

**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**



République du Mali

UnPeuple – Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
USTTB**

**FACULTE DE MEDECINE ET D'OTONTO-STOMATOLOGIE
F.M.O.S**

Année Universitaire 2020-2021

TITRE

**APPORT DU BILAN PARACLINIQUE DANS LA
RETINOPATHIE DIABETIQUE AU CHU-IOTA**

MEMOIRE présenté

Par Dr BALLO Yacouba

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Ophtalmologie

Président: Pr TIMBO Samba Karim

Membre : Pr TRAORE Lamine

: Pr SYLLA Fatoumata

Co-Directeur : Dr SIDIBE Mohamed Kolé

Directeur : Pr GUINDO Adama Issaka.

I INTRODUCTION

La Rétinopathie diabétique (RD) est la localisation rétinienne de la microangiopathie diabétique, lié à une accumulation de liquide extracellulaire dans la rétine [1]. **La RD** est la principale complication ophtalmologique chez les patients diabétiques. Les études épidémiologiques citent la rétinopathie diabétique parmi les 5 premières causes de cécité et la première cause de cécité avant l'âge de 50 ans. **La RD** constitue un problème de santé publique dans le monde [2]. Ces complications surviennent dans son évolution après 15 années de diabète, 10% des patients souffrent de malvoyance et 2% des diabétiques sont aveugles [3].

Les études ont montré une association entre le mauvais équilibre glycémique et la progression de la rétinopathie diabétique. La rétinopathie diabétique est liée à la durée, à l'équilibre du diabète, à la sévérité et aux facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, dyslipidémie).

L'hyperglycémie chronique génère la rétinopathie diabétique par deux mécanismes physiopathologiques évoluant de manière concomitante : l'hyperperméabilité capillaire et l'occlusion capillaire.

La revue de la littérature montre qu'en Afrique Sub-saharienne, la prévalence de la rétinopathie diabétique se situe entre 15 et 52 % ; l'âge de prédilection étant la cinquième décennie après un délai d'évolution de 5 ans de diabète et les femmes étant 2 à 3 fois plus atteintes.

La rétinopathie diabétique est la plus redoutable des complications oculaires du diabète par le pronostic fonctionnel qu'elle peut mettre en jeu. Elle est de traitement difficile et sans succès à un certain degré d'évolution malgré l'avancée thérapeutique d'où l'intérêt d'un dépistage précoce [8].

En dehors du traitement des facteurs aggravants (HTA, déséquilibre glycémique, dyslipidémie) il n'existe pas de traitement médical efficace. La photocoagulation au laser reste le traitement de référence.

Au cours du diabète la rétinopathie diabétique est une des complications dégénératives les plus fréquentes car on estime que 30 à 40% des patients diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie [11, 12]

La plus importante étude épidémiologique menée aux USA par Klein et al est la **Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy (WESDR)**

Cette étude a montré que l'incidence de la RD à 10 ans est de 89% chez les diabétiques dont le diabète a été diagnostiqué avant 30 ans, 79% chez les diabétiques dont le diabète a été diagnostiqué après 30 ans chez les insulinotraités et 67% chez les non-insulinotraités. L'incidence de la RD proliférante est de 30,24 et de 10% dans les mêmes groupes [14, 15, 16].

En Afrique, quelques études épidémiologiques et angiographiques ont été faite dans certains pays pour déterminer la prévalence de la rétinopathie diabétique et de ses différents types:

-Au Sénégal dans une étude prospective de la RD de mars à octobre 1998, la prévalence de RD était de 60,78%, avec 37,25% de la rétinopathie diabétique non proliférante, 17,65% de la rétinopathie diabétique préproliférante, 5,88% de la rétinopathie diabétique proliférante, 9,80% de maculopathie diabétique ; chez les DID, 57,14% de rétinopathie diabétique avant 10 ans, contre 84,62% après 10 ans d'évolution et chez les DNID 36,36% contre 61,54% [5].

-Au Maroc à Marrakech la prévalence globale était de 44%, avec 47% de rétinopathie diabétique non proliférante, 29,5% de la rétinopathie diabétique préproliférante, 24% de la rétinopathie diabétique proliférante, 29% de maculopathie diabétique [4].

Au Mali, des études hospitalières ont trouvé des fréquences de la rétinopathie diabétique qui variaient entre 50 et 64%[12 ; 16 ; 14 ; 18]

A travers cette étude, nous avons voulu étudier l'apport du suivi des données para cliniques dans la prise en charge de la rétinopathie diabétique au CHU-IOTA.

OBJECTIFS

II OBJECTIFS

1- OBJECTIF GENERAL :

Etudier l'apport du bilan paraclinique dans la rétinopathie diabétique

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer le profil sociodémographique des patients ayant une rétinopathie diabétique.
- Déterminer les antécédents personnels des patients.
- Déterminer la corrélation entre la biomicroscopie, l'angiographie à la fluorescéine (AGF) et la tomographie en cohérence optique(OCT).

METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

3.1- Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (CHU - I.O.T.A), situé en commune III du district de Bamako.

Créé depuis le 1^{er} Octobre 1953, la structure a pour mission :

- les soins ophtalmologiques de niveau tertiaire ;
- la formation spécialisée médicale et paramédicale en ophtalmologie ;
- la recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle.

3.2- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective

3.3- Période d'étude

Elle s'est étendue sur une période de 7 mois de février à aout 2020

3.4- Population cible

3.4-1. Les critères d'inclusion:

- Les patients qui présentaient une rétinopathie diabétique, consentant à participer à l'étude.

3.4-2. Les critères de non inclusion

- Les patients diabétiques qui ne présentaient pas de rétinopathie diabétique et non consentants.
- Les patients présentant des troubles des milieux transparents.

3.4-3. La taille de l'échantillon:

Nous avons recruté tous les patients ayant une rétinopathie diabétique, ayant fait une AGF et/ou l'OCT maculaire.

3.4.5- Variables étudiées

Caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence ;

Données cliniques : Acuité visuelle, annexes, segment antérieur, Fond 'œil ;

Donnés paracliniques : AGF, OCT, glycémie à jeun, hémoglobine glyquée

3.4.6- Outils de collecte

Echelles d'acuité visuelle de loin (Snellen et Monoyer) et de près (Parinaud)

Lampe à fente muni du tonomètre de Goldmann

Lentille de Volk de 78D ou 90D

Angiographie à la fluorescéine(AGF)

Tomographie en cohérence optique (OCT)

Des fiches de collecte des données dont 01 par participant (en annexe)

3.4.7- Enquêteur-superviseur

-Docteur BALLO Yacouba

- Docteur SIDIBE Mohamed Kolé

3.4.8- Déroulement de l'enquête

Nous nous sommes d'abord approchés des patients ayant une rétinopathie diabétique décelée lors de la consultation et on les a sensibilisés sur les objectifs ainsi que l'utilité de l'étude. Après un consentement éclairé, nous les invitons à faire l'AGF et si nécessaire l'OCT.

3.4.9- Collectes de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une même fiche préétablie comportant les données démographiques et cliniques.

3.4.9.1- Interrogatoire

Il permettra de ressortir :

-Les paramètres sociodémographiques:

-âge, sexe, profession, résidence.

-Les antécédents personnels : médicaux, ophtalmologie et généraux.

-Les antécédents familiaux : HTA, diabète, obésité

3.4.9.2- Examen ophtalmologique

Il comprenait :

- **L'acuité visuelle**
- **Examen à la LAF :**

Tous les malades ont subi un examen à la LAF pour apprécier l'état du segment antérieur et la mesure de la pression intraoculaire après l'instillation à l'œil d'un collyre (oxybuprocaine 0,4%) et de la fluorescéine.

- **Examen du FO:**

Il était examiné après dilatation pupillaire par des collyres: Tropicamide et néosynéphrine, à la lampe à fente à l'aide d'une lentille de Wolk ou par l'ophtalmoscope.

L'examen du fond d'œil comprenait l'analyse de la région maculaire ; de la papille ; les vaisseaux ; et la rétine périphérique.

- **Angiographie à la fluorescéine :**

Elle a été réalisée chez tous les patients à l'aide d'une angiographie numérisé ZEISS, par des ophtalmologistes.

- **Tomographie Cohérence Optique :**

Elle a été réalisée chez les patients présentant un œdème maculaire après l'angiographie, par les TSO (Technicien Spécialisé Ophtalmologie) avec l'OCT de marque NIDEK et CANON.

- **Tests biologiques :**

Nous avons systématiquement demandé :

Glycémie à jeun

Hémoglobine glyquée

- **Détermination du type de RD :**

Les résultats de l'examen du FO et de l'AGF nous ont permis de déterminer le stade de RD selon la classification de l'ETDRS.

3.4.10- Saisie et analyse des données

Les fiches ont été saisies au logiciel EPI-INFO version 6. Pour, le traitement de texte le logiciel Word a été utilisé

3.5- Considérations éthiques

Les malades retenus ont fait l'objet d'un entretien dont le but était de leur expliquer les objectifs de l'étude ; l'adhésion du malade était libre et volontaire après l'entretien. La discrétion était respectée.

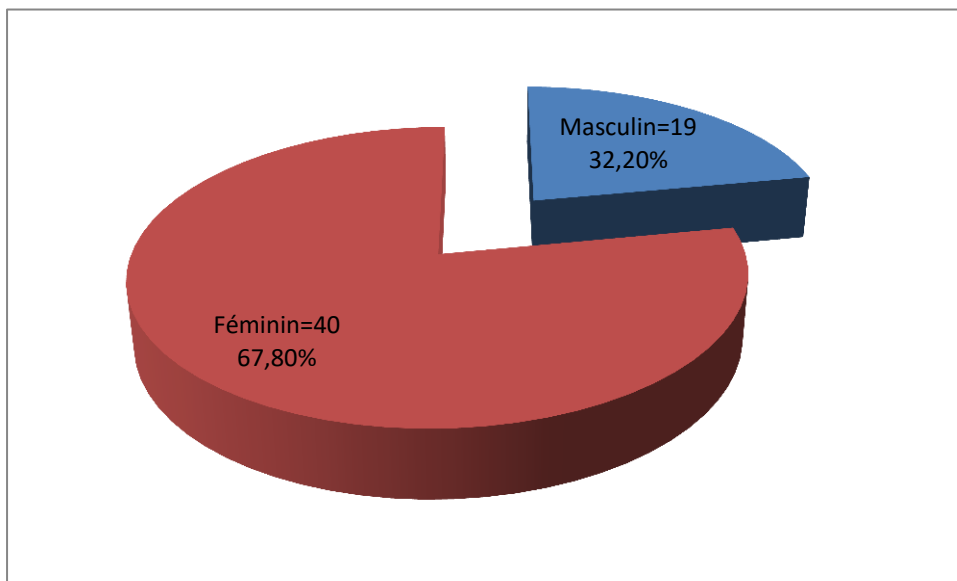
Nous étions ouverts à toutes les questions posées par les malades concernant le travail et la maladie.

RESULTATS

V-RESULTATS

Nous avons colligé 59 patients présentant la rétinopathie diabétique pendant notre étude.

Cependant, nous avons connue des difficultés dans le recrutement des patients suite à l'avènement de la COVID-19 et la survenue à un moment de la panne de l'OCT du CHU.



Graphique 1 : répartition des patients selon le sexe

Les femmes représentaient plus de 67,80% de l'échantillon

Avec un Sexe ratio $H/F = 0,48$

Tableau I : répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	pourcentage
Inf. à50 ans	16	37
Sup à 50 ans	43	73
Total	59	100

La majorité des patients avait plus 50 ans, soit 73%, l'âge moyen=54 ans

Tableau II: Répartition de la rétinopathie diabétique selon la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Fonctionnaires	9	15,2
Ménagères	25	42,4
Cultivateurs	5	8,5
Commerçants	8	13,6
Transporteur	2	3,4
Retraités	6	10,2
Autres	4	6,7
Total	59	100

NB : autres : marabout, pêcheur, cordonnier.

Les femmes aux foyers étaient les plus nombreux avec 42,4%

Tableau III : répartition des patients selon la durée d'évolution du diabète

Durée	Effectif	Pourcentage
Inf. 1ans	16	27
1- 5 ans	32	54
6- 10 ans	8	14
11- 15 ans	2	3
Sup 15 ans	1	2
Total	59	100

La majorité des patients avaient une durée d'évolution du diabète n'excédant pas les 5ans.

Tableau IV : Répartition des patients selon le type de diabète :

Type de diabète	Effectif	Pourcentage
DNID	51	86
DID	8	14
Total	59	100

Les patients DNID étaient les plus représentés avec 86%

Tableau V : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c)

HbA1c	Effectif	Pourcentage
Inf. ou égal à 7	47	80
Sup à 7%	12	20
Total	59	100

La majorité des patients avaient un taux d'hémoglobine glyquée normal

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents médicaux personnels

ATCD	Effectif	Pourcentage
HTA	53	90
Asthme	5	8
Drépanocytaire	1	2
Total	59	100

L' HTA était la pathologie générale la plus associée au diabète

Tableau VII : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif Consultation	Effectif	Pourcentage
Baisse Acuité Visuelle	13	22
Métamorphopsie	5	8
Référent Bilan Diabétique	41	70
Total	59	100

La majorité des patients était référés pour le bilan diabétique

Tableau VIII : Répartition des patients selon leur acuité visuelle

Acuité Visuelle	Effectif	Pourcentage
Inférieure à 1/10	5	8
Entre 1/10-3/10	43	73
Supérieure à 3/10	11	19
Total	59	100

La plupart des patients avaient une AV comprise entre 1/10-3/10

Tableau IX : Répartition des patients selon le stade de la RD vue au FO à la LAF :

RD	Stade	Effectif	Pourcentage
RDNP	Minime	-	-
	Modéré	46	77,97
	Sévère	8	13,56
RDP	Minime	2	3,39
	Modéré	2	3,39
	Sévère	1	1,69
Total		59	100

La RDNP modérée était la plus fréquente avec 77.97%

Tableau X : Répartition des patients selon les lésions angiographiques de la rétinopathie diabétique

Stade	AGF	Effectif	Pourcentage
RDNP	Mimine : Microanévrisme	-	-
	Modéré : moins de 20 points d'hypoflorescence dans les 4 quadrants	40	67,8
	Sévère : plus de 20 points d'hypoflorescence dans les 4 quadrants/AMIR/Turgescence veineuse en chapelet	11	18,6
RDP	Diffusion de néovascularisation rétinienne et prépapillaire/effet masque	8	13,6

Moins de 20 points d'hypoflorescence dans les 4 quadrants chez 67,8% patients étaient les lésions Angiographique observées

Tableau XI : Répartition des patients selon la présence de l'OMD à l'OCT

OMD	Effectif	Pourcentage
OUI	5	8,5
NON	54	91,5
Total	59	100

Plus 8,5% des patients ont présenté un OMD à l'OCT

Tableau XII : Répartition des patients selon les signes de l'OMD à l'OCT

Signes d'OCT	Effectif	Pourcentage
Œdème maculaire focal	1	20
Œdème maculaire diffus cystoïde	1	20
Œdème maculaire diffus cystoïde avec logettes	3	60
Total	5	100

L'œdème maculaire diffus cystoïde avec logette était le plus retrouvé à l'OCT maculaire

Tableau XIII : Répartition des patients selon le traitement reçu

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage
PPR au laser Argon	19	32,2
Anti VEGF en IVT	5	8,5
Equilibre glycémique seul	35	59,3
Total	59	100

Les patients ont bénéficiés de la PPR dans 32% (11 RDNP, 8 RDP) et des IVT d'anti-VEGF dans 8,5% (5 OMD)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude nous a permis de retrouver des cas de rétinopathie diabétique amenant les praticiens de soins oculaires à demander des imageries multimodales de la rétine, qui ont permis de préciser et / ou le suivi du traitement par PPR au laser et le traitement par IVT d'anti-VEGF. Cependant notre recrutement a été perturbé par la pandémie de la COVID19 et la panne de l'OCT maculaire.

6.1 ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

6.1.1 LE SEXE

Nous avons observé une prédominance féminine avec 67,8% avec un sexe ratio de 0,2. Nos résultats sont comparables à ceux des études antérieures réalisées au Mali Ballo AT., Sidibé MK., Cissé A., et Touré AI [12 ; 16 ; 14 ; 18] qui ont rapporté respectivement 64,48% ; 62,7% ; 52,26% ; 50,5% ; par contre Moukouri et al ont retrouvé une prédominance masculine et Dirolo F. et al nous ont rapporté une égalité entre les deux sexes

La rétinopathie Diabétique est plus fréquente chez les femmes, les raisons de cette prédominance semblent être dans l'augmentation de l'espérance de vie des femmes et leur plus grande représentativité.

6.1.2 L'AGE

L'âge moyen des patients atteints de rétinopathie diabétique était 54 ans, avec une prédominance de la RD chez les plus de 50, soit 73%. Ceci corrobore les études antérieures en Afrique Medeiros M. ; Moukouri E. ; Mogni S. [5; 8 ; 24] et en Europe Bacin F. ; Pascal M. ; Basteau F. [7 ; 15 ; 23].

6.1.3 PROFESSION

Dans notre série les ménagères étaient plus fréquentes avec 42,4%, elles ont été suivies par les fonctionnaires avec 22,5%, comme rapporté dans l'étude précédente par Ballo AT. et Sidibé KM [12 ; 16]. qui ont trouvé respectivement 42,99% et 44,1% pour les ménagères.

Ceci s'expliquerait par la situation familiale de la femme Africaine qui s'occupe plus du foyer que l'homme.

6.2 ASPECT CLINIQUE

6.2.1 ACUITE VISUELLE

Cinq des patients avaient une acuité visuelle inférieure à 1/10 dont 8% de cécité. Elle est comparable à celle de Ballo AT. (10%)[12] Makita C. au Congo (12,65%) supérieure à celle de Klein (2%) de Delcourt (2%). La plupart des études citent un taux qui varie entre 2% et 30% de cécité dû à la RD.

Cependant 73% de nos patient avaient une AV utile, comprise entre 1/10 et 3/10, ce qui serait superposable à la faible fréquence de la sévérité de la RD dans notre série.

Le retard dans le dépistage du diabète, la qualité de la surveillance du diabète et celle du traitement de la rétinopathie, mais aussi les pathologies associées jouent un rôle essentiel dans la survenue de cette cécité.

6.2.2 DUREE D'EVOLUTION

La durée moyenne d'évolution du diabète au moment de l'apparition de la rétinopathie diabétique était de 5 ans, ce qui corrobore celle de N.MEDA 3,7ans [6] et inférieure à celle de France est de 16,6 ans [7]. Cette évolution précoce serait due à la découverte tardive de cette affection.

Une prise régulière de ses médicaments et le contrôle de l'hémoglobine glyquée permet de ralentir l'apparition des complications

6.2.2 APPORT DE L'AGF ET L'OCT DANS DE LA RD

-AGF :

A la suite de l'examen du FO où nous avons noté 77,97% de RD non proliférante modéré (RDNP modérée), 13,56% de RD non proliférante sévère (RDNP sévère), 8,47% de RD proliférante, les lésions observées à l'angiographie étaient en faveur de la néovascularisation dans 13,6% des cas et des lésions préproliférantes dans 18,6%. Ainsi à la suite de l'angiographie, 32,2% patients ont été traité par PPR au laser.

L'angiographie serait donc déterminante pour la précision de l'indication thérapeutique dans la prise en charge et le suivi de la rétinopathie diabétique.

-OCT :

Par ailleurs seulement 5 de nos patients ont eu une indication de traitement maculaire par IVT d'anti-VEGF suite à un OMD à l'OCT soit 8,47%. L'œdème maculaire diffus cystoïde avec logette était le plus retrouvé à l'OCT maculaire.

Cette fréquence de maculopathie diabétique est inférieure à celle des études antérieures Balo KP. ; Sidibé MK. ; Touré A. [4 ; 16 ; 18]

Cette différence s'expliquerait d'une part par la fréquence de la sévérité de la RD dans ces études, mais aussi par la précision qu'a apportée l'OCT dans l'indication du traitement maculaire par IVT d'anti-VEGF dans notre étude.

Il faut noter également que l'OCT reste peu accessible aux patients et donc moins demandé par les praticiens dans le bilan de la rétinopathie diabétique.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

L'AGF confirme les résultats du FO, elle permet de déceler une hyperperméabilité et d'apprécier la perfusion capillaire rétinienne et mais aussi apporte plus de précision sur l'apparition précoce de néovaisseaux rétinienne et ainsi précise l'indication de la photocoagulation au laser

Il en est de même que l'OCT qui donne plus de précision sur l'œdème maculaire pour le traitement maculaire et une meilleure surveillance.

L'angiographie à la fluorescéine et la Tonographie à Cohérence Optique sont des examens complémentaires indispensables au diagnostic et au suivi dans la prise en charge la RD.

RECOMMANDATIONS

Au vu de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'importance de l'imagerie multimodale dans la prise en charge des affections rétinienne en générale et de la rétinopathie diabétique en particulier, il est nécessaire de faire des recommandations :

Aux patients

Ils doivent comprendre et accepter leur maladie ; et par conséquent pratiquer une bonne observance du traitement et des recommandations faites par leurs soignants.

Aux Ophtalmologistes

Mieux appréhender les indications de l'imagerie multimodale qui permet de guider une prise en charge précoce des lésions afin de minimiser les complications de la RD.

Aux Autorités

Accroître l'accessibilité des patients diabétiques aux examens complémentaires indispensable, à savoir l'OCT et l'angiographie pour une meilleure prise en charge des complications rétinienne de cette affection.

Doter le CHU-IOTA de nouvel appareil à savoir Angio-OCT pour faciliter la prise en charge.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES

1. Wilkinson CP, Ferris FL, Klein RE, et al. Proposed International clinical diabetic retinopathy and macular edema disease severity scales.
2. Delcourt C, Massin P, Rosilio M, et al. Epidemiology of diabetic retinopathy. Contrast between the expected prevalence and the frequency of reported cases in the French population. *Diabetes Metab* 2009, 35: 431-438
3. Ayed S, Jeedi A, Daghfous F, et al. Épidémiologie de la rétinopathie diabétique. *La Tunisie médicale*, 1993, 71, 141-4
4. Balo KP, Mensa A, Koffi G, et al. La rétinopathie diabétique : une étude angiographique chez le sujet noir. *Médecine d'Afrique noire* 1995 ;42 : 402-2
5. Medeiros-Quenum M, Ndiaye PA, Cissé A, et al. Aspects épidémiologiques et angiographiques de la rétinopathie diabétique au Sénégal. *Journal français d'ophtalmologie* 2003 ; 26 : 160-163
6. Meda N, Drabo YJ, Kaboré J, et al. Les manifestations ophtalmologiques au cours du diabète sucré. Etude préliminaire sur 210 diabétiques examinés au centre hospitalière universitaire Yalgado Ouédraogo. *Burkina médical* 1998 ; 2 :60-65.
7. Bacin F, Kantelip B, Menerath JM, et al. La rétinopathie diabétique : étude clinique et traitement. EMC-Paris, 2124D, 20-9, 1989
8. Moukouri E, Moli TM, Nouedoui C, et al. Les aspects épidémiologiques de la rétinopathie diabétique à Yaoundé. *Médecin d'Afrique Noire* 1995 ; 42 :424-8.
9. Sidibé EH. La rétinopathie diabétique à Dakar et revue de la littérature Africaine. *Elément épidémiologique. Diabète et métabolisme*. 2000 ;26 :322-5
10. Lenoble P et al. Dépistage de la rétinopathie diabétique par télédiagnostic dans le haut Rhin. *Journal français d'ophtalmologie* 2009 ;32 :91-97.
11. Massin P, Erginay A. et al. Épidémiologie de la rétinopathie diabétique. In :
- 12- Ballo AT. Aspects épidémiologiques de la rétinopathie diabétique à l'IOTA. These, Med, Bamako, 2008

13-The TIMAD Study Group. Ticlopidine traitementreducesthe progression if non proliferative diabetic retinopathy. Arch Opthalmol 1990; 108: 1577- 83.

14-Cissé A.Etude de la rétinopathie diabétique dans le service de médecine interne de l'hôpital du point G. Thèse, Med ; Bamako, Mali 2002; 90

15- Pascale M., Michel P.Epidémiologie et physiopathologie de la rétinopathie diabétique. EM Encycl Med chir 10-366-k-05

16- Sidibé MK.Aspects épidémiologique et angiographique de la rétinopathie diabétique au CHU-IOTA 2011-2012

17- Moukouri E.D.N; MC Molit TH; Nédédou C; et al. Les aspects cliniques de la rétinopathie diabétique à Yaoundé. Med Afr Noire 1995; 42(8 /9): 424-428.

18-Touré A I.Suivi des diabétiques Epidémiologie ; Traitement ; Evolution
Thèse, Med, Bamako, 1998 ; 30

19-Vignanéli M. Aggravation de la rétinopathie diabétique après extraction de cataracte.Klin. Mb/Augen-Heilk 1990 ; (196) : 334-337.

20- Ben Ammar M., Zhioua R., Benromdhane B., Karray T., Ouerta A.

Etude épidémiologique et clinique de la rétinopathie diabétique chez une population de 325 diabétiques.MAgreb Med 1995 ; P32-36

21- Sangaré S., Keita CH., Montabonne H., Crézoit E., Fanny A., Youffoulambin L., Koné S., OdjorlolC.Rétinopathie diabétique Rev Med Cote d'Ivoire 1986; P68-75
22- Zhang J.J., Sterkers M., Coscas G.

Prévalence et Evolution de la rétinopathie diabétique à propos de 100 cas suivis pendant 10 ans Bulletin SFO 1993 ; P239-245

23- Basteau F., Mortémousque B., Aomzéraf.Œdème maculaire diffus de la rétinopathie diabétique et pathologie de l'interface vitréo-rétinienne.

EM JFR OPHTALMOL 2004 ; 27(10) 1109-1120

24- Mogni S.S.Fréquence de la rétinopathie diabétique à l'IOTA Mémoire CES, IOTA, Bamako 2008

ANNEXES

N° de la fiche d'enquête/_____/ N° du dossier /...../
Date/...../

- Nom et Prénom.....

I) CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1- Age : 2-Sexe/_____/1=masculin 2=féminin

3-Profession:/ / 1 =Fonctionnaire 2=Cultivateur 3=Ménagère 4=Etudiant
5=Commerçant 6= Autre.....

4- Provenance : / /1=Bamako 2=Intérieur du pays 3=Hors du Pays

II) ANTECEDENTS :

Antécédents personnels :

5-Antécédents ophtalmologique:/____/ 1=chirurgie de la cataracte 2=chirurgie du
segment antérieur 3= chirurgie du postérieur

6-Antécédents médicaux/____/ 1=HTA, 2= asthme, 3= drépanocytaire

4=diabète sous ADO, 5= diabète sous insuline, 6=préciser la durée de Diabète
/_____/

Antécédents familiaux:/ / 1=HTA, 2= diabète, 3=obésité

La valeur de l'hémoglobine glyquée :

III) ACUITE VISUELLE (AV)

7- AVL sc: OD : OG : 8- AVL ac : OD : OG :

IV) INTERROGATOIRE

9-motif de consultation: /____/ 1=BAV, 2= métamorphopsie,

3= autre à préciser : /_____/

10- mode d'installation:/____/ 1=brutal 2=progressive

11: Latéralité : /____/ 1= OD 2=OG 3 = ODG

12 Durée de Diabète :

13 Suivie diabète : /____/ 1 régulier et observant 2 irrégulier non observant

V) EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

A. ANNEXES :

14- Paupières: /___/ 1=normal 2=œdème palpébral

OD/___/	OG/___/
---------	---------

3=autres à préciser /____ /

15-conjonctives: /___/ 1=normal 2= autres à préciser /_____ /

OD/___/	OG/___/
---------	---------

B. SEGMENT ANTERIEUR

16-cornée : /___/ 1=normale 2 =œdème 3=dystrophie =autres /_____ /

OD/___/	OG/___/
---------	---------

17- CA: /___/_/ 1=normale 2=autres à préciser/_____ /

OD/___/	OG/___/
---------	---------

18- pupille: /___/ 1=normale 2=mydriase 3=myosis 4=autres à préciser/_____ /

OD/___/	OG/___/
---------	---------

19- RPM: /___/ 1=normale 2=Paresseux 3=absent

OD/___/	OG/___/
---------	---------

20-iris: /_____/ 1=normal 2=iridocyclite 3=synéchie ànt. 4=synéchie post. 5=atrophie irienne

OD/___/	OG/___/
---------	---------

6=autres à préciser /_____ /

21- Pression intraoculaire: /___/ / 1=normal 2= anormal a préciser /_____ /

OD/___/	OG/___/
---------	---------

22-cristallin : /___/ 1=transparent 2=phacosclérose 3=opaque 4=luxé ou subluxé 5=aphaque 6=Pseudophaque 7=autres à préciser /_____ /

OD/___/	OG/___/
---------	---------

C. EXAMEN DU SEGMENT POSTERIEUR

23-vitré:/_____/ 1=transparent 2=tyndall 3=hémorragie 4=corps flottant 5=autres à préciser/_____/

OD/___/	OG/___/
---------	---------

24-retine:/___/ 1=normale 2=œdème maculaire 3=exsudat 4=hémorragie 5=autres à préciser/_____/

OD/___/	OG/___/
---------	---------

25- macula : /___/ 1=normal 2=œdème 3 hémorragie
4 autre /_____ /

26-vaisseaux:/___/ 1=normaux 2=OVCR 3=OACR
4=autres/_____ /

OD/___/	OG/___/
---------	---------

27-papille:/___/ 1=normale 2=œdème 3=excavation
4=autres /_____ /

OD/___/	OG/___/
---------	---------

VI) EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1- Angiographie :

1-1 rétinopathie diabétique pré-proliférante: minime / / modéré/ / sévère/ /

1-2 rétinopathie diabétique proliférante: minime / / modéré/ / sévère/ /

1-3 maculopathie diabétique œdémateux: minime / / modéré/ / sévère/ /

2- OCT

2-1 pas de diffusion maculaire / /

2-2 œdème maculaire focal ou multifocal/ /

2-3 œdème maculaire diffus non cystoïde/ /

2-4 œdème maculaire diffus cystoïde sans logette

2-5 œdème maculaire diffus cystoïde avec logette

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : BALLO

Prénom : Yacouba

Titre du mémoire : APPORT DU BILAN PARACLINIQUE DANS LA RETINOPATHIE DIABETIQUE

Année universitaire : 2020-2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque PMOS et Bibliothèque IOTA

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie

RESUME :

Introduction : La RD est la localisation rétinienne de la micro angiopathie diabétique, lié à une accumulation de liquide extracellulaire dans la rétine [1]. La RD est la principale complication ophtalmologique chez les patients diabétiques.

Méthodologie : nous avons réalisé une étude prospective descriptive sur 7 mois. Les critères d'inclusion étaient tous patient présentant une RD pendant la période d'étude et consentant

Résultat : nous avons colligé 59 patients avec un sexe ratio H/F : 0,2% dont 73% des patients avaient plus de 50 ans

Plus le diabète est ancien plus la fréquence de la rétinopathie est élevée

Aussi ces études angiographique et tonographie à cohérence optique ont montré un stade avancé de la pathologie, ce qui nous permet les indications de photocoagulation voire l'injection intra vitréenne anti VEGF afin de minimiser la survenue des complications.

Une franche collaboration entre généraliste, diabétologue et ophtalmologiste permet une prise en charge adéquate de la rétinopathie diabétique.

Mots Clés : Rétinopathie Diabétique, Angiographie, Tonographie à cohérence optique