



ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 19, N° 1 – ANNEE: 2019

ISSN : 1815 – 4433 - www.annalesumng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 19, NUMERO 1, ANNEE: 2019

www.annalesumng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
J-R. IBARA

Rédacteur en chef
J. GOMA-TCHIMBAKALA

Rédacteur en chef adjoint
G. MONABEKA

Comité de lecture
E. ALIHOUNOU (Cotonou)
C. BOURAMOUE (Brazzaville)
A. CHAMLIAN (Marseille)
J.R. EKOUNDZOLA (Brazzaville)
C. GOMBE MBALAWA (Brazzaville)
J.R. IBARA (Brazzaville)
L.H. ILOKI (Brazzaville)
A. ITOUA NGAPORO (Brazzaville)
G. KAYA GANZIAMI (Brazzaville)
H.F. MAYANDA (Brazzaville)
A. MOYIKOUA (Brazzaville)
G. MOYEN (Brazzaville)
J.L. NKOUA (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
P. SENG (Brazzaville)
M. SOSSO (Yaoundé)
F. YALA (Brazzaville)

Comité de rédaction
A. ELIRA DOCKEKIA (Brazzaville)
H. NTSIBA (Brazzaville)
H.G. MONABEKA (Brazzaville)

Webmaster
R. D. ANKY

Administration - Rédaction
Université Marien Ngouabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Ngouabi
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-mail : annales-umng@yahoo.fr

- 1** **Prise en charge des patients gouteux avec comorbidités : à propos de 75 cas suivis au CHU de Brazzaville (Congo)**
LAMINI N'SOUNDHAT N.E., OMBOUMAHOU-BAKALE F., SALEMO A. P., NKOUALA-KIDEDE D.C., MOUTOLA-LATOU E. J., AKOLI EKOYA, ANGALLA R. NTSIBA H.,
- 8** **Évaluation des résultats de la chirurgie de la cataracte au CHU de Brazzaville**
NGANGA NGABOU C. G. F., MAKITA C., ONKA VISSIMY., GOMBE EYISSA., ALANDZOBO F., MESSE AMBIA KOULIMAYA R.
- 16** **Évaluation de la concentration plasmatique de l'IL7 au cours de l'infection à HPY chez les femmes ayant le cancer du col de l'utérus au Congo**
LOUBANOU TCHIBINDA F. G., BOUMBA L. M. A., EBATETOU-ATABOHO E., LOUBANO-VOUMBI G., THOUASSA A. J.C., MOUKASSA D.
- 23** **Ischémie aiguë du membre inférieur compliquant une dissection de l'aorte abdominale.**
IKAMA S.M, MAKANI J, MOYIKOUA R, LI ONDZE-KAFATA, ELLENGA-MBOLLA B.F., LAMINI NSOUNDHAT, GOMBET T.R., KIMBALLY-KAKY S.G.
- 31** **Profil épidémiologique, clinique et étiologique des patients suivis pour exacerbation d'asthme**
R.G. BOPAKA, E.P.L. BEMBA, F.H. OKEMBA OKOMBI, K.B. OSSALE ABACKA, P.P. KOUMEKA, W. EL KHATTABI, H. AFIF.
- 46** **La lithiase rénale au CHU de Brazzaville aspects métaboliques et nutritionnels**
LOUMINGOU R., EYENI T., GASSONGO-KOUMOU G.

ISSN : 1815 - 4433

- 56 Histopathologie de l'oropharynx au cours de l'infection à VIH**
NGOUONI G.C., ALOUMBA A.G., OTOUANA NDZON H.B., TSIERIE-TSOBA A., ITIERE ODZILI F.A., PEKO J.F., ONDZOTTO G.
- 67 Kyste de la vallecule de découverte fortuite : à propos d'un cas**
MOYIKOUA R.F., NGOUONI G.C., OTOUANA DZON H.B., ITIERE ODZILI F.A., MAKOSSO E., ONDZOTTO G.
- 74 Maladies vibratoires chez les casseurs de pierres a la carrière de Kombe Brazzaville-Congo**
MAOUENE M., WATHA-NDOUDY.N., BOUHIKA E.J., MBEMBA F
- 85 Mortalité liée aux hépatites virales B et C dans le service de gastro-entérologie et médecine interne du CHU de Brazzaville**
AHOUI APENDI C, MIMIESSE MONAMOU J, MONGO-ONKOUO A, ITOUA-NGAPORO N, NGAMI R, NGALESSAMI MOUAKOSSO M, ADOUA S, DEBY GASSAYE, ATIPO IBARA B, IBARA J-R.
- 94 Tumeur carcinoïde du Caecum au cours d'une neurofibromatose de type 1**
LENGA LOUMINGOU I.A., PEKO J.F.: NSONDE MALANDA J.
- 98 Impétigo à pyocyanique chez un nourrisson infecté par le VIH**
ONTSIRA E. N., LENGA LOUMINGOU I.A.



EVALUATION DES RESULTATS DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE AU CHU DE BRAZZAVILLE

*NGANGA NGABOU C. G. F^{1,2}, MAKITA C.^{1,2}, ONKA VISSIMY.³,
GOMBE EYISSA.², ALANDZOBO F², MESSE AMBIA KOULIMAYA R.²,
DIATEWA B².*

¹Université Marien Ngouabi de Brazzaville

²Service d'ophtalmologie du CHU de Brazzaville

*³Clinique Ophthalmology de Brazzaville
République du Congo*

E-mail : fredygeraud@gmail.com

RESUME

Objectif : La cataracte est la première cause de cécité dans le monde. Sa chirurgie est l'une des plus courante, d'où la nécessité de bien l'encadrer.

Nous présentons une évaluation de la chirurgie de la cataracte au CHU de Brazzaville

Méthodes et patients :

Nous avons réalisé une étude prospective au service d'Ophtalmologie du CHU de Brazzaville 95 yeux de 95 patients ont été opérés par la technique de chirurgie manuelle de la cataracte par petite incision (CMCPI). Ces patients ont ensuite été suivis 45 jours après l'opération.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 67,78± 9,52 ans. Les complications per-opératoires étaient marquées par la hernie de l'iris dans 4,21% des cas et la rupture de la capsule postérieure dans 2,11% des cas.

Les complications postopératoires étaient dominées par des sensations de grains de sables dans 16,84% des cas et des céphalées dans 10,53% des cas. On avait aussi noté un cas de syndrome toxique du segment antérieur (TASS).

L'inflammation conjonctivale postopératoire persistant au-delà de 1mois retrouvée uniquement chez les patients avec une incision temporale dans 23,53%.

L'acuité visuelle post opératoire sans correction était supérieure à 0,3 (3/10^{ème}) dans 78,95% des cas.

Conclusion : Cette évaluation a permis de mettre en évidence les aspects de notre pratique en ce qui concerne la chirurgie de la cataracte, et les résultats qui en découlaient. Ces derniers restent encore à améliorer.

Mots-clés : Chirurgie, Cataracte, CMCPI, Evaluation

INTRODUCTION

La cataracte est la principale cause de cécité dans le monde, elle représente 51% des cas de cécité. La prévalence de la cataracte est plus élevée en Afrique, en Chine et en Inde [1]. Au Congo, la cataracte représente 81% des causes de cécité [2].

Le traitement de la cataracte est exclusivement chirurgical. Cette chirurgie est la plus pratiquée au monde [3]. Il est nécessaire de bien l'encadrer.

Les raisons de mauvais résultats associent la sélection des patients, l'absence de suivi post opératoire, mais aussi la qualité de la chirurgie [4, 5]. En ce qui concerne la qualité de la chirurgie, il a été démontré qu'une autoévaluation permet de l'améliorer.

L'audit de la chirurgie de la cataracte devrait être considérée comme obligatoire [6], d'autant plus que dans beaucoup de pays d'Afrique, elle est aussi pratiquée par des non-médecins [7]

Nous présentons dans cette étude les résultats d'une évaluation de la chirurgie de la cataracte.

PATIENTS ET METHODES

Patients

Nous avons réalisé une étude prospective au service d'Ophtalmologie du CHU de Brazzaville. Ont été recrutés dans notre étude, tous les patients opérés de cataracte pendant la période du 1er janvier au 30 juin 2019, et qui ont été suivis 45 jours après l'opération.

Méthodes

Les patients sélectionnés ont subi avant l'opération, une kératométrie et une biométrie associée à une échographie en mode B. Le calcul de la puissance qui résultait de ces deux premiers examens était fait selon la formule SRK2 automatique. L'échographie en mode B permettait

d'éliminer des pathologies vitéo-rétiniennes.

La technique opératoire utilisée était celle de la chirurgie manuelle de la cataracte par petite incision (CMCPI) avec incision sur l'axe de l'astigmatisme et capsulotomie par rhexis.

Complications per opératoires :

- Extériorisation de l'iris per-opératoire.
- Rupture de la capsule postérieure

Contrôle postopératoire :

- Au premier jour, à la recherche des complications post opératoires immédiates.
- Au 8^{ème} jour, puis toutes les deux semaines pour une surveillance. Il pouvait être aussi revu en urgence en cas de plaintes.
- Contrôle postopératoire à 45 jours pour l'évaluation des résultats anatomiques et fonctionnels.

Critères d'évaluation selon l'OMS

[6] :

- Le résultat est bon quand l'acuité visuelle est supérieure à 0,3 (3/10^{ème})
- 80% des patients doivent avoir une acuité visuelle supérieure à 0,3 sans correction
- 90% des patients doivent avoir une acuité visuelle supérieure à 0,3 avec correction

L'analyse des données a été effectuée avec les logiciels EPI INFO 7. Les tests de comparaison utilisés étaient ceux du Chi² avec une limite de confiance à 95 %.

RESULTATS

Notre échantillon était constitué de 95 yeux de 95 patients dont 50 femmes et 45 hommes soit un sex-ratio de 0,9.

L'âge moyen des patients était de $67,78 \pm 9,52$ ans.

L'œil droit était concerné dans 42,11% des cas et l'œil gauche dans 57,89% des cas

La taille moyenne de l'incision était de $7,2 \pm 0,99$ mm, avec des extrêmes de 7 à 10mm.

Tous les patients ont été implantés en chambre postérieure, l'implant était placé dans le sac capsulaire. En cas de rupture de la capsule postérieure, l'implant était placé sur le rhexis de la capsule antérieure.

La puissance moyenne de l'implant était de $21,55 \pm 2,02$ dioptries.

Les complications per opératoires sont comprises dans le tableau I.

La hernie de l'iris per opératoire était plus fréquente en cas d'incision supérieure à 8mm que sur les incisions de moins de 8mm. La différence était statistiquement significative, $P=0,01$.

La représentation des complications post opératoires est notée dans le tableau II.

L'acuité visuelle préopératoire moyenne était de $0,07 \pm 0,01$ avec des extrêmes de 0 à 0,4.

L'acuité visuelle postopératoire moyenne sans correction était de $0,35 \pm 0,04$ avec des extrêmes de 0,02 à 0,8, et 78,95% des patients ont eu une acuité visuelle supérieure à 0,3 la.

L'acuité visuelle postopératoire moyenne avec correction était de $0,72 \pm 0,07$ avec des extrêmes de 0,02 à 1, et 91,58%

des patients ont eu une acuité visuelle supérieure à 0,3. Les résultats de l'acuité visuelle préopératoire et post-opératoire sont compris dans la figure 1.

DISCUSSION

Le suivi régulier des données préopératoires, opératoires et postopératoires de chaque patient opéré permet de calculer les résultats visuels et d'évaluer la qualité de la chirurgie de la cataracte. On estime que le fait d'encourager les chirurgiens des yeux à suivre leurs propres résultats améliore, dans le temps, les résultats de la chirurgie de la cataracte [8].

Nos données ont mis évidence une légère prédominance des femmes avec un sexe ratio de 0,9. En effet la cataracte touche autant les hommes que les femmes et les prédominances selon le sexe sont souvent le fait du hasard. Djiguimé [9] au Bourkina Faso a trouvé un sex ratio de 0,98, tandis-qu'Isawumi [10] au Nigéria évoque un sex ratio de 1,5.

L'âge moyen dans notre étude était de 67, 78 ans, cela correspond aux données de la littérature, la cataracte étant d'abord une pathologie sénile, l'âge moyen des patients est habituellement à 60 ou plus [10,11]. Cependant dans certaines études notamment celles associant les enfants, cet âge peut être plus jeune [12]

L'œil gauche a été plus fréquemment concerné que l'œil droit. La cataracte sénile étant une pathologie bilatérale, la prédominance d'un œil n'est aussi liée qu'au hasard.

La taille moyenne du tunnel était de $7,2 \pm 0,99$ mm. Le tunnel était créé sans mesure préalable, sur l'expérience du chirurgien, elle était mesurée en fin d'intervention. Jusqu'à 8mm, le tunnel ne posait pas de problème. Au-delà de 8mm le risque de survenu d'une hernie de l'iris était statistiquement significatif. La plupart des

auteurs travaillent entre 6 et 7mm [13,14,15].

Il y'a eu 2,11% des cas de rupture de la capsule postérieure. Ces ruptures n'ont pas empêché l'implantation qui était réalisée sur la capsule antérieure du cristallin ouverte en rhexis. C'est un autre avantage du rhexis, celui de permettre l'implantation en chambre postérieure malgré la rupture de la capsule postérieure. L'implant est ainsi placé sur le rhexis entre la capsule antérieure et l'iris.

La puissance moyenne de l'implant était de $21,55 \pm 2,02$ dioptries avec des extrêmes de 17 à 25 dioptries. Cette puissance correspond bien aux moyennes Africaines, si Imam [15] au Nigéria a trouvé les meilleurs résultats avec les implants standards de 20 et 21 dioptries, Djiguimé [9] au Bourkina Faso a trouvé des puissances moyennes d'implants à 22,58 chez les hommes et 23,52 chez les femmes.

En post opératoire 10,53% des patients se sont plaint des céphalées, calmées avec du paracétamol. 5,26% avaient une rougeur oculaire sur 360° faisant évoquer une hémorragie sous conjonctivale, 2,11% avaient une diplopie sans strabisme, il s'agissait plus d'une différence de contraste entre les deux yeux qui rentrait dans l'ordre au bout d'une semaine.

Certains patients se plaignaient des myodésopsies, très gênante dans 7,36% des cas, pouvant persister pendant 1 mois ou des sensations de grains de sables dans 16,84%.

L'œdème de cornée était retrouvé dans 4,21% des cas, il était responsable d'un flou visuel quand il touchait l'axe visuel. Il se résorbait habituellement au bout d'une semaine.

Le syndrome toxique du segment antérieur (TASS) constaté chez un patient était apparu 72h après l'opération. Le premier jour post opératoire on pouvait déjà noter un discret tyndall de chambre

antérieure, le patient est revenu 48 après le premier control pour rougeur oculaire et photophobie, l'examen à la lampe à fente mettait en évidence une lunule d'hypopion et un voile de fibrine dans l'aire pupillaire. Cinq jours après une injection de triamcinolone en sous conjonctivale, l'œil était redevenu normal.

L'incision temporale est la plus recommandée dans la CMCPI [14,15,17] du fait du plus faible astigmatisme chirurgicalement induit qu'elle crée. Cela va de pair avec la plus forte prévalence de l'astigmatisme inverse chez les sujets de 60 ans et plus, l'incision se faisant sur l'axe le plus réfringent. Ainsi 89,47% de nos patients étaient opérés avec une incision temporale, contre 10,53% d'incision inverse.

En considérant la recommandation de l'OMS qui demande 80% des bons résultats sans correction (acuité visuelle supérieure à 0,3) et 90% des bons résultats avec correction, nous en sommes proche sans correction, et l'objectif a été atteint avec correction. Notre avantage résidait dans l'élimination préopératoire d'une bonne partie de la comorbidité de la cataracte, responsable des mauvais résultats [4].

CONCLUSION :

Ce monitoring met en évidence nos point forts tel que la capsulotomie en rhexis qui n'est pas habituelle dans cette technique, elle permet une implantation en chambre postérieure même en cas de rupture postérieure ; et nos points faibles tel que la sensation de grains de sable post opératoire retrouvée dans 16, 84% des cas, le patient doit en être informé avant la chirurgie. Cela conforte l'idée selon laquelle chaque chirurgien devrait faire un monitoring de sa pratique.

REFERENCES

- 1- Muller A, Zerom M, Limburg H, Ghebrat Y, Meresie G, Fessahazion K, et al. (2011) Results of a rapid assessment of avoidable blindness (RAAB) in Eritrea. *Ophthalmic Epidemiol* 18: 103-8.
- 2- Negrel AD, Massembo-Yako B, Botaka E. Prévalence et cause de la cécité au Congo. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* 1990 ; 68 : 237-43.
- 3- Abouzeid H. Ophtalmologie, nouvelles tendances dans la chirurgie de la cataracte. *Rev Med Suisse* 2011 ; 7 : 128-32.
- 4- Lindfield R, Polack S, Wadud Z, Choudhury KA. Causes of poor outcome after cataract surgery in Satkhira district, Bangladesh. *Eye* (2008) 22, 1054-6.
- 5- Anand R, Gupta A, Ram J, Singh U, Kumar R. Visual outcome following cataract surgery in rural punjab. *Indian J Ophthalmol* 2000; 48:153.
- 6- Pararajasegaram R. Importance of monitoring cataract surgical outcomes *Community Eye Health* 2002 ;15 : 49-50.
- 7- Lewallen S, Etya'ale D, Kello AB, Courtright P. Non-physician cataract surgeons in Sub-Saharan Africa: situation analysis. *Tropical Medicine and International Health* 2012 ; 17 : 1405-8.
- 8- Limburg H. Evaluation des résultats de la chirurgie de la cataracte : méthodes et outils. *Santé Oculaire Communautaire* 2004 ;1 : 14-7.
- 9- Djiguimé PW, Diomandé IA, Ahnoux-Zabsonré A et Al. Résultats de la chirurgie avancée de la cataracte par tunnélisation: à propos de 262 cas réalisés au CHR de Banfora (Burkina Faso). *Pamj* 2015 : 22, 366 ; 8416.
- 10- Isawumi ma, Soetan eo, Adeoye ao, Adeoti co. Evaluation of cataract surgery outcome in western Nigeria. *Ghana Medical journal* 2009 ; 43 :169-74.
- 11- Guirou N, Napo A, Dougnou A, Bakayoko S, Sidibé F, Sidibé MK, Conaré I, Traoré L, Traoré J. Resultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte de l'adulte. *J Fr Ophtalmol* 2013 ; 36 : 19-22
- 12- Maneh N, Ayena DK, Nagbe YE, Amouzou MD, Barry WM, Akakpo AW, Diatewa MB, Awoussi S, Adom WK, Balo KP. Chirurgie gratuite de la cataracte en strategie avancee a Lome (Togo): quel gain visuel? *African Journal Online* 2017 ;19 : 1-4.
- 13- Venkatesh R, Das M, Prashanth S, Muralikrishnan R. Manual Small Incision Cataract Surgery in Eyes with White Cataracts. *Indian J Ophthalmol* 2005; 53:173-6.
- 14- Malik VK, Kumar S, Kamboj R, Jain C, Jain K, Kumar S. Comparison of astigmatism following manual small incision cataract surgery: superior versus temporal approach. *Nepal J Ophthalmol* 2012; 4(7):54-8.
- 15- Arthur E, Sadik AA, Kumah, Osae EA, Mireku FA, Asiedu FY, Kwame Ablordeppey R. Postoperative Corneal and Surgically Induced astigmatism following Superior Approach Manual Small Incision Cataract

Surgery in Patients with
Preoperative Against-the-Rule
Astigmatism. J Ophthalmol 2016;
ID 9489036: 7p.

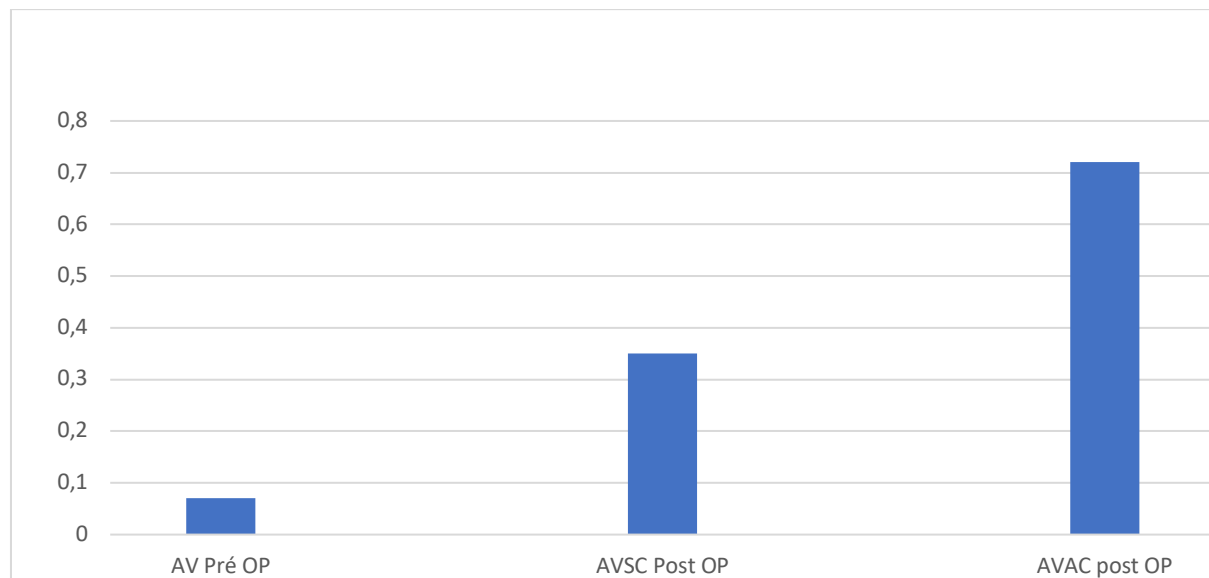
- 16- Imam AU, Gilbert CE, Sivasubramaniam S, Murthy GVS, Maini R, Rabiou MM. Outcome of Cataract Surgery in Nigeria: Visual Acuity, Autorefraction, and Optimal Intraocular Lens Powers-Results from the Nigeria National Survey. Ophthalmology Volume 2011 ; 118 : 719-24.
- 17- Gokhale NS, Sawhney S. Reduction in Astigmatism in Manual Small Incision Cataract surgery through Change of Incision Site. Indian J Ophthalmol 2005;53:201-3.

Tableau I : Complications per opératoires

Complication per Opératoires	Effectif	%
Pas de complication	89	93,68
Hernie de l'iris	4	4,21
Rupture de la capsule postérieure	2	2,11
Total	95	100

Tableau II : Complications post-opératoires

Complications post opératoires	Effectif	%
Céphalées	10	10,53
Rougeur oculaire	5	5,26
Diplopie	2	2,11
Myodésopsie	7	7,36
Sensation de grain de sable	16	16,84
Œdème de cornée	4	4,21
TASS	1	1,05

**Figure I :** évolution de l'acuité visuelle