

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°.....

MEMOIRE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES LACERATIONS DES VOIES LACRYMALES AU CHU-IOTA

Présenté et soutenu publiquement le 26/12/2024

Par

Docteur DICKO Aïssata Saliou

Pour l'obtention du

DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (DES) D'OPHTALMOLOGIE

JURY

Président : Pr TOGO Adégné

Membre : Pr TRAORE Lamine

Pr BAKAYOKO Seydou

Pr NAPO Abdoulaye

Pr SISSOKO Modibo

Directeur : Pr GUIROU Nouhoum

REMERCIEMENTS



REMERCIEMENTS

A ALLAH TOUT PUISSANT !!!

Je rends grâce à Allah le Tout-Puissant, le Clément et le Très Miséricordieux. Tout commence par Lui et tout finit par Lui. Je Lui rends grâce de m'avoir donné la vie, le courage et la santé sans quoi ce travail n'aurait pas eu lieu.

AU PROPHETE MOHAMED (PSL) !!!

Que la paix de Dieu soit sur lui.

A mes chers parents :

Grâce à vos efforts conjugués me voilà au seuil d'un parcours laborieux. Je vous remercie de l'éducation prodiguée. Que Dieu vous donne longue vie.

A l'ensemble du corps professoral :

Merci pour votre disponibilité et la qualité de votre enseignement. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves. Veuillez recevoir ici notre profonde gratitude.

Pr GUIROU Nouhoum

Vos critiques et suggestions m'ont aidé à parfaire ce document. Que le Tout Puissant vous donne longue vie.

Mon maître Pr SISSOKO Modibo :

Un homme plein de bonté, de sagesse avec un cœur en or et aux expressions émouvantes. Que Dieu vous récompense au centuple de vos bienfaits.

Madame MAIGA Sakina

Ton amour pour nous et ta grande générosité m'ont toujours impressionné. Tout le mérite de ce travail est aussi le tien.

M. Diabaté et M. Diallo

Votre participation m'a été d'une importance capitale dans la collecte des données sans vous ce document n'allait pas être. Veuillez recevoir ici mes sincères remerciements.

A mes collègues :

Vous avez été ma deuxième famille, vous m'avez supporté, aimé et aidé dans les moments décisifs de ma formation. Qu'ALLAH renforce notre lien. Amen !!!

Au personnel du CHU-IOTA :

Merci pour votre collaboration

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédents

AVLs/c : Acuité Visuelle de Loin sans correction

AVP : Accident de la Voie Publique

BAV : Baisse de l'Acuité Visuelle

CA : Chambre Antérieure

CBV : Coups et Blessures Volontaires

CBI : Coups et Blessures Involontaires

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLD : Compte Les Doigts

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique

JRA : Joseph Ravoahangy Andrianavalona

OD : Œil Droit

ODG : Œil Droit et Gauche

OG : Œil Gauche

PIO : Pression Intraoculaire

PL : Perception Lumineuse

PPL : Pas de Perception Lumineuse

RPM : Réflexe Photomoteur

SAT : Sérum Anti Tétanique

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et Technologies de Bamako

VL : Voies Lacrymales

SOMMAIRE



SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
OBJECTIFS.....	6
MATERIELS ET METHODES	8
RESULTATS.....	15
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	27
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33
ANNEXES.....	36

LISTES DES TABLEAUX

TABLEAU I : Répartition des patients selon la tranche d'âge	15
TABLEAU II : Répartition des patients selon le délai de consultation	17
TABLEAU III : Répartition des patients selon la latéralité	17
TABLEAU IV : Répartition des patients selon les circonstances de survenues	18
TABLEAU V : Répartition des patients selon les agents traumatisants	18
TABLEAU VI : Répartition des patients selon la localisation	19
TABLEAU VII : Répartition des patients selon les lésions associées	19
TABLEAU VIII : Répartition des patients selon la prise en charge préhospitalière	20
TABLEAU IX : Répartition des patients selon le type d'anesthésie	20
Tableau X: Répartition des patients selon la technique opératoire	21
TABLEAU XI : Répartition des patients selon le type d'intubation lacrymale	21
TABLEAU XII : Répartition des patients selon la durée de la sonde	22
TABLEAU XIII : Répartition des patients selon la statique et dynamique palpébrales	22
Tableau XIV : Répartition des patients selon le résultat post opératoire	23
TABLEAU XV : Répartition des patients selon les complications post opératoire tardives	23
Tableau XVI: Résultat post opératoire/ Méthodes de PEC	24
Tableau XVII: Résultat post opératoire/ Type d'intubation lacrymale	24
Tableau XVIII: Résultat post opératoire/ Durée de la sonde	25

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.....	15
Figure 2 : Répartition des patients selon la profession.....	16
Figure 3 : Répartition des patients selon la provenance.....	16

INTRODUCTION

I.INTRODUCTION

Les lacérations des voies lacrymales correspondent à toute perte de continuité partielle ou totale de celles-ci. Elles intéressent généralement les canalicules lacrymaux.

La traumatologie lacrymale représente environ 1 % des interventions pratiquées en urgence en ophtalmologie. Elle atteint principalement les sujets de sexe masculin, de tout âge, y compris le très jeune enfant. L'étiologie est fonction de l'âge : chez le jeune enfant, ce sont les morsures par animaux qui prédominent ; chez l'adulte jeune les rixes ; chez le sujet âgé les chutes [1].

Il faut distinguer les traumatismes des voies lacrymales horizontales (canalicules, canal d'union) qui sont le plus souvent accidentels de ceux des voies lacrymales verticales (sac, canal lacrymo-nasal, valve de Hasner) qui ont souvent une étiologie iatrogène [2].

En France, l'atteinte isolée du canalicule inférieur est la plus fréquente soit 52 à 72 % des cas ; celle du canalicule supérieur est plus rare, environ 20 % des cas. Les atteintes bi canaliculaires supérieure et inférieure se retrouvent dans 10 à 15 % des cas à l'hôpital Robert-Debre, CHU de Reims [1].

Le diagnostic positif est clinique par la mise en évidence d'une plaie des voies lacrymales.

La réparation de la plaie doit être effectuée dans les 24-48 heures après le traumatisme initial dans de bonnes conditions et par un chirurgien expérimenté [3].

La prise en charge des plaies palpébro-lacrymales doit être faite au microscope opératoire en réalisant un parage des plaies, une suture et une intubation canaliculaire (mono canaliculaire ou bi canaliculaire). Les séquelles sont principalement des ptôsis, des lagophthalmies, des rétractions palpébrales post-traumatiques et un larmoiement en cas d'atteinte lacrymale [4].

A Madagascar, les plaies des voies lacrymales représentent 8,7% des traumatismes oculo-orbito-palpebraux dans le service d'ophtalmologie du CHU JRA en 2016 [5].

Au Maroc, la traumatologie lacrymale représente 11,1% des traumatismes oculaires graves en milieu Hospitalier à Casablanca en 2016 [6].

En Côte d'Ivoire, les atteintes des voies lacrymales représentent 20,78% des traumatismes palpébraux au service d'ophtalmologie du CHU de Treichville en 2017 [7].

Au Mali, les atteintes des voies lacrymales représentent 42,2% des traumatismes palpébraux au CHU-IOTA en 2023 [8].

Au Mali les lacérations des voies lacrymales ont été insuffisamment étudiées, notamment l'aspect thérapeutique d'où l'intérêt de cette étude.

OBJECTIFS

II.OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des lacérations des voies lacrymales au CHU-IOTA.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des patients atteints de lacérations des voies lacrymales au CHU-IOTA
- Décrire les lésions anatomocliniques des lacérations des voies lacrymales au CHU-IOTA
- Identifier les principales étiologies des lacérations des voies lacrymales au CHU-IOTA
- Déterminer les modalités thérapeutiques des lacérations des voies lacrymales au CHU-IOTA
- Evaluer le résultat anatomique et fonctionnel après traitement des lacérations des voies lacrymales au CHU-IOTA

MATERIELS ET METHODES

III. MATERIEL ET METHODES

3.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (CHU-IOTA) de Bamako au Mali.

a. Situation

Il est situé en Commune III du District de Bamako. Sa localisation en plein centre-ville dans le quartier administratif offre une accessibilité facile. Il est contigu au CHU Gabriel Toure, limité au Nord par la Cité de l'Etat-major des Armées de Terre, au Sud par le Centre Commercial, à l'Ouest par l'Hôpital Gabriel Touré et à l'Est par le Quartier de Medina Coura.

b. Les missions

Ses missions principales dans le cadre de la lutte contre la cécité sont :

- Les soins ophtalmologiques de niveau tertiaire ;
- La formation spécialisée des médecins et infirmiers en ophtalmologie, des Optométristes et des Opticiens ;
- La recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle ;

3.2. Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à caractère prospectif sur une période d'une année allant du 01 Aout 2023 au 31 Juillet 2024.

3.3. Population cible

Tous les patients reçus en consultation pour traumatisme aux urgences du CHU-IOTA.

3.4. Population d'étude

Tous les patients reçus en consultation au CHU-IOTA pour lacération des voies lacrymales durant la période d'étude.

3.5. Critères de sélection

• Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les patients pris en charge pour des lacérations traumatiques des voies lacrymales.

• Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus dans cette étude tous :

- Les patients reçus pour des traumatismes lacrymales sans lacérations.
- Les patients n'ayant pas satisfait les contrôles post opératoires de 1 à 3 mois.
- Tous les patients non consentants.
- Et les patients perdus de vue.

3.6. Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de tous les patients reçus aux urgences du CHU-IOTA pour des lacérations lacrymales post traumatiques et répondant aux critères d'inclusion durant notre période d'étude.

3.7. Méthode de collecte de données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête portée en annexe. Cette fiche a été élaborée afin de renseigner les données utiles et indispensables à l'étude. Les dossiers médicaux ont servi aussi de support pour la collecte des données.

3.8. Déroulement de l'enquête

Cette étude a porté sur un ensemble d'éléments anamnestiques, cliniques et thérapeutiques.

a. L'interrogatoire a porté sur

- ❖ L'état civil (précisant l'identité du patient, l'âge, la profession et l'adresse)
- ❖ Le motif de consultation
- ❖ Les antécédents du patient (les antécédents ophtalmologiques, les antécédents généraux, les traitements en cours, une éventuelle notion d'allergie et aussi le statut vaccinal tétanique.
- ❖ Les circonstances du traumatisme, le type d'accident (accident domestique, accident sportif, accident de travail, accident de la voie publique) l'heure et le lieu de survenu, le mécanisme du traumatisme (sa nature, son origine), les caractéristiques de l'objet traumatisant (tranchant ou mousse, sa nature) et évaluer le risque de présence de corps étranger.
- ❖ Les signes fonctionnels

b. Examen clinique

- ✓ Mesure de l'**acuité visuelle** sans correction et avec correction (elle a été évaluée grâce à l'échelle de MONOYER pour les patients alphabétisés et l'échelle d'optotype de SNELLEN pour les patients non alphabétisés).
- ✓ **Examen des annexes** (recherche d'une plaie palpébrale avec ou sans section des voies lacrymales, statique et dynamique palpébrale, MOM, des fractures orbitaires, le siège de la plaie et les mensurations, œdème, ecchymose, hématome)
- ✓ **La biomicroscopie du segment antérieur** (à la recherche d'une plaie associée : éclatement du globe, athalamie, hernie d'iris, hyphéma)
- ✓ Prise de la tension oculaire (Elle était mesurée grâce au tonomètre à aplanation de Goldman ou au tonomètre à air pulsé).
- ✓ **Examen du fond d'œil**
Après dilatation pupillaire au Tropicamide et à la Néosynéphrine (en absence de contre-indication) le segment postérieur était examiné (si accessible) à l'aide d'une lentille de Volk à la recherche de lésions vitro-rétiniennes.
- ✓ Toute plaie du tiers médial d'une paupière était considérée comme une plaie lacrymale potentielle jusqu'à preuve du contraire. Le plus souvent, l'exploration des voies lacrymales a été faite dans le cadre de la suture de la plaie palpébrale au bloc opératoire.

c. Les techniques opératoires

La technique opératoire était fonction du siège, du caractère complexe ainsi que de l'aspect récent ou ancien de la plaie. La réparation chirurgicale était réalisée immédiatement : suture canaliculaire avec ou sans intubation.

Les sutures canaliculaires sans intubation

- **Parage simple** : Rapprochement des berges d'une plaie partielle de l'épaisseur de la paupière à l'aide des points de suture.
- **Parage complexe** : Réfection d'une plaie de pleine épaisseur de la paupière à l'aide des points de suture

Les méthodes réparatrices avec intubation

Le but de l'intubation est de prévenir les sténoses cicatricielles. On distingue :

- **L'intubation bi canaliculaire** : Mise en place d'une sonde dans les deux canalicules

La sonde spiralée (queue de cochon) sert de guide pour passer la silicone à travers le canalicule sain permettant ainsi une intubation annulaire, rétrograde du canalicule lésé. Elle est indiquée dans les plaies canaliculaires isolées. Son risque est de léser le canalicule sain.

- **L'intubation mono canaliculaire** : Mise en place d'une sonde dans un canalicule (la mini mono-ka). Elle est indiquée pour les sections mono canaliculaires.

d. **Les résultats post-opératoires**

- L'exploration diagnostique de la perméabilité du canal lacrymal a été définie comme une **réussite anatomique**.
- Un canalicule sans épiphora après retrait de la sonde a été défini comme un **succès fonctionnel**.

Les résultats post-opératoires seront considérés comme

- **Bon résultat** :
 - Absence de larmoiement.
 - Voies lacrymales perméables à l'irrigation.
 - La statique et dynamique palpébrales conservées.
- **Résultat moyen** :
 - Larmoiement intermittent
 - Voies lacrymales perméables à l'irrigation.
 - La statique et dynamique palpébrales peu conservées.
- **Résultat médiocre** :
 - Présence de larmoiement.
 - Voies lacrymales imperméables à l'irrigation.
 - Statique et dynamique palpébrales non conservées.

e. **Matériels d'intubations** :

Sonde d'intubation :

- Sonde mini-monoka
- Sonde bi canaliculaire

 **Fils de sutures :**

- Vicryl ou PGLA (polyglactine) 5.0 et 6.0
- Vicryl rapide ou PGA fast (acide polyglycolique) 5.0 et 6.0
- Soie 3.0

3.9. Les variables

Les variables suivantes ont été renseignées :

- **Sociodémographiques**

Fréquence : Exprimée en pourcentage (%)

Sexe : Masculin et Féminin. Le sex-ratio a été calculé.

Age : Nombre d'années vécues par le patient. Il a été groupé par tranche de pat de 15 ans [0 – 15], [16 – 40], [40 et plus] ; exprimé en années. Les extrêmes d'âge et l'âge moyen ont été déterminés.

Profession : Activité quotidienne qu'exerce le patient à partir de laquelle il tire profile. Il s'agissait dans notre cas (enfant, ménagère, élève, étudiant, fonctionnaire, ouvrier, chauffeur, mécanicien, cultivateur).

Provenance : Lieu de résidence permanente du patient (Bamako, région du Mali, étranger).

- **Cliniques :**

Délai de consultation : Délai écoulé avant la consultation [0 – 6H], [6H – 24H], [24H – 48H], [48H – 72H], [72H et plus].

Latéralité de la lésion : Côté où a été située la lésion (unilatéral droit, unilatéral gauche, bilatéral).

Circonstances du traumatisme : Rixe, AVP, Accident de jeu, Accident de travail, Accident domestique.

Les agents du traumatisme : Végétal, Métal, explosif, morsure, coup de poing.

Topographie lésionnelle : Localisation de la lésion sur les portions des VL (Portion horizontale, Portion verticale, les deux).

Les lésions associées : Globe oculaire, face et polytraumatisme.

- **Traitement :** Modalités du traitement

Type d'anesthésie : Anesthésie locale ou générale.

Type d'intubation lacrymale : Mono canaliculaire, bi canaliculaire, non intubé.

Durée d'ablation de la sonde : < à 1 mois, entre 1 et 3 mois et > à 3 mois.

Résultat statique et dynamique : Entropion, ectropion, lagophtalmie, ptosis, conservée.

Résultat fonctionnel : Sténose, larmoiement.

Complications tardives à partir de 1 à 3 mois : Granulome, dacryocystite, canaliculite, cicatrices inesthétiques.

3.10. Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel SPSS version 20. Les tableaux, le texte et les graphiques ont été conçus à l'aide du logiciel Microsoft Word (2016) et Microsoft Excel (2016). Les tests statistiques utilisés étaient le khi2 avec un seuil de signification $p < 0,05$.

3.11. Considérations éthique et déontologique :

Par respect de la déontologie et du secret médical nous garderons l'anonymat de nos patients durant notre étude. Le consentement éclairé des patients a été obtenu.

RESULTATS

IV. RESULTATS

4.1. ANALYSES UNIVARIEES :

4.1.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

❖ Fréquence

Nous avons enregistré 56 cas de lacérations de voies lacrymales sur 460 patients reçus en urgence soit une fréquence de 12%.

❖ Tranche d'âge

TABLEAU I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (Année)	Effectifs	%
≤ 15	35	62,5
16-40	15	26,8
≥ 40	6	10,7
Total	56	100

Les enfants ≤ 15 ans ont représenté 62,5% des cas.

Age moyen = 17,9 ans Min = 1 an Max = 60 ans.

❖ Le sexe

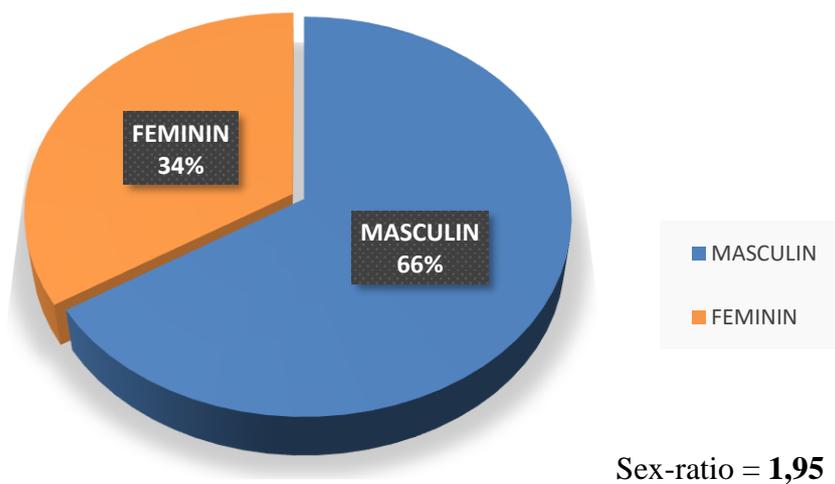


Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin représentait 66,1 % dans notre série avec un sexe ratio de 1,94.

❖ La profession

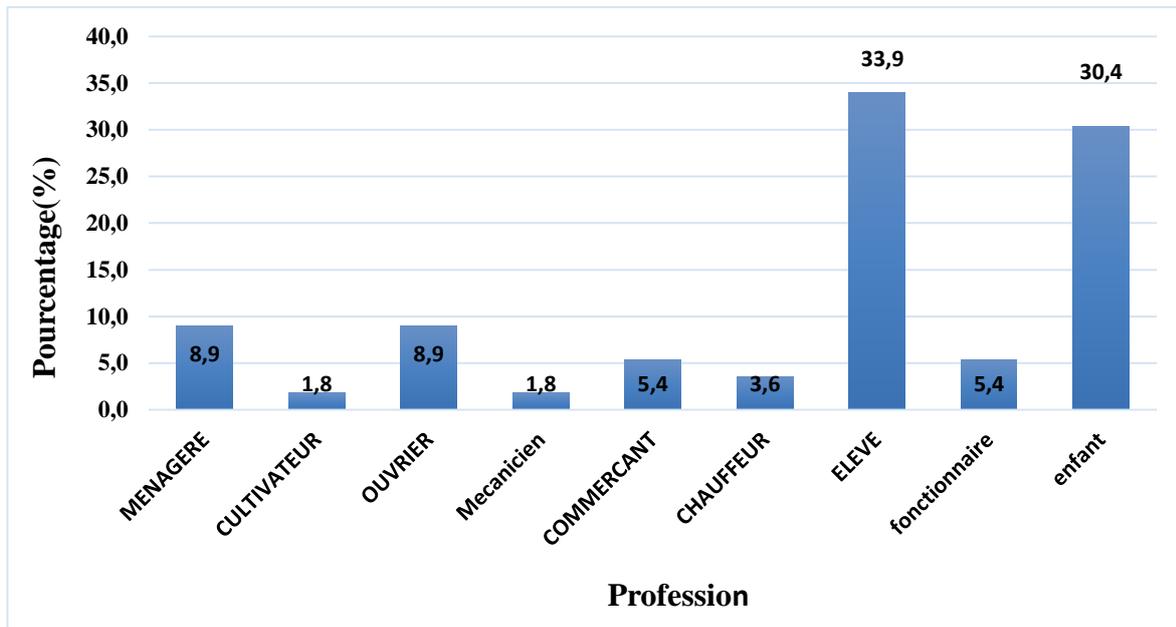


Figure 5 : Répartition des patients selon la profession

Les élèves représentaient 33,9% de nos patients.

❖ La provenance

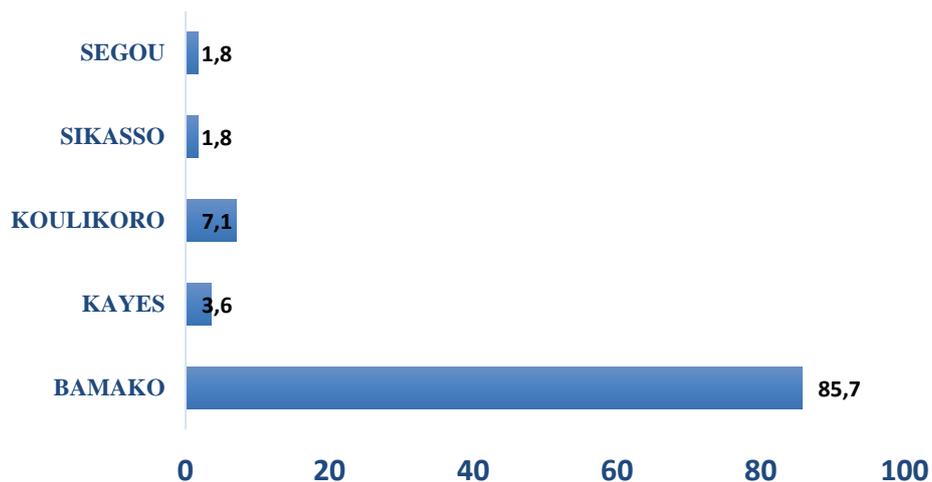


Figure 6 : Répartition selon la provenance

Les patients résidant à Bamako (ville), étaient majoritaires avec un effectif de 48 cas soit 85,7%.

4.1.2. ASPECTS CLINIQUES :

❖ Le délai de consultation

TABLEAU II : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectifs	%
<6H	37	66,1
6 - 24H	12	21,4
24 - 48H	2	3,6
48 - 72H	1	1,8
>72H	4	7,1
Total	56	100

Le délai de consultation était de moins de 6h dans 66,1% des cas.

❖ La latéralité

TABLEAU III : Répartition des patients selon la latéralité

Latéralité	Effectifs	%
OD	27	48,2
OG	29	51,8
Total	56	100

L'œil gauche était le plus prédominant avec 51,8% des cas.

❖ **Les circonstances de survenues**

TABLEAU IV : Répartition des patients selon les circonstances de survenues

Circonstances de survenues	Effectifs	%
Rixe	7	12,5
AVP	11	19,6
Accident de travail	2	3,6
Accident domestique	12	21,4
Accident de jeu	24	42,9
Total	56	100

Les accidents de jeu étaient la principale cause des traumatismes oculaires avec 42,9% des cas.

❖ **Les agents traumatisants**

TABLEAU V : Répartition des patients selon les agents traumatisants

Agents traumatisants	Effectifs	%
Végétal	3	5,4
Métal	28	50,0
Morsure	6	10,7
Coup de poing	3	5,4
Pierre	9	16
Autre	7	12,5
Total	56	100

L'agent métallique était le plus fréquent avec 50% des cas.

NB : on peut citer parmi les autres agents responsables (explosif, coup de genou, coup de fouet)

❖ **La localisation**

TABLEAU VI : Répartition des patients selon la localisation

Paupière	Effectifs	%
Point lacrymal	1	1,8
Canalicule inférieur	32	57,1
Canalicule supérieur	17	30,4
Bi canaliculaire	5	8,9
Canalicule inférieur et canal d'union	1	1,8
Total	56	100

Le canalicule inférieur était atteint dans 57,1% des cas.

❖ **Les lésions associées**

TABLEAU VII : Répartition des patients selon les lésions associées

Lésions associées	Effectifs	%
Globe normal	50	89,3
Globe oculaire	4	7,1
Face et polytraumatisme	2	3,6
Total	56	100

Le globe oculaire était atteint dans 7,1% des cas.

4.1.3. TRAITEMENT

❖ Prise en charge préhospitalière

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon la prise en charge préhospitalière

Prise en charge pré hospitalière	Effectifs	%
OUI	11	19,6
NON	45	80,4
Total	56	100

Après le traumatisme 80,4% des patients n'avaient pas bénéficié de prise en charge préhospitalière.

❖ Le type d'anesthésie

TABLEAU IX : Répartition des patients selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectifs	%
Anesthésie locale	23	41,1
Anesthésie générale	33	58,9
Total	56	100

L'anesthésie générale était utilisée chez 58,9% de nos patients.

❖ **Technique opératoire**

Tableau X: Répartition des patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectifs	Pourcentage (%)
Parage ou suture de plaie sans intubation	11	19,6
Suture canaliculaire avec intubation	45	80,4
Total	56	100

Les parages ou sutures canaliculaires avec intubation étaient les techniques les plus utilisées 80,4% des cas.

❖ **Le type d'intubation lacrymale**

TABLEAU XI : Répartition des patients selon le type d'intubation lacrymale

Type d'intubation lacrymale	Effectifs	%
Mono canaliculaire	17	30,4
Bi canaliculaire	28	50
Non intubé	11	19,6
Total	56	100

80,4 % de nos patients ont été intubés.

L'intubation bi canaliculaire était utilisée dans 50 % des cas.

❖ **La durée de la sonde**

TABLEAU XII : Répartition des patients selon la durée de la sonde

Ablation de la sonde	Effectifs	%
<1 mois	7	12,5
1-3 mois	38	67,9
> 3 mois	0	0
Non intubé	11	19,6
Total	56	100

La durée de la sonde était de 1 à 3 mois chez 67,9% des patients.

❖ **La statique et dynamique palpébrales**

TABLEAU XIII : Répartition des patients selon la statique et dynamique palpébrales

Résultat statique et dynamique palpébrales	Effectifs	%
Statique/dynamique palpébrale conservée	51	91,1
Statique/dynamique palpébrale non conservée	5	8,9
Total	56	100

La Statique et la dynamique palpébrales étaient conservées dans 91,1% des cas.

❖ **Le résultat post opératoire**

Tableau XIV : Répartition des patients selon le résultat post opératoire

Résultat post opératoire	Effectifs	%
Bon	40	71,4
Moyen	4	7,1
Médiocre	12	21,4
Total	56	100

Le résultat était bon chez 71,4% de nos patients.

❖ **Les complications**

TABLEAU XV : Répartition des patients selon les complications post opératoire tardives

La présence des complications	Effectifs	%
Aucune complication	38	68
Dacryocystite aigue	1	1,9
Sténose canaliculaire	1	1,9
Taie cornéenne	1	1,9
Larmolement et sténose	3	5,4
Larmolement, sténose et cicatrices inesthétiques	4	7,1
Sténose canaliculaire et cicatrices inesthétiques	3	5,4
Ptosis et cicatrices inesthétiques	4	7,1
Lagophthalmie et cicatrices inesthétiques	1	1,9
Total	56	100

68 % de nos patients n'ont pas présenté de complications.

4.2. ANALYSES MULTI VARIEES :

❖ Résultat post opératoire/ Méthodes de PEC

Tableau XVI: Résultat post opératoire/ Méthodes de PEC

Résultat post opératoire	Méthodes de prise en charge		Total
	Parage ou	Suture	
	suture de plaie sans intubation	canaliculaire avec intubation	
Bon résultat	0	40	40
Moyen	0	4	4
Médiocre	11	1	12
Total	11	45	56

$$\chi^2 = 50,193$$

$$p = 0,00$$

Le résultat post opératoire était significativement lié à la méthode de prise en charge avec une probabilité de $P < 0,05$.

Tableau XVII: Résultat post opératoire/ Type d'intubation lacrymale

Résultat post opératoire	Type d'intubation lacrymale			Total
	Mono	Bi	Non intubé	
	canaliculaire	canaliculaire		
Bon résultat	16	24	0	40
Moyen	0	4	0	4
Médiocre	1	0	11	12
Total	17	28	1	56

$$\chi^2 = 53,816$$

$$p = 0,00$$

Le résultat post opératoire était significativement lié au type d'intubation lacrymale avec une probabilité de $P < 0,05$.

Tableau XVIII: Résultat post opératoire/ Durée de la sonde

Résultat post opératoire	Durée de la sonde			Total
	<1 mois	1-3mois	> 3 mois	
Bon résultat	7	33	0	40
Moyen	0	4	0	4
Médiocre	1	1	10	12
Total	8	38	10	56

$$\chi^2 = 45,964$$

$$p = 0,00$$

Le résultat post opératoire était significativement lié à la durée de la sonde avec une probabilité de $P < 0,05$.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Fréquence

Durant notre étude, nous avons colligé 56 cas de lacérations des voies lacrymales avec une fréquence de 12%. Ce taux diffère de celui de CR Berete et al. [7] en Côte d'Ivoire qui ont rapporté 20,78% mais comparable à celle de Coulibaly Y [8] au Mali qui a trouvé une fréquence de 8,63 %.

2. Caractéristiques socio-démographiques

➤ Sexe

Le sexe masculin a été le plus représenté avec une fréquence de 66,1 % soit un sexe ratio de 1,94. cette notion a été démontré par plusieurs auteurs A. Ducasse et al. [1] et El Khaoua M. [9]. Les hommes se retrouvent souvent dans les travaux où existent des activités présentant plus de risques traumatiques. Les petits garçons sont connus pour leur préférence aux jeux brutaux et dangereux avec des jouets présentant des risques de traumatisme (lance pierre, fléchette, bouts de bois).

➤ Age

Les moins de 15 ans ont représenté 62,5% dans notre série. Ce résultat est proche de celui D. Kennedy et al. [10] qui ont trouvé 68% pour les moins de 30ans. Plusieurs auteurs affirment cette prédominance des sujets jeunes dans les traumatismes oculaires comme Fayet B et al. [11]. L'âge moyen de nos patients était de 19,64 ans, ce qui est similaire à celui rapporté par D. Valle et al. une moyenne d'âge de 19,50 [1].

Les enfants sont nombreux dans notre étude. L'ignorance des dangers serait à l'origine de cette situation et l'insuffisance de leur surveillance par les adultes sur les activités et jeux dangereux

➤ Profession

Dans notre travail, les écoliers sont les plus représentés avec 33,9%. La prédominance des écoliers est rapportée par plusieurs auteurs, parmi eux Meda et al. [12] ainsi que Hammami et coll [13].

➤ Provenance

Plus de la moitié de nos patients résidaient dans la ville de Bamako avec 85,7 % des cas. Ce taux s'explique par la proximité avec l'hôpital.

3. Aspects cliniques

3.1. Mécanisme de traumatisme

Les accidents de jeux ont représenté 42,9%, cela est différent des résultats obtenus par Coulibaly Y. [8] et V. Padmavathi [14] qui ont retrouvé une prédominance des accidents de la voie publique. Notre fréquence est superposable à celle de Doutetien et al. [15] qui ont trouvé 41%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les écoliers sont les principales victimes des traumatismes oculaires dans notre étude.

3.2. Agents traumatisants

L'agent traumatisant était métallique dans 50 % des cas. Ce résultat est proche de ceux de Padmavathi [14] et Traore L [16] qui ont rapporté respectivement 15% et 32,5%. Cette fréquence pourrait s'expliquer par l'usage régulier des objets métalliques pour nos besoins quotidiens.

3.3. Côté atteint

L'œil gauche était atteint chez 51,8% de nos patients. L'unilatéralité est une caractéristique majeure du traumatisme mais le choix du côté atteint ne peut être qu'un hasard.

3.4. Délai de consultation

66,1% de nos patients avaient consultés dans les 6 heures qui suivent la survenue du traumatisme au CHU-IOTA. Cela est dû au fait que plus de la moitié de nos patients résidaient à proximité du CHU-IOTA.

3.5. Localisation de la plaie lacrymale

Dans notre série comme dans celle de Ducasse et al. [1] et El Khaoua.M. [9] le canalicule inférieur est le plus fréquemment atteint. Les lacérations canaliculaires supérieures et inférieures ont été observées chez 32 patients (57,1%) et 17 patients (30,4%), respectivement, tandis que les deux lacérations canaliculaires ont été observées chez 5 patients (8,9%).

Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que le canalicule supérieur est mieux protégé par des saillies osseuses frontales.

4. Traitement

Les parages ou sutures canaliculaires avec intubation ont représentés 80,4% dont 48% de sondage bi canaliculaire et 30,4 % de sondage mono canaliculaire.

Dans cette étude, les sondes ont été maintenues pendant 1 à 3 mois tout comme dans l'étude de Han et al. [17].

La Statique et la dynamique palpébrales étaient conservées dans 91,1% des cas. Notre résultat concorde avec celui de Coulibaly Y. [8] qui avait retrouvé 95,6%.

Dans la littérature des études ont montré que les lacérations canaliculaires urgentes avaient un taux de réussite fonctionnelle de 58 à 100% [18-19]. Notre étude a obtenu un taux de réussite fonctionnelle post opératoire de 71,4 % inférieure à celle de Han et al. [17] qui ont un taux de réussite fonctionnelle de 89,64%. Le résultat fonctionnel était significativement lié à la méthode de prise en charge.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

4.1.CONCLUSION

Les lacérations des voies lacrymales sont assez fréquentes au Mali, elles représentent 12% des urgences traumatiques au CHU-IOTA. L'âge moyen était de 17,9 ans avec une atteinte fréquente dans la tranche d'âge de 0 à 15 ans. Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio qui était de 1,94. Les parages ou sutures canaliculaires avec intubation étaient les techniques les plus utilisées soit 80,4% des cas. Le taux de réussite fonctionnelle était de 71,4%. Le résultat fonctionnel étaient significativement liés à la méthode de prise en charge. Ainsi la réparation des lacérations canaliculaires lacrymales par suture et intubation constitué une technique chirurgicale efficace.

4.2.RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

A la population, aux autorités scolaires et parents d'élèves

- Convaincre les adultes de la nécessité et de l'importance d'une surveillance des enfants durant leurs activités.
- Organiser dans les écoles des réunions avec les parents d'élèves et leurs enfants pour les sensibiliser et les éduquer sur les traumatismes oculaires.
- Interdiction des jeux à risque traumatique.
- Insistance sur l'importance d'une consultation médicale immédiate après un traumatisme oculaire dans un centre spécialisé.
- Indication claire des gestes à ne pas faire après un traumatisme oculaire et le lieu où se rendre rapidement pour une prise en charge adéquate.

A la direction du CHU-IOTA :

- Organisation des séances de sensibilisation à travers les médias, sur la prévention et la prise en charge des traumatismes

Au ministre de la santé :

- Dotation des centres d'un plateau technique adéquat
- Organisation des formations pour le personnel médical
- Rendre accessible les centres de soins ophtalmologiques sur toutes l'étendue du territoire national,

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. A. Ducasse, C. Arndt, C. Brugniart, I. Larre. Traumatologie lacrymale. Journal français d'ophtalmologie (2016) 39, 213-218.
2. Piaton JM, Keller P. Traumatismes lacrymaux. Réflexions Ophtalmologiques Tome 12 ; N°101,2007.
3. Marwa Bakkali. Plaie des voies lacrymales : A propos de 35 cas. Université Mohammed V. Thèse N° : 196. 2010
4. Ducasse A, Valle D, Scholtes F, Segal A, Brugniart C. Plaies palpébro-lacrymales de l'enfant. J Fr. Ophtalmol. 2009 ; 32 : 374-379 (7)
5. Randriamialy Dera Manalina. Les traumatismes oculo-orbito-palpebraux vus dans le service d'ophtalmologie du CHU JRA de 2008 à 2012. Université d'Antananarivo Faculté de Médecine. Thèse de médecine n° : 8857 p82. 2016
6. Boukhrissa M, Bouazza M, Mchachi A, Benhmidoune L, Chakib A, Rachid R, et al. Traumatismes oculaires graves en milieu Hospitalier : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. J Société Marocaine D'Ophtalmologie 2016 ; 25 :15-19.
7. Berete C, Kouassi L, Sylla F, Konan A, Balde A, Fanny A. Traumatismes palpébraux : Evaluation et prise en charge de 36 patients au service d'ophtalmologie du CHU de Treichville. Revue SOAO n. 2017 ;15-22
8. Coulibaly Y : Profils épidémio-clinique et thérapeutique des traumatismes palpébraux au CHU-IOTA (Mali). Mémoire de DES. FMPOS : USTTB, 2023.
9. Khaoua ME, Elyamouni O, Tzili N, Aoul ST, Mellal Z, Chefchaoui M, et al. Les plaies des canalicules lacrymaux (A propos de 72 cas). Journal de la Société Marocaine d'Ophtalmologie [Internet]. 16 mai 2016 [cité 10 nov 2024] ;(25). Disponible sur : <https://revues.imist.ma/index.php/JSMO/article/view/8900>
10. Kennedy RH, Brubaker RF. Traumatic hyphéma in a defined population. Am J Ophtalmol. 1988 ;106 :123-30.
11. Bruno Fayet, Jean-Antoine Bernard, Mohcine El Bakkali, Traumatologie lacrymale 2000, Ophtalmologie[21-175-A-10]
12. Meda N, Gbe K, Sankara P, Ahnoux-Zabsonre A, Boni S, Coulibaly F et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires graves de l'enfant au centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou. SOAO. 2008 ; 2 :14-9. 107

13. Hammami B, Feki J, Kamoun B, Ellouze S, Trigui A, Chaabouni M. Hyphéma traumatique par contusion à propos de 40 cas au SFAX. J Fr Ophtalmol. 1998 ; 21 : 741-5.
14. Dr. V Padmavathi : A clinical study of eyelid injuries and their management Journal of cardiovascular disease research Vol 13, ISSUE 05, 2022 ISSN :0975 -3583,0976-2833
15. Doutetien C, Oussa B, Tchabi S, Deguenon J, Sassabi S. Etude prospective des traumatismes oculaires à propos de 256 cas à la Clinique Ophtalmologique du CNHU de Cotonou. Bénin Méd. 2000 ; 14 :58-65.
16. Traoré L. Parcours des traumatismes oculaires chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU IOTA. [Internet] [Thésis]. USTTB ; 2022 [cité 11 nov. 2024]. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5153>
17. Junjun Han, Hongling Chen, Tian Wang, Xianliang Zhang, Xuemin Jin : A case series study of lacrimal canalicular laceration repair with the bi-canalicular stent Gland Surgery, Vol 11, No 11 November 2022
18. NaikMN, Kelapure A, Rath S, et al. A simple new method for identifying the proximal cut end in lower canalicular laceration. Korean J ophtalmol 2008 ; 22 : 73-6.
19. Murchison AP, Bilyk JR. Réparation de lacération canaliculaire : une analyse des variables affectant le succès. Ophthalmic plast reconstr surg 2014 ; 30 :410-4

ANNEXES

VIII. ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DICKO

Prénom : Aissata Saliou

Email : chattii147@gmail.com

Année Universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Nationalité : Malienne

Titre : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des lacérations des voies lacrymales au CHU-IOTA

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako et bibliothèque du CHU-IOTA

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie

RESUME

Introduction : Les lacérations des voies lacrymales correspondent à toute perte de continuité partielle ou totale de celles-ci. La prise en charge consiste à un parage des plaies, une suture et une intubation canaliculaire.

L'**objectif** de notre étude était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des lacérations des voies lacrymales au CHU-IOTA.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à caractère prospectif sur une période d'une année allant du 01 Aout 2023 au 31 Juillet 2024.

Résultats : Nous avons colligé 56 cas de lacérations des voies lacrymales avec une fréquence de 12%. L'âge des patients variait de 1 à 60 ans avec une moyenne de 17,9 ans avec une prédominance masculine significative. Les parages ou sutures canaliculaires avec intubation étaient les techniques les plus utilisées soit 80,4% des cas et la plus fréquente était l'intubation bi canaliculaire (50 %). Le résultat fonctionnel était significativement lié à la méthode de prise en charge. Le taux de réussite fonctionnelle était de 71,4%.

Conclusion : Les lacérations canaliculaires sont assez fréquentes au CHU-IOTA, sont l'apanage du sujet jeune de sexe masculin. Elles sont de siège canaliculaire inférieure le plus souvent et l'intubation a permis une restauration anatomique et fonctionnelle.

Mots clés : Lacération ; voie lacrymale ; enfant ; chirurgie, intubation ; résultat.

FICHE D'ENQUETE

Date :/..... N° du dossier : N° de téléphone :

Nom et Prénom :

I. Caractéristiques sociodémographiques :

Q1-Sexe : 1=Masculin 2=Féminin

Q2-Age (année) : Age (mois) :

Q3-Profession :/ 1= Ménagère 2= Cultivateur 3= Ouvrier 4 = Eleveur

5 = Mécanicien 6 = Commerçant(e) 7 = Fama 8= Etudiant(e) 9=Chauffeur

10= Elève 11 = Fonctionnaire 12= Soudeur 13= Sans emploi

14= Agent de sécurité 15 = Enfant 11-Autres (à préciser) :

Q4-Residence permanente :/ 1 = Bamako 2 = Région

3 = Pays voisin Si 2 préciser :

II. Caractéristiques Anato-mo-cliniques

Q5- Signes fonctionnels :/ 1=Douleur 2= Rougeur 3=BAV

4=Larmoiement 5=Photophobie 6=Diplopie

7=Autres (à préciser) :

Signes physiques :

Q6-Acuité visuelle de l'œil atteint :/ 1 = PPL 2 = PL + 3 = VBM

4 = CLD 1 m - CLD 4 m 5 = 1/10 - 3/10 6 = 4/10 - 6/10

7= 7/10 – 10/10 8= Non chiffrable

Q7-Œil atteint :/ 1 = OD 2 = OG 3= ODG

Q8-Siège des plaies des voies lacrymales :/ 1= Point lacrymal

2=Canalicule inférieur 3= Canalicule supérieur 4=Bi canaliculaire

5= Canal d'union 6=Sac lacrymal 7=Canal lacrymonasal

Q9-Type des plaies des voies lacrymales :/ 1= Section

2= Arrachement 3= contuse 4= Embrochage

Q10-Lésions associées :/ 1= Aucune 2 = Globe Oculaire

3=Palpébrales 4 = Orbitaires 5 = Faciales 6 = Crâniennes

7 = Polytraumatisme 8= Orbito-palpebrales

III. Etiologies

Q11-Contexte du traumatisme :/ 1= Rixe 2=AVP 3=Accident de travail
4 = Accident Domestique 5=Accident de jeux 6=Iatrogène

7= Autres (à préciser)

Q12- Agent traumatisant :/ 1 = Végétal 2 = Métal 3 = Minérale

4 = Chimique 5 = Explosif 6 = Thermique 7 = Morsures animales/Humaines

8= Ecornement 9= coup d'ongle 10= Chute 11= Coup de poing 12= Coup de genou

13 = Bistouri 14 = Chirurgie

15 = Autres (à préciser)

IV. Modalités thérapeutiques

Q13- Prise en charge Pré hospitalière :/ 1=OUI 2=NON

Q14. Délai de prise en charge :/ 1= < 6 h 2= 6-24 h

3= 24-48h 4= 48 h-72H 5= > 72H

Q15- Nature de la Prise en charge : 1= Médicale 2= Chirurgicale

3= Médico-Chirurgicale 4=traditionnelle

5=Autres (à préciser) :

Q16- Prise en charge intra hospitalière...../ 1=OUI 2=NON

Q17- Délai de consultation :/ 1= < 6 h 2= 6-24 h

3= 24-48h 4= 48 h-72H 5= > 72H

Q18- Délai de PEC : 1= 0-2 jours 2= 3-7 jours 3= 8-30 jours 4= > 30 jours

Q19- Nature de la Prise en charge : 1= Médicale 2= Chirurgicale

3= Médico-Chirurgicale 4=traditionnelle 5=Autres (à préciser) :

Q20- Méthodes de prise en charge...../ 1= Parage ou Suture de la plaie sans intubation

2=Suture canaliculaire avec intubation

Q21- Intubation :/ 1=Oui 2=Non

Q22-Si Intubation :/ 1=monocanaliculaire

2=bicanaliculaire 3=bicanaliculonasal

Q23. Parage :/ 1=Oui 2=Non

1= Indisponibilité de la sonde 2= Maitrise du chirurgien

3= Paupière supérieure 4= Impossibilité d'intubation

Q24-Type d'intubation :/ 1=Silicone 2=Autres :

Q25- Type d'anesthésie :/ 1= Anesthésie locale 2=Anesthésie générale

V. Suivi post opératoire

Résultats anatomiques

Q26- Point lacrymal...../ 1= Aucun

2= Stricturetomie 3= Ectropion du point lacrymal 4= Rupture du méat

5= Sténose 6= Fistule 7= Autres.....

Palpébral

Q27- Statique...../ 1 = Normale 2= Entropion 3= Ectropion 4= Lagophtalmie

5= Autres.....

Q28- Dynamique...../ 1 = Conservée 2= Non Conservée

Q29- Résultats esthétiques...../ 1= Aucun

2= Ptosis 3= Lagophtalmie 4= Cicatrices inesthétiques 5= Cicatrices peu visibles

6= Autres.....

Q30- Résultats fonctionnels...../ 1= Aucun

2= Larmoiement 3= sténose canaliculaire 4= Rupture du méat

5= Taie cornéenne 6= Larmoiement et sténose 7= Autres.....

Q31- Complications inflammatoires et infectieuses...../ 1= Aucune

2= canaliculite 3= granulome pyogéniques 4= dacryocystite aigue

5= Dacryocystite chronique 6= Autres.....

Q32-Ablation de la sonde :/ 1 =< 1 mois 2 = 1-3 mois 3 = > 3 mois

Q33-Résultat de l'œil opéré (1 mois-3mois) :/1 =Bon 2=Moyen 3=Médiocre