MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

U.S.T.T-B

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But–Une Foi

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire : 2025-2026 N°…….

THÈME

INFECTIONS OSTEOARTICULAIRES CHEZ L'ENFANT DE 01 MOIS A 15 ANS DANS LE DEPARTEMENT DE PEDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE

Présentée et soutenue publiquement le…… /……. / 2026 devant le jury de la Faculté de médecine et d'Odontostomatologie.

Par : **M. SALIKE OMOROU MAIGA**

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M Abdoul Aziz DIAKITE, Professeur

Membres : M Fousseyni TRAORE, Maître de conférences agrégé

M Issa AMADOU, Maître de conférences agrégé

Mme Hawa KONARE, Pédiatre

Directeur : M Karamoko SACKO, Maître de conférences agrégé

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

SECRETARIAT PRINCIPAL

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie – Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie

26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie – Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
53	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
54	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	OrthopédieTraumatologie
57	Mr Adama SANGARE	OrthopédieTraumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	OrthopédieTraumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
60	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale **Chef de DER**
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
16	Mr Tiounkani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale

21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
7	Antièmé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépato Gastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie **Chef de DER**
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépato Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépato Gastro-Entérologie

20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépato Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
35	**Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE**	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique,**Chef de D.E.R.**

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
5	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
7	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
8	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
9	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
10	Mr Ousmane LY	Santé Publique
11	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire

8	Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique
35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 17/ 12 / 2025

Le Secrétaire Principal

Dr Monzon TRAORE

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail :

-A mon père : OMOROU ALMAHADI

Papa, il est difficile de trouver les mots justes pour exprimer toute ma gratitude envers toi. Tout au long de mon parcours, tu as été un pilier inébranlable, toujours présent pour me soutenir, me guider et m'encourager, même dans les moments difficiles. Ton amour, ta patience et tes sacrifices ont joué un rôle essentiel dans ma réussite.

Ce que je suis aujourd'hui, je te dois en grande partie.

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi, pour ta confiance et ton soutien sans faille. Je suis fière d'être ton enfant.

-A ma mère : YOUMANE TRAORE

Maman, tu es une personne au cœur immense, une femme d'une gentillesse infinie, toujours prête à aider, à soutenir, à aimer sans condition. Tu as toujours su répandre au tour de toi la bienveillance et la générosité, laissant une empreinte précieuse dans le cœur de tous ceux qui ont eu la chance de te connaitre.

Pour nous, tes enfants, tu es un pilier, un modèle de courage et d'amour. Tu nous as appris la valeur du travail, de la persévérance et de l'honnêteté. Tu nous as toujours encourager à donner le meilleur de nous-mêmes, à croire en nos rêves et à avancer avec confiance, même dans les moments les plus difficiles.

Que ce travail soit l'expression de ma profonde reconnaissance et de ta bénédiction.

REMERCIEMENTS

A Allah, le Tout Puissant, le très miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je te rends grâce de m'avoir donné la force et la détermination pour la réalisation de ce travail.

A son Prophète Mohamed (paix et salut sur lui).

-A mes frères et sœurs : ALMAHADI OMOROU, ALY O MAIGA, ASSETOU MAIGA, MAIMOUNATOU O MAIGA

Vous avez été une source de soutien inestimable tout au long de mon parcours. Vos encouragements, votre présence et vos mots réconfortants ont fait toute la différence dans les moments de doute et de difficulté. Vous avez toujours cru en moi, et c'est aussi grâce à vous que j'ai trouvé la force d'aller jusqu'au bout. Ce chemin, je ne l'ai pas parcouru seule, et aujourd'hui, je partage cette réussite avec vous. Merci d'être ma famille, mon refuge et ma force.

-A mon tonton et tuteur : LASSINA GOITA

Tonton, tu as occupé avec dévouement et responsabilité le rôle de tuteur tout au long de mon parcours. Merci pour ton accompagnement constant, ton sens du devoir et ta disponibilité. Ton encadrement et tes conseils ont grandement contribué à mon épanouissement personnel et académique.

-A mes tontons et tantes :

Tout au long de mon parcours, vous avez été une présence précieuse, un soutien infaillible, et une source d'encouragement dans les moments de doute. Votre amour, votre bienveillance et vos précieux conseils ont été d'une aide immense pour moi.

Merci pour votre patience, votre écoute et votre confiance.

-A mes cousins et cousines :

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude et mon affection. Vous avez été bien plus qu'une famille, vous avez été un véritable soutien tout au long de mon

parcours. Vos encouragements, votre bienveillance et votre présence m'ont aidé à avancer avec confiance. Chaque mot, chaque geste de votre part a compté plus que vous ne l'imaginez.

Aujourd'hui je partage cette réussite avec vous, car elle est aussi la vôtre.

Merci d'être à mes côtés, dans les moments de joie comme dans les épreuves.

-A ma meilleure amie : OUMOU KEITA

Tu n'es pas seulement une amie, tu es une sœur de cœur. Depuis toujours, tu as été là pour moi, avec ton amour, ton soutien inconditionnel et ta bienveillance infinie. Tu m'as accueillie comme un membre de ta propre famille, m'intégrant avec chaleur et générosité, me faisant sentir aimée et entourée.

A travers les hauts et les bas, tu as toujours été une épaule sur laquelle je pouvais m'appuyer, une oreille attentive, une lumière dans les moments de doute. Ton amitié est un cadeau précieux, et je mesure chaque jour la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés.

Merci pour ton amour, ton soutien et tout ce que tu as fait pour moi.

Que notre amitié dure toujours, car elle est l'un des plus beaux trésors de ma vie.

-A tous les DES de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré :

Je vous remercie sincèrement pour votre patience, votre volonté de transmettre votre savoir avec passion. Votre soutien et vos encouragements ont été une véritable source de motivation pour moi.

-A tous les internes de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré :

Merci à chacun de vous pour votre soutien, votre amitié et pour avoir rendu cette période de ma vie aussi belle. Je garderai toujours de précieux souvenirs de ces moments passés ensemble.

-Au major Rabiha Mariko :

Votre affection, votre respect et votre générosité ont rendu mon séjour à vos côtés les plus agréables. Merci pour tout.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- Professeur titulaire de pédiatrie à la FMOS ;
- Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré ;
- Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie ;
- Spécialiste en hématologie pédiatrique ;
- Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales.

Cher Maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail malgré vos importantes et multiples occupations. Vos qualités de scientifique éclairée, de praticien increvable font de vous un enseignant apprécié de tous.

Votre humilité, votre altruisme, la rigueur dans le travail et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Cher maître, trouvez ici l'expression de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY
Professeur Issa AMADOU

- Maître de Conférences Agrégé en chirurgie pédiatrie à la FMOS ;
- Spécialiste en orthopédie traumatologie pédiatrique ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- Membre de la société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;
- Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED) ;
- Membre de la Société Africaine de Chirurgie Pédiatrique (SACP) ;
- Membre du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique (GFAOP)
- Membre de la Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique (SIOP)
- Membre de la Société Malienne de Chirurgie Pédiatrique (SMCP).

Cher Maître,

Nous vous remercions très sincèrement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre disponibilité, votre expérience et la richesse de vos observations constituent pour nous une source précieuse d'apprentissage.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profond respect et notre gratitude sincère.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Fousseyni TRAORE

- Maître de Conférences Agrégé en pédiatrie à la FMOS ;
- Pédiatre oncologue ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.

Cher maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce travail. Vous nous avez impressionné par vos qualités professionnelles et intellectuelles, votre disponibilité, votre compréhension et surtout vos qualités humaines. Que Dieu le tout puissant vous bénisse et vous comble de sa grâce.

Veuillez agréer cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciement.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY
Docteur Hawa KONARE

- Médecin spécialisé en pédiatrie ;
- Praticien hospitalier ;
- Détenteur du DIU en drépanocytose ;
- Chargée de recherche ;
- Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED).

Cher maître,

Nous sommes fiers de vous avoir comme juge.

Vos compétences scientifiques, votre abord facile et votre modestie font de vous un exemple. Nous saluons vos qualités scientifiques, votre rigueur, votre sens critique ainsi que votre amour du travail bien fait. L'opportunité nous est offerte pour vous témoigner notre haute considération. Qu'ALLAH vous garde longtemps près de nous !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Karamoko SACKO

- Maître de Conférences Agrégé en pédiatrie à la FMOS ;
- Praticien hospitalier ;
- Hépato-gastroentérologue et nutritionniste pédiatrique ;
- Responsable de l'unité de pédiatrie II du CHU Gabriel Touré ;
- Responsable de l'unité Nutrition à la pédiatrie du CHU Gabriel Touré ;
- Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED).

Cher maître,

Nous sommes reconnaissants pour l'attention et la patience que vous nous avez accordées tout au long de ce travail. Nous avons pu admirer au cours de la réalisation de ce travail, vos qualités d'homme de science, votre sens critique, votre amour du travail bien fait et surtout vos qualités humaines, votre pédagogie, qui font de vous un exemple à suivre. Nous profitons de cette occasion pour vous féliciter pour votre agrégation.

Veuillez trouver ici cher maître le témoignage de notre profonde gratitude.

Puisse ALLAH vous aider à aller jusqu'au bout de vos ambitions professionnelles.

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

%	:	Pourcentage
°C	:	Degré Celsius
OA	:	Ostéo-Articulaires
AS	:	Arthrite Septique
ATCD	:	Antécédent
AVP	:	Accident de la Voie Publique
BSU	:	Bone Structural Unit
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CM	:	Centimètre
CRP	:	C-Reactive Protein (Protéine C Réactive)
CVD	:	Centre pour le développement des vaccins
DAM	:	Dénutrition Aigue Modérée
DAS	:	Dénutrition Aiguë Sévère
ECBC	:	Examen Cytobactériologique et Chimique
ECBU	:	Examen Cytobactériologique des Urines
FC	:	Fréquence Cardiaque
FMOS	:	Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
FR	:	Fréquence respiratoire
GB	:	Globules Blancs
HGT	:	Hôpital Gabriel Touré
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus
IOA	:	Infections Ostéo-Articulaires
IRM	:	Imagerie par Résonance Magnétique
IV	:	Intraveineuse
Kg	:	Kilogramme
NFS	:	Numération Formule Sanguine
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	:	Polymerase Chain Reaction

SASM : Staphylococcus Aureus Sensible à la Méticilline

TDM : Tomodensitométrie

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux :

Tableau I : Répartition des enfants selon l'âge 43
Tableau II: Répartition des enfants selon le lieu de résidence 45
Tableau III : Répartition des enfants selon les caractéristiques des mères 45
Tableau IV: Répartition des enfants selon les caractéristiques des pères 46
Tableau V: Répartition des enfants selon les conditions socio-économiques ... 47
Tableau VI : Répartition des enfants selon le motif de consultation 47
Tableau VII : Répartition des enfants selon la porte d'entrée 48
Tableau VIII : Répartition des enfants selon l'état nutritionnel 49
Tableau IX : Répartition des enfants selon l'examen physique à l'admission . 49
Tableau X : Répartition en fonction du membre atteint 50
Tableau XI : Répartition en fonction du résultat de l'hémoculture 50
Tableau XII : Répartition des enfants selon le résultat de l'ECBC du pus 51
Tableau XIII : Répartition des enfants selon le germe retrouvé 51
Tableau XIV : Répartition des enfants selon la sensibilité des germes retrouvés 52
Tableau XV : Répartition des enfants selon la biologie 53
Tableau XVI : Répartition des enfants selon l'électrophorèse d'hémoglobine 54
Tableau XVII : Répartition des enfants selon le résultat de la radiographie.... 54
Tableau XVIII : Répartition des enfants selon le résultat de l'échographie 55
Tableau XIX : Répartition des enfants selon le diagnostic retenu 55
Tableau XX : Répartition des enfants selon le traitement spécifié 56
Tableau XXI : Répartition des enfants selon l'antibiothérapie probabiliste 56
Tableau XXII : Répartition des enfants selon la durée de l'antibiothérapie probabiliste 57
Tableau XXIII : Répartition des enfants selon le traitement chirurgical 57
Tableau XXIV : Répartition des enfants selon la durée du traitement chirurgical 58
Tableau XXV : Répartition en fonction d'autres traitement 58
Tableau XXVI : Répartition en fonction de l'évolution 59

Liste des figures

Figure 1 : Anatomie d'un os long. [37] 10
Figure 2: Structure de l'os (compact et trabéculaire) [32] 12
Figure 3: Coupe frontale d'une articulation [38] 14
Figure 4: Modifications de la vascularisation osseuse chez le nourrisson [40] .. 15
Figure 5: L'évolution d'une ostéomyélite (d'après Métaizeau) [40] 16
Figure 6 : Vue photographique de la façade de l'entrée principale du CHU Gabriel Touré 34
Figure 7 : Répartition des enfants selon le sexe 44

Table des matières

1 INTRODUCTION 1

2 OBJECTIFS 4

2.1 Objectif général : 4

2.2 Objectifs spécifiques : 4

3 GENERALITES 6

3.1 Définitions : 6

3.1.1 Ostéomyélite : 6

3.1.2 Arthrite septique : 6

3.1.3 Ostéoarthrite : 6

3.1.4 Ostéite : 6

3.1.5 Spondylodiscite : 7

3.2 Rappels 7

3.2.1 Epidémiologie 7

3.2.2 ANATOMIE [32 ;33 ;34 ;35 ;36 ;37] 8

3.3 Physio pathogénie [39 ;40;41 ;42] 15

3.3.1 Au niveau de l'os 15

3.3.2 Au niveau articulaire 17

3.3.3 Au niveau vertébral 18

3.3.4 Étiopathogénie 19

3.4 Presentation clinique 20

3.6 Diagnostic differentiel 26

3.7 Traitement 27

3.8 Complications 31

4 METHODOLOGIE 34
4.1 Cadre d'étude 34
4.2 Description du lieu d'étude 34
4.2 Type et période d'étude 38
4.3 Population d'étude 38
4.4 Critères d'inclusion 38
4.5 Critères de non inclusion 39
4.6 Echantillonnage 39
4.7 Collecte des données : 39
4.8 Gestion et analyse des données 39
4.9 Aspects éthiques 39
4.10 Définitions opérationnelles 39
5 RESULTATS 43
6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION 61
7 CONCLUSION 67
8 RECOMMANDATIONS 68
9.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 70
9 ANNEXES 77

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Les infections ostéoarticulaires (IOA) de l'enfant sont une urgence diagnostique et thérapeutique. Toutes les tranches d'âge sont concernées, mais la clinique et la fréquence des séquelles de ces infections sont variables selon qu'il s'agit d'un nouveau-né, d'un nourrisson ou d'un grand enfant **[1]**. Afin d'éviter ces complications, les cliniciens doivent avoir une approche clinique et paraclinique systématisée et un schéma de traitement optimal défini **[2]**.

On retrouve plusieurs entités (les ostéomyélites, l'ostéite, les arthrites septiques, les ostéoarthrites, et les spondylodiscites) **[3].**Elles sont causées par l'inoculation hématogène d'agents microbiens pathogènes dans l'os et/ou les articulations de l'enfant auparavant en bonne santé **[4]**. L'affirmation du diagnostic n'est pas toujours possible. Aucun critère biologique n'est spécifique et le germe n'est pas toujours retrouvé. Il faut donc traiter précocement devant un faisceau d'arguments clinique, biologique et radiologique, ou une forte présomption suffit **[1]**.

Les principes du traitement reposent classiquement sur la mise en évidence du germe responsable, l'instauration d'une antibiothérapie ciblée, le débridement chirurgical du tissu nécrotique et l'immobilisation du membre atteint **[5]**. L'antibiothérapie est entreprise dès la réalisation des prélèvements bactériologiques sans en attendre les résultats **[6]**. En pédiatrie, leur incidence est de 1 à 20 pour 10 000 habitants, selon la région. L'identification des agents pathogènes est importante pour le diagnostic, le traitement et modifierait la prise en charge des patients dans 85 % des cas **[7].**

Dans les régions subsahariennes africaines l'incidence des infections ostéoarticulaires varie d'un pays à l'autre avec des taux de 6,80% à 26% **[8].** Au Maroc, une étude rétrospective en 2015 portant sur l'épidémiologie des infections ostéoarticulaires au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatique de l'Hôpital IBN TOFAIR retrouve une fréquence annuelle de 15cas /an soit 44,1 % **[9].**

Au Mali une étude rétrospective et descriptive en 2022 portant sur l'épidémiologie des infections ostéoarticulaires dans le département de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel retrouve une fréquence de 1,66 % **[10]**.

Au département de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré de Bamako (Mali), nous sommes de plus en plus confrontés à la prise en charge des infections ostéoarticulaires, et l'insuffisance de données épidémio-cliniques, et thérapeutiques, sur cette pathologie nous a motivé à initier ce travail pour actualiser les connaissances.

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Etudier les infections ostéoarticulaires chez les enfants de 01 mois à 15 ans au département de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré de Bamako de janvier 2023 à décembre 2024.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer les aspects épidémiologiques des infections ostéoarticulaires (IAO).
- Décrire les signes cliniques et para cliniques des IOA.
- Identifier les principaux germes responsables des IOA.
- Déterminer la prise en charge thérapeutique des IOA.
- Déterminer l'évolution immédiate des IOA.

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Définitions :

Les IOA sont un ensemble d'entités cliniques ayant en commun l'invasion et la destruction progressive des tissus osseux et cartilagineux par des microorganismes, le plus souvent bactériens. Ces infections constituent un groupe très hétérogène de situations cliniques, classées selon leur localisation anatomique, leur délai d'évolution, le mécanisme conduisant à l'infection, et la présence ou non de matériel orthopédique **[11].**

3.1.1 **Ostéomyélite :**

L'ostéomyélite se définit comme une inflammation de la moelle osseuse et du tissu osseux adjacent, généralement causée par une bactérie (Fémur, Tibia, Fibula, Humérus) **[12]**.

On parle d'ostéomyélite aigue lorsque la symptomatologie date de moins de deux semaines au moment du diagnostic. L'infection est considérée comme subaiguë si les symptômes ont duré entre 2 semaines et 3 mois, et chronique s'ils persistent depuis plus de 3 mois **[13]**.

3.1.2 **Arthrite septique :**

L'arthrite septique est une infection articulaire causée par une bactérie **[14]**. Elle touche principalement les grosses articulations (genou, hanche, cheville, épaule).

3.1.3 **Ostéoarthrite :**

Il s'agit d'une infection osseuse de la région métaphysaire et de l'articulation adjacente **[15,16]**.

3.1.4 **Ostéite :**

L'ostéite est une infection osseuse par inoculation directe ou par contiguïté souvent post-traumatique ou secondaire à une chirurgie. On parle actuellement d'ostéomyélite secondaire à un foyer infectieux pour faire référence à l'ostéite **[17]**.

3.1.5 **Spondylodiscite :**

C'est une infection d'un disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents **[18]**.

3.2 Rappels

3.2.1 **Epidémiologie**

Les infections IOA sont plus fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans et chez les garçons **[19,20]**.

Dans l'ensemble, elles touchent des patients auparavant en bonne santé, mais certaines conditions peuvent prédisposer à leur apparition, telles que l'immunosuppression, la prématurité et la drépanocytose **[21]**.

Environ 20 % des patients ont des antécédents de traumatisme local non spécifique au cours des deux semaines précédant le diagnostic, tels que des chutes, des ecchymoses et des écorchures ; cependant, comme les traumatismes sont très fréquents dans ce groupe d'âge, il est possible que les rapports des parents et/ou des tuteurs soient sous-estimés **[22]**.

Dans les pays développés, on estime que l'incidence de l'ostéomyélite varie de 02 à 13 cas pour 100 000 habitants. Dans les pays en développement, l'incidence tend à être plus élevée, atteignant 200 cas pour 100 000 habitants **[23].**

L'ostéomyélite hématogène est courante dans les cabinets des médecins et les salles d'urgence. Dans les pays industrialisés, l'incidence se situe entre un et 13 cas sur 100 000 enfants (ou 2,38 cas sur 1 000 hospitalisations) et est plus fréquente chez les jeunes enfants [24]**.** Les garçons sont habituellement plus affectés que les filles**.** La localisation préférentielle de l'infection est le membre inférieur, notamment le fémur distal et le tibia proximal [1]; et touche principalement les métaphyses puis les diaphyses **[25]**.

L'arthrite septique est moins courante, avec une incidence allant de 01 à 05 cas pour 100 000 habitants dans les pays développés 10 à 20 cas pour 100 000 habitants dans les pays en développement **[26].** Elle est plus fréquente chez les nourrissons **[27]**.

Les grosses articulations sont plus fréquemment touchées. Le membre inférieur est touché dans 76 % des cas (genou : 33 %, hanche : 24 %, cheville : 16 %, pied : 3 %). Le coude est touché dans 9 % des cas et l'épaule dans 3 % des cas **[26].**

Le germe varie selon de l'âge de l'enfant. Le Staphylococcus aureus est actuellement la bactérie la plus souvent retrouvée. Il est suivi par le Streptococcus pneumoniae (dont l'incidence a significativement baissée depuis l'introduction du vaccin conjugue) et le Streptococcus pyogenes. Également grâce à la vaccination, l'arthrite septique à Haemophilus influenzae est devenue rare.

Les infections ostéoarticulaires au Kingella kingae touchent fréquemment les enfants de 6 mois à 4 ans. Elles représentent une cause majeure d'ostéomyélite et d'arthrite, mais leur incidence est probablement sous-estimée, car la culture ≪standard≫ est souvent négative et la PCR est alors nécessaire pour poser le diagnostic. Chez l'enfant de moins de 2 mois, en plus du staphylocoque et du streptocoque pyogène, on retrouve les entérobactéries et le streptocoque du groupe B. Les ostéomyélites à Salmonella spp sont retrouvées chez les patients drépanocytaires **[28]**.

3.2.2 ANATOMIE [32 ;33 ;34 ;35 ;36 ;37]

3.2.2.1 LES OS

Le squelette humain est divisé en deux parties : le squelette axial (crane, rachis et cage thoracique) et le squelette articulaire aussi appelé squelette appendiculaire. Ce dernier comprend les os des membres supérieurs et inférieurs ainsi que les ceintures rattachant les membres au squelette axial**.**

Les os sont classés en quatre grands groupes selon leurs formes : les os longs, courts, plats et irréguliers. Les os longs sont, comme leur nom l'indique, plus longs que larges. C'est le cas du fémur, de l'humérus mais également des phalanges malgré leurs petites tailles.

Les os courts quant à eux sont plus ou moins cubiques ; c'est l'exemple des os du poignet et de la cheville.

Les os sont dits plats lorsqu'ils sont minces, aplatis et en général légèrement courbés. On peut citer parmi ceux-ci certains os du crâne mais aussi le sternum.
Si l'os ne correspond à aucune des catégories précédemment citées, il s'agit d'un os irrégulier. C'est le cas notamment des vertèbres**.**

- **Structure macroscopique**

Pour cela, nous allons nous intéresser à celui d'un os long (Figure 1). Ces os se composent de trois parties :

– un corps ou diaphyse, cylindre irrégulièrement aplati présentant des faces et des bords ;

– deux extrémités renflées, les épiphyses proximale et distale, dont certaines parties sont articulaires ;

– la jonction entre l'épiphyse et la diaphyse, la métaphyse ;

- Structurellement, la coupe longitudinale d'un os long (Figure 1) montre :

– une membrane fibreuse conjonctive élastique, le périoste, qui recouvre la surface de l'os, à l'exception des surfaces articulaires recouvertes de cartilage ;

– de l'os compact (ou lamellaire, ou cortical), dur et dense, qui limite au niveau diaphysaire un canal central, le canal médullaire ;

– de l'os spongieux (ou poreux, ou trabéculaire), présent au niveau des épiphyses, il est constitué de travées correspondant aux lignes de force de traction ou compression qui s'exercent sur l'os ;

– de la moelle qui occupe en partie les cavités de l'os spongieux et le canal médullaire.

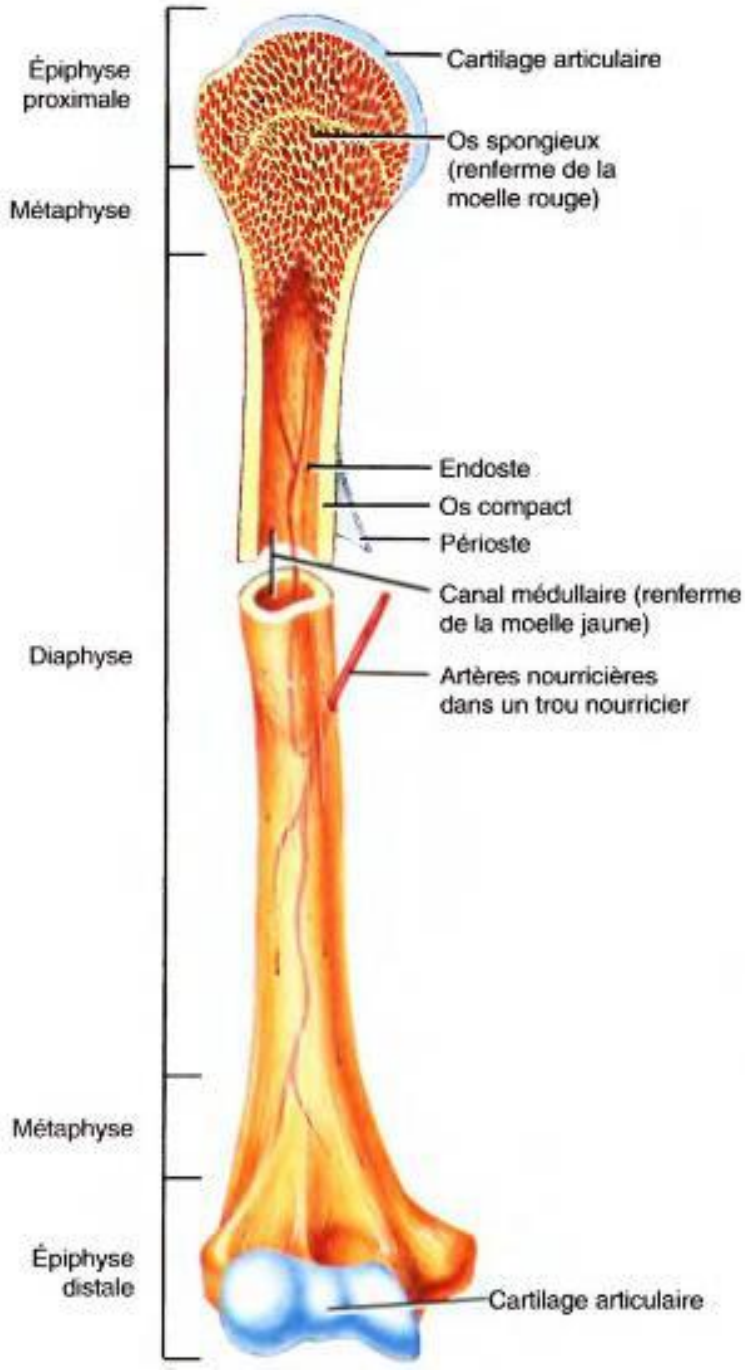


Figure 1 : Anatomie d'un os long [29].

- **Structure microscopique**

On distingue pour tout os deux parties dans le tissu osseux proprement dit : l'os cortical et l'os trabéculaire. Ces deux parties sont recouvertes sur leur surface externe par une membrane appelée le périoste, et sur la surface interne par l'endoste. Leur structure microscopique est représentée dans la figure 2.

- **L'os cortical (ou os compact)**

Il est composé d'unités cylindriques de 100 à 500 µm de diamètre orientées parallèlement à l'axe de l'os et appelées ostéons ou système de Havers. Chaque unité est formée de plusieurs couches de lamelles concentriques formées de matrice osseuse. Cette matrice osseuse constitue 80 % du volume total de l'os cortical.

Un canal central ou canal de Havers est présent au centre de l'ostéon. Les canaux de Havers sont reliés perpendiculairement par les canaux de Volkmann. Ces différents canaux contiennent des nerfs et des vaisseaux sanguins qui permettent l'apport en nutriments des cellules osseuses.

- **L'os trabéculaire (ou os spongieux)**

Il est composé de travées osseuses et on le trouve plutôt dans les épiphyses et les métaphyses des os longs ou dans les os plats, non porteurs. Son rôle est principalement homéostatique (maintien de l'équilibre physiologique), mais il permet aussi de diriger les contraintes vers l'os cortical.

Les travées limitent entre elles des cavités qui contiennent de la moelle osseuse. Dans les travées épaisses, on trouve quelques fois des ostéons, mais plus souvent des « paquets » osseux trabéculaires, appelés BSU pour Bone Structural Units, et du tissu interstitiel. Dans les travées moins épaisses, on trouve simplement des lamelles irrégulières, des lacunes et des canalicules contenant des ostéocytes.

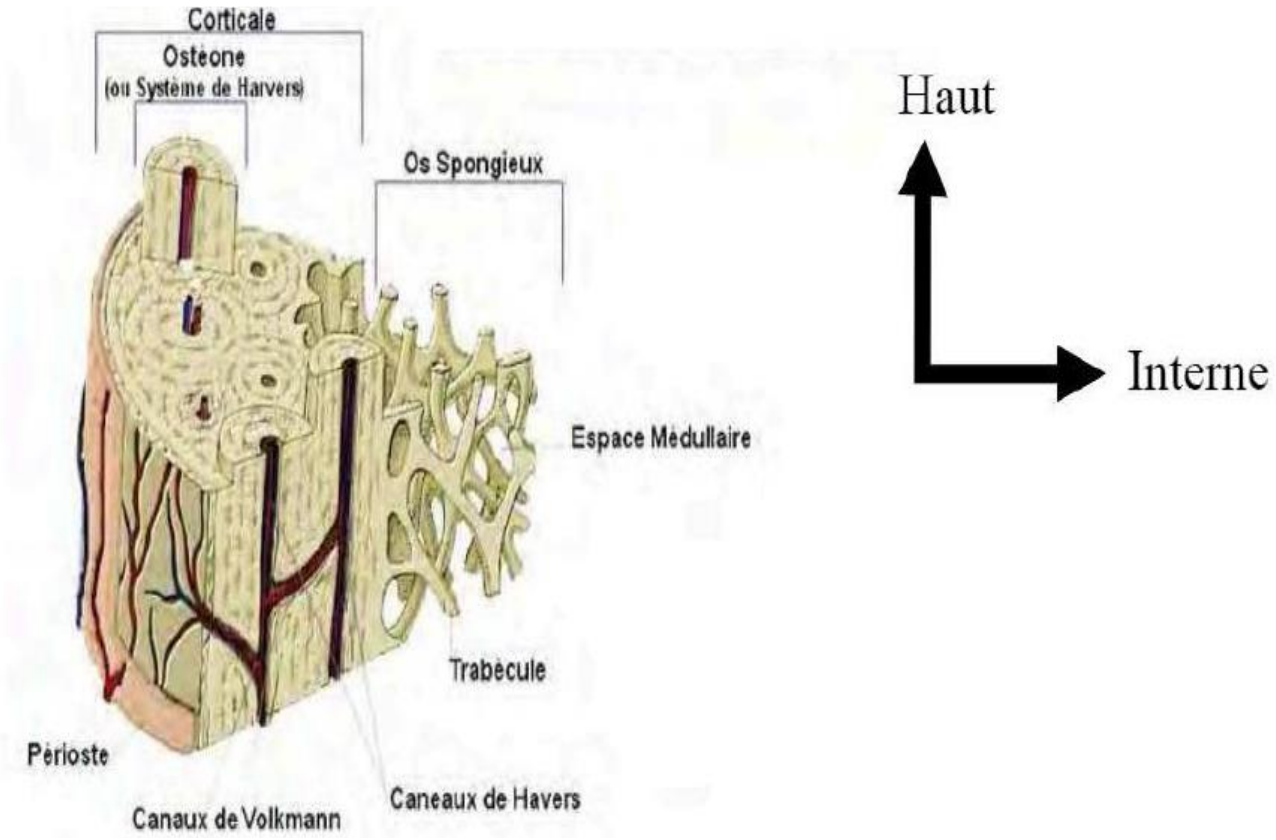


Figure 2: Structure de l'os (compact et trabéculaire) [30]

- **Le périoste**

Cette membrane externe à l'os est formée :

– d'une couche fibreuse externe composée de tissu conjonctif dense ;

– d'une couche interne ostéogène qui contient des cellules.

Le périoste contribue à l'innervation, à la croissance et à la cicatrisation de l'os.

- **L'endoste**

Il est formé d'une seule membrane qui tapisse la cavité interne de l'os. Il contient des ostéoclastes et des cellules ostéoprogénitrices capables de se transformer en ostéoblastes.

- **Composition de la matrice osseuse**

Le tissu osseux est formé de cellules osseuses et d'une matrice extracellulaire composée de constituants organiques et inorganiques. On distingue quatre

catégories de cellules osseuses ; les ostéoblastes, les ostéoclastes, les ostéocytes et les cellules ostéoprogénitrices.

Les ostéoblastes sécrètent la matrice extracellulaire des os (matière ostéoïde). Ils sont responsables de la calcification de cette matrice.

Lorsque la matrice osseuse entoure les ostéoblastes, ils se retrouvent emmurés et se transforment en ostéocytes.

Les ostéoclastes sont de grosses cellules multinucléées. Ils sécrètent des enzymes et des acides organiques qui dégradent la matière osseuse et créent les surfaces de résorption.

Les ostéocytes sont responsables du maintien de la matrice osseuse (équilibre homéostatique du calcium sanguin), et sont considérés comme des cellules mécano senseurs (répondant à un stimulus mécanique).

Les cellules ostéoprogénitrices sont des cellules souches dérivées du mésenchyme.

Elles peuvent se différencier pour former des ostéoblastes.

1.2.2.2 Les articulations

Les articulations sont l'ensemble des constituants par l'intermédiaire desquels les os sont réunis. Elles peuvent être classées selon leurs structures ou suivant leurs fonctions.

La classification structurale permet de distinguer 3 types d'articulations ; Fibreuse (les os sont reliés par du tissu conjonctif dense et on ne trouve ni cavité articulaire, ni cartilage), Cartilagineuse (les os sont reliés par du cartilage et ces articulations ne possèdent pas de cavité articulaire) et Synoviale (les os sont s'unissent par l'intermédiaire d'une cavité remplie de liquide synovial). La classification fonctionnelle sépare les articulations en mobiles (diarthroses), semi-mobiles (amphiarthroses) et immobiles (synarthroses).

En règle générale, les articulations fibreuses sont immobiles et celles synoviales sont totalement mobiles. Par contre, les articulations cartilagineuses offrent des exemples d'articulations immobiles et semi-mobiles.

La structure générale d'une articulation synoviale permet de distinguer (Figure 3) :

– le cartilage articulaire, qui recouvre les surfaces articulaires des os est lisse et luisant réalisant des coussinets spongieux qui absorbent la compression que subit l'articulation et préviennent donc l'écrasement des extrémités osseuses ;

– la cavité articulaire constitue la caractéristique la plus remarquable des articulations synoviales ; il s'agit en fait d'un espace rempli de liquide synovial ;

– une petite quantité de liquide synovial lubrifiant occupe l'espace à l'intérieur de la capsule articulaire ;

– les ligaments renforcent les articulations synoviales.

– Certaines articulations synoviales possèdent d'autres caractéristiques structurales comme les coussinets adipeux ou les ménisques.

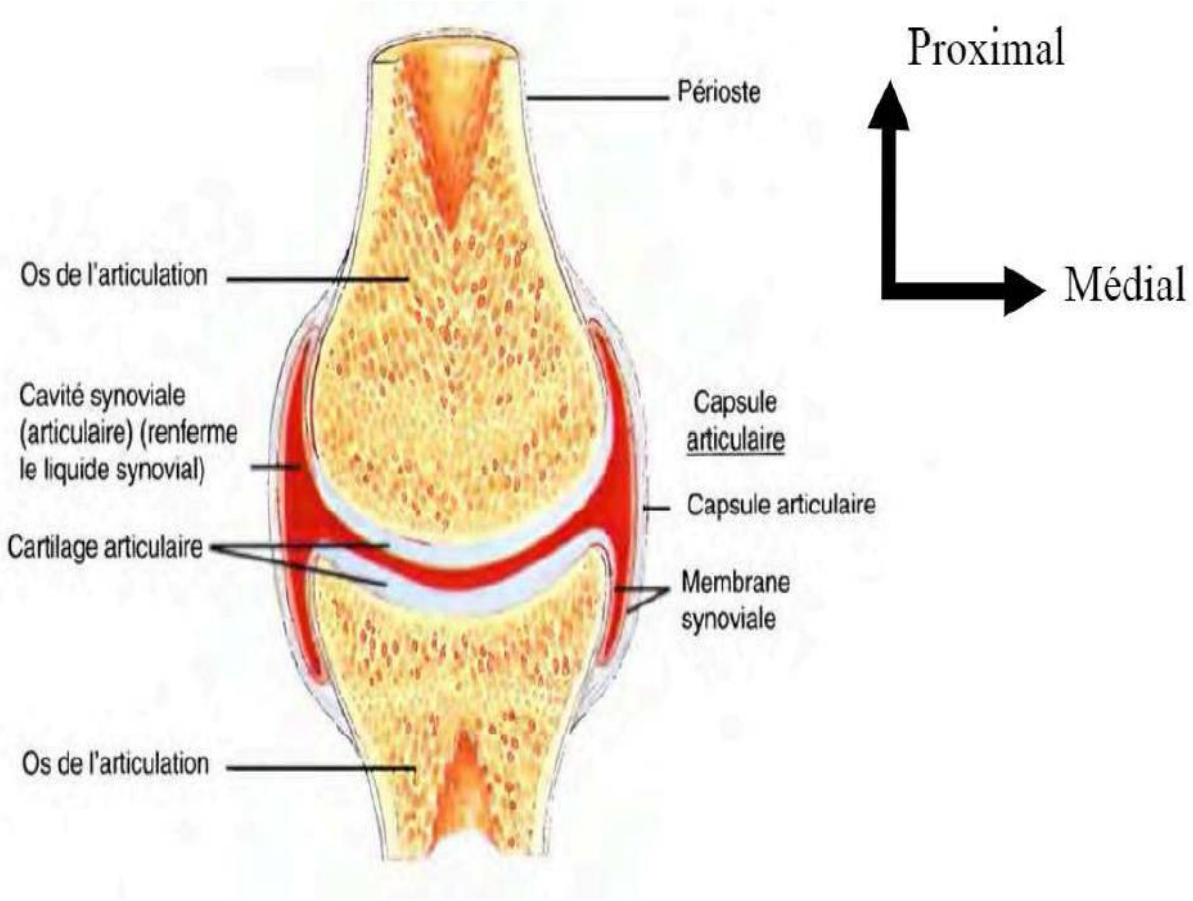


Figure 3: Coupe frontale d'une articulation [31]

3.3 Physio pathogénie [39 ;40 ;41 ;42]

La physio pathogénie des IOA résulte de l'interaction entre le germe pathogène et la réaction immunitaire de l'hôte destinée à éliminer l'infection. La diffusion de l'infection se fait par voie hématogène. Les germes se fixent dans les régions anatomiquement les plus vascularisées, c'est-à-dire la synoviale ou la métaphyse osseuse, provoquant une arthrite et/ou une ostéomyélite.

3.3.1 Au niveau de l'os

Les particularités de la structure histologique et vasculaire des os longs de l'enfant expliquent la pathogénie et l'évolution de la maladie.

Chez l'enfant et l'adolescent, la métaphyse et l'épiphyse sont séparées par la plaque de croissance qui assure la croissance en longueur de l'os et représente un véritable barrage entre les vascularisations épiphysaire et métaphysaire. Sur le versant métaphysaire, la vascularisation est assurée par l'artère nourricière qui pénètre la diaphyse, se ramifie en artérioles puis se draine dans les lacs veineux au voisinage de la métaphyse avant de se collecter dans les veines médullaires.

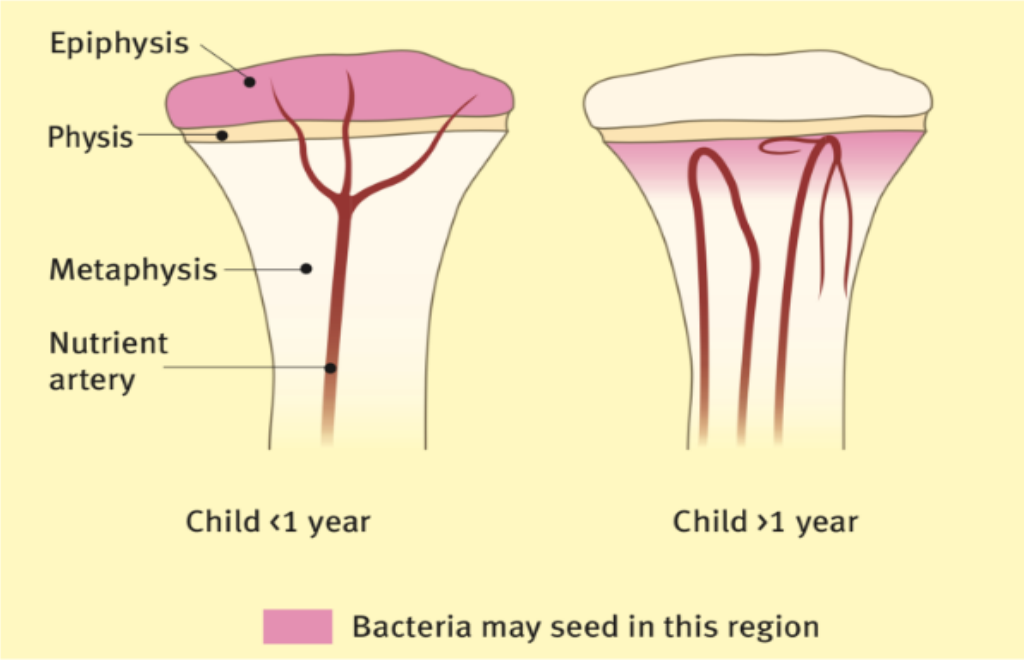


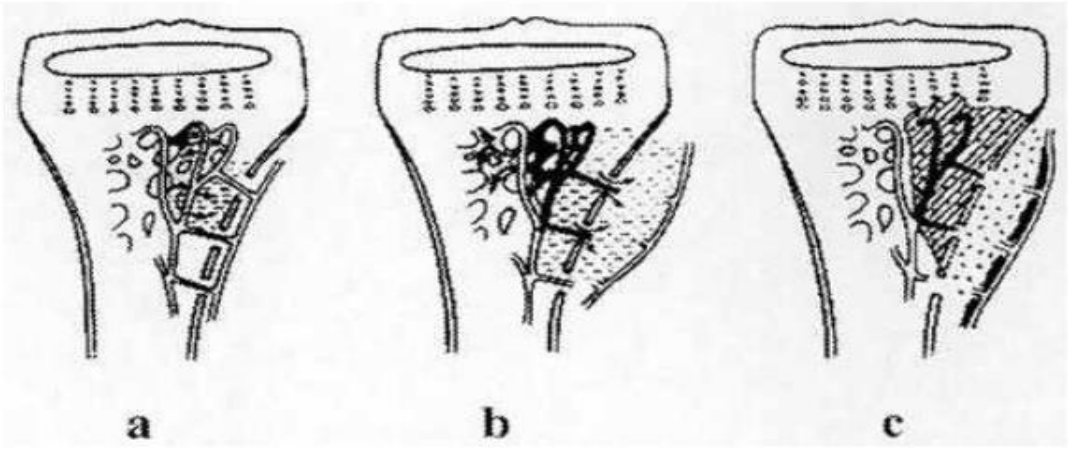
Figure 4: Modifications de la vascularisation osseuse chez le nourrisson [32]

Au cours d'une bactériémie, un germe est arrêté au niveau des lacs sanguins veineux métaphysaires, particulièrement importants chez l'enfant en croissance. À ce niveau, la teneur en granulocytes étant pauvre et le courant sanguin ralenti,

il se crée une thrombose septique. La thrombose s'étend sur l'os et crée une nécrose septique. En amont elle gagne les vaisseaux nourriciers. Elle s'accompagne d'œdème, source de douleur.

Au début, la vasodilatation facilite l'arrivée des éléments de défense de l'organisme et des antibiotiques au site de l'infection. C'est dès ce stade que l'antibiothérapie doit être instaurée.

Au bout de 24 heures, l'exsudation plasmatique et l'infiltration tissulaire par les cellules de l'inflammation entraînent une hyperpression extra capillaire. Il s'en suit une baisse considérable du flux sanguin au niveau du site infectieux.



a) La thrombose (en noir) débute dans les boucles capillaires métaphysaires. Elle entraîne un oedème en amont.
b) L'extension de la thrombose et de l'oedème aboutit à un décollement périosté.
c) Le pus apparaît, la nécrose se développe, la déminéralisation osseuse apparaît et les appositions périostées se constituent.

Figure 5: L'évolution d'une ostéomyélite (d'après Métaizeau) [32]

Dès lors les antibiotiques par voie générale, pénètrent mal le foyer, et l'os a tendance à se séquestrer.

Le séquestre, s'il n'est pas résorbé, va abriter les germes qui continueront à se multiplier. La suppuration entraîne un décollement périosté avec rupture des vaisseaux à destinée corticale. Il se forme un abcès sous-périosté.

Chez le nouveau-né, le périoste est très fragile ; il est facilement rompu par le pus sous pression, d'où l'atteinte des parties molles à cet âge.

Chez le nourrisson, le périoste est plus solide, mais reste facilement décollable de la corticale. L'infection s'étend alors à toute la diaphyse pour donner une pandiaphysite.

Chez le grand enfant, le périoste devient résistant et adhère fortement à la corticale, limitant ainsi l'extension de l'infection. On observera volontiers des formes localisées. Spontanément l'évolution de l'ostéomyélite se fait schématiquement en trois phases :

– la première est locale, allant crescendo ;

– la deuxième est septicémique pouvant mener à l'exitus ;

– la troisième phase est enclose. Elle traduit le retour à un équilibre précaire hôte-germe susceptible de se rompre à tout moment.

Le but du traitement antibiotique précoce, d'urgence, est d'arrêter la thrombophlébite septique métaphysaire à sa phase initiale. Dans le cas où l'infection se poursuit vers la phase chronique, le périoste réagit en formant des lamelles osseuses. Cette réaction périostée encore appelée involucrum peut devenir importante. Son intérêt est grand : par sa richesse en capillaires sanguins, il joue un rôle dans la revascularisation de l'os.

3.3.2 Au niveau articulaire

Le germe, par voie hématogène s'arrête au niveau de la synoviale ou au niveau du réseau métaphyso-épiphysaire. Le phénomène inflammatoire, secondaire au processus infectieux entraîne :

- une augmentation de la perméabilité capillaire avec congestion synoviale, la constitution de dépôts fibrineux et plaquettaires ;
- dans l'articulation relargage des enzymes lysosomiales à partir des leucocytes.

Celles-ci provoquent une altération rapide des mucopolysaccharides du cartilage articulaire natif. Le résultat est une destruction définitive du cartilage hyalin. Ce dernier est remplacé par un fibrocartilage moins adapté à la fonction de mobilité

de l'articulation chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de 1 an, les lésions sont à la fois osseuses et articulaires quelle que soit la localisation initiale du germe en raison de l'existence des particularités anatomiques suivantes :

– il existe des communications capillaires entre métaphyse et articulation, et que la barrière vasculaire n'apparaissant que vers l'âge de 1 an ;

– par ailleurs, les métaphyses proximales du fémur et de l'humérus sont intra-capsulaires.

Au niveau articulaire

Le germe, par voie hématogène s'arrête au niveau de la synoviale ou au niveau du réseau métaphyso-épiphysaire. Le phénomène inflammatoire, secondaire au processus infectieux entraîne :

- une augmentation de la perméabilité capillaire avec congestion synoviale, la constitution de dépôts fibrineux et plaquettaires ;
- dans l'articulation relargage des enzymes lysosomiales à partir des leucocytes.

Celles-ci provoquent une altération rapide des mucopolysaccharides du cartilage articulaire natif. Le résultat est une destruction définitive du cartilage hyalin. Ce dernier est remplacé par un fibrocartilage moins adapté à la fonction de mobilité de l'articulation chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de 1 an, les lésions sont à la fois osseuses et articulaires quelle que soit la localisation initiale du germe en raison de l'existence des particularités anatomiques suivantes :

– il existe des communications capillaires entre métaphyse et articulation, et que la barrière vasculaire n'apparaissant que vers l'âge de 1 an ;

– par ailleurs, les métaphyses proximales du fémur et de l'humérus sont intra-capsulaires.

3.3.3 Au niveau vertébral

L'infection survient le plus souvent par voie hématogène. Les vaisseaux métaphysaires irriguant le plateau vertébral de deux corps vertébraux adjacents possèdent de fines anastomoses vasculaires pénétrant le disque **[33]**. L'atteinte commence au niveau du corps vertébral richement vascularisé réalisant des micro

thrombi septiques. L'extension se fait vers le disque intervertébral avasculaire, puis à la vertèbre adjacente, avec une atteinte en miroir. La corticale osseuse, fragilisée, peut se rompre et entraîner des complications mécaniques (instabilité, cyphose, compression médullaire). Des abcès peuvent se former à partir de l'espace intervertébral et fuser en paravertébral ou épidural **[34]**.

3.3.4 Étiopathogénie

3.3.4.1 Germe

Dans la très grande majorité des arthrites septiques et des ostéomyélites aiguës, la dissémination est hématogène. Plus rarement, on trouve une inoculation directe dans le contexte d'un traumatisme, d'une chirurgie ou d'une extension depuis les tissus mous. En l'absence de traitement, l'ostéomyélite peut conduire à une nécrose osseuse avec, en fonction de la topographie de la lésion, un risque d'atteinte du cartilage de croissance. Les conséquences sur la croissance osseuse seront dès lors potentiellement graves. L'arthrite septique engendre rapidement un état inflammatoire qui peut conduire à la destruction du cartilage articulaire. Il s'agit donc d'infections sévères qui peuvent être responsables de séquelles à long terme et qui nécessitent une prise en charge en urgence. Le type de germe varie en fonction de l'âge de l'enfant. Le S aureus est actuellement la bactérie la plus souvent retrouvée. Il est suivi par le S pneumoniae (dont l'incidence a significativement diminué depuis l'introduction du vaccin conjugué) et le Streptococcus pyogenes. Également grâce à la vaccination, l'arthrite septique à Haemophilus influenzae est devenue rare. Les infections ostéo-articulaires à K kingae touchent typiquement les enfants de 6 mois à 4 ans. Elles représentent une cause majeure d'ostéomyélite et d'arthrite, mais leur incidence est probablement sous-estimée, car la culture « standard » est souvent négative et la PCR est alors nécessaire pour poser le diagnostic. Chez l'enfant de moins de 2 mois, en plus du staphylocoque et du streptocoque pyogène, on retrouve les entérobactéries et le streptocoque du groupe B Les streptocoques du groupe B (Streptococcus agalac-

tiae) et Escherichia coli. Les ostéomyélites à Salmonella spp. Sont fréquemment retrouvées chez les patients drépanocytaires **[28]**.

3.3.4.2 Porte d'entrée

La porte d'entrée est le point de départ de la bactériémie :

– tantôt elle est cutanée et évidente : folliculite, furoncle, toute autre plaie infectée;

– tantôt elle est inapparente : rhinopharyngée le plus souvent. La diffusion de l'infection se fait par voie hématogène ;

– dans l'arthrite et l'ostéo-arthrite, elle est fréquemment iatrogène (40 %) : injection intramusculaire, dénudation veineuse **[35]**.

3.3.4.3 Facteurs favorisants

- En zone tempérée, il existe des recrudescences saisonnières : printemps, automne.
- Le rôle favorisant d'un traumatisme est possible, il est souvent noté selon le « rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation » réalisé par l'OMS en 2004 : 48,2 % des blessures non mortelles résultant des AVP sont des fractures osseuses, parmi elles les fractures ouvertes représentant un facteur de risque important de complications septiques survenant dans 20 à 50 % des cas **[36]**.
- Le rôle favorisant du diabète est classique.
- La drépanocytose est une situation prédisposante (en particulier pour les infections à salmonelles).
- Les affections débilitantes :

– la malnutrition et les parasitoses, fréquemment rencontrées dans les pays sous-développés, favorisent d'une manière générale les infections ;

– la toxicomanie : elle est en progression dans nos régions ;

– l'infection au VIH : elle est également en progression.

3.4 PRESENTATION CLINIQUE

Typiquement, on retrouve une douleur et une épargne du membre touché. Chez le jeune enfant, la localisation de la douleur peut être difficile avec, comme seul

signe clinique, une boiterie ou une impotence fonctionnelle. Les signes locaux inflammatoires, tels qu'œdème, rougeur, chaleur et/ou épanchement articulaire sont observés dans environ 70% et plus fréquemment dans les arthrites que dans les ostéomyélites. La fièvre, signe classique mais inconstant, n'est retrouvée que dans 60% des cas. En particulier, elle est souvent absente dans les infections ostéo-articulaires causées par K. kingae. De façon générale, les infections à K. kingae se présentent moins bruyamment que celles causées par des bactéries pyogènes (S. aureus, S. pyogenes, S. pneumoniae, H. influen zae) **[28]**.

3.4.1 Type de description : Ostéoarthrite du nourrisson

3.4.1.1 Circonstance de découverte :

Le syndrome infectieux général est majeur.

On a une douleur violente, centrée sur l'articulation associée à une impotence fonctionnelle totale.

On peut noter des signes digestifs comme des nausées, des vomissements ou un trouble du transit **[37].**

3.4.1.2 Examen Physique :

Les manifestations cliniques sont particulièrement trompeuses.

Quatre signes cliniques sont fondamentaux :

- La limitation douloureuse de la mobilité articulaire. Elle se traduit par des pleurs de l'enfant lors des changes.
- l'aspect pseudo paralytique du membre intéressé spontanément le nourrisson ne le bouge pas; lorsqu'on soulève l'enfant le membre reste immobile dans une attitude antalgique. La mobilisation élective des différentes articulations permet de localiser avec précaution l'articulation en cause ;
- la constatation d'une position anormale permanente de l'enfant ;
- la douleur à la palpation articulaire ou péri articulaire.

Isolés ou associés ces signes sont retrouvés dans tous les cas ; leur simple constatation doit faire porter le diagnostic à priori.

La palpation recherche une augmentation de la température locale, un épanchement articulaire facile à affirmer au niveau du genou quand existe un choc rotulien au niveau des articulations superficielles (chevilles coudes poignets) où la capsule bombe sous la peau impossible en revanche à mettre en évidence pour les articulations plus profondes : épaules hanches ou sacro-iliaques.

Plus tardivement apparaît un œdème régional péri articulaire associé à une sensation de fluctuation profonde.

Les formes évoluées avec œdème monstrueux de tout le membre « en gigot » peau tendue luisante égarant le diagnostic sont devenues rares **[38].**

3.4.1.3 Signes paracliniques :

a. Biologique :

- **Numération et la formule sanguine**

Elle montre souvent une hyperleucocytose supérieure à 15 000 globules blancs.

Ce signe pratiquement constant peut être mis en défaut dans quelques rares cas où il peut être remplacé par une neutropénie ce qui est un signe de gravité.

- **CRP**

Elle augmente précocement dès la 6e heure. Elle peut être normale dans certains cas.

- **Hémoculture**

Elles doivent être réalisées pendant les pics fébriles et peuvent être répétées plusieurs fois avant toute antibiothérapie.

- **ECB DE LIQUIDE DE PRÉLÈVEMENT**

Lorsque le diagnostic d'ostéoarthrite est évoqué, la ponction articulaire s'impose.

Obligatoire pour toutes les ostéoarthrites, elle est faite en urgence, de préférence au bloc opératoire sous anesthésie générale. Le liquide doit faire l'objet d'une double analyse : cytologique avec numération et identification des éléments et bactériologique. La polymerase chain reaction (PCR) permet d'identifier les

germes qui ne peuvent pas être cultivés par les techniques classiques de bactériologie **[39].**

b. Imagerie :

- **Radiographie**

Réalisable en urgence, reste l'examen de première intention. Cependant, les anomalies osseuses n'apparaissent en règle générale qu'après 7 à 10 jours, ce qui explique la fréquente normalité des radiographies à la phase aiguë. L'analyse du cliché doit rechercher attentivement une déminéralisation métaphysaire souvent discrète au début, marquée par une résorption sous-périostée et une clarté de l'os sous-cortical. Les appositions périostées, uni- puis pluri-lamellaires, apparaissent secondairement. Un épanchement abondant peut cependant entraîner un élargissement de l'interligne articulaire, parfois même une subluxation ou une luxation du noyau épiphysaire. Le refoulement ou comblement des plans graisseux est en revanche un signe d'épanchement intra-articulaire peu sensible sauf pour le coude ou le genou. La déminéralisation osseuse sous-chondrale est classique. La radiographie permet surtout d'éliminer les diagnostics différentiels de tumeur osseuse ou de fracture **[40]**.

- **Echographie**

En outre elle permet de suivre l'évolution locale sous traitement. Au niveau des métaphyses, l'échographie montre très précocement l'abcès sous-périosté (périoste épaissi entouré de zone hypoéchogène à sa face superficielle et profonde réalisant l'aspect « en sandwich »). Initialement ces lésions sont très localisées limitées à la portion du périoste situé en regard de l'abcès osseux ; elles doivent donc être recherchées de façon très minutieuse en examinant l'os sur toute sa circonférence.

Plus tardivement le périoste est franchement refoulé avec apparition entre lui et l'os cortical d'une zone anéchogène étendue dont le caractère irrégulier est très en faveur de pus franc alors que les muscles avoisinants sont œdématiés**.**

- **Scintigraphie**

Peut mettre en évidence d'autres localisations infectieuses, particulièrement fréquentes sur ce terrain. Elle est toutefois difficile à interpréter à cet âge de par le manque de résolution spatiale et du fait de la fixation physiologique des cartilages de croissance.

- **I R M**

Est l'examen le plus intéressant. La sémiologie IRM de l'ostéomyélite et de l'arthrite septique s'applique dans ce contexte clinique mais connaît certaines limites. La moelle osseuse du nouveau-né et du nourrisson est riche en moelle hématopoïétique ce qui diminue le contraste spontané d'une lésion œdémateuse. Il faudra donc s'aider de l'injection de contraste pour en améliorer la détection. A cet âge, les épiphyses sont le plus souvent cartilagineuses, le noyau épiphysaire étant absent ou de petite taille. Une fois apparu, le noyau épiphysaire devient très rapidement de signal graisseux (hypersignal T1), dans les six premiers mois suivant son apparition. La perte de l'hypersignal T1 d'un noyau épiphysaire est le plus souvent un signe d'œdème. L'IRM est l'examen de choix pour l'analyse du cartilage de croissance et de la chondro-épiphyse. L'ostéoarthrite entraîne parfois une ischémie du noyau épiphysaire (phénomène de tamponnade) et l'IRM permet de dépister ce risque et de guider la thérapeutique **[41].**

3.5 Autres IOA

3.5.1 L'Ostéomyélite et Ostéite

Le tableau associe une fièvre avec douleur brutale d'un membre et d'une impotence fonctionnelle, la mobilisation douce de l'articulation restant possible, puis l'apparition d'une inflammation locale. Une boiterie, un refus de la marche ou une pseudo-paralysie doivent faire évoquer le diagnostic. L'atteinte prédomine sur les métaphyses des os longs en période de croissance (épaule, poignet, genou, « proche du genou et loin du coude »)

Les hémocultures permettent souvent le diagnostic microbiologique. En cas de doute diagnostique, d'une forme chronique ou d'abcès profond, une ponction osseuse doit être proposée.

La radiographie standard, initialement normale, peut montrer après 2 semaines des images lamellaires péri métaphysaires « en bulbe d'oignon », correspondant à la réaction périostée, et une ostéolyse avec images de séquestres osseux dans les formes chroniques. L'imagerie la plus sensible et la plus spécifique est l'IRM (signes précoces d'atteinte métaphysaire).

La durée de traitement recommandée est de 3 semaines pour les ostéomyélites aiguës. La chirurgie n'est indiquée qu'en cas d'ostéomyélite chronique avec abcès intra osseux ou séquestres

3.5.2 Arthrite septique

La forme habituelle est la mono-arthrite aiguë, prédominant au genou et à l'épaule, toutes les articulations pouvant être touchées. Le tableau associe le plus souvent : douleur brutale, impotence fonctionnelle, signes locaux avec épanchement articulaire, et une fièvre le plus souvent. La porte d'entrée doit être recherchée (cutanée, traumatisme, ponction articulaire, endocardite ou urétrite en cas d'atteinte polyarticulaire).

Le diagnostic bactériologique est une urgence, par ponction articulaire, si besoin guidée par imagerie (articulations profondes). Le diagnostic d'arthrite est probable en cas de cellularité > 10 000 éléments/mm3 avec plus de 90 % de polynucléaires, certain en cas de cellularité > 100 000 éléments/mm3. Un bilan inflammatoire (hémogramme, CRP), un bilan de coagulation et des hémocultures sont systématiques.

Les radiographies standard, initialement normales, peuvent montrer une déminéralisation épiphysaire après 2 semaines, un pincement articulaire avec érosions sous-chondrales après 3 à 4 semaines.

La durée d'antibiothérapie recommandée est de 4 semaines. Le drainage de l'articulation doit toujours être discuté sauf en cas d'infection gonococcique : par

ponctions itératives (uniquement en l'absence de signes de gravité, en cas d'évolution rapidement favorable, articulations facilement accessibles) ou surtout par lavage articulaire chirurgical en urgence (ou secondairement en cas d'échec des ponctions) sous arthroscopie ou arthrotomie (grosses articulations). Une immobilisation initiale à visée antalgique est nécessaire mais de durée courte, relayée par une kinésithérapie de mobilisation passive puis remise en charge progressive. En cas d'évolution défavorable, une synovectomie chirurgicale peut être indiquée dans un second temps.

3.5.3 Spondylodiscite infectieuse

Le tableau associe une douleur rachidienne d'apparition rapide, d'horaire inflammatoire, impulsive à la toux, et une raideur rachidienne. La fièvre est inconstante.

Les hémocultures permettent un diagnostic bactériologique dans 50 % des cas.

Les radiographies standard peuvent montrer des anomalies après 3 à 4 semaines (pincement intervertébral, érosion des plateaux en miroir), et sont surtout utiles pour le suivi (statique rachidienne, cicatrisation osseuse). L'examen clé du diagnostic est l'IRM pan rachidienne, permettant un diagnostic précoce (hypersignal T2 du disque intervertébral, prise de contraste péridiscale en T1, un hyposignal T1 et un hypersignal T2 des plateaux vertébraux adjacents), la recherche d'un abcès des parties molles péri vertébrales ou épidural, et d'une atteinte médullaire (hypersignal T2 centromédullaire) [13]. La TDM permet surtout d'apprécier la destruction osseuse et le risque d'instabilité rachidienne (anomalies plus tardives).

La durée de traitement recommandée est de 6 semaines pour les spondylodiscites à pyogènes **[42].**

3.6 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

-Synovite transitoire de la hanche ;

-Fracture ou traumatisme (p. ex., fracture des premiers pas) ;

-Arthrite de Lyme ;

-Cellulite ;

-Néoplasie osseuse (bénigne ou maligne, incluant l'histiocytose), hématologique ;

- Arthrite juvénile idiopathique, réactionnelle (post streptococcique) ;

- Lupus érythémateux disséminé.

3.7 Traitement

3.7.1 Médical

- **La prise en charge empirique et le traitement ciblé**

La majorité des enfants complètement immunisés qui sont atteints d'OA ou d'AS et qui sont traités à l'aide d'une céphalosporine de première génération répondent complètement à la médication. En l'absence de culture positive du sang, du liquide synovial ou de l'os, on peut présumer que la plupart des cas sont attribuables au SASM ou au K kingae, qui répondent tous deux à cet antibiotique de manière satisfaisante. Ainsi, de la céfalozine à une dose de 100 à 150 mg/kg/jour divisés toutes les six à huit heures devrait être utilisée comme antimicrobien empirique par voie intraveineuse (IV) en cas de présomption d'OA et d'AS. On peut prévoir que le K kingae sera résistant à la clindamycine, à la vancomycine et à la cloxacilline. Certains consultants recommandent d'élargir la couverture du traitement empirique pour inclure le H influenzae, et ainsi administrer 150 mg/kg/jour de céfuroxime IV divisés toutes les huit heures aux enfants de moins de quatre ans qui ne sont pas vaccinés ou qui vivent dans une région où les cas de H influenzae invasif sont plus courants qu'ailleurs. Il faut envisager un SARM si la prévalence est élevée dans la localité ou si l'enfant est un porteur connu. Si on attend les résultats des cultures tirées d'une biopsie osseuse ou d'une aspiration articulaire, on peut ajouter un traitement empirique de vancomycine à la céfazoline si la situation clinique le justifie. Lorsqu'on décèle un agent pathogène, il faut modifier l'antibiothérapie, au besoin. Le SASM est l'isolat le plus courant. Dans ce cas, il faut poursuivre le traitement à la céfazoline ou le circonscrire en le remplaçant par de la cloxacilline (150 à 200 mg/kg/jour

IV divisés toutes les six heures), tout en se rappelant que la cloxacilline peut provoquer une irritation veineuse, particulièrement chez les plus jeunes enfants.

- **La transition du traitement intraveineux au traitement oral et la durée du traitement**

Par le passé, les infections ostéoarticulaires aiguës chez les enfants étaient soignées par un traitement antimicrobien d'au moins six semaines, et la durée du traitement IV était variable. Récemment, des études plus rigoureuses, réalisées à partir de deux grandes bases de données comparatives, ont porté sur la durée du traitement IV. Une étude faisait appel à une cohorte rétrospective pour comparer le pronostic de 1 969 enfants de plus de six mois atteints d'une OA, dont environ la moitié s'était fait prescrire des antibiotiques par voie orale au moment du congé, alors que l'autre moitié avait reçu des antibiotiques IV après une hospitalisation d'une durée médiane de quatre à cinq jours. Le taux d'échec thérapeutique primaire était similaire dans les deux groupes (4 % dans le groupe traité par voie orale et 5 % dans celui traité par IV [RC 0,77 (IC à 95 %, 0,49 à 1,22)]). Une étude d'observation rétrospective subséquente, menée dans 38 hôpitaux des ÉtatsUnis, appariait les patients par groupe d'âge, durée d'hospitalisation, siège de l'infection, intervention chirurgicale et isolement d'agents pathogènes bactériens (y compris le SARM). Cette étude recensait les données de 2 060 enfants de deux mois à 18 ans, dont 80 % étaient atteints d'une infection d'un membre inférieur. Au congé, environ la moitié recevait des antibiotiques par voie orale et les autres, des antibiotiques IV. La durée d'hospitalisation médiane était de six jours. Si on excluait les patients atteints d'un SARM, la céphalexine et la céfazoline étaient les antimicrobiens les plus prescrits. Le taux d'échec s'élevait à 5 % dans le groupe traité par voie orale, et de 6 % dans celui traité par voie IV. Les complications liées à l'utilisation d'un cathéter IV chez les patients ambulatoires accroissaient considérablement les visites à l'urgence (pour donner des taux de 4 à 41 %). Les données indiquent fortement et de manière cumulative que les antimicrobiens par voie orale sont généralement appropriés au congé,

même chez les patients atteints d'une bactériémie, pourvu qu'une hémoculture négative ait été obtenue. Les contres indications au traitement par voie orale incluent l'anticipation d'une faible observance ou d'un suivi insuffisant, une malabsorption ou une lente résolution de l'infection. Le passage au traitement par voie orale dépend de l'amélioration clinique et de la diminution de la PCR. Les patients dont l'OA est sans complication ne devraient pas faire de fièvre, et leur état clinique devrait s'être amélioré considérablement au bout de trois à sept jours de traitement IV approprié. Lorsque l'infection touche un membre inférieur, le patient doit être clairement en mesure de porter son poids. Si elle touche un membre supérieur, l'utilisation habituelle doit provoquer seulement une douleur légère. La PCR doit être manifestement plus faible avant le passage au traitement par voie orale, mais le taux exact à atteindre demeure flou. L'évolution clinique est probablement un meilleur indicateur de la conduite à suivre. Dans d'autres études, le passage au traitement par voie orale était justifié par une diminution du taux de PCR de 50 % sur une période de quatre jours ou par un taux de 20 à 30 mg/L et une bonne réponse clinique. D'après une étude canadienne, après l'administration de doses médianes de 40 mg/kg de céphalexine par voie orale toutes les huit heures, les paramètres pharmacocinétiques devraient être bactéricides dans les infections ostéoarticulaires causées par un SASM. La plupart des cliniciens recommandent l'administration de 120 à 150 mg/kg/jour par voie orale divisés trois fois par jour (jusqu'à concurrence de six grammes par jour). Cependant, certains cliniciens recommandent une dose plus faible, de 100 à 120 mg/kg/jour divisés quatre fois par jour, en raison de la courte demi-vie de la céphalexine (environ une heure). La cloxacilline peut également être prescrite en cas de S aureus qui y est susceptible, mais il faut tenir compte du goût désagréable de la suspension orale. La plupart des cliniciens recommandent une dose de 100 mg/kg/jour, jusqu'à concurrence d'un gramme quatre fois par jour. Lorsque l'OA est causée par un SARM, il faut générale ment plus de temps pour parvenir aux critères cliniques et de laboratoire permettant de passer au traitement par voie

orale que si l'atteinte est attribuable à d'autres agents pathogènes ou que les cas sont négatifs à la culture. Lorsqu'on connaît les sensibilités locales et que le patient respecte tous les critères cliniques et de laboratoire justifiant le passage à un traitement par voie orale, on peut envisager de la clindamycine, du triméthoprime sulfaméthoxazole ou du linézolide après avoir consulté un infectiologue.

Tous les patients doivent faire l'objet d'un suivi étroit. Selon une récente analyse résumant les données de six études publiées entre 2002 et 2009, la durée du traitement était variable, mais pour la plupart des patients atteints d'une OA sans complication, un traitement parentéral initial suivi d'un traitement oral d'une durée totale de 21 à 28 jours était approprié. Chez la plupart des patients atteints d'une OA sans complication qui répondent rapidement au traitement empirique et dont l'état continue de s'améliorer sous antimicrobiens par voie orale, la durée totale du traitement antimicrobien recommandée est de trois à quatre semaines, plutôt que les six semaines recommandées auparavant. Dans les cas d'AS, la durée habituelle du traitement est de trois à quatre semaines, mais la plupart des cliniciens recommandent toujours un traitement de quatre à six semaines lorsque la hanche est touchée. Si la réponse clinique est positive, ces recommandations sur la durée du traitement s'appliquent, que les hémocultures soient positives ou non. L'arrêt du traitement antimicrobien doit dépendre de la résolution clinique des symptômes initiaux et de la normalisation de la PCR. Certains enfants qui reprennent toutes leurs activités physiques peu après la fin du traitement ressentent des douleurs légères, intermittentes et temporaires dont on ne doit pas s'inquiéter [43].

3.7.2 Chirurgical

- La technique à utiliser dans l'**arthrite septique** sur articulation native n'est pas clairement établie. Bien que n'étant validée par aucune étude prospective et discutable selon de nombreuses équipes, l'évacuation itérative de pus à l'aiguille par ponction a été proposée pour les arthrites

périphériques atteignant des articulations superficielles (genou, épaule, coude, cheville, poignet) et pourrait donner les mêmes résultats qu'un lavage chirurgical.

Un lavage chirurgical est à proposer en cas d'échec des ponctions itératives, ou d'emblée en présence de facteurs de mauvais pronostic : infection chronique et/ou compliquée (abcès, ostéite associée), présence de nombreuses comorbidités, pathologie articulaire sous-jacente et immunodépression.

En cas d'**ostéite**, un débridement chirurgical doit toujours être envisagé afin de mettre à plat les lésions et de retirer les tissus nécrotiques, et notamment en présence de séquestres osseux, ou d'un abcès des parties molles ou périosté.

- Dans le cadre des **spondylodiscites**, la chirurgie est réservée aux cas de complications locales graves comme les compressions médullaires, aux abcès épiduraux ou paravertébraux, et aux infections non contrôlées malgré une antibiothérapie adaptée. Au total, plus de 40% des patients atteints de spondylodiscite doivent bénéficier d'une chirurgie vertébrale **[44].**
- La chirurgie est rarement nécessaire au cours de **l'ostéomyélite aiguë** de l'enfant. Elle doit être proposée systématiquement en cas d'atteinte multifocale associée à des abcédations profondes, chez un enfant présentant un choc septique secondaire à une infection disséminée à S. aureus producteur de PVL. En dehors de cette situation exceptionnelle, la chirurgie est à discuter s'il existe un abcès sous-périosté ou intramédullaire, en l'absence d'évolution clinique favorable sous antibiothérapie [45]**.**

3.8 Complications

3.8.1 Complications à court et moyen terme

Un retard de diagnostic de cinq jours est le principal facteur de risque de complication. En cas d'arthrite, la destruction de l'articulation commence huit heures après l'inoculation. Parmi les complications à court et moyen terme, on retrouve les collections des tissus mous, les abcès sous-périostés, les abcès intra-osseux, les séquestres osseux, les thromboses veineuses profondes, les fractures

pathologiques, les emboles septiques, les cellulites, les septicémies, les chocs septiques avec défaillance multiviscérale, et le décès.

3.8.2 Complications à long terme

Les complications à long terme sont essentiellement marquées par les infections chroniques, les nécroses avasculaires par ischémie de compression dans les arthrites, les atteintes du cartilage de croissance entrainant des inégalités de longueur de membres ou des troubles d'axe.

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE.



Figure 6 : Vue photographique de la façade de l'entrée principale du CHU Gabriel Touré

4.2 Description du lieu d'étude

Il s'agit de l'ancien dispensaire central de Bamako qui a été érigé en hôpital le 17 janvier 1959 ; il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du soudan français (actuel Mali) décédé lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. L'hôpital Gabriel TOURE a évolué en établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 avant de devenir Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE en 2003. Il s'agit d'un hôpital de troisième référence, situé dans la commune III du District de Bamako au centre-ville facilement accessible pour la majorité de la population. Ce facteur associé à d'autres, justifie le fait que les

demandes exprimées excèdent largement les capacités de l'Hôpital et font de celui-ci une structure de premier recours de soins sanitaires. Son département de pédiatrie où l'étude a eu lieu est le seul service pédiatrique de niveau national et qui prend en charge tous les enfants malades de 0 à 15 ans souffrant de pathologies médicales

Il a quatre (04) missions principales :

-Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;

-Assurer la prise en charge des urgences et des référés ;

-Participer à la formation initiale et continue des professionnels de santé et des étudiants ;

-Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical. Il comporte neuf (9) départements :

- Un département de pédiatrie ;
- Un département de médecine ;
- Un département de chirurgie ;
- Un département d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence ;
- Un département de gynécologie obstétrique ;
- Un département d'imagerie médicale ;
- Un département de pharmacie ;
- Un département d'analyses biologiques ;
- Un département de maintenance,

❖ **Le département de pédiatrie :**

Situé au nord-est à l'intérieur de l'hôpital, il est constitué de deux (02) bâtiments principaux contigus à 2 niveaux et comprend :

-Des salles de consultation externe : ordinaire, d'urgence et de suivi

-Un service d'hospitalisation avec les unités : 146 lits

- Urgences : 24 lits plus 6 lits en salle VIP
- Néonatologie : 50 lits

- Oncologie pédiatrique : 10 lits
- Pédiatrie générale (66 lits) :

Pédiatrie 1 : 16 lits

Pédiatrie 2 : 24 lits

Pédiatrie 4 : 16 lits

-Des salles pour les unités spécialisées :

- Unité de Soins Mère-Kangourou (SMK) :11 lits assure l'élevage des prématurés et des petits poids de naissance sortis de la néonatologie ;
- Centre d'Excellence Pédiatrique : Pour la prise en charge et le Suivi des enfants infectés ou affectés par le VIH/SIDA ;
- Unité de prise en charge de la Drépanocytose : qui assure la prise en charge et le suivi des enfants drépanocytaires ;
- Des salles pour des projets de recherche : CVD ;
- Unité de nutrition : intervient dans la récupération des enfants dénutris de 6 à 59 mois
- Salle de soins.

❖ **Le personnel de la pédiatrie :**

Il est constitué par :

-Professeurs titulaires : 04

-Maitres de conférences : 05

-Maitres de recherches :06

-Charger de recherche :03

-Médecin pédiatre : 03

-Des médecins en cours de spécialisation (DES) : 48

-Des thésards du service : 16

-Des assistants médicaux : 06

-Des techniciens supérieurs de santé : 45

-Des techniciens de santé : 18

-Des aides-soignantes :07

-Des secrétaires médicaux : 02

-Des manœuvres :08

A ceux-ci, s'ajoutent les élèves des écoles socio-sanitaires et les étudiants en médecine et en pharmacie des différentes classes faisant leur stage.

❖ **Les activités menées dans le service :**

a. Les types d'activités :

- La prise en charge des patients à travers les consultations externes, les hospitalisations et les gardes.
- La formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine et des élèves des écoles socio-sanitaires ;
- La recherche assurée dans le cadre des thèses et mémoires, certains protocoles ponctuels mais aussi par le Centre pour le développement des vaccins (CVD-Mali) dont le but d'assuré la recherche et le contrôle des maladies infectieuses évitable par la vaccination, étudier l'épidémiologie de ces maladies, développer des Stratégies contre elle en introduisant de nouveaux vaccins.

L'appui aux différents programmes nationaux de santé (PNLP, PNLT, Nutrition, ARV/PTME, etc.)

b. L'organisation des activités :

La prise en charge des malades

-Le circuit du malade : les patients âgés de 0-15ans sont admis en consultation externe en dehors des nouveau-nés qui sont directement vus en néonatologie, après prise de paramètres et tri, le patient est orienté dans l'un des boxes où il sera consulté par une équipe composée de pédiatre et de DES.

Les cas sévères sont orientés aux profils de l'hémogramme dans les centres spécialisés de la pédiatrie générale du CHU Gabriel Toure.

Urgences pédiatriques pour hospitalisation et stabilisation avant leur transfert dans les unités de pédiatrie générale ou dans les unités spécialisées.

Outre-les consultations de pédiatrie générale, le Département offre une fois par semaine des consultations de neurologie et d'hématologie (Drépanocytose, hémophilie etc.…).

-Les visites quotidiennes des malades hospitalisés : se font tous les jours ouvrables par une équipe de pédiatre, DES, Internes, externes et infirmières. Une permanence et un contre visite les week-ends sont organisées et assurées par une équipe de DES et d'interne.

-La garde : elle est assurée, de 16 H à 8 H les jours ouvrables et de 8 H à 8 H les jours non ouvrables, par une équipe de médecins et d'infirmières.

- L'équipe de médecins est composée d'un pédiatre, des DES, des internes et des externes.

La formation

-Un Staff quotidien en vue d'apprécier les prestations de la garde et la formation Continue ;

-Présentation des cas cliniques une semaine sur deux ;

-Cours des DES.

4.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte retro prospective allant du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2024 soit 2 ans.

4.3 Population d'étude

L'étude a concerné les enfants de 1 mois à 15 ans hospitalisés au département de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré pendant la période d'étude.

4.4 Critères d'inclusion

Sont inclus, tous les enfants âgés de 1 mois à 15 ans admis au département de pédiatrie pour infections ostéoarticulaires suspectées cliniquement et/ou confirmées par des examens complémentaires.

4.5 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude, les enfants dont les dossiers médicaux étaient incomplets, les atteintes osseuses non infectieuses, les nouveau-nés.

4.6 Echantillonnage

Notre échantillonnage a été exhaustif. Tous les patients répondant à notre critère d'inclusion pendant la période d'étude.

4.7 Collecte des données :

Pour la réalisation de notre travail, nous avons établi une fiche d'enquête comportant les différentes variables nécessaires à notre étude (données anamnestiques, cliniques, biologiques, radiologiques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives). Ces fiches ont été remplies rétrospectivement et prospectivement, en ayant recours aux dossiers archivés des malades du service et à la base de données du service de microbiologie du CHU GABRIEL TOURE.

4.8 Gestion et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le Microsoft Office 2013 et SPSS version 20.0.

4.9 Aspects éthiques

Les inclusions ont été faites dans le respect de l'anonymat, avec l'accord des parents. La bonne pratique médicale a été respectée.

4.10 Définitions opérationnelles

-Infection :

C'est l'ensemble des troubles provoqués par la pénétration et le développement de micro-organismes pathogènes dans le corps humain. On parlera donc, suivant le germe en cause, de maladie bactérienne, de maladie parasitaire, de maladie virale (virose) ou de maladie à champignon (mycose) [46].

Septicémie :

La septicémie est une réaction systémique grave du corps à une bactériémie ou à une autre infection. Elle se caractérise par une réponse inflammatoire généralisée. Les symptômes courants incluent la fièvre, la faiblesse, l'accélération du rythme cardiaque et la respiration rapide. La septicémie affecte également de nombreux organes internes, tels que les reins, le cœur et les poumons, qui peuvent commencer à dysfonctionner **[47].**

- Ostéomyélite :

L'ostéomyélite se définit comme une inflammation de la moelle osseuse et du tissu osseux adjacent, généralement causée par une bactérie (Fémur, Tibia, Fibula, Humérus).

On parle d'ostéomyélite aigue lorsque la symptomatologie date de moins de deux semaines au moment du diagnostic. L'infection est considérée comme subaiguë si les symptômes ont duré entre 2 semaines et 3 mois, et chronique s'ils persistent depuis plus de 3 mois **[48]**.

-Arthrite septique :

L'arthrite septique est une infection articulaire causée par une bactérie**[49]**. Elle touche principalement les grosses articulations (genou, hanche, cheville, épaule) [50].

- Ostéoarthrite :

Il s'agit d'une infection osseuse de la région métaphysaire et de l'articulation adjacente **[51,52]**.

- Ostéite :

L'ostéite est une infection osseuse par inoculation directe ou par contiguïté souvent post-traumatique ou secondaire à une chirurgie. On parle actuellement d'ostéomyélite secondaire à un foyer infectieux pour faire référence à l'ostéite **[53]**.

- Spondylodiscite :

C'est une infection d'un disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents **[54].**

-Nourrisson :

Enfant âgé de 28 jours à 2 ans.

-**Petit enfant** :

Enfant âgé de 2 ans à 6 ans.

-Grand enfant :

Enfant âgé de 6 ans à 12 ans.

-Adolescent :

Enfant âgé de plus de 12 ans.

RESULTATS

5 RESULTATS

5.1 Fréquence

Durant notre période d'étude nous avons pu colliger 52 cas répondant à nos critères d'inclusions sur un total de 5647 hospitalisations, soit une fréquence de 0,9 %.

5.2 Aspects sociodémographiques

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

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
Grands Enfants	24	46,2
Petits enfants	16	30,8
Adolescents	06	11,5
Nourrissons	06	11,5
Total	52	100,0

Les grands enfants étaient la tranche d'âge la plus représentée soit 46,2% avec un âge moyen de 7,5.

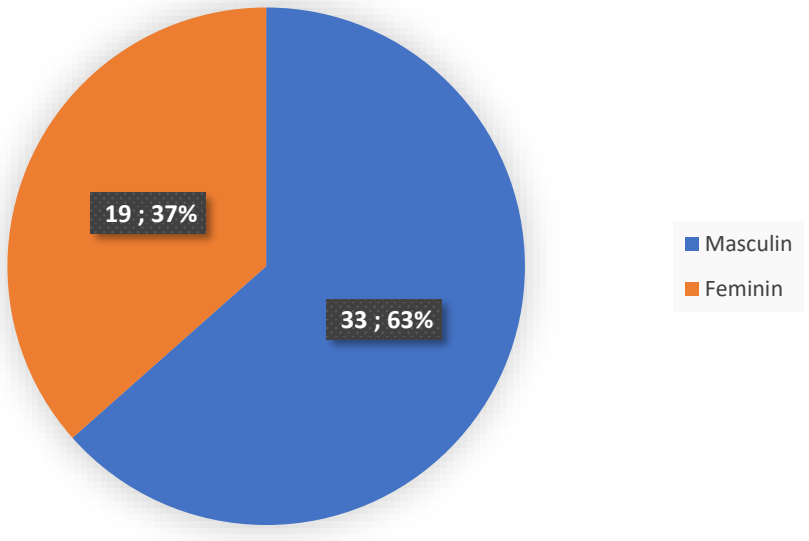


Figure 7 **:** Répartition des enfants selon le sexe

Le sexe masculin était majoritaire soit 63,5% avec un sexe ratio de 1,7.

Tableau II: Répartition des enfants selon le lieu de résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	28	53,8
Hors Bamako	24	46,2
Total	52	100,0

La majorité des enfants résidait à Bamako soit 53,8%.

Tableau III : Répartition des enfants selon les caractéristiques des mères

Caractéristiques des mères		Effectif	Pourcentage
Age (ans)	18 - 35	33	63,5
	36 - 45	17	32,7
	Plus de 45	02	3,8
Profession des mères	Femme au foyer	34	65,4
	Elève ou Etudiante	10	19,2
	Fonctionnaire	08	15, 4
Niveau d'instruction des mères	Primaire	14	26,9
	Secondaire	12	23,1
	Supérieur	04	7,7
	Non instruite	22	42,3

La tranche d'âge de 18 à 35 ans était la plus représentée, avec un taux de 63,5%. La majorité des mères était des femmes au foyer soit 65,4% et n'était pas scolarisée avec un taux de 42,3%.

Tableau IV: Répartition des enfants selon les caractéristiques des pères

Caractéristiques des pères		**Effectifs**	**Pourcentage**
Age (ans)	20 - 35	05	9,6
	36 - 45	29	55,8
	46 - 60	15	28,8
	Plus de 60	03	5,8
Profession des pères	Ouvrier	18	34,6
	Commerçante	17	32,7
	Fonctionnaire	09	17,3
	Cultivateur	08	15,4
Niveau d'instruction des pères	Primaire	06	11,5
	Secondaire	28	53,8
	Supérieur	09	17,3
	Non instruit	09	17,3

La tranche d'âge de 36 à 45 ans était la plus représentée, avec un taux de 55,8%. La majorité des pères était des ouvriers soit 34,6%, et était scolarisée au niveau secondaire avec un taux de 53,8%.

Tableau V: Répartition des enfants selon les conditions socio-économiques

Condition socio-économique	Effectif	Pourcentage
Défavorable	28	53,8
Favorable	24	46,2
Total	52	100,0

La majorité des enfants avait une condition socio-économique défavorable soit 53,8%.

Tableau VI : Répartition des enfants selon le motif de consultation

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
Tuméfaction	27	51,9
Douleur osseuse + Impotence	19	36,5
Fièvre	04	7,7
Lésion cutanée	02	3,8

La tuméfaction était le motif de consultation le plus fréquent soit 51,9%.

Tableau VII : Répartition des enfants selon les antécédents médicaux

Antécédent médical	Effectif	Pourcentage
Pas d'ATCD	42	80,8
Drépanocytose	08	15,4
Malnutrition	02	3,8
Total	52	100,0

La majorité des enfants n'avait pas d'ATCD soit 80,8%.

Tableau VII : Répartition des enfants selon la porte d'entrée

Porte d'entrée	Effectif	Pourcentage
Absence de porte d'entrée apparente	45	86,5
Traumatique	04	7,7
Cutanée	03	5,8
Total	52	100,0

L'Absence de porte d'entrée apparente représentait 86,5% à l'admission.

Tableau VIII : Répartition des enfants selon l'état nutritionnel

Etat nutrition	Effectif	Pourcentage
Normal	45	86,5
DAM	04	7,7
DAS	03	5,8
Total	52	100,0

L'Etat nutritionnel était normal chez 86,5% des enfants.

Tableau IX : Répartition des enfants selon les signes cliniques à l'admission

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Fièvre	50	96,1
Douleur	40	76,9
Tuméfaction	26	50
Pâleur	23	44,2
Impotence fonctionnel	13	25
Ictère	05	9,6

La fièvre et la douleur étaient les signes physiques les plus retrouvés respectivement dans 96,1% et 76,9%, associés à une tuméfaction soit 50%.

Tableau X : Répartition en fonction du membre atteint

Membre atteint		**Effectif**	**Pourcentage**
Membre thoracique	Humérus	12	23,1
	Coude	06	11,5
	Radius/Ulna	05	9,6
Membre pelvien	Genou	17	32,7
	Hanche	06	11,5
	Tibia	06	11,5
	Pieds	04	7,7
	Dos	01	1,2

L'Humerus était l'atteinte majoritaire du membre supérieur soit 23,1% et le genou pour le membre inférieur soit 32,7%.

Tableau XI : Répartition en fonction du résultat de l'hémoculture

Hémocultures	**Effectif (n= 38)**	**Pourcentage**
Négative	29	76,3
Positive	09	23,7

L'Hémoculture était négative chez 76,3% des enfants.

Tableau XII : Répartition des enfants selon le résultat de l'ECBC du pus

Résultat	Effectif (n=28)	Pourcentage
Négatif	16	57,1
Positif	12	42,9

Le résultat de l'ECBC du pus revenait majoritairement négatif soit 57,1%.

Tableau XIII : Répartition des enfants selon le germe retrouvé

Germes	Effectif (n=21)	Pourcentage
Staphylococcus aureus	14	66,7
Escherichia coli	03	14,3
Staphylococcus à coagulase négative	02	9,5
Streptococcus pneumonie	02	9,5

Le *Staphylococcus aureus* était le germe le plus retrouvé soit 66,7%.

Tableau XIV : Répartition des enfants selon la sensibilité des germes retrouvés

Germes	**Sensibilité**
Escherichia coli	Amikacine, Cefoxitine, Piperacilline+Tazobactam
Staphylococcus à coagulase négative	Erythromycine, Gentamicine, Vancomycine, Acide fusidique
Staphylococcus aureus	Ciprofloxacine, Gentamicine, Vancomycine, Lincomycine, Erythromycine
Streptococcus pneumonie	Fosfomycine, Vancomycine, Lincomycine

Tableau XV : Répartition des enfants selon la biologie

	Bilan Biologique	Effectif	Fréquence %
Numération formule sanguine	Hb Inferieur a 11g/dl	47	90,4
	Hyperleucocytose	45	86,5
	Hyperplaquettose	08	15,4
	Thrombopénie	04	7,7
	Leucopénie	02	3,8
Protéine C réactive	Positive	51	98,1
	Négative	01	1,9
Sérologie HIV	Négative	51	98,1
	Positive	01	1,9
	Total	52	100,0

La majorité des enfants avait un Hb inferieur à 11g/dl soit 90,4 avec une Hyperleucocytose soit 86,5%, et une CRP positive soit 98,1%.

Tableau XVI : Répartition des enfants selon l'électrophorèse d'hémoglobine

Electrophorèse de l'HB	Effectif (n=29)	Pourcentage
AA	16	55,2
AS	05	17,2
SS	05	17,2
SB+	01	3,5
SC	02	6,9

Tableau XVII : Répartition des enfants selon le résultat de la radiographie

Radiographie	Effectif (n=46)	Pourcentage
Décollement périosté	26	56,5
Elargissement de l'interligne articulaire	13	28,3
Déminéralisation osseuse	07	15,2

Le décollement périosté et l'élargissement de l'interligne articulaire étaient l'image radiographique les plus retrouvées soit respectivement 56,5 % et 28,3 %.

Tableau XVIII : Répartition des enfants selon le résultat de l'échographie

Echographie	Effectif (n=23)	Pourcentage
Epanchement articulaire	13	56,5
Normale	05	21,7
Abcès des parties molles	03	13,1
Infiltration des parties molles	02	8,7

L'épanchement articulaire était le plus retrouvé à l'échographie soit 56,5%.

Tableau XIX : Répartition des enfants selon le diagnostic retenu

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Ostéomyélite	24	46,2
Ostéo-arthrite	18	34,6
Arthrite septique	8	15,4
Ostéite	1	1,9
Spondylodiscite	1	1,9
Total	52	100,0

L'ostéomyélite était le diagnostic le plus retrouvé soit 46,2%.

Tableau XX : Répartition des enfants selon le traitement spécifié

Traitement	Effectif	Pourcentage
Antalgique + Antipyrétique	52	100,0
Antibiothérapie probabiliste	52	100,0
Antibiothérapie adaptée	21	40, 4
Traitement chirurgical	21	40,4
Traction + Immobilisation plâtrée	31	59,6

Tableau XXI : Répartition des enfants selon l'antibiothérapie probabiliste

Molécules	Effectif	Pourcentage
Cefotaxime + Vancomycine	27	51,9
Ceftriaxone + Métronidazole + Gentamicine	16	30,8
Ceftazidime + Vancomycine	09	17,3
Total	52	100,0

Tableau XXII : Répartition des enfants selon la durée de l'antibiothérapie probabiliste

Nombre de jour	Effectif	Pourcentage
1 – 6	24	46,2
7 – 14	14	26,9
15 – 21	09	17,3
Supérieur à 21	05	9,6
Total	52	100,0

La durée de l'antibiothérapie probabiliste était généralement comprise entre 1 à 6 jours soit 46,2% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des enfants selon le traitement chirurgical

Chirurgie	Effectif (n=21)	Pourcentage
Mise à plat + Pansement	19	90,5
Arthrotomie	02	9,5

La mise à plat + pansement était le traitement chirurgical le plus effectué soit 90,5%.

Tableau XXIV : Répartition des enfants selon la durée du traitement chirurgical

Nombre de jour	Effectif	Pourcentage
7 – 14	18	34,6
15 – 21	23	44,2
Supérieur à 21	11	21,2
Total	52	100,0

La durée du traitement chirurgical était généralement comprise entre 15 à 21 jours soit 44,2%.

Tableau XXV : Répartition en fonction d'autres traitement

Autres Traitements	Effectif	Pourcentage
Transfusion	31	59,6
Acide folique	08	15,4
Zinc	08	15,4
Hydratation	08	15,4
Antiagrégant plaquettaire	04	7,7
Lait thérapeutique	03	5,8

Tableau XXVI : Répartition en fonction des enfants selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
7 – 14	02	3,8
15 – 21	08	15,4
Supérieur à 21	42	80,8
Total	52	100,0

La durée d'hospitalisation était supérieure à 21 jours chez la majorité des enfants soit 80,8% pour une moyenne de 32,3 avec un minimum de 8 et un maximum de 60.

Evolution	Effectif	Pourcentage
Guérison	50	96,1
Décès	2	3,9
Total	52	100,0

La majorité des enfants étaient guéris soit 96,1 % avec un taux de létalité de 3,9%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A. Aspects épidémiologiques

Durant notre période, nous avons enregistré 5653 admis dont 52 cas d'infections ostéo articulaires soit une fréquence de 0,9 % des IOA au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Ce résultat est comparable à celle de Traoré F et al. en 2024 **[10]** qui avaient trouvés une fréquence de 1,66 %. Notre résultat est inférieur à celui publié par Bedji P. **[54]**, qui a rapporté 2,80 %.

B. Caractéristiques sociodémographiques

1.Age

Les grands enfants étaient la tranche d'âge la plus représentée soit 46,2% avec un âge moyen de 7,5dans notre étude. Les IOA touchent l'enfant à tout âge, du nouveau-né au grand enfant avec un âge moyen de survenue variant selon les études **[55]**. En Afrique, elles semblent prédominer après l'âge de 5 ans. Teklali et al au Maroc **[55]** rapportaient un âge moyen de 6,5 ans dans leur série similaire à notre résultat. Contrairement aux séries occidentales, où elles sont rapportées comme prédominant avant l'âge de 5 ans **[57]**, c'est le cas dans les séries de Lemoine et al (21,6 mois) **[58]** et Timsit et al (3,9 +/- 3,6 ans) **[3]**. En effet, c'est à cet âge que les enfants sont beaucoup plus actifs, donc exposés à des risques de blessure et de traumatismes.

2.Sexe

Le sexe masculin était majoritaire soit 63,5% avec un sexe ratio de 1,7. Les masculins étaient majoritaires dans l'étude de Jana FC Neto et al., qui rapportent des données similaires concernant la prédominance masculine **[59]**. Des études menées aux États-Unis sur l'épidémiologie de l'ostéomyélite et de l'arthrite septique chez l'enfant ont confirmé la prédominance masculine de l'infection **[59]**. EL Hamdi a rapporté une sex-ratio de 1,57 **[60]**, et la tendance masculine couramment observée dans la littérature peut s'expliquer par la turbulence des garçons, ce qui les exposent davantage aux traumatismes.

3. Conditions socio-économiques

La majorité des enfants étaient issus d'une famille aux conditions socio-économiques jugées défavorables soit 53,8% des cas. Dans l'étude de Traoré F au CHU Gabriel Touré **[10]**, les conditions socio-économiques étaient défavorables dans 85,3 % des cas. Ce résultat est similaire à celui de Jamilla EH **[1]**, où les patients de bas niveau socio-économique représentaient 70,51 % des cas et ceux de niveau socio-économique moyen ou élevé était à seulement 29,49 %.

4. Signes cliniques et paracliniques

Nos enfants se sont présentés avec la triade classique des IOA : fièvre (96,2 %), douleur osseuse et impotence fonctionnelle (76,9 %), souvent associées à une tuméfaction localisée (50 %). La fièvre est un signe classique mais inconstant, retrouvé dans seulement 60 % des cas (22). Dans l'étude de Traoré F au CHU Gabriel Touré **[10]**, la douleur était présente chez tous les patients (100 %), suivie de la fièvre (88,2 %) et de l'impotence fonctionnelle (79,4 %).

D'un point de vue biologique, l'anémie était très fréquente (82,7 %) et l'hyperleucocytose modérée (86,5 %), tandis que la CRP était presque systématiquement élevée (98,1 %). Ces résultats sont supérieurs à ceux d'El Hamdi F et Lamini N et al., qui ont observé une hyperleucocytose chez respectivement 75 % et 80,2 % des patients **[60,61]**. La protéine C-réactive (CRP) est utile à la fois pour le diagnostic et pour le suivi de la réponse au traitement. Elle est généralement élevée en début de maladie, mais tend à se normaliser plus rapidement avec un traitement approprié, indiquant une bonne évolution **[62,63]**. Ces marqueurs inflammatoires sont classiquement utilisés pour confirmer le diagnostic et suivre la réponse au traitement.

Le décollement périosté était le signe le plus fréquent sur la radiographie standard (56,5 %), signe typique d'ostéomyélite évoluée. L'échographie, pratiquée chez 23

enfants, a objectivé un épanchement articulaire dans 56,5 % des cas, révélateur d'une arthrite septique associée. Ces taux élevés de signes morphologiques précoces ou tardifs reflètent un délai souvent long avant consultation, comme le notent d'autres auteurs. Le diagnostic le plus retenu était l'ostéomyélite (46,2%) suivi de l'ostéoarthrite (34,6%) et arthrite septique (15,4%), ces résultats sont inférieurs à ceux rapportés par Jamila EH qui avait trouvais respectivement : ostéomyélite (25,64%), ostéoarthrite (34,6), arthrite septique (39,7). **[1]**

5. Étiologie microbienne

Staphylococcus aureus était le pathogène dominant (66,7 %) dans notre étude. Le Staphylocoque Aureus est la bactérie la plus souvent isolée lors des examens bactériologiques **[64]**. Dans les séries occidentales, le staphylocoque est incriminé dans 50% des cas. D'autres germes sont fréquemment retrouvés, notamment *kingella kingae*, streptocoques β hémolytiques essentiellement du groupe A et pneumocoque **[65]**. Ce constat concorde avec l'ensemble de la littérature pédiatrique africaine, où S. aureus est régulièrement l'agent le plus fréquent **[63,64]** . Dans l'étude sud-africaine de Horn et al., **[68]**, les staphylocoques ont représenté 56 % des bactéries isolées. Chez les enfants drépanocytaires gabonais, Loembe et al. **[65]**, *S. aureus* et *Salmonella* dominaient (50 % et 37,5 % respectivement). La bactérie de Salmonelle étant plus spécifique aux drépanocytaires. Dans notre série, nous n'avons pas retrouvé de Salmonella, sans doute en raison du faible nombre d'enfants drépanocytaires inclus.

Le *Staphylococcus aureus* était sensible à la gentamicine, vancomycine, ciprofloxacine. Cela reflète une absence de résistance majeure identifiée, soulignant la nécessité d'une antibiothérapie staphylococcique de grande envergure.

6. Prise en charge thérapeutique

Tous les enfants ont reçu des soins combinés médico-chirurgicaux. Une antibiothérapie parentérale à large spectre était instaurée chez 100 % des patients. Les protocoles ont majoritairement associé une céphalosporine de 3e génération à la vancomycine et/ou à l'aminoside (gentamicine) : nous utilisions par exemple céfotaxime+vancomycine chez 51,9 % et ceftriaxone+genta/métronidazole chez 30,8 %. Cette stratégie probabiliste est conforme aux recommandations (IDSA notamment) qui suggèrent de couvrir en priorité *S. aureus* (y compris SARM potentiels) et les entérobactéries locales en cas d'IOA sévère **[68]**.

En pratique, 59,6 % des enfants ont reçu une traction + immobilisation patrée et 36,5 % une chirurgie de drainage avec pansements réguliers. Notre résultat est comparable à celui Touré et al. **[70]** qui rapportent des chiffres similaires (drainage chez 33 des 66 enfants, ponction-lavage chez 12 ; tous ont eu un antibiotique et l'immobilisation). Parallèlement, des soins de support ont été prodigués (transfusions dans 59,6 % des cas, apport de zinc, acide folique, hydratation, etc.), en particulier chez les drépanocytaires ou les anémiques, comme il est recommandé.

La durée d'antibiothérapie probabiliste IV variait entre 1-6 jours dans 46,2 %, cela reflétant la gravité et l'évolution clinique.

7. Évolution immédiate et pronostic

L'issue a été favorable chez 96,2 % des enfants (cicatrisation sans séquelle immédiate) et nous avons enregistré 2 décès (3,8 %). Ce pronostic globalement bon n'était pas garanti : ailleurs en Afrique, les taux de mortalité varient de 2 à 10 % selon les séries **[71]**, souvent corrélés au retard diagnostic, à la malnutrition ou aux comorbidités. Touré et al. **[70]** ont noté une guérison chez 89 % de leurs patients (avec 11 cas de signes persistants) sans décès déclaré, tandis que l'étude éthiopienne de Mamo M et al. **[71]** rapportaient près de la moitié de patients avec

« mauvais résultat » (complications ou échec), reflétant peut-être un faible accès au suivi. La mortalité observée chez nous pourrait être imputable au retard de prise en charge ou à la sévérité initiale, mais reste dans la fourchette des données africaines.

Les séquelles à court terme (souvent articulaires ou ostéo-squelettiques) n'ont pas été détaillées ici, mais il faut noter que l'anémie chronique (82,7 %) et la forte proportion d'enfants drépanocytaires (15,4 %) augmentent le risque de complications (pseudarthroses, fractures pathologiques). D'autres facteurs pronostiques importants identifiés par la littérature – tel qu'un délai de consultation >1–2 semaines ou la persistance d'une infection malgré antibiothérapie appropriée – soulignent l'importance de l'optimisation du diagnostic (par ex., imagerie plus précoce) pour améliorer le pronostic **[72]**.

Limites Notre étude sur les infections ostéoarticulaires comporte des limites, liées au caractère rétrospectif de l'étude. En effet, nos données ont été collectées exclusivement à partir des dossiers d'hospitalisation et des registres d'hospitalisation. En absence d'un système informatique sur l'archivage, les dossiers sont en général mal tenus, et incomplets (pages manquantes, certains résultats désagrafés, certaines pages teintées de liquide etc). Ainsi certaines données n'ont pas pu être élucidées (l'observance du traitement oral et les séquelles post hospitalisation). Malgré ces limites, nos résultats peuvent être discutés avec ceux de certains auteurs.

Cette étude s'inscrit dans le souci de contribuer à une meilleure connaissance des infections ostéoarticulaires de l'enfant, en s'intéressant aux aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7 CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur les infections ostéoarticulaires chez les enfants de 1 mois à 15 ans au CHU Gabriel Touré de Bamako, il ressort que les infections ostéoarticulaires de l'enfant au CHU Gabriel Touré sont peu fréquentes mais graves. Elles touchent principalement les garçons d'âge scolaire et sont dominées par *Staphylococcus aureus*. Le diagnostic est souvent tardif, nécessitant une prise en charge médico-chirurgicale. Tous nos enfants ont bénéficié d'au moins un traitement médical et d'un traitement orthopédique à savoir une immobilisation plâtrée. L'association du traitement médical au traitement orthopédique et au traitement chirurgical a été le protocole le plus utilisé. Le traitement médical s'est fait selon l'association d'une céphalosporine de 3^{e} génération à la vancomycine et/ou à l'aminoside (gentamicine). L'indication chirurgicale et le protocole opératoire était donné selon le diagnostic. L'évolution était globalement favorable sous traitement adapté, bien que la mortalité persiste.

8 RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires

- Renforcer les politiques de santé en faveur de la prise en charge précoce des infections pédiatriques.
- Doter les structures sanitaires en équipements adéquats pour le diagnostic microbiologique (hémocultures, antibiogrammes).

Aux structures hospitalières

- Mettre en place des protocoles standardisés de prise en charge des infections ostéoarticulaires chez l'enfant.
- Favoriser la collaboration multidisciplinaire entre pédiatres, chirurgiens orthopédistes et biologistes.

Au personnel de santé

Évoquer précocement le diagnostic d'infection ostéoarticulaire devant toute douleur osseuse fébrile chez l'enfant.

Aux populations

- Éviter l'automédication, notamment l'usage inapproprié des antibiotiques.
- Consulter rapidement devant toute douleur osseuse, fièvre ou tuméfaction chez l'enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

9 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jamila EH. Les infections ostéoarticulaires de l'enfant expérience de service de traumatologie pédiatrique au centre Hospitalier Universitaire de Marrakech Thèse de Méd. No 50 : 2012.

2. Samara E, Crisinel PA, Zambelli PY. Prise en charge des infections ostéoarticulaires chez l'enfant d'âge préscolaire. Paediatrica [Internet]. 20 déc 2023 [cité 9 mars 2025];34(4).

3. Timsit S, Pannier S, Glorion C, Chéron G. Infections bactériennes ostéoarticulaires du nourrisson et de l'enfant : expérience sur un an. Archives de pédiatrie 2005 ; 12(1) :16-22.

4. Le Sau N. Le diagnostic et la prise en charge des infections ostéoarticulaires aigües chez l'enfant. Paediatrics and Child Health 2018; 23 (5): 344-52.

5. Barthes X, Safar A, et Seringe R. « Treatment of infectious osteoarthritis in children », Arch. Pediatr. Organe Off. Soc. Francaise Pediatr. 1997; vol. 4, no5, p. 460 463,.

6. Guyard MF « Infections ostéo-articulaires : durée du traitement, modalités d'administration, surveillance », Morin C Herbaux B Éds Monogr. GEOP Infect. Ostéo-Articul. L'Enfant Montp. Sauramps Méd. 1995;p. 239 248,.

7. Gupton M, Burns J. Metagenomic next-generation sequencing in osteoarticular infections with a focus on pediatrics : current concepts and clinical applications. 1 avr 2023 [cité 9 mars 2026]; Disponible sur: https://eor.bioscientifica.com/view/journals/eor/8/4/EOR-22-0136.xml.

8. Ngaroua, Ngah JE, Bénet T, Djibrilla Y. Incidence des infections du site opératoire en Afrique sub-saharienne : revue systématique et méta-analyse. Pan Afr Med J [Internet]. 2016 [cité 2 juin 2025];24. Disponible sur: http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/24/171/full/.

9. Habett E. Profil épidémiologique des infections ostéoarticulaires Thèse : Med Marrakech, Maroc 2018 P:15.

10. Traoré F, Maiga B, Amadou I, Keita A, Sacko K, et al. (2024) Bone and Joint Infections in Children: Features and Outcome at CHU Gabriel Touré. Ann Pediatr Child Health 12(4): 1343.

11. Valour F. Infections ostéo-articulaires à Staphylococcus aureus et Staphylococcus epidermidis : épidémiologie moléculaire et corrélation entre expression clinique et interactions hôte–bactérie.Université Claude Bernard-Lyon I. 2014.

12. Peltola H, Paakkonen M. Acute osteomyelitis in children. N Engl J Med, 2014. 370(4): p:352-60.

13. Gutierrez K. Osteomyelitis, in Principles andPractice of Pediatric Infectious Diseases, P.L.K. Long S.S., Prober C.G., Editor. 2012, Saunders Elsevier:Philadelphia. p. 469 - 477.

14. Gutierrez K. Infectious and Inflammatory Arthritis, in Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, P.L.K. Long S.S., Prober C.G., Editor.2012, Saunders Elsevier: Philadelphia. p:477 - 483.

15. Azoulay R, Alison M, Sekkal A, Sebag G, Adamsbaum C.Imaging of child osteoarticular infections. Archive de pediatrie 2007;14 (suppl2):S113-S121.

16. Azouz E. Infections in bone. Caffey's Pediatric Diagnosis Imaging Philadelphia: CV Mosby 2003:2343 2373.

17. Pilly E. Infections ostéo-articulaires. In : APPIT eds. Maladies infectieuses. Edition 2M2. Montmorency. 1994 ; p:173-181.

18. Garron E, Viehweger E, Launay F, Guillaume JM, Jouve JL, Bollini G. Non tuberculous spondylodiscitis in children. J. Pediatr. Orthop. 2002 ; 22:321-328.

19. Arnold J, Bradley J. Osteoarticular infections in children. Infect Dis Clin N Am. 2015 ;29 :557-74.

20. Saavedra J, Falup P, Faust S,et al.Bone and joint infections. PediatrInfect Dis J. 2017 ;36 :788-99.

21. Iliadis A, Ramachandran M. Paediatric bone and joint infec-tion. EFORT Open Rev. 2017 ;2:7-12.

22. Pääkkönen M, Kallio M, Lankinen P, et al. Preced-ing trauma in childhood hematogenous bone and joint infection.J Pediatr Orthop B. 2014;23:196-9.

23. Dartnell J, Ramachandrean M, Katchburian M. Haematoge-nous acute and subacute paediatric osteomielytis : a systematicreview of the literature. J Bone Joint Surg Br. 2012 ;94 :584-95.

24. Nicole LS. Le diagnostic et la prise en charge des infections Ostéoarticulaires aiguës chez les enfants. Paediatrics & Child Health, 2018;23(5):344-350.

25. Maïga A. Étude épidémiologique clinique et thérapeutique de l'ostéomyélite chez l'enfant à propos de 100 cas dans les services de chirurgie orthopédique et traumatologique et de chirurgie infantile de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako.Université de Bamako, Thèse méd., Bamako, 2006 ; p:91.

26. Lavy C, Peek A, Manjolo G. The incidence of septic arthritisin Malawian children. Int Orthop. 2005 ;29 :195-6.

27. Kiemtore S. Les infections ostéoarticulaires chez l'enfant au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Université de Ouagadougou, Thèse méd.1997 ; n° 12, p:138 .

28. Wagner, Noémie et al. Prise en charge des infections ostéo-articulaires aigües de l'enfant : recommandations des groupes suisses d'infectiologie pédiatrique (PIGS), d'orthopédie pédiatrique et de chirurgie pédiatrique. In: Paediatrica, 2017, vol. 28, n° 1, p. 7–11.

29. Subit D. Modeling of the ligament-to-bone attachment in the knee joint. Université de la Méditerranée (Aix - Marseille II). École Doctorale - Physique, Modélisation et Science pour l'Ingénieur, Thèse méd., Marseille, 2004 ;p:353.

30. Le Garff E. Taphonomie osseuse humaine au micro-scanner.Université de Lille, École doctorale biologie santé, 2018.

31. Auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation (AMAR). Arthrologie [Internet] [accessed August 3, 2025] Disponible sur: http://amar-constantine.e-monsite.com/pages/cours-pour-autres-specialites/anatome-physiologie/arthrologie.html.

32. Macnicol M, Watts A. Haematogenous osteomyelitis. Surgery. 2005;23(1):2530.

33. Seon S, Glard Y, Guedj E, et al. Infections osteoarticulaires de l'enfant. Encyclo. Med. Chir., RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE : Musculosquelettique - Neurologique – Maxillofaciale 2009 ;31-218-A-10.

34. Arvieux C, Bemer P, Bernard l, Buzele R, Druon J, Gras G, et al. Les infections ostéo-articulaires chez l'adulte et l'enfant.La Revue du Praticien | Publié le 20 mars 2016 | 66(3):e121-131.

35. Gepner P, Roucules J. Arthrites septiques.Impact internat. 1988.

36. Ader F, Salomon J, Perronne C, Bernard L.Origine de l'infection osseuse : endogène ou exogène ? Éléments de physiopathologie.Med Mal Infect. 2004;34:530-537.

37. Gillet Y, Dohin B, Dumitresco O, et al.Infections ostéo-articulaires à staphylocoques dorés sécréteurs de la leucocidine de Panton-Valentine. Arch Pédiatr. 2007:102-7.

38. Morin C, Herbaux B : Infections ostéoarticulaires de l'enfant GEOP Sauramps médical. 1998 ; 7 :129-144.

39. Peltola H, Pääkkönen M, Kallio P, et al. Short versus long term antimicrobial treatment for acute hematogenous osteomyelitis of Child Hood : Prospective, randomized trial on 131 culture positive cases.Pediatr Infect Dis J. 2010;29(12):1123-8.

40. Alison M, Tilea B, Azoulay R, et al . Imagerie des infections ostéoarticulaires de l'enfant Faculté de médecine Paris VII Denis Diderot - Service d'Imagerie Pédiatrique, Hôpital Robert Debré, AP-HP, 48 Boulevard Sérurier, 75935, Paris, Cedex 19(2018).

41. Peltola H, Pääkkönen M, Kallio P, et al. Short versus long term antimicrobial treatment for acute hematogenous osteomyelitis of Child Hood : Prospective, randomized trial on 131 culture positive cases.Pediatr Infect Dis J. 2010;29(12):1123-8.

42. Boukhris J, Chafry B, Benchebba D, S. Bouabid,et al. Les infections osteo articulaires.2018 ;21(77):13-16.

43. Nicole LS. Le diagnostic et la prise en charge des infections Ostéoarticulaires aiguës chez les enfants. Paediatrics & Child Health, 2018;23(5):344-350.

44. Boukhris J, Chafry B, Benchebba D, S. Bouabid,et al. Les infections osteo articulaires.2018 ;21(77):13-16.

45. Valour F. Infections ostéo-articulaires à Staphylococcus aureus et Staphylococcus epidermidis : épidémiologie moléculaire et corrélation entre expression clinique et interactions hôte–bactérie. Université Claude Bernard-Lyon I. 2014.

46. Claude BB. Guide Santé-Médecine. Bordas. Paris, 1978, 014 078 2004, p. 160.

47. Elodie O. Analyse des épisodes de bactériémies chez les patients nécessitant une prise en charge aux soins intensifs mémoire. 2012; p:5-8.

48. Gutierrez K. Osteomyelitis, in Principles andPractice of Pediatric Infectious Diseases, P.L.K. Long S.S., Prober C.G., Editor. 2012, Saunders Elsevier:Philadelphia. p. 469 - 477.

49. Gutierrez K. Infectious and Inflammatory Arthritis, in Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, P.L.K. Long S.S., Prober C.G., Editor.2012, Saunders Elsevier: Philadelphia. p:477 - 483.

50. Krogstad P. H.G.J. Cherry J.D., Kaplan S.L., Steinbach W.J., Hotez P.J. Osteomyelitis and septic arthritis, in Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, Editor. 2013: Philadelphia. p:711 - 734.

51. Azouz E. Infections in bone. Caffey's Pediatric Diagnosis Imaging Philadelphia: CV Mosby 2003:2343 2373.

52. Azoulay R, Alison M, Sekkal A, Sebag G, Adamsbaum C.Imaging of child osteoarticular infections. Archive de Pediatrie 2007;14 (2):S113-S121.

53. Pilly E. Infections ostéo-articulaires. In : APPIT eds. Maladies infectieuses. Edition 2M2. Montmorency. 1994 ; p:173-181.

54. Garron E, Viehweger E, Launay F, Guillaume JM, Jouve JL, Bollini G. Non tuberculous spondylodiscitis in children. J. Pediatr. Orthop. 2002 ; 22:321-328.

55. Pierre Bedji. Infection ostéoarticulaires dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de centre hospitalier universitaire Gabriel Touré. Mémoire : Bamako Mali. 2021 ; 37.

56. Teklali Y, Ettayebi F, Benhammou M, El Alami ZF, El Madhi T, Gourinda H, et al. Les arthrites septiques du nourrisson et de l'enfant à propos de 554 cas. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 mai 2002;15(3):137-41. doi:10.1016/S0987-7983(02)83036-5

57. Le Saux N. Le diagnostic et la prise en charge des infections ostéoarticulaires aiguës chez les enfants. Paediatr Child Health. août 2018;23(5):344-52. doi:10.1093/pch/pxy050 PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC6054250.

58. Lemoine A, Baudin F, Vialle R, Grimprel E. Traitement et évolution des infections ostéoarticulaires aiguës communautaires chez l'enfant sain : étude rétrospective monocentrique de 64 cas. Archives de Pédiatrie. 1 nov 2016;23(11):1124-34.

59. Jaña FC, Ortega CS, Goiano EDO. Epidemiological study of osteoarticular infections in children. Acta Ortop Bras. 2018;26(3):201-5.

60. El hamdi fatima zahrae. Les infections ostéoarticulaires de l'enfant caractéristique bactériologique des isolats au centre hospitalier universitaire hassan ii de fès juillet. 2022.

61. Lamini N'soundhat NE, Ondima IPL, Moyikoua RF. Les Infections Ostéoarticulaires de l'Enfant: Étude Rétrospective Monocentrique de 112 Cas Suivis au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Congo). Health Sci Dis. 2019; 20: 37-42.

62. Akinkugbe O, Stewart C, McKenna C. Presentation and Investigation of Pediatric Bone and Joint Infections in the Pediatric Emergency Department. Pediatr Emerg Care. 2019; 35: 700-704.

63. Alvares PA, Mimica MJ. Osteoarticular infections in pediatrics. Journal de Pediatria. 2020; 96: 58-64.

64. Société Tunisienne des Sciences Médicales: La Tunisie Médicale. Tunis :; 2012 [cité 2026 mars 27]. Disponible sur : La Tunisie Médicale, Vol. 90 No 6 (2012): Revue juin 2012.

65. Ferroni A. Épidémiologie et diagnostic bactériologique des infections ostéoarticulaires aiguës de l'enfant. Archives de Pédiatrie. 1 oct 2007;Infections ostéoarticulaires de l'enfant14:S91-6. doi:10.1016/S0929-693X(07)80041-8.

66. Toure MA, Agbara S, Moulot OM, Ehua MA, Bankole SR. Profil bactériologique, traitement et évolution des infections ostéoarticulaires dans le service de chirurgie pédiatrique du chu de Treichville –Abidjan (Cote d'Ivoire). Journal Africain Francophone de Chirurgie Pédiatrique (JAFCP) [Internet]. 20 nov 2023 [cité 25 mars 2026]. Disponible

sur: https://jafcp.org/2023/11/20/profil-bacteriologique-traitement-et-evolution-des-infections-osteoarticulaires-dans-le-service-de-chirurgie-pediatrique-du-chu-de-treichville-abidjan-cote-divoire/

67. Horn A, Centner C, Laubscher M, Tootlah H. Bacterial aetiology and antimicrobial susceptibility of osteoarticular infections at a tertiary-level paediatric unit in South Africa. South African Journal of Child Health. 25 avr 2024;18(1):e643-e643. Located at: South Africa 2018-2020. doi:10.7196/SAJCH.2024.v18i1.643

68. Horn A, Centner C, Laubscher M, Tootlah H. Bacterial aetiology and antimicrobial susceptibility of osteoarticular infections at a tertiary-level paediatric unit in South Africa. South African Journal of Child Health. 25 avr 2024;18(1).

69. al FCL et. Aspects Épidémiologiques et Prise en Charge des Infections Ostéo-Articulaires chez les Enfants Drépanocytaires à Libreville. Health Sciences and Disease. 25 nov 2025;26(12):54-8. doi:10.5281/zenodo.17634457

70. Touré MA, Agbara S, Moulot OM, Ehua MA, Bankole SR. Profil bactériologique, traitement et évolution des infections ostéoarticulaires dans le service de chirurgie pédiatrique du chu de Treichville –Abidjan (Cote d'Ivoire). Journal Africain Francophone de Chirurgie Pédiatrique (JAFCP) [Internet]. 20 nov 2023 [cité 25 mars 2026].

71. Mamo MD, Daba FB, Beshir M, Fanta K. Treatment and Clinical Outcomes of Osteoarticular Infections Among Pediatrics Admitted to Jimma University Medical Center, Ethiopia: A Prospective Observational Study. Infect Drug Resist. 27 juill 2021;14:2933-41.

72. Loembe et FCL al. Aspects Épidémiologiques et Prise en Charge des Infections Ostéo-Articulaires chez les Enfants Drépanocytaires à Libreville. Health Sciences and Disease. 25 nov 2025;26(12):54-8.

ANNEXES

10 ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Date …….

Numéro d'ordre ou d'identification : ………

I/Aspects sociodémographiques :

Nom et Prénom :

-Date de naissance :

A-Age en année

Age : 1 = 1mois-5ans **2 =**6-9 ans **3** =10- 15 ans

B-Sexe : 1=M 2= F

C-Résidence : 1= Bamako 2= hors Bamako

D-Niveau d'étude: 1= scolarisé 2= non scolarisé

E -Vaccination :

1 = correct 2 = Incorrect 3 = non vacciné

F-Mère :

a-Age : **1** = < 18 ans **2** = 18-35 ans **3** =36- 45 ans **4** = >45 ans

b- Profession :1 = Femme au foyer 2 = fonctionnaire 3 =étudiantes 4 = élève

c-Niveau d'instruction :1 = Primaire 2 = Secondaire 3 =Supérieur

4 = non instruite

G-Père :

a-Age :1 = < 20 ans **2** =20-35 ans **3** =36- 45 ans **4** 46-60ans **5** > 60

b-Profession :1 = Fonctionnaire 2 = Cultivateur 3 =ouvrier 4 = Commerçant

c-Niveau d'instruction : 1 =Primaire 2 =Secondaire 3 =Supérieur 4 = non instruit

H-Niveau socio-économique :

1 = Bas 2 = favorable

II/Aspects cliniques :

A-Mode d'admission : 1= Référence 2= admission directe

B-Motif de référence : 1=Fièvre 2= douleur osseuse 3= tuméfaction 4= lésion cutanée 5= autres a préciser

C-Motif de consultation : 1=Fièvre 2= douleur osseuse 3= tuméfaction 4= lésion cutanée 5= autres

D-Délai de consultation : ……

E-Antécédents personnels

a -Médicaux:

1= Diabète 2= Drépanocytose 3= Hémophilie 4= leucémie 5= VIH
6= Malnutrition 7= Cardiopathies 8= Autre

b-Chirurgicaux : OUI :A préciser NON

F-Porte d'entrée

1= cutanée 2= Bucco-dentaire 3= urologique 4= traumatique 5= ORL 6= Autre

G-Examen clinique :

Θ= °c Poids=kg Taille=cm FC =btt/m FR =c/m P/T ou IMC

AEG : 1 =oui 2= non

a-Signes fonctionnels : 1= oui 2= non

Douleur 1 :oui 2 :non

Impotence fonctionnelle 1 =oui 2 =non

Autres……

b-Signes physiques retrouvés :

Tuméfaction / /Chaleur locale/ / rougeur/ / plaie

/Fistule cutanée/ /Douleur à la mobilisation / /limitation des mouvements

c-Atteinte :1 = Osseuse 2 = Articulaire 3 =Mixte

d-Nombre : 1 =Unique 2 =plusieurs

e-Localisation :

f -Membre supérieur

1 =Epaule 2= Humérus 3=Coude 4= Avant-bras 5= poignet 6 = autre

g -Membre inférieur

1 = Hanche **2=** fémur **3** = genou **4** = Pieds **5** = Cheville **6** = autre

h-Peau et phanères :

Pâleur : 1=Oui, 2=Non

Ictère : 1=Oui, 2=Non

Cyanose : 1=Oui, 2=Non

Autres : ……

Respiratoires :

Cardiovasculaire :

III/Examens complémentaires :

A-BIOLOGIE

a-Hémocultures : **1**= positive**, 2**=Négative

Cite de prélèvement…….

Germe à préciser……..

b-Antibiogrammes

Sensibilité : **1**=Oui **2**=Non

c-NFS : 2= oui 2= non

GB / / Neutrophiles / / Lymphocytes / / GR/ / HB / / Plaquettes / /

d-CRP : 1= positif 2= négatif

Valeur à préciser

e-Sérologie VIH

1= positive **2**= négative **3**= non fait type à préciser

- f- Electrophorèse de l'hémoglobine

1= fait Forme à préciser **2**= non fait

g-Ponction du cite **1**= oui **2**= non

h-Etude cytobactériologique du liquide au niveau du cite **Aspect du liquide** :

1= présence de germe **2**= absence de germe

Germe à préciser :

Antibiogrammes…….

B-IMAGERIES

a-Radiographie standard

Normale : 1= oui 2= non

Pathologique : 1 = Epaississement des parties molles, 2= déminéralisation localisée, 3 = décollement périosté, 4 = pincement articulaire, 5 = autre

b-Echographie

Normale : 1 = oui 2 = non

Anomalie : 1 =Epanchement articulaire 2 =Abcès des parties molles 3 =Infiltration des parties molles 4 = Normale

c-Echographie cardiaque :

Normale : 1 =oui 2 =non

Résultats :……..

c-TDM- IRM : 1 = oui 2 = non

Résultat :

Diagnostic retenu :……..

1= Ostéomyélite, 2 = ostéoarthrite septique, 3= Arthrite septique 4 = Ostéite 5=Spondylodiscite

IV/Traitement reçu

A- Médical

a-Antipyrétique : 1=Oui, **2**=Non Si Oui molécule-nbre de jours :……

Voie d'administration :

b-Antibiothérapie probabiliste : 1 = Bithérapie 2=Trithérapies **Molécules** :

Nbre de jours

Voie d'administration :

c-Antibiothérapie adaptée :1= Bithérapie 2=Trithérapies

Molécules:

Nbre de jours

Voie d'administration :

d-Anti-inflammatoire : **1**=Oui, **2**=Non,

Si Oui molécule-nbre de jours :……

Voie d'administration

e-Transfusion : **1**=Oui, **2**=Non,

f-Autres médicaments : **1**= oui, **2**= non,

Si Oui molécule-nbre de jours

Voie d'administration :

B-Chirurgical: **1**=
mise à plat +pansement
2 :Immobilisation+athèlle **Durée**
de traitement :
1 :< À 7jours **2** :8-15jours **3** : 16-21jours **4** : > 21jours

V/Evolution

1= guérison, **2**= complications**, 3**= Décès

Si complications préciser la nature

Age /Décès :

Causes/décès :

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Maïga

Prénom : Saliké Omorou

Téléphone : (00223) 83453667

Titre de la thèse : Etude épidemio-clinique et thérapeutique des infections osteo articulaires chez l'enfant de 01 mois à 15ans dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré

Année universitaire : 2025 – 2026 **Pays d'origine** : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : pédiatrie

Résumé :

Introduction : Les infections ostéoarticulaires (IOA) de l'enfant sont une urgence diagnostique et thérapeutique.

Objectif : Etudier les infections ostéoarticulaires chez les enfants de 01 mois à 15 ans au département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako de janvier 2023 à décembre 2024.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale descriptive à collecte retro prospective L'étude a concerné les enfants de 1 mois à 15 ans hospitalisés au département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré pendant la période d'étude.

Résultats : Au cours de l'étude, 52 cas d'infections ostéo-articulaires ont été recensés, soit une fréquence de 0,9 %. Les grands enfants étaient les plus touchés (46,2%), avec une prédominance masculine (63,5 %). La majorité des mères était des femmes au foyer soit 65,39% et n'était pas scolarisée avec un taux de 42,3%. La majorité provenait de Bamako (53,8 %) et d'un milieu socio-économique défavorable (53,8 %). La tuméfaction constituait le principal motif de consultation (51,9 %). L'absence de porte d'entrée représentait 86,5% à l'admission. La fièvre (96,2 %) et la douleur (76,9 %) étaient les signes cliniques les plus fréquents. Le genou était le site le plus atteint (32,7 %). Sur le plan microbiologique, *Staphylococcus aureus* était le germe le plus isolé (66,7 %). Le résultat de l'ECBC

du pus revenait majoritairement négatif soit 57,2%. Le décollement périosté et l'élargissement de l'interligne articulaire étaient l'images radiographiques les plus retrouvées soit respectivement 56,5 % et 28,3 %. L'ostéomyélite représentait le diagnostic le plus fréquent (46,2 %). Tous les patients ont reçu une antibiothérapie associée à un traitement chirurgical. L'évolution a été favorable dans 96,2 % des cas, avec un taux de décès de 3,8 %.

Conclusion : les infections ostéoarticulaires de l'enfant au CHU Gabriel Touré touchent principalement les garçons d'âge scolaire et sont dominées par *Staphylococcus aureus*

Mots clés : infections ostéo articulaires, enfant, CHU Gabriel Touré

Abstract:

Introduction: Osteoarticular infections (OAIs) in children are a diagnostic and therapeutic emergency.

Objective: To study osteoarticular infections in children aged 1 month to 15 years at the Department of Pediatrics of the Gabriel Touré University Hospital in Bamako from January 2023 to December 2024.

Methodology: This is a descriptive cross-sectional study using retrospective data collection. The study included children aged 1 month to 15 years hospitalized in the Pediatrics Department of the Gabriel Touré University Hospital during the study period.

Results: During the study, 52 cases of osteoarticular infections were identified, representing a prevalence of 0.9%. Older children were the most affected (46.2%), with a predominance of males (63.5%). The majority of mothers were homemakers (65.39%) and had not attended school (42.3%). The majority were from Bamako (53.8%) and came from an unfavorable socioeconomic background (53.8%). Swelling was the main reason for seeking medical care (51.9%). The absence of a gateway site accounted for 86.5% of cases at admission. Fever (96.2%) and pain (76.9%) were the most common clinical signs. The knee was the most commonly affected site (32.7%). Microbiologically, Staphylococcus aureus was the most commonly isolated pathogen (66.7%). The results of the pus culture were predominantly negative, at 57.2%. Periosteal detachment and joint space widening were the most commonly observed radiographic findings, at 56.5% and 28.3%, respectively. Osteomyelitis was the most common diagnosis (46.2%). All patients received antibiotic therapy combined with surgical treatment. The outcome was favorable in 96.2% of cases, with a mortality rate of 3.8%.

Conclusion: Osteoarticular infections in children at Gabriel Touré University Hospital primarily affect school-aged boys and are predominantly caused by Staphylococcus aureus.

Keywords: osteoarticular infections, children, Gabriel Touré University Hospital

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre 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 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 leurs pères.

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 !