

Ministère de l'Enseignement Secondaire
Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université de Bamako



Année U 2007-2008

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



N°...../

THEME

ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE DE LA LIMBO
CONJONCTIVITE ENDEMIQUE DES TROPIQUES
A L'OTA DE JUILLET 2005 A JUIN 2006

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'Odonto-Stomatologie

Par : Mme GAYE Aminata COULIBALY
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Professeur Abdoulaye DIALLO

**Membres : Docteur Moussa AG EL MOUCHTAHIDE
: Docteur Seydou BAKAYOKO**

Directeur de thèse : Docteur Lamine TRAORE

**ASPECT
EPIDEMIOLOGIQUE DE
LA LIMBO
CONJONCTIVITE
ENDEMIQUE DES
TROPIQUES à
L'IOTA
DE JUILLET 2005 A JUIN
2006**

DEDICACES

HOMMAGE à DIEU

Je rends grâce au tout puissant ALLAH, le grand, l'unique et le tout miséricordieux de m'avoir donné la santé et le courage de venir à bout de ce travail. Fasse que je me souvienne toujours de Toi en toute circonstance à chaque instant du restant de ma vie et que je n'implore que Toi. Guide-moi sur le droit chemin, paix et salut soient sur le prophète MOHAMED (s. a. w) et tous les autres prophètes qui l'ont précédé.

Je dédie ce travail :

+ A tous ceux qui souffrent de LCET

+ A tous ceux qui œuvrent pour le meilleur traitement de cette affection.

A ma grand-mère : Feue Noumoufatouma MAGASSOUBA

Nous aurions voulu vous voir là assise en ce jour solennel, mais hélas Dieu en a décidé autrement. Dormez en paix

A la mémoire de mon père : Feu Gaoussou Bobo COULIBALY

Tu m'as quitté avant la fin de mes études mais ce succès je te le dédie. Tu m'as appris à aimer le bien et à fuir le mal. Sociable et passionné de la connaissance et du savoir, tu t'es totalement investi pour mon éducation dès ma tendre enfance, en me donnant le goût des études et en me faisant savoir que mon pays attendait beaucoup de moi. Ce travail est un début de récompense de tes nombreux sacrifices, jamais je ne saurais te rendre hommage à la hauteur des efforts déployés. Tu es physiquement mort mais tu continues à vivre dans mon cœur. Que ton âme repose en paix ! Amen.

A mon feu oncle : Mamady Sarangué KEITA

Tu nous as quitté très tôt, mais nous garderons toujours de toi l'image d'un oncle courageux, fort, travailleur, plein d'amour et de compassion que ton sommeil te soit doux et agréable.

A ma mère bien aimée : Arabya TOURE

Courageuse, infatigable, tu as guidé mes premiers pas, essuyé mes larmes jour et nuit, en plus d'être ma mère tu es aussi pour moi une amie, une confidente. Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, tu as donné le meilleur de toi pour que je puisse réussir en m'assurant le soutien moral et matériel, puisse ce travail contribuer au couronnement de tes efforts. Que DIEU te garde encore longtemps parmi nous pour voir le fruit de tous tes efforts.

A mon grand frère et grandes sœurs : Mohamed Lamine, Nana Moulkeyrou, Haoussa

Je vous aime d'un même amour. Sachez que la grandeur d'une famille réside dans son union. Ce travail est aussi le vôtre en reconnaissance de votre amour. Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et financier n'ont pas été vains. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement que le Tout Puissant préserve et renforce notre affection fraternelle.

A ma belle sœur : Mme COULIBALY Fatou KOUYATE

En témoignage de l'affection que tu m'as donné. Pour tes conseils et tes encouragements constants, tu as toujours manifesté un intérêt à la réussite de mes études, accepte ce travail en reconnaissance du soutien.

REMERCIEMENTS

A ma jumelle et merveilleuse amie : Mme DIAKON Assitan KOUMARE

Comme on le dit couramment, c'est pendant les moments difficiles que l'on reconnaisse ses vrais amis et tu as toujours été au rendez-vous pour me soutenir moralement, financièrement et matériellement. Tout ce que je vais dire ici ne saurait refléter ce que tu représentes pour moi, je dirai tout simplement grand MERCI que Dieu te prête encore longue vie.

A mon merveilleux époux : Mamadou GAYE

Pour tout le soutien que tu as été pour moi pendant la réalisation de ce travail, tu m'as comblé de joie que Dieu bénisse notre union et que nous restons éternellement unis dans la paix, la fidélité et le bonheur. Merci pour tout avec tout mon cœur.

A ma belle-famille : GAYE, NIANG (Bamako, Kayes)

Pour rien au monde je n'oublierai toute la marque de confiance que vous avez placée en moi en m'acceptant comme belle fille. A travers ce geste j'ai compris votre sens de la valeur humaine et votre sens de réconfort moral au détriment de la satisfaction matérielle. Je vous remercie infiniment au fond du cœur.

A toute ma famille : Oncles, Tantes, Cousins, Cousines, Neveux, Nièces

En témoignage de l'affection et de l'estime que vous m'avez accordé ce modeste travail vous est dédié.

A tous mes Enseignants : Recevez l'expression de mon estime profond ainsi que mon sincère attachement. Merci pour les sacrifices consentis tout au long de mes études.

A tous mes amis (es) et collègues sans exception, de peur d'en oublier pour leur soutien moral et leur disponibilité. Je souhaite à tous et à toute une bonne carrière professionnelle et réussite sociale dans toutes vos entreprises.

A tout le personnel du CSRef II (centre de santé de référence de la commune II) plus particulièrement au **Dr COULIBALY Oumou SIDIBE** et au **Dr Bréhima Adama DIALLO** pour votre disponibilité, votre patience. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Aux Majors du Tri, de la Petite Chirurgie de l'IOTA et leurs collègues pour leur soutien moral et leur disponibilité. Retrouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Aux Documentalistes : Sékou TIENTA à la bibliothèque de la FMPOS et **Nouhoun TIMBINE** de l'IOTA pour leur entière disponibilité.

A l'Archiviste Sidiki et ses collègues du Bureau des Entrées de l'IOTA pour leur entière disponibilité.

Je remercie spécialement au fond du cœur **Mme DIANE Tata TOURE** à la comptabilité pour son soutien moral et sa disponibilité.

A Mr SISSOKO ISSA Chef Personnel à la FMPOS pour son soutien moral et sa disponibilité.

A tout le personnel de l'IOTA, L'HOPITAL DU PONT G, l'HÔPITAL GABRIEL TOURE (médecins, CES, ISO I et II, TSO) pour leur respect et leur disponibilité.

**REMERCIEMENTS
PARTICULIERS
AUX
HONORABLES
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury : Professeur Abdoulaye DIALLO

- **Médecin colonel ophtalmologiste à l'IOTA**
- **Maître de conférence agrégé à la FMPOS**
- **Directeur Général de l'IOTA**

Merci pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse.

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites.

C'est ici l'occasion pour nous de vous rendre hommage, vous dire combien

Nous sommes heureux de vous avoir parmi nous. Cela témoigne encore

une fois de plus l'importance que vous attachez à la formation.

Trouver ici, notre sincère admiration et notre haute reconnaissance.

A notre maître et membre du jury : Docteur Moussa AG EL MOUCHTAHIDE

➤ Médecin ophtalmologiste au centre de santé de référence de la commune I.

Cher maître, vous avez accepté avec spontanéité à contribuer à l'édification de ce travail et à siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité et surtout votre abnégation associée à votre qualité de formateur nous avons beaucoup séduit.

Veillez recevoir ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère remerciement.

A notre maître et membre du jury : Docteur BAKAYOKO Seydou

➤ **Médecin ophtalmologiste à l'IOTA.**

➤ **Responsable de l'Hospitalisation**

Les mots me manquent pour vous remercier.

La spontanéité avec laquelle vous aviez accepté de siéger dans ce jury marque tout l'intérêt que vous accorder à ce thème.

Si nous avons apprécié votre détermination et votre rigueur dans le travail, ce sont surtout votre courtoisie et votre bonté naturelle qui ont le plus retenue notre attention.

Merci de nous honorer de votre présence dans ce jury.

Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre profond respect.

A notre maître et directeur de thèse : Docteur TRAORE Lamine

- **Médecin ophtalmologiste à l'IOTA**

- **Maître assistant à la FMPOS**

- **Responsable du département de recherche et de la santé publique à l'IOTA**

- **Président de la commission médicale d'établissement à l'IOTA**

Cher maître, c'est une fierté pour nous d'être compter parmi vos élèves et nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Votre amabilité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations malgré vos occupations, l'intérêt que vous portez pour la recherche, votre attachement à la lutte contre les affections oculaires fait de vous un ophtalmologiste remarquable. Vos critiques et vos suggestions ont largement contribué à renforcer la qualité de notre travail.

C'est l'occasion ici, de vous dire cher maître Merci et croyez en notre grande admiration.

ABREVIATIONS

- AVL :** Acuité visuelle de Loin
- BAV :** Baisse de l'acuité Visuelle
- CES :** Certificat d'Etudes Spécialisées
- CSRef II :** Centre de Santé de Référence de la commune II
- CHU :** Centre Hospitalier Universitaire
- EPH :** Etablissement Publique à Caractère Hospitalier
- FMPOS :** Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
- Ig E :** Immunoglobuline E
- IOTA :** Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique
- ISO :** Infirmier spécialisé en ophtalmologie
- LAF :** Lampe à Fente
- LCET :** Limbo Conjunctivite Endémique des Tropiques
- OCCGE :** Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte contre
Les grandes Endémies
- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- KPS :** kératite ponctuée superficielle
- TSO :** Technicien Spécialisé en Ophtalmologie

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. Introduction	1
Objectifs	3
II. Généralités	4
1) Rappel anatomique de l'œil	
2) Physiopathologie	
3) Aspects cliniques	
4) Aspects évolutifs	
5) Aspects étiologiques	
6) Diagnostic positif	
7) Diagnostic différentiel	
III. Méthodologie	19
IV. Résultats	24
V. Commentaires et Discussion	33
VI. Conclusion et Recommandations	43
VII. Références Bibliographiques	47
Annexes :	
- Fiche d'enquête	
- Fiche signalétique	
- Serment	

I

INTRODUCTION

OBJECTIFS

Introduction

La cécité constitue un problème majeur de santé publique dans la plupart des pays en développement.

Les données publiées en **Novembre 2004** par l'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**) montrent qu'il y a dans le monde environ **161 millions** de personnes affectées par un déficit visuel, dont **37 millions** d'aveugles (**67**). Ainsi, c'est en Afrique sub-saharienne que l'on observe la situation la plus préoccupante puisque **1%** de la population est affectée par un déficit visuel, soit **5 fois** plus que dans les pays développés. S'agissant des causes, la cataracte représente de loin la première cause (**47%**), ce qui montre à quel point les services de soins oculaires restent insuffisants.

Au Mali, la prévalence de la cécité a été estimée à travers des études parcellaires. Elle serait de **1,2%** (**67**). Les principales causes de ces cécités sont : la cataracte, le glaucome, le trachome, les vices de réfraction, la cécité de l'enfance.

La Limbo conjonctivite endémique des tropiques (LCET) ne constitue pas une cause majeure de cécité. Mais elle n'en demeure pas moins une importante cause de gêne fonctionnelle surtout chez les enfants et d'inquiétude pour les parents. Dans quelques rares cas, elle peut être responsable de malvoyance surtout dans les formes sévères (stade IV).

Selon **RESNIKOFF (68)**, c'est une forme particulière de la conjonctivite printanière des pays tempérés et en particulier en Europe ; les sujets atteints présentent le plus souvent un terrain atopique.

Le même auteur souligne que dans la zone sahélienne et tropicale sèche où vivent près de **54 millions** d'individus, on peut estimer qu'il y a près d'un million de cas de limbo conjonctivite endémique des tropiques, dont **100 000** seraient sévèrement handicapés soit **10%**. C'est donc un véritable problème de santé publique d'autant que seule une minorité de ces malades reçoit un traitement : **10%** à Djibouti ville (alors que la médicalisation y est très importante), **0,4%** seulement au Tchad en **1986 (68)**.

Avec une prévalence de **3,7%** au Cameroun ; la LCET vient en première position des motifs de consultation chez l'enfant de moins de **5 ans** et en troisième position chez le grand enfant selon **BELLA HIAG (12)**.

Au Sénégal, **DIALLO (26)** a noté en consultation **80 à 90%** de cas de limbo conjonctivite endémique des tropiques parmi les enfants de **0 à 15 ans**.

La Limbo conjonctivite endémique des tropiques serait l'apanage des régions chaudes, humides et poussiéreuses, particulièrement répandue en Afrique intertropicale. Elle revêt sous les tropiques des caractères particuliers : sa grande fréquence, son expression clinique essentiellement limbique et cornéenne ; et son évolution plus chronique que saisonnière **VEDY (82)**.

Elle est fréquente au Mali et représente un motif important de consultation à **IOTA**. Cependant les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette affection à notre connaissance n'ont pas été traités.

Le but de cette étude est donc d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la LCET à **IOTA**.

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

Etudier la fréquence de la LCET parmi les consultants de l'IOTA.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

Recenser tous les cas de LCET parmi les consultants de l'IOTA.

Déterminer les facteurs de risque de LCET.

Répertorier les complications liées à la LCET.

II

GENERALITES

GENERALITES

1) RAPPEL ANATOMIQUE :

a) L'ŒIL :

Organe de la vision située dans la cavité orbitaire, à la forme d'une sphère ou plutôt d'un ovoïde à grand axe sagittal **24 mm** de diamètre (œil normal ou emmétrope). Appendu au nerf optique on lui donne le nom de globe oculaire. C'est l'organe récepteur.

Les voies optiques sont constituées par l'ensemble des neurones qui transmettent les impressions visuelles depuis la rétine jusqu'aux centres corticaux de la vision. Les muscles oculomoteurs (4 muscles droits et 2 muscles obliques) assurent les mouvements des deux yeux et leur parfait synchronisme indispensable à une fonction visuelle binoculaire de qualité.

Son rayon mesure environ **1,2 cm** avec le diamètre sagittal = **24mm** ;

Diamètre transversal = **23,5 mm** ; le diamètre vertical = **23mm** ; poids = **7 gr** ; volume = **6,5 cm³**.

CONSTITUTION :

L'œil est composé d'une enveloppe résistante constituée par un tissu conjonctif serré.

En arrière, cette enveloppe externe du globe oculaire blanche opaque est la **SCLEROTIQUE**.

Peu innervée et peu vascularisée elle forme les 5/6 de la sphère oculaire, le 1/6 antérieur faisant hernie sur elle : La cornée. Sur sa face externe s'insèrent les 6 muscles oculo- moteurs :

- Le muscle droit supérieur,
- Le muscle droit inférieur,
- Le muscle droit interne,
- Le muscle droit externe,
- Le grand oblique,
- Le petit oblique.

En avant, c'est la **CORNEE** calotte de sphère transparente formée par la saillie en avant de l'enveloppe conjonctivale au travers du limbe.

A l'intérieur sont disposées deux sortes de structures :

* Un appareil transparent accessoirement optique,

* et les tissus destinés à la nutrition, à la physiologie de l'œil et à la vision.

La cornée est définie par des rayons de courbures antérieures et postérieures. Son épaisseur est de 0,5mm au centre et 1mm en périphérie, son diamètre moyen est de 11mm. Elle comprend 5 couches de dehors en dedans qui sont :

- L'épithélium,
- La membrane de BOWMANN,
- Le stroma,
- La membrane de DESCOMET,
- L'endothélium.

La cornée est avasculaire mais très richement innervée par les nerfs ciliaires. Elle est reliée à la sclérotique par le limbe sclérocornéen (région chirurgicale importante) ; recouverte en avant par la conjonctive bulbaire ; en arrière par les constituants de l'angle irido-cornéen (voie d'excrétion de l'humeur aqueuse). Les variations des rayons de courbures antérieures expliquent l'astigmatisme.

Parmi les milieux transparents le **CRISTALLIN** ou lentille cristallienne est la structure anatomique la plus importante, c'est une lentille biconvexe placée dans un plan frontal derrière l'iris, il est centré sur la pupille qui joue le rôle d'une loupe modifiable dans sa forme pour répondre aux besoins de l'accommodation (mise au point des images) petit diamètre à la lumière vive et grand diamètre à l'obscurité (myosis et mydriase).

En avant du cristallin un liquide transparent remplit la chambre antérieure c'est **P'HUMEUR AQUEUSE**

En arrière, un milieu légèrement visqueux remplit : c'est le **VITRE** ou corps vitré est le plus important.

Les structures dont dépend la vie de l'œil et la vision sont disposées en deux couches superposées.

La plus superficielle apposée sur la face interne de la sclérotique est appelée **P'UVÉE** (tunique intermédiaire essentiellement vasculaire).

En arrière, elle forme la **CHOROÏDE** lame vasculaire et nerveuse qui joue un grand rôle dans la nutrition de la rétine.

En avant, la choroïde se prolonge par le **CORPS CILIAIRE** organe qui sécrète l'humeur aqueuse et est responsable du tonus oculaire (pression normale du fonctionnement de l'œil

résultant d'un équilibre entre la sécrétion de l'humeur aqueuse et son excrétion par l'angle irido-cornéen et le canal de SCHLEMM)

Le corps ciliaire possède des muscles lisses qui régissent les modifications de forme du cristallin (plus gros ou plus bas) par l'intermédiaire d'un ligament suspenseur.

Tout en avant, l'iris est attaché au corps ciliaire, partie la plus antérieure de l'uvée, c'est un disque perforé à l'orifice pupillaire de dimension variable selon le degré d'illumination de l'œil.

La **RETINE** membrane profonde sensorielle et nerveuse est appliquée sur la choroïde, elle est de deux couches :

- * L'épithélium pigmentaire couché sur la choroïde et nourri par elle
- * et la rétine neurosensorielle composée des photorécepteurs et des cellules nerveuses qui, par le nerf optique conduisent l'information visuelle au cerveau.

Les **FIBRES NERVEUSES** empruntent la **PAPILLE** (tache aveugle) pour gagner le nerf optique puis le chiasma.

Sur la rétine humaine une zone centrale reçoit le faisceau focalisé des rayons lumineux, la **FOVEA** (ou macula ou tache jaune) est une dépression centrale à vision exquise réservée à la vision des couleurs. Elle contient éventuellement des cônes.

La rétine périphérique contient, elle, surtout des bâtonnets, qui sont responsables de la perception du champ visuel et de la vision nocturne. Des artères et des veines courent sur la rétine pour irriguer les cellules neuro-sensorielles : ce sont l'artère et la veine centrale de la rétine (**66**).

LE LIMBE SCLERO-CORNEEN :

Le limbe est la zone de jonction entre la cornée transparente et la sclérotique opaque. Vers la périphérie, l'épithélium se continue avec celui de la conjonctive, et le limbe chirurgical marque les limites de l'espace décelable entre la sclérotique et la conjonctive.

Macroscopiquement le limbe bien visible à l'éclairage oblique et au bio microscope est une région translucide au pourtour de la cornée. Il forme un anneau qui semble s'interposé entre la sclérotique et la cornée. Cet anneau est plus large en haut (**1,5mm**) et en bas (**1mm**) que latéralement (**0,8mm**). Il est limité vers le centre par une ligne fictive qui unirait les extrémités des membranes de BOWMANN et de DESCOMET et vers la périphérie par l'éperon scléral. Le limbe entre en rapport avec les insertions sclérales des muscles droits (**46**).

LA CONJONCTIVE :

Membrane muqueuse transparente, la conjonctive peut être subdivisée en 3 parties :

- La conjonctive palpébrale : qui commence au bord libre des paupières et adhère à la face postérieure des tarse.
- La conjonctive oculaire ou bulbaire : qui tapisse la partie antérieure de la sclérotique sans lui adhérer. Dans l'angle interne de l'œil elle présente deux formations originales :

+ Le repli semi-lunaire, vertical, falciforme.

+ La caroncule, petite saillie située entre les portions lacrymales des deux paupières dont la base est collée sur la conjonctive. Elle correspond à un véritable îlot glandulaire recouvert de poils rudimentaires.

- Les cils de sac conjonctivaux : réunissent en haut, en bas, et sur les côtés, la conjonctive palpébrale et la conjonctive oculaire, formant, tout autour de l'œil une rigole circulaire, plus profonde au niveau des cils de sac externe et supérieur. Presque virtuelle à l'état normal la cavité conjonctivale ne contient qu'une mince couche de liquide sécrété par les glandes lacrymales (66).

b) LES MUSCLES OCULAIRES :

L'animation du globe oculaire se fait grâce aux muscles oculomoteurs (quatre droits et deux obliques sur chaque œil), sous l'influence de l'innervation des nerfs crâniens III, IV, et VI.

LES MUSCLES DROITS :

Entourent le globe oculaire dans leur écartement postéro antérieur, à l'image d'une pyramide creuse dont le sommet se situe en arrière.

Chaque muscle a une action spécifique :

Le Droit supérieur est principalement élévateur et très légèrement adducteur. Le releveur de la paupière supérieure agit en synergie avec lui pour maintenir la cornée découverte.

Le Droit inférieur est abaisseur et lui aussi très légèrement adducteur.

Le Droit externe est uniquement abducteur

Et le Droit interne n'a qu'une fonction d'adduction. Leurs actions sont antagonistes.

LES MUSCLES OBLIQUES :

Sont au nombre de deux croisant obliquement l'axe antéro postérieur du globe oculaire.

Le muscle grand oblique est le plus long de tous les muscles de l'orbite.

Le muscle petit oblique est le seul muscle qui ne se détache pas du fond de l'orbite.

c) **LES PAUPIERES :**

Les paupières supérieures et inférieures sont deux voiles musculo-membraneux qui limitent par leurs bords la fente palpébrale. Elles protègent le globe oculaire contre les agents extérieurs et étalent les larmes en avant de la cornée assurant son hydratation. La paupière supérieure très mobile est de beaucoup la plus étendue.

La paupière inférieure, peu développée assure l'occlusion palpébrale par son contact avec la précédente.

d) **LES VOIES LACRYMALES :**

Les larmes sont constamment sécrétées par les glandes lacrymales principales et accessoires puis évacuées par les voies lacrymales. Celles-ci prennent naissance au niveau de l'angle interne des paupières supérieure et inférieure par l'intermédiaire des points lacrymaux supérieur et inférieur. Ces points lacrymaux se prolongent par les canalicules lacrymaux qui se rejoignent pour former le canal d'union.

Ce canal d'union se jette dans le sac lacrymal situé dans la fossette lacrymale délimitée en avant par la crête lacrymale antérieure (branche montante du maxillaire) et en arrière par la crête lacrymale postérieure (unguis). Le sac lacrymal se draine dans les fosses nasales par le canal lacrymo-nasal qui se termine sous le cornet inférieur (71).

2) **RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE :**

Bien que les manifestations cliniques de la maladie soient en faveur d'un mécanisme allergique, leur interprétation n'est pas univoque : les papilles et les pavés conjonctivaux sont évocateurs d'un mécanisme d'hypersensibilité immédiate (TYPE I) alors que les follicules sont en faveur d'une hypersensibilité retardée, à médiation cellulaire (TYPE IV). De ce fait, et en raison de la coexistence fréquente de ces deux sortes de lésions, la majorité des auteurs considère qu'il y a coexistence des deux types de mécanisme allergique chez un même patient (68).

Par ailleurs, **BARYSHAK**, a dosé les Immunoglobulines E (IgE) dans les larmes des malades : dans 63% des cas ils étaient augmentés, alors que dans 30% les IgE étaient très bas. Ceci lui a

fait émettre l'hypothèse qu'il existait deux types de malades : avec ou sans élévation des IgE lacrymales (9).

L'histopathologie confirme cette hypothèse. Que ce soit au niveau du chorion ou de l'épithélium conjonctival, certains malades ont des éosinophiles, en plus ou moins grande quantité, alors que chez d'autres aucun éosinophile ne peut être mis en évidence (1,2). Par contre les infiltrats lymphoplasmocytaires sont toujours nombreux.

Il en est de même pour la cytologie conjonctivale : en Europe, dans les conjonctivites printanières, la présence d'éosinophile sur les frottis est quasi- constante. En Israël, elle n'existe que chez les 1/3 des malades (9) et quant au Tchad, elle n'a été retrouvée que dans 1/4 des frottis (HUGARD).

L'étude des sous populations lymphocytaires selon BHAN A.K ; FUJIKAWAL L.S est du plus grand intérêt. Elle montre une diminution des lymphocytes T suppresseurs et une augmentation des lymphocytes T helpers et activés, ce qui suggère qu'une réaction à médiation cellulaire, du type IV, soit toujours présente, même si c'est dans des proportions variables selon les malades (13,34).

Association, dans une proportion variable pour chaque malade, des deux types de réponse immunitaire.

Deux formes polaires :

*Type I dominant

*Type IV dominant

On peut distinguer deux formes polaires :

L'une de type I dominant, où les mécanismes de l'hypersensibilité immédiate sont largement au premier plan : c'est le cas de la Conjonctivite Printanière classique ;

L'autre de type IV dominant où l'hypersensibilité à médiation cellulaire prédomine largement, ce qui explique les aspects histopathologies rencontrés chez un nombre relativement important de patients. Cette forme est particulièrement fréquente en Afrique (68).

Naturellement, entre ces deux formes polaires caractérisées par la prééminence d'un des mécanismes allergiques, il existe des formes mixtes, associant dans des proportions variables les deux types d'hypersensibilité.

En ce qui concerne la pathogénie des lésions cornéennes, on a longtemps considéré qu'il s'agissait d'un effet purement mécanique provoqué par les pavés ou les papilles géantes dont le

frottement sur la cornée entraînerait la formation d'ulcères. Cependant, ce facteur mécanique n'existe pas toujours et c'est la toxicité des médiateurs chimiques (éosinophil granule major basic protein, Charcot Leyden crystal protein) (16, 52, 80) qui provoque la destruction des cellules épithéliales cornéennes et expliquerait les aspects cliniques rencontrés (46).

3) ASPECTS CLINIQUES :

a) METHODE D'EXAMEN :

Pour découvrir les signes de la maladie selon **RESNIKOFF (68)** il faut procéder à un examen oculaire au moyen d'un bio microscope ou de loupe grossissante. Le test à la fluorescéine permet d'identifier une atteinte cornéenne susceptible de menacer la vue.

L'examen après instillation de fluorescéine est un temps aussi simple que capital.

Cet examen :

+ permet de saisir en un seul coup d'œil la disposition des lésions les plus évidentes car la fluorescéine colore admirablement les grains de Trantas, qui sont des amas de cellules épithéliales et éosinophiles.

L'éclairage bleu cobalt est utile mais pas indispensable pour mettre en évidence les grains de Trantas qui deviennent facilement visibles même sans aucun moyen grossissant. Cette méthode est particulièrement utile dans tous les cas où l'examen ne peut être pratiqué avec des moyens spécialisés.

+ met en évidence les ponctuations cornéennes, limbiques et conjonctivales dont les variations d'intensités permettent de suivre précisément l'évolution de la maladie. Un pannus gélatineux envahit parfois la cornée pouvant entraîner sa néo-vascularisation.

- Au niveau de la conjonctive : On peut observer les changements suivants : hyperpigmentation, fibrose sous conjonctivale, kératinisation et symblépharons.
- Au niveau du limbe : Hyperhémie, présence de papilles sur le limbe scléro-cornéen, des grains de trantas, ces derniers sont des amas de cellules épithéliales et d'éosinophiles (8).

b) SIGNES FONCTIONNELS :

L'enfant atteint de Limbo conjonctivite chronique endémique des tropiques est déjà repérable dans la salle d'attente, à cause de la coloration brune typique de la conjonctive de l'aire de la fente palpébrale. Ses plaintes sont essentiellement :

- * Une irritation, de très fortes démangeaisons
- * Un prurit oculaire intense qui l'empêche de dormir et le gêne dans son travail scolaire.
- * Une photophobie, une sensation de brûlure et ainsi qu'un larmoiement important, il a souvent la tête baissée ou la main devant les yeux, même en jouant. Le vent, la poussière, une lumière vive ou un climat chaud aggravent les démangeaisons. Certains patients se plaignent de mucoides collantes et filamenteuses.
- * Une baisse très importante de l'acuité visuelle est possible dans les stades avancés, s'il existe des lésions cornéennes (30).

c) **EXAMEN CLINIQUE** :

DIALLO (26) a proposé 4 stades, regroupant des signes cliniques bien définis :

❖ **STADE I** :

Ce stade peu évocateur est fait d'une atteinte bilatérale avec sécrétions filantes au niveau de l'angle interne de l'œil, une hyperhémie bulbaire, une conjonctive tarsale succulente et pâle, parsemée de quelques papilles.

❖ **STADE II** :

Le prurit et les démangeaisons sont intenses. La conjonctive bulbaire présente chez les mélanodermes une pigmentation brunâtre et un épaissement dans l'aire de la fente palpébrale et au niveau du limbe.

Cet aspect est caractéristique. La conjonctive tarsale est le siège d'un pavage papillaire. Les sécrétions sont claires, mousseuses et riches en polynucléaires éosinophiles à l'angle interne de l'œil.

❖ **STADE III** :

La photophobie est importante et provoque ainsi une occlusion palpébrale.

Le larmoiement est presque permanent. L'épaississement conjonctival limbique s'accroît, siège sur 360° et sur cette couronne gris marron apparaissent de petites taches jaunâtres calcifiées : les grains de Trantas.

Parfois, on note sur la partie supérieure du limbe la présence d'un pannus supérieur (pannus vernalis de PASCHEFF) qui peut devenir circulaire (pseudo-gerontoxon). La coexistence d'une kératite micro ponctuée superficielle est quasi constante, origine probable de la photophobie.

Enfin au niveau de la conjonctive tarsienne supérieure, les papilles sont exubérantes, rugueuses, en <<choux-fleurs>> pouvant entraîner parfois un faux ptôsis ou pseudos ptôsis.

❖ **STADE IV** :

C'est celui de l'envahissement cornéen et de l'atteinte visuelle.

La cornée est envahie par un voile vasculo-fibreux pigmentée qui progresse de façon centripède à partir du limbe, jusqu'à la zone optique de la cornée et souvent couvert d'un dépôt pigmentaire. Les lésions palpébrales diminuent d'épaisseur et l'acuité visuelle peut être compromise si la zone optique de la cornée est atteinte. L'évolution vers la cécité est possible.

Cette classification désormais classique peut faire penser que les patients présentent nécessairement une atteinte simultanée de la conjonctive tarsale supérieure et du limbe.

RESNIKOFF (68) distingue trois formes cliniques :

- La forme Limbique avec prédominance des signes au niveau du limbe (limbite, grains de Trantas). Les papilles palpébrales restent discrètes. C'est la forme la plus fréquente en Afrique.
- La forme Palpébrale avec prédominance des pavés sur le tarse. Dans ce cas, la symptomatologie ressemble à la conjonctivite printanière rencontrée en Europe.
- La forme Mixte où l'on note la présence simultanée des signes limbiques et palpébraux.

Par contre dans le travail de **VERIN et coll.** la forme mixte serait la plus fréquente (**52,6%**) suivie de la forme palpébrale (**38,2%**), et la forme limbique ne représente que (**8,8%**) des cas (**85**).

TOTAN et coll. ont observé (**46,6%**) de forme mixte (**43,9%**) de forme palpébrale et (**9,7%**) de forme limbique (**76**).

Dans leur étude **MUMBERE**, a rapporté les formes cliniques suivantes : forme limbique pure chez (**16,4%**) ; forme mixte (**67,2%**) ; forme palpébrale pure chez (**16,4%**). La forme mixte semble être la forme la plus fréquente en Afrique (**50% ou plus**), en Europe la forme palpébrale serait la plus fréquente (**54**).

Serait-ce une particularité en Afrique ou une pathogénie susceptible liée à la race noire comme cela avait été démontré chez les enfants d'origine africaine vivant en Angleterre par les études de **TUFT (78)** ?

Par contre, la prédominance de la forme palpébrale (**57,6%**) trouvée par **CHENGE et coll.** semble en contradiction avec les études en Afrique (**20**).

4) ASPECTS EVOLUTIFS : (68).

- **AGE** : maladie essentiellement de l'enfant et de l'adolescent, mais pas exclusivement, certains malades ayant plus de **40 ans**.
- **SEXE** : atteint plus les garçons que les filles dans **70-90%** des cas
- **DEBUT de la MALADIE** : Le début est très précoce soit dès les premiers mois (**3-4**) de la vie pour certains cas, soit au cours des premières années pour d'autres ou au contraire beaucoup plus tard vers **40 ans**. Mais le plus souvent elle débute entre l'âge de **2 et 15 ans** et évolue cycliquement.
- **MODE EVOLUTIF** : C'est aussi une maladie longue, sa fréquence est grande, son expression clinique est essentiellement Limbique et Cornéenne, plus de **5 ans** chez **1/3** des patients, dépassant même **15 ans** chez **5%** d'entre eux. Elle évolue de façon plus chronique que saisonnière, émaillée de rechutes jusqu'à la période post pubertaire qui voit la guérison de l'affection au prix des séquelles :

- Soit banale pigmentation de la conjonctive limbique, accentuation des palissades
- Soit leucomateuses avec atteinte de l'acuité visuelle

- **FORMES CLINIQUES** :

 ✍ Formes de début : discrètes, elles sont caractérisées par des micro ponctuations fluo positives siégeant aussi bien au niveau de la conjonctive que du limbe et de la cornée.

 ✍ Formes cicatricielles : elles sont très particulières, pouvant prendre des aspects variés et trompeurs :

Simple hyperpigmentation conjonctivale dans l'aire de la fente palpébrale

Cicatrices tarsales pseudo-trachomateuses réalisant d'authentiques lignes d'Arlt ou des «étoiles» conjonctivales absolument identiques à celle du trachome. Ces lésions cicatricielles peuvent se constituer en quelques semaines lors de l'évolution favorable des formes les plus intenses ;

- Pigmentation cornéenne périphérique disposé en “feu de brousse”, en palissade.
- Opacité cornéenne superficielle, plus ou moins annulaire, pouvant prendre l’aspect très caractéristique de pseudo-gerontoxon.

✍ Formes unilatérales : elles sont rares (**2%**) et se rencontrent surtout en début ou en fin d’évolution.

✍ Formes topographiques : on peut décrire deux formes cliniques principales :

+ La forme palpébrale, pavimenteuse, identique aux aspects rencontrés dans la conjonctivite printanière ;

+ La forme limbique, sans lésions pavimenteuses, avec prédominance des signes au niveau du limbe : grains de Trantas, limbite.

Ces deux formes polaires représentent **90%** des cas. La forme mixte qui associe simultanément une conjonctivite pavimenteuse et une limbite manifeste est donc particulièrement rare (**10%**). En fait, la plupart du temps, c’est l’une ou l’autre des deux composantes qui prédomine.

Selon la zone géographique, l’une ou l’autre des formes domine (**9, 26, 27,31**) : au Nord, les formes palpébrales sont les plus fréquentes ; à l’inverse, au sud, ce sont les formes limbiques qui prédominent et représentent environ **70%** des cas. De même, chez les Noirs américains, c’est la forme limbique qui prédomine : ceci a fait dire à **RODGER** que la forme limbique était plus fréquente chez les patients aux yeux pigmentés.

5) ASPECTS ETIOLOGIQUES :

En ce qui concerne la conjonctivite printanière, son origine allergique est communément admise, en raison de la fréquence du terrain atopique, du mécanisme physiopathologique (Hypersensibilité immédiate du type I) et de l’efficacité du traitement par Cromoglycate.

Ces hypothèses sont évoquées en partie par **RESNIKOFF** concernant la LCET (**68**).

Le terrain (avitaminoses, race), les parasitoses associées, la photosensibilisation et surtout l’allergie (pneumallergènes, poussières) sont retenues comme à l’origine de l’affection **VEDY. J (82)**.

Le soleil, les rayons ultraviolets sont les plus incriminés dans l’apparition des conjonctivites allergiques, plus particulièrement la limbo conjonctivite endémique des tropiques; vient ensuite la poussière plutôt que le pollen comme allergène ; la conjonctivite pollinique est assez facile à reconnaître compte tenu de son association à une rhinite ou à un asthme (**65**).

7) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

✓ TRACHOME :

Le diagnostic différentiel peut être difficile avec le trachome inflammatoire et la confusion est possible, aussi bien au stade actif qu'au stade cicatriciel (22).

Trachome Actif : 1/3 des L.C.E.T ont des follicules. Les formes débutantes sont particulièrement trompeuses et les confusions sont donc fréquentes : l'analyse rétrospective des observations hospitalières montre qu'à Djibouti 60% des L.C.E.T ont été appelées "Trachome" au début de leur évolution.

Le diagnostic repose sur la recherche des signes associés après instillation de fluorescéine : limbite, grains de Trantas ou au contraire pannus trachomateux.

Trachome Cicatriciel : la confusion est d'autant plus facile que les formes graves de L.C.E.T laissent des cicatrices tarsales en tous points semblables à celle du Trachome.

C'est donc les signes cornéens associés qui permettent de poser le diagnostic rétrospectif : pigmentation cornéenne ou pseudo-gerontoxon dans la limbo conjonctivite endémique des tropiques; ocelles limbiques ou lunule de Millet dans le Trachome.

✓ XEROPHTALMIE :

La Xérophtalmie pose aussi un autre problème, du même ordre vu que la L.C.E.T et Tâche de Bitôt étaient souvent associées : chez 11% des patients vus en consultations et 15% des cas dépistés au cours des enquêtes. Par ailleurs, la comparaison avec la population exempte de L.C.E.T montre que cette association n'est pas dûe au hasard. Au contraire, on peut calculer un facteur de risque : les signes cliniques de la Xérophtalmie sont 5 fois plus fréquents chez les malades atteints de L.C.E.T (68).

✓ AVITAMINOSE A :

Cette confusion est d'autant plus facile qu'elle peut se faire aussi dans le contexte des nouveaux tests de dépistage de l'Avitaminose A qui reposent sur l'étude de la cytologie conjonctivale (6, 7, 25, 36, 52, 55, 77, 87). Or 50% des LCET, sans signe de Xérophtalmie associé, ont une cytologie de type déficitaire. De même, on constate que la métaplasie épithéliale est 7 fois plus fréquente que chez les groupes témoins.

Quelque soit le mécanisme exact de cette métaplasie, la spécificité de ces tests de dépistage se trouve donc diminué dès lorsqu'on les utilise dans les zones où la prévalence de la LCET est élevée (68).

✓ **CONJONCTIVITE PRINTANIERE :**

La conjonctivite printanière et la LCET sont beaucoup mieux connues du point de vue allergologique, étiologique et thérapeutique.

Depuis plus de **10 ans GENDRE Ph et coll.** ont démontré la présence dans l'épithélium des malades atteints de conjonctivite printanière et de LCET, l'existence des multiples corpuscules de type chlamydia. Ces corpuscules correspondent à des formes incomplètes, et on ne retrouve pas le cycle total de l'évolution biologique de la particule comme dans le trachome ou dans la conjonctivite à inclusion (84).

✓ **CONJONCTIVITE ALLERGIQUE :**

La conjonctive allergique saisonnière est la forme la plus fréquente d'allergie oculaire. Elle a beaucoup de points communs avec la LCET : la symptomatologie apparaît surtout au printemps et se manifeste par un prurit non spécifique, des picotements oculaires, des brûlures, un larmoiement ou une photophobie le plus souvent bilatérale, mais la différence se situe au niveau de l'examen clinique .

L'examen d'un malade atteint de conjonctivite allergique montre un œdème de la conjonctive (chemosis) et des paupières, une hyperhémie conjonctivale, des papilles au niveau de la conjonctive palpébrale supérieure et des sécrétions muqueuses. Alors que dans la LCET on constate à l'examen des papilles géantes sur la conjonctive tarsale supérieure et une atteinte cornéenne qui peut prendre la forme d'une kératite ponctuée superficielle, d'une ulcération plus étendue parfois compliquée par la présence de dépôts blanchâtres au fond de l'ulcère formant alors la plaque vernale. Une forme limbique, avec un bourrelet gélatineux translucide correspondant à un infiltrat d'éosinophiles, est aussi très caractéristique **PISELLA P. J (58).**

III

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

I CADRE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (**I.O.T. A**)

1) SITUATION GEOGRAPHIQUE :

L'**I.O.T.A** est situé dans le Centre Administratif de la ville de Bamako en commune III, il est contiguë au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE (**CHU HGT**), limité au nord par la Cité de l'Etat major des Armées de terre, au sud par le Centre Commercial, à l'est par le quartier de Médina coura.

2) HISTORIQUE :

L'**IOTA** (Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique) a été créé en **1953** était un Institut de l'Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte contre les Grandes Endémies (**OCCGE**) qui regroupait 8 Etats d'Afrique de l'Ouest : **BENIN, BURKINA FASO, COTE D'IVOIRE, MALI, MAURITANIE, NIGER, SENEGAL, TOGO**.

L'**IOTA** est le seul institut de cet ordre existant en Afrique sub-saharienne, à ce titre sa zone d'influence déborde le cadre des frontières de l'**OCCGE** pour couvrir l'ensemble des pays francophones.

Depuis **1993**, il est le siège du centre de formation du programme international Sight First du Lions Club International. Il a par ailleurs bénéficié de l'appui de l'Union Européenne à la lutte contre la cécité pour les pays de l'**OCCGE**.

Institutionnellement l'**IOTA** a une quadruple vocation :

- Prestation de soins oculaires de niveau tertiaire ;
- Enseignement et formation des personnels en ophtalmologie à tous les niveaux ;
- Recherche clinique et opérationnelle ;
- Expertise au profit des Etats : analyse de situation épidémiologique ; évaluation de programmes, organisations des séminaires.

Depuis le 1 janvier 2001 l'**IOTA** à la suite de la dissolution de l'**OCCGE** est placé sous la tutelle de l'Etat malien. Un décret ministériel a mis en place une mission de restructuration

dirigée par un chef de mission s'appuyant sur deux cellules : scientifiques ; administrative et financière.

Pendant cette période la loi hospitalière a été promulguée de même que la loi portant création de l'institut en tant qu'établissement public à caractère hospitalier. Les décrets d'applications ont été adoptés dans le courant du mois de **janvier 2003** marquant la fin de la mission de restructuration et la naissance de la nouvelle structure.

La loi de création du nouvel **IOTA** prévoit la mise en place d'un conseil scientifique et définit ses objectifs, sa mission et sa composition, sa fonction auprès de la direction de **IOTA** en fait le garant de sa politique scientifique, dans les domaines de soins, de la formation et la recherche avec son volet santé publique.

En novembre 2002 : présentation à l'Assemblée Nationale de la loi portant création (sous tutelle du ministère de la santé) de **IOTA** comme Etablissement Public à caractère Hospitalier (**EPH**) doté d'un conseil d'administration, d'un conseil scientifique et d'une autonomie de gestion garant de son indépendance en terme financier et ressources humaines. La possibilité de recrutement des cadres au-delà des frontières du Mali est ainsi affirmée.

3) LES MISSIONS :

Statutairement les missions de **IOTA** sont

- Soins ophtalmologiques
- Formation
- Recherche opérationnelle incluant un volet essentiel de santé publique et d'appui aux Etats.

ACTIVITE DE SOINS :

Cette mission est celle d'un établissement de troisième référence pour la pathologie ophtalmologique, à objectif de quatrième référence au niveau de l'Afrique subsaharienne. Sa structure et ses ressources humaines doivent lui permettre d'assurer en totalité cette mission de soins ophtalmologique de haut niveau permettant la prise en charge de la quasi-totalité de la patho-ophtalmologique qu'elle soit médicale ou chirurgicale.

FORMATION :

Elle est orientée vers 3 points actuellement et soutenus par de nombreux bailleurs.

- + Formation initiale
- + Formation continue externe

+ Formation continue interne

✍ **RECHERCHE** :

Dernier volet d'activité de l'IOTA, il ne s'agit pas de recherche fondamentale mais de recherche clinique et épidémiologique.

II TYPE ET PERIODE DE L'ETUDE :

IL s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée de **Juillet 2005 à Juin 2006**.

III CRITERES D'INCLUSION :

Tous les patients ayant consultés pour une coloration brune au niveau du limbe avec prurit et /ou larmolement quelque soient leur âge, leur sexe, ont été inclus après leur consentement éclairé.

IV CRITERES DE NON INCLUSION :

Les patients présentant d'autres signes fonctionnels autres que ceux mentionnés plus haut étaient exclus de notre étude.

V TAILLE DE L'ECHANTILLON ET DE L' ECHANTILLONNAGE :

Nous avons décidé d'inclure pendant un an tous les malades répondant aux critères d'inclusion. Ces malades ont été vus au tri, dans les boxes de consultation et suivis à **J1, J15, J30, J60, J90** jusqu'à une accalmie des signes.

VI PARAMETRES ETUDIES :

+ Les variables démographiques : âge, profession, résidence.

+ Motifs de consultation : prurit, larmolement, photophobie, douleur, sensation de grains de sable, baisse de l'acuité visuelle (voir fiche d'enquête en annexe)

L'examen ophtalmologique complet du malade : se faisait au tri ou dans les boxes. Il consistait à la prise de l'acuité visuelle, à l'examen du segment antérieur à la lampe torche ou à la lampe à fente. Le test à la fluorescéine était pratiqué chaque fois qu'il y avait un doute sur l'état de la cornée.

Les signes cliniques de la LCET ont été ainsi classés en plusieurs stades selon la classification proposée par **Diallo J**.

VII MATERIELS DE L'ETUDE :

Comprenaient l'équipement d'un box :

Les échelles d'acuités visuelles : **E de SNELLEN** de **MONOYER** (lettres alphabétiques) et de **PARINAUD** (AV de près après 45 ans fragment de texte de dimension décroissante).

Lampe à fente équipée d'un tonomètre de **GOLDMAN**

Un ophtalmoscope

Une boîte de réfraction

Les caches œil

Consommables : la fluorescéine, un collyre mydriatique, du coton, flacon de désinfectant.

VIII CONSIDERATION ETHIQUE :

Notre étude ne pose pas de problèmes d'éthiques particulières, cependant nous avons pris soin d'informer tous nos patients du but de notre travail afin d'obtenir leur consentement éclairé.

Pour les enfants un accord parental était requis

IX COLLECTES DES DONNEES ET LES ANALYSES STATISTIQUES :

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête pour le besoin de notre étude, dont l'exemplaire est porté en annexe. Les données ont été saisies, traitées et analysées sur le logiciel EPI 6 info version 2000 et les résultats sont présentés sous forme de tableaux et graphiques faits sur le logiciel Excel.

Le traitement de texte a été fait grâce au logiciel Microsoft Word.

IV

RESULTATS

RESULTATS

I) Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

1. Répartition des patients par tranches d'âges

TABLEAU I : Répartition des patients par tranches d'âges

Tranches d'âge (année)	Effectif	Pourcentage
< 5 ans	891	46,55
6-10 ans	468	24,45
11-15 ans	303	15,83
16-20 ans	150	7,84
> 20 ans	102	5,33
Total	1914	100

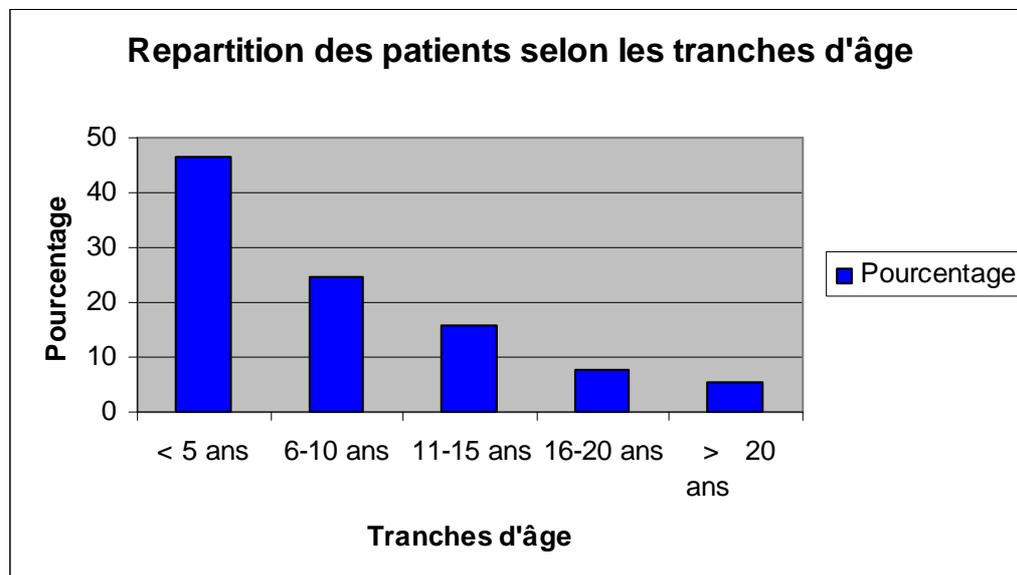


Figure 1 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge

Les enfants de moins de **5 ans** représentaient la majorité de nos patients.

L'âge moyen des patients était de **8,08 +/- 6,66**. L'âge médian était de **6 ans** avec des extrêmes de **0 à 46 ans**.

2. Répartition des patients par sexe

TABLEAU II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	1249	65,3
Féminin	665	34,7
Total	1914	100

Les patients de sexe masculin étaient les plus représentés.

Le sexe ratio **H/F** était de **1,88** en faveur des hommes.

3. Répartition des patients selon le lieu de résidence

TABLEAU III : Répartition des patients selon le lieu de résidence

Lieu	Effectif	Pourcentage
Bamako	1628	85,1
Région	270	14,1
Etranger	16	0,8
Total	1914	100

La quasi-totalité de nos patients résidait à Bamako (**85,1%**).

4. Répartition des patients selon la profession

TABLEAU IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans Profession	1013	52,2
Elève	731	38,2
Ménagère	60	3,1
Autres	58	3,0
Commerçant	27	1,4
Etudiant	19	1,0
Fonctionnaire	6	0,3
Total	1914	100

Plus de la moitié de nos patients étaient en âge préscolaire.

II) LES SIGNES CLINIQUES :

1. Répartition des patients selon la durée d'évolution

TABLEAU V : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie

Durée	Effectif	Pourcentage
0-5 ans	1755	91,69
6-10 ans	115	6,01
11-15 ans	28	1,46
> 15 ans	16	0,84
Total	1914	100

Plus de **90%** de nos patients ont une évolution de leur affection entre **0-5ans**.

2. Répartition des patients selon les signes de la maladie

TABLEAU VI : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes Fonctionnels	Effectif	Pourcentage
PRURIT	1840	96,1
LARMOIEMENT	1058	55,3
SENSATION DE GRAIN DE SABLE	394	20,6
DOULEUR	360	18,8
PHOTOPHOBIE	209	10,9

Le prurit suivi du larmolement était présent chez la quasi totalité des patients.

3. Répartition des patients selon les signes cliniques

TABLEAU VII : Répartition des patients selon les signes cliniques

Signes Cliniques	Effectifs	Pourcentage
HYPERHEMIE	1653	86,4
PAPILLES	789	41,2
LIMBITES	693	36,2
GRAINS DE TRANTAS	277	14,5
FOLLICULES	145	7,6

L'hyperhémie conjonctivale et la présence des papilles représentaient la majeure partie des signes cliniques avec **86,4%** et **41,2%** suivis du limbite (**36,2%**).

4. Répartition des patients selon le stade évolutif

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon le stade (classification Diallo)

Stade évolutif	Effectif	Pourcentage
STADE I	630	32,92
STADE II	961	50,21
STADE III	303	15,83
STADE IV	20	1,04
TOTAL	1914	100

Les deux premiers stades étaient les plus représentés.

5. Répartition des patients selon les signes cliniques

TABLEAU IX : Répartition des patients selon les complications

Complications	Effectif	Pourcentage
ENVAHISSEMENT CORNEEN	12	0,6
DYSTROPHIE CORNEENNE	2	0,1
KERATITE PONCTUEE SUPERFICIELLE	60	3,1
PANNUS	25	1,3
VOILE FIBRO-VASCULAIRE	23	1,2

La kératite ponctuée superficielle représentait la complication la plus observée.

III) TRAITEMENT :

1. Répartition des patients selon le traitement par voie locale :

TABLEAU X : Répartition des patients selon le traitement par voie locale

Traitement / voie locale	Effectif	Pourcentage
ANTIALLERGIQUES	1858	97,1
CORTICOÏDES	996	52,0
ANTIBIOTIQUES	1639	85,6

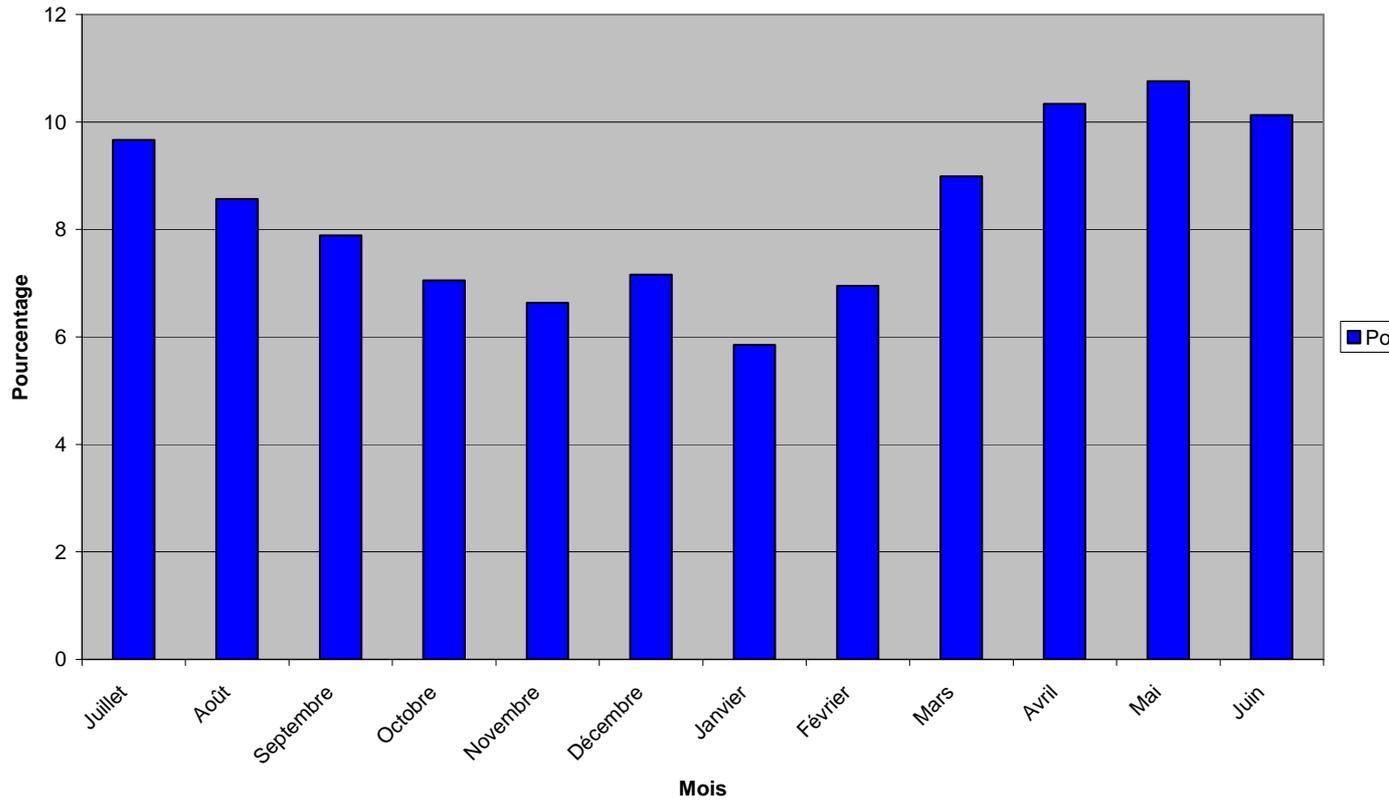
La quasi-totalité des enfants a bénéficié d'un traitement à base d'antiallergique (Cromoglycate de Sodium) fréquemment utilisé à l'IOTA par voie locale, et dans **85,6%** des cas on a eu recours aux antibiotiques et dans **52%** des cas les corticoïdes ont été associés.

Par ailleurs certains médicaments ont été utilisé par voie orale : c'est le cas des Antiparasitaires MEBENDAZOLE (**64,7%**) et anti-histaminiques (**10,6%**).

TABLEAU XI : Répartition mensuelle de la LCET de l'année juillet 2005 à juin 2006.

Année 2005-2006	Effectif	Pourcentage
JUILLET	185	9,67
AOUT	164	8,57
SEPTEMBRE	151	7,89
OCTOBRE	135	7,05
NOVEMBRE	127	6,64
DECEMBRE	137	7,16
JANVIER	112	5,85
FEVRIER	133	6,95
MARS	172	8,99
AVRIL	198	10,34
MAI	206	10,76
JUIN	194	10,13
TOTAL	1914	100

Repartition mensuelle de la LCET



La Limbo Conjunctivite Endémique des Tropiques semble fréquente toute l'année avec un pic **d'avril à juillet**

V

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I ASPECTS ETIOPATHOGENIQUES :

Les mécanismes étiopathogéniques de la LCET sont d'origines allergiques comme l'attestent de nombreux travaux (26, 30, 68,70)

Le mécanisme en cause est une réaction immédiate ou hypersensibilité de type I (68) chez un sujet préalablement sensibilisé, il va se produire une interaction entre l'allergène de l'environnement extérieur et les cellules cibles que sont les mastocytes. Ces derniers sont retrouvés en grand nombre au niveau de la conjonctive de malades atteints de LCET. Cette interaction va entraîner par l'intermédiaire des IgE spécifiques se fixant sur les récepteurs de ces cellules, une activation de celles-ci avec pour conséquence une dé granulation et une libération de médiateurs chimiques tels que prostaglandines, leucotriènes.

Ces médiateurs vont provoquer rougeur, prurit, larmoiement, proliférations papillaires tarsales et bourrelet gélatiniforme limbique caractéristique (14, 84). Les allergènes peuvent être multiples : acariens, poussière de maison, pollens de graminées, humidité N'DIAYE S.C (56).

Des tests allergologiques permettraient de confirmer ces constatations. Selon RESNIKOFF (68) ils sont souvent négatifs mais RIGGIONI (70) dans une étude sur la conjonctivite printanière a trouvé près de 70% des tests positifs aux pollens de graminées.

Les études faites par VERIN et coll. (83) en 1989 ont montré que les conjonctivites allergiques sont fréquentes en Afrique intertropicale ; Madagascar n'échappe pas à cette observation vue sa situation géographique, par conséquent il n'est pas surprenant de rencontrer tant de cas de conjonctivite allergique. L'allergène causal est difficilement identifiable, surtout dans nos cas où la pratique des tests allergologiques ou des dosages des IgE sériques et spécifiques est hors de portée des patients, BLAMOUTIER (14) au cours de son exposé sur l'allergie oculaire disant qu'il ne demandait ni tests allergologiques, ni dosages IgE, sachant que dans la majorité des cas les conjonctivites allergiques constituent une allergie de type immédiat qui repose sur un mécanisme d'hypersensibilité immédiate immunitaire IgE – dépendante. C'est une des raisons qui les a poussés à pratiquer le traitement test par anti-allergiques.

Nous pensons comme EVERAESTS et son équipe (30) que le soleil, les rayons ultraviolets sont les plus incriminés dans l'apparition des conjonctivites allergiques, plus particulièrement la

LCET ; vient ensuite la poussière plutôt que le pollen comme allergène ; la conjonctivite pollinique est assez facile à reconnaître compte tenu de son association à une rhinite ou un asthme **RASIKINDRAHONA E (64)**.

Dans notre étude la forme la plus rencontrée et la plus grave est la forme limbique avec prédominance des signes au niveau du limbe **36,2%** et nous avons aussi observé dans **1,3%** des cas la présence de pannus avec envahissement vasculaire de la cornée, par conséquent risque d'évolution vers la cécité.

Certes l'allergie oculaire ne se résume pas à la conjonctivite même si elle est la manifestation la plus connue, toutes les tuniques de l'œil peuvent être atteintes. En Afrique tropicale comme à Madagascar, cette conjonctivite allergique présente plusieurs formes cliniques dont la plus grave est la LCET qui est fort heureusement peu fréquente à Madagascar, mais ceci reste à étudier d'une façon plus élargie. Actuellement, les médicaments anti- allergiques locaux et généraux nous donnent beaucoup d'espoir, mais le moyen le plus sûr est l'éviction de l'allergène causal **(64)**.

II ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

1) L'AGE :

La notion du jeune âge des patients atteints de LCET est classique dans la littérature **(5, 26, 30)**. Le début de la maladie est très précoce, soit dès les premiers mois de la vie pour certains cas, soit au cours des premières années pour d'autres. Non soignée précocement et correctement elle peut évoluer vers les complications **(17, 26, 45, 75)** très fréquentes qui peuvent conduire aux cécités d'origine cornéenne, cécités évitables, menace prioritaire pour les enfants, qui relèvent de mesures préventives **(49)**. Dans notre étude, la fréquence de l'affection est très importante chez les enfants de **0-5 ans** où elle est de **46,55%**, par contre **MCMOLI** trouve que les patients les plus affectés sont âgés de **6 mois à 9 ans** avec une moyenne d'âge de **10.3 ans (50)**.

VERIN a pris en compte dans son étude les tranches d'âges comprises entre **4 et 20 ans (85)** ; pour **EVARAERST** et **DOUETIEN**, ce sont surtout les enfants d'âgés de **0 à 6ans (30)**. Tandis qu'au Bénin dans l'étude de **NEGREL (57)** chez les enfants de **5 à 9ans** la prévalence de la limbo conjonctivite endémique des tropiques est de **2,1%**. Ces chiffres sont inférieurs à ceux de **RESNIKOFF (68)** qui trouve une prévalence de **5%** des enfants âgés de **5 à 9 ans** au Tchad et Djibouti, qui ont une LCET, et ces chiffres se reflètent aussi dans le pourcentage des

consultations : **3,9%** à Cotonou contre **6%** des consultants de tous âges au Maroc, en Inde et au Sénégal (**26, 60**).

MUMBERE, dans son étude, constate que la moyenne d'âge varie entre **9 et 11 ans** selon que l'étude a été faite à Kinshasa ou à Butembo dans l'Est de la République Démocratique du Congo (**54**).

Dans l'étude de **CHENGE B (20)**, l'âge moyen a été de **6.5 ans** (limites, **5mois à 15ans**), ce qui confirme les constatations faites par d'autres études qui ont montrées que la LCET est une maladie de l'enfant jeune (**26**).

L'âge de début de l'affection chez nos patients est proche de celui des autres auteurs (**23, 32, 39**). Au MALI dans notre étude à l'IOTA la répartition selon l'âge montre que les enfants et les jeunes adolescents en âge scolaire sont particulièrement touchés dont **86,83%** entre **0-15 ans** et **40,28%** entre **6-15 ans**. Ces derniers sont particulièrement handicapés dans leur cursus scolaire par l'intensité des signes fonctionnels et la baisse de l'acuité visuelle. Ce résultat rejoint à peu près celui de **N'DIAYE (56)** qui a eu **71,5%** entre **0-15ans** dont **49,9%** entre **6-15ans**. Au sud Bénin la limbo conjonctivite se rencontre chez **18%** des enfants de **0 à 15 ans** pour **EVARAERST et DOUTETIEN (30)** ; Ce taux serait de **97,92%** au sud du Togo **ADORGLO (5)** ;

Cette fréquence diminue ensuite progressivement chez les adolescents et devient rare chez les adultes jeunes (**20**).

On peut rencontrer occasionnellement des adultes atteints, mais à l'anamnèse, ils confirment que leurs plaintes ont commencé durant l'enfance, et notre patient le plus âgé à **46 ans** il s'agit en fait d'une prolongation de l'évolution au-delà de la puberté.

Nos résultats corroborent ceux de **DAHAN (23)** en Afrique du Sud et **d'ABIOSE (3)** au Nigeria, mais différent de ceux de **PITHON (60)** au Sénégal qui rapporte le taux de **37%** de LCET chez les enfants après **15 ans**. Cette différence peut s'expliquer par le climat, en effet le Sénégal se trouve dans une zone sahélienne alors que le Mali est dans une zone sub-sahélienne tandis que le Cameroun, l'Afrique du Sud et le Nigeria sont dans une zone tropicale (**53**). Selon **N'DIAYE S.C (56)** son incidence est de **6,04% par an**, **6%** pour **DIALLO (26)** et **6,5%** pour **CONTY (21)**. Au Cameroun **M.C MOLI (50)** trouve **2,8%** ce qui nous amène à dire que la limbo conjonctivite

endémique des tropiques sévirait davantage dans la zone sahélienne que dans la zone forestière humide.

2) SEXE :

En ce qui concerne le sexe tous les auteurs sont unanimes (**10**) que c'est surtout une affection qui est plus fréquente chez le petit garçon, c'est également aussi le cas dans notre étude où nous remarquons **65,3%** atteint dans notre échantillon contre **34,7%** de filles.

Cependant, d'autres études comme celles de **SANDFORD-SMITH (73)** au Nigeria rapportent une répartition équitable entre les deux sexes tandis que l'étude de **CHENGE B** et de **MUMBERE** n'a pas trouvé de différence entre les deux sexes (**20,54**).

Par contre certaine littérature rapporte quelques références sur les fréquences des garçons. En Europe elle est estimée entre **75% (47)** et **80% (42)** ; en Afrique elle est de **67%** en moyenne (**26**) ; **65%** au Tchad et à Djibouti (**69**). En Asie **1404** garçons sont porteurs de LCET contre **467** femmes (**75,04%**) Alimudin cité par **ADORGLO (5)**.

Le fait de passer plus de temps à jouer au dehors que les petites filles serait la cause de cette prédominance masculine (**23**). Les auteurs tel que **DERNOUCHAMPS (24)** pensent plutôt qu'une diminution de l'élimination des hormones mâles et femelles est impliquée dans les LCET chez les enfants. Nous tenons à confirmer la grande liberté accordée au petit garçon dans nos milieux ; ce qui lui permet de jouer plus au dehors que la jeune fille, de plus la saison sèche est plus propice pour ces jeux ; ce qui expliquerait la prédominance de cette pathologie en saison sèche puisque les garçons sont généralement plus en contact avec la poussière et les rayons solaires que les filles. L'allergie à la poussière et la photosensibilisation sont entre autres les facteurs qui conditionnent la gravité de l'affection en Afrique (**22, 26, 62**).

3) CLIMAT :

La LCET est présente toute l'année avec un léger pic en saison chaude dans notre étude où nous avons constaté une recrudescence à partir du mois d'avril jusqu'au mois de juillet qui sont des périodes d'intenses chaleurs, de poussières et de renouvellement de végétations qui favorisent l'apparition des LCET. Par contre pour les auteurs **DIALLO J. S (26)** ; **ADORGLO.A.A (5)** ; **PITHON F (60)** la recrudescence de la LCET est présente toute l'année.

Dans l'étude de **CHENGE**, au Nord Togo, deux saisons s'alternent au cours de l'année, une saison sèche qui va de novembre à avril et une saison humide de mai à octobre (**20**). La limbo conjonctive endémique des tropiques est présente toute l'année ; mais plus fréquente en saison sèche (**58,14% contre 41,86%**) avec un pic en mars et en avril (**58 cas et 61 cas**). Notons que mars et avril sont des périodes d'intense chaleur de poussière et de renouvellement de la végétation qui favorisent des LCET (**26, 60,69**).

III ASPECTS CLINIQUES :

La répartition des stades par tranches d'âge dans notre étude est la même que celle décrite par **DIALLO (26) et PITHON (60)**.

Ce sont les stades I et II que l'on retrouve fréquemment chez les jeunes enfants et au-delà de **5 ans** c'est essentiellement au deuxième stade (prurit intense) que les patients sont amenés à consulter (**30**).

Sur **1914** cas on a trouvé **50,21%** de malades au Stade II correspondant à l'apparition d'une pigmentation conjonctivale brunâtre, d'un pavage papillaire et d'un limbe épaissi dans l'aire de la fente palpébrale, avec exacerbation des signes fonctionnels poussant le malade à consulter. Il arrive aussi qu'on puisse constater des complications cornéennes chez **50%** des patients présentant les manifestations palpébrales de la maladie. L'atteinte cornéenne peut aller d'une kératite ponctuée superficielle à ulcères en écus (**18**) qui laissent une cicatrice vascularisée (**5**).

Au Togo, **ADORGLO** a constaté un plus grand nombre des cas au stade II **41,89%** (**5**), ces résultats confirment ceux de **N'DIAYE (56) et CONTY (21)** qui ont eu respectivement dans leurs études **51,7% et 53,4%** au stade II.

Notons que dans la même tranche d'âge au-delà de **5 ans** **BALAN M et coll.** ont eu **47,21%** au stade II et **36,28%** au stade I (**10**).

Par contre le Stade IV correspondant à l'apparition des complications cornéennes par envahissement fibro-vasculaire est présent dans **1,02%** des cas dans notre étude. La répartition des patients a montré la rareté relative du stade IV chez nos patients comme cela a été également trouvé au Bénin par **EVARAERST et DOUTETIEN** avec **0,7%** (**30**) ; au Congo dans l'étude de **CHENGE B** avec **1%** (**20**), de même qu'au Sud Togo, où sa fréquence est de **0,71%** des cas à Atakpamé et **1,73%** à Lomé (**5**). Alors que d'autres études comme celle de **RESNIKOFF** et

CORNAND (68) au Tchad et à Djibouti ont trouvé **10%** de stade IV contre **10,9%** pour **N'DIAYE (56)**.

Pour **DIALLO** les stades III et IV seraient inexistantes au Cameroun (zone forestière) en raison de l'absence de la xérophtalmie **(26)**.

IV ASPECTS EVOLUTIFS :

Dans la majorité des cas les signes cliniques s'exacerbent avec le temps, puis diminuent et disparaissent à la puberté à l'exception de la pigmentation brune de la conjonctive. Bien que l'adjectif «vernal » suggère une survenue saisonnière au printemps, la maladie persiste fréquemment toute l'année, c'est pourquoi dans les pays francophones l'appellation kerato-conjonctivite vernale a été abandonnée au profit de limbo conjonctivite endémique des tropiques **(8)**. On peut rencontrer occasionnellement des adultes atteints, mais à l'anamnèse ils confirment que leurs plaintes ont commencé durant l'enfance. Aucun de nos patients ne présente de troubles psychologiques, un état général altéré, mais la seule séquelle observée est d'ordre esthétique c'est-à-dire une coloration brune de la conjonctive bulbaire dans l'aire de la fente palpébrale **(53)**.

Par contre les études africaines ne signalent pas de complications liées à la LCET. Toutefois, quelques complications ont été signalées dans d'autres études non africaines.

TOTAN et coll. trouvent **31,7%** de complications cornéennes **(76)** ; **KHAN et al** au Pakistan rapportent **49%** de complications cornéennes chez des patients avec kerato conjonctivite allergique **(44)**. **TABBARA** a trouvé **5,2%** de kératocône et **12,1%** de cicatrice cornéenne **(75)** ; **KHAN (45)** et **CAMERON (17)** rapportent respectivement une fréquence de **12%** et **30%** de kératocône chez des patients avec kerato-conjonctivite allergique. En République Démocratique du Congo, l'étude de **MUMBERE (54)** ne signale aucune complication ; **KAIMBO** rapporte un cas d'hydrops comme signe de présentation chez une fille congolaise de **10ans (43)**. Dans cette étude un enfant a présenté un kératocône comme complication avec cécité légale (critère de **l'OMS**).

L'étude faite par **CHENGE B et coll.** semble ainsi confirmer la rareté relative des complications signalées dans d'autres études non africaines.

La rareté relative des complications dans les études africaines serait-elle une particularité de l'enfant africain avec la LCET ? (20).

D'autres études ont rapporté une incidence élevée des maladies atopiques chez des patients avec kératoconjonctivite allergique **FRANKLAND (33)**. Cette association a conduit à évoquer les déterminants génétiques qui existeraient entre les maladies atopiques et la kératoconjonctivite allergique, ou la survenue des complications comme le kératocône, suite à la stimulation lors des frottements des yeux entraînés par le prurit, mais **CHENGE B et coll. (20)** n'ont pas recherché ces associations dans leurs études.

V ASPECTS THERAPEUTIQUES :

Lors de la première consultation le diagnostic de LCET est basé sur l'interrogatoire et le résultat de l'examen à la lampe à fente. Au début de la LCET à **PIOTA** les collyres anti-allergiques à base d'antihistaminique (**97,1%**) et les antibiotiques (**85,6%**) sont les plus utilisés dès fois associer aux antihistaminiques (**10,6%**) et aux antiparasitaires (**64,7%**) par voie orale, que les corticoïdes (**52%**) avec ses effets secondaires si on les utilise fréquemment chez les enfants.

Dans l'étude faite par **BALAN M et coll.** sur l'examen parasitologie des selles (**10**) ; pour **109** résultats (**25,3%**) rapportés, ils ont eu **52** examens positifs dont (**47,7%**) contre **57 (52,3%)** des examens négatifs. Après déparasitage, **13,5%** des cas positifs ont consulté de nouveau dans un intervalle compris entre **1 et 4 ans** alors que (**28,1%**) des enfants non déparasités se sont présentés pour rechute dans la même période. Ce qui veut dire que le déparasitage a eu un effet favorable sur la stabilisation de la maladie.

(Selon l'observation personnelle de **CHOVET**) le traitement des parasitoses associées, notamment intestinales, améliore sensiblement l'évolution de la maladie. Cet effet s'explique probablement par le fait que les IgE disponibles sont très augmentées au cours des parasitoses (**31**). Il y a une relation entre LCET et parasitoses intestinales, il faut donc prescrire systématiquement un antiparasitaire à visée intestinale.

Pour **MCMOLI (50)** la parasitose intestinale ne semble pas être un facteur de risque de survenue ou d'aggravation de la LCET dans son travail, mais **DIALLO (26)** pense que la parasitose digestive pourrait accentuer l'évolution défavorable de la LCET et ses rechutes (**10**).

Parfois il nous est arrivé d'utiliser un traitement local par des corticoïdes (PREDNISOLONE ou DEXAMETHASONE associés au stabilisateur de membrane) de courte durée en première intention quand les signes inflammatoires étaient intenses dans ce cas les patients étaient revus une semaine plus tard pour un traitement local anti-allergique de relève, par la suite le contrôle se faisant périodiquement et selon l'évolution nous avons espacé les visites.

Les corticoïdes ont un effet anti-inflammatoire et leurs efficacités sont certaines au prix de contre indications et de complications bien connues. Ils nécessitent donc une surveillance spécialisée et attentive car ceux-ci sont susceptibles d'agir sur la pression intraoculaire condition rarement satisfaisante dans les régions où la LCET est fréquente. Par contre les stabilisateurs de membrane comme le collyre au Cromoglycate de sodium ou un nouvel agent comme l'Alomide ou le Nédocromil, bien utilisés ils peuvent limiter ou éviter le recours à un collyre à base de stéroïde.

Ils ne présentent pas les effets secondaires des stéroïdes et peuvent donc être utilisés pendant une longue durée jusqu'à la disparition spontanée de la maladie à la fin de l'adolescence (8).

Certains auteurs ont associés l'Aspirine par voie orale aux corticoïdes dans le traitement de limbo conjonctivite endémique des tropiques comme l'on fait ABELSON et coll. en 1983 aux USA pour la première fois, ils ont eu des résultats encourageant qui ont abouti à une amélioration et même une disparition des signes fonctionnels (1). L'Aspirine serait aussi efficace sur les différentes manifestations cliniques de la maladie comme l'hyperhémie et l'oedème conjonctival, l'infiltration limbique, les nodules de trantas-horner, la kératite épithéliale et les sécrétions. Ces résultats sont comparables à ceux de la littérature (1, 38, 40, 51).

L'efficacité de l'aspirine serait supérieure à celle des corticoïdes tant pour les effets secondaires que pour le prolongement de la période d'accalmie. Depuis cette date l'Aspirine a été utilisée par d'autres Auteurs avec les mêmes résultats (38, 40,51).

Par contre LEMRINI constate que l'efficacité de Aspirine serait légèrement inférieure à celle des corticoïdes locaux mais la période d'accalmie dure toute la journée avec l'Aspirine contre 2h avec les corticoïdes (doses de 25-50mg/kg/j en 3 prises) (48).

Selon CHAUDHARY on a une amélioration tangible en utilisant de l'Aspirine per os combinée avec du Cromoglycate de sodium en collyre dans certains cas (formes mixtes à prédominance limbique) restés symptomatique après traitement local aux corticoïdes (19).

La longue durée de l'accalmie provoquée par l'Aspirine peut confirmer l'hypothèse de HIRAMITSU et coll.: l'effet de l'Aspirine est permanent et non temporaire. L'intérêt du

traitement par l'Aspirine pourrait permettre d'éviter les complications secondaires de la corticothérapie locale **(40)**.

Les aspects cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques de cette affection chronique qui peut être cécitante et d'étiologie indéterminée ont fait l'objet de plusieurs travaux en Afrique **(3, 22, 23, 26,37, 60, 68)**.

Actuellement il n'existe aucune thérapeutique qui soit susceptible de mener rapidement et sûrement vers la guérison. Les malades ayant consulté plusieurs centres ophtalmologiques sont souvent découragés devant la chronicité de l'affection avec comme corollaire l'automédication source de complication iatrogène **(56)**.

En pratique Le traitement dépend des symptômes et de la gravité de la maladie. Il s'étend sur plusieurs années et doit tenir compte de deux aspects :

- Diminuer le gêne fonctionnel en assurant un confort minimum au malade surtout en période d'exacerbation des signes et afin de permettre une vie normale en attendant la guérison spontanée vers la puberté.
- Eviter les complications cornéennes ou sinon les guérir.

VI
CONCLUSION
ET
RECOMMENDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En ce début du troisième millénaire le monde est confronté à de nombreuses difficultés parmi lesquelles la santé des populations occupe une grande place ; cela est justifié par l'importance que les autorités politiques et administratives des pays en voie de développement accordent à la santé des populations principalement celle de l'enfant qui constitue la couche sociale la plus vulnérable.

La LCET se trouve donc placée au centre des problèmes de santé publique oculaire :

- Par sa fréquence : c'est un problème quotidien ;
- Par la difficulté de son traitement : long, peu efficace et souvent dangereux ;
- Par ses conséquences socio-économiques : absentéisme et échecs scolaires, cécité, coût du traitement.
- Par les erreurs qu'elle peut induire dans les enquêtes d'évaluation du trachome et de l'avitaminose A, en raison de certaines ressemblances cliniques.

Elle pose aussi un problème de prise en charge dans nos pays compte tenu des risques liés à la corticothérapie sans stabilisateurs de membrane largement utilisée dans cette affection par certains cliniciens et patients. D'autant plus vrai que les malades en Afrique ne se présentent pas de manière régulière aux contrôles et l'automédication est très fréquente, mais très souvent aussi les patients vont d'une clinique à l'autre pour recevoir un flacon de collyre stéroïde lorsque les symptômes deviennent insupportables. Cependant ni le Cromoglycate, ni même les corticoïdes locaux ne mettent à l'abri des complications cornéennes.

Les améliorations subjectives sont aussi fréquentes avec le Cromoglycate qu'avec les corticoïdes, cependant l'intensité de l'amélioration et le confort sont sensiblement meilleure avec les corticoïdes ; de ce fait il est très difficile de prescrire du Cromoglycate à un patient qui a déjà «goûté» aux corticoïdes, car il fait immédiatement la différence et cherchera à s'en procurer en les utilisant en automédication donc sans surveillance. C'est pour cela qu'il faut éviter absolument de commencer le traitement par un corticoïde car le malade jugera ensuite défavorablement tous les autres traitements et sera enclin à pratiquer une automédication pendant des années sans savoir que le danger d'utilisation des corticoïdes est réel.

La LCET est une affection qui connaît des périodes d'exacerbations sur un fond de chronicité et nécessite par conséquent un traitement médical prolongé avec des contrôles réguliers ainsi qu'un

soutien psychologique familial (35). Nous sommes convaincus que la plupart des échecs enregistrés peuvent être imputés à une mauvaise compliance dont la responsabilité revient d'avantage aux contraintes géographiques et économiques qu'aux malades eux-mêmes. Il est donc nécessaire d'impliquer les parents dans la prise en charge de ces enfants en leur expliquant l'intérêt du traitement qui va s'étendre sur plusieurs années. Cette idée est la plus difficile à faire admettre aux parents et c'est d'autant plus difficile dans nos cas, que, dans plus de 80% les enfants appartiennent à des familles qui malgré leur anxiété, n'ont pas la possibilité d'assurer un traitement coûteux et à long terme. Face à ce dilemme il nous a paru intéressant de trouver un traitement efficace à action prolongée, peu onéreux pour les parents. En général la majorité des parents et des enfants réagissent très bien aux séances de conseils de sorte que beaucoup d'entre eux reviennent pour un suivi avant qu'ils ne manquent de collyre ou que leurs symptômes ne s'aggravent. Les séances de conseils permettent de souligner le caractère chronique de la maladie et d'expliquer que le collyre au cromoglycate de sodium met du temps à agir et qu'il faut donc continuer à l'utiliser même lorsque l'enfant se sent mieux. Lorsqu'on prescrit un collyre stéroïde à un enfant on recommande de l'instiller fréquemment au départ et il faut expliquer en outre que ce collyre ne doit être utilisé que pendant une courte durée afin d'éviter des complications.

Le véritable traitement de la LCET reste étiologique. Toutefois en attendant que des progrès soient faits dans ce domaine, il nous semble logique d'agir sur les principaux facteurs pathogéniques. Connaissant le pronostic favorable à long terme, le traitement aura deux objectifs :

- Soulager le patient en atténuant la photophobie (souvent invalidante), et le prurit.
- Eviter les complications cornéennes et la surinfection, afin de conduire sans écueil l'enfant jusqu'à l'involution spontanée de la maladie à la fin de l'adolescence.

Sur le plan pragmatique et opérationnel deux types d'actions sont prioritaires :

- ✓ La formation du personnel médical et para médical, pour éviter les erreurs de diagnostic et de traitement ;
- ✓ Le développement d'essai clinique, afin d'élaborer un schéma thérapeutique utilisable en milieu non spécialisé et susceptible de bénéficier à la totalité des malades.

Plusieurs études ont été consacrées à la limbo conjonctivite endémique des tropiques en Afrique (4, 23, 26, 30, 50, 73, 79, 85), mais très peu d'études ont été faites au Mali et nous espérons que

d'autres expériences viendront enrichir cette contribution afin de mieux comprendre donc de mieux traiter la limbo conjonctivite endémique des tropiques.

VII

REFERENCES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 – ABELSON M.B; BUTRUS S.I; WESTON J.H.

Aspirin Therapy in Vernal Keratoconjunctivitis.

Am. J. ophtalmol. 1983; 95; 4: 502-505.

2 – ABELSON M.B; MADIWALE N.A; WESTON J.H.

The Rôle of Prostaglandin D2 in Allergic Ocular Disease. O'CONNOR G.R; CHANDLER J.W:
Advances in Immunology and Immunopathology of the Eye.

Edition Masson, New- York 1985; 163-166.

3 – ABIOSE A.

Cryotherapy in the Management of Vernal Conjunctivitis.

Annals of Ophtalmol. 1985; 15; 8: 744-747.

4– ABIOSE A.

A Paediatric Ophthalmic Problems in Nigeria.

J. Trop. Pediatric. 1985; 31 : 30 - 35.

5 – ADORGLO A. A;

Contribution à l'étude de la Limbo Conjunctivite Endémique des Tropiques au Togo (à propos de
962 cas)

Thèse Méd; Lomé 1989; 26.

6 -- AMEDEE-MANESME O; LUZEAU R; CARLIER C; ELLRODT A.

Simple impression cytology method for detecting vitamin A deficiency.

The lancet May 30; 1987; 1263.

7 -- AMEDEE-MANESME O ; LUZEAU R ; WITTPENN J.R ; HANCK A ; SOMMER

A. Impression cytology detects Sub-clinical vitamin A deficiency.

Am. J. Clin. Nutr. 1988; 47: 875-878.

8 – ANTHONY H ; BERNADETHA S.

Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques

Rev. Sté. Ocul. Communautaire JAN 2006; Vol 3; 1: 8-10.

9 – BARYSHAK Y.R; ZAVARO A; MONSELISE M; SAMRA Z; SOMPOLINSKY D.

Vernal Keratoconjunctivitis in an Israeli group of patients and its Treatment with Sodium Cromoglycate.

Br. J. ophtalmol. 1982; 66: 118-122.

10 – BANLA M ; BALO K.P ; N'THA N ; BANLA-KERE A ; OURO-DJERIS ; SOBOSLAY P ; SCHULZ-KEY H.

Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques dans la région centrale du Togo

Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo) 2001; 5; 1: 211-216.

11 - BEDFORD M.A.

Atlas en couleur de Diagnostic Ophtalmologique.

2^{ème} Edition 1988; P 40-44.

12 – BELLA-HIAG A.L; EBANA MVOGO C; ASONGWE M.

Manifestations Palpébrales de la Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub. Trop. Sté Publ. 1999; 76: 51-55.

13 – BHAN A.K; FUJIKAWA L.S; FOSTER C.S.

T.Cell. Subsets and Langerhans cells in Normal and Disease Conjunctival.
Am. J. ophtalmo. 1982; 94: 205-212.

14 – BLAMOUTIER M.A.

Allergie Oculaire.
Ed. Techn. Médic. Paris ; Synthèse Médicale ; 423 ; 2-11.

15- BLOCH-MICHEL E ; VERIN Ph.

Observatoire des Allergies Oculaires. Enquête Epidémiologique Nationale sur les Kerato-conjunctivites Allergiques Saisonnières vues en Ophtalmologie.
Allerg. Immunol. Paris 1995 ; 27 ; 6 : 182-189.

16 – BUTRUS S.I ; ABELSON M.B.

Mucous-Membrane grafting for sévère Palpébral Conjunctivitis
Arch. Ophtalmol. 1984 ; 102 ; 12 : 1746-1748

17 - CAMERON J.A; AL-RAJHI A.A; BADR I. A.

Cornea Ectasia in Vernal Kerato-conjunctivitis.
Ophtalmology; 1989; 96: 1615-1623.

18 – CAMERON J. A.

Shield Ulcers and Plaques of the Cornea in Vernal Kerato-conjunctivitis.
Ophtalmology; 1995; 102: 985-993.

19 – CHAUDHARY K.P.

Evaluation of Combined Systemic Aspirin and Cromolyn Sodium in Intractable Vernal Catarrh.
Ann. Ophtalmol. 1999; 22: 314-318.

20 – CHENGE B; MAKUMYAMVIRI A.M; KAIMBO WA KAIMBO D;

Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques à Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Bull. Soc. Belge. Ophtalmol. 2003; 290: 9-16.

21 – CONTY C.M.

Contribution à l'étude de la Kérato-conjonctivite en Afrique (limbo conjonctivite Endémique des Tropiques)

Thèse Med. Dakar ; 1971 N° 11.

22 - CORBE C ; CASTAN R ; JACQUIOT P.

Association Trachoma Vernal Conjunctivitis in République of Djibouti.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub. Trop. Sté Publ. 1981; N° 1-2: 105-109.

23 – DAHAN E; APPEL R.

Vernal Kerato-conjunctivitis in the Black Child and its response to Therapy.

Brit. J. Ophtalmol. 1983; 67: 688-692.

24 – DERNOUCHAMPS J.P; HOEBEK E; MICHELS J.A.

Classification of Allergic Conjunctivitis.

Bull. Soc. ophtalmol. France 1987; 10 (6-7): 453-461.

25 - DESCHAMPS F; ROYERS J ; MONTARD M.

L'Empreinte Conjonctivale. Mise au point et indications.

Bull. Soc. Ophtalmo. France 1982 ; 8-9 ; 1121-1124.

26- DIALLO J.S.

Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub. Trop. Sté Publ. 1976 ; N° 3-4 : 71-76.

27 – DIALLO J.S; WADE A; LOREAL E; N'DIAYE R.

Opticron dans le Traitement de la Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques

Bull. Soc. Panafric. 1986; 1: 28-31.

28 – EBANA MVOGO C; BELLA-HIAG A.L; ELLONG A.

Place de la Correction Optique dans le Traitement de la Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques

Coup D'œil Ophtalmo. 1995 ; 11 ; 58 : 13-16.

29 - EL HENNAWI M ;

Clinical trial with 2% Sodium Cromoglycate in Vernal Kerato-conjunctivis.

Br. J. Ophtalmol 1980; 64: 483-486.

30 – EVERAERST M.C; DOUTETIEN C.

Limbo Conjonctivite Chronique Endémique des Tropiques dans le Sud du Bénin : Données Epidémiologiques et Météorologiques.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub. Trop. Sté Publ. 1993 ; 70 : 199-214.

31- FAURE J.P ; BLOCH-MICHEL E ; LE HOANG P ; VADOT E ;

Immunopathologie de L'œil ; rapport à la société française d'ophtalmologie

Edition Masson, Paris 1988.

32 - FOSTER C.

Vernal Kerato-conjunctivitis perpect.

Ophtalmol .1948; 4: 35-38.

33 - FRANKLAND A. W; EASTY D.

Vernal Kerato-conjunctivitis an atopic disease.

Trans. Ophtalmol. Soc. U.K 1971; 91: 479-482.

34 – FUJIKAWAL L.S; BHAN A.K; FOSTER C.S.

T.Cell Subsets and Langerhans cells in Conjunctival lesions. O'CONNOR G.R; CHANDLER

J.W:

Advances in Immunology and Immunopathology of the Eye
Edition Masson. New York 1985; 43-47.

35 – HANNOUCHE D; HOANG XUANTH.

Kérato-Conjonctivite Vernale : Quelle attitude adopter ?
Allergie Ophtalmol ; DEC 1998 ; N°22 P 7.

36 - HATCHEL D. L ; SOMMER A ;

Détection of Ocular Surface abnormalities in experimental vitamin A deficiency.
Arch. Ophtalmol. 1984; 102: 1389-1393.

37 - HARTANI D; YOUSFI K; BERKAMI M.

Ulcère et Conjonctivite Printanière.
Annales algériennes de chirurgie; 1980 ; 22-25.

38 - HIDALGO-HURTADO J. M ; CARRERA EGANA B ; GIRON CARO F;

Efficiency of Desensibilization Therapy in Vernal Kerato-conjunctivitis.
Arch. Soc. Esp. Ophtalmol 1986 ; 50; 3 : 295-300.

39 -HIDALGO J.M ; CARRERAS B.

Tratamiento de la Conjunctivitis Vernal con acido acetyl salicilico: prueba piloto y ensayo clinico controlado.
Arch. Soc. Oftalmol; 1986; 50; 445-450.

40 -HIRAMITSU T ; NITA C ; NAGATA .T ; MIURA Y ; WATANABE I.

Therapeutic and Preventive effects of Aspirin on Ocular Inflammations.

Acta XXV Concilium Ophtalmologicum Proceedings of the XXV international congress of Ophthalmology; Rome; May; 4-10; 1986.

41 -HYAMS S.W; BIALIK M; NEWMANN E.

Clinical Trial of Tropical Disodium Cromoglycate in Vernal Keratoconjunctivitis

J. Pédiatr. Ophtalmol. 1975 ; 12 ; 2 : 116-118.

42 -JABLON L.

Conjonctivite Printanière : Diagnostic, Traitement.

La cornée ; 1984 ; 3 : 56-64.

43 - KAIMBO WA KAIMBO D.

Corneal Hydrops associated with vernal conjunctivitis as a presenting sign of Keratoconus in a Congolese Child.

Bull. Soc. Belge. Ophtalmol. 2002; 283: 29-33.

44 -KHAN M. D; KUNDI N; SAEED N; GULAB A; NAZEER A.F.

A Study of 530 cases of vernal conjunctivitis from the North West Frontier Providence of Pakistan.

Pak. J. Ophtalmol. 1986; 2: 111-114.

45 - KHAN M. D ; KUNDI N ; SAEED N ; GULAB A ; NAZEER A.F.

Incidence of Keratoconus in Spring Catarrh.

Br. J. Ophtalmol. 1988 ; 72 :41-43.

46- KONE B.

Limbo-Conjonctivité Chronique Endémique des Tropiques : Aspects Etiopathogéniques
Epidémiologiques et Cliniques à l'IOTA de janvier à décembre 2001

Thèse Med BKO 2004 ; N° 05 - M - 78 : 39

47 - LAGOUTTE F.

Conjonctivite Allergique.

Questions Ophtalmologiques ; 1978 ; 37 : 12-13.

48 -LEMRINI F ; DAFRALLAH L ; SEBBAHI F ; RAFI M.

Traitement de la Conjonctivite Printanière par l'Aspirine.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub. Trop. Sté Publ. 1989 ; N° 3-4 ; 66 : 119-126.

49 – MAURIN J F; CORNAND G.

Les Cécités d'origines Cornéennes en milieu Tropical.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub. Trop. Sté Publ. 1990 ; P 23.

50 - MCMOLI T E ; ASSONGANY T.

Kérato-Conjonctivite Printanière du Limbe à Yaoundé (Cameroun) : Une étude Clinico
Immunologique.

Rev. Int. Trach. Pathol. Trop. Sté. Publ. 1991; 3-4; 68: 157-170.

51- MEYER E; KRAUS E; ZONIS S.

Vernal Conjunctivitis treated with Aspirin. Symposium on Paediatric Ophthalmology and
Strabismus. Mother and Child health. Institute of Serbia. Belgrad.

Ed. Bosko. Jovicevic. 1986; 150-153.

52 – MORGAN G.

The Pathology of Vernal Conjunctivitis.

Trans. Ophthalmol. Soc. U.K. 1971; 91; 467.

53 - MOUKOURI E dit NYOLO; MC MOLIT E; N'DOMBO K.

Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques en milieu Camerounais à propos de 819 cas à Yaoundé.

Bull. Soc. Pathol. Exotique 1993; 86: 120-124.

54 – MUMBERE M S.

Approche Clinique du Catarrhe Printanier à Kinshasa.

Mémoire de fin d'étude de spécialisation, Kinshasa, Faculté de Médecine, 1981.

55 - NATADISASTRA G; WITTPENN J R; WEST K P; MUHILAL, SOMMER A.

Impression Cytology for detection of vitamin A deficiency.

Arch. Ophthalmol. 1987; 105: 1224-1228.

56- N'DIAYE S.C ; N'DIAYE P.A ; N'DIAYE M.R ; BA E.A ; N'DOYE P.A ; WADE A

Limbo Conjonctivite Chronique Endémique des Tropiques, Aspects Etiopathogéniques, Epidémiologiques et Cliniques au CHU ARISTIDE LE DANTEC de 1989-1996.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub. Trop. Sté Publ. 1998 ; 75 : 125-132.

57- NEGREL A D; MINASSIAN D C; AVOGNON Z; BABAGBETO M.

Prévalence et Causes de la Cécité et de la Baisse de l'Acuité Visuelle en République du Bénin.

OMS, 1990.

58 – PISELLA P J.

Conjonctivite Allergique : Quelle prise en charge ?

Rev. Prat. Med gle. Mars 2004 ; tome 18 ; 643 : 281-284.

59 - PITHION F.

Données Actuelles de la Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques.

Mémoire, Marseille 1975.

60 - PITHON F ; RASOANAIVO R ; MAISONGROSSE G ; HELIOT P.

Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques

Bull. Soc. Ophtalmol. France 1977 ; 77 (9-10) 873-877.

61 – POULIQUEN YVES

Transparence de L'œil

Edition. Odile. Jacob. JANV 1992 ; 156-157.

62 - RAHI A.H.S.

The Nature of Vernal plaque. Combinea European Ophthalmic Pathology Society and Verhoeff Society meeting, Geneva MAI 1981; 25-28.

63- RAHI A.H.S; BUCKLEY R. J; GRIERSON.

Pathology of Corneal plaque in Vernal Keratoconjunctivitis. O'CONNOR G.R; CHANDLER J.W: Advances in Immunopathology of the Eye.

Edition. Masson. New-York 1985; 91-94.

64 - RASIKINDRAHONA E; ANDRIANJATOVO Jh; RABENANTOANDRO C.

Place de la Conjonctivite Allergique dans nos Consultations Journalières.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub- Trop. Sté Publ. 1998 ; 75 : 111-122.

65 – RASIKINDRAHONA E. Antananarivo Madagascar.

La Limbo Conjonctivite des Tropiques : Intérêt de la Corticothérapie à Madagascar

Rev. Int. Trach. 1999 ; 76 : 69-73.

66 – RENARD G ; LEMASSON C ; SARAUX H.

Anatomie de l'œil et de ses Annexes

Edition Masson et Cie. Paris 1965 ; 374.

67 – RESNIKOFF S.

Prévention de la Cécité : Nouvelles données et Nouveaux défis.

Sté. Ocul. Communautaire AOUT 2005 ; Vol 2 ; N°1 :

68 – RESNIKOFF S; CORNAND G;

Limbo Conjonctivite Tropicale.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Sub-Trop. 1988; 3-4; 65: 21-52.

69 – RESNIKOFF S; CORNAND G; FILLIRD G; HUGARD L.

Limbo Conjonctivite Tropicale.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Sub Trop. Sté Publ. 1989; 3-4; 111-113.

70 – RIGGIONI O; MONTIEL M; FONSECA J.

Type I Hypersensitivity to gramineae pollen in Allergic Conjunctivitis

Rev. Biol. Trop. APR 1994; 42 Suppl. 59-64.

71 – ROUGIER J ; MAUGERY J.

Ophtalmologie pour le Praticien.

2^{ème} Edition 1-19; 24- 26.

72 – SAHYOUN V.

Approche Allergologique de la Limbo Conjonctivite Endémique des Tropiques en Cote d'Ivoire
(à propos de 50 cas).

Actes du Congrès Soc. Ouest-afr. Ophtalmol. Abidjan AVRIL 1992; 27-29.

73 – SANDFORD-SMITH J. H.

Vernal Eye Disease in Northern Nigeria.

Trop. Geogr. Med 1979; 31: 321-328.

74 – SCHWAT I. R; SCHWAB L; CAVENDER J.C.

Limbal Vernal Keratoconjunctivitis with a Hypertrophic Limbal mass lesion

Ann. Ophtalmo 1987; 19; 2: 79-80.

75 -- TABBARA K. F.

Ocular Complications of Vernal Kerato conjunctivitis.

Can. J. Ophtalmol. 1999; 34: 88-92.

76 – TOTAN Y; HEPSEN I. F; CEKIC O; GUDUNZ A; AYDIN E.

Incidence of Keratoconus in Subjects with Vernal Keratoconjunctivitis: a videokeratographic study.

Ophtalmology 2001; 108: 824-827.

77 – TSENG S. C. G.

Staging of Conjunctival Squamous Metaplasia by Impression Cytology.

Arch. Ophtalmol. 1985; 92: 728-733.

78 – TUFT S. J; DART K. G; KEMERY M.

Limbal Vernal Keratoconjunctivitis: Clinical Characteristics and Immunoglobulin E expression compared with Palpebral Vernal.

Eye 1989; 3: 420-427.

79 -- TUFT S. J; CREE I. A; WOODS M; YORSTON D.

Limbal Vernal Keratoconjunctivitis in the Tropics.

Ophtalmology 1998; 105: 1489-1493.

80 – UDELL I. J.

Eosinophil granule major basic protein and Charcot Leyden Crystal Protein in Humain Tears.

Am. J. Ophtalmol. 1981 ; 92 ; 824.

81 - VINCENT G ; CLAUDE M ; JEAN-PAUL B.

Thérapeutique pour le Pharmacien Ophtalmologie.

Edition Masson. Paris. 1999 ; 103-110.

82 – VEDY J ; GRAVELINE J ; QUEGUINER P ; AUZEMERY A.

Précis d'Ophtalmologie Tropicale.

2^{ème} Edition Diffusion générale de librairie. Marseille JUIN 1988 : 63-64.

83 - VERIN Ph ; ANDRIANJATOVO J ; FRITSCH D ; DE CASAMAVOR J.

L'Allergie Conjonctivale en Afrique.

Bull. Soc. Panafricaine d'Ophtalmol. 1989 ; 2 ; 13-16.

84- VERIN Ph ; COMTE P ; GENDRE Ph ; FRITSCH D.

Données Immunologiques Nouvelles sur la Conjonctivite Printanière

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub Trop. Ste Publ. 1988 ; 3-4 : 73-76.

85 - VERIN Ph ; GENDRE Ph ; AOUIZERATE F ; GAUTHIER L.

Fréquence de la présence des Chlamydiae chez les porteurs de Conjonctive Printanière.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub Trop. Ste Publ. 1989 ; 3-4 : 111-114.

86 - VERIN Ph ; GENDRE Ph ; VILDY A ; CALES ; KANIM BAPTE J.

Trachome et Conjonctivite à Inclusions, Similitudes et Différences.

Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Sub Trop. Ste Publ. 1980; 1: 27-82.

87 – WITTPENN J. R; TSENG S. C. G; SOMMER A.

Detection of Early Xerophthalmia by Impression Cytology.

Arch. Ophtalmol. 1986; 104: 237-239.

FICHE D'ENQUETE

IDENTIFICATION :

Nom & Prénom : _____

Age : _____ (ans) Sexe : _____

Nationalité : _____

Ethnie : _____

Adresse : _____

Lieu de Résidence : _____ **Bamako = 1 ; Région = 2 ; Etranger = 3 ;**

Profession : _____

INTERROGATOIRE :

Antécédent : _____

Durée D'évolution de la maladie : _____

CLINIQUE :

Signes fonctionnels :

	OD	OG
- BAV :	_____ O / N	_____ O / N
- Prurit :	_____ O / N	_____ O / N
	_____	_____

- Sensation de grain de sable : O/N O/N
- Larmoiement : O/N O/N
- Photophobie : O/N O/N
- Douleur : O/N O/N
-
- Autres : O/N O/N

Si OUI Préciser :

Signes objectifs :

- | | OD | OG |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Acuité visuelle S / C : | <input type="checkbox"/> O/N | <input type="checkbox"/> O/N |

EXAMEN à la LAMPE à FENTE :

- Conjonctives :
 - + Sécrétions : O/N O/N
 - + Hyperémie : O/N O/N
 - + Papilles : O/N O/N

+ Follicules :

O/N

O/N

- Limbe et cornée :

+ limbite :

O/N

O/N

+ Pannus :

O/N

O/N

+ Grains de trantas :

O/N

O/N

+ KPS :

O/N

O/N

+ Voile fibro-vasculaire :

O/N

O/N

-Autres :

O/N

O/N

- Si OUI Préciser :

OD

OG

Classification :

-Stade(I – IV) :

Complication :

O/N

O/N

Si OUI Préciser :

Traitement local :

- Antiallergique :

O/N

-Corticoïdes collyre : O / N

- ATB : O / N

-Autres : O / N

Traitement par voie générale : O / N

Si OUI Préciser :

Stade I : atteinte bilatérale, hyperhémie bulbaire et conjonctivite tarsale.

Stade II : prurit et démangeaisons intenses.

Stade III : photophobie importante, larmoiement permanent, grains de trantas, KPS.

Stade IV : envahissement cornéen et de l'atteinte visuelle.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY épouse GAYE

Prénom : Aminata

Titre de la thèse : ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE de la LIMBO CONJONCTIVITE ENDEMIQUE des TROPIQUES à L'IOTA de JUILLET 2005 à JUIN 2006.

Année : 2005-2006

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôts : Bibliothèque FMPOS, Bibliothèque IOTA

Secteur d'intérêt : OPHTALMOLOGIE

RESUME :

Dans notre étude prospective nous avons recensé **1914** cas atteint de LCET vus en consultation ophtalmologique de **juillet 2005 à juin 2006** à l'IOTA.

La Limbo conjonctivite endémique des tropiques est une conjonctivite chronique du jeune enfant d'origine allergique, bien connue dans les pays d'Afrique tropicale. Elle doit son nom à l'infiltration caractéristique du limbe.

Parmi nos patients la fréquence de l'affection est très importante :

- Chez les enfants de **0-5 ans** avec **46,55%**.
- Chez les enfants et les adolescents en âge scolaire (**6-15 ans**) avec **40,28%** sont particulièrement handicapés dans leur cursus scolaire par l'intensité des signes fonctionnels et la baisse de l'acuité visuelle.

Le sexe masculin avec **65,3%** prédomine le sexe féminin (**34,7%**) avec un sexe ratio de **1,88**.

Sur le plan clinique **50,21%** sont vus au stade II d'où le double du stade I.

L'étiologie généralement incriminée est la poussière, la sécheresse ou les rayons ultraviolets. Les symptômes essentiels sont un prurit prononcé, une pigmentation brunâtre de la conjonctive, des papilles sur la conjonctive palpébrale supérieure, une limbite importante avec grains de trantas, et finalement atteinte cornéenne avec risque de cécité.

Les recrudescences de LCET sont liées aux taux d'ensoleillement

Le traitement est à base de Cromoglycate de sodium en continu et corticoïdes durant les poussées inflammatoires.

La LCET constituera toujours un problème de santé publique chez les enfants le trachome, les parasitoses digestives et les amétropies semblent avoir une influence sur la gravité de cette maladie et nous pensons qu'une plus grande attention doit être portée à ces pathologies dans la prise en charge de la LCET, de plus des études prospectives en milieu rural et hospitalier sont encore nécessaires pour approfondir les connaissances sur cette maladie.

MOTS CLES : EPIDEMIOLOGIE, LIMBO-CONJONCTIVITE ENDEMIQUE DES TROPIQUES, IOTA.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !!!!!!!!!!!!!