



Épicondylite ou tennis-elbow

LE TERME D'ÉPICONDYALGIE CHRONIQUE EST MIEUX ADAPTÉ CAR IL CORRESPOND À UN SURMENAGE DES MUSCLES ÉPICONDYLIENS.

Qu'est-ce que le tennis-elbow ?

Le terme de tennis-elbow ne résume pas à lui seul l'ensemble de la pathologie douloureuse chronique du coude. Le terme d'épicondylalgie chronique est mieux adapté car il correspond à un surmenage des muscles épicondyliens.

Les autres douleurs chroniques du coude représentent de véritables entéropathies d'où le terme d'épitrachléite, tendinite, olécranite, etc.

L'épicondylite est de loin l'atteinte la plus fréquente puisque plusieurs études ont montré que 50% des joueurs de tennis présentaient au moins une fois une épicondylite avec une durée moyenne de deux ans et demi, mais le sport et en particulier le tennis n'est pas spécifique de ces lésions du coude. A des degrés variables, 3 types de lésion peuvent s'associer pour provoquer une épicondylalgie :

- Une tendinopathie d'insertion ou enthésopathie. En raison de l'insertion du cône des muscles épicondyliens, zone de faiblesse musculaire, et en raison de la stabilisation du coude par les épicondyliens en extension, l'épicondylite est une véritable pathologie de la préhension qui est donc à relier avec le volume du manche, du marteau ou de la raquette.
- Arthropathie huméro-radiale, car le surmenage mécanique peut engendrer des lésions cartilagineuses et périoarticulaires.
- Pathologie du nerf radial créant un véritable syndrome canalaire par un épaississement de l'aponévrose du court supinateur ou arcade de Frohse. Cette atteinte neurologique est très rare, représentant 5% des épicondylalgies.

Quels sont les symptômes de l'épicondylite ?

Le diagnostic est clinique par la palpation qui retrouve une douleur épicondylienne irradiant vers l'avant-bras sur le relief de l'épicondyle le plus souvent à 2 cm sous le relief osseux sur le tendon d'insertion.

Trois tests spécifiques réveillent et aggravent la douleur épicondylienne. Ils sont recherchés, coude en extension complète, position de tension maximale des muscles. Il s'agit de : extension contrariée du poignet, supination contrariée, extension contrariée du majeur et de l'index.

Quels sont les examens complémentaires utiles ?

Les examens complémentaires font la part de ces 3 syndromes.

La radiographie recherche des micro calcifications intra tendineuses.

L'EMG est essentiel au diagnostic de neuropathie mais il est rare que des signes neurogènes soient détectés. Plus rarement un arthroscanner pour visualiser des lésions chondromalaciaques articulaires.

L'I.R.M permet d'apprécier la qualité des tendons et des masses musculaires, l'existence d'une lame liquidienne témoin de l'inflammation locale.

Quel est le traitement ?

Le traitement est avant tout préventif. Il faut mettre le patient au repos et instaurer un traitement associant une immobilisation, de la physiothérapie et des infiltrations locales de corticoïdes.

Pour soulager la douleur et contrôler l'inflammation, le repos est toujours indiqué en cas de geste stéréotypé : suppression des gestes aggravant la symptomatologie pendant 3 semaines.

Certains traitements physiothérapeutiques ont une action bénéfique hormis ionisation et ultrasons. Les massages transverses profonds sont effectués perpendiculairement au tendon pendant 15 mn.

L'infiltration ne doit pas être pratiquée en première intention chez les sportifs ou chez le travailleur de force pour ne pas fragiliser les tendons. La chirurgie garde une place limitée dans le traitement de l'épicondylalgie.

C'est toujours après l'échec d'un traitement conservateur de 6 mois à 1 an.

Le traitement doit être complet et comporte pour nous une désinsertion associée à l'allongement des épicondyliens, une épicondylectomie partielle, une arthrolyse huméro-radiale. Dans certains cas une libération du nerf radial est associée. L'immobilisation post opératoire se fait pendant 3 semaines dans une attelle avant de débiter la rééducation.