

Ministère des enseignements  
Secondaire Supérieur et de la  
**Une foi**  
Recherche scientifique

République du Mali  
**Un peuple – Un but –**

Université de Bamako

faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie

Année universitaire 2011 - 2012

N° .....

**Thèse**

La cataracte congénitale à  
l'IOTA:  
étiologies et aspects thérapeutiques

Présentée et soutenue publiquement le ...../ 2012  
devant la faculté de médecine, de pharmacie et d'Odonto-stomatologie

**Par : Mr LASSANA COULIBALY**

Pour obtenir le grade de docteur en médecine (Diplôme d'état)

**Jury**

- \* **Président du jury:** Pr SYLLA Mariam
- \* **Membres :** Pr TOGO Boubacar
- \* **Codirecteur de thèse :** Dr SYLLA Fatoumata
- \* **Directeur de thèse :** Pr TRAORE Jeannette Thomas

# FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012

## ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : BOUBACAR TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : IBRAHIM I. MAIGA - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : IDRISAH AHMADOU CISSE -MAITRE DE CONFERENCE

AGENT COMPTABLE : M<sup>me</sup> COULIBALY FATOU TALL -CONTROLEUR DES FINANCES

## LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie -Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie – Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie

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

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

#### 1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R</b>

Mr Gangaly DIALLO  
Mme TRAORE J. THOMAS

Chirurgie Viscérale  
Ophtalmologie

## 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO  
Mr. Mamadou TRAORE  
Mr Filifing SISSOKO  
Mr Sékou SIDIBE  
Mr Abdoulaye DIALLO  
Mr Tiéman COULIBALY  
Mr Mamadou L. DIOMBANA  
Mr Nouhoum ONGOIBA  
Mr Sadio YENA  
Mr Youssouf COULIBALY  
Mr Zimogo Zié SANOGO  
Mr Mohamed KEITA  
Mr Mady MACALOU  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Tiemoko D. COULIBALY  
Mme Diénéba DOUMBIA  
Mr Bouraïma MAIGA  
Mr Niani MOUNKORO  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Issa DIARRA

Ophtalmologie  
Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Orthopédie. Traumatologie  
Anesthésie - Réanimation  
Orthopédie Traumatologie  
Stomatologie  
Anatomie & Chirurgie Générale  
Chirurgie Thoracique  
Anesthésie – Réanimation  
Chirurgie Générale  
ORL  
Orthopédie/Traumatologie  
ORL  
Orthopédie - Traumatologie  
Ophtalmologie  
Odontologie  
Anesthésie/Réanimation  
Gynéco/Obstétrique  
Gynécologie/Obstétrique  
Urologie  
Orthopédie - Traumatologie  
Urologie  
ORL  
Odontologie  
Ophtalmologie  
Gynéco-Obstétrique

## 2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW  
Mr Djibo Mahamane DIANGO  
Mr Moustapha TOURE  
Mr Mamadou DIARRA  
Mr Boubacary GUINDO  
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA  
Mr Birama TOGOLA  
Mr Bréhima COULIBALY  
Mr Adama Konoba KOITA  
Mr Adégné TOGO  
Mr Lassana KANTE  
Mr Mamby KEITA  
Mr Hamady TRAORE  
Mme KEITA Fatoumata SYLLA  
Mr Drissa KANIKOMO

Chirurgie Générale  
Anesthésie-réanimation  
Gynécologie  
Ophtalmologie  
ORL  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Pédiatrique  
Odonto-Stomatologie  
Ophtalmologie  
Neuro Chirurgie

Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

### 3. ASSISTANTS

Mr. Drissa TRAORE	Anatomie
-------------------	----------

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

#### 1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie

Mr Amagana DOLO	Parasitologie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie

### 4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUCO	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie
Mr Boubacar Ali TOURE	Hématologie
Mr Issa KONATE	Chimie Organique
Mr Moussa KONE	Chimie Organique
Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Seydina Aboubacar Samba DIAKITE	Immunologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie
Mr Samba Adama SANGARE	Bactériologie
Mr Oumar GUINDO	Biochimie
Mr Seydou Sassou COULIBALY	Biochimie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Hysto-Embryologie
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique
Mr Yaya KASSOUCHE	Génétique
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie Clinique
Mr Yaya GOITA	Biochimie Clinique

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

## 1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

## 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses <b>Chef de DER</b>
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie

## 3. MAITRES ASSISTANTS

Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie

Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophtalmologie

#### 4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

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

#### 1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie, <b>Chef de D.E.R.</b>

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

#### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

#### 4. ASSISTANTS

Mr Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie Clinique
Mr Sanou Khô COULIBALY	Toxicologie
Mr Tidiane DIALLO	Toxicologie
Mr Bourama TRAORE	Législation
Mr Issa COULIBALY	Gestion
Mr Mahamadou TANDIA	Chimie Analytique
Mr Madani MARIKO	Chimie Analytique
Mr Mody CISSE	Chimie Thérapeutique

Mr Ousmane DEMBELE	Chimie Thérapeutique
Mr Hamma Boubacar MAIGA	Galénique
Mr Bacary Moussa CISSE	Galénique
Mr Adama DENOÛ	Pharmacognosie
Mr Mahamane HAIDARA	Pharmacognosie
Mr Hamadoun Abba TOURE	Bromatologie
Mr Balla Fatoma COULIBALY	Pharmacie Hospitalière

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

### **1. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mamadou Souncale TRAORE	Santé Publique, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique

### **2. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

### **3. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamne ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie

## **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Zoubeïrou MAÏGA	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Ousmane MAGASSY	Biostatistique

## **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
------------------	-----------------



Pr. Amadou Papa DIOP  
Pr. Lamine GAYE  
Pr. Pascal BONNABRY

Biochimie  
Physiologie  
Pharmacie Hospitalière

# DEDICACES

## DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- Ma mère **Fanta Traoré** : je suis une somme d'expérience dont la tienne a sans aucun doute été la plus importante et la plus déterminante. Tu m'as appris dès la tendre enfance le respect de soi et des autres, la tolérance et l'amour du prochain. Femme simple, et très déterminée, tu n'as jamais reculé devant les nombreuses difficultés rencontrées pour la cause de la justice, l'éducation et

l'épanouissement de tes enfants. Mère de famille exemplaire, tu ne t'es jamais lassée dans ton combat pour la cohésion familiale, prônant toujours à tes enfants la diversité d'opinions dans l'unité absolue. J'entends encore ta voix résonner dans ma mémoire depuis mon enfance me disant « la famille se définit comme un bateau, il peut tanguer et encore tanguer mais il ne doit jamais chavirer ». Ton sens élevé du pardon, l'endurance avec laquelle tu as toujours abordé les dures épreuves de la vie combien multiples ont été une véritable source inépuisable d'inspiration et de courage dans toutes mes entreprises. Ce travail est le tien, puisse ALLAH te prêter une très longue vie, une excellente santé afin que tu puisses goûter au fruit de ce travail. Je te serai toujours reconnaissant Maman.

- Mon père **Badra Alou Coulibaly** : malgré tes occupations au service, tu as toujours poussé tes enfants avec insistance au travail bien fait. Tu nous as toujours guidés dans le travail avec rigueur en mettant à notre disposition tous les moyens dont tu disposes. Ton dévouement, ton amour pour tes enfants font de toi un chef de famille exemplaire. Trouve ici l'expression de ma très profonde reconnaissance et toute ma fierté filiale. Ce travail est le tien « BA ».

- Ma tante **Fanta Balayira** : vos conseils, votre bonté, votre rigueur, votre abnégation, votre soif de réussir, et votre sens élevé du perfectionnisme font de vous une femme exceptionnelle. Femme très moderniste, vous avez toujours été présente quand il le fallait pour m'apporter votre soutien le plus juste et le plus noble. Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance Tante Maraka.

- Ma tante **Fanta Coulibaly** : vos conseils ont été d'une portée incalculable à la réalisation de ce travail. Trouvez ici tante l'expression de toute ma gratitude.

- Mon tonton **Mamadou DOUMBIA** : Enseignant émérite et infatigable, votre rigueur, votre sens de l'écoute, et votre disponibilité constante font de vous un éducateur exemplaire. Vos concours ont été combien précieux dans ma formation. Vous êtes incontestablement un modèle à suivre pour la jeune génération. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

Mes oncles :

- **Amadou COULIBALY** : votre simplicité, votre sens élevé de l'écoute font de vous un homme très respecté. Croyez en ma très profonde reconnaissance.

- **Sékou TRAORE** : merci infiniment de votre concours.

- **Modibo COULIBALY** : votre simplicité, votre sens élevé de l'écoute font de vous un homme très respecté. Croyez en ma très profonde reconnaissance.

A mes grands- parents :

- **Feu Oumou KONE** : Toute ma reconnaissance envers toi.

- **Feu Mah CISSE** : Je penserai toujours très fort à toi

- **Feu Sika TRAORE** : Toute ma reconnaissance envers toi et je penserai toujours très fort à toi.

- Feu **Lassana COULIBALY** et Feu **Naba TRAORE** : exemplaires, enthousiastes et courageux, vous m'avez donné l'amour de la médecine. Vous êtes aujourd'hui rappelés auprès du Seigneur le tout puissant, certes <<Toute âme goûtera à la mort. Et c'est vers nous que tu seras ramené>>(S 29 ; V 57). J'aurais admiré vos présences ici en ce jour mémorable qui voit l'aboutissement et la réalisation de tous les efforts consentis ensemble depuis mon enfance, mais hélas...Je ne vous oublierai jamais grands pères. Le fruit de ce travail est sans doute le vôtre et j'espère en être digne de votre confiance. Paix à vos âmes. Amen!

- A mes frères : **Mamadou SY, Youssouf COULIBALY, Modibo COULIBALY, Moussa COULIBALY** : que Dieu vous prête une longue vie et une bonne santé à chacun de vous.

- A mes sœurs : **Assétou COULIBALY, Oumou Kadidia Coulibaly, N'tio Karia COULIBALY, Adja Djénéba COULIBALY**: Trouvez ici l'expression de ma très profonde gratitude.

- A mes cousins : **Cheick A S DOUMBIA , Modibo FOFANA, Mohamed FOFANA, Dramane COULIBALY**.

- A mes cousines : **Nafissatou DICKO, Fanta BATHILY, Houleymatou DOUMBIA, Fatoumata FOFANA, Bintou SISSOKO.**

- A mes amis et promotionnaires de la Fac :

**Dr Serge Mohamed TOURE dit Doyen, Dr Moussa Ousmane TRAORE dit Rwandais et madame Nana DEMBELE, , Dr Balla GUINDO, Dr Abdoulaye M DIALLO, Mamoudou DRAME dit Bah (chef de grin) et famille, Dr Moussa KAMISSOKO dit Parisien, Dr Sory KAMISSOKO et famille, Dr Sibiri TRAORE, Dr Moussa G Koné, Dr Abdoulaye OUATTARA, Dr Abdoulaye N'DIAYE, Dr Issa CISSE, Dr Moctar COULIBALY, Dr Kalilou DIARRA et madame, Dr Dialla SISSOKO, Dr Moriba T TRAORE, Dr Hawa B COULIBALY:** plus que des amis vous avez été pour moi des frères, des collaborateurs sérieux, francs et honnêtes. Trouvez ici l'expression de ma très profonde sympathie.

**REMERCIEMENTS**

## Remerciements

J'adresse mes très sincères remerciements :

- Au corps professoral et l'ensemble du personnel de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie pour la qualité de l'enseignement et l'éducation scientifique reçue.

A tous les ophtalmogistes de l'IOTA :

- **Pr Abdoulaye DIALLO,**

- **Pr TRAORE Jeannette THOMAS,**

- **Pr Lamine TRAORE,**

- **Dr Oumar BORE,**

- **Dr Mamadou S Dembélé,**

- **Dr Fatou SYLLA,**

- **Dr Seydou BAKAYOKO,**

- **Dr Sangho Assiatou SIMAGA,**

- **Dr Sidibé Fatimata KONANDJI,**

- **Dr Adama. I. GUINDO.**

- A tout le personnel de l'IOTA : **Majors Dodo DIARRA, Mamadou DIARRA, Diany TRAORE, Drissa COULIBALY, Alassane SANOGO, Sory. I. MAGASSA, Ousmane COULIBALY, Lieutenant Yaya BARRO, Oumar MAIGA dit Assé, Mme DIALLO Fatoumata Ouologueme...**

- Aux CES de l'IOTA : **Dr Adama DEMBELE, Dr Kassim B SANGARE, Dr Daouda KONATE, Dr Mory COULIBALY et tous les autres CES.**

- A mes amis du service IOTA : **Dr Ibrahima DEME, Dr Abdoulaye DIAWARA, Dr Moussa DIAWARA, Idrissa DIABAKATE, Dr Yacouba**

**BALLO, Dr Hamadoun DIALLO, Dr Dembélé Fatoumata  
KOITA, Dr Salifou SATAO, Dr Mahamoud HAIDARA, Dr Abdoulaye  
BALLO, Dr Yousouf TRAORE, Dr Thierno NADIO, Sabou Doumbia,  
Naouma Cissé.**

- A **Boubacar SACKO dit Bob** et famille au point G : ce travail est le vôtre, et je vous prie de bien savourer, mais de partager avec moi tout le bonheur ici engendré. Sachez compter sur ma profonde reconnaissance.

- A **Adama SACKO dit Dami** et famille au point G : merci infiniment de tous vos concours combien précieux.

- **Dr Mahamoudou .B. TOURE dit Pélé** et famille : merci infiniment de tous vos concours combien précieux.

- A **Massa SIDIBE** et famille au point G : merci infiniment de vos concours et encouragements.

- A **Adama COULIBALY dit Blanc** et famille au Point G : merci infiniment.

- A mes maitres du primaire et du lycée

- A mes voisins : la famille GUINDO, la famille SIDIBE, la famille DIA, la famille THIAM.



## **Hommage à DIEU**

- Je rends grâce au tout puissant **ALLAH**, l'omniscient, l'omnipotent, le très clément et le très miséricordieux, pour m'avoir donné la force nécessaire, le courage et la santé de pouvoir réaliser aujourd'hui ce modeste travail. Qu'il soit loué.
- Son prophète **MOHAMED** : paix et salut sur lui.

***Hommages  
aux  
membres du jury***

**A notre maitre et président du jury :**

**Professeur SYLLA Mariam :**

**Maitre de conférences agrégé de pédiatrie à la FMPOS,**

**Chef de service des Urgences et de la Néonatalogie de la Pédiatrie au CHU-  
Gabriel Touré,**

Très cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines, votre rigueur dans le raisonnement scientifique, votre courage, votre disponibilité constante à partager la grande expérience scientifique et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maitre émérite, respecté et admiré.

Nous sommes particulièrement fiers d'être parmi vos élèves, et soyez rassuré très cher maitre de notre profond respect et de toute notre reconnaissance.

**A notre maitre et Directeur de thèse :  
Professeur TRAORE Jeannette THOMAS,  
Médecin ophtalmologiste à l'IOTA,  
Responsable de la formation médicale à l'IOTA,  
Chargée de cours d'ophtalmologie à la FMPOS,**

**Chevalier de l'ordre National du Mali.**

Très cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations nous va tout droit au cœur et prouve tout l'intérêt que vous accordez à la recherche scientifique en général et à la formation en particulier.

Nous avons vivement apprécié vos qualités scientifiques et sociales pendant toutes ces années à la FMPOS et à l'IOTA. Vos critiques et suggestions ont été d'un apport incalculable pour la réalisation de ce travail. Votre sens élevé du travail bien fait, votre disponibilité constante et surtout votre franc parlé ont forcé notre admiration. Veuillez agréer, très cher maître, l'expression de notre profond respect et de toute notre reconnaissance.

**A notre maître et membre du jury :**

**Professeur TOGO Boubacar,**

**Spécialiste en Onco-Pédiatrie,**

**Responsable de l'unité d'Onco-Pédiatrie**

**au CHU-Gabriel TOURE**

Très cher maître.

La spontanéité par laquelle vous avez accepté d'être membre de jury de ce travail, nous a beaucoup marqué. Vous nous témoignez une fois de plus de votre qualité exceptionnelle.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre sens du partage et votre souci de transmettre font de vous, un modèle, un espoir et une fierté.

Cher maître, soyez assuré de notre profonde reconnaissance!

**A notre Maître et Co-directeur de THESE**  
**Docteur SYLLA Fatoumata**  
**Maitre assistant à la FMPOS**  
**Spécialiste en Ophtalmo-Pédiatrie à l'IOTA**

Très cher maître,

Nous ne vous dirons jamais assez merci, car vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre bonne humeur inaltérable et contagieuse, votre patience, votre disponibilité constante à partager la grande expérience scientifique que vous

avez, votre rigueur dans le travail et surtout votre amour du travail bien accompli font indéniablement de vous un maître exemplaire. Soyez rassuré, très cher maître, de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

## **Sommaire**

<b>Introduction.....</b>	<b>1- 2</b>
<b>Objectifs.....</b>	<b>3</b>
<b>Généralités.....</b>	<b>4-21</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>22-27</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>28-40</b>
<b>Commentaires et discussions.....</b>	<b>41-52</b>
<b>Conclusion et recommandations.....</b>	<b>53-54</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>55-69</b>

## **Liste des abréviations**

**AG** : Anesthésie Générale

**AIS** : Anti Inflammatoire Stéroïdien

**CA** : Chambre Antérieure

**CES** : Certificat Etude Spécialisée

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CLD** : Compte Les Doigts

**CPN** : Consultation Pré Natale

**Echographie A** : Echographie Amplitude

**Echographie B** : Echographie Brillance

**EEC** : Extraction Extra Capsulaire

**FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Ondoto-Stomatologie

**FO** : Fond d'œil

**ICP** : Implant en Chambre Postérieure

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

**LAF** : Lampe A Fente

**PL** : Perception Lumineuse

**RPM** : Réflexe Photo Moteur

# *Introduction*



## **INTRODUCTION**

La pathologie du cristallin a des caractères très particuliers chez l'enfant. Les multiples aspects anatomo-cliniques de ses affections s'expliquent par son développement embryologique.

Les nombreuses étiologies, qu'elles soient génétiques ou acquises, sont le plus souvent spécifiques de cet âge.

La cataracte congénitale est une opacification complète ou partielle du cristallin, présente dès la naissance ou se développe peu après. Elle représente une importante cause de malvoyance chez l'enfant puisqu'on estime entre 10% et 38,8% le taux de cécité chez les enfants atteints par cette affection. [32]

Au cours des vingt dernières années les progrès considérables de la microchirurgie oculaire et le développement de nouveaux cristallins artificiels ont complètement révolutionné l'approche chirurgicale de cataracte de l'enfant. [18]

Néanmoins la réhabilitation visuelle en cas de cataracte chez l'enfant demeure un des plus difficiles défis en l'ophtalmologie car l'amblyopie par déprivation est un problème à craindre, éviter et combattre.

A la différence de l'adulte atteint de cataracte, l'ablation du cristallin opaque et la correction de l'aphakie ne constituent chez le jeune que les premières étapes du traitement. Si la chirurgie précoce est recommandée pour prévenir l'amblyopie, la technique chirurgicale doit garantir une aire pupillaire perméable et bien dégagée pour permettre un suivi et une correction optique efficace de l'amblyopie. [32]

Une enquête nationale menée au Bangladesh en 2007 a montré qu'un enfant aveugle sur trois est atteint de cécité par cataracte [29]. Une étude faite au Royaume uni sur les cas de cataracte congénitale diagnostiquée chez les enfants de 0 à 15 ans entre Octobre 1995 et Septembre 1996 a trouvé une prévalence de 2,49 pour 10 000 enfants à la 1<sup>ère</sup> année avec l'incidence cumulative atteignant 3,18 pour 10 000 enfants à l'âge de 5 ans et 3,46 pour 10 000 enfants à l'âge de 15 ans.[20]

Au Mali, en 2003 une étude a été menée par Touré Aoua [44] sur la prise en charge des cataractes congénitales. Notre étude a pour but d'évaluer l'aspect étiologique et thérapeutique des cataractes congénitales.

### **Objectif général**

Evaluer la prise en charge chirurgicale et fonctionnelle des enfants atteints de cataracte congénitale au CHU-IOTA.

### **Objectifs spécifiques**

- Rechercher les étiologies des cataractes congénitales;
- Décrire la prise en charge des cataractes congénitales dans le contexte de l'IOTA ;
- Décrire les complications post opératoires.

## **GENERALITE**

### **I. RAPPEL ANATOMIQUE DE L'ŒIL :**

L'œil a grossièrement la forme d'une sphère de 23mm de diamètre. Il est formé, de l'extérieur vers l'intérieur, par trois tuniques.

La tunique fibreuse, la plus externe, est la sclérotique. Dans sa portion antérieure, nous trouvons un hublot transparent, la cornée. La tunique vasculaire forme en arrière la choroïde et en avant l'iris, percé en son centre, d'un orifice, la pupille. A l'union de la choroïde et de l'iris nous trouvons un renflement le corps ciliaire, élément essentiel de la sécrétion de l'humeur aqueuse.

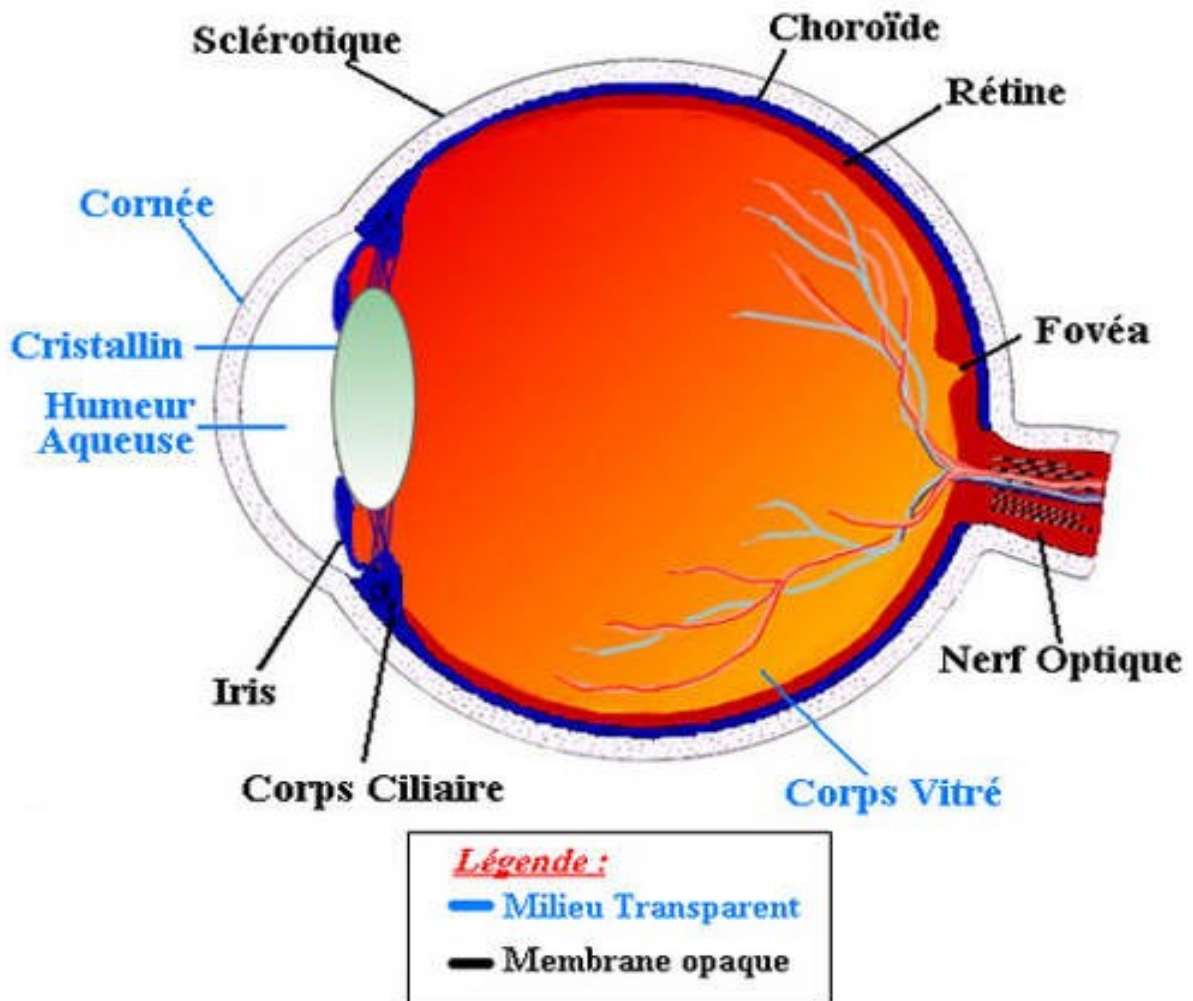
La tunique, la plus nerveuse, la plus interne, est la rétine. C'est le lieu de la sensation visuelle. Elle se continue en avant avec la couche profonde du corps ciliaire et de l'iris. Le cristallin est une lentille transparente suspendue au milieu de l'œil, en arrière de l'iris. Il s'insère par les fibrilles de la zonule sur la face profonde du corps ciliaire.

En avant du cristallin, l'œil est rempli d'un liquide transparent, l'humeur aqueuse. L'iris divise en deux portions cette région pré cristallinienne: la

chambre antérieure en avant, la chambre postérieure en arrière. En arrière du cristallin, l'œil est rempli par un liquide d'aspect gélatineux, le corps vitré.

Les cylindraxes des cellules nerveuses de la rétine se réunissent en un point, la papille où ils perforent les deux autres couches, sclérotique et choroïde, et forment le nerf optique. Les nerfs optiques se dirigent d'avant en arrière et, après entrecroisement partiel au niveau du chiasma, se continuent par les bandelettes optiques pour aboutir au corps genouillé externe, du corps genouillé partent les fibres aboutissant au cortex occipital. Enfin, la mobilité du globe dans l'orbite est assurée par six muscles : le droit externe, droit interne, droit supérieur, droit inférieur, grand et petit oblique, dépendant de trois nerfs crâniens, le III, le IV, le VI. Le globe est recouvert en avant par le diaphragme des paupières, dont la mobilité dépend du releveur III et de l'orbiculaire innervé par le VII. Son innervation sensitive est assurée par le V. Enumérer ces multiples connexions, c'est rendre compte de la multiplicité des syndromes dans lesquels l'appareil oculaire risque d'être englobé. [39, 33]

### **Schéma de l'Œil**



## II-RAPPEL ANATOMO-EMBRYOLOGIQUE DU CRISTALLIN

### A. Rappels embryologiques

L'organigramme du cristallin se fait en quatre stades successifs, auxquels on peut ajouter un cinquième, qui est celui de la croissance postnatale, qui continue non seulement chez l'enfant et chez l'adolescent mais encore à l'âge adulte.

#### 1. Stade ectodermique

Chez l'embryon humain l'ectoderme céphalique est fait de cellules cubiques qui constituent une seule couche. Ces cellules après évolution donnent naissance à la << placode cristallinienne >> reconnaissable chez l'embryon de 4mm (3<sup> me</sup> semaine de vie). [12]

#### 2. Stade vésiculaire

Vers la 4<sup> me</sup> semaine, chez l'embryon de 5mm se crée au sein de la placode une légère dépression appelée "fossette cristallinienne"; celle-ci s'approfondit

considérablement au sein de la placode pour donner naissance à la "vésicule cristallinienne".

La vésicule après rétrécissement de son orifice externe finit par se fermer et se séparer de l'épithélium pour devenir indépendant et donner plus tard "l'ébauche cristallinienne" chez l'embryon de 10mm (fin de la 5<sup>ème</sup> semaine). [13]

### **3. Stade des fibres primaires**

Ce stade commence chez l'embryon de 12mm (début de la 6<sup>ème</sup> semaine). Les cellules de la paroi postérieure de l'ébauche s'allongent de plus en plus par accroissement d'arrière en avant de leur cytoplasme et forme les "fibres primaires". L'évolution des fibres primaires terminée, la partie du cristallin formée au cours de cette phase de l'organogénèse reste reconnaissable durant toute l'existence : elle constitue "le noyau embryonnaire" qui est situé entre les deux noyaux fœtaux et bien visible à la biomicroscopie. [19]

### **4. Stade des fibres secondaires**

Chez l'embryon de 26mm (8<sup>ème</sup> semaine), on assiste à la disposition complète de l'épithélium postérieur de l'ébauche et que les cellules de la région équatoriale donne naissance aux "fibres secondaires", non seulement jusqu'à la fin de la vie fœtale, mais encore après la naissance jusqu'à un âge avancé. [8]

### **5. Stade de croissance postnatale**

La lentille commence à acquérir sa transparence et continue sa croissance.

### **B. Morphologie du cristallin**

Le cristallin est un corps solide, transparent, en forme de lentille biconvexe. Il est placé entre l'iris et le vitré. Il est maintenu en place par une série de fibres qui constituent la zonule. Sa propriété essentielle est sa plasticité qui lui permet de modifier ses courbures et son indice de réfraction lors de l'accommodation. C'est un organe qui n'a ni nerfs ni vaisseaux, tous ses échanges se faisant par une diffusion à travers la capsule. Ceci explique que ses métabolismes soient fragiles, d'où possibilité d'opacification ou cataracte. Du point de vue morphologique on distingue :

- un équateur
- deux pôles (antérieur et postérieur) qui sont reliés par un axe.
- une surface antérieure (face antérieure) et une surface postérieure (face postérieure) en forme de parabolöide dont l'axe correspond à l'axe optique. [9]

### **C. Structure du cristallin**

La lentille est normalement transparente, de consistance légèrement pöteuse. La transparence du cristallin est avec celle des autres milieux de l'œil, la condition essentielle d'une vision normale. Cependant la structure du cristallin est loin d'être homogène, on y distingue de nombreux éléments.

Cette structure est constituée de l'extérieur vers l'intérieur par :

#### **1. La cristalloïde**

Elle constitue une membrane transparente et perméable qui entoure le cristallin dans son ensemble. [9]

#### **2. La masse cristallinienne**

Elle est composée des mêmes éléments cellulaires que la cristalloïde, mais ces cellules sont allongées de façon à former des fibres cristalliniennes. [19]

#### **3. Le centre du cristallin**

Il est occupé par le noyau embryonnaire qui s'est développé pendant la vie intra-utérine et qui est entouré par le noyau adulte apparu depuis la naissance mais qui s'épaissit avec l'âge. [12]



### **III- DEVELOPPEMENT DU CRISTALLIN**

Les mesures du cristallin et du sulcus en fonction de l'âge ont une importance capitale dans la prise en charge des cataractes congénitales. En effet chez le nouveau né la forme du cristallin se rapproche à celle de l'adulte, le cristallin est parfaitement transparent chez l'enfant normal.

Le diamètre du cristallin est de 6 à 7 mm à la naissance et une épaisseur de 3,5 mm. La longueur antéropostérieure de l'œil est de 17 mm et la courbure cornéenne est en moyenne de 6,35 mm. Le diamètre est de 9,3 mm à l'âge de 16 ans, et chez l'adulte il est de 10 à 10,5 mm avec une épaisseur de 5 mm. Le diamètre cornéen horizontal du nouveau né est de 10 mm et vertical de 10,5 mm. Le diamètre moyen de la cornée chez l'adulte est de 17,5 mm et ces chiffres sont atteints vers l'âge de 7 ans. La profondeur de la chambre antérieure est de 2,4 mm chez le nouveau né pour augmenter progressivement et atteint 3,6 mm chez l'adulte.

La tension oculaire est de 6 à 8 mm de mercure à la naissance, pour s'élever à 11 mm de mercure vers l'âge de 1an, puis 14 mm à l'âge de 6 ans, pour se stabiliser à ce chiffre. Le diamètre du sulcus varie de 0,5 à 11mm. [34, 44, 38, 23]

### **IV-DEVELOPPEMENT DE LA VISION**

A la naissance les milieux optiques sont clairs. Les propriétés optiques de l'œil ne constituent donc pas un facteur limitant des capacités visuelles chez le nouveau né, mais la croissance du globe contribue à former une meilleure image sur la rétine.

L'acuité visuelle à la naissance est estimée à 1/20<sup>e</sup> environ.

Elle augmente régulièrement et permet à l'enfant de distinguer un visage à la naissance, un brin de laine colorée à 2 mois, une épingle à 6 mois, un cheveu sur une assiette à 1 an. L'interprétation des détails que l'œil peut percevoir prend plusieurs années supplémentaires. Il est important de différencier l'acuité de résolution (détection d'une rayure) de la reconnaissance des formes (identification d'un objet). De toutes les capacités de la vision, la sensibilité au contraste est la plus lente à se développer. Elle n'est pas adulte avant l'âge de 11-13 ans. C'est seulement vers 6 ans que la sensibilité aux couleurs devient adulte. L'acuité visuelle, un des critères de «bonne vision» se réfère au pouvoir de discrimination le plus fin au contraste maximal entre un test et son fond. Elle se mesure à l'aide d'optotypes (dessin, lettre) au contraste maximal, pour en faire un test d'exploration de la fonction maculaire.

Le défaut de transparence du cristallin provoque des troubles visuels plus ou moins gênants chez l'enfant. Plus le temps passe, plus l'enfant grandit et les troubles visuels s'aggravent entraînant par la suite l'installation d'une amblyopie.

L'amblyopie peut être définie comme une acuité visuelle réduite sans altération organique de l'œil et non améliorable par une correction optique. Elle est en effet liée à une déprivation visuelle ou à une anomalie de la vision binoculaire. Il existe en effet une période sensible ou critique, au cours de laquelle l'amblyopie va pouvoir se constituer. Mais l'amblyopie est réversible si son facteur déclenchant est levé avant la fin de la période sensible et une rééducation précoce bien menée.

La période sensible ou critique, est une phase au cours de laquelle les constituants anatomiques et le fonctionnement du système visuel sont particulièrement soumis à la qualité de l'expérience visuelle du nourrisson. Celle-ci dépend à son tour de la transparence des milieux optiques de l'œil, de la netteté de l'image sur la rétine, de l'harmonie de la motricité oculaire et de la richesse des stimulations dont bénéficie l'enfant dans son contexte culturel. [36, 40, 46]

## **V- ASPECTS MORPHOLOGIQUES DES CATARACTES CONGÉNITALES**

Trois formes macroscopiques des cataractes sont fréquentes :

- La cataracte totale: elle présente souvent une évolution vers la liquéfaction et la résorption. Elle est ainsi à la base des cataractes morganiennes et membraneuses.

Elle se traduit par une dégénérescence de toutes les cellules du cristallin, l'acuité visuelle se limite à la perception des ombres et des lumières, la lumière est perçue dans toutes les directions.

-La cataracte nucléaire : est une opacification du noyau embryonnaire ou fœtal entourée d'un cortex de transparence normale. Elle est souvent peu opaque et peu handicapante, et en général bilatérales;

-La cataracte zonulaire ou lamellaire : est une opacité d'une ou plusieurs couches du cortex entourant un noyau transparent. Elle est aussi presque toujours bilatérales et symétrique plus ou moins handicapante ;

Formes mineurs de cataractes congénitales :

-La cataracte polaire antérieure : peu handicapante pour la vue, est le témoin d'une anomalie survenue lors du détachement de la vésicule optique ;

- Les opacités capsulo-lenticulaires postérieures : sont évolutives et peuvent être uni ou bilatéraux. La capsule à leur niveau est très amincie et le cortex adjacent peut être plus ou moins opaque, formant une cataracte centrale et postérieure ;
- Les différentes opacités des sutures : sont très fréquentes et peu handicapantes si elles sont isolées. Mais elles peuvent évoluer avec le temps et former progressivement des opacités nucléaires et centrales ;
- La cataracte ponctuée : située dans le cortex cristallinien, est d'installation plus tardive et reste habituellement asymptomatique. [8, 37, 15, 35, 19]

## **VI- ETIOLOGIES DES CATARACTES CONGENITALES**

- Génétiques : les formes isolées d'origines génétiques sont les plus fréquentes puisqu'elles représentent près de 30% des cataractes. La transmission dominante est la plus fréquente; les formes récessives moins représentées sont favorisées par la consanguinité, tandis que

- Les embryofetopathies : rubéole, toxoplasmose, syphilis, rougeole, varicelle, herpès, cytomégalovirus, oreillon, hépatite.
- Les aberrations chromosomiques : s'intègrent dans un contexte malformatif oculaire et extra oculaire généralement sévères (syndrome de Turner, syndrome de Nonan, Trisomie 8,13, 18, 21, 22, triploïdie). Les affections liées aux troubles métaboliques : galactosémie, troubles phosphocalciques, diabète sucré, et hypoparathyroïdie.
- Les affections cérébrales : syndrome Sjogren est récessif autosomique à expression variable. La cataracte zonulaire ou totale mais toujours bilatérale s'associe à une oligophrénie.
- Affections cutanées : récessif autosomique, la cataracte est toujours bilatérale et cécitante, survient chez des patients pendant la petite enfance entre 18 mois et 7 ans. Une micro cornée et une kératopathie en bandelette y sont fréquemment associées.
- Anomalies osseuses : des épiphyses pointillées associent une dysplasie osseuse et articulaire, une micromelie, une hyperkératose palmoplantaire. Les formes liées à l'X qu'elles soient récessives ou dominantes, sont associées à des cataractes congénitales précoces et totales.
- Anomalies rénales : syndrome oculo-cérébro- rénal de Lowe, lié au chromosome X associe une cataracte congénitale à un glaucome congénital, la cataracte est de type médian polaire ou total. Le syndrome d'Alport associe une néphropathie hématurique + surdité de perception + oculopathie.[8, 14, 21, 15]

## **VII- EXAMEN DU NOURRISSON ATTEINT DE CATARACTE**

### **7-1. Examen oculaire :**

Le premier examen se fait sur enfant éveillé. Il est de préférence tenu assis sur les genoux d'un de ses parents, face à l'examineur. On s'efforce tout d'abord d'apprécier la capacité de l'enfant à attraper un objet ou à suivre la lumière. Une inspection d'ensemble à la lumière ambiante est nécessaire pour rechercher toute anomalie oculaire associée. En cas d'anomalie, le moment du diagnostic est décisif car à la naissance, les cellules visuelles du cerveau sont immatures et sensiblement identiques. C'est de les utiliser qui va entraîner leur spécialisation.

Les principaux signes d'appel sont :

-Avant 6 mois :

Une anomalie objective au niveau des paupières, des globes oculaires, des conjonctives, de la cornée, des pupilles.

Un strabisme

Un nystagmus

Un torticolis

une anomalie du comportement évoquant un trouble visuel : manque d'intérêt aux stimuli visuels absence de réflexe de fixation, absence de réflexe de clignement à la menace après 3 mois, du réflexe de poursuite oculaire, retard d'acquisition de la préhension des objets, plafonnement ou errance du regard.

- Après 6 mois :

En plus des signes précédents, les comportements suivants sont également à considérer comme signes d'appel d'un trouble visuel : enfant qui se cogne, tombe fréquemment, bute sur les trottoirs ou les marches d'escaliers semble photophobie.

Il est recommandé de réaliser un examen ophtalmologique dès l'apparition d'un ou de plusieurs signes d'appel d'un trouble. Le strabisme est une déviation objective des axes visuels, avec perturbation de la vision binoculaire. Il peut être convergent, divergent ou vertical. Il n'est pas seulement un problème esthétique, il entraîne en effet dans la majorité des cas la perte de la fonction visuelle d'un œil ou amblyopie par des phénomènes d'inhibition.

On se pose plusieurs questions :

La cataracte est-elle obturant ou non ?

Uni ou bilatérale, symétrique ou non ?

Isolée ou non ?

On recherche le réflexe photo-moteur (RPM), le réflexe de poursuite oculaire. Après la dilatation on précise les caractères de l'opacité. L'examen au biomicroscope permet de définir de façon précise la localisation et le type de cataracte. Il permet aussi de dépister une anomalie au niveau du segment antérieur et du segment postérieur (si la transparence le permet).

Ensuite on fait un examen du fond d'œil (FO). [15]

#### **- Mesure de l'acuité visuelle**

L'examen de l'acuité visuelle peut être présenté sous forme de jeu afin de gagner la confiance de l'enfant. Cet examen sera effectué tout d'abord les deux yeux ouverts puis par occlusion de chacun des deux yeux par un cache œil. En âge pré verbal, l'enfant se défend à l'occlusion du meilleur œil, il accepte par contre sans problème l'occlusion de l'œil amblyope. Plus l'enfant est jeune, plus l'objet de fixation doit être grand, la taille étant adaptée à l'âge de l'enfant. [15]

#### **- Autres tests d'acuité visuelle**

Il existe plusieurs nouveaux tests d'acuité visuelle pour enfants : en particulier le Cadet Lettres, le Cadet Images et le bébé vision. Créé en 1982, le Cercle d'Action pour le Dépistage des Troubles Visuels de l'enfant a pour but de favoriser le dépistage précoce des anomalies visuelles afin que tous les enfants aient au moins une chance d'avoir deux yeux pour une vie. Ces tests par leur maniement facile et leur grande acceptabilité peuvent être utilisés, non seulement par ophtalmologistes, mais également par les médecins généralistes et les pédiatres. [10, 3]

### **7-2.Examen général**

Il est orienté différemment selon que l'étiologie est évidente ou non.

L'interrogatoire est particulièrement poussé sur le plan génétique tant oculaire que général, sur l'éventualité d'une infection durant la grossesse. Voire d'une intoxication et de prise éventuelle de médicaments tels que phénothiazines, corticoïdes, sulfamides, anabolisants vitamines à fortes doses. Si l'enfant est vu tardivement, la notion d'un traumatisme sera recherchée de même que l'éventualité de trouble pouvant orienter vers une maladie métabolique. Enfin l'examen pédiatrique complet recherche une maladie associée.

### **7-3. Les examens de laboratoire**

Les examens de laboratoire ne sont pratiqués qu'en cas de suspicion de troubles métaboliques ou de syndromes associés :

- recherche de galactosurie, d'albuminurie, d'hyperacidoaminurie ;
- dans le sang : dosage du calcium et du phosphore en cas de suspicion d'hypoparathyroïdie, sérologie rubéole, sérologie toxoplasmose et la glycémie;
- caryotype si d'autres signes évoquent une atteinte chromosomique.

## **VIII-PRISE EN CHARGE DES CATARACTES CONGÉNITALES CHEZ L'ENFANT**

La prise en charge des cataractes de l'enfant doit être la plus précoce possible pour prévenir l'amblyopie, la technique chirurgicale doit garantir une aire pupillaire perméable et bien dégagée pour permettre un suivi et une correction optique efficace de l'aphaquie.

Dans les cataractes bilatérales opérées, la lensectomie, réalisée par voie antérieure ou postérieure donne des résultats anatomiques et fonctionnels satisfaisants avec une correction optique par lentilles de contact ou de lunette bifocales. L'implantation des lentilles intra oculaires, de plus en plus envisagée, pour le traitement de l'aphaquie unilatérale surtout, présente des limites à cause des changements réfractifs dus à l'élongation oculaire pendant les 1<sup>ères</sup> années de la vie.

[32, 26]



### **8-1. Préparation à la chirurgie**

Tout d'abord le chirurgien doit avec ses assistants apaiser l'anxiété des parents et du patient si possible par une explication détaillée du problème. Ainsi le patient et ses parents sont avertis des différentes étapes que le patient doit subir en période pré, per et post opératoire.

Le patient doit subir un examen général et un examen ophtalmologique le jour qui précède l'intervention.

### **8-2. Les techniques opératoires**

La capsule de l'enfant est plus élastique que la capsule de l'adulte. Il n'y a pas de noyau chez les nourrissons.

Trois méthodes opératoires sont actuellement pratiquées chez les enfants.

Le choix de la méthode dépend de l'expérience du chirurgien. La capsulotomie en per opératoire n'est pas systématique.

#### **8-2-1. La phacoémulsification avec implantation en chambre postérieure (Phaco+ICP)**

C'est une technique relativement récente pour l'extraction extra capsulaire du cristallin. Le but de cette technique consiste à effectuer une émulsification du noyau, évacuer les masses corticales avec une sonde d'irrigation –aspiration. L'implant peut être placé dans le sac capsulaire ou dans le sulcus ciliaire en cas de déchirure de la capsule postérieure sans issue de vitré. Cette technique se fait chez les enfants relativement moins jeunes qui ont un noyau. [18, 37]

#### **8-2-2. La phacophagie**

C'est un système d'irrigation et d'aspiration séparée.

L'irrigation est assurée par une perfusion de Ringer à travers un cathéter et se fait de manière gravitationnelle.

L'aspiration est pratiquée à l'aide d'une seringue de 5 cm<sup>3</sup> sur laquelle est montée une canule et se fait de manière manuelle. Il y a deux types d'approche : l'approche par la pars plana et l'approche limbique.

- l'approche par la pars plana : deux lambeaux conjonctivaux sont réalisés à 2 mm en arrière du limbe. L'ablation et l'aspiration du matériel cristallinien sont réalisées de façon centrifuge jusqu'à ce que le sac lenticulaire soit vidé. Les restes capsulaires sont alors coupés et aspirés.

- L'approche limbique : un lambeau conjonctival à base fornix est réalisé et une incision est réalisée au limbe. L'aspiration du matériel cristallinien se fait de manière progressive en commençant par le cortex antérieur en regard de la zone de capsulotomie.

### **8-2-3. Extraction extra capsulaire avec implant en chambre postérieure (EEC+ICP)**

- **Principe** : le but de cette intervention consiste à retirer le cristallin en totalité (noyau et masse corticale), laissant en place la zonule et la capsule postérieure. L'implant peut être placé dans le sac ou en dehors du sac, dans le sulcus ciliaire.

#### **- Technique chirurgicale :**

Chez l'enfant elle se fait sous anesthésie générale. On commence par nettoyer la peau des paupières et de la région périorbitaire. Un champ opératoire en toile ou en papier à usage unique est mis en place laissant à découvert l'œil et les paupières. Ces derniers sont à leur tour recouverts par un champ en plastique non troué 3M, paupières ouvertes. Ce champ adhésif, qui n'adhère pas sur une surface mouillée est coupé mettant à nu la cornée et la conjonctive. Puis à l'aide d'un fil de soie noire 4-0, on fait une traction du muscle droit supérieur et droit inférieur qui sont fixés aux draps par une pince hémostatique pour exposer le champ opératoire.

Ensuite on réalise une désinsertion de la conjonctive de 11 à 12 mm de long à cheval sur 12 heures. Après oblitération de tous les vaisseaux apparents, la région est bien nettoyée pour dégager le limbe.

Puis on réalise une incision non perforante dans la région limbique centrale. Ensuite on procède à l'ouverture de la capsule antérieure après injection de l'hyaluronate de sodium ou du visqueux qui maintient la profondeur de la C.A. (ou bien la C.A. doit être maintenue par une perfusion de sérum salé isotonique pendant la capsulotomie). Une fois la capsulotomie au kystitome de kelman achevée, on commence l'extraction du noyau qui sera suivie par une aspiration des masses corticales favorisée par l'irrigation avec une solution salée isotonique, ensuite on introduit l'implant à travers l'ouverture. Une légère rotation assure un bon centrage de l'implant qui sera placé dans le sulcus ciliaire. L'incision est en suite refermée. [37]

### **8-3. Contre-indications des lentilles intraoculaires**

L'implantation d'une lentille intra oculaire peut être contre indiquée chez des patients présentant une des conditions suivantes pouvant faire courir un risque non raisonnable à la vision du patient :

- Patients avec segment antérieur raccourcis.
- Décollement de rétine ou prédisposition pour l'implantation dans la chambre antérieure.
- Patient chez qui la lentille intra oculaire pourrait empêcher d'observer, de diagnostiquer ou de traiter une maladie.
- Inflammation du segment antérieur ou postérieur.
- Anomalie de l'iris qui empêcherait de bien fixer la lentille.

### **9-Les complications post opératoires**

La chirurgie de la cataracte congénitale étant une micro chirurgie, l'expérience du chirurgien et sa qualification y jouent un très grand rôle.

Les complications immédiates peuvent affecter la cornée, la chambre antérieure la pupille, l'implant, ou la capsule postérieure. Les complications immédiates

sont nombreuses : une inflammation sévère chez l'enfant, œdème cornéen, complications infectieuses (endophtalmie), amétropie en cas d'erreur dans le calcul de la puissance de l'implant, traumatisme. D'autres complications plus ou moins tardives peuvent être rencontrées : décollement de la rétine, glaucome, atrophie du globe, strabisme, cataracte secondaire, le syndrome du monophthalme fonctionnel (œil sain fixant en adduction avec nystagmus latent) n'est pas rare.

[6]

La surveillance post opératoire doit être rigoureuse et s'étendre sur plusieurs semaines après l'opération. C'est ainsi que certaines complications à long terme comme le glaucome secondaire et le décollement de rétine peuvent être retrouvés.

## **METHODOLOGIE**

**1-Cadre d'étude** : Notre étude s'est déroulée au CHU.IOTA

### **a-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 Touré, 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, à l'Est par le quartier de Médine.

### **b-Historique** :

Créée en 1953 à Bamako, l'I.O.T.A. appartenait à une structure régionale ; l'Organisation de Coopération et de Coordination pour la Lutte contre les Grandes Endémies (O.C.C.G.E.), qui regroupait huit états d'Afrique occidentale : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo. L'I.O.T.A était le seul Institut de cet ordre existant en Afrique sub-saharienne, à ce titre, sa zone d'influence débordait le cadre national pour couvrir l'ensemble des pays francophones d'Afrique.

Depuis 1993, il est le siège du centre de formation du programme International Sight First, ainsi que du centre coordonnateur du programme Européen d'appui à la lutte contre la cécité pour les pays francophones.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001, l'I.O.T.A à la suite de la fusion de l'O.C.C.G.E avec son homologue d'Afrique anglophone West African Health Community (W.A.H.C) pour former l'O.O.A.S (Organisation Ouest Africaine de Santé), a rejoint la tutelle de l'état malien et devient alors un établissement public à caractère hospitalier.

### **c. Les missions :**

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

- Les soins ophtalmologiques de niveau tertiaire;
- La formation spécialisée médicale et paramédicale en ophtalmologie ;
- La recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle ;
- Les appuis et expertises aux états de la région Africaine et aux institutions nationales dans le domaine des soins oculaires, de la formation, de la recherche et de la lutte contre la cécité.

### **d. Les moyens :**

Les ressources humaines de l'I.O.T.A sont composées de 11 ophtalmologistes dont 3 professeurs de faculté ; 1 médecin anesthésiste, 33 assistants médicaux spécialisés en ophtalmologie, 1 assistant médical en anesthésie.

Le personnel en formation est composé de 27 médecins, 4 internes, 16 infirmiers, 23 optométristes en cours de spécialisation venant de toutes les régions francophones et anglophones d'Afrique.

Le personnel administratif, technique et financier anime les différentes unités qui composent ces structures.

L'institut est épaulé en outre par les divers services de nettoyage de gardiennage et de restauration.

Les moyens matériels se composent des locaux repartis sur 5000m<sup>2</sup> environ avec :

- 1 bloc chirurgical avec 3 salles d'opérations pour toutes les interventions ophtalmologiques ;
- 50 lits d'hospitalisation ;
- 12 salles de consultation quotidienne dont une unité d'ophtalmologie pédiatrique ouverte en fin 2007, une salle de consultation sur rendez-vous pour les médecins seniors, une salle de tri des malades et une salle d'optométrie ;
- 1 département d'exploration fonctionnelle comportant une salle d'angiographie, une salle pour le laser (argon et yag) et une salle pour le champ visuel ;
- 1 département de recherche et santé publique ; 1 département de formation ; 1 service informatique ; 1 bibliothèque avec centre de documentation ; 1 atelier de lunettes.

## **2-Patients et méthodes :**

### **a-Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive.

### **b-Période d'étude :**

Du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2009.

## **3-Echantillonnage :**

### **a-Critères d'inclusions :**

Tous les enfants de 0 à 15 ans chez qui le diagnostic de cataracte congénitale a été confirmé.

Tous les enfants qui ont effectué un bilan étiologique pour cataracte congénitale.

### **b-Critères de non inclusion :**

- Les enfants ne présentant pas de cataracte.
- Les enfants dont le diagnostic de la cataracte a été confirmé en dehors de notre période d'étude.
- Les enfants qui n'ont pas effectué un bilan étiologique.

### **c-VARIABLE À ÉTUDIER :**

- Variables socio démographiques :

Age ; sexe ; ethnie ; lieu de résidence (milieu urbain, milieu rural).

- Variables cliniques :

Antécédents personnels ; familiaux ; signes fonctionnels ; acuité visuelle ; examen à la lampe à fente ; techniques opératoires, complications postopératoires.

- Variables paracliniques :

différents examens demandés.

Résultats des

### **d-Méthodes et matériels utilisés :**

L'élaboration d'une fiche d'enquête.

Le recueil des données était effectué sur une fiche d'enquête (cf. annexe) après un pré-test.

### **e-Examen préopératoire à la LAF ou à l'ophtalmoscope:**

Tous les patients répondant aux critères d'inclusion ont été recensés et ont fait l'objet d'un interrogatoire et d'un examen ophtalmologique complet, selon la chronologie suivante :

- la mesure de l'acuité visuelle de loin et de près chaque fois que c'était possible, à l'aide d'échelle d'optotype adapté à l'âge;
- l'examen à la LAF complet ou à l'ophtalmoscope, effectué par un ophtalmologiste ou par un CES.

Les patients étaient systématiquement dilaté par un cycloplegique (mydriaticum collyre et neosinophrine à 5 ou 10% en l'absence de contre-indication) pour un examen complet du cristallin et du segment postérieur à la recherche d'une éventuelle pathologie afférente.

- la tonométrie pour la mesure de la pression intraoculaire si possible. En cas de non coopération de l'enfant un examen sous anesthésie générale a été effectué à la recherche des mêmes éléments cliniques sus cités.

### **f-Bilans préopératoires et étiologiques :**

Ces bilans ont été établis en fonction de l'orientation diagnostique, et comprenaient le bilan biologique (la sérologie rubéole: IgG + IgM, la sérologie toxoplasmose: IgG + IgM, la sérologie syphilis, la glycémie et la calcémie) et le bilan radiologique (l'échographie mode B).

#### **g-Techniques opératoires :**

Les techniques opératoires utilisées ont été:

-la PhacoAlternative avec implantation en chambre postérieure (Phaco A + ICP).

-l'Extraction extra capsulaire avec implant en chambre postérieure (EEC + ICP).

Les enfants ont été opérés par différents chirurgiens.

#### **h -Examen post opératoire :**

Tous les enfants opérés ont bénéficié d'un suivi ophtalmologique régulier établi selon le chronogramme suivant :

J1 post opératoire, J4, J15, et J30.

#### **i-Matériel de travail disponible et utilisé:**

-l'échelle d'acuité visuelle : échelle de Snellen, de Monoyer et de Parinaud

-LAF

-l'ophtalmoscope

-tonomètre Icare

- collyre anesthésique, fluorescéine, mydriatique et de neosinophrine

#### **j- Support et technique de collecte des données :**

Le recrutement des malades était effectué tous les jours ouvrables à l'I.O.T.A. pendant toute la durée de l'étude.

L'analyse et l'exploitation des données ont été faites avec le logiciel SPSS. La saisie des textes, les tableaux ont été faits grâce aux logiciels WORD et EXCEL.

#### **k- Considération éthique:**

Avant le remplissage des questionnaires, nous avons procédé à :

Une explication détaillée du questionnaire.

Le consentement éclairé était d'abord obtenu du patient.



La confidentialité des dossiers était garantie.

## LES RESULTATS

Pendant la période de l'étude (du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2009), nous avons colligé 24 enfants ayant une cataracte congénitale. Sur les 39 yeux qui avaient une cataracte, 37 ont été opérés.

### 1. Age des patients

**Tableau I:** Répartition des enfants selon l'âge en année au moment de la 1<sup>ère</sup> consultation

Age	Effectif	Pourcentage(%)
0 - 1 an	10	41,67
2 - 5 ans	6	25,00
6 - 10 ans	6	25,00

<b>11 - 15 ans</b>	<b>2</b>	<b>8,33</b>
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Parmi les 24 enfants colligés, 41,67% avaient moins d'un an et 50% avaient entre 2 et 10 ans.

## 2. Le sexe

Dans notre échantillon, nous avons retrouvé 14 garçons (58,3%) et 10 filles (41,7%). Le sexe ratio a été de 1,4 en faveur des garçons.

## 3. Résidence

**Tableau II.** Répartition des enfants selon la résidence

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Bamako</b>	<b>8</b>	<b>33,33</b>
<b>Régions*</b>	<b>13</b>	<b>54,17</b>
<b>Côte d'Ivoire</b>	<b>3</b>	<b>12,50</b>
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Région: Koulikoro=6 ; Kayes=2 ; Ségou=2 ; Tombouctou=2 ; Sikasso=1  
54,17% des enfants venaient d'une région du Mali.

## 4. Les antécédents :

### - Antécédents des parents :

Parmi les 24 mamans interrogées, 70,86% d'entre elles n'avaient aucun antécédent médical. Cependant, l'hypertension artérielle a été retrouvée chez

12,5% des mamans. D'autres pathologies ont été signalées : 1 cas de toxoplasmose, 1 cas de cataracte à l'enfance, 1 cas de diabète et 1 cas de myopie forte.

Aucun antécédent particulier n'a été retrouvé chez les pères.

Une notion de consanguinité au premier degré a été retrouvée chez 37,5% des parents.

Sur le plan obstétrical, 79,16% des mères étaient des multipares, 100% des grossesses étaient à termes et 87,5% des accouchements étaient eutociques. Deux enfants (8,34%) étaient nés par césarienne et un accouchement dans un contexte dystocique avec souffrance fœtale (4,16%).

#### **- Antécédents des enfants**

Des antécédents médicaux ont été retrouvés chez 16,67% des enfants à type de convulsion fébrile (3 cas) et d'épilepsie (1 cas). Ainsi, 83,33% des enfants soit 20 enfants n'ont présenté aucun antécédent particulier.

### **5. Modes de découverte**

**Tableau III:** Répartition selon les modes de découverte de la cataracte

<b>Modes de découverte</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Par les parents</b>	<b>16</b>	<b>66,70</b>
<b>Par un agent de la santé</b>	<b>8</b>	<b>33,30</b>
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

La cataracte a été découverte par les parents dans 66,70% des cas et dans 33,30% des cas, elle a été découverte par un agent de santé.

### **6. Traitement antérieur**

**Tableau IV:** Répartition selon une notion de traitement antérieur

<b>Notion de traitement antérieur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Aucun</b>	<b>15</b>	<b>62,50</b>
<b>Centre médical (collyres)</b>	<b>6</b>	<b>25</b>
<b>Tradithérapie</b>	<b>3</b>	<b>12,50</b>
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

25% des enfants ont subi un traitement médical initial à type de collyre dans un centre de santé et 12,50% ont subi un traitement traditionnel.

## 7. Examen clinique et paraclinique

**Tableau V:** Répartition des enfants selon leur morphologie générale

Morphologie générale	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Normale</b>	<b>21</b>	<b>87,52</b>
<b>Microcéphalie</b>	1	4,16
<b>Retard de croissance</b>	1	4,16
<b>Faciès trisomique</b>	1	4,16
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Les enfants avec une morphologie générale normale ont représenté 87,52% des patients.

**Tableau VI:** Répartition des yeux selon leur acuité visuelle préopératoire

Acuité Visuelle	Effectif	Pourcentage (%)
<b>PL</b>	<b>15</b>	<b>38,46</b>
<b>CLD à 1m</b>	2	5,13
<b>1/10</b>	2	5,13
<b>Non coopératif</b>	20	51,28
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

Les yeux avec une PL ont représenté 38,46% des cas.

Dans 51,28% l'acuité visuelle était techniquement impossible à évaluer.

**Tableau VII:** Répartition des enfants selon le reflet pupillaire

Reflet oculaire	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Centré</b>	<b>14</b>	<b>58,33</b>
<b>Non Centré</b>	8	41,67
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Les enfants avec un reflet pupillaire centré ont représenté 58,33% des cas.

**Tableau VIII:** Répartition des enfants selon d'autres anomalies oculaires associées

<b>Autres anomalies</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Aucune</b>	<b>14</b>	<b>58,33</b>
<b>Nystagmus</b>	8	33,33
<b>Strabisme divergent</b>	1	4,17
<b>Strabisme convergent</b>	1	4,17
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

41,67% des enfants ont présenté des signes de malvoyance (nystagmus, strabisme).

**Tableau IX:** Répartition des yeux selon l'aspect du FO

<b>Fond d'œil</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Inaccessible</b>	<b>33</b>	<b>84,62</b>
<b>Normal</b>	6	15,38
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

Le fond d'œil était inaccessible dans la majorité des yeux soit 84,62%.

- **Examen sous AG :** elle a été réalisé chez un seul enfant soit 4,2%.

**Tableau X:** Répartition des yeux selon l'échographie mode A

<b>Echographie A</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Non coopératif</b>	31	79,49
<b>Fait</b>	<b>8</b>	<b>20,51</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

Echographie mode A a pu être effectué dans 20,51%.

**Tableau XI:** Répartition des yeux selon le résultat de l'échographie mode B

<b>Echographie mode B</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Normale</b>	<b>38</b>	<b>97,44</b>
<b>Hyalite</b>	1	2,56
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

L'échographie B était normale dans 97,44% des cas.

La seule anomalie retrouvée a été une hyalite modérée bilatérale.

**Tableau XII:** Répartition des enfants selon les résultats des examens biologiques

Examen	Rubéole	%	Toxoplasmose	%	Calcémie	%
<b>biologique</b>						
Normale	14	58,3	22	91,7	23	95,83
Anormale	<b>10</b>	<b>41,7</b>	2	8,3	1	4,17
<b>TOTAL</b>	24	100 %	24	100%	24	100%

La sérologie à la rubéole a été positive chez 10 enfants soit 41,7% et la sérologie à la toxoplasmose chez 2 enfants soit 8,3% des cas.

Les autres examens biologiques (Syphilis et Glycémie) étaient normaux chez tous les enfants.

**Tableau XIII:** Répartition des enfants selon le siège de la cataracte

Siège de la cataracte	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Bilatérale</b>	<b>15</b>	<b>62,5</b>
<b>Unilatérale</b>	9	37,5
<b>TOTAL</b>	24	100%

La cataracte bilatérale a été la plus représentée soit 62,5%.

**Tableau XIV:** Répartition des yeux selon la forme de la cataracte

Forme de la cataracte	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Totale</b>	<b>19</b>	<b>48,73</b>
<b>Nucléaire</b>	10	25,64
<b>Corticale</b>	5	12,82
<b>Zonulaire</b>	4	10,25
<b>Suturale</b>	1	2,56
<b>TOTAL</b>	39	100%

La cataracte totale a été la plus fréquente avec 48,73%.

**Tableau XV:** Répartition des enfants selon l'étiologie de la cataracte

<b>Nature de la cataracte</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Cataracte sans «étiologie prouvée »</b>	<b>12</b>	<b>50</b>
<b>Cataracte par embryofetopathie</b>	11	45,8
<b>Cataracte chromosomique</b>	1	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

La cataracte congénitale sans étiologie retrouvée a représenté 50% des cas, suivi de la cataracte par embryofetopathie avec 45,8%. Les cataractes liées à la rubéole et à la toxoplasmose ont été regroupées en cataracte par embryofetopathie.

**Tableau XVI:** Répartition des yeux selon la technique opératoire

<b>Décision opératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Phaco A + ICP</b>	<b>37</b>	<b>94,87</b>
<b>EEC + ICP</b>	2	5,13
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

Sur un total de 39 yeux à opérer, la PhacoA+ICP a été la technique la plus proposée soit 94,87%.

Sur les 37 yeux opérés 4 ont subi une capsulotomie postérieure per-opératoire soit 10,81%.

L'implantation a été systématique chez tous les patients.

**Tableau XVII:** Répartition des enfants selon l'âge en année au moment de l'intervention chirurgicale

Age	Effectif	Pourcentage (%)
<b>0 - 1 an</b>	<b>9</b>	<b>37,50</b>
<b>2 - 5 ans</b>	7	29,17
<b>6 - 10 ans</b>	6	25,00
<b>11 - 15 ans</b>	2	8,33
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Au moment de l'intervention chirurgicale les enfants de 0 à 1 an ont été les plus représentés soit 37,50%.

L'âge moyen a été 3,9 ans avec des extrêmes de 8 à 156 mois.

**Tableau XVIII:** Répartition des enfants selon le traitement post opératoire reçu

Traitement	Effectif	Pourcentage(%)
<b>(AIS + Antibiotique) + mydriatique</b>	<b>20</b>	<b>83,30</b>
<b>(AIS + Antibiotique) + mydriatique + antibiotique pure</b>	4	16,70
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

En post opératoire un (AIS + Antibiotique) + un mydriatique ont été les plus utilisés soit 83,30%.

**Tableau XIX:** Répartition des enfants selon la voie d'administration des traitements

Voie d'administration	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Locale</b>	7	29,20
<b>Locale + générale</b>	<b>17</b>	<b>70,80</b>



<b>TOTAL</b>	24	100%
--------------	----	------

Un traitement par voie locale + générale (AIS) a été le plus indiqué soit 70,80%.

**Tableau XX:** Répartition selon les types de complication à J1

<b>Types de complication</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Pas de complication</b>	30	81,10
<b>Œdème cornéen</b>	1	2,70
<b>Tyndall</b>	2	5,40
<b>Réaction fibrineuse</b>	2	5,40
<b>Pupille deronde</b>	1	2,70
<b>Opacité de la capsule postérieure</b>	1	2,70
<b>TOTAL</b>	37	100%

A J1 les complications les plus retrouvées ont été le Tyndall et la réaction fibrineuse avec 5,40% chacun.

**Tableau XXI :** Répartition selon les types de complication à J4

<b>types de complication</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Pas de complication</b>	27	73,00
<b>Tyndall</b>	3	8,10
<b>Réaction fibrineuse</b>	4	10,80
<b>Pupille deronde</b>	1	2,70
<b>Fibrose de la capsule postérieure</b>	2	5,40
<b>TOTAL</b>	37	100%

A J4 la réaction fibrineuse a été la complication la plus retrouvée soit 10,80%.

**Tableau XXII:** Répartition selon les types de complication à J15

<b>Types de complication</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
------------------------------	-----------------	------------------------

<b>Pas de complication</b>	13	35,14
<b>Tyndall</b>	2	5,40
<b>Réaction fibrineuse</b>	2	5,40
<b>Pupille deronde + Synéchie</b>	7	18,92
<b>Pigment sur implant</b>	3	8,11
<b>Fibrose de la capsule postérieure</b>	<b>9</b>	<b>24,33</b>
<b>Capsule rompue</b>	1	2,70
<b>TOTAL</b>	37	100%

A J15, la fibrose capsulaire a été la complication la plus retrouvée soit 24,33%.

La capsule a été rompue chez un enfant suite à un traumatisme soit 2,70%.

**Tableau XXIII:** Répartition selon les types de complication à J30

<b>Type de complication</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Pas de complication</b>	13	35,14
<b>Tyndall</b>	1	2,70
<b>Pupille deronde</b>	<b>9</b>	<b>24,33</b>
<b>Synéchie</b>	3	8,11
<b>ICP luxé</b>	2	5,40
<b>Fibrose de la capsule postérieure</b>	8	21,62
<b>Capsule postérieure rompue</b>	1	2,70
<b>TOTAL</b>	37	100%

A J30 la pupille deronde a été la complication la plus retrouvée avec 24,33%.

**Tableau XXIV:** Répartition des yeux opérés en fonction de l'acuité visuelle sans correction post opératoire à J30

<b>Acuité visuelle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Non coopératif</b>	<b>23</b>	<b>62,16</b>
<b>≥ 3/10</b>	11	29,74
<b>≤ 1/10</b>	2	5,40
<b>&lt; 3/10</b>	1	2,70
<b>TOTAL</b>	37	100%

L'acuité visuelle n'a pas pu être évaluée sur 23 yeux soit 62,16% et cela à cause de leur jeune âge, mais une vision normale a été retrouvée chez 29,74% des yeux opérés, 2 yeux sont restés aveugles soit 5,40%.

**Tableau XXV:** Répartition des yeux opérés en fonction de l'acuité visuelle avec une correction

<b>Acuité visuelle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Non coopératif</b>	6	16,22
<b>10/10</b>	4	10,81
<b>≥3/10</b>	4	10,81
<b>Perdus de vue</b>	<b>23</b>	<b>62,16</b>
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

62,16% ont été perdus de vue, une vision normale a été trouvée chez 21,62% des yeux et 16,22% étaient non coopératifs.

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude est une étude prospective et descriptive qui s'est déroulée sur 12 mois (du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2009) au sein de L'IOTA. Elle a porté sur les enfants chez qui la cataracte congénitale a été diagnostiquée en consultation et ayant réalisés un bilan étiologique. Le déroulement de l'enquête ne nous a pas révélé de difficultés particulières.

Tous les cas de cataracte ont été diagnostiqués, opérés et suivis par les médecins séniors de l'institut.

Au vu des résultats trouvés, l'analyse nous a permis de:

- décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients
- déterminer les anomalies oculaires et les déficits visuels associés
- déterminer les étiologies des cataractes
- répertorier les complications post opératoires les plus fréquentes.
- évaluer la qualité des résultats anatomiques et fonctionnels.

### I. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

#### 1. Age au moment du diagnostic:

Au cours de notre étude, nous avons trouvé que la moyenne d'âge de nos enfants était 46 mois soit 3,8 ans. Le plus jeune âge au diagnostic était de 7 mois. Au moment du diagnostic, 41,67% de nos enfants avaient moins d'1 an. Le taux de diagnostic de la cataracte congénitale avant la première année de vie est de 50% au Sénégal dans l'étude de Lam. A. [24]; 25,8% en Cote d' Ivoire dans l'étude de Kouassi.F.X. [23]. Au Maroc Zaghlouk trouve que dans 78% des cas, la cataracte était découverte avant l'âge de 2 ans [48].

L'âge de l'enfant au moment du diagnostic est un facteur de pronostic visuel ; en sachant que les cataractes congénitales sont parfois péjoratives sur le plan fonctionnel surtout si elles sont dépistées tardivement. [41]

## **2. Sexe :**

Le sexe masculin a été le plus représenté : 14 garçons soit 58,3% contre 10 filles soit 41,7% avec un sexe ratio de 1,4.

Cette prédominance masculine est retrouvée dans la littérature, notamment dans les études faites par Touré Aoua au Mali [44], Bencherifa F. au Maroc [3], Kouassi en Cote d'Ivoire [23] et Ndiaye au Sénégal [31].

La "prédominance" masculine est cependant à rapporter aux statistiques générales de la population. En effet, au Mali, selon l'EDSM III, les enfants de moins de 15 ans représentaient 50,1% de la population générale [7]. Dans cette population infantile 51,3% était des garçons et 48,7% des filles.

## **3. Résidence :**

Au cours de cette étude, la majorité des enfants (54,17%) venait des régions intérieures du Mali pour accéder à la prise en charge dans l'Institut. Ceux résidant à Bamako la capitale ont représenté 33,33%. Les enfants résidant en dehors du Mali (Cote d'Ivoire) ont représenté 12,50% des cas. Ce recrutement national et même sous régional doit faire penser à une structuration de l'Institut comme centre d'excellence de la cataracte de l'enfant.

## **II. CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES ENFANTS**

### **1. Les antécédents :**

#### **- les antécédents des mères :**

Chez 70,8% des mères aucun antécédent particulier n'a été retrouvé pendant la grossesse. L'hypertension artérielle (HTA) a été retrouvée chez 12,5% des mères, 1 cas de toxoplasmose (4,2%) et 1 cas de cataracte familiale (4,2%) ont été retrouvés.

#### **- les antécédents des pères :**

1 seul cas de myopie a été signalé chez un père soit 4,2%.

### **- les antécédents des enfants :**

83,33% des enfants n'avaient pas d'antécédents médicaux.

La convulsion fébrile a été l'antécédent le plus retrouvé chez les enfants soit 12,5%.

### **- les antécédents familiaux :**

Nous avons trouvé la notion de cataracte familiale chez 1 enfant soit 4,2%. Touré Aoua [44] dans une étude précédente sur la cataracte congénitale à l'IOTA en 2003 a retrouvé une notion de cataracte familiale chez 15,6% des enfants colligés.

Une étude Sénégalaise a retrouvé 10 à 25% de notion de cataracte familiale [14]. Ce taux de 25% est également retrouvé au Bengladesh, Bencherifa au Maroc a retrouvé 15% [3], Roche O. en France a retrouvé une notion familiale dans 30% des cas [35]. Selon la littérature, dans la cataracte congénitale tous les types de transmission sont représentés ; par ordre décroissant : dominant autosomique, récessif autosomique ou lié à l'X. Le plus souvent, il s'agit d'atteinte clinique bilatérale et symétrique indépendante de tout syndrome et transmise sur un mode dominant autosomique, où 25% des cas correspondent à une nouvelle mutation. Les autres types de transmission génétique sont beaucoup moins fréquents. La pénétrance de ces anomalies est quasiment toujours complète mais l'expressivité varie au sein d'une même famille. [19]

## **2. Notion de consanguinité :**

Nous avons noté une notion de consanguinité parentale chez 37,5% des enfants. La consanguinité est toute aussi fréquente en Tunisie avec 32,5% selon Farah Lafif H. [11] et 33% selon Limaiem R. [27]. Au Sénégal ce taux atteint 41% selon Ndiaye [31].

## **3. La grossesse :**

### **- suivi de la grossesse :**

La grossesse était à terme dans 100% des cas. Quant aux modes d'accouchement, 87,5% des mères ont fait un accouchement eutocique et 4,2% un accouchement dystocique contre 8,3% par Césarienne.

#### **4. Modes de découverte :**

A travers nos résultats, nous avons remarqué que la découverte a été faite par les parents dans 2 cas sur 3 (66,7%). Plus souvent elle a été faite par des agents socio-sanitaires santé pour 1/3 des cas (33,3%).

Cependant, une étude précédente faite par Touré Aoua dans l'Institut signalait le retard au diagnostic puisque seulement 13,3% des cas étaient découverts à la première semaine de vie. [44]

La difficulté au diagnostic précoce est signalée ailleurs.

En effet une étude faite au Royaume Uni en 1999 sur la détection de la cataracte congénitale chez les enfants de 0 à 15 ans, trouvait que seulement 35% des cas étaient découverts à l'examen systématique du nouveau né et 12% à l'examen systématique entre 6 et 8 semaines de vie [20].

#### **5. Notion de traitement antérieur :**

Dans notre série 8 enfants soit 25% ont reçu un traitement médical initial en collyre dans un centre de santé avant d'être référé à l'IOTA et 12,5% passe par un circuit parallèle au traitement médical classique.

### **III.EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE**

#### **1. Les anomalies oculaires et les déficits visuels**

##### **1.1. Les anomalies oculaires:**

Dans notre étude, Le reflet pupillaire était centré chez 58,33% des enfants.

Le nystagmus et le strabisme étant des signes d'amblyopie profonde, 33,3% des enfants présentaient un nystagmus.

La fréquence de nystagmus associé à la cataracte a été de 20% dans l'étude de Ndiaye P.A. au Sénégal [31] et 19,44% dans celle de Limaiem R. en Tunisie [27]. Le strabisme a été trouvé chez 2 enfants (1 convergent et 1 divergent) soit 8,4%.

Au Maroc, Bencherifa F. avait trouvé un strabisme dans 52% des cas et un nystagmus dans 36%. [3]

## **1.2. Les déficits visuels:**

Malgré leur bas âge et leur coopération difficile, nous avons constaté une perception lumineuse sur 38,46% des yeux ; 10,26% des enfants avaient une acuité visuelle  $\leq$  à 1/10. Cependant, l'acuité visuelle n'a pu être évaluée chez 51,28% des enfants soit parce que techniquement impossible (17,95%), soit pour un refus de coopération de l'enfant (33,33%) des yeux.

Il est à noter que 41,67% des enfants présentaient déjà à l'examen initial des signes d'amblyopie profonde (strabisme, nystagmus).

## **2. L'état du cristallin et du segment postérieur :**

Dans notre étude, l'âge moyen étant 3,8 ans, nous pouvons considérer que les enfants de plus de 5 ans avec cataracte bilatérale sont vus trop tard.

La cataracte blanche totale a été prédominante avec 48,73%, nous notons aussi une prédominance de la cataracte bilatérale. Nos résultats sont en accord avec d'autres études qui ont montré que les cataractes totales et les cataractes bilatérales étaient les plus fréquentes. [9, 30, 31,44]

Le fond d'œil était inaccessible dans 84,62% et normal dans 15,38% des cas.

L'examen sous AG a été réalisé chez un seul enfant soit 4,2%. Une étude recommande que l'examen sous AG soit indispensable pour un enfant de moins de 3 ans [9].



### **3. Les examens complémentaires:**

Tous les enfants ont bénéficié un examen biologique pour la recherche d'éventuelles étiologies et une échographie oculaire mode B des 2 yeux.

#### **-l'échographie mode B:**

L'échographie oculaire B ne fait pas le diagnostic de la cataracte congénitale car son diagnostic est purement clinique, mais elle est recommandée à chaque fois que le fond d'œil est invisible [9]. Elle permet cependant

d'éliminer d'autres anomalies du segment postérieur. L'échographie B était normale dans 97,44% des cas et un seul cas de hyalite a été retrouvé chez un patient soit 2,56%. Nos résultats sont similaires avec ceux de Touré Aoua [44] qui trouve 96,4% d'échographie B normale.

#### **-l'échographie mode A:**

L'échographie mode A permet le calcul biométrique du cristallin. Elle n'a pas pu être réalisée dans 79,49% des cas vue leur jeune âge. Pendant notre période d'étude, nous ne disposions pas de matériel échographique disponible au bloc opératoire afin de faire la biométrie en préopératoire sous anesthésie générale.

#### **- les examens biologiques:**

Tous les examens biologiques ont été effectués dans le même laboratoire spécialisé.

La sérologie rubéole était positive chez 10 enfants soit 41,7%, la toxoplasmose chez 2 enfants soit 8,3% et une hypercalcémie a été retrouvée chez un enfant mais qui avait aussi la sérologie rubéole positive soit 4,17%.

Les autres examens biologiques étaient normaux.

Si dans les années 80 la rubéole était à l'origine de l'embryopathie oculaire la plus fréquente dans les pays développés avec une fréquence à 50% [15], elle l'est toujours dans les pays en voie de développement.

#### **4. Etiologies de la cataracte:**

Au Mali, la recherche étiologique de la cataracte congénitale n'est pas sans difficulté. Les examens complémentaires tels que la recherche génétique, la galactosémie ne sont pas encore accessibles. Dans notre étude, l'étiologie a pu être établie dans 50 % des cas.

La première cause de cataracte congénitale prouvée dans notre série a été la cataracte congénitale par embryofetopathie.

En effet le dosage sérologique de la rubéole et de la toxoplasmose a été effectué systématiquement chez tous les enfants colligés. Les résultats ont été considérés comme positifs lorsque les IgG et IgM sont positifs. Ainsi, nous avons pu confirmer l'existence d'une embryofetopathie dans 50% des cas dont 41,7% de rubéole et 8,3% de toxoplasmose. L'examen clinique était en faveur d'une cataracte chromosomique, qui avait aussi une sérologie toxoplasmose positive soit 4,2% des cas.

Chez la moitié de nos enfants (50% des cas), l'enquête étiologique n'a pu déterminer la cause soit parce que les examens souhaités n'étaient pas disponibles soit parce qu'il n'y a pas d'étiologie « retrouvée ».

Dans la littérature, Roche O. à Paris [35] et Limaiem R. de Tunisie [27] ont trouvé respectivement 50% et 53% de cataracte sans étiologie prouvée.

Toutes les données de littérature s'accordent pour dire que parmi les étiologies de la cataracte congénitale sont incriminés: les embryofetopathies dont la cause la plus fréquente est la rubéole maternelle pendant les 3 premiers mois de la grossesse [22,17] et les troubles métaboliques pendant la grossesse. [15, 45]

#### **5. La prise en charge:**

La chirurgie est indispensable dans le traitement d'une cataracte congénitale. Par contre elle n'est qu'une première étape dans la prise en charge car un traitement complet exige une surveillance post opératoire, suivie d'une rééducation. Elle permet d'améliorer de plus l'acuité visuelle.

#### **-Types d'intervention chirurgicale:**

La phacoplagie + ICP a été la technique chirurgicale la plus utilisée soit 94,87%. Ces résultats sont différents de ceux de Lam A. [25] avec 62% d'EEC+ICP et de Touré Aoua [44] avec 71,1% d'EEC+ICP contre 21,1% de PhacoA + ICP. Certain auteur estime que la phacoplagie associée à une implantation initiale permet de réaliser une chirurgie complète de la cataracte et améliore les chances d'éviter à ces enfants l'amblyopie et la perte de la vision binoculaire [16].

Dans notre étude la chirurgie a été accompagnée d'une implantation en chambre postérieure chez tous les patients.

Il s'est agi d'implant de type PMMA monofocal dont la puissance était déterminée approximativement par le chirurgien selon l'âge de l'enfant. Ceci a constitué une limite dans notre étude puisque le choix d'un implant est un élément important du pronostic visuel post opératoire.

L'implantation autrefois très controversée chez l'enfant est devenue de nos jours une pratique courante dont les résultats sont jugés satisfaisants et l'âge ne conditionne plus autant l'indication. Mais les auteurs s'accordent sur la difficulté d'adapter le calcul de sa puissance à l'âge de l'enfant. [24, 35]

#### **- Age de l'enfant au moment de l'intervention:**

37,5% de nos patients avaient 1an ou moins au moment de l'intervention ; 29,17% avaient 2 à 5ans; 25% avaient 6 à 10 ans et 8,33% avaient 11 à 15 ans.

L'âge moyen était de 46,83 mois (3,9 ans) avec des extrêmes de 8 à 156 mois.

Dans l'étude de Lam A. [24] les enfants de 1an ou moins ont représenté 10%, 6 à 10 ans 42% et 11 à 14ans 48%.

L'âge au moment de l'intervention est un facteur de pronostique pour le traitement de l'amblyopie. Plus l'intervention est précoce, plus il y a de chance de récupération visuelle [47].

#### **- Le traitement médical postopératoire:**

En post opératoire immédiat, 17 enfants ont bénéficié d'un traitement par voie locale et générale (corticoïde) soit 70,8%, et 7 par voie locale soit 29,2% à base de corticoïde + antibiotique, et un mydriatique.

## **6. Les complications post opératoire:**

La complication la plus redoutable est le glaucome induit par la chirurgie. Selon les auteurs elle survient en moyenne entre 5 à 7 ans après l'intervention ; ils admettent que le risque de glaucome est très élevé chez les enfants opérés de cataracte congénitale pendant les 4 premières semaines de vie. Pour ces raisons, ils proposent tous de ne pas opérer avant 4 semaines de vie. [35,42, 25, 4, 28, 5]

Dans notre série aucun enfant n'est opéré avant ou au cours du premier mois de vie. Malgré les traitements précocement institués et suivis au moins à 1 mois, certaines complications ont été observées :

### **- A J1et J4**

Sur les 37 yeux opérés, à J1 les complications les plus retrouvées ont été le tyndall et la réaction fibrineuse avec 5,4% chacun.

A J4 la fréquence de cette réaction fibrineuse doublait avec 10,8%. Dans l'étude de Lam A. la réaction fibrineuse était présente dans 38% des cas entre J1 et J8. [24]

Dans la littérature nous retrouvons qu'une réaction fibrineuse précoce était quasi constante dans le groupe implanté [9, 43].

### **- A J15**

La fibrose de la capsule postérieure a été la complication la plus fréquente avec 24,33% et suivie d'une déformation pupillaire + synéchie dans 18,92% des cas.

### **- A J30**

A un mois, nous avons constaté que la pupille était deronde dans 24,33%, et la fibrose de la capsule postérieure était présente dans 21,62% des cas.

## **7. Résultats anatomiques et fonctionnels:**

Le but de la chirurgie a été d'améliorer le pronostic visuel des enfants.

### **-Acuité visuelle sans correction :**

Après la chirurgie, nous avons évalué l'acuité visuelle sans correction à J30. Mais l'acuité visuelle n'a pas pu être évaluée chez plus de la moitié des yeux opérés soit 62,16% et cela à cause de leur bas âge. Parmi ceux évalués, une acuité visuelle  $\geq 3/10$  a été retrouvée chez 29,74% des yeux opérés, ce résultat concorde avec celui trouvé par Speeg-schatz. C I et coll. 30% [24]. 2 yeux sont restés aveugles (acuité visuelle  $< 1/10$ ) soit 5,40% et un œil mal voyant. Certaines études ont trouvé que la chirurgie précoce était la seule chance d'obtenir un développement au moins relatif des fonctions visuelles [42, 4].

Même si l'amélioration apportée par la chirurgie des cataractes unilatérales est peu importante en termes d'acuité visuelle par rapport à l'œil non atteint, elle est par contre précieuse pour le rétablissement d'une vision binoculaire, qui contribue au sens de l'équilibre des enfants et permet la vision en relief. Il faut opérer tôt une cataracte congénitale unilatérale pour permettre un développement visuel du bon œil et une stimulation rétinienne des 2 yeux au cours de la 1<sup>ère</sup> année. [5]

### **-Acuité visuelle avec correction :**

L'acuité visuelle a été évaluée avec correction chez certains enfants ; 21,62% des yeux ont une vision normale (acuité  $\geq 3/10$ ); 16,22% étaient non coopératifs et 62,16% ont été perdus de vue.

Les valeurs extrêmes des corrections variaient de -0,75 à +6,00 dioptries.

## **CONCLUSION**

La cataracte congénitale est une entité particulière en ophtalmologie. Elle demeure une affection grave de par son risque amblyogène et les difficultés du suivi post opératoire.

Les étiologies de la cataracte congénitale sont souvent difficiles à identifier. Les progrès effectués dans les techniques chirurgicales sont indiscutables.

Au décours de cette études, il est à constaté que le diagnostic de la cataracte congénitale est tardif (58,33% diagnostiqués après 1 an d'âge) et plus de la moitié des enfants provenaient des régions intérieures du Mali. Le diagnostic est essentiellement porté par les parents. Dans la moitié des cas la cataracte est causée par une infection maternelle au cours de la grossesse. Le diagnostic des cataractes d'origine génétique n'a pu être posé (insuffisance de plateau technique) malgré un taux de consanguinité élevé. Tous les enfants opérés ont bénéficié d'une implantation en chambre postérieure. Cependant le suivi post opératoire a été un « échec » puisque plus de 60% des enfants ont été perdu de vue 3 mois après la chirurgie.

La cataracte congénitale ne devrait pas être une affection cécitante si les systèmes de santé disposaient de moyens de dépistage rapide et de ressources chirurgicales efficaces. Malgré le suivi post opératoire bien mené, l'évolution post opératoire présente encore des incertitudes. Dans tous les cas la prise en charge doit être rapide et le suivi rigoureux durant toute la vie avec la coopération active des parents, du pédiatre et de l'ophtalmologiste.

### **RECOMMANDATIONS:**

Au vu des insuffisances soulevées par notre travail, nous avons formulé certaines recommandations afin d'améliorer la prise en charge des cataractes congénitales :

**Aux autorités**: les autorités doivent

- sensibiliser la population sur le dépistage précoce des signes annonciateurs (leucocorie, strabisme...)

- mettre en place un système national de référence pour les cas de cataracte congénitale ;
- Vacciner les femmes en âge de procréer par le vaccin ROR
- assurer la disponibilité du personnel technique qualifié et le plateau technique adapté afin d'assurer une prise en charge efficace des cas ;
- assurer la formation continue du personnel de santé afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de la pathologie.

**Aux parents** : les parents doivent

- amener tout enfant en consultation ophtalmologique spécialisée devant un signe d'appel de la cataracte ;
- s'impliquer dans le suivi post opératoire ;
- éviter tout traitement traditionnel devant un déficit visuel.

**Aux personnels sanitaires**: les personnels sanitaires doivent

- faire la recherche systématique de toxoplasmose et de rubéole pendant la grossesse lors des CPN ;
- référer en urgence tout cas suspect de cataracte congénitale

**Aux médecins ophtalmologistes**: les ophtalmologistes doivent \_\_\_

- assurer au plus tôt la prise en charge des cas chirurgicaux ;
- trouver un modèle de suivi post opératoire adapté impliquant le pédiatre, les parents, et le milieu scolaire de l'enfant.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1. Ba El Hadj.**

Epidémiologie et étiologie des cataractes congénitales.

Communication personnelle SOAO 2003 Mali

### **2. Beltaief. O., Errais K., Zbiba W., Ammous I., Zarrouk B., Landolsi H., Mili Boussen I., Ouertani A.**

Correction de l'aphaquie de la cataracte congénitale par implant artisan

SFO. 2008 ; 114 (31) : 127

**3. Bencherifa F., Halhal M., Benmeki M., Benabdellah O., Shesahi N., Berraho-Hammahi A.**

Les facteurs du pronostic visuel dans la cataracte congénitale

J.F.Ophtalmol. 1998; 21: 118 -122

**4. Birot J., Vadot E.**

Devenir fonctionnel post opératoire des cataractes congénitales bilatérales

Bull. soc. Ophtalmol. (France) 1981; 81: 981-983

**5. Bourron-Madignier M., Ravault M-P., Oudot S., Vettard S.**

Cataracte congénitale unilatérale précoce. Intérêt d'une chirurgie très précoce

Bull. Soc. Ophtalmol. (France) 1990 ; 11(4): 413-419

**6. Casaer P., Casteels I., Foets. B.**

Inflammation after cataract surgery in children.

Ophthalmic surgery, 1992, 23.99-102.

**7. Coulibaly I.; Ba S.; Maïga Mikeïla B.**

Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM III) 2001: Caractéristiques des ménages des enquêtés. p13-15

**8. De Laage de Meux P.**

Ophtalmologie pédiatrique

Masson, Paris, 2003. ISBN-2-294-00800-6

**9. De Laage de Meux P., Caputo G., Bergès O., Koskas P.**

Cataractes Congénitales

EMC ophtalmologie, 21-A-10, 2000, 12 pages

**10. Douche C., Didier J. L., Zenatti C.**

Deux nouveaux tests d'acuité visuelle pour enfant : le cadet lettres et le Cadet images

J. Fr. Ophtalmol. 1998; 11(12) : 831-834

**11. Farah. Lafif. H., Beltaief. O., Aissi. A., Chkri. R., Kria. L., Ouertani. A.**

Cataractes congénitales et handicap visuel en Tunisie



J. Fr. Ophtalmol. 2002 ; 25(5) : 153

**12. François J.**

Les Cataractes Congénitales.  
Rapport SFO 1959 ; 818p

**13. Frederick C., Cordes M D.**

Cataract Types  
Am. Acad. Of opht. And Otolaryngology, 1961, 111p

**14. Ghezalyel Saïd.**

Etiologie et traitement des cataractes congénitales en milieu hospitalier.  
Thèse de médecine. Dakar 1980 – N°26

**15. Godde- Jolly D.**

Pathologie du cristallin *dans* Ophtalmologie pédiatrique  
Edition Masson 1992 : 192-211

**16. Hermann M., Bouchardon N., Romanet J-P, Ligeon P.**

Chirurgie de la cataracte chez l'enfant : Equipement post opératoire immédiat  
Bull. Soc. Ophtalmol. (France) 1989; 89: 711-713

**17. Hertzberg R.**

Rubella and virus induced cataracts  
Trans ophtalmol Soc UK 1982; 102: 355-358

**18. Jean Louis Arné, Paul Turut, Thierry Amzallag, Pierre Fournié.**

Techniques chirurgicales en ophtalmologie : Chirurgie de la cataracte.  
Masson, 2005 ; ISBN: 2-294-01721-8

**19. Jean Louis Dufier, Josseline Kaplan.**

Œil et Génétique  
Rapport Société Française d'ophtalmologie Paris 2005  
ISBN : 2-294-01968-7

**20. Jugnoo. S. I., Carol D.**

Measuring and interpreting the incidence of congenital ocular anomalies: Lesson from a national study of congenital cataract in the United Kingdom.

BJM 1999; 318: 362-365

**21. Khumbo Kaua, Msc, MMed; Daksha Patel, Msc; Mohammad Muhit, Msc; Paul Courtright.**

Causes of blindness among children identified through village key informants in Malawi.

CAN J. Ophthalmol. 2008; 43(4)

**22. Kipps A., Sevel D., McIntyre J.**

Rubella infection and other factors associated with congenital cataract in Cape Town

S. Afr. Med. J. 1979 Feb 17; 55(7): 245-7

**23. Kouassi F.X., Koffi K.V., Keita.C., Safede. K., Fany. A., Yoffou-Andre. L., Yago.D., Ahnoux. A.**

Cataractes congénitales: Aspects cliniques et thérapeutiques

A propos de 26 cas- Expérience du CHU de Cocody Abidjan-RCI

Médecine d'Afrique Noire : 1999 ; 46(5)

**24. Lam. A., Seck C.M., Gueye Nd., Faye M., Pintart D.**

Chirurgie de la cataracte avec implantation en chambre postérieure chez l'enfant de moins 15 ans au Sénégal

J. Fr. Ophthalmol. 2001; 24(6): 590-595

**25. Lambert SR.**

Treatment of congenital cataract.

Br. J. Ophthalmol. February 2004 volume 34, page 28

**26. Laurent L., Dan A.L., Michel M.**

Chirurgie de la cataracte

Masson, Paris 1996 ISBN : 2-225-84663-4 .457 P

**27. Limaiem. R, El Euche. K, Chaabouni. A, Merdassi. A, Kammoun. S, El Matri. L (Tunis, Tunisie).**

Aspects cliniques et étiologiques des cataractes de l'enfant

SFO. 2009 ; 115 (32) : 115

**28. Mandal AK., Netland PA.**

Links glaucoma in aphakia and pseudophakia after congenital cataract surgery  
Indian J. ophthalmol. 2004 52 (3) : 185-198

**29. Mohammad A. M.**

Du domicile à l'Hôpital: les obstacles au traitement de la cataracte de l'enfant.  
Revue de santé oculaire communautaire : 2007 ; 4(4) : 32-35

**30. Msamati BC., Igbigbi PS., Batumba NH.**

Prevalence of lens opacity at Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre,  
Malawi  
East Afr Med J. 2000 Nov; 77 (11) 583-7

**31. Ndiaye P. A., El Amary. K., Seye-Ndiaye., Demeidoros. M., Wane. A-M., Ba E-A., M-R. Ndiaye., Wade. A.**

Mini-incision sclérale sans ultrasons dans le traitement de la cataracte  
congénitale  
J. Fr. Ophthalmol. 1999 ; 22 (3) : 347-351

**32. Ouedrago Moumini.**

Prise en charge des cataractes congénitales chez l'enfant.  
Mémoire CES ophtalmologie (Lyon, France) 1996-1997

**33. Patrice V., Yve L.**

Internat Médecine Ophtalmologie  
ISBN 2-84136-333-3. 250 P.

**34. Renard G., Lemasson C., Saraux H.**

Déficits visuels : Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant  
Paris : Inserm, 2002 : 398 P

**35. Roche. O., Beby. F., Orssaud.C., Dupont Monod. S.,**

**Dufier. J. L.**

Cataracte congénitale

J. Fr. Ophtalmol, 2006 ; 29 (4) :443-445

**36. Roussat. B., Choukroun. J. B., Darbois Y.**

Etude in utero de l'œil du fœtus normal. Aspects échographiques

J. Fr. Ophtalmol. 1995 ; 18(4): 275-281

**37. Salifou Ouangueye Arbaha.**

Apport de l'échographie dans le diagnostic des affections  
oculo-orbitaires à l' I.O.T.A.

Thèse médecine : Bamako, 2005- 59 P ; n°235.

**38. Saraux. H., Biais. B.**

Précis d'ophtalmologie

1969. Masson et Cie, Paris

**39. Saraux H., Christian L., Herve O., Gabriel R.**

Anatomie et Histologie de L'œil

Masson 1982 ISBN : 2-225-75647-3

**40. Speeg-Schartz C.**

Le développement de la vision chez le nouveau né et le nourrisson

Bull. Soc. Ophtalmol. France 5 : 342-347, 1995

**41. Speeg-schatz. C I., Flament. J.**

Les aspects chirurgicaux actuels de la cataracte congénitale

Ophtalmologie 1995 ; 9 : 9-16

**42. Theron H.P., Lesoutivier D., Marsault M., Ruellan Y.M.**

Le cristallin

Feuillet de pathologie oculaire (Monaco) 53 pages

Centre National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts

1997 ; 216 Pages

**43. Thouvenin D., Lesueur L., Arne J.L.**

Implantation inter capsulaire dans les cataractes de l'enfant

Etude de 87 cas et comparaison à 88 cas sans implantation

JFO : 1995; 11(18) : 667-677

**44. Touré Aoua Ibrahima, Epouse Coulibaly.**

Prise en charge des enfants atteints de cataracte congénitale à l'I.O.T.A. Thèse médecine Bamako 2005 ; 70 Pages, N°118

**45. Vaughan Daniel, Asbury Taylor.**

Ophtalmologie générale  
Piccin 1986 ; 427 pages

**46. Vital-Durand François**

Exploration de la vision chez le jeune enfant : des progrès techniques au service d'un traitement précoce

Ophtalmo. Actualités N°48 Octobre 1992

**47. Yi. E, Karila. A, Goldschild. M, Dufier. J.L.**

Calcul de l'implant dans la cataracte congénitale unilatérale

Ophtalmologie, Masson, 1995 ; 9(6) : 559-601

**48. Zaghloul. K**

Cataractes congénitales: quelle prise en charge en 2009

SFO. 2009 ; 115 (32) : 27

Fiche d'enquête

La cataracte congénitale: Etiologies et aspects thérapeutiques au CHU. IOTA

N°FICHE :.....

NOM PRENOM :.....

1-AGE /\_\_\_/ (0-180 mois)

2- SEXE /\_\_\_/ 1= M 2 =F

3- PROFESSION /\_\_\_/ 0=Sans 1=préscolaire 2= scolaire 3=primaire  
4= non scolaire

si 4 préciser.....

4- ETHNIE /\_\_\_/ 1= Bambara 2=Malinké 3= Sarakolé 4 =Peulh

5 = Sonrhaï 6= Dogon 7 =Bozo 8= autres

si autres préciser.....

5-RESIDENCE /\_\_\_/ 0 = Bamako 1= Kayes 2 = Koulikoro 3 = Sikasso

4= Ségou 5 = Mopti 6 = Gao 7 = Tombouctou 8 = Kidal 9 = autres

si autres préciser.....

6- REFERENCE DU MALADE /\_\_\_/ 0 = Non 1 = CSCOM, 2 = CS Réf,

3 = Hôpital Régional 4 = Hôpital National 5=autres

si 5 préciser.....

7- ANTECEDENTS

A-DE LA MERE /\_\_\_/

1=syphilis 2=toxoplasmose 3= VIH 4= rubéole 5= diabète 6=HTA

7= cataracte 8= RAS

9= autres préciser.....

B- DU PERE / \_\_\_\_/

1= oui 2=non

3= si oui précisé .....

C- DE L'ENFANT

- Médicaux / \_\_\_\_/

0 = Non, 1 = Rubéole / \_\_\_\_/, 2 = Syphilis / \_\_\_\_/

3 = Toxoplasmose 4 = HTA / \_\_\_\_/ 5= Diabète / \_\_\_\_/

6= traumatisme 7 = autres

si autres préciser.....

- chirurgicaux 1 = oui / \_\_\_\_/ 2 = Non

- Familiaux 1 = oui / \_\_\_\_/ 2 = Non

Si oui préciser.....

-Obstétricaux

Grossesse / \_\_\_\_/ parité / \_\_\_\_/ Nombre de CPN / \_\_\_\_/ vivant / \_\_\_\_/ avortée/ \_\_\_\_/

décédé/ \_\_\_\_/ vaccination/ \_\_\_\_/ 1= à jour 2= non à jour

Période d'accouchement / \_\_\_\_/ 1= terme 2= prématuré

Mode d'accouchement / \_\_\_\_/ 1=eutocique 2= dystocique 3= césarienne

4= forceps 5= autres à préciser.....

- Hérité / \_\_\_\_/ 0 = Non, 1 = parents, 2 = Frères, 3 grands Parents,

4 = autres à préciser.....

8- NOTION DE CONSANGUINITE / \_\_\_\_/ 1= oui 2= non

Si oui préciser.....

9- CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE / \_\_\_\_/

1 = A la Naissance, 2 = par les parents, 3 = par un agent de santé.

4=autres à préciser.....

10- NOTION DE TRAITEMENT ANTERIEURE / \_\_\_\_/

0 = Non 1 = automédication 2 = tradithérapie 3 = centre Médical

11- EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

-morphologie générale : / \_\_\_\_/ 1=normale 2=anormale

si anormale préciser.....



-faciès : /\_\_\_/ 1=normal 2= anormal

si anormal préciser.....

-annexes : /\_\_\_/ 1=normales 2=anormales

si anormales préciser.....

-réaction à la cache : /\_\_\_/ 1=positive 2=négative

3=autres à préciser.....

-reflet oculaire : /\_\_\_/ 1=centré 2=divergent 3=convergent 4=nystagmus

- Réflexe de poursuite oculaire : /\_\_\_/ 0 = Non, 1= oui

Autres à préciser.....

- Acuité visuelle : sons correction si possible

OD /\_\_\_/ OG /\_\_\_/

10/10 = 1, 9/10=2, 8/10=3, 7/10=4, 6/10=5, 5/10=6, 4/10=7, 3/10=8, 2/10=9,

1/10=10

cld à 3 m = 11, cld à 1 m = 12, PL = 13, 14= non faisable, 15= non

coopèrent

- cornée = OD /\_\_\_/ OG /\_\_\_/

1= normale 2= taie 3=dystrophie 4= micro cornée 5=mégalo cornée

6= autres à préciser.....

- Profondeur chambre antérieure = OD /\_\_\_/ OG /\_\_\_/

1 = Normale, 2 = diminué, 3 = augmenté 4=autres

si autres préciser.....

- pupille : OD= /\_\_\_/ OG = /\_\_\_/

1= normale 2= anormale

Si anormale préciser.....

- Réflexe photo moteur OD /\_\_\_/ O G /\_\_\_/ 1 = normal 2 =anormal

Si anormal préciser.....

-position cristallinienne OD/\_\_\_/ OG /\_\_\_/ 1=normale 2=ectopie 3=sub luxation 4=luxation

5=autres à préciser.....

-aspect du cristallin : OD /\_\_\_/ OG /\_\_\_/

1 = cataracte corticale, 2 = cataracte nucléaire 3 = cataracte sous capsulaire

4=cataracte totale 5= cristallin claire

6=autres à préciser.....

- pression Intra oculaire OD /\_\_\_/ OG /\_\_\_/

O = Non prise 1 = prise

si prise préciser.....

OD /\_\_\_/ mmhg OG /\_\_\_/ mmhg

-fond d'œil OD /\_\_\_/ OG /\_\_\_/



O = Non fait, 1 = Non accessible, 2 = normal, 3 =anormal

4= si anormal préciser.....

-examen sous anesthésie générale / \_\_\_\_/ 1=oui 2=non

**12. AUTRES ANOMALIES OCULAIRES ASSOCIEES / \_\_\_\_/**

1 = Oui 2 = Non

Si oui préciser.....

**13. EXAMEN ECHOGRAPHIQUE**

- mode B / \_\_\_\_/

0 = non demandé

1 = Normal, 2 = anormal

si anormal préciser.....

-mode A / \_\_\_\_/

0= non demandé

1= Normal 2= anormal

Si anormal préciser.....

**14. EXAMEN BIOLOGIQUE / \_\_\_\_/**

1= demandé, 2 = Non demandé

- Types d'examen / \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_/

1 = Sérologie Rubéole (IgM, IgG) 2 = Sérologie Syphilis (IgM, IgG)

1a=normale 1b=anormale 2a=normale 2b= anormale

3=Sérologie Toxoplasmose (IgM, IgG) : 3a=normale 3b= anormale

4 = calcémie : 4a=normal 4b=anormal 5= glycémie : 5a=normale 5b=anormale

6= autres à préciser.....

**15. TYPE DE CATARACTE : / \_\_\_\_/**

1 = génétique, préciser.....

2= embryofœtopathie, préciser.....

3 = congénitale 4 =persistance du vitré primitif

5= cataracte par anomalie métabolique

Préciser.....

6= cataracte syndromique

préciser syndrome.....

7= chromosomique, préciser.....

8= pathologique

préciser pathologie.....

**16. TYPE D'INTERVENTION / \_\_\_\_/**

1 = phaco A + ICP, 2 = phaco A sans ICP 3 = EEC sans ICP 4 = EEC + ICP

5 = autres à préciser.....

Capsulotomie postérieure / \_\_\_/ 1 = oui 2 = non

Si oui préciser.....

**17. TRAITEMENT MEDICAL POST OPERATOIRE :** / \_\_\_\_\_/ 1 = antibiothérapie 2 =

AINS 3 = corticoïde 4 = hypotonisant 5 = mydriatique

6 = autres à préciser.....

-Voies : / \_\_\_/ 1 = locale 2 = générale 3 = 1+2 / \_\_\_/

**18. COMPLICATIONS** / \_\_\_\_\_/

1 = Non 2 = Oui

-Type de complication / \_\_\_/

1 = endophtalmie 2 = Traumatisme 3 = Œdème Cornéen

4 = inflammation / \_\_\_/ a = oui b = non

Si oui préciser.....

5 = cataracte secondaire 6 = Décollement de la rétine 7 = Baisse de vision

8 = Autres à préciser.....

**19. AGE DE L'ENFANT A L'INTERVENTION**

-OD : /...../ OG : /...../

**20. CHRONOGRAMME SUIVI POST OP.**

**A. Cornée**

OD à J1	OD à J4	OD à J15	OD à J30
-claire/___/	-claire/___/	-claire/___/	-claire/___/
-kératite/___/	-kératite/___/	-kératite/___/	-kératite/___/
-Oedeme/___/	-oedeme/___/	-oedeme/___/	oedeme/___/
-PIO/___/	-PIO/___/	-PIO/___/	-PIO/___/
-autres : .....	-autres : .....	autres : .....	autres : .....

OG à J1	OG à J4	OG à J15	OG à J30
-claire/___/	-claire/___/	-claire/___/	-claire/___/
-kératite/___/	-kératite/___/	-kératite/___/	-kératite/___/
-PIO/___/	-PIO/___/	-PIO/___/	-PIO/___/
-autres.....	-autres.....	-autres.....	autres.....

**B. chambre antérieure**

OD à J1	OD à J4	OD à J15	OD à J30
-Tyndall/___/	-Tyndall/___/	-Tyndall/___/	-Tyndall/___/
-fibrine/___/	-fibrine/___/	-fibrine/___/	-fibrine/___/
-hyphema/___/	-hyphema/___/	-hyphema/___/	-hyphema/___/
-autres.....	autres.....	autres.....	autres.....

OG à J1	OG à J4	OG à J15	OG à J30
-tyndall/___/	-tyndall/___/	-tyndall/___/	-tyndall/___/
-fibrine/___/	-fibrine/___/	-fibrine/___/	-fibrine/___/
-hyphema/___/	-hyphema/___/	-hyphema/___/	-hyphema/___/
-autres.....	autres.....	autres.....	autres.....

**C. Pupille**

OD à J1	OD à J4	OD à J15	OD à J30
-ronde/___/	-ronde/___/	-ronde/___/	-ronde/___/
-deronde/___/	-deronde/___/	-deronde/___/	-deronde/___/
-irre /___/	-irre /___/	-irre /___/	-irre /___/
-synéchie/___/	-synéchie/___/	-synéchie/___/	-synéchie/___/
-autres : .....	-autres .....	autres .....	autres .....

OG à J1	OG à J4	OG à J15	OG à J30
-ronde/___/	-ronde/___/	-ronde/___/	-ronde/___/
-deronde/___/	-deronde/___/	-deronde/___/	-deronde/___/
-irre /___/	-irre /___/	-irre /___/	-irre /___/
-synéchie/___/	-synéchie/___/	-synéchie/___/	-synéchie/___/
-autres .....	autres .....	autres .....	autres .....

**D- Implant**

OD à J1	OD à J4	OD à J15	OD à J30
-centré/___/	-centré/___/	-centré/___/	-centré/___/
-dec/___/	-dec/___/	-dec/___/	-dec/___/
-autres .....	autres .....	autres .....	autres .....

OG à J1	OG à J4	OG à J15	OG à J30
-centré/___/	-centré/___/	-centré/___/	-centré/___/
-dec/___/	-dec/___/	-dec/___/	-dec/___/
-autres .....	autres .....	autres .....	autres .....

**E- Capsule postérieure**

OD à J1	OD à J4	OD à J15	OD à J30
-claire/___/	-claire/___/	-claire/___/	-claire/___/
-fibrose/___/	-fibrose/___/	-fibrose/___/	-fibrose/___/
-opacité/___/	-opacité/___/	-opacité/___/	-opacité/___/
-rompue/___/	-rompue/___/	-rompue/___/	-rompue/___/
-autres .....	autres .....	autres .....	autres .....

OG 0 J1	OG à J4	OG à J15	OG à J30
-claire/___/	-claire/___/	-claire/___/	-claire/___/
-fibrose/___/	-fibrose/___/	-fibrose/___/	-fibrose/___/
-opacité/___/	-opacité/___/	-opacité/___/	-opacité/___/
-rompue/___/	-rompue/___/	-rompue/___/	-rompue/___/
-autres .....	autres .....	autres .....	autres .....

**21. CORRECTION AMETROPIQUE / \_\_\_/ 1= oui 2= non**

-s/c. à J15: OD / \_\_\_/ OG / \_\_\_/ -a/c à J15 : OD/ \_\_\_/ OG / \_\_\_/

- s/c. à J30 : OD/ \_\_\_/ OG / \_\_\_/ -a/c à J 30 : OD/ \_\_\_/ OG / \_\_\_/

## **FICHE SIGNALITIQUE :**

**Nom :** COULIBALY

**Prénom :** Lassana

**Titre de la thèse :** La cataracte congénitale: étiologies et aspects thérapeutiques au CHU-IOTA

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2011 – 2012

**Pays d'origine :** Mali

**Ville de Soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS.

**Secteur d'intérêt :** Ophtalmologie, chirurgie, pédiatrie

**Résumé :** Il s'agit d'une étude prospective effectuée sur 1an, du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2009 incluant les enfants de 0 à 15 ans chez qui le diagnostic de cataracte congénitale a été confirmé et ayant effectués un bilan étiologique.

Sur les 24 cas colligés, l'âge moyen a été 3,8 ans avec 14 garçons et 10 filles. La tranche d'âge 0-1 an a été la plus représentée soit 41,67%. La cataracte était blanche totale dans 54,2%, bilatérale dans 62,5% des cas. La sérologie à la rubéole a été positive chez 41,7%des enfants, à la toxoplasmose chez 8,3%, une hypercalcémie a été retrouvée chez 4,2%. La cataracte congénitale sans « autres anomalies » retrouvées a représenté 50% des cas suivie de la cataracte par embryofetopathie avec 45,8%.

L'âge moyen à la chirurgie a été de 3,9 ans. La phaco-Alternative associée à une implantation en chambre postérieure a été la technique utilisée dans 91,7% des cas. La complication la plus fréquente a été la pupille deronde (24,33% à J30).

**Mots clés :** cataracte congénitale, étiologie, chirurgie  
**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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y 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 les considérations de religion, 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 reçu de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !