



## Faire preuve de souplesse pour les fractures en tore?

### QUESTION CLINIQUE

**L'immobilisation rigide est-elle nécessaire pour les fractures en tore?**

### CONCLUSION

**Qu'ils aient été traités avec un bandage souple, une attelle rigide ou un plâtre, les enfants ayant subi une fracture en tore guérissent tous avec un minimum de complications. Les résultats fonctionnels et la satisfaction sont semblables après environ 4 à 6 semaines. La douleur est semblable à tous les points de repère temporels, mais l'application d'un plâtre engendre une légère réduction le premier jour.**

### DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement différents, à moins d'indication contraire.
- Enfants souffrant de fractures en tore : comparaison entre le plâtre, l'attelle rigide et le bandage souple pendant 3 à 4 semaines. Deux revues systématiques d'essais cliniques randomisés (ECR)<sup>1,2</sup>. Âge moyen : environ 10 ans, suivi après 28 à 42 jours.
- Bandage souple sans suivi prévu par rapport à attelle rigide avec suivi prévu : 1 ECR (965 enfants)<sup>2,3</sup>.
  - Durée d'utilisation médiane : 7 jours (bandage) par rapport à 18 jours (attelle).

- Douleur (de 0 à 10 : plus le score est élevé, plus la douleur est intense, ~ 5 au départ) :
  - 1<sup>er</sup> jour : 4,3 (bandage) par rapport à 3,9 (attelle). La différence n'est pas cliniquement importante. Autres points de repère temporels : aucune différence.
  - Prise d'acétaminophène/ibuprofène le 1<sup>er</sup> jour : 83 % (bandage) par rapport à 78 % (attelle); nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 20. Autres points de repère temporels : aucune différence.
- Rétablissement fonctionnel, nombre de jours de classe manqués : aucune différence.
- Changement de traitement/nouvelle application : 11 % (bandage) par rapport à 5 % (attelle).
- Satisfaction (de 1 à 7 : plus le score est faible, plus la satisfaction est grande) :
  - 1<sup>er</sup> jour : 2 (bandage) par rapport à 1 (attelle).
  - 42<sup>e</sup> jour : 1 (les deux méthodes)
- Événements indésirables : nombre très faible, aucune analyse effectuée.
- Attelle rigide par rapport au plâtre :
  - Douleur (5 ECR, 437 enfants)<sup>1</sup> :
    - Jour de l'application (de 0 à 10 : plus le score est élevé, plus la douleur est intense) : 3 (attelle) par rapport à 0 (plâtre).
    - Du 7<sup>e</sup> au 21<sup>e</sup> jour : aucune différence<sup>1,2</sup>.
  - Changement de traitement/nouvelle application (4 ECR, 444 enfants) : environ 3 % dans les deux groupes<sup>1</sup>.
  - Fonction physique après 4 semaines (1 ECR, 65 enfants) : aucune différence<sup>1</sup>.
  - Satisfaction (différentes mesures utilisées) : Une étude n'a constaté aucune différence, tandis qu'une autre a favorisé l'attelle<sup>1,2</sup>.
  - Événements indésirables : Peu d'événements indésirables ont été rapportés. Aucune différence<sup>1,2</sup>.
- Bandage souple par rapport à un plâtre (ECR supplémentaire, 150 enfants)<sup>4</sup> :
  - Complications, satisfaction : aucune différence.
- Limites : Toutes les études sauf une étaient petites. Il y a une incohérence au niveau de l'insu de l'évaluation des résultats.

## CONTEXTE

- En général, les fractures en bois vert (le cortex est fracturé d'un côté, tandis qu'il est gauchi de l'autre) exigent une immobilisation rigide<sup>5</sup>.
- Les lignes directrices du NICE (R.-U.) recommandent le recours à un bandage souple pour les fractures en tore, mais aucune ligne directrice canadienne n'a été publiée<sup>6,7</sup>.
- La prise en charge à domicile avec un suivi par le médecin de famille au besoin engendre des résultats semblables à ceux d'un suivi prévu avec celui-ci<sup>8</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Handoll HH, Elliott J, Iheozor-Ejiofor Z et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Dec 19;12(12):CD012470.
2. Pakarinen O, Saarinen AJ, Pölkilainen VT et al. Sci Rep. 2024 Sep 9;14(1):21052.
3. Perry DC, Achten J, Knight R et al. Lancet. 2022 Jul 2;400(10345):39-47.
4. Doski J, Shaikhan R, Chin J. Traumatol. 2023 Jul;26(4):217-222.
5. Randsborg PH, Sivertsen EA. Acta Orthopædica. 2009 Oct;80(5):585-589.
6. Fractures (non-complex): Assessment and Management. NICE. Lien : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng38/resources/fractures-noncomplex-assessment-and-management%20-pdf-1837399081669>. Consulté le 27 janvier 2025.
7. Baxter T, To T, Chiu M et al. CMAJ Open. 2021 Jun 15;9(2):E659-E666
8. Colaco K, Willan A, Stimec J et al. Ann Emerg Med. 2021 Feb;77(2):163-173.

## AUTRICES

Jennifer Young, M.D., CCMF-MU  
Émeline Braschi, M.D., Ph. D.

*Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

## OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDE POSSIBLE PAR



## EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*