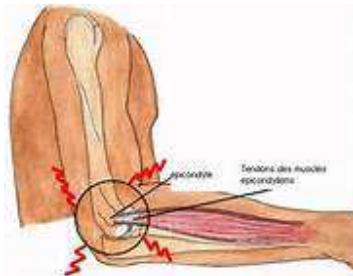


## L'épicondylite latérale et médiale

Par **Dr Guy Hains**, chiropraticiens et **Dre Anne-Marie Lamy**, chiropraticienne



L'épicondylite latérale aussi appelée « tennis elbow » est un des maux aux coudes des plus communs chez les adultes. Elle résulte normalement de l'accumulation de microtraumatismes causant de l'inflammation et une dégénérescence des tissus musculo-tendineux s'attachant à l'épicondyle. Ce malaise peut être extrêmement débilisant même pour des activités de la vie quotidienne.<sup>1-2</sup>

Des activités occupationnelles qui nécessitent des flexions dorsales répétées et forcées de l'avant-bras, ainsi que des travaux en déviation radiale et en supination comme chez les dépeceurs, les plombiers et ceux qui travaillent excessivement avec un ordinateur, peuvent produire un stress aux extenseurs du poignet résultant en des changements dégénératifs du tendon commun de ces extenseurs à son point d'attache à l'épicondyle latéral de l'humérus. Cette surcharge dégénérative se retrouve aussi chez les joueurs de tennis.<sup>3-4</sup>

Une recherche de Hey<sup>5</sup> a démontré que dans les cas d'épicondylite, après quatre semaines d'utilisation, les médicaments anti-inflammatoires n'étaient pas plus efficaces que les placebo. Pour Ollivier<sup>1</sup> les injections de cortisone peuvent diminuer les symptômes, mais elles provoquent une dégénérescence, un affaiblissement et parfois une rupture de l'unité musculo-tendineux. L'intervention chirurgicale peut être nécessaire dans moins de 5% des cas d'épicondylite latérale.<sup>6</sup>

Le traitement que nous préconisons consiste en des pressions ischémiques au niveau de l'épicondyle latéral et aux extenseurs localisés à l'avant-bras. Ces régions peuvent être extrêmement sensibles dans les cas d'épicondylites, alors l'examen et le traitement doivent être très délicats et le praticien doit être très attentif à la réaction du patient.

L'examen se fait avec le patient en supination, son bras impliqué étendu le long de son corps avec la main aussi en supination. Une pression délicate à la partie antérieure de l'épicondyle latérale mettra en évidence les points gâchettes. Ces PGs se retrouvent aussi le long des extenseurs qui s'insèrent à l'épicondyle et descendent le long du radius sur une distance d'environ huit centimètres. Normalement, un traitement de 8 secondes à la partie antérieure de l'épicondyle

et sur chacun des trois ou quatre PGs le long des extenseurs éliminera les irritations en 10 à 15 traitements chez les cas chroniques. Dans certains cas où l'irritation est très prononcée, il peut être utile d'appliquer en plus du traitement initial le même traitement concurremment mais dans la position suivante. Le patient s'agenouille par terre perpendiculairement à la table le front appuyé sur son bras sain, avec le bras impliqué étendu dans le sens de la longueur de la table cette fois la main est en pronation.

Pour ce qui est de l'épicondylite médiale aussi appelée épitrochléite, la douleur est située au niveau de l'épitrochlée. Cette région peut être traitée par pressions ischémiques avec le patient en pronation, en supination et à genoux perpendiculaire à la table avec le bras étendu comme pour une épicondylite. Ces trois positions peuvent être utilisées une après l'autre à la même visite. Il peut coexister avec ces deux conditions une hypersensibilité de la partie postérieure du coude. Pour mettre en évidence cette irritation, il suffit de placer le patient en pronation avec le bras allongé le long de son corps sur la table, la main en supination. Une pression forte est alors appliquée sur la partie postérieure du coude, de postérieur à antérieur. Cette mobilisation où le praticien force l'extension du coude en appliquant avec ses deux pouces une pression verticale de huit secondes éliminera graduellement toute hypersensibilité. Les épicondylites et les épitrochléites peuvent nécessiter de 10 à 20 traitements et le praticien doit chercher à éliminer toutes irritations au coude qui pourrait influencer ces malaises.

#### Références:

- 1) Ollivierre CO, Nirschl RP. Tennis elbow, current concepts of treatment and rehabilitation. Sports Med 1996 Aug;22(2).
- 2) Ciccotti MG, Charlton WPH. Epicondylitis in the athlete. Clin Sports Med 2001;vol20,n1, jan 2001.
- 3) Olancher KD, Halbrecht J, Louri GM. Medial and lateral epicondylitis in the athlete. Clin Sports Med vol15,n2,april1996.
- 4) Kushner S, Reid DC. Manipulation in the treatment of tennis elbow. Jour Orth Sports Phys Ther Sections Am Phys The Assoc 1986.
- 5) Hay E, Paterson S, Lewis M. Pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and naproxen for treatment of lateral epicondylitis of elbow in primary care. BMJ vol:319, oct 1999.
- 6) Kraushaar BS, Nirschl RP. Tendinosis of the elbow (tennis elbow). J Bone Joint Surg 1999;81-A, No2.

Guy Hains DC  
Anne-Marie Lamy DC