

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE
(FMOS)

Année Universitaire 2025/2026

THEME

PANORAMA DES PATHOLOGIES OCULAIRES EN OPHTALMOLOGIE
PEDIATRIQUE AU CHU IOTA EN 2025

Présentée et soutenue publiquement le 30 /07 /2026

Par :

Oumou YANOGO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Oumar SANGHO (Maitre de Conférences Agrégé)

Membre : Mme Fatoumata DIAKITE (Pédiatre)

Membre : M. Gounon SAYE (Maitre de Recherche)

Directeur : M. Abdoulaye NAPO (Maitre de Conférences Agrégé)

Co-directeur : Mme Assiatou SIMAGA (Maitre Assistante)

LISTE DES ENSEIGNANTS

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



SECRETARIAT PRINCIPAL

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026**

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
2	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
5	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
8	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
9	Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
10	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
12	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
13	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
14	Mr Abdel Karim ROUMARE	Chirurgie Générale
15	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
16	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
17	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
19	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie - Virologie
20	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie - Virologie
21	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
22	Mr Souleyennane DIALLO	Pneumologie
23	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
24	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
25	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie

26	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
27	Mr Fififing SISSOKO	Chirurgie Générale
28	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
29	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Aihousseini Ag MOHAMED	ORL
32	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
33	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
34	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
35	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
36	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
37	Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
38	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
39	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
40	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
41	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
42	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
43	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
44	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
45	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
46	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
48	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
49	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
50	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
51	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
52	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
53	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
54	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
55	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
56	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
57	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
58	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
59	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
60	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
61	Mr Aly TEMBELY	Urologie
62	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
63	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
64	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
65	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
66	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
67	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
68	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
69	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
70	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
71	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
72	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
73	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
74	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
75	Mme Hawa THIAM	Dermatologie

76	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
77	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
78	Mr Diibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
79	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladii Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Brouiave Massaoülé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Diibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
6	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
7	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
9	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
10	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
11	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
12	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
13	Mr Sadio MENA	Chirurgie Thoracique
14	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
15	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
16	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
18	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
19	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
21	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
22	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
23	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale

12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
39	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
40	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
41	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
42	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
43	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
44	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
45	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
46	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
47	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
48	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
49	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
50	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Bougadari COULIBALY	Prothèse Scellée
53	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
54	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
56	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
57	Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
58	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
59	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
4	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie - Mycologie
5	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Dieneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim Drame	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
9	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
10	Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
11	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
12	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
13	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
15	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
16	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
2	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments
3	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
4	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
5	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
6	Mr Sidy BANE	Immunologie
7	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
8	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
3	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
4	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie

5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr 110 Bella DIALLO	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Diénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Diénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme N'Drain SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Diigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sor Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
N°	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mme Halimatou DIAWARA	Economie de la santé
3	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie

4	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
6	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
7	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
8	Mr Bakal DIARRA	Santé Publique
9	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
10	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
11	Mr Ousmane LY	Santé Publique
12	Mr Ilo DICKO	Santé Publique
13	Mr Abdoul Salam DIARRA	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Diénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahim KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Diibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
5	Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6	Mr Madani MARICO	Chimie générale
7	Mr Blaise DACKOUCO	Chimie organique
8	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
9	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
10	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
11	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
12	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
13	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
14	Mr Baba DIALLO	Santé publique bucco-dentaire
15	Mr Zana Lamissa SANOCJO	Ethique-Déontologie
16	Mr Issa COULIBALY	Gestion
17	Mr Kassim SIDIBE	Imagerie dentaire
18	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
19	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail

20	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
21	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
22	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
23	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
24	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
25	Mr Ibrahima FALL	OCE
26	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
27	Mr Aly SY	OCE
28	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODP
29	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
30	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
31	Mr Madani LY	Oncologie
32	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
33	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
34	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
35	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
36	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
37	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
38	Mr Morodian DIALLO	Physique
39	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
40	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
41	Mr Ibrahim PAMANTA	Rhumatologie
42	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 02 / 06 / 2026

Le Secrétaire Principal

 Dr Monzon TRAORE

DEDICACES

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Mon père : Moumini YANOGO

Mon pilier, mon repère, mon modèle, les mots me manquent pour exprimer à quel point vous êtes une fierté pour moi. Vous m'avez appris qu'à force de volonté, on pouvait tout accomplir. Merci d'être ce meilleur papa qui croit en moi, qui m'a soutenu et qui m'a toujours orienté vers ma réussite ici-bas et dans la vie future, ce travail est la concrétisation ultime de l'éducation responsable que vous nous avez donnée, mon plus beau cadeau dans ce monde est votre présence parmi nous à ce début de « cueillette de l'arbre que tu as planté ». Puisse Allah vous préserver et vous accorder une longue vie dans la santé ! Amine ! Merci pour tout !!

Ma mère : Awa AMBANA

Symbole de la bonté par excellence. Mère infatigable, votre amour, votre sagesse, votre courage, votre dévouement, votre générosité, votre bravoure font de vous une référence pour moi sur terre. Source de ma vie, pionnière de mon éducation, vous nous avez enseigné que l'amour, la tolérance, la bonté, la dignité, l'honneur, la probité et la politesse...sont des qualités indispensables à l'éducation des enfants que vous avez toujours incarnée. Tout le mérite de ce travail est aussi le vôtre. Merci pour vos bénédictions et vos prières quotidiennes. Qu'Allah le tout puissant et le très miséricordieux vous donne longue vie et vous accorde une meilleure santé ! Amine !

Mon oncle : Bourama YANOGO

Vos apports ont été sans doute inestimables à ma réussite. Vos soutiens tant moraux que matériels durant tout mon cycle m'ont permis de venir à bout de ce travail. Merci pour vos bénédictions, vos sacrifices consentis pour la réussite de ce travail ! Je serai toujours reconnaissante du soutien que vous m'avez témoigné. Ce travail est aussi le vôtre.

REMERCIEMENTS

Remerciements

Je rends grâce à Allah, le Tout Puissant, le Miséricordieux, Créateur des cieux et de la terre, Maître Suprême de l'univers. Merci infiniment Allah, de m'avoir donné la santé, le courage et la force nécessaire pour mener à bien ce modeste travail à son terme.

Paix et salut sur notre Prophète Mohamed (S.A.W).

A ma maman : Matou DIALLO

Une femme de partage, d'amour et de bonté, merci pour votre soutien, vos conseils, vos bénédictions et surtout vos encouragements tout au long de ce travail. Que Dieu vous bénisse.

A mes sœurs : Fatoumata YANOGO, Kadidia YANOGO, Aissata YANOGO et Fatoumata YANOGO

On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas sa famille, aujourd'hui, j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire ce choix je n'aurai pu mieux faire. En témoignage de l'affection qui nous a toujours unies sous le toit paternel, je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Ce travail est le vôtre.

A ma grand-mère Fatouma AMBANA : merci pour cet amour et pour tout le soutien envers ma personne.

A mes tontons et tantes : je m'abstiens de nominaliser de peur d'omettre un(e)

Vous avez été une source de courage, de motivation et de force pour moi, J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés. Merci pour tous vos conseils qui ont été pour moi d'une grande importance pour la réalisation de ce travail. Veuillez retrouver en ce travail l'expression de mon amour, ma gratitude et mon grand attachement.

A mon tonton Dr Cheick Abou COULIBALY

Merci pour l'accompagnement tout au long de ce travail.

A mes cousins et cousines trouvez ici l'expression de ma reconnaissance pour votre amour fraternel.

Spécialement à Soumaila **GUINDO** merci pour ton soutien.

Au corps professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako : Merci pour la qualité de la formation reçue.

A mes camarades de la 15^{ème} promotion « feu Issa TRAORE »

Merci pour chaque moment de joie que vous m'avez procuré.

A mes amis et camarades de lutte Tenimba SOUNTOURA, Maimouna D SANOGO, Penda DJIGIBA, Albouhari Ag ABBA, Aboubacar DIAO

Le chemin a été long, mais nous voici au terme de ces six années de dure formation. Merci pour ces moments de partage, de protection, d'amour et de joie. Je m'en souviendrai toujours. Que Dieu vous accorde une bonne carrière professionnelle et une agréable vie de famille.

A mes camarades du groupe d'exposé de la faculté : plus qu'un groupe nous formons une famille. Merci pour votre soutien.

Tous les DES, INTERNES, AMO, OPTO et autres personnels du CHU-IOTA : Merci pour la formation reçue, pour votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait.

Spécialement **Dr Youssouf DEMBELE :** Merci pour la formation, le soutien, les conseils, les encouragements que vous m'avez toujours donnés.

A la Jeunesse Ginna Dogon cellule FMOS FAPH : Grand merci pour les bons souvenirs, notre culture est notre identité.

A la renaissance convergence syndicale Merci pour la nouvelle famille que tu m'as offerte.

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de mes études jusqu'à ce travail et dont j'ai oublié de mentionner le nom ici ; Je dis encore à toutes et à tous merci pour toujours.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maitre et président du jury

Professeur Oumar SANGHO

- Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie
- Doctorat en Epidémiologie
- Diplôme Inter-Universitaire (DIU) EPIVAC
- Certificat de promotion de la santé
- Enseignant-Chercheur au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP)/ FMOS / USTTB
- Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono

Cher maître,

Permettez-nous de vous remercier pour ce grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury et de nous avoir apporté toute votre expertise. Nous tenons à vous remercier pour l'aide précieuse que vous nous avez faite pour l'élaboration de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maitre et membre du jury

Docteur KANE Fatoumata DIAKITE

- Médecin Pédiatre ;
- Diplômé en Nutrition Pédiatrique à l'Université de Boston ;
- Responsable de l'Unité de Néonatalogie du CSREF de la Commune I.

Cher maître,

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vos qualités scientifiques et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maître aimé, respecté et admiré. Nous vous exprimons ici notre profonde gratitude.

A notre maitre et membre du jury

Docteur Gounon SAYE

- Médecin ophtalmologiste
- Praticien hospitalier au CHU-IOTA
- Spécialiste du segment postérieur
- Chef du département clinique au CHU-IOTA
- Maître de recherche au CHU-IOTA
- Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie (SOMAO)
- Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie (SAFO)
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO)

Cher maître,

C'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre simplicité, votre humanisme et votre disponibilité depuis notre premier contact nous resteront toujours en mémoire.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre maitre et co-directrice de thèse

Dr Assiatou SIMAGA

- Maître-Assistant en Ophtalmologie à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS)
- Ophtalmologiste au CHU-IOTA
- Responsable de la Formation Paramédicale au CHU-IOTA
- Membre de la Société Malienne d’Ophtalmologie (SOMAO)
- Membre de la Société Africaine Francophone d’Ophtalmologie (SAFO)
- Membre de la Société Française d’Ophtalmologie (SFO)

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre courage, et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez.

Nous vous sommes reconnaissants pour tout ce que vous avez fait pour notre formation. Trouvez ici l’expression de notre profonde gratitude.

A notre maitre et directeur de thèse

Professeur Abdoulaye NAPO

- Maître de Conférences Agrégé en Ophtalmologie à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (FMOS).
- Praticien Hospitalier au CHU-IOTA
- Responsable du département formation au CHU-IOTA.
- Spécialiste du segment postérieur.
- Spécialiste de l'exploration fonctionnelle de la vision.
- Economiste de la santé.
- Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie (SOMAO).
- Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie (SAFO).
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO).

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand privilège en acceptant de diriger ce travail. Permettez Monsieur le directeur de souligner votre gentillesse, votre enthousiasme, votre sympathie, votre simplicité et votre amour du travail bien fait.

Tout en espérant continuer à apprendre auprès de votre école, recevez cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, et de notre reconnaissance inoubliable.

LISTE DES SIGLES ET ABREVAITION

Liste des sigles et abréviation

AMO	:	Assistant Médical en Ophtalmologie
ADTB3A	:	Adaptor Related Protein Complex 3 Subunit Beta
AO	:	Albinisme Oculaire
AOC	:	Albisme Oculo-Cutané
AV	:	Acuité Visuelle
BAV	:	Baisse d'Acuité Visuelle
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CMV	:	Cytomégalovirus
CV	:	Champ Visuel
DES	:	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DTNPB	:	Dystrobrevin Binding Protein
EPR	:	Epithélium Pigmentaire Rétinien
HPS	:	Syndrome d'Hermansky-Pudlak
IOTA	:	Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique
LCET	:	Limbo-Conjonctivite Endémique des Tropiques
LYST	:	Lysosomal Trafficking Regulator
MATP	:	Membrane Associated Transporter Protein
NOHL	:	Neuropathie Optique Héréditaire de Leber
OA	:	Albinisme Oculaire
OCA	:	Albinisme Oculo-Cutané
OD	:	Œil Droit
OG	:	Œil Gauche
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OPTO	:	Optométriste
OU	:	Œil(s) Unis (les deux yeux)
PIO	:	Pression Intra-Oculaire
REF	:	Référence médicale
SAFO	:	Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie
SFO	:	Société Française d'Ophtalmologie
SOAO	:	Société Ouest-Africaine d'Ophtalmologie
TYR	:	Tyrosinase
TYRP	:	Protéine Apparentée à la Tyrosinase

URC : Urgence
UV : Ultra-Violet

LISTE DES FIGURES

Liste des figures

Figure 1 : Muscles oculomoteurs[8].....	5
Figure 2 : Anatomie de l’œil humain.[6].....	12
Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe.	25

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge.....	25
Tableau II : Répartition des patients selon le lieu de résidence.....	26
Tableau III : Répartition des patients selon la présence d'antécédent médico chirurgical.....	26
Tableau IV : Répartition des patients selon la présence d'antécédent ophtalmologique	27
Tableau V : Répartition des patients selon le stade de la maladie.....	27
Tableau VI : Répartition des patients selon le délai entre la détection des symptômes	28
Tableau VII : Répartition des patients selon le type de consultation.	28
Tableau VIII : Répartition des patients selon la référence	29
Tableau IX : Répartition des patients selon l'urgence.....	29
Tableau X : Répartition des patients selon le motif de référence.	30
Tableau XI : Répartition des patients selon les plaintes rapportées	30
Tableau XII : Répartition des patients selon le diagnostic	31

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	3
1. Objectif Général	3
2. Objectifs Spécifiques	3
III. GENERALITES	4
3.1 Rappels anatomique et physiologie de l'œil	4
3.1.1 Annexes	4
3.1.2 Globe oculaire	6
3.2 Quelques pathologies oculaires chez les enfants	13
3.2.1 Traumatismes oculaires	13
3.2.2 Cataracte congénitale	13
3.2.3 Amblyopie	13
3.2.4 Strabisme	14
3.2.5 Infections oculaires	14
3.2.6 Glaucome congénital	15
3.2.7 Limbo-conjonctivite endémique des tropiques (LCET)	16
3.2.8 Ptosis	16
3.2.9 Amétropie	16
3.2.10 Conjonctivite allergique	17
3.2.11 Albinisme oculo cutané (AOC)	17
3.2.12 Microphthalmie	18
3.2.13 Dacryocystite	19
3.2.14 Neuropathies optiques	19
3.2.15 Cécité corticale	20
3.2.16 Rétinoblastome	20
3.2.17 Atrophie optique	20
IV. MATERIELS ET METHODE	22
4.1 Cadre et lieu d'étude	22
4.1.1 Situation	22
4.1.2 Historique	22
4.1.3 Missions	22
4.4 Type et période d'étude	23

4.5	Population d'étude	23
4.5.1	Critères d'inclusion	23
4.5.2	Critères de non-inclusion	24
4.5.3	Taille de l'échantillon	24
4.6	Procédures d'études	24
4.6.1	Les variables d'études	24
4.6.2	Gestion et analyse de donnée	25
4.7	Considération éthique	25
V.	RESULTATS	25
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	32
A.	Profil sociodémographique	32
B.	Caractéristiques épidémiologiques et cliniques	32
	CONCLUSION	35
	RECOMMANDATIONS	36
	REFERENCES	37
	ANNEXES	XXV

INTRODUCTION

I. Introduction

Les pathologies en ophtalmologie pédiatrique sont l'ensemble des maladies diagnostiquées dans les yeux des enfants.

L'ophtalmologie pédiatrique est une sous-spécialité de l'ophtalmologie qui se concentre sur le diagnostic, le traitement et la gestion des troubles oculaires chez les enfants, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence [1].

Cette discipline joue un rôle crucial dans la prévention et la correction des anomalies visuelles qui peuvent affecter le développement global de l'enfant. En raison de la nature sensible et en pleine croissance du système visuel chez les enfants, l'ophtalmologie pédiatrique nécessite une approche spécifique et adaptée [1].

Les diagnostics en ophtalmologie pédiatrique sont variés, allant des troubles courants tels que les traumatismes oculaires, les erreurs de réfraction, le strabisme et l'amblyopie, à des conditions rares mais graves comme les cataractes congénitales, les glaucomes pédiatriques et les rétinopathies (rétinopathies du prématuré ; dystrophies héréditaires, le rétinoblastome et rétinopathies pigmentaires) [2].

À l'échelle mondiale, la prévalence des consultations en ophtalmologie pédiatrique varie en fonction de plusieurs facteurs, y compris l'accès aux soins de santé, la sensibilisation des parents, et les politiques de santé publique en matière de dépistage visuel chez les enfants [2]. Une étude menée en Turquie a retrouvé que la raison la plus fréquente des visites aux urgences pédiatriques était la présence d'un corps étranger dans l'œil dans 30,3 % des cas suivi par la rougeur de l'œil avec 10,8% , la sécrétion purulente avec 8,3% et la tuméfaction de la paupière avec 8,3% [2]. En Inde en 2017, une étude sur les blessures pénétrantes représentaient 67,79 % des cas de traumatisme à globe ouvert comme motif de consultation la plus retrouvé [3].

En Afrique, les consultations sont souvent motivées par des affections plus sévères qui, si elles ne sont pas traitées à temps, peuvent mener à la cécité. Par exemple, une étude menée au Nigeria a révélé que 60 % des consultations en ophtalmologie pédiatrique étaient liées à des affections évitables ou traitables [4].

En Ethiopie, la morbidité oculaire la plus courante en consultation ophtalmologique pédiatrique était la conjonctivite (35 %), suivie du traumatisme oculaire (11,8 %) [5].

La diversité des motifs de consultation en ophtalmologie pédiatrique, combinée aux inégalités d'accès aux soins à travers le monde, pose un défi majeur. En Afrique,

l'insuffisance d'infrastructures et de personnel spécialisé complique le diagnostic et le traitement précoce des troubles visuels chez les enfants.

Cela souligne la nécessité d'études locales pour orienter les politiques de santé et améliorer la prise en charge pédiatrique. Cette étude axée sur le contexte malien, permettrait de mieux cerner les besoins spécifiques et de développer des stratégies adaptées pour améliorer l'accès aux soins.

OBJECTIFS

II. Objectifs

1. Objectif Général

Etudier les pathologies oculaires en ophtalmologie pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique.

2. Objectifs Spécifiques

- 2.1** Décrire les caractéristiques socio démographiques des enfants reçues en consultation en ophtalmologie pédiatrique au CHU-IOTA ;
- 2.2** Décrire les aspects épidémio-cliniques des pathologies oculaires en ophtalmologie pédiatrique au CHU-IOTA ;
- 2.3** Déterminer les circonstances de découverte des pathologies en ophtalmologie pédiatrique au CHU-IOTA ;
- 2.4** Ressortir les plaintes de l'enfant.

GENERALITES

III. Généralités

3.1 Rappels anatomique et physiologie de l'œil

L'œil est l'organe récepteur de la vision.

Il est constitué par : Un globe oculaire et les annexes.

3.1.1 Annexes

❖ Orbite

Les orbites sont deux cavités à la forme d'une pyramide quadrangulaire Situées de chaque côté de la racine du nez. Entre les os du crâne et ceux de la face. Chaque orbite comprend 7os :

- Le sphénoïde : petite et grande aile ;
- Le malaire ou zygoma ;
- L'ethmoïde ;
- Le frontal ;
- L'os palatin ;
- Le maxillaire ;
- L'os lacrymal.

Chaque orbite présente 4 parois, 4 bords, une base et un sommet.

Elles ont pour fonction :

- D'entourer et protéger les globes oculaires ;

❖ Paupière et conjonctive

Les paupières recouvrent la partie antérieure du globe oculaire.

La conjonctive est la membrane muqueuse transparente tapissant la surface antérieure de la sclère (conjonctive bulbaire) et la surface interne des paupières (conjonctive tarsale).

La partie bulbaire et tarsale se réfléchissent l'une sur l'autre au niveau des culs de sac conjonctivaux [6].

Leurs différents rôles sont la protection du globe, le drainage lacrymal.

❖ Système lacrymal

Les larmes sont sécrétées par les glandes lacrymales et forment dans le cul-de-sac conjonctival inférieur le lac lacrymal[6].

La glande lacrymale située dans l'angle supéro-externe de l'œil est formée de deux parties : palpébrale et orbitaire.

Leurs canaux excréteurs se déversent dans le cul de sac conjonctival supérieur[7].

Sa fonction est la production des larmes.

❖ Muscles oculomoteurs

Le système musculaire oculo moteur comprend 6 muscles :

✚ 4 muscles droits

- Le muscle droit supérieur innervé par le nerf III
- Le muscle droit inférieur innervé par le nerf III
- Le muscle droit médial innervé par le nerf III
- Le muscle droit latéral innervé par le nerf VI

✚ 2 muscles obliques :

- Le muscle oblique supérieur innervé par le nerf IV
- Le muscle oblique inférieur innervé par le nerf III

Il assure le mouvement des globes oculaires

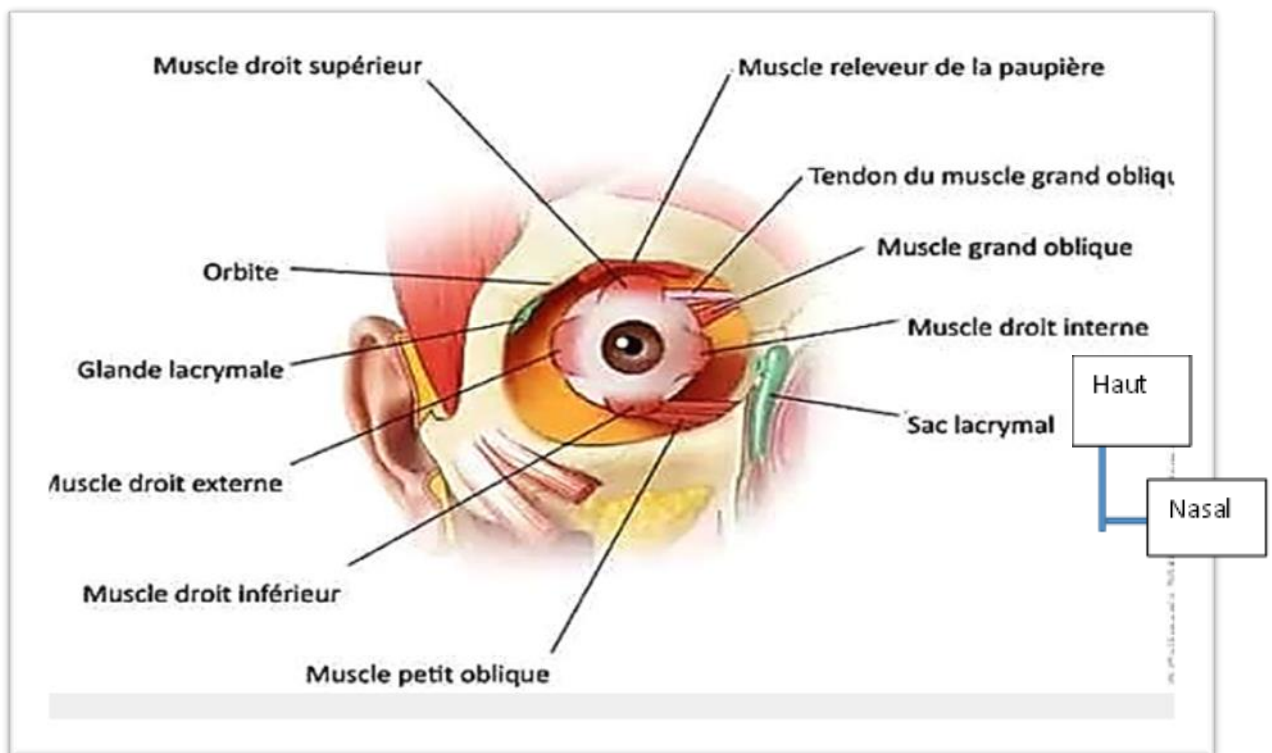


Figure 1 : Muscles oculomoteurs[8].

3.1.2 Globe oculaire

Le globe oculaire est un organe sphérique situé dans l'orbite et responsable de la fonction visuelle. Sa longueur moyenne est de 24 mm, son poids de 7 g et son volume de 6.5cm³. [6]

Le globe oculaire est constitué de trois couches distinctes. De la plus superficielle à la plus profonde, il comprend :

- La couche fibreuse, est composée de la sclère et de la cornée.
- La couche vasculaire, également appelée uvée ou tractus uvéal. Elle se compose de trois parties continues les unes par rapport aux autres. De l'arrière vers l'avant, il s'agit de la choroïde, du corps ciliaire et de l'iris.
- La couche nerveuse, également appelée rétine, qui est la couche la plus interne du globe oculaire. La rétine elle-même est divisée en deux couches : une couche externe pigmentée et une couche interne neurosensorielle.

Ces trois couches forment le contour circulaire du globe oculaire.

L'intérieur de l'œil contient les deux structures de réfraction de l'œil appelées le cristallin et le corps vitré.

On divise le globe oculaire en deux chambres : la chambre antérieure et la chambre postérieure. La chambre antérieure du globe oculaire se trouve entre la cornée et l'iris et la chambre postérieure du globe oculaire est plutôt une cavité en forme de fente, située entre l'iris et le cristallin.

❖ Couche fibreuse (externe)

• Sclère

La sclère est une couche externe blanche et opaque qui entoure les cinq sixièmes postérieurs du globe oculaire. La sclère est plus épaisse à l'arrière et devient progressivement plus fine à l'avant.

Le pôle postérieur de la sclère est perforé par le nerf optique (II) et ce site est désigné comme le foramen scléral postérieur.

La sclère présente trois autres séries d'orifices : les orifices antérieurs, moyens et postérieurs.

Le bord antérieur de la sclère est en continuité avec la cornée. La ligne de leur jonction est appelée limbe scléro-cornéen ou limbe cornéen.

La sclère est divisée en trois couches distinctes :

- L'épislère est la couche de tissu conjonctif la plus externe.

- Le stroma scléral est composé du tissu conjonctif dense et irrégulier qui donne à la sclère sa couleur blanche caractéristique.
- La lamina fusca est la couche la plus interne de la sclère et doit son nom au grand nombre de mélanocytes qu'elle contient. La lamina fusca recouvre la choroïde, la couche la plus externe du tractus uvéal. La sclère a pour fonction de protéger le contenu interne de l'œil des traumatismes mécaniques.

De plus, sa structure rigide contribue à maintenir la forme du globe oculaire et à maintenir les structures de l'œil en place, notamment lors des contractions des muscles extra-oculaires.

- **Cornée**

La cornée est une couche circulaire transparente qui recouvre la pupille, l'iris et la chambre antérieure de l'œil.

La cornée est plus épaisse à sa périphérie et s'amincit progressivement vers son centre, organisées en cinq couches, qui sont, de la plus superficielle à la plus profonde, les suivantes :

- L'épithélium cornéen pavimenteux stratifié non kératinisé.
- La membrane (couche) de Bowman.
- Stroma cornéen :il s'agit de la couche cornéenne la plus épaisse, qui représente environ 90 % de l'épaisseur de la cornée.
- Membrane de Descemet,
- L'endothélium cornéen

La fonction principale de la cornée est de participer à la réfraction de la lumière. La cornée est la structure réfractaire la plus importante de l'œil, car elle possède la puissance optique la plus élevée (42 dioptries)[9].

- ❖ **Couche vasculaire (Uvée)**

La couche vasculaire de l'œil, également connue sous le nom d'uvée ou de tractus uvéal, se compose de trois couches continues d'arrière vers l'avant, il s'agit de la choroïde, du corps ciliaire et de l'iris.

- **Choroïde**

La choroïde est une couche très vasculaire qui représente près de 90% du flux sanguin total de l'œil. La surface externe de la choroïde est fermement attachée à la surface interne de la sclère, tandis que sa surface interne est attachée à la rétine. La choroïde s'étend du point de sortie du nerf optique (II), en arrière, et au corps ciliaire, vers l'avant. La choroïde est divisée en trois couches :

- La couche des vaisseaux.
- La couche capillaire.
- La membrane de Bruch.

La choroïde est innervée par les branches des nerfs ciliaires longs et courts, qui accèdent à la choroïde depuis l'espace péri choroïdien.

La fonction de la choroïde est d'assurer l'approvisionnement en sang des couches externes de la rétine, et d'assurer le passage des vaisseaux sanguins de l'arrière vers l'avant de l'œil.

• **Corps ciliaire**

Le corps ciliaire se situe en profondeur du calcar (éperon) scléral et en surface de l'ora serrata de la rétine. Il est en continuité avec la choroïde en arrière et avec l'iris en avant.

Le corps ciliaire forme un anneau complet autour de l'iris.

Le corps ciliaire se compose de trois parties :

- L'épithélium ciliaire.
- Le stroma ciliaire.
- Le muscle ciliaire

Les procès ciliaires produisent l'humeur aqueuse dans la chambre postérieure de l'œil. L'humeur s'écoule à travers la pupille dans la chambre antérieure de l'œil, où elle est absorbée dans le sinus veineux scléral (le canal de Schlemm).

Le muscle ciliaire permet l'accommodation de l'œil.

Sa face postérieure fait face au corps vitré et lui fournit des glycosaminoglycanes.

• **Iris**

L'iris est un diaphragme circulaire contractile, fortement pigmenté. Il contient de nombreux mélanocytes, dont le nombre varie fortement d'un individu à l'autre

L'iris contient deux muscles lisses qui lui confèrent sa propriété contractile. Il s'agit du :

- Muscle constricteur de la pupille et du
- Muscle dilatateur de la pupille.

Au centre de l'iris se trouve une ouverture circulaire appelée pupille. Le bord interne de l'iris qui délimite la pupille est appelé bord pupillaire. La taille de la pupille peut être modifiée par l'action des deux muscles pupillaires et varie généralement de 1 à 8 millimètres. Ces modifications de la taille de la pupille ont pour but de contrôler la quantité de lumière qui pénètre dans l'œil.

Elle est divisée en deux zones : la zone centrale (pupillaire) et la zone périphérique (ciliaire).

La fonction de l'iris est de contrôler la taille de la pupille grâce à l'action des muscles sphincter et dilatateur de la pupille.

❖ **Couche nerveuse (rétine)**

La rétine est la couche la plus interne du globe oculaire qui s'étend du site de sortie du nerf optique (II) au bord postérieur du corps ciliaire.

La rétine se compose de deux parties : la rétine neurosensorielle interne et l'épithélium pigmentaire rétinien (EPR) externe. L'espace potentiel entre les deux couches est appelé espace sous-rétinien. L'extrémité antérieure de la rétine, à sa jonction avec le corps ciliaire, est appelée ora serrata.

- **Rétine neurosensorielle**

Il existe quelques repères topographiques de la rétine qu'il convient de préciser pour faciliter l'orientation ;

La macula lutea (tâche jaune) est une zone située au centre de la couche rétinienne postérieure. La macula lutea présente une dépression peu profonde en son centre, appelée fovéa.

Le disque optique est situé à 3 millimètres médialement de la macula lutea ; c'est l'endroit où le nerf optique (II) quitte l'œil. Le disque optique ne contient aucune cellule photoréceptrice, c'est pourquoi il est également connu sous le nom de "point aveugle" de l'œil.

En termes d'anatomie microscopique, la rétine est constituée de 10 couches. De la plus profonde à la plus superficielle, elles sont :

- La membrane limitante interne
- Couche des fibres du nerf optique
- Couche des cellules ganglionnaires
- Couche plexiforme interne
- Couche nucléaire interne
- Couche plexiforme externe
- Couche nucléaire (granuleuse) externe
- Membrane limitante externe
- Couche des bâtonnets et des cônes
- L'épithélium pigmentaire rétinien.

Ces neuf premières constituent la neurorétine, tandis que la dernière est l'épithélium pigmentaire rétinien (EPR).

- **Neurorétine**

La neurorétine, ou rétine neurale, contient 6 types de cellules réparties dans ses neuf couches :

- Les photorécepteurs : ils se composent de bâtonnets et de cônes.
- Les bâtonnets sont des cellules cylindriques adaptées à l'absorption de la lumière faible. Les cônes sont les cellules coniques spécialisées dans la lumière de haute intensité, permettant la vision des couleurs.
- Les cellules bipolaires : ces cellules recueillent les informations collectées par les cellules photoréceptrices et les transmettent aux cellules ganglionnaires.
- Cellules ganglionnaires : elles possèdent de longs axones non myélinisés qui partent de leur extrémité basale. Les axones prennent un virage horizontal prononcé et convergent vers le disque du nerf optique. Ils traversent la lame criblée de la sclérotique, après quoi ils deviennent myélinisés. Les axones des cellules ganglionnaires constituent donc le nerf optique (II).
- Cellules horizontales : ces cellules ont pour fonction de libérer le neurotransmetteur inhibiteur GABA qui inhibe les cellules ganglionnaires distantes. Ce processus permet au nerf optique de transmettre les signaux des photorécepteurs les plus excités, contribuant ainsi à la formation d'une image claire.
- Les cellules amacrines : elles constituent la connexion indirecte entre les cellules bipolaires et les cellules ganglionnaires et leur fonction est de moduler le processus photoréceptif en s'assurant que toutes les cellules ganglionnaires concernées sont stimulées.
- Cellules de soutien : les cellules de soutien les plus abondantes sont les cellules de Müller, qui sont dispersées dans l'ensemble de la rétine neurale. Les cellules de Müller présentent de nombreux prolongements radiaux qui se connectent aux cellules photoréceptrices.

Ces six types de cellules sont répartis de manière à former les 9 couches de la neurorétine :

- **Épithélium pigmentaire rétinien (EPR)**

L'épithélium pigmentaire rétinien est la couche la plus profonde de la rétine, qui repose sur la membrane de Bruch de la choroïde

Leur fonction est d'absorber la lumière qui traverse la rétine et d'empêcher sa réflexion vers la couche neurosensorielle. Cette caractéristique est très importante pour une vision claire. En outre, les cellules de l'EPR contribuent à nourrir la rétine et forment la barrière hémato-

rétinienne. La barrière est composée de jonctions serrées entre les cellules de l'EPR et a pour fonction d'empêcher la diffusion de molécules volumineuses et/ou toxiques de la choroïde vers la rétine.[9]

❖ Les milieux transparents du globe oculaire

Les milieux transparents de l'œil sont les structures qui aident à focaliser le rayon lumineux sur la rétine où il peut être détecté par les photorécepteurs. L'œil humain comporte quatre milieux transparents : la cornée, le corps vitré, le cristallin et l'humeur aqueuse. La cornée étant décrite plus haut, nous nous concentrerons ici sur le cristallin, le corps vitré et l'humeur aqueuse.

• Cristallin

Le cristallin est une structure circulaire biconvexe située en avant du corps vitré et en arrière de l'iris. Le bord externe du cristallin divise le cristallin en faces antérieure et postérieure.

Le cristallin est formé de trois parties :

- La capsule, qui enveloppe la surface extérieure du cristallin.
- L'épithélium du cristallin, qui est une couche de cellules épithéliales cubiques situées dans la profondeur de la capsule du cristallin.
- Les fibres du cristallin, qui sont en fait des cellules épithéliales allongées et transformées, constituent la majeure partie de la substance du cristallin.

Le cristallin est maintenu en place par une série de petites bandes ligamentaires qui s'étendent des processus ciliaires à l'équateur du cristallin. Ces fibres sont connues sous le nom de fibres zonulaires (zonule de Zinn). Collectivement, les fibres zonulaires sont appelées ligament suspenseur du cristallin.

Ce ligament joue un rôle important dans la modification de la forme du cristallin lors du processus d'accommodation de l'œil.

• Corps vitré

Le corps vitré est la plus grande structure du globe oculaire, occupant les quatre cinquièmes de l'œil.

Le corps vitré est une structure gélatineuse, avec un cortex dense qui s'attache aux structures environnantes. Son noyau est plus lâche et présente un canal étroit et quelque peu oblique qui s'étend du disque optique au pôle postérieur du cristallin. Ce canal est appelé canal hyaloïde et sert à transmettre l'artère hyaloïde au cours de la vie fœtale, période à laquelle elle alimente le cristallin. La fonction du corps vitré est de contribuer à la réfraction de la

lumière, bien que son indice dioptrique soit nettement inférieur à celui de la cornée et du cristallin.

- **Humeur aqueuse**

L'humeur aqueuse est un liquide riche en nutriments qui remplit les chambres antérieure et postérieure de l'œil. L'humeur aqueuse est produite par les procès ciliaires et acheminée dans la chambre postérieure de l'œil.

L'humeur passe ensuite entre les fibres zonulaires, puis à travers l'iris, pour atteindre la chambre antérieure de l'œil. En outre, l'humeur aqueuse traverse le réseau trabéculaire du canal de Schlemm et s'y draine. La fonction de l'humeur aqueuse est de nourrir le cristallin et la cornée, qui sont dépourvus d'approvisionnement artériel.[9]

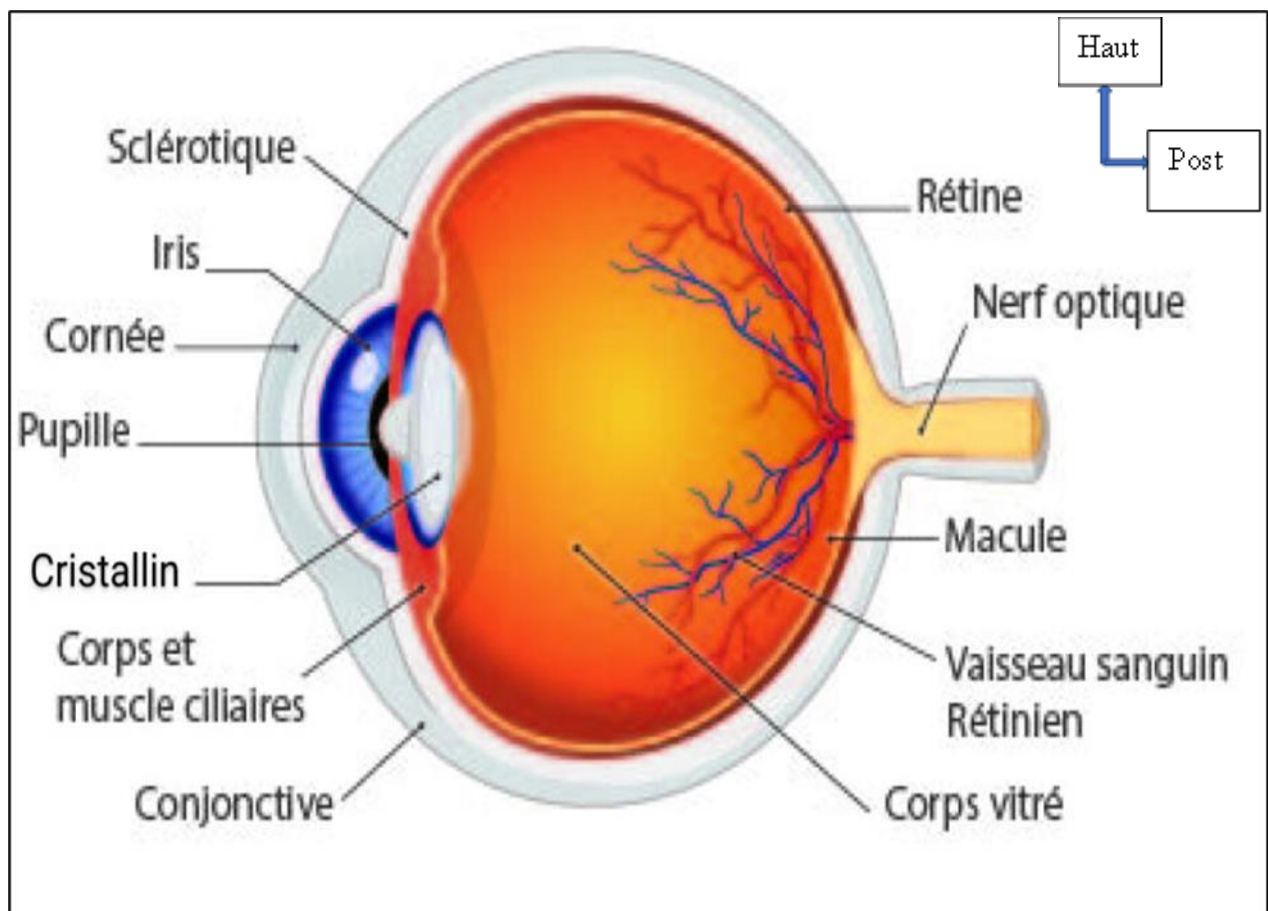


Figure 2 : Anatomie de l'œil humain.[6]

3.2 Quelques pathologies oculaires chez les enfants

L'ophtalmologie pédiatrique sert au dépistage précoce d'éventuelles maladies oculaires. Les examens préventifs réguliers des yeux au cours de la petite enfance, effectués par l'ophtalmologue, sont un élément important de la prévention générale chez l'enfant. Il s'agit par exemple de l'examen de la vue, de l'évaluation de la position et de la mobilité des yeux. Le diagnostic précoce d'un défaut de vision des yeux est donc très important, car les voies nerveuses correspondantes se forment dans le cerveau dès l'enfance et il est difficile de corriger plus tard une formation manquante ou erronée des voies nerveuses. Cela peut entraîner des limitations fonctionnelles permanentes de la capacité visuelle [10].

3.2.1 Traumatismes oculaires

Le traumatisme oculaire est un ensemble de lésions qui intéressent le globe oculaire et ses annexes, l'orbite osseuse et les voies optiques. Ils pourront être constitués de contusions, de plaies, de corps étrangers et de brûlures. Les conséquences peuvent être une désorganisation anatomique et ou un déficit fonctionnel [11]. Les traumatismes oculaires peuvent être à globe fermé (causés par un coup ou contusions d'un objet arrondi) ou à globe ouvert (causés par un objet perforant). Ils peuvent aussi être causés par le contact de l'œil avec des produits chimiques [12].

3.2.2 Cataracte congénitale

La cataracte congénitale est définie comme une opacification du cristallin présente dès la naissance. Dans son programme « Vision 2020 : le droit à la vue », l'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la cataracte congénitale est une des principales causes de cécité évitable. Elle entraîne une altération du développement visuel et l'installation d'une amblyopie profonde et irréversible [13].

3.2.3 Amblyopie

L'amblyopie, appelée aussi œil paresseux, définit un œil (plus rarement les deux yeux) présentant une acuité visuelle déficiente. Cette diminution de l'acuité visuelle n'est pas liée à une lésion anatomique, mais à une mauvaise gestion des données visuelles par le cerveau. En effet, ce trouble persiste même si un trouble de la réfraction ou un strabisme a été pris en charge. L'amblyopie est liée à un défaut de prise en charge et de traitement de l'image par le cerveau [14]. L'amblyopie se développe quand un des deux yeux n'est pas assez stimulé : on parle de stimulation asymétrique.

On classe généralement les amblyopies en deux catégories :

❖ Les **amblyopies organiques** (liées à une pathologie ou un traumatisme de l'œil) ;

❖ Les **amblyopies fonctionnelles** qui sont liées à un défaut de réfraction [14].

3.2.4 Strabisme

Le strabisme se caractérise par une déviation manifeste des axes visuels et des déficits sensitifs secondaires. Affection fréquente touchant principalement l'enfant, il s'agit d'une maladie fréquente et sévère dont le pronostic est grave en l'absence de traitement, avec une perte fonctionnelle de l'œil dévié. Le tableau clinique et le pronostic dépendent considérablement de l'âge d'apparition.

Le strabisme est toujours associé à une amblyopie, d'où la nécessité d'un bilan orthopédique et d'un traitement adapté le plus tôt possible : une collaboration entre pédiatre, médecin généraliste, ophtalmologiste et orthoptiste est essentielle [15]. Un œil peut être constamment ou intermittemment dévié en nasal(ésotropie), en temporal(exotropie), vers le haut (hypertropie) ou le bas (hypotropie) ; il peut également être dévié vers l'intérieur (incyclotropie) ou l'extérieur (excyclotropie). Ce trouble s'accompagne de troubles de la motilité oculaire (un ou les deux yeux), de diplopie, de baisse d'acuité visuelle, d'inconfort oculaire, de maux de tête et/ou d'une posture anormale de la tête [16].

3.2.5 Infections oculaires

Une infection oculaire survient lorsque l'œil ou la zone environnante (y compris les paupières ou la conjonctive) est infecté par des bactéries, des virus ou d'autres germes. Ces infections peuvent provoquer une gêne et une inflammation, et parfois même affecter la vision. Chez les jeunes enfants, les infections oculaires sont particulièrement fréquentes [17].

Différents types d'infections oculaires peuvent affecter les enfants :

❖ Conjonctivite :

La conjonctivite est l'infection oculaire la plus courante chez les enfants. Elle survient lorsque la fine couche de tissu recouvrant la sclère et l'intérieur de la paupière s'inflamme. Elle peut être causée par des bactéries, des virus ou des allergènes.

Causes de la conjonctivite :

- **Bactéries** : Généralement causée par des bactéries comme *Streptococcus pneumoniae* ou *Staphylococcus aureus*.
- **Virus** : Souvent lié aux virus du rhume, comme l'adénovirus.
- **Allergènes** : Le pollen, la poussière et les squames d'animaux peuvent déclencher une conjonctivite allergique.

❖ Orgelet

Un orgelet est une tuméfaction rouge et douloureuse qui se forme à la base d'un cil. Il survient lorsqu'une glande sébacée ou un follicule pileux de la paupière s'infecte

Causes de l'orgelet :

Glandes sébacées ou follicules pileux obstrués sur la paupière

Infection bactérienne (généralement par des bactéries Staphylococcus)

❖ **Blépharite**

La blépharite est une inflammation des paupières, souvent causée par une infection ou d'autres affections sous-jacentes, telles que la sécheresse oculaire ou la rosacée.

Causes de la blépharite :

- Infections bactériennes
- Affections cutanées telles que l'eczéma ou la rosacée
- Yeux secs

❖ **Infections cornéennes (kératite)**

Les infections qui y sont présentes peuvent être graves. Bien que rare chez l'enfant, la kératite peut provoquer des douleurs, des troubles de la vision et des rougeurs.

Causes des infections cornéennes :

- Infections bactériennes, virales ou fongiques
- Blessure à la cornée
- Utilisation de lentilles de contact (surtout si elles ne sont pas nettoyées correctement)

❖ **Cellulite**

La cellulite oculaire est une infection cutanée autour de l'œil qui peut provoquer tuméfaction, rougeur et douleur.

3.2.6 Glaucome congénital

Le glaucome congénital est lié à une anomalie de développement à la naissance, au niveau de l'angle entre l'iris et la cornée, qui entrave la circulation de l'humeur aqueuse à l'intérieur de l'œil. Cette anomalie entraîne une augmentation de la pression intra-oculaire qui affecte les cellules nerveuses de la rétine. Sous l'augmentation de la pression intra-oculaire, l'œil du nouveau-né se déforme, et la cornée apparaît agrandie et trouble. Cette anomalie peut être héréditaire, elle est d'origine génétique et constitue une des principales causes de cécité infantile [18].

3.2.7 Limbo-conjonctivite endémique des tropiques (LCET)

La limbo-conjonctivite endémique des tropiques (LCET) est une limbo-kératoconjonctivite allergique survenant chez l'enfant en milieu tropical. Elle se caractérise par une coloration brunâtre de la conjonctive bulbaire dans l'aire de la fente palpébrale précédant une phase de rougeur de la même zone, une limbite avec des grains de Trantas et un pannus cornéen circulaire, de petites papilles serrées évoluant vers les papilles géantes sur la conjonctive palpébrale. Elle régresse souvent spontanément à la puberté [1]. Longtemps considéré comme la conjonctivite printanière des pays tempérés, Diallo au Sénégal en a fait une entité particulière à cause de son évolution chronique per annuelle avec des poussées aiguës en général en saisons sèches et des complications, notamment l'altération de la vision pouvant évoluer vers la cécité cornéenne. Les mécanismes physiopathologiques sont mal connus mais le rôle de l'hypersensibilité de types I et IV est admis [19].

3.2.8 Ptosis

Le ptosis infantile est une affection fréquente, le plus souvent congénitale, de gravité variable. Elle se caractérise par un abaissement de la paupière supérieure. Unilatérale, elle peut affecter le développement visuel et entraîner une amblyopie. Devant un ptosis unilatéral chez l'enfant, il est impératif d'éliminer un pseudoptosis, dont l'étiologie peut être tumorale. Le diagnostic de ptosis congénitale est principalement posé chez le nourrisson. L'examen clinique repose sur l'évaluation de la hauteur de la paupière, de l'axe visuel, du pli palpébral, de la fonction du muscle releveur de la paupière, du signe de Charles Bell et du diamètre pupillaire. L'examen pupillaire peut confirmer certaines étiologies plus fréquentes, telles que le syndrome de Claude Bernard-Horner ou la paralysie du nerf oculomoteur. Une rééducation visuelle doit être mise en place et une prise en charge chirurgicale doit être envisagée. L'intervention chirurgicale consiste en une résection du muscle releveur ou une suspension frontale [20].

3.2.9 Amétropie

L'amétropie (défaut visuel ou trouble de la réfraction) se définit par l'absence de netteté de la vision. Les principales causes chez l'enfant sont : l'hypermétropie ; la myopie et l'astigmatisme.

- ❖ **Hypermétropie** : c'est lorsque la vision est floue de près, le cristallin focalise trop tard les rayons lumineux, ou que l'œil n'est pas assez profond, la vision de loin pourra s'effectuer avec une légère accommodation du cristallin, afin de focaliser les rayons sur

la rétine. En revanche, les objets plus proches ne pourront pas être focalisés sur la rétine. Le point focal se situera donc derrière l'œil, et là encore l'image sur la rétine sera floue.

- ❖ **Myopie** : c'est lorsque la vision est floue de loin, le cristallin focalise trop tôt les rayons lumineux, à la suite d'un pouvoir d'accommodation trop important, ou que l'œil est trop profond, l'œil myope ne verra jamais véritablement net de loin, puisque les rayons des objets lointains seront focalisés trop tôt. Leur image sera donc floue sur la rétine.
- ❖ **Astigmatisme** : c'est lorsqu'il y a une vision déformée ou lettres en double Si la cornée et parfois le cristallin, est déformée, alors les rayons lumineux en entrée seront également déviés, voire doublés. Dès lors, l'image sur la rétine sera difforme, de près comme de loin. Les personnes touchées voient en double, souvent flou. L'astigmatisme peut être dû à une malformation de naissance, avec une cornée en forme ovale dite « en balle de rugby » au lieu de ronde, ou bien par suite d'une maladie comme le kératocône [21].

Certains types d'amétropie simple peuvent engendrer des perturbations réversibles après correction optique, tandis que d'autres sont des amétropies amblyogènes ou strabogènes [22].

3.2.10 Conjonctivite allergique

La conjonctivite allergique consiste à l'inflammation de la conjonctive causée par une réaction face à un allergène. Les symptômes varient selon les personnes et les régions géographiques. Elle peut être saisonnière ou per annuelle. Elle peut causer des démangeaisons, inflammation, sécrétions aqueuses, yeux larmoyants et rougissement des yeux. Ses effets peuvent être réduits en évitant autant que possible l'exposition aux allergènes [23].

3.2.11 Albinisme oculo cutané (AOC)

L'albinisme oculo cutané est une anomalie congénitale de la formation de mélanine qui provoque une hypo pigmentation diffuse de la peau, des cheveux et des yeux. L'albinisme oculaire affecte les yeux mais généralement pas la peau. L'atteinte oculaire provoque une photophobie, un strabisme, un nystagmus et une diminution de la vision. Le diagnostic d'albinisme oculo cutané est généralement évident à l'examen de la peau, mais un bilan oculaire est nécessaire. On ne dispose d'aucun traitement autre que la protection de l'exposition aux UV [24].

Il existe plusieurs formes d'albinismes : quatre formes principales d'OAC, trois formes mineures d'OCA nouvellement décrites et une forme d'OA : **AOC1a ; AOC1b ; AOC2 ; AOC3 ; AOC4 ; AO1 ; Syndrome de Hermansky Pudlak ; Syndrome Chediak-Higashi ; Syndrome de Griscelli-Prunier** [25].

Dystrophie cornéenne

La dystrophie cornéenne est une maladie génétique héréditaire qui affecte la cornée, la paroi circulaire et transparente située dans la partie antérieure de l'œil. Elle affecte généralement la partie centrale de la cornée des deux yeux sans provoquer d'inflammation oculaire chez les patients âgés de 10 à 40 ans et progresse lentement [26]. Les dystrophies de cornée chez l'enfant englobent un groupe hétérogène de maladies génétiques bilatérales non inflammatoires qui sont en général limitées à la cornée [25]. Les types de dystrophie cornéenne sont classés en fonction de la couche de la cornée qui est touchée :

- ❖ La dystrophie épithéliale de Meesman et la dystrophie de Cogan sont des dystrophies qui affectent la couche épithéliale, la couche la plus superficielle de la cornée.
- ❖ La dystrophie de Reiss Bückler et la dystrophie de Thiel Behnke affectent la membrane de Bowman, entre l'épithélium et les couches plus profondes.
- ❖ Les dystrophies stromales affectent le stroma de la cornée, la couche la plus épaisse. Les plus fréquentes sont la dystrophie granulaire Groenouw I, la dystrophie maculaire Groenouw II et la dystrophie réticulaire, entre autres.
- ❖ La membrane de Descemet et les dystrophies endothéliales sont des perturbations dans les couches plus profondes dont la plus courante est la dystrophie endothéliale de Fuchs [26].

3.2.12 Microphthalmie

La microphthalmie est une maladie oculaire rare caractérisée par une taille anormalement petite d'un ou des deux yeux. Cela peut affecter la vision et le développement des yeux. Certains facteurs génétiques telles que les mutations peuvent jouer un rôle dans le développement de la microphthalmie.

Les types de microphthalmie :

- ❖ Microphthalmie isolée ;
- ❖ Microphthalmie avec colobome ;
- ❖ Microphthalmie avec kyste ;
- ❖ Microphthalmie avec agénésie du nerf [27].

3.2.13 Dacryocystite

La dacryocystite se définit comme une inflammation du sac lacrymal, un élément du système de drainage lacrymal situé au coin interne de l'œil. Cette inflammation est souvent causée par une infection, entraînant une tuméfaction, une douleur et parfois une formation de pus. La dacryocystite peut être aiguë ou chronique. Les cas aigus se manifestent généralement de manière soudaine et s'accompagnent de symptômes plus graves, tandis que les cas chroniques peuvent se développer progressivement et présenter des symptômes plus légers.

Causes et facteurs de risque

- **Causes infectieuses/environnementales**

La dacryocystite est principalement causée par des infections bactériennes, avec des agents pathogènes courants, notamment *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*. Ces bactéries peuvent pénétrer dans le sac lacrymal par un canal lacrymal obstrué, provoquant inflammation et infection. Des facteurs environnementaux tels que l'exposition à des irritants ou des allergènes peuvent également contribuer au développement de cette affection.

- **Causes génétiques**

Bien que la dacryocystite ne soit généralement pas héréditaire, certaines prédispositions génétiques peuvent augmenter le risque de développer des affections affectant le système de drainage lacrymal [28].

3.2.14 Neuropathies optiques

Le nerf optique relie l'œil au cerveau. C'est lui qui conduit l'influx lumineux, perçu par la rétine au fond de l'œil, jusqu'au cortex cérébral (cortex occipital), qui la "traduit" en information visuelle.

Le nerf optique est composé d'environ **1,2 million d'axones**, ou fibres, issus des cellules ganglionnaires de la rétine. Lorsqu'il est lésé par un processus pathologique, l'information visuelle, bien que perçue par la rétine, n'est plus transmise en quantité ou qualité suffisantes au cortex occipital afin d'y être intégrée et comprise.

Les neuropathies optiques peuvent avoir des causes nombreuses et le pronostic visuel est variable [29].

3.2.15 Cécité corticale

La cécité corticale est une perte de sensation visuelle liée à des lésions bilatérales traversant les voies optiques en arrière du corps genouillé latéral et plus particulièrement les aires visuelles primaires (ou cortex strié) situées dans les lobes occipitaux.

La cécité corticale se définit essentiellement en fonction de sa spécificité par rapport aux autres atteintes ophtalmologiques, neurologiques ou psychiatriques. Il s'agit classiquement d'un déficit avec perte de toute sensation visuelle consciente, perte du réflexe d'alignement à la lumière et à la menace. Le patient se comporte comme un aveugle, se heurtant aux obstacles ainsi qu'aux personnes. Même les discriminations rudimentaires de la lumière et de l'obscurité, ou du mouvement et de l'immobilité sont absentes. L'installation de la cécité corticale peut être brutale ou progressive.

Même lors d'une installation brutale du déficit, le patient présente le plus souvent une anosognosie pour la cécité corticale ou syndrome d'Anton. En effet, aussi surprenant que cela puisse paraître, le patient atteint de cécité corticale, n'exprime spontanément aucune plainte vis-à-vis de la perte visuelle, nie vigoureusement sa gêne lorsqu'il est mis en échec et attribué parfois à des causes extérieures [30].

3.2.16 Rétinoblastome

Le rétinoblastome est un cancer de la rétine qui survient fréquemment chez l'enfant de < 2 ans. La symptomatologie comporte typiquement une leucocorie (reflet blanc de la pupille), un strabisme, moins souvent une inflammation et des troubles de la vision. Le cancer peut être héréditaire ; le mode de transmission est principalement autosomique dominant, mais avec une pénétrance incomplète (les symptômes cliniques ne sont pas toujours présents chez les individus qui ont la mutation responsable de la maladie). Le traitement des plus petites tumeurs et de la maladie lorsqu'elle est bilatérale peut comprendre la photocoagulation, la cryothérapie et la radiothérapie. Le traitement des formes avancées et étendues est une énucléation. La chimiothérapie est parfois utilisée, afin de réduire le volume tumoral et pour les tumeurs qui ont disséminé [31].

3.2.17 Atrophie optique

L'atrophie optique désigne la dégénérescence des fibres du nerf optique, qui peut entraîner une baisse de l'acuité visuelle et d'autres troubles visuels. Le nerf optique est composé de millions de fibres nerveuses qui transmettent les signaux visuels de la rétine au cerveau. Lorsque ces fibres sont endommagées ou dégénérées, cela peut entraîner diverses déficiences visuelles, notamment une vision floue, une perte de la vision périphérique et,

dans les cas graves, une perte totale de la vision. L'atrophie optique n'est pas une maladie en soi, mais plutôt la manifestation de diverses affections sous-jacentes qui affectent le nerf optique.

Causes et facteurs de risque

❖ Causes infectieuses/environnementales

Plusieurs agents infectieux et facteurs environnementaux peuvent contribuer à l'atrophie optique tels que :

- **Névrite optique** : L'inflammation du nerf optique, souvent associée à la sclérose en plaques, peut entraîner une atrophie optique.
- **Infections** : Les infections virales comme le cytomégalo virus (CMV) ou les infections bactériennes comme la syphilis peuvent endommager le nerf optique.
- **Toxoplasmose** : Cette infection parasitaire peut également affecter le nerf optique, en particulier chez les personnes immunodéprimées.

❖ Causes génétiques/auto-immunes

Les prédispositions génétiques et les maladies auto-immunes peuvent jouer un rôle important dans le développement de l'atrophie optique :

- **Conditions héritées** : Les troubles génétiques tels que la neuropathie optique héréditaire de Leber (NOHL) peuvent entraîner une dégénérescence du nerf optique.
- **Maladies auto-immunes**: Des maladies comme le lupus ou la sarcoïdose peuvent provoquer une inflammation et des lésions du nerf optique [32].

MATERIELS ET METHODE

IV. Matériels et méthode

4.1 Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire de l'institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (CHU - I.O.T.A) de Bamako au Mali.

4.1.1 Situation

Il est situé au centre de la commune III de Bamako, entre le quartier Médina Coura à l'Est et le CHU-Gabrielle Touré à l'Ouest, au Nord par l'État-major et au Sud par le grand marché facile d'accès pour la majorité de la population.

4.1.2 Historique

Disposant de personnels qualifiés, de matériels de pointe pour la prise en charge des maladies oculaires. L'IOTA fut créé le 1er octobre 1953 à Bamako. Il a intégré l'organisation de coopération et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE) en 1960, une structure régionale regroupant huit (8) états (Benin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et le Togo). À la suite de la dissolution de cette organisation le 31 Décembre 2000, l'IOTA appartient désormais aux systèmes sanitaires du Mali. Ses efforts et son expansion sont soutenus et encouragés par des organismes internationaux ainsi que par des associations philanthropiques.

4.1.3 Missions

Statutairement les missions de l'IOTA sont :

- ❖ Les soins ophtalmologiques.
- ❖ La formation des médecins spécialistes en ophtalmologie (DES), des assistants médicaux en ophtalmologie (AMO), des optométristes et des techniciens en lunetteries.
- ❖ La recherche opérationnelle incluant un volet essentiel de santé publique et d'appui aux États.

4.1.4 Présentation du service d'ophtalmo-pédiatrie

Créé en 2008, le service d'ophtalmologie pédiatrique est situé au premier étage du nouveau bâtiment et correspond au 12eme box de consultation. Il est un service technique du CHU-IOTA rattaché au Département clinique.

Le service d'ophtalmologie pédiatrique comprend :

- Deux salles de consultation ;
- Une salle d'optométrie ;
- Deux salles d'attente ;
- Un guichet pour les paiements ;

- Un bureau pour la surveillance de l'unité.

Les activités chirurgicales se tiennent dans un bloc dédié. Les hospitalisations se font dans une salle dédiée disposant de 5 lits. Le personnel est composé à ce jour de :

- Quatre (4) Médecins spécialisés en ophtalmologie pédiatrique : un (1) Maître de Conférences, un (1) Maître de recherche et deux (2) Praticiens Hospitaliers ;
- Deux (2) Assistantes Médicales en Ophtalmologie ; Une (1) secrétaire.

Prise en charge de l'enfant en ophtalmologie pédiatrique :

Les consultations en ophtalmologie pédiatrique se font sur Rendez-vous. Le jour du rendez-vous, les parents présentent l'enfant au guichet pour la confection du dossier médical et seront ensuite orientés vers la salle de consultation équipée par : une lampe à fente, un projecteur d'échelle d'acuité visuelle de loin (Snellen et Monnoyer), une lentille de Volk.

Tarifs : les consultations en ophtalmologie pédiatrique coûtent 2000 FCFA. Par contre les enfants non coopérant sont pris au bloc sous anesthésie générale à 5000 FCFA.

Archivages des dossiers : les dossiers des patients consultant en ophtalmologie pédiatrique sont conservés sous forme physique (papier) dans des archives dédiées de l'établissement, identifiés par un numéro ou un nom de dossier lors de l'enregistrement à l'accueil ou aux tickets de consultation. Les dossiers actifs et d'historique récent sont gardés à disposition pour le suivi clinique des patients souffrant de pathologies oculaires, tandis que les données servent aussi de base aux études cliniques et mémoires de la faculté de médecine.

4.2 Technique de collecte des données :

Nous avons utilisé les dossiers des malades du service d'ophtalmologie pédiatrique.

4.3 Déroulement de l'étude

Une fois le questionnaire élaboré et multiplié, nous avons procédé au dépouillement des dossiers des malades. Sur les dossiers nous avons relevés toutes les données qui concernent notre étude. Les données ne répondant pas à toutes nos questions ont été retirées.

4.4 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à collecte rétrospective de 2020 à 2023 qui se déroulera sur la période de 2024 à 2025

4.5 Population d'étude

La population d'étude a porté sur les dossiers médicaux des enfants de 0 à 15 ans.

4.5.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- ❖ Tous les dossiers des enfants ;

❖ Les premiers examens de chaque enfant.

4.5.2 Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus

Enfant de plus de 15 ans

4.5.3 Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon est estimée à travers la formule de DANIEL SCHWARTZ :

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{i^2}$$

n : taille de l'échantillon

p : fréquence de résultat. Dans l'étude de Jrbashyan N et al., une prévalence de pathologie oculaire de 15% a été trouvée chez les enfants sur 2 ans [33]. Donc nous prendrons

- **p = 0,15.**
- **q : 1-p = 0,85**
- **i** : test de l'écart réduit = **±5%**
- **Z** : valeur dépendante du risque d'erreur alpha (pour alpha=0,05 ; **Z=1,96**)

$$n = \frac{1,96^2 * 0,15 * 0,85}{0,05^2} = 196$$

n = 196

La taille minimum de notre échantillon est de 196 enfants.

4.6 Procédures d'études

Les informations ont été recueillies sur une fiche d'enquête préétablie et numérotée selon les patients.

4.6.1 Les variables d'études

❖ Variables sociodémographiques

- Âge
- Sexe
- Lieu de résidence

❖ Variables épidémiologiques et cliniques

- Fréquence
- Type de pathologie
- Antécédents médicaux
- Stade de la maladie
- Délais d'évolution avant la consultation

❖ Variables liées aux circonstances de consultation :

- Type de consultation
- Motif de la référence
- Délai entre la détection des symptômes et la consultation

❖ Variables liées aux plaintes

Plaintes principales rapportées

4.6.2 Gestion et analyse de donnée

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS version 25.

4.7 Considération éthique

Le protocole d'étude a reçu l'approbation de la direction du CHU- IOTA.

RESULTATS

V. Résultats

Sur 16133 nouvelles consultations en ophtalmologie pédiatrique au CHU-IOTA, nous avons colligé 2145 enfants soit 13,3% des nouvelles consultations.

❖ Aspects socio-démographiques

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge.

Tranche Age	Effectif	Pourcentage
0-5	1331	62,1
6-15	814	37,9
Total	2145	100

Les patients étaient âgés de 0 à 5 ans avec 62,1%.

L'âge moyen des patients était de $4,65 \pm 4,11$ ans.

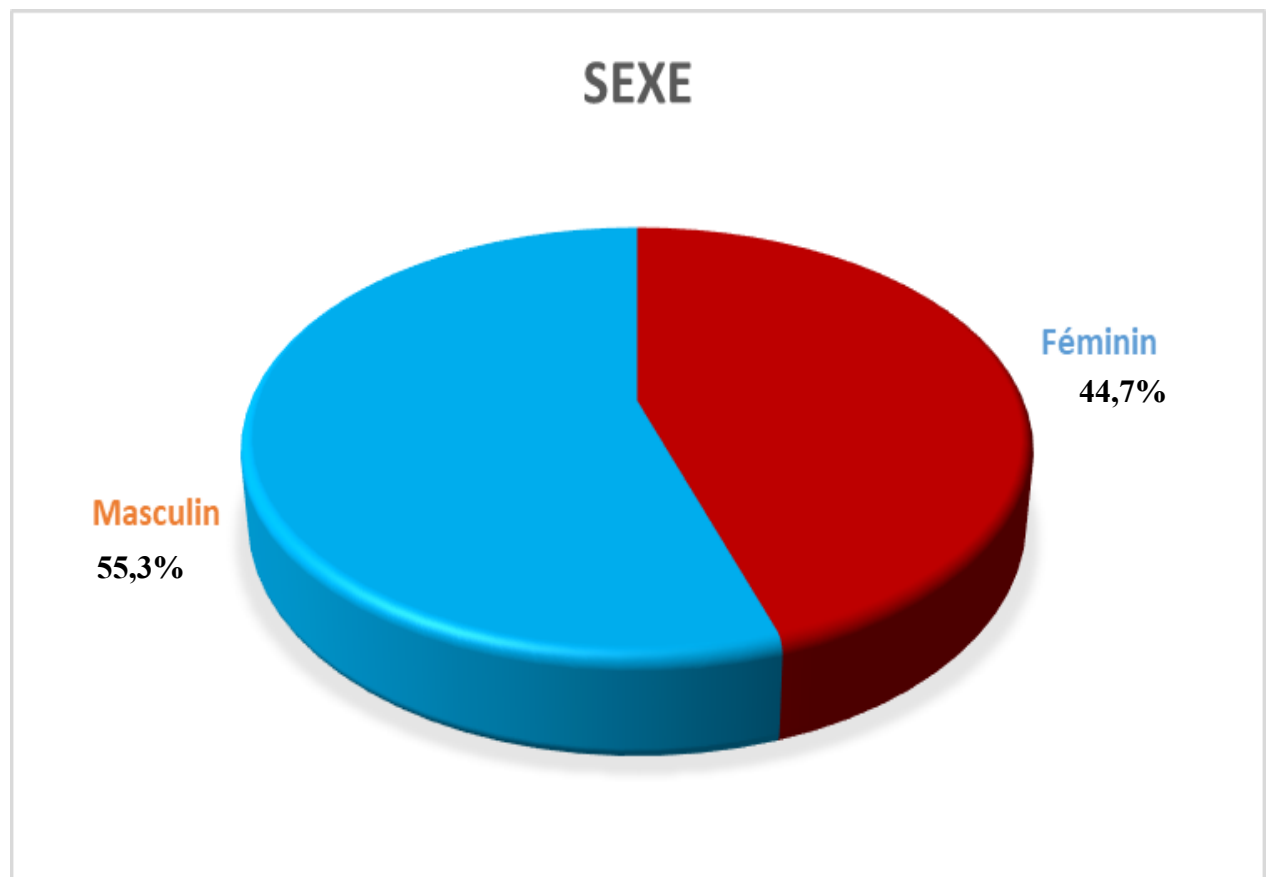


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe masculin était le plus représenté avec **55,3%**.

Le sex ration était de 1,2.

Tableau II : Répartition des patients selon le lieu de résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Urbain	1905	88,8
Rural	240	11,2
Total	2145	100

Le milieu urbain était de 88,8% des cas.

❖ Aspects épidémiologiques et cliniques

Tableau III : Répartition des patients selon la présence d'antécédent médico chirurgical.

Antécédent (ACTD)	Effectif	Pourcentage
Sans antécédent	1875	87,4
Avec antécédent	270	12,6
Total	2145	100

12,6% des patients avaient un antécédent médico chirurgical.

Tableau IV : Répartition des patients selon la présence d'antécédent ophtalmologique

Antécédent (ATCD)	Effectif	Pourcentage
Sans antécédent	1827	83,2
Traumatisme	175	8,2
Rétinoblastome	76	3,5
Port de verres corrigés	30	1,4
Chirurgie	14	0,7
Glaucome	13	0,6
Anophtalmie	5	0,2
Strabisme	5	0,2
Total	2145	100

Le traumatisme oculaire était l'antécédent ophtalmologique retrouvé chez 8,2% des patients.

Tableau V : Répartition des patients selon le stade de la maladie.

Stade de la maladie	Effectif	Pourcentage
Précoce	983	45,8
Avancé	1162	54,2
Total	2145	100

Le stade avancé était de 54,2% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon le délai entre la détection des symptômes

Délais	Effectif	Pourcentage
Moins d'une semaine	429	20
1-4 semaines	380	17,7
Plus d'un mois	1336	62,3
Total	2145	100

Environ 62,3% de nos patients ont consulté après 1 mois de l'apparition des symptômes.

❖ Circonstances de consultation

Tableau VII : Répartition des patients selon le type de consultation.

Courante	Effectif	Pourcentage
Oui	1550	72.3
Non	595	27,7
Total	2145	100

La consultation courante représentait 72,3% des types de consultations.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la référence

Référence	Effectif	Pourcentage
Oui	399	18,6
Non	1746	81,4
Total	2145	100

18,6% des patients ont été référés.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'urgence

Urgence	Effectif	Pourcentage
Oui	196	9,1
Non	1949	90,9
Total	2145	100

9,1% des patients ont consultés en urgence.

Tableau X : Répartition des patients selon le motif de référence.

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
Détection parentale	1468	68.4
Détection scolaire	50	2.3
Enfant lui-même	129	6
Autres	498	23.2
Total	2145	100

La détection parentale était de 68,4% des cas.

❖ Plaintes rapportées

Tableau XI : Répartition des patients selon les plaintes rapportées

Motifs de consultation	Effectif n=2145	Pourcentage %
Baisse d'acuité visuelle	774	36,1
Déviation	295	13,8
Leucocorie	338	15,8
Larmoiement	284	13,2
Prurit	249	11,6
Douleur	236	11
Sécrétion	194	9
Rougeur	170	7,9
Photophobie	162	7,6
Buphthalmie	182	8,5
Chute de paupière	77	3,6
Dépistage	103	4,8
Autre	57	2,7

La baisse d'acuité visuelle était la plainte chez 36,1% des cas.

❖ **Diagnostic principal****Tableau XII : Répartition des patients selon le diagnostic**

Diagnostic	Effectif n = 2145	Pourcentage
Cataracte congénitale	229	10,7
Strabisme	255	11,9
Traumatismes oculaires	444	20,7
Glaucome congénital	101	4,7
Infections oculaires	140	6,5
Rétinoblastome	209	9,4
LCET	57	2,7
Amétropie	142	6,6
Dystrophie de cornée	44	2,1
Albinisme Oculo Cutané	48	2,2
Conjonctivite Allergique	101	4,7
Ptôsis	75	3,5
Microphthalmie	38	1,8
Amblyopie	32	1,4
Neuropathie optique	34	1,6
Glaucome juvénile	23	1,1
Dacryocystite	25	1,2
Cécité corticale	14	0,7
Atrophie optique	16	0,7
Examen normal	103	4,8
Autres	148	6,9

Les traumatismes oculaires représentaient 20,7% des diagnostics. Les autres concernent pan uvéite ; dystrophie maculaire ; tumeur palpébrale ; dystrophie maculaire ; kyste conjonctivale

NB : A savoir qu'un patient pouvait avoir plusieurs motifs et diagnostics associés.

LCET : limbo conjonctivite endémique des tropiques

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion

A. Profil sociodémographique

❖ Tranche d'âge

La tranche d'âge de 0 et 5 ans était majoritaire. L'âge moyen des patients était de $4,65 \pm 4,11$ ans avec des extrêmes de 0 et 15 ans ; notre résultat est supérieur à celui de Assavèdo et al. Au Bénin qui ont rapporté une proportion d'enfants de 1 à 5 ans plus représentée avec 29,6% des enfants consultant pour des affections oculaires [34].

❖ Le sexe

Le sexe masculin était plus représenté avec 55,3% avec un sex ratio de 1,2. Cette prédominance masculine est retrouvée dans d'autres études africaines, notamment celle de Kouma A sur le glaucome pédiatrique avec 54% ou le sexe ratio était de 1,1 et Assavèdo et al. au Bénin avec une prédominance masculine de 51,2%. [35] Par contre es filles étaient plus touchées avec 75,7% dans l'étude de Konaté et al. au Mali [36].

❖ Résidence

La proportion élevée d'enfants venant du milieu urbain (88,8%) reflète probablement un meilleur accès aux structures spécialisées, ce qui est proche des résultats de Mouaye M et col. au Cameroun qui rapportait 85,1% d'enfants provenant du milieux urbain [37].

B. Caractéristiques épidémiologiques et cliniques

❖ Fréquence générale

La fréquence hospitalière des pathologies oculaires de l'enfant de cette étude était de 13,3%. Ce résultat est légèrement inférieur à celui obtenu par Mouaye M et col. au Cameroun en 2023, qui retrouvaient 16,9% [37].

❖ Antécédents médicaux et ophtalmologiques

Les enfants n'avaient pas d'antécédent médico-chirurgical dans 87,4%, ce qui correspond aux observations de Tellou qui avait trouvé une proportion de 92% [38].

Concernant les antécédents ophtalmologiques, 83,2% n'en avaient pas. Les traumatismes représentaient 8.2 %, ce qui est proche des résultats de Mouaye M et col. au Cameroun, où les traumatismes étaient fréquents avec 12,3% [37]. Ces données montrent que les pathologies ophtalmologiques pédiatriques surviennent souvent de manière isolée, sans contexte médical préalable.

❖ Stade de la maladie

Les stades avancés étaient légèrement plus fréquents avec 54,2%. Ce résultat n'est pas encourageant car, dans plusieurs contextes africains, les stades avancés dominent souvent à

cause du retard de diagnostic malgré la différence de nature des pathologies étudiées. Notre observation concorde avec celles de Kouma qui dit que la majorité des enfants étaient diagnostiqués à un stade avancé, souvent avec une atteinte cornéenne sévère et une baisse importante de l'acuité visuelle [36].

Délai de consultation

Dans notre étude, Plus de la moitié de nos patients ont consulté après 1 mois de l'apparition des symptômes avec 62,3% des enfants ayant consulté après plus d'un mois. Traore.L souligne dans son étude que le diagnostic tardif est un problème majeur avec une fréquence de 38,75% de patient ayant consulté tardivement, lié au manque de sensibilisation, aux croyances culturelles et à la sous-estimation de la gravité des lésions initiales [39]. Ces résultats montrent la nécessité de renforcer les campagnes d'information auprès des familles et des écoles.

❖ Circonstances de découverte

La majorité des consultations étaient ordinaires soit 72,3% suivi de 18,6% de cas référés, ce résultat concorde avec celui de Diane et al. qui montre dans leur étude que 96,07% des patient ont consulté de façon volontaire avec seulement 3,93% qui était des cas référés d'autres services [40] . La détection parentale représentait 68,4%, ce qui montre le rôle central des familles dans l'identification des troubles visuels bien avant les structures médicales ou scolaires. Cela souligne l'importance de former et sensibiliser les parents à reconnaître les signes précoces.

❖ Plaintes rapportées

Les principales plaintes à l'admission étaient la baisse d'acuité visuelle avec 36,1%. Ce résultat est comparable à ceux de Konaté et al. au Mali qui rapportaient une fréquence de baisse d'acuité de 35% [36]. La leucocorie représentait 15,8% des motifs de consultation, ce résultat est proche des résultats de Laminou L et al. dans une étude sur les tumeurs oculo-orbitaires qui ont trouvé 21,7% [41] . Ces plaintes traduisent la diversité des symptômes, allant des troubles fonctionnels (baisse de vision, déviation) aux signes plus visibles (rougeur, larmolement, leucocorie).

❖ Diagnostic principal

Les traumatismes oculaires étaient les diagnostics les plus fréquents (20,7%). Thera et al. ont également trouvé une forte proportion de traumatismes soit 20% et d'infections dans leur série.[42] Le strabisme représentait 11,9% des diagnostics comparable aux résultats d'une étude menée sur la prévalence du strabisme et facteurs associés chez les patients

pédiatriques dans le sud de l'Éthiopie par Agaje BG et al. qui ont trouvé 17,9% de strabisme dans leur série.[16] La cataracte congénitale représentait 10,7%, comparable aux données de Amedome K et al. qui ont trouvé 17,4%.[43] Le rétinoblastome était fréquent avec 9,4% inférieur aux résultats de Laminou L et al. qui ont trouvé 31,1% dans leur étude au Niger.[41] Cette différence peut s'expliquer par la nature des pathologies étudiées : leur étude est sur les tumeurs oculo-orbitaires tandis que notre série inclut des affections variées. Le glaucome congénital était retrouvé chez 4,7%, légèrement inférieur aux estimations de Denis et Aziz-Alessi qui situent cette pathologie autour de 5% des cécités infantiles [44] et Amedome K et al. qui ont trouvé 6% de glaucome dans leur étude.[43] Ces résultats montrent que les pathologies graves comme la cataracte, le glaucome et le rétinoblastome restent présentes, mais que les traumatismes constituent un problème majeur de santé publique. Ces résultats doivent encourager à renforcer le dépistage précoce, à sensibiliser les familles et à améliorer l'accès aux soins spécialisés, afin de réduire la morbidité visuelle chez l'enfant.

CONCLUSION

Conclusion

Les pathologies en ophtalmologie pédiatrique sont l'ensemble des maladies diagnostiquées dans les yeux des enfants. L'ophtalmologie pédiatrique joue un grand rôle dans le dépistage précoce des maladies oculaires. Les traumatismes oculaires occupent une place importante dans les urgences ophtalmologiques et posent un véritable problème de santé publique de par leur fréquence, leur gravité et les conséquences sur la fonction visuelle. Il ressort de cette étude que le traumatisme oculaire est un motif fréquent de consultation au service d'ophtalmologie pédiatrique du CHU-IOTA avec une fréquence (20,7%) avec une forte proportion de cas référés ou pris en urgence. Le strabisme (11,9%), la cataracte congénitale (10,7%) et le rétinoblastome (9,4%) ont aussi confirmé leur poids dans la morbidité visuelle pédiatrique. D'autres affections oculaires cécitantes sont présentes comme (amblyopie, neuropathie optique, atrophie optique, cécité corticale) qui implique la mise en place de stratégie de lutte contre ces pathologies de l'enfant. Ces résultats soulignent l'importance du dépistage précoce, de la sensibilisation des parents et du renforcement des capacités locales pour prévenir la cécité évitable chez l'enfant.

RECOMMENDATIONS

Recommandations

Nous reformulons les recommandations suivantes

❖ Aux autorités sanitaires,

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur la santé visuelle des enfants.
- Développer des programmes de dépistage précoce des pathologies oculaires dans les écoles et centres de santé pour réduire les retards de diagnostic.

❖ Aux parents des enfants,

- Consulter rapidement dès l'apparition de tout trouble visuel chez l'enfant.
- Collaboration entre familles, enseignants et soignants est essentielle pour assurer une prise en charge rapide et efficace des pathologies oculaires pédiatriques.
- Faire une consultation ophtalmologique de dépistage par an pour tous les enfants.
- Assurer la surveillance des enfants pour diminuer le risque.
- Consulter le plus tôt possible les services spécialisés en cas de traumatismes oculaires.

REFERENCES

Références

- [1] Hoyt CS, Taylor D. Pediatric Ophthalmology and Strabismus, Expert Consult-Online and Print, 4: Pediatric Ophthalmology and Strabismus. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012.1168p.
- [2] Singh S, Sharma B, Kumar K, Dubey A, Ahirwar K. Epidemiology, clinical profile and factors, predicting final visual outcome of pediatric ocular trauma in a tertiary eye care center of Central India. *Indian J Ophthalmol.* nov 2017;65(11):1192-7.
- [3] Adegbehingbe BO, Oladehinde MK, Majemgbasan TO, Onakpoya OH, Osagiede EO. Causes of childhood blindness: results from a tertiary hospital in Nigeria. *Niger Postgrad Med J.* 2006;13(1):64-7.
- [4] Mehari. Pattern of childhood ocular morbidity in rural eye hospital, Central Ethiopia. *BMC Ophthalmology* 2014 14:50.
- [5] Widad. B: les cataractes congénitales: Profil épidémiologique clinique et thérapeutique. *Th. Med.* 2017; M27 2017. pdf Rabat(Maroc).
- [6] Centre d'Ophtalmologie de l'Ouest Parasien (OPH). L'anatomie de l'oeil. [Internet]. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.oph78.fr/ophtalmologie/anatomie-oeil/>. *OPH 78*, <https://www.oph78.fr/ophtalmologie/anatomie-oeil/> (2025, accessed 8 December 2025).
- [7] Rhellab S. Anatomie du globe et de ses annexes. 26pages., <https://fr.scribd.com/document/492878945/Anatomie-oeil-et-annexes> (2026, accessed 10 February 2026).
- [8] GUIDE DE LA VUE. muscles oculomoteurs | Le Guide De La Vue, <https://www.guide-vue.fr/glossaire/muscle-oculomoteur> (2024, accessed 31 March 2026).
- [9] Khodja DDL. Anatomie de l'œil : structures internes. *Kenhub*, <https://www.kenhub.com/fr/library/anatomie/anatomie-de-l-oeil> (2025, accessed 5 February 2026).
- [10] Primi Médico. Ophtalmologie pédiatrique : diagnostic, thérapie & spécialistes, <https://www.primomedico.com/fr/cure/ophtalmologie-pediatrique/> (2025, accessed 9 December 2025).
- [11] Sidibe M, Dembele A, Napo A, Sidibe O, Conare I, Fomba F..... et al. TRAUMATISME OCULAIRE PAR AIGUILLE DE TRESSE À L'INSTITUT D'OPHTALMOLOGIE TROPICALE DE L'AFRIQUE (IOTA). *Revue SOAO* 2014; 13–18.
- [12] Lancet, WHO. Cataracts: causes, symptoms and treatment. *ICR*, <https://icrcat.com/fr/maladies-et-troubles-oculaires/cataracte-enfant/> (2026, accessed 8 December 2025).
- [13] Torsten S. *Atlas de poche d'ophtalmologie*. 1st edn. Paris: Flammarion Médecine Sciences, 2006.

- [14] Elsan. Amblyopie : définition, symptômes et traitements, <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-des-yeux/amblyopie-definitions-symptomes-traitements> (2026, accessed 8 December 2025).
- [15] Denis D. Child's strabismus. *Rev Prat* 2007; 57: 11–30.
- [16] Agaje BG, Delelegne D, Abera E, et al. Strabismus prevalence and associated factors among pediatric patients in southern Ethiopia: a cross-sectional study. *J Int Med Res* 2020; 48: 0300060520964339.
- [17] Reddy DS. Infections oculaires chez les enfants : signes, causes et conseils de soins, <https://continentalhospitals.com/fr/blog/eye-infections-in-kids-signs-causes-and-care-tips> (2025, accessed 7 December 2025).
- [18] Institut de la vision. Le glaucome congénital, <https://www.institut-vision.org/maladies-rares/le-glaucome-congenital> (2026, accessed 8 December 2025).
- [19] Vonor B. Limbo-conjonctivite endémique des tropiques (LCET) et prise en charge allergologique : étude préliminaire chez l'enfant togolais. *Journal Français d'Ophtalmologie* 2013; 36: 677–682.
- [20] Bremond-Gignac D. [Unilateral ptosis in children]. *Rev Prat* 2020; 70: 993–996.
- [21] Denèle A, Pombourcq C. Amétropie : causes, symptômes, traitement. *Passeport Santé+*, <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=ametropie> (2025, accessed 13 February 2026).
- [22] Denis D, Benso C, Wary P, Fogliarini C. La réfraction chez l'enfant : épidémiologie, évolution, évaluation et mode de correction des amétropies. *Journal Français d'Ophtalmologie* 2004; 27: 943–952.
- [23] Centre Ophtalmologique Barcelone. Conjonctivite allergique. Symptômes et traitement. *ICR*, <https://icrcat.com/fr/maladies-et-troubles-oculaires/conjonctivite-allergique/> (2025, accessed 9 December 2025).
- [24] Das S, Merola JF. Albinisme - Troubles dermatologiques. *Édition professionnelle du Manuel MSD*, <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/troubles-de-la-pigmentation/albinisme> (2024, accessed 9 December 2025).
- [25] Denis, Danièle C, Bui Quoc B, Aziz Alssi A. *Ophtalmologie pédiatrique*. Elsevier Masson. Paris, https://www.em-consulte.com/em/SFO/2017/file_10001.html (2015, accessed 17 December 2025).
- [26] Portal Patience Centre d'ophtalmologie Barraquer. Dystrophie cornéenne : Symptômes, causes et traitements. *Barraquer*, <https://www.barraquer.com/fr/pathologie/dystrophie-corneenne> (2025, accessed 12 December 2025).
- [27] MedicovertHospitals. Microphthalmie : causes, symptômes et traitement, <https://www.medicovert Hospitals.in/fr/diseases/microphthalmia/> (2025, accessed 12 December 2025).

- [28] ApolloHospitals. Dacryocystite : causes, symptômes, diagnostic et traitement, <https://www.apollohospitals.com/fr/diseases-and-conditions/dacryocystitis> (2024, accessed 13 February 2026).
- [29] Cabinet Ophtalmologique des Flandres. Neuropathies optiques | Explorations et aptitudes | Les maladies de l'oeil | Cabinet d'ophtalmologie des Flandres, <https://www.cof.fr/explorations-et-aptitudes/neuropathies-optiques> (2026, accessed 13 February 2026).
- [30] Chokron S. La cécité corticale. *Journal Français d'Ophtalmologie* 2014; 37: 166–172.
- [31] Kee Kiat Yeo. Rétinoblastome - Pédiatrie. *Édition professionnelle du Manuel MSD*, <https://www.msmanuals.com/fr/professional/pédiatrie/cancers-pédiatriques/rétinoblastome> (2024, accessed 13 February 2026).
- [32] ApollonHospitals. Atrophie optique : causes, symptômes, diagnostic et traitement, <https://www.apollohospitals.com/fr/diseases-and-conditions/optic-atrophy> (2024, accessed 13 February 2026).
- [33] Jrbashyan N, Yeghiazaryan N, Sikder A, et al. Pattern and prevalence of eye disorders and diseases in school-aged children: findings from the Nationwide School Sight Sampling Survey in Armenia. *BMJ Open Ophthalmol* 2022; 7: e000899.
- [34] AssAvèdo C. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES AFFECTIONS OCULAIRES DE L'ENFANT AU CHD-BORGOU, BENIN (A PROPOS DE 1109 CAS).
- [35] Kouma A. *Aspects épidémio-cliniques du glaucome chez les enfants de 0 à 15 ans au service d'Ophtalmo-pédiatrique du CHU IOTA de Bamako 2014 à 2018*. Thesis, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2021.
- [36] Centre hospitalier Universitaire Bocar Sidy Sall (CHU-BSS) de Kati, Konaté D, Sall F, et al. Les erreurs réfractives chez les enfants pris en charge au CHU BSS de Kati. *Jaccr Africa* 2024; 8: 193–198.
- [37] Mandone M, Henriette I-E. *Epidémiologie et clinique des pathologies oculaires des enfants de 5-15 ans dans la Ville de Douala au Cameroun*. Thesis, Université de Yaoundé I, 2023.
- [38] Tellou L. *Etude epidemio clinique des affections oculaires chez les enfants de 6 mois à 15 ans dans l'institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA)*. Thesis, USTTB, <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/13972> (2018, accessed 31 March 2026).
- [39] TRAORE L. *PARCOURS DES TRAUMATISMES OCULAIRES CHEZ LES ENFANTS DE 0 à 15 ANS AU CHU-IOTA*. UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO, 2022.
- [40] Diane S, Fofana I, Camara F, et al. Aspect Epidemiologique Des Affections Oculaires Chez Les Enfants De 0 A 15 Ans Au Cades/O De L'hôpital National De Donka.: Epidemiological Aspect of Eye Affections in Children from 0 To 15 Years at the Cades/O of the National Hospital of Donka. *Current Opinion* 2022; 2: 162–169.

- [41] Laminou L, Boubacar M, Nd A, Traoré H, Hy A, Abdou A. Epidemiological, Clinical, and Histological Profile of Oculo-Orbital Tumors in Niger: An 8-Year Retrospective Study at Zinder National Hospital : Profil Épidémiologique, Clinique et Histologique des Tumeurs Oculo-Orbitaires au Niger : Une Étude Rétrospective de 8 Ans à l'Hôpital National de Zinder. *HEALTH RESEARCH IN AFRICA*; 4, <https://ams-hra.org/index.php/hra/article/view/7718> (2026, accessed 12 July 2026).
- [42] jp thera, Tiama JML , Konipo A, Dakouo1 P, Kamate A, Dena1 T. jaccr africa panorama pathologies oculaires 2020 4(3).pdf, [https://www.jaccrafrica.com/gallery/006105010920v4n3%20jp%20thera%20et%20al.%20jaccr%20africa%20panorama%20pathologies%20oculaires%202020%204\(3\).pdf](https://www.jaccrafrica.com/gallery/006105010920v4n3%20jp%20thera%20et%20al.%20jaccr%20africa%20panorama%20pathologies%20oculaires%202020%204(3).pdf) (accessed 31 March 2026).
- [43] Amedome K, Ayéna KD, Amza A, et al. Profil des affections oculaires chez l'enfant en zone sahelienne : cas de l'Hôpital National de Lamorde a Niamey au Niger.
- [44] D. Denis, A. Aziz-Alessi. Glaucomes de l'enfant.

ANNEXES

Annexes

Fiche d'enquête

- Numéro d'identification du patient :

- Date de la consultation :

2. Données sociodémographiques

- Âge de l'enfant :
- **Sexe** : ☐ Masculin ☐ Féminin
- **Lieu de résidence** : ☐ Urbain ☐ Rural

3. Données épidémiologiques et cliniques

- Antécédents médicaux :
 - ☐ Antécédents ophtalmologiques (préciser) :
 - ☐ Antécédents médico-chirurgicales (préciser) :
- **Stade de la maladie** : ☐ Précoce ☐ Avancé
- **Durée des symptômes avant consultation** : ☐ Moins de 1 semaine ☐ 1-4 semaines ☐ Plus d'un mois

4. Circonstances de consultation

- **Type de consultation** : ☐ Urgence ☐ Référence ☐ Consultation ordinaire
- Motif de la référence :
 - ☐ Détection scolaire
 - ☐ Référence médicale
 - ☐ Détection parentale
 - Autre (préciser) :

5. Plaintes rapportées

- **Plaintes principales** (cocher tout ce qui s'applique) :
 - ☐ Trouble visuel
 - ☐ Déviation
 - ☐ Leucocorie
 - ☐ Larmolement
 - ☐ Prurit
 - ☐ Douleur
 - ☐ Sécrétion

- ☐ Rougeur
- ☐ Autre (préciser) :
- Diagnostic principal (cocher) :
 - ☐ Cataracte congénitale
 - ☐ Strabisme
 - ☐ Traumatismes oculaires
 - ☐ Glaucome congénitale
 - ☐ infections oculaires
 - ☐ Autres (préciser) :

Fiche signalétique :

Prénom : OUMOU

Nom : YANOGO

Contact : (00223)91234106

Titre de la thèse : Panorama des pathologies oculaires en ophtalmologie pédiatrique au CHU-IOTA

Année universitaire : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : ophtalmologie

Résumé :

Notre étude a été rétrospective et s'est déroulée de Janvier 2020 à Décembre 2023.

Elle a porté sur 2145 enfants de 0 à 15 ans vus en consultation.

Il ressort de notre étude que : les enfants de 0 à 5 ans ont été les plus nombreux avec 62,1% ; 55,3% des patients étaient de sexe masculin ; 88,8% de nos patients provenaient de la zone urbaine ; 87,4% de nos enfants étaient sans antécédent médico chirurgical et 82,3% étaient sans antécédent ophtalmologique ; 62,3% de nos patients sont venus en consultation après plus d'un mois du début des symptômes ; la consultation ordinaire représentait 72,3% des types de consultation avec une détection parentale de 68,4% ; la baisse d'acuité visuelle a été la première plainte rapportée avec 36,1% ; les traumatismes oculaires représentaient 20,7% des diagnostics.

Mots clés : Panorama ; détection parentale ; ophtalmologie pédiatrique.

Identification sheet

First Name: OUMOU

Last Name: YANOOGO

Contact: (00223) 91234106

Thesis Title: *Overview of Reasons for Consultation in Pediatric Ophthalmology from 2020 to 2023 at CHU-IOTA*

Academic Year: 2024–2025

Defense City: Bamako

Country of Origin: Mali

Place of Submission: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS)

Field of Interest: Ophthalmology

Abstract

Our study was retrospective and took place from January 2020 to December 2023.

It included 2,145 children aged 0 to 15 years seen in consultation.

Our study revealed that: children aged 0 to 5 years were the most numerous, representing 62.1%; 55.3% of patients were male; 88.8% of our patients came from urban areas; 87.4% of our children had no prior medical or surgical history, and 82.3% had no prior ophthalmological history; 62.3% of our patients came for consultation more than one month after the onset of symptoms; routine consultations accounted for 72.3% of the types of consultations, with parental detection occurring in 68.4% of cases; decreased visual acuity was the most frequently reported complaint (36.1%); and ocular trauma represented 20.7% of diagnoses.

Keywords : Panorama ; parental detection; pediatric ophthalmology.

SERMENT DE MEDECIN

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, je promets et jure au nom de Dieu 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'honoraire.

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 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.

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

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

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

Je le jure !