

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

THÈSE

**DEPISTAGE DE LA RETINOPATHIE
HYPERTENSIVE SUR GROSSESSE AU CSREF
DE LA COMMUNE VI DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 28/01/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par **M. Oumar dit Daniel DIABATE**

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

JURY

PRÉSIDENT : Professeur BAMANI Sanoussi

MEMBRES : Dr Diarra SIDY MOCTAR

Dr SAYE Gounon

CO-DIRECTEUR : Professeur NAPO Abdoulaye

DIRECTEUR : Professeur GUINDO Adama Issaka

ACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021– 2022

ADMINISTRATION

DOYEN : **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : **Mariam SYLLA** - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Dr. Monzon TRAORE**- MAITRE-ASSISTANT
AGENT COMPTABLE : **Monsieur Yaya CISSE** – INSPECTEUR DU TRESOR



LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Yeya Tiemoko TOURE	Entomologie médicale, Biologie cellulaire, Génétique
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie

Mme SIDIBE Assa TRAORE
 Mr Moustapha TOURE
 Mr Souleymane TOGORA
 Mr Aly TEMBELY
 Mr Tiéman COULIBALY
 Mr Niani MOUNKORO
 Mr Siaka SIDIBE
 Mr Abdel Kader TRAORE
 Mr Mamadou DEMBELE
 Mr Arouna TOGORA

Endocrinologie
 Gynécologie/Obstétrique
 Odontologie
 Urologie
 Orthopédie Traumatologie
 Gynécologie/Obstétrique
 Radiologie
 Médecine Interne
 Médecine Interne
 Psychiatrie



LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Alou BA
 Mr Bocar Sidy SALL
 Mr Balla COULIBALY
 Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP
 Mr Moussa TRAORE
 Mr Yénimégué Albert DEMBELE†
 Mr Anatole TOUNKARA †
 Mr Bou DIAKITE
 Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
 Mr Mamadou DEMBELE
 Mr Modibo SISSOKO
 Mr Ibrahim ALWATA
 Mme TOGOLA Fanta KONIPO
 Mr Bouraïma MAIGA
 Mr. Mady MACALOU
 Mr Mahamadou TOURE
 Mr Abdoulaye DIALLO
 Mr Tiémoko D. COULIBALY
 Mr Gangaly DIALLO
 Mr Ogobara DOUMBO
 Mr Massambou SACKO
 Mr Adama DIARRA
 Mr Yaya FOFANA
 Mr Sidi Yaya SIMAGA
 Mr Mamby KEITA

Ophtalmologie (DCD)
 Orthopédie Traumatologie - Secourisme (DCD)
 Pédiatrie (DCD)
 Chirurgie Générale (DCD)
 Neurologie (DCD)
 Chimie Organique (DCD)
 Immunologie (DCD)
 Psychiatrie (DCD)
 Pneumologie (DCD)
 Chirurgie Générale
 Psychiatrie (DCD)
 Orthopédie – Traumatologie (DCD)
 ORL (DCD)
 Gynéco/Obstétrique (DCD)
 Orthopédie/ Traumatologie (DCD)
 Radiologie (DCD)
 Ophtalmologie (DCD)
 Odontologie(DCD)
 Chirurgie Viscérale (DCD)
 Parasitologie – Mycologie (DCD)
 Santé Publique (DCD)
 Physiologie (DCD)
 Hématologie (DCD)
 Santé Publique (DCD)
 Chirurgie Pédiatrique (DCD)

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL, Chef de D.E.R
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie

Mr Lassana KANTE
 Mr Ibrahima TEGUETE
 Mr Youssouf TRAORE
 Mr Bakary Tientigui DEMBELE
 Mr Drissa KANIKOMO
 Mr Oumar DIALLO
 Mr Yacaria COULIBALY
 Mr. Drissa TRAORE
 Mr Adama Konoba KOITA
 Mr Mohamed KEITA
 Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE
 Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA
 Mme Kadiatou SINGARE
 Mr Hamidou Baba SACKO
 Mr Bréhima COULIBALY
 Mr Hamady TRAORE
 Mr Lamine Mamadou DIAKITE
 Mr Honoré jean Gabriel BERTHE
 Mme Fatoumata SYLLA
 Mr Nouhoum DIANI
 Mr Aladji Seïdou DEMBELE
 Mr Birama TOGOLA
 Mr Seydou TOGO
 Mr Tioukany THERA
 Mr Boubacar BA
 Mr Soumaïla KEITA

Chirurgie Générale
 Gynécologie/Obstétrique
 Gynécologie/Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Neuro Chirurgie
 Neurochirurgie
 Chirurgie Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie thoracique et cario-vasculaire
 ORL-(Oto-Rhino-Laryngologie)
 ORL
 Chirurgie Générale
 Odonto-Stomatologie
 Urologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Odonto-Stomatologie
 Chirurgie Générale



3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Youssouf SOW
 Mr Mamadou DIARRA
 Mr Boubacary GUINDO
 Mme Fadima Koréïssy TALL
 Mme Aïssatou SIMAGA
 Mr Seydou BAKAYOKO
 Mr Sidi Mohamed COULIBALY
 Mr Adama GUINDO
 Mme Fatimata KONANDJI
 Mr Siaka SOUMAORO
 Mr Koniba KEITA
 Mr Sidiki KEITA
 Mr Issa AMADOU
 Mr Amadou TRAORE
 Mr Bréhima BENGALY
 Mr Madiassa KONATE
 Mr Sékou Bréhima KOUMARE
 Mr Boubacar KAREMBE
 Mr Abdoulaye DIARRA
 Mr. Idrissa TOUNKARA
 Mr. Mohamed Kassoum DJIRE
 Mr Abdoul Aziz MAIGA
 Mr Oumar COULIBALY
 Mr Mahamadou DAMA
 Mr Youssouf SOGOBA
 Mr Mamadou Salia DIARRA
 Mr Moussa DIALLO
 Mr Abdoulaye NAPO
 Mr Nouhoum GUIROU
 Mr Abdoul Kadri MOUSSA
 Mr Layes TOURE
 Mr Mahamadou DIALLO

Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 ORL
 Anesthésie Réanimation
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie pédiatrique
 Chirurgie Viscérale ou générale
 Chirurgie Viscérale ou générale
 Chirurgie Viscérale ou générale
 Chirurgie Viscérale ou générale
 Chirurgie Viscérale ou générale
 Chirurgie Viscérale ou générale
 Chirurgie Viscérale ou générale
 Chirurgie Viscérale ou générale
 Chirurgie pédiatrique
 Chirurgie thoracique
 Neurochirurgie
 Neurochirurgie
 Neurochirurgie
 Neurochirurgie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Orthopédie traumatologie
 Orthopédie traumatologie
 Orthopédie traumatologie

Mr Mamoudou MAIGA
 Mr Sidi Boula SISSOKO
 Mr Bréhima DIAKITE
 Mr Yaya KASSOGUE
 Mr Bourama COULIBALY
 Mme Aminata MAIGA
 Mme Djeneba Bocar MAIGA
 Mr Ibrehima GUINDO
 Mr Boubacar Sidiki DRAME
 Mr Mamadou BA
 Mr Moussa FANE
 Mr Bamodi SIMAGA
 Mr Oumar SAMASSEKOU
 Mr Nouhoum SAKO
 Mme Mariam TRAORE
 Mr Saïdou BALAM
 Mme Arhamatoulaye MAIGA
 Mr Aboubacar Alassane Oumar
 Mr Karim TRAORE

Bactériologie-Virologie
 Histologie embryologie et cytogénétique
 Génétique et Pathologie Moléculaire
 Génétique et Pathologie Moléculaire
 Anatomie pathologique
 Bactériologie Virologie
 Bactériologie Virologie
 Bactériologie Virologie
 Biologie Médicale
 Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
 Parasitologie Entomologie
 Physiologie
 Génétique/ Génomique
 Hématologie/Oncologie/Cancérologie
 Pharmacologie
 Immunologie
 Biochimie
 Pharmacologie
 Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Hama Abdoulaye DIALLO
 Mr Harouna BAMBA
 Mr Moussa KEITA
 Mr Djakaridja TRAORE
 Mr Yacouba FOFANA
 Mr Diakalia Siaka BERTHE

Immunologie
 Anatomie Pathologie
 Entomologie Parasitologie
 Hématologie
 Hématologie
 Hématologie



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Mamady KANE
 Mr Adama D. KEITA
 Mr Soukalo DAO
 Mr Boubacar TOGO
 Mr Saharé FONGORO
 Mr. Daouda K. MINTA
 Mr. Moussa T. DIARRA
 Mr Cheick Oumar GUINTO
 Mr Ousmane FAYE
 Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
 Mr Yacouba TOLOBA
 Mme Mariam SYLLA
 Mme Fatoumata DICKO

Radiologie
 Radiologie
 Maladies Infectieuses
 Pédiatrie
 Néphrologie
 Maladies Infectieuses
 Gastro-entérologie – Hépatologie
 Neurologie
 Dermatologie
 Neurologie
 Pneumo-Phtisiologie **Chef de DER**
 Pédiatrie
 Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Idrissa Ah. CISSE
 Mr Mamadou B. DIARRA
 Mr Anselme KONATE
 Mr Kassoum SANOGO
 Mr Souleymane COULIBALY
 Mme KAYA Assétou SOUCKO
 Mr Bah KEITA
 Mr Japhet Pobanou THERA
 Mr Ilo Bella DIALL
 Mr Ichaka MENTA
 Mr Abdoul Aziz DIAKITE
 Mr Mahamadou DIALLO
 Mr Souleymane COULIBALY

Rhumatologie/Dermatologie
 Cardiologie
 Hépatogastro-Entérologie
 Cardiologie
 Psychologie
 Médecine Interne
 Pneumo-Phtisiologie
 Médecine Légale/Ophthalmologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiodiagnostic imagerie médicale
 Cardiologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr Massama KONATE	Cardiologie
Mr Ibrahima SANGARE	Cardiologie
Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
Mr Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr Mme Coumba Adiaratou THIAM	Cardiologie
Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme Mariam SAKO	Cardiologie
Mme Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition
Mr Hourouma SOW	Hepato-Gastro-enterologie
Mme Kadiatou DOUMBIA	Hepato-Gastro-enterologie
Mme Sanra Déborah SANOGO	Hepato-Gastro-enterologie
Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Mamadou A. C CISSE	Médecine d'Urgence
Mr Seydou HASSANE	Neurologie
Mr Guida LANDOURE	Neurologie
Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mr Sirtio BERTHE	Dermatologie
Mme N'Diaye Hawa THIAM	Dermatologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr Djibril SY	Médecine Interne
Mme Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr Seydou SY	Néphrologie
Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mr Koniba DIABATE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Adama DIAKITE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Aphou Sallé KONE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Mr Mamadou N'DIAYE	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Mme Hawa DIARRA	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Issa CISSE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et imagerie Médicale





Mr Ilias GUINDO
Mr Abdoulaye KONE
Mr Alassane KOUMA
Mr Aboucar Sidiki N'DIAYE
Mr Souleymane SANOGO
Mr Ousmane TRAORE
Mr Djigui KEITA
Mr Souleymane SIDIBE
Mr Drissa Mansa SIDIBE
Mr Salia KEITA
Mr Issa Souleymane GOITA

Radiologie et imagerie Médicale
Radiologie et imagerie Médicale
Radiologie et imagerie Médicale
Radiologie et imagerie Médicale
Radiologie et imagerie Médicale
Radiologie et imagerie Médicale
Rhumatologie
Médecine de la Famille/Communautaire
Médecine de la Famille/Communautaire
Médecine de la Famille/Communautaire
Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Boubacari Ali TOURE

Hématologie clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Seydou DOUMBIA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Samba DIOP
Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Epidémiologie
Santé Publique, **Chef de D.E.R.**
Anthropologie Médicale
Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO
Mr Adama DIAWARA
Mr Modibo DIARRA

Informatique Médicale
Santé Publique
Nutrition

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Hammadoun Aly SANGO
Mr Ousmane LY
Mr Oumar THIERO
Mr Ogobara KODIO
Mr Abdrahamane COULIBALY
Mr. Modibo SANGARE

Santé Publique
Santé Publique
Biostatistique/Bioinformatique
Santé Publique
Anthropologie médicale
Pédagogie en Anglais adapté à la recherche biomédicale
Epidémiologie

Mr Cheick Abou COULIBALY

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Seydou DIARRA
Mr Abdrahamane ANNE
Mr Yaya dit Sadio SARRO
Mr Mohamed Moumine TRAORE
Mme N'Deye Lallah Nina KOITE
Mr Housseini DOLO
Mr. Souleymane Sékou DIARRA
Mr Moctar TOUNKARA
Mr Nouhoum TELLY
Mr Bassirou DIARRA
Mme Fatoumata KONATE
Mr Bakary DIARRA
Mme Fatoumata SY
Mr Cheick O DIAWARA
Mr Bakary COULIBALY

Anthropologie Médicale
Bibliothéconomie-Bibliographie
Epidémiologie
Santé communautaire
Nutrition
Epidémiologie
Epidémiologie
Epidémiologie
Epidémiologie
Recherche opérationnelle
Nutrition et Diététique
Santé Publique
Gestion des Ressources Humaines
Bibliothèques
Bibliothèques

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO
Mr Rouillah DIAKITE
Mr Alou DIARRA
Mme Assétou FOFANA

Gestion
Biophysique et Médecine Nucléaire
Cardiologie
Maladies infectieuses

Mr Abdoulaye KALLE
Mr Mamadou KAREMBE
Mme Fatouma Sirifi GUINDO
Mr Alassane PEROU
Mr Boubacar ZIBEIROU
Mr Boubakary Sidiki MAIGA
Mme Daoulata MARIKO
Mr Elimane MARIKO
Mr Issa COULIBALY
Mr Klétigui Casmir DEMBELE
Mr Souleymane SAWADOGO

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Gastroentérologie
Neurologie
Médecine de Famille
Radiologie
Physique
Chimie Organique
Stomatologie
Pharmacologie
Gestion
Biochimie
Informatique

Physiologie

**DEDICACES
ET
REMMERCIEMENTS**

Je dédie ce travail :

Au Seigneur :

Louange à Dieu le père, au seigneur Jésus Christ, le tout miséricordieux, le très miséricordieux, point de divinité à part lui, l'unique, le dominateur suprême. Celui qui subsiste par lui-même, ni somnolence ni sommeil ne le saisissent. Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus, et nul n'est égal à lui.

Maître du jour de la rétribution, c'est toi seul que nous adorons, et c'est toi seul dont nous implorons le secours. Guide-nous dans le droit chemin, le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru ta colère, ni des égarés. Seigneur ! Accorde nous belle part ici-bas, et belle part aussi dans l'au-delà.

A mes parents :

C'est avec les yeux débordant de larmes, d'amour et de reconnaissance que je rédige ces mots.

Ma mère korotoumou Samaké :

Tous les mots du monde ne pourraient exprimer l'immense amour que nous vous portions, ni la profonde gratitude que nous vous témoignons pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'aviez jamais cessé de consentir pour notre instruction et notre bien-être.

Nous sommes fiers d'avoir reçu de vous une éducation de qualité.

C'est grâce à vos immenses sacrifices, vos sages conseils, vos bénédictions que j'ai pu réaliser ce travail. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en moi.

Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

Que Dieu le tout puissant et Jésus notre sauveur vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie.

Mon père feu Emmanuel

Vous qui n'avez jamais su faire la différence entre vos enfants et ceux des autres par ce que pour vous tous les enfants sont les votre. Vous qui m'avez toujours dit de prioriser les études.

Homme modeste, humble, l'admiration que nous avons pour vous est sans limite. L'amour que vous avez porté à vous enfants, la dignité, l'éducation et le sens de l'honneur nous servent de modèle; Ce travail est le vôtre.

Que le seigneur Jésus Christ vous accueille dans sa dernière demeure (paradis).

AMEN !

A la mémoire de ma tante feu Rachelle Diarra :

Avec toi je comprends aisément que ce qu'on n'obtient pas par pacifisme ce ne l'est pas dans la violence. Toutes ces années d'études depuis la maternelle jusqu'à ce jour ne pouvaient être pour moi un succès sans tes bénédictions. Tes enfants auront toujours besoins de ces bénédictions. Après nous avoir donné naissance tu nous as aimé, éduqué, dorloté, tout en nous apprenant d'être bon, modeste, tolérant et à avoir l'amour du prochain. Sois sûre mère que les leçons dispensées ont été bien apprises. Je souhaite que toutes les mamans soient comme toi afin que la paix puisse régner dans le monde entier.

Dieu seul pourra te récompenser et t'accueillir dans le paradis.

A mes frères et sœurs: Rebecca, Salom, Mah, Mariam, Saran, Noumoussira, Awa, Paul, Adama, Jean, Ichaka, Elie, Pierre, Barnabase , Mathieu, Barthelemy, et Etienne vous avez toujours pris soins de moi depuis mon enfance et vous vous êtes souciés de mon avenir, merci pour votre soutien, votre solidarité et fraternité. Que Dieu vous bénisse.

A ma chère épouse Catherine Tounkara : Toi qui as accepté de suivre le chemin difficile avec moi. Que notre vie de couple soit pleine de succès, de respect mutuel et surtout d'amour réciproque. Trouve ici tout mon amour, mon affection inébranlable et mes sincères remerciements pour tout ce que tu as fait pour moi. Que Seigneur nous unis à jamais. Amen !

A mes enfants :

Fanta dite Anne et Dominique

Je remercie mon seigneur de nous avoir donné ces enfants.

Vous êtes et vous resterez toujours un miroir pour moi.

Que Dieu vous donne l'heureuse opportunité de jouir des fruits de mon travail.

Que le Seigneur vous donne longévité, santé, prospérité et réussite totale.

A tous mes oncles, tantes, cousines et cousins : Mes sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A tous mes frères et sœurs de la grande famille Diabaté : Avec tout mon amour et mon estime, je vous souhaite santé, bonheur et prospérité.

A mes beaux-parents : Je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de me donner votre fille en mariage. Puisse Dieu le tout puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur et vous procurer une longue vie.

Au Dr Diarra Sidy Moctar et à Mme Sidibé Bintou Coulibaly : En plus d'être mes aînés, vous avez été des parents pour moi. Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte. Vos encadrements,

vos conseils, vos encouragements, vos soutiens et vos prières m'ont toujours secouru. Vous m'avez toujours guidé tout au long de ma carrière étudiante. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma gratitude éternelle et de mon amour infini. Que Dieu le tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie.

A toutes mes belles sœurs : Merci pour le respect et l'amour que vous m'accordez.

A mes amis et camarades d'étude : Dr Basidi Samaké, Dr Goïta Youssouf, Dr Diarra Ibrahim, Dr Orome, Dr Lassine Traoré, Lamine DEMBELE, pour les bons et durs moments que nous avons passé ensemble, pour la joie et la tristesse que nous avons partagé. Soyez assuré de mon éternel amitié et sympathie.

A tous mes amis et camarade de promotion de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie, sans oublier ceux du groupe d'exposé ainsi que des écoles primaires et secondaires. Merci à toutes et à tous.

Aux aînés, ami(e)s et collègues de travail : Dr Modibo Diarra , Dr DIARRA IBRAHIM, Dr BASIDY, Dr GOITA, Dr OROME, Dr BAMBA Oumar, Dr SALYA, DEMBELE Lamine.

Merci pour l'encadrement, les conseils, les encouragements et les soutiens que vous m'avez toujours donnés. Je vous souhaite la réussite dans votre vie. Que le seigneur vous bénisse et vous protège.

Aux thésards et collègues de travail du centre de sante de chérifla : Oumar Traoré, Dembélé Saiba, Souleymane Dembélé, Wah Coulibaly, Diakité Abdoulaye. Merci à vous tous.

A tous mes enseignants tout au long de mes études primaires et secondaires, particulièrement Mme Oumou Coulibaly, Mr Traoré Boubacar, Mr Mamary Coulibaly, Mr Traore Dramane Teacher, merci pour l'enseignement, les conseils et les encouragements.

Aux encadreurs de la FMOS, merci pour la formation réussie.

A tous le personnel du centre de santé de référence de la commune CVI :

Merci pour votre soutien, je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin, moralement, physiquement ou financièrement à la réalisation de ce travail.

A tous ceux qui me sont chers et que je les ai omis involontairement.

A tout le personnel de l'ophtalmologie :

Je tiens à vous présenter ma sincère gratitude pour votre enseignement et la formation dont nous avons bénéficié. Vous m'avez donné l'amour de l'ophtalmologie grâce à vos multiples qualités qui m'ont personnellement séduite. Par le présent travail, je viens vous témoigner ma vive reconnaissance et mon grand respect. Aichata SANGARE, Mamou, KONATE YOUSOUF, SOULEYMANE TRAORE, AICHATA DEMBELE, NANA KONE. Merci pour votre soutien, votre bonne collaboration et votre disponibilité. Trouvez ici ma profonde reconnaissance.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur BAMANI Sanoussi,

- **Maître de Conférences en Ophtalmologie à la FMOS ;**
- **Ancien chef du Département de Formation au CHU IOTA ;**
- **Ancien Coordinateur du Programme National de lutte contre la Cécité ;**
- **Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie ;**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie ;**
- **Membre de la Société Française d'Ophtalmologie.**

Cher maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Homme de principe et de rigueur, nous avons découvert en vous un homme aux qualités multiples sur le plan socioprofessionnel.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, et la capacité d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Votre dévotion pour la promotion et la vulgarisation de la santé se fait sentir tant dans nos villes que dans nos campagnes. Votre volonté ferme de transmettre vos connaissances, votre expérience et votre modestie font de vous un enseignant exemplaire. Que le Seigneur puisse vous donner longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr DIARRA Sidy Moctar,

- **Médecin ophtalmologiste ;**
- **Chef de l'unité d'ophtalmologie du CSRéf de la commune VI ;**
- **Charger de recherche au CSRéf de la commune VI ;**
- **Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie ;**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie ;**
- **Membre de la Société Française d'Ophtalmologie.**

Cher maître,

Vous nous avez accordé un grand honneur en nous acceptant comme votre élève ; Votre disponibilité, votre ouverture d'esprit, votre humilité, votre qualité intellectuelle, vos capacités pédagogiques et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire.

Veillez accepter cher maître notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Que Dieu vous donne long vie et la force nécessaire.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr SAYE Gounon,

- **Médecin ophtalmologiste ;**
- **Praticien Hospitalier ;**
- **Chef du Département Clinique au CHU-IOTA ;**
- **Charger de recherche au CHU-IOTA ;**
- **Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie ;**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie ;**
- **Membre de la Société Française d'Ophtalmologie.**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

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 maître de référence. Vous nous avez donnés l'engouement pour l'ophtalmologie par vos qualités expressives. Vous nous avez toujours considérés comme vos jeunes frères. Nous avons beaucoup appris à vos côtés, merci pour la qualité de votre encadrement.

Recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Que Dieu vous bénisse.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Abdoulaye Napo

- **Maitre de conférences agrégé à la FMOS**
- **Praticien Hospitalier au CHU-IOTA**
- **Spécialiste du segment postérieur**
- **Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie,**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie,**
- **Membre de la Société Française d'Ophtalmologie.**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail malgré votre planning très chargé. Au cours de ce travail, nous avons découvert en vous un homme ouvert, disponible et simple.

Vos qualités d'homme de science et de recherche ainsi que votre sens élevé du devoir font de vous un à suivre.

Que Dieu vous bénisse.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur GUINDO Adama Issaka

- **Maître de Conférences en Ophtalmologie à la FMOS ;**
- **Praticien Hospitalier et spécialiste en vitréo rétine;**
- **Directeur général adjoint du CHU-IOTA ;**
- **Colonel major de l'armée Malienne ;**
- **Médaillé de mérite national ;**
- **Responsable de l'unité ophtalmologique de l'infirmierie militaire ;**
- **Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie ;**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie ;**
- **Membre de la Société Française d'Ophtalmologie.**

Cher maître,

Vos connaissances en Ophtalmologie font de vous une référence en la matière, humble, ouvert et modeste.

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre simplicité ont forcé notre admiration.

Nous sommes très fiers d'être compter parmi vos élèves.

Que Dieu vous garde longtemps près de nous afin que vos connaissances et votre savoir puissent continuer à nous servir ainsi qu'aux générations futures.

Soyez assuré cher maître de tout notre respect et considération.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

ACOG :	American College of Obstetricians and Gynecologists.
Afr :	Afrique.
all/coll. :	collaborateurs.
ASACO :	Association de Santé Communautaire.
ATCD :	Antécédent.
AVOD :	Acuité Visuelle Œil Droit.
AVOG :	Acuité Visuelle Œil Gauche.
BAV :	Baisse d'acuité visuelle.
BHR :	Barrière Hémato-Rétinienne.
C VI :	Commune 6.
CAMES :	Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
CIVD :	Coagulation intraveineuse disséminée.
CPN :	Consultation prénatale.
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire.
CSRéf :	Centre de Santé de Référence.
dl :	Décilitre.
DR :	Décollement Rétinien.
DS :	District Sanitaire.
FMOS :	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.
FMPOS :	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
FO :	Fond d'Œil.
g :	gramme.
GPAO :	Glaucome primitif à l'angle ouvert.
H=h :	Heure.
HRP :	Hématome Rétro-Placentaire.
HTA :	Hypertension Artérielle.
IN.S.SA. :	Institut des Sciences de la Santé.
IOTA :	Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique.
J :	Jour.
Méd/méd :	Médecine.

Mr :	Monsieur.
mg :	milligramme.
ml :	millilitre.
mm ³ :	millimètre cube.
mmHg :	millimètre de mercure.
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé.
OP :	Œdème Papillaire.
PA :	Pression Artérielle.
PAD :	Pression Artérielle Diastolique.
PAS :	Pression Artérielle Systolique.
pCO ₂ :	pression en gaz carbonique.
PDSC :	Plan de Développement Sanitaire et Social de Cercle.
PG :	Prostaglandine.
PO ₂ :	pression en oxygène.
Rev :	Revue.
RHT :	Rétinopathie Hypertensive.
SA :	Semaine d'Aménorrhée.
SNC :	Système Nerveux Central.
SUP :	Supérieur.
TA :	Tension Artérielle.
TAD :	Tension Artérielle Diastolique.
TAS :	Tension Artérielle Systolique.
TAT :	Thrombine Antithrombine.
OCT :	Tomographie en Cohérence Optique.
UPB :	Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso.
USTTB :	Université des Sciences de Techniques et des Technologies de Bamako.
Vx :	Vaisseaux.

TABLES DES MATIERES

I-	INTRODUCTION	1
II-	OBJECTIFS	3
III-	GENERALITES	4
1-	DEFINITIONS	4
2-	Rappel anatomique :	4
2-1	Anatomie de l'œil	4
2-1-1	Rétine	6
3-	L'hypertension artérielle associée à la grossesse	8
3-1-	Classification de l'hypertension artérielle gravidique	8
4-	Complication de l'hypertension artérielle gravidique :	11
5-	La rétinopathie hypertensive gravidique :	12
5-1-	Physiopathologie :	12
5-2-	Régulation de la circulation rétinienne.....	14
5-3-	Effets de l'hypertension artérielle sur la circulation rétinienne :	14
5-4-	La choroidopathie hypertensive	15
5-5-	Classification de la rétinopathie hypertensive selon Kirkendal	16
6-	Exploration de la rétine	16
6-1-	L'ophtalmoscopie :	16
6-2-	La rétinographie :	16
6-3-	L'angiographie à la fluorescéine :	16
6-4-	La Tomographie en Cohérence Optique (OCT).....	16
7-	Prise en charge :	16
IV-	METHODOLOGIE :	19
V-	RESULTATS :	26
1-	Caractéristiques sociodémographiques :	26
2-	Données cliniques	28

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	38
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.	43
REFERENCES :.....	44

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe sagittale de l'œil .	6
Figure 2 : Carte sanitaire de la commune VI	20
Figure 3 : Répartition des patientes selon leur statut matrimonial.	27
Figure 4 : Répartition des patientes selon leur provenance.	27
Figure 5 : Répartition des patientes selon leur niveau d'études.	28
Figure 6 : Répartition des patientes selon leur mode d'admission.	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classification de la société internationale d'HTA.	9
Tableau II : Classification de la rétinopathie hypertensive selon Kirkendal.	16
Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge.	26
Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession.	26
Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux	29
Tableau VI : Répartition des patientes selon la gestité	29
Tableau VII : Répartition des patientes selon la protéinurie à la bandelette urinaire	30
Tableau VIII : Répartition des patientes selon le diagnostic	30
Tableau IX : Répartition des patientes selon l'acuité visuelle de l'œil droit.	32
Tableau X : Répartition des patientes selon l'acuité visuelle de l'œil gauche.	32
Tableau XI : Répartition selon les signes fonctionnels ophtalmologiques	33
Tableau XII : Répartition selon la stadification de la rétinopathie hypertensive.	33
Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'examen du fond d'œil.	33
Tableau XIV : Répartition des patientes selon les complications de la rétinopathie hypertensive.	34
Tableau XV : Répartition des patientes selon les pathologies ophtalmologiques associées à la rétinopathie hypertensive.	35
Tableau XVI : Repartition des patientes selon la rétinopathie hypertensive et les complications de la grossesse	35
Tableau XVII : Répartition des patientes selon la rétinopathie hypertensive et la protéinurie	36
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la rétinopathie hypertensive et les antécédents	36
Tableau XIX : Répartition des patientes selon la rétinopathie hypertensive et la gestité	37

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION :

La rétinopathie hypertensive représente l'ensemble des lésions rétiniennes secondaires à une hypertension artérielle (HTA) mal équilibrée ou de survenue brutale comme dans la pré-éclampsie sévère et/ou dans l'éclampsie [1]. Elle est aussi définie comme étant une atteinte des vaisseaux de la rétine due à une HTA. Les signes ophtalmologiques se développent généralement à des stades tardifs de la maladie. L'examen du fond d'œil met en évidence une diminution du calibre artériolaire, des croisements arterioveineux, des modifications de la paroi vasculaire, des hémorragies en flammèches, des nodules cotonneux, des exsudats jaunes profonds et un œdème du disque optique [1].

Selon une étude réalisée au Burkina Faso, sur 438 fonds d'œil examinés, la rétinopathie hypertensive représentait 42,73 % [2]. Au Togo sur 551 patients hypertendus reçu pour examen du fond, la rétinopathie hypertensive était présente chez 80,21% [3].

L'HTA est définie par l'OMS comme étant une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale à 90 mm Hg. Cette définition est utilisée par toutes les recommandations [4].

La fréquence de l'hypertension artérielle sur grossesse varie à travers le monde [4]. Elle concerne 10 à 15 % de l'ensemble des grossesses et la cause de 20 à 33% de l'ensemble des décès maternels ; l'hypertension artérielle sur grossesse reste aussi la première cause de mortalité maternelle dans les pays développés et la troisième dans les pays en voie de développement (1000 femmes enceintes sur 100 000) derrière les hémorragies et les infections sur grossesse [2].

En Afrique plusieurs études ont été menées sur le sujet, parmi les quelles quelques fréquences sont les suivantes : 5,6% à Dakar [5] ; 7,94% à Casablanca

[6] ; 4,60% à Abidjan [7] ; 17,2% en Guinée au CHU de Donka [8]et 2,9% au Bénin à la maternité de Laguine.

Au Mali ; une étude réalisée par Diallo. B D en 2012 à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou a rapporté une fréquence de 4,91% [9].

Les complications de l'hypertension associée à la grossesse sont nombreuses et souvent désastreuses surtout dans les pays en voie de développement [10].

L'amélioration du pronostic materno-fœtal nécessite une prise en charge adéquate. Sans prise en charge, elle devient redoutable par ses complications à la fois pour le fœtus et pour la mère.

La prise en charge de l'association HTA et grossesse nécessite une collaboration plus étroite entre les différentes spécialités. Le but de cette étude est de mettre en exergue les aspects épidémiologique et clinique de la rétinopathie hypertensive chez les femmes enceintes au CS Réf CVI.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1- Objectif général :

Étudier les aspects épidémiologique et clinique de la rétinopathie hypertensive chez les femmes enceintes au CS Réf CVI de Bamako

Objectifs spécifiques :

- Déterminer les aspects socio-démographiques de la rétinopathie hypertensive chez les femmes enceintes au CS Réf CVI de Bamako ;
- Décrire les signes cliniques de la rétinopathie hypertensive pendant la grossesse au CS Réf CVI de Bamako ;
- Décrire les complications de la rétinopathie hypertensive chez les femmes enceintes au CS Réf CVI de Bamako.

GENERALITES

III- GENERALITES :

1- DEFINITIONS :

a- L'hypertension artérielle gravidique : La définition d'une hypertension artérielle au cours de la grossesse est une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale à 90 mmHg à deux reprises, sans protéinurie, chez une patiente assise ou couchée [10].

b- Hypertension artérielle (HTA) associée à la grossesse : C'est l'hypertension artérielle qui survient après 20 semaines d'aménorrhée et disparaît avant la 6^{ème} semaine du post-partum [10]. Si elle survient avant 20 semaines, il faut suspecter une hypertension artérielle chronique isolée ou symptomatique d'une autre pathologie [11].

Protéinurie significative :

La protéinurie est considérée comme significative lorsqu'elle est supérieure ou égale à 2 croix à la bandelette urinaire, ou > 300mg/24h, ou > 1g/l [12].

c- La Rétinopathie hypertensive : Elle est définie comme l'ensemble des altérations dans le fond de l'œil en raison de la présence d'hypertension artérielle. [13]

2- Rappel anatomique : [13]

2-1 Anatomie de l'œil [13, 14] :

On définit classiquement dans l'œil un contenant formé de trois enveloppes ou membranes et un contenu. La membrane externe ou coque cornée-sclérale, constituée en arrière par une coque fibreuse de soutien, la sclère, prolongée en avant par la cornée transparente ; Sur la sclère viennent s'insérer les muscles oculomoteurs, la jonction entre sclère et cornée est dénommée limbe sclérocornéen.

La partie antérieure de la sclère est recouverte jusqu'au limbe par la conjonctive. La sclère présente à sa partie postérieure un orifice dans lequel s'insère l'origine du nerf optique, dénommé tête du nerf optique ou papille. La membrane intermédiaire ou uvée, constituée d'arrière en avant par :

- La choroïde, tissu essentiellement vasculaire responsable de la nutrition de l'épithélium pigmentaire et des couches externes de la rétine neurosensorielle,
- Les corps ciliaires dont la portion antérieure est constituée par les procès ciliaires responsables de la sécrétion d'humeur aqueuse et sur lesquels est insérée la zonule, ligament suspenseur du cristallin, et par le muscle ciliaire, dont la contraction permet l'accommodation par les changements de forme du cristallin transmis par la zonule.
- L'iris, diaphragme circulaire perforé en son centre par la pupille, dont l'orifice est de petit diamètre à la lumière vive (myosis) et de grand diamètre à l'obscurité (mydriase). Le jeu pupillaire est sous la dépendance de deux muscles : le sphincter de la pupille et le dilatateur de l'iris.

La membrane interne ou rétine, qui s'étend à partir du nerf optique en arrière et tapisse toute la face interne de la choroïde pour se terminer en avant en formant une ligne festonnée, l'ora serrata ; la rétine est constituée de deux tissus : la rétine neurosensorielle et l'épithélium pigmentaire.

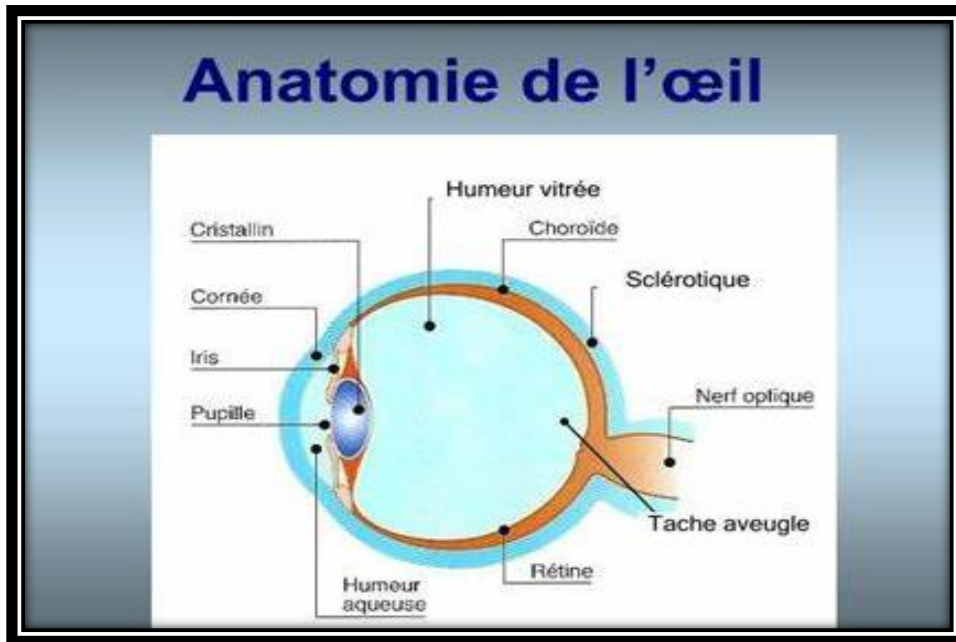


Figure 1 : Coupe sagittale de l'œil [14].

2-1-1 Rétine [13] :

Fine membrane tapissant la surface interne du globe, la rétine est un tissu neurosensoriel, capable de capter les rayons lumineux et de transmettre les informations visuelles au système nerveux central. Issue du neuroblaste, c'est une structure nerveuse constituée de neurones et de cellules gliales. Elle est caractérisée par la présence de cellules hautement spécialisées : les cônes et les bâtonnets qui sont des photorécepteurs et qui réagissent aux signaux lumineux.

2-1-2- Anatomie macroscopique [13] :

La rétine forme la tunique la plus interne du globe oculaire, recouvrant toute sa surface depuis la papille jusqu'à l'ora serrata. La rétine est une fine membrane, de coloration rosée, transparente, bien vascularisée. Etendue de la papille à l'ora serrata, elle adhère fortement à ces deux zones, entre lesquelles elle tapisse de façon harmonieuse la choroïde.

Par l'intermédiaire de son feuillet externe, l'épithélium pigmentaire, elle est solidaire de la choroïde. Sur son versant interne, elle est en contact avec le vitré

par l'intermédiaire de la membrane hyaloïde. Au niveau de la base du vitré, près de l'ora serrata, rétine et vitré contractent des adhérences importantes.

2-1-3- Histologie [13] :

La rétine humaine présente du point de vue histologique dix couches ; de l'extérieur vers l'intérieur, on trouve :

- L'épithélium pigmentaire ;
- La couche des photorécepteurs : cônes et bâtonnets ;
- La membrane limitante externe ;
- La couche nucléaire externe (formée par les noyaux des cellules photoréceptrices) ;
- La couche pléxiforme externe;
- La couche nucléaire interne ;
- La couche pléxiforme interne;
- La couche des cellules ganglionnaires ;
- La couche des fibres optiques ;
- La membrane limitante interne.

2-1-4- Vascularisation de la rétine [13].

➤ **Vascularisation artérielle** : la rétine reçoit son apport sanguin par un double système.

La choriocapillaire vascularise les couches externes et notamment les photorécepteurs. Elle forme une couche unique de capillaires provenant des ramifications des artères ciliaires courtes postérieures et en avant des artères récurrentes du grand cercle artériel de l'iris. Un système d'artère intra rétinienne, branche de l'artère centrale de la rétine, prend en charge l'apport artériel aux couches internes de la rétine. A ce réseau, peuvent s'ajouter des artères surnuméraires comme les artères cilio-rétiniennes [13].

➤ **Vascularisation veineuse** :

Le drainage veineux de la rétine est assuré principalement par la veine centrale de la rétine. Les veinules, de petit calibre : (2 à 20 f.1), se réunissent de façon

centripète, de l'ora serrata vers la papille pour fournir des veines de plus en plus importantes pour former la veine centrale de la rétine au niveau de la papille [13]. Les particularités de la circulation sanguine rétinienne la barrière hémato rétinienne : elle est externe et interne

- La barrière interne se situe entre le sang des vaisseaux rétiniens et la rétine, elle est constituée par la paroi vasculaire : rôle des cellules endothéliales. La barrière externe se situe entre le sang des vaisseaux choroïdiens et la rétine, elle est constituée par l'épithélium pigmentaire [14].
- Le fond d'œil :

La rétine peut être divisée en 4 cadrans pour son observation clinique et sa description. Ainsi on distingue :

- le cadran temporal supérieur ;
- le cadran temporal inférieur ;
- le cadran nasal supérieur et
- le cadran nasal inférieur.

3- L'hypertension artérielle associée à la grossesse

3-1- Classification de l'hypertension artérielle gravidique [16] :

Il existe plusieurs classifications de l'hypertension artérielle gravidique sur grossesse. Nous proposons deux dont celles de la société internationale d'HTA et de l'American collège of obtétriciens and gynécologues (ACOG).

3-1-1- Classification de la société internationale d'HTA :

Tableau I : Classification de la société internationale d'HTA.

HTA avant la grossesse	Protéinurie significative	
Non	Non	Oui
	HTA gravidique	Pré-éclampsie
Oui	HTA chronique	Pré-éclampsie surajoutée

Cette classification nous semble plus proche des situations cliniques habituelles. Elle ne retient que deux critères élémentaires : hypertension artérielle induite par la grossesse quand elle survient après la 20ème semaine et existence ou non d'une protéinurie [15].

3-1-2- Classification de American collège of obstetricians and gynecologists (ACOG).

Il existe 4 types selon l'ACOG :

a- Type I ou pré éclampsie [16] :

- HTA le plus souvent après la 20ème semaine d'aménorrhée ;
- Survient chez une jeune primipare au 3ème trimestre
- Présence d'une protéinurie entre 0,5 et 1 gramme / 24H qui signe la gravité de l'affection et en établit un pronostic sévère, lorsqu'elle dépasse 1g/24H ;
- Disparition des signes sans séquelles après la grossesse et classiquement, il n'y a pas de récurrence lors de grossesses futures.

❖ La Pré-éclampsie modérée [16] :

On parle de pré-éclampsie modérée quand la PA est comprise entre 140 /90mm Hg et 160/90 mm Hg chez une gestante auparavant normotendue associée à une protéinurie comprise entre 300 mg/dl/24h et 500 mg /dl/24h.

❖ La Pré-éclampsie sévère [16] :

En cas de pré-éclampsie sévère, la seule issue est l'accouchement, presque toujours par césarienne. Elle est dite sévère lorsqu'au moins deux des critères sous cités sont retrouvés à l'examen de la patiente :

- Une PAS \geq 160 mm Hg et /ou PAD \geq 110 mm Hg ;
- Une protéinurie \geq 500 mg/dl/24h ou supérieure à trois croix à la bandelette urinaire ;
- Une oligoanurie $<$ 400 ml/24h ;
- Système nerveux central (SNC) : perturbations visuelles, céphalées, scotome, modifications de l'état mental ;
- Un œdème aigu du poumon ;
- Des douleurs épigastriques en barre ou signe de Chaussier ;
- Des anomalies des tests hépatiques ;
- Une thrombopénie $<$ 100.000 /mm³ ;
- Un retard de croissance intra utérin avec ou sans anomalies du Doppler
- Un oligoamnios.

Le pronostic fœto-maternel de la pré-éclampsie est fonction de la précocité du diagnostic et de la qualité de la prise en charge et peut évoluer vers des accidents maternels et/ou fœtaux graves tout comme vers une guérison.

b- Type II ou HTA chronique [16] :

HTA connue avant la grossesse ou apparaissant avant la 20^{ème} semaine d'aménorrhée.

c-Type III ou type II + pré-éclampsie sur ajoutée au 3^{ème} trimestre par apparition d'une protéinurie [16].

d- Type IV ou HTA gestationnelle :

- Disparition après la grossesse ou elle a été identifiée.
- Réapparition possible, lors de futures grossesses.

- Absence de protéinurie ; puisqu'une protéinurie peut toujours apparaître secondairement, le diagnostic d'hypertension artérielle gestationnelle n'est définitivement établi qu'en post partum.

4- Complication de l'hypertension artérielle gravidique : [3 ; 8 ; 15]

- Au niveau du système nerveux central par une hyper irritabilité, des céphalées, des bourdonnements, une amaurose.

- Au niveau du foie par un HELLP syndrome, un hématome sous capsulaire du foie, une nécrose péri-portale et stéatose hépatique gravidique.

- Au niveau du rein par une protéinurie, une insuffisance rénale.

- Au niveau des poumons, par un œdème aigu pulmonaire, un œdème interstitiel.

- Au niveau du placenta et du fœtus, par le retard de croissance intra utérine, la mort fœtale in utero, la prématurité, le décès périnatal et néonatal précoce.

- Au niveau du système cardiovasculaire, par une augmentation du tonus vasculaire, une augmentation de la perméabilité vasculaire (œdème), une agrégation plaquettaire et une atteinte endothéliale (diminution des substances vasodilatatrices).

- Au niveau de la coagulation par une thrombopénie, une coagulopathie de consommation (CIVD hémorragique) caractérisée par l'effondrement de l'activité des facteurs de coagulation, du fibrinogène, des plaquettes et de l'antithrombine, ainsi que par l'apparition de complexes solubles, l'élévation des complexes thrombines-antithrombines (TAT), des complexes plasmines-anti-plasmines, des produits de dégradation (PDF) et des dimères.

- Au niveau oculaire :

Différents symptômes ophtalmologiques peuvent être rencontrés au cours de l'hypertension sur grossesse. Les troubles visuels peuvent aller de la baisse de l'acuité visuelle à la cécité totale. Ils peuvent être dus à un œdème rétinien, à un

décollement de rétine ou à des spasmes artériolaires. On note que les atteintes oculaires sont observées chez plus de 30% des patientes présentant une éclampsie et chez plus de 20% des patientes présentant une pré-éclampsie sévère [10,17].

5- La rétinopathie hypertensive gravidique : [12, 13, 14]

5-1- Physiopathologie :

L'autorégulation est l'aptitude spécifique des vaisseaux rétiniens à réagir aux modifications tensionnelles : elle permet le maintien d'un débit vasculaire rétinien stable en présence de modifications de la pression artérielle (PA) grâce à la vasoconstriction artérielle active qui se produit en présence d'une augmentation de la PA ; les mécanismes d'autorégulation expliquent la vasoconstriction artérielle ainsi que les nodules cotonneux et les hémorragies profondes liées à des occlusions artériolaires. Avec l'autorégulation, la deuxième particularité de la circulation rétinienne est la présence d'une barrière hémato-rétinienne (BHR) ; la rupture de la BHR est responsable d'hémorragies rétiniennes superficielles, d'un œdème rétinien et d'exsudats profonds (« exsudats secs ») [17]. Les premiers signes de la rétinopathie hypertensive ne s'accompagnent pas de rétrécissement fonctionnel et l'acuité visuelle est donc plus souvent normale. Les signes oculaires de l'hypertension artérielle ne sont présents qu'au cours des formes sévères. La majorité des HTA modérées ou bénignes est indemne de manifestation ophtalmoscopique.

Il faut distinguer les signes liés à l'hypertension artérielle proprement dite de ceux liés à l'artériosclérose. Les classifications les plus récentes tiennent compte de ces distinctions, alors que les plus anciennes regroupaient HTA et artériosclérose. Le premier signe ophtalmoscopique de la rétinopathie hypertensive est la diminution du calibre artériel, difficile à apprécier lorsqu'elle est diffuse. Elle est plus apparente lorsqu'il s'agit de vasoconstriction focale.

Les modifications de calibre artériel sont plus faciles à apprécier sur des clichés du fond d'œil qu'à l'examen ophtalmoscopique ; ils sont réversibles avec le traitement de l'hypertension artérielle. En présence d'une hypertension artérielle sévère, ou d'installation rapide, les capacités d'autorégulation sont dépassées : la barrière hémato rétinienne (BHR) est rompue. Cela se traduit cliniquement par des hémorragies rétinienne superficielles, un œdème maculaire associé à des exsudats secs souvent de disposition stellaire dans la région maculaire, un œdème maculaire, un œdème papillaire. L'occlusion des artérioles pré capillaires est responsable de nodules cotonneux et d'hémorragies rétinienne profondes. Les hémorragies rétinienne sont de deux types : en flammèches dans les couches superficielles, de disposition péri-papillaire, elles traduisent la rupture de la BHR ; profondes, rondes, disposées sur toute la rétine, elles traduisent la présence d'infarctus rétinien par occlusions artériolaires. Les exsudats profonds (exsudats secs) sont liés à une rupture durable de la BHR et sont d'apparition plus tardive. Ils sont situés dans les couches profondes, au pôle postérieur ; dans la région périfovéaire, leur disposition stellaire donne une image typique « d'étoile maculaire ». Les nodules cotonneux, comme les hémorragies rétinienne profondes, sont secondaires à des occlusions artériolaires responsables de l'accumulation dans les fibres optiques de matériel axoplasmique dont le transport actif est interrompu ; il se présente comme des lésions de petite taille, blanches, superficielles, d'aspect duveteux et à contours flous. Ils régressent en 3 à 4 semaines après le traitement de l'hypertension artérielle gravidique. L'œdème papillaire (OP) est l'élément principal du stade III de la classification de la rétinopathie hypertensive. Il est dû à une hypertension artérielle sévère ou à une élévation rapide et importante de la pression artérielle (PA). La papille est en hyperhémie, l'œdème papillaire peut être entouré d'hémorragies en flammèches et d'exsudats secs péri-papillaires ou associé à des exsudats secs maculaires formant une étoile maculaire. Au début, l'œdème papillaire n'entraîne pas ou peu de modifications fonctionnelles en

dehors d'un agrandissement de la tache aveugle. Si l'œdème papillaire persiste, la papille devient atrophiée et l'acuité visuelle chute. Tous ces signes, non spécifiques lorsqu'ils sont isolés, sont très évocateurs d'hypertension artérielle lorsqu'ils sont associés ; ils sont facilement identifiables, mais ne s'accompagnent habituellement pas de diminution d'acuité visuelle. Malgré la présence d'exsudats maculaires, un œdème maculaire sympathique avec baisse d'acuité visuelle est rare.

5-2- Régulation de la circulation rétinienne.

Elle fait appel à des mécanismes propres d'autorégulation (les vaisseaux rétiniens n'ont pas d'innervation sympathique). Les facteurs d'autorégulation sont :

- ✓ la PO_2 (pression en oxygène): l'hypoxie est responsable de vasodilatation tandis que l'hyperoxie est responsable de vasoconstriction.
- ✓ la pCO_2 (pression en gaz carbonique) : vasodilatation la pression artérielle systémique: l'élévation de la pression artérielle crée une vasoconstriction, tandis que sa baisse crée une vasodilatation. [12, 13, 14].

5-3- Effets de l'hypertension artérielle sur la circulation rétinienne : [11, 12, 17].

Au début, une élévation de la pression artérielle systémique entraîne une diminution du calibre des vaisseaux rétiniens. Lorsque les mécanismes d'autorégulation sont dépassés, des signes de rétinopathie hypertensive apparaissent :

- La rupture de la barrière hémato rétinienne interne est responsable d'hémorragie et d'œdème.
- L'occlusion des artérioles pré-capillaires est responsable d'apparition de territoires d'ischémie et de nodules cotonneux (interruption du transport

axoplasmique). Une hypertension artérielle sévère entraîne une rupture de la barrière hémato-rétinienne interne, ce qui conduit à l'exsudation de sang (hémorragies rétinienne). Une hypertension artérielle sévère provoque également une ischémie au niveau de la couche des fibres nerveuses entraînant l'apparition des nodules cotonneux.

Lorsque l'hypertension devient très grave, la pression intracrânienne s'élève ce qui peut entraîner une ischémie ou un œdème papillaire.

5-4- La choroidopathie hypertensive [12, 14, 16].

Les vaisseaux choroïdiens sont dépourvus de mécanisme d'autorégulation mais subissent une vasoconstriction dépendante du système nerveux sympathique en présence d'une hypertension artérielle gravidique : des occlusions de la choriocapillaire peuvent apparaître, responsables d'une ischémie et d'une nécrose de l'épithélium pigmentaire. Les artérioles de la choroïde peuvent également subir une nécrose fibrinoïde dans le cadre de l'hypertension sévère, conduisant à l'infarctus des segments de la choriocapillaire. A la phase aiguë, ces lésions sont profondes et blanchâtres au fond d'œil ; elles cicatrisent en laissant de petites taches pigmentées profondes appelées «taches d'Elschnig ». Les formes les plus sévères de la choroidopathie hypertensive avec ischémie choroïdienne étendue s'accompagnent d'un décollement de rétine exsudatif du pôle postérieur, responsable d'une baisse d'acuité visuelle. Avec le traitement de l'hypertension artérielle gravidique, le décollement de rétine exsudatif se réapplique et l'acuité visuelle se normalise [3, 6, 18].

5-5-Classification de la rétinopathie hypertensive selon Kirkendal

Tableau II: Classification de la rétinopathie hypertensive selon Kirkendal.

Stade	Rétinopathie hypertensive	Artériosclérose
Stade 1	Rétrécissement artériel diffus	Signe de croisement
Stade 2	Stade 1 + hémorragie et nodules cotonneux	Stade 1 + rétrécissement artériolaire localisé
Stade 3	Stade 2 + Œdème papillaire	Stade 2 + Occlusion de branche veineuse et saignements vasculaires

6- Exploration de la rétine [14].

6-1- L'ophtalmoscopie :

Cet acte est réalisé après dilatation pupillaire. Elle peut être directe à l'aide d'un ophtalmoscope ou indirecte à l'aide de lentille.

6-2- La rétinographie : La rétinographie est un examen de diagnostic qui, sous la forme de photographies, permet d'obtenir une image de la rétine. La rétinographie est un examen non invasif, indolore, et de réalisation aisée.

6-3- L'angiographie à la fluorescéine : Le principe de cet examen est d'injecter par voie veineuse 5 ml de fluorescéine sodique à 10% et d'enregistrer sa fluorescence au niveau de la rétine grâce à un angiographe. Cet examen n'est pas contre indiqué chez la femme enceinte.

6-4-La Tomographie en Cohérence Optique (OCT) : L'OCT (Optical CoherenceTomography) est un examen non invasif utilisant un laser et qui permet de réaliser des coupes de la rétine pour visualiser les différentes couches avec une précision de quelques microns.

7- Prise en charge :

La rétinopathie hypertensive imputable à la pré-éclampsie sévère/éclampsie n'a pas un traitement spécifique. Le traitement est pluridisciplinaire cardiologue, obstétricien et l'ophtalmologiste. En effet les lésions rétiniennes s'estompent en

quelques semaines après l'accouchement et la stabilisation de la TA. L'évolution est favorable dans la majorité des cas avec un traitement antihypertenseur bien conduit. Le décollement séreux rétinien et le décollement exsudatif rétinien se réappliquent sans séquelles. Dans de rares cas des complications peuvent survenir. Une cécité définitive et une persistance de la baisse de l'acuité visuelle ont été observées lors d'une pré-éclampsie sévère au décours d'un décollement rétinien bilatéral [19, 20]. Une cécité corticale transitoire a également été noté [21].

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

Cadre de l'étude : Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune VI.

1- Situation géographique du CSREF CVI :

A L'instar de toutes les communes du District de Bamako, la Commune VI fut créée par l'ordonnance N° 78-34/ CMLN du 18 août 1978, modifié par la loi n° 8229/ AN-RM du 2 Février 1982 déterminant les limites des communes du district de Bamako, elle est située sur la rive droite du fleuve Niger et à 17 Km de la Direction Régionale de la Santé de Bamako. Elle couvre une superficie de 94 Km² et est composée de dix (10) quartiers qui sont : Sogoniko, Faladié, Banankabougou, Magnambougou, Yirimadio, Sokorodji, Dianéguéla, Missabougou, Sénou et Niamakoro.

Elle est limitée :

- Au Nord par le fleuve Niger,
- A l'Est et au Sud par le cercle de Kati,
- A l'Ouest par la Commune V,
- Au Sud par Kalanban-coro.

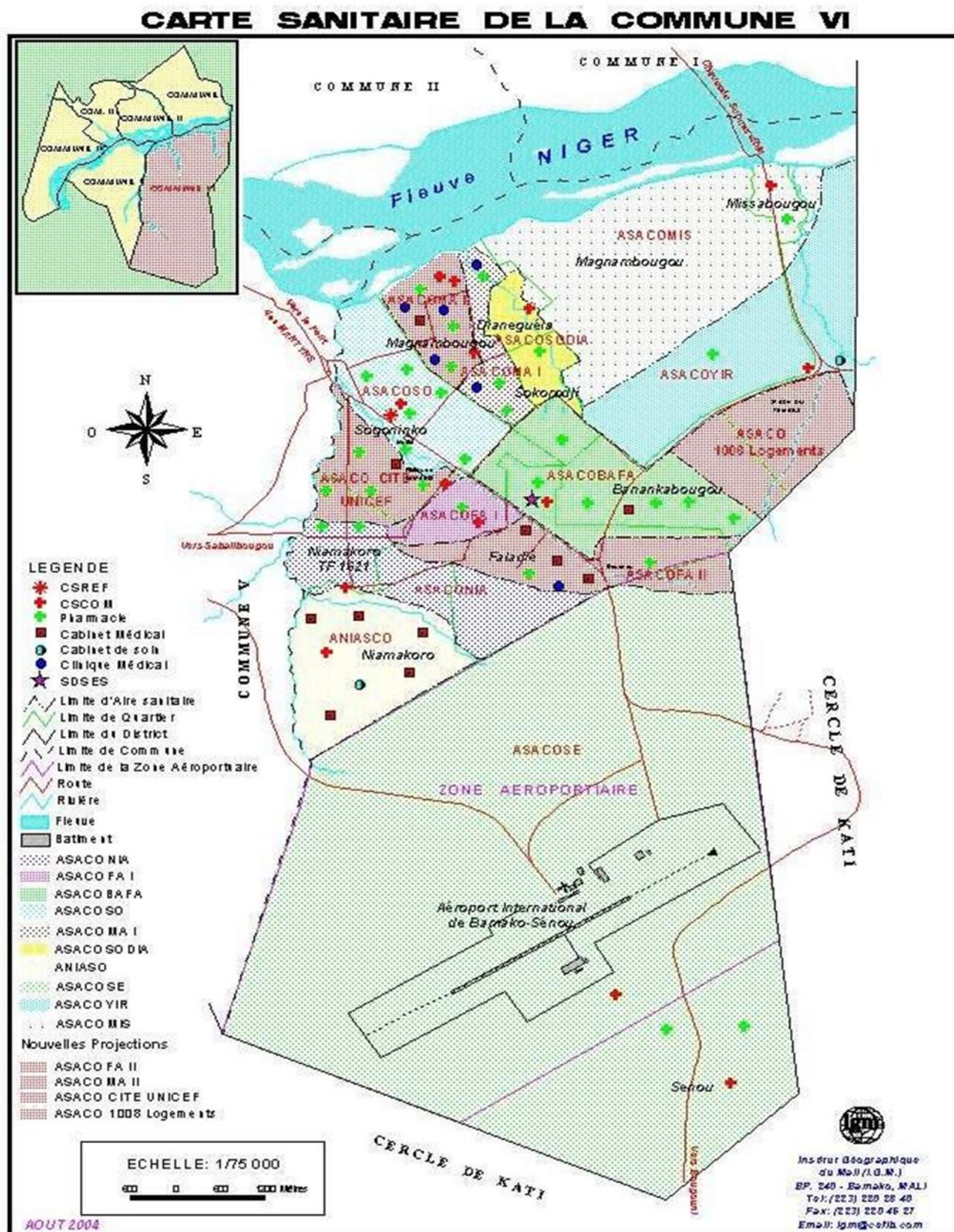


Figure 2 : Carte sanitaire de la commune VI .

2- Historique du centre de santé de référence de la Commune VI :

A L'instar de toutes les communes du District de Bamako, la Commune VI fut créée par l'ordonnance N° 78-34/ CMLN du 18 août 1978, modifiée par la loi n° 8229/ AN-RM du 2 Février 1982

En 2009, la population totale de la Commune VI s'élevait à 470 269 habitants, dont 238 506 hommes et 231763 femmes (source RGPH 2009). En application du taux d'accroissement annuel la population a atteint 627 819 habitants en 2018. Elle est composée de 50,7% d'hommes et 49,3% de femmes.

➤ Organisation et Fonctionnement des structures de santé de la Commune VI :

Le district sanitaire de la commune est couvert par un système de santé à deux échelons conformément à la politique sectorielle de santé :

Les CSCOM (Centre de Santé Communautaire) au niveau des aires de santé constituent le premier échelon ;

Le CSRéf (Centre de Santé de Référence) du district sanitaire (DS) représente le deuxième échelon. Au niveau du 1er échelon (aire de santé), tous les CSCOM du DS sont tenus par un personnel qualifié, nous avons deux médecins et 3 sages femmes par CSCOM au minimum. Chaque CSCOM est géré par une Association de Santé Communautaire (ASACO). Les organes de gestion de l'ASACO sont le conseil d'administration mis en place par les délégués et le comité de gestion composé de cinq membres issus du conseil d'administration et l'assemblée générale (instance). Le CSRéf est le deuxième niveau du district sanitaire. Il remplit essentiellement deux fonctions :

➤ Une fonction de santé publique comportant des tâches de planification, suivi et coordination dans la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire et Social de Cercle (PDSC). A travers cette fonction, le centre de santé de référence assume les tâches de supervision, monitoring et d'appui technique aux structures de premier niveau. Il s'agit de donner des conseils et des orientations

au personnel des aires de santé dans le cadre de leurs activités de supervision et de formation des agents relais, mais aussi des prestations relatives à l'hygiène du milieu et au développement communautaire. Il s'agit également de donner des appuis-conseils aux collectivités territoriales.

➤ Une fonction de référence clinique lui permettant de prendre en charge les cas dépassant le plateau technique des structures de premier échelon. Il s'agit entre autres de cas nécessitant la chirurgie, les explorations radiologiques, les examens biologiques ou une hospitalisation. Ce deuxième niveau est dirigé par un Médecin Chef qui assure la coordination d'une équipe pluridisciplinaire ou multisectorielle. Ce dernier niveau travaille en étroite collaboration avec un service local de développement social et de l'économie Solidaire dirigé par un administrateur de l'action sociale et un service local de la promotion de la famille, de l'enfant et de la femme dirigé par un Administrateur de l'action sociale. En outre, les interventions dans le domaine de la santé sont coordonnées et suivies à travers un cadre de concertation initié à cet effet.

Tous les CSCOM disposent de deux à trois Médecins et de trois à cinq sages-femmes ou plus.

Les CSCOM disposent du personnel requis pour assurer la prise en charge des populations. Le CSRéf appuie les CSCOM en formation continue du personnel leur permettant d'assurer des soins de qualité. Les structures privées, parapubliques et confessionnelles recensées disposent du personnel requis pour les activités de leur domaine de prise en charge. Il faut noter que la liste n'est pas exhaustive car seules les structures transmettant les rapports d'activités y figurent.

3- Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif allant du 1^{er} octobre 2021 au 31 Mars 2022 soit une période de 6 mois.

4- Population d'étude :

Toutes les femmes ayant une hypertension artérielle associée à la grossesse référées ou venues d'elles mêmes au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako pendant la période d'étude.

5- Critères d'inclusion :

Toutes les patientes présentant une rétinopathie hypertensive pendant la grossesse au CSREF VI de Bamako et consentante au cours de notre période d'étude.

6- Critères de non inclusion :

- Toutes les patientes hypertendues gravidiques à fond d'œil (FO) normal ou inaccessible
- Toutes les patientes non consentantes
- Toutes les patientes ne présentant pas une rétinopathie hypertensive.

7- Échantillonnage

L'échantillonnage était exhaustif pour des patientes reçues durant la période d'étude, répondant aux critères d'inclusions et consentantes.

8- Techniques et outils de collecte des données

Les données ont été collectées à partir du dossier médical et de la fiche d'enquête avec un entretien individuel.

9- Déroulement de l'enquête

- L'enquête s'est déroulée dans les salles de consultation au niveau des services de gynécologie et d'ophtalmologie.
- L'interrogatoire des patientes a été réalisé dans la salle de consultation ophtalmologique.
- Une fois que le diagnostic de rétinopathie hypertensive est posé par un examen ophtalmologique complet, les chiffres de la pression artérielle de la patiente

ainsi que les résultats de la protéinurie à la bandelette urinaire ont été pris en compte.

- Nous avons utilisé la classification de Kirkendall.

- Aussi une prise en charge obstétricale et un suivi ophtalmologique mensuel ont été effectués dans le but d'observer l'évolution des lésions du FO.

-Après examen du fond d'œil, les patientes étaient renvoyées au service de gynéco-obstétrique avec le compte rendu du résultat de l'examen ophtalmologique. Les patientes sont ensuite référées au service de cardiologie pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Celles ayant présenté des lésions oculaires bénéficiaient d'un suivi ophtalmologique selon le plan adopté (à J15, J30 et J60 après le premier jour de l'examen ophtalmologique).

10- Saisie et analyse des données :

La saisie des données a été effectuée sur logiciels Microsoft Word et Excel Office 2019, utilisé les proportions pour décrire les variables quantitatives et les moyennes pour les variables qualitatives ; Le traitement de ce texte et les tableaux ont été faites par le logiciel SPSS version 25.

11- Aspect éthique et déontologie :

L'enquête s'est déroulée après une autorisation de l'administration du centre de sante de référence de la commune VI, dans la confidentialité, le respect et le consentement éclairé des patientes.

6- Variables étudiées :

Les principales variables étaient de deux ordres :

- Celles relatives aux données sociodémographiques : l'âge, la provenance, la profession, le statut matrimonial, le niveau d'étude,

- Celles relatives aux données cliniques : le motif de consultation, les antécédents personnels, les chiffres de la pression artérielle, la protéinurie à la bandelette urinaire, l'acuité visuelle, l'état du FO.

RESULTATS

V- RESULTATS :

Au total, 106 patientes hypertendues, dont 28 répondaient aux critères d'inclusion durant notre période d'étude soit une fréquence de (n=26,42%) ont présenté une rétinopathie hypertensive liée à la grossesse.

1- Caractéristiques sociodémographiques :

- Age :

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge.

Age	Effectifs	(%)
15-25	6	21,43
26-35	13	46,43
36-45	9	32,14
Total	28	100

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 26-35 ans avec 46,43%.

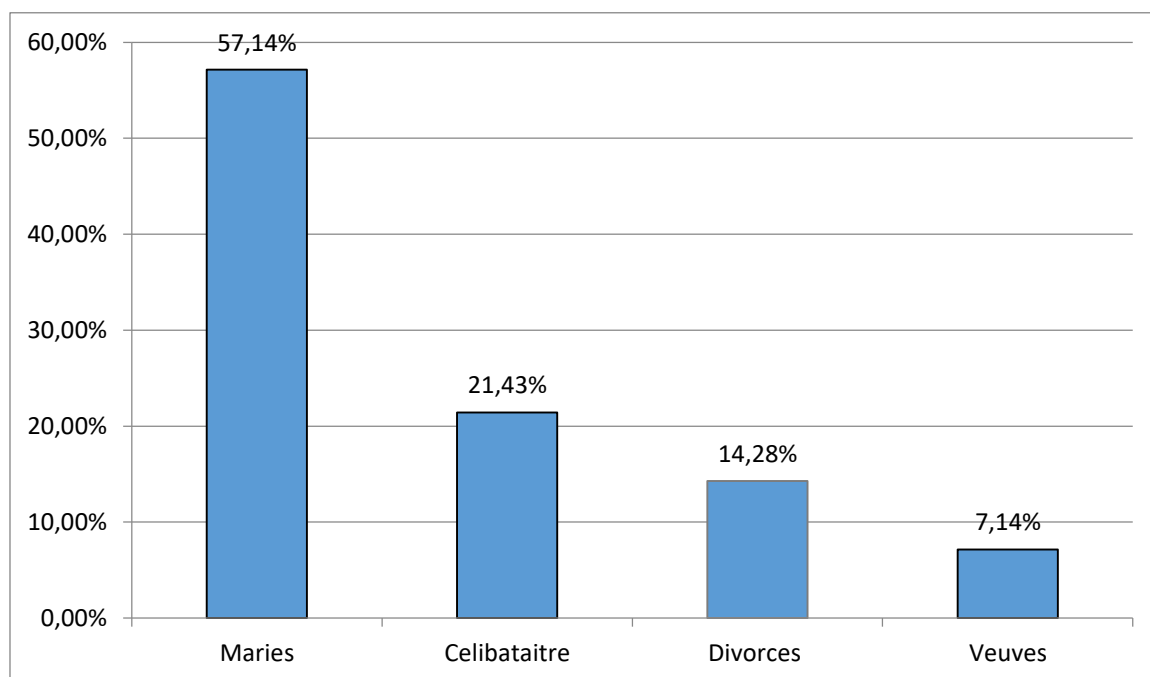
- Profession :

Tableau IV: Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectifs	(%)
Ménagère	14	50
Fonctionnaire	2	7,14
Élève/étudiante	8	28,58
Commerçante	4	14,28
Total	28	100

Nos patientes étaient en majorité des ménagères avec 50% des cas.

- **Statut matrimonial :**



. Figure 3 : Répartition des patientes selon leur statut matrimonial

Les mariées étaient plus fréquentes avec 57,14% des cas

- **Provenance :**

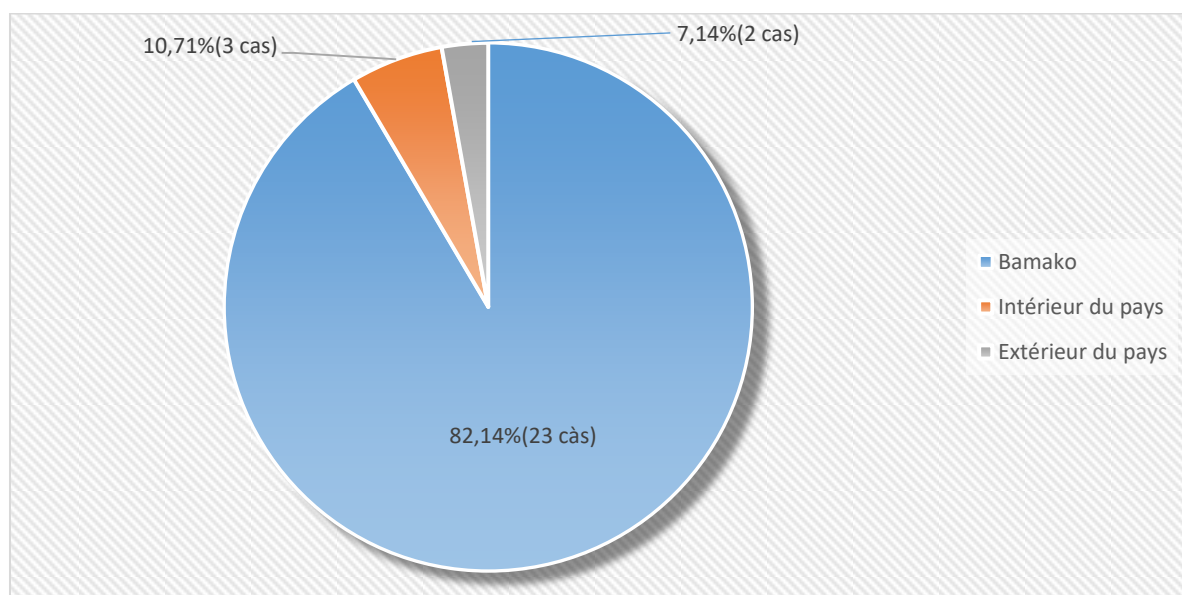


Figure 4 : Répartition des patientes selon la provenance

La plupart de nos patientes provenaient de Bamako soit 82,14%.

- **Niveau d'études :**

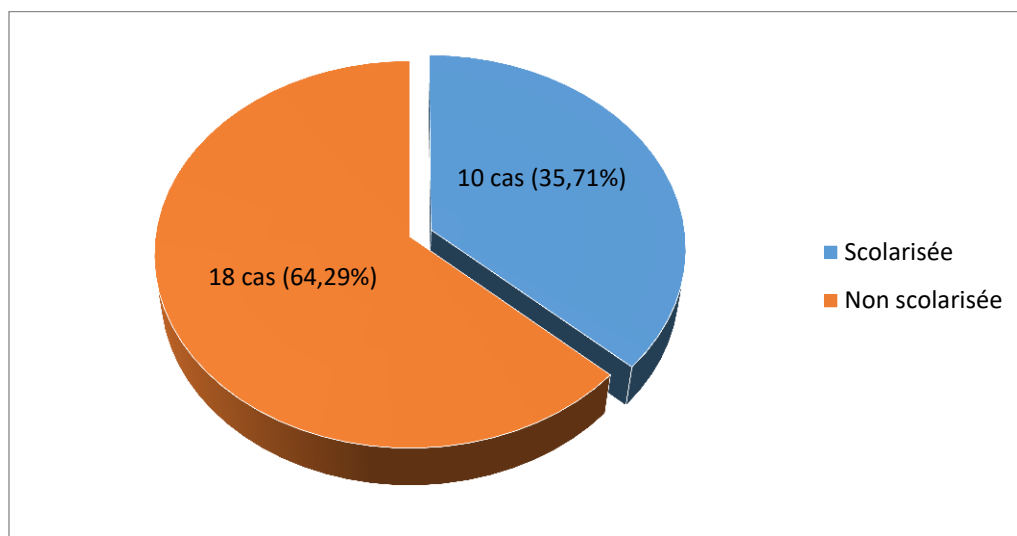


Figure 5 : Répartition des patientes selon leur niveau d'études.

Les patientes non scolarisées étaient les plus représentées soit 64,29% des cas.

2- Données cliniques :

- **Référence :**

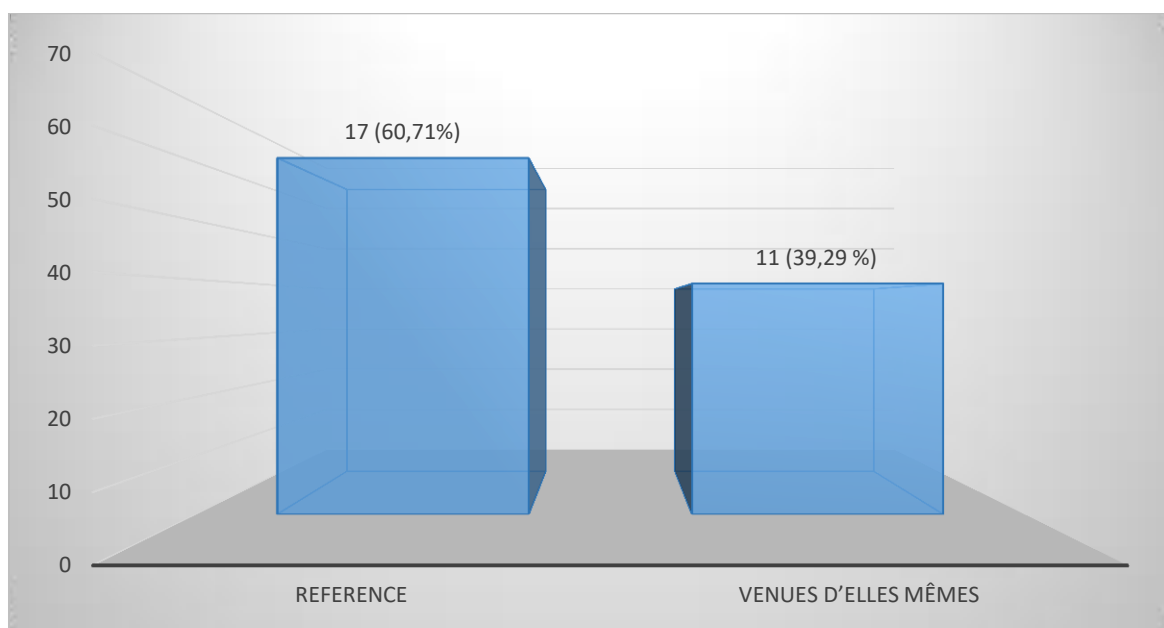


Figure 6 : Répartition des patientes selon la référence.

Plus de la moitié de nos patientes étaient référées soit 60,71% des cas.

- **Antécédents médicaux :**

Tableau V: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

ATCD	Effectifs	(%)
Aucun	13	46,43
Diabète	5	17,86
HTA	6	21,43
Asthme	2	7,14
Drépanocytose	2	7,14
Total	28	100

L'HTA était le plus représentée avec 21,43% des cas.

Gestité :

Tableau VI: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectifs	(%)
Primigeste	6	21,43
Pauci-geste	12	42,86
Multigeste	10	35,71
Total	28	100

Près de la moitié de nos patientes étaient des pauci-gestes soit 42,86% des cas.

- **Protéinurie à la bandelette urinaire :**

Tableau VII: Répartition des patientes selon la protéinurie à la bandelette urinaire

Protéinurie	Effectifs	(%)
Néant	3	10,71
Trace	4	14,28
1 croix	5	17,86
2 croix	6	21,43
3 croix	10	35,72
Total	28	100

La protéinurie à trois (03) croix était la plus fréquente soit 35,72% des cas.

- **Tension artérielle systolique :**

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la tension artérielle systolique.

TAS	Effectifs	(%)
[140 ≤ tas < 160 mmhg]	18	64,28
[≥ 160 mmhg]	10	37,72
Total	28	100

La tension artérielle systolique comprise entre 140 et 160 était la plus représentée soit 64,28% des cas.

Tension artérielle diastolique :

Tableau IX : Répartition des patientes selon la tension artérielle diastolique.

TAD	Effectifs	(%)
[90≤ tad<110mmhg]	17	60,72
[≥110mmhg]	11	39,28
Total	28	100

La tension artérielle diastolique comprise entre 90 et 110 était la plus représentée soit 60,72% des cas.

- Diagnostic :

Tableau X: Répartition des patientes selon le diagnostic

Diagnostic	Effectifs	(%)
Pré-éclampsie sévère	18	64,28
Éclampsie	10	35,72
Total	28	100

La pré-éclampsie sévère était la plus fréquente avec 64,28% des cas.

- **Acuité visuelle de l'œil droit :**

Tableau XI: Répartition des patientes selon l'acuité visuelle de l'œil droit.

AVOD	Effectifs	(%)
[1/10-2/10]	3	10,72
[2/10-3/10]	8	28,57
≥3/10	17	60,71
Total	28	100

La plupart de nos patientes avaient une acuité visuelle (AVOD $\geq 3/10$) avec 60,71% des cas.

- **Acuité visuelle de l'œil gauche :**

Tableau XII: Répartition des patientes selon l'acuité visuelle de l'œil gauche.

AVOG	Effectifs	(%)
[1/10-2/10]	3	10,72
[2/10-3/10]	8	28,57
≥3/10	17	60,71
Total	28	100

La plupart de nos patientes avaient une acuité visuelle (AVOG $\geq 3/10$) avec 60,71% des cas.

- **Signes fonctionnels ophtalmologiques :**

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les signes fonctionnels ophtalmologiques

Signe fonctionnel	Effectifs	(%)
BAV	6	21,43
Larmoiement	5	17,86
Prurit	5	17,86
Aucun	12	42,85
Total	28	100

Les signes fonctionnels associés à la RHT étaient BAV avec 21,43% prurit avec 17,86% et larmoiement avec 17,86% des cas.

- **Lésion au fond d'œil :**

Tableau XIV: Répartition des patientes selon lésion au fond d'œil.

Résultat	Effectifs	(%)
Rétrécissement artériel diffus	19	67,85
Nodules cotonneux	4	14,28
Hémorragies Retiennes	2	7,15
Œdème papillaire	3	10,72
Total	28	100

Le rétrécissement artériel diffus était la lésion fréquemment rencontrée au fond d'œil avec 67,85% des cas.

- **Stadification de la rétinopathie hypertensive :**

Tableau XV: Répartition des patientes selon la stadification de la rétinopathie hypertensive.

Stade	Fréquence	(%)
Stade I	19	67,85
Stade II	6	21,43
Stade III	3	10,72
Total	28	100

Le stade I a été la plus représenté soit 67,85% des cas.

- **Complications de la rétinopathie hypertensive :**

Tableau XVI: Répartition des patientes selon les complications de la rétinopathie hypertensive.

Lésions	Effectifs	(%)
DR séreux	2	7,14
Atrophie papillaire	2	7,14
Choriodopathie hypertensive	1	3,57
Occlusion des Vaisseaux	1	3,57
Pas de complications	22	78,58
Total	28	100

Les complications de la rétinopathie hypertensive les plus fréquentes étaient le décollement rétinien séreux avec 7,14% et les atrophies papillaires avec 7,14% des cas.

- **Pathologies ophtalmologiques associées à la rétinopathie hypertensive :**

Tableau XVII: Répartition des patientes selon les pathologies ophtalmologiques associées à la rétinopathie hypertensive.

Pathologies	Effectifs	(%)
Cataracte	20	71,43
Glaucome	3	10,71
Aucun	5	17,86
Total	28	100

Les pathologies associées à la rétinopathie hypertensive étaient la cataracte avec 71,43% et le glaucome avec 10,71% des cas.

- **Rétinopathie hypertensive et les complications de la grossesse :**

Tableau XVIII : Repartition des patientes selon le stade de la rétinopathie hypertensive en fonction des complications de la grossesse :

Complication \ Stade	Pré-éclampsie	Eclampsie	Total
Stade I	11(39,28%)	8(28,57%)	19
Stade II	5(17,86%)	1(3,57%)	6
Stade III	2(7,14%)	1(3,57%)	3
Total	18	10	28

L'éclampsie et la pré-éclampsie sont présentes à tous les stades de la RHT.

- **Rétinopathie hypertensive et la protéinurie :**

Tableau XIX: Repartition des patientes selon le stade de la rétinopathie hypertensive en fonction de la protéinurie :

Protéinurie Stade	Néant	Trace	1 croix	2 croix	3 croix	Total
Stade I	2	2	4(14,2%)	5(17,86%)	6(21,43%)	19
Stade II	1	2	0	1	2	6
Stade III	0	0	1	0	2	3
Total	3	4	5	6	10	28

La protéinurie à trois (3) croix était significative à tous les stades de la RHT.

- **Rétinopathie hypertensive et les antécédents médicaux**

Tableau XX: Repartition des patientes selon le stade de la rétinopathie hypertensive en fonction des antécédents médicaux :

ATCD Stade	Diabète	HTA	Asthme	Drépanocytose	Aucun	Total
Stade I	1	4(14,28%)	1	1	11	18
Stade II	1	1(3,57%)	1	1	2	6
Stade III	3	1(3,57%)	0	0	0	4
Total	5	6	2	2	13	28

L'HTA était significative pour tous les stades de la RHT.

- Rétinopathie hypertensive et la gestité :

Tableau XXI: Repartition des patientes selon le stade de la rétinopathie hypertensive en fonction de la gestité :

Gestité \ Stade	Primigeste	Pauci-geste	Multigeste	Total
Stade I	4(14,28%)	4(14,28%)	7(28%)	15
Stade II	1(3,57%)	4(14,28%)	3(10,71%)	8
Stade III	1(3,57%)	4(14,28%)	0	5
Absent	0	0	0	0
Total	6	12	10	28

Plus la gestation est nombreuse plus la fréquence de la RHT est élevée.

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Les limites de l'étude :

Au cours de cette étude nous avons rencontré certaines difficultés qui sont entre autres :

- La perte de vue de certaines patientes.
- Le non respect du rendez-vous.
- La mauvaise observance dans le traitement et le suivi.
- La prise en charge tardive des lésions oculaires liée à la négligence des CPN par les patientes.

1- Les caractéristiques sociodémographiques :

➤ L'âge :

La tranche d'âge comprise entre 26 à 35 ans était la plus représentée dans notre étude avec 46,43%. L'âge moyen était de 31 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Ce résultat est comparable à celui de YANOGO A S [23] qui a trouvé une tranche d'âge comprise entre 26 et 30 ans(48,60%) et des extrêmes de 15 et 40 ans. SANKARE Y [10], a trouvé une tranche d'âge comprise entre 16 et 20 ans (37,2%) et une moyenne d'âge de 24,14 ans avec des extrêmes de 16 et 45 ans.

➤ La profession :

Dans notre étude, les ménagères étaient plus fréquentes avec 50%. Ce résultat est légèrement similaire à celui de Ouédraogo C [24], qui a trouvé 56,8% des ménagères et de YANOGO A S [23] avec 63,8% des ménagères.

➤ **Le statut matrimonial :**

Dans notre étude la majorité de nos femmes était des femmes mariées soit 57,14%. Ce même constat est fait chez SAMAKE B [25], BOGOREH R A [26], OUEDRAGO et all [24] qui ont trouvé respectivement 77,7%, 91,11% et 96,6% de femmes mariées.

➤ **La provenance**

La majorité de nos patientes provenait de Bamako soit 82,14% et 10,72% provenaient de l'intérieur du pays. BOGOREH R A [26], aussi a trouvé dans son étude 77,78% des patientes provenant de Bamako et 22,22% provenant de l'intérieur du pays.

➤ **Le niveau d'instruction**

Les patientes non scolarisées étaient les plus représentées soit 64,28%. SANKARE Y [10] et FOMBA N [27] ont fait les mêmes constants dans leur études avec les fréquences respectives de 68,6% et 51,8% des cas.

2- Les données cliniques :

➤ **La référence :**

Nos patientes ont été référées dans 60,72% et venues d'elles mêmes à 39,28%. Nos résultats sont similaires à ceux de YANOOGO A S [23] dans son étude a trouvé 54,6% des patientes référées, 33,9% venues d'elles mêmes.

➤ **Les antécédents :**

L'HTA gravidique était noté chez 21,43% de nos patientes. Ce résultat est similaire à celui de BOGOREH R A [26], qui a trouvé 22,22% cas d'antécédent d'hypertension artérielle gravidique.

➤ **La gestité :**

Moins de la moitié de nos patientes étaient des paucigestes soit 42,86%. Ce résultat est conforme à celui de YANOGO A S [23] qui a trouvé 40,9% des paucigestes.

➤ **La TAS et la TAD :**

La tension artérielle systolique supérieure ou égale à 160 mmHg était la plus représentée avec 64,28% des cas et la tension artérielle diastolique comprise entre 90 et 110 mmHg était la plus représentée avec 60,72% des cas. Ce résultat est comparable à ceux de SAMAKE B [25] qui a trouvé 58,46% de cas de TAS supérieure ou égale 160 mmHg et 60,72% de cas de TAD comprise entre 90 et 110 mmHg ; de BOGOREH R A [26] qui a trouvé de TAS 62,22% supérieure ou égale à 160 mmHg et 64,44% de cas de TAD comprise entre 90 et 110 mmHg.

Ces chiffres de pression artérielle classent alors nos patientes parmi les pré-éclampsiques sévères et peuvent exposées à des lésions oculaires probablement conséquentes.

➤ **La protéinurie :**

La protéinurie à trois (03) croix était la plus fréquente avec 35,72% chez la totalité des patientes qui souffraient de pré-éclampsie sévère. Ceci pourrait s'expliquer par la sévérité de la maladie (pré éclampsie) dans notre contexte. Ce résultat est similaire à celui de SANKARE Y [10] qui a trouvé une protéinurie à trois croix dans 40,2% des cas.

➤ **Les signes fonctionnels associés à la RHT :**

Les signes fonctionnels associés à la RHT étaient la BAV avec 21,43% des cas. Ce résultat est comparable à celui de DIALLO J [12] qui à trouvé 33,1% des cas signes fonctionnels associés à la RHT. Il est supérieur à celui de SANKARE Y

[10] et inférieur à celui de NGWANOU A [30] qui ont trouvé respectivement 5,9%, et 41,9% de cas de signes fonctionnels associés à la RHT. Cette différence pourrait s'expliquer par la méthodologie adoptée et de la taille de notre échantillon.

➤ **L'acuité visuelle :**

Dans notre étude 60,71% des patientes avaient une acuité visuelle $\geq 3/10$. Ce résultat est comparable à celui de BOGOREH R A [26] qui avait trouvé 60%.

➤ **Le stade de la rétinopathie :**

Le stade I de la rétinopathie hypertensive a été le plus représenté avec 67,85% des cas. SANKARE Y [10] a aussi trouvé une prédominance du stade I de la rétinopathie hypertensive avec 67,4%. Par contre NGWANOU et all [30] ont trouvé le stade III de la rétinopathie hypertensive le plus fréquent avec 46,5%.

➤ **Les lésions à l'examen du fond d'œil :**

Le rétrécissement artériel diffus était la lésion fréquemment rencontrée au fond d'œil avec 67,85% des cas. SANKARE Y [10] aussi a trouvé le rétrécissement artériel diffus comme lésion la plus fréquente avec 64,6% des cas. NGWANOU N et all [30] ont trouvé l'œdème papillaire comme étant la lésion la plus fréquente avec 46,5% des cas. Diallo J [12] et YANOOGO A S [23] avaient recensé chacun 90,2% de tortuosités vasculaires comme lésion la plus fréquente. Ces variations de complications pourraient s'expliquer par le polymorphisme du tableau clinique et l'apparition non chronologique des signes de la rétinopathie hypertensive.

➤ **Les complications de la rétinopathie hypertensive :**

Les complications de la rétinopathie hypertensive les plus fréquente étaient le décollement rétinien séreux et atrophie papillaire avec 7,14% des cas. L'atrophie papillaire glaucomateuse est probablement préexistante à la toxémie gravidique.

Ces résultats sont différents de celui de BOGOREH R A [26] qui avait trouvé l'œdème maculaire la complication prédominante dans 15,56% des cas. Le décollement séreux rétinien et l'atrophie papillaire étant des complications sévère de la rétinopathie hypertensive, cette prédominance ne pourrait s'expliquer que par le fait que les patientes font une mauvaise observance dans le traitement et le suivi.

➤ **Rétinopathie hypertensive et protéinurie :**

Le stade RHT I était significatif pour une protéinurie à une croix (+) avec 14,2%, le stade II était significatif pour une protéinurie à deux croix (++) avec 3,57% et le stade III était significatif pour une protéinurie à trois croix (+++) avec 7,14%. Ce résultat corrobore avec celui de BOGOREH R A [26] .

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.

1- CONCLUSION :

Notre étude a porté sur 106 patientes parmi lesquelles 28 (26,42%) ont développé une rétinopathie hypertensive sur un terrain d'éclampsie et ou de pré-éclampsie sévère. La grossesse est un terrain favorable de la survenue de la rétinopathie hypertensive. Un examen ophtalmologique complet de façon systématique chez les patientes souffrant de l'hypertension artérielle liée à la grossesse est un élément essentiel pour la détection des lésions oculaires afin de proposer des traitements adéquats.

2- RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude et en fonction de nos résultats nous formulons les recommandations suivantes :

Aux médecins traitants :

- ✓ Sensibiliser la population sur les conséquences de l'hypertension artérielle gravidique.
- ✓ Favoriser la prise en charge précoce de l'hypertension artérielle gravidique afin d'éviter la rétinopathie hypertensive liée à cette hypertension artérielle.
- ✓ Favoriser la collaboration entre les spécialités

Aux autorités sanitaires et administratives :

- ✓ Améliorer le plateau technique de structure de santé, assurer la formation continue des agents de santé.

Aux femmes enceintes :

- ✓ De faire régulièrement les suivis prénataux.
- ✓ Accepter la nécessité du suivi ophtalmologique régulier après la découverte de l'hypertension artérielle chez la parturiente.

REFERENCES

REFERENCES :

- 1- J W Diallo** et allies intérêts de l'examen du fond d'œil en pratique de ville au Burkina bilan de 438cas. Pan Afr Med J2015 ;20 ;363P.
- 2- Nouhou Diori Adam et allies** apport de l'examen du fond d'œil dans la prise en charge des pathologies générales en milieu hospitalier à Lomé Togo. Journal ouvert de medecine interne,9,52.61P.
- 3- Walsh JB. Hypertensive retinopathy.** Description, classification, and prognosls. Ophthalmology. oct 1982;89(10):1127-31.
- 4- OMS.** Questions-réponses l'hypertension artérielle [Internet]. WHO. [Cité 9 mars 2022]. Disponible sur : <http://www.who.int/features/qa/82/fr/index.html>.
- 5- Cissé C T, Ewagnignon E, Hojeige A, Diadhiou F.** Eclampsie en milieu africain : Epidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. Le séminaire des Hôpitaux de Paris DA, 1997, 73, 33-34, 1062-10.
- 6- Plouin P F, Mulliez J, Breat G, Belghiti D, Cattaneo A, Sobel A T.** Rein, Hypertension et Grossesse. La nouvelle presse medicale, 8mai 1982 :vol. 11 N° 21
- 7- Vinatier D. ; Prologeau J.F. ; Dufour P. ; Tordjeman N. ; Theeten G. Depret S :** Physiopathologie du pré éclampsie ; place de l'immunologie. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, 1995, 24, 4, 387- 396.
- 8- Beaufils M.** Hypertension gravidique Edition Techniques. CardiologieAngéologie, Encyclo Méd Chir, Paris, 1994, 301, 10, 9-11.
- 9- Diallo D B.** HTA et grossesse l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou, thèse Med, FMOS, Bamako, 2012,116P.
- 10- Sankare Y.**Aspects epidemio-cliniques du fond d'œil chez les pre-eclamptiques et les eclamptiques dans le service d'ophtalmologie de l'hopital somine dolo de mopti, thèse med, USTTB, Bamako, 2020.

- 11- Traoré A, Koblinski.** Bilan de l'activité chirurgicale du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point G, thèse méd, USTTB, FMPOS, Bamako, 1989, N° 9, 87P.
- 12- Diallo J w, Meda N, Ouattara S, Yanogo A.** Les manifestations oculaires au cours de la pré-éclampsie sévère ou l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire Souro de Bobo Dioulasso. Pan African Méd 2015, 21 : 49.
- 13- Pottecher T.** Réanimation des formes graves de prééclampsie. Conférence d'expert, Paris, 2000.p.610,50
- 14- Chaoui A, Tyane M, Belouali R.** Prise en charge de la prééclampsie et de l'éclampsie. Marrakech, 2002,34P.
- 15- Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF).** Rétinopathie hypertensive, neuropathie optique ischémique antérieure, occlusions artérielles rétiniennes, occlusions veineuses rétiniennes. 2013, Disponible sur: <https://www.confkhalifa.com/trainingkhalifa/wp.consuit.9mars2022>
- 16- Younis MTS, McKibbin M, Wright A.** Bilateral exudative retinal detachment causing blindness in severe pre-eclampsia. J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol, nov 2007, 27(8): 847 -8.
- 17- Beaufils M, Uzuns.** Hypertension et grossesse : physiopathologie, traitement, prévention. Rev Prat (Paris) 1993, 15. 1973-1977.
- 18- American College of Obstetricians and Gynecologists.** Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia ACOG Practice, 2002, Bulletin 99 (vol 33), Obstet Gynecol ,159-167.
- 19- Ducasse A, Segal A.** Anatomie de la rétine. Encyclopedie medico-chirurgicale ophtalmologie. Elsevier, 1985.
- 20- Chen K-H, Chen L-R.** Bilateral retinal detachment with subsequent blindness in a pregnant woman with severe pre-eclampsia. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.2013,142-4.

- 21- Redman CWG, Sargent 1.** The pathogenesis of pre-eclampsia, *Gynecol Obstet Fertil*, 2001, 29: 518.
- 22- Colleges des Ophthalmologistes Universitaires de France (COUF).** Chapitre23 (ITEM221) Rétinopathie hypertensive-Choroïdopathie hypertensive. 201, 3-4.
- 23-Yanogo A S.** Aspects du fond d'œil chez les femmes atteintes de prééclampsie sévère et/ou d'éclampsie ayant accouché ou vues au centre hospitalier universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso à propos de 127 cas, thèse med, UPB, IN.S.SA, Bobo-Dioulasso, 2015, 127P.
- 24-Ouédraogo C, Ouédraogo A, Ouattara T, Akotiongga M, Thiéba B, Lankoandé J, et al.** La mortalité maternelle au Burkina Faso Evolution et stratégie nationale de lutte, *Med Afr Noire*. 2001 ;11(48):452-6.
- 25-Samaké BM, Traoré M, Goita L, Niani M, Traoré Y, Teketé I, et al.** Epidemiologic and clinical profile of severe pre-eclampsia at the teaching hospital of Gabriel Touré, *Mali Méd, Paris*, 2011, 26(4):5 -7.
- 26-Bogoreh R A.** Rétinopathie hypertensive liée à la grossesse : Aspect épidémio-clinique au CHU-IOTA, mémoire med, USTTB, FMOS, Bamako, 2017, 37P.
- 27-Fomba N.** Hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la Commune II du District de Bamako. USTTB, FMPOS, Bamako, 2006.
- 28-Mahmoud M.** Mortalité maternelle et fœtale par éclampsie la maternité du centre hospitalier de Rosso 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2011, mémoire méd, Univ Nouakchott, Nouakchott, 2013, 34P.
- 29-Diarra I.** Eclampsie dans le service de gynéco-obstétrique au CHU Gabriel Touré, thèse méd, FMPOS, Bamako, 2005, 77P.
- 30-Ngwanou Nana A, Koki G, Épée E, Esiene A, Mbu R, Bella A L.** Les lésions au cours de la Pré-éclampsie/éclampsie et leur valeur prédictive sur le

devenir de la grossesse au service spécialisé d'Ophtalmologie de l'Hôpital Militaire de Région n°1 de Yaoundé. Health Sci Dis 2015 ; vol 16(2) : 3.

ANNEXES

ANNEXES :

Fiche d'enquête :

I- Paramètres sociodémographiques :

Numéro d'identification /..... /

I-1. Age / /

a. 15-25ans / / b. 26-35ans / / c. 35-46ans / / d. 46ans et plus. / /

I-2. Profession

a. ménagère / / b. fonctionnaire / / c. élève/étudiante / / d. commerçante /
e. autres :

I-3. Statut matrimonial

a. Célibataire / / b. Mariée / / c. Autres :

I-4. Provenance

a. Bamako / / b. Intérieur du pays / / c. Hors du pays / /

5. Scolarité:/ /

a- Scolarisé / / b. Non scolarisé

II. Données cliniques

II-1- Référence

a- Référée / / b- Evacuée / / c- Venue d'elle-même / / d- Autre / /

II-2- Motif d'admission

a- crises convulsives/grossesse / / b- céphalées / / c- BAV / /
d- Autre à préciser :

III. Antécédents de la patiente

1- Aucun / / 2- Diabète/ / 3- HTA / / 4- Asthme / /

5- Drépanocytose / / 6- autre / /

7- **TAS** / / : a-[$140 \leq \text{tas} < 160$ mmhg] b-[≥ 160 mmhg]

8- **TAD** / / : a- [$90 \leq \text{tad} < 110$ mmhg], b-[≥ 110 mmhg]

III- 1- Protéinurie / / :

a- 1 croix, b- 2 croix, 3- croix, 4- néant

III-2- Age de la grossesse / /

a-[20sa-25sa] b-[26sa-31sa] c-[32sa-37sa],

d- [sup à 37sa]

III-4- Gestité

a- Primigeste (1) b- Paucigeste (2-4) c- Multigeste (5-7) d- Grande multi geste (>7)

III-5- Parité / /

a- Nullipare (0), c- Paucipare (1-4), d- Multipare (5-7), e- Grande multipare (>7)

IV- Données ophtalmologiques

IV-1- Antécédents ophtalmologiques / /

a- Aucun / / b- Traumatisme / / c- Amétropie / / d- GPAO / /
e- Strabisme / / f- Monophtalmie / / g- rétinopathie / /
i- maculopathie / / j- autres / /

IV-2- Acuité visuelle

AV OD / / : a- 1/10<av<2/10 b- <3/10 c- ≥3/10

AV OG / / : a- 1/10<av<2/10 b- <3/10 c- ≥3/10

IV-3- Pression intraoculaire / /

a- normale / / b- hypertonie / / c- hypotonie / /

IV-4- Stade de la RHTA chez les patientes/ / :

a- stade I / / b- stade II / / c- stade III / /

IV-5- Les complications

a- DR séreux / / b- atrophie papillaire / / c- Choriodopathie hypertensive d-
occlusion des Vaisseaux / / e- pas complications

Les pathologies associées : / /

1- Glaucome / / 2- Cataracte / / 3- Décollement de rétine / / 4- Neuropathie
optique/ / 5- Autres à préciser :

IV-6- Signes fonctionnels ophtalmologiques / /

a- Aucun / / b- BAV / / e- Larmoiement / / f- Prurit / / g- Autre

V- Lésions observées

1. Cornée / / : a- transparente / / b- œdème / / c- taie / / d- leucome / /

e- dystrophie / / f- KPS / / g- ulcère h- abcès / / i- autre / /

2. Chambre antérieur / / : a- normal / / b- tyndall / / c- hypopion / /

d- hyphéma / / e- réduite / / f- irrégulière / /

3. Réflexe photo-moteur/ / : a- normal / / b- paresseux / / c- absent / /

4. Pupille/ / : a- normal / / b- mydriase / / c- myosis / / e- autre / /

5. Iris/ / : a- normal / / b- iridocyclite / / e- autre / /

6. Cristallin / / : a- normal / / b- opacité / / c- luxation / / d- subluxation /
/ e- pseudophakie / / f- aphakie / / g- autres / /

7. Vitré / / : a- normal / / b- trouble / / c- tyndall / / d- autres / /

8. Dilatation / / : a- bonne / / b- moyenne / / c- médiocre / /

e- Fond d'œil / / : a- normal / / b- rétrécissements artériels / / c- hémorragies / /
d- nodules cotonneux / / e- Exsudats / / f- taches / / h- œdème papillaire / /
i- œdème maculaire / / j- autre / /

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : DIABATE

Prénom : Oumar dit Daniel

Mail : danidiabate1990adani@gmail.com

Titre de thèse : Dépistage de la rétinopathie hypertensive sur grossesse au csref de la commune VI de BAMAKO.

Année de soutenance : 2023

Pays : Mali.

Lieu de soutenance : FMOS Bamako.

Lieu de naissance : Nangola, cercle de Fana.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie, Gynécologie.

Résumé :

La Rétinopathie hypertensive représente l'ensemble des lésions rétiniennes secondaires à une HTA mal équilibrée ou de survenue brutale comme dans la pré-éclampsie sévère et/ou l'éclampsie. Nous avons réalisé une étude prospective de type descriptive sur la rétinopathie hypertensive liée à la grossesse sur 6 mois au CSRéf C VI.

Au total 106 patientes parmi lesquelles 28 ont développé une rétinopathie hypertensive soit 26,42% des cas. Le stade I de la RHT était le plus fréquent avec 67,85% et la complication la plus fréquente était le décollement séreux rétinien avec 7,14% des cas. Un examen ophtalmologique incluant un examen du fond d'œil de façon systématique chez les patientes souffrant de la prééclampsie et/ou de l'éclampsie est un élément essentiel dans la détection des lésions oculaires afin de proposer des traitements dans le cadre du suivi.

Mots clés : Rétinopathie hypertensive, grossesse, lésions rétiniennes.

SUMMARY:

Hypertensive retinopathy represents all retinal lesions secondary to unbalanced hypertension or sudden onset as in severe pre-eclampsia and/or eclampsia. We conducted a prospective descriptive study on pregnancy-related hypertensive retinopathy over 6 months at CSRéf C VI.

A total of 106 patients, 28 of whom developed hypertensive retinopathy, i.e. 26.42% of cases. Stage I of RHT was the most common with 67.85% and the most common complication was serous retinal detachment with 7.14% of cases. An ophthalmological examination including a systematic fundus examination in patients suffering from preeclampsia and/or eclampsia is an essential element in the detection of ocular lesions in order to propose treatments within the framework of follow-up.

Keywords: Hypertensive retinopathy, pregnancy, retinal lesions.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.