

Médecine d'Afrique Noire

Revue Mensuelle
d'informations médicales et
d'enseignement post-universitaire



Dans ce numéro.....

TOME 69 - N°1 - Janvier 2022

R. RAFANOMEZANTSOA *Madagascar*..... **G.D. DIA** *Sénégal*.....
..... **K. MBANO-DEDE MATIKE-AYAMBOKA** *Centrafrique*..... **D. KONATE** *Mali*.....
..... **C.O.A. ABOUKI** *Bénin*..... **A.J.R. AKOBE** *Côte d'Ivoire*.....
..... **A. BOUSSANA** *Congo*..... **I. BASSE** *Sénégal*.....

Médecine d'Afrique Noire

1ère Revue Médicale Internationale Panafricaine Francophone

69e Année

Directeurs Scientifiques

Pr Habibou ABARCHI (Niger), Pr César AKPO (Bénin), Pr Simon Ayélèroun AKPONA (Bénin), Pr Auguste BOURGADE (France), Pr Mohénoù Isidore DIOMANDE (Côte d'Ivoire), Pr Laurent Serge ETOUNDI NGOA (Cameroun), Pr Marc GENTILINI (France), Pr Gérard GRESENGUET (Centrafrique), Pr Richard KARAYUBA (Burundi), Pr Moussa KOULIBALY (Guinée (République de)), Pr Abdel Karim KOUMARE (Mali), Pr Paul-Marie LOEMBE (Gabon), Pr Georges MOYEN (Congo), Pr Koffi N'DAKENA (Togo), Pr Koffi NDUMBE (Togo), Pr Pierre PENE (France), Pr Lucienne RAFARALALAO (Madagascar), Pr Mamadou SAWADOGO (Burkina Faso), Pr Maurice SOSSO (Cameroun), Pr Doudou THIAM (Sénégal)

Comité de Lecture

Pr Selma ABDELLAOUI (Algérie)	Pr Philippe DERUELLE (France)	Dr Henock Blaise NGUENDO YONGSI (Canada)
Pr Alhousseini AG MOHAMED (Mali)	Dr Yacouba L. DIALLO (Mali)	Dr Adama OUATTARA (Burkina Faso)
Dr Fatma ALLOUN (Algérie)	Dr Jean-Pierre DROZ (France)	Dr Aboubacar Alassane OUMAR (Mali)
Pr Mustapha AMOURI (Algérie)	Dr Rodrigue ELIEN GAGNAN (Centrafrique)	Pr Armel OUSSOU-MIENWOLEY (France)
Pr Hanifa ARFI (Algérie)	Dr Seynabou FALL (Sénégal)	Pr Yoël RANTOMALALA (Madagascar)
Dr K. Grégoire AYEGRON (Côte d'Ivoire)	Dr Seid FRAGA (Algérie)	Dr Houria SAHEL (Algérie)
Pr Soraya AYOUB (Algérie)	Pr Naima HAMMOUDI (Algérie)	Dr Amine SALMI (Algérie)
Pr Ahmed Lakhdar BEHLOULI (Algérie)	Pr Léon Hervé ILOKI (Congo)	Dr Mamadou SAVADOGO (Burkina Faso)
Pr Abdelkrim BENALI (Algérie)	Dr Gohi Serge IRIE BI (Côte d'Ivoire)	Pr Lahcene SENHADJI (Algérie)
Dr Yacine BENHOCINE (Algérie)	Pr Clotaire ITOUA (Congo)	Dr Mathurin SOP SOP (Cameroun)
Pr Soumaya BENDJABALLAH (Algérie)	Dr Mohamed JALLOH (Sénégal)	Pr Innocent TAKOUGANG (Cameroun)
Pr Zakaria BENZIAN (Algérie)	Pr Nelly KABEDI (R.D. Congo)	Pr Randa TALHI (Algérie)
Pr Amina BOUATAY (Tunisie)	Dr Redha LAKEHAL (Algérie)	Dr François Aimé TCHICAYA (Côte d'Ivoire)
Pr Wafa BOUGHRARA (Algérie)	Dr Houcine MAGHREBI (Tunisie)	Dr Nadia TIGHA BOUAZIZ (Algérie)
Dr Mustapha BOUZIANI (Algérie)	Dr Zahia MALLEK (Algérie)	Pr Aissata TOLO DIEBKILE (Côte d'Ivoire)
Pr Ngoyi BUKONDA (USA)	Dr Jihène MARRAKCHI (Tunisie)	Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Pr Amina CHENTOUF (Algérie)	Dr Landry MISSOUNGA (Gabon)	Dr Becherki YACOUBI (Algérie)
Dr Debbih Amel DAMMENE (Algérie)	Dr C. Diamant MOSSORO-KPINDE (Centrafrique)	Dr Mustapha YAKOUBI (Algérie)
Dr Adama DEMBELE (Burkina Faso)	Dr Dahlia MOSSORO-KPINDE (Centrafrique)	Dr Nacima ZANOUN (Algérie)

Editée par API DPM, toute correspondance relative aux articles et abonnements est à adresser à :

API DPM - 135 Chemin de Canto Mai - 83190 Ollioules - France - Tél. : +33 4 94 63 24 99

Web : www.santetropicale.com - e-Mail : apidpm4@gmail.com - apidpm@gmail.com

Les opinions exprimées dans «Médecine d'Afrique Noire» sont publiées sous la seule responsabilité de leurs auteurs.
ISSN 0465-4668 - Impression : Polyplan - Toulon - France

Toute reproduction interdite sauf accord écrit de l'éditeur

S o m m a i r e

- 3** | **Edito**
- 5 - 8** | **Cataracte post-électrification. A propos de deux cas**
R. Rafanomezantsoa, H.P. Randrianarivelo, O.T.V. Rasoanirina, N.M. Ramanarivo, L.D.G. Miray, L. Raobela
- 9 - 16** | **Prévalence et facteurs associés à la lipodystrophie chez les PVVIH sous traitement ARV à Saint-Louis, Sénégal**
G. Dia Diatou, A.D. Dia, A. Dieye, N. Diagne, A.C. Ndao, C.T Tall, B.M Ngouamba, B. Faye, N.M. Dia-Badiane
- 17 - 30** | **Accouchement chez les femmes de 35 ans et plus au Centre Hospitalier Universitaire Communautaire de Bangui en République Centrafricaine**
K. Mbano-Dede Matike-Ayamboka, H. J. Bendot Gueguet Yacka Kongo, G.D. Kossa-Ko-Ouakoua, J. Sabah, E. Boudier, N. R. Ngbale, A. Sepou
- 31 - 40** | **Connaissances du personnel de pédiatrie du CHU Gabriel Touré (Bamako) sur l'hygiène hospitalière**
D. Konaté, A.A. Diakité, F.L.F. Diakité, D. Touré, A Koné, K. Sacko, B. Maiga, F. Traoré, L.N. Sidibé, A. Doumbia, H. Diall, A. Touré, I. Ahamadou, P. Togo, O. Coulibaly, A.K. Doumbia, E.M. Cissé, A. Dembéié, G. DEmbéié, F. Dicko Traoré
- 41 - 47** | **Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de l'ulcère de Mooren à l'hôpital ophtalmologique Saint André de Tinré, Bénin**
C.O.A. Abouki, M. Hounkpehedji, A. Alpha Bio, N. A Igbe, S. Alamou, L. Odoulami, I. Sounouvou, S. Hounnou Tchabi
- 48 - 54** | **Traumatismes du pied : aspects épidémiologiques, anatomopathologiques et thérapeutiques au service d'Orthopédie-Traumatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire)**
A.J.R. Akobe, B.N.J.L Sery, A. Yagra, L.B. Yao, K.I. M'bra, L. Kaba, A.N.A. Kouassi, K.J.E Kouassi, Jr P.G. Ochou, O.K.E Digbeu, I. Soumahoro, S.L.D.R Akpro, Z.M. Soro, G.Y. Ble, K.L. Krah, M. Kodo
- 55 - 65** | **Asthme dans les établissements scolaires de la ville de Brazzaville : connaissances et attitudes des enseignants d'éducation physique et sportive**
A. Boussana, A. Ewamela, P.R. Mabounda Kounga, H.T. Nguimbi Bouanga, S.I. Moussouami, F. Nsompfi, A.E. Moukouyou
- 66 - 72** | **Déterminants de la mortalité des enfants de 0 A 59 mois en milieu rural africain. A propos de 237 cas**
I. Basse, D.N. Ndiaye, C. Bebey, A. Fall, A.M. Gueye, P.M Faye, K.N. Fall, N.R. Diagne Gueye
-

Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de l'ulcère de Mooren à l'hôpital ophtalmologique Saint André de Tinré, Bénin

C.O.A. ABOUKI^{1,2}, M. HOUNKPEHEDJI¹, A. ALPHA BIO⁴, N. AIGBE^{1,5}, S. ALAMOU^{1,2}, L. ODOULAMI^{1,3}
I. SOUNOUVOU^{1,6}, S. HOUNNOU TCHABI^{1,2}

Résumé

But : Etudier les aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de l'ulcère de Mooren à l'Hôpital Ophtalmologique Saint André de Tinré (HOSAT).

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle ambidirectionnelle. Elle a été réalisée sur une période de 30 mois. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients qui présentaient un ulcère de Mooren pendant la période d'étude.

Résultats : La fréquence de l'ulcère de Mooren était de 0,19%. L'âge moyen des patients était de $32,5 \pm 15,8$ ans. Les sujets de sexe masculin étaient les plus représentés (79,2%) avec une sex-ratio de 3,81. Le groupe des cultivateurs était le plus touché (36,4%). Les principaux symptômes étaient représentés par la triade rougeur oculaire (92,2%), douleur oculaire (51,9%) et baisse visuelle (35,1%). L'atteinte oculaire était unilatérale dans 74,0% des cas et bilatérale dans 26,0% des cas. Plus de la moitié des patients (55,7%) était admise au stade de cécité. Le limbe temporal (47,3%) était le quadrant le plus atteint. Près de la moitié des patients (48,0%) avait eu recours à un traitement traditionnel avant leur première consultation. Tous les patients ont bénéficié d'une corticothérapie locale et 19,5% d'une périectomie. L'évolution était marquée par une amélioration de l'acuité visuelle pour 13 yeux soit 13,4% et une cicatrisation de l'ulcère de Mooren dans 39,2% des cas puis la survenue de complication à type de perforation cornéenne dans 33,0% des cas.

Conclusion : L'ulcère de Mooren est une affection certes peu fréquente, mais grave dans nos contrées par le recours tardif aux soins oculaires de nos populations.

Abstract

Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of Mooren's ulcer at Saint Andre of Tinre ophthalmological hospital

Purpose: To study the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary aspects of Mooren's ulcer at Saint André of Tinré Ophthalmological Hospital (HOSAT).

Method: This was an ambidirectional observational study. It was carried out over a period of 30 months. All patients with a Mooren's ulcer during the study period were included in the study.

Results: The frequency of Mooren's ulcer was 0.19%. The mean age of the patients was 32.5 ± 15.8 years. Male subjects were the most represented (79.2%) with a sex ratio of 3.81. The group of cultivators was the most affected (36.4%). The main symptoms were represented by the triad of

1. Unité d'enseignement d'ophtalmologie - Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
2. Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU/HKM), Cotonou, Bénin
3. Centre Hospitalier Universitaire de Zone Suru- Léré (CHUZ/SL), Bénin
4. Hôpital Ophtalmologique Saint André de Tinré (HOSAT), Bénin
5. Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou, Bénin
6. Centre Hospitalier Universitaire Départemental/ Ouémé-Plateau (CHUD/O-P), Bénin

Mots-clés :
Ulcère marginal, corticothérapie, périectomie, cécité

Keywords:
Marginal ulcer, corticosteroid therapy, periectomy, blindness

redness (92.2%), pain (51.9%) and visual impairment (35.1%). The involvement was unilateral in 74.0% of cases and bilateral in 26.0% of cases. More than half of the patients were (55.7%) admitted at the stage of blindness. The temporal limbus (47.3%) was the most affected quadrant. Almost half of the patients (48.0%) had used traditional treatment before their first consultation. All the patients received local corticosteroid therapy and 19.5% periectionomy. The evolution was marked by an improvement of visual acuity for 13 eyes, i.e. 13.4% and healing of Mooren's ulcer in 39.2% of cases, followed by the occurrence of complication such as corneal perforation in 33, 0% of cases.

Conclusion: Mooren's ulcer is an uncommon condition, but a serious one in our countries because of the late use of eye care by our populations.

Introduction

L'ulcère de Mooren est une ulcération périphérique débutant au niveau du limbe, d'origine auto-immune [1-4]. D'autres facteurs déclenchants tels que les helminthiases, l'hépatite chronique active C et les traumatismes contusifs ou chirurgicaux seraient également incriminés dans la survenue de cette affection [5-7]. Cliniquement, il se présente sous deux formes : la forme unilatérale, peu évolutive du sujet plutôt âgé répondant bien aux anti-inflammatoires locaux et la forme bilatérale rapidement progressive du sujet jeune souvent d'origine africaine qui est à l'origine d'atteintes cornéennes sévères résistantes aux immunosuppresseurs locaux ou généraux [1, 2].

Il s'agit d'une pathologie chronique, rare dont les données épidémiologiques sont insuffisantes en Afrique subsaharienne [1, 8] et particulièrement au Bénin. Cette étude a donc pour but d'établir le profil épidémiologique des patients, de décrire les aspects cliniques de cette affection, les modalités thérapeutiques utilisées à l'hôpital ophtalmologique Saint André de Tinré afin d'évaluer l'évolution et le pronostic de l'ulcère de Mooren au Nord Bénin.

Méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle ambidirectionnelle à visée descriptive allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2017 pour le volet rétrospectif et du 1er janvier au 30 juin 2018 pour le volet prospectif. Elle s'était réali-

sée à l'HOSAT situé à Boko, village de l'arrondissement de Sirarou, dans la commune de N'Dali, sur l'axe inter-état Parakou-Malanville. C'est un hôpital confessionnel spécialisé dans la prise en charge des maladies oculaires. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients qui présentaient un ulcère de Mooren, consentants et dont le dossier clinique était complet sans distinction d'âge et de sexe.

Ont été exclus de l'étude, tous les patients non-consentants ou ne disposant pas d'un dossier clinique complet. La variable dépendante était représentée par l'ulcère de Mooren. Les variables indépendantes étaient regroupées en caractéristiques épidémiologiques (fréquence, âge, sexe, profession, lieu de provenance, groupe socio-linguistique), caractéristiques cliniques (signes fonctionnels, délai avant la consultation, acuité visuelle à l'admission, siège de la lésion : temporal, nasal, supérieur, inférieur), caractéristiques thérapeutiques (type de traitement avant l'admission, type de traitement proposé), caractéristiques évolutives (acuité visuelle après traitement et complications).

Nous avons réparti l'âge en tranche de 10 ans regroupé en 8 classes et défini comme le traitement traditionnel l'utilisation de décoction à base de feuilles de nature non-précisée et comme traitement moderne les antibiotiques locaux ou généraux et les anti-inflammatoires prescrits par un agent de santé ou conseillés par un pharmacien.

Ainsi, la cécité a été définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 pour le meilleur œil corrigé et l'acuité visuelle a été regroupée en quatre classes à savoir :

- **Classe 1** : pas de perception lumineuse ou inférieure à 1/20,
- **Classe 2** : 1/10 à 3/10,
- **Classe 3** : 4/10 à 7/10,
- **Classe 4** : 8/10 à 10/10.

La collecte des données a été faite grâce aux dossiers médicaux des patients et les fiches individuelles d'enquête dans le strict respect de leur confidentialité. La saisie des données a été faite à l'aide des logiciels Word et Excel.

Tableau I :
Répartition de la population selon les tranches d'âge

	N	%
0-10	1	1,3
11-20	15	19,5
21-30	30	39
31-40	14	18,2
41-50	6	7,8
51-60	5	6,5
61-70	4	5,2
71-80	2	2,6
Total	77	100

Tableau II :
Répartition des patients selon l'activité socio-professionnelle

	N	%
Elève/Étudiant	9	11,7
Fonctionnaire	3	3,9
Eleveur	8	10,4
Cultivateur	28	36,4
Ménagère	1	1,3
Revendeur (se)	14	18,2
Ouvriers	8	10,3
Autres	6	7,8
Total	77	100

Résultats

Aspects épidémiologiques

Fréquence

L'HOSAT a reçu 39257 consultants dont 77 patients (soit 97 yeux) qui présentaient un ulcère de Mooren, soit une fréquence de 0,19% pendant la période d'étude.

Age

Le tableau I présente la répartition de la population selon les tranches d'âge. L'âge moyen des sujets était de $32,5 \pm 15,8$ ans avec des extrêmes de 10 et 80 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de 21 à 30 ans (soit 39,0%).

Sexe

Le sexe masculin représentait 79,2 % (soit 61/77 patients) et 20,8% pour le sexe féminin (soit 16/77 patients), soit un sex-ratio de 3,81.

Activités socio-professionnelles

Le tableau II résume la répartition des patients selon l'activité socio-professionnelle.

Aspects cliniques

Motifs de consultation

La rougeur oculaire était le principal motif de consultation avec 71 cas (soit 92,2%) suivie de la douleur oculaire avec 40 cas (soit 51,9%) et de la baisse visuelle avec 27 cas (soit 35,1%). Le même patient pouvait présenter plusieurs motifs de consultation. La figure 1 illustre la répartition des patients selon les motifs de consultation.

Délai de consultation

Le délai de consultation après l'apparition des symptômes était supérieur à trois mois pour 69 patients (89,6%) et à moins de trois mois pour 8 patients (10,4%).

Œil atteint (latéralité)

L'ulcère de Mooren était unilatéral dans 74,0% des cas (soit 77 yeux) et bilatéral dans 26,0% des cas (soit 20 yeux) avec 37,7% pour l'œil droit et pour 36,4% pour l'œil gauche.

Acuité visuelle initiale

La cécité était présente à l'admission pour 53,1% à l'œil droit et 58,3% à l'œil gauche. L'acuité visuelle initiale de loin mesurée chez les patients atteints d'ulcère de Mooren est représentée sur la figure 2.

Siège de la lésion

L'ulcère de Mooren était localisé au niveau du limbe en temporal pour 46 yeux (soit 47,4%) et en nasal pour 28 yeux (soit 28,9%).

Aspects thérapeutiques

Type de traitement avant l'admission

Avant l'admission, 37 patients (soit 48,0%) ont reçu un traitement traditionnel et 8 patients (soit 10,4%) un traitement moderne.

Type de traitement proposé

Tous les patients ont bénéficié d'une corticothérapie locale. Le tableau III renseigne sur le type de traitement proposé.

Aspects évolutifs

L'acuité visuelle après le traitement était stationnaire pour 52 yeux (soit 53,6%). Elle s'était améliorée pour 13 yeux (soit 13,4%) et une régression de l'acuité visuelle était constatée pour 32 yeux (soit 33,0%).

Une cicatrisation de l'ulcère était objectivée chez 38 patients (soit 39,2%). Des complications à type de perforation cornéenne étaient retrouvées sur 32 yeux (soit 33,0%) et de récurrence sur 10 yeux (soit 10,3%).

Figure 1 : Répartition des patients selon les motifs de consultation

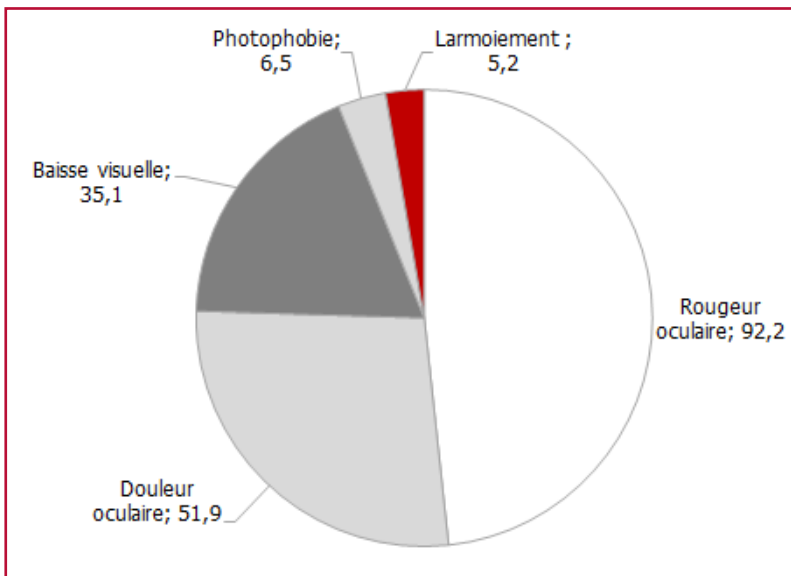


Figure 2 : Répartition des patients selon l'acuité visuelle à l'admission

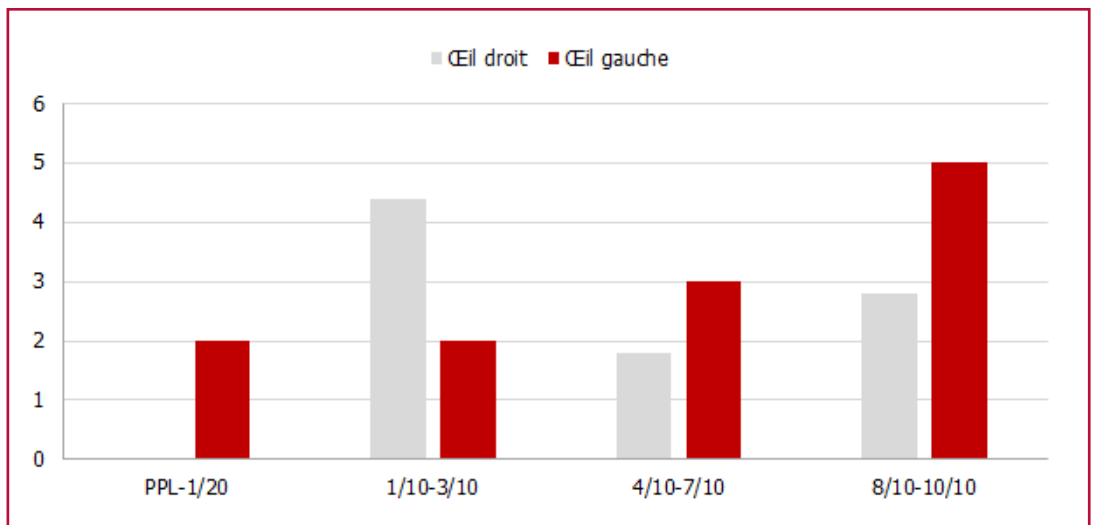


Tableau III :
Répartition des patients
selon le type de
traitement proposé

	N	%
Corticothérapie locale	77	100
Corticothérapie générale	8	10,4
Périorctomie	15	19,5
Antibiotiques	31	40,3
Larmes artificielles	2	2,6

Discussion

Au plan épidémiologique

Fréquence

La fréquence de l'ulcère de Mooren dans notre série est de 0,19%. Cette fréquence relativement faible est cependant plus élevée que celles rapportées par BABALOLA et coll. [9] au Nigeria en 2016 et CHEN et coll. [10] en Chine en 2000 qui sont respectivement de 0,10% et 0,03%. Avec cette différence, les facteurs environnementaux et génétiques pourraient être incriminés dans la survenue de cette affection.

Age

L'âge moyen des patients était de 32,5 ± 15,8 ans. Il se rapproche de celui des études nigériane, togolaise et ivoirienne [1, 4, 11] qui sont respectivement de 30,9, 30,82 et 34,04 ans. La tranche d'âge de 21 à 30 ans était majoritaire (39,0%) dans notre étude. Cette forte proportion élevée de jeunes semble particulière à la race noire. LEWALLEN et coll. [12] soulignent que la maladie touche 5 fois plus les patients jeunes de race noire que ceux de race blanche. Des études ultérieures nous permettront d'identifier les facteurs de risque spécifiques à la race noire.

Sexe

La majorité des études ont rapporté une prédominance masculine dans l'ulcère de Mooren conformément à notre étude [2-4, 9].

Activités professionnelles

Les cultivateurs ont constitué le groupe le plus atteint par l'ulcère de Mooren (36,4%). Cette forte proportion pourrait se justifier par le fait qu'ils soient fréquemment victimes des traumatismes lors des travaux champêtres.

En effet, les traumatismes oculaires semblent être incriminés dans la genèse de l'ulcère de Mooren et expliquerait la fréquence élevée dans cette catégorie socio-professionnelle [5-7, 13]. Notons également que plus de la moitié de notre échantillonnage exerçait un travail manuel et ne disposait pas souvent d'équipement de protection adapté, d'où la nécessité de mener les actions préventives sur la sensibilisation des artisans sur le respect des mesures de protection individuelle dans leur domaine spécifique.

Au plan clinique

Motifs de consultation

Les principaux motifs de consultation étaient représentés par la rougeur oculaire (92,2%), la douleur oculaire (51,9%) et la baisse visuelle (35,1%). Le même constat a été fait par plusieurs auteurs [1, 9] et s'expliquerait par le fait qu'au début, l'ulcère de Mooren évolue de façon insidieuse et simule une conjonctivite banale puis à la phase d'état la douleur oculaire et la baisse visuelle apparaissent.

Délai de consultation

La plupart des patients (89,6 %) ont consulté plus de 3 mois après l'apparition des symptômes. Ce retard aux soins oculaires pourrait également s'expliquer par d'autres raisons qui sont soit d'ordre économique, socioculturel et organisationnel. Ces raisons sont plus retrouvées dans cette région septentrionale du nord Bénin où la majorité de la population est analphabète avec certaines croyances socioculturelles et des moyens économiques qui limiteraient l'accès aux services de santé.

Œil atteint (latéralité)

L'ulcère de Mooren est une affection généralement unilatérale. Il était unilatéral dans 74,0% des cas de notre série sans atteinte préférentielle d'un œil. Le même constat a été fait par d'autres auteurs [1, 4]. La forme unilatérale a été décrite dans la littérature [14] comme l'apanage du sujet plutôt âgé.

Ces résultats confirment bien que l'étiologie et le mécanisme physiopathologique de cette affection restent peu connus.

Acuité visuelle à l'admission

Plus de la moitié des patients (55,7%) se sont présentés au stade de cécité à l'admission. Seulement, 27,8% avaient une acuité visuelle utile entre 4/10 et 10/10. Ceci corrobore les données de la littérature [1, 8, 11] et indique que l'ulcère de Mooren est une affection grave.

Le taux élevé de cécité serait dû au long délai de consultation et au traitement antérieur non adapté à la maladie mais aux limites de notre plateau technique ainsi qu'à la non-disponibilité de certains médicaments tels que les immunosuppresseurs.

Siège de la lésion

Le limbe temporal (47,3%) était le quadrant le plus fréquemment affecté dans l'ulcère de Mooren.

Nos résultats sont similaires à ceux des études antérieures dans la sous-région [1, 11]. Les cellules inflammatoires et les anticorps circulants impliqués dans l'ulcère de Mooren atteindraient éventuellement la cornée à travers les vaisseaux sanguins limbiques.

Au plan thérapeutique

Type de traitement avant l'admission

La majorité des patients de notre série (48,0%) avaient eu recours à un traitement

traditionnel et à l'automédication moderne (10,4%) avant leur première consultation.

Ce constat pourrait aussi s'expliquer par la méconnaissance de cette affection et par les pratiques socioculturelles qui sont parfois à risque.

Type de traitement proposé

Tous les patients (100%) ont bénéficié d'une corticothérapie locale. Seulement 19,5% ont bénéficié d'une périectomie. Les modalités thérapeutiques varient d'une étude à l'autre.

Selon TANDON et coll. [15] en 2008, en Inde, la prise en charge médicale devrait comprendre une corticothérapie topique intensive, une corticothérapie orale et des agents immunosuppresseurs et/ou la cyclosporine A 2% en topique.

En effet, l'évidente croissance de l'ulcère de Mooren en tant que maladie auto-immune a conduit à la recommandation d'un traitement immunosuppresseur systémique dans l'ulcère de Mooren sévère, progressif et hautement inflammatoire.

D'autres modalités thérapeutiques [1, 3, 12] dans les stades très évoluées ont été proposées telles que la kératoplastie et la transplantation de membrane amniotique. Toutefois, le traitement dans notre étude était réduit à la corticothérapie et à la périectomie compte tenu de la non-disponibilité des autres médicaments ainsi que des limites de notre plateau technique.

Au plan évolutif

Acuité visuelle après le traitement

En comparant les acuités visuelles initiales et finales pour chacun des patients, on constate que l'acuité visuelle était restée stationnaire pour 52 yeux soit 53,6% des cas ; elle s'était améliorée pour 13 yeux, soit 13,4%.

Ce gain d'acuité visuelle faible serait lié au retard d'admission des patients, à la non-réalisation de la périectomie systématique et à la non-disponibilité des immunosuppresseurs dans notre arsenal thérapeutique.

Le taux de cicatrisation (39,2%) constaté est inférieur à ceux rapportés par plusieurs auteurs [1, 3, 11] qui ont signalé respectivement 80%, 71,4% et 70,6% de taux de cicatrisation.

Dans toutes ces études, les immunosuppresseurs avaient été associés à la corticothérapie locale et à la périectomie.

Conclusion

L'ulcère de Mooren est une affection oculaire d'origine auto-immune dont la prise en charge précoce permet une récupération visuelle. Malgré, la codification de son traitement, elle évolue encore dans nos régions vers les complications cécitantes du fait du recours tardif aux soins oculaires. Il importe, donc d'axer nos actions sur la sensibilisation des populations pour un recours précoce aux soins oculaires devant la triade fonctionnelle que sont la douleur oculaire, la rougeur oculaire et le larmoie-

Références

- 1. OUFFOUE YGK, OUONNEBO LF, KONAN A, DIBY CA, BONI S et al.** Problématique de l'ulcère de Mooren chez le mélanoderme. *Revue SOAO*. 2020, 1 : 9-16.
- 2. MAMADOU I. AK, BAGNA AMADOU H, HAROUNA A. ML, AGHALI HAMA N, BIRAIMA A.** De la conjonctivite à l'ulcère de Mooren : errance diagnostique ou insuffisance des spécialistes. *Jaccr Africa*. 2020, 4(3) : 318-322.
- 3. AYENA KD, DZIDZINYO K, BANLA M. AGBOGBLI A, DJAGNIKPO PA et al.** Résultats du traitement de l'ulcère de Mooren par l'association periectomie application de 5 Fluorouracile. *Revue SOAO*. 2008, 02 : 28-33.
- 4. AYENA KD, BANLA M, AGBO AD, AGBOBLI A, DJAGNIKPO PA et al.** Ulcère de Mooren à Lomé : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Med Afr Noire*. 2008, 55(1) : 49-53.
- 5. VOEGTLE R, BORDERIE V, BAUDRIMONT M, TOUZEAU O, CABANE J, NORDMANN JP et al.** L'ulcère de Mooren. *J Fr Ophthalmol*. 2000, 23 : 711-7.
- 6. GOTTSCH JD, LIU SH.** Cloning and expression of ulcère de Mooren an corneal calgranulin C (CO-Ag). *Curr Eye Res*. 1998, 17 : 870-4.
- 7. GOTTSCH JD, LIU SH, MINKOVITZ JB, GOODMAN DF, SRINIVASAN M, STARK WJ.** Autoimmunity to a cornea-associated stromal antigen in patients with Mooren's ulcer. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1995, 36 : 1541-7.
- 8. ZABSONRE TIENDREBEOGO WJ, KABORE F, SANOU J, MEDA G, OUEDRAOGO PS et al.** Ulcère de Mooren et polyarthrite rhumatoïde : une association rare. *RAFMI*. 2017 ; 4 (1-2) : 51-52.
- 9. BABALOLA O E.** Management of perforated mooren's ulcer with a rotational scleral autograft in Abuja. *Niger J Ophthalmol*. 2016 ;24 :80 3.
- 10. CHEN J, XIE H, WANG Z, YANG B, LI Z et al.** L'ulcère de Mooren en Chine : une étude des caractéristiques cliniques et du traitement. *Br J Ophthalmol*. 2000, 13(11) : 1244-9.
- 11. FASINA O, OGUNDIPE AO, EZICHI EI.** Moren's ulcer in Ibadan Southwest Nigeria, *J West Afr CollSurg*. 2013, 3 : 102-19.
- 12. LEWALLEN S, COURTRIGHT P.** Problems with current concepts of the epidemiology of Mooren's corneal ulcer. *Ann Ophthalmol*. 1990, 22 : 52-5.
- 13. OLAGIBOLU K, RAFINDADI A, ABAH E, SAMAILA E.** Corneal ulcers in a tertiary hospital in Northern Nigeria. *Ann Afr Med*. 2013;12 (3) : 165-170.
- 14. KANSKI JJ.** Clinical ophthalmology. A systematic approach. 5th Ed., Butterworth Heinemann, London, 2004, 733 PP.
- 15. TANDON R, CHAWLA B, VERMA K, SHARMA N, TITIYAL JS.** Le résultat du traitement de l'ulcère de Mooren avec la cyclosporine topique à 2%. *Cornée*. 2008, 27(8) : 859-61.
- 16. NGAN ND, CHAU HTM** Amniotic membrane transplantation for Mooren's ulcer. *Clin Exp Ophthalmol*. 2011, 39(5) :386-92.