

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple Un But Une Foi



UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (U.S.T.T.B)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE (FMOS)

Année universitaire 2023-2024

N° :

MEMOIRE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES MALFORMATIONS OCULAIRES CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 8 ANS AU CHU IOTA

Présenté et soutenu publiquement le, 26/12/ 2024 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie par :

Dr DIABATE Issiaka,

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

Président : M. TOGO Adégné, Professeur Titulaire

Membre : M. TRAORE Lamine, Maitre de conférence

M. BAKAYOKO Seydou, Maitre de conférence

M. NAPO Abdoulaye, Maitre de conférence

M. GUIROU Nouhoum, Maitre de conférence

Directrice : Mme SYLLA Fatoumata, Maitre de conférence

DEDICACES

Ce modeste travail est dédié :

A ALLAH, le Tout Puissant, le Très Miséricordieux.

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

A mes parents

Merci pour l'éducation que vous nous avez donné.

Aux familles DIABATE, MALLE, TRAORE, SANGARE, KEITA, SOGOBA, DAKOUO, SIDIBE : Merci pour le soutien !

A tous les enfants victimes de malformation 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 !

Aux Professeurs THERA Japhet Pobanou, GUINDO Adama I, Pr TOGO Adégné pour la formation, le soutien et les conseils !

Aux Professeurs GUIROU Nouhoum et NAPO Abdoulaye, Pr GOUNON Saye, Pr SISSOKO Modibo, Pr SIDIBE Mohamed kolé, Pr DIALLO Seydou, Pr DIARRA Sidy Moctar merci pour l'enseignement et la disponibilité à écouter et à conseiller !

Mes sincères remerciements à mon maître et tuteur, Dr COULIBALY Mory 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 DIALLO Hamadoun, Dr TALL Aïssata, Dr TOURE Ousmane, Dr SIDIBE Fatoumata Tata et Dr SOGODOGO Cheick pour leur accompagnement au cours de ces quatre années de formation.

A toute l'unité de l'ophtalmo-pédiatrie.

Madame MAIGA Sakina, profondes gratitudee ! Madame DEMBELE Fatoumata, sincères remerciements !

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.

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition selon la tranche d'âge.....	6
Tableau II: Répartition selon l'âge des parents.....	8
Tableau III: Répartition selon le niveau d'étude des parents.....	8
Tableau IV : Répartition selon la profession des parents.....	9
Tableau V: Répartition selon la présence de cas similaires.....	9
Tableau VI: Répartition selon le degré de consanguinité.....	9
Tableau VII: Répartition selon la qualité de suivi de la grossesse.....	10
Tableau VIII: Répartition selon les évènements de la grossesse.....	10
Tableau IX: Répartition selon le mode d'accouchement.....	10
Tableau X : Répartition selon les suivis postnataux.....	11
Tableau XI: Répartition selon le type de malformation à caractère isolé ou syndromique.....	11
Tableau XII: Répartition selon les sites anatomiques des malformations.....	11
Tableau XIII : Répartition selon la latéralité.....	11
Tableau XIV: Répartition selon le site anatomique des atteintes.....	12
Tableau XV: Répartition selon la faisabilité de l'acuité visuelle.....	13
Tableau XVI: Répartition selon le motif de consultation.....	14
Tableau XVII: Répartition selon le traitement reçu.....	14

Liste des figures

Figure 1: Représentation selon le sexe.....	6
Figure 2: Représentation selon la provenance de l'enfant.	7
Figure 3: Représentation selon la profession de l'enfant.	7

Sommaire

I	INTRODUCTION.....	1
II	OBJECTIFS	2
III	METHODOLOGIE.....	3
IV	RESULTATS	6
V	DISCUSSION	16
	CONCLUSION	20
	RECOMMANDATIONS.....	21
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22
	ANNEXES	24

INTRODUCTION

I INTRODUCTION

Les malformations oculaires congénitales sont l'ensemble des anomalies de taille, de position et de constitution de l'orbite, des annexes et du globe oculaire, constatées à la naissance.

Les malformations oculaires congénitales sont rares, mais peuvent se présenter sous diverses formes [1].

Sur le plan épidémiologique, les malformations oculaires congénitales présentent une incidence mondiale estimée entre 1 et 2 cas pour 10 000 naissances [2].

Une prévalence globale de 3,68/10 000 nouveau-nés a été retrouvée en Espagne [3].

Une prévalence de 3,71 pour 10 000 naissances a été retrouvée en Europe [4].

Les malformations oculaires représentent un large éventail d'anomalies oculaires, avec une incidence allant de 0,36 % à 4,7 % [5-9].

Au Zaïre, la prévalence des malformations oculaires congénitales était de 2,2% [10].

La classification des malformations oculaires congénitales est difficile pour plusieurs raisons. L'étiologie est souvent inconnue, même quand une cause génétique ou environnementale unique est suspectée. Il est par conséquent souvent difficile d'attribuer une responsabilité exclusive de ces agents ou des événements dans ces processus pathologiques, notamment parce que les causes sont souvent multifactorielles, et mettent en jeu des facteurs de prédisposition. De plus, l'exposition à des agents tératogènes, tels que des médicaments ou des traumatismes, peut également entraîner des défauts de développement similaires à ceux provoqués par des accidents génétiques, en interagissant avec l'activité des gènes du développement.

Certaines maladies infectieuses maternelles, comme la syphilis ou la rubéole, sont une cause importante de malformations congénitales [11].

L'approche clinique reste fondamentale, mais elle doit être complétée par des examens paracliniques permettant d'affiner le diagnostic différentiel et de planifier une prise en charge adaptée.

La prise en charge englobe les thérapies médicales, la chirurgie, le traitement optique, une abstention thérapeutique suivant les cas.

Les malformations oculaires congénitales de l'enfant peuvent constituer une menace vitale, entraîner des incapacités sur le long terme et avoir un impact préjudiciable sur les individus, leur famille, les systèmes de santé et la société.

Au Mali, les malformations oculaires congénitales restent un domaine sous-étudié, malgré leur potentiel impact sur la santé infantile, d'où l'intérêt de notre étude.

OBJECTIFS

II OBJECTIFS

1.1 Objectif général

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des malformations oculaires congénitales chez les enfants de 0 à 8 ans au CHU-IOTA.

1.2 Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence des malformations congénitales.
- ❖ Déterminer les profils sociodémographiques des enfants et leurs parents.
- ❖ Décrire les antécédents et le déroulement de la grossesse.
- ❖ Décrire les différents types de malformations congénitales.
- ❖ Décrire les indications thérapeutiques.

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1.1 Lieu et cadre d'étude

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

Créé en 1953, l'IOTA appartenait à une structure régionale :

L'O.C.C.G. E (organisation pour la coopération et la coordination dans la lutte contre les grandes endémies). Le 1er Janvier 2001, suite à la dissolution de l'OCCGE, l'IOTA est placé sous la tutelle de l'état Malien et un établissement public hospitalier de 3^e référence 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.

1.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive qui s'est réalisée sur une période de 6 mois allant du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2024.

1.3 Population d'étude

Notre population d'étude était constituée d'enfant de 0-8 ans venus en consultation au sein du CHU IOTA pendant notre période d'étude.

1.4 Échantillonnage

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

1.5 Critère d'inclusion

Enfants de 0 à 8 ans présentant une malformation oculaire congénitale isolée ou associée, ayant bénéficiés d'une prise en charge au service d'ophtalmo-pédiatrie.

1.6 Critère de non inclusion

- Enfants de 0-8 ans ayant une malformation oculaire acquise.
- Patients non consentants.

1.7 Les variables étudiées

- Les données sociodémographiques : âge, sexe, résidence, le niveau d'instruction de l'enfant ;
- Les facteurs de risque : radiation, chimique, nutritionnels, consanguinité, histoire de la grossesse.
- Types de malformation : acuité visuelle, signes fonctionnels, annexes, SA, PIO, SP, cranio faciale, état générale.
- Paraclinique orienté : Sérologie toxoplasmose et rubéole (IgG, IgM), Echo A, B, CV, Photopapille, OCT, TDM orbitaire.
- Examen pédiatrique
- Traitement

Oculaire : Chirurgical, médicamenteux, Optique.

Général : Chirurgical, médicamenteux.

1.8. Déroulement de l'enquête

Les patients ont été identifiés dans les box de consultation et le registre de l'ophtalmo-pédiatrie, dès leurs admissions, selon les critères d'inclusion ;

➤ Examen systématique :

- Interrogatoire : précisera le motif de consultation et les antécédents du patient.

- Examen physique :

-Ophtalmologique se faisait sur l'enfant éveillé au box de consultation et/ou sous anesthésie générale au bloc opératoire.

-Général se faisait par l'ophtalmologue, +/- une consultation pédiatrique.

➤ Bilan paraclinique orienté

- Imagerie : Échographie en mode A et B, OCT, TDM, CV, photopapille.

- Biologique : la sérologie toxoplasmose, rubéole (IgG, IgM) à la recherche d'infection ancienne.

➤ La prise en charge était chirurgicale, médicale, optique.

1.9. Outils et matériels de collecte

Les supports utilisés pour la collecte des données étaient enregistrés dans le registre de consultation de l'ophtalmo-pédiatrie, le dossier des patients, et la fiche de renseignements pour l'étude.

Les matériels suivants ont été utilisés :

- Les échelles d'acuité visuelle en fonction à l'âge de Pigassou, Monoyer et Snellen située à une distance de 5m ;
- La torche pour l'étude des reflets et de la motilité.
- Lampe à fente pour l'examen ophtalmologique ;
- Le casque de Schepens associé à l'ophtalmoscopie indirecte et directe pour le fond d'œil après dilatation à la tropicamide et/ou néosynéphrine ;

1.10. Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données étaient faites avec le logiciel SPSS version Statistics 25.

Le traitement de texte et tableaux ont été réalisés par le logiciel Microsoft Office version 2013.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec écart type et les variables qualitatives en pourcentages.

1.11. 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.

1.12. Définitions opérationnelles

- **Malformations oculaires isolées** sont des anomalies de taille, de position et de constitution intéressant uniquement l'orbite, les annexes et le globe oculaire.
- **Malformations oculaires syndromiques** sont des anomalies de taille, de position et de constitution de l'orbite, des annexes et du globe oculaire associées à d'autres malformations d'ordre générale.

RESULTATS

IV RESULTATS

1.1.FREQUENCE

Au cours de la période allant du 1er janvier 2024 au 30 juin 2024 (6 mois), nous avons recensé 36 cas de malformations oculaires congénitales parmi un total de 1995 consultations, des âges compris de 0 à 8 ans avec une fréquence de 1,80 %, soit 6 cas/mois

1.2.DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartition selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
<1 an	22	61,2
1- 4 ans	7	19,4
5-8 ans	7	19,4
Total	36	100

La tranche d'âge <1an est la plus représentée **61,12%** (n=22).

La moyenne d'âge était de 1,58 an \pm 0,80 avec des extrêmes allant de 5 jours à 8 ans.

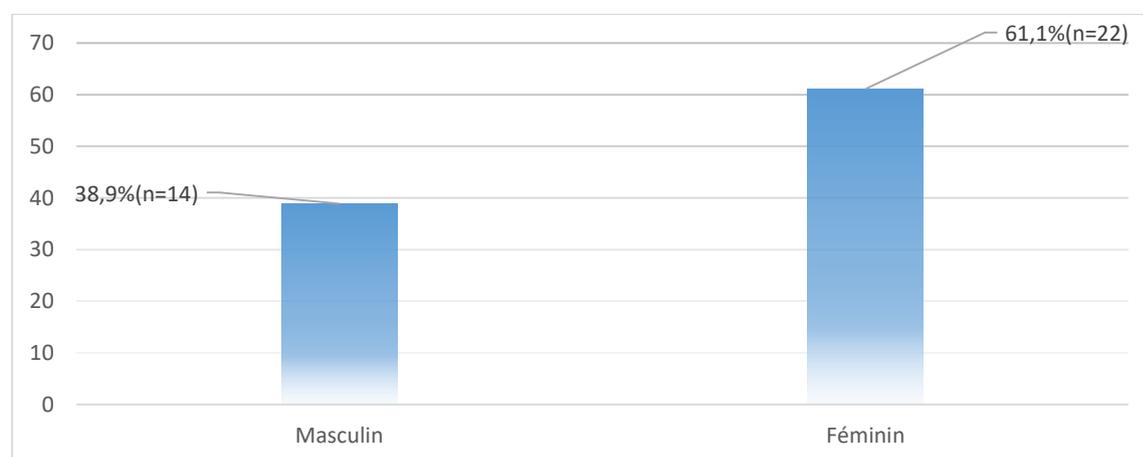


Figure 1: Répartition selon le sexe.

Le sexe féminin était prédominant avec 61,1% avec un ratio H/F de 0,64.

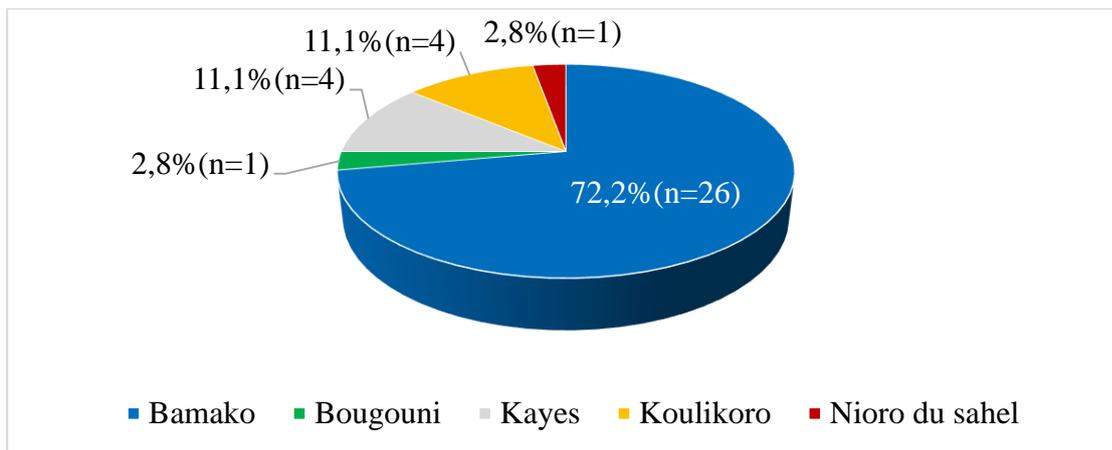


Figure 2: Répartition selon la provenance de l'enfant.

Bamako était la ville où résidait plus de la moitié de nos patients avec **72,2%**.

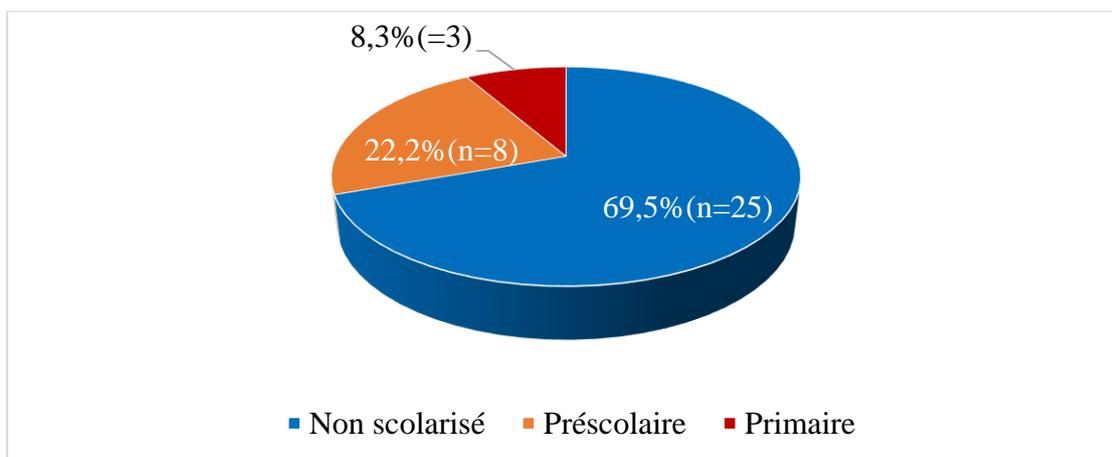


Figure 3: Répartition selon la profession de l'enfant.

Les enfants non scolarisés représentaient 69,45% des cas.

Tableau II : Répartition selon l'âge des parents.

Age père	Effectif	Pourcentage
25-35	12	33,3
36-45	12	33,3
46-55	7	19,5
>55	1	2,8
Décédé	4	11,1
Total	36	100

Les tranches d'âge de [25-35 ans] et [36-45ans] représentaient respectivement soit 33,3%.

Moyenne d'âge 39,63 ans±9 avec extrême de 25 et 61 ans

Age mère	Effectif	Pourcentage
17-25	14	38,9
26- 35	16	44,4
36- 45	5	13,9
Décédée	1	2,8
Total	36	100

La tranche d'âge de [26-35 ans] était la plus représentée soit 44,4%.

Moyenne d'âge 27,94 ans±7,70 avec extrême de 17 et 45 ans

Tableau III : Répartition selon le niveau d'étude des parents.

Pères	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	13	40,6
Primaire	11	34,4
Secondaire	4	12,50
Supérieur	4	12,50
Total	32	100,0

40,6 % des pères étaient non scolarisés.

Mères	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	18	51,4
Primaire	10	28,6
Secondaire	1	2,9
Supérieur	6	17,1
Total	35	100,0

51,4 % des mères étaient non scolarisées.

Tableau IV : Répartition selon la profession des parents.

Pères	Effectif	Pourcentage	Mères	Effectif	Pourcentage
Agriculteur	3	9,4	Ménagère	27	77,2
Chauffeur	4	12,5	Commerçante	3	8,5
Entrepreneur	1	3,1	Fonctionnaire	3	8,5
Ouvrier	6	18,8	Coiffeuse	1	2,9
Commerçant	11	34,4	Informaticienne	1	2,9
Fonctionnaire	4	12,5	Total	35	100
Retraité	1	3,1			
Militaire	2	6,2			
Total	32	100			

Les commerçants étaient majoritaires avec 34,4%.

Les ménagères représentaient 77,2 %.

1.3. LES ANTÉCÉDENTS ET LE DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

Tableau V : Répartition selon la présence de cas similaires.

Cas similaires	Effectif	Pourcentage
Non	35	97,2
Un cousin	1	2,8
Total	36	100

Aucun cas similaire n'a été retrouvée 97,2 % des cas. 1 cas similaire a été déclaré, il s'agissait d'un ptosis.

Tableau VI : Répartition selon le degré de consanguinité

Consanguinité	Effectif	Pourcentage
Aucune	29	80,6
1 ^{er} degré	2	5,6
2 ^e degré	2	5,6
Indéterminé	3	8,3
Total	36	100

La consanguinité, systématiquement recherchée, a été retrouvée dans 11,2% (n=4) des cas. Il s'agissait des cas de consanguinité de 1^{er} degré 5,6 % et 2^e degré 5,6 %.

Tableau VII : Répartition selon la qualité de suivi de la grossesse.

CPN	Effectif	Pourcentage
Correcte (4 CPN recommandées)	32	89
Irrégulière	4	11
Total	36	100

Le suivi de la grossesse était correct dans **89 %** des cas. Dans 4 cas, le suivi de la grossesse a été régulière.

Tableau VIII : Répartition selon les évènements de la grossesse.

Évènements	Effectif	Pourcentage
Infections	2	5,5
Traumatisme	1	2,8
Menace d'avortement	3	8,3
Grossesse normale	30	83,4
Total	36	100

La grossesse était normale dans 83,4% des cas.

Des évènements sont survenus au cours de la grossesse :

- La menace d'avortement représentait 8,3% (n=3),
- 2 cas d'infection à la toxoplasmose et au rubéole témoignés par la présence de l'immunoglobuline G positive soit 5,5% (n=2).
- 1 cas de traumatisme traduit par une chute de sa hauteur 2,8% (n=1).

Tableau IX : Répartition selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Eutocique	32	88,8
Dystocique	2	5,6
Césarienne	2	5,6
Total	36	100

L'accouchement était eutocique dans 88,8 % des cas.

Tableau X : Répartition selon les suivis postnataux.

Postnataux	Fréquence	Pourcentage
Normal	35	97,2
Réanimé	1	2,8
Total	36	100

Les suivis postnataux étaient normaux dans 97,2 % des cas. 1 cas de réanimation pour une souffrance fœtale.

1.4. TYPES DE MALFORMATION

Tableau XI : Répartition selon le type de malformation à caractère isolé ou syndromique.

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Malformation isolée	32	89
Malformation syndromique	4	11
Total	36	100

La malformation isolée était la plus représentée soit 88,89 %.

Tableau XII : Répartition selon les sites anatomiques des malformations.

Sites	Fréquence	Pourcentage
Annexes	18	50
Globe oculaire	18	50
Total	36	100

Les annexes et le globe oculaire représentaient respectivement 50 % (n=16).

Tableau XIII : Répartition selon la latéralité.

Latéralité	Effectif	Pourcentage
Unilatérale	14	39
Bilatérale	22	61
Total	36	100

61,11 % des atteintes était bilatérale (n=22) et 39% des cas était unilatérale (n=14) soit un total 58 yeux.

Tableau XIV : Répartition selon le site anatomique des atteintes.

Sites	Types	Effectif	Pourcentage
Paupières	Ptosis	9	81,8
	Epicanthus	2	18,2
	Total	11	100
VL	Imperforation lacrymo-nasale	5	71,4
	Distension du sac	1	14,3
	Atrésie voie lacrymale	1	14,3
	Total	6	100
	GO	Microphthalmie	9
Dysgénésie SA		8	44,4
Sclerocornée		1	5,6
Total		18	100

❖ Annexes

➤ Parmi les atteintes des paupières, le ptosis était présent chez 9 patients soit 81,8 % (n=11), soit 25% des malformations de l'enfant.

- Le ptosis était modéré, isolé dans 7 cas.

- Le ptosis était modéré et associé à une atteinte cardiaque dans 2 cas.

➤ Epicanthus a représenté 18,2% des atteintes des paupières (n=11) soit 2,55% des malformations de l'enfant.

➤ L'imperforation lacrymo-nasale consternait 5 patients soit 71,4% (n=7) atteintes des voies lacrymales, soit 13,8% des malformations de l'enfant.

➤ 1 cas de distension du sac et 1 cas d'atrésie des voies lacrymales.

❖ Globe oculaire

➤ Les microphthalmies ont présenté la moitié des atteintes du globe (50%), mais ont représenté 1/4 des malformations de enfants (25%).

-Isolées et modérée dans 5 cas.

-Associées à des anomalies oculaires dans 2 cas (1 cas de colobome papillaire et 1 cas de persistance de vitre primitif).

- Associées à des malformations crânio-faciales dans 2 cas (une microcéphalie et une hydrocéphalie).

➤ Les atteintes du segment antérieur représentaient 44,4% des atteintes du globe oculaire soit 22,2% de l'ensemble des malformations. Il s'agissait de :

- deux (2) cas de lésions cornéennes à savoir 1 cas de megalocornée et 1 cas de dystrophie.

- deux (2) cas d'atteinte irienne 1 cas d'aniridie et 1 cas d'hétérochromie.

- trois (3) cas de dysgénésie :il s'agissait des atteintes cornéo-pupillaires.

- un (1) cas de lenticône du cristallin associé à la cataracte.

➤ Sclerocornée :1cas soit 5,5% des atteintes du globe soit 2,77% des malformations de l'enfant.

➤ Les malformations du segment postérieur représentaient 5,5 % des cas (n=2).

1 cas de persistance de vitre primitif et 1 cas de colobome papillaire associé à un décollement de rétine total soit respectivement 50% (n=1) des atteintes du segment postérieur soit 2,8% chacun des malformations de l'enfant.

1.1 Retentissement

Tableau XV : Répartition selon la faisabilité de l'acuité visuelle.

Acuité visuelle	Fréquence	Pourcentage
Age préverbal	29	80,6
Non coopérant	3	8,3
Coopérant	4	11,1
Total	36	100

L'acuité visuelle n'a pu être évaluée chez 88,89% des patients. 80,56% était en âge préverbaux et 8,33% était non coopérant. L'acuité a été effective chez 4 cas soit 11,1% parmi lesquels 3 cas avaient une acuité >3/10 soit 8,3 % , 1cas avait une acuité < 1/10 soit 2,8%.

Tableau XVI : Répartition selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Attitude de malvoyance	2	5,5
BAV	2	5,5
Chute de la paupière	4	11,1
Déviation	1	2,8
Larmolement	3	8,4
Leucocorie	6	16,7
Ouverture incomplète des paupières	2	5,5
Prurit+ rougeur	1	2,8
Rougeur oculaire	1	2,8
Sécrétion	10	27,8
Reference	4	11,1
Total	36	100

La sécrétion était le principal motif de consultation avec **27,8%** (n=10).

5. TRAITEMENT

Tableau XVII : Répartition selon le traitement reçu.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Médicamenteux par voie topic	36	72
Médicamenteux par voie parentérale	2	4
Optique	5	10
Chirurgical	7	14
Total	50	100

74 % (n=14) des patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux. Il s'agissait de traitements à base d'antibiotique, d'antibio-corticoïde, d'anti-inflammatoire, d'antihistaminique, de mydriatique.

-Parmi les cinq (5) cas ont bénéficié d'une réfraction, trois (3) cas avaient une acuité visuelle 10/10,1 cas avait une acuité 8/10, 1 cas chez qui l'acuité n'était pas chiffrable.

➤ Sept 7 cas chirurgicaux parmi lesquels :

- Un cas de cataracte avec lenticône qui a bénéficié d'une phacoplagie simple, d'une réfraction et le résultat est satisfaisant.
- Cinq (5) cas d'imperforation lacrymo-nasale et 1 cas distension du sac ont bénéficié d'un sondage des voies lacrymales aboutissant à une nette régression nette des symptômes.
- Deux (2) cas ont bénéficié un traitement, il s'agissait des 2 cas de persistance du canal artériel qui ont reçu d'indométacine injectable (inhibiteur de la cyclo-oxygénase).

DISCUSSION

V DISCUSSION

1.1 Les limites de l'étude

L'accès difficile à l'IOTA par certains patients du fait des inondations peut être un biais de collection.

La génétique n'a pas été prise en compte du fait du faible niveau socioéconomique des parents, ainsi que la non réalisation d'autres examens complémentaires pour la même raison ont été la conséquence du nombre réduit de cas.

1.2 Fréquence

Au cours de la période allant du 1er janvier 2024 au 30 juin 2024 (6 mois), nous avons recensé 36 cas de malformations oculaires congénitales parmi un total de 1995 consultations, des âges compris de 0 à 8 ans. Soit une fréquence de 1,80 %.

Selon la littérature, l'incidence moyenne des malformations oculaires congénitales varie de 0,36 % à 4,7 % [3–7]. BM Diatewa [11] qui trouvait une fréquence hospitalière de 3,93 %, André Ombwa Eballé et al. [12] ont rapporté une fréquence plus élevée, de 6,65 %.

Les écarts observés entre ces résultats pourraient s'expliquer par des différences dans la nature des populations étudiées, telles que les caractéristiques sociodémographiques, les critères d'inclusion ou encore les spécificités des contextes de soins.

1.3 Profils sociodémographiques

1.3.1 Age :

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle des enfants de moins d'un an, avec une moyenne d'âge de $1,47 \pm 0,88$ ans.

Nos résultats diffèrent de ceux rapportés par Dash P et al. [14], qui ont trouvé que la tranche d'âge de 4-5 ans représentait 56,4 % des cas, avec une moyenne d'âge de $3,32 \pm 1,42$ ans.

Cette divergence dans l'âge moyen pourrait être attribuée à la taille des échantillons étudiés.

1.3.2 Sexe :

Le sexe féminin était prédominant dans notre étude, représentant 61,1 % des cas avec un ratio de 0,64. Cependant, une prédominance masculine a été observée dans d'autres études, notamment au Togo (58,2 %)[11], en Inde (52,9 %) [14] et au Nigeria (69,56 %) [13].

1.3.3 LES ANTÉCÉDENTS ET LE DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

Familiaux : la consanguinité

Dans notre étude, la consanguinité a été retrouvée dans 11,2 % (n= des cas, dont 5,6 % concernaient des unions de premier degré et 5,6 % des unions de deuxième degré. Ces résultats sont inférieurs à ceux rapportés par B.M. Diatwa et al.[11] au Togo, où la consanguinité était présente dans 26,21 % des cas. Parmi eux, 92,59 % résultaient d'unions entre cousins du deuxième degré et 7,4 % d'unions entre cousins du premier degré. En Inde, Dash P et al. [14] ont rapporté un taux de consanguinité plus faible, de 5,7 %.

Ces variations peuvent s'expliquer par des différences culturelles et sociales influençant la prévalence des mariages consanguins dans ces contextes.

1.3.4 Grossesse- accouchement

Dans notre étude, 83,34 % des grossesses étaient normales. Ce taux est proche des 92,14 % rapportés par Dash P et al. [14] en Inde. Par ailleurs, des événements comme des infections maternelles confirmées par la menace d'avortement représentait 8,3% (n=3). 2 cas d'infection à la toxoplasmose et au rubéole témoignés par l'immunoglobuline G positive soit 5,5% (n=2). 1 cas de traumatisme traduit par une chute de sa hauteur 2,8% (n=1), ont été observés dans notre échantillon. Ces résultats confirment l'importance des consultations prénatales régulières dans la prévention des complications et des malformations.

1.4 Les types de malformations

1.4.1 La latéralité

Dans notre étude, l'atteinte était unilatérale dans 38,89 % (n=14) des cas (l'œil droit représentait 8 cas soit 22,22 %, œil gauche représentait 16,67 %) et bilatérale dans 61,11 %(n=22). Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par Lawan, A. [13] au Nigeria, où les atteintes unilatérales représentaient 42,08 % et les atteintes bilatérales 57,92 %. Cependant, nos résultats diffèrent de ceux de Dash P et al. [14] qui ont observé une prédominance des atteintes unilatérales, représentant 71,45 %, contre 28,6 % pour les atteintes bilatérales.

1.4.2 Les sites anatomiques

- **Annexes**

Les annexes étaient le site qui représentaient la moitié des malformations de l'enfant soit 50% (n=18).

➤ **Paupières** : Parmi les atteintes des paupières, le ptosis était présent chez 9 patients soit 81,8 %(n=11), soit 25% des malformations de l'enfant. Ce taux est nettement supérieur à celui rapporté par André Omgbwa Eballé et al. [12], qui trouvaient un taux de 3,77 % (n=6).

➤ **Voies lacrymales** : L'imperforation lacrymo-nasale consternait 5 patients soit 71,4% (n=7) atteintes des voies lacrymales, soit 13,8% des malformations de l'enfant.

Ce résultat est proche aux résultats de Lawan, A. [13] au Nigeria (14 %) et de Dash P et al. [14] en Inde (20,71 %) et nettement inférieur de celui d'André Ombwa Eballé et al. [12], qui rapportait un taux de 66,66 %.

➤ **Globe oculaire** :

Les microphthalmies ont présenté la moitié des atteintes du globe (50%), mais ont représenté 1/4 des malformations de enfants (25%).

Ce taux est proche de ceux rapportés par Charlotte Dubuc et al [4] , Shawky, R. M. et al [15] qui trouvaient respectivement 24 % ;16.01% ; considérablement plus élevé à ceux d'André Ombwa Eballé et al. [12] qui trouvait 5,03 %.

1.5 Association malformations isolées et syndromiques

Dans notre étude, nous avons retrouvés 32 cas 88,89% de malformations isolées et 4 cas 11,11% de malformations syndromiques.

Le Riaño Galán et al [16] rapportaient 40 % des malformations isolées et 37 % des malformations syndromes.

1.6 Retentissement

1.6.1 Motif de consultation :

La sécrétion était le principal motif de consultation, rapportée dans 27,8% (n=10). Par comparaison, Dash P et al. [14] ont rapporté que la baisse d'acuité visuelle constituait le principal motif dans 40 % des cas.

1.6.2 Acuité visuelle :

L'acuité visuel n'a pas pu être évaluée chez 32 enfants (88,89 %) soit parce qu'ils étaient en âge préverbal, soit parce qu'aucune coopération n'a pu être obtenu. L'évaluation effective de la vision a été faite chez 4 patients (11,11 %).

1.8. Principes thérapeutiques

74 % des patients (n=28) ont bénéficié d'une prise en charge. 8 cas soit 22,2% chez qui une abstention thérapeutique a été observée.

7 cas soit 14% ont bénéficié de prise en charge chirurgicale parmi lesquels :

- Un cas de cataracte avec lenticône postérieur qui a bénéficié d'une phacoplagie simple, d'une réfraction et le résultat est satisfaisant.

- Cinq cas d'imperforation lacrymo-nasale et un cas distension du sac ont bénéficié d'un sondage des voies lacrymales aboutissant à une nette régression des symptômes.

Ces résultats sont proches de ceux rapportés par Lawan, A. [13] au Nigeria, où 25,7 % des patients ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale. Cependant, l'étude de J.P. Théra et al. [17], qui se concentrait sur un aspect spécifique des malformations, rapportait une prise en charge chirurgicale dans 100 % des cas.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les malformations oculaires congénitales représentent un défi important en raison de leur impact sur la vision et la qualité de vie des patients. Une meilleure compréhension des facteurs étiologiques, des mécanismes moléculaires et des approches thérapeutiques est cruciale pour améliorer le diagnostic et le traitement de ces conditions. Les enfants de moins d'un an sont les plus touchés, le sexe féminin est dominant, des atteintes égales des malformations oculaires congénitales entre les annexes et le globe oculaire. Le traitement est chirurgical, optique, médicamenteux.

RECOMMENDATIONS

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 survenue des malformations oculaires congénitales à travers les médias.
- Prendre des mesures adéquates afin d'améliorer la chaîne de référence de la pédiatrie aux services d'ophtalmologie ;

➤ **A l'administration du CHU-IOTA :**

Améliorer le circuit de prise en charge des patients ;

➤ **A la population :**

- Sensibiliser la population sur l'importance des consultations prénatales ;
- Sensibiliser la population sur les conséquences des mariages consanguins ;
- Consulter le plus tôt possible les services spécialisés en cas de malformations oculaires congénitales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bremond G., Copin H., Elmaleh, M. et al. Anomalies oculaires fœtales : apport de l'imagerie anténatale. *Journal Français d'Ophtalmologie*, 31, 65.
2. Levin, A. V. (2003). Congenital eye anomalies. *Pediatric Clinics of North America*, 50(1), 55–76.
3. E. Bermejo et ML Martinez-Frias, « Malformations oculaires congénitales : analyse clinique et épidémiologique de 1 124 654 naissances consécutives en Espagne », *American Journal of Medical Genetics*, vol. 75, no. 5, pp. 497–504, 1998.
4. Dubucs, C., Caillet, A., Frémont, F., Delteil, L., N'Go, V., Neville, A.J., Ballardini, E., Dolk, H., Loane, M., Garne, E., Khoshnood, B., Lelong, N., Rissmann, A., O'Mahony, M., Pierini, A., Gatt, M., Bergman, J., Krawczynski, M.R., Latos Bielenska, A., Echevarría González de Garibay, L.J., Cavero-Carbonell, C., Addor, M.-C., Tucker, D., Jordan, S., Den Hond, E., Nelen, V., Barisic, I., Rouget, F., Randrianaivo, H., Hoareau, J., Perthuis, I., Hurault-Delarue, C., Courtade-Saïdi, M. and Damase-Michel, C. (2024), Prevalence of Congenital Ocular Anomalies in 15 Countries of Europe: Results From the Medikeye Study. *Birth Defects Research*, 116: e2414. DOI: 10.1002/bdr2.2414
5. C. Stoll, Y. Alembik, B. Dott et MP Roth, « Malformations oculaires congénitales chez 212 479 naissances consécutives », *Annales de Génétique*, vol. 40, pp. 122–128, 1997.
6. YP Singh, SL Gupta, IS Jain, A. Gupta et ON Bhakoo, « Anomalies oculaires congénitales du nouveau-né », *Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus*, vol. 17, no. 3, pp. 162–165, 1980.
7. M. Ravikumara et BV Bhat, « Malformations oculaires congénitales à la naissance », *Indian Pediatrics*, vol. 33, pp. 503–506, 1996.
8. A. Vinekar, I. Govindaraj, C. Jayadev et al., « Dépistage oculaire universel de 1021 nourrissons nés à terme à l'aide de l'imagerie numérique à grand champ dans un seul hôpital public en Inde – une étude pilote », *Acta Ophthalmologica*, vol. 93, no. 5, pp. e372–e376, 2015.
9. Kaimbo, D., Mwilambwe, A., Kayembe, D., Leys, A. et Missotten, L. (1994). [Malformations congénitales du globe oculaire et de ses appendices au Zaïre]. *Bulletin de la Société belge d'ophtalmologie*, 254, 165-70].
10. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects> (OMS 2023).

11. B.M. Diatewa, N. Maneh, A.S. Domingo, R. Mewamba Wamba, D. Amouzou, K. Didier Ayena, K. Patrice Balou. Association entre la consanguinité et les anomalies congénitales oculaires au Togo ; *Journal français d'ophtalmologie* 2021 44, 63-66.
12. Omgbwa Eballe, A., Augustin, E., Nanfack, Dohvoma Viola, A., Come, E., & Koki, G. (2012). Eye malformations in Cameroonian children: a clinical survey. *Clinical Ophthalmology*, 1607.
13. Lawan, A. (2008). Congenital eye and adneial anomalies in Kano, a 5 year review. *Nigerian Journal of Medicine*, 17(1).
14. Dash P, Rout JP, Panigrahi PK. Schémas cliniques des anomalies oculaires congénitales dans le groupe d'âge pédiatrique (0 à 5 ans) et leur association avec divers paramètres démographiques. *Indian J Ophthalmol* 2022 ;70:9447.
15. Shawky, R. M., & Sadik, D. I. (2011). Congenital malformations prevalent among Egyptian children and associated risk factors. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 12(1), 69–78.
16. Riaño Galán, I., Rodríguez Dehli, C., García López, E., Moro Bayón, C., Suárez Menéndez, E., Ariza Hevia, F., & Mosquera Tenreiro, C. (2010). Frecuencia y presentación clínica de los defectos oculares congénitos en Asturias (1990–2004). *Anales de Pediatría*, 72(4), 250–256.
17. J.P. Théraa, J.M. Tiama , A. Konipoc , A. Napo d, S. Bamani. Traitement du ptosis congénital dans un pays à faible revenu : suspension du releveur au muscle frontal par le polypropylène à l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA). *Journal français d'ophtalmologie* (2020) 43, 123—127.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

FICHE N° .../...../...../

Nom Prénom

DATE...../...../2024

1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1.1. Données sociodémographiques de l'enfant

1-Age /_____/mois /_____/année

2- Sexe /_____/ 1= garçon 2=fille

3- Provenance :

4- Profession /_____/ 0=sans 1=préscolaire 2= primaire 3=secondaire 4 = non scolaire Si 4 préciser.....

5- Origine ethnique /_____/ 1= homogène 2=mixte si 1 préciser.....

1.2. Données sociodémographique des parents

a) PERE /_____/ 0=dcd 1=vivant si 1 préciser éléments suivants :

a1-Age /_____/ a2- Provenance :

a3- Profession /_____/ 1=agri 2=éleveur 3=pêcheur 4=man/ouvrier 5=commerçant 6=fonct 7=retraité 8=militaire

9= autre préciser.....

a4- Niveau d'instruction /_____/ 0=aucun 1=Primaire 2= Secondaire 3=Supérieur

b) MERE /_____/ 0=dcd 1=vivant ; si 1 préciser éléments suivants :

b1-Age /_____/ b2- Provenance :

b3- Profession /_____/ 1= Ménagère 2= commerçante, 3=fonctionnaire, 4=retraîtée

5=autre.....

b4- Niveau d'instruction Mère /_____/ 0=aucun 1=Primaire 2= Secondaire 3=Sup

II- Facteurs de risque (FDR)

2.1. Familiaux Cas similaires /_____/ 0=non 1= indéterminé 2= oui Si2préciser

.....

2.2. Environnementaux /_____/ 0= non 1= Oui ; si 1 préciser/_____/ a-Radiation ; b-

Chimique (médicament, drogue) ; c-Nutritionnel (Carence en fer, malnutrition pendant la grossesse, alcool)

2.3. Consanguinité /_____/ 0=aucune ; 1=1er degré ; 2=2ème degré ; 3=indéterminé

2.4. Histoire de la grossesse

- a) CPN /_____/ 0=non faite 1=Normale 2=anormale
- b) Infections /_____/0= non 1=Toxoplasmose 2= rubéole 3=syphilis
4=autre.....
- c) Traumatisme /_____/ 0= non 1= oui si 1
préciser.....
- d) Evènement /_____/ 0=non 1= menace d'avortement 2=autre
.....
- e) Accouchement /_____/ 1=eutocique 2=dystocique 3=césarienne 4=forceps
5=autre.....
- f) post nat /_____/ 1=normal ; 2=réanimé
3=autres.....

III- Types de malformation oculaire

- 3.1. Acuité visuelle /_____/ 0=préverbal 1=non coopérant 2= coopérant ; si 2 préciser AVL
- 1= (6- 10 /10) OD /_____/ OG /_____/ 2= (3- 6 /10) OD
/_____/ OG /_____/
- 3= (1-3 /10) OD /_____/ OG /_____/ 4= (CLD-VBM) OD
/_____/ OG /_____/
- 5= (PL) OD /_____/ OG /_____/ 6= (PPL) OD
/_____/ OG /_____/

Amétropie : /_____/ 0=aucune 1= myopie simple ; 2=hypermétropie ;3= astgm simple 4=
myope astig ; 5= hyperm astig ; 6=autre.....

3.2. Signes fonctionnels : 0=absent ; 1=présent

- 1- BAV OD /___/ OG /___/ 2- Photophobie OD
/___/ OG /___/
- 3- Leucocorie OD /___/ OG /___/ 4- Larmoiements OD /___/
OG /___/
- 5=Autres.....

3.3. Maf. Des annexes : /___/ 0=normale 1= anormale ; Si 1 préciser éléments suivants :

- a) Malf. de l'orbite : OD /___/ OG /___/ ODG /___/ 0=normal 1=hypotélorisme
2=hypertélorisme
3=autre.....

b) Malf. des paupières : OD /___/ OG /___/ ODG /___/ 0=Normal ; 1=Ptosis 2=épicanthus ; 3=télécanthus ; 4=ectropion ; 5=entropion ; 6= épiblépharon ; 7= colobome ; 8=blépharophymosis ; 9=autres.....

c) Voies lacrymales : OD /___/ OG /___/ ODG /___/ 0=normal ; 1=Imperforation lacrymonasale ; 2=distension du sac lacrymal ; 3= autre, préciser.....

3.4. Malf. du globe oculaire : OD /___/ OG /___/ ODG /___/ 0=aucune 1=Anophtalmie 2=microphtalmie 3= buphtalmie 4=autre.....

3.5. Malf. Du SA : /___/ 0=normale 1= anormale ; Si 1 préciser éléments suivants :

a) cornée : OD /___/ OG /___/ 0=normal 1= dystrophie; 2=mégalocornée 3=microcornée 4=sclérocornée 5=kératocône 5=autre, préciser.....

b) chambre antérieure : OD /___/ OG /___/ 0=normal 1=athalamic ; 2=irrégulière ; 3= inaccessible ; 4=autre, préciser.....

c) Iris-pupille : OD /___/ OG /___/ 0=normal ; 1=colobome, 2=Aniridie ; 3= hétérochromies 4= synéchies ; 5=Corectopie 6=hypopigmentation, 7= Atrophie 8=autre préciser.....

d) Malf. du cristallin : OD /___/ OG /___/ 0= normal, 1= Ectopie du cristallin 2= lenticône 3= colobome 4 =Cataracte 5= autre préciser.....

e) AIC : OD /___/ OG /___/ 0= normal ; 1=non évalué 2=synéchies ; 3=Pigment ; 4=autre préciser.....

3.6. PIO en mm hg OD /___/ OG /___/ 0= normal 1= Hypertonie ; 2=hypotonie ; 3=non évaluée

3.7. Malf. Segment postérieur /___/ 0=normale 1= inaccessible 2= anormale ; Si 2 préciser éléments suivants :

a) Malf. du Vitré : OD /___/ OG /___/ ODG /___/0=normal 1=persistance du vitré primitif 2=autre préciser.....

b) Malf. FO : OD /___/ OG /___/ ODG /___/0= normale 1= hypoplasie papillaire ; 2=mégalopapille ; 3=dysversion 4= colobome 5=fibres de myéline 6=autres à préciser

3.8. Malf. Cranio faciale /___/ 0= Normale 1=brachycéphalie 2=scaphocéphalie 3=oxycéphalie 4=trigonocéphalie, 5=Plagiocéphalie 6= fentes crânio-faciales 7= autre à préciser

3.9. Malf. générale /___/ 0= Normale. 1= membres ; 2=cœur ; 3=rein ; 4=autres, préciser.....

Si 1 préciser /___/ 1= polydactylie 2 syndactylie ; 3=brachydactylie 4=nanisme 5= gigantisme 6=autre préciser

Si 2 préciser /___/ 1= CIA ; 2= CIV ; 3= autre, préciser.....

Si 3 préciser /___/ 1= nephroblastome;2= ; 3= autre, préciser.....

3.10. Bilan paraclinique étiologique /___/ 0= non 1=oui

Si oui, préciser les éléments suivants

a) Sérologie toxoplasmose Ig M/___/ 0= positif 1= négatif, 2= non demandé 3= non fait

b) Sérologie toxoplasmose Ig G/___/ 0= positif 1= négatif, 2= non demandé 3= non fait

c) Sérologie rubéole Ig M/___/ 0= positif 1= négatif, 2= non demandé 3= non fait

d) Sérologie rubéole Ig M/___/ 0= positif 1= négatif, 2= non demandé 3= non fait

e) TPHA/VDRL /___/ 0= positif 1= négatif, 2= non demandé 3= non fait

f) Echo A : OD/___/ OG/___/ 0= normale 1= non demandé 2= non fait 3=anormal

préciser

OD.....OG.....

g) Echo B : OD/___/ OG/___/ 0= normale 1= non demandé 2= non fait 3=anormal

préciser

OD.....OG.....

h) Champ visuel OD/___/ OG/___/ 0= normal 1= anormale 2= non fait 3=anormal

Préciser OD.....OG.....

i) OCT OD/___/ OG/___/ 0= normal 1= non demandé 2= non fait 3=anormal Préciser

OD.....OG.....

j) Photo papillaire OD/___/ OG/___/ 0= normal 1= non demandé 2= non fait 3=anormal

préciser

OD.....OG.....

k) TDM orbitaire /___/ 0= normal 1= non demandé 2= non fait 3=anormal

préciser.....

3.11. Examen pédiatrique /___/ 0= normal; 1= non demandé 2= non fait 3=anormal
préciser.....

3.12. Latéralité /___/ 1=unilatérale 2=bilatérale 3=Non précisée

3.13. Diagnostic retenu: /___/ 1=malf isolée ; 2=malf syndromique

Si 1 préciser.....

Si 2 préciser.....

IV. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

4.1. Oculaire

Chirurgical : OD /___/ OG/___/ 0=non 1=oui

Technique proposée

2= autre.....

Médicamenteux /___/ 0=non 1=oui

Collyre /___/ préciser

Général /___/

préciser.....

Autre /___/ Préciser

Autre traitement à préciser.....

Optique : OD /___/ OG/___/ 0=non 1=oui

Valeurs OD :

OG :

4.2. Traitement général

Chirurgical : OD /___/ OG/___/ 0=non 1=oui

Technique proposée

2= autre.....

Médicamenteux /___/ 0=non 1=oui

Si 1 préciser.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIABATE

Prénom : Issiaka

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

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

Année académique : 2023-2024

Titre : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des malformations oculaires congénitales chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU-IOTA.

Période d'étude : 1^{er} Janvier au 30 Juin 2024.

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie

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

RESUME

Introduction : Les malformations oculaires congénitales sont l'ensemble des anomalies de taille, de position et de constitution de l'orbite, des annexes et du globe oculaire, constatées à la naissance.

L'objectif principal était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des malformations oculaires congénitales chez les enfants de 0 à 8 ans au CHU-IOTA

Méthodologie Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est réalisée sur une période de 6 mois allant du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2024. Etaient inclus, tous les enfants de 0 à 8 ans présentant une malformation oculaire congénitale isolée ou associée, ayant bénéficiés d'une prise en charge au service d'ophtalmo-pédiatrie.

Résultats : Durant notre étude, 36 cas étaient colligés sur un total de 1995 consultations d'enfants d'âge compris de 0 à 8 ans. Le sexe féminin était le plus représenté (61,1%) avec un sexe ratio H/F à 0,64%. La tranche d'âge <1an, était la plus représentée (61,12%) avec une moyenne d'âge de 1,58 an \pm 0,80. Les malformations concernaient les annexes et le globe oculaire dans respectivement 50% chacun. 61,11 % des atteintes était bilatérale (n=22) et 39% des cas était unilatérale (n=14) soit un total 58 yeux. 32 cas 88,89% de malformations isolées et 4 cas 11,11% de malformations syndromiques. 25% de ptosis 13,8% d'imperforation des voies

lacrymales, 44,44% d'atteinte du segment antérieur, 25% de microphthalmie. L'acuité visuelle n'a pu être évaluée que chez 4 patients. 72% des patients (n=36) ont bénéficié d'une prise en charge.

Conclusion Les malformations oculaires congénitales représentent un défi important en raison de leur impact sur la vision et la qualité de vie des patients. Une meilleure compréhension des facteurs étiologiques, des mécanismes moléculaires et des approches thérapeutiques est cruciale pour améliorer le diagnostic et le traitement de ces conditions. Les enfants de moins d'un an sont les plus touchés, le sexe féminin est dominant, des atteintes égales des malformations oculaires congénitales entre les annexes et le globe oculaire. Le traitement est chirurgical, optique, médicamenteux.

Mots-clés : malformations oculaires, congénitales, enfants, CHU-IOTA