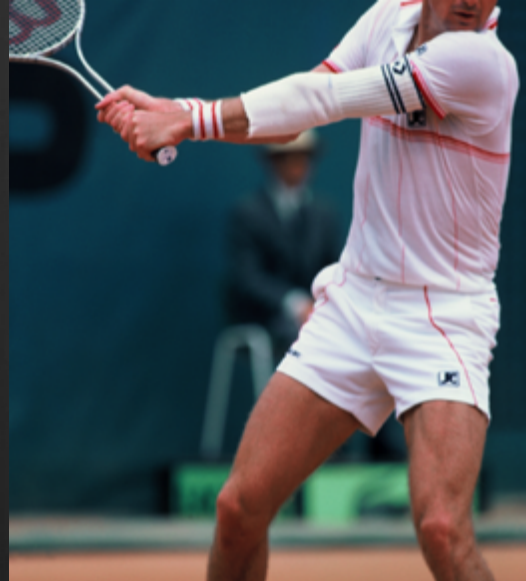


LES TENDINOPATHIES DU COUDE

JP BONVARLET, G DAUBINET
I.A.L. Nollet, Paris



FACTEURS ETIOLOGIQUES

- ❁ Trauma direct
- ❁ Trauma indirect : microtraumatismes
- ❁ Vieillessement :
 - ❁ modifications biologiques
 - ❁ modifications biomécaniques
- ❁ Pathologie induite compensatoire



Hénin 2011



Murray 2011



Rod Laver 1965

FACTEURS ETIOLOGIQUES

- ⊗ Facteurs biologiques :

- ⊗ déshydratation
- ⊗ troubles ioniques

Ecrit partout sans que le lien soit établi avec certitude

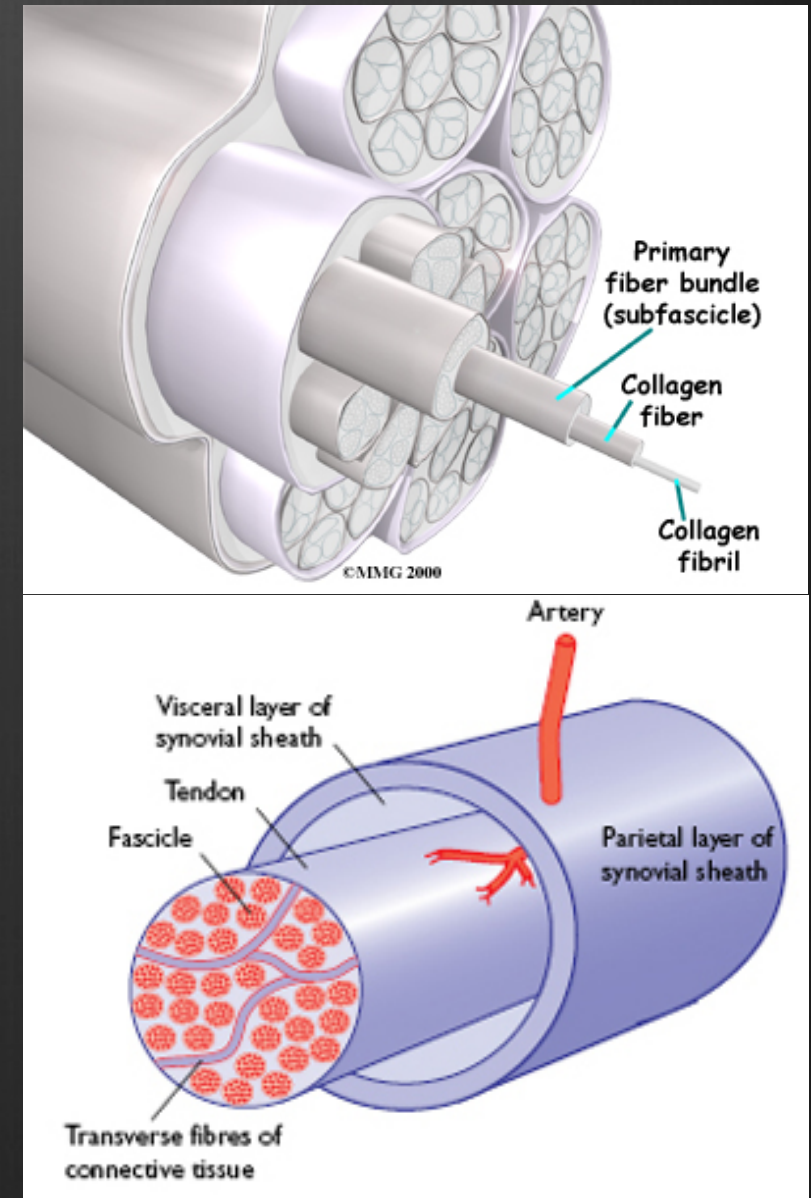
- ⊗ Technopathies :

Modifications habitudes +++

- ⊗ Qualitatif
- ⊗ Quantitatif

LE TENDON

- Fibres collagènes
- Élasticité diminue avec l'âge
- Innervation est riche
- Vascularisation hétérogène



LA CLINIQUE

- Interrogatoire: circonstances de survenues, sportives professionnelles, loisirs...
- Triade :
 - Douleur ++
 - ◎ Etirement,
 - ◎ Palpation,
 - ◎ Contraction. Iso (CE >> CI)
- Limitation extension non constante.

LA CLINIQUE

- Bilan rachidien
- Bilan neurologique
- Bilan vasculaire

Recherche diagnostics différentiels ++



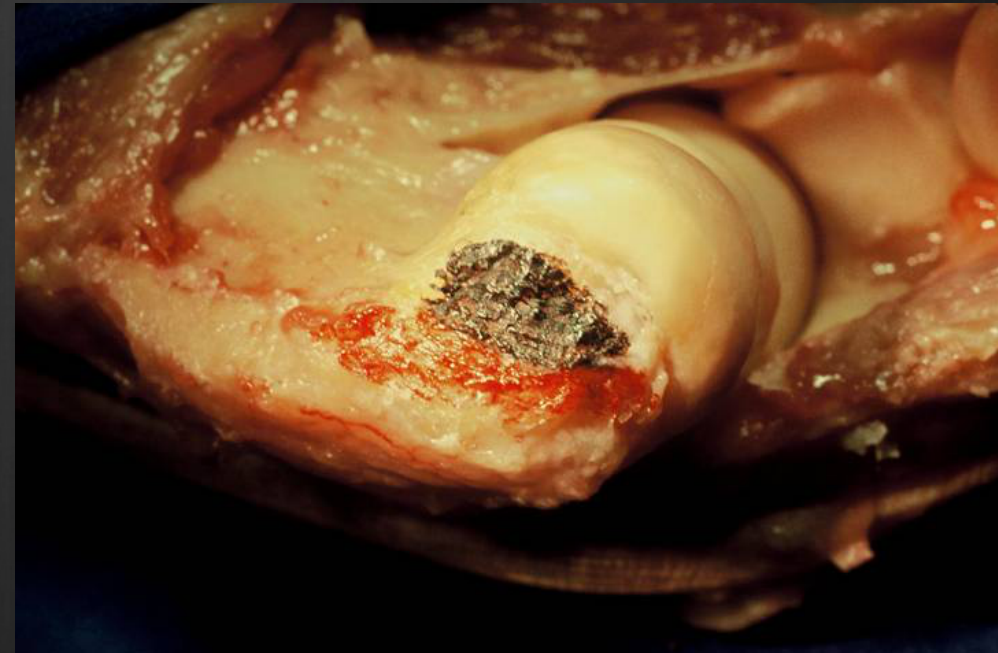
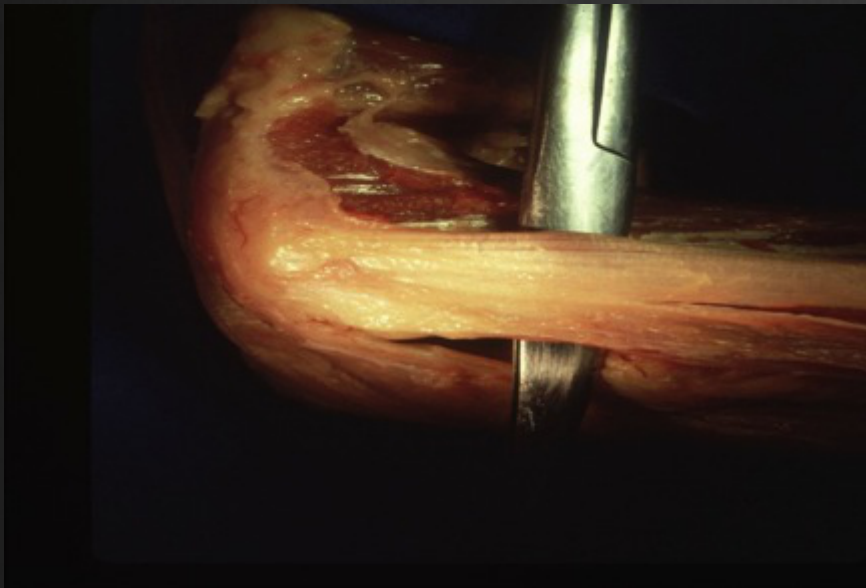
L'EPICONDYLITE

- ⊗ 35 % tendinopathie insertion

Préhension +++ , Supination +

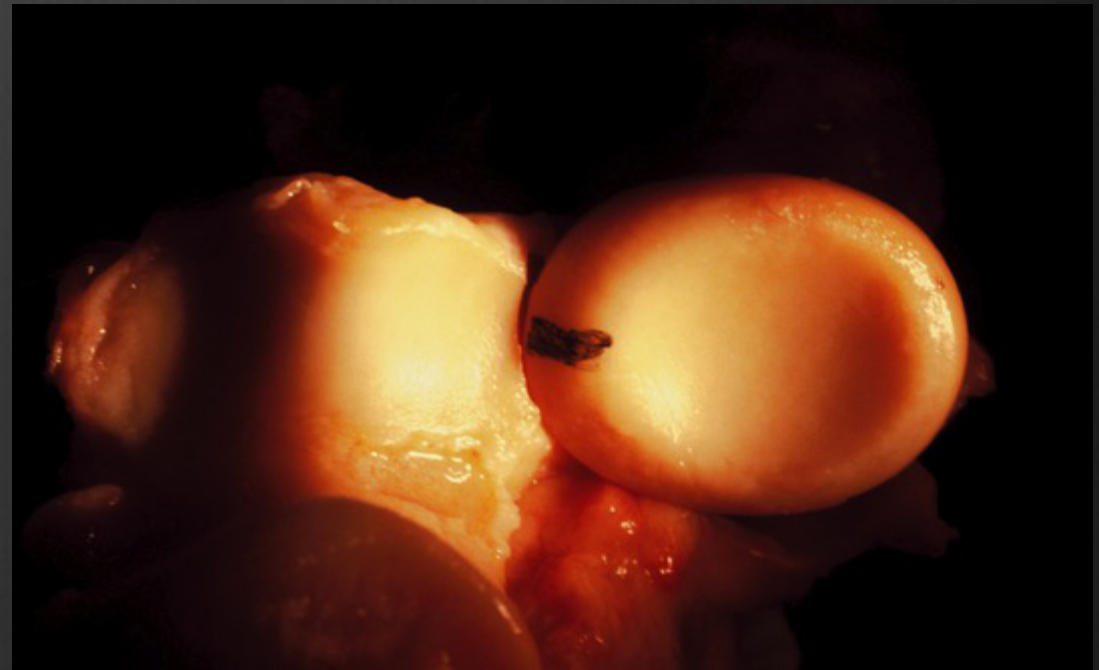
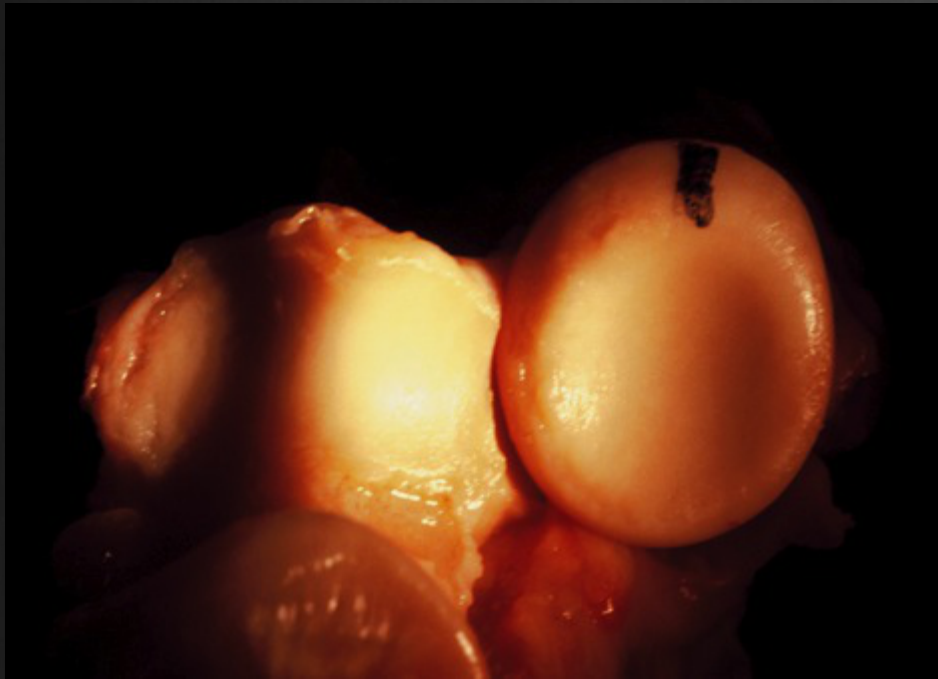
Sport, activité professionnelle, activité ménagère, bricolage, jardinage ...

- ⊗ Compensation pathologie sus-jacente
- ⊗ Participation articulaire rare



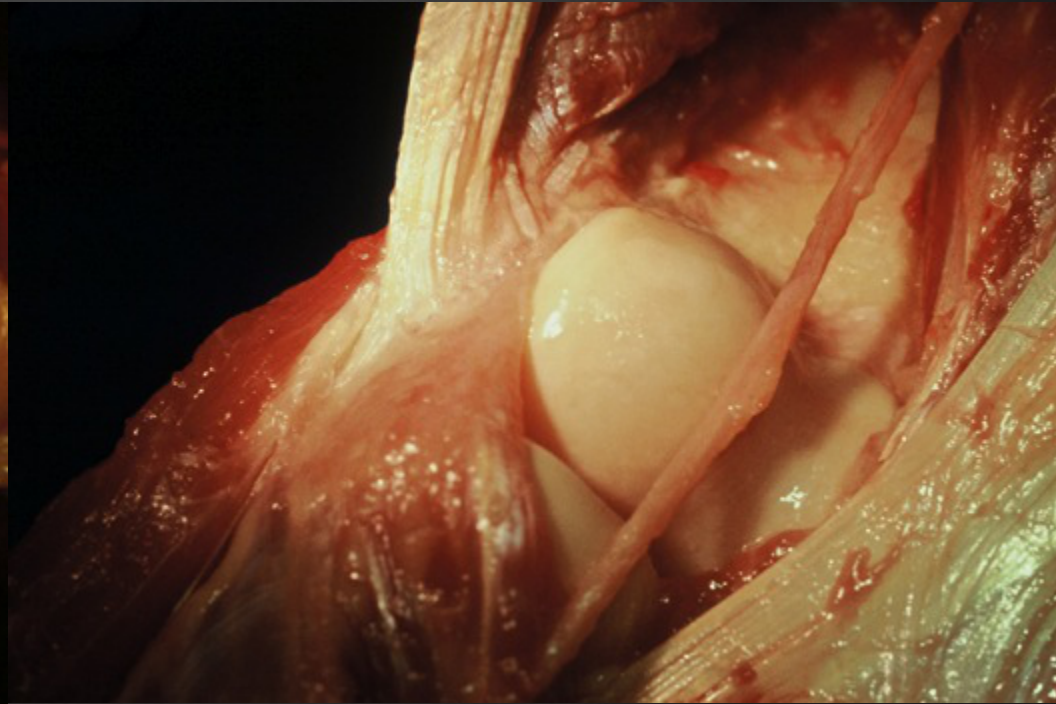
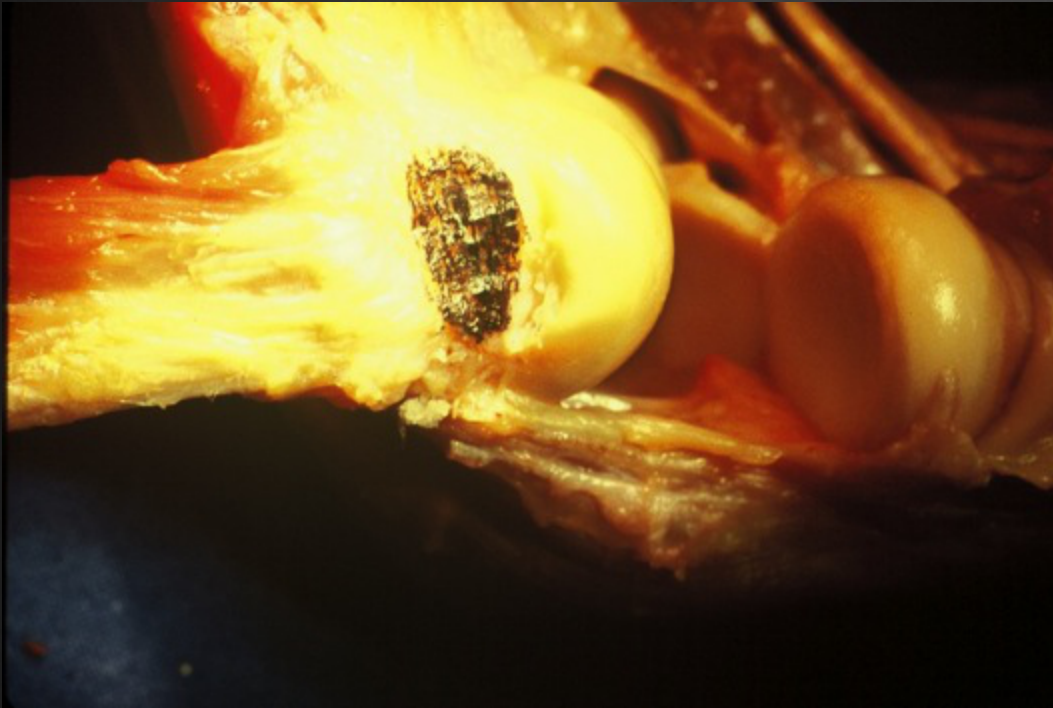
Facteurs anatomiques

⚙ Forme de la Tête radiale



⚙ Déplacement lors de la rotation

Insertion tendineuse ECRB = 2^{ème} Radial



L'EPICONDYLITE

Lésions tendineuses intrinsèques

- ⦿ Nécrose
- ⦿ Déchirure
- ⦿ Calcification
- ⦿ Désinsertion capsulaire
- ⦿ Néovascularisation



L'EPICONDYLITE

⊗ 2ème radial +++

extensor carpi radialis brevis

⊗ Extenseur commun des doigts ++

extensor digitarum communis

⊗ court supinateur : supinator

⊗ extenseur propre du V :

extensor digiti minimi

⊗ cubital postérieur :

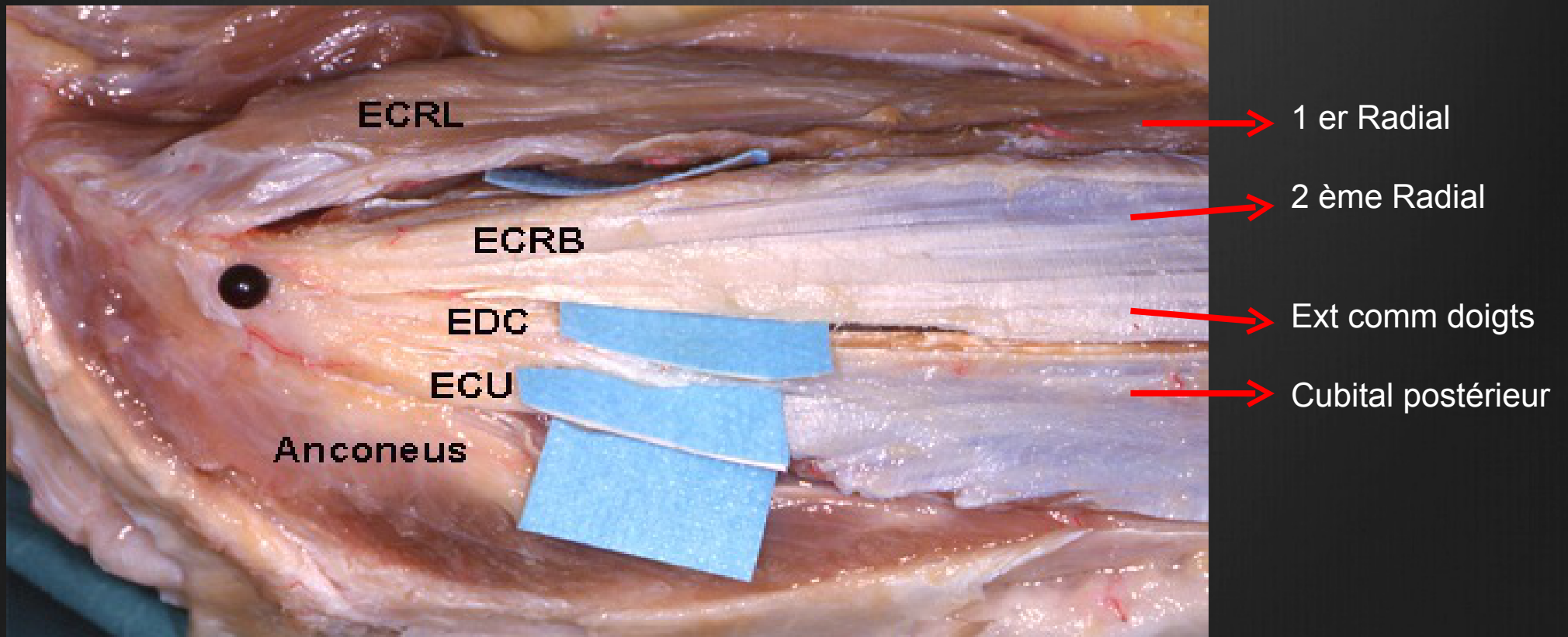
extensor carpi ulnaris

Physiopathologie

- ⊗ Aucun de signe d'inflammation aigue ou chronique.
- ⊗ Pas de biopsies réalisées en phase aigue...
- ⊗ Plusieurs hypothèses :
 - ⊗ Hyperplasie angiofibroblastique,
 - ⊗ Micro-ruptures suivies de micro-réparations aboutissant à une rupture macroscopique de l'insertion de **l'ECRB** (Nirschl et Pettrone 1975)
 - ⊗ Dégénérescence mucoïde ou hyaline, granulation, ...

Pourquoi l'ECRB ?

Structure aponévrotique longue: défaut de vascularisation ?



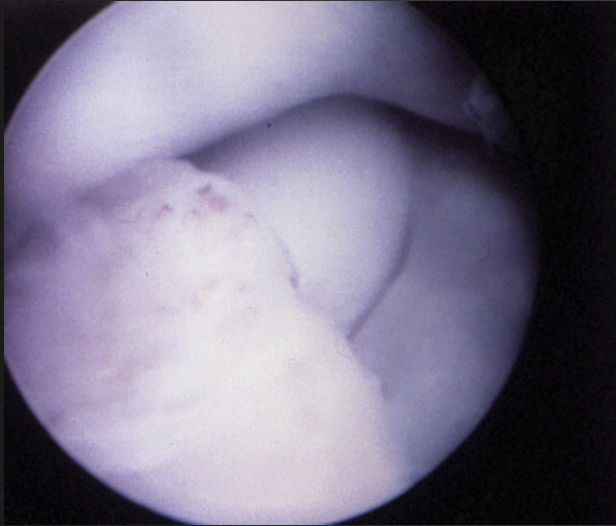
L'EPICONDYLITE

La clinique

- ⊗ Le testing iso. ++ (CE >> CI)
- ⊗ La palpation
- ⊗ L'étirement
- ⊗ Le varus

Les diagnostics différentiels

Frange synoviale



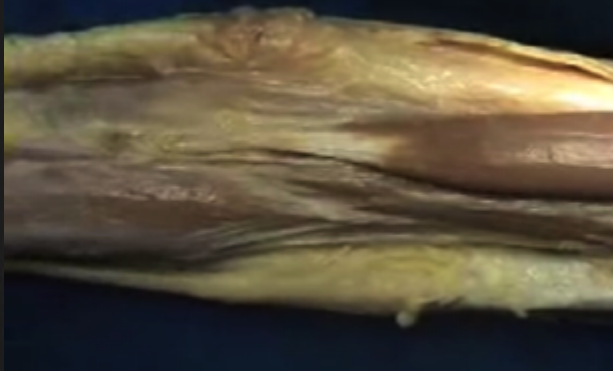
Instabilité Postéro-latérale



Compression
du NIOP



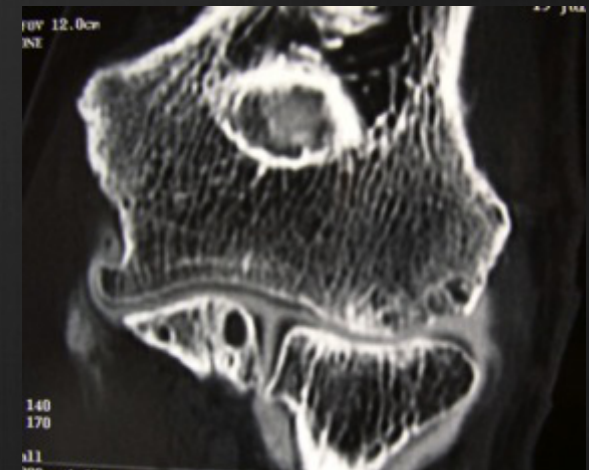
Syndrôme de Basset
Comp du Musculo cutané



Snapping triceps



Chondropathie



Tests contre résistance



Test Extenseur commun des doigts



Test de supination



Coude fléchi, teste aussi le Biceps



Test Etirement



Pression directe

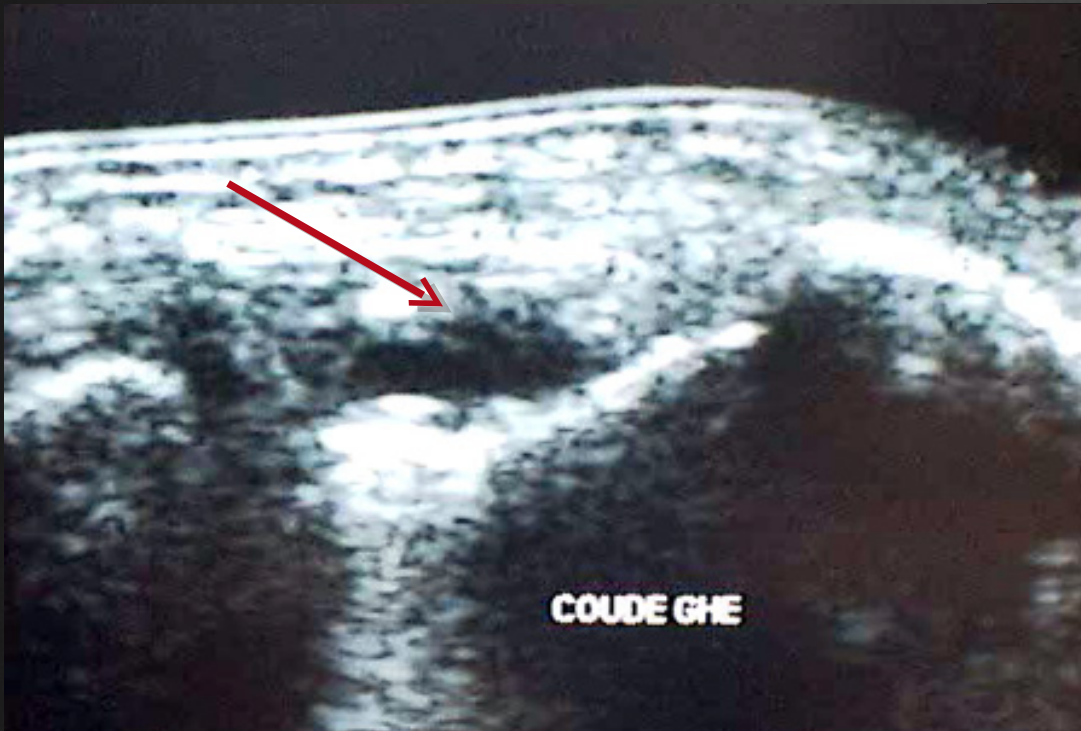


LE BILAN D'IMAGERIE

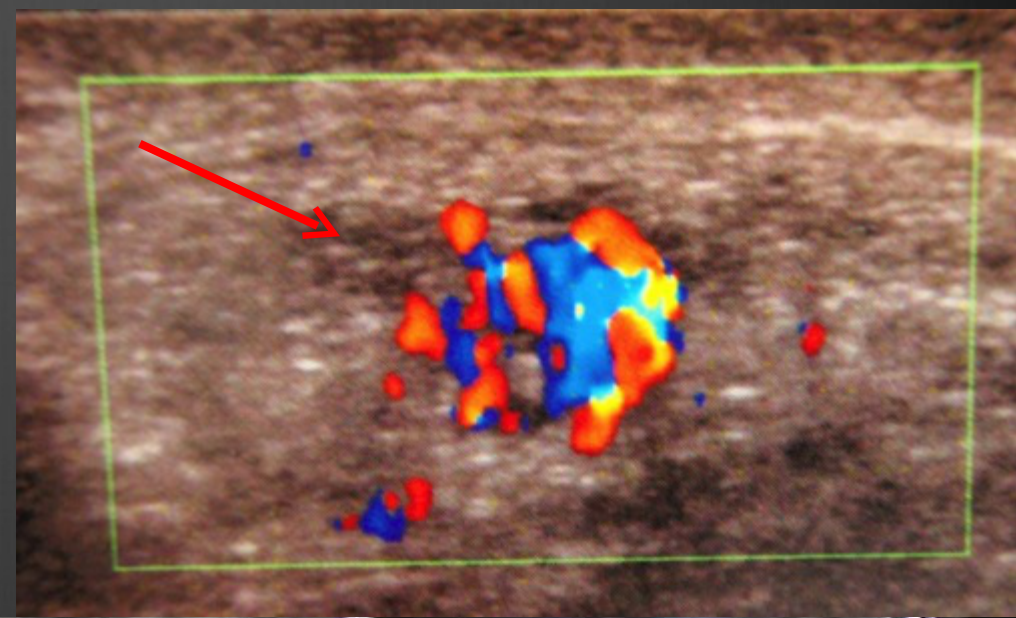
🎬 : RADIO STANDART: calcifications d'insertion



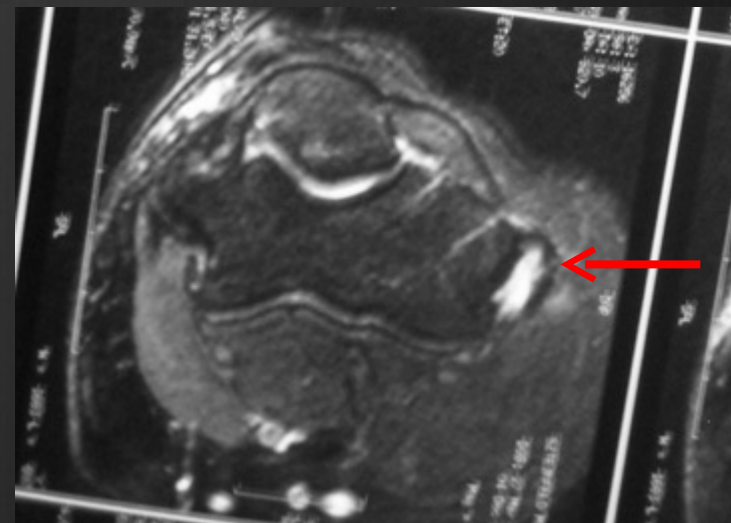
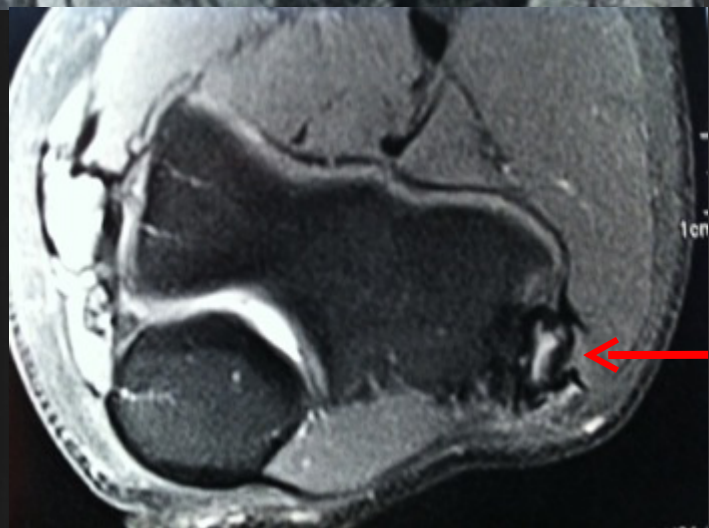
Echographie +++



Echographie+/- doppler



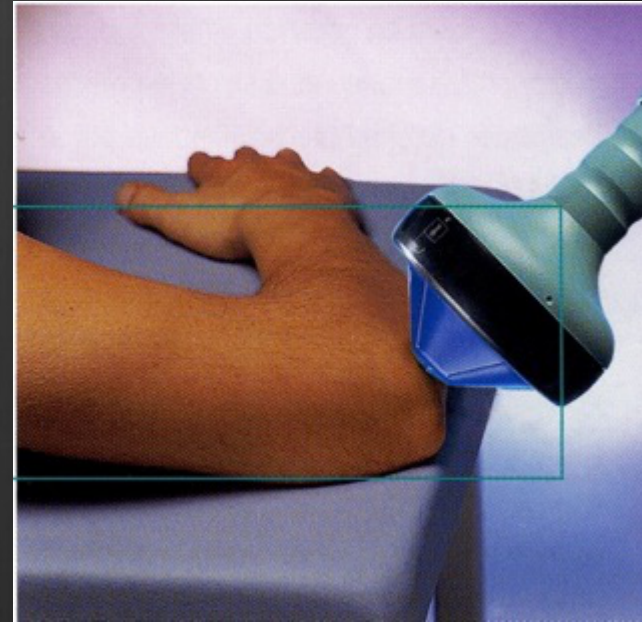
IRM



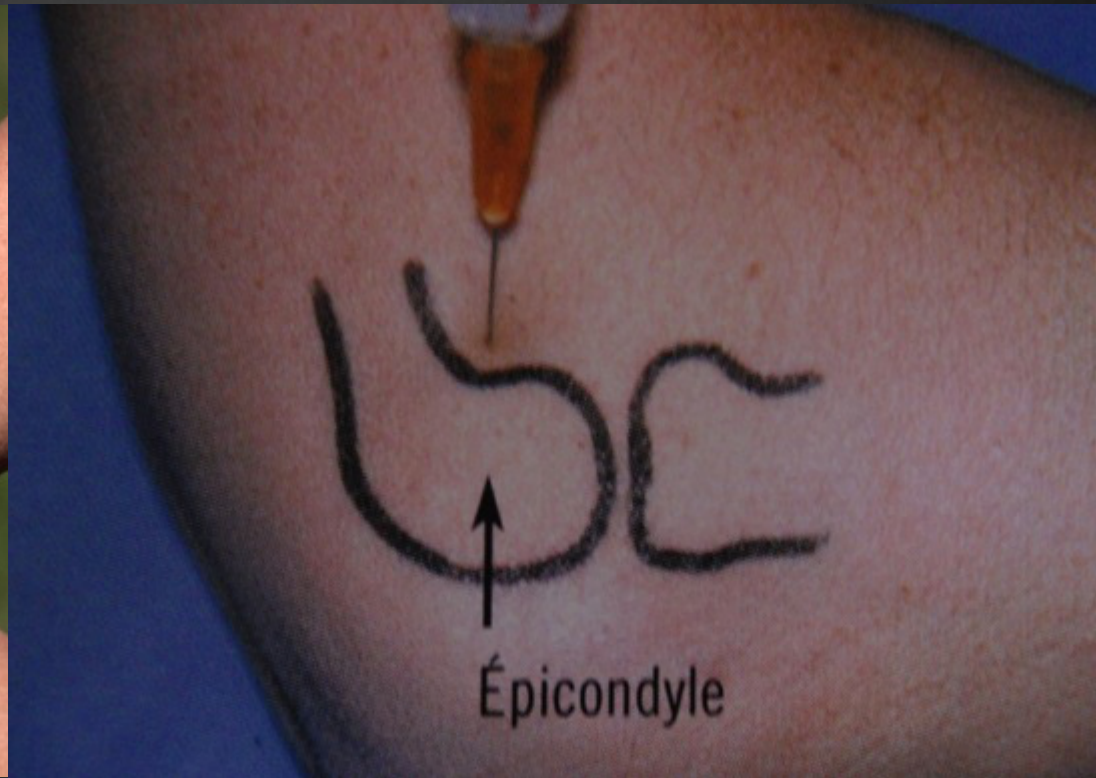
LE TRAITEMENT

Essentiellement médical

- ⊗ REPOS
- ⊗ MTP – IONISATIONS - ODC Piézo +
- ⊗ PATCH AINS
- ⊗ AINS - - -
- ⊗ ETIREMENTS
- ⊗ INFILTRATIONS : stéroïdes, sclérosants, AHyaluronique, PRP
- ⊗ REPROGRAMMATION EXCENTRIQUE ++



Infiltration en étoile multipuncture



LE TRAITEMENT

⊙ LE TRAITEMENT CHIRURGICAL : Exceptionnel

désinsertion

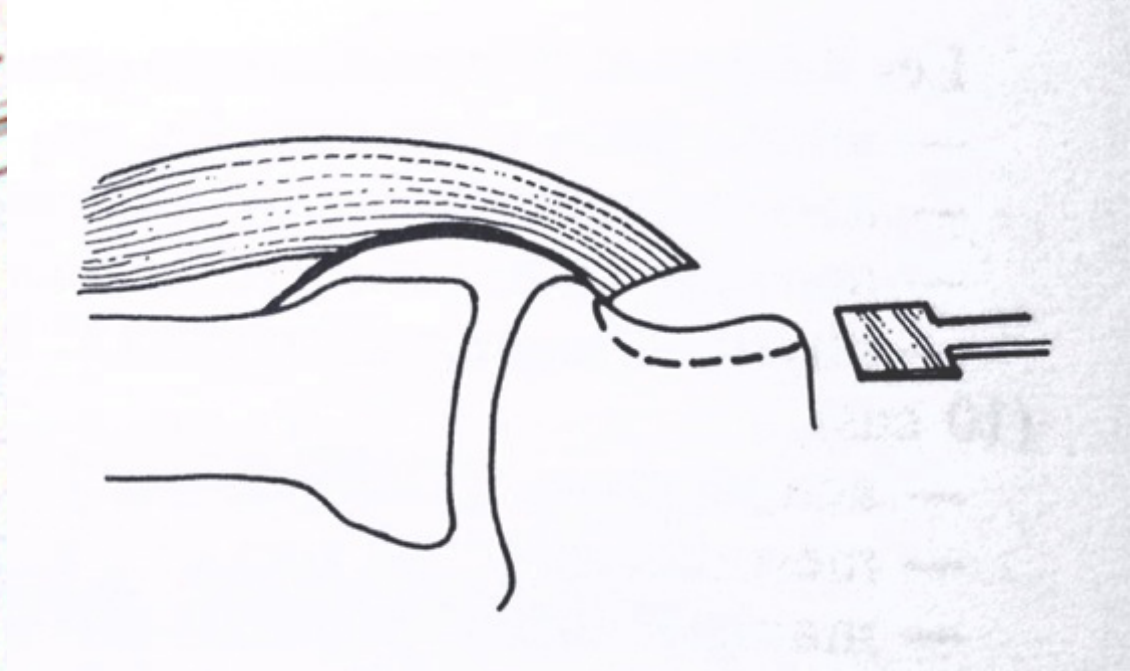
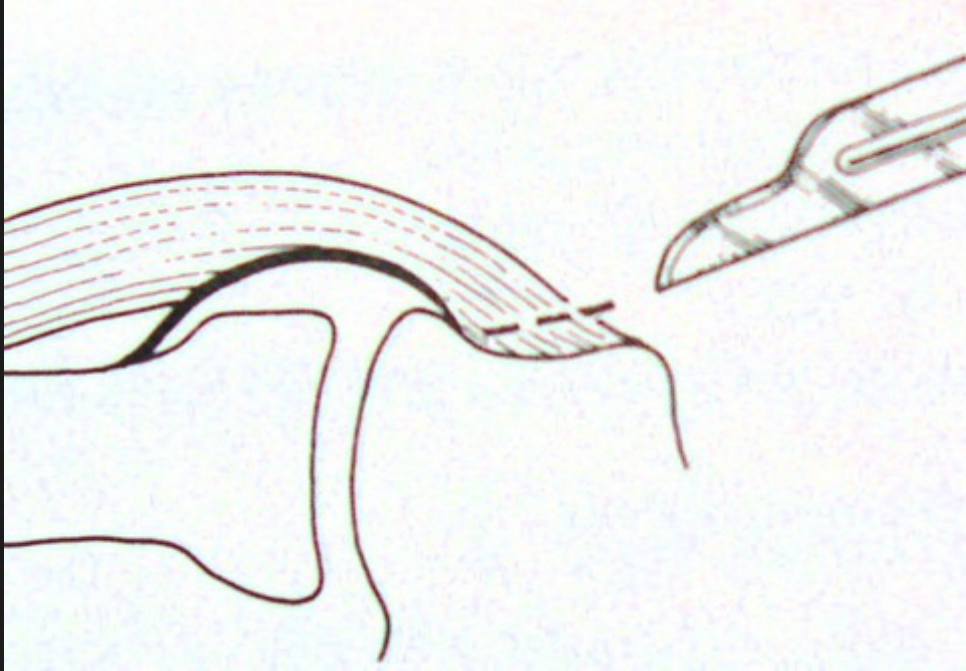
ablation tissu pathologique

respect capsule articulaire

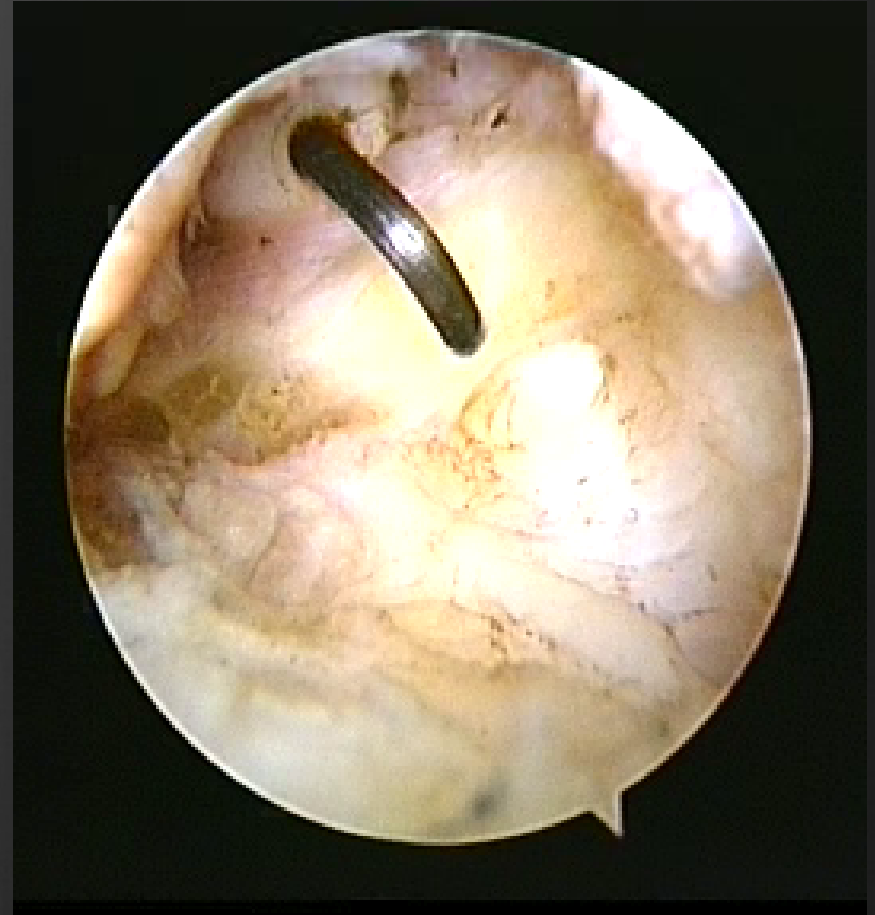
fermeture aponévrose

PERCUTANE -- ARTHROSCOPIQUE

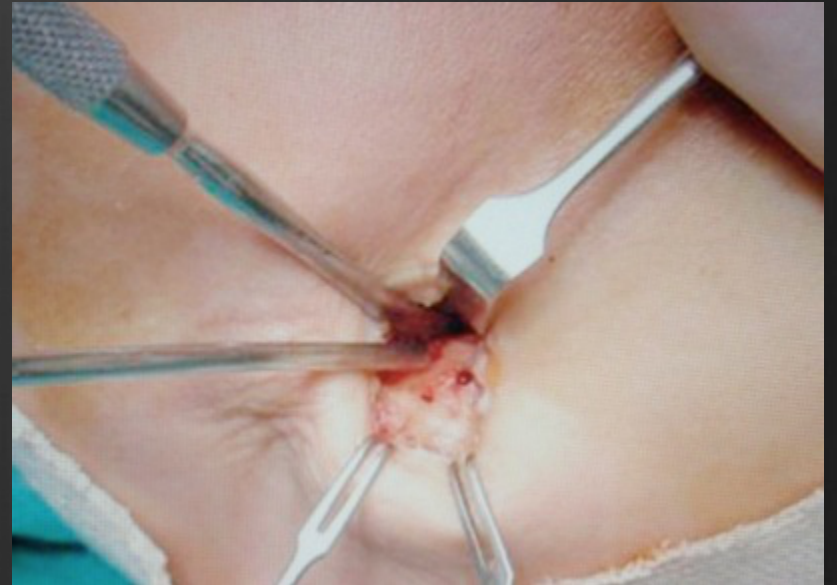
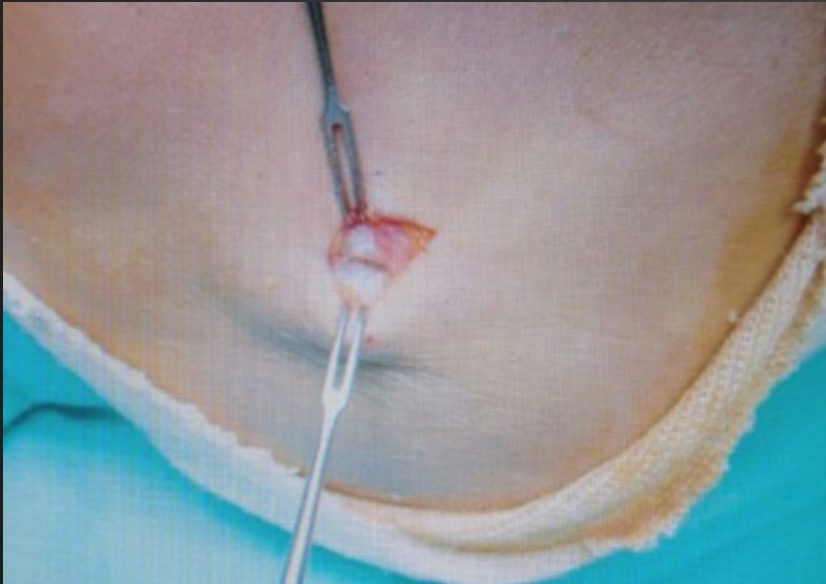
Section des épicondyliens au ras de l'attache Résection lame ostéopériostée, respect de la capsule



DESINSERTION ARTHROSCOPIQUE



Traitement mini open



L'EPITROCHLEITE

Epicondylite Médiale

Golf Elbow

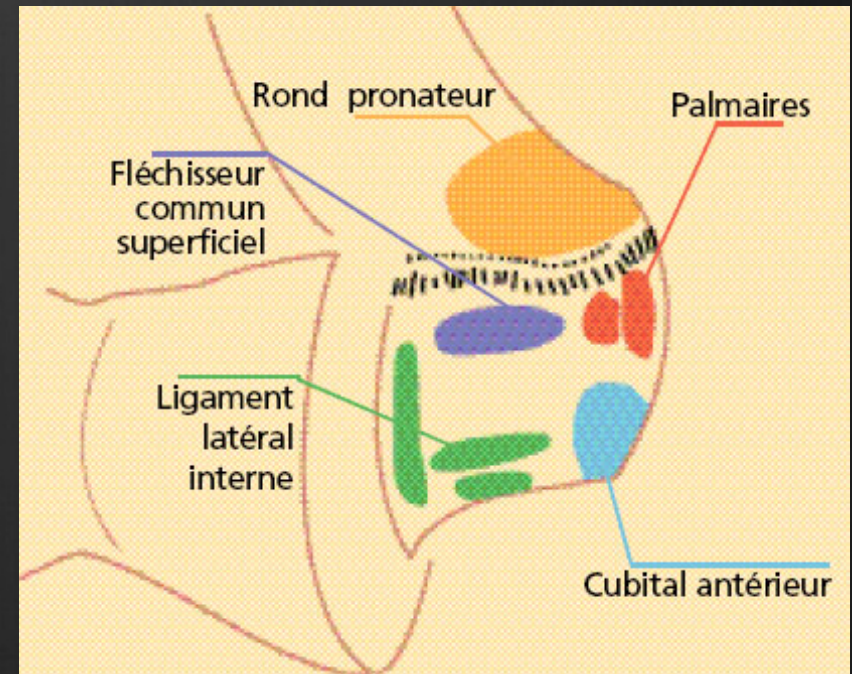
- ⚾ 5 à 20 % des épicondylites
- ⚾ 10 % des tendinites du coude
- ⚾ Chez jeunes par :
 - ⚾ fautes techniques
 - ⚾ pathologies sous-jacentes



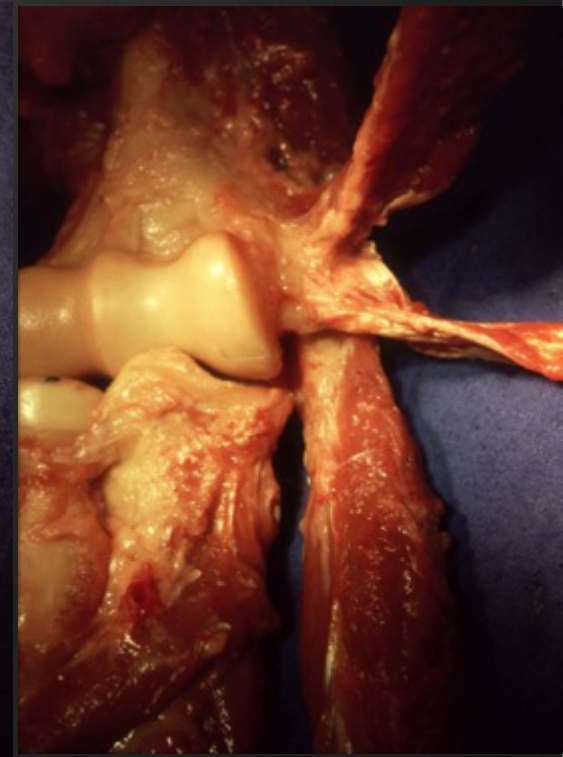
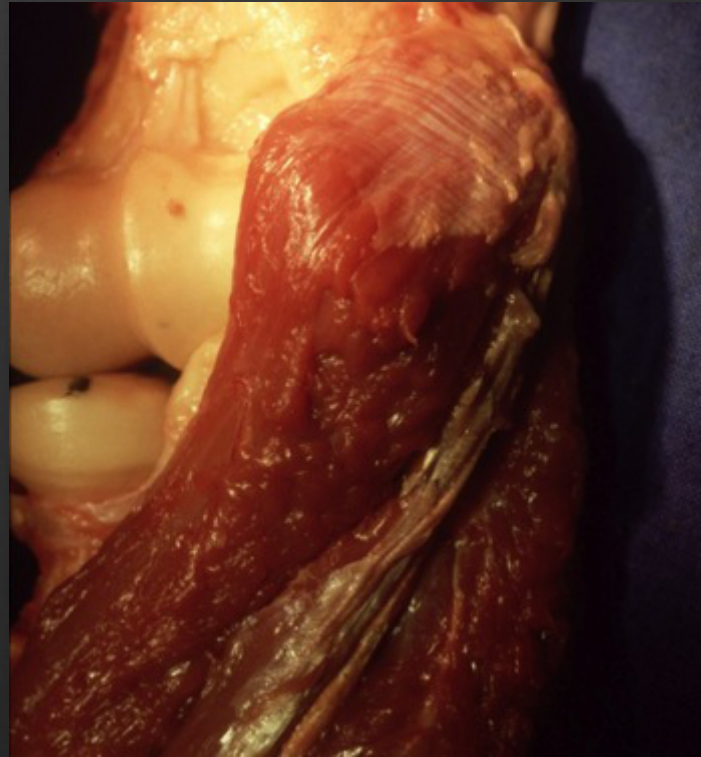
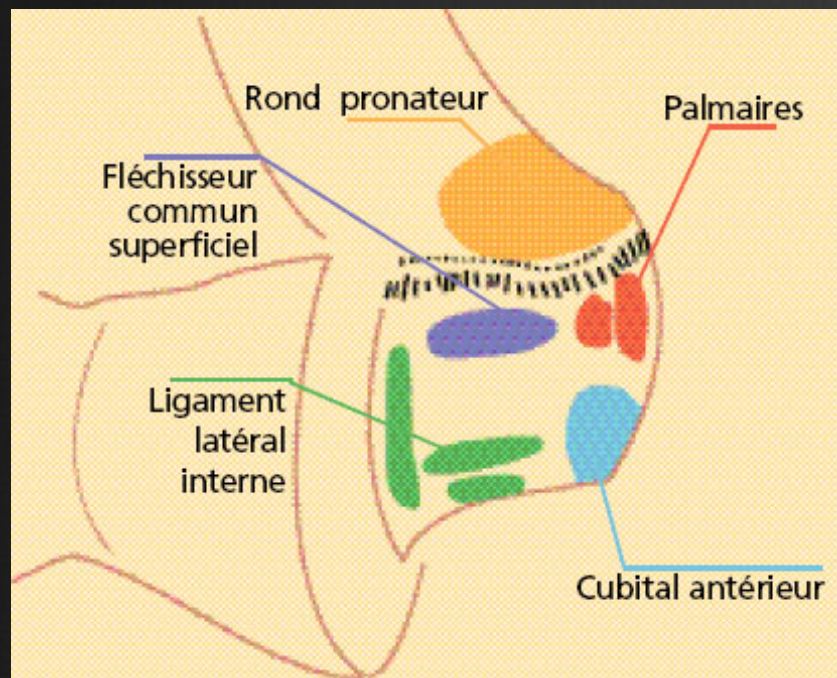
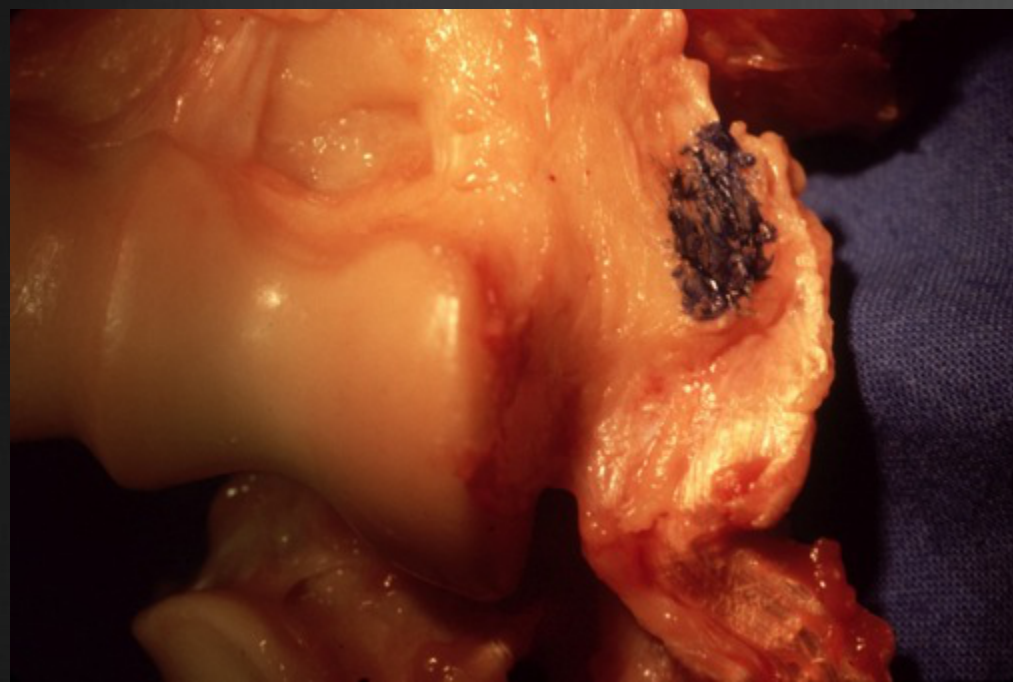
L'EPITROCHLEITE

Rond pronateur +++ : pronator teres

- ⊗ Grand palmaire : flexor carpi radialis
- ⊗ Petit palmaire : palmaris longus
- ⊗ FCS doigts : flexor digitorus superficialis
- ⊗ Cubital antérieur : flexor carpi ulnaris



Insertion unique



L'EPITROCHLEITE

Préhension +++

flexion palmaire poignet + pronation

- Clinique

- Diagnostics différentiels

 - Déchirure du **muscle** Rond Pronateur

 - LLI



Cubital Postérieur



Pression directe



Traitements

Repos

MTP – Ionisations- ODC Piezo

Patch AINS

AINS - - -

Etirements

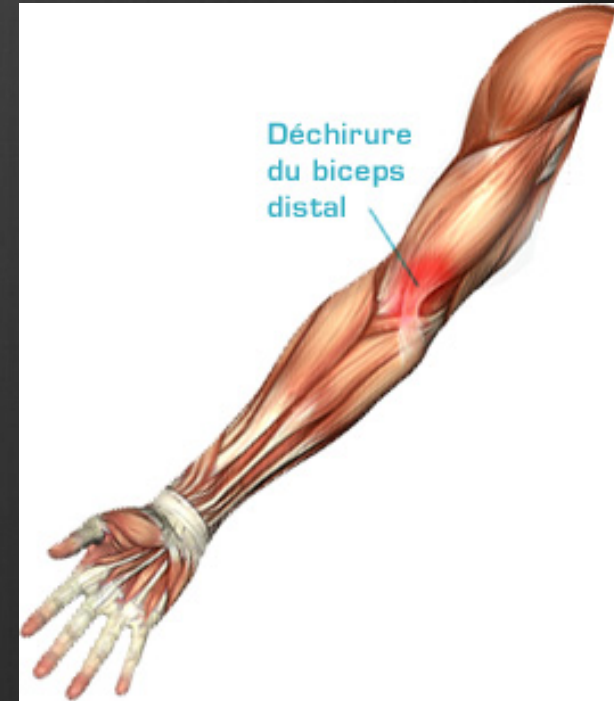
INFILTRATIONS : technique produits

Reprogrammation Excentrique



TENDINOPATHIE BICEPS BRACHIAL

- Insertion tubérosité bicipitale radius
- bourse séreuse insertion
- Flexion de l'avant-bras en supination
- Supination
- Action combinée flexion-supination :
 - ski, gymnastique, tennis, golf, haltérophilie ...



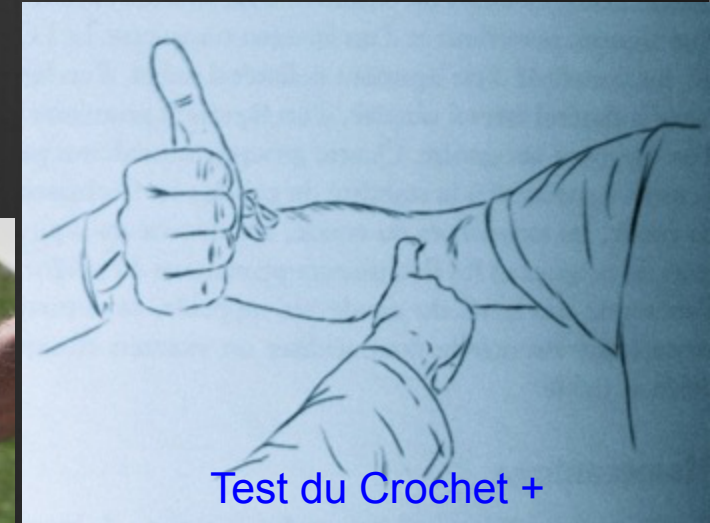
Tests :

Biceps + →



Court supinateur: nég

2 ème radial: nég



TENDINOPATHIE BICEPS BRACHIAL

⚙ Diagnostic différentiel : l'épicondylite +++

Au testing :

Doul. supination >> extension poignet

Traitements

Repos

Antalgiques

Anti inflammatoires

Physio

ODC



TENDINOPATHIE DU TRICEPS BRACHIAL (m. triceps brachii)

- ❶ Extension du coude (C. concentrique)
haltérophilie, musculation, lancer (javelot, poids ...)
maçons, plâtriers, ...

- ❶ Clinique :

palpation
testing

Imagerie

Echo, IRM



Merci

- ❶ Savoir ne pas se montrer trop agressif car la plupart de ces tendinopathies guérissent spontanément dans des délais variables.
- ❷ Adapter la réponse thérapeutique au patient.

