

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2007-2008

Thèse n°.....

COMPLICATIONS OCULAIRES OBSERVEES CHEZ
LES UTILISATRICES DES PRODUITS COSMETIQUES
DEPIGMENTANTS AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE
BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Avril 2008 devant

La Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par :

Monsieur Gounon Saye

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président :	Professeur Somita Keita
Membre :	Docteur Lamine Traoré
Codirecteur :	Docteur NDiaye Hawa Thiam
Directeur :	Docteur Bamani Sanoussi

**COMPLICATIONS OCULAIRES
OBSERVEES CHEZ LES
UTILISATRICES DES PRODUITS
COSMETIQUES DEPIGMENTANTS
DU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE
DU CSREF CV DU DISTRICT DE
BAMAKO (MALI).**

DEDICACES :

Je dédie ce modeste travail :

A mon seigneur et Dieu :

Tout puissant et miséricordieux, pour m'avoir donné la santé et le courage de venir à bout de ce travail. Que la grâce du seigneur, l'amour de Dieu et la communion de l'esprit saint soient toujours avec nous ! Amen.

A mes grands parents Abodjo Amonon Saye et Yapelou Saye in memoriam :

Vos bénédictions lors de nos premiers pas à l'école nous ont permis de prendre courage et engagement ; ce travail en est le fruit. Trouvez ici l'expression de mes meilleurs souvenirs et de ma reconnaissance à votre égard. Que votre âme repose en paix.

A mon père Amadaga Saye :

Ce travail reflète le fruit d'une éducation rigoureuse que vous avez prodiguée à tous vos enfants. Votre sagesse et votre persévérance font de vous un modèle à nos yeux. Que Dieu vous accorde une longue vie.

A ma mère Edioube dite Sami Saye :

Très chère maman vous avez toujours le souci de bien faire et vous avez été à nos côtés dans toutes les épreuves par votre aide inconditionnelle. Votre détermination à faire de nous un modèle dans la bonne éducation se reflète dans ce travail. Votre compréhension, Votre soutien et surtout vos bénédictions de tous les instants nous ont permis d'atteindre notre objectif. Puisse ce modeste travail vous donner un début de satisfaction de tes vœux les plus sincères. Que Dieu tout puissant vous accorde une longue vie à fin de pouvoir toujours exprimer votre amour envers nous ! Amen.

A mes tuteurs et leur famille : Feu Manassara Saye (Térély) ; Amadime Saye (Sévaré) ; et Ousmane Dedeou Cisse (Bamako Sabalibougou) et tous les membres de leur famille ; pour le soutien matériel et moral à ma formation et la réalisation de ce travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de mon attachement fraternel.

A mes frères et sœurs : Akougnon, Assigue, Yassa, Yakonron, Yassive, Yadomou, Binousserou, Balougo, Yatime pour le soutien matériel et moral à ma formation. Qu'ils trouvent ici l'expression de mes sentiments fraternels.

A mes oncles et tantes :

Ce travail est le couronnement de vos efforts.

A mes neveux et nièces :

Je vous souhaite une longue vie pleine de santé et de succès. Que la grâce du seigneur soit toujours avec vous.

A ma fiancée Alice Togo et ma fille Josephine Saye :

Pour la patience et le soutien dont vous avez fait l'objet tout au long de ma formation. Que le seigneur nous aide à fonder notre foyer dans la paix et dans la joie ! Amen.

A mes cousins et cousines : Kadidiatou Cisse, Boubacar Cisse, Abdoulaye Cisse, SEKOU Cisse, Mahamane Cisse, Alpha Cisse, Dedeou Cisse, Mahamane Alassane, Fatoumata Cisse, Alassane Cisse, Oumar Cisse, Elise Sagara, Enock Sagara, Dramane Sagara, Hamadoun Togo, Rubin Sagara, Levi Sagara, Oumar Sagara. Que ce travail puisse consolider notre lien de cousinage.

A la communauté Catholique de Sabalibougou :

Pour le soutien spirituel. Que le seigneur exhausse vos vœux les plus sincères selon sa volonté ! Amen.

A la première promotion de l'école fondamentale de Térély et ses encadreurs :

Chers maîtres et camarades, ce travail représente le fruit de vos efforts d'accompagnement et de soutien. Puisse Dieu tout puissant nous donner les moyens d'entraide ! Amen.

REMERCIEMENTS :

A Dieu le tout puissant et son fils Jésus Christ notre seigneur.

Aux familles : Saye, Cisse, Sagara.

Au docteur Diarra Mamadou médecin militaire ; ophtalmologiste et chef de service d'ophtalmologie du CSRéf CV.

Au docteur Guindo Adama médecin militaire ; spécialiste en ophtalmologie.

Au docteur Allain Kisito Douyon : Cabinet médical « Ediouko ».

A monsieur Nouhoum Timbiné (bibliothèque de l'IOTA).

Au personnel du CSRéf CV plus particulièrement à l'unité d'ophtalmologie.

A mes camarades et amis : Dr Saye Renion, Dr Diarra Sadia, Dr Dembélé Erve, Dr Niangaly Youssouf, Dr Daouda Traoré, Siaka Sako, Karim Samake, Zeinabou Diallo, Adama Keita, Lassine Koné, Levi Sagara, Oumar Sagara.

A tous mes oncles et tantes pour leur encouragement.

A tous mes cousins et cousines.

A tous mes beaux parents.

A l'Abbé Michel Gaudiche pour son soutien inconditionnel.

A tous ceux qui m'ont encadré dans les différentes écoles.

A toutes les personnes de bonne volonté qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de ce travail ;
Qu'elles en soient remerciées.

A Notre Maître et président du jury
Professeur SOMITA KEITA

Professeur titulaire en dermato-lépro- vénéréologie,
Chef du département dermato-lépro-vénéréologie à la FMPOS,
Chevalier du mérite de la santé,
Chef de service dermato-lépro-vénéréologie au CNAM.

Votre sens de l'organisation, votre rigueur scientifique, votre simplicité et disponibilité constante nous ont fasciné et font de vous un maître admiré de tous.

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Vos critiques seront les bienvenues et contribueront, nous en sommes convaincus à son amélioration.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de nos remerciements les plus respectueux.

A Notre Maître et juge
Docteur LAMINE TRAORE

Assistant chef de clinique en ophtalmologie
Responsable du département de la recherche et de la santé publique à l'IOTA.

Je ne saurais vous remercier sans évoquer le grand intérêt que vous accordez à la recherche. Votre grande connaissance et votre expérience scientifique à l'IOTA nous ont été précieuses.

Votre disponibilité à nos multiples sollicitations, votre générosité, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens élevé de la perfection associée à vos qualités humaines font de vous un maître remarquable.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et co-directrice de thèse
Docteur NDIAYE HAWA THIAM

Spécialiste en dermatologie, vénéréologie, mycologie,
Médecin chef du centre de santé de référence de la commune III du District de Bamako,
Chef de service de dermatologie du centre de santé de référence de la commune III du District de Bamako.

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant comme élève. Votre respect et votre amour pour le travail bien fait ont forcé en nous estime et admiration. Vous constituez pour nous un modèle de simplicité, de courtoisie et de cordialité. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et soyez rassurée de notre attachement.

A Notre Maître et Directeur de thèse
Docteur SANOUSI BAMANI

Maître Assistant chef de clinique en ophtalmologie,
Coordinateur du programme National de lutte contre la cécité.

Je ne trouverai certainement pas la formule idéale pour vous exprimer ma reconnaissance et mon entière gratitude pour m'avoir proposé ce sujet. C'est un privilège pour moi de bénéficier de votre concours. Votre simplicité, votre disponibilité et votre engagement pour le développement de l'ophtalmologie au Mali font de vous un chercheur exemplaire. Votre rigueur scientifique, malgré vos multiples occupations, a contribué à la réussite de ce travail. Veuillez accepter ici l'expression de mon admiration et soyez rassuré de notre profonde gratitude. Que ce travail soit pour vous le gage de mon amical et respectueux dévouement.

LISTE DES SIGLES ET D'ABREVIATION :

FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

USA: United States of America.

DV : Dépigmentation Volontaire.

CSRéf CV : Centre de Santé de Référence de la Commune V.

mmhg: Millimètre de mercure.

CPN : Consultation prénatale.

PF : Planification Familiale.

PEV : Programme Elargie de Vaccination.

SIS : Système d'information Sanitaire.

HTO : Hypertonie Oculaire.

Kt : Cataracte.

AVLSC : Acuité Visuelle de Loin Sans Correction.

SA : Segment Antérieur.

RPM : Réflexe Photo moteur.

TO: Tonus Oculaire.

BAV : Baisse d'Acuité Visuelle.

C/D : Cup/Disc.

UPCD : Utilisation des Produits Cosmétiques Dépigmentant.

RDC : République Démocratique du Congo.

LAF : Lampe à Fente.

AVL au TS : Acuité Visuelle au Trou Sténopéique.

FO : Fond D'œil.

CV : Champ Visuel.

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie.

Cfa : Communauté financière d'Afrique.

T : Tableau.

SOMMAIRE :

	<u>page</u>
I Introduction	1
II Généralités	4
1- Rappels anatomique et physiologique de la peau	4
2- Rappel anatomique et physiologique de l'oeil	10
3- Notion de cosmétologie	14
4- Utilisation des produits cosmétiques dépigmentants	14
5- Etude des complications de l'UPCD	17
III METHODOLOGIE	18
1- Type et durée d'étude	18
2- Lieu d'étude	19
3- Population de l'étude	21
4- Echantillonnage	21
5- Méthode de recueil des données	21
6- Déroulement de l'étude	22
IV RESULTATS	23
V COMMENTAIRES DISCUSSION	39
VI CONCLUSION	46
VII RECOMMANDATIONS	47
VIII BIBLIOGRAPHIES	
A NNXES	

INTRODUCTION

Depuis des siècles et dans toutes les civilisations les femmes ont eu comme souci d'avoir une peau belle et éclatante. Ainsi sous l'influence des civilisations, du brassage des populations et surtout des médias elles ont recouru à l'UPCD (32 ; 22 ; 7). Ce phénomène de société fait l'objet à la fois des critiques et des commentaires les plus divers, mais aussi bénéficie de l'encouragement à travers les médias Africains.

Si les pratiques cosmétiques étaient basées sur des méthodes traditionnelles telles que le tatouage, elles sont actuellement dominées par l'utilisation des produits cosmétiques modernes. Ce phénomène semble être spécifique des sujets de race noire (7 ; 8 ; 12) ; les dépigmentants à l'hydroquinone auraient-ils d'abord été produits aux USA en 1955 pour envahir en premier lieu les pays africains anglophones, avec l'Afrique du sud en 1961 (32).

Si ce phénomène touche le sexe masculin dans des proportions considérables dans certains pays (USA, Afrique centrale) (9), il est beaucoup plus réservé au sexe féminin en Afrique de l'ouest dont le Mali.

Des pratiques dépigmentantes ont été relevées dans des pays variés : au Moyen Orient, en Inde, au Pakistan où les hommes seraient concernés aussi au Japon, en Chine, aux Philippines... (30)

Les produits cosmétiques couramment utilisés sont : les dermocorticoïdes, les hydroquinones, les dérivés mercuriels et les caustiques. Leurs complications locales sont très inesthétiques.

La pratique dépigmentante est appelée : « Khessal » au Sénégal (blanchissement en Ouolof) et « Tcha-tcho » au Mali (bigarré). Aux USA le célèbre chanteur Michael Jackson grâce à la pratique dépigmentante a révélé la possibilité d'effacer complètement les signes physiques de l'identité afro-américaine : dépigmentation cutanée totale, défrisage des cheveux et chirurgie du nez. Il ne s'agit pas d'un cas isolé : contrairement à une opinion très répandue, plusieurs interlocuteurs, ainsi que les forums de discussion sur Internet, nous ont confié la réalité des pratiques dépigmentantes chez des noirs américains (30).

La dépigmentation volontaire touche 0,1 à 2% de la population mondiale, sans prédominance de sexe ni de groupe ethnique (9).

Une étude menée par le Pr. M R Moro révèle que la plupart des pays d'Afrique subsaharienne sont concernés : Nigeria, Libéria, Ghana, Sénégal, Togo, Tchad, Niger, Bénin, Gabon, Guinée Conakry, Congo Brazzaville, Congo RDC, Angola, Cameroun, Côte d'Ivoire, Rwanda, Burundi, République centrafricaine, Comores... (30) Des enquêtes ont été menées entre 1986 et 2001, Bamako (20), Dakar (32, 35,) et Lomé (29). En Afrique occidentale francophone les résultats obtenus par des dermatologues convergent vers une prévalence supérieure à 25%. Elle concerne 25% des femmes de Bamako (20) et 26 à 28% des femmes de Dakar (10), 59% des femmes de Lomé (29). Dans un centre de soins de Dakar, le pourcentage de consultation dermatologiques en rapport avec des complications de la dépigmentation volontaire, chez les femmes étaient de 2% en 1976 (24) ; tandis qu'en 2004, 53% des consultantes se dépigmentaient et 55% à 75% d'entre elles consultaient pour un motif lié à la dépigmentation volontaire. Face à l'ampleur du phénomène plusieurs campagnes de sensibilisations ont été vaines rapportent les journalistes de plusieurs pays.

Une étude menée en 1978 en Afrique du sud a montré que 8,5 millions de livres sterling auraient été dépensés pour l'achat de ces produits (29).

A Bamako le coût moyen de la dépigmentation pourrait excéder le salaire mensuel minimum Malien (35).

Au Mali plusieurs études ont été effectuées sur les complications dermatologiques et générales de la dépigmentation (7 ; 33 ; 6). Aucune étude malienne n'a été menée sur les complications oculaires de cette pratique.

Le but de cet travail est d'apporter notre expérience sur les complications oculaires liées à l'usage des produits cosmétiques dépigmentant.

OBJECTIFS

Objectif général :

- Etudier les complications oculaires observées chez les utilisatrices des produits cosmétiques dépigmentants du service d'ophtalmologie du CSREF CV du District de Bamako (Mali).

Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio démographiques chez les patientes incluses.
- Décrire les motifs de consultation de ces patientes incluses.
- Décrire les pathologies oculaires observées chez les patientes incluses.
- Estimer le coût du traitement initial chez les patientes incluses.
- Evaluer la durée nécessaire pour induire une complication oculaire par l'UPCD chez les patientes incluses.

GENERALITES :

I - RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES PEAU :

A - ANATOMIE : (2)

Elle se compose de trois couches bien différenciées. De la superficie à la profondeur nous avons :

1 - EPIDERME : Constitué de plusieurs couches ou strates qui vont de l'extérieur vers l'intérieur : le stratum corneum, le stratum lucidum, le stratum granulosum et le stratum germinativum. Sur les parties de l'organisme où la peau est mince, on trouve généralement deux couches, le stratum corneum et le stratum germinativum.

- Stratum corneum ou couche cornée : (cornu=corne)

Il se compose de cellules mortes, plates et entassées dont le cytoplasme est remplacé par une protéine fibreuse, la kératine. Ces cellules (cellules kératinisées) jouent un rôle de protection contre l'invasion de substances et de micro-organismes du milieu extérieur et réduisent la perte d'eau de l'organisme. Ces cellules sont constamment remplacées par de nouvelles cellules provenant des couches profondes de l'épiderme.

- Stratum lucidum ou couche clair : (lux=clarté)

Se situe sous la couche cornée, résultant de l'entassement de plusieurs rangées de cellules aplaties et mortes. La plupart de ses cellules n'ont pas de contour défini et elles ont perdu leurs inclusions cytoplasmiques à l'exception des fibrilles de kératine et de quelques gouttelettes d'éléidine. L'éléidine se transforme en kératine au fur et à mesure que les cellules du stratum lucidum deviennent des cellules du stratum corneum

- Stratum granulosum ou couche granuleuse : (granulosum=grain)

Présente trois couches de cellules aplaties. Le nom donné à cette couche de cellule s'explique par la présence de granules de kérato hyaline (précurseur de l'éléidine) dans leur cytoplasme.

Au fur et à mesure de leur croissance, les granules de kérato hyaline causent la désintégration du noyau des cellules, entraînant ainsi la mort des cellules de la couche superficielle du stratum granulosum.

- **Stratum germinativum ou assise basale germinative** : (germen=germe)

C'est la couche la plus profonde de l'épiderme, elle repose sur le derme. Ses cellules sont liées les unes aux autres par les desmosomes et contiennent dans leur cytoplasme, des faisceaux de fibrilles, appelés tonofibrilles. Les cellules cylindriques de la couche basale profonde (stratum basal) sont le lieu de la majorité des mitoses qui assurent le renouvellement des autres strates de l'épiderme. Au dessus de la couche basale, les cellules tendent à s'aplatir et à prendre une forme polyédrique avec des prolongements cytoplasmiques qui les relient aux cellules adjacentes. A cause de l'aspect de ces cellules, la couche superficielle du stratum germinativum est parfois appelée stratum spinosum (spina=épine) ou couche de cellules à épine.

2- **DERME** : (chorion)

Est formé de tissu conjonctif dense non orienté, renfermant de nombreuses fibres collagènes et quelques fibres de réticuline élastiques, contrairement à l'épiderme qui provient de l'ectoderme embryonnaire, il se développe à partir du mésoderme, comme les os et les muscles. Il renferme les vaisseaux sanguins et lymphatiques, des nerfs, des glandes spécialisées et des récepteurs sensitifs. Il se compose de deux couches indistinctes : la couche papillaire externe et la couche réticulaire ou le derme profond.

- **Couche papillaire** :

Externe assure un lieu étroit avec la couche basale du stratum germinativum en raison de ses nombreuses papilles ou projections qui se dirigent vers l'épiderme.

- **Couche réticulaire ou derme profond** :

C'est la couche la plus profonde du derme, se compose d'amas de fibres de collagènes orientés dans toutes les directions (c'est à dire qu'ils forment un réseau enchevêtré). Ces fibres sont en continuité avec celles du tissu sous cutané ou hypoderme.

3 - **HYPODERME** : (hypo=dessous)

Il est important, car il relie la peau aux structures sous jacentes. Il est constitué de :

- Cellules adipeuses.
- Cloisons fibreuses où cheminent les vaisseaux.

B - PHYSIOLOGIE :

Les fonctions du système tégumentaire peuvent être classées en plusieurs catégories.

- Protection :

La peau constitue une barrière physiologique contre l'invasion des micro-organismes et de diverses substances étrangères (y compris l'eau). Elle protège aussi contre les rayons ultraviolets et réduit la perte d'eau dans le milieu ambiant. Un mince film de liquide acide (pH : 4 à 6,8) recouvre la peau et joue un rôle antiseptique et bactériostatique qui retarde la croissance des microorganismes. En réponse à un traumatisme répété, le stratum corneum de l'épiderme s'épaissit et forme dans les cas extrêmes des callosités.

- Thermorégulation :

Lorsque la température ambiante est élevée, ou pendant une activité musculaire intense, la température de l'organisme reste presque normale, car la déperdition calorifique est facilitée de 2 façons :

D'une part, la dilatation des artérioles du derme amène un plus grand volume sanguin à la surface de l'organisme de sorte que plus de chaleur interne passe, par rayonnement au milieu ambiant.

D'autre part, l'augmentation de l'activité sécrétrice des glandes sudoripares, suivie de l'évaporation de la sueur facilite, le refroidissement de la peau. Dans la situation opposée, le corps conserve sa chaleur par la contraction des artérioles du derme ce qui diminue le volume sanguin et par conséquent la réduction de l'activité sécrétrice des glandes sudoripares.

- Excrétion :

En plus de son effet refroidisseur, la sécrétion des glandes sudoripares joue, jusqu'à un certain point un rôle excréteur. En effet, de petites quantités de déchets azotés et de chlorure de sodium contenues dans la sueur sont excrétées à la surface de la peau. Le volume et la composition de la sueur varient selon les besoins de l'organisme.

- Sensation :

Les terminaisons nerveuses et les récepteurs sensitifs présents dans la peau recueillent des informations sur le milieu extérieur.

Des stimuli comme des variations de température, un toucher, une pression, ou un choc douloureux, excitent des récepteurs sensitifs ; ceux-ci transmettent alors un message au système nerveux central qui décide de la réaction appropriée.

-Production :

Sous l'action du soleil et des rayons ultraviolets, un des stérols (le 7-dihydrocholestérol) de la peau est modifié en vitamine D3 (cholécalférol). La vitamine D3 facilite l'absorption du calcium et du phosphate des aliments ingérés et diminue l'excrétion du phosphate par les reins.

Mélano genèse : (14)

C'est la formation du pigment mélanique dans les tissus à partir de la tyrosine (acide aminé non indispensable, la phényl alanine). Elle est absente chez les albinos, exagérée dans la maladie d'ADDISON et les tumeurs mélaniques.

-Mélanine : (18)

Nom donné aux différentes variétés de pigments de couleur foncée allant du noir au brun roussâtre, se trouvant à l'état normal en différents points de l'organisme (choroïde, peau où ils augmentent sous l'influence des rayons ultraviolets etc.....) et à l'état pathologique dans différentes tumeurs dites mélaniques. La mélanine est essentiellement constituée par une substance amino-soufrée-v.tyrosine.

-Mélanocyte : (18)

Cellule étoilée, issue de la crête neurale, productrice de pigment mélanique, on trouve le mélanocyte dans l'épiderme et le derme de la région sacrée (tache mongolique), la rétine, la choroïde et les méninges.

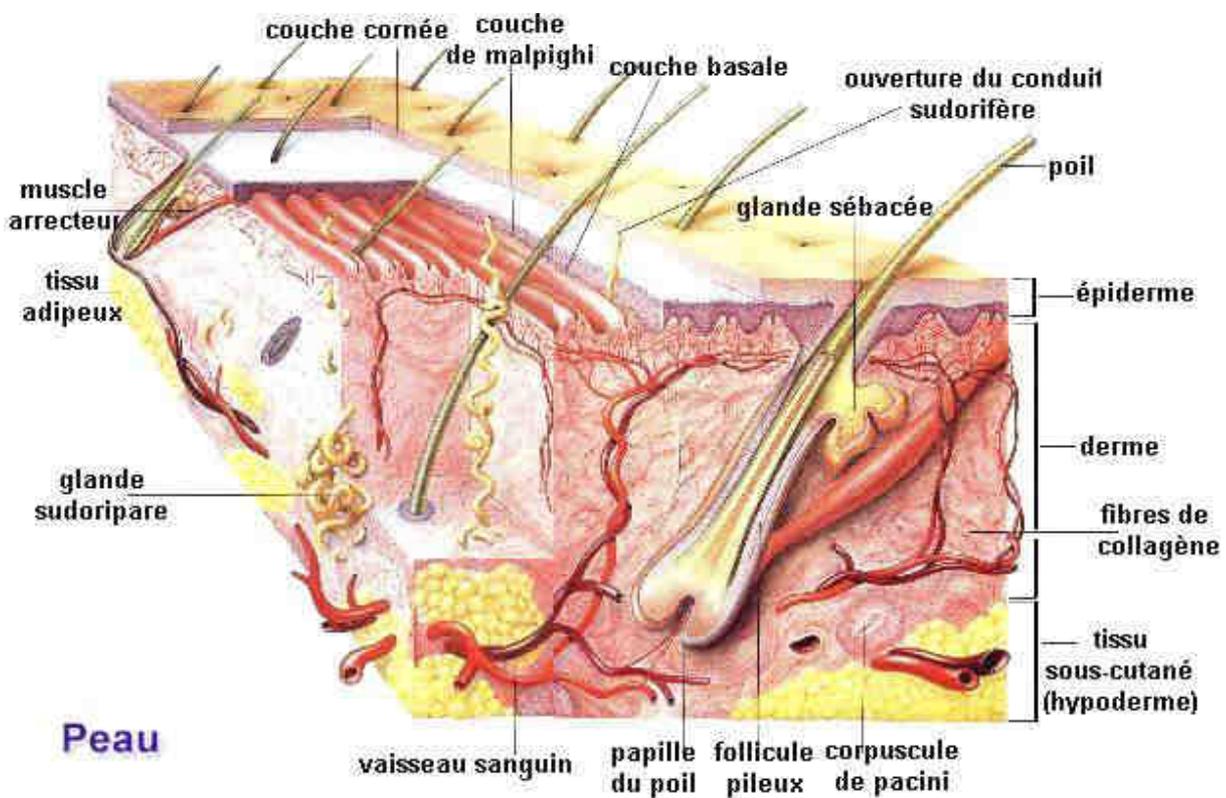
- Physiologie de la mélano genèse : (2)

La mélanine est le premier des 3 facteurs principaux responsables de la couleur de la peau. La présence et la distribution de la mélanine seraient les facteurs les plus importants ; on croit que les mélanocytes transfèrent la mélanine aux cellules du stratum germinativum. Les gens de race noire possèdent beaucoup de mélanine dans certaines régions du corps, telles que les mamelons. L'albinos ne peut synthétiser la mélanine par lacune héréditaire et cela s'observe quelle que soit la race du sujet.

Les autres facteurs sont : le carotène (pigment jaune) et le changement dans le volume sanguin ou dans la quantité d'oxygène transporté par le sang dans les capillaires du derme.

- Différence entre peau noire et peau blanche : (23)

Cette différence réside dans la présence et la distribution de la mélanine, la pigmentation est modifiée évidemment par la quantité d'exposition solaire. Il existe tous les intermédiaires de la dégradation de la pigmentation qui ont permis les migrations de populations et le métissage.

SCHEMA DE LA PEAU :

II – Rappel anatomique et physiologique de l'œil : (2)

L'œil est une structure sphérique composée de plusieurs couches ou enveloppes.

1-Tunique fibreuse :

C'est l'enveloppe la plus externe de l'œil dont les 5/6 postérieurs constituent la sclérotique, couche de tissu conjonctif dense de couleur blanche. La sclérotique protège les structures internes de l'œil et maintient la forme du globe oculaire. La partie antérieure de la tunique fibreuse (1/6) est transparente et constitue la cornée. La courbure de la cornée est plus prononcée que celle de la sclérotique. La lumière qui pénètre dans l'œil passe à travers la cornée.

2-Tunique vasculaire :

Comprend la choroïde, le corps ciliaire et l'iris.

- **La choroïde** : membrane pigmentée de teinte noirâtre et richement vascularisée, tapisse la plus grande partie interne de la sclérotique.

- **Le corps ciliaire** : à la limite de la cornée, la choroïde forme le corps ciliaire qui contient des muscles lisses, les muscles ciliaires.

- **L'iris** : prolongement de la choroïde, est un mince diaphragme musculaire pigmenté, qui donne à l'œil sa couleur. Au centre de l'œil se trouve, une ouverture circulaire, la pupille, à travers laquelle passe la lumière.

3-Rétine :

Enveloppe plus interne de l'œil. Elle se compose de deux feuillets : la couche pigmentaire externe et les couches internes de tissu nerveux.

La couche pigmentaire externe est directement accolée à la choroïde. C'est un épithélium simple cubique dont les cellules sont richement pigmentées. Les couches pigmentaires de la rétine et de la choroïde contiennent toutes deux le pigment mélanique brun noir. La pigmentation foncée de ces structures réduit la réflexion de la lumière qui pénètre dans l'œil. Les fibres nerveuses quittant la rétine convergent derrière l'œil pour former le nerf optique, ce dernier occupant une position légèrement médiane par rapport au pôle postérieur de l'œil.

Cette région de la rétine qui ne contient aucun photorécepteur est appelée tache aveugle ou papille optique. L'artère et la veine qui drainent la rétine pénètrent dans l'œil puis le quittent en passant par la papille optique

4-Cristallin :

Situé derrière la pupille, c'est une lentille élastique, transparente et biconvexe. Celui-ci est maintenu par des ligaments suspenseurs fibreux qui le rattachent au corps ciliaires. En modifiant sa forme, le cristallin contribue à focaliser les rayons lumineux sur la rétine. Le cristallin n'est pas vascularisé, il tire sa nourriture de substances appelées humeur aqueuse et humeur vitrée.

-Cavités et humeurs :

Le cristallin sépare l'intérieur de l'œil en deux cavités : la cavité antérieure et la cavité postérieure.

La cavité antérieure se subdivise en :

.Chambre antérieure : située devant le cristallin et l'iris et derrière la cornée.

.Chambre postérieure : occupant l'espace compris entre l'iris et les ligaments suspenseurs. La cavité antérieure contient l'humeur aqueuse, sécrétée par le corps ciliaire au rythme de cinq à six (5 à 6) millilitres par jour. L'humeur aqueuse est drainée dans le canal de SCHLEMM situé à la jonction de la choroïde et de l'iris, et par lequel elle peut rejoindre la circulation sanguine. La sécrétion continue de l'humeur aqueuse assure à l'intérieur de l'œil, une pression relativement constante d'environ 15mm hg. La cavité postérieure contient une substance gélatineuse, l'humeur vitrée.

5-Structures accessoires de l'œil :

Plusieurs structures associées à l'œil contribuent de diverses façons à son bon fonctionnement. Il s'agit des paupières, de la conjonctive, de l'appareil lacrymal et des muscles extrinsèques de l'œil.

6-Acuité visuelle :

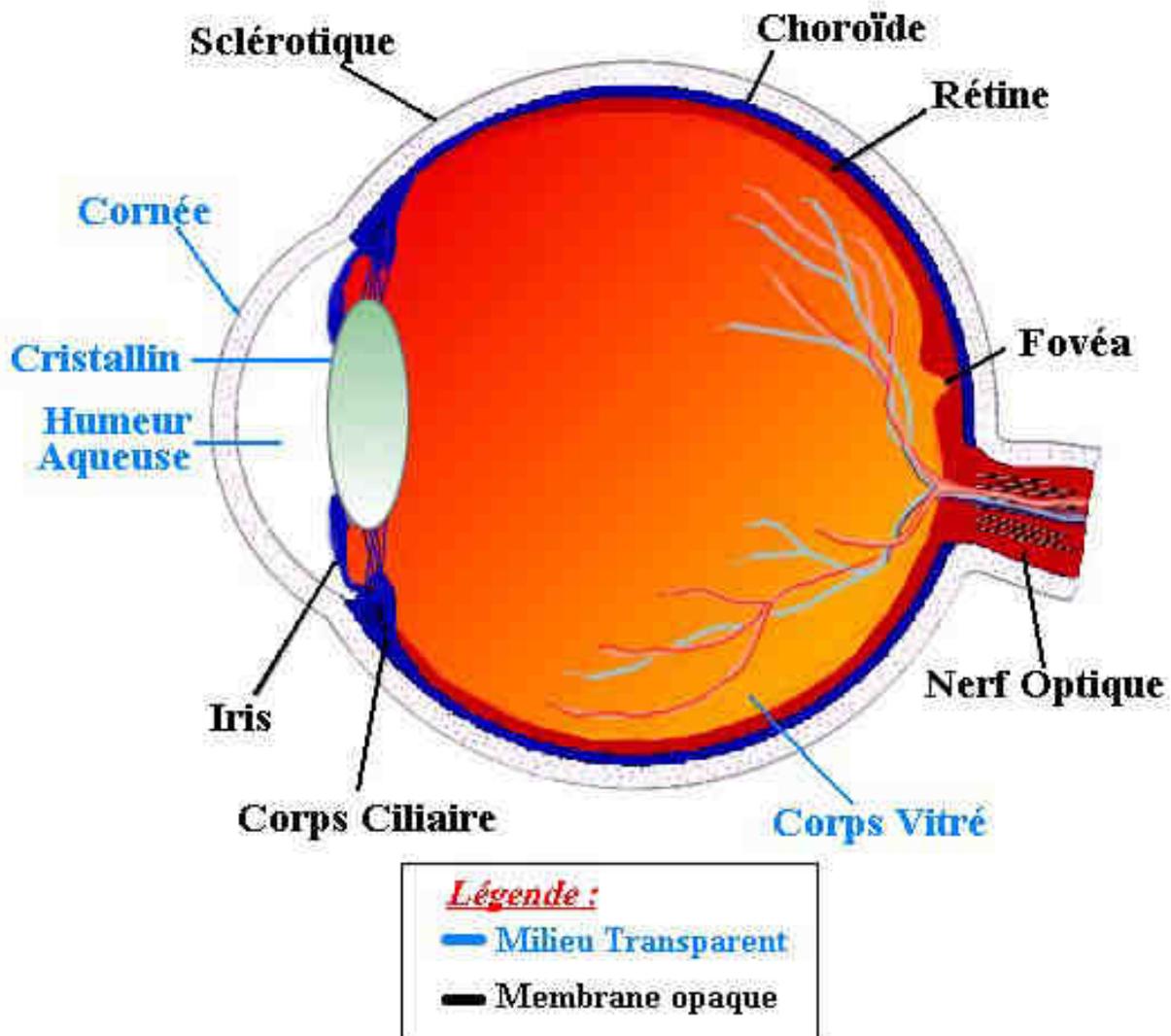
C'est l'aptitude à distinguer les détails d'un objet. Elle est liée à la capacité de l'œil à percevoir séparément deux points très rapprochés. Pour que cette perception soit possible.

Il faut que les rayons lumineux provenant des deux points, frappent deux unités réceptrices différentes dans la rétine et que ces deux unités réceptrices soient séparées par au moins une unité réceptrice non stimulée ou faiblement stimulée.

L'acuité visuelle est souvent mesurée par l'aptitude du sujet à identifier sur un tableau (échelle de 1 à 10) des lettres de tailles différentes à une distance de 5 mètres. Ainsi pour un patient qui parvient à identifier ces lettres jusqu'à 5 /10 possède une acuité visuelle de 5/10

- -Accommodation :

Pour des objets situés à moins de 6 mètres le système optique doit ajuster la mise au point afin que l'image se forme exactement sur la rétine. Ce phénomène s'appelle accommodation. L'accommodation s'effectue grâce à la contraction des muscles lisses du corps ciliaire (muscles ciliaires) qui répondent aux stimuli du système para sympathique.

SCHEMA DE L'ŒIL :

III NOTION DE COSMETOLOGIE :

a - Définition de la dépigmentation : (23)

Consiste à diminuer la charge de mélanine qui existe dans la peau normalement pigmentée.

b - DE NOTION COSMETIQUE (23)

Il s'agit de tout produit utilisé pour entretenir l'hygiène ou la beauté du corps (savons, shampoing, désodorisants, épilatoires, crème et lotions faciales, fards)

c - DIFFERENTS EXCIPIENTS : (19)

Pour un même principe actif, le choix d'une forme galénique va reposer à la fois sur :

- La nature de la dermatose.
- L'état du tégument.
- La localisation de la zone à traiter.
 - Lotion : région pileuse.
 - Pommade : dermatoses hyperkératosiques.
 - Crème : Lésions suintantes (intérêt cosmétique).

D- UTILISATION DES PRODUITS COSMETIQUES DEPIGMENTANTS :

Cette pratique touche la communauté Afro-américaine et certaines îles des Antilles mais les Antilles Françaises restent relativement épargnées (21).

Nos patientes ont souligné des pratiques dépigmentantes très agressives lors des évènements particuliers (mariage, baptême, autres fêtes) allant de l'utilisation des injections à la prise de comprimés de corticoïdes pour optimiser l'action des produits locaux. Des applications locales très intenses, des produits beaucoup plus nocifs et mal décrits. Le visage est une zone de prédilection.

- Mécanisme d'action des corticostéroïdes :

Les molécules de corticostéroïdes diffusent à travers la membrane cytoplasmique et se lient à un récepteur cytoplasmique. Ce récepteur est un complexe multiprotéique se trouvant dans les kératinocytes et les fibroblastes. L'hormone stéroïdienne liée au récepteur pénètre dans le noyau.

En se liant à une certaine séquence d'ADN, elle active ou inhibe la transcription de protéines importantes pour la réponse immunologique. C'est ce mécanisme qui est responsable de l'effet anti-inflammatoire, antiprolifératif et immunosuppresseur des corticostéroïdes (3, 4).

-Pénétration :

La couche cornée fait office de barrière à la résorption cutanée des stéroïdes topiques, mais elle varie en fonction de la localisation et de l'âge. Au niveau des paupières, du scrotum, des régions périnéale et inguinale, la résorption est importante à travers une couche cornée très fine, ce qui accroît le risque d'effets indésirables (26).

La dose à ne pas dépasser est de 30 grammes par semaines de produit fini de classe II en entretien (16).

-Localisation :

Les corticostéroïdes de classe IV ne doivent être utilisés que sur des plaques réfractaires à tout autre traitement (comme dans le psoriasis ou les dermatoses palmo-plantaires). Sur le visage, il est recommandé de ne pas aller au-delà de la classe II et peu de temps seulement. Les corticostéroïdes des classes I et II s'utilisent de préférence sur des zones sensibles, comme les paupières, la sphère génitale et les seins (4).

- PRODUITS DEPIGMENTANTS :

Les plus couramment retrouvés sur le marché malien sont :

o Corticoïdes :

Leur action dépigmentante a été constatée accidentellement sous forme d'hypochromie faisant suite à des injections locales (7 ; 5 ; 14 ; 17 ; 24). Ces produits existent sous forme de crème, pommade, gel, et lotion .Au début de la phase de dépigmentation on observe un déficit de transfert des mélanosomes vers les kératinocytes ; ultérieurement apparaît un arrêt de synthèse de la mélanine dont le mécanisme chimique n'est pas encore élucidé (7 ; 12 ; 14; 17).

○ Phénoliques :

Leur chef de file est l'hydroquinone. En 1975, l'on rapporte une décoloration de la peau des noires sud Africaines par application de crème contenant de l'hydroquinone (17). Depuis plusieurs dérivés de l'hydroquinone ont vu le jour et ont une vertu dépigmentante (13); parmi eux on peut citer :

- Mono éthyl éther d'hydroquinone.
- Mono benzyl éther d'hydroquinone.
- Mono méthyl éther d'hydroquinone.

L'hydroquinone est souvent utilisée dans le traitement du chloasma, des éphélides, des pigmentations post traumatiques (7 ; 17 ; 27 ; 28). Elle dépigmente par sa toxicité directe sur les mélanosomes et les différents organites cytoplasmiques (12 ; 14 ; 17 ; 28 ; 15 ; 25).

Ils se présentent sous forme de crème, de pommade, de lotion. Leur action dépigmentante se manifeste à partir de 3-4 semaines (7 ; 17 ; 13 ; 31).

○ Dérivés mercuriels :

Jadis ces produits étaient utilisés dans le traitement des éphélides, mais des troubles consécutifs à leur utilisation prolongée ont été signalés par GEOKERMAN HOLLANDES et AL et ont incité certains pays à interdire leur utilisation en cosmétologie (7 ; 17 ; 15). Ces produits existent sous forme de crème, savon, et contiennent, soit du :

- Bichlorure de mercure.
- Bi iodure de mercure.
- Chloramidure de mercure.

Leur action est directe sur la tyrosinase au niveau de laquelle le mercure entre en compétition avec le cuir et inactive l'enzyme, d'où blocage de la mélanogénèse (17 ; 15).

○ CAUSTIQUES :

Nous avons rencontré pour la plupart des produits de fabrication traditionnelle dont les propriétés dépigmentantes sont méconnues des utilisatrices

IV - COMPLICATIONS DE L'UTILISATION DES PRODUITS COSMETIQUES DEPIGMENTANTS :

L'aspect général des téguments est souvent évocateur : faciès décoloré (lunaire), volontiers érythémateux, persistance de zones difficiles à décolorer (jointures, pieds, ...); on a décrit de nombreuses complications cutanées et récemment générales de cette pratique (21).

La dose à ne pas dépasser est de 30 grammes par semaines de produit fini de classe II en entretien (16).

- Complications dermatologiques :

- * Acné cortisonée : très fréquents souvent de localisation atypique (dos) (21).

- * Ochronose exogène : il s'agit d'une hyperchromie sous forme d'hyperpigmentation très foncée siégeant au niveau de certaines zones photo exposées diversement intéressées : visage, nuque, partie supérieure du dos, plus rarement dos des mains (11).

- * Dermatoses infectieuses : sont nombreuses et modifiées par l'application des corticoïdes.

- +Pityriasis versicolor : aspect achromiant et atrophique.

- +Pyodermite : la gale, le sudamina surinfectés sont souvent aggravés

- * Atrophie cutanée : survient après plus de 2 mois d'application, plus marquée sur le visage, le dos des mains ; irréversible au niveau du derme (1), responsable des vergetures.

- * Dermatophyties : entraînant une extension inhabituelle et une fistulisation.

- * Autres complications dermatologiques : on peut citer entre autres la dermite caustique, l'eczéma de contact allergique, la télangiectasie et les lésions purpuriques, l'hypertrichose, la xérose cutanée, la photo pigmentation périorbitaire en « fard » ou en « lorgnette » et retard de cicatrisation.

- Complications générales : L'emploi massif et prolongé de corticoïdes locaux puissants pourrait avoir des répercussions générales ; il peut s'agir de : (7 ; 17 ; 1).

- Insuffisance surrénaliénne.

- Induction ou aggravation d'un diabète ou d'une hypertension artérielle (32).

- Complications osseuses.

- Complications oculaires :

Elles n'ont fait l'objet d'aucune étude particulière au Mali à notre connaissance, on observe dans l'ordre de gravité:

- Glaucome cortisonique : représentant 1,4% des glaucomes.

Caractérisé par une élévation de la pression intraoculaire avec atteinte de la tête du nerf optique et altération du champ visuel, pouvant aboutir à la cécité. Il s'agit là d'un glaucome secondaire. En dehors de la dépigmentation les maladies oculaires et les maladies générales peuvent aussi être incriminées (34).

Le diagnostic du glaucome repose sur certains critères :

-HTO.

-Excavation papillaire.

-Altération du champ visuel.

-±altération de l' AVSC :

- Cataracte cortisonique : Il s'agit d'une opacification partielle ou totale du cristallin, due à l'altération du métabolisme des fibres cristalliniennes et responsable d'une baisse progressive de la vision. Très typique lorsqu'elle est sous capsulaire postérieure, mais toutes les formes peuvent se voir. Elle évolue vers la cataracte totale de traitement chirurgical (34).

Le diagnostic est essentiellement basé sur l'opacification cristallinienne et la BAV.

- Complications neuro-ophtalmiques : sont rares et réversibles à l'arrêt du processus de dépigmentation.

METHODOLOGIE

1 – Type et durée d'étude :

Nous avons mené une étude descriptive portant sur les données rétrospectives de cataracte recueillies de 2003 à 2005 et des données prospectives de Novembre 2005 à Octobre 2006 de l'ensemble des complications oculaires chez les utilisatrices des produits cosmétiques dépigmentants consultant au service d'ophtalmologie du CSREF CV du District de Bamako (Mali).

2. Lieu d'étude : l'étude s'est déroulée au centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako (Mali).

3- Présentation du centre :

Situation : Le centre de santé de référence de la commune V a été créé en 1982. Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger au flanc de la colline de Badalabougou. La commune V couvre une superficie de 41,59 Km² pour 265690 habitants. L'infrastructure de cette commune comporte en plus du centre de santé de référence neuf centres de santé communautaires (C.S.COM) opérationnels.

Structures du centre :

Il dispose de 7 services et 15 unités qui sont :

- Un service de gynéco obstétrique :
 - Une unité d'hospitalisation /bloc opératoire
 - Une unité CPN
 - Une unité PF
 - Une unité de soins après avortement
 - Une unité suites de couche
 - Une unité de gynécologie
 - Une unité de compartiment technique bloc
 - Une unité PEV
- Un service de médecine
 - Une unité de pédiatrie
 - Une unité de radiologie
 - Une unité de néonatalogie

- Une unité labo pharmacie
 - Un service de dermatologie
 - Un service de stomatologie
 - Un service de comptabilité
 - Une unité SIS
 - Une brigade d'hygiène
 - Une unité matérielle
 - Une unité parc automobile
 - Un service de chirurgie infantile
 - Un service d'ophtalmologie
- + Le personnel :

A l'unité ophtalmologie du CSREF CV le personnel est constitué de :

- .Un médecin spécialiste
- .Six assistants médicaux
- .Une aide soignante

L'équipe fait des consultations courantes, exécute des programmes opératoires malgré l'insuffisance des matériels.

+ L'équipement :

L'unité ophtalmologique du CSREF CV est dotée de :

- .Une lampe à fente
- .Un microscope opératoire.
- .Un javal
- .Un tonomètre de GOLDMAN (en mauvais état)
- .Une lentille de VOLK
- .Une boîte de verre d'essai
- .Une échelle de type monoyer et de Snelenn
- .Une boîte de trichiasis
- .Une boîte de chalazion
- .Cinq boîtes de cataracte dont 3 (trois) en mauvais état et insuffisantes
- .Un frontofocomètre

L'absence d'une unité d'imagerie ophtalmologique (champ visuel, échographie, ...) est un handicap sérieux pour la prise en charge de certaines pathologies (glaucome, traumatismes oculaires,...)

4- Population de l'étude :

Toutes les consultantes au service d'ophtalmologie du centre de santé de référence de la commune v.

5- Echantillonnage :

. Définition du cas : il s'agit de :

- Toutes patientes présentant des signes de dépigmentation cutanée et une (ou des) complication(s) oculaires durant la période de l'étude.
- Toutes patientes régulières pendant le suivi.

. Critères d'inclusion : sont incluses dans cette étude toutes patientes répondant à cette définition.

. Critère d'exclusion : sont exclues de cette étude:

- Toutes patientes ne répondant pas à cette définition.
- Toutes patientes présentant de tares organiques

6- Déroulement de l'étude :

+ Méthode de recueil des données :

. Données rétrospectives :

Ces données concernaient les cas de cataracte, ont consisté à l'étude des dossiers médicaux suivie d'une nouvelle consultation ophtalmologique

. Données prospectives :

Elles comportaient toutes les complications oculaires observées durant la période l'étude.

Ont été recueillis à l'interrogatoire :

Les caractéristiques socio démographiques.

Les motifs de consultation.

La durée moyenne d'utilisation des produits cosmétiques dépigmentants.

La date d'apparition des symptômes.

Les complications oculaires ont été évoquées après un examen ophtalmologique complet, voire des examens complémentaires ; les critères de diagnostics ont été définis dans le chapitre étude des complications.

+ Recueil et analyse des données :

La saisie de ce document s'est fait sur le logiciel Word et l'analyse statistique des données recueillies au cours de notre enquête a été faite sur ordinateur avec le logiciel (Epi-info version 6,0).

+ Considération éthique et déontologique :

Les cas sont inclus avec leur consentement après avoir eu connaissance du contenu du questionnaire. Les informations recueillies sont confidentielles.

Résultats :

Au terme de notre étude, nous avons reçu en consultation 2268 femmes de tout âge ; dont 89 ont été incluses dans notre étude soit 0,25%. Les résultats sont répartis en 4 catégories :

- Caractéristiques sociodémographiques des patientes incluses,
- Données pharmacologiques des produits cosmétiques utilisés,
- Données cliniques des patientes incluses.
- Données thérapeutiques

Ces résultats sont répartis dans les tableaux suivants :

1 Résultats socio démographique de l'échantillon :

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge.

Age (an)	Effectif	Pourcentage
15-24	32	35,96
25-34	30	33,70
35-45	27	30,34
Total	89	100

69,4%(35,96 + 33,70) de nos patientes avaient moins de 35 ans,avec une tranche d'âge prédominante de 15-24 ans, soit 35,96% et une moyenne de 28,94 ans .

Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	32	36,00
Mariée	56	62,90
Divorcée	1	1,10
Total	89	100

62,9% de nos patientes étaient mariées.

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	26	29,20
Elève	25	28,08
Commerçante	10	11,20
Secrétaire	10	11,20
Agent socio sanitaire	6	6,74
Couturière	3	3,40
Comptable	2	2,20
Coiffeuse	1	1,10
Enseignante	1	1,10
Autres*	6	6,74
Total	89	100,00

*= Agent de banque, Employé de pressing, Teinturière, Transitaire.

Les ménagères représentaient 29,2% de notre échantillon.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	7	7,87
Primaire	32	35,96
Secondaire	40	44,94
Supérieur	10	11,24
Total	89	100,00

Le niveau secondaire était prédominant avec 44,94%.

Tableau V: Répartition des patientes selon le teint préféré.

Teint préféré	Effectif	Pourcentage
Naturel noir	8	9,00
Naturel clair	15	16,90
Dépigmenté marron	20	22,40
Dépigmenté clair	46	51,70
Total	89	100,00

74,1% (22,4%+51,7%) de nos patientes souhaitaient avoir un teint dépigmenté.

2 Résultats pharmacologique et modalités d'utilisations des produits cosmétiques dépigmentants :

Tableau VI : Répartition des patientes selon leur modalité d'utilisation des produits cosmétiques.

Modalité d'utilisation	Effectif	Pourcentage
Un produit	41	38,20
Mélange	55	61,80
Total	89	100,00

61,8% utilisaient plusieurs produits à la fois.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le résultat sur la peau de l'usage des produits cosmétiques dépigmentants.

Aspect de la peau	Effectif	Pourcentage
Clair	46	51,70
Légèrement clair	30	33,70
Inchangé	13	14,60
Total	89	100,00

51,7% de nos patientes avaient une peau claire à l'inspection.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la forme galénique des produits cosmétiques dépigmentants.

Forme galénique	Effectif	Pourcentage
Crème	53	59,60
Lotion	2	2,20
Pommade	3	3,40
Savon	10	11,20
Lait	45	50,60
Gel	4	4,50
Tube	18	20,20
Injectable	11	12,40
Comprimé	10	11,20

La forme galénique la plus utilisée était la forme crème 59,6%.

La prise de comprimés et les injections n'étaient pas quotidiennes mais d'une fréquence considérable dans l'année.

Tableau IX : Répartition des patientes selon la classe pharmaceutique des produits cosmétiques dépigmentants.

Classe pharmaceutique	Effectif	Pourcentage
Corticoïde	51	57,30
Hydroquinone	51	57,30
Mercuriel	7	7,90
Caustique	11	12,40

La plupart de nos patientes utilisaient les corticoïdes et les hydroquinones 75,3% chacun.

Tableau X : Répartition des patientes selon la durée d'utilisation des produits cosmétiques.

Temps d'utilisation (mois)	Effectif	Pourcentage
2-5	13	14,61
6-11	2	2,25
12-23	1	11,24
24-47	32	35,96
48-71	20	22,47
72-95	8	8,99
96-119	2	2,25
120-143	2	2,25
Total	89	100,00

La durée moyenne d'utilisation était de 37 mois.

Tableau XI : Répartition des complications oculaires selon la durée moyenne d'utilisation des produits cosmétiques dépigmentants.

Complications oculaires	Durée moyenne d'utilisation (mois)
Conjonctivite	25
Cataracte	78
Glaucome	50
KPS	15

La durée moyenne pour induire une complication oculaire est de :

78 mois pour la cataracte ;

50 mois pour le glaucome ;

25 mois pour la conjonctivite ;

15 mois pour la Kératite ponctuée superficielle.

3 Résultats cliniques:

Tableau XII : Répartition des patientes selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Prurit	61	68,50
Larmoiement	33	37,10
Sécrétion	15	16,90
B A V	12	13,50
Douleur	44	49,40
Céphalée	12	13,50
Total	89	100,00

Le prurit représentait le motif de consultation le plus fréquent 68,5% ; 13,5% de nos patientes se plaignaient de BAV.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l' AVLSC

Œil AV LSC	Œil droit		Œil gauche	
	Effectif	%	Effectif	%
≤1/20	3	3,40	2	2,20
[1/10-2/10]	5	5,60	6	6,70
≥3/10	81	91,01	81	91,01

Environ 9% de nos patientes présentaient une AVLSC inférieur à 3/10 (BAV), 40% avaient une AVLSC inférieur à 10/10.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'AVL au T S.

Œil	Droit		Gauche	
TS	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤1/20	3	3,37	2	2,24
[1/10-2/10]	6	6,74	4	4,49
≥3/10	27	30,33	27	30,33

L' AVL au TS était inférieure à 3/10 dans 10,11%.

Tableau XV : Répartition des patientes selon les anomalies observées à la L A F.

Anomalie à la L A F	Effectif	Pourcentage
Hyperhémie conjonctivale	71	79,80
RPM paresseux	9	10,10
Opacification cristalliniene	12	13,50
Test à la fluorescéine positive	2	2,24

L'examen à la LAF révélait 79,8% d'hyperhémie conjonctivale et 13,5% d'opacification cristalliniene.

Tableau XVI: Répartition des patientes selon le tonus oculaire.

TO	Effectif	Pourcentage
≤ 21 mmhg	74	83,00
> 21 mmhg	15	16,90

Nous avons obtenu 16,9% d'hypertonie oculaire.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le rapport C/D.

Rapport C/D	Effectif	Pourcentage
$< 0,5$	67	75,28
$\geq 0,5$	22	24,71

24,71% avaient un rapport C/D supérieur ou égal à 0,5.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon les autres complications (dermatologiques).

Autres complications	Effectif	Pourcentage
Eczéma de contact	1	1,10
Xérose cutanée	11	12,40
Vergetures	18	20,20
Acnés	22	24,70

Les complications dermatologiques associées étaient essentiellement les Acnés du visage 24,7%.

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la classe pharmaceutique des produits prescrits.

Produits	Effectif	Pourcentage
Antibiotique+corticoïde	57	64,04
Anti inflammatoire	4	4,49
Antibiotique	11	12,35
Antiseptique	15	16,85
Antihistaminique	20	22,47
Anti glaucomateux	15	16,85
Autre*	5	5,60

*= Vasoprotecteur ; Surveillance.

Comme traitement préconisé l'association antibiotique+corticoïde était plus fréquente 64,04%.

Tableau XX : Répartition des patientes selon le type de données et les complications oculaires.

Complications oculaires	Type de données			
	Rétrospectives		Prospectives	
	Effectif	%	Effectif	%
Conjonctivite	0	0	73	82,00
Cataracte	5	5,60	7	7,90
Glaucome	0	0	15	16,90
KPS	0	0	2	2,20

Seuls 5 cas de cataractes étaient concernés par les données rétrospectives.

Complications oculaires observées chez les utilisatrices de produits cosmétiques dépigmentants au CSRéf CV du district de Bamako (Mali).

Tableau XXI: Répartition des patientes selon l' AVLSC et la classe pharmaceutique des cosmétiques.

Œil	Droit			Gauche		
	≤1/20	[1/20-2/10]	≥3/10	≤1/20	[1/20-2/10]	≥3/10
AVLSC						
Corticoïde	2	5	44	2	4	45
Hydroquinone	2	3	46	2	4	45
Mercuriel	0	0	7	0	1	6
Caustique	0	1	10	0	0	11

Environ 7 patientes présentaient une BAV après utilisation de corticoïdes et 6 cas après utilisation d'hydroquinone

Tableau XXII: Répartition des patientes selon l'atteinte du segment antérieur et la classe pharmaceutique.

Classe pharmaceutique /	Corticoïdes		Hydroquinone		Mercuriel		Caustique	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Atteinte du SA								
Hyperhémie conjonctivale	36	40,45	38	42,70	7	7,87	10	11,24
RPM paresseux	4	4,49	6	6,74	0	0,00	2	2,24
Opacification cristallinienne	12	13,48	7	7,87	0	0,00	2	2,24
KPS	0	0,00	2	2,24	0	0,00	0	0,00

Nous avons constaté une hyperhémie conjonctivale chez 40,45% des patientes utilisant les corticoïdes ; 42,70% des patientes utilisant des hydroquinones ; Et une opacification cristallinienne dans respectivement 13,5% et 7,87%.

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le TO et classe pharmaceutique.

TO	≤21mm hg	>21mm hg
Corticoïde	43	8
Hydroquinone	41	10
Mercuriel	7	0
Caustique	9	2

Nous avons constaté que 8 patientes utilisant des corticoïdes présentaient une hypertension oculaire ; et 10 utilisant des hydroquinones.

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le motif de consultation et la classe pharmaceutique.

Classe pharmaceutique	Corticoïde		Hydroquinone		Mercuriel		Caustiques	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Prurit	31	34,80	34	38,20	6	6,74	9	10,11
Larmoiement	16	17,98	20	22,47	4	4,50	4	4,50
Sécrétion	4	4,50	10	11,24	2	2,24	3	3,40
BAV	9	10,11	8	8,99	0	0,00	0	0,00
Douleur	28	31,46	29	32,58	3	3,40	2	2,24
Céphalée	8	8,99	7	7,87	0	0,00	2	2,24

Nous avons constaté que le prurit était associé à l'usage des corticoïdes et des hydroquinones respectivement 31 cas et 34 cas les larmoiements aussi 16 cas et 20 cas.

Les douleurs oculaires aussi 28 cas et 29 cas.

Les BAV aussi 9 cas et 8 cas.

Tableau XXV: Répartition des patientes selon le rapport C/D et la classe pharmaceutique.

Rapport C/D	<0,5	≥0,5
Corticoïde	31	12
Hydroquinone	40	10
Mercuriel	7	1
Caustique	10	2

Les corticoïdes et les hydroquinones étaient associées dans respectivement 12 et 10 cas dont le rapport C/D ≥ 0,5.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le nombre de produits cosmétiques utilisés et les hypothèses diagnostiques.

H D / Nombre de produit	1	2	3	4
(A)	33	18	10	4
(B)	1	3	3	2
(C)	1	1	2	1
(D)	2	0	0	0
(C) + (A)	1	2	3	1
(B) + (C)	0	0	1	1
(A) + (B) + (C)	0	0	0	2
Total	38	24	19	10

NB : A= conjonctivite ; B= cataracte ; C= glaucome ; D= KPS.

- 38 cas dont 33 cas de conjonctivite, 2 cas de KPS, 1 cas de cataracte 1 cas de glaucome et 1 cas de conjonctivite + glaucome n'utilisaient qu'un seul produit dépigmentant.

- 10 cas dont 4 cas de conjonctivite, 2 cas de cataracte, 1 cas de glaucome, 1 cas de conjonctivite + glaucome, 1 cas de conjonctivite + cataracte et 2 cas de conjonctivite + cataracte + glaucome utilisaient 4 produits dépigmentant.

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon l'atteinte du CV mixte.

CV mixte	Effectif	%
Altéré	15	16,85
Normal	74	83,15

16,85% de nos patientes présentaient une altération du CV mixte.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon l'âge et les complications oculaires.

Age (an)	Complications oculaires			
	Conjonctivite allergique	Cataracte	Glaucome	KPS
15-24	31	0	1	0
25-34	23	4	3	2
35-45	19	8	11	0

Si la conjonctivite était observée chez les moins de 35 ans pour la plupart, le glaucome et la cataracte ont été constatés plus tardivement.

4 Résultats thérapeutiques :

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le coût de la première ordonnance et les complications oculaires.

complications oculaires	Coût de l'ordonnance (franc Cfa)
Conjonctivite	3085
Glaucome	3918

Le coût était plus élevé dans la prise en charge du glaucome 3918f CFA.

Il y a eu un seul cas de chirurgie de cataracte pendant notre période d'étude.

Tableau XXX: Répartition des patientes selon la prise en charge

Type de Traitement	Effectif	%
IEC	89	100,00
Médical	85	95,5
Chirurgical	1	1,10
Surveillance	3	3,40

L'IEC a été la mesure commune à toutes les patientes.

Tableau XXXI Répartition des patientes selon le résultat thérapeutique.

Complications oculaires	Patientes guéries	Patientes non guéries
Conjonctivite	68	5
Cataracte	1	11
Glaucome	0	15
KPS	2	0

Seule la chirurgie permet de guérir d'une cataracte. Le glaucome est une maladie à vie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive allant de 2003 à 2005 pour les cas de cataracte et une étude descriptive sur un an sur la prise en charge des patientes utilisant les produits cosmétiques dépigmentant consultant au service d'ophtalmologie du C S Réf CV du district de BAMAKO.

Lors de notre étude prospective de Novembre 2005 à Octobre 2006, nous avons reçu en consultation 2268 femmes dans le service dont 89 cas conformes à la définition ont été inclus dans notre étude soit environ 0,25%.

Ce taux s'explique d'une part par l'écart entre la tranche d'âge de notre étude (femme de 15 à 45 ans) et la population d'étude (toutes les femmes) et d'autre part par la spécificité liée au phénomène de la dépigmentation.

Ces patientes résidaient toutes sur la rive droite du fleuve NIGER et en plus elles venaient de tous les quartiers de cette localité, cela s'explique par le fait que c'est le seul centre public d'ophtalmologie de proximité ayant un médecin spécialiste sur toute la rive droite. En absence d'une étude similaire à notre connaissance sur toute l'étendue du territoire national ; Les résultats issus de cette étude nous permettront de faire une idée sur les caractéristiques épidémiologiques, le profil socio démographique la durée nécessaire pour induire une complication oculaire liée à l'U P C D chez les consultant au service ophtalmologique du C S Réf C V du district de BAMAKO de 2003 à Octobre 2006.

EPIDEMIOLOGIE :

La pratique de la dépigmentation est observée dans plusieurs pays comme les USA le Congo démocratique...Mais pour cette étude nous avons observé ces complications oculaires que chez les femmes ; sans doute elles sont plus régulières et plus assidues dans l'U P C D.

AGE :

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 15 à 24ans soit 35,96% suivi de celle de 25 à 34 ans soit 33,70% (tI) et de celle de 35 à 45 ans soit 30,34%.

Au regard de ces résultats nous ne pouvons pas déduire que ces complications sont en relation avec l'âge.

STATUT MATRIMONIAL ET PROFESSION :

Si les mariées constituent la majeure partie de notre échantillon (62,9%) (tII), les ménagères et les élèves réalisent 57,28% (tIII). Cette pratique à nos jours constitue un moyen de séduction dans un monde où la culture occidentale s'instaure de plus en plus avec ses lots de films sponsorisés par les gammes de produits cosmétiques dépigmentants et largement suivis par les femmes.

NIVEAU D'ETUDE :

Les niveaux d'étude secondaire et primaire respectivement 44,94% et 35,96% (tIV) étaient majoritaires ; cette couche socioprofessionnelle à la quête de la perfection et de la femme idéale, est le plus souvent vulnérable aux opérations de séduction orchestrées par les médias.

Les non scolarisées 7,87%, ne sont pas certainement très sensibles aux messages de propagande des médias ; alors que celles du niveau supérieur 11,24% semblent prendre conscience du danger lié à l'U P C D.

TEINT PREFERE :

Un teint dépigmenté (clair ou marron) était un objectif pour 74,1% de notre échantillon (tV). Ce qui prouve que c'est un acte volontaire à la quête d'un modèle à leurs yeux meilleur ou tout au mieux avoir une peau dite « blanche ».

MOTIF DE CONSULTATION :

Les motifs de consultation évoqués étaient dans l'ordre décroissant : prurit 68,5% ; douleur 49,4% ; larmoiement 37,1% ; sécrétion 16,9% ; céphalée et BAV chacun 13,5% (tXII). La fréquence des prurits est en faveur du caractère allergique de ces complications.

MODALITES D'UTILISATION DES PRODUITS COSMETIQUES

DEPIGMENTANTS :

Le mélange des produits cosmétiques induit une complication oculaire dans 61,80% contre 38,20% dans le cas de modalité isolé (tVI) ; Ces chiffres nous permettent d'affirmer la relation de cause à effet entre la modalité d'utilisation et les complications oculaires. C'est-à-dire ces produits ont une action synergique entre eux.

DUREE D'UTILISATION DES PRODUITS COSMETIQUES DEPIGMENTANTS :

(tX, tXI)

Pour l'ensemble des complications oculaires la durée moyenne d'utilisation est de 37mois (de 2 à 132 mois) ; C'est une durée relativement courte si on tient compte de la durée d'installation d'une cataracte.

Alors que par complication nous avons respectivement : conjonctivite 25mois, cataracte 78mois glaucome 50mois et KPS 15 mois. Cette durée d'induction plus longue dans les cas de cataracte peut s'expliquer par le rythme d'opacification du cristallin et aussi par les signes de la cataracte au début qui ne sont pas contraignants pour les activités professionnelles.

ASPECT DE LA PEAU : (tVII)

L'aspect de la peau était clair dans 51,7% des cas et légèrement clair dans 33,7% ; Il existe alors une corrélation entre l'aspect de la peau et le teint préféré ; D'où la confirmation de l'acte volontaire.

FORME GALENIQUE : (tVIII)

Les formes galéniques les plus utilisées sont : Crème 59,6% ; Lait 50,6% et savon 11,2% ; Ce sont les formes indiquées pour le visage.

Les injections et les comprimés étaient utilisés lors des évènements particulières pour une synergie d'action avec des produits cosmétiques dépigmentant.

CLASSE PHARMACEUTIQUE DES PRODUITS COSMETIQUES : (tIX)

Les corticoïdes et les hydroquinones étaient utilisés par 57,3% de notre échantillon chacun, les caustiques et les dérivés mercuriels respectivement 12,4% et 7,9%. Si les corticoïdes sont les produits cosmétiques les plus anciens, les hydroquinones sont d'actualité sur le marché malien. Les deux derniers sont rares et peu connus des utilisatrices.

ACUITEE VISUELLE DE LOIN SANS CORRECTION :(AVLSC)

Environ 9% de nos patientes avaient une BAV considérable ($AVLSC < 3/10$) contre 91% d'acuité visuelle normale ($AVLSC \geq 3/10$) (tXIII) ; environ 60% avaient une AVLSC de 10/10.

Ce taux relativement faible de BAV peut s'expliquer par la détection précoce des cas de glaucome et dans une moindre mesure des cas de cataracte ; ce taux est voisin de celui du motif de consultation BAV (13,5%).

ANOMALIE A LA LAF : (LAF=lampe à fente)

Les principales anomalies observées à la LAF sont : hyperhémie conjonctivale 79,8% ; opacification cristallinienne 13,5% et RPM paresseux 10,10% et le test à la fluorescéine positive dans 2,24% des cas (tXV). Ces chiffres sont en co-relation avec les hypothèses diagnostiques (tableau XX).

ACUITE VISUELLE DE LOIN AU TROU STENOPEIQUE : (AVL AU TS) (tXIV)

Le TS n'améliore pas 10% de BAV de loin (AVL au TS < 3/10). Mais 30,33% ont été améliorés au TS (AVL au TS \geq 3/10). Parmi ces 10% de BAV, 3% présentaient une cécité (AVL au TS \leq 1/20), mais curable car liée à l'opacification du cristallin.

TONUS OCULAIRE : (T O)

Nous avons obtenu 16,9% d'hypertonies oculaires (tXVI) ; Ce taux est en concordance avec les hypothèses diagnostiques ; ce chiffre nous permet de déduire que l'U P C D induit un glaucome secondaire avec toujours une hypertonie oculaire.

RAPPORT C/D :

L'examen au FO a retrouvé un rapport C/D \geq 0,5 chez 24,71% de nos patientes (tXVII) alors qu'il y a que 16,9% de cas de glaucome confirmé ce qui nous permet de déduire qu'il y a des cas de large excavation bilatérale physiologique donc non glaucomateuse.

CV mixte : (tXXVII)

L'altération du CV mixte a été observée dans 16,98% des cas. Ce chiffre est en corrélation avec le rapport C/D plus ou moins le TO.

COMPLICATIONS OCULAIRES : (tXI)

Les différentes complications oculaires dans l'ordre décroissant sont: conjonctivite allergique 82%, glaucome cortisonique 16,9%, cataracte cortisonique 13,5% et KPS 2,24%.

Ces taux sont en rapport avec l'atteinte du segment antérieur d'une part : hyperhémie conjonctivale 79,8% ; test à la fluorescéine positive ; opacification du cristallin 13,5% et d'autre part le TO (16,9% d'hypertonie oculaire) ; l'atteinte du C V (tXXVII) ; et le rapport C/D (24,71% de $C/D \geq 0,5$)

AUTRES COMPLICATIONS : (DERMATOLOGIGUES)

Dans l'ordre décroissant, nous avons : acnés du visage 24,7% ; vergetures 20,20% ; xérose cutanée 12,4% ; et l'eczéma de contact allergique 1,1%. Nous avons étudié ces complications au niveau de la partie découverte de nos patientes lors de l'examen ophtalmologique surtout le visage ; et ces complications dermatologiques ont été décrites par KABA F en 2003 au CNAM(6).

PRISE EN CHARGE : (tXXX)

L'IEC (arrêt de la dépigmentation) a été la première mesure thérapeutique chez toutes les patientes.

Le traitement médical a été effectué dans 95,5% ; le traitement chirurgical dans 1,1% ; et la surveillance dans 3,4%.

ORDONNANCE MEDICALE : (tXXI)

L'association antibiotique et corticoïde, les antihistaminiques, les antiseptiques, les antiglaucomateux, les antibiotiques étaient prescrits respectivement dans : 64,4% ; 22,47% ; 16,85% ; 16,85% ; 12,35%.

COÛT DU PREMIER TRAITEMENT : (tXXIX)

Nous avons seulement étudié le coût du premier traitement pour avoir une idée sur son incidence. La première mesure prescrite est l'arrêt de l'U P C D. Si le traitement dans les cas de glaucome est à vie, dans les autres cas la guérison est possible. En moyenne ce coût est de 4317 francs CFA ; et par complication nous obtenons respectivement : conjonctivite 3085f CFA ; et glaucome 3918f CFA. Il y a eu un seul cas de chirurgie de cataracte.

MOTIF DE CONSULTATION ET CLASSE PHARMACEUTIQUE : (tXXIV)

L'usage des corticoïdes provoquait des prurits, des douleurs, des larmoiements et des BAV respectivement dans : 34,8% ; 31,46% ; 17,98% ; et 10,11%.

L'usage des hydroquinones provoquait un résultat similaire : 38,20% ; 32,58% ; 22,47% et 8,99%.

L'usage des caustiques et des dérivés mercuriels provoquait les prurits dans 10,11% et 6,74% et des larmoiements dans 4,5%. (tXII)

Les céphalées étaient essentiellement provoquées par l'usage des corticoïdes et des hydroquinones (8,99% et 7,87%). (tXII)

Si les corticoïdes et les hydroquinones sont les plus connus des utilisatrices ; ces chiffres nous permettent d'affirmer que ces deux classes pharmaceutiques sont plus nocives que les deux autres (caustiques et dérivés mercuriels).

AVLSC ET CLASSE PHARMACEUTIQUE DES PRODUITS DEPIGMENTANTS :

(tXXII)

Les plus fortes proportions de BAV sont rencontrées chez les utilisatrices de corticoïdes et d'hydroquinones respectivement 7cas et 6 cas, contre 1cas chez les utilisatrices des caustiques et des dérivés mercuriels.

Il faut noter que : 26 utilisatrices de corticoïdes avaient une AVLSC =10/10 ; ainsi que 34 utilisatrices d'hydroquinones et 6 utilisatrices de dérivés mercuriels et de caustiques.

Ces taux en comparaison avec le tableau 12 nous permettent de déduire que les corticoïdes et les hydroquinones étaient plus actifs que les caustiques et les dérivés mercuriels.

ATTEINTE DU SEGMENT ANTERIEUR ET CLASSE PHARMACEUTIQUE :

(tXXII)

L'hyperhémie conjonctivale était induite à 40,45% par les corticoïdes ; à 42,7% par les hydroquinones ; à 7,87% par les dérivés mercuriels et à 11,24% par les caustiques.

Le RPM paresseux était induit dans 6,74% par les hydroquinones ; dans 4,49% par les corticoïdes et 2,24% par les caustiques.

Les corticoïdes et les hydroquinones semblaient induire plus d'atteinte du segment antérieur.

L'opacification du cristallin semble être plus induite par les corticoïdes (13,5%) que par les hydroquinones (7,87%) et les caustiques (2,24%).

La KPS n'a été observée que chez les patientes utilisant des hydroquinones.

TONUS OCULAIRE ET CLASSE PHARMACEUTIQUE : (tXXIII)

L'hypertonie oculaire était induite chez 10 utilisatrices d'hydroquinones ; 8 de corticoïdes ; 2 de caustiques. L'hypertonie semblait être plus induite par les hydroquinones que les corticoïdes et les caustiques.

RAPPORT C/D ET CLASSE PHARMACEUTIQUE : (tXXV)

Le rapport C/D $\geq 0,5$ représentait 10 cas chez les utilisatrices d'hydroquinones ; 12 chez les utilisatrices de corticoïdes ; 2 chez les utilisatrices de caustiques et 1 chez les utilisatrices des dérivés mercuriels.

Ces chiffres étaient en concordance avec les 15 cas de glaucome auxquels il faut ajouter les cas de large excavation physiologique.

FREQUENCE DES PATIENTES SELON LE NOMBRE DE PRODUITS

COSMETIQUES DEPIGMENTANTS ET LES COMPLICATIONS OCULAIRES :

(tXXVI)

- 36 cas dont 33 cas de conjonctivite, 2 cas de KPS, 1 cas de cataracte 1 cas de glaucome et 1 cas de conjonctivite + glaucome n'utilisaient qu'un seul produit dépigmentant.

- 24 cas dont 18 cas de conjonctivite, 3 cas de cataracte 1 cas de glaucome, 2 cas de glaucome + conjonctivite, n'utilisaient que 2 produits dépigmentant.

- 19 cas dont 10 cas de conjonctivite, 3 cas de cataracte, 2 cas de glaucome, 3 cas de conjonctivite + glaucome, 1 cas de cataracte + glaucome utilisaient 3 produits dépigmentant.

- 10 cas dont 4 cas de conjonctivite, 2 cas de cataracte, 1 cas de glaucome, 1 cas de conjonctivite + glaucome, 1 cas de conjonctivite + cataracte et 2 cas de conjonctivite + cataracte + glaucome utilisaient 4 produits dépigmentant.

Si l'usage d'un seul produit entraînait une conjonctivite allergique dans la plupart des cas, la cataracte et le glaucome étaient le plus souvent associés à l'usage de plusieurs produits.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

L'UPCD, une pratique officiellement incriminée aux femmes, consiste en la destruction du pigment mélanique qui est spécifique de la couleur noire de notre peau ; c'est une pratique qui touche la quasi-totalité des pays avec des degrés et des circonstances divers. Notre étude rétrospective et descriptive de 2003 à 2005 sur les cas de cataracte s'est déroulée en 2 phases : l'étude des dossiers de ces patientes, puis une nouvelle consultation pour leur suivi.

L'étude prospective de 2005 à 2006 a permis d'étudier toutes les complications liées à l'UPCD.

La méthodologie mise en place consistait à : Après exposé du contexte de l'étude la patiente remplit ou nous aide à remplir un questionnaire puis un examen ophtalmologique complet voire des examens complémentaires pour le diagnostic et ou le suivi.

Au terme de notre étude nous avons enregistré les résultats suivants :

Le nombre total de patientes incluses dans notre étude est de 89 cas sur 2268 femmes reçues en consultation, soit 0,25%.

Les principales complications oculaires décelées sont : conjonctivite allergique 82% ; glaucome cortisonique 16,9%, cataracte cortisonique 13,5% et KPS 2,24%. La durée moyenne d'induction est estimée à 15 mois pour les cas de KPS ; 25 mois pour les cas de conjonctivites ; 50 mois pour les cas de glaucomes et 78 mois pour les cas de Kt.

Le champ visuel mixte a été d'une aide précieuse dans la confirmation et le suivi des cas de glaucomes.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques :

+Prendre des mesures de dissuasion :

- Augmentation des taxes de douanes sur ces produits,
- Interdiction de toute publicité sur ces produits...

+Règlementer la vente des produits cosmétiques dépigmentants

Aux autorités politiques et sanitaires :

+Organiser des campagnes de sensibilisation pour le changement de comportement.

Au CSRéf CV :

+ En collaboration avec d'autres structures de santé organiser une étude plus large et plus profonde afin d'éclairer encore plus l'ampleur du phénomène et la gravité des complications.

Aux patientes :

+Se présenter aux structures de santé dès apparition des premiers symptômes.

REFERENCES :

- 1- Avril M F. Complications des traitements corticoïdes locaux ; pratique médicale 1983 ; 15 : 47-49.
- 2- Barthayre, GUIlbert, Ouellet et Roy. Anatomie et physiologie : Une approche intégrée Spence et Masson. Edition du Renouveau pédagogique I N C.
- 3- Brazzini B, Pimpinelli N. New and established topical corticosteroids in dermatology: clinical pharmacology and therapeutic use. Am J Clin Dermatol 2002; 3:47–58.
- 4- Chosidow O, Lebrun-Vignes B, Bourgault-Villada I. La corticothérapie locale en dermatologie. Presse Med 1999; 28:2050–6.
- 5- Coumbril Jet All. A propos du traitement des chéloïdes anciennes. Bull Société de médecine d’Afrique noire de langue française 1996 ; 21 (2) : 200-202.
- 6- Diakité F K. Complications liées à l’U P C D chez les consultantes du service de dermatologie du C N A M Bko (MALI) thèse de médecine 2003.
- 7- Dicko H. Etude de quelques aspects de la pratique de la dépigmentation artificielle de la peau dans le district de Bko, thèse de pharmacie 1988 ; p16.
- 8- Domart A et All. Nouveau Larousse médicale 2^{ème} édition, Paris 1990 p317 ; 385 ; 753.
- 9- Epidémiologie de la dépigmentation : 1-Epidémiologie, 2-Etiologie, 3-Diagnostic www.fr.wikipedia.org/wiki/vitiligo.
- 10- Failmezger T C A. Clinical survery of skin diseases in selected Latin American countries, Int J dermatol 1978, 17:583-591.

11- Findlay G A, Morrison J G L, Sim son I W. Exogenous ochronosis and pigmented colloid cilium from hydroquinone bleaching creams Br J dermatologic 1975; 93: 613-622.

12- Garderet F. la mélanogénèse et sa pathologie, contribution à l'étude des complications cutanées par l'application de corticoïdes. Thèse de médecine. Dakar 1981 N°58 p56-57-58.

13- Gellin G A et All. Détection of environnemental dépigmenting substances contact dermatitis, 1979 ; 5 ; 205-213.

14- Giono-Barber H et Laurens D. Les agents dépigmentant : Aspect pharmacologique 18^{ème} congrès de l'association des dermatologues syphiligraphes de langue française 17-20 Février 1986.

15- Gosshans E, Caetier C. Thérapeutic dépigmentation agents schweiz – Runds ch. méd. Prax, 1987; 76 (39): 1077-1081.

16- J.-M. BONNETBLANC (*Limoges*), O. Chosidow (*Paris, Pitié-Salpêtrière*), E. Grosshans (*Strasbourg*). Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens

Prescription et surveillance d'un traitement dermocorticoïde.

17- Kané K. Les agents dépigmentant et leurs inconvénients thèse de pharmacie, Dakar 1982 ; (N°30) p3, 4, 5, 45, 49, 52.

18- Le Garnier – Delamare. Le dictionnaire complet pratique, à jour ! 25^{ème} édition p513-514.

19- Lipster D, Saurat J H. Effets systémiques des médicaments topiques. In. Dermatologie et maladie sexuellement transmissibles ; 3^{ème} édition Masson Paris 1999 ; p942-943.

- 20- Mahé A, Blanc L Halma J M, Keïta S, Sanogo T, Bobin P. Enquête épidémiologique sur l'UPCD par les femmes de BAMAKO (MALI) Ann dermatol 1993 ; 120 :870-873.
- 21- Mahé A. Dermatologie sur peau noire ; Edition Doin, chapitre 1.
- 22- Mahé A, Keïta S, Bobin P. Complication dermatologique de l'UPCD à Bamako (MALI). Ann dermatol vénéréol 1994 ; 121 :142-146.
- 23- Manuila L, Manuila A, Lawalle, Micoulin M. Dictionnaire médical 1999, 8ème édition Masson, 113-124.
- 24- Marchant J P, N'Diaye B, Arnold J, Sarrat H. Les accidents de pratiques de dépigmentation cutanée chez la femme Africaine. Bull soc méd Afri langue française. 1976 ; 21 :p190-199.
- 25- Menter Jm, Willis I. Interaction of several mono and dihydroxybenzène derivatives phenyl alanine melanin.
- 26- Monika Weber, Stephan Lautenschlager
Ambulatoire de Dermatologie, Stadtspital Triemli, Zurich
Monika Weber, Stephan Lautenschlager.
Ambulatoire de Dermatologie, Stadtspital Triemli, Zurich.
Traitement dermatologique: stéroïdes topiques
- 27- Olumide YM et All. Dépigmentation in Black Africans patients Intv J Dermatol 1990; 29 (3): 166-174.
- 28- Penney K et All. Dépigmenting action of hydroquinone depends of disruption of fundamental cells processus Inv dermatol 1984; 82 (4): 308-310.

- 29- Pictche P, Afano A, Amanga Y, Tchangai Walla K. Les pratiques dépigmentantes des femmes à Lomé (TOGO) Médecine d'Afrique noire 1998; 45; 709-713.
- 30- Pr. M R Moro ; Monsieur M A Ameziane. Dépigmentation Volontaire : Réalités, Interprétation, Résistances
Antoine Petit
Mémoire pour le Diplôme d'université de psychiatrie transculturelle.
Université paris 13. (Pr. M R Moro ; Monsieur M A Ameziane).
c aiep-23mars 2006 – www.clinique-transculturelle.org.
- 31- Quevedo W C et All. Influence of depigmenting chemical agents on hair and skin color in yellow (pheomelanie) and black (eumelanie) mice pigment cell res 1990; 3 (2): 71-79.
- 32- Raynaud E, Cellier C, Perret J L. Dépigmentation cutanée à visé cosmétique. Enquête de prévalence et effets indésirables, dans une population féminine sénégalaise. Ann. Dermatol, vénéréol 2001 ; 128 :720-724.
- 33- Sanogo T. Prévalence de l'U P C D et leurs conséquences dermatologiques dans la population féminine du district de Bko. Thèse de médecine Bko 1991.
- 34- Société Tunisienne de médecine interne. Complications oculaires des corticoïdes topiques. [Www-ulpmed.u.strasbg.fr](http://www-ulpmed.u.strasbg.fr).
- 35- Sylla C H. La fièvre de la peau claire, le républicain N°41 du 23 juin 1993 ; p6.

COMPLICATIONS OCULAIRES LIEES A L'USAGE DES COSMETIQUES DEPIGMENTANTS

Fiche d'enquête

N°..... / Date :...../

1 IDENTITE :

Nom :...../ Prénom :...../ Age :...../ans

Statut matrimonial :/ Profession :...../

Ethnie :..... /

Adresse :...../

Nationalité :...../

Revenu :...../

Résidence :...../

Niveau d'étude :...../ a : Analphabète, b : Primaire, c : Secondaire, d : Supérieur.

2 ENQUETE PSYCHOLOGIQUE :

Teint préféré :...../ a : Naturel noir, b : Naturel clair c : Dépigmenté marron
d : Dépigmenté clair.

3 MOTIF

DE

CONSULTATION :.....

...../

4 USAGE COSMETIQUE :/ a : Oui, b : Non Modalité :...../ a :
Isolé, b : Mélange, c : Alterne

5 ASPECT DE LA PEAU :/ a : Claire, b : Légèrement claire, c :
Inchangé .

6 DESCRIPTION DES PRODUITS UTILISES :

Produits	Forme galénique	Poids (gramme)	Durée (ans)	Quantité/mois

EXAMEN :

1 CLINIQUE :

Poids :...../ kg Taille :...../m T A :...../mm hg.

Acuité visuelle :

AVLSC/OD:

Ts

AVPSC/OD:

AVLSC/OG:

Ts

AVPSC/OG:

LAMPE A FENTE :

- Paupières et cils :

- Conjonctives :

- Cornée :

- Pupille :

- Cristallin :

- Vitré :

TONUS OCULAIRE :

OD :.....

...../

OG :.....

...../

FOND D'ŒIL :

OD :
...../

OG :
...../

PARACLINIQUE :

Glycémie :
.....
...../

Autre :
.....
...../

HYPOTHESES DIAGNOCTICS :

.....
.....
...../

AUTRES COMPLICATIONS :

.....
.....
.....
...../

TRAITEMENT :

.....
.....
...../

RESUME**FICHE SIGNALITIQUE****Nom : SAYE****Prénom : Gounon****E mail : gounonsaye05@yahoo.fr****Titre : Complications oculaires observées chez les utilisatrices des produits cosmétiques dépigmentants au CS Réf de la commune V du District de Bamako.****Année de soutenance : 2008****Secteur d'intérêt : Ophtalmologie****INTRODUCTION :**

La dépigmentation est un acte volontaire consistant en la destruction du pigment mélanique par des produits cosmétiques. Cette pratique initialement rencontrée dans le milieu féminin est de plus en plus intéressée par les hommes et touche la quasi-totalité des pays d'Afrique noire, mais aussi beaucoup d'autres pays à travers le monde.

BUT :

Etude des complications oculaires liées à l'UPCD.

METHODOLOGIE :

Il s'agit d'une étude à la fois rétrospective de 2003 à 2005 et prospective de Mai 2005 à Juin 2006. L'étude a porté sur 2268 femmes de tout âge ; résidant toutes sur la rive droite du fleuve NIGER. Tous les sujets examinés ont eu un examen de la chambre antérieure à la LAF, la mesure de l'acuité visuelle, du TO à l'aplanation, la gonioscopie indirecte par le verre de H. GOLDMAN, un examen ophtalmoscopique de la papille, le champ visuel était effectuée à l'IOTA.

Le diagnostic de glaucome était basé sur la présence à la fois des signes suivants : PIO>21 mmhg, C/D≥0,5 et champ visuel altéré.

RESULTAT :

Nous avons obtenu 89 cas conformes à nos critères d'inclusion soit 0,25% des femmes de tout âge. L'âge moyen est de 29 ans (de 15 à 45 ans), dont la majorité était mariée (62,5%) ; les niveaux d'étude secondaire et supérieure représentaient respectivement 44,94% et 35,96%. 74,1% de nos patientes préféraient un teint dépigmenté et 85,4% présentaient un aspect clair de la peau. Ces patientes utilisaient les 4 classes pharmaceutiques des produits cosmétiques (corticoïdes, hydroquinones, dérivés mercuriels et caustiques) avec une période d'utilisation moyenne de 37 mois.

Les principales complications oculaires observées sont :

Complications oculaires observées chez les utilisatrices de produits cosmétiques dépigmentants au CSRéf CV du district de Bamako (Mali).

Conjonctivite allergique 82%

Glaucome cortisonique 16,9%

Cataracte cortisonique 13,5%

Kératite Ponctuée Superficielle 2,24%

Mots clés : Conjonctivite, Glaucome, Cataracte, KPS, Cosmétique, Dépigmentant, CSRéf CV, Bamako.