

Ministère de L'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

Scientifique

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FMOS

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2020-2021  
/2021

N°....

TITRE

**DECOLLEMENT DE RETINE : FACTEURS DE RISQUE ET  
CARACTERISTIQUES CLINIQUES AU CHU-IOTA**

MEMOIRE de fin d'étude pour l'obtention du  
Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en **Ophtalmologie**

Présenté par

**Docteur Tidiani COULIBALY**

JURY

**Président : Pr Samba Karim TIMBO**

**Membres : Pr Lamine TRAORE**

**Pr Fatoumata SYLLA**

**Co-Directeur : Dr Mohamed Kole SIDIBE**

**Directeur: Pr Adama Issaka GUINDO**

## DEDICACES

Ce modeste travail est dédié :

A **ALLAH** SOUBHANA WA TA'ALA, Le Tout Puissant, Le Miséricordieux pour m'avoir donné la santé de mener ce travail avec un dénouement heureux,

A Son Prophète **MOHAMET** Paix et Salut Sur Lui,

A mes parents, **Salia COULIBALY** et **Fatoumata Maïga**, vous vous êtes investis à me transmettre les règles et les principes les plus corrects et les plus sacrés. Vous avez toujours donné l'image du bon exemple et vous avez toujours été une grande fierté pour moi. Veuillez trouver dans ce modeste travail, le fruit de vos peines et efforts ainsi que l'humble gratitude d'un fils qui vous restera fidèle et reconnaissant. Que DIEU vous protège et vous prête longue vie !

A ma tante **Bintou COULIBALY** et son adorable époux **Fodé DIAWARA**, Aucune dédicace ne saurait exprimer l'estime, le dévouement, le respect et l'amour que je vous porte. Votre accompagnement tout au long de ma vie scolaire et estudiantine est incommensurable. Puisse DIEU vous accorder une bonne santé et vous garder longtemps auprès de nous !

A mon cousin germain **Gaoussou Ladjji DIAWARA**, ton soutien tant moral que financier m'a été d'une aide précieuse tout au long de ma vie estudiantine. Puisse Allah récompenser ton altruisme par sa cité céleste !

## REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier le Professeur SYLLA Fatoumata, ophtalmo-pédiatre au CHU-IOTA et responsable de la formation DES ophtalmologie ainsi que Professeur TRAORE Lamine, coordonnateur DES ophtalmologie, Docteur SIMAGA Assiatou responsable adjointe de la formation DES et Madame MAIGA Sakina, surveillante de la formation pour l'organisation de notre formation.

Nous remercions également, le Professeur THERA Japhet Pobanou, ophtalmo-pédiatre et médecin légiste, le Professeur BAKAYOKO Seydou, ophtalmologiste et directeur du CHU-IOTA et Docteur DIARRA Mamadou, ophtalmologiste au service d'ophtalmologie du CSRéf/CV pour leurs enseignements, leur investissement et leur accompagnement au cours de ces quatre années de formation.

Nous remercions particulièrement notre maître de mémoire, le Professeur GUINDO Adama, chirurgien vitréo-rétinienne pour ses conseils et son aide pour l'élaboration de ce travail de fin d'étude.

Nos remerciements vont spécialement aux Docteur SISSOKO Modibo, Docteur GUIROU Nouhoum, ophtalmologistes, qui nous ont apporté de nombreux conseils. Nous souhaitons également remercier Docteur SIDIBE Mohamed Kolé, co-directeur et Docteur SAYE Gounon, ophtalmologistes, pour les connaissances qu'ils ont partagées avec nous sur le sujet.

Nous tenons à remercier tous les responsables des différentes unités d'explorations fonctionnelles du CHU-IOTA pour leur présence, leur amabilité, leur aide qu'ils ont pu nous apporter tout au long de nos différents stages.

Enfin, un grand merci à

- Nos familles et amis pour tout le soutien qu'ils ont pu nous apporter
- Toute la promotion DES ophtalmologie 2018-2021 pour une atmosphère conviviale de travail nonobstant des moments de tension.

<b>SOMMAIRE</b>	<b>PAGE</b>
I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	4
III. MATERIELS ET METHODES .....	5
IV.RESULTATS .....	9
V. COMMENTAIRES & DISCUSSION .....	17
CONCLUSION.....	22
RECOMMANDATIONS.....	23
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	24

## SIGLES ET ABREVIATIONS

- AV : Acuité Visuelle
- AVLSC : Acuité Visuelle de Loin Sans Correction
- BAV : Baisse d'Acuité Visuelle
- ATCD : Antécédents
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique
- ECHO B : Echographie Bidimensionnelle
- CLD : Compte Les Doigts
- VBLM : Voir Bouger Les Mains
- PL : Perception Lumineuse
- PPL : Pas de Perception Lumineuse
- PIO : Pression Intra Oculaire
- HTA : Hypertension Artérielle
- DPV : Décollement Postérieur du Vitré
- DDR : Décollement De Rétine
- FO : Fond d'Œil
- PVR : Prolifération Vitro-Rétinienne
- OCCGE : Organisation de Coopération et de Coordination pour la Lutte Contre les Grandes Endémies
- W.A.H.C: West African Health Community

## **LISTES DES GRAPHIQUE ET TABLEAUX**

**TABLEAU 1 :** Répartition des patients selon la tranche d'âge

**GRAPHIQUE 1 :** Répartition des patients en fonction du sexe

**TABLEAU II :** Répartition des patients selon la profession

**TABLEAU III :** Répartition des patients en fonction de la provenance

**TABLEAU IV :** Répartition des patients selon les antécédents familiaux

**TABLEAU V :** Répartition des patients en fonction des antécédents personnels oculaires

**TABLEAU VI :** Répartition des antécédents personnels oculaires selon la nature du décollement de rétine (DDR)

**TABLEAU VII :** Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux

**TABLEAU VIII :** Répartition des ATCD personnels médicaux en fonction de la nature du DDR

**TABLEAU IX :** Répartition des patients en fonction du motif de consultation

**TABLEAU X :** Répartition des patients en fonction du délai de consultation

**TABLEAU XI :** Répartition des patients selon l'œil concerné

**TABLEAU XII :** Répartition des patients en fonction du bilan réfractif

**TABLEAU XIII :** Répartition des yeux selon l'acuité visuelle

**TABLEAU XIV :** Répartition des yeux en fonction du statut cristallinien

**TABLEAU XV :** Répartition des yeux selon le type de lésion rétinienne

**TABLEAU XVI :** Répartition des yeux en fonction de la topographie du DDR

**TABLEAU XVII :** Répartition des yeux selon le type de DDR

**TABLEAU XVIII :** Répartition des yeux en fonction de l'état de la macula

**TABLEAU XIX :** Répartition des yeux selon la latéralité

## I. INTRODUCTION

Le décollement de rétine (DDR) est le clivage entre la neurorétine et l'épithélium pigmentaire de la rétine. Il peut être causé par une brèche de l'épaisseur de la rétine (décollement de rétine rhégmato-gène) [1], par une traction directe sur la rétine par le vitré ou un tissu fibreux rétractile (DDR tractionnel), ou par une pathologie vasculaire ou choroïdienne plus rarement (DDR exsudatif).

La littérature rapporte une incidence moyenne du décollement de rétine dans la population mondiale de 6 à 18 pour cent mille habitants [2].

Demeurant une cause rare de cécité dans les pays en voie de développement, le décollement de rétine est responsable de 0,5% de cécité (<20/400 dans les deux yeux) selon une enquête sur la population en Inde [3].

L'incidence annuelle du décollement de rétine est de 1 cas sur 10.000, atteignant de façon équivalente les deux sexes, avec un pic autour de la soixantaine aux Etats Unis [4]. En France, son incidence est estimée à environ 10 pour 100.000 habitants [5]. On connaît mal l'incidence du décollement de rétine en Afrique, mais il est considéré comme rare [6-7]. Cette incidence pourrait s'augmenter par certains facteurs de risques dont les principaux sont la myopie, le traumatisme oculaire et la chirurgie de la cataracte [8].

Au Mali, Napo A [9], dans son étude rétrospective sur les résultats préliminaires de la chirurgie ab externo du décollement de rétine au Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (CHU-IOTA) entre janvier 2009 et août 2010, avait collecté 20 cas de décollement de rétine sur une période de 20 mois.

Le diabète et la drépanocytose sont des facteurs de risque retrouvés dans le décollement de rétine surtout tractionnel [10]. Les décollements de rétine du myope fort représentent 30 % à 35,5 % [11] des décollements de rétine rhégmato-gènes, alors que la myopie forte ne représente qu'environ 1 % de la population générale.

Les déchirures à clapet sont toujours liées à une traction du vitré sur la rétine. Elles seraient responsables de 85 % des décollements de rétine rhégmato-gènes. Ces décollements par déchirure à clapet, où s'insère toujours une bride de vitré, sont dits

vitréogènes par opposition aux décollements par trou atrophique ou dialyse à l'ora, qui sont dits rétinogènes [12]. Le taux de décollement de rétine avec déchirures multiples peut dépasser 30 % [13]. Se définissant comme une ouverture rétinienne s'étendant sur plus de 90° de circonférence, les décollements par déchirures géantes se développent à la partie postérieure ou au sein de la base du vitré, se dirigent parallèlement à l'ora serrata et traduisent une traction circonférentielle majeure exercée par la base sur la rétine périphérique. Ces décollements par déchirure géante sont rares, représentant moins d'1 % de l'ensemble des décollements de rétine. S'ils sont majoritairement idiopathiques (70 %), ils peuvent être associés à une myopie forte (12 % à 47 %), un traumatisme oculaire (9 % à 43 %) ou à une dégénérescence vitréorétinienne (1 % à 8 %) [14]. Dans l'étude de Morse et Scheie, 13,9 % des décollements de rétine sont liés à des trous atrophiques [15] qui correspondent à une déhiscence de pleine épaisseur de la rétine, résultent d'une atrophie localisée de la rétine, indépendante de toute traction vitréenne et s'observent, le plus souvent, en temporal et majoritairement dans le quadrant temporal inférieur.

Le décollement de rétine tractionnel est généralement la conséquence des tractions induites par le décollement du vitré, d'une part, et de la contraction des proliférations fibrovasculaires d'autre part. La survenue précoce des décollements sur uvéite est liée à la survenue plus rapide du décollement postérieur du vitré dans les uvéites [16]. Ce décollement postérieur peut se faire très brutalement lorsque le vitré est très inflammatoire et il est souvent incomplet, avec de nombreuses zones d'adhérence très forte au niveau de fourches vasculaires, parfois au pôle postérieur.

Les décollements de rétine exsudatifs peuvent se présenter de manière extrêmement variable, sous forme de poches d'accumulation de liquide sous-rétinien unique ou multiples, localisées ou plus diffuses, pouvant prendre un aspect plan ou au contraire bulleux.

Le décollement de rétine est une affection ophtalmologique qui découle d'un certain nombre de facteurs de risques responsables de plusieurs entités cliniques dont leur détermination permettra d'orienter vers un traitement chirurgical approprié très peu accessible dans les pays en voie de développement comme le nôtre. C'est dans cette optique que nous avons initié ce présent travail qui a pour objectif de décrire les fac-



teurs de risques incriminés et les caractéristiques cliniques du décollement de rétine non seulement en vue de sa prévention mais aussi de connaître son indication précise.

## **II. OBJECTIFS**

En vue de mener à bien notre étude nous nous sommes fixés les objectifs ci-après :

### **1. Objectif général :**

Etudier les facteurs de risques et les caractéristiques cliniques du décollement de rétine.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer le profil socio-démographique des patients présentant le décollement de rétine
- Identifier les facteurs de risque du décollement de rétine
- Décrire les différents aspects cliniques du décollement de rétine

### **III. MATERIELS ET METHODES**

#### **1. Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (CHU-IOTA) sis en commune III du district de Bamako.

#### **a. Situation géographique de l'IOTA**

Il est situé dans la commune III du district de Bamako et sa localisation en plein centre-ville dans le quartier administratif offre une accessibilité facile.

Il est contigu au CHU Gabriel Touré, limité au Nord par la Cité de l'Etat Major des Armées de Terre, au Sud et à l'Ouest par le CHU Gabriel Touré et à l'Est par le quartier de Medina Coura.

#### **b. Historique de l'IOTA [9]**

Créé en 1953 à Bamako, l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique appartenait à une structure régionale, l'Organisation de Coopération et de Coordination pour la Lutte Contre les Grandes Endémies (O.C.C.G.E.) qui regroupait huit Etats d'Afrique Occidentale dont le Benin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo.

L'IOTA était le seul Institut de cet ordre existant en Afrique sub-saharienne. A ce titre, sa zone d'influence débordait le cadre national pour couvrir l'ensemble des pays francophones d'Afrique.

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

Depuis le 1er janvier 2001, l'IOTA à la suite de la fusion de l'OCCGE avec son homologue d'Afrique anglophone West African Health Community (W.A.H.C) pour former l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de Santé), a rejoint la tutelle de l'Etat malien et devient alors un établissement public à caractère hospitalier.

#### **c. Missions :**

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

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

## 2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte prospective allant de la période de janvier 2021 à Juin 2021.

## 3. Population d'étude :

Notre population d'étude s'est constituée des patients consultant au CHU-IOTA ou des patients référés au CHU-IOTA et chez qui le diagnostic de décollement de rétine a été posé au fond d'œil.

- **Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude tous les patients, diagnostiqués pour décollement de rétine à l'examen du fond d'œil, ayant accepté de participer à l'étude et signé la fiche de consentement éclairé.

- **Critères de non inclusion :**

Nous avons exclu de notre étude :

- Les patients ayant un trouble des milieux transparents limitant l'examen du fond d'œil.
- Les patients présentant un décollement de rétine avec absence de perception lumineuse
- Les patients présentant une cataracte obturante, diagnostiqués pour décollement de rétine par l'écho B.
- Les patients ayant refusé de participer à l'étude.

- **Echantillonnage :**

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif incluant tous les patients répondant aux critères d'inclusion et vus au cours de notre période d'étude.

## 4. Description des variables à étudier :

Les variables suivantes ont été étudiées :

### -Caractéristiques sociodémographiques

Ont été étudiés : l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, la profession, le niveau d'instruction et le lieu de résidence

#### **-Les antécédents ophtalmologiques**

Les facteurs de prédisposition au DDR (myopie forte, DPV, chirurgie de la cataracte).

#### **- Les antécédents médicaux**

Les pathologies pouvant entraîner des complications oculaires étaient renseignées (HTA, diabète, hémoglobinopathie).

#### **-Les données cliniques**

- ✓ **La mesure de l'acuité visuelle** sans correction et avec correction
- ✓ **Le segment antérieur** (cornée habituellement claire ; chambre antérieure : présence de réaction inflammatoire, évaluation de la profondeur ; cristallin : statut, transparent et opalescent)
- ✓ **La mesure de la pression intraoculaire**
- ✓ **Le segment postérieur** (l'état du vitré : DPV, hyalite, HIV ou Tyndall vitréen ; la rétine par rapport à la topographie du DDR, la présence ou non d'un soulèvement maculaire, l'extension du DDR en nombre de quadrants et le type de déchiscences rétiniennes)

#### **5. Déroulement de l'examen :**

Après l'interrogatoire des patients, un examen ophtalmologique complet était réalisé et comprenait :

- **L'acuité visuelle sans correction et avec correction**

Elle était évaluée grâce à l'échelle de MONOYER pour les patients lettrés et l'échelle d'optotype de SNELLEN pour les patients illettrés.

- **Examen du segment antérieur**

Il était réalisé systématiquement à la lampe à fente à la recherche des lésions pouvant être liées au décollement de rétine

- **Mesure de la pression intraoculaire**

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

- **Examen du fond d'œil**

Après dilatation pupillaire au Tropicamide et à la Néosynéphrine, le segment postérieur était examiné, s'il est accessible, à l'aide d'un verre à trois miroirs (V3M) ou de lentille de Volk à la recherche de décollement de rétine.

**-Données paracliniques :**

- **L'échographie oculaire en mode B** était réalisée au cas où le fond d'œil serait inaccessible afin de mettre en exergue le décollement de rétine.
- **L'échographie oculaire A** pour l'étude de la longueur axiale
- **La bilan sanguin (glycémie à jeun ou hémoglobine glyquée et électrophorèse de l'hémoglobine)** pour étayer certaines pathologies générales comme le diabète et la drépanocytose

**6. Collecte des données**

Une fiche d'enquête était élaborée pour la circonstance afin de renseigner les données utiles et indispensables à l'étude. Les informations concernant les patients étaient recueillies par la technique de l'interview individuelle sur la déclaration du patient et la présentation de pièce d'identité pour ceux qui en disposaient. Les dossiers médicaux ont servi aussi de support pour la collecte des données.

**7. Analyse et saisie des données**

L'analyse et la saisie des données étaient respectivement faites à l'aide de logiciel EPI-INFO version 7 et logiciel Word version 2016. La comparaison des variables a été faite à l'aide du test de Chi<sup>2</sup> et le seuil de significativité était retenu pour  $p < 0,05$ .

**8. Considérations éthiques**

Etant donné que dans toute recherche des règles éthiques et déontologiques sont à respecter, nous avons respecté la confidentialité des informations recueillies au cours des différents examens.

Le consentement libre et éclairé de tous les patients était obtenu après explication et signature de la fiche de consentement.

## IV. RESULTATS

De janvier à juin 2021 soit 6 mois, nous avons colligé **42 patients (46 yeux)** ayant un DDR parmi les **22854** malades reçus en consultation ordinaire avec une fréquence du DDR de **0,18%**.

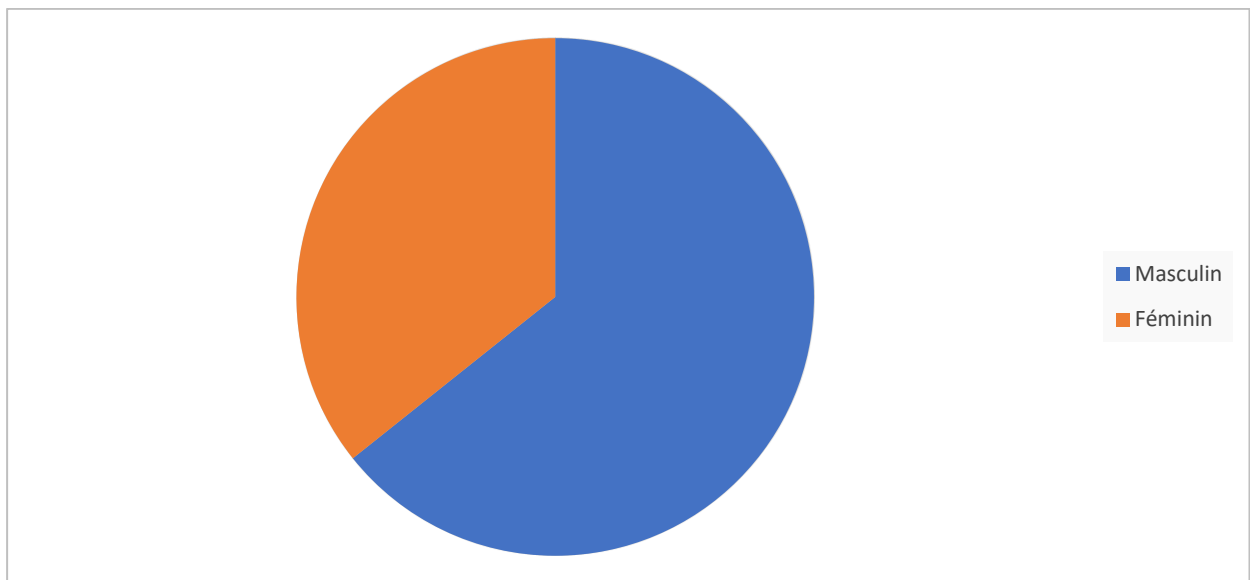
### I/ PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

**TABLEAU I** : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif(n)	Pourcentage (%)
<b>0 – 15 ans</b>	1	2,38
<b>16 – 30 ans</b>	12	28,57
<b>31 – 45 ans</b>	5	11,90
<b>46 – 60 ans</b>	<b>13</b>	<b>30,95</b>
<b>61 – 75 ans</b>	11	26,20
<b>Total</b>	42	100,00

Dans notre série, la moyenne d'âge était de **45,69** ans avec des extrêmes de 3 ans et 73 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de **46-60 ans** avec 13 cas soit **30,95%**



**GRAPHIQUE 1** : Répartition des patients selon le sexe

Dans notre série, on notait une prédominance masculine avec un sex-ratio H/F de **1,8**.

**TABLEAU II : Répartition des patients selon la profession**

Profession	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Commerçant	6	14,29
Cultivateur	4	09,52
Elève/Étudiant	6	14,29
Ménagère	6	14,29
Ouvrier	<b>10</b>	<b>23,81</b>
Retraité	4	9,52
Fonctionnaire	5	11,90
Autres	1	2,38
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

**Autre\*** : Enfant

Dans notre population, les ouvriers étaient les plus représentés avec **23,81%**.

**TABLEAU III : Répartition des patients selon la provenance**

Provenance	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Bamako	36	85,71
Hors Bamako	02	04,76
Hors Mali	04	09,52
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

**Hors Mali\*** : 1 Bénin, 2 Côte d'ivoire et 1 Guinée Conakry

**87,71%** de nos patients résidaient à Bamako

## II. PROFIL FACTORIEL

**TABLEAU IV : Répartition des patients selon les ATCD familiaux du DDR**

ATCD familiaux du DDR	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Non	40	95,24%
<b>Oui</b>	<b>02</b>	<b>04,76</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

**04,76%** de nos patients avaient un ATCD familial de DDR



**TABLEAU V** : Répartition des patients en fonction des ATCD oculaires outre que le DDR

<b>Antécédents oculaires outre que le DDR</b>	<b>Effectif(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Myopie	4	09,52
Trauma oculaire	8	19,05
Chirurgie de cataracte	7	16,67
<b>Aucun</b>	<b>21</b>	<b>50,00</b>
Autres	2	04,76
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

**Autres\*** : Trauma oculaire + Chirurgie de la cataracte

Le traumatisme oculaire et la chirurgie de cataracte ont été retrouvés respectivement dans **19,05%** et **16,67%** des cas comme antécédents ophtalmologiques.

**TABLEAU VI** : Répartition des antécédents personnels oculaires selon la nature du décollement de rétine (DDR)

<b>Nature de DDR</b>	<b>ATCD personnels oculaires</b>								
	<b>Trauma oculaire</b>			<b>Chirurgie cataracte</b>			<b>Myopie</b>		
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p</b>
DDR rhégmentogène	8	29	<b>0,004</b>	7	30	0,49	4	33	0,84
DDR tractionnel	0	7	0,40	0	7	-	0	7	-
DDR exsudatif	0	2	0,46	0	2	0,36	0	2	0,71

Hormis le **traumatisme oculaire** ayant un lien statistiquement significatif avec le DDR rhégmentogène(**p=0,004**), ni la chirurgie de cataracte ni la myopie n'avait aucun lien statistiquement significatif avec la nature du DDR.

**TABLEAU VII** : Répartition des patients en fonction des ATCD médicaux

<b>Antécédents généraux</b>	<b>Effectif(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
HTA	2	04,76
Diabète	4	09,52
Drépanocytose	3	07,14
<b>Aucun</b>	<b>33</b>	<b>78,58</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

Le **diabète** était l'antécédent général le plus représenté soit **09,52%** suivi de la **drépanocytose** avec **07,14%** des cas.

**TABLEAU VIII** : Répartition des ATCD personnels médicaux en fonction de la nature du DDR

<b>Nature du DDR</b>	<b>ATCD médicaux</b>								
	<b>Diabète</b>			<b>Drépanocytose</b>			<b>HTA</b>		
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p</b>
DDR rhégmato-gène	0	37	0,05	0	37	0,05	1	36	0,65
DDR Tractionnel	4	3	0,53	3	4	0,63	0	7	0,53
DDR exsudatif	0	2	0,15	0	0	-	1	1	0,47

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la nature du décollement de rétine et les antécédents personnels médicaux ( $p > 0,05$ )

### III. PROFIL CLINIQUE

**TABLEAU IX** : Répartition des patients selon le motif de consultation

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>BAV</b>	<b>29</b>	<b>69,05</b>
Amputation du CV	3	07,14
Bilan	4	09,52
Référence	5	11,90
Sensation de voile	1	02,38
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

#### **Bilan= Diabète et Drépanocytose**

**29 patients** soit 69,05% des cas ont consulté pour **BAV**

**TABLEAU X : Répartition des patients en fonction du délai de consultation**

Délai de consultation par rapport au symptôme	Effectif	Pourcentage (%)
Inférieur à 1 semaine	1	2,38
1 semaine	14	33,33
2 semaines	3	7,14
4 semaines	1	2,38
<b>Supérieur à 1 mois</b>	<b>23</b>	<b>54,76</b>
Total	42	100,00%

Le délai moyen de consultation dans notre étude était supérieur à 1 mois soit **54,76%**.

**TABLEAU XI : Répartition des patients en fonction de l'œil concerné**

Œil concerné	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Œil droit</b>	<b>24</b>	<b>52,17</b>
Bilatéral	04	17,40
Œil gauche	14	30,43
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

L'œil droit était majoritairement représenté avec **52,17%**

**TABLEAU XII : Répartition des patients selon le bilan réfractif**

Bilan réfractif	Effectif	Pourcentage (%)
Emmétropie	22	52,39
Hypermétropie	01	02,38
Myopie moyenne( $\leq 6D$ )	01	02,38
<b>Myopie forte(<math>\geq 6D</math>)</b>	<b>03</b>	<b>07,14</b>
Non fait	15	35,71
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

La **myopie forte** a été retrouvée dans **07,14%** des cas selon le bilan réfractif

**TABLEAU XIII** : Répartition des yeux en fonction de l'acuité visuelle

<b>AVLSC</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>CLD entre 1 à 5 mètres</b>	<b>23</b>	<b>50,00</b>
VBLM	15	32,61
PL	07	15,21
Non Chiffée	01	02,18
Total	46	100,00

La moitié de nos patients présentaient une cécité légale dont 50% comptaient les doigts entre 1 à 5 mètres.

**TABLEAU XIV** : Répartition des yeux en fonction du statut cristallinien

<b>Statut cristallinien</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Phaque	33	71,73
<b>Pseudophaque</b>	<b>08</b>	<b>17,40</b>
<b>Aphaque</b>	<b>05</b>	<b>10,87</b>
Total	46	100,00

Le tiers de nos patients était pseudophaque et/ou aphaque

La **pseudophaque** représentait **17,40%** suivie de l'**aphaque** dans **10,87%** des cas.

**TABLEAU XV : Répartition des yeux selon le type de lésion rétinienne**

Type de lésion rétinienne	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Déchirure à clapet</b>	<b>20</b>	<b>43,48</b>
Déchirure à clapet+Trou rétinien	06	13,04
Déchirure géante	04	08,70
PVR	03	06,52
Déchirure+PVR	03	06,52
<b>Trou rétinien</b>	<b>08</b>	<b>17,40</b>
DSR	02	04,34
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Les **déchirures** à clapet étaient majoritairement représentées soit **43,48%** comme type de lésion rétinienne, suivies de **trou** rétinien soit **17,40%**.

**TABLEAU XVI : Répartition des yeux selon la topographie du DDR**

Topographie du DDR	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>32,60</b>
<b>Inférieur</b>	<b>13</b>	<b>28,27</b>
<b>Supérieur</b>	<b>10</b>	<b>21,73</b>
<b>Inféro-nasal</b>	01	02,18
<b>Inféro-temporal</b>	02	04,35
<b>Temporal</b>	03	06,52
<b>Supéro-temporal</b>	02	04,35
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Le **DDR total** était le plus représenté soit **32,60%** des cas.

**TABLEAU XVII** : Répartition des yeux en fonction de type de DDR

Type de DDR	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Rhegmatogène</b>	37	80,44
<b>Tractionnel</b>	07	15,21
<b>Exsudatif</b>	02	04,35
<b>Total</b>	46	100,00

Le décollement de **rétilne rhegmatogène** prédominait le type de DDR soit **80,44%** des cas.

**TABLEAU XVIII** : Répartition des yeux en fonction de l'état de la macula

Etat de la macula	Effectif	Pourcentage (%)
Macula on(intacte)	10	21,73
<b>Macula off(soulevée)</b>	<b>36</b>	<b>78,27</b>
<b>Total</b>	46	100,00

La macula était **soulevée (Macula off)** dans **75,00%** des cas.

**TABLEAU XIX** : Répartition des yeux selon la latéralité

Latéralité du DDR	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Unilatéral</b>	<b>38</b>	<b>82,60</b>
Bilatéral	08	17,40
<b>Total</b>	46	100,00

Le décollement de rétine était **unilatéral** chez **36 patients** soit **82,60%**

## V. COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

Notre étude a pour but d'étudier, de façon prospective, les facteurs de risque et caractéristiques cliniques du décollement de rétine au CHU-IOTA entre Janvier 2021 et Juin 2021.

Nous exposons, ci-dessous, nos principaux résultats et les comparons aux séries de la littérature.

### 1. Description générale :

Sur les **22854** patients ayant consulté pendant la période d'étude, **42** patients (**46 yeux**) présentant un décollement de rétine répondaient à nos critères d'inclusion soit une fréquence du DDR de **0,18%**.

La littérature rapporte une incidence moyenne du décollement de rétine dans la population mondiale de 6 à 18 pour 100.000 habitants [2]

Une étude, portant sur **80** patients (**94 yeux**) pour un effectif total de **5310** consultants et réalisée dans une clinique d'ophtalmologie ambulatoire de JUDO (Jimma University Hospital Department of Ophthalmology) d'Ethiopie en 2012, avait retrouvé une fréquence de DR estimée **1,5%** [17]

A Lomé au Togo, Maneh N et al.[18] ont rapporté une fréquence de **0,32%** chez **100** patients (**116 yeux**) sur un total de **30863** consultants.

### 2. Aspects socio-démographiques :

-**Age** : la moyenne d'âge de nos patients était de **45,69** (3 ans et 73 ans comme extrêmes) et la tranche de 46 à 65 ans était plus représentée avec **30,95%**. Nos résultats sont inférieurs à ceux obtenus par Ranta et al. [19] et Kouassi AC et al. [29] qui trouvaient respectivement 61,8 ans et 57,2 ans. Ils sont toutefois comparables aux résultats obtenus par Solomon B et al.[20], Maneh N et al.[18] et Yorston DB et al.[21] où l'âge moyen était respectivement de 41, 46,65 et 47 ans. Comme le rapportent des études dans les pays en développement, le décollement de rétine survient souvent chez un adulte jeune [17,21].

**-Sexe :** La prédominance masculine (64,30%) que nous rapportons est retrouvée dans la littérature [22,23]. Ce même constat a été fait par Napo A [9], Maneh N et al. [18], Nwosu N et al [25], Seck C et al. [24] ainsi que Kouassi AC et al [29].

Pour Mahroo OA. [30] qui trouvait **57,2%** pour les hommes rapportait que cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par une prédisposition anatomique au DR, probablement liée à une longueur axiale moyenne légèrement plus grande.

**-Provenance :** Seulement **09,52%** de nos patients venaient de l'extérieur du pays. Ce résultat est proche de celui obtenu par Yorston DB [21] au Kenya où 11% des malades provenaient de l'extérieur du pays. Tandis que 35% des malades de Napo A. [9] au CHU-IOTA à Bamako venaient de l'extérieur du pays.

### **3. Aspects factoriels :**

**-Antécédents personnels généraux :** Dans notre étude, le diabète et la drépanocytose ont été les antécédents généraux dominants soit respectivement 09,52% et 07,14%. Ce même constat a été rapporté dans la série de Maneh N [18] mais à un taux supérieur que le nôtre soit 17% pour le diabète et 18% pour la drépanocytose. Ceci s'explique par la taille de leur échantillon.

Le diabète et la drépanocytose sont donc des facteurs de risque retrouvés dans le décollement de rétine surtout tractionnel [10].

**-Antécédents personnels ophtalmologiques :** Dans notre série, 19,05% des patients avaient eu un traumatisme oculaire et 16,67% avaient subi une chirurgie de cataracte. Des constatations similaires ont été retrouvées mais avec des résultats plus élevés par Napo A [9] qui trouvait respectivement 30% et 20% ; Farzan et al. [26] en Iran avec 32,2% des patients avec antécédents de chirurgie de cataracte comme principal facteur de risque. Nos résultats sont également proches de ceux obtenus par Maneh et al [18] qui trouvait respectivement 20,6% et 12%. Par contre en Taiwan, 11,6% des patients avaient des antécédents de chirurgie de la cataracte [27].

Nos résultats diffèrent de ceux retrouvés par Mouajab M [28] qu'a obtenu 52,43% de myopie comme principal antécédent ophtalmologique pourvoyeur de DDR.



#### **-Antécédents personnels oculaires et nature du décollement de rétine :**

Hormis le **traumatisme oculaire** ayant un lien statistiquement significatif avec le DDR rhégmentogène( $p=0,004$ ), ni la chirurgie de cataracte ni la myopie n'avait aucun lien statistiquement significatif avec la nature du DDR.

Nos résultats sont différents de ceux de Maneh N [18] qui avait trouvé une corrélation entre la chirurgie de cataracte et le décollement de rétine rhégmentogène( $p=0,0097$ )

**-Antécédents familiaux :** Dans notre série nous avons trouvé des antécédents familiaux de décollement de rétine de l'ordre de 04,76%. Ce résultat diffère de celui obtenu par Mouajab M [28] qui trouvait 01,5% en faveur des antécédents familiaux de décollement de rétine.

#### **-Antécédents personnels médicaux et décollement de rétine :**

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la nature du décollement de rétine et les antécédents personnels médicaux( $p>0,05$ )

Nos résultats sont différents de ceux de Maneh N [18] chez qui il y avait une corrélation entre le décollement de rétine tractionnel et le diabète( $p=0,006$ ) et la drépanocytose( $p=0,0003$ )

#### **4. Caractéristiques cliniques :**

**-Motif de consultation :** La baisse d'acuité visuelle a constitué le principal motif de consultation chez 69,05% de nos patients. La BAV a été également retrouvée dans la série menée par Napo A [9] au CHU-IOTA mais à un taux un peu plus que le nôtre soit 75%.

Tans dis que 83% du motif de consultation étaient liés à la référence des patients par les ophtalmologistes de la ville dans la série de Odoulami Y et al [31].

**-Acuité visuelle :** la moitié de nos patients, soit 50%, avaient une acuité visuelle limitée au comptage des doigts entre 1 mètre et 5 mètres. Nos résultats sont semblables à ceux de Mouajab M [28] qui avait trouvé une acuité visuelle comprise entre VBLM et CLD à 1 mètre chez 221 patients soit 57,4%.

**-Œil concerné :** Au cours de notre étude, une atteinte préférentielle de l'œil droit a été notée avec 24 yeux soit 52,17% par rapport à l'œil gauche 14 yeux (30,43%). Ces résultats sont proches de ceux obtenus par Grigoropoulos VG [32] qui, dans sa série comportant 304 yeux, trouvait 51,65% pour l'œil droit et 48,35% pour l'œil gauche et de ceux de Sharma RK [37] avec 53,4% (110 yeux) pour l'œil droit et 46,6% (96 yeux) pour l'œil gauche.

**-Bilan réfractif :** Dans notre série, la **myopie forte**( $\geq 6$ dioptries) représentait **07,14%** de la réfraction. Ces résultats sont identiques à ceux retrouvés par Nwosu au Nigéria, avec 7,1% de myopie forte [25]. Nos résultats sont un peu moindres à ceux de Grigoropoulos VG [32] qui avait obtenu 08,5% pour la myopie forte. Cette proportion de myopie forte dans notre population est plus importante que celle retrouvée dans la population générale soit **0,3%** [33].

**-Statut cristallinien :** Nous avons observé dans notre étude que 17,40% des yeux étaient pseudophaques et 10,87% des yeux phaques. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Jenzeri S [34] qui retrouvait 06% des yeux pseudophaques et 04% des yeux phaques ; et inférieurs à ceux de la série de Benzerroug [35] où 86,4% des patients étaient pseudophaques contre 13,6% des patients phaques. Des résultats nettement semblables aux nôtres ont été retrouvées par Maneh N et al [18] avec 17,2% (20) d'yeux pseudophaques et 3% (4) d'aphaques.

**-Type de lésion rétinienne :** Dans notre étude, les déchirures ont largement dominé le type de lésion rétinienne avec **43,48%**. Nos résultats sont comparables à ceux de Napo A [9] (40%) et de Odoulami Y [31] (43,39%). Des résultats supérieurs aux nôtres ont été rapportés en Ethiopie (86,2%) [17] et au Nigéria (54,8%) [25]. Ils sont supérieurs à ceux de Maneh N [18] (14,8%) au Togo.

**-Topographie du DDR :** 32,60% de nos patients présentaient un décollement de rétine total. Ces résultats sont proches de ceux de Jenzeri S [32] (34%) et différents de ceux de Bourges JL [36] qui a rapporté un décollement de rétine total chez 58% des patients et de ceux de Sharma RK [37] avec 25,3% des cas de DR total.

Par contre le quadrant supéro-temporal était la localisation prépondérante du DDR dans la série de Maneh N [18] tout comme dans celles de Asaminew T [17] et de Nwosu N [25]. Le décollement de rétine total dans notre étude s'expliquerait par un délai moyen de consultation long.

**-Statut de la macula :** Dans notre étude, nous observons 36 (75%) DDR avec **macula OFF**. Dans la littérature d'autres auteurs ont trouvé des résultats semblables aux nôtres : Sharma RK et al [37], Kouassi AC et al [29] et Scott IU et al [38] qui trouvaient respectivement 80,1%, 64% et 67,9% en faveur du soulèvement maculaire.

**-Nature de DR :** Dans 80,44% des cas le DR était rhégmato-gène. Ce même constat a été fait par Napo A [9] et Maneh N [18], mais dans une moindre proportion que la nôtre, soit respectivement 70% et 39,4%. Nos résultats concordent avec ceux de Mitry D [39] qui avait rapporté que 85% des DR étaient rhégmato-gènes.

**-Latéralité du DDR :** Au cours de notre étude, nous avons trouvé 82,60% de DDR unilatéral. Odoulami Y [31] et Napo A [9] trouvaient une atteinte unilatérale prépondérante soit respectivement 65,38% et 75%.

## CONCLUSION

De notre analyse, il apparaît que le décollement de rétine touche les sujets de tranche d'âge de 46-60 ans et de sexe masculin. Notre étude a relevé l'implication du traumatisme oculaire et la chirurgie de cataracte dans la genèse du décollement de rétine rhégmato-gène. De même le diabète et la drépanocytose, principaux facteurs de risque de décollement de rétine tractionnel, ont été notés.

D'un point de vue caractéristiques cliniques, les déchirures à clapet ont dominé le type de déhiscence rétinienne dans le décollement de rétine rhégmato-gène.

Nous avons constaté de décollement de rétine total avec un soulèvement maculaire.

Cette étude nous a permis d'observer que le décollement de rétine est souvent tributaire de facteurs de risque d'une part et constitue un risque important de perte visuelle fonctionnelle par sa forme totale avec macula OFF d'autre part. Il est donc important de suivre les personnes à risques, avec des antécédents familiaux, et d'informer la population sur l'intérêt d'une consultation ophtalmologique urgente en cas de moindre altération de la fonction visuelle surtout chez les patients opérés de cataracte ou ayant reçus un trauma oculaire. Pour cela, des examens de qualité et reproductibles de même que la maîtrise de la chirurgie de cataracte par l'ophtalmologiste pourraient minimiser la survenue du décollement de rétine.

## RECOMMANDATIONS

Du fait du stade tardif de diagnostic du décollement de rétine dans les pays à faible revenu comme le nôtre, la prévention contre le décollement de rétine chez les personnes à risque doit mobiliser l'adhésion de tous : autorités sanitaires, médecins ophtalmologistes, partenaires au développement et malades. C'est pourquoi afin d'optimiser ce volet préventif, nous recommandons :

➤ **Aux autorités sanitaires**

- Sensibiliser les populations sur l'impact socio-économique du décollement de rétine et son caractère cécitant
- Renforcer la coopération avec les partenaires au développement pour augmenter la formation des ophtalmologistes dans la surspécialité Rétine.

➤ **Aux médecins ophtalmologistes**

- Accroître la surveillance du fond d'œil des personnes à risque
- Bonne maîtrise de la chirurgie de cataracte à petite incision manuelle

➤ **Aux malades**

- Se faire consulter le plus tôt possible dans une structure spécialisée devant tout cas de traumatisme oculaire et/ou d'altération de la fonction visuelle
- Faire un suivi ophtalmologique régulier surtout en cas de pathologies générales comme le diabète ou la drépanocytose.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Shah V, Hall N, Goldacre MJ. Retinal detachment in England: database studies of trends over time and geographical variation. *Br J Ophthalmol*. 2015 ; 99 : 639-643.
- [2] Baeteman C, Conrath J. Epidemiologie, in : Caputo G, Metge-Galatoire F, Arndt C, Conrath J (eds) ; *Décollements de rétine, Rapport SFO*. Paris : Elsevier Masson. 2011 ; 29-30.
- [3] Dandona. L, Dandona. R, Srinivas. M et al. La cécité dans l'Etat indien de l'Andhra Pradesh. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2001; 42: 908-16
- [4] Hyong Kwon Kang, Luff AJ, Management of retinal: a guide for non-ophthalmologist, *BMJ*, 2008; 336: 1235-1240.
- [5] El Forzli. F, Brasseur. G : Signes fonctionnels annonciateurs d'un décollement de rétine *JFO* ;1999 ;22(8) :869
- [6] Peters AL, le décollement de rétine du noir sud-africain. *S Afr. Med J* 1995; 85: 158-159.
- [7] SN. Nwosu. Prevalence and pattern of retinal diseases at the Guinness Eye Hospital, Onitsha, Nigeria. *Ophthalmic Epidemiol* 2000; 7: 41-8;
- [8] Banker AS, Freeman WR. Retinal detachment, *Ophthalmol Clin North Am*. 2001; 14:695 704.
- [9] Napo A. Résultats préliminaires de la chirurgie ab externo du décollement de rétine à l'IOTA. Thèse de médecine. FMPOS : Bamako 2010 ; 11M09 : 57P.
- [10] Dureau P, Jeanny J. Embryologie, in : Caputo G, Metge-Galatoire F, Arndt C, Conrath J (eds) ; *Décollements de rétine, Rapport SFO*. Paris : Elsevier Masson. 2011 ; 5-7.
- [11] Mathis A. Le décollement de rétine du myope. *La clinique ophtalmologique*, 1989 ; 2 :51-6.
- [12] Afrashi F., Akkin C., Egrilmez S. et al. Anatomic outcome of scleral buckling surgery in primary rhegmatogenous retinal detachment. *Int Ophthalmol*, 2005; 26: 77-81.
- [13] Martinez-Castillo V., Garcia-Arumi J. Pars plana vitrectomy alone with diffuse illumination and vitreous dissection to manage primary retinal detachment with unseen breaks. *Arch Ophthalmol*,2009 ;127: 1297-304.

- [14] Kanski J.J. Giant retinal tear. *Am J Ophthalmol*,1975; 79: 846-52.
- [15] Morse P.H., Scheie H.G. Prophylactic cryoretinopexy of retinal breaks. *Arch Ophthalmol*, 1974; 92: 204-7.
- [16] Kerkhoff F.T., Lamberts Q.J., Van den Biesen P.R., Rothova A. Rhegmatogenous retinal detachment and uveitis. *Ophthalmology*,2003; 110: 427-31.
- [17] Asaminew T, Gelaw Y, Bekele S, Solomon B. Retinal Detachment in Southwest Ethiopia: A Hospital Based Prospective Study. *PLoS ONE*. 2013; 8(9): e7569.
- [18] Maneh N, Tchabou Moyou DC, Nonon Saa KB, Amedome MK, Dzidzinyo K, Diatewa BM, et al. Risk factors for retinal detachment in Togo. *The Pan African medical journal*. 2017; 28 :74.
- [19] Ranta P, Kivela T. Functionnal and anatomic outcome of retinal detachment surgery in pseudophakic eyes. *Ophthalmology* 2002; 109:1432-40.
- [20] Solomon B, Teshome T. Factors predisposing to rhegmatogenous retinal detachment among Ethiopians. *Ethiop J Health Dev*. 2011; 25(1): 31-34
- [21] Yorston D, Jalali S. Retinal detachment in developing countries. *Eye*. 2002; 16: 353-358.
- [22] Polkinghorne P.J., Craig J.P. Northern New Zealand rhegmatogenous retinal detachment study: epidemiology and risk factors. *Clin Experiment Ophthalmol*, 2004; 32: 159-63.
- [23] Rosman M., Wong T.Y., Ong S.G., Ang C.L. Retinal detachment in Chinese, Malay and Indian residents in Singapore: a comparative study on risk factors, clinical presentation and surgical outcomes. *Int Ophthalmol*, 2001 ; 24 : 101-6.
- [24] Seck C, Agboton G, Seck S, Gueye N, Lam A. Le décollement de rétine : aspects cliniques et thérapeutiques. *J Fr Ophtalmol*. 2005; 28:16
- [25] Nwosu N, Ndulue K, Akudinobi U. Incidence and Pattern of Retinal Detachment in a Tertiary Eye Hospital in Nigeria. *Nigerian Journal of Ophthalmology*. 2014 ;22 :69-72
- [26] Farzan K, Marjan M, Heidar A. Retinal detachment in Isfahan Feiz hospital (an epidemiologic study). *J Res Med Sci*. 2009;14(4):267.
- [27] San-Ni C, Le-Bin L, Yi-Jhan Wei. Epidemiology and clinical characteristics of rhegmatogenous retinal detachment in Taiwan. *Br J Ophthalmol*. 2015 ;0 :1-5.

- [28] Mouajab M. Décollement de rétine : Expérience du service d'ophtalmologie du CHU Hassan II de Fès. Thèse de médecine. Faculté de Médecine et de Pharmacie : Fès 2018 ; 017/18 :290P.
- [29] Kouassi AC, Kouassi FX, Kra ANS, Massé H, Lebreton O, Weber M. (1). Journal français d'ophtalmologie. 2018;41(8):744-51.
- [30] Mahroo AO, Mitry D, Williamson TH, Shepherd A, Charte-sis DG, Hamilton RD. Exploring sex and laterality imbalances in patients undergoing laser retinopexy. JAMA Ophthalmol 2015; 13 :1334—6.
- [31] Odoulami. Y, Lelez. M.L, Doutetien et Al. Décollement de rétine du sujet âgé de plus de 70 ans : Expérience du service d'ophtalmologie du CHU de TOURS. Mali Med 2005; 20 (1) 20-23
- [32] Grigoropoulos VG, Benson S, Bunce C, Charteris DG. Functional outcome and prognostic factors in 304 eyes managed by retinectomy. Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv fur klinische und experimentel Ophthalmology. 2007 ;245(5) :641-9.
- [33] Caputo G, Hartnett ME. Décollements de rétine : rapport 2011. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. 1p.
- [34] Jenzeri S. Traitement du décollement de rétine rhégmato-gène par rétinopexie pneumatique, Encycl. Méd Chir (Elseiver, Paris). Ophtalmologie, 2009 ; 32 :715-720.
- [35] Benzerroug M. Résultats chirurgicaux des décollements de rétine sans déhiscence visible. JFO, 2007 ; 30, 10, 1002-1006.
- [36] Bourges JL, Particularités du décollement de rétine chez l'enfant, JFO, 2001 ; 24, 4,371-377.
- [37] Sharma RK, Akkawi MT, Shehadeh MM, Aghbar AA, Qaddumi J. Anatomical and Visual Outcomes of Scleral Buckling Surgery in Rhegmatogenous Retinal Detachment. Middle East African journal of ophthalmology. 2020;27(2):100-4.
- [38] Scott IU, Flynn HW Jr, Murray TG, Feuer WJ; Perfluoron study group. Outcomes of surgery for retinal detachments associated with proliferative vitreoretinopathy using perfluoro-n-octane: a multicenter study. Am J Ophthalmol. 2003; 136 (3) :454-63.



[39] Mitry D, Charteris DG, Fleck BW, et al. The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment: geographical variation and clinical associations. *Br J Ophthalmology*. 2010 ;94(6) :678–84.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUETE

#### Décollement de rétine : Facteurs de risques et caractéristiques cliniques au CHU-IOTA

Fiche de collecte n\*:/ / N\* du dossier : /  
/

#### A/IDENTIFICATION

Nom et Prénom(s) :/ /

Age:/ / Sexe :/ / (1=masculin, 2= féminin)

Statut matrimonial : / / (1 =marié ,2=veuf ,3=divorcé, 4=célibataire)

Adresse:/ / (1 =Bamako, 2= Hors Bamako, 3=Hors Mali)

N\* Tel :/ / Date d'examen : / /

#### B/SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

Profession :/ / 1 =élève/étudiant, 2=femme au foyer, 3=cultivateur, 4=ouvrier  
5=commerçant, 6=salarié 7=retraité, 8=autres.....

Niveau d'instruction :/ / (1 =primaire, 2=secondaire, 3=supérieur,  
4=alphabétisation ou école coranique, 5=aucun)

#### C/ANTECEDENTS

*ATCD oculaires autres que le DR* / / 1=myopie, 2=traumatisme, 3=chirurgie  
oculaire,

4=capsulotomie au laser YAG, 5=DPV, 6=aucun, 7=autres à préciser.....

*ATCD familiaux de RD*:/ / 1=Oui, 2=Non

*ATCD médicaux* : / / 1=HTA, 2=Diabète, 3=Drépanocytose, 4=Aucun

5=Autres à préciser : .....

#### D/EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

**Motif de consultation** : / / 1= BAV ; 2= Scotome, 3=Amputation du CV, 4= Référence, 5= Myodésopsie, 6=Phosphène, 7=Bilan, 8=autres à.....

**Délai de consultation par rapport au symptôme** : / / 1= < 1 semaine, 2= 1 semaine, 3= 2 semaines, 4= 3 semaines, 5= 4 semaines, 6= > 1 mois

**OD**

**OG**

**Acuité visuelle sans correction** :

**AVLSC** / / / / (1=1/10, 2=2/10, 3=3/10,4=4/10,5=5/10,6=6/10,7=7/10,8=8/10,9=9/10, 10=10/10, 11=CLD 3m, 12=CLD lm, 13= VBLM 14=PL, 15=PPL 16=Non chiffrée)

**AV de l'œil concerné**=/ /1=1/10, 2=2/10, 3=3/10,4=4/10,5=5/10,6=6/10,7=7/10,8=8/10,9=9/10, 10=10/10, 11=CLD 3m, 12=CLD lm, 13= VBLM 14=PL, 15=PPL 16=Non chiffrée)

**Réfraction**:/ / 1=myopie forte $\geq$ -6D, 2=myopie moyenne (entre -3D et -6D), 3=myopie faible $\leq$ -3D, 4=emmétrope, 5=hypermétrope

**Examen du segment antérieur** :

**Œil droit** :/ /1=RAS, 2= Autres à préciser.....

**Œil gauche**:/ / 1=RAS, 2=Autres à préciser.....

**Cristallin**:/ / 1=transparent, 2=opalescent, 3=cataracte

**Statut cristallinien**:/ / 1=phaque, 2=pseudophaque, 3=aphaque

**Mesure de la pression intraoculaire** :

**PIO OD**:/ / 1= $<$ 10, 2=10-21, 3= $>$ 21

**PIO OG**:/ / 1= $<$ 10, 2=10-21, 3= $>$ 21

**Examen du segment postérieur** :

**Vitré OD**:/ / 1=transparent, 2=HIV, 3=DPV, 4=Autres à préciser.....

**Vitré OG**:/ / 1=transparent, 2=HIV, 3=DPV, 4=Autres à préciser.....

## **Rétine**

*Type de lésion OD:/* / 1=Trou, 2= Déchirure géante, 3=Déchirure à clapet, 4=Dialyse, 5=Opercule, 6=Autres à préciser.....

*Type de lésion OG:/* / 1=Trou, 2= Déchirure géante, 3=Déchirure à clapet, 4=Dialyse, 5=Opercule, 6=Autres à préciser.....

*Topographie du DR OD:/* / 1=inférieur, 2=supérieur, 3=nasal, 4=temporal, 5=total

*Topographie du DR OG:/* / 1=inférieur, 2=supérieur, 3=nasal, 4=temporal, 5=total

*Type de DR OD:/* / 1=Rhegmatogène, 2=Tractionnel, 3=Exsudatif

*Type de DR OG:/* / 1=Rhegmatogène, 2=Tractionnel, 3=Exsudatif

*Macula OD:/* / 1= intacte (macula on) 2= soulevée (macula off)

*Macula OG:/* / 1=intacte (macula on), 2=soulevée (macula off)

*Latéralité du DR:/* / 1=unilatéral, 2=bilatéral

## **ANNEXE 2 : FICHE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

Dans le cadre de l'étude sur le décollement de rétine intitulée « Décollement de rétine : Facteurs de risques et caractéristiques cliniques »

Je soussigne..... déclare vouloir prendre part volontairement à ce travail qui contribuera à l'amélioration de la prévention et d'orientation thérapeutique des cas de décollement de rétine.

Je déclare avoir reçu des explications en rapport avec les objectifs de ladite étude et n'avoir fait l'objet d'aucune pression ni intimidation. Toutefois je suis libre de mettre fin à cet engagement à tout moment sans avoir à fournir des explications sur les raisons de mon retrait.

Ce présent document est signé pour servir et valoir ce que de droit

Bamako le, / / / /

**L'investigateur**

**le (la) participant (e)**

## **ANNEXE 3 : FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** COULIBALY

**Prénom :** Tidiani

**Titre du mémoire :** DECOLLEMENT DE RETINE : FACTEURS DE RISQUE ET CARACTERISTIQUES CLINIQUES AU CHU-IOTA

**Année universitaire :** 2020-2021

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieux de dépôt :** Bibliothèque FMOS & Bibliothèque IOTA

**Secteur d'intérêt :** Ophtalmologie

### **Résumé :**

**Introduction :** Véritable problème de prise en charge dans les pays en voie de développement par manque de plateau technique, le décollement de rétine est une urgence ophtalmologique dont l'indication thérapeutique diffère en fonction du type de déhiscence rétinienne et des caractéristiques cliniques. L'objectif principal de notre étude était d'étudier les facteurs de risque et les différents aspects cliniques du décollement de rétine en vue de prévenir ou de proposer une orientation thérapeutique de celui-ci.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive réalisée entre janvier 2021 et juin 2021 au CHU-IOTA. Ont été inclus dans l'étude les patients présentant le diagnostic de décollement de rétine retenu exclusivement par l'examen du fond d'œil.

**Résultats :** Au total 46 yeux des 42 patients avaient un décollement de rétine dont 24 à l'œil droit, 14 à l'œil gauche et 4 bilatéraux(8yeux). On a noté un âge moyen de nos patients de 45,69 ans (3 ans et 73 ans comme extrêmes) avec une prédominance masculine et un sexe ratio H/F de 1,8.

Le traumatisme oculaire (19,05%), la chirurgie de cataracte (16,67%), le diabète (09,52%) et la drépanocytose (07,14%) ont représenté les principaux facteurs de risque de décollement de rétine.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la nature du décollement de rétine et les antécédents personnels médicaux( $p>0,05$ ). Hormis le **traumatisme oculaire** ayant un lien statistiquement significatif avec le DDR rhégmato-gène( $p=0,004$ ), ni la chirurgie de cataracte ni la myopie n'avait aucun lien statistiquement significatif avec la nature du DDR.

Les déchirures à clapet( $n=20$ ) représentaient 43,48% de l'ensemble des déchirures rétiniennes ; le décollement de rétine était total pour 15 yeux (32,60%) avec soulèvement maculaire pour 36 yeux (75%).

**Conclusion :** L'identification des facteurs de risque et leur suivi régulier, associée à la formation des ophtalmologistes dans la surspécialité pourraient, dans un avenir proche, prévenir et donner une indication précise pour une meilleure prise en charge du décollement de rétine.

**Mots clés :** Décollement de rétine, facteurs de risque, caractéristiques cliniques