

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI

SUPERIEUR

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2015- 2016

Thèse N °

THESE

**ETUDE DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE DANS
LE SERVICE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE DU CHU-GABRIEL TOURE,
DU 1^{ER} JANVIER AU 30 JUIN 2015**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2016 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

PAR :

M. HAMADOUN DIT ALPHADY CISSE

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

JURY :

Président : Pr Lassana KANTE

Membre : Dr Aboubacar DIALLO

Co-directeur: Dr Aboubacar DIALLO

Directeur: Pr Tiéman COULIBALY

DEDICACES

✓ **A mon père Youssouf CISSE et à ma mère Aïssata CISSE**

Je ne saurai vous dissocié, car vous formez la même personne pour moi.

La nature ne nous autorise pas à choisir ses parents, mais, je n'aurai pas choisi, ni rêver de meilleurs parents que vous. Votre famille est le reflet de vos incommensurables efforts.

Vous aviez gouverné mes premiers pas. Vous m'aviez appris à saisir le sens de l'honneur, du courage, de la persévérance, de la justice, de la générosité et surtout de la responsabilité. Avec vous, j'ai appris à affronter les difficultés et non à les fuir.

Trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et mon amour.

Merci pour tous, je vous aime.

Puisse le seigneur vous garder longtemps et vous accorder une longévité heureuse. Amen !!!

✓ **A Tonton Jean Claude et Tantie Marie-France**

Que dire de vous, sinon MERCI du fond du cœur. Vous aviez toujours été là pour moi. Cette réussite est bien la vôtre. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est bien grâce à votre soutien indéfectible de tous les instants, du début à la fin.

Trouver dans cette modeste illustration l'expression de ma profonde gratitude et de mon amour.

Que le seigneur vous accorde une longévité heureuse !!

✓ **A mon grand père Feu Abdoulaye CISSE**

Courageux, sympathique et généreux, voila les quelques souvenirs que je garde de vous.

Vous êtes parti trop tôt et trop jeune. Vos souvenirs restent encore vivaces dans mon esprit.

Nous cesserons jamais d'avoir une pensée pieuse pour vous.

Dors en paix. Qu'ALLAH vous accorde le paradis. Amen !!!

✓ **A mes frères et sœurs :**

Bintou, Hadidjatou, Madina, Domo, Almadane, Diakaridia,
Mahamane, merci du fond du cœur pour le soutien, les prières.
Ensemble nous formons un « UN ». Trouver ici l'expression de
tout mon amour et de mon attachement .Que Dieu vous garde.

REMERCIEMENTS

Je remercie **ALLAH**, le seigneur pour m'avoir guidé et permis de voir ces jours.

A mon grand père El Madane (jeune homme) : Merci pour les prières et les bénédictions.

Mes AMIS : Seydou DOUMBIA, Seydou SANGARE, Youssouf Yaya COULIBALY, Abel GUINDO, Léon TOLOFOUDIE, Adama DISSA, plus que des amis vous êtes des frères .Merci pour le soutien multiforme et les complicités.

Trouver ici l'assurance de ma profonde reconnaissance, de ma profonde admiration et de mes sentiments d'amitié.

- ✓ A ma Tante Hawoye, et mes autres tantes : Merci pour le soutien, les prières et les encouragements.
- ✓ A mes Tontons : Mes vifs remerciements pour le soutien et les prières.
- ✓ A mes cousins et cousines ;
- ✓ Aux Familles Arby, Minta, Coulibaly et Touré ;
- ✓ A Martine et Alain : Merci pour le soutien grâce à quoi ce travail a pu aboutir ;
- ✓ Aux collègues du service (Bina, David, Tonton, Coulou Boré Konaré et Kola) et camarades promotionnaires pour votre collaboration de tous les jours dans la bonne humeur et l'échange permanent.
- ✓ Au Dr Mamadou B Traoré, ce travail est le votre.
- ✓ Au Major et à tout le personnel de la Chirurgie orthopédique et traumatologique.

A tous mes Maîtres, auprès de qui j'ai appris tout ce que je sais ;
A tous ceux qui m'ont encouragé ou soutenus durant ces
années : mes sincères remerciements et ma profonde gratitude.

AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Lassana KANTE

- **Maître de Conférences Agrégé en Chirurgie Digestive à la F.M.O.S ;**
- **Membre de la Société de Chirurgie de l’Afrique Francophone ;**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA);**
- **Praticien Hospitalier au C.H.U-Gabriel Touré**

Cher Maître,

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

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre souci de transmettre vos immenses connaissances aux autres font de vous un exemple à suivre.

Votre engagement au service de la santé de la population est connu de tous.

Veillez accepter nos profonds remerciements et notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge.

Docteur Aboubacar DIALLO

- **Ancien Interne des Hôpitaux ;**
- **Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue au CHU Gabriel Touré ;**
- **Praticien Hospitalier au C.H.U Gabriel Touré ;**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT).**

Cher Maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de faire parti des juges de cette thèse. Votre disponibilité et votre sympathie dans l'exercice de votre fonction de médecin nous ont permis de vous admirer.

Nous avons été séduits par votre spontanéité, vos qualités humaines et votre modestie.

Cher maître, recevez ici l'expression de notre plus grand respect et de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Co-directeur:

Docteur Aboubacar DIALLO

- **Spécialiste de Chirurgie Générale ;**
- **Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue au CHU Gabriel Touré ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel TOURE.**

Cher Maître,

L'étendue de vos connaissances, votre disponibilité constante et votre humilité ont permis de nous sentir très à l'aise à vos côtés et d'améliorer nos connaissances cliniques.

L'occasion nous est donnée ce jour, de vous réitérer toute notre reconnaissance pour votre enseignement de qualité.

Nos remerciements pour tout ce que vous avez fait pour rehausser le niveau de ce travail.

Nous vous assurons cher maître, que vos conseils et recommandations ne seront pas vains.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Tiéman COULIBALY

- **Maître de Conférences en Orthopédie et Traumatologie à la FMOS de Bamako,**
- **Chef de Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique du CHU-Gabriel Touré,**
- **Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue au CHU Gabriel Touré ;**
- **Praticien Hospitalier au C.H.U Gabriel Touré ;**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT),**
- **Membre de la Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,**
- **Membre des Sociétés Marocaine et Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,**
- **Membre de l'Association des Orthopédistes de Langue Française,**
- **Membre de la Société Africaine d'Orthopédie.**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Votre simplicité, votre bienveillance et votre pragmatisme ainsi que votre volonté de nous transmettre votre savoir social et médical, font de vous un professeur sans pareil et un grand pédagogue.

Nous n'oublions jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de nos séances de travail.

Vous nous avez inspiré ce travail et nous espérons être digne de votre confiance.

Permettez nous de vous remercier et de vous témoigner notre profonde gratitude et de notre profond respect. Puisse le Seigneur vous accorder une longévité heureuse !!!

ABREVIATIONS

A.T : Accident de Travail

A.S : Accident de Sport

A.V.P : Accident la Voie Publique

B.A.B.P : Brachio Anté Brachio Palmaire

C.B.V : Coups et Blessures Volontaires

C.O.T : Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

C.H.U.O.S : Centre Hospitalier Universitaire d'Onto-
Stomatologie

D.E.S : Diplôme d'Etudes Spécialisées

E.D.S.M-V : Enquête Démographique et de Santé du
Mali-V

F.M.O.S : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

O.C.D.E : Organisation de Coopération pour le
Développement Economique

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

S.A.M.U : Service d'Aide Médicale d'Urgence

S.A.U : Service d'Accueil des Urgence

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Objectifs.....	3
Généralités.....	4
Méthodologie.....	6
Résultats.....	12
Commentaires/Discussion.....	25
Conclusion et Recommandations.....	33
Références bibliographiques.....	36
Annexe.....	
Iconographie.....	

INTRODUCTION :

Les traumatismes constituent un important problème de santé publique dans le monde, avec environ 5,8 millions de décès chaque année [1].

Bien que la moitié des décès dû aux traumatismes surviennent sur le lieu de l'accident, on estime que les 50% restants sont potentiellement évitables si ces cas ont accès à des soins spécialisés appropriés [2].

L'expérience acquise lors des conflits armés, les nouvelles technologies d'investigation et les études scientifiques récentes ont permis de mieux comprendre les causes de décès dus aux traumatismes et les façons de réduire la mortalité et la morbidité qui en découlent [3].

Ces affections ostéo-articulaires qu'elles soient traumatiques ou non (infections osseuses, pseudarthroses, les cals vicieux..) constituent donc une problématique assez importante avec une morbi-mortalité assez élevée sinon fréquente.

Outre les dommages sociaux, physiques et psychologiques qu'elles causent, pour chaque personne tuée, blessée ou rendue infirme ou invalidante à la suite des traumatismes (accidents de la circulation, CBV) ou d'affections ostéo-articulaires, tout un ensemble d'autres personnes, y compris la famille et l'entourage de l'intéressé, sont profondément affectées.

Elles entraînent une perte d'autonomie, cause majeure d'exclusion sociale et professionnelle. Ceci constitue un lourd fardeau pour les familles et un manque à gagner pour la collectivité.

La spécialité orthopédie, traumatologie occupe une place centrale dans la prise en charge de ces affections.

Une étude faite au sein du service de C.O.T entre Janvier et Décembre 2010 a trouvé un taux de mortalité hospitalière de 4,38 % dont 57,9 % par accidents de la voie publique [4].

On estime à 1.2 million le nombre de personnes qui, chaque année dans le monde, perdent la vie à la suite d'accidents de transport [5].

La connaissance des causes fréquentes de mortalité et de morbidité pourrait permettre la prévention, le renforcement de la surveillance et de la prise en charge des patients victimes de ces affections.

Très peu de sujets relatifs à la mortalité et à la morbidité dans les services de chirurgie orthopédique et traumatologique ont été traités dans la littérature à travers des recherches. C'est ainsi qu'il nous a semblé opportun d'initier le présent travail sur la morbidité et la mortalité dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU-Gabriel Touré, qui, sert de référence au Mali avec comme objectifs :

OBJECTIFS :

1-Objectif général :

Etudier la mortalité et la morbidité dans le service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique du CHU Gabriel Touré.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la morbidité et le taux de mortalité dans le service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique ;
- Identifier les caractéristiques sociodémographiques des malades en traumatologie, orthopédie ;
- Déterminer les pathologies les plus rencontrées ;
- Identifier les principales causes de décès.

I- GENERALITES :

1- Rappel de quelques définitions :

L'évaluation de la qualité des soins est une préoccupation majeure en matière de santé hospitalière. Les statistiques hospitalières sont indispensables dans l'évaluation de la qualité des systèmes de santé. C'est seulement en les identifiant qu'on sera capable à même de proposer des solutions et ainsi améliorer le système de soins.

Ainsi la morbidité d'une population se définit comme étant le « *nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné* » [6].

On distingue habituellement plusieurs *types* de morbidité [7] :

- **une morbidité diagnostiquée** qui correspond aux affections diagnostiquées et traitées par le corps médical, chez des individus ayant eu recours à des médecins ;
- **une morbidité dite ressentie** qui recouvre l'ensemble des affections, des troubles réels tels que les individus les ressentent et les interprètent, dont un sous-ensemble constitue la morbidité *déclarée* ;
- **une morbidité infra-clinique** ; ce sont les affections dont on ne peut encore déceler l'existence, faute de signes cliniques ou de moyens d'investigation suffisamment sensibles ;
- l'ensemble constitue la **morbidité réelle**, comprenant la totalité des affections existant chez un individu, connues ou non de lui, diagnostiquées ou non.

Enfin, ces définitions doivent être précisées dès que l'on s'interroge sur la signification du « moment donné » et on est donc amené à considérer deux types de *mesures* de la morbidité [6] :

- **la morbidité prévalente** : il s'agit du nombre de cas d'une maladie donnée ou de personnes atteintes de cette maladie ou de tout autre événement morbide (accidents ou suicides par exemple), existant dans une population déterminée à un moment donné, sans distinction entre les cas nouveaux et les anciens ;
- **la morbidité incidente** : il s'agit du nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée ou des personnes qui sont atteintes de cette maladie, pendant une période donnée, dans une population déterminée.

La mortalité est la proportion de décès dans une population donnée durant un temps déterminé. [8]

Le taux de mortalité est le nombre de décès au cours d'une période donnée rapporté au nombre d'habitants d'un territoire donné.

Selon FENDER [9], la mortalité est classiquement considérée comme un indicateur du développement socio-économique d'un pays. Elle est ainsi corrélée à certains indicateurs économiques tels que le produit intérieur brut (P.I.B) par habitant.

II-METHODOLOGIE

A - Cadre d'étude :

1-Présentation du CHU Gabriel Touré :

Le CHU Gabriel Touré, ancien dispensaire central de Bamako a été créé en 1951 et érigé en Hôpital en Janvier 1959. Il a été baptisé « Hôpital Gabriel Touré » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine mort de la peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934.

Le CHU Gabriel Touré est l'une des cinq(05) structures hospitalières nationales de 3^e référence avec le CHU du point « G », le CHUOS, le CHU IOTA et L'Hôpital du Mali. Il bénéficie du régime d'établissement public à caractère administratif (EPA) doté de personnalité morale et de l'autonomie financière institué, par la loi n°03-024 AN-RM du 05 octobre 1992 ; avant de devenir EPH par la loi n°03-022 AN-RM du 14 juillet 2003.

Le CHU Gabriel Touré a trois(03) missions :

- Mission de soins ;
- Mission de formation ;
- Mission de recherche.

Situé en plein centre ville de Bamako dans la commune III du district de Bamako entre l'Ecole Nationale des Ingénieurs Abderrahmane Baba Touré (ENI-ABT) à l'Ouest, le quartier de Médine à l'Est, l'état Major des Armées au Nord et le TRANIMEX(Société de transit et de dédouanement) au Sud.

Cette situation géographique facile d'accès pour la majorité de la population fait que très souvent les demandes exprimées excèdent largement les capacités de l'institution. Ceci fait de

L'Hôpital Gabriel une structure de premier recours de soins ordinaires au lieu du dernier recours au sommet de la pyramide sanitaire du pays.

3-Présentation du service de Chirurgie orthopédique et traumatologique :

Le service de COT fait partie des douze (12) services que compte hôpital Gabriel Touré. Il est situé dans la partie Nord de l'Hôpital au rez-de-chaussée du pavillon Bénitieni Fofana.

Le Bureau du Chef de service et une salle de staff situé dans la partie Sud de l'Hôpital au-dessus du service de réanimation. Le service comprend outre le bureau du chef de service et la salle de staff :

- Un bureau pour un des chirurgiens traumatologue-orthopédiste ;
- Un bureau pour la majeure du service ;
- Un secrétariat ;
- Deux salles pour les consultations externes ;
- Une salle pour les étudiants en médecine en fin de cycle(Thésards) ;
- Une salle des infirmiers ;
- Une salle de soins ;
- Une salle de plâtrage ;
- Un bloc à froid et un bloc au Service des Urgences Chirurgicales en partage avec les autres services chirurgicaux.
- Une unité de Kinésithérapie ;
- Neuf (09) salles d'hospitalisation avec un total de quarante six (46) lits.

4- Organisation du service :

4-1 Hiérarchie :

Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique est dirigé par un maître de conférences, initiateur et directeur de ce travail, assisté par trois (03) chirurgiens orthopédistes et traumatologues, dont deux (02) anciens internes des hôpitaux de Bamako.

Dans la suite de la hiérarchie nous avons les médecins en spécialisations de D.E.S, aidés dans leurs tâches par les étudiants de médecine en année de thèse, des externes en stage; des infirmiers et des aides soignants chargés d'exécuter les soins aux malades hospitalisés. Ces derniers sont sous la responsabilité du major (surveillant d'unité) qui coordonne les soins, s'assure de la réalisation des examens complémentaires et sert d'intermédiaire entre l'administration du CHU et le malade. Enfin nous avons les garçons de salle (GS) qui installent les patients à hospitaliser, les accompagnent pour faire leurs examens para cliniques si nécessaire, acheminent les malades à la salle de plâtrage ou en cas de décès les corps à la morgue.

4-2 Les Activités du Service :

Les activités du service sont : les activités thérapeutiques, les activités de recherche et les activités pédagogiques.

Les activités thérapeutiques sont représenté par :

- ❖ les consultations effectuées du lundi au jeudi par le professeur, les traumatologues assistés par les médecins en spécialisations et les étudiants ;
- ❖ La visite aux malades hospitalisés : a lieu du lundi au jeudi sous la direction d'un traumatologue et le vendredi sous la

direction du professeur en compagnie des autres traumatologues et des étudiants ;

- ❖ Des équipes de garde se relayant chaque 24H aux Urgences chirurgicales ;
- ❖ les interventions chirurgicales programmées les lundis et mercredis ;
- ❖ les activités de plâtrage ont lieu tous les jours ;
- ❖ la programmation des malades à opérer a lieu les jeudis.

Les Activités de recherche : sont menées par le professeur, les seniors (traumatologues) et les médecins en spécialisation dans le cadre de la formation initiale et continue.

Les Activités pédagogiques : Le service se réunit en staff tous les matins du lundi au vendredi pour la présentation des dossiers, (compte-rendu de garde). Et en plus du staff a lieu chaque vendredi un exposé sur un thème.

1- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective.

2- Type d'échantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif.

3- Lieu d'étude

L'étude s'est déroulée au CHU Gabriel Touré dans le service de Chirurgie orthopédique et traumatologique.

3- Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2015 soit 06 mois.

4- Population d'étude

L'étude portait sur l'ensemble des dossiers des malades hospitalisés durant la période d'étude et enregistrés dans les registres et les dossiers d'hospitalisation.

4.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers de malades hospitalisés et enregistrés dans les registres d'hospitalisation durant la période d'étude.

4.2. Critères de non inclusion

Etaient non inclus dans ce présent travail :

- Les malades reçus et suivis en consultation externe.
- Les patients hospitalisés en dehors de la période d'étude.

2.6- Méthode d'enquête

L'enquête portait sur tous les malades hospitalisés, sans distinction d'âge, de sexe, d'ethnie, de profession et même ceux référés dans d'autres services du CHU. Le recueil des données était porté sur une fiche d'enquête préétablie.

Notre fiche d'enquête comportait : (voir la fiche d'enquête).

- Nom, Prénom(s), Âge, Sexe, Ethnie,
- Activité,
- Résidence,
- Motif d'hospitalisation,
- diagnostic,
- évolution.

2.7. Matériels d'étude

Nous avons utilisé comme supports les registres et les dossiers d'hospitalisation des malades

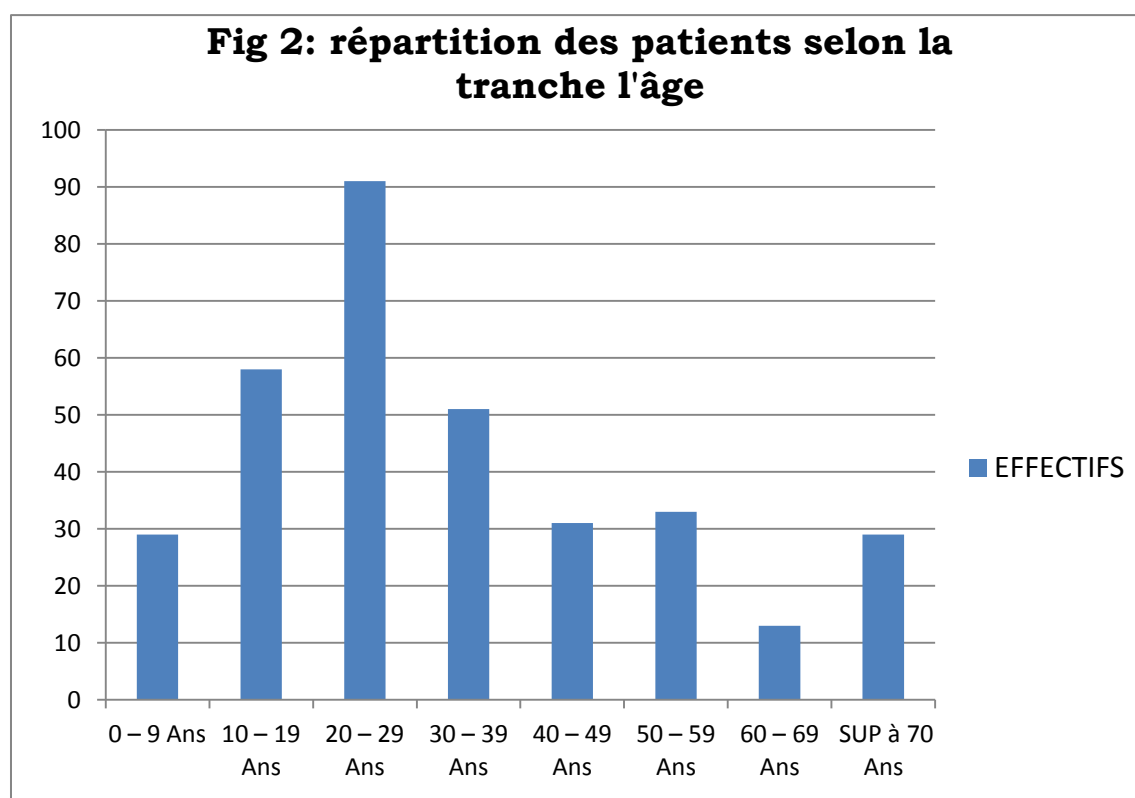
La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels Epi Infos et MICROSOFT WORD ET EXCEL 2007.

RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons examiné 396 dossiers de malades hospitalisés parmi lesquels 57 dossiers étaient inexploitable pour manque d'information. Ainsi sur les 339 dossiers exploités dont douze (12) cas de décès, les aspects socio-démographiques de la morbidité et de la mortalité, et aussi leurs caractères cliniques ont été étudiés.

A-DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

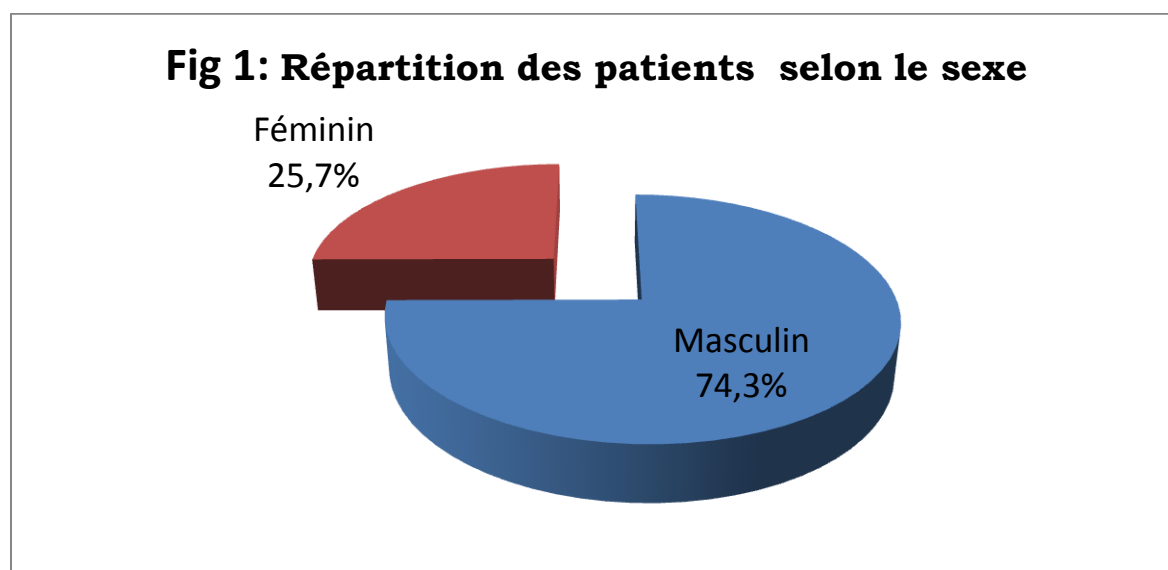
1- Répartition des patients selon les tranches d'âges



La tranche d'âge de 20-29 ans était la plus représentée, avec une moyenne d'âge de 33,6 ans.

Les extrêmes étaient de 1 an et 108 ans.

2- Répartition des patients selon le sexe



Le sexe masculin représentait 74,3 % avec un sex-ratio de 2,9.

3-Répartition des patients selon l'ethnie

Tableau I: Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnies	Effectif	Pourcentage
Bambara	114	33,6%
Peulh	71	20,9%
Sarakolé	33	9,7 %
Malinké	25	7,4%
Sonrhäi	17	5,0%
Dogon	10	2,9%
Senoufo	08	2,4 %
Bobo	05	1,5%
Autres	56	16,5 %
Total	339	100 %

L'ethnie Bambara représentait 33,6 % des patients.

4-Répartition des patients selon l'activité

Tableau II: Répartition des patients selon l'activité

Activité	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaires	38	11,2%
Cultivateurs	18	5,3%
Ménagères	35	10,3%
Elève/ Etudiant(e)	66	19,5%
Commerçant(es)	37	10,9%
Éleveurs	7	2,1%
Ouvriers/Manœuvres	47	13,8
Retraités	24	7,1%
Sans activités	27	8,0%
Autres	40	11,8%
Total	339	100,0 %

Les élèves/étudiants ont représenté 19,5% des patients.

5-Répartition des patients selon la provenance

Tableau III : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	254	74,9 %
Hors Bamako	76	22,4 %
Etrangers	09	2,7 %
Total	339	100,0 %

Les patients en provenance de Bamako représentaient 74,9 %.

6- Répartition des patients de Bamako selon la commune

Tableau IV : Répartition des patients de Bamako selon la commune

Commune	Fréquence	Pourcentage
Commune I	43	16,9%
Commune II	38	15,0%
Commune III	23	9,1%
Commune IV	40	15,7%
Commune V	51	20,1%
Commune VI	59	23,2%
Total	254	100,0%

Les patients en provenance de la commune VI du district de Bamako représentaient 23,2 %.

7-Répartition des patients en fonction des motifs d'admission

Tableau V : Répartition des patients en fonction des motifs d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Traumatismes récents	296	87,3%
Complications de traitement traditionnel	32	9,4%
Gangrènes	10	3 %
Abcès	01	0,3 %
Total	339	100,0 %

Les traumatismes représentaient 87,3 % des admissions.

8- Répartition des patients selon le caractère ouvert ou fermé du traumatisme

Tableau VI : Nombre de patients selon le traumatisme

Caractère du traumatisme	Effectifs	Pourcentage
Traumatisme ouvert	132	44,60%
Traumatisme fermé	164	55,40%
Total	296	100,00%

La majorité des traumatismes étaient fermés soit 55,4 %.

9- Répartition des patients selon l'étiologie

Tableau VII : Nombre de patient selon l'étiologie

Etiologie	Effectif	Pourcentage
AVP	232	68,4 %
AVD	55	16,2%
AT	25	7,4 %
AS	05	1,4 %
CBV	21	6,2 %
Morsure de serpent	01	0,3 %
Total	339	99,9 %

Les accidents de la voie publique ont été l'étiologie la plus fréquente avec 68,4 % des cas.

10- Répartition des patients selon la durée de séjour d'hospitalisation

Tableau VIII : Nombre de patient selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	Pourcentage (%)
0 – 10 jours	87	25,5 %
11 – 20 jours	194	57,2 %
21 – 30 jours	33	9,7 %
Supérieure à 30 jours	17	5,1 %
Inconnue (hospitalisation en cours)	8	2,3%
Total	339	100 %

Les patients ayant une durée d'hospitalisation d'au moins 20 jours représentaient 57,2% des cas.

11-Répartition de patients selon le siège de la lésion au niveau des membres.

Tableau IX : Répartition de patients selon le siège de la lésion au niveau des membres.

Siège de la lésion	Effectif	Pourcentage
Epaule	04	1,2 %
Bras	18	5,3 %
Coude	03	0,9 %
Avant-bras	30	8,8 %
Poignet	01	0,3 %
Main	15	4,4 %
Bassin	35	10,3 %
Hanche	08	2,4 %
Cuisse	99	29,2 %
Genou	15	4,4 %
Jambe	84	24,8 %
Cheville	07	2,0 %
Pied	20	5,9 %
Total	339	100 %

La cuisse était atteinte dans 29,2 % des cas.

12- Répartition des patients selon le membre atteint.

Tableau X : Répartition des patients selon le membre atteint.

Topographie des lésions	Effectif	Pourcentage
Membre supérieur	71	20,9%
Membre inférieur	268	79,1%
Total	339	100%

Le membre inférieur a représenté 79,1% des cas.

13- Répartition des patients selon le diagnostic

Tableau XI : Répartition des patients selon le diagnostic

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Fractures	279	82,3%
Plaies (traumatiques, ulcéro-nécrotique)	14	4,1 %
Luxations	13	3,8%
Gangrènes	10	2,9%
Amputations traumatiques	06	1,8%
Infections osseuses	04	1,2%
Syndromes de loges	03	0,9%
Broiements	03	0,9%
Polytraumatismes	02	0,6%
Pseudarthroses	02	0,6%
Cals vicieux	02	0,6%
Abcès	01	0,3%
Total	339	100 %

Les fractures ont représenté 82,3% des diagnostics.

14- Répartition des patients selon le type de traitement

Tableau XII : Répartition des patients selon le type de traitement

Traitement	Effectif	Pourcentage
Orthopédique	210	61,90%
Chirurgical	99	29,20%
Orthopédique et chirurgical	30	8,90%
Total	339	100.0%

Le traitement orthopédique a été le plus utilisé avec 61,9 % des cas.

15- Répartition des patients selon l'évolution de l'affection

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'évolution de l'affection

Evolution de la maladie	Effectif	Pourcentage
Favorable	224	66,1 %
Favorable avec séquelles	23	6,8 %
Décédés	12	3,8 %
Sans informations	79	23,3 %
Total	339	100 %

L'évolution était favorable chez plus de la moitié (66,1 %) de nos patients.

16- Répartition des patients selon le mode sortie

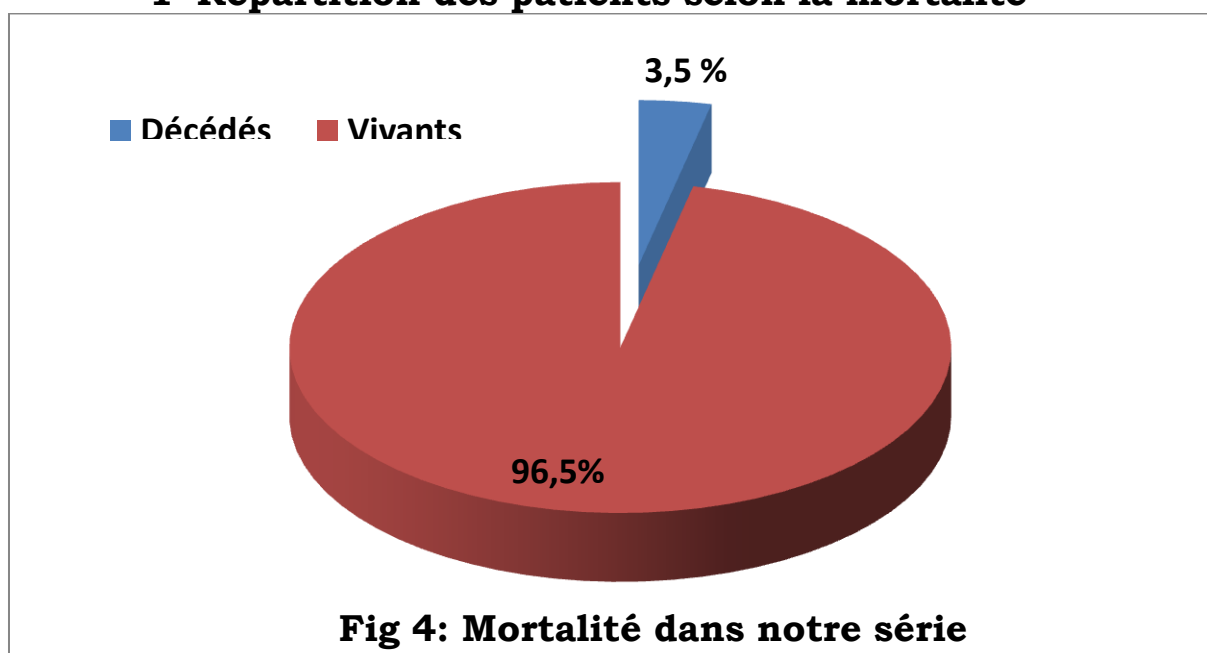
Tableau XIV : Répartition des patients selon le mode sortie

Mode de sortie	Effectif	Pourcentage
Sortie médicale (exéat)	224	66,1 %
Contre avis médical (décharge)	78	23 %
Sans information (évadés)	37	10,9 %
Total	339	100 %

La sortie médicale avec 66,1 % des cas a été le mode de sortie de plus de la moitié de nos patients.

MORTALITE

1- Répartition des patients selon la mortalité



Il y a eu 12 cas de décès dans notre série soit 3,5 % des cas.

2- Répartition des patients en fonction du délai de survenu du décès en hospitalisation

Tableau XV : Répartition des patients en fonction du délai de survenue du décès en hospitalisation

Délai de survenue du décès	Effectif	Pourcentage
1 jour	2	16,7 %
2 jours	3	25 %
6 jours	2	16,7 %
8 jours	1	8,3 %
15 jours	1	8,3 %
16 jours	2	16,7 %
18 jours	1	8,3 %
Total	12	100 %

Le décès était survenu dans la plus part des cas dans la 1^{ère} semaine d'hospitalisation.

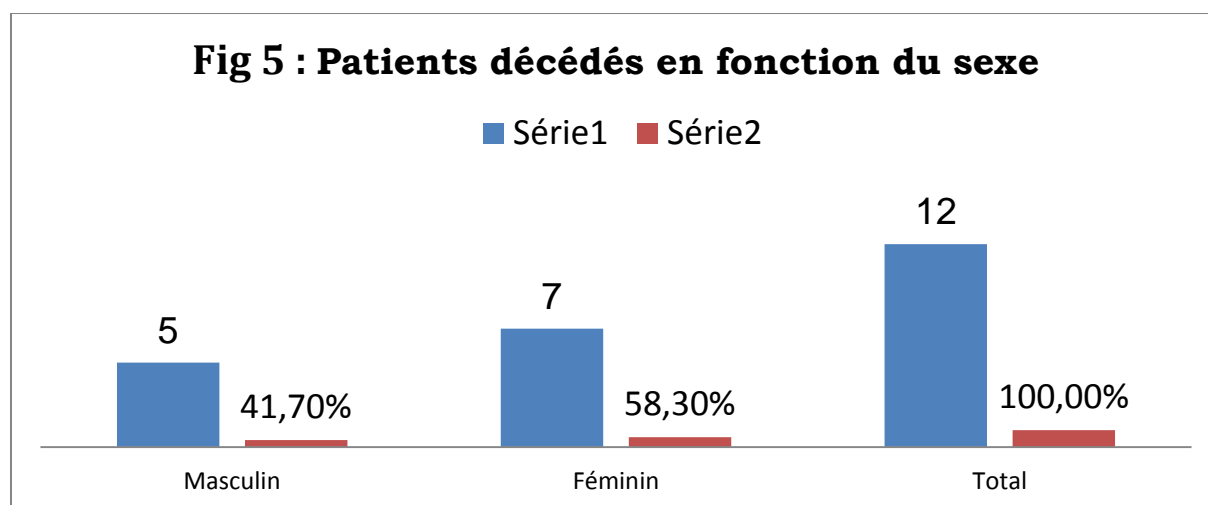
3- Répartition des patients décédés selon le membre atteint

Tableau XVI : Répartition des patients décédés selon le membre atteint

Siège des lésions	Effectif	Pourcentage
Membre supérieur	04	33,3 %
Membres inférieure	06	50 %
Les deux membres	02	16,7 %
Total	12	100 %

Le membre inférieure était dans 50 % des cas le siège des lésions chez les patients décédés.

4- Répartition des patients décédés en fonction du sexe



La mortalité chez le sexe féminin était plus élevée dans notre série soit 58,3 % des cas.

6- Répartition des patients décédés en fonction de l'étiologie

Tableau XVII : Répartition des patients décédés selon l'étiologie

Etiologies	Effectif	Pourcentage
AVP	05	44,7 %
AVD	06	50 %
AT	01	08,3%
CBV	00	00%
AS	00	00%
Total	12	100 %

Les accidents de la vie domestique ont été les plus létaux pour la moitié des patients décédés.

7- Répartition des patients décédés en fonction de la cause du décès

Tableau XVIII : Répartition des patients décédés en fonction de la cause du décès

Cause	Effectif	Pourcentage
Embolie pulmonaire	07	58,3%
Défaillance multi viscérale	02	16,7%
Anémie	02	16,7%
Septicémie	01	08,3%
Total	12	100 %

L'embolie pulmonaire a représenté 58,3% des causes de décès.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-Limites de ce travail :

Cette étude rétrospective présente des insuffisances inhérentes à cette méthodologie :

- Dossiers incomplets ou non retrouvés,
- 57 dossiers étaient inexploitable.
- Des données manquantes dans les registres.
- Difficultés dans la recherche bibliographique

2-Profil épidémiologique

L'âge :

Dans notre série les tranches d'âge de 20-29 ans et 10- 19 ans ont été les plus touchées. La moyenne d'âge a été de 33,6 ans, avec des extrêmes de 1 an à 108 ans.

Ce résultat concorde bien avec la répartition sociodémographique de notre pays.

Selon l'EDSM-V 53% de la population malienne a moins de 15 ans [10].

L'extrême mobilité de cette couche associée aux comportements imprudents des adolescents et au non-respect du code de la route pourrait expliquer ce résultat. L'insécurité grandissante serait aussi en faveur de ce résultat.

Au Mali, *BITHA. S* [4], *NIANGALY.Y* [11] et *SANGARE.A* [12] ont respectivement constaté que les tranches d'âge de 18 - 29 ans, 15-29 ans et 10- 19 ans étaient les plus touchées.

MIEREY.J.C [13] a enregistré dans sa thèse 42,22% de patients de moins de 15 ans.

DOUMBIA. [14], au CHU de Treichville a trouvé une prédominance de décès chez les jeunes de moins de 25 ans.

Sexe :

Dans notre étude le sexe masculin était prédominant avec 252 cas soit 74,7 %.

Le sex-ratio a été de 2,89. Ce résultat concorde avec ceux retrouvés par la plus part des auteurs parmi lesquels *BITHA. S* [4] *NIANGALY.Y* [11], *SANGARE. A* [12].

SOUNA.B.S et Coll. [15] et *SOUMAH.M.T* et Coll. [16] avec respectivement 77,85% et 78,26% des cas ont fait les mêmes constats.

Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus mobiles et donc plus exposés aux traumatismes. Les femmes le plus souvent assignées aux tâches domestiques dans notre société.

L'ethnie :

Dans notre étude l'ethnie Bambara représentait un tiers (33,6 %) des patients hospitalisés.

Notre étude a lieu dans le District de Bamako, peuplé en grande partie par les Bambara expliquerait ce résultat.

Ce résultat est comparable à celui de *TOGO S.* [17] qui rapporte que les Bambaras ont été les plus nombreux avec 34,29% des cas dans sa thèse faite dans les services de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital de Kati et de l'hôpital Gabriel Touré.

Activité:

Dans notre série les élèves/étudiants ont représenté 19,5% des cas suivis par les ouvriers/manœuvres 13,8% des cas. Ce sont des couches sociales qui le plus souvent circulent à pied, entre les véhicules, sans une grande connaissance du code de la route ou sur les chantiers, dépourvus quelques fois de moyens de protection. De ce fait, elles sont victimes d'accidents graves.

DIARRA [18] avait trouvé que les scolaires et les ouvriers sont les plus exposés aux accidents avec respectivement 27,8% et 18,37%.

DIAKITE.S.K et Coll. [19] ont rapporté 44,44% d'élèves et étudiants.

SOUMAH.M.T et Coll. [16] ont trouvé 34,78% d'élèves.

Ces résultats concordent avec nos résultats. La différence de pourcentage pourrait s'expliquer par la différence d'échantillon car ces études s'étendaient sur une année tandis que la nôtre s'étend sur six (06) mois.

Provenance :

La grande majorité des patients hospitalisés dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique provenait de la ville de Bamako soit 74,9 % des cas. Les communes VI et V du District de Bamako fournissaient le plus grand nombre des patients hospitalisés dans le service avec respectivement 23,2 % et 20 % des cas. Ces deux communes comportent les deux plus grandes voies express les plus utilisées de la ville de Bamako. La probable prédominance des patients provenant de Bamako pourrait s'expliquer par le fait que l'étude s'est déroulée dans cette ville.

Vu que c'est un hôpital de 3^e référence, on retrouve des patients des régions du pays et même des étrangers.

Mode d'admission

Dans notre série tous les patients ont été admis en hospitalisation via le S.AU soit 100% des cas.

SANGAREA. [12] avait retrouvé que 83 % des patients hospitalisés dans le service de traumatologie du CHU GT provenaient des urgences chirurgicales.

Ce taux peut se justifier par le fait que la quasi-totalité des cas traumatiques s'adresse directement au Service d'Accueil des Urgences où les premiers soins sont réalisés par l'équipe de garde de la traumatologie. Même ceux vus en consultation externe, donc, les cas orthopédiques nécessitant une hospitalisation sont renvoyés au S.A.U à l'équipe de garde pour pouvoir être présenté au staff le lendemain.

Motif d'admission

Dans notre série les traumatismes ont représenté 87,3% des admissions. Parmi ces traumatismes 55,4% était des traumatismes fermés.

Les mêmes constats sont retrouvés dans la littérature notamment par les auteurs :

AYITE.A et Coll. [20] qui ont retrouvé 84,42% de fracture fermée ;

BAMBA.I et Coll. [21] ont rapporté 80% de fracture fermée.

Ceci pourrait s'expliquer par une mécanisation du trafic routier et l'accroissement du parc automobile ; associé à la méconnaissance du code de la route.

Durée de séjour

Les patients ayant une durée d'hospitalisation d'au moins 20 jours représentaient 57,2% des cas.

La durée moyenne de 17,3 jours, avec des extrêmes d'un (01) jour à 180 jours.

Les pathologies les plus rencontrées

Malgré les limites de l'étude rétrospective qui ne nous a pas permis d'avoir toutes les précisions diagnostiques, comme dans les cas où il était noté « traumatisme de la jambe ou de l'avant-bras » ou encore « traumatisme fermé du pied ou du genou ».

Ce qui ne permet aucune précision diagnostique concernant la fracture ou l'os atteint.

Cependant nous avons pu dégager les groupes de lésions et le siège nous permettant de voir une grande variété d'affections rencontrées dans le service.

Ainsi les fractures ont été les plus diagnostiquées dans notre série avec 82,3% des cas.

Les plaies (traumatiques ou ulcéro-nécrotiques) à la suite des traitements traditionnels et les luxations ont représenté respectivement 4,1% et 3,8% des cas.

Outres les traumatismes des parties molles (plaies, ruptures ligamentaires) ou du squelette (fractures), les lésions infectieuses (abcès, gangrène humide ou gazeuse, ostéomyélite), les pseudarthroses et les cals vicieux ont été retrouvés.

La plus part de ces lésions siègent aux membres inférieurs, comme l'ont retrouvé GANSSLEN A et Al. [22].

L'étiologie des pathologies

Les accidents de la voie publique ont représenté 68,4% des causes d'admission en hospitalisation dans le service. Les accidents de la vie domestique viennent ensuite avec 16,2 % des cas. Les accidents de travail et les coups et blessures volontaires représentaient respectivement 7,4 % et 6,2 % des cas dans notre série. Un bon nombre d'auteurs ont trouvé cette fréquence élevée des accidents de la voie publique :

-VARANGO G et al. [23] avaient trouvé 68% ;

-AMONKOU A. [24] avait trouvé 78% des accidents de la voie publique,

- SZ TARK F et al [25] avaient trouvé 66,7% d'accidents de la voie publique.

Aux USA STEWART AL. [26] trouvaient 55 % pour les accidents de la voie publique et 21% pour les coups et blessures volontaires.

La différence entre nos données et celles de Stewart pourrait s'expliquer par une différence échantillonnage car elle a concerné sept (07) centres de référence pour traumatisme. Et aussi par le fait que le taux de criminalité est élevé dans ce pays avec un niveau plus avancé dans la maîtrise de la circulation routière.

Mais néanmoins dans beaucoup de pays, les accidents de la route constituent la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes, particulièrement parmi les jeunes de sexe masculin, selon l'OCDE/FIT, 2011[27].

Evolution

L'évolution était favorable avec une sortie médicale (exéat) chez plus de la moitié de nos patients (66,1 %).

Les sorties contre avis médical et les abandons de traitements (évasions) avec respectivement 23% et 10,9% restent une entité non négligeables.

Profil de la Morbidité et de la mortalité

Dans notre série sur les 339 patients retenus, les traumatismes siégeaient aux membres inférieurs et étaient surtout dus aux AVP.

Ces traumatismes étaient observés le plus souvent chez le sexe masculin et dans la couche socioprofessionnelle des élèves/étudiants et des ouvriers et manœuvres. Ces traumatismes nécessitaient une durée moyenne d'hospitalisation de 17,3 jours. Ces résultats concordent avec ceux de SANGARE. A [12] qui avait retrouvé un sex-ratio de 2,37 en faveur de l'homme.

Mortalité

Dans notre étude, nous avons enregistré 12 décès sur 339 patients retenus, soit un taux de mortalité de 3,5 %.

L'embolie pulmonaire a été la plus létale avec 58,3% des cas.

On retrouve également l'anémie, la défaillance multi viscérale et la septicémie parmi les causes de cette mortalité.

Ceci pourrait s'expliquer par le polymorphisme de l'embolie pulmonaire, le manque de moyens d'investigations (scanner, scintigraphie pulmonaire).

Le membre inférieur a été le plus touché parmi les patients décédés soit 50% des cas.

La moitié des décès était survenu dans la première semaine d'hospitalisation.

Ce dernier résultat se rapproche de ceux de nombreux auteurs parmi lesquels :

-N'TAGO [28] 52,6 % des décès avant une semaine,

-SANGARE A. [12], 50 % des décès dans la première semaine d'hospitalisation.

- Aux USA, STEWART et AL. [26] trouve que 52 % de décès sont survenus dans les 12 heures, 74 % dans les 48 heures et 86 % dans la première semaine d'hospitalisation.

Cette étude tient compte des cas de décès survenus aux urgences et en réanimation. La nôtre ne prend en compte que les décès survenus dans le service de traumatologie.

V-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Au terme de notre étude rétrospective de six(06) mois, qui, est le fruit du recueil des données à partir du registre et des dossiers d'hospitalisation dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique. On peut conclure que :

- ✓ Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU-Gabriel Touré est sollicité en ce qui concerne ses activités d'hospitalisation.
- ✓ C'est un service de haute technicité ; donc matériel dépendant ; ce qui fait fortement défaut.
- ✓ Une mortalité globale de 3,5 %, due essentiellement aux traumatismes du membre inférieur dans 79 % des cas.

Enfin nous notons une entité non négligeable de sorties contre avis médical (23% des cas) au profit généralement du traitement traditionnel.

2-RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer les travaux de recherches ultérieures, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques :

- Renforcer la sécurité routière, notamment par l'amélioration du système routier, l'adoption de nouvelles lois et réglementations et la multiplication des contrôles routiers visant à faire respecter ces lois.
- Mise en place d'un véritable S.A.M.U.
- Promouvoir les campagnes d'éducation et de prévention sur la sécurité routière.
- Promouvoir les campagnes pour le changement de comportement vis-à-vis des traumatismes ostéo-articulaires.
- Promouvoir la formation continue du personnel de santé.

Aux autorités administratives des hôpitaux.

- Envisager une bibliothèque, une salle d'archivage avec un système informatique pour l'hôpital.
- Equiper le service en matériels d'ostéosynthèse.
- Recruter suffisamment de personnel qualifié (chirurgiens orthopédistes et traumatologues).

Au personnel soignant

- Veiller à la bonne tenue des registres d'hospitalisation en fournissant le maximum de renseignements sur les malades hospitalisés (nom, prénom, sexe, âge, poids, ethnie, profession, résidence, durée de séjour, dates d'entrée et de sortie, mode de sortie, N° d'enregistrement, motifs

d'hospitalisation, diagnostic de sortie ,date et heure des décès et le devenir du malade) .

- Veiller à la bonne sauvegarde des dossiers. Cela pourra constituer un avantage considérable sur plusieurs plans, notamment, celui du gain de temps et de la pertinence des résultats ultérieurs.

Aux étudiants et D.E.S en formation

- Veiller à la bonne tenue des dossiers d'hospitalisation quant au remplissage correct des dossiers avec le maximum de renseignements nécessaires et précis (motifs d'hospitalisation, Diagnostic...). Ceci pourrait contribuer à la bonne exploitation des dossiers.
- veiller à l'exécution correcte et effective des consignes données lors des visites aux malades ou lors du staff.

A la population :

- Respecter les consignes médicales dans la prise en charge des malades.
- Adopter un changement de comportement vis-à-vis des affections ostéo-articulaires en abandonnant les croyances populaires et archaïques.
- Veuillez au respect du code de la route.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. **World Health Organization**. Injuries and violence: the fact. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599375_eng.pdf. Accessed Apr 5, 2013.
- [2]. **Lawson FL, Schuurman N, Oliver L, Nathens AB**. Evaluating potential spatial access to trauma center care by severely injured patients. *Health Place* 2013; 19:131-7.
- [3]. **MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ et al**. A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. *N Engl J Med* 2006;354:366-78.
- [4]. **BITHA S .OBAM**. Etude de la mortalité dans le service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique du CHU Gabriel TOURE de Bamako de janvier 2010 à Décembre 2010.
- [5]. **OMS** : Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Genève 2004.
- [6]. **JAMMAL A., ALLARD R., LOSLIER G.**, *Dictionnaire d'épidémiologie*, 1988, Edisem/Maloine.
- [7]. **BRUCKER Gilles, FASSIN Didier**, *Santé publique*, 1989, Ellipses.
- [8]. **Dictionnaire médical de poche**. Jacques Quevauvilliers, 2007, Masson.
- [9]. **Fender D**. Mortalité et embolie pulmonaire.
- [10]. **ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI 2013-2013**. Cellule de planification et de statistiques. Institut national de la statistique, Mai 2014.

[11].YOUSOUF NIANGALY. Etude de la mortalité dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'HGT de Mars 2005 à Février 2006. Thèse de médecine, Bamako 2006, N° 41.

[12]. SANGARE A. Etude de la morbidité et de la mortalité dans le service de traumatologie de l'HGT.

Thèse de Médecine. Année 2003, N° 81. Bamako. 17.

[13].MIEREY JEAN CLAUDE.

Les amputations des membres suite au traitement traditionnel des fractures dans le service de chirurgie orthopédique traumatologique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse, médecine, Bamako, 2005.

[14]. Doumbia G. Mortalité et morbidité observées dans un service de chirurgie générale au CHU de Treichville. Mars 1971-décembre 1981. Thèse de médecine Abidjan 1985 N°.633.

[15]. SOUNA.B. S, SACKO. A, YACOUBA.I. D. Les limites du traitement traditionnel des fractures des membres à propos de 302 cas de complications traitées à l'hôpital national de Niamey. SOMACOT, Bamako 1er congrès P53-54.

[16]. SOUMAH. M.T, CAMARA. T, SOUMAH I, KEBE M, KANTE. T.

Problématique de la prise en charge des fractures traitées en médecine traditionnelle.

SOMACOT, Bamako: 2004; 1er congrès P55.

[17]. TOGO S. Les complications ischémiques aiguës suite au traitement traditionnel des traumatismes des membres dans les services de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital de Kati et de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de médecine, Bamako 2007,112 p.

[18]. Diarra N. Etude des aspects épidémiologiques lésionnels et thérapeutiques des traumatismes ostéo- articulaires de janvier à décembre 2005. A propos de 5127 cas .Thèse de médecine,Bamako 2002,65 p ,N°157

[19]. DIAKITE. S. K, DIALLO. A. A, CONTE. F. B, DIALLO. I. G, KABA.M. Amputation des membres suite au traitement traditionnel des fractures.

SOMACOT Bamako: 2004; 1er congrès P : 55-56.

[20]AYITE.A, MINYOAREHE.N, MAZOOM.I, SACKO.AS.

Traitement traditionnel des fractures au Niger.

Med. Afr. Noire: 1995; 42 (12) P 636-641.

[21]. BAMBA. I, AGOH. S, TOURE. S, BANA. VARANGO.G, LAMBIN.Y, DJIBO.W.

Les gangrènes gazeuses : à propos d'étiologie insolite.

Publication médicale africaine n° 118. P 34-37.

[22]. GANSSLEN A,POHLEMANN T,PAUL C, LOBENHOFFER P, TSCHERNE H. Epidemiology of pelvic ring injuries.Injury.1996;27 Suppl 1:S-A13-20.

[23]. VARANGO G et al. Chirurgie orthopédique et ambulatoire, aspects lésionnel et thérapeutique.

Rev Marociane Chir,Orth et Trauma 1997.

[24]. AMONKOU A et al .Traumatologie routière en Côte d'Ivoire (Yopougon) : incidence économique. 2^{ème} journées de la SARANF 3,4 et 5 Décembre : 133-149.

[25].ZTARK F, TENTILLER E, THICORPI M, LASSIE P, PETIT JEAN M.E, MASSON F, MAZIORE J, DABADIE P.

Epidémiologie et prise en charge initiale de 382 traumatismes thoraciques. 37^{èm} Congrès de la SFAR.

[26]. Stewart RM et al. Seven Hundred fifty – These consecutive deaths in a level I trauma center: The argument for injury prevention. J. Trauma. 2003 jan; 54 (1):66-70.

[27]. OCDE /FIT (2011), Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE.

[Hpp://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr).

[28].N'Tago K.N. Facteurs de morbidité et de mortalité dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point "G".

Thèse de médecine, Bamako 1998, N°37.

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : CISSE

PRENOM : Hamadoun dit Alphady CISSE

Titre : Etude de la morbidité et de la mortalité dans le service chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU-Gabriel Touré, du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2015

Année de soutenance :2016

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie(**F.M.O.S**).

Secteurs d'intérêt : Traumatologie, Orthopédie, Santé-Publique

RESUME

Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique est un service de dernier recours.

Ce travail avait pour but d'étudier la morbidité et la mortalité chez les patients hospitalisés dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU-Gabriel Touré.

Il s'agissait d'une étude rétrospective de six mois (1^{er} Janvier-30 Juin) et a porté sur 339 patients.

Les patients hospitalisés étaient des sujets jeunes

La prédominance masculine a été de 74,3%, de provenance surtout urbaine (Bamako=74,9%).Le sex-ratio était de 2,9.

La moyenne d'âge a été de 33,6 ans.

Les élèves/étudiants ont été la couche la plus touchée.

Les traumatismes ont été le plus souvent le motif d'admission

Les fractures ont été les plus diagnostiquées et siégeaient le plus souvent au membre inférieur. La durée moyenne d'hospitalisation était de 17,3 jours. Le traitement a été le plus souvent orthopédique avec 61,9% des cas.

L'étiologie reste dominée par les accidents de la voie publique.

La mortalité dans le service durant les six mois de l'étude a été de 3,5 % avec comme principale cause l'embolie pulmonaire.

Mots clés : Morbidité, Mortalité, Traumatismes, Orthopédie, CHU-GT.

FICHE D'ENQUETE

FICHE D'ENQUETE N°.....

I/IDENTITE DU MALADE

Nom : /_____/

Prénom: /_____/

AGE.....Ans

Sexe : Masculin /___/

Féminin /___/

Ethnie : Bambara/___/ Peulh /___/ Malinké /___/ Sénoufo /___/ Bobo /___/ Autres /___/

Résidence : Bamako ville /___/ Commune /___/

Autres (à Préciser)/_____/

Profession : Fonctionnaire /___/ Cultivateur /___/ Ménagère /___/ Etudiant(e)/élève /___/

Ouvrier/manœuvre /___/ Commerçant(e) /___/ Eleveur /___/ Autres /___/

II- MODE D'AMISSION

Date d'entrée :..... ; **Heure d'entrée**

(si possible).....

Référé /___/ Evacué(e) /___/ Auto référé(e) /___/

S.A.U /___/ Consultation externe /___/

Structure de référence : CSCOM /___/ Privée /___/ Agent ambulancier /___/ Secours /___/ Aucun /___/

Diagnostic d'entrée :.....

III- MOTIF D'HOSPITALISATION

Traumatisme /___/

○ Ouvert /___/

○ Fermé /___/

Polytraumatismes /__/

Gangrène /__/

Abcès /__/

IV- ETIOLOGIE

AVP /__/

AVD /__/

AT /__/

AS /__/

CBV /__/

MORSURE DE SERPENT /__/

V- PRISE EN CHARGE

Examens para cliniques réalisés :

Radiographies standards /___/

Scanner /___/

Echographie /___/

Biologie (B.P.O) /___/

Traitement médical administré : Antalgique /__/ Anti-inflammatoire /__/ Antibiotique /__/ Anticoagulant /__/

SAT/VAT /__/ Autres (à préciser) /__/.....

.....

Traitement

○ Orthopédique /__/

○ Chirurgical /__/

IV EVOLUTION:

Evolution favorable (guérison sans séquelles) /__/

Guérison avec séquelles /__ / :

○ Raideur

○ Impotence fonctionnelle

○ Amputation

Sortie médicale /__/

Sortie contre avis médical /___/

Date de sortie :.....

Durée d'hospitalisation (en jour) : /___/

MORTALITE

Date.....

Heure.....

Délai d'hospitalisation avant le décès (en jour) /___/

Durée de séjour (en jours) /___/

Cause probable du décès :

- Diagnostic (si cause inconnue)
- Septicémie
- Détresse respiratoire
- Embolie pulmonaire
- Défaillance multi viscérale

Numéro d'enregistrement /_____/

Autres commentaires :

.....
.....
.....

QUELQUES IMAGES DU SERVICE



Image 01: Botte plâtrée



Image 02: B.A.B.P



Image 03 : Cruro-pédieux

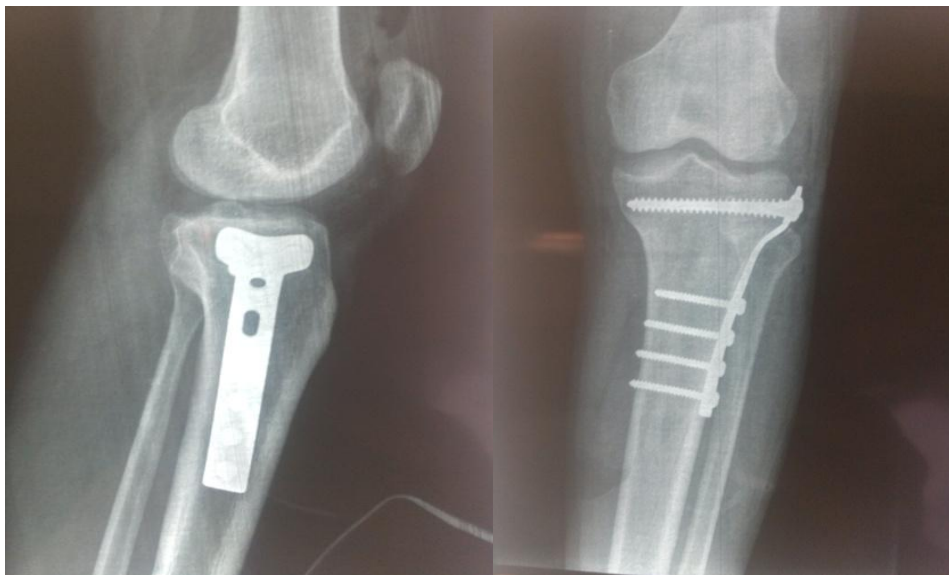


Image 04 : Ostéosynthèse d'une fracture diaphysaire du fémur par plaque vissée.

Image 05 : Ostéosynthèse par plaque en T(fracture du plateau tibial latéral)



(fracture du plateau tibiale latérale).

Image 06: Fracture ouverte des deux os de la jambe gauche avant parage



Image 06: Fracture ouverte des deux os de la jambe gauche après parage



Image 07: Broiement de la droite

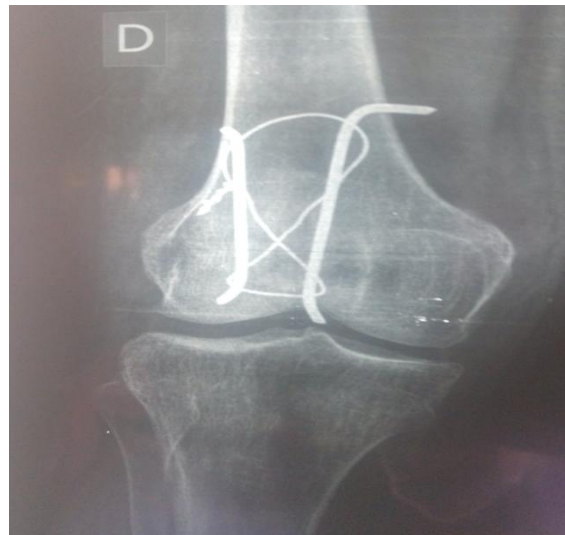


Image 08: Haubanage de la jambe patella



Image 09 : Ostéosynthèse de la fracture

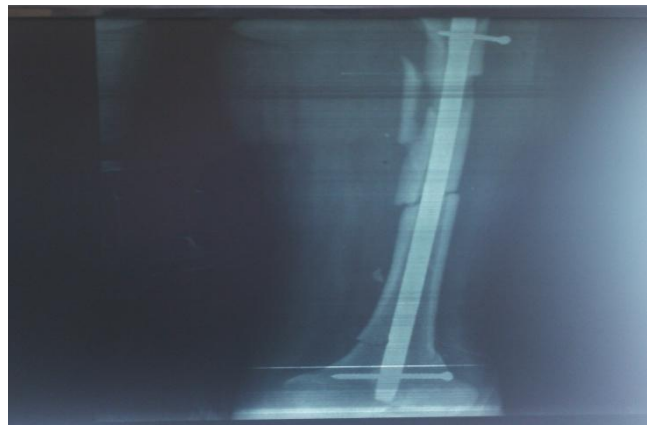


Image 10: Fracture bifocale du fémur Gauche

Ostéosynthèse par enclouage centro médullaire



Image 11 : Séquelle de traitement traditionnel



Image 11 : après prise en charge (amputation)



Image 12 : Traumatisme ouvert du genou gauche avant prise en charge.



Image 13 : Traumatisme ouvert du genou et de la jambe gauche avant prise en charge

Image 13: Traumatisme ouvert du genou et de la jambe gauche après parage

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce 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 mon patient.

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

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu 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.