



**Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-stomatologie
(FMPOS)**

Année Universitaire 2007 – 2008

Thèse N° __/2008

Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Fousseni Daou de Kayes.

THESE

Présentée et soutenue le2008 devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Monsieur **MAMADOU LAMINE DANTE**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** diplôme d'état

JURY

Président du jury:

Professeur : Abdoulaye DIALLO

Membres:

Professeur : Traoré Jeannette Thomas

Directeur de thèse : ***Dr. Lamine TRAORE***

Codirecteur de thèse : ***Dr. Mahamoud KONATE***

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** –
PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: M^{me} **COULIBALY FATOUMATA TALL-**
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA : **Ophthalmologie**

M. Bocar SALL :	Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE:	Pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA:	Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE:	Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY:	Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE:	Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE:	Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO:	Médecine Interne
M. Aly GUINDO:	Gastro-Entérologie
M. Mamadou M. KEITA:	Pédiatrie
M. Siné BAYO:	Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie
M. Sidi Yaya SIMAGA:	Santé Publique,
M. Abdoulaye Ag RHALY :	Médecine Interne
M. Boukassoum HAIDARA:	Législation
M. Boubacar Sidiki CISSE:	Toxicologie
M. Massa SANOGO :	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie,
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhouseni Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique
M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie

Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Bouraïma MAIGA	: Gynéco/Obstétrique
M. Youssouf SOW	: Chirurgie Générale
M. Djibo Mahamane DIANGO	: Anesthésie- réanimation
M. Moustapha TOURE	: Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie,
M. Bakary M. CISSE	: Biochimie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Mamadou KONE	: Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie, Chef de D.E.R.
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar TRAORE	: Immunologie

4. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Mamadou BA	: Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
M. Moussa FANE	: Parasitologie D.E.R. DE

MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie
M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
--------------	-----------------------

M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne
M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-Entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa A. CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie Analytique, Chef de D.E.R.
M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Drissa DIALLO	: Matières Médicales
M. Alou KEITA	: Galénique
M. Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar I. MAIGA	: Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	: Pharmacognosie
M. Yaya KANE	: Galénique
M. Saïbou MAIGA	: Législation
M. Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
M. Yaya COULIBALY	Législation

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sanoussi KONATE	: Santé Publique Chef de D.E.R.
--------------------	----------------------------------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Moussa A. MAIGA	: Santé Publique
--------------------	------------------

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Adama DIAWARA	: Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	: Santé Publique
M. Massambou SACKO	: Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	: Santé Publique
M. Mamadou Sounalo TRAORE	: Santé Publique
M. Hamadoun Aly SANGHO	: Santé Publique
M. Seydou DOUMBIA	: Epidémiologie
M. Samba DIOP	: Anthropologie Médicale
M. Akory Ag IKNANE	: Santé Publique

5. ASSISTANTS

M. Oumar THIERO	: Biostatistique
M. Seydou DIARRA	: Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation
M. Lassine SIDIBE	: Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	: Bromatologie
Pr Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	: Biochimie
Pr Lamine GAYE	: Physiologie

Hommage à Dieu

Au nom de Dieu, clément et miséricordieux Allah, l'unique, l'absolu.

Il n'a jamais engendré ; n'a pas été engendré non plus. Et nul n'est égal à lui.
Je rends hommage à Dieu tout puissant, le seul et unique créateur du ciel et de la terre, le clément, le Dieu de tous les êtres.

Il est juste et bon de rendre grâce toujours à Dieu et en tout lieu.

Salutation sur le prophète Mohamed (S.A.W.)

Ô Allah ! Verse tes bénédictions sur Muhammad et sa famille comme Tu as versé tes bénédictions sur Ibrahim et sa famille. Parmi les habitants de l'univers, Tu es infiniment digne de louange et de glorification.

Ô Allah ! Accorde tes faveurs à Muhammad ainsi qu'à sa famille comme Tu as accordé tes faveurs à Ibrahim et à sa famille. Parmi les habitants de l'univers. Tu es infiniment digne de louange et de glorification.

DEDICACES

Remercier ou être reconnaissant à la fois à toutes les personnes qui nous ont aidé depuis notre enfance jusqu'à notre vie active n'est pas facile, surtout s'il s'agit de faire une dédicace d'un ouvrage ou d'une thèse.

L'entreprise devient encore plus délicate lorsqu'on est d'une grande famille et qu'on a beaucoup d'amis et de connaissances. Dès lors, vouloir faire une dédicace, exercice où l'on pourrait se demander si l'amitié ne prime pas sur la parenté, apparaît pour un homme digne de ce nom comme une véritable gageure.

Cependant face à ces difficultés et ces dilemmes, je suis conscient que tous mes parents et tous mes amis méritent d'être des dédicataires, je supplie tous les amis de ne pas m'en tenir rigueur pour cela.

Ainsi, je dédie ce modeste travail :

- A tous les victimes de la cécité due à la cataracte.
- A tous ceux qui oeuvrent dans la lutte contre la cécité dans le monde.
- A mon pays, le MALI.

A ma grand mère Kadiatou Diakité : tu as été à la fois mère et grand mère pour moi, donc les mots me manquent pour te remercier. Seul Dieu peut te payer.

J'aurai voulu que tu sois là aujourd'hui pour partager la joie de ce jour tant attendu, mais hélas la maladie t'a empêchée. C'est le moment plus que jamais d'être reconnaissant envers toi. Qu'Allah, le tout puissant te récompense. Amen !

A mon grand père MOCTAR CAMARA :

Ancien député du cercle de kayes, ancien maire de la commune de Kayes, chef de gare de kayes en retraite .Tu as été pour moi un père, les mots me manquent pour te remercier. Qu'Allah te récompense.

A ma tante OUMOU COULIBALY. Ce travail est le fruit de ton éducation. Puisse Allah me donner la chance de combler tes attentes.

A mon oncle CHEICK T CAMARA : tu as été un père pour moi. Qu'Allah le tout puissant fasse que je sois reconnaissant envers toi.

A mon père GANTIGUI dit KASSIM DANTE Merci père!

Tu n'as ménagé aucun effort pour ma réussite. Tu as été un père exemplaire pour moi.

J'ai reçu de toi tout ce qu'un fils peut attendre de son père. Les valeurs morales de probité, d'honnêteté, d'humilité, du courage que tu m'as inculquées ont été la clé de ma réussite.

A ma très chère mère RAMATA CAMARA :

Rien ne peut contre la volonté de Dieu. Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve ce jour. Tu as tant souffert dans la vie.

Vos sacrifices sont inestimables et ont fait de moi ce que tu as souhaité.

Tu incarnes pour moi, l'affection pure, naturelle de mère dévouée, courageuse et tolérante. Je ne saurais payer le prix de vos efforts.

Tu es le pilier de ma réussite, car je me vois dans l'obligation de réussir pour toi. Saches en effet, que l'honneur de ce travail te revient.

Merci, Maman ! Que le tout Puissant te donne la bonne santé et garde aussi longtemps auprès de moi. Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Amen !

A mon homonyme Mamadou Lamine KONE, ce travail est le votre.

A ma tante Maimouna Koita: ce travail est le fruit de tes bénédictions quotidiennes. Puisse le bon Dieu te donner une longue vie pour en goûter Amen !

A mon épouse : Tu es une épouse exemplaire. Merci pour ta patience, pour ta confiance mais surtout pour ton soutien.

A mon fils MOCTAR DANTE : ton apparition m'as donné la force et le courage d'aller jusqu'au bout de ce travail. Que Dieu te donne une longue vie pour faire ce que je n'ai pas pu faire.

A mes grands-pères et grand-mères : mon amour profond.

A tous mes frères et sœurs : mon amour profond.

A ma belle famille : merci pour votre confiance.

A tous mes nièces, neveux, cousines et cousin, ma profonde sympathie.

A tous mes amis, ce travail est le votre.

Aux personnels du service d'ophtalmologie, de la médecine, à tous les autres Collègues de l'Hôpital.

Au Dr Keita Modibo : Votre grande disponibilité, votre aide inestimable et vos conseils pour vos cadets m'ont permis de réaliser ce travail.

Trouvez dans ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au Dr Traoré Drissa : merci pour tout ce que tu m'as appris. Ce travail est le votre.

Au directeur de l'hôpital, NIARA BENGALY: merci directeur de nous avoir accepté dans votre établissement.

Dr Sissoko : merci pour tout ce que vous nous avez transmis comme connaissance.

Dr Aziz DIALLO, merci pour votre conseil.

REMERCIEMENTS

Mes

Remerciements vont :

- ✓ **Aux familles CAMARA, DANTE, DIALLO, DIAKITE, KONE.**
- ✓ A tout le personnel de l'Hôpital Fousseni Daou de Kayes ;
- ✓ A tout le personnel du service d'ophtalmologie : Abdoulaye TRAORE, Souleymane DIAKITE, Moussa TRAORE, Falaye SISSOKO, Bourama DIARRA.
- ✓ A tout les internes de l'hôpital Fousseni Daou;
- ✓ A toute ma promotion ;
- ✓ Au Dr SOW et famille
- ✓ A tous les amis de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- ✓ A tous les membres de la coordination des jeunes musulmans pour l'union, la paix et le développement du cercle de Kayes.
Je garde de vous un heureux souvenir. Je ne citerais pas de noms de peur d'en n'oublier.
- ✓ A la direction, le corps enseignant et tout le personnel de la FMPOS.
- ✓ A tous ceux qui m'ont soutenu et aidé de près ou de loin.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Abdoulaye Diallo

Médecin Ophtalmologiste à l'IOTA

Maitre de conférences à la FMPOS

Directeur Général de l'IOTA

Vous nous faites honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons beaucoup admiré votre clarté d'esprit et votre rigueur dans le raisonnement scientifique. Votre simplicité et votre disponibilité font de vous un grand maître.

Soyez rassuré, cher maître de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge:

Professeur Traoré Jeannette Thomas

Médecin ophtalmologiste à l'IOTA

Maitre de Conférences à la FMPOS

Responsable de la formation à l'IOTA

Chargée de cours à la FMPOS

Les mots me manquent pour vous remercier. La spontanéité avec la quelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples préoccupations, marque tout l'intérêt que vous accordez à la recherche scientifique, particulièrement à la cataracte.

Veillez agréer l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de Thèse:

Docteur Lamine Traoré

Médecin ophtalmologiste à l'IOTA

Maître assistant à la FMPOS

Responsable des départements recherche et santé publique de l'IOTA

Président de la commission médicale d'établissement à l'IOTA

Je ne saurais vous remercier sans évoquer le grand intérêt que vous accordez à la recherche scientifique. Nous avons profité de votre grande connaissance scientifique et de votre expérience. Votre amabilité, votre disponibilité, à nos multiples sollicitations malgré vos nombreuses occupations, l'intérêt que vous portez à la recherche, votre attachement à la lutte contre les pathologies oculaires font de vous un directeur de thèse remarquable. Votre encadrement précieux et votre rigueur scientifique ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et soyez rassurer de notre profonde gratitude.

A notre Maître et co Directeur de Thèse :

Docteur Konaté Mahamoud

Médecin ophtalmologiste de l'Hôpital Fousseni Daou de Kayes

Nous avons éprouvé une joie lorsque vous nous avez accepté dans votre service. Nous vous en sommes infiniment reconnaissant. Nous avons admiré votre persévérance et votre amour du travail bien fait.

Ce travail n'aurait sûrement pas vu le jour sans votre engagement sans faille aussi bien matériel, logistique et vos conseils. Qu'il nous soit permis aujourd'hui de vous dire combien nous sommes heureux et fiers d'être votre élève. Cher Maître, soyez rassuré de notre profonde considération.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

HFDK	Hôpital Fousséni Dao Kayes
IOTA	Institut Ophtalmologique Tropical d'Afrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
FMPOS	Faculté de Médecine, Pharmacie, Odontostomatologie
AV	Acuité visuelle
FO	Fond d'œil
EEC	Extraction extra capsulaire
Km²	Kilomètre carré
C.A	Chambre antérieure
CLD	Compte les doigts
PL	Perception lumineuse
PPL	Pas de perception lumineuse
OD	Œil droit
OG	Œil gauche
O	Oui
N	Non
PNLC	Programme national de lutte contre la cécité
IEC	Information Education et Communication

SOMMAIRE

I INTRODUCTION	1
II- OBJECTIFS.....	22
III GENERALITES	23
IV MATERIELS ET METHODE	31
V-RESULTATS	37
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	48
VI- conclusions et Recommandations.....	55
VII-BIBLIOGRAPHIE.....	58
Les Infrastructures de l’HFDK :.....	60
FICHE D’ENQUETE	66
Fiche signalétique :	70

I INTRODUCTION

La cécité constitue un grave problème de santé publique, mais aussi socio-économique, en particulier dans les pays en développement, où vivent neuf aveugles sur dix. Jusqu'à 80% des cas de cécité dans le monde pourraient être évités : ils sont en effet imputables à des affections qui auraient pu être prévenues ou traitées. [1]

Les données publiées en Novembre 2004 par l'organisation mondiale de la santé (O.M.S) montrent qu'il y'a dans le monde environ 161 millions de personnes affectées par un déficit visuel, dont 37 million d'aveugles. [20].

En Afrique subsaharienne, la prévalence de la cécité est d'environ 1,2%. Les principales causes de cécité sont représentées par : la cataracte, le trachome, le glaucome, l'onchocercose et la xérophtalmie. [2]

La cataracte étant définie comme une opacité du cristallin est une cause majeure de baisse de l'acuité visuelle et de cécité dans le monde.

En 1975, à la vingt huitième assemblée mondiale de la santé, la cataracte a été citée comme l'une des principales causes de cécité dans le monde. [3]

La cataracte liée à l'âge est la première cause de cécité dans le monde (48%) cela représente dix huit millions de personnes. [4]

Selon l'O.M.S, la cataracte serait responsable de 60% des cas de cécité dans la sous région, soit quelque 1,2 million de personnes, avec un nombre annuel de nouveaux cas de cataracte cécitante estimé à 300 000. [5]

Le taux de chirurgie de la cataracte dans la sous région demeure parmi les plus faibles du monde entre 200 et 400 seulement par million d'habitants, par rapport à 3500 et 5000 dans les pays industrialisés. [6]

Au Mali, chaque année près de cinquante mille personnes sont aveugles du fait d'une cataracte et pourraient recouvrir la vue si elles étaient opérées. [21]

Le besoin de chirurgie de la cataracte est très important dans toutes les régions du Mali.

A Kayes, en 2005 le service d'ophtalmologie de l'HFDK a pratiqué 1377 opérations, près de 54% sont les opérations de la cataracte. [9]

Seule la chirurgie reste efficace pour le traitement de la cataracte.

Les résultats de la chirurgie de la cataracte dépendent d'un certain nombre de facteurs :

Accès aux soins ;

Coût des soins ;

Infrastructures ;

Personnels qualifiés.

Ainsi cette étude a pour but d'évaluer les résultats fonctionnels des malades opérés de cataracte au niveau du service d'ophtalmologie de l'H.F.D. de Kayes

II- OBJECTIFS

1- Objectif général :

- ✚ Décrire les résultats fonctionnels et anatomiques des malades opérés de cataracte dans le service d'ophtalmologie de l'HFDK.

2-Objectifs spécifiques :

- ✚ Evaluer les complications peropératoires et post opératoires ;
- ✚ Evaluer l'acuité visuelle à J60 ;
- ✚ Evaluer la satisfaction des patients après l'opération.

III GENERALITES

1- Définition :

La cataracte se définit comme une opacité du cristallin uni ou bilatérale entraînant une baisse de l'acuité visuelle.

Le cristallin est une lentille transparente, biconvexe, avasculaire, située dans un plan frontal juste en arrière de l'iris.

Chez le sujet âgé, et dans certaines circonstances (traumatisme oculaire, diabète, uvéites, hyperparathyroïdie, corticoïdes etc.), le cristallin s'opacifie : c'est la cataracte.

2- Rappels anatomo physiologiques :

Le cristallin est une lentille biconvexe d'une puissance totale de 20 dioptries. Il est situé dans la chambre postérieure de l'œil en arrière de l'iris et en avant de la hyaloïde antérieure.

Au niveau de l'équateur du cristallin s'insère la zonule de zinn, le ligament dont les expansions radiales le relie aux muscles ciliaires.

La contraction du muscle ciliaire induit une modification de la courbure cristallinienne à l'origine du mécanisme d'accommodation.

Le cristallin est constitué de trois éléments :

Une enveloppe ou cristalloïde (antérieur et postérieur)

Un noyau cristallinien central,

Un cortex entourant le noyau.

3- Etiologies :

3-1 Cataracte de l'adulte :

3-1-1 Cataracte sénile liée à l'âge : De loin la plus fréquente, aucune cause n'est retrouvée.

Elle est bilatérale mais souvent asymétrique et touche le sujet âgé.

3-1-2 Cataractes post-traumatiques : Le plus souvent unilatérale, elle est très fréquente chez le sujet jeune avec notion de traumatisme qui peut être :

-Une simple contusion ;

- Une plaie perforante ;
- La présence d'un corps étranger intraoculaire : Ce corps étranger a pu passer inaperçu. Le diagnostic repose sur les radiographies de l'orbite (face et profil). Si le corps étranger est métallique, il peut être responsable d'une imprégnation oculaire avec atteinte rétinienne. La cataracte est de couleur rouille en cas de sidérose (fer), verdâtre avec un anneau de Kayser-Fleisher en cas de chalcose (cuivre) ;
- Autres traumatismes : toute intervention chirurgicale sur l'œil, radiations ionisantes, chaleur, électricité.

3-1-3 Cataractes métaboliques :

- Le diabète : la cataracte est sous capsulaire postérieure ;
- L'hypoparathyroïdie ;
- L'hypertriglycémie ;
- L'insuffisance rénale.

3-1-4 Cataractes compliquées :

- La myopie ;
- L'uvéite antérieure ou postérieure ;
- Le syndrome de Fuchs, qui associe une hétérochromie irienne, une uvéite antérieure et une cataracte.
- Le décollement de rétine ancien et non traité.

3-1-5. Cataractes iatrogènes :

- Corticothérapie prolongée par voie locale ou générale, même à faible dose, de type sous capsulaire Postérieure.
- Phénothiazine.
- Spironolactone.

3-1-6. Cataractes pathologiques :

- Trisomie 21.
- Myotonie de Steinert.
- Eczéma atopique.
- En pratique, chez l'adulte, la recherche étiologique a peu d'importance, sauf dans le cas d'une cataracte unilatérale du sujet jeune où la recherche d'un corps étranger par radiographie est systématique.

3-2 Cataracte de l'enfant :

Elle est beaucoup plus rare que chez l'adulte, les causes sont multiples :

3-2-1 Cataracte congénitale :

Devant une cataracte congénitale, un bilan étiologique est nécessaire, de même que la recherche d'anomalies oculaires associées, souvent présentes, aggravant le pronostic visuel.

3-2-2 Cataracte héréditaire :

C'est la cause la plus fréquente.

Elle nécessite l'examen ophtalmologique des parents, chez qui l'opacification cristallinienne peut être minime et donc sans retentissement sur la vision.

Tous les modes de transmission sont possibles : le plus fréquent est dominant autosomique.

3-2-3 Cataracte des embryopathies :

-Rubéole : la cataracte est bilatérale sur un œil microphalme associée à une cardiopathie et à une surdité.

- Toxoplasmose.
- Cytomégalovirus.

4-DIAGNOSTIC:

4-1 Cataracte de l'adulte:

4-1-1 Interrogatoire :

- Baisse d'acuité visuelle progressive dont le patient ne se plaint que tardivement, surtout si la cataracte est unilatérale.
- Éblouissement ou gêne à la lumière.
- Diplopie monoculaire.
- Parfois apparition d'une myopie. Toute modification de la réfraction chez un sujet âgé est due à une modification du cristallin.

4-1-2 Examen :

- Le diagnostic est clinique : L'acuité visuelle de loin et de près est altérée.
- Examen à la lampe à fente : permet le diagnostic ; le cristallin est opacifié de façon partielle ou totale ; cet examen précise le siège des opacités nucléaire, corticale ou sous capsulaire postérieure ; recherche une anomalie associée : subluxation du cristallin (distension des zonules, dont la conséquence est le mauvais positionnement du cristallin ; peut nécessiter une technique chirurgicale particulière), dystrophie cornéenne (anomalie de la cornée notamment de l'endothélium qui peut entraîner un œdème cornéen postopératoire), hypertonie oculaire.
- Examen du segment postérieur : son intérêt est pronostique, toute anomalie de la rétine, notamment une dégénérescence maculaire, retentit sur la récupération visuelle ; en cas de cataracte obturante, le fond d'œil (FO) est invisible ; on s'aidera alors de l'échographie.

4-1-3. Conséquences :

La cataracte peut retentir sur l'œil et sur le patient :

- Sur l'œil : la cataracte, du fait de l'augmentation de la taille du cristallin, peut favoriser une crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle sur un œil de petite taille.

Sa symptomatologie se traduit par un œil rouge douloureux. De même, la cataracte très avancée (hyper mure) peut être responsable d'une uvéite aiguë liée au relargage de protéines cristalliniennes dans la chambre antérieure. Elle se traduit par un œil rouge douloureux.

➤ Sur le patient : la baisse d'acuité visuelle peut retentir sur son autonomie, et ce d'autant plus que la personne est âgée. La conduite automobile peut être interdite si l'acuité visuelle est inférieure à 5/10 sur le meilleur des deux yeux.

La cataracte augmente fortement le risque de chute. La perte d'autonomie retentit sur le morale du patient et peut favoriser la dépression.

4-2 Cataracte de l'enfant :

Le diagnostic doit être le plus précoce possible. En effet, la maturation de la rétine nécessite sa stimulation par les images. Une cataracte empêche cette stimulation et entraîne une amblyopie.

4-2-1 Circonstances de découverte :

- Leucocorie (pupille blanche).
- Strabisme, nystagmus (sont des signes plus tardifs).
- Examen systématique.

4-2-2 Examen du segment antérieur :

À réaliser de façon systématique, comme chez l'adulte.

4-2-3 Examen du segment postérieur :

À la recherche d'anomalies associées.

Si la cataracte est opaque, on fait recourt à l'échographie B, car elle permet :

- La biométrie ;
- L'étude du globe oculaire ;
- L'étude de l'orbite.

4-2-4 Diagnostic différentiel :

Ce sont les autres causes de leucocorie :

- * rétinoblastome ;
- * fibroplasie rétrolentale ;
- * persistance du vitré primitif ;
- * décollement de rétine congénital ;
- * chorioretinite.

5- TRAITEMENT CURATIF :

Le traitement curatif repose sur la chirurgie et l'ablation du cristallin.

5-1 Méthodes :

5-1-1 Méthodes d'extraction :

Extraction intra capsulaire : le cristallin est extrait en totalité (noyau + capsules) à l'aide d'une cryode par arrachement des zonules ; cette méthode est possible seulement après l'âge de 50 ans ; son indication est très limitée.

Extraction extra capsulaire manuelle : après ablation de la capsule antérieure, le noyau et les masses sont expulsés manuellement. La capsule postérieure reste en place ; méthode possible à tout âge. Elle nécessite une ouverture cornéenne large pour sortir le noyau.

Extraction extra capsulaire par phacoémulsification : Après ablation de la capsule antérieure le cristallin est désintégré par ultrasons, puis aspiré ; la capsule postérieure reste en place ; méthode possible à tout âge. Elle permet une incision réduite (de la taille de la sonde à ultrasons), d'où l'absence de suture, l'anesthésie topique et l'absence d'hospitalisation. C'est la technique de choix actuellement dans les pays développés et à l'IOTA.

Broutage ou phacophagie : le cristallin est aspiré à l'aide d'un vitréotome ; méthode possible uniquement si le cristallin est mou, c'est-à-dire chez le nourrisson.

Phacoalternative (phacoA)

5-1-2 Correction de l'aphakie :

- **Les verres correcteurs convexes** de + 12 dioptries de loin et de 15 dioptries de près (il n'y a plus d'accommodation) provoquent un grandissement de l'image de 30 % ; donnent un aspect inesthétique et réduisent le champ visuel. On les utilise uniquement en cas de cataracte bilatérale opérée sans implant ou sur œil monophthalme. Cette méthode n'est plus utilisée actuellement.

- **Lentilles cornéennes** : le grandissement de l'image est réduit, mais les problèmes de tolérance et de manipulation demeurent.

- **Implant cristallinien** : C'est la correction idéale, utilisée actuellement pour tous les patients. Il en existe deux types : implant de chambre antérieure avec appui dans l'angle iridocornéen (inconvenient : œdème de cornée) et implant de chambre postérieure, mieux toléré, avec appui dans le sac capsulaire, nécessite la préservation de la capsule postérieure (extra capsulaire manuelle ou par phako-émulsification), mis en place pour tous les patients sauf en cas de complication.

5-2 Indications

5-2-1 Indications chirurgicales

Chez le nourrisson :

La cataracte doit être traitée le plus tôt possible (à deux mois) pour éviter l'installation d'une amblyopie irréversible ; la méthode de choix est la phacophagie.

Chez l'adulte :

La cataracte est extraite quand elle entraîne une gêne fonctionnelle dans la vie courante ; la méthode de choix est la phacoémulsification dans les pays développés.

5-2-2 Choix de la correction optique :

Cataracte congénitale :

Bilatérale : correction par verres correcteurs ou par implant.

Unilatérale : correction par lentille à port permanent ou mise en place d'un implant associé à une occlusion intermittente du bon œil pour lutter contre l'amblyopie.

b) Cataracte de l'adulte :

Unilatérale ou bilatérale : seul l'implant de chambre postérieure est utilisé (quasiment aucune contre-indication sauf désinsertion), mais les lentilles et les verres sont possibles.

6- TRAITEMENT PRÉVENTIF :

Le traitement médical préventif (vitamines C et E) n'a pas prouvé son efficacité. _

IV MATERIELS ET METHODE

1) Cadre de l'étude :

L'étude a été menée dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Fousséni DAOU de Kayes.

2) Description du lieu d'étude :

Située à l'extrême ouest du Mali, la région de Kayes s'ouvre sur trois pays frontaliers : la Mauritanie, le Sénégal et la Guinée, et couvre une superficie totale de 120 760 Km² et arrosé par le fleuve Sénégal et ses affluents.

Sa population était de 1.688.112 Habitants en 2006. [16]

La région de Kayes est limitée :

Au Nord par la Mauritanie ;

Au Sud par la République de Guinée ;

A l'Ouest par République du Sénégal ;

A l'Est par la Région de Koulikoro.

Le relief en apparence peu accidenté est très compartimenté entre plateaux vallonnés et cours d'eau encaissés.

Il existe quatre zones bioclimatiques : une zone assez humide pré guinéenne, une zone humide soudanienne au Sud, une zone semi humide soudanienne au Nord et une zone sahélienne sèche.

Première région de la République du Mali, elle est administrée par un gouverneur.

Elle est subdivisée en sept (7) cercles (Kayes, Yélimané, Nioro, Diéma, Kita, Bafoulabé, et Kénièba), composée de cent dix sept (117) communes rurales et douze (12) communes urbaines.

Les ethnies dominantes sont : les bambaras, les malinkés, les sarakholés, khashonkés et les peulhs. Une des particularités de la région est la forte proportion d'émigrés. Ainsi la majorité des maliens vivants en France sont des sarakholés originaire de la région.

L'économie est surtout agropastorale mais, il faut noter l'émergence d'une industrie minière concrétisée par la découverte et l'exploitation des deux importantes mines d'or à Sadiola, à Yatela et la phénomène d'orpaillage à Kénièba (exploitation traditionnelle de l'or).

Le réseau routier, constitué en grande partie de pistes temporaires est largement insuffisant, alors l'enclavement est un problème majeur de la région. Le principal moyen de transport reste le chemin de fer. La ligne aéroportée Kayes Bamako n'est point à la portée de la majorité des populations.

Le réseau de communication est très réduit, instable et inaccessible.

Il existe au niveau de la région six (6) centres de santé en plus du centre de santé du cercle de Kayes qui ont été érigés tous en centre de santé de référence et travaillent en collaboration avec l'Hôpital régional de Kayes.

Pour ces différentes raisons l'hôpital mérite une attention particulière.

3) L'Hôpital fousséni DAOU de Kayes :

L'Hôpital est une vieille structure créée en 1883 par les militaires français en mission dans l'ouest africain. L'Hôpital FDK est l'une des formations sanitaires les plus vieilles du Mali. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal ou la France.

En 1959 il est devenu Hôpital secondaire ; avec la réorganisation des formations hospitalières en 1969 il fut érigé en Hôpital régional devenant ainsi une structure sanitaire de référence au niveau régional.

Il a été entièrement rénové en 1987 dans le cadre des accords d'assistance technique sanitaire entre le Gouvernement du Mali et de l'Italie.

En 1991 il a été baptisé hôpital Fousséni DAOU du nom d'un de ses médecins directeurs assassiné la même année. Actuellement l'hôpital est un

établissement public à caractère administratif. Il est situé au sud-est de la ville de Kayes au quartier Plateau (un des cinq grands quartiers de la ville) au voisinage de la gare ferroviaire.

Il s'étend sur une superficie de douze hectares.

4) Le service d'ophtalmologie :

Le service d'ophtalmologie de l'HFDK est composé par un médecin ophtalmologiste, quatre assistants médicaux et un manœuvre.

Le service est situé à l'Ouest de l'Hôpital. Il est constitué d'un bâtiment en étage et d'une toilette externe.

Le bâtiment est composé, au premier étage de deux logements : un logement pour le chef de service de l'ophtalmologie, et un logement pour le chirurgien viscéral de l'hôpital.

Le rez de chaussée constitue le service d'ophtalmologie qui est composé de :

Un (1) bureau pour le médecin ;

Une (1) salle de consultation ;

Un (1) bloc opératoire ;

Une (1) salle de soins (petite chirurgie) ;

Deux (2) salles d'hospitalisation avec une capacité de huit (8) lits ;

Un (1) magasin et une terrasse à la façade.

5) Types d'Etude :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive effectuée sur un échantillon de 260 interventions chirurgicales.

6) Période d'Etude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} Septembre 2006 au 30 Juin 2007.

7) La population d'Etude :

Concernait l'ensemble des malades opérés de cataracte au cours de la période d'étude.

8) L'échantillonnage :

-Les critères d'Inclusion : Ont été inclus dans notre étude tous les patients présentant une cataracte sans complication préalable du segment antérieur.

-Les Critères de non Inclusion :

Les cataractes post traumatiques avec altération cornéenne,

Les cataractes intumescents avec un œdème de cornée et une hypertonie oculaire,

Les cataractes compliquées,

Les patients dont l'âge est inférieur à 10 ans,

Les pathologies cornéennes.

9) Supports des données : Le recueil des données a été effectué dans le service à partir des dossiers des malades et du compte rendu opératoire. Tous les patients identifiés ont été contactés par l'interne en médecine pour le remplissage du questionnaire portant sur les complications postopératoires et la fonction visuelle après l'intervention.

Les variables étudiées sont l'âge, le sexe, l'ethnie, le coté opéré, l'anesthésie, la dilatation, la technique chirurgicale (incision, extraction, iridectomie, matériau de suture, nombre de point), les complications peropératoires, les complications postopératoires à J1-J4-J15 et celles survenues à J60, l'acuité visuelle sans correction et avec correction à J60 et les examens complémentaires (fond œil et javal).

Les résultats de l'anesthésie sont définis comme suite :

Excellent : akinésie sans chemosis ;

Bon : akinésie mais avec chemosis ;

Médiocre : œil qui bouge avec ou sans chemosis ;

Mauvais : patient agité qui sent la douleur.

La technique utilisée était l'incision cornéenne avec extraction extra capsulaire et implantation en chambre postérieure

Le service ne disposant pas d'échographie pour mesurer la puissance des implants, les implants ont été choisis de façon standard sans calcul préalable c'est-à-dire de 19 à 22 dioptries.

Selon l'OMS, les patients ayant une AV comprise entre 10/10 et 3/10 sont définis comme les bons voyants, les mal voyants ont une AV comprise entre 2/10 et 1/10 et les aveugles ont une AV inférieure à 1/10.

Pour le javal, l'astigmatisme est défini comme tout patient ayant une dioptrie supérieure à 0.75 avec un axe supérieur à 0 degré.

La satisfaction des patients après l'intervention était évaluée à partir de l'interrogatoire et comportait l'acuité finale et l'accueil des patients.

10) le personnel de l'enquête :

Nous avons obtenu le soutien de tous les personnels du service d'ophtalmologie de l'HFDK. C'est ainsi qu'une dizaine de volontaires composés d'un médecin, des assistants médicaux, d'un infirmier, des stagiaires ont participé à l'enquête et l'étudiant en médecine en fin de cycle qui suivait le protocole de la fiche d'enquête.

11) le plan d'analyse et de traitement des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'HFDK à l'aide du logiciel EPI-INFO version 6.04d fr.

12) Considération éthique :

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique et de déontologie surtout en matière de santé ;

Dans le souci de résoudre ce problème, le consentement éclairé de tous les participants à l'étude a été obtenu.

V-RESULTATS

1) Résultats globaux :

Pendant la période d'étude 315 malades ont été enregistrés, parmi eux, 260 ont répondu à nos critères d'inclusion, soit une fréquence de 82,5%.

2) caractéristiques socio-démographiques :

Tableau 1 : Répartition des patients selon les groupes d'âge.

Groupes ages (ans)	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
20-40	9	3,5
41-59	57	21,9
60 et plus	194	74,6
Total	260	100

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 60 ans et plus soit une fréquence de 74,6%).

Tableau 2 : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Masculin	103	39,6
Féminin	157	60,4
Total	260	100

Le Sex-ratio était de 1,5 en faveur des femmes.

Tableau 3 : Répartition des patients selon l’Ethnie.

Ethnie	Effectif (260)	Pourcentage (%)
Sarakolé	157	60,4
Kassonké	13	5
Bambara	13	5
Peulh	54	20,8
Malinké	9	3,5
Maure	6	2,3
Autres	8	3
Total	260	100

Les Sarakolés étaient les plus nombreux avec 157 cas soit une fréquence de (60,4%).

3) Description anatomique :

Tableau 4 : Répartition des patients selon l’œil opéré.

Œil opéré	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Droit	133	51,2
Gauche	127	48,8
Total	260	100

Sur 260 cas, l’œil droit a représenté 133cas (51,2%) et l’œil gauche 127cas (48,8%).

4) Techniques opératoires :

Tableau 5 : Répartition des patients selon les résultats de l'anesthésie.

Résultats	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Excellent	9	3,5
Bon	216	83,1
Médiocre	27	10,4
Mauvais	8	3
Total	260	100

L'akinésie était présente dans 83,1% des cas.

Tableau 7 : Répartition des patients selon le type d'incision.

Type d'incision	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Cornéenne	259	99,6
Cornéosclérale	1	0,4
Total	260	100

Un seul patient a bénéficié une incision cornéosclérale.

Tableau 8 : Répartition des patients selon le type d'extraction

Type d'extraction	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Intra capsulaire	4	1,5
Extra capsulaire	256	98,5
Total	260	100

L'extraction extra capsulaire a dominé notre étude avec 256 cas (98,5%).

Tableau 9 : Répartition des patients selon l'iridectomie.

Etat de l'iris	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Iridectomie périphérique	32	12,3
Aucune	228	87,7
Total	260	100

12,3% de nos patients ont bénéficié une iridectomie périphérique.

Tableau 10 : Répartition des patients selon le nombre de points de suture.

Nombre de point de suture	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
2 points	37	14,2
3 points	223	85,8
Total	260	100

223 patients ont bénéficié 3 points de suture soit une fréquence de 85,8% et 37 patients ont bénéficié 2 points de suture soit 14,2%.

5) Incidents peropératoires :

Tableau 11 : Répartition des patients selon les complications peropératoires.

Complications perop	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Issue du vitré	7	2,7
Iridodialyse	4	1,5
Rupture capsulaire	10	3,8
Masses	3	1,2
Œil mou	1	0,4
Rupture zonulaire	1	0,4
Trou capsulaire	3	1,2

La rupture capsulaire a représenté 10 cas (3,8%) suivie de l'issue du vitré avec 7 cas (2,7%).

6) Suivi postopératoire J1-J4-J15 :

Tableau 12 : Consultation de J1.

Agents	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Ophtalmologue	80	30,8
Assistant médical	180	69,2
Total	260	100

AJ1, 180 patients (69,2%) ont été consultés par les assistants médicaux et 80 patients (30,8%) par le médecin ophtalmologue.

Tableau 13 : Répartition des patients selon les complications à J1.

Type de complications àJ1	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Douleur	107	41,1
OEdème cornéen	79	30,4
Sécrétion	17	6,5
Chemosis	8	3,1
Masses	3	1,2
Hémorragie sous conjonctivale	10	3,8
Autres	6	2,3

Autres : hyperhémie, tyndall, réduction de la profondeur de la chambre antérieure, myosis, œdème palpébral.

À J1, la douleur a représenté 107 cas (41,1%) suivie de l'œdème cornéen avec 79 cas (30,4%), les autres complications n'étaient pas à négliger..

Tableau 14: Répartition des patients selon le traitement à J1.

Traitement	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Maxidrol,	260	100
Atropine	256	98,4
Chibroxine	3	1,2
VitamineB Complexe cp	1	0,4

A J1, tous les patients ont reçu du maxidrol, l'atropine a représenté 256 cas (98,4%), la chibroxine 3cas (1,2%) et la vitamineB un seul cas (0,4%)

Tableau 15 : Consultation de J4.

Agents	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Ophtalmologue	18	6,9
Assistant	242	93,1
Total	260	100

AJ4, 242 patients (93,1%) ont été consultés par les assistants médicaux et 18 patients (6,9%) par le médecin ophtalmologue.

Tableau 16 : Répartition des patients selon les complications à J4

Type de complications àJ4	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Douleur	22	8,5
Œdème cornéen	29	11,1
Sécrétion	19	7,3
Chemosis	5	1,9
Masse	3	1,2
Hémorragie sous conjonctivale	5	1,9
Fibrose capsulaire	6	2,3
Hyphema	3	1,2
Autres	7	2,7

Autres : pupille décentrée, néphélie, tyndall, bietti, myosis, kératite.

A J4, l'œdème cornéen a dominé l'étude avec 29 cas (11,1%) suivi de la douleur 22 cas (8,5%) et de la sécrétion 19 cas (7,3%).

Tableau 17: Répartition des patients selon les complications à J15.

Type de complications	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Sécrétion	21	8,1
Kératite	7	2,7
Œdème cornéen	3	1,2
Masse	3	1,2
fibrose capsulaire	6	2,3
Douleur	6	2,3
Hernie de l'iris	1	0,4
Hyphema	3	1,2
Autres	5	1,9

Autres : rupture de point, ptosis, bietti.

À J15, c'est la sécrétion qui a dominé notre étude avec 21 cas soit une fréquence de 8,1%.

7) Résultats fonctionnels :

Tableau 18 : Répartition des patients selon l'AV sans correction à J60.

Acuité visuelle sans correction	Effectif (N= 260)	Pourcentage (%)
(10 /10-3/10) Bonne	107	41,2
(2/10-1/10) Moyenne	93	35,8
(< 1/10) Mauvaise	60	23
Total	260	100

Sur 260 cas, l'AV bonne sans correction a représenté 107 cas (41,2%), l'AV moyenne sans correction 93 cas (25,8%), l'AV faible sans correction 60 cas (33%).

Tableau 19 : Répartition des patients selon l'AV avec trou sténopéique.

Acuité visuelle avec correction	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Bonne	167	64,2
Moyenne	62	23,8
Mauvaise	30	11,9
Total	260	100

L'AV bonne avec trou sténopéique a représenté 167 cas (64,2%), l'AV moyenne avec correction 62 cas (23,9%) et l'AV faible avec correction 30 cas (11,9%).

Tableau 20: Répartition des patients selon les complications à J60

Type de complications	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Kératite	26	10
Fibrose capsulaire	6	2,3
Dystrophie cornéenne	6	2,3
Douleur	1	0,4
Sécrétion	4	1,6
Uvéites	2	0,8
Persistance de Masses	2	0,8

À J60, la kératite a représenté 26 cas (10%) suivie de la dystrophie cornéenne 6 cas (2,3%).

Tableau 21 : Aspect du javal.

Examen du javal	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Astigmatisme	126	48,4
Sans astigmatisme	12	4,6
Non fait	122	47
Total	260	100

L'astigmatisme a dominé notre étude avec 126 cas soit une fréquence de 48,4%.

Tableau 22 : Répartition des patients selon l'astigmatisme.

Astigmatisme	Effectif (N=126)	Pourcentage (%)
0,75-3	96	76,2
3,05-6	21	16,7
Sup à 6	9	7,1
Total	126	100

Dans plus de 76% des cas, l'astigmatisme était compris entre 0,75-3.

Tableau 23 : Aspects du fond œil.

Examen du fond œil	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Normal	132	50,8
Anormal	87	33,4
Flou	41	15,8
Total	260	100

Le fond œil normal a représenté 132 cas (50,8%), le fond œil anormal 87 cas (33,5%) et le fond œil flou 41 cas (15,7%).

Tableau 24 : Répartition des patients selon les anomalies au fond œil.

Type de complications	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Pâleur papillaire	57	21,9
Chorioidose peripapillaire	7	2,7
Excavation papillaire	7	2,7
Altération de l'épithélium pigmentaire	11	4,2
Autres	5	1,9

Autres : vitré dégénératif, dégénérescence maculaire, œdème maculaire, œdème papillaire.

La pâleur papillaire a représenté 57 cas (21,9%) suivie de l'altération de l'épithélium pigmentaire 11 cas (4,2%).

Tableau 25 : Répartition selon la Satisfaction des patients après l'opération.

Satisfaction du patient à J60	Effectif (N=260)	Pourcentage (%)
Satisfait	232	89,2
Non satisfait	28	10,8
Total	260	100

89,2% de nos patients étaient satisfaits de leurs résultats.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Méthodologie :

Par rapport à l'échantillon, nous avons collecté un nombre bien déterminé=315 interventions de cataracte dont 260 ayant répondu à nos critères d'inclusion de Septembre 2006 à Juin 2007. Cela nous a permis de nous situer par rapport au nombre d'interventions de la cataracte au cours de cette période.

Au cours de ce travail, nous avons rencontré quelques difficultés à savoir : des coupures d'électricité, le mauvais état de la lampe à fente et de l'ophtalmoscope qui ont entraîné la déperdition de quelques patients et un problème de suivi postopératoire.

Nous avons inclus dans notre étude, toute cataracte opérée dans notre période d'étude sans complications préalables du segment antérieur et pouvant être suivie sans difficultés. Cela permet de se faire une idée réelle sur les interventions et les résultats fonctionnels.

Nos résultats font l'objet de quelques commentaires.

Sexe

Les femmes ont représenté plus de la moitié de l'échantillon avec 60,4%

Ce résultat est semblable à ceux de KEITA E [19], DOLO M [5] et de DICKO R [11] qui ont trouvé respectivement 60,7% ; 58,9% et 51,8%.

Ce résultat est différent de celui de GOITA J [8] qui a trouvé 53% d'hommes contre 47% de femmes.

Ali H [13] a trouvé 50% pour chaque sexe.

Age

La tranche d'âge supérieure ou égale à 60 ans était la plus touchée.

Ce résultat concorde avec ceux de Dolo M [7], de Bagayoko S [15] et de Guindo AI [16].

Dicko R [11] a obtenu 51-60 ans comme la tranche d'âge la plus touchée.

Anesthésie

La totalité de nos patients a bénéficié d'une anesthésie loco-regionale et péri bulbaire. L'anesthésie était assurée par les assistants médicaux.

Le résultat de l'anesthésie a été bon dans 83,1% des cas.

Côté opéré

Dans notre étude, l'œil droit a été plus opéré par rapport à l'œil gauche soit 51,2% pour l'œil droit contre 48,8% pour l'œil gauche. Cela n'a pas d'explication scientifique. Ce résultat est différent de celui de Dolo M [7] qui a retrouvé 55,2% pour l'œil gauche.

Type d'incision

Tous nos patients ont bénéficié une incision cornéenne avec 99,6% sauf un seul (0,4%) chez qui on a pratiqué une incision cornéosclérale. Le médecin ophtalmologiste a choisi cette technique opératoire (incision cornéenne) dans le cadre d'une étude comparative entre l'incision cornéenne, l'incision cornéosclérale et la phacoalternative (phaco A) pour améliorer les résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte. Une étude comparative sur les deux autres techniques opératoires (l'incision cornéosclérale et la phacoalternative A) a déjà commencé dans le service d'ophtalmologie de l'HFDK.

Lors de l'ouverture de la chambre antérieure, le site d'incision peut avoir une incidence sur le résultat fonctionnel, une incision trop cornéenne peut modifier la courbure cornéenne, induisant ainsi un astigmatisme. Cela s'explique par le pourcentage élevé d'astigmatisme dans notre étude.

Ces résultats sont différents de ceux de Dicko R [11] qui a retrouvé 97,6% pour l'incision cornéosclérale et 2,4% pour l'incision cornéenne.

Type d'extraction

98,5% de nos patients ont bénéficié d'une extraction extra capsulaire contre 1,5% une extraction intra capsulaire. La majorité de nos malades ont été implantés en chambre postérieure soit 256 patients.

Nombre de points de suture

85,8% des malades ont reçu 3 points de suture contre 14,2% qui ont reçu 2 points de suture. Le nombre de point de suture était en rapport avec le degré d'ouverture cornéenne. En peropératoire, tous nos patients ont reçu une petite ouverture cornéenne pour minimiser le risque d'astigmatisme, donc ne nécessitant pas trop de points de suture. Mais malgré tout cela le nombre d'astigmatisme a été considérable dans notre étude.

Toutes nos sutures ont été faites avec du fil mono filament 10/0.

Incidents peropératoires

Nos résultats ont révélé que la rupture capsulaire et l'issue du vitré viennent en tête des complications peropératoires avec 6,5%.

Nos résultats sont semblables à ceux de Dolo M [7] et de Ali H [13] qui ont trouvé respectivement 6,9% et 4,9%.

Nos résultats sont différents de ceux de Dicko R [11] et de Goita J [8] qui ont eu respectivement 10,6% et 11%.

Une étude réalisée au Burkina par A.Daboue ; ND Méda ; A Ahnoux-Zabsonré ; S Diallo ; A Sanou [10] a retrouvé 3% de rupture capsulaire avec 1.9% de l'issue de vitré.

L'ANAES en 2002 en France [14] a recensé entre 0,0% et 4% de rupture capsulaire et entre 0,0% et 8% d'issue de vitré, sur 29 études colligées à partir d'études rétrospectives réalisées en 1994 par la phacoémulsification.

Une iridectomie périphérique a été pratiquée chez tous les patients présentant en peropératoire une issue de vitré, une rupture capsulaire, une iridodialyse, une rupture zonulaire, un trou capsulaire et les patients avec suspicion d'hypertonie oculaire.

Suivi postopératoire J1-J4-J15

A J1, 69,2% de nos patients ont été consultés par des assistants médicaux car le médecin a effectué beaucoup de déplacements à l'intérieur de la région dans le cadre de la chirurgie avancée de la cataracte. La douleur a dominé les complications avec 41,1% suivie de l'œdème cornéen avec 30,4%. La présence de la douleur à J1 s'explique par des manœuvres intempestives exercées sur le globe en peropératoire.

Nos résultats sont semblables à ceux de Dolo M [7] qui a retrouvé 28,7% d'œdème cornéen. Nos résultats sont de ceux de Dicko R [8] qui a obtenu 60,4% d'œdème de cornée.

Le traitement de base à J1 était du maxidrol et de l'atropine.

Par manque de collyre dilatatoire, nos patients ont été mis sous atropine systématiquement à J1. Un de nos patients était déjà sous vitamine B Complexe bien avant l'intervention, car ce dernier avait présenté une pâleur péripapillaire.

AJ4, 93,1% de nos patients ont été consultés par des assistants médicaux. La douleur et l'œdème cornéen ont beaucoup régressé. C'est la sécrétion avec 7,3% et la fibrose capsulaire avec 2,3% qui ont pris de l'ascendance.

La présence de la sécrétion à J4 s'explique par la mauvaise hygiène mais la fibrose capsulaire est une lésion préexistante et qui a été révélée en peropératoire. Trois (3) de nos patients avec des antécédents de diabète ont présenté de l'hyphema.

Le traitement de base était du maxidrol, de la chibroxine et de la vitamine B.

Tous nos patients présentant des sécrétions ont reçu de la chibroxine et tous ceux qui avaient une pâleur papillaire ont été mis sous vitamine B Complexe.

A J15, la sécrétion et la kératite ont dominé les complications avec respectivement 8% et 2,7%.

La survenue de la kératite à J15 s'explique par des traumatismes sur l'œil opéré mais aussi par la mauvaise hygiène car il faut rappeler que la région de Kayes est une zone sahélo-saharienne très poussiéreuse.

La douleur et la sécrétion ont beaucoup régressé. Nos malades ont reçu comme traitement du maxidrol, chibroxine et vitacic.

A J15, il y a eu reprise des masses mais il faut signaler la persistance des masses dans deux cas.

Résultats fonctionnels :

-Acuité visuelle à J60 :

41,2% de nos patients avaient une acuité visuelle postopératoire sans correction à J60 supérieure ou égale à 3/10^e. Nos résultats sont inférieurs à la norme de l'OMS qui recommande 80%.

Ces résultats concordent avec ceux de Dolo M [7] et Guindo AI [16] qui ont rapporté respectivement 40,84% et 40,2% à l'IOTA.

Ces résultats sont différents de ceux de Dicko R [8] qui a rapporté 14,7% à J14.

Il est important de signaler que des anomalies préexistantes et n'ayant pas pu être diagnostiquées avant l'intervention ont beaucoup influencé nos résultats fonctionnels à savoir : pâleur papillaire, altération de l'épithélium pigmentaire et la chorioidose peri-papillaire.

L'acuité visuelle avec trou stenopéique supérieure ou égale à 3/10^e a été révélée chez 64,2% de nos patients à J60.

Ce résultat est supérieur à celui rapporté par Dolo M [7] 57,74% et est inférieur à ceux rapportés par Keita [19] 74,2% et Guindo AI [16] 88,2%.

Le Lions Club international [18] a rapporté 56% d'acuité visuelle sans correction supérieure ou égale à 3/10^e dans son rapport 2005-2006 à Madagascar.

Les causes de nos mauvais résultats pourraient s'expliquer par la sélection des patients, et la technique opératoire.

-complications à J60

Les complications postopératoires tardives ont été dominées par la kératite 10% et la dystrophie cornéenne 2,3%.L'œdème cornéen et la douleur ont disparu à J60.

Dolo M [7] a retrouvé une disparition de l'œdème cornéen à J60

-Aspect du Javal

48,4% de nos patients avaient une dioptrie supérieure à 0,75 et un axe supérieure à 0 degré. Cela définit l'astigmatisme.

Pendant notre étude, 99,6% de nos patients ont bénéficié une incision cornéenne alors qu'une incision trop cornéenne peut modifier la courbure cornéenne, entraînant ainsi un astigmatisme.

L'astigmatisme le plus représenté est 0,75-3 soit 76,2%.

-Aspect du fond œil

50,8% de nos patients avaient un fond œil normal, 33,5% un fond œil anormal et 15,7% un fond œil flou.

L'aspect flou du fond œil peut être expliqué par des pathologies cornéennes, du vitré ou de la chambre antérieure qui n'ont pas été diagnostiquées par défaut d'examen complémentaire (échographie B)

La pâleur papillaire a été notée dans plus de 21% des cas.

L'altération de l'épithélium pigmentaire a été constatée dans 10,4% des cas.

L'excavation papillaire et la choroïdose peripapillaire ont représenté 5,4%.

Chez Dolo M [7], l'atrophie optique a été notée dans moins de 2% des cas J60, moins de 6% des cas avaient une maculopathie à J30 et l'excavation papillaire avec C/D supérieure à 0,5 a été observée dans 1,4% des cas à J60.

-Traitement à J60

15.4% de nos patients ont reçu un traitement additionnel, cela s'explique par la présence des complications constatées à J60

-Satisfaction des patients

89,2% de nos patients étaient satisfaits de leur vision.

Ce résultat est supérieur à ceux de Dicko R [8] avec 83% et de Dolo M [7] avec 74,45%. Ce résultat est inférieur à ceux de Bagayoko S [15] avec 95% et de Guindo AI [16] avec 92%.

Il est établi qu'en matière de chirurgie de la cataracte, l'acuité visuelle est une mesure peu fiable du gène fonctionnel et de la satisfaction. Certains patients dont l'acuité visuelle a été bien améliorée ne sont pas satisfaits du résultat tandis que d'autres sont très satisfaits en dépit d'une acuité visuelle relativement peu améliorée.

VI- Conclusion et Recommandations

1) Conclusions :

La cataracte est une pathologie cosmopolite dont la prévalence augmente avec l'âge. Elle est la première cause de cécité dans le monde. Elle n'est pas malgré cet état de fait une fatalité, car elle est curable par une chirurgie adéquate. De nos jours, cette chirurgie est devenue une routine et se pratique depuis plus de 10 ans à l'hôpital Fousseni Dao de Kayes.

Dans cette étude, 315 patients ont été opérés de cataracte et 260 ont répondu à nos critères d'inclusion.

Au cours de cette étude prospective, il y avait de femmes que d'hommes avec la majorité des Sarakolés. L'âge de nos patients se situait pour la majorité des cas entre 60 ans et plus.

La technique opératoire utilisée était l'incision cornéenne, l'extraction extra capsulaire avec implant en chambre postérieure. Tous nos patients ont bénéficié une anesthésie peribulbaire, ils ont été bien dilatés dans la majorité des cas et l'akïnésie était présente dans 83,1% des cas. L'œil droit a été plus opéré que l'œil gauche.

Au cours de cette étude, l'extraction extra capsulaire avec implant en chambre postérieure a été utilisée pour la plupart des cas.

L'incident majeur en peropératoire était la rupture capsulaire avec l'issue de vitré.

Les complications postopératoires à J1-J4 et J15 ont été dominées par la douleur et l'œdème de cornée.

En terme de résultat fonctionnel, 41,2% de nos patients avaient une acuité visuelle postopératoire sans correction à J60 supérieure ou égale à 3/10è.

Les complications postopératoires tardives ont été dominées par la kératite et la dystrophie cornéenne.

L'examen du Javal a révélé 48,4% d'astigmatisme.

Au fond œil, La pâleur papillaire, l'altération de l'épithélium pigmentaire, l'excavation papillaire et la choroïdose peripapillaire ont été beaucoup plus représentées.

89,2% de nos patients étaient satisfaits de leur résultat.

L'OMS recommande à tous les chirurgiens de l'œil de suivre leurs propres résultats dans le temps, et d'identifier les causes des mauvais résultats (sélection, opération, corrections séquelles). S'attaquer à ces causes est de nature à améliorer les résultats à venir de la chirurgie de la cataracte.

Le suivi des résultats est une composante essentielle de la formation à la chirurgie de la cataracte.

2-Recommandations :

Compte tenu de l'ampleur de la cataracte dans le monde et plus particulièrement dans les pays à faible revenu, la lutte contre les cécités, particulièrement la cataracte doit mobiliser l'adhésion de tous :

Décideurs politiques, autorités sanitaires, médecins ophtalmologistes, partenaires au développement et malades. C'est pourquoi, afin d'optimiser les résultats fonctionnels, nous recommandons ce qui suit :

-Aux médecins et aux personnels socio sanitaires, de référer toute baisse d'acuité visuelle vers une structure spécialisée pour une meilleure prise en charge.

-Aux décideurs politiques, d'intégrer dans les programmes de santé de volet lutte contre la cataracte, en équipant d'avantage les centres secondaires et en formant plus de médecins ophtalmologistes.

-Aux partenaires au développement, d'appuyer les différents programmes de lutte contre la cataracte en moyens financier et logiste.

-Aux malades, de se faire consulter le plus tôt possible pour toute baisse d'acuité visuelle par un service spécialisé.

-Aux autorités sanitaires et aux ophtalmologistes :

- De promouvoir les campagnes d'IEC sur l'impact socio-économique de la cataracte, son caractère cécitant et la possibilité de se faire opérer dans de bonnes conditions et à peu de frais.
- De développer la stratégie avancée de la cataracte dans toutes les régions du mali.
- D'abandonner les anciennes techniques opératoires (incision cornéenne).
- De suivre leurs propres résultats dans le temps, et d'identifier les causes des mauvais résultats (sélection, opération, corrections séquelles).

- En fin la sensibilisation à travers des bons résultats pour motiver les malades à se faire opérer et éviter la pratique traditionnelle "d'abaissement du cristallin", qui reste encore une réalité au Mali.

Ces tâches, pourraient bénéficier de l'appui du programme national de lutte contre la cécité (PNLC) et de l'IOTA.

VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-MSF : Médecins Sans Frontière Luxembourg projet Mali.

Document électronique : <http://www.msf.lu/projet/mali.ph>.

2-O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé pour la prévention de la cécité. Les différentes causes de la cécité en Afrique Sub-saharienne. Document électronique : site IOTA : www.iotaccge.org/-7k

3-O.M.S.

Prise en de la cataracte par les services de soins de santé primaire
Organisation mondiale de la santé, Genève 1992.

4-OMS. Maladies oculaires prioritaires. Document électronique : <http://www.who.int/blindness/causes/priority/fr/index.html>.

5- Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable. Santé oculaire communautaire, 2004 ; 1 :1

6-Auzemery A.

Santé oculaire communautaire, 2004 ; 1 :1.

7-Dolo M.

Résultats fonctionnels des malades opérés de cataracte par les CES à l'IOTA à propos de 258 cas, mémoire CES ophtalmologie, Bamako 2004.

8- Goïta J.

Etude cout-efficacité des deux stratégies opératoires des cataractes cécitantes dans la région de Mopti au Mali. Thèse de médecine, Bamako 2002 N92.

9- Konaté M.

Rapport d'activités 2006 du service d'ophtalmologie de l'HFDK.

10- A.Daboue ; ND Méda ; A Ahnoux-Zabsonré ; S Diallo ; A Sanou. Complications de l'implantation de cristallin artificiel en chambre postérieure. Médecine d'Afrique noire 2002 49 :4.

11- Dicko R.

Etude de la chirurgie de la cataracte au centre de référence de la commune IV du district de Bamako au Mali. Thèse Med, Bamako 2006 : 75P ; N°250.

12- Recensement général de la population et l'hydraulique 2002, projection 2006.

13- Ali H.

Résultats anatomiques des yeux opérés de cataracte à l'IOTA en 2005 : à propos de 614 cas, mémoire CES ophtalmologie, Bamako 2005.

14- ANAES.

Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. ANAES/Evaluation des technologies/Février 2000.

Document électronique : www.has.santé.fr/anaes.

15- Bagayoko S.

Etude cout-efficacité de la chirurgie de la cataracte dans la région de Mopti à propos de 140 cas , mémoire , CES ophtalmologie , Bamako ; 2001.

16- Guindo AI.

Implantation intraoculaire en zones rurale et urbaine à propos de 204 cas. Mémoire ; C.E.S ophtalmologie 2002.

17 - Diakité M.

Contribution à l' étude de prévalence de la cataracte et du trichiasis trachomateux dans les quartiers de Lassa et sébénikoro du District de Bamako et dans le village de Naréna au Mali. Thèse Med, Bamako 2006 :64P ; N°369.

18 - Lions club international.

Association << lion sight first Madagascar >> 8^{ème} rapport annuel, exercice du 01 juillet 2005-30 Juin 2006, Antananarivo Septembre 2006.

19- Keita. E.

Extraction extra capsulaire avec implant de chambre postérieure en Afrique = 229 cas à l' IOA de Bamako . Thèse médecine , Bamako 1994.

20-Resnikff S, Prévention de la cécité : Nouvelles données et nouveaux défis.

Santé oculaire communautaire. Volume 2, n°1 Août 2005.

21-O.M.S

Utilisation d'implants intraoculaires en chirurgie de la cataracte dans les pays en développement. Rapport d'une consultation de l'O.M.S, Genève 1990.

Les Infrastructures de l'HFDK :

La structure de HFD est composée de :

Un (1) bloc administratif et financier ;

Un (1) bloc pour la médecine avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de vingt huit (28) lits ;

Un (1) bloc pour le service de gynécologie et obstétrique avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de vingt (20) lits ;

Un (1) bloc pour l'urologie avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de quatorze (14) lits ;

Un (1) bloc pour la pédiatrie avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de quatorze (14) lits ;

Un (1) bloc pour la chirurgie avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de quatorze (14) lits ;

Un (1) bloc pour le laboratoire et la pharmacie

Un (1) bloc pour l'ophtalmologie avec une capacité de huit (8) lits ;

Un (1) bloc pour la dermatologie ;

Un (1) bloc pour la buanderie ;

Deux (2) blocs d'hospitalisation VIP avec une capacité de dix (10) lits chacun ;

Un (1) bloc pour les urgences et soins intensifs avec une capacité de huit (8) lits ;

Neuf logements d'astreintes ;

Un (1) bloc pour l'odontostomatologie ;

Un (1) bloc d'ORL ;

Le service de radiologie incorporé au bloc chirurgical, le service social est logé dans le bloc administratif ;

Un (1) centre pour la formation continue ;

L'institut national de formation en science de la santé qui se trouve derrière le centre ;

Une morgue.

Les Moyens logistiques :

L'hôpital dispose :

Trois (3) ambulances ;

Deux (2) motos Yamaha 100 ;

Une (1) Toyota Hi lux double cabines en épave.

Une Toyota Mitsubishi double cabines en épave

Le personnel :

Le personnel de l'HFDK est composé de :

Un Médecin Directeur Général ;

Un adjoint du Médecin Directeur Général ;

Deux (2) médecins généralistes ;

Deux (2) chirurgiens généralistes ;

Un (1) pédiatre ;

Deux (2) pharmaciens ;

Un (1) dermatologue ;

Une (1) anesthésiste réanimatrice ;

Un (1) ophtalmologue ;

Un (1) dentiste ;

Quatre (4) techniciens supérieurs de laboratoire et de pharmacie ;

Deux (2) techniciens laboratoire et de pharmacie ;

Neuf (9) techniciens supérieurs de santé ;

Sept (7) techniciens de santé ;

Cinq (5) techniques de santé ;

Un (1) technicien supérieur de radiologie ;

Un (1) technicien de radiologie ;

Un (1) assistant médical de radiologie ;

Trois (3) sages-femmes ;

Six (6) techniciennes obstétriciennes ;

Dix (10) matrones ;

Deux (2) assistants médicaux d'anesthésie ;

Deux (2) assistants médicaux d'ophtalmologie ;

Un (1) assistant médical de kinésithérapie ;

Un (1) assistant médical de santé publique ;
Un (1) technicien supérieur en ORL ;
Un (1) technicien supérieur en hygiène et assainissement ;
Trois (3) aides-soignants ;
Un (1) technicien supérieur de gestion ;
Un (1) technicien supérieur de trésor ;
Deux (2) comptables ;
Un (1) cuisinier ;
Huit (8) manœuvres ;
Trois (3) chauffeurs ;
Un (1) électricien.

En plus on signale la présence de l'équipe cubaine qui vient appuyer le personnel de l'hôpital.

Les Activités et Missions :

Actuellement l'HFD de Kayes assure des activités de premier niveau et de référence de deuxième niveau. Il s'agit de :

Consultation externe ;
Consultation prénatale ;
Accouchements ;
Suivi des malades hospitalisés ;
Interventions chirurgicales ;
Activités de laboratoire, de radiologie ; d'ophtalmologie ; de stomatologie.

Le service d'ophtalmologie :

Les locaux :

Le service d'ophtalmologie de l'HFDK est dirigé par un médecin spécialiste en ophtalmologie.

Le service est situé à l'Ouest de l'Hôpital. Il est constitué d'un bâtiment en étage et d'une toilette externe.

Le bâtiment est composé, au premier étage de deux logements : un logement pour le chef de service de l'ophtalmologie, et un logement pour le chirurgien viscéral de l'hôpital.

Le réz de chaussée constitue le service d'ophtalmologie qui est composé de :

Un (1) bureau pour le médecin ;
Une (1) salle de consultation ;
Un (1) bloc opératoire ;
Une (1) salle de soins (petite chirurgie) ;
Deux (2) salles d'hospitalisation avec une capacité de huit (8) lits ;
Un (1) magasin et une terrasse à la façade.

Le personnel :

Le personnel est constitué d'un médecin, de deux (3) assistants médicaux en ophtalmologie et d'un manoeuvre.

Le mobilier :

Il est composé de :
Deux (2) bureaux ;
Deux (2) tables de pansement ;
Trois (3) tables d'instrument ;
Trois (3) tabourets roulants ;
Quatre (4) tabourets en fer ;
Deux (2) fauteuils ;
Huit (8) armoires ;
Une (1) chaise roulante ;
Une (1) chaise métallique ;
Sept (7) bancs d'attente ;
Deux (2) chariots à deux étages ;
Huit (8) lits et matelas ;
Une (1) potence ;
Un (1) escabeau.

Le matériel de consultation :

Le matériel de consultation du service d'ophtalmologie de l'HFDK est composé :

Une (1) lampe à fente (marque européenne SBISA) en mauvais état ;
Un (1) javal ;
Trois (3) scialytiques ;
Un (1) ophtalmoscope non fonctionnel actuellement ;

Un (1) skiascope ;
Deux (2) optotypes ;
Une (1) boîte de réfraction ;
Un (1) frontofocomètre ;
Une (1) loupe binoculaire ;
Une (1) boîte à corps étranger ;
Un tensiomètre,
Deux parinauds

Le matériel chirurgical :

Le matériel chirurgical est composé de :

Un microscope opératoire (marque Caps) ;
Un thermocauter ;
Quatre (4) boîtes à cataracte ;
Deux (2) boîtes à chalazion ;
Deux boîtes à trichiasis ;
Deux boîtes à éviscération ;
Deux boîtes à ablation des fils ;
Une boîte à bléphorostase ;
Deux boîtes à voie lacrymale ;
Deux boîtes à ventouse ;
Une boîte à blouse de chirurgie ;
Trois boîtes à champs ;
Une boîte à draps
Une boîte à éponge
Une boîte à lame ;
Une lampe à alcool ;
Deux pinces à servir ;
Trois haricots.

Possibilité de stérilisation :

Les instruments sont stérilisés au poupinel. Après utilisation, ils sont d'abord trempés à l'eau de javel pendant quinze minutes, lavés au savon puis

rincés à l'eau potable et séchés. Ils sont mis au poupinel pour une durée de quatre vingt dix minutes à 160°. Il existe trois poupinels dont un fonctionnel. La stérilisation du micro opératoire est faite avec des comprimés de formol. Pour les champs et les blouses la stérilisation se fait à l'autoclave dans le bloc opératoire de l'hôpital.

FICHE D'ENQUETE

Nom		Age	
Prénom		Sexe	
Ethnie			
N° d'identification du patient			□□
Date de l'acte chirurgicale		/ / / /	
Œil opéré (Droit=1, Gauche=2)			□
Anesthésie : (rétro bulbaire=1 péri bulbaire=2)			□
Résultat excellent=1 bon=2 médiocre=3 mauvais (patient agité)=4			□
Dilatation pupillaire (Bonne =1 modérée=2 absente=3)			□
Technique chirurgicale :			
Incision (cornéenne=1 cornéosclerale=2)			□
Extraction intra capsulaire=1 Extraction extra capsulaire=2			□
Iridectomie (aucune=0 périphérique =1 sectorielle=2)			□
Matériau de suture (mono filament=1 soie vierge=2)			□
Nombre de point de suture			□
Complications peropératoires (O/N)			□
Hyphema			□
Effacement de la CA			□
Hernie de l'iris			□
Issue du vitré			□
Iridodialyse			□
Déformation pupillaire			□
Hémorragie expulsive			□
Rupture capsulaire			□
Persistance de masse			□
Autres, spécifier			□

Date Examineur	J1	J3
Une de ces complications existe-t-elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui cochez		
-douleur importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Oèdeme palpébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-chemosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hématome sous conjonctival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ulcère cornéen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hypopion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hyphema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hernie de l'iris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Capture irienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Seidel spontané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Rupture de points	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Réduction de la profondeur de la CA (modérée=1 ; moyenne =2; athalamie= 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hémorragie du vitré		
Autres		
-préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Traitement		

Date Examineur	J45		J60	
	Exam : Date	Exam :	Exam :	Date
	O D	OG	OD	OG
AV Sans correction (de 1 à 10 /10= 1 à 10) CLD3 m11 ; CLD 1m=12 PL=13 ; PPL= 14 AV avec correction: Correction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Astigmatisme (axe/dioptries)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
-Tonus Non prise=88, imprenable=99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe t-il une des complications Suivantes :(O/N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Conjonctives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Kératite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hypopion ou endophtalmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-uvéite aigue ou chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hyphema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hernie de l'iris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-CA diminué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Opacification capsulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Persistante de masses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Déplacement implant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bloc pupillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Phtise du globe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Rupture de points	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Seidel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, spécifier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
.....				

	J45		J60	
	O D	OG	OD	OG
Fond œil (ophtalmoscopie directe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visible (O/N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normal (O/N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œdème maculaire cystoïde suspecté				
Autre lésion maculaire (O/N)				
Si oui spécifier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papille : (Normal=1, Anormale=2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si anormale spécifier				
Autre lésion (O/N)				
Si oui spécifier.....				
Traitement en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de traitement=0				
Traitement habituel=1				
Si traitement additionnel, spécifier				

Fiche signalétique :

Nom : DANTE

Prénom : MAMADOU LAMINE

Pays d'origine : MALI

Année de soutenance : 2007-2008

Ville : Bamako

Titre : Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte dans le Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Fousseni Daou de Kayes.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : ophtalmologie, chirurgie.

Adresse E.mail : DAMA79@yahoo.fr.

Résumé :

Notre étude se passe dans le service d'ophtalmologie de l'HFDK.

Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur les résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte. Elle a porté sur 260 patients. La totalité de nos patients ont été opérée sous anesthésie locorégionale et péri bulbaire. L'œil droit a été plus opéré par rapport à l'œil gauche. La technique chirurgicale la plus utilisée a été l'incision cornéenne avec extraction extra capsulaire.

Pour la plupart, nos patients ont été implantés en chambre postérieure sans calcul préalable de la puissance d'implant à cause du manque d'échographie dans le service.

En per-opératoire, nous avons rencontré des complications dont les principales ont été la rupture capsulaire et l'issue de vitré. Au cours du suivi post-opératoire, nous avons enregistré des complications à toutes les étapes de ce suivi : en post-opératoire précoce, les complications ont été par la douleur et l'œdème cornéen ; à moyen terme, la sécrétion a dominé les complications et dans la période post-opératoire tardive la kératite a dominé les complications.

Pour la plupart, toutes ces complications ont eu une évolution favorable. En ce concerne le résultat fonctionnel de nos opérés, 41,2 % avaient une acuité normale selon l'OMS lors de la mesure de leur dernière acuité visuelle.

Mots clés : résultats, fonctionnels, chirurgie, cataracte.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE.