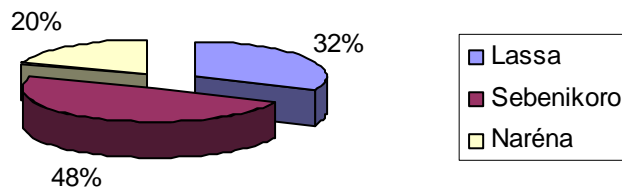
### 3-1.3. Résidence



**Figure 3 : Répartition des patients selon la résidence :**

A Sébénikoro on a trouvé 48,5% (n = 256), 31,6% (n = 167) à Lassa et 19,9% (n = 105) à Naréna.

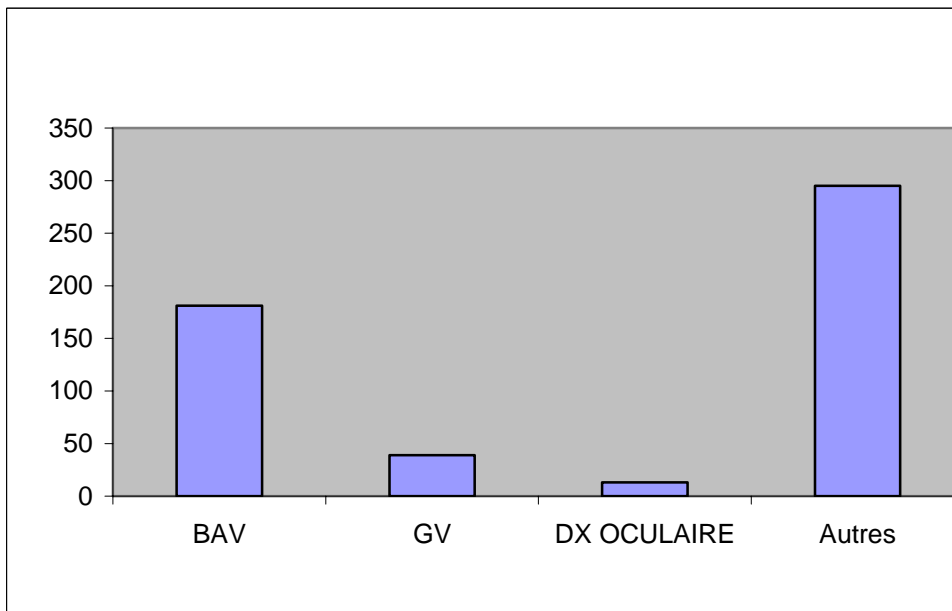
### 3-1.4. Lieu de consultation



**Figure4** : répartition des patients selon le lieu de consultation

Sébénikoro a regroupé 48,5% (n = 256) suivi respectivement de Lassa avec 31,6% (n = 167) et de Naréna avec 19,9%(n = 105)

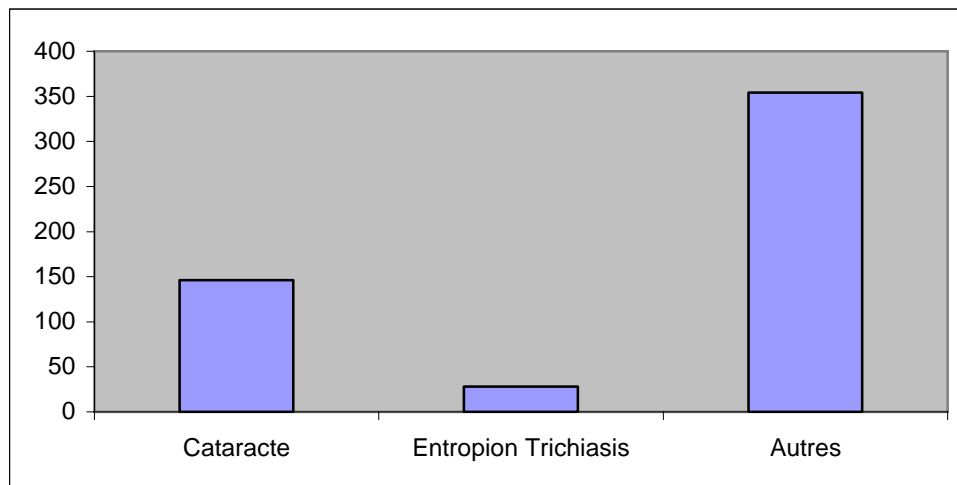
### 3-2. Motif de consultation



**Figure5** : répartition des populations selon le motif de consultation

La baisse de l'acuité visuelle (BAV) a représenté 34,3% des motifs de consultation.

### 3-3. Diagnostic

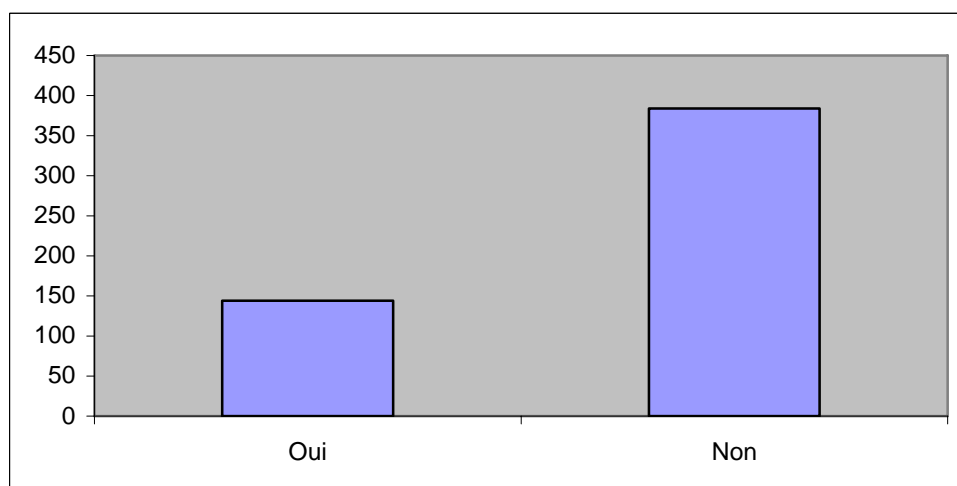


**Figure 6 : Répartition des patients selon le diagnostic**

La cataracte a représenté 27,7% des diagnostics et l'entropion trichiasis 5,3%.

Les autres pathologies (67,0%) regroupent les affections diagnostiquées qui ne font pas l'objet de notre étude.

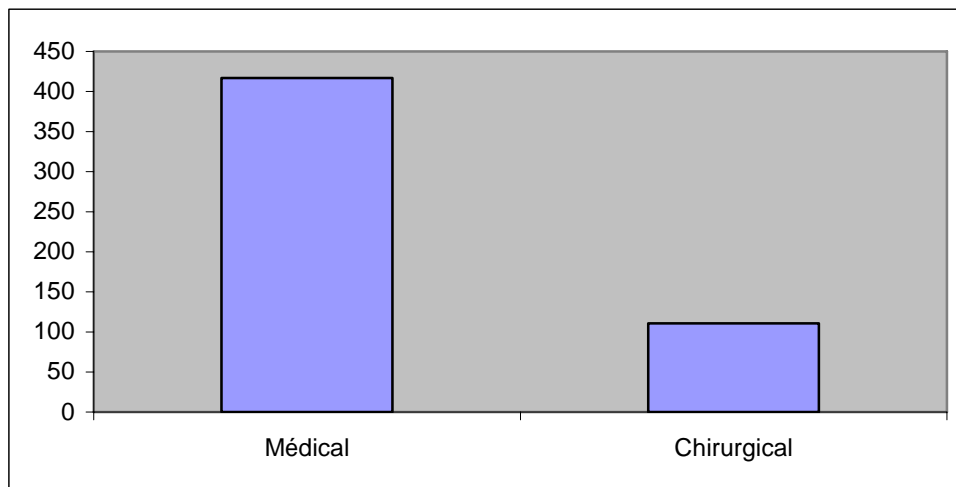
### 3-4. Référence



**Figure 7 : Répartition des patients selon la référence**

27,3% des patients ont été référés pour une meilleure prise en charge y compris des cas de cataracte et d'entropion trichiasis.

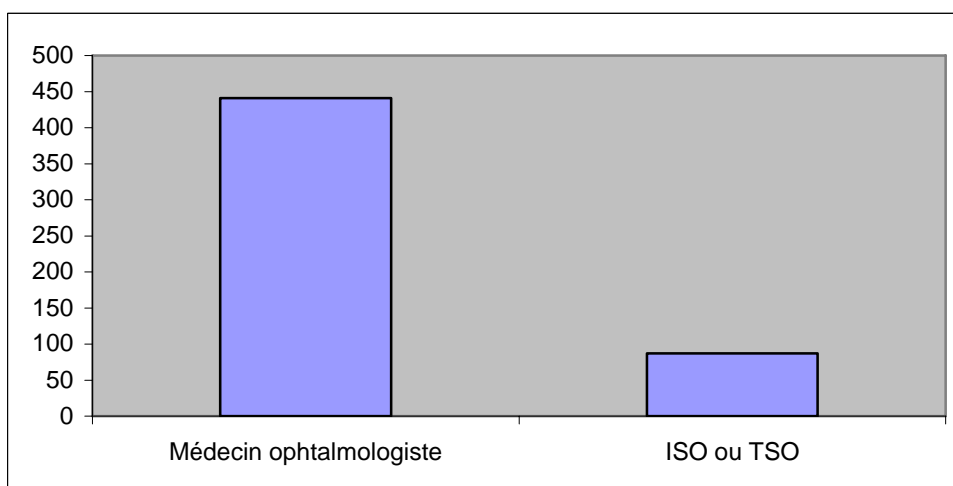
### 3-5. Traitement



**Figure 8 : Répartition des patients selon le traitement reçu**

Le traitement médical a représenté 79,0% de l'activité thérapeutique.

### 3.6. Qualification du personnel soignant



**Figure 9 : Distribution de l'effectif par rapport aux prestataires de soins**

Le médecin ophtalmologiste a été sollicité dans 83,5%.

### 3.7. Age diagnostic

**TABLEAU III : Répartition de nos patients en fonction de l'âge et du diagnostic**

Age	Diagnostic			Total
	Cataracte	Entropion trichiasis	Autres	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	
<= 10	2 (1,4%)	0 (0%)	33 (9,3%)	35 (6,6%)
11 - 20	2 (1,4%)	0 (0%)	37 (10,5%)	39 (7,4%)
21 - 30	1 (0,7%)	2 (7%)	31 (8,8%)	34 (6,4%)
31 - 40	2 (1,4%)	1 (3,6%)	48 (13,6%)	51 (9,7%)
41 - 50	15 (10,3%)	4 (14,3%)	57 (16,1%)	76 (14,4%)
51 - 60	41 (28%)	5 (17,9%)	68 (19,2%)	114 (21,6%)
61 - 70	53 (36,3%)	11 (39,3%)	50 (14,1%)	114 (21,6%)
71 - 80	27 (18,5%)	4 (14,3%)	25 (7%)	56 (10,6%)
81 - 90	3 (2%)	1 (3,6%)	5 (1,4%)	9 (1,7%)
<b>Total</b>	<b>146 (100%)</b>	<b>28 (100%)</b>	<b>354 (100%)</b>	<b>528 (100%)</b>

Le khi deux : impossible (plusieurs effectifs théoriques < 5)

Nous avons répertorié 36,3% de cataracte dans la tranche d'âge de 61-70 ans  
39,3% d'entropion trichiasis ont été retrouvés dans la même tranche d'âge de 61-70 ans.

### 3.8. Sexe-diagnostic

**TABLEAU IV : Répartition de nos patients en fonction du sexe et du diagnostic**

Sexe	Diagnostic			Total
	Cataracte	Entropion trichiasis	Autres	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	
Masculin	53 (36,3%)	8 (28,6%)	169 (47,7%)	230 (43,6%)

Féminin	93 (63,7%)	20 (71,4%)	185 (52,3%)	298 (56,4%)
Total	146 (100%)	28 (100%)	354 (100%)	528 (100%)

Le khi deux : 8,203 avec un p : 0,17 et ddl : 2

63,7% des femmes avaient une cataracte avec un sexe ratio F/H = 1,8

Le sexe féminin a représenté 71,4% d'entropion trichiasis avec un sexe ratio F/H = 2,5

### 3.9. Ethnie-diagnostic

**TABLEAU V** : Répartition de nos patients en fonction de l'ethnie et du diagnostic

Ethnie	Diagnostic			Total
	Cataracte	Entropion trichiasis	Autres	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	
<b>BAMBARA</b>	38 (26%)	6 (21,3%)	125 (35,3%)	169 (32%)
<b>BOZO</b>	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,3%)	1 (0,2%)
<b>DOGON</b>	0 (0%)	0 (0%)	3 (0,8%)	3 (0,6%)
<b>KASSOGUE</b>	3 (2%)	0 (0%)	6 (1,7%)	9 (1,7%)
<b>MALINKE</b>	87 (59,6%)	19 (67,9%)	177 (50%)	283 (53,6%)
<b>MAURE</b>	3 (2%)	1 (3,6%)	2 (0,6%)	6 (1,1%)
<b>PEULH</b>	12 (8%)	1 (3,6%)	26 (7,3%)	39 (7,4%)
<b>SARAKOLE</b>	2 (1,7%)	1 (3,6%)	12 (3,4%)	15 (2,8%)
<b>SONRHAI</b>	1 (0,7%)	0 (0%)	2 (0,6%)	3 (0,6%)
<b>Total</b>	146 (100%)	28 (100%)	354 (100%)	528 (100%)



Le khi deux : impossible (plusieurs effectifs théoriques < 5)

59,6% de cas de cataracte étaient des malinkés et 26% de Bambaras

L'entropion trichiasis a été observé chez 67,9% des Malinké et 21,3% des bambaras.

### 3.10. Résidence-diagnostic

**TABLEAU VII : Répartition de nos patients en fonction de la résidence et du diagnostic.**

Résidence	Diagnostic			Total
	Cataracte	Entropion		
		trichiasis	Autres	
Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	
Lassa	36 (24,7%)	7 (25%)	124 (35%)	167 (31,6%)
Sébénikoro	64 (43,8%)	9 (32,1%)	183 (51,7%)	256 (48,5%)
Naréna	46 (31,5%)	12 (42,9%)	47 (13,3%)	105 (19,9%)
<b>Total</b>	146 (100%)	28 (100%)	354 (100%)	528 (100%)

Le khi deux : 31,991 avec un p : 0,0001 et ddl : 4

La résidence la plus touchée par la cataracte a été Sébénikoro avec 43,8%.

La résidence la plus touchée d'entropion trichiasis a été Naréna avec 42,9%

### 3.11. Traitement-diagnostic

**TABLEAU VIII : Répartition de nos patients en fonction du traitement et le diagnostic**

Traitement	Diagnostic			Total
	Cataracte	Entropion		
		trichiasis	Autres	
Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	
Médical	70 (47,9%)	4 (14,3%)	343 (96,9%)	417 (79%)
chirurgical	76 (52,1%)	24 (85,7%)	11 (3,1%)	111 (21%)
<b>Total</b>	146 (100%)	28 (100%)	354 (100%)	528 (100%)

Le khi deux : 38,365 avec un p : 0,0001 et ddl : 2

Une fois le diagnostique posé et que le traitement soit chirurgical, puisque le malade n'était pas immédiatement pris en charge sur place, il était référé au CSRéf CIV . Le traitement chirurgical devrait représenter 52,1% de cataracte et 85,7% d'entropion trichiasis

### 3.12. Résidence-traitement :

**TABLEAU IX : Répartition de nos patients en fonction du traitement et la résidence**

Résidence	Traitement		Total
	Médical	Chirurgical	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Lassa	151 (36,2%)	16 (14,4%)	167 (31,6%)
Sébénikoro	204 (48,9%)	52 (46,9%)	256 (48,5%)
Naréna	62 (14,9%)	43 (38,7%)	105 (19,9%)
Total	417 (100%)	111 (100%)	528 (100%)

Le khi deux : 31,991 avec un p : 0,0001 et ddl : 4

A Sébénikoro 46,9% ont été référés pour recevoir de traitement chirurgical y compris les cas de cataracte et d'entropion trichiasis suivi de Naréna avec 38,7% et Lassa avec 14,4%

Le trichiasis par contre devait être traité chez 46,9% é Sébénikoro, 38,7% à Naréna et 14,4% a Lassa

*COMMENTAIRES ET  
DISCUSSIONS*

## **4 .Commentaire et discussions**

### **4.1. Description de la population**

#### **4.1.1Fréquence :**

Il a été réalisé en 2004 une consultation ophtalmologique de masse dans la commune IV (Lassa et Sébénikoro) et la commune de Naréna. Au total 528 patients ont été consultés lors des journées de consultations initiées par l'association Santé plus commune IV (ASPCIV).

Lors de cette seule journée de consultation on a répertorié 27,7% de cataracte et 5,3% d'Entropion trichiasis.

La fréquence élevée de ces pathologies aussi bien en zone périurbaine de Bamako qu'en zone rurales est due à l'absence d'information, de sensibilisation et d'éducation sur la santé oculaire notamment sur la cataracte et le trachome respectivement curables et évitables.

#### **4.1.2. Age :**

Les tranches d'âges de 51- 60 et 61-70 ont représenté 21,6%, la majeure partie de patients soit 228 patients. Cela s'explique par la plus grande fréquence des infections oculaires (conjonctivites) et les pathologies liées à l'âge (cataracte).

#### **4.1.3. Sexe :**

Le sexe féminin a représenté 56,4% ; avec un sexe ratio F/H = 1,3 en faveur des femmes.

#### **4.1.4. Ethnie :**

Les malinkés et les Bambaras ont été les ethnies dominantes avec respectivement 53,6% et 32%.Cela est dû au fait que les ethnies soient majoritaires dans les zones d'étude.

#### **4.1.5. Résidence et lieu de consultation :**

Sébénikoro a été la résidence qui a regroupé le plus de monde avec 48,5% soit 256 patients s'expliquant par son niveau d'alphabétisation, d'information et d'urbanisation par rapport aux autres localités.

#### **4.1.6. Motif de consultation :**

La baisse de l'acuité visuelle (BAV) a été le signe le plus fréquent avec 34,3%. C'est le motif qui inquiète le plus les patients au cours des pathologies oculaires.

#### **4.1.7. Diagnostic :**

La cataracte a représenté 27,7% et l'Entropion trichiasis 5,3% des diagnostics. Ces pathologies aux vues du nombre de patients, constituent un véritable problème de santé publique.

#### **4.1.8. Référence :**

La référence concerne les cas de cataractes ici c'est par rapport aux cas de cataracte et d'entropion trichiasis qui nécessitent une prise en charge chirurgicale. Elle a représenté 27,3% dont 53,4% de cataracte et 85,7% d'entropion

#### **4.1.9. Traitement :**

Le traitement a été surtout médical avec 79% parce qu'il s'agissait en général de cataractes non mûres et des cas d'entropion trichiasis où 1 jusqu'à 3 cils gênent le malade.

#### **4.1.10. Qualification du personnel soignant :**

Le médecin ophtalmologiste a réalisé la majorité des consultations y compris le traitement médical et chirurgical dans 83,5%.

### **4.2. Etude Spécifique :**

#### **4.2.1. La cataracte :**

La cataracte est et demeure la première cause de cécité dans le monde. Dans notre étude, elle a représenté 43,8% à Sébénikoro, 31,5% à Naréna et 24,7% à Lassa pour un pourcentage global de 27,7%. Ce résultat est inférieur à ceux

de Diakité et de Yattassaye qui ont respectivement trouvé 32% et 32,11%. Il l'est aussi à ceux de Saley au Niger et de Resnikoff au Tchad avec respectivement 35% et 44%. Mais ce résultat est supérieur à celui de Sidibé Moro qui a trouvé 22,1%. La fréquence plus élevée à Sébénikoro soit 43,8% s'explique par le nombre plus élevé des consultants cette localité comparativement aux autres. Ailleurs les autres localités souffrent de l'enclavement mais aussi des facteurs socioculturels qui sont des freins à la référence. Les cas de référence (52,1%) concernent les patients qui devraient se déplacer vers le CSRef CVI pour faute de plateau technique. En réalité ces patients n'ont pas bénéficié de suivi spécial parce que ne répondant pas ou au maximum arrivant en compte-goutte. Le traitement de la cataracte étant chirurgical en général, il faudra comprendre par traitement médical le traitement de cataractes non mûres (47,9%). En effet c'est une pathologie dont la prévalence augmente l'âge. Les perspectives d'évolution à moyen terme sont assez inquiétantes puisqu'on évalue qu'en 2020 le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans (donc les plus susceptibles d'être atteintes par une cataracte) doublera par rapport aux chiffres de l'an 2000 pour atteindre près de 1,2 milliards dont les  $\frac{3}{4}$  vivant dans les pays en voie de développement selon l'OMS. Ce qui impose non seulement à opérer au fur et à mesure les nouveaux cas mais aussi à résorber les cas déjà existants.

La cataracte est un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement et ce malgré l'existence du traitement chirurgical. Il existe des barrières à l'accès aux soins oculaires qui sont la précarité, l'absence de couverture sociale et tout autre facteur d'exclusion sociale. Ils existe aussi la « peur » de se faire opérer ainsi que l'influence quasi permanente de l'entourage. A tout cela s'ajoute la ruralité prépondérante des populations alors que les offres de soins sont localisées en milieu urbain, l'absence d'information, de sensibilisation et d'éducation pour la santé oculaire.

#### **4.2-2 Le trachome (Entropion trichiasis) :**

Cette Kérato-conjonctivite est considérée comme la deuxième cause de cécité dans le monde avec ses multiples complications dont l'entropion trichiasis. En effet elle est la plus grave des complications avec ses conséquences cécitantes. Dans notre étude il a représenté respectivement 42,9% à Naréna, 32,1% à Sébénikoro et 25% à Lassa avec un taux global de 5,3%. Ce résultat est inférieur à ceux de SIDIBE M, de Boré O et Yattassaye mais supérieur à celui de Diakité S qui avait trouvé 0,6%. Sa prévalence de 42,9% à Naréna est alarmante compte tenu du nombre de patients consultés (105 patients soit 19,9% de l'effectif total). Nous y avons trouvé une femme monophthalme dont l'acuité visuelle était réduite à CLD (compte les doigts) à un mètre du faite de l'opacité cornéenne. La chirurgie lui permettait au moins de conserver cette acuité, malheureusement elle l'a catégoriquement refusé. Ce refus avait d'autres raisons notamment culturelles que financières puisque la patiente était gratuitement prise en charge. Ce qui veut dire que cette femme d'une soixantaine d'années a vécu plus de 30 ans avec son entropion trichiasis parce que l'entropion trichiasis reste de découverte rare avant l'âge de 30 ans. Ce n'est que vers 40 ans que la cécité trachomateuse (ou cornéenne) devient plus fréquente dans une communauté. Dans notre étude la tranche d'âge [61-70] est la plus touchée avec 39,3%. Les cas d'entropion trichiasis sont très rares chez les enfants. C'est ainsi que Cornand en 1974 trouve 5 patients de moins de 10 ans au Sahara central avec une limite inférieure à 6 ans [31]. BA en 1975 décrit 2 cas entre 5 et 10 ans au Sénégal. Sowa en Gambie en 1970 rapporte 1 cas bilatéral chez un nourrisson de 16 mois. Notre étude n'en a pas fait cas.

Le résultat de notre étude est supérieur à celui de l'enquête nationale réalisée en 1996-1997 soit 2,5% chez les femmes de plus de 14 ans. Les porteurs d'entropion trichiasis sont en majorité des femmes en milieu rural. Le Mali est parmi les pays désignés par l'OMS où le besoin d'intervention est prioritaire. L'OMS considère que le trachome est un problème grave de santé

dans une communauté si la prévalence de l'entropion trichiasis dépasse 1% chez les femmes de plus de 14 ans.

Notre prévalence prise séparément par rapport aux différentes localités soit 42,9% à Naréna, 32,1% à Sébénikoro, 25% à Lassa et globalement soit 5,3% est largement au dessus du seuil de 1% qui témoigne d'un problème majeur de santé publique dans ces localités. Cela peut s'expliquer par des facteurs influençant tels que la peur et l'influence de la famille.

Maladie rurale par excellence, elle prépare, annonce et aggrave la pauvreté créant ainsi une situation de misère et un problème de scolarisation par la formation des enfants guides.

Le trachome constitue la cause de cécité la moins coûteuse à prévenir si on venait à adopter une bonne conduite de vie. Cette prévention consiste :

- A l'amélioration de l'assainissement et des conditions d'hygiène de la population ;
- L'éducation sanitaire des mères et des enfants du point de vue ophtalmologique ;
- Le traitement adéquat de toutes les conjonctivites ;
- Le dépistage précoce du trachome et son traitement ;
- Le traitement chirurgical précoce des cas d'entropion trichiasis.



*CONCLUSIONS ET  
RECOMMANDATIONS*

## **5. CONCLUSION ET RECOMMANDATION**

### **5.1. Conclusion :**

Lors des journées de consultation nous avons réalisé 528 examens. Les tranches d'âges de 51-60 ans et 61-70 ans ont représenté 21,6%, la majeure partie des patients soit 228 patients. Le sexe féminin a représenté 56,4% avec un sexe ratio F/H = 1,3 en faveur des femmes. Les ethnies Malinkés et Bambaras étaient majoritaires avec respectivement 53,6% et 32%.

Il y a eu plus de cataractes diagnostiquées à Sébénikoro avec 43,8% et d'entropion trichiasis avec 42,9% à Naréna. Ces pathologies en témoignent leur fréquence, demeurent un problème majeur de santé publique

L'impact socio-économique de la cataracte et du trachome fait de leur traitement une priorité pour les services de santé de nos pays en voie de développement

Le besoin en soins oculaires en particulier la chirurgie de la cataracte et du trichiasis est très important dans toutes les régions du Mali comme l'ont montré les différentes enquêtes

Les zones rurales les plus éloignées des centres urbains paient un lourd tribut pour la cataracte et le trachome : la majeure partie de la population ne bénéficiant pas d'une prise en charge adaptée.

La présente étude a confirmé la grande nécessité d'adopter des stratégies avancées pour une meilleure prise en charge de ces pathologies. Elle a montré un intérêt tout à fait particulier de la stratégie avancée. En effet cette stratégie apparaît sur le plan santé publique la plus souhaitable.

## 5.2. Recommandations :

Compte tenu de l'ampleur de ces pathologies dans le monde et plus particulièrement dans les pays à faible revenu, la lutte contre la cécité doit mobiliser l'adhésion de tous : décideurs politiques, autorités sanitaires, médecins ophtalmologistes, partenaires au développement et malades.

Nous recommandons :

- Aux médecins et aux personnels socio-sanitaires, de référer toute baisse d'acuité visuelle vers une structure spécialisée pour une meilleure prise en charge ;
- Aux décideurs politiques d'intégrer dans les programmes de santé le volet lutte contre la cataracte et le trachome en équipant d'avantage les centres de santé et en formant plus de médecins ophtalmologistes (actuellement il y a un ophtalmologiste pour plus de 500.000 hts au Mali) ;
- Aux partenaires au développement d'appuyer les différents programmes de lutte contre la cataracte et le trachome (entropion trichiasis) en moyens financiers et logistiques ;
- Aux malades de se faire consulter le plutôt pour toute baisse d'acuité visuelle par un service spécialisé ;
- Aux autorités sanitaires et aux ophtalmologistes de promouvoir les campagnes d'IEC sur l'impact socio-économique de la cataracte et du trichiasis, leur caractère cécitant et sur la possibilité de se faire opérer dans toutes régions du Mali.

Ces tâches pourraient bénéficier de l'appui de l'IOTA et du programme National de lutte contre la cécité (PNLC).

L'intégration d'un tel programme aux activités déjà existantes au niveau des structures sanitaires nécessite un minimum de complément de ressources : complément qu'il faut absolument trouver afin de donner un sens à la citation D'ALBERT Calmette [26] « Les dépenses faites pour la sauvegarde de la santé publique sont les seules qui soient productives parce qu'elles protègent le capital

humain et que si en réalité elles grèvent momentanément les budgets ,elles constituent le plus fructueux des placements ».

# *BIBLIOGRAPHIES*

## Bibliographie

1. OMS. Aide mémoire n°77 Février 1999. <http://www.who.ch//>
2. Astigmatisme enfants science 1978 :202 :329-331
3. Ballo K p : Talabe M. N'danou KH Agossou KA.; koffi-Que ke  
La papille chez le glaucomateux Togolais.  
Journal français d'ophtalmologiste 1995; 3 :194-199
4. Banon A  
Contribution à l'étude épidémiologique de la cécité au Mali  
Thèse de médecine, Bamako 1977
5. Barbara E.K klein,Roland kein,william E sponcel Todd Franke.  
Prevalence of glaucoma: the Beaver Dam Eye study  
Ophthalmology October 1992; 10. 1499-1503
6. Bechetsile A.  
Glaucomes  
Ed, Japperenard P.252-278
7. OMS:  
Cécité et déficience visuelle
8. OMS  
Prise en charge de la cataracte par les services de soins de santé primaires  
suisse, Genève, 2 ème édition ; pp 73-77, Mars 1997
- 9.Thylefors, B Negrel, A D.  
Le glaucome dans le monde clin. Opht : 1990; 1 :13-22
- 10.Dade Ben Sidi Ben Ben Bouye  
Prévalence de l'astigmatisme en milieu scolaire de la commune V du district  
de Bamako-Thèse Médecine, Bamako, 2003
- 11.J Rougier / J Maugéry  
Ophtalmologie pour le praticien.

12. Professeur Claude Bonne (Montpellier)\_Stress Oxydant, cataracte et dégénérescence maculaire liée à l'âge.  
Cahier de Biothérapie N°161 Déc. 1999- Janv. 2000 Page1
13. Cornan D.g :  
Trachome  
Clin opht 1990 1 49 59
14. OMS  
Stratégie pour la prévention de la cécité dans les programmes nationaux  
Genève 1985
15. Goïta Etude coût efficacité des deux stratégies opératoires des cataractes  
dans la région de Mopti au Mali
16. Henry Saraw  
Abrégés d'ophtalmologie 5ème édition Masson 1982 revues corrigées
17. SIDIBE Moro  
Evaluation de la prise en charge des maladies oculaires en commune IV du  
district de Bamako de 2000 à 2001
18. COULIBALY Mamadou Koniba  
La non acceptabilité de la chirurgie du trichiasis en milieu rural au Mali 2002
19. Mamuel pratique de chirurgie palpébrale / J R.O collin-Paus  
Masson, 1998 -142 p 25 cm
20. DIAKITE S. Evaluation de la prévalence et de l'étiologie des  
Handicaps visuels dans la 3ème région du Mali (Sikasso) Thèse Médecine,  
Bamako,
21. YATTASSAYE  
Evaluation de la prévention et de l'étiologie des handicaps visuels dans la  
1<sup>er</sup> région du Mali (Kayes) thèse Médecine, Bamako 1986

22. Boré O

Les handicaps visuels en zone rurale Sahélienne (Mopti) : Prévalence et étiologie Thèse, Médecine, Mali 1986

23. Cornand G

Entropion trichiasis trachomateux au Sahara central à propos de 156 tarso-tomies de trabut

Revue internationale du trachome 1974 ;51 ;P 77-83

24. BAA

Incidence du trachome au Sénégal (une enquête en milieu rural) et hospitalier

Thèse de médecine : Dakar 1975- ; n°33

25. SOWA SCI

Trachomatous entropion trichiasis case in a 16 month old-infant British Journal of ophthalmology 1970, may 54, p338-339



# *ANNEXES*

## Fiche d'enquête

1. Age :

2. Sexe : Masculin  Féminin

3. Ethnie :

4. Résidence :

Lassa  Sébénikoro  Naréna  Autres

5. Lieu de consultation

Lassa  Sébénikoro  Naréna  Autres

6. Motif de consultation

BAV  GV  Dx Oc  Autres

7. Diagnostic

Cataracte  Entropion trichiasis  Autres

8. Référence :

Oui  Non

9. Traitement

Médical  Chirurgical

10. Qualification du Personnel Soignant

- Medecin Ophtalmologiste
- Medecin Generaliste
- Interne
- ISO ou TSO
- Infirmier
- Autres

# Dictionnaire Informatique

1. Age : ...../...../.....

2. Tranches D'Age :

3. Sexe :                   1= Masculin                   2= Féminin

4. Ethnie :

5. Résidence :

6. Lieu de consultation :

1. Lassa

2. Sébénikoro

3. Naréna

7. Motif de Consultation :

1. BAV

2. GV

3. Dx Oc

4. Autres

8. Diagnostics :

1. Entropion Trichiasis

2. Cataracte

3. Autres

9. Référence :    1= Oui

2 = Non

10. Traitement : 1 = Médical           2 = Chirurgical

11. Qualité du Personnel Soignant

▪ Medecin Ophtalmologiste

▪ Medecin Generaliste

▪ Interne

▪ ISO ou TSO

▪ Infirmier

▪ Autres

### **Fiche signalétique :**

- Nom : Diakité
- Prénom : Manian
- Titre de la thèse : Contribution à l'étude de la cataracte et de l'entropion trichiasis dans les quartiers de Lassa et Sébénikoro du district de Bamako et dans le village de Naréna.
- Date de soutenance :
- Pays d'origine : Mali
- Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie
- Secteur d'intérêt : Ophtalmologie, santé publique
- **Résumé :**

Notre étude se passe dans les quartiers de Lassa et Sébénikoro du district de Bamako et dans le village de Naréna. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les journées de consultation ophtalmologique gratuite de masse initiée par l'ASPC IV. Au total 528 patients ont été examinés et retenus par ce que présentant des problèmes oculaires. Nous avons repertorié 27,7% de cataracte et 5,3% d'entropion trichiasis. Les tranches d'âges de 51- 69 ans et 61 – 70 ont représenté 21,6% des patients. 56,4% étaient de sexe féminin. A Sébénikoro il ya eu 43,8% de cataracte. L'entropion trichiasis a représenté 42,9% à Naréna. L'augmentation de la fréquence de ces pathologies dans les zones périurbaine est du à l'absence d'information,de sensibilisation et d'éducation sur la santé oculaire notamment sur la cataracte et de trachome(entropion trichiasis) respectivement curable et évitable.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE :**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des religions, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes n'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'approche et méprise de mes confrères si j'y manque