

MINISTRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE- UN BUT -UNE FOI



UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire : 2022-2023

N°/.....

TITRE

Profils épidémiologique et thérapeutique des traumatismes palpébraux au CHU-IOTA

MEMOIRE de fin d'études pour l'obtention du Diplôme
d'Etudes Spécialisées (DES) en **Ophtalmologie**
Présenté et soutenu publiquement le 14/12/2023 par

Docteur COULIBALY YACOUBA

JURY :

PRESIDENT : Mr Adégné TOGO, Professeur

MEMBRES : Mme Fatoumata SYLLA, Maitre de conférences

: Mr Adama GUINDO, Maitre de conférences

: Mr Modibo SISSOKO, Médecin

DIRECTEUR : Mr Nouhoum GUIROU Maitre de conférences

DEDICACE

Dédicace

Je dédie ce document au tout puissant ALLAH l'omnipotent, l'omniscient, l'oméga et l'alpha pour la grâce et le privilège qu'il m'a accordé.

REMERCIEMENT

Remerciements

Père et mère : grâce à vos efforts conjugués me voilà au seuil d'un parcours laborieux.

Je vous remercie de l'éducation prodiguée. Que Dieu vous donne longue vie.

Mon maître Dr Diallo Oumar : un homme plein de bonté, de sagesse avec un cœur en or et aux expressions émouvantes. Vous avez été le maillon central de ce parcours sans vous cette réussite ne serait qu'un rêve. Que Dieu vous récompense au centuple de vos bienfaits.

Dr Diallo Hamadoun ; Dr Konipo Aly ; Dr Sissoko Modibo : Merci pour l'enseignement et les conseils, longue vie à vous.

M. Diabaté et M. Diallo Assistants médicaux en ophtalmologie, personnel du service d'hospitalisation au CHU-IOTA votre participation m'a été d'une importance capitale dans la collecte des données sans vous ce document n'y allait pas être. Veuillez recevoir ici mes sincères remerciements.

A mes collègues : vos critiques et suggestions m'ont aidé à parfaire ce document. Que le tout puissant nous donne longue vie.

Au personnel du CHU-IOTA : merci pour votre collaboration

A l'ensemble du corps professoral: merci pour votre disponibilité et la qualité de votre enseignement. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves. Veuillez recevoir ici notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMO : assistant médical en ophtalmologie

AVL : acuité visuelle de loin

AVP : accident de la voie publique

BAV : baisse de l'acuité visuelle

CA : chambre antérieure

CBV : coups et blessures volontaires

CBI : coups et blessures involontaires

CE : corps étranger

CES : corps étranger superficiel

CEIO : corps étranger intraoculaire

CLD : compte les doigts

DDR : décollement de rétine

GPAO : glaucome primitif par ouverture de l'angle

HTO : hypertension oculaire

IOTA : institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique

OD : œil droit

OG : œil gauche

ODG : œil droit et gauche

SUP : supérieur

INF : inférieur

PIO : pression intraoculaire

PL : perception lumineuse

PPL : pas de perception lumineuse

RPM : réflexe photo moteur

TSS /TS : technicien supérieur de santé/technicien de surface

VL : voie lacrymale

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	2
METHODOLOGIE.....	3
RESULTATS.....	7
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	.25
RECOMMANDATIONS.....	..26

I- INTRODUCTION :

Les traumatismes de la paupière impliquent les dommages de la peau, des muscles, des tissus conjonctifs, de la membrane muqueuse et/ou des structures annexielles de la paupière [1].

Les blessures de la paupière sont courantes dans le monde actuel.

Le développement de l'industrialisation, les modes de transport plus rapides et une augmentation des actes d'agressions volontaires contre les personnes sont responsables de l'augmentation de l'incidence de ces blessures. [2]

Elles représentent 2 à 6 % de la traumatologie générale dont 9 % à 36 % d'atteintes canaliculaires [3, 4]

Les traumatismes palpébraux peuvent être associés à des lésions oculaires ou rentrer dans le cadre de polytraumatisme. Il n'existe pas de schéma standardisé dans la prise en charge. Chaque traumatisme palpébral est particulier et nécessite un bilan lésionnel précis ainsi qu'une prise en charge adéquate. [5]

Les blessures aux paupières ne sont pas affectées par un retard de 72 heures, si des meilleures installations et l'hygiène locale de la plaie sont faites. [2]

Devant le polymorphisme clinique, la prise en charge fait appel au respect de la statique et de la dynamique des paupières afin de garantir un bon résultat fonctionnel respectant l'esthétique du regard. [5]

En Afrique, précisément au Mali l'atteinte palpébrale a été insuffisamment étudiée.

Cette étude vise à explorer les profils épidémiologique et thérapeutiques des traumatismes palpébraux au CHU-IOTA.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes palpébraux

Objectifs spécifiques

Déterminer la fréquence des traumatismes palpébraux

Décrire les aspects cliniques des plaies palpébrales

Déterminer les différentes techniques opératoires

Evaluer la statique et la dynamique palpébrales post opératoire

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalo-Universitaire de l'Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique (CHU-IOTA).

Situation

Il est situé en Commune III du District de Bamako. Sa localisation en plein centre-ville dans le quartier administratif offre une accessibilité facile. Il est contigu au CHU Gabriel Toure, limité au Nord par la Cité de l'Etat-major des Armées de Terre, au Sud par le Centre Commercial, à l'Ouest par l'Hôpital Gabriel Touré et à l'Est par le Quartier de Medina Coura.

2- Les missions

Ses missions principales dans le cadre de la lutte contre la cécité sont :

Les soins ophtalmologiques de niveau tertiaire ;

La formation spécialisée des médecins et infirmiers en ophtalmologie, des Optométristes et des Opticiens ;

La recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle ;

3- Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte prospective allant du 1^{er} Décembre 2022 au 31 Aout 2023

4- Population d'étude :

Tout patient consultant aux urgences pour traumatisme palpébral au CHU-IOTA pendant la période d'étude.

✓ Critères d'inclusion :

Étaient inclus tous les patients ayant un traumatisme palpébral reçu en urgence

✓ Critères de non inclusion:

N'étaient pas inclus :

Les patients ayant un traumatisme oculaire sans atteinte palpébrale ;

Les malformations palpébrales post traumatiques

Les patients non consentants

Et les patients perdus de vue

5- Description des variables à étudier:

Les variables suivantes ont été étudiées:

❖ Caractéristiques sociodémographiques

- ✓ Seront étudiés : l'âge, le sexe, la profession

❖ Les données cliniques

- ✓ **La mesure de l'acuité visuelle** sans correction et avec correction

- ✓ **Le délai de consultation**

- ✓ **La nature de l'agent traumatisant**

- ✓ **La statique et la dynamique palpébrales**

- ✓ **Le diagnostic**

❖ Les lésions associées

- ✓ **Plaie du globe** (Lacération pénétrante, ou perforante)

- ✓ **Eclatement du globe** (rupture)

- ✓ **Contusion du globe**

- ✓ **Lacération lamellaire**

- ✓ **L'atteinte orbitaire** (fracture des parois orbitaires)

- ✓ **De la face**

- ✓ **Les lésions vitre rétinienne**

6- Déroulement de l'examen :

- ✓ **Interrogatoire des patients** : Nom et prénom ; l'âge ; la profession; les antécédents ; le motif de consultation ; les circonstances de survenues ; la date du traumatisme ; la nature de l'agent traumatisant ; l'heure du dernier repas si enfant

- ✓ **La mesure de l'acuité visuelle sans correction et avec correction**

- ✓ Elle a été évaluée grâce à l'échelle de MONOYER pour les patients alphabétisés et l'échelle d'optotype de SNELLEN pour les patients non alphabétisés.

- ✓ **Examen des annexes** : recherche d'une plaie palpébrale avec ou sans section des voies lacrymales ; Statique et dynamique palpébrale ; MOM ; des fractures

orbitaires ; le siège de la plaie et les mensurations ; contusion palpébrale (œdème ; ecchymose ; hématome)

✓ **Examen du segment antérieur**

Il était réalisé systématiquement à la lampe à fente à la recherche des lésions du globe oculaire associées : Plaie de cornée ; éclatement du globe ; hyphema ; cataracte ; luxation ou subluxation du cristallin ; syndrome contusif ;

✓ **Mesure de la pression intraoculaire**

Elle était mesurée grâce au tonomètre à aplanation de Goldmann ou au tonomètre à air pulsé.

✓ **Examen du fond d'œil**

Après dilatation pupillaire au Tropicamide (MYDRIATICUM) et à la Néosynéphrine en absence de contre-indication, le segment postérieur était examiné, si accessible, à l'aide d'une lentille de Volk à la recherche de lésions vitro-rétiniennes

✓ **Données paracliniques :**

L'échographie oculaire en mode B était réalisée au cas d'inaccessibilité du fond d'œil. Une radiographie standard ou une TDM orbitocérébrale en cas de suspicion de fracture orbitaire; de CEIO ou de corps étrangers intraorbitaire

✓ **Thérapeutique :**

Moyens : médicaux, chirurgicaux,

Techniques chirurgicales :

- **Parage simple :** rapprochement des berges d'une plaie partielle de l'épaisseur de la paupière à l'aide des points de suture
- **Parage complexe :** réfection d'une plaie de pleine épaisseur de la paupière à l'aide des points de suture
- **Sondage mono canaliculaire :** mise en place d'une sonde dans un canalicule
- **Sondage bi canaliculaire :** mise en place d'une sonde dans les deux canalicules

7- Collecte des données

Une fiche d'enquête a été élaborée afin de renseigner les données utiles et indispensables à l'étude. Les informations concernant les patients ont été recueillies par la technique de l'interrogatoire individuel. Les dossiers médicaux serviront aussi de support pour la collecte des données.

8- Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel SPSS version 20.

9- Considérations éthiques

Le consentement éclairé des patients et signature d'une fiche conçue

Respect stricte de la confidentialité des informations recueillies au cours des différents examens.

Aucun conflit d'intérêt n'est à signaler pour ce travail.

RESULTATS

I- Fréquence

Nous avons colligé 45 cas de traumatisme palpébral sur 220 patients reçus en urgence soit une fréquence de 20%.

I-caractéristiques sociodémographiques

TABLEAU I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (Année)	Effectifs	Pourcentage
≤ 15	22	48,9
16-39	16	35,6
≥ 40	7	15,6
Total	45	100

Les enfants ≤ 15 ans ont représenté 48,9% des cas.

L'âge moyen de nos était de 19,64 ans avec des extrêmes allant de 1- 50ans.

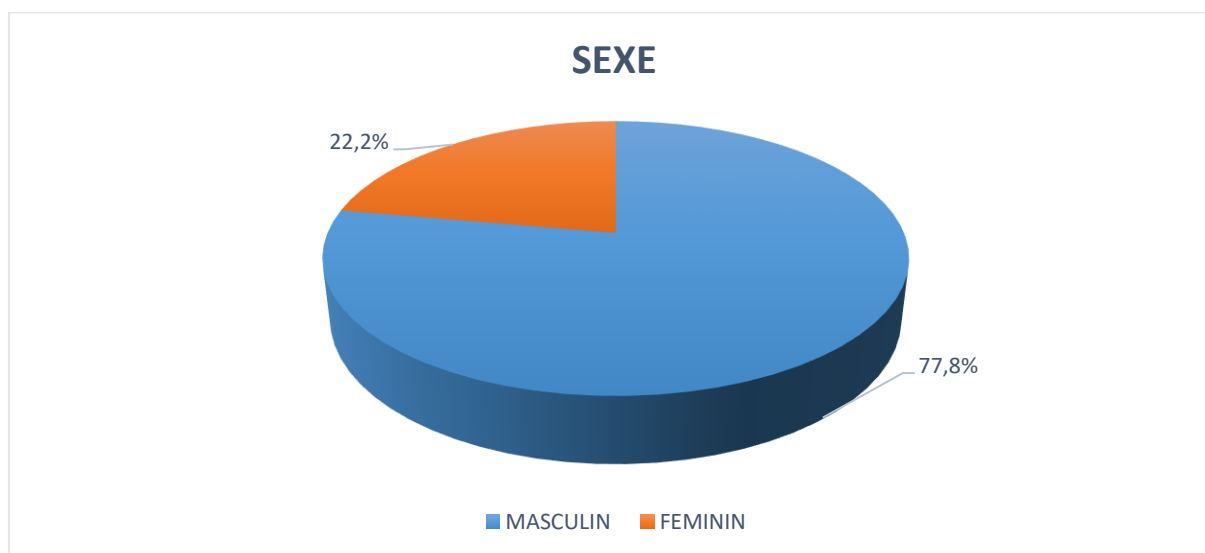


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin représentait 77,8 % dans notre série avec un sexe ratio de 3,5.

TABLEAU II : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	1	2,2
Cultivateur	2	4,4
Ouvrier	2	4,4
Commerçant	3	6,7
Militaire	1	2,2
Chauffeur	4	8,9
Élève/étudiant	20	44,4
Sans emploi	9	20,0
Agent de sécurité	2	4,4
Ingénieur	1	2,2
Total	45	100

Les élèves /étudiants représentaient 44,4 % de nos patients.

II- CLINIQUE

TABLEAU III : Répartition des patients selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Consultation ordinaire	22	48,8
Consultation d'urgence	23	51,2
Total	45	100

La consultation d'urgence était le mode d'admission dans 51,2% des cas

TABLEAU IV : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectifs	Pourcentage
Moins de 24h	25	55,6
24h-72h	18	40,0
Plus de 72h	2	4,4
Total	45	100

Le délai de consultation était de moins de 24h dans 55,6% des cas.

TABLEAU V : Répartition des patients selon les circonstances de survenues

Circonstances de survenue	Effectifs	Pourcentage
Accident de la voie publique	17	37,8
Accident domestique	13	28,9
Accident de travail	6	13,3
Jeux	4	8,9
Coups et blessures volontaires	5	11,1
Total	45	100

Les accidents de la voie publique ont représenté 37,8% suivis des accidents domestiques 28,9% des cas

TABLEAU VI : Répartition des patients selon la nature de l'agent traumatisant

Nature de l'agent traumatisant	Effectifs	Pourcentage
Végétal	4	8,9
Métal	33	73,3
Minéral (Verre, vitre)	3	6,7
Chimique	1	2,2
Thermique	1	2,2
Morsure	3	6,7
Total	45	100

L'agent traumatisant était métallique dans 73,3% des cas.

TABLEAU VII : Répartition des patients selon la latéralité

Latéralité	Effectifs	Pourcentage
OD	18	40,0
OG	26	57,8
ODG	1	2,2
Total	45	100

L'œil gauche était atteint chez 57,8% de nos patients.

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon l'acuité visuelle initiale de loin sans correction

Acuité visuelle initiale de loin sans correction	Effectifs	Pourcentage
PPL	5	11,1
VBM	2	4,4
CLD	2	4,4
1/10-4/10	2	4,4
5/10-10/10	26	57,8
Non chiffrable	8	17,8
Total	45	100

A l'admission, 57,8% de nos patients avaient une acuité visuelle de loin sans correction comprise entre 5/10 et 10/10

TABLEAU IX : Répartition des patients selon la localisation

Paupière	Effectifs	Pourcentage
SUP	16	35,6
INF	21	46,7
SUP/INF	8	17,8
Total	45	100

La paupière inférieure était atteinte dans 46,7% des cas

TABLEAU X : Répartition des patients selon le siège

Siege de la lésion	Effectifs	Pourcentage
1/3 interne	20	44,4
1/3 moyen	9	20,0
1/3 externe	6	13,3
Autres	10	22,2
Total	45	100

Le 1/3 interne de la paupière était le siège des lésions chez 44,4% des patients

TABLEAU XI : Répartition des patients selon la nature de la lésion

Nature de la lésion	Effectifs	Pourcentage
Plaie avec section VL	17	37,8
Plaie/sans section VL	23	51,1
Arrachement/section VL	2	4,4
Arrachement/sans section VL	1	2,2
Contusion palpébrale (ecchymose, hématome)	2	4,4
Total	45	100

La plaie sans section de la voie lacrymale représentait 51,1% des cas

TABLEAU XII : Répartition des patients selon la taille de la plaie

Diamètre de la plaie	Effectifs	Pourcentage
5-15mm	18	40
16-25mm	14	31,1
26-35mm	4	8,9
36-45mm	6	13,3
Absence de plaie	2	4,4
Mesure complexe	1	2,2
Total	45	100

La taille de la plaie était comprise entre 5-15mm dans 40% des cas.

TABLEAU XIII: Répartition des patients selon les lésions associées

Lésions associées		Effectifs	Pourcentage
Globe fermé	Lacération lamellaire	3	6,7
	Syndrome contusif de Frenkel	4	8,9
Globe ouvert	Lacération pénétrante	2	4,4
	Rupture	2	4,4
Globe normal	Absence de lésion	34	75,6
Total		45	100

Le globe oculaire était atteint dans 24,4% des cas.

L'orbite était atteinte dans 3 cas : 2 cas de fractures des parois orbitaire ; 1 cas de syndrome de l'apex orbitaire

TABLEAU XIV: Répartition des patients selon les examens complémentaires

Les examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage
RX standard	5	11,1
TDM	5	11,1
Aucun	35	77,8
Total	45	100

La Radiographie standard et la TDM ont représenté 11,1% des cas chacune.

Aucun 77,8% : était constitué de petites lésions sans signe d'atteinte associée

III- TRAITEMENT :

TABLEAU XV: Répartition des patients selon le type de traitement

Type de traitement	Effectifs	Pourcentage
Médical	4	8,9
Médico-chirurgical	41	91,1
Total	45	100

Le traitement médico-chirurgical a représenté 91,1% des cas.

TABLEAU XVI: Répartition des patients selon la technique opératoire

La technique opératoire	Effectifs	Pourcentage
Parage simple	26	57,7
Parage /intubation mono ou bi canaliculaire	12	26,7
Parage complexe	3	6,7
Médicale	4	8,9
Total	45	100

Le parage simple était la technique utilisée dans 57,7% des cas.

TABLEAU XVII: Répartition des patients selon l'acuité visuelle à J30 post opératoire

Acuité visuelle J30	Effectifs	Pourcentage
PPL	5	11,1
CLD	1	2,2
1/10-4/10	2	4,4
5/10-10/10	30	66,7
Non chiffrable	7	15,6
Total	45	100

L'acuité visuelle à J30 post opératoire était comprise entre 5/10 et 10/10 dans 66,7% des cas.

Les 2 patients ayant VBM au départ ont regagné l'intervalle 5/10 -10/10. Leurs lésions initiales étaient une contusion palpébrale avec un œdème palpébral obturant l'axe visuel.

TABLEAU XVIII: Répartition des patients selon la Statique et dynamique palpébrales à J30 post opératoire

Statique/dynamique palpébrales à J30	Effectifs	Pourcentage
Statique/dynamique palpébrale conservée	44	97,8
Statique/dynamique palpébrale non conservée	1	2,2
Total	45	100

La Statique et la dynamique palpébrales étaient conservées dans 97,8% des cas à J30 post opératoire.

TABLEAU XIX: Répartition des patients selon les complications

La présence des complications	Effectifs	Pourcentage
Ptosis	1	2,2
Cataracte	2	4,4
Aphakie	1	2,2
Taie cornéenne	1	2,2
Phtyse	3	6,7
Suite simple	33	73,3
Cicatrice vicieuse	4	8,9
Total	45	100

Les Cicatrices vicieuses étaient retrouvées dans 8,9% des cas.

NB : Une prise en charge secondaire des complications a été effectuée par différent spécialiste en fonction du segment atteint.

Elle responsable de malvoyance chez 15,3% de nos patients.

IV-ASPECT ANALYTIQUE

Tableau croisé XX : Sexe /Agent traumatisant

Sexe	Agent traumatisant						
	Végétal n / %	Métal n / %	Minérale n / %	Chimique n / %	Thermique n / %	Morsure n / %	Total n / %
Masculin	4 (8,9)	25 (55,6)	3 (6,7)	1(2,2)	0(0,0)	2 (4,4)	35(77,8)
Féminin	0(0,0)	8(17,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1(2,2)	1 (2,2)	10(22,2)
Total	4(8,9)	33(73,3)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	45(100)

Le masculin était plus victime de traumatisme métallique avec 55,6% des cas. (p= 0,29)

Tableau croisé XXI : Tranche d'âge /Agent traumatisant

Tranche d'âge (Année)	Agent traumatisant						
	Végétal n / %	Métal n / %	Minérale n / %	Chimique n / %	Thermique n / %	Morsure n / %	Total n / %
≤ 15	3(6,7)	14(31,1)	1(2,2)	1(2,2)	1(2,2)	2(4,4)	22(48,9)
16-39	0 (0,0)	14(31,1)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)	16(35,6)
≥ 40	1(2,2)	5(11,1)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(15,6)
Total	4(8,9)	33(73,3)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	45(100)

Les métaux prédominaient comme agent traumatisant pour toutes les tranches d'âge. (p= 0,77)

Tableau croisé XXII : Lésion palpébrale/ Agent traumatisant

Lésion palpébrale	Agent traumatisant						
	Végétal n / %	Métal n / %	Minérale n / %	Chimique	Thermique n / %	Morsure n / %	Total n / %
Plaie/section VL	1(2,2)	14(31,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,4)	17(37,8)
Plaie/sans section VL	3(6,7)	16(35,6)	3(6,7)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	23(51,1)
Arrachement/section VL	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)	2(4,4)
Arrachement/sans section VL	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Contusion palpébrale	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	2(4,4)
Total	4(8,9)	33(73,3)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	45(100)

Les plaies sans section des voies lacrymales sont induites par les métaux dans 35,6% des. (p=0,020)

Tableau croisé XXIII : Localisation /Agent traumatisant

Localisation	Agent traumatisant						Total n / %
	Végétal n / %	Métal n / %	Minérale n / %	Chimique n / %	Thermique n / %	Morsure n / %	
SUP	2(4,4)	12(26,7)	2(4,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	16(35,6)
INF	2(4,4)	17(37,8)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	1(2,2)	21(46,7)
SUP/INF	0(0,0)	4(8,9)	1(2,2)	0(0,0)	1(2,2)	2(4,4)	8(17,8)
Total	4(8,9)	33(73,3)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	45(100)

Le traumatisme métallique touchait la paupière dans sa totalité. (p = 0,12)

Tableau croisé XXIV : Siege de la plaie / Agent traumatisant

Siege de la plaie	Agent traumatisant						Total n / %
	Végétal n / %	Métal n / %	Minérale n / %	Chimique n / %	Thermique n / %	Morsure n / %	
1/3 interne	2(4,4)	15(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(6,7)	20(44,4)
1/3 moyen	1(2,2)	7(15,6)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	9(20,0)
1/3 externe	1(2,2)	5(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(13,3)
Autres	0(0,0)	6(13,3)	3(6,7)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	10(22,2)
Total	4(8,9)	33(73,3)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	45(100)

Toutes les portions palpébrales étaient touchées par les traumatismes métalliques (p = 0,07)

Tableau croisé XX V : Acuité visuelle initiale/ Agent traumatisant

Acuité visuelle initiale	Agent traumatisant						Total n / %
	Végétal n / %	Métal n / %	Minérale n / %	Chimique n / %	Thermique n / %	Morsure n / %	
PPL	0(0,0)	4(8,9)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(11,1)
VBM	1(2,2)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,4)
CLD	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)	2(4,4)
1/10-4/10	0(0,0)	2(4,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,4)
5/10-10/10	2(4,4)	21(46,7)	1(2,2)	1(2,2)	0(0,0)	1(2,2)	26(57,8)
Non chiffrable	1(2,2)	5(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)	1(2,2)	8(17,8)
Total	4(8,9)	33(73,3)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	45(100)

L'acuité visuelle initiale était comprise entre 5/10 -10/10 quel que soit l'agent traumatisant. (p = 0, 34)

Tableau croisé XXVI : Acuité visuelle à J30 post opératoire/ Agent traumatisant

Acuité visuelle à J30 post opératoire	Agent traumatisant						Total n / %
	Végétal n / %	Métal n / %	Minérale n / %	Chimique n / %	Thermique n / %	Morsure n / %	
PPL	0(0,0)	4(8,9)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(11,1)
CLD	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
1/10-4/10	1(2,2)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,4)
5/10-10/10	2(4,4)	23(51,1)	1(2,2)	1(2,2)	1(2,2)	2(4,4)	30(66,7)
Non chiffrable	1(2,2)	5(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)	7(15,6)
Total	4(8,9)	33(73,3)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	45(100)

L'acuité visuelle à J30 post opératoire était comprise entre 5/10 -10/10 quel que soit l'agent traumatisant. (p = 0,27)

Tableau croisé XXVII : Statique/dynamique palpébrale/ Agent traumatisant

Statique/dynamique palpébrale	Agent traumatisant						Total n / %
	Végétal n/%	Métal n / %	Minérale n / %	Chimique n / %	Thermique n / %	Morsure n / %	
Statique/dynamique palpébrale conservée	4(8,9)	32(71,1)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	44(97,8)
Statique/dynamique palpébrale non conservée	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Total	4(8,9)	33(73,3)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	45(100)

La statique et dynamique palpébrales étaient conservées quel que soit la nature de l'agent traumatisant. (p = 0,99)

Tableau croisé XXVIII : Complications/ Agent traumatisant

Complications	Agent traumatisant						Total n/%
	Végétal n/%	Métal n/%	Minérale n/%	Chimique n/%	Thermique n/%	Morsure n/%	
Ptosis	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Cataracte	0(0,0)	2(4,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,4)
Aphakie	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Taie cornéenne	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Phytose	0(0,0)	2(4,4)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(6,7)
Suite simple	3(6,7)	25(55,6)	1(2,2)	1(2,2)	1(2,2)	2(4,4)	(3373,3)
Cicatrice vicieuse	0(0,0)	3(6,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)	4(8,9)
Total	4(8,9)	33(73,3)	3(6,7)	1(2,2)	1(2,2)	3(6,7)	45(100)

Les suites post opératoires étaient simples sans discrimination d'agent traumatisant. (p = 0,32)

Tableau croisé XXIX : Acuité visuelle J30/ Lésion palpébrale

Acuité visuelle J30	Lésion palpébrale					Total
	Plaie/section VL	Plaie/sans section VL	Arrachement/section VL	Arrachement/sans section VL	Contusion palpébrale	
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	
PPL	1(2,2)	4(8,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(11,1)
CLD	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
1/10-4/10	0(0,0)	2(4,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,4)
5/10-10/10	11(24,4)	14(31,1)	2(4,4)	1(2,2)	2(4,4)	30(66,7)
Non chiffrable	5(11,1)	2(4,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(15,6)
Total	17(37,8)	23(51,1)	2(4,4)	1(2,2)	2(4,4)	45(100)

Les patients présentant une plaie/sans section VL avaient une acuité visuelle comprise entre 5/10 -10/10 dans 31,1% des cas. (p = 0,90)

Tableau croisé XXX : Technique opératoire/ Lésion palpébrale

Technique opératoire	Lésion palpébrale				Total
	Plaie/section VL	Plaie/sans section VL	Arrachement /section VL	Arrachement/sans section VL	
	n/%	n/%	n/%	n/%	
Parage simple	4(9,8)	22(53,7)	0(0,0)	0(0,0)	26(63,4)
Parage/intubation mono ou bi canaliculaire	12(29,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	12(29,3)
Parage complexe	0(0,0)	0(0,0)	2(4,9)	1(2,4)	3(7,3)
Total	16(39,0)	22(53,7)	2(4,9)	1(2,4)	41(100)

Le parage simple était la technique utilisée dans 53,7% des cas de plaie sans section des voies lacrymales. . (p = 0,80)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I- FREQUENCE :

Nous avons colligé 45 cas de traumatisme palpébral sur 220 patients reçus en urgence soit une fréquence de 20%. Elle concorde avec celle de la littérature. [3, 4]

II- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Les moins de 15 ans ont représenté 48,9% dans notre série. Kennedy et al ont noté 68% pour les moins de 30ans [7]. L'âge moyen de nos patients était de 19,64 ans, ce qui est similaire à celui rapporté par Alam et al avec 19, 3 ans [6].

Le sexe masculin représentait 77,8 % des cas, ce constat était partagé par Han et al qui ont retrouvé 75,15% des cas [8]. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par la vivacité et le rôle prépondérant des hommes dans les activités à risque traumatique.

III- CLINIQUE

Les accidents de la voie publique ont représenté 37,8%, cela corrobore avec celle retrouvée par Han et al 37,57% des cas et diffèrent de celle rapportée par V Padmavathi avec 23,75% des cas [8,9]. Cette différence pourrait s'expliquer par la prédominance des élevés et étudiants dans notre série (44,4%) qui sont les usagés constants des engins à deux roues.

L'agent traumatisant était métallique dans 73,3% des cas, V Padmavathi avait rapporté 15% dans sa série. [9] Cette fréquence pourrait s'expliquer par l'usage régulier des objets métalliques pour nos besoins quotidiens.

L'œil gauche était atteint chez 57,8% de nos patients. L'unilatéralité est une caractéristique majeure du traumatisme mais le choix du coté atteint ne peut être qu'un hasard.

La plaie sans section de la voie lacrymale représentait 51,1% des cas. CR BERETE et al ont rapporté 29,87 % dans leur série [5]. Les voies lacrymales sont dotées d'une protection anatomique par leur localisation d'où leurs préservations au cours des traumatismes.

D'autres lésions étaient associées à l'atteinte palpébrale chez 31,1% de nos patients.

L'atteinte bulbaire était répertoriée dans 24,4% des cas CR BERETE et al partagent le même avis [5]. Le globe est contigu et protégé par les paupières donc leurs atteintes constituent un risque majeur pour le globe.

IV- TRAITEMENT

Le traitement médico-chirurgical a représenté 91,1% des cas dont 57,7% était un parage simple. Anuradha, et al ont rapporté 50% dans leur étude [12]. Cette fréquence pourrait expliquer par l'atteinte partielle de l'épaisseur de la paupière. L'intubation mono et bi canaliculaire et parage étaient la technique de réparation des voies lacrymales dans 26,7% des cas.

Anuradha, et al avaient utilisé l'endoprothèse mono canaliculaire dans 16,7% des cas dans leur étude [12].

La statique et la dynamique palpébrales étaient conservées respectivement chez 95,6% et 97,8% de nos patients aux J1 et J30 post opératoire. Les arrachements sont responsables d'une modification importante de cette statique et dynamique palpébrales. La conservation de la statique et la dynamique palpébrale dans notre série pourrait s'expliquer par la faible fréquence des arrachements avec 6,6% des cas.

CONCLUSION

Le traumatisme palpébral est l'urgence médico-chirurgicale fréquente des atteintes annexielles. Il est souvent associé à des lésions du globe oculaire ; de l'orbite osseuse ou de l'appareil lacrymal. La représentation clinique est polymorphe, c'est ainsi que la prise en charge doit être adaptée au cas par cas. Cette prise en charge adéquate et efficiente est gage de l'esthétique du visage. La complexité de certains cas nécessite une chirurgie reconstructrice dans un second temps.

RECOMMENDATION

RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

A la population :

Prêter une attention particulière aux enfants dans les faits et gestes,

Interdire les jeux à risque traumatique,

Surveiller les élevés et étudiants dans l'usage des engins surtout à deux roues,

Consulter sans délai les centre de prise en charge spécialisés en cas de traumatisme

A la direction du CHU-IOTA :

Organiser des séances de sensibilisation médiatique sur la prévention et la prise en charge des traumatismes

Au ministre de la santé :

Renforcer la capacité du personnel en charge de cette question :

- Assurer le nombre et la formation continue du personnel
- Doter les centres d'un plateau technique adéquat

Rendre accessible les centres de soins ophtalmologiques sur toutes l'étendue du territoire national,

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- NERAD J (2001) Oculoplastic surgery. Mosby, New York
- 2- H. Nezzar, A. Viennet, F. Chiambaretta : Traumatismes palpébraux. [21-100-D-10]- Doi : 10.1016/S0246-0343(16)56085-7
- 3- DR. M.G.R. et al : a prospective study of eyelid injuries. regional institute of ophthalmology. Madras medical college chennai – 600 003. april 2013
- 4- Reifler DM. Management of canalicular laceration. Surv Oph-thalmol. 1991;36(2):113-132. [https://doi.org/10.1016/0039-6257\(91\)90125-YPMID:1957244](https://doi.org/10.1016/0039-6257(91)90125-YPMID:1957244)
- 5- CR BERETE, LJ KOUASSI, F SYLLA et al : traumatismes palpebraux : evaluation et prise en charge de 36 patients au service d’ophtalmologie du CHU de Treichville. Revue SOAO - N° 01 - 2017, pp. 15-22
- 6- Alam MS, Mehta NS, Mukherjee B. Anatomical and functional outcomes of canalicular laceration repair with self retaining mini-MONOKA stent. Saudi J Ophthalmol 2017;31:135-9.
- 7- Kennedy RH, May J, Dailey J, et al. Canalicular laceration. An 11-year epidemiologic and clinical study. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 1990;6:46-53.
- 8- Junjun Han¹, Hongling Chen¹, Tian Wang¹, Xianliang Zhang¹, Xuemin Jin² : A case series study of lacrimal canalicular laceration repair with the bi-canalicular stent Gland Surgery, Vol 11, No 11 November 2022
- 9- Dr. V Padmavathi : A clinical study of eyelid injuries and their management Journal of cardiovascular disease research Vol13, ISSUE 05, 2022 ISSN:0975 -3583,0976-2833
- 10- Macenas, Joanne Christine E.; Tan, Alexander D. Epidemiology of Eyelid Trauma Among Filipino Patients in a Tertiary Hospital. Philippine Journal of Ophthalmology . Jul-Dec2021, Vol. 46 Issue 2, p103-108. 6p.
- 11- JW DIALLO, N MÉDA, D BARRO et al : aspects épidémiologiques et cliniques des traumatismes oculo- palpébraux au centre hospitalier universitaire sourô sanou de bobo dioulasso (burkina faso). Revue SOAO N° 01- 2014, pp. 19-24 EDUCI 2014
- 12- Anuradha, et al : A Study on Evaluation of Eyelid Trauma in a Tertiary Care Center. TNOA Journal of Ophthalmic Science and Research Volume 57 Issue 2 April-June 2019

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE

Numéro d'identification..... Date.....

Tel :.....

N° Dossier.....

1-Prénom :Nom:.....

2-Sexe : masculin /___/ féminin /___/ 3-Age :.....

4-Profession :

Ménagère /___/ cultivateur /___/ manoeuvre/ouvrier /___/

Eleveur /___/ artisan/___/commerçant /___/ FAMA/___/Sportif /___/Sans emploi/___/

Chauffeur /___/Etudiant/___/élève /___/Juriste /___/soudeur /___/

Autre /___/ à préciser.....

5-Résidence : Bamako /___/ hors Bamako /___/

A préciser ...

6-Motif de consultation

.....

Date/ Heure trauma.....

Date /Heure d'arrivée.....

7-Circonstances de survenues :

AVP /___/ A. Domestique /___/A .travail /___/sport/___/jeux /___/

/___/ CBV /___/ Autre.....

8-Nature de l'agent traumatisant :

Métal /___/ Végétal /___/ Minéral /___/ Chimique /___/

Explosion /___/ Autre.....

9-AVLSC OD :.....AVLAC OD.....

OG :.....

OG.....

< 1/10 /___/ 1/10 - 3/10 /___/ > 3/10 /___/

Bilan lésionnel

10- Latéralité OD /___/ OG /___/ ODG /___/

11-Paupière : Sup /___/ Inf /___/ Sup/Inf /___/

Plaie/section VL /___/ Plaie/sans section VL /___/

Arrachement/section VL/___/Arrachement/sans section VL /___/ Œdème palpébral /___/Hématome palpébral /___/

Ecorchure /___/ Contusion palpébrales /___/ Autre.....

Siège de la plaie : 1/3 ext /___/ 1/3 moyen/___/ 1/3 int/___/

Taille de la plaie : 5-15mm /___/16-25mm /___/ 26-35mm/___/ 36-45/___/

12- Orbites

Fracture des parois orbitaires /___/ Plancher orbitaire /___/ hématome orbitaire /___/ Syndrome de l'apex /___/

Paroi latérale /___/ syndrome de la fente sphénoïdale /___/

Autres.....

13- Muscle oculomoteur

Limitation des mouvements (paralyse) /___/ Ptosis /___/

14- Lésion du Globe oculaire

Globe oculaire ouvert : Lacération /___/ Rupture /___/

CEIO /___/

Globe oculaire ferme : Lacération lamellaire /___/

Contusion /___/

Syndrome contusif de Frenkel /___/

Syndrome contusif de Lagrange /___/

Examens complémentaires :

Rx standard /___/ Echo B /___/ TDM /___/ Biologie /___/

15-Hypothèses diagnostiques:

Plaie palpébrale/section des VL/___/ Plaie palpébrale sans section des VL/___/

Arrachement/section VL/___/

Arrachement sans section VL/___/

Atteintes associées : Globe /___/ Orbites /___/ MOM /___/

16-Traitement :

Médical /___/ collyre et/ou pde antibiotique/___/ collyre AINS et / ou AIS /___/

Antibiocorticoides collyre/___/ antibiotique cp /___/ AINS/AIS cp /___/

Chirurgical /___/ :

17- Technique :

Parage/intubation VL bicanaliculaire/___/ Parage/intubation VL monocanaliculaire /___/
Parage simple/___/ Reconstruction palpébrale greffe à chaud /___/ Reconstruction palpébrale
par avancement des lambeaux /___/

18- suivi post op :

J1 AV : statique et dynamique conservées/___/ statique et dynamique perturbées/___/

J8 AV : statique et dynamique conservées/___/ statique et dynamique perturbées/___/

J15 AV : statique et dynamique conservées/___/ statique et dynamique
perturbées/___/

J30 AV : statique et dynamique conservées/___/ statique et dynamique
perturbées/___/

19-Satisfaction

Oui /___/ Non /___/

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Yacouba

Nationalité : Malienne

Année : 2022-2023

Titre du mémoire : Profils épidémiologique et thérapeutique des traumatismes palpébraux au CHU-I.O.T.A

Ville/pays de soutenance : Bamako-Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque du CHU-I.O.T.A

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie

RESUME

Introduction : Les traumatismes de la paupière impliquent les dommages de la peau, des muscles, des tissus conjonctifs, de la membrane muqueuse et/ou des structures annexielles de la paupière. Ce sont des blessures courantes dans le monde actuel.

Elles représentent 2 à 6 % de la traumatologie générale dont 9 % à 36 % d'atteintes canaliculaires. Devant le polymorphisme clinique, la prise en charge fait appel au respect de la statique et de la dynamique des paupières afin de garantir un bon résultat fonctionnel respectant l'esthétique du regard. **But :** Etudier les profils épidémiologique et thérapeutiques des traumatismes palpébraux au CHU-I.O.T.A. **Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte prospective allant du 1er Décembre 2022 au 31 Aout 2023 portant sur les traumatisés de la paupière au CHU-I.O.T.A. **Résultats :** Nous avons colligé 45 cas de traumatisme palpébral sur 220 patients reçus en urgence soit une fréquence de 20%. Les moins de 15 ans ont représenté 48,9% des cas. L'âge moyen était de 19,64 ans avec des extrêmes allant de 1- 50ans. Le sexe masculin était majoritaire avec 77,8 % et un sexe ratio de 3,5 dominé par les élèves /étudiants 44,4 % des cas. Les accidents de la voie publique ont représenté 37,8% ; La plaie sans section de la voie lacrymale représentait 51,1% des cas dont 57,8% du côté gauche. Le traitement médico-chirurgical a représenté 91,1% des cas. Le parage simple était la technique utilisée dans 57,7% des cas. Les Cicatrices vicieuses étaient retrouvées dans 8,9% des cas comme complications. La Statique et la dynamique palpébrales étaient conservées dans 97,8% des cas à J30 post opératoire. **Conclusion :** Le traumatisme palpébral est l'urgence médico-chirurgicale fréquente des atteintes annexielles. Il est souvent associé à des lésions du globe oculaire ; de l'orbite osseuse ou de l'appareil lacrymal. La représentation clinique est polymorphe, c'est ainsi que la prise en charge doit être adaptée au cas par cas. Cette prise en charge adéquate et efficiente est gage de l'esthétique du visage. La complexité de certains cas nécessite une chirurgie reconstructrice dans un second temps.

Mots clés : I.O.T.A ; Traumatisme ; Statique palpébrale ; Dynamique palpébrale ; Thérapeutique