

## Classifications des fractures supracondyliennes du coude chez l'enfant. Absence de l'idéale...

## Classifications of supracondylar humeral fractures in children. Absence of the ideal...

Smida M., Bouchoucha S., W. Saied.

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

E-mail : mahmoud.smida@rns.tn

Beaucoup de classifications ont été proposées dans la littérature pour les fractures supracondyliennes du coude de l'enfant. Toutes ces classifications sont basées essentiellement sur le type et l'importance du déplacement. Ces deux éléments essaient de prévoir la stabilité d'une éventuelle réduction et d'orienter et dicter par la suite le traitement.

Deux classifications sont les plus souvent utilisées dans la littérature. Du côté francophone, la classification de Lagrange et Rigault [1] est la plus souvent adoptée. Elle comporte quatre stades :

- Stade I : la fracture est sans déplacement et seule la corticale antérieure de la métaphyse humérale est fracturée
- Stade II : la fracture touchant les deux corticales n'est pas déplacée ou légèrement déplacée, le plus souvent une bascule postérieure
- Stade III : le déplacement devient important dans les trois plans, mais les surfaces fracturaires restent en contact en un point. Le décalage (déplacement rotatoire) est constamment retrouvé
- Stade IV : le déplacement est important et les surfaces fracturées perdent tout contact.

Un stade V, fracture diaphyso-métaphysaire très instable, a été ensuite ajouté.

La littérature anglo-saxonne, quant à elle, fait référence à la classification de Gartland [2]. Elle comporte trois types :

- Type I : fracture peu ou pas déplacée
- Type II : fracture déplacée, conservent une continuité corticale postérieure.
- Type III : fracture présentant un grand déplacement où le fragment distal a perdu tout contact avec la métaphyse humérale.

Cette classification a été ensuite modifiée par Wilkins [3] en divisant le type II en :

- Type IIA : la corticale postérieure est intacte et le déplacement est seulement postérieur

- Type IIB : la corticale postérieure est intacte avec un déplacement postérieur et rotatoire.

Ces classifications sont à la base de tout traitement pour la majorité des auteurs. Le principal but de ce traitement est de réduire anatomiquement la fracture et de maintenir la réduction d'une manière stable jusqu'à la consolidation et ceci sans complications. Les résultats doivent par ailleurs, être reproductibles.

La question fondamentale est de savoir si l'immobilisation orthopédique ou chirurgicale doit stabiliser la fracture ou laisser persister une instabilité.

Si tous les auteurs suggèrent pour le type I une immobilisation externe simple par plâtre, le choix des diverses méthodes thérapeutiques et techniques n'est pas toujours clair et reste controversé pour les autres types de fractures (particulièrement pour les stades et types intermédiaires) et ceci en dépit de la convergence des buts de toutes et différentes méthodes.

Le manque d'une classification anatomopathologique idéale pour ces fractures serait à l'origine des controverses thérapeutiques existantes. En effet, aucune classification n'est reproductible à 100%...

Ces types IIA et IIB ne correspondraient pas aux stades II et III de Lagrange et Rigault ???

Ces deux classifications princeps (de Lagrange et de Gartland) ne se ressemblent-elles pas en fait ???

### RÉFÉRENCES

- 1) Lagrange J, Rigault P. Fractures supracondyliennes. Rev Chir Orthop 1962; 48:337-414.
- 2) Gartland JJ. Management of supracondylar fractures of the humerus in children. Surg Gynecol Obstet 1959; 109:145-54.
- 3) Wilkins K. Fractures and dislocations of the elbow region. In: Rockwood CA, Wilkins K, King R, editors. Fractures in children. 3rd ed. Philadelphia: JB Lipincott Co.; 1991. p. 509-828.