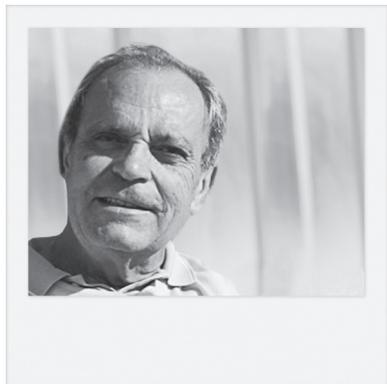


# Réduire une pronation douloureuse



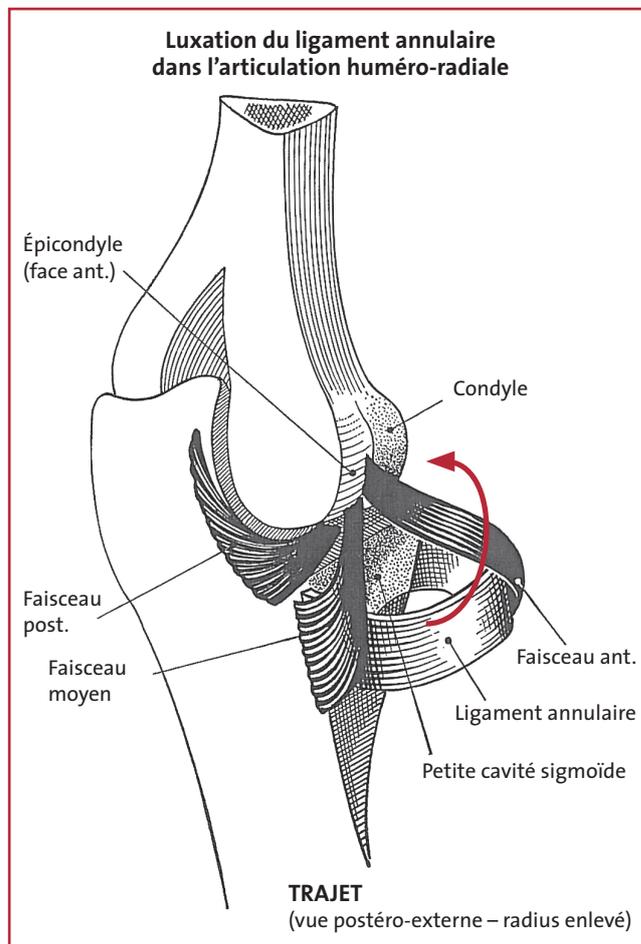
→ **J.-P. CHAUMIEN**  
Orthopédie pédiatrique,  
PARIS.

**U**ne manœuvre simple, mais réalisée avec rigueur, permet de réduire pratiquement toutes les pronations douloureuses. Malgré un diagnostic simple, d'autres étiologies peuvent simuler cette atteinte du membre supérieur, ce qui appelle à la vigilance.

La pronation douloureuse est une luxation du ligament annulaire du coude qui s'interpose entre le condyle huméral et la cupule radiale, ce qui conduit à la position antalgique coude en extension et avant-bras en pronation. La tête radiale reste en position anatomique (*fig. 1*).

Le diagnostic repose :

- sur l'apparition brutale d'une impotence fonctionnelle du membre supérieur, très douloureuse lors des tentatives de mobilisations du coude ;
- sur la connaissance du mécanisme responsable : une traction brutale du membre supérieur en extension et pronation. En pratique, l'interprétation de l'accident peut être trompeuse, une chute sur la main étant souvent invoquée, alors que la mère a relevé l'enfant en le tirant par le poignet ;
- l'attitude du membre supérieur est caractéristique : il pend le long du corps, coude en extension, main en pronation ;
- toute mobilisation du coude est douloureuse et est à proscrire ;



**Fig. 1 :** Mécanisme : le ligament annulaire qui se luxé est responsable de la pathologie. Le claquement perçu correspond à sa réduction.

– des signes négatifs sont importants : absence de douleur provoquée à la palpation de l'ensemble des os et des articulations depuis la clavicule jusqu'à la main. De plus, la mobilisation douce des articulations du poignet et de l'épaule est indolore, éliminant ainsi toute pathologie articulaire de voisinage. L'enfant est apyrétique et ne présente aucune déformation visible du membre supérieur.

Ces éléments sont suffisants pour porter le diagnostic : en cas d'hésitation, demander une échographie articulaire ou une radiographie, examens centrés sur la zone suspecte.



Maintien du membre sain.

**FIG. 2 :** L'enfant étant calmé, son maintien ferme est assuré par trois points : son membre sain et son épaule par la main de la mère et le bras atteint par l'examineur. Cela évite toute esquive de défense qui pourrait conduire à l'échec de la réduction.

La réduction est conduite de façon rigoureuse :

- L'enfant est installé sur les genoux de sa mère, tourné vers l'examineur qui est assis en face de lui (**fig. 2**).
- La mère est informée que la manœuvre est douloureuse et que l'enfant risque de pleurer.
- Le déshabillage interdit toute mobilisation du coude pathologique, aussi faut-il libérer en premier lieu le membre sain, puis la tête et enfin – avec douceur – le laissant dans sa position antalgique, le bras atteint.
- L'enfant étant calmé, la mère le ceinture, maintenant vigoureusement le bras sain contre le corps et posant sa main bien à plat en arrière de l'épaule du côté pathologique.

- L'examineur empaume alors le poignet de l'enfant et, de son autre main, enserre l'extrémité inférieure du bras qui est ainsi parfaitement fixé, son pouce appliquant une légère pulsion sur la tête radiale, de dehors en dedans. Il accentue un peu la pronation de l'enfant et l'extension du coude (**fig. 3**). Dès lors, la manœuvre de réduction (**fig. 4**) peut commencer, exécutée rapidement mais sans brutalité.
- Il porte la main en supination forcée, puis il fléchit le coude jusqu'à ce que l'avant-bras vienne toucher le bras : c'est, en effet, dans les derniers degrés de flexion que la réduction est obtenue dans les formes sévères. Le maintien de la maman, associé à la fixation du bras par l'examineur, évite à l'enfant d'effectuer des manœuvres de défenses qui rendraient la réduction inefficace : le bras sain repousse l'examineur et, lors de la flexion forcée, l'épaule fuit en arrière.
- Le succès de la manœuvre se traduit par un claquement palpable et audible, témoin de la réintégration anatomique du ligament annulaire.
- Pour en être certain, il faut laisser l'enfant jouer spontanément, sans aide ni mobilisation volontaire de son articulation. Faire les marionnettes est la preuve du succès de la réduction.
- Aucune immobilisation n'est nécessaire, mais il faut prévenir la famille que les récurrences sont possibles et qu'il n'y a jamais de séquelle.

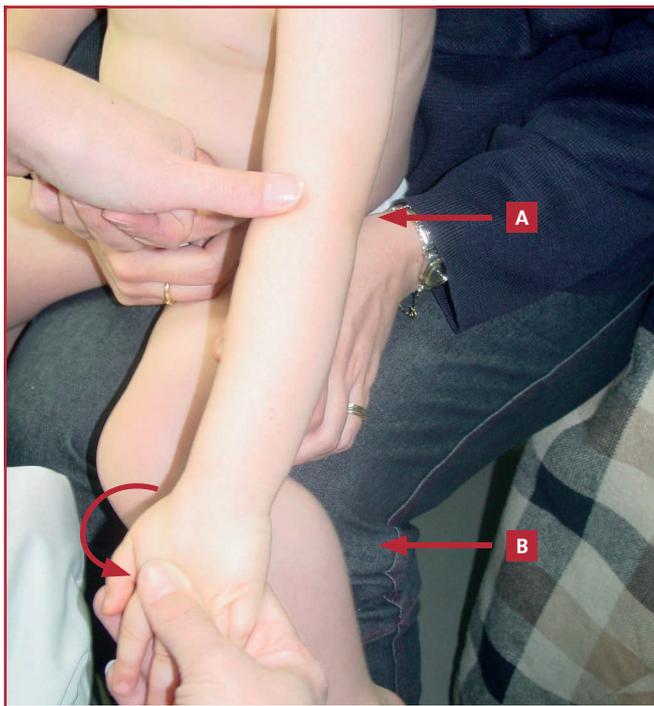
En cas d'échec de réduction, ce qui est fréquent dans les formes vieilles, il ne faut pas insister au-delà de trois mobilisations. Il est alors conseillé de faire une radiographie, de reconformer le diagnostic et d'immobiliser pendant 48 heures le membre supérieur en *Mayo Clinic*, en y associant, au besoin, antalgiques et/ou AINS. À l'ablation par la mère, si la mobilité du coude ne réapparaît pas, revoir l'enfant et reposer le diagnostic. Lors des formes récidivantes, la consultation a pour objet de confirmer qu'il s'agit bien d'une pronation banale et non pas d'une pronation survenant dans le cadre d'une dysplasie du tissu conjonctif comme Ehlers-Danlos (collagène type III), Marfan... Si cela n'est pas le cas, rassurer la famille sur l'absence de conséquences à distance et apprendre aux parents à réaliser la manœuvre eux-mêmes.

Deux diagnostics différentiels sont à retenir :

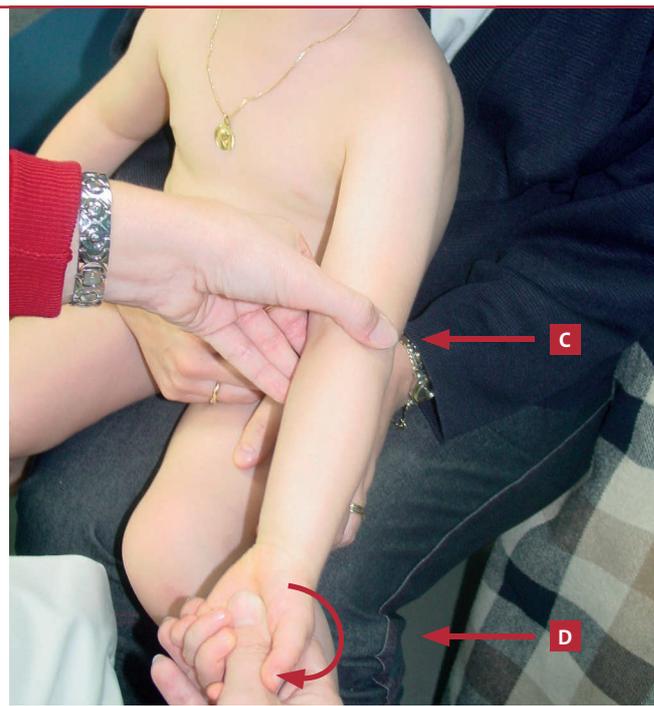
>>> Tout d'abord : une fracture. Non pas les fractures déplacées dont le diagnostic est simple, mais les tassements ou décollements épiphyso-métaphysaires révélés par une douleur exquise à la pression et confirmés par la radiographie centrée.

## REPÈRES PRATIQUES

### Orthopédie

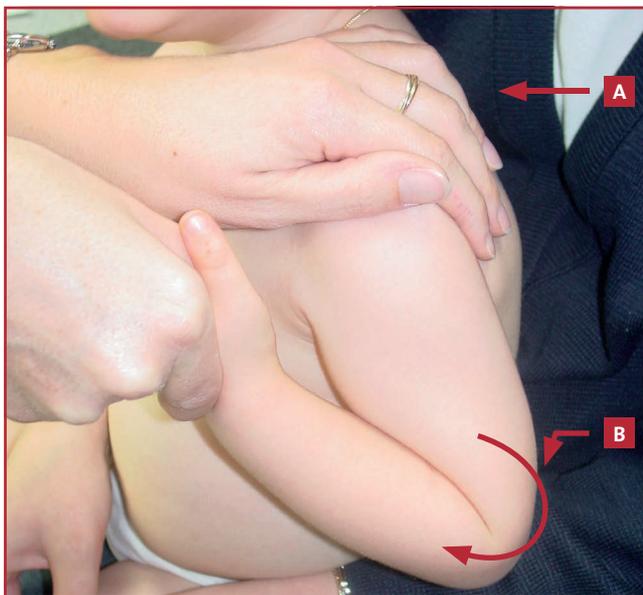


**A:** Mettre le coude en hyperextension.  
**B:** Accentuer la pronation.



**C:** Le coude étant maintenu en hyperextension...  
**D:** Le poignet est tourné en supination forcée.

**FIG. 3 :** Préparation de la réduction.



**A:** Le poignet maintenu en supination forcée... La main de l'examineur maintenant l'épaule...  
**B:** Le coude est fléchi au maximum... Car la réduction, ne s'obtient qu'en flexion forcée, avec un "clac" perceptible.

**FIG. 4 :** Manœuvre de réduction.

Par ailleurs, en règle, la présentation spontanée n'est pas en extension du coude, mais dans l'attitude des traumatisés du membre supérieur, coude fléchi, bras collé au corps.

>>> Certaines arthrites septiques ou d'autre nature, qui sont sources d'une impotence fonctionnelle bras en extension, en particulier lors des atteintes de l'épaule. Cette attitude simule une pronation douloureuse. L'échographie articulaire, le bilan biologique, voire la scintigraphie osseuse, redresseront le diagnostic.

Cette lésion du petit enfant est souvent impressionnante pour la famille, mais elle disparaît aussi soudainement qu'elle est survenue, sous réserve de suivre avec rigueur la technique de réduction. Elle témoigne d'une pathologie strictement mécanique et locale, tout à fait bénigne.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.