

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**



Année académique : 2022–2023

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



N°...../2023

TITRE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES DES TRAUMATISMES OCULAIRES
PAR AIGUILLE DE TRESSE CHEZ LES ENFANTS DE
0 A 15 ANS AU CHU-IOTA**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Présenté et soutenu le 14 décembre 2023

Par Dr Machioudou LAFIA SABI GONI

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Ophtalmologie

JURY

PRESIDENT : Pr Adégné TOGO

MEMBRES : Pr Adama GUINDO

Pr Nouhoum GUIROU

CO-DIRECTEUR : Dr Brehima MARIKO

DIRECTRICE : Pr Fatoumata SYLLA

DEDICACES

Ce modeste travail est dédié :

A ALLAH, le Tout Puissant, le très Miséricordieux par excellence et par essence.

A son **Prophète Mahomet (SAW)**, pour m'avoir donné la vie, le courage et la force nécessaires pour mener à terme ce travail.

A mon père LAFIA Sabi Goni (In memorium)

Serait été un plaisir pour moi de partager ces moments avec toi mais le bon Dieu t'a rappelé depuis notre petite enfance. Nous sommes fiers des valeurs que nous a transmises. Qu'Allah t'accorde le paradis éternel !

A ma mère MAMA Fatouma (In memorium)

Aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers toi. Tu as été la principale cheville ouvrière de ce long parcours après le décès de papa. Mais comme on le dit «tous ceux qui se tiennent se coucheront un jour», et tu as obéi à cette règle. Qu'Allah t'accorde le paradis éternel !

A mon oncle MAMA Abdoulaye

Tu as été tout pour moi ; le remplaçant idéal de mes parents. Tu as été pour moi un parent exemplaire par ton souci constant d'une bonne éducation. Tu m'as appris les valeurs fondamentales de la vie. Puisse le Tout Puissant te donner une longue vie et te récompenser à juste titre.

A mon épouse, ASSOUMA Bana Mazourath et mes enfants Rayane et Féïssalath

Ce modeste travail est l'expression de ma profonde affection. Merci pour le sacrifice consenti pendant ces années passées loin de vous !

A tous les enfants victimes de traumatisme oculaire

Que la grâce d'Allah vous accompagne et facilite votre guérison !

REMERCIEMENTS

Au Professeur SYLLA Fatoumata, pour les efforts consentis de tous les jours dans notre formation. Merci d'avoir accepté de diriger ce mémoire malgré vos occupations !

Au Professeur TRAORE Lamine, pour la formation reçue de vous malgré vos occupations !

Au Professeur GUINDO Adama, pour la formation, le soutien et les conseils !

Aux Professeurs GUIROU Nouhoum et NAPO Abdoulaye, merci pour l'enseignement et la disponibilité à écouter et à conseiller !

Au Professeur ASSAVEDO C. A. Rodrigue, pour le soutien permanent et les conseils !

Mes vifs remerciements à notre maître, **Docteur MARIKO Brehima** qui a accepté de codiriger ce travail et ainsi de contribuer efficacement à son enrichissement par ses judicieuses orientations et la constance de son soutien.

Mes sincères remerciements à mon maître et tutrice, **Dr SIDIBE Fatoumata Tata** pour les conseils, le soutien et la formation chirurgicale.

Nous remercions également les autres maîtres : Dr SIMAGA Assiatou , Dr BA Kadiatou , Dr KONIPO Ali, Dr GOUNON Saye, Dr SISSOKO Modibo, Dr KOLE Sidibé , Dr DIALLO Hamadoun , Dr DIALLO Seydou, Dr TALL Aïssata , Dr TOURE Ousmane , Dr COULIBALY Mory et Dr SOGODOGO Cheick pour leur accompagnement au cours de ces quatre années de formation.

Madame **MAIGA Sakina**, profondes gratitudee !

Madame **DEMBELE Fatoumata**, sincères remerciements !

A toute **la famille CAMARA** de Ségou et Barouéli, profondes gratitudee !

A **Dr GOUDA Michel**, **Dr ALFA BIO Amadou** et **Mr DINI Téléphore**, merci pour les conseils et le soutien !

A mes collègues promotionnaires et cadets de formation pour votre soutien !

A tout le personnel du CHU – IOTA pour votre disponibilité et bonne collaboration !

A tous ceux que ceux dont je n'ai pas pu citer et qui m'ont aidé d'une manière ou d'une autre tout au long de mes études et ont contribué à la réalisation de ce document.

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....	7
II.OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	8
III.METHODOLOGIE.....	9
IV.RESULTATS.....	13
V.DISCUSSION ET COMMENTAIRES.....	28
CONCLUSION.....	33
RECOMMANDATIONS.....	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	34
ANNEXES.....	36

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AV : Acuité visuelle

BAV : Baisse d'acuité visuelle

CLD : Compte les doigts

DR : Décollement de rétine

FO : Fond d'œil

F : féminin

IOTA : Institut d'Ophthalmologie Tropicale de l'Afrique

M : masculin

OD : œil droit

OG : œil gauche

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTC : Ocular Trauma Classification

OTS : Ocular Trauma Score

PL+ : Perception lumineuse

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon le niveau d'instruction	14
Tableau II: Répartition selon le délai écoulé avant l'admission	15
Tableau III : Répartition selon les motifs de retard à la consultation	16
Tableau IV : Répartition selon le type de soins reçus avant admission	16
Tableau V: Répartition selon le lieu du traumatisme	16
Tableau VI: Répartition selon l'appartenance de l'aiguille de tresse	17
Tableau VII: Répartition selon les circonstances du traumatisme	17
Tableau VIII: Répartition selon le rôle de la victime dans le mécanisme	18
Tableau IX: Répartition des patients selon les lésions cornéennes	19
Tableau X: Répartition des patients selon les atteintes de la chambre antérieure	20
Tableau XI: Répartition des patients selon les atteintes de l'iris	20
Tableau XII: Répartition des patients selon les atteintes du cristallin	20
Tableau XIII: Répartition des patients selon l'état du segment postérieur	21
Tableau XIV: Répartition selon le score OTS	21
Tableau XV: Répartition des patients selon les gestes chirurgicaux pratiqués	23
Tableau XVI: Répartition selon l'état oculaire à J30	24
Tableau XVII: Répartition des patients selon les lésions anatomiques et l'acuité à J30	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Répartition selon la tranche d'âge	13
Figure 2:Répartition selon le sexe	13
Figure 3:Répartition selon le lieu habituel de résidence	14
Figure 4:Répartition selon le mode d'admission	15
Figure 5:Répartition selon l'accessibilité de l'aiguille de tresse.....	18
Figure 6:Répartition selon l'œil atteint	19
Figure 7:Répartition selon l'acuité visuelle de l'œil traumatisé à l'admission.....	22
Figure 8:Répartition selon le type de traitement	22
Figure 9:L'acuité visuelle à l'entrée et à J30	25
Figure 10:Répartition des patients selon les acuités visuelles corrigées à J30	26

I.INTRODUCTION

Les traumatismes oculaires sont l'ensemble de lésions, intéressant le globe oculaire et ses annexes, produites par une violence extérieure [1].

Ils sont responsables de 19 millions de cas cécité monoculaire à l'échelle planétaire chaque année dont 32 à 75% sont des enfants selon l'OMS [2].

En 2015, en Iles de France, Mayouego J.K et al. rapportaient que 45,2% des enfants vus aux urgences ophtalmologiques consultaient pour un traumatisme oculaire [3].

En Afrique, des études réalisées en milieu hospitalier ont montré que les enfants représentent une proportion importante des cas de traumatisme oculaire. A l'hôpital Kasr El Aini du Caire, Mahmoud et al rapportaient en 2008, une proportion de 49,7% d'enfants parmi les admissions en ophtalmologie pour traumatisme oculaire [4]. Dans une étude de Gaboune et al en 2007, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Marrakech, 33,4% des admissions pour traumatisme oculaire ont concerné la tranche d'âge de 4 à 16 ans [5]. Au Cameroun, en 2009, Eballe et al trouvaient que les traumatismes oculaires étaient la principale cause de cécité monoculaire chez les enfants de 6 à 15 ans à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé [6]. Au Burkina Faso une étude réalisée par Ouédraogo L. avait trouvé une fréquence de 20,1% en 2012, de traumatismes oculaires chez les enfants de 0 à 14 ans en quatre ans [7].

Au Mali, Lassine T., trouvait, en 2021, dans une étude réalisée au CHU-IOTA que parmi les traumatismes oculaires admis, 4% concernait les enfants [8]. Dans une autre étude menée en 2022 au Centre de Santé de référence de Fana, Sangho H. avait trouvé 1,65% de traumatismes oculaires intéressant les enfants de 0 à 14ans sur l'ensemble des consultations du service d'ophtalmologie dans la période d'étude [9].

Les traumatismes oculaires chez l'enfant entraînent souvent des séquelles graves : mauvaise récupération visuelle avec risque d'amblyopie, séquelles anatomiques et impacts psychosociaux [10].

Les mécanismes, les circonstances de survenue et leurs agents sont multiples et varient d'une région à l'autre. Peu d'études ont porté sur les traumatismes par aiguille de tresse, chez l'enfant dans notre contexte, d'où notre intérêt.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1 Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires par aiguille de tresse chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU-IOTA

2.2 Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer les caractéristiques épidémiologiques des traumatismes oculaires par aiguille de tresse ;
- ❖ Déterminer les circonstances et mécanismes de survenue des traumatismes ;
- ❖ Décrire les lésions anatomiques et fonctionnelles oculaires ;
- ❖ Décrire les méthodes thérapeutiques utilisées;
- ❖ Evaluer les résultats anatomiques et fonctionnels après la prise en charge.

III.METHODOLOGIE

3.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut Ophtalmologique Tropicale de l'Afrique (CHU-IOTA).

Il a été créé le 1er octobre 1953 à Bamako succédant ainsi à l'Institut du Trachome de l'Afrique Française initialement installé à Dakar.

C'est un établissement public spécialisé ayant pour mission de:

- ❖ Dispenser des soins oculaires de niveau tertiaire ;
- ❖ Assurer la formation initiale et continue des médecins, infirmiers Spécialisés en ophtalmologie, et des techniciens en optométrie et en lunetterie ;
- ❖ Mener des recherches, cliniques, épidémiologiques et opérationnelles.

3.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive qui a été réalisée sur une période de 11 mois allant du 1^{er} novembre 2022 au 30 Septembre 2023.

3.3 Population d'étude

Notre population d'étude était constituée par tous les enfants traumatisés oculaires reçus au CHU-IOTA dans la période d'étude.

3.4 Echantillonnage

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

3.4.1 Critères d'inclusion

- ❖ Enfant de 0 à 15 ans ;
- ❖ Victime de traumatisme oculaire par aiguille de tresse ;
- ❖ Diagnostiqué et prise en charge au CHU-IOTA pendant la période d'étude.

3.4.2 Critères de non inclusion

- ❖ Traumatisme oculaire par aiguille chez un enfant de plus de 15ans ;
- ❖ Enfant de 0 à 15 ans victime de traumatisme oculaire causé par autres agents traumatisants;

3.5 Déroulement de l'enquête

- ❖ Les patients ont été recrutés dans le service des urgences du CHU-IOTA, dès leurs admissions, selon les critères d'inclusion ;
- ❖ Les renseignements généraux, l'histoire du traumatisme et les antécédents ont été recueillis ;
- ❖ Chaque cas a bénéficié d'un examen complet:
 - L'évaluation de l'acuité visuelle à travers le comportement visuel et la poursuite lumineuse chez les enfants en âge préverbal. Des échelles d'acuité visuelles, ont été utilisées chez les enfants d'âge verbal.
 - Un examen clinique de l'enfant éveillé à la lampe à fente et un examen locorégional et général sommaires ;
 - La mise en condition pour l'hospitalisation ;
 - Un examen sous anesthésie générale fait par un sénior ophtalmologiste ou ophtalmo-pédiatre au bloc opératoire en vue de faire avec précision le bilan lésionnel;
 - Au décours du bilan lésionnel, la décision chirurgicale est prise ;
 - Un suivi post opératoire a été fait pour tous les cas selon le chronogramme suivant : J1, J4, J15 et J30.

3.6 Outils et matériels utilisés

- ❖ Les supports utilisés pour la collecte des données étaient le registre de garde, le dossier des malades, le registre du bloc opératoire et la fiche de renseignements pour l'étude.
- ❖ Les matériels suivants ont été utilisés :
 - Les échelles d'acuité visuelle de Pigassou, Monoyer et Snellen située à une distance de 5m pour les enfants en âge verbal ;
 - Lampe à fente pour l'examen ophtalmologique ;
 - Lentille de Volk pour le fond d'œil après dilatation à la tropicamide et/ou néosynéphrine.
 - L'échoB a été réalisée à l'aide des échographes Nidek US-4000/4000-P et OP18070.

3.7 Variables de l'étude

Les variables suivantes étudiées :

- ❖ Les données sociodémographiques : âge, sexe, résidence, le niveau d'instruction de l'enfant ;
- ❖ Les circonstances et mécanismes de survenue, le lieu du traumatisme, l'agent et le délai de la prise en charge;
- ❖ Les données cliniques :
 - Les signes fonctionnels : BAV, douleur, rougeur, larmoiement, blépharospasme.
 - La notion de traitement antérieur et la nature des produits administrés ;
 - L'acuité visuelle à l'admission;
 - Les lésions anatomiques des différentes structures de l'œil traumatisé ;
- ❖ Le traitement institué et les méthodes thérapeutiques utilisées ;
- ❖ Le suivi post-traitement : les éventuelles complications et séquelles, les acuités visuelles non corrigées et corrigées de l'œil traumatisé.

3.8 Définitions opérationnelles

- ❖ **L'aiguille de tresse est dite « à portée de main »** quand elle est facilement accessible pour l'enfant ;
- ❖ **Enfants non scolarisés** : ce sont les enfants n'avaient pas l'âge d'être scolarisés et ceux qui n'avaient pas été scolarisés malgré qu'ils aient atteints l'âge scolaire.
- ❖ **Retard de consultation** : tous les patients admis au-delà de vingt-quatre (24) heures après le traumatisme ;
- ❖ **Retard de consultation « par ignorance »** : j'ignore la gravité de la lésion, on n'a pas constaté ou l'enfant n'était pas chez moi.
- ❖ **Acuité visuelle préverbale** : acuité qui n'a pas pu être chiffrée du faite de l'âge du patient.
- ❖ **Plaie cornéenne simple** : c'est une plaie cornéenne linéaire.
- ❖ **Plaie cornéenne complexe** : c'est une plaie cornéenne curviligne, en « T », en « Y » ou en « T ».
- ❖ **Quasi cécité selon l'OMS** : Quand l'acuité visuelle avec la meilleure correction est inférieure ou égale à PL+ et supérieure à CLD1m.

- ❖ **Cécité profonde ou déficience visuelle sévère** : Quand l'acuité visuelle avec la meilleure correction est inférieure ou égale à CLD1m et supérieure à CLD3m.
- ❖ **Malvoyance sévère** : lorsque l'acuité visuelle avec la meilleure correction est inférieure ou égale à CLD3m et supérieure à 1/10.
- ❖ **Malvoyance moyenne** : lorsque l'acuité visuelle avec la meilleure correction est inférieure ou égale à 1/10 et supérieure à 3/10.
- ❖ **Malvoyance légère** : lorsque l'acuité visuelle avec la meilleure correction est inférieure ou égale à 3/10 et supérieure à 9/10.

3.9 Saisie et analyse des données

- ❖ La saisie et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel Epi info 7.2.2.6
- ❖ Le traitement des tableaux et des graphiques ont été réalisés par le logiciel Microsoft Excel 2013.
- ❖ Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec écart type et les variables qualitatives en pourcentages.
- ❖ Pour l'analyse, les tests statistiques de Khi carré ont été utilisés pour la comparaison des pourcentages avec un seuil de signification de 5%.

3.10 Considérations éthiques

Les exigences éthiques relatives à la recherche en santé ont été respectées :

- ❖ Le consentement éclairé des cibles à enquêter avait été requis avant le démarrage de l'entretien ;
- ❖ La confidentialité des données recueillies a été garantie.

IV.RESULTATS

4.1 Caractéristiques épidémiologiques

4.1.1 Fréquence

Du 1^{er} novembre 2022 au 30 septembre 2023 (11 mois), nous avons enregistré 32 cas de traumatismes oculaires par aiguille de tresse. Pendant cette période, un total de 428 traumatismes oculaires, tout âge et tout agent traumatisant confondus, ont été enregistrés. Ainsi nous avons une fréquence hospitalière de 7,5% des traumatismes

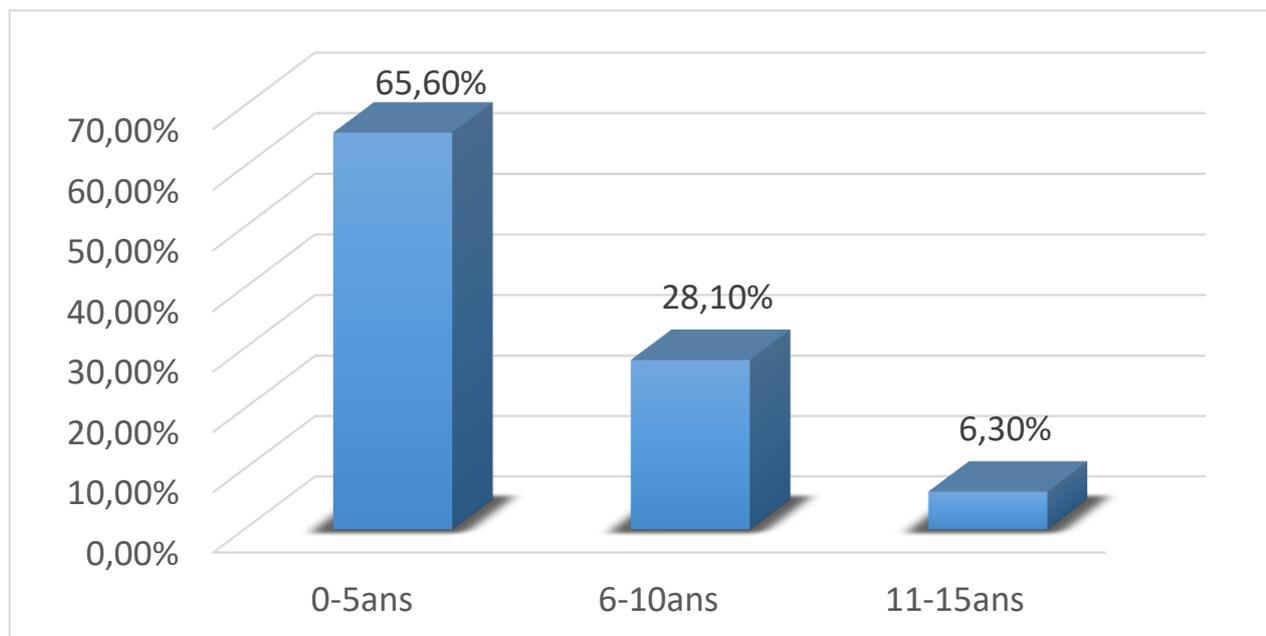


Figure 1: Répartition selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 0 à 5ans, était la plus représentée (65,6%).

La moyenne d'âge était de $5,3 \pm 2,5$ ans avec des extrêmes allant de 2 à 12ans.

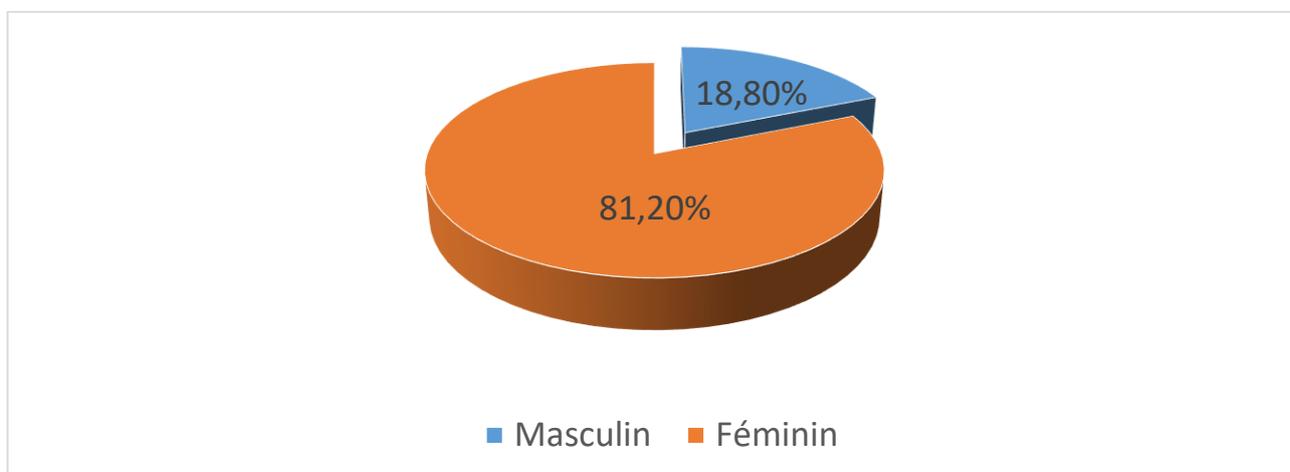


Figure 2: Répartition selon le sexe

Le sexe féminin était le plus représenté (81,2%) avec un sexe ratio H/F égal à 0,2.

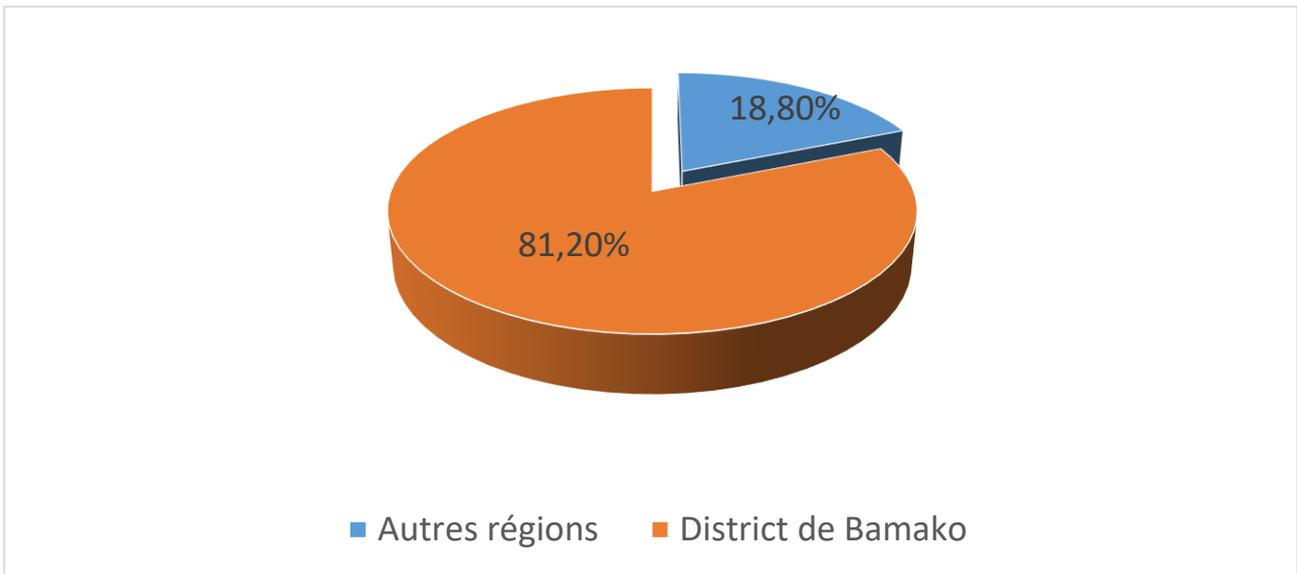


Figure 3: Répartition selon le lieu habituel de résidence

La majorité des patients (81,2%) venait du district de Bamako.

Tableau I: Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage(%)
Non scolarisé	20	62,5
Maternelle	4	12,5
Primaire	7	21,9
Secondaire	1	3,1
Total	32	100

Les patients non scolarisés ont représenté 62,5% des cas. Parmi les non scolarisés, 3 patients étaient en âge préscolaire.

4.2. Circonstances et mécanismes de survenue des traumatismes

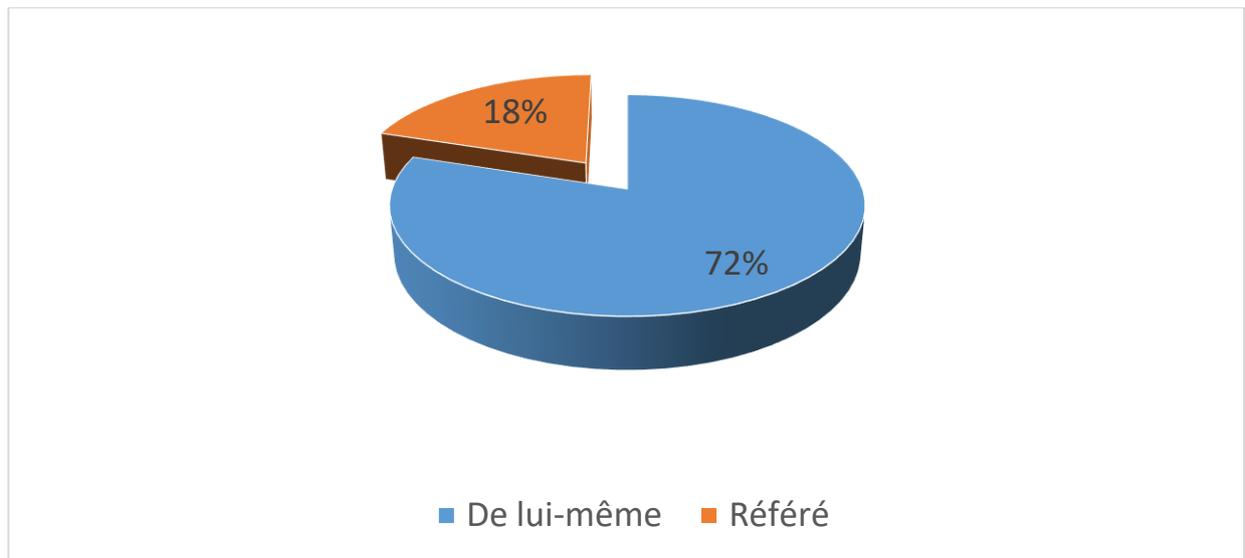


Figure 4: Répartition selon le mode d'admission

La majorité des patients (72%) n'avait fréquenté aucune structure sanitaire avant leur admission.

Tableau II: Répartition selon le délai écoulé avant l'admission

Délai avant l'admission	Effectifs	Pourcentage(%)
<24H	14	43,7
24-72H	11	34,4
>72H	7	21,9
Total	32	100

L'admission à la consultation avant les vingt-quatre (24) premières heures a représenté 43,7% des cas. Par contre le retard de consultation a concerné 18 patients soit 56,3%.

Tableau III : Répartition selon les motifs de retard à la consultation

Motif de retard de consultation	Effectifs	Pourcentage(%)
Retard par ignorance	11	61,1
Structure éloignée	5	27,8
Problème financier	2	11,1
Total	18	100,0

Le retard par ignorance était le motif le fréquent de retard à la consultation dans 61,1% des cas.

Tableau IV : Répartition selon le type de soins reçus avant admission

Soins avant admission	Effectifs	Pourcentage(%)
Aucun	13	40,6
Automédication	11	34,4
Soins médicaux non spécialisés	8	25,0
Total	32	100

Les patients n'avaient reçu aucun traitement avant leur admission dans 40,6% des cas.

Tableau V: Répartition selon le lieu du traumatisme

Lieu du traumatisme	Effectifs	Pourcentage(%)
Domicile familial	26	81,2
Lieu de tresse	3	9,4
Ecole	1	3,1
Autres	2	6,3
Total	32	100

Les traumatismes avaient eu lieu dans 81,2% dans le domicile familial.

Tableau VI: Répartition selon l'appartenance de l'aiguille de tresse

L'appartenance	Effectifs	Pourcentage(%)
Mère	20	62,5
Membre de la famille	6	18,8
Coiffeuse	4	12,5
Voisine	2	6,2
Total	32	100

L'agent traumatisant appartenait à la mère dans la plupart des cas (62,5%).

Tableau VII: Répartition selon les circonstances du traumatisme

Circonstances	Effectifs	Pourcentage(%)
La victime tresse un enfant	3	9,4
La victime tresse une poupée	8	25
La victime joue avec l'aiguille	11	34,4
La victime tresse un adulte	6	18,7
Un adulte tresse la victime	4	12,5
Total	32	100

Dans plus de la moitié des cas (59,4%), l'aiguille de tresse est utilisée dans un contexte de jeu. Il s'agit souvent d'un jeu d'imitation de la tresse sur leurs poupées (25%)

Tableau VIII: Répartition selon le rôle de la victime dans le mécanisme

Rôle de la victime	Effectifs	Pourcentage(%)
La victime mène l'action	28	87,5
La victime subit l'action	4	12,5
Total	32	100

La victime est meneuse de l'action traumatisante dans 87,5% des cas.

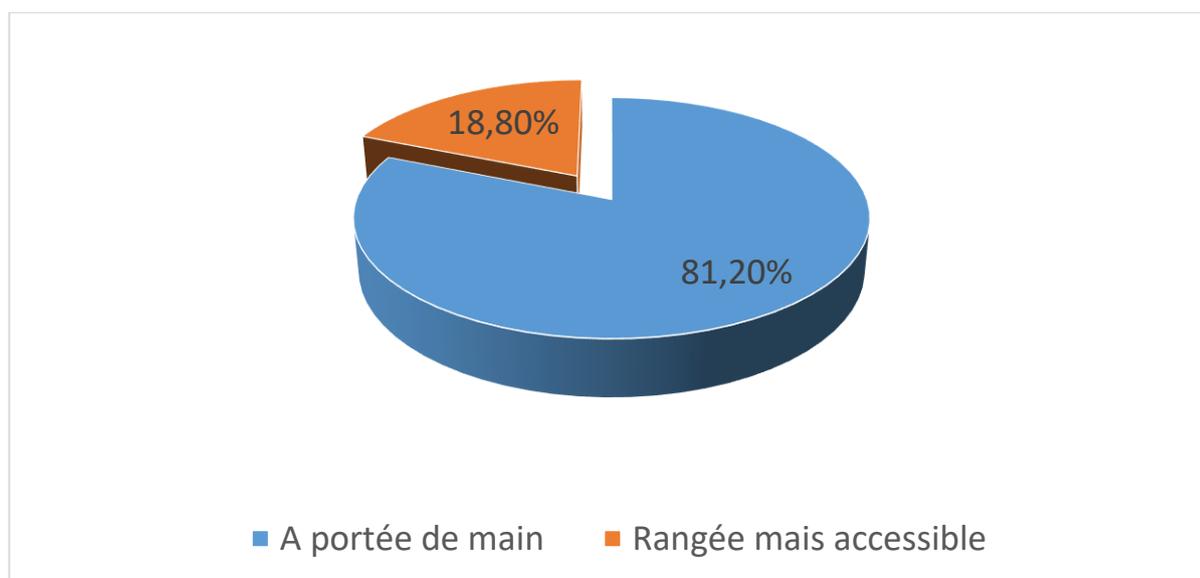


Figure 5: Répartition selon l'accessibilité de l'aiguille de tresse

L'agent traumatisant était à portée de main dans 81,2%.

4.3. Description des lésions anatomiques et fonctionnelles

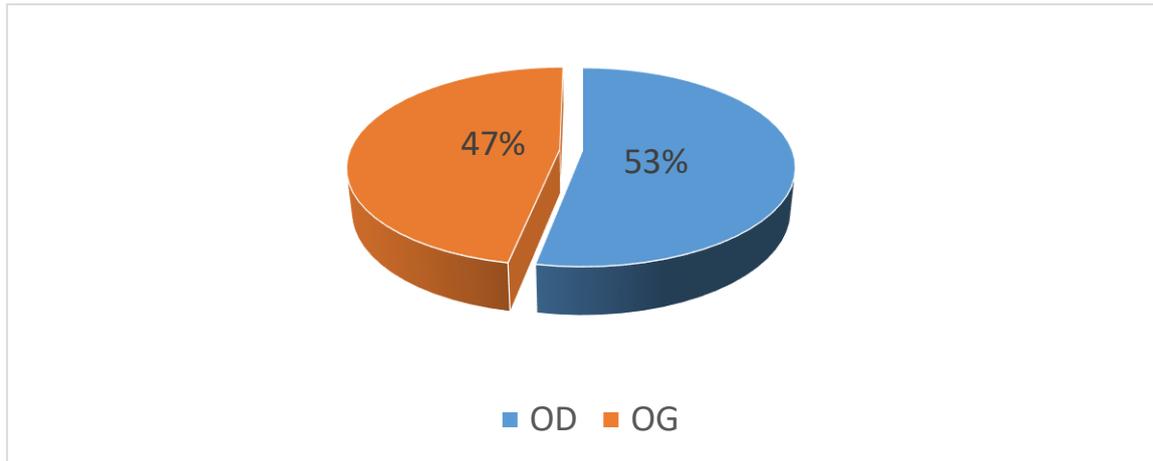


Figure 6: Répartition selon l'œil atteint

L'atteinte a été unilatérale chez tous les patients avec une légère dominance de l'OD (53%).

Tableau IX: Répartition des patients selon les lésions cornéennes

Lésions cornéennes	Effectifs	Pourcentage(%)
Topographie (n=32)		
Plaie cornéenne paracentrale	19	59,4
Plaie cornéenne centrale	10	31,2
Plaie cornéo-limbique	3	9,4
Forme (n=32)		
Simple	24	75
Complexe	8	25
Dimension (n=32)		
≤1mm	06	18,7
1-3mm	18	56,3
>3mm	8	25

Les atteintes cornéennes étaient paracentrales dans 59,4% des cas. Il s'agissait de plaies simples dans 75%, mesurant entre 1 à 3mm dans 56,3%. Tous les patients avaient été victimes de traumatisme à globe ouvert où lésions siégeaient en zone I de l'OTC.

Tableau X: Répartition des patients selon les atteintes de la chambre antérieure

Atteintes de la chambre antérieure	Effectifs	Pourcentage(%)
Diminuée ou effacée	32	100
Hyphéma	6	18,7
Masses cristalliniennes	11	34,4
Hyphéma+masses cristalliniennes	5	15,6

La chambre antérieure était diminuée ou effacée dans 100% des cas avec présence de masses cristalliniennes dans 34,4% et d'hyphéma dans 18,7%.

Tableau XI: Répartition des patients selon les atteintes de l'iris

Atteintes de l'iris	Effectifs	Pourcentage(%)
Hernie de l'iris	19	59,4
Iridodialyse	1	3,1
Synéchies	3	9,4
Normal	9	28,1

La hernie de l'iris était la plus fréquente dans 59,4% des cas.

Tableau XII: Répartition des patients selon les atteintes du cristallin

Atteintes du cristallin	Effectifs	Pourcentage(%)
Opacité cristalliniennes	28	87,5
Issue de masses cristalliniennes	11	34,4
Transparent	4	12,5

Le cristallin était opacifié chez 87,5% des patients avec une issue de masses cristalliniennes chez 34,4%.

Tableau XIII: Répartition des patients selon l'état du segment postérieur

Etat du segment postérieur	Effectifs	Pourcentage(%)
Vitré (n=32)		
Issue du vitré	4	12,5
Non appréciable	24	75
Normal	4	12,5
FO (n=32)		
Non examiné	31	97
Normal	1	3,1

L'issu du vitré était présente chez 12,5% de nos cas.

Tableau XIV: Répartition selon le score OTS

Score OTS	Effectifs	Pourcentage(%)
OTS1	5	15,6
OTS2	23	71,9
OTS4	1	3,1
Préverbal	3	9,4
Total	32	100

La majorité des patients (71,9%) étaient classés score OTS2.

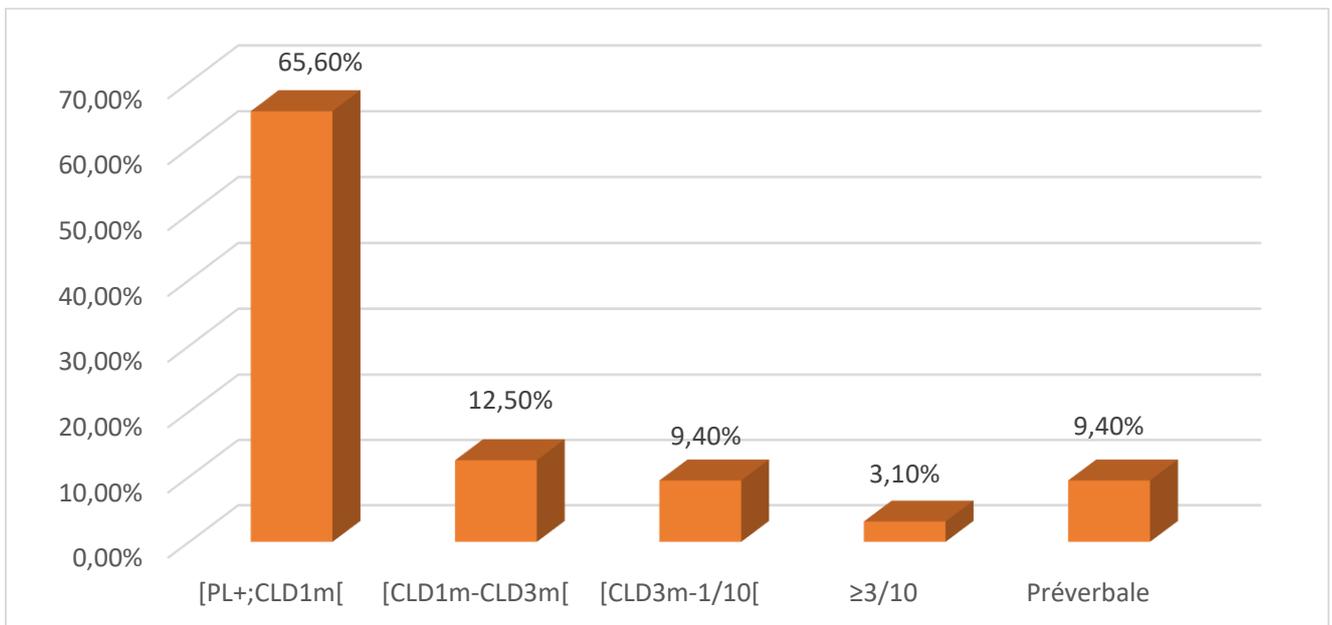


Figure 7: Répartition selon l'acuité visuelle de l'œil traumatisé à l'admission

L'acuité visuelle à l'admission était comprise entre PL+ et moins de CLD1m dans 65,6% des cas.

4.4. Description de la prise en charge thérapeutique

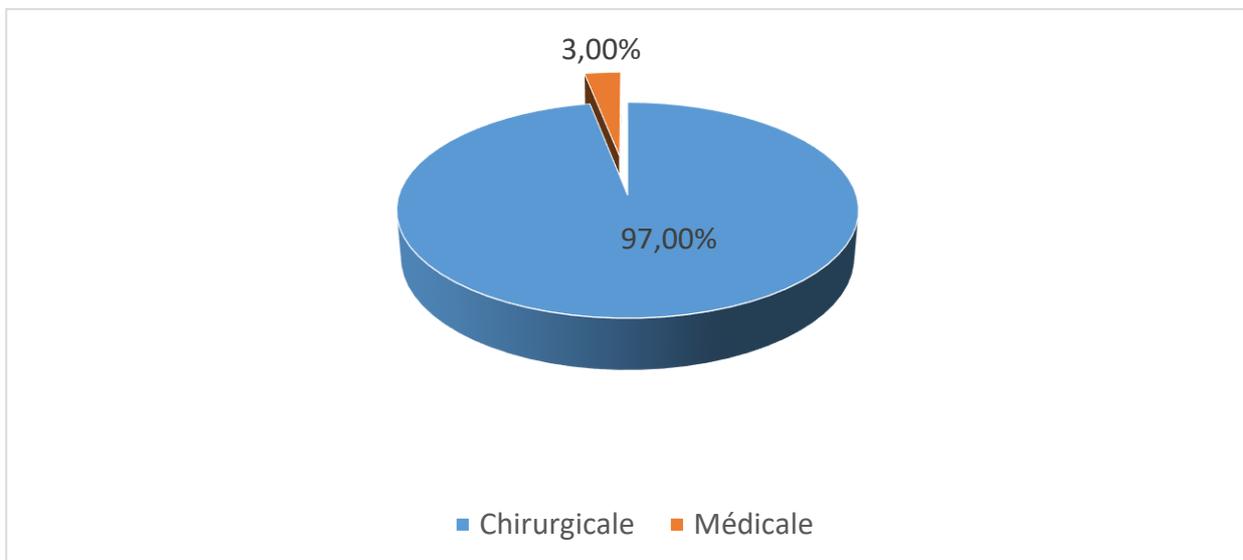


Figure 8: Répartition selon le type de traitement

Une indication chirurgicale avait été posée 31 patients soit 97% des cas.

Tableau XV: Répartition des patients selon les gestes chirurgicaux pratiqués

Gestes chirurgicaux utilisés	Effectifs	Pourcentage(%)
Nettoyage des berges	31	100
Vitrectomie au ciseau	4	12,9
Résection de l'iris	1	3,2
Réintégration de l'iris	19	61,3
Suture de la plaie	31	100
Paracentèse	31	100
Lavage d'hyphéma	6	19,4
Lavage de masses cristalliniennes	11	35,5

Le nettoyage des berges, suture de la plaie et la paracentèse avaient été les actes chirurgicaux les plus utilisés dans 100% suivis de la réintégration de l'iris dans 61,3% des cas.

4.5. Evaluation des résultats anatomiques et fonctionnels après la prise en Charge

Tableau XVI: Répartition selon l'état oculaire à J30

Etats des structures oculaires	Effectifs	Pourcentage(%)
Cornée (n=32)		
Taies cornéennes	29	90,6
Leucome	3	09,4
Chambre antérieure (n=32)		
Irrégulière	3	9,4
Hypopion	1	3,1
Profonde	28	87,5
Iris (n=32)		
Iridodialyse	1	03,1
Normal	28	87,5
Synéchies	3	09,4
Cristallin (n=32)		
Opacité	28	87,5
Transparent	4	12,5
Vitré (n=32)		
Non appréciable	18	56,2
Normal	14	43,8
FO (n=32)		
Inaccessible ou flou	18	56,2
Normal	14	43,8
Echographie B (n=32)		
Pas d'anomalies du segment postérieur	18	56,2

Les taies cornéennes (90,6%) et la cataracte posttraumatique (87,5%) étaient les lésions anatomiques retrouvées à J30.

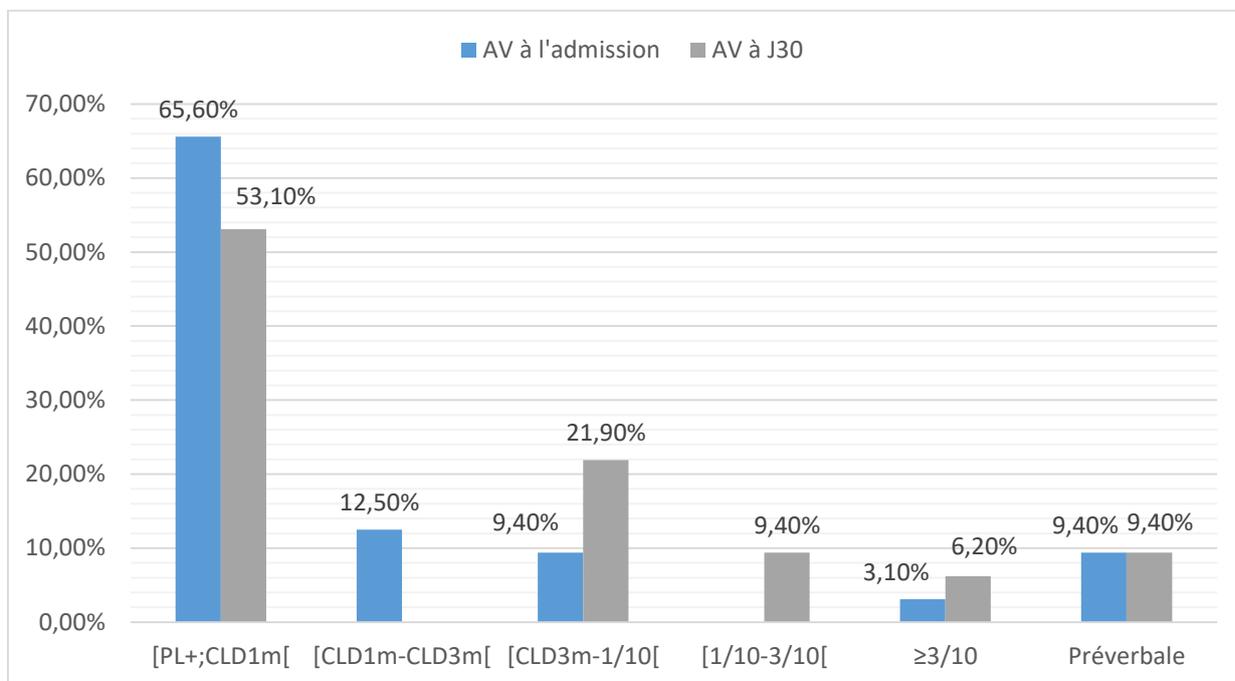


Figure 9: L'acuité visuelle à l'entrée et à J30

Après la prise en charge d'urgence, les acuités visuelles à l'admission avaient été améliorées :

- ❖ Celles comprises entre PL+ et CLD1m avaient diminué de 12,5% ;
- ❖ Celles comprises entre CLD3m et 1/10 avaient augmenté de 12,5% ;
- ❖ Celles comprises entre 1/10 et 3/10 avaient augmenté de 9,4%.
- ❖ Celles supérieures ou égales à 3/10 avaient augmenté de 3,1%.

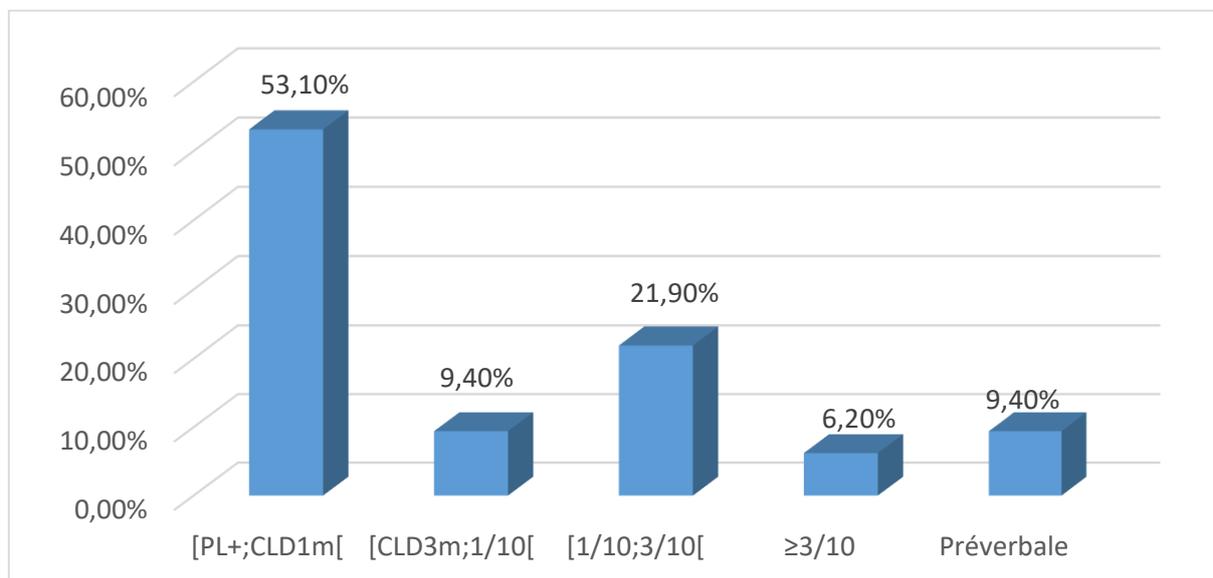


Figure 10: Répartition des patients selon les acuités visuelles corrigées à J30 de l'œil atteint

- ❖ Après la prise en charge, seulement 6,2% des cas avaient une acuité corrigée supérieure ou égale à 3/10.
- ❖ 53,1% des cas étaient classés dans la catégorie quasi cécité ou déficience visuelle monoculaire presque totale selon l'OMS.
- ❖ 37,5% étaient dans la catégorie des malvoyants monoculaires : sévère, moyenne et légère avec respectivement 9,4%, 21,9% et 6,2%.

Tableau XVII: Répartition des patients selon les lésions anatomiques et l'acuité visuelle à J30

	AV \geq 3/10		[1/10 ; 3/10[[CLD3m ; 1/10[[PL+ ; CLD1m [Préverbale		Total		P Value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cornée													
Leucome	0	0	0	0	1	3,1	2	6,3	0	0	3	9,4	
Taies cornéennes	2	6,2	3	9,4	6	18,7	15	46,9	3	9,4	29	90,6	0,83
Total	1	6,2	4	12,5	8	21,8	18	53,2	3	9,4	32	100	
Cristallin													
Transparent	2	6,3	1	3,1	1	3,1	0	0	0	0	4	12,5	
Opacité	0	0	2	6,2	6	18,8	17	53,1	3	9,4	28	87,5	0,00
Total	2	6,3	4	9,4	8	21,9	17	53,1	3	9,4	32	100	

- ❖ 46,9% des cas étaient dans la catégorie « quasi cécité ou déficience visuelle monoculaire presque totale » du fait de la taie cornéenne posttraumatique.
- ❖ 53,1 des cas étaient dans la catégorie « quasi cécité » monoculaire du fait de l'opacité cristallinienne posttraumatique.
- ❖ Dans notre série, la cataracte posttraumatique était la lésion anatomique qui avait impacté significativement l'acuité visuelle des patients à J30 (**p=0,00**).

V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 Limites de l'étude

Le traumatisme par aiguille de tresse est une spécificité Malienne. En effet, il n'a été rapporté nulle part, dans les autres pays d'Afrique subsaharienne, des études portant sur des cas de traumatismes oculaires par aiguille de tresse.

5.2 Caractéristiques épidémiologiques

5.2.1 La fréquence

Au cours des 11 mois d'étude (du 1er Novembre 2022 au 30 septembre 2023), la fréquence des traumatismes oculaires par aiguille de tresse chez les enfants de 0 à 15 ans a été de 7,5%. Cette fréquence a diminué par rapport à celle rapportée par Sidibé M. et al sur une période de 8mois qui était de 17,5% [1]. D'autres études réalisées au Mali avaient trouvé des fréquences différentes mais les contextes d'études n'étaient pas les mêmes.

Période d'étude	Fréquence	Contexte et population d'étude	Auteurs
Mars 2001- Février 2002 (1an)	16 (6,9%)	Les urgences ophtalmologiques de l'enfant de 0 à 18 ans à l'IOTA Bamako	Sylla F. [10]
17 Avril 1998- 31juillet 1999 (3 mois)	19 (6,9%)	Complications et séquelles de traumatisme oculaire à l'IOTA chez le sujet jeune de 0 à 30 ans	Sanou J. [11]
1 ^{er} Avril 1998- 31juillet 1999 (16 mois)	19 (4,9%)	Les traumatismes oculaires : étude descriptive et prospective à l'IOTA	Boundy A. [12]
Janvier 1995- Février 1998 (3 ans)	22 (12,5%)	Etude rétrospective des traumatismes oculaires perforants traités à l'IOTA à propos de 180 cas	Sidi Check [13]

5.2.1. Le sexe

Le sexe féminin avait représenté 81,2% des cas. Notre résultat était similaire à celui de Sidibé M. et al en 2009 qui avaient trouvé une prédominance féminine avec 86,4% [1]. La tresse étant une activité de la gente féminine ; ce qui explique la prédominance féminine.

5.2.2. L'âge

Les patients de la tranche d'âge de 0 à 5 ans avaient représenté 65,6%. Sidibé M. et al avaient trouvé une fréquence comparable (65,9%) dans la même tranche d'âge [1]. A cet âge, l'enfant étant proche de sa mère, il observe et imite les faits et gestes de cette dernière

5.3.3. La résidence habituelle des patients

La majorité des patients étaient venus du district de Bamako (81,2%). Dans sa série, Sidibé M. et al avaient trouvé que 56,8% des patients résidaient le district de Bamako [1]. Cela peut s'expliquer par le fait qu'avec la politique de décentralisation sanitaire, les centres de prise en charge ophtalmologique sont de plus en plus disponibles dans les autres régions ; limitant ainsi les références sur Bamako.

5.3 Circonstances et mécanismes de survenue des traumatismes

5.3.1 Lieu du traumatisme

Dans notre série, la plupart des traumatismes avaient eu lieu dans le domicile familial (81,2%). Ce résultat est comparable à celui de Sidibé M. et al qui trouvaient 93,20% [1]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le métier de tresse revêt un caractère traditionnel au Mali et est pratiqué le plus souvent à la maison ou à la devanture de celle-ci.

5.3.2 Appartenance de l'agent traumatisant et circonstances de survenue

- ❖ L'agent traumatisant appartenait à la mère dans 62,5%. Sidibé M. et al avaient aussi trouvé que celui-ci appartenait à la mère chez 65,9% de ses cas [1].
- ❖ L'agent traumatisant était à portée de main dans 81,2% de nos cas. Ce résultat est inférieur à celui de Sidibé M. et al qui avaient un taux de 97,7%.

❖ Dans plus de la moitié des cas (59,4%), l'aiguille de tresse est utilisée dans un contexte de jeu. Il s'agit souvent d'un jeu d'imitation de la tresse sur leurs poupées (25%). Sidibé M. et al avaient trouvé une prédominance de la situation où c'est la victime qui tresse un autre enfant dans 27,3% suivi de la victime tresse sa poupée dans 25% des cas [1]. Ces situations s'expliquent par le fait que les enfants sont à proximité de leurs mères, au moment des tresses ; ce qui leur permet de retenir facilement le lieu de garde de l'aiguille de tresse et les imiter. Ainsi, ils profitent de l'inattention des mères pour jouer avec l'aiguille de tresse ou pour tresser leurs poupées et se blessent.

5.4 Les lésions anatomiques et fonctionnelles

5.4.1 Les lésions anatomiques induites

❖ L'œil atteint

L'œil droit a été atteint dans 53% des cas de notre étude. Sidibé M. et al avaient trouvé un résultat presque similaire au nôtre avec une atteinte de l'œil droit dans 54,5% des cas [1]. Dans une étude portant sur les traumatismes perforants du globe oculaire de l'enfant, Mehdi O. et al rapportaient plutôt une prédominance de l'atteinte de l'œil gauche dans 51,2% des cas [14]. Ces résultats bien que non significatifs statistiquement, pourraient être liés soit à un simple hasard, soit au fait que la majorité des patients étaient droitiers et lors de manipulation de l'aiguille de tresse par la main droite, celui-ci s'oriente volontiers vers l'œil droit.

❖ Type de traumatisme

Il s'agissait de traumatisme perforant dans tous les cas. Malgré ça, certains peuvent échapper à la perforation tel que rapporté par Mais Sidibé M. et al qui avaient notifié 2,3% de cas non perforant [1]. Il s'agissait d'ulcération cornéenne. L'aiguille de tresse, du fait de sa morphologie, est un agent métallique pointu, ce qui en fait tout le danger pour le globe oculaire.

❖ **Siège des lésions pariétales**

Les plaies siégeant toutes sur la cornée chez tous les patients. Nos résultats concordaient avec ceux de Sidibé M. et al qui avaient trouvé les lésions cornéennes dans 100% [1]. Des auteurs ayant étudié les traumatismes perforants chez la même catégorie de patients avaient aussi noté la prédominance des lésions cornéenne mais dans des proportions inférieures aux nôtres. Mehdi et al et Soumahoro et al ont trouvé des plaies cornéennes respectivement 69,5% et 73,3% [14 ; 15]. Toutes les autres structures oculaires peuvent être atteintes lors d'un traumatisme. Cependant la situation de la cornée dans l'aire de la fente palpébrale et sa proéminence en fait la partie la plus exposée lors d'un traumatisme oculaire donc la porte d'entrée de l'agent traumatisant.

❖ **Les autres lésions associées**

Les plaies cornéennes étaient associées à des lésions graves du segment antérieur : modification de la profondeur de la chambre antérieure (100%), hernie de l'iris (59,4%) et cataracte posttraumatique (87,5%) dans notre série. Sidibé M et al avaient décrit les mêmes types de lésions : chambre antérieure diminuée ou effacée (56,8%), hernie de l'iris (50%) et cataracte posttraumatique (61,3%) [1]. Il s'agit de lésions habituellement rencontrées et la plupart des études sur les traumatismes perforants en font cas avec des proportions variées. Soumahoro et al. avaient trouvé la modification de la profondeur de la chambre antérieure, la hernie de l'iris et la cataracte comme principales lésions associées dans respectivement 21,8%, 54,5% et 15,8% des cas [15]. Mehdi O ; et al en 2022 au CHU de Sousse en Tunisie avaient aussi les mêmes résultats dans des proportions variables : la modification de la chambre antérieure (25,6%), la hernie de l'iris (47,6%), et la cataracte traumatique (26,8%) [14]. Ces lésions illustrent la variabilité des lésions et la gravité des traumatismes à globe ouvert en générale et du traumatisme oculaire par aiguille de tresse en particulier.

5.4.2 L'acuité visuelle de l'œil traumatisé à l'admission

A l'admission, l'acuité visuelle était très effondrée. Dans notre série, elle était comprise entre PL+ et CLD1m dans 65,6% des cas. Soumahoro et al rapportent des acuités visuelles effondrées à taux plus élevé (83,2%). Cependant Sidibé M. et al avaient trouvé un résultat plus inférieur (45,4%) dans la même classe d'acuité visuelle [1].

5.5 Prise en charge thérapeutique

Il s'agit d'une pathologie essentiellement chirurgicale. 97% de cas avaient bénéficié d'une prise en charge chirurgicale. Le seul cas non chirurgical était une plaie spontanément coaptée avant admission. Ceci est de règle dans tout traumatisme perforant comme rapportées par les études de Sidibé M. et al et Soumahoro et al qui avaient respectivement 68,2% et 94% d'indication chirurgicale [1;14].

5.6. Evaluation des résultats anatomiques et fonctionnels après la prise en charge

- ❖ Les acuités visuelles étaient effondrées à J30 postopératoires (entre PL+ et CLD1m) dans 53,1% des cas. Seulement 6,2% avaient une acuité corrigée supérieure ou également à 3/10. Sidibé M. et al avaient trouvé un résultat inférieur au nôtre : 45,4% de ces cas avaient une acuité visuelle à J30 entre PL+ et CLD1m [1]. La différence entre nos résultats pourrait s'expliquer par le taux très élevé de recours à la chirurgie dans notre contexte (97% contre 68,2%) ; témoin de la gravité des lésions dans notre série.
- ❖ Les causes de mauvaise récupération visuelle étaient les taies cornéennes dans 90,6% et la cataracte posttraumatique avec 87,5%. Ces résultats sont supérieurs à ceux de Sidibé M. qui avaient trouvé respectivement les mêmes lésions dans 61,4% et 45,5% [1]. Certainement, les acuités visuelles vont s'améliorer avec la prise en charge secondaire de la cataracte posttraumatique. Ces résultats témoignent de la gravité extrême des traumatismes par aiguille de tresse et de la sévérité de leur pronostic aussi bien fonctionnel qu'anatomique.

CONCLUSION

Le traumatisme oculaire par aiguille de tresse chez l'enfant demeure un véritable problème de santé publique avec une fréquence de 7,5% des urgences ophtalmologiques durant la période de notre étude. Les mécanismes de survenue étaient le plus souvent liés au comportement des adultes. Les traumatismes par aiguille de tresse ont été responsables de lésions anatomiques graves ayant nécessité une prise en charge chirurgicale dans 97% de nos échantillons. Les acuités visuelles à J30 étaient gravement affectées dans 53% des cas nécessitant une deuxième intervention chirurgicale.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons quelques recommandations à l'endroit des autorités sanitaires, de l'administration du CHU-IOTA et de la population.

❖ Aux autorités sanitaires :

- Informer et sensibiliser la population sur les risques de traumatismes oculaires liés à l'utilisation des aiguilles de tresse ;
- Prendre des mesures adéquates afin d'améliorer la chaîne de référence des urgences ;

❖ A l'administration du CHU-IOTA :

- Améliorer le circuit de prise en charge des patients ;
- Faciliter la gestion des complications et séquelles : chirurgie de la cataracte posttraumatique et la greffe de cornée pour les taies gênantes.

❖ A la population:

- Ranger les aiguilles de tresse hors de portée des enfants ;
- Substituer les aiguilles de tresse avec les peignes et autres matériels moins traumatisants ;
- Surveiller les enfants sur les lieux de tresse ;
- Consulter le plus tôt possible les services spécialisés en cas de traumatismes oculaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sidibé M, Dembele A, Napo A, Diallo O, Conare I, Fomba S, et al. Traumatisme oculaire par aiguille de tresse à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (IOTA). Revue SOAO 2014; (2):13-18.
2. OMS. Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable : plan d'action 2006-2011.
3. J. Mayouego Kouam, E. Epée, S. Azria, D. Enyama, A. Omgbwa Eballe, C. Ebana Mvogo, et coll. Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires de l'enfant dans un service d'urgences ophtalmologiques en Île-de-France. J Fr ophtalmol 2015; 38 (8): 743-751
4. Mahmoud M.S, Tamer A.M. Pattern of ocular trauma in Egypt Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2008 (246) :205-212
5. Gaboune L., Benfdil N., Sayouti A., Khoumiri., Benhaddou R et al. Les traumatismes oculaires : aspects cliniques et épidémiologiques au centre hospitalier universitaire de Marrakech, 2007,30(2) : 275.
6. Eballe A.O., Epée E., Koki G., Bella L., Mvogo C. E. Unilateral childhood blindness: a hospital-based study in Yaoundé, Cameroon. Clinical Ophthalmology 2009(3) :461-464.
7. Ouedrago L : les traumatismes oculaires de l'enfant au CHU de Yalgado Ouédraogo : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 267 cas. Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, 2012.
8. Lassine T. Parcours des traumatismes oculaires chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU-IOTA, thèse de médecine, USTTB, Bamako, 2022.
9. Sangho H. Traumatismes oculaires au centre de Santé de Référence de Fana. Thèse de médecine 2022 ; FMOS Bamako USTTB.
10. Sylla F. Les urgences ophtalmologiques de l'enfant de 0 à 18 à l'IOTA, Bamako, Mali. Mémoire C.E.S Ophtalmologie, Bamako, 2003 ; 34p.

- 11.**Sanou J. Complications et séquelles de traumatisme oculaire à l'IOTA chez le sujet jeune de 0 à 30 ans. Mémoire C.E.S Ophtalmologie, Bamako, 2003 ; 30p.
- 12.**Boundy A. Les traumatismes oculaires : étude descriptive et prospective à l'IOTA du 1^{er} avril 1998 au 31 juillet1999 (16 mois). Thèse de médecine, Bamako, 2000 ; 67p.
- 13.**Sidi Cheick, Ducouso F., Traoré L., Momo G., Schemann JF. Etude rétrospective des traumatismes oculaires perforants traités à l'IOTA à propos de 180 cas (1998).Méd. d'Afrique Noire ; 2000,47(6) :285-9.
- 14.**Mehdi O., Fethi K., Anas R., Safa HS, Ahmed M., Leila K., Hechmi M. Épidémiologie et pronostic des traumatismes oculaires à globe ouvert de l'enfant au CHU de Sousse. Journal Tunisien d'Ophtalmologie ; 2022,31(2) :2-6
- 15.**Soumahoro M., Kouassi FX, Sowagnon TYC, Koman E.,Diomande AI, Kra AS, Yoffou L., Safédé K. Epidémiologie et prise en charge des traumatismes perforants du globe de l'enfant à propos de 101cas colligés au CHU de Cocody (Abidjan). Revue SOAO 2014; 2:26-31.

ANNEXES

Fiche de collecte

Identifiant IOTA : [__|__][__|__][__|__]

N° de fiche : [__|__]

I-DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q1- Sexe [__] 1 = Masculin ; 2 = Féminin

Q2-Age [__|__] ans

Q3-Provenance [__] 1=District de Bamako ; 2=régions ; 3=hors Mali

Q4-Niveau d'instruction [__]

1=Non scolarisé, 2=Préscolaire ,3=fondamentale, 4=Secondaire

II.ANAMNESE

Q5-Signes fonctionnels: [__] 1=BAV ; 2=Douleurs oculaires ; 3=Saignement

4=Autres (préciser.....)

Q6-Lieu du traumatisme [__]

1=Domicile familial ; 2=Salon de coiffure ; 3=Ecole ; 4=Autres (préciser.....)

Q7-A qui appartenait l'aiguille de tresse ? [__]

1=Mère ; 2=Membre de la famille ; 3=Voisine ; 4=Autres (préciser.....)

Q8-Où était gardée l'aiguille de tresse avant le traumatisme ? [__]

1=Chambre ; 2=Lieu de tresse ; 3=Chez la voisine ; 5=Autre (préciser.....)

Q9-Accessibilité à l'aiguille de tresse [__]1=A portée de main ; 2=Rangée mais accessible ; 3=Difficilement accessible ; 4= Autres (préciser.....)

Q10-Qui a vu l'aiguille de tresse avec l'enfant ? [__] 1=Mère ; 2=Père ; 3=Membre de la famille ; 4=Voisine ; 5=Autres (préciser.....)

Q11-Circonstances du traumatisme [__]

1=Un enfant coiffe un enfant ; 2=Un enfant coiffe sa poupée ; 3= jeux d'enfants (enfant joue avec l'aiguille) ; 4= Un enfant coiffe un adulte ; 5= autres

(préciser.....)

Q12- Qui est la victime ? [__]

1=Tresseuse ; 2=Tressée ; 3=Assistante ; 4=Jouer/euse ; 5= Autres (préciser.....)

III.ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

Q13-Mode d'admission [__] 1=De lui-même ; 2=Référence

Q14- Premiers soins avant admission au CHU IOTA [__]

1=Aucun, 2=Automédication, 3=Produit traditionnel, 4=Structure sanitaire,

5. Autre (préciser.....)

Q15-Temps écoulé avant l'admission au CHU IOTA [__] 1=<24h ; 2=24 à 72h ; 3=>72h

Q16a)-Retard de consultation [__] 1=Oui ; 2=Non ; Si oui :

Q16b)-Motifs du retard [__]

1=Ignorance ; 2=Problème financier ; 3=Négligence ; 4=Structure santé éloignée ;

5=Autres (préciser.....)

IV-ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

Q17-Œil traumatisé(s) : [__] 1=OD ; 2=OG

Q18-AV de l'œil traumatisé [__] 1 = évaluée, 2 = non évaluable

Q19-Si évaluer préciser : AV [__][__]

Q20-Type de traumatisme selon la BETT [__] 1=Globe fermé ; 2=Globe ouvert

Q21-Paupières [__] 1=Normale ; 2=Plaie palpébrale avec atteinte VL ; 3=Plaie palpébrale sans atteinte VL ; 4=Autres (préciser.....)

Q22-Conjonctives [__] 1=Hyperhémie ; 2=Chémosis ; 3=Hémorragie sous conjonctivale ;

4=Autres (préciser.....)

Q23-Cornée-sclère [__] 1=Plaie cornéenne centrale ; 2=Plaie cornéenne paracentrale ;
3=Plaie cornéolimbique ; 4=Plaie sclérale ; 5=Plaie cornéosclérale ; Autres
(préciser.....)

Q24-Forme de la plaie [__] 1=Simple ; 2=Complexe

Q25-Dimension de la plaie [__] 1= \leq 1mm ; 2=1 à 3mm ; 3= $>$ 3mm

Q26-Chambre antérieure [__] 1=Diminuée ; 2=Hyphéma ; 3=Masses cristalliniennes ;
4=Autres (préciser.....)

Q27-Iris [__] 1=Hernie ; 2=Iridodialyse ; 3=normale ; 4=Autres (préciser.....)

Q28-Crsitallin [__] 1=Opacité totale ; 2=Opacité partielle ; 3=Sub/luxation ; 4=Rupture de
la cristalloïde antérieure ; 5=transparent ; 6=Autres (préciser.....)

Q29-Vitré [__] 1=Issue ; 2=Inaccessible ; 3=Transparent ; 4=Autres (préciser.....)

Q30-Fond d'œil [__] 1=Inaccessible ; 2=Différé ; 3=Normal ; 4=Anormal

Q31-Score OTC [__] 1=Zone 1 ; 2=Zone 2 ; 3=Zone 3

Q32-Score OTS [__] 1=OTS 1 ; 2=OTS 2 ; 3=OTS 3 ; 4=OTS 4 ; 5=OTS 5

V.LA PRISE EN CHARGE

Q33-Modalités du traitement [__] 1= Médical, 2= Chirurgical

Q34a)-Actes chirurgicaux réalisés [__] 1=Oui ; 2=Non

Q34b)-Si oui les gestes pratiqués [__][__][__][__]

1=Nettoyage des berges ; 2=Suture de la plaie ; 3=Résection de l'iris ; 4=Réintégration de
l'iris ; 5=Paracentèse ; 6=Lavage d'hyphéma ; 7=Lavage de masses ; 8=Vitrectomie ;
9=autres (préciser.....)

VI-SUIVI POSTOPERATOIRE

Œil traumatisé	J1	J4	J15	J30
Q35-Acuité visuelle
Q36-Conjonctives				
Hyperhémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chémosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....				
Q37-Cornée-sclère				
Taie paracentrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taie centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sutures étanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œdème de cornée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....				
Q38-Chambre antérieure				
Profonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyphéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypopion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....				
Q39-Iris				
Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iridodialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pupille déronde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synéchies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....				
Q40-Cristallin				
Transparent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacité partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacité totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....				
Q41-Vitré				
Inaccessible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transparent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....				
Q42-FO				
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorragies rétinienes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....				

Q43a)-Echo B []1=Oui ; 2=Non

Q43b)-Si oui, résultat :.....

Q44-Complications et/ou séquelles [][][][][]

1=Taie cornéenne ; 2=Leucome ; 3=Cataracte posttraumatique ; 4=Sécclusion pupillaire ;
5=DDR ; 6=Endophtalmie ; 7=Autres (préciser.....)

Q45-AV corrigée de l'œil traumatisé à J30 [][]

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : LAFIA SABI GONI

Prénom : Machioudou

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Bénin

Université : Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako (USTTB)

Faculté : Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Année académique : 2022-2023

Titre : **Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires par aiguille de tresse chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU IOTA**

Période d'étude : 1^{er} Novembre 2022 au 30 Septembre 2023

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la (FMOS) & Bibliothèque du CHU-IOTA

RESUME

Introduction

Le traumatisme oculaire par aiguille de tresse constitue l'un des motifs fréquents de consultation d'urgence.

L'objectif principal était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires par aiguille de tresse chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU-IOTA.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive réalisée entre le 1^{er} novembre 2022 et le 30 Septembre 2023. Etaient inclus tous les patients de 0 à 15 ans, victimes de traumatisme oculaire par aiguille de tresse reçus et traités au CHU-IOTA durant la période d'étude.

Résultats

Durant notre étude, 32cas étaient colligés sur un total de 428 cas de traumatismes oculaires soit une fréquence de 7,5%. Le sexe féminin était le plus représenté (81,2%) avec un sexe ratio H/F à 0,2. La tranche d'âge 0 à 5ans, était la plus représentée (65,6%) avec une moyenne d'âge de $5,3 \pm 2,5$ ans. Les traumatismes avaient lieu à domicile, avec l'agent traumatisant à portée de main dans 81,2% des cas. Dans plus de la moitié des cas (59,4%), les circonstances étaient le jeu (jeu d'imitation de la tresse sur leurs poupées dans 25%). Les lésions induites étaient ouvertes et unilatérales dans 100% des cas. Elles étaient dominées par les plaies cornéennes paracentrales, les hernies de l'iris et les opacités cristalliniennes avec respectivement 59,4%, 59,4% et 87,5%. L'acuité visuelle initiale était comprise entre PL+ et CLD1m dans 65,6%. La prise en charge était chirurgicale dans 97%. 53,1% des cas avaient une déficience visuelle presque totale à J30. Les causes de mauvaise récupération visuelle étaient les taies cornéennes (90,6%) et la cataracte posttraumatique (87,5%).

Conclusion

Le traumatisme oculaire par aiguille de tresse demeure un véritable problème de santé publique. Des mesures préventives doivent être envisagées afin de minimiser leurs conséquences gravissimes.

Mots-clés : Traumatismes oculaires, enfants, aiguille de tresse, CHU-IOTA

SUMMARY

Introduction

Eye trauma from a braid needle is one of the frequent reasons for emergency consultation at IOTA University Hospital.

The main objective was to study the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of ocular trauma by braid needle in children aged 0 to 15 years at CHU-IOTA.

Methodology

This was a prospective descriptive study carried out between November 1, 2022 and September 30, 2023. All patients aged 0 to 15 years, victims of ocular trauma by braid needle received and treated at IOTA University Hospital during the period were included of study.

Results

During our study, 32 cases were collected out of a total of 428 cases of ocular trauma, representing a frequency of 7.5%. The female gender was the most represented (81.2%) with a M/F sex ratio of 0.2. The age group 0 to 5 years was the most represented (65.6%) with an average age of 5.3 ± 2.5 years. The traumas took place at home, with the traumatic agent close at hand in 81.2% of cases. In more than half of the cases (59.4%), the circumstances were play (play to imitate the braid on their dolls in 25%). The induced lesions were open and unilateral in 100% of cases. They were dominated by paracentral corneal wounds, iris hernias and lens opacities with respectively 59.2%, 59.4% and 87.5%. Initial visual acuity was between PL+ and CLD1m in 65.6%. The treatment was surgical in 97%. 53.1% of cases had almost total visual impairment on D30. The causes of poor visual recovery were corneal scars (90.6%) and posttraumatic cataract (87.5%).

Conclusion

Ocular needlestick trauma remains a real public health problem. Of the preventive measures must be considered in order to contain it.

Keywords: Eye trauma, braid needle, IOTA University Hospital, Bamako