

LA MYOPIE AU CNHU-HM DE COTONOU

DOUTETIEN C., YEHOUESSI L., TCHABI S., AGBEILLE F., SOUNOUVOU I., DEGUENON J., BASSABI S.K.

Clinique Ophtalmologique du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou

MAGA (CNHU- H.K.M.) Service du Professeur S.K. BASSABI 01 B.P. 386 Cotonou.

RESUME

But : Déterminer la fréquence de la myopie chez les patients reçus en consultation, étudier les différents degrés de sévérité de la myopie, évaluer la récupération visuelle des patients après la correction optique. **Matériel et Méthode :** c'est une étude rétrospective couvrant la période de Janvier 2003 à décembre 2005. Elle a porté sur 365 cas observés à la clinique ophtalmologique du CNHU-HKM de Cotonou. Les paramètres épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été étudiés avec les logiciels EPI-INFO version 6.0 fr et SPSS. **Résultats :** la myopie représentait 23,7 % de toutes les amétropies statiques, les sujets jeunes étaient les plus atteints (55,6 %) avec une moyenne d'âge de 31 ans +/-15,2. Le sexe féminin a prédominé dans 54 % des cas, les patients instruits étaient majoritaires (51 % de scolaires et 36 % de fonctionnaires). La baisse visuelle était le maître symptôme (72,6%). La myopie bénigne était prépondérante (79,2%), le décollement de la rétine n'a été noté que dans 1 cas. La correction optique a permis d'améliorer la vision des patients dans 90,7 % des cas. **Conclusion :** la myopie est un vice de réfraction qui affecte surtout les sujets jeunes. Sa correction optique facile et adaptée a permis d'améliorer la vision des patients dans la majorité des cas.

Mots clés : myopie, baisse visuelle de loin, myopie bénigne, correction optique.

SUMMARY

Aim: To determine the frequency of the myopia among the patients received in consultation, to study the different degrees of severity of the myopia, to value the visual recuperation of the patients after the optic correction. **Material and method:** it is a retrospective survey covering the period of January 2003 to December 2005. It carried on 365 cases observed to ophthalmological clinic of CNHU-HKM of Cotonou. The epidemiological, clinical and therapeutic parameters have been studied with software EPI-INFO version 6.0 fr and SPSS. **Results:** the myopia represented 23,7% of all static amétropia, the young sujets were the more reached (55,6%) with an average of age of 31 years +/-15,2. The feminine sex predominated in 54% of cases and the educated patients were majority (51% of school children and 36% of civil servants). The visual decrease was the dominant functional symptom (72, 6%). The benign myopia was majority (79, 2%), the detachment of the retina was noted only in 1 case. The optic correction permitted to improve the vision of patients in 90,7% of cases. **Conclusion:** the myopia is a refractive error that especially affects the young sujets. Its easy and adapted optic correction permitted to improve the vision of patients in the majority of cases.

Key words: myopia, visual decrease from afar, benign myopia, optic correction.

INTRODUCTION

La vue est une fonction essentielle qui met l'homme en relation avec le monde extérieur. Les amétropies statiques sont des anomalies de la réfraction très fréquentes en consultation ophtalmologique. Elles comprennent 3 variétés à savoir, la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme. Seule la myopie fait l'objet de notre étude. Elle se définit comme un défaut optique de l'œil où l'image d'un objet situé à l'infini se forme non pas sur la rétine mais en avant d'elle. Selon l'OMS la myopie constitue une des principales causes de mauvaise vision dans le monde [1]. Elle est considérée comme un problème de santé publique en Asie du Sud Est avec en Chine 600.000.000 de cas dont 70% en milieu scolaire [2]. Elle peut être parfois grave et entraîner des complications multiples dont la plus redoutable est le décollement de la rétine [3].

L'œil myope est un œil trop convergent qui peut être dû soit à un allongement de l'axe antéropostérieur (myopie axiale) soit à une courbure excessive du dioptre (myopie de courbure) ou à une augmentation de l'indice des milieux transparents (ou myopie d'indice). La baisse visuelle de

loin est le maître symptôme de la myopie et la correction optique reste le principal moyen de son traitement. Des études ont été réalisées sur les amétropies dans notre service mais il n'en existe aucune spécifique à la myopie au CNHU-HKM de Cotonou. Ce qui justifie le choix de la présente étude dont les objectifs sont les suivants :

- Déterminer la fréquence de la myopie chez les patients observés en consultation au CNHU - HKM de Cotonou,
- Etudier les différents degrés de sévérité de la myopie,
- Evaluer la récupération visuelle des patients après la correction optique.

I. MATERIEL ET METHODE

Notre étude s'est déroulée à la clinique ophtalmologique du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga de Cotonou.

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étendant sur 3 ans, de janvier 2003 à décembre 2005 concernant des patients de tous âges reçus en consultation pendant cette période.

Nous nous sommes servis des dossiers des patients, des fichiers nosologiques et des registres d'admission. Nous avons également établi une fiche de dépouillement individuelle pour la collecte des données.

L'étude ne concerne que la myopie isolée avec la baisse visuelle de loin comme maître symptôme.

- Nous avons classé l'acuité visuelle de loin sans correction en quatre groupes dont l'acuité visuelle de loin inférieure ou égale à 1/20, comprise entre 1/20 et 3/10, entre 3/10 et 7/10 et l'acuité visuelle de loin supérieure à 7/10.

- Nous avons distingué trois (03) degrés de sévérité de la myopie dont la myopie faible (lorsque la puissance de la myopie est inférieure ou égale à -3 dioptries), la myopie modérée (entre -3 et -6 dioptries) et la myopie forte (au-delà de -6 dioptries).

Tous les patients avaient bénéficié d'un examen ophtalmologique complet et très peu avaient présenté des pathologies associées. De rares lésions se rapportant à la myopie ont été recensées à l'ophtalmoscopie.

- Concernant l'acuité visuelle de loin avec correction, nous avons considéré les quatre premiers groupes suscités et distingué l'acuité visuelle de loin supérieure ou égale à 10/10e.

Ainsi est considéré comme myope tout sujet se plaignant d'une baisse visuelle de loin chez qui une amétropie myopique a été mise en évidence à la réfractométrie automatisée et qui a été nettement amélioré par une correction optique correspondant à cette amétropie.

Les paramètres étudiés ont concerné les renseignements généraux, les signes fonctionnels, l'acuité visuelle sans correction, la réfractométrie automatisée systématique, l'acuité visuelle avec correction et l'examen ophtalmologique.

Ont été retenus, les dossiers complets sur la base des paramètres sus-cités.

Ont été exclus, 25 dossiers qui étaient incomplets.

Les logiciels EPI info version 6.0.fr et SPSS ont été utilisés pour la saisie et le traitement des données. Le test statistique CHI2 a été utilisé pour la comparaison des données et la différence était considérée significative lorsque p était inférieur à 0,05 (p<0,05).

II. RESULTATS

2.1 Aspects Epidémiologiques

- La prévalence de la myopie : Pendant la période d'étude, 8 660 consultants ont été enregistrés dont 365 myopes. La prévalence globale de la myopie était de 4,2% des consultants. Par ailleurs 1543 cas d'amétropies statiques ont été recensés pendant la même période. La myopie représentait donc. 23,7% des amétropies statiques.

- L'Age des patients

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

| | N | % |
|--------------|------------|------------|
| 7 - 9 ans | 8 | 2,2 |
| 10 - 19 ans | 88 | 24,1 |
| 20 - 29 ans | 115 | 31,5 |
| 30 - 39 ans | 46 | 12,6 |
| 40 - 49 ans | 56 | 15,4 |
| 50 - 59 ans | 30 | 8,2 |
| 60 ans et + | 22 | 6,0 |
| Total | 365 | 100 |

Les sujets étaient âgés de 7 à 72 ans avec un âge moyen de 31+/- 15, 2 ans. 55, 6 % des cas ont occupé la tranche d'âge de 10 à 29 ans.

- Le sexe des patients : 197 patients étaient de sexe féminin, soit 54 % des cas, contre 168 de sexe masculin, soit 46 % des cas. Le ratio était donc de 1,2 en faveur des femmes.

- La profession des patients : Les fonctionnaires étaient plus nombreux (35,8%) suivis des élèves (23,0 %), des étudiants (22,2 %), des écoliers (5,8 %) et les autres professions (13,2 %).

2.2 Aspects cliniques

- La sévérité de la myopie : la répartition de la myopie comportait différents degrés :

| | | |
|--------------------------------|---------|---------|
| . la myopie faible | 289 cas | 79,2% |
| . la myopie modérée | 57 cas | 15,6% |
| . la myopie forte | 19 cas | 5,2% |
| La myopie bénigne représentait | 346 cas | 94,8 %. |

- Les signes fonctionnels : la baisse visuelle de loin était le maître symptôme (72,6%) suivie des céphalées (17%), des picotements (12,3%), de fatigue visuelle (7,4%), de larmoiement (6,0%) et de photophobie (3,8%).

- L'acuité visuelle de loin sans correction.

Tableau II : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin sans correction

| | N | % |
|-------------------|------------|------------|
| AVL ≤ 1/20 | 29 | 7,9 |
| 1/20 < AVL ≤ 3/10 | 123 | 33,7 |
| 3/10 < AVL ≤ 7/10 | 134 | 36,7 |
| AVL > 7/10 | 79 | 21,7 |
| Total | 365 | 100 |

- Les annexes et le segment antérieur :

La grande majorité des patients (92,1%) ne présentait aucune lésion associée. Nous avons noté 3,6 % de conjonctivite, 2,7% de cataracte, 0,8% de ptérygion et 0,8% d'autres lésions.

- Les lésions observées au fond d'œil : seul un cas de décollement de rétine a été observé dans notre étude.

2.3 Aspect thérapeutique

- La récupération visuelle des myopes

Tableau III : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin avec correction

| | N | % |
|--------------------|------------|------------|
| AVL ≤ 1/20 | 2 | 0,5 |
| 1/20 < AVL ≤ 3/10 | 8 | 2,2 |
| 3/10 < AVL ≤ 7/10 | 10 | 2,7 |
| 7/10 < AVL < 10/10 | 14 | 3,8 |
| AVL ≥ 10/10 | 331 | 90,7 |
| Total | 365 | 100 |

90,7% des cas ont récupéré une acuité visuelle de loin corrigée ≥ 10/10e.

III. COMMENTAIRES

3.1 Au point de vue épidémiologique

. La prévalence globale de la myopie était de 4,2% dans notre étude. Ce taux est proche de celui rapporté en 2002 par WEDNER et coll. [5] en Tanzanie (5,6%) et MIDELFART et coll. [6] à Nor Trodlang en Norvège ont noté une prévalence beaucoup plus élevée de 35%.

Cette différence observée dans la répartition de la myopie pourrait s'expliquer, d'une part, par la nature rétrospective de l'étude portant sur des consultants alors que la plupart des études sont réalisées dans le cadre de dépistage de masse et d'autre part, la variabilité des populations étudiées concernant l'âge, les critères de sélection et le groupe ethnique.

Par ailleurs la myopie serait moins fréquente chez le sujet de race noire pour certains auteurs [7,8].

. Par rapport aux autres amétropies statiques, la prévalence de la myopie était de 23,7% de toutes, dans notre étude. Cette prévalence est proche de celles rapportées par HASCHEMI et MOHAMMAD [8] en Iran et RUPERT et coll. [8] au Bangladesh en 2004 qui ont observé respectivement 22,1% et 21,8% dans leurs séries. Par contre KAIMBO et MISSOTEN [10] au Zaïre ont relevé une prévalence de 34% dans leur série. La différence dans la méthode de dépistage et de mesure des erreurs réfractives par l'usage systématique de cycloplégie pourrait expliquer cet état de chose.

. Quant à l'âge de nos patients, il a varié entre 7 et 72 ans avec une moyenne d'âge de 31 ± 15,2 ans. Plus de la moitié de nos patients (55,6%) occupaient la tranche d'âge de 10 à 29 ans. Il s'agit, pour la plupart de sujets instruits qui sont incommodés par la baisse visuelle de loin et ont donc besoin de correction. En ce qui concerne le sexe, les femmes étaient plus nombreuses dans notre étude avec 52,3 % des cas. Mais la différence n'est pas significative (p=0.72. WANG et coll. [11] aux Etats-Unis

ont également rapporté en 1994 une prédominance féminine de 64% des cas. Par contre DAYAN et coll. [12] en Israël ont noté une prédominance masculine de 58%. Mais, le sexe ne serait pas un facteur influençant la myopie selon EBANNA et coll. [13] à Douala au Cameroun en 2001.

. A propos de la profession des myopes, les patients instruits étaient les plus nombreux dans l'étude avec respectivement 51% et 35,8% de scolaires et de fonctionnaires. Il existerait une corrélation entre la myopie et le niveau d'instruction comme l'ont souligné dans leurs études WENSOR et coll. [14] en Australie en 1999 et Al- BDOUR et coll. [15] en Jordanie en 2001 avec respectivement p = 0,01 et p < 0,001.

3.2 Au point de vue clinique

. Les myopies bénignes étaient de loin les plus fréquentes (94,8%). Les myopies fortes ne représentaient que 5,2% dans notre série. Pour DAYAN et coll. [12] en Israël elles n'étaient que de 2,4 % dans leur série. COSCAS et SOUBRANE [16] en France ont rapporté une prévalence de 1 à 4% de myopies fortes dans la population générale. Les myopies fortes sont donc rares partout.

. La baisse visuelle de loin principal signe fonctionnel avec (72,6%) est suivie de céphalées (17%) dans notre étude. EBANNA et coll. [13] à Douala au Cameroun en 2001 ont fait un constat similaire de 63,3% de baisse visuelle et 23,3% de céphalées dans leur échantillon. Par ailleurs, la baisse visuelle de loin a été plus observée chez les hommes alors que chez les femmes les céphalées ont prédominé. Ce qui reste un constat.

. L'acuité visuelle de loin sans correction était comprise entre 1/20 et 7/10 dans 70,4% des cas de notre étude.

La majorité des patients avaient un segment antérieur et des annexes normaux.

. Au fond d'œil, le décollement de rétine a été retrouvé dans 0,5% des cas de notre série. Pour BONNET et coll. [17] en France (1993), le décollement de rétine représente 0,5 à 1% des complications rétinienne. SHIMADA et coll. [18] au Japon en 2006 ont observé dans leur série 4,9% de cas de décollement de rétine. Cette complication serait-elle plus fréquente dans la race jaune ?

3.3 Au point de vue thérapeutique

Grâce à la correction optique, l'acuité visuelle de loin a été améliorée à 10/10e et plus, dans 90,7% des cas. RUPERT et coll. [9] au Bangladesh ont observé que dans 86,6% des cas, une récupération visuelle était de 10/10e après la correction optique. Cela s'expliquerait par la forte proportion de myopie faible qui est facilement corrigable.

CONCLUSION

Au terme de cette étude rétrospective sur la myopie isolée au CNHU-HKM de Cotonou, il apparaît que

la myopie tient une place non négligeable dans les consultations quotidiennes en Ophtalmologie. Elle vient au 2ème rang de toutes les amétropies statiques et s'exprime à tous les âges surtout chez les sujets jeunes de 10 à 29 ans. Les myopies bénignes occupent une place de choix (94,8% des cas) avec la baisse visuelle de loin comme maître symptôme. La correction optique permet d'améliorer la vision des patients dans la majorité des cas.

Le dépistage et la prise en charge deviennent donc indispensables surtout en milieu scolaire puisque la majorité de nos patients viennent de ce milieu. Les parents devraient prendre au sérieux les plaintes de leurs enfants qui signalent une mauvaise vision de loin et les faire consulter par un ophtalmologiste. Une meilleure accessibilité aux lunettes pour certaines couches sociales sous nos cieux serait également un élément non négligeable dans la réduction de la mauvaise vision.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **PARARAJASEGARAM R.**
Vision 2020 - The right to sight : from strategies to action.
Am. J. Ophthalmol., 1999 ; 182 : 359-60.
- 2- **WONG T., FOSTER PJ., HEE J., NG TP., TULSCH JM., SJ.**
Prevalence and risk factors for refractive errors in adult Chinese population and Singapore.
Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 2000 ; 41 : 324-32.
- 3- **POULIQUEN Y.**
Détachement de la rétine in précis d'Ophtalmologie
Masson 1ère éd., 1984, 321-341.
- 4- **CATROS A., CARRICA A., SAINT-MACARY B., BOTAKAE E.**
La refraction oculaire - Encycl. Med. Chir (Paris, France), Ophtalmologie, 21070 A10, 12-1984 ; 30 p.
- 5- **WEDNER SH., ROSS DA., TODD J., ANEMONA A., BALIRA R., FOSTER A.**
Myopia in secondary school students in Mwanza city, Tanzania : The need for national screening programme
Br. J. Ophthalmol. 2002 ; 86 : 1200-6.
- 6- **MIDELFART A., KINGE B., MIDELFART S., LYDERSEN S.**
Prevalence of refractive errors in Norway.
Tidsskr. Nor. Laegeforen., 2004 ; 124 : 46-8.
- 7- **SPERDUTO R.D, SEIGEL D., ROBERTS J.**
Prevalence of myopia in the United states.
Arch. Ophthalmol., 1983 ; 101 : 405-7.
- 8- **HASHEMI H., FOTOUHI A., MOHAMMAD K.**
The age-and gender – specific prevalence of refractive errors in Teheran ; The Teheran Eye Study.
Ophthalmic Epidemiol., 2004 ; 11 (3) : 213-25.
- 9- **RUPERT R.A.B., BRENDAN P.D., SYED M.A., DEEN M.N. A., GORGON J.J.**
Prevalence of refractive errors in Bangladeshi adults : results of National Blindness and Low Vision survey of Bangladesh.
Ophthalmology, 2004 ; 111 (6) : 927-9.
- 10- **KAIMBO WA KAIMBO D., MISSOTEN L.**
Ocular refraction in Zaire
Bull. Soc. Belge Ophtalmol, 1996 ; 261 (1) ; 101-5.
- 11- **WANG Q., KLEIN BE., KLEIN R.**
Refractive status in Beaver Dam Eye Study.
Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 1994 ; 35 : 4344-7.
- 12- **DAYAN YB., LEVIN A., MORAD Y., GROTTA., BEN-DAVID R., GOLDBERG A., et al.**
The changing prevalence of myopia in young adults: 13 years series of population-based prevalence surveys.
Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 2005 ; 46 : 2760-5.
- 13- **EBANNA MC., BELLA-HIAG AL., ELLONG A., METOGO MB., LITUMBE CN.**
Les amétropies statiques du Noir camerounais.
Ophthalmologica, 2001 ; 215 (3) : 212-6.
- 14- **WENSOR M., MC CARTY CA., TAYLOR H.**
Prevalence and risk factors of myopia in Victoria, Australia.
Arch. Ophthalmol., 1999 ; 117 : 658-63.
- 15- **AL-BDOUR MD., ODAT TA., TAHAT A.**
Myopia and level education.
Eur. J. Ophthalmol. 2001 ; 11 : 1-5.
- 16- **COSCAS G., SOUBRANE G.**
Severe myopia or Myopia-disease.
Rev. Prat., 1993 ; 43 : 1768-77.
- 17- **BONNET M.**
Myopie et décollement rhéomatogène de la rétine
Rev. Prat. 1993 ; 14 (1) : 1768-72.
- 18- **SHIMADA N., OHNO-MATSUI K., YOSHIDA T., YASUZUNI K., KOJIMA A., KOBAYASASHI K. et al.**
Characteristics of peripapillary detachment in pathology symposia.
Arch. Ophthalmol., 2006 ; 124 (1) : 46 -52.