

Article original

QU'EN EST-IL DE LA PRISE EN CHARGE DES FRACTURES DES MEMBRES DANS LE SUD DE MADAGASCAR ?

Tata T.J.F^{1*}, Razafimahatratra R², Riel A.M³, Rakotosamimanana J⁴

- 1- Interne des hôpitaux en Chirurgie Orthopédique et Traumatologie ; Service de Chirurgie générale, CHU Antanambao Tuléar, Madagascar.
- 2- Ancien Chef de Clinique en Chirurgie Orthopédique et Traumatologie. Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie. CHU Tambohobe Fianarantsoa, Madagascar.
- 3- Professeur en Anesthésie Réanimation, Service de Réanimation Hôpital Universitaire Antanambao, CHU Antanambao Tuléar, Madagascar.
- 4- Professeur en Chirurgie Générale. Service de Chirurgie générale Hôpital Universitaire Antanambao, CHU Antanambao Tuléar, Madagascar

RESUME

Introduction : La prise en charge des fractures des membres reste un problème de santé publique dans la plupart des régions à Madagascar. L'objectif de cette étude est décrire cette prise en charge des fractures des membres à Tuléar afin de proposer des solutions pour optimiser sa qualité.

Méthodes : Une étude rétrospective descriptive des patients admis pour traumatisme des membres au CHU Antanambao Tuléar du 01 janvier au 31 décembre 2017 a été réalisée. Les aspects de la prise en charge ont été analysés.

Résultats : Cent quatre vingt six cas de traumatisme dont 49 patients avec au moins une fracture ont été colligés. Chez ces 49 patients, l'âge moyen était de 36 ans et le sex-ratio de 2. L'accident de la voie publique était la circonstance de survenue la plus rencontrée (49% des cas). Une nette prédominance de l'atteinte des membres inférieurs (63,2% des cas) dont 20,4% de fracture diaphysaire des deux os de la jambe et 14,3% de fracture diaphysaire du fémur a été constatée. Une sortie contre avis médical a été notée dans 59.2% des cas. Concernant la prise en charge, une chirurgie a été réalisée chez 18,4% des cas.

Elle était pratiquée essentiellement sur les os longs du membre inférieur.

Conclusion : La pratique de la traumatologie des membres reste limitée à Tuléar. Des efforts sont à déployer pour renforcer la capacité technique du personnel de santé, améliorer les équipements et les infrastructures hospitalières et sensibiliser la population à adopter la médecine moderne dans le traitement des traumatismes.

Mots clés : fracture, membre, prise en charge, traumatisme.

ISSN : 2706-6843

INTRODUCTION

La fonction essentielle des membres est d'assurer les activités et la locomotion aussi bien dans la vie quotidienne que dans les activités récréatives et sportives.

La survenue d'une fracture osseuse est un évènement exceptionnel dans la vie d'un individu mais relativement fréquent à l'échelle de la population. Les traumatismes peuvent altérer la fonction des membres à différents niveaux: physiologique, social mais aussi

économique. Les fractures représentent ainsi un problème de santé publique [1].

À Tuléar comme dans d'autres régions de Madagascar, la prise en charge des pathologies traumatologiques est difficile à évaluer car peu d'études ont été réalisées.

L'objectif de la présente étude est ainsi décrire la prise en charge des pathologies traumatiques des membres à Tuléar.

METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, monocentrique descriptive conduite au CHU Antanambao Tuléar du 01 janvier au 31 décembre 2017. Tous les patients admis à l'hôpital pour traumatisme des membres ont été inclus. Ont été exclus de cette étude, les patients hospitalisés et opérés pour des affections dégénératives sans rapport avec un traumatisme, les malformations congénitales, les tumeurs bénignes ou malignes de l'appareil locomoteur.

Les paramètres épidémiologiques, les circonstances de l'accident, les lésions observées ainsi que les lésions associées et la prise en charge ont été recueillis à partir des registres d'hospitalisation et des dossiers médicaux.

Les données ont été enregistrées sur le logiciel Microsoft Excel puis traitées et analysées avec le logiciel Epi-info 7.0.

RESULTATS

Sur les 379 patients hospitalisés en chirurgie, 186 patients (49,1%) ont été admis pour traumatisme des membres. Il a été rencontré 49 cas de fracture (12,9%). L'âge moyen des 49 patients était de 36 ans avec des extrêmes de 2 ans et de 70 ans. La tranche d'âge des jeunes et enfants de moins de 18 ans était la plus représentée (30,6%), suivie de la tranche d'âge de 18 à 30 ans (24,5%), de la tranche d'âge de 50 ans et plus (16,3%) et les tranches d'âge de 30 à 40 ans et de 40 à 50 ans (14,3% chacune). Le sex ratio était de 2. L'accident de la voie

publique était rencontré dans 49% des cas (Tableau I). Les lésions observées étaient représentées principalement par la fracture diaphysaire des deux os de la jambe (24,5%), la fracture des deux os de l'avant-bras (16,3%) et la fracture diaphysaire du fémur (14,3%) (Tableau II). Un traumatisme crânien était associé aux fractures des membres dans 24,5% des cas (Tableau III). Le membre inférieur a été atteint dans 63,2% et le membre supérieur dans 36,7%.

Une sortie contre avis médical était rencontrée chez 59,2% des patients. Parmi les 41,8% ayant accepté la prise en charge hospitalière complète, 18,4% ont bénéficié de la chirurgie, 14,3% étaient traités orthopédiquement et 8,2% des patients étaient évacués vers un centre plus équipé. La chirurgie pratiquée était essentiellement une chirurgie des os longs : un enclouage centromédullaire (33,3%), une ostéosynthèse par plaques vissées (22,2%), un curetage, une séquestrectomie (22,2%) (Tableau IV). Les fractures diaphysaires du membre supérieur étaient traitées orthopédiquement dans 17,2% des cas ; 25,9% des patients présentant des fractures diaphysaires du membre inférieur ont demandé à sortir de l'hôpital contre avis médical.

DISCUSSION

Les traumatismes de l'appareil locomoteur constituent de 14% à 28% des motifs de consultation au niveau des soins de santé primaires dans beaucoup de pays. Il est connu que 60% des causes de handicap sont imputables aux problèmes liés à l'atteinte de l'appareil locomoteur [2]. Au Rwanda en 2008, selon une enquête nationale, la prévalence d'atteinte de l'appareil locomoteur était de 5,2% [3]. Randrasana RT *et al.* en 2014, ont rapporté 1867 patients traumatisés des membres en seulement 6 mois au CHUJRA Antananarivo [4]. Dans notre série, 186 cas de traumatisés des membres dont 49 cas de fractures ont été colligés en 12 mois malgré que Tuléar se trouve dans un axe routier très fréquenté. Ce faible taux de fréquentation

pourrait être expliqué par l'existence d'un autre centre hospitalier universitaire et de cliniques privées dans la même ville. De l'autre côté, selon la communauté, les blessés consultent les masseurs traditionnels qu'ils considèrent comme « seul capable de prendre en charge les fractures, même sans un examen radiographique ».

En dehors de la fracture dite simple et sans déplacement, la prise en charge doit être chirurgicale et la récupération fonctionnelle doit être une préoccupation constante du chirurgien orthopédiste. Au cours de cette étude, 59.2% des patients ont opté pour une sortie contre avis médical dont le principal motif était d'aller se faire soigner chez un masseur traditionnel. Une influence certaine de la pratique traditionnelle dans le milieu social de la région du Sud-Ouest fait diminuer l'accès aux soins médicaux adéquats aux patients atteints de fracture.

Sur cette période de 12 mois, la chirurgie osseuse pratiquée dans le centre hospitalier Antanambao était surtout la chirurgie des os longs et essentiellement au niveau du membre inférieur car les fractures diaphysaires du membre supérieur étaient traitées orthopédiquement. Les cas de fracture épiphysio-métaphysaire étaient évacués dans un centre plus équipé comme à Fianarantsoa (à 400 km), voire dans la capitale de Madagascar. Cette situation pourrait être expliquée par le fait que les hôpitaux périphériques de Madagascar connaissent une insuffisance non seulement sur le plan matériel mais aussi sur le plan ressources humaines. La chirurgie traumatologique n'arrive pas à couvrir les besoins de la population à Tuléar. La pratique des massages traditionnels ne peut être que favorisée par cette situation.

Les informations recueillies sur des dossiers incomplets du fait de la perte de vue des patients après leur sortie d'hôpital n'ont pas permis de déterminer les aspects évolutifs. Cependant, des cas de cal vicieux, de pseudarthrose et d'ostéite sur fractures

ouvertes étaient rencontrés en consultation à quelques mois de recul. Ceci montre que des complications liées à la qualité non optimale de la prise en charge étaient rencontrées.

L'état de santé d'une population dépend entièrement du milieu où elle se développe et de son mode d'adaptation. La population du Sud-Ouest de Madagascar pratique encore de nos jours des rites et des pratiques médicales transmis par ses ancêtres de génération en génération. La pratique traditionnelle trouve son succès dans son faible coût et son accessibilité aisée. A part les problèmes matériels et en personnel qu'il faudra renforcer, le Ministère de la Santé Publique devrait adopter une approche anthropologique médicale spécifique dans la région du Sud-Ouest de Madagascar. Elle consisterait non seulement à décrire les croyances et pratiques relatives à des pathologies traumatiques dans la région, mais aussi à les analyser en vue d'améliorer le résultat de la prise en charge. Après une meilleure connaissance du comportement de la population vis-à-vis des pathologies traumatiques, le Ministère de la Santé Publique à travers les prestataires de soins dans la localité, voire toute la région, pourrait renverser cette situation *via* un programme d'informations éducatives et communications (IEC) adaptées et répétitives.

CONCLUSION

Les pathologies traumatologiques touchent la tranche d'âge des populations jeunes et actives à Tuléar. La prise en charge de ces pathologies trouve ses limites au point de vue technique mais surtout par l'influence de la pratique traditionnelle certaine dans la région du Sud - Ouest de Madagascar. Des efforts sont à déployer pour renforcer la capacité technique du personnel de santé, améliorer les équipements et les infrastructures hospitalières et sensibiliser la population pour adopter la médecine moderne dans le traitement de ces traumatismes.

*Auteur correspondant : Tsiahoana Jean Floris TATA

Adresse actuel : Service de Chirurgie Générale CHU Antanambao Tuléar

Mail : jeanflorys@gmail.com

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-VanStaa T.P, DennisonE.M, Leufkens H.G, Cooper C. Epidemiology of fractures in England and Wales. Bone, 2001; 29 (6): 517-522.

2- Åkesson K, Karsten Dreinhöfer E, Woolf AD. Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. Bulletin of the World Health Organisation, 2003; 81 (9): 677-682.

3- Atijosan O, Risechewski D, Simms V, Kuper H, Linganwa B, Nuhi A, Foster A, Lavy C. A national survey of musculoskeletal impairment in Rwanda: prevalence causes and service implications. PloS ONE, 3(7): e2851, 2008.

4- Randrasana RT. Profil épidémio-clinique des traumatismes des membres par accident de circulation aux urgences du CHU JRA [Thèse]. Médecine Humaine Antananarivo ; 2015. 58p.

Tableau I : Répartition des patients selon la circonstance de l'accident

| Circonstance de l'accident | Nombre (n=49) | Pourcentage (%) |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------|
| Accident de la voie publique | 24 | 49,0 |
| Accident domestique | 17 | 34,7 |
| Accident de travail | 5 | 10,2 |
| Accident à responsabilité civile | 2 | 4,1 |
| Accident scolaire | 1 | 2,2 |

Tableau II : Fréquence des lésions observées

| Lésions observées | Nombre (n=49) | Proportion (%) |
|--|----------------------|-----------------------|
| Fracture diaphysaire des 02 os de la jambe | 12 | 24,5 |
| Fracture diaphysaire des 02 os de l'avant-bras | 8 | 16,3 |
| Fracture diaphysaire du fémur | 7 | 14,3 |
| Fracture diaphysaire de la clavicule | 4 | 8,2 |
| Fracture de l'extrémité proximal du fémur (col et trochantérienne) | 3 | 6,1 |
| Autres* | 15 | 30,6 |

*Autres : chaque lésion a été rencontrée une seule fois

Tableau III : Répartition des patients selon les lésions associées

| Lésions associées | Fréquence (n=49) | Proportion (%) |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Traumatisme crânio-facial | 12 | 24,5 |
| Traumatisme thoracique | 8 | 16,3 |
| Traumatisme abdominal | 7 | 14,3 |
| Traumatisme pelvien | 2 | 4,1 |
| Traumatisme rachidien | 2 | 4,1 |
| Sans lésion associée | 18 | 36,7 |

Tableau IV : Répartition des patients selon le type de la chirurgie

| Type de chirurgie | Nombre (n=9) |
|---|---------------------|
| Ostéosynthèse par enclouage centro-médullaire | 3 |
| Ostéosynthèse par plaque vissée | 2 |
| Curetage/séquestrectomie | 2 |
| Régularisation moignon d'amputation traumatique | 1 |
| Autres | 1 |