

Mots clés :

Epicondylite
Infiltration
Corticoïde
Physiothérapie

Epicondylite : infiltration corticoïde, physiothérapie, ou conseils ?

L'épicondylite est un motif fréquent de consultation (4 à 7 pour 1000 patients en médecine générale), avec un pic entre 35 à 54 ans¹. Cette tendinopathie est due 9 fois sur 10 à des tractions répétées sur les fibres d'insertion des épicondyliens lors des mouvements d'extension du poignet et de prono-supination de l'avant bras. Le sport (tennis elbow) n'est pas seul en cause : l'origine professionnelle est fréquente (ouvriers du bâtiment, carreleurs, travailleurs à la chaîne...) et 30% des cas sont idiopathiques². L'évolution naturelle se fait vers la guérison spontanée en 6 mois à 2 ans¹. Des études récentes peuvent aider dans le choix thérapeutique à court terme : antalgiques, infiltration corticoïde ou physiothérapie^{1,3}.

Une revue systématique sur les infiltrations

Dix essais ont été inclus¹ : 5 comparaient infiltrations de corticoïde+anesthésique local vs anesthésique local seul ou injection locale placebo, 5 autres infiltrations à physiothérapie, naproxène, bandage du coude ou orthèse du poignet ; 6 sur 10 avaient des résultats positifs pour les infiltrations, mais le bénéfice à court terme (2 à 6 semaines) disparaissait à long terme. Aucun essai n'était effectué en médecine générale.

Les effets secondaires étaient rapportés dans 6 essais. Une *exacerbation de la douleur* suivait l'infiltration corticoïde durant 24 à 48 h chez 25 à 50% des patients, un peu moins chez ceux recevant l'anesthésique local seul. Une *atrophie cutanée locale* était notée chez 20 à 30% de patients recevant une infiltration de corticoïdes, un peu moins chez ceux recevant l'anesthésique local seul. Il n'y avait pas de différence nette entre les divers corticoïdes. Il n'y a jamais eu de rupture du tendon.

Trois essais plus récents en médecine générale

Un essai comparant infiltration, naproxène et placebo a concerné 164 patients avec épicondylite récente suivis par 37 généralistes. A 4 semaines, l'amélioration était totale ou très importante dans 92% des cas avec infiltration, 57% avec naproxène, 50% avec placebo. A 6 mois, les chiffres étaient de 65%, 81% et 83%, donc moins bons dans le groupe infiltration, mais redevenaient équivalents à 1 an (84, 85 et 82%). Dans les 3 groupes, le nombre d'arrêts de travail et de patients prenant des antalgiques était similaire à 4 semaines, 6 et 12 mois⁴.

Que conclure pour notre pratique ?

Les infiltrations sont plus efficaces à court terme (efficacité retrouvée dans toutes les études). A plus long terme (6 mois et 1 an), on note soit l'**absence de différences**, soit un **moins bon résultat**, et surtout un nombre beaucoup plus important de **récidives**. On ne peut dire si cela est dû à une reprise trop rapide d'activités ou à une altération du tendon par le corticoïde.

La physiothérapie et l'abstention conseils ont des résultats voisins, avec un petit bénéfice pour la physiothérapie dans une étude.

En pratique une décision partagée avec le patient en fonction de ses objectifs personnels est l'élément probablement le plus important dans notre choix thérapeutique, qui hésitera entre le bénéfice immédiat et le résultat pour le long terme. Dans tous les cas, il faudra insister sur la nécessité d'une prudence dans la reprise des activités.

Un essai comparant infiltration, physiothérapie et abstention-surveillance a concerné 185 patients de 18 à 70 ans suivis par leur généraliste avec une épicondylite depuis au moins 6 semaines. L'infiltration (3 au maximum) associait triamcinolone et lidocaïne. La physiothérapie comprenait 8 séances de massages et mobilisation. L'abstention-surveillance comprenait explications, conseils ergonomiques, antalgiques, attelles... Un bénéfice très significatif était noté à 6 semaines chez 92% des patients infiltrés, 47% de ceux avec physiothérapie, et 32% de ceux avec abstention-surveillance, mais à 1 an, respectivement 69%, 91% et 83%, donc moins bons dans le groupe infiltration. Les effets secondaires notés chez 47% des infiltrés étaient de faible intensité dominés par la recrudescence passagère de douleur avec l'injection ou la physiothérapie. Les rechutes (23%) et récurrences (37%) étaient fréquentes avec l'infiltration, peut-être liées à une fragilisation du tendon par le corticoïde et à une reprise trop précoce de l'activité⁵.

Un deuxième essai de même protocole a concerné 198 patients de 18 à 65 ans, répondant aux mêmes critères d'inclusion, avec les mêmes protocoles thérapeutiques. A 3 et 6 semaines, l'amélioration globale était de 75 et 78% des infiltrés, 23 et 65% avec physiothérapie, 16 et 27% avec l'abstention. A 1 an, les chiffres étaient inversés avec 68%, 94%, 90%. Les récurrences après 3 à 6 semaines étaient beaucoup plus importantes après infiltration (72%) qu'après physiothérapie (8%) ou abstention (9%).

Références :

- 1- Assendelft W JJ et al. Corticosteroid injection for lateral epicondylitis: a systematic overview. *Br J. Gen. Pract.* 1996; 46:209-16.
- 2- Martin JC et al. Diagnostic et traitement des épicondylalgies. *Concours Méd.* 1995; 117:3075-82.
- 3- Smidt N, Van der Windt DA. Tennis elbow in primary care. *Br Med J* 2006; 333:927-8.
- 4- Hay EM et al. Pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and naproxen for treatment of local epicondylitis of elbow in primary care. *Br Med J.* 1999; 319:964-8.
- 5- Smidt N et al. Corticosteroid injections, physiotherapy or wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised trial. *Lancet.* 2002; 359:657-62.
- 6- Bisset L et al. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection or wait and wait-and-see for tennis elbow: randomised trial. *Br Med J.* 2006; 333:939-41.