

L'épicondylite résistante au traitement conservateur existe-t-elle vraiment?



N. Bigorre, B. Latelise, A. Petit,
Y. Saint-Cast, G. Raimbeau, F. Rabarin

Centre de la Main - Angers



CENTRE DE LA MAIN
Angers Assistance Main

Epicondylite



Tennis Elbow

5%



Population concernée

40 – 50 ans

Contexte professionnel



Pathologie dégénérative



Nombreux diagnostics différentiel

Douleur latérale du coude = epicondylite



Absence de consensus

Pubmed 2781 Références

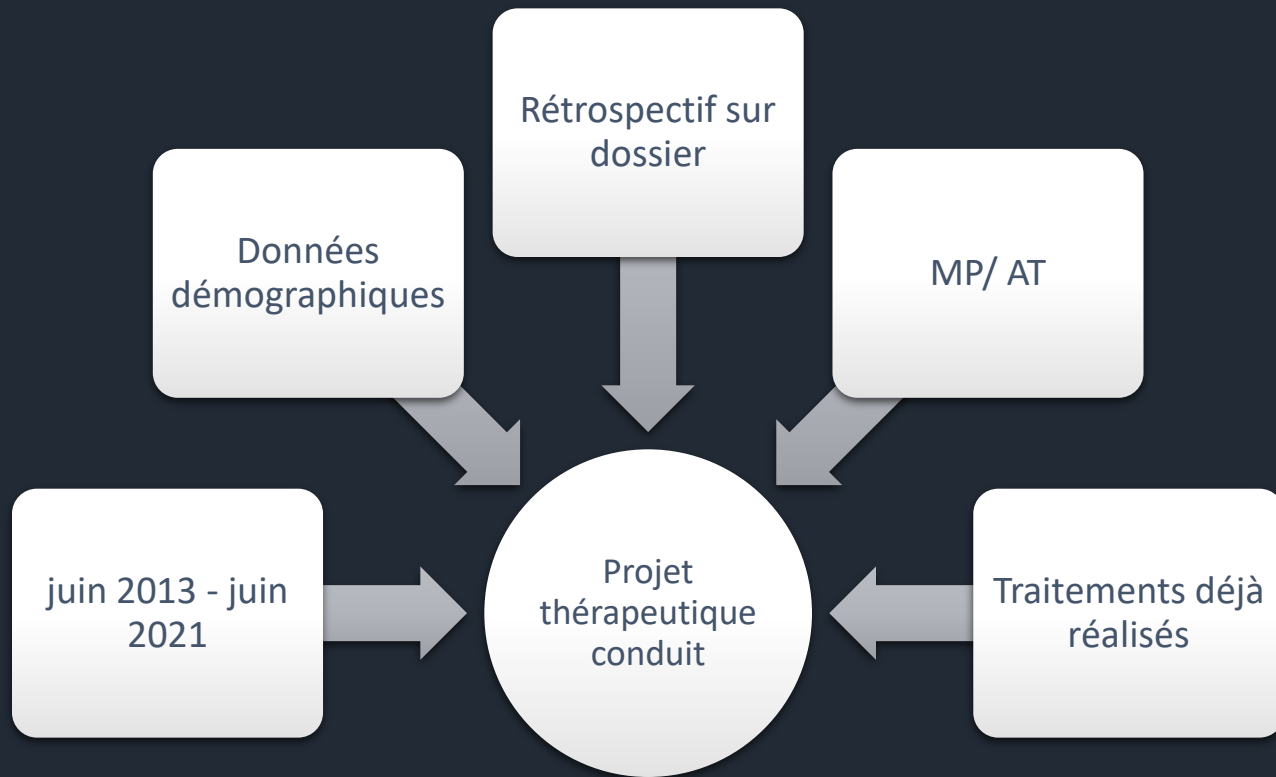


Traitement conservateur

à privilégier pendant au moins 6

Chirurgie si échec

Mais résultats chirurgie : 70 à 90%



Parcours de soins avant la consultation chirurgicale

Facteurs de risque d'échec du traitement conservateur

Résultats



151 patients : 84 femmes- 67 hommes



46,3 ans +/- 7,29



Durée d'évolution : 13,3 mois +/- 10,2



Membre dominant 74%



Reconnaissance MP 62 %



Pathologies associées 53% (canal carpien, syndrome ulnaire, STTB ...)



AINS : 46%



Kiné : 72% (Onde de choc : 33%, électrodes, ultrason, physiothérapie : 40%,MTP, excentrique, proximal : 35%)



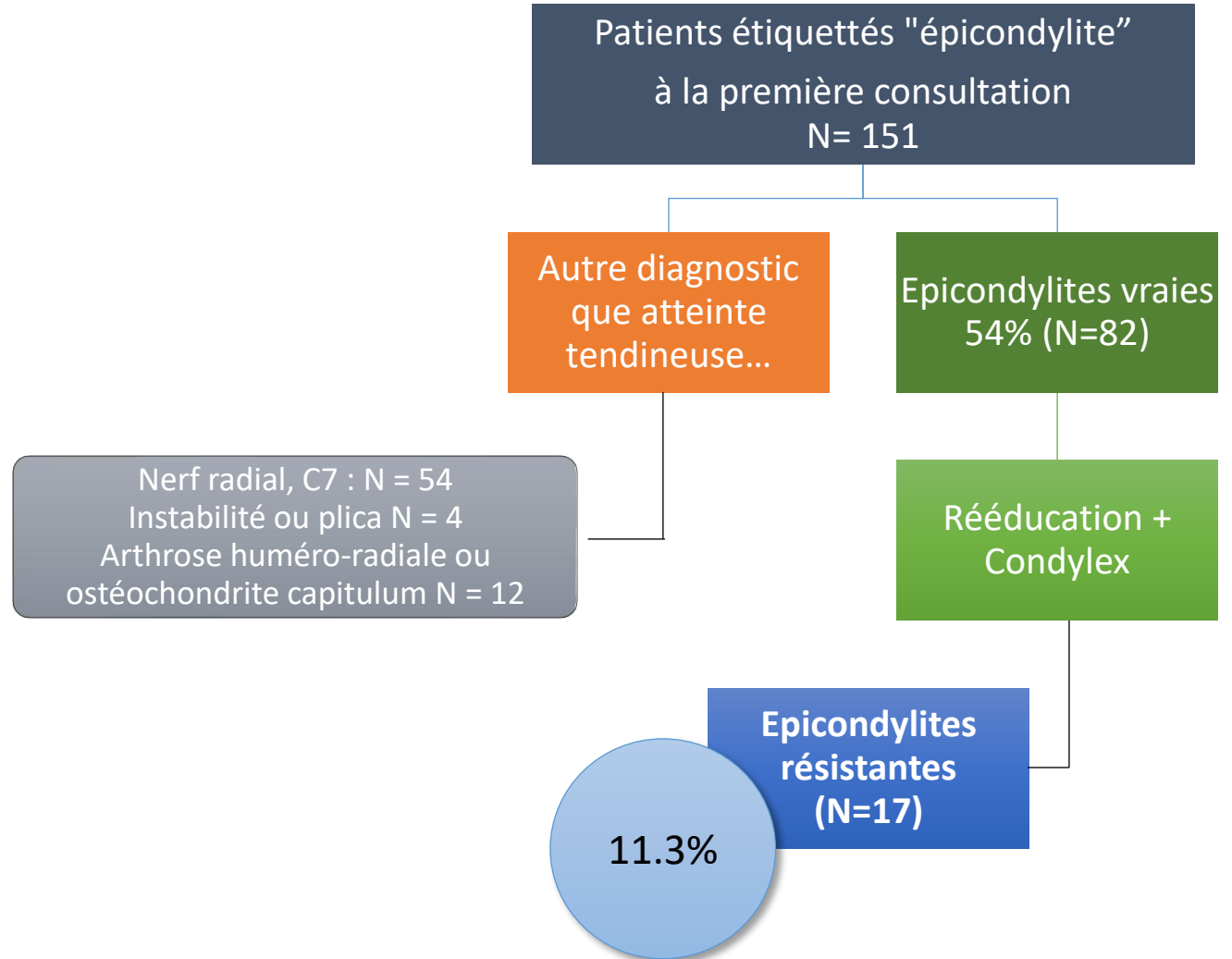
Infiltration : 41% (1,71 +/-0,7)



Rien... : 15,3%

Résultats

Chart flow



	Analyse univariée	Analyse multivariée
AINS	p<0,01	OR = 6,57 (1,92 – 30,5)
Age	P=0,26	
Autres pathologies M.S.	P=0,42	
Coté dominant	P=0,06	
Durée d'évolution	P=0,35	
Infiltration	p<0,001	OR = 15,6 (4,4 – 74,3)
Kiné	P=0,11	OR = 2,92 (0,84 – 13,6)
Reconnaissance MP	P=0,014	OR = 4,81 (1,41 – 22,3)
Sexe	P=0,77	

Facteurs de risque

Discussion

Epicondylite = Résolutif en 6 à 12 mois

90% de guérison

- Coonrad 1973

Pathologie dégénérative

- Cyriax 1936
- Epicondylose plutôt qu'épicondylite

Pas de consensus thérapeutique

Infiltration

- Efficace en phase initiale
- Aucun effet sur le long terme

Rééducation

- Nombreux protocoles et techniques
- Aucun effet des ondes de choc
- Hoogvliet 2013 méta-analyse

L'épicondylalgie
est plus un
SYMPTÔME
qu'une
pathologie

Neurologique

- Nerf radial
- Radiculopathie C7

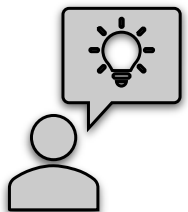
Articulaire

- Arthrose
- Instabilité
- Plica

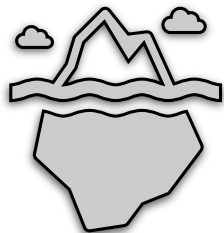
Examen clinique

Examens complémentaires

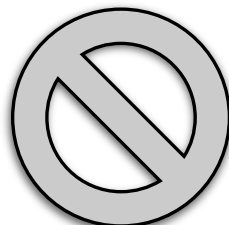
- Echographie
- EMG : opérateur dépendant
- IRM



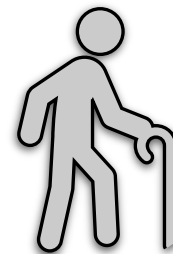
Attention aux
diagnostics
différentiels



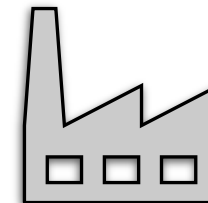
Association
fréquente à
d'autres TMS



AINS et
infiltration



Epicondylose



Reconnaissance
MP



« take home message »

Références bibliographique

- Amako M, Arai T, Iba K, Ikeda M, Ikegami H, Imada H, et al. Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guidelines on the management of lateral epicondylitis of the humerus - Secondary publication. *Journal of Orthopaedic Science*. mai 2022;27(3):514-32.
- Burkhart SS, Morgan CD, Kibler WB. The disabled throwing shoulder: Spectrum of pathology part III: The SICK scapula, scapular dyskinesis, the kinetic chain, and rehabilitation. *Arthroscopy - Journal of Arthroscopic and Related Surgery*. 2003;19(6):641-61.
- Cullinane FL, Boocock MG, Trevelyan FC. Is eccentric exercise an effective treatment for lateral epicondylitis? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*. 2014;28(1):3-19.
- Hoogvliet P, Randsdorp MS, Dingemanse R, Koes BW, Huisstede BMA. Does effectiveness of exercise therapy and mobilisation techniques offer guidance for the treatment of lateral and medial epicondylitis? A systematic review. *Br J Sports Med*. nov 2013;47(17):1112-9.
- Nirschl RP. The etiology and treatment of tennis elbow. *The Journal of Sports Medicine*. nov 1974;2(6):308-23.
- Nirschl RP, Ashman ES. Elbow tendinopathy: tennis elbow. *Clinics in Sports Medicine*. oct 2003;22(4):813-36.
- Regan W, Wold LE, Coonrad R, Morrey BF. Microscopic histopathology of chronic refractory lateral epicondylitis. *Am J Sports Med*. nov 1992;20(6):746-9.