



RECOMMANDATIONS DE BASE : Fractures chez l'enfant

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE INITIALE

GÉRER LA DOULEUR DE L'ENFANT

- » Évaluer la douleur grâce à une [échelle de douleur valide selon l'âge](#).
- » Placer une attelle sur le membre blessé.
- » Analgésie :
 - » **DOULEUR LÉGÈRE** - traiter par administration **orale** d'ibuprofène (10 mg/kg), d'acétaminophène (15 mg/kg) et/ou de morphine (0,2-0,5 mg/kg).
 - » **DOULEUR MOYENNE À SÉVÈRE** - traiter par administration **intranasale** de fentanyl (1,5 mcg/kg) ou administration **intraveineuse** de morphine (0,1 mg/kg).

ÉTABLIR LE MOMENT ET LE MÉCANISME DE LA BLESSURE

EXAMINER LA RÉGION BLESSÉE

Pour les blessures aux membres, l'examen devrait aussi comprendre :

- » Examiner au-dessus et en dessous de la blessure
- » Comparer avec le membre opposé non blessé
- » Examiner l'état neurovasculaire
- » Évaluer si fracture ouverte

Pour les fractures qui seront réduites avec sédation ou sous anesthésie générale éventuelle :

- » Maintenir l'enfant nil per os.

IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

- » Au minimum, toute blessure pédiatrique qui cause une enflure, de la douleur, une difformité ou un changement dans l'utilisation d'un membre devrait être l'objet d'une radiographie afin d'éliminer une fracture.
 - » L'exception à la règle est les blessures à la cheville ou au genou, là où vous pouvez appliquer les règles de décision clinique afin de décider si l'imagerie sera utile ou non. Trois des règles validées par rapport à l'imagerie musculo squelettique sont :
 - [Ottawa Ankle Rules](#)
 - [Low Risk Ankle Rules](#)
 - [Ottawa Knee Rules](#)
- » Assurez-vous que l'imagerie comporte toutes les images recommandées pour la partie spécifique du corps et que vous passez en revue les images **après** avoir examiné la patient.
- » Si une fracture est présente, identifiez l'os ou les os spécifiques blessés, l'emplacement de la fracture (proximale, milieu, distale), type de fracture (spiroïdale/oblique, transversale, comminutive, flexion, bois vert, plaques de croissance, avulsion) et degré de déplacement et/ou d'angulation.
 - » [Salter-Harris classification of growth plate fractures](#)

ÉVALUER DE FAÇON À ÉTABLIR DES ÉLÉMENTS POTENTIELS DE PREUVE POUR DES BLESSURES NON ACCIDENTELLES

Les éléments de preuves pour blessures non accidentelles peuvent inclure, sans s'y limiter, à des fractures ayant les caractéristiques suivantes :

- » Tout enfant non ambulateur qui présente une fracture mais surtout une fracture soit du fémur, de l'humérus ou de la métaphyse et des fractures axiales.
- » Tout enfant non mobile qui présente des ecchymoses
- » Historique qui ne cadre pas avec le mécanisme proposé de la blessure
- » Blessure qui ne cadre pas avec le mécanisme
 - » Retard important à obtenir des soins



- » Autres preuves de traumatisme (ex., fractures multiples) » Signes de retard de croissance ou de maltraitance

GESTION DE TYPES DE FRACTURES SPÉCIFIQUES

- » Veuillez vous référer aux protocoles spécifiques de votre site.
- » Il est possible de traiter les fractures de flexion de la zone distale de l'avant-bras et fractures mineures distales du péroné (avulsion, Salter-Harris I/II non déplacé) avec une immobilisation amovible (attelle de poignet/cheville) et un retour à l'activité autogérée.
- » Vous pouvez trouver un guide pratique de gestion des fractures chez l'enfant à l'adresse suivante : <http://www.rch.org.au/clinicalguide/fractures/>

CONSULTATION ORTHOPÉDIQUE ÉMERGENTE (<1 HEURE)

- » Fractures liées à une atteinte vasculaire (absence de pouls/main blanche)
- » Fractures avec signes ou symptômes du syndrome du compartiment

CONSULTATION ORTHOPÉDIQUE URGENTE (<4 HEURES)

- » Fracture ouverte ou possibilité de fracture ouverte
- » Fracture avec atteinte neurologique
- » Fracture avec atteinte vasculaire (réduction du pouls avec bonne perfusion du membre)
- » Fracture avec déformation
- » Fracture des plaques de croissance classifiée comme Salter-Harris III, IV, V

CONSULTATION ORTHOPÉDIQUE AMBULATOIRE NON-URGENTE

- » Fracture fermée, stable, simple et sans déformation (sauf celles ci-dessous qu'un médecin de soins de première ligne est en mesure de suivre).

FRACTURES MINEURES SUIVIES PAR LE MÉDECIN DE SOINS PRIMAIRES

- » Fractures de flexion distale du radius (avec ou sans fracture de flexion/styloïde cubitale)
- » Fracture distale mineure non déplacée du péroné : Salter-Harris I, Salter-Harris II, fractures par avulsion
- » Fractures non compliquées du milieu de la clavicule

INSTRUCTIONS DE CONGÉ D'HÔPITAL

- » Ibuprofène (10 mg/kg, max. 600 mg) chaque 6 à 8 heures au besoin est aussi efficace que la morphine chez l'enfant atteint d'une fracture non opérée d'un membre supérieur. L'ibuprofène est aussi plus efficace que l'acétaminophène avec codéine chez l'enfant atteint d'une fracture des extrémités.
- » Fournir des renseignements portant sur la gestion de la blessure, y compris les soins à domicile de l'attelle d'immobilisation, recommandations portant sur la récupération anticipée et la participation aux sports, ainsi qu'un rendez-vous de suivi avec un médecin.
- » Fournir des renseignements sur les raisons quand revenir à l'urgence avant le rendez-vous de suivi avec un médecin (ex. augmentation de la douleur, enflure, fièvre, doigts ou orteils froids, plâtre trop serré ou autres inquiétudes).

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le diagnostic et le traitement des fractures chez l'enfant. Ce sommaire est produit par les conseillers en fractures du réseau TREKK, le D^r Kathy Boutis et le D^r Mark Camp du *Hospital for Sick Children*. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents.

Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liées à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation.

Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

- 1) Fractures in Children. John M. Flynn, David L. Skaggs & Peter M. Waters, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 2) Dowling S, et al. Accuracy of Ottawa Ankle Rules to Exclude Fractures of the Ankle and Mid-foot in Children: A Meta-Analysis. *Academic Emergency Medicine*. 2009; 16(1): 1-11.
- 3) Boutis K, et al. Effect of the Low Risk Ankle Rule on the frequency of radiography in children with ankle injuries. *CMAJ*. 2013; 185(15):731-8.
- 4) Bulloch B, et al. Validation of the Ottawa Knee Rule in children: a multicenter study. *Ann Emerg Med* 2003;42(1):48-55
- 5) Boutis K. Pediatric Fractures Managed with Minimal Intervention. *Ped Emerg Care*. 2010; 26(2): 152-7.
- 6) Poonai N, et al. Oral administration of morphine versus ibuprofen to manage post fracture pain in children: a randomized trial. *CMAJ*. 2014; 186(17): 1358-63. 2)
- 7) Clark E, Plint AC, Correll R, Gaboury I, Passi B. A randomized, controlled trial of acetaminophen, Ibuprofen, and codeine for acute pain relief in children with musculoskeletal trauma. *Pediatrics* 2007 Mar; 119(3):460-7.

Novembre 2015. TREKK: révision en 2017

