

L'ÉPICONDYLITE RÉCIDIVANTE

P GABRIEL*, A WALRAVENS**

*Rhumatologue, **Médecine du Sport.

Chaussée Romaine, 801. 1020 Bruxelles, Belgique

Un «tennis-elbow» qui récidive n'est pas une tendinopathie d'insertion. Suite à un examen clinique rigoureux, on trouve presque toujours une souffrance articulaire. Un traitement par lavage articulaire supprime la composante inflammatoire et permet ensuite par mobilisation du coude de récupérer la mobilité articulaire complète et harmonieuse. Ceci prévient les récurrences.



Fig.1

HISTOIRE TYPIQUE

Une personne d'âge moyen présente une douleur au coude située dans la région de l'épicondyle. Cette douleur est réveillée par les gestes habituels comme sortir une bouteille du réfrigérateur, verser le café, ouvrir une



Fig.2

porte... La nuit, le patient peut être réveillé par la douleur et le coude se mobilise alors difficilement à cause d'une raideur articulaire. Parce que la gêne se prolonge trop longtemps, et que plusieurs applications de pommades différentes (conseillées par des amis sympathisants) n'ont aucun effet, on décide finalement d'aller consulter le médecin de famille. Par quelques tâtonnements, l'endroit douloureux est vite trouvé et avec le test musculaire contre résistance le diagnostic est posé. Selon les habitudes et affinités du médecin, le traitement est administré avec ou sans kinésithérapie. La médication (un AINS) a peu d'effet et les frictions transverses profondes chez le kinésiste apportent plutôt douleur que soulagement. En fin de compte l'infiltration tant redoutée est finalement acceptée.

Après une nuit de douleur locale réactionnelle, ce traitement apporte enfin un soulagement apprécié pendant quelques semaines, avec même l'espoir d'une guérison à l'horizon.



Fig.3

Mais sournoisement, la gêne réapparaît et de nouveau le coude s'étire difficilement la nuit. Alors vient l'expérience d'un repos complet par l'immobilisation plâtrée... Ce n'est pas simple de vivre quelques semaines avec ce bras lourd et encombrant. Mais, au grand désespoir de tout le monde il apparaît clairement que le «tennis-elbow» devient une affaire chronique.

Voilà l'histoire classique de ce coude que le malheureux propriétaire vient présenter à la consultation.

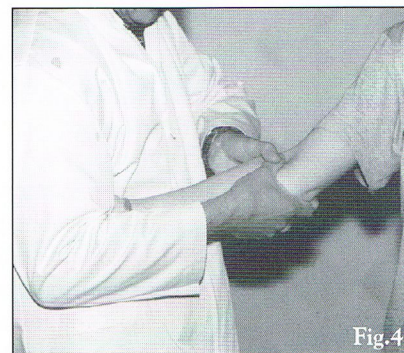


Fig.4



Fig.5

L'EXAMEN CLASSIQUE

Si la pression de l'interligne articulaire est douloureuse, la composante articulaire est certaine. C'est le signe le plus important et le premier présent. Comme dans toutes les articulations périphériques, cette pression

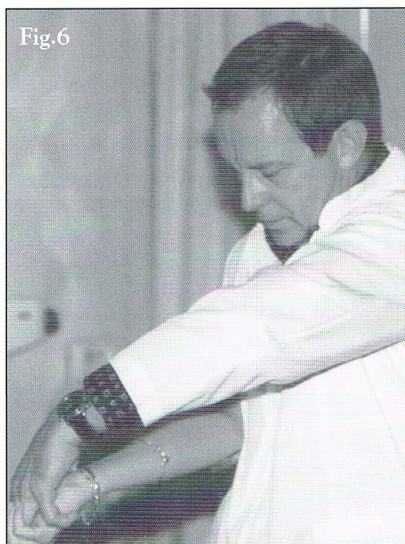


Fig.6



Fig.7

douloureuse signe une composante articulaire, et inversement, une pathologie articulaire présente une douleur à la pression de l'interligne. Cette règle ne souffre d'aucune exception. Si la pathologie est évoluée, il peut y avoir un schéma capsulaire :

la flexion passive complète est réduite et la sensation finale est devenue différente (tension plus grande). L'extension complète passive paraît freinée par une tension musculo-ligamentaire et le contact os-os (sensation finale dure de l'olécrane contre l'humérus) ne se produit plus. La supination passive est d'habitude normale ; par contre la pronation passive (coude fléchi et serré au corps) est limitée. Le patient va compenser cette perte de pronation en écartant légèrement le coude du corps.

DISCUSSION

Selon notre expérience, une composante articulaire est retrouvée dans près de 80 % des douleurs du coude dites «tennis elbow». Une étude récente effectuée par dissection de plus de 150 coudes, a montré la présence d'une frange synoviale (en position postérieure) dans plus de 80 %

des cas, associée à des lésions cartilagineuses. La taille de ces dernières était directement proportionnelle à la taille de la frange synoviale⁽¹⁾. La correspondance clinique avec la réalité anatomique a été d'autant plus frappante que non pressentie.

LE LAVAGE ARTICULAIRE

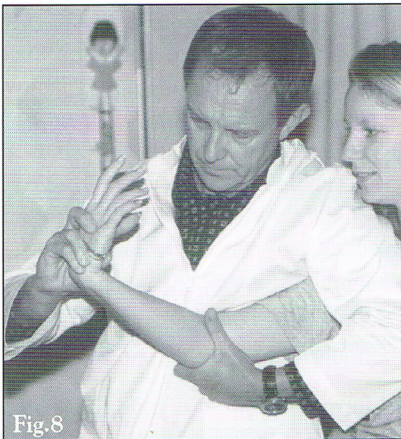
Nous effectuons comme traitement un lavage articulaire qui consiste à injecter en intra-articulaire strict un volume de 5 cc de procaine 1 %, de récupérer par aspiration à la seringue, et de faire suivre par une injection de corticoïde par la même voie. Les résultats sont supérieurs à l'injection simple de corticoïde. Deux à trois injections à une semaine d'intervalle sont nécessaires surtout en cas de pathologie traînante. Il est surprenant de voir disparaître les plaintes et les signes cliniques (y compris les irradiations attribuées à une pathologie tendineuse) d'une façon durable et rapide, surtout quand on mobilise l'articulation après le traitement intra-articulaire.

LA MOBILISATION ARTICULAIRE

Les mobilisations doivent être effectuées en respectant la règle de non-douleur.

TECHNIQUE DE MOBILISATION ET DÉCOAPTATION (FIGURES 1, 2 ET 3)

L'arrière du bras du médecin est appuyé contre le thorax du patient. L'avant-bras homolatéral du praticien (ici le droit) sert de contre appui et



c'est la main contro-latérale (ici la gauche), qu, en forçant la flexion du coude du patient, entraîne la décoaptation. En privilégiant l'appui sur le radius (et en y ajoutant une supination) ou sur le cubitus, on peut accentuer l'action sur l'un ou l'autre de ces éléments.



MOBILISATION DU COUDE EN VARUS - VALGUS

Le coude du patient en légère flexion, le manipulateur effectue une série de mouvements en varus et valgus forcés. (figure 4)



MOBILISATION DU COUDE EN FLEXION - EXTENSION AVEC VARUS FORCÉ

Dans la position montrée aux figures 5, 6 et 7, l'articulation est mobilisée par un mouvement combiné en passant de la flexion-supination à l'extension-supination, puis à l'extension-pronation tout en exerçant un varus forcé. Ce mouvement est répété plusieurs fois.

MOBILISATION DU COUDE EN FLEXION - EXTENSION AVEC VALGUS FORCÉ

Les figures 8, 9 et 10 montrent le même genre de mouvement, mais cette fois-ci, c'est le valgus forcé qui est effectué.

L'expérience nous a appris que le lavage articulaire combiné avec les techniques de mobilisation du coude apporte des résultats excellents et durables que nous chiffrons à 80 % de très bon résultats en 3 semaines,

même pour les pathologies anciennes.

Dans 20 % des cas, une périostite épicondylienne peut-être associée et une injection de corticoïde très localisée en fonction de la douleur (0.2 à 0.3 cc au contact du périoste suffisent) entraîne la guérison définitive.

Si le traitement est bien conduit suivant les règles énoncées, la récurrence est exceptionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLARD G, LENGELE B, WALRAVENS A.
Rôle de la frange synoviale de l'articulation huméro-radiale dans les arthropathies du coude.
1999. Département anatomie humaine UCL.
2. ALNOT JY, BOULATE M.
Les épicondylalgies. Diagnostic et traitement.
Ann Chir Main 1993 12, 1, 5-11.
3. BENASSY J, DECAIX M.
Traitement des formes invalidantes par ablation du ménisque huméro-radial.
Chirurgie 1985, 111, 494-498.

*