

## Mot du Président



Chers Maîtres, Chers Collègues  
Honorables Past Présidents  
Honorables Invités

S'inscrivant dans l'esprit et les ambitions de la SOTCOT, ce 35<sup>e</sup> congrès National est le rendez vous de l'excellence scientifique et de la diversité des expériences, s'appuyant comme à l'accoutumée sur d'éminents orateurs parmi ses membres ou représentants des différentes sociétés étrangères et partenaires.

C'est aussi l'occasion pour moi de dresser sommairement le bilan de mon mandat 2017-2019. Cette tribune me permet ce jour de rendre, avec émotion, hommage à tous ceux qui ont cru et contribué à cette merveilleuse aventure. Nous sommes fiers car beaucoup de choses ont été accomplies depuis et notre Société ne cesse d'évoluer pour consolider son organisation actuelle : un congrès annuel et des journées d'Hiver.

Nous sommes conscients que beaucoup reste à faire :

- Evolution des programmes des congrès vers une forme plus interactive laissant plus de place à la présentation de cas cliniques, de confrontations radio-cliniques, oups & gags, de worst cases, face à face...
- Mise en place d'études nationales multicentriques, de tables rondes, de symposia (à rédiger pour un numéro spécial de TUNISIE ORTHOPEDIQUE)
- Activation des groupes d'Etudes en proposant des journées de spécialité au cours des congrès nationaux et optant pour un thème spécifique de journée d'hiver
- Proposition de sessions QUIZ JUNIOR pour les plus jeunes
- Instauration d'un registre national de chirurgie prothétique (genou, hanche et épaule)
- Indexation de la TUNISIE ORTHOPEDIQUE

Notre ambition est de rehausser le niveau de nos prochains congrès par l'organisation conjointe des :

- 17<sup>e</sup> Congrès de L'AOLF Association des Orthopédistes de Langue Française 13-17 Avril 2020 (Pr Abderazak ABID)
- 11<sup>e</sup> Congrès de la SAFO Société Africaine d'Orthopédie prévu courant 2021 (Pr Mondher KOOLI)

Parailleurs et dans ce cadre, la SOTCOT encourage d'avantage les échanges avec les pays Maghrébins par la signature du protocole FEMCOT en juin 2018 (Pr Hassib KESKES).

L'avenir appartient aux jeunes et j'invite tous les jeunes Orthopédistes quelque soit leur statut et mode d'exercice à participer plus activement aux travaux de la Société et à la publication d'articles ( TUNISIE ORTHOPEDIQUE).

A tous d'accepter , aînés et jeunes,privés et publiques, l'idée que la force d'une Société savante nait de la diversité de ses composants, du dialogue et de la solidarité.

Il s'agit d'une tâche où sont mis à l'épreuve l'humilité et la rigueur et nous espérons avoir réussi entant que bureau d'avoir rehaussé le niveau scientifique avec le souci constant de faire participer toutes les équipes.

Nous avons les moyens pour le faire, Nous pouvons le faire

Nous le devons à Nos Maîtres, et à Nos Aînés

Nous le devons à la Nation

VIVE LA SOTCOT

VIVE LA TUNISIE

***Pr Lotfi NOUISRI***  
***Président de la SOTCOT***

**BUREAU DE LA SOTCOT**

## **CONGRES SOTCOT JUIN 2019**

### **PRESIDENTS**

Lotfi NOUISRI

Mounir HAMDJ

### **COMITE SCIENTIFIQUE**

Directeur scientifique :

Mohamed ABDELKEFI ([dr.abdelkefi.mohamed@gmail.com](mailto:dr.abdelkefi.mohamed@gmail.com))

---

Membres :

Karim BOUATTOUR

Kais NIGROU

Anis TBORBI

Youssef MALLAT

### **COMITE D'ORGANISATION**

Coordinateur :

Walid SAIED ([drsaiedwalid@gmail.com](mailto:drsaiedwalid@gmail.com))

---

Membres :

Khaled HADHRI

Mourad ZARAA

Wael CHEBBI

Khalil AMRI

## RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

....

Début des inscriptions Jeudi 13 juin à partir de 11h00

Frais d'inscriptions : Séniors : 400 dt  
Résidents 350 dt

...

Lieux du congrès : Centre de conférences El Médina Yasmine Hammamet

Mode de présentation des travaux :

....sauf envoi avant le 15/6

Notes techniques et cas cliniques : 7mn présentation + 5mn discussion

## LISTE DES SPONSORS

### ***PLATINIUM :***

SOFEMED

ORTHOSANTÉ

MEDIS

PFIZER

GENERAL ELECTRIC

PHYTEAL

### ***GOLDEN:***

SOGEM

BOIRON

DAHLIA

GME

AFRIQUE MEDICAL

TERIAK

ADWYA

SANOFI

OPALIA

LOHMANN AND RAUSCHER

TOUCOMEX

GALPHARMA

ORTHOTECHNIQUE

## SYNOPSIS

HORAIRE	JEUDI 13 JUIN 2019	VENDREDI 14 JUIN 2019	SAMEDI 15 JUIN 2019
08h00		<b>COMMUNICATIONS ORALES</b>	<b>COMMUNICATIONS ORALES</b>
09h00		<b>Symposium GECPC :</b> Talgies postérieures	<b>CAS CLINIQUES</b> <b>NOTES TECHNIQUES</b>
09h30		<b>Conférence5 :</b> Prise en charge de l'enfant cérébral marchant : <b>S. Bouchoucha</b>	<b>Conférence9 :</b> Atteintes rachidiennes au cours du myélome multiple: Quelle attitude? <b>K. Hadhri</b>
10h00		<b>PAUSE CAFE</b>	<b>PAUSE CAFE</b>
10h30			
11h00	<b>INSCRIPTION</b>	<b>Table Ronde :</b> Infections ostéarticulaires chez l'enfant <b>N Nessib + M Jenzri</b>	<b>Conférence10:</b> Traitement des pertes de substance osseuses étendues des membres inférieurs selon la méthode séquentielle de la membrane induite : <b>M. Medjahed</b>
11h30			<b>Conférence 11:</b> Principes du traitement conservateur dans les tumeurs osseuses malignes : <b>H. Nouri</b>
12h00		<b>Conférence6 :</b> Prévention de l'infection postopératoire en orthopédie : <b>F. Abid</b>	<b>SOTCOT AWARDS</b>
12h30		Session <b>QUIZ JUNIOR :</b> <b>M. Zaraa</b>	<b>CLOTURE</b>
13h00		<b>DEJEUNER LIBRE</b>	
13h30			
14h00		<b>COMMUNICATIONS ORALES</b>	<b>COMMUNICATIONS ORALES</b>
14h30			
15h00		<b>Conférence 1 :</b> Reconversion du fixateur externe en enclouage centromédullaire dans les traumatismes balistiques : <b>L. Nouisri</b>	Session <b>MY WORST CASE :</b> <b>F.Triki</b>
15h30		<b>Conf 2 :</b> Prise en charge chirurgicale des fractures de la scapula : <b>S. Mahjoub</b>	
16h00	<b>PAUSE CAFE + POSTERS</b>	<b>PAUSE CAFE + POSTERS</b>	
16h30	<b>Table Ronde GECPC :</b> Traitement chirurgical des fractures du Pilon Tibial : <b>M. Barsaoui</b>	<b>Symposium G H G :</b> Quelle stratégie pour assurer l'ostéointegration des PTH non cimentées ? <b>M. Zaraa</b>	
17h00			
17h30	<b>Conférence3 :</b> Quelle place de la Double mobilité en 2019 <b>Ph.Tracol</b>	<b>Conférence7 :</b> Navigation. Evolution. Intérêt : <b>R. Nizard</b>	
18h00	<b>Conférence4:</b> Les instabilités des prothèses totales de la hanche : <b>M. Refai</b>	<b>Conférence8 :</b> Réhabilitation Accélérée Après Chirurgie (RAAC) de prothèses Méthodes et résultats : <b>R. Nizard</b>	
18h30	Session <b>ORTHORISQ</b> <b>Ph. Tracol - F. Welby</b>	<b>ASSEMBLEE GENERALE</b>	
19h00	<b>INAUGURATION</b>		
19h30			
20h00	<b>COKTAIL DINATOIRE</b>		
20h30			<b>DINER DU PRESIDENT</b>

**JEUDI 13 JUIN 2019**

**11h30-14h00 INSCRIPTION**

**14H00-15h00 : Communications orales : Séance 1: TRAUMATOLOGIE**

*Modérateurs : Mongi MILADI, Hédi ANNABI, Mohamed ABDELKEFI*

**C1** :Les complications vasculaires des luxations traumatiques du genou

Cyrine Fourati, Wajdi Chermiti, Hamdi Kaziz, Mohamed Amine Triki, Nader Naouar, Mohamed Laaziz Ben Ayeche. Service Orthopédie, CHU Sahloul Sousse

**C2** :CAT devant une fracture luxation du coude (à propos de 27 cas)

Mounir Yahyaoui, Mohammed Benhammou, Omar Agoumi, AbdelkrimDaoudi. Service de chirurgie orthopédique et traumatologique A ; CHU Mohammed VI- Oujda (Maroc)

**C3** :L'échec de l'ostéosynthèse par enclouage des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez les sujets âgés : Quels sont les facteurs prédictifs radiologiques ?

Daoudi Samih, Bellil Mehdi, Ben Salah Mohamed, Kraiem Houssef Lebib Hamadi, Kooli Mondher, Hadhri Khaled. Service de chirurgie orthopédique, Hôpital Charles Nicolle Tunis

**C4** :Luxation antelunaire du carpe : à propos de cinq cas.

O Abcha, I Chemkhi, S Moualla, A Gallas, F Bouaziz, R Merai, H Dimassi, M Ounaies, S Baccari, LTarhouni. Service « Hichem Bahri » de chirurgie plastique et réparatrice. Institut Kassab d'orthopédie. Tunis

**C5** :Résultats à moyen du traitement des fractures de la tête radiale par résection

Karim Latrach Tlemsani, Hamza Kefi, Khalil Amri, Rabïe Ayari, Lotfi Nouisri.

Service D'orthopédie-Traumatologie Hôpital Militaire Principal d'Instruction De Tunis

**C6** :Prise en charge de la paralysie radiale dans les fractures diaphysaires de l'humérus : à propos de 11 cas  
Bellila S., Rafrafi A., Chouchène M.O., Znagui T., Khezami M., Hamdi M., Nouisri L.

Service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

**15h00-15h30 Conférences 1**

*Modérateurs : Mounir CHEBIL, Wassim ZRIBI*

« Reconversion du fixateur externe en enclouage centromédullaire dans les traumatismes balistiques »

Lotfi NOUISRI (TUNISIE)

**15h30-16H00 Conférence 2**

*Modérateurs : Mounir CHEBIL, Wassim ZRIBI*

« Prise en charge chirurgicale des fractures de la scapula »

Sabri MAHJOUB (TUNISIE)

**16H00-16H30 PAUSE CAFE + VISITE POSTERS (de P1 à P30)**

*Modérateurs : Khaled HADHRI, Mourad ZARAA, Anis TBORBI*

**16h30-17h30 : Table Ronde GECPC :**

*Modérateurs : Mohamed ABDELKEFI, Kais NIGROU*

« Traitement chirurgical des fractures du Pilon Tibial »

Coordinateur : Maher BARSAOUI

- |  |                    |
|--|--------------------|
| - Introduction                                 | Barsaoui Maher     |
| - Biomécanique/anatomie                        | Habboubi Khalil    |
| - Imagerie                                     | Ben Jemaa Mohamed  |
| - Classifications                              | Khelif Mohamed Ali |
| - Techniques opératoires : Abords chirurgicaux | Bellil Mehdi       |



- Réduction à ciel ouvert
  - Plaque percutanée (MIPO)
  - Fixateur externe
  - Méthodologie de la série multicentrique
  - Epidémiologie
  - Résultats de la série
  - Analyse des résultats
  - Revue de la littérature
  - Conclusions/Recommandations
- Bellaaj Zied
  - Kallel Sofiène
  - Mallat Youssef
  - Nefiss Mouadh
  - Boussetta Rym
  - Chebbi Wael/Belhaj Ahmed
  - Nefiss Mouadh
  - Kaziz Hamdi
  - Barsaoui Maher

### **17h30-18h00 : Conférence 3**

*Modérateurs : Slaheddine KARRAY, Khalil ZAOUIA*

« Quelle place de la Double mobilité en 2019 »

Philippe TRACOL (FRANCE)

### **18h00-18H30 :Conférence 4**

*Modérateurs : Slaheddine KARRAY, Khalil ZAOUIA*

« Les instabilités des prothèses totales de la hanche »

Mohamed REFAI (MAROC)

### **18h30-19h30 : Séssion ORTHORISQ**

*Modérateurs : Mondher KOOLI, Hassib KESKES*

Gestion des risques en Chirurgie orthopédique

- Le bon usage du bistouri électrique au bloc opératoire : France WELBY (France)
- Le matériel indisponible au bloc opératoire Philippe TRACOL (France)
- Discussion

### **19h30 : INAUGURATION OFFICIELLE**

### **20H00 : COKTAIL DINATOIRE**

**VENDREDI 14 JUIN 2019**

### **08h00-09h00 :Communications orales : Séance 2 : INFECTIONS, ORTHO PEDIATRIE**

*Modérateurs : Fakher GDOURA, Moez DRIDI, Slim DAAS*

**C7** :Aspects actuels de l'ostéomyélite aigue de l'enfant : à propos de 173 cas.

Achraf Lajmi<sup>1</sup>, Mohamed Ben Jemaa<sup>1</sup>, Sami Chtourou<sup>1</sup>, Ameer Abid<sup>1</sup>, Zoubayer Ellouz<sup>1</sup>, Moez Trigui<sup>1</sup>, Kamel Ayadi<sup>1</sup>, Emna Elleuch<sup>2</sup>, BasmaMnif <sup>3</sup>, Wassim Zribi<sup>1</sup>, Hassib Keskes<sup>1</sup>

1. Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Habib Bourguiba de Sfax
2. Service des maladies infectieuses, CHU HédiChaker de Sfax
3. Service de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

**C8** :Profil épidémiologique et bactériologique des arthrites septiques chez l'adulte à propos de 30 cas

Zitouna Kh, Mosbeh K, Khaled M, Harrar F, Aydi H, Barsaoui M.

Service d'orthopédie Hôpital La Rabta Tunis

**C9** :Les Spondylodiscites Tuberculeuses : Aspects Diagnostiques et Thérapeutiques à propos de 58 cas

Oussema Abdelhedi<sup>1</sup>, Mohamed Ben Jemaa<sup>1</sup>, Dorra Lahiani<sup>2</sup>, Emna Elleuch<sup>2</sup>, Mounir Ben Jemaa<sup>2</sup>, Wassim Zribi<sup>1</sup>, Hassib Keskes<sup>1</sup>

- 1.Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

2. Service des maladies infectieuses, CHU HédiChaker de Sfax

**C10** : L'Ostéotomie humérale proximale par voie postérieure dans les séquelles de POPB

Ezzine H, Boussetta R, Saied W, Zairi M, Msekni A, Mensia K, Bouchoucha S, Nessib MN.

Service d'orthopédie infantile. Hôpital d'enfant « Béchir Hamza ». Tunis

**C11** : Les infections du site opératoire en chirurgie orthopédique et traumatologique : Etude rétrospective.

Saied A, Nefiss M, Nouira A, Ben Maatoug A, Abid H, Ben Ayed Mehdi, Teborbi Anis, Ezzaouia Kh, Bouzidi R.

Services de chirurgie Orthopédique : Hôpital Mongi Slim. La Marsa

**C12** : L'antibiothérapie est-elle nécessaire après excision chirurgicale d'un panaris? Essai Randomisé.

Maamoun MIHOUBI, Mohamed ABDELKEFI, Wael LAHSSINI, Wael CHEBBI, Syrine ZAAK, Mondher MBAREK,

Mourad ZARAA. Service de chirurgie orthopédique, Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben

Arous

### **09h00-10h00 : Symposium GECPC**

« Talalgies postérieures » Coordinateurs : Kais NIGROU, Mohamed ABDELKEFI

- Introduction : Kais Nigrou
- Anatomie et physiopathologie de l'enthèse calcanéenne : Mehdi Bellil
- Examen clinique des Talalgies postérieures : diagnostic positif et différentiel : Mohamed ben Jmeaa
- Bilan radiologique : Radiographie standard et mesures angulaires : Zied Jλία
- Apport Echographie et IRM : Alifa Daghfous
- Traitement médical : Sami Belhareth
- Traitement CHIRURGICAL : Aymen ben Maatoug- karim Ben Aicha – Sami Belhareth
- Conclusion et algorithme décisionnel : Mohamed Abdelkéfi

### **10h00-10h30 : Conférence 5**

*Modérateur : Omar ZOUARI, Walid SAIED*

« Prise en charge de l'enfant cérébral marchant »

Sami BOUCHOUCHA (TUNISIE)

### **10H30-11h00 PAUSE CAFÉ**

### **11h00-12h00 : Table Ronde**

*Modérateur : Omar ZOUARI, Walid SAIED*

« Infections Ostéoarticulaires chez l'enfant »

Coordinateurs : Nebil NESSIB, Mourad JENZRI

- Introduction : Bouchoucha S.
- Epidémiologie : Msakni A.
- Etude clinique : Osman W.
- Particularités du nouveau né et du nourrisson et formes particulières Jλία Z.
- Imagerie : Douira I.
- Scintigraphie : Yeddes I.
- Bactériologie : Smaoui H.
- Diagnostiques différentiels : Zaïri M.
- Traitement et complications : Boussetta R.
- Traitement des séquelles : Bahloul W.
- Conclusion : Bouchoucha S.

## **12h00-12h30 : Conférence 6**

*Modérateurs : Mondher MBAREK, Mohsen TRABELSI, Habib NOURI*

« Prévention de l'infection postopératoire en orthopédie »

Faouzi ABID (TUNISIE)

## **12h30-13h00 : QUIZ JUNIOR**

Coordinateur : **Mourad ZARAA**

## **13h00-14h00 : DEJEUNER LIBRE**

## **14h00-15h00 : Communications orales : Séance 3 : HANCHE, PIED**

*Modérateurs : Hassib KESKES, Slim MOURALI, Maher BARSAOUI*

**C13** : Intérêt des prothèses intermédiaires de la hanche dans les fractures du col fémoral chez les patients âgés de moins de 50 ans.

Cyrine Fourati<sup>1</sup>, Wajdi Chermiti<sup>1</sup>, Hamdi Kaziz<sup>1</sup>, Mohamed Amine Triki<sup>1</sup>, Meriem Haddaoui<sup>2</sup>, Nader Naouar<sup>1</sup>, Mohamed Laaziz Ben Ayeche<sup>1</sup>

1 Service d'orthopédie de l'hôpital Sahloul – Sousse

2 Service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Fattouma Bourguiba - Monastir

**C14** : Arthroplastie totale de la hanche par voie d'abord antérieure mini invasive chez les sujets jeunes  
Ben Slimene S, Chebbi W, Zaraa M, Selmene A, Belhadj Messaoud Ahmed, Abdelkefi M

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CTGB Ben Arous

**C15** : Le syndrome du tunnel tarsien à propos de 6 cas opérés

Oussema Abdelhedi<sup>1</sup>, Wassim Zribi<sup>1</sup>, Malek Turki<sup>1</sup>, Mohamed Ben Jemaa<sup>1</sup>, Yosr Hentati<sup>2</sup>, Héli Zouari<sup>3</sup>, Ameer Abid<sup>1</sup>, Hassib Keskes<sup>1</sup>

1. Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Habib Bourguiba de Sfax

2. Service radiologie, CHU HédiChaker de Sfax

3. Service d'exploration fonctionnelle, CHU HédiChaker de Sfax

**C16** : Les fractures luxations de la hanche chez l'adulte à propos de 16 cas.

S. Aharram, Y. Mounir, J. Amghar, M. Benhamou, A. Lamhaoui, W. Bouziane, M. Sadougui, O. Agoumi, A. Daoudi

Service de Traumatologie-Orthopédie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

**C17** : La luxation traumatique de la hanche chez l'enfant à propos de 10 cas avec revue de la littérature  
Chtai.S\* ; Osman.W ; Souid.A\* ; Jedidi.M\* ; Khalifa.M.A\* ; Bouattour.K\* ; Ben ayeche.M.L\*

Service d'orthopédie et de traumatologie\*CHU sahloul Sousse

**C18** : Les résultats fonctionnels et radiologiques du traitement chirurgical des fractures du cotyle, étude rétrospective à propos de 30 cas.

Belhaj Messaoud A, Sahli H, Dahech F, Ben Slimene S, Zaraa M, Annabi H, Mbarek M, Abdelkefi M

Service d'orthopédie, Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

## **15h00-16h00 : Séance My worst case**

Coordinateur : Fakhreddine TRIKI

1- Faut-il opérer une fracture de l'humérus ? F.E.Triki

2- Prothèse bilatérale de genou contre vents et marées M. Rebai

3- À quel prix peut parfois revenir une simple fracture du fémur ? M. Miladi, A. Laadhar, K. Ben Romdhane.

4- Hallux valgus dans le collimateur des reprises S. Kallel, R. Triki, A. Bejaoui

5- De l'uni à la PTG et après ? F. Gdoura, F.E.Triki

6- Une fracture pertrochantérienne dans la tourmente F.E.Triki, R. Triki

## 6H00-16H30 PAUSE CAFE + VISITE POSTERS (de P31 à P60)

Modérateurs : Khaled HADHRI, Mourad ZARAA, Anis TBORBI

### 16h30-17h00 : Symposium GHG

« Quelle stratégie pour assurer l'ostéointégration des PTH non cimentées? »

Coordinateur : Mourad ZARAA

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| - Introduction :  | M. Zaraa                  |
| - Science de base : fixation biologique                                 | M. Bellil                 |
| - Les prothèses sans ciment : Implant / Revêtement                      | M. Ben Salah              |
| - Sélection et choix de l'implant                                       | M. Ben Salah              |
| - Facteurs généraux liés aux patients                                   | K. Zitouna / O. Barkallah |
| - Méthodes et techniques peropératoires pour assurer l'osteointegration | M. Bouabdellah            |
| - Facteurs postopératoires favorisant l'ostéointégration.               | A. Ammar                  |
| - Place de PTH sans ciment dans les reprises                            | K. Bouattour              |
| - Conclusions.  | M. Zaraa                  |

### 17h00-17H30 Conférence 7

Modérateurs : Sofiene KALLEL, Issam ALOUI, Walid SAYED

« Navigation. Évolution. Intérêt »

Remy NIZARD (FRANCE)

### 17h30-18h00 Conférence 8

Modérateurs : Sofiene KALLEL, Issam ALOUI, Walid SAYED

« Réhabilitation Accélérée Après Chirurgie (RAAC) de prothèses Méthodes et résultats »

Remy NIZARD (FRANCE)

## 18h30 : ASSEMBLEE GENERALE ELECTIVE

## 20h30 : DINER DU PRESIDENT

SAMEDI 15 JUIN 2019

### 08h00-09h00 : Communications orales :Séance 4 :DEGENRATIF

Modérateurs : Fakhreddine TRIKI, Mohamed ABDELKEFI

**C19** :Etude comparative des résultats fonctionnels et radiologiques des glénosphères excentriques versus concentriques dans les arthroplasties totales inversées d'épaule.

Hamdi Kaziz, AymenHannafi, Mohamed Amine Triki, WajdiChermiti, Nader Naouar, Mohamed Laziz Ben Ayeche. Service d'orthopédie CHU Sahloul Sousse

**C20** :Les neuropathies péri-patellaires après pose de prothèse totale du genou.

Auteurs : EzzineHedi, Abid Hichem, Ben MaatougAymen, Gharbi Med Amine, JelassiMoatassem, NefissMouadh, Teborbi Anis, EzzaouiaKhilil, Bouzidi Ramzi. Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, CHU Mongi Slim La Marsa

**C21** :Pathologie de la coiffe des rotateurs : confrontation examen clinique et constatations peropératoires Mhiri A, Chermiti W, Aissa T, Triki M A, Naouar N, Ben Aych M L. Service d'orthopédie CHU Sahloul Sousse

**C22** :Les causes d'échec des ligamentoplasties du ligament croisé antérieur type kenneth-jones : A propos de 27 cas : Boumenjel A, Mallat Y, Oueslati A, Saadi S, Hamdi M, Nousri L.

Service d'orthopédie et Traumatologie Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

**C23** :Les reprises des descellements aseptique des prothèses du genou : résultats anatomiques et fonctionnels à propos de 17 cas.

Chniti I; Mouelhi Th; Kaziz H; Khalki W; Naouar N; Ben Ayeche M L. Service d'orthopédie, CHU Sahloul Sousse.

**C24** :Les scolioses lombaires dégénératives traitées chirurgicalement par double abord à propos de 10 cas avec revue de la littérature

Ben Hnia.M\* ; Osman .W\*,Chtai.S\* ;Khalifa.M.A\* ;Jedidi.M\* ; Bouattour.K\* ; Ben ayeche.M.L\*  
Service d'orthopédie CHU Sahloul Sousse

### **09h00-10h00 : Séance de Notes techniques et de cas cliniques**

**NT1** : Réinsertion sous arthroscopie des fractures arrachement du massif spinal

Abid Hichem, Gharbi Med Amine, Teborbi Anis, Nefiss Mouadh, Ben Maatoug Aymen, , Ezzaouia Khilil, Bouzidi Ramzi. Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, CHU Mongi Slim La Marsa

**NT2** :Traitement des fractures-luxations de Trojan par un fixateur dynamique de Suzuki

Dahech F, Sehli H, BelhajMessaoud A, Ben Slimen S, Barkallah O, Mbarek M, Abdelkefi M  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CTGB Ben Arous

**NT3** : Traitement des fractures du calcanéum par voie mini invasive

H. Ben Ayeche ; M.A.Triki ; H.KAZIZ ; W.Chermi ; N.Naouar ; M.L Ben Ayache  
Service d'Orthopédie CHU Sahloul Sousse

**CC1** : Fracture du col de fémur chez une fille de 14 ans.

Bensallah M, Kraiem H, Bellil M, Daoudi S, Elloumi A, Lebib H, Kooli M, K.HADHRI  
Service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Charles Nicolle

**CC2** :Ostéome ostéoïde de l'arrière fond du cotyle traité par forage résection osseux percutané scannoguidée : à propos d'un cas. A. Boumenjel, Z.Jlalia, A. Ouahchi, K. Kamoun, M. Jenzri  
Service d'orthopédie infantile. Institut Kassab d'orthopédie, KassarSaid.

### **10h00-10h30 Conférence 9**

*Modérateurs : Mohamed L BEN AYECH, Mohamed Ali KEDOUS*

Atteintes rachidiennes au cours du myélome multiple: Quelle attitude?

Khaled HADHRI (TUNISIE)

### **10h30-11h00 PAUSE CAFE**

### **11h00-11h30 Conférence 10**

*Modérateurs : Zoubaier ELLOUZ, Sabri MAHJOUR*

« Traitement des pertes de substance osseuses étendues des membres inférieurs selon la méthode séquentielle de la membrane induite »

Mohamed MEDJAHED (ALGERIE)

### **11h30-12h00 Conférence 11**

*Modérateurs : Slaheddine KARRAY, Mohamed BOUABDELLAH.*

« Principes du traitement conservateur dans les tumeurs osseuses malignes »

Habib NOURI (TUNISIE)

### **12h00 SOTCOT AWARDS**

Meilleures communications

Vainqueur Quiz Junior

Passation des présidents et du bureau

### **13h00 CLOTURE.**

## ABSTRACTS DES COMMUNICATIONS ORALES

### Séance 1 : TRAUMATOLOGIE

**C1** :Les complications vasculaires des luxations traumatiques du genou

CyrineFourati, WajdiChermiti, HamdiKaziz, Mohamed Amine Triki, Nader Naouar, Mohamed Laaziz Ben Ayeche

Contexte et objectif :

Le traumatisme de l'artère poplitée au cours des luxations traumatiques du genou, est une complication très grave pouvant mener à l'amputation. La survenue d'une telle lésion nécessite une prise en charge urgente.

Ce travail rapporte la stratégie de prise en charge d'une luxation traumatique du genou avec lésion vasculaire associée.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 22 cas ayant une luxation traumatique du genou compliquée de lésion vasculaire pris en charge au CHU Sahloul de Sousse entre 2008 et 2018.

Résultats :

Notre série comporte 22 patients avec une moyenne d'âge de 36 ans et une majorité d'homme 86% victimes d'un traumatisme à haute énergie au cours d'un AVP. La réduction a eu lieu dans les 6 premières heures pour 75% des cas et avant la 12<sup>ème</sup> heure dans 90% des cas.

Le délai moyen de revascularisation était de 8 heures avec des extrêmes de 3 et 24h. Le geste a consisté à un pontage vasculaire entre le segment sus et sous gonale de l'artère poplitée.

Il y a eu 7 cas d'amputation, une amputation d'emblée en raison de lésions neurologiques et orthopédiques et des parties molles associées. Les autres cas ont été amputés pour ischémie secondaire.

Discussion et conclusion :

Le risque d'amputation dépend d'une part des lésions associées qui seront amputés d'emblée en cas de délabrement neuromusculaire cutané associé. D'autre part, il dépend de la rapidité de prise en charge par méconnaissance de la luxation ainsi que l'ischémie ou par sa survenue secondaire. Ainsi, le taux d'amputation ne reflète vraiment pas la qualité des chirurgiens mais plutôt l'organisation des soins en urgences.

Quant à l'ischémie d'apparition secondaire une surveillance stricte pendant les 8 premières heures pourrait réduire le taux d'amputation secondaire.

**C2** :CAT devant une fracture luxation du coude (à propos de 27 cas)

Mounir Yahyaoui, Mohammed Benhammou, Omar Agoumi, Abdelkrim Daoudi

Service

de chirurgie orthopédique et traumatologique A ; CHU Mohammed VI- Oujda (Maroc)

Introduction :

Les fractures luxations du coude sont des lésions complexes. Le diagnostic est généralement facile, clinique et radiologique, parfois il est difficile ce qui fait que cette lésion peut passer inaperçue (fréquence sous-estimée).

L'association fracture luxation rend le pronostic fonctionnel fâcheux avec un risque majeur de raideur séquellaire du coude conditionnée par le type d'association et surtout la prise en charge initiale.

Matériels et méthodes :

Notre travail est une analyse rétrospective de 27 cas ayant une fracture luxation du coude, colligés au Service de Traumatologie Orthopédie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 5ans s'étalant de 09/2013 à 09/2018 avec un recul moyen de 24 mois

Résultats :

L'âge moyen de nos malades était 28 ans, avec nette prédominance masculine.

4 cas d'ouverture cutanée : 3 cas Cauchoix I et un malade Cauchoix II

Lésions vasculaires : 1 seul patient a présenté une atteinte vasculaire (artère ulnaire)

Lésions nerveuses : 1 seul patient a présenté une atteinte nerveuse (nerf médian et cubital)

Les luxations postérieures et postéro-externes représentent les types de luxations les plus fréquentes dans notre série.

Fr. associées :

Nous avons relevé 25 cas de luxations associées à des fractures isolées et 2 cas de luxations associées à des fractures combinées.

Fracture de la tête radiale : Cette fracture associée à la luxation du coude a été trouvée dans 53,3% des fractures-luxations non combinées (type II 62%, III 38%)

Fracture de l'épitrôchlée : 20% des fractures-luxations non combinées du coude.

Fracture de l'olécrâne : 13,3% des fractures-luxations non combinées du coude, stade I selon DUPARC.

Fracture du capitellum : 6,7% des fractures-luxations non combinées du coude

Fracture de l'apophyse coronoïde : 6,7% des fractures-luxations non combinées du coude.

Fractures combinées : 11,8%

Traitement :

Tous nos patients ont bénéficié d'une réduction en urgence.

La voie post trans-olécranienne a été réalisée en cas de fracture de l'olécrane : 12,5%.

La voie interne a été réalisée en cas de fracture de l'épitrôchlée : 18,75%.

La voie postéro-externe / voie externe : 56,25% : fracture de la tête radiale/fracture du Capitellum.

Une double voie d'abord interne et externe a été utilisée chez 12,5% des patients.

Evolution :

Raideur : 23,5% des cas.

Résultats fonctionnels : score de Broberg et Morrey

-50 % d'excellents et de bons résultats.

-30 % des résultats acceptables.

-20 % de mauvais résultats

Discussion :

La luxation traumatique du coude représente une atteinte fréquente et occupe la deuxième place après la luxation traumatique de l'épaule. Les fractures associées du coude surviennent dans près de 40 à 60% des cas. Deux éléments permettent la classification des fractures luxations du coude, ces éléments sont :

- Le sens du déplacement des deux os conjoints de l'avant-bras par rapport à la palette humérale.
- Le type de fracture associée.

Nos résultats sont en général satisfaisants et rejoignent ceux de la littérature.

La plupart des auteurs constatent que le traitement orthopédique donne des meilleurs résultats par rapport au traitement chirurgical. Notamment Tahiri dans sa série, où il a trouvé 70% d'excellents et de bons résultats pour le traitement orthopédique contre 58% d'excellents et de bons résultats pour le traitement chirurgical. Cependant le traitement orthopédique a été préconisé dans la plupart des cas dans les fractures de l'épitrôchlée et de la tête radiale type I qui restent de bon pronostic.

Conclusion :

Les fractures-luxations du coude sont des lésions assez fréquentes, polymorphes et graves. Ces lésions intéressent le sujet jeune de sexe masculin et sont dues le plus souvent à un traumatisme à haute énergie. Une ouverture cutanée associée à cette lésion aggrave le pronostic.

Le traitement doit être urgent et adéquat, car il s'agit d'une fracture articulaire associée à des lésions capsulo-ligamentaires.

Le traitement est le plus souvent chirurgical, a pour but de transformer une luxation complexe en luxation simple. Ainsi pour assurer la stabilité du coude et pour permettre une mobilisation précoce afin d'améliorer le pronostic.

**C3** :L'échec de l'ostéosynthèse par enclouage des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez les sujets âgés : Quels sont les facteurs prédictifs radiologiques ?

Daoudi S, Bellil M, Ben Salah M, Kraiem H, Lebib H, Kooli M, Hadhri K.

Introduction :

Les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont très fréquentes et touchent préférentiellement les sujets âgés. Le traitement chirurgical par réduction et ostéosynthèse garde une place prépondérante dans les fractures déplacées. Toutefois, plusieurs études ont rapporté des taux d'échec élevés après la

fixation interne. L'objectif de notre travail est de déterminer les facteurs radiologiques associés à l'échec de l'ostéosynthèse.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective de 22 dossiers de patients ayant des fractures de l'humérus proximales classées (Neer III ou IV) traitées chirurgicalement par enclouage. L'échec a été défini par un déplacement postopératoire en angulation ou en translation entre la tête humérale et la diaphyse. Les paramètres suivants ont été évalués: l'indice cortical de l'humérus, le type de fracture, la fragmentation métaphysaire médiale, l'extension métaphysaire médiale, l'angulation initiale de la diaphyse dans le plan frontal, le déplacement maximum des tubérosités par rapport à la tête, reconstruction anatomique et restauration du support cortical médial.

Résultats :

L'âge moyen de notre série était de 66 ans. Seize patients avaient une fracture classée Neer III. L'indice cortical moyen était de 0,198. Les fractures étaient impactées en varus chez 9 patients. La comminution métaphysaire médiale était présente chez 8 patients. La reconstruction anatomique était obtenue pour 15 de nos patients et la restauration du support cortical médial était notée dans 13 cas.

Nos résultats montrent que le facteur pronostique essentiel est la qualité de la réduction et la restauration du support cortical médial suivi par l'indice cortical de l'humérus et la fragmentation métaphysaire médiale.

Conclusion :

Une évaluation préopératoire de l'âge biologique du patient ainsi que la réduction anatomique peropératoire et la restauration du support cortical médial sont les éléments essentiels d'une fixation chirurgicale réussie dans fractures de l'humérus proximal. Si ces paramètres ne peuvent pas être respectés, un traitement par une arthroplastie primaire paraît plus raisonnable.

**C4** : Luxation antelunaire du carpe : à propos de cinq cas : O Abcha, I Chemkhi, S Moualla, A Gallas, F Bouaziz, R Merai, H Dimassi, M Ounaies, S Baccari, L Tarhouni. Service « Hichem Bahri » de chirurgie plastique et réparatrice. Institut Kassab d'orthopédie. Tunis

INTRODUCTION:

Les luxations périlunariennes antérieures du carpe sont exceptionnelles et beaucoup moins fréquentes que le déplacement inverse. Il n'en pose pas moins de problèmes à résoudre. Elles ont fait l'objet de publications sporadiques souvent à propos d'un cas. Nous rapportons dans ce travail cinq cas.

Observation :

La lésion est survenue chez des patients jeunes âgés de 13, 19, 26, 40 et 41 ans. La chute d'une hauteur de 3 mètres en a été la cause dans tous les cas et le mécanisme en hyper flexion palmaire du poignet a été signalé chez trois de nos patients. La LPAC a été impure dans tous les cas. Elle était associée à une fracture du scaphoïde dans deux cas, à une fracture de la styloïde ulnaire et entorse grave scapholunaire, à une fracture du semi lunaire et la base du 2ème et 3ème métacarpien, à une fracture de la styloïde radiale et à une irritation du nerf médian dans deux cas. Nos cinq patients ont été opérés à 48 heures dans quatre cas et à la cinquième semaine dans un cas. L'opération a été menée par un abord palmaire dans trois cas et à foyer fermé dans deux cas. L'intervention a consisté en une réduction avec une ostéosynthèse des fractures associées, des brochages temporaires intra carpiens, une neurolyse dans 2 cas et une réparation ligamentaires dans un cas. Le résultat est jugé bon dans deux cas, moyen dans deux cas et mauvais dans un seul cas compliqué d'une arthrite du poignet (score de Green et O'Brien), après un recul minimum de 1an.

Discussion :

Les luxations périlunariennes sont les plus fréquentes des luxations intra carpiennes, cependant sa composante périlunariennes antérieure est beaucoup plus rare. Dans la littérature, la plupart des auteurs publient à partir d'une seule observation (3,8).

Certains auteurs évoquent des hypothèses pour expliquer la difficulté de ce type de déplacement en occurrence la forme particulière du semi-lunaire qui possède une corne antérieure épaisse et une corne



postérieur mince et qui se déplace préférentiellement en avant afin d'interposer sa portion la plus étroite : sa corne postérieure (5). D'autres affirment même que le grand os ne peut se luxer en avant que si le scaphoïde se fracture ou si le ligament scapholunaire interosseux se déchire (1). En définitif, la luxation antélunaire du carpe se produit généralement avec des lésions osseuses associées (fracture du scaphoïde 50%, styloïde radiale dans 73%). Ces lésions ont été retrouvées chez la plupart des auteurs (3,8). Nous avons retrouvé chez trois de nos patients le mécanisme décrit par certains auteurs. Selon eux, il s'agit d'un choc sur le dos de la main provoquant une hyperflexion de celle-ci où le grand os vient pousser le semi-lunaire en arrière (1,3).

Sur le plan thérapeutique, les luxations antélunaire isolées sont traitées orthopédiquement par réduction et contention plâtrée. La présence de lésions osseuses associées rend ces luxations instables. Leur traitement devient chirurgical. Nous avons opté pour le traitement chirurgical qui a consisté en une réduction, brochage carpien en per cutané et immobilisation plâtrée .

Après un recul moyen d'un an les résultats ont été jugés bons avec une mobilité diminuée et des poignets douloureux à l'effort.

#### CONCLUSION :

Les luxations périlunariennes antérieures du carpe se produisent dans un contexte de traumatisme violent parfois difficile à identifier avec presque toujours des lésions osseuses associées.

Le traitement doit se faire dans le souci d'une reconstitution anatomique des surfaces articulaires pour préserver la fonction du poignet.

#### **C5** :Résultats à moyen du traitement des fractures de la tête radiale par résection

Karim Latrach Tlemsani, Hamza Kefi, Khalil Amri, Rabïe Ayari, Lotfi Nouisri  
Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

#### Introduction :

Les fractures complexes de la tête radiale perturbent lourdement la fonction et la stabilité du coude. Ainsi, la prise en charge de ces fractures constitue un défi thérapeutique. Le but de ce travail est de présenter les résultats de la technique de résection de la tête radiale et ses conséquences sur la fonction du coude et du poignet.

#### Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, sur une période de 2 ans de janvier 2017 à décembre 2018, concernant 23 cas de fracture comminutive de la tête radiale classée Masson III et IV, tous traités par résection. Pour évaluer le résultat postopératoire nous avons eu recours au score de la société orthopédique de l'ouest (SOO).

#### Résultats :

L'âge moyen au moment de la chirurgie est de 33 ans. Quatre-vingt pour cent des patients sont des hommes. La fracture de la tête radiale se trouve associée à d'autres lésions locorégionales dans 2/3 des cas. Neuf des patients de cette série ont présenté une luxation du coude associée. La déviation en valgus et l'ascension du radius sont de loin les séquelles les plus fréquentes mais aux conséquences fonctionnelles peu gênantes. Les résultats sont satisfaisants dans 73% des cas selon le Score de la société orthopédique de l'ouest (SOO).

#### Conclusion :

Cette étude approuve que la résection de la tête radiale doit garder encore de nos jours une place prépondérante dans le traitement des fractures complexes de la tête radiale surtout chez le sujet jeune.

#### **C6** :Prise en charge de la paralysie radiale dans les fractures diaphysaires de l'humérus : à propos de 11 cas

Bellila S., Rafrafi A., Chouchène M.O., Znagui T., Khezami M., Hamdi M., Nouisri L.  
*Service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis*

Introduction : l'association d'une atteinte du nerf radial dans les fractures diaphysaire de l'humérus n'est pas exceptionnelle. Elle nécessite une surveillance particulière pour dépister et traiter une paralysie radiale constituée à temps.

**Matériel et méthodes :** étude rétrospective sur 81 patients ayant été traité pour une fracture diaphysaire de l'humérus entre janvier 2009 et décembre 2018 au service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital militaire de Tunis

**Résultats :** l'âge moyen de nos patients était de 37 ans (25 à 65 ans). Le côté dominant était atteint dans 45% des cas. Le traitement consistait à un enclouage centromédullaire dans 46 cas et par plaque vissée dans 18 cas. Une atteinte du nerf radial était associée chez 12 patients. Une récupération spontanée a été notée dans 5 cas et 6 patients ont nécessité des gestes de chirurgie nerveuse ou palliative à type de greffe nerveuse dans 4 cas, neurolyse dans 1 cas et un geste de réanimation du poignet dans 2 cas avec bonnes suites opératoires.

**Discussion :** la fracture diaphysaire de l'humérus est une pathologie fréquente en traumatologie. Elle se complique d'atteinte du nerf radial dans 8 à 15% des cas. Souvent la fracture est de type transversal ou spiroïde du 1/3 inférieur. La prise en charge consiste à stabiliser la fracture puis régler le problème neurologique dans un 2<sup>ème</sup> temps. On note une récupération spontanée sensitive et motrice du nerf radial dans la majorité des cas. Cependant 10 à 20% des patients ne récupèrent pas, justifiant une surveillance électromyographique du nerf radial à 1 et 3 mois post opératoire. La greffe nerveuse n'est recommandée qu'au 3<sup>ème</sup> mois si pas d'amélioration des conceptions nerveuses à l'EMG.

**Conclusion:** la fracture diaphysaire de l'humérus est une affection fréquente dans les services de traumatologie. L'association d'une paralysie radiale doit être recherchée à l'examen initial et doit motiver une surveillance électromyographique post opératoire visant à dépister et confirmer la non récupération du nerf radial, indiquant ainsi une greffe nerveuse.

## **Séance 2 : INFECTIONS, ORTHO PEDIATRIE**

**C7 :** Aspects actuels de l'ostéomyélite aigue de l'enfant : A propos de 173 cas

Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, CHU Habib Bourguiba-Sfax

Faculté de Médecine de Sfax, Tunisie.

**Introduction :**

L'ostéomyélite aigue hématogène (OMA), est une infection de l'os par voie hématogène, due à un germe non spécifique et dont le siège de prédilection est la métaphyse en pleine croissance. L'OMA demeure un sujet d'actualité. Ce travail avait pour but d'exposer les aspects épidémiologiques actuels des OMA, de décrire leurs caractéristiques cliniques, paracliniques et leurs modalités thérapeutiques et évolutives à partir d'une étude de 173 cas d'OMA recueillies sur 24 ans (de 1995 à 2018) au CHU Habib Bourguiba à Sfax.

**Matériels et méthodes :**

L'OMA a touché essentiellement les enfants de bas niveau socio-économique dont l'âge moyen était de 9,47 ans. Une nette prédominance masculine a été marquée. La notion de traumatisme est trouvée dans 43,63% des cas. Une porte d'entrée cutanée est signalée dans 17,37% des cas. Les os des membres inférieurs étaient les plus atteints. Le début était aigu dans 82,63% des cas. Douze cas d'ostéomyélite septico-pyohémique ont été rapportés. Un syndrome inflammatoire biologique était trouvé dans la majorité des cas. Tous les patients étaient explorés par une radiographie standard du segment atteint complétée par une échographie. Le traitement chirurgical était réalisé dans 82,43 % des cas. Tous les patients ont eu une antibiothérapie initiale probabiliste. Le staphylocoque aureus sensible à la méthicilline était le germe le plus fréquemment retrouvé.

**Résultats :**

L'évolution était bonne dans la majorité des cas avec amélioration clinique précoce et normalisation des paramètres biologiques. Des complications post-opératoires précoces et tardives ont été signalées dans quelques cas. un décès post-opératoire a été signalé chez une patiente ayant une OMA pelvienne à staphylocoque aureus résistant à la méthicilline compliquée d'une atteinte pulmonaire grave.

**Discussion :**

L'ostéomyélite aigue constitue l'urgence orthopédique la plus grave chez l'enfant. Une prise en charge médico-chirurgicale précoce basée sur un drainage de l'abcès et une antibiothérapie adaptée garantit la bonne évolution. Le praticien doit avoir une idée sur les différents profils microbiologiques de sa région

afin de bien adapter son choix d'antibiotiques. Seule une prise en charge précoce permet de prévenir les complications redoutables pouvant compromettre l'avenir de l'enfant fonctionnel et social.

**C8** :Profil épidémiologique et bactériologique des arthrites septiques chez l'adulte à propos de 30 cas  
ZitounaKh, Mosbeh K, Khaled M, Harrar F, Aydi H, Barsaoui M

Service d'orthopédie-Hôpital La Rabta

Introduction :

L'arthrite septique est une urgence diagnostique et thérapeutique. L'antibiothérapie probabiliste varie en fonction du profil bactériologique et de la résistance des germes dans chaque pays. Le but de ce travail était de dresser un profil épidémiologique de l'arthrite septique chez l'adulte, d'en dégager les facteurs favorisants, d'en préciser le profil bactériologique et de discuter de l'antibiothérapie probabiliste.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective, ayant colligé 30 dossiers de patients atteints d'arthrite septique traités sur une période de huit ans entre 2005 et 2013.

Résultats :

La moyenne d'âge était de 44 ans. Une prédominance de sexe masculin a été constatée avec un sex ratio à 1.73. L'arthrite septique était favorisée par l'âge avancé, le diabète, la drépanocytose et l'insuffisance rénale. Le Staphylocoque Aureus représentait 44% des germes isolés, suivi du Streptocoque et du Bacille Gram Négatif. Les arthrites septiques à culture négative avaient représenté 33% des cas. La localisation la plus fréquente était le genou (46%), suivie de l'épaule (10%), de la hanche (10%) et de la cheville (10%). La répartition des germes en fonction de la classe d'âge, du sexe, des antécédents pathologiques et de la localisation, n'était pas statistiquement significative. L'antibiothérapie probabiliste était dans 60% des cas de type amoxicilline-acide clavulanique associée à la gentamycine et dans 40% de type oxacilline et Profil épidémiologique et bactériologique des arthrites septiques chez l'adulte à propos de 30 cas médiane de la durée de l'antibiothérapie était de 39 jours. Tous les patients ont subi une arthrotomie. La durée médiane d'immobilisation en post opératoire était de 15 jours, suivie d'une rééducation passive ensuite active. Une guérison complète a été obtenue dans 63% des cas. Le nombre de reprises concernait 26.6% des patients. Le taux de mortalité était de 6.6%.

Discussion :

Conclusion : L'arthrite septique est une affection grave, pouvant engager le pronostic vital et dont l'évolution peut être grevée de lourdes séquelles fonctionnelles. Le diagnostic précoce, l'arthrotomie et le respect des doses optimales de l'antibiothérapie sont les seuls garants du bon traitement de l'arthrite septique.

**C9** :Les Spondylodiscites Tuberculeuses : Aspects Diagnostiques et Thérapeutiques à propos de 58 cas  
Oussema Abdelhedi<sup>1</sup>, Mohamed Ben Jemaa<sup>1</sup>, Dorra Lahiani<sup>2</sup>, Emna Elleuch<sup>2</sup>, Mounir Ben Jemaa<sup>2</sup>, Wassim Zribi<sup>1</sup>, Hassib Keskes<sup>1</sup>

1.Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

2.Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax

Les spondylodiscites tuberculeuses (SPDT)représentent 50% des tuberculoses ostéo-articulaires.Elles posent des difficultés diagnostiques et thérapeutiques majeures. A travers une étude de 58 cas deSPDT, nous essayons de préciser les particularités cliniques et paracliniques de cette entité étiologique tout en identifiant leurs implications dans le choix du traitement et les résultats thérapeutiques obtenus.

Il s'agit d'une étude rétrospective de 58cas d'une SPDTrecueillies durant 19 ans (2000-2018). L'âge moyen était de 43 ans avec nette prédominance féminine constatée (64%). L'atteinte était plurifocale dans 15 cas. Les différentes localisations atteintes sont : le rachis cervical (3 cas), la charnière cervico-dorsale (3 cas), le rachis dorsal (29 cas), la charnière dorso-lombaire (6 cas), le rachis lombaire (21 cas) et la charnière lombo-sacrée (7 cas). Les rachialgies étaient le maître symptôme clinique. Des signes neurologiques associés étaient présents dans 20 cas. Le diagnostic d'une SPDT, évoqué d'emblée sur les données de l'imagerie notamment la TDM et/ou IRM,était confirmé par une preuve bactériologique et/ou anatomopathologique formelle dans 64% des cas. Tous les cas ont eu une chimiothérapie antituberculeuse spécifique associée à

une immobilisation plâtrée ou appareillée dans 27 cas et à une chirurgie de décompression médullaire dans 10 cas.

L'évolution était favorable dans 70% cas avec amélioration clinique et normalisation des paramètres biologiques témoignant ainsi la maîtrise de l'infection tuberculeuse. Par contre, la maîtrise du processus infectieux n'était pas obtenue dans 19 cas et 2 cas de décès de sujets tarés ont été notés.

Les SPDT est une pathologie fréquente dans les pays endémiques. Leur diagnostic peut être retardé en l'absence de signes neurologiques. L'IRM évoque le diagnostic en offrant une meilleure analyse lésionnelle. Leur traitement fait appel à une chimiothérapie antituberculeuse spécifique. Le recours à la chirurgie n'est pas systématique même en présence de signes neurologiques, cependant elle garde des indications bien précises. Le pronostic est bon lorsque la prise en charge est précoce et le retard diagnostique constitue la principale cause des cas compliqués.

Les SPDT sont assez fréquente en milieu endémique. Leur évolution insidieuse est à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique. Leur traitement est essentiellement conservateur.

**C10** :L'Ostéotomie humérale proximale par voie postérieure dans les séquelles de POPB

Ezzine H, Boussetta R, SaiedW,Zairi M, Msekni A, Mensia K, Bouchoucha S, Nessib MN.

Service d'orthopédie infantile. Hôpital d'enfant « Béchir Hamza ». Tunis

Introduction :

Le traitement des séquelles de la paralysie de plexus brachiale porte essentiellement sur les transferts tendineux. Cependant, les patients qui souffrent depuis longtemps d'une limitation de l'abduction de l'épaule et de la rotation externe développent une raideur en rotation interne et une déformation gléno humérale considérable.

L'ostéotomie humérale de dérotation constitue une des techniques de traitement de ces séquelles, elle est réalisé classiquement sous l'insertion de deltoïde.

Nous proposons dans ce travail une ostéotomie proximale au dessus de l'insertion d deltoïde et proposons les avantages de cette technique.

Méthodes :

Nous présentons une étude rétrospective à propos de 55 cas de paralysie, opérés entre janvier 1990 et décembre 2017.

Des évaluations fonctionnelles préopératoires et postopératoires ont été réalisées à l'aide de l'échelle de Mallet. Les ostéotomies ont été réalisées au dessus du V deltoïdien chez tous les patients par voie d'abord postérieur.

Résultat :

La série comporte 55 patients, dont 25 garçons et 30 filles. L'âge moyen est de 8 ans. Une atteinte type C5C6 a été trouvé dans 37 cas et de type C5C6C7 dans 18cas. L'ostéotomie était isolée dans 26 cas, et associée a un transfert tendineux et /ou libération de subscapulaire dans 29 cas. En préopératoire, 46 épaules avaient un score de II, 9 avaient un score de III. La valeur moyenne de rotation externe active en pré opératoire était de -10 degré et celle de l'abduction était de 60 degré.

Le suivi moyen postopératoire était de 8 ans (2-17 ans), avec une nette amélioration de la fonction de l'épaule. Après l'ostéotomie la rotation externe active était de 60° [30°-90°]. L'abduction active moyenne de l'épaule était de 100° [50°-160°]

L'attitude en rotation interne a été améliorée chez tous les patients. Les scores de Mallet post opératoires variaient de III à V dans 13, 19 et 23 épaules, respectivement. La rotation totale passive de l'épaule est demeurée inchangée après la chirurgie.

*Conclusion :*

L'ostéotomie humérale de dérotation est une chirurgie de rattrapage dans les déformations gléno-humérale sévères, elle améliore considérablement l'abduction de l'épaule, sa réalisation en proximale au-dessus de v deltoïdien par voie postérieur permet d'une part une meilleure récupération du faisceau antérieur de deltoïde d'autre part elle permet d'associer un geste de transfert tendineux, sans oublier l'intérêt esthétique.

**C11** : Les infections du site opératoire en chirurgie orthopédique et traumatologique : Etude rétrospective. Saied A, Nefiss M, Nouira A, Ben Maatoug A, Abid H, Ben Ayed Mehdi, Teborbi Anis, Ezzaouia Kh, Bouzidi R. Services de chirurgie Orthopédique : Hôpital Mongi Slim. La Marsa Services de chirurgie Orthopédique : Hôpital Mongi Slim. La Marsa

#### Introduction

En Tunisie, l'incidence et l'épidémiologie bactérienne des infections du site opératoire (ISO) restent mal connues du fait de la rareté des études consacrées à la surveillance des ISO en orthopédie traumatologie. L'objectif principal de notre travail était de montrer le profil épidémiologique, clinique et bactériologique de ces infections au sein de notre service et l'objectif secondaire était de dégager les facteurs de risque d'ISO dans ce contexte.

#### Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une année portant sur les cas d'ISO diagnostiqués et traités dans notre service. Nous avons exclu les patients ayant un déficit immunitaire et les dossiers incomplets. Nous avons considéré comme infection précoce toute ISO survenant dans les quatre premières semaines post opératoire et comme infection tardive toute ISO survenant entre quatre semaines et une année.

#### Résultat :

Nous avons retenu dans ce travail 34 ISO avec une incidence globale pendant la durée choisie de 2,41 %. L'Age moyen de nos patients était de 53 ans et n'y avait pas de différence selon le genre des patients. Le délai moyen du diagnostic positif était de 96 jours. Les patients ayant des antécédents lourds présentait 58 % de la population étudiée et 88 % des interventions concernées étaient propre selon la classification d'Altemeier. Dans 39% des cas d'ISO, la durée de l'acte a dépassé le 75<sup>ème</sup> percentile et l'implantation du matériel orthopédique a été retrouvée dans tous les cas. Il s'agit d'une chirurgie urgente dans 61% des cas et le groupe de germe le plus détecté était les bacilles gram négatifs.

#### Conclusion :

L'ISO pèse lourdement sur la morbidité, la mortalité et les coûts de la santé. Chaque pays voir chaque structure sanitaire et chaque service doit avoir son propre profil épidémiologique et bactériologique afin d'être efficace dans la lutte contre cette complication pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et même vital des patients en chirurgie orthopédique.

**C12** :L'antibiothérapie est-elle nécessaire après excision chirurgicale d'un panaris ? Essai Randomisé Maamoun MIHOUBI, Mohamed ABDELKEFI, Wael LAHSSINI, Wael CHEBBI, Syrine ZAAK, Mondher MBAREK, Mourad ZARAA.

Service de chirurgie orthopédique, Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous, Tunisie

Introduction : Il est actuellement admis que la prise en charge d'un panaris au stade de collection est toujours chirurgicale. En contrepartie, l'antibiothérapie postopératoire est controversée, surtout en l'absence de complications. L'objectif de notre étude était de juger de l'utilité de l'antibiothérapie après excision chirurgicale d'un panaris.

Matériel et Méthodes : Etude prospective mono-centrique randomisée en double aveugle, portant sur 60 patients répartis en deux groupes similaires. Le premier groupe a reçu, en postopératoire, l'Amoxicilline + acide clavulanique à la dose de 3 g/j en per os. Le deuxième groupe a reçu un placebo. Aucun patient n'a présenté des signes d'ostéite ou de complications loco-régionales. Tous les patients ont été opérés pour un panaris non compliqué. La randomisation était réalisée après la chirurgie et après signature du consentement éclairé. Le principal critère de jugement était la survenue de récurrences ou de complications (locales ou générales) nécessitant une reprise chirurgicale et/ou une mise sous antibiotique.

Résultats : 39 hommes et 21 femmes ont participé à l'étude. Leur âge moyen était de 43,9 ans (extrêmes 18 et 78 ans). La durée d'évolution était en moyenne de 7,1±5,6 jours. Plusieurs traitements traditionnels et des manipulations locales ont été essayés par 50% des patients avant la première consultation à notre service. La main dominante était atteinte dans 58% des cas. Le médius était le doigt le plus atteint (31% des cas). Le panaris était péri-unguéal dans 75% des cas. La douleur était le maître symptôme avec un score visuel analogique moyen de 6,9±2,7. Tous les patients ont été opérés le jour même de la consultation. Après randomisation, tous les patients ont suivi le protocole thérapeutique. Une seule

reprise chirurgicale a été réalisée chez un patient appartenant au premier groupe, suite à l'aggravation de l'état local. Les résultats de notre étude prouvent qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre un placebo et l'antibiothérapie par Amoxicilline-Acide clavulanique pendant 7 jours dans les suites d'une excision chirurgicale pour panaris non compliqué.

Discussion : Il est vrai que l'antibiothérapie postopératoire est justifiée en cas de panaris compliqué et doit être adaptée aux prélèvements bactériologiques. Toutefois, en cas de panaris non compliqué, plusieurs études ont remis en cause l'utilité de cette antibiothérapie qui pourrait plutôt favoriser l'apparition de résistances bactériennes. Notre étude a prouvé l'inutilité de cette antibiothérapie.

Conclusion : L'excision chirurgicale seule est suffisante pour traiter un panaris non compliqué, sous réserve d'une surveillance clinique postopératoire.

### **Séance 3 : HANCHE PIED**

**C13** : Intérêt des prothèses intermédiaires de la hanche dans les fractures du col fémoral chez les patients âgés de moins de 50 ans

Cyrine Fourati<sup>1</sup>, Wajdi Chermiti<sup>1</sup>, Hamdi Kaziz<sup>1</sup>, Mohamed Amine Triki<sup>1</sup>, Meriem Haddaoui<sup>2</sup>, Nader Naouar<sup>1</sup>, Mohamed Laaziz Ben Ayeche<sup>1</sup>

1 Service d'orthopédie de l'hôpital Sahloul – Sousse

2 Service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Fattouma Bourguiba - Monastir

Contexte et objectif :

Les fractures du col fémoral sont rares chez les sujets jeunes. Leur traitement est en général conservateur. En cas de nécessité d'une arthroplastie, l'indication classique est une arthroplastie totale par PTH. Cependant certaines équipes proposent les arthroplasties par prothèse intermédiaire.

Ce travail rapporte les résultats fonctionnels des prothèses intermédiaires chez les patients âgés de moins de 50 ans.

Matériel et méthodes :

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux patients âgés de moins de 50 ans opérés pour fracture du col fémoral au CHU Sahloul de Sousse entre 2011 et 2018 avec un recul de 4 ans en moyenne avec des extrêmes de 1 à 7 ans.

L'évaluation fonctionnelle s'est basée sur le score de Postel-Merle d'Aubigné.

Résultats :

Notre série comporte 18 patients. Le score fonctionnel global selon la cotation PMA, au recul moyen de 4 ans était excellent dans 50 % des cas, très bon dans 38,8 % des cas, bon dans 11,2 % des cas .

Nous avons observé des calcifications péri prothétiques chez 3 patients dont un seul est programmé pour reprise chirurgicale.

Discussion et conclusion :

Selon plusieurs auteurs, la prothèse intermédiaire de hanche est une indication justifiable chez les sujets jeunes âgés de moins de 50 ans, elle donne des résultats fonctionnels satisfaisants malgré le risque d'usure acétabulaire nécessitant une reprise chirurgicale pour totalisation avec une meilleure longévité de la PTH due à la condensation de l'os sous chondral.

**C14** : Arthroplastie totale de la hanche par voie d'abord antérieure mini invasive chez les sujets jeunes

Ben Slimene S, Chebbi W, Zaraa M, Selmene A, Belhadj Messaoud Ahmed, Abdelkefi M

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CTGB Ben Arous

Introduction

L'arthroplastie totale de la hanche connaît une évolution intéressante essentiellement les implants et la technique de pose notamment la voie d'abord. Le recul suffisant a permis d'élargir les indications aux patients plus jeunes. La voie antérieure mini-invasive constitue actuellement l'indication de choix pour cette population à la demande fonctionnelle plus exigeante.

Le but de notre travail est d'évaluer les résultats fonctionnels de la prothèse totale de hanche (PTH) par voie antérieure chez cette population jeune.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective étendue sur 3 ans (2016-2018) portant sur 20 PTH pratiquées par voie antérieure chez 12 patients âgés de moins de 50 ans pour une coxopathie non traumatique. Tous nos patients ont été opérés sur table orthopédique. Les résultats fonctionnels ont été évalués par les scores : 'PMA' et 'Harris Hip Score' à 3 et à 6 mois post-opératoire.

#### Résultats

Notre série a comporté 12 patients. L'âge moyen était de 37.6 ans. Le sexe ratio H/F était de 1,4. Les indications étaient des coxarthroses secondaires chez 11 patients et idiopathique chez un patient. Trois patients ont nécessité une transfusion en postopératoire. Un patient a gardé une inégalité de longueur des membres inférieurs de 2 cm après PTH bilatérales. Les scores fonctionnels ont été très bon à excellent chez tous nos patients.

#### Discussion

La PTH est de plus en plus pratiquée chez les sujets jeunes. Les indications sont dominées par les coxopathies secondaires. Cette pose précoce expose à un risque augmenté de chirurgie de révision. L'objectif est de récupérer une hanche indolore et fonctionnelle permettant une reprise rapide d'une activité professionnelle et sportive et de maximiser la durée de vie des implants. La voie antérieure répond bien à ces objectifs. C'est une voie anatomique, mini-invasive avec préservation musculaire permettant des suites opératoires simples, une réadaptation rapide et un risque moindre de luxation.

#### Conclusion

Les indications de PTH se sont élargies aux patients jeunes. Cette catégorie est particulière par ses demandes fonctionnelles plus importantes. L'abord antérieur mini-invasif de la hanche représente une approche qui répond aux exigences fonctionnelles de cette population jeune.

#### **C15** :Le syndrome du tunnel tarsien à propos de 6 cas opérés

Oussema Abdelhedi<sup>1</sup>, Wassim Zribi<sup>1</sup>, Malek Turki<sup>1</sup>, Mohamed Ben Jemaa<sup>1</sup>, Yosr Hentati<sup>2</sup>, Hélé Zouari<sup>3</sup>, Ameer Abid<sup>1</sup>, Hassib Keskes<sup>1</sup>

1. Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Habib Bourguiba de Sfax
2. Service radiologie, CHU Hédi Chaker de Sfax
3. Service d'exploration fonctionnelle, CHU Hédi Chaker de Sfax

#### Introduction :

Le syndrome du tunnel tarsien est un syndrome canalaire rare du membre inférieur. Il s'agit d'une compression du nerf tibial postérieur au niveau du tunnel tarsien pouvant être idiopathique ou secondaire. Nous présentons 6 cas de syndrome du tunnel tarsien opérés dans le service d'orthopédie du CHU Habib Bourguiba de Sfax et nous essayons de donner les particularités cliniques épidémiologiques et thérapeutiques de ce syndrome canalaire.

#### Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective comportant 5 femmes et un homme qui se présentent pour des douleurs du pied avec des troubles de la sensibilité sur la face interne du pied. L'examen clinique trouve un signe de Tinnel positif en rétro-malléolaire interne en percutant le nerf tibial postérieur, une tuméfaction a été observée dans 3 cas. L'exploration radiologique n'a pas montré de lésion osseuse mais l'échographie et l'IRM ont conclu à un processus expansif type lipome dans 2 cas et un kyste synovial dans un cas au niveau du tunnel tarsien au contact du nerf tibial postérieur. L'EMG a conclu à un bloc de conduction sensitivo-moteur du nerf tibial postérieur avec une diminution des latences. Une libération chirurgicale avec exoneurolyse du nerf tibial postérieur a été pratiquée par un abord longitudinal à mi-chemin entre la malléole interne et le tendon d'Achille.

#### Résultats :

Au recul minimum de 6 mois, une nette amélioration sur le plan sensitif a été remarquée par tous les patients.

#### Discussion et conclusion :

Le syndrome du tunnel tarsien reste une entité rare et qui doit figurer à l'esprit de chaque praticien pour différencier avec une origine radiculaire haute. Les étiologies sont dominées par les compressions intrinsèques, des téno-synovites pouvant augmenter la pression intra canalaire, les dysthyroïdies, les diabétiques mais reste idiopathique dans 30% des cas. La libération du nerf tibial postérieur permet d'améliorer la sensibilité et les phénomènes algiques. Plusieurs auteurs indiquent la libération du nerf

tibial postérieur de façon systématique chez les diabétiques en cas de prise en charge chirurgicale de pied diabétique.

**C16** : Les fractures luxations de la hanche chez l'adulte à propos de 16 cas.

S. Aharram<sup>1</sup>, Y. Mounir<sup>1</sup>, J. Amghar<sup>1</sup>, M. Benhamou<sup>1</sup>, A. Lamhaoui<sup>1</sup>, W. Bouziane<sup>1</sup>, M. Sadougui<sup>1</sup>, O. Agoumi<sup>1</sup>, A. Daoudi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Traumatologie-Orthopédie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction :

La luxation de la hanche se définit comme le déplacement permanent de la tête fémorale hors de la cavité acétabulaire. Elle est en général la conséquence d'un traumatisme violent, le plus souvent un accident de la voie publique. L'importance de l'énergie nécessaire pour luxer une hanche explique la fréquence des lésions associées locorégionales à savoir les fractures du cotyle, du col ou de la tête fémorale. L'importance du sujet réside dans sa gravité, vu le contexte de sa survenue : un polytraumatisé avec des éventuelle lésions qui compromet le pronostic vitale, ainsi que ses difficultés diagnostiques et thérapeutiques C'est urgence thérapeutique qui impose la réduction de la luxation dans les plus brefs délais pour éviter les complications, dont la plus importante est la nécrose de la tête fémorale.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 16 cas colligés au centre hospitalier universitaire d'Oujda entre 2012 et 2018. Nous évaluons le résultat de notre prise en charge mais aussi de leur pronostic à court et à long terme. L'évaluation est clinique, radiologique et fonctionnelle

Résultats :

---

L'âge moyen de nos patients est de 33,8 ans, avec des extrêmes allant de 18 à 70 ans. Une nette prédominance masculine a été noté 87,5% des cas : 14 hommes contre 2 femmes. Nous notons également une légère prédominance de l'atteinte de la hanche gauche 62,5%. Dans tous les cas que nous avons colligé, il s'agissait d'un traumatisme violent, le plus souvent un accident de la voie publique (81,2%), des motocyclistes souvent 9 cas ou bien des passagers dans une voiture dans 3 cas, suivi par les chutes d'une hauteur élevée 3 cas (18,75%).

Tous les patients ont bénéficié d'un bilan radiologique comportant des clichés de bassin et une TDM du bassin. Ce qui nous a permis de faire le diagnostic des lésions repartit comme suite : 15 de nos patients ont présenter une luxation postéro-supérieure (iliaque) contre une seule luxation postéro-inferieure (ischiatique) retrouvée « classification de Bigelow », ces luxations été associer à 12 fractures de cotyle : 5 paroi postérieure , 3 rebord cotyloïdien postérieur , 2 transverse , 1 transverse + paroi postérieure , 1 fracture en T « Judet et de Letournel », et dans 3 cas à une fracture de la tête fémorale toutes classée pepkin 1 , et un cas de fracture du col associer a une fracture de la tête ( pepkin3)

Quant au lésions associer, Trois de nos patients ont présentés des lésions générale engageant le pronostic vitale : 2 traumatismes thoracique et un traumatisme crânien, aussi 25% de de l'ensemble de nos patients présentaient d'autres fractures associées : 2 fracture de la jambe, 1 fracture de galiazzi et une fracture de l'extrémité inferieure du radius.

Concernant le traitement, sur 16 cas, nous avons noté que 12 cas soit 75 % de fractures luxations ont été réduites par manœuvre de Boehler sous sédation en urgence, alors que 4 cas de étaient irréductibles soit du faite de l'incarcération osseuse ou bien par manque de maintien postérieur ce qui a justifié la mise en place d'une traction provisoire en attendant le traitement définitif.

Le traitement été orthopédique dans 5 cas soit 31% des cas par une traction sus condylienne pour des durées allant de 2 à 6 semaines, et Il a été chirurgical dans 11 cas soit 69% des cas

La voie d'abord utilisée est la voie postérieure de Kocher-Langenbeck sauf pour un patient qui a présenté une fracture du cotyle en « T » où une voie ilio-crutale élargie a été utilisée. L'ostéosynthèse a été réalisée



soit par un vissage (vis spongieuse, des vis de Herbert, des vis 4,5) soit par 1 ou 2 plaques vissées spéciale cotyle. Le délais moyen entre le traumatisme et l'intervention chirurgicale été de 5 a 7 jours  
Les résultats fonctionnels ont été évalués, après un recul de 24 mois, selon la cotation de Merle d'Aubigné [1]. Nous avons obtenu 90% de résultats satisfaisants

Dans notre série, nous avons eu 3 cas de fractures-luxations du cotyle ayant évolué vers une nécrose de la tête fémorale pour laquelle ils ont bénéficié secondairement d'une arthroplastie totale de la hanche.

Discussion :

L'augmentation de la fréquence des accident de la voie publique, qui constitue plus de 80% des étiologies dans notre série, s'accompagne d'une hausse des taux des fracture-luxations de la hanche retrouver, elle représente 36% de l'ensemble des fracture du cotyle selon Duquenooy [2]

Cette lésion survient avec prédilection chez l'adulte jeune masculin [3], les résultats de notre série vont dans le sens de cette constatation, ce qui peut être expliqué par la fréquence des accidents chez l'adulte jeune actif et surtout de sexe masculin

Un diagnostic précoce de la fracture-luxation est important pour une réduction en urgence, ce diagnostic reste aisé en cas de fracture-luxation de la hanche isolée : impotence fonctionnelle totale et attitude vicieuse caractéristique dans les variétés postérieures : Le membre inférieur est en adduction-rotation interne, la hanche est en extension dans la variété haute iliaque ou en flexion dans la variété basse ischiatique. Alors que l'association avec d'autres lésions vitale dans le cadre du polytraumatisme (thorax, abdomen, crâne) peut diverger l'attention sur le traumatisme de la hanche [4][5], il est de règle de demander systématiquement une radiographie du bassin chez tout polytraumatisé et chez tout traumatisé crânien comateux. [6][7][8]

Le cliché de face et les deux clichés de  $\frac{3}{4}$  permettent d'affirmer le diagnostic, de préciser le type de la luxation et de la fracture associé, la TDM permet d'évaluer la tête fémorale, de démontrer la présence de petits fragments intra-articulaires et à évaluer la congruence de la tête fémorale et de la cavité acétabulaire. Elle permet également de mieux visualiser la taille, l'emplacement et le déplacement des fractures de la paroi acétabulaire [9][10][11][12][13][14].

Dans notre série toute les luxations enregistrées été postérieure, la littérature rapporte que l'on retrouve des fractures céphaliques dans 6 à 28% des luxations postérieures. Il s'agit presque toujours d'un fragment antéro-inférointerne. [14][16] ce qui concorde avec les résultats de notre série objectivant 25% de lésions céphalique de toutes les lésions décrites, les 75% patients restants ont présentés des fractures de cotyle et spécifiquement de la paroi postérieure à 66%

Le traitement à pour but de récupérer la fonction de la hanche par la reconstruction anatomique des surfaces articulaires et leur contention stable et solide.

Dans notre série, le choix de traitement orthopédique a été justifié dans certains cas du fait que la fracture était bénigne, et ne mettait pas en cause la stabilité de la réduction de la luxation, le traitement chirurgical a été utilisé dans 11 cas (69%), 4 fois d'emblée pour échec de la réduction orthopédique, et 7 fois pour persistance d'un déplacement fracturaire après réduction de la luxation. La voie d'abord postérieure de Kocher-Langenbeck a été presque la seule utilisée dans notre série par contre Kumar [7] sur 73 cas de fracture du cotyle, un abord simple a été utilisé dans 67 cas (92%), 41 cas ont été opéré par voie postérieure de Kocher-Langenbeck, 26 cas par voie ilio-inguinale, 5 cas ont nécessité la voie tri radiée, et un seul cas a été opéré par voie combinée antérieure et postérieure. L'ostéosynthèse a été soit un vissage simple, soit un vissage avec plaque vissée pour tous les auteurs.

Concernant les complications à court terme, nous avons eu un cas d'infection du site opératoire, un cas luxation récidivent, et une cas d'hypoesthésie dans le territoire du nerf sciatique bien récupérée.

A long terme sur un recule moyen de 24 mois , nous avons enregistré 3 cas d'ostéonécrose de la tête fémorale , 2 entre elle ont été retrouver chez des patients âgés respectivement de 55 ans et 70 ans , alors que le 3eme cas été celui d'un jeune patient âgé de 19 ans qui présenté une fracture luxation de la hanche avec fracture du col et tête fémorale (pepkin3) , ces patient ont bénéficies d'un remplacement prothétique par PTH , de ce fait l'âge ainsi que la gravité des lésions anatomopathologiques trouve toute leurs place à coté des autre facteurs pronostique à savoir le délais de réduction et sa qualité dans le devenir fonctionnel de la hanche . Pour le reste de nos patients nous avons obtenus dans notre étude 90% de résultats satisfaisants ce qui concorde avec ceux de la littérature.

## Conclusion

Les accidents de la voie publique restent la cause majeure des fractures luxations de la hanche, elles intéressent le plus souvent les jeunes de sexe masculin, elles mettent en jeu le pronostic fonctionnel de la hanche et parfois le pronostic vital. Le scanner doit être demandé systématiquement car il précise bien les lésions locales et montre d'autres lésions associées. La réduction non sanglante ou bien sanglante de la luxation reste l'urgence de la question, La survenue des complications tardives telle que la nécrose céphalique et de l'arthrose reste toujours imprévisible, ce qui impose un suivi régulier et prolongé des patients.

**C17** :La luxation traumatique de la hanche chez l'enfant à propos de 10 cas avec revue de la littérature Chtai.S\* ; Osman.W ; Souid.A\* ; Jedidi.M\* ; Khalifa.M.A\* ; Bouattour.K\* ; Ben ayech.M.L\*

Service d'orthopédie et de traumatologie\*CHU sahloulSousse

Introduction : La luxation traumatique de hanche chez l'enfant est une pathologie rare. Elle représenterait seulement 5 % des luxations de hanche, tout âge confondu. Le but de notre étude est de préciser les particularités épidémiologiques, thérapeutiques et l'évolution à long terme des luxations traumatiques de la hanche chez l'enfant.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 14 ans. Nous avons colligé 10 cas de luxations traumatiques de la hanche. Nous avons suivi les patients par des contrôles cliniques et radiologiques réguliers avec un recul minimum d'un an.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 8.9 ans avec un sexe ratio de 2.33. La luxation était postérieure dans 7 cas, antérieure dans 2 cas et obturatrice dans 1 cas. La luxation était isolée dans 9 cas et associée à une fracture du fémur dans 1 cas. La luxation était ouverte dans un cas. Nous n'avons pas noté de complications neurologiques. Tous les patients ont eu une réduction sous anesthésie générale suivie d'une traction collée au service. Au dernier recul moyen de 2.3 nous avons trouvé de bons résultats cliniques et radiologiques

Discussion : La luxation traumatique de la hanche est rare chez l'enfant. Elle survient généralement après l'âge de la marche. La luxation postérieure est plus fréquente (80% des cas chez l'enfant). Chez le petit enfant, le traumatisme causal est souvent minime et il peut être expliqué par la laxité, la fragilité capsulo-ligamentaire ainsi que la structure cartilagineuse prédominante de l'acétabulum. Il faut aussi rechercher les anomalies coxométriques qui prédisposent à la luxation à savoir une valgisation fémorale, une ouverture de l'angle acétabulaire, une diminution de la couverture externe de la tête fémorale et une diminution de l'antéversion de l'acétabulum. La sévérité du traumatisme responsable de la luxation tend à augmenter avec l'âge. L'association à des fractures de l'acétabulum est rare chez le petit enfant et tend à augmenter avec l'âge. Les complications des luxations traumatiques de hanche chez l'enfant sont rares comparées à celles de l'adulte et sont variables selon l'âge. Lors de la luxation postérieure, la complication la plus redoutable est la compression du nerf sciatique. Généralement, la luxation traumatique de hanche chez l'enfant reste de meilleur pronostic par rapport à celle de l'adulte.

Conclusion : Les luxations traumatiques de la hanche chez l'enfant diffèrent de celles de l'adulte par leur rareté, la rareté des fractures associées, la facilité de leur réduction et leur meilleur pronostic

**C18** :Les résultats fonctionnels et radiologiques du traitement chirurgical des fractures du cotyle, étude rétrospective à propos de 30 cas.

BelhajMessaoud.A, Sahli.H, Dahech.F, Ben Slimene.S, Zaraa M, Annabi.H, Mbarek.M, Abdelkefi.M

Service d'orthopédie, Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Introduction :

Les fractures du cotyle sont des fractures graves car elles touchent une articulation profonde, portante et d'abord chirurgical difficile. Donc, toute atteinte de cette articulation va retentir sur sa fonction et compromet donc les mouvements et la marche.

Le traitement est encore controversé soit orthopédique ou chirurgical, et ses indications dépendent de nombreux facteurs

Le but de cette étude est d'analyser les résultats fonctionnels et radiologiques des fractures du cotyle après traitement chirurgical.

## Méthodologie :

Notre étude porte sur l'analyse rétrospective des dossiers des malades, suivis et traités au sein du durant une période allant du 2016 au 2018. Nous avons inclus les malades ayant eu un traitement chirurgical, les malades perdus de vue ainsi que les dossiers inexploitable ont été exclus de l'étude.

## Résultats :

Trente patients présentant une fracture incongruente du cotyle ont été opérés et revues avec un recul moyen de 2 ans. La population était constituée majoritairement par des hommes, avec un âge moyen de 38 ans. Les fractures du cotyle étaient répertoriées selon la classification de Judet et Letournel. Quatre patients présentaient des lésions associées du bassin, sept patients avaient une luxation postérieur de la hanche, trois une luxation centrale et deux avaient un traumatisme crânien associée. Deux voies d'abords ont été utilisées dans ce travail : la voie de Kocher Langenbeck, et la voie de Stoppa.

Sur le Plan radiologique la réduction était anatomique dans 80% des cas, et que sur le plan fonctionnel 85% patient avaient de bons et très bon résultats. Parmi les complications postopératoires, on a noté un seul cas d'infection cutanée superficielle, un cas d'ossifications hétérotopiques. A distance un cas d'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale et trois cas de coxarthrose.

## Conclusions :

Les critères pronostiques majeurs des fractures du cotyle sont la qualité de réduction et la congruence tête/toit obtenue en postopératoire, du faite, les fractures complexes nous incitent à utiliser des voies d'abords élargies permettant un meilleur contrôle de la réduction. L'ensemble de nos résultats radiologiques et fonctionnels nous encourage à poursuivre le traitement chirurgical des fractures incongruentes du cotyle.

## Séance 4 : DEGENERATIF

**C19** :Etude comparative des résultats fonctionnels et radiologiques des glénosphères excentriques versus concentriques dans les arthroplasties totales inversées d'épaule

Hamdi Kaziz, AymenHannafi, Mohamed Amine Triki, WajdiChermiti, Nader Naouar, Mohamed Laziz Ben Ayeche. Service d'orthopédie, CHU Sahloul Sousse.

*Introduction:* Selon les études biomécaniques, les glénosphères excentriques caractérisée par une position plus basse du centre de rotation avaient la réputation de réduire l'incidence de l'encoche de la scapula après arthroplastie totale d'épaule inversée. Le but de cette étude était de comparer les résultats fonctionnels et radiologiques des arthroplasties inversées de l'épaule utilisant une glénosphère excentrique versus glène concentrique.

*Matériel et méthodes:* Il s'agit d'une étude comparative rétrospective de 40 prothèses totales inversées de l'épaule, implantées toutes par voie deltopectorale, dont 18 prothèses étaient à glénosphère concentrique (groupe A), tandis que 22 prothèses étaient à glénosphère excentrique (groupe B). Le recul moyen était de 13,9 mois (12 à 24 mois). L'évaluation des résultats fonctionnels a été faite selon le score de Constant. L'évaluation radiologique a concerné l'angle d'inclinaison de la glène, distance plot central- col de la scapula, le tilt inférieur, distance acromio-tubérositaire et la distance gléno-tubérositaire. La sévérité de l'encoche de l'omoplate a été jugée selon la classification de Nérot-Sirveaux.

*Résultats:* Concernant les résultats fonctionnels, aucune différence statistiquement significative n'a été objectivée entre les deux groupes. Une différence significative entre les groupes a été observée en ce qui concerne la distance plot central- col de la scapula ( $24,8 \pm 1,6$  mm pour le groupe A versus  $22,2 \pm 1,9$  mm pour groupe B;  $p = 0,002$ ) et le tilt inférieur ( $2,0 \pm 1,7$  mm pour le groupe A contre  $5,8 \pm 1,6$  mm pour le groupe B;  $p = 0,0001$ ). Sept prothèses du groupe A ont développé une encoche du pilier comparativement à 2 prothèses du groupe B ( $p = 0,022$ ). Les autres paramètres radiologiques tels que l'inclinaison inférieure et les distances acromio-tubérositaires et gléno-tubérositaires n'avaient pas présenté de différence significative entre les deux groupes.

*Conclusions:* La glénosphère excentrique dans les prothèses totales inversées de l'épaule semble être plus efficace que la glène concentrique en terme de reduction du taux de l'encoche du pilier de la scapula bien que les résultats fonctionnels ne soient pas différents et ceci de façon statistiquement significative entre les deux groupe.

Mots clés: Épaule, Remplacement, Inverse, Glénosphère excentrique, Entaille scapulaire

**C20** : Les neuropathies péri-patellaires après pose de prothèse totale du genou.

EzzineHedi, Abid Hichem, Ben MaatougAymen, Gharbi Med Amine, JelassiMoatassem, NefissMouadh, Teborbi Anis, Ezzaouia Khilil, Bouzidi Ramzi.

Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, CHU Mongi Slim La Marsa

Introduction :

L'incidence des douleurs neuropathiques consécutives à une arthroplastie totale du genou et son effet sur la satisfaction des patients restent peu documentés. L'objectif de notre travail est d'étudier l'incidence de la lésion du nerf infra-patellaire et son imputabilité dans les douleurs antérieures post arthroplastie totale du genou et d'évaluer la satisfaction des patients.

Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective à propos de 120 arthroplasties totales de genou. Le dépistage des anomalies sensorielles en postopératoire a été évalué par le score DN4. L'évaluation fonctionnelle a été menée moyennant la mesure du score IKDC ainsi que la détermination de la satisfaction des patients. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS 23.0. Une valeur de  $p < 0.05$  a été considérée comme significative.

Résultats:

Nous avons revu 98 patients. La moyenne d'âge était de  $65,2 \pm 7,7$  ans. Il s'agissait de 79 femmes et 19 hommes avec un sex-ratio de 0,23. L'indication de l'arthroplastie totale de genou était une arthrose dégénérative dans 95% et une arthrose secondaire à une polyarthrite rhumatoïde dans 5% des cas. L'incidence des neuropathies péri-patellaires a été notée chez 68,3 % des patients et ceci, indépendamment de l'abord utilisé (antéro-interne et sagittal médian) et de la longueur de l'abord. Le taux de patients satisfaits ou très satisfaits était de 95,8%. Nous avons démontré une corrélation statistiquement significative entre la satisfaction et la douleur mécanique dynamique ainsi qu'entre la douleur antérieure du genou et l'incidence des sensations altérées avec un  $p < 0,05$ . Nous avons également noté que quatre de nos patients ont estimé qu'une altération de la sensation cutanée était un facteur déterminant important de leur insatisfaction.

Conclusion :

Les modifications sensorielles dues aux lésions de la branche infra-patellaire du nerf saphène au cours d'une arthroplastie totale du genou sont fréquentes et peuvent nuire à la satisfaction du patient. Il est probablement plus judicieux d'informer les patients de ce risque lors de la préparation préopératoire.

**C21** : Pathologie de la coiffe des rotateurs : confrontation examen clinique et constatations peropératoires

Mhiri A, Chermiti W, Aissa T, Triki M A, Naouar N, Ben Aych M LCHU Sahloul Sousse

Introduction :

La lésion de la coiffe des rotateurs est une cause fréquente de douleur de l'épaule, devenant un motif de consultation quotidien, vu l'impotence fonctionnelle qu'elle engendre et la gêne majeure dans les activités domestiques et professionnelles. Ce travail vise à évaluer la validité des manœuvres de l'examen clinique des ruptures de la coiffe en utilisant comme référence les constatations peropératoires.

Matériels et méthodes :

Etude prospective concernant 90 patients consultants pour une épaule douloureuse évoquant une lésion de la coiffe et opérés après exploration complète basée sur des arguments cliniques et radiologiques. Un examen programmé de l'épaule a été réalisé la veille de l'acte opératoire.

Résultats :

Les tests de conflit (Neer, Hawkins) semblent assez sensibles avec respectivement (97.5% ,79.2%) alors que le test de Yocum est moins sensible avec 39%. Les 3 tests sont peu spécifiques avec respectivement (12.5%, 12.5% et 37,5%). La manœuvre de Jobbe témoignant d'une lésion du supra-épineux par la mise en évidence d'une faiblesse et/ou une douleur, paraît avoir une corrélation avec les constatations chirurgicales avec une sensibilité à 98.7% et une spécificité à 16.6%. Le Palm-up test quant à lui a été autant sensible (58.3%) que spécifique (41%). Le Patte test dans notre étude a été plus spécifique (83.3%) que sensible (33.3%). Le lift-off test ou le test de Gerber a été par contre plus sensible (100%) que spécifique (57%).

## Conclusion :

En conclusion, les constatations de notre étude ont montré la pertinence de 7 tests cliniques pour établir le diagnostic d'un conflit sous acromial, d'une lésion des tendons du supra-épineux, de l'infra-épineux, de la longue portion du biceps et du subscapulaire, tout en incitant à préciser une méthodologie concernant la manière de réaliser ces tests cliniques, le type de lésion étudiée et le critère de réponse évalué.

**C22** :Les causes d'échec des ligamentoplasties du ligament croisé antérieur type kenneth-jones : A propos de 27 cas : A.Boumenjel, A Oueslati, S Saadi, Y Mallat, M Hamdi, L Nousri.

Service d'orthopédie et Traumatologie Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

## Introduction :

L'objectif principal de la reconstruction du ligament croisé antérieur quel que soit le type du transplant est d'avoir un genou stable et indolore. Nous nous sommes intéressés dans notre étude aux échecs anatomiques seulement après une ligamentoplastie de type Kenneth-Jones. Les buts de notre travail étaient d'évaluer l'incidence globale de cette complication et d'identifier ses principales causes.

## Matériel et méthode :

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les cas d'échec anatomique d'une ligamentoplastie du LCA parmi 206 genoux opérés sur une période de 07 ans étalée entre 2010 et 2016 permettant de colliger 27 cas d'échec. Les dossiers ont été étudiés en recherchant les défaillances techniques et les re-ruptures vraies suite à un nouveau traumatisme. Les malpositions des Tunnels fémoraux et tibiaux ont été évaluées selon les critères d'Aglietti et les critères de Howell et Gillquist.

## Résultat :

Le taux d'échec anatomique des ligamentoplasties du LCA était de 13,1%. Aucune plastie extra-articulaire n'a été associée dans notre série. Une erreur technique était la cause présumée pour expliquer cet échec dans 24 cas. Les re-ruptures traumatiques ne représentent que 03 cas. Les malpositions des tunnels étaient les erreurs techniques le plus observées. Il s'agit d'un tunnel fémoral antérieur dans 06 cas, un tunnel tibial postérieur dans 05 cas, un tunnel tibial antérieur dans 01 cas et une association d'un tunnel fémoral antérieur et d'un tunnel tibial postérieur dans 09 cas. D'autres anomalies techniques ont été observée à savoir un défaut de fixation dans 02 cas et un conflit intra-articulaire avec la vis d'interférence dans 01 cas.

## Discussion :

La majorité des échecs sont liés à une malposition des tunnels ou à un défaut de fixation, les autres causes restent marginales. Aussi, bien positionner les tunnels sans tenir compte de la verticalité de la ligne de Blumensaatt ou d'un recurvatum excessif n'exclut pas le risque d'une rupture itérative par un conflit antérieur.

## Conclusion :

Le positionnement des tunnels ainsi que le respect de la morphologie anatomique du genou, en particulier l'échancrure inter-condylienne et la pente tibiale, sont des mesures nécessaires pour prévenir cet échec anatomique.

**C23** :Les reprises des descellements aseptique des prothèses du genou : résultats anatomiques et fonctionnels à propos de 17 cas Chniti I; Mouelhi Th; Kaziz H; Khalki W; Naouar N; Ben Ayeche M L. Service d'orthopédie, CHU Sahloul Sousse.

## Introduction :

La chirurgie prothétique du genou a connu un véritable essor ces dernières années lié d'une part au vieillissement de la population et d'autre part à l'évolution des implants prothétiques. Cependant, la durée de vie de ces prothèses reste limitée et par conséquent le nombre de prothèses de reprises est en train d'augmenter de façon considérable au cours de ces dernières années

## Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective mono-centrique menée au service d'orthopédie et de traumatologie du CHU Sahloul menée entre 2000 et 2014. Nous avons colligé les cas de reprise de PTG d'origine aseptique et nous avons réalisé une évaluation clinique, radiologique et fonctionnelle avec un recul minimum de 2 ans.

## Résultats :

Notre série comporte 21 prothèses de reprises : Dans 17 cas nous avons eu une première reprise. Il s'agissait de 6 hommes et 11 femmes ; l'âge moyen est de 69 ans avec des extrêmes de 58 et 83 ans. La cause de la première reprise était le descellement aseptique dans 15 cas et la raideur dans 2 cas. L'évolution était favorable dans 14 cas avec un résultat fonctionnel satisfaisant.

Dans notre série, au recul moyen de 3 ans, le taux de survie des prothèses de reprises est de 82.23%. Dans 3 cas nous avons eu recours à une nouvelle reprise: une pour sepsis, une pour rupture d'implant et une pour descellement. Cette dernière a nécessité une troisième reprise pour descellement et nous avons été confrontés à des difficultés techniques lors de l'exposition à l'origine d'une lésion accidentelle du tendon rotulien.

#### Discussion & Conclusion:

La reprise d'une prothèse totale du genou est une intervention lourde et nécessite une planification rigoureuse en préopératoire (abord, type de comblement de la perte de substance osseuse, type de prothèse...) et une prise en charge soigneuse en postopératoire. Les résultats des prothèses de reprise sont moins bons que ceux des prothèses de première intention et leurs complications sont plus graves pouvant conduire aux arthrodèses fémoro-tibiales voir aux amputations trans-fémorales.

**C24** : Les scolioses lombaires dégénératives traitées chirurgicalement par double abord à propos de 10 cas avec revue de la littérature

Ben Hnia.M\* ; OsmanW\*, Chtai.S \* ; Khalifa.M.A\* ; Jedidi.M\* ; Bouattour.K\* ; Ben ayeche.M.L\* service d'orthopédie et de traumatologie\* CHU Sahloul Sousse

Introduction : La scoliose lombaire dégénérative s'observe essentiellement chez la femme en période post-ménopausique. Elle peut être de novo sur un rachis initialement sain, soit résulter de la décompensation secondaire d'une scoliose idiopathique fixée à l'adolescence. Nous rapportons 10 cas de scoliose lombaire dégénérative traitée par double voie d'abord.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre Janvier 2000 et Décembre 2015. Nous avons colligé 10 cas de scolioses lombaires dégénératives traitées chirurgicalement par double abord. Nous avons noté la symptomatologie préopératoire, le score de Beaujon pré et postopératoire et l'angle de Cobb pré et postopératoire.

Résultats : Nous avons colligé 10 cas de scoliose lombaire traités par double abord. Tous nos patients étaient de sexe féminin, l'âge moyen était 54,2 ans. Sept patientes présentaient des lombo-sciatalgies avec claudication neurogène; deux patientes avaient en plus des troubles sphinctériens, les 3 autres avaient des lombalgies rebelles au traitement médical. Le traitement chirurgical s'est fait en 2 temps: un premier temps de libération postérieure associée à une arthrodèse instrumentée, un second temps antérieur comportant une dissectomie avec mise en place de cages inter-somatiques. Le score de Beaujon était de 8.11 en préopératoire et de 13.3 en postopératoire avec un gain relatif de 43,6% indiquant un "bon résultat". L'angle de Cobb est passé de 18,16° à 9° en postopératoire.

Discussion : L'étiologie principale de la scoliose dégénérative est une défaillance discale à laquelle s'ajoutent une dystonie musculaire, l'ostéoporose et une fragilité ligamentaire vertébrale. Le geste chirurgical est associé à un taux élevé de morbidité. L'abord postérieur permet un montage postérieur premier avec recalibrage, décompression médullaire et radiculaire et arthrodèse inter-articulaire. L'abord antérieur classique, rétro-péritonéal permet un accès direct aux corps vertébraux avec des taux de fusion plus importants que l'abord postérieur. L'arthrodèse inter-somatique par voie latérale trans-psoas avec un mini abord a une moindre morbidité. L'association d'une arthrodèse inter-somatique antérieure accompagnée d'une fixation postérieure permet de réaliser une fixation circonférentielle avec une meilleure stabilité. Une arthrodèse antérieure inter somatique est systématique devant un bâillement discal important. La réalisation d'une ostéotomie trans-pédiculaire peut être un atout dans le réglage de l'équilibre mais le temps opératoire et les pertes sanguines sont majorées

Conclusion : L'objectif du traitement chirurgical d'une scoliose dégénérative est de réaliser un geste de décompression neurologique, une stabilisation du rachis par une arthrodèse instrumentée et le rétablissement équilibre sagittal par les ostéotomies de correction trans-pédiculaires. La double voie d'abord permet une arthrodèse circonférentielle mais s'accompagne d'une morbidité plus importante.

## **Séance de Notes techniques et de cas cliniques**

### **NT1 : Réinsertion sous arthroscopie des fractures arrachement du massif spinal**

AbidHichem, Gharbi Med Amine, Teborbi Anis, NefissMouadh, Ben MaatougAymen, , EzzaouiaKhilil, Bouzidi Ramzi.

Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, CHU Mongi Slim La Marsa

Introduction :

Les fractures du massif spinal peuvent être à l'origine d'une instabilité du genou si elles ne consolident pas en bonne position. Cette instabilité est d'autant plus ressentie lors de la pratique sportive ou lors des mouvements en rotation. Le but de la réinsertion des épines tibiales est de permettre la consolidation en bonne position et de remettre en tension le ligament croisé antérieur (LCA). et d'éviter les lésions cartilagineuses ou méniscales limitant ainsi la dégradation de l'articulation.

Méthodes :

Trois patients, d'âge moyen 20 ans (18-23 ans), ont été opérés d'une fracture déplacée de l'épine tibiale antérieure sous arthroscopie. Selon la classification de Meyers et Mc Keever, il y avait deux lésions de stade 3 et une lésion de stade 4. Après exploration arthroscopique et débridement de la logette d'avulsion, la réduction de la fracture était effectuée à l'aide d'un viseur tibial. Grâce au viseur, une broche était insérée dans le pied du LCA. Elle était recourbée sur son dernier centimètre intra-articulaire. Une traction était effectuée sur la broche jusqu'à la voir se décourber partiellement sur le fragment réduit. La fracture a toujours consolidé et le matériel a toujours été retiré. Une évaluation clinique et radiologique avait retrouvé un bon résultat dans les trois cas.

Discussion et conclusion :

Les avulsions de l'épine tibiale antérieure chez l'adulte sont réputées pour leur mauvais pronostic avec raideur ou laxité résiduelle. Les avantages de la fixation arthroscopique sont nombreux. Une bonne réduction permettrait d'éviter l'instabilité ainsi que les lésions cartilagineuses ou méniscales limitant ainsi la dégradation de l'articulation. Il persiste néanmoins des limites liées aux difficultés techniques ou à l'insuffisance de stabilisation de fragments comminutifs.

La fixation arthroscopique par broche présente les avantages d'une procédure simple, permettant une mise en compression élastique stable des fragments qui autorise l'appui et la mobilisation précoce du genou. Cette stabilité peut expliquer les bons résultats de notre courte série.

### **NT2 : Traitement des fractures-luxations de Trojan par un fixateur dynamique de Suzuki**

Dahech F, Sehli H, BelhajMessaoud A, Ben Slimen S, Barkallah O, Mbarek M, Abdelkefi M

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CTGB Ben Arous

Introduction

La fracture-luxation dorsale de l'interphalangienne proximale associe une fracture marginale antérieure de la base de la deuxième phalange et une luxation dorsale de l'interphalangienne proximale. Cette lésion instable est génératrice de raideur et la douleur résiduelle. Le but de notre travail est de décrire la technique de pose du fixateur dynamique de SUZUKI pour traiter ce type de lésions.

Matériels et méthodes

Nous avons décrit, à travers deux cas, la technique de pose du fixateur dynamique de SUZUKI.

Résultats

Au recul de 6 mois, nous avons noté la consolidation des fractures avec reprise importante de la mobilité. Nous n'avons pas eu d'instabilité post-opératoire.

Discussion

La fracture-luxation dorsale de Trojan est une lésion instable dont les séquelles fonctionnelles sont gênantes. Différents moyens thérapeutiques ont été décrits. Nous avons opté pour le fixateur dynamique. Nous avons obtenu des résultats fonctionnels et radiologiques satisfaisants.

## Conclusion

Le traitement de la fracture-luxation de l'interphalangienne proximale doit assurer une réduction stable permettant une mobilisation précoce. Le fixateur dynamique de SUZUKI est une technique simple et reproductible qui offre des résultats encourageants.

### **NT3** : Traitement des fractures du calcanéum par voie mini invasive

H.BenAyeche ; M.A.Triki ; H.KAZIZ ; W.Chermi ; N.Naouar ; M.LBen Ayache

Service d'Orthopédie CHU Sahloul

Les fractures du calcanéum sont graves, elles constituent 65% des fractures du tarse et 2 % de l'ensemble des fractures. Le traitement chirurgical est tributaire de la nature de la fracture et de l'état cutané qui constitue un problème majeur de la chirurgie du calcanéum en pré et post opératoire. Par la présente étude on veut évaluer 33 patients opérés pour des fractures calcanéum par technique mini invasive.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective du 01/01/2018 au 31/08/2018 sur 33 patients présentant une fracture thalamique du calcanéum.

Les patients ont eu un scanner préopératoire, avec mesure de l'angle de Bohler

Tous ont été traités par voie mini invasive : le patient étant en décubitus latéral du côté controlatéral par rapport au membre atteint.

Par mini abord externe on réduit la surface thalamique par une spatule et on maintient la réduction par un clou Steinmann qu'on introduit par la tubérosité calcanéenne supérieure renforcée par deux broches : une de chaque côté du clou.

L'évaluation de la réduction est radio clinique : mesure de l'angle de Bohler post opératoire et à 3 mois, évaluation clinique utilisant le score de KITAOKA.

Résultats :

L'âge moyen était de 39 ans +/- 5. Le sexe ratio est de 2.

L'accident de travail constitue 69%, suivie de l'accident domestique.

Le traumatisme est isolé dans 30% des cas, associé à d'autre lésion dans 70% des cas

Les Fractures du Calcanéum étaient classées Duparc 4.

L'angle de Bohler préopératoire moyen est  $2^{\circ} \pm 8^{\circ}$ .

Temps opératoire moyen 26 min +/- 5 min

L'angle de Bohler post opératoire est des  $25^{\circ} \pm 5$

L'angle de Bohler à 3mois était de  $20^{\circ} \pm 3^{\circ}$  avec un index de perte de correction Moyen de  $0.8 \pm 0.12$

Le Score de KITAOKA Moyen était de  $92 \pm 4$

Une seule infection sur broches a été notée qui fait conflit avec la peau, a été enlevée à la consultation externe.

Conclusion :

Les fractures de calcanéum sont graves et le pronostic est dicté par l'état cutané ; la technique mini invasive permet de réduire les complications et d'avoir de bons résultats

Mot Clés : Fracture ; calcanéum ; chirurgie

**CC1** : Fracture du col de fémur chez une fille de 14 ans. Bensallah M / Kraiem H/ Bellil M/ Daoudi S/ Elloumi A/ Lebib H/ Kooli M / K.HADHRIService d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Charles Nicolle  
OBSERVATION

IL s'agit d'une fille âgée de 14 ans aux antécédents d'acidose tubulaire aigüe et de retard de croissance statural pour lesquels elle est suivie en néphro-pédiatrie. Suite à un AVP, la patiente a présenté une fracture sous trochantérienne simple fermée non compliquée. Devant l'impossibilité de l'enclouage (fut diaphysaire rétréci et présence de cartilage de croissance au niveau du grand trochanter), une ostéosynthèse par plaque a été faite. Le contrôle radiologique postopératoire était jugé satisfaisant. A 02 mois post opératoire la patiente consulte suite à un nouveau traumatisme, à la radiographie du bassin : une fracture du col du fémur comminutive.. Devant l'âge, le type de fracture..., la décision thérapeutique était mitigé entre un traitement conservateur ou un traitement radical d'emblée. Dans notre cas nous



avons opté pour un traitement radical par une prothèse totale de hanche. Les suites opératoires étaient simples et une bonne évolution clinique et radiologique.

#### DISCUSSION

Les fractures du col du fémur sont rares chez l'enfant mais graves, survenant généralement suite à un mécanisme violent. La classification la plus utilisée est celle de Delbet en quatre types. Le traitement dépend largement du type de fracture et de l'âge de l'enfant.

Classiquement, toutes les fractures déplacées doivent faire l'objet d'une réduction et d'une fixation interne. Chez les tout-petits, des broches de Kirschner sont utilisées pour les fractures à décollement épiphysaires et certains cas de fractures transcervicales. Pour les fractures transcervicales chez les enfants plus grands et pour les fractures intertrochantériennes, des vis à filetage court sont utilisées, tout en respectant le cartilage de croissance. Les complications des fractures du col du fémur de l'enfant sont fréquentes. Outre la pseudarthrose et la déformation en varus, la nécrose avasculaire reste la complication la plus redoutée et la plus grave. La nécrose avasculaire de l'épiphyse fémorale supérieure post-traumatique peut donner lieu à un handicap définitif.

Une arthroplastie de hanche est très rarement indiquée en fin de croissance car peut causer de nombreux problèmes précoces.

**CC2** : Ostéome ostéoïde de l'arrière fond du cotyle traité par forage résection osseux percutané scannoguidée

A.Boumenjel, Z.Jlalia, A.Ouahchi, K.Kamoun, M.Jenzri Service d'orthopédie infantile. Institut Kassab d'orthopédie, Kassar Said.

#### INTRODUCTION

L'ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse primitive bénigne. Elle se localise souvent sur la diaphyse et la métaphyse des os longs, sa localisation au niveau de l'arrière fond du cotyle reste rare posant des problèmes de stratégie thérapeutique.

#### OBSERVATION

Nous présentons le cas d'un patient âgé de dix-sept ans se plaignant de douleur de la hanche gauche d'horaires inflammatoires, résistante au traitement médical et évoluant depuis une année. L'examen clinique trouve une limitation importante et douloureuse de la mobilité articulaire. Le reste de l'examen est normal. L'exploration radiologique a objectivé une lésion tumorale au niveau de l'arrière fond de cotyle pouvant cadrer avec un ostéome ostéoïde. Notre patient a bénéficié d'un forage résection tumorale scannoguidée. L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic initial. Les suites opératoires ont été marquées par la disparition immédiate des douleurs, reprise d'une activité normale et un très bon résultat clinique à 03 mois de recul.

#### DISCUSSION

L'ostéome ostéoïde de l'arrière fond du cotyle est caractérisé par sa rareté et par la difficulté technique de son exérèse, liée à la profondeur de cette lésion. La chirurgie de cette localisation impose un double impératif : excision complète de la tumeur et préservation de l'avenir de la hanche. Certains auteurs rapportent la nécessité de luxer la hanche pour un abord direct, ou de réaliser une arthroscopie de cette articulation, techniquement difficile. Le forage résection osseux percutané est une technique efficace, non invasive, permettant une exérèse complète grâce à un matériel adapté.

#### CONCLUSION

La localisation de l'ostéome ostéoïde au niveau du cotyle est exceptionnelle. La résection tumorale par une voie percutanée scannoguidée reste le traitement de choix et donne des résultats satisfaisants à court et à long terme.

## LISTE DES COMMUNICATIONS AFFICHEES

### JEUDI 13 JUIN à 16h00 / THEMES :Traumatologie, Ortho pédiatrie

**P1:** Résultats fonctionnels des fractures sus et inter condyliennes type C1/C2 de la classification AO traitées chirurgicalement par plaque externe et vissage interne.

M.L.Toumia ; M.A.Triki , H.Kaziz ; W.Chemiti ;T.Mouelhi ;N.Naouar ;M.L Ben Ayache  
Service d'orthopédie CHU Sahloul Sousse

**P2:**Brochage et laçage coraco-claviculaire des luxations acromio-claviculaires : Résultats et évolution chez le sportif.

K Mosbeh, F Harrar, M Khaled, G Drissi, M Barsaoui  
Service d'orthopédie - CHU La Rabta, Tunis

**P3:**Étude bactériologique des complications septiques des traumatismes balistiques des membres Oueslati A,

Mallat Y, Chouchène MO, Znagui T, Hamdi M, Nouisri L.  
Service d'orthopédie, hôpital militaire de Tunis

**P4:**Prise en charge de l'entorse de la cheville en médecine générale, connaissance et application des critères d'Ottawa

Sghir M1, Haddada I1, Fekih A2, Haj Salah A1, Dammak N3, Kessomtini W1  
1-Service de médecine physique CHU Taher Sfar Mahdia  
2-Service d'orthopédie CHU Fattouma Bourguiba Monastir  
3-Service d'orthopédie CHU Taher Sfar Mahdia

**P5:**Luxation postérieure récente de l'épaule traitée par transfert du sub-scapulaire : A Propos de 2 cas et revue de la littérature

Karim Masmoudi, Hamdi Kaziz, Thabet Mouelhi, Maher Khelifi, Hatem Jellali, Nader Naouar  
1 Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Sahloul Sousse  
2 Service d'orthopédie, Hôpital Sidi Bouzid

**P6:**Traitement chirurgical du coude flottant chez l'enfant : à propos de deux cas

Souid A, Ben Salem G, Fekih A, Bouker H, Aloui I, Abid A  
Service d'orthopédie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

**P7:**Pseudo anévrysme de l'artère fémorale après ostéosynthèse interne d'une fracture trochantérienne. A propos de 2 cas. Ma Chouchene , W Chebbi , K Turki , H Rhimi ,H Annabi , M Abdelkefi,

Service de chirurgie orthopédique, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Ben Arous

**P8:**La prise en charge des fractures supracondyliennes et sus et intercondyliennes du femur : à propos de 50 cas. Benour Mohamed Amine, Denguezli Romdhane, Khezami Karim, Jaouadi Mohamed Amin, Ben

Rhaim Ahmed, Khelif Mohamed Ali

Service d'orthopédie et de traumatologie ; Hôpital BOUGATFA Bizerte

**P9:**Luxation centrale de la hanche une étude rétrospective portant sur 23 cas

Aymen Hanafi, Hamdi Kaziz, Wajdi Chermiti, Mohamed Amine triki, Nader Naouar, Mohamed Ben Ayeche.  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique CHU Sahloul Sousse

**P10:**Les complications périphériques des syndromes Vipérin ( a propos de deux cas )

Turki Melek\*, Abid Ameer \*, Ben Jemeaa Mohamed\* , Arbi Marouene \*, Ellouze Zoubair \*, Ezzouch Imen\*\*, Amouri Nouha\*\*, Zribi Wassim\* , Keskes Hassib \*  
Service de chirurgie orthopédique CHU Habib Bourguiba Sfax \*

Service de réanimation chirurgicale CHU Habib Bourguiba Sfax \*\*

**P11:** Facteurs prédictifs de la mortalité précoce après fracture du fémur distal chez le patient âgé  
N Jemai , W Chebbi , Ma Chouchene , F May , H Rhimi , M Mbarek, M Zaraa  
Service de chirurgie orthopédique, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Ben Arous.

**P12:** La disjonction acromio-claviculaire stade 3 : Traitement chirurgical versus traitement orthopédique  
Oueslati A, Mallat Y, Ben Ammar A, Rafrafi A, Hamdi M, Nouisri L.  
Service d'orthopédie, hôpital militaire de Tunis

**P13:** Luxation bilatérale de l'épaule à propos d'un cas et revue de littérature  
Souid A, Bouker H, Fekih A, Ben Salem G, Aloui I, Abid A  
Service orthopédie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

**P14:** Les fractures avulsion de la tubérosité calcanéenne en bec de canard  
Chtai.S\* ; Osman.W\* ; Souid.A\* ; Jedidi.M\* ; Khalifa.M.A\* ; Bouattour.K\* ; Ben Ayeche.M.L\*  
Service d'orthopédie et de traumatologie CHU Sahloul Sousse

**P15:** Pseudarthrose septique du fémur traitée par la technique de la membrane induite : à propos d'un cas  
Ben Salah M., Kamoun C. , Bellil M. , Belhaj G., Elloumi A., Lebib H. , Hadhri K. , Kooli M.  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique - Hôpital Charles Nicolle Tunis.

**P16:** Luxation postéro-externe du coude doublement compliquée d'une ischémie aiguë du membre supérieur et d'une récurrence (à propos d'un cas)  
Ben Salah M. Kamoun C. Bellil M. Daghfous Y. Elloumi A. Lebib H. Hadhri K. Kooli M.  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique - Hôpital Charles Nicolle Tunis.

**P17:** Compression post-traumatique du nerf thoracique long, à propos d'un cas et revue de la littérature  
Achraf Lajmi<sup>1</sup>, Mohamed Ben Jemaa<sup>1</sup>, Marouen Elarbi<sup>1</sup>, Ameer Abid<sup>1</sup>, Hela Zouari<sup>2</sup>, Abdelmonem Yahia<sup>3</sup>,  
Kamel Ayadi<sup>1</sup>, Wassim Zribi<sup>1</sup>, Hassib Keskes<sup>1</sup>

1. Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax
2. Service d'exploration fonctionnelle, CHU Habib Bourguiba de Sfax
3. Service de réadaptation fonctionnelle et de médecine physique, CHU Habib Bourguiba de Sfax

**P18:** Fracture-énucléation du talus : à propos de deux cas: Fekih Aymen, Souid Abderrahmen, Bouker Helmi, Chaker Mohamed, Othman Youssef, Aloui Issam, Abid Abderrazak .  
Service d'orthopédie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

**P19:** Luxation traumatique de la hanche associée à une fracture pertrochantérienne homolatérale chez un adulte : 30 ans après Fekih Aymen, Souid Abderrahmen, Bouker Helmi, Chaker Mohamed, Othman Youssef, Aloui Issam, Abid Abderrazak .  
Service d'orthopédie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

**P20:** Etude des ossifications hétérotopiques du moignon du membre inférieur après explosion de mine  
Bellila S, Znagui T, Chefi MA, Mallat Y, Khzami M, Nouisri L.  
Service d'orthopédie, hôpital militaire de Tunis

**P21:** Corrélation entre les données du scanner préopératoire et les résultats fonctionnels postopératoires dans les fractures de plateau tibial : étude de 33 dossiers  
Ben Ammar A, Mallat Y, Chouchène MO, Znagui T, Hamdi M, Nouisri L  
Service d'orthopédie, hôpital militaire de Tunis

**P22:** Malformation cervico-occipitale rare et grave révélée par un traumatisme: à propos d'un cas  
Meddeb M. , Makhlouf H. , Aloui F. , Habboubi K. , Bouhdiba S. , Mestiri M.  
Service d'orthopédie Adultes – Institut MT Kassab d'Orthopédie

**P23 :** Localisation rare d'un Kyste anevrysmal  
Gsaier O., Khireddine M., Rzigui I., Bouhaffa H., Kmantar L., Houidi A.  
Service universitaire de chirurgie orthopédique. CHU Habib Bourguiba Médenine

**P24:**Sleeve fracture de la rotule chez l'enfant : A propos d'un cas  
W.Arfa, Z.Jlalia, A.Gharbi, G.Belaazi, K.Kamoun, M.Jenzri  
Service d'orthopédie infantile. Institut Kassab d'orthopédie, Kassar Said.

**P25:**Déformation rachidienne secondaire à une résection d'un ostéochondrome costal  
W. Arfa, Z. Jlalia, S. BenBrahim, A. Ouahchi, K. Kamoun, M, Jenzri  
Service d'orthopédie infantile. Institut Kassab d'orthopédie, Kassar Said.

**P26:**Synostose fibreuse du tarse chez un patient âgé de 12 ans : particularité du diagnostic  
Akremi M.S.E ; Zairi M. ; Boussetta R. ; Msekni A. ; Mensia K. ; Saied W. ; Bouchoucha S. ; Nssib M.N.  
Service de chirurgie orthopédique pédiatrique hôpital d'enfant Bechir Hamza

**P27:**La rupture sous cutanée du fléchisseur radial du carpe ( a propos d'un cas post traumatique)  
Turki Melek, Ben Jemaa Mohamed , Lajmi Achraf , Abdelhedi Oussema , Abid Ameer , Sahnoun Nizar , Baya Walid , Zribi Wassim , Keskes Hassib  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

**P28:**Luxation bilatérale du genou associé à une fracture de jambe : A propos d'un cas rare  
Ben Slimene S, Chebbi W, Selmene A, Dahech F, Mbarek M, Abdelkefi M  
Service de chirurgie orthopédique Centre de traumatologie et des grands brûlés Ben Arous

**P29:**Fracture luxation de Lisfranc et Chopart : à propos d'un cas rare  
Ben Slimene S, Chebbi W, Selmene A, Belhadj Messaoud Ahmed, Mbarek M, Abdelkefi M  
Service de chirurgie orthopédique Centre de traumatologie et des grands brûlés Ben Arous

**P30:**Fracture de Hoffa bicondylienne associée à une luxation du genou :  
quelle voie d'abord ? : G. Ben Salem, M. Zrig, Y. Othman, S. Rabhi, Z. Bellaaj, A. Fekih, I. Aloui, M. Koubaa,  
A. Abid  
Service d'orthopédie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

## **VENDREDI 14 JUIN à 16h00 / THEMES : Dégénératif, tumoral, infectieux**

**P31:** Corrélation IRM- ARTHROSCOPIE dans les Lésions Méniscales du Genou : a propos de 60 cas.  
L.Haddoug, A.Rafrafi, M.Cheffi, S.Bellil,T.Znaigui , M. Hamdi, L. Nouisri  
Service d'orthopédie Hôpital Militaire De Tunis

**P32:**Ligamentoplastie du ligament collatéral médial du pouce par l'hémi-court extenseur du pouce, à propos de deux cas : Oussema Abdelhedi<sup>1</sup>, Wassim Zribi<sup>1</sup>, Malek Turki<sup>1</sup>, Mobamed Ben Jemaa<sup>1</sup>, Yosr Hentati<sup>2</sup>, Ameer Abid<sup>1</sup>, Hassib Keskes<sup>1</sup>

1. Service de Chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax
2. Service de radiologie, CHU Hédi CHaker de Sfax

**P33:** Les résultats de la technique de Latarjet dans le traitement de l'instabilité antérieure chronique de l'épaule dans le milieu militaire : série de 70 cas

Oueslati A, Mallat Y, Chefi MA, Rafrafi A, Hamdi M, Nouisri L

Service d'orthopédie Hôpital Militaire De Tunis

**P34:**Syndrome du défilé thoraco-brachial artériel pur sur côte cervicale : difficulté diagnostique pour une cause exceptionnelle. Ben Slimene S, Chebbi W, Selmene A, Dahech F, Mbarek M, Abdelkefi M

Service de chirurgie orthopédique Centre de traumatologie et des grands brûlés Ben Arous

**P35:**Fibrolipome intraneural du nerf médian : à propos d'un cas

Karim LATRACH TLEMSANI, Hamza KEFI, Khalil AMRI, Rabie AYARI, Lotfi NOUISRI

Service d'orthopédie Hôpital Militaire de Tunis

**P36:**L'apport de la cupule vissée dans l'arthrodèse des 4 os internes du carpe, à propos de 4 cas (note technique) : Oussema Abdelhedi<sup>1</sup>, Wassim Zribi<sup>1</sup>, Malek Turki<sup>1</sup>, Mohamed Ben Jemaa<sup>1</sup>, Yosr Hentati<sup>2</sup>, Ameer Abid<sup>1</sup>, Hassib Keskes <sup>1</sup>

1.Service de Chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

2.Service de radiologie, CHU Hédi Chaker de Sfax

**P37:**Avantages et indications des reprises des prothèses totales de hanche par voie antérieure.

Auteurs : Abid Hichem, Bousrih Anis, Teborbi Anis, Nefiss Mouadh, Ben Maatoug Aymen, Ezzaouia Khilil, Bouzidi Ramzi.

Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, CHU Mongi Slim La Marsa

**P38:**Avulsion traumatique proximale du tendon du long extenseur commun des orteils : A propos de 2 cas

Belhaj Mesaoud A, Chebbi W, Dahech F, Selmene A, Zarraa M, Haj Salah M, Mbarek M, Abdelkefi M

Service de chirurgie orthopédique Centre de traumatologie et des grands brûlés Ben Arous

**P39:**Réparation secondaire d'une rupture négligée du tendon quadricipital

Wael LAHSSINI, Mehdi HADJ SALAH, Maamoun MIHOUBI, Wael CHEBBI, Mourad ZARAA, Mohamed ABDELKEFI.

Service de chirurgie orthopédique, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Ben Arous

**P40:** La gestion des pertes de substances osseuses au cours des reprises des PTG

Chtai.S\*, Mouelhi.T\*;Bouker.H\*; Rejeb.H\*,Naouar.N\*,Bouattour.K\* ; Rejeb N\*\* ;Ben ayech.M.L\*

CHU Sahloul service d'orthopédie\*

CHU Sahloul service de médecine physique\*\*

**P41:**L'intérêt du montage lombo-sacré dans le traitement du spondylolisthésis par lyse isthmique de haut grade chez l'adolescent: Karim Latrach Tlemsani, Khalil Amri, Rabie Ayari, Hamza Kefi, Lotfi Nouisri

Service d'orthopédie Hôpital Militaire de Tunis

**P42:**La reconstruction du tendon rotulien par le fascia lata à propos de 3 cas

Oussema Abdelhédi, Wassim Zribi, Sami Chtourou, Mohamed Ben Jemaa, Ameer Abid, Hassib Keskes

Service de Chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

**P43:**La contrainte prothétique au cours des reprises des prothèses totales du genou

Chtai.S\*; Mouelhi.T\* ;Bouker.H\* ;Rejeb.H\* ;Naouar.N\* ;Bouattour.K\* ; Rejeb.N\*\* ;Ben ayech.M.L\*

\*Service d'orthopédie CHU Sahloul

\*\*Service de médecine physique CHU Sahloul

**P44:** Voie postérieure transtricipitale du coude

Mounir Yahyaoui, Mohammed Benhammou, Omar Agoumi, Abdelkrim Daoudi

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique A ; CHU Mohammed VI- Oujda (Maroc)

**P45:** Les résultats du traitement chirurgical à ciel ouvert de la rupture aiguë du tendon calcanéen chez les sportifs : série de 43 patients Oueslati A, Mallat Y, Haddouk L, Saadi S, Hamdi M, Nouisri L.

Service d'orthopédie Hôpital Militaire De Tunis

**P46:** Les complications après les prothèses de reprises du genou

Chtaï S\* ; Bouker H\* ; Mouelhi T\* ; Rejeb H\* ; Naouar N\* ; Bouattour K\* ; Rejeb N\*\* ; Ben ayech ML\*

\*Service d'orthopédie CHU Sahloul

\*\*Service de médecine physique CHU Sahloul

**P47:** Prise en charge des pseudarthrose septiques du fémur et de tibia selon une technique chirurgicale

standardisée: a propos de 30 cas .L. Haddoug, Y. Mallat, M. Cheffi, S. Bellil, A. Rafrafi , M. Hamdi, L. Nouisri

Service d'orthopédie Hôpital Militaire De Tunis

**P48:** Localisation exceptionnelle d'une Tumeur Glomique

Zitouna Kh, Mosbeh K, Sellami M, Harrar F, Khaled M, , Barsaoui M

Service d'orthopédie-Hôpital La Rabta

**P49:** Les sarcomes des tissus mous, a propos de 25 cas

Zitouna Kh, Mosbeh K, Aydi H, Harrar F, Sellami M, Barsaoui M

Service d'orthopédie-Hôpital La Rabta

**P50:** Infections ostéo-articulaires à Salmonelles à propos de 5 cas et revue de la littérature

Achraf Lajmi<sup>1</sup>, Mohamed Ben Jemaa<sup>1</sup>, Khaled Keskes<sup>1</sup>, Marouen Elarbi<sup>1</sup>, Ameer Abid<sup>1</sup>, Emna Elleuch<sup>2</sup>, Wassim Zribi<sup>1</sup>, Hassib Keskes<sup>1</sup>

1. Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

2. Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax

**P51:** Chondromatose synoviale de l'épaule : à propos de 2 cas et revue de la littérature.

Abid A, Abdelhedi O, Ellouz Z, Ben jmeaa M, Zribi W, Keskes H

Service d'orthopédie et de Traumatologie CHU Habib Bourguiba – Sfax ,.

**P52:** Localisations rares des lymphangiomes des tissus mous. A propos de 04 cas

Abid A, Abdelhedi O, Bouaziz W, Zribi W, Ellouz Z, Ayedi k, Keskes H

Service d'orthopédie et de Traumatologie CHU Habib Bourguiba – Sfax ,.

**P53:** Schwannome bénin à multiples localisations au membre inférieur

Ben Salah M/ Kraiem H / Bellil M/ Daoudi S/ Elloumi A/ Lebib H / Kooli M/ Hadhri K

Service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Charles Nicolle

**P54:** Hémangiome intra-osseux de l'astragale : une localisation rare.

Bousrih Anis, Abid Hichem, Ben Maatoug Aymen, Ayari Sakr, Nefiss

Mouadh, Teborbi Anis, Ezzaouia Khilil, Bouzidi Ramzi.

Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, CHU Mongi Slim La Marsa

**P55:** Pseudarthrose du tibia associée à une arthrite PR du genou: planification et conduite thérapeutique.

Abid Hichem, Ben Maatoug Aymen, Jlassi Moatassef, Teborbi Anis, Nefiss Mouadh, Ezzaouia Khilil, Bouzidi Ramzi.

Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, CHU Mongi Slim La Marsa

**P56:**Tuberculose des parties molles : pseudotumeur du talon à propos d'un cas  
Hariz L, Abdelkefi. M, Arsi. M, Chebbi. W, Sayed. W, Hadj salah. M, Mbarek. M, Zaraa.M  
Service d'orthopédie et de traumatologie CTGB Ben Arous

**P57:** Intérêt de la technique de Masquelet dans la pseudarthrose post-ostéomyélite chronique. A propos d'un cas et revue de littérature. - Ksibi Abdessalem<sup>1</sup>, Beji H1,Chickrohou H1, Chaieb Amina<sup>2</sup>, Zitoun Y1, Abid F1

1: Service d'orthopédie et de traumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia

2: Département Medecine de Famille Monastir

**P58:**Résultats du traitement par corset des spondylodiscites infectieuses thoraco-lombaires  
Zitouna Kh, Mosbeh K, Harrar F, Khaled M, Sellami M, Barsaoui M  
Service d'orthopédie-Hôpital La Rabta

**P59:**Epidémiologie de l'ostéomyélite aiguë de l'enfant et de l'adolescent dans la région de Sousse  
Mhiri A, Fourati C, Mouelhi T, Chermiti W, Naouar N, Ben Ayech M L.  
Service d'orthopédie, CHU Sahloul Sousse

**P60:**Ablation par radiofréquence des ostéomes ostéoïdes du col du fémur : étude de deux cas inédits  
Maamoun MIHOUBI, Mohamed ABDELKEFI, Amine CHABCHOUB, Wael CHEBBI, Mohsen TRABELSI, Mehdi HADJ SALAH, Mondher MBAREK, Mourad ZARAA.  
Service de chirurgie orthopédique, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie.

## LISTE DES E POSTERS

**EP1.** La lésion de Nora, une tumeur osseuse rare : à propos d'un cas et revue de la littérature.  
Ben salah.M , Fteiti.W , Bellil.M , Kamoun .C, Lebib.H, Kooli.M, Hadhri.K .  
Service orthopédie – traumatologie hôpital Charles Nicolle Tunis.

**EP2.** Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus traitée par enclouage  
Kefi Hamza, Boumediane El Mehdi, Meherzi Malek, Figuira Ahmed, Demortière Eric.  
Centre Hospitalier Bagnols-sur-Cèze, France.

**EP3.** La Technique de la membrane induite dans le traitement de la tuberculose du cinquième métatarsien : à propos d'un cas et revue de la littérature.  
Ben Salah.M , Fteiti.W, Bellil.M, Khoffi .W , Lebib.H, Kooli.M , Hadhri.K .  
Service d'orthopédie – traumatologie hôpital Charles Nicolle Tunis.

**EP4.** ligamentoplastie LCA par le demi-tendineux en 4 brins  
Kefi Hamza, Boumediane El Mehdi, Meherzi Malek, Figuira Ahmed, Demortière Eric.  
Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze, France.

**EP5.** Résultat fonctionnel de la chirurgie percutanée des rayons latéraux  
MEHERZI.M, KEFI.H, BOUMEDIANE.M, FIGUIRA.A, DEMORTIERE.E  
Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze, France.

**EP6.** Traitement chirurgical de la rupture traumatique du muscle grand pectoral  
Adnane LACHKAR, Hicham YACOUBI, Abdeljaouad NAJIB  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologie B – CHU Mohamed VI Oujda MAROC

**EP7.** Le traitement chirurgical de la maladie de Schuermann : étude rétrospective à propos de 24 cas  
Zgolli A, Jalia Z, Daghfous MS Institut Mohamed Taieb Kassab Tunis

**EP8.** L'efficacité du lavage articulaire arthroscopique sur la symptomatologie de la gonarthrose  
Kefi Hamza, Amri Khalil, Tlemsani Karim, Ayari rabie, Nouisri Lotfi.  
Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

**EP9.** Exérèse d'une tumeur rachidienne par double abord et sous thoracoscopie  
Ben Salah M, Khoffi W, Bellil M, Kechich MA, Elloumi A, Lebib H, Kooli M, Hadhri K. Service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Charles Nicolle

**EP10.** Luxation du coude associée à une fracture ipsilatérale de la diaphyse radiale : à propos de 6 cas  
M.A.El Halemi, S.Diao, D.Bennouna, Y.Andalousi  
CHU Ibn Rochd de Casablanca

**EP11.** Phlegmon des gaines des fléchisseurs  
Hammami Mourad , El Baya Walid , Chtourou Sami , Keskes Hassib .  
Hôpital régional de Tataouine

**EP12.** Place du traitement chirurgical dans le traitement de l'ostéome ostéoïde vertébral : à propos de 3 cas et revue de la littérature  
Khaled Keskes, Zribi Wassim, Mohamed Ben Jemaa, Achraf Lajmi, Mourad Aoui, Mohamed Habib Kammoun, Kamel Ayedi, Ameer Abid, Hassib Keskes  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax.

**EP13.** Tumeurs malignes de la scapula traitées par une scapulectomie totale avec suspension de l'humérus à la clavicule : à propos de 2 cas  
Khaled Keskes, Mohamed Ben Jemaa, Ameer Abid, Achraf Lajmi, ,kamel ayedi Wassim Zribi, Hassib Keskes  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax.

**EP14.** Sarcome d'Ewing de la clavicule à propos d'un cas et revue de la littérature  
Khaled Keskes, Mohamed Ben Jemaa , Achraf Lajmi, Ameer Abid, Kamel Ayadi, Wassim Zribi, Hassib Keskes  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax.

**EP15.** Syndrome de MAFFUCI, à propos d'un cas.  
KHERIFI Imane  
Service d'orthopédie , EPH Bouhadjar, EL-TAREF, Algérie

**EP16.** Arthrite septique à pyogène : profil clinique et microbiologique  
Guesmi.Z (1), Beji.I (1), Ben Zid.I (1), Daghfous.MS(2), Mestiri.M(3), Sallem.S(1), Bouzouaya.N (1).  
(1)Service des maladies infectieuses ; (2) service de traumatologie ; (3) service d'orthopédie « adultes » ;  
institut Mohamed Kassab d'orthopédie

**EP17.** Tuberculose ostéoarticulaire  
Guesmi.Z(1), Beji.I (1), Daghfous.MS(2), Mestiri.M(3), Sallem.S(1), Bouzouaya.N (1).  
(1)Service des maladies infectieuses ; (2) service de traumatologie ; (3) service d'orthopédie « adultes » ;  
institut Mohamed Kassab d'orthopédie



**EP18.** Traitement chirurgical du pied plat valgus idiopathique de l'enfant par ostéotomie d'allongement du calcanéum selon la technique d'EVANS : à propos de deux cas  
w.khalki, I.chniti, M.khlifa, M.jdidi, W.osmen, K.bouattour, M.ben Ayeche  
Service chirurgie orthopédie et traumatologie Sahloul Sousse

**EP19.** Chondrolyse idiopathique de la hanche chez l'enfant: à propos de trois cas  
A. Trabelsi<sup>1</sup>, W. Osman<sup>1</sup>, M. Haddaoui<sup>2</sup>, A. Hanafi<sup>1</sup>, M. Jedidi<sup>1</sup>, K. Bouattour<sup>1</sup>, ML. Ben Ayeche<sup>1</sup>  
1 service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpital universitaire de Sahloul, Sousse  
2 Service de chirurgie pédiatrique, hôpital universitaire Fattouma Bourguiba, Monastir

**EP20.** Les facteurs prédictifs de survenue de troubles neuro-orthopédiques chez les hémiprécipités vasculaires

Sghir Mouna<sup>1</sup>, Frigui Meryem<sup>1</sup>, Ben Fredj Menel<sup>2</sup>, Fekih Aymen<sup>3</sup>, Bouker Helmi<sup>3</sup>, Hadj Salah Aymen<sup>1</sup>, Dammak Nabil<sup>4</sup>, Kessomtini Wassia<sup>1</sup>

1 : Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle CHU tahar Sfar Mahdia

2 : Service de médecine préventive CHU Fattouma Bourguiba Monastir

3 : Service de chirurgie orthopédique CHU Fattouma Bourguiba Monastir

4 : Service de chirurgie orthopédique CHU tahar Sfar Mahdia

**EP21.** Syndrome d'anneaux de constriction et fracture néonatale: environ 2 cas et revue de la littérature  
Haddaoui.M, Osman.W, Jedidi.M, Trabelsi.A, Bouattour.K, Ben Ayeche.M  
Service chirurgie orthopédie et traumatologie Sahloul Sousse

**EP22.** Optimisation de l'effet du PRP par Stabilisation de la fibrine dans le traitement de l'arthrose  
MA Rebai\*, W Elbaya\*, O. Abdelhédi\*, Kh Keskes\*, F Slimi\*\*, Z. Ellouz\*, W. Zribi\*\*, H Keskes\*

\*Service d'Orthopédie et de Traumatologie de Sfax

\*\* Laboratoire de recherche :Thérapie cellulaire et Chirurgie expérimentale de l'appareil locomoteur

**EP23.** Image lytique de la scapula chez l'enfant : quels diagnostics ?

Balaazi M G ; Jlaïlia Z; Ben Brahim S ; Arfa W; Kamoun K ; Jenzri M

Service d'orthopédie infantile. Institut Kassab. Kassar Said

**EP24.** La Brucellose révélée par un tableau d'ostéo-arthrite aiguë. A propos de 4 cas.

Bouzidi M, Boussetta R, Bouchoucha S, Zairi M, Msekni A, Mensia K, Saïed W, Nessib MN.

Service de chirurgie orthopédique infantile. Hôpital d'Enfant Béchir Hamza. Tunis

**EP25.** Etude des complications de la fracture du col du radius chez l'Enfant

Lengliz A, Boussetta R, Saïed W, Zairi M, Msakni A, Mensia K, Bouchoucha S, Nessib M N.

Service d'orthopédie infantile, Hôpital d'enfants de Tunis Béchir Hamza Tunis

**EP26.** Place du greffon osseux vascularisé dans les pseudarthroses du scaphoïde carpien

M.A.El Halemi, A.Ouzif, Diao, A.R.Haddoun, M.Fadili

CHU Ibn Rochd de Casablanca

**EP27.** Les indications des ostéotomies fémorales basses de varisation sur genu valgum (a propos de 25 cas)

M.A.El Halemi, Y.Lakhdar, D.Bennouna, Y.Andalousi

CHU Ibn Rochd de Casablanca

**EP28.** Intérêt de la réimplantation transcarpienne de la main (a propos de 3 cas)

M.A.El Halemi, S.Famakan, S.Diao, A.R.Haddoun

CHU Ibn Rochd de Casablanca

**EP29.** Anneau de BURCH-SCHNEIDER dans les reconstructions des pertes de substances osseuses acétabulaires : Résultats cliniques et radiologiques de 21 cas.

Ben salah.M , Fteiti.W , Bellil.M , Kamoun .C, Lebib.H, Kooli.M, Hadhri.K .

Service orthopédie – traumatologie hôpital Charles Nicolle Tunis.

**EP30.** Prise en charge chirurgicale de la maladie de Freiberg par ostéotomie de Gauthier low-cost

Adnane LACHKAR, Saber ZARI, Otmane SAMMOUNI, Abdeljaouad NAJIB, Hicham YACOUBI

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie B – CHU Mohamed VI Oujda MAROC

**EP31.** Les résultats des traitements des infections sur prothèses totales du genou

Khalki W; Mouelhi Th; Kaziz H; Aissa T; Naouar N; Ben Ayache M L

Service d'Orthopédie et de Traumatologie, CHU Sahloul Sousse

**EP32.** Traitement du premier épisode de luxation antérieure de l'épaule par réduction sans immobilisation :étude prospective

M.A.El Halemi, S.Diao, N. Meland, M.Fadili

CHU Ibn Rochd de Casablanca

**EP33.** Traitement des pseudarthrose du scaphoïde par la technique de Matti-russ à propos de 23 cas

M.Nabih , F.Sangare ,F.Zifa , K.Raoufi, Y.Kadiri , H.Arfaoui , D.Bennouna , M.Fadili

CHU Ibn Rochd de Casablanca

**EP34.** Traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren

M.Nabih , F.Sangare ,F.Zifa , K.Raoufi, Y.Kadiri , H.Arfaoui ,D.Bennouna ,M.Fadili

CHU Ibnou Rochd Casablanca Maroc

**EP35.** Intérêt de la fixation externe dans le traitement chirurgical des fractures luxations de la cheville

M.A.El Halemi, S.Obi, N.Meland, B.Boushaba, M.Fadili

CHU Ibn Rochd de Casablanca Maroc

**EP36.** luxation de prothèse totale de la hanche : causes et traitement .

M.Nabih , F.Sangare ,F.Zifa , K.Raoufi, Y.Kadiri , H.Arfaoui ,Y.EL.Andaloussi ,M.Fadili

CHU Ibn Rochd de Casablanca Maroc

**EP37.** lésions traumatiques des tendons extenseurs de la main à propos de 18 cas.

S. Aharram<sup>1</sup> , Y. Mounir<sup>1</sup> , J. Amghar<sup>1</sup> , M. Benhamou<sup>1</sup> , A. Lamhaoui<sup>1</sup> , W. Bouziane<sup>1</sup> , M. Sadougui<sup>1</sup> , O. Agoumi<sup>1</sup> , A. Daoudi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de traumatologie-orthopédie du CHU Mohamed VI-Oujda

**EP38.** Approche postérieure du genou pour la fixation de fracture du plateau tibial postéro-médiale contrôlé par un geste arthroscopique à propos de 3 cas..

Soufiane Aharram<sup>1</sup>, &, Yahyaoui Mounir<sup>1</sup>, Abdelhafid Derfoufi<sup>1</sup>, Abdessamad Kharraji<sup>1</sup>, Jawad Amghar<sup>1</sup>, Mohammed benhamou<sup>1</sup>, Lamhaoui Abdessamad<sup>1</sup>, Bouziane Walid<sup>1</sup>, Sadougui Mohammed<sup>1</sup>, Agoumi Omar<sup>1</sup>, Abdelkarim Daoudi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Traumatologie-Orthopédie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

**EP39.** Traitement endoscopique du syndrome du canal carpien selon la technique de Chow à propos de 4 cas

Soufiane Aharram<sup>1</sup>, &, Yahyaoui Mounir<sup>1</sup>, Abdelhafid Derfoufi<sup>1</sup>, Abdessamad Kharraji<sup>1</sup>, Jawad Amghar<sup>1</sup>, Mohammed benhamou<sup>1</sup>, Lamhaoui Abdessamad<sup>1</sup>, Bouziane Walid<sup>1</sup>, Sadougui Mohammed<sup>1</sup>, Omar Agoumi<sup>1</sup>, Abdelkarim Daoudi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Traumatologie-Orthopédie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

**EP40.** Plastie du MPFL chez l'adolescent dans l'instabilité fémoro-patellaire objective à propos de 8 cas.  
Soufiane Aharram<sup>1</sup>, &, Yahyaoui Mounir<sup>1</sup>, Abdelhafid Derfoufi<sup>1</sup>, Abdessamad Kharraji<sup>1</sup>, Jawad Amghar<sup>1</sup>, Mohammed benhamou<sup>1</sup>, Lamhaoui Abdessamad<sup>1</sup>, Bouziane Walid<sup>1</sup>, Sadougui Mohammed<sup>1</sup>, Omar Agoumi<sup>1</sup>, Abdelkarim Daoudi<sup>1</sup>  
1Service de Traumatologie-Orthopédie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

**EP41.** Douleurs osseuses fébriles chez le drépanocytaire : Quelle conduite thérapeutique ?  
Boussetta R, Zairi M, Saied W, Msekni A, Mensia K, Bouchoucha S, Nessib MN.  
Service d'orthopédie Infantile Hôpital d'Enfant Béchir Hamza. Tunis.

**EP42.** Syndrome de surentrainement chez le sportif : à propos de 151 cas  
Mouna Sghir<sup>1</sup> ; Amina Chaieb<sup>1</sup> ; Aymen Hadj Salah<sup>1</sup> ; Nabil Dammak<sup>2</sup>; Ksibi Abdessalem<sup>2</sup>; Wassia Kessomtini<sup>1</sup>; Yadh Zitoun<sup>2</sup>; Faouzi Abid<sup>2</sup>  
-1 service de médecine physique CHU Taher Sfar Mahdia.  
-2Service d'orthopédie CHU Taher Sfar Mahdia.

**EP43.** Traitement chirurgical des ruptures négligées du tendon rotulien (à propos de 20 cas)  
M.A.El Halemi, Y.Lakhdar, A.Ouzif, S.Obi, A.R.Haddoun  
CHU Ibn Rochd de Casablanca

**EP44.** Dégénérescence maligne de la tumeur à cellules géantes dans le tibia distal. À propos d'un cas  
Aloui Faycel, Fendri Omar, Meddeb Mehdi, Makhoulouf Hassen, Lanouer Bouzid, Habboubi Khalil, Mestiri Mondher  
Service Orthopédie Adultes, Institut MT Kassab

**EP45.** Ostéosarcome de l'extrémité proximale du fémur : à propos d'un cas  
Jedidi M, Cheniti I, Khelifa MA, Mhiri A, Siala A, Osman W, Ben Ayeche ML  
Service d'orthopédie et de traumatologie CHU Sahloul Sousse

**EP46.** Ostéosarcome d'hémi bassin  
A. Siala, MA. Khalifa, A. Hanafi, M. Jedidi, A. Trabelsi, K. Bouattour, ML. Ben Ayeche.  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Sahloul Sousse

**EP47.** Sarcome d'EWING de l'humérus proximal  
A. Siala, MA. Khalifa, A. Trabelsi, M. Jedidi, A. Hanafi, K. Bouattour, ML. Ben Ayeche.  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Sahloul Sousse

**EP48.** Les fractures transdiscales du rachis cervical sur spondylarthrite ankylosante : A propos de 2 cas  
Ben Salah M, Khoffi W, Bellil M, Kechich MA, Elloumi A, Lebib H, Kooli M, Hadhri K. Service d'orthopédie hôpital Charles Nicolle de Tunis

**EP49.** les fractures de la base du premier métacarpien à traitement chirurgical chez l'adulte  
Hammami Mourad, El Baya Walid, Chtourou Sami, Keskes Hassib  
Hôpital régional de Tataouine

**EP50.** Etude des complications au cours de l'allongement du fémur chez l'enfant.  
Boussetta R, Zairi M, Bouchoucha S, Akermi S, Msekni A, Mensia K, Saied W, Nessib MN.  
Service d'orthopédie pédiatrique, Hôpital d'enfant Béchir Hamza. Tunis

**EP 51.** Fracture du condyle interne du coude chez l'enfant. Cas clinique et difficultés diagnostiques.

IBRAHIMA Farikou\*, HANDY EONE Daniel, NGO YAMBEN Marie-ange, MOUAFO TAMBO Faustin Félicien. Hôpital Général de Douala Cameroun.

**EP 52.** Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques récents des traumatismes de membres inférieurs à Douala.

IBRAHIMA Farikou, NGAROUA David, MBO AMVENE Jérémie, ELEMVA NKOUMBA Arthur. Hôpital Général de Douala Cameroun.

**EP53.** Facteurs prédictifs d'échec des ostéosynthèses des fractures du massif trochantérien chez les patients de plus de 60 ans traités par clou gamma court.

Bennour Mohamed Amine, Bel Atra Firas, Khezami Karim, Ben Aissa Ali, Ben Rhaiem Ahmed, Khelifi Mohamed Ali

Service d'orthopédie et de traumatologie ; Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

**EP54.** Fracture des deux os de l'avant-bras traitées par plaques vissées : à propos de 39 cas.

Bennour Mohamed Amine, Denguezli Romdhane, Khezami Karim, Jaouadi Mohamed Amin, Ben Rhaiem Ahmed, Khelifi Mohamed Ali

Service d'orthopédie et de traumatologie ; Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

**EP 55.** Les os accessoires et les sésamoïdes du pied : une étude radiologique sur un échantillon de la population tunisienne

Ben Salah .M, Fteiti .W, Bellil.M, Akermi .S, Lebib.H, Kooli.MHadhri.K.

Service orthopédie Hôpital Charles Nicolle.Tunis

**EP 56.** La Tuberculose de l'articulation sternoclaviculaire : à propos d'un cas et revue de la littérature.

Ben Salah.M, Fteiti.W, Bellil .M, Daghfous.Y, Lebib .H, Kooli M, Hadhri.K.

Service orthopédie Hôpital Charles Nicolle Tunis

**EP 57.** Traitement d'une myélopathie cervicale secondaire à une pseudarthrose de l'odontoïde : à propos d'un cas et revue de la littérature.

Ben Salah M, Fteiti W, Bellil M, Ben Abid A, Hamadi L, Kooli.M Hadhri k,

Service orthopédie Hôpital Charles Nicolle. Tunis

**EP 58.** Localisation rachidienne de l'ostéoblastome: à propos de deux cas

Houas Yassine, Mohamed Ben Salah, Dhaoudi Samih, Bellil Mehdi, Elloumi Ahmed, Lebib Hamadi, Kooli Mondher, Hadhri Khaled

Service d'orthopédie ,hôpital Charles Nicolle