

DOI:10.5281/zenodo.11083789

# PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUES DES AMPUTES DU MEMBRE PRISE EN CHARGE AU CENTRE NATIONAL D'APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE DU MALI, DE JUIN 2015 ET JUILLET 2022.

Dr Kire. Am<sup>1\*</sup>, Dr Samake. A<sup>2</sup>, Dr Keita. S<sup>3</sup>, Mr Coulibaly M<sup>4</sup>, Dr Sacko I A<sup>5</sup>, Dr Traore A C<sup>6</sup>, Dr Sacko. I<sup>7</sup>, Dr Kinta H<sup>8</sup>, Dr Doumbia M.M<sup>9</sup>, Dr Samake .Y<sup>10</sup>, Pr Sy. O.<sup>11</sup>, Pr Maiga.Ak<sup>12</sup>

<sup>1,2, 3,4,5,6,7</sup> Centre national d'appareillage orthopédique du Mali, Bamako Mali

<sup>8</sup> Centre régional d'appareillage orthopédique de Mopti

<sup>9</sup> Hopital du district Bamako commune 5 Bamako

<sup>11</sup> Direction générale de la santé et de l'hygiène publique, Bamako Mali

<sup>12</sup> Centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE Bamako Mali

\*Corresponding Author: DR KIRE. AM

**1- Introduction :** L'amputation de membre est l'une des interventions chirurgicales mutilantes les plus anciennes dans le monde. La prévalence mondiale est estimée à 0,7 % L'amputation d'un segment de membre est pratiquée à la suite d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs, une infection, une tumeur, un traumatisme ou une malformation congénitale. On estime que le nombre de personnes amputées pour IAMI augmentera de 50% d'ici 2030 et de 100% d'ici 2050. L'amputation du membre inférieur engendre un handicap qui est incommensurable, avec des répercussions physiques, psychiques. Prothétiser un membre inférieur consiste à mettre en place sur une personne amputée du membre inférieur, un appareil appelé prothèse (membre artificiel) destinée à lui donner son autonomie. La prothésisation grâce à l'évolution de la science et des technologies permet de confectionner des matériels orthopédiques plus sophistiqués pour assurer une autonomie satisfaisante et une réinsertion socioprofessionnelle intégrale des handicapés physiques, mais avec souvent un coût insupportable par la plupart des handicapés des pays en voie de développement comme le Mali.

Au Mali, le Centre National d'Appareillage Orthopédique est le seul centre à caractère public où s'effectue la plupart des activités en matière d'appareillage orthopédique dans le but de l'amélioration de la prise en charge des amputés d'où la réalisation de cette étude enfin de connaître la situation épidémiologique et clinique des malades amputés du membre.

**2- Patient et Méthode** Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive des dossiers des malades amputés vus au Centre national d'appareillage orthopédique du Mali, de JUIN 2015 ET JUILLET 2022. Les critères d'inclusion : étaient tous les patients amputés du membre pris en charge au Centre national d'appareillage orthopédique du Mali et qui ont un dossier. Les critères de non-inclusion : Tous les patients amputés du membre qui n'ont pas de dossier au Centre national d'appareillage orthopédique du Mali .

**3- Résultat :** La population était composée de 189 hommes (soit 71,1%) et 77 femmes (soit 28,9%) soit ratio de 2,45. La tranche d'âge [15-30] était plus représentée (29,7%). Les commerçants étaient plus touchés (soit 17,7%). 71,4% venait de Bamako et l'ethnie bambara était la plus représentée avec 40,6%. L'accident de la circulation est la cause de 38% des amputations suivi du diabète (23%) et des infections avec 11%. Le membre inférieur est le plus touché par les amputations avec 93%. Les amputations étaient faites surtout en trans fémorale (45,1%) et trans tibiale (44,3%). 85% des amputés étaient référés par les hôpitaux et seulement 1% par le centre diabétique. Le Khi 2 carre a été utilisé pour la corrélation entre l'Age et l'accident d'une part et d'autre part entre le statut matrimonial et l'accident le P était respectivement supérieur à 0,135 et à 0,05 d'où une corrélation entre l'Age et l'accident et absence de corrélation entre le statut matrimonial et l'accident. **85,2%** des moignons étaient en bon état. La Kinésithérapie était pratiquée chez 68% des patients amputés avant l'appareillage. Seulement 3,4% des patients amputés ont reçu un traitement médical après le port de prothèse contre 48,9% qui ont fait une kinésithérapie. **3,8%** des patients n'étaient pas en confort après le port des prothèses et ont cité la lourdeur de la prothèse à la marche comme la cause.

#### 4- Conclusion

Notre étude réalisée au Centre National d'appareillage et Orthopédique du Mali a permis de décrire le profil épidémiologique et clinique des amputés du membre pris en charge dans cet établissement. Les amputés du membre appareillés sont souvent confrontés à des difficultés de mobilité, de travail, de relations sociales et d'autonomie malgré l'appareillage.

**Mots clés :** Amputation - Appareillage - Handicap

## 1 INTRODUCTION

L'amputation de membre est l'une des interventions chirurgicales mutilantes les plus anciennes dans le monde (1). Elle est une préoccupation de santé publique dont on estime à 0,7 % la prévalence mondiale. L'amputation d'un segment de membre est pratiquée à la suite d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs, une infection, une tumeur, un traumatisme ou une malformation congénitale. Le taux d'incidences des amputations transméta-tarsiennes et proximales est d'environ 10 par 100 000 personnes-année. Malgré les progrès réalisés en matière de prévention et de suivi des plaies, le nombre d'amputations ne cesse de croître, en raison du vieillissement de la population et de la prévalence croissante du diabète. A l'heure actuelle, 92% des amputations sont liées à une insuffisance artérielle, et le diabète est en cause dans plus de 50% des cas. Cette tendance n'est pas prête de s'inverser, et l'on estime que le nombre de personnes amputées pour insuffisance artérielle des membres inférieurs augmentera de 50% d'ici 2030 et de 100% d'ici 2050. La chirurgie de l'amputation du membre inférieur est donc plus que jamais d'actualité.(2) Elle engendre un handicap qui est incommensurable, avec des répercussions physiques, psychiques qui déstabilisent brutalement l'amputé et son entourage. Par ailleurs, les possibilités d'appareillage sont souvent pauvres dans les pays sous-développés.(1)

Le nombre de personnes avec handicap est très élevé dans le monde. En effet selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10 % de la population mondiale sont porteurs d'un handicap quelconque. Ce qui fait du handicap, une préoccupation de santé publique dans les différents pays du monde. (3)

La prise en charge d'un amputé du membre inférieur est d'un intérêt capital sur le plan socioéconomique et professionnel. L'amputation touche majoritairement la population active, engendrant de sérieux problèmes anatomiques, fonctionnels et psychiques. Après la perte de son membre, l'amputé est confronté aux douleurs traumatiques et souvent à des douleurs "fantômes"(4).

Après sa guérison, l'amputé du membre inférieur peut entamer des procédures de réinsertion socioprofessionnelle. Il lui faut alors des moyens de déplacement lui permettant d'assurer son autonomie et ce fait très souvent appel à l'appareillage du membre et aux prothèses.

La prothésisation du membre inférieur consiste à mettre en place sur une personne amputée du membre inférieur, un appareil appelé prothèse (membre artificiel) destinée à rétablir son image corporelle et à lui permettre de marcher sans aucune autre aide, ou tout au plus, avec une canne.

Aujourd'hui, l'évolution de la science et des technologies permet de confectionner des matériels orthopédiques plus sophistiqués pour assurer une autonomie satisfaisante et une réinsertion socioprofessionnelle intégrale des handicapés physiques, mais avec souvent un coût insupportable par la plupart des handicapés des pays en voie de développement comme le Mali.

Au Mali, le Centre National d'Appareillage Orthopédique est le seul centre à caractère public où s'effectue la plupart des activités en matière d'appareillage orthopédique dans le but de l'amélioration de la prise en charge des amputés d'où la réalisation de cette étude qui a pour objectif général la situation épidémiologique et clinique des malades amputés du membre venus au CNAOM.

## 2 METHODOLOGIE

### 2-1 Cadre et lieu de l'étude :

#### Cadre de l'étude :

L'étude a été menée dans un cadre rétrospectif en utilisant des données déjà disponibles. Elle a examiné les dossiers médicaux et les registres du CNAOM pour recueillir les informations nécessaires.

#### Lieu de l'étude :

Le Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali (CNAOM) Ce centre a été choisi parce qu'il est le seul centre à caractère public où s'effectue la plupart des activités en matière d'appareillage orthopédique au Mali. Le CNAOM est rattaché au Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées. C'est un établissement public à caractère scientifique et technique suivant la loi n-° 02-065 du 18 décembre 2002.

Il a comme missions :

- Aider toute personne en situation de handicap physique ;
- Fournir ses prestations spécialisées en matière d'orthopédie et de rééducation à qui de droit.

**Situation géographique :** Le CNAOM est situé sur la rive droite du fleuve Niger, en commune V du district de Bamako.

#### Il est limité par :

- A l'Est par le Centre de Santé de Référence de de la commune V;
- A l'Ouest par l'école « les Castors » ;
- Au Nord par le Quartier Mali ;
- Au Sud par l'autoroute et des stations d'essence.

### 2-3 Population de l'étude

Elle comporte tous les patients amputés prise en charge au Centre Nationale d'Appareillage Orthopédique du Mali (CNAOM) pendant la période de l'étude.

### 2-4 Échantillonnage :

Nous avons pris en compte tous les patients qui avaient un dossier au CNAOM pendant la période de l'étude

### 2-5 Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive des dossiers des malades amputés vu au CNAOM.

### Critères d'inclusion :

Tous les patients amputés du membre pris en charge au CNAOM et qui ont un dossier.

### Critères de non-inclusion :

Tous les patients amputés du membre qui non pas de dossier au CNAOM.

### Instruments de l'étude

Un questionnaire a été élaboré pour la collecte des données se trouvant sur les dossiers archivés des patients amputés du membre vu au CNAOM pour une prise en charge.

### Période de la collecte des données :

Elle s'est déroulée du 01 juillet 2015 au 30 juin 2022 soit une durée de 05 ans

### 2-6 Collecte et Analyses statistiques des données

La collecte des données a été facilitée par la disponibilité des dossiers des patients archivés au service qui nous ont permis de renseigner nos questionnaires qui étaient construit à l'image des dossiers.

La saisie des données a été faite à travers le progiciel SPSS.25 de Windows 64 bits où les analyses ont été faite en même temps. Les résultats ont été présentés à travers des tableaux et des figures à travers Microsoft Office Word 2019. Le test statistique de chi carré ( $X^2$ ) a été utilisé pour voir les voir les associations entre les causes de l'amputation et l'âge, le sexe, les différentes maladies. La valeur p indique la probabilité d'obtenir des résultats aussi extrêmes que ceux observés, sous l'hypothèse nulle, c'est-à-dire l'hypothèse qu'il n'y a pas d'effet ou d'association réel entre les variables. Si la valeur p est inférieure à un seuil prédéfini (0,05),

l'hypothèse nulle d'indépendance entre les variables et conclure qu'il y a une association significative. Si la valeur p est supérieure au seuil, vous ne pouvez pas rejeter l'hypothèse nulle n'est pas a rejeté et cela veut dire qu'il n'y a pas une association significative.

### 2-7 Considérations éthiques :

Puisse que l'étude soit rétrospective, nous n'avons pas pu entrer en contact direct des patients pour leur administrer un consentement éclairé.

Néanmoins nous avons respecté la confidentialité des données personnelles des patients inclus dans l'étude. En utilisant des identifiants anonymes pour masquer les informations personnelles et les données sont gardées dans une armoire cadenassée qui n'est accessible qu'aux membres autorisés de l'équipe de recherche et personnel du CNAOM.

## 3- RESULTATS

### Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1 : Répartition des patients amputés selon les caractéristiques socio démographiques

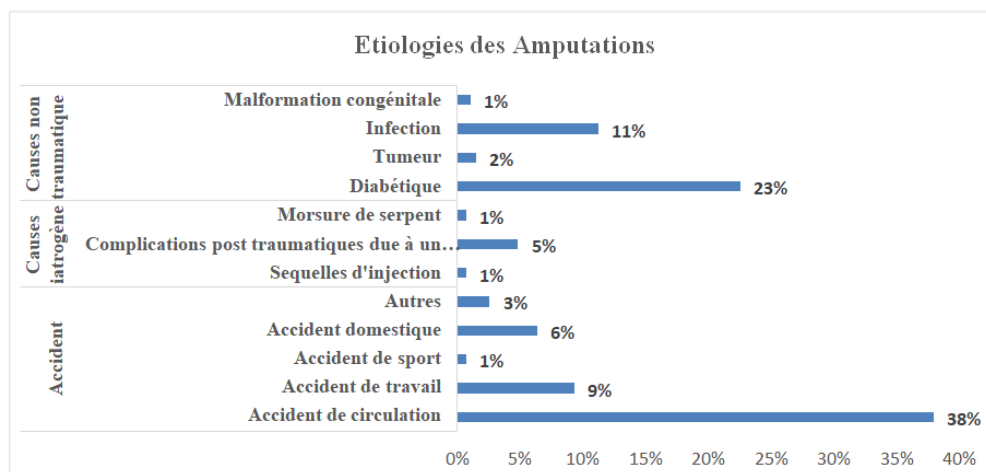
Tranche âge	Fréquence	Pourcentage
Moins de 15 ans	25	9,4%
[15 -30]	79	29,7%
[31-46]	72	27,1%
[47-62]	57	21,4%
Plus de 62 ans	33	12,4%
<b>Sexe</b>		
Masculin	189	71,1%
Féminin	77	28,9%
<b>Statut matrimonial</b>		
Célibataire	54	20,3%
Divorcé	4	1,5%
Veuf(ve)	9	3,4%
Marié	174	65,4%
Enfant	25	9,4%
<b>Ethnie</b>		
Bambara	108	40,6%
Peulh	54	20,3%
Songhaï	24	9,0%

Soninké	23	8,6%
Dogon	6	2,3%
Malinké	30	11,3%
Sénoufo	7	2,6%
Bozo	4	1,5%
Touareg	2	0,8%
Khassonké	3	1,1%
Minianka	3	1,1%
Bobo	2	0,8%
<b>Profession</b>		
Sans Emploi	19	7,1%
Ménagère	43	16,2%
Cultivateur	19	7,1%
Enseignant	11	4,1%
Chauffeur	14	5,3%
Elève-Etudiant	35	13,2%
Ouvrier	21	7,9%
Commerçant	47	17,7%
Pêcheur	1	0,4%
Dépanneur	1	0,4%
Traisseuse	1	0,4%
Couturière	5	1,9%
Fonctionnaire	29	10,9%
Eleveur	6	2,3%
Retraité	14	5,3%
<b>Résidence</b>		
Bamako	190	71,4%
Région	72	27,1%
Hors Mali	4	1,5%
Total	266	100,0%

La population était composée de 189 hommes (soit 71,1%) et 77 femmes (soit 28,9%) soit ratio de 2,45. La tranche d'âge [15-30] était plus représentée (29,7%). Les commerçants étaient plus touchés (soit 17,7%). 71,4% venait de Bamako et l'ethnie bambara était la plus représentée avec 40,6%.

### Etiologies des Amputations

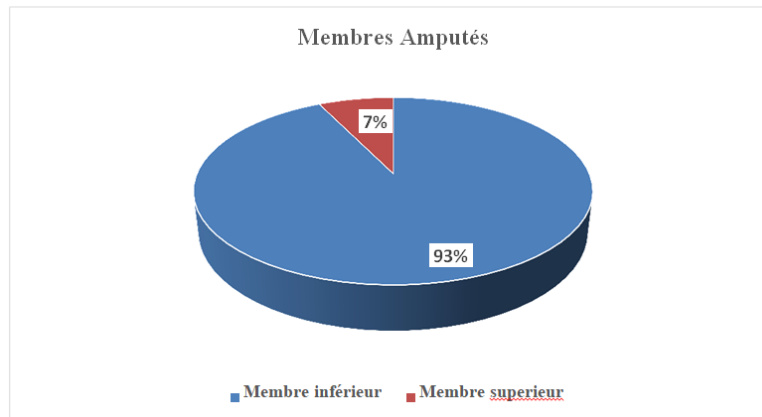
Nous constatons que l'accident de la circulation est la cause de 38% des amputations suivi du diabète (23%) et des infections avec 11%.



Graphique 1 : Répartition des patients selon les causes des amputations

### Les membres touchés par les amputations

Nous constatons que le membre inférieur est le plus touché par les amputations avec 93%



**Graphique2 :** Taux des membres touchés par l'amputation

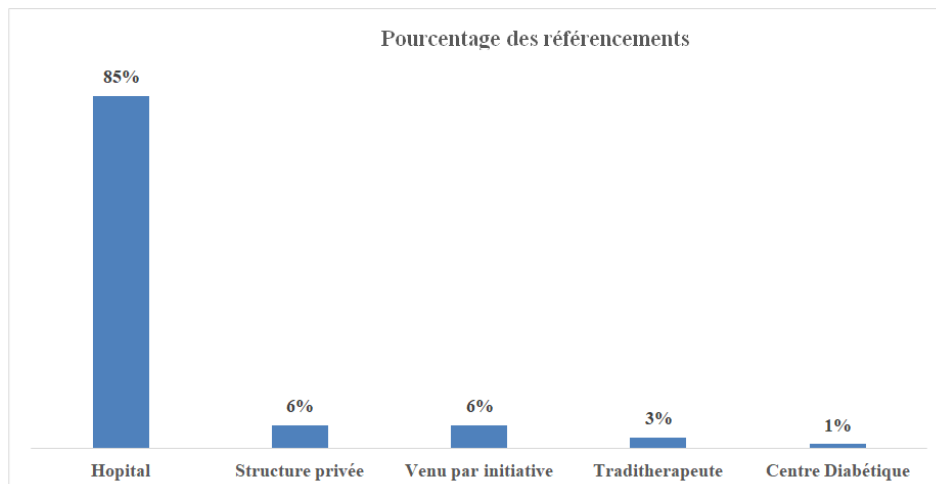
### Sièges des amputations

**Tableau2 :** Répartition des patients selon les sièges des amputations par membre

	Fréquence	Pourcentage
<b>Membre inférieur</b>		
Amputation trans fémorale	119	45,1%
Désarticulation du genou	1	0,4%
Amputation trans tibiale	117	44,3%
<b>Membre supérieur</b>		
Humérale	1	0,4%
Brachial	7	2,7%
Main	1	0,4%
Radial	11	4,2%
Total	264	100,0%
Manquant	2	
Total	266	

Nous constatons que les amputations sont faites surtout en trans fémorale (45,1%) et trans tibiale (44,3%) tous du membre inférieur.

**Référencement :** 85% des amputés vu au CNAOM ont été référé par les hôpitaux et seulement 1% par le centre diabétique.



**Graphique3 :** Pourcentage des référencements.

Les hôpitaux sont es structures qui réfèrent de plus.

**Tableau3 : Relation entre tranche d'âge et accident**

Tranche âge	Non	Accident de circulation	Accident de travail	Accident de sport	Accident domestique	Autres	Total
Moins de 15 ans	9	9	1	0	4	2	25
[15 -30]	19	38	10	2	8	2	79
[31-46]	26	34	11	0	0	1	72
[47-62]	34	14	3	0	4	2	57
Plus de 62 ans	25	6	0	0	1	1	33
Total	113	101	25	2	17	8	266

**Statut matrimonial \* Accident**
**Tableau 4 : Relation entre le statut matrimonial et accident**

	Non	Accident de circulation	Accident de travail	Accident de sport	Accident domestique	Autres	Total
Célibataire	16	27	3	1	5	2	54
Divorcé	3	1	0	0	0	0	4
Veuf(ve)	8	1	0	0	0	0	9
Marié	78	62	21	1	8	4	174
Enfant	8	10	1	0	4	2	25
Total	113	101	25	2	17	8	266

**Prise en charge des complications chez les patients amputés des membres**
**Tableau5 : Etat du moignon des membres amputés**

	Fréquence	Pourcentage valide
Douloureux	21	8,9%
Edématié	4	1,7%
Saillie osseuse	4	1,7%
Déformé	3	1,3%
Trouble sensitif	3	1,3%
Bon	202	85,2%
Total	237	100,0%
Manquant	29	
Total	266	

85,2% des moignons étaient en bon états suivi de 8,9% de douloureux.

**Tableau 6 : Traitement reçu avant appareillage**

	Fréquence	Pourcentage valide
Aucun traitement reçu	53	19,9
Médical	18	6,8
Kinésithérapie	181	68,0
Orthopédique	14	5,3
Total	266	100,0

La Kinésithérapie était pratiquée chez 68% des patients amputés avant l'appareillage.

**Tableau 7 : La répartition des prothèses par patient**

	Fréquence	Pourcentage valide
Prothèse brachial	14	5,4
Prothèse radiale	10	3,9
Prothèse fémorale	117	45,2
Prothèse tibiale	117	45,2
Autres	1	0,4
Total	259	100,0
Manquant	7	
Total	266	

Les prothèses tibiale et fémorale étaient la plus utilisées.

**Tableau 8 :** *Prothèse versus emploi*

	Prothèse brachial	Prothèse radiale	Prothèse fémorale	Prothèse tibiale	Autres	Total
Sans Emploi	3	1	10	5	0	19(7%)
Ménagère	0	0	17	25	0	42(16%)
Cultivateur	1	0	5	13	0	19(7%)
Enseignant	0	1	5	5	0	11(4%)
Chauffeur	0	1	8	5	0	14(14%)
Elève-Etudiant	2	3	17	12	1	35(14%)
Ouvrier	3	1	6	9	0	19(7%)
Commerçant	2	1	21	21	0	45(17%)
Pêcheur	0	0	1	0	0	1(0%)
Dépanneur	1	0	0	0	0	1(0%)
Traisseuse	0	0	1	0	0	1(0%)
Couturière	0	0	3	2	0	5(2%)
Fonctionnaire	1	2	15	10	0	28(11%)
Eleveur	1	0	1	3	0	5(2%)
Retraité	0	0	7	7	0	14(14%)
<b>Total</b>	14	10	117	117	1	259(100%)

Nous constatons que les commerçants, femmes ménagères et les élèves-étudiants sont plus fréquents.

**Tableau 9 :** *Traitement reçu après le port des prothèses*

	Fréquence	Pourcentage valide
Aucun traitement reçu	121	45,5
Médical	9	3,4
Kinésithérapie	130	48,9
Autres	6	2,3
<b>Total</b>	266	100,0

Seulement 3,4% des patients amputés ont reçu un traitement médical après le port de prothèse contre 48,9% ont fait une kinésithérapie.

**Tableau 10 :** *Les complications après le port de prothèse*

	Fréquence	Pourcentage valide
Pas de complication	233	87,6
Kératose du moignon	13	4,9
Eczéma de contact	6	2,3
Ulcère du moignon	12	4,5
Atrophie du moignon	2	0,8
<b>Total</b>	266	100,0

87,6% des patients n'ont pas eu de complication après le port de la prothèse.

**Tableau 11 :** *Le confort après le port de prothèse*

	Fréquence	Pourcentage valide
Excellent	57	21,6
Bon	178	67,4
Assez bon	19	7,2
Mauvais	10	3,8
<b>Total</b>	264	100,0
Manquant	2	
<b>Total</b>	266	

3,8% des patients n'était pas en confort après le port des prothèses et ont cité la lourdeur de la prothèse à la marche comme la cause.

#### 4 - DISCUSSION

L'étude rétrospective était la mieux indiquée pour ce travail car elle nous renseigne sur toutes les informations sur nos patients.

A l'issue de cette étude, nous avons des données chiffrées liées aux amputations et à la prise en charge des malades amputés au CNAOM

Pendant la réalisation de ce travail nous avons été butés à une difficulté majeure qui était :

- L'insuffisance d'information sur les dossiers de consultation.

## **EPIDEMIOLOGIE**

### **Caractéristiques sociodémographiques**

Dans notre étude la prédominance est masculine avec 189 hommes (71,1%) pour 77 femmes (28,9%) soit un sexe un ratio de 2,45. Cette prédominance masculine se retrouve chez : Souna.B.S et col(7) avec une prédominance masculine de 72,09% et 27,91% pour les femmes et un sexe ratio de 2,58.

En ce qui concerne l'âge, les patients les plus atteints sont âgés de 15 à 30 ans, Tidjani et col(1) ont trouvé la majorité dans la même tranche d'âge. C'est la période d'activité maximale de l'être humain. Une étude menée au CHU Gabriel TOURE rapporte à ce sujet que 33,8 % des patients de l'effectif des amputés sont âgés de 21 à 40 ans (8), tandis que dans notre étude, ce pourcentage est de 29,7%.

S'agissant des catégories professionnelles des patients atteints par ces interventions, nous retrouvons dans notre étude que le plus grand nombre d'amputations est subi par les commerçants et les ménagères, respectivement 17,7% et 16,2% ; cette couche de professionnels est la plus exposée aux accidents de la circulation routière, puisque leur activité nécessite souvent beaucoup de déplacements ou de voyages. Nos résultats étaient similaires à ceux de Mamadou SOUNKARA qui dit que les commerçants constituaient le groupe socioprofessionnel le plus appareillé avec 20,78% des cas(9). Tandis que Y.S. Oliveira et col ont trouvé que le plus grand nombre d'amputations est subi par les fonctionnaires et les retraités(6). Nos constatations sont en divergence avec Muzembo Ndundu et al.(3) qui dans leur étude retrouvent une population militaire plus importante dans leur effectif atteint par ces interventions ; ceci étant dû au fait que le Gabon se trouve dans une zone d'Afrique Centrale sans conflit.

### **Etiologies des Amputations**

Les causes d'amputation de membre diffèrent d'un pays à un autre et parfois, d'une région à une autre. La première cause d'amputation en France est l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et que plus de 50% des patients amputés artériopathies sont diabétiques. Par ailleurs environ 10% des amputations sont d'origine traumatiques (10).

Dans notre étude, nous avons trouvé que l'accident de la circulation vient au premier rang avec 38% des amputations suivi du diabète (23%) et des infections avec 11%.

Ces résultats sont proches de ceux de I.F. Tidjani et col(1) à Cotomou au Bénin qui observent aussi que les causes traumatiques viennent en premier rang avec 73,2%. Les causes vasculaires imputables au diabète venaient en 2e rang, isolées ou associées à une infection. Tandis que Phillip L Chalya et col qui ont trouvé que la plus fréquente d'amputation majeure d'un membre était les complications du pied diabétique chez 41,9 %, suivies par les traumatismes chez 38,4 % et les maladies vasculaires chez 8,6 % respectivement(11).

La principale cause d'amputation dans un pays est influencée par le niveau d'industrialisation, le système de transport des personnes et des biens, et le plateau technique dans le système sanitaire du pays. Chez nous, la cause traumatique s'explique par l'urbanisation rapide, le développement de moyens de déplacement surtout à deux roues, et l'explosion du trafic routier.

### Niveau d'amputation

Notre étude, nous avons trouvés que les membres inférieurs étaient concernés dans 93% des cas et l'amputation trans fémorale était la plus pratiquée avec 45,1% suivi de l'amputation trans tibiale avec 44,3%. En Tanzanie, Phillip L Chalya et col trouvent que les membres inférieurs étaient concernés dans 86,4% des cas et les membres supérieurs dans 13,6% des cas. L'amputation sous le genou était l'intervention la plus pratiquée dans 46,3%(11).

### Référencement

La majorité des amputés soit 85% étaient référés par les hôpitaux vers le CNAOM. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le centre est à Bamako. Nous n'avons pas trouvé de données de comparaison dans la littérature.

### Traitement orthopédique institué :

Le niveau d'amputation conditionne en grande partie le choix de l'appareillage et, par conséquent, le pronostic fonctionnel.

Dans notre cas, les prothèses tibiales et fémorales étaient les plus utilisées avec 45,2% pour chacun même si l'amputation fémorale était plus pratiquée. Mamadou SOUNKARA trouva 51,95% des cas sur les amputations sur la jambe(9).

### Prise en charge des complications chez les patients amputés des membres

Nous n'avons pas observé de complications majeures chez les patients amputés des membres au cours de notre étude. L'état du moignon de nos patients était bon dans 85,2% des cas contre 8,9% de qui sentaient des douleurs.

En ce qui concerne la prise en charge des patients amputés, sa nécessité est indispensable. Elle se compose dans tous les cas de soins infirmiers pour maintenir l'asepsie du moignon et favoriser sa cicatrisation. Ensuite, une rééducation fonctionnelle permet l'adaptation du moignon à la prothèse pour faciliter la marche qui est obtenue au bout d'une longue période par le travail du kinésithérapeute.

Dans notre cas, la Kinésithérapie était pratiquée chez 68% des patients amputés avant et après l'appareillage.

## 5- CONCLUSION

L'amputation est une intervention chirurgicale qui consiste à retirer une partie ou la totalité d'un membre. Elle peut être réalisée pour diverses raisons, notamment des blessures, des infections, des maladies vasculaires dues à une complication du diabète et des tumeurs. Les amputations peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de vie des personnes concernées. Elles peuvent entraîner des difficultés de mobilité, de travail, de relations sociales et d'autonomie.

Notre étude réalisée au Centre National d'appareillage et Orthopédique du Mali a permis de décrire le profil épidémiologique et clinique des amputés du membre pris en charge dans cet établissement.

Les résultats ont montré que la majorité des amputés étaient des hommes (71,1 %), âgés de plus de 15-30 ans (29,7 %). Les causes les plus fréquentes d'amputation étaient les accidents (38 %), le diabète (23 %) et les infections (11 %). Les amputations des membres inférieurs étaient plus fréquentes que les amputations des membres supérieurs (93 % contre 7 %).

Les amputés du membre sont souvent confrontés à des difficultés de mobilité, de travail, de relations sociales et d'autonomie. Pour pallier ces difficultés, les membres amputés ont été appareillé, mais nous n'avons pas fait des actions sur le côté psychosocial des amputés qui a un rôle crucial dans leur autonomisation.

## REFERENCES

1. Tidjani IF, Chigblo P, Madougou S, Alagnidé E, Lawson E, Hans-Moevi Akué A. Profil épidémiologique et clinique des amputations de membres de l'adulte à Cotonou. Rev Chir Orthop Traumatol [Internet]. 2017;103(6):682–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2017.05.001>
2. Zingg M, Nicodème JD, Uçkay I, Ray A, Suva D. Amputations du membre inférieur: indications, bilan et complications. Rev Med Suisse. 2014;10:2409–13.
3. Ndundu JM, Likita BM. Prise en charge des amputés inférieurs au centre orthopédique de Kalembe-lembe (Kinshasa) : étude prospective sur six ans. Management of lower limbs amputees in Orthopaedic Centre. 2012;114–8.
4. Charles U, Lille DEGDE, Antoine P, Curelli A. Douleur du membre fantôme : Influence de facteurs psychologiques. 2004;
5. Jacques J, Verbraeken E, Vanmarsenille J marie. Article original L'appareillage de l'amputé du membre supérieur. 1800;
6. Oliveira YS, Angoue JMM, Mbadinga AMN, Feimokib D, Magossou P, Ibinga AF, et al. Amputation des membres inférieurs : expérience du centre de appareillage : expérience d'adaptation et d'appareillage pour les handicaps « La Raison de Vivre »,

- Le Droit ' rer » a ` Libreville d ' Espe Amputation of the lower members and equipment : Experience. 2014;1-7.
7. Xxiv T. Mali medical. 2009;12-6.
  8. Medecine DEN. Par Mr. Mohamed Sékou SYLLA Pour obtenir le Grade de. 2013;1- 120.
  9. Scientifique R. La place de l ' appareillage après amputation du membre inférieur au Centre National d ' Appareillage Orthopédique du Mali ( CNAOM ). 2009;
  10. Id HAL. Évaluation de la prise en charge des amputés de membre inférieur en hospitalisation au CRMPR Les Herbiers Anaïs Beaucher To cite this version : HAL Id : dumas-02321759 Evaluation de la prise en charge des amputés de membre inférieur en hospitalisation au CRMPR Les Herbiers. 2019;
  11. Chalya PL, Mabula JB, Dass RM, Ngayomela IH, Chandika AB. Major limb amputations : A tertiary hospital experience in northwestern Tanzania. 2012;1-6.