

CINQ CHOSES À SAVOIR...

Les fractures en motte de beurre de l'extrémité distale du radius chez les enfants

Maxim Ben-Yakov MDCM, Kathy Boutis MD MSc

1 Les fractures en motte de beurre de l'extrémité distale du radius sont fréquentes chez les enfants de deux à 12 ans.

Dans une fracture en motte de beurre (aussi appelée fracture en tore), on note une compression et une saillie de l'os compact, **mais la lésion ne traverse pas le cortex** (Figure 1). Environ un enfant sur 25 subit ce type de fractures, qui compte pour 50 % de toutes les fractures du poignet observées chez des enfants¹. Aucune conséquence esthétique ou fonctionnelle n'est associée à ces blessures².

2 Une attelle amovible est aussi efficace qu'un plâtre à l'avant-bras.

Des essais cliniques aléatoires ont montré que **les enfants traités avec une attelle amovible conservent une meilleure capacité physique fonctionnelle et ont moins de difficulté à effectuer leurs activités quotidiennes que ceux qui portent un plâtre**. Les parents préfèrent d'ailleurs nettement ce type de traitement³. À l'heure actuelle, 60 % des médecins d'urgence au Canada traitent les fractures en motte de beurre de l'extrémité distale du radius avec une attelle amovible⁴.

3 L'utilisation de l'attelle et la reprise des jeux devraient être principalement guidées par la douleur.

L'attelle est utilisée au besoin pour immobiliser le membre fracturé dans le but d'atténuer la douleur et d'empêcher le patient de se blesser de nouveau. La plupart des enfants portent leur attelle de façon régulière **pendant deux à trois semaines**⁴. Dans les deux semaines suivant la disparition des symptômes, ils doivent éviter toute activité pouvant entraîner de nouvelles blessures. **En général, ils peuvent reprendre toutes leurs activités après quatre à six semaines**⁴.

4 Il n'est pas toujours nécessaire qu'un chirurgien orthopédiste assure un suivi.

D'après des études observationnelles, le suivi de ce type de blessures peut être effectué par un médecin de première ligne⁴. Par ailleurs, le suivi n'est pas forcément nécessaire si des instructions claires sur l'utilisation de l'attelle et la reprise des activités sont fournies au patient à son départ de l'urgence⁵. Il est toutefois recommandé de consulter un chirurgien orthopédiste s'il n'y a aucune amélioration ou si l'enfant n'est pas complètement guéri après six semaines⁴.

5 Les radiographies doivent être examinées minutieusement pour qu'un diagnostic approprié soit posé.

Les fractures en bois vert et les fractures de type 2 (selon la classification de Salter et Harris) de l'extrémité distale du radius avec déplacement minimal (voir exemples à l'annexe 1 au www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.151239/-/DC1) peuvent être prises pour des fractures en motte de beurre. Dans ces deux cas, le patient doit être vu d'urgence en consultation externe par un orthopédiste dans la semaine suivant la blessure².

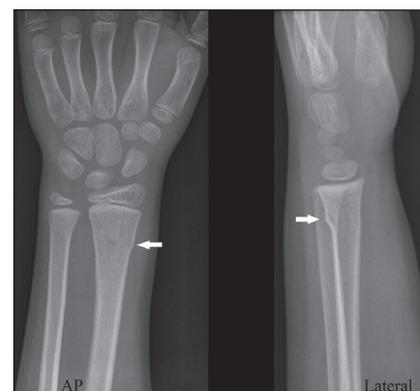


Figure 1 : Fracture en motte de beurre de l'extrémité distale du radius chez un enfant de six ans. Les flèches indiquent la saillie de l'os cortical.

Références

1. Naranje SM, Erali RA, Warner WC Jr, et al. Epidemiology of pediatric fractures presenting to emergency departments in the United States. *J Pediatr Orthop* 2015 July 14 [Epub ahead of print].
2. Wilkins KE. Principles of fracture remodeling in children. *Injury* 2005;36:A3-11.
3. Plint AC, Perry JJ, Correll R, et al. A randomized, controlled trial of removable splinting versus casting for wrist buckle fractures in children. *Pediatrics* 2006;117:691-7.
4. Koelink E, Schuh S, Howard A, et al. Primary care physician follow-up of distal radius buckle fractures. *Pediatrics* 2016;137:1-9.
5. Symons S, Rowsell M, Bhowal B, et al. Hospital versus home management of children with buckle fractures of the distal radius: a prospective, randomised trial. *J Bone Joint Surg Br* 2001;83:556-60.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été soumis à l'examen des pairs.

Affiliation : Division de la médecine d'urgence, Hospital for Sick Children, Université de Toronto, Toronto (Ontario).

Correspondance : Maxim Ben-Yakov, maxim.benyakov@utoronto.ca

JAMC, 2016. DOI:10.1503/cmaj.151239

Appendix 1 (as supplied by the authors): Other possible diagnoses in children suspected of having a buckle fracture of the distal radius



Greenstick fracture of the distal radius in a 10-year old child. There is cortical buckling on the dorsal side (star) and a cortical break on the volar side (arrow).



Salter–Harris II fracture of the distal radius in a 5-year-old child. There is a fracture line (arrow) extending from the metaphysis into the physal plate. There is also cortical buckling on the dorsal side of the distal radius (star).