

LA PRISE EN CHARGE DU GLAUCOME EN BROUSSE

Paolo Angeletti

Brousse en français, *bush* en anglais, *mato* en portugais, le terme indique, génériquement, des grandes extensions géographiques d'un continent (africain dans ce cas), où les problèmes de santé publique tels que la prévention et les soins de la maladie glaucomateuse sont de très difficile solution. Les grandes distances, les très mauvaises routes, l'absence ou le manque d'électricité et d'eau, le manque d'infrastructures, la pauvreté des populations, le bas taux de scolarité, le manque de personnel sanitaire etc. sont les facteurs qui font de zones vastes et peuplées, une première ligne, une émergence, pour tous ceux qui s'occupent de la prévention de la cécité causée par le glaucome (ou de la cécité tout court). Une situation totalement différente de celle des capitales où se trouve la plupart des structures sanitaires des pays Africains. Malheureusement, il se fait que la majorité de la population se trouve loin des capitales. L'objectif de cet article est de contribuer à l'amélioration de la stratégie de la prise en charge du patient glaucomateux en Afrique, d'après mon expérience personnelle.

Le glaucome est la deuxième cause de cécité au monde et particulièrement en Afrique, surtout en Afrique de l'Ouest et par conséquent aux Caraïbes, où les populations Africaines furent amenées en esclavage. Il n'y a pas beaucoup d'études sur la prévalence du glaucome à angle ouvert (la forme la plus fréquente) en Afrique, mais ceux qui travaillent en "première ligne" peuvent constater aisément chaque jour la dimension et le sérieux du problème. Onze années de service hospitalier continu et d'activité pour la santé oculaire communautaire dans ces régions critiques m'ont confirmé que la prévalence du glaucome dans les *walk-in patients*, c'est à dire, des patients que se présentent spontanément en consultation à l'hôpital, est d'un cas de glaucome traitable - soit médicalement soit chirurgicalement - chaque dix cas de cataracte opérable.

Mais le *walk-in patient* n'est que le bout de l'iceberg. Pour comprendre la vraie prévalence de la maladie glaucomateuse en brousse il suffit d'observer sur le terrain, pendant les triages de masse pour la chirurgie de la cataracte, combien d'aveugles bilatéraux par glaucome absolu arrivent en consultation avec l'espoir d'être opérés et de récupérer leur vue.

Jusqu'à présent, dans le cadre de la campagne internationale **VISION 2020 : The Right to Sight**, les organisations internationales ont visé, parmi d'autres maladies, la première cause de cécité au monde: la cataracte. La priorité cataracte a produit les résultats attendus: la réduction - voire disparition - du *backlog*, c'est-à-dire des cas en pérenne attente d'opération, ainsi que l'augmentation du *Cataract Surgical Rate*, c'est-à-dire le nombre d'opérations de cataracte par million d'habitants: des résultats obtenus grâce, surtout, à l'augmentation quantitative et qualitative de la chirurgie de la cataracte, implémentée par la dite campagne. Très peu, par contre, a été fait pour prévenir la cécité due au glaucome.

Dans un passé pas trop lointain, les ONG spécialisées admettaient que le triage du glaucome en brousse était une tâche supérieure à leur capacités d'intervention. Elles reconnaissaient toutefois le sérieux du problème.

Au début des années '80, CBM (Christian Blind Mission) envoya un ophtalmologiste en Palestine, où la prévalence du glaucome était élevée (1), à fin de l'instruire à la technique chirurgicale de la trabeculectomie. Ce même ophtalmo, par la suite, se rendit en Afrique de l'Ouest, au Ghana, pour former des ophtalmologistes locaux dans cette technique chirurgicale. En Afrique Centrale, par contre, il a fallu attendre la fin des années 2010 pour que la ONG internationale **Light For The World** (LFTW) envoie un ophtalmologiste à un hopital du Congo Sud (RDC) pour la formation d'un ophtalmologiste local à la prise en charge medico-chirurgicale du glaucome (il s'agit de territoires d'une extension 10 à 20 fois celle de l'Italie).

À os jours, la haute présence du glaucome non traité en brousse est due essentiellement à l'absence d'une stratégie qui vise à la prévention de la maladie et la mise en oeuvre du traitement médico-chirurgical en grande échelle. Pour cela le phénomène du *backlog*, c'est-à-dire des cas en perpétuelle attente de traitement, a rejoint aujourd'hui des proportions inquiétantes. C'est un fait indiscutable que, dans certains endroits, le rapport cataracte:glaucome atteint 10:3 ou 10:4, c'est-à-dire, trois ou quatre cas de glaucome traitables chaque dix cas de cataracte opérable, comme décrit plus haut. Voici quelques-unes des causes responsables de cette situation :

1. La culture locale, qui ignore la maladie chronique, et pour cela le patient ne perçoit pas la nécessité de se soigner: même si le médecin arrive à lui expliquer le besoin du traitement avec collyre (à l'occasion lui offrant un échantillon gratuit), le patient acceptera rarement de continuer le traitement à ses frais pour une longue période de temps. N'oublions pas q'un flacon de Timolol Malléate coûte à peu près 5 Euros et q'un flacon de Xalatan ou Travatan a le coût des revenus mensuelles d'un paysan. C'est bien à cause de cela qu'il ne reste que l'option chirurgicale.
2. Les Ophthalmologistes locaux, qui ont bien reçu une formation appropriée au niveau du cours de spécialité (pour accéder à l'examen final de spécialité, le portfolio du cours de diplôme en ophtalmologie exige un nombre minimum de vingt opérations de trabeculectomie effectuées comme premier opérateur, parmi d'autres interventions) mais malheureusement n'opèrent ensuite pas le glaucome, même si les autres pathologies sont opérées de routine.
3. La clinique du glaucome qui est appauvrie localement par le manque de périmètres modernes. La tonométrie à aplanation n'est pas effectuée de routine sur les patients d'âge supérieure à 40 ans, les tonomètres *no contact* ne sont pas disponibles et même le Schiötz est très peu utilisé. Le seul examen effectué avec une certaine attention est celui de la papille optique et de son degré d'excavation.
4. Si le patient ne fait pas trop d'attention à la thérapie, le médecin, à son tour, n'insiste pas plus lui-même en proposant la chirurgie: en effet, l'intervention n'offre pas de résultats éclatants sur le plan de l'amélioration de la qualité de la vue. Différemment de la cataracte, le patient opéré de glaucome ne verra pas mieux après l'opération. L'ophtalmologiste lui-même, qui pratique rarement la chirurgie du glaucome et n'a pas beaucoup d'assurance, ne va pas trop insister sur cette option et préférera prescrire un collyre, bien en sachant ce qui va se passer par la suite: le patient va finir par perdre le premier œil et va se présenter à nouveau en consultation quand le deuxième œil, à son tour, sera gravement compromis. À ce moment là le médecin va dire que, malheureusement, il est trop tard pour opérer l'oeil unique et il va prescrire un nouveau flacon de collyre.

Ces déprimantes considérations ne sont pas seulement le fruit d'une malchanceuse expérience personnelle: au contraire, c'est ce qui arrive en brousse à ce jour presque partout. J'ai lu, pendant des années, des rapports statistiques d'une trentaine de services d'ophtalmologie de l'Afrique de l'Ouest où la chirurgie du glaucome n'était même pas mentionnée.

LA STRATÉGIE DE LA PRISE EN CHARGE DU GLAUCOME EN BROUSSE

On pourrait se poser la question si la stratégie du *Cataract Case Finding*, publiée dans un article précédent (2) sur OFTALMOLOGIA DOMANI, ne serait-elle pas applicable aussi aux exigences du *Glaucome Case Finding* (GCF). Probablement si, à condition de donner la formation appropriée aux volontaires du triage de masse et un tonometre aux TSO chargées du contrôle des cas suspects. Un projet de ce genre pourrait, raisonnablement, avoir comme but la baisse du rapport cataracte opérable/glaucome traitable (médico- ou chirurgicalement) dans l'hôpital, de 10:1 (qui est la règle) à 10:3; c'est-à-dire, multiplier par trois le nombre de cas de glaucome découverts dans les zones où le *backlog* est élevé, soit presque partout.

Mais, même si une nouvelle stratégie GCF s'avérait efficace, il ne servirait pas grand chose de référer des patients glaucomateux à un service d'ophtalmologie d'un hôpital de district ou régional où l'ophtalmologiste en charge ne possède pas toutes les connaissances théoriques et pratiques nécessaires, les instruments et surtout, la conviction et la volonté d'affronter sérieusement le problème.

A l'état actuel l'initiative la plus facilement réalisable à court terme est la mise en œuvre d'un programme de formation continue à l'adresse des ophtalmologistes de services d'ophtalmologie en brousse. Le succès d'un tel programme, selon ma personnelle expérience (LFTW en RDC, 2009-2010), peut amener le rapport cataracte/glaucome des *walk-in patients* au minimum requis d'un cas de glaucome opérable chaque dix cas de cataracte opérable, c'est-à-dire : 100 interventions de glaucome chaque 1.000 opérations de cataracte. Pour obtenir ce résultat, deux missions de trois semaines chacune sont nécessaires. La deuxième mission aura lieu trois mois après la première. Les missions seront suffisantes à transmettre au personnel médical et paramédical local l'indispensable formation medico-chirurgicale de la prise en charge du glaucome. Les ONG et l'autorité sanitaire locale qui financent le projet devront s'engager à fournir au service les instruments nécessaires. On n'envisage pas de coûts de gestion du projet, car l'augmentation des consultations et de la chirurgie du glaucome aideront davantage l'autonomie financière du service.

LA CHIRURGIE

Comme on vient d'écrire, la chirurgie est la première option. Difficilement le *follow-up* sera possible car le patient, généralement, arrive de loin et il faudra faire tout ce qui est possible pour qu'il soit opéré tout de suite car, presque certainement, il ne reviendra pas. Mais il ne faut pas l'opérer si lui-même, autant que son accompagnateur, n'aura pas complètement compris le but de l'opération: il ne s'agit pas d'obtenir une meilleure vision, mais d'empêcher que le deuxième œil ne devienne aveugle lui aussi, comme il est en train d'arriver (ou il est déjà arrivé) au premier œil. Une telle condition est fréquente et, d'ailleurs, elle est la raison qui pousse le patient à la consultation. Surtout il doit être bien clair que son cas est bien différent de celui du patient du lit à côté, qui va être opéré de cataracte. Si le médecin s'exprime avec autorité, le patient acceptera l'opération; sinon il va la refuser.

Un deuxième point à discuter avec le patient est la durée de l'hospitalisation qui sera de trois jours, différemment de celle d'un jour pour le cas de cataracte. Si l'œil le plus atteint par la maladie garde encore un résidu de champ visuel qui justifie l'opération, une deuxième opération à l'œil moins atteint, trois jours après la première, peut être proposée. Dans ce cas l'hospitalisation sera de six jours. La raison de ce choix thérapeutique est que si l'on opère un seul œil, le patient ne reviendra pas pour une deuxième opération. Mais si, par contre, le patient accepte la double opération, il va presque certainement se poser le problème de la durée de l'hospitalisation et du coût total: n'ayant pas programmé un voyage si long, son argent ne lui suffira pas. Ceci peut être résolu en partie en offrant au patient les deux opérations au prix d'une (si l'Institution prévoit ce genre d'accord), sinon on va opérer l'œil qui a le meilleur pronostic.

L'intervention d'élection est la trabeculectomie. Si l'opération est effectuée correctement elle garantira la normalisation de la tension intraoculaire pour longtemps. La technique chirurgicale utilisée doit prévenir, entre autres, les deux complications majeures suivantes :

- L'excès de cicatrisation qui entraînera, par la suite, le blocage de la filtration.
- L'excès de filtration avec C.A. très basse déjà le lendemain de l'opération.

La première complication sera évitée en effectuant une tenonectomie soigneuse. Il vaut mieux préparer un lambeau conjonctival à base limbaire, qui facilite l'asportation de la couche de tenon adhérent à la conjonctive. A la fin de l'intervention on doit voir clairement, par transparence à

travers de la conjonctive, le lambeau scléral et la/les suture/sutures (fréquemment le lambeau a une forme triangulaire avec une seule suture à l'extrémité distale).

En ce qui concerne l'excès de filtration, on l'évitera avec une bonne suture du lambeau scléral. Dans ce cas, le lendemain, la C. A. sera parfaitement formée mais la tension intraoculaire sera encore supérieure aux valeurs optimaux. Pour rétablir le drainage de l'humeur acquex et son passage à l'espace sous-conjonctival, et amener la tension intraoculaire à la valeur désirée, il faut exercer une pression, du bas au haut, sur le bulbe oculaire en appuyant un doigt au niveau du fornix inférieur. La pression du doigt sera augmentée progressivement jusqu'à quand l'humeur acquex apparaîtra. Cette manoeuvre, qui doit être faite en première journée, sera suffisante à assurer la filtration en futur.

Il faut aussi tenir compte qu'en Afrique il est très difficile de trouver les indispensables sutures en Vycril 10-0.

CONCLUSIONS

La campagne internationale '*VISION 2020 : The Right To Sight*' a sensiblement contribué à la prévention de la cécité due à la cataracte, trachome et onchocercose, trois des grandes maladies potentiellement cécitantes, dans les pays à bas et moyen revenu. On peut raisonnablement supposer que, en ce qui concerne ces trois majeures causes de cécité, l'objectif de la campagne sera atteint en 2020. À présent, malheureusement, cela ne semble être encore le cas pour la cécité due au glaucome non traité. Si l'on observe ce que les ONGs et les organisations internationales ont conclu dans les premiers 17 ans de la campagne dans la lutte contre la cécité due au glaucome, il est difficile d'imaginer que le problème du glaucome puisse être résolu dans les sept ans qui restent sans un changement de stratégie. Dans la pire des hypothèses, le succès de la campagne sera partiel et le glaucome deviendra la première cause de cécité prévenable du monde. Cet article suggère une des stratégies qui pourraient, au court – moyen terme, faire progresser la campagne plus rapidement dans la juste direction. Très probablement, d'autres opérateurs de la santé oculaire pourraient proposer à leur tour d'autres stratégies, si on les interviewait. Vu la vasteté du Continent, il est bien possible qu'il existe des solutions différentes selon les différentes réalités locales. S'il est vrai que, la plupart du temps, dans les pays à bas – moyen revenu, les ophtalmologistes ne sont pas les meilleurs managers d'unités d'ophtalmologie, il est vrai aussi que les managers des unités d'ophtalmologie, à leur tour, ne sont pas de bons ophtalmologistes. Avec cette blague je veux souligner l'importance et la nécessité d'un contact permanent entre le sommet et la base des projets de prévention de la cécité, car ce n'est qu'en écoutant et en donnant la parole aux exigences de la base, c'est-à-dire, des médecins engagés en «première ligne», que les sommets pourront prendre les décisions correctes.

PHOTOS

1. Dr Rama Balde, Guinée
2. Group de patients opérés de cataracte par le Dr. R. Balde, Guinée
3. Première promotion du Cours DESSO du WACS (2005). De la gauche: Dr. Alseny Soumah, Dr. Rama Balde, Dr. Paolo Angeletti, Prof. Amara Cisse Ministre de la Santé de la Guinée, Dr. Sovogui Balla et Dr. Fremba Camara

BIBLIOGRAPHIE

1. P. Angeletti, P. Riva-Ophthalmic services in Gaza Strip: a brief situation analysis in the frame of blindness prevention. *La Medicina Tropicale nella Cooperazione allo Sviluppo*, Vol.9, 2-3 : 115-118
2. P. Angeletti, M. Angeletti-Cataract Case Finding: *Oftalmologia Domani*, Anno II, 2 : 31-33