

RESULTATS FONCTIONNELS DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE POST TRAUMATIQUE DE L'ENFANT AU CHU IOTA BAMAKO (MALI)

THE FUNCTIONAL RESULT IN TO THE SURGERY OF THE TRAUMATIC CATARACT OF CHILD AT
CHU-IOTA OF BAMAKO, MALI

DEMBELE A¹, SIDIBE M², NAPO A¹, BAKAYOKO S¹, SYLLA F¹,
KOITA KB³, SIDIBE MK¹, CONARE I¹, TRAORE L¹, TRAORE J¹

*Unité d'Enseignement et de Recherche d'Ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire, Département
al Borgou de Parakou, Bénin

**Clinique Ophtalmologique du Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou, Bénin

1- Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique, CHU IOTA Bamako, Mali

2- Service d'Ophtalmologie de l'Hopital Régional de Sikasso Mali

3- Service d'Ophtalmologie du Centre de Santé de Référence de Kati, Mali

Correspondance : Dr DEMBELE Adama / adamskidembel@gmail.com

RESUME

La cataracte post-traumatique est la principale cause de cécité unilatérale de l'enfant. Une prise en charge rapide et spécialisée pourrait diminuer les risques d'amblyopie et de strabisme, le traitement est chirurgical. Le but de notre étude était d'évaluer les résultats fonctionnels de la chirurgie des cataractes post-traumatiques dans la population pédiatrique au CHU IOTA Bamako.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective, du 1er Février au 31 Août 2011, qui a concerné 35 enfants de 0 à 15 ans avec un suivi moyen de 30 jours. Les résultats ont été analysés selon les directives et recommandations de l'organisation mondiale de la santé.

Résultats : La cataracte post traumatique a représenté 1,4% de l'ensemble des cataractes opérées dans le centre. L'âge moyen était de 8,4 ans avec des extrêmes de 2 et 15ans, et un sexe ratio H/F de 1.

SUMMARY

Post-traumatic cataract is the leading cause of childhood unilateral blindness. A quick and specialized management could reduce the risk of amblyopia and strabismus. The treatment is surgical. The aim of our study was to assess the functional results of post-traumatic surgery of cataracts in pediatric patients at the IOTA University Hospital, Bamako.

Materials and Methods: This was a descriptive and prospective study, from 1 February to 31 August 2011, which involved 35 children aged 0-15 years with a mean follow up of 30 days. The results were analyzed according to the guidelines and recommendations of the World Health organization.

Results: Post traumatic cataract accounted for 1.4% of all cataracts operated on in the center. The average age was 8.4 years, with extremes of 2 and 15 years

60% de nos patients avaient une acuité visuelle $\leq 1/10$ à l'œil atteint (malvoyance profonde selon OMS), et après correction 22,9% de nos patients avaient une acuité visuelle $\geq 3/10$ à l'œil atteint (vision normale selon l'OMS). La fibrose de la capsule postérieure fut la complication post opératoire majeure.

Conclusion : Si la cécité de l'enfant est un problème mondial, la cataracte post-traumatique demeure la principale cause de baisse d'acuité visuelle unilatérale et de malvoyance dans les pays en voie de développement. La prise en charge de la cataracte post traumatique est difficile. Les nouvelles techniques chirurgicales pourront améliorer le pronostic visuel.

Mots-clés : CATARACTE POST-TRAUMATIQUE, CHIRURGIE, CÉCITÉ, ENFANTS.

and a sex ratio M/F of 1. 60% of our patients had visual acuity $\leq 1/10$ in the affected eye (deep visual impairment according to WHO), and after correction 22.9% of our patients had visual acuity $\geq 3/10$ in the affected eye (normal vision according to WHO). Fibrosis of the posterior capsule was the major post operative complication.

Conclusion: If blindness in children is a global problem, post-traumatic cataract remains the leading cause of unilateral loss of visual acuity and visual impairment in developing countries. The management of post traumatic cataract is difficult. The new surgical techniques can improve visual prognosis.

KEYWORDS: POST-TRAUMATIC CATARACT SURGERY, BLINDNESS, CHILDREN.

INTRODUCTION

Les cataractes post-traumatiques représentent une complication de plus en plus fréquente des traumatismes oculaires chez l'enfant. Selon une étude réalisée au Togo La fréquence des traumatismes oculaires est estimée à 7,63% et serait responsables de 2,95% de cécité monoculaire à Lomé¹.

La cataracte traumatique touche environ 9 fois sur 10 des hommes au cours de leur travail ou leurs activités de bricolage, ou au cours d'accidents de la voie publique ou des rixes².

Selon une étude menée sur 114 cas de cataracte traumatique à l'IOTA l'âge moyen

des malades étaient de 35,5 ans et le sexe ratio H/F était de 2³.

Les cataractes post traumatiques restent très fréquentes chez les enfants malgré les efforts de prévention et sont, malgré les progrès de la microchirurgie ophtalmologique, responsables de la perte de nombreux globes oculaires².

Ainsi il s'avèrerait donc nécessaire de faire le point sur les résultats fonctionnels après chirurgie de ses cataractes chez les enfants de moins de 15 ans à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive et prospective de 35 cas de cataractes post-traumatiques opérés à l'IOTA de Février 2011 à Aout 2011 à l'IOTA.

Étaient inclus dans notre étude les enfants de moins de 15 ans en consultation pour cataracte traumatique, opérés et ayant satisfait aux contrôles post opératoire pendant 1 mois.

Étaient exclus tout patient reçu et opérés à l'IOTA pour une cataracte traumatique dont l'âge était supérieur à 15 ans, les autres ur-

gences traumatiques sans cataracte, refus de l'enfant ou des parents à participer à l'enquête.

Nous avons étudié également les caractéristiques générales de la population portant sur l'identité du patient (âge, sexe, résidence), les motifs de consultation, l'examen clinique, les examens complémentaires, la technique chirurgicale, la surveillance post opératoire.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées grâce au logiciel Epi-info version 6.04.

RESULTATS

Nous avons collecté 35 cas de cataractes post-traumatiques opérés à l'IOTA entre Février 2011 et Aout 2011.

La tranche d'âge de 6 à 10 ans dominait dans notre échantillon. L'âge moyen était de 8,4ans ; avec des extrêmes de 2 et 15ans et un sexe ratio de 1.

Dans notre étude 74,1% des patients résidaient à Bamako.

La fréquence de la Chirurgie de la cataracte traumatique représentait 1,4% de toutes les cataractes opérées à l'IOTA,

Les traumatismes étaient dus à une aiguille de tresse dans (20%) des cas, les projections par lance pierre (11,4%), les morceaux de bois (8,6%), (fig 2).

Le traumatisme était unilatéral chez tous nos patients, avec une prédominance de l'œil droit (60%).

Dans notre série 60% de nos patients avaient une acuité visuelle $\leq 1/10$ avant l'intervention chirurgicale.

L'opacification était totale chez 65,7% de nos patients, capsulaire antérieure dans (14,3%), capsulaire postérieure dans (8,6%) des cas.

80% de nos patients ont été opérés sous anesthésie générale.

Les produits anesthésiques utilisés étaient surtout l'Halothane plus ou moins associé au Propofol chez les enfants dont l'âge était ≥ 10 ans.

La phacophagie avec mise en place d'un implant en chambre postérieure était la technique la plus utilisée avec (51,4%) suivie de l'extraction extracapsulaire avec mise en place d'un implant de chambre postérieure (22,9%) (tableau 1).

Il n'y a pas eu d'issue de vitrée chez 68,6% de nos patients, nous avons noté 31,4% d'issue du vitré.

Concernant le suivi post opératoire, 77,1% des patients ont été suivis jusqu'à J30, (fig 3).

Nous avons noté 37,1% de fibroses de la capsule postérieure à J15 chez nos patients.

Dans notre étude nous avons noté 1 cas d'explantation en raison de la présence d'une membrane fibreuse vascularisée à J21.

la Capsulotomie au laser Yag à été réalisée chez 17,1% des patients.

La taie cornéenne était la complication post opératoire la plus fréquente (20%).

A J 30, 31,4% avaient une acuité visuelle $\leq 1/10$, l'acuité visuelle était non mesurable chez 40% de nos patients (fig 4).

Après correction 22,9% de nos patients avaient une acuité visuelle $\geq 3/10$

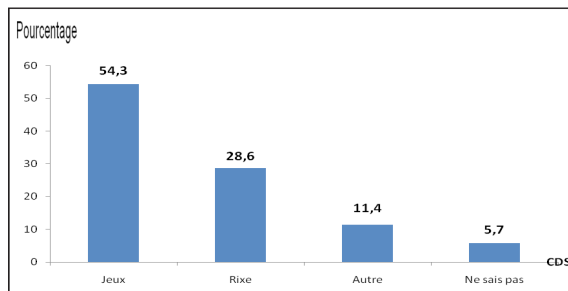


Figure 1 : Répartition des patients selon les circonstances de survenues

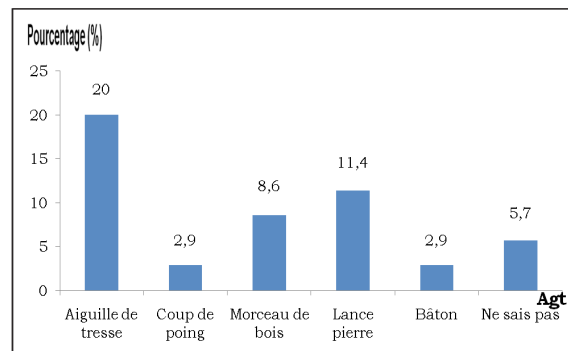


Figure 2 : Répartition des patients selon la nature de l'agent vulnérant

DISCUSSION

Dans notre série La tranche d'âge de 6 à 10 ans a dominé notre échantillon soit 48,6%. L'âge moyen était de 8,4ans ; ce taux est identique à celui de P.Turut et coll qui

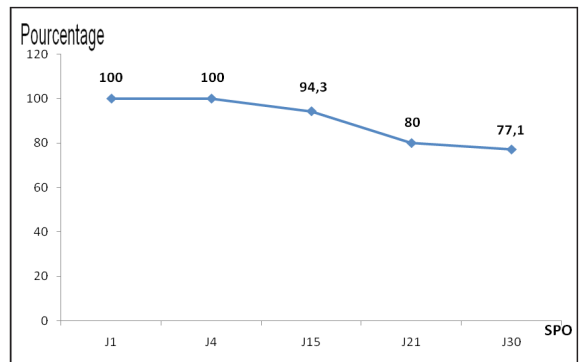


Figure 3 : Répartition des patients selon la surveillance post opératoire de J1 - J30.

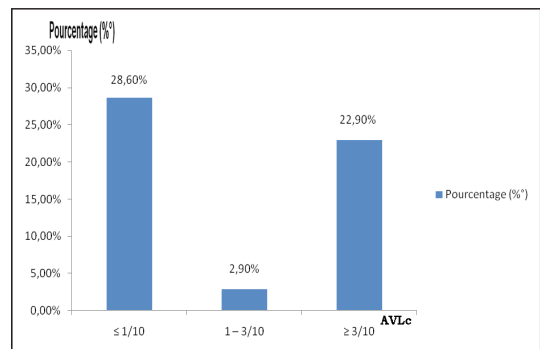


Figure 4 : Répartition des patients selon l'acuité visuelle corrigée à J30

Tableau I : Répartition des patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage (%)
EEC simple	3	8,6
EEC+ICP	8	22,9
EIC	1	2,8
Phacoplagie+ICP	18	51,4
Phaco A+ICP	5	14,3
Total	35	100

La phacoplagie + ICP était la technique la plus utilisée (51,4%)

ont trouvé un âge moyen de 8,5ans dans une tranche d'âge de 1 à 16 ans⁴. Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que les enfants de cette tranche d'âge sont difficiles à surveiller.

Statistiquement il n'y avait pas de différence entre les deux sexes dans notre série, le sexe ratio était de 1 même si la prédominance masculine est prouvée par beaucoup d'auteurs. Doutetien trouve 70,4% de prédominance masculine avec un sexe ratio de 2,4 au Bénin⁵.

Plus de la moitié des patients résidaient en zone urbaine soit 74,1%. La proximité et le fait que c'est le seul centre spécialisé pour la prise en charge de ces traumatismes pourraient expliquer ce taux élevé dans notre étude. N Meda et coll, trouvent 58,9% de résidence à Ouagadougou⁶.

La Chirurgie de la cataracte traumatique représentait 1,4% de toutes les cataractes opérées à l'IOTA.

Plus de la moitié des traumatismes étaient survenus au cours d'un jeu soit 54,3%, suivi des rixes, supérieure aux taux de B Zina et Coll qui trouvent 35% dû aux jeux chez les enfants en Tunisie⁷, et de C.Doutetien qui trouve 37,0% dû à un accident de jeu au Bénin⁵. Nos taux sont proches à ceux de Mensah A, Fanny A et coll qui trouvent 52,84% à Abidjan⁸. Tous ces auteurs sont d'accords que le jeu en l'absence de surveillance des adultes était la principale circonstance de survenue des traumatismes oculaires chez les enfants, les aiguilles de tresse ont représenté 20% des causes des traumatismes, suivi des projections par lance pierre (11,4%) puis les morceaux de bois (8,6%). Mensah A, et coll trouvent 35% de traumatismes oculaires par le bois, suivi des objets métalliques (29%) à Abidjan⁸. Ce taux élevé ici s'explique par nos habitudes, car la plupart des mères se tressent les cheveux avec une aiguille de tresse qui est laissé à la portée des enfants.

Les atteintes oculaires étaient unilatérales chez tous nos patients avec une prédominance de l'œil droit (60%). Cette unilatéralité est une réalité connue et confirmé dans la série de C Doutetien 98,1% de cataracte unilatérale au Bénin⁵. de même P Turut, et coll trouvent une atteinte de 50% pour l'œil droit et 50% pour l'œil gauche⁴.

Nous avons trouvé 60% de patients à l'état de cécité unilatérale avant la chirurgie ce résultat confirmé par C Doutetien au Bénin qui trouve 78,2% des patients en état de cécité unilatérale avant l'intervention⁵. La

taie cornéenne était la complication la plus fréquente (20%) avant la chirurgie suivie des plaies 14,3%. L'opacification était totale chez 65,7% de nos patients, capsulaire antérieure dans 14,3%, et capsulaire postérieure dans 8,6%. Nous avons noté 1 cas de luxation antérieure et 1 cas de subluxation. Ce résultat est proche de ceux de Baklouti. K qui trouve 75% de cataracte totale en Tunisie⁹.

Dans notre étude, la Phacophagie avec implantation en chambre postérieure était la technique la plus utilisée (51,4%), suivi de l'Extraction extracapsulaire avec également mise en place d'implant de chambre postérieure (22,9%), puis la Phako Alternative avec implantation en chambre postérieure (14,3%). Par contre 80% de nos patients ont été opérés sous anesthésie générale, Notre taux était supérieur à celui de C.Doutetien qui a trouvé 26,7% de patients opérés sous anesthésie générale. Cette différence s'explique par le fait que notre étude concernait uniquement les enfants de 0 à 15 ans.

Il n'y a pas eu d'issue de vitrée chez plus de la moitié de nos patients (68,6%) ce résultat encourageant est du au fait que tous nos patients sont opérés par des chirurgiens séniors bien expérimentés. Ce résultat est proche de ceux de A.Karim, et coll qui trouvent 4 cas d'issue de vitrée sur 45 enfants au Maroc¹⁰. Alors que C.Doutetien trouve (33,3%) d'issue de vitré au Bénin⁵.

Nos 35 patients ont été suivis jusqu'à J4, 94,3% à J15, 80% à J21, et 77,1% à J30. Ce résultat est inférieur à celui de Baklouti. K, et coll qui ont réalisé une surveillance de 100% jusqu'à J 30 en Tunisie dans une étude rétrospective de 20 cas⁹.

La plupart de ces complications ont regressé à J15 sous traitement par une association d'antibiotique, de corticoïde et mydriatique si nécessaire. Ceux présentant une persistance ou un autre signe d'inflammation ont bénéficié d'une corticothérapie per os à la dose de 1mg/kg /jour de façon dégressive avec souvent un régime hypo sodé, ou un pansement gastrique chaque fois que la corticothérapie dépassait 15jours.

La fibrose de la capsule postérieure a été retrouvée chez 37,1% des patients à J15, proche des résultats de A.Lam et al. qui ont

trouvé 45% de fibrose de la capsule postérieure à 3 mois, 74% à 1an au Sénégal¹¹, nettement supérieur à ceux de Baklouti.K et coll qui ont trouvé 15% de capsulose postérieure⁹. Ce taux élevé de fibrose s'explique par le fait que les enfants font plus de réaction inflammatoire après chirurgie de la cataracte et souvent la corticothérapie locale seule n'est pas suffisante pour juguler la réaction inflammatoire.

Nous avons trouvé 31,4% de patients avec une acuité $\leq 1/10$ en post opératoire, ce taux est inférieure à celui de C. Doutetien qui trouvait une acuité visuelle postopératoire $\leq 1/10$ dans 58% des cas avant l'âge de 5ans⁵. Mais nos résultats sont proches des données

de Baklouti K et coll qui ont trouvé une acuité visuelle $\leq 1/10$ dans 45%⁹.

L'acuité visuelle était non mesurable chez 40% de nos patients cela est du non seulement à la difficulté de la mesure de l'acuité visuelle chez les enfants et à la compréhension difficile chez les enfants à bas âge.

Après correction 22,9% de nos patients avaient une acuité visuelle $\geq 3/10$, inférieure aux taux de C.Doutetien (78,5%). Cela s'explique par le fait que notre série était composée exclusivement de cataracte traumatique. Nous n'avons pas trouvé de cas d'hypertonie, Baklouti.K et coll ont trouvé 1 cas d'hypertonie sur 20 patients⁹.

CONCLUSION

La cataracte traumatique demeure la principale cause de cécité unilatérale dans les pays en voie de développement.

Elle pose dans notre Institut un problème de prise en charge avec le nombre limité de spécialistes qualifiés pour cette chirurgie. La

priorité doit être donnée à la prévention car malgré les avancées notables dans la prise en charge la fréquence de cette chirurgie reste faible et le résultat est souvent médiocre.

REFERENCES

1. KD Ayena, ADR Agbo, A Abalo, JK Hounkpati eyram hounkpati, PA Djagnikpo, M Banla, KP Balo – Togo : Evaluer la fréquence des traumatismes oculaires et décrire les aspects cliniques et les séquelles de juillet 2002 à Juin 2005. Médecine d'Afrique noire 2009, vol. 56, n°5, pp. 261-266.
- 2- P Gain, G Thuret, J Maugery. Les cataractes traumatiques, Conduite à tenir pratique J. Fr. Ophtalmologie 2003; 26, 5:512-520
- 3- L'Traore. Résultats Anatomique et fonctionnel des cataractes traumatiques chez les sujets de plus de 15 ans à IOTA J Fr Ophtalmolo avril 2009, vol 32 : 1S65-1S66
- 4- P Turut, R Guthmann, R Sellam, P Dumont. Résultats du traitement chirurgical de la cataracte traumatique de l'enfant Bull. Soc. Oph. France.1988. 8-9
- 5- C. Doutetien, S Tchabi, I Sonouvou, L Yehouessi, J Deguenon, SK Bassabi. La cataracte traumatique au CNHU-HKM de Cotonou (Bénin) : SFO mai 2007, J.Fr. Ophtalmol, 2008 ;31, 5 :522-526
- 6- N Meda, A Ouédraogo, A Daboué, M Ouédraogo, B Ramdé, D Somé, A Sanou. Les caractères épidémiologiques des traumatismes oculo-palpébraux au Burkina Faso. J Fr Ophtalmol 2001; 24 (5) 463
- 7- Z Ben Zina, A Trigui, J Feki, S Ellouze, I Dhouib I, N Charfi, M Chaabouni. Les Cataractes traumatiques : Epidémiologie, Traitement et Pronostic (à propos de 60 cas) La Tunisie Médicale, Vol 76, N° 08/09, 1998 ; 254-257
8. A MENSAH, A FANNY. Épidémiologie des traumatismes oculaires de l'enfant à Abidjan. Journal santé 2004. Vol 14, n°4 P 239 – 243
9. K Baklouti N Mhiri, F Mghaieth, L El Matri : Les cataractes Traumatiques, aspects cliniques et thérapeutiques Bull. Soc. Belge Ophtalmol., 298, 13-17, 2005
10. A. Karim, A Laghmari, M Benharbit, W Ibrahimy, N Essakali, R Daoudi, Z Mohcine. Problèmes thérapeutiques et pronostiques des cataractes traumatiques. A propos de 45 cas au Maroc JFO 1998, 21, 2 : 112-117
11. A LAM, MR N'DIAYE. Lésion traumatique de l'œil et de l'orbite,traumatismes oculaires perforants de l'enfant au Sénégal Med Afr Noire 1992, vol. 39 n° 12, pp 810- 815