

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DES SCIENCES,
DES TECHNIQUES ET DE
TECHNOLOGIE DE BAMAKO
(USTTB)



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE
(FMOS)



THESE N°/...../

EVALUATION DES RESULTATS DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE A L'HÔPITAL REGIONAL DE SIKASSO DE NOVEMBRE 2017 A JUIN 2018

THESE

Présentée et Soutenue Publiquement le :.../.../2019

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université de
Bamako

Par

Monsieur : **Moussa Konaté**

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

Jury

PRESIDENT: Professeur Sanoussi BAMANI

MEMBRE: Docteur Moro SIDIBE

CO-DIRECTEUR DE THESE: Docteur Abdoulaye NAPO

DIRECTEUR DE THESE: Professeur Japhet Pobanou THERA

DEDICACE

Remercier ou être reconnaissant à la fois à toutes les personnes qui nous ont soutenu depuis notre enfance jusqu'à notre vie active n'est pas facile, surtout s'il s'agit de faire une dédicace d'un ouvrage ou d'une thèse.

L'histoire devient encore plus délicate lorsqu'on est d'une grande famille et qu'on a beaucoup d'amis et de connaissances. Dès lors, vouloir faire une dédicace, où l'on pourrait se demander si l'amitié ne prime pas sur la parenté, apparaît pour un homme digne de ce nom comme une véritable gageure.

Cependant face à ces difficultés et ces dilemmes, je suis conscient que tous mes parents et tous mes amis méritent d'être des dédicataires, je supplie toutes les personnes de ne pas m'en tenir rigueur pour cela.

Ainsi, je dédie ce modeste travail A :

- toutes les victimes de la cécité due à la cataracte ;*
- tous ceux qui œuvrent dans la lutte contre la cécité dans le monde ;*
- mon pays, le MALI.*

MES TRES CHERS PARENTS : DRAMANE ET SALY COULIBALY

Affables, honorables, vous êtes pour moi le symbole de la générosité par excellence, la source de tendresse et l'exemple de dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Aucune dédicace ne saurait être aussi éloquente pour exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance. Qu'ALLAH le tout puissant vous récompense aux centuples de tout ce que vous m'avez fait.

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde reconnaissance éternelle et amour.

Vos soutiens moraux, affectifs, matériels et financiers ne m'ont jamais fait défaut.

Vos soucis permanents d'une meilleure éducation de vos enfants et votre amour sans limite pour les études ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Ce document est le fruit de votre travail.

Puisse DIEU, le tout puissant, vous préserve et vous accorde santé, longue vie, et bonheur. Amen.

TOUS MES ONCLES ET TANTES

TOUS MES COUSINS, COUSINES, NEUVEUX ET NIECES

De crainte d'en oublier, je n'ai pas cité de noms.

Ce travail est le résultat de vos bénédictions, conseils, encouragements sans fin.

En témoignage de mes sentiments d'amour et d'affection, je profite de cette occasion pour vous souhaiter une vie pleine de joie, de succès dans votre vie personnelle et professionnelle.

Qu'ALLAH le tout puissant vous accorde une longue vie, une santé de fer plein de bonheur. Amen.

TOUS MES FRERES ET SOEURS

La fraternité n'a pas de prix comme on le dit. J'espère qu'elle restera un lien sacré pour tous. Vous avez toujours été présents à mes côtés, m'entourant de vos affections, soutiens et conseils. Vos amours, encouragements et prières ne m'ont pas manqué. Puisse Dieu nous donner courage, longue vie pleine de santé pour que nous continuions à partager ensemble ces moments de joie exceptionnelle.

Vous n'avez ménagé aucun effort pour mener à bien ce travail de long parcours au bon port.

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais. Amen.

Dr DIALLO Oumar

Permettez-moi de vous exprimer mon admiration pour vos qualités humaines, professionnelles. Votre générosité, votre soutien indéfectible, votre souci permanent pour la bonne qualité de formation de vos disciples, en font de vous un maître exceptionnel. Les mots me manquent pour vous prouver ce que je ressens au fond de mon cœur. Je vous serais reconnaissant toute ma vie. Qu'ALLAH nous donne plein d'occasion de partager de tel moment si agréable.

Puisse Dieu vous accorder une longue vie pleine de bonheur. Amen.

MON TRES CHER AMI

DRISSA NAPO

Tu es plus qu'un ami pour moi, ta générosité, ta simplicité, ton soutien sans condition, ta détermination et ton courage n'ont pas de prix.

Les mots me manquent pour te prouver ce que je ressens ce jour. Merci

Puisse DIEU te donner une longue vie, de santé de fer, de réussite, de bonheur tout en consolidant notre lien amical. Amen.

MON COTHESARD DU SERVICE

YACOUBA COULIBALY

Votre sympathie, votre générosité, votre esprit de courtoisie, votre humilité, votre courage, j'en passe en font de vous plus qu'un collègue.

Grace à vous cette nouvelle aventure a été si agréable.

Je vous remercie très chaleureusement pour le partage de ces agréables moments.

Puisse le bon DIEU tout puissant vous combler de bonheur, de bonne santé et de nous donner plein d'occasion de partager de tel moment si inoubliable. Amen.

L'ADMINISTRATION ET A TOUS LES PERSONNELS DE L'HÔPITAL

J'exprime toute ma reconnaissance et gratitude à l'endroit de l'administration et à l'ensemble des personnels de l'hôpital de Sikasso pour leur apport à l'élaboration de ce document.

Merci à vous.

REMERCIEMENTS

Au corps professoral et l'ensemble du personnel de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie pour la qualité de l'enseignement et l'éducation scientifique reçue ;

A TOUS LES OPHTALMOLOGISTES DU MALI ;

A TOUS LES PERSONNELS DE L'HOPITAL DE SIKASSO ;

A TOUS LES PERSONNELS DU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE DE L'HOPITAL DE SIKASSO : Dr SIDIBE Moro, Dr DEMBELE Adama, Dr DIALLO Oumar, Mme SANOGO Ouleymatou Soucko, Moussa SIDIBE, Cheickna NOUMOGO, Issouf DEMBELE, Fatoumata BENGALY

AUAX FAMILLES KONATE : de Fakola ; de BAMAKO ;

A LA FAMILLE SANGARE de BAMAKO.

Mes sincères remerciements s'adresse également à :

TOUS MES FRERES ET SŒURS : SOULEYMANE, FATOUMATA, AMINATA, ASSITAN, AROUNA, KADIDIATOU, SANATA, SIAKA, AÏCHATA, KADIDIA, FANTA, MOUSSA, SALIMATA (DIT Coucou), ROKIA, MARIAM ;

TOUTES LES FEMMES DE MES FRERES : RAMATOU TRAORE, KADIDIATOU TRAORE, AWA SAMAKE ;

TOUS MES ONCLES ET TANTES : ISSOUF (Dit Tonton ISSOU), BOURAMA, ISSOUF (Dit ISSOU Fitini), ABDOULAYE, FOUSSEYNI, SOUMAÏLA, LASSINA (Dit Lassidian). ALIMA, MAMA, CHATA, BIBA KONE, ROKIA SIDIBE, KONIMBA SANGARE, AWA COULIBALY ;

TOUS MES COUSINS ET COUSINES : LASSINA (dit Lassi Fitini), LASSINA (dit Flani), MAÏMOUNA, SEYDOU (Dit Seydou BA), FATOU,

DJENEBOU, MAH, AWA et ADAMA (Jumelles), ADAMA, ALASSANE (Dit Zantigui), DAOUDA, TAHIROU CISSE ;

TOUS LES PERSONNELLES DU CENTRE DE SANTE MUTUELLE DEMBA NYUMAN DE NIAMAKORO CITE UNICEF ;

MES COLLEGUES D'ETUDE ET AMI : YACOUBA KONE, YACOUBA COULIBALY, DRISSA NAPO, LASSINE CAMARA, ADAMA COULIBALY (Coiffeur), MAMADOU COULIBALY, BOURAMA BOUARE, MAÏMOUNA FANE, NABI, KARIM DIARRA (depuis l'INFSS).

TOUS MES COLLEGUES THESARDS DE L'HOPITAL DE SIKASSO ;

Dr Traoré FATOUMATA et Dr Goïta DAOUDA (D.E.S

Ophtalmologique en stage de perfectionnement dans le service pendant la période de l'étude).

Merci à vous tous pour votre apport à l'élaboration de ce document.

A TOUS (TES) CEUX OU CELLES *qui ne verront pas leurs noms ici par oubli et ayant contribué à l'élaboration de ce document de loin ou de près. Merci à vous tous.*

***HOMMAGES AUX MEMBRES DU
JURY***

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Sanoussi BAMANI

Maître de Conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Ancien Chef de Département Formation CHU-IOTA

Ancien Coordinateur du D.E.S d'ophtalmologie

Ancien Coordinateur National du Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC)

Membre des Sociétés Maliennes (SOMAO), Africaine (SAFO) et Française (SFO) d'Ophtalmologie

Très Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération.

A notre Maître et Jury

Dr SIDIBE Moro

Médecin Ophtalmologiste

Praticien Hospitalier à l'Hôpital de Sikasso

Spécialiste en Glaucome

Chargé de Recherche à l'Hôpital de Sikasso

Chef de Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de Sikasso

Très Cher maître,

Nous vous remercions vivement pour votre estimable participation à l'encadrement et l'élaboration de ce travail et l'immense soutien et conseils que vous ne nous avez cessé de donner avec une grande générosité. Permettez-moi de vous exprimer mon admiration pour vos qualités humaines et professionnelles.

Trouvez ici très cher maitre, l'expression de toute notre admiration ainsi que de notre profond respect.

A notre Maître et codirecteur de thèse

Dr NAPO ABDOULAYE

Médecin ophtalmologiste

Maitre-Assistant à la FMOS

Praticien Hospitalier à l'IOTA

Responsable des Investigations Ophtalmologique à l'IOTA

Spécialiste en Rétine Médicale et Chirurgicale

Spécialiste en Explorations de la Fonction Visuelle.

Très cher maître,

Nous sommes particulièrement touchés tant pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de codiriger ce travail que pour votre soutien sans faille.

Nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre compétence, votre sérieux et votre rigueur pour le travail bien fait nous ont énormément impressionnés. Votre esprit critique et vos suggestions ont permis d'amener ce travail au bon port.

Veillez trouver ici, le témoignage de notre profonde gratitude et notre grande considération.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Japhet Pobanou THERA

Maître de Conférences en Ophtalmologie à la FMOS

Maître de Conférences en Médecine Légale

Ophthalmo-Pédiatre au CHU-IOTA

Médecin légiste

Responsable des enseignements de médecine légale à la FMOS

DEA en droit International et Européen des droits Fondamentaux

Responsable du Service des Consultations externes au CHU-IOTA.

Très Cher maître,

Au cours de notre formation, nous avons été profondément touchés et impressionnés par votre humilité, vos qualités humaines, intellectuelles et votre exigence du respect de l'éthique médicale faisant à la fois de vous un exemple à suivre et une référence pour nous.

Cher maître, soyez rassuré de notre haute admiration et de notre profond respect.

LES ABREVIATIONS

AMO : Assistant Médical en Ophtalmologie

ATCD : Antécédent.

ATP : Adénosine Triphosphate.

AVLscp : Acuité Visuelle de Loin sans correction préopératoire.

AVLsc : Acuité Visuelle de Loin sans correction.

AVLac : Acuité Visuelle de Loin avec correction

AVL : Acuité Visuelle de Loin.

BAV : Baisse de l'Acuité Visuelle.

BF : Burkina Faso.

CA : Chambre Antérieure.

CLD : Compte Les Doigts.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

D.E.S : Diplôme d'Etudes Spécialisés.

EEC : Extraction Extra Capsulaire.

FO : Fond d'Œil.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

GPAO : Glaucome Primitif à Angle Ouvert.

HTA : Hypertension Artérielle.

HSC : Hémorragie Sous Conjonctivale.

HTO : Hypertonie Oculaire

ICP : Implant de la Chambre Postérieure.

IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique.

J1 : Jour 1.

J8 : Jour 8.

J30 : Jour 30.

Kt : Cataracte.

NO : Neuropathie Optique

OCP : Opacification de la Capsule Postérieure.

O Cornée : Œdème de Cornée.

OD : Œil Droit.

OG : Œil Gauche.

ODG : Œil Droit et Gauche

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PMA : Pays Moins Avancés ou

PD : Pays en Développement.

PB : Péribulbaire.

PPL : Pas Perception Lumineuse.

PL+ : Perception Lumineuse.

PIO : Pression Intraoculaire.

PhacoA : Phacoalternative.

PDR : Pupille Déronde.

RCP : Rupture de la Capsule Postérieure.

RCI : République de la Côte d'Ivoire.

RAS : Rien A Signaler.

RHTA : Rétinopathie Hypertensive

SOAO : Société Ouest Africaine d'Ophtalmologie, devenu **SAFO** : Société Africaine Francophone d'ophtalmologie.

USTTB : Université des Sciences ; des Techniques et de Technologie de Bamako.

TS : Trou Sténopéique.

UV : UltraViolet.

VBM : Voit Bouger les Mains.

Xin : Cristallin.

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	1-2
II-OBJECTIFS.....	3
III-GENERALITES.....	4-17
IV-METHODOLOGIE.....	18-20
V-RESULTATS.....	21-29
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION....	30-36
VII-CONCLUSION.....	34
VIII-RECOMMANDATIONS.....	35-36
BIBLIOGRAPHIE.....	37-39
FICHE D'ENQUÊTE.....	40-41
FICHE SIGNALETIQUE.....	42-43

La cataracte est l'opacification totale ou partielle du cristallin, généralement bilatérale et responsable d'un déficit visuel plus ou moins important [1].

Elle constitue la principale cause de cécité dans le monde avec 47%. Son poids épidémiologique est notoirement variable en fonction du statut économique des pays, divisant la planète en deux zones : les pays avancés où la cataracte apparaît maîtrisée et responsable de 5% des cécités, et les Pays en développement où elle reste la cause de la moitié des cécités. La première cause de cécité dans les pays d'Afrique sub-saharienne avec un back log de plus de 16000 nouveaux cas /an [1, 2].

La prévalence moyenne de la cécité dans le monde est de 0,7% soit environ 38 millions d'aveugles, 0,7% dans les pays d'Europe de l'Est, comprise entre 0,2% et 0,4% aux USA, 0,2% en France et 1,4% en Afrique Subsaharienne [3, 4].

Au Togo, la prévalence de la cécité était de 1 %, dont plus de la moitié par cataracte [5]. Au Mali la prévalence de la cécité est supérieure à 1,2% avec 180.000 aveugles dont 90.000 par cataracte [6]. D'ici 2020, on s'entend à environ 54 millions de non-voyants dont plus de 50 millions dans les pays en développements [7]. Selon l'OMS, la cataracte serait responsable de 60% de cas de cécité dans la sous-région d'Afrique francophone, soit 1,2 million de personnes avec un nombre annuel de nouveaux cas cécitant estimé à 300.000 [8].

Comparativement aux pays industrialisés, le taux de chirurgie de la cataracte est très faible (3000 interventions par million d'habitants en Europe, contre 200 en Afrique et 300 en Asie) [1]. Environ 7 millions d'interventions de cataracte sont réalisés chaque année à l'échelle mondiale [9]. Plus de 600.000 chirurgies de la cataracte sont pratiquées annuellement en France [10]. En 2013 au CHU de Toulouse le taux chirurgie ambulatoire pour la phacoémulsification était à 75,8% [11]. Au Canada (Ontario) le taux annuel de chirurgie passerait de 175.000 cas en 2014 à 250.000 cas en 2026, une hausse de 43% [12]. Au Togo, elle serait 555 cas par an avec une moyenne de 43 phacoexérèses par an et par

centre de soins oculaires[5].Au CHU-IOTA, elle représente plus de 80 % des gestes chirurgicaux et 54% à Kayes [13, 14].

La chirurgie de la cataracte a vu ces dernières années une évolution considérable quant aux techniques chirurgicales. La phacoémulsification est le *gold standard* dans les pays industrialisés avec un taux de complications per et post opératoire moindre par rapport aux autres [15, 16].

Le suivi régulier des données préopératoires, opératoires et postopératoires de chaque patient opéré permet d'apprécier les résultats visuels et d'évaluer la qualité de la chirurgie de la cataracte [17].

C'est dans cette optique que nous avons mené une étude sur la chirurgie de la cataracte à l'HOPITAL REGIONAL DE SIKASSO.

1. OBJECTIF GENERAL

Etudier les résultats de la chirurgie de la cataracte à l'HÔPITAL REGIONAL de SIKASSO.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients opérés de cataracte.

Décrire les résultats anatomiques des patients opérés de cataracte.

Décrire les résultats fonctionnels des patients opérés de cataracte.

Enumérer les causes de mauvais résultats des patients opérés de cataracte.

1. HISTORIQUE

Historiquement, les premières traces de chirurgie de la cataracte remontent à près de 4 000 ans, dans l'Égypte ancienne. Il s'agissait alors de faire basculer le cristallin devenu opaque dans le vitré, au moyen d'instruments pointus, introduits au niveau du limbe. Cette simple luxation du cristallin dans le corps vitré avait pour conséquence évidente d'induire une quantité de complications per- et postopératoires, notamment inflammatoires et infectieuses. L'abaissement du cristallin s'est poursuivie en Europe jusqu'au XVIII^e siècle et se pratique encore dans certains pays en voie de développement (guérisseurs). Les premières descriptions modernes de chirurgie du cristallin, par « ablation totale du cristallin opacifié », remontent à 1750 par un chirurgien français, Jacques Daviel.



Image 1 : Schéma illustrant l'abaissement du cristallin, source wikipedia

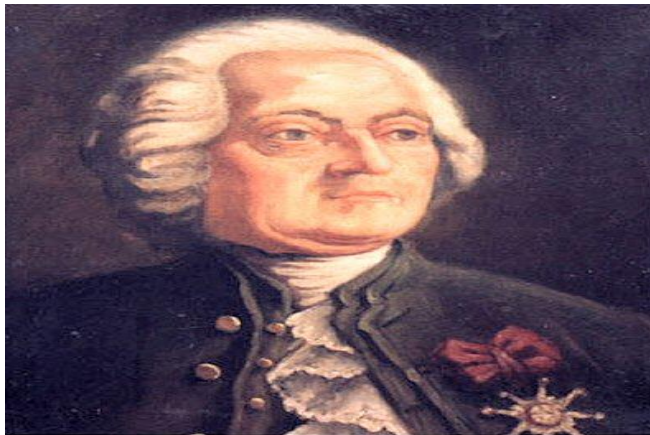


Image 2 : Chirurgien Jacques Daviel

Mais il fallut attendre la deuxième moitié du XX^e siècle pour simplifier l'acte opératoire, en enlevant le cristallin au moyen d'une cryode ; les complications étaient alors encore nombreuses (30%) avec des risques d'hémorragies expulsives, d'issues de vitré et consécutivement d'œdème maculaire cystoïde ou de décollement de rétine. Au milieu des années 1970, grâce à l'arrivée du microscope opératoire et de la microchirurgie, l'extraction extra capsulaire

remplaça l'extraction intra capsulaire à la cryode : le cristallin n'était plus retiré dans sa totalité, mais sa capsule postérieure laissée en place. Ainsi, le maintien d'une barrière entre les segments antérieur et postérieur, la capsule, permettait de passer d'un taux de complications de 30% à moins de 5%. Mais ce n'est qu'à partir des années 1980 que la phacoémulsification, mise au point par l'américain Charles Kelmann, devint la technique de routine dans les pays développés. Elle permet de fragmenter le cristallin à l'intérieur de l'œil, à travers une petite incision (moins de 4 mm), source de récupération beaucoup plus rapide. De façon concomitante, les implants sont permis de transformer les suites de cette intervention. En effet, la prescription des gros verres (plus de 10 dioptries), indispensables après l'ablation du cristallin, ne put disparaître qu'avec leur avènement. Ils permettent de corriger l'aphakie, c'est-à-dire l'absence de cristallin (le cristallin est une lentille convexe intraoculaire de 19 dioptries). L'idée de leur utilisation remonte à la deuxième guerre mondiale où la parfaite tolérance d'éclats de cockpit de pilote de la RAF à l'intérieur de l'œil donna l'idée à des chirurgiens ophtalmologistes d'utiliser ce matériau comme lentille intraoculaire. Ainsi, Harold Ridley est le premier en 1949 à implanter une lentille en remplacement du cristallin. Au début, les complications étaient très fréquentes, et l'implantation systématique ne devint la règle qu'à partir des années 1980. Initialement les implants étaient rigides et de grands diamètres en polyméthyl-métacrylate (plexiglass identique à celui des cockpits de la RAF), puis ils devinrent souples et pliables pour être introduits dans l'œil au travers d'incision de moins de 3 mm. Les progrès des instruments de mesure, notamment de la longueur axiale de l'œil, permirent de choisir avec encore plus de précision la puissance des cristallins artificiels implantés en remplacement du cristallin naturel. Ainsi grâce à ces calculs biométriques, il est possible de choisir, après opération, des implants qui permettront au patient de ne plus porter de lunettes en postopératoire.

Deux méthodes principales: la monovision où l'œil directeur est corrigé par un implant permettant une bonne vision de loin, et l'œil dominé par un implant permettant une bonne vision de près, ou bien un implant multifocal qui permet une vision de loin et une vision de près correcte sur chaque œil.

Le principe chirurgical repose donc sur la fragmentation du cristallin à l'aide d'une sonde à ultrasons à l'intérieur de son enveloppe naturelle, appelée la capsule, alors qu'un système d'irrigation et d'aspiration élimine les débris au fur et à mesure de leur formation. Ensuite, le sac cristallinien est parfaitement nettoyé et débarrassé de tout reliquat pour permettre la mise en place d'un

implant dans le sac, au travers de l'incision initiale inférieure à 3 mm (nécessité de plier et d'injecter les implants).

La taille des incisions, initialement de 7 mm pour les implants rigides en PMMA, a pu être diminuée à moins de 2 mm pour les implants pliables mis en place par injection à l'intérieur de l'œil. Cette technique permet de faire quasiment disparaître les astigmatismes induits, ce qui permet une récupération visuelle encore plus rapide et diminue davantage les risques infectieux.

Les indications chirurgicales sont, elles aussi, beaucoup évoluées.

Trente ans auparavant les patients étaient opérés lorsque leur acuité visuelle était inférieure à 2/10, c'est-à-dire que les patients étaient très limités dans leurs activités quotidiennes. En effet, à cette époque le taux de complication était d'environ 30%. Actuellement, ce taux est inférieur à 1%.

Les techniques d'anesthésie ont été transformées : passage de l'anesthésie générale à l'anesthésie locale avec injection rétro- ou Péribulbaire, puis à l'anesthésie purement topique par simple instillation de gouttes d'anesthésiques. Les patients sont donc maintenant opérés dès l'apparition d'une gêne fonctionnelle qui, si elle se manifeste le plus souvent par une baisse d'acuité visuelle à 6 ou 7/10, s'associe très souvent aussi à une plus grande photosensibilité, éblouissement et baisse des contrastes. Ainsi, le nombre d'actes chirurgicaux est passé de moins de 100 000 il y a 30 ans à plus de 500 000 aujourd'hui, par une amélioration de la qualité des résultats, mais aussi par une demande accrue de la part des patients qui considèrent cette chirurgie fonctionnelle de plus en plus comme une chirurgie de confort.

Les suites opératoires sont, elles aussi, bien évoluées : d'une hospitalisation de 1 semaine avec une prescription de verres définitifs à 3 mois postopératoires, à une chirurgie en externe (moins de 3 heures d'hospitalisation) avec une récupération en 3 à 4 jours maximum dans l'immense majorité des cas, sans verres correcteurs dans plus de 2/3 des cas. La seule complication, à mentionner par sa gravité, reste l'infection. Son taux est reconnu nationalement à 3/1 000 ; il faut savoir qu'une fois sur 10 l'infection aboutit à la perte de l'œil, mais que dans la majorité des cas, si celle-ci est diagnostiquée et prise en charge dans les 12 heures, elle guérit totalement [18].

2. ANATOMIE DU CRISTALLIN

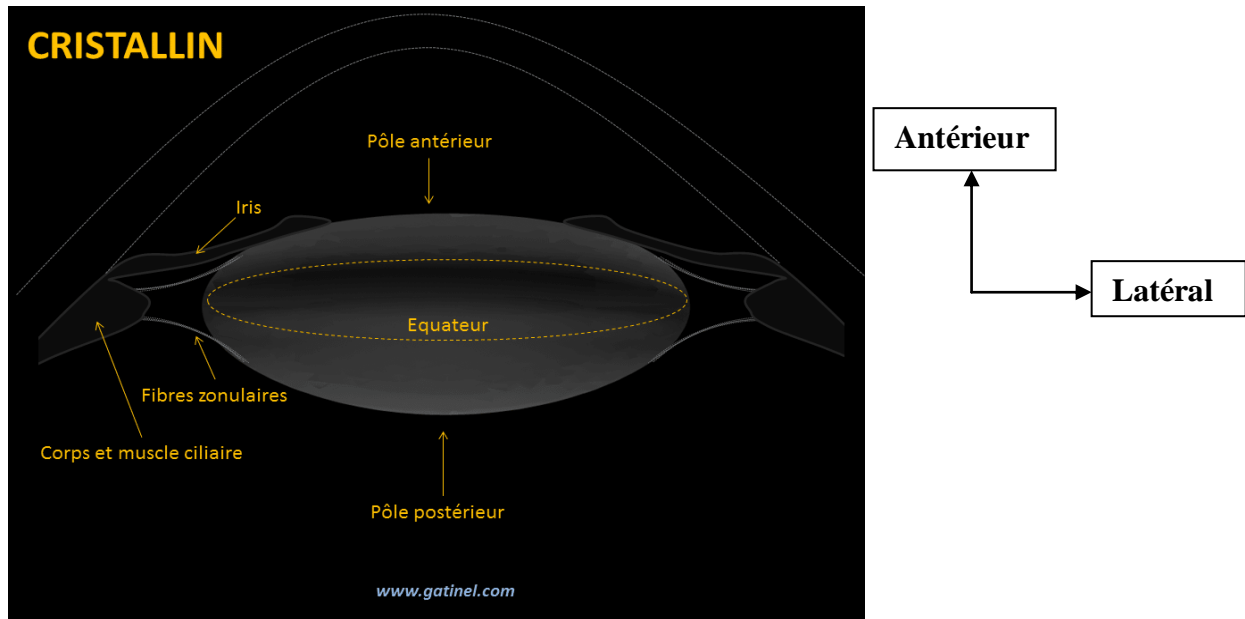


Figure 1: Schéma du cristallin, source wikipedia

2.1. RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Vers la troisième semaine du développement embryonnaire, les ébauches optiques apparaissent à partir du tube neural sous la forme d'une évagination vésiculaire. Face à ces vésicules, l'ectoderme de surface s'épaissit en placodes (ébauche de cellules embryonnaire) optiques qui s'invaginent en une vésicule à la paroi monocellulaire, le futur cristallin et sa capsule. Entre la cinquième et la septième semaine, l'iris se différencie à partir des cellules mésenchymateuses situées à la face antérieure du cristallin embryonnaire dont les cellules postérieures s'allongent progressivement, celles situées à l'équateur migrent autour condensation en grain de café. Autour de ce noyau fœtal et de ses sutures, un cortex se développe de la périphérie vers le centre du noyau embryonnaire. Cet ensemble peut être visible à la lampe à fente sous forme d'une petite condensation en grain de café. Autour de ce noyau fœtal et de ses sutures, un cortex se développe de la périphérie vers le centre [19].

2.2. ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Le cristallin est une structure biconvexe et se situe derrière l'iris et devant le corps vitré. Il est suspendu de chaque côté au corps ciliaire par les zonules de Zinn.

Le cristallin a une fonction purement optique à l'intérieur de l'œil : son rôle est de maintenir sa transparence, réfracter la lumière et permettre l'accommodation. Contrairement à ce que pensaient les anciens, il ne contribue en aucune autre manière à la vision. Dans la position non accommodée, le cristallin contribue entre 15 et 20 dioptries aux 60 dioptries de la force réfractive convergente de l'œil humain, les 40 autres dioptries provenant de l'interface cornée air. Avec l'âge, l'épaisseur du cortex augmente, et en parallèle le cristallin devient de plus en plus courbé.

Il se compose d'une capsule, d'un épithélium, d'un cortex et d'un noyau.

2.2.1. Capsule :

Le cristallin est entouré par une capsule, composée de collagène de type IV produit par les cellules épithéliales. Sa fonction est celle d'une « lame basale » qui attache les cellules épithéliales. Sa couche externe (lamelle zonulaire) sert de point d'ancrage aux fibres de la zonule.

2.2.2. Fibres de la zonule :

Le cristallin est suspendu à l'intérieur de l'œil par les fibres de la zonule qui prennent leur origine à la membrane basale de l'épithélium non pigmenté de la pars plana et pars plicata du corps ciliaire. Ces fibres s'insèrent sur la capsule du cristallin dans sa région équatoriale.

2.2.3. Epithélium :

Immédiatement derrière la capsule antérieure se trouve une couche unique de cellules épithéliales. Ce sont des cellules métaboliquement actives. Elles sont capables de mitoses et la plus grande partie de la production d'ADN survient autour du cristallin antérieur, appelé zone germinative. A leur surface postérieure, les cellules épithéliales sont attachées par des jonctions gap aux

fibres cristalliniennes superficielles. Ces cellules nouvellement formées migrent vers l'équateur, où elles se différencient en fibres cylindriques. Lorsque les cellules épithéliales s'allongent pour former les fibres cristalliniennes, elles subissent beaucoup de changements : augmentation massive de protéines cellulaires dans les membranes de chaque cellule et perte d'organelles. La perte d'organelles est avantageuse parce que la lumière qui passe à travers le cristallin n'est plus absorbée ou diffractée par ces structures. Cependant, parce que ces nouvelles fibres n'ont plus de fonction métabolique, elles dépendent de la glycolyse pour leur production d'énergie.

2.2.4. Noyau et Cortex :

A cause de la présence d'une capsule limitante, il n'y a pas de perte cellulaire dans le cristallin ; pendant que de nouvelles fibres sont formées, les fibres les plus anciennes deviennent les plus centrales (fibres embryonnaires et fœtales). Les cellules les plus nouvelles forment le cortex. Par conséquent, le noyau central du cristallin consiste en une masse dense de cellules inertes. Il n'y a pas de différence morphologique évidente entre le cortex et le noyau, la transition se fait de manière graduelle. Après le développement fœtal, le cristallin n'a plus de vascularisation ni d'innervation, et il dépend entièrement sur l'humeur aqueuse pour ses besoins métaboliques et pour l'élimination de ses déchets.

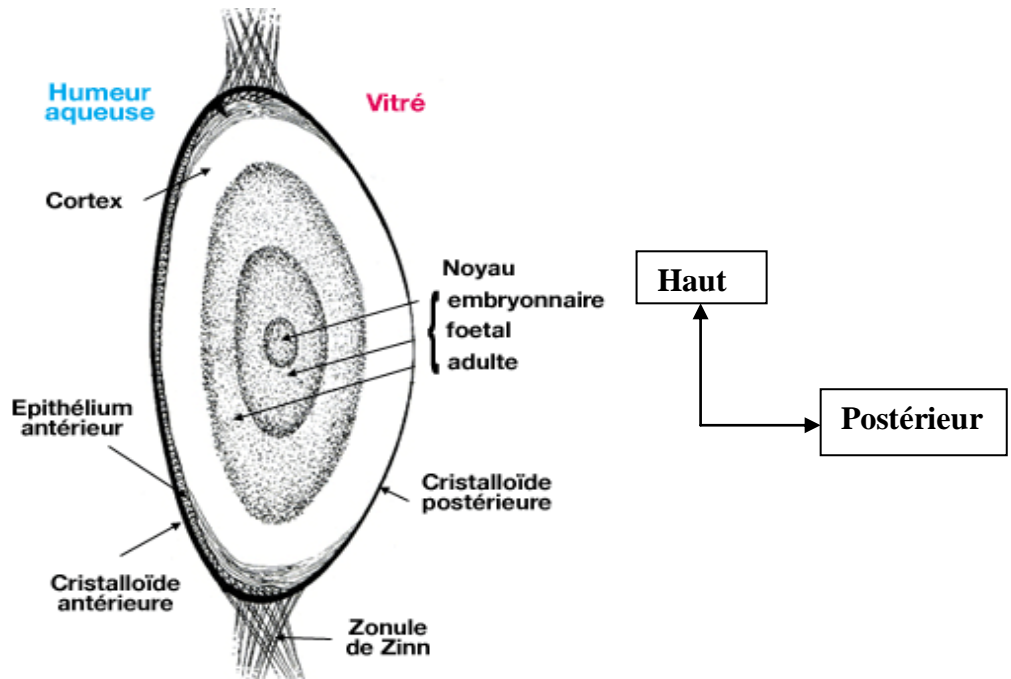


Figure 2 : cristallin aux différents stades de développement ; source wikipedia

2.3. ANATOMIE MICROSCOPIQUE

2.3.1. LE CRISTALLIN NORMAL

2.3.1.1. Transparence :

Le cristallin a une forte concentration protéique (33% chez l'humain). Cependant, ces protéines ne se rassemblent pas en structure cristallinienne, mais sont relativement libres, comme dans un liquide dense. De plus, les membranes cellulaires sont également disposées de manière régulière, et, de ce fait ne dispersent pas la lumière non plus. Le phénomène majeur, permettant la transparence élevée du cristallin, est la réduction à minima de l'espace extracellulaire.

Chez le jeune adulte, le cristallin transmet de manière très efficace la lumière entre 500 et 1400 nm.

En dessous de 300 nm, la lumière est absorbée par la cornée et de ce fait n'atteint jamais le cristallin in vivo. Avec l'âge, la transmission de la lumière diminue, surtout aux longueurs d'ondes plus basses.

2.3.1.2. Métabolisme :

La plupart des substrats pour le métabolisme du cristallin proviennent de l'humeur aqueuse, qui contient de grandes quantités de Na^+ , Cl^- , HCO_3^- , lactate, urée et de glucose.

❑ Métabolisme du sucre :

En absence d'oxygène, le cristallin reste transparent en présence de glucose. Mais en absence de glucose, même avec beaucoup d'oxygène, il perd sa transparence. Le glucose est une source majeure d'énergie pour le cristallin et donc essentiel à sa fonction. Il pénètre dans le cristallin à travers l'humeur aqueuse, via la diffusion simple et facilitée. La plupart sont phosphorylées en glucose-6-phosphate (G6P) par l'hexokinase. Le G6P est ensuite utilisé soit dans la glycolyse anaérobie (et métabolisé en lactate), soit dans la voie du pentose phosphate (hexose monophosphate). Du fait de la tension en oxygène basse dans le cristallin, seule une très petite partie du glucose (3%) emprunte la voie aérobie, qui est la voie la plus productrice d'énergie.

La majorité des hydrates de carbones est utilisée par les cellules épithéliales et les fibres les plus superficielles.

L'aldose réductase est une enzyme clé dans la voie du sorbitol (transformation du glucose en sorbitol), en cause dans la formation de la cataracte chez les diabétiques. Cette voie est activée s'il y a hyperglycémie et qu'il y a donc inhibition de la voie du G6P. Le cristallin étant peu perméable au sorbitol, il s'y accumule et est métabolisé en fructose par l'enzyme polyol déshydrogénase, mais de manière très lente.

En cas d'hyperglycémie, le fructose s'accumule également dans le cristallin. Ces deux sucres augmentent la pression osmotique, ce qui attire de l'eau. Au début, les pompes à eau du cristallin compensent, mais plus tard les fibres gonflent, il y a « disruption » de l'architecture cytosquelettique normale et opacification du cristallin.

❑ **Métabolisme protéique**

La plupart du poids sec du cristallin consiste en des protéines, qui sont responsables de l'index réfractif élevé, ce qui permet au cristallin de participer à la focalisation d'une image sur la rétine.

Dans le cristallin, les protéines ne sont presque plus synthétisées dans le noyau au courant de la vie. Donc, elles accumulent les dommages et sont finalement tellement modifiées que le cristallin perd sa transparence. Les acides aminés nécessaires à la synthèse protéique sont transportés dans le cristallin depuis l'humeur aqueuse. Avec l'âge, la production des cristallines est remplacée par celle des cristallines.

❑ **Aldéhyde déshydrogénase**

Les aldéhydes sont des métabolites réactifs qui peuvent endommager les tissus. Ils sont principalement produits dans le foie à partir d'OH, puis circulent avec le sang dans divers tissus.

L'aldéhyde déshydrogénase est une enzyme cytoplasmique présente même dans les cellules du noyau du cristallin et elle oxyde ces métabolites nocifs en acides moins nocifs. De ce fait, elle protège les protéines du noyau qui ont une très longue durée de vie.

❑ **Métabolisme du glutathion**

On pense que le glutathion a un rôle protecteur pour les protéines du cristallin. Elle catalyse notamment quelques réactions enzymatiques qui ont pour but de rendre des xénobiotiques moins nocifs.

2.3.1.3. Cristallines :

La plupart des protéines du cristallin sont dites structurelles, dans le sens où l'on n'a pas trouvé d'autre rôle pour elles que de servir à focaliser la lumière sur la rétine. Elles n'ont aucune capacité régulatrice, contractile, de transport, hormonal ou enzymatique. Ce sont des protéines purement intracellulaires et leur concentration augmente de l'extérieur en direction du noyau.

On les sépare en trois groupes, selon leur charge électrique nette. Les cristallines sont le groupe le plus large et les cristallines ne forment jamais d'agrégats. La transparence du cristallin dépend du « short-range order » de ses protéines. Les molécules plus larges dispersent beaucoup plus de lumière que les molécules plus petites.

2.3.1.4. Facteurs antiviellissement dans le cristallin

L'évolution a permis de trouver des solutions pour compenser une certaine vulnérabilité du cristallin (incapacité des fibres du centre de renouveler leur contenu protéique ou de répondre rapidement à une demande accrue de production d'énergie, absence de possibilité de réparation de l'ADN hormis dans l'épithélium (cf. plus haut)) :

A l'intérieur du noyau, il y a par exemple des protéines dures qui sont plus résistantes.

Le cristallin contient un nombre important d'antioxydants et d'enzymes anti oxydantes. Ce sont des enzymes qui agissent pour empêcher les réactions en chaîne des radicaux libres. Cependant, une fois qu'une telle réaction en chaîne a commencé, elles ne sont plus utiles. Le cristallin contient trois enzymes anti-oxydantes, qui se trouvent uniquement dans les cellules épithéliales : le super oxyde dismutase, la catalase et la glutathion peroxydase. En effet, l'antioxydant principal du cristallin est le glutathion et ses enzymes associées (glutathion réductase et glutathion peroxydase).

D'autres molécules anti oxydantes additionnelles ne sont pas produites par les mammifères, mais uniquement fournies par la nourriture : les vitamines C (acide ascorbique) et E (tocophérol), les flavonoïdes et les caroténoïdes (dans le groupe des caroténoïdes, il y a les provitamines A (- et - carotène et -crypto xanthine) et les xanthophylles (lutéine et zéaxanthine) qui ne sont pas convertis en Vitamine A), ainsi que les minéraux, comme le sélénium, le zinc ou le molybdène et des produits phyto chimiques, comme la riboflavine et la niacine. La Vitamine C est la vitamine anti oxydante la plus importante du cristallin et ses concentrations

dans l'humeur aqueuse sont 30 à 50 fois plus élevées que dans le plasma. La Vitamine C agit de manière synergique avec la Vitamine E, et les deux ensembles maintiennent l'activité anti oxydante du glutathion.

L'évolution a trouvé des moyens sophistiqués pour protéger le cristallin face aux dommages accumulés avec le temps, mais n'a pas encore trouvé de solutions pour protéger des nouvelles agressions créées récemment par l'homme : l'alcool, le tabac, la trabéculéctomie dans la chirurgie du glaucome ou les vitrectomies avec injection de gaz ou d'huile de silicone, ou encore les traitements à base de cortisone.

L'augmentation de la durée de vie des patients diabétiques expose le cristallin à des taux élevés de glucose, jamais apparus dans les siècles passés. L'augmentation de l'espérance de vie entraîne une augmentation du temps disponible à l'accumulation des dommages.

2.3.2. LE CRISTALLIN VIEILLISSANT

Au stade précoce, les détériorations du cristallin sont appelées sénescence.

L'on parle de cataracte lorsque l'opacité du cristallin a atteint un degré qui entrave la vision.

2.3.2.1. TYPES DE CATARACTE :

Les trois différents types de cataracte les plus fréquemment rencontrés sont :

2.3.2.1.1. La cataracte corticale (cunéiforme)

Elle apparaît par des changements dans la composition des ions corticaux et ensuite de l'hydratation des fibres. Elle est bilatérale mais souvent asymétrique. Selon la localisation des opacités par rapport à l'axe visuel, la gêne visuelle du patient peut être plus ou moins importante, mais elle est augmentée par la lumière le soir. Elle peut également être accompagnée de diplopie monoculaire. La cataracte corticale devient intumescence quand le cristallin gonfle car il absorbe beaucoup d'eau. Lorsque le cortex entier, depuis la capsule jusqu'au noyau, devient blanc, la cataracte est appelée mature. On l'appelle cataracte hyper mûre quand du matériel cortical dégénéré fuit à travers la capsule du

cristallin, laissant la capsule ridée et fripée. L'on parle de cataracte morgagnienne quand la liquéfaction du cortex continue et permet au noyau de bouger librement dans le sac capsulaire.

2.3.2.1.2. La cataracte nucléaire

C'est une opacité centrale. En général, elle progresse lentement. Elle est bilatérale mais souvent asymétrique. Le patient est d'avantage gêné pour la vision de loin que de près, car elle induit une myopisation de l'œil. Parfois, une diplopie monoculaire peut apparaître, car il peut y avoir un changement abrupt de l'index réfractif entre le noyau sclérotique et le cortex. Le cristallin avec cataracte nucléaire devient jaune et le patient a de la peine à faire de la discrimination des teintes dans le spectre de la lumière bleue. Dans les cas avancés, le cristallin devient brun (cataracte brunescence).

2.3.2.1.3. La cataracte sous capsulaire postérieure

Elle atteint souvent les patients plus jeunes. Les opacités sont localisées dans la couche corticale postérieure (cellules épithéliales) et sont souvent axiales. Le patient ressent une gêne à la lumière et pour la vision de près, il se plaint parfois de diplopie monoculaire. Ce type de cataracte peut apparaître avec l'âge, ou après un trauma, mais est également associée à un traitement par corticoïdes, à un état inflammatoire ou des radiations ionisantes. Sa progression est généralement plus rapide que dans les deux autres types de cataracte [20].

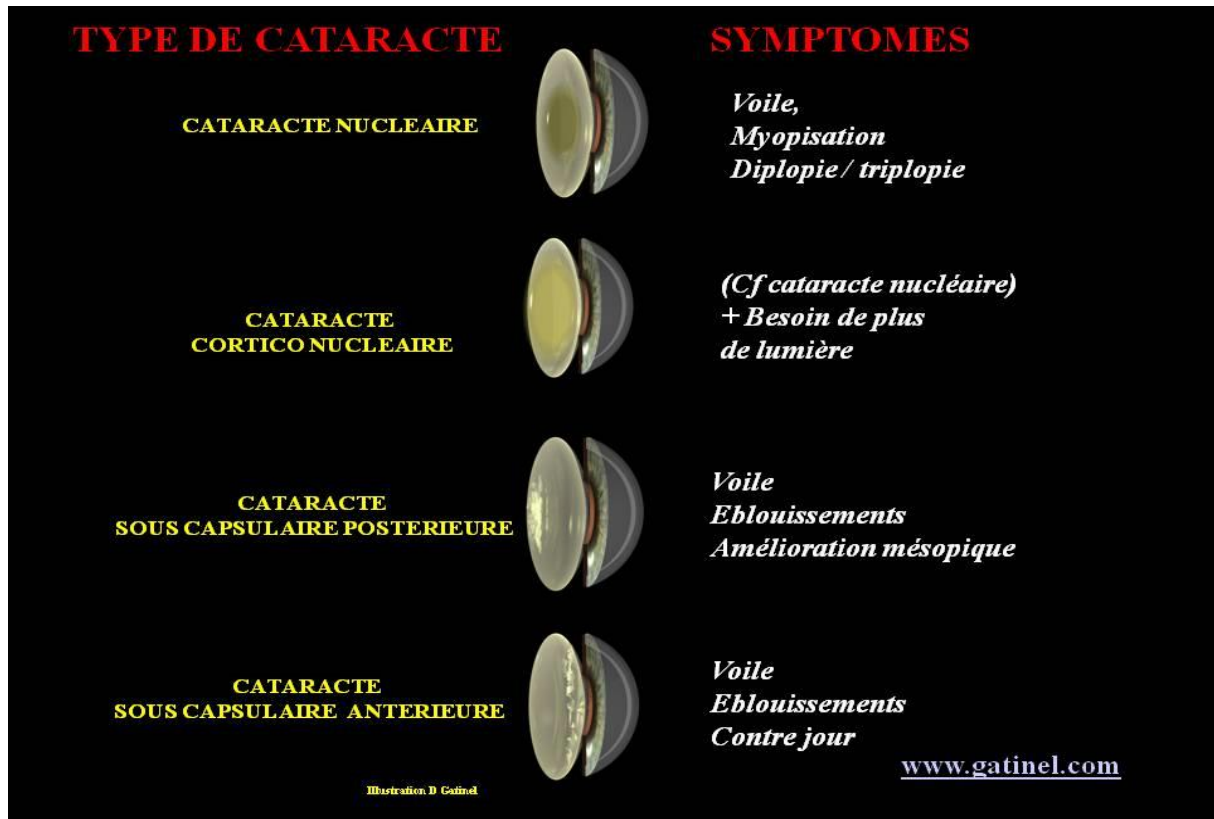


Figure 3 : Les différents types de cataractes, Source wikipedia

2.4. ETIOLOGIES

Le plus souvent liée à l'âge, la cataracte constitue une pathologie de la sénescence touchant les sujets à partir de 70 ans dans le cadre des cataractes dites séniles ; elle est plus précoce (avant 60 ans) dans les cataractes préséniles. Elle peut aussi être liée à une cause extrinsèque dans de nombreux cas.

- Secondaire à une maladie générale, elle est qualifiée de cataracte pathologique (diabète, hypoparathyroïdie, maladie de Steinert, toxique, notamment corticothérapie par voie générale au long cours).
- Secondaire à une cause locale dite cataracte compliquée: traumatisme, myopie forte, uvéite, toxicité locale (corticoïdes locaux), exposition à des agents physiques (infra rouges dans les cataractes des verriers, radiations ionisantes...).
- Elle est aussi parfois congénitale, généralement de cause infectieuse anténatale, ou en rapport avec une maladie héréditaire ou un syndrome poly malformatif. Elle peut alors être isolée ou associée à d'autres anomalies oculaires et/ou

générales. Elle pose dans ce contexte un problème de prise en charge précoce en vue de prévenir l'amblyopie chez l'enfant [21].

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective, mono centrique.

2. PERIODE DE L'ETUDE

Elle a été réalisée du 1er Novembre 2017 au 30 Juin 2018 soit une période de 8 mois.

3. POPULATION D'ETUDE

3.1. Critères d'inclusion : ont été inclus dans l'étude

Tous les patients opérés de cataracte dans le service durant la période d'étude y compris les enfants comprenant l'échelle d'acuité visuelle.

3.2. Critères de non inclusion : n'ont pas été inclus dans l'étude

- Tous les dossiers incomplets ;
- Tous les opérés d'ailleurs et suivis dans le service ;
- Tous les patients non suivis en post opératoire.

4. VARIABLES ANALYSES sont :

Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques (l'âge, le sexe, la profession, la résidence), les données cliniques : les acuités visuelles pré opératoires, postopératoires sans et avec correction J30, l'état du segment antérieur (la cornée, la chambre antérieure, l'iris) et postérieur (ICP, le vitré, la rétine) ; le type de cataractes opérées, les techniques opératoires, le type d'anesthésie et les causes de mauvais résultats.

5. COLLECTE DES DONNEES

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel Epi Info version 7.1.3.3.

6. DEROULEMENT DE L'ETUDE : Ils'est déroulé comme suit :

6.1. L'interrogatoire: précisait

- Les paramètres sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence permanente.
- Les antécédents personnels : ophtalmologiques, médicaux et chirurgicaux.

6.2. Examen ophtalmologique à la lampe à fente comportait :

- La mesure de l'acuité visuelle de loin à l'échelle de Monnoyer ou de Snellen à 5m et de près à l'échelle de Parinaud à 33 centimètres.
- L'examen des annexes du globe oculaire : les paupières, conjonctives, les cils...
- L'examen de la cornée.
- L'examen de la chambre antérieure.
- La prise de pression intraoculaire à l'aide du tonomètre de Goldmann.
- L'examen du fond œil après dilatation pupillaire par Tropicamide + Phenylephrine à l'aide des lentilles de Volk.

6.3. Anesthésie et Chirurgie

- L'anesthésie Péribulbaire ou générale (enfant non apte pour PB).
- La chirurgie faite par les ophtalmologistes du service, non opérateurs dépendants.

Protocole de la PhacoA:

Après une anesthésie locale Péribulbaire avec 4cc de lidocaïne 2% + 2cc de Bupivacaine 0.1%, sur un patient en décubitus dorsal, une désinsertion conjonctivale au limbe est faite suivie plus ou moins d'une hémostase par cautérisation électrique. Une pré-incision d'environ 5 mm est réalisée à 3 mm du limbe. L'on procède secondairement à la réalisation d'un tunnel à partir de la pré-incision sclérale avec le couteau angulé 3.2 de marque Crescent ou d'autres types de couteau jusqu'à la pénétration dans l'épaisseur cornéenne avant de procéder à une kératectomie avec reconstitution de la chambre antérieure avec du viscoélastique et élargissement de la kératectomie jusqu'aux angles irido-cornéens de part et d'autre de la pré-incision. Une capsulotomie antérieure est ensuite réalisée avec mobilisation et luxation du noyau qui est expulsé à travers le tunnel préformé. Un lavage de masses à l'aide d'une sonde à double courant suivi d'une injection de viscoélastique

dans la CA puis l'implantation en chambre postérieure. Application d'une pommade de sterdex puis fermeture de l'œil par un pansement protecteur.

6.4. Les paramètres de Suivi sont

❑ **Les éléments** : AVL et Près, l'absence de sécrétions, l'état de la conjonctive, l'état de la cornée, la CA et la régularité de l'iris ou la pupille, la position de l'ICP, PIO, l'état de la suture et de la capsule postérieure

❑ **Le rythme de surveillance** : J1, J8 et J30.

7. MATERIELS :

Deux échelles de type Monnoyer et de Snellen, des ophtalmoscopes, l'échelle de Parinaud, deux lampes à fente, une boîte d'optométrie, des boîtes à cataractes, deux microscopes ophtalmologiques opératoires, les kits de chirurgie de la cataracte ont permis la bonne réalisation de ce travail.

8-CRITERES D'EVALUATION DES RESULTATS :

Les résultats ont été analysés selon la méthodologie de l'OMS qui sont classés en 3 catégories « bons », « limites », et « mauvais ».

Tableau de critères de classification des résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte :

Résultats	Acuité visuelle de loin.	Acuité visuelle sans correction.	Acuité visuelle avec correction
« Bons »	10/10 – 3/10	> 80%	> 90%
« Limites »	2/10 – 1/10	>15%	< 5%
« Mauvais »	<1/10	<5%	<5%

En cas de mauvais résultats > à 5% des cas, il convient d'en rechercher les causes qui peuvent être de 4 ordres :

La sélection : facteurs de risque liés au patient, une comorbidité affectant la vue.

Les complications chirurgicales : immédiates ou post opératoires.

La pose d'un implant de puissance inappropriée.

Les complications postopératoires tardives.

A/EPIDEMIOCLINIQUES**TABLEAU I :** Répartition des patients selon l'Incidence de la cataracte à l'hôpital régional de Sikasso pendant la période de l'étude

Consultation	Effectif	Pourcentage
Cataracte	432	15
Autres	2448	85
Total	2880	100

La cataracte représentait **15%** des pathologies du service.

TABLEAU II : Répartition des patients selon la fréquence de la chirurgie de la cataracte à l'hôpital régional de Sikasso.

Cataracte	Effectif	Pourcentage
Opérés	321	74,30
Non opérés	111	25,70
Total	432	100,00

Pendant la période de l'étude la fréquence de la chirurgie de la cataracte représentait **74,30%**.

Age : l'âge moyen des patients opérés était de **63,77ans** avec des extrêmes [4 et 90ans].

Sexe

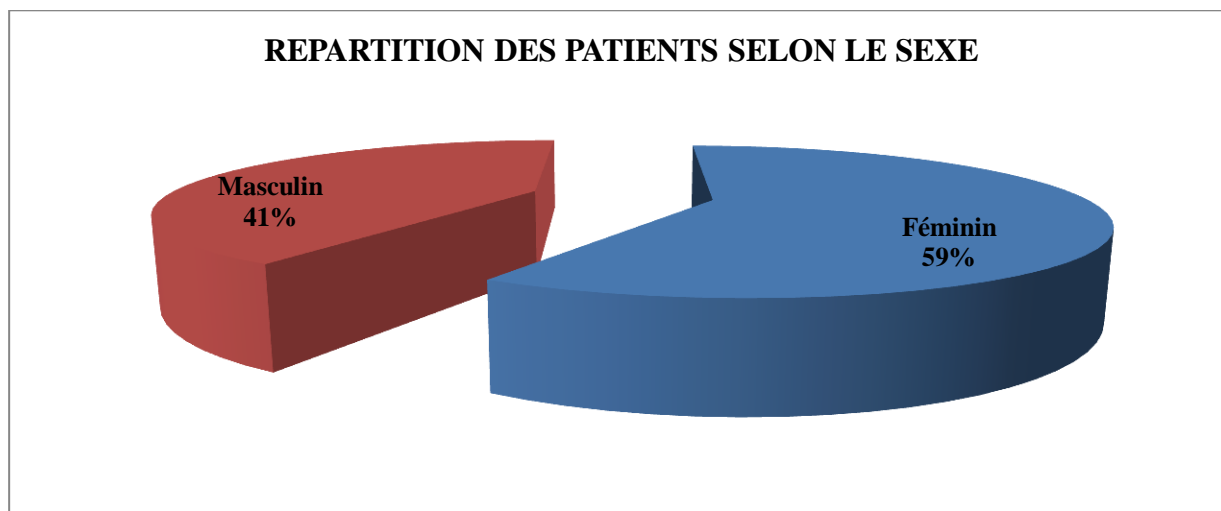


FIGURE 1 : Répartition des patients opérés selon le Sexe
Le sexe féminin a représenté **58,57%** contre **41,43%**. Le sex ratio H/F =**0,71**.

TABLEAU III : Répartition des patients selon les professions

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	170	52,96
Cultivateur	63	19,63
Commerçant/Vendeur	18	5,61
Fonctionnaire Retraité	17	5,30
Ouvrier/Artisan	14	4,36
Eleveur/Berger	10	3,12
Enseignant	9	2,80
Chauffeur	7	2,19
Sans Emploi (Enfant)	3	0,93
Elève/Etudiant	2	0,62
Fonctionnaire Actif	3	0,93
Autres	5	1,55
Total	321	100,00

Les ménagères et les cultivateurs ont représenté respectivement **52,96%** et **19,63%**.

Autres : Marabout : 3, Pêcheur : 1, Guide : 1.

TABLEAU IV : Répartition des patients selon les résidences permanentes.

Résidence Permanente	Effectif	Pourcentage
Capitale Régionale	138	42,99
Région de Sikasso (les cercles)	125	38,94
Autres Régions du Mali	6	1,87
Hors du Mali	52	16,2
Total	321	100,00

La majorité de nos patients venait de la ville de Sikasso et de ses cercles avec respectivement **42,99%** et **38,94**. Par contre **16,2%** venaient hors du Mali (RCI et BF).

TABLEAU V: Répartition des patients selon les comorbidités

ATCD	Effectif	Pourcentage
RAS	178	55,46
HTA	68	21,18
Dystrophie Cornéenne	29	9,03
Ptérygion	21	6,54
Diabète	10	3,12
GPAO	5	1,56
XinLuxé/Subluxé/Intumescence	5	1,56
HTO	1	0,31
Autres	4	1,24
Total	321	100,00

L'HTA était la comorbidité dominante avec **21,18%** suivi de la dystrophie cornéenne de **9,03%**.

Autres : Désinsertion zonulaires (1cas), Maladie de Parkinson (1cas), Strabisme divergent (1 cas), VIH⁽⁺⁾(1 cas).

B/CLINIQUES

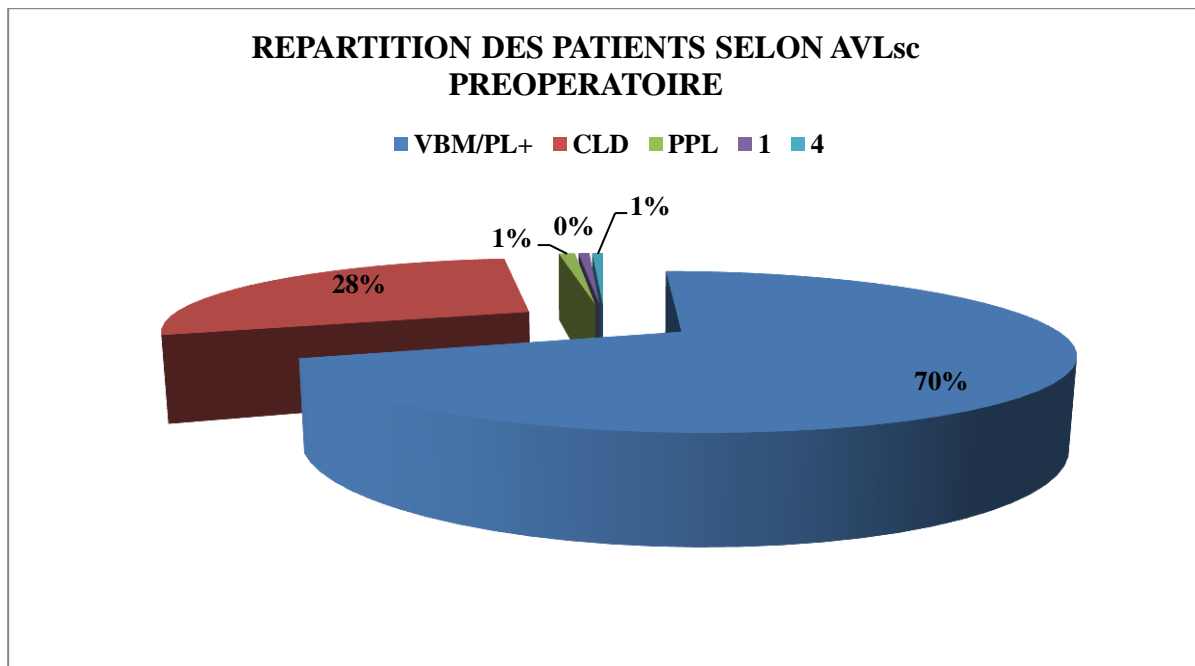


FIGURE 2 : Répartition des patients selon les acuités visuelles préopératoires
La plupart des patients avaient une acuité visuelle de loin limitée à la perception lumineuse ou voit bouger les doigts et compte les doigts soit **97,82%**.

TABLEAU VI : Répartition des patients selon la Latéralité de l'Œil Opéré

Œil opéré	Effectif	Pourcentage
OD	169	52,65
OG	152	47,35
Total	321	100,00

La chirurgie de l'œil droit a représenté **52,65%** contre **47,35%** de l'œil gauche.

TABLEAU VII : Répartition des patients selon le type de cataractes opérées.

Type de cataractes	Effectif	Pourcentage
Cataracte liée à l'âge	282	87,85
Cataracte Post Traumatique	15	4,66
Cataracte Complicquée	10	3,12
Cataracte Pathologique	10	3,12
Cataracte Congénitale	4	1,25
TOTAL	321	100,00

La cataracte sénile représenté **87,85%** des cataractes opérées.

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon la technique opératoire.

Technique	Effectif	Pourcentage
PhacoA+ICP	250	77,88
EEC+ICP	61	19,00
PhacoA Simple	6	1,87
EEC Simple	4	1,25
Total	321	100.00

La PhacoA+ICP était la technique la plus utilisée avec **77,88%** suivie d'EEC+ICP avec **19,00%**.

C/CHIRURGIE**TABLEAU IX : Répartition des patients selon les complications Per-opératoires**

Complications per opératoires	Effectif	Pourcentage
Sans Incident	280	87,23
RCP	20	6,23
Issue Vitré	14	4,36
PDR	5	1,56
Iridodialyse	2	0,62
Total	321	100,00

La rupture de la capsule postérieure était la complication la plus fréquente avec **6.23%** suivi d'issue de vitré avec **4.36%**.

TABLEAU X : Répartition des patients selon l'aspect anatomique en postopératoires

Eléments	J1		J8		J30	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
RAS	103	31,10	207	64,49	247	76,96
O Cornée	107	33,33	18	5,61	4	1,25
Tyndall/Fibrines	24	7,48	5	1,56	2	0,62
PDR	16	4,98	10	3,12	9	2,80
Reliquat de masses	15	4,67	14	4,36	7	2,18
Reliquat de Capsule	15	4,67	14	4,36	10	3,12
Caillot Sang	12	3,74	4	1,24	0	0
CA+Hyphéma						
Dystrophie Cornée	11	3,43	18	5,61	17	5,30
Vitré CA	5	1,56	11	3,43	3	0,93
OCP	4	1,25	9	2,80	9	2,80
Myosis	3	0,93	0	0	0	0
HTO	1	0,31	0	0	1	0,31
1/2Mydriase	1	0,31	2	0,62	1	0,31
HSC	1	0,31	1	0,31	0	0
Hernie Iris	1	0,31	6	1,87	3	0,93
Iridodialyse	2	0,62	2	0,62	2	0,62
Endophtalmie	0	0	0	0	1	0,31
ICP Décentré	0	0	0	0	5	1,56
Hypopion	0	0	0	0	0	0
Total	321	100,00	321	100,00	321	100,00

A J1 : l'œdème cornée et Tyndall/fibrine étaient les paramètres les plus retrouvés avec respectivement de 33,33% et 7,48%.

A J8 : l'œdème cornée, et la dystrophie cornéenne étaient les paramètres dominants soit respectivement 6,85% et 5,61%.

A J30 : la dystrophie cornéenne et reliquat de capsule et étaient les éléments les plus fréquentes soit respectivement 5,30% et 3,12%.

TABLEAU XI: Répartition des patients selon les AVL sans la correction portée à J30 :

AVLsc	Effectif	Pourcentage
Bonne (10/10-3/10)	219	68,22
Mauvaise (<1/10)	56	17,45
Limite (2/10-1/10)	46	14,33
Total	321	100,00

68,22% des patients avaient une bonne acuité visuelle sans correction portée à J30.

TABLEAU XII: Répartition des patients selon AVL avec correction à J30.

AVLac	Effectif	Pourcentage
Bonne (10/10-3/10)	268	83,49
Limite (2/10-1/10)	11	3,43
Mauvaise (<1/10)	42	13,08
Total	321	100,00

La majorité des patients avaient une bonne acuité visuelle avec correction à J30 soit **83,49%**.

TABLEAU XIII : Répartition des patients selon les causes de mauvais résultats sans correction à J30

Causes	Effectif	Pourcentage
RAS	220	68,54
Réfraction	45	14,02
Sélection	33	10,27
Chirurgie	17	5,30
OCP	5	1,56
Infection (Endophtalmie)	1	0,31
Total	321	100,00

L'erreur de réfraction était la cause la plus fréquente de nos mauvais résultats à J30 sans correction avec **14,02%**.

Sélection : dystrophie cornéenne, RHTA, GPAO, Rétinite pigmentaire, NO.

Chirurgie : œdème de la cornée, Rupture de la Capsule Postérieure, Implant Décentré

TABLEAU XIV : Répartition des patients selon les causes de mauvais résultats avec correction à J30.

Causes	Effectif	Pourcentage
RAS	269	83,80
Sélection	33	10,28
Chirurgie	16	4,99
OCP	2	0,62
Infection (Endophtalmie)	1	0,31
Total	321	100,00

La sélection était la cause la plus fréquente de nos mauvais résultats avec **10,28%**.

A/Caractéristiques sociodémographiques

Incidence de la cataracte et la fréquence de la chirurgie de la cataracte à l'hôpital régional de Sikasso : la cataracte représentait 15% des consultations du service ayant nécessité 74,30% de cas de chirurgie. Ce résultat est différent de celui de M. L Danté qui a eu une fréquence de chirurgie de 82,5% [14]. Cela pourrait s'expliquer par la différence de la taille des échantillons.

Âge : L'âge moyen de nos patients était de 63,77ans avec des extrêmes 4 et 90 ans. Ce résultat est comparable à ceux de P. Widenmanegdé et al, Nadio*T et al, N. Maneh et al qui ont respectivement trouvé 62,47ans, 64,2 ans et 61,63 ans \pm 14,62 avec des extrêmes de 5 et 91 ans [2, 8, 22]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la cataracte est une modification physiologique du cristallin en fonction de l'âge dans la majorité des cas.

Sexe : Le sexe féminin a représenté 58,57% contre 41,43% avec un sex ratio H/F : 0,71.

Ce résultat est comparable à celui de HarbaT et al au Tchad qui ont eu 55,7% de femmes contre 44,3% d'hommes [23] et différent de celui de JW DIALLO et al, qui ont obtenu 57,7% d'hommes [24].

Résidence : La majorité de nos patients venaient de la ville de Sikasso et de ses cercles avec respectivement 42,99% et 38,94%. Cela pourrait s'expliquer par l'emplacement géographique de l'hôpital dans la région de Sikasso. Par contre 16,2% venaient hors du Mali (RCI et BF). Cela pourrait s'expliquer par la situation frontalière de la région de Sikasso avec ces pays.

Professions : Les ménagères et les cultivateurs ont respectivement représenté 52,96% et 19,63% des patients.

Ce résultat est différent de ceux de P. Windenmanegdé et al qui ont eu 82,82% pour les deux professions associées et comparable à celui de Harba. T et al au Tchad qui ont obtenu 54,1% pour la seule profession ménagère [2, 23]. L'agriculture est la principale source de revenu de cette zone du Mali et la

responsabilisation des femmes aux travaux ménagers en Afrique. Cela pourrait les expliquer.

B/Cliniques

Acuité visuelle préopératoire : La majorité de nos patients avaient une acuité visuelle de loin limitée à la perception lumineuse, voit bouger les doigts et/ou compte les doigts soit 97,82%. Ce résultat est comparable à ceux de N. Guirou et al, KV. Koffi et al au CHU de Bouaké, qui ont respectivement trouvé : 93,6%, 94,74% [13, 26]. La méconnaissance du caractère réversible de la cataracte par une chirurgie adéquate par la majorité de la population pourrait l'expliquer.

Les comorbidités : L'HTA et la dystrophie cornéenne représentaient respectivement 21,18% et 9,03%. Ce résultat est différent de ceux de KV Koffi et al qui ont trouvé 32,93% d'HTA, Jean W Diallo et al qui ont trouvé 30,33% d'HTA [3]. Cela pourrait s'expliquer par la différence de la taille des échantillons et la méconnaissance des états de santé préalable par les patients.

Type de cataracte à opérer : La cataracte sénile représentait 87,85% suivi de 4,67% post traumatiques. Ce résultat est comparable à ceux de KV. Koffi et al au CHU de Bouaké qui ont trouvé 83,68% de cataractes séniles [25], C. Doutetien et al au CNHU de Cotonou qui ont obtenu 6,9% de cataractes post traumatiques [26]. Cela pourrait s'expliquer par l'évolution naturelle de la cataracte en fonction de l'espérance de vie des personnes et la pratique des travaux à risque de traumatisme oculaire sans mesure de protection.

Latéralité de l'œil à opérer : La chirurgie de l'œil droit représentait 52,65% contre 47,35% de l'œil gauche. Ce résultat est comparable à celui de N Guirou et al qui ont obtenu 51,7% pour l'œil droit contre 48,3% pour l'œil gauche [13] et différent de celui de I Ammous* et al qui ont obtenu 47% pour œil droit et 52,4% pour œil gauche [15]. Cela pourrait s'expliquer par l'évolution hasardeuse de la cataracte selon les yeux des individus.

C/chirurgie

Type d'anesthésie : 98,75% de nos patients ont bénéficié l'anesthésie Péri bulbaire. Cela pourrait s'expliquer par la dominance des adultes dans cette étude.

Technique de la chirurgie : La PhacoA+ICP était la technique la plus utilisée par les chirurgiens avec 77,88% suivi de EEC+ICP avec 19,00%. Ce résultat est comparable à celui N Guirou et al qui ont obtenu 98% pour les deux techniques [13]. Cela pourrait s'expliquer par le bon résultat que procure la PhacoA avec moins d'astigmatisme induit par rapport à l'EEC.

Complications per opératoires : La rupture de la capsule postérieure était la complication per opératoire la plus fréquente avec 6,23% suivi d'issue de vitré avec 4,36%. Ce résultat est différent de celui de N. Maneh et al qui ont obtenu 4,30% de rupture de la capsule postérieure [22]. En associant ces deux complications, on a 10,59% qui sont différent de celles de KV. Koffi et al au CHU de Bouaké, M Kassir et al qui ont respectivement obtenu 33,33% et 1,67% [25, 27]. Ces différences pourraient être dues à la technique, à la taille de l'échantillon, au chirurgien et/ou aux comorbidités préopératoires.

Aspect anatomique en post opératoire : la dystrophie cornéenne et reliquat de capsule et sont les éléments les plus fréquentes soit respectivement 5,30% et 3,12%. Cela pourrait s'expliquer par la non sélection des patients en préopératoire.

Acuité visuelle post opératoire : 68,22% des patients avaient une bonne acuité visuelle sans correction à J30. Ce résultat est comparable à celui de Jean Wenceslas Diallo et al qui ont obtenu 67,83% [24].

La majorité des patients avaient une bonne acuité visuelle avec correction à J30 soit 83,49%. Ce résultat est comparable à ceux de N. Giurou et al, P. Windinmanegdé Djiguimdé et al qui ont respectivement obtenu 92,00% et 79,6% [2,13].

Cela pourrait être expliqué par l'expérience des chirurgiens et la technique la plus utilisée.

Causes de mauvais résultats : Les mauvais résultats sans et avec correction à J30 étaient respectivement 17,45% et 13,08%. Cela pourrait s'expliquer par la différence de la taille des échantillons.

3,43% de nos patients avaient une acuité visuelle limite avec correction à J30. Ce résultat est comparable à celui de J. Wenceslas Diallo et al à Bobo Dioulasso (BF) qui ont trouvé 4,9% [25].

L'erreur de réfraction était la cause la plus fréquente de nos mauvais résultats à J30 sans correction soit 14,02%. Cela pourrait être attribué à un manque préalable de calcul d'implant chez les patients.

La sélection était également une des causes les plus fréquentes de nos mauvais résultats avec correction à J30 soit 10,28%. Cela pourrait s'expliquer par un manque de tri des patients en préopératoire.

LES DIFFICULTES RENCONTREES ET/OU LES LIMITES :

- Taux de cataractes compliquées inclus dans l'étude,
- Non détection préopératoire des affections sous-jacentes chez certains patients,
- Difficulté de compréhension de l'échelle de lecture par certains patients,
- Manque de refractomètre automatique pour les amétropes post opératoires,
- Absence de calcul d'implant.

La cataracte est l'opacification totale ou partielle du cristallin dont la prise en charge est essentiellement chirurgicale avec une fréquence de 74,30% à l'hôpital de Sikasso.

L'âge moyen de nos patients était de 63,77 ans avec des extrêmes [4-90 ans].

Les ménagères et les cultivateurs représentaient respectivement 52,96% et 19,63%.

La cataracte liée à l'âge a représenté 87,85%.

La PhacoA + ICP était la technique la plus utilisée avec 77,88%.

La majorité des patients avaient une bonne acuité visuelle avec correction à J30 soit 83,49%. Ce résultat est inférieur à la norme de l'OMS qui recommande plus 90% de bonnes acuités visuelles pour un suivi de 4 semaines ou plus.

Les causes du mauvais résultat fonctionnel après correction étaient essentiellement dominées par la sélection et la chirurgie avec respectivement 10,28% et 4,99%. Ce résultat ne concorde pas avec celui de l'OMS qui recommande moins de 5% de mauvais résultat.

Un bon tri préopératoire des patients, une amélioration de la qualité de la technique opératoire, un suivi régulier des opérés, et un équipement de bonne qualité seraient nécessaire pour améliorer davantage la qualité de la chirurgie de la cataracte.

AUX AUTORITES POLIQUES

Former davantage d'ophtalmologistes pour une meilleure couverture sur toute l'étendue du territoire national.

Assurer la disponibilité des matériels de première nécessité dans les services d'ophtalmologie.

Renforcer la coopération avec les partenaires au développement.

AUX AUTORITES SANITAIRES

Doter tous les services d'ophtalmologies de microscope opératoire performant, des boîtes de cataractes de bonnes qualités

Former et/ou recycler aux nouvelles techniques de chirurgie de la cataracte telle que la phacoémulsification.

Promouvoir la PhacoA pour qu'elle soit la technique la plus utilisée à défaut de la phacoémulsification.

Sensibiliser les populations sur l'impact socio-économique de la cataracte, son caractère cécitant réversible par une chirurgie.

AUX MEDECINS OPHTALMOLOGISTES

Insister sur la qualité de la chirurgie en améliorant leur technique.

Évaluer leurs propres résultats dans le temps.

Identifier les causes de mauvais résultats afin de les remédier.

Faire la biométrie chez tous patients à opérer afin de leurs trouver un implant adéquat.

Essayer une réfraction automatique chez tous opérés amétropes.

AUX PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

Appuyer davantage les différents programmes de lutte contre la cécité en moyens financiers et logistiques.

A LA POPULATION

Se faire consulter le plus tôt possible en cas de Baisse d'Acuité Visuelle (BAV) de toutes formes.

S'informer le plus possible sur la cataracte, son traitement et ses complications.

Croire à l'efficacité de la cure chirurgicale de la cataracte.

Respecter le rendez-vous de contrôle post opératoire.

- 1-Lawani. R, Pommier, S. Roux. L et al. Magnitude et Stratégies de prise en charge de la cataracte dans le monde. Revue Générale. Med Trop.2007 ; 67 : 644-650.
- 2-Windinmanégdé. P, DiomandéAbib. I, Ahnoux-Zabsonré A et al. Résultats de la chirurgie avancée de la cataracte par tunnellisation: à propos de 262 cas. Journal Médical Panafricaine. 2015; 22:366
doi:10.11604/pamj.2015.22.366.8416.
- 3-Diallo. JW, Meda. N, Boni.S. et al. Complications de la chirurgie de la cataracte par petite incision avec implantation en chambre postérieure: à propos de 300 cas. Revue SOAO. 2015 ; N° 01, pp. 21-27.
- 4-Balo. P K, Wabagira.J, Banla. M et al. Causes spécifiques de cécités et de déficiences visuelles dans une région rurale du Sud Togo. JFO. Masson Paris ; 2000, 23, 5 : 459-464.
- 5-Mensah. A,Balo. K.P,Kondi. G et al. La chirurgie de la cataracte au Togo. Med Santé Tropicale. 2003; vol13 N°1, P: 5-8.
- 6-DIAKITE. M. Contribution a l'étude de prévalence de la cataracte et du trichiasis trachomateux dans les quartiers de Lassa et Sebenikoro du district de Bamako et dans le village de Narena. Thèse de Med, Bamako, USTTB, 2006, N°06M369.
- 7-Thylefors. B, Ngrel. D. A, Pararajasegaram. R et al. Données mondiales sur la cécité. Revue de Santé Oculaire Communautaire. 2004; Vol11 N°1, P : 6-10.
- 8-Nadio.T, Napo. A, Baldé. R. et al. Extraction Extra capsulaire versus Phaco manuelle sans sutures dans le traitement de la cataracte de l'adulte au CHU-IOTA. MALI Medical. 2017 ; N°3. P : 16-19.
- 9-Thylefors. B, Resnikoff. S. Les progrès réalisés dans la lutte contre la cécité dans le monde et les perspectives d'avenir. Cahiers Santé. 1998 ; Vol8, N°2, p : 140-143.
- 10-Renouvin. A, Fournie. P, Soler.V. Les évolutions dans le traitement de la cataracte. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie (2016) 16, 64-72.

- 11-Suarez. C, Toulou. C, Cassagne. M et al. Quels obstacles au développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte au CHU de Toulouse. Journal français d'ophtalmologie (2015) 38, 822—831.
- 12-Ptvin. R, M.SC, DO, rédacteur invité. Canadian Journal of Optometry 2015. Vol77, Supplement1.
- 13- Guirou. N, Napo. A, Dougnon. A et al. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte de l'adulte. Journal français d'ophtalmologie (2013) 36, 19-22.
- 14-DANTE M. L. Etude des résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital FoussenyDaou de Kayes. Thèse Médecine, Bamako, USTTB, 2008, N° 08M133.
- 15-Ammous. I, Bouayed. E, Mabrouk. S et al. Phacoémulsification versus chirurgie de la cataracte par mini incision manuelle : résultats anatomique et fonctionnels. Journal Français d'Ophtalmologie. 2017 (40), 460-466.
- 16-A.M. Ka, Sow. A.S, Diagne. J.P et al. Qualité de vie des patients après chirurgie de la cataracte. JFO (2017)40, 629-635.
- 17-Limburg. H. PhD DCEH. Evaluation des résultats de la chirurgie de la cataracte : méthode et outils. Santé Oculaire Communautaire. 2004 ; vol1 N°1. p : 14-16
- 18-Marc Ancel. J. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2008 ; 7 (2) : 43-44.
- 19-Roche. O, Beby. F, Orssaud. Cet al. Cataracte congénitale. J Fr. Ophtalmol. 2006; 29, 4: 443-455.
- 20-EL HAMICHI. S. Chirurgie de la cataracte à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat : à propos de 1595 cas. Thèse de Med, Rabat, Université Mohamed V, 2011, N° M1162011.
- 21-AXMANN. S. Évolution de l'âge d'une population genevoise opérée de cataracte. Thèse Médecine, Genève, Université de Genève, 2012, N°M10668.

22-Maneh. N, Banla. M, NononSaa. KB et al. Chirurgie de la cataracte à petite incision manuelle : une alternative en Afrique sub-saharienne. RESEARCH-An Académie Journal. 2015;2:1307.

23-Harba. T, Djada. D, Didier K. A, Yena. A et al. Résultats fonctionnels de la chirurgie de cataracte lors de la caravane ophtalmologique à l'Hôpital Régional d'Abéché au Tchad. Revue Scientifique du TCHAD. 2013 ; Vol1 N°13.

24-Diallo. JW, Meda. N, Ahnoux-Zabsonre. A et al. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte par phacoalternative avec implantation en chambre postérieure: à propos de 300 cas à Bobo Dioulasso (Burkina Faso). Pan African Médical Journal. 2015; 20:230 doi:10.11604/pamj.2015.20.230.6323.

25-Koffi. KV, Diomande. IA, Diomande. G F et al. Chirurgie de la cataracte au centre Hospitalier Universitaire de Bouaké : Aspect Epidémiocliniques et résultats fonctionnels. Revue SOAO. 2015 ; N°1 pp : 39-45.

26-Doutetien. C, Tchabi. S, Sounouvou. I et al. 212 la kt traumatique au CNHU de Cotonou : aspects épidémiologiques, clinique et thérapeutique. JFO. 2007; vol30. P 2S211.

27-Kassir. M, Kassas. M.C, Ajine. M et al. Intérêt de la sédation profonde dans la phacoémulsification par voie tunneliséescléro-cornéenne. JFO. 2015 ; N°38, pp : 752-757.

FICHE D'ENQUETE

A/EPIDEMIOCLINIQUES

Nom : **Prénom** : **N° Dossier** :

Sexe : Féminin/.../ Masculin /.../**Age en année** : /.../

Profession :Fonctionnaire actif /.../Fonctionnaire retraité /.../ Chauffeur /.../
Cultivateur/Paysan /.../ Commerçant/vendeur /.../ Eleveur/Berger /.../
Elève/Etudiant /.../ Enseignant /.../ Ménagère /.../ Ouvrier/Artisan /.../ Sans
Emploi(Enfant) /.../Tailleur /.../ Autres /.../

Résidence : Capitale Régionale/.../Les Cercles de Sikasso/ Autres Régions du
Mali /.../Hors du Mali/.../

B/CLINIQUES

AVLscp : PPL/.../ PL+/VBM/.../ CLD/.../ 1/10/.../ 2/10/.../ 3/10/.../ 4/10/.../
5/10/.../ 6/10/.../ 7/10/.../ 8/10/.../ 9/10/.../ 10/10/.../

LATERALITE : OD/.../ OG/.../

TYPE DE CATARACTEA OPERE : Kt liée à l'âge/.../ Kt congénitale/.../
Kt pathologique/.../ Kt post traumatique/.../

ATCD POUVANT AFFECTER LA VISION : ptérygion/.../ dystrophie
cornéenne /.../ HTO/.../ drépanocytose/.../ GPAO/.../ HTA/.../
XinLuxé/Subluxé/Intumescence/.../ diabète/.../ rétine anormal/.../
Autres/.../

C/CHIRURGIE

TECHNIQUE OPERATOIRE :

PhacoA Simple /.../ PhaccoA+ICP/.../

PhacoE Simple/.../ PhacoE+ICP/.../

EEC Simple/.../ EEC+ICP/.../

TYPE D'ANESTHESIE : AG/.../ PB/.../ Sous Ténionienne/.../ Topique/.../

COMPLICATIONS PER-OPERATOIRE : RCP /.../ Issue de vitré/.../
Iridodialyse/.../ Hémorragie Expulsive/.../ OCP/.../ PDR /.../

LES ELEMENTS DE SUIVI

Œdème de cornée/.../ Dystrophie de cornée/.../ Reliquat de masse/.../ Reliquat de capsule antérieure/.../ Implant décentré/.../ PDR/.../ Vitré dans la C A/.../ Tyndall/fibrine/.../ Iridodialyse/.../ OCP/.../ Hypopion/.../ Endophtalmie/.../ Hernie de l'iris/.../ HTO/.../ HSC/.../ Hyphéma/.../ caillot de sang dans la CA/.../Myosis/.../ Demi-Mydriase/.../ RAS/.../ Autres/.../**Meilleure AVLscJ30 :**

Bonne (10/0/10-3/10) /.../Moyenne (2/10-1/10) /.../Mauvaises (< à 1)/.../

Meilleure AVLacJ30 :

Bonne (10/0/10-3/10) /.../ Moyenne (2/10-1/10) /.../ Mauvaises (< à 1)/.../

Causes de mauvais résultats de l'AVLscJ30 :

Chirurgie/.../OCP/.../ Infection/.../ Réfraction/.../ Sélection/.../ RAS/.../

Causes de mauvais résultats del'AVLacJ30 :

Chirurgie/.../ OCP/.../ Infection/.../ Sélection/.../ RAS /.../

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : KONATE

PRENOM : MOUSSA

TITRE : Evaluation des résultats de la Chirurgie de la Cataracte à l'Hôpital Régional de Sikasso.

ANNEE : 2017-2018

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie et de la Faculté de Pharmacie de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : Ophtalmologie

RESUME :

La cataracte est la première cause de cécité dans le monde, réversible par une chirurgie adéquate en dehors des affections sous-jacentes. Le but de cette étude a été d'évaluer les résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte. Il s'est agi d'une étude transversale prospective mono centrique et qui s'est déroulée dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital de Sikasso de Novembre 2017 au Juin 2018. Ont été inclus dans cette étude 321 yeux opérés de cataracte et suivis pendant 1 mois. Les données sociodémographiques, les acuités visuelles pré et post opératoires, les causes de mauvais résultats ont été précisées.

L'âge moyen était 63,77ans avec des extrêmes [4 et 90 ans].

Le sexe féminin dominait avec 45,17%.

Les ménagères représentaient 52,96% opérés.

L'acuité visuelle préopératoire se limitait à la perception lumineuse, voit bouger les mains et/ou compte les doigts dans 97,82%. La cataracte sénile a été la plus opérée avec 87,85%

La PhacoA+ICP a été la technique la plus utilisée par les chirurgiens soit 77,88%.

L'acuité visuelle postopératoire avec meilleure correction portée à J30 était bonne chez 83,49%.

Les causes du mauvais résultat fonctionnel après correction étaient essentiellement dominées par la sélection et la chirurgie avec respectivement 10,28% et 4,99%.

Un bon tri préopératoire des patients, une amélioration de la technique chirurgicale, un suivi régulier des opérés et un équipement de bonne qualité seraient nécessaire pour améliorer d'avantage la qualité de la chirurgie de la cataracte.

Mots clés : cataracte, chirurgie, résultats fonctionnels, Sikasso

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 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.