

## ÉPICONDYLITE ET ÉPITROCHLÉITE

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

Il existe 4 grands groupes musculaires liés au **coude** : le **triceps brachial**, le **biceps brachial-brachial** antérieur, la masse extensrice-supinatrice et la masse fléchisseur-pronatrice. La masse extensrice-supinatrice est responsable de la **douleur latérale** ou de **l'épicondylite latérale** (également connue sous le nom d'**épicondylalgie**), et la masse fléchisseur-pronatrice est responsable de la douleur médiale du coude ou de **l'épicondylite médiale** (**épitrochléite** ou épitrochlélalgie).

La masse extensrice-supinatrice prend naissance dans l'épicondyle ou épicondyle latéral, elle est composée des **muscles** avec l'extenseur du carpe radial longus, l'extenseur du carpe radial court, l'extenseur du doigt commun et le court supinateur. La fonction principale est l'**extension** du **poignet** et, par conséquent, la pathologie principale se développera lorsque le patient effectuera des **mouvements répétitifs** impliquant une telle extension. Travail de bureau, avec des mouvements **continus d'extension du poignet et des doigts**, ainsi que **la coiffure**, les travaux d'entretien (avec utilisation fréquente de **tournevis**) ou les personnes qui pratiquent **des sports** de raquette (**paddle-tennis** ou **tennis**, principalement) seront des patients potentiellement exposés à une épicondylite ou à une épicondylalgie en développement. Le substrat physiopathologique sous-jacent est un processus inflammatoire/dégénératif chronique du **tendon** qui peut s'accompagner de ruptures fibrillaires ou partielles et qui provoque une douleur latérale du coude face à des activités qui impliquent de soulever le poignet avec ou sans poids.

Il est important de faire un bon diagnostic différentiel dans la douleur latérale du coude. Les principales causes de douleur latérale du coude sont : l'épicondylite/épicondylalgie, l'arthrose **du coude**, en particulier la **plica synoviale radiocapitalellaire**, la **neuropathie du nerf radial (interosseux postérieur)** et la **micro-instabilité Postéro-latérale**. Dans ce diagnostic différentiel, il est également important d'examiner la colonne cervicale et d'exclure que la **radiculopathie cervicale** soit liée à la douleur. L'**examen physique** sera déterminant pour le **diagnostic**, avec une douleur à la palpation juste distale à l'**épicondyle**, et il y a aussi une douleur importante au poignet **et à l'extension** du doigt contre la résistance. Des tests diagnostiques complémentaires des tissus mous (**tendons** et **muscles**) tels que l'**échographie** ou l'**imagerie par résonance magnétique nucléaire** permettront d'observer des modifications structurelles dans le tendon et parfois même dans le profil osseux dans les cas chroniques avancés.

Le traitement de l'épicondylite repose sur des mesures conservatrices au départ dans la grande majorité des cas, puisqu'il s'agit d'une pathologie qui s'auto-limite dans la plupart des cas. Par conséquent, il est recommandé de commencer la **physiothérapie** basée sur des mesures anti-inflammatoires, **l'électrothérapie**, **les ultrasons**, **l'Indiba** ou les **champs magnétiques**, associés à des exercices d'étirement et, lorsque la douleur s'améliore, à la tonification avec **des exercices excentriques** doux. Il est très important d'éduquer le **patient** à éviter également les exercices nocifs pour le **tendon**. Normalement, nous recommandons de lever les **avant-bras** avec un **coussin** afin que la frappe de l'**ordinateur** implique moins d'extension du poignet, d'utiliser des souris verticales ergonomiques ou de ramasser des poids avec la main vers le haut (**supination**) pour éviter d'utiliser les extenseurs. Dans de nombreux cas, la **physiothérapie** et les mesures visant à modifier les activités quotidiennes amélioreront les symptômes de la douleur. Sinon, une **infiltration peut être recommandée**. Aujourd'hui, il existe suffisamment de preuves pour affirmer que

l'infiltration de **facteurs de croissance** ou **PRP** est supérieure à l'infiltration de **cortisone** ou de **corticostéroïdes-anesthésiques**, surtout à moyen et long terme. L'infiltration de cortisone est également nocive pour le tendon, elle ne peut donc pas être effectuée à proximité de celui-ci à plusieurs reprises. Si l'infiltration des facteurs de croissance n'est pas efficace, il existe d'autres thérapies alternatives telles que les **ondes de choc** ou l'**électrolyse percutanée** ou **EPI** qui peuvent nous faire éviter la salle d'opération. Dans les cas qui résistent au **traitement conservateur**, une **intervention chirurgicale** serait indiquée. Il existe de nombreuses procédures décrites, mais notre **technique de choix** consiste à effectuer une **exérèse** du tissu tendinopathique (enlever le **tendon** dégénéré) au moyen d'une mini-incision, sauf s'il y a une pathologie intra-articulaire concomitante (lésions **cartilagineuses**, **plica synoviale** ou corps libres). Dans ces derniers cas, nous recommandons une libération de la masse extensrice-supinatrice **par arthroscopie**.

La masse fléchisseur-pronatrice prend naissance dans l'**épitrochlée** ou l'épicondyle médial, est composée des muscles fléchisseurs radiaux, longus palmaires, fléchisseurs du carpe ulnaire et pronateur du rond, et participe aux mouvements de **flexion** du poignet et de **pronation de l'avant-bras**. L'épitrochléite provoquera une douleur médiale du coude, et son diagnostic différentiel doit être fait avec la neuropathie ulnaire, la microinstabilité médiale ou l'arthrose ulno-humérale médiale. La douleur principale se produira lors de la flexion du poignet et du doigt, et son diagnostic peut être étayé par les mêmes tests d'imagerie des tissus mous que dans le cas de l'épicondylalgie (**échographie** et **imagerie par résonance magnétique nucléaire**). Les mesures thérapeutiques de l'épitrochléite suivront les mêmes principes : commencer le traitement conservateur par la physiothérapie et la modification des activités quotidiennes, continuer avec les infiltrations et comme dernière option **chirurgicale**. Les mesures physiothérapeutiques seront identiques puisque la pathologie survient également en raison d'une atteinte tendineuse. D'autre part, la modification des activités quotidiennes doit être effectuée dans le sens opposé à l'épicondylalgie, c'est-à-dire que les mouvements de flexion répétitifs du poignet et des doigts doivent être évités. Par conséquent, les poids ou les objets doivent être déplacés avec la main tournée vers le bas ou en pronation, pour les manipuler à travers la masse extensrice-supinatrice et non la masse fléchisseur-pronateur. Comme pour l'**épicondylalgie**, l'infiltration des facteurs de croissance sera supérieure à la cortisone. Normalement nous effectuerons 3 infiltrations péri-tendineuses (autour) et même intratendineuses (à l'intérieur du tendon) espacées de 2 semaines chacune. En cas d'échec de ce **traitement**, une chirurgie d'excision (ablation du tendon dégénéré) serait recommandée, qui peut ou non être associée à une **neurolyse** ulnaire dans le cas où le **nerf** contribue aux **symptômes** dans la région interne du coude.

Il convient de noter que les résultats de la chirurgie de l'épicondylite ou de l'épitrochléite sont très satisfaisants s'ils sont réalisés avec une bonne indication, une bonne technique chirurgicale et une bonne **rééducation ultérieure**.