

Epicondylite ou "Tennis-Elbow"

De quoi s'agit-il ?

L'épicondylite, appelée également épicondylalgie, est une maladie touchant la zone d'insertion (attache) au niveau du coude des muscles extenseurs situés sur l'avant-bras. Toutefois, le nerf radial et l'articulation peuvent également être atteints, c'est-à-dire impliqués dans ce syndrome douloureux.

Cette maladie est en général la conséquence d'une surcharge de la musculature, liée à une hyper-activité inhabituelle, tel le tennis (tennis-elbow). Mais elle peut aussi survenir sans cause apparente ou à la suite d'un traumatisme du coude.

Les douleurs de la face externe du coude se manifestent le plus souvent à l'effort, ce qui entraîne une perte de force. Toutefois, dans les cas tardifs, la douleur peut devenir permanente et gêner chaque mouvement.

L'arcade de Frohse peut provoquer une irritation permanente du nerf avec des douleurs consécutives. Les insertions musculaires sont également des zones potentielles de fibrose, surtout au niveau du coude.

Comment peut-on la traiter ?

Le traitement de l'épicondylalgie est avant tout conservateur, car une guérison spontanée s'observe dans la grande majorité des cas. Il consiste en la mise au repos (arrêt des activités, port d'une coudière) et en l'administration d'anti-inflammatoires par voie orale ou sous forme d'injection locale. Ce traitement de fond est associé à une rééducation physique (massages, ultrasons). Parfois il suffit au sportif d'affiner sa technique ou de modifier la tension des cordes de sa raquette.

Dans les cas très douloureux, une immobilisation plâtrée temporaire peut être indiquée.

Bandeau de Froimson avec un prolongement de compression sur l'épicondyle

Si la guérison n'est pas obtenue après 6 mois de traitement, l'indication opératoire peut être posée (certains préconisent d'attendre une année, la maladie tendant à guérir spontanément).

Comment l'opération se déroule-t-elle ?

Du point de vue médical, la cure chirurgicale de l'épicondylite peut être pratiquée ambulatoirement. Toutefois, en raison de l'immobilisation plâtrée post-opératoire

du coude, l'hospitalisation et une convalescence en milieu approprié peuvent être planifiées.

L'anesthésie la plus courante est limitée au membre supérieur (bloc axillaire par infiltration des nerfs au niveau du creux axillaire). En cas de contre-indication ou de désir particulier du patient, une narcose (anesthésie générale) peut également être envisagée.

(En ce qui concerne la préparation à l'opération, veuillez consulter le chapitre 2. Chirurgie de la main).

L'opération consiste en une incision de la face externe du coude. Le chirurgien procède alors à l'allongement des muscles extenseurs. Ce geste essentiel s'accompagne, si nécessaire, d'une abrasion de l'os de l'épicondyle, d'une décompression du nerf radial et d'un nettoyage de l'articulation.

L'intervention se termine par la fermeture de la peau sur un drain et à la mise en place d'un pansement plâtré. L'opération dure environ une heure.

En quoi consistent les soins post-opératoires ?

A la fin de l'intervention le patient est reconduit en salle de réveil où l'infirmière anesthésiste veille sur son confort. S'il est en ambulatoire et que tout s'est passé normalement durant les 2 heures de surveillance, le patient regagne son domicile avec les recommandations d'usage, un certificat médical, un rendez-vous et une ordonnance.

L'immobilisation est en principe de 3 semaines. Entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour, on enlève l'attelle rembourrée et le drain, s'il y en a un. Une attelle ajustée est mise en place, soit par le chirurgien, soit par l'ergothérapeute. Au 10^{ème} jour, les fils sont retirés. Après ablation de l'attelle, la rééducation est entreprise sous forme de massages et de mobilisation. A partir de la 6^{ème} semaine, la rééducation vise à la récupération progressive de la force et de la mobilité (flexion-extension du coude, prono-supination).

Quels sont les risques d'une telle intervention ?

Il existe des risques liés à tout geste opératoire (hématome, infection et algodystrophie). Il faut ici évoquer la raideur articulaire liée à l'ouverture de l'articulation.

Toutefois, au moment de l'intervention, il n'y a que peu de risques de léser une structure noble en dehors du nerf radial. Dans un tel cas, le patient peut éprouver des douleurs ou une certaine faiblesse de la main plus ou moins durable.

En fait, des douleurs résiduelles sont souvent liées à un geste opératoire insuffisant, laissant persister une cause de douleur: corde tendineuse, synovite articulaire. Celles-ci peuvent conduire à une épicondylagie chronique ou récidivante. Mais des échecs sans raison apparente peuvent aussi exister, car la douleur reste un problème extrêmement complexe, et une cause spécifique n'est pas toujours mise en évidence.

Quel est le pronostic de ce traitement ?

Lorsque l'épicondylite est reconnue précocement et traitée de manière adéquate, la guérison est en général obtenue par les moyens conservateurs.

Si le patient doit être opéré, la disparition des douleurs et la récupération de la force seront progressives (4 à 6 mois). Un travail manuel ne peut en général être repris avant ce délai, sous peine de rechute.

Les épicondylites consécutives à un traumatisme (choc) du coude ont un moins bon pronostic.