

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple Un But Une Foi



U.S.T.T.B



F.M.O.S

**Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
(USTTB)**

**Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
(FMOS)**

Année universitaire 2022-2023

N°...../M

MEMOIRE

POLYFRACTURES DES MEMBRES : PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

Présenté et soutenu le 29/12/2023

Par

Dr SANOGO Térédjou Fatou

**Pour l'obtention du Diplôme d'Étude Spécialisée (DES) en
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique**

JURY

Président : Pr DEMBELE Bakary Tientigui

Co-Directeur : Dr SANOGO Cheick Oumar

Directeur : Pr MOUSSA Abdoul Kadri

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR	: accidents de la circulation routière
al	: collaborateurs
AVP	: accident de la voie publique
BABP	: brachio anté brachio palmaire
CHU	: centre hospitalier universitaire
Iconogr	: iconographie
Inf	: inférieur
MESS	: Mangled Extremity Severity Score'
OMS	: organisation mondiale de la santé
p	: probabilité
sup	: supérieur
TC	: traumatisme crânien

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Représentation des patients selon le sexe.....	7
Figure 2 : Répartition des patients selon l'étiologie	9
Figure 3 : Répartition des patients selon le délai d'admission.....	10
Figure 4 : Répartition des patients selon le mode d'admission.....	11
Figure 5 : Répartition des patients selon le côté atteint	11
Figure 6 : Répartition des patients selon le siège des lésions	12
Figure 7 : Répartition des patients selon le nombre de segments atteints	15
Figure 8 : Répartition des patients selon la présence de broiement	15
Figure 9 : Répartition des patients selon la notion de polytraumatisme.....	16
Figure 10 : Répartition des patients selon le délai de prise en charge.....	17
Figure 11 : Répartition des patients selon le type de traitement	18
Figure 12 : Répartition des patients selon le type de traitement orthopédique..	18
Figure 13 : Répartition des patients selon le temps opératoire	20
Figure 14 : Répartition des patients selon le taux de mortalité.	20
Figure 15 : Répartition des patients selon le score de Glasgow	21
Figure 16 : Répartition des patients selon le score de Vittel.....	22
Figure 17 : Répartition des patients selon le score de MESS	22
Figure 18 : Satisfaction des patients	25

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge	7
Tableau II : Répartition des patients selon la provenance.....	8
Tableau III : Répartition des patients selon la profession.....	8
Tableau IV : Répartitions des patients selon le motif de consultation.....	9
Tableau V : Répartition des patients selon le mécanisme de l'ACR	10
Tableau VI : Répartition des patients selon l'atteinte d'un segment osseux du membre supérieur.....	12
Tableau VII : Répartition des patients selon les polyfractures du membre supérieur	13
Tableau VIII : Répartition des patients selon l'atteinte d'un segment osseux du membre inférieur.....	13
Tableau IX : Répartition des patients selon les polyfractures du membre inférieur	14
Tableau X : Répartition des patients selon les lésions associées	16
Tableau XI : Répartition des patients selon la durée du séjour	17
Tableau XII : Répartition des patients selon le type de traitement chirurgical .	19
Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de complication.....	23
Tableau XIV : Relation entre le sexe et l'étiologie	23
Tableau XV : Relation entre la tranche d'âge et l'étiologie	24
Tableau XVI : Relation entre l'étiologie et le nombre de segment atteint.....	24
Tableau XVII : Relation entre le délai de prise en charge et le décès	25

Liste des iconographies

Iconogr 1 : Fracture ouverte des os de la jambe gauche avec perte de substance osseuse à la radiographie	34
Iconogr 2 : Fracture du fémur gauche et fracture avulsion du plateau tibial latéral droit.....	35
Iconogr 3 : Fracture articulaire du radius distal droit, fracture de Galéazi gauche,	35
Iconogr 4 : Mise en place d'un clou fémoral à gauche.....	36
Iconogr 5 : Parage fixateur externe jambe gauche	36
Iconogr 6 : Deuxième temps plaque vissée des 2 avant-bras et vissage du plateau tibial.....	37
Iconogr 7 : contrôle à 5 mois post opératoire avec consolidation des différents foyers fracturaires.....	38
Iconogr 8 : Fracture du bassin avec délabrement cutané important de la cuisse et fracture comminutive du fémur	39
Iconogr 9 : Première prise en charge par parage par parage puis transféré en réanimation	40
Iconogr 10 : Secondairement pose d'un fixateur externe et cerclage à cause de la comminution	40
Iconogr 11 : Fracture complexe du fémur gauche et des os de la jambe gauche réalisant un genou flottant type 1 de FRAZER.	41
Iconogr 12 : prise en charge faite par clou centro médullaire verrouillé	42
Iconogr 13 : Fracture ouverte du fémur avec broiement de la jambe	43
Iconogr 14 : Genou flottant avec broiement du segment jambier.....	44
Iconogr 15 : Fracture métaphysaire du radius distal droit,	45
Iconogr 16 : Fracture du fémur gauche.....	45
Iconogr 17 : Prise en charge faite par plaque vissée radiale et fémorale	46
Iconogr 18 : Fracture de l'humérus gauche, du fémur gauche et ouverte du tibia droit.....	47
Iconogr 19 : prise en charge faite par plaque vissée humérale et fémorale et parage fixateur externe tibial.	48
Iconogr 20 : Fracture du col fémoral droit.....	49
Iconogr 21 : Fracture articulaire du radius distal gauche, fracture transversale du fémur droit et fracture comminutive du fémur distal gauche	50
Iconogr 22 : Prise en charge faite en en 2 temps par prothèse intermédiaire de hanche droite et plaque fémorale droite puis lame plaque fémur distal gauche et plaque en T radius distal gauche.....	51

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
1. Objectif Général :	3
2. Objectifs Spécifiques :	3
MÉTHODE D'ÉTUDE	4
1. Type d'étude et période d'étude	4
2. Cadre et lieu d'étude	4
3. Population d'étude	4
4. Échantillonnage	4
5. Critères d'inclusion	4
6. Critères de non inclusion :	4
7. Collecte des données	4
8. Variables	5
9. Analyse des données	5
10. Aspects éthiques	5
RESULTATS	7
1. Aspects épidémiologiques	7
2. Aspects cliniques	9
3. Aspects thérapeutiques	17
4. Résultats analytiques	23
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	26
1. Épidémiologie	26
2. Clinique	27
3. Traitement	30
4. Résultats analytiques	31
CONCLUSION	33

ICONOGRAPHIES	34
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	52
ANNEXES	54

INTRODUCTION

Une fracture est une rupture de la continuité d'un os. Cela peut aller d'une simple fissure osseuse sans déplacement, jusqu'à une fracture très comminutive (fracture à nombreux fragments) [1].

Les polyfracturés des membres font référence à des patients qui ont subi des fractures multiples au niveau des membres supérieurs et/ou inférieurs. Ce type de traumatisme en orthopédie traumatologie constitue une problématique majeure en termes de santé publique, en raison de sa prévalence et des répercussions fonctionnelles qu'il engendre [2].

On définit actuellement comme polytraumatisé toute personne présentant au moins une lésion qui menace le pronostic vital ou fonctionnel, ou bien, à la phase initiale, dont le mécanisme ou la violence du traumatisme laisse supposer que de telles lésions puissent exister [3].

Tous les polytraumatisés ne sont pas obligatoirement polyfracturés et tous les polyfracturés ne sont pas des polytraumatisés mais une association peut se retrouver chez un même patient.

À l'échelle mondiale, les traumatismes en orthopédie traumatologie représentent une part significative de la morbidité. Environ 25% de tous les traumatismes touchent les membres, et parmi ceux-ci, les polyfracturés sont courants, en particulier chez les populations jeunes et actives [4].

Au niveau de la sous-région africaine, les traumatismes en orthopédie traumatologie sont également préoccupants ; en Afrique subsaharienne, les fractures représentent jusqu'à 70% des admissions traumatologiques [5].

Au Mali, les fractures sont responsables d'une part importante des cas d'urgences traumatologiques, avec une prévalence de près de 30% [6].

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Gabriel Touré, joue un rôle essentiel dans la prise en charge des traumatismes en orthopédie traumatologie. Il offre des ressources médicale et chirurgicale adaptées pour traiter ces cas complexes et viser une récupération fonctionnelle optimale. La prise en charge reste assez complexe et est fonction de l'équipe chirurgicale.

Peu d'études ont été réalisées sur les polyfracturés des membres au MALI, il existe alors un manque de données précises sur le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des polyfracturés des membres au sein du CHU Gabriel Touré de Bamako d'où l'intérêt de cette étude.

OBJECTIFS

1. Objectif Général :

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des polyfracturés des membres.

2. Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des polyfracturés des membres ;
- Décrire les aspects cliniques des polyfracturés des membres ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des polyfracturés des membres.
- Analyser les résultats du traitement.

MÉTHODE D'ÉTUDE

1. Type d'étude et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 01^{er} Juin 2022 au 31 Mai 2023 soit une durée de 12 mois.

2. Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel TOURE de Bamako (MALI).

3. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée de tous les patients admis dans le service pour fractures des membres.

4. Échantillonnage

Il s'agissait des patients qui présentaient au moins deux sièges de fractures pendant la période d'enquête.

5. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

Les patients présentant au moins deux sièges de fractures de membres associés ou non à d'autres fractures osseuses pris en charge et suivis pendant au moins 6 mois dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologie durant notre période d'étude.

6. Critères de non inclusion :

- Fracture d'un segment associée à une fracture du rachis et ou du crâne.
- Fracture isolée d'un segment de membre.

7. Collecte des données

La collecte des données a été faite selon deux techniques :

- Interview du malade (fiches d'enquête)

- Exploration des supports disponibles (fiches d'hospitalisation)

8. Variables

Les variables étudiées étaient : les données sociodémographiques, les données cliniques et les données thérapeutiques.

9. Analyse des données

L'enregistrement et l'analyse des données a été faite sur le logiciel SPSS Statistique version 25.

Les graphiques et la saisie des données ont été réalisés à partir des logiciels Word et Excel 2016.

Le test de χ^2 , la correction de continuité et le test exact de Fischer était utilisé selon les convenances pour déterminer les corrélations entre variables et études. Ils ont été utilisés avec un intervalle de confiance de 95 (p-value était considéré comme significatif si le résultat était inférieur ou égal à 0,05).

10. Aspects éthiques

Nous n'avons aucun lien d'intérêt pour la réalisation de cette étude et tous les patients inclus ont volontairement accepté de participer.

11. Analyse du résultat

Nos résultats ont été analysés par une méthode propre basée sur des critères subjectifs d'appréciation des patients et une méthode objective basée sur la survenue des complications quel que soit leurs types.

Critères subjectifs :

- Satisfait : un sentiment de satisfaction globale du patient sur sa prise en charge
- Insatisfait : un sentiment de non satisfaction du patient sur sa prise en charge de façon globale.

- Sans opinion. : les patients n'ayant d'opinion particulier sur la qualité de leur prise en charge.

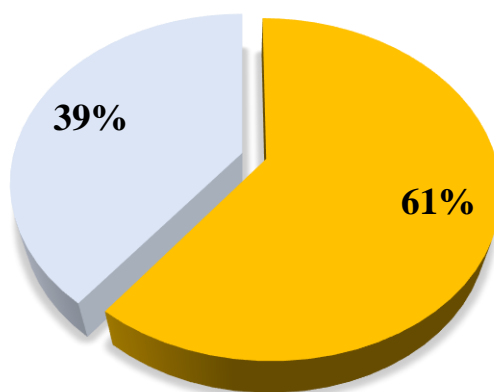
RESULTATS

1. Aspects épidémiologiques

↳ Fréquence

Durant notre étude nous avons enregistré pendant la période d'étude **71 patients** polyfracturés.

↳ Sexe



■ homme ■ femme

Figure 1 : Représentation des patients selon le sexe.

Le sex-ratio était de 1.54.

↳ Age

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge en année	Effectif	Pourcentage
0 - 14	3	4,2
15 - 30	34	47,9
31 - 45	17	23,9
46 - 60	13	18,3
61 – et plus	4	5,6
Total	71	100

L'âge moyen était de 33,08 +/- 16,22 avec des extrêmes de 12 ans et 75 ans.

↳ Provenance

Tableau II : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Commune I	11	15,5
Commune II	1	1,4
Commune III	5	7
Commune IV	9	12,7
Commune V	6	8,5
Commune VI	22	31
Kati	2	2,8
Région	12	16,9
Hors du Mali	3	4,2
Total	71	100

↳ Profession

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Élèves/Étudiants	19	26,8
Ménagères	13	18,3
Ouvriers	8	11,3
Enseignants	6	8,5
Commerçants	5	7
Chauffeurs	4	5,6
Militaires	3	4,2
Cultivateurs	2	2,8
Autres	11	15,5
Total	71	100

Autres = infographe ; entrepreneur ; sociologue ; directeur d'une agence de voyage ; artiste ; sans emploi ; gardien de sécurité ; pharmacien ; contrôleur au trésor ; biologiste.

2. Aspects cliniques

↳ Motif de consultation

Tableau IV : Répartitions des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Traumatisme d'un membre supérieur et d'un membre inférieur	27	38
Traumatisme d'un membre inférieur	26	36,6
Traumatisme d'un membre supérieur	5	7
Traumatisme des 2 membres supérieurs	4	5,6
Traumatisme des 2 membres inférieurs	3	4,2
Traumatisme d'un membre supérieur et des 2 membres inférieurs	3	4,2
Traumatisme des 4 membres	2	2,8
Traumatismes des 2 membres supérieurs et d'un membre inférieur	1	1,4
Total	71	100

↳ Étiologie

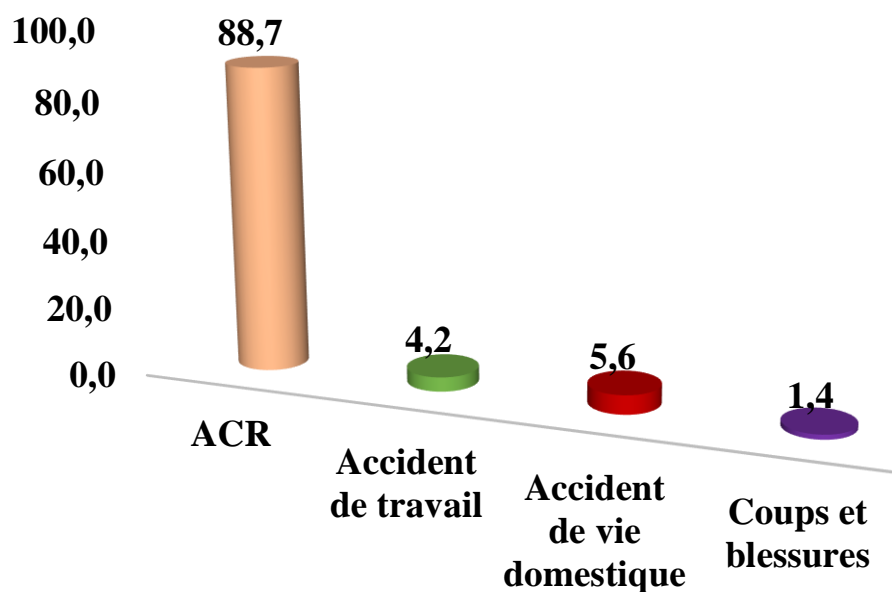


Figure 2 : Répartition des patients selon l'étiologie

↳ Mécanisme de l'ACR

Tableau V : Répartition des patients selon le mécanisme de l'ACR

Mécanisme de l'ACR	Effectif	Pourcentage
Automobile dérapage	5	7,9
Automobile - automobile	2	3,2
Automobile motocycliste	29	46
Automobile piéton	1	1,6
Moto dérapage	3	4,8
Motocycliste - motocycliste	14	22,2
Motocycliste piéton	4	6,3
Motocycliste tricycliste	2	3,2
Motocycliste et charrette	1	1,6
Automobile tricycliste	2	3,2
Total	63	100

↳ Délai d'admission

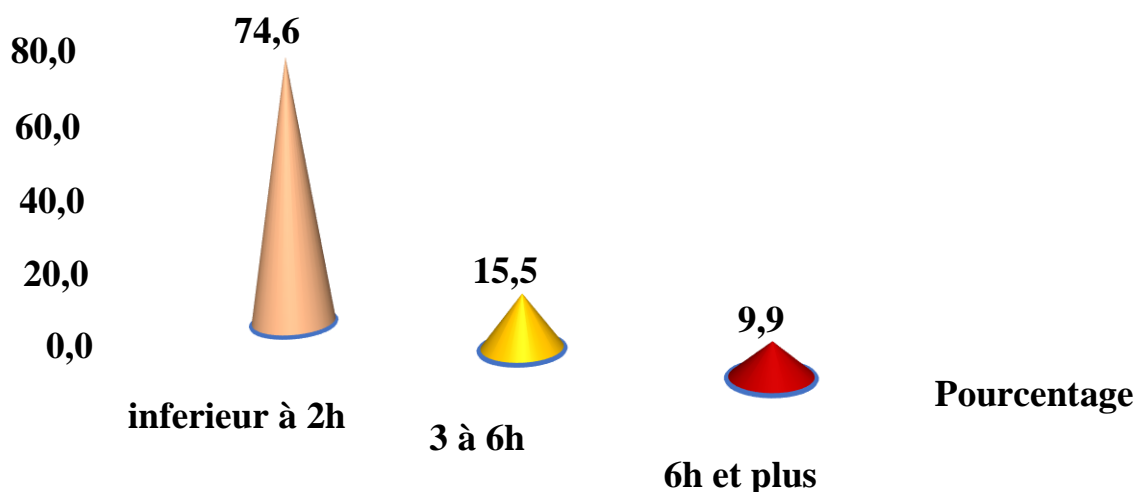


Figure 3 : Répartition des patients selon le délai d'admission

↪ **Mode d'admission**

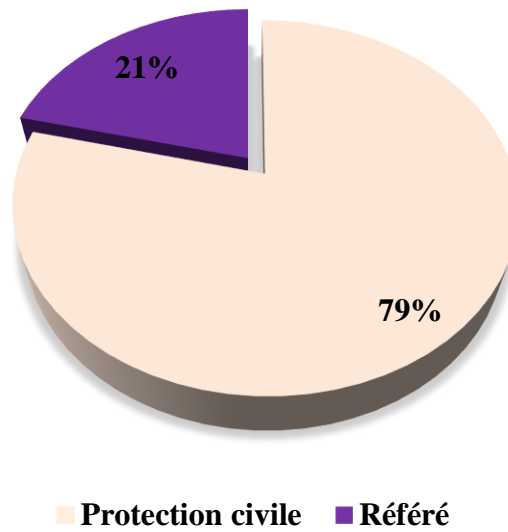


Figure 4 : Répartition des patients selon le mode d'admission

↪ **Côté atteint**

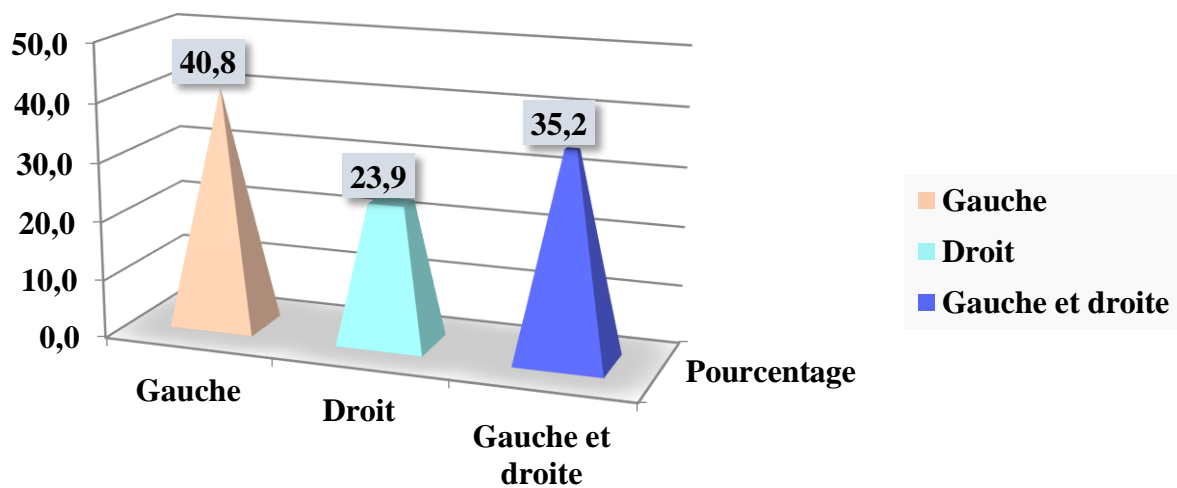


Figure 5 : Répartition des patients selon le côté atteint

↳ Sièges des lésions

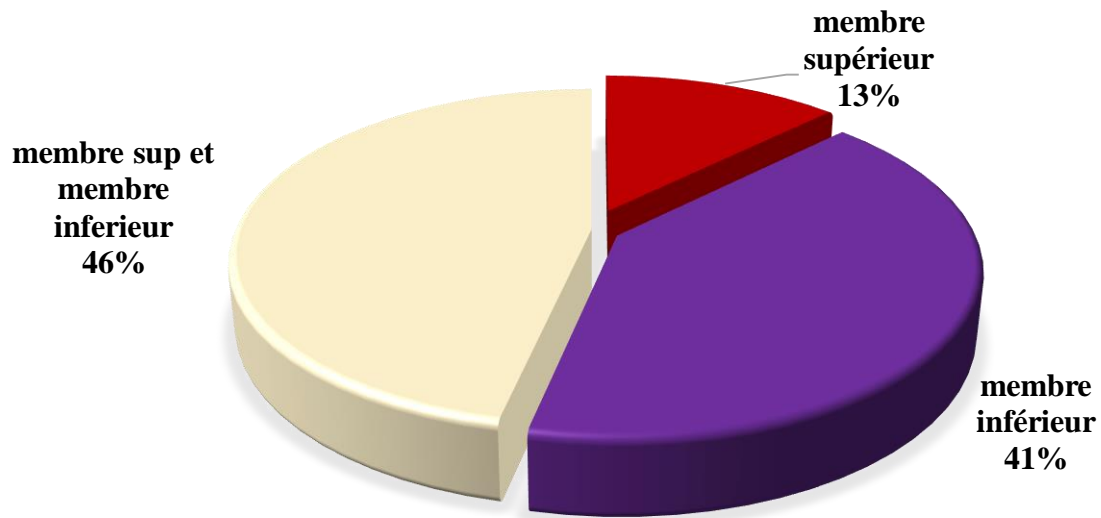


Figure 6 : Répartition des patients selon le siège des lésions

↳ Atteinte d'un segment osseux du membre supérieur

Tableau VI : Répartition des patients selon l'atteinte d'un segment osseux du membre supérieur

Segment supérieur	Effectif	Pourcentage
Clavicule	4	13,8
Scapula	1	3,5
Bras	7	24,1
Avant-bras	15	51,7
Main	2	6,9
Total	29	100

↳ **Polyfractures du membre supérieur**

Tableau VII : Répartition des patients selon les polyfractures du membre supérieur

Poly fractures membre supérieur	Effectif	Pourcentage
Humérus et avant-bras	3	20
Les 2 avant-bras	3	20
Avant-bras + main	3	20
Humérus et main	1	6,7
Les 2 humérus + avant-bras	1	6,7
Clavicule et main	1	6,7
Clavicule + humérus + avant-bras	1	6,7
Scapula + avant-bras	1	6,7
Clavicule + avant-bras	1	6,7
Total	15	100

↳ **Atteinte d'un segment osseux du membre inférieur**

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'atteinte d'un segment osseux du membre inférieur

Segment inférieur	Effectif	Pourcentage
Jambe	14	51,9
Fémur	11	40,7
Bassin	1	3,7
Pied	1	3,7
Total	27	100

↳ **Polyfractures du membre inférieur**

Tableau IX : Répartition des patients selon les polyfractures du membre inférieur

Polyfracturés du membre inférieur	Effectif	Pourcentage
Fémur + jambe	19	47,5
Bassin + fémur	5	12,5
Les 2 Jambes	4	10
Fémur + patella	2	5
Bassin + Fémur + les 2 Jambes	2	5
Patella + Jambe	1	2,5
Bassin + Jambe	1	2,5
Bassin + Pied	1	2,5
Fémur + Patella + Pied	1	2,5
Bassin + Patella	1	2,5
Les 2 Fémurs	1	2,5
Jambe + Pied	1	2,5
Fémur + Jambe + Patella	1	2,5
Total	40	100

↪ Nombre de segments atteints

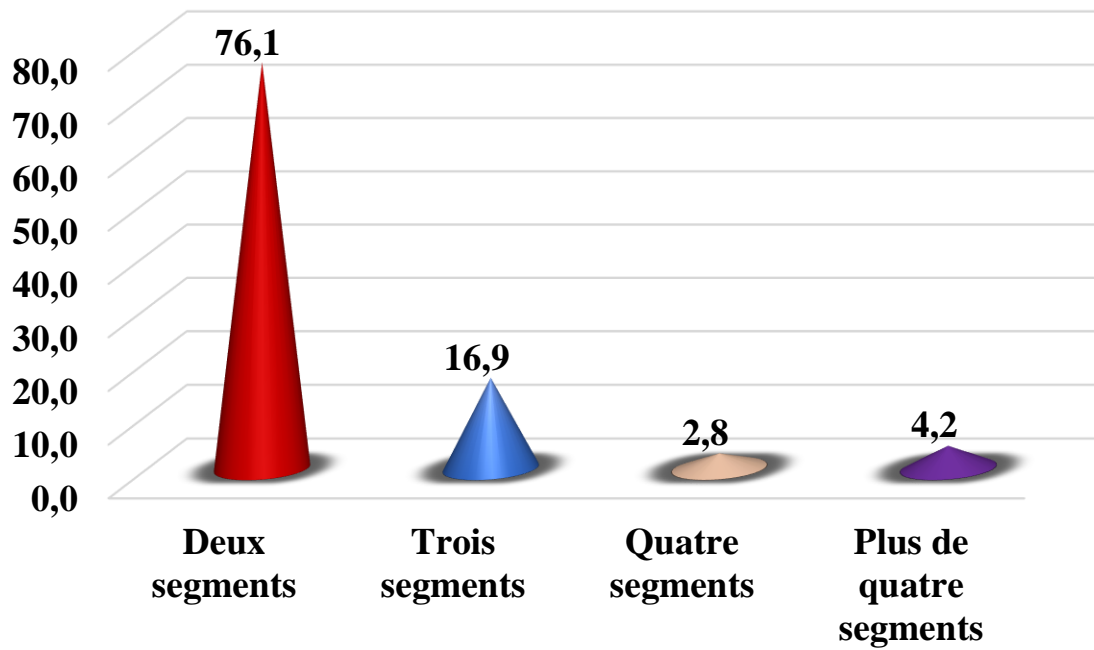


Figure 7 : Répartition des patients selon le nombre de segments atteints

↪ Présence de broiement

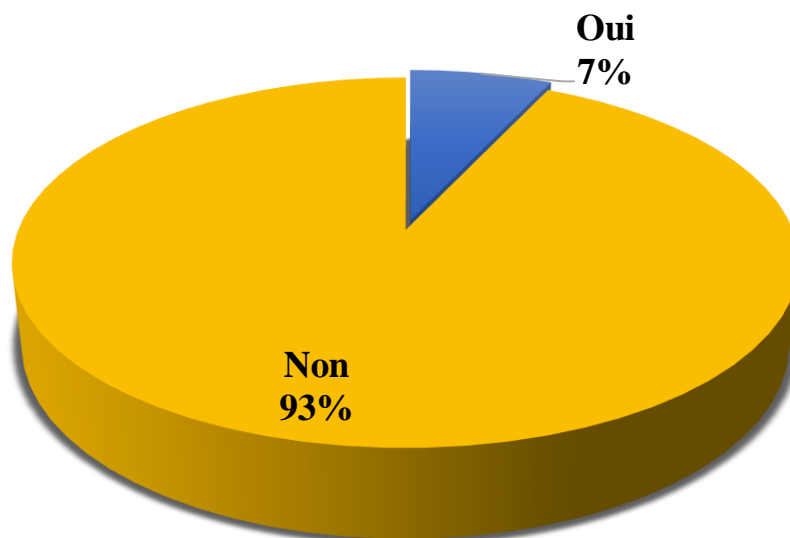


Figure 8 : Répartition des patients selon la présence de broiement

↳ **Lésions associées**

Tableau X : Répartition des patients selon les lésions associées

Lésions associées	Effectif	Pourcentage
Ouverture cutanée	36	50,7
Traumatisme crânien	6	8,5
Traumatisme abdominal	2	2,8
Traumatisme crânien + Ouverture cutanée	7	9,9
Traumatisme thoracique	1	1,4
Sans lésion associée	19	26,8
Total	71	100

↳ **Cas de polytraumatisme**

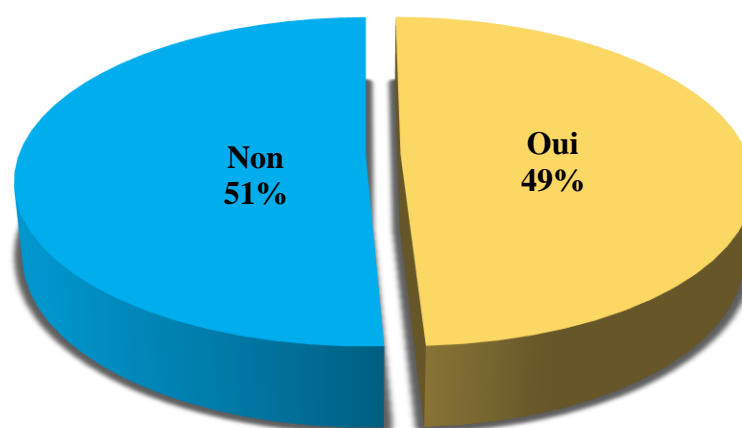


Figure 9 : Répartition des patients selon la notion de polytraumatisme

3. Aspects thérapeutiques

Durée du séjour

Tableau XI : Répartition des patients selon la durée du séjour

Durée du séjour en jour	Effectif	Pourcentage
1 à 4	19	26,7
5 à 10	25	35,2
10 à 20	9	12,7
Plus de 20	18	25,4
Total	71	100

↳ Délai de prise en charge

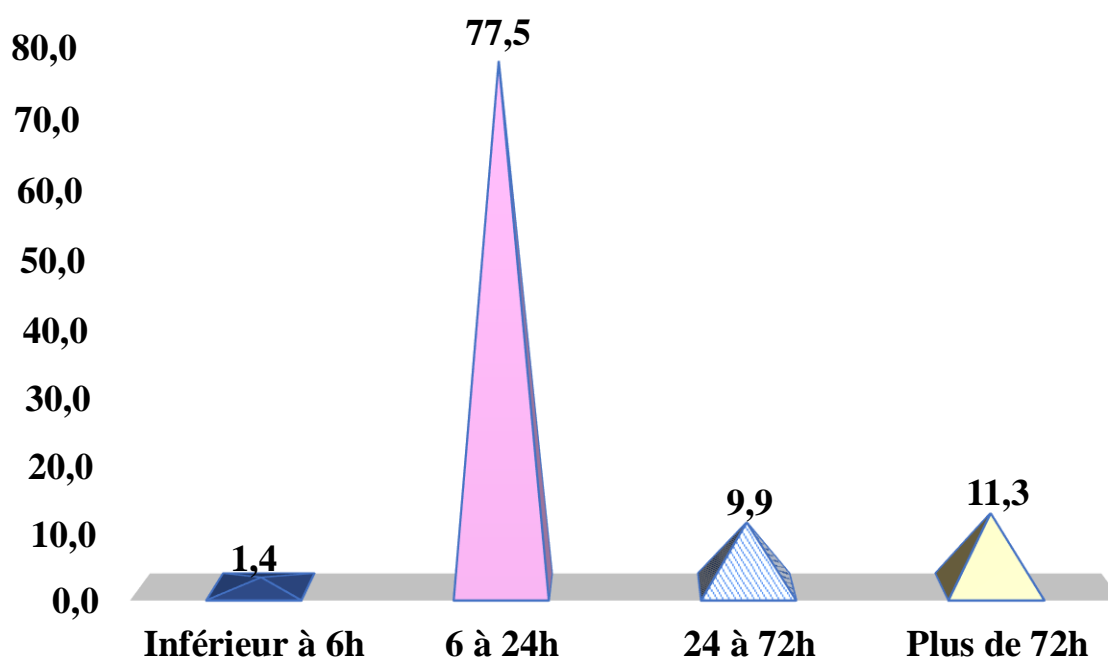


Figure 10 : Répartition des patients selon le délai de prise en charge.

↪ **Type de traitement**

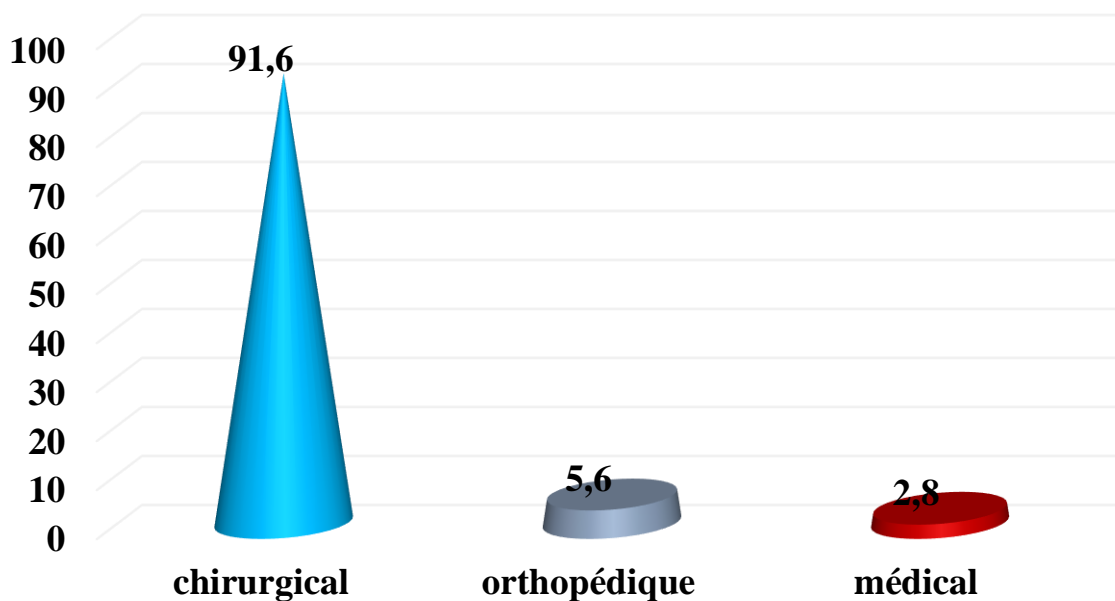


Figure 11 : Répartition des patients selon le type de traitement

↪ **Type de traitement orthopédique**

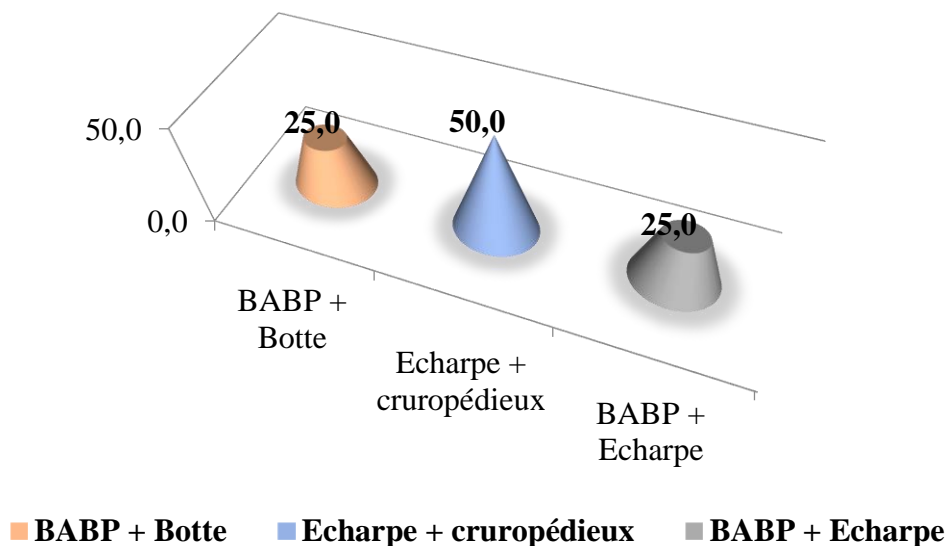


Figure 12 : Répartition des patients selon le type de traitement orthopédique

↳ **Type de traitement chirurgical**

Tableau XII : Répartition des patients selon le type de traitement chirurgical

Type de traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Ostéosynthèse interne	27	41,5
Parage + Ostéosynthèse interne	14	21,5
Parage + Ostéosynthèse externe + Ostéosynthèse interne	11	16,9
Parage + Ostéosynthèse externe	4	6,2
Amputation	4	6,2
Parage	4	6,2
Amputation + Ostéosynthèse externe	1	1,5
Total	65	100

↳ **Damage contrôlé**

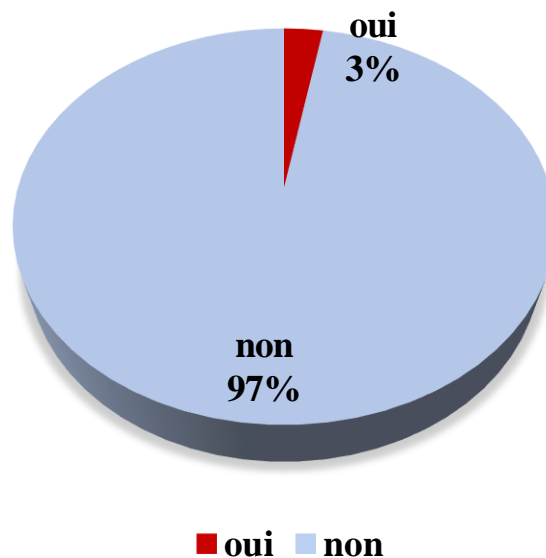


Figure 13 : Répartition des patients selon le damage contrôlé

↪ Nombre d'admission au bloc opératoire

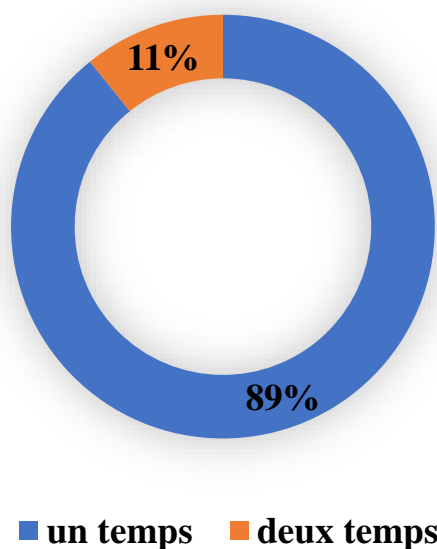


Figure 14 : Répartition des patients selon le temps opératoire

↪ Taux de mortalité

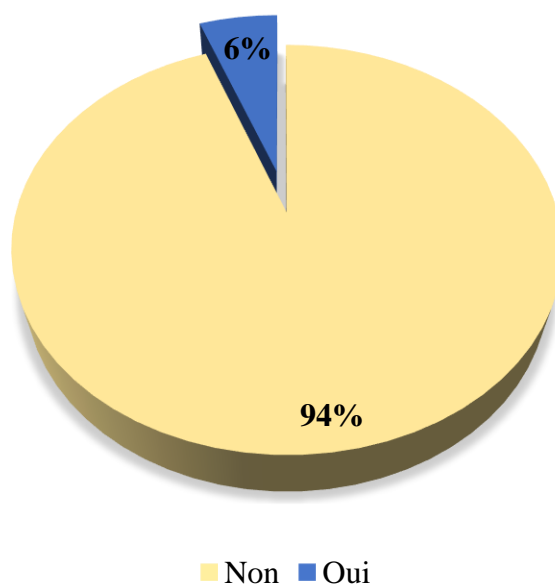


Figure 15 : Répartition des patients selon le taux de mortalité.

↳ Score de Glasgow

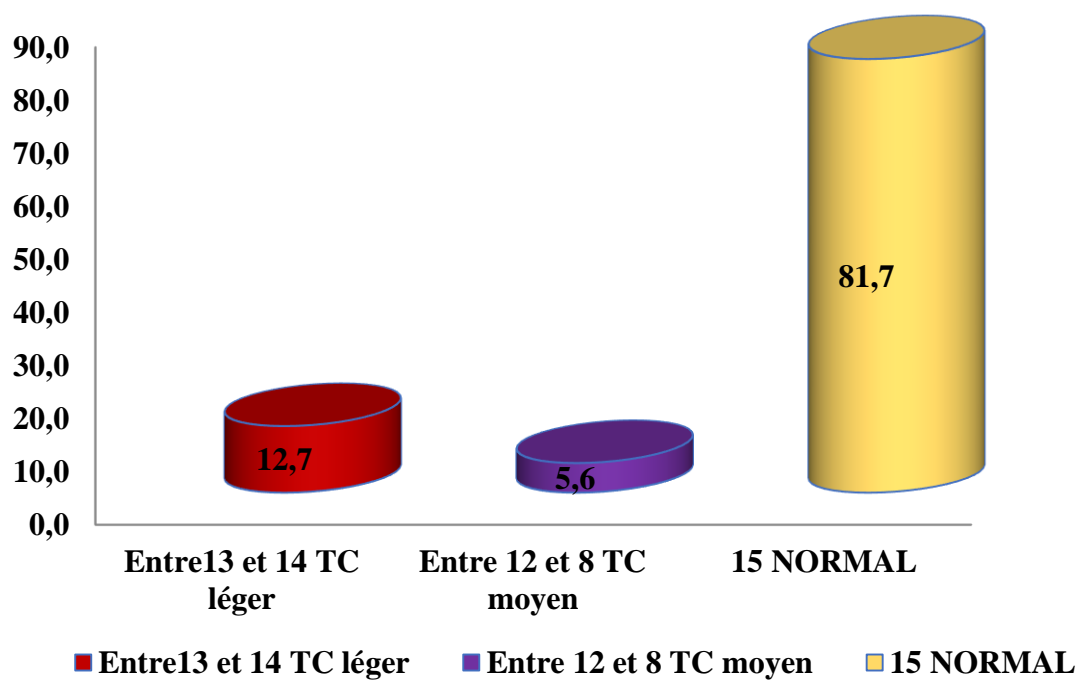


Figure 16 : Répartition des patients selon le score de Glasgow

↳ Score de Vittel

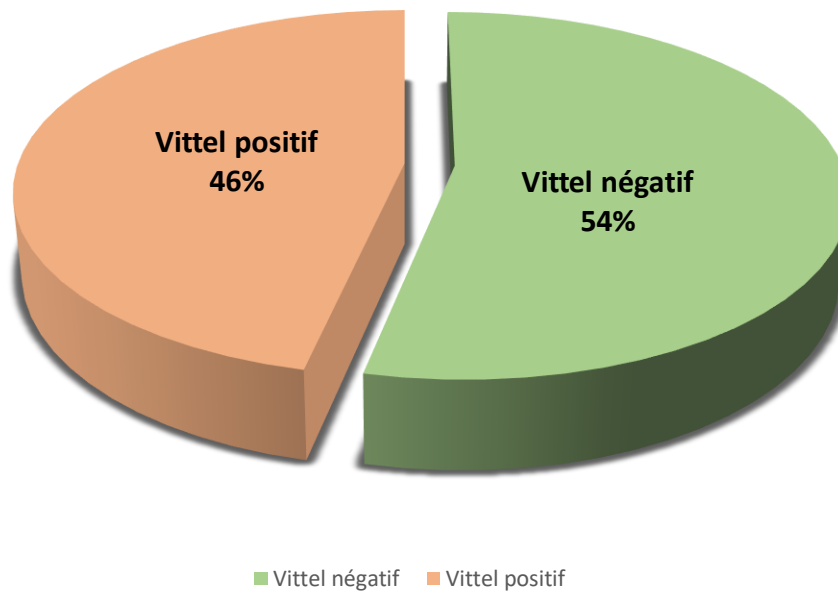


Figure 17 : Répartition des patients selon le score de Vittel

↳ Score de MESS

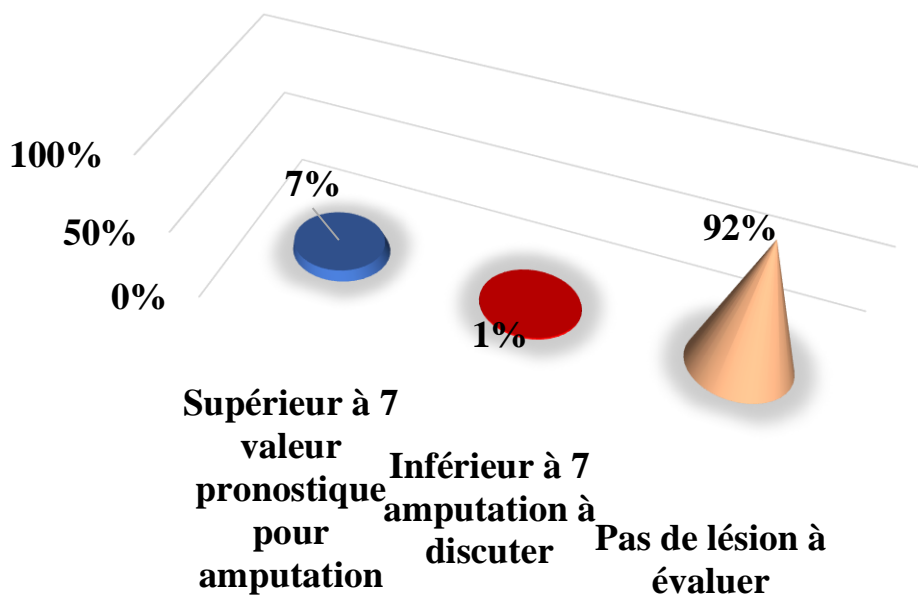


Figure 18 : Répartition des patients selon le score de MESS

↳ Evolution / Complications

Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de complication

Evolution Complications	Effectif	Pourcentage
Douleur résiduelle	1	1,5
Infection	7	10,4
Retard de consolidation	2	3,0
Cal vicieux	3	4,5
Raideur	6	9,0
Impotence fonctionnelle	1	1,5
Pas de complication	47	70,1
Total	67	100

4. Résultats analytiques

↳ Relation entre le sexe et l'étiologie

Tableau XIV : Relation entre le sexe et l'étiologie

Sexe	Etiologie du traumatisme				Total
	ACR	Accident de travail	Accident de vie domestique	Coups et blessures	
Homme	39	2	1	1	43
Femme	24	1	3	0	28
Total	63	3	4	1	71

(p = 0,4 Test de Fischer exact)

↳ **Relation entre la tranche d'âge et l'étiologie**

Tableau XV : Relation entre la tranche d'âge et l'étiologie

Age en année	Etiologie du traumatisme				Total
	ACR	Accident de travail	Accident de vie domestique	Coups et blessures	
12 - 14	3	0	0	0	3
15 - 30	32	1	1	0	34
31 - 45	14	2	1	0	17
46 - 60	11	0	1	1	13
61 - 75	3	0	1	0	4
Total	63	3	4	1	71

(p = 0,3 Test de Fischer exact)

↳ **Relation entre l'étiologie et le nombre de segments atteints**

Tableau XVI : Relation entre l'étiologie et le nombre de segment atteint

Nombre de segment atteint	Etiologie du traumatisme				Total
	ACR	Accident de travail	Accident de vie domestique	Coups et blessures	
Deux segments	46	3	4	1	54
Trois segments	12	0	0	0	12
Quatre segments	2	0	0	0	2
Plus de quatre segments	3	0	0	0	3
Total	63	3	4	1	71

(p = 0,9 Test de Fischer exact)

↳ **Relation entre polytraumatisé et décès**

Tableau XVII : Relation entre le délai de prise en charge et le décès

Délai de prise en charge	Décès		Total
	Non	Oui	
Inférieur à 6h	0	1	1
6 à 24h	53	2	55
24 à 72h	7	0	7
Plus de 72h	7	1	8
Total	67	4	71

(p = 0,05 Test de Fischer exact)

↳ **Satisfaction des patients**

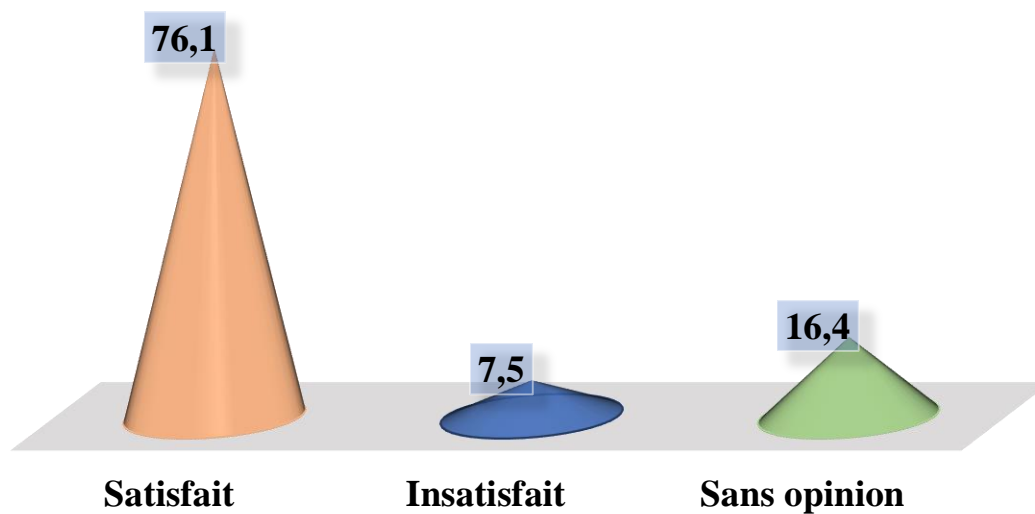


Figure 19 : Satisfaction des patients

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Épidémiologie

Durant notre période d'étude sur **866** patients hospitalisés dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique ; **71** étaient des polyfracturés, ce qui représente une fréquence de **8,2%**.

Dans notre étude le sexe masculin était le plus représenté avec 61% contre 39% de femme et un sex-ratio de 1.54.

Notre résultat est différent de celui de **Amossou FL et al** [7] au Bénin qui ont trouvé un sex ratio de 5.2 (**p= 0,005 Test de Chi²**).

Cette différence pourrait être liée au nombre de patients et au nombre de femmes dans les différentes études.

Notre prédominance masculine peut s'expliquer par le nombre élevé des hommes dans la circulation routière et le fait qu'ils sont plus actifs mais également plus imprudents alors que l'instinct de conservation est plus présent chez les femmes.

Selon **Chesnais et Vallin** [8], les femmes sont plus prudentes dans la conduite que les hommes. Aussi, au plan mondial, l'OMS estime que dès leur jeune âge, les hommes risquent davantage que les femmes d'être impliqués dans un accident de la route. Dans une étude menée à Cotonou, **Lawson M et al** [9] rapportaient que les traumatismes violents atteignent les hommes (93,4%) pendant que ceux minimes touchent en priorité les femmes.

L'âge moyen dans notre étude était de 33,08+-16,22 avec des extrêmes allant de 12 et 75 ans. Ce résultat est conforme à celui de **Amossou FL et al** [7] au Bénin qui ont retrouvé un âge moyen de 38,4 (**p=0;10 Test de Chi²**).

Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que cet âge correspond à une population jeune et active donc plus mobile ce qui les expose en permanence aux traumatismes.

Vingt-deux de nos patients soit 31% provenaient de la commune 6 du district de Bamako.

Cela pourrait s'expliquer par le fait cette zone correspond à l'une des communes les plus peuplées de Bamako.

Les élèves et étudiants étaient les plus représentés dans notre étude avec 26,8%.

Notre résultat est conforme à celui de **Amossou FL et al** [7] au Bénin qui dans leur série ont retrouvé 16% (**p=0,26 Test de Chi²**).

Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans notre société les élèves et étudiants disposent en majorité de motos et ne sont pas munis d'un permis de conduire ce qui les expose en permanence aux accidents de la circulation routière.

2. Clinique

Il s'agissait du traumatisme d'un membre supérieur et d'un membre inférieur dans 38% des cas et du traumatisme d'un membre inférieur dans 36,6% des cas.

Cela s'expliquerait par le fait que les membres inférieurs sont proches du sol et sont plus une zone d'appui ce qui les expose aux fractures plus que les membres supérieurs.

Les accidents de la circulation routière ont prédominé dans notre étude avec 88,7% des cas.

Ce résultat est similaire à celui de **Amossou FL et al** [7] au Bénin qui ont retrouvé dans leur étude 78 % des cas (**p=0 ,57 Test de Chi²**).

Les auteurs comme **Eluwa à Ughelli au Nigéria** [10], **Hoekman** [11] à **Niamey au Niger**, **Nyarwaya** [12] à **Kigali au Rwanda**, et **Mubashir à Karachi au Pakistan** [13] ont déjà souligné cette prédominance des accidents de la circulation dans la survenue des fractures des membres.

Il s'agissait d'un motocycliste renversé par un automobiliste dans 46% des cas. Les motos étaient en cause dans 84,13% des cas.

Ce résultat est identique à celui de **Amossou FL et al** [7] au Bénin qui ont trouvé 86,8% d'implication de moto dans les polyfracturés des membres (**p=0,11 Test de Chi²**).

Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à moto les sujets sont plus exposés aux fractures vu le manque de barrière.

Dans notre étude 75% de nos patients ont été admis dans les 2h suivant le traumatisme.

Les 78% de nos patients ont été admis par la protection civile malienne.

Notre résultat est conforme à celui de **Amossou FL et al** [7] au Bénin qui ont retrouvé 34,1% de transport par les sapeurs-pompiers (**p=0,08 Test de Chi²**).

Ceci pourrait s'expliquer par le maillage de la ville de Bamako par les services de la protection civile.

Concernant le coté atteint, 41% des lésions de nos patients étaient prédominantes à gauche.

Notre résultat est différent de celui de **Amossou FL et al** [7] au Bénin qui ont trouvé majoritairement 54% de lésions homolatérales gauches (**p=0,02 Test de Chi²**).

Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon des différentes études.

Le côté gauche est le plus atteint, tenant compte de l'étiologie principale retrouvée c'est-à-dire les accidents survenus sur la voie publique et la conduite se faisant à droite dans notre milieu, le côté gauche serait donc plus exposé aux traumatismes de la circulation routière [7].

Le siège des lésions était prédominant dans l'association membres supérieur et inférieur dans 46% suivis du membre inférieur uniquement dans 41% et du membre supérieur uniquement dans 13%.

Notre résultat est différent de celui de **Chouaib ATIA et al** [14] à Rabat qui ont trouvé une prédominance d'association de lésion d'un membre supérieur et d'un membre inférieur dans 28,14% des cas (**p= 0,002 Test de Chi²**)

Cette différence pourrait être liée aux tailles des différentes études.

Sur les 29 patients qui avaient une atteinte isolée d'un segment du membre supérieur ; 51,72% soit 15 patients avaient une atteinte de l'avant-bras.

Sur les 27 patients qui avaient une atteinte isolée d'un segment du membre inférieur ; 51,86% soit 14 patients avaient une atteinte de la jambe.

Sur les 15 patients polyfracturés du membre supérieur ; le coude flottant, l'atteinte concomitante des deux avant-bras et l'atteinte de l'avant et de la main étaient les associations les plus représentées dans 20% chacune.

Le genou flottant était l'atteinte la plus observée dans 47,5% sur 40 patients polyfracturés du membre inférieur.

Le membre pelvien avec respectivement le tibia et le fémur serait le siège de prédilection des fractures de membres [7]. La littérature est unanime sur ce siège caudal des lésions ceci à travers divers auteurs notamment en **Inde** [15], **Afrique du sud** [16], **France** [17], **Niger** [18].

La prédominance des fractures des membres pelviens, en particulier du segment jambier, s'expliquerait par leur plus grande exposition aux chocs lors de contact soit avec la chaussée soit avec un engin impliqué dans les ACR et du fait de sa situation sous cutanée par rapport aux autres segments.

L'atteinte de deux segments était majoritairement représentée dans 76,1% des cas.

Au moins un segment était broyé chez 7% de nos patients ; cela pourrait être lié à l'énergie des traumatismes.

Chez 50,7% de nos patients il y avait une ouverture cutanée.

Notre résultat est similaire à celui de **Amossou FL et al** [7] au Bénin qui ont trouvé 57,72% de fractures ouvertes (**p=0,07 Test de Chi²**).

La forte proportion de fracture ouverte dans ces deux études serait liée au fait que les engins à deux roues sont impliqués dans la quasi-totalité des ACR et que ces ACR surviennent à la suite d'un traumatisme violent.

Dans notre étude 49% des patients étaient des polytraumatisés.

Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que les polyfractures surviennent à la suite de traumatisme à haute vitesse pourvoyeur de polytraumatisme.

3. Traitement

La durée de séjour la plus fréquente était de 5 à 10 jours chez 35,2% de nos patients.

Nous avons jugé nécessaire d'hospitaliser tous les patients ne serait-ce que pour une observation de 24 heures du fait de la particularité des lésions et des risques encourus par les patients.

Cela pourrait être lié au fait qu'il s'agissait d'une lésion de 2 segments chez la majorité de nos patients et que leur prise en charge était faite en majorité dans les 24 premières heures suivant le traumatisme et que les suites opératoires étaient simples en majorité.

Concernant le délai de prise en charge 77,5% de nos patients ont été pris en charge entre la 6^{ème} et la 24^{ème} heure.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients sont opérés aux urgences par l'implication des chirurgiens stagiaires ; des résidents en orthopédie traumatologie et en anesthésie réanimation.

Concernant le type de traitement, le traitement chirurgical était le plus utilisé chez 91% des patients. Seulement 6% des patients ont bénéficié d'un traitement

orthopédique et 3% un traitement médical car ils sont décédés avant la prise en charge traumatologique.

L'ostéosynthèse interne isolée a été le type de traitement chirurgical le plus utilisé chez 38% de nos patients. Le parage a été réalisé chez 50,8% de nos patients qu'il soit associé ou non à une ostéosynthèse ou une amputation.

Nous avons réalisé 3% cas de damage contrôle car l'état général des patients ne permettait pas une synthèse en urgence.

Sur les 65 patients qui ont bénéficié d'un traitement chirurgical 58 soit 89% ont été pris en charge en une seule admission au bloc opératoire contre 7 soit 11% en 2 admissions au bloc opératoire.

Dans notre étude, nous avons enregistré 4 décès soit 6% des patients.

Dans notre étude 12,7% des patients avaient un traumatisme crânien léger et 5,6% un traumatisme moyen.

Concernant le score de VITELL 46,5% des patients avaient un VITELL positif.

Selon le score de MESS 7% des patients avaient une valeur supérieure à 7 qui correspond à une valeur pronostique pour amputation tandis que seulement 1,4% avait une valeur inférieure à 7 dans laquelle l'amputation est à discuter.

Concernant les complications, nous n'avons pas enregistré de complications per opératoire tandis que les complications post opératoires ont été dominées par l'infection avec 10,4%. Cette prédominance pourrait être liée à l'ouverture cutanée comme principale lésion associée.

4. Résultats analytiques

Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre l'étiologie et le nombre de segment atteint.

Dans notre étude il existe une corrélation statistiquement significative entre le décès et le délai de prise en charge.

5. Satisfaction des patients

Sur les 67 patients qui ont été traité 76,1% se disaient satisfait de la prise en charge alors que les 7,5% se disaient insatisfaits et 16,4% sans opinion.

Sur un recul de 6 mois, nos résultats ont été jugé satisfaisants dans 70,1% des cas car ces patients n'ont pas présenté de complications quel que soit le type.

CONCLUSION

Les polyfracturés des membres sont fréquents. Les adultes jeunes de sexe masculin sont le plus souvent exposés. Les accidents de la circulation routière en sont la principale étiologie. Le diagnostic est clinique et radiologique, les lésions sont complexes, graves et peuvent engager le pronostic vital.

La prise en charge nécessite une équipe multidisciplinaire (anesthésiste et chirurgiens,) et un plateau technique adéquat (bloc opératoire d'urgence disponible 24 heures sur 24, disciplines chirurgicales multiples, centre de transfusion).

ICONOGRAPHIES

Patient 1 : Polyfracturé des quatre membres



Iconogr 1 : Fracture ouverte des os de la jambe gauche avec perte de substance osseuse à la radiographie



Iconogr 2 : Fracture du fémur gauche et fracture avulsion du plateau tibial latéral droit



Iconogr 3 : Fracture articulaire du radius distal droit, fracture de Galéazi gauche,



Iconogr 4 : Mise en place d'un clou fémoral à gauche



Iconogr 5 : Parage fixateur externe jambe gauche



Iconogr 6 : Deuxième temps plaque vissée des 2 avant-bras et vissage du plateau tibial



Iconogr 7 : contrôle à 5 mois post opératoire avec consolidation des différents foyers fracturaires.

Patient 2 : 13 ans Polyfracturé des membres inférieurs



Iconogr 8 : Fracture du bassin avec délabrement cutané important de la cuisse et fracture comminutive du fémur



Iconogr 9 : Première prise en charge par parage par parage puis transféré en réanimation



Iconogr 10 : Secondairement pose d'un fixateur externe et cerclage à cause de la comminution

Patient 3 : 22ans Polyfracturé d'un membre inférieur



Iconogr 11 : Fracture complexe du fémur gauche et des os de la jambe gauche réalisant un genou flottant type 1 de FRAZER.



Iconogr 12 : prise en charge faite par clou centro médullaire verrouillé

Patient 4 : 20ans Polyfracturé d'un membre inférieur avec un segment broyé



Iconogr 13 : Fracture ouverte du fémur avec broiement de la jambe



Iconogr 14 : Genou flottant avec broiement du segment jambier

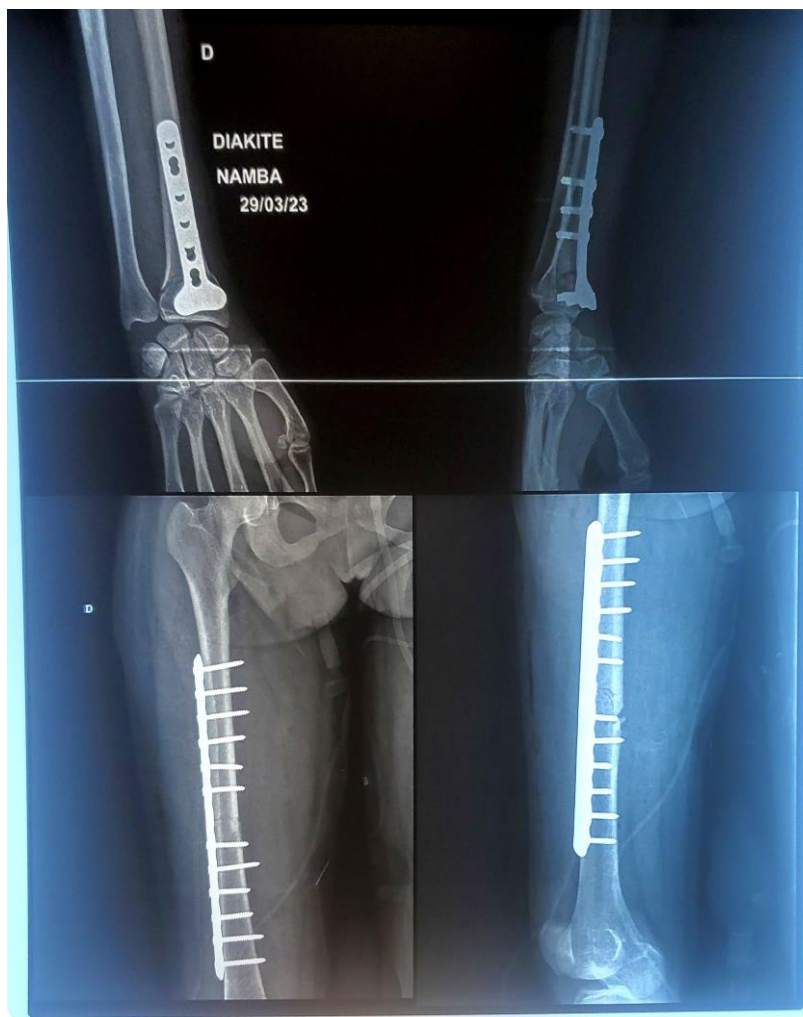
Patient 5 : 34 ans Polyfracturé d'un membre supérieur et d'un membre inférieur



Iconogr 15 : Fracture métaphysaire du radius distal droit,

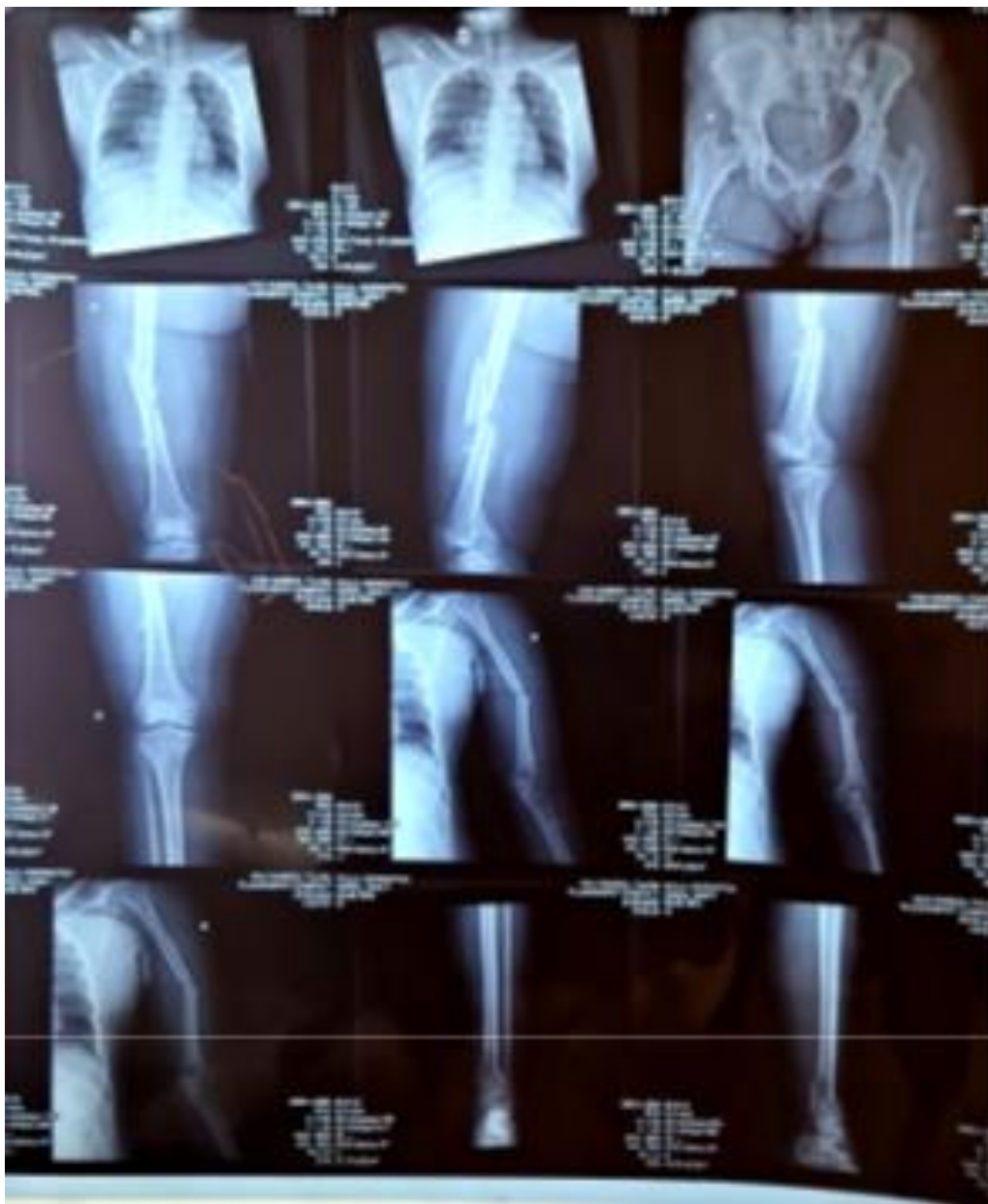


Iconogr 16 : Fracture du fémur gauche



Iconogr 17 : Prise en charge faite par plaque vissée radiale et fémorale

Patient 6 : 45 ans Polyfracturé d'un membre supérieur et des membres inférieurs



Iconogr 18 : Fracture de l'humérus gauche, du fémur gauche et ouverte du tibia droit

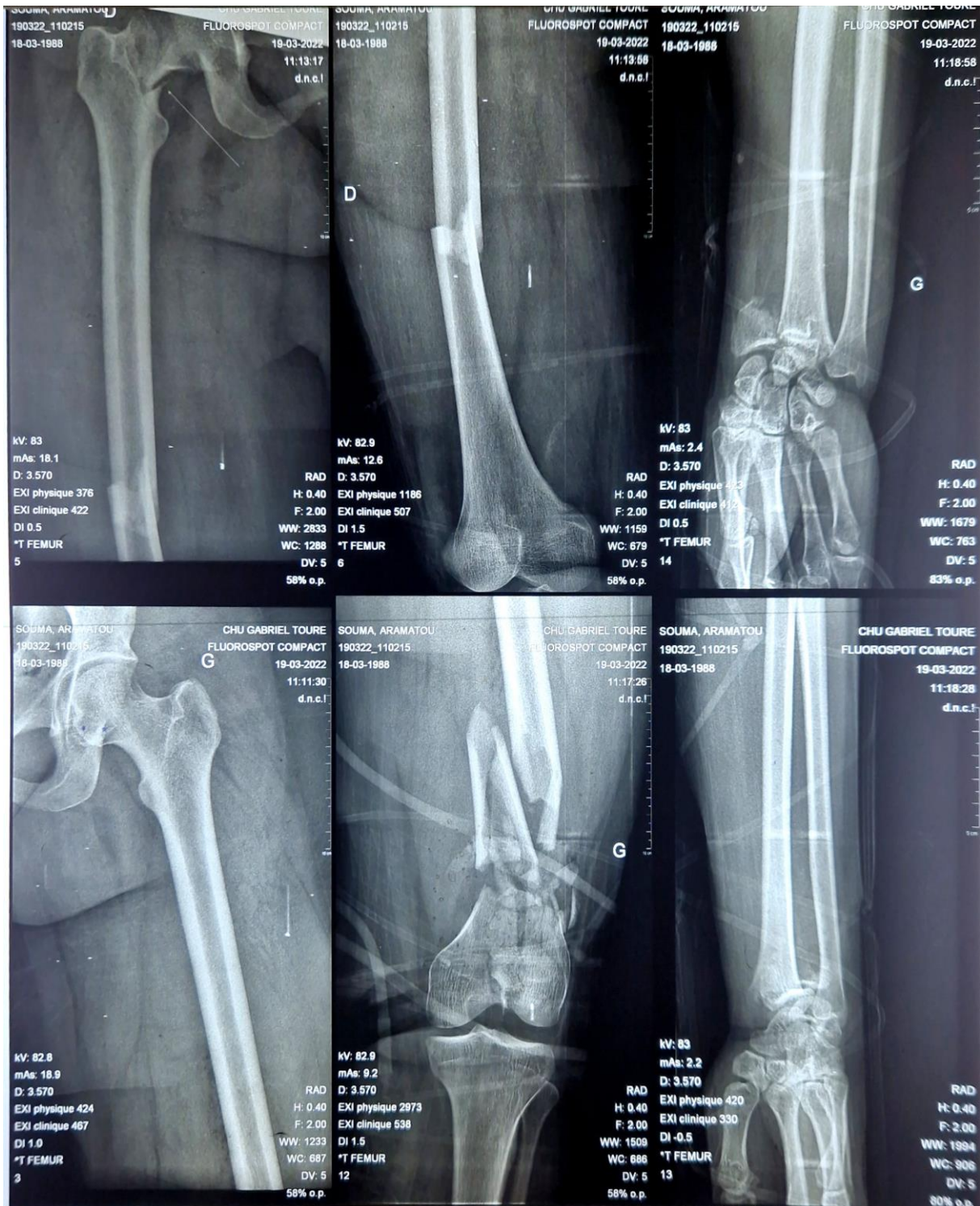


Iconogr 19 : prise en charge faite par plaque vissée humérale et fémorale et parage fixateur externe tibial.

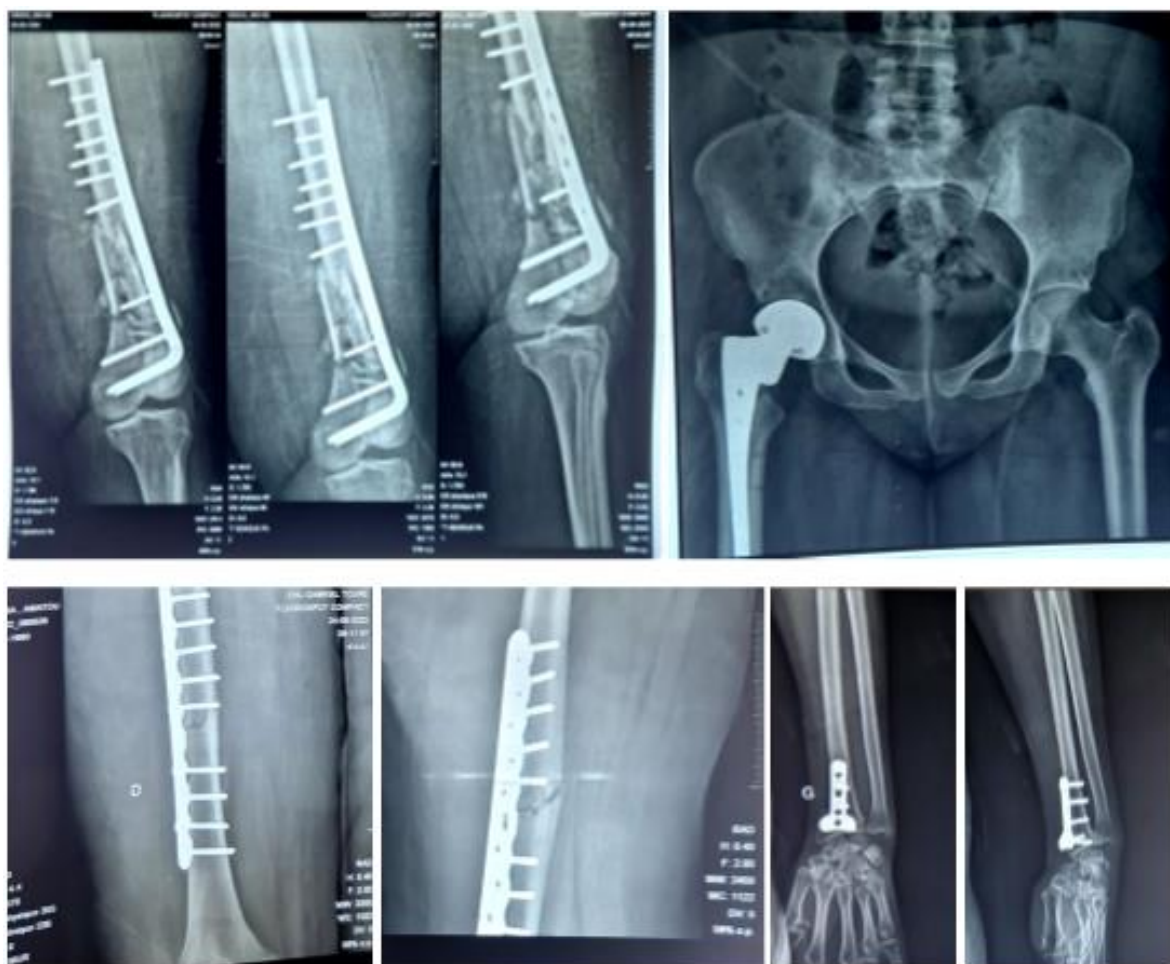
Patient 7 : 32 ans Polyfracturé d'un membre supérieur et des membres inférieurs



Iconogr 20 : Fracture du col fémoral droit



Iconogr 21 : Fracture articulaire du radius distal gauche, fracture transversale du fémur droit et fracture communitive du fémur distal gauche



Iconogr 22 : Prise en charge faite en en 2 temps par prothèse intermédiaire de hanche droite et plaque fémorale droite puis lame plaque fémur distal gauche et plaque en T radius distal gauche

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **J-L LERAT.** Généralités sur les fractures : Faculté Lyon Sud
2. **Pape HC, Rixen D, Morley J, et al. (2009).** Impact of the method of initial stabilization for femoral shaft fractures in patients with multiple injuries at risk for complications (borderline patients). *Annals of Surgery*, 249(3), 445-454. DOI: 10.1097/SLA.0b013e318196b7b4
3. **HAMDY-CHERIF W A, BELKASMI H, ABOURA F** Étude épidémiologique des polytraumatisés admis au service de réanimation du CHU de Tlemcen entre le 01 janvier 2017 et le 31 octobre 2017
4. **Giannoudis PV, Grotz MR, et Papakostidis C. (2005).** Surgical treatment of long-bone fractures in patients with polytrauma. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 87(3), 254-263. DOI: 10.2106/JBJS.D.02001
5. **Chalya, PL, Mabula JB, Dass RM, Ngayomela IH, Chandika AB, Mbelenge N, Gilyoma, JM. (2011).** Injury characteristics and outcome of road traffic crash victims at Bugando Medical Centre in Northwestern Tanzania. *Journal of trauma management & outcomes*, 5(1), 1-8.
6. **World Health Organization. (2018).** Global status report on road safety 2018. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684> Ministère de la Santé, République du Mali. (2019). Plan stratégique du Programme National de Prise en Charge des Traumatismes 2019-2023.
7. **FL Amossou, A. Padonou, E. Guidi, P. Chigblo, E. Lawson, S. Madougou, FM. Dossou, A. Hans-Moevi.** Profil épidémiologique et lésionnel des polyfractures de membres au centre hospitalier universitaire départemental de l'oueme-plateau (chudop) de porto-novo. *Journal de la société de biologie clinique du Bénin* 2019 N°030 ; 08BP278
8. **Vallin M, Chesnais.** Législation routière : Code de procédure pénale. France ; 1967, 73p
9. **Lawson M, Hans-Moevi Akue A, Barogui M, Danmitonde P, Madougou S, Padonou J et al.** Fractures étiologiques des fractures de

l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte à Cotonou (Bénin).
<http://revues.temp.bj.refer.org/index.php/BM/article/view/168>

10. **Eluwa M, Wonwu V, Ekong M, Ekanem T, Akpantah A.** Disposition of fractures and dis-locations among road traffic accident victims in rivers and Bayelsa States of Nigeria from 1992-2005. *J Epidem*, 2009; 8(1)
11. **Hoekman P, Oumarou MT, Djia A.** Les traumatismes dus aux accidents motorisés : un problème de santé publique à Niamey, Niger. *Méd d'Afr Noire* ; 1996 ; 43 :(11).
12. **Nyarwaya JB, Vermeulen J, Aska R SI.** La prise en charge des victimes des accidents de la route par le service des urgences du centre hospitalier de Kigali. *Réanimation, Soins Inten-sifs. Médecine d'urgence* ; 1991 ; volume7.
13. **Mubashir A, Tahir M.T, Syed AA, Waseem AM, Nasra B.** Non-Fatal Limb Injuries in Motorbike Accidents. *J. Col Phys. Surg. Pakistan*; 2008; 18(10):635-8.
14. **Chouaib ATIA, Ahmed BECIT, Rabah ATIA** 2020 : La hiérarchisation des gestes chez le polytraumatisé a un impact essentiel sur le résultat thérapeutique à propos de 597 patients ; 567 P ; SOFCOT 95^{ème} 11/11/20 Paris, France.
15. **Rastogi D, Meena S, et V. Sharma.** Epidémiologie des patients admis dans un service de traumatologie dans le Nord de l'Inde. *J Chin Traumatologie* ; 2014, 103p
16. **Parkinson F, Kent S, Aldous C.** Types de traumatismes observés chez les victimes d'accidents de la route dans un service de traumatologie en Afrique du Sud. *Journal Sud-Africain de chirurgie. Afrique du Sud* ; 2013 ; 131-4.
17. **Nhac-Vu, Hours M, P. Charnau.** Suivi sur 01 an des victimes d'accident de la voie pu-blique. *J Rehabilitation Medica* ; 2003 776-82
18. **Kotor JN, Yinusa W, Ugbeye ME.** Traumatismes des membres inférieurs liés aux accidents de moto. *J Niger Médical* ; 2010, 19(4) : 475-8

ANNEXES

Fiche d'enquête

N° :

I- Données sociodémographiques :

A- Age : /___/

1= 0-14 ans

2 = 15-30 ans

3 = 31-45 ans

4 = 46-60 ans

5 = 60 ans et plus

B- Sexe : /___/

1 = Homme

2= Femme

C- Profession : /___/

1= Commerçants ;

2= Cultivateurs ;

3= Militaire ;

4= Ménagères ;

5= Élèves / Étudiants ;

6 = Enseignant ;

7= Chauffeur ;

8= Ouvrier

9= Autres à préciser

D - Provenance : /___/

1= Commune I ;

2= Commune II ;

3= Commune III ;

4 = Commune IV ;

5= Commune V ;

6= Commune VI ;

7=Kati ;

8= Régions ;

9= Hors Mali.

E- Niveau d'étude : /___/

0=non scolarisé

1- primaire

2- secondaire

3- supérieur

4- Autres à préciser

F- Antécédent

Personnels à préciser :

Familiaux à préciser :

II- Données épidémiologique

A- Motif d'admission : /___/

1-Traumatisme d'un membre supérieur

2-Traumatisme des 2 membres supérieur

3-Traumatisme d'un membre supérieur et d'un membre inférieur

4-Traumatisme d'un membre inférieur

5-Taumatisme de 2 membres inférieur

6-Traumatisme d'un membre supérieur et des 2 membres inférieurs

7-Traumatisme des 2 membres supérieurs et d'un membre inférieur

8-Traumatismes des quatre membres

B- Etiologie : /___/

- | | |
|--|------------------------|
| 1- Accident de la circulation routière | 2- Accident de travail |
| 3- Accident domestique | 4- Accident de sport |
| 5- Coup et blessure volontaire | 6- Autres à préciser |

C-Mécanisme des accidents de la circulation routière : /___/

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1- Automobile dérapage | 2-Automobile-Automobile |
| 3- Automobile - Motocycliste | 4- Automobile - vélo |
| 5- Automobile-piéton | 6-Moto dérapage |
| 7- Moto – Moto | 8- Moto -vélo |
| 9- Moto-piéton | 10- Moto- tricycliste |
| 11- Moto- charrette | 12- Automobile -tricycliste |

D- Délais d'admission : /___/

- | | | |
|---------|----------|----------------|
| 1- 0-6h | 2- 6-12h | 3- 12h et plus |
|---------|----------|----------------|

E- Mode d'admission : /___/

- | | | |
|----------------------|-----------|---------------------|
| 1- Protection civile | 2- Référé | 3- Venu de lui-même |
|----------------------|-----------|---------------------|

F- Côté atteint : /___/

- | | | |
|-----------|---------|-------------------|
| 1- Gauche | 2-Droit | 3-Gauche et droit |
|-----------|---------|-------------------|

G- Siège des lésions : /___/

- 1- Membre inférieur
- 2- Membre supérieur
- 3- Membre supérieur et membre inférieur

H- Segment du membre supérieur : /___/

- | | | |
|---------------|-----------|---------|
| 1-Clavicule | 2 Scapula | 3- Bras |
| 4- Avant-bras | 5- Main | |

I- Polyfracturés selon le segment osseux supérieur : /___/

- 1) Humérus + avant-bras
- 2) Humérus + main
- 3) Clavicule + Omoplate
- 4) Humérus + humérus + avant-bras
- 5) Avant-bras + avant-bras
- 6) Avant-bras + main
- 7) Clavicule + main
- 8) Clavicule + humérus + avant-bras
- 9) Omoplate + avant-bras
- 10) Clavicule + avant + bras

B- Traitement médical /__/

- 1) Mesures de réanimation
- 2) antalgique
- 3) SAT+VAT
- 4) Antibiotique
- 5) Antalgique + SAT + VAT + Antibiotique
- 6) Mesures de réanimation + Antalgique + SAT + VAT
- 7) Mesures de réanimation + Antalgique + SAT + VAT + Antibiotique
- 8) Antalgique + SAT + VAT

C- Traitement orthopédique : /__/

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1) BABP | 2) Cruro-pédieux |
| 3) Botte plâtrée | 4) Echarpe coude au corps |
| 5) Mayo Clinic | 6) Traction trans osseuse |
| 7) BABP + Cruro pédieux | 8) pas de traitement orthopédique |
| 9) Echarpe + botte plâtre | 10) BABP + Botte plâtre |
| 11) Echarpe + Cruropédieux | 12) Atelle de zimmer |

D- Traitement chirurgical : /___/

- 1) Parage + Ostéosynthèse externe
- 2) Parage + Ostéosynthèse interne
- 3) Ostéosynthèse externe
- 4) Ostéosynthèse interne
- 5) Amputation
- 6) Amputation + ostéosynthèse interne
- 7) Amputation + Ostéosynthèse externe
- 8) Parage + ostéosynthèse interne et externe
- 9) Parage
- 10) Pas de traitement chirurgical

E- Damage contrôle

- 1- Oui
- 2- Non

F -Décès : /___/

- 1) Non
- 2) Oui

G- Evolution / Complications

A. Complications per opératoires

1. Hémorragie
2. Lésions d'éléments nobles
3. Réactions aux produits allergiques
4. Arrêt cardiaque
5. Décès

B. Complications post opératoires

1. Douleurs résiduelles
2. Infection
3. Embolie pulmonaire
4. Escarres
5. Thrombophlébite
6. Retard de consolidation
7. Cal vicieux
8. Raideur
9. Troubles neurologiques
10. Impotence fonctionnelles
11. Troubles psychiques
12. Pas de complications

H- Analyse du résultat

1. Satisfait

2. Insatisfait

3. Sans opinion

IV- Critères d'évaluation de la gravité de l'accident et de la prise en charge

A- Score de Glasgow : /___/

- 1) Traumatisme crânien léger 13-14
- 2) Traumatisme crânien moyen 8-12
- 3) Traumatisme crânien grave inférieur ou égal à 7
- 4) Normal

Enfant/Adulte		
Activité	Score	Description
Ouverture des yeux	4	Spontanée
	3	À la demande
	2	À la douleur
	1	Aucune
Réponse verbale	5	Orientée
	4	Confuse
	3	Paroles inappropriées
	2	Sons incompréhensibles
	1	Aucune
Réponse motrice	6	Obéit aux commandes
	5	Localise à la douleur
	4	Retrait à la douleur
	3	Flexion anormale (décortication)
	2	Extension anormale (décérébration)
	1	Aucune

B- Score de Vittel : /___/

1) Vittel négatif

2) Vittel positif

Critère de gravité à rechercher chez un polytraumatisé

La présence d'un seul critère suffit à caractériser la gravité (critères dits de Vittel), sauf pour le terrain.

	Critères de gravité
Variables physiologiques	Score de Glasgow < 13 Pression artérielle systolique < 90 mm Hg SaO ₂ < 90 %
Éléments de cinétique	Éjection d'un véhicule Autre passager décédé dans le même véhicule Chute > 6 m Victime projetée ou écrasée Appréciation globale (déformation du véhicule, vitesse estimée, absence de casque, absence de ceinture de sécurité) Blast
Lésions anatomiques	Traumatisme pénétrant de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen, du bassin, du bras ou de la cuisse Volet thoracique Brûlure sévère, inhalation de fumées associée Fracas du bassin Suspicion d'atteinte médullaire Amputation au niveau du poignet, de la cheville, ou au-dessus Ischémie aiguë de membre
Réanimation préhospitalière	Ventilation assistée Remplissage > 1 000 ml de colloïdes Catécholamines Pantalon antichoc gonflé
Terrain (à évaluer au cas par cas)	Âge > 65 ans Insuffisance cardiaque ou coronarienne Insuffisance respiratoire Grossesse (2 ^e et 3 ^e trimestres) Troubles de la crase sanguine congénitaux ou acquis

C- Score de MESS : Mangled Extremity Severity Score' (MESS) – Score de gravité des Extrémités Mutilées / ___/

- 1) Supérieur à 7
- 2) Inférieur à 7
- 3) Pas de lésion à évaluer

		Points
Squelette, blessure des tissus mous	Basse énergie (simple fracture, blessure par balle civil)	1
	Énergie moyenne (fracture ouverte ou multiple, dislocation)	2
	Haute énergie (blessure par balle à courte distance, blessure d'écrasement)	3
	Très haute énergie (cf. ci-dessus + importante contamination, avulsion des tissus mous)	4
Ischémie du membre	Pouls réduit ou absent (mais perfusion normale)	1*
	Sans pouls (paresthésie, problèmes de circulation capillaire)	2*
	Fraîcheur de la peau, paralysie, insensibilité, engourdissement	3*
Choc	PA Systolique toujours > 90 mm Hg	0
	Hypotension de manière fluctuante	1
	Hypotension persistante.	2
Age	< 30	0
	30-50	1
	>50	2
* <i>Score doublé pour ischémie > 6 heures.</i> Un score MESS ≥ à 7 signifie une valeur de pronostic de 100% en faveur d'une amputation.		

RESUME :

Les polyfracturés des membres font référence à des patients qui ont subi des fractures multiples au niveau des membres supérieurs et/ou inférieurs. Ce type de traumatisme en orthopédie traumatologie constitue une problématique majeure en termes de santé publique, en raison de sa prévalence et des répercussions fonctionnelles qu'il engendre.

Il s'agissait d'une étude prospective sur 12 mois qui s'est déroulée du 1^{er} Juin au 31 Mai 2023 durant laquelle nous avons colligé 71 cas ce qui représentait une fréquence de 8,1%.

Nous avons enregistré une prédominance masculine avec une sex-ratio de 1,54.

L'âge moyen était de 33,08 +/- 16,22 avec des extrêmes de 12 ans et 75 ans.

Les élèves et étudiants étaient les plus touchés avec 26,8%

Les accidents de la circulation routière étaient la principale étiologie dans 88,7%.

Les motos étaient en cause dans 84,13%.

Le côté gauche était atteint majoritairement dans 40,8% des cas. Les membres supérieur et inférieur étaient simultanément atteints dans 46% et le membre inférieur seul dans 41%. L'avant-bras et la jambe étaient les segments les plus touchés dans respectivement 51,7% et 51,9%. Le genou flottant était représenté dans 47,5. Il s'agissait de l'atteinte de deux segments dans 76,1% ; l'ouverture cutanée était présente dans 50,7%. Il s'agissait du traitement chirurgical dans 91,6% ; l'ostéosynthèse interne dans 41,5%. Les complications étaient dominées par l'infection dans 10,4%. Nos résultats ont été jugés satisfaisants dans 70,1%.

SUMMARY:

Polyfractured limbs refer to patients who have suffered multiple fractures in the upper and/or lower limbs. This type of trauma in orthopaedic traumatology is a major public health issue, due to its prevalence and the functional repercussions it causes.

This was a 12-month prospective study that took place from June 1 to May 31, 2023 during which we collected 71 cases, which represented a frequency of 8.1%.

We recorded a male predominance with a sex ratio of 1.54.

The mean age was 33.08 +/- 16.22 with extremes of 12 years and 75 years.

Pupils and students were the most affected with 26.8%

Road traffic accidents were the main etiology in 88.7%. Motorcycles were involved in 84.13%.

The left side was affected in the majority of 40.8% of cases. The upper and lower limbs were simultaneously affected in 46% and the lower limb alone in 41%. The forearm and leg were the most affected segments in 51.7% and 51.9% respectively. The floating knee was depicted in 47.5. This involved reaching two segments in 76.1%; the cutaneous opening was present in 50.7%. This was surgical treatment in 91.6%; internal osteosynthesis in 41.5%. Complications were dominated by infection in 10.4%. 70.1% of our results were considered satisfactory.