

L'épicondylite ou tennis elbow

Qu'est ce qu'une épicondylite ?

. Le terme d'épicondylalgie chronique est mieux adapté car il correspond à un surmenage des muscles épicondyliens. On parle fréquemment de « Tennis elbow »

50% des joueurs de tennis ont présenté 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. Le plus souvent les gens qui souffrent de cette affection n'ont jamais pratiqué ce sport; on retrouve par contre un contexte de surcharge professionnelle dans l'utilisation du membre supérieur. Au niveau de la face externe du coude, l'ensemble des muscles permettant l'extension du poignet et des doigts et la supination (tourner la main vers l'extérieur) s'insèrent sur l'épicondyle. Une sollicitation excessive de ces muscles va entraîner une inflammation de la zone d'insertion, et une tendinite localisée.

Cependant, deux autres causes peuvent être responsables d'une symptomatologie clinique proche : une atteinte de l'articulation huméro-radiale du coude, une compression du nerf radial au niveau du coude. Ces deux dernières pathologies sont responsables d'épicondylalgies. L'épicondylite représente plus de 80% des épicondylalgies. Elle peut être isolée ou associée à une atteinte articulaire ou à une souffrance du nerf radial

Quels sont les symptômes de la maladie?

Le diagnostic clinique est relativement simple. Il existe tout d'abord un contexte d'hyperutilisation du coude (tennis, volley, activités manuelles). La douleur siège en regard de la face latérale du coude, avec des irradiations qui descendent jusqu'à l'avant-bras et au poignet.

La douleur est provoquée à la palpation de l'épicondyle, en réalisant des mouvements contrariés mettant en contrainte maximale les muscles atteints (extension du poignet, extension du majeur, supination)

Quels examens complémentaires réaliser ?

On peut réaliser 3 examens en fonction de la clinique : une radiographie du coude de Face et de Profil à la recherche de micro-calcifications et de lésions articulaires associées, parfois un électromyogramme pour enregistrer l'activité du nerf radial en regard de l'arcade fibreuse du muscle court supinateur, et éventuellement une IRM du coude pour identifier des signes de souffrance des tendons épicondyliens.

Quel traitement faut-il réaliser ?

Le traitement est avant tout médical, permettant d'obtenir 80% de guérison. Il est primordial de respecter la règle de la non douleur en proscrivant pour une durée d'au moins 3 semaines les mouvements et/ou les tâches douloureux. La kinésithérapie repose sur les massages transverses profonds et la physiothérapie. Elle doit être poursuivie durant plusieurs semaines. Les traitements généraux par la bouche à base d'anti-inflammatoires ont une efficacité limitée. La réalisation d'infiltrations locales à base de corticoïdes est le traitement de choix en cas d'épicondylite rebelle ; L'infiltration doit être réalisée au contact de la zone d'insertion musculaire. Elle ne commence à faire effet qu'après une quinzaine de jours.

Place du traitement Chirurgical

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit pendant 6 mois à 1 an.

Il est réalisé en ambulatoire sous anesthésie loco-régionale. Les gestes chirurgicaux sont tendineux (désinsertion-allongement), osseux, et si besoin articulaires et neurologiques.

L'immobilisation post-opératoire comprend une attelle à conserver une dizaine de jours.