



UNIVERSITE JOSEPH KI-ZERBO

ANNALES

NOUVELLE SERIE VOLUME 027

DECEMBRE 2021
TOME 1

Série D

Sciences de la Santé



Presses Universitaires



UNIVERSITE JOSEPH KI-ZERBO

ANNALES

**NOUVELLE SERIE VOLUME 027
DECEMBRE 2021**

TOME 1

ISSN : 2424-7553

**Série D
Sciences de la Santé**



Presses Universitaires

© P.U. – Décembre 2021

Aux termes de la loi n° 32-99 du 22 décembre 1999, « toute reproduction, traduction, adaptation, représentation, diffusion par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur constitue un délit de contrefaçon, voire de piraterie, sanctionné comme tel ».

Tous droits réservés pour tous pays.

ISSN : 2424-7553

Série D: Sciences de la santé

Coordonnateur scientifique :

Arouna OUEDRAOGO, Professeur Titulaire

Coordonnateur adjoint :

L. Claudine LOUGUE/SORGHO, Professeur Titulaire

Membres :

Joseph Y. DRABO, Professeur Titulaire

Apollinaire SAWADOGO, Maître de Conférences agrégé

Kampadilemba OUOBA, Professeur Titulaire

Jean SAKANDE, Professeur Titulaire

Nicolas MEDA, Maître de Conférences agrégé

Blandine THIEBA, Professeur Titulaire

Alain BOUGOUMA, Professeur Titulaire

Adama TRAORE, Professeur Titulaire

Issa SOME, Professeur Titulaire

Jean KABORE, Professeur Titulaire

Adama SANOU, Professeur Titulaire

EQUIPE EDITORIALE

COORDINATION

Directeur de Publication

Sié KAM, Professeur Titulaire

Maquettiste

Alassane W. ILBOUDO, Infographe

*Pour toutes informations relatives aux Annales de l'Université Joseph KI-ZERBO,
s'adresser à :*

Presses universitaires
03 BP 7021 Ouagadougou 03 – Burkina Faso

Tél. Std : (226) 50 30 70 64/65

Ld : (226) 25 31 31 37

Poste du Secrétariat : 2317

Postes du Service Edition : 2315, 2322

URL : <http://www.univ-ouaga.bf/revue>

E-mail : puo1@gmail.com

- Secrétaire
- Chef d'édition
- Communication
- Infographie
- Commerciale
- CSAF

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Les Annales de l'Université Joseph KI-ZERBO comportent quatre séries :

La Série A : Lettres, Sciences Humaines et Sociales - publie des articles originaux dans tous les domaines suivants ; géographie ; histoire, lettres, philosophie, psychologie, sciences de l'éducation, sociologie, etc.

La Série B : Sciences Juridique, Economique et de Gestion – publie des articles originaux relatifs à toutes les branches de spécialité en droit, en économie et gestion

La Série C : Sciences de la Vie et de la Matière – publie des articles originaux dans tous les domaines des sciences de la nature et des sciences exactes et appliquées : architecture, agronomie, astrologie, biologie, biochimie, biophysique, chimie, Géologie, physique, mathématiques, etc.

La Série D : Sciences de la Santé – publie des articles originaux dans tous les domaines de la médecine et de la pharmacie : gynécologie – obstétrique, histologie, physiologie, psychiatrie, séméiologie, chirurgie, anesthésiologie, radiologie, odontologie, ophtalmologie, O.R.L. pédiatrie, pharmacologie, etc.

Dans chacune des quatre séries, des notes brèves de quelques pages, des notes techniques, des analyses de livres récemment parus ainsi que de conférences faites à l'Université Joseph KI-ZERBO sont acceptées si elles présentent un intérêt certain.

INSTRUCTIONS POUR LA PRESENTATION DES ARTICLES SOUMIS A PARUTION

Dactylographie dans le format usuel A4 (21 cm x 29,7 cm) double interligne, papier blanc, recto seulement, marge de 2,5 cm minimum du bas de page. Les Textes sont rédigés en français ou en anglais et ne doivent pas dépasser 25 pages.

La première page de l'article doit faire apparaître uniquement :

Le titre de l'article, prénom et le nom ainsi que l'adresse professionnelle et l'adresse mail, les grades dans l'enseignement et la recherche de l'auteur ou de chacun des auteurs (dans le second cas, il y a lieu d'indiquer le correspondant) ;

- La suite de l'article comporte le titre, le résumé (en français et en anglais), les mots clés (obligatoires) ainsi que le corps de l'article.
- Les paragraphes Résultats et Discussions, s'ils existent dans l'article, doivent être présentés séparément (c.à.d. ne pas les fondre dans le même paragraphe du genre **Résultats et discussions**).

SOMMAIRE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| LE TRAITEMENT DE LA COXARTHROSE PAR PROTHESE TOTALE DE HANCHE: DONNEES OPERATOIRES ET RESULTATS FONCTIONNELS A MOYEN TERME..... | 1 |
| Sayouba Tinto, Hervé Pilabré, Alexandre Stanislas Korsaga, Malick Diallo, Anatole Jean Innocent Ouédraogo, Mwinyanne Narcisse Dabiré, Mamoudou Sawadogo, Didier Dénné, Christian Darga, Mohamed Tall | |
| ORGANISATION DE LA PRESERVATION DE LA FERTILITE MASCULINE DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER AU BURKINA FASO..... | 13 |
| OUEDRAOGO Rakiswendé Alexis, OUEDRAOGO Rakissida Alfred, SAVADOGO Ibrahim, IDO Franck A H A, TIENDREBEOGO Arnaud J F, AZONBAKIN A Simon, AWEH Bruno, OUEDRAOGO Valentin, LOMPO M Olga | |
| ASPECTS CLINIQUES, ENDOSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES DES GASTROPATHIES CHRONIQUES DANS LE SERVICE D'ENDOSCOPIES DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE A OUAGADOUGOU (CHU YALGADO OUEDRAOGO BURKINA FASO)..... | 25 |
| Zongo A, Tapsoba A, Kamboulé EB, Lompo C, Zombré NMS, Sombié AR, Bougouma A | |
| HEPATITE VIRALE B AIGUË : ASPECTS DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO..... | 33 |
| Zongo A, Diao HN, Tapsoba A, Lompo PC, Zombré NMS, Sombié AR | |
| PREVALENCE ET NATURE DES LESIONS ENDOSCOPIQUES CHEZ LES PATIENTS EXAMINES ENTRE 2006-2015 AU CHU YALGADO OUEDRAOGO, BURKINA FASO..... | 41 |
| Zongo A, Lompo C, Tapsoba A, Zombré NMS, Houndonougbo E, Sombié AR, Bougouma A | |
| CANCER DE L'ŒSOPHAGE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, ENDOSCOPIQUE ET HISTOLOGIQUE AU CHU YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)..... | 51 |
| Zongo A, Tapsoba A, Zombré NMS, Lompo C, Houndonougbo E, Sombié AR, Bougouma A | |
| INTUBATION SUB-MENTALE (ISM): UNE ALTERNATIVE A LA TRACHEOTOMIE EN TRAUMATOLOGIE MAXILLOFACIALE..... | 59 |
| COULIBALY A., MILLOGO M., LENGANE I., ZONGO V., SANFO M., KONSEM T. | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| RECONSTRUCTION D'UNE PERTE DE SUBSTANCES INTERRUPTICES DE L'AILE NARINAIRE DROITE PAR LAMBEAU NASOGENIEN CONTROLATERAL A PEDICULE SUPERIEUR..... | 67 |
| COULIBALY A, TRAORE I, BEHETON R, LENGANE NI, PARE P, OUBIDA H, KONSEIGA N, KONSEM T | |
| ANALYSE BIBLIOMETRIQUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DE L'INFIRMERIE HOPITAL MILITAIRE DE BAMAKO (IHB)..... | 73 |
| KANE ¹ A.S.T., DIARRA ² A., POCKPA ³ Z.A.D., DIALLO ⁴ A., GUIRASSY ⁴ M.L | |
| COMPLICATIONS DES AVORTEMENTS ET LEUR PRISE EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE REGIONAL DE OUAHIGOUYA (BURKINA FASO)..... | 81 |
| Ouédraogo I. Sib S. R., Sanogo M., Dembélé A., Kiemtoré S., Sawadogo Y.A., Kain D. P, Tiéba-Bonané B. | |
| LA TOXOPLASMOSE CÉRÉBRALE DANS LE SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DU CHU YALGADO OUÉDRAOGO DE OUAGADOUGOU : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DIAGNOSTIQUES ET ÉVOLUTIFS..... | 95 |
| Sawadogo Mamoudou, Diallo Ismaël, Sondo K Apoline, Zabsonré D Sylvain, TRAORE Zoumbahan Marie Thérèse | |
| EVALUATION DES INDICATIONS DE LA CESARIENNE SELON LA CLASSIFICATION DE ROBSON AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE REGIONAL DE OUAHIGOUYA (CHUR/OHG) DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2017..... | 103 |
| Ouédraogo I., Sawadogo Y.A., Dembelé A., Kiemtoré S., SIB S. R., Ouédraogo N. L., Millogo/Traoré F., Ouédraogo CMR., Thiéba/Bonané B. | |
| CONTRIBUTION DES TRAVAUX DE RECHERCHE DU DEPARTEMENT DE PEDIATRIE DE L'UNIVERSITE OUAGA 1 PR JOSEPH KI ZERBO AUX PROGRAMMES DE SANTE DE L'ENFANT (BURKINA FASO)..... | 113 |
| OUERMI AS, OUEDRAOGO P, SIMPORE B, SORGHO A, YUGBARE / OUEDRAOGO SO | |
| EPIDEMIOLOGIE DES TRAUMATISMES FACIAUX CHEZ L'ENFANT : UNE ANALYSE DE 155 PATIENTS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURO SANOU DE BOBO-DIOULASSO..... | 123 |
| TRAORE Ibraïma, COULIBALY Toua Antoine, ILI Biévianda Vincent, COULIBALY Arsène, ZEGBEH N'guessan Eric Kouassi, BEOGO Rasmané, Mahamane Mobarak SALIFOU ABDOU, Arouna OUEDRAOGO | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIF DES UVEITES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ZONE SURU- LERE..... | 133 |
| ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê , ODOULAMI Lisette, NANJIP NGASSA Armelle, AÏGBÈ Nestor, ALAMOU Soulé, SOUNOUVOU Ignace, HOUNNOU TCHABI Sidonie | |
| TRABECULOPLASTIE AU LASER SELECTIVE DANS LE TRAITEMENT DU GLAUCOME PRIMITIF A ANGLE OUVERT A COTONOU..... | 147 |
| ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê, OUSMANE Bona Darou, AÏGBÈ Nestor, ALAMOU Soulé, ODOULAMI Lisette, SOUNOUVOU Ignace, HOUNNOU TCHABI Sidonie | |
| PROFILS DE RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DE <i>PSEUDOMONAS AERUGINOSA</i> ET <i>ACINETOBACTER BAUMANNII</i> ISOLES CHEZ DES PATIENTS REÇUS A U CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BOGODOGO..... | 163 |
| Absatou KY/BA, Mahamoudou SANOU, Abdoul Salam OUEDRAOGO, H. ZOMBRE, Andre Yolland KY, Idrissa. SANOU, OUÉDRAOGO /TRAORE, Lassana SANGARE | |
| HERNIE DE BOCHDALEK SYMPTOMATIQUE DE L'ADULTE : A PROPOS D'UN CAS..... | 177 |
| Bazongo M, Windsouri M, Tianhoun LA, Woni L, Doamba NR, Belem F, Yaméogo SLC, Sawadogo A, Wang H, Yang JS, Coulibaly S, Sanon AF, Bahikoro I, Sanou A | |
| TRAITEMENT DE LA CIRRHOSE ASSOCIEE A L'HEPATITE B AU SERVICE D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUÉDRAOGO DE OUAGADOUGOU..... | 185 |
| Zouré Nogogna, Koura Mâli, Guingané N Alice, Napon/Zongo Delphine, Ouattara Z Damien, Sawadogo Appolinaire, Bougouma Alain, Sombié Roger | |
| ASPECTS CLINIQUES ET PARACLINIQUES DES INFECTIONS EN MILIEU D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DU BURKINA FASO..... | 199 |
| Douamba S, Ouanré E, Nagalo K, Toguyéni L, Traoré O, Soudré F, Kaboré A, Yé D | |
| PREVALENCE DES GINGIVITES INDUITES UNIQUEMENT PAR LA PLAQUE AU CENTRE MUNICIPAL DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU..... | 209 |
| DIARRA Abdoulaziz, TALL Idrissa, DIALLO Ahmad Moustapha, ESSAMA ENO Belinga Lawrence, KANE Aboubacar Sidiki Thissé, KABORE Wendpoulomdé Aimé Désiré, KONSEM Tarcissus | |
| SPINA BIFIDA : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE A BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)..... | 221 |
| Sanogo Bintou, Ilboudo M T Rodrigue, Kissou S Aimée, Barro Makoura, Tamboura Hassane, Cessouma K Raymond, Ouermi Saga Alain, Traoré Yacouba, Bandré Emile, Nacro Boubacar | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DYSRAPHISME OUVERT REVELANT UNE FORME RARE DE DYSRAPHISME FERME : LA DIASTEMATOMYELIE TYPE II..... | 231 |
| ISSA SARKI Souleymane, KONE Noukhoun, SAWA Brice, KELANI Aminath, SANOUSI Samuila | |
| MYXOME INTRA MUSCULAIRE DU GRAND ADDUCTEUR DE LA CUISSE : A PROPOS D'UN CAS DIAGNOSTIQUE A OUAGADOUGOU..... | 237 |
| F.A.H.A. Ido, I. Savadogo, S. Ouattara, A.S. Ouédraogo, V. Konségré, A. Lamien-Sanou | |
| ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET HISTOPATHOLOGIQUES DES CANCERS DE LA VESICULE BILIAIRE AU BURKINA FASO..... | 243 |
| I. SAVADOGO, F.A.H.A. IDO, S. OUATTARA, A. S. OUEDRAOGO, A. TRAORE, N. KABRE, V. KONSEGRE, A. LAMIEN-SANOU | |



Annales de l'Université Joseph KI-ZERBO

Série D, vol. 027, Décembre 2021 – Tome 1

ISSN : 2424-7553

Presses Universitaires

03 BP 7021 Ouagadougou 03 – Burkina Faso

Tél. Std : (226) 25 30 70 64/65 - Ld : (226) 25 31 31 37

URL : <http://www.univ-ouaga.bf/revue>

Site web : www.ujkz.bf



ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIF DES UVEITES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ZONE SURU- LERE

**ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê^{1,2}, ODOULAMI Lisette^{1,3},
NANJIP NGASSA Armelle¹, AÏGBÈ Nestor^{1,4}, ALAMOU Soulé^{1,2},
SOUNOUVOU Ignace^{1,5}, HOUNNOU TCHABI Sidonie^{1,2}**

Réception : 02 / 04 / 2021 Révision : 29 / 04 / 2021 Acceptation : 31 / 12 / 2021

1. Unité d'enseignement d'ophtalmologie – Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi
2. Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU/HKM) de Cotonou
3. Centre Hospitalier Universitaire de Zone Suru- Léré (CHUZ/SL)
4. Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou
5. Centre Hospitalier Universitaire Départemental/Ouémé-Plateau (CHUD/O-P)

Résumé

But : étudier les aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des uvéites à Cotonou.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2019, soit 5 ans. Elle s'était effectuée dans le service d'ophtalmologie au Centre Hospitalier Universitaire de Zone Suru- Léré.

Résultats : La fréquence des uvéites était de 0,69%. L'âge moyen était de $32,41 \pm 12,82$ ans. La majorité des patients était de sexe masculin (54,29%). La baisse visuelle (78,57%), la douleur oculaire (57,14%) et la rougeur oculaire (45,71%) étaient les principaux motifs de consultation. Près du tiers des patients (31,43%) présentaient une cécité à l'admission. Les précipités retrodescemétiques (81,43%) et le Tyndall de la chambre antérieure (55,71%) étaient les signes physiques les plus retrouvés au niveau du segment antérieur. Le tonus oculaire était normal dans 74,29%. La hyalite (45,71%) et le foyer actif de chorio-rétinite (15,71%) prédominaient au segment postérieur. L'atteinte était unilatérale dans 100% des cas. L'uvéite antérieure était la plus fréquente dans 65,71% des cas. La cause était indéterminée dans 77,14% des cas. Le traitement consistait à l'administration locale et générale des corticoïdes dans 90% des cas. L'évolution était favorable dans 48% des cas marquée par une récupération visuelle avec parfois la survenue des complications ou séquelles à type de cicatrices chorio-rétiniennes et de cataracte.

Conclusion : L'uvéite est une affection certes peu fréquente mais grave dans nos régions. La recherche étiologique est capitale pour une prise en charge adéquate, améliorant ainsi le pronostic visuel.

Mots clés : uvéite, étiologie indéterminée, corticoïdes.

Summary

Purpose: to study the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary uveitis at the University Hospital of Zone Suru-Léré.

Method: This was a descriptive study, with retrospective data collection over a period of five years from January 1st, 2015 to December 31, 2019. It was carried out in the ophthalmology department at the University Hospital of Zone Suru-Léré.

Results: The frequency of uveitis was 0,69%. The mean age was 32,41 years \pm 12,82 years. The majority of patients were male (54,29%). Visual impairment (78,57%), eye pain (57,14%) and eye redness (45,71%) were the most common reasons for consultation. Almost a third of patients (31,43%) presented with blindness on admission.

The retrodescemetic precipitates (81.43%) and Tyndall of the anterior chamber (55.71%) were the physical signs most found in the anterior segment. Eye tone was normal in 74.29%. Hyalitis (45.71%) and the active focus of chorioretinitis (15.71%) predominated in the posterior segment. The impairment was unilateral in 100% of cases. Anterior uveitis was most common in 65.71% of cases. The cause was unknown in 77.14% of cases. Treatment consisted of topical and systemic administration of corticosteroids in 90% of cases. The outcome was favorable in 48% of cases marked by visual recovery with sometimes the onset of complications or sequelae such as chorioretinal scars and cataracts.

Conclusion: Uveitis is certainly an uncommon but serious condition in our regions. Etiological research is essential for adequate management, thus improving the visual prognosis.

Key words: uveitis, etiology unknown, corticosteroids.

INTRODUCTION

L'uvéite correspond à une inflammation intraoculaire intéressant non seulement le tractus uvéal (iris, corps ciliaire et choroïde), mais aussi les structures profondes que sont le vitré et la rétine [1]. Les uvéites représentent une cause non négligeable de cécité dans le monde. En effet, elles sont responsables de 10 à 15 % des cas de cécité dans les pays occidentaux [2]. Son incidence varie d'une région à une autre. Aux Etats-Unis, elle est de 17 à 52 cas pour 100 000 habitants, de 11 à 23 cas pour 100 000 habitants en Europe, et d'environ 27 cas pour 100 000 habitants en Afrique [3]. Le diagnostic

positif d'une uvéite est aisé. Il repose sur un interrogatoire minutieux et un examen ophtalmologique complet qui permettra de préciser le type anatomoclinique. Cependant, le diagnostic étiologique nécessite souvent de nombreuses et coûteuses investigations qui n'apportent pas la certitude étiologique [1]. Toutefois, la mise en évidence d'une étiologie précise permet l'instauration d'un traitement approprié et spécifique. Ce qui nécessite souvent une approche et une prise en charge interdisciplinaires. Les récurrences sont toujours possibles, les complications ou les séquelles peuvent être graves [4]. La connaissance de son épidémiologie et sa prise en charge restent limitées en Afrique

subsaharienne. Ce qui a motivé ce travail dont le but était d'étudier les uvéites au CHUZ-SL en vue d'en déterminer le profil épidémiologique ; d'en décrire les aspects cliniques ; d'en identifier les étiologies ; d'en décrire les aspects thérapeutiques et évolutifs des uvéites au CHUZ-SL.

PATIENTS ET METHODE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective sur une période de 05 ans, allant du 01 Janvier 2015 au 31 Décembre 2019. Elle a concerné tous les dossiers de patients reçus dans le service d'ophtalmologie du CHUZ-SL durant la période d'étude et chez qui le diagnostic d'uvéite a été retenu.

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les patients répondant aux critères d'inclusion. Ont été inclus dans cette étude, tous les patients reçus pendant la période d'étude et présentant une uvéite. N'étaient pas inclus dans l'étude, les patients ayant un dossier médical incomplet et inexploitable. Nous avons réparti l'acuité visuelle selon la classification de l'OMS :

- ✓ $<1/20^{\text{ème}}$ Cécité
- ✓ $1/20 - 3/10^{\text{ème}}$ Malvoyance
- ✓ $4/10 - 6/10^{\text{ème}}$ Acuité visuelle utile
- ✓ $7/10 - 10/10^{\text{ème}}$ Acuité visuelle normale

L'âge a été défini en tranches qui sont de 0-15 ans, 16-25 ans, 26-35 ans, 36-45 ans, 46-55 ans, ≥ 56 ans. Les variables étudiées concernaient les données épidémiologiques (fréquence, âge, sexe) ; les données cliniques (motif de consultation, délai de consultation, antécédents, latéralité, acuité visuelle, état du segment antérieur, tonus oculaire, état

du segment postérieur, type d'uvéite) ; les données paracliniques (examens paracliniques demandés) ; les données étiologiques (traumatisme, toxoplasmose, zona ...) ; les données thérapeutiques (type de traitement proposé) ; les données évolutives (acuité visuelle après traitement, complications et/ou séquelles, durée du suivi). La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle, des dossiers médicaux des patients et du registre de consultation. Le traitement et l'analyse des données ont été effectués à l'aide des logiciels Epidata version 3.1 pour la conception de la base de données, Epi Info 7 et le tableur Excel pour la présentation des résultats. L'anonymat et la confidentialité des données ont été respectés.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Fréquence

Durant la période d'étude, 10142 patients ont consulté dans le service d'ophtalmologie du CHUZ-SL, dont soixante-dix (70) présentaient une uvéite soit une fréquence de 0,69%.

Aspects socio-démographiques

Age et sexe

La moyenne d'âge était de $32,41 \pm 12,82$ ans avec des extrêmes de 16 à 68 ans.

Le sexe masculin était prédominant avec une fréquence de 54,29%, soit une sex-ratio de 1,18.

Aspects cliniques

Les différents motifs de consultation sont présentés dans le tableau I.

Motif de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent était la baisse visuelle (78,57%).

Tableau I : Répartition des patients selon les motifs de consultation.

| | N | % |
|------------------|----|-------|
| Baisse visuelle | 55 | 78,57 |
| Douleur oculaire | 40 | 57,14 |
| Rougeur oculaire | 32 | 45,71 |
| Photophobie | 14 | 20,00 |
| Myodésopsies | 6 | 8,57 |
| Larmolement | 6 | 8,57 |

Délai de consultation

Le délai de consultation était compris entre 8 et 14 jours chez 35,71% des patients. La figure 1 illustre la répartition des patients selon le délai de consultation.

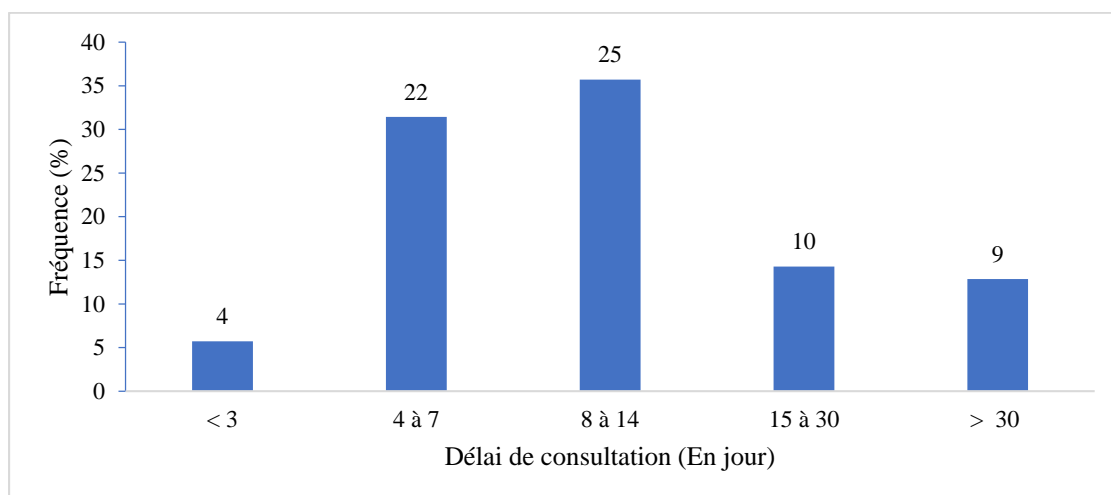


Figure 1 : Répartition des patients selon le délai de consultation.

Antécédents

Les antécédents personnels étaient notés chez 21 (30,00%) patients, dont la chirurgie oculaire pour 5 (7,14%) patients, le traumatisme oculaire pour 7 patients, l'hypertension artérielle pour 7 (10,00%) patients et le diabète pour 6 (8,57%) patients.

Signes physiques

Latéralité

Tous les patients présentaient une atteinte unilatérale (n=70, soit 100%), dont 41 à l'œil droit (58,57%) et 29 à l'œil gauche (41,43%).

Acuité visuelle de l'œil atteint

L'acuité visuelle de loin était inférieure à 1/20^{ème} dans 31,43% des cas. L'acuité visuelle évaluée chez les patients est présentée dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de l'œil atteint.

| | N | % |
|-----------------------------|----|--------|
| <1/20 ^{ème} | 22 | 31,43 |
| 1/20 – 3/10 ^{ème} | 20 | 28,57 |
| 4/10 – 6/10 ^{ème} | 23 | 32,86 |
| 7/10 – 10/10 ^{ème} | 5 | 7,14 |
| Total | 70 | 100,00 |

Etat du segment antérieur

Les précipités retrodescémétiques (PRD) (81,43%) étaient le signe physique le plus fréquent. Le tableau III présente la répartition des signes physiques au niveau du segment antérieur de l'œil atteint.

Tableau III : Répartition des signes physiques au niveau du segment antérieur.

| | N | % |
|------------------------|----|-------|
| PRD | 57 | 81,43 |
| Tyndall de la CA | 39 | 55,71 |
| CPK/Hyperhémie | 37 | 52,86 |
| Cataracte | 11 | 15,71 |
| Synéchies postérieures | 10 | 14,29 |
| Nodules iriens | 4 | 5,71 |
| Œdème cornéen | 3 | 4,29 |
| Myosis | 3 | 4,29 |

CA= Chambre antérieure

CPK= Cercle périkératique

Ophthalmotonus

L'hypertonie oculaire était présente sur 13 yeux soit 18,57% et l'hypotonie sur 5 yeux soit 7,14%. Le tonus était normal pour 32 yeux soit 74,29%.

Etat du segment postérieur

La hyalite prédominait au niveau du segment postérieur avec une fréquence de 45,71%. Le tableau IV montre la répartition des signes physiques au niveau du segment postérieur de l'œil atteint.

Tableau IV : Répartition des signes physiques au niveau du segment postérieur.

| | N | % |
|---------------------------------|----|-------|
| Hyalite | 32 | 45,71 |
| Foyers actifs de chorioretinite | 11 | 15,71 |
| Tyndall vitréen | 9 | 12,86 |
| Cicatrices de chorioretinite | 7 | 10,00 |
| Hémorragies rétinienne | 6 | 8,57 |
| Œdème maculaire | 4 | 5,71 |
| Papillite | 4 | 5,71 |
| Vascularite | 4 | 5,71 |
| Nodules cotonneux | 3 | 4,29 |
| Exsudats | 2 | 2,86 |
| Banquise | 1 | 1,43 |

Type anatomique

Le type anatomique était représenté par l'uvéite antérieure dans 46 cas (soit 65,71%), l'uvéite intermédiaire 20 cas (soit 28,57%), l'uvéite postérieure dans 8 cas (11,43%) et la panuvéite dans 15 cas (soit 21,43%).

Aspects paracliniques

Le tableau V montre les résultats des examens paracliniques réalisés.

Tableau V : Répartition des patients selon les résultats des examens paracliniques.

| | Examens demandés N (%) | Résultats disponibles N (%) | Résultats positifs N (%) |
|-------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Sérologie toxoplasmique | 50 (71,43) | 22 (44,00) | 7 (31,82) |
| Sérologie VIH | 51 (72,86) | 30 (58,82) | 2 (6,67) |
| TPHA-VDRL | 43 (61,43) | 18 (41,86) | 0 (0,00) |
| NFS | 9 (12,86) | 3 (33,33) | 1 (33,33) |
| VS | 3 (4,29) | 2 (66,66) | 0 (0,00) |

VIH= Virus de l'Immunodéficience Human

TPHA= Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay

VDRL= Venereal Disease Research Laboratory

NFS= Numération Formule Sanguine

VS= Vitesse de Sédimentation

Autres examens complémentaires

Aucun patient n'avait bénéficié de consultations de spécialistes.

Aspects étiologiques

Aucune étiologie n'était retrouvée chez 54 patients (77,14%). La toxoplasmose était l'étiologie la plus fréquente (15,71%). Venaient, ensuite les traumatismes, le VIH dans les proportions respectives chacune de 2,86% ainsi que le zona dans 1,43%.

Aspects thérapeutiques

La corticothérapie était le traitement le plus fréquemment utilisé dans 90,00% des cas. Le tableau VI représente la répartition des patients selon le traitement utilisé.

Tableau VI : Répartition des patients selon le traitement.

| | N | % |
|---------------------------------------------|----|-------|
| Corticothérapie générale | 63 | 90,00 |
| Corticothérapie locale | 63 | 90,00 |
| Cycloplégique | 41 | 58,57 |
| Antibiotique général | 35 | 50,00 |
| Antiglaucomeux | 13 | 18,57 |
| Pansement occlusif | 10 | 14,29 |
| Antiparasitaire | 9 | 12,86 |
| Injection sous conjonctivale de corticoïdes | 4 | 5,71 |
| IVT de corticoïdes | 2 | 2,86 |

Aspects évolutifs

Parmi les 70 patients, 20 (28,57%) étaient perdus de vue. Les données sur l'évolution sont donc présentées chez 50 cas.

Durée du suivi

La durée du suivi était comprise entre 1 et 2 mois dans 40,00% des cas.

La figure 2 représente la répartition des patients selon la durée du suivi.

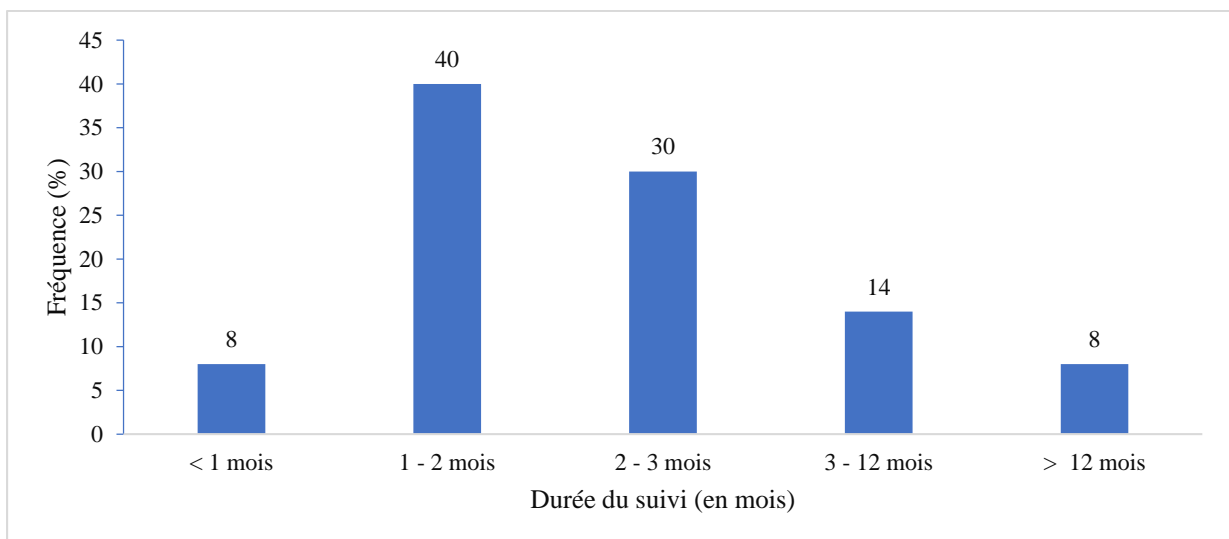


Figure 2 : Répartition des patients selon la durée du suivi.

Acuité visuelle après traitement

Après traitement, l'acuité visuelle était comprise entre 7/10 et 10/10^{ème} dans 48,00% des cas. Le tableau VII représente la répartition de l'acuité visuelle après le traitement.

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'acuité visuelle après le traitement.

| | N | % |
|-----------------------------|----|--------|
| <1/20 ^{ème} | 11 | 22,00 |
| 1/20 – 3/10 ^{ème} | 8 | 16,00 |
| 4/10 – 6/10 ^{ème} | 7 | 14,00 |
| 7/10 – 10/10 ^{ème} | 24 | 48,00 |
| Total | 50 | 100,00 |

Complications ou séquelles

Les complications ou séquelles étaient représentées par la cicatrice chorioretinienne dans 5 cas, la cataracte, les synéchies postérieures dans 3 cas chacune, la néovascularisation choroïdienne, le décollement rétinien et la kératopathie en bandelette dans un cas chacune.

DISCUSSION

Au plan épidémiologique

Fréquence

La fréquence des uvéites de 0,69% est comparable à celle de Bella-Hiag et al. [5] qui est de 0,7%, sur une période similaire. En revanche, Koffi et al. [6] ont rapporté une fréquence plus basse de 0,43% sur 20 mois. Cependant, Amédomé et al. [7] ont objectivé une fréquence supérieure de 1,30% sur 8 ans. Cette différence observée s'expliquerait par la durée de la période d'étude.

Données socio-démographiques

L'âge moyen dans notre série était de 32,41 ans. Koffi et al. [6] en Côte d'Ivoire et Bella-Hiag et al. [5] au Cameroun ont rapporté des moyennes d'âge similaires

avec respectivement 32 et 33,9 ans. Cependant, des études menées dans les pays occidentaux retrouvent un âge moyen plus élevé. Mercanti et al. [8] en Italie ont rapporté un âge moyen de 44,36 ans. De même, Bajwa et al. [9] aux Etats-Unis retrouvaient un âge moyen de 46 ans. Cette disparité pourrait s'expliquer par le fait que la population est relativement plus jeune en Afrique que dans les pays occidentaux. Les patients âgés de 26 à 45 ans (62,85%) étaient les plus nombreux dans notre étude. Dans les séries de Koffi et al. [6] et Assavedo et al. [10], les patients âgés de 21 à 40 ans représentaient respectivement 68,4% et 44,8%. Ceci est conforme aux données de la littérature. Une uvéite peut survenir à tout âge, mais plus particulièrement entre 20 et 60 ans [2]. Par ailleurs, nous n'avons recensé aucun cas d'uvéite chez les enfants âgés de 0 à 15 ans. Il en est de même pour Assavedo et al. [10]. Les uvéites sont relativement rares chez les enfants de moins de 16 ans [11].

La prédominance masculine observée dans notre étude était rapportée par Sounouvou et al. [12], Koffi et al. [6] et Abdoul et al. [13]. Les sex-ratios étaient respectivement de 1,13, 1,11 et 1,3. Le sex-ratio est homogène dans la majorité des études. Il varie entre 0,7 et 1,2 [13].

L'uvéite semble toucher de manière égale les deux sexes dans la plupart des séries publiées avec une légère prédominance masculine.

Au plan clinique

Motif de consultation

La baisse visuelle qui était le principal motif de consultation est signalée également par plusieurs auteurs [5, 6, 7,10]. La baisse visuelle représente naturellement le signe le plus alarmant pour les patients en comparaison avec d'autres signes oculaires dont la gravité semble sous-estimée. La douleur oculaire venait en deuxième position (57,14 %), suivie de la rougeur oculaire (45,71%). Amédomé et al. [7] retrouvaient des résultats semblables avec 50,10% pour la douleur oculaire et 49,90% pour la rougeur. Ces données concordent avec celle de la littérature qui stipule que les trois signes fonctionnels principaux révélateurs d'une uvéite sont la baisse visuelle, la rougeur et la douleur oculaire [14].

Délai de consultation

Le délai de consultation était long. La plupart des patients (62,86%) consultaient plus d'une semaine après le début des symptômes. De même, pour Koffi et al. [6] et Assavedo et al. [10], plus de 70% des patients avaient consulté une semaine après le début des signes. L'automédication, les thérapeutiques traditionnelles de première intention pourraient justifier ce retard à la consultation. L'ignorance de la gravité potentielle de l'affection par les patients pourrait en être une explication. Toutefois, les principales causes du retard de consultation seraient liées au bas niveau socio-économique des patients ; mais aussi

à l'absence d'un régime d'assurance maladie.

Antécédents

Les antécédents de traumatisme oculaire étaient plus fréquents. Il n'y avait pas d'antécédents médicaux de pathologie générale cause d'une uvéite. Dans notre contexte, les antécédents ne sont pas souvent connus des patients, ou non rapportés par ceux-ci car jugés sans importance. Cependant, le recueil des antécédents reste une étape primordiale dans l'enquête étiologique d'une uvéite.

Signes physiques

Latéralité

Tous nos patients avaient présenté une uvéite unilatérale. Assavedo et al. [10], ont aussi retrouvé une atteinte unilatérale dans 100% des cas. Toutefois, Koffi et al. [6] et Bella-Hiag et al. [5] ont rapporté des fréquences respectives d'unilatéralité de 75,80% et 81,60%. Dans une population pédiatrique en Suède, Clarke et al. [11] ont obtenu une prédominance des formes bilatérales dans 64,60% des cas. Dans notre série aucun cas d'uvéite chez les enfants n'avait été noté. Les formes bilatérales sont en général la panacée des enfants [11].

Acuité visuelle de l'œil atteint

Plus de la moitié des patients avait une acuité visuelle inférieure ou égale à 3/10^{ème}. Une proportion non négligeable de patients avait consulté au stade de cécité soit 31,43%. Le même constat a été fait par Assavedo et al. [10] à Parakou dans une proportion de 23,90% des cas de cécité. Dans les pays occidentaux, les uvéites sont responsables de 10 à 15 % des cas de cécité [3]. Le retard de consultation observé pourrait en être une explication.

Ce taux relativement important interpelle les décideurs des politiques de santé de nos pays sur un renforcement des actions de médecine préventive, sachant que la population active est la plus atteinte.

Etat du segment antérieur

Les PRD (81,43%) étaient le signe physique le plus retrouvé à l'examen du segment antérieur, suivi du Tyndall de la CA (55,71%). Le même constat a été fait par Assavedo et al. [10] avec 83,43% pour les PRD et 43,55% pour le Tyndall. En revanche, Chebil et al. [15] notaient des proportions plus basses soient 37,90% pour le Tyndall et 17,20% pour les PRD. Dans la série de Chebil et al. [15], seulement 3,44% des patients avaient une atteinte antérieure. Ceci pourrait expliquer cette différence.

Tonus oculaire

Le tonus oculaire était normal pour 52 patients (soit 74,29%). Ce résultat est identique à celui de Assavedo et al. [10] avec un tonus oculaire normal pour 53 patients (soit 79,00%).

Etat du segment postérieur

La hyalite (45,71%) et le foyer actif de chorioretinite (15,71%) étaient les signes les plus fréquemment rencontrés au niveau du segment postérieur. Il en était de même pour Koffi et al. [6] avec respectivement 40 % et 29,47%.

Type d'uvéite

L'uvéite antérieure (65,71%) représentait la localisation anatomique la plus fréquente. Dans la plupart des études [6,7,9,13], les uvéites antérieures constituent le type anatomique prédominant avec une fréquence variant de 30 à 62 %. Certains auteurs comme Sounouvou et al. [13], Mercanti et al. [9] et

Amédomé et al. [8] ont rapporté une prédominance des formes antérieures avec respectivement 46,96%, 58,01% et 37,83%. Les proportions des autres types d'uvéites varient d'une étude à une autre. Ces différences de présentations d'une région à l'autre et d'une population à l'autre pourraient évoquer la présence de facteurs ethniques et/ou environnementaux influençant l'atteinte oculaire.

Au plan étiologique

L'étiologie était indéterminée dans 77,14% des cas. Un résultat similaire avait été retrouvé par Assavedo et al. [10] (74,63%) au Bénin. En revanche, Koffi et al. [6] en Côte d'Ivoire ont noté un taux plus bas dans leur série (58%). Toutefois, ces données restent largement supérieures à celles retrouvées dans les pays développés. En effet, pour Nguyen et al. [16] en France, Odzal et al. [17] en Turquie, l'uvéite était idiopathique respectivement dans 29,70% et 25,70% des cas.

Dans notre contexte, la recherche étiologique est limitée pour plusieurs raisons à savoir le bas niveau socio-économique des patients, la non disponibilité de certains examens biologiques. Dans notre série, une proportion importante des patients n'avait pas pu réaliser les examens demandés. De plus, aucun patient n'avait réalisé des consultations spécialisées. Ceci pourrait donc amener à retenir à tort le diagnostic d'une uvéite idiopathique. Dans les cas où la cause était identifiée, la toxoplasmose venait en tête de liste avec 15,71%. Koffi et al. [6] et Assavedo et al. [10] ont fait le même constat avec respectivement 33,70% et 11,90%. La toxoplasmose oculaire est de diagnostic généralement aisé, notamment devant la présence d'un foyer actif de

choriorétinite d'aspect blanchâtre, souvent satellite d'un foyer ancien pigmenté. Dans la plupart des cas, l'aspect clinique permet à l'ophtalmologiste de poser le diagnostic.

Au plan thérapeutique

Le choix thérapeutique dépend de la sévérité de l'uvéite, de son étendue et surtout de son étiologie. Les corticoïdes demeurent les agents principalement utilisés dans le traitement des uvéites. Dans notre série, la corticothérapie locale (collyre) et par voie générale (per os) avait été utilisée dans 90 % des cas. Cornu et al. [18] ont retrouvé une utilisation de la corticothérapie locale dans 72,10 % des cas et par voie générale dans 50,00% des cas.

Une injection sous conjonctivale de corticoïde a été pratiquée dans quatre cas et une injection intravitréenne dans deux cas. D'après la littérature, les injections oculaires (sous tenonienne et intravitréenne) de corticoïdes demeurent le traitement de choix de l'uvéite intermédiaire [19]. Il est important de relever dans notre étude, la rareté des injections oculaires.

Les antibiotiques par voie générale (50%) étaient largement utilisés dans notre série, malgré la faible proportion (15,71%) des uvéites d'origine infectieuse. L'antibiothérapie semble alors être utilisée comme couverture dans les étiologies non précisées.

Au plan évolutif

L'évolution a été favorable avec une amélioration de l'acuité visuelle chez 48% des patients. Cependant, 22% des patients ont gardé une cécité. Ce résultat est superposable à celui de Koffi et al. [6] qui ont rapporté une évolution favorable dans 69,74%. Toutefois, chez les patients dont

l'acuité visuelle était inférieure à 1/20^{ème}, il n'y avait pas une amélioration post thérapeutique. Il s'agit le plus souvent des cas d'uvéite grave ou compliquée. Néanmoins, notons que nos résultats pourraient être biaisés par le nombre important de patients perdus de vue. L'absence de suivi après l'instauration du traitement reste un problème majeur dans notre contexte. Le niveau socio-économique bas, l'ignorance des patients, et le recours à la médecine traditionnelle pourraient expliquer cette observation d'une part. D'autre part, les patients ne reviennent plus au contrôle dès qu'ils constatent une amélioration. Dans la majorité des cas la durée du suivi était supérieure à 1 mois.

Les complications ou séquelles constatées au cours du suivi sont dominées par les cicatrices chorio-rétiniennes (5 patients) et la cataracte (3 patients). Dans l'étude de Chebil et al. [11], la cataracte était la complication la plus fréquente suivie de l'hypertonie oculaire.

CONCLUSION

Les uvéites sont des affections oculaires potentiellement graves et pouvant mettre en jeu le pronostic visuel. Les facteurs de mauvais pronostic dans nos régions seraient le recours tardif aux soins oculaires et le bas niveau socio-économique ainsi que la non disponibilité parfois de certaines explorations biologiques limitant la recherche étiologique. Face à ce constat la sensibilisation de nos populations s'impose sur un recours précoce aux soins oculaires devant la triade symptomatique baisse visuelle, douleur oculaire et rougeur oculaire afin de prévenir la cécité évitable.

REFERENCES

1. Veit S, Fabio M. Epidémiologie et diagnostic de l'uvéite. *Rev Med Suisse*. 2007 ; 7 : 1012–7.
2. Daudin JB. Sémiologie et classification des uvéites. In : Brézin A. Les uvéites. Rapport SFO. Elsevier Masson. 2010 : 111–6.
3. De-Kuang H, Yiing-Jeng C, Cheng-Yun P et al. Epidemiology of Uveitis among the Chinese Population in Taiwan. *Am Acad Ophthalmol*. 2012; 119: 2371–6.
4. Çakar MP, Yazici A, Tüfek M et al. Epidemiology of uveitis in a referral hospital in Turkey. *Turk J Med Sci*. 2014; 44 (2): 337–42.
5. Bella-Hiag A, Mvogo CE, Ellong A. Les uvéites : aspects épidémiologiques à l'hôpital Laquintinie de Douala. *Ophthalmologica*. 2001 ; 215 (1) : 30–3.
6. Koffi KV, Kouassi FX, Kouassi AC et al. Les uvéites : Profils épidémiologique, clinique et thérapeutique au CHU Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire). *Méd Afr Noire*. 2001 ; 48 (2) : 67–72.
7. Amédomé KM, Assavedo AC, Vonor K et al. Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des uvéites à l'Hôpital Saint André de Tinré et au Centre Hospitalier Départemental du Borgou au Bénin. *Revue SOAO*. 2016 ; 2 : 33–7.
8. Mercanti A, Parolini B, Bonora A et al. Epidemiology of endogenous uveitis in North-eastern Italy: analysis of 655 new cases. *Acta Ophthalmol Scand*. 2001; 79: 64–8.
9. Bajwa A, Osmanzada D, Osmanzada S. Epidemiology of uveitis in the mid-Atlantic United States. *Clin Ophthalmic*. 2015; 9: 889-901.
10. Assavedo R, Tchabi S, Abdoulaye H et al. Aspects épidémiologiques et cliniques des uvéites au Centre Hospitalier Départemental du Borgou, Bénin (à propos de 67 cas). *Revue SOAO*. 2014 ; 2 : 7–11.
11. Clarke LA, Guex-Crosier Y, Hofer M. Epidemiology of uveitis in children over a 10-year period. *Clin Exp Rheumatol*. 2013; 31 (4): 633–7.
12. Sounouvou I, Tchabi S, Yehouessi L et al. Les uvéites au Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou. *Le Bénin médical*. 2004 ; 28 : 19–23.
13. Abdoul SY, Hamed Ould MO, Mehdi K et al. Profil épidémiologique des uvéites: à propos de 105 cas. *Pan African Med J*. 2016 ; 24 : 97–9.
14. Gritz D. L'incidence et la prévalence des uvéites en Californie du nord. *Ophthalmology*. 2004 ; 111 (3) : 491–500.
15. Chebil A, Baroudia B, Slim M, Chaker N et al. Profil épidémiologique des uvéites dans la région de Tunis. *J Fr Ophtalmol*. 2013 ; 36 (3) : 764–8.
16. Nguyen AM, Seve P, Le Scanff J et al. Aspects cliniques et étiologiques des uvéites : étude rétrospective de 121 patients adressés à un centre tertiaire d'ophtalmologie. *Rev Med Interne*. 2011 ; 32 (1) : 9–16.
17. Ozdal MP, Yazici A, Tüfek M et al. Epidemiology of uveitis in a referral hospital in Turkey. *Turk J Med Sci*. 2014 ; 44 : 337–42.
18. Cornu S, Lamirel C, Mazit C et al. Epidémiologie des uvéites adressées dans une consultation spécialisée. *J Fr Ophtalmol*. 2005 ; 28 (3) : 230-1.

19. Demols PF. Les uvéites intermédiaires. Bull Soc Belge Ophthalmol. 2001; 279: 41–6.

Déclaration de conflits d'intérêt: les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.