

Tennis elbow : diagnostic et traitement des épicondylalgies

Le terme de tennis elbow « coude du joueur de tennis » ne résume pas à lui seul toutes les pathologies douloureuses du coude. Il s'agit cependant de la forme la plus répandue d'épicondylalgie.

Qu'est-ce que l'épicondylalgie ?

L'épicondylalgie est une douleur de la face externe du coude qui évolue de façon chronique mais elle existe également sous une forme aigue.

L'épicondylalgie est due à une lésion des tendons des muscles qui contrôlent les mouvements de la main et du poignet et sont chargés de redresser les doigts, de plier le poignet vers le haut et de faire tourner l'avant-bras, paumes vers le haut.

Ces muscles sont reliés par des tendons à deux protubérances osseuses à l'extrémité de l'humérus (os du bras qui s'articule avec les os de l'avant-bras pour former l'articulation du coude). **L'une de ces protubérances, située sur la face externe du coude, est l'épicondyle.** Une sollicitation excessive des muscles (préhension, serrage ou encore lancer) va entraîner une traction sur la zone d'insertion des muscles sur l'épicondyle et une lésion tendineuse localisée.

Les tendons, constitués de fibres collagènes, peuvent être abimés pour diverses raisons : traumatismes, sollicitations régulières ou encore manque d'hydratation. Les fibres lésées se déchirent ou s'effilochent. En bonne santé, elles présentent l'aspect d'une corde lisse. Abimées, elles présentent l'aspect d'une corde déchirée ou grippée. Le traitement de l'épicondylalgie sera adapté à la forme de lésion du tendon.

On sait depuis quelques années **qu'il n'y a quasiment pas d'inflammation dans l'épicondylalgie.** C'est le processus de cicatrisation des tendons lésés qui est responsable de la douleur.

L'épicondylalgie peut être provoquée par diverses causes avec des symptômes très proches :

- Une **lésion tendineuse** au niveau de l'insertion des muscles de l'épicondyle du coude. C'est l'**épicondylite** latérale plus communément appelée « **tennis elbow** » parce qu'elle touchait initialement les joueurs de tennis, mais tous les gestes qui demandent un serrage fort et répété peuvent entraîner une épicondylite. Aujourd'hui, on la rencontre très fréquemment chez les bricoleurs et on parle de plus en plus de « **castor elbow** » (épicondylalgie du bricoleur).
- De petites déchirures post traumatiques qui apparaissent dans les tendons.
- Une usure de la tête radiale du cartilage de l'articulation du coude, beaucoup plus rare.
- Ou encore une compression de la branche postérieure du nerf radial qui passe au niveau du coude.

L'épicondylite ou « tennis elbow » représente 80 % des épicondylalgies et affecte entre 1 et 3 % de la population adulte, surtout entre 40 et 60 ans.

Facteurs de risque et diagnostic de l'épicondylalgie

Si 50 % des joueurs de tennis présentent un tennis elbow au moins une fois dans leur carrière, d'autres professions favorisent son apparition. Travailleurs manuels, manutentionnaires, maçons, bricoleurs et utilisateurs intensifs de la souris d'ordinateur sont également exposés.

Certains mouvements favorisent l'apparition d'une épicondylite, notamment :

- des mouvements simultanés de rotation de l'avant-bras et de flexion du poignet,
- la préhension vigoureuse d'un objet avec rotation de l'avant-bras vers l'intérieur ou l'extérieur,
- des mouvements saccadés de lancer,
- des mouvements de la main pour frapper des objets.

Ces gestes peuvent devenir dangereux s'ils sont exécutés en position fixe ou dans une mauvaise position, sont répétés constamment, demandent une force excessive ou ne laissent pas à l'organisme le temps de récupérer après avoir été très sollicités.

Une mauvaise hydratation ou encore une carence en fer peuvent également abimer les fibres des tendons et favoriser l'apparition d'une épicondylite.

Diagnostic de l'épicondylalgie

Le patient se plaint généralement de **douleur irradiante à la face externe de l'avant-bras**.

Il présente une **grande sensibilité au toucher et une aggravation de la douleur lors de certains gestes** comme tenter de plier ou redresser le poignet ou les doigts en gardant le coude tendu ou tenter de plier la main vers l'arrière contre résistance, tout en gardant le coude tendu.

Au-delà de la palpation faite en fin d'examen clinique, différents tests permettent de diagnostiquer la pathologie et le type de lésions. L'un d'entre eux qui réveille à coup sûr la douleur est le **testing tendino-musculaire**. Il consiste en un étirement du coude accompagné d'une flexion contrariée du poignet vers l'extérieur.

L'échographie représente l'examen de référence et permet avec la radiographie d'éliminer des diagnostics différentiels.

Comment traiter l'épicondylalgie ?

Il existe plusieurs formes de lésions des tendons avec pour chacune d'entre elles une prise en charge différente. Les lésions peuvent concerner les fibres du tendon ou de l'attache du tendon ou encore prendre des formes mixtes (fibres et attache).

La guérison est affaire de cicatrisation des tendons. Soit la cicatrisation se fait correctement et le patient retrouve un tendon qui peut supporter les contraintes de la vie quotidienne, soit la cicatrisation se fait mal et le tendon peut se rétracter et perdre de sa souplesse (corde grippée beaucoup plus dure qu'une corde souple).

De nombreux traitements ont été proposés, incluant entre autres les anti-inflammatoires non stéroïdiens, la physiothérapie, les ultrasons, les ondes de choc et les infiltrations de corticostéroïdes, mais il n'existe à l'heure actuelle pas de consensus concernant le traitement optimal.

L'efficacité du traitement dépend de son adaptation au type de lésion du tendon. Il est nécessairement **long et difficile** et nécessite collaboration et patience de la part du patient car **le processus de cicatrisation** de la tendinite des tendons des muscles de l'épicondyle **prend, comme toute cicatrisation collagénique, un minimum de 6 à 8 semaines.**

La première des mesures à prendre est de mettre le coude au repos, ce qui n'est pas toujours facile lorsque le geste qui a provoqué l'épicondylalgie est d'ordre professionnel.

Si l'immobilisation du poignet est indispensable pour diminuer les contraintes de traction au niveau du coude, celle du coude, du fait des risques d'enraidissement, ne fait pas l'unanimité de la profession.

Les efforts et tensions provoqués par les gestes de la vie quotidienne ou professionnelle sont à limiter au maximum. Dans l'effort, le coude doit rester le long du corps et être plié plutôt que tendu, toute charge doit être portée la paume vers le bas et non vers le haut et il faut éviter de faire des gestes de serrage. Divers gadgets mais aussi des orthèses de poignet permettent de ne pas serrer le poignet sur les outils et il existe des repose-poignet et des souris ergonomiques pour soulager le coude lors du travail sur ordinateur.

Si l'électrothérapie et les ultrasons n'ont pas de réelle utilité, sauf à visée antalgique, **la kinésithérapie a, quant à elle, fait ses preuves.** Deux traitements sont particulièrement recommandés :

- Le massage transversal profond (MTP) qui permet le décollement des adhérences, l'assouplissement des tendons et la « dilacération » des fibres des tendons abimées.
- Et le Renforcement Musculaire Excentrique selon Stanish qui consiste à freiner la flexion dorsale du poignet avec une altère dont le poids est augmenté au fur et à mesure du traitement.

La pose d'une attelle peut se révéler utile et les cas de déchirure partielle justifient une immobilisation de l'avant-bras dans le plâtre.

Les infiltrations de corticoïdes, si elles soulagent le patient, **sont à utiliser avec prudence** car elles inhibent le processus de cicatrisation et peuvent, en cas de répétition, être source d'atrophie et de rétraction des tendons (corde grippée). Administrées en deuxième intention, dans le cas d'un tendon déjà rétracté, les infiltrations de cortisone vont permettre de « dégripper » le tendon et de relancer le processus de cicatrisation.

La chirurgie est à envisager en dernière intention en cas d'échec du traitement médical. Elle est réalisée en ambulatoire sous anesthésie loco-régionale ou générale et consiste à désinsérer ou allonger les tendons. L'immobilisation post-opératoire est indispensable et nécessite une attelle pendant au moins une dizaine de jours.

Quelles sont les méthodes d'avenir pour soulager ou traiter une épicondylalgie ?

Parmi les méthodes actuellement à l'étude et dont les résultats sont plus ou moins probants, figurent la cryothérapie corps entier à -110°C, l'oxyde nitrique, l'apoptinine, le tropistéron, la sclérothérapie sous échographie, la toxine botulique ou l'injection de sang autologue ou de plaquettes ou encore, dans un futur plus éloigné, les injections de cellules souches, les facteurs de croissance ou la thérapie génique. Certaines d'entre elles, à la limite de l'éthique médicale, ont pour but de relancer la cicatrisation et ne sont pas actuellement autorisées en France.

Comment prévenir l'épicondylalgie et sa récurrence ?

La prévention de l'épicondylalgie passe par une éducation du public et en particulier des professionnels à risque pour faire connaître la maladie et les gestes à éviter.

La modification des gestes répétitifs dangereux des doigts, des poignets et des avant-bras et la réduction des tâches qui demandent des efforts excessifs contribuent à réduire considérablement le risque d'épicondylalgie et de récurrence.

Epicondylalgie : ce qu'il faut savoir...

Une épicondylalgie est une douleur du coude provoquée par une lésion et non une inflammation des tendons de l'épicondyle du coude. Ce que l'on appelle communément **tendinite n'est pas une inflammation mais une lésion des fibres des tendons.**

Il n'existe pas une seule mais plusieurs formes de tennis elbow qui nécessitent une prise en charge différente.

En règle générale, **il convient d'éviter les anti-inflammatoires en première intention** (pendant les 8 premiers jours) **qui bloquent l'inflammation nécessaire au processus de cicatrisation.** Ils vont soulager la douleur provisoirement mais empêcher la guérison et les lésions tendineuses sont alors difficilement récupérables. La prise d'anti-inflammatoires explique bien souvent pourquoi les patients se plaignent, en dépit des traitements, de douleurs persistantes.

Le traitement conseillé passe par la prise d'antalgiques pour soulager la douleur et **par le repos complet du coude pendant une dizaine de jours**, accompagnés ou non de massages. Toutes les techniques qui permettent de soulager la douleur sont conseillées.

Un patient qui ne ressent plus de douleur n'est pas nécessairement un patient guéri. Il n'y a pas de guérison sans cicatrisation complète des tendons. Le délai de cicatrisation du collagène des tendons est de 6 semaines minimum.

En l'absence d'amélioration, il est nécessaire de rechercher d'autres causes susceptibles de provoquer une lésion ou une douleur des tendons du coude ou de ralentir les délais de cicatrisation (carence en fer, problèmes dentaires, de vertèbres cervicales, infection urinaire...).