

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2005-2006

**THESE**

**LES FRACTURES DE DUPUYTREN DANS LE SERVICE DE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET DE TRAUMATOLOGIE DE  
L'HOPITAL GABRIEL TOURE : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET  
CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement le 15/06/2006

**Par Mr Koke DIAKITE**

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine  
(Diplôme d'état)

**JURY**

**PRESIDENT: ALHOUSSEINI AG TOURE**  
**MEMBRE : Dr Mohamed A TRAORE**  
**CO-DIRECTEUR : Pr. Tiéman COULIBALY**  
**DIRECTEUR : Pr. Abdou Alassane TOURE**

# DEDICACE

**Je dédie ce travail :**

**A mon père Feu Bakary DIAKITE**

Jamais je ne saurais te rendre honneur à la hauteur des efforts consentis pour notre éducation basée sur la dignité et le respect de l'autre. C'est un regret pour moi de présenter ce travail en ton absence même si ça n'allait pas être une surprise pour toi de me voir médecin d'état.

Merci pour ta confiance et je ne vais jamais te décevoir.

Dors en paix, que le bon dieu t'accorde son paradis.

**A ma famille :**

Fily ;Fanta ;Fati ;Issa ;Ousmane ;Ablo ;Sory ;Moussa ;Mahamadou ; feu Django ;Adama ; Coumba ;feu Fati ; Hawa ;Ami ;Rokia ;Badian ; Kalilou et la famille Diakité (Côte d'ivoire).

**A celle qui sera ma compagne de vie,**

Toi qui m'épaulera pour toujours, aussi bien dans le bonheur que dans le pire.

L'amour est divin, il se doit d'être cultivé et entretenu.

Que cette œuvre soit la preuve du grand amour que je cultiverai et entretiendrai pour toi et pour ceux que nous appellerons nos enfants.

# REMERCIEMENTS

**Mes remerciements vont :**

**-A ALLAH : Le tout puissant,**

Pour m'avoir donné la force et le courage d'en arriver là.

**-Au Capitaine Moudou GOUMANE**

Tonton, merci d'avoir guidé mes premiers pas à l'HGT surtout pour tes conseils que je ne vais jamais oublier.

**-A mes amis**

**De la radiocarpienne :**

Issiaka ;Kiré;Ibrahim;Fassy ;Jean ;Ismael ;Alpha ;Adja ;Fatim ;Bintou

**De la fac :** Abdallah ;Lassy ;Soumi ;Kèrè ;Tombouctou ;Boubacar ;Daou ;blo ; Seydou ;Mata ; Sira .....

Freres, aujourd'hui je passe devant nos maitres; j'espère que même médecin on restera humble et surtout n'oubliez pas nos projets de la première année.

Kolet et ladjji

**A tous ceux qui m'ont transmis leur connaissance :**

Les enseignants de l'école fondamentale de Sogoniko, du Lycée de badalabougou et Kankou Moussa de Daoudabougou ; les maitres de la FMPOS.

Du fond du cœur, merci.

**Aux Docteurs Adama Sangaré et Ibrahim Alwata,** Assistants chefs de clinique au service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hopital Gabriel Touré.

Merci pour vos leçons et conseils tant sur le plan théorique que pratique.

**-Aux aînés :** Dr Dramane koné ;Dr Cheick Mansour ;Dr Sallah Bamadio

Merci pour vos conseils.

**-Aux cadets :** Makan Koné; Minkoro Fomba ;Bina Sacko.....

Bon courage, l'apprentissage s'effectue dans un minimum de rigueur.

-A tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

**HOMMAGES**

**A notre maître et président du jury:**

**Professeur Alhousseini Ag MOHAMED**

**Pr. d'O.R.L et de chirurgie cervico- faciale**

**Président de l'ordre national des médecins**

**Président de la société malienne d'O.R.L et de Chirurgie Cervico-  
faciale**

**Membre fondateur de la société d'ORL d'Afrique francophone et  
de la société panafricaine d'ORL**

**Ancien vice doyen de la F.M.P.O.S,**

**Chef du service d'O.R.L de l'H.G.T**

**Membre du conseil économique social et culturel du Mali.**

**Chevalier de l'ordre national du lion du Sénégal,**

**Chevalier de l'ordre national du Mali**

*Cher maître, la facilité et la spontanéité par laquelle vous avez accepté de  
présider ce jury malgré vos multiples occupations prouve votre générosité et  
votre modestie.*

*Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités  
humaines font de vous l'un des maîtres les plus appréciés de la faculté.*

**A notre maître et juge**

**Docteur Mohamed A. TRAORE**

**Chirurgien traumatologue à l'Hôpital de Kati**

**Directeur de l'Hôpital de Kati**

**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**

*Nous avons été très touchés par votre gentillesse, votre disponibilité et la vitalité qui vous anime.*

*C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges.*

*Soyez rassurés de notre considération et notre estime.*

**A notre maître et co-directeur de thèse  
Professeur Tieman COULIBALY**

**Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'Hôpital Gabriel  
Touré**

**Maître de conférence à la faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'odontostomatologie**

**Membre de la société Malienne de chirurgie orthopédique et  
traumatologique**

*Vous inspirez, cher maître, le respect par votre humanisme profond, votre  
modestie, votre simplicité et votre estime pour l'être humain.*

*Nous avons admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques aussi bien en  
classe que tout au long de cette thèse.*

*Durant ce travail, nous n'avons en aucun moment manqué de votre assistance et  
de votre disponibilité.*

*Ce travail est le votre.*

*Permettez-nous, cher maître de vous exprimer notre gratitude et notre  
respectueux attachement.*

**A notre maître et directeur de thèse**

**Professeur Abdou Alassane TOURE**

**Professeur en chirurgie orthopédique traumatologique et  
réparatrice**

**Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique de  
l'Hôpital Gabriel Touré**

**Directeur général de l'Institut National de Formation en Science  
de la Santé (INFSS)**

**Chef du D.E.R de chirurgie de la Faculté de Médecine de  
Pharmacie et d'Odontostomatologie**

**Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et  
traumatologique**

**(SOMACOT )**

**Chevalier de l'ordre national du Mali.**

*Homme de principe, vos qualités humaines, votre rigueur scientifique et votre  
exigence pour le travail bien fait font de vous l'homme que nous admirons.*

*Sensible à la confiance que vous nous avez accordé en nous confiant et sous  
votre direction ce travail, nous espérons en avoir été digne.*

*Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.*

# Sommaire

## **I-INTRODUCTION et OBJECTIFS**

**A- Introduction.....1**

**B- Objectifs.....2**

## **II-GENERALITES**

**A- Rappel anatomique.....3**

**B- Etiologies et Mécanismes.....14**

**C- Classifications anatomo-pathologiques.....15**

**D- Clinique.....17**

**1-Signes.....17**

**1-1-Signes fonctionnels**

**1-2-Signes physiques**

**2-Examens complémentaires.....18**

**3-Evolution et Complications.....19**

**4-Traitement.....20**

## **III- NOTRE ETUDE**

**A- Matériels.....27**

**B- Méthodes.....27**

**C- Résultats.....29**

**D- Commentaires et discussions.....34**

**IV- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....38**

## **V -BIBLIOGRAPHIE**

## **VI- ANNEXES**

# ABREVIATION

**-A.C.AF** : Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone.

**-F.M.P.O.S** : Faculté de médecine et d'odontostomatologie.

**-H.G.T** : Hôpital Gabriel Touré.

**-I.N.F.S.S** : Institut National de Formation en Science de Santé.

**-SO.MA.C.O.T** : Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et traumatologique.

# INTRODUCTION

## **A -INTRODUCTION**

Siège de passage de plusieurs tendons et pédicules vasculo-nerveux ; la cheville est un segment du membre inférieur limité en haut par une ligne horizontale passant au niveau de la base des malléoles, en bas par une ligne transversale passant à trois centimètre en dessous de l'interligne tibio-tarsienne et latéralement par deux lignes verticales à coté du sommet des deux malléoles. Elle supporte physiologiquement deux cents kilogrammes.[23]

La fracture de Dupuytren est une fracture bi malléolaire en valgus avec un trait horizontal sur la malléole interne et un trait oblique sur la malléole externe.Ce sont des lésions ostéo-ligamentaires du système de contention du cou-du-pied qui désorganisent la pince malléolaire tout en respectant le rôle de sustentation du pilon tibial. [22]

Importantes par leur fréquence et leur gravité, les fractures bi-malléolaires occupent la troisième place par leur fréquence après la fracture de l'extrémité inférieure du radius et la fracture du col fémoral.[ 2 ; 19 ;22]

Elles sont arthrogènes, pouvant ainsi compromettre l'avenir fonctionnel de la cheville ; c'est pourquoi le repositionnement anatomique des fragments est un impératif et doit être le but de la thérapie[7].

.Nous n'avons pas trouvé d'études faites sur les fractures de Dupuytren au Mali. Nous nous proposons donc d'étudier l'expérience du service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré concernant la prise en charge de ces fractures.

## **A -INTRODUCTION**

Siège de passage de plusieurs tendons et pédicules vasculo-nerveux ; la cheville est un segment du membre inférieur limité en haut par une ligne horizontale passant au niveau de la base des malléoles, en bas par une ligne transversale passant à trois centimètre en dessous de l'interligne tibio-tarsienne et latéralement par deux lignes verticales à coté du sommet des deux malléoles. Elle supporte physiologiquement deux cents kilogrammes.[23]

La fracture de Dupuytren est une fracture bi malléolaire en valgus avec un trait horizontal sur la malléole interne et un trait oblique sur la malléole externe.Ce sont des lésions ostéo-ligamentaires du système de contention du cou-du-pied qui désorganisent la pince malléolaire tout en respectant le rôle de sustentation du pilon tibial. [22]

Importantes par leur fréquence et leur gravité, les fractures bi-malléolaires occupent la troisième place par leur fréquence après la fracture de l'extrémité inférieure du radius et la fracture du col fémoral.[ 2 ; 19 ;22]

Elles sont arthrogènes, pouvant ainsi compromettre l'avenir fonctionnel de la cheville ; c'est pourquoi le repositionnement anatomique des fragments est un impératif et doit être le but de la thérapie[7].

.Nous n'avons pas trouvé d'études faites sur les fractures de Dupuytren au Mali. Nous nous proposons donc d'étudier l'expérience du service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré concernant la prise en charge de ces fractures.

## **B-OBJECTIFS**

### **1-OBJECTIF GENERAL**

Etudier la fracture de Dupuytren dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré

### **2-OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Déterminer les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des fractures de Dupuytren dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré.
- Déterminer les conduites à tenir devant la fracture de Dupuytren.
- Evaluer les résultats.
- Proposer quelques recommandations pour une meilleure prise en charge des fractures de Dupuytren.

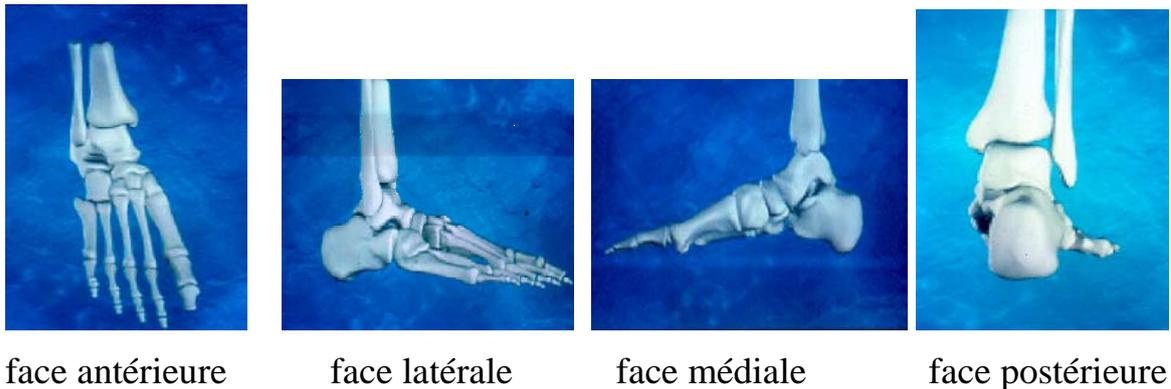
GENERALITIES

## II-GENERALITES

### A-RAPPEL ANATOMIQUE

#### 1-LES OS DE LA CHEVILLE

Les extrémités inférieures du tibia et du péroné forment la pince malléolaire (mortaise) et l'astragale est le tenon [22]. (Fig. 1)



face antérieure

face latérale

face médiale

face postérieure

**Fig. 1 : Ostéologie de la cheville [23]**

#### 1-1 –L'extrémité inférieure du tibia

Avec sa forme quadrangulaire ; légèrement évasée en bas, elle forme le pilon tibial .Son extrémité distale, articulaire est concave dans le plan antéro-postérieur et limitée :

**a- En avant**, par la marge antérieure.

**b-En arrière**, par la marge postérieure qui forme "la troisième malléole" de Destot.

Le pilon tibial présente à sa partie inféro-interne une styloïde verticale ou la malléole interne (malléolus medialis).

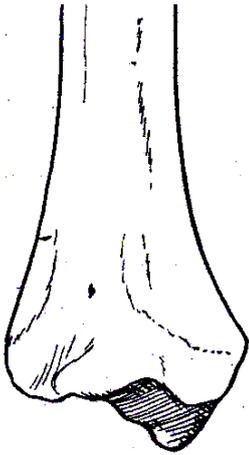
- **La malléole tibiale (malléole médiale)** : c'est une pyramide osseuse à base supérieure qui prolonge en bas et en dehors le pilon tibial :
  - .Sa face profonde latérale (Fig.3) est articulaire, elle est à peu près, verticale et se continue avec la surface articulaire horizontale du plafond tibial.
  - .La poulie est souvent bituberculaire ; Elle ne descend pas à plus d'un centimètre au-dessus du plafond tibial et y s'insère le ligament latéral interne.
  - .La face médiale est rugueuse, convexe et sous cutanée (Fig.4).
  - . En arrière, la malléole est creusée par une large gouttière où glisse le tendon du muscle tibial postérieur.[23]

La face externe fibulaire présente une surface articulaire pour l'extrémité inférieure du péroné. (Fig.5)

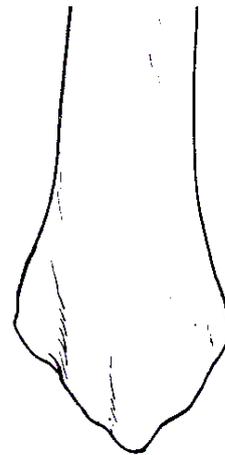
▪



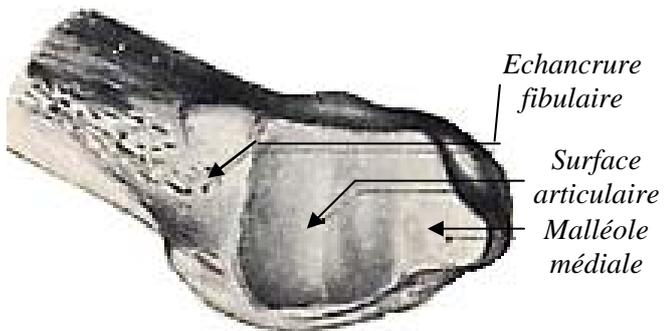
**Fig. 2 : face antérieure [23]**



**Fig. 3 : face latérale [23]**



**Fig. 4 : face médiale [23]**



**Fig.5 : Surface articulaire ( vue inférieure)[23]**

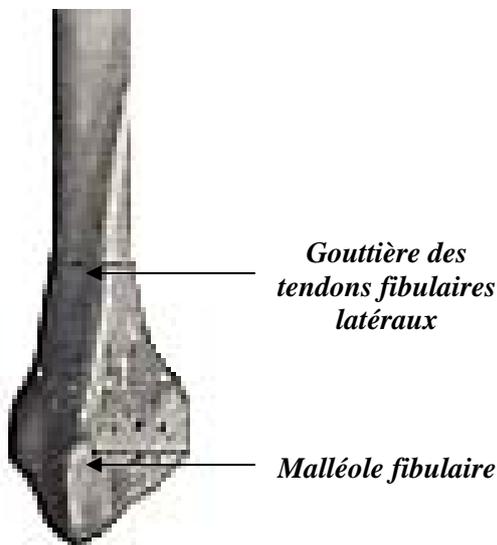
## 1-2-L'extrémité inférieure du péroné

Appelée malléole externe (malléole latérale), d'une façon générale, elle est plus grêle, plus longue, descend jusqu'à 2cm au-dessous du plafond tibial et plus postérieur que la malléole médiale.

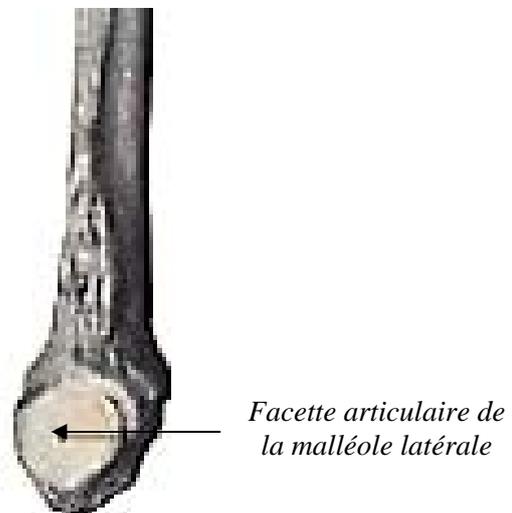
-La face médiale, en grande partie articulaire, est triangulaire à base supérieure et presque plate. (Fig.6)

-En avant et en arrière de cette surface articulaire, la face médiale est extra articulaire, donne une insertion en avant à la capsule et au ligament talo-fibulaire antérieur.

-La face latérale est convexe et sous cutanée et la face postérieure est creusée par la gouttière des tendons péroniers. (Fig.7)



**Fig.6 : face latérale [23]**



**Fig.7: face médiale [23]**

### **1-3-L'astragale ou le Talus**

C'est l'os qui porte tout le poids du corps. Il est placé en superstructure sur le calcanéum. Il a la forme d'un escargot et comprend 3 parties :

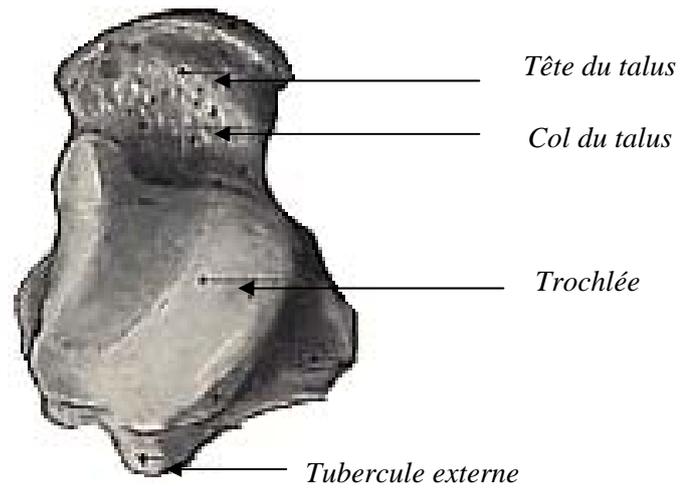
- le corps qui occupe les trois quarts de l'os.
- le col unit la tête au corps
- la tête.

Il a 6 faces :

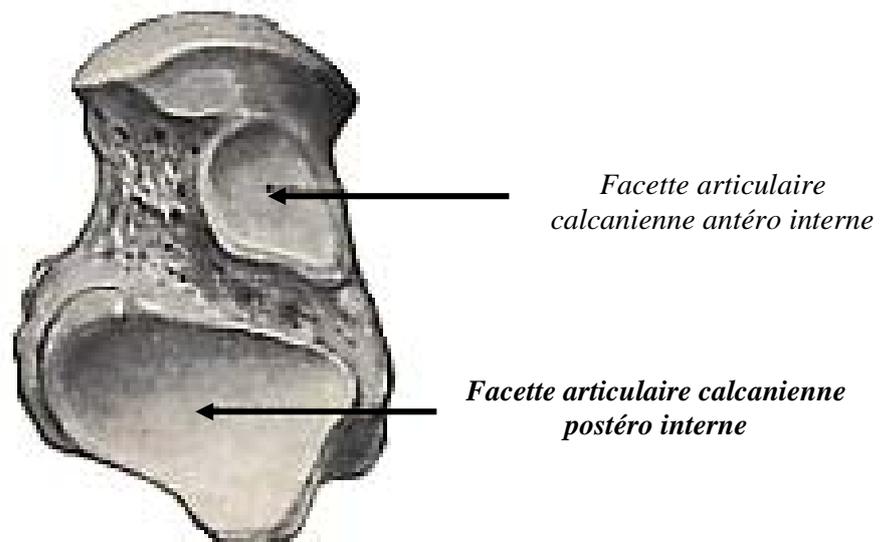
- la face supérieure a la forme d'une poulie. C'est la surface articulaire du talus par laquelle s'articulent avec la pince malléolaire. (Fig.8)
- la face inférieure aussi articulaire porte 2 surfaces articulaires : la facette articulaire antéro-interne et la facette articulaire postéro externe .Les 2 facettes articulaires sont séparées par la rainure talienne. (Fig.9)

Ce sont ces facettes qui s'articulent avec leurs correspondantes du calcanéum pour former l'articulation talo-calcaneenne antérieure et postérieure encore appelée articulation sous talienne.

- La face postérieure.
- La face antérieure.
- La face externe
- La face interne.



**Fig 8 : La face supérieure du corps du talus [23]**



**Fig.9 : face inférieure du talus [23]**

## 2-LES ARTICULATIONS DE LA CHEVILLE

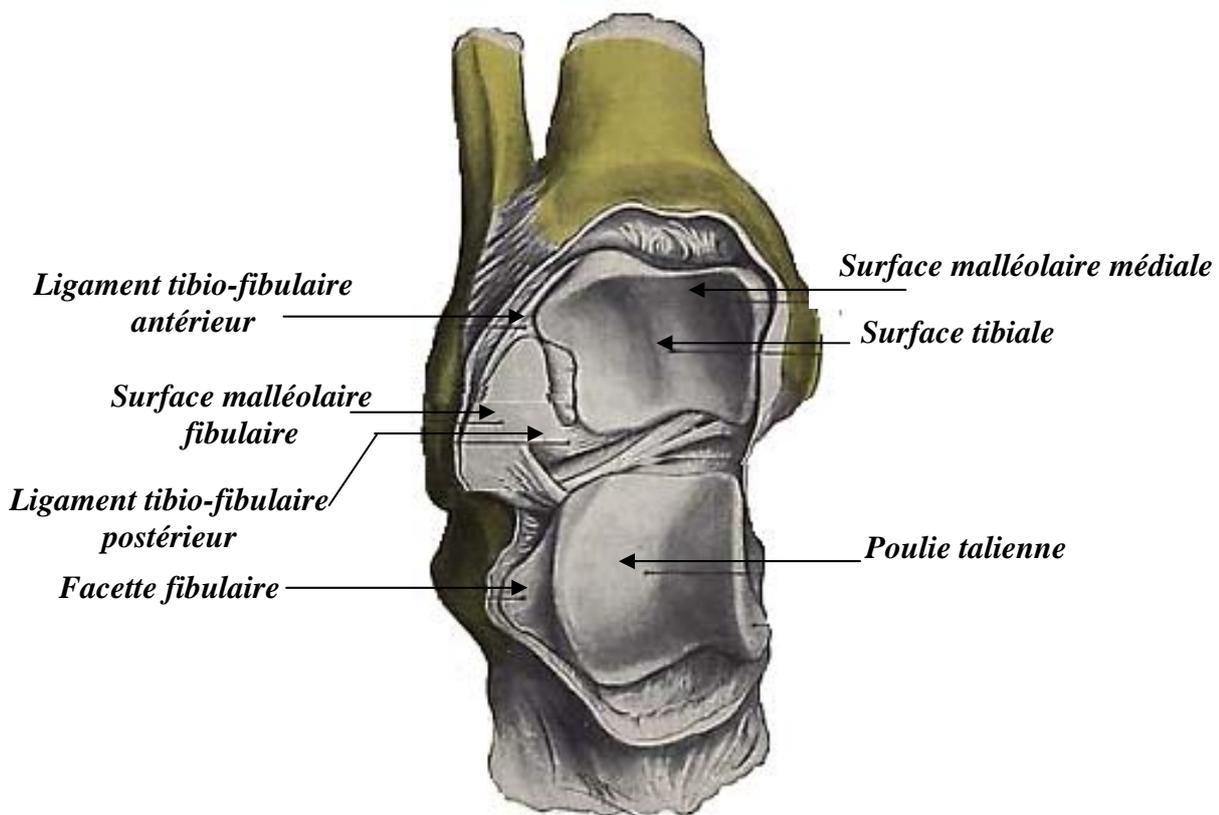
### 2-1-L'articulation tibio-fibulaire distale

C'est une articulation de type arthroïde .Elle joue un rôle important dans la stabilité de la cheville, car c'est l'assemblage du tibia et du fibula qui détermine la mortaise tibio- fibulaire .Les surfaces articulaires sont :

- La face externe du pilon tibial
- La face interne de la malléole fibulaire

### 2-2- L'articulation tibio-tarsienne ou talo-cruralis :

C'est une articulation trochléenne dont les surfaces articulaires sont la mortaise tibio-péronière et le tenon astragaléen(Fig. 10).



**Fig.10 : Articulation tibio-tarsienne : surface articulaire et moyens d'union. [23]**

### **3-MOYENS D'UNIONS**

#### **3-1-Les ligaments :**

Les os de la cheville sont solidarisés par trois groupes de ligaments, qui sont :

**a- Les ligaments latéraux externes :** Situer en dehors, avec ces trois faisceaux divergents en éventail (Fig 11).

#### **-Ligament péronéo-astragaléen antérieure ou talo fibulaire antérieure.**

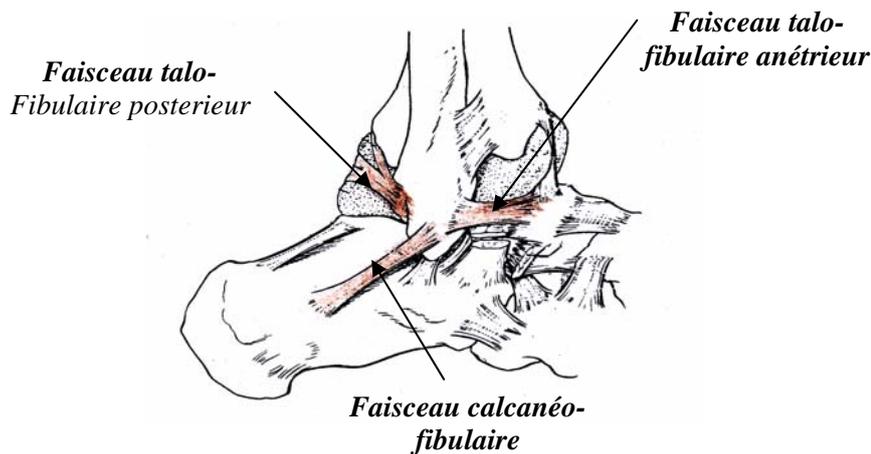
C'est le faisceau antérieur, il s'insère sur la face antérieure de la malléole externe, se dirige en bas et en avant pour s'insérer sur la face externe de l'astragale. Presque perpendiculaire à l'axe du pied lorsque le pied est à angle droit et lui devient presque parallèle lorsqu'il est en équin. Détendu en flexion dorsale et tendu en flexion plantaire .Une cheville en varus avec le pied en équin entraîne sa tension ; sa section quand le pied est en équin entraîne une sub-luxation antérieure du talus et un diastasis talo-tibial.

#### **-Ligament calcanéofibulaire ou péronéo-calcanéen.**

C'est le faisceau moyen, s'insère sur la pointe de la malléole externe et se dirige en bas et en arrière pour venir s'insérer sur la face externe du calcanéum. Détendu à la flexion plantaire, incomplètement tendu en flexion dorsale. Sa section isolée entraîne une instabilité sous-talienne.

#### **-Ligament péronéo-astragaléen postérieur ou talo-fibulaire postérieur.**

C'est le faisceau postérieur ; s'insère sur le bord postérieur de la malléole externe , descend en bas en arrière pour s'insérer sur la face externe du talus . Il est épais, très résistant, détendu en flexion plantaire et tendu en flexion dorsale .



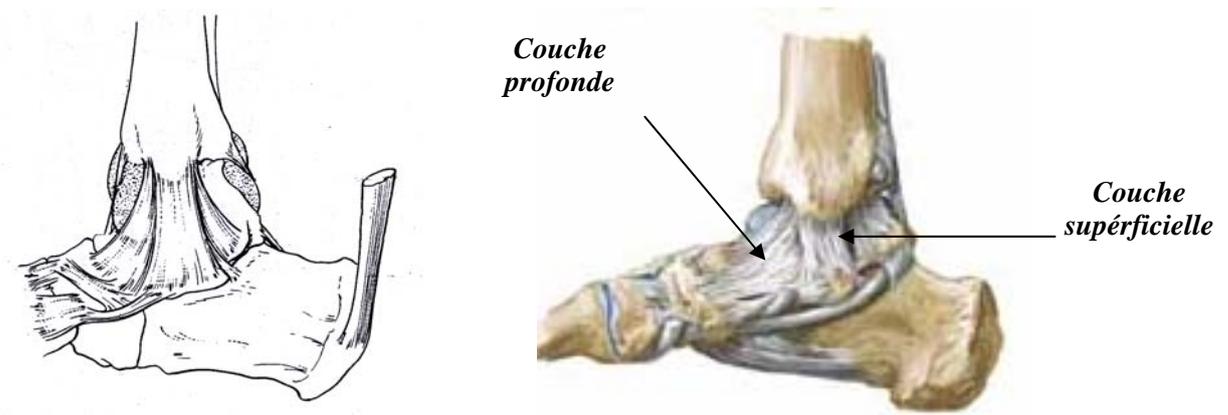
**Fig. 11: les ligaments latéraux externes [23]**

**b-Le ligament latéral interne :** il comprend deux faisceaux (Fig.12):

**- Le faisceau superficiel ou deltoïdien ou ligament tibio-gléno sustentaculaire :**

S'insère sur la malléole interne, descend en éventail pour s'insérer sur le ligament glénoïdien (tibio-calcaneé) et sur le sustentaculum de tali.

**- Le faisceau profond :** il part de la pointe de la malléole interne, descend et s'insère sur la face interne de l'astragale.



**Fig.12: les ligaments latéraux internes [23]**

## **c-les ligaments tibio-fibulaires (antérieur et postérieur), et le ligament interosseux. [23]**

### **-Le ligament tibio-fibulaire antérieur :**

C'est une lame fibreuse aplatie, tendue oblique en bas et en dehors depuis le tubercule de Tillaux jusqu'au bord antérieur de la malléole latérale.

### **-Le ligament tibio-fibulaire interosseux :**

Prolonge la partie inférieure de la membrane interosseuse. Il est formé d'une masse très dense de fibres courtes concentrées au-dessus du récessus tibio-fibulaire.

### **-Le ligament tibio-fibulaire postérieur :**

Court et épais, il s'étend du tubercule tibial postéro latéral au bord postérieur de la malléole latérale avec un trajet légèrement oblique en bas et en dehors. Très résistant, responsable de l'arrachement de la malléole postérieure dans les fractures du cou du pied.

### **3-2-la capsule :**

Elle s'insère sur le bord des surfaces articulaires recouvertes de cartilage. En raison de sa mobilité préférentielle dans le plan sagittal, elle est très lâche à sa partie antérieure et postérieure.

La synoviale tapisse la face profonde de l'articulation.

## **4-RAPPORTS ANATOMIQUES**

**4-1-En avant :** le tendon du jambier antérieur, le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, le tendon de l'extenseur des quatre derniers orteils.

**4-2-En arrière :** le tendon d'Achille et inconstamment le tendon du plantaire grêle.

**4-3-En dedans :** le tendon du jambier postérieur, le tendon du fléchisseur propre du gros orteil, le tendon du long fléchisseur des quatre derniers orteils.

**4-4-En dehors :** les tendons des péroniers latéraux (antérieur et postérieur). [19]

## **5-LES VAISSEAUX ET LES NERFS**

Le réseau vasculaire de la cheville est composé de :

### **5-1-Artères**

L'artère tibiale (antérieure et postérieure) et l'artère péronière sont les principaux vaisseaux. Ces artères ont des ramifications profondes, qui sont :

**a- L'Artère malléolaire interne et l'artère malléolaire externe,** nées toutes deux de la l'artère tibiale antérieure.

**b- L'artère péronière antérieure,** branche de la tibiale postérieure. L'artère tibiale donne en outre de l'artère malléolaire postéro interne, une ramification transversale et une ramification calcanéenne

### **5-2-Les veines**

Les veines sont satellites des artères.

### **5-3-Les nerfs**

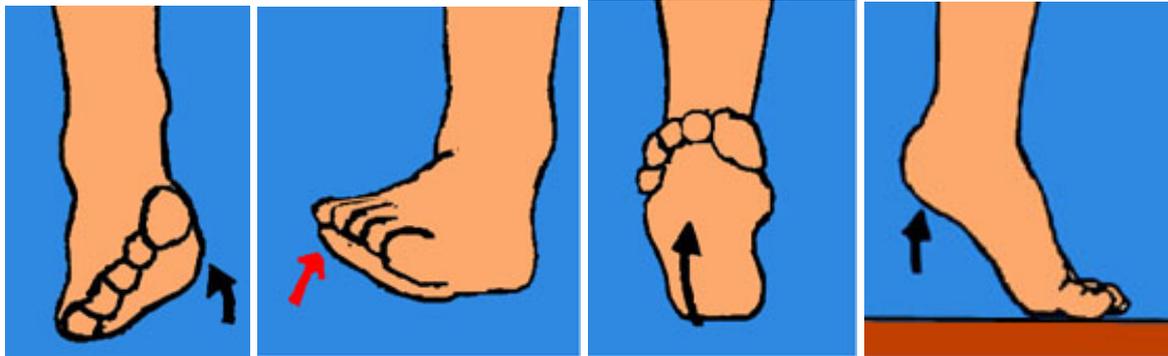
L'innervation provient essentiellement du nerf tibial antérieur et du saphène externe.

## **6-LES MOUVEMENTS (Fig.13)**

**6-1- la flexion :** l'axe de flexion est oblique et passe par la pointe des deux malléoles. L'angle de la flexion dorsale est de 20° et 50° pour la flexion plantaire.

**6-2-l'inversion** : facilitée par une flexion du pied ; c'est une rotation interne de la plante du pied et une adduction du tarse antérieur.

**6-3-L'éversion** : facilitée par une extension du pied ; c'est une rotation externe de la plante du pied et une abduction du pied.



L'inversion

L'éversion

La flexion plantaire

La flexion dorsale

**Fig.13 : Les mouvements de la cheville et du pied [15]**

## **B- ETIOLOGIES ET MECANISME**

### **1-ETIOLOGIES**

Habituellement, ces fractures font suite à :

- Un faux-pas (accident domestique)
- Un accident de la voie publique
- Un accident de sport.
- Un accident de travail.

### **2-MECANISME (Fig.14)**

Pour produire une telle fracture l'astragale subit une rotation avec :

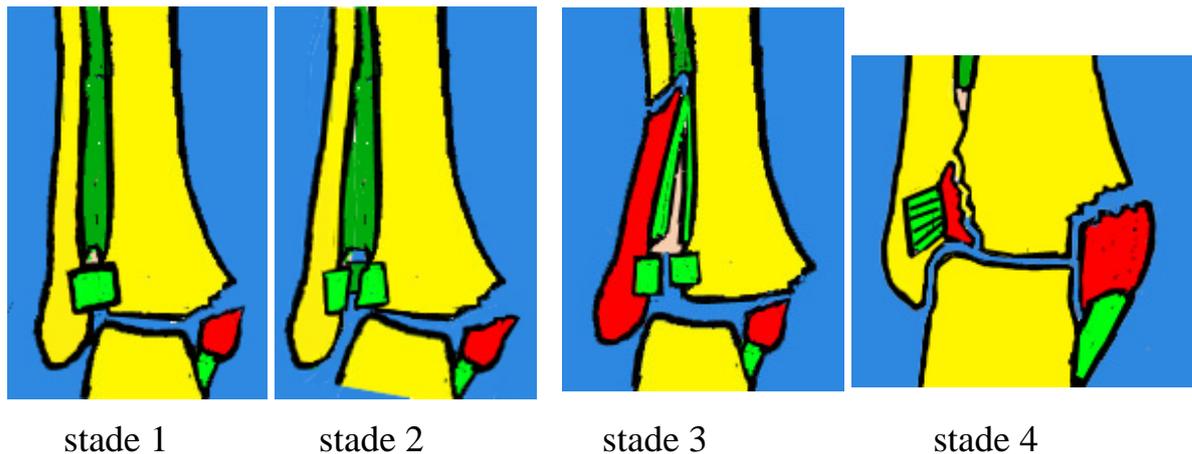
**Au stade 1** : une fracture de la malléole interne ( ou une rupture du ligament interne).

**Au stade 2 :** si l'astragale continue à tourner, c'est la malléole péronière qui est repoussée en dehors avec rupture du ligament tibio-péronier antérieur (ou arrachement de son insertion sur le tubercule de TILLAUX). Un diastasis tibio-péronier apparaît.

**Au stade 3 :** fracture du péroné, sus-ligamentaire, avec un trait de fracture oblique en bas et en arrière: fracture de DUPUYTREN. Le péroné peut se casser très haut, vers le col du péroné (fracture de MAISONNEUVE).

**Au stade 4 :** si l'astragale continue à tourner, rupture du ligament tibio-péronier postérieur (ou arrachement de son insertion osseuse), puis rupture de la membrane interosseuse et il apparaît alors un important diastasis, pouvant aller jusqu'à une luxation de la cheville en dehors et en arrière. [15]

Ce mécanisme est généralement indirect.



. **Fig.14 : le mécanisme de la fracture de Dupuytren [15]**

### **C- CLASSIFICATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE**

Les fractures bi-malléolaires ont fait l'objet de très nombreuses classifications se fondant soit sur le mécanisme lésionnel, soit sur la hauteur du trait péronier par rapport à la syndesmose. Ainsi donc on a :

## 1-LA CLASSIFICATION DE QUENU

Cette classification se base sur le niveau du trait de fracture de la malléole externe. [19]

**-La fracture de Dupuytren basse ou Geni sus-génienne :** le trait de fracture de la malléole externe siège à moins de 8cm de la styloïde péronière.

**-La fracture de Dupuytren haute ou Geni supra-malléolaire:** le trait de fracture de la malléole externe siège au dessus de 8cm de la styloïde péronière.

**-la fracture de Maisonneuve ou Geni-peronière:** si l trait siège au niveau du col péronier.

La fracture peut être déplacée ou non.

## 2-LA CLASSIFICATION A.O, WEBER, DANIS

Cette classification tient compte du siège de la fracture par rapport aux insertions ligamentaires tibio-fibulaires inférieures. Elle est classée comme suite :

**a-Les fractures sous ligamentaires :** le trait fibulaire est en-dessous des insertions ligamentaires tibio-fibulaires.

**b-Les fractures inter ligamentaires :** le trait est entre les ligaments.

**c-Les fractures supra-ligamentaires :** le trait est au dessus des insertions ligamentaires (la fracture de Dupuytren).

## 3-LA CLASSIFICATION DE DUPARC / ALNOT 1969 :

Cette classification s'effectue selon le siège de la fracture par rapport aux tubercules tibiaux..[13]

**-Les fractures sous-tuberculaires (abduction) :**

sont caractérisées par l'intégrité de la syndesmose et un trait malléolaire interne horizontal.

### **-Les fractures inter-tuberculaires (rotation)**

Le trait péronier est spiroïde, intra spongieux, volontiers simple, passant entre les deux tubercules.

**-Les fractures sus-tuberculaires (adduction)** à trait spiroïde long, de texture corticale, s'accompagnant d'une lésion constante de la syndesmose.

### **3- AUTRES FORMES**

**-l'équivalent bi-malléolaire** : fracture de la malléole externe avec rupture du ligament interne.

**-Les lésions associées :**

+ **la fracture tri-malléolaire** : c'est une fracture de Dupuytren associée à une fracture du bord postérieur de l'extrémité inférieure du tibia ou la malléole postérieure.

+**Une atteinte du talus** : fracture ; énucléation

## **D-CLINIQUE**

### **1-TYPE DE DESCRIPTION : la fracture de Dupuytren basse**

Le diagnostic de fracture de Dupuytren est suspecté chez un patient qui affirme avoir subi un mouvement de valgus forcé avec comme :

#### **1-1-Signes fonctionnels**

-La Douleur

-une impotence fonctionnelle.

-Une impossibilité d'appui du pied

#### **1-2- Signes physiques**

##### **a- Inspection**

###### **\*Face**

-Coup de hache externe

-Translation externe du pied associée à une pronation et à la rotation externe.

-Elargissement du cou du pied avec saillie en dedans de la malléole interne fracturée.

-La peau est menacée du coté interne.

**\*Profil**

-Subluxation postérieure avec diminution du dos du pied.

-Saillie du pilon tibial en avant.

-Equinisme du pied.

L'examen est rapidement gêné par l'œdème.

**b- Palpation**

Elle est douloureuse et souvent on ressent des craquements.



**2- EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

**2-1-Radiographie de la cheville (face et profil)**

Le diagnostic de la fracture de Dupuytren repose sur la réalisation de deux clichés orthogonaux de la cheville de face et de profil, prenant les trois quarts supérieurs de la jambe. (Fig.15)



**fig.15: radiographie de la cheville face et profil**

## **2-2-La tomodensimétrie (T .D.M) ou le scanner**

Coûteuse, mais elle permet d'apprécier avec une grande précision les lésions osseuses.

## **2-3-L'artériographie**

Surtout indiquée devant une suspicion de lésion vasculaire (abolition des pouls périphériques).

## **2-4 L'imagerie par résonance magnétique (I.R.M)**

Elle permet de nous édifier en cas de lésions musculaires ligamentaires, capsulaires ou cartilagineuses.

## **3-EVOLUTION ET COMPLICATIONS**

Bien traiter, les fractures bi-malléolaires se consolident en moyenne en trois mois.

Ce délai varie en fonction de l'âge du patient et de la complexité de la fracture.

Comme toute fracture, la fracture de Dupuytren peut avoir des complications de survenue immédiate, secondaire ou tardive.

### **3-1-LES COMPLICATIONS IMMEDIATES**

- les lésions cutanées : éraflures, ecchymose et ouverture du foyer de fracture.
  - Les lésions vasculo-nerveuses : rupture, compression, autres.
- Elles sont pourvoyeuses d'infection, de nécrose ou d'amputation en cas de lésions cutanées ou vasculaires majeures.

### **3-2-LES COMPLICATIONS SECONDAIRES**

Elles surviennent quelques jours après la lésion et peuvent être :

- les accidents thromboemboliques.
- Les infections post-opératoires.

- La nécrose de la peau.
- Les retards de consolidation.
- Les déplacements secondaires.

### **3-3-LES COMPLICATIONS TARDIVES**

Invalidantes, elles sont contemporaines à la guérison et se manifestent sous forme de :

- Cals vicieux : dus à une mauvaise réduction de la fracture.
- Raideur de la cheville.
- Ankylose.
- Pseudarthroses.
- Ostéites
- Arthrose

## **4-TRAITEMENT**

### **4-1-BUT**

- Rétablir la continuité ligamentaire.
- Repositionner les fragments fracturaires de façon anatomique pour obtenir une stabilité suffisante et éviter les séquelles invalidantes.

### **4-2-METHODES**

#### **a- ORTHOPEDIQUE**

Un plâtre cruro-pédieux (flexion du genou à 20°) est indiqué, cela pendant soixante quinze jours avec un contrôle sous plâtre au huitième, quinzième, vingtième jour et libération du genou au trentième jour.

Avec un appui partiel protéger au quarante cinquième jour et un appui total hors plâtre au soixante quinzième jour.

Mais la réduction peut être difficile à cause de l'interposition du ligament latéral interne rompu, entre l'astragale et la malléole interne.[18]



**Fig.16 : les étapes du plâtrage [2]**

**b- CHIRURGICAL**

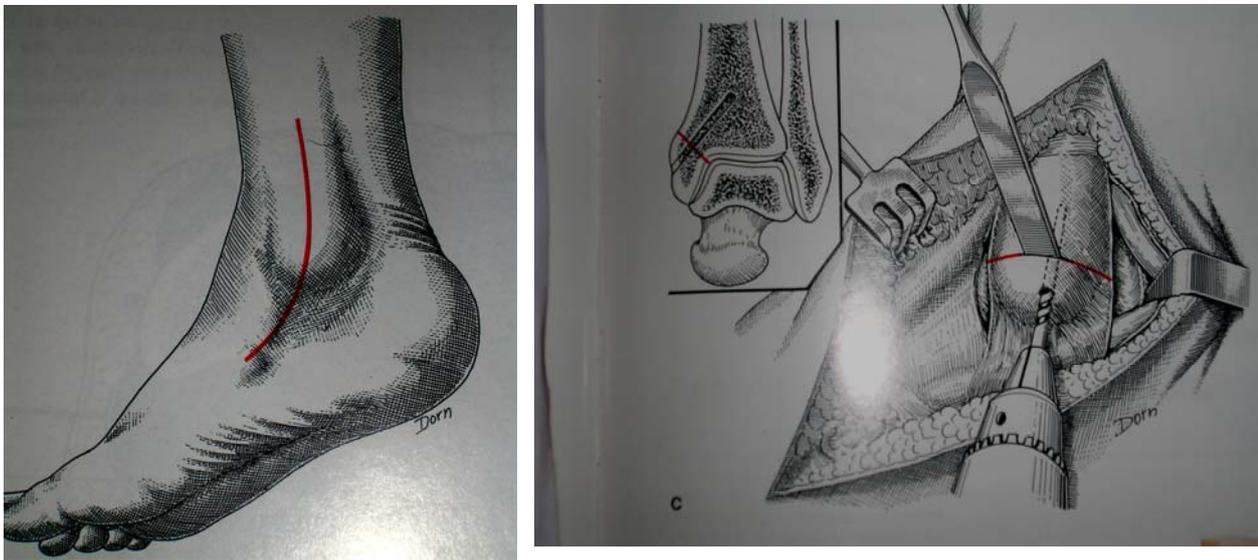
C'est le mieux indiqué et consiste à fixer la malléole interne avec deux vis, la malléole externe par une plaque vissée (plaque de GALBE).



**Fig. 17: l'ostéosynthèse de la fracture de Dupuytren [11]**

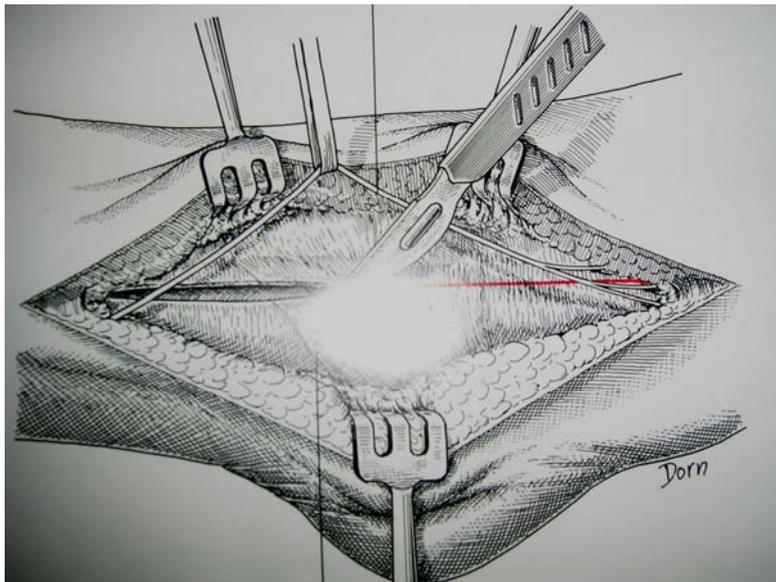
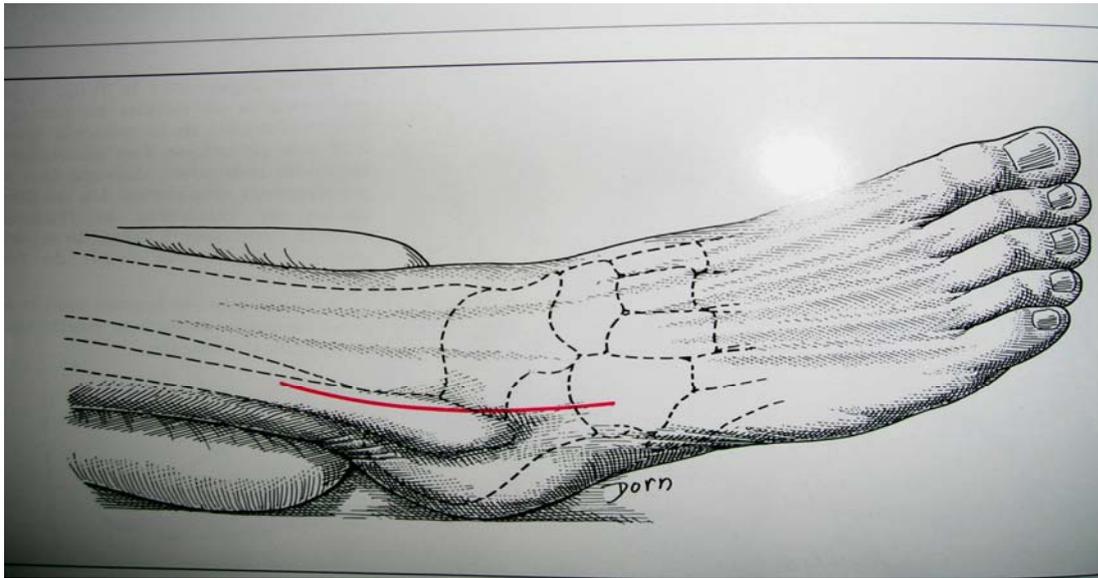
Pour réaliser cette ostéosynthèse [1]:

- **L'abord de la malléole interne sera antéro-interne.** On fait une incision cutanée d'environ cinq centimètre au dessus de la pointe de la malléole interne qui surcroise l'articulation puis s'incurve vers l'arrière pour se terminer à un ou deux centimètres en dessous de la malléole interne.



**Fig.18 :Voie d'abord antéro-interne de la malléole interne [1]**

**-L'abord de la malléole externe est antéro-externe :** l'incision sera longitudinale , légèrement curviligne ;d'environ dix centimètres .Elle est tracée sur la malléole externe et prolongée vers le bas sur l'articulation tibio-tarsienne.



**Fig.19 : Voie d'abord antero-externe de la malléole externe [1]**

Elle permet une restitution anatomique de la cheville, mais expose aux complications post-opératoires (infection, maladies thromboemboliques). Cette ostéosynthèse est suivie de la pose d'une botte plâtrée, afin d'éviter la survenue d'un déplacement secondaire.

## **c- INDICATIONS**

Le traitement orthopédique est surtout indiqué en cas de :

- revêtement cutané sain.
- de fracture stable.
- fracture dont l'instabilité est maîtrisable par le plâtre.

Le Traitement chirurgical est indiqué :

- Dans les fracture avec instabilité ostéo-ligamentaires.
- Avoir l'assurance que le traitement chirurgical peut mieux faire que le traitement orthopédique.

Le risque du traitement inadéquat est l'arthrose dont la solution est l'arthrodèse ou l'arthroplastie de la cheville.

## **d- REEDUCATION**

La rééducation a tout son intérêt en milieu orthopédique.

Dans notre cadre d'étude la rééducation a pour but de restaurer autant que possible la fonction de la cheville. Elle se fait en deux phases :

.Avant la consolidation: il faut :

Lutter contre les troubles trophiques de la cheville et du pied.

Une mobilisation passive des articulations libres.

Et enfin lutter contre l'amyotrophie du triceps sural.

.Après la consolidation :

Il faut une remise en charge progressive.

Mobiliser les articulations fibulo-tibiale supérieure, sous astragaléenne et de chopart.

Renforcer le triceps sural.

NOTRE ETUDE

## **III NOTRE ETUDE**

### **A-Matériels :**

#### **1- Cadre de l'étude :**

Cette étude s'est déroulée dans le service d'Orthopédie et de Traumatologie de l'Hôpital GABRIEL TOURE.

L'hôpital GABRIEL TOURE, ancien dispensaire central de Bamako, baptisé le 17 janvier 1959, est situé au centre de Bamako en commune III 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).

L'hôpital GABRIEL TOURE comporte :

- Un service de Cardiologie
- Un service de Chirurgie Générale
- Un service de Chirurgie pédiatrique
- Un service de Diabétologie
- Un service de Gastro-entérologie
- Un service de Gynéco obstétrique
- Un service d'Imagerie et de Radiologie
- Un service de d'Orthopédie et de Traumatologie
- Un service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL)
- Un service des Urgences Chirurgicales
- Un service d'Urologie
- Un Laboratoire d'analyses médicales
- Une morgue.

## **2- Les locaux du service d'Orthopédie et de Traumatologie :**

Le service comporte deux pavillons :

**a) Le pavillon BENITIENI FOFANA** : au Nord de l'hôpital, comporte :

- \* Un bureau pour un assistant chef de clinique
- \* Un bureau pour le major
- \* Une salle de garde pour les infirmiers
- \* Une salle des soins
- \* Une salle de consultation traumatologique
- \* Une salle de consultation de neurochirurgie
- \* Une salle de masso-kinésithérapie
- \* Une salle de plâtrage
- \* Neuf salles d'hospitalisation avec un total de 46 lits.

**b) Un pavillon annexe** : au-dessus du service de réanimation adulte au Sud de l'hôpital comportant :

- \* Le bureau du chef de service du service
- \* Un bureau pour le maître de conférence
- \* Un bureau pour l'assistant chef de clinique
- \* Un bureau pour le major
- \* Un bureau pour la secrétaire du chef de service
- \* Une salle de garde pour les chirurgiens en spécialisation (CES)
- \* Une salle de garde pour les étudiants stagiaires en préparation de thèse de fin de cycle, faisant fonction d'internes
- \* Une salle des soins
- \* Six salles d'hospitalisation avec un total de 20 lits.

## **3- Les activités du service :**

Les activités du service se répartissent au cours de la semaine entre la consultation externe, la visite des malades hospitalisés dans le service et les interventions chirurgicales des malades programmés. Ces différentes activités sont assurées en alternance suivant le planning du service, par un

assistant, une équipe de chirurgiens en spécialisation (CES) et un groupe d'étudiants stagiaires en préparation de thèse en fin de cycle.

- Du lundi au jeudi ont lieu les consultations de traumatologie
- Les séances de masso-kinésithérapie ont lieu tous les jours ouvrables
- Les consultations de Neurochirurgie se passent tous les mercredi et sont assurées par un médecin expatrié cubain.
- Du lundi au vendredi a lieu la visite des patients hospitalisés excepté le mercredi avec un staff du service le vendredi.
- Les interventions chirurgicales ont lieu du lundi au jeudi

Le service assure en alternance avec le service chirurgie générale, des gardes de chirurgie avec une équipe composée d'un assistant, une équipe de chirurgiens en spécialisation, un groupe d'étudiants stagiaires en préparation de thèse de fin de cycle. Les gardes du service sont assurées par un interne de garde.

#### **4-Matériels :**

Notre étude portait sur les fractures de Dupuytren admises et traitées dans le service d'Orthopédie et de Traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Mai 2005 à Décembre 2005. Treize cas de fracture de Dupuytren ont été retenus.

##### **a- Critères d'inclusion :**

- Tout cas de fractures de Dupuytren confirmée par une radiographie et traitée dans le service.

##### **b- Critères de non inclusion :**

- Tout malade n'ayant pas été traité dans le service
- Tout malade ayant signé une décharge pour aller suivre un traitement d'une autre nature.

#### **B- Méthodes :**

Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est étendue sur 8mois de Mai à Décembre 2005.

Elle a porté sur 13 cas de fractures de Dupuytren et a aussi bien concerné les patients hospitalisés que ceux qui ont été vus en consultation externe.

Pour bien mener cette étude nous avons utilisé une fiche d'enquête pour chaque malade pour la collecte des données ainsi que le registre de consultation externe et les dossiers des malades, du registre du bloc opératoire. Pour la saisie et le traitement des données, nous avons utilisé un ordinateur avec le logiciel Word et Epi info.

**Critères de jugement :** Nos critères de jugement ont été :

- **Résultat bon :** les malades n'ayant pas présenté des séquelles douloureuses ni fonctionnelles à la fin du temps de recul.
- **Résultat moyen :** les malades ayant présenté des séquelles douloureuses ou fonctionnelles mais non invalidantes au terme de notre étude.
- **Résultat mauvais :** les malades ayant gardé des séquelles invalidantes à la fin de l'étude.

Le temps de recul était de cinq mois pour chaque patient.

## C-RESULTATS

### 1-Au plan épidémiologique

Tableau I : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Mai 2005 à Décembre 2005 **selon le sexe** ;

Sexe	Patients	Pourcentage
Masculin	9	69,20
Féminin	4	30,80
Total	13	100

Le sexe masculin était le plus atteint avec 9 cas, soit 69,20%.

Le sexe ratio est 2,25 en faveur du sexe masculin.

Tableau II : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Mai 2005 à Décembre 2005 **selon l'âge**.

Tranche d'âge	Patients	Pourcentage
0-10 ans	1	7,70
11-20	1	7,70
21 -30	3	23,07
31-40	5	38,46
41 et plus	3	23,07
Total	13	100

La tranche d'âge de 31 à 40 ans était la plus atteinte avec 5 cas, soit 38,45%.

**Tableau III** : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Mai 2005 à Décembre 2005 **Selon la profession.**

Profession	Patients	Pourcentage
Etudiant/élève	4	30,75
Fonctionnaire	3	23,10
Ouvrier/ Manœuvre	3	23,10
Commerçant	2	15,35
Ménagère	1	7,70
Total	13	100

Les élèves et étudiants étaient les plus touchés avec 4 cas soit 30,75%.

**Tableau IV** : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Mai 2005 à Décembre 2005 **Selon l'étiologie.**

Etiologie	Patients	Pourcentage
Accident de la voie publique	9	69,20
Accident de travail	3	23,10
Accident de sport	1	7,70
Total	13	100

L'étiologie la plus en cause était l'accident de la voie publique avec 9 cas soit 69,20%.

Tableau V : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Mai 2005 à Décembre 2005 **selon le mécanisme.**

Mécanisme	Patients	Pourcentage
Indirect	11	84,38
Direct	2	15,61
Total	13	100

Le mécanisme le plus fréquent était le mécanisme indirect avec 11 cas, soit 84,38%.

## **2- Au plan clinique**

**Les signes cliniques** : la douleur, l'impotence fonctionnelle, la tuméfaction et la déformation ont été retrouvées chez tous les patients.

Tableau VI : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré **selon le coté atteint.**

Coté atteint	Patients	Pourcentage
Gauche	8	61,50
Droit	5	38,50
Total	13	100

Le coté le plus atteint était le coté gauche avec 8 cas soit 61,50 %.

Tableau VII : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré **selon les examens complémentaires effectué.**

Examens	Patients	Pourcentage
Radiographie standard	13	100
Autres	0	0

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

Tableau VIII : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré **selon l'état cutané.**

Etat cutané	Patients	Pourcentage
Fractures fermées	7	53,85
Fractures ouvertes	6	46,15
Total	13	100

Les fractures fermées ont été les plus fréquentes avec 7 cas soit 53,85%.

-Tableau IX : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré **selon le type anatomopathologique.**

Type	Patient	Pourcentage
Bas	9	69,20
Haut	4	30,80
Total	13	100

Les fractures de Dupuytren basses ont été les plus fréquentes avec 9 cas soit 69,20%.

**3- Traitement** : tous les patients ont bénéficié d'un traitement orthopédique.

**4-Evolution et Complication :**

Tableau X : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré **selon l'évolution.**

Evolution		Patients	Pourcentage
Guéris	Sans séquelles	8	61,50
	Avec séquelles	5	38,50
Total		13	100

Au cours de l'évolution, il y'a eu 8 cas de guérison sans séquelles soit 61,50%

**Tableau XI : Répartition des patients présentant une fracture de Dupuytren admis dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Mai à Décembre 2005 selon les séquelles**

Séquelles	Patients	Pourcentage
Arthrose	3	60
Cal vicieux	1	20
Raideurs articulaires	1	20
Total	5	100

Les séquelles les plus fréquentes étaient les arthroses avec 3 cas soit 60% des séquelles.

**Tableau XII : Répartition des fractures de Dupuytren recensées dans le service d'Orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Mai 2005 à Décembre 2005 selon les résultats du traitement.**

Résultat	Patients	Pourcentage
Bon	8	61,50
Moyen	3	23,10
Mauvais	2	15,40
Total	13	100

La majorité des patients (8 soit 61,50%) avaient présenté un bon résultat.

## **D-COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

Notre étude a été émaillée de certaines difficultés surtout par l'absence d'étude antérieure sur la fracture de Dupuytren d'où la comparaison de nos résultats avec des études faites sur la fracture de la cheville [14] et les lésions osseuses traumatiques de la cheville.[19]

### **1-Au plan épidémiologique :**

#### **-Selon le sexe**

Dans notre étude, le sexe masculin était le plus atteint avec 9 cas soit 69,20% avec un sexe ratio de 2,25 en faveur du sexe masculin.

Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par le fait que les hommes prennent plus de risques que les femmes.

Ce résultat est comparable à celui de MOUNKORO D. [19] qui a trouvé une prédominance masculine de lésions osseuses traumatiques de la cheville (38 cas dans un échantillon de 61 cas soit 62,30%).

#### **-Selon la tranche d'âge :**

Dans notre étude, la tranche d'âge 31-40 ans était la plus touchée avec 38,45%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que c'est à cet âge qu'on est le plus actif.

Ce résultat est différent de celui de MOUNKORO D. [19] qui a trouvé une tranche d'âge de 20-30 ans, cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'il a étudié les fractures de la cheville d'une façon générale.

### **-Selon l'étiologie**

Notre étude a mis en évidence l'incidence élevée des accidents de la voie publique avec 9 cas soit 69,20%.

Ceci pourrait s'expliquer par l'augmentation quantitative des engins à 2 roues, le mauvais état des routes (étroitesse, insuffisance des panneaux de signalisations) le non respect du code de la route, et l'imprudence des conducteurs.

Ce résultat est comparable à ceux de MOUNKORO D. [19] et de JENSEN S. / ANDERSEN B.K.[14], qui incriminent ces memes facteurs dans la survenue des traumatismes de la cheville.

### **-Selon le coté atteint**

Le coté gauche était le plus atteint avec 61,15% des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que lors des accidents, c'est le coté gauche qui s'expose le plus en guise de défense (chez le droitier, majoritaire dans la population).[11]

Notre résultat est comparable à ceux de MOUNKORO D. [19] et de JENSEN S. / ANDERSEN B.K.[14]

### **-Selon l'état cutané**

La fracture fermée était la plus fréquente soit 53,85%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le mécanisme est le plus souvent indirect.

Ce résultat est proche de celui de MOUNKORO D. [19] qui trouvait 67,22% de lésions fermées.

### **-Selon le type**

La fracture de Dupuytren basse était la plus fréquente dans notre étude.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le mécanisme et l'étiologie les plus fréquemment en cause.

### **-Selon le mécanisme**

Le mécanisme indirect était le plus fréquent avec 11 cas soit 84,38%.

Ce résultat est proche de celui de MOUNKORO. D[19] qui trouvait 98,36% de mécanisme indirect.

## **2-Au plan clinique**

La douleur, la tuméfaction, la déformation et l'impotence fonctionnelle ont été retrouvées chez tous les patients.

Ceci est en conformité avec les données de la littérature. [11 ; 19 ;22]

## **3-Au plan para clinique**

La radiographie standard de face et de profil de la cheville a été le seul examen para clinique effectué par nos patients.

Les autres examens para cliniques plus spécifiques n'ont pas été demandés du fait qu'ils n'étaient pas indispensables et aussi à cause de leur coût élevé..

## **4-Au plan évolution et complications**

L'évolution s'est faite dans la majorité des cas vers la guérison sans séquelles avec 8 cas soit 61,50%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients étaient des élèves et étudiants, suivis des fonctionnaires. Ceux-ci constituent la couche alphabétisée de la population qui a le réflexe de consulter à l'hôpital pour une meilleure prise en charge.

Certains de nos patients ont développé des complications secondaires parfois tardives entraînant des séquelles avec trois cas d'arthrose, deux cas de cals viscieux et un cas de raideur articulaire, ceci pourrait s'expliquer par le retard dans la prise en charge.

## **5-Au plan thérapeutique**

Dans notre étude, tous les patients ont bénéficié d'un traitement orthopédique. Ceci s'expliquerait par le nombre réduit de fracture déplacée et surtout par les appréhensions de notre société vis-à-vis de la chirurgie en général.

## **6-Résultats du traitement**

Nous avons observé dans notre étude huit bons résultats ; trois moyens et deux mauvais.

Certaines écoles privilégient le traitement chirurgical ; estimant que le traitement orthopédique est pourvoyeur de séquelles (cals vicieux, arthrose, raideur).

CONCLUSION

ET

RECOMMENDATIONS

## **E- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1 - Conclusion**

De notre étude, il découle que :

La fracture de Dupuytren touche plus fréquemment l'adulte jeune, surtout de sexe masculin.

Parmi les multiples étiologies, les accidents de la voie publique sont les plus en cause.

La radiographie standard de face et de profil permet de poser le diagnostic. Malgré quelques cas d'échecs, le traitement orthopédique donne de bons résultats.

### **2 - Recommandations**

**a – Aux autorités publiques** : nous recommandons :

- Une campagne d'éducation, d'information et de sensibilisation sur les risques liés aux accidents de la voie publique et les dangers que représente le traitement traditionnel des fractures.
- Une obligation du permis de conduire pour les engins à deux roues
- Un développement du système de circulation routière.
- Une formation des spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologique.
- Une dotation des structures sanitaires d'un plateau technique adéquat pour la prise en charge correcte et urgente des fractures en général.

**b – Aux personnels de santé** : Nous recommandons :

- La prise en charge précoce des patients.
- Le traitement des fractures de la cheville par le personnel qualifié.
- La surveillance correcte des patients après les premiers soins.
- La rééducation précoce effectuée dans un service de masso-kinesithérapie.

-Le recyclage ou la formation régulière pour une meilleure prise en charge des fractures.

**c – A la population civile** : Nous recommandons :

-Le respect strict du code de la route.

- La consultation dans un centre de santé devant tout cas de traumatisme.

-la discipline dans le traitement en suivant correctement les recommandations du médecin.

-

## **V BIBLIOGRAPHIE**

**1-A.C. MASQUELET ; C.J. MCCULLOUGH ; R.TUBIANA ;  
L.DORN :**

Voies d'abord chirurgicales du membre inférieur.

**2-BANA A. , BAMBA F. ,KONE SEY. , KONE SAM. ; TOURE  
S. :** C.A.T devant une fracture de la cheville en urgence ;  
Bamako (congres A.C.A.F): 7-8-9 Décembre 2005.

**3 -BARSOTTI J. ; DUJARDIN C. :**

Guide pratique de traumatologie, Paris ; Masson 1989, 189-208.

**4- BIGA N. :**

Arthrose post-traumatique de la cheville - Facteurs étiologiques et  
prévisionnels – Bases thérapeutiques des fractures du cou-de-pied. In :  
Conférence d'enseignement 1987 : pp 259-274 (Cahiers  
d'enseignement de la SOFCOT n° 28). Paris: Expansion scientifique  
française, 1987.

**5-BIGA N. :**

Fractures malléolaires de l'adulte. In : conférences d'enseignement  
1993 : pp 71-80 (Cahiers d'enseignement de la SOFCOT n° 45). Paris:  
Expansion scientifique française, 1993.

**6- BIGA N. et DEFIVES T. :**

Fracture malléolaire de la cheville et luxation du cou du  
pied.Encycl.Med.Chir (Elsevier ;Paris) appareil locomoteur. 14.088.  
A.-10-1997 , 8 P.

**7-BIGA N. et RICHTER D. :**

Résultat à long terme du traitement des fractures de la pince malléolaire. Ann. Chirurgicales – orthopédies -traumatologie – 44-885-5.P.

**8-BRIZON J. ; CASTAIN C. J :**

Les feuilles d'anatomie. Ostéologie du membre inférieur. Paris. Librairie maloine 5.A. 1988 Fascicule II. Sip.

**9 - CESARI B. LORTAT – A. JACOB ;A.DINH ;A. KALABI ; M ; E. DECRETTE ; J. BENOIT :**

Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil locomoteur. Organe de la société française de chirurgie orthopédique et traumatologique. VoL.52. Masson. Paris.1996

10-Cours d'anatomie de la 1<sup>re</sup> année (98-99) et de traumatologie de la 4<sup>e</sup> année médecine (01-02).

**11-C. LE COQ / G. CURVALE :**

les fractures bi malléolaires : maîtrise orthopédique 116 Septembre 2005.

**12-DE JEAN O. :**

Orthopédie. Collection medline Esten 75001. Paris 1994.

**13-DU PARC-J. ALNOT. J.Y. :**

Factures malléolaires, classification et indications thérapeutiques. Ann. Chir. 1965 ; 51, 91-93.

**14-JENSEN S.L et ANDERSEN.B.K:**

Epidémiology of ankle a prospective population based study of 212 cases in Albory. Danemark. Acta orrthopedica Scandinavica 69(1) 48-50 , 1998. Feb.

**15-J.L LERAT:**

Sémiologie, Traumatologie, Rev-Prat.2005 Chap.6 cheville pied.  
Faculté Lyon Sud.

**16- LANGLAIS F. :**

Bimalléolar fracture ; Mechanism ,diagnosis, principales of treatment.  
Rev. Prat , 1991 Dec, 41 :25 , 2627-31.

**17-LAUDE F. ; BENAZET JP.**

Bimalléolar fracture in adults. Mechanism, diagnosis; treatment.  
Rev Prat, 1997 Dec 47:20, 2285-90.

**18-LECESTRES P. – RAMADIER J.O :**

Les fractures bi malléolaires et leurs équivalents. Revue chir. Orthop.  
1976 ; 71-91.

**19- MOUNKORO D. :**

Les lésions osseuses traumatiques de la cheville :  
Thèse de médecine 2000 ; F.M.P.O.S. ; Bamako?

**20-POILEUX F. :**

Sémiologie Traumatologique. Flammarion 1975.

**21-ROUVIERE H. :**

Anatomie humaine descriptive ; topographique et fonctionnelle, 4<sup>e</sup>  
édition revue et augmentée par D. DELMAS. Paris Masson. 10.

**22-SANGARE .A :**

Cours d'anatomie de la 1<sup>re</sup> année (98-99) et de Traumatologie de la 4<sup>e</sup> année médecine (01-02).

**23-SAED. M :**

Les traumatismes de la cheville : mémoire de médecine 2004 ;  
Tunisie.

**24-VIVES P. ; LESTANG M. et HOUURLIER H. :**

Les fractures malléolaires de l'adulte. Encycl. Méd. Chir. (Paris France) appareil locomoteur 14088. D. 10, 5-1986 ,8P.

**25-YOUMACHEV G. :**

Traumatologie et orthopédie 2<sup>e</sup> édition. Mir. Moscou 1977.

ANNEXES

# Fractures de Dupuytren

## Fiche de renseignement

N° du dossier :

### A-/ Identité du patient

-Nom : Prénom  
-Age -Sexe -Profession  
-Adresse

### B-/Etiologie

-A.V.P  -Sport   
-Accident domestique  -A..T

### C-/Mécanisme

-Direct  -Indirect

### D-/Clinique

#### 1-Signes fonctionnels

-Douleur  -Impotence fonctionnelle   
-Autres

#### 2-Signes physiques

-Coté atteint : Droit  gauche   
-Inspection : Oedeme  Ouverture cutanée   
Déformation  ecchymose   
-Palpation saillie anormale   
point douloureux esquices

#### 3-Antecedants

-Traumatisme

-Tares connues diabète  ostéoporose   
Drépanocytose  autres

#### 4-Etat général

-Bon  -Passable  -Altéré

## 5-Lesions associées

- Fracture des 2/3 sup.de la jambe
- luxation de la cheville
- fractures du pied
- autres

## **E-/Examens complémentaires**

### 1-radiographie f/p

### 2-type anatomo-pathologique

- basse
- haute
- très haute

- 3-deplacement oui
- non

## **F-/Diagnostic positif**

## G-/Traitement

### 1-orthopedique

- botte
- cruro-pedieux

### 2-Chirurgicale

## **H-/Evolution**

- favorable
- défavorable

## **I-/Complications**

### 1-Immediates

- ouverture cutanée
- atteinte vasculaire
- atteinte neurologique

### 2-Tardives

- déplacement secondaire
- nécrose de la peau
- retard de consolidation
- ostéite
- cal vicieux
- ostéo-nécrose

# FICHE SIGNALITIQUE

**Nom et prénom :** KOKE DIAKITE

**Titre de thèse :** Les fractures de Dupuytren : étude épidémiologique et clinique.

**Année de soutenance :** 2005-2006.

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Dépôt :** Bibliothèque de la F.M.P.O.S.

**Secteur d'intérêt :** Orthopédie, traumatologie.

## RESUME

Nous avons rapporté les résultats d'une étude sur les fractures de Dupuytren dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako, de Mai à Décembre 2005.

Les patients ont été revus avec un recul de 5 mois.

Le sexe masculin de 31 à 40 ans était le plus touché.

Les accidents de la voie publique constituaient l'étiologie la plus fréquente.

La radiographie standard (face et profil) était le seul examen complémentaire effectué.

Nos patients ont été traités orthopédiquement.

**Mots clés :** Fracture, bi-malléolaire, valgus.

# **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 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 travail et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa 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 leur père.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque »

**JE LE JURE.**