

Mise au point

Épicondylalgies d'origine tendineuse

Epicondylalgia originated from a tendon

S. Besch^{a,*}, M. Peyre^a, M. Isgro^b

^a Service de rééducation fonctionnelle et traumatologie du sport, hôpital national de Saint-Maurice, 14, rue du Val-d'Osne, 94410 Saint-Maurice, France

^b Centre de rééducation Repotel, 91, 91700 Villiers-sur-Orge, France

Résumé

Dans les épicondylites latérales, bien que le mécanisme lésionnel ne soit pas totalement connu et/ou unique, on constate que les méthodes thérapeutiques proposées sont extrêmement nombreuses, notamment en ce qui concerne le traitement conservateur. L'analyse de la littérature, pourtant abondante, laisse cependant en demeure bien des incertitudes car aucune efficacité flagrante n'a pu, à l'heure actuelle, être démontrée pour l'un ou l'autre des moyens utilisés.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Coude ; Épicondylite latérale ; Traitement

Abstract

In literature, the explanations for the origin of tennis elbow are numerous and probably not really well-known. So, there are many different treatments proposed. We have reviewed many works on the subject and, through the results, not found superior therapeutic method.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Elbow; Lateral epicondylitis; Treatment

Liées à un geste professionnel, sportif ou en rapport avec une pratique occupationnelle, les épicondylalgies d'origine tendineuse posent le problème de leur prise en charge lié en grande partie à une physiopathologie toujours mal comprise car, si dès 1936, Cyriax [19] retrouvait plus d'une vingtaine d'étiologies rapportées à cette lésion, les techniques modernes d'imagerie ou d'exploration n'ont pas encore permis de faire toute la lumière sur l'origine des symptômes rapportés :

- inflammation ?... mais pas de cellules inflammatoires mises en évidence sur les biopsies ;
- dégénérescence fibreuse ?
- modification de l'innervation locale avec apparition de neurotransmetteurs impliqués dans les phénomènes algiques ?
- hyperplasie angiofibroblastique ?

On sait maintenant que l'évolution spontanée de cette tendinose est le plus souvent favorable en 12 à 24 mois (plus de 80 à 90 % de guérison selon les séries). Cependant, peu de patients acceptent d'attendre sereinement l'écoulement de ce délai et cherchent, au travers d'une prise en charge thérapeutique, à l'écourter. Aussi, pour répondre à leur demande, et malgré un mécanisme lésionnel imparfaitement saisi, les initiatives thérapeutiques fleurissent comme l'atteste la richesse bibliographique sur le sujet.

Nous avons tenté de faire le point sur les différentes méthodes proposées dans le traitement conservateur.

1. Les infiltrations

1.1. Les corticoïdes

1.1.1. Un peu d'histoire

Les infiltrations de corticoïdes sont très largement utilisées depuis 1953, année durant laquelle Cyriax et Troisier [20] soulignent pour la première fois le bénéfice de leur usage dans le

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sylvie.besch@hotmail.fr (S. Besch).

tennis elbow (cité par Crisp [18]). Stein [90] tente alors d'en expliquer l'action par une possible inhibition du tissu granuleux et des phénomènes nerveux et vasculaires associés, destinée à colmater la rupture incomplète du tendon commun des épicondylaires, soi-disant à l'origine des douleurs.

L'action favorable des corticoïdes est renforcée l'année suivante par Murley [63], Quin et Binks [76] qui rapportent de bons résultats dans cette pathologie tandis que Freeland et Gribble [30], inspirés des travaux de Hollander en 1951, suggèrent que l'hydrocortisone est plus efficace que la procaïne. Dès lors, portée par d'aussi bons et prompts résultats, l'utilisation des corticoïdes en infiltration va connaître une expansion retentissante bien que certains auteurs signalent très vite le nombre important de rechutes.

1.1.2. Les infiltrations en 2011

1.1.2.1. *Un succès toujours reconnu... mais uniquement à court terme.* Quelle que soit la nature des études, prospectives, rétrospectives, comparatives ou non, randomisées (versus placebo, anesthésiant, rééducation, orthèse...), la supériorité des corticoïdes sur l'évolution à court terme (six semaines) n'a jusqu'à présent jamais été mise en défaut [4,11,51,52,65].

En revanche, passé ce délai, l'effet de soulagement constaté initialement se dissipe et l'évolution des patients infiltrés atteint même rarement le degré de satisfaction obtenu avec d'autres traitements [8,9,11,83]. Dans ces conditions, et sachant ce procédé pas totalement dénué de risque, il paraît raisonnable pour un certain nombre d'auteurs de ne pas avoir un usage systématique de l'infiltration mais de la réserver aux patients très algiques dans leur vie quotidienne.

1.1.2.2. *Le protocole idéal est toujours indéterminé.* Dans la littérature, le site des injections est souvent imprécis :... dans la région sensible... aussi profond que possible mais pas dans le tissu sous-cutané... aux points douloureux... au point douloureux à l'origine de l'extenseur... ou demeure non consensuel (Torp-Petersen [98] : injection dans le tendon commun ; Lin [55] : injection dans le muscle ECRB ; Lindenhovius [56] : injection au niveau de l'enthèse, Fichez [28] : injection en péri-tendineux).

Il en va de même des doses utilisées (0,5 à 2 mL), du nombre d'infiltrations pratiquées (Fichez [28] à propos de l'étude multicentrique de Smidt [83] : une seule injection dans 58 % des cas, deux injections dans 27 % des cas, trois injections dans 15 % des cas), des produits utilisés (triamcinolone, hydrocortisone), de la technique de réalisation (criblage, injection péri-tendineuse, injection intra-articulaire) du protocole proposé après l'injection (simple repos de quelques jours, orthèse, rééducation...).

1.1.2.3. *Les échecs sont toujours possibles.* On sait maintenant, depuis plus de 30 ans, que les épicondylalgies tendineuses n'ont pas pour substratum histologique un processus inflammatoire, d'où le nombre important de rechutes après infiltration. Celui-ci varie de 15 à 66 % selon la taille des échantillons et/ou le délai de recul des séries. Cependant, devant la mise en évidence d'une hyperactivité à l'échodoppler suggérant l'existence d'un processus inflammatoire en début d'évolution avec de possibles

néovaisseaux disparaissant après infiltration, certains auteurs préconisent leur utilisation préférentiellement à la phase initiale ; mais, ne disposant d'aucune preuve histologique confirmant cette hypothèse physiopathologique faute de chirurgie pratiquée à ce stade, cette attitude ne fait pas l'unanimité.

1.1.2.4. *Les effets secondaires sont le plus souvent bien connus.* Douleurs au point d'injection, atrophie du tissu sous-cutané, dépigmentation locale sont les effets néfastes les plus fréquemment rencontrés.

Dans les années 1970, le report de cas de rupture du tendon calcanéen après injection locale ou administration orale de corticoïdes a soulevé la question de savoir si les stéroïdes pouvaient être la cause des déchirures tendineuses. Depuis, le spectre de cette complication se retrouve dans tous les travaux relatifs aux traitements des tendinopathies. Cependant, bien que souvent citée, sous réserve d'un respect d'une technique de réalisation extra-tendineuse, cette complication est forte heureusement rarement rencontrée, en particulier dans le *tennis elbow*. Ainsi, Assenfeldt en 1996 [4], dans une revue de la littérature, ne retrouve aucun cas de rupture tendineuse post-infiltration. Nos propres recherches allant jusqu'en 2010 aboutissent au même constat. Coombes [16], relisant dix études animales, n'a pu, lui non plus, établir avec certitude que les infiltrations provoquaient des dommages tendineux.

Par conséquent, s'il convient toujours d'informer le patient sur les risques potentiels encourus lors du geste effectué, la réalité statistique doit aussi faire partie des données à transmettre.

1.2. Les autres produits

1.2.1. Plaquettes ou sang autologue

Les plaquettes contiennent des substances nécessaires à l'hémostase, du calcium, cofacteur essentiel à l'agrégation plaquettaire, des facteurs de fibrinolyse et de croissance. L'hypothèse thérapeutique justifiant l'usage de cette méthode dans les tendinopathies est que l'injection locale d'un concentré de plaquettes ou de sang autologue pourrait provoquer une cascade de réactions cellulaires et humorales conduisant à la cicatrisation tendineuse. Quelques travaux ont montré des résultats encourageants dans les épicondylites [23,46,61,71]. Cependant, ils sont encore trop peu nombreux pour confirmer, sur une plus grande échelle, l'avantage de ce nouvel outil thérapeutique.

1.2.2. Toxine botulique [26,40,45,54,75,102,104]

C'est Morré en 1997 [62] qui, pour la première fois, a publié un travail sur l'utilisation de la toxine botulique dans les épicondylites, partant du principe que l'induction d'une paralysie transitoire des extenseurs du poignet pourrait diminuer les contraintes sur le tendon, facilitant ainsi la cicatrisation des lésions préexistantes. Les quelques séries ayant expérimenté ce principe rapportent des résultats hétérogènes : tantôt une amélioration sensible de la douleur est perçue, tantôt l'évaluation en fin de protocole s'avère identique à celle ayant utilisé un placebo. D'autres études doivent être menées afin de prouver l'intérêt de l'usage de la toxine botulique dans le *tennis elbow*, d'autant que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4076774>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4076774>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)