

LA LETTRE D'AFRICA LUZ

15 SOLIDARITÉ OPHTALMOLOGIQUE INTERNATIONALE • MARS-AVRIL 2010

Editorial p.2

**Gardons cette
capacité à s'émouvoir
et à s'indigner !**



Le mot du Président p.4

**Des missions
possibles grâce à vous**



Zoom sur... p. 6

**Les parasitoses
oculaires africaines**

Par le Prof. J.L. Arné

Sur le terrain p. 10



"La Lettre d'Africa Luz"

53, rue Gambetta - 64500 Saint-Jean-de-Luz
Tél. / Fax : 05 59 24 06 14

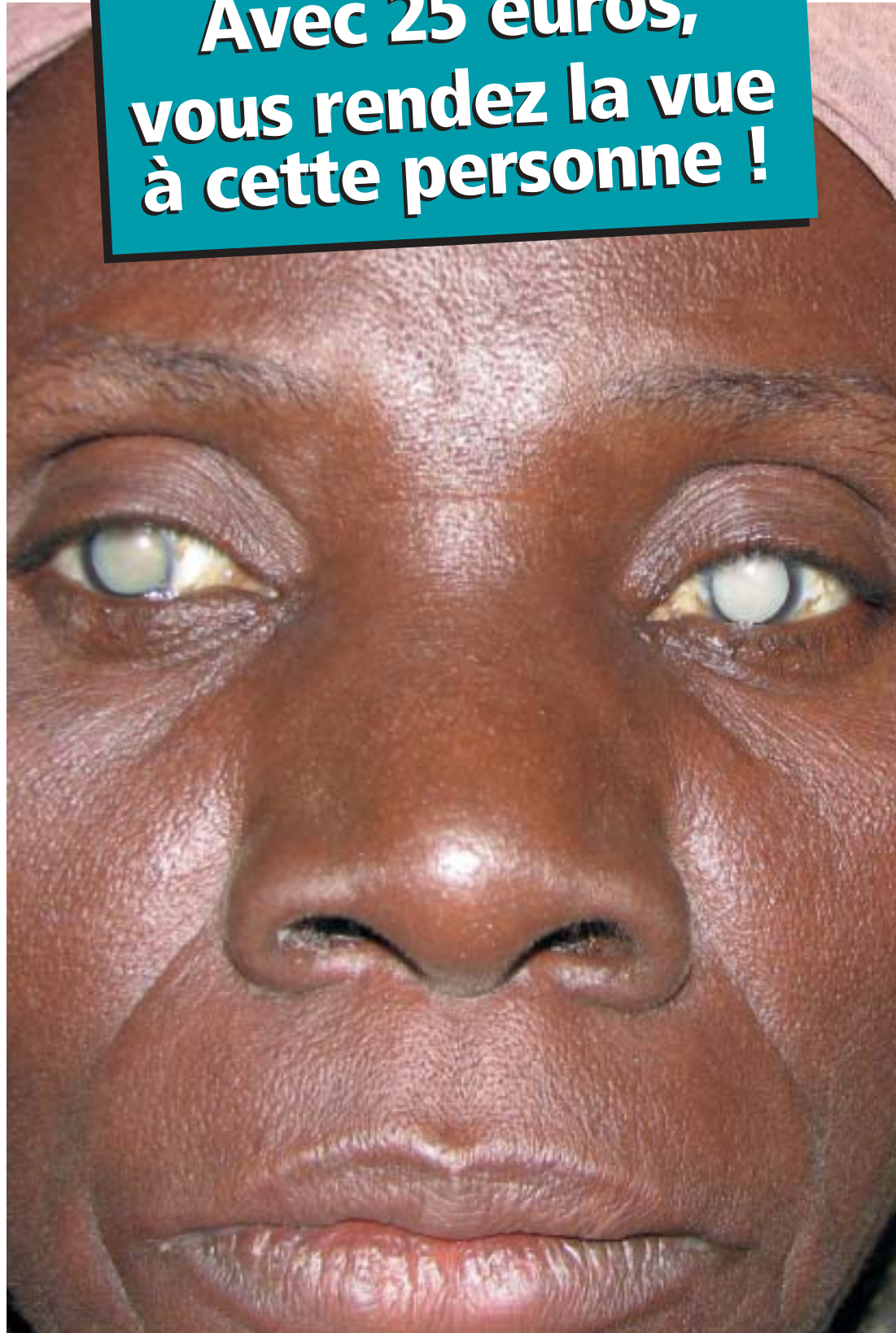
Directeur de la publication :
Le Président Fondateur.

Rédaction : Le Président Fondateur,
Dr. Vincent Philippot, Pantxika Hernandorena.

Photos : D.R. **Conception :** Espace Sentein

Impression : DDBZ / Saint-Jean-de-Luz

**Avec 25 euros,
vous rendez la vue
à cette personne !**



■ **L'appui des professionnels est vital** pour nous aider à mettre en œuvre des missions efficaces ! Qu'ils pensent à nous lorsque ils modifient leurs dotations en matériel et, pourquoi pas, ils peuvent même nous offrir une semaine de leur temps pour nous accompagner là-bas, leur présence sera un témoignage fort !

Nous savons bien que les excuses sont légion, que les sollicitations des organisations caritatives sont multiples, et que, malheureusement pour nous, nous n'avons pas les moyens de développer une communication efficace. La contrepartie de notre absence de la scène médiatique est que chaque euro donné est investi dans l'action, et que la rationalisation de nos approvisionnements, comme plus généralement de nos missions, nous a permis, cette année, d'optimiser grandement notre efficacité.

■ **A ce titre, nous rendons hommage aux partenaires industriels** qui ont intégralement financé cet exemplaire de « La Lettre d'Africa Luz ». Nos lecteurs fidèles depuis des années, eux non plus, ne s'y trompent pas, et ont continué à nous soutenir avec une constance qui ravive notre motivation. Nous les remercions du fond du cœur de nous

[Flash Back !] 06 déc. 2009 : Concert au profit d'Africa Luz

Nous remercions très chaleureusement **le Lion's Club Féminin de Palavas** et tout particulièrement sa Présidente Mme **Anne Terrible**.

Non seulement la qualité du programme donné par **le chœur ARIOSO de Baillargues** était sans reproche, mais encore le concert était donné au profit d'Africa Luz. Un chèque de 3 000 € a été remis à l'ONG à la fin du concert. Nous sommes très touchés par cet élan de générosité et par tout le travail que cela a représenté...



Mme A. Terrible et le Docteur V. Philippot.

permettre de continuer à exister et à redonner chaque année à plus d'Africains cette lumière dont nous avons tous besoin...

Qu'elle puisse aussi les éclairer sur leur chemin ! ●

Dr. Jean-Louis Douenne
Président Fondateur



Un lendemain d'opération.



Nos missions sont possibles grâce à vous

Chers amis, l'année 2009 s'est achevée et nous sommes heureux de vous faire partager le bilan de nos activités au Burkina Faso...

■ **Quatre missions chirurgicales** se sont déroulées l'an passé, la cinquième ayant été annulée au dernier moment suite à un accident de circulation d'un de nos chirurgiens.

Le bilan chirurgical est très positif avec plus de 500 malades opérés de cataracte. Nos missions ont eu lieu par deux fois à Banfora et deux autres fois à Dédougou.

Le fonctionnement de ces missions s'améliore avec une coopération totale des équipes d'infirmiers sur place et une collaboration parfaite des Directeurs d'hôpitaux.

Il est à noter que nous intervenons uniquement dans des sites dépourvus d'ophtalmologiste et que nous n'opérons que des cataractes totales blanches.

■ **Il est inutile de vous rappeler l'importance** de ces missions chirurgicales sans lesquelles de nombreux patients ne récupéreraient jamais la vue, faute de moyens ou tout simplement faute de chirurgiens.

Seuls 4 centres ophtalmologiques permettent la chirurgie de la cataracte au Burkina Faso : Ouagadougou la capitale, Bobo-Dioulasso au sud, Ouahigouya au nord et Nouna à l'ouest. Quelques rares missions ont lieu par ailleurs à Dori, à Koudougou et à Fada N'Gourma. Au total, le besoin est énorme et, bien sou-



Les Docteurs Descour et Lombard et l'équipe de Dédougou.

vent, les tarifs pratiqués ne sont bien sûr pas à la portée des patients...

■ **Il est également inutile de vous rappeler** que nous pratiquons une chirurgie du type extra-capsulaire avec implant de chambre postérieure. Nous offrons une chirurgie pratiquée dans des conditions d'asepsie les plus strictes possibles avec un suivi post-opératoire assez rigoureux.

Tous les chirurgiens bénévoles sont rompus à ce type de chirurgie et les résultats fonctionnels sont dans l'ensemble très satisfaisants. Le pourcentage de complication est faible, compte tenu des conditions opératoires et de l'observance plus ou moins rigoureuse des traitements post-opératoires.

■ **Par contre, il est important de vous rappeler** que ces missions n'ont d'existence que grâce à vous, grâce à vos dons généreux, grâce aux chirurgiens qui acceptent de donner dix ou quinze jours par an pour soigner les plus pauvres et ce de manière bénévole. Cette chirurgie « de brousse » est sans cesse améliorée par le matériel que vous donnez gracieusement à notre ONG : lampe à fente, microscope, table de chirurgie, boîtes d'instruments, matériels d'occasion toujours plus utiles dans nos blocs africains que sous des housses et non utilisés en France.

■ **Notre revue « Africa Luz »** distribuée à tous les ophtalmologistes nous a permis de sentir un élan de générosité rassurant. Vous n'avez pas été insensibles à notre appel et la somme - modique - nécessaire à notre soutien ne vous a pas effrayés ! L'unique but de notre revue est de vous informer de notre action, de solliciter des chirurgiens

OC SANTÉ

soutient AFRICA LUZ dans ses actions au Burkina Faso.



L'hôpital de Dédougou.

bénévoles et de vous faire partager notre enthousiasme !

Suite à la demande de certains d'entre-vous, nous vous ferons désormais parvenir une attestation de soutien à notre ONG que vous pourrez mettre sous verre dans votre bureau ou votre salle d'attente.

■ **Nous ne remercierons jamais assez** tous les laboratoires qui nous aident dans notre démarche médiatique et sans lesquels notre diffusion ne serait pas aussi large. Nous sommes également très sensibles à l'aide importante

de certaines cliniques, quelle qu'en soit la forme, matérielle ou financière.

■ **Notre programme de missions pour l'année 2010** est déjà sur pied. Nous mettons en œuvre de nouveaux sites chirurgicaux dans des régions très démunies sur le plan ophtal-

mologique et de nouveaux chirurgiens viennent nous aider dans ce programme. Nous sommes certains que l'élan d'enthousiasme de 2009 va se renouveler et que vous serez encore plus nombreux à nous répondre. N'oublions pas que 25 euros nous suffisent pour rendre la vue à une personne aveugle.

■ **L'accueil que vous ferez à notre revue « Africa Luz »** et la réponse positive au bulletin de soutien nous permettront d'étendre notre activité au Burkina Faso, de moderniser notre équipement et de rendre la vue au plus grand nombre possible de patients.

Merci à tous pour votre générosité et vos encouragements ! ●

Dr. Vincent Philippot
Président d'Africa Luz



Les parasitoses oculaires africaines

PAR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS ARNÉ

Les parasitoses oculaires représentent une cause majeure de cécité en Afrique subsaharienne. De nouvelles stratégies de prise en charge de ces affections se sont développées dans les dernières décennies notamment vis-à-vis de l'Onchocercose.

Il est impossible en quelques lignes d'être exhaustif et nous nous restreindrons aux parasitoses auxquelles l'ophtalmologiste exerçant dans ces régions sera le plus souvent confronté : les Filarioses et, en particulier, l'Onchocercose et la Cysticercose.

Les filarioses

Les filarioses cutanées peuvent toutes être responsables de manifestations oculaires.

La **Dracunculose**, synonyme de filaire de Médine, a essentiellement un tropisme pour les membres inférieurs et les atteintes oculaires ne se rencontrent que dans environ 10 % des cas. Elle se rencontre en Afrique et en Asie. Le vecteur est un crustacé de 2 à 3 mm de long, le **cyclops**, qui avale les microfilaries pondues par les parasites femelles ; à l'intérieur de cet hôte intermédiaire, elle se transforme en larve infestante. L'homme se contamine en buvant de l'eau contenant des cyclops infestés et ce n'est qu'un an après l'infestation que les femelles fécondées vont apparaître à la peau.

La maladie touche l'Afrique excepté le nord et le sud et certains pays d'Asie.

L'atteinte oculaire concerne la paupière que la femelle adulte peut atteindre. Sa présence se manifeste par un prurit, de l'érythème, de l'œdème. Il arrive que le trajet du ver soit visible sous la peau.

L'atteinte conjonctivale est beaucoup plus rare. Le traitement consiste dans l'extirpation du ver et la chimiothérapie (Metromidazol = Flagyl®).

■ Dans la **Loase**, l'atteinte oculaire est, par contre, prédominante. La répartition géographique est limitée à la forêt

tropicale et aux forêts marécageuses d'Afrique occidentale et plus particulièrement au Cameroun, au Nigeria, au Congo, à l'Angola, au Zaïre et au Gabon.

La **filaire Loa-Loa** est un parasite spécifiquement humain. C'est un ver rond



dont le mâle mesure environ 3,5 cm de long et la femelle 5 à 7 cm de long. Ces filaires peuvent vivre dans le tissu cellulaire sous-cutané pendant une période allant jusqu'à 30 ans ! Elles sont en perpétuel déplacement et peuvent migrer, notamment sous la conjonctive. La femelle libère dans l'espace sous-dermique des microfilaries d'environ 300 microns et qui présentent une périodicité diurne, c'est-à-dire que leur densité dans le sang périphérique atteint son maximum vers midi. Ceci correspond à la période d'activité du vecteur, le **chrysops**. C'est une grosse mouche qui s'infeste en piquant le malade. Les microfilaries se transforment en larves en 10 à 12 jours et atteignent le derme de l'individu piqué pour se transformer en un ver adulte en 3 à 6 mois.

■ La manifestation clinique la plus caractéristique est l'**œdème fugace localisé**, encore appelé **œdème de**

Calabar, siégeant au niveau des mains, des poignets, du thorax et de la face, dur et élastique, ne prenant pas le godet.

Sur le plan oculaire, la Loa-Loa circule sous la conjonctive bulbaire la plupart du temps, où elle est facilement visible par transparence. Son apparition est précédée de picotements, prurit, photophobie, larmoiement et s'accompagne d'une hyperémie conjonctivale. La présence de la filaire sous la conjonctive ne dure que quelques minutes.

On peut parfois retrouver la filaire sous la peau des paupières ; elle peut cheminer d'un œil à l'autre en passant sous la peau de la racine du nez.

La filaire peut aussi pénétrer à l'intérieur du globe oculaire et provoquer une segmentite antérieure, des thromboses vasculaires et des hémorragies rétinienes.

■ Pour le **diagnostic**, si on n'a pas retrouvé la filaire adulte, on s'attachera à l'identification des microfilaries dans le sang sur des prélèvements effectués de préférence entre 10h et 15h.

Sur le plan thérapeutique, il sera parfois possible d'apercevoir une filaire sous la conjonctive ou sous la peau et il faudra alors immédiatement l'immobiliser en injectant à proximité un anesthésique local. Il est préférable d'ailleurs de saisir auparavant le parasite avec une pince après instillation d'un collyre anesthésique. Une fois le ver immobilisé, on pratiquera une petite incision le long du

corps du ver et on le saisira avec une pince sans griffe pour l'extraire sans difficulté. Il faudra administrer un traitement spécifique : **la diethyl-carbamazine (Notezine)**, à la fois microfilaricide et macrofilaricide. Ce traitement nécessite des précautions tout à fait particulières d'administration.

■ Parmi les autres filaires, **les filarioses lymphatiques**, notamment **la Wucheriose (filare de Bancroft)** sont beaucoup plus rarement en cause.

■ **L'onchocercose** ou "**cécité des rivières**" est la première cause de cécité dans les zones infestées et la deuxième cause de cécité d'origine infectieuse dans le monde.

L'infection sévit essentiellement dans les zones tropicales africaines subsaharienne et au Yémen. Elle est responsable d'environ 300 000 cas de cécité en Afrique subsaharienne et le nombre de personnes exposées est estimé à 7 millions. Le parasite responsable est un filaire : **Onchocerca Volvulus**, ver



Onchocerca Volvulus.

blanc opalin finement strié. Le mâle ne mesure que 3 cm de long tandis que la femelle atteint 50 à 70 cm pour un diamètre de 0,3 à 0,4 mm.

Le cycle parasitaire fait intervenir deux hôtes : l'homme, hôte définitif dans lequel le parasite pourra vivre jusqu'à 14 ans, et un insecte, **la simulie**, hôte intermédiaire et vecteur. La simulie est un petit ver noir et bossu dont seule la femelle est hématophage. Elle ne se reproduit que dans l'eau d'où l'appellation de cécité des rivières ; sa piqûre est très douloureuse.

■ La **transmission de la parasitose** fait intervenir la présence d'un homme

malade préalablement infecté par des femelles de simulies hématophages infestantes et d'un homme sain. La femelle du vecteur pique l'homme malade aux parties découvertes généralement pendant la journée. Cette piqûre provoque une microhémorragie dans laquelle vont faire irruption les microfilaires présentes dans le derme de l'homme infesté. La simulie aspire sang et microfilaires et - souvent après un deuxième voire un troisième repas sanguin - les microfilaires vont subir des mues et aboutir à une forme infestante. On va alors les retrouver dans la salive de l'insecte. Lorsque celui-ci piquera l'homme sain, les larves migreront vers le tissu sous-cutané où elles formeront des nodules et deviennent matures sous forme de vers adultes au bout de 6 à 12 mois. Les mâles et femelles adultes en s'accouplant produisent entre 1 000 et 3 000 œufs par jour.

■ **L'atteinte cutanée** est caractérisée par une gale filarienne très prurigineuse sur laquelle le grattage entraîne des remaniements cutanés connus sous le nom de "peau de serpent", "peau de caïman" ou "peau d'éléphant".

Une atteinte sous-cutanée peut se produire : ce sont les **onchocercomes**, kystes qui se forment au-dessus des plans durs osseux.

■ **L'atteinte oculaire** est caractérisée par un syndrome fonctionnel comprenant une héméralopie, une baisse de l'acuité visuelle et un rétrécissement concentrique du champ visuel. Certains patients perçoivent les microfilaires présentes dans la chambre antérieure comme de petits serpents noirs se tortillant...

L'atteinte du segment antérieur se caractérise par une hyperémie conjonctivale et surtout une atteinte cornéenne ; celle-ci peut être liée à la présence directe du parasite dans la cornée : kératite numulaire ou nodulaire prenant l'aspect d'une kératite ponctuée superficielle qui peut guérir sous l'influence du traitement ou kératite linéaire beaucoup plus rare mais l'aspect le plus typique est celui de la kératite sclérosante, manifes-

tation sans doute immunitaire ; elle débute par un bourrelet limbique d'abord strictement limité à l'aire d'ouverture de la fente palpébrale, puis l'envahissement cornéen progresse aboutissant à la kératite semi-lunaire qui occupe la cornée inférieure juxta-limbique sous forme d'une surface cornéenne irrégulière et souvent vascularisée.

A un stade ultérieur, c'est l'ensemble de la cornée qui va être atteinte même s'il persiste toujours une petite zone intacte à la partie supérieure de la cornée.

Cette atteinte cornéenne s'accompagne souvent d'une segmentite antérieure liée souvent à la présence de microfilaires dans l'humeur aqueuse responsable d'une iridocyclite.

L'atteinte du segment postérieur touche avant tout la chorioretine associant à divers degrés des troubles de la pigmentation, une sclérose des vaisseaux choroïdiens, des modifications vasculaires surtout artériolaires, des nodules dysoriques, des tâches blanches ; l'association de ces signes a fait décrire la chorioretinopathie pommelée, la chorioreti-



Choroidite en boue séchée.

nopathie de type tigröide ou la **chorioretinopathie en boue séchée** de Ridley. L'atteinte du nerf optique peut réaliser la papillite onchocercuquienne ou une atrophie optique.

■ **Sur le plan thérapeutique**, le profil de la maladie a été considérablement modifié par **l'arrivée de l'ivermectine**. Les personnes infectées peuvent être traitées par une prise annuelle à la dose de 150 mg/kg.

Suite page 8

La molécule paralyse les microfilaires et empêche le ver adulte de se reproduire. Depuis 1988, l'ivermectine est fournie gratuitement par les Laboratoires Merck and Co et différents programmes [Onchocerciasis Control Program, OCT, et Programme Africain pour le Contrôle de l'Onchocercose, APOC] ont cherché à régler le problème de l'approvisionnement communautaire en Ivermectine pour ceux qui sont infectés. Ils ont en outre développé l'usage de pulvérisations de larvicide sur les fleuves de façon à contrôler les populations de mouches noires.

La cysticercose

Cette affection, connue depuis Aristophane (450 ans av. J.C.), est une parasitose très répandue en Afrique, en Amérique du Sud, en Inde, en Europe Orientale et en Indonésie. Elle est due à un parasite à **Plathelminthes (ver plat)** et l'homme se contamine en ingérant des aliments souillés contenant des embryophores émis par les anneaux du ténia. Chez l'homme, ceux-ci vont se

transformer dans l'organisme en larve de cysticerques d'environ 1,5 cm sur 0,5 cm et vont se localiser dans les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané et l'œil.

L'atteinte oculaire se rencontre dans 46 % des cas ; elle est le plus souvent unilatérale.

■ **Au niveau de la conjonctive**, il peut s'agir d'un kyste translucide entouré de tissus inflammatoires sur lequel on peut observer au biomicroscope un point blanc qui est la tête du parasite. On peut aussi voir un abcès sous-conjonctival suppuré par surinfection du kyste.

Au niveau de la chambre antérieure, le cysticerque doué de mouvements peut se voir à l'état libre dans l'humeur aqueuse. Il peut être responsable d'iritis et d'opacification du cristallin.

La localisation vitrénne est la plus fréquente ; l'envahissement progressif du vitré se traduit par une baisse progressive et lente de l'acuité visuelle mais parfois le kyste se trouvant dans la macula, le patient perçoit les mouvements péristaltiques de la larve. Celle-ci flotte dans le vitré, elle se trouve le plus souvent devant le pôle postérieur mais elle est

parfois périphérique. Elle s'accompagne généralement d'une hyalite qui peut empêcher tout examen du fond d'œil.

■ **Au niveau de la rétine**, le cysticerque se présente comme un kyste de couleur vert d'eau, de 1 à 5 mm de long, rond ou ovale, de contour net animé de mouvements péristaltiques. Cette localisation s'accompagne souvent d'hémorragies et d'un décollement rétinien inflammatoire de la rétine.

Le traitement est essentiellement chirurgical : au niveau de la conjonctive le kyste est extirpé en masse en évitant son ouverture et l'abcès est évacué.

Dans la chambre antérieure il peut être extrait soit par une cryode soit par ponction aspiration. Le kyste intravitréen sera éliminé par vitrectomie. Le kyste intrarétinien, lui, peut être détruit au laser ou circonscrit par photocoagulation.

■ **Les parasitoses sont en Afrique subsaharienne une cause fréquente d'atteinte oculaire et de cécité.**

Les campagnes de traitement de l'Onchocercose constituent un effort remarquable et couronné de succès. ●



L'injection par 1.8 Enfin Préchargé !

L'implant Micro AY 123 est maintenant préchargé dans une cartouche de micro-incision qui vient simplement se clipper sur l'injecteur 123 Premium. Le système est vite prêt et ne nécessite aucune manipulation de l'implant. L'injection par 1,8 mm devient confortable et reproductible.

PhysIOL®
www.physiol.eu

[Soutenez-
nous !]



Avec 25 euros, vous rendez la vue à cette personne !

Les dons aux associations sont en partie déductibles des impôts :

- ➔ **Pour les particuliers** : 60% des dons sont défiscalisables dans la limite de 20% des revenus, avec report des années antérieures.
- ➔ **Pour les entreprises** : les dons ouvrent droit à une réduction d'impôt égale à 60 % de leur montant, dans la limite de 5% du chiffre d'affaires (CGI, art. 238bis, Loi du 04/08/2008).



Africa Luz a besoin de vous !

En soutenant l'ONG Africa Luz, pour un montant minimum de 50 euros, vous recevrez ce magazine avec le résumé de nos missions, nos projets, et surtout, vous nous aiderez à poursuivre nos missions auprès des malvoyants au Burkina Faso. Merci de votre générosité !

Nom : Prénom : Adresse :

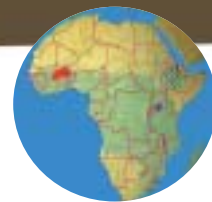
Code postal : Ville : Email :

OUI ! Je soutiens les actions d'Africa Luz et je fais un don de euros à l'ONG (règlement à l'ordre d'Africa Luz).

Je recevrai le magazine "La Lettre d'Africa Luz" ainsi que le suivi des actions d'Africa Luz.

A retourner à : **O.N.G. AFRICA LUZ - SOLIDARITÉ OPHTALMOLOGIQUE INTERNATIONALE**

Pantxika Hernandorena, Coordinatrice • 53, rue Gambetta • 64500 St-Jean-de-Luz • Email : africaluz@wanadoo.fr



Dédougou, Burkina Faso, fév. 2009

Depuis bien longtemps, Vincent Philippot me parlait de ses séjours en Afrique noire, où il opérait des cataractes bien plus avancées que celles rencontrées en France. Cette terre inconnue, au parfum d'aventure, me rappelait ma coopération dans le sud tunisien et l'intérêt de travailler dans un contexte totalement différent de la métropole. Il prit au mot mes velléités de partir avec lui et, 6 mois avant la mission au Burkina, me sollicita pour l'accompagner lui et la sympathique Pantxika, indispensable intervenante de toutes les missions.

■ **Et nous nous envolâmes pour le Burkina Faso fin février 2009...**

De Ouagadougou, nous passâmes par Bobodioulassou pour rejoindre Dédougou, grosse bourgade au nord

ouest de Ouagadougou.

Les onze jours passés là-bas m'ont laissé de forts souvenirs :

- voyage en 4x4 piloté par Sanou à travers cette savane arborée et cultivée, à l'habitat rural dispersé ;
- villages aux maisons en briques non cuites ;
- grenier en grand panier de fibre perché sur des troncs tordus pour échapper aux rongeurs et coiffé d'un immense chapeau, évoquant de loin un petit lutin obèse, au chapeau de guingois, tantôt clair tantôt sombre ;
- la circulation intense, les véhicules stationnés à même la route pour réparation ou halte, le vélo, ceux ou celles qui marchent avec des charges sur la tête, les troupeaux gardés par les enfants, la poussière, la chaleur de l'harmatan venant du désert ;

- les baobabs au tronc puissant hérissé de branches nues, les champs de coton, la savane ;

- l'hôpital local avec son équipement minimal en ophtalmologie ;

- le déballage de tout le matériel nécessaire apporté par Africa Luz, à sortir des cartons et à caser dans des locaux exigus, le montage du microscope et de la LAF ;

- l'équipe d'Iso (Fred, Fatin, Traoré, Sani, Idrissa, Estelle) qui essaie de faire face à nos demandes avec les moyens du bord ;

- les patients venus en nombre sachant que les médecins blancs sont là, parmi lesquels on sélectionne ceux à qui les soins sont les plus profitables : les cataractes quasi blanches, totales, souvent bilatérales donc cécitantes (sans nos soins, ils risquent de s'adresser



Zoma, le Docteur Esmenjaud et Estelle.

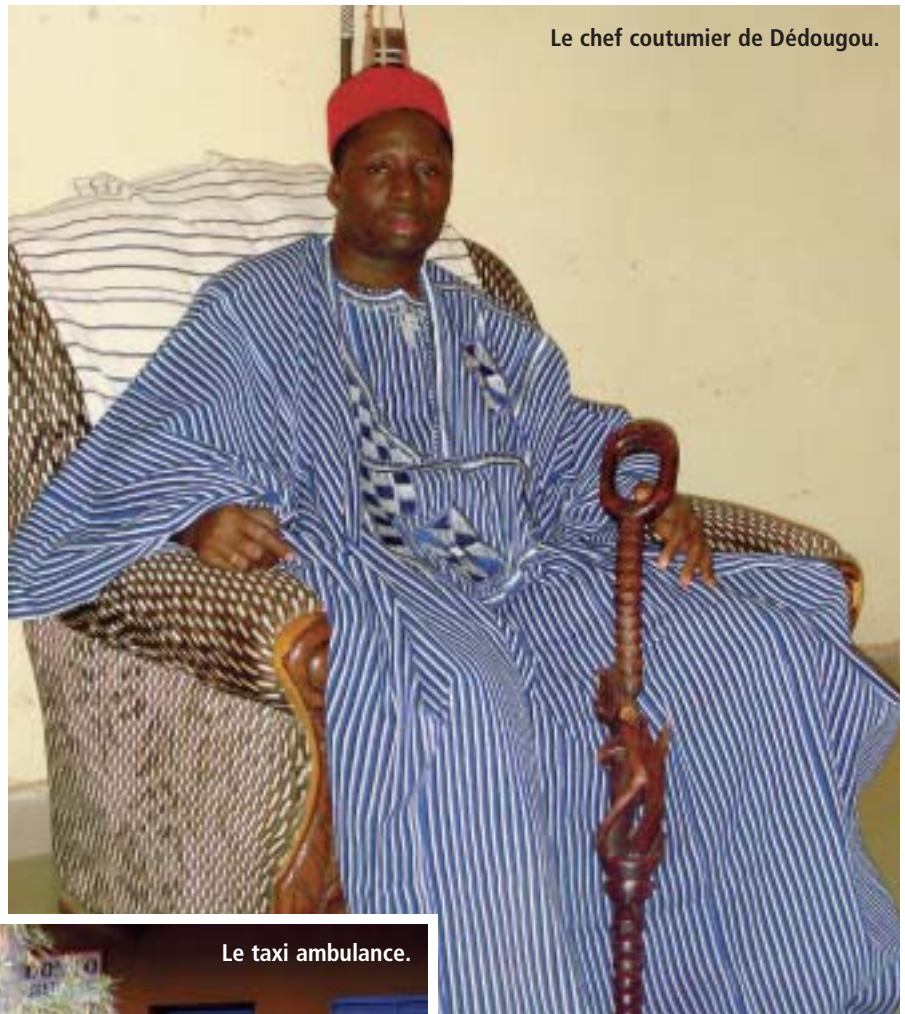


au tradipraticien qui pratique encore l'abaissement à l'aiguille (sidibé) avec, en général, des résultats catastrophiques et irrécupérables), mais aussi d'autres pathologies : glaucome, ptérygion trachome et ses séquelles parasitoses trauma.

■ **C'est une foule colorée, de tous âges** venue parfois de loin - les femmes avec souvent leur dernier-né somnolent ou attentif dans leur dos, les hommes toujours dignes, représentant de nombreuses ethnies - qui vient à notre rencontre.

La consultation est forcément rapide, assistée de l'infirmier pour retenir ou infirmer l'indication. Puis programmation au bloc, dans une petite pièce pleine de monde où l'on tente de retenir quelques mots, ani sogoma (bonjour) yélé flé, fle-riké dougouma, anitché...

A côté, c'est à la fois une salle d'attente, un endroit où s'effectuent les formalités administratives, l'examen du patient par les ISO.



Le chef coutumier de Dédougou.



Le taxi ambulance.

On se prend à rêver du confort dont on dispose en France..

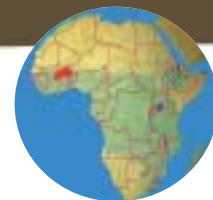
■ **Pour les interventions, là encore, décalage** avec la pratique habituelle ! Malgré les promesses, nous sommes dans un bloc minuscule, avec des conditions à faire convulser un hygiéniste, pas de topique mais des ALR. On retrouve

l'autorisation de la hyaluronidase et les remarquables anesthésies de Fatin. Pas de phaco mais des extra-classiques à la « Charleux », des blanches où l'on prend du bleu, une découpe en pointillé le plus souvent, des implants rigides, des sutures où il ne faut pas craindre de serrer les points, la Cefuroxime en fin d'intervention...

Et puis on s'y fait et le lendemain, on voit le sourire ravi de celui ou celle qui était quasi aveugle la veille.

■ **Alors... on va oublier la chaleur la fatigue**, les conditions précaires, le manque de moyens pour retenir le pilotage sans défaut de Vincent, la gentillesse et la disponibilité de Pantxika dans cette réalité africaine, la cordialité de l'accueil de leurs amis sur place, la visite chez l'Evêque où un vieux nous explique que sa cataracte a été récusée car pas assez « pourrie », la visite au chef du village en présence de son griot, le dîner chez Fatin, l'atmosphère des marchés, le vieux village de Bobo, le marché de Bobo, la mare au caïman, la brakina bien fraîche une fois la journée finie, et l'humanité des Burkinabés. Finalement, ce fut une expérience forte. Ah oui ! Penser à repartir... ●

Dr. Esmenjaud,
Chirurgien à Montpellier



Banfora, Burkina Faso, oct. 2009

Nouvelle mission au Burkina Faso pour moi, nouvelle destination : Banfora, dans le sud-ouest cette fois...

Je retrouve avec joie à Roissy les 2 ophtalmologistes participants, les docteurs Paulette Salvaing et Olivier d'Amalric. Notre dernière mission commune datait de 2006 à Gaya au Niger.

■ **L'arrivée à Ouagadougou** est toujours aussi surprenante : d'abord la chaleur, au sortir de l'avion plus de 30°C malgré l'heure tardive ! Puis cette senteur particulière d'Afrique, mélange de terre gorgée de soleil, de fragrances de fleurs, et de parfums de toutes sortes. Sanou, notre chauffeur, est là et son « Bonne arrivée ! » (comme le disent tous les africains) nous réchauffe le cœur. Après une nuit réparatrice, dès 7h du matin nous sommes prêts. La route est longue jusqu'à Banfora (environ 6

heures). Mais notre 4x4 - certes un peu fatigué - en a décidé autrement, et refuse de démarrer. Nous sommes donc contraints de louer une voiture... Les routes d'Afrique sont dures pour la mécanique !!

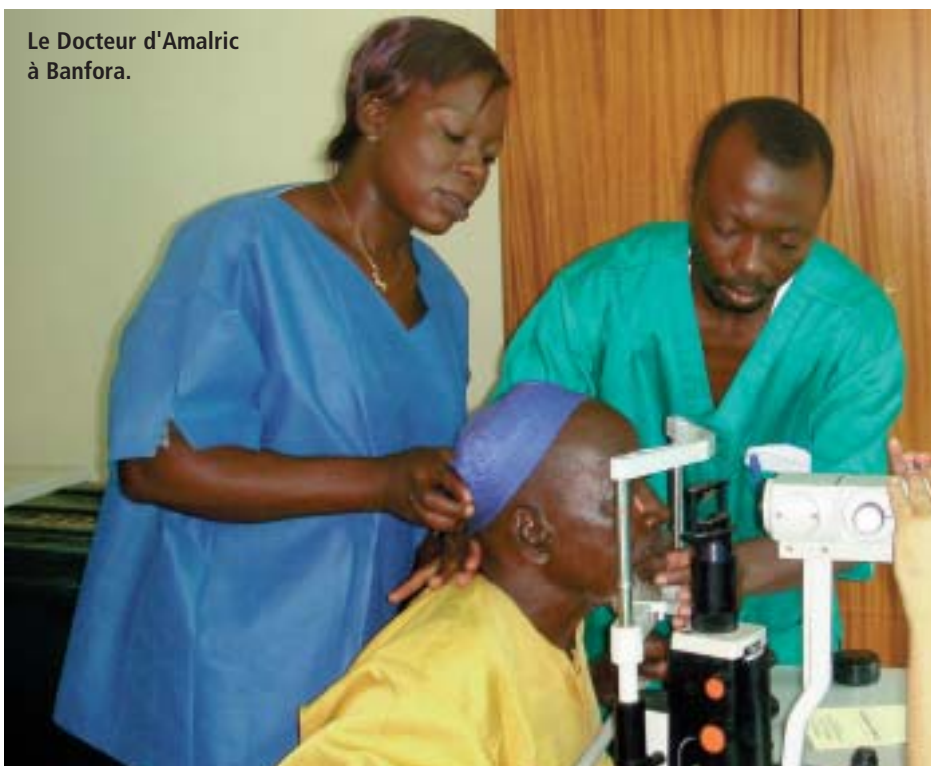
■ **La route est belle, les couleurs superbes**, la saison des pluies s'étire et le paysage burkinabé n'a jamais été aussi vert. L'accueil à l'hôpital est comme toujours très chaleureux. Denis l'anesthésiste et son sourire immuable, le major Sanou, les infirmiers... Les malades - en grand nombre déjà - campent devant l'entrée du service d'ophtalmologie. Les salles bien équipées et propres sont prêtes.

■ **Dès le lendemain, les interventions débutent** et l'afflux de patients ne tarira jamais durant ces 10 jours de mission, certains viendront même de

Côte d'Ivoire et d'autres du Mali. 115 interventions de cataractes seront réalisées, sans le moindre problème. Et c'est toujours avec la même émotion et le même émerveillement que le patient, jusqu'alors aveugle, découvrira le lendemain, avec un grand sourire, le visage de celui qui lui a rendu la lumière.

■ **Déjà, la mission est terminée.** Merci à Paulette et Olivier pour leur travail immense et leur gentillesse. Merci à tout le personnel compétent de l'hôpital de Banfora qui forma avec Africa Luz une équipe très soudée. A bientôt pour une nouvelle mission en 2010 ! ●

Pantxika



Le Docteur d'Amalric à Banfora.





Les Docteurs
Julie et Julien Coulet
à Banfora

Les médecins d'Africa Luz :

- Olivier d'Amalric
- Denis Berujeau
- Georges Birenbaum
- Pierre Bacquelin
- Bertrand Boussion
- Thierry Chapuis
- Julien Coulet
- Julie Coulet
- Candice Depeyre
- Fabienne Descour
- Jean-Louis Douenne
- Etienne Esmenjaud
- Cédric Glabecke
- Michel Houille
- Patrick Ligeon-Ligeonnet
- Marie-Claire Lombard
- Jean-Pierre Mollot
- Jean-Marc Perone
- Vincent Philippot
- Bénédicte Philippot
- Dominique Ribe
- Ghislaine Riffart
- Pierre Roose
- Paulette Salvaing
- Philippe Wespiser
- Sylvie Wespiser

TobraDex[®]
Collire en suspension
Dexaméthasone - Tobramycine

L'union crée la force

Alcon

SURFACE OCULAIRE
Ophtalmologique

TÉMOIGNAGE D'UN BURKINABÉ QUI A RETROUVÉ LA VUE...

Lettre au chirurgien blanc

“ **Q**uand je suis venu vous voir, je peux te dire que je n'en menais pas large. Les vieux du village m'avaient dit beaucoup de choses sur vous, les « toubabous ». Que vous faisiez des choses, des choses de blancs, et qui permettaient de mieux voir. Pourtant, le sorcier - le sidibé - avait encore insisté la veille pour m'enlever cette eau trop abondante dans mes yeux, en utilisant la grosse épine d'acacia. Mais quand il me l'a montrée, cette satanée épine, j'ai tout de suite été moins rassuré. On a beau être le petit-fils d'un grand guerrier Mossi, on a le droit aussi d'avoir peur, mais sans le montrer trop quand même...”

■ **Quand je t'ai vu, c'est d'abord la douceur** de ta voix qui m'a apaisé, même si ta langue m'était totalement inconnue. Je te devinais à peine. Une vue comme dans du coton venu des plaines

du Faso. Tu t'es penché sur moi avec de la lumière dans mes yeux et je crois que je t'ai vu sourire, satisfait. Moi, j'étais toujours un peu intimidé et stressé. Mais pour donner le change, j'avais mis mon plus beau boubou.

■ **Puis je me suis allongé.** Puis je me suis laissé faire. La piqûre dans l'œil, ce papier sur mon visage, cette lumière encore et toujours aveuglante au-dessus de moi. Je ne bougeais pas, bout de bois africain séché et immobile, attendant patiemment que tu finisses. Sans douleur dans cette pièce si froide pour un mois de mars au Burkina.

Peu après, je me suis relevé et je suis rentré à pied chez un cousin à la sortie de Banfora. Avec ce pansement sur mon œil qui me brûlait un peu, je voyais encore moins. Je t'avoue, j'ai alors pensé aux anciens, de ce qu'ils diraient de toi, de moi si je perdais mon œil.

■ **Et le lendemain est arrivé.** Te dire ce que j'ai ressenti lorsque tu m'as enlevé ce pansement, encore aujourd'hui, je ne pourrais pas te le dire. Je me souviens surtout de toi, de ton regard et de ton visage près de moi, de ta peau et de ton crâne si blancs. Après, ce fut aussi la redécouverte des couleurs des maniguiers en fleurs, de la latérite, du soleil rouge au-dessus des champs de canne, des boubous des femmes au village ...

■ **Tu as remis une dernière fois la lumière dans mon œil.** Je crois que c'est à ce moment que l'autre toubabou a pris la photo. Cette photo, je la regarde tous les jours. Je regarde ton crâne blanc près de ma peau noire. Ce monde qui nous sépare et ce moment qui nous relie.” ●

Dr. J. Coulet,
Chirurgien à Montpellier



“ Cette photo, je la regarde tous les jours...”

Africa Luz recrute

... pour des missions humanitaires,
chirurgicales et de formation

- des ophtalmologistes confirmés ;
- des anesthésistes ;
- des infirmières.

volontaires qui veulent proposer leur savoir-faire aux
spécialistes des pays hôtes et aux patients déshérités.
Les missions se déroulent tout au long de l'année, en

fonction de la disponibilité des praticiens et pour une
durée de 10 à 15 jours.

Envoyez vos candidatures à :

Africa Luz

Pantxika Hernandorena, coordinatrice

53, rue Gambetta - 64500 Saint-Jean-de-Luz

Tél. / Fax : 05 59 24 06 14

Email : africaluz@wanadoo.fr



Les Laboratoires **ALCON** et **CRISTALENS** ainsi que la société **MORIA**
soutiennent AFRICA LUZ dans ses actions au Burkina Faso.



Réduction de la pression intraoculaire élevée chez les patients atteints de glaucome à angle ouvert ou d'hypertonie intraoculaire



Xalatan®

latanoprost 0,005% collyre en solution

En 1^{re} intention
Une prise en charge efficace de la PIO



1^{er} et seul conditionnement 3 mois* dans le traitement du glaucome

* à la date du 15 avril 2009, publication au JO

DEMONINATION : XALATAN® 0,005 POUR CENT, collyre en solution.
COMPOSITION : Pour 100 ml,latanoprost : 0,005 g (environ 1,5 µg par goutte).
FORME PHARMACUTIQUE : Collyre en solution incolore et inodore.
DONNÉES CLINIQUES : **Indications thérapeutiques :** Réduction de la pression intraoculaire élevée chez les patients atteints de glaucome à angle ouvert ou d'hypertonie intraoculaire. **Pharmacologie et mode d'administration :** Peut être recommandée chez l'adulte (y compris le sujet âgé) : une goutte dans l'œil (les yeux atteints) une fois par jour. L'effet optimal est obtenu quand XALATAN est administré le soir. Ne pas dépasser 1 instillation par jour. Il a été montré qu'une fréquence d'administration supérieure diminue l'effet hypotenseur de XALATAN sur la pression intraoculaire. En cas d'oubli, poursuivre normalement le traitement par l'instillation suivante. Comme pour tout collyre, une pression du sac lacrymal pendant une minute est recommandée après chaque instillation. Les lentilles de contact doivent être retirées avant l'instillation du collyre et peuvent être remises 15 minutes après. En cas d'utilisation concomitante de plusieurs collyres, espacer leurs instillations d'au moins cinq minutes. **Effets :** utilisation non recommandée. **Contre-indications :** Hypersensibilité connue à l'un des constituants. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** XALATAN est susceptible de modifier progressivement la couleur des yeux, en augmentant la quantité de pigments bruns dans l'iris (cf. Effets indésirables). Avant l'instauration du traitement, les patients doivent être informés du risque de modification permanente de la couleur de l'œil. Le traitement d'un seul œil peut avoir pour conséquence une hétérochromie définitive. Ce changement de la couleur des yeux a surtout été observé chez des patients ayant l'iris de plusieurs couleurs, c'est-à-dire bleu-marron, gris-marron, jaune-marron ou vert-marron. Dans les essais cliniques avec le latanoprost, le délai de ce changement de couleur des yeux survenant en général dans les 8 premiers mois du traitement, revenait lors de la deuxième ou troisième année, et n'a pas été observé après la quatrième année de traitement. Le taux de progression de la pigmentation interne diminue avec le temps et est stable au bout de cinq ans. Les effets de l'augmentation pigmentaire au-delà de 5 ans n'ont pas été évalués. Dans un essai clinique en ouvert étudiant la tolérance du latanoprost sur cinq ans, 33% des patients ont développé une pigmentation de l'iris (cf. Effets indésirables). La modification de la couleur de l'iris est due à une augmentation de la teneur en mélanine des mélanocytes du stroma de l'iris; aucune augmentation ultérieure de la pigmentation brune de l'iris n'a été observée après l'arrêt du

traitement. Sur la base de 5 années d'expérience clinique, l'augmentation de la pigmentation interne n'a entraîné aucune séquelle réversible et XALATAN peut être poursuivi en cas de pigmentation interne. Cependant, les patients doivent être suivis régulièrement et si le contexte clinique l'impose, le traitement par XALATAN pourra être arrêté. L'expérience de XALATAN est limitée dans le glaucome chronique à angle fermé, dans le glaucome à angle ouvert des patients pseudophiques et dans le glaucome pigmentaire. Il n'y a pas d'expérience de XALATAN dans les glaucomes inflammatoires et néovasculaires, dans des conditions d'inflammation oculaire ou dans le glaucome congénital. Utiliser XALATAN avec précautions : dans les crises de glaucome aigu par fermeture de l'angle, pendant la période péri-opératoire d'une chirurgie de la cataracte, chez les patients aphakes, chez les patients pseudophiques présentant une rupture capsulaire postérieure ou porteurs d'implant en chambre antérieure, chez les patients ayant des facteurs de risque connus d'œdème maculaire cystoïde, chez les patients présentant des facteurs de risque connus d'uvéites et chez les patients asthmatiques. Le latanoprost peut progressivement modifier les cils et le duvet palpébral de l'œil traité et de ses contours. Ces changements incluent des cils ou un duvet plus longs, plus épais, plus foncés, en nombre plus important et une pousse mal orientée des cils. Les changements au niveau des cils sont réversibles à l'arrêt du traitement. **Interactions :** avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions : L'utilisation de deux ou plus de deux prostaglandines, analogues de prostaglandine, ou dérivés de prostaglandine n'est pas recommandée (pas d'évaluations paradoxales de la pression intraoculaire observées). **Grossesse et allaitement :** Grossesse : ne pas utiliser. Allaitement : ne pas utiliser ou interrompre l'allaitement. **Effets indésirables :** La majorité des effets indésirables se rapporte au système oculaire. Dans un essai clinique en ouvert étudiant la tolérance du latanoprost sur 5 ans, 33% des patients ont développé une augmentation de la pigmentation interne (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). D'autres effets indésirables oculaires sont généralement passagers et surviennent à l'administration de la dose. **Effets fréquents :** Augmentation de la pigmentation de l'iris, hyperémie conjonctivale légère à modérée, irritation oculaire (sensation de brûlure, grain de sable, éternuement, picotement et sensation de corps étranger), modification des cils et du duvet palpébral (augmentation de la longueur, de l'épaisseur, de la pigmentation et du nombre) (pas majoritairement recensés dans la population japonaise). **Effets rares :** Kératites ponctuées superficielles transitoires, le pus

souvent asymptomatique, blépharite, douleur oculaire. **Effets fréquents :** Œdème palpébral, sécheresse oculaire, larmée, vision trouble, conjonctivite, éruption cutanée. **Rares :** Inflammation (pas majoritairement rapportés chez des patients présentant des facteurs de risque prédisposant associés), œdème maculaire, kératite cornéenne et ulcérations cornéennes symptomatiques; œdème pré-iridien; cils mal orientés engendrant parfois une irritation oculaire, rangée supplémentaire de cils au niveau de l'ouverture des glandes de Meibomius (distichases); asthme, aggravation de l'asthme et deprimé. Réaction cutanée locale au niveau des paupières; coloration plus foncée des paupières. **Mises en garde :** aggravation de l'angine de poitrine chez des patients présentant une pathologie artérielle pré-existante; douleurs thoraciques. Après commercialisation, ont également été rapportés les cas suivants : céphalées, étourdissement, palpitations, nausée, arthralgie. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :** **Propriétés pharmacodynamiques :** Classe stromato-vasculaire. **ANALOGUES DE PROSTAGLANDINES.** Code ATC : S01EB01. **DONNÉES PHARMACOLOGIQUES :** **Indicatif :** collyre contenant du thioréonol. **Précautions particulières de conservation :** A conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C à l'abri de la lumière. Après ouverture, conserver à une température ne dépassant 25°C et à utiliser dans un délai de 4 semaines. **PRESENTATION ET NUMÉRO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** XALATAN 0,005 POUR CENT, collyre en solution, 2,5 ml en flacon compte-gouttes (FE), boîte de 1 : n° 343 840 6. XALATAN 0,005 POUR CENT, collyre en solution, 2,5 ml en flacon compte-gouttes (FE), boîte de 3 : n° 343 841 2. **PRX :** 17,57 € (boîte de 1), 49,79 € (boîte de 3). **CTU :** 0,69 € (boîte de 1), 0,59 € (boîte de 3). **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Remb. Sec. Soc. à 65%. **Collect. EXPLORANT :** PFIZER - 25-25, av. du Dr Lannelongue - 75014 Paris. - Tél. (information médicale) : 01 58 07 34 43. @ : marque déposée. **Date de révision d'AMM :** 26 septembre 2009. **Pour plus d'informations, se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit.** Version n° 003-0903.

Pfizer

Ensemble, œuvrons pour un monde en meilleure santé®