

Ministère de Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali
Un Peuple—Un But—Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année académique : 2012-2013

(F.M.O.S)

N° 330 /

Thèse

**PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS
OSTEO-ARTICULAIRES DANS LE SERVICE
DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
DE L'HOPITAL FOUSSEYNI
DAOU DE KAYES**

Présentée et soutenue publiquement le..../.../2013
devant la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

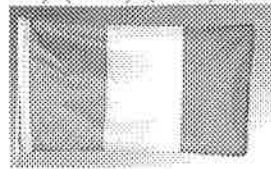
Par M. Amara Moussa DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)

jury

Président :	Pr. Sanoussi	BAMANI
Membre	Dr. Terna	TRAORE
Co-directeur	Dr. Mamadou	Bassirou TRAORE
Directeur de thèse :	Pr. Tiéman	COULIBALY

Ministère de Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

Un Peuple—Un But—Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T-B

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année académique : 2012-2013

(F.M.O.S)

N° 330 /

Thèse

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE DE L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES

Présentée et soutenue publiquement le.../.../2013
devant la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par M. Amara Moussa DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)

JURY

Président :	Pr. Sanoussi	BAMANI
Membre	Dr. Terna	TRAORE
Co-directeur	Dr. Mamadou	Bassirou TRAORE
Directeur de thèse :	Pr. Tiéman	COULIBALY

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013

ADMINISTRATION

DOYEN : Anatole TOUNKARA † - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Ibrahim I. MAIGA - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : Mahamadou DIAKITE- MAITRE DE CONFERENCE
AGENT COMPTABLE : Madame COULIBALY Fatoumata TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Alou BA †	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP †	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

Mr Mohamed KEITA
 Mr Mady MACALOU
 Mme TOGOLA Fanta KONPO †
 Mr Ibrahim ALWATA
 Mr Sanoussi BAMANI
 Mr Tiemoko D. COULIBALY
 Mme Diénéba DOUMBIA
 Mr Bouraïma MAIGA
 Mr Niani MOUNKORO
 Mr Zanafon OUATTARA
 Mr Adama SANGARE
 Mr Aly TEMBELY
 Mr Samba Karim TIMBO
 Mr Souleymane TOGORA
 Mr Lamine TRAORE
 Mr Issa DIARRA
 Mr Djibo Mahamane DIANGO

ORL
 Orthopédie/Traumatologie
 ORL
 Orthopédie - Traumatologie
 Ophtalmologie
 Odontologie
 Anesthésie/Réanimation
 Gynéco/Obstétrique
 Gynécologie/Obstétrique
 Urologie
 Orthopédie - Traumatologie
 Urologie
 ORL
 Odontologie
 Ophtalmologie
 Gynéco-Obstétrique
 Anesthésie-réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW
 Mr Moustapha TOURE
 Mr Mamadou DIARRA
 Mr Boubacary GUINDO
 Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
 Mr Birama TOGOLA
 Mr Bréhima COULIBALY
 Mr Adama Konoba KOITA
 Mr Adégné TOGO
 Mr Lassana KANTE
 Mr Mamby KEITA
 Mr Hamady TRAORE
 Mme KEITA Fatoumata SYLLA
 Mr Drissa KANIKOMO
 Mme Kadiatou SINGARE
 Mr Nouhoum DIANI
 Mr Aladji Seïdou DEMBELE
 Mr Ibrahim TEGUETE
 Mr Youssouf TRAORE
 Mr Lamine Mamadou DIAKITE
 Mme Fadima Koréïssy TALL
 Mr Mohamed KEITA
 Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE
 Mr Yacaria COULIBALY
 Mr Seydou TOGO
 Mr Tioukany THERA
 Mr Oumar DIALLO
 Mr Boubacar BA
 Mme Assiatou SIMAGA
 Mr Seydou BAKAYOKO
 Mr Sidi Mohamed COULIBALY
 Mr Adama GUINDO
 Mme Fatimata KONANDJI
 Mr Hamidou Baba SACKO
 Mr Siaka SOUMAORO
 Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE
 Mr Drissa TRAORE
 Mr Bakary Tientigui DEMBELE
 Mr Koniba KEITA
 Mr Sidiki KEITA
 Mr Soumaïla KEITA
 Mr Alhassane TRAORE

Chirurgie Générale
 Gynécologie/Obstétrique
 Ophtalmologie
 ORL
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Pédiatrique
 Odonto-Stomatologie
 Ophtalmologie
 Neuro Chirurgie
 ORL-Rhino-Laryngologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Gynécologie/Obstétrique
 Gynécologie/Obstétrique
 Urologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Pédiatrique
 Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
 Gynécologie
 Neurochirurgie
 Odontostomatologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 ORL
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale

4. ASSISTANTS

Mr. Drissa TRAORE

Anatomie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie - Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale Chef de DER
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bakary MAIGA	Immunologie
-----------------	-------------

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Issa KONATE	Chimie Organique
Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Hysto-Embryologie
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique
Mr Yaya KASSOUGUE	Génétique
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
M. Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie
M. Seidina Aboubacar Samba DIAKITE	Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie - Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses Chef de DER
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE †
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa Ah. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Moussa T. DIARRA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Anselme KONATE
Mr Kassoum SANOGO
Mr Boubacar TOGO
Mr Arouna TOGORA
Mr Souleymane COULIBALY
Mme KAYA Assétou SOUCKO

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Radiologie
Rhumatologie/Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Dermatologie
Neurologie
Hépatogastro-entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Psychologie
Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALLO
Mr Mahamadou DIALLO
Mr Adama Aguisa DICKO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Salia COULIBALY
Mr Ichaka MENTA
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Japhet Pobanou THERA

Radiologie
Dermatologie
Pneumo-Phthysiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie
Dermatologie
Pédiatrie
Pneumologie
Radiologie
Cardiologie
Cardiologie
Médecine Légale/Ophthalmologie

4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE

Anatomie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Sounalo TRAORE
Mr Jean TESTA
Mr Massambou SACKO
Mr Samba DIOP
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Adama DIAWARA

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Anthropologie Médicale
Santé Publique
Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO
Mr Ousmane LY
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO

Santé Publique
Santé Publique
Informatique Médecine

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA
Mr Abdrahamane ANNE
Mr Abdrahamane COULIBALY

Biostatistique
Anthropologie Médicale
Bibliothéconomie-Bibliographie
Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Ousmane MAGASSY	Biostatistique
Mr Ahmed BAH	Chirurgie dentaire
Mr Mody A CAMARA	Radiologie
Mr Bougadary	Prothèse Scellée
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses
Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Alou DIARRA	Cardiologie
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mme Assétou FOFANA	Maladies infectieuses
Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
Mr Abdoulaye KATJ.F	Gastroentérologie
Mr Amsalah NIANG	Odonto-Préventive et sociale
Mr Mamadou KAREMBE	Neurologie
Mme Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
Mr Alassane PEROU	Radiologie
Mme Kadidia TOURE	Médecine dentaire
Mr Oumar WANE	Chirurgie dentaire

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE	Physiologie
-----------------	-------------

ALLAH, le Tout Puissant, le Clément et Miséricordieux !

Que soit loué ici Dieu pour m'avoir donné la durée de vie, le courage et
la force de réaliser ce travail. J'implore ton pardon pour toutes mes
fautes commises et formule ici les vœux que tu me donnes longue vie
et guide mes pas dans l'avenir

DEDICACE

DEDICACES

A mon père : Moussa DEMBELE : Une chose est de mettre un enfant au monde, l'éduquer en est une autre. Les mots me manquent pour exprimer ma gratitude et ma reconnaissance pour tous tes efforts consentis pour ma réussite. Tu as mis tous ce que tu possèdes pour m'apprendre le sens de l'honneur, de la dignité, de la morale et du travail bien fait. Ce travail est le fruit de tes sages conseils et de tes efforts continus pour une bonne éducation. Je te dédie cette thèse en reconnaissance de tous ces efforts. Que Dieu te donne longue vie pour que tu puisses goûter au fruit de l'arbre que tu as planté et su entretenir.

A ma mère : Bintou BALLO : Mère de tous les enfants, mère admirée de tous, ta patience, ta bonté, ton humanisme ont fait de toi une mère exemplaire.

Chère mère, j'ai enfin compris ton combat de tous les jours, tes paroles sans cesse qui avaient pour objectif ma réussite. Tes prières ont été exaucées et c'est l'occasion d'implorer ton pardon pour toutes les peines que je t'ai fait subir. Reçois l'assurance de mon profond amour et de mon entière disponibilité. Maman je m'engage à ne jamais oublier tes conseils qui m'ont toujours inspiré dans le respect de l'homme.

Puisse le tout puissant dans la santé et la longévité te permette de bénéficier au fruit de ce travail à nos côtés. Amen !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A docteur Sidy SANGARE : ta disponibilité, tes conseils, tes encouragements et ton implication du début jusqu'à la fin de ce travail ne m'ont pas fait défaut.

A mon tonton Issouf DEMBELE : Tes conseils et tes bénédictions m'ont beaucoup aidé, tu m'as soutenu et tu as toujours cru en moi, reçois ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A mes frères et sœurs : Yacouba DEMBELE, Amadou DEMBELE, Korotoum DEMBELE et Aminata DEMBELE

Le lien du sang étant sacré, puisse Dieu nous donner longue et heureuse vie pour l'entretenir. Ce travail est le vôtre.

A mes tantes et mères: Awa BOUGOUDOGO, Nioko TRAORE et Odille DEMBELE

Ce travail vous honore certainement et je souhaite que vous le receviez comme le témoignage de mon affection et de ma profonde gratitude.

A mes oncles et pères: Amidou BALLO, Diakaridia BALLO et Abdoulaye BALLO.

Voici l'aboutissement de mes études auxquelles vous avez contribué au plan matériel, moral et financier. Puisse Dieu le tout puissant vous récompenser de vos efforts et que ce travail soit le témoin de ma reconnaissance.

Je remercie tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

Je pense notamment

A Tahirou DEMBELE

Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance et ma gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi tout au long de mon parcours d'études médicales. Qu'allah le tout puissant te donne longue vie.

A Théophile OUATTARA depuis Sikasso pour son soutien, sa disponibilité et ses encouragements

A tous les grands-parents in mémorium.

Qui auraient certainement exprimé leur bonheur, leur joie et leur fierté de voir leur petit-fils nanti d'un diplôme de Docteur en Médecine pour sauver des vies humaines

Aux internes de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes:

Amis et complices votre amour et engagement pour le travail bien fait, votre sympathie et esprit de collaboration m'ont beaucoup inspiré. Recevez ici chers amis ma profonde gratitude et reconnaissance. Ce travail est le vôtre

A mes camarades et copains(e): Drissa DIABATE, Mahamadou BENGALY, Issiaka BALLO, Salif KONATE, Cheick O SANOGO, Souleymane C KONE, Mory BENGALY, Moussa K KAMANO Mahamadou Z KONE, Boubakar Z KONE, Amadou D TRAORE, Mamadou TRAORE, Kevin L CISSE Sanata KONE, Drissa COULIBALY, Sidy TOURE Votre disponibilité, vos conseils ont été inestimables. Soyez-en remerciés et que ce modeste travail vous honore tous.

Aux aînés Dr : Gaoussou SOGOBA, Massama KONATE, Lamine TRAORE, Souleymane T COULIBALY et Bréhima BAGAYOGO

Merci de votre collaboration et de votre disponibilité pour la réalisation de ce travail.

A tout le personnel de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes pour la bonne ambiance et l'humour que vous m'avez toujours réservés au sein du service. Que Dieu vous bénisse.

A tout le personnel du service d'orthopédie et de traumatologie du CHU Gabriel TOURE, pour votre collaboration et vos conseils.

A Alphonse KEITA depuis Kayes, pour son accueil, son soutien et ses encouragements

A toute la promotion « Professeur feu Anatole TOUNKARA »

Courage et plein succès dans toutes nos entreprises.

Au corps professoral de la FMOS : Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants et la qualité de l'enseignement dispensé.

HOMMAGE

AUX

MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRE DU JURY

A notre maître et président de jury

Professeur Sanoussi BAMANI

- Ancien coordinateur du programme national de lutte contre la cécité(PNLC)
- Maitre de conférences en Ophtalmologie
- Chef adjoint du département de formation à l'IOTA

Cher maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Nous sommes fiers de vous en qualité d'éminent enseignant et praticien,

Votre dévouement pour la lutte contre le trachome fait de vous un model pour l'avancement de la médecine.

Votre rigueur dans la recherche ainsi que vos valeurs humaines font de vous une référence.

Profondément émus par cet honneur, nous vous témoignons Monsieur le président de notre profonde gratitude.

A notre Maître et membre du jury

Docteur Terna TRAORE,

- **Chirurgien Orthopédiste et traumatologue au Centre Hospitalier de l'Hôpital Mère-enfant le Luxembourg,**
- **Praticien hospitalier,**
- **Ancien interne des hôpitaux.**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury

. Nous apprécions l'homme de science modeste et calme.

Votre expérience, votre esprit d'équipe et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être vos élèves.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Docteur Mamadou Bassirou TRAORE,

- **Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue au CHU –Gabriel TOURE,**
- **Praticien hospitalier,**
- **Ancien interne des hôpitaux.**

Cher Maître,

En acceptant de codiriger ce travail, vous nous témoignez de votre constante disponibilité.

Votre modestie, votre simplicité, votre esprit d'équipe, votre sociabilité, votre rigueur scientifique, votre grande disponibilité et votre désir ardent à parfaire la formation de génération future ont forcé l'admiration de tous.

Recevez ici, l'expression de notre profond respect et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Tiéman COULIBALY

- **Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue au CHU-Gabriel TOURE.**
- **Maître de conférences en Orthopédie-Traumatologie à la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako,**
- **Chef de service d'Orthopédie et de Traumatologie au CHU-Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,**
- **Membre de la Société internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,**
- **Membre des Sociétés Marocaine et Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,**
- **Membre de l'association des Orthopédistes de langue Française,**
- **Membre de la Société Africaine d'Orthopédie.**

Cher maître,

Nous vous remercions d'avoir pris la responsabilité de nous confier ce sujet de recherche et de diriger cette thèse. Votre responsabilité et votre suggestion, votre modestie tout au long de ce travail ne m'ont pas fait défaut.

Votre esprit pédagogique, votre abord facile, votre sens de l'humour et votre hospitalité font de vous un homme exemplaire sociable et respectable.

Nous avons toujours trouvé au près de vous un accueil chaleureux, une disponibilité permanente et un enseignement de qualité.

Votre rigueur sans trêve vers une perfection toujours plus grande, a largement contribué à la réalisation de ce travail qui est le votre.

Veillez croire, cher maître à ma vive reconnaissance, à mon profond respect et à ma fierté envers vous.

ABREVIATION :

A S L O: Antistreptolysine O

B P Q: Bilan Pré-Operatoire

Coll : Collaborateurs

Hb : Hémoglobine

H F D K : Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

I D R: Intradermoréaction

I K : Indice de Karnofsky

I.O.A : Infection ostéo-articulaire

N F S: Numération Formule Sanguine

T C A: Temps de Cephaline Active

TP: Taux de Prothrombine

T R : Test de Retro virose

V I H : Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Chapitres :	Pages :
I- INTRODUCTION	1
II- OBJECTIFS	2
III- GENERALITES	3
IV- METHODOLOGIE	12
V- RESULTATS	16
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	29
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	34
VIII- Bibliographie	
Annexes	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Une infection ostéo-articulaire est une infection qui touche un os et / ou une articulation. Elle peut survenir spontanément dans le cadre d'une septicémie, dans les suites d'une fracture ouverte ou après un geste chirurgical avec ou sans mise en place de matériel (prothèse, clou, plaque, vis...) [11].

Elle peut être causée par une bactérie, un virus ou un champignon [31].

Le staphylocoque est le germe le plus fréquent (60%) précédant le streptocoque et les bacilles Gram négatif [22].

Les facteurs favorisants sont l'âge (≥ 60), le diabète, la polyarthrite rhumatoïde, la drépanocytose, l'immunodépression... [22].

En France dans une étude menée en 2008 sur 28579 patients souffrant d'I.O.A, les infections sur matériel représentaient un tiers des cas [17].

En Tunisie, dans une étude multicentrique réalisée en 2006 sur les infections ostéo-articulaires, la spondylodiscite représentait 7,8% de l'ensemble des I.O.A et 27% des ostéo-arthrites [29].

En Côte d'Ivoire, en 2005 selon une étude rétrospective, les infections ostéo-articulaires représentaient 49% de l'ensemble des pathologies infectieuses recrutées dans le CHU de Yopougon [3].

Une infection ostéo-articulaire de l'enfant est toujours potentiellement grave à cause du risque d'atteinte du cartilage de conjugaison [24].

Au Mali : Dans une étude concernant les arthrites réalisée en 2007, les I.O.A représentaient 37,5% des cas [31].

La même année PAMANTA. I [22] a trouvé dans son étude sur la fréquence des arthrites septiques que *E. Coli* était le germe le plus fréquent avec 40% des cas.

A Kayes, l'absence de données scientifiques sur la prise en charge des I.O.A nous a fait initier ce travail dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Pour mener à bien ce travail les objectifs suivants ont été fixés :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1-Objectif général :

-Etudier les infections ostéo-articulaires dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des infections ostéo-articulaires dans le service
- Déterminer les différents types d'infections ostéo-articulaires et leur modalité thérapeutique
- Evaluer le coût direct de la prise en charge

GENERALITES

GENERALITE :

A-Rappel anatomique :

Les os sont unis entre eux par des articulations, et mis en mouvement par des muscles et les ligaments. Ils jouent un rôle de soutien et un rôle de protection des organes nobles [14].

Il y a trois grands types d'os :

Les os plats : caractérisés par la prédominance de la longueur et de la largeur sur l'épaisseur (omoplate, sternum), ils sont composés de deux tables corticales (interne et externe).

Les os courts où les trois dimensions sont à peu près égales (os du carpe)

Les os longs dans lesquels la longueur l'emporte nettement sur les autres dimensions (humérus, radius, cubitus, fémur, tibia, péroné)

Les deux principaux tissus osseux sont :

-Tissu osseux compact (cortical), dur et dense, est constitué de plusieurs lamelles cylindriques dont la structure d'ensemble est comparable à des tubes emboîtés les uns dans les autres. Le tissu compact forme la corticale de la diaphyse des os longs.

-Tissu osseux spongieux : plus souple, est aussi formé de lamelles osseux ; mais irrégulièrement disposées ; ces travées limitent des espaces qui communiquent entre eux et qui contiennent le << tissu hématopoïétique >>. Le tissu spongieux occupe les métaphyses et les épiphyses [14].

B-Historique :

L'histoire des infections ostéo-articulaires ne peut être évoquée sans parler d'Hippocrate, de Galien et de Celce qui ont décrit certaines inflammations articulaires et osseuses avec formation de séquestre [2].

On connaissait déjà dès le début de l'art médical les infections osseuses qu'on désignait globalement sous le nom de " caries osseuses " terme où se confondaient ostéites, ostéomyélites et ostéo-arthrites. Hippocrate et Galien notaient déjà à cette période la production dans le tissu osseux enflammé, des parties nécrosées, ou séquestre [25].

Billroth en 1874 et Colman en 1875 découvrent dans le pus des organismes inférieurs [2].

Pasteur en 1880 annonce à l'académie de Médecine, la découverte de l'agent pathogène de l'ostéomyélite, affection qu'il qualifia alors de " furoncle de la moelle" [25].

A la suite de ces travaux de Pasteur, en 1885, Rodet essaya de reproduire expérimentalement l'ostéomyélite sur des lapins à partir de pus recueilli dans les ostéomyélites humaines ou à partir des Staphylocoques blancs [25].

En 1889, Colzi démontra que la voie empruntée par le germe pour arriver à l'os est la voie sanguine ; il voyait alors dans la fréquence des hémocultures positives au début de la maladie la démonstration de sa théorie [25].

Selon ce dernier ces organismes inférieurs sont identiques à ceux qu'il a décrit dans les furoncles c'est-à-dire des paquets de grains. Un microbe, le Staphylocoque est considéré dès lors comme le responsable des infections ostéoarticulaires .

Les arthrites pyogènes et tuberculeuses sont devenues de moins en moins fréquentes depuis l'avènement des antibiotiques .Ce qui explique la rareté de certains germes tels que les Pneumocoques. Par contre la fréquence de certains germes augmente et parmi eux les Staphylocoques qui restent incriminés comme responsables de la majorité des infections ostéoarticulaires ; mais

aussi le bacille de KOCH malgré les efforts consentis dans la prise en charge de la tuberculose pulmonaire pour réduire les complications des I.O.A [33].

En 1958 Crosselbn établit que l'infection osseuse et articulaire se développe chez le sujet jeune en croissance et son siège est situé à proximité du cartilage de conjugaison [33].

C- Etude clinique, paraclinique des I.O.A :

I-L'ostéomyélite : C'est une infection de l'os et de la moelle par voie hémato-gène. Elle est causée par des germes de nature bactérienne, parasitaire ou mycosique [15].

A l'interrogatoire, nous retrouvons une notion de porte d'entrée (furoncle, anthrax, impétigo).

La symptomatologie est dominée par : la fièvre (39-40°), les frissons, les céphalées, une altération de l'état général, les douleurs vives, localisées, pulsatiles [15].

A la phase chronique, le tableau est plus insidieux. Les douleurs évoluent par poussées entrecoupées de période d'accalmie ; l'os est douloureux à la pression ; des abcès des parties moelles peuvent se développer, voire une fistulisation à la peau [5].

II-Les ostéites aiguës :

a-Définition : Elles sont des affections de l'os quelque soit le mode de contamination dûes à des germes pathogènes de nature microbienne, parasitaire ou mycosique. Les ostéites microbiennes peuvent s'observer à n'importe quel âge mais se rencontrent plus fréquemment chez l'enfant ou l'adolescent. [19]

b-Signes cliniques au début :

Les symptômes initiaux sont les suivants :

-syndrome infectieux : fièvre 39-40°, frissons, céphalées

-douleurs : vives, localisées, pulsatiles

-biologie : la vitesse de sédimentation augmentée, la CRP élevée

-radiographie : souvent normale à ce stade

c- signes en pleine évolution :

Ostéite chronique peut faire suite à une ostéite aiguë (même après sa guérison apparente), ou être chronique d'emblée, notamment chez l'adulte [12].

A cette phase les douleurs sont moins aiguës mais continues, persistant au repos, souvent nocturnes. Elles s'accompagnent parfois d'un gonflement local douloureux à la pression, d'une fébricule et d'une altération modérée de l'état général [12].

L'évolution se prolonge vers des mois et des années, avec des poussées inflammatoires douloureuses récidivantes, séparées de périodes d'accalmie plus ou moins complète, de durée variable. Elle peut être émaillée de complications : fistulisation, arthrite septique, fracture, septicémie, et après amylose après plusieurs années [12].

Les signes radiologiques qui orientent vers une lésion infectieuse de l'os sont les suivants :

- atteinte d'un long segment osseux, en particulier la diaphyse
- présence d'un séquestre
- réaction périostée dense, massive
- absence de spiculation périostée
- destruction du cartilage articulaire adjacent à la lésion

1-ostéite tuberculeuse :

On la rencontre le plus souvent chez les sujets immigrés, transplantés récents.

L'atteinte osseuse est en général, modérément douloureuse et, accompagnée d'un syndrome infectieux discret.

Les lésions osseuses sont parfois multiples, et siégeant sur les diaphyses des os longs, courts et, plats.

Elles s'accompagnent parfois d'un abcès dans les parties molles :

- La forme géodique, la plus fréquente, touche le rachis, les os courts, et les os plats. Elle se traduit par une géode mal limitée, peu ou pas cerclée, sans condensation réactionnelle. Au rachis, elle peut intéresser l'arc postérieur, et

réaliser un aspect de vertèbre « borgne » par disparition d'un pédicule, difficile à différencier d'une métastase osseuse.

-La « spina ventosa » affecte les petits os des mains et, des pieds.

Elle correspond à une lacune centrale bordée d'une réaction sous périoste feuilletée, soufflant l'os formant une gaine fusiforme autour de la cavité [12].

2-Ostéite typhique :

Elle atteint particulièrement les sujets atteints de drépanocytose, chez lesquels elle est probablement favorisée par la présence d'infarctus osseux [12].

3- Ostéite syphilitique :

Elle peut apparaître dans les premiers mois de la vie (syphilis congénitale), ou chez l'adulte à la phase tertiaire. Elle se révèle par des douleurs ou des tuméfactions osseuses [12].

4- Ostéite mycosique :

L'ostéite mycosique est rare sous nos climats. Elle est la conséquence de l'envahissement de l'os, à partir de lésions des parties molles (mycétomes), ou par voie hématogène (histoplasmosse, blastomycose, candidose).

Les lésions prennent l'aspect de lacunes métaphysaires ou épiphysaires, souvent bordées d'une zone de condensation, et qui peuvent s'ouvrir dans l'articulation. Le diagnostic repose sur les tests sérologiques et, surtout sur les résultats du prélèvement local et de la culture sur milieux spéciaux [12].

5-Echinococcose osseuse :

L'échinococcose osseuse est due à la localisation sur l'os, de l'embryon du ténia échinocoque. Il s'agit d'une localisation rare (1% des cas environ), car le plus souvent l'embryon est arrêté par le filtre hépatique ou pulmonaire. Elle est rencontrée surtout dans les régions d'élevage ovin, notamment en Amérique du sud et en Afrique du nord.

Le développement des lésions est particulièrement lent, si bien que lorsque l'affection est révélée par des douleurs, une tuméfaction ou une fracture. Les signes radiologiques sont habituellement évidents.

Les lésions touchent surtout le rachis, le bassin et les os longs. Il s'agit d'images géodiques, qui peuvent éroder et rompre la corticale, gagner l'articulation voisine, et envahir les parties molles où elles constituent un véritable abcès ossifluent. Le traitement est chirurgical, mais l'exérèse complète est souvent impossible. La récurrence locale est alors inévitable, avec destruction progressive de l'os, d'aspect pseudo-néoplasique [12]

Traitement :Le traitement des infections reste mal codifié.

L'étude du germe permet d'apprécier sa sensibilité aux antibiotiques in vitro. Le choix des antibiotiques doit, dans toute la mesure du possible, tenir compte de leur capacité de diffusion dans le tissu osseux [12].

Les antibiotiques considérés comme doués d'une bonne pénétration osseuse sont les suivants : Pénicilline G à fortes doses, Pénicilline M , Céphalosporines des trois générations, synergistines,(Pristinamycine en particulier), Lincomycine, Clindamycine, Rifampicine, Acide fusidique, Triméthoprime-Sulfaméthoxazole, 5-Fluorocytosine, métronidazole, Fluoroquinolones.

La durée du traitement est discutée. Elle est d'au moins un mois pour l'ostéomyélite aiguë, et habituellement de 3-6 mois pour l'ostéomyélite chronique.

Une immobilisation du segment osseux est mise en place au cours des premières semaines jusqu'à la disparition des signes locaux.

Un curetage chirurgical peut être nécessaire lorsqu'il existe de séquestre osseux, ou en cas d'échec du traitement médical [12]

III-. Arthrites infectieuses :

Un bon nombre d'arthrites dues à une infection microbienne ou virale proviennent de la présence du germe en cause dans la jointure intéressée :

arthrite septique.

Dans ce chapitre nous distinguons les arthrites pyogènes, les arthrites tuberculeuses, et les autres arthrites infectieuses : mycosiques et virales [20].

1- Arthrites pyogènes :

Ce sont des infections articulaires dues à des germes entraînant l'inflammation et la production de pus. La contamination de la cavité articulaire peut se faire :

A partir d'un foyer infectieux situé à distance, à l'occasion d'une bactériémie : ce sont les arthrites hémotogènes ou métastatiques.

Par inoculation directe, à l'occasion d'une plaie (traumatique ou chirurgicale) ou d'une injection intra-articulaire (de cortisone notamment) ce sont les arthrites par inoculation. Les germes en cause sont variés, mais le staphylocoque est de loin le plus fréquemment responsable.

Toutes les articulations peuvent être atteintes mais par ordre décroissante nous avons les genoux, les épaules et les hanches, les poignets et les coudes [21].

1-1-Signes cliniques :

L'articulation atteinte est chaude, rouge, enflée et douloureuse. L'impotence fonctionnelle partielle ou totale est souvent présente [16].

Des signes généraux avec notamment la fièvre élevée, souvent précédée de frissons [28].

1-2- Examens complémentaires :

- Radiographie : au début de l'infection les radiographies ne permettent d'objectiver qu'une distension de la capsule articulaire et par suite apparaissent l'ostéoporose juxta-articulaire, le pincement de l'interligne et des érosions osseuses au niveau de la surface articulaire [28].

- Biologie : l'étude du liquide articulaire confirme le diagnostic en montrant plus de 50.000 éléments/mm³ dont une majorité de polynucléaires altérés et permet d'identifier le germe responsable en vue d'un l'antibiogramme.

Les hémocultures sont souvent positives [28].

La numération formule sanguine(NFS) : montre une hyper leucocytose [4].

1-3- Traitement médical :

L'arthrite septique doit être traitée le plus tôt que possible avec l'antibiotique approprié déterminé par l'antibiogramme

2- Arthrites tuberculeuses :

2-1- Définition :

Les arthrites tuberculeuses représentent une forme chronique, destructrice des arthrites septiques. Elles sont provoquées par le *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch. Elles peuvent survenir à tout âge [4].

2-2 Signes cliniques :

Une augmentation de la chaleur locale

Une augmentation du volume articulaire par épanchement intra-articulaire

Une amyotrophie

Une limitation douloureuse des mouvements articulaires et parfois une attitude antalgique

Une adénopathie satellite

Une fièvre modérée (38°)

Une altération de l'état général [28].

2-3 Examens complémentaires :

Radiographie : au début, ne peut montrer qu'une ostéoporose régionale et un épaississement des parties molles péri articulaires. Mais le plus souvent il existe un pincement de l'interligne articulaire et des destructions osseuses sous chondrales aux contours flous, s'ouvrant dans l'articulation [28].

La vitesse de sédimentation est augmentée.

L'IDR à la tuberculine est franchement positive et permet de faire un diagnostic différentiel entre l'arthrite tuberculeuse et les autres arthrites infectieuses [28].

2-4 Critères de diagnostic :

L'IDR positive, les arguments qui doivent faire soupçonner la tuberculose ostéo-articulaire sont les suivants :

- des antécédents de primo infection récente
- la découverte d'un autre foyer tuberculeux en activité : pulmonaire surtout,
- la tuberculose articulaire est le plus souvent isolée.
- l'existence d'adénopathie dans le territoire ganglionnaire sus-jacent.
- l'existence de destructions osseuses sous chondrales mal limitées [27].

2-5 Traitement médical :

L'arthrite tuberculeuse guérit sous l'action d'un traitement antituberculeux poursuivi pendant 12 à 18 mois. Pendant longtemps on a utilisé le traitement triple associé (Rifampicine+Isoniazide+Ethambutol)

Si le traitement a été entrepris tôt (avant la destruction ostéo-cartilagineuse), la guérison complète avec séquelle minime peut être obtenue [20].

3- Arthrite syphilitiques :

La syphilis secondaire s'accompagne parfois d'arthralgie à maximum nocturne, de polyarthrite subaigüe fébrile, d'hydarthrose chronique et peu douloureuse des genoux. Ces manifestations peuvent amener le patient à consulter en rhumatologie.

La syphilis tertiaire peut provoquer des ostéo-arthrites ressemblant grossièrement à des arthrites tuberculeuses.

Au cours de la syphilis congénitale s'observe parfois, habituellement entre 8 et 10 ans, quelquefois plus tard, une hydarthrose du genou qui est le plus souvent bilatérale et, accompagnée d'autres signes de la syphilis.

Le diagnostic est confirmé par la positivité des réactions sérologiques de la syphilis.

A part les arthrites liées à la syphilis congénitale, qui guérissent spontanément en 3 à 12 mois, les arthrites de la syphilis secondaire et tertiaire sont curables sous l'effet de la pénicilline.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE :

1-CADRE DE L'ETUDE :

Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

-Situation géographique

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

Il devient l'hôpital secondaire en 1959 puis érigé en hôpital régional en 1969.

En 1991, il est baptisé Hôpital Régional Fousseyni Daou du nom d'un de ses anciens Médecins Directeurs assassiné la même année.

-.Les locaux

L'hôpital comprend :

- ✓ Un bureau des entrées ;
- ✓ Un bloc administratif, financier ;
- ✓ Un bloc pour consultations externes ;
- ✓ Un bloc pour le service de Médecine ;
- ✓ Un bloc pour la gynéco obstétrique ;
- ✓ Un bloc pour le service d'Urologie et ORL à l'étage ;
- ✓ Un bloc pour le service de Laboratoire et de pharmacie ;
- ✓ Un bloc pour la pédiatrie ;
- ✓ Un bloc d'hospitalisation de première catégorie(VIP2) et de deuxième catégorie(VIP1) comportant chacune 10 lits ;
- ✓ Un bloc pour le service des urgences ;
- ✓ Un bloc technique comprenant les services de Chirurgie, de Traumatologie, de Radiographie et un bloc opératoire composé de 3 salles ;

- ✓ Un bloc pour le service d'Ophthalmologie ;
 - ✓ Un bloc pour le service d'Odontostomatologie ;
 - ✓ Un bloc abritant le centre d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation fonctionnelle et le service de Dermatovénérologie ;
 - ✓ Un bloc pour la buanderie, la cuisine et le logement du personnel de soutien ;
 - ✓ Un centre de formation continue ;
 - ✓ Neuf logements d'astreinte (Directeur Régional, Directeur de l'hôpital et les Médecins) ;
 - ✓ Un parking ; et une morgue ;
- .Le personnel

Il est constitué de cinq(5) chirurgiens dont un chirurgien pédiatre.

Le service comporte aussi :

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

- .Les activités

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

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

2-TYPE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude prospective allant du 05 Mars 2012 au 05 Mars 2013.

CRITERES D'INCLUSION :

Tous les malades admis dans le service, présentant une infection ostéo-articulaire, confirmée par l'imagerie et la biologie.

CRITERES DE NON INCLUSION :

Tous les malades ayant signé une décharge (libération du patient contre avis médical) ou tous les cas d'atteintes ostéo-articulaires non septiques confirmés.

METHODE :

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

-Un interrogatoire à la recherche du mécanisme du traumatisme et des signes fonctionnels ainsi que les antécédents médico chirurgicaux et traumatiques.

-Un examen physique à la recherche des signes physiques.

-Un examen para clinique : radiographie standard associée à l'échographie et un prélèvement de sang et /ou de pus à la recherche du germe en cause.

- Le coût direct de la prise en charge a été évalué.

- Le suivi des malades a été fait et évalué selon les critères suivants :

* Favorable : guérison complète sans séquelles

* Défavorable : rechute, complication et séquelles

- Les motifs de décharge n'ont pas été pris en compte.

SUPPORTS :

-La fiche d'enquête :

Elle comportait des variables réparties en :

*Données administratives : âge, sexe, profession, provenance et de mode de recrutement à l'hôpital.

*Paramètres cliniques et para cliniques : signes fonctionnels, signes cliniques, les signes radiologiques et échographiques et les signes biologiques.

*Evolution au cours de la prise en charge

-Le registre de consultation

-Le registre d'hospitalisation

-Le registre de compte rendu opératoire.

3-LA COLLECTE :

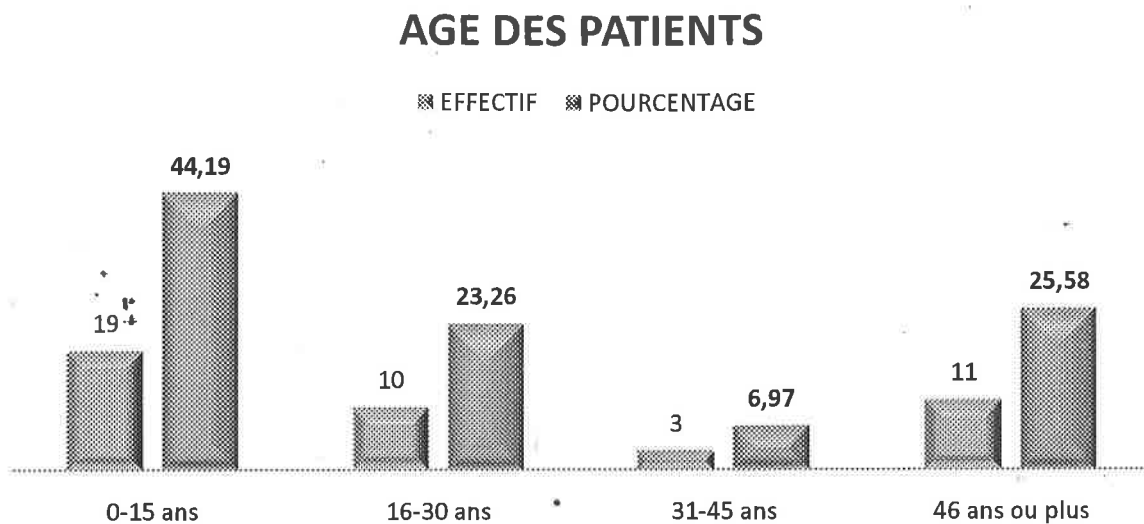
La saisie des données a été effectuée avec le logiciel Word version 2007 et l'analyse a été effectuée sur Excel version 2007.

RESULTATS

RÉSULTATS

- Durant notre étude les I.O.A ont représenté 7,71% des cas soit 43/558 dans le service

Figure 1 : Répartition des patients en fonction de l'âge.



La tranche d'âge de 0-15 ans était majoritairement touchée et, représentait 44,19% des cas.

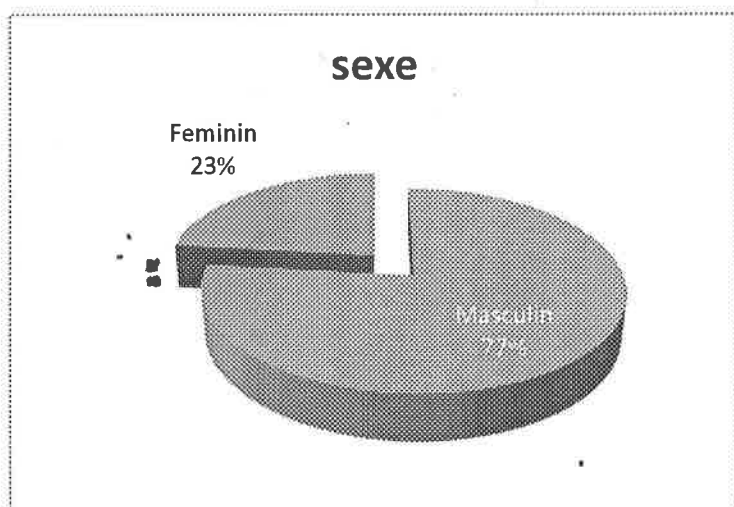


Figure2 : Répartition des patients en fonction du sexe.

Le sexe masculin était le plus représenté avec 76,74% des cas et un sexe ratio de 3,3 en faveur du sexe masculin

Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Sénoufo	2	4,65
Bambara	4	9,30
Soninké	15	34,87
Peulh	10	23,26
Malinké	4	9,30
Minianka	1	2,33
Sonrhai	2	4,66
Kassonké	2	4,66
Autres	3	6,97
Total	43	100

L'ethnie soninké a été la plus touchée avec 34,87% des cas.

TableauII : Répartition des patients en fonction de la provenance

Provenance	effectif	Pourcentage
Cercle de Kayes	35	81,4
Hors du cercle de Kayes	5	11,63
Hors du Mali	3	6,97
Total	43	100

La majorité de nos patients était du cercle de Kayes avec 81,40% de représentativité

Professions

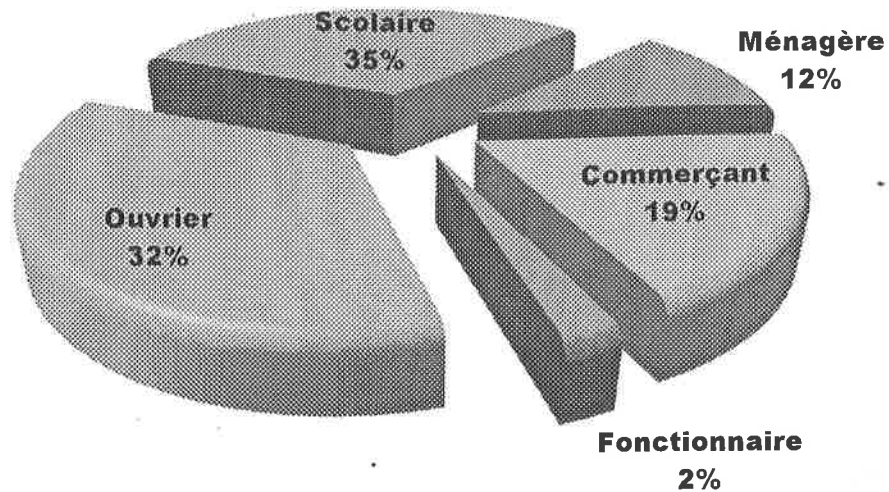


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de la profession.

Les scolaires ont constitué la couche la plus touchée avec 35% des cas.

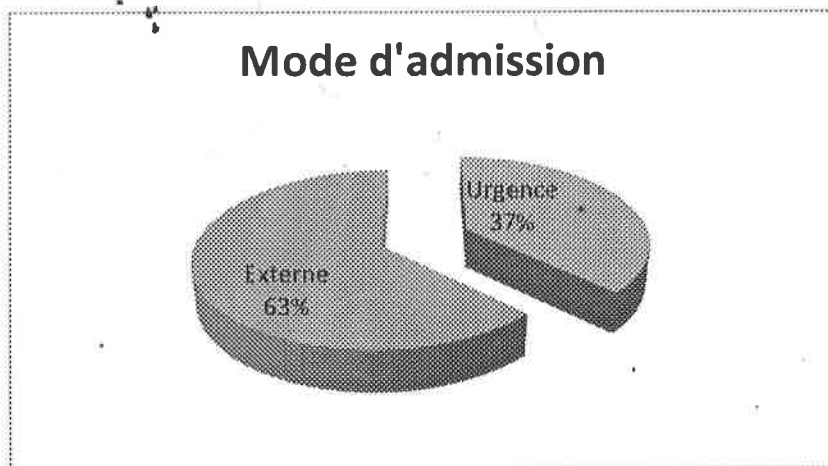


Figure4 : Répartition des patients en fonction du mode d'admission.

Les patients reçus en consultation externe représentaient 62,79% des cas.

Tableau III : Répartition des patients en fonction du délai de consultation

Délai de consultation	Effectif	Pourcentage
< 1 semaine	6	13,95
[1 – 2 semaines]	12	27,91
>2 semaines	25	58,14
Total	43	100

Plus de la moitié de nos patients avait fait un retard de consultation de plus de 2 semaines soit 58,14% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du mécanisme

Mécanisme de l'infection	Effectif	Pourcentage
Voie exogène	34	79,07
Voie hématogène	8	18,6
Iatrogène	1	2,32
Total	43	100

Le mécanisme de l'infection était fréquemment la voie exogène avec 79,07% de cas.

Tableau V : Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Drépanocytose	2	4,65
Diabète	4	9,30
VIH	2	4,65
Asthme	1	2,33
Tuberculose	1	2,33
Sans antécédent	33	76,74
Total	43	100

Les patients sans antécédents médicaux représentaient 76,74% des cas.

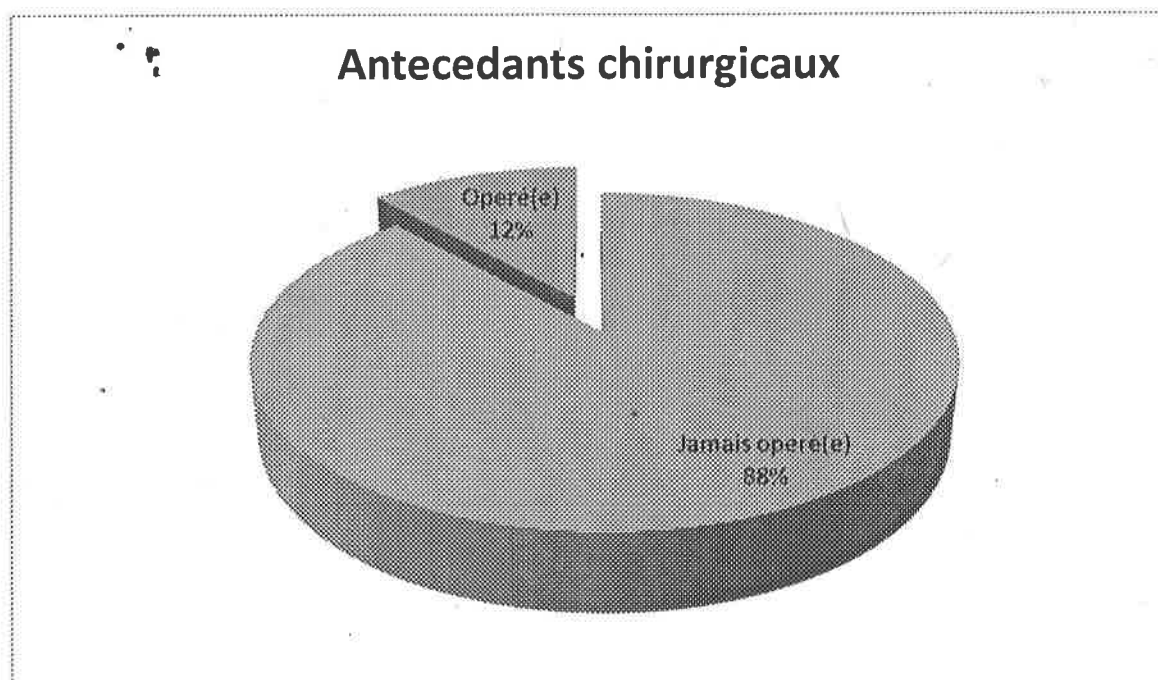


Figure5: Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux.

Les patients sans antécédents chirurgicaux étaient plus représentés avec 88,37% des cas.

Tableau VI: Répartition des patients en fonction du traitement initial

Traitement	Effectif	Pourcentage
Traditionnel	25	58,14
Moderne	7	16,28
Automédication	6	13,95
Aucun	5	11,63
Total	43	100

Plus de la moitié des patients avait fait un traitement traditionnel soit 58,14% des cas.

Tableau VII: Répartition des patients en fonction de l'état général.

Etat général	Effectif	Pourcentage
IK= [100-80%]	20	46,51
IK= [70-50%]	22	51,16
IK= □ 50%	1	2,33
Total	43	100

La majorité des patients avait un I K compris en 70-50% soit 51,16% des cas.

coloration des conjonctives et téguments

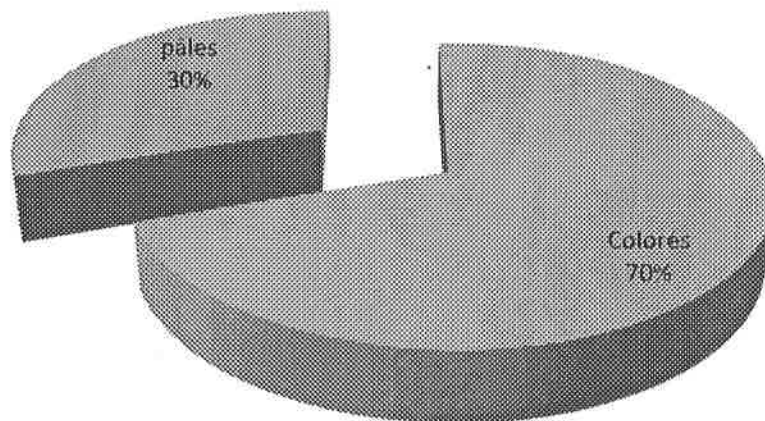


Figure6: Répartition des patients en fonction de la coloration des conjonctives et téguments

La majorité (69,77%) de nos patients avait les conjonctives et téguments colorés.

Tableau V III: Répartition des patients en fonction de la température.

Température	Effectif	Pourcentage
$\leq 36,5$	9	20,93
36,5-37,5	13	30,23
$> 37,5$	21	48,84
Total	43	100

La majorité des patients présentait une fièvre soit 48,84% des cas.

Tableau IX: Répartition des patients en fonction du siège.

Siège des infections	Effectif	Pourcentage
Epaule	2	4,65
Bras	2	4,65
Coude	2	4,65
Avant bras	2	4,65
Main	2	4,65
Hanche	6	13,95
Cuisse	2	4,65
Genou	8	18,60
Jambe	4	9,30
Pied	9	20,93
Main+Cheville	1	2,33
Coude+Jambe	3	6,98
Total	43	100

Le pied a été la partie la plus touchée avec 20,93% des cas.

Tableau X: Répartition des patients en fonction de l'imagerie.

Imagerie	Effectif	Pourcentage
Radiographie standard	36	83,72
Radiographie standard+	7	16,28
Echographie		
Total	43	100

La radiographie standard a été demandée dans 83,72% des cas.

Tableau XI: Répartition des patients en fonction de la biologie.

Biologie	Effectif	Pourcentage
BPO	9	20,93
BPO +IDR+Electrophorèse de l'Hb+ASLO	34	79,07
Total	43	100

La majorité de nos patients ont bénéficié d'une exploration biologique comprenant un BPO associé à un bilan étiologique soit 79,07% des cas.

TableauXII : Répartition des patients en fonction du germe en cause

Germe en cause	Effectif	Pourcentage
Staphylocoque aureus	14	32,56
Streptocoque	5	11,63
E. coli	2	4,65
Non identifié	22	51,16
Total	43	100

Le germe fréquemment retrouvé a été le Staphylocoque avec 32,56% des cas.

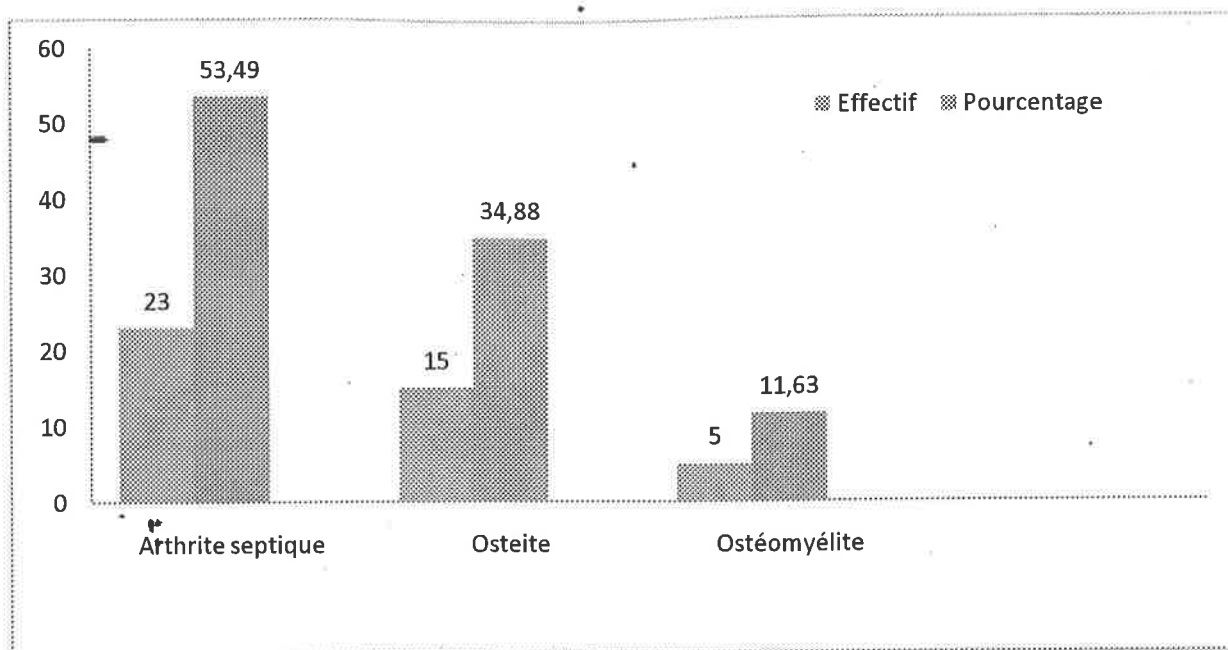


Figure7: Répartition des patients en fonction du diagnostic.

L'arthrite septique était le diagnostic le plus prédominant avec 53,49% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de l'antibiothérapie

Antibiothérapie	Effectif	Pourcentage
Fluoroquinolones+5 Nitro-imidazolés	24	55,81
Lincosamides	12	27,91
Beta-lactamines	5	11,63
Acide Fusidiques	2	4,65
Total -	43	100

L'association fluoroquinolones, 5 Nitro-imidazoles a été l'antibiothérapie de choix soit 55,81% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de l'utilisation d'autres médicaments.

Médicaments	Effectif	Pourcentage
Antalgique+Anti-inflammatoire+Antibiotique	36	83,72
Anti-inflammatoire +Antibiotique	7	16,28
Total	43	100

L'association Antalgique Anti-inflammatoire et Antibiotique était plus utilisée avec 83,72% des cas.

Tableau XV: Répartition des patients en fonction du traitement chirurgical.

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Mise à plat de l'abcès	22	51,16
Sequestrectomie	4	09,30
Amputation	6	13,95
Curetage	5	11,63
Mise à plat de l'abcès+ curetage	2	04,65
Non fait	4	09,30
Total	43	100

Le traitement chirurgical le plus pratiqué était la mise en plat de l'abcès soit 51,16% des cas.

Tableau XVI: Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
□ 1 jour	3	6,98
[01 - 10] jours	32	74,42
□ 10 jours	8	18,60
Total	43	100

La majorité des patients ont fait un séjour de 1-10jours d'hospitalisation soit 74,42% de cas.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le type de rééducation

Rééducation	Effectif	Pourcentage
Active	35	81,40
Passive	5	11,63
Non lieu	3	6,97
Total	43	100

Un grand nombre des patients était soumis à la rééducation active avec 81,40% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage
Favorable	40	93,02
Défavorable	2	4,65
Décédé(e)	1	2,33
Total	43	100

L'évolution de la majorité des patients était favorable avec 93,02% de constat

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du coût direct de la prise en charge

Coût	Effectif	Pourcentage
≤ 30000	4	09,30
[30000-60000]	9	20,93
>60000	30	69,77
Total	43	100

Le coût direct de la prise en charge était supérieur à 60000 franc CFA dans la majorité des cas.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1-Méthodologie

Nous avons mené une étude prospective allant du 05 Mars 2012 au 05 Mars 2013.

Les 43 patients de cette étude ont été répertoriés à partir d'une fiche d'enquête élaborée à cet effet. Les difficultés rencontrées ont été celles du suivi extrahospitalier.

2-La fréquence

Pendant la période d'étude sur l'ensemble des 558 cas de consultations (ordinaire et urgente), nous avons enregistré 43 cas d'I.O.A soit une fréquence de 7,71%. Ce résultat est différent de celui de Bertin D K et coll [3] qui ont eu 49% pendant 12ans en Cote d'Ivoire. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a été colligée en un an seulement.

L'automédication, le recourt au traitement traditionnel ou le retard de consultation pourrait expliquer cette différence.

3- L'âge

La tranche d'âge prédominante était celle de 0 à 15 ans avec un taux de 44, 19%. Le résultat de notre étude est différent de celui de Bertin. D. K et coll [3] qui avaient eu 42 enfants sur 613 cas soit 6,85%. Un faible niveau socio-économique serait en cause.

Notre résultat est conforme à celui de Traoré .J. C [33] qui avait trouvé que la tranche d'âge la plus touchée était celle de 0-19ans avec 41% des cas.

Sangaré. S [26] au Mali a trouvé que, la tranche d'âge de 2 à 10 ans était la plus représentée ; ce résultat est superposable au notre.

P. Begué [23] a fait le même constat.

4-Sexe

Dans notre étude le sexe masculin dominait avec 76,74% des cas; ce résultat est supérieur à celui de Leslie G.G [17 ,18] en France qui a eu 60,30% avec un sexe ratio H/F=1,4. Cette différence pourrait être due à notre environnement.

Cette prédominance masculine a été retrouvée sur les arthrites septiques selon :

Duval. J. et coll [8] en France qui ont trouvé 68,5% pour les hommes contre 31,1% pour les femmes ;

Traoré. J. C [33] au Mali a trouvé 60% des cas contre 40 % des cas pour le sexe féminin ;

Diarra. A [7] au Mali, qui dans sa thèse a trouvé une prédominance masculine avec 63 cas contre 43 cas pour le sexe féminin.

Edoh. Y. et coll [10] en France et Diall. M. [6] au Mali ont trouvé respectivement un sexe ratio de 2,06 et 2,98 en faveur des hommes.

5-Ethnie

L'ethnie soninké a été la plus touchée avec 34,87% des cas.

Les résultats de notre études sont différents de ceux de Tembely. B [30] et de Bengaly.S [1] au Mali qui ont obtenu respectivement : 24,8% (Bambara) 15,8% (Peuhl) et 15,4% (Soninké) puis 32,3% de Bambara, 22,5% de Peuhl et 20% de Soninké.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la population soninké est majoritaire par rapport aux autres ethnies dans la région de Kayes.

6-Profession

Les scolaires ont constitué la couche la plus touchée avec 35%des cas. Notre résultat est conforme à celui sur les arthrites septiques de Tembely. B [30] au Mali qui a 38,1% pour les scolaires. Il est inférieur à celui sur les arthrites

septiques de Traoré J.C. [33] au Mali chez qui les scolaires ont représenté 45% des cas. Ce résultat s'expliquerait par le fait que cette classe sociale serait plus active et plus exposée.

7-Siège

Le pied a été la partie la plus touchée avec 20,93% des cas. Ce taux est inférieur à celui sur les arthrites septiques de Tembely. B [30] qui avait obtenu 86% de cas localisés au pied (cheville).

Cette prédominance du pied serait dûe à notre activité quotidienne.

8-Germes en cause

Dans notre série, parmi les malades qui ont effectué l'examen du pus et l'antibiogramme, les germes rencontrés étaient dans l'ordre décroissant : Staphylocoque (83,72%), Streptocoque (11,63%) et E. Coli (04,65%). Leslie G.G [17] en France a eu le même résultat selon l'ordre de fréquence. Ces résultats sont différents à ceux obtenus par Goldberg D.L [9] qui avait obtenu 37- 56% de Staphylocoque aureus, 10- 28% de Streptocoques et, 4-19% des bâtonnets gram négatifs (E. coli, pseudomonas spp, H. influenzae).

Les germes les plus fréquents sur le tissu cutané sont les Staphylocoques et les Streptocoques ; ceci pourrait favoriser leur fréquence dans nos études.

Nous n'avons pas rencontré de cas de gonocoques pendant une étude en France et en Angleterre avait obtenu respectivement 3% et 0,6% [13] et en Australie il y a eu une incidence persistante de 12% [13] de cas de gonocoques. Notre série n'a pas connu de cas de H. influenzae tandis que 36% des arthrites infectieuses des enfants étaient causées par ce germe entre 1982 et 1998[34]. Nous n'avons rencontré aucun cas de virus contrairement à certaines données de la littérature [34].

9-Type d'infection ostéoarticulaire

L'arthrite septique était le diagnostic prédominant avec 53,49% des cas. Cette fréquence est superposable à celles obtenues par Leslie G.G [17] en France et par T. Ben Chaabane ; S. Ben Redjeb [29] en Tunisie qui ont eu respectivement 49,91% et 54% des cas.

L'articulation serait une zone de prédilection à la multiplication des germes de par sa vascularisation.

10-Type de traitement

L'indication thérapeutique a été posée en fonction du diagnostic, et de l'évolution de la maladie. La mise à plat de l'abcès a été pratiquée dans 51,16% des cas. Le recours à ce traitement pourrait s'expliquer par la suppuration de la partie atteinte. Ce résultat est supérieur à celui de Traoré.D [32] au Mali qui a trouvé que 33,9% des infections ostéoarticulaires se traitaient chirurgicalement.

11-Antibiothérapie

L'antibiothérapie était administrée généralement par voie intraveineuse et ceci pour une durée de quelques jours à 2 semaines, en fonction de l'évolution de la maladie puis le relais est pris par voie orale. Nous avons procédé à une antibiothérapie probabiliste dès la réalisation des prélèvements bactériologiques. L'antibiothérapie probabiliste a été maintenue chez 22 patients soit pour culture stérile ou soit pour prélèvement non fait. Les Patients chez qui nous n'avons pas réalisé de prélèvements bactériologiques avaient des problèmes de moyens financiers. En fonction du résultat des prélèvements, l'antibiothérapie était ensuite adaptée au profil de sensibilité du germe isolé et au terrain.

Chez nos patients, les antibiotiques utilisés étaient les suivants: l'association Fluoroquinolones et 5Nitro-imidazolés (55,81%), Lincosamides (27,91%), Betalactamines (11,63%), Acide fusidique (4,65%). Ce schéma thérapeutique est différent de celui de Bertin. D. K et coll. [3] qui avaient plus utilisé les céphalosporines de troisième génération associées à un aminoside.

Le résultat de l'antibiogramme pourrait expliquer le choix de l'antibiothérapie.

12-Evolution et Complications

L'évolution était favorable dans 93,02% des cas.

Dans 2,33% des cas, l'évolution a été émaillée de complications à type de suppuration de la partie atteinte ou de retard de cicatrisation. Ces complications pourraient être liées soit à des fautes d'asepsie, soit au bas niveau socio-économique des patients ou soit à l'insuffisance du personnel.

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

CONCLUSION et RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Durant notre période d'étude les I.O.A ont été fréquentes (7,71% des cas) dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'HFDK. Le sexe masculin a été plus atteint que le sexe féminin avec un sexe ratio de 3,3. Les scolaires ont été plus représentés suivis des ouvriers.

Les arthrites septiques ont été prédominantes et l'atteinte a concerné surtout le pied. Le traitement chirurgical a été le traitement de choix et le traitement médical a été réservé aux symptômes et à l'étiologie de l'IOA.

L'évolution a été favorable sous traitement précoce et bien conduit.

Les complications étaient rares et ont été observées chez certains malades ayant consulté tardivement.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

✓ Aux autorités sanitaires :

- Améliorer le plateau technique des structures sanitaires pour le diagnostic et la prise en charge des I.O.A ;
- Former des spécialistes en traumatologie pour couvrir le besoins des régions afin d'éviter certaines complications.
- Assurer la formation continue des personnels en traumatologie pour répondre aux exigences professionnelles.

✓ Aux agents de santé :

- Référer à temps les malades pour les consultations spécialisées
- Demander systématiquement le bilan de confirmation du diagnostic

✓ A la population :

- Eviter l'automédication
- Eviter le traitement traditionnel
- Consulter dans un centre de santé devant toute douleur articulaire et plaie minime soit-elle.

BIBLIOGRAPHIES

Bibliographie :

1- Bengaly S :

Activités antibactériennes comparées de beta-lactamines. Thèse de pharmacie, Bamako 1989.

2- Berthelot JM ; Millet S ; Chatelier B ; Ripolin :

Connaissance des modalités de prise des AINS par 125 patients
Rev. Du rhumatisme (Ed Fr) Nov 1999 N° 11 P. 720.

3- Bertin Didi KOUAME et Coll :

Treatment of complicated childhood osteomyelitis at Youpougon University Hospital, Abidjan (Cote d' Ivoire): Cahier d'études et recherches Francophones / Santé. Volume 15, P 3 Mai - Juin 2005, Etude originale.

4- BURDIN (P.) – J-P VALAT:

Certificat (Affection de l'appareil locomoteur) DCEM2
Rhumatologie orthopédie Adulte. P. BURDIN. JP. VALAT et collaborateurs. Tome I

5- COFER (Collège Français des Enseignants en Rhumatologie) :

Infection ostéoarticulaire Discospondylite p13; Mise à jour à 2010
Mention légale.

6- Diall-M :

Phénotypes de résistances au bêta-lactamines, aminosides, quinolones et macrolides. Thèse de pharmacie, Bamako 1989.

7- Diarra Adama Bréhima :

Aperçu sur le traitement médical des arthrites infectieuses et rhumatismales dans le service de Traumatologie et d'orthopédie de l'HGT. Thèse de Med ; Bamako 2001, N 24

8- Duval J :

Classification et mécanisme d'action des agents antibactériens. In : LE MINOR et VERON M, eds. Bactériologie médicale. Paris Flammarion 1989 ;273-96.

9- Ebong www :

Septic arthritis inpatients with sickle cell disease ; Br J-Rheumatology
1987;26;99-102

10- Edoh Y, Banga E, Ghipponi PM:

Répartition et sensibilité aux antibiotiques des différentes
bactéries rencontrées dans le service de réanimation au CHU de
Treicheville(Abidjan) ; Med Afr Noire 1989 ; 646-9 .

11- Equipe du Dr Patrick MAMOUDY :

Groupe Hospitalier croix saint Simon - Paris : Infections ostéo –articulaires.
Date de création : 2008 p1. WWW.Hopital-dCSS.org.

12-G.Kaplan/A. Prier/Ph. Vinceneux :

Rhumatologie pour le praticien.p332 - 334

13- Goldenberg DL:

Septic arthritis,Lancet 1998;351;197;202.

14- http : [www.@ google.com](http://www.@google.com) :Anatomie de l'appareil locomoteur p1.

15-http : www.Wikipedia.org: Ostéomyélite aigue p12.

16- Leclair A Linbach Fx Jauthac RM kuntz-JL Goetz J :

Etude étiologique et suivi du cohorte mono et d'oligoarthrite récentes. Rev du
Rhumatisme (Ed FR) Novembre 1999, N 11 p 686.

17- Leslie Grammatico-Guillon :

Epidémiologie et Impact économique des infections ostéo-articulaires chez les
patients hospitalisés, France, 2008

Service d'Information Médicale, Epidémiologie et Economie de la Santé P1

18- Leslie Grammatico-Guillon :

Epidémiologie des infections ostéoarticulaires de l'enfant en France : Analyses des données médico-administratives / Dr Leslie Grammatico-Guillon :

leslie.guillon@univ-tours.fr

19- Levot. j :

Infections osseuses et articulaires mycoses et parasitoses : HIA Sainte Anne-Toulon .p 1

20- Lopitiaux R ; Sirot J ; Levai JP :

Infection ostéoarticulaires Encycl.Med. Chir. (Paris-France), Thérapeutique,25-173A10,2-1988 11p

21- Miyiya A ; Wa M :

Aspects sémiologiques et épidémiologiques des maladies rhumatismales en Afrique noire. Sem Hôp Paris 1995.71 N29-30,912-923

22- PAMANTA I S :

Fréquence des arthrites septiques dans les services de rhumatologie et de médecine interne du CHU de point G :Thèse de Médecine Bamako 2007 P19

23-P.Bégué :

Les infections articulaires chez l'enfant, médecine des maladies infectieuses. 1992.22.57

24-Ph. Gicquel - J. M. Clavert :

Infections ostéoarticulaires de l'enfant ITEMECN numéro 92, P 12

Polycopié National de la Société Française d'Orthopédie Pédiatrique

25- PRINCE AGBODJAN JOHN AJETE :

Contribution à l'étude des infections ostéoarticulaires chez l'enfant: A propos de 75 cas colligés dans le service de pédiatrie et de chirurgie infantile du CHU de Cocody : Thèse de Médecine, Abidjan 15 janvier 1982 P31

26-Sangaré Segnieng :

Traitement des affections ostéoarticulaires chez les enfants de 0-10ans au service de Traumatologie de l'HGT de Janvier à décembre 2003. Thèse de Med ; Bamako, 2003.

27-Simón(L) :

Abrégé de rhumatologie/ Lucien, Simon et coll. Paris-Masson 1989-610p

28-Sow Néné épouse Konta :

Polyarthrite Juvenile. Thèse Med ; Bamako 1986, numero 5

29-T.BEN CHAABANE et Collaborateurs :

Antibiothérapie des infections ostéo-articulaires aigues communautaires à pyogènes : Recommandations nationales, Tunis, Février 2006

Rev Tun Infectiol, vol1 Numero 2 P5

30- Tembely Biniba :

Etude de la sensibilité aux antibiotiques des germes responsables des infections ostéoarticulaires au service de Traumatologie de l'HGT de janvier 2000 à décembre 2003. Thèse de pharmacie, Bamako 2005-59 p-2

31-Thierno Hady TALL :

Etude épidémiologique-clinique des arthrites infectieuses dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Touré :

Thèse de Médecine Bamako 2008 P20

32- Traoré D:

Etude Clinique radiologique et biologique des infections osseuses et articulaires en médecine interne à Bamako(Mali).Thèse de méd Bko 1993,71p N 23.

33- TRAORE J C :

Etudes des arthrites dans le service de traumatologie et d'orthopédie du CHU Gabriel Touré à propos de 100 cas p4

34- Zimmerli w. Fluckiger u:

Aspect nouveaux des arthrites infectieuses et para-infectieuses, Forum medical Suisse N4 ,24 Janvier 2001

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: DEMBELE

Prénom: Amara Moussa

Tel: 73460118 /66273352

Email : presimara2010trq@hotmail.fr

Titre de thèse : Prise en charge des infections ostéo-articulaires dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

Année: 2012-2013

Ville de soutenance: Bamako.

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Secteur d'intérêt: Service d'orthopédie et de traumatologie

Résumé

L'objectif visé dans cette étude était d'étudier la prise en charge des infections ostéo-articulaires dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

Il s'agissait d'une étude prospective étendue sur 12mois.

La fréquence des infections ostéo-articulaires a été estimée à 7,71% des cas ; le sexe masculin a été le plus touché avec un sexe ratio égale à 3,3.

Il ressort de cette étude que les I.O.A sont fréquentes chez les sujets âgés de 0-15ans.

Dans la majorité des cas, le traitement traditionnel a été la première option thérapeutique des patients avant toute consultation médicale.

La radiographie standard a plus contribué au diagnostic d'une part et à la surveillance d'autre part.

Le traitement chirurgical le plus pratiqué a été la mise en plat de l'abcès.

L'association : Antalgiques, anti-inflammatoires et une antibiothérapie a été le traitement médical de choix.

Il y a eu six cas d'amputations : trois cas de gangrène humide dont deux cas du membre supérieur et un cas du membre inférieur tous secondaires au traitement traditionnel et trois cas de désarticulations (deux pieds diabétiques et une plaie diabétique au niveau de la main).

Un seul cas d'infection sur matériel d'ostéosynthèse a été révélé.

L'évolution a été jugée favorable dans la majorité des cas.

Nous avons enregistré un cas de décès.

Mots clés : Infection ostéo-articulaires ,traitement chirurgical,coût

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'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !