

Réduction d'une fracture-décollement épiphysaire d'une phalange d'un doigt

Closed Reduction for Salter Type-II Fracture of the Proximal Phalanx

M. Martinez

Reçu le 8 juillet 2020 ; accepté le 6 septembre 2020
© SFMU et Lavoisier SAS 2020

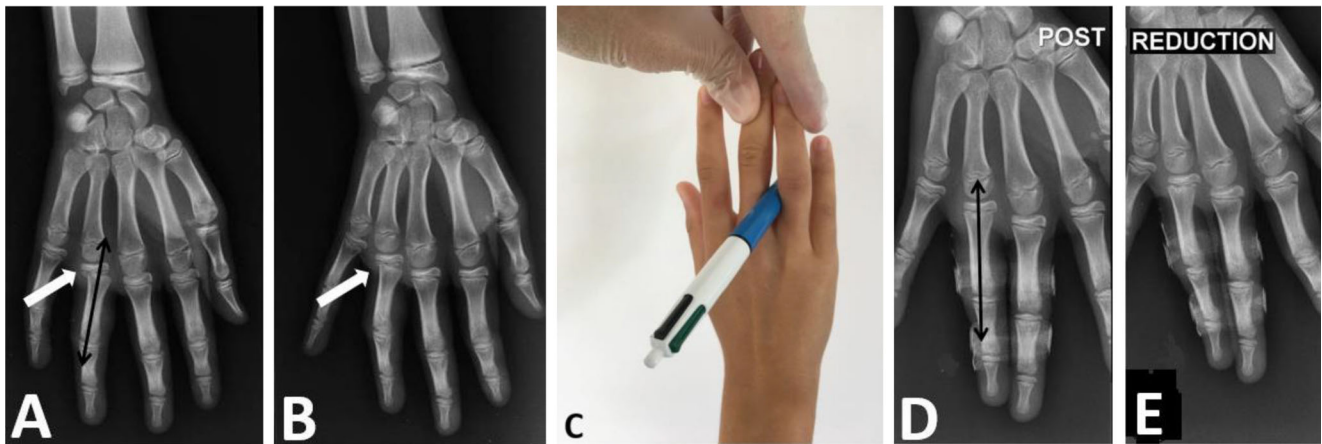


Fig. 1 Radiographies de face (A) et de trois quarts (B) de la main droite : fracture de la base de la première phalange du quatrième doigt de type II selon la classification de Salter et Harris (flèche blanche) ; modérément déplacée : ligne de Campbell passant par le bord de la tête du métacarpe (double flèche noire). (C) Réduction à l'aide d'un stylo utilisé comme contre-appui et placé au fond de la commissure. Radiographies de face (D) et de trois quarts (E) de la main droite après réduction et syndactylie : la ligne de Campbell passant par le centre de la tête du métacarpe (double flèche noire)

Une patiente de 11 ans se présente au service d'urgence à la suite d'un traumatisme du quatrième doigt de la main droite, survenu trois heures auparavant, lors d'une chute sur un trampoline. L'examen clinique retrouve une douleur de la base de D4 cotée à 5/10 avec un léger œdème sans déformation ou trouble de rotation. Il n'existe pas de déficit sensitivo-moteur sous-jacent. Après une antalgie par paracétamol, des radiographies de la main de face (Fig. 1A) et de trois quarts (Fig. 1B) sont réalisées. Celles-ci mettent en évidence une fracture-décollement épiphysaire de la base de la première phalange de type II selon la classification de Salter et

Harris [1] avec une bascule latérale et déplacement ulnaire du segment distal. Le déplacement est modéré : la ligne de Campbell ne passant plus par le centre de la tête du métacarpe mais par son bord. Ce déplacement impose une réduction qui est réalisée sous antalgie inhalée par mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA). La réduction se fait sans douleur en intercalant un stylo au niveau de la base du troisième espace interdigital par pression sur le quatrième doigt, pour imprimer un déplacement radial, à l'inverse du déplacement de la fracture, en prenant appui sur le troisième doigt (Fig. 1C). L'aspect clinique du doigt post-réduction est ensuite contrôlé afin de vérifier notamment l'absence de trouble de rotation. Une radiographie post-réduction est effectuée après la mise en place d'une syndactylie. Elle permet d'objectiver la réduction de la fracture : la ligne de Campbell passant par le centre de la tête du quatrième métacarpe (Fig. 1D,E). Une attelle intrinsèque est ensuite posée afin de limiter le risque de déplacement en

M. Martinez (✉)
Pôle Urgences, centre hospitalier du Forez,
F-42605 Montbrison, France
e-mail : mikael.martinez@ch-forez.fr

Réseau d'urgence ligérien Ardèche Nord (REULIAN),
centre hospitalier Le Corbusier, F-42700 Firminy, France

hyperextension. La poursuite du traitement consistera au maintien de l'attelle pendant une semaine et de la syndactylie pendant trois semaines de plus. Une consultation de traumatologie post-urgence avec radiographie de contrôle se fera à une semaine.

La traumatologie liée à la pratique du trampoline est fréquente chez les enfants de 6 à 14 ans et touche en fréquence d'abord le membre inférieur puis le membre supérieur [2]. Les fractures-décollements épiphysaires sont spécifiques à l'enfant et à l'adolescent. En cas de traumatisme de la première phalange d'un doigt de la main, il s'agit souvent d'une fracture de type II selon la classification de Salter et Harris par un mécanisme d'abduction du doigt emportant un coin métaphysaire. En cas de déplacement, une réduction sous MEOPA, en utilisant un stylo positionné au fond de l'espace interdigital permettant d'exercer un bras de levier, améliore l'efficacité de la manœuvre visant à rapprocher le doigt frac-

turé du doigt voisin. Ce type de lésion consolide rapidement en trois à quatre semaines en maintenant le doigt fracturé par une syndactylie et une attelle intrinsèque. Le patient doit être revu à une semaine pour contrôles clinique et radiologique pour vérifier l'absence de déplacement secondaire : cette étape étant la règle en traumatologie pédiatrique traitée orthopédiquement et ayant nécessité une réduction. Le pronostic de croissance de ce type de fracture est habituellement bon.

Références

1. Salter RB, Harris WB (1963) Injuries involving the epiphyseal plate. *J Bone Joint Surg Am* 45:587–622
2. Yvenou S, Berne G, Kergaravat P, Delamare F (2017) Épidémiologie des accidents liés à l'usage privé de trampoline. *Ann Fr Med Urgence* 7:16–21