

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2012-2013

N.....TITRE

THESE

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES LUXATIONS DU
COUDE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET DE
TRAUMATOLOGIE DU C.H.U GABRIEL TOURE
(A PROPOS DE 36 CAS)**

**Présentée et soutenue publiquement le 23 Février 2013 à Bamako
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**

Par Mr. Soumana TRAORE, Interne des hôpitaux

**Pour obtenir le Grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)**

JURY:

Président: Pr. Mamadou KONE

Membres du Jury: Pr. Mady MACALOU

Dr. Mohamed TRAORE

Directeur de thèse: Pr. Tièman COULIBALY

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **BOUBACAR TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

2^{eme} ASSESSEUR : **IBRAHIM I. MAIGA** - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **IDRISSA AHMADOU CISSE** - MAITRE -ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

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 RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum 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

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE
D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
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 Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique

Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
3. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
4. MAITRES ASSISTANTS	
5. Mr Youssef SOW	Chirurgie Générale
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahim TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssef TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie- pathologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGODOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie

Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Mouctar DIALLO
Mr Djibril SANGARE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Mounirou BABY
Mr Guimogo DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Lassana DOUMBIA
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Souleymane DIALLO

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bouréma KOURIBA
Mr Mahamadou DIAKITE
Mr Bakarou KAMATE
Mr Bakary MAIGA
Mr Bokary Y. SACKO

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE
Mr Blaise DACKOUCO
Mr Aldiouma GUINDO
Mr Boubacar Ali TOURE
Mr Issa KONATE
Mr Moussa KONE
Mr Hama Abdoulaye DIALLO
Mr Seydina Aboubacar Samba DIAKITE
Mr Mamoudou MAIGA
Mr Samba Adama SANGARE
Mr Oumar GUINDO
Mr Seydou Sassou COULIBALY
Mr Harouna BAMBA
Mr Sidi Boula SISSOKO
Mr Bréhima DIAKITE
Mr Yaya KASSOUGUE
Mme Safiatou NIARE
Mr Abdoulaye KONE
Mr Bamodi SIMAGA
Mr Klétigui Casmir DEMBELE
Mr Yaya GOITA

Biophysique
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie
Hématologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie
Chimie Organique
Entomologie Moléculaire Médicale
Bactériologie-Virologie

Immunologie
Immunologie – Génétique
Anatomie Pathologie
Immunologie
Biochimie

Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie Analytique
Hématologie
Hématologie
Chimie Organique
Chimie Organique
Immunologie
Immunologie
Bactériologie
Bactériologie
Biochimie
Biochimie
Anatomie Pathologie
Hysto-Embryologie
Génétique
Génétique
Parasitologie
Parasitologie
Physiologie
Biochimie Clinique
Biochimie Clinique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE
Mr Souunkalo DAO
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mme KAYA Assétou SOUCKO

Néphrologie
Psychiatrie
Neurologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Médecine Interne

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa Ah. CISSE

Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie, **Chef de DER**
Pneumologie
Cardiologie
Radiologie
Rhumatologie/Dermatologie

Mr Mamadou B. DIARRA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Kassoum SANOGO
Mr Boubacar TOGO
Mr Arouna TOGORA
Mr Souleymane COULIBALY

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALL
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

4. Assistants

Mr Drissa TRAORE

Cardiologie
Dermatologie
Neurologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Psychologie

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

Anatomie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Ousmane KOITA
Mr Abdoulaye DJIMDE
Mr Sékou BAH

Parasitologie Moléculaire
Microbiologie-Immunologie
Pharmacologie

3. ASSISTANT

Mr Issa COULIBALY

Gestion

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE
Mr Jean TESTA
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Samba DIOP
Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie
Anthropologie Médicale
Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA
Mr Hammadoun Aly SANGO
Mr Akory AG IKNANE
Mr Ousmane LY
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO
Mme Fanta SANGHO

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Informatique Médecine
Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA
Mr Abdrahamne ANNE

Biostatistique
Anthropologie Médicale
Bibliothéconomie-Bibliographie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Bouba DIARRA
Mr Souleymane GUINDO
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Lassine SIDIBE
Mr Cheick O. DIAWARA
Mr Ousmane MAGASSY

Bactériologie
Gestion
Nutrition
Hygiène du Milieu
Génétique
Chimie Organique
Bibliographie
Bibliographie
ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Amadou Papa DIOP
Pr. Lamine GAYE

Biochimie
Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail à : ALLAH, LE SEIGNEUR DU MONDE

Au prophète Mohamad (S.A.W) à sa famille, à ses Compagnons, et tous ceux qui les suivront jusqu'au dernier jugement.

A ma femme **Fatoumata TRAORE** et mes **enfants qu'ALLAH** nous assiste et **qu'IL** nous donne une longue vie.

A ma maman **Awa DIARRA** ;

Tu as été pour nous une mère exemplaire. Ton affection et Ton attention à notre égard n'ont pas d'égale. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu as consenti. Qu'ALLAH le tout puissant te garde longtemps auprès de nous.

A mon Grand-frère **Mama TRAORE**

Tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

A mon Père **Aboubacar TRAORE**

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens. Ce travail est l'aboutissement d'énormes sacrifices consentis par toi. Trouves dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance.

A ma grande sœur **Nana TRAORE dite Téna**

Tu es une femme très modeste et sincère. Une femme pour qui les valeurs humaines ont encore une très grande place. Tout au long

de mon séjour au Village j'ai bénéficié de tes connaissances et expériences, dans la plus grande courtoisie.

Trouves ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mon frère **Boukadary TRAORE**

Je te dédie ce travail car tu as sacrifié les plus beaux jours de ta vie pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Ton affection demeure dans nos cœurs et dans nos esprits.

Ce travail est le fruit de tes efforts.

A mes cousins et frères : **Mama TRAORE, Ousmane TRAORE, Amadou TRAORE, Yacouba TRAORE, Ibrahim TRAORE, Youssouf TRAORE, Lamine TRAORE, Abdramane TRAORE,** sans oublier personne, je me souviendrais toujours de vous.

A toutes mes sœurs et cousines.

Que le Tout puissant nous donne longue vie.

A la famille de Nènè TRAORE, à Kalaban coura A.C.I, vous avez été pour moi un exemple à cause de votre dignité, votre loyauté, votre simplicité, ce travail est le fruit de vos services.

A toutes les femmes de mes grands frères, frères, cousins sans oublier personne.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

-A ALLAHOU SOUBHANA WATAALA ; le tout miséricordieux ; le clément ; l'omnipotent de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études. Je Te prie de me guider dans mes futurs projets.

-Au prophète MUHAMMAD (SAW) et tous les autres prophètes qui l'ont précédé.

Aux parents, amis, et connaissances qui ont voulu nous manifester leur solidarité.

Nous pensons particulièrement :

-Aux internes des hôpitaux : **Kalifa COULIBALY, Aboubacar DIALLO, Souleymane DIALLO, Gaoussou KEITA, Sory Ibrahim TAMBASSY, Mamadou Bassirou TRAORE et Terna TRAORE**

Vous avez su, par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel, jonché de peine et d'obstacles que fut ma vie de l'internat.

Veillez croire à ma grande admiration et soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

-A tous les thésards du service de chirurgie orthopédique et de traumatologie

-A tous mes promotionnaires de la F.M.O.S

-A tous les internes des hôpitaux des différents services

-A tout le personnel enseignant de la **FMOS**

Je suis heureux de pouvoir vous exprimer mes sentiments de gratitude.

L'enseignement que vous nous avez dispensé avec dévouement restera un précieux souvenir qui guidera notre vie professionnelle.

Recevez chers maîtres, l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

-A tous les personnels de traumatologie du **C.H.U Gabriel TOURE** pour leur esprit de collaboration.

-Aux **Professeurs Sékou SIDIBE, Adama SANGARE, Mady MACALOU, Tièman Coulibaly et EL hadj Ibrahim ALWATA**

Je suis et je serai reconnaissant pour l'encadrement reçu, C'est l'occasion pour moi de vous exprimer mes sincères remerciements et notre profonde gratitude.

A mes frères et sœurs de la LIEEMA surtout ceux de la F.M.P.O.S

-A tous les musulmans du monde surtout ceux du Mali, **qu'ALLAH** nous assiste dans notre vie active.

Mes amis d'enfance à Djenné, Kati, Bamako-Dar Salam et Kangaba pour votre collaboration en équipe et votre soutien.

-A mes premiers maîtres d'école, vous qui m'avez appris à lire et à écrire dont l'expression m'a largement aidé à accéder à cette étape de ma vie.

-A tous mes enseignants du lycée Askia Mohamed de Bamako pour l'enseignement de qualité dont j'ai bénéficié.

-A tous les infirmiers et infirmières du CHU-GT particulièrement ceux de la chirurgie orthopédique et de traumatologie

-A tous les techniciens de surface du CHU-GT particulièrement ceux de la chirurgie orthopédique et de traumatologie

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

MERCI

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et Président du jury

Professeur Mamadou KONE

- **Professeur de Physiologie à la FMOS**
- **Directeur général Adjoint du centre national des œuvres universitaires du Mali (C.N.O.U)**
- **Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements Polytechniques**
- **Médecin du Sport**
- **Membre du Comité international de la revue française de la Médecine du Sport (Medisport)**
- **Membre du Groupement Latin et Méditerranéen de Médecine du Sport (G.L.M. M.S)**
- **Président du Collège Malien de réflexion en Médecine du Sport**
- **Secrétaire générale de la fédération Malienne de Taekwondo**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse malgré vos multiples occupations.

Homme de sciences réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre disponibilité et vos qualités pédagogiques. Les mots nous manquent pour vous exprimer toute notre gratitude, veuillez toute fois accepter nos sincères remerciements, notre admiration et surtout notre indéfectible attachement.

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur Tiéman COULIBALY

*** Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue au CHU-Gabriel TOURE**

*** Chef de service de chirurgie orthopédique et de traumatologie du CHU-Gabriel TOURE**

*** Maitre de Conférences de chirurgie orthopédique et traumatologie à la FMOS**

*** Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologie (SO.MA.C .O.T)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail ; nous espérons être à la hauteur de vos souhaits. Homme de principe et de rigueur, vos qualités humaines et scientifiques, votre quête obstinée du savoir et du travail bien fait font de vous un maître admiré par ses élèves. Plus qu'un maître, vous avez su être un père.

Cher Maître, Soyez assuré de notre profonde gratitude et notre attachement indéfectible aux principes que vous nous avez enseignés.

**A notre Maître et juge :
Professeur Mady MACALOU**

- **Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue à l'infirmierie hôpital de Kati.**
- **Maître de conférences à la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie (FMOS).**
- **Général de l'armée malienne**
- **Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologie (SO.MA.C .O.T).**
- **Membre de la société française de chirurgie orthopédique et traumatologie (SO.F.C.O.T).**
- **Officier de l'ordre national du Mali.**
- **Chevalier de l'ordre national du mérite français.**

Cher Maître,

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

Votre gentillesse, votre disponibilité et votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

Soyez assuré cher Maître, de toute notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Docteur Mohamed A TRAORE

- **Chirurgien Orthopédiste et traumatologue**
- **Membre de la Société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologie (SO.MA.C O.T)**
- **Ancien Directeur du CHU-Kati**

Cher Maître,

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

Votre gentillesse, votre disponibilité et votre rigueur scientifique nous ont conduits vers vous.

Soyez assuré cher Maître, de toute notre gratitude et notre profonde reconnaissance

Liste des Sigles et Abréviations

A.G : Anesthésie Générale

A.I.N.S : Anti-inflammatoire Non Stéroïdien

A.T.B : Antibiotique

A.C.R : Accident de la Circulation Routière

C.B.V : Coup et Blessure Volontaire

C.E.S : Certificat d'étude Spécialisée

C.H.U : Centre Hospitalier et Universitaire

F.M.O.S : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Sommaire

Introduction.....	1
Objectifs	3
I-Généralités.....	5
II- Méthodologie	43
III-Résultats.....	49
IV-Commentaires et Discussion.....	60
V-Conclusion et Recommandations.....	65
Références bibliographiques.....	69
Annexes	75

INTRODUCTION

La luxation est un déplacement permanent des surfaces articulaires d'une articulation l'une par rapport à l'autre. Quand ce déplacement est total, il s'agit d'une luxation complète ; quand il est partiel on parle de sub-luxation.

La luxation du coude est définie comme une perte de contact permanent entre la trochlée et le condyle huméral d'une part et la grande cavité sigmoïde d'autre part.

Elle occupe la deuxième place des luxations après celle de l'épaule et se produit fréquemment chez le sujet jeune.

La situation de la partie distale par rapport à la partie proximale du membre permet de la caractériser. Elle est très souvent compliquée de fractures rendant son traitement plus difficile.

Les lésions traumatiques au niveau du coude sont très fréquentes et très variées et présentent quelques particularités chez l'enfant par rapport à l'adulte [11 ; 13].

Le coude est une partie du membre supérieur qui présente :

- Une ossification complexe procédant par noyaux multiples suivant une chronologie qui modifie les images radiologiques pendant toute la durée de la croissance ;

- Des rapports étroits existent entre les éléments vasculo-nerveux et le squelette, ce qui est une menace pour la vitalité et/ou l'avenir fonctionnel du membre au cours des fractures luxations [11].

Et comme corollaire, il faut prévenir par des mesures immédiates le syndrome de Volkman, considéré jadis comme l'expression d'une faute thérapeutique mettant en jeu la responsabilité médicale souvent évoquée devant les tribunaux [11 ; 13].

Malgré le nombre considérable des luxations du coude, Peu d'études ont été consacrées aux luxations du coude dans notre pays. Nous avons voulu par notre étude combler ce vide grâce à l'expérience du service de chirurgie Orthopédique et de traumatologie du C.H.U Gabriel Touré.

Pour atteindre ce but nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Etudier les luxations du coude dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie du C.H.U Gabriel TOURE.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Etudier les luxations en fonction de l'âge, du sexe et du côté atteint

Déterminer les étiologies liées à ces luxations;

Evaluer les résultats et les problèmes liés à la prise en charge des luxations du coude ;

Faire des recommandations afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des luxations traumatiques du coude.

GENERALITES

A. ANATOMIE DESCRIPTIVE DU COUDE

1. MORPHOLOGIE

Le membre supérieur comporte des complexes articulaires qui ont chacune un intérêt essentiel pour une pleine utilisation fonctionnelle de la main ; il s'agit des articulations acromio-claviculaire, scapulo-humérale, du coude, radio-ulnaires, du poignet, et de la main. L'épaule est l'élément de stabilisation et de positionnement du membre supérieur ; Les articulations radio-ulnaires contribuent à la pronation et à la supination ; Les articulations de la main et du poignet sont les organes effecteurs de la préhension..

Le coude se compose de trois articulations anatomiquement différentes, unies par une seule cavité articulaire. Ce complexe articulaire comprend :

- L'articulation huméro-ulnaire est une trochléenne dans laquelle se font les mouvements de flexion et d'extension de l'avant bras sur le bras ; elle est la plus importante.
- L'articulation radio-ulnaire proximale : elle est une trochoïde, adaptée aux mouvements de pronation et de supination.
- L'articulation huméro-radiale: est une énarthrose ; elle prend part aux mouvements des deux autres.

2. L'OSTEOLOGIE DU COUDE

2.1. Développement et ossification

Elle étudie les noyaux d'ossification secondaires :

A la naissance, les épiphyses du coude sont entièrement cartilagineuses et aucun noyau d'ossification n'est visible à la radiologie.

L'extrémité distale de l'humérus

L'ossification va se faire après la naissance avec l'apparition de quatre centres d'ossification secondaire : le noyau du condyle huméral, le noyau trochléen, noyau de l'épicondyle latéral, et le noyau de l'épicondyle médial.

-le noyau condylien latéral est le premier à se mettre en place. Il devient visible entre six mois et un an chez la fille six mois à deux ans chez le garçon.

-le noyau épicondylien latéral apparaît entre onze et seize ans chez la fille et onze à dix huit ans chez le garçon.

-le noyau trochléen apparaît entre huit et seize ans chez la fille et neuf à seize ans chez le garçon.

Ces trois noyaux se réunissent pour former à la fois la partie articulaire de l'extrémité inférieure de l'humérus et l'épicondyle ; le bloc formé par ces trois points est séparé du point épitrochléen par un prolongement de la diaphyse.

- le noyau épicondylien médial apparaît entre cinq à huit ans chez la fille et entre six à neuf ans chez le garçon, il donne la partie médiale de la saillie épitrochléenne ; la base de cette saillie est constituée par la diaphyse.

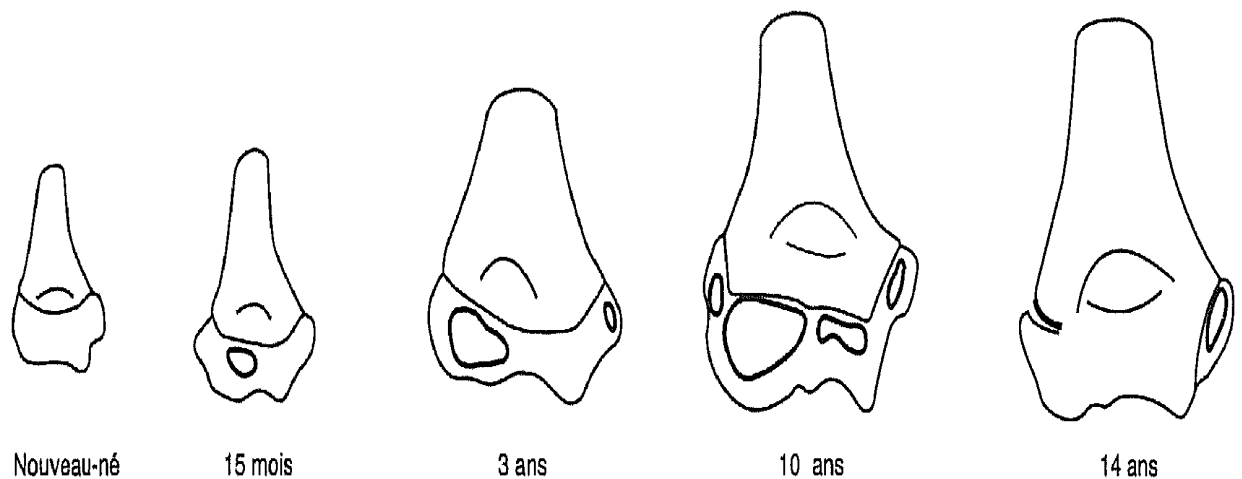


Fig. 7. – Évolution de l'ossification de l'épiphyse humérale inférieure au cours de la croissance.

Extrémité supérieure du radius

Le noyau d'ossification de la tête radiale apparaît entre quatre à cinq ans chez la fille et cinq à six ans chez le garçon.

Extrémité supérieure de l'ulna

Ossification se fait principalement à partir du noyau primaire au début du deuxième mois de la vie fœtale ; et deux points secondaires qui sont supérieur et inférieur

-Supérieur, forme la partie supérieure de l'olécrane ; il se développe entre huit à quatorze ans et se soude à la diaphyse entre quinze à vingt ans.

-Inférieur, constitue l'apophyse styloïde et la partie inférieure de la tête ulnaire, il se développe entre six à neuf ans et se soude entre vingt à vingt quatre ans.

2.2. LES OS DU COUDE

L'extrémité distale de l'humérus : elle est aplatie d'avant en arrière. Son diamètre transversal est environ trois fois plus grand que son diamètre antéro-postérieur. Elle est de plus recourbée en avant, de telle sorte qu'elle est presque entièrement placée en avant de l'axe du corps de l'os. On distingue à cette extrémité une portion moyenne, articulaire, et deux saillies latérales ou apophyses, déterminées par des insertions musculaires et ligamenteuses.

Surfaces articulaires :

L'extrémité distale de l'humérus s'unit aux deux os de l'avant bras. C'est une surface continue, irrégulière, dans laquelle on distingue de dedans en dehors la trochlée, le condyle huméral et entre les deux se trouve la zone conoïde (gouttière condylo-trochléenne).

- **La trochlée** : elle a la forme d'une poulie qui accomplit environ les trois quarts d'un cercle. Elle est plus large en arrière qu'en avant ; cela tient à ce que le vaste latéral, qui est, en avant, bien plus étroit que le vaste médial, dévient en arrière au moins aussi large que celui-ci. En bas, le vaste médial est plus étendu et descend plus bas que latéral. La gorge de la poulie est inclinée de haut en bas et de dehors en dedans, aussi bien sur la face antérieure que sur la face postérieure de la trochlée humérale. Mais l'inclinaison de la gorge de la poulie n'est pas toujours la même en avant et en arrière ; dans ce cas, la gorge de la trochlée décrit un arc d'hélice.

La trochlée s'articule avec la grande incisure trochléaire ; elle est surmontée en avant et en arrière par deux fossettes, l'une coronoidienne ou sus-trochléenne qui répond à l'extrémité antérieure du processus coronoïde dans les mouvements de flexion de l'avant bras sur le bras. L'excavation postérieure, appelée cavité ou fosse olécranienne, beaucoup plus profonde que la précédente, reçoit l'extrémité supérieure de l'olécrane dans les mouvements de l'extension de l'avant bras.

- **Le condyle huméral** : C'est une éminence arrondie et lisse qui regarde en bas et surtout en avant ; il s'articule avec la cupule radiale. Au dessus de lui se trouve la fossette radiale ou sus-condylienne destinée à recevoir le rebord antérieur de la cupule radiale dans les mouvements de flexion de l'avant bras. Les deux fossettes sont séparées l'une de l'autre par une crête verticale plus ou moins aigue.

- **La zone conoïde** : c'est la Surface entre le condyle et la trochlée, elle se compose d'un versant condylien et d'un versant trochléen ; c'est dans cette zone que glisse le rebord médial de la cupule radiale. Elle se prolonge sur la face postérieure de l'os sous la forme d'un sillon rugueux qui borde la saillie formée par la partie postérieure du versant latéral de la trochlée.

Les apophyses latérales : elles sont placées au dessus des extrémités latérales de la surface articulaire, l'épicondyle médial en dedans et l'épicondyle latéral en dehors.

- **Epicondyle médial (Epitrochlée)** : elle est située au dessus et en dedans de la trochlée, à l'extrémité inférieure du bord médial du corps huméral. Elle est très saillante, aplatie d'avant en arrière.

La face antérieure, rugueuse et le sommet de cette apophyse donnent insertion **aux muscles épitrochléens**.

Ces muscles s'insèrent par un tendon commun dont la partie superficielle est formée de dehors en dedans et de haut en bas par le rond pronateur, le fléchisseur radial du carpe, le long palmaire et le fléchisseur ulnaire du carpe

- **Épicondyle latéral (épicondyle)** : est une éminence rugueuse, beaucoup moins saillante que l'épicondyle médial, placée au-dessus et au dehors du condyle huméral, à l'extrémité inférieure du bord latéral du corps huméral. Elle donne insertion au ligament collatéral latéral et aux muscles épicondyliens. A l'exception du muscle ancône, qui s'insère isolément sur la partie postérieure de l'épicondyle latéral, les épicondyliens s'attachent, en avant de l'ancône, par un tendon commun dont la partie superficielle est formée d'avant en arrière par le deuxième radial, l'extenseur commun des doigts, l'extenseur propre du petit doigt et l'extenseur ulnaire du carpe, tandis que la partie profonde est constituée par le court supinateur.

Extrémité supérieure de l'ulna : elle est constituée par deux apophyses ; l'une verticale et postérieure, **l'olécrane** ; l'autre horizontale et antérieure, **processus coronoïde**. Ces deux apophyses circonscrivent une cavité articulaire en forme de crochet, **la grande cavité sigmoïde de l'ulna**.

- **L'olécrâne** : il surmonte la partie postérieure du corps. On lui distingue **une face postérieure**, convexe, rugueuse, triangulaire, à sommet inférieur ; **une face antérieure**, articulaire ; elle contribue à former la grande cavité sigmoïde de l'ulna ; **une face inférieure ou base**, par laquelle l'olécrane se continue avec la

diaphyse humérale ; **une face supérieure ou sommet**, rugueuse en arrière, où s'attache le triceps, lisse dans sa moitié antérieure, sauf cependant à proximité de la limite antérieure de cette face où se trouve une étroite bande rugueuse, concave en arrière, qui donne attache à la capsule articulaire ; cette face se prolonge en avant en formant une saillie recourbée, le bec de l'olécrane ; **une face latérale** sur laquelle s'insère l'Ancône et le faisceau postérieur du ligament collatéral latéral de l'articulation du coude ; et **une face médiale**, donne attache en arrière l'ulnaire antérieur et l'insertion du faisceau postérieur du ligament collatéral médial de l'articulation du coude.

- **Processus coronoïde** : il a la forme d'une pyramidale quadrangulaire. **Le sommet**, antérieur, appelé bec du processus coronoïde, est légèrement infléchi en haut. **La base** est implantée sur la face antérieure de l'ulna, au dessous et en avant de l'olécrane. **Une face supérieure**, articulaire, appartient à la grande cavité sigmoïde de l'ulna. **Une face inférieure**, rugueuse, donne attache, dans sa partie inférieure et médiale, au brachial antérieur. **Une face médiale**, rugueuse également, donne insertion aux faisceaux antérieur et moyen du ligament collatéral médial de l'articulation du coude ; on observe presque toujours, dans sa partie moyenne, le tubercule coronoïde, auquel s'attache le faisceau moyen du ligament coronoïdien. **Une face latérale**, porte la petite cavité sigmoïde de l'ulna ; cette cavité est en continuité par son bord supérieur avec la grande cavité sigmoïde ; son bord postérieur, saillant, donne insertion au ligament annulaire ainsi qu'au faisceau moyen du ligament collatéral

latéral, il se continue en bas avec la crête qui borde en arrière la surface sous-sigmoïdienne.

- **La grande cavité sigmoïde** : elle est formée par l'union de la face antérieure de l'olécrane et de la face supérieure de la coronoïde, elle est divisée en deux versants par une crête mousse longitudinale qui correspond à la gorge de la trochlée humérale.

Extrémité supérieure du radius

Elle se compose de trois parties : la tête radiale, le col, et la tubérosité bicipitale.

-**La tête** : est une saillie terminale en haut le radius, elle est à peu près cylindrique, sa coupe horizontale est ovale à grosse extrémité médiale, sa hauteur est plus grande en dedans qu'en dehors et est d'environ 7 à 8 millimètres. La cupule radiale est régulièrement excavée et s'articule avec le condyle huméral. La partie médiale du rebord de la cupule radiale est taillée en biseau, et la surface biseautée répond au versant trochléen de la gouttière condylo-trochléenne. La cupule est en continuité avec une deuxième surface articulaire située sur le pourtour de la tête du radius ; cette surface articulaire, haute de 7 à 8 millimètres à sa partie médiale, se rétrécit de dedans en dehors. Elle s'articule avec la petite cavité sigmoïde de l'ulna.

La tête du radius est supportée par une partie rétrécie, le col.

Le col est de forme cylindrique, d'environ un (1) centimètre de longueur, et dirigé obliquement en bas et en dedans.

La tubérosité bicipitale est une éminence ovoïde, à grand axe vertical, située sur la partie antéro-médiale du radius, à la jonction du col et de la diaphyse radiale. Elle est lisse en avant,

irrégulière en arrière, où elle donne insertion au tendon du biceps.

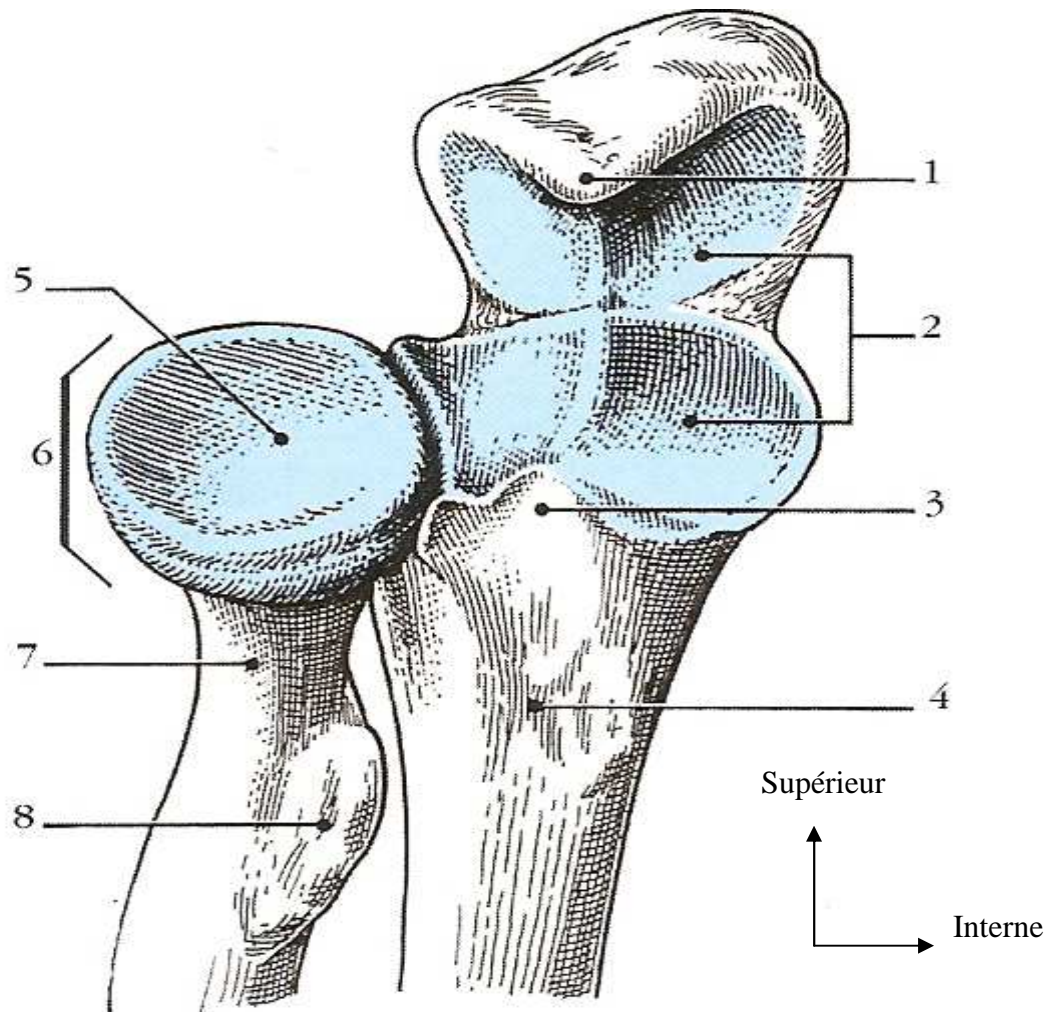


FIG. 9.32. Extrémités proximales du radius et de l'ulna
(vue antéro-supérieure)

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. processus anconé | 5. fossette articulaire radiale |
| 2. incisure trochléaire | 6. tête radiale |
| 3. processus coronoïde | 7. col radial |
| 4. tubérosité ulnaire | 8. tubérosité radiale |

(LIVRE D'ANATOMIE ROUVIERE)

3. LES MOYENS D'UNION

Environ cinquante pour cent (50%) de la stabilité de l'articulation du coude est assuré par les moyens d'union. Il s'agit de:

3.1. La capsule articulaire : elle s'étend de l'humérus aux deux os de l'avant bras.

La ligne d'insertion humérale longe en avant le bord supérieur des fossettes coronoïdienne et sus-condylienne, où elle s'élève à un centimètre (1cm) au dessus de la surface articulaire. Elle rejoint en dehors le bord du condyle huméral ; latéralement, elle borde le condyle en dehors ; en dedans, elle suit le fond de la dépression qui sépare la trochlée de l'épitrôchlée. En arrière, la ligne d'insertion capsulaire est très irrégulière. Si on la suit de dehors en dedans, on la voit tout d'abord longer le bord postérieur du condyle jusqu'à son extrémité médiale ; puis elle monte le long du sillon qui prolonge sur la face postérieure de l'humérus, la gouttière condylo-trochléenne, jusqu'à l'extrémité supérieure du rebord latéral de la trochlée humérale ; elle se porte ensuite en haut et en dedans, puis nettement en dedans, et croise ainsi transversalement la partie moyenne de la fosse olécranienne, dont elle franchit la limite médiale à un centimètre (1cm) environ au dessus du versant médial de la trochlée ; l'attache descend enfin dans le fond de la dépression anguleuse qui sépare la trochlée de l'épitrôchlée et rejoint, au dessous de cette saillie, la ligne d'implantation médiale.

L'insertion antibrachiale se fait : sur l'ulna ; très près des cavités sigmoïdes, sauf sur les faces latérale et supérieure de l'olécrane, où elle est à trois ou quatre millimètres de la surface articulaire, et sur la face inférieure de la coronoïde, près du sommet de cette apophyse, où elle reste à trois millimètres (3mm) environ du revêtement cartilagineux ; sur le col du radius, à un demi-centimètre environ au dessous de la tête radiale.

La capsule articulaire permet les mouvements de flexion et extension du coude.

3.2. Les ligaments

La capsule articulaire est renforcée par cinq ligaments : antérieur, postérieur, inférieur, collatéraux latéral et médial.

3.2.1 Le ligament collatéral médial :

Il est formé de trois faisceaux irradiant de l'épitrôchlée au bord médial de la grande cavité sigmoïde. On les distingue en antérieur, moyen et postérieur.

Le faisceau antérieur : est le moins important des trois, s'étend de la partie antéro-inférieure de l'épitrôchlée à la partie antéro-médiale du processus coronoïde. Ses fibres les plus antérieures se perdent sur le ligament annulaire.

Le faisceau moyen : le plus important, large et épais, s'insère en haut sur le bord inférieur de l'épitrôchlée et en bas sur le tubercule coronoïde de la face médiale du processus coronoïde ; les fibres les plus superficielles se prolongent sur le bord médial de l'ulna.

Le faisceau postérieur : appelé encore ligament de Bardinet, a la forme d'un éventail fixé par son sommet à la partie postéro-inférieure de l'épitrôchlée et par sa base au bord antérieur de la face médiale de l'olécrane.

Par ailleurs, il existe encore, appliqué sur les faisceaux moyen et postérieur du ligament collatéral médial, quelques faisceaux ligamenteux étendus du processus coronoïde à l'olécrane. On les désigne sous le **nom de ligament de Cooper**. Le ligament de Cooper limite, avec l'extrémité médiale du sillon transversal de

l'échancrure sigmoïde, un orifice à travers lequel se meut une frange graisseuse dans le jeu de l'articulation.

3.2.2 Le ligament collatéral latéral : formé également de trois faisceaux, antérieur, moyen et postérieur.

Le faisceau antérieur : s'étend de la partie antéro-inférieure de l'épicondyle à l'extrémité antérieure de la petite cavité sigmoïde de l'ulna. Il descend obliquement en bas et en avant jusqu'au ligament annulaire sur lequel il se réfléchit, et se confond avec lui jusqu'à son insertion ulnaire.

Le faisceau moyen s'insère : en haut, sur le bord inférieur de l'épicondyle ; en bas sur l'ulna, immédiatement en arrière de la petite cavité sigmoïde, et aussi, sur la crête de bifurcation postérieure du bord latéral de cet os. Oblique en bas et en arrière, ce ligament dans la partie inférieure de son trajet fusionne avec le ligament annulaire à son insertion postérieure.

Le faisceau postérieur : large et mince, est formé de fibres à peu près parallèles, qui s'étendent de la partie postérieure de l'épicondyle au bord latéral de l'olécrane.

3.2.3 Ligament antérieur : il s'étend sur toute la partie antérieure de la capsule articulaire. Son insertion supérieure se confond avec celle de la capsule, depuis la face antérieure de l'épitrôchlée jusqu'à l'épicondyle huméral. De cette longue ligne d'insertion, les faisceaux descendent en convergeant et se terminent sur le bord latéral de l'apophyse coronoïde, en avant de la petite cavité sigmoïde, et sur la partie voisine du ligament annulaire. Parmi ces faisceaux, il en est généralement plus saillant, connu sous le nom de ligament oblique antérieur ; il s'étend de la face antérieure de l'épitrôchlée à la partie antérieure

du ligament annulaire. Le ligament antérieur se continue de chaque côté avec les ligaments collatéraux.

3.2.4 Le ligament postérieur : peu développé est constitué par de minces faisceaux qui s'étendent ; des bords latéraux de la fosse olécranienne aux bords correspondants du sommet de l'olécrane, ce sont les faisceaux huméro-olécraniens obliques ; d'un bord à l'autre de la fosse olécranienne, ces derniers faisceaux, appelés huméro-huméraux, forment au dessus de l'olécrâne une bandelette transversale, en continuité en bas avec les faisceaux huméro-olécrâniens obliques. Il existe encore quelques grêles faisceaux huméro-olécrâniens verticaux, perdus dans la masse adipeuse qui comble la fosse olécrânienne, et qui s'étendent de la partie supérieure de cette fosse au sommet de l'olécrâne.

3.2.5 Le ligament inférieur, radio-ulnaire, ou ligament carré de DENUCE : c'est un épaississement de cette partie de la capsule située au dessous de l'articulation radio-ulnaire. Il a la forme d'une lame quadrilatère qui s'étend du bord inférieur de la petite cavité sigmoïde de l'ulna à la partie médiale du col du radius.

La texture du ligament de DENUCE n'est pas uniforme. Dubau a montré que ce ligament se compose de trois sortes fibres : les fibres radio-ulnaires qui forment la zone moyenne du ligament ; les fibres transversales ou annulaires transverses, il s'agit d'un faisceau du ligament annulaire qui ne prend aucune insertion sur l'ulna, il va de l'extrémité antérieure à l'extrémité postérieure de ce ligament et passe dans la partie médiale du ligament carré en bordure du cul de sac radio-ulnaire, c'est le long de ce ligament

que se dressent les fins prolongements de la synoviale qui constituent la frange graisseuse linéaire ; les fibres du ligament annulaire qui ne prennent aucune insertion sur l'ulna, mais se réfléchissent de dedans en dehors, des extrémités de la cavité sigmoïde vers le radius, et forment les bords antérieur et postérieur du ligament carré.

3.2.6 Le ligament annulaire : est une bande fibreuse d'un centimètre (1cm) de hauteur, il s'étend d'une extrémité à l'autre de la petite cavité sigmoïde de l'ulna en s'enroulant sur la tête radiale. La face médiale ou articulaire du ligament, en rapport avec le pourtour de la tête du radius, est recouverte d'une mince couche de cartilage. La face périphérique est renforcée en avant et en arrière par les faisceaux des ligaments antérieur et collatéral latéral de l'articulation du coude. En haut, le ligament annulaire se continue avec la capsule articulaire. En bas, il se rétrécit et s'étend au dessous de la tête du radius, jusqu'au col radial ; il n'adhère pas au col du radius, mais se continue brusquement avec la capsule articulaire, très mince à ce niveau, qui s'attache au pourtour du col radial.

Il est plus étroit en bas qu'en haut, la tête du radius est retenue mécaniquement dans l'anneau formé par ce ligament et par la petite cavité sigmoïde de l'ulna ; il joue le rôle de surface articulaire.

3.3. La synoviale

Elle tapisse la face profonde de la capsule articulaire et se réfléchit sur les extrémités osseuses, depuis les insertions du manchon capsulaire jusqu'au pourtour du revêtement cartilagineux des surfaces articulaires. Elle forme ainsi :

.Un cul de sac antérieur qui répond aux fossettes sus-trochléenne et sus-condylienne ; parfois, un repli falciforme de la synoviale s'attache à la crête qui sépare la fossette sus-trochléenne de la fossette sus-condylienne et tend à diviser le cul de sac antérieur en deux culs de sac secondaires ;

.Un cul de sac postérieur en rapport avec la partie inférieure de la fosse olécranienne.

.Un cul de sac inférieur ou annulaire qui entoure la portion du col du radius comprise entre la tête du radius et la ligne d'insertion de la capsule sur le col radial. Il existe encore une légère dépression de la synoviale, appelée **cul de sac radio-ulnaire**, au dessous du bord inférieur de la petite cavité sigmoïde, le long de la partie moyenne de l'insertion ulnaire du ligament carré.

La synoviale de l'articulation du coude est soulevée par un certain nombre de pelotons adipeux, ou franges, qui servent à combler les espaces vides que tendent à produire certains mouvements de l'articulation. C'est ainsi qu'il existe des masses adipeuses au niveau des culs de sac antérieur et postérieur, destinés à combler les fosses coronoïdienne, sus-condylienne et olécranienne, quand le jeu de l'articulation éloigne de ces dépressions les saillies osseuses pour lesquelles elles sont creusées. On trouve encore un petit peloton adipeux à chacune des extrémités du sillon transversal de la grande incisure trochleaire, et une frange grasseuse linéaire, le long du bord latéral du cul de sac radio-ulnaire. Il existe enfin une frange qui s'enfonce entre l'humérus et le radius. Cette frange falciforme, improprement appelée **bourrelet falciforme**, est mince, aplatie de haut en bas,

et finit par un bord tranchant vers la cavité articulaire, entre le condyle huméral et la tête du radius. Elle soulève la synoviale sur la moitié antérieure environ de l'articulation huméro-radiale.

4. LES MUSCLES DE LA REGION DU COUDE

On distingue le groupe musculaire antérieur et le groupe musculaire postérieur.

4.1. Groupe musculaire antérieur

Le groupe antérieur est constitué par trois groupes musculaires, entourés d'une mince gaine conjonctive.

4.1.1. Groupe médial :

Comprend six muscles disposés sur trois plans :

-le plan superficiel comprend le rond pronateur, le muscle fléchisseur radial du carpe (grand palmaire), le muscle long palmaire (petit palmaire) et le fléchisseur ulnaire du carpe (cubital antérieur).

-Plan moyen : représenté par le fléchisseur commun superficiel des doigts.

-Plan profond : représenté par :

. Le fléchisseur commun profond des doigts

4.1.2. Groupe moyen : il renferme d'avant en arrière le biceps (plan superficiel) et le muscle brachial antérieur (plan profond)

4.1.3. Groupe musculaire latéral ou groupe épicondylien : formé par quatre muscles de la superficie vers la profondeur dans l'ordre suivant : le muscle brachio-radial (long supinateur), le muscle long extenseur radial du carpe (1^{er} radial) et le muscle court extenseur radial du carpe (2^{ème} radial) et le muscle supinateur (court supinateur)

4.2. Groupe musculaire postérieur (région olécraniennne)

Ce groupe est le plan d'extension du coude.

Il comprend trois groupes musculaires : le groupe moyen, le groupe épitrochléen et le groupe épicondylien.

4.2.1. Le groupe moyen : représenté par :

Le triceps

Il occupe la région postérieure du bras et s'étend de l'omoplate et de l'humérus à l'olécrâne.

Il est divisé en trois portions : la longue portion du triceps ; le vaste latéral et le vaste médial.

4.2.2. Groupe épi condylien (épicondyle latéral) comprend :

L'Ancône, le muscle extenseur ulnaire du carpe (cubital postérieur) ; l'extenseur propre du petit doigt et l'extenseur commun des doigts pour le plan superficiel ; et le court supinateur pour le plan profond.

4.2.3. Groupe épitrochléens : rond pronateur, fléchisseur radial du carpe, le long palmaire et le fléchisseur ulnaire du carpe

5. Vascularisation

Les vaisseaux et les nerfs sont très proches du squelette et sont exposés dans les fractures avec déplacement.

L'artère humérale.

Elle a pour origine l'artère axillaire, au niveau du bord inférieur du grand pectoral.

Au niveau du coude, elle descend dans la gouttière médiale du pli du coude, limité par le tendon du biceps en dehors, le rond pronateur en dedans, le brachial antérieur en arrière. Dans cette gouttière, l'artère est recouverte par l'aponévrose que renforce l'expansion aponévrotique du biceps.

L'artère humérale se divise en ses deux branches terminales, soit au niveau, soit, le plus souvent, un peu au dessous de l'interligne de l'articulation du coude.

Elle chemine verticalement à la face antéro-médiale du bras (canal brachial), puis dans la fosse ulnaire médiale dans sa partie distale, où elle se termine en se divisant en deux branches : les artères radiale et ulnaire.

Elle a des collatéraux participants à la vascularisation du coude :

- l'artère brachiale profonde, qui donne un rameau ventral (qui s'anastomose avec l'artère radiale récurrente) et un rameau dorsal (qui s'anastomose avec l'artère interosseuse commune).
- les artères collatérales ulnaires distale et proximale qui s'anastomosent avec les rameaux ventral et dorsal de l'artère récurrente ulnaire.

L'artère radiale.

L'artère radiale est une branche de division de l'artère brachiale, elle s'étend sur la face antérieure de l'avant bras et sur la face dorsale du poignet, depuis le pli du coude jusqu'à la paume de la main. Elle descend obliquement en bas et en dehors jusqu'à l'extrémité inférieure du radius ; puis elle contourne en dehors l'articulation du poignet et gagne, sur la face dorsale du carpe, l'extrémité supérieure du premier espace interosseux ; l'artère traverse cet espace d'arrière en avant et pénètre dans la paume de la main, où elle s'anastomose avec ulno-palmaire, branche de l'ulna ; elle constitue avec elle l'arcade palmaire profonde.

Elle a un collatéral participant à la vascularisation du coude :

- l'artère radiale récurrente, qui s'anastomose avec le rameau ventral de l'artère brachiale profonde.

L'artère ulnaire.

Elle est plus volumineuse que l'artère radiale, et située à la partie médiale de la région antérieure de l'avant bras et s'étend du pli du coude à la paume de la main, où elle se termine en formant l'arcade palmaire superficielle.

De son origine, l'artère ulnaire se dirige d'abord obliquement en bas et en dedans, jusqu'à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la face médiale de l'avant bras. Elle descend ensuite verticalement en suivant un trajet indiqué par une ligne qui réunit le sommet de l'épitrôchlée au bord latéral du pisiforme, jusqu'au bord inférieur du ligament annulaire antérieur du carpe, où elle s'incline en bas et en dehors pour se continuer avec l'arcade palmaire superficielle.

Elle a des collatéraux participants à la vascularisation du coude :

- l'artère interosseuse commune, qui est rejointe par le rameau dorsal de l'artère humérale profonde, puis qui se divise en deux artères interosseuses ventrale et dorsale, séparées par la membrane interosseuse.
- l'artère récurrente ulnaire, qui donne deux rameaux qui s'anastomosent avec les artères collatérales ulnaires proximale et distale.

Les veines profondes accompagnent les artères. Elles sont au nombre de deux par artère et portent le même nom que l'artère correspondante, il existe donc deux veines radiales, deux veines ulnaires.

6. Innervation

- Le nerf médian est en dedans de l'artère brachiale. Il est d'abord recouvert par l'expansion aponévrotique du biceps et repose sur

le brachial antérieur ; il passe ensuite entre les deux chefs du rond pronateur, puis s'engage au dessous de l'arcade formée par la réunion des chefs huméro-ulnaire et radial du fléchisseur commun superficiel. A ce niveau, le nerf croise l'artère ulnaire en passant en avant d'elle et atteint la ligne médiane dans la région antérieure de l'avant bras.

-Le nerf ulnaire passe dans la gouttière épitrochléo- olécrânienne, en arrière de l'épitrochlée, dont il est séparé par du tissu cellulaire lâchement vacuolisé, transformé parfois en bourse séreuse. Puis il s'engage sous l'arcade qui réunit les chefs épitrochléens et fléchisseur ulnaire du carpe et, s'infléchissant un peu en bas et en avant, gagne le côté médial de la région antérieure de l'avant bras.

-Le nerf radial sort de la gouttière radiale et descend le long de la récurrente radiale antérieure, dans le fond de la gouttière bicipitale latérale. Cette gouttière est limitée par le biceps et le brachial antérieur en dedans, le long supinateur et le premier radial en dehors. Au niveau de la tête du radius ou un peu plus haut, il se partage en deux branches terminales.

Le paquet vasculo-nerveux principal : artère humérale avec ses veines et nerf médian en dedans est étalé dans la coulisse bicipitale médiale sur le bord antéro-médial du tendon brachiale antérieur déjà rétréci et bridé par l'expansion aponévrotique du biceps.

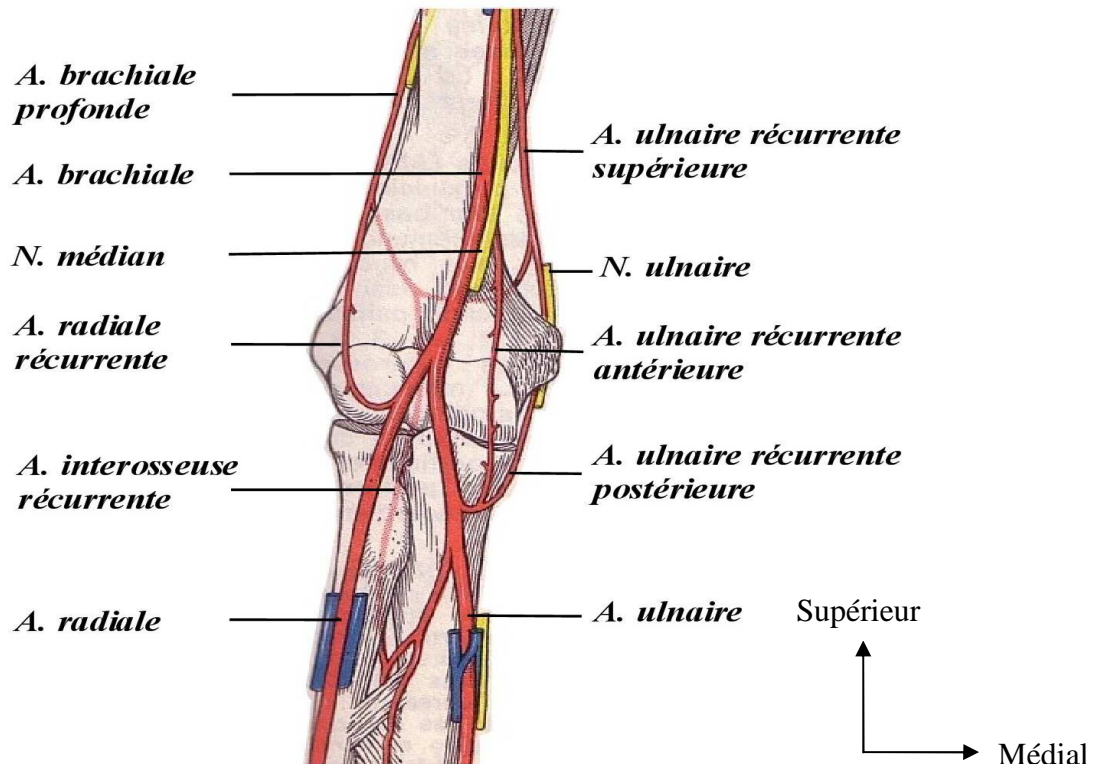


Figure2 : Vue antérieure des artères du coude

6. Les mouvements de l'articulation du coude

Le coude est une articulation emboîtée qui comporte des mouvements de flexion-extension dans le plan sagittal. Les mouvements de pronation et supination se passent dans le coude, dans l'avant bras et dans le poignet.

La mobilité du coude se mesure par rapport à la position anatomique de référence (bras aligné le long du corps, 5ème doigt le long de la cuisse, paume ouvert en avant), le coude est en extension complète (180°, le bec de l'olécrâne vient buter dans la fosse olécrânienne) et la main en supination.

En flexion, le coude peut quasiment fermer l'angle formé entre le bras et l'avant-bras, mais ceci est impossible en raison de l'encombrement musculaire autour de l'articulation.

Il reste alors un angle d'environ **10° à 15°**.



B. ETUDE ANATOMO-CLINIQUE DES LUXATIONS DU COUDE

1. STABILITE DU COUDE

En plus des muscles qui maintiennent l'humérus dans l'incisure trochléaire, la stabilité du coude est sous la dépendance de facteurs essentiellement osseux et ligamentaires. Elle résulte de congruence articulaire et de la présence des éléments capsulo-ligamentaires. Ces facteurs de stabilités du coude se présentent comme suite :

Le ligament collatéral interne dans le plan frontal.

L'olécrane, processus coronoïde et le ligament collatéral externe dans le plan sagittal.

La stabilité radio-ulnaire supérieure est assurée par le ligament annulaire, la membrane interosseuse, spécialement dans sa partie haute ou corde de Weitbrech et le ligament carré de Dénucé.

2. LES DIFFERENTS TYPES DE LUXATIONS

On peut classer les luxations du coude en trois catégories :

- luxation conjointe des deux os de l'avant bras (huméro-anti brachiale)
- Luxation divergente des deux os de l'avant bras.
- Luxation convergente (croisée) des deux os de l'avant bras.

2.1. Luxation huméro-anti brachiale (luxation conjointe)

Il en existe trois variétés :

- **Luxation postérieure** : c'est de loin la plus fréquente.

Elle se produit à la suite d'une chute sur la main, l'avant bras en supination et le coude en extension ou en légère flexion.



Elle peut être postérieure pure si la rétro pulsion est le phénomène principal du traumatisme Ou postéro-externe en s'accompagnant d'un certain degré de déplacement latéral lorsque le mouvement de valgus prédomine au cours de la chute.

Exceptionnellement elle peut être postéro-interne avec fracture condyle latéral.



FIG.2 : Luxation postérieure du coude(C.Fontaine)

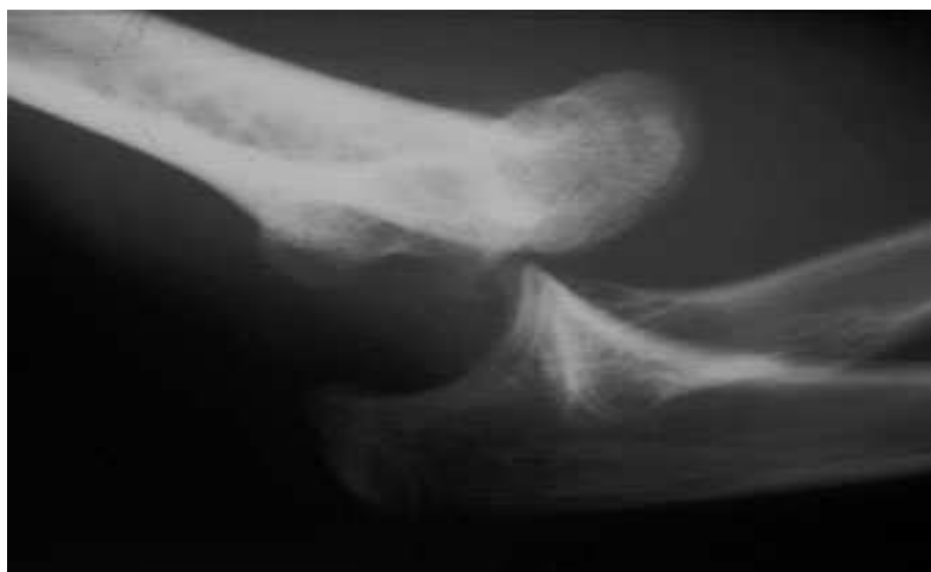


FIG.3 : Radiographie du coude de profil montrant une luxation postérieure (C.Fontaine)



FIG.4 : Luxation postéro-latérale du coude : Aspect clinique de face et profil.



FIG.5 : Luxation postéro-latérale du coude gauche face/profil
- **Luxation latérale** : elle se divise en luxation latérale plus fréquente [28] que la luxation médiale.

- **Luxation antérieure** : Elle est très rare, et représente seulement 2% des luxations du coude. On distingue la luxation antérieure pure exceptionnelle, décrite généralement chez l'adolescent en fin de croissance et la luxation antérieure associée à une fracture de l'olécrâne rencontrée chez l'enfant jeune.

2.2. Luxation divergente des os de l'avant bras

Elle comprend :

- La luxation isolée du radius ;
- Luxation postérieure des deux os divergents.

Affection extrêmement rare, la luxation divergente survient après un traumatisme axial violent avant bras en supination et coude en extension. Le radius se luxe en dehors et l'ulna en arrière de la palette humérale. Les trois articulations du coude sont luxées : huméro - radiale, huméro - ulnaire et radio -ulnaire supérieure. Le ligament annulaire et la membrane interosseuse sont déchirés et les ligaments collatéraux du coude peuvent être rompus. L'importance des lésions des parties molles telles que la réduction de cette lésion est réputée aisée selon certains auteurs mais difficile pour d'autres.

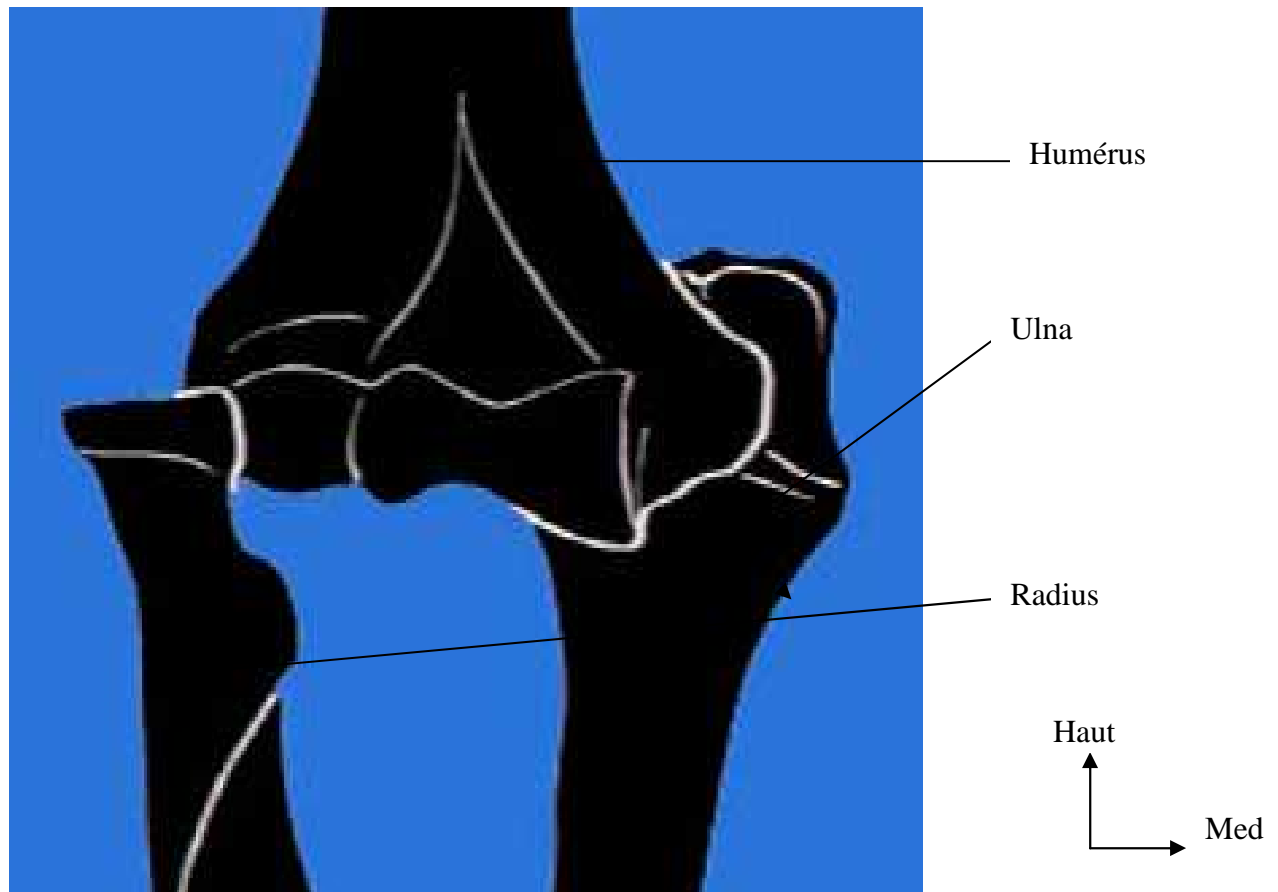


FIG4 : Luxation divergente des os de l'avant-bras (C.Fontaine)

2.3. La luxation croisée des deux os de l'avant bras

Le mécanisme responsable de ce type de luxation n'est pas clairement établi. Dans la luxation convergente ou croisée l'extrémité supérieure du radius passe par devant l'ulna et vient s'articuler avec la trochlée alors que l'ulna est déplacée latéralement en dehors et s'articule avec le capitellum. La tête radiale se trouve ainsi bloquée par le tendon du muscle brachial à la face interne de l'ulna.

3. LUXATION RECENTE DU COUDE

3.1. Etiologie

Fréquente chez les adolescents et Adulte jeune mais peut se rencontrer à tout âge. Elle est due à une chute sur la paume de la main, bras étendu, l'articulation du coude en hyperextension.

3.2. Mécanisme

Le mécanisme habituellement admis est la luxation par hyper extension du coude avec chute sur la paume de la main.

3.3. Anatomie pathologie

Elle étudie les différentes luxations postérieures associées ou non à une fracture. Les deux os solidaires se portent en position postérieure par rapport à la palette humérale (leur déplacement détermine le type de luxation).

Les lésions associées :

- Lésions osseuses : fracture de l'épicondyle médial, de l'épicondyle latéral, du processus coronoïde, de la tête radiale
- Lésion de la capsule et des ligaments : les ligaments collatéraux sont rompus, rupture de la capsule interne, seul résiste le ligament annulaire qui unit les deux os de l'avant bras.
- Lésions musculaires : le biceps et brachial antérieur sont étirés ou dilacérés.
- Lésions nerveuses : les nerfs ulnaire et médian mais elles sont rares.
- Lésions vasculaires : fréquentes dans les luxations ouvertes ; il peut s'agir d'une élongation, d'une contusion artérielle, ou d'une rupture totale ou partielle. Les signes classiques sont : l'ischémie distale et l'hématome.

3.4- Signes Cliniques

Type de description : luxation postéro-latérale du coude

Signes fonctionnels :

- impotence fonctionnelle absolue.
- douleur vive du coude.

Signes physiques :

Inspection : - attitude classique d'un traumatisé du membre supérieur .

- Le coude fléchi à 60°, avant bras en semi pronation, soutenant son membre supérieur blessé avec la main saine.
- Raccourcissement de l'avant bras.
- Elargissement du coude.
- Signe d'Ombredane
- L'œdème si la luxation est vue tardivement

La palpation :

- La palette humérale est perçue en avant au dessus du pli du coude.
- L'olécrane fait une saillie anormale en arrière, surmontée par une dépression, en coup de hache ; il se trouve au dessus de la ligne épitrochléo-épicondylienne.
- Les repères épitrochlée, épicondyle et olécrane ont perdu leurs rapports normaux.
- Toute tentative de mobilisation du coude est très douloureuse.
- La sensibilité et la motricité sont généralement conservées
- la palpation des pouls distaux terminera l'examen clinique.

3.5. Les examens complémentaires

3.5.1 Radiographie standard :

- Deux clichés suffisent de face et de profil pour porter le diagnostic.

Pour Mercer Rang «la luxation du coude non accompagnée de fracture est rare chez l'enfant, il faut toujours rechercher une fracture » [24]

3.5.2. Arthrographie et tomodensitométrie : dans les formes mineures de subluxation et en cas de lésions complexes avec atteinte vasculo-nerveuse.

3.5.3. Echographie du coude : elle est utile chez les enfants de moins de cinq ans car l'épicondyle médial n'est pas encore ossifié.

3.5.4. Echographie Doppler du coude : à la recherche de lésion vasculaire associée surtout en cas d'abolition du pouls radial.

3.6 Traitement

Dans tous les cas, la luxation doit être réduite en urgence.

3.6.1. La réduction orthopédique

-La Réduction :

Sous anesthésie de courte durée, une traction exercée dans l'axe de l'avant bras et une contre-extension appliquée à la partie distale de l'humérus, puis mise en flexion progressive du coude et sont suivies par une pression directe sur l'olécrane. Un ressaut ou un claquement témoignent de la réduction.

Il convient de confirmer la réduction par une radiographie de profil et de tester la stabilité, dans le sens antéro-postérieur et frontal.

-La Contention : L'immobilisation en écharpe pendant 15 jours.

L'immobilisation plâtrée pendant 3 semaines en cas de fracture associée.

La rééducation doit être entreprise dès la levée de l'immobilisation.

-Les Indications :

Luxation stable : immobilisation de durée variable de 10 à 15 jours pour permettre la cicatrisation de la capsule articulaire.

Luxation instable : s'il y a réduction parfaite en flexion, il s'agit de luxation fracture ou d'une rupture ligamentaire. Il faut immobiliser le coude à angle droit rééducation précoce.

Luxation incoercible : rare, stabilité en flexion précaire et la récurrence sous plâtre est pratiquement inévitable. Il faut pratiquer un embrochage huméro-ulnaire coude à angle droit durant 3 semaines. Mais ceci expose à la raideur.

3.6.2. La réduction chirurgicale : on a recours à cette méthode surtout en cas de luxation compliquée.

Indications : elles sont nombreuses et se sont modifiées, en fonction des complications associées

-Complications vasculo-nerveuses ;

-Irréductibilité primitive ayant entraîné l'échec du traitement orthopédique dont l'étiologie sera déterminée en per- opératoire (fracture de voisinage, lésion ligamentaire) ;

-Luxation incoercible ;

-Luxation ancienne

Lorsqu'il y a ostéome, ne pas opérer tant que l'ostéome est jeune, flou à la radio à contours indécis, volume radio inférieur à son volume clinique.

La réduction : se fait sous A.G, par la méthode manuelle

Contention : elle se fait par plâtre.

4. FORMES CLINIQUES

4.1. Luxation récidivante

La luxation récidivante du coude diminue avec l'âge et tend à disparaître vers l'âge adulte. Elle se rencontre après une première luxation traumatique non ou insuffisamment immobilisée. En dehors de ce cas unique de luxation récidivante interne, antérieure, divergente et des subluxations récidivantes sans luxation vraie, il s'agit dans la majorité des cas de luxation récidivante postérieure ou postéro-externe.

Physiopathologie :

Nombreuses physiopathologies ont été admises :

Evasement de la grande cavité sigmoïde de l'ulna,

Fracture de l'épicondyle médial ou fracture de l'apophyse coronoïde ou le défaut de consolidation prédispose à la récurrence.

Les lésions du plan capsulo-ligamentaire latéral du coude. Une hernie synoviale se constitue à travers le ligament collatéral latéral distendu formant une véritable poche capsulaire de luxation.

L'étirement du ligament collatéral médial ou sa rupture paraît secondaire.

Traitement : il fait appel à différentes techniques chirurgicales.

Procédé de Milch : agissent sur le facteur osseux pour stabiliser le coude.

Procédé de Reichenheim: c'est une technique qui porte sur les éléments musculaires.

Le troisième type de procédé a pour but la récupération des lésions capsulo-ligamentaires. La technique de suture des poches capsulaires de luxation et de reconstitution du ligament latéral par capsulorrhaphie est inspirée de la technique d'Osborne et Cotterill qui y associe des points transosseux dans l'épicondyle latéral chez l'adulte. Cette technique est suivie d'une immobilisation plâtrée de trois à quatre semaines nécessaire à la cicatrisation de la capsulorrhaphie. L'enfant s'auto rééduque seul.

4.2. Luxation ancienne

Elle est la conséquence d'une absence de réduction, elle est exceptionnelle. L'évolution est variable.

Traitement

Réposition sanglante simple.

Réséction arthroplastique avec lambeau cutané ou aponévrotique interposé, voir prothèse totale du coude.

4.3 Luxation radio-ulnaire supérieure

Elle comprend la luxation isolée du radius, la luxation isolée du crochet ulnaire et la luxation divergente des deux os de l'avant-bras.

-la luxation isolée de la tête radiale

C'est une affection rare de l'enfant dont l'étiologie est congénitale ou traumatique, elle comprend :

La luxation congénitale : elle constitue une entité particulière et se constate dans la deuxième enfance à l'occasion d'un traumatisme fortuit.

-La luxation traumatique isolée de la tête radiale : elle est rare.

-La luxation isolée du crochet cubital : il s'agit d'une luxation rotatoire. Les observations publiées sont rares.

4. 4. Luxation divergente des os de l'avant-bras

Résultat d'une rupture du ligament annulaire, l'humérus s'enfonçant comme un coin entre radius et ulna.

La rupture du ligament annulaire rend la luxation incoercible et impose une reconstitution chirurgicale.

5. Evolutions:

La luxation isolée du radius réduite d'urgence immobilisée pendant 10 à 20 jours a un pronostic bénin.

Les récurrences sont exceptionnelles mais les séquelles ne sont pas rares.

L'extension n'est récupérée intégralement que dans 1/5 des cas selon Mestdagh [27]. La force de l'avant-bras est diminuée dans 21% des cas selon Grözinger.

La flexion et la prono-supination ne sont pas touchées si bien que la reprise des activités professionnelles est possible au bout d'un délai moyen de six semaines [11].

6. COMPLICATIONS

6.1 LES LÉSIONS ASSOCIÉES (Complications immédiates)

a) Les lésions osseuses :

Elles comprennent :

La fracture de la tête radiale

La fracture du processus coronoïde

La fracture de l'olécrane

La fracture de l'épicondyle latéral (épicondyle externe)

La fracture de l'épicondyle médial (épitrochlée)

Les fractures parcellaires, ostéochondrales et tassements cartilagineux

b) Lésions des parties molles et muscles (muscle brachial antérieur) : elles sont constantes, génératrices d'hématomes et d'ossifications. La fréquence de survenue d'une ouverture cutanée conduit à rappeler que ces lésions peuvent échapper à toute classification et aller jusqu'aux délabrements ouverts de l'articulation par impact direct (traumatisme du « coude à la portière » ou plaies par projectiles)

c) Lésions ligamentaires (rupture ou désinsertion) :

Elles intéressent le ligament collatéral médial ou latéral. Toute luxation avec déplacement important implique la rupture conjointe de ces deux structures.

d) Lésions nerveuses : le nerf ulnaire est plus fréquemment atteint, le diagnostic n'est toujours facile car les signes neurologiques sont souvent discrets.

e) Lésions vasculaires : elles sont fréquentes dans les luxations ouvertes, il peut s'agir d'une élongation, d'une contusion artérielle ou d'une rupture totale ou partielle. Les signes classiques d'une ischémie distale, l'existence d'un gros hématome font évoquer le diagnostic. L'angiographie ou l'exploration chirurgicale s'impose d'urgence si la réduction de la luxation n'améliore pas d'emblée la situation.

f) Générales : polytraumatisme.

6.2. Complications secondaires

L'ossification péri-articulaire ou ostéome du brachial antérieur est une complication rare depuis que l'on s'abstient de tout massage du coude. L'évolution se fait en trois phases :

- Gêne à la flexion-extension avec douleur antérieure et masse perçue dans le pli du coude. A ce stade, la radio ne montre pas d'anomalie.
- Apparition d'une ossification au bout de quelques mois, en avant de la palette humérale dans l'épaisseur du brachial.
- Constitution en 18 mois environ d'une volumineuse ossification visible et palpable. L'enraidissement du coude entraîne alors une gêne fonctionnelle importante.

6.3. Complications tardives

Elles sont relativement rares et se résument à :

- **La raideur du coude** : c'est une simple limitation des mouvements du coude. Une certaine perte d'extension du coude est tolérable, tandis qu'une perte de flexion ne l'est pas. On doit alors pratiquer une arthrolyse, c'est-à-dire une section chirurgicale des adhérences.
- **L'arthrose post-traumatique** qui se traduit par la raideur et la douleur. Une affection caractéristique de l'articulation du coude est l'ostéo-chondromatose secondaire. Les fragments de cartilage libérés par l'arthrose vivent dans l'articulation et s'ossifient. La présence de ces corps étrangers associés à l'hydarthrose du coude entraîne l'irritation ou la compression du nerf cubital, qui se traduit par des douleurs, voire la paralysie des deux derniers doigts.

.Luxation ancienne ou négligée : elle est de découverte parfois tardive chez le polytraumatisé grave. Rétractions, ossifications, disparition des espaces de glissement, comblement des fossettes olécranienne ou coronoïdienne, altération des surfaces articulaires expliquent les résultats incertains du traitement.

.Luxation récidivante : elle survient dans les luxations postérieures, mais elle est rare, le traitement est chirurgical

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée dans le service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie du C.H.U GABRIEL TOURE.

Situation Géographique :

Le C.H.U GABRIEL TOURE, ancien dispensaire central de Bamako, baptisé le 17 janvier 1959, est situé au centre de Bamako en commune CIII avec à l'Est le quartier Médine, à l'ouest l'école nationale d'ingénieurs (ENI), au Nord la garnison de l'état major de l'armée de terre, au Sud le TRANIMEX (société de dédouanement et de transit).

Le C.H.U GABRIEL TOURE comporte :

Un service d'Orthopédie et de Traumatologie

Un service de Chirurgie Générale

Un service de Chirurgie pédiatrique

Un service d'Urologie

Un service de Neurochirurgie

Un service d'accueil des Urgences

Un service de Gynéco obstétrique

Un service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Un service de Médecine composé de :

* Un service de Gastro-entérologie

* Un service de Cardiologie

* Un service de Diabétologie

Un service de Neurologie

Un service de Réanimation adulte

Un service de Pédiatrie

Un service d'Imagerie et de Radiologie

Un service de dermatologie

Un Laboratoire d'analyses médicales

Une morgue

Les locaux du service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie se composent de :

a. Au niveau du bureau des entrées

- Au rez-de-chaussée:

Deux salles de consultation

Une salle d'attente

b. Le pavillon BENITIENI FOFANA

Au Nord de l'hôpital : Il Comporte

Un bureau pour le maître de conférence

Une salle de soins

Un bureau pour le major

Une salle de garde pour les infirmiers

Une salle de plâtrage

Une salle de garde pour les étudiants stagiaires en préparation de thèse de fin de cycle

Neuf salles d'hospitalisation dont trois salles comportant chacune deux lits, deux salles à douze lits (une pour l'homme, une pour les femmes et les enfants), quatre salles à quatre lits dont deux climatisées,

Une salle d'intervention chirurgicale au niveau du bloc opératoire, partagée avec la Neurochirurgie et O.R.L

c) Le pavillon annexe

Au-dessus du service de réanimation adulte au Sud de l'hôpital comportant :

Un bureau pour le maître de conférence ; chef de service

Un bureau pour la secrétaire du chef de service

Une salle de staff pour les dossiers de garde

Une salle pour les matériels d'ostéosynthèses

Un espace où à lieu chaque vendredi le staff du service

Les activités du service :

Les activités du service se répartissent au cours de la semaine entre la consultation externe, la visite des malades hospitalisés et les interventions chirurgicales des malades programmés. Ces différentes activités sont assurées en alternance suivant le planning du service, par un maître de conférences, un Interne des hôpitaux et un groupe d'étudiants stagiaires en préparation de thèse en fin de cycle.

Du lundi au jeudi ont lieu les consultations externes.

Les activités de plâtrage ont lieu tous les jours et les séances kinésithérapie tous les jours ouvrables.

Du lundi au vendredi a lieu la visite des patients hospitalisés, avec un staff du service le vendredi.

Les interventions chirurgicales ont lieu du lundi et Mercredi

Le service assure les gardes avec une équipe composée d'un maître de conférences, un interne des hôpitaux, deux ou trois étudiants stagiaires en préparation de thèse de fin cycle.

2. Matériels

Notre étude portait sur trente-six (36) patients présentant une luxation du coude, admis et traités dans le service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie du C.H.U Gabriel Touré.

Pour mener à bien cette étude, nous nous sommes servis :

- Du dossier des malades ;
- du registre de consultations externes ;

- une fiche d'enquête sous forme de questionnaire pour chaque patient ;
- d'un ordinateur portable Pentium IV de marque DELL avec le logiciel ; Word et Epi info version 6 ;
- du registre du bloc opératoire ;
- une imprimante et une photocopieuse.

3. Echantillonnage

a. Critère d'inclusion

- Tout cas de traumatisme du coude avec luxation confirmée par une radiographie et traitée dans le service, associée ou non à d'autres lésions corporelles durant la période d'étude.

b. Critères de non inclusion

- Tout malade présentant une luxation du coude n'ayant pas entièrement suivi le traitement dans le Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré.
- Les malades aux dossiers incomplets.

4- Méthode

a-Type d'étude : Notre étude a été de type prospectif et longitudinal et s'est étendue sur 12 mois.

b- Période d'étude : il s'agissait d'une étude menée d'octobre 2010 à septembre 2011.

c- La population d'étude : les traumatisés du coude présentant une luxation du coude.

d- Les variables étudiées : ont concerné l'âge, le sexe, la profession, l'étiologie, le diagnostic, le coté atteint, la méthode de traitement et l'évolution.

e- Collecte des données nous avons utilisés une fiche d'enquête pour chaque malade. Pour la saisie et le traitement des données nous avons utilisé un ordinateur avec le logiciel Word et Epi info. version 6.0

g- Critères d'évaluation : Les résultats ont été classés de la manière suivante :

-Les bons résultats : l'absence de douleur, la possibilité d'exécuter tous les mouvements du coude, la bonne restitution anatomique et l'absence de troubles trophiques.

-Les résultats moyens : une légère perturbation fonctionnelle et physique, ou une légère impotence fonctionnelle (douleur, raideur articulaire et, ou déformation).

-Les mauvais résultats : la perte d'un membre supérieur, une déformation ainsi que de séquelles douloureuses et des troubles trophiques.

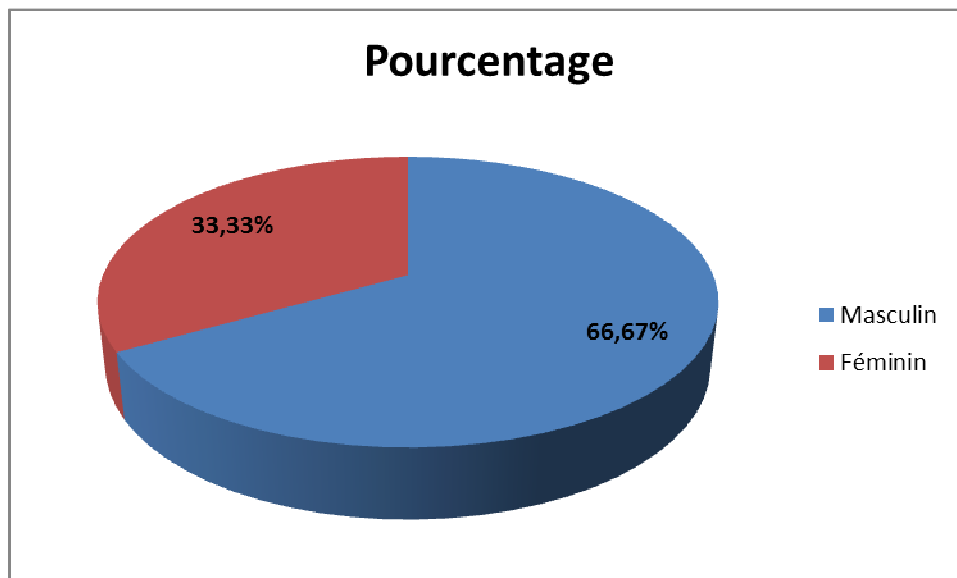
RESULTATS

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

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
0-15 ans	10	27,78
16-30 ans	14	38,89
31-45 ans	7	19,44
> 45 ans	5	13,89
Total	36	100

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 16 à 30 ans soit **38,89%**.

Diagramme I : Répartition des patients selon le sexe



Le sexe masculin a été représenté dans **66,67%**.

Le sex-ratio était de 2 en faveur des hommes.

Tableau II: Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Elève/étudiant	12	33,33
Commerçant	6	16,67
Fonctionnaire	4	11,11
Ménagère	5	13,89
Cultivateur	5	13,89
Chauffeur	2	5,55
Sportif	1	2,78
Tailleur	1	2,78
Total	36	100

Les élèves/étudiants dominaient notre échantillon avec **33,33%**.

Tableau III : Répartition des patients selon la provenance

Provenance (communes)	Effectif	Pourcentage
Commune I	4	11,11
Commune II	7	19,44
Commune III	2	5,55
Commune IV	3	8,33
Commune V	4	11,11
Commune VI	13	36,11
Kati	3	8,33
Total	36	100

La majorité des patients provenait des communes VI et II avec respectivement **36,11%** et **19,44%**.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	17	47,22
Peulh	6	16,67
Sarakolé	4	11,11
Malinké	3	8,33
Sonrhaï	3	8,33
Sénoufo	2	5,55
Bobo	1	2,78
Total	36	100

Les bambaras ont été retrouvés dans **47,22%** des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon le délai de la première consultation

Délai de consultation (jours)	Effectif	Pourcentage
1-7 jours	18	50,00
8-15 jours	2	5,55
16-30 jours	5	13,89
2-12mois	8	22,22
Supérieur à 12 mois	3	8,33
Total	36	100

Les 50% de nos patients ont consulté pendant la première semaine de leur accident.

Tableau VI : Répartition des patients selon la nature de l'accident

Nature de l'accident	Effectif	Pourcentage
Domestique	14	38,89
A C R	16	44,44
Sport	3	8,33
CBV	3	8,33
Total	36	100

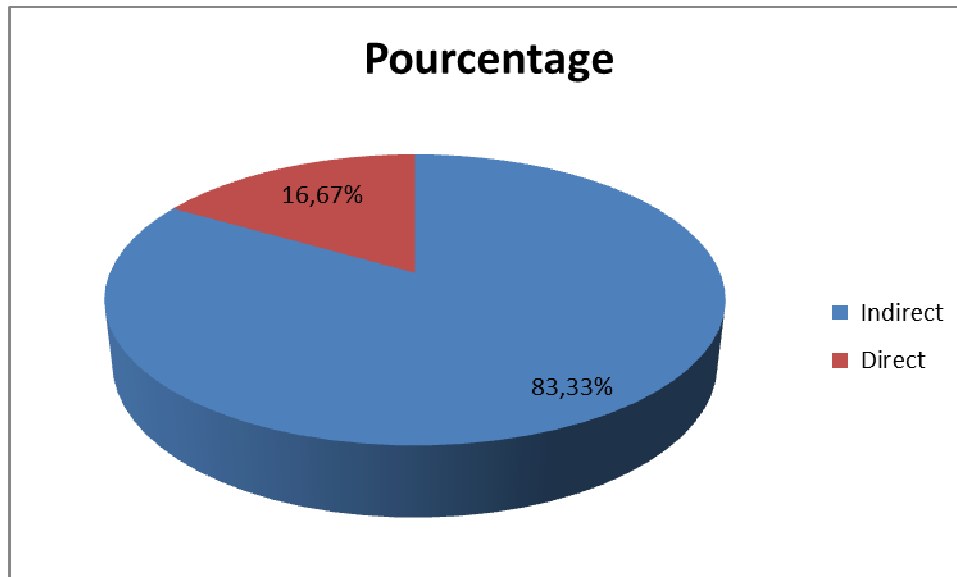
Les accidents de la voie publique et de la vie domestique ont représentés respectivement **44,44%** et **38,89%** des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon le sexe et la nature de l'accident

Nature de l'accident	Effectif	Masculin		Féminin
		Effectif	Pourcentage	Effectif
Domestique	14	(22,22)	8	6(16,67)
ACR	16	(30,56)	11	5(13,89)
Sport	3	(8,33)	3	0(00,00)
CBV	3	(5,56)	2	1(2,78)
Total	36	66,67	24	12(33,33)

A.C.R est la cause la plus fréquente chez le sexe masculin avec 30,56% alors que l'accident domestique a été la plus fréquente chez le sexe féminin avec **16,67%**.

Diagramme II : Répartition des patients selon le mécanisme de l'accident



Le mécanisme indirect a été le plus représenté avec 83,33% des cas.

Signes cliniques

Tableau VIII : Répartition des patients selon les signes cliniques retrouvés

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Douleur	26	72,22
Impotence fonctionnelle	29	80,55
Tuméfaction	19	52,78
Déformation	18	50,00
Raccourcissement	33	91,67

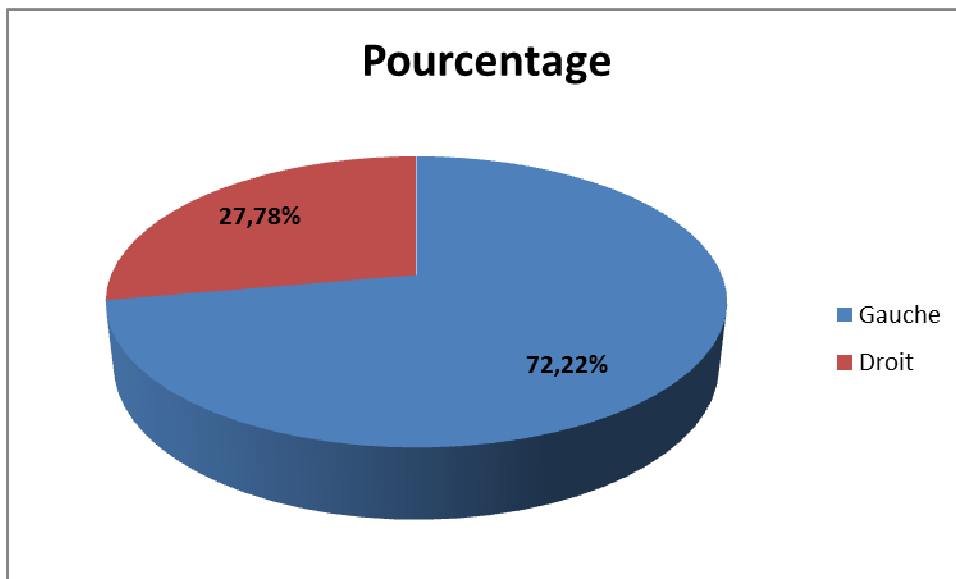
Le raccourcissement, la douleur et l'impotence fonctionnelle étaient les plus représentés, respectivement 91,67%, 80,55% et 72,22%.

Tableau IX : Répartition des patients selon le type de luxation.

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Luxation postérieure	32	88,89
Luxation trans-olécrane	01	2,78
Luxation divergente	01	2,78
Luxation antérieure	02	5,55
TOTAL	36	100

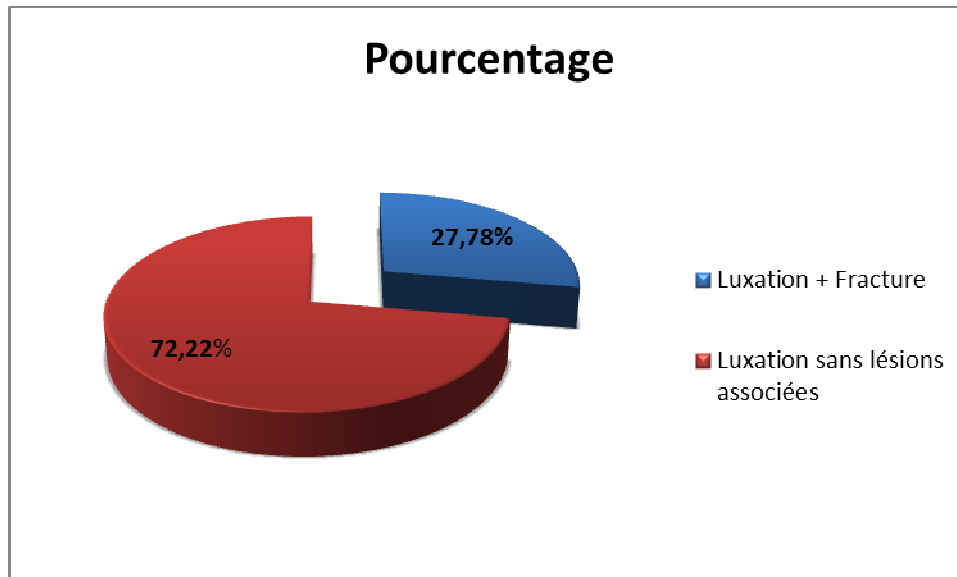
La *luxation postérieure* a été le diagnostic le plus fréquent avec 88,89% des cas.

Diagramme III : Répartition des patients selon le coude atteint



Le coude gauche était le plus concerné **avec 72,22%** des cas.

Diagramme IV : Répartition des patients selon les lésions associées



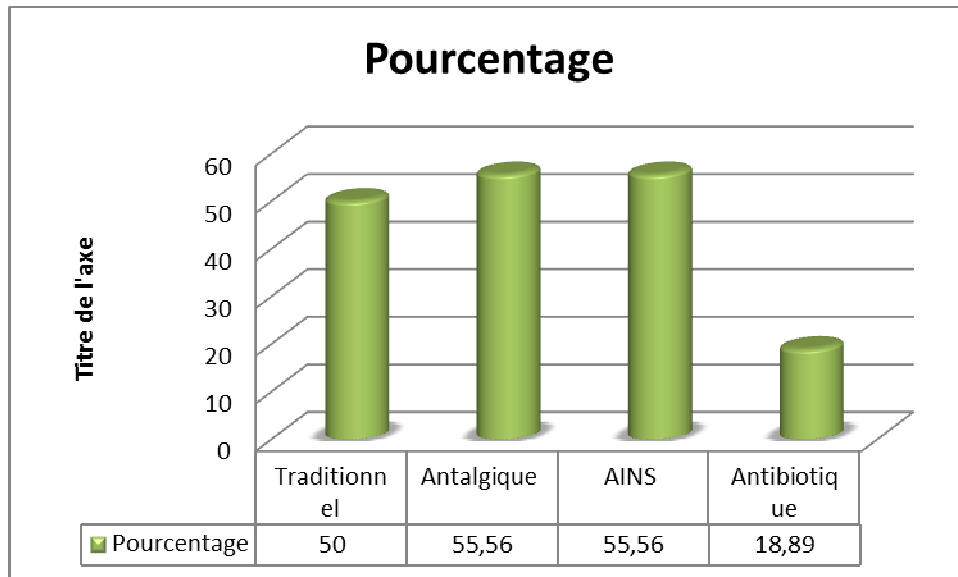
La luxation isolée a été retrouvée dans **72,22%** des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon le siège de fracture

Type de fracture	Effectif	Pourcentage
Epicondyle médial	3	8,33
Olécrane	3	8,33
Tête radiale	3	8,33
Le processus coronoïde	1	2,78
Total	10	27,78

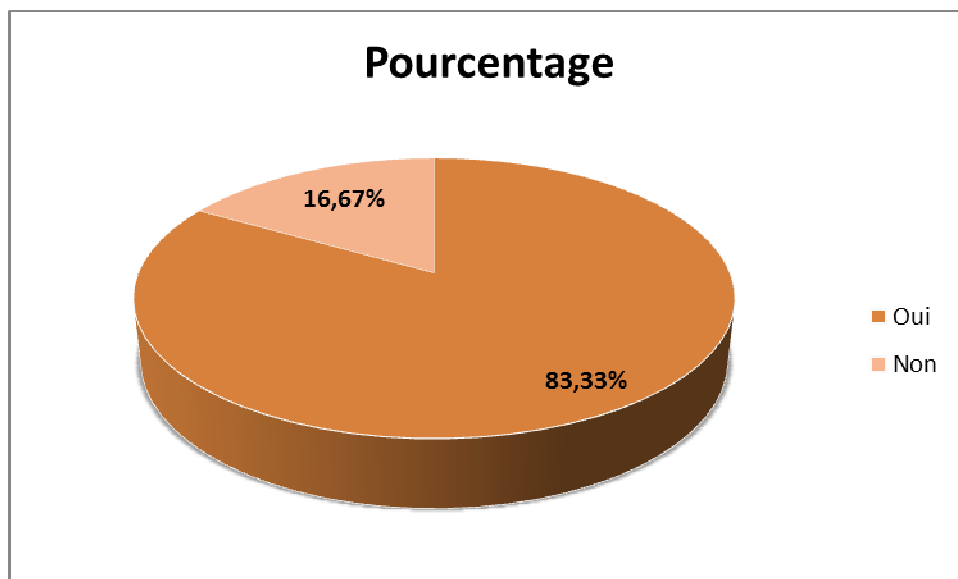
L'épicondyle médial, l'olécrane, et la tête radiale étaient les sièges les plus atteints avec **8,33%** des cas.

Diagramme V : Répartition des patients selon le traitement initial effectué avant l'hôpital :



Le traitement traditionnel a été le traitement initial dans 50% des cas.

Diagramme VI : Répartition des patients selon la réduction de la luxation sous Anesthésie Générale (A.G).



La réduction de la luxation a été pratiquée sous Anesthésie Générale chez **83,33%** de nos patients.

Tableau XI : Répartition des patients selon la prise en charge à l'hôpital

Prise en charge à l'hôpital	Effectif	Pourcentage
Orthopédique + médical	32	88,89
Chirurgicale +médical	4	11, 11
Total	36	100

- La prise en charge à l'hôpital était principalement médicale et orthopédique avec **94,44%** des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon les types de complications:

Complications (+)	Effectifs	Pourcentage %
Ankylose	02	5,56
Raideur	08	22,22
Gangrène	02	5,56
Total	12	33,34

La **raideur** était la principale complication tardive retrouvée avec **22,22%** à cause d'une prise en charge tardive, mais la fonctionnalité du membre était satisfaisante.

Tableau XIII: Répartition des patients selon l'ancienneté de la luxation

Ancienneté de la luxation	Effectif	Pourcentage
Récente	25	69,44
Récidivante	01	2,78
Ancienne	10	27,78
Total	36	100

La luxation récente était la plus fréquente avec **69,44% des** cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'évolution (Résultat)

Evolution	Effectif	Pourcentage
Bonne	24	66,67
Assez bonne	08	22,22
Mauvaise	04	11,11
Total	36	100

L'évolution a été bonne dans **66,67%** des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-Limites de l'étude

Notre étude a été menée dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie du C.H.U Gabriel Touré de Bamako. L'étude a porté sur 36 (trente-six) patients. Le recrutement était exhaustif car il prenait en compte tous les patients vus en consultation externe. La taille de l'échantillon a été réduite du fait des pertes de vue de nos patients. Les croyances socioculturelles ont poussé certains de nos patients à abandonner le traitement moderne.

Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique complet, d'un traitement médical à base d'antalgique et d'anti-inflammatoire en fonction de l'âge et des antécédents médicaux et l'antibiotique si plaie associée. La radiographie standard a été l'examen complémentaire clé pour le diagnostic et la catégorisation lésionnelle.

2-Résultats

2.1-L'âge : L'âge moyen observé dans notre série était de 18,5 ans. La tranche d'âge la plus représentée se situait entre 16 et 30 ans soit 38,89%. Ce résultat pourrait s'expliquer par la recrudescence des accidents de la circulation routière et à une période d'activité intense incontrôlée.

Dans la tranche d'âge de 0 à 15 ans, le taux est de 27,78% est assez important et s'explique par la fréquence des accidents de la vie domestique et l'ossification du coude à cette tranche d'âge.

Nos résultats confirment ceux de la littérature J.C. Pouliquen [30], de B. Cisse [11], qui disait que les traumatismes du coude

est un chapitre très important de l'orthopédie et de traumatologie infantile.

2.2-Le sexe : Le sexe masculin était le plus touché avec 66,67 % des cas soit un sexe ratio de 2 en faveur des hommes. Ce résultat n'étonne guère car le sexe masculin très actif, turbulent, s'adonne à des jeux dangereux quotidiennement qui ne font qu'accroître le pourcentage des luxations.

2.3-Le côté atteint : Dans notre étude, le côté gauche a été le plus atteint avec 72,22 % contre 27,78 % du côté droit. En effet, la plupart de nos patients étaient des droitiers qui utilisent le côté droit pour se sauver, exposant ainsi le côté gauche.

2.4-La profession : Dans notre série les élèves et les étudiants étaient les plus exposés avec 33,33%.

2.5-L'étiologie : Les accidents de la circulation routière et de la vie domestique étaient les principales étiologies avec respectivement 44,44% et 38,89%.

Cet état pourrait être lié à l'âge très jeune de nos patients, victimes fréquemment de chutes dues à des déséquilibres ou simple glissade. Mais aussi, il est dû à des accidents d'engins à deux roues le plus souvent ou de voitures chez les adultes.

Ces résultats sont comparables avec ceux de Almamy.M.K [2] Diallo [13] et ceux de Folschviller [17].

3- Au plan clinique et paraclinique

3.1-La symptomatologie

Dans notre étude le raccourcissement, la douleur et l'impotence fonctionnelle étaient les maîtres symptômes.

La douleur et l'impotence fonctionnelle ont été également évoquées par Almamy.M.K [2]

3.2-Le type de luxation

Dans notre étude les luxations postérieures ont été les plus retrouvées avec 88,89%. Ce taux est proche de celui de Mestdagh. H [27]. Dans notre série nous avons eu moins de luxation antérieure par rapport à Diallo. M et Samake. K [13] soit 5,55% contre 15% et 8,1%. Ces luxations antérieures étaient accompagnées de fracture de l'olécrâne.

3.3-Lésions associées

Dans notre étude les fractures ont représenté 27,78% contre 54,1% dans l'étude de Samake. K.

Nos résultats diffèrent ceux de la littérature Mestdagh.H [27] et ceux de Diallo. M. [13] où on'a plus de fracture ; cette différence s'explique par l'âge de nos patients et la fréquence du mécanisme indirect.

3.4-Les examens complémentaires : La radiographie standard a été le seul examen complémentaire d'imagerie dans notre série. Les incidences standards de face et de profil suffisaient à poser le diagnostic.

Des auteurs M. Blery, S. Chagnon et P. Jaquenod [26] pratiquaient les mêmes incidences en premier lieu et posaient les diagnostics de certitude.

4- Au plan thérapeutique : Dans notre étude le traitement orthopédique a représenté l'attitude thérapeutique principale dans 88,89% des cas comparables à ceux de Diallo. M et Samake.K qui ont trouvés respectivement 92,1% et 97,3%. Dans la majorité des cas nous avons utilisé un plâtre brachio – antibrachio – palmaire.

La chirurgie combinée au traitement orthopédique, a représenté l'attitude thérapeutique dans quatres cas.

Dans les cas où ils existaient des ouvertures nous avons procédé au parage des lésions avant d'immobiliser le membre.

5-Au plan évolutif : L'évolution dépendait de plusieurs facteurs : le délai de consolidation ou de prise en charge, le type de luxation, l'étiologie, les lésions associées, le traitement effectué. Dans notre série, l'évolution était satisfaisante dans 66,67% des cas.

Les 11,11% des mauvais résultats sont dûs à la prise en charge tardive, les manipulations forcées et surtout les massages du coude luxé par les tradithérapeutes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-CONCLUSION

Les résultats observés dans notre étude nous amènent à conclure que les luxations du coude occupent une place importante parmi les traumatismes du coude. Selon les différents auteurs, elles représentent (18%) de toutes les luxations, derrière les luxations de l'épaule 63%. Cet échantillon nous a permis de cerner certains aspects de la traumatologie du coude :

- Le sexe masculin est le plus touché (66,67%) avec un sex-ratio de 2 en faveur des hommes
- Le groupe socio – professionnel, le plus touché a été les élèves et étudiants avec 33,33%.
- Les principales étiologies sont les accidents de la circulation routière et les accidents de vie domestique.

Le diagnostic repose sur la clinique et surtout sur la radiographie standard face et profil.

Dans la majorité des cas, le traitement est orthopédique. Le traitement chirurgical est réservé pour les échecs orthopédiques.

Les complications les plus rencontrées sont les cals vicieux et les raideurs. Les résultats du traitement sont satisfaisants dans la majorité des cas. Le manque de matériel et la prise en charge tardive pourraient expliquer les mauvais résultats obtenus

2-RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude les recommandations suivantes peuvent être formulées en vue d'améliorer d'une part les mesures de prévention des traumatismes du coude, d'autre part le traitement et le suivi de ces patients.

2.1 Aux autorités politiques

- ❖ D'élaborer de lois réprimant l'excès de vitesse,
- ❖ De vulgariser le code de la route dans le secteur scolaire,
- ❖ Exiger le respect strict du code de la route, par les usagers,
- ❖ De contrôler rigoureusement périodiquement des véhicules
- ❖ De médiatiser des gestes utiles à apporter à un blessé avant son admission dans une structure sanitaire (secourisme primaire) ;
- ❖ D'aménager les voies urbaines et interurbaines ;
- ❖ De renforcer les mesures de sécurité sur les routes

2.2-Aux autorités sanitaires

- ❖ De créer un service de chirurgie orthopédique et de traumatologie dans toutes les régions du pays, de former des spécialistes dans ce domaine ;
- ❖ D'approvisionner constamment les structures sanitaires en matériels adéquats et personnels qualifiés.

2.3- Aux personnels médico-sociaux

Nous recommandons la sensibilisation de la population vulnérable (les jeunes) sur les risques des lésions ostéo – articulaires du coude, la nécessité de prendre des mesures de sécurité.

- ❖ Assurer la formation continue, le recyclage périodique du personnel de santé

- ❖ Référer tous les cas de traumatismes du coude dans un service d'orthopédie et de traumatologie
- ❖ Informer le patient et sa famille sur la nécessité de contrôles réguliers en vue de déceler les signes d'ischémie par plâtre, qui conditionnent l'ablation de plâtre ou des mesures d'urgence appropriées.
- ❖ Respecter rigoureusement les délais d'immobilisation,
- ❖ Participer à la rééducation active précoce du coude dès l'ablation du plâtre.

2.4-Aux usagers de la voie publique

- ❖ Respecter le code de la route,
- ❖ Veiller sur le bon état général des engins et principalement le système de freinage et d'éclairage.

2.5-Aux parents et aux familles

- ❖ De bien veiller sur les enfants afin d'éviter les accidents de vie domestique
- ❖ Ne jamais masser un coude traumatisé, ce qui peut favoriser les complications D'amener immédiatement les victimes de traumatisme du coude dans un centre de santé.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. Castaigne. A, Godeau. B, Leponc. JL, Schaeffer. A

Sandoz 3^{ème} Edition sémiologie médicale initiation à la physiopathologie 1992

2. Kire Mohamed. A

Etude des lésions ostéo-articulaires du coude.

Thèse de médecine 2006M305 C.H.U Gabriel Touré Bamako (Mali)

3. Hidalgo Ovejero. A.M, Garcia Mata. S, Ibra Zulategui. P, Heras. J, Martnez Grande. M

Luxation antérieure du coude sans fracture d'olécrane associée. A propos d'un cas récent Rev. De chirur. Orth., 1988, vol 74, n° 3

4. Patel. A, Derome. P, Dufour. B, Honnart. F, Neveux. J.Y, Pasteyar. J, Patel. JCI, Pouliquen. JCI, Soubiran. JM

Abrégé de traumatologie 3^{ème} édition 1983 Paris P 179-189

5. Birkner. R.

L'image radiologique typique du squelette. Maloine, édit., Paris, 1980

6. Botman OM.

Body mass index of patient with elbow and ankle requiring surgical treatment. Journal of trauma 1994; vol. 74, n° 1

7. Toussaint. B

« Les arthroses du coude indication et mode de réalisation »
Supplément Rev De chir. Orth. Vol. 74, n°3 1988, 39^{ème} série
Thèse, Montpellier, 1987.

8. Caja. VL, Moroni. A, Vendemia. V, Sabatoc , Zinghi

Surgical treatment of bicondylar fractures of the distal humerus injury 1994, Vol 25, n°7

9. Casting .J; Soutoul J.H

Atlas de coupes anatomiques. Membre supérieur. -Maloine, édit ;
Paris, 1967

10. Chess D.G; Leahey J.l; Hyndman J.c

Cubitus varus: significant factors

Journal of pediatric ortopedies; 1994; vol 14; n°2

11. Cisse. B

Le coude traumatique au Mali Thèse de médecine 1978M29

12. Coussement. A, Faure. C, Coussement- Beyylard. N.

Repères et mesure radiodiagnostic. – Expansion Scientifique
française, édit, Paris, 1980.

13. Diallo. M

Traumatisme du coude, Thèse de médecine 1996M46 MALI

14.Selton. D, Khouri. N (limoge. Paris)

Paralysie du nerf radial et fracture supra-condylienne de
l'humérus chez

L'enfant. Rev. De chir. Ortho vol 78,1992, n°2

**15. EL. Bardouni. A, Malifounde .M, Ouadghiri. M, Halhal. M,
EL Yacoubi. M, EL Manouar. M**

Luxation divergente du coude à propos d'un cas

Rev. De chir. Orth vol 80,1994, n°2

16. Eto RT, Anderson. PW, Harley. JD

Elbow arthrography with application of tomography

Radiolyse 1975; 115:283-288

17. Folschveiller. J, Anger. R, Aboussouan. G

Traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus
chez l'adulte par réduction orthopédique.

Rev. De chir. Ortho 1964, 30 : 289-298

18. Youmachev. G

Traumatologie et orthopédie (traduction française. Edition Mir1981)

19. Guilbeau .Jc, Muelhi. Mm, Nahum. H

Les profils modifiés du coude en traumatologie. Intérêt de l'incidence

Tête radiale capitellum et d'une nouvelle incidence coronoïde trochlée.

Radios. 1986 ; 67 :439-444

20. Hutten. D et Duparc. J

Fracture de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant bras chez l'adulte.

I. Radius. Editions techniques E.M.C (Paris).appareil locomoteur 14042A10, 5-1990,12p

II. Cubitus. (III) fractures associées .Editions techniques E.M.C (Paris)

Appareil locomoteur 14042A10, 5-1990,12p

21. Barsotti. J, Dujardin. C, Cancel. J

Guide pratique de traumatologie 3^e édition 1996, Paris, P52-54,265p

22. Kady. J et Kron. B

Anatomie descriptive fonctionnelle et orthopédique du membre Supérieure 611. 97 C.A.D n°309.C

23. Maisonne. J ; Coudaine. R

Anatomie clinique et opératoire tome 1,1950, Paris, N° d'édition : 314

24. Damsain. JP, Pidet. O, Carlioz. H (Paris. France)

Fracture supra condylienne en flexion de l'humérus de l'enfant
Rev. De chir. Ortho vol 79,1993, n°1

25. KIPFER M.

A propos de 174 cas de fractures récentes de la palette
Humérale chez l'adulte (thèse de médecine) Paris 19710- 73P

26. Blery. M, Chagnon. S et Jaquenod. P

Traité de Radiodiagnostic I-II Squelette normal neuroradiologie
appareil Locomoteur : 30-340-A10-1987

27. Mestdagh H, Sensey J.J, fontaine C, Giard H

Luxation du coude E.M.C (Paris, France) App.Loco. 14042 A10,
12-1984, 8p

28. Ogden JA

Skeletal injury in the child. P370-86, Philadelphia, WB Saunders
Company, 1990.

29. Philippe Putz, Christian Desmet

Ostéosynthèse des fractures de l'adulte et rééducation ISBN
287671079X – 1991, 176P

30. Pouliquen JC et Robriquez Mr

Fracture de l'extrémité supérieure des deux os l'avant bras chez
l'enfant. EMC (Paris France), App Loco 14043C10, 10-1983

31. Pidhorz. L et Beddouk. A

Fracture de la palette humérale de l'adulte .E.M.C, Paris, App.
Loco 14041A10, 2-1983

32. Traisdale. Rt, Amadio. P.C, Cooney. W.P, Mourey. B.F

Radio-ulnaire dissociation

Rev. de chir. Orth. Vol 80 1994, n°2

33. Dubert. T, Benkalfate. T, Enkaoua. E

Une luxation du coude exceptionnelle : la luxation convergente.

Rev. De chir. Orth vol 77, 1991, n°6

34. Tripon. P; Savorin. C; Boeri. C; Goldschild. M

Fixation externe des fracas ouverts du coude. Chirurgie du membre supérieur. Médecine et armées 1993, vol 21, n°3-4

35. SAMAKE.K

Aspects Epidemio-cliniques et Thérapeutiques des luxations du coude. Thèse de médecine 08M

**36. TRAITES DES TRAUMATISMES DU MEMBRE INFERIEUR :
Professeur MUSTAPHA MAHPHOUD**

FICHE D'ENQUETE

1). Identité du malade :

Nom :.....

Prénom(s) :.....

Sexe: /...../

Age : /...../

Profession: /...../

Adresse :.....

Ethnie :.....

2). Date de consultation :.....

3). Date de l'accident :.....

4). Nature de l'accident :

Accident vie domestique: /...../

ACR: /...../

Accident du Sport: /...../

Accident de Travail : /...../

CBV : /...../

Autres : /...../

5). Mécanisme du traumatisme :

Direct: /..... /

Indirect : /..... /

6). Signes cliniques :

a) Signes fonctionnels :

Douleur : /...../

Impotence fonctionnelle : /...../

b) Signes physiques :

Attitude classique des traumatisés du membre supérieur /...../

Tuméfaction : /..... /

Déformation : /...../

Raccourcissement /...../

Elargissement du coude /...../

7). Diagnostic du traumatisme :

Luxation postéro-médiale : /..... /

Luxation postéro-latérale : /...../

Luxation antéro-médiale : /...../

Luxation antérolatérale : /...../

Luxation trans-olécranienne: /...../

Luxation convergente : /...../

Luxation divergente: /...../

8). Coude atteint :

Coude droit : /...../

Coude gauche : /..... /

9). Lésions associées :

Parties molles et muscles : /..... /

Ligamentaires : /...../

Nerveuses : /...../

Vasculaires (ischémie distale et hématome) : /...../

Fractures de l'épicondyle médial /...../

Fractures de la palette humérale /...../

Fractures de la tête radiale /...../

Fractures du processus coronoïde /...../

Fractures de l'olécrane /...../

10) Type de traitement effectué avant :

a) Médical moderne :

Antalgique : /...../

AINS : /...../

ATB : /...../

b) Médical traditionnel : /...../

11). Prise en charge à l'hôpital :

Antalgique : /...../

AINS : /..... /

ATB : /...../

Orthopédique : /..... /

Chirurgicale:/...../

Radiographie : /..... /

12). Complications :

Raideur : /...../

Cals vicieux:/...../

Ankylose : /...../

Ostéomes/...../

Autres:.....

13). Evolution :

Mauvaise : /..... / (petite mobilité articulaire)

Assez bonne : /...../ (Extension et flexion limitées)

Bonne : /..... / (extension et flexion normales)

14). type de luxation :

Récente : / /

Récidivante : /...../

Ancienne ou négligée:/...../

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom et Prénoms : TRAORE Soumana

Titre de Thèse : ETUDES Epidémio-Cliniques Thérapeutiques des Luxations du Coude dans le Service de Chirurgie Orthopédique et de traumatologie du C.H.U Gabriel Touré.

Année de soutenance : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la **F.M.O.S**

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

Résumé : les luxations du coude sont des traumatismes fréquents, dont la prise en charge est bien codifiée.

Au Mali peu d'études ont été consacrées aux Luxations du coude. Pour combler ce vide nous avons entrepris ce travail.

C'est ainsi que d'octobre 2010 à Septembre 2011, 36 cas de luxations du coude ont été traités dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du C.H.U Gabriel Touré.

L'âge de nos patients variait entre 2 ans et 55 ans avec un âge moyen de 18.5 ans. Il s'agissait de 24 hommes et de 12 femmes. Les luxations étaient postérieures 88,89 % des cas.

Le traumatisme causal était principalement l'accident de la circulation routière.

Les principaux signes cliniques en faveur ont été la douleur et l'impotence fonctionnelle et la tuméfaction.

La prise en charge consiste à la réduction du coude sous anesthésie suivie d'une immobilisation plâtré pendant 3 à 6 semaines.

L'évolution était bonne, assez bonne et mauvaise.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et 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'honoraire.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mes patients.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai jamais 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.