



PROTOCOLE THERAPEUTIQUE PRONATION DOULOUREUSE DE L'ENFANT

- Souvent chez le petit entre 10 et 30 mois
- Correspond à une sub-luxation de la tête radiale ou de la tête cubitale
- Mécanisme univoque de survenue : l'enfant est tiré par le bras alors qu'il allait tomber, ou est soulevé en tirant sur le membre supérieur.

Clinique : Douleurs (+/- pleurs) mal situées dans le membre supérieur

Surtout : attitude membre supérieur pendant le long du corps, poignet en pronation, coude étendu. Il refuse de saisir un objet qu'on lui tend, il ne se sert plus de sa main.

Radio non nécessaire

Réduction : La maman tient l'enfant sur ses genoux,

Une main de l'examineur tient le poignet, l'autre le coude,

Faire décrire à l'avant-bras un mouvement de supination combiné à la flexion du coude (inverse de l'attitude spontanée), on ressent un déclic, la pronation douloureuse est réduite.

Critère de réduction : l'enfant cesse de pleurer et se ressert immédiatement de son membre supérieur

Dans le cas contraire (quelques minutes après) : faire une Rx du membre supérieur.

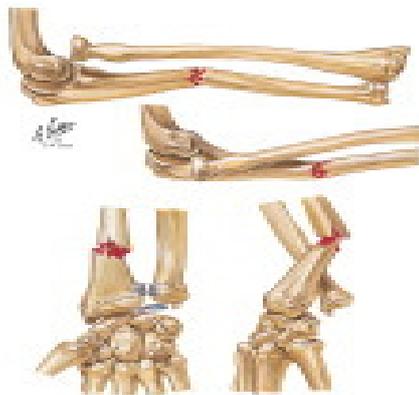
FRACTURES DIAPHYSAIRES DE L'AVANT-BRAS

Diagnostic facile

Durée de consolidation très longue : 2 à 3 mois

Clinique : 3 formes

1. Fracture de **Monteggia** : fracture du cubitus et luxation de la tête radiale
2. Fracture de **Gaellazzi** : fracture du radius et luxation de la tête cubitale



3. Fracture en motte de beurre de l'enfant : fracture sous-périostée peu déplacée qui peut passer inaperçue à la Rx

Traitement :

Adulte :

- Fracture déplacée → ostéosynthèse
- Fracture non déplacée → résine brachio-palmaire

Enfant :

- Fracture déplacée ou non → traitement orthopédique : réduction sous AG et résine brachio-antibrachio-palmaire

Le risque de ces fractures est de compromettre la prono-supination, pour éviter ce risque la réduction anatomique est indispensable.