

IMPORTANCE DU HANDICAP VISUEL DANS UNE POPULATION DE CONSULTANTS EN OPHTALMOLOGIE : A PROPOS DE 828 CAS À L'INSTITUT D'OPHTALMOLOGIE TROPICALE DE L'AFRIQUE DE BAMAKO

J. TRAORÉ, J.P. BOITTE, A. OMGBWA EBALLE, G. MOMO ZEFACK, D. PEREZ

Med Trop 2006; **66** : 477-480

RÉSUMÉ • Cette étude se propose d'évaluer l'importance du handicap visuel à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA) dans la population la plus active sur le plan économique et social. Il s'agit d'une enquête hospitalière transversale sur deux mois, menée à l'IOTA, centre de 3^e référence en ophtalmologie, qui a permis d'inclure 828 patients âgés de 18 à 50 ans, venus pour une première fois en consultation entre le 1^{er} avril et le 4 mai 2003. Chaque patient a subi un examen ophtalmologique complet et les données ont été recueillies sur un formulaire d'enquête. Huit cent vingt huit patients ont été inclus dans l'étude. Le principal motif de consultation était la baisse d'acuité visuelle pour 40 % d'entre eux. Le bilan diagnostique avait retrouvé 626 cas (75,6 %) d'atteintes organiques et 153 cas (18,5 %) d'amétropies. L'examen oculaire était normal pour 49 patients (6 %). La cécité binoculaire (48 cas) représentait 5,8 % des cas. Les causes étaient dominées par la cataracte (29,2 %). Les manifestations oculaires du VIH/SIDA représentaient la 3^e cause de cécité binoculaire avec 14,6 % cas, ce qui montre que le VIH/SIDA serait en train de modifier les données épidémiologiques de la cécité, une transition épidémiologique à prendre en considération. La cécité monoculaire (95 cas) représentait 11,5 % de l'ensemble des patients. Les traumatismes (50,5 %), les infections (26 %) les affections dégénératives (18 %) en étaient les principales causes. La basse vision (70 cas) représentait 8,5 % cas. Les causes étaient dominées par les amétropies (23 %). Il y a peu d'enquêtes en milieu hospitalier sur les causes de cécité. Le résultat le plus marquant de cette étude est la place importante prise par les complications oculaires de l'infection par le VIH. L'importance de la basse vision, souvent négligée en Afrique de l'Ouest, est à souligner.

MOTS-CLÉS • Cécité - Handicap visuel - VIH - IOTA - Basse vision.

EXTENT OF VISUAL IMPAIRMENT IN A POPULATION ATTENDING AN OPHTHALMOLOGY CENTER IN AFRICA. FINDINGS IN 828 CASES AT THE TROPICAL OPHTHALMOLOGY INSTITUTE OF AFRICA IN BAMAKO, MALI

ABSTRACT • The purpose of this prospective observational study was to evaluate the extent of visual impairment in a socially and professionally active population attending the Tropical Ophthalmology Institute of Africa (IOTA). Thanks to high recruitment rate at the IOTA, which is the third reference eye centre, a total of 828 patients ranging from 18 and 50 years of age and consulting for the first time were included between February 1 and May 4, 2003. Each patient underwent a thorough ocular examination. Data were recorded using a dedicated study form. Most patients (40%) consulted for reduced visual acuity. Diagnosis determined organic disease in 75.6% of cases (626 patients) and ametropia (including presbyopia) in 18.5% (153 patients). In the remaining 6% of cases (49 patients), ophthalmic examination was normal. Bilateral blindness was observed in 5.8% of cases (48 patients). The main cause of bilateral blindness was cataract (19.2%). The third most common cause (14.6%) was ocular manifestations of HIV infection, confirming that the epidemiology of blindness is changing and that HIV/AIDS should be taken into account. Unilateral blindness accounted for 11.5% of cases (95 patients). The main causes of unilateral blindness were trauma (50.5%), infection (26%) and degenerative disease (18%). Low vision accounted for 8.5% of cases (70 patients). The main cause of low vision was ametropia. This is one of the few hospital-based studies on causes of blindness in West Africa. The major finding is the high prevalence of blinding ocular complications of HIV infection. Another important finding is the high incidence of low vision that is often disregarded in West Africa.

KEY WORDS • Blindness – Visual impairment – HIV – IOTA – Low vision.

La prévalence de la cécité (acuité visuelle < 0,05) varie selon l'OMS de 0,3 % dans les pays industrialisés à 1,4 % en Afrique sub-saharienne (1). La malvoyance, ou basse vision (acuité visuelle < 0,3) est estimée être trois fois plus fréquente que la cécité.

Cette étude se propose d'évaluer l'importance du handicap visuel dans la population la plus active sur le plan économique et social au Mali.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une enquête hospitalière transversale a été conduite sur trois mois, du 1^{er} février au 4 mai 2003, à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique de Bamako (IOTA), centre de 3^e référence en ophtalmologie. Elle a inclus tous les patients âgés de 18 à 50 ans, venus pour une première fois en consultation, en excluant les urgences.

• Travail de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique de Bamako (J.T., Maître de conférence à la FMPOS; J.P.B., I.A.B., A.O.E., G.M.Z., D.P., Docteurs en médecine) (IOTA) Mali.

• Correspondance : J. TRAORÉ, FMPOS, IOTA, BP 248, Bamako, Mali.

• Courriel : janetraore@yahoo.fr

• Article reçu le 23/11/2005, définitivement accepté le 5/05/2006.

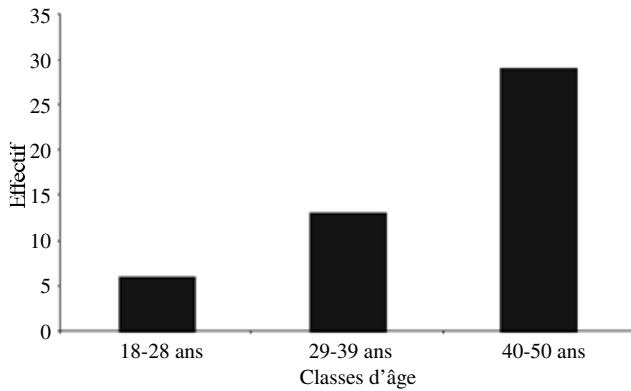


Figure 1 - Distribution de la cécité binoculaire selon les classes d'âge

Outre les caractéristiques démographiques (identité, sexe, âge, origine ethnique et géographique, profession) et le motif de consultation recueillis à l'interrogatoire, l'examen ophtalmologique comprenait la mesure de l'acuité visuelle, l'examen du segment antérieur à la lampe à fente, la mesure de la pression intra oculaire au tonomètre à aplanation et la biomicroscopie du fond d'œil à la lentille de Volk. Des examens complémentaires ont été demandés en fonction de la pathologie, et un traitement adapté a été proposé. En fin de consultation, un interrogatoire succinct a été mené sur la qualité de vie des patients aveugles.

RÉSULTATS

L'échantillon comprenait 828 patients, dont 384 hommes (46,4%) et 444 femmes (53,6%), soit un sexe ratio de 1,15 en faveur des femmes. Cette population d'un âge moyen de 36 ans présentait un taux de scolarisation (1^{er} cycle complété au minimum) de 49%. Le principal motif de consultation était la baisse d'acuité visuelle (40% des patients). Le bilan diagnostique a retrouvé 626 cas (75,6%) d'atteintes organiques et 153 cas (18,5%) de troubles de la réfraction. L'examen oculaire était normal pour 49 patients (6%).

La cécité binoculaire touchait environ 5,8% des cas (48 patients) dont 60% dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans.

Les différences d'effectifs selon les classes d'âge sont statistiquement significatives (p=0,04)

Les causes de la cécité binoculaire étaient dominées par la cataracte.

La cécité monoculaire représentait 11,5% des cas (95 patients), dont 44% dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans, suivie de la tranche d'âge de 18 à 28 ans avec 33% des cas. Les traumatismes (50,5%), les infections (26%), les affections dégénératives (18%), en étaient les principales causes. Les principales pathologies étaient représentées par la cataracte (34%), les opacités cornéennes (21%) et les endophtalmies (11,6%).

La basse vision (70 patients) représentait 8,5% des cas, dont 50% dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans, suivi de la tranche d'âge de 29 à 39 ans avec 29% de cas. Les causes

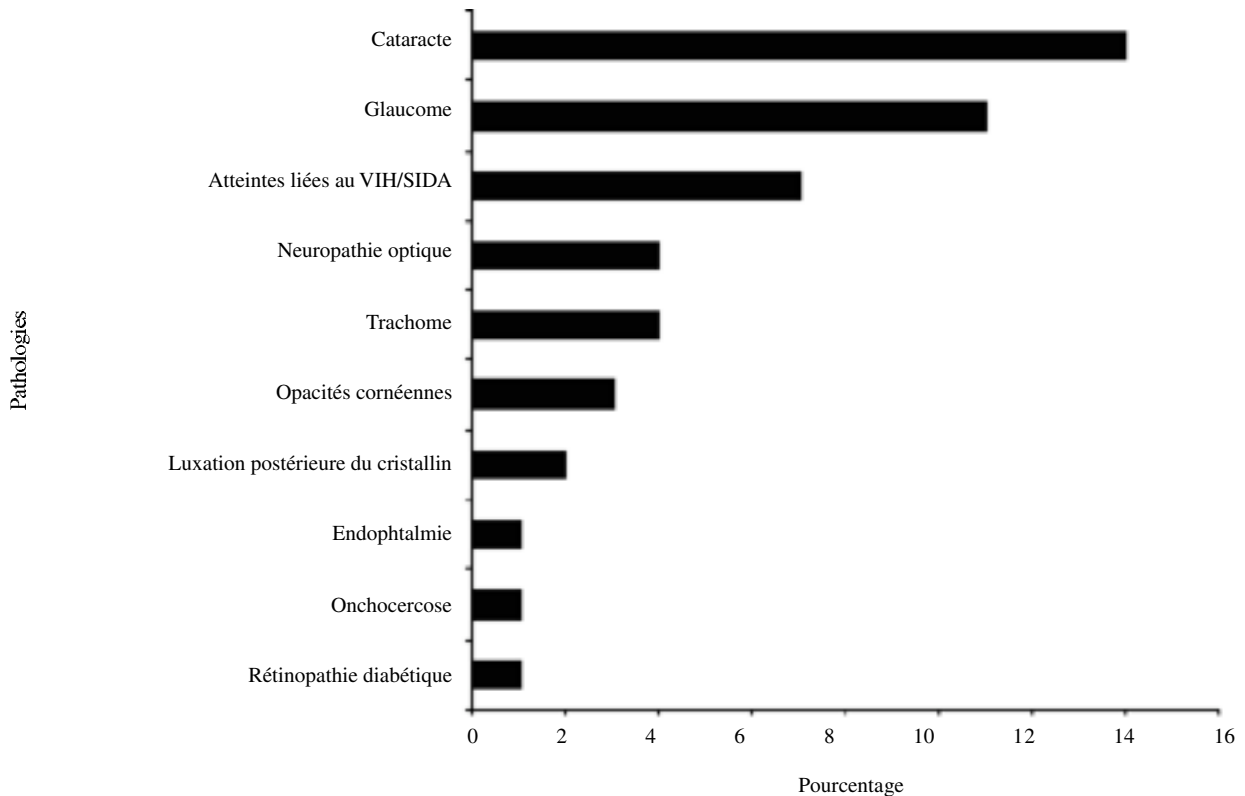


Figure 2 - Pathologie et cécité binoculaire.

Tableau I - Pathologies et cécité monoculaire.

Pathologie	Effectifs	Pourcentages
Amétropie	16	22,9
Opacités cornéennes	15	21,4
Cataracte	12	17,1
Glaucome	7	10,0
Neuropathies optiques	4	5,7
Cicatrice maculaire toxoplasmose	3	4,3
Dystrophie maculaire	3	4,3
Rétinopathie pigmentaire	3	4,3
Rétinopathie diabétique	2	2,9
Ptérygion évolué	2	2,9
Kératocône	1	1,4
Cicatrice rétinienne d'onchocercose	1	1,4
LCET	1	1,4
Total	70	100,0

étaient dominées par les amétropies (23 %), les opacités cornéennes (21 %), la cataracte (17 %), et le glaucome (10 %).

DISCUSSION

Cette étude transversale hospitalière portait sur des patients se présentant spontanément à la consultation. Il existe donc un important biais de recrutement qui empêche la comparaison entre consultants et population générale. Cette étude permet cependant de préciser les causes de la pathologie oculaire cécitante rencontrée dans la pratique ophtalmologique quotidienne à Bamako.

La cécité binoculaire a été retrouvée chez 5,8 % de nos patients dont la majorité appartenait à la tranche d'âge de 40 à 50 ans. Les pathologies cécitantes étaient principalement représentées par la cataracte (29,2 %), le glaucome (22,9 %). Ces affections seraient d'apparition plus précoce en zone tropicale (45 à 50 ans) qu'en zone tempérée (2,3). Fafowara (4) au Nigéria a rapporté dans ses travaux une augmentation de la prévalence de la cécité binoculaire avec l'âge. Des résultats similaires ont été obtenus par Négrel au Bénin (5) où la cataracte (54 %) et le glaucome (15 %) représentaient les principales causes de cécité. Balo au Togo (6) a retrouvé comme pathologies cécitantes 8,34 % de cataracte et 1,9 % de glaucome sur une enquête en population. Poole (7) en Tanzanie a relevé 39 % de cécité bilatérale par cataracte. La prévalence relativement élevée du glaucome par rapport à celle établie par Coulibaly (4 %) à Bamako en population (8) s'explique par le fait que notre étude avait pour cadre un centre de référence. Dans notre série les manifestations oculaires du VIH/sida représentaient la 3^e cause de cécité binoculaire avec 14,6 % cas, ce qui montre que le VIH/sida est en train de modifier les données épidémiologiques de la cécité, une transition épidémiologique à prendre en considération au rythme de l'évolution de la pandémie. Le trachome cité dans la littérature comme deuxième cause de cécité en Afrique après la cataracte venait en quatrième position dans notre série. Les cas de trachome au Mali sont principalement pris en charge aux niveaux primaires et secondaires.

Une cécité monoculaire a été retrouvée chez 11,5 % de nos patients. Ce taux est assez élevé par rapport notamment à ceux de Balo au Togo : 2,65 % (6) et de Nwasu au Nigéria : 0,8 % (9). La principale cause était représentée par les traumatismes avec 50,5 % des cas, taux se rapprochant de celui de Koetlang à Ségou au Mali (10) qui a retrouvé 43 % de cécité monoculaire due aux traumatismes. La cataracte représentait 33,7 % des causes de cécité monoculaire. Ces chiffres sont proches de ceux de Moussala (34,8 %) (11) au Cameroun pour qui la cataracte était la principale pathologie conduisant à la cécité monoculaire. Les endophtalmies représentaient la troisième cause de cécité monoculaire. Cinq cas étaient associés à un zona ophtalmique chez des sujets séropositifs au VIH.

Dans notre série, 70 cas de basse vision avaient été retrouvés dont 23 % d'amétropies, 17 % de cataracte et 15 % de trachome. En Ethiopie, Zerihum sur 125 cas de basse vision en population (12) trouvait que la cataracte (56,8 %), les vices de réfraction (29 %) et les opacités cornéennes (12,8 %) et le trachome (10,4 %) en étaient les principales causes.

Au point de vue socio-économique, 100 % de nos patients aveugles avaient abandonné leur activité principale et avaient perdu leur relative autonomie financière, devenant donc une charge importante pour leur famille. Auzemery en 2002 (3) concluait que le coût des soins, du transport, des frais annexes, et le manque d'autonomie financière lié à la perte de revenus constituaient une charge importante pour la famille et expliquant ainsi le retard à la prise en charge.

CONCLUSION

Il y a peu d'enquêtes en milieu hospitalier sur les handicaps visuels en Afrique de l'Ouest. Le résultat le plus marquant de cette étude est la place importante prise par les complications oculaires de l'infection par le VIH. L'importance de la basse vision, souvent négligée en Afrique de l'Ouest, est à souligner. La pathologie typiquement tropicale occupe en fait une place modérée grâce à une prise en charge plus efficace. Il y a urgence à ajouter aux plans issus de l'initiative de l'OMS « Vision 2020 » (13) qui a pour objectif de favoriser la prise en charge des causes principales de cécité évitable, la prévention des cécités dues au diabète et à l'infection par le VIH.

RÉFÉRENCES

- 1 - THYLEFORS B, NÉGREL AD - Données mondiales sur la cécité. *Santé Oculaire Communautaire* 2004 ; 1 : 6-10.
- 2 - EGBERT PR - Glaucoma in West Africa: a neglected problem. *Br J Ophthalmol* 2002 ; 86 : 131-2.
- 3 - AUZEMERY A, NÉGREL AD - Cécité et baisses de vision au Sud du Sahara, un problème de Santé Publique. *EMC, Ophtalmologie*, 21 - 591 - A10, 2002 P. 2
- 4 - FAFOWARA OF, AJIBODE HA., FADAMIROCO CO *et Coll* - Ocular morbidity survey in a ophthalmologically underserved rural area of Nigeria. *Afr J Med Sci* 1998 ; 27 : 35-8.
- 5 - NÉGREL AD, AVOGNON Z, MINASSIAN DC *et Coll* - Blindness in Benin. *Med Trop* 1995 ; 55 : 409-14.

- 6 - BALO PK, WABAGIRA J, BANLA M, KUAOUI RK - Specific causes of blindness and vision impairment in a rural area of Southern Togo. *J Fr Ophthalmol* 2000; **23** : 259-63.
- 7 - POOLE TR - Causes of blindness in Northern Tanzania: a hospital and rural health centre based study. *Int ophthalmol* 2001; **24** : 195-8.
- 8 - COULIBALY AN - Prévalence du glaucome primitif à angle ouvert dans le district de Bamako. Thèse de médecine 2002.
- 9 - NWOSUN SN - Ocular problems of young adults in rural Nigeria. *Int Ophthalmol* 1998; **22** : 259-63.
- 10 - KORTLANG C, KOSTER JC, COULIBALY S, DUBBELDAM RP. Prevalence of blindness and visual impairment in the region of Segou, Mali. A base line survey for a fumary eye care programme. *Trop Med Int Health* 1996; **1** : 314-9.
- 11 - MOUSSALA M., KOUDA ZEH A., SOULEYMANE M - Monocular blindness in west Cameroun : epidemiology, aspects and causes. *Rev Int Trach Pathol Ocul Trop Sub Trop* 1996; **73** : 101-8.
- 12 - ZERIHUN N, MABEY D - Blindness and low vision in jimma zone, Ethiopia: results on a population based survey. *Ophthalmic Epidemiol* 1997; **4** : 19-26.
- 13 - WHO - Global Initiative for the elimination of avoidable blindness. An informal consultation. WHO/PBL/97.61, Geneva: WHO; 1997.



Bulletin d'Abonnement

Revue Médecine Tropicale

IMTSSA

BP 46 - Le Pharo - 13998 MARSEILLE - ARMEES

Tel. : 04 91 15 01 47 • Fax : 04 91 15 01 29 • e-mail : medtrop@imtssa.fr

Service Abonnements • Tel. 04 91 15 01 23 • abonmedtrop@imtssa.fr

NOM et Prénoms :

Profession :
(ou désignation de l'Etablissement)

Adresse de Facturation :
.....
.....

Destinataire de la Revue :
.....
.....

Date et Signature

Les abonnements débutent à la date de la commande. Ils assurent le service de six numéros annuels et dont deux spéciaux.

Tarif d'abonnement 2007 (Tarif unique pour tous pays, frais de port inclus) 40

Prix d'un numéro 10

Remise libraire - 10 %

Règlement

• Par chèque bancaire ou postal, à l'ordre de : Régisseur d'avances et de recettes de l'IMTSSA, Parc du Pharo, BP 46, 13998 Marseille-Armées, France.

• Par virement à : Domiciliation : TPMARSEILLE, n° banque : 10071, n° guichet : 13000, n° compte : 00001005337, RIB 38