Rev int sc méd -RISM-2016;18,4:265-268.
© EDUCI 2016

ARTICLE ORIGINAL / ***ORIGINAL ARTICLE***

CAUSES D'AMPUTATION MAJEURE DE MEMBRE. *AETIOLOGY FOR MAJOR LIMB AMPUTATION*

KOUASSI KJ-E[1], YAO LB[2], SERY BJLN[3], M'BRA KI[4], KRAH KL[5], ASSERE YAGRA[6], KODO M[8].

1- medericko@yahoo.fr
2-loukou09@yahoo.fr
3- leosery@yahoo.fr
4- mbrainos@yahoo.fr
5- kkoffileopold@gmail.com
6- asserey@gmail.com7- prmkfr@yahoo.fr
Service de Traumatologie – Orthopédie, CHU de Bouake

Correspondant : Docteur KOUASSI KOUAME JEAN-ERIC
E-mail: *medericko@yahoo.fr* ; *merci2016eli@gmail.com*
01BP 1174 Bouaké 01, Côte d'Ivoire

RESUME

Objectif : Déterminer les causes d'amputation majeure de membre et les résultats de prise en charge.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective concernant tous les patients ayant subi une amputation majeure de membre dans le service de Traumatologie Orthopédique du CHU de Bouaké entre Janvier 2012 à Décembre 2014.

Résultats : Durant cette période d'étude, 60 patients ont subi une amputation majeure de membre. L'âge moyen des patients était de 46,67 ans avec des extrêmes de 7 à 95 ans. Il y avait 63,33% hommes et 36,67% femmes ; soit un sex ratio de 1,72. Il y avait 78,33% d'amputation du membre inferieur et 21,67% d'amputation du membre supérieur, 3,33 % d'amputation bilatérale des membres inférieurs. La première cause d'amputation était le diabète, 36,67%, et 21,67% étaient des échecs liés au traitement traditionnel. Les autres causes étaient :

- les traumatismes :16,66%
- l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs 15%
- les tumeurs : 6,67%
- et les infections : 3,33%.

Les amputations de la jambe, 60%, et de la cuisse, 20%, ont été les plus fréquentes. L'évolution a été favorable dans 70% avec 16,67% de décès, et la majorité des patients, 97,6%, non pas été appareillés.

Conclusion : L'amputation de membre constitue un handicap entrainant une incapacité essentiellement fonctionnelle mais aussi professionnel. L'appareillage des patients participe leur réinsertion sociale.

Mots clés: Amputation majeure, Membre, Diabète.

ABSTRACT

Objectives: *To determine the reasons for major limb amputation and the results of hold of it in charge.*

Method: *It was about a retrospective study concerning all patients having undergone a major limb amputation in department of Orthopedics surgery at Academic hospital center from Bouake from Bouake, between January 2012 to December 2014.*

Results: *During this period of study, 60 patients underwent a major limb amputation. The age range was 7 to 95 years with a mean of 46,67. We have found 63.33% men and 36.67% women, with a sex ratio of 1.72. There were 78.33 % amputations of lower and 21.67% of an upper limb, 3.33% cases of bilateral limb amputations of lower. Diabetes, 36.67% was the highest indication and 21.67% due to traditional bonesetters' gangrene. The other indication were:*

- *the traumatisms:16.66%),*
- *obliteransarteriopathy :15%,*
- *tumours: 6.,67%*
- *and infectious: 3.33%).*

Amputations of leg, 60 %, and thigh 20 % were the most frequent. The evolution was favorable in 70% with 16,67% of death, and the majority of the patients non been gotten under way either 96,7%

Conclusion: *The limb amputation constitutes a lively handicap an essentially functional inability but also professional. The equipment of the patients participates in this social rehabilitation.*

Keywords: Major amputation, limb, Diabetes.

INTRODUCTION

L'amputation est l'ablation d'un segment de membre ou d'un membre tout entier dans la continuité de l'os, lorsqu'elle est faite au niveau d'une articulation, on parle de désarticulation[1]. Une amputation majeure est celle qui est pratiquée à proximité de la cheville ou poignet [2]. Les principales indications des amputations de membres demeurent les pathologies vasculaires périphériques qui sont responsables de plus de 70% des amputations dans les pays industrialisés. Les traumatismes sont les premières causes d'amputations chez le sujet jeune suivi des causes tumorales et infectieuses[3]. D'une manière générale, il faut noter la place prépondérante occupée par le diabète dans les étiologies d'amputations. Selon l'OMS, 40 à 70% des amputations des membres inférieurs sont liées au diabète [3]. Quelle que soit l'étiologie, l'amputation crée des modifications biomécaniques majeures de l'appareil locomoteur qui limitent de façon considérables les possibilités fonctionnelles du patient et sont responsables d'un lourd handicap[4]

En Côte d'Ivoire, les études concernant l'amputation de membres demeurent parcellaires[5]. Nous avons réalisé une étude rétrospective dans le service de Traumatologie Orthopédique du CHU de Bouaké dans le but de déterminer les causes des amputations majeures de membre pour en améliorer la prise en charge.

METHODES

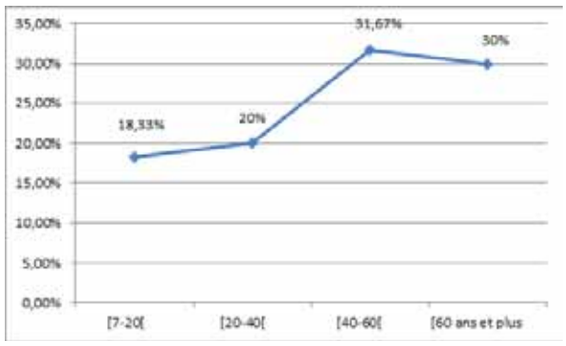
Il s'agissait d'une étude rétrospective ayant colligé tous les dossiers des patients hospitalisé dans le service de Traumatologie Orthopédique du CHU de Bouaké de Janvier 2012 à Décembre 2014. Ont été inclus, les dossiers de patients ayant subi une amputation majeure d'un membre inférieur ou supérieur, quel que soit l'étiologie et dont les dossiers d'observation étaient exploitables. Nous avons analysés le genre, l'âge, la profession, les facteurs de risques cardiovasculaires préexistant avant l'amputation, les étiologies, le siège de l'affection, le niveau d'amputation, l'évolution et l'appareillage. Ces données ont été recueillies à partir des registres des dossiers médicaux, et des comptes rendu opératoires. Les résultats ont été donnés sous forme de pourcentage.

RESULTATS

Durant cette période, nous avons noté 60 patients chez qui une amputation majeure de membre avait été réalisée sur un total de 1555 patients hospitalisé, soit une prévalence de 3,85%. Il y avait 38 (63,33%) hommes et 22 (36,67%) femmes ; soit un sex-ratio de 1,72. L'âge moyen était de 46,67 ans avec des extrêmes de 7 à 95 ans. La répartition par classes d'âges a noté une prédominance des patients dont l'âge était compris entre 40-60 ans soit 31,67% (n=19) (Tableau I)

Tableau I : Répartition selon l'âge.

Classes d'âge	n	%
7-20	11	18,33
20-40	12	20
40-60	19	31,67
60 et plus	18	30
Total	**60**	**100**



Graphique 1 : *de la répartition des amputations selon les tranches d'âges*

Les patients dont l'âge était compris 40-60 ans était plus fréquents soit 31,67% (n=19).

Les facteurs de risque étaient présents dans 48,33% des cas (n=29). Il s'agissait principalement du diabète 44,82% des cas (n=13), la comorbidité HTA –Diabète 31,03% des cas (n=9) (Tableau II).

Tableau II : Répartition selon les facteurs de risques

Facteurs de risque	n	%
Diabète	13	44,82
HTA + Diabète	9	31,03
Tabac	4	13,80
HTA	2	10,35
Total	**29**	**100**

L'amputation concernait le membre inferieur dans 78,33% des cas (n=47) et le membre supérieur dans 21,67% des cas (n=13). Les causes des amputations étaient diverses dans notre étude. Elles étaient dominées par le diabète

© EDUCI 2016.

avec 36,67% des cas (n=22) et l'échec d'un traitement traditionnel dans 21,67% des cas (n=13) (tableau III).

Tableau III : Répartition selon les facteurs de risque

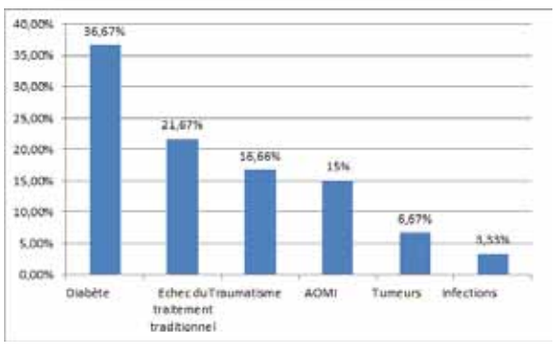
Etiologie	n	%
Diabète	22	36,67
Echec au traitement traditionnel	13	21,67
Traumatisme	10	16,66
Artériopathie des membres inférieurs (AOMI)	9	15
Tumeurs	4	6,67
Infections	2	3,33
Total	**60**	**100**

*** Graphique 2 : Répartition des causes de l'amputation**

L'amputation prédominait à la jambe dans 60% cas (n=36) et à la cuisse dans 20% des cas (n=12) (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des patients selon le niveau d'amputation

Niveau d'amputation	n	%
Jambe	36	60
Cuisse	12	20
Bras	7	11,67
Avant-bras	5	8,33
Total	**60**	**100**



Graphique 2 : Répartition des patients selon le niveau d'amputation

L'évolution était favorable dans 70% des cas (n=42). Des complications ont été observées à type de suppuration du moignon d'amputation 13,33% des cas (n=8), et de décès 16,67% (n=10) dont 06 en post opératoire du fait des complications du diabète et 04 du fait des complications des tumeurs osseuses. Sur les 60 patients amputés seulement 3,33% des cas (n=2) ont été appareillés et 96,7% des cas (n= 58) n'ont pas reçu de dispositifs d'appareillages.

DISCUSSION

Dans notre série, le diabète était la principale cause d'amputations de membre soit 36,67%. Ce résultat est semblable à ceux des études rapportées dans la littérature[6,7,8]. Cette maladie prédispose sur le plan évolutif au bout de 10 à 15 ans, à la survenue de lésions athéromateuses pouvant nécessiter sur le long terme une amputation[7]**.** L'échec des traitements traditionnels des lésions de membres étaient la seconde cause d'amputation soit 21,67%. Ce résultat est semblable à ceux d'autres auteurs qui ont aussi trouvé une fréquence élevée d'amputations liées aux complications du traitement traditionnel[3,9]. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par la sociologie des populations qui sont, le plus souvent, rurales. Au total 16,66 % des patients dans notre étude ont été amputés pour causes traumatiques. En général, dans les études ou les patients sont jeunes, l'étiologie traumatique a été prédominante[5,7]. Il s'agit souvent de traumatisme par écrasement de membres dans les suites d'un polytraumatisme survenant lors d'accidents de la voie publique[7]. L'artériopathie des membres inférieurs (AOMI) représentait 15% des causes d'amputations dans notre étude. Ce résultat diffère de celui de Oliveira et al.[7] qui notaient 45,2%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que certains de nos patients avaient des facteurs de risque cardio vasculaire préexistant avant l'amputation. En effet les relations entre l'AOMI et les facteurs de risques, établies sur la base d'étude pour la plupart transversales, permettent de définir un profil de risques communs avec l'athérosclérose, mais la particularité est de reconnaitre comme facteur de risque le tabagisme[7]. Le tabagisme aggrave l'AOMI, conduisant souvent à une amputation plus importante au-dessus du genou[7]. Les tumeurs représentaient 6,67% des cas. Ce résultat est superposable à ceux d'autres auteurs[10,11]. L'amputation demeure dans nos conditions le traitement le plus fréquemment utilisée en cas de tumeurs malignes des os. L'amputation a concerné le membre inferieur dans 47cas (78,33%). Cette prédominance de l'atteinte du membre inferieur est rapportée dans la littérature [2,3,6,12,]**.** Ce résultat pourrait s'expliqué par le fait que le pied est le site de prédilection des artériopathies et des neuropathies diabétiques et est la partie du membre la plus exposée aux agressions; lesquelles en association avec les différentes complications chroniques du diabète et infectieuses favorisent des lésions qui peuvent

évoluer vers la gangrène[1].Le taux de mortalité immédiate post opératoire dans notre étude est de 16,67%. Ce résultat est semblable à ceux rapporté par d'autres auteurs[5,13,14]. Ce taux élevé de décès pourrait s'expliqué parle retard de consultation et aussi l'acceptation souvent tardif d'amputation par les parents et le patient. L'appareillage a concerné 3,33% de nos patients. Ce résultat est semblable à celui de Akiode[10] et al. qui ont noté 5,79% de patients appareillés. Mais ce taux diffère de celui de Oliviera[7] et al. qui notaient 95% de patients appareillés. Ce faible taux d'appareillage est dû au coût élève des prothèses et la faible condition socio-économique de nos patients.

CONCLUSION

L'amputation majeure de membre survient essentiellement surtout chez les sujets de sexe masculin. Elle prédomine au membre inferieur et les principales étiologies dans notre étude sont le diabète, les complications dues aux traitements traditionnels de lésions de membres et les causes traumatiques. La majorité de nos patients ne sont pas appareillés, ce qui pose le problème de leur réinsertion sociale. La situation des malades amputés dans notre pays est superposable à celle d'autres pays en voie de développement .L'amélioration du pronostic fonctionnel de nos patients passe nécessairement par une prise en charge multidisciplinaire des différentes comorbidités, notamment le diabète.

RÉFÉRENCES

1- **Kanté L, Togo A, Diakite I, Traore, Keita M, Dembélé BT, et al.** Etude épidémiologique et thérapeutique des amputations consécutives aux complications du diabète. Mali med 2010; 25:11-3.

2- **Ajibade A, Akinniyi OT, Okoye CS.** Indications and complications of major limb amputations in kano, nigeria. Ghana medical journal 2013; 47:185-8.

3- **Souna BS, Mamoudou A, Guigma AY, Ouhou NH.** Les causes des amputations de membres : etude rétrospective et prospective de 87 cas d'amputations de membres. Mali med 2009;24:12-6

4- **Manou B, Nandjui B, Alloh D, Bombo J, Zouzou AE, Coulibaly A, et al.** Autonomie des amputés de membres inferieurs appareillés au centre de réadaptation physique de côte d'ivoire. J.réadapt. méd.,2005,25:65-8.

5- **Essoh SJB, Kodo M, Djè bi djè V, Lambin Y.** Limb amputations in adults in an ivoirian teaching hospital. Nigerian journal of clinical practice 2009;12:245-7.

6- **Chalya LP, Mabula BJ, Dass MR, Ngayomela HI, Chandika BA, Mbelenge N et al.** Major limb amputations: a tertiary hospital experience in northwestern tanzania. Journal of orthopaedic surgery and research 2012,7:18.

7- **Oliveira SY, Ba IJ, Nsame D, Mba Angoue MJ, Lebane A, Saberi MK et al.** Les causes d'amputations des membres inférieurs en rééducations : impact de l'insuffisance artérielle et du diabète. Journal de réadaptation médicale 2013;33:122-6.

8- **Touré S, Anoumaou A, Gaguoua, Koné B, Guedegde T, Lago H, Varango G.** Pied diabétique et ses complications : prise en charge en chirurgie orthopédique et traumatologique. Revue africaine de chirurgie 1998;1:282 -7.

9- **Garba ES, Deshi PJ.** Traditionnal bone setting: a risk factor in limb amputation. East afr. Med j. 1998;75:553-5.

10- **Akiode O, Shonubi AM, Musa A, Sule G.** Major limb amputations: an audit of indications in a suburban surgical practice. Journal of the national medical association, nigeria, 2005.97:74-8.

11- **Ba S.** The scope of amputations in a nigerian teaching hospital afr. J. Med. Med. Sci. 2001;30:225-7.

12- **Dinaraly OT,Randrianirina JB, Fidiarivony R, Ramadany A, Ravolamanana L.** Amputation majeure des membres (à propos de 40 cas observes au chu de mahajanga-madagascar. *E-santé. Revue électronique en sciences de la santé* 2010;1:36-41.

13- **Nwankwo OE, Katchy AU.**Surgical limb amputation: a five-year experience at hilltop orthopaedic hospital enugu, nigeria. Nig j orthop trauma 2004; 3:139-9.

14- **Kidmas AT, Nwadiaro CH, Igun GO.** Lower limb amputation in Jos, Nigeria. East Afr Med J 2004; 81: 427-9.

© EDUCI 2016.