

LE GLAUCOME CHRONIQUE PRIMITIF A ANGLE OUVERT EN MILIEU CAMEROUNAIS

A propos de 61 cas observés à l'Hôpital Central de Yaoundé

E. MOUKOURI*, MC MOLI**

RESUME

61 cas de glaucome à angle ouvert ont été étudiés dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Central de YAOUNDE au CAMEROUN.

Il s'agit de 40 hommes et de 21 femmes avec un âge moyen de 51 ans (extrême 80 et 20 ans) avec dans plus de 60 % des cas un niveau socio-économique bas. 67,54 % consultent à un stade tardif avec une baisse d'acuité visuelle d'un oeil et une cécité du congénère.

Les facteurs de risques associés ont été : diabète dans 13,11 % des cas, myopie dans 19,67 %, filariose dans 9,48 %. La pression oculaire est élevée supérieure à 28 mmHg chez plus de 90,16 % des patients avec une excavation glaucomateuse dans près de 87 % des cas.

Le traitement a été médical dans 62,3 % des cas, chirurgical dans 9,83 % et mixte dans 6,39 % des cas.

Mots-clés : Glaucome à angle ouvert, Cameroun, épidémiologie, diagnostic.

SUMMARY

61 cases of open angle glaucoma have been studied in the ophthalmology service of the YAOUNDE Central hospital.

It concerns 40 men and 21 women of an average age of 51 years (extremes being 20-80 years) among which over 60 % of cases were of low socio-economic level. 67.54 % consulting at a late stage with a low visual acuity of one eye and a blindness of the other. The risk factors associated were as follows :

Diabetis in 13.11 % of cases, myopia in 19.67 % filariasis in 9.4 %. The intra ocular pressure being raised above 28 mmHg in more than 90.16 % of patients with a glaucomatous excavation in nearly 87 % of cases.

The treatment was medical in 62.3 % of cases, surgical in 9.83 % and mixed in 6.39 % of cases.

INTRODUCTION

Le glaucome chronique primitif à angle ouvert (G.P.A.O) est une "neuropathie optique" caractérisée d'une part par une élévation primitive de la pression oculaire, suffisante pour entraîner à plus ou plus longue échéance des modifications de la pupille, et des altérations du champ visuel, d'autre part par un angle irido-cornéen constamment ouvert et normal en gonioscopie quelle que soit la valeur de la pression oculaire (5).

Malgré la recherche fondamentale et les mesures de dépistage, l'affection reste une cause majeure de malvoyance et de cécité dans le monde (9, 14, 22). Des travaux menés en Afrique ont déjà relevé les particularités du G.P.A.O intertropical (13,18).

Au Cameroun, l'affection est peu connue et n'a pas encore fait l'objet d'une étude à notre connaissance. Ceci nous a amené à entreprendre ce travail préliminaire dont le but est de rapporter les particularités cliniques et épidémiologiques du G.P.A.O en milieu Camerounais.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude prospective menée du 1er Juin 1988 au 30 Décembre 1989 dans le service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Central de YAOUNDE qui est la plus grande formation hospitalière du pays.

* **PATIENTS** ont été inclus, les patients des deux sexes porteurs d'un G.P.A.O confirmé par les tests de routine : mesure d'acuité visuelle, tonométrie par aplanissement au tonomètre de GORDMANN, gonioscopie, examen de la papille au verre de GOLDMANN, périmétrie cinétique à l'appareil de GOLDMANN.

* **METHODE**

Tous les patients inclus ont fait l'objet selon un protocole préétabli :

a) d'un interrogatoire qui précisait :

* Hôpital Central de Yaoundé. Université de Yaoundé (CUSS).

** Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé.

le sexe, la profession, le niveau socio-économique, les facteurs de risque éventuels, les circonstances de découverte de la maladie.

- b) d'un bilan ophtalmologie complet ;
- c) d'un examen physique ;
- d) d'un bilan biologique comprenant :
 - la glycémie à jeûn, une biopsie cutanée à la recherche des microfilaires.

RESULTATS :

1. FREQUENCE

Parmi les 3660 patients examinés pendant la période d'étude, 61 cas de G.P.A.O ont été diagnostiqués soit une fréquence de 1,67 %.

2. SEXE ET AGE DES PATIENTS

Il s'agit de 40 hommes et 21 femmes. Le sex ratio est proche de 2/1. L'âge moyen est de 51,40 ans avec des extrêmes allant de 20 à 80 ans. La tranche la plus touchée est celle de 50 à 59 ans avec 39,35 % des malades. 10 % des patients présentant un glaucome juvénile ont moins de 40 ans.

3. PROFESSION ET NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

Plus de 60 % des patients ont un niveau socio-économique bas (regroupant essentiellement : chômeurs, paysans, ménagères, fonctionnaire de la catégorie Cet D). Seuls deux patients, soit 3,3 % ont connaissance d'une maladie appelée glaucome.

4. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE ET FACTEURS DE RISQUES ASSOCIES

67,54 % des patients consultent pour une baisse d'acuité visuelle d'un oeil associée à la cécité du congénère. Dans 4,92 % des cas les patients ont des céphalées et/ou un brouillard visuel. La découverte a été fortuite chez 27,54 % des patients.

Nous avons isolé les facteurs de risque suivants : 8 cas soit 13,11 % de diabète, 12 cas de myopie soit 19,67 %, 6 cas de filariose soit 9,48 %. L'hérédité glaucomeuse et les autres facteurs de risque n'ont pas été retrouvés.

5. BILAN OPHTALMOLOGIQUE

a) Pression oculaire

Elle est élevée, supérieure à 28 mmHg de manière bilatérale

chez 55 patients soit 90,16 %. Chez 2 malades, elle n'est élevée que de manière unilatérale. Enfin, cette pression est normale aux 2 yeux chez 4 patients.

b) L'ophtalmoscopie

L'excavation glaucomeuse (expansion, ovalisation, chaudière, atrophie optique) est retrouvée chez 53 de nos patients (86,88 %) alors que 5 (8,20 %) présentent une asymétrie papillaire et 3 (4,92 %) une papillaire normale.

c) Périmétrie et gonioscopie

Les résultats de ces deux examens sont résumés sur les tableaux I et II.

	Nombre d'yeux	Fréquence
Scotome arciforme	16	13,11
Déficits en secteurs ou marche nasale	24	19,67
Ilot central ou temporal	48	39,35
Champ visuel impossible à réaliser	34	27,87
Total	122	100

TABLEAU I : RESULTATS DE LA PERIMETRIE DES 122 YEUX (soit 61 patients)

	Nombre d'yeux	Fréquence
Pigmentation de type exfoliatif	2	6,56
Pigmentation de type glaucome pigmentaire	8	1,64
Angle normal ou avec une fine pigmentation irrégulière	112	91,80
Total	122	100

TABLEAU II : RESULTATS DE LA GONIOSCOPIE DES 122 YEUX (soit 61 patients)

6. TRAITEMENT ET EVOLUTION

Le traitement est médical chez 38 patients (62,30 %), chirurgical par trabéculéctomie chez 6 patients (9,83 %). 10 patients ont bénéficié d'un traitement à la fois médical et chirurgical.

Cependant, 7 patients soit 11,50 % des cas ont refusé tout traitement.

Quand on s'intéresse au profil évolutif après traitement il apparaît que seuls 9 patients sur 38 étaient équilibrés par le traitement médical. 4 des patients ayant eu une trabéculéctomie ont eu à court et moyen terme leur tension oculaire normalisée. Chez les 10 patients ayant bénéficié d'un

traitement mixte, 8 ont vu leur hypertension résiduelle normalisée à court et moyen terme par le Timolol (Timoptol *) ou un myotique faible. Les formes débutantes n'ayant pas bénéficié d'un traitement évoluent rapidement vers les formes graves.

DISCUSSION :

Ce travail montre que le GPAO est d'apparition précoce dans notre population et diagnostiqué à un stade tardif - ce qui en fait un problème de Santé Publique.

Notre population est essentiellement hospitalière et ne pourrait être assimilée à la population camerounaise sans réserve. Toutefois, le caractère cosmopolite de la ville de YAOUNDE et l'importance de l'Hôpital Central de YAOUNDE qui draine la quasi totalité du pays donnent à notre échantillon un caractère représentatif.

Les différentes données de notre population seront discutées à la lumière des données de la littérature.

1. FREQUENCE

La fréquence (1,67 %) du GPAO observée dans population hospitalière est proche de celle signalée au NIGERIA (15), mais est plus élevée que les données occidentales comprises entre 0,4 et 0,90 % (1,9).

Nos valeurs ne reflètent que partiellement l'importance du GPAO dans notre milieu où les 2/3 de la population vivent en milieu rural, sans accès à une consultation spécialisée d'ophtalmologie, allant volontiers chez les tradipraticiens et les guérisseurs du village qui attribuent volontiers leur souffrance à la sorcellerie : Ceci suggère à CHOVEL (4) que la fréquence du GPAO est de 2-3 % dans la population Noire Africaine au-dessus de 30 ans.

2. AGE, SEXE ET NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

Le jeune âge de notre échantillon rejoint les données des autres auteurs en Afrique (15, 19). Cette survenue précoce du GPAO chez le Noir Africain semble liée à un phénomène racial (10, 16).

La prédominance masculine est retrouvée dans d'autres travaux en Afrique (13, 19) alors que DEMAILLY (6) en FRANCE et MAC DONALD (9) au CANADA notent une égale répartition entre les sexes. Cette différence pourrait être en rapport avec une plus grande fréquentation hospitalière des hommes dans notre milieu.

Le niveau socio-économique globalement bas de nos patients reflète en fait une plus grande fréquentation des formations hospitalières publiques par les couches démunies de la société.

3. FACTEURS DE RISQUE, CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC ET BILAN OPHTALMOLOGIQUE

La méconnaissance de la maladie glaucomateuse peut expliquer notre difficulté à retrouver l'hérédité de cette affection. Le pourcentage élevé de myopes et de diabétiques dans notre population rejoint celui des autres auteurs (7, 17) et le taux de filariens est probablement en rapport avec la zone d'endémie.

La plupart de nos patients sont vus au stade terminal de la maladie comme le confirment les résultats de la périmétrie et de l'ophtalmoscopie. Ceci s'explique par l'absence de consultations systématiques et d'une stratégie de dépistage comme c'est le cas dans les pays développés ; d'autre par la pénurie en infrastructures hospitalières des populations contribue à cet état (3, 23).

Quant à la tonométrie, elle n'est normale que chez 10 % de nos patients. Ce pourcentage est différent des 18 à 20 % des glaucomes à basse pression retrouvés par d'autres auteurs (5, 10)

L'excavation glaucomateuse classique est retrouvée chez 86,88 % de nos patients.

Sur la gonioscopie, la fine pigmentation irrégulière de l'angle observée chez de nombreux malades est rapportée par d'autres auteurs (10, 15, 16, 19, 20, 21) et pourrait s'expliquer par la forte pigmentation de l'Iris chez le Noir.

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT

Nous avons observé un taux élevé d'échecs sous traitement médical. Ceci peut s'expliquer par son caractère substitutif qui est à rapprocher de celui du diabète, nécessitant une adhésion rigoureuse, une surveillance régulière, ce qui malheureusement n'est pas toujours adapté à notre environnement où cohabitent une faible densité médicale, un bas niveau de vie et le manque d'éducation sanitaire.

GRANT (8), Mc NAIL (10) de même que PACKER (16) lient l'évolution rapide des formes débutantes non soignées vers les formes graves à une éventuelle malignité de l'affection chez le Noir.

Quant au traitement chirurgical, bien qu'il n'ait concerné qu'un faible pourcentage de nos patients, il semble donner d'assez bons résultats. Ceci rejoint d'ailleurs les résultats de WADE (24).

La technique chirurgicale devrait toutefois être adaptée en prenant en compte entre autres l'hypersepticité du milieu Africain et la cicatrisation habituellement excessive chez le Noir.

CONCLUSION

La pathologie glaucomateuse mérite plus d'attention dans notre milieu. Un diagnostic précoce, un traitement efficace, et l'éducation de nos populations limiterait son évolution irrémédiable vers la cécité.

Le développement de consultation ambulatoire d'ophtalmologie est souhaitable pour toucher une frange importante de la population en milieu rural.

BIBLIOGRAPHIE

1. BENGISSON B. (1981)
Aspects of the epidemiology of chronic glaucoma. Acta ophtalmol. Suppl. 146, 1-48.
2. BJORNSSON G. (1967)
The primary glaucoma in Iceland. Acta ophtal. suppl. 91. 1-16.
3. BJORN THYLEFORS (1985)
Orientations actuelles des efforts de la prévention de la cécité chronique O.M.S. 39 (4) ; 160-166;
4. CHOVET M. ; BONAT C. ; QUEGUINER P. (1986).
La cécité en Afrique Noire en 1986.
La clinique ophtalmologique - 2
5. DEMAILLY PH. (1979).
Glaucome chronique primitif à angle ouvert. Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris. ophtalmologie. 21 275. A10 et A20.
6. DEMAILLY PH. (1989).
Traitement actuel du glaucome primitif à angle ouvert. Soc. Française d'ophtamologie.
7. DEMAILLY PH. ; PAPOZ L. ; VASTOT F. (1973)
Tension oculaire, glaucome primitif et diabète. Arch. Opht., 33, 793-825.
8. GRANT W.M. (1985).
Race as a risk factor for progressive glaucomatous damage. Ann. Ophtalmol. 17, 653-659.
9. MAC DONALD A.E. (1965).
Cause of blindness in Canada. Canad. M.A.J. 92 : 264.
10. Mc NAIL S.S. (1951).
Chronic simple glaucoma in the negro. Amer. J. Opht., 34 : 70-76.
11. NDIAYE P. ; A. WADE (1989).
Le dépistage du glaucome primitif à angle ouvert par d'examen systématique de la papille optique chez le Noir Africain. Afrique Médicale. 273, 206-208.
12. NEGRIL A.D. et M. CHOVET (1980).
L'ophtalmologie sous les tropiques. Médecine d'Afrique Noire, 27, p. 1-24.
13. NEWMAN E. and ZANBERMAN H. (1965).
Glaucoma survey in Liberia. Amer. J. Opht., 59 : 8-12.
14. OLURIN, O. (1970).
Etiology of blindness in Nigerian children. Amer. J. Opht. 533-80
15. OLURIN O. (1972).
Primary glaucoma in Nigeria. East African Medical Journal. Vol. 49, 10, 10-16.
16. PACKER H. ; DENSTH A.R. ; LEWIS P. M. (1959).
Study of the frequency and distribution of glaucoma. J.A.M.A. 171 : 1090-3.
17. PODOS S.T. ; BECKET B. ; MORTON W.R. (1966).
High myopia and primary open angle glaucoma. Am. J. Opht. 62, 1038-1043.
18. QUERE, M.A. ; DIALLO (1966).
Le problème du glaucome primaire chez d'Africain de race noire Analyse critique de la littérature. Doc. Opht. (Dem Haag), 27 : 230.
19. QUERE, M.A. ; RAZAFINJATO and DIALLO (1961)
Aspects cliniques et évolutifs du glaucome primitif chez les sujets de race noire en Afrique Occidentale : Doc. Ophtal. (sem Haag) 20 : 242.
21. SCHAFFER R. (1975).
Pigment and glaucoma symposium on glaucoma. In transactions of New Orleans Academy Ophtalmology P. 238.
22. LCHEIE H.G. : (1957).
Width and pigmentation of the angle of the anterior chamber. A system of grading by gonioscopy. Arch Ophtal. (Chicago), 58 :510.
23. TAYLOR, J.(1984).
Difficulties of the eye care in Afric, Documenta ophtalmologica 57, 367-372.
24. WADE-MBANLA (1987).
Les résultats tonométriques à long terme de la trabéculéctomie chez le Noir Africain. J. Fr. Ophtalmol. 1987. 10. 10, 575-577.