

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T.B



*Faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N° _____/

THESE

**PARCOURS DES TRAUMATISMES
OCULAIRES CHEZ LES ENFANTS
DE 0 à 15 ANS AU CHU-IOTA**

Présentée et soutenue publiquement le 06/ 01/ 2022
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : M. Lassine TRAORE

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

JURY

PRESIDENT : Professeur TIMBO Samba Karim

MEMBRES : Professeur GUINDO Adama Issaka

Docteur SANGHO Assiatou SIMAGA

CO-DIRECTRICE : Docteur TALL Aichata

DIRECTRICE : Professeur SYLLA Fatoumata

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

A Allah :

Je rends grâce

A Allah le tout puissant, le miséricordieux, le maitre des destins de m'avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je lui rends grâce de m'avoir donné force, détermination et inspiration pour la réalisation de ce travail.

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde

“ Il est ALLAH, unique

ALLAH ! point de divinité à part lui, le vivant celui qui subsiste par lui-même et il est le très haut, le très grand.

Ce travail est une infime partie de ton immense grâce.

A mon beau pays, le MALI :

Dont la générosité m'a permis une scolarité aussi poussée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout la longévité et la santé pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement.

A ma mère Andrea Konaré :

Tu as toujours été là quand nous avons eu besoin de toi, ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut. Mère de tous les enfants, tu as cultivé en nous l'amour pour son prochain. Les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices que tu as enduré pour nous élever. Tu as su nous inculquer les valeurs et les règles de la bonne conduite, de la dignité, de la sagesse et du respect de l'être humain.

Ce travail est le couronnement de ta souffrance, de ta patience, de ton courage et de ton abnégation. Puisse Dieu, te garde longtemps à nos côtés. Amen

A mon père Drissa Traoré :

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice. La rigueur dans le travail, le respect de son prochain sont des valeurs sûres que tu as su nous inculquer dans le but de faire de nous des êtres modèles. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis. Que Dieu t'accorde longue vie.

A mes frères et sœurs :

Feu Lamine, Fousseyni, Konimba, Aissata et Kadiatou, Sadio, Sèdje dite Batoma, Adama et Mariam

A mes tantes et mes Tonton : Merci pour tous.

A mes collègues thésards du CHU-IOTA. Merci pour votre collaboration.

A mes aînés du CHU-IOTA : Merci pour votre soutien.

Aux Spécialistes en ophtalmologie : Pr SYLLA, Dr DIALLO, Dr TOURE, Pr GUINDO, Pr THERA, Dr SIDIBE, Pr BAKAYOKO, Dr SIDIBE, Dr SIMAGA et Dr GUIROU, Dr TALL pour m'avoir encadré.

A tous les DES, AMO, étudiants en optométrie de l'IOTA pour leur collaboration.

Au personnel de l'unité d'hospitalisation : major Issa SAMAKE, DIALLO, Fatou, Seydou et TRAORE.

Grace à vos efforts conjugués nous voici au terme de ce travail, sans vous ce travail était complexe. Merci pour votre collaboration.

REMERCIEMENTS :

A notre honorable Doyenne et au corps professoral de la FMOS :

Merci pour votre encadrement.

A mes encadreurs : Pr SYLLA Fatoumata, Dr TALL Aichata

Chers maîtres, les mots sont insuffisants pour exprimer votre bonté, votre sagesse. Que Dieu vous donne longue vie.

A tout le personnel du CHU-IOTA :

Merci pour votre accompagnement

A mes aînés : Dr Koné Seydou, Dr Cissé Dramane, Dr Oromé Bréhima, Dr Zoumana Coulibaly, Dr Bocoum Bourama Siré, Dr Konaké Amadou, Dr Samou Doumbia.

A mes cadets : Courage, patience et persévérance.

A la 11ème promotion du numerus clausus : Dr Fousseyni Traoré, Oumar Souaré, Nagnouma Souaré, Assitan Coulibaly, Mohamed Dicko, Oumar Konaté, Daniel Diabaté, Mariam Touré, Mahamadou Kané, Amadou Cissoko, Dr Mamadou Fofana, pour ne citer que ceux-ci. Merci, courage et persévérance.

A la famille Touré : plus particulièrement Pinda Touré (paix à son âme), Mme Touré Mariam Traoré, Fatoumata Badji Timité, Rokia Diarra.

A mes collègues :

A mes amis de quartier : Maro Diaby, Mamadou Diaby, Néma Kodio, koureichi, Décoté, Madou, Tidio, Ismael Cissé. Merci, ce travail est le vôtre. A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de mes rêves. A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur TIMBO Samba Karim

- **Professeur Titulaire en ORL/CCF**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé**
- **Chef de DER de chirurgie**
- **Directeur médical du CHU-Gabriel Toure**
- **Membre de la société ivoirienne d'ORL d'Afrique francophone**
- **Membre de l'institut portman**

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Votre disponibilité, votre grande simplicité et surtout votre bonté naturelle associée à votre qualité de formateur nous ont beaucoup séduit.

C'est l'occasion ici de vous dire infiniment merci et croyez en notre reconnaissance et notre grande admiration.

Puisse Dieu vous prêter longue vie et santé

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Professeur GUINDO Adama Issaka

- **Médecin colonel major et ophtalmologiste**

- **Maitre de conférences à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS)**

- **Praticien Hospitalier au CHU-IOTA**

- **Chef du département clinique au CHU-IOTA**

- **Responsable de l’unité ophtalmologique de l’infirmierie militaire**

- **Médaillé de mérite national**

- **Spécialiste en chirurgie vitréo-rétinienne**

- **Membre de la Société Malienne d’Ophtalmologie(SOMAO)**

- **Membre de la Société Africaine d’Ophtalmologie (SAFO)**

- **Membre de la société française d’ophtalmologie(SFO)**

Honorable maitre,

Nous n’avons pas été surpris par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre disponibilité, votre gentillesse, votre accueil toujours courtois et affectif nous ont conquis.

Veillez recevoir cher Maitre nos sincères remerciement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Dr SANGHO Assiatou SIMAGA

- **Maitre-Assistant en Ophtalmologie à la FMOS**
- **Praticien Hospitalier au CHU-IOTA**
- **Responsable de la filière de Formation des Assistants médicaux en ophtalmologie (AMO) au CHU-IOTA**
- **Membre de la Société malienne d’Ophtalmologie (SOMAO)**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d’Ophtalmologie (SAFO)**

Honorable maitre

Vos qualités pédagogiques, intellectuelles, votre rigueur scientifique et votre grande disponibilité font de vous un maître admirée, appréciée et enviée de tous. Veuillez accepter chère maître l’expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE,

Dr TALL Aichata

- **Ophtalmologiste**
- **Praticien Hospitalier au CHU-IOTA**
- **Spécialiste en ophtalmo-pédiatrie**
- **Membre de la société Malienne d’ophtalmologie (SOMAO)**
- **Membre de la société africaine francophone d’ophtalmologie (SAFO)**
- **Membre de la société française d’ophtalmologie**

Honorable maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humilité font de vous le maître admiré de tous. Nous n’oublions jamais l’atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail.

Veillez agréer l’expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE,

Professeur SYLLA Fatoumata

- **Maître de Conférences Agrégée en Ophtalmologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- **Spécialiste en Ophtalmo pédiatrie**
- **Responsable du département formation au CHU-I.O.T. A**
- **Présidente de la commission médicale d'établissement au CHU-IOTA**
- **Vice-présidente de la Société Malienne d'Ophtalmologie (SOMAO)**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie**
- **Membre de la Société Française d'Ophtalmologie**

Honorable Maître,

Nous vous remercions de nous avoir confié ce sujet et de le diriger malgré vos multiples occupations. Vous avoir connu a été une chance pour moi. Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos étudiants font de vous un maitre de référence. C'est grâce à vous que le chemin s'est éclairci en fin d'internat. En nous initiant à l'ophtalmologie vous resterez à jamais notre source d'inspiration. Soyez rassuré de notre vive considération.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens

AIS : Anti-inflammatoires Stéroïdiens

AMO : assistant médical en ophtalmologie

AVL : acuité visuelle de loin

AVP : accident de la voie publique

BAV : baisse de l'acuité visuelle

BETT : Birmingham Eye Trauma Terminology

BF : Burkina Faso

CA : chambre antérieure

CBV : coups et blessures volontaires

CE : corps étranger

CES : corps étranger superficiel

CEIO : corps étranger intraoculaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLD : compte les doigts

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

HTO : hypertension oculaire

IOTA : institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

OD : œil droit

OG : œil gauche

ODG : œil droit et gauche

OMS : organisation mondiale de la santé

PIO : pression intraoculaire

PL : perception lumineuse

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PPL : pas de perception lumineuse

RPM : réflexe photo moteur

TO : Traumatisme Oculaire

TOGF : Traumatisme Oculaire à globe fermé

TOGO : Traumatisme Oculaire à globe Ouvert

TSS /TS : technicien supérieur de santé/technicien de surface

VBM : Voit Bouger la Main

SOMMAIRE

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 1 |
| Objectifs | 4 |
| Généralités | 6 |
| Rappels anatomiques | 6 |
| Epidémiologies des traumatismes oculaires | 12 |
| Classification des traumatismes oculaires | 12 |
| Examen clinique | 13 |
| Commentaire et discussion | 40 |
| Conclusion | 47 |
| Recommandation | 48 |
| Références bibliographiques | 50 |

INTRODUCTION

1- INTRODUCTION

Le traumatisme oculaire est un ensemble des lésions qui intéressent le globe oculaire et ses annexes, ainsi que l'orbite osseuse et les voies optiques [1].

Chez l'enfant, les traumatismes oculaires constituent une cause importante de morbidité et la principale cause de cécité monoculaire non congénitale [2 ;3 ;4].

Selon l'OMS, près de 1,5 million de personnes sont aveugles à la suite d'un traumatisme oculaire [5].

Plusieurs travaux effectués dans le monde et en Afrique ont mis en exergue la prévalence et la gravité du traumatisme oculaire de l'enfant :

A Rennes, Toulemont PJ a rapporté une fréquence de 2% chez l'enfant [6 ;7]

Aux Etats-Unis, Urvoy M. et al. ont estimé que 55% des traumatismes surviennent avant 25 ans [8].

A Cotonou au CNHU (Centre national hospitalier universitaire), Doutetien C. et al. ont rapporté une fréquence de 21.1% de traumatisme de l'enfant [9].

A Abidjan, Ahnoux ZA. et al. ont rapporté une fréquence de 31% de traumatisme oculaire de l'enfant à l'hôpital cocody d'Abidjan [10].

A Dakar, Lam A. et al. ont rapporté une fréquence de 38.5% de traumatisme à l'hôpital Aristide le Dantec [11].

Pour MOUKOURI E. au Cameroun et LOWENTHAL au Kenya, ils sont les principales causes de morbidité oculaire et de cécité après la cataracte [12].

Au Burkina Faso une étude réalisée par Ouédraogo L. avait trouvé une fréquence de 20,1% en 2012 [13].

Au Mali, en 2015 au CSRéf de Kita, Koné Y. a rapporté une fréquence de 9,38% de traumatisme [14]. Coulibaly MY. à l'hôpital de Sikasso avait trouvé une fréquence de 7,7% de cas de traumatisme [15].

Dembélé J. avait trouvé une fréquence de 12,2 % [16] ; Kamaté S à rapporter 30,4% des traumatismes oculaires en milieu de travail à Koulikoro [17].

Les lésions traumatiques de l'œil sont très graves chez l'enfant avec souvent pour conséquence des séquelles importantes : faible récupération visuelle, voire mutilation du globe oculaire, sans parler de leurs lourdes répercussions psychosociales.

Nous constatons globalement que ces pathologies représentent une franche importante des consultations en urgence en générale et en ophtalmologie en particulier.

Cependant, la prise en charge des traumatismes oculaires en milieu sanitaire dans les pays à faible revenu est une difficulté en plus dans la qualité des soins.

C'est pourquoi nous avons initié ce travail afin de mieux explorer le parcours des traumatisés dans notre structure.

OBJECTIFS

2- OBJECTIFS

Objectif général :

- ❖ Etudier le parcours des traumatismes oculaires (TO) chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU-IOTA

Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer la fréquence des TO chez les enfants au CHU-IOTA,
- ❖ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enfants victimes de TO au CHU-IOTA,
- ❖ Décrire les aspects cliniques des TO au CHU-IOTA,
- ❖ Tracer les aspects thérapeutiques des enfants victimes de TO au CHU-IOTA,
- ❖ Identifier les facteurs de retard de la prise en charge des enfants victimes de TO au CHU-IOTA

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1- RAPPELS ANATOMIQUES [18 ; 19 ; 20 ; 21]

L'appareil de la vision comprend trois parties qui sont : le globe oculaire qui est l'organe de réception ; les annexes qui comprennent l'orbite, les paupières, la conjonctive, l'appareil lacrymal et les muscles oculomoteurs. Ils sont chargés de protéger, nourrir et assurer la mobilité du globe oculaire ; les voies et centres optiques qui assurent la perception.

3.1.1-Le globe oculaire ou organe de réception

Le globe oculaire a une forme ovoïde à grand axe longitudinal. Il est constitué d'une paroi et d'un contenu.

3.1.1.1-La paroi du globe oculaire

Elle est formée de trois tuniques qui sont de dehors en dedans la tunique externe, la tunique moyenne et la tunique interne.

3.1.1.1.1- La tunique externe

Elle comprend la sclère et la cornée.

□ **La sclère ou sclérotique** : Elle est de couleur blanc-nacrée opaque formant les cinq sixièmes (5/6) postérieurs de la surface du globe oculaire. C'est une membrane résistante, épaisse et inextensible qui protège et soutient l'œil. Elle donne insertion aux muscles oculomoteurs, de nombreux orifices pour le passage des vaisseaux et des nerfs du globe oculaire.

□ **La cornée** : C'est une calotte sphérique transparente et avasculaire enchâssée en hublot à l'ouverture antérieure de la sclérotique. La zone de jonction entre la sclère et la cornée est appelée le limbe cornéo scléral. La transparence est la qualité essentielle de la cornée. Son indice de réfraction est de 1,377 et sa puissance de 42 dioptries.

3.1.1.1.2-La tunique moyenne ou uvée

Elle comprend : la choroïde, l'iris et le corps ciliaire.

□ **La choroïde** : c'est une membrane neuro-vasculaire qui tapisse la sclère. L'importance de la choroïde est double : d'une part sa richesse en cellules pigmentées lui donne un rôle d'écran à la lumière. D'autre part, sa texture mixte vasculaire et nerveuse en fait la membrane nourricière en particulier des couches externes de la rétine.

□ **L'iris** : c'est la partie antérieure de l'uvée. C'est une membrane faisant suite au corps ciliaire en forme de disque bombant légèrement en avant. Elle est perforée en son centre d'un orifice circulaire appelé pupille.

La pupille est un orifice de taille variable avec l'éclairement. Deux muscles l'animent : le sphincter, qui entoure l'orifice pupillaire comme un bandeau circulaire.

□ **Le corps ciliaire** : c'est la partie de l'uvée comprise entre l'iris et la zone terminale de la rétine en ligne festonnée appelée ora serrata.

Le muscle ciliaire est situé à la partie antéro-externe du corps ciliaire ; grâce à sa contraction, il modifie la forme du cristallin et permet ainsi d'assurer la netteté de l'image lors du passage de la vision de loin à la vision de près : c'est **l'accommodation**.

○ **Tunique interne :**

Elle est composée de macula et papille.

3.1.1.2-Le contenu du globe oculaire

Le globe oculaire contient : l'humeur aqueuse, le cristallin et le corps vitré.

3.1.1.2.1-L'humeur aqueuse

L'humeur aqueuse sécrétée au niveau des procès ciliaires, passe par la pupille et gagne la chambre antérieure qui est l'espace compris entre la face antérieure de l'iris et la face postérieure de la cornée (passe l'AIC pour intégrer dans les vaisseaux des conjonctives).

3.1.1.2.2-Le cristallin

Le cristallin est une lentille biconvexe transparente maintenue verticalement par des fibres formant la zonule qui relie l'équateur du cristallin au corps ciliaire. Sur le plan histologique, le cristallin comporte : une capsule ou cristalloïde, un épithélium antérieur et des fibres cristalliniennes. Le cristallin est avasculaire, il se nourrit par imbibition à partir de sa capsule. Ses propriétés sont sa transparence (laissant passer la lumière) et sa plasticité (lui permettent de modifier sa courbure et son indice de réfraction lors de l'accommodation). Sa pathologie est représentée par son ectopie, son opacification ou cataracte et sa mal position.

3.1.1.2.3-Le corps vitré

Le corps vitré est un gel transparent entouré d'une membrane, l'hyaloïde qui remplit toute la cavité oculaire en arrière du cristallin. En volume, il occupe les 2/3 du globe et joue un rôle de milieu transparent.

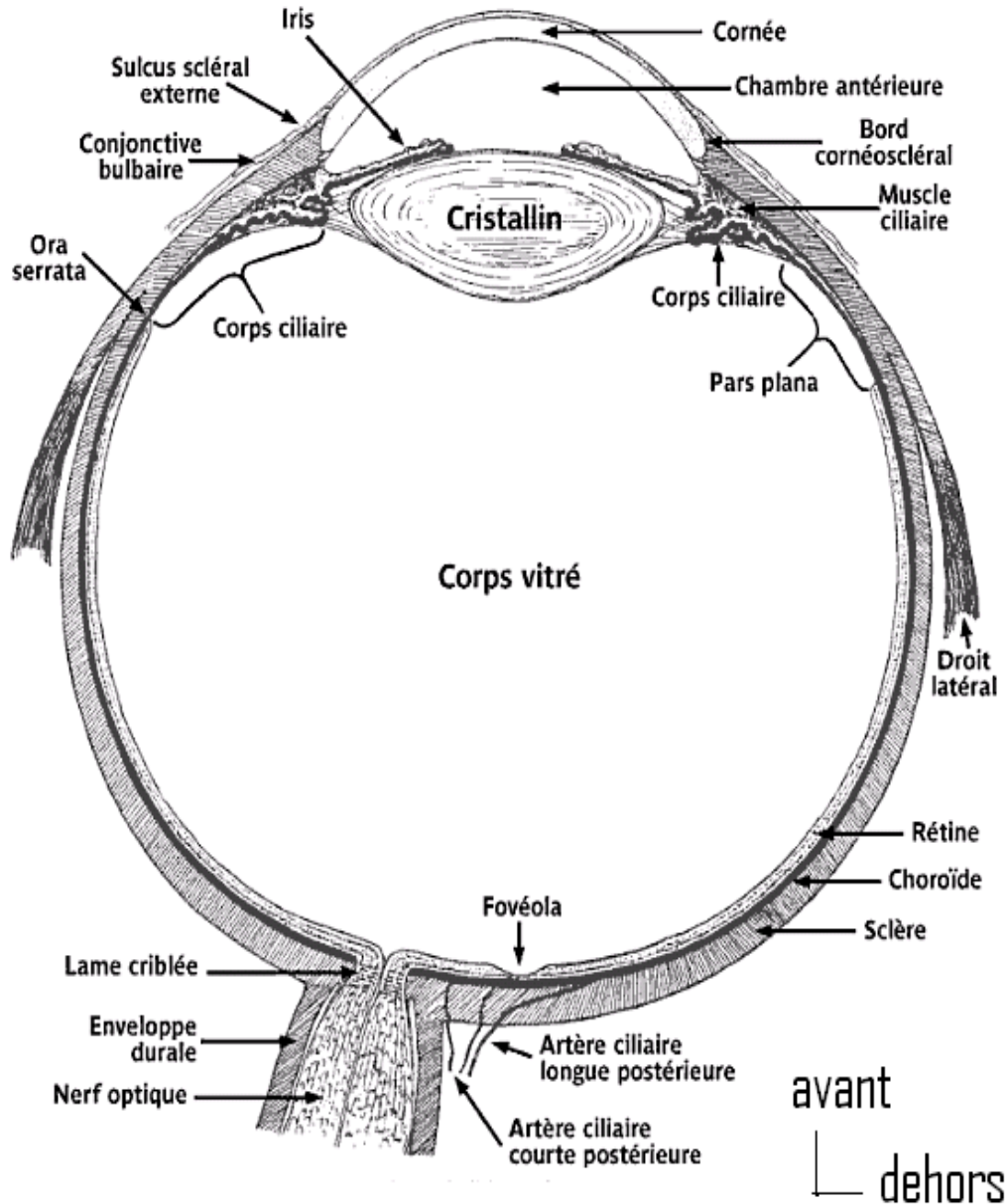


Figure 1 : Coupe schématique du globe oculaire droit [22]

3.1.2-Les annexes de l'œil

3.1.2.1-L'orbite

L'orbite est une pyramide osseuse quadrangulaire, creuse, située entre le crâne et la face, à sommet postérieur, à grande ouverture antérieure (correspondant à la base) et à grand axe oblique en arrière et en dedans.

Elle est formée par sept (7) os qui appartiennent au squelette de la face et du crâne.

Ce sont : l'os frontal, l'ethmoïde, le sphénoïde (grande et petite aile), le maxillaire, l'unguis, le palatin et l'os zygomatique.

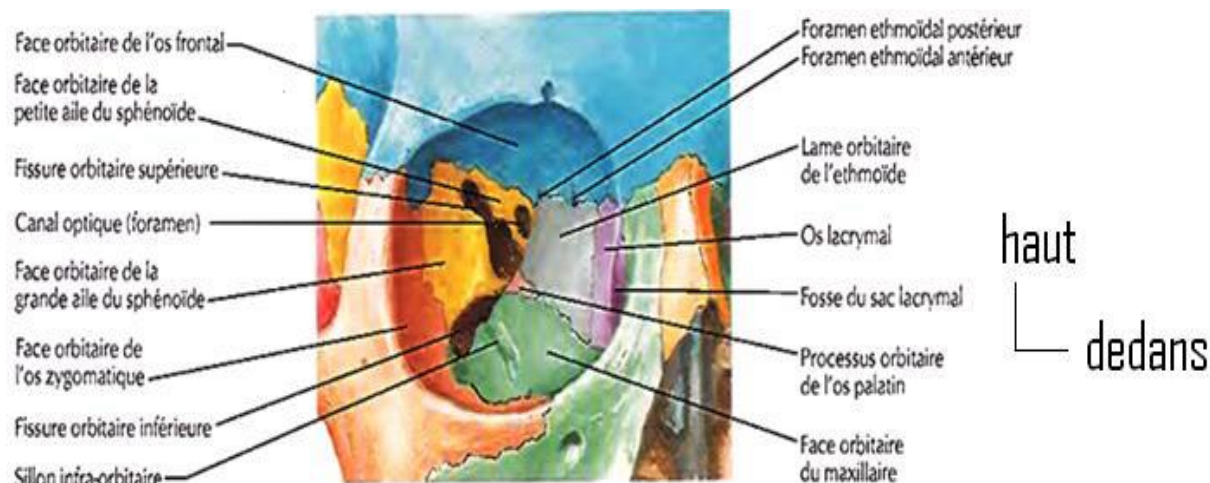


Figure 2 : L'orbite droite vue de face [23]

3.1.2.2-Les paupières

Elles sont au nombre de deux (2) pour chaque œil : supérieure et inférieure. Chaque paupière est constituée d'un squelette fibreux (le tarse), des muscles qui assurent l'ouverture (muscle élévateur de la paupière supérieure innervé par le nerf moteur oculaire commun) et la fermeture (muscle orbiculaire de la paupière innervé par le nerf facial).

3.1.2.3-La conjonctive :

Du mot grec "conjugere" qui signifie réunir, la conjonctive est une muqueuse qui tapisse la face postérieure des paupières et la face antérieure de la sclère du cul de sac.

3.1.2.4-L'appareil lacrymal

Il comprend les glandes lacrymales et les canaux excréteurs (appareil de sécrétion et appareil d'évacuation).

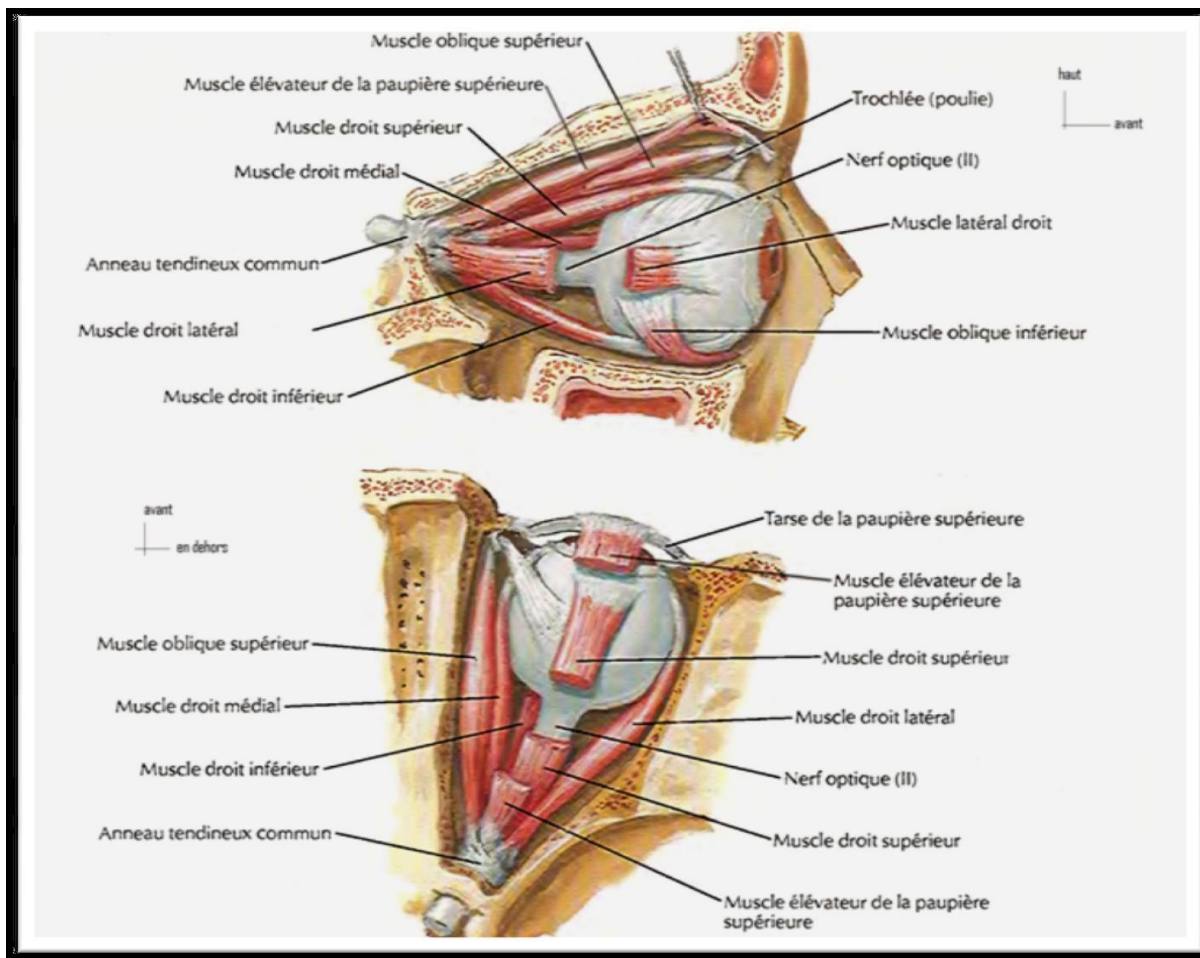
3.1.2.5-Les muscles oculomoteurs

Ils sont composés de six muscles : quatre muscles droits et deux muscles obliques.

- **Les quatre muscles droits** (droit supérieur, droit médial, droit latéral et droit inférieur) prennent leur origine au sommet de l'orbite par le tendon commun de Zinn.
- **Le muscle oblique supérieur** naît du tendon commun de Zinn. Son trajet comprend une première portion directe allant de l'origine à la trochlée et une deuxième portion réfléchie qui va de la trochlée au globe oculaire.

□ **Le muscle oblique inférieur** est le plus court de tous les muscles oculomoteurs. Il naît du plancher de l'orbite, à la face orbitaire du maxillaire.

Il se dirige en dehors et en arrière, de bas en haut, cravatant le globe oculaire en bas. Il se termine en arrière de l'équateur dans le quadrant postéro-externe. Le muscle oblique inférieur est innervé par le nerf moteur oculaire. Son action principale entraîne une extorsion élevée et l'action secondaire une adduction du globe oculaire.



Figures 3 et 4 : Muscles extrinsèques de l'œil [23]

3.1.2.6-Les vaisseaux de l'orbite

3.1.2.6.1-Les artères

Elles proviennent du système carotidien interne (artère ophtalmique) et externe (artère infra orbitaire et méningo-lacrimal).

□ **L'artère ophtalmique**

Elle constitue le principal axe artériel de l'orbite. Elle naît dans la boîte crânienne de la carotide interne, pénètre dans l'orbite par le trou optique, donne de nombreuses branches collatérales pour le globe oculaire et ses annexes.

□ L'artère infra orbitaire

Elle est une branche de l'artère carotide externe. Elle vascularise une partie de l'orbite et le canal lacrymo-nasal.

3.1.2.6.2-Les veines

Le retour veineux du contenu orbitaire est assuré par trois veines ophtalmiques : supérieure, inférieure et moyenne qui drainent le sang vers le sinus caverneux à partir d'un réseau d'apport très complexe et variable.

3.1.2.7-Les nerfs de l'orbite

L'innervation motrice est assurée par les nerfs oculomoteurs (troisième, quatrième et sixième paire crânienne).

3.1.3-Les voies et centre optiques

Le signal visuel recueilli par les cellules sensorielles (cônes et bâtonnets) est transmis au cortex occipital par trois relais : les cellules bipolaires situées dans la rétine ; les cellules ganglionnaires dont les corps cellulaires se trouvent dans la rétine et les cylindraxes constituent le nerf optique ; les cellules diencephalo-corticales ou géniculocalcarines dont les corps cellulaires sont dans le corps géniculé latéral et les cylindraxes constituent les radiations optiques qui aboutissent au cortex visuel.

3.1.4-Les particularités de l'œil de l'enfant [24]

Les particularités de l'œil de l'enfant sont liées au fait que c'est un organe toujours en croissance aussi bien sur le plan anatomique que fonctionnel.

3.1.4.1-Sur le plan anatomique

Le globe oculaire croît et ses dimensions se modifient de la naissance jusqu'à l'âge de 15 ans. **La longueur axiale moyenne** : varie à la naissance entre 16,5 et 18 mm. La croissance est très rapide à la première année (augmentant de 3,5mm environ dans les dix-huit premiers mois). Cette croissance est ensuite de 1mm par an jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, elle devient lente (augmentant de 0,1mm par an) jusqu'à l'âge de 15 ans où la longueur définitive (23,3 à 23,5mm) est atteinte.

Le volume : est chez le nouveau-né de 2,43. Il atteint 6,93 chez l'adulte. Le volume de la cavité vitrée passe de 1,4662 à 4,5854. **Le développement morphologique et histologique de la fovéa** (zone de la vision centrale) progresse considérablement entre deux et six mois, de même que la myélinisation du nerf optique. Dans le même temps, de très nombreux phénomènes synaptiques se produisent dans le cortex visuel.

3.1.4.2-Sur le plan fonctionnel

L'acuité visuelle binoculaire évolue de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans où elle atteint celle de l'adulte. Elle est évaluée à environ 1/50e à 1 mois, 1/10e entre 2 et 4 mois, 2/10e à six mois, 3 à 4/10e à 1an. Elle atteint 10/10e vers 4 ou 5 ans.

Le traumatisme oculaire est grave chez l'enfant d'autant plus qu'il survient sur un organe en pleine croissance morphologique et fonctionnelle. Le risque d'amblyopie est grand, la perte de la vision binoculaire et du relief, à tout jamais interdira à l'enfant le choix de certaines professions [25].

3.2-EPIDEMIOLOGIE DES TRAUMATISMES OCULAIRES : [13, 14, 15,16]

3.2.1-Epidémiologie générale :

Les traumatismes oculaires restent très fréquents malgré les efforts de prévention et les progrès de la microchirurgie ophtalmologique, responsable de la perte de nombreux globes oculaires.

3.2.2-Les facteurs étiologiques chez l'enfant

Le sexe masculin, l'âge à partir de cinq ans (5 ans) et le faible niveau socioéconomique des parents ont été identifiés comme facteurs étiologiques chez l'enfant [25 ; 30 ; 31].

3.3-CLASSIFICATION DES TRAUMATISMES OCULAIRES

La classification la plus utilisée pour l'étude clinique des traumatismes mécaniques de l'œil est celle de la Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT) [32].

➤ La classification de la Birmingham Eye Trauma Terminology

La classification de la BETT poursuit les objectifs suivants : à chaque situation clinique correspond un terme précis et un seul, le globe oculaire pris dans son ensemble sert de tissu de référence unique, la terminologie utilisée englobe tous les types de traumatismes oculaires mécaniques.

➤ Les types de traumatisme oculaire selon la Birmingham Eye Trauma Terminology

Les différents types de traumatisme oculaire sont repartis en deux grands groupes qui sont les traumatismes oculaires à globe fermé et les traumatismes oculaires à globe ouvert.

- **Les traumatismes oculaires à globe fermé (TOGF)**

La paroi du globe oculaire ne présente pas de plaie de pleine épaisseur. On distingue : la contusion et la lacération lamellaire qui est une érosion superficielle de la paroi du globe oculaire sans ouverture de celle-ci.

- **Les traumatismes oculaires à globe ouvert (TOGO)**

La paroi du globe présente ici une plaie de pleine épaisseur. On distingue : la rupture oculaire et les lacérations.

□ La rupture oculaire est un éclatement du globe oculaire, causée généralement par un objet moussé à grande vitesse.

□ La lacération peut être :

- Pénétrante sous forme d’une effraction unique de la paroi du globe oculaire.
- Perforante sous forme d’une double effraction (entrée et sortie) de la paroi du globe oculaire causée par un seul agent (pointu, projectile).

Causée par un corps étranger intra oculaire (CEIO) ayant entraîné une effraction de la paroi du globe.

Le schéma suivant résume les types de traumatisme oculaire selon la BETT

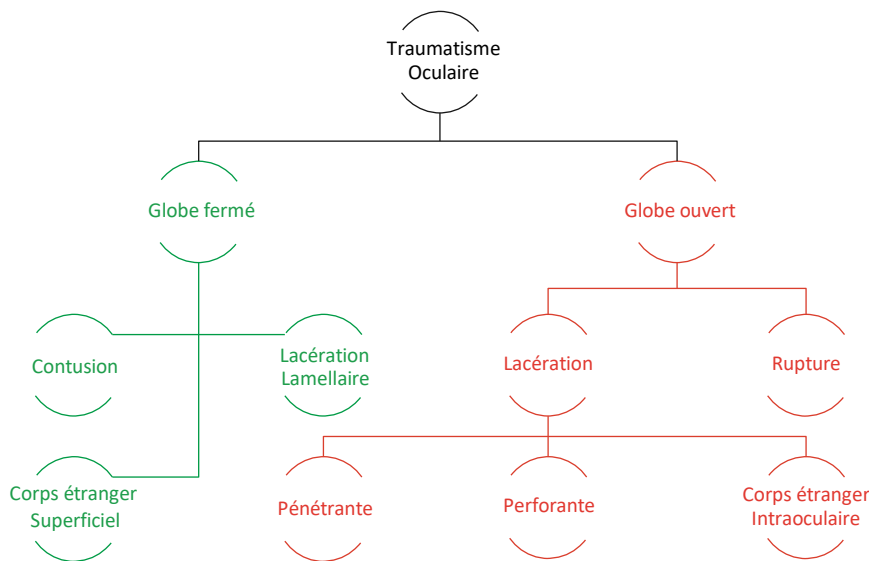


Figure 5 : Représentation schématique des types de traumatisme oculaire selon BETT

3.4-L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique d'un enfant victime de traumatisme oculaire comprend un interrogatoire, un examen général et ophtalmologique.

3.4.1-L'interrogatoire [33]

3.4.1.1-Les circonstances du traumatisme

La connaissance des circonstances et du mécanisme donne une idée de la violence du traumatisme et de la gravité potentielle des lésions.

3.4.1.2-L'agent traumatisant

On s'attachera à préciser la nature de l'objet traumatisant : végétal, métallique (à bords tranchants ou épais), projectile ou éclats faisant suspecter un corps étranger intra oculaire.

3.4.1.3-Les antécédents du patient

Ils permettent de préciser l'état fonctionnel des yeux avant le traumatisme, la date du dernier vaccin antitétanique, l'heure du dernier repas de l'enfant.

3.4.1.4-Les signes fonctionnels

On peut retrouver une baisse de l'acuité visuelle (dont l'importance préjugera du résultat fonctionnel), une douleur, un larmoiement, une photophobie.

3.4.2-L'examen général

Il apprécie l'état général du patient et recherche surtout une urgence vitale qui sera traitée en priorité.

3.4.3-L'examen ophtalmologique

3.4.3.1-L'inspection [33 ; 34]

Elle est réalisée souvent avec une torche avant même la mesure de l'acuité visuelle.

3.4.3.2.-L'examen du segment antérieur

Examen de la cornée et de la sclère :

L'examen de la cornée recherchera le signe de Seidel qui est pathognomonique de plaie cornéenne. Après instillation d'une goutte de fluorescéine et éclairage en lumière bleue, on observe le lavage et la dilution de la fluorescéine par l'humeur aqueuse au niveau de la plaie. Il s'agit d'un écoulement bleu sur un fond vert. Il faut rechercher également une ulcération sous forme d'une tâche verdâtre aux bords irréguliers plus ou moins étendue sur la cornée.

Examen de la chambre antérieure :

On appréciera la profondeur de la chambre antérieure : une diminution de la profondeur de la chambre antérieure, traduite par son aplatissement (athalamie) oriente

vers une plaie du globe. La présence de sang dans la chambre antérieure (hyphéma) est classée en cinq stades de gravité croissante [37].

Stade 0 : Tyndall hématique de la chambre antérieure

Stade I : hyphéma occupant moins du tiers de la chambre antérieure,

Stade II : hyphéma occupant du tiers à la moitié de la chambre antérieure,

Stade III : hyphéma dépassant la moitié de la chambre antérieure,

Stade IV : hyphéma total.

Les stades 0 à II ont une origine irienne. Les stades III et IV ont plutôt une origine ciliaire.

Il faut rechercher également une infection intraoculaire qui se traduit par un hypopion.

□ **Examen de l'iris et de la pupille :**

On recherchera : une déchirure de l'iris ou sa désinsertion à la base (irido-dialyse) un tremblement de l'iris (iridodonésis), signe indirect de luxation du cristallin une déformation ou une hernie de l'iris à travers une plaie cornéenne, une mydriase aréflexique secondaire à une contusion du nerf optique ou à une sidération des fibres pupillo motrices.

□ **Examen du cristallin :**

La lésion essentielle du cristallin en cas de traumatisme est la cataracte. Elle est immédiate en cas de traumatisme perforant par un objet pointu qui touche la cristalloïde. Elle est retardée en cas de contusion et typiquement sous capsulaire postérieure.

3.4.3.3-Examen du segment postérieur

Le segment postérieur est apprécié à l'examen du fond d'œil réalisé à l'ophtalmoscopie directe, à la lentille de Volk ou au verre à trois miroirs (contre indiqué en cas de plaie oculaire).

3.4.4- Examens complémentaires :

- Champ visuel automatique ;
- Champ visuel manuel cinétique (Goldman) ;
- Echographie oculaire ;
- Electrorétinogramme ;
- Potentiel Evoqué Visuel ;
- OCT ;

- AGF.

3.4.5-LE TRAITEMENT : [15]

| Lésions traumatiques | Traitement |
|-----------------------|--|
| Contusion | Repos, Boisson abondante, AINS, corticoïde, (voie locale ou générale) Collyre hypnotisant. |
| Lacération lamellaire | Pansement protecteur, SAT-VAT, Collyres antibiotiques, antiinflammatoires non stéroïdiens, cicatrisants, +/- cycloplegie. |
| Lacérations | Suture de la partie, Pansement protecteur, SAT-VAT, Antibiotiques, AINS, corticoïde, (voie locale ou générale), +/- dilatateur. |
| Brulures chimiques | Prise charge selon le stade : lavage abondant au sérum physiologique à tous les stades Stade I-II de Roper Hall : Pansement protecteur, SAT-VAT, Collyre antibiotique, AINS, Cicatrisants, +/- Cycloplegie. Stade III-IV de Roper Hall : Pansement protecteur, SAT-VAT, Collyre antibiotique, AINS, Cicatrisants, Cycloplegie, corticothérapie (voie topique et voie générale), +/- greffe de membrane anionique |

3.4.6- EVOLUTION

3.4.6.1-Les complications [36 ; 40 ; 42 ; 34]

Les complications sont nombreuses et compromettent la fonction visuelle de l'œil traumatisé.

3.4.6.1.1-L'endophtalmie

Il s'agit de l'infection intra oculaire. C'est une complication redoutable, fréquente dans les traumatismes ouverts du globe et qui aboutit souvent à la chirurgie mutilante.

3.4.6.1.2-L'hématocornée

C'est une imprégnation de la cornée par les hématies en cas d'hyphéma avec hypertonie intra oculaire.

3.4.6.1.3-Les synéchies

Ce sont des complications inflammatoires. Elles sont fréquentes avec souvent un accollement de l'iris soit au cristallin (synéchies postérieures), soit à la cornée (synéchies antérieures).

3.4.6.1.4-La cataracte post traumatique

Elle est fréquente. Le risque majeur est l'amblyopie.

3.4.6.1.5-Le décollement de rétine

Le traumatisme est l'une des causes majeures de décollement de rétine de l'enfant. Il est à craindre en cas d'atteinte du segment postérieur.

3.4.6.1.6-L'ophtalmie sympathique

Il s'agit d'une pan uvéite de l'œil Adelphe dans laquelle tous les tissus oculaires peuvent être impliqués. L'intervalle entre le traumatisme et le début de l'inflammation est de 4 à 8 semaines. Elle peut aussi survenir plusieurs années après le traumatisme. Elle serait devenue rare par l'usage des anti-inflammatoires.

3.4.6.2-Les séquelles [36 ; 34]

Les traumatismes oculaires laissent de nombreuses séquelles responsables de malvoyance ou de cécité dans la majorité des cas.

Parmi ces séquelles, on peut citer :

- la taie de cornée
- la dystrophie cornéenne
- les remaniements vitréens
- la phtyose bulbaire
- l'atrophie optique
- l'atrophie rétinienne
- le trou maculaire.

3.5-LA PREVENTION [25]

Diminuer le nombre de traumatisme oculaire des enfants est un impératif au vu des complications et des séquelles graves aboutissant à la cécité monoculaire. L'atteinte de cet objectif passe par une prévention qui implique les enfants, les institutions et les communautés.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

Notre cadre d'étude était l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (CHU-IOTA), un centre hospitalier universitaire (CHU), qui offre les soins oculaires et affilié à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) à Bamako. Institut de référence en ophtalmologie de la sous-région Ouest Afrique. Le CHU-IOTA est situé dans la commune III au centre-ville, intégré dans le système sanitaire du Mali depuis 2008, il a pour mission de savoir :

- La recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle,
- La formation des médecins et infirmiers spécialistes en ophtalmologie et de technicien lunetiers, l'administration de soins de niveau tertiaire.

4.2. Présentation du service d ophtalmo-pédiatrie

L'unité d'ophtalmo pédiatrique est située dans le nouveau bâtiment du bloc d'ophtalmo pédiatrie au premier étage. Il comprend à ce jour une salle d'attente, trois salles de consultation, une salle de réfraction, un guichet pour les paiements, deux bureaux pour les médecins, un bureau pour la surveillance de l'unité.

4.2.1. Le personnel du service : il est composé à ce jour de trois ophtalmo-pédiatres dont deux Professeurs, un praticien hospitalier ; deux assistantes médicales en ophtalmologie ; une secrétaire ; treize (13) étudiants thésards (nombre variant en fonction de l'année).

4.2.2. Le matériel : Il est composé de deux lampes à fente, un ophtalmoscope, un casque d'ophtalmoscope indirecte de scheppen, un tonomètre de Goldman, un tonomètre automatisé, une boîte de réfraction, une lentille de volk, une échelle de Monnoyer et de Pigassou pour la mesure de l'acuité visuelle (AV), un skiascope, une table de consultation, un ordinateur bureautique, deux armoires pour les dossiers des malades et d'autres documents du service, des consommables (la fluorescéine, les produits mydriatiques, l'alcool, le coton etc.)

4.3. Le type et la période d'étude

Notre travail a été une étude descriptive, prospective de trois (3) mois : allant du 01 Mars 2021 au 31 Mai 2021.

4.4. La population d'étude

Notre population d'étude était constituée des cas de traumatisme oculaire reçus dans le service d'ophtalmologie du CHU-IOTA du 01 Mars 2021 au 31 Mai 2021.

4.5. Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de tous les enfants répondant aux critères d'inclusion.

4.6. Les critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude les enfants traumatisés de 0 à 15 ans reçus et pris en charge dans le service d'ophtalmologie du CHU-IOTA entre le 01 Mars 2021 au 31 Mai 2021

4.7. Les critères de non inclusion

N'étaient pas inclus dans notre étude :

- Les traumatismes oculaires de l'enfant de 0 à 15 ans ayant bénéficié d'une prise en charge antérieure.
- Les traumatismes oculaires du patient d'âge supérieur à 15 ans.

4.8. La collecte des données

4.8.1. La technique

Tous les cas de traumatisme oculaire enregistrés pendant la période d'étude ont été répertoriés. Seuls les cas des enfants de 0 à 15 ans ont été renseignés à l'aide d'une fiche de collecte.

4.8.2. Les variables

Les variables suivantes ont été renseignées :

- Epidémiologiques : sexe, âge, provenance, scolarité, profession et niveau d'instruction des parents, distance de résidence, délai de consultation,
- Cliniques : circonstances du traumatisme, agents du traumatisme, type de traumatisme, acuité visuelle à l'admission, lésions oculaires mises en évidence à l'examen,
- Traitement : modalités du traitement, évolution et complication à court terme.

4.9. Les aspects éthiques

Les données ont été recueillies auprès des patients en appliquant les questionnaires ayant fait l'objet d'un pré-test et le consentement éclairé et libre du père / mère ou

tuteur accompagné (e) de l'enfant. Les données ont été utilisées en tenant compte de leurs aspects confidentiels. Ainsi, elles ont été protégées au cours de leur exploitation.

4.10. Le traitement et l'analyse des données

Les données ont été saisies avec un micro-ordinateur à l'aide du logiciel SPSS dans sa version 16.0 pour l'analyse. Les comparaisons statistiques ont été effectuées grâce au test du chi carré de Pearson, avec un seuil de signification de 5%.

4.11. Définitions opérationnelles

- ❖ **Plaie** : une solution de la continuité des tissus.
- ❖ **Brûlure oculaire** : lésions occasionnées par l'exposition des structures oculaires à des substances chimiques ou thermiques.
- ❖ **Eclatement du globe** : Plaie de pleine épaisseur de la paroi oculaire.
- ❖ **Contusion** : C'est un traumatisme produit par un choc, sans effraction tissulaire.
- ❖ **Leucome adhérent** : accolement de l'iris à une zone cicatricielle opaque de la cornée.
- ❖ **Séclusion pupillaire** : fermeture complète de l'orifice pupillaire
- ❖ **Cataracte traumatique** : Blessure à l'œil qui abîme le cristallin après un traumatisme.
- ❖ **Hémorragie intra vitréenne** : Présence de sang dans le vitré, entraînant une baisse d'acuité.
- ❖ **Décollement de la rétine** : Séparation de la rétine du tissu conjonctif.
- ❖ **Hyphéma** : Présence de sang dans la chambre antérieure.
- ❖ **Chirurgie mutilante du globe** : ablation anatomique du globe oculaire.

Il peut s'agir :

- ❖ **D'une éviscération** : qui est l'ablation de l'ensemble du globe oculaire, respectant les muscles oculomoteurs, avec section du nerf optique le plus à distance possible postérieur du globe.
- ❖ **D'une énucléation** : l'ablation chirurgicale du contenu (cornée, cristallin, iris, vitré, rétine) du globe oculaire en conservant la sclère (enveloppe constituant le blanc de l'œil).
- ❖ **Synéchie** : accolement de l'iris soit du cristallin : synéchie irido-cristallinienne ou à la cornée : synéchie irido-cornéenne.

- ❖ **Traitement médicamenteux :** Consiste à administrer un ou plusieurs médicaments de toute sorte.
- ❖ **Traitement chirurgical :** Partie de la thérapeutique impliquant des opérations internes.
- ❖ **Complication précoce :** Difficulté survenant dans les heures ou les 15 jours suivant le traumatisme.
- ❖ **Complication tardive :** difficulté qui arrive tard (après les 15 jours).
- ❖ **Cécité :** AVI (acuité visuelle de loin) $< 1/20$ ou à un rétrécissement du champ visuel à 10° pour le meilleur œil.
- ❖ **Malvoyance :** AVI (acuité visuelle de loin) $< 3/10$ et $\geq 1/20$ pour le meilleur œil.
- ❖ **Urgence :** Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement dans un délai de 6 heures.

RESULTATS

5. RESULTATS :

5.1. LA FREQUENCE

Du 1^{er} Mars 2021 au 31 Mai 2021 (03 mois), nous avons colligé 80 cas de traumatisme oculaire sur 1980 patients consultés dans le service d'ophtalmo pédiatrie soit une fréquence de 4%.

5.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

5.2.1. L'âge

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge de l'enfant

| Age | Fréquence | Pourcentage |
|------------------|-----------|-------------|
| < 6 mois | 1 | 1,25 |
| 6 -12 mois | 1 | 1,25 |
| 1 - 3 ans | 21 | 26,25 |
| 4 - 6 ans | 28 | 35 |
| 7 - 10 ans | 13 | 16,25 |
| > 10 ans | 16 | 20 |
| Total | 80 | 100 |

La tranche d'âge 4–6 ans était la plus représentée avec 35% des patients.

L'âge moyen de nos patients était de 4,24 ans avec des extrêmes de 3 mois et 15 ans.

5.2.2. Le sexe

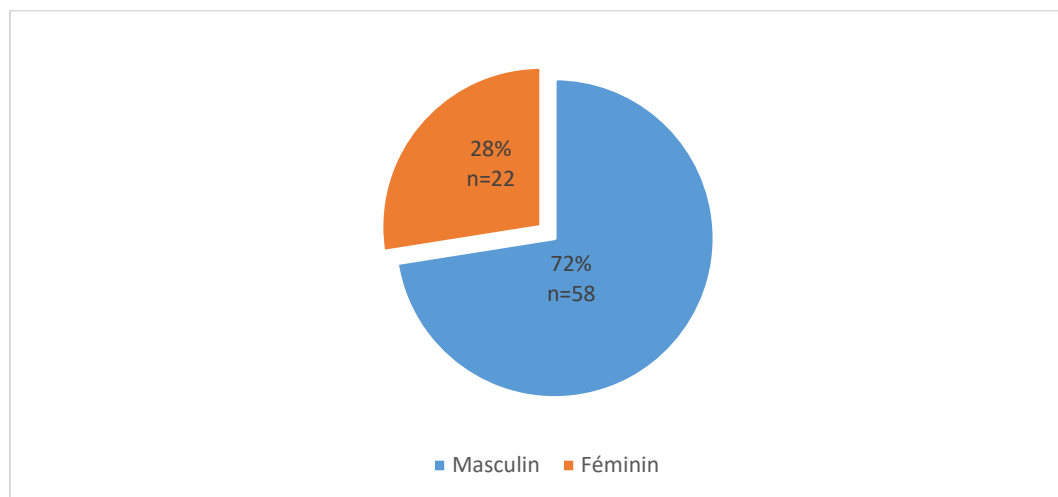


Figure1 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin a représenté 72% avec un sex-ratio H/F de 2,6.

5.2.3. Délai entre trauma, admission au CHU-IOTA et le lieu de résidence

Tableau II : Répartition des patients selon le délai entre trauma, admission au CHU-IOTA et lieu de résidence

| Délai entre trauma et admission au CHU-IOTA | Lieu de résidence | | | | | Total |
|---|-------------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | Cercle | Village | Ville | Hameau | Autre | |
| < 6 H | 2 | 0 | 26 | 0 | 0 | 28 |
| 6 - 24 H | 0 | 0 | 10 | 1 | 0 | 11 |
| 25 - 48 H | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | 7 |
| 49 - 72 H | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| > 72 H | 7 | 6 | 15 | 1 | 2 | 31 |
| Total | 10 | 6 | 60 | 2 | 2 | 80 |

Les patients résidants à Bamako (ville), étaient majoritaires avec 75 % de notre échantillon

5.2.4. Le niveau de scolarité de l'enfant

Tableau III : Répartition des patients selon le niveau de scolarité

| Niveau de scolarité | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Âge préscolaire | 50 | 62,5 |
| Scolarisé (école formelle) | 24 | 30 |
| Scolarisé (école coranique) | 1 | 1,25 |
| Scolarisé (école franco-arabe) | 3 | 3,75 |
| Non scolarisé | 2 | 2,5 |
| Total | 80 | 100 |

Les enfants d'âge préscolaire ont été les plus touchés par les traumatismes avec 62,5% des cas.

5.2.5. L'âge et profession du père

Tableau IV : Répartition des patients selon l'âge et la profession du père

| Age du père \ Profession | 25-30 ans | 31-39 ans | 40-49 ans | > 50 ans | Total | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|-----------|------------------|-----------|-----------|-------------|
| Agricole | 0 | 3 | 5 | 7 | 15 | 18,75 |
| Eleveur | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2,5 |
| Ouvrier | 0 | 4 | 3 | 3 | 10 | 12,5 |
| Commerçant | 1 | 11 | 8 | 6 | 26 | 32,5 |
| Artisan | 0 | 2 | 5 | 3 | 10 | 12,5 |
| Fonctionnaire | 0 | 3 | 6 | 1 | 10 | 12,5 |
| Retraité | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2,5 |
| Militaire | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2,5 |
| Autre | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 3,75 |
| Total | 2 | 25 | 30 | 23 | 80 | 100 |

La tranche d'âge de 40-49 ans était la plus représentée avec 37,5%. Parmi eux, 32,5% étaient commerçant.

5.2.6. Le niveau d'instruction du père

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau d'instruction du père

| Niveau d'instruction du père | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|-----------|--------------|
| Non instruit | 37 | 46,25 |
| Primaire | 28 | 35 |
| Supérieur | 15 | 18,75 |
| Total | 80 | 100 |

Le père non instruit était de 46,25% des cas.

5.2.7. L'âge et la profession de la mère

Tableau VI : Répartition des patients selon l'âge et la profession de la mère

| Age de la mère Profession | 15-19 | 20-29 | 30-40 | > 40 ans | Total | Pourcentage |
|----------------------------------|-------|-------|-----------|----------|-----------|--------------|
| | ans | ans | ans | | | |
| Agricole | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3,75 |
| Commerçante | 0 | 3 | 11 | 2 | 16 | 20 |
| Artisane | 0 | 1 | 3 | 0 | 4 | 5 |
| Fonctionnaire | 0 | 0 | 4 | 2 | 6 | 7,5 |
| Ménagère (femme au foyer) | 4 | 18 | 20 | 9 | 51 | 63,75 |
| Total | 4 | 23 | 40 | 13 | 80 | 100 |

La tranche d'âge de 30-40 ans était la plus représenté soit 50% de nos patients, la moitié était des ménagères avec 63,75%.

5.2.8. Le niveau d'instruction de la mère

Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction de la mère

| Niveau d'instruction mère | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Non instruite | 44 | 55 |
| Primaire | 29 | 36,25 |
| Supérieur | 7 | 8,75 |
| Total | 80 | 100 |

La mère non instruite était de 55% des cas.

5.3. ASPECTS CLINIQUES

5.3.1. L'œil traumatisé

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'œil traumatisé

| œil traumatisé | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| OD | 35 | 43,75 |
| OG | 40 | 50 |
| ODG | 5 | 6,25 |
| Total | 80 | 100 |

L'œil gauche était le plus prédominant avec 50% des cas.

5.3.2. Le mécanisme du traumatisme

Tableau IX : Répartition des patients selon le mécanisme du traumatisme

| Mécanisme du traumatisme | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|--------------|
| Accident domestique | 24 | 30 |
| Accident de travail | 5 | 6,25 |
| AVP | 3 | 3,75 |
| CBV | 6 | 7,5 |
| Jeux d'enfant | 39 | 48,75 |
| Sport | 2 | 2,5 |
| Autre | 1 | 1,25 |
| Total | 80 | 100 |

Le jeu d'enfant était la principale cause des traumatismes oculaires avec 48,75% des cas.

5.3.3. La nature de l'agent

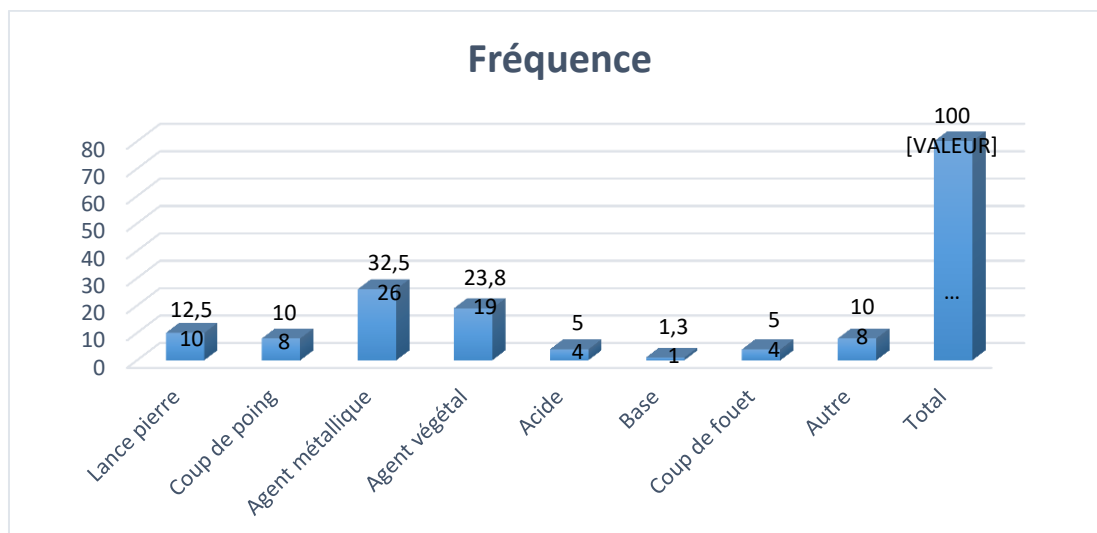


Figure 2 : Répartition des patients selon la nature de l'agent traumatisant

L'agent métallique était le plus fréquent avec 32,5% des cas.

NB : on peut citer parmi les autres agents responsables : coup d'ongle, coup de sceau.

5.3.4. Les signes fonctionnels

Tableau X : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

| Signes fonctionnels | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|-----------|-------------|
| Larmoiement | 16 | 20 |
| Douleur | 15 | 18,75 |
| Rougeur | 24 | 30 |
| BAV | 8 | 10 |
| Douleur + Rougeur | 11 | 13,75 |
| Autre | 6 | 7,5 |
| Total | 80 | 100 |

Les patients ayant consulté pour rougeur ont représenté 30% des cas.

NB : Autres : Plaies palpébrales et les cas d'hémorragie.

5.3.5. L'acuité visuelle initiale

Tableau XI : Répartition des yeux selon l'acuité visuelle initiale de l'œil traumatisé

| Acuité visuelle initiale | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|--------------|
| ≥ 5/10 | 15 | 18,75 |
| 1/10 à 5/10 | 3 | 3,75 |
| CLD2m à CLD 4m | 11 | 13,75 |
| VBM | 3 | 3,75 |
| PL+ | 12 | 15 |
| PPL | 5 | 6,25 |
| NON EVALUEE | 31 | 38,75 |
| Total | 80 | 100 |

A l'admission l'acuité visuelle chez 38,75% de nos patients n'a pas pu être évaluée chez les plus petits et à cause de leurs incompréhensions.

5.3.6. Les lésions observées

Tableau XII : Répartition des patients selon les lésions observées

| Lésions | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| Œdème palpébral | 13 | 5,1 |
| Plaie palpébrale | 14 | 5,49 |
| Section des voies lacrymales | 6 | 2,35 |
| Hyperhémie conjonctivale | 48 | 18,8 |
| Chémosis | 9 | 3,53 |
| Hémorragie conjonctivale | 7 | 2,75 |
| Plaie cornéenne centrale | 20 | 7,84 |
| Plaie cornéenne para-centrale | 15 | 5,88 |
| Plaie limbique | 14 | 5,49 |
| Erosion cornéenne | 7 | 2,75 |
| C A Diminuée ou effacée | 11 | 4,31 |
| Hyphéma | 8 | 3,14 |
| Hypopion | 6 | 2,35 |
| Hernie de l'iris | 27 | 10,59 |
| Pupille déronde | 12 | 4,7 |
| Irido-dialyse | 2 | 0,78 |
| RPM négatif | 18 | 7,1 |
| Opacité du cristallin | 11 | 4,31 |
| Rupture de la capsule antérieure | 3 | 1,18 |
| Issue de vitré | 4 | 1,56 |
| Total | 255 | 100 |

L'atteinte des conjonctives était la plus fréquente avec 18,75% des cas.

5.3.7. Le type du traumatisme

Tableau XIII : Répartition des yeux selon le type du traumatisme

| Type du traumatisme | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|-----------|-------------|
| CE Superficiel | 1 | 1,25 |
| CEIO | 3 | 3,75 |
| Contusion | 52 | 65 |
| Brûlure thermique | 2 | 2,5 |
| Brûlure chimique | 5 | 6,25 |
| Aiguille de tresse | 7 | 8,75 |
| Autre | 10 | 12,5 |
| Total | 80 | 100 |

Le traumatisme par contusion était la plus fréquente avec 65% des cas dont l'éclatement du globe représentait 3,75% des cas.

NB : Autres : Eclatement de globe ; blessures par couteau

5.3.8. Le type de classification selon BETT

Tableau XIV : Répartition des yeux selon le type de classification de BETT

| Type de BETT | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|----------|-------------|
| Globe fermé (n=60) | | 75 |
| Contusion | 52 | 65 |
| Lacérations lamellaires | 7 | 8,75 |
| Corps étranger superficiel | 1 | 1,25 |
| Globe ouvert (n=20) | | 25 |
| CEIO | 3 | 3,75 |
| Plaies pénétrantes | 7 | 8,75 |
| Rupture oculaire | 3 | 3,75 |
| Plaie perforante | 7 | 8,75 |
| Total | 80 | 100 |

Les traumatismes à globe fermé ont représenté 75% des cas.

5.4. ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DE L'ENFANT

5.4.1. Le constat de l'anomalie

Tableau XV : Répartition des patients selon le constat de l'anomalie

| Constat de l'anomalie | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------|-----------|-------------|
| Père | 1 | 1,25 |
| Mère | 31 | 38,75 |
| Grand parent | 3 | 3,75 |
| Frère-Sœur | 34 | 42,5 |
| Oncle-Tante | 6 | 7,5 |
| Personnel médical | 3 | 3,75 |
| Autre | 2 | 2,5 |
| Total | 80 | 100,0 |

Dans 42,5% des cas, c'est la fratrie de l'enfant qui a constaté le traumatisme.

5.4.2. Le premier geste thérapeutique

Tableau XVI : Répartition des patients selon le 1^{er} geste thérapeutique

| 1 ^{er} geste thérapeutique | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------------|-----------|-------------|
| Automédication | 14 | 17,5 |
| Traitement traditionnel | 4 | 5 |
| Structure sanitaire | 62 | 77,5 |
| Total | 80 | 100 |

Le traitement dans les structures sanitaires a représenté 77,5% des cas.

5.4.3. Le délai entre traumatisme et arrivée au 1^{er} centre de santé

Tableau XVII : Répartition des patients selon le délai entre traumatisme et arrivée au 1^{er} centre de santé

| Délai entre trauma et arrivé au 1er centre de santé | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| < 6 H | 38 | 47,5 |
| 6 - 12 H | 7 | 8,75 |
| > 48 H | 4 | 5,0 |
| Venus à IOTA | 31 | 38,75 |
| Total | 80 | 100 |

Après le traumatisme 47,5 des patients ont consulté dans un centre de santé et dans un délai de 6 H.

5.4.4. Distance de parcours entre résidence et CHU-IOTA

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la distance entre résidence et CHU-IOTA

| Distance entre résidence et CHU-IOTA | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------------|-----------|-------------|
| 1 - 20 Km | 53 | 66,25 |
| 20 - 50 Km | 6 | 7,5 |
| 50 - 100 Km | 2 | 2,5 |
| 100 - 200 Km | 5 | 6,25 |
| > 200 Km | 14 | 17,5 |
| Total | 80 | 100 |

La plupart de nos patients résidaient à une distance de 1-20 Km de l'IOTA avec 66,25% des cas et 17,5% de distance >200 Km.

5.4.5. Notion de référence

Tableau XIX : Répartition des patients selon la notion de référence

| Notion de référence | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|-----------|-------------|
| CSCOM | 6 | 7,5 |
| Hôpital | 6 | 7,5 |
| CSREF | 13 | 16,25 |
| Non référé | 48 | 60 |
| Autre | 7 | 8,75 |
| Total | 80 | 100 |

Le CSREF a référé 16,25% de nos patients.

NB : Autres : étaient réparties entre les différentes cliniques médicales.

5.4.6. La nature du traitement

Tableau XX : Répartition des patients selon la nature du traitement avant l'admission

| Nature du traitement avant admission | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------------|-----------|-------------|
| Antibiotique collyre | 13 | 16,3 |
| AINS oral | 3 | 3,8 |
| AINS Local | 6 | 7,5 |
| Pansement protecteur | 3 | 3,8 |
| Aucun traitement | 38 | 47,5 |
| Autres | 11 | 13,7 |
| Total | 80 | 100 |

L'antibiothérapie en forme collyre a été le premier recours pour la plupart des patients avec 16,3% des cas.

NB : **AUTRES** étaient répartis aux automédications et les traitements traditionnels (non spécifié).

5.4.7. Délai entre traumatisme et arrivée au CHU-IOTA

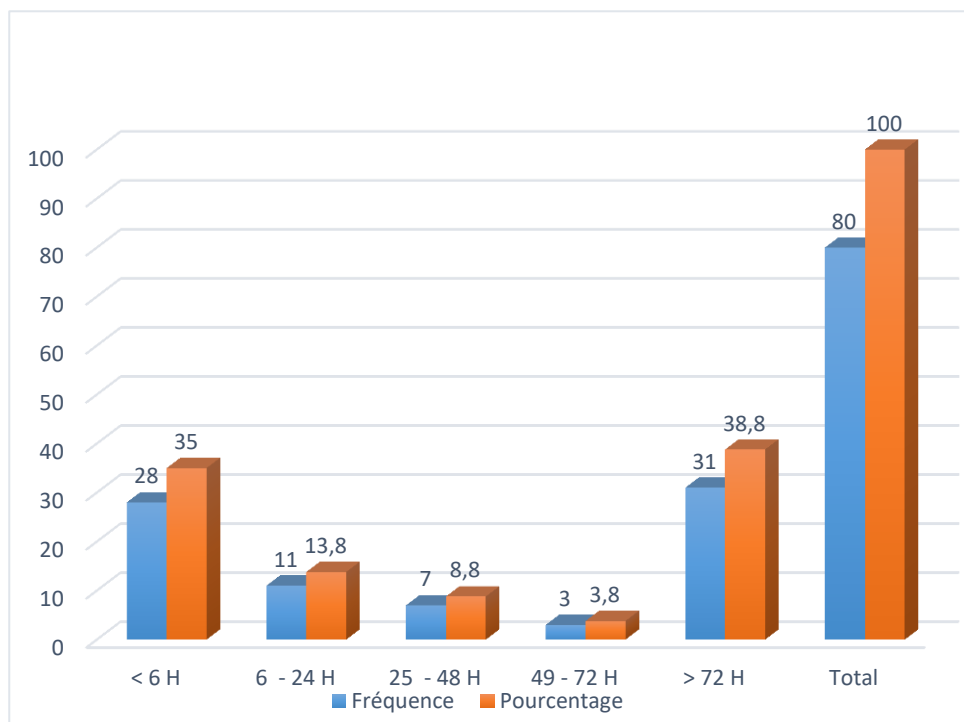


Figure 3 : Répartition des patients selon le délai entre traumatisme et arrivée au CHU-IOTA.

Après le traumatisme 38,8% des patients ont consultés au-delà de 72 heures à IOTA.

NB : Tous les patients ayant consulté au-delà de 72 heures avaient reçu un traitement sans succès dans un premier centre de santé avec 27,5% de nos patients.

5.4.8. Personne chargée du frais de traitement au CHU-IOTA

Tableau XXI : Répartition des patients selon le type de personne chargé du frais

| Personne chargée du frais | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Père | 50 | 62,5 |
| Mère | 10 | 12,5 |
| Oncle-Tante | 11 | 13,8 |
| Fratrie | 5 | 6,3 |
| Voisin | 2 | 2,5 |
| Autre | 2 | 2,5 |
| Total | 80 | 100 |

Le père a suivi le traitement de 62,5% de nos patients.

Autres : ONG, personne responsable d'AVP.

5.5. Prise en charge

5.5.1. Délai de prise en charge au CHU-IOTA

Tableau XXII : Répartition des patients selon le délai de PEC au CHU-IOTA

| Délai de PEC | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|--------------|
| < 6 H | 61 | 76,25 |
| 6 à 12 H | 11 | 13,75 |
| 12 à 24 H | 4 | 5 |
| >24 H | 4 | 5 |
| Total | 80 | 100 |

La PEC a été faite chez 76,25% des patients dans un délai de 6 heures.

5.5.2. Le motif du retard de la PEC au CHU-IOTA au-delà de 6 heures

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le motif du retard de la PEC au-delà de 6H

| Motif du retard de la PEC après 6 H | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| prise de repas de moins de 4 Heures | 6 | 7,5 |
| Faible niveau sociodémographique des parents | 6 | 7,5 |
| Autres | 7 | 8,75 |
| Total | 19 | 23,75 |

Le un tiers de nos patients ont été traités après 6 H par cause faible niveau sociodémographique des parents et le temps de prise de repas des enfants de moins de 4 heures avec 7,5% des cas.

Autres : ONG, personne responsable d'AVP.

5.5.3. Le mode de traitement

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le mode de traitement

| Traitement | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Medical simple | 45 | 56,25 |
| Chirurgical | 35 | 43,75 |
| Total | 80 | 100 |

Le traitement médical a représenté 56,25% dans l'ensemble des traitements.

5.5.4. Les complications

Tableau XXV : Répartition des patients selon le type de complication

| Type de complication | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|-----------|--------------|
| Cataracte | 13 | 16,25 |
| Taie cornéenne | 10 | 12,5 |
| Endophtalmie | 6 | 7,5 |
| Aucune complication | 51 | 63,75 |
| Total | 80 | 100 |

La cataracte a représenté 16,25% des complications.

5.5.6. Acuité visuelle finale de l'œil traumatisé après traitement

Tableau XXVI : Répartition des patients selon l'acuité visuelle finale

| Acuité visuelle finale | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------|-----------|--------------|
| ≥ 5/10 | 23 | 28,75 |
| 1/10 à 5/10 | 11 | 13,75 |
| CLD2m à CLD 4m | 5 | 6,25 |
| VBM | 1 | 1,25 |
| PL+ | 2 | 2,5 |
| PPL | 7 | 8,75 |
| NON EVALUEE | 31 | 38,75 |
| Total | 80 | 100 |

L'acuité visuelle finale était limitée à la non perception lumineuse (PPL) chez 8,75% de nos patients.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Limite et contrainte de notre étude

Notre étude a connu des limites :

- L'examen du segment postérieur n'a pas été réalisé par le médecin traitant dans bon nombre de cas. Cela a pu entraîner une sous-estimation des lésions oculaires.
- La difficulté de trouver une évaluation chiffrée de l'acuité visuelle de l'enfant a entraîné une perte d'information sur l'acuité visuelle chez les plus petits. Malgré ces limites et contraintes, notre étude nous a permis de cerner le parcours des traumatismes oculaires chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU-IOTA.

Au terme de cette étude, il ressort quelques remarques qui sont entre autres :

6.2. Fréquence

Notre échantillon (80 cas) a montré que les traumatismes représentaient 4% des motifs de consultation au niveau du CHU-IOTA sur la période de 03 mois allant de Mars 2021 à Mai 2021.

Plusieurs travaux effectués en Afrique ont mis en exergue leur prévalence et gravité : Une étude réalisée dans le district de Bamako au CHU-IOTA en 2000 avait trouvé une prévalence de 1,46 % [43].

Les traumatismes oculaires représentent 12,5% des consultations à la clinique ophtalmologique (CHU) de Dakar [44].

A Lomé KD AYENA et ses collaborateurs ont rapporté 7,63% des traumatismes oculaires [45]. A Brazzaville KAYA GG et ses collaborateurs ont rapporté $3,5 \pm 0,2\%$ des traumatismes de l'œil et de ses annexes [46].

Malgré ces variations de taux, les traumatismes oculaires demeurent un problème car source d'amblyopie ou de cécité unilatérale chez le sujet jeune.

6.3. Caractéristiques sociodémographiques

6.3.1. Âge

La tranche d'âge de 4-6 ans a été la plus concernée dans notre étude avec 35% des cas. MEDA et al au BF [47], LAM et al au Sénégal [50] ont trouvé que la tranche d'âge de 6-10 ans était la plus atteinte. GBE et al en 2007 en Côte d'Ivoire [51] rapportaient une atteinte plus fréquente de la tranche d'âge de 4-9 ans. La fréquence élevée des traumatismes oculaires de l'enfant dans ces tranches d'âge serait liée au fait qu'il

commence à s'épanouir et échappe au contrôle parental. A cela s'ajoute le fait qu'il est encore maladroit et inconscient du danger [5].

6.3.2. Sexe

Nous avons observé une prédominance des garçons avec un sexe ratio de 2,6. Cette prédominance masculine a été aussi observée par d'autres auteurs. MEDA et al au BF [47], MENSAH et al CI [48], BEN ZINA et al en 2000 en Tunisie [49] trouvaient des sex-ratios respectifs de 2,3 ; 2,6 et 2,7. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par une plus grande turbulence des jeunes garçons et leur imprudence qui font qu'ils ont une prédilection pour les jeux violents par rapport aux filles [13].

6.3.3. Niveau de scolarité de l'enfant

Les enfants d'âge préscolaires ont représenté 62,5% par contre ceux de G. Koki et al [52] Ahnoux et al [53] ont trouvé les élèves et étudiant les plus représentés avec respectivement 23,8%, 34,4%.

Cette catégorie socioprofessionnelle est plus exposée du fait de l'ignorance de certaines pratiques compromettantes d'une part et d'autre part la banalisation du traumatisme.

6.3.4. Provenance

Plus de la moitié de nos patients résidaient dans la ville de Bamako avec 67,5% des cas est lié à la proximité avec l'hôpital. Par contre certains de nos patients avaient un accès difficile pour raison d'un trajet long soient 17,5% des cas. L'accent a été mis sur la médecine traditionnelle et l'automédication dans les villages.

6.4. Aspects cliniques

6.4.1. Mécanisme de traumatisme

Le mécanisme de survenue des traumatismes étaient dominées par les accidents de jeux (48,75%), les accidents domestiques (25%), les accidents de travail (6,25%), les accidents de la voie publique (3,75%), les coups et blessures volontaires et les accidents de sport (7,5%). La place qu'occupent les accidents de jeux dans les traumatismes oculaires est confirmée par Doutetien et al. [55] (41%), Diallo Aziz (31,9%) [56], Rossaza et al (44%) et la goutte [57] dans les pays industrialisés. Au contraire, selon Ouédraogo et al (58) c'est les AVP (25%) au Burkina, G Yaya et al [9] c'est les sévices (25,9%) à Bangui, selon Sangaré [10] c'est les AVP en côte d'ivoire.

6.4.2. Nature du traumatisme

Le traumatisme par contusions et les aiguilles de tresse sont les plus représentés avec respectivement 65% et 8,75%. Les brûlures chimiques ne représentaient que 6,25%.

Kamaté en milieu de travail à Koulikoro trouve les CEIO prédominant dans 26,9% des cas [6]. Au cours d'une mission des ophtalmologistes militaires français en Afghanistan, Giraud J.-M et coll. ont noté 18% de Corps étranger superficiel [24].

La fréquence élevée de la contusion dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait qu'il est encore maladroit et inconscient du danger [5].

6.4.3. Agents traumatisants

Dans notre série, les principaux agents de traumatisme oculaire de l'enfant ont été l'utilisation des objets métalliques (32,5%) tels que les aiguilles de tresse (8,75%) suivis de l'agent végétal (23,75%). Par contre MEDA et al au BF [47] et par LAM et al au Sénégal [50] rapportent comme agents responsables de traumatisme chez l'enfant, les projectiles telluriques tels que les pierres jetées à la main ou catapultées au lance-pierres (33,6%).

A l'opposé des pays développés où certains jouets réputés dangereux, ne sont plus mis à la disposition des enfants, les agents traumatisants rudimentaires (pierres, bâton/bout de bois) retrouvés dans notre contexte sont difficiles à contrôler parce qu'ils sont disponibles dans l'environnement immédiat de l'enfant. En plus de la surveillance, une autre solution serait de rappeler régulièrement aux enfants le danger que constitue l'usage de ces objets dans leurs jeux [13].

6.4.4. Atteintes fonctionnelles et anatomiques initiales

6.4.4.1. Acuité visuelle initiale à l'admission

L'AV n'a pas été chiffré chez 38,75% de nos patients. Il s'agissait le plus souvent des patients d'âges inférieurs à 5 ans ou rarement des patients peu coopératifs.

Elle a été enregistrée chez 49 patients, soit 61,25%. Ceci représentait 54 yeux. Nous avons enregistré 5 cas d'atteinte bilatérale. Une acuité visuelle de l'œil traumatisé droit PL+ à l'entrée a été enregistrée dans 7 cas, soit 8,75% et celui gauche 6 cas, soit 7,5%. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Baba [54] en Tunisie qui avait trouvé une acuité visuelle initiale inférieure ou égale à 1/10 dans 27% des cas et supérieure à 5/10 dans 5% des cas.

6.4.4.2. Côté atteint

Nous avons noté 35 traumatismes de l'œil droit, soit 43,75% ; 40 de l'œil gauche, soit 50% et 5 cas d'atteintes bilatérales, soit 10 yeux. Ce résultat montre que l'œil gauche est fréquemment et sévèrement atteint que celui droit.

Nos résultats corroborent avec ceux de Salam [59] trouve l'œil gauche plus touché de même que Khalki H à Fès [60] et Baba en Tunisie [50], respectivement (59,5%, 54,6%, 59,7%).

Par contre Moro avait trouvé 24 cas de l'œil droit et 20 cas de l'œil gauche [61] ; Yaya G et coll en Bangui ont trouvé 191 cas d'atteinte unilatérale sur 194 cas de traumatisme oculaire [9].

6.4.5. Nature des lésions oculaires

Des lésions ont été observée sur toutes les structures anatomiques. La lésion initiale la plus retrouvée était l'hyperhémie avec 18,8% des cas, suivie d'une opacification cristalline soit 12,5%, par une plaie cornéenne para centrale et une hernie de l'iris (6,25%) des cas, et seulement 1,25% des cas de rupture de la capsule antérieure. Bikaba au CHU-IOTA avait enregistré 42% de perforation et 11% d'éclatement du globe [62].

Balla au CHU-IOTA avait trouvé 15% de plaie de cornée et 11% de cataracte traumatique [63]. En France Mayouego J et coll ont trouvé un résultat supérieur aux nôtres, avec les lésions cornéennes 44,4% et conjonctivales 34,96% des cas [64].

La différence avec ses auteurs peut s'expliquer par le caractère moins sévère des traumatismes dans notre série.

6.5. Itinéraire thérapeutique de l'enfant

6.5.1. Constat de l'anomalie

La plupart de nos patients soit 42,5% des cas, c'est la fratrie de l'enfant qui a constaté le traumatisme suivis de celle de la mère des enfants avec 38,7% des cas.

6.5.2. Distance de parcours de la résidence

La moitié de nos patients résidaient à une distance de 1-20 Km dont 50% de nos patients avaient effectués une consultation dans un centre de santé de localité et 66,25% résidaient à proximité avec le CHU-IOTA et 17,5% de distance >200 Km. Cela s'explique par la sous-estimation de la gravité des lésions initiales.

6.5.3. Délai de PEC au CHU-IOTA

Le délai de prise en charge a été long dans notre série, 38,75% de nos patients avaient consultés 72 heures après le traumatisme au CHU-IOTA. Ce résultat est différent de ceux rapportés respectivement par A. BABA et al [54] et LAM et al [44] 9% après 48 heures, et 56% dans les 24 heures. Certains ne consultent que lorsque survient une complication telle l'infection ou la cataracte ; d'où la présence de difficultés dans l'institution du traitement dans certains cas. Ce retard à la consultation conduit parfois à l'éviscération de l'œil atteint pour sauvegarder l'œil intact.

6.6. Prise en charge

6.6.1. Traitement

Le traitement médical simple et seul a été effectué chez 56,25% de nos patients et chirurgical chez 43,75%.

- Le traitement médical concernait les lésions mineures ou des séquelles déjà constituées (traumatisme ancien). Les médicaments étaient administrés, soit par voie orale, parentérale, ou locale. Nous avons utilisé essentiellement : des antibiotiques, des AIS et AINS, des collyres et pommades ophtalmiques.
- Le sérum et le vaccin anti tétanique : ils permettent de prévenir le tétanos en cas de plaie du globe si la victime n'est pas immunisée.
- Pour les cas chirurgicaux il s'agissait de la réparation anatomique en urgence (suture ou extraction de CEIO).

Par contre Moro [61] au CHU-IOTA dans son étude sur des traumatismes oculaires par aiguille de tresse avait nécessité un traitement chirurgical chez 68,2% de ses patients.

Bikaba dans son étude sur les urgences oculaires traumatiques [62] au CHU-IOTA avait effectué une prise en charge chirurgicale chez 41,50% des cas.

La différence peut s'expliquer par le fait que ces deux auteurs avaient des critères d'inclusions différents aux nôtres.

6.6.2. Complication

Dans notre étude, la cataracte fut la complication la plus fréquente avec 16,25% des cas. C'est une complication fréquemment décrite dans les traumatismes oculaires dont le risque majeur chez l'enfant est l'amblyopie [65 ; 66].

L'atteinte du cristallin par un objet perforant ou par les lignes de force traversant l'œil lors d'une contusion, entraîne une réaction univoque du cristallin qui s'opacifie. Cette cataracte doit être extraite le plus rapidement possible chez l'enfant pour éviter l'amblyopie.

6.6.3. Acuité visuelle finale de l'œil traumatisé

En fin de suivi, 35% de nos patients avaient une acuité visuelle finale $\geq 5/10^{\text{ème}}$, 11,25% avaient leur acuité visuelle finale entre 1/10 à 5/10 et 8,75% avaient leur acuité visuelle finale entre CLD2m à 4m.

Moustaine dans son étude révélait que 19% des patients avaient une AV finale supérieure à 1/10 [63] et Moro nous rapporte 15,9% des cas entre 4 à 10/10 [64].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION

Il ressort de cette étude que le traumatisme oculaire est un motif fréquent de consultation au service d'ophtalmologie du CHU-IOTA avec une fréquence de 4%. Cette affection oculaire touche la tranche d'âge de 4-6 ans avec une fréquence de 35% des cas et une nette prédominance masculine 72,5%. Les enfants d'âge préscolaire sont les plus touchés suivis de ceux scolarisés à l'école formelle dans des contextes de jeux et d'accident domestique. L'agent causal était métallique et végétal d'origine contusive.

Un autre fait important est le retard à la consultation, seulement 38,75% des patients ont consulté dans un délai de 72 heures. La majorité de nos patients venaient de la ville de Bamako avec 67,5%.

La sévérité et la gravité du traumatisme ainsi que le retard dans la prise en charge thérapeutique favorisent la survenue des complications qui conduisent le plus souvent à la cécité monoculaire.

Ces résultats aux conséquences psychosociales très graves (répercussion esthétique, limitation dans le choix de certaines activités...) font des enfants des victimes de l'ombre. Ceci doit faire de la prévention des traumatismes oculaires de l'enfant une priorité de santé qui implique les institutions et les communautés.

8. RECOMMANDATION

A l'issue de notre étude, nous estimons que les traumatismes oculaires méritent une attention particulière. A cet effet nous formulons les recommandations suivantes :

8.1. Aux autorités politiques et sanitaires :

1. Sensibiliser les populations sur la nécessité de la surveillance et la protection de l'enfant dans son développement et son épanouissement

8.2. Au personnel du service d'ophtalmologie :

1. Réaliser une documentation complète de tous les cas de traumatisme oculaire
2. Plaidoyer pour la réalisation des greffes de cornée dans le service

8.3. Aux formations sanitaires périphériques

1. Référer le plus rapidement possible tout cas de traumatisme oculaire nécessitant des soins spécialisés
2. Sensibiliser les parents sur l'urgence de la prise en charge spécialisée

8.4. A la population

1. Redoubler d'effort dans la surveillance des enfants à domicile
2. Toujours expliquer aux enfants la nécessité d'éviter certains types de jeux et d'objets réputés dangereux
3. Amener tout enfant victime de traumatisme oculaire en consultation le plus rapidement possible
4. Eviter l'automédication en cas de traumatisme oculaire

BIBLIOGRAPHIE

9. BIBLIOGRAPHIE

- 1- **SIDIBE M, DEMBÉLÉ A, NAPO A, DIALLO O, CONARE I, FOMBA S, et al.** Traumatisme oculaire par aiguille de tresse à l'institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA). Revue SOAO EDUCI 2014 ;13-8.
- 2- **GOGATE P., GILBERT C.** La cécité infantile : panorama mondial. Revue de Santé Oculaire Communautaire. 2008 ;5(6) :37-39.
- 3- **SOYLU M, DEMIRCAN N, YALAZ M, ISIGUZEL I.** Etiology of pediatric perforating eye injuries in southern Turkey. Ophthalmic Epidemiol 1998 ; 5(1) : 7-12.
- 4- **BELLA-HIAG A L., MVOGO C E.** Traumatologie oculo-orbitaire infantile à l'hôpital Laquintinie de Douala. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé, 2000, 10, 3, p173-6.
4. **BEN ZINA Z., JAMEL F., WISSAM K., RYM K.,**
- 5- **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Preventing blindness in children. Report of a WHO/IAPB scientific 2009 Vol.56 n ° 5 pp.261-266 ref.23. meeting, Hyderabad, India, 13-17 April 1999. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
- 6- **REGIS A, DUREAU P, UTEZA Y, ROCHE O, DUFIER JL :** Traumatismes oculaires et accouchement : **JFR.OPHTALMOL.-2004-27-9 :987-993**
- 7- **TOULEMONT PJ ; URVOY M. :** traumatologie oculaire chez l'enfant. (21-700-A15) : **EMC(Paris) 1992-5**
- 8- **URVOY M. :** traumatologie oculaire chez l'enfant. (21-700-A15) : **EMC(Paris) 1992-5**
- 9- **DOUTETIEN C, OUSSA G, NOUKIATCHOP M-NOUMI, DEGUENON J, TCHABI S, BASSABI SK :** Les Traumatismes Oculaires de l'enfant au CNHU de Cotonou.
- 10- **AHNOUX –ZABSONRE A ; KEITA C ; SAFEDE K :** traumatismes oculaires graves de l'enfant au CHU de Cocody d'Abidjan en 1994. JFO ; 1997, 20,7 : 521-526
- 11- **LAM A ; SECK C.M ; GUEYE ND ; PINTARD D :** Traumatismes oculaires au senegal : bilan épidémiologique et statistique de 1872 cas. Med. D'Afr. Noire ; 1992 ; 39(12) : 810-15.
- 12- **MOUKOURI E, MOLI MC :** Traumatismes oculaires en milieu camerounais à Yaoundé. Méd. trop 1991 ; 51 :307-12.

- 13- OUEDRAGO L** : les traumatismes oculaires de l'enfant au CHU de Yalgado Ouédraogo : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 267 cas. Med d'Afr. Noire, 2012 (Burkina Faso)
- 14- KONE Y** : Aspects étio-pathogéniques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires dans le CSRéf de Kita en 2015 : à propos de 2130 cas. Thèse de médecine 2015 ; FMOS Bamako USTTB.
- 15- COULIBALY MY** : Les traumatismes oculaire au service d'ophtalmologie de l'hôpital de Sikasso : à propos de 256 cas. Thèse Médecine 2018 ; FMPOS Bamako USTTB
- 16- J. DEMBELE.** Les traumatismes oculaires à l'hôpital Nianakoro FOMBA de Ségou. Thèse de Médecine 2011 ; FMPOS Bamako USTTB.
- 17- KAMATE SAMOU CLEMENCE.** Les traumatismes oculaires en milieu de travail à Koulikoro (Mali). Thèse médecine. FMPOS : Bamako USTTB, 2010, 87p.
- 18- BERROD J.P ET LEPORI J.C.** Généralité sur l'anatomo-physiologie oculaire. Ed Tech. EMC (Paris France). Collection du praticien. ORL-Oph 3402 : 4-9-12.
- 19- DUCAS A.** Anatomie de l'orbite. Encycl. Med. Chir. (Paris, France), ophtalmologie, 21-006-A-10, 1992, 6p.
- 20- SARAUX H, LEMASSON C, OFFRET H, RENARD G.** anatomie et physiologie de l'œil. Deuxième édition, Masson, Paris, 1982, 297p.
- 21- ROUVIERE H, DELMAS A.** anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle. 13ème édition, tome premier, tête et cou. Paris, Masson, 1991 : 341-385.
- 22- SANTALLIER M, PECHEREAU J, PECHEREAU A.** Anatomie pour les écoles d'orthoptie, V10. Ed A et J Péchereau. Nantes, 2008.
- 23- NETHER F.** Atlas d'anatomie humaine. Section N°1. Tête et coup.
- 24- GODDE-JOLLY D., DUFIER J-L.** Ophtalmologie pédiatrique, Masson 1992, 468p
- 25-TOULEMONT P.J., URVOY M.** Traumatologie oculaire chez l'enfant. Encycl. Med. Chir. (Paris-France, Ophtalmologie, 21-700-A-15, 1992, 5p.
- 26- GAIN PHILIPPE, FLORIAN T.** Traumatologie et ophtalmologie ophtal119/traumatologie 2.htm. 12-05-09 ;

- 27- CAROLE C. PHILIPPE G** Les traumatismes oculaires, EMC éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS 21-700-A-10 (1993)
- 28- BOUDET C.** Plaies et contusions du segment antérieur de l'œil Société française d'ophtalmologie Masson 1979
- 29- COUF DF.** Item 330 (item201) : Traumatismes oculaires. 2013; 330(item 201).
- 30- RAPOPORT I, ROMEM M, KINEK M et al.** Eye injuries in children in Israel. A nationwide collaborative study. Arch ophthalmol 1990; 108: 376-379
- 31- STRAHLMAN E, ELMAN M, DAUB E, BAKER S.** Causes of pediatric eye injuries: A population-based study. Arch ophthalmol 1990; 10: 603-606.
- 32-KUHN F., MORRIS R., WITHERSPOON C. D., MESTER V.** The Birmingham Eye Trauma terminology system (BETT). J Fr. Ophtalmol., 2004 ; 27, 2,206-210
- 33- GAIN PHILIPPE.** Ophtalm6/C2 explor.htm 12-05/ 09.
- 34-ULLERN M., ROMAN S.** plaies et corps étranger du segment postérieur. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Ophtalmologie, 21-700-A, 1999, 11p.
- 35- VO TAN P., LACHKAR Y.** Traumatisme oculaire. Guide pratique d'ophtalmologie 356p.
- 36- FRAU E.** Traumatismes par contusion du globe oculaire. Encycl Med Chir. (Elsevier, Paris), ophtlmologie, 21-700-A-65, 1996, 8p.
- 37- HAMMAMI B., FEKI J., KAMOUN B., ELLOUZE S., TRIGUI A, CHAABOUNI M.** Hyphéma traumatique par contusion. A propos de 40 cas. J.Fr. Ophtalmol., 1998, 21,10, 741-745.
- 38- Ministère de la santé,** Direction de la médecine préventive, Programme National de Prévention de la Cécité Plan 2002-2006, Octobre 2001.
- 39- KONAN A.C., N'DRI K., KOUASSI K.B., KOUAO K.A. C., AKE C., ABBY BLAGUET C.** l'apport de l'échographie dans le diagnostic des lésions traumatiques de l'oeil. Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac., Vol. 13, n° 3, 2006, pp. 40-43
- 40- KUHN F., MORRIS R., WITHERSPOON C. D., MESTER V.** The Birmingham Eye Trauma terminology system (BETT). J Fr. Ophtalmol., 2004; 27, 2,206-210

- 41- Prevent Blindness America.** The scope of the eye injury problem. http://www.preventblindness.org/resources/factsheets/Eye_Injuries_FS93.PDF.
- 42- RIGAL-SASTOURNE J.C., HAMARD H.** Réanimation. Soins intense. MED URG, 1995,11, n°2, 98-100
- 43- TRAORE J., SCHEMANN. J. F., BOUNDY A.** Traumatisme oculaire à l'IOTA : à propos de 124 cas nécessitant une prise en charge chirurgicale. Revue internationale du trachome et de pathologie oculaire tropicale et subtropicale et de santé publique A. 2000, vol. 77-79, pp. 117-129 [13p].
- 44- LAM A., N'DIAYE M.R.** Traumatismes oculaires au Sénégal, bilan épidémiologique et statistique de 1872 cas dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital ARISTIDE Le Dantec (CHU de Dakar) ; méd d'Afrique Noire : 1992-36 (12).
- 45- AYENA K.-D. AGBO A.-D.R. ABALO A ET AL.** Les traumatismes oculaires à Lomé (Togo). Médecine d'Afrique Noire, édition électronique 2009, 262-266p.
- 46- KAYA G.-G, NGOUONI G, ONDZOTTO G., BOTAKA E, KIMBOURI A.-F., BAGAMBOULA-MAKITA et al.** Traumatisme de l'œil et de ses annexes au CHU de Brazzaville. Médecine d'Afrique noire. Edition électronique octobre 2008, 506-513p.
- 47- MEDA N., GBE K., SANKARA P., AHNOUX-ZABSONRE A., BONIN S., COULIBALY F., FANNY A.** Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires graves de l'enfant au centre Hospitalier Universitaire de Ouagadougou (Burkina Faso). Revue SAO N°2-2008, pp. 14-19
- 48- MENSAH A., FANY A., ADJORLOLO C et al.** Épidémiologie des traumatismes oculaires de l'enfant à Abidjan. Cahiers Santé 2004, 14, p239-43
- 49- ZAOUALI. S, ATTIA. S, MOALEJ A, THABTI A, TRITAR Z, JELLITI B, BEN YAHIA S, KHAIRALLAH M.** Les traumatismes oculaires chez l'enfant. [Journal Français d'Ophtalmologie](#), 2007, 30, 2, p2S222.
- 50- LAM A; SECK S.M; AGBOTON G; SECK C.M; GUEYE N.N; ANDRIAMAROA H., SARR F.M.H.** Traumatismes oculaires chez l'enfant de 0 à 15 ans au Sénégal. [Journal Français d'Ophtalmologie](#), 2007, **30, 2**, P 2S212.
- 51- GBE K ; FANNY A, COULIBALY F, BONI S, COULIBALY R.B, OUATTARA A., SOUMAHORO M.** Aspects cliniques et prise en charge des plaies

cornéo-sclérales chez l'enfant : à propos de 100 cas. [Journal Français d'Ophthalmologie](#), 2007, 30,2, pp 2S222-2S223.

52- KOKI. G, EPÉE. E, EBALLE. AO, NTYAME. E, NSOH. CM, BELLA .AL, et al. Les traumatismes oculaires en milieu urbain camerounais : à propos de 332 cas évalués selon l'Ocular TraumaScore2015 ;38(8) :735–

53- AVAILABLEFROM: <http://dx.doi.org/10.1016/j.JFO.2015.03.009>

54- KAYA.G et al. Traumatisme de la région oculaire au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. FO : 2015. Vol.2018.PP 2016-2018 ;

55- BABA A, ZBIBA W, KORBI M, MRABET A. Épidémiologie des traumatismes oculaires à globe ouvert dans la région tunisienne du Cap Bon : étude rétrospective à propos de 100 cas. 2015 ; 38(5) :403–8. AVAILABLEFROM: <http://dx.doi.org/10.1016/j.JFO.2014.11.011>

56- DOUTETIEN C, OUSSA G, NOUKIATCHOP M-NOUMI, DEGUENON J, TCHABI S, BASSABI SK : Les Traumatismes Oculaires de l'enfant au CNHU de Cotonou.le Bénin Médical N°14-Année2000

57- DIALLO A : suivi post-opératoire des traumatismes du globe oculaire et de annexes à l'IOTA : 01-12-2004 au 28-02-2005.

58- LA GOUTTE F. Traumatologie oculaire de l'enfant. Clin optalmol, 1991 ; 2 :101-6.

59- MEDA N ; OUEDRAGO A ; DABOUE A ; OUEDRAOGO M ; RAMDE B ; SOME D ; SANOU A : Etiologies des traumatismes oculaires palpébraux au Burkina Faso : JFO05-2001-24-5-0181-5512-101019-200506596 :708-712

60- KHALKI H. Les traumatismes oculaires (A propos de 408 cas). Thèse de doctorat en médecine. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de pharmacie, Fès. Année 2010 Thèse N°108/10.

61- OUATTARA B. Traumatisme oculo-palpébral chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU-IOTA : Aspects épidémiologiques et cliniques(Mali). Mémoire pour le certificat d'études spécialisées en ophtalmologie. FMPOS, 2014, 43p.

62- BIKABA A. Les urgences oculaires traumatiques à L'IOTA : Aspects épidémiologiques et cliniques (à propos de 171 cas) Mali. Mémoire pour le certificat d'études spécialisées (DES) en ophtalmologie. Année 2013, F.M.O.S.

63- MAYOUEGO KOUAM J., EPEE E., AZRIA S., ENYAMA D, OMGBWAEBALLE A., EBANA C et al. Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires de l'enfant dans un service d'urgence ophtalmologiques en île-de-France. JFO,2015.04.009.

64- MOUSTAINE M.O. Les corps étrangers intraoculaires à l'université Sidi Mohammed Ben Abdellah au FES ; thèse médecine. FES, 2011,148p.

65- SIDIBE M. Etude des traumatismes oculaires par aiguille de tresse à L'IOTA (Mali). Mémoire pour le certificat d'études spécialisées en ophtalmologie. Bamako, 2009 ; F.M.P.O.S.

66. KHARBOUCH H., BENCHRIFA F., MELLAL Z., LOUDGHIRI M A., BERRAHO A. La cataracte traumatique de l'enfant. Journal Français d'Ophtalmologie,2009,32,1, p 1S118-1S119.

ANNEXES

ANNEXES

FICHES D'ENQUETES

Numéro d'identification **Tel :**

Date :..... /..... / 2020

N° Fiche :

1. A. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ENFANT :

Nom : _____ **Prénom :** _____

1. AGE : [_____]

2. Sexe : 1- Masculin 2- Féminin

3. Provenance: 1- Bamako 2- Kayes 3- Koulikoro 4- Sikasso
5- Ségou 6-Mopti 7- Gao 8- Tombouctou 9- Kidal
10- Taoudéni 11- Ménaka 12- Hors Mali A préciser :

4. Lieu de résidence : 1- Ville de Bamako 2- Cercle 3- village 4- Hameau

5. Niveau de scolarité de l'enfant : 1- Age préscolaire 2- Scolarisé (école formelle) 3- Scolarisé (école coranique) 4- Scolarisé (école franco-arabe) 5- Abandon scolaire 6- Non scolarisé

1. B- DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PARENTS :

PERE :

1.5. Age [_____]

1.6. Profession : 1- Agricole 2- éleveur 3- Pêcheur
4- Man /ouvrier 5- Artisan 6- Commerçant 7- fonctionnaire
8- Retraité 9- Armé 10- Autres.....

1.7. Niveau d'instruction Père : 1- Aucun 2- Primaire 3- Supérieur

MERE :

1.8. Age [_____]

1.9. Profession : 1- Agricole 2- éleveuse 3- Pêcheuse 4- Man /ouvrière 5- Artisane 6- Commerçante 8- fonctionnaire
9- Retraîtée 10- Aide-ménagère 11- Ménagère 12- Autres A préciser :

2.10. Niveau d'instruction Mère : 1- Aucun 2- Primaire 3-Supérieur

2. ASPECT CLINIQUE :

2.1- Œil Traumatisé :

1- OD __/ 2- OG __/ 3- ODG __/

2.2. Mécanisme de traumatisme :

1- Accident domestique __/ 2- Accident de travail __/ 3-AVP __/ 4-CBV _\/
5-Jeux d'enfant __/ 6-Sport __/ Autre __/ A préciser.....

2.3. Nature de l'agent traumatisant

1- Lance-pierre __/ 2- Coup de poing __/ 3- Agent métallique __/ 4- Agent végétal _\/
5- Acide __/ 6- Base __/ 7- Coup de fouet __/ 8 - Autres __/ A préciser ...

2.4. Signes fonctionnels :

1- Larmoiement __/ 2- Douleur __/ 3- Rougeur __/ 4- BAV __/ 5- Douleur + Rougeur _\/
6- Autres __/ A préciser

2.5. Acuité visuelle initiale de l'œil traumatisé :

AVLsc OD : 1- PPL __/ 2- PL+ __/ 3- CLD2m à CLD4m __/ 4-1/10 à 3/10 __/

5- \geq 3/10 __/ 6- VBM __/ 7- Impossible : enfant __/

AVLsc OG : 1- PPL __/ 2- PL+ __/ 3-CLD2m à CLD4m __/ 4-1/10 à 3/10 __/

5- \geq 3/10 __/ 6- VBM __/ 7- Impossible : enfant __/

2.6. Lésions observées :

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| 1- Œdème palpébral | 2- Plaie palpébrale | |
| 3- Section des voies lacrymales | 4- Hyperhémie | 5- Chémosis |
| 6- Hémorragie conjonctivale | 7- Plaie cornéenne centrale | |
| 8- Plaie cornéenne para-centrale | 9- Plaie limbique | |
| 10- Erosion cornéenne | 11- C A Diminuée ou effacée | |
| 12- Hyphéma | 13- Hypopion | 14- Hernie de l'iris |
| 15- Pupille déronde | 16- Iridocyclite | 17- RPM négatif |
| 18- Opacité du cristallin | 19- Rupture de la capsule antérieure | |
| 20- Issue de vitré | | |

2.7. Type du traumatisme.

1- CE superficiel __/ 2- CEIO __/ 3- Contusion __/ 4- Brûlure thermique __/ 5- Aiguille de tresse __/ 6- Brûlure chimique __/ 7- Animal __/ 8- Chute __/ 9- Rixes __/ 10- Autre __/ A préciser

2.8. Le type de classification selon BETT :

1. Contusion __/ 2. Corps étranger __/ 3. Brûlure oculaire __/ 4. Plaie oculaire __/ 5. Eclatement du globe __/ 6. Autres.....

3. CIRCUIT DE L'ENFANT :

3.1. Qui a constaté (e) le traumatisme oculaire ? : 1- Père __/ 2- Mère __/ 3- Grand parent __/ 4- Frère-sœur __/ 5- Oncle-Tante __/ 6- Enseignant (e) __/ 7- Personnel médical __/ 8- Autre __/ Préciser

3.2. Le premier geste thérapeutique

1- Auto médication __/ 2- Traitement traditionnel __/ 3- Structure sanitaire __/

3.3. Délai entre traumatisme et arrivée au premier centre de santé :

1- < 6 H __/ 2- 6-12 H __/ 3- 12-24 H __/ 4- 25-48 H __/ 5- > 48 H __/

3.4. Distance de parcours entre résidence et IOTA : 1- 1-20 Km __/ 2- 20 – 50 Km __/ 3- 50 – 100 Km __/ 4- 100 – 200 Km __/ 5- > 200 Km __/ 6- Autre pays : ...

3.5. Notion de référence : 1- CSCOM __/ 2- Hôpital __/ 3- CSREF __/ 4- Autre __/ Préciser :

3.6. Nature du traitement avant admission :

1- Antibiotique par voie oral __/ 2- Antibiotique par voie local __/ 3- AINS par voie orale __/ 4- AINS par voie locale __/ 5- Pansement protecteur __/ 6- Rien __/ 7- Autre __/ A préciser :

3.7. Délai entre traumatisme et admission au CHU-IOTA :

1- < 6 H __/ 2- 6-24 H __/ 3- 25-48 H __/ 4- 49-72 H __/ 5- >72 H __/

3.9. Personne chargée du frais de traitement au CHU-IOTA :

1- Père __/ 2- Mère __/ 3- Oncle-Tante __/ 4- Fratrie __/ 5- Voisin __/ 6- Autre

4. PRISES EN CHARGES :

4.1. Délai de prise en charge au CHU-IOTA :

1- < 6 H __/ 2- 6 à 12 H __/ 3- 12 à 24 H __/ 4- >24 H __/

4.2. Motif du retard de PEC au CHUIOTA après 6 H à préciser :

1- Prise de repas de moins de 4 heures / 2- Faible niveau sociodémographique des parents / 3- PEC avant 6 heures / 4- Autres / A
préciser.....

4.3. Mode de traitement : 1- Médical / 2- chirurgical /

4.4. Complication :

1-Cataracte / 2-Taie cornéenne / 3-endophtalmie / 4- Aucun /
5 - Autre à préciser :

4.5. Acuité visuelle finale de l'œil traumatisé :

AVLsc OD : 1- PPL / 2- PL+ / 3- CLD2m à CLD4m / 4-1/10 à 3/10 /

5- \geq 3/10 / 6- VBM / 7- Impossible : enfant /

AVLsc OG :1- PPL / 2- PL+ / 3-CLD2m à CLD4m / 4-1/10 à 3/10 /

5- \geq 3/10 / 6- VBM / 7- Impossible : enfant /

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : **TRAORE**

Prénoms : **Lassine**

Titre de la thèse : **Parcours des traumatismes oculaires chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU-IOTA.**

Année universitaire : **2020-2021**

Pays d'origine : **Mali**

LIEU de dépôt : **Bibliothèque de la faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie et de la faculté de pharmacie de Bamako.**

Centre d'intérêt : **Centre hospitalier universitaire-Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique de l'Ouest.**

Mots clés : enfant, CHU-IOTA, parcours et traumatisme oculaire.

RESUME : Le traumatisme oculaire est un ensemble de lésions qui intéressent le globe oculaire et ses annexes, ainsi que l'orbite osseuse et les voies optiques. Ce travail avait pour but d'étudier le parcours des traumatismes oculaires chez les enfants de 0 à 15 ans.

Du 1 Mars 2021 au 31 Mai 2021, nous avons réalisé une étude descriptive, prospective chez les patients admis pour traumatisme oculaire dans le CHU-IOTA.

Nous avons reçu au total 80 cas de traumatismes oculaires sur 1980 patients consultés soit une fréquence de 4%. La tranche d'âge 4-6 ans a représentée 35% des cas et 72,5% étaient de sexe masculin avec un sex-ratio de 2,6. Les enfants d'âge préscolaire étaient les plus touchés soit 62,5%. Seulement 38,75% de nos patients ont été examinés au-delà de 72 heures après le traumatisme.

Le jeu des enfants (48,75%) était le premier mécanisme de survenue. L'agent causal était de nature métallique et végétale dans la plupart des cas avec respectivement 32,5% et 23,75%. Les lésions traumatiques étaient dominées par la contusion 65% des cas. La prise en charge a été médicale chez 56,25% de nos patients.

La cataracte et la taie cornéenne furent les complications les plus observées avec respectivement 16,25% et 12,5% des cas.

Vu ces multiples aspects des traumatismes oculaires un accent particulier doit être mis sur la prévention.

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 se 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 leur père.

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 !!!!!