



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Pratique professionnelle

Traitement chirurgical des fractures du bassin au CHU de Yaoundé : analyse rétrospective de 13 cas[☆]



Surgical management of pelvic ring fractures in University Teaching Hospital of Yaoundé: A retrospective analysis of 13 cases

Marc Leroy Guifo^{a,*}, Marie Ange Ngo Yamben^b, Farikou Ibrahima^c,
Franck Olivier Ngongang^b, Tsatedem Faustin Atemkeng^d, Gaspary Fodjeu^a,
Arthur Georges Essomba^a

^a CHU de Yaoundé, faculté de médecine et des sciences biomédicale (FMSB) de l'université de Yaoundé 1 Cameroun, département de chirurgie et anesthésie réanimation, Yaoundé, Cameroun

^b Centre des urgences de Yaoundé (CURY), faculté de médecine et des sciences biomédicales (FMSB) de l'université de Yaoundé 1 Cameroun, département de chirurgie et anesthésie réanimation, Yaoundé, Cameroun

^c Faculté de médecine et des sciences biomédicales de Garoua (FMSB), Garoua, Cameroun

^d Hôpital de District de Deido, faculté de médecine, université de Dschang, Dschang, Cameroun

IN F O A R T I C L E

Historique de l'article :
Reçu le 28 février 2018
Accepté le 18 mai 2018

Mots clés :

Fracture du bassin
Traitement chirurgical
Résultat fonctionnel
Milieu précaire

R É S U M É

Les fractures du bassin peuvent être anodines ou mettre en jeu le pronostic vital en traumatologie. Leur prise en charge a été améliorée par une meilleure définition des voies d'abord, des techniques d'exploration radiologique et l'approche mini-invasive. L'objectif de cette étude était de revoir les patients pris en charge au CHU de Yaoundé dans des conditions précaires avec comme hypothèse qu'une évaluation radio-clinique préopératoire peut permettre une anticipation des difficultés techniques et autoriser une prise en charge par palier selon les plateaux techniques des hôpitaux. Cette étude rétrospective et descriptive a inclus les fractures du bassin traitées chirurgicalement au CHU de Yaoundé ou dans les institutions affiliées de janvier 2011 à novembre 2017. Treize patients ont été inclus durant cette période [7 femmes, 6 hommes, âge moyen : 35,4 ans (17–60)]. Les fractures étaient classées Tile A dans 2 cas, Tile B dans 4 cas et Tile C dans 7 cas. Deux patients ont eu un fixateur externe en urgence à la phase de stabilisation hémodynamique. La fixation de l'arc postérieur a été nécessaire dans 6 cas. Un décès est survenu en période postopératoire des suites d'une infection alors que le patient avait survécu à un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Le résultat était considéré excellent dans 7 cas et bon dans 4 cas. Le traitement chirurgical des fractures du bassin est possible dans nos conditions à la faveur d'une meilleure accessibilité des équipements nécessaires et des opportunités de formation.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Le traumatisme est l'une des causes majeures de mortalité dans le monde. Cette mortalité est liée aux lésions cérébrales sévères, thoraciques, vasculaires et abdominales. Cette mortalité est immédiate ou différée selon la gravité des lésions et la réponse apportée

par le système de santé. Le traumatisme du bassin avec une prévalence de 20 % chez les polytraumatisés est une des lésions potentielles responsables de l'instabilité hémodynamique [1–3]. La compétence pour la prise en charge de ces lésions nécessite une formation et un intérêt aux techniques chirurgicales impliquant parfois plusieurs spécialités [4,5]. Dans les pays en voie de développement, ces conditions ne sont pas toujours réunies particulièrement l'amplificateur de brillance et un staff chirurgical qualifié. Le but de cette étude était de revoir rétrospectivement les patients que nous avons pris en charge chirurgicalement au CHU de Yaoundé (Cameroun) afin de rapporter et d'analyser les difficultés et les solutions élaborées pour améliorer cette prise en charge, avec comme hypothèse qu'une évaluation radio-clinique préopératoire

[☆] Cet article est consultable sur www.sciencedirect.com et sur www.emc-consulte.com/produit/rcot.

* Auteur correspondant. CHU de Yaoundé, Surgery, PO Box 7535, 237 Yaoundé, Cameroun.

Adresse e-mail : mlguifo@yahoo.com (M.L. Guifo).

Tableau 1
La série.

	Âge	Sexe	Classe de Tile	Lésions associées	Geste en urgence	Stabilisation antérieure/postérieure	Abord	Score Majeed
Cas #1	22	M	A 2.3	Plaie périnéale hémorragique Fracture humérus	Hémostase fixateur externe	Plaque ant/aucune	Stoppa	80/100
Cas #2	60	F	C1.1	Aucune	Aucun	Vissage ant/plaque post	Stoppa modifiée	66/80
Cas #3	45	M	C1.2	Suspicion rupture urètre	Cystostomie	Fixateur ext/vissage percutané post	Percutané	93/100
Cas #4	35	F	A2.3	Aucune	Aucun	Plaque ant/aucune	Stoppa	51/80
Cas #5	54	M	C1.2	Aucune	Aucun	Plaque ant/plaque post	Stoppa modifiée	87/100
Cas #6	38	M	B3.1	ARDS	Déchocage	Plaque ant/aucune	Pfannenstiel	Décès
Cas #7	45	F	B1.1	Fracture du cubitus	Aucun	Fixateur ext/aucune	Percutané	87/100
Cas #8	37	M	C1.2	Aucune	Aucun	Plaque ant/vissage percutané	Stoppa et percutané postérieure	79/100
Cas #9	17	F	B1.1	Fracture du fémur	Aucun	Fixateur ext/aucune	Percutané	95/100
Cas #10	35	F	C1.2	Aucune	Aucun	vissage ant/vissage percutané	Stoppa et percutané postérieure	73/80
Cas #11	20	F	C1.2	Aucune	Aucun	Plaque ant/vissage percutané	Stoppa et percutané postérieure	90/100
Cas #12	25	M	C1.2	Hémothorax fracture humérus	Drainage thoracique	Plaque ant/vissage postérieur	Stoppa et percutané postérieure	95/100
Cas #13	27	F	B2.1	Plaies périnéale hémorragique	Hémostase d'urgence	Transféré	Transféré	Transféré

peut permettre une anticipation des difficultés techniques et autoriser une prise en charge par palier selon les plateaux techniques des hôpitaux.

2. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée au CHU de Yaoundé de janvier 2011 à novembre 2017. Tous les patients admis et traités chirurgicalement dans l'hôpital et les institutions affiliées pour fracture du bassin ont été inclus. L'indication d'une prise en charge opératoire était fondée sur la présence d'un état de choc associé à une fracture ouverte, une instabilité mise en évidence par les manœuvres cliniques de Larrey et Verneuil ou par les examens radiologiques selon la classification de Tile modifiée [6]. Les patients avec fracture du bassin non traitée chirurgicalement n'ont pas été inclus dans cette étude.

La voie d'abord était la voie de Pfannenstiel pour les disjonctions pubiennes pures, les voies de Stoppa et Stoppa modifiée pour les ruptures du bassin avec des traits proches ou intéressant le cotyle et la fixation externe percutanée.

Les données démographiques (âge, sexe, profession) et cliniques (circonstances, indication, imagerie, rapport opératoire, évolution postopératoire) ont été recueillies. Le résultat fonctionnel a été analysé selon les critères du score de Majeed et al. [7]. Ce résultat était considéré comme excellent, bon, acceptable ou mauvais. Les résultats ont été rapportés avec des statistiques descriptives en pourcentage et moyennes.

3. Résultats

3.1. La série

Quarante-trois patients ont été admis avec deux patients ayant refusé toute prise en charge chirurgicale malgré des lésions jugées instables (sorties contre avis médical). Treize patients ont été opérés durant cette période [7 femmes et 6 hommes ; âge moyen : 35,4 ans (17–60)]. Dans 10 cas, les circonstances étaient un accident de la voie publique ; dans 2 cas, un accident de travail et dans un cas, un accident ferroviaire.

Les fractures étaient classées Tile A pour 2 cas, Tile B pour 4, Tile C pour 7.

Quatre patients avaient une lésion associée de l'appareil locomoteur : deux fractures humérales [8], une fracture du fémur [9] et une fracture de l'avant-bras. Trois patients de sexe masculin sur

6 avaient une lésion urétrale associée. Deux ont eu un sondage transurétral initial, dont un pendant l'exploration d'une plaie périnéale hémorragique. Un autre patient a eu un sondage sus-pubien avant son transfert dans notre service.

3.2. La technique

Dans deux cas, les patients ont été opérés à la phase aiguë sans imagerie et dans 11 cas, en urgence différée (dont 5 cas, transférés d'une autre formation sanitaire).

Trois patients ont été transférés dans une autre formation sanitaire disposant d'un amplificateur de brillance, mais pris en charge par la même équipe ; 6 autres patients ont été pris en charge au CHU de Yaoundé avec amplificateur de brillance lorsqu'il était fonctionnel. Quatre patients ont été opérés sans disposer d'un amplificateur de brillance sur la base de leurs lésions et de la technique de fixation choisie.

Les techniques de fixation sont rapportées dans le [Tableau 1](#). La voie d'abord a été la voie de Stoppa modifiée pour 2 cas, la voie de Stoppa combinée à un abord postérieur percutané pour 3, la voie de Stoppa pure pour 3, la fixation externe pour 4, la voie de Pfannenstiel pour 1. Dans deux cas, il y a eu nécessité d'une fixation externe en urgence ([Fig. 1](#) cas#1, [Fig. 2](#) cas #3). Pour la fixation définitive, tous les patients, sauf une, ont eu une fixation de l'arc antérieur par plaque de reconstruction, vis ou fixateur externe ([Fig. 2](#) cas #2, [Fig. 3](#) cas#4). Dans un cas, la fixation externe a été maintenue sur l'arc antérieur en raison d'une cystostomie préalablement placée et dans un autre cas il s'agissait d'une jeune patiente avec une ouverture sacro-iliaque associée à une fracture du fémur ; dans les deux cas une immobilisation au lit a été prescrite pour 4 semaines. Une fixation postérieure a été réalisée chez 6 patients sur 12 et a été faite par une plaque de reconstruction dans deux cas de fracture trans-iliaque et par vissage sacro-iliaque percutané dans 4 cas ([Fig. 2](#) cas#2, [Fig. 4](#) cas #5).

3.3. Résultats

Un patient est décédé de détresse respiratoire aiguë à la période postopératoire (cas #6) et un autre a préféré une évacuation vers une structure sanitaire de son choix à l'étranger motivé par sa religion (témoin de Jéhovah) en refusant l'éventualité d'une transfusion périopératoire alors qu'elle présentait un taux d'hémoglobine de 6 g/dL.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10221666>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10221666>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)