

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année Universitaire : 2023-2024

N°...../

Mémoire

**DEGENERESCENCE MACULAIRE LIEE A
L'AGE : ASPECTS CLINIQUE ET
THERAPEUTIQUE**

Dr. Djamayiri A. SACKO

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN
OPHTALMOLOGIE

Président : Pr Pierre Adégné Togo

Membres : Pr Lamine Traoré
Pr Seydou Bakayoko
Pr Nouhoum Guirou

Directeur : Pr Napo Abdoulaye.

DEDICACES

A Dieu le tout puissant :

Le seigneur est mon berger je ne manquerais de rien. Il me fait reposer dans de verts pâturages.

Il me dirige près des eaux paisibles. Il restaure mon âme, il me conduit dans les sentiers de la justice à cause de son nom. Quand je marche dans la vallée de l'ombre, de la mort, je ne crains aucun mal, car tu es avec moi. Ta houlette et ton bâton me rassurent. Tu dresses devant moi une table.

En face de mes adversaires ; tu oins d'huile ma tête. Et ma coupe déborde.

Oui, le bonheur et la grâce m'accompagneront tous les jours de ma vie. Et je reviendrai dans la maison de l'éternel pour la durée de mes jours.

Psaume 23

A mes parents : Joseph sacko et Feue Isabelle Doumbia

Je ne pourrai jamais vous dire assez merci pour vos conseils, vos soutiens, vos encouragements et pour vos prières qui m'ont accompagnés tout au long de mes études. Ce travail est le fruit de tous vos sacrifices, que mieux que des mots, il traduise tout l'amour que je ressens pour vous. Puisse le seigneur vous accorder une longue vie.

A mes frères et sœurs :

Pascal Sacko, Anna sacko, Martine Sacko. Ce travail est aussi le votre car sans votre soutien, vos encouragements et vos conseils il n'aurait pas vu le jour.

A tous mes ami(es) et collègues : pour les moments passés ensemble et votre soutien.

A mes nombreux frères et sœurs en Christ de cette merveilleuse et enthousiaste Eglise Chrétienne Catholique de Niamakoro koko : je suis reconnaissant d'avoir à mes cotés autant de personnes aimantes, créatives et engagées qui me complètent si bien.

REMERCIEMENTS

A mon pays le Mali :

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

- A notre directeur et co-directeur de mémoire Pr NAPO Abdoulaye et Pr Mohamed Kolé, merci chers maîtres pour votre patience, votre disponibilité et surtout vos judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion. Recevez ici mes chers maîtres, l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma profonde gratitude.
- Pr SYLLA Fatoumata, Ophtalmo-pédiatre, Responsable du département formation au CHU-IOTA
- Pr Adama I GUINDO, chirurgien vitro-rétinien, Directeur général de CHU-IOTA
- Dr Aissata Simaga SANGHO, Responsable adjoint du département formation CHU-IOTA
- Pr Nouhoum GUIROU, Oculoplasticien responsable du département de la recherche scientifique CHU-IOTA
- Pr Abdoulaye NAPO, Chirurgien vitro-rétinien CHU-IOTA et Chef de département Formation.
- Dr Aïssata TALL, Ophtalmo-pédiatre CHU-IOTA
- Pr Seydou Diallo, Ophtalmo-pédiatre CHU-IOTA
- Pr Mohamed Kolé SIDIBE, Chirurgien vitro-rétinien CHU-IOTA
- Dr Ousmane TOURE, Ophtalmologiste CHU-IOTA
- Dr Brahim COULIBALY, Ophtalmologiste CHU-IOTA
- Dr Fatoumata SIDIBE, Ophtalmologiste CHU-IOTA
- Dr Kadiatou Ba, Ophtalmologiste CHU-IOTA
- Dr Mory COULIBALY
- Dr Ali Konipo, Ophtalmologiste CHU-IOTA
- Pr Sidi Diarra, Ophtalmologiste CHU-IOTA
- Dr Roucky Sangaré, Ophtalmologiste CHU-IOTA
- Pr Gounon SAYE, Ophtalmologiste CHU-IOTA
- Pr Modibo SISSOKO, Ophtalmologiste CHU-IOTA
- Pr Aladji DEMBELE, Anesthésiste-Réanimateur CHU-IOTA
- Dr Cheick SOGODOGO, Anesthésiste-Réanimateur CHU-IOTA
- Dr Sadio MAIGA, Epidémiologiste CHU-IOTA
- Mme MAIGA Sakinatou MAIGA, Surveillante formation CHU-IOTA

- Au corps professoral et l'ensemble du personnel de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie pour la qualité de l'enseignement et l'éducation scientifique reçue.
- Au jury
- Prof. Pierre Adégné Togo, Chef DER de chirurgie et spécialités à la FMOS
- Prof. Lamine TRAORE, Ophtalmologiste et maître de conférences à la FMOS
- Prof Seydou Bagayoko Ophtalmologiste et maître de conférences à la FMOS
- Prof Nao Abdoulaye Ophtalmologiste Agrégé et maître de conférences à la FMPOS.
- Prof Nouhoum Guirou Ophtalmologiste Agrégé et maître de conférences à la FMPOS.

Chers maîtres, je vous présente mes remerciements, mon respect et ma profonde gratitude !

-A toute ma promotion (2020-2024)

-A toutes les promotions DES, ISO, Optométrie du CHU–IOTA.

-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

INTRODUCTION.....	-1
OBJECTIFS.....	2
III.METHODOLOGIE.....	4
IV.RESULTATS.....	7
V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	12
CONCLUSION.....	16
REFERENCES	21
ANNEXE.....	25

SIGLES ET ABREVIATIONS

AEP : Altération de l'Épithélium Pigmentaire

AGF : Angiographie à la fluorescéine

AV : Acuité Visuelle

AVLSC : Acuité Visuelle de Loin Sans Correction

BAV : Baisse d'Acuité Visuelle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMLA : Dégénérescence Maculaire liée à l'âge

DSR : Décollement séreux de la rétine

F : Femme

FO : Fond d'Œil

H : Homme

HTA : Hypertension Artérielle

IOTA : Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique

MEM : Membrane Épi maculaire

MER : Membrane Épi rétinienne

MLA : maculopathie liée à l'âge

NVC : Néo Vaisseaux Choroïdiens

OCT : Tomographie en Cohérence Optique

OD : Œil Droit

OG : Œil Gauche

TVM : Traction Vitro Maculaire

UM : Micromètre

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'âge

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la profession

Tableau III : Répartition des patients en fonction des facteurs de risque

Tableau IV : Répartition des yeux en fonction des motifs de consultation

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'acuité visuelle

Tableau VI : Répartition des patients en fonction des lésions maculaires à l'OCT

Tableau VII : Répartition des patients en fonction des formes de la DMLA

Tableau VIII : Répartition des yeux en fonction du traitement

Tableau IX : Répartition des patients en fonction des pathologies associées du segment postérieur

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients en fonction du sexe

Figure 2 : Répartition des patients en fonction de leur provenance

I. INTRODUCTION

La Dégénérescence Maculaire liée à l'Age (DMLA) est une maladie dégénérative de la partie centrale de la rétine, la macula. Débutant après l'âge de 50 ans, c'est une pathologie d'évolution chronique très invalidante, pouvant conduire à la perte de la vision centrale. La vision périphérique est cependant conservée. La DMLA est de plus en plus fréquente du fait du vieillissement de la population et son caractère invalidant est renforcé puisque les personnes atteintes seront amenées à vivre plusieurs années avec cette pathologie chronique [1 et 2]. La prévalence de la DMLA est diversement estimée dans le monde. Aux USA elle varie de 1,6% à 9,4% [3-5]. En Europe, l'European Eye Study révèle une prévalence moyenne de 3,3% chez les sujets âgés de plus de 44 ans. Elle varie de 3% à 3,8% en Estonie, France, Irlande, Italie et Norvège. Les extrêmes sont retrouvés en Espagne (1,3%) et en Grèce (4,7%) [6]. En Hollande, la Rotterdam Eye Study a retrouvé une prévalence de 1.7% pour la DMLA [7]. Dans les populations asiatiques de 40 à 79 ans, elle est de 6.8% [8]. La Barbados Eye Study Group dans une population exclusivement originaire d'Afrique vivant en Amérique et dans les Caraïbes [9] objective le taux le plus bas estimé à 0,6% ; cependant, un quart de la population présente des druses maculaires. Il y a peu de données sur l'épidémiologie de la DMLA en France. L'étude POLA (1995-1997) [6] est une grande étude épidémiologique menée en France sur la population sétoise ; elle a retrouvé une prévalence globale de DMLA de 1,87 % pour 2 196 participants. La prévalence de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, toutes formes confondues, était de 4,8% à l'hôpital de douala [9]. Au CHU IOTA lors d'une étude de mémoire sur l'indication de l'OCT a trouvé 19 % de DMLA dont 12 % de MLA et 7 % exsudative [8]. A l'échelle mondiale, la dégénérescence maculaire liée à l'âge est la troisième cause la plus commune de cécité. Elle est la première cause de cécité dans les pays industrialisés [4].

Toutefois, avec la prévalence élevée des cas de cécité causés par la cataracte, le glaucome et la cornée dans les pays en voie de développement, le traitement de ces trois maladies constitue un fardeau pour ces pays [3]. La DMLA affecte 10 % de la population de plus de 65 ans et 25 % de celle de plus de 75 ans, ce qui représente plus de 65 millions d'individus dans le monde. Ces chiffres pourraient doubler dans les dix prochaines années. [4] Dans sa forme débutante, la maculopathie liée à l'âge (MLA) est asymptomatique et détectée par la présence de drusen à l'examen du fond d'œil, visibles sous la forme de dépôts jaunâtres sous la rétine et de modifications pigmentaires (hyper ou hypo pigmentations des couches profondes). La prévalence de la MLA est estimée selon les études à 3,1 % entre 40 et 49 ans, 7,1 % avant 54 ans et jusqu'à 15,4 % entre 40 et 49 ans [5]. Cette maculopathie peut évoluer vers l'atrophie (aussi appelée DMLA sèche ou atrophie géographique) ou vers la formation de néovaisseaux choroïdiens (forme humide). La forme sèche évolue lentement, sur plusieurs années, alors que la forme humide évolue rapidement avec des symptômes bruyants tels que des métamorphopsies (déformations des lignes droites) et une baisse brutale de la vision centrale (scotome, plus marquée en cas d'hémorragie), dus à un œdème maculaire par exsudation des néovaisseaux. Très peu d'études ont été initiées sur la DMLA en Afrique et particulièrement au Mali d'où l'intérêt de cette étude intitulée « DEGENERESCENCE MACULAIRE LIEE A L'AGE : Aspects clinique et thérapeutique, au CHU IOTA de Bamako ».

II. OBJECTIF

1 - Objectif général :

- ✓ Etudier les aspects clinique et thérapeutique de la DMLA au CHU IOTA

2 - Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire les caractéristiques socio démographiques des patients présentant une DMLA ;
- ✓ Déterminer les facteurs favorisant de la DMLA ;
- ✓ Décrire les aspects cliniques de la DMLA ;
- ✓ Evaluer les aspects thérapeutiques de la DMLA.

III. METHODOLOGIE

1. Lieu et cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au CHU/IOTA de Bamako, Mali. Le CHU-IOTA en commune III du district de Bamako est un centre spécialisé en ophtalmologie qui a pour mission des soins ophtalmologiques de niveau tertiaire. Il fait partie du système de santé du Mali. Il assure des consultations externes et des urgences, et également la chirurgie oculaire. En plus de sa vocation des soins de niveau tertiaire, le CHU-IOTA assure la formation du personnel médical (DES d'ophtalmologie) et paramédical (infirmier spécialisé en ophtalmologie, optométriste) ; la recherche et l'appui pour la lutte contre la cécité.

2. Type et période d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale prospective portant sur une durée de six (6) mois du 20 Avril au 20 octobre 2024.

3. Population d'étude : L'étude portait sur les patients ayant un age supérieur ou égale à 50ans et présentant une BAV.

4. Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon était calculée par la formule Schwartz : $n = z^2 \cdot p(1-p) / m^2$. Elle était constituée par tous les patients répondant aux critères d'inclusion durant notre période d'étude.

5. Critères :

- ✓ **Critères d'inclusion :** Etaient inclus dans notre étude, tous les patients âgés de 50 ans ou plus chez qui le diagnostic de DMLA était retenu sur les arguments cliniques et ou para cliniques (AGF et OCT) et le patient consentant
- ✓ **Critères de non inclusion :**
 - Tout patient n'ayant pas la DMLA ;
 - Autre maculopathies

- Tout patient qui n'était pas mesure de faire les examens complémentaires (bilan incomplet).
- Patient présentant d'autres maculopathies ou
- Patient non consentant

6. Matériels et collecte des données : Nous avons utilisé les matériels suivants :

- Echelles d'acuité visuelle de loin (Snellen et Monnoyer) ;
- Lampe à fente Lentille de Volk de 90D ;
- L'appareil de l'AGF
- L'appareil de l'OCT configuration Spectral Domain (SD OCT) RS3000 Advance® de marque Nidek.

7. Déroulement de l'enquête : Le recueil des données portait sur :

- ✓ L'identité : âge, sexe, niveau d'étude, profession, résidence ;
- ✓ Les facteurs de risques ;
- ✓ Les antécédents du patient ;
- ✓ Le motif de consultation ;
- ✓ L'acuité visuelle ;
- ✓ L'examen à la lampe à fente et le fond d'œil (œil par œil) ;
- ✓ Les bilans paracliniques (AGF et OCT) ;
- ✓ L'interprétation du bilan par un spécialiste du segment postérieur.

8. Variables à étudier :

- Variables socio épidémiologiques : âge, sexe, profession
- Facteurs de risque ;
- Les antécédents personnels ophtalmologiques et médicaux.
- L'acuité visuelle
- Résultats de l'AGF
- Résultat de l'OCT maculaire.
- Evaluation du traitement de la DMLA au CHU IOTA

9. Gestion des données

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur le logiciel statistique SPSS et le traitement de texte a été fait sur Microsoft Word 2016. Les représentations graphiques ont été faites à partir du tableau EXCEL.

10. Considérations éthiques

Les fiches d'enquêtes étaient anonymes. Un numéro attribué à chaque questionnaire a été utilisé par l'investigateur pour la saisie des données. Le consentement libre et éclairé, verbal des patients était obtenu pour tous les participants

IV. RESULTATS

Nous avons examiné 1468 patients durant la période d'étude et colligé 58 porteurs de la DMLA soit 3,95%.

1- Les caractéristiques socio démographiques des patients présentant la DMLA au CHU IOTA

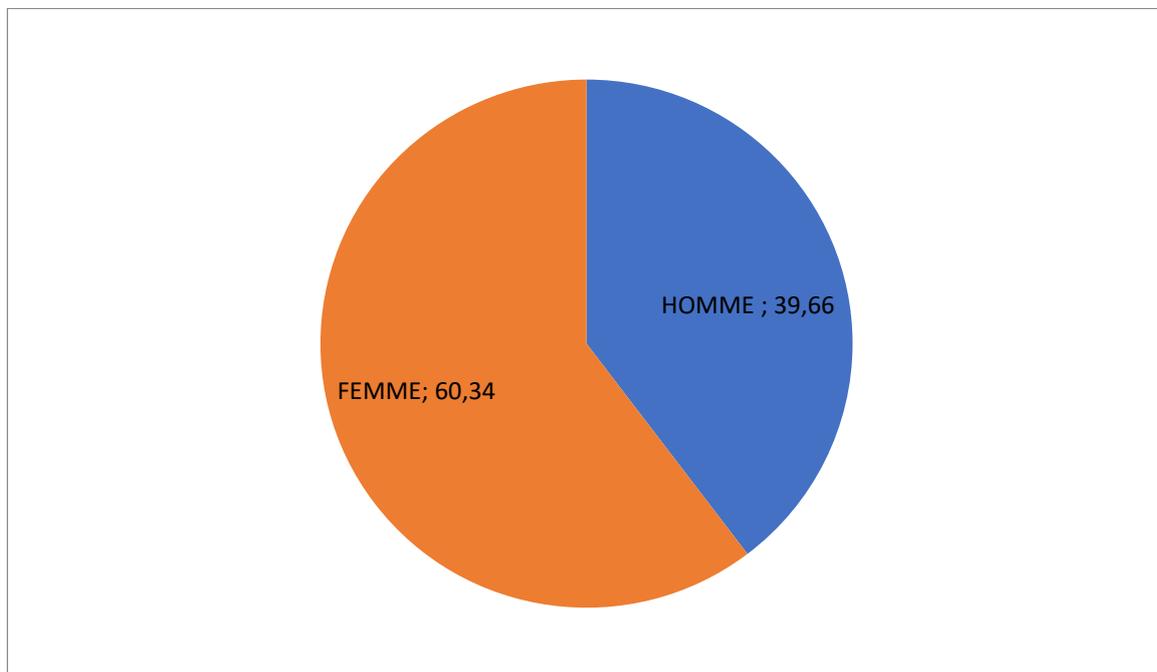
Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'âge (année)

Age(année)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
50-60	23	39,66
60-75	29	50
80 et plus	6	10,34
Total	58	100

La tranche d'âge entre 60-75 ans était la plus fréquente soit 50% avec des extrêmes allant de 50-84 ans

L'âge moyen était 67 ans.

Figure 1 : Répartition des patients en fonction du sexe



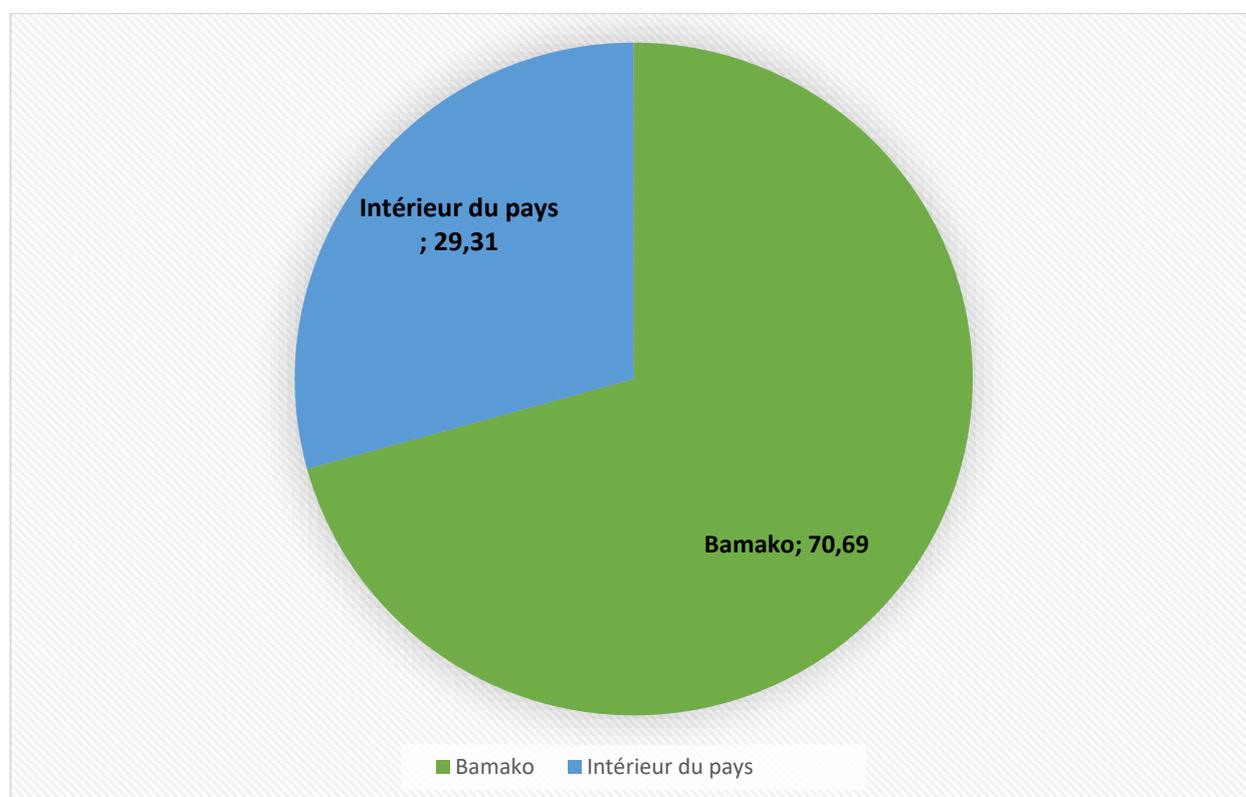
Le sexe féminin était le plus dominant F/H soit 60,34% avec un sexe ratio de 1,52

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fonctionnaire	8	13,79
Commerçant	10	17,24
Ménagère	22	37,93
Cultivateur	18	31,03
Total	58	100

La profession ménagère était la plus représentée, soit 37,93%

Figure 2 : Répartition des patients en fonction de leur provenance



La plupart de nos patients résidaient à Bamako soit 70,69%

2) Aspects cliniques et thérapeutiques de la DMLA au CHU-IOTA

Tableau III : Répartition des patients en fonction des facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	18	31,03
Diabète	14	24,13
Diabète-HTA	9	15,52
Tabac	4	6,90
Tabac-HTA	5	8,62
Obésité-HTA	6	10,34
Obésité	2	3,45
Total	58	100

L'HTA était la plus représentée soit 31,03%

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
BAV	33	56,90
Vision floue	14	24,14
Métamorphopsie	10	17,24
Scotome central	1	1,72
Total	58	100

La BAV était la plus fréquente soit 56,90%

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'acuité visuelle

Acuité visuelle	Effectif	Pourcentage (%)
Inférieur à 1/10	37	63,79
[1/10-3/10]	17	29,31
Supérieur 3/10	4	6,90
Total	58	100

L'acuité inférieure à 1/10 était la plus fréquente soit 63,79%

Tableau VI : Répartition des patients en fonction des atteintes annexes et segment antérieur

Examens ophtalmologiques	Normales	Atteintes	Total
Annexes	38(65,52%)	20(34,48%)	58(100%)
Segment antérieur	4(6,90%)	54(93,10%)	58(100%)

38 de nos patients avaient des annexes normales soit 65,52% et 34,48% avaient des ptérygoïdes

La plupart de nos patients avaient une cataracte évolutive soit 93,10%

Tableau VII : Répartition des patients en fonction des lésions maculaires à l'OCT

Macula	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Drusens séreux Et ou miliaire	30	51,72
AEP	5	8,62
DSR+NVC	8	13,79
DEP séreux+NVC	3	5,17
Logettes+NVC	6	10,34
Plaques d'atrophie	5	8,62
Cicatrice fibro atrophique	1	1,72
Total	58	100

La lésion maculaire la plus retrouvée était DSR (décollement séreux rétinien)+NVC(néovaisseaux choroïdiens), soit 13,79%

Tableau VIII : Répartition des yeux en fonction des formes de DMLA

Formes	Effectif (n)	Pourcentage (%)
MLA	8	13,79
DMLA atrophique	33	56,90
DMLA exsudative	17	29,31
Total	58	100

La DMLA atrophique était la forme la plus fréquente, soit 56,90%

Tableau IX : Répartition des yeux en fonction du traitement

Traitement	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Laser focal	4	6,90
Anti-VEGEF	6	10,34
Supplément alimentaire	48	82,76
Total	58	100

La plupart de nos patients avaient bénéficié un supplément alimentaire, soit 82,76%

Tableau X : Répartition des patients en fonction des pathologies associées du segment postérieur.

Pathologies associées	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Trou maculaire	1	1,72
Membrane épi-rétinienne	1	1,72
RDNP	4	6,90
Traction-vitro-rétienne	2	3,45
Rupture de l'EPR	1	1,72
DDR	1	1,72
RDNP+DMLA exsudative	6	10,34
Aucune	42	72,41
Total	58	100

La forme associée la plus représentée était RDNP+DMLA exsudative, soit 10,34%.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons trouvé une fréquence de 3,95% dans notre étude. Notre fréquence est proche de celle de Béleho D à Douala et plus élevée de celle trouvée par Sylla et collaborateur qui a trouvé 0,18% de DMLA au Mali en 2020[12]. Ces résultats sont inférieurs à celle de El Matri avec une fréquence de 15% de DMLA en Tunisie en 2012 [10] supérieure à celle trouvée à Yaoundé 0,38% dans 4 hôpitaux [11]. La principale limite de cette étude était la faible taille d'échantillon qui aurait pu empêcher l'identification

Ces différences s'expliqueraient par le type d'échantillonnage et la variation de la population.

1. Caractéristiques sociodémographiques :

1.1. Age : la tranche d'âge la plus représentée était 60 - 75 ans avec une fréquence de 50%. L'âge moyen était de 67 ans avec des extrêmes allant de 50 à 84 ans. Notre étude a trouvé une moyenne comparable à celle trouvée par Dr Arlette Francine et al dans leur étude portant sur le Profil épidémiologique et clinique de la DMLA en milieu camerounais qui était de 68 ans [11]. Klein R dans son étude avait trouvé une tranche d'âge la plus touchée entre 40ans et 60 ans avec une moyenne d'âge de 52ans [28]. LOUAYA dans son étude avait rapporté une moyenne d'âge de 52 ans avec une prédominance de la tranche d'âge entre 30 ans et 70 ans[33]. Le principal facteur de risque de DMLA serait dû à l'âge de survenue [11].

2. Sexe

Dans notre étude le sexe féminin était le plus représenté avec une sex-ratio H/F de 1,52 soit 60,34% des cas. Cette prédominance féminine était proche de celle trouvée par Ali Sylla au Mali en 2020 sur les aspects épidémiologique et clinique de la DMLA de 1,29 soit 56% [12]. Elle est supérieure à celle trouvée par Ajana Soufiane avec 0,66% sur la prédilection des facteurs de risque de la DMLA en 2019% [13]. Elle est proche de celle trouvée par Klein R avec 54% des cas [28]. Cette prédominance féminine a été rapportée également par OUARDA avec 54% des cas [32]. Ces résultats démontrent que les femmes peuvent être plus à risque de développer la maladie, mais d'autres études à grand échelle sont nécessaires pour tirer des conclusions sur le rapport entre le sexe et la DMLA.

3. Les facteurs de risque : les hypertendus étaient les plus représentés avec 31,03 % et 24,13 % de nos patients étaient diabétiques. Nos résultats sont proches à ceux trouvés au Cameroun qui étaient l'hypertension artérielle avec 47,4% et le diabète (21,1%). [11] et inférieur à ceux trouvés par Ali Sylla du CHU-IOTA au Mali avec 62,9% pour HTA et 17% pour le diabète [12]. Diallo avait rapporté dans sa série 29% diabétiques, et 13% HTA [34]. Le tabagisme était le facteur de risque moyennement représenté avec 6,90% de nos patients. Ce résultat était en corrélation avec celui trouvé par OUARDA soit 5,15% [32]. Le tabagisme serait, avec l'âge l'un des plus importants facteurs de risque de la DMLA [11]. Les résultats de plusieurs études donnent en moyenne un risque relatif de 2,8% chez les fumeurs [34]. Cela était dû à la prédominance de ces maladies chroniques dans la population générale. L'hypertension artérielle étant considérée comme un facteur de risque mineur de DMLA. En effet, certaines études prouvent un risque légèrement augmenté de survenue de DMLA chez les patients hypertendus [14] L'hypertension peut être associée à un risque accru de DMLA, mais des recherches plus définitives sont nécessaires.

4. Aspects cliniques :

4.1. Motif de consultation :

La BAV était le principal motif de consultation avec 56,90%. Cette prédominance de BAV était proche de celle trouvée par Ali Sylla au Mali avec une fréquence de 62,9% portant sur le Profil épidémiologique et clinique de la dégénérescence maculaire liée à l'âge [12]. Cette corrélation de motif de consultation a été notée par Konaté M dans 93,2% des cas [35]. Cela était dû à handicap visuel des pathologies maculaires sur le patient.

4.2. Acuité visuelle : la majorité de nos patients avaient une déficience visuelle sévère avec une fréquence de 63,90%. Ce résultat est supérieur à celui trouvé par Béleho à Douala avec une fréquence de 5,3 % dans l'étude sur la prévalence et caractéristiques de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. [9]. Ce résultat était dû du fait que la plupart de nos patients avaient une cataracte évolutive non corrigée

4.3. A la lampe à fente

Ophthalmoscopie : Les Formes de DMLA

Dans notre étude, la MLA était présente chez 13,79% de l'ensemble de nos patients. La forme atrophique était la plus fréquente avec 56,90% des cas et (29,31%) des formes exsudatives. Nos résultats sont proches de ceux retrouvés par Ali Sylla au Mali sur aspects épidémiologique et clinique de la DMLA en 2020 [12]. L'étude de Dr Victor Frédéric DEMBELE dans son mémoire de fin de cycle sur 'apport de l'OCT dans le diagnostic des maculopathies au CHU-IOTA' 2020 a retrouvé 19% DMLA, dont 12% de DMLA exsudative et 7% de MLA [8]. Cette prévalence était relative car peu d'étude dans la littérature sur aspects clinique et thérapeutique a été retrouvé.

5. Aspects thérapeutiques :

Dans notre étude, 6,90% de nos patients ont reçu du traitement au laser focal, 10,34% ont pu bénéficier des IVT d'Anti VEGF et les autres ont nécessité une surveillance sous supplément alimentaire soit 82,76% pour faute de moyens financiers. Ces résultats sont proches de ceux trouvés par Ali et collaborateur avec 1,7% pour laser focal et 15,4% pour IVT d'anti-VEGF [12]. Ces résultats ont été également rapportés par OUARDA soit 5,83% pour le laser focal, 8,24% pour IVT d'anti-VEGF et 85,93% sous supplément alimentaire [32]. A ceux-ci s'ajoutent quelques précautions (Prévention) pouvant atténuer les risques d'être atteint par la DMLA :

- Porter des lunettes de soleil
- Ne pas fumer
- Surveiller son taux sanguin de cholestérol et sa pression artérielle
- Manger des aliments riches en substances antioxydantes.

L'injection sous-retienne de TPA permet de fluidifier le sang qui ensuite drainé [28 32]. En parallèle de Juan et Machemer réalisent l'exérèse d'une membrane sous-retienne par une large retinotomie et une rotation de la rétine en 2010. Ces techniques chirurgicales se sont perfectionnées par la suite [34].

Mais c'est à partir des années 2011 que de nouveaux traitements moins invasifs sont apparus.

En 2012, l'une des premières études interventionnelles sur les effets bénéfiques d'une supplémentation en micronutriments antioxydants est publiée et met en évidence la possibilité de retarder l'évolution de la maladie [26 32].

Depuis, l'arsenal thérapeutique disponible s'est considérablement étendu à la disposition du praticien sont multiples :

Des traitements médicamenteux existent maintenant pour la DMLA de type humide.

L'objectif est ici de détruire les néovaisseaux. Dans ce domaine, les injections intravitréennes d'antiVEGF ont supplanté d'autres méthodes comme la thérapie photo dynamique et la photo coagulation. Une prise en charge rapide par anti-VEGF est recommandée dans un délai maximal de 10 jours une fois le diagnostic de DMLA posé [18 32].

CONCLUSION :

La DMLA est une pathologie touchant la zone centrale de l'œil, la macula. Elle survient chez les personnes de 50 ans et plus, chez qui elle constitue la première cause de handicap visuel et sa fréquence augmente avec l'âge. La DMLA était évaluée à 3,95% sur l'ensemble de consultations recensées pendant la période d'étude. Cette pathologie atteint surtout les personnes âgées. La MLA est la forme la plus moyenne retrouvée avec 13,79 % par rapport à la DMLA proprement dite (les formes sèches 56,90% sont les plus répandues que les formes néo vasculaires 29,31%. Cependant, une étude à grande échelle permettra de cerner les Facteurs de risque de la DMLA dans notre milieu et de planifier sa prise en charge.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires :

- Faciliter l'accessibilité aux moyens de diagnostic et de surveillance de la DMLA
- Etendre la couverture sanitaire à toute la population
- Envoyer systématiquement les patients en consultation ophtalmologique dès que la BAV s'installe.

A la direction du CHU-IOTA :

- De renforcer le service d'investigations ophtalmologiques en appareil d'OCT et en appareil AngioA-OCT

Aux praticiens :

- Poursuivre cette étude à grande échelle sur une longue période.
- Mobiliser les ressources nécessaires pour faciliter la prise en ophtalmologique et les examens complémentaires qui aideront à faire le diagnostic rapidement et de prise en charge de la DMLA.

FICHE D'ENQUETE

/ _____ / Date..... /...../..... Nom et Prénom.....

Tel :

I) CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1- Age: / _____ /

2- Sexe / ____ / 1=masculin 2=féminin

3- Adresse / lieu de résidence : / _____ / 1= à Bamako 2 = intérieur du pays 3= hors du pays

4- Profession : / _____ / 1= ménagère 2 = commerçant 3=fonctionnaire 4=cultivateur 5 = ouvrier 6= autres à préciser

II) ANTECEDENTS :

5-Antécédents médicaux : / _____ / 1= HTA ; 2= diabète 3= drépanocytaire 4 = autres à préciser

6-facteurs favorisants / ____ / 1= tabac 2= alcool 3= obésité 4= HTA 5= diabète 6= autres à préciser

7- Antécédents ophtalmologiques : / ____ / 1=myope 2=traumatisme 3=monophtalme 4= glaucome 6 = chirurgie du SA 7= chirurgie du SP 8= autres à préciser / _____ /

8- Antécédents chirurgicaux : / _____ / 1= oui 2= non

III) ASPECTS CLINIQUES (AV)

9- Acuité visuelle : / ____ / OD / ____ / OG / _____ /

10-motif de consultation : / ____ / 1=BAV 2= métamorphopsie 3=scotome central 4 = vision floue 6=autres à préciser / _____ /

11- mode d'installation : / ____ / 1=brutal 2 = progressif

12- Latéralité : /___/ 1 : ODG 2 : OD 3 : OG

13- Début de la symptomatologie : /___/ 1=0-2mois 2=2-12mois
3=plus de 12mois **14- Reference :** /_____/ 1= oui 2= non

IV) EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

15 - ANNEXES :

1=normal 2= atteinte si 2 à préciser /_____/

16- SEGMENT ANTERIEUR

1=normal 2= atteinte si 2 à préciser/_____/

EXAMEN DU SEGMENT POSTERIEUR

17-vitré:/_____/

1=transparent 2=Tyndall 3=hémorragie 4=corps flottant 5=autres à préciser/_____/

18-retine:/_____/

1=normale 2= néo vaisseaux 3=autres à préciser/_____/

19- macula : /_____/

1= normal 2 =drusen séreux 3= drusen miliaire 4= néo vaisseaux 5 =
Plaques hémorragiques 6 autre à préciser /_____/

20-choroïde : /_____/

1=normaux 2= néo vaisseaux 3= autres à préciser
/_____/

V)EXAMENS COMPLEMENTAIRES

21- Angiographie : /_____/ OD : OG :

1= hypo fluorescence 2= hyperfluorescence 3= non fait 4= autres
à préciser

22- OCT : /_____/ OD : OG :

1=Logettes 2= micro logettes 3= non fait

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. « Les nouveaux médicaments seront-ils tous accompagnés de leur biomarqueur ? | LEEM - Les entreprises du médicament ». Disponible sur : <http://www.leem.org/les-nouveauxmedicaments-seront-ils-tous-accompagnes-de-leur-biomarqueur>.
2. Jordan B, « « Médecine personnalisée », la part du bluff et celle de la réalité - Afis - Association française pour l'information scientifique », oct-2010. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1500>. . OMS. Prévention de la cécité et de la déficience visuelle – La dégénérescence maculaire liée à l'âge. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index8.html>.
3. Al-Zamil WM, Yassin SA. Recent developments in age-related macular degeneration: A review. Clin Interv Aging 2017 ;12:1313-30.
4. Silvestri G, Williams MA, McAuley C, et al. Drusen prevalence and pigmentary changes in Caucasians aged 18–54 years. Eye 2012;26:1357-62.
5. Owen CG, Jarrar Z, Wormald R, et al. The estimated prevalence and incidence of late stage age related macular degeneration in the UK. Br J Ophthalmol 2012;96:752-6.
6. Rudnicka AR, Kapetanakis VV, Jarrar Z, et al. Incidence of late-stage age-related macular degeneration in american Whites: Systematic review and meta-analysis. Am J Ophthalmol 2015;160:85-93.e3.
7. Beleho D(1), Nyouma E(2), Ombgwa EA(3,4) , Ellong A(2,5), Ebana MC (5,6) Prévalence et Caractéristiques de la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge: Étude Hospitalière à Douala Health Sci. Dis: Vol 18 (2) Suppl 1 June 2017 Available at www.hsd-fmsb.org

8. Dr Victor Frédéric DEMBELE Mémoire de fin de cycle dur ‘’APPORT DE L’OCT DANS LE DIAGNOSTIC DES MACULOPATHIES AU CHU-IOTA’’ 2020 en pdf sur www.google
9. Dr Arlette Francine NOMO ,Dr Godefroy KOKI et al dans leur étude portant sur le Profil épidémiologique et clinique de la dégénérescence maculaire liée à l’âge en milieu camerounais
10. Meda N., Ouédraogo A., Daboué A. and Al Etiologies of ocular and eyelid trauma in Burkina Faso; J Fr Ophtalmol. 2001 May;24(5):463-6.
11. Klein R, Klein BE, Jensen SC, Mares-Perlman JA, Cruickshanks KJ, Palta M. Age-related maculopathy in a multiracial United States population: the National Health and Nutrition Examination Survey III. Ophthalmology 1999;106:1056—65.
12. Dr Ali Sylla DMLA : Aspects épidémiologique et clinique au CHU-IOTA . Mémoire, Session 2020
13. Delcourt C. Ajana S Bordeaux O et al. Association of a predictor of retinal omega3 polyunsaturated fatty acids with advanced age-related macular degeneration ‘the BLISAR. Association for Research in vision and ophthalmology conférence May 2019, Vancouver Canada
14. Lama P. L. Incidence du GPAO à l’IOTA, Mémoire de fin de CES ophtalmologie, Oct 2007.
15. Meda N., Ouédraogo A., Daboué A. and Al Etiologies of ocular and eyelid trauma in Burkina Faso; J Fr Ophtalmol. 2001 May;24(5):463-6. 40
16. Yaya G , Bobossi S.G., Gaudeuille A. and Al Ocular injuries in children aged 0-15 years: epidemiological and clinical aspects at the Bangui National Teaching Hospital; J Fr Ophtalmol. 2005 Sep;28(7):708 12.
17. KONATE M. Aspects ethiopathogénique et clinique des trous maculaires Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, FMOS 2018.

18. Sacchet D. Tomographie par cohérence optique plein champ linéaire et non linéaire. Thèse physique. Paris, 2010. Faculté des Sciences d'Orsay. P 18-19.
19. Ishibashi T., Patterson R., Ohnishi Y. and Al Formation of drusen in the human eye. *Am J Ophthalmol* 1986 ; 101 : 342-353.
20. Leibowitz H.M., Kahn H.A., Ganley J. and AL The Framingham eye study monograph. *Surv Ophthalmol* 1980 : 24 (suppl) : 335-610.
21. McCannel C.A., Ensminger J.L., Diehl N.N., and Al Population-based incidence of macular holes. *Ophthalmology* 2009; 116:1366-9.
22. Krepler K., Wagner J., Sacu S., and Al The effect if intravitreal triamcinolone on diabetic macular oedema. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2005;243:478–4.
23. Gaucher D., Taday G.D., Taday Gaucher D and Al Optical coherence tomography assessment of the vitreoretinal relationship in diabetic macular edema. *Am J Ophthalmol* 2005;139:807–813. 41
24. David J. Browning, Micheal M. ALTAWEEL and Al. ON BEHALF OF THE DIABETIC RETINOPATHY CLINICAL RESEARCH NETWORK Diabetic Macular Edema: What Is Focal and What Is Diffuse? Available at AJO.com. Accepted for publication Jul 7, 2008.
25. Kang S.W., Park C.Y., Ham D.I., and Al The correlation between fluorescein angiographic and optical coherence tomographic features in clinically significant diabetic macular edema. *Am J Ophthalmol* 2004;137:313–322.
26. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. A randomized trial comparing intravitreal triamcinolone acetonide and focal/grid photocoagulation for diabetic macular edema. *Ophthalmology* 2008;115:1447 59.
27. Patel A., MacMahon S., Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:2560–72.

28. Klein R., Klein B.E., Linton K.L. Prevalence of age-related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1992 ; 99 : 933-943. 29

hospitalier universitaire, Rabat, Maroc. *Pan African Medical Journal*. 201.
Vingerling J.R., Dielemans I., Hofman A., and Al The prevalence of age-related maculopathy in the Rotterdam Study. *Ophthalmology* 1995 ; 102 : 205-210.

30. Bressler NM., Munoz B., Maguire M.G. and Al Five-year incidence and disappearance of drusen and retinal pigment epithelial abnormalities. Waterman Study. *Arch Ophthalmol* 1995 ; 113 : 301-308. 42

31. Chama D. Trou maculaire post traumatique chez un enfant de six ans : documentation par OCT Université Mohammed V Souissi, Service d'Ophthalmologie A de l'hôpital des spécialités, Centre 4- ISSN 1937-8688.

32. OUARDA N. OCT du pôle postérieur : Quel apport ? Université SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH FES-FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE FES. Mémoire, Session Mai 2014

33. LOUAYA S. S. LA MACULOPATHIE DIABETIQUE A propos de 70 cas Université CADI AYYAD-Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech, Novembre 2012.

34. Sacchet D. Tomographie par cohérence optique plein champ linéaire et non linéaire. Thèse physique. Paris, 2010. Faculté des Sciences d'Orsay. P 18-19.

35. KONATE M. Aspects ethiopathogenique et clinique des trous maculaires Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, FMOS 2018.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Sacko

Prénom : Djamayiri A

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'Origine : République du Mali

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

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

Année académique : 2020-2024

Titre : DEGENERESENCE MACULAIRE LIEE A L'AGE : ASPECTS CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE AU CHU IOTA

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMOS), Bibliothèque du CHU-IOTA

RESUME :

Introduction : La Dégénérescence Maculaire liée à l'Age (DMLA) est une maladie dégénérative de la partie centrale de la rétine, la macula. Débutant après l'âge de 50 ans, c'est une pathologie d'évolution chronique très invalidante, pouvant conduire à la perte de la vision centrale. La vision périphérique est cependant conservée. La DMLA est de plus en plus fréquente du fait du vieillissement de la population et son caractère invalidant est renforcé puisque les personnes atteintes seront amenées à vivre plusieurs années avec cette pathologie chronique [1 et 2].

Dans sa forme débutante, la maculopathie liée à l'âge (MLA) est asymptomatique et détectée par la présence de drusen à l'examen du fond d'œil, visibles sous la forme de dépôts jaunâtres sous la rétine et de modifications pigmentaires (hyper ou hypo pigmentations des couches profondes [5]

OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier les aspects clinique et thérapeutique de la DMLA au CHU IOTA

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive portant sur une durée de six (6) mois du 20 Avril au 20 octobre 2024.

RESULTATS

Nous avons examiné 1468 patients durant la période d'étude et colligé 58 porteurs de la DMLA soit 3,95%.

Mots clés : Diagnostic - DMLA - OCT