

MINISTERE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Faculté de Médecine, de Pharmacie  
Et d'Odontostomatologie

République du Mali  
Un Peuple - Un But - Une Foi



Thèse  
N°.....

TITRE:

*Le Glaucome Primitif à Angle  
Ouvert : Observance du Traitement  
de Décembre 2007 à Novembre  
2008 à  
L'IOTA*

Présentée et soutenue publiquement le 21/08/2010  
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie  
Par

**Mme DEMBELE Fatoumata KOITA**

Pour obtenir le grade de Docteur en MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

**JURY**

Président : Professeur ABDOULAYE DIALLO

Membre : Docteur SIDIBE FATOUMATA KONANDJI

Codirecteur : Docteur LAMINE TRAORE

Directeur de thèse : Professeur TRAORE JEANNETTE THOMAS

*DEDICACES*  
*ET*  
*REMERCIEMENTS*

## DEDICACES

« Louange à **Dieu**, grâce à Ses bienfaits, les bonnes œuvres s'accomplissent ».

Je dédie ce travail à :

Mon père : **Tidiane KOÏTA** :

Tes conseils, ton soutien moral et matériel, ne m'ont jamais fait défaut ; tu n'as cessé de me répéter que seul le travail paye.  
Par ce travail, je crois avoir atteint en partie tes objectifs et surtout soulagé tes inquiétudes.

Ma mère **Aminata DRABA** :

Pour les sacrifices qu'elle a fait pour le meilleur devenir de ses enfants ; ce travail est le témoignage d'une indéfectible affection, que Dieu te donne longue vie.

Mon mari : **Dr Adama Bourama DEMBELE** :

Pour le soutien et le courage dont il a fait montre durant ce long parcours ;  
Mon chéri partage avec moi toutes les joies en ce jour solennel car ce travail est le tien.

Mes enfants : **Fatoumata, Mohamed et Tidiane DEMBELE** :

Je garde espoir que vous ferez mieux que moi.

## REMERCIEMENTS

*J'Adresse mes sincères remerciements :*

**A mes Tantes :** *Bako Diabaté, Youma Guissé, Yacine Traoré, Nagnini Kanté.*

*Pour vos conseils.*

**A mes Tontons :** *Adama Koïta, Issa Traoré, Bourama Koïta, Tidiane Draba.*

*Pour votre soutien.*

**A ma grand-mère :** *Feue Aminata Daffé.*

*Pour tes sages conseils et bénédictions. Que ton âme repose en paix. Amen*

**A mon grand-père :** *Feu Sory Ibrahim Koïta.*

*Que Dieu t'accorde Sa grâce.*

**A mes frères et sœurs :** *Mohamed Koïta, Mariam Koïta, Sory Ibrahim Koïta, Lassana Koïta, Sitan Founè Koïta, Sirifi Moussa Koïta, Cheik Oumar Koïta, Boubacar Koïta, Fousseyni Koïta, Alassane Koïta, Beydi Koïta, Mohamed El Béchir Koïta.*

*Je vous souhaite bonne santé, bonheur et réussite ; que Dieu vous donne une longue vie.*

**A la famille Dembélé à San :** *particulièrement à Bourama Dembélé, Mamou Coulibaly, Korotimi Dembélé, Djeneba Dembélé, Hawa Dembélé, Lamine Dembélé, Mariam Dembélé, Mamoutou Dembélé, Fatoumata, Ami Dembélé, Alima Dembélé.*

*Durant ce travail j'ai bénéficié de vos encouragements et de vos conseils ; retrouvez ici toute ma reconnaissance.*

*A Dr Hamidou Coulibaly et sa femme Dr Coulibaly Tenin Sanogo ;*

*A Sory Ouane et sa femme Ramata Ouane ;*

*A Dr Mamadou Ouane ;*

*A Adama Koïta et sa femme Niaga Sissoko ;  
A Sory Silimana et sa famille,  
A Sidi Ibrahim Djiré et sa femme Bintou Koné ;  
A Madou Diarra et sa femme Djeneba Traoré ;  
A Dr Oumar Sangho et sa femme Mariam Sangho ;  
A Dr Lassine Keïta et sa femme Bintou Tall ;  
A Dr Lazare Coulibaly et sa femme feu Marie Jeanne Traoré ;  
A Dr Daouda Bekaye Traoré et sa femme Baradji Diallo;  
A Dr Mamadou M Traoré dit Seyba ;  
A Dr Mamadou Togo et famille,  
A Bourama Coulibaly et sa femme Madiè Coulibaly,  
A Souleymane Coulibaly dit Papa,*

*A mes collègues internes de l'IOTA ; Salifou Satao, Thierno Nadio,  
Ibrahim Dem, Moussa Diawara, Abdoulaye Ballo, Yacouba Ballo,  
A tout le personnel de l'IOTA,  
Pour atmosphère familiale que vous m'avez offerte durant ce  
travail.*

*A Dr Amadou Mariko, Chirurgien urologue, à l'hôpital Gabriel Touré  
à la retraite ;  
A Dr Zanafon Ouattara, Chirurgien urologue Andrologue à l'hôpital  
Gabriel Touré ;  
A Dr Sow Youssouf et famille,  
A tout le personnel du service d'Urologie de l'hôpital Gabriel Touré,  
Pour leur soutien indéfectible.*

**REMERCIEMENT AUX MEMBRES DU JURY :**

✓ **A** notre maître et président du jury :

**Professeur Abdoulaye DIALLO,**

**Médecin colonel Ophtalmologiste à l'IOTA ;**

**Maître de conférence agrégé;**

**Directeur Général de l'IOTA ;**

Merci pour la spontanéité avec laquelle vous avez acceptez de présider ce jury de thèse. C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites. C'est ici l'occasion pour nous de vous rendre hommage, vous dire combien nous sommes heureux de vous avoir parmi nous. Cela témoigne encore une fois de plus l'importance que vous attachez à la formation.

Trouver ici, notre sincère admiration et notre haute reconnaissance.

✓ **A** notre maître et membre du Jury :

**Docteur SIDIBE Fatoumata Konandji,**

**Medécin colonel Ophtalmologiste au CHU IOTA,**

**Maître assistant clinique au CHU IOTA ,**

**Responsable de la formation paramédicale,**

Cher maître c'est un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme membre du jury, nous savons l'interet que vous portez à la maladie du glaucome,

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

✓ **A** notre maître et Directeur de thèse :

**Professeur Traoré Jeannette Thomas**

**Ophthalmologiste à CHU IOTA**

**Maître de conférence à la FMPOS**

**Responsable de la Formation au CHU IOTA**

Chère maître, les mots me manquent pour vous remercier. La spontanéité avec laquelle vous aviez accepté de siéger dans ce jury, malgré vos multiples occupations, marque tout l'intérêt que vous accordez à ce thème. Votre compétence, votre disponibilité, votre grande simplicité et surtout votre bonté naturelle associée à votre qualité de formatrice nous ont beaucoup séduit. C'est l'occasion ici de vous dire infiniment merci et croyez en notre reconnaissance et notre grande admiration.

✓ **A** notre maître et Codirecteur de thèse :

**Docteur TRAORE Lamine,**

**Médecin ophtalmologiste à l'IOTA,**

**Maître assistant à la FMPOS,**

**Responsable du département de recherche et de la santé publique à l'IOTA,**

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

Cher maître, c'est une fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves et nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Votre aimabilité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations malgré vos occupations, l'intérêt que vous portez pour la recherche, votre attachement à la lutte contre les affections oculaires fait de vous un ophtalmologiste remarquable.

Vos critiques et vos suggestions ont largement contribué à renforcer la qualité de notre travail.

C'est l'occasion ici de vous dire cher maitre merci et croyez en notre grande admiration.



## LISTE DES ABREVIATIONS

AV: Acuité Visuelle

A.I.C: Angle irido-cornéen

CV: Champ Visuel

FO: Fond œil

GPAO: Glaucome primitif à angle ouvert

HA: Humeur aqueuse

IOTA: Institut d'ophtalmologie Tropicale de l'Afrique

IAC: Inhibiteur de l'anhydrase carbonique

OD: Œil droit

OG : Œil gauche

PIO: Pression intraoculaire

Pg: Analogues des prostaglandines.

HGT : hôpital Gabriel Touré

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
OBJECTIFS DE L'ETUDES.....	11
GENERALITES.....	12
I-Rappels Anatomophysiologiques.....	12
II-Le Glaucome Primitif a Angle Ouvert (GPAO).....	14
1-Etude clinique.....	14
2-Epidemiologie et facteurs de risque.....	14
3-Formes cliniques.....	17
4-Thérapeutique.....	19
5-Observance thérapeutique.....	22
METHODOLOGIE.....	24
1-Type d'étude.....	24
2-Période d'étude.....	24
3- Echantillonnage.....	24
4- Méthode.....	24
5- Connaissance de la maladie.....	25
6- L'observance.....	25
7- La satisfaction.....	25
RESULTATS.....	27
1. description de l'échantillon.....	27
a)-Caractéristiques sociodémographiques.....	27
b) aspects cliniques.....	32
c) Aspects thérapeutiques.....	42
d) Connaissance et information sur la maladie.....	44
e) Observance au traitement.....	45
f) Les causes de non observance.....	46
2) Etudes analytiques.....	46
a) Observance et âge.....	46
b) Observance et sexe.....	47
c) Observance et niveau d'instruction.....	47
d) Observance et provenance des patients.....	48
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	49
CONCLUSION ET RECOMMADATIONS.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57
FICHE D'ENQUETE.....	62

*INTRODUCTION*

*OBJECTIFS*

## INTRODUCTION

Le glaucome primitif à angle ouvert se définit par une neuropathie optique antérieure d'évolution chronique et progressive. Il est généralement associé à une hypertension oculaire et est caractérisé par des altérations périmétriques et un élargissement de l'excauation papillaire par perte progressive des fibres optiques évoluant vers la cécité si non traité [1].

C'est la forme la plus fréquente du glaucome chez nous;

Il survient généralement après 40 ans et représente 80 à 90% des cas de glaucome.

Dans le monde le nombre de personnes atteintes de glaucome était estimé en l'an 2000 à environ 67 millions [4].

L'O M S estime à 4.5 millions le nombre de cas de cécités attribuables au glaucome soit 12% de tous les cas de cécité ce qui en fait la forme la plus fréquente de cécité irréversible.

Dans certains pays comme la Mongolie ; ce pourcentage atteint 35% des cas de cécité [3].

En France le GPAO touche environ 800.000 personnes [4] ; au Cameroun sa prévalence est de 4.5% de la population ; à Bamako elle atteint 4.42% des sujets de plus de 40 ans [19]. En effet le glaucome chronique est une maladie grave posant un véritable problème de santé publique aux pays en développement.

Cette maladie qui peut conduire à la cécité si elle n'est pas traitée est redoutable car elle ne provoque pas de douleur ni de baisse de l'acuité visuelle au début. On estime qu'un patient sur 2 ne sait pas qu'il a le glaucome.

Les lésions sont irréversibles une fois qu'elles sont constituées ; c'est souligner la nécessité d'un dépistage précoce que seul un examen auprès d'un ophtalmologiste permet d'assurer [4].

C'est dire également que la prise en charge du glaucome chronique repose sur le dépistage et la mise en œuvre d'un traitement approprié visant à abaisser la pression intraoculaire.

Ce traitement instauré avant l'installation des signes cliniques invalidants est à vie, contraignant et souvent mal suivi par les patients.

Le traitement médical en première intention reste la solution dans un grand nombre de cas ; sa réussite dépendra en grande partie de l'observance thérapeutique, adéquation entre le comportement du patient, la prise des médicaments et suivi des conseils et la prescription du médecin.

L'étude de ce comportement complexe a eu un regain d'intérêt ces dernières années ; les auteurs américains considèrent la non observance comme « le problème le plus sérieux auquel la pratique médicale est confronté » [5].

Le suivi et l'évaluation du résultat du traitement chez les glaucomateux sont relativement peu étudiés dans nos contrées. C'est ce qui a motivé ce présent travail. Pour atteindre ce but nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **Objectif général :**

Evaluer l'observance du traitement des patients atteints de glaucome primitif à angle ouvert.

## **Objectifs spécifiques :**

- 1- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des glaucomateux ;
- 2- Evaluer le niveau de connaissance des patients sur la maladie ;
- 3- Evaluer le résultat du traitement ;
- 4- Déterminer les facteurs qui influent sur l'observance du traitement.

*GENERALITES*

## **GENERALITES**

### **I- RAPPELS ANATOMOPHYSIOLOGIQUES : [1]**

L'humeur aqueuse est secrétée par les procès ciliaires ; elle est déversée dans la chambre postérieure située entre le cristallin et la face postérieure de l'iris ; puis elle gagne la chambre antérieure en passant par l'orifice pupillaire. Son excrétion se fait principalement au niveau de l'angle iridocornéen.

L'angle iridocornéen correspond à la partie interne de la jonction cornéosclérale. Son sommet est émoussé par la présence du muscle ciliaire sa paroi antéroexterne est composée de l'anneau de Schwalbe qui est une condensation de la membrane de Descemet, du septum scléral (lèvre postérieure de la rainure sclérale), la gouttière sclérale où loge le canal de Schlemm et l'éperon scléral qui sert d'insertion aux fibres longitudinales du muscle ciliaire. La paroi postéro interne de l'angle iridocornéen correspond à l'insertion de l'iris sur le corps ciliaire. L'AIC est tapissé par un tissu conjonctif lâche lacunaire appelé trabéculum qui constitue une véritable fibre biologique de l'humeur aqueuse, il est composé de 3 couches histologiques de géométrie différente : le trabéculum uvéal le plus interne, le trabéculum cornéoscléral et le trabéculum cribiforme qui est en contact avec le mur interne du canal de schlemm.

L'humeur aqueuse filtrée par le trabéculum est collectée dans le canal de Schlemm, puis gagne les canaux collecteurs situés sur le mur postérieur du canal de schlemm, qui se continue par les veines aqueuses lesquelles se déversent dans les veines épi sclérales. Ainsi l'humeur aqueuse rejoint la circulation sanguine.



La papille ou tête du nerf est située au pôle postérieur de l'œil en nasale de la macula, elle est formée par la convergence des fibres optiques provenant de toute la rétine.

Ces fibres forment au niveau de la papille un anneau appelé neurorétinien centré par une dépression appelée excavation papillaire qui s'élargie dans le glaucome .La vascularisation de la tête du nerf optique est assurée par de petites branches de l'artère centrale de la rétine et des branches des artères ciliaires postérieures. Le volume total de l'humeur aqueuse est de 1,25ml. Son débit de sécrétion est d'environ 2µl/min. Elle est composée de 99% d'eau, pauvre en protéines, les électrolytes sont les mêmes que dans le sérum (sang) mais à des concentrations différentes.

La circulation de l'humeur aqueuse est le facteur principal de la pression oculaire. Cette dernière est égale au débit de sécrétion de l' H.A (F) plus la pression dans les veines épisclérales (Pv) sur l'inverse de la résistance à l'écoulement de H.A(C). [1]

$$P_o = \frac{F+P_v}{C}$$

Le débit de sécrétion de H.A joue un rôle important dans le tonus. En effet toute augmentation de sécrétion de l' H.A, entraîne une hypertonie oculaire et inversement.

La pression veineuse épisclérale conditionne la pression d'écoulement de l'H.A ; ainsi, toute gêne au retour veineux oculaire (ex. compression par tumeur orbitaire) s'accompagne d'une augmentation de la pression dans les veines épisclérales et d'une hypertonie oculaire.

La résistance à l'écoulement de H.A se situe au niveau de l'angle iridocornéen particulièrement le trabéculum et le canal de Schlemm .Donc, tout obstacle à ce niveau entraîne une hypertonie oculaire. [1]

La pression de perfusion de la tête du nerf optique dépend directement de la pression intraoculaire. Au-delà d'une certaine pression, la papille n'est plus perfusée, ce qui explique en partie les lésions glaucomateuses de l'hypertonie oculaire.

La pression intraoculaire normale statistiquement varie de 8 à 21 mmHg avec un pic vers 14-15 mmHg.

## **II- Le glaucome primitif à angle ouvert (GPAO) : [1]**

C'est la forme la plus fréquente du glaucome. L'hypertonie oculaire est quasi constante, elle est due à l'augmentation de la résistance à l'écoulement de l'humeur aqueuse qui siège au niveau du trabéculum et du mur interne du canal de Schlemm et dont l'étiologie est très inconnue.

D'évolution insidieuse, GPAO entraîne une altération progressive des fibres optiques évoluant vers la cécité à l'absence de traitement.

### **1-Epidémiologie et facteurs de risque :**

Le GPAO représente 50 à 70% de tous les glaucomes. Il survient surtout chez les sujets de plus de 40 ans. Le rôle de l'hérédité dans la survenue du GPAO est indiscutable. En effet, la maladie est 15 fois plus fréquente chez les sujets dont les parents proches sont glaucomateux [1]. Certaines affections constituent des facteurs de risque de survenue de la maladie c'est le cas de la myopie du diabète et des maladies vasculaires.

### **2- Etude clinique : [1]**

#### **a- Les signes fonctionnels :**

Le GPAO évolue à bas bruit, il est rare que le patient se plaigne de brouillard visuel intermittent, de douleurs oculaires vagues, de céphalées chroniques. Les symptômes ne deviennent parlants qu'après développement des altérations importantes du champ visuel ou quand le point de fixation est touché.

#### **b- Signes d'examen : [1]**

La prise du tonus au tonomètre de Goldman trouve souvent un tonus élevé (supérieur à 21 mm Hg). Il faut réaliser plusieurs prises car le tonus oculaire est variable durant la journée.

L'examen du fond d'œil et surtout de la papille apprécie l'aspect de l'anneau neuro-rétinien et l'excavation papillaire. On quantifie le degré d'altération de la papille sur le diamètre de l'excavation.

En cas de glaucome ce rapport augmente jusqu'au stade d'excavation totale où il ne reste plus d'anneau neurorétinien (supérieur à 9/10).

Il existe en plus un rejet nasal des vaisseaux centraux de la rétine qui sont normalement dirigés vers le côté temporal.

Des photographies de la papille seront réalisées pour suivre l'évolution de l'excavation surtout chez les jeunes.

La gonioscopie montre un angle ouvert (plus de 2 éléments sont visibles).

Les altérations du champ visuel apparaissent après un certain temps d'évolution de la maladie. La réalisation du champ visuel nécessite la coopération du patient. On préfère le champ visuel automatisé qui est plus sensible et permet un suivi plus fiable de l'évolution de la maladie. Au début on peut avoir une diminution générale de la sensibilité, puis apparition des scotomes dont l'aspect et l'étendue est variable selon le stade. Lorsque les scotomes atteignent le point de fixation (macula), l'acuité visuelle chute.

### **c- Les éléments de diagnostic : [5]**

⇒ Excavation de la papille : [5]

Les modifications papillaires sont des signes constatés au cours du glaucome. La papille excavée est creusée en son centre par raréfaction progressive des fibres nerveuses qui forment le nerf optique. On observe :

- 🚦 Au stade de début : un accroissement de la pente de l'excavation physiologique. Les bords deviennent abrupts, en particulier sur son bord temporal.
- 🚦 Au stade évolué : l'excavation est nette, ses bords sont abrupts sur toute la circonférence. Les vaisseaux centraux sont rejetés en nasal, le fond de la papille est pale. Le rapport cup /disc de la papille est augmenté par rapport au début l'affection.
- 🚦 D'autres éléments doivent être recherchés : présence d'hémorragies papillaires, asymétrie de l'excavation entre les deux yeux, une atrophie péri papillaire, une sclérose choroïdienne et une pâleur de l'anneau neurorétinien.

⇒ Champ visuel : [5]

Au cours du glaucome, les altérations du champ visuel peuvent être de plusieurs types : modification de la tache aveugle allongement : scotome relatif ou absolu, exclusion de la tache aveugle, dépression diffuse ;

✚ Déficits fasciculaires :

Para centraux, arciformes,

- marche nasal,

- déficit temporel en secteur,

✚ Déficits avancés : tubulaires au centre +/- champ temporel.

✚ Angle iridocornéen : [5]

L'angle iridocornéen est évalué par la gonioscopie, à l'aide du verre à trois miroirs ou l'utilisation d'un verre à gonioscopie. Dans le glaucome chronique à angle ouvert, par définition et par opposition au glaucome par fermeture de l'angle, l'angle iridocornéen est ouvert.

⇒ A noter qu'il existe d'authentique GPAO avec une PIO normale.

### **3-Formes cliniques : [1]**

#### **a-Glaucome à pression normale :**

On y retrouve l'atteinte du nerf optique et les altérations du champ visuel similaires à celle du GPAO, mais le tonus oculaire est toujours normal (inférieur à 20 mmhg). Il serait dû à un trouble de perfusion de la tête du nerf optique.

#### **b-Glaucome pigmentaire :**

C'est un glaucome à angle ouvert dû à l'obstruction du trabéculum par les pigments mélaniques qui sont libérés de façon anormale dans l'HA. Les pigments proviennent de la face postérieure de l'iris qui frotte la périphérie avec les fibres zonulaires chez des patients myopes forts. Ce glaucome s'améliore avec l'âge du fait de l'augmentation de volume du cristallin qui pousse vers l'avant l'iris et l'éloigne des fibres zonulaires.

#### **c- Glaucome exfoliatif :**

C'est un glaucome à angle ouvert associé au syndrome exfoliatif. Il est dû à des altérations trabéculaires et à l'obstruction du trabéculum par le matériel exfoliatif qui se détache de la face antérieure du cristallin.

#### **d- Glaucome juvénile : [22]**

Il survient avant 20 ans, parfois très précocement vers l'âge de 4 ans. Il a les mêmes caractères que le glaucome chronique de l'adulte. Il est souvent familial et n'a aucune corrélation avec le glaucome congénital. Son évolution est rapide et sévère.

Il est responsable de mauvaise vision, voire de cécité. Le traitement est difficile.

### **e -Glaucome du sujet myope,**

#### **4-Thérapeutique :**

Le but du traitement est d'abaisser durablement le tonus oculaire. Ce traitement stabilise la maladie mais ne permet pas la régression des lésions déjà installées.

#### **a) les moyens pharmaceutiques :**

Il existe des médicaments hypotonisants qui agissent en réduisant la sécrétion d'humeur aqueuse et/ou en facilitant son excrétion.

IL s'agit des bêtabloquants (timolol, bétaxolol...), des inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (acétazolamide), des alpha agonistes (apraclonidine) , myotiques (pilocarpine), adrénaline et équivalents et les prostaglandines (latanoprost).[1]

#### *Les bêtabloquants :*

Il s'agit de la classe thérapeutique la plus ancienne et sans doute la plus prescrite chez nous en première intention dans le cadre du traitement de glaucome primitif à angle ouvert.

Les collyres bêtabloquants agissent en diminuant la sécrétion active de l'HA par les cellules claires de l'épithélium ciliaire. Ils bloquent précisément l'action de l'enzyme adénylate-cyclase membranaire.

Les bêtabloquants s'emploient une ou deux fois par jour ; ils n'ont d'effets ni sur la pupille ni sur le muscle ciliaire ; d'où une excellente tolérance. Mais il faut en connaître les contre indications et effets secondaires des bêtabloquants chez l'asthmatique et dans les bradycardies. [5]

#### *Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique :*

Ils inhibent la production de l'humeur aqueuse. Le plus utilisé est l'acétazolamide (diamox) en comprimé de 250mg sa durée d'action est de 6heures environ.

Les effets secondaires sont importants : paresthésie, polyurie, amaigrissement, parfois diarrhée, agranulocytose.

#### ✚ *Les agonistes alpha-adrénergiques : [22]*

Ils diminuent la sécrétion de l'humeur aqueuse initialement, puis augmentent l'excrétion secondairement.

Les effets secondaires systémiques sont hypertension la tachycardie, l'arythmie.

Localement ils provoquent des céphalées, mydriases modérées des dépôts adénochromes, blépharoconjonctivite allergique, l'hyperhémie.

#### ✚ *Les myotiques : [5]*

Qu'il s'agisse de la pilocarpine ou du carbachol, ces molécules cholinergiques ont un mécanisme d'action complexe, abaissant la pression intraoculaire principalement en augmentant l'excrétion de l'humeur aqueuse.

Parmi les effets secondaires des myotiques il faut noter les céphalées en début du traitement ; les douleurs par spasme ciliaire la myopie induite, le décollement de rétine.

#### ✚ *Les analogues des prostaglandines : [5]*

Les prostaglandines abaissent la P.I.O en augmentant la facilité de l'écoulement de l'humeur aqueuse. Le latanoprost, représentant de cette nouvelle classe thérapeutique, est le plus utilisé.

Les effets secondaires constatés sont ; l'augmentation de la pigmentation irienne, l'œdème maculaire cystoïde chez les opérés récents de la cataracte.

#### ✚ *Les associations thérapeutiques :*

Devant la nécessité d'associer plusieurs molécules de classe différentes afin de contrôler et de stabiliser la neuropathie optique glaucomateuse, et devant la contrainte que représente l'administration pluriquotidienne de plusieurs collyres pour les patients, l'industrie pharmaceutique met à la disposition des prescripteurs plusieurs associations thérapeutiques. On peut

citer les associations de timolol et pilocarpine (Timpilo), de cartéolol et pilocarpine (carpilo).

Il faut remarquer que l'usage des associations thérapeutiques permet une efficacité clinique comparable à celle qui est obtenue par la prescription séparée de chacune des deux molécules, les effets secondaires en particulier généraux sont par contre cumulatifs. [5]

### **b- Les moyens physiques et chirurgicaux : [20]**

#### *Le laser et le glaucome chronique à angle ouvert :*

Le traitement de l'angle au laser est une alternative pour contrôler la composante hypertonique des glaucomes chroniques de l'adulte.

Il est représenté essentiellement par la trabéculoplastie, qui consiste à appliquer une certaine quantité d'impacts de laser de petit diamètre, sur la circonférence trabéculaire, en une ou deux séances, réalisant ainsi une micro rétraction du trabéculum, qui semble agir en luttant contre le collapsus trabéculaire. Différentes techniques sont possibles, selon en particulier que l'on traite le trabéculum pré-canaliculaire, le trabéculum antérieur, ou la bande ciliaire. Les indications préférentielles de la trabéculoplastie sont : le glaucome pigmentaire, le glaucome exfoliatif, le glaucome chronique à angle ouvert chez les sujets âgés, mais cette technique représente également une alternative intéressante pour les patients présentant une intolérance aux collyres.

Les principales complications de cette technique sont représentées par l'apparition d'une réaction hypertonique transitoire quasi constante, d'importance variable, qui doit être prévenue par une prescription brève d'hypotonisants, mais aussi par la possibilité de survenue d'une inflammation du segment antérieur, secondaire à l'ouverture de la barrière hémato-aqueuse, qui se prévient par l'administration de collyres anti-inflammatoires.

#### *La chirurgie filtrante : [8]*

Les techniques modernes de la chirurgie filtrante sont essentiellement représentées par la trabéculectomie et par les techniques non perforantes, telles que la sclérectomie profonde et la trabéculectomie externe.

La trabéculectomie reste la technique chirurgicale de référence dans la prise en charge des glaucomes chroniques de l'adulte.

Elle consiste à créer, par la résection du trabéculum sur une partie entraînant un écoulement de l'humeur aqueuse vers l'espace sous conjonctival protégé par un double volet scléral et conjunctivo-ténonien.

La sclérectomie profonde consiste à réaliser l'ouverture du canal de Schlemm, pouvant se compléter par une trabéculectomie externe, après avoir créé un volet conjunctivo-ténonien, et deux volets scléreaux, l'un superficiel, l'autre profond, sans qu'il ait ouverture du globe oculaire.

#### **5- Observance thérapeutique : [5]**

L'observance se définit comme étant le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en terme de prise médicamenteuse, de suivre le régime ou de changement de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales.

La non observance est l'absence de concordance entre le comportement d'un individu (en terme de prise médicamenteuse, de suivre le régime ou le changement de style de vie) et les précipitons ou recommandations médicales.

Il intéresse le fait d'entreprendre ou de poursuivre un traitement, de venir aux rendez-vous de consultation, de prendre les médicaments tels qu'ils sont prescrits, de suivre les recommandations impliquant des changements de vie (régime, exercice physique) d'éviter des comportements à risques (tabac, alcool, drogue...).

#### **a- Entretien avec le patient : [5]**

L'entretien permet, en dépassant l'étude des faits objectifs, d'appréhender les processus sociocognitifs, d'explorer les états émotionnels des patients et de rendre compte des systèmes de représentation, des normes et des croyances et, finalement, du



sens des conduites individuelles et sociales liées au concept de santé. Il est fréquemment associé à d'autres techniques comme le suivi ou le questionnaire.

### **b- Questionnaires : [5]**

Les questionnaires peuvent être utilisés pour l'évaluation du suivi thérapeutique. Ils peuvent être administrés par un membre de l'équipe de recherche ou auto-administrés.

### **c- Facteurs influençants : [8]**

#### **✚ Déterminants liés à l'individu :**

L'observance thérapeutique désigne les capacités d'une personne à suivre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des co-facteurs qui inter agissent entre eux :

#### ➤ cognitifs :

Représentation,  
Informations,  
Motivations,  
Attente,  
Vécu des effets secondaires.

#### ➤ Emotionnels : anxiété, stress, vie affective, état émotionnel négatif.

#### **✚ Sociaux :**

- ✓ Conditions de vie,
- ✓ Degré de soutien,
- ✓ Stigmatisation,
- ✓ Qualité de prise en charge sanitaire et sociale.

#### **✚ comportementaux :**

- ✓ Routines,
- ✓ Organisations,
- ✓ Compétences,
- ✓ Savoir faire.

### **d- Les facteurs liés à la pathologie et son évolution : [5]**

Le glaucome est une maladie chronique et longtemps asymptomatique pour laquelle il est difficile de convaincre le patient de la nécessité d'une prise en charge.

**e- Facteurs liés au traitement : [5]**

- ✓ Nombreux médicaments,
- ✓ Coût du traitement,
  
- ✓ Non perception des bénéfices du traitement par le patient,
- ✓ Effets indésirables locaux et généraux liés au traitement.
- ✓ contraintes du traitement.

# *METHODOLOGIE*

## **METHODOLOGIE**

### **1- Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive réalisée à l'IOTA.

### **2- période d'étude :**

L'étude s'est effectuée de Décembre 2007 à Novembre 2008.

### **3- Echantillonnage :**

a- critères d'inclusion :

Etaient inclus les patients atteints de glaucome primitif à angle ouvert sous traitement médical, suivis depuis au moins 6 mois dans le service.

b- critères d'exclusion :

Ont été exclus tous les autres types de glaucome et/ou de glaucome primitif à angle ouvert opéré avec PIO stabilisée et ne faisant pas l'objet de traitement médical.

### **4- Méthode :**

a- sélection :

Il a été procédé au recrutement systématique des patients répondant aux critères d'inclusion après consentement éclairé à la sortie des boxes de consultation.

b-Modalités :

Le questionnaire a été retenu comme méthode d'évaluation. Il était élaboré (voir annexe) et administré par un membre de l'équipe à chaque patient.

✚ première partie :

Où étaient recueillis les renseignements sociodémographiques (identification du patient) et les éléments cliniques de la consultation au moment du dépistage ainsi que ceux de la dernière visite. Ces éléments cliniques comportaient :

Les antécédents ophtalmologiques et généraux,

Les plaintes,  
 L'acuité visuelle la meilleure avec correction des deux yeux,  
 La PIO de chaque œil,  
 Le FO, l'excavation était surtout notée,  
 Les relevés du champ visuel,  
 Le traitement.

✚ Deuxième partie :

Composée d'un questionnaire qui explore la connaissance de la maladie, l'observance thérapeutique et la satisfaction des patients à partir d'items auxquels le patient répondait de façon binaire. L'exploration des données de chaque questionnaire a été faite en tenant compte des critères définis pour chacun des domaines explorés.

### **5- Connaissance de la maladie :**

Elle était évaluée à partir des critères que sont :

- ✚ définition de la maladie (hypertonie oculaire),
- ✚ les conséquences fonctionnelles (le handicap visuel),
- ✚ traitement (continuité),
- ✚ hérédité (caractère familial).

La connaissance de la maladie, était considérée comme parfaite si tous les critères étaient satisfaits, mauvaise et approximative si au plus deux critères n'étaient pas satisfaits.

### **6- L'observance :**

Elle a été définie en tenant compte de :

- ✚ l'assiduité au contrôle (respect des rendez-vous),
- ✚ le respect des horaires (application des produits),
- ✚ la régularité du traitement (continuité),
- ✚ le respect des prescriptions (posologie).

L'observance était jugée :

- ✓ bonne si tous les critères étaient respectés,
- ✓ moyenne si trois critères étaient respectés,
- ✓ Mauvaise si au moins deux critères n'étaient pas satisfaits.

Des facteurs pouvant influencé le suivi ont été recherchés.

Etait considéré comme :

- ✚ **Nouveau cas de glaucome** : si sa découverte était faite au cours de l'enquête ;

🚦 **Ancien cas de glaucome** : si sa découverte était antérieure à l'enquête.

**7- La satisfaction :**

Une évaluation de la satisfaction des patients sur la qualité de la prise en charge a été faite de façon subjective à partir de l'item : êtes-vous globalement satisfaits du traitement ?

La fin de l'administration du questionnaire a été sanctionnée pour chacun des patients d'une séance d'information, éducation et communication sur la prise en charge du glaucome et l'intérêt du suivi thérapeutique.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info version 6.04dFr.

*RESULTS*

## RESULTATS

L'échantillon était composé de 480 patients

### 1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

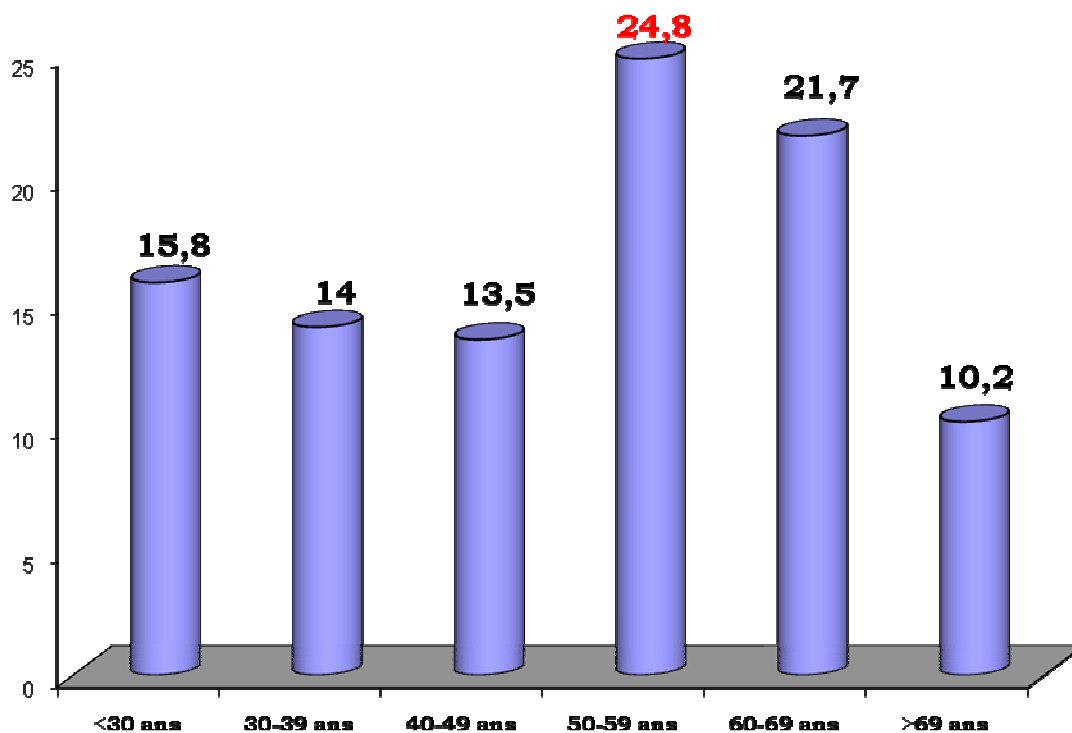
#### a) Caractéristiques sociodémographiques

- AGE

**Tableau I:** Répartition des cas de glaucomes selon l'âge

<i>Tranches d'âge</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>&lt;30 ans</b>	76	15.8
<b>30-39 ans</b>	67	14.0
<b>40-49 ans</b>	65	13.5
<b>50-59 ans</b>	119	24.8
<b>60-69 ans</b>	104	21.7
<b>&gt;69 ans</b>	49	10.2
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>





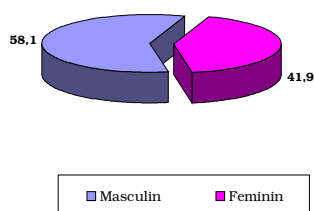
**Figure I** : Répartition par tranche d'âge (année)

L'âge moyen était de  $49.5 \pm 16.7$  pour des extrêmes de 30 et 90 ans  
 La moyenne d'âge à la découverte du glaucome était de 48,2 ans.

- **SEXE**

**Tableau II**: Répartition des cas de glaucomes selon le sexe

<b>Sexe</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Masculin</b>	279	58.1
<b>Féminin</b>	201	41.9
<b>Total</b>	480	100.0



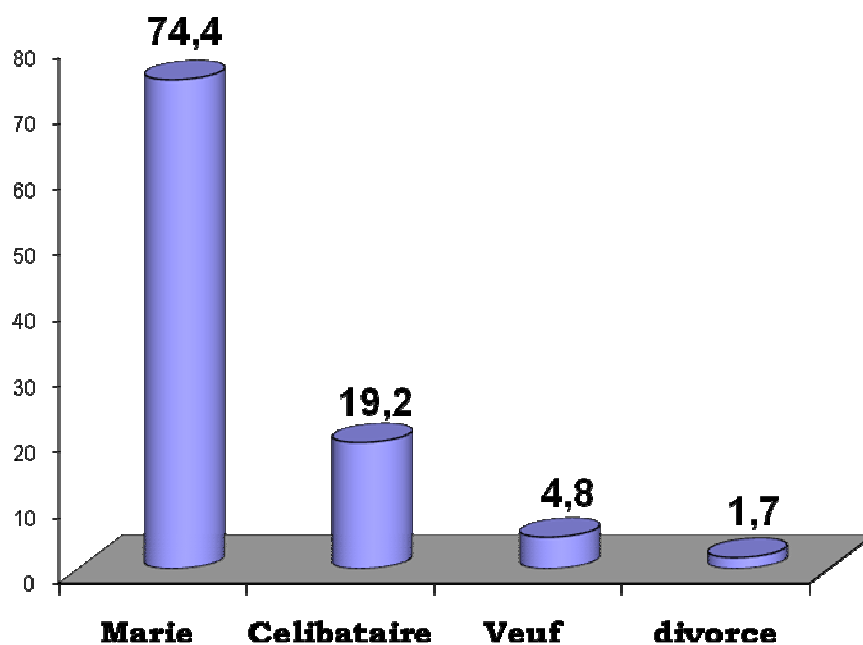
**Figure II** : Répartition des cas de glaucome selon le sexe  
Le sexe ratio était de 1,4 en faveur des hommes.

- **STATUT MATRIMONIAL**

**Tableau III**: Répartition des cas glaucomes selon la situation matrimoniale

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Marie</b>	357	74.3
<b>Célibataire</b>	92	19.2
<b>Veuf</b>	23	04.8
<b>Divorce</b>	08	01.7

<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>
--------------	------------	--------------



Près de 3 patients sur quatre étaient mariées

**Figure III** : Répartition des cas de glaucomes selon la situation matrimoniale.

- **PROFESSION**

**Tableau IV** : Répartition des cas glaucome selon la profession :

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Cultivateur</b>	74	15,4
<b>Ménagère</b>	45	9,4
<b>Commerçant</b>	68	14,1
<b>Fonctionnaire</b>	120	25
<b>Ouvrier</b>	23	4,7

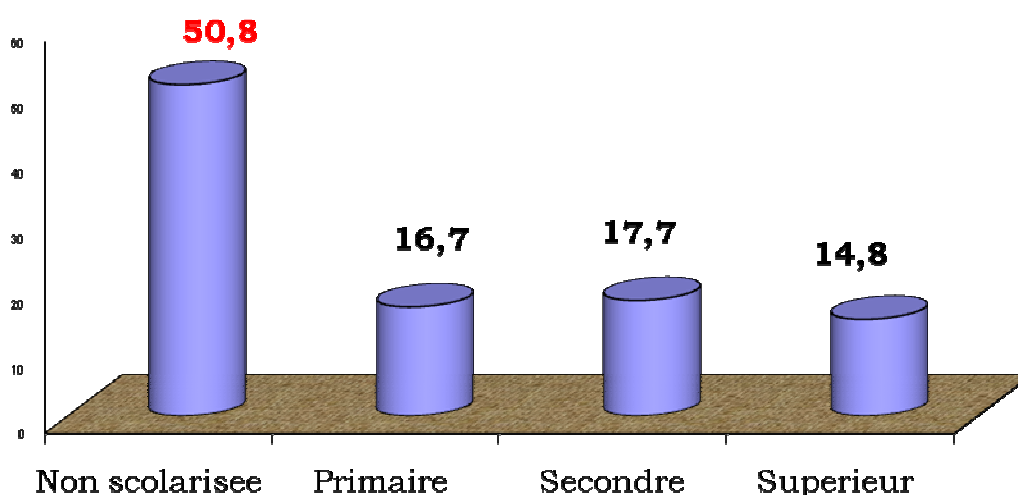
<b>Etudiant</b>	64	13,3
<b>Retraité</b>	30	6,2
<b>Autres</b>	56	11,6
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

Les fonctionnaires étaient majoritaires avec 120 cas soit 25% des patients.

- **NIVEAU D'INSTRUCTION :**

**Tableau V:** Répartition des cas de glaucome selon le niveau d'instruction ;

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non scolarisée</b>	244	50.8
<b>Primaire</b>	80	16.7
<b>Secondaire</b>	85	17.7
<b>Supérieur</b>	71	14.8
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>



Un patient sur deux n'était pas scolarisé soit un taux de 50,8%

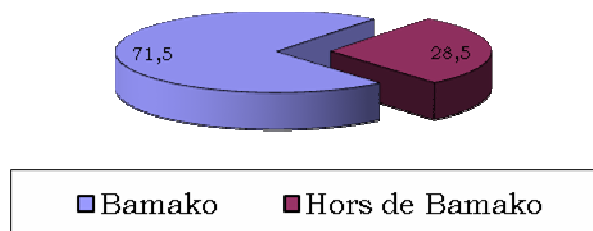
**Figure IV :** Répartition des cas de glaucome selon le niveau d'instruction ;

- **PROVENANCE :**

**Tableau VI:** Répartition des cas de glaucome selon la provenance

<i>Provenance</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Bamako</b>	343	71.5
<b>Régions</b>	137	28.5
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

**Figure V :** Répartition des cas de glaucome selon la provenance



Plus de **2/3** des patients résidaient à Bamako.

## b) ASPECTS CLINIQUES

- **Ancienneté du glaucome :**

**Tableau VII:** Répartition des cas de glaucome selon l'ancienneté :

<b>Ancienneté</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Nouveau</b>	246	51.3
<b>Ancien</b>	234	48.8
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

Les nouveaux cas de glaucome ont été les plus nombreux avec **246** cas soit **51,3%**

- ANTECEDENTS :

- \_ **Antécédents généraux :**

**Tableau VIII:** Répartition des cas de glaucome selon les antécédents médicaux :

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Fréquence (N=480)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>HTA</b>	204	42,5
<b>Diabète</b>	38	7,92
<b>Asthme</b>	18	3,75
<b>Autres</b>	80	16,66
<b>Néants</b>	140	29,17
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

**54,17 %** des patients étaient porteurs de pathologies chroniques dont l' HTA était la plus fréquente avec **42,5 %** des cas.

- **Antécédents ophtalmologiques :**

**Tableau IX:** Répartition des cas de glaucome selon les antécédents ophtalmologiques :

<i>Antécédents ophtalmologiques</i>	<i>Fréquence (N=480)</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Glaucome familial</b>	263	54,79
<b>Traumatisme oculaire</b>	20	4.2

Le glaucome familial a été l'antécédent ophtalmologique le plus retrouvé avec **263** cas soit **54,79%** des patients.

- **Symptomatologie :**

**Tableau X:** Répartition des cas de glaucome selon les symptômes

<i>Symptômes</i>	<i>Fréquence (N=480)</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>BAV</b>	358	74.6
<b>Céphalées</b>	281	58.5
<b>Vision trouble</b>	190	39.6

La BAV a été le symptôme le plus retrouvé avec 358 cas soit un taux de **74,6 %**. Elle est suivie par les céphalées, la vision trouble et autres signes tels que la douleur.

- **Retentissement fonctionnel :**

**Tableau XI:** Répartition des acuités visuelles de l'œil droit

<b>Acuité visuelle</b>	<b>Dépistage</b>		<b>Actuelle</b>	
	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt;1/20</b>	172	35.8	179	37.3
<b>1/20&lt;AV&lt; 3/10</b>	188	39.2	154	32.1
<b>≥3/10</b>	120	25.0	147	30.6
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

La cécité atteignait **37,3%** dans notre échantillon au dernier contrôle et **32,1%** avaient une baisse d'acuité visuelle.

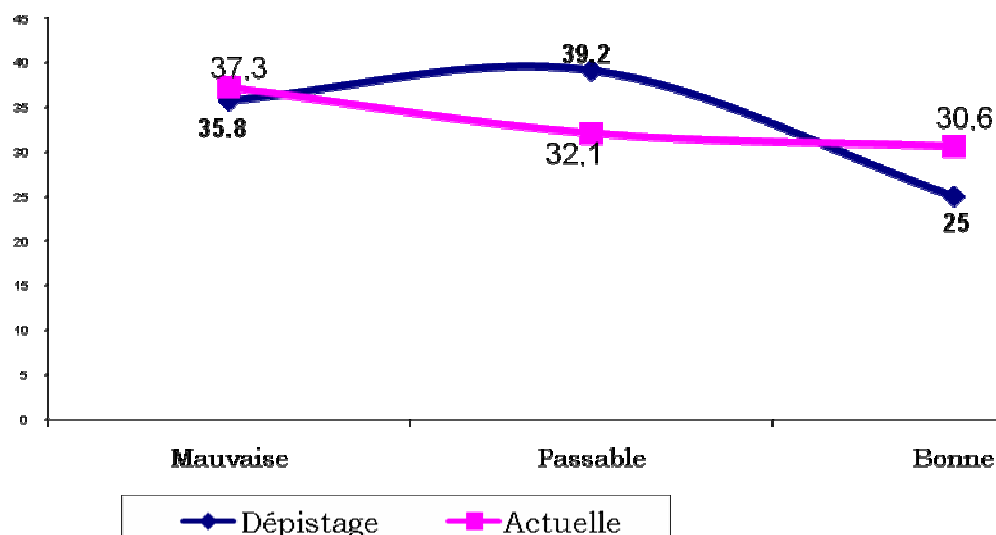
**Tableau XII:** Répartition des acuités visuelles de l'œil gauche

<b>Acuité visuelle OG</b>	<b>Dépistage</b>		<b>Actuelle</b>	
	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt;1/20</b>	169	35,2	183	38,1
<b>1/20&lt;AV&lt; 3/10</b>	201	41,9	158	32,9
<b>≥3/10</b>	110	22,9	139	29,0
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>

La cécité atteignait **38,1%** dans notre échantillon au dernier contrôle à l'œil gauche et **32,9%** avaient une baisse d'acuité visuelle.



**Figure VI** : Répartition des cas de glaucome selon l'acuité visuelle :



Au dépistage, le taux d'acuité visuelle mauvaise, moyenne et bonne étaient respectivement de **35,8** ; **39,2** et **25%** et à la fin de la période d'étude ces taux ont été de **37,3** ; **32,1** et **30,6%**. Ces résultats démontrent le retard dans la prise en charge.

- **Pression intraoculaire :**

**Tableau XIII**: Répartition des patients selon la pression intraoculaire (PIO)

<b>PIO</b>	<b>Dépistage</b>		<b>Actuelle</b>	
	<b>OD</b>	<b>OG</b>	<b>OD</b>	<b>OG</b>
<b>Moyenne</b>	24,39	24,04	16,85	16,84
<b>Médiane</b>	22,00	20,00	15,00	15,00
<b>Extrême</b>	10-66	10-60	8-58	8-64

La pression intraoculaire moyenne était élevée au dépistage avec **24,39** à l'œil droit et **24,04** à l'œil gauche alors qu'elle était à 16,8 à l'œil droit et gauche avec le traitement.

- **Fond d'œil :**

**Tableau XIV:** Répartition des patients selon l'excavation papillaire

<b>Excavation</b>	<b>Dépistage</b>		<b>Actuelle</b>	
	<b>OD</b>	<b>OG</b>	<b>OD</b>	<b>OG</b>
<b>&lt; 3/10</b>	1,3	0,8	1,3	0,8
<b>3-5/10</b>	13,5	12,5	9,0	7,5
<b>&gt;5/10</b>	85,2	86,7	89,8	91,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

L'excavation glaucomateuse avec rapport cup/disc >5/10 était retrouvée chez **85,2%** à l'œil droit et **86,7%** à l'œil gauche de nos patients.

**Tableau XV:** Répartition des patients selon le respect de la règle d'ISNT.

<b>Règle d'ISNT</b>	<b>Œil droit</b>		<b>Œil gauche</b>	
	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Respectée</b>	20	4.2	13	2.7
<b>Non respectée</b>	460	95.8	467	97.3
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

La règle d'ISNT n'était pas respectée chez la majorité des patients pour les deux yeux respectivement **95,8 %** pour l'œil droit et **97,3%** pour l'œil gauche.

- **Champ visuel :**

**Tableau XVI :** Répartition des patients selon le champ visuel au premier examen.

<b>Champ visuel</b>	<b>Œil droit</b>		<b>Œil gauche</b>	
	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Effectué</b>	275	57.3	272	56.6
<b>Non effectué</b>	205	46.3	208	43.4
<b>TOTAL</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>

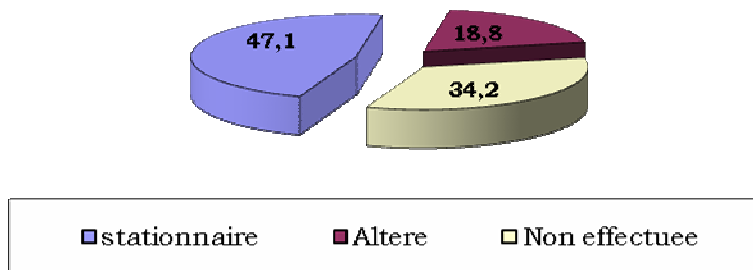
Le champ visuel a été effectué chez plus de la moitié des patients au premier examen.

**Tableau XVII :** Répartition des patients selon le type de champ visuel

<b>Type de champ visuel</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Goldman</b>	3	0.6
<b>Moniteur Ophtalmologique</b>	477	99.4
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>

Le Moniteur Ophtalmologique a été le type de champ visuel le plus réalisé avec **65,2%**.

**Figure VII:** Répartition des patients selon le résultat du champ visuel.



Le résultat du champ visuel était stationnaire chez **47,1%** des patients.

**Tableau XVIII:** Répartition des patients selon les scotomes

<b>Scotomes</b>	<b>Œil droit</b>		<b>Œil gauche</b>	
	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Absolu</b>	180	37.5	170	35.4
<b>Relatif</b>	237	49.4	185	38.5
<b>Annulaire</b>	63	13.1	125	26.1
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

Le scotome relatif est plus fréquent pour les deux yeux respectivement 49,4% pour l'œil droit et 38,5% pour l'œil gauche.

**Tableau XIX:** Répartition des patients selon la Tache aveugle

<i>Tache aveugle</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>normal</b>	23	4,8
<b>Anormal</b>	253	52.7
<b>Mal identifié</b>	204	42.5
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

La tache aveugle était anormal chez **52,7%** des patients et mal identifié chez **42,5%** des patients.

- **Les facteurs pouvant influencer l'observance thérapeutique :**

**Tableau XX:** Répartition des patients selon la prise des médicaments aux heures indiquées

<i>Médicaments aux heures indiquées</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Oui</b>	404	84.2
<b>Non</b>	76	15.8
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

**84,2%** des patients disaient mettre les médicaments aux heures indiquées.

**Tableau XXI:** Répartition des patients selon les Produits non pris

<i>Produits non pris</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Oui</b>	162	33.8
<b>Non</b>	318	66.2
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

**33,8%** des patients ne prenaient pas ses produits normalement.

**Tableau XXII:** Répartition des patients selon le respect des doses prescrites

<i>Respect des doses prescrites</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Oui</b>	127	26.5
<b>Non</b>	353	73.5
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

**73,5%** des patients ne respectaient pas les doses prescrites des médicaments.

**Tableau XXIII :** Répartition des patients selon les difficultés de suivi

<i>Difficultés de suivi</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
-----------------------------	------------------	--------------------

<b>Oui</b>	135	28.1
<b>Non</b>	345	71.9
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

Seulement **28,1 %** des patients avaient des difficultés de suivi.

### c) Aspects thérapeutiques

- **Traitement :**

**Tableau XXIV:** Répartition des patients selon le traitement reçu

<b>Traitement</b>				
	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Beta bloquant</b>	233	48,5	446	92,9
<b>Beta bloquant+IAC</b>	247	51,5	34	7,1
<b>Total</b>	480	100	480	100

Les  $\beta$ -bloquants ont été les plus utilisés en première intention actuellement avec un taux de plus **92,9 %**.

- **Prise en charge :**

**Tableau XXV:** Répartition en fonction de la prise en charge des médicaments :

<i>Prise en charge</i>	<i>Fréquence (N=480)</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Personnel</b>	170	35.4
<b>Familiale</b>	310	64.6
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>

La prise en charge des médicaments a été familiale avec **310** des cas soit un taux **64,6%**.

- **Coût du traitement :**

**Tableau XXVI:** Répartition des cas de glaucome selon le coût du traitement :

<i>Coût du traitement</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Cher</b>	457	95.2
<b>Abordable</b>	23	4.8
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>

Le coût du traitement a été estimé cher pour **457** glaucomateux soit un taux de **95,2%** de l'échantillon.

- **La satisfaction des patients:**

**Tableau XXVII:** Répartition des cas de glaucome selon le niveau de satisfaction des patients.



<b>Satisfaction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Satisfait</b>	479	99,8
<b>Non satisfait</b>	1	0,2
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>

La quasi-totalité des patients (479 cas) ont affirmé être satisfaits du traitement soit un taux de **99,8 %**.

#### **d) Connaissance et information sur la maladie:**

- **Connaissance de la maladie :**

Les critères étaient repartis ainsi qu'il suit :

**Tableau XXVIII:** Répartition des patients selon la connaissance de la maladie.

<b>Evaluation de la connaissance</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Tous les critères</b>	179	37,3
<b>3 critères</b>	227	47,3
<b>Au moins 2</b>	74	15,4
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>

**47,3%** des malades avaient une connaissance approximative de leur maladie.

- **Information sur la maladie :**

**Tableau XXIX:** Répartition des patients selon l'information sur la maladie.

<i>Informée de la maladie</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Oui</b>	131	27,3
<b>Non</b>	349	72,7
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des patients n'était pas informé de leur maladie.

#### **e) Observance au traitement :**

**Tableau XXX:** Répartition des patients selon l'observance du traitement.

<i>Observance</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Bonne</b>	179	37,3
<b>Moyenne</b>	229	47,7
<b>Mauvaise</b>	72	15,0
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

**47,7%** des malades n'adhéraient pas complètement aux prescriptions médicales.

**Tableau XXXI:** Répartition des patients selon l'observance du traitement.

<i>Observance</i>	<i>Assiduité</i>	<i>Respect</i>	<i>Régularité</i>	<i>Respect</i>
-------------------	------------------	----------------	-------------------	----------------

		<i>des horaires</i>	<i>du traitement</i>	<i>prescription</i>
<b>Oui</b>	37,1	80,8	74,2	74,6
<b>Non</b>	72,9	19,2	25,8	25,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

La régularité et le respect des horaires ont été le fort des patients traités avec des taux en faveur respectifs de 74,2 et 74,8%

#### f) Les causes de non observance :

**Tableau XXXII:** Répartition des patients selon les raisons de l'inobservance.

<i>Raisons</i>	<i>Fréquence (N=480)</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Oubli</b>	162	33,7
<b>Coût</b>	457	95,2

L'oubli et le cout cher du traitement sont les principales causes de non observance.

## 2) Etudes analytiques :

### a) Observance et âge:

**Tableau XXXIII:** Répartition de l'observance en fonction de la tranche d'âge

<i>Tranches d'âge</i>	<i>Observance du traitement</i>	
	<b>Observant</b>	<b>Non observant</b>

<b>&lt;30 ans</b>	73	3
<b>30-39 ans</b>	62	5
<b>40-49 ans</b>	57	8
<b>50-59 ans</b>	<b>91</b>	<b>28</b>
<b>60-69 ans</b>	84	20
<b>&gt;69 ans</b>	40	9
<b>Total</b>	<b>407</b>	<b>73</b>

**Khi2=1,67                      P=0,19**

La tranche d'âge de 50-59 ans a fait une meilleure observance avec un taux de **22,4 %**.

### **b) Observance et sexe:**

**Tableau XXXIV:** Répartition de l'observance en fonction du sexe

<b>Sexe</b>	<b>Observance du traitement</b>	
	<b>Observant</b>	<b>Non observant</b>
<b>Masculin</b>	235	44
<b>Féminin</b>	172	29
<b>Total</b>	<b>407</b>	<b>73</b>

**Khi2=0,16                      P=0,68**

Le sexe masculin a été le plus observant avec **235** cas soit un taux de **60,3 %**.

### **c) Observance et niveau d'instruction :**

**Tableau XXXV:** Répartition de l'observance en fonction du niveau d'instruction.

<b>Instruction</b>	<b>Observance du traitement</b>	
	<b>Observant</b>	<b>Non observant</b>
<b>Instruits</b>	207	29
<b>Analphabètes</b>	199	44
<b>Total</b>	<b>407</b>	<b>73</b>

**Khi2=3,21                      P=0,07**

Les patients instruits ont fait une meilleure observance avec **207** cas soit un taux de **50,85 %**.

#### **d) Observance et provenance des patients :**

**Tableau XXXVI:** Répartition de l'observance en fonction de la provenance

<b>Provenance</b>	<b>Observance du traitement</b>	
	<b>Observant</b>	<b>Non observant</b>
<b>Bamako</b>	297	46
<b>Hors de Bamako</b>	110	27
<b>Total</b>	<b>407</b>	<b>73</b>

**Khi2=3,01                      P=0,08**

Les patients résidents à Bamako ont été les plus observant avec **297** des cas soit un taux de **73%** par rapport à ce qui sont hors de Bamako. Il en est de même pour la non observance.



# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### **I- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :**

Notre étude a porté sur 480 patients suivis à l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique (IOTA) située à Bamako sur une période de 12 mois allant de décembre 2007 à novembre 2008.

La prise en charge du glaucome chronique à angle ouvert nécessite l'évaluation de nombreux paramètres, tels la pression intraoculaire, l'excavation papillaire, le relevé du champ visuel. L'abaissement de la pression intraoculaire, visé dans la prise en charge thérapeutique a amené à établir le concept de pression

cible, valeur à partir de laquelle on peut prévenir la progression ou l'apparition de déficits glaucomateux. L'élévation des chiffres pressionnels est un reflet de mauvaise observance ou d'inefficacité du traitement.

Dans notre série, bien que les relevés des valeurs concernaient les chiffres du dépistage et du dernier contrôle, il apparaît en moyenne une baisse significative de l'ordre de 5,3 mm hg en OD et 4 mm hg en OG au cours de l'évolution. Les études montrent qu'une mesure unique effectuée en consultation, n'est pas un reflet fidèle du niveau de tension qui règne sur 24 heures [23]. Elle est comme dans le diabète l'équivalent de la glycémie brute et l'hémoglobine glycosylée représente le champ visuel. En effet, une dégradation du champ visuel peut être constatée alors que la pression est normale. On estime que **10%** de la perte du champ visuel est secondaire à la non observance [24]. Dans notre étude le faible taux de réalisation de cet examen (**34,2%** au contrôle) ne nous permet pas de faire la corrélation champ visuel et observance, mais il est le témoin des difficultés de suivi des glaucomateux dans nos contrées.

## **II-CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :**

**Age :** L'âge moyen des patients était de **49.5±16.7**ans pour des extrêmes de 30 et 90 ans. Ces résultats corroborent avec ceux de certains auteurs qui ont retrouvé une fréquence relativement plus élevée du glaucome chez les individus de plus de 40 ans.

En outre les études effectuées par Ouertani et coll. en Tunisie la tranche d'âge de 40 à 50 ans représentait **0,54%** des glaucomateux.

Dans la Blue Mountains Eye study Wang et coll. ont retrouvé 0,4% pour les âges de 45-59 ans. Dans le Baltimore Survey le taux de **1,24%** était retrouvé chez les personnes âgées de 40 à 49 ans chez les noirs américains. Dans la même étude pour les sujets de race blanche **0,92%** étaient ceux de 40 à 49 ans.



Koliopoulos a conclut que le temps était considérée comme un réel et prédominant facteur pour le glaucome primitif à angle ouvert.

**Sexe :** Le sexe masculin a été dominant avec un ratio de **1,4** en faveur des hommes. Dans une étude de dépistage des cas de glaucome réalisée au centre de sante de référence de la commune V du District de Bamako la prédominance masculine a été retrouvée avec un taux de **60%** [22]. Cela s'explique par le fait que les hommes consultent plus que les femmes au niveau de notre service.

#### **Niveau d'instruction :**

Seulement un patient sur deux était scolarisé soit un taux de **50,8%**. Ceci est en rapport avec le niveau de scolarisation dans la population générale du Mali tout comme dans la plus part des pays Africain en voie de développement.

#### **Résidence :**

Plus de **2/3** des patients résidaient à Bamako. En effet notre étude s'est déroulée dans la ville de Bamako qui est la capitale politique et économique. C'est dire que l'accessibilité géographique est un paramètre important pour l'utilisation des services de santé.

#### **Les antécédents :**

Dans cette étude plus de la moitié (**54,17 %**) des patients étaient porteurs de pathologies chroniques et l' HTA était le chef de file avec un taux de **42,5 %** suivi du diabète et de l'asthme.

Le glaucome familial a été l'antécédent ophtalmologique le plus retrouvé avec une fréquence de 263 cas soit un taux de **54,79%** des patients.

#### **Connaissance du glaucome :**

Il est primordial "d'éduquer" le patient sur la maladie et son évolution naturelle, afin de lui faire prendre conscience du risque de cécité à long terme. L'insuffisance de l'information peut altérer la relation médecin malade rapporte Hamelin et all.[21].

L'information doit être apportée aussi aux proches du patient atteint, afin qu'ils stimulent son observance quotidienne [14]. Dans notre étude seul **27%** des patients ont affirmé avoir été informé de leur maladie.

Dans l'étude Yacoubou S, l'information a été donnée à **72,5%** des patients. Il faut noter qu'après l'administration du questionnaire chaque patient avait bénéficié d'une séance de sensibilisation sur la gravité de leur maladie l'impérieuse nécessité de son implication dans le respect des prescriptions, seul moyen pour préserver longtemps la vision. A ce titre la relation « soignant soigné», facteur de réussite de la prise en charge thérapeutique [22], doit être privilégiée pour amener les malades à adhérer aux traitements prescrits. Environ **8%** des patients se plaignaient des relations avec le personnel soignant. Une bonne relation médecin malade doit s'établir par l'écoute en tenant compte des attentes du patient, du milieu socioprofessionnel, la culture et les croyances. L'éducation thérapeutique doit permettre au patient de participer activement à la prise en charge de la maladie et améliorer l'observance.

### **Aspects Cliniques:**

La grande majorité des patients soit un taux de 74% avait consulté notre service pour la baisse de l'acuité visuelle.

Dans l'étude de Togo les motifs de consultation ont été dominée par le prurit oculaire **72,9%** ; la douleur oculaire (**68%**) et la baisse de l'acuité visuelle **66,5%**.

Dans l'énoncé de Poulinqen.Y. les céphalées et les douleurs oculaires sont au premier rang ce qui s'expliquent que les glaucomateux rattachent les céphalées à d'autres pathologies spécifiques et confondent beaucoup les prurits oculaires avec les douleurs oculaires.

### **Le traitement :**

Au point de vu suivi et évaluation du traitement :

La non adhésion au traitement médicamenteux est un problème majeur de santé publique, le phénomène était connu depuis Hippocrate, qui disait-il «le médecin devrait avoir à l'esprit que les

patients mentent fréquemment lorsqu'ils disent avoir pris les médicaments prescrits. [5]

Selon les données de la littérature, les caractéristiques sociodémographiques, notamment l'âge l'éducation, l'ethnie le statut économique et le soutien naturel n'influencent pas directement l'observance [12].

L'observance était bonne pour **37,3%** des patients et moyenne pour **47,7%**. Cependant une mauvaise observance a été notée dans **15%** des cas.

Les raisons principalement évoquées ont été l'oubli et le cout élevé des médicaments. Par ailleurs les informations sur le déroulement pratique du traitement semblaient insuffisantes.

Dans l'étude de Yacoubou S. **68, 5%** des patients ne respectaient les horaires et **54,9%** les doses. Les raisons le plus souvent évoquées ont été l'insuffisance d'information le coute des médicaments, les oublis et la négligence.

Eu égard à l'ampleur grandissante du phénomène de non respect des traitements prescrits, des stratégies doivent être élaborées pour améliorer le pronostic visuel et la qualité de vie des sujets glaucomateux. 10,8% de nos patients suggéraient à cet effet l'amélioration de l'accueil et le circuit de prise en charge des patients dans le service. L'IEC (information, éducation, communication) doit être privilégiée lors des consultations.

Certains patients estimaient que la chirurgie de première intention leur permettrait de se mettre à l'abri de la non observance, car ils trouvaient contraignant l'application des collyres chers même quand ils sont disponibles. Des mécanismes doivent être mise en place pour faciliter l'accessibilité économique aux médicaments anti glaucomateux, surtout que 52,9% trouvaient élevés leurs coûts et la quasi inexistence de système d'assurance et une solidarité familiale qui a été peu manifeste (**16,7%**). Le concept de soutien familiale en cas de maladie tel qu'il est perçu dans nos sociétés serait-il en péril ? Il est plus que nécessaire de mettre en place un système pérenne pour faciliter l'accès aux produits.

La relation médecin-malade est d'une grande importance pour amener les patients à développer des aptitudes pour adopter et maintenir les comportements recommandés.

### **Facteurs influents sur le suivi du traitement :**

Le sexe n'avait pas d'influence sur l'observance ( $p=0,5$ ).

Le niveau d'instruction, l'observance était de **30,4%** chez les patients ayant au moins le niveau secondaire contre **14,7%** chez les patients ayant au plus le niveau primaire.

Notre étude démontre que le niveau d'instruction a beaucoup d'influence sur l'observance car les patients instruits ont fait une meilleure observance avec 207 cas soit un taux de **50,8 %** ce qui corrobore avec les résultats de Yacoubou Soumana chez qui l'observance était de **30,4%** chez les patients ayant au moins le niveau secondaire contre **14,7%** chez les patients ayant au plus le niveau primaire ; donc l'observance était bonne dans le groupe des fonctionnaires et des patients ayant effectué des études secondaires ou supérieures.

Le respect du traitement selon lui, dans cette catégorie professionnelle peut être attribué à la régularité des revenus mais aussi de leur niveau de compréhension de la maladie.

L'accessibilité géographique est un paramètre important pour l'utilisation des services de santé. Elle n'a pas eu d'incidence sur l'observance dans notre série ( $p=0,5$ ) comme le notait Wane [17] dans son étude.

Dans notre étude **84,8%** des patients mettaient les médicaments aux heures indiquées. Alors que **73,5%** des patients ne respectaient pas les doses prescrites des médicaments.

La plupart des études montrent qu'un patient sur deux ne prend pas son traitement correctement [12, 15, 16,]. La non observance se traduit par des rendez-vous manqués et/ou par la mauvaise prise du traitement. Elle a été de **54,9%** dans notre série, Wane et al. avaient trouvé **38,7%** [17]. Environ **50%** des patients n'étaient pas observant dans l'étude de Zoute [18] basée sur des critères subjectifs et non, tels que la description de la technique d'instillation des gouttes, les oublis verbalisés par le patient, le discours spontané sur les effets secondaires.



# CONCLUSION

# RECOMMANDATIONS

## **CONCLUSION ET RECOMMADATIONS**

### **CONCLUSION :**

La prise en charge du glaucome chronique à angle ouvert est un processus de longue haleine. Le traitement médical prescrit en première intention, n'est pas toujours bien suivi. L'étude de ce comportement complexe, nous a permis de mettre en évidence l'importance du phénomène chez les glaucomateux.

L'observance est liée non seulement à la maladie, le niveau de compréhension et la motivation des patients, mais également à la qualité de prise en charge. L'adhésion des malades nécessite une bonne éducation, l'amélioration de la qualité des services (accueil,

information sur le traitement, accessibilité) et l'accessibilité des médicaments de lutte contre le glaucome.

## **RECOMMANDATIONS**

### **1-A L'endroit de l'IOTA :**

- ✚ Améliorer la qualité de l'accueil.
- ✚ Alléger le circuit des patients glaucomateux.
- ✚ Allonger la validité des tickets de consultation.
- ✚ Faciliter l'accès aux relevés du champ visuel.

### **2- Aux autorités sanitaires :**

- ✚ Elaborer un programme d'éducation spécifique pour les patients atteints de glaucome chronique à angle ouvert.
- ✚ Mettre en place un mécanisme de tiers payant pour rendre accessibles les médicaments.
- ✚ Mettre en place un Programme National de Lutte contre le Glaucome.

**3- A l'endroit des prescripteurs :**

- ✚ Assurer une bonne communication sur le traitement : se souvenir que l'information est la meilleure prescription.\*
- ✚ Entretenir une bonne relation avec les patients afin qu'ils gardent une attitude positive vis-à-vis de leur traitement.

**4- A l'endroit des patients :**

- ✚ Participer activement à la prise en charge en respectant les recommandations.



# REFERENCES

## LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### **1- Les Glaucomes :**

<http://ophtazone.noip.com/pathologie/Glaucome/GlaucGen.htm> en date du 15/02/2007.

### **2- Santé naturelle info/Glaucome;**

[www.Santé-naturelle info/Glaucome](http://www.Santé-naturelle.info/Glaucome) en date du 15/02/2007

### **3-LeGlaucome :**

[http://www.orbiscanada.ca/bins/content\\_page.asp?cid=589-591-654-1497&lang=1](http://www.orbiscanada.ca/bins/content_page.asp?cid=589-591-654-1497&lang=1) en date du 15/02/2007.

### **4- Comité de Lutte contre le Glaucome (CLG) :**

<http://www.snof.org/comieglauc/diffglauclg.html> en date du 15/02/2007

**5- Yacoubou Soumana :**

Observance au Traitement médical dans le glaucome primitif à angle ouvert à acétazolamide  
Mémoire de fin d'étude-2004.

**6- DGS/GTND0.**

Troubles de la vision mise à jour le 11/04/2003  
<http://www.Santé.jour.Fr/htm/dossiers/losp/46Vision.pdf>.

**7- Ph Demailly-**

Traitement actuel du glaucome primitif à angle ouvert  
Paris Milan Barcelone Mexico 1989

**8- Bechetoille A, JP Renard Angers-paris2000**

Les glaucomes ; vol 2

**9- Robert N. Weinreb, MD**

Department of ophthalmology university of California San Diego.  
Glaucoma Surgical Technique.

**10- Bechetoille A. les glaucomes .Ed Jappe Renard.**

1997, voll:p222 ; p416. Paris.

**11-Sellem E. Glaucome primitif à angle ouvert.**

Encycl. Méd. chir. ophtalmologie, 21-275-A-10-1990  
France : revues médicales ; [http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/santé\\_pub/san/e-docs/00/04/27/9B/résume...](http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/santé_pub/san/e-docs/00/04/27/9B/résume...) en date du 15/02/2007

**12-John Libbey Euronext : Editions médicales et scientifiques France :** revues, médicales. [http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sante\\_pub/san/e-docs/00/04/27/9B/](http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sante_pub/san/e-docs/00/04/27/9B/) en date du 15/02/2007.

**13-qu'est ce que le glaucome ?-prévention glaucome.com**

[http://www.prevention-glaucome.com/le\\_glaucome](http://www.prevention-glaucome.com/le_glaucome) en date du 15/02/2007.

**14-Les glaucomes chroniques à angle ouvert avec e-sante.be**

[http://www.e-sante.be/be/sante\\_magazine/sante\\_ophtalmo\\_yeux/glaucomes\\_chroniqu...](http://www.e-sante.be/be/sante_magazine/sante_ophtalmo_yeux/glaucomes_chroniqu...) en date du 15/02/2007.

**15-Quigley HA. Number of people with glaucoma worldwide. Br J ophthalmol 1996; 80: 389 – 393.**

**16-weinreb RN et al. Perspective- Risk Assessment in the Management of patients with ocular hypertension. Am J ophthalmol. 2004; 138: 458- 467.**

**17-Springerlink-Journal Article**

<http://www.springerlink.com/content/u60n07v225g14022/> en date du 15/02/2007.

**18-Guide le Glaucome –Institut du glaucome, Fondation HOPITAL SAINT JOSEPH 1**

<http://igfhsj.free.fr/liv.htm>

**19- Coulibaly A- prévalence du glaucome primitif a angle ouvert dans le district de Bamako,**

Thèse 2002, FMPOS Mali.

**20-Bechetoille A. Lasers et glaucomes chroniques de l'adulte- In glaucome vol2.**

A. Bechetoille Ed Jappe Renard (Angers – Paris) ; 2000

**21-Le glaucome primitif chronique a angle ouvert (GPAO).**

[http://www.glaucoma-association.com/nq\\_content.cfm?aid=996&fromcfc&tt=article&lang=fr&site\\_id=484-14k-](http://www.glaucoma-association.com/nq_content.cfm?aid=996&fromcfc&tt=article&lang=fr&site_id=484-14k-)

**22-Mamadou Adama Togo:**

Dépistage des cas de glaucome au centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako

Thèse, (février 2002-juillet 2003).

**23- glaucome : sites et documents Francophones-**

Http: // [www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/glaucome.html](http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/glaucome.html)

**24- glaucome-wikipedia**

Http://fr.Wikipedia.org /wiki / Glaucome.

**25- CAT. INIST. FR**

http://cat.Inist.fr./?a Modele=affiche N&cpsidt=15882883 en date du 15/02/2007.

**26-** Etude observationnelle rétrospective de coûts des deux premières années de traitement dans le glaucome primitif à angle ouvert et hypertension oculaire en France.

<http://infodoc.inserm.fr/codecs/codecs.nsf/81a9c3aea9d7c1fc12569fc0059a266/bb85...> en date du 15/02/2007.

**27- ACIM** (Association Canadienne de l'Industrie du Médicament) RESEAU-ASSURANCE-SANTE-UNIVERSITE DE QUEBEC. Info traitements N° 64/65. Sciences et vie- N° 218-mars 2002.

**28- BAUDOIN C. et al.** Intérêt de la mesure de la qualité de vie (QDV) et de l'observance thérapeutique chez les patients atteints de glaucome primitif à angle ouvert. J Fr Ophtalmol, 2000 ;

**29- WANE A. et al.** L'observance au traitement médical dans le glaucome primitif à angle ouvert J Fr, Ophtalmol, 2003 ; 2-10 :1039-1044.

**30- BAUDOIN C. et al.** Le patient glaucomateux et son traitement qu'en est-il réellement ? J.Fr.Ophtalmol.2002, 22, 1, p.99-601.

**31- HAMELIN N et al.** Comment les patients réagissent-ils à la découverte d'un glaucome ? J Fr. Ophtalmol.2002, 25, 8,795-798.

**32- GIORDAN A. et al.** Communication thérapeutique. L'impact d'un message dans le processus d'apprendre. PSYCHOTHERAPIES, Vol.16, 1996 N°4, p.189-196.

**33- WILENSKY J.T.** Glaucome à angle ouvert : pas si simple de connaître la PIO ! Curr.Opin.Ophthalmol.2004 ; 15 (2) :90-92 [www.co-ophthalmology.com](http://www.co-ophthalmology.com) ;

**34- ROULAND J-F.** Glaucome et observance. GLAUCOME ET QUALITE DE VIE, Laboratoire Chauvin Bausch et Lomb, 2002 p.24-28 ;

## **RESUME**

**Nom : KOITA**

**Prénoms : Fatoumata Tidiane**

**Titre de thèse : "le Glaucome Primitif à Angle Ouvert : Observance du Traitement de Décembre 2007 à Novembre 2008."**

**Ville de soutenance : Bamako,**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS,**

**Année de soutenance : 2010,**

**Secteur d'intérêt : Ophtalmologie.**

**Introduction :**

Le glaucome primitif à angle ouvert se définit par une neuropathie optique antérieure d'évolution chronique et progressive. C'est la forme la plus fréquente du glaucome ;

Il survient généralement après 40 ans et représente 80 à 90% des cas de glaucome.

### **But :**

Evaluer le résultat du traitement des patients atteints de glaucome primitif à angle ouvert.

### **Méthodologie :**

IL s'agissait d'une étude prospective, descriptive. Elle a porté sur 480 patients suivis à l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique (IOTA) située à Bamako sur une période de 12 mois allant de décembre 2007 à novembre 2008.

### **Résultat :**

Au point de vu suivi et évaluation du traitement :

La non adhésion au traitement médicamenteux est un problème majeur de santé publique, le phénomène était connu depuis Hippocrate, qui disait-il «le médecin devrait avoir à l'esprit que les patients mentent fréquemment lorsqu'ils disent avoir pris les médicaments prescrits.

Selon les données de la littérature, les caractéristiques sociodémographiques, notamment l'âge l'éducation, l'ethnie le statut économique et le soutien naturel n'influencent pas directement l'observance ;

L'observance était bonne pour **37,3%** des patients et moyenne pour **47,7%**. Cependant une mauvaise observance a été notée dans **15%** des cas.

Les raisons principalement évoquées ont été l'oubli et le cout élevé des médicaments. Par ailleurs les informations sur le déroulement pratique du traitement semblaient insuffisantes.

Les raisons le plus souvent évoquées ont été l'insuffisance d'information le coût des médicaments, les oublis et la négligence.

En conclusion : la prise en charge du glaucome chronique à angle ouvert est un processus de longue haleine. Le traitement médical prescrit en première intention, n'est pas toujours bien suivi. L'étude de ce comportement complexe, nous a permis de mettre en évidence l'importance du phénomène chez les glaucomateux.

**Mots clés** : Glaucome, Observance, IOTA,

# ANVVEYES

## FICHE D'ENQUETE

I-IDENTIFICATION DU PATIENT

N° :.....

Q1. Nom et Prénom :.....

Q2. Année de naissance :.../.../.../...

Q3. Sexe :... (1=M ; 2=F)

Q4. Profession :... (1=cultivateur ; 2=Eleveur ; 3=Ménagère ;

4=Commerçant ;

5=Fonctionnaire ;

6=Ouvrier ;

7=Elève/étudiant ;

8= Employé d'organisme ; 9=Retraité ; 10=Petit commerce  
ambulant ; 11=Autres)



Q5. Situation matrimoniale :....(1=marié, 2=divorcé, 3=veuf, 4=célibataire)

Q6. niveau d'instruction :...(1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur, 5=Analphabète).

Q7. Distance par rapport au service d'ophtalmo :....(1=Bamako, 2=région).

Q8. Date de découverte du glaucome :.....

## II- EXAMEN DU DOSSIER MEDICAL

Q9. Antécédents médicaux :...(1=oui, 2=non)

Si oui préciser :.....(1=HTA, 2=Diabète, 3=Asthme, 4=Drépanocytose, 5=autres)

Q10a. Antécédents ophtalmo :....(1=oui, 2=non)

Q10b. Si oui préciser :....(1=notion de glaucome familial, 2=kératoplastie, 3=Uvéite, 4=cataracte, 5=Trauma, 6=chirurgie de glaucome, 7=autres).

Q11. Symptomatologie :....(1=céphalées, 2=vision trouble, 3=BAV, 4=Autres)

Q12. Retentissement fonctionnel

Q12a. AV :....(1=évaluée, 2=non évaluée,)

Q12b. Si évaluée préciser :.....

AV (1/10 à 10/10=1à10, CLD=11, PL+=12, PPL=13)

OD

OG

Q12c. Date 1<sup>er</sup> examen:...../...../... /.... /  
/...../

Q12d. Date dernier contrôle :.../.../.. /...../  
/...../

Q13. Pression intraoculaire :....(1=évaluée, 2 =non évaluée)

Q13a. Date 1<sup>er</sup> examen:...../...../ /.... /  
/...../

Q13b. Date dernier contrôle : /.../... /...../  
/...../

Q14. Fond d'œil :

/...../ /...../

(1=fait, 2=inaccessible 3 = non effectué)

Q14a. Si fait préciser :

Q14b. Excavation papillaire (c /d) :

Q14c. Date 1<sup>er</sup> examen :...../...../... /...../  
/...../

Q14d. Date dernier contrôle :.../.... /.... /...../  
/...../

Q15. Champ visuel :.... /...../  
/...../

(1=fait, 2=non effectué)

Q15a. Si fait préciser :

Q15b. Premier examen en date du :.... /.... /....

Q15c. Type de champ visuel :.....

(1=Goldman, 2=Moniteur Ophtalmologique, 3= Friedman, 4= Humphrey)

Q15d. Résultat: (1=normal, 2=anormal)

Q15e. Dernier contrôle en date du:...../...../.....

Q15f. Type de champ visuel

(1=Goldmann, 2=Moniteur Ophtalmologique, 3= Friedmann, 4= Humphrey)

Q15g. Résultat :..... (1=stationnaire, 2=altéré)

Q16. Nature du traitement médical :(1=bêtabloquant, 2=mydriatiques alpha adrénérurgique non sélectif, 3=agoniste alpha 2 adrénérurgique, 4= myotique, 5= analogue des prostaglandines, 6= inhibiteur de l'anhydrase carbonique, 7= agent osmotique, 8= association thérapeutique).

Q16a. Initial :.... /.... ./...../...../

Q16b. Actuel :.../...../...../...../

Q17. Traitement chirurgical :

Q17a Possible :.... /

Q17b Non possible :.... /

### III- Questionnaire

Q18. Connaissance de la maladie

Q18a. Etes-vous informés de votre maladie ?..... (1=Oui, 2=Non)

Q18b. Si oui que savez-vous du glaucome ?..... (1=parfaite, 2=approximative, 3=mauvaise)

Q18c. Critères :

8- Définition du glaucome,

9- Conséquences fonctionnelles du glaucome,

10-Traitement à vie

11-Notion héréditaire de la maladie.

Q18d. Evaluation :

1=Tous les critères sont satisfaits

2=Au plus 2 critères non satisfaits

3= Aucun critère

Q19. Observance au traitement médical :.....(1=bonne, 2=moyenne, 3=mauvaise)

Q19a. Critères :

1. Respect des horaires

2. Régularité du traitement

3. Assiduité dans le contrôle

4. Respect de la prescription

Q19b. Evaluation :

1= Tous les critères sont respectés,

2= 3 critères satisfaits

3= Au moins 2 critères non respectés

Q19c. Etes-vous régulier au contrôle ?..... (1=Oui, 2=Non)

Q19d. Parvenez-vous à appliquer les médicaments aux heures indiquées ?..... (1=Oui, 2=Non)

Q19e. Vous est-il arrivé de ne pas prendre vos produits ?..... (1=Oui, 2=Non)

Q19f. Si vous n'avez pas pris normalement vos produits, pouvez-vous en donner les raisons ?

Q19g. Vous est-il arrivé de ne pas respecter les doses prescrites ?..... (1=Oui, 2=Non)

Q20. Autres facteurs pouvant influencer l'observance thérapeutique

Q20a. Eprenevez-vous des difficultés pour le suivi ?..... (1=Oui, 2=Non)

Q20b. Si oui, préciser les raisons :.....

.....

Q20c. D'une façon générale, penser-vous que votre vie soit perturbée par les effets du traitement que vous suivez ?..... (1=Oui, 2=Non)

Q20d. Qui vous prend en charge les médicaments ?..... (1=personnelle, 2= familiale, 3= Assurance, 4= Autres)

Q20e. Quelle appréciation faites-vous du coût des médicaments ?.....

1=cher, 2= abordable, 3= pas du tout cher

Q20f. Faites-vous aider pour l'instillation des collyres ?..... (1=Oui, 2=Non).

Q20g. Quelle appréciation faites-vous de la relation avec votre médecin :....(1= bonne, 2= moyenne, 3= mauvaise)

Q20h. Avez-vous des recommandations ?..... (1=Oui, 2=Non)

Q20i. Si oui préciser.....

Q21. Satisfaction du patient :

Etes-vous globalement satisfait du traitement ?.....(1=Oui, 2=Non).