



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

(FMOS)

Année universitaire 2024/2025

N° de thèse....

THÈSE

FREQUENCE DES AFFECTIONS OCULAIRES A L'HOPITAL DE DISTRICT DE LA COMMUNE IV DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 17/01/ 2026

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par

Mme TENYBA SOUCKO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président du jury : Mr. Nouhoum GUIROU, Maître de conférences

Directeur de thèse : Mr. Seydou BAKAYOKO, Maître de conférences

Co-Directeur : Mr. Mamadou DIARRA, Maître-assistant

Membres : Mr. Amassagou DOUGNON, Optométriste

Mr. Thierno NADIO, Ophtalmologiste

Dédicaces

Louanges à Allah, le tout puissant, le très miséricordieux, de m'avoir soutenu jusqu'ici. Merci mon Dieu pour le souffle de vie et le courage que tu m'as accordé afin de parcourir ce chemin qui n'était pas que rose. Par ta présence, mes pas seront toujours guidés.

Que la paix et la bénédiction de Dieu soit sur le prophète Mohamed (paix et salut sur lui), ainsi que sur sa famille.

A notre très cher père feu Bobo KEITA

Papa j'aurais tant aimé que tu m'accompagnes toute ma vie. J'étais loin d'imaginer que tu me quitteras si tôt, toi qui étais mon meilleur ami au quotidien. Je me sentais en sécurité à tes côtés. Merci d'avoir tout donné pour que nous soyons là aujourd'hui, merci pour les bons moments qu'on a passé ensemble, merci pour l'éducation et les valeurs que tu m'as inculquées, merci pour tes sacrifices, merci pour tout père, merci pour tout ce que j'oublierai de mentionner. Tu es le plus merveilleux et le plus gentil que j'ai connu. J'aimerais tellement te ressembler. J'espère que tu es fière de moi là où tu es, continue de me bénir papa, je t'aime.

Ce travail résulte de tes années d'investissement.

A notre chère mère Niélé SAMAKE

On ne finira pas de te remercier pour tout le bien qu'on continue de recevoir de toi. C'était souvent tendu mais sincèrement tu es la meilleure, merci pour ma vie, merci pour mon éducation, merci d'avoir été une source de solution à nous, merci pour ton combat et ta ténacité afin que nous ne manquions de rien. Ce travail est le fruit de tes peines et de tes efforts. Que Dieu t'accorde une longue vie dans la santé qui te permettra de guider nos indécis. Que Dieu te garde longtemps auprès de nous.

A notre grand frère aîné, Sékou Sidate KEITA

Le grand les mots me manquent pour exprimer tout ce que tu représentes pour nous. Merci pour toutes les fois où tu m'as fait rire quand j'étais au bord du gouffre. Merci pour tes soutiens infaillibles. Merci pour tes conseils et ton écoute. Mes expressions ne valent pas à la cheville de ce qu'on a vécu ensemble. Ce travail est le fruit ton dur labeur frère. Que Dieu t'accorde le bonheur total.

A notre petite sœur, Rokia SOUCKO

À ma sœur, à nos rires, à nos bonheurs partagés, à nos nuits blanches, à nos pleurs, à nos galères, à nos réussites qui ont illuminées mon chemin et donner sens à mes efforts. Ma rose, témoin de toute cette traversée, mon ombre de tous les jours celle qui m'a comblé de respect et d'amour. Merci pour ta présence, merci pour le soutien, trouve entre ces lignes la force de notre lien indéfectible.

A notre petite sœur, M'bamakan dite Kadiatou SOUCKO

Ma petite sœur adorée, que de moment de soutien mutuelle merci beaucoup. Celle qui procure une joie communicative, merci pour ta douceur et ta générosité. Que Dieu te comble de bonheur total.

A mes frères Sékou Dayifourou KEITA, Cheicko Harouna KEITA, Mamadou Komba KEITA

Nous nous sommes serrés les coudes pour y arriver, je vous souhaite également de monter la barre très haute. Je n'oublierais jamais les bons moments passés ensemble, vos caprices et vos bonnes blagues. Je vous dédie ce travail et vous souhaite beaucoup de bonheur.

A ma belle-sœur Assitan Haidara

Merci pour tout le respect et l'amour que tu portes à mon égard. Je te souhaite la douceur du foyer et beaucoup de bonheur.

A notre oncle Lamine KONE

Que Dieu vous donne une longue vie dans la santé, vous m'avez soutenu toutes les fois si naturellement comme si vous recevez le flaire de mes besoins. Recevez mes remerciements les plus sincères.

A notre grande sœur Tante Adrienne SAMAKE

Tu as pris soins de moi comme une mère le ferait pour sa fille. Tu es la meilleure grande sœur qu'on rêverai d'avoir. Ces mots ne me satisfassent pas. Par ce travail reçois tout l'amour que je porte pour toi.

A ma grande mère Mariam CAMARA

Je n'oublierai jamais toutes les fois où tu as pris soin de moi durant la rédaction de cette thèse. Merci infiniment pour l'attention et le soutien que tu as apporté à notre famille. Que Dieu t'accorde une longue vie, emplie de santé et de sérénité.

A mon merveilleux mari Modibo DEMBELE

Angel, merci d'être là, cette lutte je n'aurai pas pu la mener seule. Merci pour ta patience. A mon mari, mon meilleur ami, mon confident je souhaite que nous restions unis et que nous gravissions encore bien des échelons ensemble. Merci de m'avoir tenu la main à chaque étape. Cette thèse est le fruit de nos années de sacrifices partagés. Je t'aime.

,

Remerciements

Mes sincères remerciements

Au Mali

Notre patrie, merci infiniment pour l'enseignement que tu as mis à notre porté, puisse Dieu nous donner la possibilité de porter très haut tes couleurs.

A notre tuteur, oncle Mohamed SAMAKE

Au nom de toutes tes filles, nous te remercions du fond du cœur. Merci de nous avoir accueilli, de nous avoir donné un toit, et d'avoir toujours été là pour nous guider avec tes conseils. Merci également pour ton soutien constant, qu'il soit matériel, financier ou moral. Ce travail est le témoignage de ton hospitalité généreuse et humble.

A notre tonton Mahamadou Sissoko

Merci pour tout, tu as pris soins de nous comme le ferait un père. Qu'Allah te récompense. Je prie Dieu de te donner une longue vie en bonne santé.

A toute la famille Keita et Samaké

Qu'Allah nous unisse et nous accorde une longue vie dans la santé.

A mes tantes

Tante Mama et tante Sali, merci infiniment pour vos repas chauds et délicieux, et pour nous avoir accueilli comme vos propres enfants.

A la famille Coulibaly

Merci pour tout, Fatoumata Coulibaly merci pour ta gentillesse et ton soutien, je te souhaite beaucoup de bonheur. Que Dieu te donne la force de réaliser tes projets futurs.

A notre tonton KOMLA Possian

Vous m'avez toujours accueilli les bras ouverts, vos encouragements, vos soutiens indéfectibles, vos précieux conseils ont marqué des étapes importantes de mon acheminement. Ta présence a été une pierre précieuse pour la construction de mon parcours. Je vous en suis profondément reconnaissante.

A notre tante Bintou DIARASSOUBA

Je n'oublierai jamais toutes les fois où vous m'avez tendu la main, avec une bienveillance et une générosité naturelle, sans jamais rien attendre en retour. Veuillez recevoir, à travers ces lignes, l'expression de ma profonde gratitude.

A notre tante Rose

Dame au cœur bon, merci pour tous les moments partagés. Que Dieu vous accorde la santé et protège votre famille.

A tous nos oncles et tantes

Vos encouragements et bénédictions ont favorisé la réalisation de ce travail aujourd'hui.

Au Pr Soungalo DAOU

Vos encouragements et conseils ont guidé mes pas. Merci infiniment. Ici veuillez trouver toute ma reconnaissance

A Dr Jean Mark TIAMA

Votre disponibilité n'a pas fait défaut. Un maître formidable, apprendre à tes côtés était un plaisir. Merci pour ton enseignement, tes encouragements et conseils qui m'ont guidé tout au long de l'élaboration de la thèse.

A Mr Drissa Moriba COULIBALY

Que dire de plus, mieux ne rien écrire, tu as tout mis en œuvre afin que nous soyons là aujourd'hui. Merci infiniment. Tu m'as été d'une grande aide. Cette thèse est le fruit de votre engagement. Que Dieu t'accorde beaucoup de bonheur.

A Dr Mahamadou D TRAORE

Vous avez initié mes premiers pas de médecin, votre soutien n'a jamais manqué, toujours accueillant à bras ouvert, par ce travail je vous remercie pour tout l'accompagnement que vous m'avez accordé.

A Dr Ibrahim CISSE

Vos enseignements m'ont permis d'évoluer tout au long de ce travail, vous avez mis des lueurs à chaque point sombre de mon évolution, votre soutien n'a pas fait défaut, merci beaucoup pour votre gentillesse et pour toutes ces connaissances acquises.

A mes amis compagnons internes de l'HDD de la CIV

Djenebou KEITA et Bassadio MALLE

C'était merveilleux nos moments passés ensemble. Merci pour cette gentillesse que vous avez toujours fait preuve. Que Dieu nous donne la force de réaliser nos rêves.

A tout le personnel de l'unité d'ophtalmologie de L'HDD de la CIV

Le major Mr Adama DOUMBIA, Mr Souleymane BERTHE, tante Mme DIOP Nana dit Djeneba Sow, Mme Kadidiatou KONE, Mme Aïssata MAIGA, Mme Aminata MAIGA, Mr KONE, Mme Fatoumata DIAKITE

Ce fut un réel plaisir de collaborer avec vous.

A nos aînés de la faculté

Dr Fatouma DEMBELE, Dr Amadou TOGO, Dr Hafid SALIMOU, Dr Ibrahim Sory MAIGA, Dr Yacouba TIAMA, Dr Modibo Dioncounda TOURE, Dr Ramatou NOMBORO, Dr Mahamadou DIAKITE, Dr Youssouf DEMBELE.

Merci pour tous ces conseils auxquels vous m'avez fait bénéficier.

A nos Amis de la FMOS

Djeneba DIAKITE, Aminata Cheick Oumar SISSOKO, Seydou TOLO, Moussa KEITA, Farima COULIBALY, Abdoulaye KASSOGUE, Mamady Haidara, Abdoul Karim KONE

Nous avons passé de bons et rigides moments, on est resté ensemble comme des frères. Merci pour tout.

A toute la quinzième promotion du numerus clausus promotion Pr Issa TRAORE

Le Responsable de classe Adama COULIBALY, Mamady KOUMA, Henry Benoit SAMAKE, Bibatou KAREMBE, Kacharelle YOUOGO, Julie TIMENE, Mohamed BELLO, Sanata SANOU, Fatoumata ONGOIBA.

Que de bonnes personnes, au cœurs grands, je suis marquée.

Tout au long vos soutiens moraux, matériels, humains n'ont pas manquées.

A tout le personnel de l'HDD de la CIV

J'ai trouvé intéressant d'avoir effectué ce travail dans cette structure de santé.

Au corps professoral FMOS

A tous mes enseignants

A tous ceux qui n'ont pas été cités de près ou de loin qui ont contribué à ma formation.

A tous ceux qui luttent à cœur vaillant contre les affections oculaires.

Hommages aux membres du jury

A notre maître et président du jury

Professeur Nouhoum GUIROU

- **Maitre de conférences agrégé en ophtalmologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- **Ophtalmologiste oculo-plasticien au CHU IOTA**
- **Membre de la société malienne d'ophtalmologie**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**
- **Responsable du département de recherche et santé publique au CHU IOTA.**

Cher maître,

Vous nous faites un immense privilège en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos occupations professionnelles. Vous restez pour nous un modèle et une référence tant par votre professionnalisme que par votre ouverture d'esprit. Puisse Allah vous gratifier d'une santé inaltérable et vous maintenir longtemps à nos côtés.

Nous vous prions de trouver ici, cher maître, l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements

A notre maître et membre du jury

Docteur Amassagou DOUGNON

- **Chargé de recherche à l'USTTB**
- **PHD en optométrie**
- **Détenteur d'un Diplôme Universitaire International Francophone d'Ophtalmologie de Santé Publique**
- **Responsable de la formation en Optométrie au CHU – IOTA**
- **Président du comité d'éducation du conseil Africain de l'Optométrie (AFCO) pour les pays francophones d'Afrique.**
- **Membre de la Société HKSB (Hong Kong Society of Blindness).**

Cher maître,

Ce fût un immense plaisir de travailler avec vous et de vous avoir comme membre de jury. Nous avons eu auprès de vous le guide qui nous a reçu en toutes circonstances avec sympathie. Vos conseils et suggestions ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail. Nous avons été marqués par votre disponibilité et votre gentillesse.

Veuillez recevoir, cher Maître, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde admiration.

A notre maître et membre du jury

Docteur Thierno NADIO

- **Chef de service ophtalmologie à l'Hôpital de District de la Commune IV de Bamako**
- **Ophtalmologiste de la fondation Mali-Gavardo Bamako**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'ophtalmologie (SAFO)**
- **Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie**
- **Chargé de recherches au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.**

Cher maître,

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre disponibilité, votre simplicité et l'ardeur avec lesquelles vous avez su nous transmettre vos savoirs. Vous avez créé un environnement familial dans lequel nous avons appris sans pression, sans contrainte. Avec vous nous avons fait nos premières découvertes, notre initiation à un service ophtalmologique.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre considération la plus respectueuse et de notre reconnaissance sincère. Que Dieu vous accompagne dans la réalisation de vos projets futurs.

A notre Maître et Co-directeur

Docteur Mamadou DIARRA

- **Maître-assistant en ophtalmologie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- **Chef de service d'ophtalmologie au Centre de Sante de Référence de la commune V de Bamako ;**
- **Chirurgien vitro-rétinien ;**
- **Commandant des forces armées du Mali.**

Cher maître,

Nous sommes honorées de vous compter dans ce jury de thèse. Votre rigueur scientifique, votre modestie et votre exigence intellectuelle nous ont profondément marquées.

Nous vous prions d'agréer, cher Maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Seydou BAKAYOKO

- **Maître de conférences d'ophtalmologie à la FMOS**
- **Ophtalmologiste spécialisé en glaucome**
- **Ophtalmologiste spécialisé en ophtalmologie de santé publique**
- **Membre du conseil scientifique de la fondation THEA**
- **Membre du conseil d'administration de l'OPC**
- **Ancien Directeur Général du CHU-IOTA.**

Cher maître,

Vous avez été d'un apport indispensable à ce travail par non seulement vos qualités scientifiques mais également votre soutien et encouragement infailibles. Nous avons été très marqués par votre aptitude intellectuelle, votre compétence professionnelle ainsi que votre modestie. Votre humanisme fait de vous un père et un formateur exemplaire. Permettez-nous de vous exprimer notre plus grand respect et notre éternelle reconnaissance.

Veillez recevoir cher maître toute notre considération et profonde gratitude.

Sigles, abréviations et acronymes

- AGF** : Angiographie à la fluorescéine
- AVL** : Acuité Visuelle de loin
- AVL AC** : Acuité visuelle de loin avec correction
- AVL SC** : Acuité visuelle de loin sans correction
- BAV** : Baisse d'acuité visuelle
- CI** : Commune I
- CII** : Commune II
- CIII** : Commune III
- CIV** : Commune IV
- CV** : Commune V
- CVI** : Commune VI
- CLD** : Compte les doigts
- HDD** : Hôpital de district
- LAF** : Lampe à fente
- LCET** : Lympo-conjonctivite endémique tropical
- OD** : Œil droit
- OG** : Œil Gauche
- OMS** : Organisation Mondiale de la Sante
- PIO** : Pression intra oculaire
- PL** : Perception lumineuse
- PPL** : Pas de perception lumineuse
- VBM** : Voit bouger les mains

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des patients selon le mois de consultation.....	21
Tableau II: Répartition des patients selon le sexe.	22
Tableau III: Répartitions des patients selon l'âge.	22
Tableau IV: Répartition des patients selon la profession	23
Tableau V : Répartition des patients selon l'adresse.....	24
Tableau VI: Répartition des patients selon l'ethnie.	25
Tableau VII: Répartitions des pathologies selon la localisation.	26
Tableau VIII: Répartition des patients selon l'AVL SC à l'œil droit.	27
Tableau IX: Répartition des patients selon l'AVL SC à l'œil gauche.....	27
Tableau X: Répartition des patients selon la valeur de l'AVL AC à l'œil droit.....	28
Tableau XI: Répartition des patients selon la valeur de l'AVL AC à l'œil gauche.....	28
Tableau XII: Répartition des patients selon le diagnostic.....	29
Tableau XIII: Répartition des patients selon les principaux diagnostics en fonction du sexe.	30
Tableau XIV: Répartition des patients selon les principaux diagnostics en fonction de l'âge.	31

Liste des figures

Figure 1: L'anatomie du globe oculaire.....	5
Figure 4: Image du Nerf optique droit d'un patient glaucomateux[24].....	9
Figure 6: Carte sanitaire de la Commune IV	15
Figure 8: Répartitions des patients selon le motif de consultation.	26

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
2	OBJECTIFS.....	3
2.1	Objectif général	3
2.2	Objectifs spécifiques	3
3	GENERALITES	4
3.1	Définition	4
3.2	Rappel anatomique	4
3.3	Etude clinique des affections oculaires.....	5
3.4	Principales pathologies oculaires	7
4	METHODOLOGIE	14
4.1	Cadre d'étude.....	14
4.2	Période d'étude	18
4.3	Type d'étude.....	19
4.4	Population d'étude.....	19
4.5	Variables d'étude.....	19
4.6	La collecte et l'analyse des données	20
4.7	Aspect éthique	20
5	RESULTATS	21
5.1	Données sociodémographiques	21
5.2	Données cliniques	26
6	DISCUSSION ET COMMENTAIRES	32
6.1	Les limites de l'étude.....	32
6.2	Fréquences totales.....	32
6.3	Caractéristiques socio-démographiques.....	32
6.4	Données cliniques	34
7	CONCLUSION.....	36
	RECOMMANDATIONS.....	37
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38

1 INTRODUCTION

Sens prédominant, la vue joue un rôle déterminant dans chaque dimension et à chaque étape de la vie[1]. Nos yeux peuvent être affectés par de nombreuses maladies, la plupart apparaissent naturellement avec l'âge comme la cataracte, le glaucome ou encore la dégénérescence maculaire. Les affections oculaires sont par définition des pathologies qui atteignent une ou plusieurs parties de l'œil[2]. Les affections oculaires peuvent toucher de nombreuses structures anatomiques : cornée, iris, cristallin, vitré, rétine, nerf optique... Ces pathologies peuvent être d'origine anatomique, infectieuse, inflammatoire, métabolique, tumorale, traumatique ou dégénérative[3].

La déficience visuelle survient lorsqu'une affection oculaire touche le système visuel et les fonctions que celui-ci assure. Chacun d'entre nous, s'il vit assez longtemps, connaîtra au cours de sa vie au moins une affection oculaire qui nécessitera des soins adaptés [1]. La déficience visuelle appartient à la catégorie des Handicaps d'origine sensorielle, selon l'OMS. En se basant sur la Classification Internationale des Maladies (CIM-11, 2018), l'OMS distingue deux groupes de déficience visuelle ; la première affecte la vision de loin de légère à une cécité et la seconde affecte la vision de près[4]. Dans 75 % des cas, la cécité peut être prévenue ou traitée [5].

A l'échelle mondiale, au moins 2,2 milliards de personnes vivent avec une déficience visuelle ou sont atteintes de cécité et qu'au moins 1 milliard d'entre elles présentent une déficience visuelle qui aurait pu être évitée ou qui n'a pas encore été traitée [6].

Chez ce milliard de personnes, les principales affections entraînant une déficience touchant la vision de loin ou une cécité sont la cataracte (94 millions), le défaut de réfraction (88,4 millions), la dégénérescence maculaire liée à l'âge (8 millions), le glaucome (7,7 millions) et la rétinopathie diabétique (3,9 millions). La principale affection causant une déficience visuelle de près est la presbytie (826 millions)[1].

La croissance démographique et le vieillissement de la population devraient accroître le risque que davantage de personnes soient atteintes d'une déficience visuelle. La perte de vision peut toucher les personnes de tous âges ; cependant, la majorité des personnes atteintes de déficience visuelle ou de cécité ont plus de 50 ans[1].

En Afrique, les problèmes de vue sont un enjeu majeur de santé publique. Selon l'OMS, environ 6 % de la population du continent souffre de problèmes de vue, allant de la myopie légère à la cécité. La cataracte est l'une des principales causes de cécité en Afrique[7].

Le nombre d'aveugles dans la Région africaine est estimé à 6,8 millions. En Afrique, plusieurs pays ont des programmes de lutte contre la cécité. Cependant, leur impact reste limité en raison du manque de ressources et structures appropriées [5].

Les affections oculaires varient en prévalence selon les pays. Par exemple, au Cameroun, les vices de réfraction (comme la myopie) sont en tête de liste avec une prévalence de 43,1 %. En Tunisie, cette prévalence est de 57,2 %, tandis qu'au Bénin, elle varie de 9,2 % à 10,6 % dans le sud du pays[8].

L'Afrique de l'Ouest subsaharienne affichait la plus forte proportion de cécité par rapport aux autres sous-régions d'Afrique subsaharienne [9]. Les données en Afrique de l'Ouest estiment la prévalence de la cécité à 1,2 - 3,4% et de la déficience visuelle à 10,4 - 17,1% [10]. En 2020, on estimait à 2,2 millions le nombre de personnes malvoyantes au Mali. De ce nombre, 170 000 personnes étaient aveugles[11].

Toutefois la santé oculaire constitue une préoccupation du Gouvernement du Mali. Pour cette raison, il l'a inscrite dans ses priorités à travers le Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable (CREDD 2019-2023) en son point 5.5.1[12].

Toujours dans le souci de prendre en charge les maladies oculaires, le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC) a été créé et est rattaché à la Direction Nationale de la Santé[13].

En novembre 2014, le PNLC a pris la dénomination de « Programme national de santé oculaire » [13].

En raison de l'insuffisance de données spécifiques sur les aspects socio-épidémiologiques et cliniques des affections oculaires, nous avons entrepris cette étude pour connaître la fréquence des affections oculaires à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako.

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

- Etudier la fréquence des affections oculaires dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital de district de la commune IV de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude.
- Identifier les affections oculaires les plus fréquentes.
- Déterminer la fréquence de chaque affection oculaire.

3 GENERALITES

3.1 Définition

Le globe oculaire est l'organe du sens de la vue de forme sphéroïde[14]. Les affections oculaires sont les troubles ou maladies des yeux pouvant toucher les différentes structures anatomique et histologique de l'œil (globe oculaire et ses annexes)[15].

3.2 Rappel anatomique

3.2.1 Le globe oculaire

L'œil encore appelé globe oculaire est situé dans la cavité orbitaire. Il a la forme d'un ovoïde à grand axe sagittal[16]. C'est l'organe de la vision où l'énergie lumineuse est transformée en signal visuel qui sera transmis au cerveau[17]. Il est appendu au nerf optique et mesure 24,2 mm de diamètre sagittal, 24,1 mm de diamètre transversal et 23,6 mm de diamètre vertical. Il pèse environ 7 grammes pour un volume de 65 millilitres[16].

L'œil humain est formé de trois membranes :

- la membrane externe, ou coque cornéosclérale, constituée en avant par la cornée et en arrière par une coque fibreuse de soutien, la sclère, qui est recouverte dans sa partie antérieure par la conjonctive[18] ;
- la membrane intermédiaire, ou uvée, tunique vasculaire de l'œil, constituée d'arrière en avant par la choroïde, les corps ciliaires et l'iris[18] ;
- la membrane interne, ou tunique nerveuse, qui regroupe la rétine et l'épithélium pigmentaire. Ces membranes entourent les milieux transparents de l'œil [18]. On distingue trois milieux transparents qui sont d'avant en arrière, l'humeur aqueuse, le cristallin, le corps vitré[16].

D'un point de vue fonctionnel, l'œil est divisé en deux grandes régions :

- un segment antérieur rassemblant la cornée, l'iris, la chambre antérieure, l'angle iridocornéen, le cristallin et le corps ciliaire [18];
- un segment postérieur comprenant la sclère, la choroïde, la rétine et le corps vitré. La partie antérieure est elle-même divisée en une chambre antérieure et une chambre postérieure au niveau de l'iris[18].

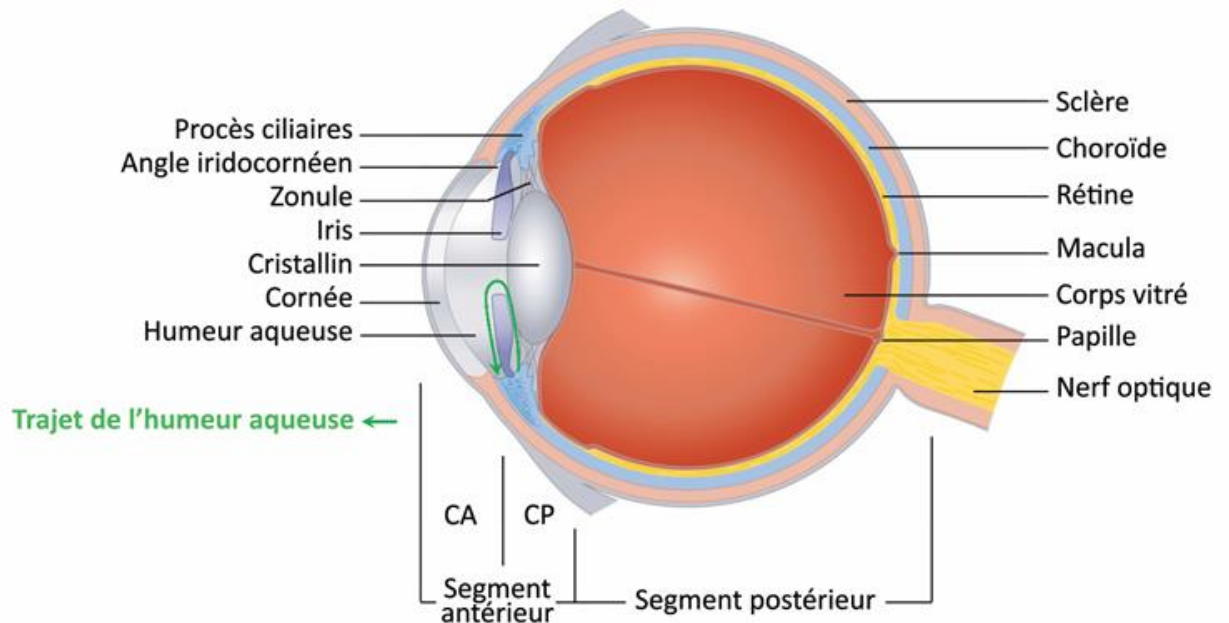


Figure 1: L'anatomie du globe oculaire

3.2.2 Les annexes

Appelées les annexes du globe oculaire, elles sont constituées par les paupières, les cils les sourcils, la conjonctive et l'appareil lacrymal[19].

Les paupières de nature musculo-aponévrotique forment les plans protecteurs de l'œil vis-à-vis du milieu extérieur ; les cils et les sourcils protègent l'œil des rayons solaires des corps étrangers[19].

La conjonctive est une muqueuse richement vascularisée et innervée, elle sensible à la douleur pour des stimulations extérieures et sert de liaison entre le globe oculaire et les paupières[19].

L'appareil lacrymal est composé de glandes lacrymales et des conduits lacrymaux. Les glandes produisent des larmes qui évitent la dessiccation de la surface cornéenne, permettent le glissement de la paupière supérieure sur la cornée et la conjonctive lors du clignement et protègent du milieu extérieur. Les voies lacrymales sont faites des canalicules, du canal d'union, du sac lacrymal et du canal lacrymo-nasal[19].

3.3 Etude clinique des affections oculaires

Les diagnostics de pathologies oculaires sont très souvent posés dès lors de l'examen clinique après un interrogatoire. Les recherches diagnostiques sont souvent poussées par des examens d'explorations fonctionnelles.

3.3.1 Interrogatoire

L'ophtalmologie ne fait pas exception à cette règle de premier temps d'un examen clinique. Le patient est soumis à un interrogatoire complet. Le patient précise alors son nom ; âge ; ethnie ; profession ; le motif de consultation et l'histoire de l'épisode d'affection en cours ainsi que ses antécédents ophtalmologiques s'il en existe.

3.3.2 Inspection

A l'œil nu, elle permet à l'examineur d'observer la statique palpébrale et la dynamique palpébrale à la recherche de ptosis, de lagophtalmie ou autre pathologie s'attaquant aux annexes oculaires. Au cours de l'inspection on apprécie l'oculomotricité de l'œil dans les 9 positions du regard, on apprécie également la pupille au cas d'une éventuelle leucocorie.

3.3.3 L'acuité visuelle

Pièce précieuse de l'examen ophtalmologique, elle nous indique la performance visuelle d'un patient. Elle est faite à l'aide de l'échelle de Monnoyer ou Snellen, l'échelle est placée à une distance de 5 ou 3m selon le calibre des écritures. L'échelle permet de mesurer les AVL allant de 1/10 à 10/10. Pour les patients avec une AVL moins performante, on les demande de compter les doigts (CLD) à 1m, 2m, 3m jusqu'à 5m en fonction de l'échelle utilisée. Dans le cas échéant on lui demande de répondre s'il voit les mains bouger (VBM), si le patient ne perçoit pas la main bouger, on exhibe œil par œil une source lumineuse où le patient affirme la présence de source de lumière s'il l'aperçoit. Cette présence ou absence est notifiée par PL (perception lumineuse) ou PPL (pas de perception lumineuse).

La vision de près est évaluée à l'échelle de Parinaud à 33 centimètres.

Ainsi l'acuité visuelle est évaluée de loin et de près sans correction, puis avec correction portée au cas où le patient en possède.

La valeur de l'AVL SC est souvent conforme au gêne de BAV ressenti par le patient lors de l'interrogatoire.

3.3.4 L'examen à la lampe à fente

Temps clé de l'examen ophtalmologique, période pendant laquelle les annexes, le segment antérieur et le segment postérieur sont examinés. Le dernier est effectué par l'examen de fond d'œil, après généralement une dilatation pupillaire. L'examen à la

lampe à fente ou biomicroscopie est comparatif et se fait plan par plan, révèle les pathologies. L'examen à la LAF permet d'orienter ou de poser le diagnostic.

Ainsi le fond d'œil est systématique et se fait à la LAF en utilisant une volve ou en dehors de la LAF avec un ophtalmoscope. Le patient reste placé devant la LAF la prise de pression intraoculaire est faite en utilisant le tonomètre de Goldman, ceci est un examen non invasif qui nous permet de mesurer la PIO. Cette PIO indique sur une éventuelle hypertonie oculaire ou un cas de glaucome.

L'examen à la LAF est procédé en fonction du motif de consultation et de l'observation préliminaire effectuée sur l'œil et ses annexes. Le fond d'œil, la prise de PIO sont essentiels au cours de l'examen, à côtés d'eux nous pouvons citer l'utilisation de bandelettes de fluorescéine pour détecter les lésions cornéennes, le test de Schirmer dans la sécheresse oculaire et l'utilisation de verre à trois miroirs pour des examens précis.

3.3.5 Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont réalisés au service en cas de non accès au segment postérieur, de la recherche d'un diagnostic suspecté ou en cas de suivi de l'évolution d'une pathologie.

Les examens réalisés au service sont :

- ⇒ L'écho B : explore les segments oculaires en explorant l'état du cristallin, du vitrée, de la rétine et du nerf optique.
- ⇒ Le champ visuel : étale la présence d'un scotome ou d'amputation de champ visuel.
- ⇒ La photo papille : à partir de cet examen nous obtenons une image bien éclaircie du fond d'œil mettant en évidence toutes les structures détaillées du fond d'œil (la papille, la macula, la rétine, les vaisseaux, la choroïde).
- ⇒ L'AGF : c'est une imagerie permettant d'illustrer les vaisseaux oculaires à partir d'injection de fluorescéine qui colore les vaisseaux pendant l'examen. L'AGF permet alors de déceler toutes les anomalies vasculaires.

3.4 Principales pathologies oculaires

3.4.1 Les conjonctivites

L'inflammation conjonctivale se produit généralement à la suite d'une infection, d'une allergie ou de l'exposition à des éléments irritants. Les symptômes sont une

hyperhémie conjonctivale, un larmoiement et, en fonction de l'étiologie, des signes fonctionnels parfois associés d'un prurit[20].

3.4.2 Les amétropies

Les amétropies sont des troubles de la vision dues à un fonctionnement défectueux du système optique formé par la succession de la cornée ; du cristallin et de la rétine. Les vices de réfraction (myopie ; hypermétropie ; astigmatisme ; presbytie) donnent des images floues sur la rétine[21].

3.4.3 La cataracte

La cataracte est une opacification partielle ou totale du cristallin, responsable d'une baisse progressive de l'acuité visuelle ou la cécité[22]. Le cristallin étant normalement transparent, cette opacification empêchera ainsi les rayons lumineux de parvenir jusqu'à la rétine, ou les déforme. Cela brouille la vision de près comme de loin[23]. Une pupille devenue blanche est un signe très révélateur de la cataracte. La cataracte est un effet secondaire inévitable du vieillissement[23].

3.4.4 Le glaucome

Le glaucome est une pathologie ophtalmologique qui se définit comme étant une maladie neurodégénérative ayant pour conséquence une perte progressive en cellules nerveuses ganglionnaires. Cliniquement, cette atteinte se traduit par une dégradation caractéristique du nerf optique avec un élargissement de l'excavation papillaire à l'examen du fond d'œil et une altération spécifique du champ visuel[24].

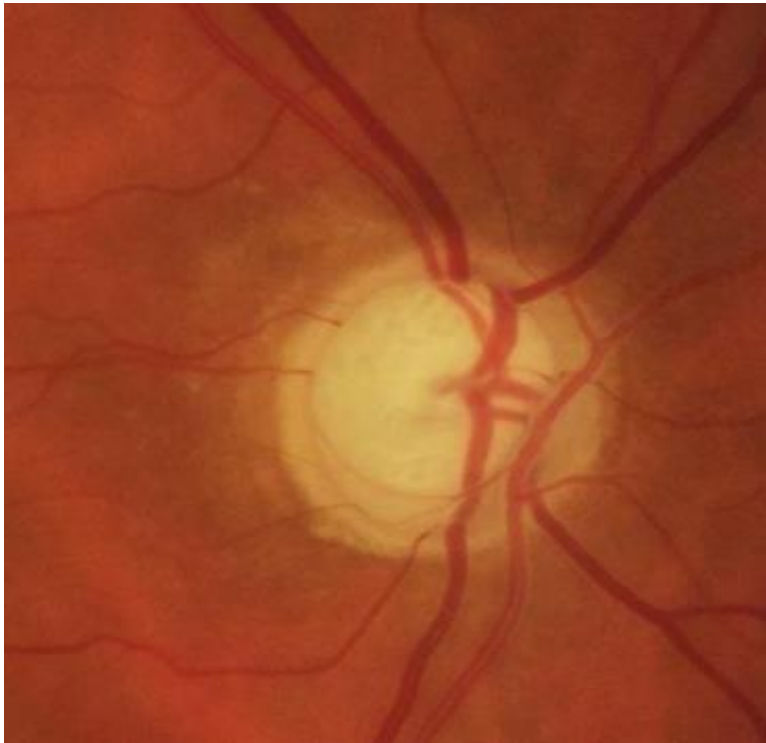


Figure 2: Image du Nerf optique droit d'un patient glaucomateux[24].

On note une disparition presque complète de l'anneau neurorétine.

3.4.5 Les syndromes contusifs

Les contusions oculaires sont des atteintes traumatiques sans plaie du globe oculaire et de ses annexes, résultantes d'une percussion directe ou indirecte de l'œil par un agent contondant. Il s'agit de traumatisme à globe oculaire fermé[25]

Toutes les structures oculaires peuvent être impliquées lors d'un traumatisme à globe fermé. Ces lésions, souvent multiples, se manifestent d'emblée ou à distance de l'épisode initial[26]. Des contusions peuvent entraîner des inflammations, des hémorragies, une cataracte, un glaucome, des ruptures rétinienne ou choroïdiennes, voire un décollement de la rétine[27].

3.4.6 Le ptérygion

Le ptérygion est une néoformation conjonctivale, caractérisée par sa nature progressive et envahissante menaçant l'acuité visuelle et par sa tendance à la récurrence à laquelle se heurtent les techniques chirurgicales[28]. Il s'étend surtout en nasal vers la cornée et plus rarement en temporal. Son étiopathogénie est encore mal élucidée. À cause de sa répartition géographique et sa localisation dans l'aire de la fente palpébrale,

plusieurs auteurs supposent que l'exposition au soleil est un facteur étiopathogénie important[29].

3.4.7 Le syndrome sec

La sécheresse oculaire est une maladie multifactorielle des larmes et de la surface oculaire qui entraîne, des symptômes d'inconfort, une perturbation visuelle, et une instabilité du film lacrymal avec des lésions potentielles de la surface oculaire[30]. Elle est accompagnée d'une augmentation de l'osmolarité du film lacrymal et d'une inflammation de la surface oculaire[30].

Il s'agit en fait le plus souvent d'un dysfonctionnement des glandes de Meibomius, responsables de la production du film lipidique dont le rôle est d'empêcher l'évaporation des larmes[19].

3.4.8 Le chalazion

Le chalazion est une inflammation d'une glande de Meibomius ayant tendance à s'enkyster. On observe souvent des kystes multiples se présentant comme des petites boules à l'intérieur des paupières. Seuls les gros kystes sont excisés. Le traitement consiste à inciser la conjonctive et à cureter le kyste sous anesthésie locale[14].

3.4.9 La rétinopathie Diabétique

La rétinopathie diabétique est un ensemble de lésions histologiques siégeant au niveau des vaisseaux rétinien de faible calibre (microangiopathie) entraînant une gêne de la circulation dans les territoires concernés dont les conséquences vont déterminer les manifestations de la maladie[31]. Il s'agit d'une complication microangiopathie du diabète au même titre que les néphropathies ou les neuropathies. Elle fait suite à l'hyperglycémie chronique, trouble qui caractérise cette maladie métabolique[31]. Le mauvais équilibre de la glycémie provoque des occlusions des petits vaisseaux sanguins ce qui entraîne des ischémies rétinien (zones non vascularisées). L'organisme compense alors par la production de facteurs de croissance qui sont à l'origine de nodules, de néovaisseaux, d'œdèmes, qui vont eux-mêmes provoquer une traction sur la rétine et donc un décollement, et qui peuvent être à l'origine d'une diminution de l'acuité visuelle[31].

3.4.10 L'uvéite

L'uvéite est une inflammation de l'uvée, composée de l'iris, le corps ciliaire et la choroïde. Elle réalise des tableaux divers et peut mettre en jeu le pronostic visuel des patients[32].

3.4.11 La kératite

C'est l'inflammation de la cornée. Elles peuvent être d'origine infectieuse : bactérienne (abcès de cornée), virale (herpès ou adénovirus), mycosique ou parasitaire ; toxique (une projection d'un produit chimique) ; traumatique. Une kératite peut aussi être causée par une sécheresse oculaire (exposition de la cornée en cas de paralysie faciale ou syndrome sec)[14].

3.4.12 La blépharite

Les blépharites regroupent l'ensemble des pathologies infectieuses et inflammatoires du bord libre de la paupière[33]. Elles sont classiquement divisées en antérieure et postérieure, et la forme postérieure est la plus courante avec dysfonction des glandes de Meibomius. Cette pathologie est peu diagnostiquée devant le peu d'intérêt des ophtalmologistes et l'absence relative de complications et de traitement efficace[33].

3.4.13 La rétinopathie hypertensive

La pression artérielle élevée modifie la structure et la fonction de la microcirculation rétinienne, avec des conséquences pouvant compromettre la vision[34]. La rétinopathie hypertensive est une manifestation clinique du dommage vasculaire systémique chez les patients hypertendus et représente un marqueur clé de la gravité de l'hypertension artérielle[34]. L'examen du fond d'œil est l'outil diagnostique principal pour identifier la rétinopathie hypertensive[34].

3.4.14 Le strabisme

Le strabisme se définit comme la perte du parallélisme des axes visuels le plus souvent sans cause organique. C'est une affection fréquente (4 % de la population infantile). Ce sont les yeux qui louchent, c'est à dire qu'ils ne regardent pas dans la même direction. Le strabisme apparaît dès la petite enfance. Il peut être convergent (déviations vers l'intérieur) ou divergent (déviations vers l'extérieur). Il n'entraîne pas qu'un préjudice esthétique, il peut compromettre la vision d'un œil de façon définitive[14]. S'il n'est pas traité, le strabisme de l'enfance provoque une paresse de l'œil atteint, avec une baisse d'acuité visuelle appelée amblyopie [14].

3.4.15 Le décollement de rétine

C'est le détachement de la neurorétine par rapport à l'épithélium pigmentaire avec passage de liquide depuis la cavité vitréenne dans l'espace sous-rétinien[14]. Les Formes cliniques sont Hématogène (présence de déhiscence rétinienne) ; fractionnelles, exsudatives ou mixte, fonctionnels sont myiodésopsies suivies de phosphènes, amputation du champ visuel périphérique, baisse de l'acuité visuelle quand le décollement soulève la macula[14]. C'est une urgence thérapeutique. Le pronostic fonctionnel est sombre sans traitement avec évolution vers la vitréo-rétinopathie proliférative puis la physe bulbaire. A l'imagerie on retrouve une rétine détachée en forme de « V » avec suffusion liquidienne dans l'espace sous-rétinien, elle s'arrête en avant à l'ora serrata. La convergence du détachement en arrière au disque optique [14].

3.4.16 Le ptosis

Le ptosis correspond à une chute de la paupière supérieure. Il peut être congénital ou acquis et être la conséquence d'une atteinte du muscle releveur lui-même, de son aponévrose, de ses connexions nerveuses, ou encore d'une atteinte d'origine multifactorielle[35].

3.4.17 Les Corps étrangers

Ces derniers sont des petits corps solides ou des produits liquides qui pénètrent dans l'œil au cours des diverses circonstances, soit au cours d'un accident de travail soit par pénétration des particules contenues dans les airs[36].

Les conséquences de la pénétration d'un corps étranger dans l'œil peuvent être soit immédiates (la plaie, l'infection, la cataracte, le décollement rétinien, l'enophtalmie) soit tardives (la sidérose, la chalcalose, l'ophtalmie sympathique, l'inflammation chronique). Toutefois, la connaissance du type des corps étrangers ainsi que leurs origines orientent les moyens de prise en charge préventive et/ou curative des sujets affectés[36].

3.4.18 La dystrophie cornéenne

Les dégénérescences cornéennes correspondent à des anomalies acquises de la transparence cornéenne secondaires à des dépôts : lipidiques (gérontoxon, kératopathie lipidique), calcaires (kératopathie en bandelette), amyloïdes, de protéines (kératopathie des dysprotéïnémies), hématiques (hématocornée), métalliques,

médicamenteux ou de collagène (dégénérescence nodulaire de Salzmann). Elles peuvent être asymptomatiques ou entraîner une baisse de la vision[37].

Les dystrophies cornéennes correspondent aussi aux pathologies génétiques de la cornée se traduisant par des anomalies bilatérales de la transparence cornéenne[37].

3.4.19 La neuropathie optique

La neuropathie optique regroupe l'ensemble des lésions du nerf optique depuis son origine au niveau des cellules ganglionnaires rétiniennes jusqu'au chiasma optique. Ces lésions sont à l'origine d'un arrêt du flux axoplasmique nécessaire pour la transmission des signaux intercellulaire[38]. Le diagnostic est habituellement clinique, devant une diminution de l'acuité visuelle, altération de la vision des couleurs, un déficit du champ visuel, un phénomène de déafférentation pupillaire, et des changements dans l'apparence du nerf optique[38]. Le nerf optique peut être affecté par un processus glaucomateux, inflammatoire, ischémique, traumatique, compressif, métabolique, toxique, carentiel ou héréditaire. La diversité de ces étiologies explique la multitude des examens paracliniques pouvant être utiles dans la conduite diagnostique[38]. La prise en charge thérapeutique des neuropathies optiques diffère selon chaque étiologie et pourra demander la collaboration de différentes disciplines : neurologie, médecine interne, dermatologie, cardiologie, rhumatologie, et pneumologie. Le pronostic dépend de la pathologie causale et il est d'autant meilleur que le diagnostic est précoce[38].

3.4.20 L'endophtalmie

Les endophtalmies représentent une atteinte rare mais grave du globe oculaire, potentiellement cécitante, entraînant dans la plupart des cas une baisse significative et définitive de l'acuité visuelle[39]. Elles peuvent survenir après une chirurgie oculaire réglée, un traumatisme, par contiguïté ou d'origine endogène. De par leur gravité potentielle, elles suscitent toujours un intérêt soutenu de la part des ophtalmologistes et des infectiologues[39].

3.4.21 La panophtalmie

La panophtalmie est une infection intraoculaire et intra-orbitaire relativement rare, mais dont les conséquences sont le plus souvent dramatiques, pouvant entraîner la perte fonctionnelle mais aussi anatomique du globe oculaire[40].

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital de district de la commune IV de Bamako.

4.1.1 Présentation du District sanitaire de la commune IV

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les NIAKATES sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI[41].

Le plus ancien quartier LASSA fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978[41].

➤ Données géographiques

La commune IV est située dans la partie ouest de Bamako.

➤ Superficie

Elle couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako.

➤ Limites

Elle est limitée :

-A l'Ouest par la commune du Mandé (cercle de Kati) ;

-A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;

-Au Sud par le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PDS CIV Mars 2001)[41].

➤ Données sociodémographiques

La population totale de la commune IV est estimée en 2021 à 510 541 habitants[23]. La commune IV représente 17% de la population totale de District de Bamako et 2% de la population totale du Mali. Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé et Lassa est

2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé[42].

L'hôpital de district de la commune IV comporte :

- Un bureau des entrées ;
- Un département administratif ;
- Un centre de dialyse ;
- Une unité des urgences ;
- Une unité de développement social ;
- Un service de Gynécologie-Obstétrique ;
- Un service de Chirurgie Générale ;
- Un service de Médecine Générale ;
- Un service d'Ophtalmologie ;
- Un service d'odontostomatologie ;
- Une unité d'ORL ;
- Une unité de dermatologie ;
- Une unité d'hématologie ;
- Une unité de gastro-entérologie ;
- Une unité d'urologie ;
- Une unité de cardiologie ;
- Une unité de neurologie ;
- Une unité de kinésithérapie ;
- Un service de pédiatrie ;
- Une unité de soins d'animation et de conseils (USAC) ;
- Une unité d'anesthésie- réanimation ;
- Une unité de traumatologie ;

- Une unité d'endocrinologie
- Deux blocs Opératoires ;
- Une unité des urgences ;
- Une unité de pneumologie ;
- Une unité de rhumatologie ;
- Une unité de psychiatrie ;
- Une unité d'hospitalisation
- Une unité PEV ;
- Un laboratoire ;
- Une unité d'imagerie
- Un dépôt de médicaments essentiels ;
- Une unité de prise en charge des malades tuberculeux (DAT) ;
- Une unité de prise en charge de la lèpre ;
- Deux salles de soins infirmiers ;
- Une unité de brigade d'hygiène ;
- Une morgue ;
- Une mosquée ;
- Des toilettes.

4.1.3 Présentation du service d'ophtalmologie

Le service d'ophtalmologie de l'hôpital de district de la commune IV dispose de deux salles de consultation, une salle d'exploration fonctionnelle, une salle de stérilisation et un bloc opératoire. Les deux derniers sont ouverts sur une espace fermée en guise de salle d'anesthésie.

➤ Personnel

Le service d'ophtalmologie est composé de :

- Deux médecins spécialistes en Ophtalmologie ;

- Six assistants médicaux en ophtalmologie.

➤ **Matériels**

Le service d'ophtalmologie possède :

- Quatre armoires et deux bureaux ;
- Deux échelles de Monnoyer et Snellen ;
- Deux échelles de Parinaud ;
- Deux lampes à fente ;
- Un ophtalmoscope ;
- Deux kerato-réfractomètres ;
- Un tonomètre à air ;
- Un tonomètre de contact ;
- Deux boîtes à essais ;
- Un casque ;
- Deux microscopes opératoires ;
- Un bistouri et coagulateur ;(générateur)
- Deux lits d'examen ;
- Une table opératoire ;
- Un stérilisateur ;
- Un appareil champ visuel octopus ;
- Un appareil écho A et B ;
- Un appareil pour l'angiographie à fluorescéine et la photo papille ;
- Trois imprimantes.

➤ **Fonctionnement**

Le service démarre tous les jours ouvrables à partir de 7h30. Les consultations se font dans le service les lundis, mardis, jeudis et vendredis, les interventions chirurgicales les mercredis. Le mardi et le jeudi sont les jours d'exploration paraclinique en plus des consultations.

4.2 Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 01 Mars 2024 au 28 Février 2025 (12 mois).

4.3 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

4.4 Population d'étude

Elle a portée sur les patients vus en consultation au service d'ophtalmologie de l'hôpital de district de la commune IV de Bamako pendant la période d'étude.

➤ Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude :

- Tous les patients vus en consultation au service d'ophtalmologie de l'hôpital de district de la commune IV, du 01 Mars 2024 au 28 Février 2025 ;
- Tous les patients enregistrés dans le registre de consultation et ayant un dossier malade exploitable ;
- Les patients consentants.

➤ Critères de non inclusion

Ont été exclus de cette étude :

- Les patients non enregistrés dans le registre de consultations et ou ayant un dossier incomplet ;
- Les patients non consentants

4.5 Variables d'étude

4.5.1 Variables socio-démographiques :

- ⇒ Le mois de consultation : Cette variable concerne la période à laquelle le patient a été vu, elle est répartie selon les différents mois de l'année.
- ⇒ Sexe : Nous avons reparti les patients selon le sexe masculin ou féminin.
- ⇒ Âge : l'âge est exprimé en année et reparti en différentes classes d'âge.
- ⇒ Profession : Les sujets sont regroupés en fonction de leur activité socio-professionnelle à savoir les ménagères, les administrateurs, les commerçants, les retraités, ...
- ⇒ Adresse : Les patients sont repartis en fonction de leurs lieux de provenances à savoir : CI, CII, CIII, CIV, CV, CVI, hors Bamako et hors du pays.
- ⇒ Ethnie : est constituée de Bambara ; Malinké ; Peuls ; Soninké ; Sonrhäï ; Dogon ; Touareg ; Bobo ; Diawando ; Senoufo...

4.5.2 Variables cliniques

Sont réparties comme suit :

- ⇒ Le motif de consultation : Il est possible qu'un même patient ait un ou plusieurs motifs de consultations. Cette variable comporte les modalités suivantes ; BAV de loin, BAV de près, douleur oculaire, fatigue visuelle, larmoiement, maux de tête, photophobie, traumatisme, prurit...
- ⇒ Pathologies : est reparti en atteintes des annexes, du segment antérieur, du segment postérieur, du globe en entier, d'autres structures et d'aucune atteinte.
- ⇒ Acuité visuelle : regroupée en différente classe selon l'OMS ; AVL normal ; BAV légère ; BAV modérée ; BAV sévère.
- ⇒ Diagnostic : détermine le type d'affection oculaire.

4.6 La collecte et l'analyse des données

Les données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête individuelle pré-testée sur le logiciel KoboToolbox.

Les données ont été recueillies lors de la consultation ophtalmologique à travers le registre de consultation.

L'analyse des données a été effectuée en utilisant le même outil KoboToolbox et le logiciel Excel de Microsoft Office 2019. La saisie a été faite avec Word 2019.

4.7 Aspect éthique

Les données ne seront utilisées que dans le cadre de notre étude selon les règles du comité d'éthique national.

5 RESULTATS

10367 patients ont été inclus dans notre étude sur 436 849 patients vus en consultation au sein de l'hôpital de district soit une fréquence hospitalière de 2,4%.

5.1 Données sociodémographiques

5.1.1 Répartition des patients selon le mois de consultation

Tableau I: Répartition des patients selon le mois de consultation.

Mois	Fréquence	Pourcentage
Mars	833	8.02
Avril	842	8.12
Mai	888	8.57
Juin	651	6.28
Juillet	855	8.25
Aout	800	7.72
Septembre	846	8.16
Octobre	954	9.20
Novembre	854	8.24
Décembre	878	8.47
Janvier	1024	9.88
Février	942	9.09
Total	10367	100

Dans notre étude, le mois de Janvier 2025 a été le mois le plus fréquenté par les patients au sein de notre service avec un effectif de 1024 patients soit un pourcentage de 9.88%.

5.1.2 Répartition des patients Selon le sexe

Tableau II: Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	3613	34.85
Féminin	6754	65.15
Total	10367	100

Les femmes représentent la proportion la plus importante dans notre étude avec 65.15% des consultations.

La sex-ratio est de 0.54 en faveur des femmes.

5.1.3 Répartition des patients selon l'âge

Tableau III: Répartitions des patients selon l'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
[0-1 an]	239	2.31
]1-5 ans]	572	5.52
]5-17 ans]	2254	21.74
]17-39 ans]	2837	27.37
]39-65 ans]	3277	31.61
]65 ans et plus [	1188	11.45
Total	10367	100

La tranche d'âge]39-65] est la plus représentée dans notre étude avec 31.61%.

5.1.4 Répartitions des patients selon la profession**Tableau IV:** Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Elèves/Etudiants	2716	26.20
Ménagères	2682	25.87
Autres	695	6.70
Soudeurs	59	0.57
Retraités	1414	13.64
Commerçants	517	4.99
Enseignants	330	3.18
Agriculteurs	147	1.42
Ouvriers	136	1.31
Comptables	100	0.96
Chauffeurs	83	0.81
Agents de santé	130	1.25
Militaires	63	0.61
Administrateurs/Secrétaires	148	1.43
Enfants/Nourrissons/Nouveau-Nés	1022	9.86
Tailleurs	80	0.77
Agent de sécurité	45	0.43
Total	10367	100

La proportion des élèves et étudiants était la plus représentée dans notre série avec 26.20%.

5.1.5 Répartition des patients selon l'adresse

Tableau V : Répartition des patients selon l'adresse.

Adresse	Fréquence	Pourcentage
Commune I	128	1.24
Commune II	63	0.62
Commune III	340	3.29
Commune IV	8110	78.24
Commune V	323	3.13
Commune VI	360	3.48
Hors-Bamako	1020	9.85
Hors du Pays	13	0.15
Total	10367	100

La plupart de nos patients provenait de la commune IV avec une proportion de 78.24% des patients.

5.1.6 Répartition des patients selon l'ethnie**Tableau VI:** Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	2767	26.69
Malinké	2441	23.55
Peulh	1626	15.68
Soninké	1485	14.32
Autres	406	3.92
Sonrhäi	405	3.91
Dogon	240	2.32
Senoufo	217	2.09
Minianka	195	1.88
Khassongué	186	1.79
Bobo	143	1.38
Bozo	107	1.03
Maure	88	0.85
Diawando	40	0.39
Touareg	21	0.20
Total	10367	100

L'ethnie Bambara avec 26.69% des patients était la proportion la plus représentée dans notre étude.

5.2 Données cliniques

5.2.1 Répartitions des patients selon le motif de consultation

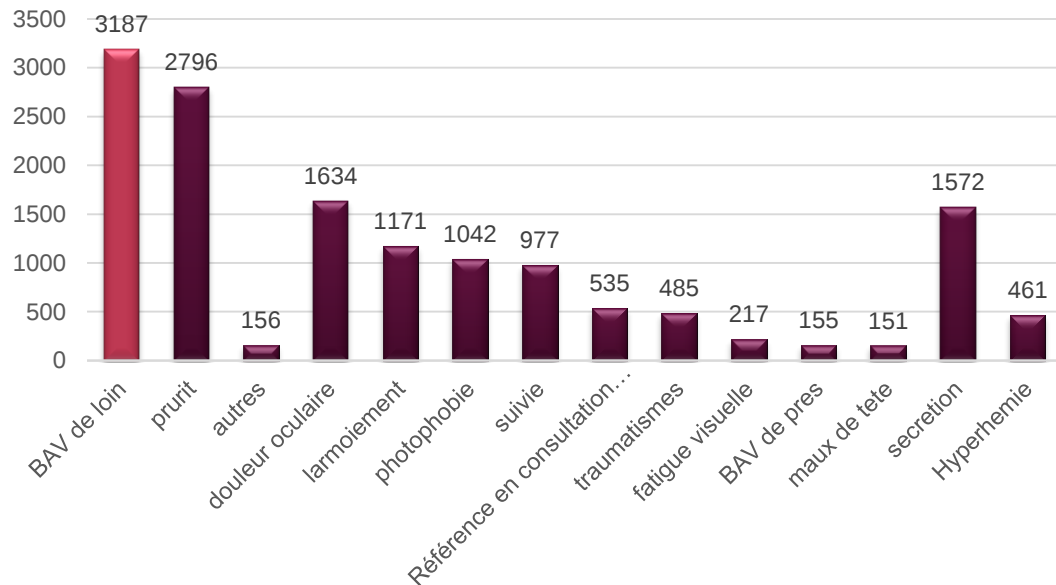


Figure 4: Répartitions des patients selon le motif de consultation.

La BAV était de loin le premier motif de consultation avec 21.92% des cas suivie de prurit 19.23% des cas.

5.2.2 Répartitions des pathologies selon la localisation

Tableau VII: Répartitions des pathologies selon la localisation.

Atteinte	Fréquence	Pourcentage
Annexes	5799	49.18
Globe en entier	3004	25.48
Segment antérieur	1816	15.40
Segment postérieur	1015	8.61
Aucune	132	1.12
Autres	25	0.21
Total	11791	100

L'atteinte des annexes oculaires a été la plus représentée dans notre étude avec 49.18% des affections oculaires rencontrées.

5.2.3 Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin sans correction

L'AVL SC a été évaluée dans notre étude chez 82.25% de nos patients.

Tableau VIII: Répartition des patients selon l'AVL SC à l'œil droit.

Valeur de l'acuité OD	Fréquence	Pourcentage
[10/10 - 5/10]	6186	72.55
[4/10 - 3/10]	804	9.42
[2/10 - 1/10]	711	8.34
]1/10 - 1/20]	474	5.56
Inférieur à 1/20	352	4.13
Total	8527	100

Plus de la moitié de nos patients avec AVL SC avait une acuité visuelle supérieur ou égale à 5/10 à l'œil droit avec une proportion de 72.55% des cas.

Tableau IX: Répartition des patients selon l'AVL SC à l'œil gauche.

Valeur de l'acuité OG	Fréquence	Pourcentage
[10/10 - 5/10]	6209	72.82
[4/10 - 3/10]	820	9.62
[2/10 - 1/10]	702	8.23
]1/10 - 1/20]	435	5.10
Inférieur à 1/20	361	4.23
Total	8527	100

Plus de la moitié de nos patients avec AVL SC avait une acuité visuelle supérieur ou égale à 5/10 à l'œil gauche avec une proportion de 72.82% des cas.

5.2.4 Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin avec correction

L'acuité visuelle de loin avec correction était non évaluée chez 96.32% de nos patients.

Tableau X: Répartition des patients selon la valeur de l'AVL AC à l'œil droit.

Valeur de l'acuité OD	Fréquence	Pourcentage
[10/10 - 5/10]	315	82.68
[4/10 - 3/10]	30	7.87
[2/10 - 1/10]	7	1.84
]1/10 - 1/20]	11	2.89
Inférieur à 1/20	18	4.72
Total	381	100

Chez les patients avec AVL AC prise, l'acuité visuelle avec correction portée est comprise entre 10/10 - 5/10 à l'œil droit dans 82.68% des cas.

Tableau XI: Répartition des patients selon la valeur de l'AVL AC à l'œil gauche

Valeur de l'acuité OG	Fréquence	Pourcentage
[10/10 - 5/10]	322	84.51
[4/10 - 3/10]	28	7.36
[2/10 - 1/10]	17	4.46
]1/10 - 1/20]	5	1.31
Inférieur à 1/20	9	2.36
Total	381	100

Chez les patients avec AVL AC prise, l'acuité visuelle avec correction portée est comprise entre 10/10 - 5/10 à l'œil gauche dans 84.51% des cas.

5.2.5 Répartition des patients selon le diagnostic

Tableau XII: Répartition des patients selon le diagnostic.

Diagnosics	Fréquence	Pourcentage
Conjonctivite	5292	44.28
Amétropie	2602	21.77
Cataracte	1478	12.37
Glaucome	823	6.89
Syndrome contusif	345	2.89
Ptérygion	280	2.34
Examen ophtalmologique normal	129	1.08
Rétinopathie hypertensive	20	0.16
Ptérygoïde	87	0.73
Syndrome sec	60	0.50
Chalazion	60	0.50
Rétinopathie diabétique	54	0.45
Uvéite	39	0.33
Kératite	52	0.43
Blépharite	27	0.22
Strabisme	19	0.16
Hyalite	14	0.12
Décollement de rétine	14	0.12
Ptoxis	13	0.11
Autres	333	2.78
Corps étranger	90	0.75
Dystrophie cornéenne	52	0.43
Neuropathie optique	38	0.32
Panophtalmie	31	0.27
Total	11952	100

La conjonctivite était la pathologie la plus fréquente (44.28%) suivie de l'amétropie avec 21.77% des cas.

5.2.6 Répartition des patients selon les principaux diagnostics en fonction du sexe.

Tableau XIII: Répartition des patients selon les principaux diagnostics en fonction du sexe.

Diagnostics	Masculin	Féminin	Total
Conjonctivite	1824	3468	5292
Amétropie	692	1910	2602
Cataracte	488	990	1478
Glaucome	332	491	823
Syndrome contusif	197	148	345
Ptérygion	73	207	280
Examen ophtalmologique normal	37	92	129
Ptérygoïde	27	60	87
Corps étranger	65	25	90

La proportion des femmes est la plus représentées sur la majeure partie des principaux diagnostics.

5.2.7 Répartition des patients selon les principaux diagnostics en fonction de l'âge.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les principaux diagnostics en fonction de l'âge.

Diagnostics	[0-1an]	]1-5ans]	]5-17ans]	]17-39ans]	]39-65ans]	]65ans-plus [	Total
Conjonctivite	211	509	1467	1513	1230	362	5292
Amétropie	0	6	656	917	885	138	2602
Cataracte	2	7	19	50	815	585	1478
Glaucome	0	6	79	159	385	194	823
Syndrome contusif	3	16	112	142	62	10	345
Ptérygion	0	1	3	71	158	47	280
Examen ophtalmologique normal	2	2	12	57	51	5	129
Ptérygoïde	0	0	1	46	39	1	87
Corps étranger	3	3	15	54	15	0	90

Les tranches d'âge]17-39ans] et]39-65ans] sont les plus représentées sur les principaux diagnostics dans notre étude.

6 DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive. Le but de ce travail était d'étudier la fréquence des affections oculaires à l'hôpital de district de la commune IV. Cette étude s'est déroulée sur une période de 12 mois où le pic de consultation a été observé en Janvier soit 9.88% de la consultation annuelle.

6.1 Les limites de l'étude

Les difficultés au cours de l'étude étaient liées à la présence de certaines informations insuffisantes ou confuses dans le registre de consultations

A cela s'ajoute des périodes de délestage durant lesquelles les consultations ophtalmologiques ont été interrompues.

6.2 Fréquences totales

Au cours de notre étude, 10367 patients ont été colligés. Ce nombre s'explique par le fait que notre étude porte sur toutes les affections oculaires rencontrées dans le service, et également sur toute la population consultée. Ce nombre est significativement supérieur à celui obtenu par S.Y. Camara en 2006[43]. Le service d'ophtalmologie de l'hôpital de district de la commune IV réalise donc un nombre élevé de consultation annuelle. Ceci est une première enregistrée par l'HDD de la commune IV par rapport aux études antérieures. Ce record indique la fréquentation accrue du service.

6.3 Caractéristiques socio-démographiques

6.3.1 Sexe

Dans notre étude, 34.85% de nos patients étaient de sexe masculin et 65.15% de sexe féminin, soit une sex-ratio de 0.54. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par une facilité d'accès aux soins des femmes par rapport aux hommes.

Ce résultat est comparable à celui des études menées par M. Kanté [44] et S.Y. Camara [43], L. Tellou [19] qui ont retrouvé une prédominance féminine avec respectivement 61.99% ;62.5% ; 66,25% des cas.

6.3.2 Age

La tranche d'âge]39-65ans] était la plus représentée avec une proportion de 31,61%.

Cela pourrait s'expliquer par l'évolution que subisse l'œil avec l'âge ou les changements et maladies provoqués avec l'âge dans les différentes parties de l'œil et de ses annexes[45].

Ces résultats sont comparables à ceux des études réalisées par M. Kanté [44] qui a obtenu également une fréquence élevée pour cette tranche d'âge.

6.3.3 Profession

Les élèves/étudiants ont constitué la couche professionnelle la plus représentée dans notre série avec un taux de 26.20% suivie des ménagères avec une proportion de 25.87%.

Cet état de fait pourrait s'expliquer :

- Du fait de leur nombre, leur activité intellectuelle et visuelle constante, les élèves et étudiants ont tendance à consulter plus que les autres couches professionnelles.
- Les ménagères du fait de leur disponibilité ont tendance à consulter beaucoup plus facilement que les autres couches en dehors des élèves et étudiants.

Une étude réalisée par S. Abdrahamane a retrouvé 26.10% pour les élèves/étudiants ce résultat est similaire au résultat de notre études[46]. Cette dernière étude concernait une population atteinte de traumatismes oculaires ou des annexes. La même remarque est observée dans une étude faite par N. Toure qui a obtenu une prédominance des étudiants avec un taux de 22%[47], Il faut noter que son étude s'est intéressée aux pathologies de surface oculaire[47].

6.3.4 Adresse

La plupart de nos patients venaient de la commune IV avec une proportion de 78.24%, suivie de ceux en provenance des autres régions hors Bamako avec une proportion de 9.85%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a été menée à l'hôpital de districts au sein de la commune IV, donc plus accessible à cette population. Le désert en service de soin oculaire dans les zones en dehors de Bamako pourrait expliquer la fréquence élevée des patients en provenance de hors Bamako.

Ce résultat est comparable à l'étude de A. Kamaté qui a obtenu un taux de 74.30% et 21.80% pour respectivement les zones commune IV et hors Bamako, ces deux zones citées ont également obtenu le plus haut taux de pourcentage dans son études[48].

6.3.5 Ethnie

Les bambaras ont été l'ethnie la plus représentée avec 26.69% des patients dans notre étude, ceci pourrait s'expliquer par le fait que les bambaras constituent le groupe ethnique le plus important au Mali.

6.4 Données cliniques

6.4.1 Répartitions des pathologies selon la localisation.

Les atteintes des annexes avec 49.18% étaient les plus représentées dans notre études, suivie de celles du globe en entier avec 25.48%, puis celles du segment antérieur avec 15.40% des cas, les atteintes du segment postérieur constitueraient une proportion moins importante avec 8.61% des cas.

La conjonctivite était la première affection oculaire dans notre étude cela pourrait expliquer le taux élevé des atteintes des annexes. Ce résultat est à peu près similaire à l'étude menée par A. Sacko qui a obtenu un taux élevé au niveau des atteintes des annexes avec une proportion de 32.8% des cas [50]. Il faut cependant noter que son étude a été réalisée que sur une population sous anti-retro-viraux[50].

6.4.2 L'acuité visuelle

Les acuités visuelles comprises entre 10/10-5/10 étaient majoritairement représentées dans notre étude tant pour l'œil droit que pour l'œil gauche avec ou sans correction. Ces résultats sont comparables à ceux de A. Kamaté [48], H. Mouaye Mandone[14] et M. Kanté[44] qui ont trouvé dans leurs études une prédominance de la bonne acuité visuelle de loin.

6.4.3 Le diagnostic

Les conjonctivites représentent la pathologie la plus fréquente dans notre série avec 44.28%, suivie des amétropies avec 21.77% des cas, puis les cataractes avec 12.37% des cas. Les glaucomes et les syndromes contusifs représentent respectivement 6.89% et 2.89% des cas. La conjonctivite, l'affection oculaire la plus rencontrée est aussi retrouvée dans une étude menée par Tellou L avec un taux de 28.73%[19]. L'amétropie, deuxième affection la plus fréquente après la conjonctivite, également

retrouvée dans l'étude effectuée par D. Sossana et All qui ont obtenu pour l'amétropie (12.41%) [15]. Nos pourcentages sont supérieurs à ces études parce qu'elles ont été réalisées sur une population plus étroite que la nôtre et la population de leur étude était uniquement représentée par les enfants. Le taux de cataracte dans notre étude était de 12.37%, ce taux est supérieur par rapport au taux de l'étude de A. Kamate qui a obtenu 0.10%[48]. Il faut noter que la population d'étude de A. Kamate n'était constituée que d'enfant. M. Kante a obtenu 14.83% de cataracte au cours de son étude, cette valeur est légèrement supérieure à la nôtre[44]. Notre taux est inférieur à celui observé par D. Djimdé, 78.3% de cataracte lors de son étude, cette différence est due au fait que son étude a concernée uniquement les patients vus en consultation préanesthésique[51]. La proportion des glaucomes dans notre étude était de 6.89%, ce résultat est supérieur à celui de S.Y Camara en 2006 avec 5.5% des cas et à celui de M. Kante avec 1.76% des cas [44] et de D. Sonassa et all avec 1.6%des cas[15]. Cette différence pourrait s'expliquer du fait de la population élevée de notre étude.

7 CONCLUSION

Au terme de cette étude portant sur la fréquence des affections oculaires rencontrées dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital de district de la Commune IV de Bamako, il ressort que les pathologies oculaires constituent un motif fréquent de consultation, traduisant un besoin réel et croissant en soins ophtalmologiques au niveau périphérique. Les affections les plus rencontrées sont dominées par les conjonctivites, les amétropies, ainsi que certaines affections chroniques telles que la cataracte et le glaucome, reflétant à la fois les conditions environnementales, les habitudes de vie et le niveau de sensibilisation des populations.

Cette forte prévalence des affections évitables ou corrigibles souligne l'importance du dépistage précoce, de l'accessibilité aux soins et du renforcement des capacités du personnel de santé au niveau des structures de district. Par ailleurs, la fréquence non négligeable des pathologies potentiellement cécitantes met en évidence la nécessité d'une référence adéquate et d'une prise en charge spécialisée en temps opportun.

En définitive, cette étude met en lumière l'ampleur des problèmes de santé oculaire dans la Commune IV de Bamako et plaide pour l'élaboration de stratégies de prévention, de sensibilisation communautaire et de renforcement du plateau technique du service d'ophtalmologie. Une meilleure intégration de la santé oculaire dans les programmes de santé publique contribuerait significativement à la réduction de la morbidité visuelle et à l'amélioration de la qualité de vie des populations concernées.

RECOMMANDATIONS

➤ Aux autorités politique et administrative

- Doter les hôpitaux d'alimentation électrique pour compenser les temps de délestage.
- Rendre les services de soin oculaire accessibles à toute la population malienne en multipliant les ouvertures des centres de santé comportant des unités ophtalmologiques.
- Augmenter les campagnes de dépistage de certaines pathologies oculaires.

➤ A l'hôpital de district

- Recruter plus d'ophtalmologistes.
- Rénover régulièrement le service d'ophtalmologie en équipement nécessaire.
- Numériser tous les enregistrements.

➤ Aux personnels d'ophtalmologie

- Informer et sensibiliser les patients et leurs accompagnants sur les diagnostics.
- Remplir de façon adéquate le registre de consultation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **OMS**, Organisation Mondiale de la Santé. *Cécité et déficience visuelle*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019. [en ligne] Consulté le: 19 février 2024.
2. **Ophtalmologik**, *Pathologies ophtalmologiques: principales maladies des yeux* [en ligne]. Consulté le: 14 mars 2024.
3. **COF**, Collège des Ophtalmologistes de France. *Toutes les maladies oculaires: liste, causes, symptômes et traitements*. Paris: COF. [en ligne] Consulté le: 14 mars 2024.
4. **OMS**, Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies, 11e révision (CIM-11)*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018. [en ligne] Consulté le: 5 juin 2024.
5. **OMS**, Organisation Mondiale de la Santé, Comité régional de l'Afrique. *Accélération de l'élimination de la cécité évitable: stratégie pour la Région africaine*. Brazzaville: Organisation mondiale de la Santé; 2011. [en ligne] Consulté le: 19 février 2024.
6. **OMS**, Organisation Mondiale de la Santé. *Soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé: résolutions et décisions, annexes*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020. [en ligne] Consulté le: 19 février 2024.
7. **OMS**, Organisation Mondiale de la Santé. *Site officiel de l'OMS*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. [en ligne] Consulté le: 14 mars 2024.
8. **Assavedo S, Tchabi S, Boni AH, Lassissi C, Doutetien** . CHD-Borgou de Parakou LA. *Aspects épidémiologiques et cliniques des affections oculaires*. Bénin: Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie (SAFO); 2011.
9. **Naidoo K, Kempen JH, Gichuhi S, Braithwaite T, Casson RJ, Cicinelli MV, Aditi Das, Seth R. Flaxman, Jost B. Jonas, Jill Elizabeth Keeffe, Janet Leasher, Hans Limbourg, Konrad Pesudovs, Serge Resnikoff, Alexander J. Silvester, Nina Tahhan, Hugh R. Taylor, Tien Y. Wong, Rupert R. A. Bourne**. *Prevalence and causes of vision loss in sub-Saharan Africa in 2015*. Br J Ophthalmol. 2020;104(12):1658-1668.
10. **Tousignant B, Brûlé J**. *Déficience visuelle et pathologies oculaires à Saint-Louis, Sénégal*. Med Trop Sante Int. 2021;1(2).
11. **IAPB**. International Agency for the Prevention of Blindness. *Vision Atlas : Mali – données sur la déficience visuelle*. London : IAPB ; 2020. [En ligne] Consulté le: 14 mars 2024
12. **République du Mali**. *Cadre stratégique pour la relance économique et le développement durable (CREDD 2019-2023)*. Bamako: Ministère de l'Économie et des Finances; 2019. [en ligne] Consulté le: 14 mars 2024.
13. **Bureau du Vérificateur Général du Mali**. *Rapport de performance du CHU-IOTA*. Bamako: Bureau du Vérificateur Général; 2020. [en ligne] Consulté le: 14 mars 2024

14. **Cholkar K, Dasari SR, Pal D, Mitra AK.** Eye: anatomy, physiology and barriers to drug delivery. In: Mitra AK, ed. *Ocular transporters and receptors*. Cambridge (MA): Elsevier; 2013.
15. **André OE, Lucienne AB, Didier O, Sylviane M, Côme EM.** *La pathologie oculaire de l'enfant : étude hospitalière*. Yaoundé: Université de Yaoundé I; 2009.
16. **Saraux H, Lemasson C, Offret H, Renard G.** *Anatomie et histologie de l'œil*. 2e éd. Paris: Masson; 1982. 397 p.
17. **Flament J.** *Ophthalmologie: pathologie du système visuel*. Paris: Masson; 2002. 412 p.
18. **Robert P, Robert PY, Rocher M.** *Anatomie et physiologie de l'œil*. *Actual Pharm.* 2022;61(620):16-20.
19. **Tellou ML.** *Étude épidémio-clinique des affections oculaires chez les enfants de 6 mois à 15 ans au CHU-IOTA* [Thèse de médecine]. Bamako: USTTB; 2014.
20. **Merck Sharp & Dohme.** *Manuel MSD: Revue générale de la conjonctivite*. Kenilworth (NJ): Merck & Co. [en ligne] Consulté le: 12 Janvier 2025.
21. **Kakumbu KE, Uwonda AS, Kabamba MKG, Nyembue TD, Kelekele KJT, Nsambayi LD, KUMWAMBA MPINDA Yves Ninon, BOLOKO MAY Patrick, BEYA TSHIBITSHIABU Willy.** *Fréquence des amétropies à l'hôpital Barumbu*. *Rev Afr Med Sante.* 2023;13(4):437-448.
22. **Nadio T.** *Évaluation de deux techniques chirurgicales de la cataracte à l'IOTA* [Thèse de médecine]. Bamako: FMOS; 2009.
23. **Niyonzima LF.** *Évaluation des résultats de la chirurgie de la cataracte à l'hôpital de district de la Commune IV* [Thèse]. Bamako: USTTB; 2025.
24. **Schweitzer C.** *Analyse épidémiologique du glaucome: étude ALIENOR* [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2013.
25. **Assavedo CRA.** *Les contusions oculaires*. Parakou: Faculté de Médecine de l'Université de Parakou; 2020.
26. **Saleh M.** *Contusions oculaires à globe fermé*. *J Fr Ophtalmol.* 2012;35(6):445-453.
27. **Centre Ophtalmologique Ultravision.** *Traumatismes oculaires: types, causes et urgences*. France: Ultravision; 2025. [Internet] Consulte le : 25 juin 2025.
28. **Ndiaye-Sow M, Seck S, Agboton G, Dieng M, Diakhaté M, Gueye N.** *Le ptérygion chez le mélanoderme sénégalais* [Thèse de médecine]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop (UCAD); 2017.
29. **Aydin A, Karadayi K, Aykan U, Can G, Colakoglu K, Bilge AH.** *Efficacité de la ciclosporine A après excision du ptérygion*. *J Fr Ophtalmol.* 2008;31(6):611-615.

- 30. Touré K.** *Pathologie de surface oculaire et sécheresse lacrymale* [Mémoire]. Bamako: USTTB; 2021.
- 31. Diagouraga H.** *Rétinopathie diabétique à l'Hôpital de District de la Commune IV de Bamako* [Thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023. N° 23M528.
- 32. Vadot E.** *Le bilan étiologique des uvéites. Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie.* 1988;5:719-723.
- 33. Glatre F.** *Blépharites: revue de la littérature et évaluation clinique d'un système de lunettes chauffantes* [Thèse d'exercice]. Clermont-Ferrand: Université de Clermont I; 2010.
- 34. Luca M.** *Rétinopathie hypertensive: atteinte rétinienne, classification et traitement.* 2024. [En ligne] Consulté le: 5 novembre 2025.
- 35. Konaté M.** *Aspects cliniques et thérapeutiques du ptosis au CHU-IOTA.* Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020.
- 36. Kakumbu KE, Uwonda AS, Kabamba MKG, Nyembue TD, Kelekele KJT, Nsambayi LD, KUMWAMBA MPINDA Yves Ninon, BOLOKO MAY Patrick, BEYA TSHIBITSHIABU Willy.** *Corps étrangers oculaires: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à Lubumbashi, à propos de 98 cas.* Congo : Université de Lubumbashi. *Journal Français d'Ophtalmologie.* 2020;43(10):928-934.
- 37. SFO,** Société Française d'Ophtalmologie. *Rapport SFO 2015: Surface oculaire.* Paris: Société Française d'Ophtalmologie; 2015. [en ligne] Consulté le: 4 novembre 2025.
- 38. Ramdani T.** *Les neuropathies optiques* [Thèse de médecine]. Fès (Maroc): Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah; 2013.
- 39. Bodele ML.** *Prise en charge des endophtalmies au CHU-IOTA.* Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020.
- 40. Sohngen P, Blaise P, Duchesne B, Rakic JM.** *Panophtalmie post-traumatique: le cas clinique du mois. Revue Médicale de Liège.* 2012;67(9).
- 41.** Présentation du District sanitaire de la Commune IV .[en ligne]. Consulté le: 8 janv 2026.
- 42. Camara C.** *Profil épidémiologique et connaissance des diabétiques suivis au centre de santé de référence de la Commune IV de Bamako en 2023* [Thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023.
- 43. Camara SY.** *Morbidité ophtalmologique en Commune IV du District de Bamako* [Thèse de médecine]. Bamako: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie; 2006.

- 44. Kamate M.** *Aspects épidémiologiques de la morbidité oculaire au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako (Quartier Mali)* [Thèse de médecine]. Bamako: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie; 2010.
- 45. Von Hahn HP.** *Gériatrie pratique: un guide pour l'omnipraticien*. Bâle: Karger Medical and Scientific Publishers; 1975.
- 46. Abdrahamane S.** *Les traumatismes de l'œil et de ses annexes à l'Hôpital Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao* [Thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2024. N° 24M353.
- 47. Touré N.** *Pathologie de surface oculaire et sécheresse lacrymale* [Mémoire]. Bamako: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie; 2020.
- 48. Kamate MA.** *Morbidité oculaire chez les enfants de 0 à 15 ans au CSRéf de la Commune IV du District de Bamako* [Thèse de médecine]. Bamako: Bibliothèque Santé Mali; 2016. N° 16M247.
- 49. LeMali.org.** Bambaras. *Bambaras* .[en ligne] Consulté le: 9 janv 2026]. Disponible
- 50. Sacko DI.** *Morbidité oculaire chez les PVVIH/SIDA suivis et traités au CSRéf CV* [Thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020. N° 20M95.
- 51. Djimde MD.** *Profil épidémio-clinique des patients vus en consultation pré-anesthésique au CHU-IOTA* [Thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2021. N° 21M920.

Fiche d'enquête sur les affections oculaires à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako

I. Information du patient

1. Nom (facultatif) :

2. Mois de Consultation : ☐ janvier ; ☐ février ; ☐ mars ; ☐ avril ; ☐ mai ; ☐ juin ;
☐ juillet ; ☐ août ; ☐ septembre ; ☐ octobre ; ☐ novembre ; ☐ décembre.

3. Motif de consultation : ☐ BAV de loin ; ☐ BAV de près ; ☐ maux de tête ; ☐ douleur oculaire ; ☐ photophobie ; ☐ prurit ; ☐ fatigue visuelle ; ☐ larmoiement ; ☐ traumatisme ; ☐ suivie ; ☐ référence en consultation ophtalmo ; ☐ autres

4. Âge (en année) :

☐ de 0 à 1 ans

☐ de 2 à 5 ans

☐ de 6 à 17 ans

☐ de 18 à 39 ans

☐ de 40 à 65 ans

☐ plus de 65 ans

5. Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

6. Adresse :

1- ☐ C (I) 2- ☐ C(II) 3- ☐ C(III) 4- ☐ C(IV) 5- ☐
C(V) 6- ☐ C(VI) 7- ☐ Hors Bamako 8- ☐ Hors du pays

7. Profession :

☐ administrateur/ secrétaire ; ☐ élève/étudiant ; ☐ commerçant ; ☐ ouvrier ; ☐ chauffeur
; ☐ agent de santé ; ☐ ménagère ; ☐ enseignant ; ☐ agriculteur ; ☐ retraité ; ☐ militaire
; ☐ comptable ; ☐ sans profession ; soudeur ; ☐ autres:.....

8. Ethnie :

☐ bambara ; ☐ malinké ; ☐ peulh ; ☐ soninké ; ☐ sonrhaï ; ☐ dogon ; ☐ touareg ; ☐ bobo ; ☐ diawando ; ☐ senoufo ; ☐ bozo ; ☐ minianka ; ☐ khassonké ; ☐ maure

☐ Autres:.....

II. Fonction visuelle

9. AVL sans correction :

☐ Evaluée

☐ Non évaluée

Si évaluée

OD :

☐ 10/10 à 5/10 (AVL normale)

☐ 4/10 à 3/10 (DV légère)

☐ 2/10 à 1/10 (DV modéré)

☐ 1/10 à 1/20 : CLD (DV sévère)

☐ < 1/20 : VBM, PL+, PL- (Cécité)

OG :

☐ 10/10 à 5/10 (AVL normale)

☐ 4/10 à 3/10 (DV légère)

☐ 2/10 à 1/10 (DV modéré)

☐ 1/10 à 1/20 : CLD (DV sévère)

☐ < 1/20 : VBM, PL+, PL- (Cécité)

10. AVL avec la correction portée :

☐ Evaluée

☐ Non évaluée

Si évaluée

OD :

- ☐ 10/10 à 5/10 (AVL normale)
- ☐ 4/10 à 3/10 (DV légère)
- ☐ 2/10 à 1/10 (DV modéré)
- ☐ 1/10 à 1/20 : CLD (DV sévère)
- ☐ < 1/20 : VBM, PL+, PL- (Cécité)

OG :

- ☐ 10/10 à 5/10 (AVL normale)
- ☐ 4/10 à 3/10 (DV légère)
- ☐ 2/10 à 1/10 (DV modéré)
- ☐ 1/10 à 1/20 : CLD (DV sévère)
- ☐ < 1/20 : VBM, PL+, PL- (Cécité)

11. Pathologies :

- ☐ Affections des annexes
- ☐ Affections du segment antérieur
- ☐ Affections du segment postérieur
- ☐ Globe oculaire
- ☐ Aucune
- ☐ Autres

12. Diagnostic principal :

- ☐ amétropie ; ☐ blépharite ; ☐ cataracte ; ☐ chalazion ; ☐ conjonctivite ; ☐ décollement de rétine ; ☐ examen ophtalmologique normal ; ☐ excavation papillaire ; ☐ glaucome ;

☐ hyalite ; ☐ kératite ; ☐ ptérygion ; ☐ ptérygoïde ; ☐ ptosis ; ☐ rétinopathie diabétique ; ☐ strabisme ; ☐ syndrome contusif ; ☐ syndrome sec ; ☐ uvéite ; ☐ corps étranger ; ☐ dystrophie cornéenne ; ☐ neuropathie optique ; ☐ panophtalmie ; ☐ autres:.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : SOUCKO

PRENOM : Tenyba

ADRESSE E-MAIL : tenybasoucko@gmail.com

ANNEE DE SOUTENANCE : 2024-2025

TITRE DE LA THESE : Fréquence des affections oculaire à l'hôpital de district de la commune IV

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

SECTEURS D'INTERETS : Ophtalmologie, Santé publique

Résumé

Titre : Fréquence des affections oculaire à l'hôpital de district de la commune IV

Introduction :

Les affections oculaires sont les troubles ou maladies des yeux pouvant toucher les différentes structures anatomique et histologique de l'œil (globe oculaire et ses annexes).

Objectif :

Le but était d'étudier la fréquence des affections oculaires rencontrées dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital de district de la commune IV de Bamako.

Méthode :

Nous avons procédé à une étude transversale descriptive à l'hôpital du district de la commune IV durant une période de 12 mois allant du 1er mars 2024 au 28 février 2025.

L'étude a portée sur l'ensemble des patients vu en consultations ophtalmologique à l'hôpital de district.

Résultats :

Au terme de notre étude 10367 patients ont été enregistrés. Le mois de Janvier est le mois le plus fréquenté avec une fréquence de 9.88%. Le sexe féminin a été le plus représenté soit 65.15%. La tranche d'âge]39-65]ans 31.59% prédominait. Les conjonctivites ont affiché la plus grande fréquence soit 44.28%, suivie de l'amétropie avec 21.77%, ensuite la cataracte ayant 12.37%, à cela s'est ajouté le glaucome et le syndrome contusif avec respectivement 6.89% et 2.89%. La liste s'étend avec comme suit : le ptérygion 2.34%, les corps étrangers 0.75%, le ptérygoïde 0.73%, le syndrome sec 0.5%, le chalazion 0.5%, la rétinopathie diabétique 0.45%, l'uvéite 0.33%, la kératite 0.43%, la dystrophie cornéenne 0.43%, la panophtalmie 0.27%, les neuropathies optiques 0.32%, la blépharite 0.22%, le strabisme 0.16%, la rétinopathie hypertensive 0.16%, les hyalites 0.12%, le décollement de rétine 0.12%, le ptosis 0.11% et autres pathologies oculaires qui font 2.78%.

Conclusion :

Les consultations ophtalmologiques sont des moyens de lutte et de prévention contre les affections oculaires, elles doivent être accessibles pour que cette lutte soit effective.

Mots clé : affection oculaire, fréquence.

INFORMATION SHEET

NAME: SOUCKO

FIRST NAME: Tenyba

EMAIL ADDRESS: tenybasoucko@gmail.com

YEAR OF DEFENSE: 2024-2025

THESIS TITLE: Frequency of Ocular Diseases at the District Hospital of Commune IV

CITY OF DEFENSE: Bamako

COUNTRY OF ORIGIN: Mali

LOCATION OF DEPOSIT: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology of Bamako

AREAS OF INTEREST: Ophthalmology, Public Health

Abstract:

Title: Frequency of Ocular Diseases at the District Hospital of Commune IV

Introduction:

Ocular diseases are disorders or illnesses of the eye that can affect the various anatomical and histological structures of the eye (the eyeball and its adnexa).

Objective:

The aim was to study the frequency of ocular diseases encountered in the ophthalmology department of the District Hospital of Commune IV in Bamako.

Method:

We conducted a descriptive cross-sectional study at the District Hospital of Commune IV over a 12-month period, from March 01, 2024, to February 28, 2025.

The study included all patients seen in ophthalmological consultations at the district hospital.

Results:

At the end of our study, 10,367 patients were recorded. January was the busiest month, with a frequency of 9.88%. Females were the most represented sex, at 65.15%. The [39-65] year age group was predominant (31.59%). Conjunctivitis was the most frequent condition (44.28%), followed by refractive error (21.77%), cataracts (12.37%), glaucoma, and contusion syndrome (6.89% and 2.89%, respectively). The list continues with the following: pterygium 2.34%, pterygoid 0.73%, foreign bodies 0.75%, dry eye syndrome 0.5%, chalazion 0.5%, diabetic retinopathy 0.45%, uveitis 0.33%, keratitis 0.43%, corneal dystrophy 0.43%, panophthalmitis 0.27%, optic neuropathies 0.32%, blepharitis 0.22%, strabismus 0.16%, hypertensive retinopathy 0.16%, hyalitis 0.12%, retinal detachment 0.12%, ptosis 0.11%, and other ocular pathologies totaling 2.78%.

Conclusion:

Ophthalmological consultations are a means of combating and preventing eye diseases; they must be accessible for this fight to be effective.

Keywords: eye disease, frequency.

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 un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui 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 des 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.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.