

TRAUMATISME OCULAIRE PAR AIGUILLE DE TRESSE À L'INSTITUT D'OPHTALMOLOGIE TROPICALE DE L'AFRIQUE (IOTA).

EYE INJURIES BY BRAID NEEDLE AT THE INSTITUTE OF TROPICAL OPHTHALMOLOGY IN AFRICA.

M SIDIBE^{1*}, A DEMBELE¹, A NAPO², O DIALLO⁵, I CONARE²,
S FOMBA⁶, K BA³, F SYLLA², F N'DIAYE⁴, J TRAORE².

1- Service d'Ophthalmologie, Hôpital Régional de Sikasso.

2- CHU-IOTA Bamako, Mali.

3- Service d'Ophthalmologie, Centre de Santé de Référence de Kati.

4- Département d'Ophthalmologie, l'Institut d'Etude de Recherche en Géronto-Gériatrie (IERGG) de Bamako, Mali ;

5- Service d'Ophthalmologie, Hôpital Mère et Enfant le Luxembourg de Bamako (Mali).

6 - Programme National de Lutte contre le Paludisme(PNLP).

Travail présenté comme communication affichée au 9^{ième} congrès de la SOAO à Yamoussoukro en novembre 2013.

Correspondant : Docteur Moro SIDIBE

BP : 619 Bamako (MALI)

Tél. (00223) 76 41 29 14 / 66 96 98 21

Mail : morosidibefr@yahoo.fr / msidibefr@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction : Les traumatismes oculaires par aiguille de tresse sont des traumatismes graves et potentiellement cécitants à cause de leurs caractères perforant.

L'objectif de notre étude était de décrire et d'analyser les mécanismes de survenue de ces traumatismes mais aussi de décrire les lésions provoquées par ces traumatismes.

Patients et Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective réalisée dans un centre ophtalmologique de 3^{ième} niveau couvrant la période du 1^{er} Novembre 2008 au 30 Juin 2009.

Tous les cas de traumatisme par aiguille de tresse ont été inclus.

Résultats : La fréquence des traumatismes oculaires par aiguille de tresse représentait 17,2% des urgences ophtalmologiques. L'âge moyen était de 5 ans avec une prédominance féminine.

SUMMARY

Introduction: Eye injuries by braid needle are serious injuries and potentially blinding because of their penetrating characters.

Objective: The aim of our study was to describe and analyze the mechanisms of occurrence of these injuries but also to describe the damages caused by these injuries.

Patients and Methods: This was a retrospective cross-sectional study in a 3rd level ophthalmologic center over the period 01 November 2008 to 30 June 2009.

All cases of injuries by braid needle were included.

Results: The frequency of eye injuries by braid needle accounted for 17.2% of ophthalmological emergencies. The average age was 5 years with a female predominance.

In our sample 95.5% of lesions were corneal and scleral among which 88.6% were puncture wounds.

Dans notre échantillon 95,5% des lésions étaient cornéo-sclérales, avec 88,6% de plaies perforantes. Le geste chirurgical consistait en un parage de la plaie en urgence. L'opacification du cristallin était la principale complication dans 61,4% des cas.

Discussion : La fréquence élevée des traumatismes oculaires par aiguille de tresse chez les enfants d'âge préscolaire est source de mauvais résultats scolaires. Leur caractère perforant est un facteur favorisant la perturbation de la vision binoculaire, engendrant un handicap fonctionnel.

Conclusion : Les traumatismes oculaires par aiguille de tresse constituent une cause majeure de cécité monoculaire. Les communications pour un changement de comportement mais aussi pour une consultation précoce en cas d'accident pourraient réduire leur incidence et leurs complications.

Mots-clés : TRAUMATISMES OCULAIRES, AIGUILLE DE TRESSE, PLAIES PERFORANTES.

The surgical procedure consisted of debridement of the wound in emergency. The clouding of the lens was the main complication in 61.4% of cases.

Discussion: The high frequency of eyes injuries by braid needle in preschool children is a source of poor academic performance. Its puncture character is a predisposing factor for functional disability for binocular vision.

Conclusion: Eye injuries by braid needle are a major cause of monocular blindness. Awareness for behavior change in using these needles but also for early consultation in case of an accident could reduce their impact and post-traumatic complications.

KEYWORDS: EYE INJURIES, BRAID NEEDLE, PUNCTURE WOUNDS.

INTRODUCTION

Le traumatisme oculaire est un ensemble de lésions qui intéressent le globe oculaire et ses annexes, l'orbite osseuse et les voies optiques. Ils pourront être constitués de contusions, de plaies, de corps étrangers et de brûlures. Les conséquences peuvent être une désorganisation anatomique et ou un déficit fonctionnel irrémédiable.

Les traumatismes oculaires sont nombreux et fréquemment rencontrés à travers le monde.

Selon l'OMS, plus de 1,5 million de personnes dans le monde seraient aveugles à la suite d'un traumatisme^{1,2}.

En Afrique, ils constituent un motif fréquent de consultation dans les services d'ophtalmologie. La fréquence de ces traumatismes varie selon les régions. Elle tourne autour de 12,4% en Afrique septentrionale^{3,4,5}, de 19,49 à 31,86% en Afrique Orientale^{6,7,8}, de 9,8% à 12,5% en Afrique Occidentale^{9,10,11,12} et de 5%

à 12,24% en Afrique centrale^{13,14}. Les circonstances de survenue et les agents traumatisants sont multiples et varient en fonction des continents et des milieux géographiques.

Les traumatismes par aiguille de tresse sont des traumatismes graves à cause de leurs caractères perforant et septique.

Les répercussions socio-économiques sont importantes d'autant plus que la population jeune, et féminine est la plus concernée, compromettant ainsi l'avenir scolaire et professionnel d'une frange importante de la société. De nombreuses études ont été menées sur les causes des traumatismes oculaires, mais très peu ont porté spécifiquement sur les aiguilles de tresse.

La présente étude a pour but d'une part de décrire et d'analyser les mécanismes de survenue de ces traumatismes et d'autre part de décrire les lésions provoquées.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale prospective réalisée dans un centre ophtalmologique de 3^{ème} niveau situé dans le District de Bamako au Mali et qui a couvert la période du 1^{er} Novembre 2008 au 30 Juin 2009.

Tous les patients ayant consulté pour traumatisme oculaire par aiguille de tresse pendant la période d'étude ont été inclus.

Il s'agissait de recueillir, au cours d'un examen clinique les données suivantes :

- l'identité du malade : âge, sexe, activité socio professionnelle,
- l'histoire de la maladie : la date du traumatisme, le lieu de l'accident, les circonstances de survenue, l'agent traumatisant.
- L'itinéraire thérapeutique : premier contact avec un agent de santé, délai de pré-

sentation à la première consultation, notion de référence, traitement reçu.

- Les signes fonctionnels ; les signes physiques (acuité visuelle, examen des annexes, du segment antérieur et du segment postérieur si possible)

- Le bilan lésionnel au bloc opératoire

- Le traitement institué et le suivi à J1, J4, J7, J15, J30, J60. Les éléments de surveillance étaient l'acuité visuelle, l'état du segment antérieur et du segment postérieur.

Les supports utilisés pour la collecte des données étaient le registre de consultation de garde, le dossier des malades, le registre du bloc opératoire et la fiche de renseignements pour l'étude.

La saisie et le traitement ont été faits sur le logiciel SPSS 17.

RESULTATS

ASPECTS SOCIO DÉMOGRAPHIQUES

Du 1^{er} novembre 2008 au 30 juin 2009, nous avons enregistré 44 cas de traumatismes par aiguille de tresse sur un total de 256 traumatismes durant la même période soit une fréquence de 17,2%.

Le sexe féminin était le plus représenté, soit 38 cas (86,4%), contre seulement 6 cas

(13,6%) chez les personnes de sexe masculin. La tranche d'âge d'1 à 5 ans a représenté plus de la moitié de notre effectif, 29 cas (65,9%). L'âge moyen des patients était de 5 ans avec des extrêmes de 1 et 15 ans. Il s'agissait essentiellement d'enfants d'âge préscolaire avec 28 cas, soit 63,6%.

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

L'aiguille de tresse appartenait à la mère dans 65,9% des cas et le traumatisme a eu lieu dans 93,2% des cas dans la concession familiale (tableau I). Elle était à portée de main des enfants dans 97,7% des cas. Dans 75% des cas, les circonstances de survenue étaient des jeux (coiffure mutuelle, coiffure d'une poupée, autres), (tableau II).

ASPECTS ANATOMO- CLINIQUES

L'atteinte était unilatérale dans 100% des cas. Un même œil présentait parfois plusieurs lésions. Après la survenue du traumatisme, près de la moitié des patients, soit 21 cas (47,7%) ont été vus au-delà de 72 heures après l'accident, 18 cas, soit 40,9%, entre la 6^{ème} et la 24^{ème} heure, et 5 cas (11,4%) avant la 6^{ème} heure. Les séclusions pupillaires et la phtyose du globe ont représenté respectivement 6,8% et 4,5%. Les lésions cornéo-

sclérales ont représenté 42 cas (95,5%) et cristalliniennes 39 cas (88,6%). Ces lésions étaient diversement associées (tableau III).

L'acuité visuelle était effondrée dans 70,4% des cas, variant de pas de perception lumineuse (PPL) à 1/20^{ème}. Près de la moitié, soit 47,7% des patients, sont devenus monophthalmes avec une acuité visuelle variant de pas de perception lumineuse (PPL) à la perception lumineuse (PL) positive (graphique I) ;

Les séquelles fonctionnelles de l'œil traumatisé après traitement étaient liées à la cataracte compliquée avec 61,4%, suivi des lésions cornéennes à type de taie, de leucome et de remaniement avec 59,1% (tableau IV).

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

Le traitement chirurgical a représenté 35 cas soit 79,5% contre 9 cas soit 20,5% de médical.

MECANISMES DE SURVENUE

Tableau I : Répartition selon le lieu de l'accident

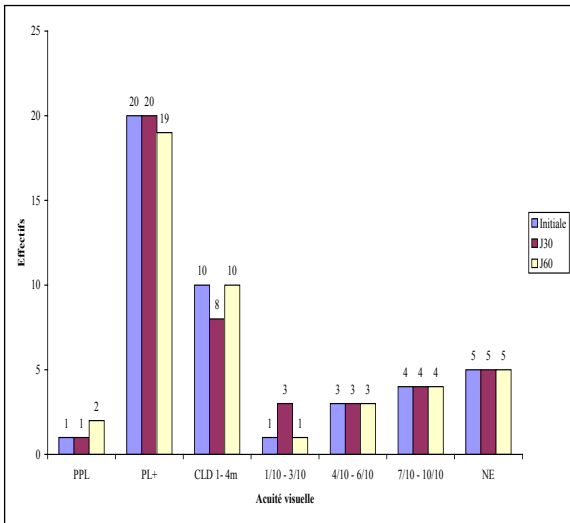
Lieu de l'accident	Effectifs	Pourcentage
Concession Familiale	41	93,2
Hors Concession Familiale	2	4,5
Ecole	1	2,3
Total	44	100,0

Tableau II : Répartition selon les circonstances du traumatisme

Circonstances	Effectifs	Pourcentage
un enfant coiffe un enfant	12	27,3
un enfant coiffe la poupée	11	25,0
l'enfant joue seul	10	22,7
un enfant coiffe un adulte	5	11,4
un adulte coiffe un adulte	3	6,8
l'enfant se coiffe seul	3	6,8
Total	44	100,0

Tableau III : Répartition selon les lésions observées

Lésions	Effectifs	Pourcentage
Conjonctive	39	88,6
Hyperhémie	39	88,6
Cornée-sclère	42	95,5
Plaie cornéenne para-centrale	20	45,5
Plaie cornéenne centrale	14	31,8
Plaie limbique	5	11,4
Erosion cornéenne	1	2,3
Remaniement cornéen	2	4,5
Chambre-antérieure	32	72,7
Diminuée ou effacée	25	56,8
Hyphéma	4	9,1
Hypopion	1	2,3
Non analysable	2	4,5
Iris	25	56,8
Hernie	22	50,0
Iridodialyse	1	2,3
Synéchie	2	4,5
Cristallin	39	88,6
Opacité	27	61,3
Rupture de la capsule antérieure	12	27,3
Vitré	4	9,1
Issue	4	9,1



Graphique I : Répartition selon l'acuité visuelle de l'œil traumatisé à l'examen initial, à J30 et J60

NE : Non Evaluée
 CLD : compte les doigts
 PPL (Pas de Perception lumineuse) et PL(Perception Lumineuse)

Tableau IV: Causes des mauvais résultats fonctionnels

Causes	Effectifs	Pourcentage
Cristallin	27	61,4
Cataracte compliquée	27	61,4
Cornée	26	59,1
taie	20	45,5
leucome	4	9,1
Remaniement cornéen	2	4,5
Pupille	3	6,8
Séclusion pupillaire	3	6,8
Autres	2	4,5
Phtyse du globe	2	4,5

DISCUSSION

LA FRÉQUENCE

Du 1^{er} novembre 2008 au 30 juin 2009, nous avons enregistré 44 traumatismes oculaires par aiguille de tresse pour un total de 256 traumatismes oculaires soit une fréquence de 17,2%.

La prédominance du sexe féminin s'expliquerait par le fait que, l'art de la coiffure en Afrique noire et particulièrement en Afrique sub saharienne se transmet de génération



A



B

Photos : A et B

A- une petite fille avec une aiguille accrochée sur les cheveux tressés.

B- des exemplaires d'aiguille à tresser.

en génération et généralement de la mère à la fille. Ainsi, la petite fille à proximité de sa mère ou de ses sœurs observe et imite celles-ci dans leurs pratiques quotidiennes.

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

L'agent traumatisant appartenait à la mère dans 65,9% des cas et le traumatisme a eu lieu dans 93,2% des cas dans la concession familiale.

L'aiguille de tresse était à portée de main des enfants dans 97,7% des cas.

Dans 75% des cas, les circonstances de survenue étaient liées soit au fait que les enfants se coiffent entre eux, soit qu'ils coiffaient leur poupée, soit qu'ils jouaient avec l'aiguille.

Cette forte fréquence pourrait s'expliquer par le caractère traditionnel du métier de la tresse qui se pratique dans notre pays, le plus souvent dans les maisons. Les enfants, étant à proximité de leurs mères ou de leurs sœurs participent à ces séances de coiffure en observant ou en apportant tel ou tel matériel. Dans cette ambiance, ils peuvent profiter des moments d'inattention des adultes pour se saisir de l'aiguille.

DÉLAIS DE CONSULTATION

Seulement 5 cas, soit 11,4% des patients ont consulté dans les 6 premières heures ; 40,9% de la 6^{ème} à la 24^{ème} heure et 47,7% après la 72^{ème} heure. Ce résultat est comparable à celui de LAM et al au Sénégal⁹.

Ce constat a été également noté par SEK-KAT et BERBICH³ au Maroc qui avaient trouvé un délai de 48 heures que pour 75,87% des traumatisés. Par contre en Europe, au moins 88,4% des patients sont hospitalisés dans les 24 heures qui suivent le traumatisme^{16,17}.

Ce retard à consulter pourrait s'expliquer par la peur des parents (peur des reproches), les difficultés d'accès aux soins, ou aussi par un manque d'information sanitaire de la population.

ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES

L'œil atteint

Nous avons noté 24 traumatismes de l'œil droit et 20 de l'œil gauche. Le traumatisme était unilatéral dans 100% des cas. Ce constat d'unilatéralité a été rapporté par Ayena et al.¹⁵ à Lomé et Ahnou Zabsonré et al. à Abidjan¹² qui ont trouvé respectivement, 89,5 et 100%.

CONCLUSION

Les traumatismes oculaires par aiguille de tresse constituent une cause majeure de cécité monoculaire intéressant dans la majorité des cas les jeunes enfants et particulièrement féminine. Le mécanisme de survenue est lié en grande partie à la négligence

Lésions anatomo-cliniques

Nous avons observé chez les patients 42 cas soit 95,5% de lésions cornéo-sclérales parmi lesquelles 88,6% étaient des plaies cornéo-sclérales ; dans le reste des cas il s'agissait d'érosions cornéennes (2,3%) et des remaniements cornéens (4,5%). Les lésions cristalliniennes ont représenté 39 cas soit 88,6%, les hernies de l'iris 22 cas soit 50% et les issues de vitré 4 cas soit 9,1%.

Ces lésions confirment la complexité des lésions par traumatismes perforants telle que décrite par d'autres études^{9,18,19}.

Acuité visuelle de l'œil traumatisé

Il n'y avait pas de différence entre l'acuité visuelle initiale et celle mesurée à la fin du suivi (J60). Elle était effondrée dans 70,4% des cas, variant de PPL à 1/20^{ème}.

Près de la moitié, soit 47,7% des patients, sont devenus monophthalmes avec une acuité visuelle variant de PPL à PL+. Nous avons trouvé que seulement 15,9%, soit 7 patients, avaient une acuité visuelle utile variant de 4 à 10/10^{ème}.

Ainsi, les traumatismes par aiguille de tresse sont des traumatismes graves et qui conduisent potentiellement à la cécité à cause de leur caractère perforant et des lourdes séquelles qu'ils peuvent engendrer.

Causes des mauvais résultats fonctionnels (Séquelles)

Il apparaît que les causes des mauvais résultats fonctionnels ont été dominées par les cataractes compliquées avec 61,4%, suivies des lésions cornéennes à type de taie, de leucome et de remaniement avec 51,9%.

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

Le traitement chirurgical qui a représenté 35 cas, consistait en un parage de la plaie en urgence précédé de bilan lésionnel sous anesthésie générale. Les séquelles à type de lésions cornéennes n'ont pas pu être prise en charge à cause de l'insuffisance de plateau technique.

des adultes. Les communications pour un changement de comportement en utilisant ces aiguilles en cas d'accident pourraient réduire leur incidence et les complications post traumatiques.

RÉFÉRENCES

1. Maurin J F, Cornand G. Cécité d'origine cornéenne en milieu tropical. Rev. Int. Trach. 1990, 1 : 19- 138.
2. Thylefors B ; Resnikoff S. Les progrès réalisés dans la lutte contre la cécité dans le monde et perspectives d'avenir. Cahier de santé 1998, 2, 8 : 140- 143.
3. SEKKAT A., et al. Traumatismes oculaires: Rapport, congrès Afro-asiatique d'ophtalmologie. Session III, VII. Acta Tunis, 1980.
4. Ayed S, Rekik R, Daghfous MT. Traumatismes oculaires chez les enfants tunisiens. Tunis Med. 1983 Jan- Fev: 61(1): 23- 5.
5. Ben Z, Jamel F, Wissam K, Ryn K, Mustapha A, Mohamed A, et al. Ocular trauma in children: report of 136 cases. Tunis Med. 2000 Oct: 78(10) 580- 3.
6. Mselle J. Visual impact of using traditional medicine on the injured eye in Africa. Acta Trop. 1998 Jun 30: 70(2) : 185- 92.
7. Ilsar M, Chirambo M, Belkin M. Ocular injuries in Malawi. Br J Ophthalmol. 1982 Feb: 66(2): 145- 8.
8. Abraham D.I, Vitale S.I, West S.I, Isseme I. Epidemiology of eye injuries in rural Tanzania OphthalmolEpidemiol. 1999 Jun: 6(2): 85- 94
9. Lam A, Ndiaye MR. Traumatismes oculaires au Sénégal (Bilan épidémiologique et statistique de 1872 cas). Méd Afr Noire, 1992 ; 39(12) : 810-5.
10. Sidi Cheick S, Ducouso F, Traoré L, Momo G, Schemann JF. Etude rétrospective des traumatismes oculaires perforants traités à l'IOTA, à propos de 180 cas (1998). Med Afr Noire, 2000; 47(6) : 285-9.
11. Meda N, Ouedraogo A, Daboue A, Ouedragogo M, Ramde B, Some D, et al. Traumatisme de l'oeil et des paupières au Burkina Faso. JFr Ophtalmol. 2001 May: 24(5): 463-6.
12. Ahnoux-Zabsonre A, Keita C, Safede K. Traumatismes oculaires graves chez les enfants au CHU de Cocody à Abidjan en 1994. JFr Ophtalmol. 1997: 20(7): 521- 6.
13. Kaimbo Wa Kaimbo D, Spileers W, Missotten L. Les urgences oculaires en République Démocratique du Congo. Bull Soc Belge Ophtalmol. 2002: (284): 49 – 53.
14. Bella-Hiag AL, Mvogo CE. Traumatisme oculaire chez les enfants à l'hôpital Laquintinie, Douala (Cameroun). Sante. 2000 May-Jun: 10(3): 173-6.
15. Ayena K.D, Agbo A.D.R, Abalo A, Houkpatin E, Houkpatin J.K, Djagnimkpo P.A et al. Les traumatismes oculaires à Lomé. Med Afr Noire 2009 ; 56 : 261- 6.
16. BOUDET C. Plaies et contusions du segment antérieur de l'œil. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie. Paris: Ed. Masson ; 1979. P. 283-99.
17. Tikwasch. Plaies pénétrantes oculaires au cours des accidents du travail. Ann. Oculist. Paris 1976. T 209, n°10, P. 643 à 658.
18. Mensah A, Fany A, Adjorlolo C, Toure M.L, Kasieugbe M, Mihluedo KA. et al. Epidémiologie des traumatismes oculaires chez les enfants Abidjanais. Santé. 2004 Oct-Dec: 14(4): 239-43.
19. Skiker H., Laghmari M., Boutimzine N., Ibrahimy W., Benharbit M., Ouazani B ; et al. Les plaies du globe oculaire de l'enfant: Étude rétrospective de 62 cas. Bull. Soc. Belge Ophtalmol., 306, 57-61, 2007.