

Mise au point
Les fractures, luxations et entorses digitales chez l'enfant

Finger bone and joint trauma of the hand in children

F. Fitoussi

Service de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'enfant, université Paris 6, hôpital Trousseau, 26, rue du Dr-Netter, 75012 Paris, France

Reçu le 1^{er} août 2012 ; reçu sous la forme révisée le 24 février 2013 ; accepté le 13 mars 2013

Disponible sur Internet le 8 avril 2013

Résumé

Les traumatismes des doigts de l'enfant sont une cause fréquente de consultation aux urgences traumatologiques pédiatriques. Les fractures sont les lésions les plus fréquentes avec deux localisations préférentielles : 1) extraphysaire de la phalange distale, par mécanisme d'écrasement par une porte, les jeunes enfants étant le plus souvent touchés ; le pronostic est lié aux lésions des parties molles souvent associées ; 2) physaires de la phalange proximale, surtout chez les préadolescents au cours d'activités sportives ; l'index et l'auriculaire sont plus fréquemment atteints. Les luxations et entorses sont plus rares chez l'enfant. L'articulation interphalangienne proximale est plus souvent le siège d'une lésion de la plaque palmaire au cours d'un mécanisme d'hyperextension. Le traitement des fractures de la main de l'enfant sera le plus souvent orthopédique et l'évolution favorable. Le clinicien devra néanmoins dépister les traumatismes nécessitant une prise en charge chirurgicale, un défaut de reconnaissance de ces lésions en urgence pouvant mener à des séquelles définitives. Ces lésions sont essentiellement les fractures articulaires, les fractures déplacées des cols des phalanges, et les troubles de rotation. Certains cals vicieux peuvent se corriger sous l'effet de la croissance, sous réserve que celle-ci ait un potentiel suffisant, que le cal vicieux soit extra-articulaire et n'implique pas de trouble de rotation. Les pseudarthroses et les raideurs digitales sont exceptionnelles et sont l'apanage des traumatismes sévères pluritissulaires.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Fracture ; Luxation ; Entorse ; Traumatismes de la main ; Enfant

Abstract

The hand is the most commonly injured location of a child. Fractures of the digits are the most frequent lesions with two specific locations: 1) in the young child, the fracture is usually a crush injury, such as occurs when a hand gets caught in a door, with lesion of the distal phalanx; soft tissue associated injuries are the main problem in this location; 2) in the older child, the fracture is usually secondary to recreational sports, with lesion on the proximal phalanx of the second and fifth digits. Dislocations or sprains are less common. Most interphalangeal joint injuries occur at the proximal interphalangeal joint and are secondary to hyperextension with as results a volar plate injury. Most fingers injuries in children are treated non operatively with a favorable outcome. The treating physician should however identify those clinical situations that require surgery, as complications are most commonly due to a failure to identify and treat an injury requiring an operation acutely. These injuries include intra-articular fractures, displaced phalangeal neck fractures, and malrotated fractures. Malrotation or intra-articular malunion have no remodeling capacity. Non-union and stiff digits are uncommon but a significant trauma or a high-energy mechanism with severe soft tissues injuries appears to be a factor of risk.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Fracture; Dislocation; Sprain; Hand injuries; Children

1. Introduction

Les fractures de la main de l'enfant sont fréquentes et arrivent en deuxième position après les fractures du poignet.

L'incidence annuelle est de 26,4 pour 10 000 enfants, avec un pic de fréquence aux alentours de 13 ans en raison des activités sportives ou ludiques. Leur prise en charge est le plus souvent orthopédique et ambulatoire, et l'évolution en est globalement favorable, grâce notamment à la capacité de voir se corriger certains cals vicieux sous l'effet de la croissance. Certaines fractures nécessitent néanmoins une attention particulière en

Adresse e-mail : franck.fitoussi@trs.aphp.fr.

raison de risques de séquelles ou de trouble de croissance [1]. En plus des fractures des phalanges, cet article traitera des luxations et entorses digitales.

2. Fractures des phalanges

2.1. Fractures des phalanges proximale (P1) et moyenne (P2)

2.1.1. Fractures – décollements épiphysaires des bases des phalanges

Les fractures de la physe sont en majorité de fracture de type II de Salter et Harris et sont les plus fréquentes. Les doigts souvent atteints sont les deuxième et cinquième au cours d'un mécanisme d'écartement. Il s'agit en réalité de fractures dites juxtaépiphysaires, puisqu'il existe une petite « chips » osseuse (Fig. 1) sur le versant métaphysaire [2,3]. Ces lésions sont souvent instables et nécessitent un contrôle radiographique dans la semaine suivant le traumatisme, un déplacement secondaire étant plus difficile à réduire orthopédiquement après le dixième jour.

Lorsque la fracture n'est pas déplacée, le traitement fait appel à une immobilisation pour une durée d'un mois avec une radiographie de contrôle au septième jour. L'immobilisation peut comprendre une attelle métal-mousse en syndactylie avec les doigts voisins. Lorsque la fracture est déplacée, la croissance potentielle résiduelle permet de tolérer certains déplacements. Les déplacements tolérés avant dix à 12 ans sont [4,5] :

- dans le plan sagittal : 20 à 30° ;
- dans le plan frontal : 10 à 15°.

Lorsqu'il existe une indication de réduction, les fractures de type I et II de Salter et Harris sont facilement réduites, parfois avec l'aide d'un stylo mis dans l'espace commissural, articulations métacarpophalangiennes (MCP) en flexion pour mettre en tension les ligaments collatéraux [6]. Cette réduction

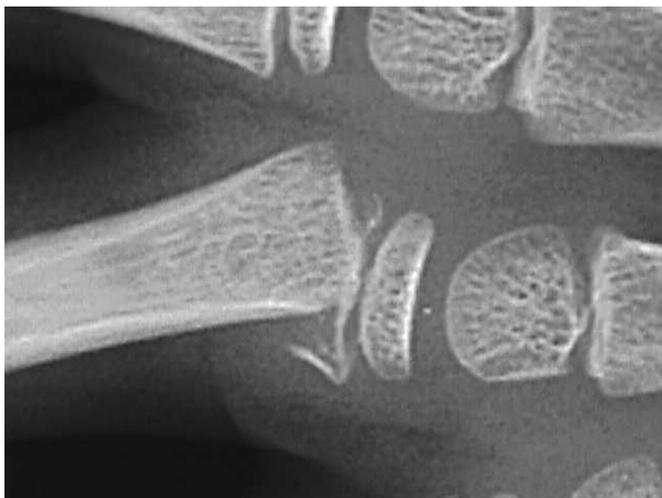


Fig. 1. Fracture juxtaépiphysaire de la base de la phalange proximale.

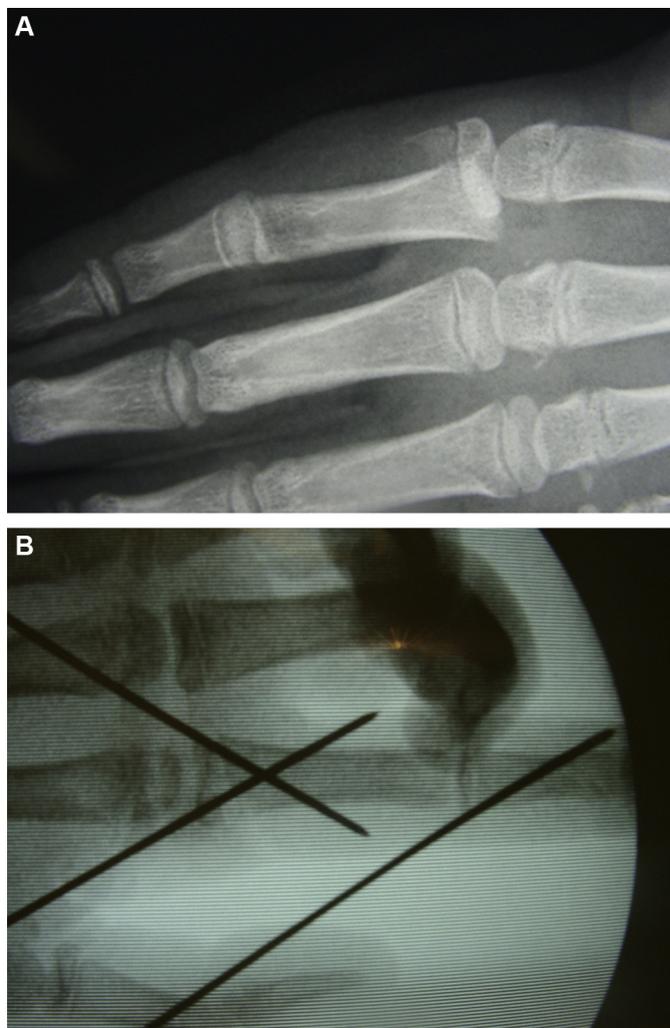


Fig. 2. Fractures ouvertes de type juxtaépiphysaire de la base des phalanges proximale et moyenne du deuxième rayon avant (A) et après ostéosynthèse (B).

peut être réalisée aux urgences sous antalgiques et sédation consciente par MEOPA. Dans certains cas, le recours à l'anesthésie générale peut être nécessaire.

En cas d'instabilité, d'irréductibilité, de trouble de rotation persistant ou d'ouverture cutanée, le traitement est chirurgical et fait habituellement appel à brochage, percutané ou par un abord dorsal (Fig. 2). Une incarceration du périoste, de la dossière de l'extenseur ou de l'appareil fléchisseur peut expliquer une irréductibilité. Une forme particulière réalise une véritable « énucléation » de l'épiphyse proximale qui ne tient que par ses attaches ligamentaires : lors de l'abord du foyer, il convient de respecter la vascularisation qui est apportée par les ligaments collatéraux.

2.1.2. Fractures articulaires des bases des phalanges

Les fractures articulaires peuvent réaliser un type III de Salter et Harris (Fig. 3A). Le mécanisme est une avulsion par le ligament collatéral au cours d'un mouvement forcé. Ces fractures touchent le plus souvent l'articulation MCP au niveau de la base de la phalange proximale.

Les ligaments collatéraux des articulations interphalangiennes proximales (IPP) ont une insertion plus distale sur la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4048920>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4048920>

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