

L'ÉPICONDYLITE: UNE REVUE DES DONNÉES PROBANTES

HONG QUAN NHA
DURAND MARIE-JOSÉ
LOISEL PATRICK

Université de Sherbrooke
Centre de recherche clinique en réadaptation au travail PRÉVICAP
1111, Saint-Charles Ouest, bureau 101, Longueuil, Québec, J4H 5G4
qnhong@mblink.net

Résumé

Les lésions professionnelles aux membres supérieurs ont connu une recrudescence importante au niveau socio-économique depuis le début des années 1980. L'épicondylite fait partie de ces lésions et représente le diagnostic au coude le plus fréquemment posé. Malgré son appellation commune de *tennis elbow*, ce sont les travailleurs qui représentent la plus grande proportion des personnes qui en sont affectées. De plus, les statistiques démontrent que l'épicondylite est associée à un taux d'absentéisme au travail important ainsi qu'à des incapacités résiduelles permanentes. Par conséquent, le besoin de développer des protocoles d'intervention et de prévention efficaces est essentiel. Pour ce, une bonne compréhension de la problématique s'impose. Cette présentation a pour but de faire une synthèse des données probantes en ce qui concerne la pathophysiologie et les facteurs de risques de l'épicondylite. Également, les différents traitements seront discutés en mettant l'accent sur une approche multidisciplinaire intégrant l'ergonomie.

Mots clés : épicondylite, intervention, données probantes

EPICONDYLITIS: REVIEW OF EVIDENCES

Abstract

Since 1980, work-related upper extremity disorders as been qualified as an epidemic problem. Epicondylitis represent one of these disorders and is known to be the most prevalent diagnostic of the elbow. Even though it is frequently called tennis elbow, workers are the population the most at risk accounting for 35% to 64% of all the cases of epicondylitis. Furthermore, this disorder is known to be a major problem of lost time at work and permanent partial disability. Thus, the psychosocial and economic impact related to this disorder is important and the need to develop more efficient intervention and prevention is significant. The purpose of this presentation is to expose the latest information on aetiology and pathophysiology of this disorder. Moreover, the different modality of treatment will be discussed and a multidisciplinary approach integrating ergonomic intervention will be presented.

Key words: epicondylitis, intervention, evidence-based practice

Épidémiologie

Au cours des deux dernières décennies, les lésions aux membres supérieurs attribuables au travail ont connu une recrudescence importante de même que les coûts qui y sont associés (9). L'épicondylite, mieux connue sous le terme de *tennis elbow*, fait partie de ces lésions. Malgré son appellation commune, les joueurs de tennis ne représentent que 5% à 10% des cas d'épicondylite (5); les travailleurs constituant la population la plus à risque. En effet, entre 35% et 64% des sujets atteints de cette problématique ont une étiologie liée aux activités de travail (8). Dans la population en général, sa prévalence varie entre 1% et 3% (19). Ces taux peuvent varier entre 0,8% et 15% chez les travailleurs de divers secteurs (19).

Au Québec, en 1998, le nombre de travailleurs indemnisés par la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST) pour une épicondylite ou une épitrochléite était de 1238, ce qui représente 12,8% de toutes les lésions dites en « ite ». Ces dernières sont définies par la CSST comme toutes atteintes d'origine professionnelle du système musculo-squelettique causées par des traumatismes ou attribuable au travail répétitif, excluant les affections de la colonne vertébrale (6). Au cours de cette année, la durée moyenne d'indemnisation était de 70,8 jours et le montant moyen versé par travailleur, de 3441\$, ce qui dépasse la moyenne de durée et d'indemnisation pour l'ensemble des lésions en « ite » respectivement de 52,5 jours et 2461\$/travailleur (6). L'épicondylite est donc associée à de longues périodes d'incapacité et de congés de maladie (17).

Pathophysiologie et facteurs de risque

Depuis le premier écrit sur l'épicondylite en 1873 par Runge qui l'associa à une périostite de l'épicondyle (18), plusieurs hypothèses pathophysiologiques ont été émises. Déjà en 1936, Cyriax (7) pouvait en recenser 26 différentes. À l'heure actuelle, il n'existe pas encore de consensus sur le processus pathologique. Cependant, l'atteinte des tendons extenseurs du poignet dont l'origine se situe sur l'épicondyle est souvent désignée. Également, de plus en plus d'études démontrent qu'il y a absence de cellules inflammatoires dans la genèse de cette problématique (1, 13). Le terme épicondylite serait donc inadéquat et plusieurs suggèrent comme nomenclature épicondyalgie ou épicondylose. Ce dernier terme sous-entend que cette problématique serait associée à un processus dégénératif (12). Selon Nirschl (15), ce processus, qu'il dénomme hyperplasie angiofibroblastique, serait secondaire à de la fatigue et du surmenage entraînant une invasion de fibroblastes et de tissus vasculaires atypiques. Ainsi, l'incapacité du tendon à s'adapter aux exigences de l'environnement et une accumulation de microtraumatismes seraient à l'origine de sa rupture partielle et parfois complète (12). De plus, les tendons des muscles épicondyliens sont particulièrement vulnérables à ce processus puisqu'ils traversent deux articulations, sont souvent soumis à des charges excentriques et sont peu vascularisés, ce qui constituent des facteurs de risque de lésions tendineuses (13). Également, l'âge et la dominance sont d'autres facteurs qui sont associés à l'épicondylite. De fait, les taux de prévalence les plus élevés sont observés chez les individus âgés entre 35 et 50 ans et le bras dominant est le plus souvent affecté (19).

Au niveau des tâches de travail, différents facteurs de risques ont été identifiés (3). Les principaux étudiés sont les mouvements répétitifs, forcés et les postures contraignantes. À l'heure actuelle, il existe de fortes évidences que les mouvements forcés ou la combinaison de ce facteur avec les mouvements répétitifs ou les postures contraignantes soient associés à l'épicondylite. Toutefois, peu de conclusions sur les mouvements répétitifs ou les postures contraignantes seuls peuvent être émises (3).

Symptomatologie

L'épicondylite est caractérisée par une douleur située à la face externe du coude qui est accentuée lors de l'extension passive du coude avec le poignet en flexion ou lors de l'extension résistée du poignet ou du troisième métacarpe avec le coude en extension (4). La préhension grossière est affectée particulièrement lorsque le mouvement exige de la force. Tenir une tasse de café ou donner une poignée de main peuvent donc être douloureux et difficiles à accomplir puisque ces activités sollicitent la stabilisation du poignet par ses extenseurs. Par conséquent, l'épicondylite occasionne des situations de handicap au travail et affecte les activités de la vie quotidienne des personnes qui en sont atteintes.

Intervention

Dans la littérature scientifique, de nombreuses avenues thérapeutiques ont été suggérées. À l'heure actuelle, il est possible d'en répertorier plus d'une quarantaine (14). Toutefois, les interventions thérapeutiques ne font pas l'unanimité et actuellement, peu de conclusions sur l'efficacité de ces traitements peuvent être émises en raison de la faiblesse méthodologique des études qui les supportent. Ces interventions mettent l'emphase principalement sur la déficience et l'incapacité provoquées par l'épicondylite telles que l'application de courants électrothérapeutiques, l'utilisation d'anti-inflammatoires, d'orthèses, de différents types de techniques manuelles et l'injection de corticostéroïdes. En ce qui a trait à l'intervention ergonomique, plusieurs études auprès de population atteinte de lésions aux membres supérieurs attribuables au travail peuvent être identifiées. Par exemple, Bernacki et al. (2) ont évalué un programme visant l'identification et l'intervention précoce de travailleurs ayant des lésions musculo-squelettiques. Ce programme consistait à une référence rapide de ces travailleurs pour évaluation médicale et ergonomique. Ceci a permis d'initier des interventions ergonomiques et thérapeutiques (ex. : orthèses, électrothérapie et injection de corticostéroïde) qui se sont avérées plus efficaces dans les phases initiales de la problématique. Également, l'évaluation ergonomique en milieu de travail a permis de réduire le taux d'incidence de ces lésions (2). Dans une autre étude auprès d'une population atteinte de lésions musculo-squelettiques chroniques aux membres supérieurs, Feuerstein et al. (9) ont obtenu un taux de retour au travail plus élevé chez les travailleurs participant à un programme multidisciplinaire que ceux ayant reçu une intervention conventionnelle. Ce programme comprenait des volets de conditionnement physique, de simulation de tâches de travail, des sessions de formation sur les facteurs de risque au travail et sur la gestion de la douleur et du stress ainsi que des consultations ergonomiques et professionnelles. Malgré ces études suggérant les bienfaits de différentes interventions ergonomiques autant auprès d'une clientèle aiguë que chronique présentant des lésions musculo-squelettiques aux membres supérieurs, il n'en existe pas à notre connaissance portant spécifiquement sur l'épicondylite. Pourtant les écrits normatifs récents prônent cette démarche auprès de cette clientèle (10, 16). De plus, l'intégration de l'ergonomie au sein de programmes multidisciplinaires est de plus en plus privilégiée en réadaptation au travail (11).

Dans le contexte actuel, l'épicondylite représente une problématique prévalente et occasionne des coûts directs et indirects élevés. Il est ainsi important d'évaluer et de développer des programmes de traitement efficaces. À l'heure actuelle, la majorité des traitements étudiés se concentrent principalement sur la déficience et l'incapacité reliée à l'épicondylite. Toutefois, étant donné que cette problématique affecte surtout les travailleurs, les personnes qui en sont atteintes pourraient bénéficier d'interventions davantage axées sur le milieu de travail où l'ergonomie aurait un rôle important à jouer. Également, il a été démontré que l'intégration de l'ergonomie au sein d'une équipe multidisciplinaire aurait des effets bénéfiques. Cependant, le nombre d'études sur ce sujet est encore faible. Par conséquent, dans un avenir rapproché, davantage d'études portant sur cette approche

prometteuse auprès de population atteinte de différents types de lésions aux membres supérieurs, dont l'épicondylite, devraient être privilégiées.

Références

- (1) Alfredson, H., Ljung, B.O., Thorsen, K., Lorentzon, R. (2000). In vivo investigation of ECRB tendons with microdialysis technique - no signs of inflammation but high amounts of glutamate in tennis elbow. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 71, 475-9.
- (2) Bernacki, E.J., Guidera, J.A., Schaefer, J.A., Lavin, R.A., Tsai, S.P. (1999). An ergonomics program designed to reduce the incidence of upper extremity work related musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 41, 1032-41.
- (3) Bernard, B.P., Fine, L.J. (1997). *Elbow musculoskeletal disorders (epicondylitis): evidence for work relatedness*, in *Musculoskeletal disorders (MSDs) and workplace factors: a critical reviews of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back*. Cincinnati: NIOSH.
- (4) Bernstein, J., McGuire, K. (1999). Tennis elbow: lateral epicondylitis. *Hospital Medicine*, 35, 21-5.
- (5) Boyer, M.I., Hastings, H., 2nd. (1999). Lateral tennis elbow: "Is there any science out there?". *Journal of Shoulder & Elbow Surgery*, 8, 481-91.
- (6) Commission de la santé et sécurité du travail (1999). *Statistique sur les lésions en "ITE" du système musculo-squelettique 1995-1998*. Québec: Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- (7) Cyriax, J.H. (1936). The pathology and treatment of tennis elbow. *Journal of Bone Joint and Surgery*, 4, 921-40.
- (8) Dimberg, L. (1987). The prevalence and causation of tennis elbow (lateral humeral epicondylitis) in a population of workers in an engineering industry. *Ergonomics*, 30, 573-9.
- (9) Feuerstein, M., Callan-Harris, S., Hickey, P., Dyer, D., Armbruster, W., Carosella, A.M. (1993). Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders. Long-term effects. *Journal of Occupational Medicine*, 35, 396-403.
- (10) Gabel, G.T. (1999). Acute and chronic tendinopathies at the elbow. *Current Opinion in Rheumatology*, 11, 138-43.
- (11) Isernhagen, D.D. (2000). A model system: integrated work injury prevention and disability management. *Work*, 15, 87-94.
- (12) Khan, K.M., Cook, J.L., Taunton, J.E., Bonar, F. (2000). Overuse tendinosis, not tendinitis. *Physician and sports medicine*, 28, 38-48.
- (13) Kraushaar, B.S., Nirschl, R.P. (1999). Tendinosis of the elbow (tennis elbow). Clinical features and findings of histological, immunohistochemical, and electron microscopy studies. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume*, 81, 259-78.
- (14) Labelle, H., Guibert, R., Joncas, J., Newman, N., Fallaha, M., Rivard, C.H. (1992). Lack of scientific evidence for the treatment of lateral epicondylitis of the elbow. An attempted meta-analysis. *Journal of Bone & Joint Surgery - British Volume*, 74, 646-51.
- (15) Nirschl, R.P. (1992). Elbow tendinosis/tennis elbow. *Clinics in Sports Medicine*, 11, 851-70.
- (16) Piligian, G., Herbert, R., Hearn, M., Dropkin, J., Landsbergis, P., Cherniack, M. (2000). Evaluation and management of chronic work-related musculoskeletal disorders of the distal upper extremity. *American Journal of Industrial Medicine*, 37, 75-93.
- (17) Silverstein, B., Welp, E., Nelson, N., Kalat, J. (1998). Claims incidence of work-related disorders of the upper extremities: Washington state, 1987 through 1995. *American Journal of Public Health*, 88, 1827-33.
- (18) Thurston, A.J. (1998). The early history of tennis elbow: 1873 to the 1950s. *Australian & New Zealand Journal of Surgery*, 68, 219-24.

(19) Vicenzino, B., Wright, A. (1996). Lateral epicondylalgia I: epidemiology, pathophysiology, aetiology and natural history. *Physical Therapy Reviews*, 1, 23-34.