

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2005-2006

N°:/.../

THESE

**ETUDE DES LESIONS OSTEO-ARTICULAIRES
DU COUDE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE
ORTHOPEDIQUE ET DE TRAUMATOLOGIE
DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le /...../2006
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie

Par Mr **ALMAMY MOHAMED KIRE**

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

JURY

**PRESIDENT: Pr. Sidi Yaya SIMAGA
MEMBRE : Dr Mahamadou DIALLO
CO-DIRECTEUR : Pr. Tiéman Coulibaly
DIRECTEUR : Pr. Abdou Alassane TOURE**

Etude des Lésions Osteo-articulaires du Coude dans le Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie de l'H.G.T

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A l'éternel ALLAH, le tout puissant, Créateur de la terre et des cieux et a son prophète Mahomet (paix et salut sur lui)

A mon père : Almamy KIRE

Homme de principe – tolérant – rigoureux – pieux et généreux.

Vous avez cultivé en moi l'amour du travail. Vous avez toujours guidé mes pas et vous n'avez ménagé aucun effort pour me mettre dans toutes les conditions. Vous m'avez toujours soutenu durant ces années d'étude. Sans toi ce travail n'aura pas vu le jour. Je ne vais jamais vous décevoir.

Puisse ce modeste travail être une reconnaissance, pour être digne de vous. Merci pour tout mon très cher Papa. Que dieu vous accorde longue vie.

A ma mère Nènè dite Aichata DIALLO

Aucune œuvre humaine ne pourra vous récompenser pour le sacrifice que vous avez accompli pour nous. Mettre un enfant au monde assurer sa survie et son éducation en lui apprenant le chemin de dieu, le sens de l'honneur et de la dignité humaine, qualité que j'ai profité durant toutes ces années.

En réclamant votre pardon pour le mal que je vous ai fait pendant les moments de folie, je demande encore votre bénédiction qui d'ailleurs n'a jamais manqué.

Chère mère que le bon dieu vous donne longue vie et bonne santé.

A celle qui sera ma compagne de vie

Aimer c'est souffrir, nous marcherons ensemble pour le meilleur et pour le pire.

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

A notre Maître Président du Jury: Professeur Sidi Yaya Simaga,
Professeur de Santé Publique
Chef du DER en Santé Publique à la FMPOS
Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Honorable Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le Jury de cette Thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur dans le travail, votre modestie, votre disponibilité et votre sens élevé du devoir social, font de vous un homme respecté et admiré de tous.

Soyez assuré, cher Maître, de notre dévouement.

A notre Maître et Membre du Jury: Dr Mahamadou DIALLO

Attesté en radioprotection et sûreté des sources de rayonnements

Attesté en radiodiagnostic et d'imagerie médicale spécialisée et approfondie,

Membre de la Société Malienne d'Imagerie Médicale (SOMIN)

Membre de la Société de Radiologie d'Afrique noire Francophone et de la Société Française de Radiologie.

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre rigueur, votre disponibilité, votre esprit d'ouverture font de vous un exemple pour la jeune génération.

Nous vous remercions de votre bienveillance à notre égard et soyez assuré cher maître de l'expression de notre respect.

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

Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'Hôpital Gabriel Touré

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

Membre de la société Malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique.

Cher maître

*Votre simplicité, votre modestie et votre encadrement précieux ont contribué à
l'élaboration de ce travail qui d'ailleurs 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.

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

Directeur général de l'Institut National de Formation en Sciences 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.

Cher maître : Plus qu'un maître vous êtes un père pour tout vos étudiants, nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté dans votre service.

Sensible à la confiance que vous nous avez accordé en nous confiant ce travail, nous espérons en avoir été digne.

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

Remerciements

Nos remerciements vont :

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

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

Au docteur Brehima Coulibaly : merci surtout pour tous vos conseils que je ne vais jamais oublier.

A mes frères et sœurs : Cheick Hamalla, Badiallo, Fatoumata Penda, Issa, Mohamed Diaoule, Aichata, Karamoko KIRE : on ne choisi pas ces frères, si cela était le cas je n'allais pas choisir mieux.

A mes tontons : Adama Sangaré, Sekou Sogoré, Madou Kiré, Gaoussou Traoré, Bassekou Diarra

A mes Tantes : Aminata Sall, Oumou, Ami, et Fana Diallo.

A tous mes cousins et cousines : Moctar Tambadou, Mamadou Diarra Boubacar Samake, Abdoulaye Samake, Moctar Kire, Ina Sangaré, Adja Sangaré Awa Samaké, Sidi Barry.

A mes amies Halimatou Diawara, Hamssatou Maiga, Kodou Sangaré Aiché Touré, Rabat Diawara.

A mes amis :

- de la radiocarpienne : Dr Issiaka ; Dr Koke; Ibrahim; Fassy ; Jean ; Ismaël ; Alpha ; Adja.

-de la fac : Abdallah ; Lassy ; Soumi ; Kèrè ; Tombouctou ; Boubacar ; Daou ; blo ; Seydou, Djiré.

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

Sommaire

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Introduction -----	9
Objectifs-----	10

I. GENERALITES

I.1 Anatomie descriptive du coude-----	11
I.2 lésion osteo-articulaires du coude-----	26
I.3 Etude anatomo-clinique des lésions ostéo-articulaires du coude-----	27
I.4 Diagnostic -----	40
I.5 Complications et séquelles-----	41
I.6 Traitement des traumatismes du coude-----	43

II. METHODOLOGIE

II.1 Cadre d'étude, matériel et méthode -----	46
II.2 Résultat-----	51
II.3 Commentaires et discussions-----	62

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS-----66

REFERENCES -----69

ANNEXES

Fiche signalitique-----	75
Fiche d'enquête-----	77

Introduction

Les lésions ostéo-articulaires du coude, constituent l'ensemble des lésions produites par l'action brutale d'un agent vulnérant sur le coude.

Le coude, articulation unissant le bras et l'avant bras comporte anatomiquement l'extrémité inférieure de l'humérus, les extrémités supérieures du radius et de l'ulna.

La plupart des mouvements du membre supérieur, passent par le coude.

On comprend donc aisément les conséquences importantes que peuvent engendrer les lésions traumatiques du coude. Avec l'industrialisation, le développement des moyens de transport, l'essor du sport, les lésions osteo-articulaires du coude se rencontrent de plus en plus.

Malgré leur fréquence relativement élevée les lésions osteo-articulaires du coude, restent un sujet mal étudié au Mali. La thèse de Diallo M.[11] présentée en 1996 portait sur les traumatismes du coude d'une façon générale.

C'est pourquoi, nous avons jugé utile de faire une étude sur les lésions osteo-articulaires du coude, observées dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel TOURE en visant les objectifs suivants :

Objectifs :

1) Objectif général :

Etudier les lésions ostéo-articulaires du coude dans le Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique de l'hôpital Gabriel TOURE de janvier 2005 à février 2006.

2) Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des lésions osteo-articulaires du coude dans le Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique de l'hôpital Gabriel TOURE
- Rechercher les principales causes des lésions ostéo-articulaires du coude.
- Décrire les lésions osteo-articulaires en fonction des caractères sociodémographiques des patients.
- Evaluer le résultat du traitement des lésions ostéo-articulaires du coude
- Faire des recommandations afin d'améliorer la prise en charge des lésions osteo-articulaires du coudes.

I-) Généralités

II.1 ANATOMIE DESCRIPTIVE DU COUDE

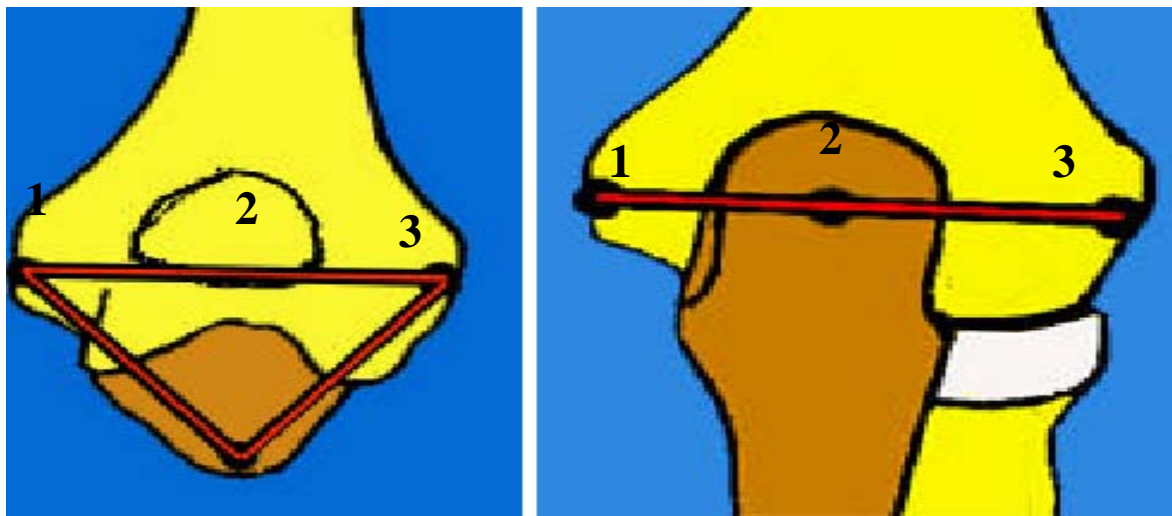
1-) Morphologie :

Le coude, articulation relativement superficielle, présente un léger cubitus valgus en extension complète. L'axe du bras forme avec celui de l'avant bras un angle de 170° ouvert en dehors.

En avant le pli de flexion du coude est un repère important correspondant à l'interligne huméro-ulnaire.

En arrière l'olécrane a sa saillie bien visible.

Les 3 repères qui sont l'épicondyle médial, l'épicondyle latéral et la pointe de l'olécrane forme un triangle isocèle lorsque le coude est fléchi (triangle de Nélaton Fig.1 A) et sont alignés en cas d'extension (ligne de Hunter Fig. 1 B)



A. Triangle de Nélaton

B. Ligne de Hunter

FIGURE 1 : Vue postérieure de l'articulation du coude montrant les repères osseux

1-Epicondyle médial. 2-Olécrane. 3-Epicondyle latéral

2-) Topographie du coude

Le coude comporte deux régions : l'une en avant de l'articulation : le pli du coude (figure 2) ; l'autre en arrière : la région olécrânienne (figure 3)



Figure 2

**Face antérieure montrant
le pli du coude**



Figure 3

**Face postérieure du coude
montrant la région olécrânienne**

3-) Articulation du coude

3-1) Définition

C'est en fait un complexe articulaire composé de 3 articulations de type synovial

- Articulation huméro-ulnaire (trochléenne)**
- Articulation huméro-radiale (condylienne)**
- Articulation radio-ulnaire supérieure**

Ces différentes articulations font intervenir 3 os ; l'humérus par son extrémité inférieure, le radius par la tête radiale et l'ulna par son extrémité supérieure.

3-2) Le squelette du coude

3-2-1) Extrémité inférieure de l'humérus:

Aplatie d'avant en arrière et incurvé en avant, elle présente deux parties [4] : la palette humérale et le massif articulaire du coude, que flanquent deux apophyses, épicondyle médial et épicondyle latérale. [Fig. 4]

- La palette humérale :

Elle donne insertion à sa partie supérieure aux faisceaux les plus inférieurs du brachial antérieure. Elle s'élargit vers le bas et se creuse : en avant de la fossette coronoïdienne et de la petite fossette radiale en dehors d'elle,-en arrière de la fossette olécranienne.

Elle comprend deux saillies :

-Une grosse en dedans et au dessus de la trochlée (Epicondyle médial) qui présente deux faces :

-faces antérieure, divisée par une crête transversale, elle donne insertion au tendon commun des muscles épitrochléens (rond pronateur grand et petit palmaire, cubital antérieur en couche superficielle et fléchisseur commun superficiel en couche profonde).

-face postérieure creusée d'une gouttière que la bandelette épitrochléo-olécranienne transforme en tunnel où glisse le nerf cubital.

-Une plus petite en dehors (Epicondyle latérale) beaucoup moins développée

Avec deux faces :

- sa face antérieure donne insertion au Ligament latérale externe du coude et au tendon des muscles épicondyliens (deuxième radial, extenseur commun des doigts, extenseur propre du cinquième doigt, court supinateur, ulnaire postérieur) ;

- sa face postérieure donne insertion à l'anconé et accessoirement au vaste interne.

- le massif articulaire :

Elle représente **la surface articulaire humérale du coude** ; ce sont la trochlée et le condyle huméral latéral ou capitellum humeri.

La trochlée comporte :

- deux joues, l'interne beaucoup plus saillante, plus large en avant et descendant plus bas que l'externe ;
- une gorge spiroïde, telle qu'en avant elle soit plus rapprochée de la joue externe que de l'interne ; c'est l'inverse en arrière.

Cette disposition explique l'angle ouvert en dehors que fait l'avant-bras étendu sur le bras (cubitus valgus physiologique). La trochlée est surmontée des fossettes coronoïdiennes en avant et olécraniennes en arrière, dans lesquelles viennent buter les becs des apophyses cubitales correspondantes dans les mouvements de flexion extension du coude.

- le condyle huméral latéral est une saillie arrondie qui, flanque la trochlée en dehors. Il en est séparé par la zone conoïde qui n'existe qu'en avant et s'articule avec la cupule que présente la face supérieure de la tête radiale. Le condyle huméral latéral est surmonté par la fossette radiale.

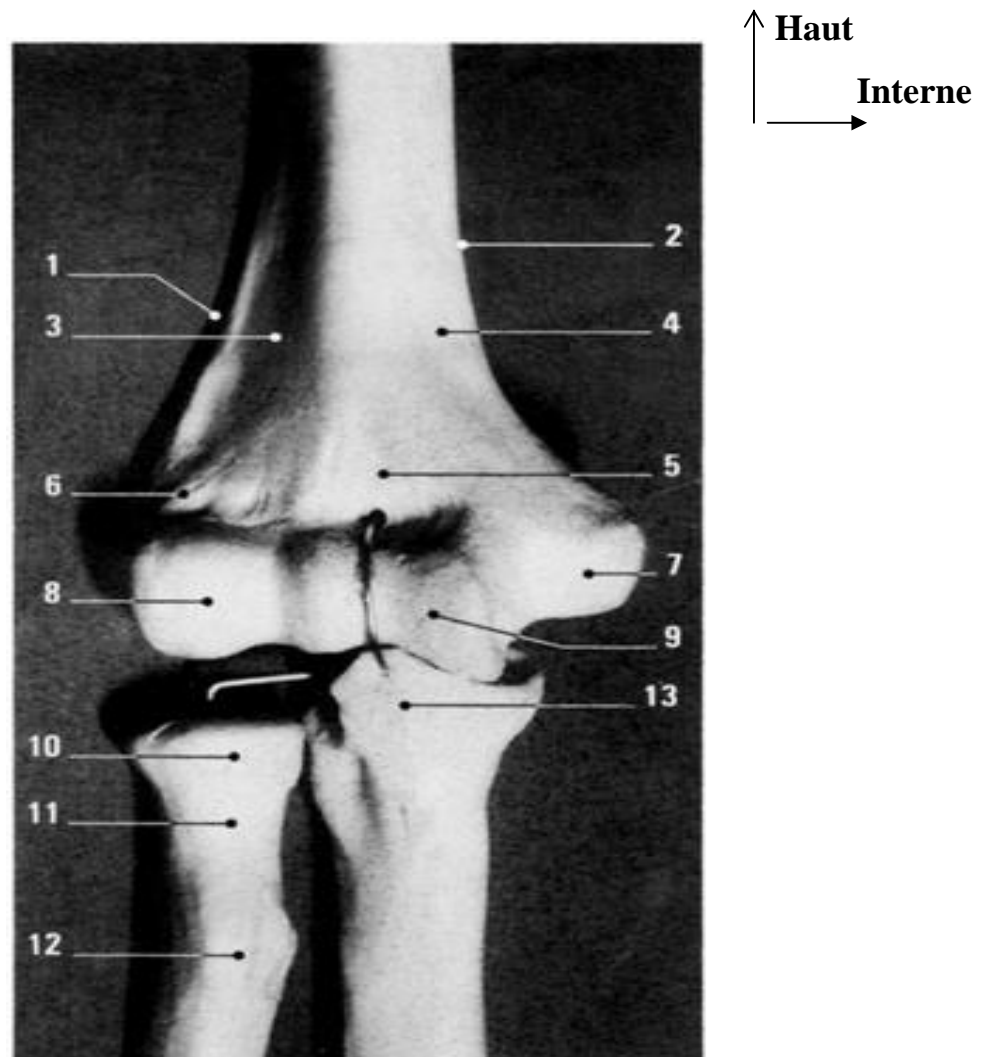


Figure 4 Pièce anatomique des os du coude Vue antérieure
Selon Blery M . Chagnon S. Jaquenod P. [2]

1. Bord externe de l'humérus
2. Bord interne
3. Face antéro-externe
4. Face antéro-interne
5. Fossette coronoïdienne
6. Epicondyle
7. Epitrochlée
8. Condyle
9. Trochlée humérale
10. Cupule radiale
11. Col du radius
12. Tubérosité radiale
13. Apophyse coronoïde

3-2-2) Extrémité supérieure du l'ulna :

Elle est volumineuse et présente deux saillies [4]: olécrane, apophyse coronoïde [Fig. 5]

-Olécrane : Elle a

- une face antérieure : qui est articulaire divisée en deux versants concaves de bas en haut, l'un externe étroit et l'autre interne plus large ; chacun d'eux correspondant à l'une des joues de la trochlée.

-une face postérieure : triangulaire à sommet inférieur qui se continue avec le bord postérieur ou crête du cubitus ;

- une base : se continue avec la diaphyse cubitale ;

- une face supérieure ou sommet plus large, forme le bec de l'olécrane ;

- une face interne où s'insèrent les muscles cubitale antérieure et fléchisseur commun profond des doigts ;

-une face externe où s'insère le muscle anconé.

- apophyse coronoïde : est une saillie antérieure qui comprend :

- une Face supérieure : est articulaire ;

- une face inférieure : qui continue la face antérieure de la diaphyse cubitale à la limite de laquelle, elle présente la tubérosité où s'insère le muscle brachial antérieur ;

-une face interne : porte le tubercule coronoïdien

-une face externe : sert d'insertion aux muscles fléchisseur commun superficiel et profond des poignets.

-le sommet porte le bec de l'apophyse coronoïde.

-cavités articulaires : qui sont la grande et la petite cavité sigmoïde.

-grande cavité sigmoïde : elle est articulaire et constituée de la face articulaire de l'olécrane et la face supérieure de l'apophyse coronoïde, elle s'articule avec la trochlée humérale.

-petite cavité sigmoïde : s'articule avec le pourtour de la tête radiale.

3-2-3) L'extrémité supérieure du radius

-la tête

Cylindrique, entièrement articulaire comportant une cupule, constituant la partie supérieure de la tête et qui s'articule avec le condyle huméral. Le pourtour de la tête est également articulaire. Il répond à la petite cavité sigmoïde du cubitus. [Fig. 5]

-le col

Haut de 15mm [4], il donne insertion à la capsule articulaire, et au court supinateur dans sa partie inférieure. [Fig. 5]

-la tubérosité bicipitale : elle est située dans le prolongement du col et sert d'insertion au muscle biceps

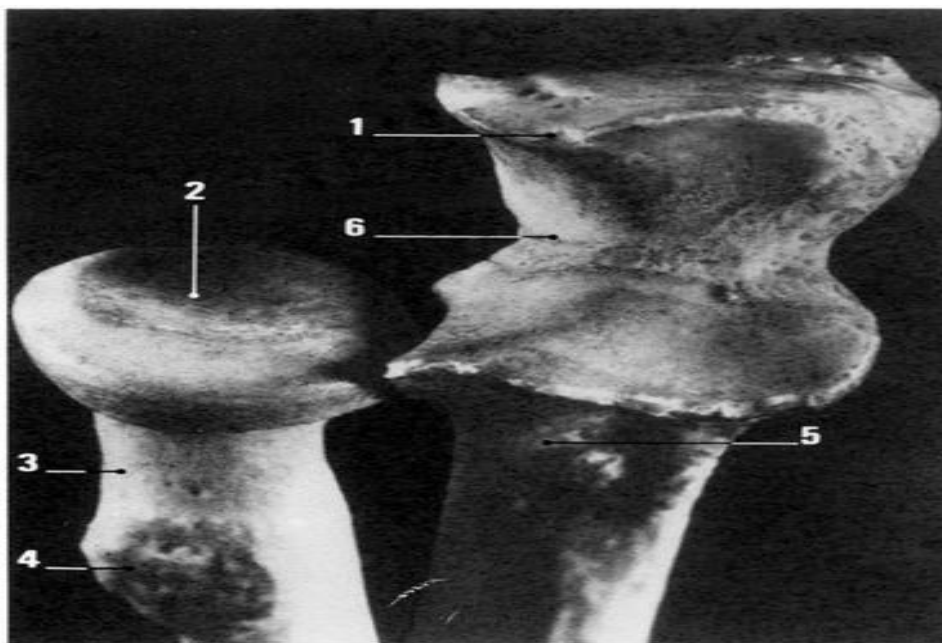
**B**

Figure 5 Extrémité supérieure du radius et du cubitus. Vue antérieure

Selon Blery M. Chagnon S. Jaquenod P. [2]

1. Olécrâne (bec) 2. Cupule radiale 3. Col du radius 4. Tubérosité radiale 5. Apophyse coronoïde 6. Grande cavité sigmoïde

3-3) Moyens d'union

Comme toute articulation, le coude a ses moyens d'union qui sont :

3-3-1) La capsule :

Tendue entre l'humérus et les deux os de l'avant bras [4], ses insertions supérieures se font au pourtour des fossettes coronoïdiennes, sus condylienne et olécranienne ; ses insertions cubitales se font au pourtour de la cavité sigmoïde. Sur le radius, elle s'insère sur le col.

3-3-2) Les ligaments : (Fig3 et 4)

- **Ligament antérieur** : Eventail à sommet inférieur, dont les insertions sont communes avec la capsule qu'il renforce, on lui distingue deux faisceaux ; oblique interne à destination épicondyle médial, oblique externe à destination épicondyle latéral.

- **Ligament postérieur** : comportant 3 plans :

- **superficiel**, formé de fibres obliques en V rayonnant de l'olécrane vers les 2 tubérosités humérales ;

- **moyen**, formé de fibres horizontales tendues d'un bord à l'autre de la fossette olécranienne ;

- **profond**, formé de fibres verticales huméro-olécraniennes.

- **Ligament latérale interne** : Eventail tendu de l'épicondyle médial au bord interne de la cavité sigmoïde. Il comporte 3 faisceaux :

- **faisceau antérieur**, va de la face antérieure de l'épicondyle médial à la face antérieure de la coronoïde ;

- **faisceau moyen**, le plus important, il se fixe sur le bord inférieur de l'épicondyle médial et se termine sur le processus coronoïdien ;

- **faisceau postérieur**, s'étend du bord inférieur de l'épicondyle médial au bord interne, juxta articulaire de l'olécrane.

Le ligament de Cooper, tendu entre le bord interne de l'olécrane et la face interne de la coronoïde, est annexé au ligament latérale interne.

-Ligament latérale externe : Eventail tendu de l'épicondyle au bord externe de la cavité sigmoïde, comporte 3 faisceaux :

- **un faisceau antérieur**, va de la face antérieure de l'épicondyle au bord antérieur de la petite cavité sigmoïde et cravate le col du radius ;

- **un faisceau moyen**, le plus important, il se fixe sur le bord inférieur de l'épicondyle et se termine sur la crête sigmoïdienne et le tubercule sous-sigmoïdien du cubitus ;

- **un faisceau postérieur**, s'insère sur le versant postérieur et inférieur de l'épicondyle et sur le bord externe de l'olécrane.

-Le ligament annulaire, fixé sur les bords antérieur et postérieur de la petite cavité il s'enroule sur le pourtour de la tête radiale. Il représente $\frac{3}{4}$ de cercle, il unit la tête radiale à l'extrémité supérieure de l'ulna.

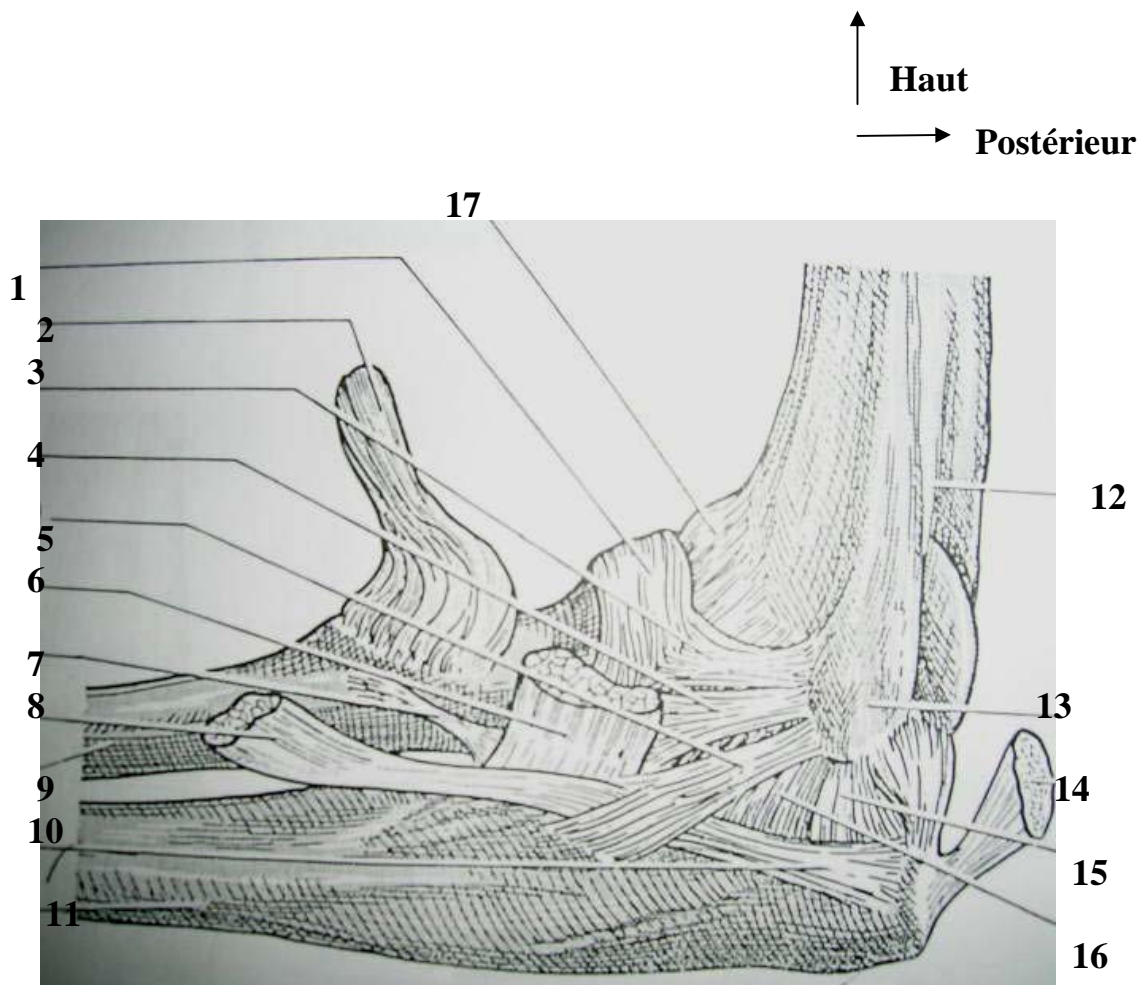


Figure 6 Articulation du coude Vue interne montrant les ligaments du coude. Selon GADY J. et KRON B. [4]

- 1-Ligament annulaire
- 2-Tendon du muscle biceps
- 3-Faisceau antérieur du ligament latéral interne
- 4--Faisceau moyen du ligament latéral interne
- 5- Faisceau postérieur du ligament latéral interne
- 6-Muscle Brachial antérieur
- 7- Ligament de Weitbrecht
- 8- Muscle rond pronateur
- 9-Radius
- 10-Ligament de Cooper
- 11-Ulna
- 12-Humérus
- 13-Epitrochlée
- 14-Tendon Tricipital
- 15- Faisceau postérieur du ligament latéral interne
- 16- Faisceau postérieur du ligament latéral interne
- 17-Capsule articulaire

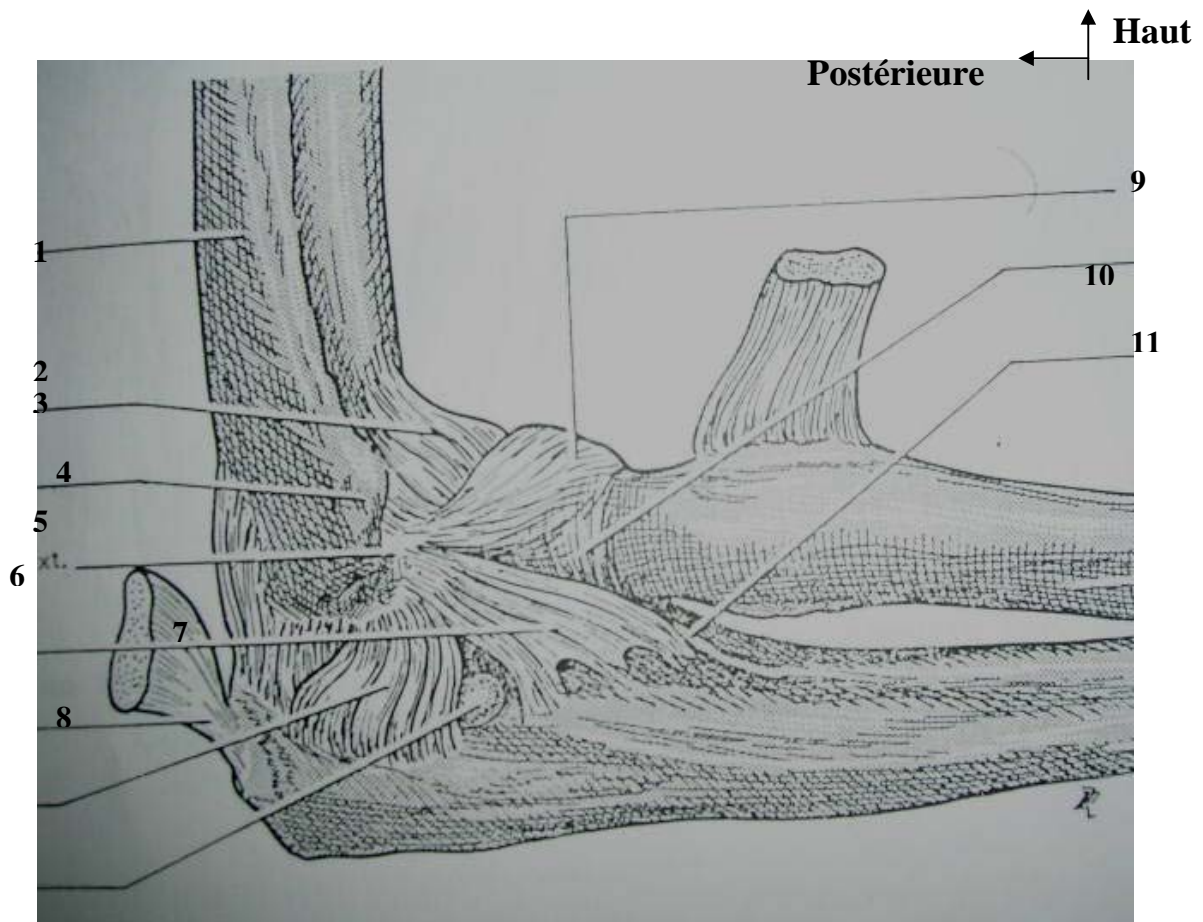


Figure 7 Articulation du coude Vue externe montrant les ligaments du coude. Selon CADY J.et KRON B. [4]

- 1-HUMERUS
- 2-Capsule articulaire
- 3-Epicondyle
- 4-Insertion Humérale du ligament latéral externe
- 5-Faisceau moyen (ligament latéral externe)
- 6-Tendon Tricipital
- 7-Faisceau postérieur (ligament latéral externe)
- 8- Bourgeon synovial
- 9- Faisceau antérieur (ligament latéral externe)
- 10-Ligament annulaire
- 11- Tubérosité sous sigmoïdienne

3-3-3) la synoviale :

Commune aux 3 articulations [4], elle tapisse la face profonde de la capsule et se réfléchit jusqu'au pourtour cartilagineux. Bridée latéralement, elle forme quatre culs de sac :

- **antérieur**, se développant dans les fossettes coronoïdiennes et sous condylienne, souvent bilobé ;
- **postérieur**, sous tricépital ;
- **inférieur**, péri radial, situé au dessous du ligament annulaire ;
- **radio-cubitale** situé sous la petite cavité sigmoïde du cubitus.

De plus, la synoviale est soulevée par des franges; la plus importante étant la **frange falciforme** située au pourtour de l'articulation, particulièrement au niveau de l'interligne huméro-radiale et jouant le rôle d'un ménisque.

3-4) La mobilité du coude

Les mouvements sont divers, il s'agit d'une part de la flexion, l'extension, les mouvements de latéralités assurés par l'articulation huméro-antibrachiale et d'autre part, de la pronosupination assurée par l'articulation radio-ulnaire supérieure et celle inférieure.

3-5) Les muscles

Les muscles participant aux mouvements du coude ou muscles moteurs peuvent être classés selon leur action. On aura donc:

-Les fléchisseurs : biceps, brachial antérieur, long supinateur, accessoirement les épitrochléens.

-Les extenseurs : triceps, Ancône.

-Les pronateurs : rond pronateur, carré pronateur, grand palmaire accessoirement.

-Les supinateurs : court supinateur, biceps brachial, long supinateur accessoirement.

4-) VASCULARISATION ET INNERVATION (Figures 8)

4-1-) Vascularisation :

4-1-1) Artères

4-1-1-1) Artère brachiale : se trouve dans la gouttière bicipitale interne et se termine à sa partie toute inférieure [4].

Ses collatérales aussi passent par le coude, ce sont :

-l'artère brachiale profonde : se divise en deux branches en quittant la gouttière radiale : la branche antérieure et la branche postérieure.

-l'artère collatérale interne supérieure : s'anastomose derrière l'épicondyle médial avec la récurrente ulnaire postérieure.

- l'artère collatérale interne inférieure : Elle a deux branches antérieure, et postérieure

Les branches terminales sont la radiale et l'ulnaire.

4-1-1-2) Artère radiale : Née deux centimètres au dessous de l'interligne du coude, elle devient satellite du long supinateur.

4-1-1-3) Artère ulnaire : Plus volumineuse et plus longue que la radiale, elle se place profondément sous la masse des épitrochléens

4-1-2) Les Veines

4-1-2-1) La veine radiale superficielle : fait suite à la céphalique du coude, se termine au pli du coude en deux branches : interne (la médiane basilique) et externe (la médiane céphalique).

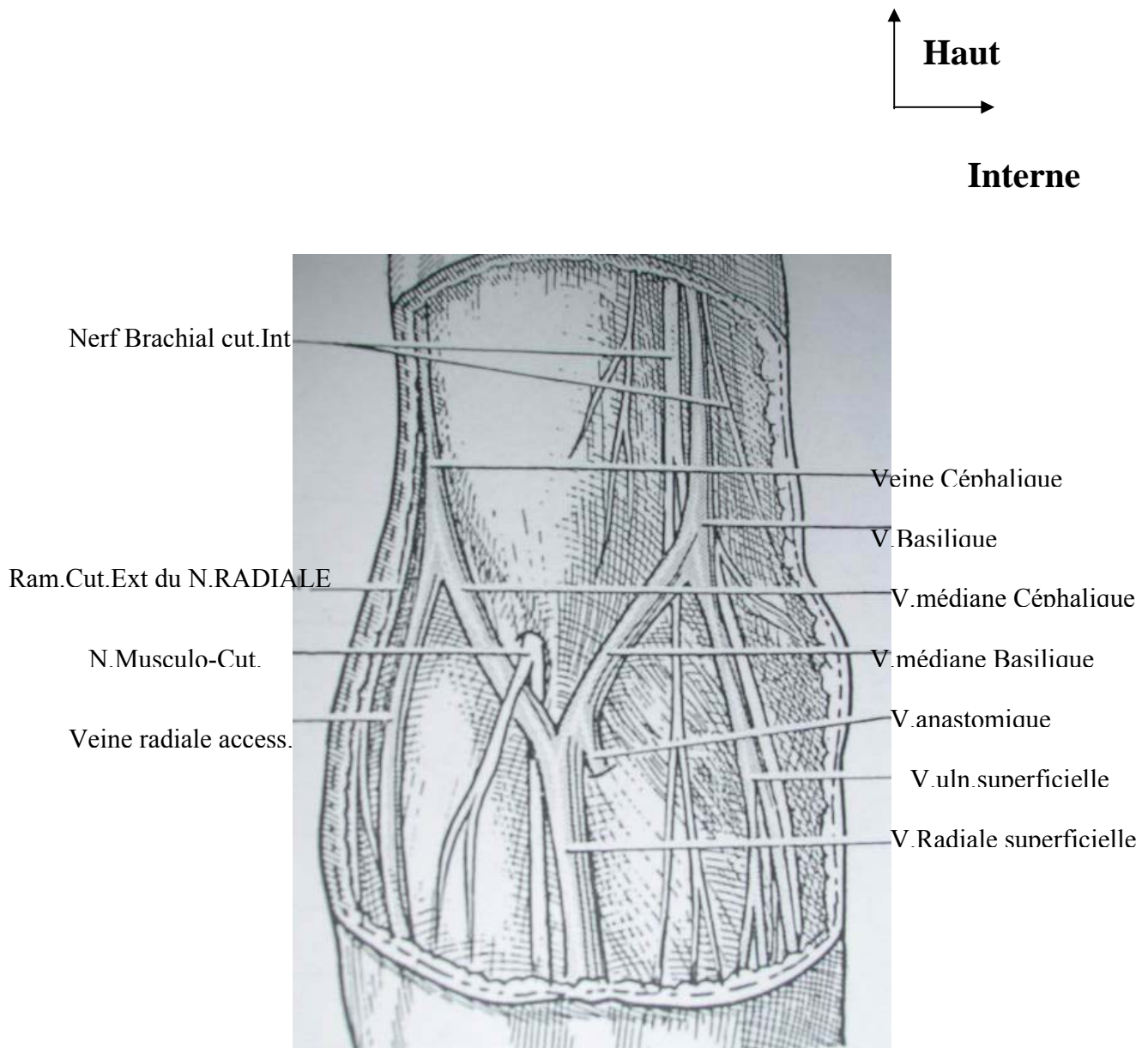
4-1-2-2) La veine ulnaire superficielle : se jette dans la médiane basilique pour former la basilique.

4-1-2-3) La veine radiale : accessoire se jette dans la médiane céphalique pour former la céphalique.

4-2-) Innervation

Le coude livre passage à différents nerfs, Ceux sont entre autre les nerfs, musculo-cutané, radial, médian, et cubital.

Nerf musculo-cutané devient sus aponévrotique au pli du coude, et se bifurque dans la fourche de la veine médiane céphalique ; le nerf cubital donne le rameau articulaire du coude. En arrière au niveau de la bandelette épitrochléo-olécranienne il est très superficiel et facilement traumatisé.



**Figure 8 Vue Antérieure du Pli du coude, Plan Superficielle (Sillons Bicipitaux) montrant les nerfs et les veines du coude
Selon CADY J.et KRON B. [4]**

I.2 LES LESIONS OSTEO-ARTICULAIRES DU COUDE

I.2.1 ETIOLOGIES

Elles sont multiples ; il peut s'agir essentiellement d'accident de sport, accident domestique, accident de circulation et de coups et blessures volontaires.

I.2.2 MECANISME

Deux types de mécanismes sont responsables des traumatismes du coude.

Il s'agit de :

- **Mécanisme direct** : choc direct sur le coude (cou de portière, chute sur le coude, écrasement, réception d'objet par le coude).
- **Indirect** : chute sur la paume, le coude étant en extension.

I.2.3 ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions traumatiques du coude sont très diverses. Pour faciliter leur étude nous pouvons les classer de la façon suivante :

- Lésions osseuses du coude : elles regroupent l'ensemble des fractures.
- Luxations du coude : luxation postéro-externe, luxation antérieure, luxation divergente, luxation trans-olécranienne du coude et la luxation isolée de la tête radiale.
- Lésions complexes du coude : associant une ou plusieurs fractures aux luxations.

I.3 ETUDE ANATOMO CLINIQUE DES LESIONS OSTEO-ARTICULAIRES DU COUDE

1-) LESIONS OSEUSES DU COUDE

1-1) Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus

1-1-1) Fractures supra condyliennes du coude

Elles sont très fréquentes, surtout chez l'enfant (en moyenne à 8 ans).

Le siège des traits de fracture est le 1/4 inférieur de l'humérus, au dessus du capitellum et de la trochlée. Il passe souvent à travers la fossette olécrânienne qui représente une zone de fragilité. Le trait est le plus souvent transversal,

a-) Fracture supra condylienne par extension

Le mécanisme du traumatisme est dans 80 % des cas une chute sur la main avec le coude en extension.

A l'examen le patient raconte la sensation d'un craquement et d'une douleur aiguë, suivie d'une impotence fonctionnelle totale du membre supérieur. Il se présente dans l'attitude classique des traumatisés du membre supérieur, en soutenant son bras avec sa main opposée.

L'inspection et la palpation montre une déformation caractéristique en cas de déplacement :

- « Coup de hache » postérieur.
- Coude élargi d'avant en arrière.
- Saillie postérieure de l'olécrâne.
- Saillie du fragment proximal en avant au dessus du pli du coude, avec parfois ecchymose.
- Avant bras paraissant plus court.

Le triangle isocèle formé par les trois repères du coude est basculé en arrière. Sur la radiographie de profil, l'épicondyle et l'épitrôchlée ne sont plus dans le prolongement de l'humérus. **La radiographie** de face et de profil [figure 9], permet d'apprécier le déplacement. Celui-ci peut être complexe en associant les 5 déplacements élémentaires qui sont : la bascule postérieure, la rotation, le varus, la translation externe et la translation postérieure.



Figure 9 cliché de profil d'une **fracture supra condylienne par extension** [24]

b-) Formes particulières : les fractures en flexion.

Parfois le traumatisme est **une chute sur le coude** lui-même et le déplacement se fait en **flexion** (20 % des cas).

Il y a une saillie en arrière du fragment diaphysaire qui peut menacer le nerf cubital et ouvrir la peau. Le fragment inférieur peut refouler l'artère humérale en avant.

1-1-2) Fractures du condyle interne

Fractures rares,

Mécanismes Elles surviennent au cours de traumatismes en adduction [24]. Le fragment comporte la partie interne de la trochlée et l'épitrôchlée.

La radiographie complète l'examen clinique pour le diagnostique. [fig. 10]

Chez l'enfant, les noyaux épiphysaires apparaissent et s'ossifient entre 4 mois et 12 ans. Leurs rapports respectifs doivent être particulièrement étudiés sur des clichés comparatifs des deux coudes.



Figure 10 Fractures récentes très déplacées du condyle interne (trochlée)[24]

1-1-3) fractures de l'épicondyle médial

Il s'agit de fractures fréquentes, surtout chez l'enfant, où elles peuvent poser des problèmes difficiles de diagnostic. (fig.11)

Mécanisme : Elles se produisent au cours de traumatismes en valgus de l'avant bras (pouvant conduire au maximum à une luxation du coude).

Le fragment épitrochléen est arraché par le ligament latéral et par les muscles épitrochléens qui s'insèrent sur lui et ont tendance à l'attirer vers le bas et à le faire basculer. (fig.12).Le fragment peut s'incarcérer dans l'articulation entre cubitus et trochlée humérale [figure 13], au moment du bâillement du coude ou de la luxation. On peut assister dans les grands déplacements à une compression du nerf cubital.



Figure 11 Fracture sans déplacement



Figure 12 Le fragment s'incarcère dans l'articulation

1-1-4) Fractures de l'épicondyle latéral

Le noyau épicondylien apparaît vers 10 ans et se soude 2 ou 3 ans plus tard. L'arrachement de l'épicondyle peut survenir lors de traumatismes en adduction. Parfois les déplacements sont importants et ils peuvent même aboutir à l'incarcération dans l'articulation. Le traitement est le même que pour les fractures de l'épicondyle médial. Le diagnostic est difficile avant l'apparition du noyau

1-1-5) Fractures du capitellum huméri

La fracture du condyle, ou capitellum, est connue aussi sous le nom de fracture de MOUCHET. **Mécanisme** : Elle survient toujours au cours d'un traumatisme transmis par l'avant bras : chute sur la main en extension, par exemple.

L'examen retrouve une douleur externe, parfois une saillie antérieure du condyle. **La radiographie** permet de faire le diagnostic avec certitude et montre l'importance du déplacement. (fig. 13)



Figure 13 Cliché de profil montrant une fracture du capitellum huméri[24]

1-6) fractures diacondyliennes (FRACTURES DE KOCHER)

Forme rare de fracture transversale basse de la palette humérale séparant en bloc le condyle et la trochlée du reste de l'humérus. (fig.15.C)

En cas de déplacement, le traitement chirurgical permettra d'éviter des séquelles fonctionnelles.

1-8) Les fractures diacolumnaires : complexes, elles divisent l'extrémité inférieure de l'humérus en deux colonnes. Elles comprennent trois traits principaux :

- un trait grossièrement horizontal sur une colonne, isolant un gros fragment épicondylien latéral plus souvent que médial (fig.14) ;
- un trait presque frontal séparant les surfaces articulaires ;
- et un trait sagittal refendant le précédent au niveau de la trochlée.

Elles sont reconnaissables au moignon de colonne resté intact.



Figure 14, cliché de face montrant une fracture diacolumnaire interne[24]

1-10) les fractures de Hahn-Steinthal sont des fractures articulaires pures. La première fut décrite par Hahn en 1853. Les lésions furent précisées par Kocher au début du siècle. Le trait est pratiquement frontal, discrètement oblique en bas et en arrière. Il sépare un fragment variable de surface articulaire, qui se déplace en avant et en haut, donnant de face un aspect de double contour. Suivant la taille du fragment, on en distingue :

- la fracture du capitellum ou Hahn Steinthal type I ou de l'eminentia capitata (fig. 16.A) est la plus petite ;
- la fracture de Hahn Steinthal ou type II (fig. 16.B), emporte non seulement le condyle, mais la zone conoïde et la joue externe de la trochlée.

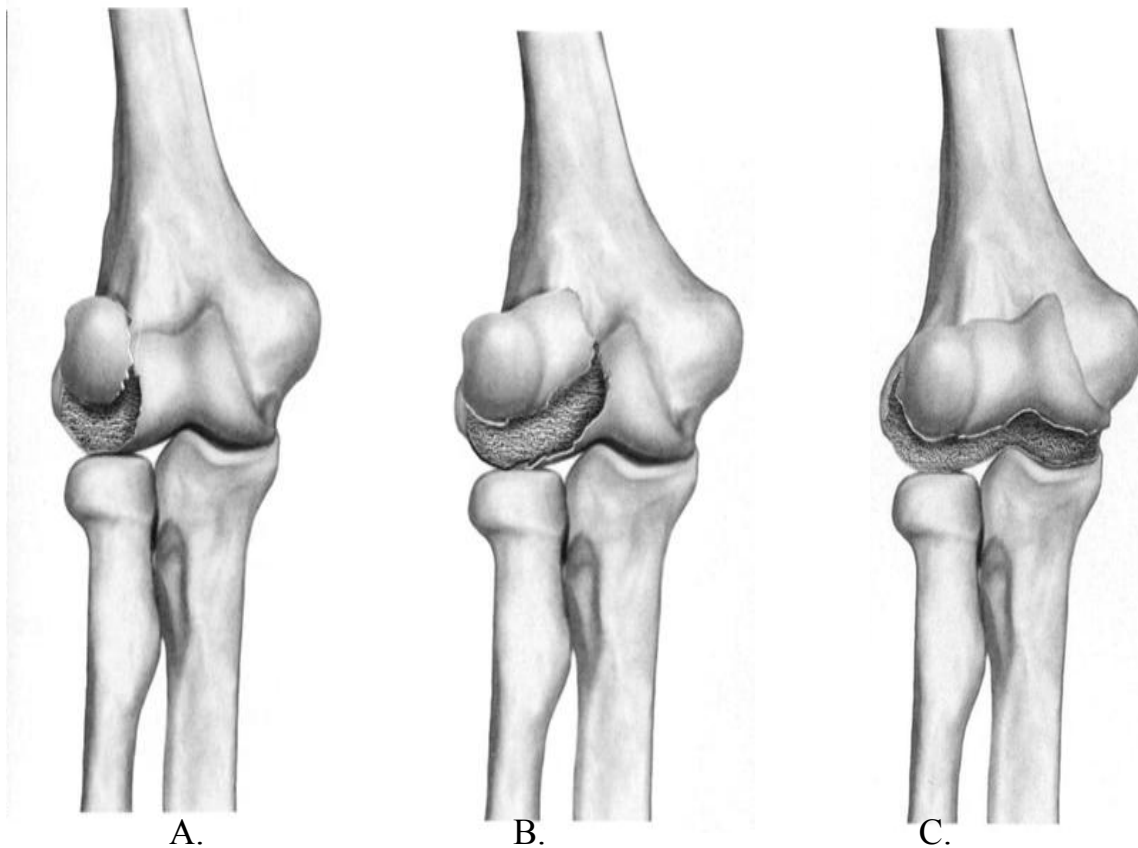


Figure 15 fractures de Hahn Steinthal

A : type I ; B : type II ; C : **FRACTURES DE KOCHER**

1-2) Fractures de l'extrémité supérieure de l'ulna

Les fractures de l'olécrâne

Elles sont fréquentes. **Le mécanisme** peut survenir au cours d'un choc direct sur le coude ou au cours d'un traumatisme indirect, en association avec une luxation du coude. L'olécrâne a tendance à se déplacer, attiré par le tendon tricipital. L'extension active du coude est impossible. **L'examen** retrouve une douleur précise à ce niveau et la palpation peut mobiliser le fragment saillant. (fig. 16)



Figure 16

Cliché montrant une fracture de l'olécrâne de profil [24]

La radiographie montre la forme du trait et le déplacement :

- Les fractures de la partie moyenne sont souvent déplacées.
- Les fractures de la base sont peu déplacées, sauf quand il y a une luxation en avant du radius et du cubitus.

- Les fractures comminutives sont les plus difficiles à réduire, pourtant, leur parfaite reconstitution est indispensable pour la récupération d'une mobilité complète.

1-3) Fractures de la tête radiale

Les fractures de la tête radiale sont des lésions fréquentes estimées à un tiers des fractures atteignant le coude selon Morrey[28]. La tête radiale appartient à deux articulations : l'humero-radiale par sa cupule, la radio-ulnaire supérieure par son pourtour. Cette situation anatomique lui confère un rôle de verrou stabilisateur en valgus.

Le mécanisme de la fracture est le plus souvent indirect. Il s'agit d'une chute sur la paume de la main, le membre supérieur étant dans une position variable de flexion du coude et de pronosupination de l'avant-bras.

A l'examen on note une impotence fonctionnelle souvent très marquée, avec une flexion-extension douloureuse et très limitée. La palpation de l'articulation humero-radiale est très douloureuse, l'articulation est gonflée par l'épanchement sanguin et il existe une ecchymose au bout de quelques heures.

La radiographie standard du coude, de face, de profil et les trois-quarts permet la plupart du temps de faire le diagnostic et de préciser le déplacement du ou des fragments.

Dans les fractures articulaires complexes un scanner peut être utile avant de partir sur une indication d'ostéosynthèse très aléatoire.

Les classifications des fractures de tête radiale sont nombreuses et font références soit à des notions descriptives (nombre et taille des fragments), soit au mécanisme lésionnel (siège et direction des traits de fracture).

La classification de MASON qui distingue trois types, est la classification la plus employée dans la littérature anglo-saxonne.

***le type I=** regroupe les fissures ou fractures marginales latérales sans déplacement

*le **type II**= est une fracture du rebord latéral de la tête avec déplacement et marche d'escalier articulaire par impaction tassement ou par séparation

*le **type III**= regroupe les fractures comminutives de l'ensemble de la tête radiale.

La classification de MORREY distingue donc un type IV qui correspond à la luxation du coude associée.

2-) Les luxations du coude

Plus fréquentes chez l'adulte (l'enfant se fracture plus volontiers).**Mécanisme** : elles se produisent à la suite d'une chute sur la main. **A l'examen** elles provoquent une sensation de déboîtement très douloureux et l'impotence du coude est totale.

*Types de description : La luxation postéro-externe

C'est la forme la plus fréquente. Les ligaments internes sont rompus

A l'examen : l'inspection montre une déformation caractéristique :

- Le volume du coude est augmenté.
- Il y a un élargissement antéropostérieur.
- L'avant bras paraît plus court.
- L'olécrâne fait saillie en arrière.
- La palette humérale fait saillie en avant.
- Attitude en flexion + pronation



Figure 17

La palpation montre :

- En avant : le relief mousse de la trochlée.
- En arrière : la saillie de l'olécrâne en crochet.
- La cupule radiale devenue superficielle.
- Les 3 repères du coude sont modifiés.



Figure 18

luxation postéro-externe du coude, l'olécrâne fait saillie en arrière

La radiographie confirme la luxation et le déplacement postérieur du cubitus.

Les complications peuvent se rencontrer

- L'ouverture est exceptionnelle.
- Compression vasculaire (recherche du pouls, chaleur, couleur)
- Compression nerveuse (sensibilité de la main, motricité)

L'évolution est en règle générale favorable sans séquelles.

Etude des Lésions Osteo-articulaires du Coude dans le Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie de l'H.G.T

-Formes particulières de luxations :

- La luxation divergente du radius et du cubitus.
- La luxation trans-olécrânienne du coude est une luxation antérieure permise par *une* fracture de l'olécrâne à sa base ou à sa pointe.
- La luxation isolée de la tête radiale est rare et elle survient plutôt en association avec une fracture du cubitus (fracture de MONTEGGIA).

3-) LESIONS COMPLEXES DU COUDE

Elles sont fréquentes et regroupent les fractures associées aux luxations.

Mécanismes elles apparaissent le plus souvent suite à un choc direct et violent sur le coude.

A l'examen, l'inspection peut retrouver des plaies ouvertes au niveau du coude.

La palpation retrouve toujours une douleur vive et une impotence fonctionnelle totales du coude. La radiographie confirme non seulement le diagnostic mais aussi montre la nature des lésions.

Cependant on dénombre le plus souvent les fractures de l'apophyse coronoïde, fractures de la tête radiale ou du col, fracture de l'épitrôchlée associées aux luxations du coude. La prise en charge est délicate car on peut face à une fracture de l'apophyse coronoïde qui se déplace en avant et qui peut rendre la réduction instable. Il faut dans ces cas intervenir pour fixer avec une vis le fragment osseux sur lequel s'insère le tendon du brachial antérieur et qui a donc tendance à s'écarter du cubitus avec la contraction. Le fragment osseux arraché est attiré vers le bas par les épitrôchléens. Parfois le fragment vient s'interposer dans l'interligne articulaire au moment du bâillement. Cela explique l'impossibilité de réduire et il faut bien observer la radiographie qui montre le petit fragment. Une intervention s'impose pour fixer le fragment avec une vis



Figure 19 Fracture du col radial associée à une luxation postérieure[24]

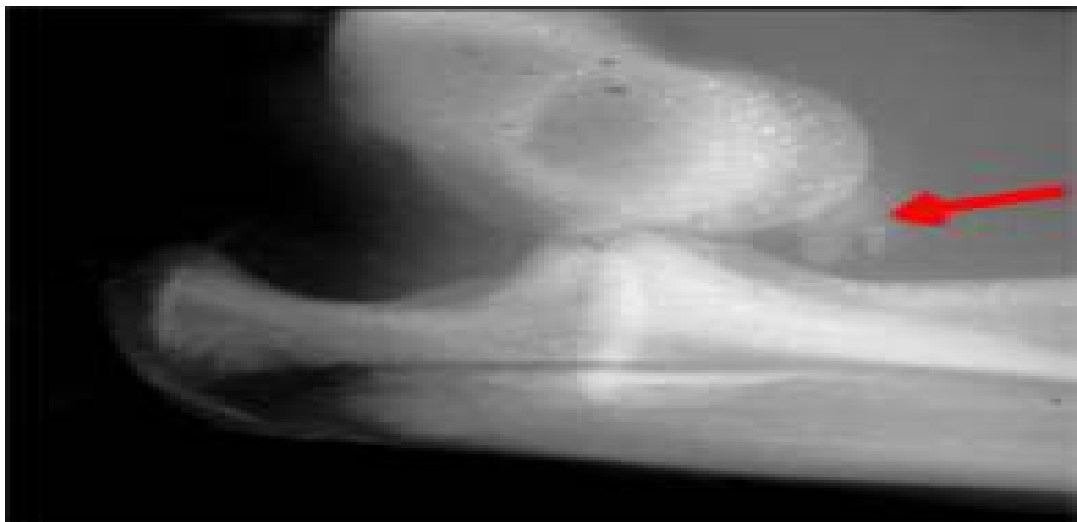


Figure 20, fracture de l'apophyse coronoïde associée à une luxation postérieure[24]

I.4 DIAGNOSTIC

Parallèlement à la clinique qui occupe une place primordiale dans la démarche du diagnostic des traumatismes du coude, la radiographie standard joue un rôle fondamental dans le déroulement du diagnostic et thérapeutique de toute lésion du coude.

1-) L'examen clinique : L'examen clinique reste classique (douleurs, oedèmes, déformations, plaie ouverte ou contuse et l'impotence fonctionnelle qui est variable) et qui ne fait que suggérer le diagnostic. Ce dernier est sous la confirmation exclusive de la radiographie standard.

2-) la radiographie : elle montre le diagnostic de certitude. Les clichés face et profil strict de la radiographie montre la forme du trait de fracture ainsi que les lésions associées.

Elle a pour technique [13] :

Sans potter, film format 24 × 30 divisé en deux pour la face et le profil ou film 18 × 24 pour chaque incidence.

- Face: sujet assis, cassette à la face postérieure du coude, membre supérieur horizontal en extension, main en supination ; l'axe épicondyle-épitrochlée doit être parallèle au film, rayon droit centré sur l'interligne huméro-cubital au-dessous du pli de flexion, à hauteur de la tête radiale.

- Profil : sujet assis, membre supérieur horizontal reposant sur la cassette, coude fléchi à 90° ; l'avant-bras et la main reposent sur la cassette par leur bord cubital. Le pouce est en haut.

3-)La Tomodensitométrie

Une coupe passant par le coude met en évidence les différents groupes musculaires [13].

4-) Arthrographie du coude

Elle peut être couplée à la tomodensitométrie.

I.5 COMPLICATIONS ET SEQUELLES

Elles sont fréquentes et peuvent être évitées. On note des complications immédiates et tardives. Toutes fois elles ont un rapport avec le type lésion.

-Les luxations peuvent se compliquer ; immédiatement avec l'association d'autres fractures.

Secondairement et tardivement elles peuvent se compliquer par :

L'ostéome du brachial antérieur c'est une complication rare depuis que l'on s'abstient de tout massage du coude après une luxation [24] (surtout chez l'enfant).

Les raideurs du coude (fibreuse) sont normalement rares après un traitement bien conduit et lorsqu'il n'y a pas d'autres lésions associées.

Les luxations récidivantes du coude sont rarissimes, elles sont parfois dues à des fractures de l'apophyse coronoïde (qui nécessitent alors une ostéosynthèse par une vis).

-Dans les fractures du coude les complications immédiates sont représentées par :

L'ouverture cutanée qui est rare.

La compression de l'artère humérale par la saillie du fragment diaphysaire, est possible.

La compression des nerfs est à rechercher systématiquement par l'examen de la sensibilité cutanée.

Le nerf médian est le plus atteint, le nerf radial aussi, peut être comprimé par le fragment distal.

Tardivement on note :

Le Syndrome de Volkmann, qui survient généralement avec les plâtres trop serrés, et coude trop fléchi [24].

Les pseudarthroses sont exceptionnelles. Mais lors des fractures du condyle externe, elles surviennent après un traitement orthopédique.

Chez l'enfant, elles peuvent entraîner des déformations du coude en valgus qui sont habituellement bien supportées fonctionnellement. Le valgus du coude peut s'accroître avec la croissance et on voit parfois tardivement, se produire chez l'adulte, des paralysies cubitales liées à la déformation évolutive de pseudarthroses négligées.

* **Les cals vicieux** sont plus fréquents et sont surtout le fait du traitement orthopédique. Ils aboutissent à la constitution d'un butoir, soit bascule postérieure, soit un décalage, soit une translation postérieure, soit un décalage avec en plus varus. Les butoirs osseux limitent la flexion. Ils peuvent s'estomper en partie, avec la croissance (pour les très jeunes enfants). Il est essentiel de tenir compte du critère de réduction par la mesure de l'angle de Bowman, car les cals vicieux sont le plus souvent en varus et parfois en valgus. Ils peuvent être inesthétiques et entraîner aussi une gêne fonctionnelle. La correction par une ostéotomie peut s'avérer indispensable.

I.6 TRAITEMENT DES LÉSIONS OSTEO-ARTICULAIRES DU COUDE

1-) Le but du traitement : le traitement des traumatismes du coude doit envisager [23] non seulement la récupération des fonctions du coude, la prévention des complications, une consolidation osseuse mais aussi une mobilité articulaire précoce et normale du coude. nous avons deux types de traitements : orthopédique et chirurgical.

Toute fois les deux types doivent être accompagnés d'antalgique et d'anti-inflammatoire

2-) Traitement orthopédique : Toutes les méthodes doivent en principe chercher une mobilisation précoce du coude pour obtenir une récupération aussi rapide que possible.

Les méthodes varient en fonction du trait et de la nature du traumatisme et doivent être suivies par des séances de kinésithérapie ; Cependant :

-Dans les fractures supra condyliennes

- Les fractures sans déplacement doivent être immobilisées par une gouttière plâtrée postérieure bien garnie pendant 3 semaines, en surveillant l'éventualité d'un déplacement secondaire.

La mobilisation douce est ensuite entreprise, progressivement.

- Les fractures déplacées seront réduites. La réduction orthopédique par manœuvres externes, combine la traction pour désenclaver les fragments, la correction de la translation et la mise en flexion, qui est la position de stabilité.

- L'immobilisation plâtrée, dans cette position de stabilité en hyper flexion, était jadis classique. Elle n'est plus pratiquée, en raison du risque d'ischémie aiguë par compression de l'artère humérale, par l'oedème et le plâtre, avec installation rapide d'un syndrome de Volkmann (rétraction ischémique des fléchisseurs).

Le plâtre est donc fait, en flexion à 90° ou 100° et en pronation et il n'est pas circulaire. Il s'agit d'une gouttière plâtrée postérieure, bien garnie de bandes de mousse spéciale ou de coton cardé.

Un plâtre circulaire peut être confectionné à condition d'être bien garni, d'être fendu, d'être surveillé pour dépister les premiers signes de compression et d'être alors écarté.

La méthode de BLOUNT, coude maintenu fléchi à 120° pendant 4 semaines, évite le plâtre, mais nécessite une surveillance rigoureuse.[23]

-Dans les fractures des condyles externe et interne

- En l'absence de déplacement, la consolidation est obtenue par une simple immobilisation plâtrée de 3 à 4 semaines.
- En cas de déplacement : on peut obtenir une réduction par simple pression sur le fragment, mais le risque de déplacement sous plâtre est important, avec risque de pseudarthrose.

-En cas de fractures de la tête radiale, dans la méthodes non opératoires : la méthode fonctionnelle permet une rééducation immédiate sous couvert d'un traitement anti-inflammatoire et antalgique sans immobilisation.

-en cas de fractures de l'olécrane en absence de déplacement, une simple immobilisation, dans une gouttière plâtrée postérieure pendant 3 semaines, suivie de rééducation douce, amène la guérison.

-en cas de luxation : la réduction sous anesthésie générale doit être faite rapidement. Elle est obtenue avec un déclic caractéristique, par une manoeuvre de traction sur l'avant bras, en flexion du coude, avec une contre-extension du bras. On peut s'aider d'une pression sur l'olécrâne avec les pouces.

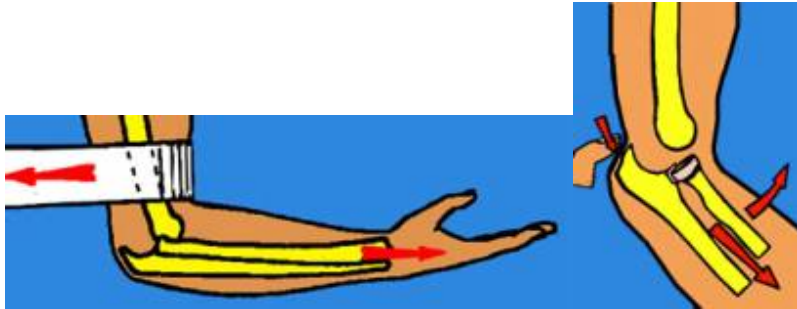


Fig. 23 technique de réduction d'une luxation postérieure du coude

La contention est assurée par une simple gouttière plâtrée postérieure en flexion à 90°, pendant 2 semaines, en évitant toute compression antérieure, pour prévenir le syndrome de Volkmann.

3-) Traitement chirurgical

Dans Le traitement chirurgical des **fractures du coude**

- L'abord peut être postérieur sur un patient installé soit sur le dos, le bras opéré maintenu sur le ventre, soit couché à plat ventre, soit sur le côté avec le bras posé sur un support et l'avant bras laissé dans le vide [24].

Abord chirurgical postérieur médian pour traiter les fractures du coude. On peut détacher l'olécrâne pour s'exposer

On peut passer de part et d'autre du tendon tricipital, ou le sectionner en V, ou aussi relever l'insertion olécrânienne du tendon tricipital, ce qui permet de bien voir la palette humérale. L'olécrâne est ensuite fixé par vis. On peut, aussi, détacher la partie extra articulaire de l'olécrâne.

L'ostéosynthèse est réalisée par des matériels divers : plaque postérieure ou externe, vis simples, broches. Il faut que l'ostéosynthèse soit solide, car elle permet la mobilisation précoce du coude

II-) METHODOLOGIE

1-) Cadre d'étude :

Cette étude s'est déroulée dans le Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie de l'Hôpital GABRIEL TOURE.

1-1) Situation Géographique

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

1-2) Les locaux du Service de Chirurgie Orthopédique 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
- * Un bureau pour le maître de conférence
- * Un bureau pour un 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.

1-2) Le personnel du service de chirurgie orthopédique et traumatologie :

Il est composé de :

- Un professeur de chirurgie orthopédique et de traumatologie qui est le chef de service.
- Un maître de conférence.
- Deux assistants chefs de clinique
- Un neurochirurgien
- Sept kinésithérapeutes dont deux faisant fonction de plâtriers,
- Trois infirmiers d'état,
- Une secrétaire de service,
- Trois infirmiers du premier cycle,
- Cinq aides soignants,
- Trois manœuvres,
- Des étudiants de fin cycle à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie faisant fonction d'internes.
- Le service reçoit aussi des étudiants externes stagiaires de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie, et des infirmiers stagiaires de l'Institut National de Formation en science de la santé, des écoles privées de formations des infirmiers, et de la Croix Rouge Malienne.

1-3) 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 chaque mercredi et sont assurées par un médecin expatrié cubain.
- Du lundi au vendredi a lieu la visite des patients hospitalisés, avec un staff du service le vendredi.
- Les interventions chirurgicales ont lieu du lundi 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.

2-) Type d'étude

Notre étude était de type longitudinal.

3-) Période d'étude

Notre étude s'étendait de janvier 2005 à février 2006.

4-) Population d'étude

Les patients présentant une lésion osteo-articulaires du coude.

5-) Echantillonnage

Critères d'inclusion :

-Tout cas de traumatisme du coude avec lésion ostéo-articulaire confirmée par une radiographie et traitée dans le service associée ou non à d'autres lésions corporelles

Critères de non inclusion :

- Tout malade n'ayant entièrement pas suivi le traitement dans le Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré
- les malades aux dossiers incomplets

6-) Matériel

Notre étude portait sur 66 traumatisés du coude présentant une lésion ostéo-articulaire, admis et traités dans le service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré.

7- Source de données

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

- D'une fiche d'enquête
- Du dossier des malades
- Du registre de consultations externes
- Du registre du bloc opératoire
- D'un ordinateur Pentium IV, avec le logiciel Word et Epi info version 6.

8- Collecte des données et traitement informatique

Nos données ont été collectées sur des fiches d'enquête individuelle et analysé par la suite avec le logiciel Word, Excel, Epi info version 6.0

9- Critères d'évaluation du traitement

Les résultats ont été classés de la manière suivante :

Bon résultat : l'absence de douleur, la possibilité d'exécuter tous les mouvements du coude, la bonne restitution anatomique et l'absence de troubles trophiques.

Résultat moyen : une légère perturbation fonctionnelle et physique (douleur, raideur articulaire et, ou déformation).

Mauvais résultat : la perte d'un membre supérieur, ou une légère impotence fonctionnelle, une déformation ainsi que de séquelles douloureuses et des troubles trophiques

II-2 RESULTATS

1-) Fréquences

Dans notre étude les lésions ostéo-articulaires du coude avaient une fréquence élevée avec 66 cas sur 612 cas de traumatismes du membre supérieur soit 10,7%

2-) Caractères sociodémographique

Tableau I Répartition des patients présentant des lésions ostéo-articulaires du coude, selon le sexe.

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	42	63,64
Féminin	24	36,36
TOTAL	66	100

Dans notre étude, le sexe masculin prédominait avec 42 cas soit 63,64%.

Le sexe ratio était de 1,82 en faveur du sexe masculin.

Tableau N°II : Répartition des patients présentant des lésions ostéo-articulaires du coude, selon la tranche d'âge.

Tranche d'age	Effectif absolu	Pourcentage
0-19 ans	31	46,95
20-39	18	27,27
40-59	14	16,66
60 et plus	6	9,09
TOTAL	66	100

La tranche d'âge la plus atteinte était celle des 0 à 19ans avec 31 cas, soit 46,95%.

Tableau III Répartition des patients présentant des lésions ostéo-articulaires du coude, selon la profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Elèves et étudiants	32	48,48
Commerçants	11	16,66
Fonctionnaires	9	13,63
Ménagères	8	12,12
Cultivateurs	3	4,54
Artisans et Ouvriers	3	4,54
TOTAL	66	100

Les élèves et étudiants constituaient la couche professionnelle la plus atteinte avec 32 cas soit 44,48% de l'effectif.

Tableau IV Répartition des patients présentant des lésions ostéo-articulaires du coude, selon l'étiologie

Etiologie	Effectif absolu	Pourcentage
Accident Domestique	27	40,90
Accident de la voie publique	24	36,36
Accident de Sport	7	10,60
Coups et Blessures Volontaires	5	7,57
Accident de Travail	3	4,54
TOTAL	66	100

La principale étiologie retrouvée était les accidents domestiques (simple chute)

2-) CLINIQUE

Tableau V : Répartition des patients présentant des lésions ostéo-articulaires du coude selon le coté atteint

Nature du coude	Effectif absolu	Pourcentage
Coude gauche	39	59,09
Coude droit	27	40,90
TOTAL	66	100

Le coude gauche était fréquemment atteint 59,09%. On ne notait pas d'atteinte bilatérale

Tableau VI Répartition des patients présentant des lésions ostéo-articulaires du coude selon le type de lésion

Type de lésions		Effectif absolu	Pourcentage
Fractures	Ouvertes	7	10,60
	Fermées	33	50
Luxations		14	21,21
Lésions complexes	Ouvertes	6	9,09
	Fermées	6	9,09
TOTAL		66	100

Durant notre étude, 3 types de lésions ont été observées : les fractures, les luxations et les lésions complexes associant fractures et luxations. Ainsi nous avons observé :

-40 cas de fractures du coude dont 33 fermées et 7 ouvertes

-14 cas de luxations

-12 cas de lésions complexes dont 6 fermées et 6 ouvertes.

* **les fractures** : Il s'agissait des cas de solutions de continuité complète ou incomplète au niveau des différents os du coude.

Tableau VII Répartition des patients présentant des lésions ostéo-articulaires du coude selon l'os atteint

Os atteint	Effectif absolu	Pourcentage
Extrémité inférieure de l'humérus	20	50
Extrémité supérieure l'ulna	14	35
Extrémité supérieure du radius	6	15
TOTAL	40	100

Dans notre étude nous avons observé, 20 cas de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

***les luxations** : Ce groupe était constitué par les patients présentant une perte de congruence des surfaces articulaires des os du coude

Nous avons observé 14 cas de luxations isolées et la forme de ces luxations a été postéro-externe, les autres formes retrouvées étaient associées à des fractures.

***les lésions complexes :** elles étaient constituées par les fractures associées à des luxations.

Tableau VIII : Répartition des patients présentant des lésions ostéo-articulaires du coude selon la forme de fracture – luxation.

Forme	Effectif absolu	Pourcentage
Fracture supra condylienne + luxation postérieure	5	41,33
Fracture de la tête radiale + luxation postérieure coude	3	25
Fracture de l'olécrane + luxation antérieure du coude	3	25
Fracture supra condylienne + luxation divergente	1	8,33
TOTAL	12	100

Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, associées à une luxation postérieure ont été retrouvées dans 41,33 des cas.

4-) Résultat du traitement

Tableau IX Répartition des patients présentant des lésions ostéo-articulaires du coude selon l'attitude thérapeutique.

Type de lésions		Nombre de cas	Attitudes thérapeutiques	Mode de traitement
Fractures	Ouvertes	7	Parage, réduction+plâtrage	Chirurgical et orthopédique
	Fermées	33	Réduction+ plâtrage	Orthopédique
Luxations		14	Réduction+ immobilisation plâtrée	Orthopédique
Lésions complexes	Ouvertes	6	Parage, réduction, pansement au gras et immobilisation par une attelle plâtrée	Chirurgical et orthopédique
	Fermées	6	Réduction et immobilisation plâtrée	Orthopédique

La prise en charge des fractures et des luxations a été orthopédique. Mais les parages ont été effectués dans les cas, où il y avait une ouverture cutanée.

4-1) Le traitement orthopédique :

-Pour les fractures fermées (33cas), nous avons procédé à une réduction sous ou sans anesthésie générale selon le degré du déplacement, et immobilisation par une plâtre brachio anté-brachio palmaire

Le délai moyen d'immobilisation pour les fractures était de 6 semaines

Les luxations (14 cas) ont été réduites sans ou sous anesthésie générale en urgence puis immobilisées dans une attelle postérieure pendant 15 jours.

Les lésions complexes fermées (6 cas) ont été réduites sous ou sans anesthésie générale selon le degré du déplacement, et immobilisées soit par plâtre brachio-antibrachio-palmaire, soit par une attelle postérieure pendant 6 semaines

Tous les patients ont bénéficié en plus de l'immobilisation, d'un traitement médical d'antalgique et d'anti-inflammatoire.

4-2) Traitement Chirurgical

-Dans les fractures ouvertes (7 cas) et les lésions complexes ouvertes (6 cas) nous avons procédé à un parage chirurgical soigneux, un pansement au gras dans le cas de large plaie avec une réduction des fractures et luxations sous ou sans anesthésie générale selon le degré du déplacement, puis immobilisation dans une plâtre brachio anti-brachio palmaire avec fenêtre en regard de la plaie.

Pour le nettoyage des plaies nous avons utilisé du Cyteal dilué à 1/10 puis de la polividone iodée à 10%

Le délai moyen, d immobilisation était de 60 jours.

Dans le seul cas de broiement du coude, nous avons procédé à une amputation. (Désarticulation huméro-radio-ulnaire).

Nous n'avons pas noté de cas d'ostéosynthèse.

Les patients présentant des traumatismes ouverts ont bénéficié d'une antibiothérapie, d'un anti inflammatoire non stéroïdien, d'antalgique et d'une sérothérapie antitétanique.

* **Surveillance** : le suivi minimum était de 2 mois pour chaque malade.

Pour les fractures, le patient était revu le lendemain de son immobilisation pour la vérification du plâtre et venait aux rendez-vous chaque mois. Après consolidation, il était confié au kinésithérapeute pour la rééducation.

Les luxations ont été suivies pendant une période de 15 jours d'immobilisation et quelques jours de rééducation.

Pour les lésions complexes, les patients ont été hospitalisés et suivis régulièrement jusqu'à leur sortie. A la sortie de l'hôpital, ils étaient revus tous les 15 jours pour contrôle et rééducation après consolidation.

2-11) Résultats globaux : Pour l'évaluation de nos résultats, nous nous sommes basés sur les critères suivants :

Les données fonctionnelles basées sur l'absence de douleur lors des différents mouvements du coude et la bonne fonction du coude.

Les données physiques basées sur la bonne restitution anatomique et l'absence de troubles trophiques.

Au total nous avons eu :

-58 bons résultats

-6 résultats moyens

- 2 mauvais résultats

Tableau XII Répartition des patients présentant des lésions osteo-articulaires du coude selon le résultat.

Type de lésion	Bons résultats	Résultats moyens	Mauvais résultats
Fractures	38	2	0
Luxations	14	0	0
Lésions complexes	6	4	2
Total	58	6	2

Les fractures simples ont donné de bons résultats dans la quasi totalité des cas (38 cas sur 40).

Seules les luxations n'ont donné que de bons résultats.

Les lésions complexes ont donnés 2 mauvais résultat.

II.3 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-) Au plan Epidémiologique :

1-1) La tranche d'âge : dans notre étude, nous avons trouvé une fréquence particulièrement élevée chez le groupe d'âge de 0 à 19 ans .Ce groupe d'âge représentait 46,96 % des cas. Cette tranche d'âge correspond à la période d'ossification du coude et à une période d'activités intenses ce qui pourrait expliquer la fréquence des lésions.

Ce résultat confirme ceux de la littérature Pouliquen J.C. Robriguez M.R, [32], DIALLO M. [11]

1-2) Le sexe : dans notre étude le sexe masculin était le plus touché avec 63,63% Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le sexe masculin actif, turbulent, s'adonne à des jeux dangereux et est beaucoup plus exposé aux accidents.

Ces résultats sont comparables à ceux de DIALLO M. [11] et de CISSE B.[8]

Ils confirment la classique prédominance masculine dans toutes les séries littéraires Pidhorz L et Beddouk [31], Lance D et Seringue R [23]

1-3) Selon le coté atteint : dans notre étude nous avons eu 59,90% de coté gauche.

On se blesse généralement le membre actif surtout au niveau du membre supérieur, ceci pourrait être lié à la dextralité ou la sinistralité humaine.

Ces résultats sont comparables à ceux de Kipfer [22] 61% de coté gauche, et à ceux de DIALLO M. 52,1% [11].

1-4) La profession et l'étiologie : dans notre série les élèves et étudiants étaient les plus exposés avec 36,36% suivis des commerçants et fonctionnaires.

Le traumatisme causal le plus souvent retrouvé a été les accidents domestiques (simple chute) 40,90% suivis des accidents de la voie publique 36,36%

Cet état pourrait être lié à l'âge très jeune de nos patients victimes fréquemment de chute simple par faux pas.

Le taux élevé des commerçants et fonctionnaires pourrait s'expliquer par le fait qu'ils utilisent les engins à deux roues et les véhicules comme moyen de transport, pour se déplacer.

Les autres causes, qui étaient les accidents de sport, les accidents de travail et les coups et blessures volontaires étaient faiblement représentés.

Ces résultats sont comparables avec ceux de DIALLO.M [11] et ceux de Folschveiller [16].

2-) Selon la nature des lésions dans notre étude les fractures (fractures simples et fractures ouvertes) ont représenté 60,60% des cas avec une prédominance de celle de l'extrémité inférieure de l'humérus 50%.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature Fèvre M. [16] avec plus de fracture. Ils sont comparables à ceux de DIALLO M. [11]

3-) Au plan clinique et para clinique : Dans notre étude, les signes cliniques les plus rencontrés ont été les douleurs intenses et ou exquises, l'oedème et l'impotence fonctionnelle.

La déformation était surtout rencontrée dans les luxations et lésions complexes.

Ces signes ont été également évoqués par Lerat J.L [24].

La radiographie a tenu une place prépondérante dans le diagnostic des lésions traumatiques du coude. Les incidences standard face et profil suffisaient à poser le diagnostic.

Des auteurs BLERY M., CHAGNON S. et JAQUENOD P. [2] pratiquaient les mêmes incidences en premier lieu et posaient les diagnostics de certitude.

Ces auteurs BLERY M., CHAGNON S. et JAQUENOD P. [2] préconisent aussi la tomodensitométrie dans le diagnostic de ces lésions. Vu le coût élevé de cet examen, nous ne l'avons pas prescrit à nos malades.

4-) au plan thérapeutique :

Dans notre étude le traitement orthopédique a représenté l'attitude thérapeutique principale dans 100% des cas. Dans la majorité des cas nous avons utilisé un plâtre brachio- antibrachio- palmaire. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence des fractures, dans notre échantillon.

La chirurgie combinée au traitement orthopédique, a représenté l'attitude thérapeutique dans 19,69%

Dans ces cas où ils existaient des ouvertures nous avons procédé à la suture cutanée avant d'immobiliser le membre. Le taux faible de traitement chirurgical pourrait s'expliquer par l'insuffisance de plateau technique

Nous rejoignons DIALLO M. [11] qui a avait eu plus recours au traitement orthopédique avec 92,1%

5-) au plan évolutif dans notre série les plus bons résultats étaient obtenus avec les luxations 100%, les fractures 95% et les lésions Complexes 50%. Seules les lésions complexes ont présenté de mauvais résultats, il s'agissait de deux cas où on a procédé à une amputation en urgence. Ceci pourrait s'expliquer par notre conduite diagnostique et thérapeutique dans les traumatismes du coude.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-) Conclusion

Les lésions ostéo-articulaires du coude sont des lésions relativement fréquentes, le sexe masculin est le plus touché.

Le groupe socio – professionnel, le plus touché serait les élèves et étudiants.

Les principales étiologies sont les accidents domestiques et les accidents de la voie publique.

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

Dans la majorité des cas, le traitement est orthopédique, le traitement chirurgical est réservé aux fractures ouvertes et aux lésions complexes du coude.

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

2-) Recommandations

Au terme de cette étude nos recommandations sont proposées et s'adresse respectivement à

- **Aux parents**

-veiller sur les enfants afin qu'il ne s'adonnent pas aux jeux dangereux

-ne jamais masser un coude traumatisé

-amener immédiatement les victimes de traumatismes du coude à l'hôpital.

- **Aux usagers de la voie publique**

- respecter strictement le code de la route,

-garder en bon état des véhicules et principalement le système de freinage et d'éclairage

- **Aux médecins généralistes,**

-sensibiliser la population vulnérable (les jeunes et grands adultes) sur les risques des lésions osteo-articulaires du coude,

-referer tous les cas de traumatismes du coude dans un service d'orthopédie et de traumatologie.

- **Aux médecins traumatologues**

-Informer le patient et sa famille sur les troubles vasculo-nerveux par oedème ou par plâtre, qui conditionnent l'ablation du plâtre ou des mesures d'urgences appropriées

-Respecter rigoureusement les délais d'immobilisation,

-faire la rééducation active précoce du coude dès l'ablation du plâtre

- **Au ministère des transports**

-Exiger le respect strict du code de la route, par les usagers.

-faire le contrôle rigoureux périodique et surtout inopiné des véhicules,

- **Au ministère de la santé**

-créer un service d'orthopédie et de traumatologie dans toutes les régions du pays, de former des spécialistes dans ce domaine.

- approvisionnement constant des structures sanitaires en matériels adéquats et personnel qualifié.

Références

- 01. BIRKNER R.** - L'image radiologique typique du squelette. - Maloine, édit., Paris, 1980.
- 02. Blery M. Chagnon S. Jacquenod P.**
Traité de Radiodiagnostic I-II - Squelette normal - Neuroradiologie Appareil locomoteur : 30-340-A-10 (1987).
- 03. BOSTMAN OM.**
Body mass index of patients with elbow and ankle requiring surgical treatment. Journal of trauma 1994 ; vol. 74, n° 1.
- 04. CADY J. ET KRON B.**
Anatomie descriptive fonctionnelle et topographique du membre supérieure Tome I. 611.97 C.A.D n° 309.C.
- 05. CAJA VL ; MORONI A ; VENDEMIA V ; SABATO C ; ZINGHI G**
Surgical treatment of bicondylar fractures of the distal humerus injury 1994, vol 25, n°7.
- 06. CASTAIGNE ALAIN. BERRRAND GODEAU. LEPONC JEAN LOUIS. SCHAEFFER ANNETTE.**
Sandoz 3eme Edition sémiologie médicale initiation à la physiopathologie 1992.
- 07. CASTAING J., SOUTOUL J.H.**
- Atlas de coupes anatomiques. Membre supérieur. - Maloine, édit., Paris, 1967.
Etude des Lésions Osteo-articulaires du Coude dans le Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie de l'H.G.T

08. CISSE B.

Le coude traumatique au Mali Thèse de médecine 78M29.

09. COUSSEMENT A., FAURE C., COUSSEMENT-BEYLARD N.

- Repères et mesures en radiodiagnostic. - Expansion Scientifique Française, édit., Paris, 1980.

10. DALINKA M.K.

- Arthrography. - Springer-Verlag, édit., New York, Heidelberg, Berlin, 1980, 155-163.

11. Diallo M.

Traumatismes du coude, Thèse de médecine 1996. HGT/SCOT. MALI.

12. DUJARDIN C BARSOTTI J.,

Guide pratique de traumatologie 1986.

13. EL BARDOUNI A; MALIFOUDE M; OUADGHIRI M; HALHAL M; EL YACOUBI M; EL MANOUAR M

Luxation divergente du coude à propos d'un cas

Rev. De chir.Orth 1994 vol 80, n°2.

14. ETO RT, ANDERSON PW, HARLEY JD

Elbow arthrography with application of

Tomography. *Radiology* 1975 ; 115 : 283-288.

15. FEVRE M.

Chirurgie infantile et orthopédique.

16. FOLSCHVEILLER J, ANGER R, ABOUSSOUAN G

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

Rev Chir orthop 1964 ; 30: 289 – 298.

17. GUILBEAU JC, MOUELHI MM, NAHUM H

Les profils modifiés du coude en traumatologie. Intérêt de l'incidence tête radiale capitellum et d'une nouvelle incidence coronoïde trochlée. J. Radiol. 1986; 67: 439-444.

**18. HIDALGO OVEJERO A.M, GARCIA MATA S., IBRA ZULATEGUI P.
HERAS J. IZGUIRE, MARTNEZ GRANDE M.**

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

19. HUTEN D ET DUPARC J

Fractures de l'extrémité supérieure Des deux os de l'avant bras chez l'adulte.

I. raduis. Éditions techniques. E.M.C (Paris France). Appareil locomoteur 14042A10, 5-1990, 12p

II. Cubitus. (III).Fractures associées. Editions techniques E.M.C (Paris. France), App.Loco. 14043 B10, 5-1990, 8p.

20. JUDET T; MASSIN; BAYED P.J

Prothèse de la tête radiale à cupule flottante dans les traumatismes récents et anciens du coude résultats préliminaires.

Rev. de chir. orth. 1994, vol 80, n°2.

21. KEATS T.E.

- An atlas of normal roentgen variants that may simulate disease. - Year Book Medical Publishers, édit., Chicago.

22. KIPFER M.

A propos de 176 cas de fractures récentes de la palette humérale chez l'adulte [thèse de médecine] Paris 1971 73P.

23. LANCE D ET SERINGUE R

Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant.

E.M.C Paris App. Loco., 14041B10,2-1983.

24. LERAT J.L

Sémiologie traumatologie Membre Supérieur faculté de Lyon sud.

25. MAISONNET J. ; COUDAIN R

Anatomie clinique et opératoire tome 1.

26. MARCEL B.

Formulaire thérapeutique de rééducation fonctionnelle 2eme édition

27. MANULA L; MANUILA A A. ; NICOULIN M.

Petit dictionnaire médical 2ème édition.

28. MORREY B.F.

The Elbow

Text book of rheumatology 1989.

**29. PATEL A. , P.DEROME, B.DUFOUR, F.DEROME, JY NEVEUX,
J.PASTEYAR, J CI PATEL, J.C I. POULIQUEN, JM. SOUBIRAN**

Abrégé de traumatologie 3^{ème} édition

30. PIDET O DAMSAIN J.P., CARLIOZ H

(Paris. France) Fracture supra condylienne en flexion de l'humérus de l'enfant

Rev. de chir. Orth. vol 79, 1993, n°1

31. Pidhorz L et Beddouk A

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

32. POULIQUEN JC ET ROBRIGUEZ MR

Fractures de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant bras chez l'enfant.

E.M.C (Paris France),

App. Loco 14043 C10, 10-1988, 4p

33. SELTON D.; N. KHOURI

(Limoge. Paris) Paralysie du nerf radial et fracture supra condylienne de l'humérus chez l'enfant. Rev. de chir. Orth. Vol. 78, 1992, n°2.

34. TESTUT L

Traité d'anatomie humaine.

35. TOUSSAINT B.

Thèse, Montpellier, 1987

Les arthrodèses du coude indications et modes de réalisation, supplément Rev. De Chir.

Orth. Vol.74, n°3,1988, 39^{ème} série

ANNEXES

Fiche signalitique

NOM : KIRE

PRENOM : ALMAMY MOHAMED

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : 06 DECEMBRE 1980 A BAMAKO

TITRE DE LA THESE : ETUDE DES TRAUMATISMES DU COUDE DANS LE SERVICES DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET DE TRAUMATOLOGIE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE DE BAMAKO.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005-2006

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la F.M.P.O.S

SECTEUR D'INTERET : Traumatologie - Orthopédie -Santé publique

RESUME :

Il s'agissait d'une étude descriptive et longitudinale allant de janvier 2005 à février 2006 portant sur 66 cas colligés dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'H.G.T.

Le sexe masculin a été le plus touché avec 63,63%, la tranche d'âge la plus fréquemment retrouvée a été celle de 0-19 ans avec 46,95% des cas. Le côté gauche a été le plus atteint avec 59,09%.

Les accidents domestiques ont été les plus dominants avec 40,90%. la radiographie standard de face et profil a été l'examen para clinique exclusivement utilisé dans notre étude, le traitement orthopédique a été le plus effectué avec 100% des cas

Nous avons observés 87,87 % de bons résultats

Mots clés : Orthopédie- Traumatologie- Chirurgie- Fracture- Luxation

**LES TRAUMATISMES DU COUDE
DANS LE SERVICE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE DE HOPITAL GABRIEL
TOURE**

Fiche d'enquête

Q01 N° du dossier

Q02 Nom :.....Prénom :.....

Q03 Sexe :.....Age du patient :.....

Q04 Profession :.....

Q05 Adresse :.....

Q06 Motif de consultation :.....

Q07 Date de l'accident :.....Date hospitalisation:.....

Q08 Nature de l'accident : -Travail :

-Sport :

-A.V.P :

-Domestique :

-Autres :

Q09 Mécanisme du traumatisme : -Direct:

-Indirect:

Q09 Signes cliniques :

1) Signes fonctionnels :

a) douleur:

b) impotence fonctionnelle : :

2) Signes physiques :

a) Inspection :-Aspect du coude : *raide:

*mobilité:

*plaie ouverte:

*plaie contuse:

-Etat général du patient : *bon:

*mauvais:

b) Palpation :-Douleurs exquises:

-Atteintes vasculo-nerveuses:

c) Siège : -Extrémité inférieure de l'humérus

Fracture supra condylienne :

Fracture du condyle externe :

Fracture du condyle interne:

Fracture par cisaillement du capitellum:

Fracture de la trochlée:

-Extrémité supérieure du cubitus

Fracture transversale de l'olécrane :

Fracture comminutive avec arrachement de l'apophyse coronoïde :

-tête radiale

Fracture par cisaillement :

Fracture partiellement impactée :

Fractures poly fragmentaires :

Fracture du col du radius :

Q10 Signes para cliniques :

1) Biologie :.....

2) Radiographie :.....

Q11 Diagnostic : 1) Lésion osseuse du coude :

2) Luxation du coude :

3) Lésion complexes du coude :

Q12 Traitement : 1) Traitement médical :

2) Traitement orthopédique :

3) Traitement chirurgical :

4) Kinésithérapie :

Q13 Résultats :

a) Plan clinique :-consolidation :

-absence de consolidation:

b) Plan social :-reprise du travail :

-même travail qu'auparavant :

Q14 Complications :

- 1) Luxation récidivante :
- 2) Calcification :
- 3) Paralysie du nerf cubital :
- 4) Syndrome de volkmann :
- 5) Autres :

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 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 corrompre les mœurs, ni 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 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 reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure