

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*



UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES  
ET DE LA TECHNOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une foi



Année académique : 2011-2012

N°...../2012

**ETUDE DES FRACTURES DE  
JAMBE A L'HÔPITAL  
FOUSSEYNI DAOU DE KAYES  
Du 15 FEVRIER 2011 au 15  
FEVRIER 2012**

**THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2012  
à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

**Mr Habibou DIALLO**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**

**DIPLÔME D'ETAT**

***Jury***

**Président :** Pr. Mamadou KONE  
**Membre :** Dr. Alassane TRAORE  
**Co-directeur :** Dr. Sidy SANGARE  
**Directeur de thèse :** Pr. Tiéman COULIBALY

# **JE DEDIE CE TRAVAIL :**

## **A MA MERE:**

### **Ouley Bah**

Ce travail est le fruit de tes bénédictions, tes sacrifices, tes conseils et de ton soutien moral. Je t'assure de mon amour profond et de ma gratitude jusqu'à la fin de ta vie, que le bon Dieu te garde longtemps au près de nous.

## **A mon père**

### **Feu Dialla Diallo :**

Tes bénédictions, tes sacrifices, tes conseils et ton soutien financier et moral ne m'ont jamais manqué jusqu'à ton dernier jour.

Ce travail est le fruit de tes efforts, que Dieu le tout puissant ; t'accepte dans son paradis ! Amen

## **A mes Frères et soeurs :**

### **Seydou diallo, Tahirou Diallo, Mamby Diallo, Fatoumata Diallo et Mamamadou Diallo :**

Pour les efforts que vous avez fournis pour ma réussite aux études.

## **A mes oncles et tantes :**

### **Harouna Bah, Sekou Bah, Guidado Bah , Penda bah, Hawa Bah, Sitan bah, Aminata bah, Fanta bah et Bintou bah**

Pour les efforts que vous avez fournis, les mots me manquent pour vous remercier, qu'Allah vous donne longue vie.

## **A ma grand mère**

Feue tounko bah que la terre te soit légère et que le tout puissant t'accorde sa clémence amen.

## **A ma chère épouse**

**Fatoumata Koina** : pour ta disponibilité constante et ton soutien moral  
qu'Allah nous accorde sa grâce

## **Remerciements**

Je remercie le bon dieu de m'avoir permis de voir ce jour.  
Puisse Allah le tout puissant nous donne une longue vie et une bonne santé que sa grâce soit avec nous amen.

### **Mes remerciements s'adressent :**

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail

### **Au Dr Niara bengaly directeur général de l'hôpital de kayes**

Grand merci de m'avoir accepté dans votre structure votre collaboration et votre disponibilité ne m'ont jamais fait défaut

### **Aux chirurgiens de l'hôpital de kayes :Dr Sogoba Gaoussou**

Pour vos conseils, la formation pratique que vous m'aviez donnés

### **Aux médecins de l'hôpital de kayes**

Pour votre franche collaboration

### **A tout le personnel de l'hôpital de kayes**

Pour leur accompagnement sincère

### **Aux collègues internes de l'hôpital de kayes**

Votre esprit d'équipe ne m'a jamais manqué

**Sachez que apprendre à vos côtés a été une grande chance pour moi**

**A Dr Seydou Mandian Konaté**

**A la famille Tangara à Koutiala**

**A la famille Coulibaly à Sokorodji**

Et à tous mes amis (es) grand merci pour vos soutiens

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Mamadou Koné**

- Professeur en physiologie à la FMPO.**
- Directeur général adjoint du centre national des œuvres universitaires du Mali (CNOU).**
- Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques.**
- Médecin de sport.**
- Membre du comité scientifique international de la revue française de médecine de sport (Medisport).**
- Membre du groupement latin et méditerranéen de médecine du sport.**
- Membre de l'observatoire de mouvement (ODM).**
- Président du collège Malien de réflexion en médecine de sport.**
- Secrétaire général de la fédération Malienne de taekwondo.**

C'est un grand honneur que vous nous faites, en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations. Votre rigueur, votre modestie, votre simplicité et votre désir ardent à parfaire notre formation, font de vous un maître exemplaire et respecté.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre admiration.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY**  
*Dr Abdoul kadri Moussa*  
**DIPLOME A LA FMPOS**

**DIPLOME DU CERTIFICAT D'ETUDES  
SPECIALISEES EN CHIRURGIE A LA FMPOS  
PRATICIEN HOSPITALO UNIVERSITAIRE AU  
SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET  
TRAUMATOLOGIQUE DU CHU G.T**

Vous nous faites honneur en acceptant d'être parmi nos jurys.

Homme ouvert et hospitalier, votre compétence et votre  
dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré  
de tous.

Soyez rassuré de notre profonde reconnaissance

**A notre maître et codirecteur de thèse**

***Docteur Bréhima Cissé***

**Directeur général adjoint de l'hôpital de Sikasso.  
Chirurgien orthopédiste et traumatologue de l'hôpital de  
Sikasso.  
Praticien des hôpitaux.**

Cher maître ce travail est le fruit de vos efforts. Votre courage, votre disponibilité, votre simplicité et votre sens social font de vous un maître admiré.

Soyez rassuré cher maître de notre profond rattachement et de notre sincère reconnaissance.

**A notre maître et directeur de thèse**

***Professeur Tièman Coulibaly***

*Fracture de Jambe à l'hôpital de Kayes*



**Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'hôpital Gabriel Touré.**

**Maître de conférence à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako**

**Chargé de cours de sémiologie et de pathologie traumatologique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.**

**Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique.**

Cher maître ce travail et le votre. Vous l'avez dirigé du début à la fin .Votre simplicité, votre sérénité, votre esprit communicatif, et votre rigueur scientifique au travail ont fait de vous un maître remarquable.

Trouvez ici cher maître nos vives remerciements.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ATCD** : antécédent

**AVP** : accident de la voie publique

**CSREF** : centre de santé de référence

**FMPOS** : faculté de médecine et odonto stomatologie

**ORL** : oto rhino laryngologie

**TDM** : tomodensitométrie

## **Sommaire**

<b>I</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II</b>	<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>2</b>
<b>III</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>3-21</b>
<b>IV</b>	<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>22-24</b>
<b>V</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>25-48</b>
<b>VI</b>	<b>COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>49-51</b>
<b>VII</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>
<b>VIII</b>	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>53</b>
<b>IX</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>54-55</b>

## **I Introduction :**

Les fractures de jambe sont des ruptures de la continuité d'un ou des deux os de la jambe situées à trois travers de doigts au dessous de l'interligne du genou et à trois travers de doigts au dessus de l'interligne tibio-tarsienne.

Elles sont dites ouvertes lorsque le foyer de fracture est en communication avec l'extérieur à travers une plaie et fermées lorsque la peau est intacte [1].

Ces fractures prédominent chez les sujets de 18 à 40 ans .Le diagnostic est le plus souvent évident, la radiographie le confirme. Il faut savoir choisir une attitude, la juger sur ses résultats et s'y fier.

L'évolution est le plus souvent émaillée de complications d'où l'importance de faire une prise en charge précoce pour apporter les meilleurs résultats.

En France elles occupent le premier rang de l'ensemble des traumatismes avec une fréquence de 25%. [2]

Au Mali, l'affluence des patients en consultation dans le service de traumatologie est importante. Ceci s'explique essentiellement par la fréquence élevée des accidents de circulation. Dans cette affluence les fractures de la jambe occupent une place de choix avec 21 – 29% de l'ensemble des plâtrages effectués dans la salle de plâtre de l'hôpital Gabriel Touré en 2006

Peu d'études ont été faites sur les fractures de la jambe au Mali, surtout dans les capitales régionales. C'est ce qui nous a motivé à étudier ce sujet.

## **II Objectifs :**

**Objectif général :**

Etudier les fractures de la jambe à l'hôpital Fousseyni DAO de Kayes.

**Objectifs spécifiques :**

- Etudier la fréquence des fractures de la jambe
- Déterminer les différents types de fractures de jambe.
- Etudier les complications des fractures de jambe.
- Evaluer le résultat du traitement des fractures de jambe.

**III Généralités :****A Rappel anatomique :**

## **1 Squelette :**

Le squelette de la jambe est constitué de deux os, le tibia et la fibula.

### **1. 1 Tibia :**

C'est le plus fort des deux os, il assure à lui seul la liaison entre l'os de la cuisse et le squelette du pied.

Il possède un corps à trois faces et deux extrémités (supérieure et inférieure).

#### **a) Le corps :**

Le corps du tibia est prismatique et triangulaire il, présente trois faces et trois bords. On distingue les bords suivants :

- Le bord antérieur tranchant sépare la face médiale et la latérale, palpable sous la peau.
- Le bord externe ou inter osseux : sépare la face postérieure à la face latérale.
- Le bord interne qui à son tour sépare la face postérieure à la face interne ou médiale

On distingue les faces suivantes :

- La face médiale ou interne.
- La face latérale.
- La face postérieure. [3]

#### **b) L'extrémité supérieure :**

Elle est composée de :

La tubérosité interne ou condyle médial.

La tubérosité externe ou condyle latéral.

La surface articulaire supérieure (plateau tibial) qui s'articule avec les condyles fémoraux.

Sur le versant postero-externe de la tubérosité externe se trouve la surface articulaire supérieure de la fibula.

#### **c) L'extrémité inférieure :**

Elle se prolonge en dedans par une apophyse fourchue qui constitue la malléole interne composée de :

- une facette articulaire pour l'astragale (face inférieure de l'extrémité inférieure).

L'échancrure péronière, où le tibia est uni à la fibula par une syndesmose. [3]

## 1.2 **la fibula :**

C'est un os grêle de même longueur à peu près à celle du tibia. La fibula possède aussi deux extrémités et un corps.

### **a) Le corps :**

Triangulaire et prismatique, est constitué de :

- trois faces qui sont : La face interne, la face externe et la face postérieure.
- Trois bords qui sont :
  - bord antérieur qui est le plus tranchant sépare la face interne de la face externe
  - bord interne sépare la face postérieure de la face interne.
  - bord postérieur sépare à son tour la face postérieure de la face externe.

### **b) L'extrémité supérieure :**

Constitue la tête de la fibula avec une facette articulaire qui forme avec la tubérosité externe du tibia, l'articulation tibio-péronière supérieure.

### **c) L'extrémité inférieure :**

Sa face externe s'élargie vers le bas et forme la grosse saillie aplatie, la malléole externe qui à sa face interne forme une facette articulaire pour l'astragale.

A sa face postérieure on voit une profonde dépression, la fossette digitale dans laquelle s'attache le ligament péronéo-astragalien postérieur. [4].



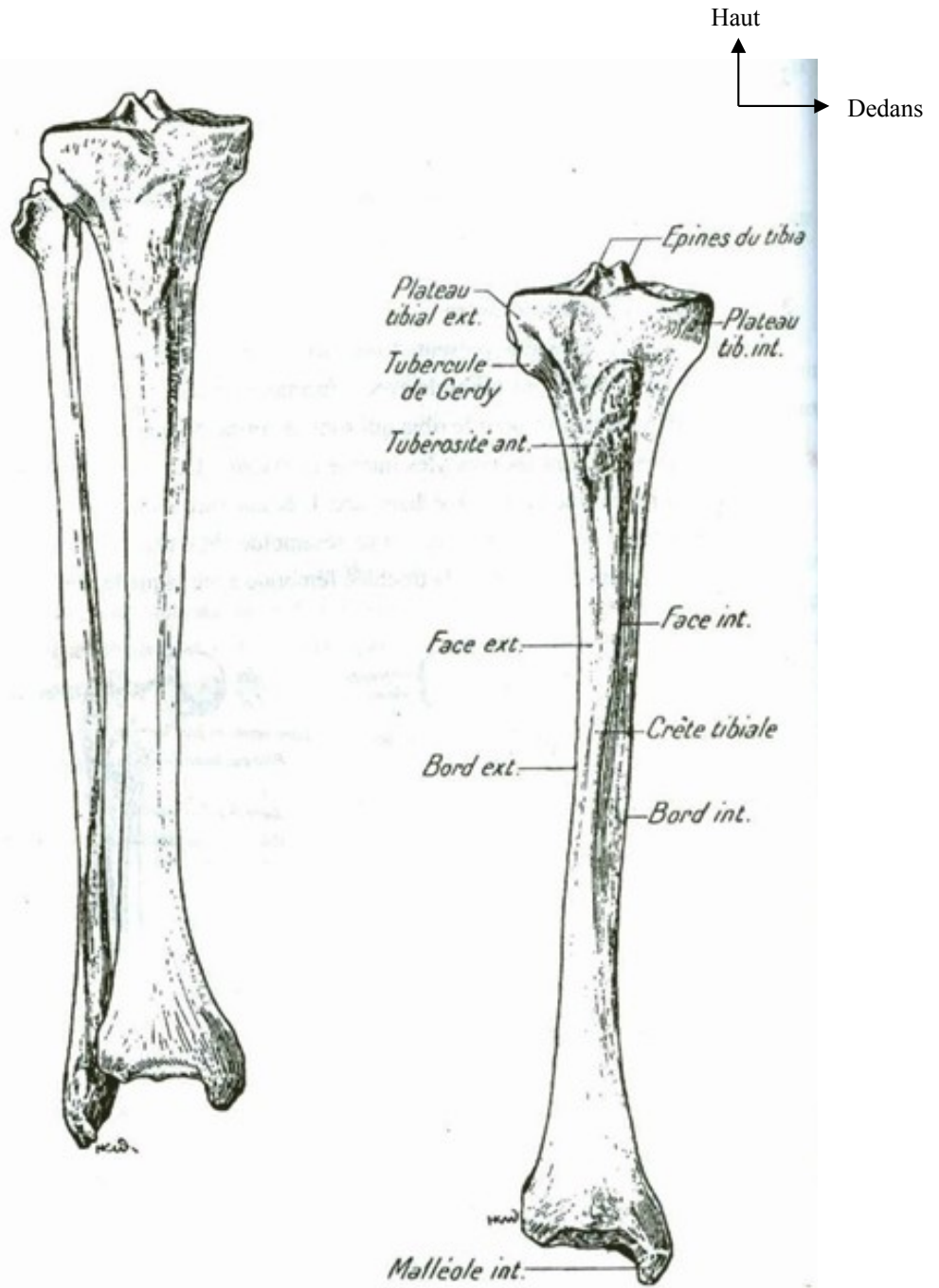


Figure 1 : Tibia et péroné vu antérieure (14)

Fracture de Jambe à l'hôpital de Kayes

Péroné

Tibia

## **2 Articulations et moyens d'unions :**

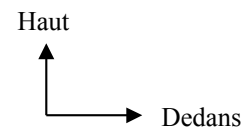
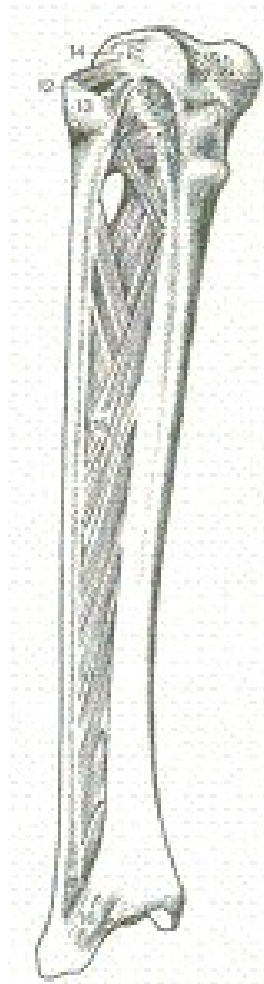
a) **L'articulation du genou :** à sa partie supérieure, les os de la jambe forment avec les condyles fémoraux et la patélla (rotule) l'articulation du genou qui est composée de : les condyles fémoraux, le plateau tibial la face postérieure de la rotule et aussi l'articulation tibio-péronière supérieure.

b) **Les articulations de la cheville :** composées par :

- l'articulation tibio-péronière inférieure,
- l'articulation tibio-tarsienne qui est formée par la mortaise tibio-péronière et la poulie astragalienne avec sa face supérieure et les facettes malléolaires.

c) **Moyens d'unions :**

- l'articulation tibio-péronière supérieure : elle a une capsule articulaire renforcée par deux ligaments qui sont les ligaments péronéo-tibiaux antérieur et supérieur et postérieur et supérieur
  - l'articulation péronéo – tibiale inférieure unie par les ligaments péronéo – tibiaux antérieur et inférieur et postérieur et inférieur.
- Les deux corps sont unis par le ligament interosseux de la jambe dont les fibres sont dirigées obliquement de haut en bas du tibia vers le péroné. [5]



12 : Articulation péronéo-tibiale supérieure

13 : tête du fibula

14 : Facette articulaire péronéale de la tubérosité externe du tibia

15 : ligament interosseux de la jambe

16 : Articulation péronéo-tibiale inférieure

**Figure 2 : Unions entre le tibia et la fibula (4).**

### **3 - Muscles :**

Les muscles de la jambe sont classés en deux grands groupes suivant leur fonction.

Ils s'insèrent tous sur le squelette du pied à l'exception du poplité qui s'insère sur la jambe.

Les différents groupes musculaires sont :

- Groupe des extenseurs :

\* Muscle jambier antérieur : naît de la face externe du tibia du ligament interosseux et de l'aponévrose jambière ; descend et se termine sur le premier cunéiforme et du premier métatarsien.

\* Extenseur commun des orteils : A son origine étendue sur la tubérosité externe du tibia, la tête et la crête de la fibula sur l'aponévrose jambière et le ligament interosseux. Son insertion inférieure se divise en quatre tendons répartis entre les quatre derniers orteils.

\* Extenseur propre du gros orteil : naît de la face interne de la fibula et s'insère sur la deuxième phalange du gros orteil.

\* Long péronier latéral : naît de la capsule de l'articulation péronéo-tibiale de la tête du péroné et de la partie supérieure de cet os.

\* Le court péronier latéral : naît de la face externe du péroné.

Ces deux muscles s'insèrent sur le tubercule du cinquième métatarsien.

- Les muscles postérieurs de la jambe :

\* Plan superficiel : constitué par : le triceps sural qui se compose de :

Muscle soléaire : naît de la face postérieure de la fibula de la face postérieure du tibia, de la tête de la fibula et du tibia.

\* Le jumeau interne : naît au dessus du condyle fémoral interne.

\* jumeau externe naît au dessus condyle du fémoral externe.

Ces trois muscles s'unissent pour former le tendon d'Achille qui s'insère sur la tubérosité postérieure du calcaneum.

\* Le plantaire grêle :(muscle inconstant) a son origine au niveau de celle du jumeau externe, son insertion inférieur se fait au bord interne du tendon d'Achille.

- Plan profond :

\* Jambier postérieur : naît du ligament interosseux de la jambe, se termine sur le scaphoïde tarsien et les trois cunéiformes [4].

\* le long fléchisseur propre du gros orteil : a son origine sur la face postérieure de la fibula, du ligament interosseux de la jambe et insertion terminale se fait sur la base de la deuxième phalange du gros orteil.

\* Le muscle fléchisseur commun des orteils : s'étend de la face postérieure du tibia au niveau des troisièmes phalanges des orteils. [4]

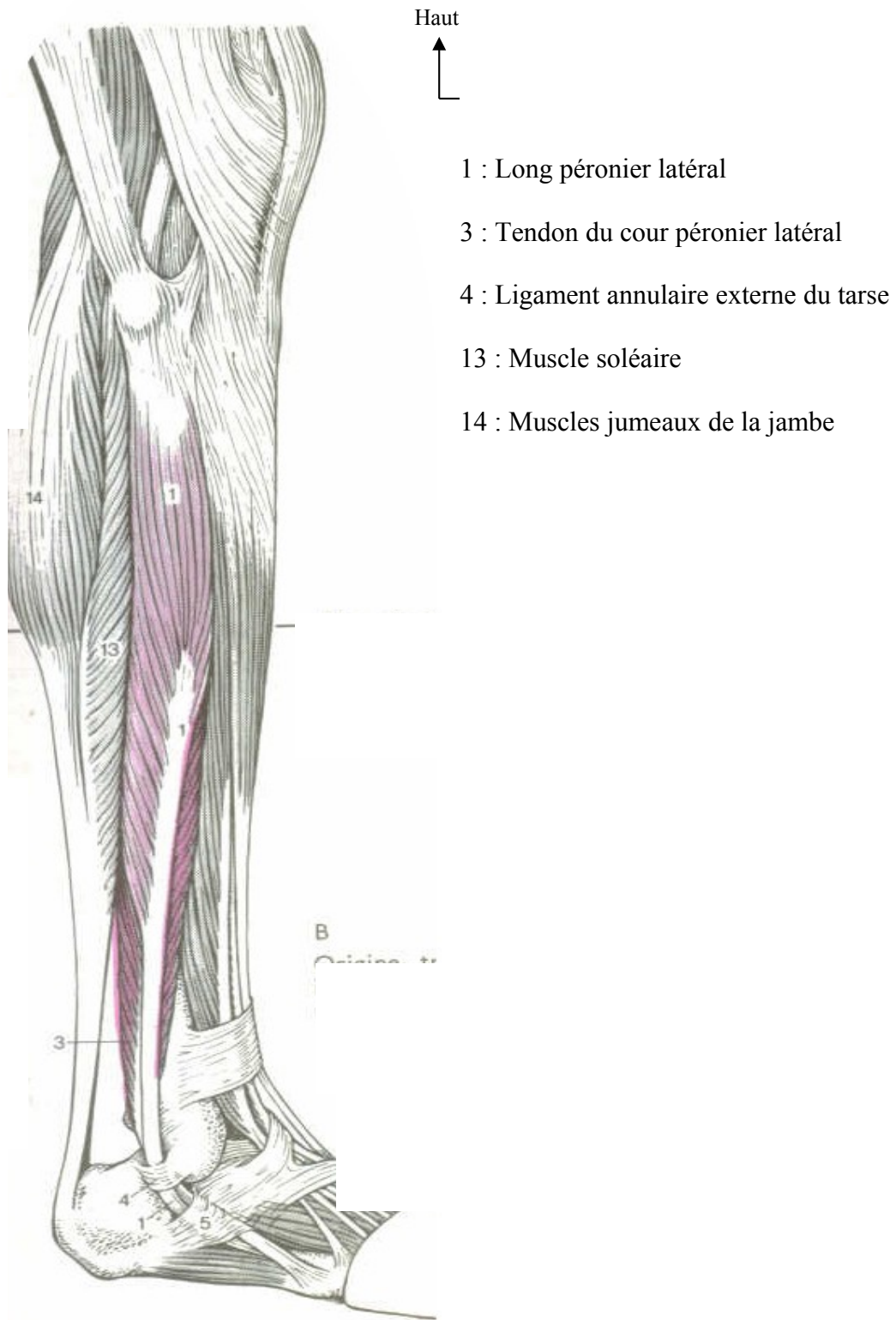
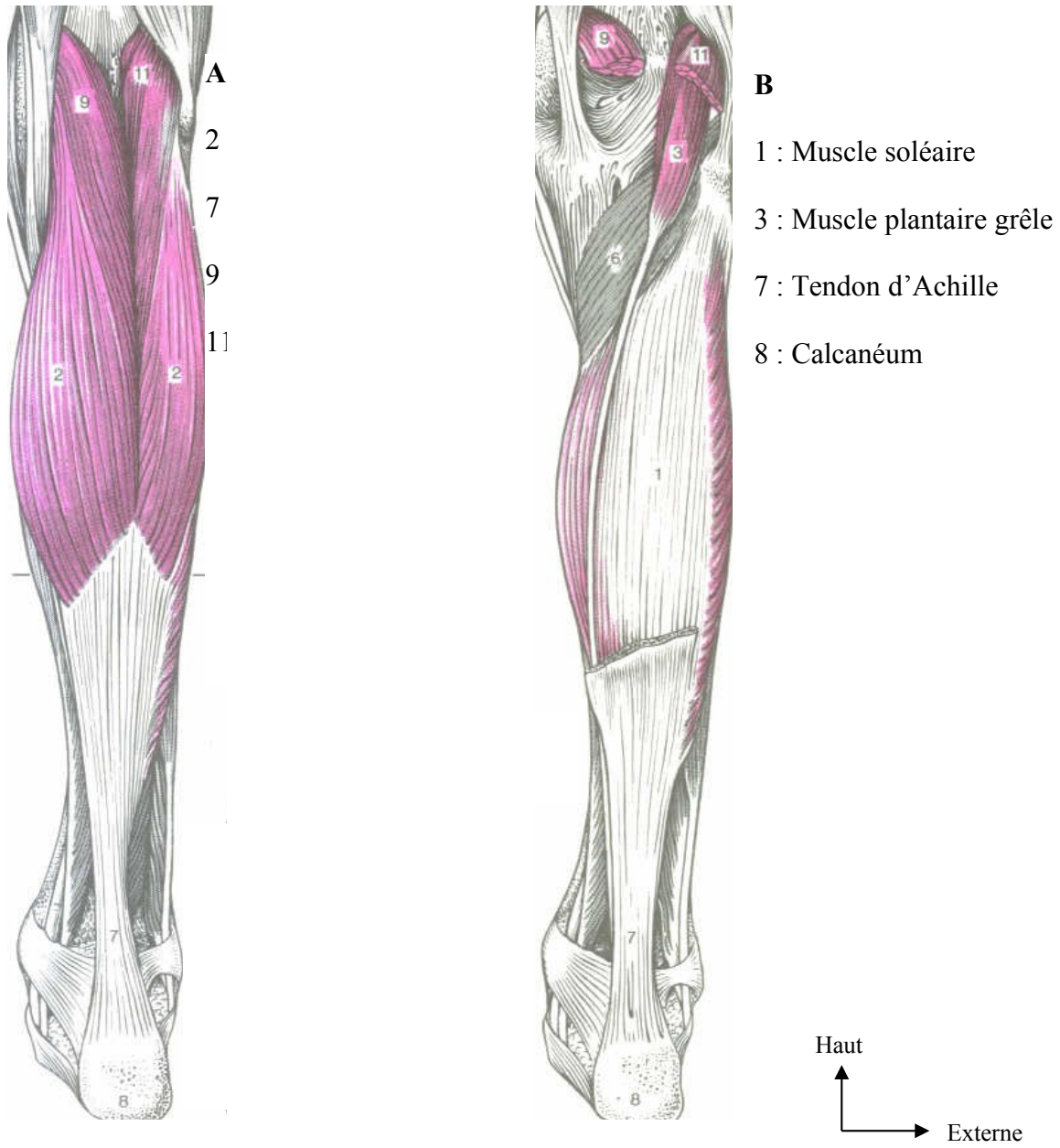


Figure 3 : Muscles de la jambe, vue externe (4).



**Figure4. A : Muscles postérieurs de la jambe plan superficiel (triceps sural) ; B : Muscle soléaire (après écartement des muscles jumeaux) (4).**

#### **4- Vascularisation :**

a) **Artérielle** : elle est assurée par les deux branches terminales de l'artère poplitée, qui sont :

\* Artère tibiale antérieure : Elle naît de l'artère poplitée au niveau de l'anneau du soléaire et se termine à l'interligne tibio-tarsienne où elle devient l'artère pédieuse.

Elle donne les branches collatérales suivantes :

- Artère récurrente tibiale postérieure.
- Artère récurrente péronière postérieure.
- Artère récurrente tibiale antérieure.
- Artère récurrente péronière antérieure.
- Artère malléolaire interne.
- Artère malléolaire externe et les artères musculaires.

\* Le tronc tibio-péronier :

Deuxième branche de bifurcation de l'artère poplitée, née au niveau de l'anneau du soléaire ; se divise en deux branches à quatre centimètres plus bas en :

- artère tibiale postérieure,
- artère péronière.

Elle donne les branches collatérales suivantes :

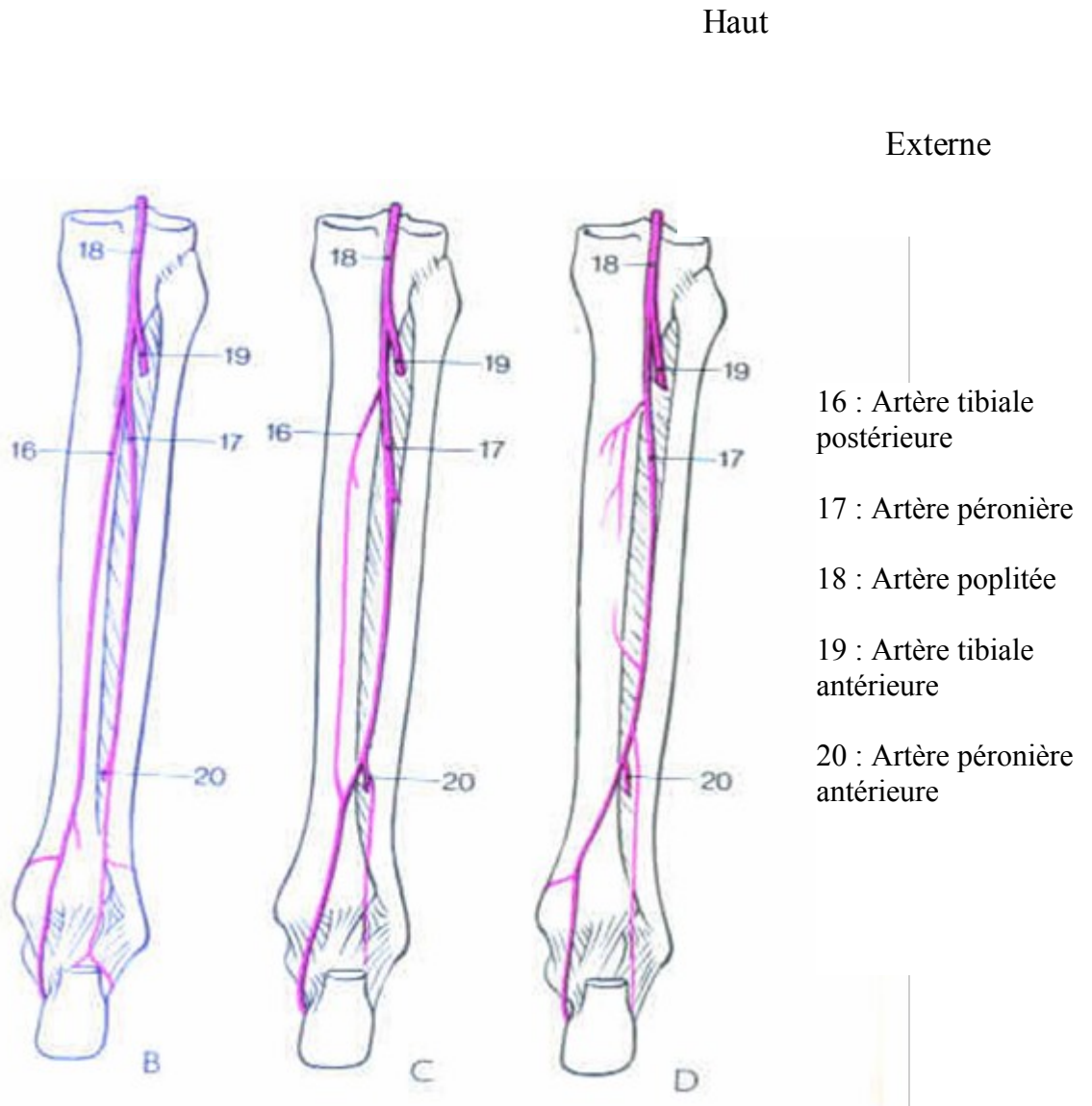
- Artère nourricière du tibia.
- Artère récurrente tibiale interne.
- Artères musculaires. [6]



**.b) Veines :**

Les veines de la jambe sont regroupées en veines profondes et en veines superficielles ou sous-cutanées.

- les veines profondes : Elles sont satellites des artères. Elles sont deux par artère et sont homonymes aux branches artérielles qu'elles suivent.
- Les veines superficielles : Les deux principales sont :
  - \* La veine saphène interne : naît en avant de la malléole interne et se jette dans la veine fémorale.
  - \* La veine saphène externe : Elle naît de l'union de la veine plantaire externe superficielle et de la veine marginale externe derrière la malléole externe. Elle se jette dans veine poplitée. [6]



**Figure 5 : B-D Variations de l'artère tibiale postérieure Et de l'artère péronière (4).**

**5 Innervation** : Elle est assurée par le plexus lombo-sacré :

- Nerf péronier commun.
- Nerf péronier profond :(tibial antérieur).
- Nerf péronier superficiel (musculo-cutané)
- Nerf cutané sural latéral.
- Nerf cutané sural médial ou saphène tibial.
- Nerf tibial : sciatique poplitée interne [7]

### **B- Etiologies** :

Les principales causes des fractures de la jambe sont :

- les accidents de la voie publique
- les accidents de sport.
- les accidents de travail et les guerres. [8]

### **C- Mécanismes**

Le mécanisme d'une fracture de jambe peut être de deux types :

#### **1-Mécanisme direct** :

Agent traumatisant vient frapper l'os qui cède au point d'impact.

Le mécanisme explique l'importance des lésions associées des parties molles, en particulier l'ouverture cutanée qui est extrêmement fréquente.

#### **2-Mécanisme indirect** :

Une contrainte mécanique imposée à l'os détermine sa rupture à distance du point d'application des forces.

On distingue :

- \* Fracture par compression axiale.
- \* Fracture par flexion
- \* Fracture par torsion. [8]

### **D- Anatomopathologie :**

Elle doit être envisagée selon le trait de fracture le déplacement, le siège et les lésions cutanées.

### **1-Trait de fracture :**

Il peut être simple, double ou multiple.

Trait unique ou simple (deux fragments) selon sa forme et sa direction, le trait peut être :

- \* transversal : plus ou moins dentelé.
- \* oblique : avec des irrégularités en marche d'escalier.
- \* spiroïde : fracture par torsion.
- Trait double : lorsqu'il existe deux traits parallèles ou convergents, ils détachent un troisième fragment plus ou moins important.
- Traits multiples : le plus souvent du à un choc direct et violent qui brise l'os en de nombreux fragments. Cette fracture est appelée « comminutive ou pluri fragmentaire ».

### **2 Déplacement :**

Il existe quatre types de déplacements élémentaires diversement associées qui sont :

-Déplacement transversal : S'effectue perpendiculairement au grand axe de l'os « Baïonnette »

- Déplacement longitudinal : ne peut exister que si les extrémités des fragments ne sont pas « accrochées » entre elles. Il s'effectue le long du grand axe et toujours dans le sens du raccourcissement.

-Déplacement angulaire ou angulation : apparaît lorsque l'axe longitudinal de chacun des fragments n'est plus sur la même droite.  
[1]

- Déplacement rotatoire ou décalage se définit comme la rotation d'un fragment par rapport à l'autre de l'axe longitudinal. Il est difficile à apprécier sur radiographies.

Dans la plupart des cas ces quatre déplacements élémentaires sont associés. [1]

### **3 Le siège :**

Anatomiquement il existe trois sièges qui sont :

Le tiers supérieur, le tiers moyen et le tiers inférieur.

### **Clinique :**

#### **1-Interrogatoire :**

Précise l'heure la nature et les circonstances du traumatisme.

La notion de douleur vive, craquement et impotence fonctionnelle du membre atteint.

#### **2- Signes généraux :**

État de choc plus fréquent en cas de fracture ouverte ou multiple d'où la nécessité de prendre le pouls et la tension artérielle dès l'entrée du malade.

#### **3-Signes physiques :**

Ils peuvent être facilement mis en évidence grâce à :

L'inspection : on peut avoir une déformation caractéristique :

-une angulation.

-un raccourcissement du membre atteint appréciable à la vue et après mensuration par rapport au côté opposé.

-Une rotation évidente : Le pied repose sur le lit par son bord externe.

Le diagnostic est posé après le premier coup d'œil lorsque le malade est vu précocement. [8] On peut noter également un œdème, des ecchymoses et même des phlyctènes d'apparition tardive.

La palpation : a pour but de localiser un point douloureux exquis, explorant une zone osseuse directement sous-cutanée et de rechercher des crépitations.

### **F- Examens complémentaires :**

Les radiographies standard de face et profil de la jambe permettent de confirmer le diagnostic et la prise de décision thérapeutique.

**La TDM :** donne plus de détail en cas de fracture complexe.  
La biologie est importante pour le bilan préopératoire.

**Echographie :** Elle permet la recherche des lésions musculaires et vasculaires. [5]

### **G- Evolution :**

La consolidation d'une fracture de la jambe bien traitée se fait en trois mois chez l'adulte et rapidement chez l'enfant.

Les complications sont celles de toutes les fractures diaphysaires.

### **H- Complications :**

Comme toute autre fracture, les complications des fractures de la jambe peuvent être classées en :

**1-Complications immédiates :** elles surviennent le jour même de l'accident et sont : choc hémorragique, ouverture cutanée, atteinte nerveuse.

### **2-complications secondaires :**

Elles surviennent les jours qui suivent la fracture .Il s'agit de : déplacement secondaire, escarre, thrombophlébite, les infections, et la gangrène.

**3-complications tardives :** Ce sont : les cals vicieux, les retards de consolidation, les pseudarthroses, et les ostéites. [1]

## **I- Traitement :**

### **1- But du traitement :**

Le but du traitement est :

- D'obtenir la consolidation sans sepsis.
- De rétablir l'intégrité du squelette de la jambe
- De réduire au minimum l'incapacité de travail et les séquelles Fonctionnelles. [9]

Il existe deux grandes méthodes thérapeutiques qui sont :

### **2- les méthodes orthopédiques non sanglantes, sans ouverture du foyer de fracture :**

Elles permettent de traiter les fractures sans ouvrir le foyer, elles n'exposent pas aux risques d'infections, mais elles comportent une immobilisation qui lorsqu'elle est prolongée, peut entraîner des troubles trophiques (raideur, amyotrophie)

Les différentes méthodes orthopédiques non sanglantes sont : Le plâtre cruro-pédieux ; l'extension continue et la méthode de SARMIENTO. [10]

### **3- Le traitement opératoire ou sanglant**

Il permet la réduction anatomique du foyer de fracture ; il maintient solidement celle-ci jusqu'à la consolidation rapidement, expose aux risques septiques et peut, dans certaines cas retarder la consolidation.

Les différents moyens utilisés sont :

- Le Vissage simple
- les cerclages métalliques sont très insuffisants
- Enclouage centromédullaire à foyer fermé. [11]
- Les fixateurs externes, sont réservés aux fractures ouvertes. [12]

#### **4- Indications thérapeutiques :**

a) En fonction de l'âge : les fractures fermées de enfant et de l'adolescent se traitent orthopédiquement.

b) En fonction du trait de fracture :

-les fractures transversales sont stables et consolident bien avec le traitement orthopédique. [13]

- les fractures spiroïdes : le vissage associé à une plaque vissée de neutralisation est adopté par beaucoup d'auteurs.

- Les fractures comminutives peuvent être enclouées à foyer fermé.

- les fractures à double étage sont une indication de l'enclouage à foyer fermé. [11]

#### **c) Indication en fonction du siège :**

Le siège préférentiel est le tiers moyen mais on peut obtenir une bonne stabilité pour les tiers proximal et distal à condition de verrouiller le clou.

Dans les fractures basses des deux os de la jambe, on peut utiliser conjointement un clou tibial et une plaque pour la fibulaa .

d) En fonction des lésions cutanées

- Aux stades 1 et 2 de Cauchoix on peut réaliser un parage associé à une immobilisation orthopédique ou un enclouage centromédullaire.

-les fixateurs externes sont utilisés pour les types trois ou pour des plaies très souillées. [14]

Ces méthodes orthopédiques et chirurgicales sont toujours complétées par la rééducation fonctionnelle.



## **IV METHODOLOGIE :**

### **3-2- Cadre de l'étude :**

Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

#### **► Situation géographique**

L'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes est situé à l'Est de la ville de Kayes à environ 475 Km de Bamako sur la voie ferroviaire Dakar Niger. C'est l'une des plus anciennes formations sanitaires du Mali. Il a été créé en 1883 par les militaires français pendant la période coloniale et avait la vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre avant leur évacuation sur le Sénégal ou la France. Il devient l'hôpital secondaire en 1959 puis érigé en hôpital régional en 1969.

En 1991, il est baptisé Hôpital Régionale Fousseyni DAOU du nom d'un de ses anciens Médecins Directeurs [15].

#### **► Les locaux**

L'hôpital comprend :

- Un bureau des entrées ;
- Un bloc administratif, financier ;
- Un bloc pour consultations externes ;
- Un bloc pour le service de Médecine et du centre l'éveil;
- Un bloc pour le service de Gynéco obstétrique ;
- Un bloc pour le service d'Urologie et ORL à l'étage ;
- Un bloc pour le service de Laboratoire et de Pharmacie ;
- Un bloc pour le service de Pédiatrie ;
- Un bloc d'hospitalisation de 1<sup>ère</sup> catégorie (VIP2) et de 2<sup>ème</sup> catégorie (VIP1) comportant chacune 10 lits;
- Un bloc pour le service des urgences ;
- un bloc technique comprenant les services de Chirurgie, de Radiologie et un bloc opératoire composé de 4 salles ;
- Un bloc pour le service d'Ophtalmologie ;

- Un bloc pour le service d'Odontostomatologie ;
- Un bloc pour le centre d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation Fonctionnelle et Dermatovénéréologie à l'étage ;
- Un bloc pour la buanderie, la cuisine et le logement du personnel de soutien ;
- Un centre de formation continue ;
- Neuf logements d'astreinte (Directeur Régionale, Directeur de l'hôpital et les Médecins) ;
- Un parking; et une morgue ;

### ► Le personnel

Il est constitué de cinq (5) chirurgiens dont un chirurgien pédiatre, renforcé par une équipe cubaine de spécialistes.

Le service comporte aussi :

Des infirmiers, des techniciens de surface, des étudiants de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S), de l'Institut Nationale de Formation Socio Sanitaire (I.N.F.S.S) en stage.

### ► Les activités

Actuellement l'hôpital assure des activités de premier niveau et de référence de deuxième niveau. Il s'agit de :

- Consultations externes du lundi au vendredi,
- Hospitalisations et suivi des malades hospitalisés,
- Interventions chirurgicales,
- Accouchements
- Activités de laboratoires, de radiologie.

## **2. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective allant du 15 Février 2011 au 15 Février 2012.

### **3. Critères d'inclusions :**

Tout malade admis à l'hôpital de Kayes, présentant une fracture de jambe, confirmée radiologiquement.

### **5. Critères de non inclusion :**

- Tout malade ayant signé une décharge (libération du patient contre avis médical).
- Tout malade ayant suivi un traitement traditionnel.
- Les patients aux dossiers incomplets.

### **6. Méthode :**

Tous les malades recrutés ont bénéficié d'un examen clinique soigneux, à savoir :

- Un interrogatoire à la recherche du mécanisme du traumatisme et des signes fonctionnels ainsi que les antécédents médico chirurgicaux et traumatiques.
  - Un examen physique à la recherche des signes physiques.
  - Un examen para clinique : radiographie standard de la jambe

Le coût de la prise en charge et les motifs de décharge n'ont pas été pris en compte.

### **7. Supports :**

La fiche d'enquête :

Elle comportait des variables réparties en :

- Données administratives : âge, sexe, profession, provenance et mode de recrutement à l'hôpital.
- Paramètres cliniques et para cliniques : signes fonctionnels, signes physiques et les signes radiologiques.
- Evolution après traitement

### **8. La collecte :**

La saisie des données a été effectuée avec le logiciel Word version 2007 et l'analyse a été effectuée sur Epi info 6.0.

## V RESULTAT

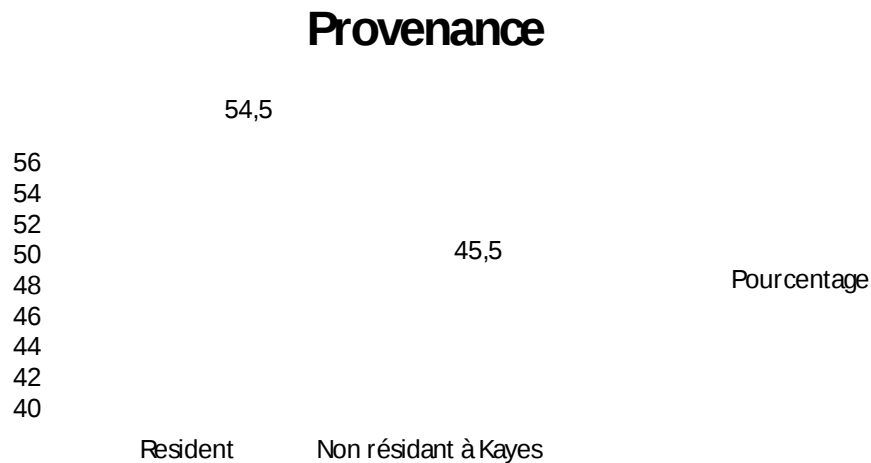
**TABLEAU I :** Répartition des patients en fonction de l'âge.

<b>Age</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0 – 10 ans	11	14,3
11 – 20 ans	14	18,2
<b>21 – 30 ans</b>	<b>22</b>	<b>28,6</b>
31 – 40 ans	13	16,9
> 40 ans	17	22
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge 21- 30 ans a été dominante avec 28,6%.

**TABLEAU II** : Répartition des patients en fonction de la provenance.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Kayes	42	54,5
Non résidant à Kayes	35	45,5
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

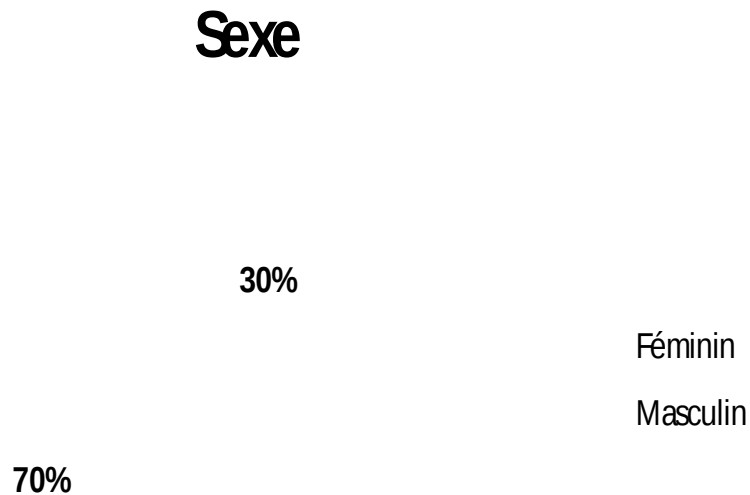
**Figure 1** : Répartition des patients en fonction de la provenance

Les malades résidents de la ville de Kayes prédominaient soit 54,5%.

-

**TABLEAU III** : Répartition des patients en fonction du sexe.

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Féminin	23	29,9
<b>Masculin</b>	<b>54</b>	<b>70,1</b>
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Figure2** : Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin était le plus représenté avec 70,1

**TABLEAU IV :** Répartition des patients en fonction de leurs professions.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Autres	15	19,5
<b>Cultivateur</b>	<b>11</b>	<b>14,3</b>
Elève	19	24,7
Ouvrier	16	20,8
Fonctionnaire	10	13
Ménagère	6	7,7
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

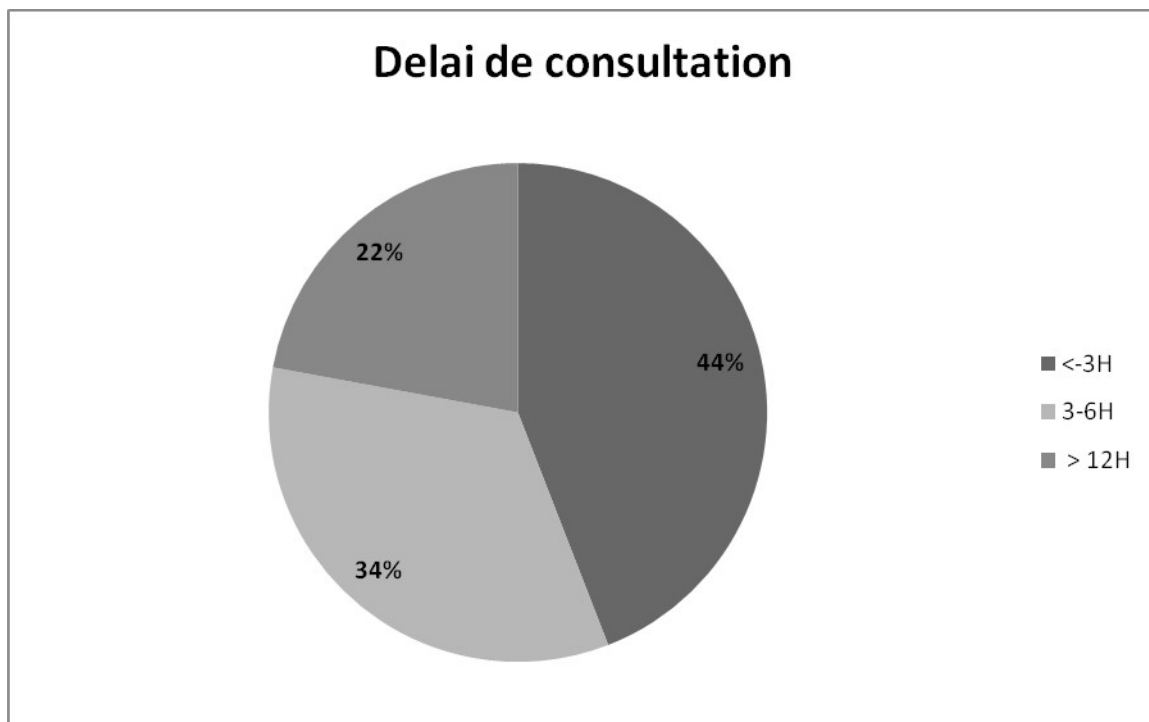
Au plan professionnel nous avons remarqué que les élèves étaient le plus nombreux avec 24,7%.

**TABLEAU V :** Répartition des patients en fonction du délai de consultation.



Délai de consultation	Effectif	Pourcentage
<-3H	34	44,1
3-6H	26	33,8
> 12H	17	22,1
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

La majorité des patients a consulté dans les six premières heures.



**Figure3 :** Répartition des patients en fonction du délai de consultation

La majorité des patients a consulté dans les six premières heures

**TABLEAU VI :** Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux.

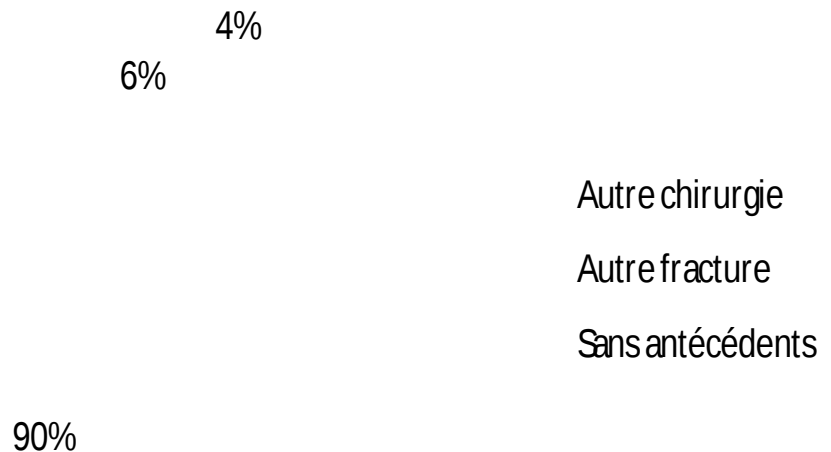
<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Asthme	3	3,9
Drépanocytose	2	2,6
HTA	3	3,9
<b>Sans antécédent</b>	<b>69</b>	<b>89,6</b>
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Les malades étaient sans antécédents médical dans 89,6% des cas.

**TABLEAU VII :** Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux et traumatisme.

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Autre chirurgie	5	6,5
Autre fracture	3	3,9
<b>Sans antécédents</b>	<b>69</b>	<b>89,6</b>
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

## Etiologie



**Figure4 :** Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux et traumatisme

Les malades étaient sans antécédent chirurgical et / ou traumatique dans 89,6% des cas

**TABLEAU VIII :** Répartition des patients en fonction des signes cliniques.

<b>Signes cliniques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Douleur, impotence fonctionnelle, œdème et déformation</b>	<b>47</b>	<b>61</b>
Douleur, impotence fonctionnelle et œdème	27	35,1
Douleur et impotence fonctionnelle	3	3,9
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Les patients présentaient une douleur, une impotence fonctionnelle un œdème et une déformation dans 61% des cas.

**TABLEAU IX :** Répartition des patients en fonction de l'état général du malade.

<b>Etat général</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bon</b>	<b>68</b>	<b>88,3</b>
Passable	9	11,7
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

## Etat général

12%

Bon

Passable

88%

**Figure5 :** Répartition des patients en fonction de l'état général du malade

Les malades ont été admis avec un bon état général dans 88,3% des cas

**TABLEAU X :** Répartition des patients en fonction des mécanismes du traumatisme.

Mécanisme du traumatisme	Effectif	Pourcentage
Direct	60	77,9
Indirect	17	22,1
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

## Mécanisme de la fracture

22%

Direct

Indirect

78%

**Figure6 :** Répartition des patients en fonction des mécanismes du traumatisme

Les fractures par choc direct dominaient avec 77,9%

**TABLEAU XI :** Répartition des patients en fonction de l'étiologie.

<b>Etiologie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Accident de sport	1	1,3
Accident de travail	8	10,4
Autre accident	5	6,5
<b>AVP</b>	<b>63</b>	<b>81,8</b>
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Figure7** : Répartition des patients en fonction de l'étiologie

Les accidents de la voie publique dominaient avec 81,8%.

**Tableau XII** : Répartition des patients en fonction du type de fracture.

Type de fracture	Effectif	Pourcentage
Fermée	61	79,2
Ouverte	16	20,8
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

## Type de fracture

Fermée    Ouverte

21%

79%

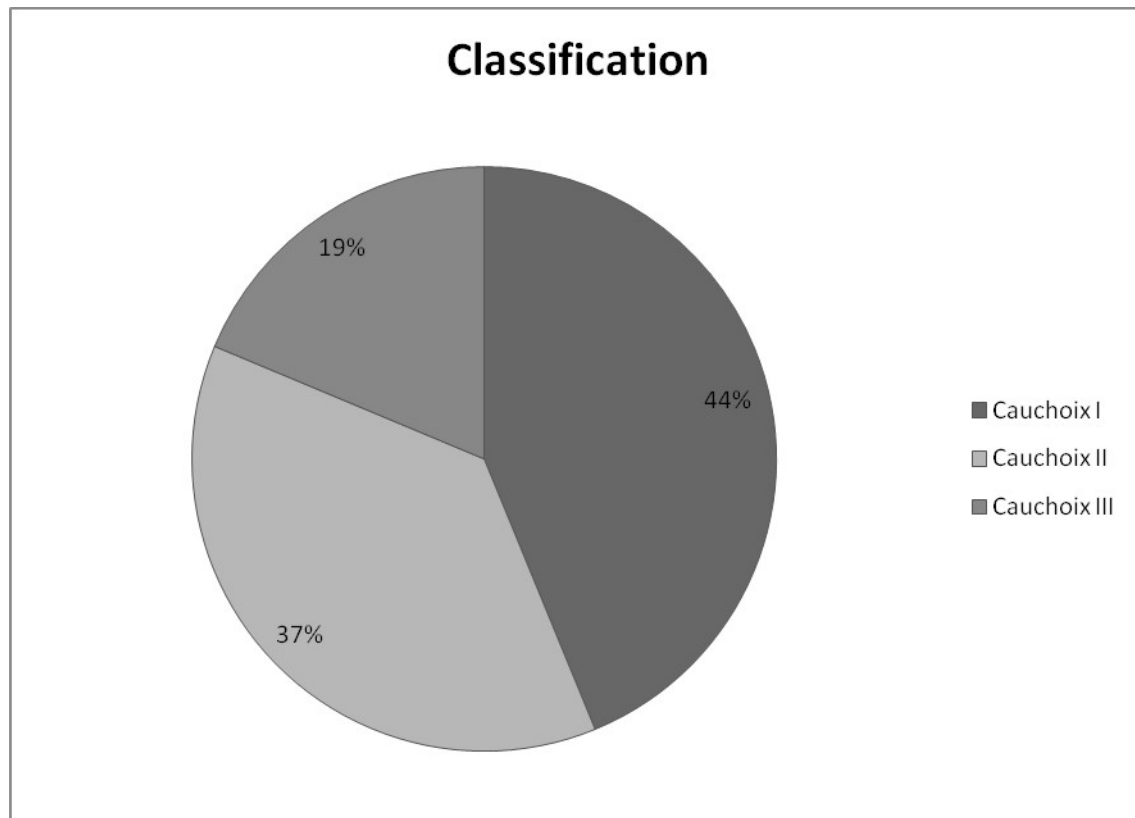
**Figure7 :** Répartition des patients en fonction du type de fracture  
Les fractures fermées étaient plus fréquentes avec 79,2%.

**TABLEAU XIII :** Répartition des fracturés selon l'ouverture cutanée.

Fracture ouverte	Effectif	Pourcentage
------------------	----------	-------------



<b>Cauchoix I</b>	<b>7</b>	<b>43,8</b>
Cauchoix II	6	37,5
Cauchoix III	3	18,7
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>



**Figure8 :** Répartition des fracturés selon l'ouverture cutanée

Les fractures de type Cauchoix I prédominaient avec 43,8.% des cas

**TABLEAU XIV :** Répartition des patients en fonction des autres lésions associées.

<b>Autres lésions associées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sans lésions associées</b>	<b>50</b>	<b>64,9</b>
Pelviens	3	3,9
Pied	9	11,7
Tête	9	11,7
Thorax	3	3,9
Autres	3	3,9
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Les patients n'avaient pas d'autre fracture associée dans 64,9% des cas.

**TABLEAU XV :** Répartition des patients en fonction de l'os fracturé.

<b>Localisation de la Fracture</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Fractures Associées deux Os	<b>39</b>	<b>50,6</b>
Fractures Isolées du Tibia	36	46,8
Fractures Isolées du Péroné	2	2,6
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Les deux os étaient fracturés dans 50,6% des cas.

**Tableau XVI** : Répartition des patients en fonction du siège de la fracture.

	<b>Tibia</b>		<b>fibula</b>	
<b>Siège</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Tiers moyen</b>	<b>38</b>	<b>50,6</b>	<b>24</b>	<b>59</b>
Tiers supérieur	14	18,7	6	14
Tiers inférieur	23	30,7	11	27
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Au niveau du tibia 50,6.0% des traits de fracture siégeaient au tiers moyen, par contre au niveau du péroné 59% .

**Tableau XVII :** Répartition des patients en fonction des traits de fracture.

<b>Tibia</b>	<b>fibula</b>
--------------	---------------

Trait de fracture	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
<b>Oblique</b>	<b>38</b>	<b>51,4</b>	30	73,2
<b>Transversal</b>	30	40,5	<b>9</b>	<b>21,9</b>
Spiroïde	6	8,1	2	4,9
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les fractures obliques dominaient avec 51,4% au niveau du tibia et avec 73,2% au niveau de la fibula

**Tableau XVIII :** Répartition des patients en fonction du nombre de fragment.

Nombre de fragments	Tibia		Péroné	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
<b>Deux fragments</b>	<b>48</b>	<b>65,8</b>	<b>32</b>	<b>80</b>
Trois fragments	15	20,5	5	12,5
Multiples	10	13,7	3	7,5
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Les patients avaient une fracture simple du tibia dans 65,8% et 80% de fracture simple du péroné.

**Tableau XIX :** Répartition des patients en fonction du déplacement.

Déplacement	Effectif	Pourcentage
Angulation	14	18,2
Chevauchement	9	11,7
<b>Non déplacée</b>	<b>49</b>	<b>63,6</b>

Translation	5	6,5
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Les fractures non déplacées étaient les plus représentées avec 63,6%.

**TABLEAU XX :** Répartition des patients en fonction du type de traitement.

<b>Traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Chirurgie	17	22,1
<b>Orthopédique</b>	<b>60</b>	<b>77,9</b>
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

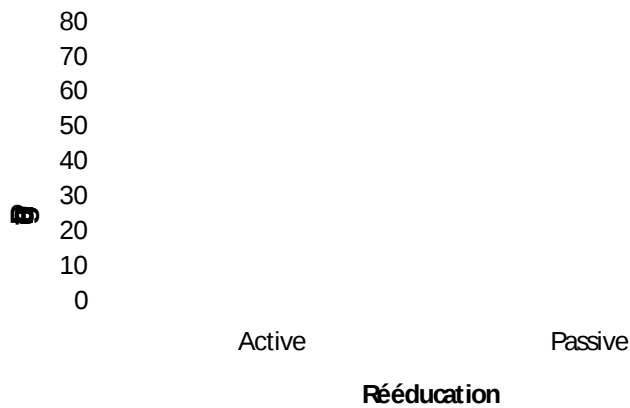


**Figure12 :** Répartition des patients en fonction du type de traitement.

Le traitement orthopédique prédominait avec 77,9% des cas.

**TABLEAU XXI :** Répartition des patients en fonction de la rééducation.

Rééducation	Effectif	Pourcentage
Active	59	76,6
Passive	18	23,4
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>



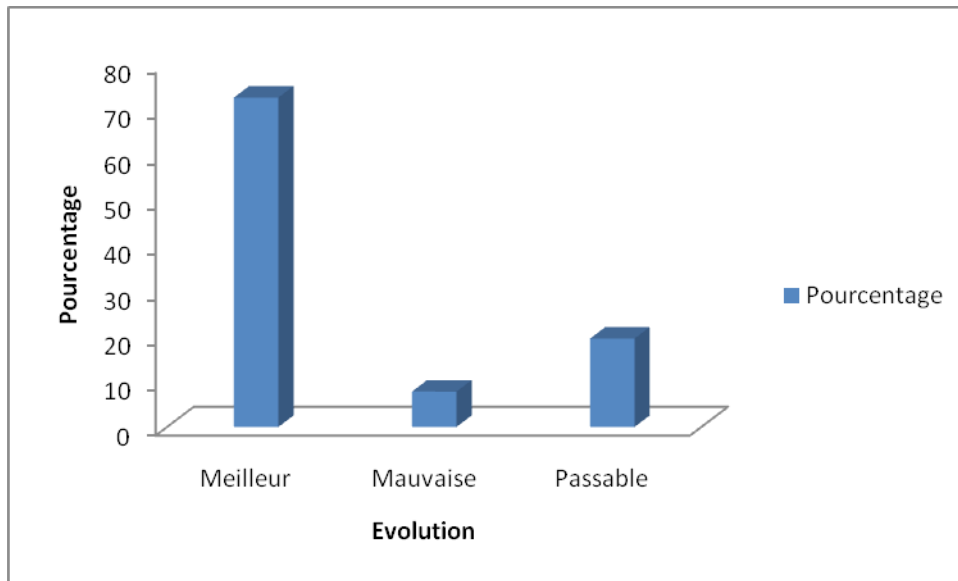
**Figure13:** Répartition des patients en fonction de la rééducation.

Les patients ont été rééduqués activement dans 76,6% des cas.

**Tableau XXII :** Répartition des patients en fonction de l'évolution.

<b>Evolution</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Meilleur</b>	<b>56</b>	<b>72,7</b>
Mauvaise	6	7,8
Passable	15	19,5
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>





**Figure14:** Répartition des patients en fonction de l'évolution

Parmi les malades traités 72,7% ont eu un meilleur résultat.

**Tableau XXIII :** Répartition des patients en fonction des complications.

Type de complication	Effectif	Pourcentage
<b>25cas</b>		
Ostéites	6	7,8
Retard de consolidation	3	3,9
Pseudarthrose	3	3,9

Cal vicieux	14	18,2
<b>Sans complication</b>	<b>50</b>	<b>64,9</b>
Autres (amputation)	1	1,3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

---

La complication la plus fréquente a été le cal vicieux avec 18,2% de fréquence.

## **VI Commentaires et discussion :**

### ***- Méthodologie***

Nous avons mené une étude prospective allant du 15 février 2011 au 15 février 2012.

Les 77 patients de cette étude ont été répertoriés à partir d'une fiche d'enquête élaborée à cet effet. Les difficultés rencontrées ont été celles du suivi post-ablation des plâtres, surtout chez les patients qui résident hors de la ville de Kayes.

### - *La fréquence*

Pendant la période d'étude sur l'ensemble des 284 cas de fractures, nous avons enregistré 77 cas de fractures de jambe soit une fréquence de 27,11%. Ce résultat est nettement inférieur à celui de **Nouhoum D. [16]** qui a eu 29,7% à Sikasso. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillonnage.

### - *L'âge*

La tranche d'âge prédominante était comprise entre 21 et 30 ans avec un taux de 28,6% ; ce résultat est superposable à celui de **L. Ribault, M. Vergos, P. Konan [12]** dont l'âge moyen était de 24 ans.

Cette tranche d'âge est considérée comme la période la plus active de la vie.

### - *Sexe*

Dans cette étude le sexe masculin domine avec 70,1% ; ce taux est supérieur à celui de **Ousmane M. [17]** qui avait eu 65% de prédominance masculine. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont beaucoup plus actifs dans la vie en fonction des activités qu'ils mènent.

### - *Etiologies*

Selon l'étiologie dans cette étude les accidents de la voie publique représentent 81,8%. Cette fréquence est légèrement inférieure à celles de **Ousmane M. [17]** qui avait eu 88% ; **Moyikoua A. et collaborateurs** qui eux aussi avaient eu 84% [18]. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la multiplicité des engins à deux roues, le non respect, et la non maîtrise du code de la route.

### - *Types*

Dans la proportion des fractures de jambe nous avons collecté 61 cas de fracture fermées soit 79,2% ; et 16 cas de fractures ouvertes soit 20,8%. Cette répartition est différente de celles de **Cissé L. [19]** (55% de fractures fermées et 45% de fractures ouvertes) et de **Jawish R, Dagher F [20]** (53,7% de fractures fermées et 46,3% de fractures ouvertes). La différence du taux des deux types de fracture pourrait s'expliquer par l'étiologie des traumatismes.

### ***- Os fracturé***

Les fractures associées des deux os représentaient 50,6%.

**Nouhoum D. [16]** avait eu un taux élevé de fractures associées soit 84%. L'élévation de la fréquence des fractures associées des deux os pourrait s'expliquer par le mécanisme du choc traumatique.

### ***- Mécanismes du traumatisme***

Les fractures par choc direct étaient prédominantes avec 77,9%. Ce taux est supérieur à celui de **Nouhoum D. [16]** chez qui les fractures par choc direct dominaient avec 64%. Comparativement dans l'étude de **Kadiatou M. [21]**, le mécanisme indirect prédominait avec 93,1%. La disposition anatomique et l'exposition de la diaphyse des deux os de la jambe favoriseraient la survenue des fractures par choc direct.

### ***- Siège de la fracture***

Dans l'étude nous avons eu en fonction des os 51% des traits de fracture siégeaient au tiers moyen du tibia, par contre au niveau du péroné 59%. Selon **Ousmane D. [17]** le 1/3 moyen avait été le plus touché avec respectivement 75 cas soit 68,18% et 66 cas soit 60% pour le tibia et le péroné.

Cet état de fait pourrait s'expliquer par le fait que le tiers moyen est le segment le plus exposé.

### ***- Type de traitement***

L'indication thérapeutique a été posée en fonction du siège de la fracture, du type de la fracture, et l'ouverture cutanée. Ainsi le traitement orthopédique avec plâtre cruro-pédieux a été institué dans 77,9% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de **Nouhoum D. [16]** qui rapporté 96% de traitement orthopédique. Le recours au traitement orthopédique dans cette étude pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des patients présentait des fractures sans déplacement.

### ***- Evolution et Complications***

Dans la majorité des cas nous n'avons pas enregistré de complication soit 64,9% ; par contre l'évolution s'est émaillée par des complications suivantes : cal vicieux (18,2%), ostéite (7,8%), retard de consolidation (3,9%), pseudarthrose (3,9%), amputation (1,3%). Ces complications sont supérieures à celles **Cissé L. [19]** qui avait obtenu respectivement 1,3% ; 2,2% ; 5,8% et 2,2%. Cette augmentation pourrait être liée à l'insuffisance du personnel, les conditions de stérilisation des matériels d'ostéosynthèse, la mauvaise conduite des patients.

## **VII-Conclusion :**

Au terme de cette étude, nous pouvons conclure que les fractures de jambe sont des affections traumatiques fréquentes surtout chez les sujets jeunes de sexe masculin dans la tranche d'âge de 21 à 30 ans. Les AVP et les accidents de travail sont les étiologies les plus fréquemment rencontrées.

Le diagnostic des lésions osseuses est essentiellement basé sur la clinique et la radiographie standard de face/profil.

La conduite thérapeutique est fonction du type de fracture.

L'évolution est le plus souvent favorable lorsque la prise en charge est faite de façon précoce et adéquate.

## **VIII – Recommandations :**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

### **➤ Au département de transport**

La mise en place d'une bonne politique de prévention des AVP par :

- La construction des autoroutes et la réfection des anciennes routes et des panneaux de signalisation.
- L'aménagement des points noirs (carrefours non éclairés et/ou mal signalés).

### **➤ Au département de la sécurité**

- Une obligation du contrôle technique de tous les véhicules.
- Une exigence du permis de conduire livré par les autorités compétentes.
- Le port obligatoire de casque par les motocyclistes.
- Le port obligatoire de la ceinture de sécurité par automobilistes.

### **➤ Au département de la santé**

- La dotation des services de chirurgie orthopédique et traumatologique des matériels techniques (matériels d'ostéosynthèse, tables orthopédiques, amplificateurs de brillance) permettant une bonne prise en charge des fractures.
- La formation des spécialistes en traumatologie pour couvrir le besoin des régions à fin d'éviter certaines complications des fractures ce qui permettra une prise en charge appropriée des lésions traumatiques.

- La formation continue des personnels en traumatologie pour répondre aux exigences professionnelles.

➤ **A la population**

- Le respect du code de la route.
- La proscription du traitement traditionnel des fractures.



## Références bibliographiques

**1- BUISSON .DCL, MAYRET P FESSY DC. M. H.**

Internat médecine orthopédie Traumatologie.

Edité par Vernazobres, décembre 2003.

**2- ALAIN CHARLE ET MASQUELET**

Chirurgie Orthopédique, principe et généralité.

Techniques chirurgicales orthopédiques traumatologiques de l'adulte. M  
Masson.

**3- ROUVIERE H :**

Anatomie humaine 11<sup>ème</sup> édition, tome III.

**4 –KAHLE W., LEONHARDT H, PLATTZER W: ANATOMIE,**

Appareil locomoteur, Flammarion-Medeci-sciences.

**5- KAPANDJI I .A .**

Physiologie articulaire : Membre inférieur 5<sup>ème</sup> édition.

**6- BRIZON J. ET CASTAING J**

Les feuillets d'anatomie.

Pour la préparation des concours hospitaliers et des examens de la faculté de  
médecine. Vaisseaux du membre inférieur. Fascicule VII.

**7- ERNEST. GARDNER. DONALB J .GRAY ROMAN.O. RAHLLY.**

**8 - POILLEUX F.**

Sémiologie chirurgicale. Flammarion Médecine Sciences. Tome I 3ème édition.

**9- ZAHLAONI J. ET WITVOET J.**

Fractures de jambe encycl. Med. Chir, Paris. Appareil locomoteur. A 10 et A 20

**10- SARMIENTO A.**

Fonctional bracing of tibial fracture.

**11- KEMPF I. GRAF H. LAFORGUE D.**

L'apport du verrouillage dans l'enclouage centromedullaire des os longs.

**12- RIBOULT L, VERGOS M, KONAN P:**

Fracture ouvertes de jambe. Medecine Afrique noire : 1990; 37(6)

**13- KEMPT J,**

Traitement des fractures diaphysaires de jambe S.OF.COT.

**14- CAUCHOIX J. DUPARC J. ET DUCOURTHORAX J L.**

Traitement des fractures ouvertes de jambe.

[WWW.santetropicale.com](http://WWW.santetropicale.com)

**15- MAHAMADOU D.**

Prise en charge des traumatismes de l'abdomen dans le service de chirurgie 'B' à l'hôpital Fousseiny DAOU de Kayes.

Thèse de médecine Kayes, 08-M465 ; 97p.

**16- NOUHOUM D.**

Prise en charge des fractures de jambe à l'hôpital de Sikasso.

Thèse de médecine Sikasso, 08-M353 ; 87p.

**17- OUSMANE M.**

Etude épidémiologique et clinique des fractures ouvertes des os de la jambe dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Toure de Bamako.

Thèse de médecine Bamako, 06- M211 ; 95p.

**18- MOYIKOU A., NGATSE-OKO., BOUITY-BUANG., ONDZOTO J.M., KAYA J.M, PENA-PITRA B.**

Résultats du traitement initial des fractures ouvertes récentes des membres à propos de 150 cas traités au C.H.U de Brazzaville.

Médecine d'Afrique Noire : 1992,39(11).

**19- CISSE L.**

Fracture diaphysaire de jambe : à propos de 612 cas.

Thèse de médecine Bamako : 1989 ; N° 2.

**20- JAWISH R, DAGHER F.**

Fractures Diaphysaire De Jambe.

**21- KADIATOU M.**

Etude des fractures de l'extrémité inférieure des os de la jambe dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du C.H.U Gabriel Touré.

Thèse de médecine Bamako, 08-M461 ; 86p.

## **Fiche signalétique**

**Nom** : Diallo

**Prénom** : Habibou Diallo

**Titre de la thèse** : Prise en charge des fractures de jambe à hôpital de kayes

**Secteur d'intérêt** : service des urgences et traumatologie de l'hôpital de Kayes du 15 Février 2011 au février 2012

**Pays** : Mali

**Année de soutenance** : 2012

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS

**Résumé** : Nous avons réalisé une étude prospective du 15 Février 2011 au 15 Février 2012 portant sur 77 cas de fracture de jambe. L'âge moyen était 26ans avec des extrêmes de 10 à 47 ans. L'impotence fonctionnelle du membre inférieur a été le signe évocateur de fracture de jambe .le diagnostic a été confirmer par la radiographie standard de la jambe. L'AVP a été l'étiologie la plus fréquente. Le traitement orthopédique a été le plus sollicité.

**Mots clés** : Fracture de jambe, hôpital de kayes.

**Prise en charge des fractures de la jambe à l'hôpital de kayes.**

**Fiche D'enquête**

- 1- Nom : .....
- 2- Prénom : .....
- 3- Age :
 

a : <10 ans	b : 10 – 20 ans	c : 21-30 ans
c : 31 – 40ans	d : > 40 ans	
- 4- Résidence :
 

a : kayes ville	b : hors de kayes
-----------------	-------------------
- 5- Profession :
 

a : Elève	b : Etudiant	c : Fonctionnaire	d : Ménagère
e : cultivateur	f : Ouvrier	g : Autres	
- 6- Sexe :
 

a : Masculin	b : féminin
--------------	-------------
- 7- Date de l' accident.....
- 8- Délai de prise en charge :
 

a : < 3h	b : 4 – 6h	c : 7-12h
----------	------------	-----------
- 9 : Référence :
 

a : Oui	b : Non
---------	---------
- 10 : Antécédent médicaux
 

a : HTA	b : Diabète	c : Asthme	d : Drépanocytose
---------	-------------	------------	-------------------
- 11 : Antécédent chirurgicaux
 

a : Oui	b : Non
---------	---------
- 12 : Hospitalisé :
 

a : Oui	b : Non
---------	---------
- 13 : Durée hospitalisation :
 

a : < 24h	b : 24-48h	c : > 48h
-----------	------------	-----------
- 14 : Etiologie :
 

a : Accident de voie publique.	b : Accident de sport	c : Accident de travail
d : Accident domestique	e : Autre	
- 15 : Mécanisme du traumatisme :
 

a : Direct	b : Indirect
------------	--------------
- 16 : Signes cliniques :
 

a : Douleur	b : Déformation	c : Impotence fonctionnelle
d : Chaleur	e : Autres	
- 17 : Type de fracture :
 

a : Fermée	b : Ouverte : b1 : CauchoixI	b2 : CauchoixII
	b3 : CauchoixIII	
- 18 : Cote atteint :
 

a : Droit	b : Gauche
-----------	------------



a : Favorable                      b : Passable                      c : Mauvaise

26 : Complication :

a : Immédiates : a1 : Ouverture cutanée    a2 : Vasculaire    a3 : Nerveuse

b : Secondaires : b1 : Déplacement secondaire    b2 : Nécrose de la peau    b3 : Autres

c : Tardives :    c1 : Retard de consolidation    c2 : Pseudarthrose    c3 : Ostéite

c4 : Cal vicieux

## SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.  
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.