

L'hypermétropie isolée au CNHU-HKM de Cotonou

ODOULAMI YEHOUESSI L, DOUTETIEN C, COMBARI K, SOUNOUVOU I, TCHABI S.

RESUME

But : Déterminer la fréquence et étudier les degrés de sévérité de l'hypermétropie isolée chez les patients reçus en consultation dans la clinique d'ophtalmologie. **Méthode d'étude :** il s'agit d'une étude rétrospective du 1^{er} Janvier 2004 au 31 Décembre 2007 qui a porté sur 369 patients retenus pour hypermétropie isolée. **Résultats :** l'hypermétropie représentait 11,74 % de toutes les amétropies ; elle était bénigne dans 94,26 %. Elle prédominait dans le sexe féminin et surtout chez les patients de plus de 40 ans. **Conclusion :** l'hypermétropie est une amétropie qui affecte toutes les tranches d'âges et peut exposer à une amblyopie ou à des troubles de la vision binoculaire.

Mots clé : hypermétropie isolée, amblyopie, troubles de la vision binoculaire.

ISOLATE HYPEROPIA IN UHNC-HKM OF COTONOU

SUMMARY

Purpose: To determine the frequency and study the degree of severity of hyperopia isolated from patients received in the consultation of ophthalmological's clinic. **Method of study:** It is a retrospective study from 1st January 2004 to 31 December 2007 which carried on 369 patients selected for isolate hyperopia. **Results:** Hyperopia was 11.74% of all ametropia; it was benign in 94.26%. It prevailed in the female sex and especially in patients over 40 years. **Conclusion:** Hyperopia is an ametropia which affects all age groups and may expose to amblyopia or impaired vision binocular. **Keywords:** isolated hyperopia, amblyopia, blurred vision binocular.

INTRODUCTION

Les amétropies sont des troubles de la réfraction dans lesquels il y a une mauvaise mise au point de l'image sur la rétine ; elles comprennent la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme. Dans l'hypermétropie, l'image d'un objet situé à l'infini se forme en arrière de la rétine en l'absence d'accommodation compensatrice (Roth, 2007). Les amétropies notamment l'hypermétropie, constituent les motifs de consultation les plus fréquents en ophtalmologie et sont responsables de déficiences visuelles qui peuvent et doivent être corrigées. Elles constituent un problème de santé publique car intéressent plus de 153 millions de personnes dans le monde pour Holden (2007) dont 8 millions d'aveugles et 145 millions présentant une déficience significative de leur vision de loin. Elles ont par ailleurs, des effets importants sur les individus et la communauté à travers des restrictions scolaires et professionnelles de personnes en bonne santé.

Beaucoup d'études ont été réalisées sur les amétropies mais très peu ont concerné l'hypermétropie surtout en Afrique (Ebana et al., 2001 ; Ayed et al., 2002). Or celle-ci expose à des troubles de la vision binoculaire en particulier au strabisme et à l'amblyopie.

Cette étude vise à déterminer la fréquence de l'hypermétropie et à en étudier les degrés de sévérité au CNHU de Cotonou.

I. MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

L'étude s'est effectuée à la clinique ophtalmologique du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou

MAGA de Cotonou. Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique qui s'est étendue du 1^{er} Janvier 2004 au 31 Décembre 2007 soit une période de 4 ans. Dans cette étude, sont concernés tous les dossiers de patients reçus en consultation dans le service pour baisse visuelle en rapport avec une hypermétropie isolée c'est-à-dire sans astigmatisme associé et ayant été objectivée par une réfractométrie automatisée.

L'hypermétropie a été répartie selon la valeur de la réfractométrie automatisée (RA) en 3 degrés Ebana M.C et al. (2001) dont l'hypermétropie faible ($0,5 \leq RA < 3dp$), l'hypermétropie modérée ($3dp \leq RA \leq 6dp$) et l'hypermétropie forte ($6dp \leq RA$). L'hypermétropie a été unilatérale lorsque l'œil controlatéral avait une réfractométrie automatisée nulle. L'anisométrie a été définie comme une différence d'au moins 2 dioptries entre les deux yeux. L'acuité visuelle de loin avec ou sans correction a été répartie en quatre groupes dont l'acuité inférieure ou égale à 1/20, comprise entre 1/20 et 3/10, entre 3/10 et 7/10 puis supérieure à 7/10 (Holden, 2007). Nous avons défini comme « amblyope », tout patient ayant une acuité visuelle inférieure à 4/10, non améliorable (Blouza et al., 2007).

Les troubles de la vision binoculaire retenus étaient les tropies ; lorsque la déviation se faisait en dedans, il s'agissait d'une ésoptropie et d'une exotropie lorsqu'elle se faisait en dehors.

Clinique Ophtalmologique, Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou, Bénin.
Correspondance : Lisette ODOULAMI YEHOUESSI, 03 BP 2915 Cotonou, Bénin.
E-mail : drodoulis@yahoo.fr

Ont été exclus de l'étude, tous les dossiers de patients ayant une hypermétropie associée à un astigmatisme.

Les variables étudiées étaient démographiques (âge, sexe) et cliniques (latéralité, acuité visuelle, réfractométrie automatisée, degré d'hypermétropie, amblyopie et trouble de la vision binoculaire).

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info 6.04fr. Nous avons utilisé le test de khi 2 pour faire les comparaisons et le test de significativité retenu était de 5%.

II. RESULTATS

Durant la période d'étude, 25871 patients ont consulté dans le service dont 369 hypermétropes, ce qui correspond à une prévalence globale de 2,98%. Par rapport à toutes les amétropies statiques (n = 3143), l'hypermétropie a représenté 11,74 % des cas. L'hypermétropie était unilatérale droite et gauche dans respectivement 362 et 360 yeux ; sur les 369 patients, 13 (3,52%) avaient une hypermétropie strictement unilatérale.

Le sex ratio était de 0,63 avec 226 patients de sexe féminin (61,25%) et 143 de sexe masculin (38,75%).

Les patients étaient âgés de 5 à 76 ans avec une moyenne d'âge de 44,99 ans ± 11,19. Toutefois, 0,81% des patients avaient consulté avant l'âge de 10 ans alors que les patients de plus de 40 ans représentaient 78,87 % des cas (cf figure n°1).

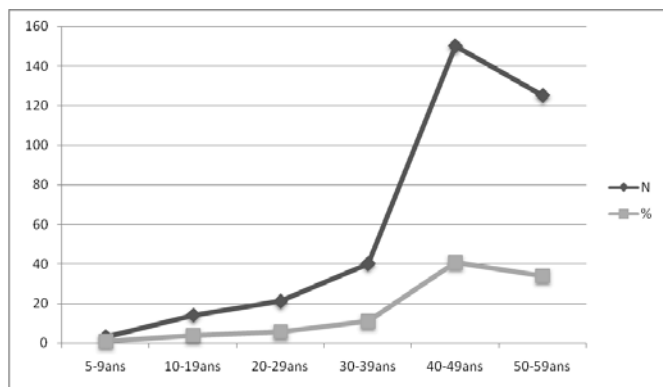


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

La réfractométrie moyenne des yeux droits était de 1,12 dioptries ± 1,03 (0,0 à +7,51) et celle des yeux gauches de 1,13 dioptries ± 0,93 (0,0 à + 6,75) ; seulement 4 patients (1,08%) avaient présenté une anisométrie.

Le degré de sévérité de l'hypermétropie en fonction de la réfractométrie est représenté dans le tableau n°1.

Le degré de sévérité de l'hypermétropie a statistiquement influencé la baisse visuelle quelque soit l'œil (p=0,01), de même que l'anisométrie (p=0,0).

Tableau I : Répartition des yeux selon la sévérité de l'hypermétropie

	Œil droit		Œil gauche		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hypermétro-pie faible	348	96,13	347	96,39	695	96,26
Hypermétro-pie modérée	10	2,76	12	3,33	22	3,05
Hypermétro-pie forte	4	1,11	1	0,28	5	0,69
Total	362	100	360	100	722	100

Tableau II : Répartition des yeux selon la sévérité de l'hypermétropie et l'acuité visuelle sans correction

	Acuité visuelle sans correction								Total	
	≤ 1/20		1/20 < AV ≤ 3/10		3/10 < AV ≤ 7/10		AV > 7/10		OD	OG
	OD	OG	OD	OG	OD	OG	OD	OG		
Hypermétropie Faible	3	1	77	87	141	129	127	130	348	347
Hypermétropie modérée	0	0	10	9	0	2	0	1	10	12
Hypermétropie forte	0	0	2	1	2	0	0	0	4	1
Total	3	1	89	97	143	131	127	131	362	360

OD = œil droit ; OG = œil gauche

9 patients soit 2,44 % ont présenté un trouble de la vision binoculaire à type d'ésotropie. Celle-ci n'a pas été statistiquement influencée par le degré de sévérité de l'hypermétropie (p>0,05).

7 patients soit 1,90% avaient une amblyopie fonctionnelle associée dont 2 bilatérales (3 yeux droits et 6 yeux gauches), sans trouble de la vision binoculaire ni anisométrie. La réfractométrie moyenne de ces yeux amblyopes était de 2,75 ± 1,56 dp. La sévérité de l'hypermétropie a statistiquement influencé l'amblyopie (p = 0,005).

III. DISCUSSION

Cette étude présente certaines insuffisances puisque la réfraction des patients n'a pas été réalisée sous cycloplégique ; en effet, la cycloplégie a pour effet de paralyser l'accommodation et donc de révéler l'hypermétropie totale du patient. Aussi, la prévalence de l'hypermétropie observée dans l'étude pourrait être minorée du fait de la compensation accommodative.

L'hypermétropie a représenté dans notre étude 2,98% de l'ensemble des consultations du service ; cette prévalence globale est similaire à celle décrite par (Kaimbo et al., 1996) en République Démocratique du Congo (3,52%). Par contre, des prévalences plus élevées ont été rapportées par (IP et al., 2008) en Australie puis (Czépita et al., 2005) en Pologne (13,20%, et 23,33%). Ceci serait lié à la différence de race évoquée dans la littérature (Kempen et al., 2004 ; William et al., 2008) selon laquelle les sujets de race noire seraient beaucoup moins hypermétropes que les sujets de race blanche.

La prévalence de l'hypermétropie par rapport aux autres amétropies était de 11,74% ; certains auteurs (Shah et al., 2008 ; Kawuna et Mayeku, 2002 ; Ebana et al., 2001) respectivement au Pakistan, en Ouganda puis au Cameroun ont rapporté des prévalences de 27,1%, 37% et 51% par rapport aux autres amétropies ; cette disparité de la prévalence s'expliquerait par des facteurs ethniques et génétiques mais aussi par la nature rétrospective de l'étude et des critères de sélection différents.

La prédominance des femmes (61,25%) a été confirmée par la littérature (Kempen et al., 2004 ; Wong et al., 2001 ; Zhao et al., 2000) et pourrait se justifier par une longueur axiale oculaire plus courte chez la femme.

Tout comme (Wu et al., 1999), la plupart des patients de notre série étaient âgés de plus de 40 ans. L'hypermétropie souvent compensée chez le sujet jeune, augmenterait progressivement avec l'âge du fait de la réduction de l'accommodation en rapport avec une diminution de la puissance du cristallin et son opacification (Kempen et al., 2004 ; Wong et al., 2001).

Les hypermétropies faibles étaient de loin les plus fréquentes avec 94,26% ; l'hypermétropie forte n'a représenté que 0,69% probablement parce que la réfraction n'a pas été réalisée sous cycloplégique, le patient pouvant compenser son hypermétropie par l'accommodation. La rareté de l'hypermétropie forte a par ailleurs expliqué dans notre étude l'absence de baisse visuelle importante de moins de 1/20 ainsi que le faible taux d'anisométrie (1,90%) et de troubles de la vision binoculaire (1,08%) : en effet, l'ésotropie selon Blouza et al. (2007), serait la forme de strabisme la plus fréquente dans les hypermétropies et le risque d'en développer est multiplié par 13 lorsque l'hypermétropie est supérieure à + 3,5 dioptries (Atkinson et al., 2000).

CONCLUSION

L'hypermétropie est une amétropie assez fréquente au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou ; elle est présente à tous les âges surtout chez les sujets presbytes et prédomine chez les sujets de sexe féminin. La forme bénigne est majoritairement représentée avec 96,26 %. Longtemps tolérée du fait de l'accommodation, elle est souvent négligée par les patients jusqu'à un âge avancé où le recours aux soins oculaires devient inévitable du fait des complications ; il importe donc de la dépister précocement sous cycloplégique pour prévenir ces complications graves à type d'amblyopie et ou d'anomalies de la vision binoculaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ATKINSON J, ANKER S, BOBIER W, BRADDICK O, DURDEN K, NARDINI M. et al., 2000. Normal emmetropisation in infants with spectacles correction of hyperopia. *Investment Ophthalmological Vision Science* ;41:3726-3731.

AYEDT, SOKKAH M, CHARFIO, EL MARTRIL., 2002. Epidémiologie des erreurs réfractives chez des enfants scolarisés, socioéconomiquement défavorisés en Tunisie. *Journal Français d'Ophthalmologie*; 25(7):712-717.

BLOUZA JA, LOUKIL I, MHENNI A, KHAYATI L, MALLOUCHE N, ZOUARI B., 2007. Prise en charge de l'hypermétropie de l'enfant. *Journal Français d'Ophthalmologie*; 30(3):255-259.

CZÉPITA D, GOSLAWSKI W, MOJSA A., 2005. Occurrence of hyperopia among students ranging from 6 to 18 years of age. *Klinika oczna*; 107(1-3):96-99.

EBANA M.C, BELLA-HIAGA A.L, ELLONG A, METOGO M.B, LITUMBE C.N., 2001. Les amétropies statiques du noir camerounais. *Ophthalmologica* ; 215 :212-216.

HOLDEN BA., 2007. Uncorrected refractive error : the major and most easily avoidable cause of vision loss. *Community Eye Health*; 20(63):37-39.

IP JM, ROBAEI D, KIFLEY A, WANG JJ, ROSE KA, MITCHELL P., 2008. Prevalence of Hyperopia and Associations with Eye Findings in 6 and 12 years old. *Ophthalmology*; 115(4):678-685.

KAIMBO WKD, MISSOTEN L., 1996. Ocular refraction in Zaïre. *Bulletin de la Société Belge d'Ophthalmologie*; 261: 101-105.

KAWUMA M, MAYEKU R., 2002. A survey of the prevalence of refractive errors among children in lower primary schools in Kampala districts. *African Health Sciences*; 2(2):69-72.

KEMPEN JH., 2004. The prevalence of refractive errors among adults in the United States, Western Europe and Australia. *Archives Ophthalmology*; 122:495-505.

ROTH A., 2007. Aspects cliniques de l'emmetropie et des amétropies. In ROTH A., GOMEZ A., PECHEREAU A., 2007. *La réfraction de l'oeil : du diagnostic à l'équipement optique.* Elsevier SAS:53-65.

SHAH SP, JADOON MZ, DINEEN B, BOURNE RR, JOHNSON GJ, GILBERT CE, KHAN MD., 2008. Refractive errors in the adult Pakistani population: the national blindness and visual impairment survey. *Ophthalmic Epidemiology*; 15(3):183-190.

WILLIAMS C, NORTHSTONE K, HOWARD M, HARVEY I, HARRAD RA, SPARROW JM., 2008. Prevalence and risk factors for common vision problems in children: data from ALSPAC study. *British Journal Ophthalmology*; 92:959-964.

WONG TY, FOSTER PJ, TZE PN, TIELSCH JM, JOHNSON GJ, SEAH SKL., 2001. Variations in Ocular Biometry in an Adult Chinese Population in Singapore: the Tanjong Pagar Survey. *Investment Ophthalmological Vision Science*; 42:73-80.

WU SY, NEMMESURE B, HENNIS A, LESKE MC AND BARBADOS EYE STUDIES GROUP., 1999. Refractive Errors in a Black adult population. *Investment Ophthalmological Vision Science*; 40:2179-2184.

ZHAO J, PAN X, SUI R, MUNOZ SR, SPERDUTO RD, ELLWEIN LB., 2000. Refractive Error Study in Children: results from Shunyi District, China. *American Journal Ophthalmology*; 129(4):427-435.