



**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(MEDECINE ET PHARMACIE)
UNIVERSITE KANKOU MOUSSA**

Année universitaire 2024 – 2025

THESE N° : /

THEME

**EVALUATION DES RESULTATS DE LA CHIRURGIE DE
LA CATARACTE A L'HOPITAL DE DISTRICT DE LA
COMMUNE IV**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 10/01/2025 par
Mme. NIYONZIMA Lenny Fleur

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'État**)

JURY

PRÉSIDENT : Pr NAPO Abdoulaye

MEMBRES : Dr KOITA Kadiatou BA

: Pr Mohamed Kolé SIDIBE

CO- DIRECTEUR : Dr Thierno NADIO

DIRECTEUR : Pr Sanoussi BAMANI

UNIVERSITE KANKOU MOUSSA
(Faculté des Sciences de la Santé)

Administration

RECTEUR : Pr Siné BAYO

Doyen : Pr Dapa A DIALLO

PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE : Pr Hamar Alassane Traoré

SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Amougnon DOLO

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1- PROFESSEURS

Mr Alhousseini AG MOHAMED	ORL
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou I DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Aly Douro TEMBELY.....	Urologie
Mr Nouhoun ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY.....	Anesthésie et Réanimation
Mr Djibo Mahamane DJANGO.....	Anesthésie et Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie Cardio-Thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Drissa KANIKOMO.....	Neurochirurgie
Mr Adégné Pierre TOGO	Chirurgie général
Mr Allassane TRAORE.....	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE.....	Chirurgie Générale
Mr Youssouf TRAORE.....	Gynéco-Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO.....	Gynéco-Obstétrique
Mme Doumbia Kadiatou SINGARE.....	ORL
Mr Seydou TOGO.....	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA.....	Chirurgie Thoracique
Mr Birama TOGOLA.....	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA.....	Chirurgie Générale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ibrahim TEGUETE.....	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIARRA.....	Chirurgie Générale
Mr Amadou TRAORE.....	Chirurgie Générale
Mr Madiassa KONATE.....	Chirurgie Générale
Mr Hamady COULIBALY.....	Stomatologie
Mr Sékou KOUMARE.....	Chirurgie Générale
Mr Madani DIOP.....	Anesthésie Réanimation
Mr Almoustapha Issa MANGANE.....	Anesthésie Réanimation
Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE.....	Anesthésie Réanimation

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

3- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi BAMANI.....	Ophtalmologie
Mr Souleymane TOGORA.....	Stomatologie
Mr Bréhima COULIBALY.....	Chirurgie Générale
Mr Abdoul Kadri MOUSSA.....	Traumatologie
Mr Mamadou NDIAYE.....	Radiologie

4- MAITRES ASSISTANTS

5-Assistant :

Mr Zakary SAYE.....	Oncologie Chirurgicale
---------------------	------------------------

D.E.R SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

Mr Siné BAYO.....	Anatomie pathologie – Histo-embryologie
Mr Bakary CISSE.....	Biochimie
Mr Cheick Bougadari TRAORE.....	Anatomie pathologie
Mr Lassine SIDIBE.....	Chimie Organique
Mr Mahamadou TRAORE.....	Génétique
Mr Mahamadou Ali THERA.....	Parasitologie Mycologie
Mr Bakarou KAMATE.....	Anatomie Pathologie
Mr Abdoulaye DJIMDE.....	Parasitologie Mycologie
Mme DOUMBBO Safiatou NIARE.....	Parasitologie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Boureïma KOURIBA.....	Immunologie
Mr Aboulaye KONE.....	Parasitologie

3-MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHES

Mr Amadou KONE.....	Biologie Moléculaire
Mr Mahamadou Z SISSOKO.....	Méthodologie de la Recherche
Mr Karim TRAORE.....	Méthodologie de la Recherche
Mr Issiaka SAGARA.....	Math-Bio-Statistique
Mr Bourama COULIBALY.....	Histo-embryo et anapath
Mr Souleymane DAMA.....	Parasitologie-Mycologie
Mr Mohamed M'BAYE.....	Physiologie
Mr Amadou NIANGALY.....	Parasitologie-Mycologie
Mr laurent DEMBELE.....	Parasitologie-Mycologie

4-MAITRES ASSISTANTS

Mr Souleymane SANOGO.....	Physique
Mr Charles ARAMA.....	Immunologie

5-ASSISTANTS

Mr Abdoulaye FAROTA.....	Chimie Physique-Chimie Générale
Mr Aboudou DOUMBIA.....	Chimie Générale

D.E.R MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Toumani SIDIBE.....	Pédiatrie
Mr Mamadou Marouf KEITA.....	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO.....	Néphrologie

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

Mr Baba KOUMARE.....	Psychiatrie
Mr Dapa Aly DIALLO.....	Hématologie
Mr Hamar Allassane TRAORE.....	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE.....	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE.....	Imagerie Médicale
Mr Moussa Y. MAIGA.....	Gastro-Entérologie
Mr Boubacar DIALLO.....	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO.....	Pédiatrie
Mr Daouda K MINTA.....	Maladies Infectieuses
Mr Youssoufa M MAIGA.....	Neurologie
Mr Yacouba TOLOBA.....	Pneumologie
Mme Mariam SYLLA.....	Pédiatrie
Mme Fatoumata DICKO.....	Pédiatrie et génétique Médicale
Mr Souleymane COULIBALY.....	Psychologie
Mme Kaya Assétou SOUKHO.....	Médecine Interne
Mr Abdoul Aziz DIAKITE.....	Pédiatrie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Adama DICKO.....	Dermatologie
Mr Koniba DIABATE.....	Biophysique
Mme Menta Djénébou TRAORE.....	Médecine Interne

3- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mody CAMARA.....	Imagerie Médicale
Mr Djibril SY.....	Médecine Interne
Mme SOW Djénébou SYLA.....	Endocrinologie

4- MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou N'DIAYE.....	Imagerie Médicale
Mr Issiaka DIARRA.....	Anglais

5- ASSISTANTS

Mme DEMBELE Maimouna SIDIBE.....	Rhumatologie
Mr Bah TRAORE.....	Endocrinologie
Mr Modibo MARIKO.....	Endocrinologie

-CHARGES DE COURS :

Mr Madani LY.....	Oncologie Médicale
-------------------	--------------------

D.E.R SANTE PUBLIQUE

1- PROFESSEURS

Mr Hammadoun SANGHO.....	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO.....	Informatique Médicale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Oumar SANGHO.....	Santé Communautaire
----------------------	---------------------

3-Maître de Conférences

Mr Aldiouma KODIO.....	Anglais
------------------------	---------

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

4-MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdramane COULIBALY.....	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DIARRA.....	Anthropologie Médicale
Mr Cheick Abou COULIBALY.....	Santé Publique

5-CHARGES DE COURS :

Mr Birama DIAKITE.....	Economie de la Santé
Mr Mahamane KONE.....	Santé au travail
Mr Ali WELE.....	Management
Mr Cheick Tidiane TANDIA.....	Santé Publique

D.E.R SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

Mr Saibou MAIGA.....	Legislation
Mr Gaoussou KANOUTE.....	Chimie Analytique
Mr Ousmane DOUMBIA.....	Chimie Thérapeutique
Mr Aboulaye DABO.....	Zoologie
Mr Moussa SAMAKE.....	Botanique
Mr Benoit Yaranga KOUMARE.....	Chimie Inorganique
Mr Ababacar MAÏGA.....	Toxicologie
Mr Lassine SIDIBE.....	Chimie Organique
Mr Mahamadou TRAORE.....	Génétique
Mr Cheick Bougadari TRAORE.....	Biologie Cellulaire
Mr Cheick Oumar BAGAYOGO.....	Informatique
Mr Nouhoum ONGOIBA.....	Anatomie
Mr Alhassane TRAORE.....	Anatomie
Mr Bakary Tientigui DEMBELE.....	Anatomie
Mr Siaka SIDIBE.....	Biophysique
Mr Abdoulaye DJIMDE.....	Parasitologie-Mycologie
Mr Daouda Kassoum MINTA.....	Maladies Infectieuses
Mr Satigui SIDIBE.....	Pharmacie Vétérinaire
Mr Mahamadou Ali THERA.....	Parasitologie-Mycologie
Mr Souleymane COULIBALY.....	Psychologie de la Recherche
Mr Daba SOGODOGO.....	Physiologie Humaine
Mr Mme DOUMBO Safiatou NIARE.....	Parasitologie-Mycologie
Mr Aldiouma GUINDO.....	Hématologie
Mr Sékou BAH.....	Pharmacologie
Mr Issaka SAGARA.....	Maths-Bio-Statistiques

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES/MAITRES DE CONFERENCES/MAÎTRES DE RECHERCHES

Mr Ousmane SACKO.....	Cryptogamie
Mr Bourèma KOURIBA.....	Immunologie
Mr Abdoulaye KONE.....	Méthodologie de la recherche
Mr Drissa TRAORE.....	Soins Infirmiers
Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME.....	Biochimie
Mr Sidi Boula SISSOKO.....	Histologie-Embryologie
Mr Mahamane HAIDARA.....	Pharmacognosie
Mr Abdoul K MOUSSA.....	Anatomie
Mr Madiassa KONATE.....	Anatomie
Mr Abdoulaye DIARRA.....	Chirurgie Générale
Mr Amadou TRAORE.....	Chirurgie Générale

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

Mr Bourama COULIBALY.....	Biologie Cellulaire
Mr Mohamed MBAYE.....	Physiologie
Mr Koniba DIABATE.....	Biophysique
Mr Souleymane DAMA.....	Parasitologie-Mycologie
Mr Laurent DEMBELE.....	Parasitologie-Mycologie
Mr Amadou NIANGALY.....	Parasitologie-Mycologie
Mme MINTA Djénébou TRAORE.....	Sémiologie Médicale
Mr Hamadoun Abba TOURE.....	Bromatologie
Mr Lossény BENGALY.....	Pharmacie Hospitalière
Mr Tidiane DIALLO.....	Toxicologie
Mr Ibrahim GUINDO.....	Bactériologie-Virologie
Mr Housseini DOLO.....	Santé Publique
Mr Oumar SANGHO.....	Santé Publique

4-MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHES

Mr Dominique ARAMA.....	Chimie Thérapeutique
Mr Yaya GOÏTA.....	Biochimie
Mr Aboubacar DOUMBIA.....	Bactériologie-Virologie
Mr Mohamed Ag BARAÏKA.....	Bactériologie-virologie
Mr Yaya COULIBALY.....	Droit et éthique
Mr Hamma MAIGA.....	Législation-Galénique
Mr Bakary Moussa CISSE.....	Galénique Législation
Mr Boubacar ZIBEROU.....	Physique
Mr Hamadoun DIALLO.....	Anatomie
Mr Aboudou DOUMBIA.....	Chimie Générale
Mr Souleymane SANOGO.....	Biophysique
Mr Diakardia SANOGO.....	Biophysique
Mr Charles ARAMA.....	Immunologie
Mr Issiaka DIARRA.....	Anglais
Mme Aïssata MARIKO.....	Cosmétologie
Mr Boubacar Tiètiè BISSAN.....	Analyse Biomédicale
Mr Issa COULIBALY.....	Gestion Pharmaceutique
Mme Salimata MAÏGA.....	Bactériologie-Virologie

5-ASSISTANTS :

Mr Dougoutigui TANGARA.....	Chimie Minérale
Mr Abdourhamane DIARA.....	Hydrologie
Mme SAYE Bernadette COULIBALY.....	Chimie Minérale
Mr Abdoulaye KATILE.....	Math-Bio-statistique
Mr Aboubacar SANGHO.....	Droit-Ethique -Législation Pharmaceutique
Mme Traoré Assitan KALOGA.....	Droit-Ethique -Législation Pharmaceutique
Mr Mamadou BALLO.....	Pharmacologie
Mr Abdoulaye GUINDO.....	Pharmacologie
Mr Bah TRAORE.....	Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition
Mr Modibo MARIKO.....	Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition

5-CHARGES DE COURS

Mr Birama DIAKITE.....	Economie de la Santé
Mr Mahamane KONE.....	Santé au Travail
Mr Maman YOSSI.....	Technique d'expression et de communication
Mr Amassagou DOUGNON.....	Biophysique
Mr Abdoulaye FAROTA.....	Chimie Physique

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail à :

⊕ A ALLAH :

Le Tout puissant, le Tout Miséricordieux de m'avoir conduit dans la voie de la réussite et de m'avoir préservé de tout mal.

A toi seul la gloire, l'honneur et la louange pour l'éternité. Que sa protection soit sur nous. Amen !

⊕ A MON PERE ABDOU CHEAKA TOURE :

Ta rigueur dans le travail bien fait, tes conseils de tous les jours, et ta disponibilité à toute épreuve ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Ce travail c'est d'abord le tien, tu t'es battu pour que je sois dans les meilleures conditions possibles afin de réaliser mes rêves. La reconnaissance étant la mémoire du cœur, je t'exprime ma gratitude éternelle. Que Dieu t'accorde une longue vie et une bonne santé.

⊕ A MA TRES CHERE ET TENDRE MERE KABUNGO ANNE-MARIE :

Tu as été et seras toujours une mère exemplaire. Tu as su m'élever de toutes tes forces avec rigueur, patience et tendresse. Ce travail est le résultat de tes innombrables prières et sacrifices. Je suis fière de toi et plus que jamais reconnaissante pour tout ce que tu fais pour moi. Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous. Longue et heureuse vie à toi, je t'aime.

⊕ A MON PERE PANCRACE CIMPAYE :

Aucune dédicace ne saurait être aussi éloquente pour exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance. Tu as été une source de motivation pour moi. Je te dédie ce travail qui est le fruit de ton soutien indéfectible. Que le tout puissant te récompense au centuple de tout ce que tu as fait pour moi et t'accorde une longue vie en bonne santé auprès de nous.

LES REMERCIEMENTS :

 **A MES TANTES ET ONCLES :** **MATESO Alexandre,** **KARIKUMUTIMA Parfait,** **KUBWIMANA Philibert,** **BUKURU Georgette,** **BUTOYI Floride,** **KIPALA Jocelyne,** **NDABITEZAMASO Donatien,** **NDAYISHIMIYE Francine**

Vos soutiens et conseils resteront toujours d'un apport considérable pour moi. Recevez ici toute ma reconnaissance.

 **A MES FRERES ET SŒURS :** **KEZA Larissa,** **KIPALA Basubi,** **KIPALA Yusuf,** **CIMPAYE Chevalier Guevara,** **CIMPAYE Honey Milka,** **BAWA TOURE Raïmatha,** **BAWA TOURE Issa.**

Les mots me manquent pour vous exprimer mon affection. Courage et union car le chemin de la réussite est dur et laborieux. Que la grâce du tout puissant nous accompagne.

 **A MON CHER MAHMOUD CISSE :** On a traversé vents et marées ensemble. Tu es ma plus belle rencontre, tu m'as épaulée et parfois guidée et beaucoup soutenue. Je te remercie du fond du cœur pour tout et te souhaite tout le meilleur, puisse Allah exaucer tous tes souhaits.

 **A MES AMIES ADAM DOUMBIA, MADINA COULIBALY ET SARAH LEYLAH D TRAORE :**

Je garde de nous un heureux souvenir. Vous avez été pour moi plus que des amies, vous êtes mes sœurs du Mali. Grâce à vous mon séjour au Mali a été plus qu'agréable. Merci pour tous ces moments de joie indescriptible.

 **A MON AMI ABDEL AWAL OLOMIDE :**

Tu m'as beaucoup soutenue à la faculté et en dehors dans la vie quotidienne.
Qu'Allah te rembourse tous tes bienfaits au centuple. Merci pour tout.

 **A LA FAMILLE BA :**

Vous avez été un soutien incommensurable durant mon séjour au Mali. Je me rappellerai toujours de votre hospitalité et votre gentillesse. Merci pour tout ce vous avez fait pour moi. Qu'Allah vous récompense

 **A Mr AUDACE NTAWUKIRISHIGA :** Merci d'avoir été un père de substitution en absence de mes parents. Merci pour toute l'aide apportée. Que Dieu vous le récompense.

 **A LA FAMILLE DOUMBIA :** Vous avez été comme une deuxième famille pour moi. Vous m'avez accueilli, pris soin de moi et traité comme un membre à part entière de la famille. Merci pour tous les bienfaits, puisse Allah vous bénir.

 **A MES MAITRES DU PREMIER CYCLE, DU SECOND CYCLE ET DU LYCEE :**

Merci pour la qualité de votre formation.

 **AUX PROFESSEURS DE KANKOU MOUSSA :**

Merci pour la qualité de l'encadrement.

 **A MES AINES :**

Pour votre encouragement et votre disponibilité pour le reste du chemin laborieux. Un grand merci à vous tous pour tous ces moments agréables passés à vos côtés

 **AU PERSONNEL DE L'HOPITAL DE DISTRICT DE LA COMMUNE IV DE BAMAKO :**

Je garde de vous un heureux souvenir. C'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout mon cœur.

 **A L'ETAT MALIEN :**

Pour tous les efforts consentis à ma formation.

Merci à tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenue pour la réalisation de ce travail.

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

 **Pr NAPO Abdoulaye**

- **Maitre de conférences Agrégé à la FMOS ;**
- **Spécialiste du segment postérieur ;**
- **Diplômé de l'économie de la santé ;**
- **Chef du Département de formation au CHU-IOTA ;**
- **Membre de la société française d'ophtalmologie :**

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Vos qualités scientifiques et pédagogiques font de vous un homme d'exception.

Veuillez accepter cher maître l'expression de notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET JUGE

 Dr KOITA Kadiatou BA

- Médecin ophtalmologiste ;
- Praticienne hospitalière au CHU-IOTA ;
- Spécialiste de la surface oculaire au CHU-IOTA ;
- Chargé de recherche au CHU-IOTA.

Cher maître,

Nous sommes particulièrement touchés tant par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de corriger ce travail que par votre soutien sans faille.

Nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre esprit critique et vos suggestions ont permis d'amener ce travail à bon port.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

 **Pr Mohamed Kolé SIDIBE**

- **Médecin militaire ophtalmologiste ;**
- **Praticien hospitalier ;**
- **Spécialiste de la rétine ;**
- **Chef de service des investigations ophtalmologiques au CHU-IOTA ;**
- **Maitre de recherches au CHU-IOTA.**

Cher maître ;

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger dans ce jury en dépit de vos multiples occupations.

Votre modestie et votre humilité sont des qualités qui nous inspireront tout au long de notre vie professionnelle.

Veuillez recevoir cher maître, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Dr Thierno NADIO

- **Chef de service ophtalmologie à l'Hôpital de District de la Commune IV de Bamako ;**
- **Ophtalmologiste de la fondation Mali-Gavardo Bamako ;**
- **Chargé de recherches au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.**

Cher Maître,

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités qui font de vous un médecin aimé de tous.

Cher Maître, toute notre fierté d'être encadrée par vous, c'est l'occasion pour nous de vous exprimer tout notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

 **Pr Sanoussi BAMANI**

- **Maître de conférences honoraire en ophtalmologie à la FMOS.**
- **Ancien coordinateur du Programme National de Lutte contre la Cécité.**
- **Ancien chef de département formation à l'IOTA.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites et un réel plaisir en acceptant de nous encadrer pour ce travail, malgré vos multiples occupations. Votre modestie, votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre patience dans la transmission du savoir qui nous ont marquée et faisant de vous un modèle exemplaire.

Veuillez recevoir, Cher Maître, l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

AG : Anesthésie Générale

AO : atrophie optique

ATCD : antécédent

AV : acuité visuelle

AVL : acuité visuelle de loin

AVLscp : Acuité Visuelle de Loin sans correction préopératoire

AVLsc : Acuité Visuelle de Loin sans correction

AVLac : Acuité Visuelle de Loin avec correction

BAV : baisse d'acuité visuelle

BV : baisse de vision

BVB : baisse de vision bilatérale

BVU : baisse de vision unilatérale

CA : chambre antérieure

CB : cécité bilatérale

CE : corps étranger

CIM : classification internationale des maladies

CLD : compte les doigts

CPN : consultation pré natale

CSRÉf : centre de santé de référence

CU : cécité unilatérale

CV : champ visuel

DDR : décollement de rétine

DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge

EEC : extraction extra capsulaire du cristallin

EIC : extraction intra capsulaire

FMOS : faculté de médecine et d'odontostomatologie

FO : Fond d'œil

GPAO : Glaucome primitif à angle ouvert

HI : Hernie de l'iris

HTA : hypertension artérielle

HTO : Hypertonie Oculaire

HSC : Hémorragie Sous Conjonctivale

ICA : Implant de la chambre antérieure

ICP : implant de la chambre postérieure

IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique

J : Jour

KT : Cataracte

LAF : lampe à fente

LIO : Lentille intraoculaire

MR : Masse résiduelle

NO : Nerf optique

OC : œdème de Cornée

OCP : Opacification de la Capsule Postérieure

OD : œil droit

ODG : œil droit et gauche

OG : œil gauche

OMC : œdème maculaire cystoïde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : otorhinolaryngologie

PB : Peribulbaire

PDR : Pupille Déronde

PF : Planification Familiale

PHACO A : phacoalternative manuelle sans suture

PHACO E : phacoémulsification

PIO : pression intra oculaire

PL + : perception lumineuse présent

PPL : pas de perception lumineuse

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

RAS : Rien à Signaler

RCP : Rupture capsulaire postérieure

RHTA : Rétinopathie Hypertensive

TS : Trou Sténopeïque

UV : Ultra-violet

VBM : voit bouger la main

Xin : Cristallin

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II- OBJECTIFS.....	3
Objectif général :	3
Objectifs spécifiques :	3
III- GENERALITES	4
1.1Définitions	4
2.Rappel anatomique	5
3.Les étiologies.....	7
4.La clinique.....	10
5.Traitemen.....	13
6.Les complications de la chirurgie de la cataracte.....	17
6.1. Les complications communes à toutes les techniques :	17
6.1.1. La rupture capsulaire	17
6.1.2. L'issue de vitré :	17
6.1.3. L'hémorragie expulsive.....	18
6.1.4. Les infections	18
6.1.5. Les troubles de la pression intra oculaire	18
6.1.6. Les œdèmes de cornée :	19
6.1.7. Les complications rétinien.....	19
6.1.8. L'astigmatisme	20
6.2. Certaines complications sont particulières au mode d'extraction du cristallin :	20
6.2.1. EIC :	20
6.2.2. EEC :	20
6.2.3. La phacoémulsification :	21
6.2.4. Les complications liées aux implants.....	21
6.3. Les autres complications :	21
6.3.1. Les hémorragies	21
6.3.2. Les Athalamies et hypothalamies.....	22
6.3.3. Les troubles de la cicatrisation	22
6.3.4. Les complications loco régionales	22
7. Résultats de cette chirurgie :	23

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

7.1. La meilleure technique	23
7.2. Le pronostic :	23
IV- METHODOLOGIE.....	24
IV.1. Cadre d'étude.....	24
IV.2. Type et période d'étude.....	26
IV.3. Population d'étude.....	27
V- RESULTATS	32
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	41
VII- CONCLUSION.....	45
VIII- RECOMMANDATIONS	46
IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	45
X- ANNEXES.....	50

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La cataracte, véritable problème de santé publique, est une opacification partielle ou complète du cristallin, qui est normalement transparent. Elle crée une baisse progressive de la vision et peut être uni ou bilatérale. Une pupille devenue blanche est un signe très révélateur de la cataracte [1]. La cataracte est un effet secondaire inévitable du vieillissement, cependant des études épidémiologiques ont montré que le sexe féminin, la prédisposition génétique, l'exposition aux rayons ultraviolets, le tabagisme, l'obésité, l'iatrogénie, les traumatismes oculaires et certaines maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle) jouent un rôle dans la formation de la cataracte [2-3].

Elle représente un problème majeur de santé publique qui prendra de l'importance à mesure que la population augmentera et que l'espérance de vie sera prolongée dans le monde entier. Selon l'OMS en octobre 2022, la cataracte est responsable d'une déficience visuelle affectant 94 millions de personnes dans le monde [4]. Cette affection représente 5% de toutes les pathologies oculaires en Europe Occidentale, en Amérique du Nord et dans les pays nantis du Pacifique occidental [5].

En Afrique, la cataracte représente plus de 50% des causes de cécité, de ce fait plus de 80% des cas pourraient être évités [6]. Son incidence sur le continent africain est d'un million de nouveaux cas par an pour une population de 500 millions d'habitants, soit deux cas pour 100 habitants, avec une prévalence estimée à 0,5% de la population [7].

Au Mali, la prévalence de la cécité était estimé à 1,2% soit 138 000 aveugles par cataracte sur 276 000 aveugles toutes les causes confondues [8].

Elle est donc la priorité de la plupart des programmes visant à atteindre les objectifs de « vision 2020 », dont le principal objectif consiste à améliorer l'accès à la chirurgie de la cataracte [9].

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

Malgré ces chiffres alarmants, cette affection est curable dans la majorité des cas par une chirurgie adéquate.

A l'hôpital de district de la commune IV de Bamako, la chirurgie de la cataracte représente plus de 80 % des gestes chirurgicaux [10].

Selon l'initiative mondiale pour l'élimination des cécités évitables, une amélioration des techniques chirurgicales, une augmentation du nombre d'interventions de cataractes et un suivi spécifique de la qualité des opérations constituerait une solution [11].

C'est dans cette perspective que nous avons mené une étude pour l'évaluation des résultats de la chirurgie de la cataracte à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako.

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1- Objectif général :

- Etudier les résultats de la chirurgie de la cataracte.

2- Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques
- Evaluer les résultats fonctionnels pré et post opératoire
- Déterminer les résultats anatomiques
- Evaluer la satisfaction globale des patients après l'opération

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

GENERALITES

III- GENERALITES

1.1 Définitions

La cataracte : La cataracte est l'opacification du cristallin normalement transparent, empêchant ainsi les rayons lumineux de parvenir jusqu'à la rétine, ou les déforme. Cela brouille la vision de près comme de loin. Le mot cataracte a d'ailleurs été choisi pour décrire cette impression de regarder à travers une chute d'eau : du latin « cataracta » qui signifie chute d'eau. [12]

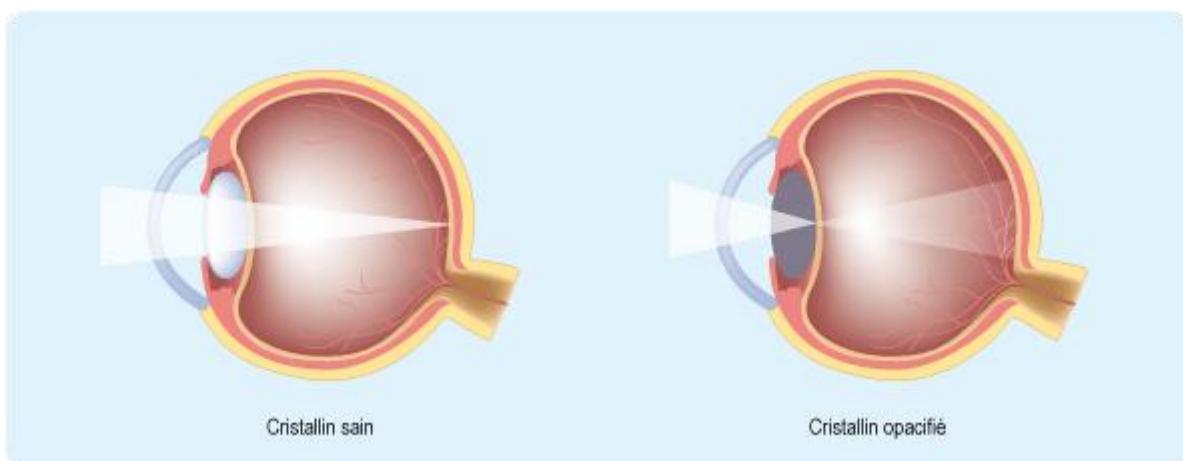


Schéma représentant les effets de l'opacification du cristallin [13]

La convergence des rayons sur la rétine est altérée, cela diminue la qualité de la vision.

1. Données épidémiologiques

A l'échelle mondiale, au moins 2,2 milliards de personnes vivent avec une forme de déficience visuelle. [14]

Ce chiffre tient compte des personnes atteintes de déficience de la vision de près due à **la presbytie (1,8 milliard)**, y compris celles dont la presbytie a été traitée ou non), et de déficience modérée à sévère de la vision de loin ou de cécité dues à des troubles de **la réfraction non corrigée (123,7 millions)**, par exemple myopie ou hypermétropie), de **cataracte (65,2 millions)**, de **dégénérescence maculaire liée à l'âge (10,4 millions)**, de **glaucome (6,9 millions)**, d'**opacités cornéennes (4,2 millions)**, de **rétinopathie diabétique (3 millions)**, de **trachome (2 millions)**, et d'autres affections (37,1 millions). En outre, ces

chiffres tiennent également compte des 188,5 millions de personnes atteintes d'une déficience visuelle légère dont les causes sont inconnues. [14]

Les études ont montré de façon régulière que dans toutes les régions et à tous les âges, les femmes sont plus exposées au risque d'atteinte visuelle que les hommes. [15]

2. Rappel anatomique

Le cristallin est une lentille biconvexe transparente, élastique avasculaire, convergente (puissance de plus de 20 dioptries, c'est après la cornée, le second dioptre oculaire), il est situé en arrière de l'iris en avant du corps vitré entouré d'une capsule d'où il peut être extrait chirurgicalement.

Il présente une face postérieure plus bombée que la face antérieure.

Il est maintenu en place par le ligament suspenseur qui permet de le fixer au corps ciliaire.

Il est disposé sur un plan frontal, son diamètre est de 9mm. Son épaisseur est de 4 à 5 mm qui augmente sensiblement avec l'âge.

Sa plasticité permet de modifier ses courbures et son indice de réfraction : c'est l'accommodation.

Chez les sujets âgés, la perte d'élasticité du cristallin entraîne la presbytie. La perte de la transparence induit la cataracte.

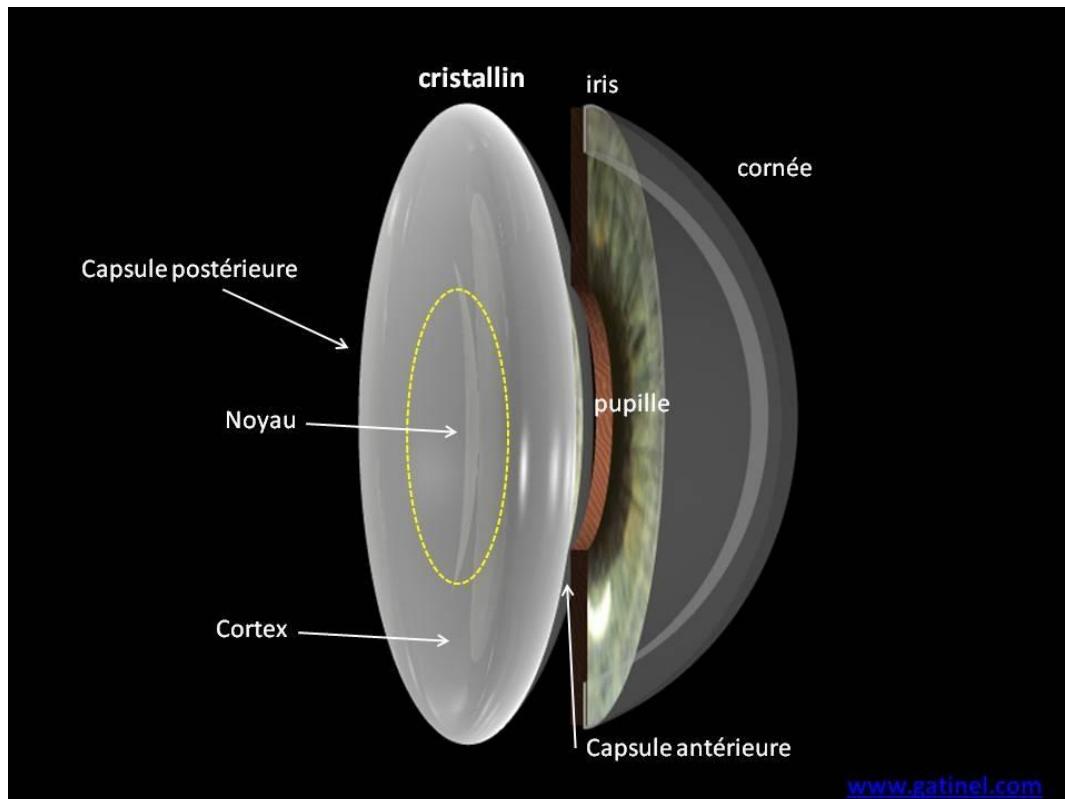
Il a deux propriétés : il est transparent (sinon c'est la cataracte) et il est souple, permettant l'accommodation (passage de la vision loin à la vision de près). Si le sujet est opéré (avec ou sans cristallin artificiel d'ailleurs) il faudra donc pallier à l'absence d'accommodation par une lunette additionnelle de près.

Du point de vue anatomique, il comprend deux capsules (antérieure et postérieure), un noyau et un cortex.

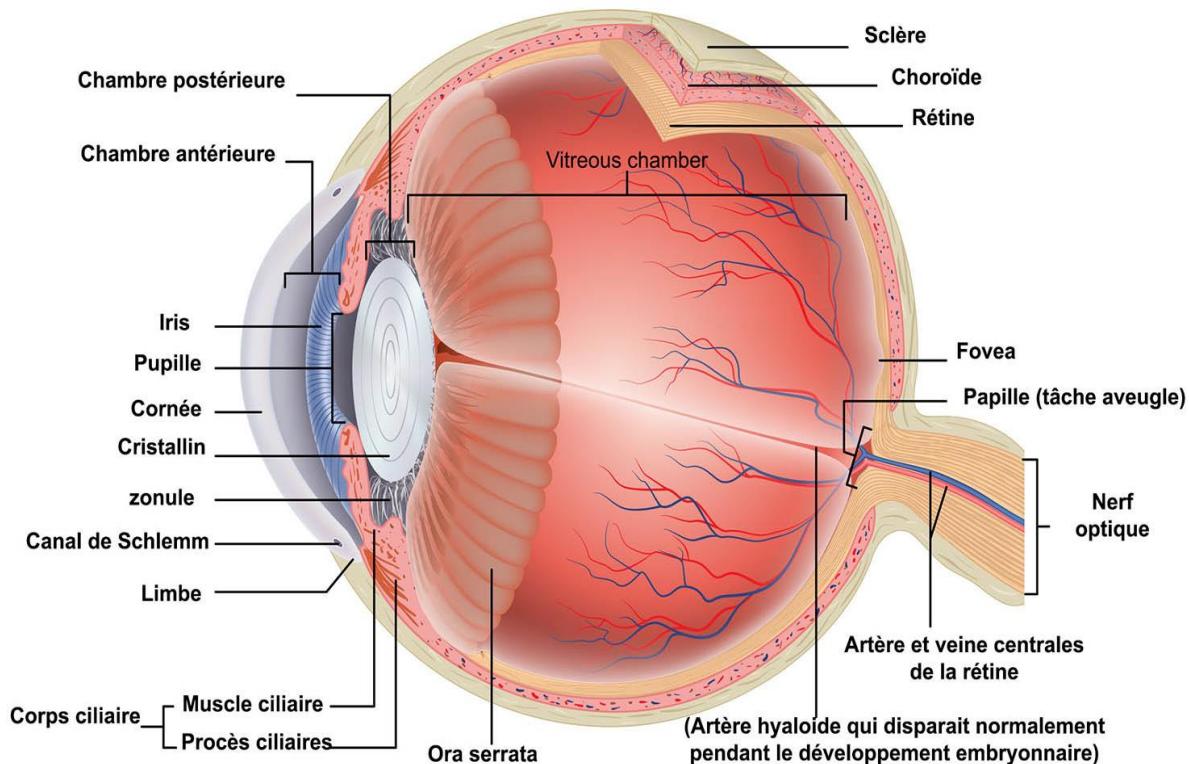
Ces capsules sont très fragiles : si elles sont perforées (traumatisme perforant par exemple), le cristallin s'opacifie très vite, parfois en quelques heures ou quelques jours. [16]

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

De plus, quand on opère la cataracte, par extraction extra capsulaire (phaco manuelle ou par ultrason). Il faut prendre garde à ne pas casser cette capsule postérieure.



La capsule du cristallin [17]



L'anatomie de l'œil [18]

3. Les étiologies [19]

3.1. La cataracte liée à l'âge :

C'est de loin la cause la plus fréquente de cécité. Liée à des troubles métaboliques encore inconnus, elle survient habituellement chez le sujet de plus de 65 ans, mais peut toucher également des individus plus jeunes (on parle alors de cataracte « présénile »). La cataracte sénile est en général bilatérale, mais volontiers asymétrique. L'évolution est en général lente, sur plusieurs mois ou années, responsable d'une baisse d'acuité visuelle lentement progressive.

Elle touche le sujet âgé de 75 ans-80 ans parfois moins de 65 ans. Le rôle des rayons UV est incriminé dans cette cataracte. L'incidence est un peu plus fréquent et l'âge plus jeune pour les professions exposées telles qu'agriculteurs, marins.

3.2.Les cataractes traumatiques

Le plus souvent unilatérales, elles peuvent être :

- Soit ***contusive*** (classiquement sous capsulaires postérieures),
- Soit liées à un ***traumatisme perforant*** (secondaires à l'imbibition du cortex cristallinien par l'humeur aqueuse après ouverture de la capsule cristallinienne).

3.3.Les cataractes « pathologiques » :

Ce terme impropre regroupe des cataractes consécutives à une pathologie oculaire ou à une pathologie générale métabolique.

- **Les cataractes consécutives à une pathologie oculaire**, comme une uvéite chronique.
- **Les cataractes liées à une pathologie générale** (Diabète)

Cataractes métaboliques et endocriniannes :

- ***La cataracte diabétique*** : Elle est classiquement sous capsulaire postérieure et complique souvent un diabète insulinodépendant. Chez le sujet âgé, le diabète non insulinodépendant est une cause favorisante de cataracte sénile.
- ***L'hypoparathyroïdie***
- ***L'avitaminose C***
- ***Le tabac***
- ***L'alcool***
- **Autres causes** : Certaines cataractes, beaucoup plus rares, peuvent être associées à d'autres pathologies, comme la trisomie 21, la maladie de Steinert et certaines affections cutanées (*cataractes syndermatotiques*) : sclérodermie, eczéma atopique.
- **Les cataractes iatrogènes :**
 - **La corticothérapie générale au long cours** (corticothérapie supérieure ou égale à un an)

- **La radiothérapie orbitaire : Rare**
- **Certains neuroleptiques majeurs de la famille des phénothiazines**
(exemple la chlorpromazine),
- **L'amiodarone,**
- **Certaines chirurgies oculaires ;**

3.4.Les cataractes congénitales :

Il existe deux grandes causes de cataractes congénitales :

- ***Les cataractes par embryopathie :***

Le plus souvent bilatérales.

La cataracte de la rubéole congénitale, elle est fréquemment associée à d'autres atteintes oculaires (microptalmie, rétinopathie, glaucome) et/ou générales (cérébrales et cardiaques).

- ***Cataractes héréditaires :***

Ces cataractes génétiques, assez fréquentes, sont le plus souvent de transmission autosomique dominante. Elles peuvent être isolées ou associées à des atteintes extra oculaires : c'est le cas de la myopathie de Steinert où on retrouve associée à la cataracte une myotonie surtout supérieure.

Devant la découverte d'une cataracte avec leucocorie chez un enfant, il faut éliminer les différents diagnostics responsables de leucocorie : (la toxocarose, le rétinoblastome, la rétinopathie des prématurés évolués, la dysplasie rétinienne, les persistances du vitré primitif, les opacités cornéennes ; un examen sous anesthésie générale, une exploration électro physiologique et échographique sont nécessaires. Un examen général pratiqué par un pédiatre permet parfois de retrouver l'étiologie responsable. [19].

4. La clinique [12]

4.1.Les symptômes dont se plaignent les malades sont :

- Une BAV progressive
- Une vision embrouillée ou obscurcie
- Une vision dédoublée (diplopie monoculaire) ou des éblouissements en présence de lumière vive dans certains cas (photophobie).

4.2.Le Diagnostic

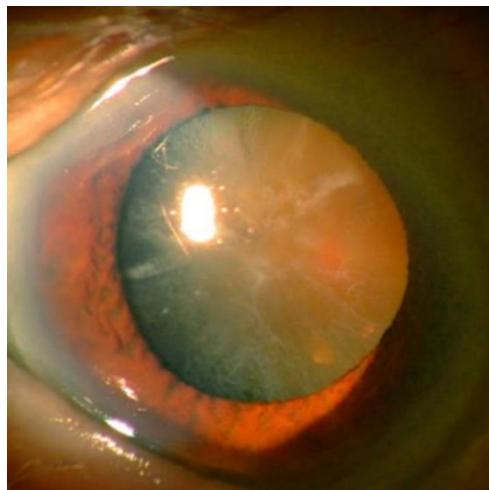
Il se fait à la lampe à fente souvent même à l'œil nu pour les cataractes très évoluées où on observe une leucocorie : (reflet blanc dans la pupille).

4.3.Les différentes formes topographiques de la cataracte

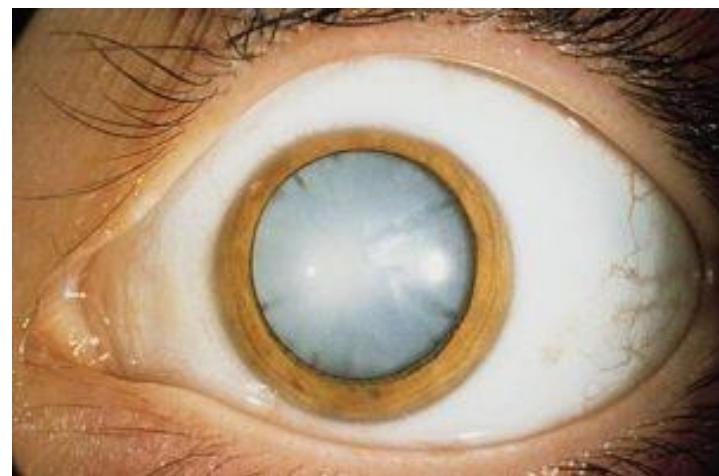
Selon l'aspect à la lampe à fente nous avons deux types :

- **La cataracte totale** où le cristallin est totalement blanc,
- **La cataracte partielle** : dans ce cas on décrit de nombreuses formes anatomiques :
 - **La cataracte sous capsulaire postérieure** : ici c'est le cortex sous la capsule postérieure qui est opaque ; la capsule elle-même reste claire,
 - **La cataracte nucléaire** : qui peut entraîner une myopie cristallinienne,
 - **La cataracte corticale** : ici c'est le cortex de la périphérie du cristallin qui s'opacifie, le noyau reste clair. Le sujet n'est donc pas gêné : C'est la plus fréquente des cataractes liées à l'âge.
 - On peut avoir aussi des formes intriquées : Exemple cataracte cortico-nucléaire.

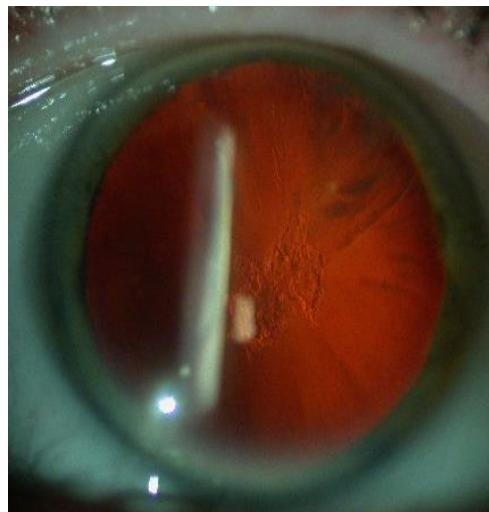
Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023



Cataracte cortico nucléaire [20]



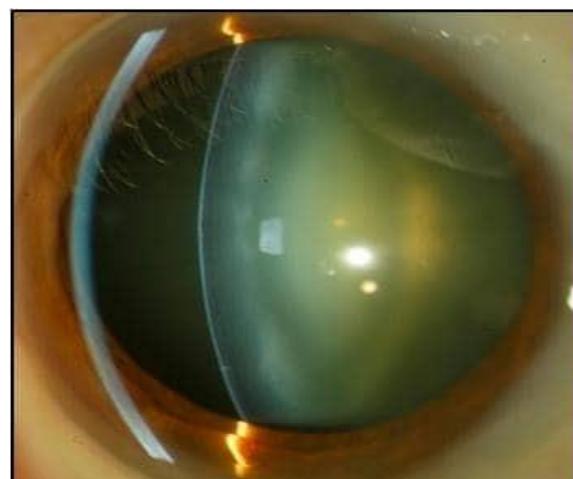
Cataracte totale [21]



Cataracte sous capsulaire postérieure [22]

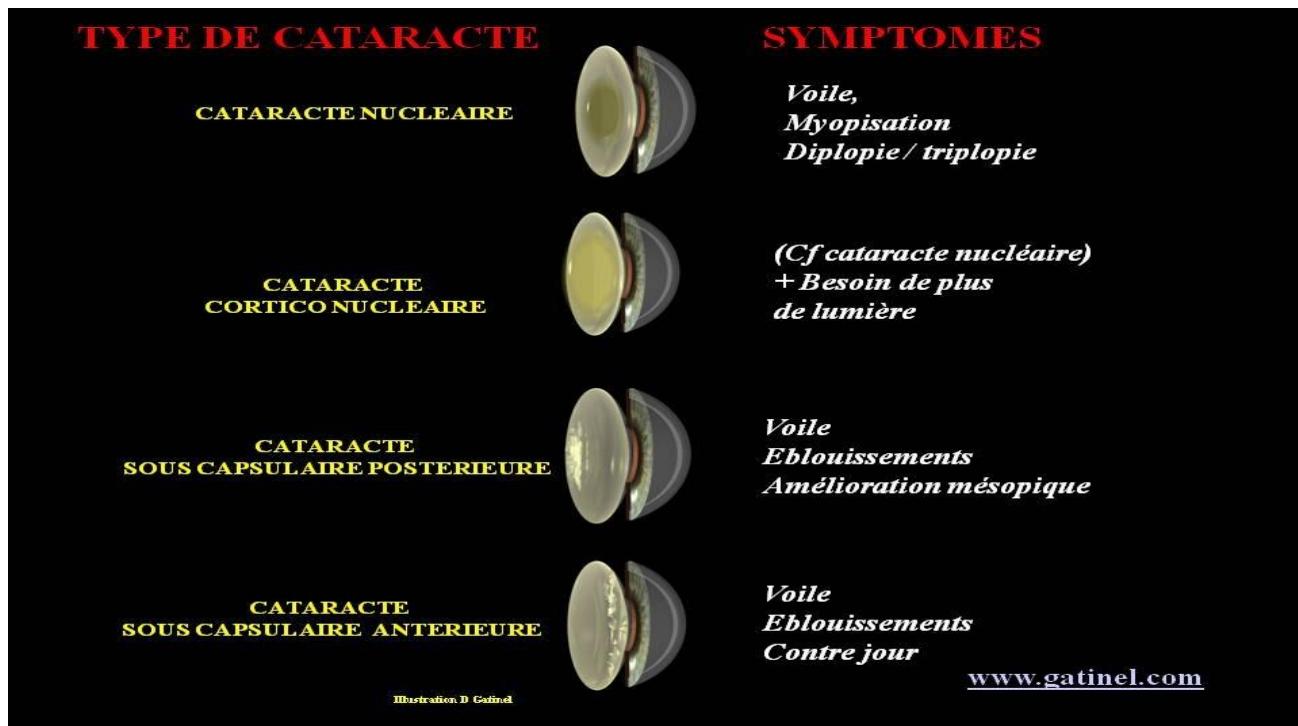


Cataracte corticale [23]



Cataracte nucléaire [24]

Les types de cataractes et leurs symptômes [25]



4.4.Evolution

Il n'y a jamais de régression sauf pour la galactosémie où le régime sans galactose entraîne une disparition de la cataracte.

4.5.Les complications

En cas de cataracte non traitée, des complications peuvent survenir :

- Glaucome secondaire : premièrement par le blocage de la pupille par un gros cristallin (intumescence) ou soit par la libération des protéines qui entraîne une uvéite et une hypertonie,
- L'inflammation endo-oculaire : l'uvéite phacoantigénique.

5. Traitement

5.1.Traitement préventif [1]

Il n'existe pas en réalité de traitement préventif efficace, mais l'application de certaines mesures pourrait retarder la survenue voire l'évolution d'une cataracte débutante :

- Le bon équilibrage d'un diabète,
- L'évitement du tabac, de l'alcool,
- La protection des yeux contre les rayons UVB, les rayons infrarouges,
- La protection des yeux au cours des loisirs et travaux pouvant entraîner un traumatisme oculaire,
- L'apport de nutriment antioxydants (lutéine), Vitamine C, Vitamine E

5.2.Traitement curatif :

5.2.1. Traitement médicamenteux [1]

Il n'a pas fait la preuve de son efficacité jusqu'aujourd'hui. L'instillation de certains collyres paraît retarder l'évolution d'une cataracte déjà existante mais ne pourrait pas éclaircir un cristallin déjà opaque.

5.2.2. Traitement chirurgical [16]

C'est le seul traitement de la cataracte.

*** Les différentes techniques chirurgicales [19]**

La cataracte est réputée facilement curable par différentes techniques, schématisées ci-dessous selon leur chronologie historique mais encore toutes utilisées aujourd'hui et présentant chacune des avantages et des inconvénients dont certains font l'objet de controverses au plus haut niveau.

TABLEAU I : Les différentes techniques chirurgicales [26]

Appellation et chronologie	Principe Technique	AVANTAGES	INCONVENIENTS
Abaissement du cristallin Antiquité – XVI ^e siècle en Europe (DAVIEL-BARTISCH) Actuellement en Afrique	Bascule du cristallin opaque dans le segment postérieur du globe (ponction transsclérale à la pique ou à l'épine)	« désaveuglement » rapide	Asepsie ? Allergie aux masses cristalliniennes entraînant cécité par inflammation et hypertonie oculaires
Extraction EXTRACAPSULAIRE (E.E.C) vers 1920	Sans dispositif grossissant, lavage aspiration des masses cristalliniennes opaques laissant en place la capsule postérieure	Plus petite incision cornéenne ; laisse en place la paroi postérieure (capsule) du sac cristalliniennes. = séparation physiologique entre segments antérieur et postérieur	Risque de laisser des reliquats ; opacification secondaire de la capsule postérieure

Extraction INTRACAPSULAIRE (E.I.C) mi-XX ^e siècle	Sans ; puis avec dispositif grossissant : extraction « intoto » du cristallin opaque	Simplicité, facilité (anse, ventouse, cryode), pas de reliquats	Plus grande incision cornéenne moins « physiologique » (avancé du vitré)
Extraction EXTRACAPSULAIRE (E.E.C.) « années 80 » PHACO-EMULSIFICATION	Fragmentation, lavage, aspiration mécanisée des masses intra capsulaires	Atraumatique, presque « à globe fermé », physiologique ainsi que l'implantation,	Exigences ++ en matériel et rigueur technique, risque d'opacification secondaire de la capsule

*Le principe de cette chirurgie

- Dans un 1er temps on enlève le cristallin opaque
Il existe deux techniques :
 - EIC : On enlève en totalité le cristallin avec ses capsules au travers d'une grande incision environ 10mm.

Cette technique conserve une bonne indication : la luxation du cristallin car ici la zonule est fragilisée.

- EEC : On respecte ici la capsule postérieure. On le fait soit de façon manuelle à travers une incision d'environ 8 mm ou au mieux à l'aide d'un appareil à ultrason qui permet de casser le cristallin en petits fragments et de l'aspirer par une petite incision environ 3mm : c'est la phacoemulsification.

- Après extraction du cristallin on corrige l'aphakie (aphaque : privé de cristallin).

Il existe trois moyens :

- Le port de lunettes d'aphakes : ce sont des verres sphériques convergents de + 10 dioptries.

Ces verres sont indiqués en cas d'interventions des deux yeux. Car en cas de cataracte unilatérale le déséquilibre de puissance de verre (rien d'un côté et + 10 de l'autre côté entraîne une anisométropie ce qui induit une image agrandie de 30% insupportable pour le cerveau (aniséicônie).

Leur meilleure indication est la correction de l'aphakie bilatérale de l'enfant en cas de cataracte congénitale.

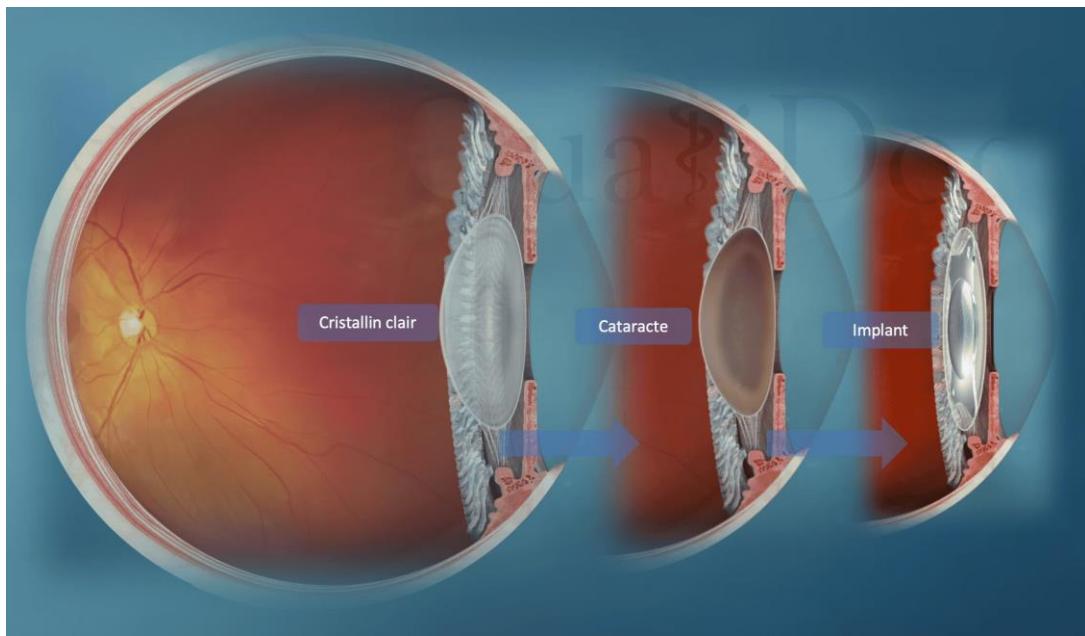
- Le port de lentille de contact (+ lunettes pour lire) est bien indiqué en cas de cataracte unilatérale : comme exemple la cataracte traumatique de l'adulte jeune.
- Le cristallin artificiel (implant, lentille).

Ces implants sont soit en plexiglas ou parfois en matériaux souples (silicones, acryliques, hydrogels). Ces implants se placent soit en chambre antérieure en avant de l'iris si on fait une EIC ou en cas de rupture de la capsule postérieure importante lors de la réalisation d'une EEC. Le plus fréquemment, ces implants se placent en chambre postérieure en arrière de l'iris sur la capsule postérieure après EEC.

Il est à noter que le porteur d'un cristallin artificiel est appelé un pseudophake.

La puissance est calculée à partir de la mesure du dioptre cornéen (kératometrie) et de la longueur axiale de l'œil (mesure/ ultrason).

Habituellement l'œil est rendu emmétrope, ce qui permet de ne pas avoir besoin de correction de loin. Néanmoins la perte de l'accommodation nécessite une correction pour la vision de près.



Cristallin clair à gauche. Cataracte au centre. Implant à droite [27]

TABLEAU II : Avantages et inconvénients des différents appareils de l'Aphakie [19]

Appellation et chronologie	AVANTAGES	INCONVENIENTS
VERRE CORRECTEUR (E.I.C. – E.E.C)	Simplicité (formation de techniciens lunetiers)	Poids, fragilité, aspect non traditionnel ++ distorsions optiques et rétrécissement du CV
LENTEILLE PRECORNEENNE (``de contact``) (E.I.C. – E.E.C)	Invisibilité, confort, diminution des aberrations optiques	Fragilité, coût ++, intolérance climatique, manipulation difficile,
LENTEILLE INTRAOCCULAIRE (L.I.O) ou ``Implant`` de * Chambre Antérieure (C.A.) I.C.A. * Chambre Postérieure (C.P.) ICP.	Très peu d'aberrations optiques, * ICA placé sous contrôle strict de la vue, * ICP dans le sac mieux toléré, plus ``physiologique``	``corps étranger dans l'œil`` mais matériaux actuels de qualité, * ICA appui anses dans l'angle iridocornéen (hypertonie possible), * ICP décentrement et opacification de la capsule postérieure possibles

Certains éléments ont contribué au succès de cette chirurgie, l'utilisation de microscope performant et la meilleure protection de l'endothélium cornéen par l'utilisation d'une substance viscoélastique transparente composée d'acide hyaluronique qui est injecté dans la chambre antérieure.

▪ **Cas particulier de l'enfant : [28]**

Chez l'enfant la gestion d'une éventuelle amblyopie ou de l'aphakie post opératoire limite la récupération visuelle. L'implantation dans le même temps opératoire que l'ablation du cristallin reste controversée compte tenu des capacités de croissance du globe oculaire.

5.2.3. Traitement par le laser

Son rôle est essentiel dans le traitement des opacifications secondaires de la capsule postérieure après EEC. Grâce au laser YAG, on fait une capsulotomie qui libère l'axe visuel.

6. Les complications de la chirurgie de la cataracte [29]

6.1. Les complications communes à toutes les techniques :

6.1.1. La rupture capsulaire

Les facteurs favorisants :

⊕ Les facteurs techniques :

- les incisions trop petites,
- une dilatation médiocre et instable,
- un mauvais contrôle des mouvements dans le champ opératoire (mouvement brusque,
- un mauvais diagnostic du type de cataracte (ex : cataracte traumatique).

⊕ Les facteurs anatomo-chirurgicaux :

- Fragilité capsulaire (cataracte intumescante, cataracte hyper mûre)
- La présence de synéchies irido-capsulaires, l'existence d'une zonule résistante.
- L'existence d'adhérence hyaloïdiennes postérieures chez les sujets jeunes.

6.1.2. L'issue de vitré :

Selon l'importance, elle sera négligeable : simple bride résiduelle et pourra passer inaperçue ou moyenne, nécessitant un traitement particulier ou majeure

elle devient alors symptomatique, premier signe pouvant précéder l'hémorragie expulsive.

Selon le moment et le lieu où elle se produit les conséquences diffèrent : Une issue initiale dès les premiers temps de la chirurgie peut compromettre le déroulement de l'intervention et la mise en place de l'implant. Elle a comme conséquence de favoriser le décollement de la rétine chez l'aphaque.

6.1.3. L'hémorragie expulsive

Elle est plus fréquente chez certains sujets à risque :

- Les hypertendus,
- Les diabétiques,
- Les insuffisants respiratoires,
- Les glaucomateux non contrôlés,
- Les grands myopes.

Elle est favorisée par les issues massives de vitré ou est annoncée par celle-ci.

6.1.4. Les infections

Certains facteurs les favorisent :

- La perte du vitré
- L'ablation des sutures
- Les anomalies de la cicatrice : une déhiscence de la plaie

6.1.5. Les troubles de la pression intra oculaire

- **L'hypotonie** : rare, souvent transitoire, habituellement liées à un trouble de la cicatrisation. Si elle se pérennise, il faut rechercher une fistule externe.
- **L'hypertonie** : peut être due à :
 - L'utilisation de l'alpha chymotrypsine pour la zonulolyse : elle est précoce et transitoire, réagit bien au traitement médical.
 - Les hypertonies plus graves : 40 – 60 mmhg sont en rapport avec un blocage pupillaire, favorisées par les inflammations post opératoires,

les déplacements secondaires et malpositions de l'implant, une subluxation de l'implant, un syndrome uvéal traînant post opératoire.

6.1.6. Les œdèmes de cornée :

Favorisés par l'agression endothéliale par traumatisme mécanique, ou du contact direct endothélium-implant. Les solutions de perfusions endo-oculaires sont également des facteurs favorisants.

Nous avons comme formes cliniques :

- La kératite striée : elle est constituée de plis parallèles naissant perpendiculairement à l'incision, elles sont liées à un relâchement de la Descemet qui, à la faveur de l'hypotonie post opératoire se plisse ;
- La kératite marquetée : ici l'altération de l'endothélium est plus profonde ; il s'agit de plages polygonales laiteuses séparées par des stries plus claires.

6.1.7. Les complications rétinienennes :

➤ **Décollement de la rétine** : les facteurs qui le favorisent sont :

- L'EIC où il y a des tractions sur l'extrême périphérie rétinienne car une partie des fibres zonulaires y est insérée ;
- L'issue de vitré ;
- Certains types d'implant : les implants à fixation irienne ;
- La myopie forte ;
- L'ouverture de la capsule postérieure ;
- Les inflammations post opératoires.

➤ **L'œdème maculaire** : sur le plan fonctionnel, il se caractérise par une atteinte de la vision centrale avec ou sans métamorphopsie accompagnée le plus souvent à son début par un syndrome irritatif du segment antérieur avec cercle perikératique et photophobie.

Il est moins fréquent en cas d'EEC avec implant à fixation capsulaire surtout si la capsule postérieure est intacte.

6.1.8. L'astigmatisme

Est favorisé par :

- Les incisions trop cornéennes ;
- Les sutures en nylon ;
- Les sutures longues ;
- Le serrage excessif des sutures.

6.2. Certaines complications sont particulières au mode d'extraction du cristallin :

6.2.1. EIC :

◊ Le prolapsus de l'iris :

Les facteurs qui le favorisent sont :

- L'hypertonie appelée poussée postérieure,
- La luxation ou sub-luxation spontanée du cristallin,

Il peut être annonciateur d'un accident majeur : l'Hémorragie expulsive.

- ◊ L'athalamie et l'hypothalamie
- ◊ Les accidents de la zonulolyse enzymatique
 - La dilution insuffisante du produit pouvant entraîner une hypertension intra oculaire ;
 - L'altération endothéliale responsable d'oedème.
- ◊ Les accidents de l'extraction
 - Les accidents de la cryoextraction : le gel des sutures de voisinage,
 - La rupture capsulaire antérieure.
- ◊ La luxation spontanée du cristallin
- ◊ L'issue vitrénne
- ◊ Le blocage pupillaire

6.2.2. EEC :

- ◊ Pendant la capsulotomie antérieure : on peut avoir un traumatisme direct de l'endothélium, une blessure zonulaire ;

- ◊ Pendant la luxation du noyau : on peut avoir des ruptures zonulaires, des ruptures capsulaires postérieures ;
- ◊ Pendant l'aspiration du cortex : il peut persister des masses résiduelles, responsables des cataractes capsulaires secondaires.

6.2.3. La phacoémulsification :

- ◊ La découverte d'un noyau dur ;
- ◊ La luxation du noyau dans le vitré ;
- ◊ Le contact de l'iris et de la sonde surtout en cas de dilation médiocre ;
- ◊ Le traumatisme mécanique de l'endothélium par la sonde ;
- ◊ La persistance de fragments du cristallin dans le vitré.

6.2.4. Les complications liées aux implants

Ces complications sont communes à tous les implants :

- ◊ Erreurs de calcul de la puissance de l'implant,
- ◊ Le blocage pupillaire,
- ◊ Le déplacement : la rotation ou le décentrement, la luxation de l'implant,
- ◊ La perte cellulaire : due au contact de l'endothélium et l'implant,
- ◊ La biocompatibilité imparfaite de l'implant : le signe le plus connu est l'uvéite à hypopion stérile : « toxic lens syndrom ».

6.3. Les autres complications :

Elles sont communes à toutes les chirurgies du segment antérieur et particulièrement à la chirurgie de la cataracte.

6.3.1. Les hémorragies

- ◊ L'hyphéma : peut-être précoce, pré opératoire ou post opératoire immédiate (1-14j). Des hyphémas spontanés jusqu'à 4 mois après intervention dû à des néovaisseaux intra cicatriciels peuvent exister.
- ◊ Les effusions hémorragiques choroïdiennes ;
- ◊ L'Hémorragie expulsive.

6.3.2. Les athalamies et hypothalamies

L'absence de chambre antérieure et l'aplatissement de la chambre antérieure sont dus à une fuite de l'humeur aqueuse à travers une cicatrice non étanche ou soit à une fistule externe. Cette fuite est objectivée par le signe de Seidel.

L'Athalamie a comme conséquence les troubles cornéens et le déséquilibre tensionnel.

6.3.3. Les troubles de la cicatrisation

- ◊ Les déhiscences responsables d'Athalamie, d'hypotonie, d'infection ;
- ◊ L'invasion épithéliale de la chambre antérieure ;
- ◊ L'œdème cornéen chronique secondaire à la déformation mécanique de la cornée par relâchement de la membrane de descemet qui n'est plus solide ;
- ◊ La cicatrisation peut être vicieuse, modifiant le dioptre cornéen provoquant des astigmatismes irréguliers.

6.3.4. Les complications loco régionales

- ◊ Les complications hémorragiques :
 - L'hématome rétrobulbaire : fait suite à une injection rétrobulbaire. Sa survenue doit surseoir à l'intervention ;
 - L'hémorragie péri orbitaire : moins grave ;
 - L'hématome du droit supérieur ;
 - L'hémorragie sous conjonctivale.
- ◊ Les complications paralytiques :
 - Le ptosis post opératoire ;
 - L'ectropion ;
 - Les spasmes et tics.

7. Résultats de cette chirurgie :

7.1. La meilleure technique [19]

C'est celle que chaque chirurgien pratique le mieux, chacune présentant des avantages et des inconvénients (dont certains font encore l'objet de controverses au plus haut niveau de la spécialité).

◊ Au plan de la qualité et de la fiabilité de l'acte :

- MICROCHIRURGIE (dispositif grossissant) et ASEPTIE sont à préférer à l'abaissement,
- L'E.I.C paraît être d'acquisition (formation) plus rapide que l'E.E.C et « moins souffrir » de la médiocrité du geste et de la logistique (éclairage coaxial, canules tubulures).

◊ Au plan de la qualité et de la durabilité du résultat :

- Une meilleure vision est obtenue plus rapidement avec une L.I.O qu'avec des verres correcteurs,
- Le résultat paraît plus souvent durable :
 - ✓ A court terme (dans les 5 ans) avec une L.I.O qu'avec des verres correcteurs et avec l'E.I.C (et ICA) qu'avec l'E.E.C (et ICP) (pas d'opacification secondaire de la capsule postérieure),
 - ✓ A plus long terme, avec l'E.E.C (et ICP) plus physiologique.
 - ✓ PhacoA (et ICP) manuelle est la technique chirurgicale révolutionnaire adaptée à l'Afrique car sollicitant un minimum de matériel opératoire avec un bon résultat fonctionnel.

7.2. Le pronostic : [29]

Si l'accès au fond d'œil est impossible avant l'intervention, alors le pronostic doit être envisagé avec circonspection jusqu'à l'examen post opératoire. Une mauvaise récupération visuelle est souvent en rapport avec une pathologie préexistante. Il peut survenir une cataracte secondaire après chirurgie non compliquée.

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

IV.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako.

➤ L'histoire de la commune IV

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les NIAKATES sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fût créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance No 78-34/CMLN du 28 août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- La loi No 95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi No 95-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

➤ Données géographiques

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du district. Elle est limitée :

- A l'Ouest par la commune du Mandé (le cercle de Kati) ;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud, le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

➤ **Données sociodémographiques : [30]**

La population totale de la commune IV est estimée en 2021 à 510 541 habitants. La commune IV représente 17% de la population totale du District de Bamako et 2% de la population totale du Mali. Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé et Lassa est le moins peuplé. La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV et des ressortissants d'autres pays.

➤ **Situation économique :**

En commune IV la population pratique surtout :

- L'agriculture limitée aux maraichages ;
- La pêche, l'élevage ;
- L'artisanat et le commerce ;

➤ **Situation sanitaire :**

- Le centre de santé de référence de la commune IV devenu l'hôpital de district de la commune IV en 2022.

L'hôpital de district de la commune IV est situé en plein cœur de la commune, d'abord Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Lafiabougou érigée en centre de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

- Les autres structures sanitaires de la commune IV sont :

ASACOSEK, ASACOLA, ASACODJENEKA, Maternité Renée Cissé d'Hamdallaye, ASACOHAM, des cabinets et des cliniques privées.

➤ **Le service d'ophtalmologie**

• **Les locaux :**

Le service d'ophtalmologie de l'hôpital de district de la commune IV est composé :

- D'un bloc opératoire
- de 3 salles reparties en : 2 salles de consultation et une salle pour les explorations fonctionnelles.

• Personnels :

- Deux médecins ophtalmologiste,
- 6 assistants médicaux en ophtalmologie,

• Matériels :

- Deux échelles de type Monnoyer et Snellen,
- Trois ophthalmoscopes,
- Cinq échelles de Parinaud,
- Deux lampes à fente + un tonomètre,
- Deux boîtes d'optométrie,
- Un thermocautère,
- Trois boîtes à cataractes,
- Trois microscopes ophtalmologiques opératoires,
- Un stérilisateur,
- Un tonomètre à air,
- Deux tables opératoires,
- Un appareil Echographique A & B,
- Un champ visuel octopus,
- Un appareil photorétine + Angiographie à fluorescéine (AGF),
- Un skiascope.

IV.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte prospective du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023, soit une année.

IV.3. Population d'étude

Notre population d'étude était composée des patients ayant subi une chirurgie de la cataracte pendant la période d'étude.

IV.3.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Les patients ayant subi une chirurgie de la cataracte au service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de District de la Commune IV pendant la période d'étude.

IV.3.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été retenus dans notre étude :

- Les patients n'ayant pas subi une chirurgie de la cataracte au service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de District de la Commune IV pendant la période d'étude ;
- Les patients ayant subi une chirurgie de la cataracte au service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de District de la Commune IV pendant la période d'étude, mais n'ayant pas accepté de participer à l'étude.
- Les patients non suivis en post opératoire.
- Les patients opérés de la cataracte avec une pathologie du segment postérieur.

IV.3.3. Taille d'échantillon/mode d'échantillonnage

Au total 250 patients répondant aux critères de sélection ont été recrutés de façon exhaustive.

IV.4. Variables étudiées

- Les caractéristiques sociodémographiques : l'âge, le sexe, le lieu de résidence des patients et la profession des patients ;
- Les aspects cliniques : l'acuité visuelle pré opératoire, l'acuité post opératoire, les complications ;
- La satisfaction globale des patients.

IV.5. Technique et outils de collecte de données

IV.5.1. Technique

La technique de collecte des données est l'administration des fiches d'enquêtes auprès des patients ayant subi une intervention chirurgicale de la cataracte. Ces données ont été reportées sur la fiche d'enquête.

IV.5.2. Outils

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel IBM_SPSS_26, le traitement du texte a été fait par Microsoft Word et Microsoft Excel et présenté par Microsoft PowerPoint.

IV.6. Matériels et Méthodes

IV.6.1. Examen ophtalmologique à la lampe à fente comportait :

- La mesure de l'acuité visuelle de loin à l'échelle de Monoyer ou de Snellen à 5m et de près à l'échelle de Parinaud à 33 centimètres.
- L'examen des annexes du globe oculaire : les paupières, conjonctives, les cils...
- L'examen de la cornée.
- L'examen de la chambre antérieure.
- La prise de pression intraoculaire à l'aide du tonomètre de Goldmann ou à l'air pulsé.
- L'examen du fond œil après dilation pupillaire par Tropicamide + Phenylephrine à l'aide des lentilles de Volk.

IV.6.2 Matériels, Anesthésie et Chirurgie

▪ *Matériels du bloc opératoire :*

- Canule à double courant,
- Thermocautère,
- Couteau angulé 3.2,
- Couteau Crescent,
- Ciseau de Castro,

- Pince de Baunn,
- Pince paufique,
- Blepharostat,
- Pince à monofilament,
- Port aiguille,
- Ciseau de Vanas,
- Coque protecteur.

- **L'anesthésie :** l'anesthésie péri bulbaire est la plus utilisée dans le service d'ophtalmologie à l'hôpital de district de la commune IV
- **La chirurgie :** la technique opératoire faite par l'ophtalmologiste du service est le Protocole de la Phaco A :

Après une anesthésie locale péribulbaire avec 4cc de lidocaïne 2% + 2cc de Bupivacaïne 0.1% sur un patient en décubitus dorsal, une désinsertion du limbe est faite suivie plus ou moins d'une hémostase par cautérisation électrique. Une pré-incision d'environ 5mm est réalisée à 3mm du limbe. L'on procède secondairement à la réalisation d'un tunnel à partir de la pré-incision sclérale avec le couteau angulé 3.2 jusqu'à la pénétration dans l'épaisseur cornéenne avant de procéder à une kératotomie, ensuite reconstitution de la chambre antérieure avec du viscoélastique et élargissement de la kératotomie jusqu'aux angles irido-cornéens de part et d'autre de la pré-incision. Une capsulotomie antérieure est ensuite réalisée avec mobilisation et luxation du noyau qui est expulsé à travers le tunnel préformé. Un lavage de masses à l'aide d'une sonde à double courant suivi d'une injection de viscoélastique dans la CA puis l'implantation en chambre postérieure. Application d'une pommade de sterdex puis fermeture de l'œil par un pansement protecteur.

IV.6.3 Les paramètres de suivi sont :

- **Les éléments :** AVL de loin et de près, l'absence de sécrétions, l'état de la conjonctive, l'état de la cornée, la CA et la régularité de l'iris ou la pupille, la position de l'ICP, PIO, l'état de la suture et de la capsule postérieure.
- **Le rythme de surveillance :** J1, j4, J15, J30

IV.7. Critères d'évaluation des résultats de l'acuité visuelle :

- Déficience visuelle : Selon la classification l'OMS [31] [Tableau III] :
- Déficience visuelle légère : correspond à une acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à $5/10^{\text{e}}$ et supérieure ou égale à $3/10^{\text{e}}$.
- Déficience visuelle modérée : délimitée par une acuité visuelle comprise entre $3/10^{\text{e}}$ et $1/10^{\text{e}}$.
- Déficience visuelle sévère : se situe entre moins $1/10^{\text{e}}$ et $1/20^{\text{e}}$.
- La cécité : avec une acuité inférieure à $1/20^{\text{e}}$ mais une perception lumineuse préservée ou un champ visuel inférieur à 58. Enfin, la dernière catégorie est la cécité absolue, avec une absence de perception lumineuse.

Tableau III : Classification de la sévérité de la déficience visuelle [31]

Catégorie	Acuité visuelle du meilleur œil	
	Inférieure à :	Supérieure ou égale à :
Déficience visuelle légère		5/10 3/10
Déficience visuelle modérée		3/10 1/10
Déficience visuelle sévère		1/10 1/20
Cécité		1/20
Déficience de la vision de près		N6 ou 0,8 M à 40 cm

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

RESULTATS

V- RESULTATS

V.1. Résultats sociodémographiques

Notre étude portait sur 250 patients répondant à nos critères d'inclusion au cours de la période d'étude.

TABLEAU IV : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
10 – 20	2	0,8
21 – 30	2	0,8
31 – 40	5	2,0
41 – 50	11	4,4
51 – 60	45	18,0
61 – 70	108	43,2
71 – 80	59	23,6
81 – 90	17	6,8
91 – 100	1	0,4
Total	250	100

La tranche d'âge **61-70** constituait la majorité de nos patients avec **43,2%**.

L'âge moyen des patients opérés était **63,58** et un écart type de 11,90 avec un âge minimum de 12 ans et un âge maximum de 95 ans.

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

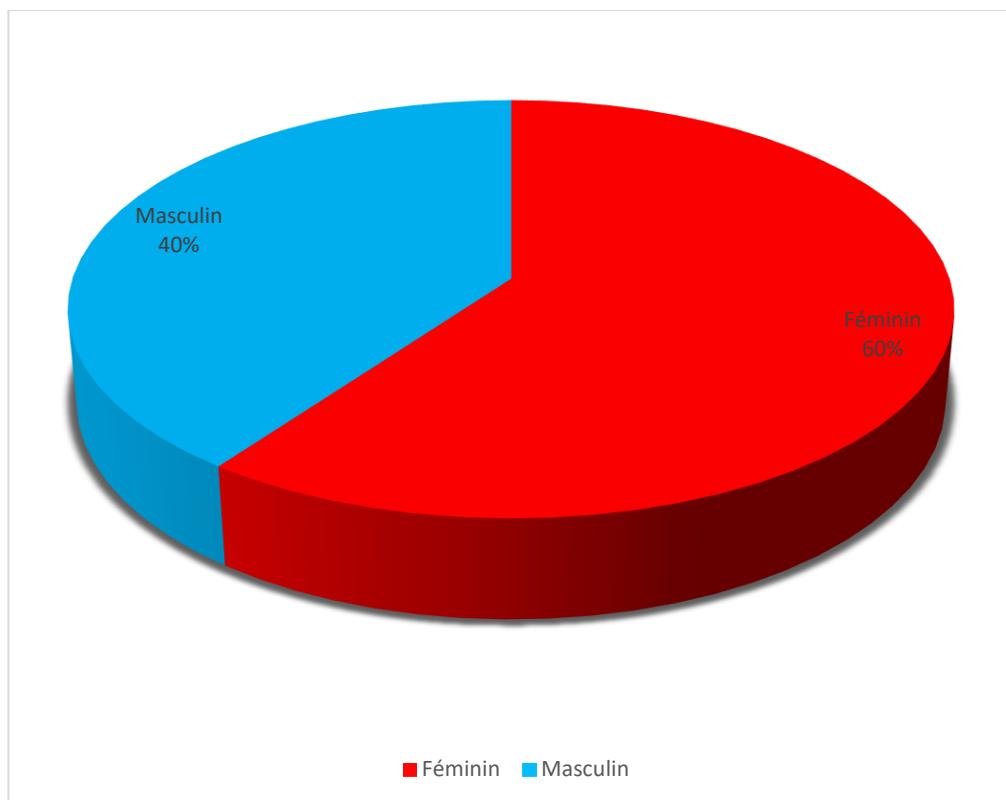


FIGURE 1 : Répartition des patients selon le sexe

Les femmes représentaient **60%** avec un sexe ratio de H/F **0,66**.

TABLEAU V : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	28	11,2
Ménagère	78	31,2
Cultivateur	22	8,8
Commerçant	21	8,4
Ouvrier	5	2,0
Retraité	96	38,4
Total	250	100

Les retraités représentaient la majorité des patients soit **38,4%**.

TABLEAU VI : Répartition des patients selon les résidences permanentes

Résidence Permanente	Effectif	Pourcentage
Bamako	207	82,8
Autres régions du Mali	42	16,8
Hors du Mali	1	0,4
Total	250	100,0

La majorité de nos patients résidait à Bamako soit **82,8%**.

V.2. Résultats Fonctionnels

A/Données cliniques préopératoires

TABLEAU VII : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin sans correction avant opération

AVLsc avant opération	Effectif	Pourcentage
<1/20	186	74,4
] 1/10 - 1/20]	58	23,2
] 3/10 - 1/10]	5	2
] 5/10 - 3/10]	1	0,4
≥5/10	0	0
Total	250	100,0

74,4% des patients avaient une cécité avec une acuité visuelle sans correction en pré opératoire <1/20^e.

TABLEAU VIII : Répartition du genre selon les acuités visuelles de loin sans correction avant opération

Genre AVLsc	Homme	Femme
<1/20	79 (31,6%)	107 (42,8%)
] 1/10-1/20]	18 (7,2%)	40 (16%)
] 3/10-1/10]	2 (0,8%)	3 (1,2%)
] 5/10-3/10]	1(0,4%)	0 (0%)
≥5/10	0 (0%)	0 (0%)

Khi²= 5,27 ; P= 0,2604

Pas de relation significative entre l'AVL et genre

42,8% des femmes avaient une acuité visuelle de loin sans correction inférieure à 1/20^e contre **31,6%** des hommes.

TABLEAU IX : Répartition des professions selon les acuités visuelles de loin sans correction avant l'opération

AVLsc Profession	<1/20] 1/10-1/20]] 3/10-1/10]] 5/10-3/10]	≥5/10
Fonctionnaire	16 (6,4%)	10 (4%)	2 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)
Ménagère	64 (25,6%)	14 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cultivateur	11 (4,4%)	11 (4,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Commerçant	12 (4,8%)	6 (2,4%)	2 (0,8%)	1 (0,4%)	0 (0%)
Ouvrier	4 (1,6%)	0 (0%)	1 (0,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Retraité	79 (31,6%)	17 (6,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Khi²= 50,02 P= 0,00

Il y a un lien entre la profession et l'AVL

Les retraités étaient majoritaires soit **31,6%** de cas suivis des ménagères soit **25,6%** de cas avec une acuité inférieure à 1/20^e

TABLEAU X : Répartition des patients selon la latéralité de l'œil opéré

Œil opéré	Effectif	Pourcentage
OD	97	38,8
OG	114	45,6
ODG	39	15,6
Total	250	100,0

La chirurgie de l'œil gauche (OG) représentait **45,6%**.

TABLEAU XI : Répartition des patients selon le type de cataracte opérée

Type de cataractes	Effectif	Pourcentage
Cataracte liée à l'âge	237	94,8
Cataracte post traumatique	7	2,8
Cataracte Pathologique	6	2,4
Total	250	100,0

La cataracte sénile représentait **94,8%** des cataractes opérées.

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

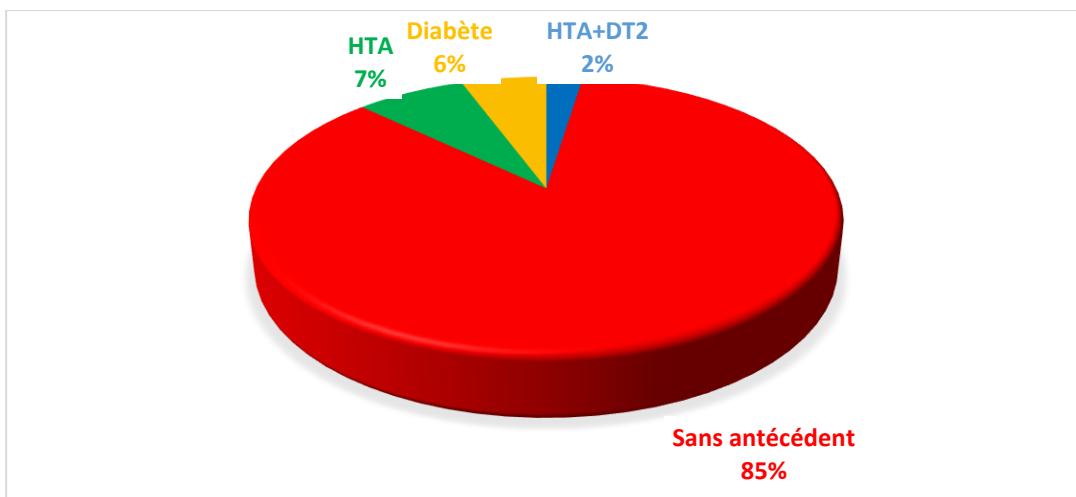


FIGURE 2 Répartition des patients selon les antécédents

La majorité de nos patients étaient sans antécédent. Cependant l'HTA dominait les autres comorbidités avec **7%** contre **6%** de Diabète et **2%** de HTA+DT2.

B/Données cliniques pendant l'opération

Les complications peropératoires : En peropératoire, nous avons constaté 4 cas d'issue de vitré et 1 cas d'iridodialyse.

C/Données cliniques post opératoire

TABLEAU XII : Répartition des patients selon les AVL sans correction portée à j30 :

Acuité visuelle de loin sans correction	Effectif	Pourcentage
<1/20	0	0
] 1/10 - 1/20]	13	5,2
] 3/10 – 1/10]	44	17,6
] 5/10 – 3/10]	57	22,8
≥5	136	54,4
Total	250	100,0

54,4% des patients avaient acuité visuelle sans correction portée à j30 $\geq 5/10$

TABLEAU XIII : Répartition des patients selon les AVL avec correction portée à j30 :

Acuité visuelle de loin	Effectif	Pourcentage
<1/20	0	0
] 1/10 – 1/20]	0	0
] 3/10 – 1/10]	9	3,6
] 5/10 – 3/10]	12	4,8
≥ 5	229	91,6
Total	250	100,0

91,6% des patients avaient une acuité visuelle avec correction portée à j30
 $\geq 5/10^e$

TABLEAU XIV : Comparaison des acuités visuelles pré et post opératoires sans correction

Acuité visuelle de loin	AVLsc Pré opératoire	AVLsc Post opératoire
<1/20	74,4%	0%
] 1/10 – 1/20]	23,2%	5,2%
] 3/10 – 1/10]	2%	17,6%
] 5/10 - 3/10]	0,4%	22,8%
≥ 5	0%	54,4%

L’AVLsc en pré opératoire était <1/20^e avec **74,4%** de cas tandis qu’elle était $\geq 5/10^e$ en post opératoire avec **54,4%**.

V.3. Résultats anatomiques

A/ Les complications post opératoires du J1 au J 15

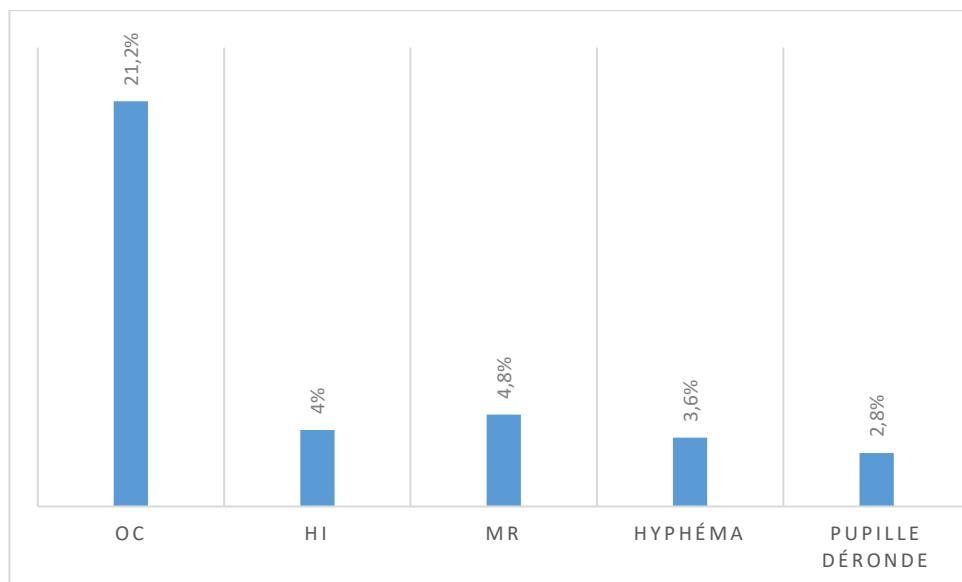


FIGURE 3 Répartition des patients selon les complications post opératoires à j15

A j15 post opératoire, l'œdème de cornée était la complication la plus dominante avec **53** cas sur les 250 patients soit 21,2%.

B/ Les complications post opératoire à j30 : A j30 aucune complication ne fut constatée sur l'ensemble des patients.

V.4. Satisfaction globale des patients

TABLEAU XV : Répartition selon la satisfaction globale des patients après l'opération

Satisfaction du patient	Effectif	Pourcentage
Satisfait	224	89,6
Non satisfait	26	10,4
Total	250	100,0

89,6% de nos patients étaient satisfaits de leurs résultats.

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Discussion des principaux résultats

VI.1 Aspects sociodémographiques

➤ L'âge

La moyenne d'âge de nos patients était de 63ans avec des extrêmes de 12ans et 95ans. Ce résultat est similaire à celui de GUIROU N et coll [32] et de DIALLO JW et coll [33], qui ont obtenu respectivement 65 ans et 66 ans. Cet âge illustre que cette pathologie est l'apanage du sujet âgé et de survenue plus précoce dans les pays sous-développés et ensoleillés par rapport au pays développés et à climat froid, ceci dû à l'exposition constante aux rayons UVB.

➤ Le sexe

Dans notre population, on notait une prédominance féminine (60%) avec un sexe ratio H/F 0,66. Cette prédominance féminine a été décrite également par GUIROU N au Mali et coll [32] et Ammous I et coll [34], qui ont retrouvé respectivement 51,9% et 63,33%. Notre chiffre est comparable à ceux de ces derniers.

Des données épidémiologiques prouvent que la cataracte est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. L'hypothèse selon laquelle la diminution du taux d'œstrogènes à la ménopause provoquerait un risque accru de cataracte chez les femmes a été émise. [35]

➤ La profession

Dans notre population d'étude les retraités étaient plus représentés avec 38,4% suivis des femmes au foyer (Ménagères) 31,2% ; cela explique la prévalence considérable de cataracte cécitante dans ces groupes pour diverses raisons : l'ignorance, l'inaccessibilité financière...

➤ La résidence

Dans notre série la majorité des patients venaient de la capitale régionale (Bamako) soit 82,8%, 16,2% des patients venaient des autres régions du Mali et 0,4% hors du Mali (Marseille, France).

VI.2 Aspects fonctionnels

❖ ATCD de pathologies générales

L'hypertension artérielle était la 1^{ère} comorbidité retrouvée dans notre série suivie par le diabète, soit 7% et 6% des patients respectivement, et l'association HTA et Diabète était de 2%. Ceci est comparable aux données de la littérature où l'hypertension artérielle et le diabète sont les principales comorbidités retrouvées. [36, 37, 38] Néanmoins, dans notre étude la majorité des patients étaient sans antécédents.

❖ Acuité visuelle préopératoire

74,4% de nos patients avaient une cécité avant l'opération avec une acuité visuelle sans correction inférieure à 1/20^e. Ce taux est approximativement comparable à celui de DIALLO JW et coll [33] au Burkina Faso qui rapporta 70,7% mais inférieur à celui rapporté par Alex A Ilechie et coll [39] au Ghana (99,7%). Ce qui confirme la tendance générale selon laquelle les malades porteurs de cataracte dans les pays en développement ne consultent que tard et se font opéré lorsqu'ils sont déjà aveugles. [40]

❖ Relation entre le genre et l'acuité visuelle de loin sans correction avant l'opération

42,8% des femmes avaient une AVLsc de loin avant l'opération inférieure à 1/20^e contre 31,6% des hommes, car les femmes sont plus exposées au risque d'atteinte visuelle que les hommes selon l'OMS pour la prévention de la cécité sur les différentes causes de la cécité. [15]

❖ **Relation entre l’AVLsc de loin avant l’opération et la profession**

La majorité des patients qui avaient une cécité soit une AVLsc de loin inférieure à 1/20^e étaient des retraités, ceci s’explique par le fait que la cataracte sénile est la cause la plus fréquente de cécité. [19]

❖ **Données relatives à l’intervention chirurgicale**

- **La technique opératoire :** La Phacoalternative était la technique opératoire utilisée chez tous les patients.
- **L’implant :** Tous nos patients ont reçu un implant de chambre postérieur (ICP).
- **Complications peropératoires :** Au cours de l’opération nous avons constaté 4 cas d’issue de vitré et 1 cas d’iridodialyse. La rareté des complications peropératoires dans notre série serait due au niveau élevé du plateau technique, à la parfaite maîtrise de la technique opératoire, à l’habileté et à la grande expérience du chirurgien.

❖ **Données relatives au suivi post-opératoire**

• **Résultats fonctionnels : Acuité visuelle post-opératoire**

54,4% de nos patients avaient une bonne acuité visuelle post opératoire avec une AVLsc supérieure ou égale à 5/10^e ces résultats sont supérieurs à ceux de COULIBALY F et coll [41] qui retrouva 41%. Ces taux s’expliquent par un défaut de calcul d’implant et par le fait que seuls les implants standards étaient disponibles.

Dans la plupart des pays à faible revenu, les patients ont tendance à se faire opérer lorsque leur cataracte est déjà à un stade avancé. Pour eux, une acuité visuelle post opératoire supérieure ou égale à 5/10^e (la nouvelle référence de l’OMS) est un résultat satisfaisant. [42, 31]

Selon la nouvelle recommandation de l’OMS, 80% des yeux opérés devraient avoir une acuité visuelle avec correction supérieure ou égale 5/10^e [43]. Dans notre étude l’acuité visuelle avec correction après opération était supérieure ou

égale à 5/10^e dans 91,6% des cas. Ce taux est largement supérieur aux recommandations de l'OMS.

VI.3. Aspects anatomiques

❖ Les complications post opératoires du J1 au J30

La complication post opératoire la plus fréquente a été l'œdème de cornée observé chez 53 patients sur les 250 patients soit 21,2%, avec une évolution très favorable. C'est la principale complication dans les deux techniques (phacoalternative et/ou l'extraction extra capsulaire classique). Sa fréquence est variable de 10%, 9% et 30% selon les études [44]. L'œdème de cornée est plus souvent dû aux manœuvres dans la chambre antérieure et surtout à l'expulsion manuelle du noyau cristallinien dans la phacoalternative. Ces manœuvres peuvent endommager l'endothélium cornéen et entraîner ainsi un œdème de cornée. Nos résultats sont inférieurs à ceux de FANY A [45] en Côte d'Ivoire qui trouvait 30%.

Les autres complications dont la Hernie de l'Iris (HI) représente 4% des cas, Masse Résiduelle (MR) 4,8% des cas, l'Hyphéma 3,6% des cas, Pupille Déronde(PD) 2,8% des cas.

En prévention nous avons utilisé en peropératoire de la Betadine diluée 10%, deux flacons de gentamicine injectable dans la perfusion, le sterdex, dexametasone et Néomycine, Cefuroxime à la fin de l'intervention. Nous avons également veillé à l'utilisation d'une antibioprophylaxie à base de Ciprofloxacine per os sur cinq jours.

VI.4. La satisfaction globale des patients

Parmi les patients opérés 89,6% ont exprimé une grande satisfaction. Ce taux était comparable celui de COULIBALY F et coll [41], de VAN et coll [46] ainsi que de Seifried et coll [47] avec respectivement 84,4%, 80% et 88,5%. Ces taux traduisent l'efficacité de la procédure chirurgicale.

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

CONCLUSION

VII- CONCLUSION

Première cause de cécité curable, la cataracte demeure un véritable problème de santé publique particulièrement dans les pays en voie de développement. Le besoin en soins oculaires et notamment en chirurgie de la cataracte demeure toujours un défi. Au terme de notre étude qui avait pour objectif d'évaluer les résultats de la chirurgie de la cataracte, nous avons pu constater que nos patients étaient majoritairement de sexe féminin. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 61-70 ans. L'acuité visuelle préopératoire était inférieure à 1/20e dans 74,4% des cas. En peropératoire 4 cas d'issue de vitré et 1 cas d'iridodialyse furent constatés. Les complications post opératoires précoces étaient dominées par l'œdème de cornée dans 21,2% des cas. Quant aux complications tardives, il n'y en avait aucune. Selon les normes de l'OMS les résultats fonctionnels étaient bons avec correction dans 91,6%, des cas à j30 post-opératoire. Il apparaît donc que la chirurgie de la cataracte par phacoalternative est accessible dans notre contexte de travail et donne de bons résultats visuels.

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

RECOMMANDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires

- Rendre plus accessibles, les soins aux patients en organisant des campagnes de dépistage et de chirurgie de la cataracte gratuite.

A l'administration Hospitalière de l'hôpital de district de la commune IV

- Continuer à éléver la norme de soins grâce à des interventions ciblées sur les facteurs qui influencent le plus la satisfaction des patients.
- Réorganiser le circuit afin d'améliorer l'accès aux soins.
- Déchargé le médecin ophtalmologiste en engageant plus de médecin.

Au personnel soignant

- Améliorer l'information au patient, une éventuelle explication préalable sur les étapes de la consultation et de la chirurgie.
- Renforcer la communication avec les patients.

Aux patients

- Respecter le rythme du suivi des contrôles post opératoires.

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

IX .1. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Resnikoff S. Cécité et malvoyance dans le monde. Revue internationale d'information d'optique oculaire d'Essilor. Printemps 2004 ; 50 : 12-13
- 2- Krishnaiah S, Vilas K, Shamanna BR, Rao GN, Thomas R, Balasubramanian D. Smoking and its association with cataract: results of the Andhra Pradesh eye disease study from India. Invest Ophthalmol Vis Sci 2005 ; 46 :58–65. <https://doi.org/10.1167/iovs.04-0089>.
- 3- [3] Ang MJ, Afshari NA. Cataract and systemic disease: A review. Clin Experiment Ophthalmol 2021 ; 49 :118–27. <https://doi.org/10.1111/ceo.13892>.
- 4- Cécité et déficience visuelle n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/blindness-and-visual-impairment> (accessed March 30, 2023).
- 5- World Health Organization. Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable : plan d'action 2006-2011. Organisation mondiale de la Santé ; 2008.
- 6- Audugé A, Schémann JF, Auzemery A, Cecon JF, Ducouso F. John Libbey Eurotext - Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé - Stratégies de lutte contre la cataracte n.d. https://www.jle.com/fr/revues/san/e-docs/strategies_de_lutte_contre_la_cataracte_273654/article.phtml (accessed August 27, 2022)
- 7- Klein BE, Klein R, Sponsel WE, Franke T, Cantor LB, Martone J, et al. Prevalence of glaucoma. The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology 1992 ; 99 :1499–504. [https://doi.org/10.1016/s0161-6420\(92\)31774-9](https://doi.org/10.1016/s0161-6420(92)31774-9).
- 8- Konate D. THESE : EVALUATION DES RESULTATS DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE A L'HOPITAL DE SIKASSO (2017-2018) n.d.
- 9- World Health Organization. Initiative Mondiale pour l'élimination de la cécité évitable : plan d'action 2006-2011. Genève : organisation mondiale de la santé 2008.

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

- 10- Bilan d'activité annuelle du bloc opératoire de l'Hôpital de District de la Commune IV de Bamako. Bamako- Mali 2023
- 11- OMS : Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable. Santé oculaire communautaire 2004, 1 :1.
- 12- Limburg H. Evaluation des résultats de la chirurgie de la cataracte Santé oculaire communautaire, 2004; 1: 14
<Https://www.santescience.fr/opacification-du-cristallin/>
- 13- OMS : Cécité et déficience visuelle.The right to sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Glob Health. 2021 Feb; 9(2): e144-e160. doi:10.1016/S2214-109X(20)30489-7
- 14- OMS : 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
- 15- Goita J : Etude cout-efficacité des deux stratégies opératoires des cataractes cécitantes dans la région de Mopti au Mali. Thèse de médecine, Bamako 2002 N92
- 16- <Https://www.gatinel.com/wp-content/uploads/2010/01/segment-antérieur-anatomie-cristallin.jpg>
- 17- <Https://www.visiopoledubeaujolais.com/wp-content/uploads/2022/12/Anatomie-de-loeil-en-coupe-vectoriel-du-Beaujolais-1280x863.jpg>
- 18- Konate M: Rapport d'activites 2006 du service d'ophtalmologie de l'HFDK
- 19- <Https://www.creteilophtalmo.fr/medias/2019/04/cataracte-cortico-nucléaire-150x150.jpg>
- 20- <Https://www.marc-weiser.fr/wp-content/uploads/2020/07/cataracte-3-redim.jpg>
- 21- <Https://www.drlaurentberthon.fr/cataracte/sous-capsulaires-posterieures/39>

- 22- Https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8f/cataracte_corticale.png
- 23- <Https://fr.slideshare.net/slideshow/cataractes-courspptx/253304014>
- 24- <Https://www.gatinel.com/wp-content/uploads/2010/01/cataracte-type-vs-symptomes.jpg>
- 25- Compte rendu de la conférence technique à IOTA. Novembre 1997.
- 26- <Https://www.qualidoc.fr/wp-content/uploads/2022/01/cristallin-cataracte-chirurgie-et-implant-intra-oculaire.png.webp>
- 27- A.Daboue ; ND Meda ; A Ahnoux-Zabsonre ; S Diallo ; A Sanou : Complications de l'implantation de cristallin artificiel en chambre postérieure. Médecine d'Afrique noire 2002 49:4.
- 28- 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
- 29- Source : Programme de développement économique, sociale et culturel (PDESC) de la commune IV du district de bamako, (période 2022-2026). Elaboré avec l'appui du Bureau d'étude Nianan consult, janvier 2022.
- 30- Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la vision. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020.
- 31- Guirou N, Napo A, Dougnon A, Bakayoko S, Sidibé F, Sidibé MK, Conaré I, Traore L, Traore J.(2013). Functional results of cataract surgery in adults. J Fr Ophtalmol, 36(1), 19-22.
- 32- Diallo JW, Méda N, Ahnoux-Zabsonre A, Yameogo C, Dolo M, Sanou J, Daboue A. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte par phacoalternative avec implantation en chambre postérieure : A propos de 300 cas à Bobo Dioulasso (Burkina Faso). Pan Afr Med J.2015 ; 20 :230.

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

- 33- Ammous I, Bouayed E, Mabrouk S, Boukari M, Erraies K, Zhioua R. Phacoémulsification versus chirurgie de la cataracte par mini incision manuelle : résultats anatomiques et fonctionnels. Journal français d'ophtalmologie (2017) 40, 460-466.
- 34- Zetterberg M, Celovic D. Gender and Cataract – The Role of Estrogen. Curr Eye Res 2015 ; 40 :176–90.
<https://doi.org/10.3109/02713683.2014.898774>
- 35- Koffi KV, Diomandé IA, Diomandé GF, Ouattara Y, Pefk Bilé, Diabaté Z et al. Chirurgie de la cataracte au centre hospitalier de Bouaké : aspects épidémiologiques cliniques et résultats fonctionnels. Revue SOAO-N° 01-2015, pp.39-45
- 36- Guigui B, Rohard C, Streho M, Fajnkuchen F, Chaine C. La phacoemulsification chez les patients atteints de cataracte blanche : résultats et complications ; J Fr Ophtalmol. Elsevier masson 2007 ; 30 909-13.11
- 37- Bhalil S, Benatiya al, Chraibi F, Tahri H. Evolution à long terme de l'astigmatisme induit après phacoémulsification réalisée en cornée claire, incision 3,2 mm. Jfr ophtalmol 2009 ; 143 :32-6
- 38- Alex A Ilechie, BS Boadi-Kusi, OV Ndudiri, EA Ofori : Evaluation of post operative Visual Outcomes of cataract surgery in Ghana International Journal of Health Research 2012 March ; 5(1) : 35-42 Available at
<https://www.ijhr.org> ISSN : 1596-9886 page 1 à 8.
- 39- Lama P, Sovogui MD, Ouendeno NA, Sow M, Sagno C, Diallo OR. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte par phacoemulsification réalisée par une mission médicale espagnole en Guinée, Mali Médicale Journal, 2022, 2 :28. <https://www.malimedical.org>
- 40- Coulibaly F, Guirou N, Simaga A, Sidibe K M, Sidibe T F, Bakayoko S. Evaluation de la satisfaction des patients opérés de la cataracte liée à l'âge au CHU-IOTA à propos de 302 cas. Mali. Bibliosanté Mali (2023) ; 51-61.

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

- 41- Revue de santé oculaire communautaire : MESURER LES RESULTATS DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE ; RSOC vol. 20 No. 29 2023 pp6 08 Mars 2023. www.cehjournal.org
- 42- Keel S, Muller A, Block Set al. Keeping an eye on eye care : monitoring progress towards effective coverage. Lancet Glob Health 2021 ; 9(10) : e1460-e4.
- 43- Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDSBF-MICSIV) 2010. Consulté le 25/08/2013 à 01h55.
- 44- Fany A, Keita CT, Adjorlolo AC, Konan Toure ML, Gbe K, Coulibaly F et al. Accessibilité à l'intervention chirurgicale de la cataracte dans les pays en développement : nos résultats des 6 derniers mois CHU de Treichville-Abidjan-Côte d'Ivoire. Médecine d'Afrique Noire. 2001 ; 48 (1) : 26-29.
- 45- Nijkamp MD, Nuijts RMMA, Van den Borne B, Webers CAB, Van der Horst F, Hendrikse F. Determinant of patient satisfaction after cataract surgery in 3 settings. Journal of cataract & refractive surgery 2000 ; 26 : 1379. [https://doi.org/10.1016/S0886-3350\(00\)00501-0](https://doi.org/10.1016/S0886-3350(00)00501-0).
- 46- Siefried M, Höh H. [Healthcare Research of cataract surgery-Analysis of patient's satisfaction Following Cataract surgery in Mecklenburg-Vorpommern/Germany]. Klin Monbl Augenheilkd 2017 ; 234 : 965-74. <https://doi.org/10.1055/s-0043-107803>.

*Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la
Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023*

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. /IDENTIFICATION

N° Dossier : **Tel :**

Sexe : Féminin/.../Masculin/.../

Age en année :

Profession : Fonctionnaire/.../ Ménagère/.../ Cultivateur/.../ Commerçant/.../

Ouvrier/.../ Retraité/.../ Sans emploi/.../ Autres/.../

Résidence : Capitale Régionale/.../Autres Régions du Mali/.../Hors du Mali/.../

II. EXAMEN PREOPERATOIRE

1. AVL PRE-OPERATOIRE :

AVLsc OD :

AVLsc OG :

1. Motif de consultation :

BAV/.../ Douleur/.../ Sensation de CE/.../

Photophobie/.../Larmoiement/.../ Autre/.../

2. LATERALITE :

OD/.../

OG/.../

ODG/.../

3. TYPE DE CATARACTE :

Kt liées à l'âge/.../ Kt congénitale/.../

Kt pathologique/.../ Kt post traumatique/.../

4. ATCD POUVANT AFFECTER LA VISION :

Ptérygion/.../ Dystrophie cornéenne/.../

HTO/.../ Drépanocytose/.../

GPAO/.../ HTA/.../

Xinluxé/Subluxé/Intumescent/.../ Diabète/.../

Rétine anormale/.../ Autres/.../

III. CHIRURGIE

1. TECHNIQUE OPERATOIRE ET IMPLANT :

PhacoA simple/.../ PhacoA+ICP/.../

PhacoE simple/.../ PhacoE+ICP/.../

EEC simple/.../ EEC+ICP/.../

2. TYPE D'ANESTHESIE :

AG/.../ PB/.../

Sous Ténonienne/.../ Topique/.../

3. COMPLICATION PER-OPERATOIRE :

RCP/ Issue de vitré/.../ Iridodialyse/.../

Hémorragie expulsive/.../ OCP/.../

PDR/.../ Aucune/.../

IV. LES ELEMENTS DE SUIVI POST-OPERATOIRE

1. Les éléments de suivi post-opératoire précoces J1-J15

Œdème palpébral/.../ Hémorragie sous conjonctivale/.../

Œdème cornéen/.../ Kératite/.../

Hernie de l'Iris/.../ Tyndall/.../

Fibrine/.../ Hyphéma/.../

Uvéite/.../ Hypertonie/.../

Masses résiduelles/.../ Reliquat capsule antérieure/.../

Opacification capsulaire postérieure/.../

Hypopion/.../ Endophthalmie/.../

Panophtalmie/.../ Autres/.../

Pupille (1=décentrée/.../, 2=irrégulièr/.../, 3=synéchie/.../, 4=bien centrée/.../, 5=autres/.../)

Implant (1=décentré/.../, 2=avec pigment/.../, 3=en place/.../, 4=autres/.../)

Suture (1=fil lache/.../, 2=fil cassé/.../, 3=autres/.../)

2. Les éléments de suivi post-opératoire tardifs J30

LAF : Œdème cornéen chronique/.../ Hypertonie/.../ OCP/.../

Implant(ICP)/.../ Phtisie du globe/.../ Autres/.../

Fond d'œil : Normal/.../ Décollement de la rétine/.../ Papille (1= normale/.../, 2=anormale/.../) Œdème maculaire cystoïde suspecté/.../

V. Résultat fonctionnel de l'œil opéré

Acuité Visuelle J30 :

AVLsc OD :

AVLsc OG :

AVLacOD :

AVLac OG :

Correction faite : Oui/.../ Non/.../

- Si correction faite type de verre : (1=sphère concave/.../, 2=sphère convexe/.../, 3=cylindrique/.../, 4=sphénocylindre/.../)
- Satisfaction : (1=très satisfait/.../, 2=peu satisfait/.../, 3=pas satisfait/.../)

FICHE SIGNALTIQUE :

Nom : NIYONZIMA

Prénom : Lenny-Fleur

Pays d'origine : BURUNDI

Année de soutenance : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Titre : Evaluation des résultats de la chirurgie de la cataracte à l'Hôpital de District de la commune IV

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'Université Kankou Moussa

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie et Santé Publique

Adresse électronique : lennyfleur4@yahoo.com

Résumé :

Introduction : La cataracte est la première cause de cécité et pose un problème de santé publique. Elle a la caractéristique d'être curable par la chirurgie. Le but de notre étude est d'évaluer les résultats de la chirurgie de la cataracte à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude, transversale descriptive à collecte prospective et portant sur les patients ayant subi une chirurgie de la cataracte du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023, soit une année.

Résultats : Durant notre période d'étude nous avons colligés 250 patients. Le sexe féminin était majoritaire avec 60% avec un sexe ratio H/F 0,66. L'âge moyen était de 63,58 et un écart type de 11,90. Les patients de 61-70 étaient les plus représentés avec 43,2%. L'acuité visuelle à un mois post opératoire sans correction était $\geq 5/10$ chez 54,4% des patients et avec correction elle était $\geq 5/10$

Evaluation des Résultats de la Chirurgie de la Cataracte A l'Hôpital de District de la Commune IV Janvier 2023 -Décembre 2023

chez 91,6% des patients. Selon la satisfaction des patients après l'opération 224 sur 250 de nos patients soit 89,6% étaient satisfait de leurs résultats.

Conclusion : La Chirurgie de la cataracte bien pratiquée permet de lutter contre la cécité en octroyant aux patients la meilleure acuité visuelle nécessaire pour leur autonomie.

Mots clés : **cataracte ; chirurgie ; Résultats fonctionnels.**

Abstract:

Introduction: Cataract is the leading cause of blindness and poses a problem of public health. It has the characteristic of being curable by surgery. The aim of our study is to evaluate the result of cataract surgery at the hospital of 4th municipality of Bamako

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study with prospective collection on patients who underwent cataract surgery from January 1 to December 31, 2023.

Results: During our study period we collected 250 patients. The female gender was in the majority with 60% with a M/F ratio of 0, 66. The mean age was 63, 85 and standard deviation 11, 90. The patient aged 61-70 were represented with 43, 2%. The postoperative visual acuity without correction was $\geq 5/10$ in 54, 4% of patients and with correction it was $\geq 5/10$ in 91, and 6% of patients. According to patient satisfaction after the surgery, 224 out of 250 of our patients or 89, 6% were satisfied with their results.

Conclusion: Well-performed cataract surgery helps fight blindness by providing patients with the best visual acuity necessary for their independence.

Keywords: **cataract, surgery, Functional results.**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence de mes maîtres de cette faculté, de mes condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Etre 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 de 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 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 reçu de leurs pères.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.