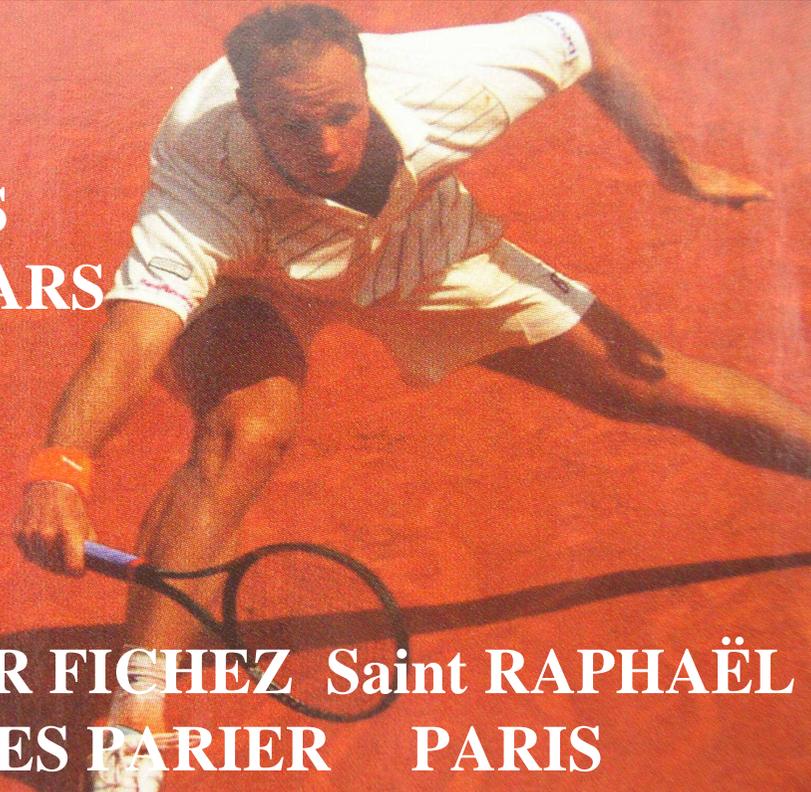


EPICONDYLITE ET TENNIS HISTOIRE NATURELLE ET APPROCHE CRITIQUE DES DIFFERENTS TRAITEMENTS

PARIS
LE 12 MARS
2004

Dct OLIVIER FICHEZ Saint RAPHAËL
Dct JACQUES PARIER PARIS

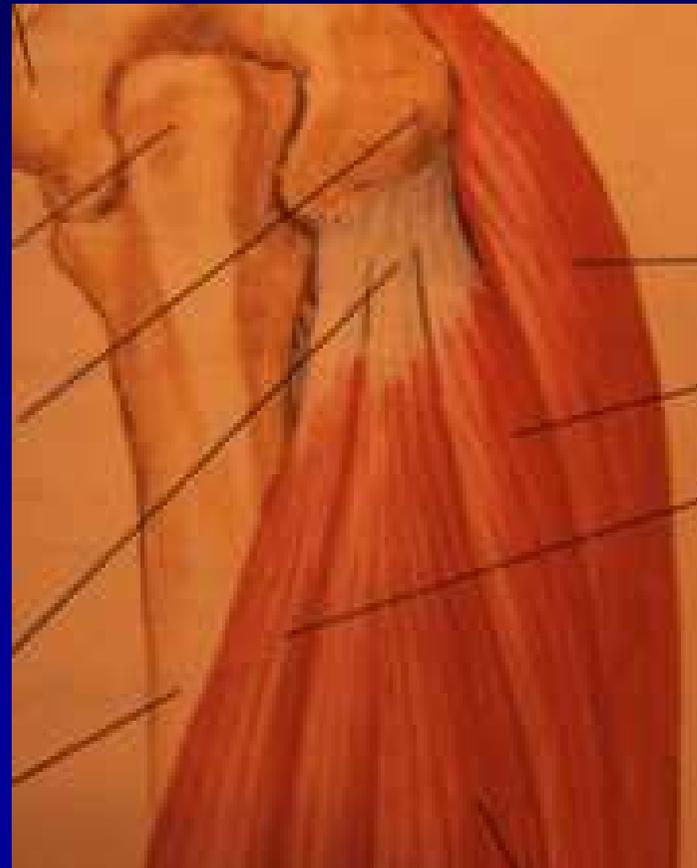


CONCEPT D'UNITE FONCTIONNELLE TENO - PERIOSTE

1° LE TENDON

2° L'INSERTION
TENOSSEUSE

3° LA CORTICALE
OSSEUSE



CECI AMENE A CONSIDERER AU DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL

1° LES LESIONS ARTICULAIRES

-Franges synoviales

Elles sont peu frequentes
retrouvées 3fois sur101
arthroscopies par
Bonvarlet

-Menisques humero-radial
fréquent en arthroscopie
mais le plus souvent non
pathologique

-Les lésions chondrales



CECI AMENE A CONSIDERER AU DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL

LES ATTEINTES NEURO- TRONCULAIRES DU NERF RADIAL

- Branche motrice du nerf radial
- Arcade de Froshe

Elle correspond à une
expansion aponévrotique
du court supinateur (en
réalité plusieurs sites
d'agression)



L'UNITE FONCTIONNELLE TENO-OSSEUSE SUPPOSE

**1° DES LESIONS PROPRES
AU TENDON**

**2° DES LESIONS PROPRES A
LA CORTICALE OSSEUSE**

LES LESIONS PROPRES AU TENDON

-Macroscopiques

Classification Hughston sports médecine ERCB (2ème Radial) et Capsule

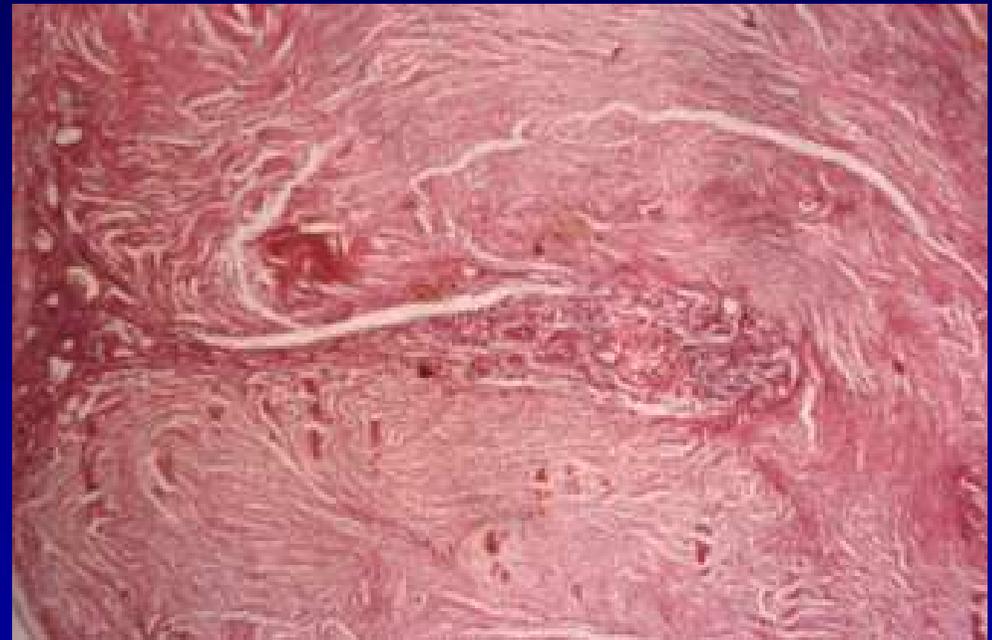
Type I	Infiltrat oedémateux avec effilochage du 2ème radial (ERCB) sans déchirure franche			
Type II	Déchirure superficielle du 2ème radial (ERCB)			
Type III	Avulsion partielle de l'ERCB + petite rétraction avec préservation de la capsule			
Type IV	Avulsion complète de l'ERCB avec rétraction évidente + rupture capsulaire			
	Type I	Type II	Type III	Type IV
	31,7 %	29,3 %	21,9 %	17,1 %

LES LESIONS PROPRES AU TENDON

-Microscopiques

- 1° Infiltrats muco-polysaccharidiques
- 2° Réaction fibroblastique
- 3° Prolifération vasculaire au pourtour du collagène

**CONCEPT D'HYPERPLASIE
ANGIOFIBROBLASTIQUE
DECRIE PAR NIRSCH
SANS CELLULARITE
INFLAMMATOIRE
EXPRESSION D'UNE
TENTATIVE DE
CICATRISATION**



TENTATIVE DE CICATRISATION

LES LESIONS PROPRES DE LA CORTICALE OSSEUSE

ETUDE DE DUPONT

Objectivation de micro fractures très localisées de la corticale osseuse de l'épicondyle au niveau de la jonction teno osseuse

Confirmation histologique de hiatus osseux avec os primaire témoignant d'une tentative de cal

IL EN RESULTE DEUX POSSIBILITES EVOLUTIVES

1° CONSOLIDATION

2° EVOLUTION VERS
UNE MICRO
PSEUDARTHROSE ET
LA CHRONICITE

CORROLLAIRE

-Immobilisation ?

-Rôle des corticoïdes ?

SPECIFICITE HISTOLOGIQUE DE L'EPICONDYLITE

Travail de la mayo clinique 11 épicondylites
versus 12 études cadavériques

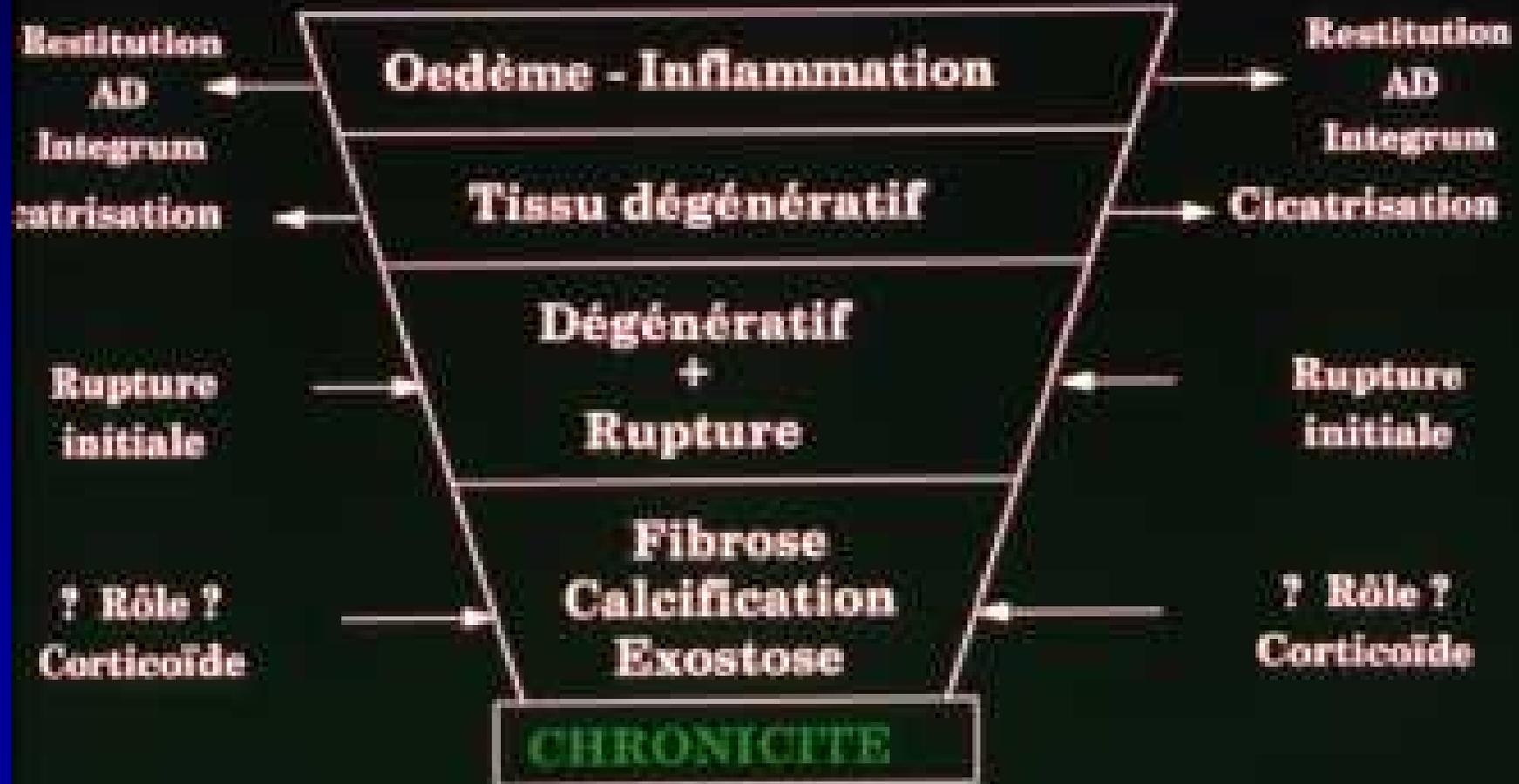
Spécificité histologique épicondylite

(Travail Mayo Clinique
11 épicondylites Chroniques Versus
12 études cadavériques)

	11 épicondylites chroniques	12 cadavériques
ERCB Ext commun	11 atteintes 100 % 4 atteintes	0 % 0 %
Dégénérescence Hyaline	100 %	0 %
Prolifération vasculaire	10 / 11	0 %

LE SCENARIO DU FILM

Microtraumatisme Hypersollicitation



EVOLUTION NATURELLE DE L'EPICONDYLITE ??

A CETTE QUESTION PAS DE REPOSE DU FAIT
D'UN BIAIS STATISTIQUE

Etude statistique publiée dans international-orthopédie
1994 fait valoir que :

- 50% des épicondylites ne consultent pas en milieu médical
- Quid de leur évolution, quid de leur base anatomopathologie ???

l'incidence est évaluée à 5,2 / 1000

Travail national (ménarini) sur 7000 dossiers en
traumatologie du sport

- 5% d'atteinte du coude
- 30% de coude dans la population du tennis consultant.

**EVOLUTION NATURELLE DE L'
EPICONDYLITE CONSULTANTE QUI NE
BENEFICERAIT D'AUCUN TRAITEMENT
????**

1° Travail de CONRAD et HOOPER (J.B.J.S)

Evolution sur 12 mois

2° Vraisemblable sous estimation

- Rares populations placebo**
- Plus fréquentes populations ayant bénéficiées de traitements n'ayant pas fait preuve d'efficacité par rapport au placebo**

LA VERITE SEMBLE SE SITUER A 18 MOIS

Y-A-T-IL UN PROFIL PARTICULIER DE L'EPICONDYLITE CHRONIQUE DU TENNISMAN???

**LE POURCENTAGE
ESTIME DE
RESISTANCE AU
TRAITEMENT
CONSERVATEUR
EST DE 'ORDRE
DE 4 A 10%**

**2 ELEMENTS RESSORTENT DE
MANIERE FLAGRANTE**

1° L'AGE

**L'age moyen de 489 tennismans opérés
est de 42,9 ANS**

2° LE NIVEAU TECHNIQUE

- Différence significative entre joueurs débutants et joueurs confirmés (clinics and sports medecine 1995)**
- Différence significative selon que le joueur pratique le revers à 1 main ou à 2mains**

Spécificité de la sollicitation musculaire chez le tennisman

TRAVAIL DE CALMELS J.T.S 1990

**Etude dynamométrique de 15 joueurs de tennis
versus 13 témoins**

**Augmentation très significative chez le
tennisman de la force des extenseurs du poignet
et surtout du rapport extenseurs / fléchisseurs
du poignet.**

**SUR SOLLICITATION DES EXTENSEURS
DU POIGNET CHEZ LE TENNISMAN++++**

ETUDE DE J.BLACWELL

Université de Iowa 1994

**ETUDE SUR 8 JOUEURS DEBUTANTS
VERSUS 8 JOUEURS DE 1° OU 2°
SERIE AVEC**

1° ETUDE CINEMATIQUE

- poignet**
- coude**

2° FORCE DU GRIP

3° ENREGISTREMENT EMG DES EXTENSEURS EN REVERS

- .lors de la préparation**
- .lors de la frappe**
- .lors de la fin de revers**



RESULTAT DE L'ETUDE BLACWELL

ETUDE CINEMATIQUE

AU COUDE

Chez le débutant le coude et l'olécrane sont orientés vers l'avant

A l'inverse chez le joueur confirmé c'est la tête de raquette qui passe la première

AU POIGNET

Chez les pros le poignet est à 23° d'extension au moment de la frappe à l'inverse du débutant ou le poignet est en flexion à 13°

CE RETARD GESTUEL CHEZ LE DEBUTANT SUPPOSE UNE SURSOLLICITATION EXCENTRIQUE DES EXTENSEURS DU POIGNET

ETUDE

ELECTROMYOGRAPHIQUE

L'EMG confirme cette sursollicitation excentrique des extenseurs chez le débutant à l'impact de balle en revers.

Incitation à un travail préventif chez le tennisman au niveau des extenseurs

AUTRE ELEMENT DIFFERENCIEL ENTRE JOUEUR DEBUTANT ET CONFIRME : LE CENTRAGE

CENTRAGE DE LA
BALLE DANS LE
TAMIS DE LA
RAQUETTE
« SWEET SPOT »

notion de nœud de
vibration

notion de nœud de
torsion



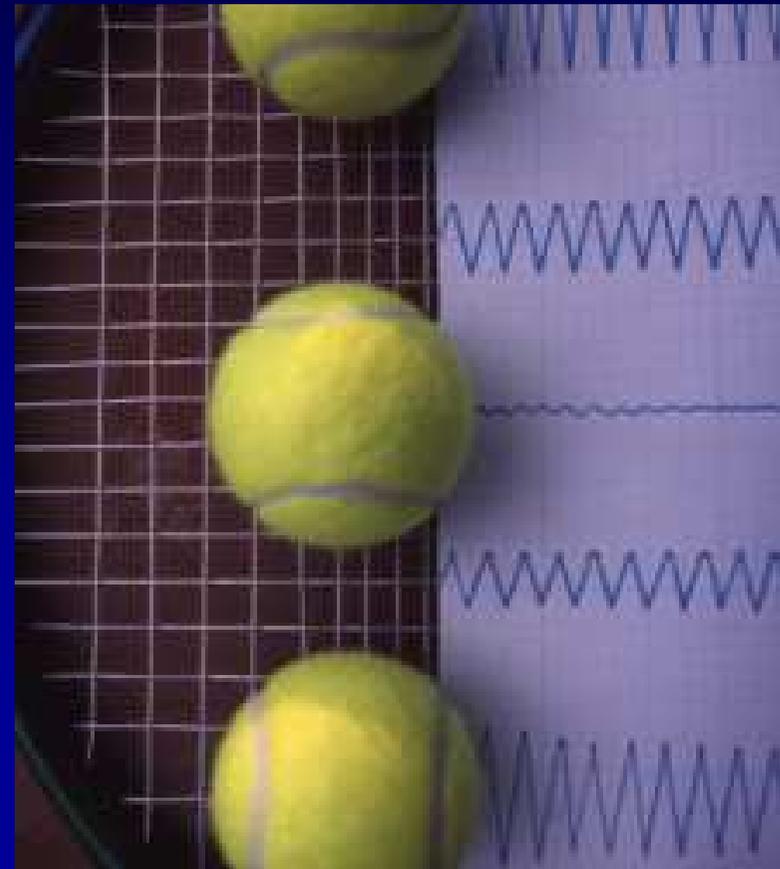
TECHNIQUE ET MATERIEL(ch benezis)

1° PRINCIPE DE L'ETUDE

Enregistrement par capteur piezzo électrique placé dans le manche de la vibration à l'impact de balle sur les différentes surface du tamis

2° RESULTATS

Plus grande amplitude et amortissement plus long lors du décentrage particulièrement en bout de tamis



ETUDE DE LA KEY BISCANE TENNIS ASSOCIATION (Clinics in sports medecine 1995)

ETUDE DE LA VIBRATION AU NIVEAU DU MANCHE SELON QUE LA RAQUETTE EST TENUE OU NON.

La vibration s'atténue très
rapidement lorsque la
raquette est tenue

ABSORPTION DE CETTE
ENERGIE PAR LE
POIGNET.



DONNEES COMPARATIVES ENTRE LES VIBRATIONS INDUITES PAR -LE CADRE -LES CORDES

L'énergie est globalement
proportionnelle à la masse soit

-15gr pour les cordes

-300gr pour le cadre

EN CLAIR l'énergie du cordage est
infime et son rôle délétère dans
l'épicondylite est quasi nul rendant
**OBSOLETE L'UTILISATION DE
DUMPERS AU NIVEAU DES
CORDES** même si très agréable
par atténuation de l'effet diapason

**INTERET DE DUMPERS AU
NIVEAU DU MANCHE**



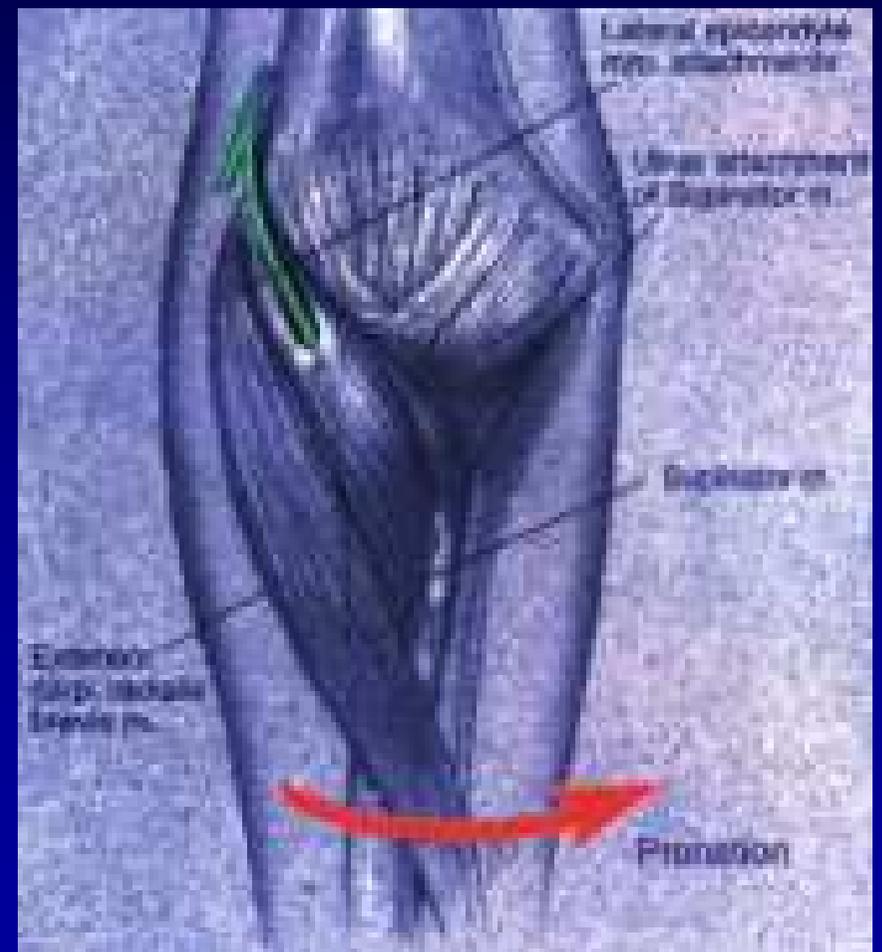
AUTRE PROBLEME DU DECENTRAGE:L'EFFET COUPLE DE TORSION +++

1° PRINCIPE

Le décentrage induit un moment rotatoire au niveau de la raquette . Le poignet s'y oppose en augmentant la force **→ du grip** surcharge musculaire +++

2° TRAVAIL DE DE SMET ET FABRY 1996

Dans une population d'épicondylite diminution significative de la force du grip du côté épicondylite/ côté sain.



DIFFERENCE DE FREQUENCE DE L'EPICONDYLITE SELON QUE L'ON JOUE REVERS UNE OU DEUX MAINS

TRAVAIL DE GIANCARA 1993

1° N'a pas montré de différence significative à l'EMG .

2° Mais différence significative++ sur l'étude cinématique

- moins pronation en revers deux mains
- plus grande stabilité du coude au moment de l'impact
- meilleure synergie rotatoire du thorax et des épaules
- diminution des mouvements parasites du poignet et du coude



INTERROGATOIRE

LA SYMPTOMATOLOGIE

- Début le plus souvent progressif
- A l'inverse parfois brutal et doit alors faire suspecter un petit arrachement osseux

ARGUMENTS DE DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL

- Blocage,ressaut,claquement, limitation sont évocateurs d'un dérangement intra articulaire
- Paresthésie,fatigabilité du bras sont évocateurs d'une lésion neurologique

INTERROGATOIRE TECHNIQUE

- Changement de raquette
- Changement de technique (service,lift,type de revers)
- Changement de cordage (type,tension)
- Plombage en tête de raquette
- Interrogatoire à visée ophtalmologique

INSPECTION

EMPATEMENT

1° Para épicondylien

→ insertite +++

2° Rétro épicondylien

→ Intra articulaire

RECHERCHE D'UN
CUBITUS VALGUS

Circonstances
prédisposantes



LA PALPATION

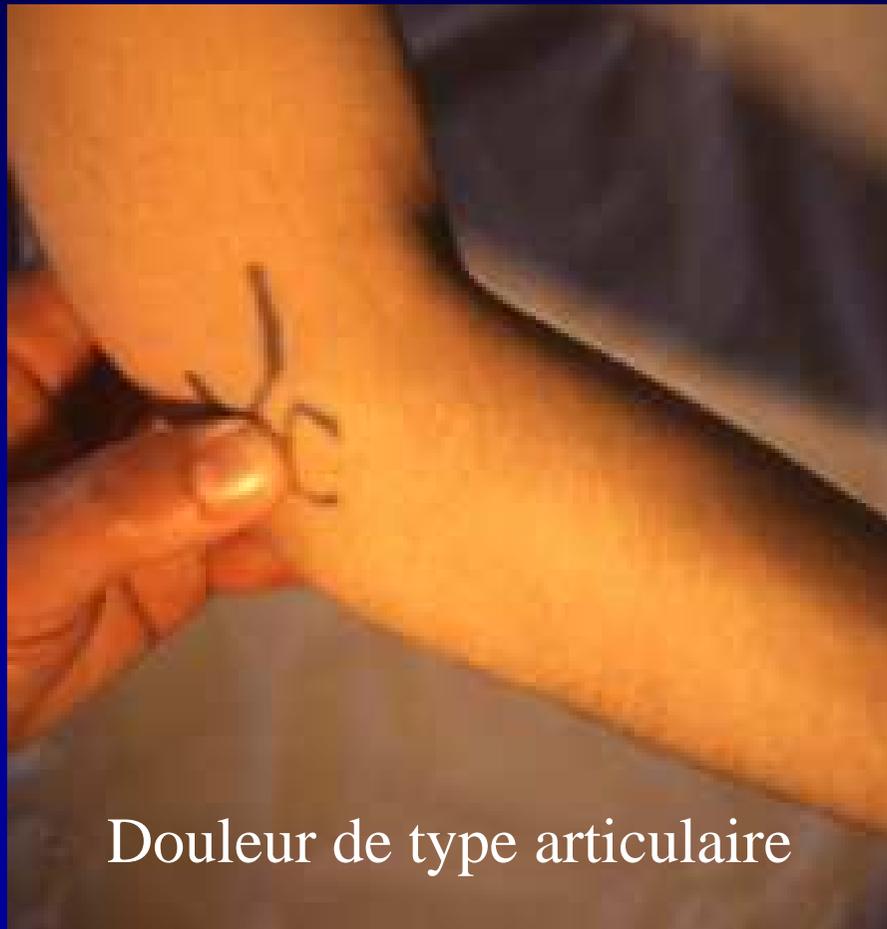
(coude fléchi à 90° avant bras soutenu par l'examineur)



Douleur de l'épicondyle

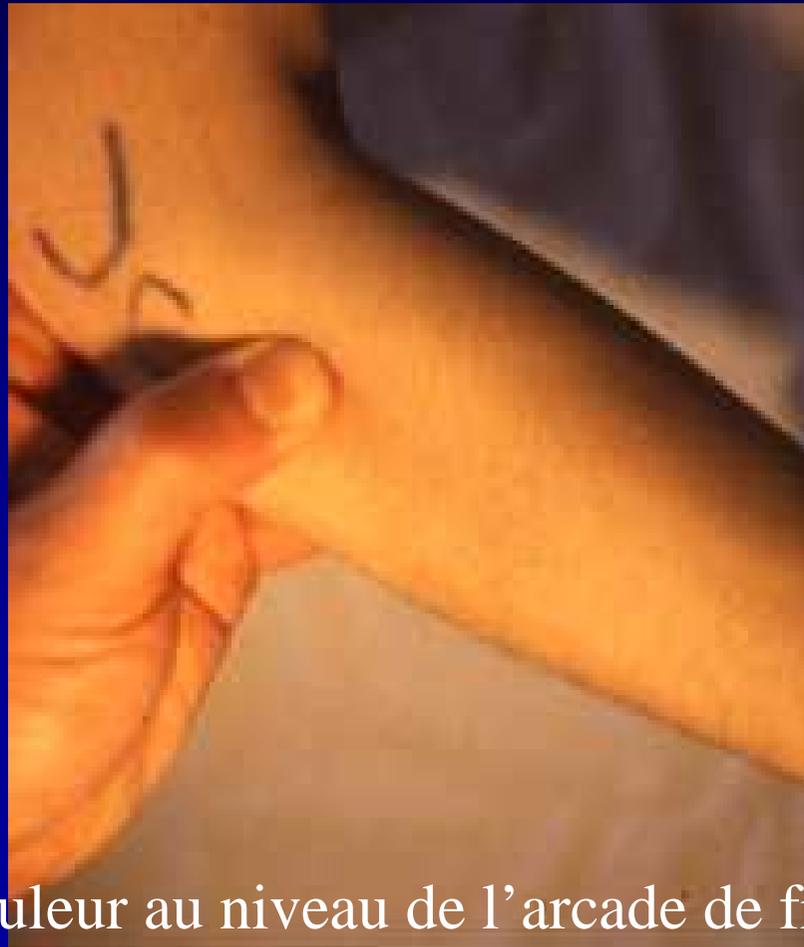
LA PALPATION

(coude fléchi à 90° avant bras soutenu par l'examineur)



LA PALPATION

(coude fléchi à 90° avant bras soutenu par l'examineur)



Douleur au niveau de l'arcade de froshe

LA MOBILISATION PASSIVE

1° EN CAS D'EPICONDYLITE
PAS DE LIMITATION SAUF
PARFOIS TRES DISCRETE
EN EXTENSION

2° SI LA LIMITATION EST
PLUS IMPORTANTE ET
PARTICULIEREMENT EN
PRONO-SUPINATION CECI
REPRESENTE UN
ARGUMENT FORT POUR
UNE LESION INTRA-
ARTICULAIRE



LE TESTING ISOMETRIQUE +++

**LE PRINCIPE SUPPOSE
DE METTRE EN
TENSION LE 2°
RADIAL (E.R.C.B)**

**En pratique extension
contrariée du 3eme doigt**

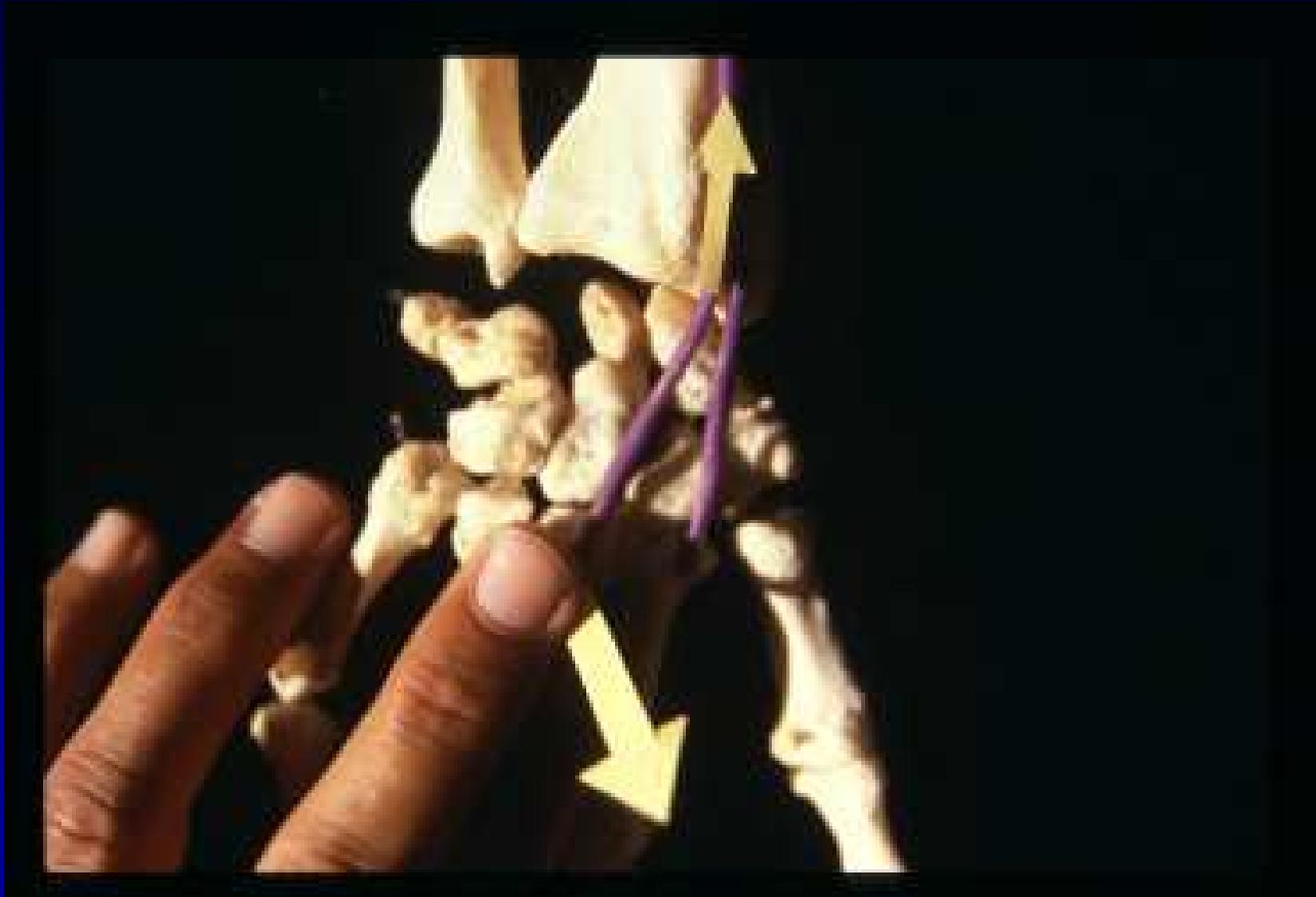
**Le 2eme radial s'insère
sur la face dorsale du
3eme métacarpien et le
1er sur la face dorsale du
2eme**



ANATOMIE DES RADIAUX



ANATOMIE DES RADIAUX



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE ATTEINTE INTRA ARTICULAIRE

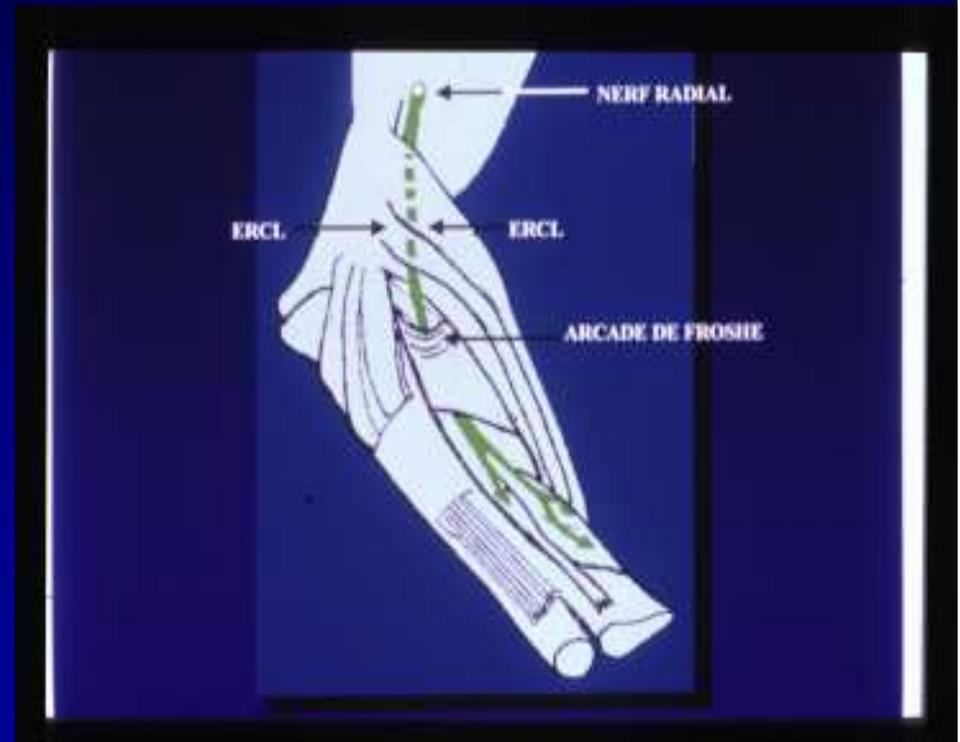
- Limitation de la flexion
extension et surtout de la
prono- supination
- Notion de blocage
articulaire
- Epanchement intra
articulaire



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Arguments en faveur d'une atteinte neuro-tronculaire

- Paresthésie, fatigabilité du bras et de l'avant bras
- Test de supination contrarié +++
- Test d'extension du 3eme doigt mettant en jeu le 2eme radial négatif



THERAPEUTIQUE:QUESTION

**UNE EPICONDYLITE GENEREE PAR
UN DEFAUT TECHNIQUE PATENT
SERAIT ELLE SUSCEPTIBLE DE
REPONDRE A LA CORRECTION DE
CE DEFAUT SANS AUTRE FORME
DE TRAITEMENT ????????**

ETUDE D'ILFELD

« Cedars sinai hopital de los angeles »

**57 EPICONDYLITES CHEZ DES TENNISMAN DONT
39 PRESENTAIENT UN DEFAUT PATENT.**

**Ces 39 tennismans n'ont bénéficié que de correction
technique avec enregistrement vidéo de leur gestuelle et
ce pendant 3mois**

5sur 39 ont été complètement soulagés

**Concernant les 34 restants ils ont bénéficié de traitements
hétéroclites mais il en ressort 2 sous population selon
l'ancienneté de l'épicondylite**

-Délai inférieur à 6mois → 90% bons résultats

-Délai supérieur à 6mois → 82%bons résultats

TRAITEMENT: LES CONSEILS TECHNIQUES

1° LA RAQUETTE

- Légère inférieur à 340 gr
- Interdiction des plombages en tête de raquette
- Matériaux composites

2° LE CORDAGE

Faible tension de l'ordre de 22 à 24 Kg pour un moyen tamis

3° LE MANCHE

- Trop petit → crispation
- Trop gros → mal tenu il engendre un couple de torsion

4° LES DUMPERS

- Aucun intérêt au cordage
- Intérêt au manche



TECHNIQUE INTERET DES « GRIP BANDS »

**ETUDE DE HERBERT MATZE
1992**

**(medecine and science in sports
exercise)**

**ystème robotique élaboré au membre
supérieur**

**TESTING 26 QUALITES DE GRIPS
DIFFERENTS**

SUR 2 CRITERES

**1° L'AMORTISSEMENT DE LA
VIBRATION**

**2° LE COEFICIENT DE
GLISSEMENT OU COUPLE DE
ROTATION**

IMPACT 20 m/ Seconde

TECHNIQUE INTERET DES « GRIP BANDS »

ETUDE DE HERBERT MATZE 1992

(medecine and science in sports
exercise)

système robotique élaboré au membre
supérieur

**TESTING 26 QUALITES DE GRIPS
DIFFERENTS**

SUR 2 CRITERES

1° L'AMORTISSEMENT DE LA
VIBRATION

2° LE COEFICIENT DE
GLISSEMENT OU COUPLE DE
ROTATION

IMPACT 20 m/ Seconde

RESULTATS

1° SUR LA VIBRATION

-grip band serré aucun
amortissement

-grip band relâché
atténuation très discrète de
la vibration

2° SUR LE COUPLE DE TORSION

Les différences sont très
significatives entre les
marques (indice de 1 à 5)

LES BRACELETS DE CONTENTION

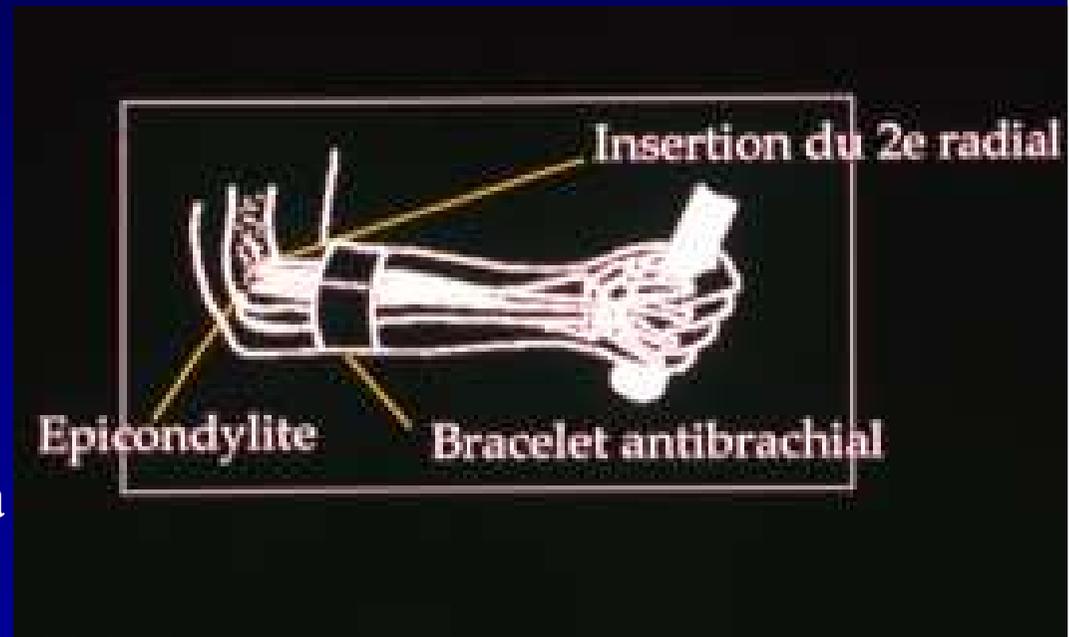
**ETUDE DE WAREN ET
HARDING**

« physician & sports
médecine 1992 »

Etude des données de la
littérature

PRINCIPES BASIQUES

- 1° Modifie la direction du
2eme radial
- 2° Diminue l'intensité de la
contraction
- 3° Réalise une sorte de néo-
insertion du 2eme radial



**CONFIRMATION PAR UN
TRAVAIL DE NIRSCHL
« am. J.of.sports.médecine 86 »**

**ETUDE DE 3
BRACELETS**

**2 portés à la partie
supérieure de l'avant bras**

1 porté au poignet

EVALUATION SUR

**- Cinématographie à 3
dimensions**

-EMG

CONFIRMATION PAR UN TRAVAIL DE NIRSCHL « am. J.of.sports.médecine 86 »

ETUDE DE 3

BRACELETS

**2 portés à la partie
supérieure de l'avant bras**

1 porté au poignet

EVALUATION SUR

**- Cinématographie à 3
dimensions**

-EMG

RESULTATS

**1° Tous les bracelets
diminuent l'activité de
l'avant bras .**

**2° Mais seuls les 2 bracelets
portés à l'avant bras
diminuent la transmission
de force du poignet au
coude à l'inverse de celui
du poignet qui les
augmentent**

LES CONSEILS TECHNIQUES

1° NECESSITE D'UNE
BONNE CONDITION
PHYSIQUE

2° NECESSITE D'UN
BON
ECHAUFFEMENT

3° TECHNIQUES
D'ETIREMENT DES
EPICONDYLIENS



TRAITEMENT DE L'EPICONDYLITE PAR LASER

ETUDE 15 LASER GA AS/PLACEBO

Action discrètement significative sur:

- l'échelle visuelle de la douleur
- tes dynamique
- force du grip

AU MILIEU DU TRAITEMENT MAIS PAS
D'ACTION SIGNIFICATIVE A 4
SEMAINES

ETUDE 15 LASER VERSUS 15 PHYSIO ULTRA-SONS+ CYRIAX

ACTION SIGNIFICATIVE ULTRA-
SON+CYRIAX EN FIN DE
TRAITEMENT ET A 6 SEMAINES

TRAITEMENT DE L'EPICONDYLITE PAR LASER

ETUDE 15 LASER GA AS/PLACEBO

Action discrètement significative sur:

- l'échelle visuelle de la douleur
- tes dynamique
- force du grip

AU MILIEU DU TRAITEMENT MAIS PAS
D'ACTION SIGNIFICATIVE A 4
SEMAINES

ETUDE 15 LASER VERSUS 15 PHYSIO ULTRA-SONS+ CYRIAX

ACTION SIGNIFICATIVE ULTRA-
SON+CYRIAX EN FIN DE
TRAITEMENT ET A 6 SEMAINES

ETUDE PAPADOPOULOS

« clinical rehabilitation 1996 »

Randomisation en double
aveugle

LASER VERSUS PLACEBO

- Echelle visuelle de la douleur
- Tests cliniques et dynamiques

PAS DE DIFFERENCE
SIGNIFICATIVE ENTRE LES 2
GROUPES HORMIS UNE
LEGERE SUPERIORITE DU
GROUPE PLACEBO SUR
L'ECHELLE DE LA DOULEUR

TRAITEMENT DE L'EPICONDYLITE PAR ULTRA SONS

RARES ETUDES DE LA LITTERATURE CETTE TECHNIQUE N'ETANT QUE
RAREMENT ISOLEE ET INTEGEE DANS DES PROTOCOLES PLUS COMPLEXES

TRAVAIL DE BINDER

85 :ULTRA
SONS/PLACEBO

-63% DE BONS
RESULTATS DE LA
PHYSIO

-29% DE BONS
RESULTATS POUR
LE PLACEBO

TRAITEMENT DE L'EPICONDILYTE PAR ULTRA SONS

RARES ETUDES DE LA LITTERATURE CETTE TECHNIQUE N'ETANT QUE
RAREMENT ISOLEE ET INTEGEE DANS DES PROTOCOLES PLUS COMPLEXES

TRAVAIL DE BINDER

85 :ULTRA
SONS/PLACEBO

-63% DE BONS
RESULTATS DE LA
PHYSIO

-29% DE BONS
RESULTATS POUR
LE PLACEBO

TRAVAIL DE

LUNDEBERG 88

- EFFICACITE
RELATIVE PHYSIO
VERUS REPOS

- PAS
D'EFFICACITE DE
LA PHYSIO
VERSUS PLACEBO

TRAITEMENT DE L'EPICONDYLITE PAR ACUPUNCTURE ET PAR MESOTHERAPIE

1° ACUPUNCTURE (British j of rheumato 1994)

acupuncture / acupuncture fictive

**Effet antalgique 20h20 /1h40 Pour
l'acupuncture sans que les auteurs ne préjuge
d'un quelconque effet à long terme**

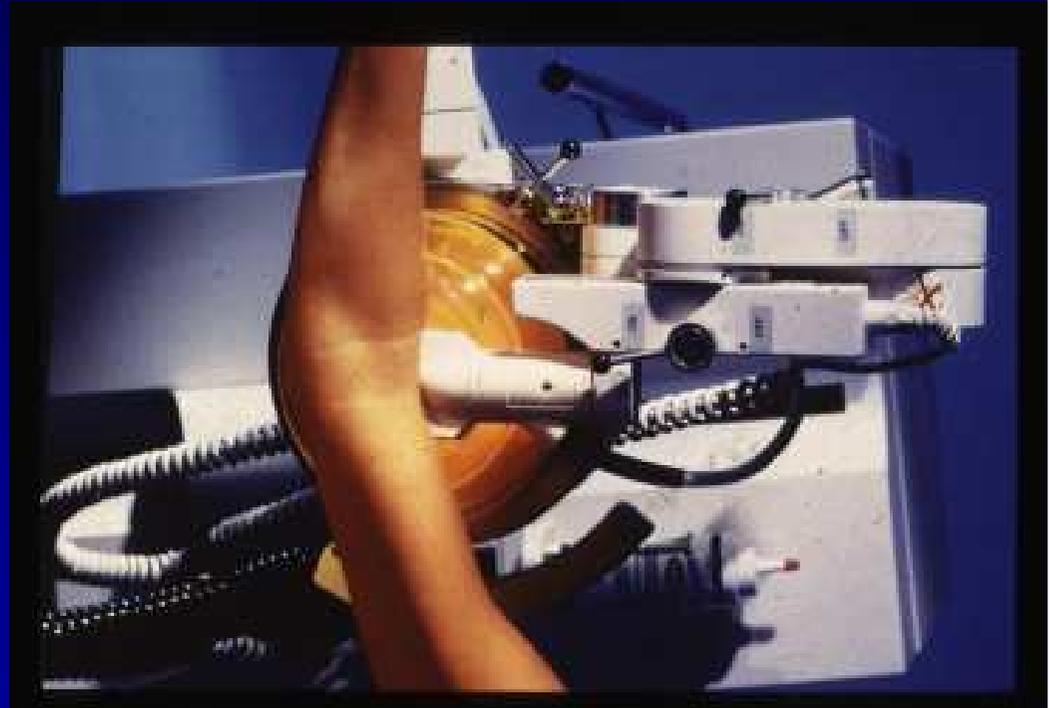
2° LA MESOTHERAPIE

**Aucune étude actuellement disponible ne
permet de conclure ni dans un sens ni dans
l'autre.**

TRAITEMENT DE L'EPICONDYLITE

**ONDE DE CHOC
EXTRA CORPOREL
(LITHOTRITION)**

**action reconnue dans les
calcifications d'épaule et
plus récemment sur les
tendinopathies
achilléennes et
rotuliennes**



TRAVAIL DE ROMPE J D

(j.of bone and joint surgery 1996)

100 EPICONDILYTES

Evaluant depuis 1 an parmi
lesquelles 92% ont
bénéficié d'une infiltration

2 groupes randomisés

- Traitement effectif par
3000 impulsions de 0,08
mj/mm²

(3 séances)

- Traitement placebo 30
impulsions de 0,08 mj/
mm² (3séances)

RESULTATS

bon+ moyen
très bon

3000 imp 48% 42%

0,08mj

30 imp 6% 24%

0,08 mj

TRAITEMENT

TREPIED THERAPEUTIQUE CLASSIQUE DE L'EPICONDYLE

**1° REPOS + SYSTEME DE
CONTENTION**

2° ULTRA-SONS + CYRIAX

3° CORTICOTHERAPIE LOCALE

ETUDE CORTICOIDES

*Etude Jan Verhaar
(Bone et Joint Surgery 1996)
106 Epicondylites randomizées*

**Corticothérapie locale / physio + Cyriax
Résultats à 6 semaines**

	Cortico	Cyriax
Excellent	18 / 53	1 / 53
Bon	18 / 53 68 %	12 / 53 24 %
Force grip	↗ Force	↗ Force
Test 2e radial	26	3

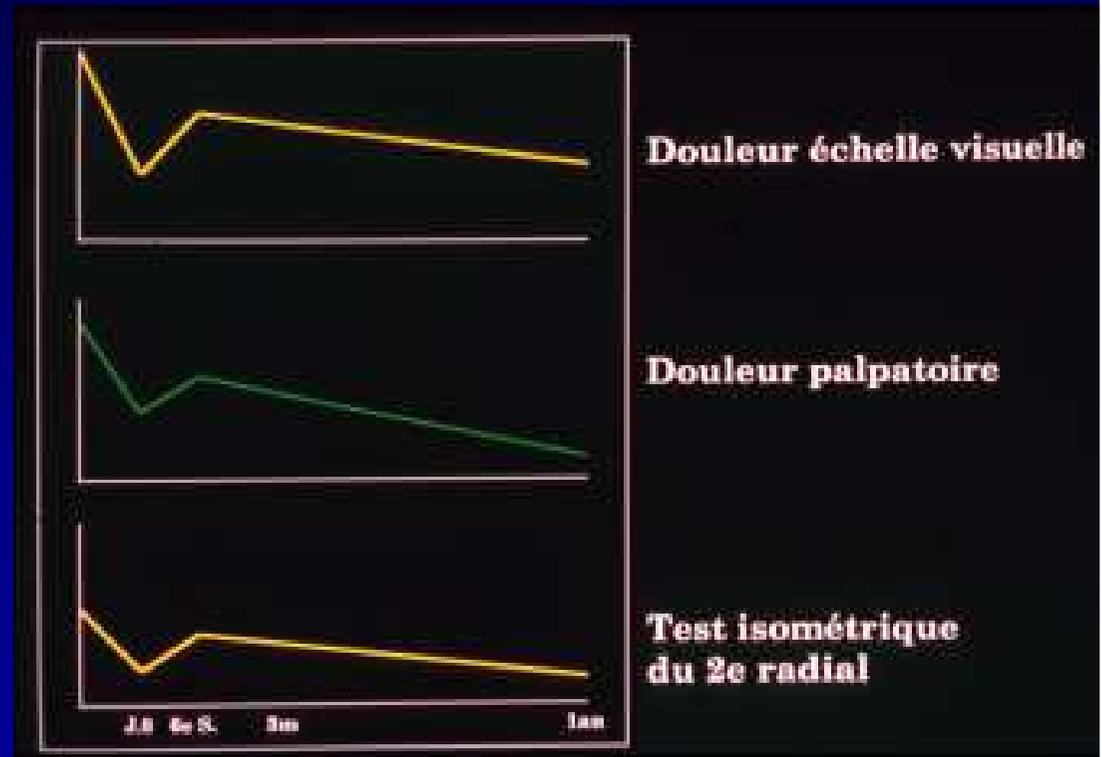
TRAVAIL SUEDOIS (1995)

Principe de l'étude:

109 épicondylites traitées en 2 groupes

-corticoides locaux +xylocaine /
corticoides locaux +marcaine (1
seule injection)

CE QUI EST INTERRESSANT
CE N'EST PAS L'ABSENCE
DE DIFFERENCE ENTRE
LES 2 GROUPES MAIS LA
LONGUEUR DE L'ETUDE
SUR 1 AN



AUTRES DONNEES DE LA LITTERATURE SUR LES RECURENCES ALGIQUES POST INFILTRATION

1° PRICE (1991 br.j.rheumato)

33% de récurrence algique à 6
mois

2° BINDER, HAZLEMAN

54% à 6 mois

3° NEVELUS

18% à 6 mois

Effet incontestable à court
terme de la corticothérapie
locale plus discutable à long
terme

ETUDE PRICE COMPARANT
DIFFERENTS CORTICOIDES

-10mg triancinolone (kénacort)

-20mg triancinolone

-25mg hydrocortisone

PAS DE DIFFERENCES
SIGNIFICATIVES

Ces auteurs retrouvent une
récurrence algique au 3eme et
6eme mois

ETUDE HAKER ET LUNDEBERG (pain clinic 93)

61 EPICONDYLITES

RANDOMISEES EN 3 GROUPES

1° **Bracelet anti brachial** pendant les activités journalières sur une durée de 3 mois

2° **Immobilisation avec attelle** d'extension du poignet lors des activités sur 3 mois

3° **Infiltration** de 0.3 ml de marcaine + 10mg kénacort 0.2ml

**SUIVI SUBJECTIF ET OBJECTIF A
2 SEMAINES 3, 6 ET 12 MOIS**



ETUDE RANDOMISEE CORTICOIDES LOCAUX VERSUS NAPROXENE (elaine M HAY B.M.J oct 1999)

MATERIEL:164 PATIENTS

- Injection locale de 20mg de methylprednisolone + 0.5ml lignocaine à 1%**
- Naproxène 500mg matin et soir pendant 14jours**
- Placebo (vit c 2prises par jour pendant 14 jours)**

EVALUATION EN 6 POINTS

- 1° Auto évaluation globale en 5 points (récupération complète,mieux,inchangée, évolutive,beaucoup plus grave)**
- 2°Echelle visuelle de la douleur en 10 points**
- 3°Gène fonctionnelle dans la vie quotidienne en 10 points**
- 4°Force du grip**
- 5°Test isométrique du 2 ème radial**
- 6°Utilisation ou non d'antalgiques ou d'AINS**

RESULTATS DE L'ETUDE CORTICOIDES LOCAUX VERSUS NAPROXENE

RESULTATS APPRECIES BONS ET TRES BONS

GROUPE	CORTICO	NAPROXENE	PLACEBO
4 semaines	92%	57%	50%
12 mois	84%	85%	82%

CONCLUSION : EFFICACITE DU TRAITEMENT PAR
CORTICO-THERAPIE LOCALE A COURT TERME
MAIS PAS DE RESULTAT SIGNIFICATIF A LONG
TERME

ESSAI RANDOMISE: Corticoïdes/Pysiothérapie/Repos Lancet fev 2002 Nynke SMID

185 épicondylites
évoluant depuis plus
de 6 semaines
randomisées en 3
groupes

1° infiltration de
corticoïdes

2° physiothérapie

3° repos « aménagé »

PRINCIPES DE L'ÉVALUATION

1° évaluation subjective

- différentes échelles dont une échelle visuelle de la douleur
- différents items concernant la vie quotidienne

2° évaluation objective

- douleur palpatoire à 6 kg/cm²
- la force du grip
- les tests isométriques

BILAN A 3.6.12.26 ET 52 SEMAINES

RESULTAT DE L'ETUDE CORTICOIDES/PHYSIO/REPOS

RESULTATS A 6 SEMAINES

Tous les critères sont
statistiquement significatif en
faveur des corticoïdes
dans l'évaluation très favorable

-Corticoïdes 92%

-Physiothérapie 47%

-Repos 32%

Cependant par la suite important
taux de récurrence dans le
groupe corticoïde

RESULTAT DE L'ETUDE CORTICOIDES/PHYSIO/REPOS

RESULTATS A 6 SEMAINES

Tous les critères sont
statistiquement significatif en
faveur des corticoïdes

dans l'évaluation très favorable

- Corticoïdes 92%
- Physiothérapie 47%
- Repos 32%

Cependant par la suite important
taux de récurrence dans le
groupe corticoïde

RESULTATS A 52 SEMAINES

- corticoïdes 69%
- physiothérapie 91%
- repos 83%

CRITIQUE DE L'ETUDE LANCET FEVRIER 2002

1° ETUDE MULTI CENTRIQUE 85 CENTRES

2° UTILISATION DU NAPROXENE DANS 34% DU GROUPE REPOS

3° LE CORTICOIDE UTILISE (ACETATE DE TRIANCINOLONE) IATROGENIE CONNUE EN FRANCE+++

+ NOMBRE VARIABLE D'INJECTIONS

- 1 injection 58%

- 2 injections 27%

- 3 injections 15%

4° CONCERNANT LA PHYSIOTHERAPIE: TECHNIQUE MULTIPLES

- ultra-son 2watts/ cm²

- massages profonds

- technique d' étirement

5° CONCERNANT LE REPOS IL Y FAIT SUITE DES EXERCISES VARIES D' UNE EQUIPE A L' AUTRE

QUE PENSER DE LA IATROGENIE POTENTIELLE DE LA CORTICO- THERAPIE LOCALE

**ELLE VA S'EXERCER
SELON 2 MODULES**

1° A COURT TERME

C'EST:

**LE SYNDROME HYPER-ALGIQUE
POST INFILTRATOIRE**

2° A LONG TERME

C'EST :

- Atrophie du tendon
- Dégénérescence mucoïde
- Atrophie sous cutanée
- Les calcifications locales



LA IATROGENIE A COURT TERME OU SYNDROME HYPER ALGIQUE

ETUDE DE PRICE ET COLLABORATEURS

**2 populations randomisées cortico locale versus
lignocaine avec comme seul objectif l'étude de
la fréquence du syndrome hyper-algique**

RESULTATS= IDEM PAS DE DIFFERENCE

**IL SEMBLE QUE CE SOIT LE VOLUME QUI
SOIT LE PRINCIPAL RESPONSABLE DE
CE SYNDROME AVEC POUR NOUS LE
CONSEIL D'INJECTER 0.5 cl**

REFLEXION CONCERNANT LA IATROGENIE A LONG TERME

ELLE EST VRAISEMBLABLEMENT RESPONSABLE D'UN PETIT NOMBRE D'EVOLUTION DEFAVORABLE

QUE PEUT ON RETENIR COMME CONSEIL

1° D'abord vis à vis de l'indication

Ambition de passer un cap hyper algique

2° La qualité du produit (délire outre atlantique)

3° La technique

- En péri tendineux
- Une petite quantité de produit 0.5 à 1 ml
- Attelle post infiltration ???

ENFIN IL EST INCONCEVABLE d'autoriser une reprise sportive avant un reconditionnement musculaire en excentrique des extenseurs du poignet selon protocole de stanisch

