

Classification de JEFFEREY dans les fractures du col du radius chez l'enfant. L'intérêt ?

JEFFEREY classification in fractures of the radial neck in children. The interest?

Quadhour A., Hidoussi O., Bouchoucha S., Smida M., Ben Ghachem M.

Service d'Orthopédie de l'Enfant et l'Adolescent. Hôpital d'Enfants de Tunis - 1007 Bab Saadoun - Tunis

Les fractures du col du radius, ne sont pas fréquentes chez l'enfant et représentent 5 à 10% des fractures du coude chez l'enfant et environ 1% de toutes les fractures pédiatriques. La fracture peut concerner le cartilage conjugal du radius proximal en produisant des décollements épiphysaires de type 1 ou 2 de SALTER ou peut être complètement métaphysaire. Les fractures articulaires de type décollement épiphysaire Salter 3 ou 4 sont exceptionnelles.

Quoique la plupart de ces lésions surviennent après un traumatisme considérable, la fracture du col radial peut survenir simplement après chute de sa propre hauteur.

Le mécanisme le plus commun qui produit cette fracture a été bien décrit et illustré par JEFFEREY [1, 2]. Il s'agit d'un mécanisme indirect avec une chute sur la paume de la main, coude en extension et en abduction et avant bras en supination. Sous l'effet de l'impact axial, la force en valgus résultante exerce alors une compression du capitellum contre la tête radiale et provoque la fracture du col du radius avec souvent un tassement métaphysaire angulaire. Ce mécanisme explique les éventuelles lésions internes associées comme l'arrachement de l'épitrôchlée et la fracture oblique de l'olécrane.

Rarement, ces fractures se voient associées à des luxations postérieures du coude avec un déplacement important de l'épiphyse radiale qui est rotée à plus de 90°. En 1950, JEFFEREY [1] propose une explication pathogénique à ce groupe de fracture très rare et suggère le mécanisme suivant : « après la luxation du coude produite par un mécanisme indirect, la patient chute sur son coude traumatisé fléchi et l'impact direct avec le sol, réduit la luxation. Au cours de cette réduction "spontanée", l'épiphyse radiale en butant contre le bord inférieur du capitellum, se fracture et se déplace en postérieur avec une rotation de 90° ». En 1972, le même auteur [2] confirme et documente ce mécanisme hypothétique par une observation montrant sur une première radiographie une luxation antérieure du coude et une fracture non déplacée du col du radius ; le bord antérieur de la tête radiale butait contre le bord inférieur du condyle externe. La radiographie après réduction du coude, montrait le déplacement de la fracture du

col radial avec la rotation de l'épiphyse. Nous présentons une observation similaire (Figures 1, 2).

Quel est l'intérêt de cette classification en deux types ?

Pour pouvoir répondre à cette question, il faut savoir que : la fracture peut survenir lors de la luxation avec un déplacement initial antérieur de la tête radiale (Figure 1).



Figure 1 : Luxation coude avec fracture col radial (léger déplacement antérieur)



Figure 2 : Déplacement fracture col radial (rotation à 90° après la réduction de la luxation)

La fracture peut survenir lors d'une réduction spontanée ou par manœuvres externes de la luxation.

L'impact est alors thérapeutique !!!

Premièrement, une attention particulière lors des réductions des luxations du coude est fortement recommandée afin d'éviter une fracture du col radial ou son déplacement.

Deuxièmement, les fractures déplacées de type JEFFEREY 2 nécessitent une réduction à ciel ouvert d'emblée pour éviter les renversements de l'épiphyse radiale, constatés après réduction par manœuvres externes et à ciel fermé.

RÉFÉRENCES

- 1) Jeffery C.C. Fracture of the head of the radius in children. J Bone Joint Surg 1950; 32B:314-24.
- 2) Jeffery C.C. Fractures of the neck of the radius in children. Mechanism of causation. J Bone Joint Surg 1972; 54B:717-9.