

# Traitement conservateur des épicondylalgies

Frédéric DEGEZ\*, Philippe PERNOT\*\*, Christophe BLOUIN\* masseur kinésithérapeutes

Dr Yann SAINT-CAST\*, Pr. Jean-Jacques COMTET\*\*\*, Dr Guy RAIMBEAU\*, chirurgiens de la main \* Centre de la Main, 49100 Angers

\*\* Maison Médicale des Roches, 38090 Villefontaine \*\*\*  
Clinique du Parc, 69006 Lyon

## Résumé:

Devant les résultats inconstants d'une prise en charge médicale conventionnelle (infiltrations, AINS, immobilisation, physiothérapie...) et les suites, parfois longues, de la chirurgie ; nous nous sommes inscrits dans une démarche résolument conservatrice.

Notre implication dans l'ergonomie du travail en site de production industrielle nous a imposé une approche globale du mouvement. Les gestes répétitifs, d'endurance ou de précision, souvent effectués en pronation, imposent un contrôle dynamique de la tenue de l'objet déplacé et induisent une pathologie de surcharge tendinomusculaire. Les contraintes sur les épicondyliens situés au milieu de la chaîne fonctionnelle sont les plus critiques lors de la transmission de force du rachis à la main.

Aussi nous proposons un protocole de soins comprenant des massages, des étirements et un renforcement musculaire spécifique des épicondyliens. Le but de ce protocole de rééducation est :

- ~ d'induire d'abord la cicatrisation des tendons d'insertion proximale tout en protégeant leur activité ;
- v1 puis dans la phase de reprogrammation, d'améliorer le rendement des épicondyliens dans la fonction spécifique, imposée.

Le patient devra se préparer à faire face, au quotidien, à une contrainte artificielle loin de la physiologie normale du complexe musculo-squelettique de la loge dorsale de l'avant-bras.

Une stratégie d'analyse et de traitement du geste doit pouvoir permettre au patient de reprendre une vie professionnelle ou sportive.

## A. Introduction :

Décrite dès le 19<sup>ème</sup> siècle, l'épicondylalgie reste aujourd'hui un problème majeur dans le monde sportif et surtout professionnel. Notre protocole propose des soins reposant sur l'analyse gestuelle et biomécanique du membre supérieur.

Cette tendinopathie s'avère la résultante d'une disproportion entre les contraintes imposées et la capacité de résistance des tissus et/ou de l'application d'une contrainte moindre mais avec un axe moteur non conforme à la biomécanique d'une chaîne motrice : il s'agit là d'une accumulation de stress dans une posture inadaptée à la physiologie de la loge dorsale de l'avant-bras.

La racine du membre constitue le complexe colonne vertébrale e/omoplate. La position vertébrale et l'armement du verrouillage scapulaire réalisent un socle permettant le travail en chaîne cinétique ouverte du membre supérieur et cela bien souvent selon un mode d'activité musculaire excentrique.

On observe alors, en cas de mauvais positionnement vertébral (cyphose) et/ou de lâchage de fixation scapulaire, lors d'un travail bras tendu ou d'une abduction d'omoplate, que le coude va devenir un point fixe intermédiaire. La manutention d'une charge, dans ces conditions, transfère une grande partie du travail sur les épicondyliens.

De fait, l'association d'exercices itératifs et d'un déverrouillage de la ceinture scapulaire aboutit à la surcharge du travail des épicondyliens puis aux lésions anatomiques. Il s'agit de micro-ruptures intéressant plus particulièrement le tendon d'insertion proximale du court extenseur radial du carpe de type over-use avec apoptose cellulaire. Ces lésions se traduisent cliniquement par des douleurs à l'extension contrariée et une perte de force.

L'interrogatoire, quant à lui, permet alors de préciser l'intensité de la douleur et sa localisation lors des gestes gênants de la vie courante ou professionnelle. Ces gestes seront re-testés au fur et à mesure de l'avancement du protocole (une gêne moindre validera le passage en phase 2 du protocole).

Les objectifs de la rééducation sont donc de désensibiliser le coude et de restaurer la fonction du coude en l'améliorant.

## **B. Les principes:**

- \* Le « harcèlement » du coude pour désensibiliser et stimuler mécaniquement cette lésion tendineuse atone afin de relancer le processus de cicatrisation.
- \* Le modelage du cal tendineux réactivé en améliorant la capacité résistive par un protocole de renforcement musculaire excentrique.
- \* La remise en charge progressive et de plus en plus fonctionnelle de chaînes musculaires plus adéquates en prenant en compte la statique de la racine du membre.
- \* Une antalgie adaptée : l'électrothérapie et une contention légère qui améliorent le rendement des muscles épicondyliens.

## **C. Les moyens:**

Le traitement fait appel à différents moyens de masso-kinésithérapie mais il n'est possible que si le patient coopère et s'auto-rééduque.

En effet, la douleur et la gêne fonctionnelle seront majorées par les massages transverses profonds pendant les 8 à 10 premières semaines de traitement.

Les moyens du traitement masso-kinésithérapique sont:

1. Le massage transverse profond,
2. L'auto massage transverse profond,
3. Un protocole d'exercices,
4. Des étirements,
5. De la physiothérapie antalgique,
6. Le port d'un Condylex\*.

## 1. Le massage transverse profond

Avant toute manoeuvre, il est important de bien maîtriser l'anatomie de la loge latérale du coude et d'effectuer un bilan palpatoire de cette zone.

Le repérage des différents tendons, la souplesse des corps musculaires, les adhérences sous-cutanées... sont autant d'informations à croiser avec les réponses du patient à l'interrogatoire. Il est aussi nécessaire de délimiter la zone de massage et de repérer le tunnel radial.

Ce massage type Cyriax sera primordial pour passer d'une lésion atone à une lésion vascularisée, alors capable de relancer un cycle cicatriciel inflammatoire.

Le massage transverse profond débute sur les points douloureux trouvés lors des bilans clinique et palpatoire, en empaumant l'avant bras en pronation, le coude semi-fléchi. Superficiel au début, il anesthésie localement et permet progressivement d'intéresser des plans de plus en plus profonds à mesure que la douleur l'autorise.

Le massage dure environ vingt minutes dont près de quinze pour les massages transverses.

Après quelques semaines, le point périosté permet d'intensifier ce massage sur la zone d'enthèse.

Cette technique, décrite par Vogler, est primordiale pour régler la douleur résiduelle ponctiforme. Elle consiste en une pression forte exercée par l'interphalangienne proximale du majeur pendant quelques secondes. La douleur déclenchée devient progressivement supportable et en quelques séances, la douleur résiduelle, quant à elle, disparaît.

.../...

## E. Conclusion :

Le premier contact avec le patient est primordial. Son épicondylalgie est souvent ancienne. Aucune solution thérapeutique durable ne lui a été proposée. Un arrêt de travail long (ou un nouvel arrêt de travail), déstabilise sa place dans une équipe ou au sein de son entreprise. A nous de lui donner l'envie de se soigner par ce protocole long et douloureux.

Le traitement n'est envisageable que si :

1. Le patient est motivé et accepte le « contrat », c'est à dire : se masser régulièrement pour atteindre une quantité suffisante de massage : le « harcèlement » du coude ;
2. Le patient qui arrive avec sa douleur initiale chronique aura, en plus, une douleur iatrogène : c'est le bon signe de l'efficacité du traitement aussi elle ne doit pas être

calmée par des médicaments qui « décapiteraient » la réaction. Lorsque nous arrêtons le protocole, cette douleur iatrogène s'estompe en quelques jours et la douleur initiale a disparu.

Nous avons pris en charge 4000 patients depuis 15 ans. Les résultats sont conformes à ceux de l'étude de 1995 où nous avons évalué le protocole par une étude prospective sur dix mois et trente-quatre patients sans traitement parallèle associé. Le traitement dure en moyenne 10 semaines avec deux séances hebdomadaires pendant la phase 1 et une séance pendant la phase 2.

Les résultats avaient été analysés selon les critères de Rolles et Maudsley : 87 % des résultats étaient excellents et bons.

L'analyse des 13 % restants avait montré qu'il s'agissait soit de pathologies associées (radiculopathie C7, syndrome du tunnel radial, défilé thoracobrachial...) soit d'une adhésion et/ou une participation insuffisante de la part du patient.

Lors d'observations sur poste de travail, nous avons remarqué que la perte de rythme moteur entraîne une utilisation de préhension en pronation/flexion du poignet (pelleteuse). Ce mauvais axe d'utilisation pour des manutentions répétitives de charges moyennes, voire légères, hypersollicite le court extenseur radial du carpe. Nous pouvons donc penser qu'une épicondylalgie est une Maladie du Geste.

Il est intéressant de comparer les contraintes supportées pendant la même cinèse par: la coiffe, l'espace sous acromial, les épicondyliens, la tabatière anatomique et le canal carpien. Aussi, le soin local ne doit en aucune façon occulter une réharmonisation gestuelle globale. Celle-ci est classiquement réalisée en milieu sportif, il nous faut l'exporter en milieu professionnel dans le souci de limiter les récives. Plus généralement, il paraît essentiel d'associer à notre connaissance du soin cette analyse gestuelle afin de pouvoir prétendre à des actions de prévention.

[Retour sommaire](#)