

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2020-2021

N° .../

TITRE

**TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FRACTURES DES  
PLATEAUX TIBIAUX AU CHU BSS DE KATI**

MEMOIRE

Présentée et soutenue le .../.../2021

Devant le jury la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

***Dr Binamara DIAKITE***

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique

JURY

**Président du jury : Pr Tieman COULIBALY**

**Co-directeur de mémoire : Dr Cheick O SANOGO**

**Directeur de mémoire : Pr Adégné TOGO**

## **SOMMAIRE**

Abréviations : .....	IV
INTRODUCTION.....	1
I. OBJECTIFS : .....	2
1. Objectif générale : .....	2
2. Objectifs spécifiques : .....	2
1. Méthodologie : .....	3
1.1. Cadre d'étude : .....	3
2. Type et période d'étude : .....	4
3. Echantillonnage : .....	4
4. Population d'étude : .....	4
4-1. Critères d'inclusions : Ont été inclus : .....	4
4-2. Critères de non-inclusions : N'ont pas été inclus : .....	4
5. Méthodes : .....	5
5-1. Prise en charge des fractures des plateaux tibiaux : .....	5
5-2. Collecte de données : .....	5
6. Considérations éthiques et conflit d'intérêt.....	6
II. RESULTATS .....	9
1. L'âge : .....	9
2. Le sexe : .....	10
3. Les antécédents : .....	10
4. L'étiologie : .....	11
5. Le coté atteint ; .....	11
6. Durée d'hospitalisation : .....	12
7. Lésions associées : .....	12
8. Les examens complémentaires : .....	12
9. Le type de la fracture : .....	13
10. Traitement médical : .....	14
11. La voie d'abord : .....	14
12. Le matériel d'ostéosynthèse : .....	15
13. L'apport de greffon : .....	15
14. La rééducation : .....	16
1. Les complications : .....	16
III. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	20
1. Epidémiologie : .....	20
a. Age .....	20
b. Sexe .....	20

**TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FRACTURES DES PLATEAUX TIBIAUX AU CHU BSS  
DE KATI**

c. Membre atteint : .....	21
d. Durée d'hospitalisation : .....	21
1. Clinique .....	22
a. Etiologie .....	22
b. Lésions associées : .....	22
c. Type anatomo-pathologique de la fracture : .....	22
1. Le traitement : .....	23
a. La voie d'abord : .....	23
b. Matériel d'ostéosynthèse .....	23
c. La rééducation : .....	24
1. Évolution : .....	24
IV. Conclusion : .....	25
V. REFERENCES .....	26
FICHE SIGNALITIQUE: .....	28

# **ABBREVIATIONS**

**Abréviations :**

**AO** : Association pour l'ostéosynthèse

**AS** : Accident de sport

**ATCD** : Antécédents

**AVD** : Accident de vie domestique

**AVP** : Accident de la voie publique

**BSS** : Bocar Sidy Sall

**CBV** : Coups et blessures volontaires

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**Col** : Collaborateurs

**FMOS** : Faculté de médecine et d'odonto stomatologie

**HGT** : Hôpital Gabriel Touré

**HTA** : Hypertension artérielle

**ID** : Identifiant

**LISS** : Less Invasive Stabilisatin System Plate

**P** : Probabilité

**PMA** : Ponstel Merle d'Aubigné

**SOFCOT** : Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

**TDM** : Tomodensitométrie

# **INTRODUCTION**

## **INTRODUCTION**

Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia sont des fractures dont le siège se situe au niveau de la zone métaphyso-épiphysaire proximale du tibia. Ces fractures occupent une place importante parmi les traumatismes du squelette en général et les traumatismes du genou en particulier (1 à 2% de tous les fractures) [1].

En 1875 Richet les individualisa comme une entité à part des autres fractures du tibia [2]. Une étude faite en 2018 au CHU Gabriel Touré a retrouvé une fréquence de **1,13%** [3]. Ces fractures sont en augmentation croissante, atteignent surtout le sujet jeune et actif. Elles sont deux fois plus fréquentes chez l'homme que la femme et rarissimes chez l'enfant [4]. Ces fractures sont fréquentes, elles représentent 1% de l'ensemble des fractures et 25% des fractures tibiales [5,6]. En 1980, dans les pays industrialisés, l'incidence des fractures des plateaux tibiaux est de 123 pour 10000 habitants chez les femmes et de 104 pour 10000 habitants chez les hommes. [7]

Les principales étiologies restent dominées par les accidents de la voie publique (AVP) et les accidents de sport (AS) [1, 4]. Elles constituent une urgence traumatologique en raison de leur caractère intra articulaire et doivent bénéficier d'une prise en charge adéquate afin d'éviter l'évolution vers l'arthrose post traumatique, qui reste la complication la plus redoutable à long terme. La consolidation de ces fractures est obtenue en 3 mois en moyenne si elle est bien traitée.

La prise en charge de ces fractures dépend de plusieurs éléments : l'âge du patient, l'état cutané, le type radiologique de la fracture, et l'état articulaire antérieur. Le traitement chirurgical doit obéir à des règles à savoir: la précocité de la prise en charge, la réduction anatomique du profil articulaire avec restauration des axes mécaniques du genou et une ostéosynthèse solide permettant une mobilisation précoce du genou.

# **OBJECTIFS**



**I. OBJECTIFS :**

**1. Objectif générale :**

Evaluer le traitement chirurgical des fractures des plateaux tibiaux dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU BSS de Kati

**2. Objectifs spécifiques :**

-Déterminer la fréquence des fractures des plateaux tibiaux traitées chirurgicalement au CHU BSS KATI.

-Décrire les aspects diagnostiques des fractures des plateaux tibiaux traitées chirurgicalement.

-Analyser les résultats anatomiques et fonctionnels.

# **METHOLOGIE**

## **1. Méthodologie :**

### **1.1. Cadre d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service d'Orthopédie-Traumatologie du CHU Pr. BSS de Kati. C'est le plus grand service de l'établissement et la grande partie des activités y sont concentrées.

**a. Les locaux :** Le service d'Orthopédie-Traumatologie est composé de :

-Deux pavillons d'hospitalisation (A et B) avec une capacité de 56 lits répartis en 9 salles de 1ère catégorie, 11 salles de 2ème catégorie et 5 salles de 3ème catégorie. Chaque pavillon a une salle de soins.

-Un bloc opératoire comprenant deux secteurs : le secteur A composé de deux salles d'intervention destiné à la chirurgie propre et le secteur B composé de trois salles dont l'une septique partagée par l'orthopédie et les autres services de chirurgie.

**b. Le personnel :** Le service d'Orthopédie-Traumatologie compte 11

Infirmiers (dont 2 surveillants d'unité), 7 chirurgiens dont 6 orthopédistes (4 praticiens hospitaliers permanents, 2 militaires en vacation) et un Neurochirurgien. En plus de ce personnel permanent, le service compte un personnel en cours de formation constitué par des médecins en spécialisation et des étudiants en thèse ou en stage.

**c. Les activités :** Les activités du service sont organisées comme suit :

-Le staff de compte rendu de garde a lieu tous les jours du lundi au vendredi ;

- Les activités du bloc opératoire se déroulent du lundi au jeudi ;

- Le staff de programmation a lieu tous les vendredis;

- La visite quotidienne aux patients hospitalisés ;

- La grande visite aux patients hospitalisés tous les vendredis après le staff.

## **2. Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique. Elle a été menée sur une période de 5 ans : Janvier 2016 à Décembre 2020.

## **3. Echantillonnage :**

L'échantillonnage a été fait en tenant compte des critères de sélection de notre population d'étude.

## **4. Population d'étude :**

Notre étude a concerné les patients de tout âge, de sexe masculin ou féminin admis dans le service d'Orthopédie-Traumatologie du CHU- Pr. BSS-Kati.

### **4-1. Critères d'inclusions : Ont été inclus :**

Tous les patients qui ont été opérés d'une fracture des plateaux tibiaux pendant la période d'étude et suivi pendant 10 mois.

### **4-2. Critères de non-inclusions : N'ont pas été inclus :**

- Les patients opérés de fracture des plateaux tibiaux en dehors de la période d'étude ;
- Les patients opérés de fracture des plateaux tibiaux pendant la période d'étude dont le dossier médical n'a pas été retrouvé ou incomplet ;
- Les patients ayant fait de fracture des plateaux tibiaux non opérée ;
- Les patients opérés d'une autre pathologie ;
- Les patients opérés de fracture des plateaux tibiaux avec délais de suivi inférieur à 10 mois.

## **5. Méthodes :**

### **5-1. Prise en charge des fractures des plateaux tibiaux :**

Le traitement chirurgical a été indiqué dans tous les cas de fractures avec déplacement sauf en cas de contre-indication opératoire ou le refus du patient.

La radiographie du genou était le principal moyen diagnostique. Elle a été complétée de la TDM à chaque fois qu'il y avait un doute sur le type ou l'importance de la fracture. L'ostéosynthèse a été réalisée en différée sauf dans les cas de fractures ouvertes. La voie d'abord a été définie en fonction du type de la fracture. Dans les fractures séparation pure, la réduction et la synthèse par vis ou plaque était la règle. Dans tous les cas avec une composante d'enfoncement, la greffe cortico-spongieuse iliaque a été réalisée suivi de la synthèse par plaque. L'arthrotomie a été sous méniscale avec reconstruction en fin d'intervention.

L'antibioprophylaxie a été systématique. Le traitement anticoagulant a débuté à l'admission et a été poursuivi en post opératoire jusqu'à l'appui. La rééducation a débuté le lendemain de l'intervention et poursuivi jusqu'à la restauration de la mobilité du genou. Les patients ont été revus périodiquement avec un intervalle de 4 semaines. L'appui était autorisé en fonction de la progression du processus de consolidation.

### **5-2. Collecte de données :**

Elle a comporté quatre phases :

Phase de conception de support des données : Elle a comporté les variables suivantes : Données administratives (âge, sexe, délai de consultation), les étiologies et mécanisme, les aspects anatomopathologiques, les moyens thérapeutiques, les suites opératoires et le résultat final.

Nous avons défini comme délai de consultation, le temps écoulé entre le traumatisme et l'admission dans notre service ; et comme délai de prise en charge le temps écoulé entre l'admission de la réalisation du traitement définitif.

- Phase de collecte des données : Les données ont été collectées à partir des dossiers, des registres de consultation, de compte rendu opératoire et les registres d'hospitalisation du service d'Orthopédie-Traumatologie. Chaque patient avait un dossier dans lequel étaient portées toutes les données administratives, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques et évolutives.
- Analyse et traitement des données : La saisie du texte a été effectuée sur le logiciel Word 2013 et les graphiques ont été réalisés à partir du logiciel Excel 2013. Les données ont été analysées à partir du logiciel IBM SPSS Statistics 21. Le test statistique utilisé était celui de Fisher avec un seuil de signification pour  $P \leq 0,05$ . Le test de Khi-carré de Pearson a été utilisé si celui de Fisher n'était pas concluant.
- Appréciation du résultat : L'évaluation a été faite après un recul minimum de 10 mois, selon les critères anatomiques selon MAZAS et DUPARC et les critères fonctionnels selon PONSTEL MERLE d'AUBIGNE. [30]

## **6. Considérations éthiques et conflit d'intérêt**

Nous nous engagerons à protéger la vie privée de ces patients en gardant confidentiels les renseignements privés acquis dans le cadre de la recherche.

Un protocole d'étude a été établi corrigé par le codirecteur et approuvé par le comité scientifique du CHU BSS de Kati.

**Tableau I: Critères fonctionnels PMA**

<b>Critères</b>	<b>Marche</b>	<b>Douleur</b>	<b>Mobilité</b>	<b>Stabilité</b>
<b>Très bon</b>	Normale	Pas de douleur	Extension complète, flexion de 120° ou plus	Parfaite, pas de laxité
<b>Bon</b>	Normale ou légère claudication	Douleur rares et modérées	Flexion de plus de 90°, extension complète au flessum de moins de 10°	Pas de laxité en extension, accroupissement unilatéral possible mais avec difficulté minime
<b>Moyen</b>	Limité ou avec une canne	A l'effort	Flexion de 60° à 90°, Flessum inférieur à 20°	Laxité en extension, accroupissement unilatéral impossible
<b>Mauvais</b>	Marche impossible ou avec 2 cannes	Permanente	Flexion inférieure à 60°, flessum supérieur à 20°	Instabilité grave, appui monopodal impossible

**Tableau II: Critères anatomiques MAZAS et DUPARC**

<b>Critères</b>	<b>Surface articulaire</b>	<b>Interligne</b>	<b>Arthrose</b>	<b>Axe</b>
<b>Très bon</b>	Reconstitution Parfaite	Normale	Absente	Aucun défaut d'axe
<b>Bons</b>	Petit enfonce-ment résiduel et localisé	Altération minimes	Signes minimes	Pas de dévi-ation en varus, valgus de moins de 15°
<b>Mauvais</b>	Enfoncement important	Altération grave	Signes francs	Dévi-ation en varus, valgus de plus de 15°



# **RESULTATS**

## **II. RESULTATS**

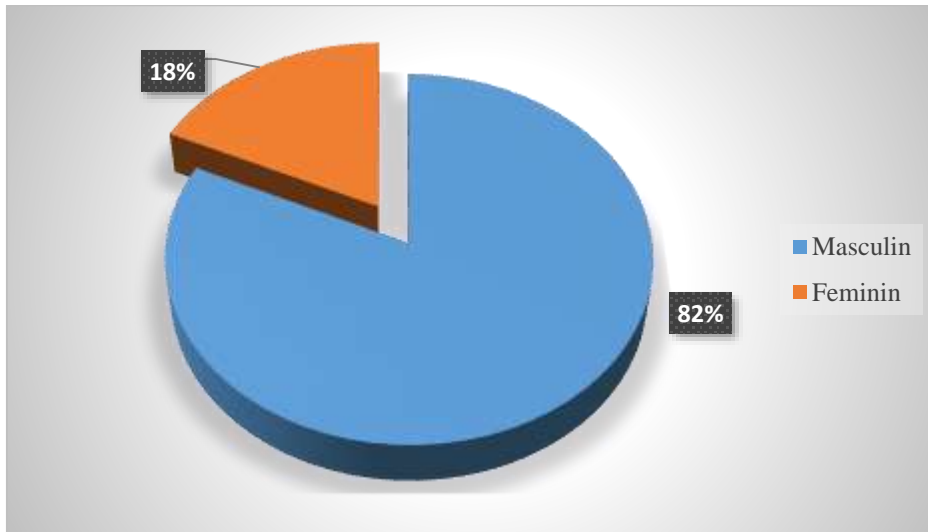
### **1. L'âge :**

**Tableau III: Répartition des patients selon la tranche d'âge**

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence %</b>	<b>Fréquence cumulée</b>
<20an	1	1,6	1,6
20 à 29	11	18,0	19,6
30 à 39	12	19,7	39,3
<b>40 à 49</b>	<b>13</b>	<b>21,3</b>	<b>60,6</b>
50 à 59	12	19,7	80,3
60 à 69	10	16,4	96,7
70 et +	2	3,3	100,0
Total	61	100,0	

L'âge moyen a été de 43.9 ans avec des extrêmes de 19 et 72 ans et un écart type de 14,4.

**2. Le sexe :**



**Figure 1: Répartition des patients selon le sexe.**

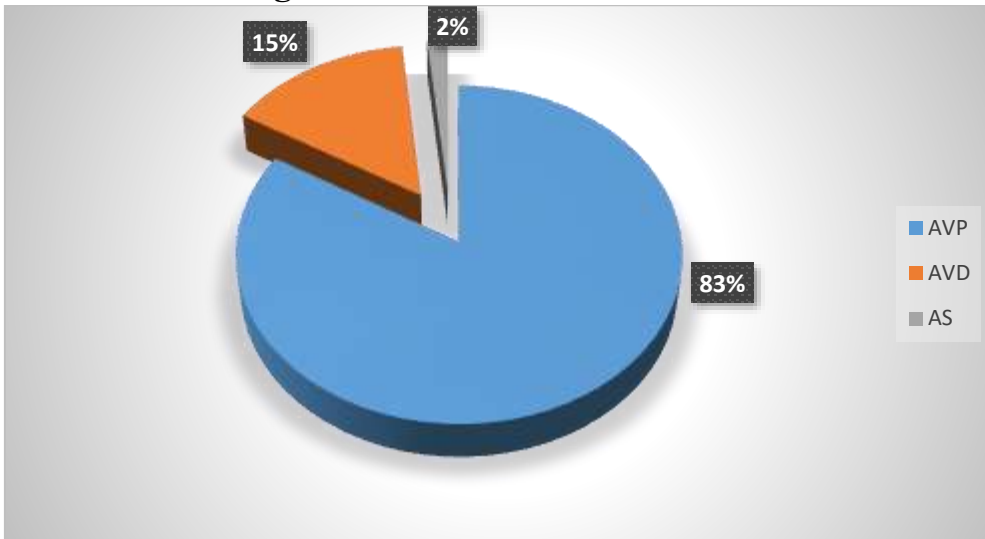
Le sexe ratio a été de 4,5.

**3. Les antécédents :**

**Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents.**

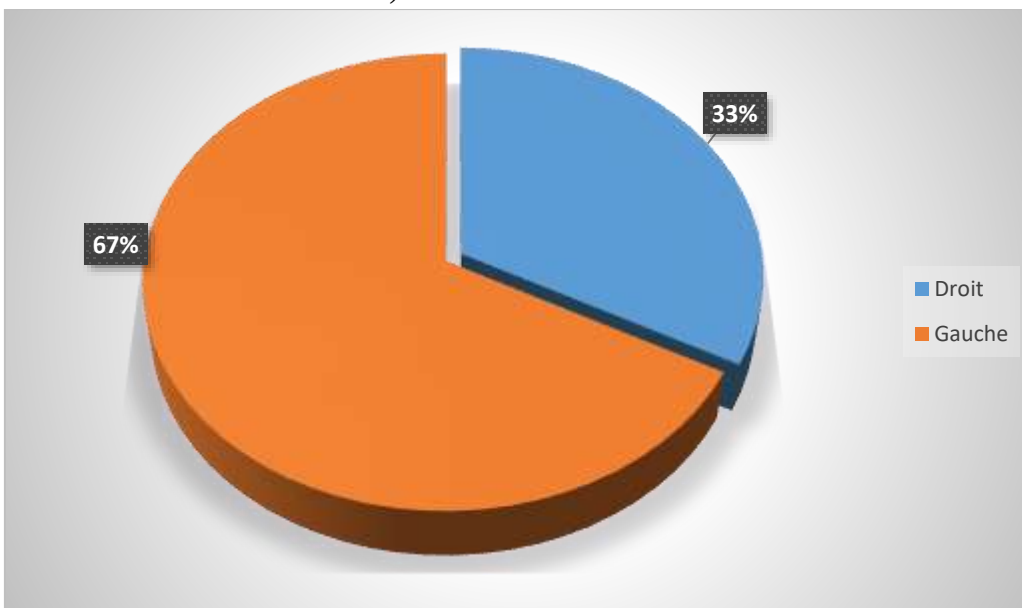
<b>Antécédents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence %</b>
<b>médicaux</b>		
<b>HTA</b>	<b>7</b>	<b>70</b>
diabète	2	20
HTA + diabète	1	10
Total	10	100

**4. L'étiologie :**



**Figure 2: Répartition des patients selon l'étiologie.**

**5. Le coté atteint ;**



**Figure 3: Répartition des patients selon le coté atteint.**

**6. Durée d'hospitalisation :**

La durée d'hospitalisation moyenne a été de 178 jours avec des extrêmes et 164 jours

**7. Lésions associées :**

Les lésions associées ont été retrouvées chez 11 patients

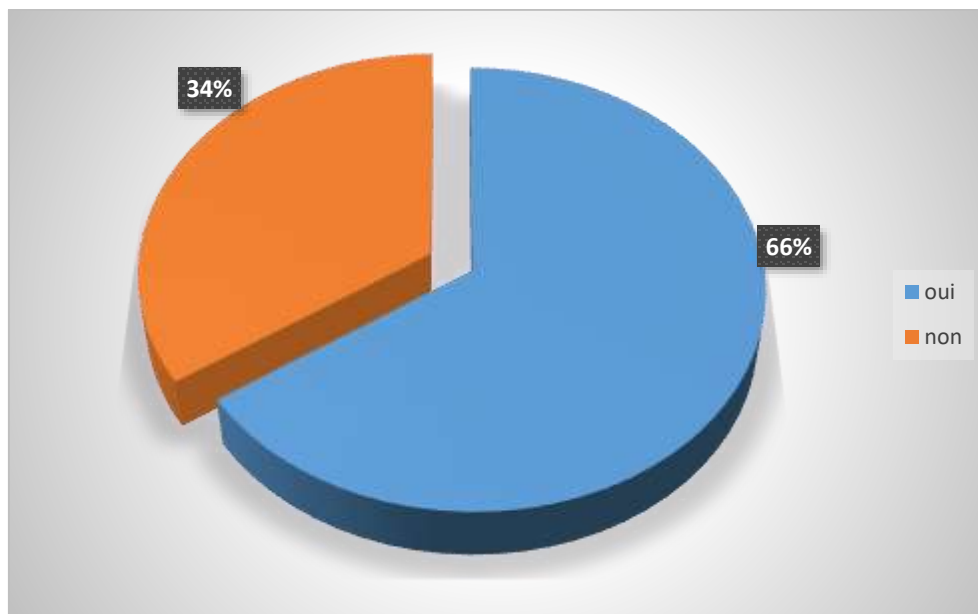
**Tableau V: Répartition des patients selon les lésions associées.**

Lésions associées	Effectif	Fréquence %
plaie	4	36,3
autres fractures	5	45,5
polytraumatisme	1	9,1
Pré syndrome de loge	1	9,1
Total	11	100,0

D'autres fractures étaient associées dans 8.2% des cas.

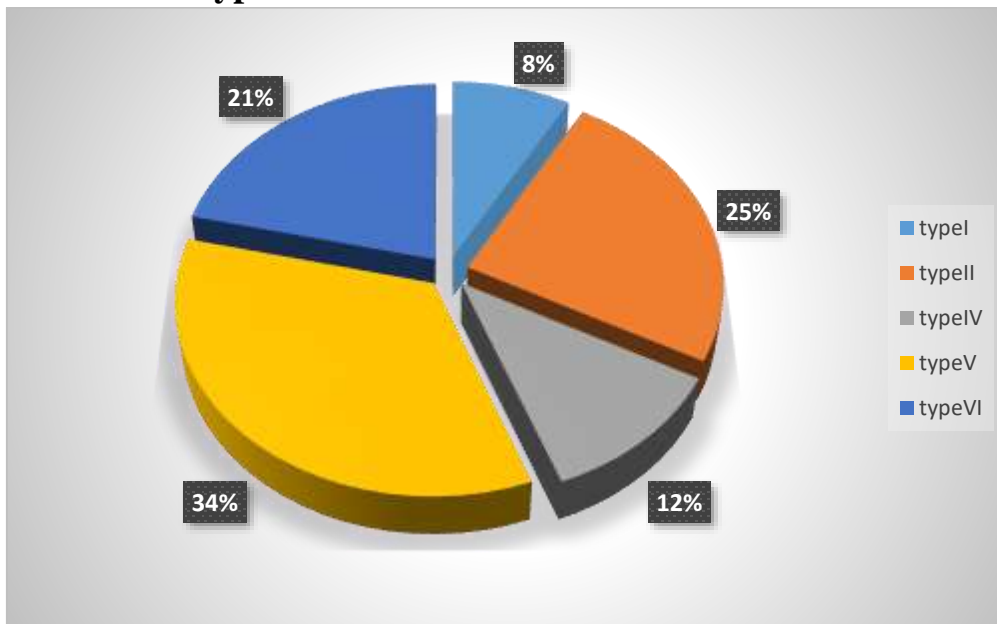
**8. Les examens complémentaires :**

Tous les patients ont bénéficié d'une radiographie standard de face et profil.



**Figure 4: Répartition des patients selon la réalisation de la TDM.**

**9. Le type de la fracture :**



**Figure 5: Repartitions des patients selon la classification de SCHATZKER**

**Tableau VI: Répartition des patients selon le type de fracture et l'étiologie.**

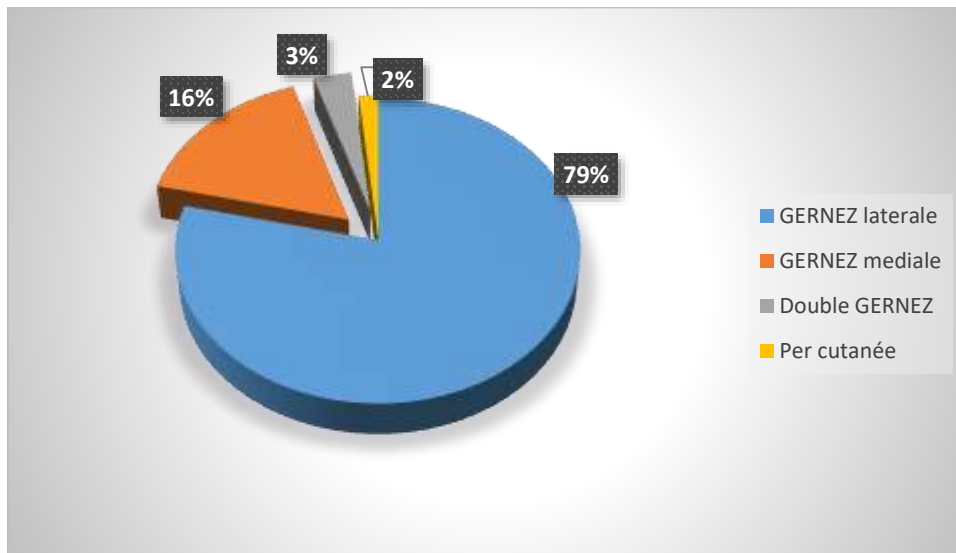
Classification SCHATZKER	Etiologie			Total
	AVP	AVD	A sport	
Type I	4	0	1	5
Type II	12	3	0	15
Type IV	5	2	0	7
Type V	<b>17</b>	4	0	21
Type VI	13	0	0	13
<b>Total</b>	51	9	1	61

Test de Fisher est 10,79 et  $p=0,12$

**10. Traitement médical :**

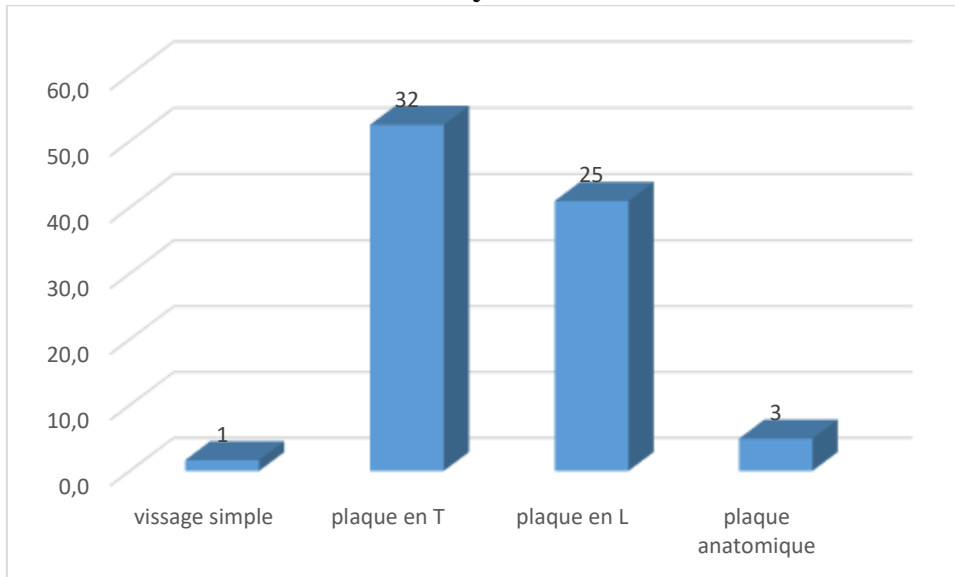
Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical fait d'analgésie, d'anticoagulant et d'antibiotique.

**11. La voie d'abord :**



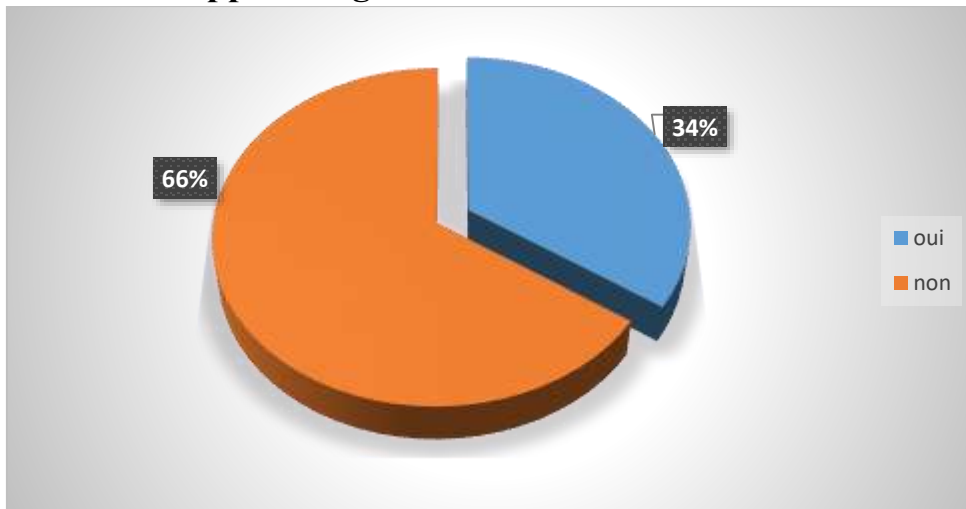
**Figure 6: Répartition des patients selon la voie d'abord.**

**12. Le matériel d'ostéosynthèse :**



**Figure 7: Répartition des patients selon le matériel d'ostéosynthèse.**

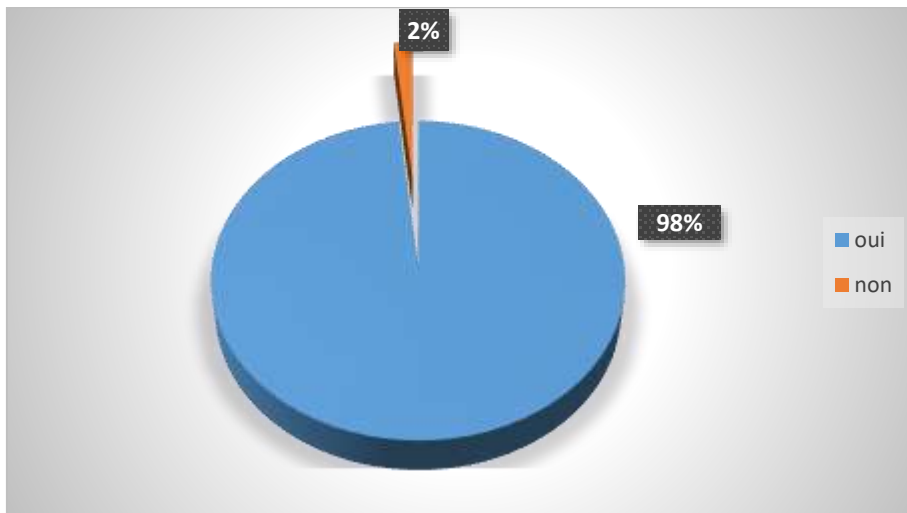
**13. L'apport de greffon :**



**Figure 8: Répartition des patients selon l'utilisation de greffon cortico-spongieux.**



**14. La rééducation :**



**Figure 9: Répartition des patients selon la réalisation de la rééducation.**

**1. Les complications :**

Les complications ont été retrouvées chez 17 patients

**Tableau VII: Répartition des patients selon les complications.**

Type de complication	Effectif	Fréquence %
<b>Infection</b>	<b>6</b>	<b>35,3</b>
Algodystrophie	1	5,9
Déplacement secondaire	1	5,9
Raideur	4	23,5
Arthrose du genou	1	5,9
Instabilité chronique du genou	2	11,7
Pseudarthrose	1	5,9
Infection et instabilité chronique du genou	1	5,9
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

**Tableau VIII: Répartition des patients selon le type de fracture et les complications.**

---

**Classification de SCHATZKER**

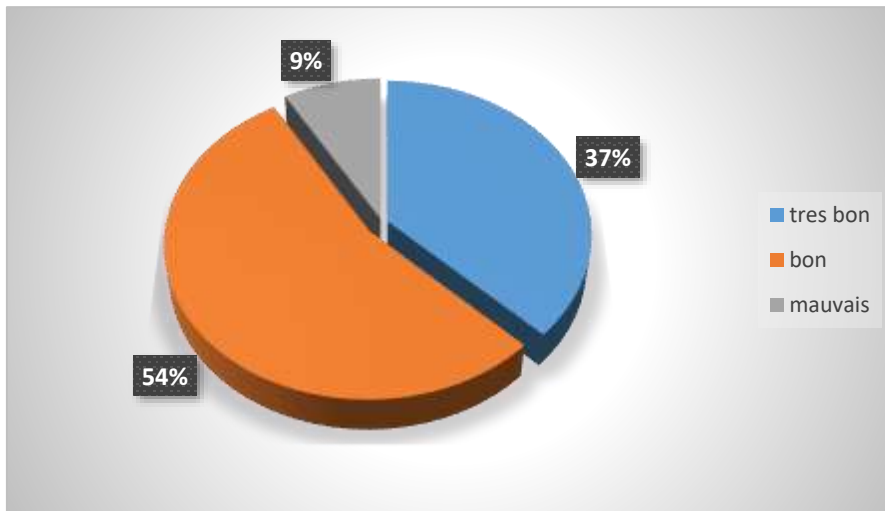
---

<b>Complications</b>	<b>Type II</b>	<b>Type V</b>	<b>Type VI</b>	<b>Total</b>
Infection		4	3	7
Algodystrophie		1		1
Déplacement secondaire			1	1
Raideur	2	1	1	4
Arthrose précoce	0	1		1
Instabilité chronique	1	1		2
Pseudarthrose			1	1
Total	3	8	6	17

---

Test de Fisher 30,18 ; p=0,74

**1. Résultat :**



**Figure 10: Répartition des patients selon le résultat anatomique.**

**Tableau IX: Répartition des patients selon le résultat fonctionnel.**

<b>Résultat</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Fréquence cumulée</b>
Très bon	18	29,6	29,6
Bon	28	45,9	75,5
Moyen	3	4,9	80,4
Mauvais	12	19,6	100,0
Total	61	100	

**Tableau X: Corrélation entre type de fracture et résultat fonctionnel.**

Résultat fonctionnel	Classification de SCHATZKER					Total
	type I	type II	type IV	type V	type VI	
Très bon	4	4	5	4	1	18
Bon	1	7	2	11	7	28
Moyen	0	1	0	2	0	3
Mauvais	0	3	0	4	5	12
Total	5	15	7	21	13	61

Test de Fisher est de 18,23 et  $p=0,06$

**COMMENTAIRES**  
**ET**  
**DISCUSSION**

### **III. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 61 patients opérés pour fracture des plateaux tibiaux. Au cours de la période d'étude 1225 patients ont été opérés dans le service de traumatologie, la chirurgie des fractures du plateau tibial représentait 5% des interventions chirurgicales en traumatologie.

Nous avons été confrontés à des difficultés liées au caractère rétrospectif, notamment le manque de certaines informations utiles dans les dossiers ainsi que l'absence du compte rendu opératoire de certains patients. Le faible recul de l'étude limite l'évaluation des complications à long terme telle que l'arthrose et l'algodystrophie. Le recul était de 10 mois minimum.

#### **1. Epidémiologie :**

##### **a. Age**

La tranche d'âge de 40-49 ans était la plus représentée avec 21.3% des cas. L'âge moyen était de 43.9 avec des extrêmes de 19 et 72 ans. Dans la littérature l'âge moyen tourne autour de 40 ans, FOFAN A. [3], DIALLO C.T. [8] et BOUNABE R. [9] ont respectivement rapporté 43 ans, 41 ans et 39 ans comme moyenne d'âge. Notre résultat corrobore ces données.

##### **b. Sexe**

Le sexe masculin était largement représenté avec 82% des patients, ce résultat corrobore ceux de LEMOUAKNI S. [10], DIALLO C.T. [8] et FOFANA A. [3]. Il est cependant supérieur à celui de SANGARE I.T. [11] qui a trouvé 58% de sexe masculin.

**Tableau XI: Pourcentage du sexe masculin selon les auteurs.**

<b>Auteurs</b>	<b>Homme</b>
LEMOUAKNI S. (Maroc) [10]	80%
DIALLO C.T. (Mali) [8]	79%
FOFANA A. (Mali) [3]	73%
SANGARE I.T. (Mali) [11]	58%
<b>Notre étude</b>	<b>82%</b>

Cette particularité serait due à l'exposition masculine aux traumatismes violents en rapport avec l'activité professionnelle et aux accidents de la voie publique.

**c. Membre atteint :**

Selon la littérature, l'atteinte du côté gauche est prédominante [3, 11]. Dans notre étude, nous avons retrouvé la même prédominance du côté gauche avec 67% des cas. Cette fréquence pourrait s'expliquer d'une part, par l'augmentation des engins à deux roues. Ces engins à deux roues sont impliqués dans 69% des AVP à Bamako [12] et d'autre part, le fait qu'au Mali on roule à droite de la chaussée, expose ainsi la jambe gauche des usagers des engins à deux roues.

**d. Durée d'hospitalisation :**

La durée d'hospitalisation moyenne était de 17.8 avec des extrêmes de 3 jours et 164 jours. BOUMABE R. [9] avait eu comme durée moyenne d'hospitalisation 13 jours. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait, que la prise en charge de ces fractures est faite en chirurgie programmée, ce qui augmente la durée d'hospitalisation. Dans notre étude, la prise en charge d'un des patients a été retardée à cause d'une association lésionnelle. Il s'agissait d'un polytraumatisé ayant développé une infection au niveau des deux pieds où il y avait une fracture ouverte des deux calcaneus. La durée d'hospitalisation a été de 164 jours et a alors influencer la durée moyenne d'hospitalisation.

## **1. Clinique**

### **a. Etiologie**

Les AVP représentaient de loin l'étiologie la plus fréquente avec 83% suivi des AVD avec 15% des cas. Cette prédominance est aussi rapportée par d'autres auteurs.

**Tableau XII: Les étiologies selon les auteurs.**

<b>Auteurs</b>	<b>AVP</b>	<b>AVD</b>	<b>AS</b>
TADSAOUI S. [13] (Maroc)	74%	13%	13%
BOUNABE R. [9] (Maroc)	64%	16%	10%
DIALLO C.T. [8] (Mali)	83%	11%	1%
<b>Notre étude</b>	<b>83%</b>	<b>15%</b>	<b>2%</b>

### **b. Lésions associées :**

Nous avons retrouvé l'association d'autre fracture et une plaie dans respectivement 8.6% et 6.6% des cas. BOUNABE R. [9] a retrouvé 26% de lésions osseuses et 12% de lésion cutanée, ce résultat est supérieur à celui de notre étude.

### **c. Type anatomo-pathologique de la fracture :**

Le type V de Schatzker était le plus représenté avec 34.4% des cas, suivi du type II avec 24.6% des cas. Ce résultat diffère de ceux rapportés par la littérature, qui évoque une prédominance du type II : voir tableau XII.



**Tableau XIII: Le type de fracture selon les auteurs.**

Auteurs	Classification de SCHATZKER					
	Type I	Type II	Type III	Type IV	Type V	Type VI
Chan Y.S. et al [14]	2%	39%	7%	19%	14%	19%
Yacoubian et al [15]	9%	29%	3%	8%	5%	6%
TADSAOUI S. [13]		66%	7%		7%	20%
<b>Notre étude</b>	<b>8%</b>	<b>25%</b>		<b>12%</b>	<b>34%</b>	<b>21%</b>

**1. Le traitement :**

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical fait d'analgésie, d'anticoagulant et d'antibiotique.

**a. La voie d'abord :**

La voie de GERNEZ latérale était la plus utilisée avec 79% des cas. Le plateau tibial latéral étant le plus souvent touché, l'abord latéral était beaucoup plus aisé. TADSAOUI S. [13] avait retrouvé un résultat supérieur au notre avec 93,33% d'utilisation de la voie de GERNEZ latéral.

**b. Matériel d'ostéosynthèse**

La plaque en T a été la plus utilisée avec 52.4% des cas, suivi par la plaque en L (41.0%) et la plaque anatomique avec 4.9% des cas. Cette préférence est justifiée par la plus grande stabilité qu'offre la plaque vissée. Nos résultats sont supérieurs à ceux de BOUNABE R. [9] qui avait retrouvé 22% d'ostéosynthèse par plaque contre 62% de vissage.

**c. La rééducation :**

Tous nos patients ont bénéficié d'une rééducation sauf un patient, par refus de faire la kinésithérapie contre avis médical. La rééducation doit être débutée précocement et suivie régulièrement afin d'obtenir de bons résultats.

**1. Évolution :**

Dans notre étude le résultat a été satisfaisant dans 80,4% des cas. Le traitement chirurgical est le mieux indiqué dans la prise en charge des fractures du plateau tibial, il permet la reconstruction des surfaces articulaires et garantit un bon résultat. Ce résultat corrobore ceux de DIALLO C.T. [8] et BOUNABE R. [9] qui ont respectivement trouvé 77,4% et 76% de résultat satisfaisant, par contre FOFANA A. [3] avait retrouvé un résultat satisfaisant inférieur à celui de notre étude avec 34,29% des cas.

Les patients ayant présenté une complication étaient de 27,9% des cas. L'infection a été retrouvée chez 9,8% des patients et la raideur du genou chez 6,6% des patients. Ce résultat est inférieur à celui de BOUNABE R. [9] qui avait noté 34% de complication, DIALLO C.T. [8] avait enregistré 25,4% de complication dans sa série. Ces auteurs avaient enregistré moins d'infection avec respectivement 4% et 1,4% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude n'a pas pris en compte le traitement orthopédique.

Le déplacement secondaire a été retrouvé chez un patient suite à une synthèse insuffisante et un appui prématuré fait par le patient.

# **CONCLUSION**

**IV. Conclusion :**

Les fractures des plateaux tibiaux sont des pathologies fréquentes surtout chez l'adulte jeune de sexe masculin. Les AVP ont été la principale cause avec une prédominance d'atteinte du membre inférieure gauche. Il existe plusieurs variétés de fractures des plateaux tibiaux avec de pronostic différent. Le traitement chirurgical de ces fractures donne le plus souvent de bon résultat, mais le risque de complication liée à cette chirurgie est non négligeable peuvent compromettre le pronostic fonctionnel du membre.

# **REFERENCES**

**V. REFERENCES**

1. **KEITA. K:** Etude épidémiologique, clinique et thérapeutique des fractures de l'extrémité supérieure du tibia à propos de 50 cas dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'H.G.T. Thèse 2002 FMPOS
2. **HUTEN. D ; DUPARC. J; CAVAGNAN. B:** Fractures récentes des plateaux tibiaux de l'adulte. Edition technique. Encyclopédie médicochirurgicale (Paris France) appareil locomoteur 1408-B-10 ; 12-1990, 12p.
3. **FOFANA A. :** Etude épidémio clinique et thérapeutique des fractures de l'extrémité proximale du Tibia dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel TOURE ; thèse de médecine, FMOS Mali ; 2018 ; 18M294
4. **DUPARC F. :** Reconnaître et traiter une fracture des plateaux tibiaux de l'adulte. Concours Méd, 1998, 120, 16 :1179-1189
5. **Charalambous CP. Tryfonidis M. Alvi F. Moran M. Fang C. Samaraji R. Hirst P. :** Inter- and intra-observer variation of the schatzker and AO/OTA classifications of tibial plateau fractures and a proposal of a new classification system. Ann R Coll Surg Engl. 2007; 89: 400-404
6. **Fontaine C. Vannineuse A. :** Fracture du genou: Approche pratique en orthopédie-traumatologie. Springer 2005
7. **Bengner U. Johnell O. Redlund-Johnell I. :** Increasing incidence of tibia condyle and patella fractures. Acta Orthop Scand 1986; 57: 334-336
8. **Diallo C. T. :** Les fractures des plateaux tibiaux dans les services de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes et du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati. Thèse de médecine 2019, Mali ; 19M71.

- 9. Bounabe R.** : Les fractures des plateaux tibiaux. Thèse médecine Marrakech 2010.
- 10. Lemouakni S.** : Fractures des plateaux tibiaux ; thèse de médecine, Rabat ; 2015 ; thèse n°:292
- 11. Sangaré I.** : Étude épidémiologique, clinique et thérapeutique des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. Thèse médecine Bamako 2007.
- 12. Almeimoune A.** et Col : Aspects épidémiologiques, cliniques des traumatismes liés aux accidents de la circulation routière(ACR) impliquant les motos à Bamako. Rev. Afr. Anesthésiol. Med. Urgence. Tome 22 n°1-2017, p :64
- 13. Tadsaoui S.** : Traitement chirurgical des fractures des plateaux tibiaux par la technique«d'Echafaudage» ; thèse de médecine, Marrakech, 2019 ; n° 002
- 14. Chan Y.S, et col.** Arthroscopy-assisted surgery for tibial plateau fractures :2-to 10-year follow-up results. Arthroscopy 2008,24(7)p :760-8
- 15. YACOUBIAN, STEPHAN V, NEVINS, RUSSELL, SALLIS, et al. DEAN** Impact of MRI on Treatment Plan and Fracture Classification of Tibial Plateau Fractures. Journal of Orthopaedic Trauma 2002, 16(9):632-637.
- 16. C.-J H. Wei-Ning C. Chi-Yin W.** : Surgical treatment of tibial plateau fracture in elderly patients. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, 2001, 121(1-2):67-70.

**FICHE SIGNALITIQUE:**

**Nom et Prénom:** DIAKITE Binamara

**E-mail:** bdiakit93@gmail.com

**Pays d'origine:** Mali

**Année universitaire:** 2020 – 2021

**Titre:** Traitement chirurgicale des fractures des plateaux tibiaux au CHU- Pr Bocar Sidy SALL de Kati.

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la FMOS (Bamako-Mali)

**Secteur d'intérêt:** Chirurgie, Orthopédie-Traumatologie

**Résumé:**

Les fractures des plateaux tibiaux sont des lésions articulaires graves, elles compromettent la stabilité et la fonction du genou. Leur prise en charge doit obéir à des règles et principes connus.

Le but de ce travail était d'évaluer le résultat du traitement chirurgical des fractures des plateaux tibiaux.

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique sur 5 ans, de Janvier 2016 à Décembre 2020. 61 fractures des plateaux tibiaux ont été colligées. Les données sociodémographiques, anatomopathologiques et thérapeutiques ont été étudiées. Les fractures ont été classées selon la classification de Schatzker. Les résultats ont été évalués selon les critères anatomiques de Mazas et Duparc et fonctionnels de Ponstel Merle D'Aubigné.

L'âge moyen a été de 43,9 ans avec un sexe ratio de 4,5. La principale étiologie a été les accidents de la voie publique avec 83%. La durée d'hospitalisation moyenne a été de 17,8 jours. Le type V de Schatzker ont été prédominant avec 34% des cas. La voie de Gernez latérale a été la plus utilisée et la plaque en « T » le principal matériel utilisé. Les complications ont représentées 27.9% des cas avec une prédominance de l'infection. Le résultat a été satisfaisant dans 80,4% au plan fonctionnel et 91% au plan anatomique.



*TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FRACTURES DES PLATEAUX TIBIAUX AU CHU BSS  
DE KATI*

Les fractures des plateaux tibiaux sont fréquentes en traumatologie. Le traitement chirurgical bien mené permet d'obtenir de bon résultat. Cependant, l'infection post opératoire reste une complication fréquente.

**Mots clés:** Fractures, plateaux tibiaux, ostéosynthèse, CHU-Pr BSS-Kati.

## **FICHE D'EXPLOITATION**

### **IDENTITE :**

Nom :..... prénom :..... ID :.....

Age :.....Ans Sexe :.....

Date d'entrée :..... Date de sortie :.....

Durée d'hospitalisation :.....jours

Profession :..... Tel :.....

### **ATCD :**

Médicaux : Oui..... Non..... si oui .....

Chirurgicaux : Oui..... Non..... si oui .....

### **CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES :**

AVP.....; AVD .....; CBV..... ; Accident de sport..... ;

Accident de travail..... ;

### **Etude clinique :**

Coté atteint : Droit..... ; Gauche..... ; Bilatérale..... ;

Lésions Associées :

*Lésions cutanées :*

**\_Ouvertures cutanées (Selon classification de GUSTILLO et ANDERSON) :**

Type I:....; type II:.....; type III: A....;B.....;C.....

### **Etude radiologique :**

-Rx standard : face..... ; profil..... ; oblique 3/4r ..... ;

-TDM avec reconstruction 3D : oui..... Non.....

### **Classification anatomopathologique :**

#### **La classification de DUPARC et FICAT :**

-Fracture uni-tubérositaire :

Tubérosité externe : type I..... ; type II..... ; type III..... ;

Tubérosité interne : type I..... ; type II..... ; type III..... ;

-Fracture bitubérositaire : type I..... ; type II..... ; type III..... ;

-Fracture spinotubérositaire :

Interne : type I..... ; type II..... ; type III..... ;

Externe : type I..... ; type II..... ; type III..... ;

Fracture séparation – postérieure :

#### **La classification de SCHATZKER :**

Type 1:....; Type2 :....; Type 3:....; Type4:....; Type 5 :....; Type 6:.... ;

**Traitement :**

Délai de prise en charge :.....jours

**Traitement chirurgicale :**

- Voie d'abord :

Voie de GERNEZ externe :

Voie de GERNEZ interne :

Double voie de GERNEZ :

Per cutanée :

-Ostéosynthèse :

Vissage :..... ;

Plaque vissée :..... ;en T :.... ; en L :..... ; Anatomique

une :..... ; deux :..... ;

Fixateur externe :..... ;

-Greffe osseuse : oui :..... ; non :.....;

Site donneur du greffon:

- Attitude vis-à-vis du ménisque :

- Immobilisation : oui...../non..... ; si oui type :..... durée :.....

**Rééducation** : délai par rapport à l'intervention :.....jrs

nombre de séances :.....

**Complications :**

**Précoces** : Cutanée : oui.../non... ; Infection : oui.../non... ;

Thromboembolique : oui.../non... ;

**Secondaires** :

Algodystrophie :....; Déplacement II aire :... ; Démontage du matériel :.... ;

Complications liées au terrain :

**Tardives** :

Cal vicieux :.... ; Pseudarthrose :.... ; Raideur du genou :.... ;

Instabilité chronique du genou :....; Infection chronique :....; Arthrose :

**Résultats** :

Recul :

**Résultats fonctionnels** :

Douleur : oui.../non... ;

Qualité de la Marche :

Mobilité du genou :

Résultat global selon critères de Merle d'Aubigné et Mazas :

**Critères anatomiques** :

Qualité de reconstruction de la surface articulaire

*TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FRACTURES DES PLATEAUX TIBIAUX AU CHU BSS  
DE KATI*

Interligne

Arthrose

Déviatiun axiale