

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

***Prise en charge de l'épicondylite par les médecins généralistes.
Place de la kinésithérapie et de l'auto-rééducation. Vécu des généralistes***

Présentée et soutenue publiquement le 15/12/2021 à 18h
au Pôle Formation

Par Jean-Christophe PORCHET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Vincent TIFFREAU

Assesseur :

Madame le Docteur Anne-Marie REGNIER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

AVERTISSEMENT

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs**

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou de la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

LISTES DES ABREVIATIONS

- AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens
- DU : Diplôme universitaire
- IRM : imagerie par résonance magnétique
- MG : Médecins généralistes
- MSU : Maitre de stage des universités
- ODC : ondes de chocs
- PRP : Platelet Rich Plasma
- TCL : Tendinopathie latérale du coude
- TMS : Troubles musculosquelettiques

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I.	INTRODUCTION	8
A.	L'épicondylite	8
1.	Définitions	8
2.	Epidémiologie de l'épicondylite.....	8
3.	Présentation clinique	9
4.	Les examens paracliniques	9
5.	Les traitements	10
B.	Kinésithérapie dans l'épicondylite	10
1.	Etirements	10
2.	Modification de l'activité.....	10
3.	Massages transverses.....	11
4.	Cryothérapie	11
5.	Ultrasons	11
6.	Ondes de choc	11
7.	Rééducation dans la tcl	12
C.	Protocole de rééducation dans la tcl	13
D.	Question de recherche et objectif de notre étude	14
II.	METHODE	15
A.	Type d'étude	15
1.	Intérêt de choisir une étude qualitative	15
2.	Entretiens semi-dirigés	15
B.	Choix de la population étudiée.....	16
1.	Critères de la population étudiée	16
2.	Recrutement et échantillonnage.....	16
3.	Caractéristiques de la population	17
4.	Population.....	17
C.	Recueil des données	17
1.	Méthode.....	17
2.	Guide d'entretien	18
3.	Matériel de retranscription	18
4.	Données générales des entretiens	18
D.	Traitement des entretiens	18
1.	Retranscription	18
2.	Suffisance des données	18
3.	Analyse des données	19
4.	Triangulation des données	19

E.	Législation et anonymat	20
F.	Méthodologie de la recherche bibliographique	20
III.	RESULTATS	21
A.	Caractéristiques des médecins étudiés	21
B.	Caractéristiques de l'épicondylite.....	22
1.	Signes cliniques de l'épicondylite	22
2.	Population atteinte	25
3.	Attitude médicale si la clinique est insuffisante	27
C.	Prise en charge thérapeutique des épicondylites	30
1.	Les conseils aux patients.....	31
2.	Antalgiques.....	33
3.	Kinésithérapie dans l'épicondylite.....	35
4.	Infiltrations	36
5.	Méthodes alternatives.....	38
D.	Prise en charge annexe de l'épicondylite.....	39
1.	Arrêt professionnel et sportif	40
2.	Reconnaissance en maladie professionnelle.....	41
3.	Orientation vers d'autres spécialistes	42
E.	Kinésithérapie dans l'épicondylite	44
1.	Rôle de la kinésithérapie dans l'épicondylite	44
2.	Kinésithérapie quantitativement	47
3.	Prescription de kinésithérapie.....	48
F.	Techniques de kinésithérapie et de rééducation.....	50
1.	Rééducation douce.....	50
2.	Machines de kinésithérapie	51
3.	Rééducation active	53
G.	Protocole d'auto rééducation dans l'épicondylite	55
1.	Avis des médecins.....	55
2.	Conseils à prodiguer.....	58
3.	Faisabilité du protocole.....	60
4.	Collaboration avec le kinésithérapeute	61
5.	Idées d'amélioration du protocole :.....	63
IV.	DISCUSSION.....	65
A.	Discussion sur la méthodologie	65
1.	Les forces de l'étude.....	65
2.	Les faiblesses de l'étude	65
B.	Discussion des résultats	66
1.	Caractéristiques de la tlc	66
2.	Maladie professionnelle et TLC	67

3.	Thérapeutique et TLC.....	68
4.	Kinésithérapie et TCL.....	69
5.	Exercices excentriques.....	70
6.	exercice à la maison :.....	71
V.	CONCLUSION.....	74
VI.	RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.....	76
VII.	ANNEXES.....	80

I. INTRODUCTION

A. L'EPICONDYLITE

1. DEFINITIONS

Le terme initial d'épicondylite suppose qu'il s'agit d'un processus inflammatoire ; or les données sont peu concluantes. Les analyses histologiques ont écarté cette appellation. Cette pathologie est considérée comme un syndrome dégénératif tendineux. Elle est qualifiée de tendinose.

Dans notre étude, nous allons utiliser le plus souvent le terme de TLC (Tendinopathie latérale du coude) qui regroupe différents termes : tennis elbow, épicondylite (latérale), épicondylose (latérale), épicondylalgie (latérale) (1–3).

La TLC est un TMS invalidant qui entraîne une douleur et/ou une hypersensibilité au niveau du coude (4).

2. EPIDEMIOLOGIE DE L'EPICONDYLITE

La tendinopathie latérale du coude (TLC) est une pathologie très fréquente affectant le membre supérieur. Son incidence est estimée de 1 à 3 % dans la population générale (5,6). Elle touche autant les femmes que les hommes, et le plus souvent la tranche d'âge de 35 à 55 ans (7).

Elle est souvent appelée « tennis elbow » car elle est rencontrée fréquemment chez le joueur de tennis. Une revue d'épidémiologie constate que seulement 10% des TCL touchent les joueurs de tennis (2,8). Mais cette tendinopathie touche également les travailleurs manuels, où une répétitivité est constatée. C'est une pathologie avec un fort retentissement personnel, social et économique (4).

La TCL fait partie des troubles musculosquelettiques (TMS) dont la reconnaissance peut se faire en maladie professionnelle. Elle est retrouvée dans le tableau numéro 57 du régime général, avec une équivalence au numéro 39 pour le régime agricole. Le tableau regroupe la pathologie, le délai de prise en charge et la liste des métiers pouvant provoquer la maladie (9).

22% des TMS sont représentés par le TLC. Ils sont à la troisième place derrière les TMS du poignet et de l'épaule (10).

3. PRESENTATION CLINIQUE

Dans la TCL, la douleur mécanique siège au niveau de la face latérale du coude jusqu'à la face postérieure de l'avant-bras au point d'insertion des muscles épicondyliens avec irradiation vers leur masse musculaire (11). La douleur est également retrouvée à l'étirement ainsi qu'à la contraction contrariée (7).

Une douleur est possible la nuit lors d'un changement de position, le matin au réveil ou lors d'un effort (12).

Lors de contraintes importante, la douleur se réveille progressivement. Cette augmentation douloureuse va rendre impossible la poursuite du travail ou l'activité sportive (13).

4. LES EXAMENS PARACLINIQUES

Certains examens complémentaires peuvent être demandés en fonction de la clinique si des doutes persistent en faveur d'un diagnostic différentiel. La radiographie de l'articulation en cause permet de déceler des signes d'arthrose ou des calcifications du tendon.

L'échographie montre des changements du tendon atteint. Il est retrouvé une hypo-échogénicité et un épaississement de celui-ci en phase aiguë, ou des microcalcifications en phase chronique.

L'échographie dynamique peut évaluer une déchirure du tendon ou la mobilité des différents tissus.

L'IRM va chercher les différentes atteintes ligamentaires, des corps libres ou des lésions ostéochondrales.

L'électromyogramme est fait lorsque le médecin suspecte une atteinte nerveuse complémentaire au TCL (2,11–14).

5. LES TRAITEMENTS

Les traitements antalgiques sont très souvent utilisés. Les AINS sont les plus fréquemment employés. Ils peuvent être utilisés en local comme per os pendant quelques jours. Leurs effets ont été peu étudiés. Leur popularité semble liée directement à l'effet antalgique (15).

Des traitements orthopédiques peuvent être utilisés dans le TCL avec différentes contentions possibles : des coudières, des bracelets épicondyliens ou encore des bandes élastiques adhérentes (16,17).

Un autre traitement souvent utilisé est l'infiltration locale de corticostéroïdes. Les infiltrations ont été étudiées dans plusieurs études avec des résultats divergents. Une méta-analyse de 2010 a démontré un effet bénéfique à court terme sur la douleur non retrouvé à moyen et long terme. C'est un traitement à réserver aux patients ayant une symptomatologie importante en phase aiguë (18).

B. KINESITHERAPIE DANS L'EPICONDYLITE

Plusieurs options de kinésithérapie existent pour la réhabilitation des patients ayant un TCL. On retrouve les étirements, le massage transverse, la cryothérapie, les ultrasons, les ondes de choc ainsi que les programmes d'exercices.

1. ETIREMENTS

L'étirement est une technique permettant de gagner en amplitude et de remettre en charge le tendon. L'étirement permet d'emmagasiner de l'énergie en réduisant le risque de blessure (19). Le but est d'améliorer la viscoélasticité du tendon afin de réduire les adhérences créées lors de la cicatrisation tendineuse (20).

2. MODIFICATION DE L'ACTIVITE

Le traitement principal reste la modification de l'activité en cause avec une mise au repos du tendon. Un repos relatif ou la modification des entraînements est possible chez les sportifs par

exemple. L'activité doit rester sous le seuil de la douleur (4,21).

3. MASSAGES TRANSVERSES

Le massage transverse est un massage du tissu conjonctif réalisé initialement de manière empirique par Cyriax à partir de 1936. Il est depuis largement utilisé en pratique de kinésithérapie (22,23).

C'est une pratique utilisée dans les pathologies ligamentaires, tendineuses et musculaires. Elle consiste à masser transversalement la structure avec une fréquence et pression constante par un ou plusieurs doigts jusqu'à ce que la douleur diminue localement (24).

4. CRYOTHERAPIE

La cryothérapie est utilisée comme pratique courante de kinésithérapie. Il est recommandé d'utiliser la glace pendant 10 à 15 minutes en complément des programmes d'exercices de kinésithérapie (25).

5. ULTRASONS

Les ultrasons vont faire vibrer le tissu atteint ce qui engendre un effet mécanique et thermique. L'effet mécanique entraîne des micro-massages, micro-coupures du tissu. L'effet thermique entraîne lui un frottement qui libère de la chaleur qui améliore les échanges métaboliques avec un effet drainant (26).

6. ONDES DE CHOC

Les ondes de choc extracorporelles correspondent à des impulsions mécaniques à haute fréquence. Le traumatisme engendré a une action défibrosante permettant une hypervascularisation et donc une meilleure cicatrisation (27).

7. REEDUCATION DANS LA TCL

a) Définitions

La rééducation musculaire peut être faite de différentes manières. Il existe trois types de contractions musculaires : la contraction isométrique, concentrique et excentrique.

Par exemple, le fait de lâcher un objet entraîne un mouvement excentrique également appelé contraction frénatrice ou travail négatif. Cette contraction allonge le complexe musculo-tendineux. La tension développée est plus importante lors de cette contraction.

Le fait de serrer un objet correspond à un mouvement concentrique. Le complexe musculo-tendineux se raccourcit dans ce cas.

Si l'effort est réalisé sans mouvement, alors il s'agit d'un mouvement isocinétique (12).

La rééducation dans le TCL est rarement faite de façon isolée. Elle s'associe à un programme d'exercices combiné avec le reste des techniques précédemment décrites (28).

b) Effets des exercices

Le docteur Williams Stanish est un médecin canadien qui a démontré que la rééducation des tendons devait être faite dans le sens du mécanisme lésionnel. Il s'agit d'augmenter de façon progressive la capacité résistive (29).

Cette capacité résistive correspond à la force que le tendon peut transmettre au segment osseux. Il s'agit dans ce cas de contractions musculaires excentriques et spécifiques au mécanisme lésionnel.

Il est important de solliciter le tendon dans différents domaines comme la force, la vitesse et l'endurance en l'adaptant au mieux au patient.

Lors du mouvement excentrique, la tension est plus forte par rapport aux autres contractions.

Cette contraction permet de lutter contre les contractures, de diminuer la raideur et la douleur, d'avoir un gain d'amplitude et permet le renforcement musculaire.

L'exercice musculaire est donc le pilier de la rééducation des tendinopathies (30).

C. PROTOCOLE DE REEDUCATION DANS LA TCL

Stanish et al ont été les premiers à décrire un protocole de renforcement pour les tendinopathies. Le protocole de rééducation permet de rationaliser l'exercice pour qu'il soit reproductible et facile à réaliser (29).

Plusieurs méta-analyses et revues de littératures ont étudié les exercices excentriques. Ces études retrouvent une efficacité du renforcement excentrique des épicondyliens dans la prise en charge des TCL qu'il soit réalisé seul ou avec le reste des techniques de kinésithérapie. L'exercice excentrique permet la récupération de la fonction du coude, une réduction de la douleur, l'amélioration de la force et la prévention des récives (4–6,31–33).

Il existe plusieurs protocoles différents qui ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge des TCL. Ils ont en commun d'avoir un exercice ayant une vitesse lente pour maximiser la tension du tendon, une faible intensité et une limitation de l'exercice par la douleur avec une augmentation de charge progressive (27,29).

Le renforcement s'effectue de façon progressive. Le protocole ne s'envisage qu'après un repos initial des épicondyliens.

Il comprend initialement un échauffement avec étirement des épicondyliens. Puis vient l'exercice excentrique. Afin qu'il soit efficace, il ne faut réaliser que la phase négative du mouvement. Il faut résister lentement à la charge et s'aider de l'autre main pour réaliser le retour. L'exercice se fait avec une charge de 250 gr à 2 kg en fonction de la douleur initiale que l'on augmente progressivement. Il faut réaliser 3 séries de 10-15 répétitions par jour, 1 à 2 fois par jour sur une durée de 6 à 12 semaines. L'exercice se conclut par des étirements et glaçage. Le protocole est inclus en Annexe 2 (21,29).

D. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIF DE NOTRE ETUDE

L'objectif principal de notre étude est d'explorer la prise en charge des épicondylites, et plus particulièrement la place de la kinésithérapie et de l'auto rééducation par les médecins généralistes des Hauts de France.

L'objectif secondaire de l'étude est de proposer et d'améliorer une fiche de rééducation des épicondylites, qui serait prescrite par les médecins généralistes aux patients.

Ce travail pourrait servir à la prescription d'une fiche par les médecins généralistes pour une rééducation au domicile des muscles épicondyliens.

II. METHODE

A. TYPE D'ETUDE

1. INTERET DE CHOISIR UNE ETUDE QUALITATIVE

L'objectif est de savoir pourquoi et comment les médecins généralistes prescrivent de la kinésithérapie dans l'épicondylite. Notre choix s'est porté sur une recherche qualitative.

La méthode qualitative permet de découvrir différentes perceptions, concepts et interprétations. Elle nous permet de comprendre les différentes manifestations sociales dans un contexte.

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par théorisation ancrée. Cette étude, issue des sciences sociales permet de construire des théories à partir de ce qui est observé par l'investigateur lors de la collecte des informations. Il n'y a donc pas d'hypothèse antérieure.

L'analyse des entretiens permet la conceptualisation d'une théorie facilitant la compréhension des prescriptions des médecins généralistes. L'analyse des entretiens sera poursuivie jusqu'à obtention de la suffisance des données, soit l'absence de nouvelles données dans les nouveaux entretiens.

2. ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

L'entretien semi-dirigé permet la récupération d'informations par une approche qualitative et informative. Il se fait à partir d'un guide d'entretien construit selon la lecture de la revue de littérature. L'intérêt est de découvrir la pensée de la personne interrogée grâce aux différentes questions en favorisant la libre expression. Il est alors possible que la personne n'aborde pas les thématiques prédéfinies de l'entretien.

Le chercheur doit garder une position neutre tant au niveau communication que du comportement afin de ne pas induire la personne interrogée. L'entretien doit être réalisé sur un

pied d'égalité entre les deux intervenants. Le chercheur doit accepter que la personne interrogée puisse avoir des idées différentes des siennes.

La personne interrogée et le chercheur n'ont pas le même regard sur les différentes thématiques car rentrent dans cette phase le vécu et l'histoire propre de chaque individu.

Le chercheur met à l'aise la personne interrogée pour que celle-ci puisse s'exprimer complètement sur le sujet.

La qualité des entretiens dépend de la communication verbale et non verbale du chercheur. L'enregistrement reste le plus discret possible pour ne pas interférer dans la communication des deux protagonistes.

Les informations récupérées n'ont de valeur que dans le contexte de l'entretien.

B. CHOIX DE LA POPULATION ETUDIEE

1. CRITERES DE LA POPULATION ETUDIEE

Les entretiens ont été réalisés chez des docteurs en médecine générale installés dans la région des Hauts de France.

Les critères d'exclusion sont :

- Les médecins remplaçants
- Les médecins non installés
- Les médecins qui n'exercent pas la médecine générale.

2. RECRUTEMENT ET ECHANTILLONAGE

Dans un premier temps, le réseau de connaissances personnelles a été utilisé, puis élargi par effet boule de neige. L'échantillonnage était à variation maximale permettant d'assurer une diversité dans les caractéristiques des médecins interrogés.

Les médecins ont été contactés par téléphone, messagerie instantanée ou courriers électroniques.

L'investigateur expliquait succinctement l'objectif et la méthode de l'étude. Il était précisé que l'entretien restait anonyme avec consentement de la personne.

L'entretien était réalisé au bout de quelques jours à quelques semaines après le premier contact.

3. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Les intervenants inclus présentent des caractéristiques différentes concernant le sexe, l'âge, le milieu d'exercice et les formations complémentaires. Ces différentes caractéristiques ont été détaillées dans la section RESULTATS.

4. POPULATION

14 médecins ont été inclus dans l'étude. 2 médecins ont décliné la participation à l'étude par manque de temps.

C. RECUEIL DES DONNEES

1. METHODE

Les différents entretiens ont été réalisés dans les cabinets des médecins ou par visioconférence à la demande du médecin au vu du contexte sanitaire particulier lors de la réalisation de cette thèse.

Sur les 14 entretiens, 6 entretiens ont été réalisés en présentiel et 8 en visioconférence.

Le médecin interrogé choisissait la date et l'horaire en fonction de son planning de consultations.

Le recrutement s'est fait de septembre à octobre 2021.

Il a été précisé aux intervenants qu'il s'agissait d'un recueil d'idées, d'avis, de convictions sur les différents thèmes et non d'une appréciation des connaissances.

L'anonymat a été reprecisé oralement à chaque début d'entretien. Le tutoiement ou vouvoiement était utilisé par le médecin interrogé.

2. GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien était composé d'une question de présentation puis de 6 questions ouvertes selon l'entretien semi-dirigé.

L'investigateur pouvait réaliser des relances, également prévues dans le guide d'entretien. Le guide d'entretien est disponible en Annexe 1

3. MATERIEL DE RETRANSCRIPTION

Les enregistrements ont été sauvegardés par le logiciel d'enregistrement vocal de l'ordinateur et du téléphone Android.

4. DONNEES GENERALES DES ENTRETIENS

La durée des entretiens n'était pas prévisible. Il était conseillé à l'intervenant de disposer de quinze minutes par entretien.

La durée allait de six minutes à quatorze minutes et cinquante secondes. La durée moyenne est de huit minutes et cinquante secondes.

D. TRAITEMENT DES ENTRETIENS

1. RETRANSCRIPTION

Les enregistrements ont été transformés sous forme de verbatim. Les expressions des participants ont été retranscrites pour rester fidèle à l'entretien. Les omissions de syntaxe ont été rectifiées pour la majorité.

Chaque entretien est identifié par l'abréviation MG 1 à MG 14, correspondant à chaque médecin interviewé dans l'ordre chronologique.

2. SUFFISANCE DES DONNEES

Les entretiens ont été arrêtés lorsqu'il n'y avait plus d'apparition de nouvelles données, ce qui correspond à la suffisance des données. Celle-ci a été obtenue au bout du douzième entretien.

Nous avons confirmé ces données par 2 entretiens supplémentaires dit de consolidation ne donnant pas de nouvelles données.

3. ANALYSE DES DONNEES

La bande sonore a été transmise sur l'ordinateur puis retranscrite mot pour mot sur le logiciel WORD. Une fois la retranscription terminée, les interviews ont été analysées avec le logiciel NVIVO 12©. Il s'agit d'un logiciel d'analyse qualitative qui classe les données en thèmes et sous thèmes sous le format de « nœuds ». Cela est plus communément appelé le codage.

c) Analyse thématique

Le codage dans le logiciel est ouvert. C'est un processus dans lequel les données sont analysées pour obtenir des données descriptives et en extraire une interprétation.

Le codage était fait dans les jours suivants les entretiens.

Il existe trois types de codage : le codage ouvert, axial et sélectif. Il s'agit de pointer les données pertinentes pour en sortir des codes.

Lorsque le codage ouvert était réalisé, les codes obtenus étaient centralisés en catégories puis en thèmes.

4. TRIANGULATION DES DONNEES

La triangulation des données, faite par la méthode de Lejeune Christophe, a permis de contourner les biais d'interprétation et de réaliser une analyse croisée (34).

Les entretiens ont été analysés par l'investigateur et par une interne en médecine générale de l'université de Lille, qui réalise également une étude qualitative dans la région de Hauts-de-France.

Il s'agit d'un codage en double aveugle permettant la triangulation.

La triangulation a différents avantages :

- Le deuxième chercheur ne travaille pas sur l'épicondylite. Il n'y a donc pas d'a priori sur les interviews
- Si les deux chercheurs avaient une vision différente du codage, un accord était trouvé pour le codage final. S'il n'y avait pas d'accord, un troisième chercheur était demandé.
- Le fait d'avoir la même vision de codage des deux chercheurs permet de conforter l'auteur dans son approche qualitative.

E. LEGISLATION ET ANONYMAT

D'après le Code de la Santé Publique, le Comité de Protection de la Personne

(CPP) Nord-Ouest n'a pas été contacté étant donné l'absence d'intervention dans l'étude.

Les participants sont restés anonymes pour les entretiens. Les participants pouvaient arrêter leur participation à n'importe quel moment de l'étude sans justification.

Il a été proposé de communiquer le travail, après la soutenance de thèse.

L'ensemble de la recherche n'a bénéficié d'aucune ressource financière. Il n'y a pas de conflit d'intérêt à déclarer.

F. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a commencé en avril 2018. Le guide d'entretien a été réalisé à partir de la recherche et de revue de littérature.

Les différentes références bibliographiques ont été faites sous le format Vancouver grâce au logiciel ZOTERO. La recherche a été effectuée en anglais et français.

Les moteurs de recherches utilisés étaient Pubmed, Science direct, EM-Premium, Cochrane, Pépite et Sudoc. Les bases de données ont été récupérées par l'intermédiaire des ressources en ligne de la Bibliothèque Universitaire Droit et Santé de Lille.

Les mots-clés utilisés étaient : Epicondylite, Kinésithérapie, Médecine générale, Rééducation.

III. RESULTATS

A. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS ETUDIES

L'étude a été réalisée auprès de 14 médecins généralistes (MG) comprenant 11 hommes et 3 femmes. L'âge des médecins s'étend de 29 ans à 57 ans, avec un âge moyen de 38,2 ans.

Médecins	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Formation Complémentaire
<u>MG 1</u>	H	29 ans	Urbain	Non
<u>MG 2</u>	H	30 ans	Rural	Non
<u>MG 3</u>	H	29 ans	Rural	Non
<u>MG 4</u>	H	47 ans	Urbain	Homéopathie
<u>MG 5</u>	H	52 ans	Rural	Non
<u>MG 6</u>	F	51 ans	Rural	MSU Diplôme en médecine scolaire et crèche
<u>MG 7</u>	H	30 ans	Urbain	Médecin de sport (équipe handball, basketball et athlétisme)
<u>MG 8</u>	H	57 ans	Rural	Médecin de sport (football Ligue 2, handball pro)
<u>MG 9</u>	F	30 ans	Semi-rural	Non
<u>MG 10</u>	H	39 ans	Rural	DU plaie et cicatrisation Médecin expert des permis de conduire
<u>MG 11</u>	H	45 ans	Urbain	Médecin du sport DU sur les démences DU gériatrie
<u>MG 12</u>	H	36 ans	Urbain	Non
<u>MG 13</u>	H	30 ans	Urbain	Formation MSU en cours
<u>MG 14</u>	F	30 ans	Urbain	Formation MSU en cours

B. CARACTERISTIQUES DE L'EPICONDYLITE

1. SIGNES CLINIQUES DE L'EPICONDYLITE

Tout d'abord, notre étude s'est intéressée à la présentation clinique retrouvée chez les médecins généralistes interrogés.



a) Diagnostic de l'épicondylite par le patient

Parfois, le patient arrive en consultation en ayant une idée bien précise de sa pathologie et de son diagnostic.

MG 6	« On a souvent des personnes qui viennent en nous disant qu'elles ont mal au coude »
MG 10	« Euh, souvent le diagnostic se fait souvent par le patient lui-même. On a le patient qui arrive, qui a mal au coude et il sait dire précisément la localisation de la douleur »
MG 12	« Bien souvent, il s'agit d'une plainte spontanée d'un patient, d'une douleur au niveau du coude »

b) Une douleur du coude

La majorité des médecins interrogés pensent à une épicondylite devant une plainte douloureuse au niveau du coude, principalement unilatérale. Un médecin précise la direction des muscles épicondyliens pour étayer le diagnostic.

MG 1	<i>« Euh, c'est souvent une plainte d'un patient qui va venir en consultation se plaindre d'une douleur du coude qui va me faire suspecter. »</i>
MG 3	<i>« Je pense à une épicondylite pour les patients qui présentent des douleurs du coude »</i>
MG 8	<i>« J'y pense quand les gens présentent une douleur au niveau du coude en général. Après je peaufine, mais quand ils se plaignent de douleur du coude en première intention. »</i>
MG 9	<i>« Alors je pense à une épicondylite quand j'ai un patient qui se plaint d'une douleur du coude assez intense, surtout si elle est latérale »</i>
MG 13	<i>« Je pense à une épicondylite quand j'ai un patient qui se présente avec une douleur au coude et qui me montre la direction d'insertion des épicondyliens »</i>
MG 14	<i>« Je pense à une épicondylite quand le patient se plaint d'une douleur du coude, »</i>

c) Une douleur inflammatoire

L'épicondylite est décrite comme une douleur inflammatoire. Il s'agit d'une douleur nocturne, avec œdème et chaleur locale.

MG 2	<i>« On palpe et on regarde au niveau de la zone d'insertion si le coude est chaud, rouge, inflammatoire et s'il y a une irradiation vers le poignet ou l'épaule. S'il y a une douleur la nuit, une douleur inflammatoire quoi. »</i>
MG 4	<i>« ...plus un gonflement souvent. »</i>
MG 5	<i>« Je pense à une épicondylite devant toute douleur inflammatoire persistante du coude ou du poignet »</i>

MG 11	<i>« C'est une douleur à la face externe du coude, euh c'est une douleur inflammatoire avec parfois des réveils nocturnes, et une douleur à la palpation. »</i>
-------	---

d) Une douleur à la palpation et aux manœuvres

Le diagnostic se confirme par une douleur à la palpation des épicondyliens et aux manœuvres de contraction musculaire.

MG 1	<i>« On le retrouve à la palpation de l'épicondyle, au niveau de l'insertion des tendons ou par les manœuvres soit de contraction du muscle ou d'étirement du muscle. » « On se rend compte à la manœuvre que c'est fortement évocateur. »</i>
MG 4	<i>« Dès qu'il y a des mouvements répétés et une douleur exquise à la palpation de l'olécrane que ce soit à droite ou à gauche »</i>
MG 13	<i>« Et puis je confirme par l'examen clinique à la palpation de l'épicondyle. »</i>

Un des médecins précise le diagnostic par une douleur à l'étirement contre résistance. Il signale également l'importance de tester les articulations annexes que sont l'épaule et le poignet pour rechercher d'autres pathologies annexes ou liées à l'épicondylite.

MG 7	<i>« Après au niveau clinique il y a le testing des tendons épicondyliens, voir si c'est douloureux à la palpation ou à l'étirement contre résistance, à la palpation de l'épicondyle et tester un peu le reste de l'articulation voir si c'est douloureux pour voir si ça ne peut pas être autre chose. Il faut tester l'épaule et le poignet aussi. Voilà, donc on teste chaque tendon : extenseur des doigts, extenseur du poignet et supinateur. »</i>
------	--

e) Le diagnostic reste clinique

Certains médecins précisent d'eux-mêmes que le diagnostic est clinique dans la majorité des cas.

MG 1	<i>« Alors le diagnostic très souvent est clinique »</i>
MG 7	<i>« Voilà, si l'ensemble est concordant, je ne fais pas forcément d'examen chez les non sportifs, ou si c'est assez bénin ou que je n'ai pas trop de doute. »</i>
MG 14	<i>« La clinique suffit souvent au diagnostic. Je ne fais pas forcément d'examen complémentaire. »</i>

f) La recherche de l'épicondylite dans les syndromes canaux du bras et de la main

Un des médecins précise qu'il recherche une épicondylite dans les syndromes canaux de la main.

MG 3	<i>« ...ainsi que dans le cadre des syndromes canaux avec des paresthésies de la main et sur les derniers doigts. »</i>
------	---

2. POPULATION ATTEINTE

a) Age des patients

i. Une population plutôt jeune

En fonction du cabinet et de la localisation, deux des médecins constatent plus facilement des patients jeunes ayant une activité manuelle.

MG 1	<i>« C'est souvent un jeune sportif ou une origine professionnelle d'un patient ayant des mouvements répétitifs »</i>
MG 10	<i>« Euh, plutôt le sujet jeune actif. C'est vrai que c'est rare chez les personnes âgées, c'est rare chez les enfants. On est plutôt chez les jeunes actifs. »</i>

ii. Une population hétérogène

Un des médecins rapporte une proportion équivalente d'épicondylite chez le sujet jeune actif que chez les personnes plus âgées.

MG 3	<i>« C'est une population plutôt âgée dans la grande majorité, car j'ai fait une reprise de patientèle. L'autre moitié représente plutôt une population active qui a un emploi, avec tout type d'emploi : manuel et de bureau, y a vraiment de tout ! »</i>
------	---

b) Le sportif se fait rare

L'épicondylite d'origine sportive est faiblement représentée dans les consultations au cabinet.

Un des médecins précise qu'il a lui-même une épicondylite.

MG 5	<i>« Soit c'est des sportifs, mais c'est rare chez nous (rires). »</i>
MG 11	<i>« Au cabinet, j'ai un peu de tout, mais je n'ai pas beaucoup de sportifs, parce qu'à Lens on n'a pas beaucoup de sportifs...(rires) »</i>
MG 12	<i>« Après des sportifs, je n'en ai pas, à part moi... (rires). Surtout au tennis et sport de raquettes... J'ai une épicondylite aussi moi (rires) »</i>

c) Un travail manuel et répétitif

La majorité des médecins retrouvent chez leurs patients un travail manuel et répétitif dans les gestes effectués.

MG 7	<i>« Ça se voit devant des douleurs du coude et irradiant vers la main chez des sportifs ou chez des gens qui ont travaillé ou qui font des travaux ou des métiers manuels. »</i>
MG 9	<i>« C'est surtout chez une personne qui va avoir un boulot avec des mouvements répétitifs. »</i>
MG 11	<i>« Donc c'est beaucoup dans le cadre du travail. C'est souvent des gestes répétés, des gens qui sont à la chaîne, des gens qui travaillent au supermarché, des gens qui mettent en rayon et qui font toujours les mêmes gestes. C'est l'essentiel de ma population. »</i>
MG 12	<i>« Chez un patient qui fait des manipulations répétitives aussi bien en force, qu'avec des répétitions comme par exemple une secrétaire, une caissière ou celui qui</i>

travaille sur un chantier. »

d) L'épicondylite iatrogène

Un des médecins précise qu'il recherche l'origine iatrogène des épicondylites.

MG 1	<i>« ... par la prise de médicaments à risques qui peuvent entraîner de façon iatrogène une épicondylite »</i>
------	--

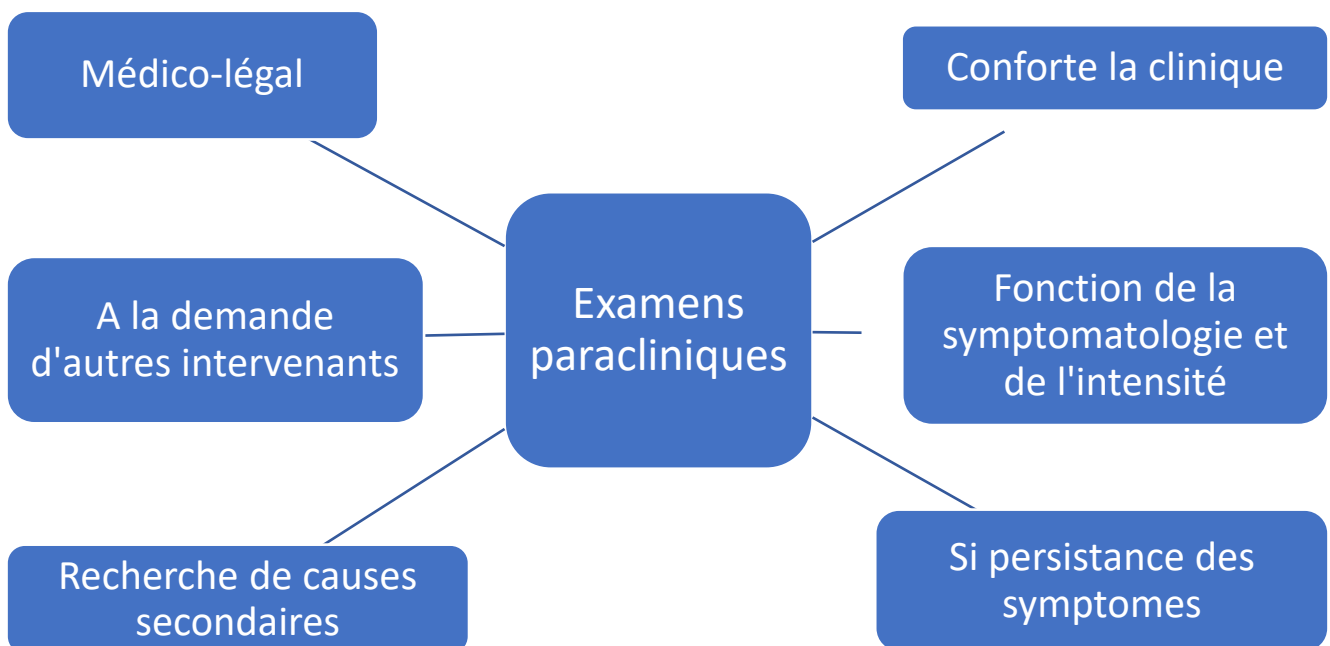
e) Le tabac dans l'épicondylite

Un des médecins retrouve une corrélation entre le tabagisme actif et l'épicondylite.

MG 2	<i>« J'ai remarqué également, je ne sais pas si ça peut être intéressant, mais à chaque fois que je pose la question si vous fumez, les ¾ des patients fument. »</i>
------	--

3. ATTITUDE MEDICALE SI LA CLINIQUE EST INSUFFISANTE

Nous avons étudié la pratique des médecins lorsque la clinique paraissait insuffisante. Celle-ci a permis de faire émerger différentes notions.



a) Conforter la clinique

Deux des médecins réalisent parfois une échographie pour étayer le diagnostic.

MG 6	« Alors ça m'arrive de faire une échographie pour conforter le diagnostic mais le diagnostic reste principalement clinique »
MG 12	« La plupart du temps, je fais une échographie, pour voir s'il y a une grosse inflammation ou une déchirure. Euh sinon après la plupart du temps, je m'arrête là. »

b) Imagerie en fonction de la symptomatologie et de l'intensité

D'autres médecins pratiquent l'échographie pour voir la répercussion et l'intensité de la TCL.

MG 3	« Je fais aussi des examens paracliniques selon la symptomatologie et l'intensité des symptômes. Ce que je réalise en pratique c'est une échographie en général. »
MG 10	« C'est quand même rare que la clinique soit insuffisante, mais ça m'arrive de prescrire des échographies du coude ...pour voir un peu si l'inflammation est importante ou pas au niveau du coude. »

c) L'imagerie si persistance de la symptomatologie malgré les premiers traitements

La majorité des médecins pratiquent une échographie voire une radiographie complémentaire dans un deuxième temps après échec du traitement de première intention ou si la douleur épicondylienne persiste.

MG 5	« En général la clinique est parlante, mais il m'arrive de pratiquer une échographie si la douleur persiste ou est rebelle au traitement. »
MG 8	« J'en reste à la clinique, sauf si ça traîne, je fais des échographies essentiellement, quelques fois, des radiographies, mais surtout échographie en première intention. »
MG 9	« Après, il m'arrive plutôt de faire des examens par la suite quand ça n'évolue pas

	<i>super bien. Mais initialement je reste clinique. »</i>
MG 10	« <i>Ben c'est toujours pareil. Si ça persiste ou que ça ne passe pas avec les séances de kiné, euh là, l'imagerie prend sa place à mon sens »</i> « <i>Ça m'arrive de prescrire des échographies du coude mais plus dans le cadre d'un échec de traitement en première intention »</i>

d) L'imagerie à la recherche de causes secondaires

Une majorité de médecins réalise l'ensemble radiographie et échographie lors d'une épicondylite atypique pour éliminer toutes causes secondaires.

MG 1	« <i>Je fais souvent des radiographies face/profil centrées sur l'articulation à la recherche de diagnostics différentiels : fracture de fatigue, un corps étranger ou une cause secondaire comme une lésion lytique ou des dépôts micro cristallins dans l'articulation. Et ensuite parfois, l'échographie »</i>
MG 2	« <i>Quand c'est atypique, je fais une radio échographie. »</i>
MG 7	« <i>Dès qu'on a un doute, on peut faire l'échographie, voire l'IRM si on ne s'en sort pas. Et penser après à d'autres problèmes, comme des problèmes articulaires ou neurologiques qui peuvent un peu mimer et faire en sorte que le patient ne guérisse pas. »</i>
MG 11	« <i>Ben, moi je fais toujours radiographie et échographie. Euh, radiographie pour écarter autre chose... une fracture de fatigue ou des choses comme ça, ou s'il n'y a pas d'anomalies osseuses, etc. Et après, surtout l'échographie. C'est là où l'échographie va nous dire si y a bien une épicondylite. »</i>

Un des médecin pratique la radiographie à l'échographie de lui-même avant les séances d'ondes de choc chez le kinésithérapeute pour éliminer une fracture.

MG 14	« <i>J'aime bien, c'est vrai, avoir une radio ou écho avant de faire des ondes de choc,</i>
-------	---

	<i>car ils ont peur qu'il y ait quelque chose de cassé avant de les faire. »</i>
--	--

e) L'imagerie à la demande d'autres intervenants

Différents médecins précisent que certains spécialistes ou des kinésithérapeutes demandent des imageries complémentaires pour la suite de la prise en charge.

Le kinésithérapeute demande souvent une échographie avant les séances d'ondes de choc.

Certains spécialistes (chirurgiens, rhumatologues, etc.) demandent parfois d'autres imageries pour le bilan complémentaire (IRM).

MG 4	<i>« Alors, pour une épicondylite classique moi je ne fais pas forcément d'examens paracliniques. Moi c'est souvent le kiné qui me demande. Alors, à ce moment-là, je fais une radio car le radiologue le demande mais je fais surtout une échographie qui confirme le diagnostic. »</i>
MG 12	<i>« Et après, c'est le spécialiste qui voit s'il veut faire autre chose ou pas. (IRM ou autre) »</i>
MG 14	<i>« Parfois, ils sont demandés par les kinés pour être sûrs qu'il n'y ait pas une fracture ou quelque chose de sous-jacent. »</i>

f) L'imagerie d'un point de vue médico-légal :

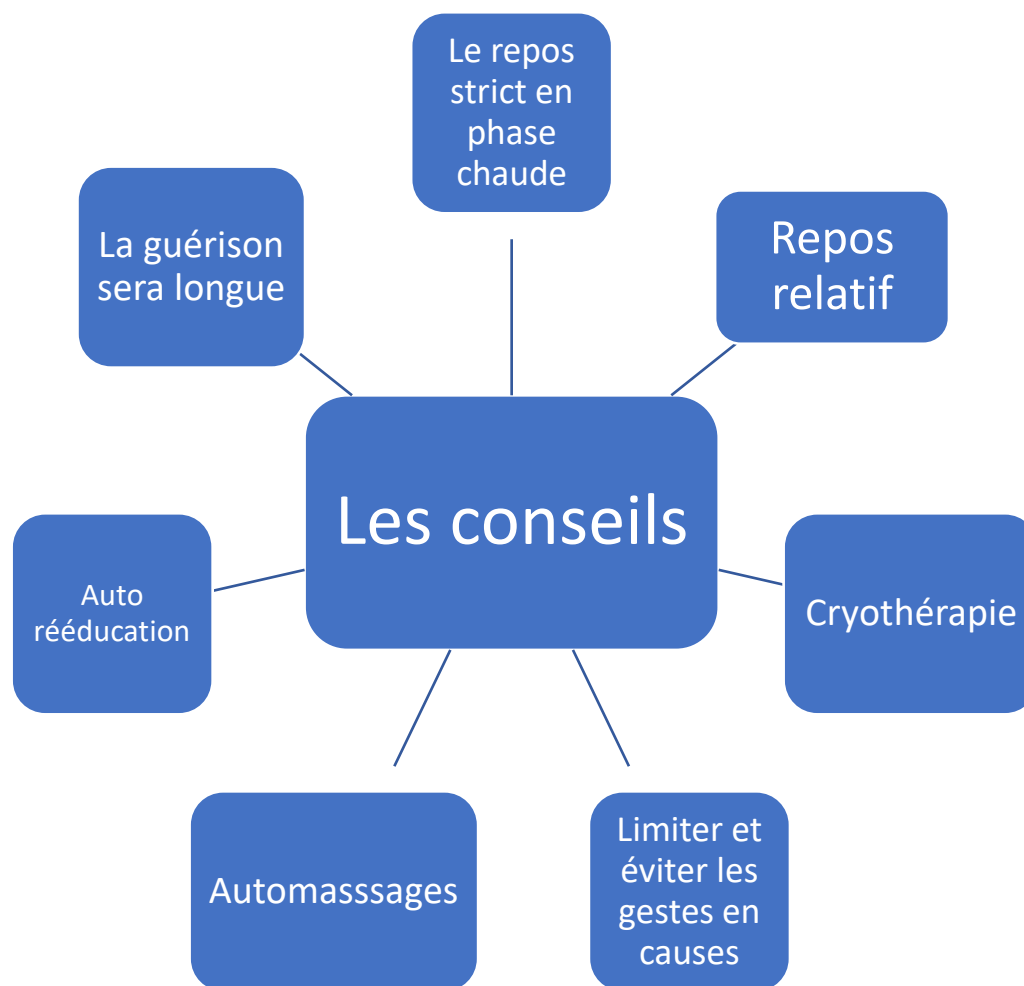
Un des médecin précise qu'il réalise une radiographie si besoin lors d'un geste infiltratif pour des raisons médico-légales.

MG 1	<i>Aussi d'un point de vue médico-légal s'il y a besoin d'un geste infiltratif je fais la radio.</i>
------	--

C. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES EPICONDYLITES

La prise en charge des épicondylites comprend un versant éducatif, médicamenteux et rééducatif.

1. LES CONSEILS AUX PATIENTS



a) Un repos strict en phase chaude

Un des médecins propose un repos conservateur lors de la phase aiguë inflammatoire de l'épicondylite.

MG 2	« Je propose le repos de l'articulation au tout début de la phase chaude. Le repos surtout sportif et/ou s'il travaille »
------	---

b) Un repos relatif

D'autres médecins préconisent un repos qui n'est pas strict. Celui-ci est évolutif et adaptable en respectant le seuil de la douleur lors d'activités physiques ou dans le cadre du travail.

MG 1	« Euh, le repos, n'est pas synonyme d'immobilisation. Il faut que le patient continue à mobiliser son articulation bien sûr en respectant le seuil de la
------	--

	<i>douleur. »</i>
MG 3	<i>« Dans un premier temps, je prescris ... et du repos relatif. »</i>
MG 11	<i>« Ben, plutôt du repos mais pas strict. »</i>

c) Cryothérapie

Le glaçage de l'articulation plusieurs fois par jour aurait une visée antalgique et anti-inflammatoire.

MG 1	<i>« Du glaçage de l'articulation plusieurs fois par jour si possible pour la douleur »</i>
MG 2	<i>« Ben d'abord glaçage, pour réduire l'inflammation. »</i>
MG 7	<i>« Il y a surtout le glaçage »</i>
MG 8	<i>« Je leur dis éventuellement de faire du glaçage par eux-mêmes. »</i>
MG 11	<i>« Ensuite glaçage et je mets des anti-inflammatoires. Ça c'est entre 7 et 10 jours, et après, s'il y a de l'amélioration, ben c'est tout. »</i>

d) Limiter et éviter les gestes en causes

Il est important de chercher le facteur initiant la pathologie pour le diminuer voire l'arrêter. Il s'agit souvent d'un geste répétitif. Les médecins expliquent et donnent des conseils pour éviter cette sursollicitation.

MG 4	<i>« Les gestes forcés, je les arrête un peu. »</i>
MG 6	<i>« Du repos en premier et éviter les gestes traumatisants. Après ce n'est pas toujours évident. »</i>
MG 7	<i>« Déjà, il faut trouver la cause, parce que ça peut être lié au travail, a un évènement occasionnel style des gros travaux à la maison, au sport, etc. Du coup, il faut un peu modifier, voir éviter le geste douloureux. »</i>
MG 12	<i>« Si c'est le début, je lui donne quelques conseils pour essayer de limiter les mouvements »</i>

e) Pratique des automassages

Des conseils sont donnés aux patients pour pratiquer des automassages avec des anti-inflammatoires.

MG 6	« Euh après, j'aime bien dire de faire des automassages avec des anti-inflammatoires locaux. »
MG 7	« ..., le massage anti-inflammatoire, et le repos principalement »

f) Pratique de l'auto-rééducation

Un des médecins préconise aux patients de réaliser de l'auto-rééducation au domicile pour réduire les douleurs. Lui-même le pratique concernant son épicondylite.

MG 12	« Dans un second temps mais quand même au début de la prise en charge, je dis aux gens de faire de l'auto-rééducation. » « Un peu d'exercices à faire chez lui pour essayer de soulager les épicondyliens. Enfin moi, je le fais moi-même, un peu de renforcement des épicondyliens. »
-------	---

g) La guérison sera longue

La guérison de l'épicondylite est quasi systématique dans la majorité des cas. Il est important d'expliquer que cette guérison sera longue.

MG 7	« Euh, après j'explique bien que c'est un peu long et que ça guérit dans tous les cas. Comme ça, ils savent que c'est un peu long. Je leur dis que dans tous les cas ça va guérir »
------	---

2. ANTALGIQUES

Les traitements antalgiques sont le plus souvent utilisés lors de la phase aiguë de l'épicondylite.

a) Phase aiguë

Les traitements le plus souvent utilisés sont les anti-inflammatoires locaux, puis per os ainsi que le paracétamol.

MG 1	« Les antalgiques avec du paracétamol, voire des anti-inflammatoires. »
MG 2	« Anti-inflammatoire en local plus ou moins per os en fonction des indications et des contre-indications du patient. »
MG 3	« Dans un premier temps, je prescris des anti-inflammatoires »
MG 4	« Je mets toujours un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien, antalgique, et AINS locaux »
MG 8	« Alors, en première intention je leurs mets des anti-inflammatoires. »
MG 10	« C'est d'un côté anti-inflammatoires locaux. Si c'est vraiment très gênant, très algique et puis que ça dure depuis un certain temps, pourquoi pas une cure per os d'une semaine. »
MG 12	« Et bien premièrement : médicaments par anti-inflammatoire au tout début. »
MG 13	« Au début, je reste à la clinique. J'essaye toujours un traitement antalgique par anti-inflammatoire »
MG 14	« Alors en premier, je mets des anti-inflammatoires, donc un traitement symptomatique »

b) Phase chronique

Lors de la phase chronique, les traitements anti-inflammatoires sont restreints de par l'efficacité et les effets secondaires potentiels.

MG 1	« Là, on se rapproche plutôt du patient qui présente des lésions depuis plus d'un mois voire plus, donc à ce moment-là, je les arrête parce qu'en chronique, ce n'est pas plus efficace et les effets secondaires peuvent être embêtants »
------	--

3. KINESITHERAPIE DANS L'EPICONDYLITE

a) Une prescription sans tarder

i. Une prescription immédiate

Un des médecins prescrit la kinésithérapie immédiatement car celle-ci est réalisée tardivement du fait du manque de kinésithérapeutes et d'un délai de prise en charge très long.

MG 5	<i>« Et je réalise de la kinésithérapie dès le début. J'en fais très rapidement, car ici il y a un grand délai de prise en charge pour voir le kiné, parce que sinon les gens n'en auront jamais ! Ils voient généralement le rhumatologue plus rapidement que la kiné chez nous. »</i>
------	---

Certains médecins réalisent la kinésithérapie dès le début de la prise en charge.

MG 6	<i>« Alors moi je fais la kiné assez rapidement et je laisse le kiné juger de la durée après »</i>
MG 9	<i>« Je mets souvent des traitements anti-inflammatoires au début et puis bien sûr de la kiné. »</i> <i>« Moi en tout cas, je prescris la kiné dès le début. »</i>

ii. Une prescription décalée mais rapide

Dans la majorité des cas, la kinésithérapie est prescrite si la pathologie persiste à quelques jours de la phase initiale.

MG 1	<i>« Je prescris..... de la kinésithérapie de rééducation à but d'indolence et de physiothérapie si ça persiste au bout d'une semaine de symptomatologie. Donc ça, c'est pour la phase aiguë »</i>
MG 2	<i>« Si ça fait 1 ou 2 mois qu'il y a une impotence fonctionnelle, ben je la prescris tout de suite. J'adresse à un kiné, avec ultrasons surtout. »</i>
MG 3	<i>« Et en cas de persistance de la symptomatologie, je vais vers la kinésithérapie. »</i>

MG 8	« Si c'est une épicondylite qui traîne depuis un certain temps, je fais la kiné dès le départ. »
MG 10	« La kiné je ne prescris pas tout de suite, j'attends de voir un petit peu. S'il me dit qu'il y a de l'amélioration mais que ça persiste quand même, je fais de la kiné. » « Et quelques séances de kiné si la symptomatologie ne s'amende pas au bout d'une semaine »
MG 11	« S'il n'y a pas d'amélioration au bout de 7 à 10 jours, je prescris de la kiné. »
MG 14	« Après si ça persiste, je les oriente vers la kiné quand même assez rapidement. »

b) Une prescription en fonction du kinésithérapeute

La prescription de kinésithérapie peut être dépendante du lieu d'exercice et du kinésithérapeute en lien.

MG 12	« En tout cas je la prescris facilement. Après, on va dire pour moi, que c'est kiné dépendant. »
-------	--

c) Une prescription adaptée

La kinésithérapie prend sa place pour les patients ne pouvant prévoir un arrêt sportif ou professionnel.

MG 7	« Ensuite on fait la rééducation par un kiné si ça ne passe pas trop avec le repos ou chez les gens qui sont sportifs ou qui ne peuvent pas s'arrêter selon le terrain. »
------	---

4. INFILTRATIONS

a) L'infiltration dans un deuxième temps

L'infiltration est un traitement de seconde intention. Elle est réalisée généralement après la

thérapeutique médicamenteuse, repos et kinésithérapie.

MG 2	« ...et l'infiltration, après la kiné. L'infiltration, euh, je ne la fais pas en première intention. »
MG 3	« Selon les résultats de l'échographie, je peux me lancer sur une infiltration cortisonée »
MG 7	« ... après je demande une infiltration... »

b) La réticence de l'infiltration

Certains médecins soulèvent l'efficacité des infiltrations et son utilisation au cas par cas.

MG 7	« Dans les cas récalcitrants, on peut proposer l'infiltration, mais c'est un peu débattu. Après pourquoi pas quand ça fait quelques mois que ça dure »
MG 8	« On peut faire aussi les infiltrations de corticoïdes, mais je ne préfère pas personnellement. »

c) L'infiltration plutôt chez le travailleur manuel

L'infiltration est le plus souvent réalisée chez une personne ayant un métier avec des mouvements répétitifs.

MG 1	« Après il y a aussi les infiltrations, plus souvent quand c'est des épicondylites professionnelles »
------	---

d) Le refus chez le sportif

L'infiltration chez le patient sportif est à proscrire devant une probable fragilisation tendineuse.

MG 1	« ... car je vais éviter chez le sportif car l'infiltration peut fragiliser le tendon. »
MG 11	« ...après je demande une infiltration sauf chez le sportif où je n'infiltré pas si ça persiste.

e) L'infiltration par les confrères

L'infiltration peut être pratiquée généralement par le radiologue, l'orthopédiste ou d'autres spécialistes.

MG 9	<i>« Après dans le cas où on a recours à des infiltrations, j'envoie le patient, en tout cas dans mon cas, chez un radiologue. C'est lui qui fait les infiltrations sous écho, et voilà. »</i>
MG 10	<i>« Si ça persiste, voire peut-être un orthopédiste pour faire une infiltration ou un radiologue qui s'y connaît, qui fait l'infiltration au niveau de l'épicondylite. C'est l'étape d'après quoi. »</i>
MG 12	<i>« Après moi je ne le pratique pas, mais j'ai des collègues qui font des petites infiltrations locales. »</i>

5. METHODES ALTERNATIVES

a) Attelle de poignet

Il est possible d'immobiliser le poignet dans l'épicondylite pour éviter l'exécution des mouvements du poignet qui contribuent à maintenir la douleur.

MG 8	<i>« Je mets également une attelle de poignet à mettre dans la journée avec des anti-inflammatoires »</i>
MG 10	<i>« Et une attelle de poignet qui n'est pas remboursée très souvent pour l'épicondylite. »</i>
MG 12	<i>« Alors moi, mon protocole, ça peut paraître bizarre, mais la plupart du temps, je mets une attelle de poignet. (Rires) Je ne mets pas d'attelle de coude »</i>

b) Coudière

L'orthèse alternative est représentée par la coudière, mais reste moins souvent prescrite.

MG 4	<i>« Je mets parfois une coudière. »</i>
------	--

c) Immobilisation

Il est parfois proposé une immobilisation stricte par plâtre pendant quelques jours.

MG 6	<i>« Je sais que nous avons des spécialistes qui vont jusqu'à l'immobilisation plâtrée pendant 15 jours. Et ça ne rend pas trop mal ! »</i>
MG 12	<i>« Après, la prochaine étape des orthopédistes si les premiers traitements ne marchent pas, soit ils immobilisent, soit ils prescrivent des IRM. »</i>

d) PRP

La PRP (Platelet Rich Plasma) est du plasma sanguin enrichi en plaquettes par une centrifugation. Il est obtenu à partir du propre sang du patient (sang autologue) pour la régénération de certains tissus.

MG 8	<i>« Après il y a les stades ultérieurs et avancés, où là on va jusqu'à la PRP dans certains cas. »</i>
------	---

e) Chirurgie

Il peut se discuter dans de rares cas d'épicondylite évolutive de plus de 6 mois, une prise en charge chirurgicale.

MG 7	<i>« On peut même proposer la chirurgie chez les gens qui sont invalidés depuis plus de 6 mois. »</i>
MG 8	<i>« Et après dans de rares cas, la chirurgie, mais ça reste exceptionnel »</i>

D. PRISE EN CHARGE ANNEXE DE L'EPICONDYLITE

La prise en charge de l'épicondylite reste globale. Un arrêt professionnel voire sportif peut être

prescrit ou proposé. Il est parfois nécessaire d'orienter vers d'autres spécialistes pour la prise en charge.

1. ARRET PROFESSIONNEL ET SPORTIF

a) L'arrêt de travail pour du repos

Dans la majorité des cas, un arrêt de travail est préconisé pour mettre au repos l'articulation dans le cadre professionnel. S'il s'agit d'une épicondylite d'origine sportive, il est alors conseillé de suspendre le sport temporairement.

MG 1	<i>« En phase aiguë, c'est très souvent du repos qui nécessite soit un arrêt de travail ou un arrêt sportif si origine sportive. »</i>
MG 3	<i>« L'arrêt de travail, ça dépend du métier exercé par le patient et de l'intensité de ses symptômes. Ça m'arrive d'en prescrire. »</i>
MG 9	<i>« Je mets souvent des arrêts de travail, car pour mettre au repos, je prescris un arrêt de travail. »</i>
MG 11	<i>« Si c'est quelqu'un qui travaille à la chaîne, qui a vraiment mal, le repos c'est un peu obligatoire, donc je le mets en arrêt »</i>
MG 12	<i>« Après les arrêts de travail, ça dépend. Si ça fait déjà 6 mois et que c'est crescendo et que là ils en peuvent plus, alors là oui. »</i>
MG 14	<i>« Je prescris des arrêts, parce qu'il faut parfois du repos surtout si c'est un travail répétitif au niveau des gestes ou des ports de charges.»</i>

b) Garder une activité le plus longtemps possible

Un des médecins s'adapte pour garder la personne le plus longtemps dans le cadre professionnel. L'arrêt est proposé si la personne présente une difficulté au travail ou si présence de difficultés à réaliser la kinésithérapie.

MG 12	<i>« En fonction de l'intensité du travail, j'essaye toujours de laisser le patient au travail pour ne pas le mettre en arrêt tout de suite. Si vraiment ça ne passe pas et</i>
-------	---

	<i>qu'ils ont des difficultés secondairement pour faire la kinésithérapie, je les mets en arrêt pour qu'il y ait un petit repos pour qu'ils puissent faire la kinésithérapie dans de bonnes conditions et surtout qu'on évite les douleurs via l'exposition et le travail »</i>
--	---

2. RECONNAISSANCE EN MALADIE PROFESSIONNELLE

L'activité professionnelle par une gestuelle répétitive est très souvent à l'origine de l'épicondylite. Elle peut alors rentrer dans le cadre de reconnaissance en maladie professionnelle.

a) Une reconnaissance qui se fait rare

Malgré une majorité d'épicondylite d'origine professionnelle, la reconnaissance en maladie professionnelle est rarement demandée par le patient ou le médecin.

MG 5	<i>« Ouf, des maladies professionnelles, ça ne m'est jamais arrivé. (Soupire) »</i>
MG 10	<i>« Nous, c'est plutôt lié au travail les épicondylites, mais je n'ai jamais eu de maladie professionnelle. (Réfléchi). Ah mais si ! Il y a un des patients qui est reconnu en maladie professionnelle (Se remémore) »</i>

b) La démarche

i. Le praticien fait la démarche

Le praticien peut dans certains cas demander une reconnaissance en maladie professionnelle si la pathologie persiste au bout de quelques semaines et si le patient présente des critères spécifiques des tableaux de maladies professionnelles.

MG 1	<i>« Si par contre, l'arrêt de travail vient à se prolonger au-delà d'un mois, alors je me renseigne sur le tableau de maladies professionnelles pour déclencher une</i>
------	--

	<i>demande de reconnaissance en maladie professionnelle. »</i>
MG 3	<i>« Par exemple pour les maladies professionnelles, ça m'arrive de le faire effectivement quand ça le justifie. »</i>
MG 10	<i>« Mais si le travail est compatible avec une épicondylite qui traîne un certain temps et que le travail pourrait l'expliquer, pourquoi pas. Je n'ai jamais eu l'occasion. »</i>
MG 11	<i>« Si après, c'est quelque chose qui devient récurrent au travail, je fais une déclaration en maladie professionnelle. »</i>

ii. Le patient fait la démarche

Par une fréquence accrue au travail, certains patients connaissent la démarche de reconnaissance en maladie professionnelle.

MG 12	<i>« Si les gens ont un profil compatible avec une maladie professionnelle, oui alors je le fais. Souvent, ils le savent eux-mêmes car ils ont déjà eu le cas dans l'entreprise. »</i>
-------	--

c) Adaptation de poste

Il est parfois demandé une consultation avec le médecin du travail pour réaliser une adaptation de poste lorsque la pathologie persiste au bout de quelques semaines.

MG 1	<i>« Et effectivement si l'arrêt vient à être supérieur de 1 à 3 mois, euh, je vois pour faire une consultation avec le médecin du travail pour réadapter le poste. »</i>
------	---

3. ORIENTATION VERS D'AUTRES SPECIALISTES

La prise en charge de l'épicondylite reste multi disciplinaire avec un relais vers d'autres spécialistes lorsque la pathologie persiste.

a) Orientation en fonction du secteur géographique

En fonction de la localisation géographique, il est possible d'orienter le patient vers le radiologue, rhumatologue ou orthopédiste.

MG 1	« Bon après, s'il faut infiltrer je vais soit vers le radiologue qui fait une infiltration radioguidée ou le rhumatologue selon le secteur si c'est possible »
MG 12	« Si ça persiste après médicaments, rééducation/kiné, voir infiltration locale, ici on va voir les orthopédistes qui eux refont un peu le même schéma. »

b) Orientation en fonction d'autres pathologies

L'orientation vers le spécialiste va également dépendre des antécédents du patient et du suivi antérieur qu'il aurait pu avoir.

Le patient sera orienté vers le rhumatologue s'il présente d'autres articulations inflammatoires.

MG 2	« Euh, s'il y a d'autres articulations inflammatoires, j'oriente vers le rhumatologue mais si c'est que le coude, non. »
MG 13	« Ensuite si ça persiste, je l'adresse volontiers à un chirurgien orthopédique, voir le rhumatologue selon le fait qu'il soit déjà suivi pour d'autres pathologies »

c) Les différents spécialistes consultés

i. Le radiologue

Les radiologues peuvent réaliser des infiltrations sous échographie.

MG 11	« Mais sinon je demande une infiltration par un radiologue. »
-------	---

ii. Le chirurgien orthopédique/ traumatologue

Le chirurgien orthopédique est plus souvent sollicité pour les infiltrations ou lorsqu'il y a un doute sur une prise en charge chirurgicale.

MG 3	« Il est rare que j'envoie vers un spécialiste, mais si je le fais c'est vers le
------	--

	<i>traumatologue. C'est pour voir s'il y a une indication de prise en charge chirurgicale d'un éventuel syndrome canalaire. »</i>
MG 13	<i>« Je les envoie plus facilement chez l'orthopédiste car je trouve qu'il donne de bon protocole de kinésithérapie et qu'il est de bon conseil pour la suite de la prise en charge. »</i>

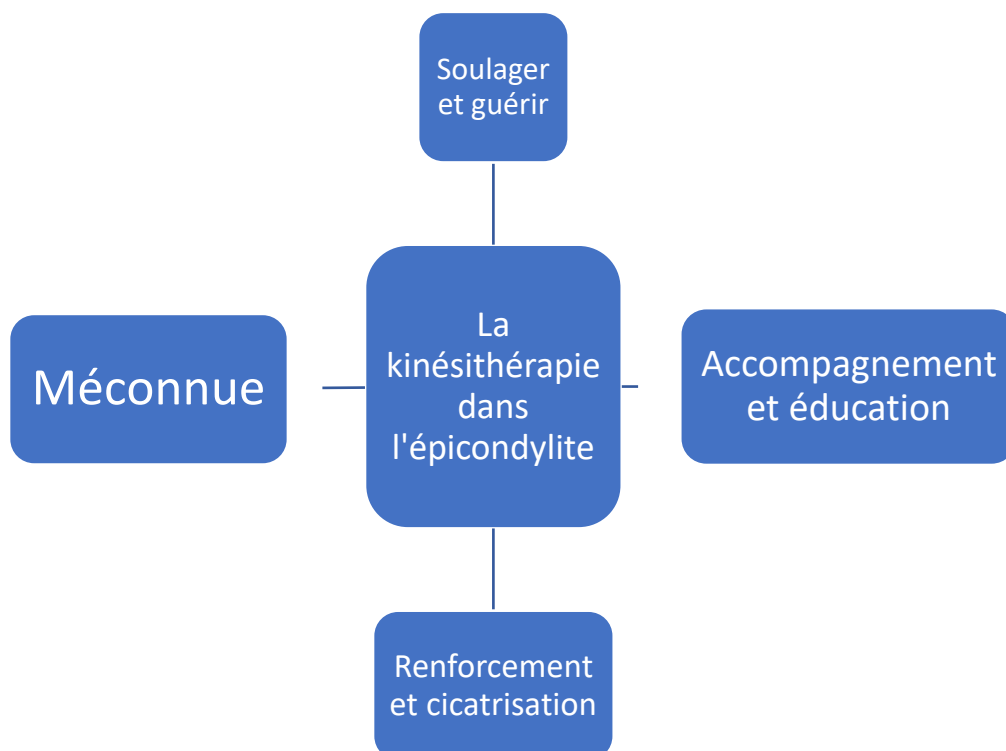
iii. Le rhumatologue

Un des médecins oriente les patients vers le rhumatologue pour réaliser les infiltrations lorsque l'épicondylite persiste.

MG 5	<i>« Si ça persistante malgré le traitement bien conduit, j'oriente vers le rhumatologue. Je l'oriente vers le rhumatologue pour réaliser une infiltration »</i>
------	--

E. KINESITHERAPIE DANS L'EPICONDYLITE

1. ROLE DE LA KINESITHERAPIE DANS L'EPICONDYLITE



a) Soulager et guérir le patient

Dans un premier temps, le kinésithérapeute va soulager le patient lors de la phase inflammatoire avec réduction des symptômes.

MG 1	« <i>En premier, c'est vraiment soulager le patient</i> »
MG 3	« <i>Pour moi, la kinésithérapie permet une réduction des symptômes dans le temps et en intensité.</i> »
MG 5	« <i>Ah, ben de la physiothérapie antalgique. Ils font des massages transverses par exemple pour soulager les gens.</i> »
MG 10	« <i>Et ben ça nous laisse le temps de guérir le patient très souvent. Nous, ce qu'on remarque c'est ça. A mon sens, pour mes patients dans mes souvenirs, c'est ce qui permet de guérir les patients</i> »
MG 11	« <i>Ben, ça permet d'améliorer les symptômes. Parfois anti-inflammatoires, repos, glaçage et kiné peuvent améliorer un petit peu, donc si le kiné prend bien en charge, avec le traitement per os, le glaçage et la kiné, ça peut faire disparaître les symptômes.</i> »

Le kinésithérapeute a également un effet placebo par le fait que le patient soit pris en charge. Cela va rassurer et guider le patient dans sa démarche de soins.

MG 7	« <i>Comme toute kiné, il y a un effet antalgique quand même de base avec ce qui est physiothérapie et massage. Hum, et toujours un effet placebo. Le patient est rassuré et il est pris en charge et ça c'est bénéfique.</i> »
------	---

b) Rôle d'accompagnement et d'éducation

Le kinésithérapeute a un rôle d'accompagnement du patient. Il a un rôle éducatif en ré expliquant les gestes à éviter.

MG 1	« <i>Euh, le kiné a aussi un rôle d'accompagnement du patient. Il a un rôle éducatif</i> »
------	--

	<i>en enseignant les mouvements répétitifs à éviter ou les manœuvres qu'il faudra éviter à l'avenir. »</i>
MG 6	<i>« Peut-être à expliquer les gestes à éviter au patient. »</i>
MG 8	<i>« C'est surtout pour expliquer aux gens les mouvements à éviter. Moi, je leur explique bien sûr que les épicondylites latérales, c'est les releveurs du poignet qui provoquent ça. Et l'épicondylite médiale, c'est les fléchisseurs du poignet. Donc bien leur faire comprendre d'éviter de faire ces mouvements là. Le kiné le répète aussi. »</i>

Le kinésithérapeute va aussi expliquer au patient les gestes d'auto-rééducation qu'il est possible de faire au domicile.

MG 6	<i>« Je pense aussi aux gestes de rééducation voire d'auto-rééducation et puis les massages transverses. »</i>
------	--

c) Rôle de renforcement et de cicatrisation

Le kinésithérapeute va réaliser des étirements, des massages, et un travail de rééducation avec des charges. Le but est de renforcer et de travailler les amplitudes pour diriger la cicatrisation, réduire l'inflammation et prévenir la récurrence des épicondylites.

MG 1	<i>« C'est le kinésithérapeute qui va gérer mais je sais que de souvenir, c'est une kinésithérapie qui est plus en travail de rééducation avec des charges, du travail de mobilisation de l'articulation pour guider la cicatrisation. »</i>
MG 2	<i>« Le but pour moi c'est de la kiné douce au début. C'est de travailler les amplitudes. Pas trop forcer pour éviter de créer des fissurations, etc. Renforcer et travailler les amplitudes surtout et enlever l'inflammation. »</i>
MG 4	<i>« Euh, je ne connais pas trop à part les ondes de chocs. Je ne connais pas ce qu'ils font exactement. Il y a sûrement des étirements et des exercices. »</i>

MG 9	« <i>Pour moi, c'est complémentaire au traitement anti-douleur. Euh, ça renforce ! C'est à visée antalgique et puis ça renforce les muscles donc c'est indispensable. »</i>
------	---

d) Méconnaissance de la kinésithérapie

Un des médecins reste étranger aux techniques de rééducation sur les techniques de rééducation chez le kinésithérapeute.

MG 13	« <i>Alors, franchement, je ne m'y connais pas du tout. Je ne sais pas en quoi consiste la rééducation dans les épicondylites. »</i>
-------	--

2. KINESITHERAPIE QUANTITAVEMENT

a) Le nombre de séance n'est pas obligatoire

Il n'est plus obligatoire de mettre le nombre de séances de kinésithérapie sur l'ordonnance.

MG 2	« <i>Je ne mets plus le nombre de séances de kiné sur l'ordonnance car ce n'est plus obligatoire depuis 4-5 ans. L'ordonnance pour le kiné est valable 6 mois et puis je laisse le kiné juger. En général, c'est souvent une vingtaine de séances mais je ne mets plus le nombre de séances. »</i>
------	--

b) La confiance envers le kinésithérapeute

Les médecins ont pour majorité confiance envers le kinésithérapeute pour juger du nombre de séances requises.

MG 3	« <i>Pour la durée de la kinésithérapie je fais confiance au professionnel en général. Je n'impose pas de rythme particulier ou de durée spéciale. »</i>
MG 10	« <i>Alors, moi je ne mets pas le nombre de séances et je laisse le kiné juger. »</i>
MG 11	« <i>Après le nombre de séance, je mets plus. Les kinés ont demandé de ne plus</i>

	<i>mettre le nombre de séances. C'est eux qui gèrent. »</i>
MG 12	<i>« Je ne mets jamais le nombre de séances, c'est lui qui décide. »</i>

c) Un certain nombre de séance

Il est possible de préciser le nombre de séances sur l'ordonnance.

MG 5	<i>« J'en prescris en général 10-15 séances. »</i>
------	--

3. PRESCRIPTION DE KINESITHERAPIE

a) Une prescription à l'appréciation du kinésithérapeute

Il est possible de réaliser une ordonnance simple de prise en charge d'épicondylite pour le kinésithérapeute. Celui-ci réalisera le protocole adapté en fonction de ses habitudes et du patient.

MG 1	<i>« J'indique sur l'ordonnance si c'est de l'aigue ou du chronique mais je n'ai pas de réel protocole clairement défini à expliciter auprès du kinésithérapeute. »</i>
------	---

b) Un protocole pour le kinésithérapeute

i. Un protocole précis

Certains médecins précisent sur l'ordonnance les protocoles de kinésithérapie qu'ils jugent nécessaires pour le patient.

MG 3	<i>« Je demande juste qu'il y ait différents types de travaux effectués. Des ondes de choc ou de l'électrostimulation en général et un peu de travail musculaire adapté selon les douleurs du patient et de ce qu'il est capable de faire et bien sûr selon les habitudes du kinésithérapeute. »</i>
MG 9	<i>« J'avoue que sur mon ordonnance de kinésithérapie, je marque : « séances de kiné pour épicondylite à visée antalgique et renforcement musculaire » »</i>

La prescription du protocole oblige le kinésithérapeute à le réaliser.

MG 12	<i>« Euh moi je me suis écrit mon protocole que je me suis fait au fil du temps avec les différentes prescriptions des spé. Moi je mets texto : massage transverse profond, renforcement sans douleur au niveau des épicondyliens. »</i>
-------	--

ii. Un protocole adaptable

La mention « si besoin » sur le protocole laisse le libre choix au kinésithérapeute de réaliser ou non la technique envisagée.

MG 10	<i>« Euh, je mets très souvent le diagnostic et puis je mets souvent massage transverse profond et je mets ondes choc si besoin, comme ça, ça laisse la porte ouverte et ça permet de ne pas refaire une ordonnance si le patient a besoin d'une kiné complémentaire ailleurs. Voilà. Après, je ne sais pas si c'est bien ou pas bien. (Rires) »</i>
-------	--

iii. Un protocole de rééducation spécifique

Un des médecins précise sur l'ordonnance le protocole Stanish correspondant au protocole excentrique. Il demande également au kinésithérapeute d'expliquer au patient le protocole pour qu'il réalise de l'auto-rééducation au domicile.

MG 11	<i>« Je précise sur l'ordonnance : rééducation épicondylite et Stanish. » « Mais après y a aussi de la kiné avec des étirements qu'on peut prescrire. Bon, là j'en parle au kiné, et je note de la rééducation Stanish sur ma prescription de kiné, puis je demande au kiné de lui expliquer un peu les exercices à faire aussi à la maison. »</i>
-------	--

F. TECHNIQUES DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION

Il existe différentes techniques de rééducation en kinésithérapie. Elles sont principalement différenciées en rééducation passive/douce et rééducation active.

1. REEDUCATION DOUCE

a) Massages

Le kinésithérapeute réalise des massages de la zone douloureuse.

MG 7	« Souvent ils massent, et ils font un peu de physio. »
------	--

La technique la plus souvent utilisée reste le massage transverse superficiel et profond.

MG 3	« Je sais qu'il y a des kinés qui pratiquent des massages transverses profonds »
MG 5	« Ah moi je connais que les massages transverses. Après, j'avoue que je n'y connais pas grand-chose. En général, c'est le kiné qui gère ça. »
MG 10	« Alors on en a déjà parlé avant avec les massages transverses profonds »
MG 12	« Le premier que je connais, c'est les massages transverses profonds, la plupart du temps. Mais les kinés ne le font pas forcément. »
MG 14	« Je connais le massage transverse superficiel et profond »

Le massage transverse profond bien réalisé va mimer l'action des ondes de choc par son action mécanique.

MG 8	« Il y a le crochetage. Nous on utilise le crochetage dans certains cas. On fait les massages transverses profonds, qui correspondent aux ondes de choc par les moyens qu'ils ont. Le massage transverse profond, on peut le faire soi-même. »
------	--

b) Cryothérapie

La cryothérapie est réalisée à visée antalgique et anti-inflammatoire.

MG 8	« Euh, donc il y a aussi la physiothérapie, la cryothérapie. »
MG 9	« Et je sais qu'il y a un peu de cryothérapie aussi. (Réfléchi). »
MG 14	« Euh, le massage et glace. Euh, c'est déjà pas mal. »

2. MACHINES DE KINESITHERAPIE

a) Electrostimulation

L'électrothérapie va stimuler les muscles et les nerfs. Elle va utiliser différents types de courants en fonction de son utilisation : antalgie ou stimulation nerveuse.

MG 3	« Euh de l'électrostimulation avec des petites électrodes »
MG 10	« Ah si peut-être l'électrostimulation parce qu'ils m'en parlent souvent. Après non, c'est tout. »

L'électrothérapie reste une technique souvent utilisée par les kinésithérapeutes.

MG 12	« Quand tu demandes au patient ce qu'il vous a fait le kiné, la majorité du temps ils te répondent : « il m'a mis 3 électrodes et puis un patch chaud, et voilà ». »
-------	--

b) Ultrasons

Les ultrasons vont faire vibrer le tissu atteint. La friction qui en découle mime les micro-massages.

MG 1	« Il y a aussi les ultrasons par le kiné qu'on peut proposer. »
MG 2	« Je demande ultrasons sur l'ordonnance car ça marche bien souvent. »
MG 11	« Je sais qu'ils font des ultrasons et des ondes de choc... (réfléchi) »

Avant de réaliser certaines techniques, il est possible que le kinésithérapeute demande une échographie au préalable.

MG 12	<i>« Après il y a aussi les électrodes, les ultrasons, mais la plupart du temps, ils ne le font pas de base. Ils attendent toujours de savoir si le médecin a prescrit une échographie. Donc la plupart du temps ils en font après l'échographie. »</i>
-------	---

c) Ondes de choc

i. Les médecins favorables aux ondes de choc

Dans la pratique, les ondes de chocs sont souvent pratiquées en complément des autres techniques. Elles apportent une amélioration et peut-être dans certains cas sont aussi efficaces que l'infiltration ou le repos.

MG 3	<i>« Et puis de l'onde de choc pour avoir une stimulation répétée sur la zone épicondylienne du coude. »</i>
MG 4	<i>« Euh, la kinésithérapie est un traitement assez efficace, notamment les ondes de choc qui marchent bien sur les épicondylites. Au moins aussi bien que l'infiltration ou le repos je pense, c'est complémentaire. »</i>
MG 9	<i>« Puis ils font aussi des ondes de choc. Après, le reste, je ne sais pas... »</i>
MG 11	<i>« Si à long terme ça persiste après la kiné, parfois je fais des ondes de choc. Après c'est plus le kiné qui le sait. »</i>
MG 14	<i>« Après, bien sûr il y a les ondes de choc que je connais... »</i>

ii. Les médecins réticents aux ondes de choc

Les ondes de choc sont parfois débattues sur leur efficacité. Elles sont à discuter chez les patients sensibles à la douleur.

MG 1	<i>« Alors moi, je ne suis pas trop fan des ondes choc, euh souvent les massages transverses suffisent. Après, vraiment si le patient en a entendu parler soit même le kiné lui en propose, alors pourquoi pas... »</i>
MG 7	<i>« Après il y a les ondes de choc qui sont débattues, c'est douloureux. C'est un</i>

	<i>peu compliqué de prouver sur les études que c'est efficace. Mais il y en a qui disent que ça marche, d'autres non, que c'est douloureux et d'autres qui disent que ça fait pire que mieux. »</i>
--	---

d) Autres techniques

La técarthérapie utilise un courant semblable à l'électrothérapie mais à haute fréquence. Celle-ci accélère la circulation lymphatique et sanguine dans les zones d'application.

MG 7	<i>« Il y a aussi la técarthérapie, des petites choses comme ça qui peuvent aider »</i>
------	---

3. REEDUCATION ACTIVE

La rééducation est composée d'une partie réalisable au cabinet du kinésithérapeute et d'une autre partie à faire au domicile.

a) Rééducation chez le kinésithérapeute :

La rééducation utilise le principe de différentes charges selon un protocole excentrique permettant le renforcement et la cicatrisation. Son utilisation et son adaptation sont faites par le kinésithérapeute.

L'augmentation de la résistance musculaire va ainsi prévenir la récurrence des TCL du côté homolatéral et controlatéral.

MG 1	<i>« Ensuite, via une rééducation sur une épicondylite plus active ou chronique, faire des exercices de rééducation qui vont permettre de diriger la cicatrisation et d'éviter les récurrences du côté controlatéral ou soit sur le même côté. »</i>
MG 6	<i>« Alors oui, il y a la rééducation avec les différentes charges... mais je n'en sais pas plus après... »</i>
MG 7	<i>« Après, on a la rééducation par un renforcement excentrique pour renforcer les »</i>

	<i>tendons et la résistance pour pouvoir guérir et refaire les gestes qui ont été douloureux auparavant. »</i>
MG 8	<i>« Et après il y a tout le travail excentrique. Là, il y a que le kiné que peut leur expliquer et le faire. »</i>

b) Rééducation à la maison

Le kinésithérapeute va expliquer au patient les exercices excentriques à réaliser au domicile. Cela nécessite de la part du patient son adhésion et qu'il comprenne parfaitement le protocole. Le mouvement principal correspond à une flexion de la main en ayant un poids dans celle-ci. Puis il faut réaliser l'extension/ étirement en relevant la main avec l'aide de la main controlatérale.

MG 8	<i>« Il peut aussi donner des auto exercices à faire à la maison, ça c'est bien, après il faut que les patients soient assez cortiqués pour le faire, car ce n'est pas toujours évident. »</i>
MG 11	<i>« Après la physiothérapie, il y a de l'auto rééducation avec des étirements qu'ils font avec des poids, du Stanish quoi... Mais après je ne connais pas trop. Le Stanish, c'est le mouvement principal où tu allonges le bras, tu mets un poids, tu casses le poignet et tu demandes de faire des étirements en relevant le poignet »</i>

Un des médecins explique lui-même au patient les exercices de charge à faire au domicile. Il utilise principalement une pince de musculation de type *hand grip*.

Son utilisation est régulière et adaptable en fonction du patient.

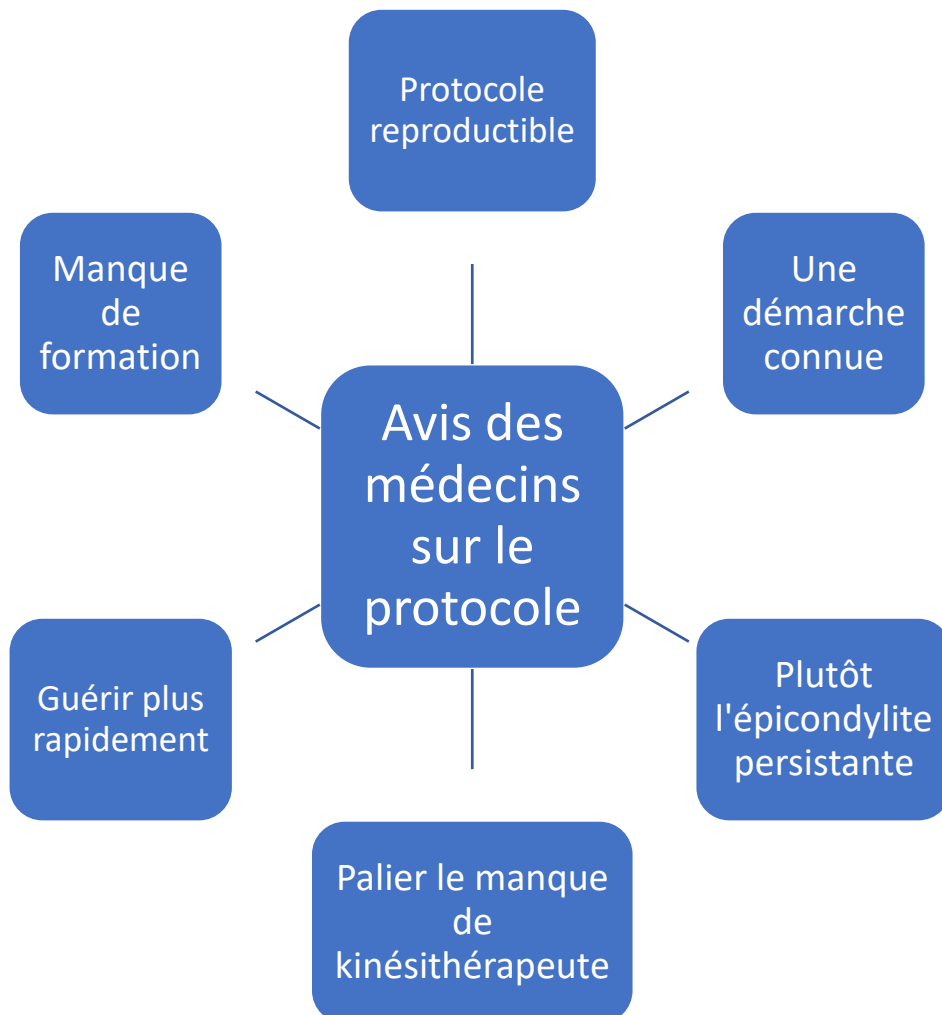
MG 12	<i>« Moi c'est ce que je prescris en premier, après bon, je ne dis pas, des fois ça marche dans d'autres protocoles mais pour chez eux, je demande aux patients de faire des exercices avec un poids ou une pince de musculation comme le</i>
-------	---

G. PROTOCOLE D'AUTO REEDUCATION DANS L'EPICONDYLITE

Le protocole d'auto rééducation a été proposé comme exercice réalisable par le patient à son domicile. L'intérêt serait sa prescription par le médecin généraliste et expliqué par celui-ci.

Le protocole est consultable en Annexe 2.

1. AVIS DES MEDECINS



a) Un protocole reproductible

Les exercices du protocole sont simples à réaliser. La compréhension du protocole est

adaptable au plus grand nombre.

MG 9	<i>« Alors, déjà pour commencer, je ne connaissais pas du tout ces techniques d'auto-rééducation. Ça m'a l'air facile à mettre en place parce que le protocole est plutôt bien expliqué. Les exercices sont simples. »</i>
------	--

Le protocole nécessite un matériel simple à utiliser.

MG 10	<i>« Je trouve ça bien. En tout cas, ça n'a pas l'air très compliqué, ça ne nécessite pas de matériel sophistiqué non plus. »</i>
-------	---

b) Une démarche d'auto rééducation connue

Un des médecins utilise un protocole équivalent avec ses patients.

MG 7	<i>« Euh, ben c'est déjà relativement clair. Moi c'est vrai que j'en ai trouvé déjà un moins clair sur internet que j'utilise. La clarté, c'est pas mal. On comprend assez bien, ce n'est pas trop technique. Ce qui est pas mal, c'est que c'est juste avec un poids, ça c'est pratique. »</i>
------	---

Un autre médecin utilise souvent le protocole excentrique Stanish pour d'autres pathologies. Il retrouve un protocole équivalent à ce qu'il utilise déjà.

MG 8	<i>« Là c'est bien expliqué. J'ai déjà utilisé plusieurs fois le protocole de Stanish sur différentes pathologies, mais c'est vrai aussi pour l'épicondylite, et c'est bien expliqué. Ça s'adapte bien. »</i>
------	---

Le dernier propose aux patients des conseils en utilisant à la place des poids, une pince de musculation ou une boule dans la main. Il précise bien de réaliser les exercices de renforcement sans douleur.

MG 12	<i>« Ben je trouve ça vraiment pas mal ! C'est déjà un peu le type d'exercices que</i>
-------	--

	<i>je donne à faire. Peut-être pas aussi poussé, c'est plus des conseils moi. Mais oui, je trouve ça intéressant car moi je prescris du renforcement musculaire sans douleur, c'est-à-dire faire travailler les épicondyliens tout doucement avec un peu de force soit avec la pince de musculation ou une boule dans la main. »</i>
--	--

c) Un protocole dans l'épicondylite persistante

Le protocole pourrait être proposé en pratique sur une épicondylite qui traîne depuis quelques semaines.

MG 10	<i>« Mais là on part vraiment sur quelque chose qui traîne, sur une épicondylite qui traîne depuis au moins 2 semaines - 1 mois. »</i>
-------	--

d) Un protocole pour pallier le manque de kinésithérapeute

Dans certains cas, les délais d'attente de kinésithérapie sont très longs. Le protocole rentrerait dans le cadre d'une démarche palliative par manque de kinésithérapeutes.

MG 5	<i>« Après c'est une bonne idée d'essayer dans la mesure où on n'a pas de kiné rapidement de toute façon et puis ça permet de codifier un protocole pour le patient. »</i>
MG 6	<i>« En tout cas je pense que c'est intéressant parce que les délais pour avoir des séances de kiné sont très longs chez nous. »</i>

e) Un protocole pour guérir plus rapidement

Le protocole pourrait être utilisé en complément de la rééducation chez le kinésithérapeute pour augmenter les chances de guérison.

MG 13	<i>« Mais ça m'a l'air d'être un bon protocole. En tout cas, ça permet d'essayer de les faire remettre assez rapidement de leur épicondylite »</i>
MG 14	<i>« Hum, je trouve que c'est intéressant parce que ça permettrait de compléter la</i>

	<i>rééducation qui est faite par le kiné et peut-être d'augmenter les chances de réussite. »</i>
--	--

f) Un manque de formation sur la pratique de kinésithérapie

Il manque dans les formations des médecins généralistes la prescription et la pratique de la kinésithérapie. Un médecin propose d'avoir des formations complémentaires sur les notions et techniques de kinésithérapie.

MG 11	<i>« C'est sûr que ce qui serait bien, c'est qu'on ait un peu plus dans nos études médicales des notions de prescription de kiné. Car c'est vrai que la physiothérapie, ultrasons, etc., on sait en gros ce que c'est mais moi je n'ai jamais vu réellement chez un kiné exactement ce que c'était. (Soupire). C'est vrai que moi je ne connais pas trop exactement ce qu'ils font. Donc j'aimerais bien faire des formations, alors soit aller chez un kiné ou des formations avec un kiné pour qu'il nous explique un peu les exercices à faire et ce que c'est exactement »</i>
-------	--

2. CONSEILS A PRODIGUER

a) La remontée passive de la main

Il est important de préciser au patient que remonter la main se fait passivement une fois le mouvement excentrique réalisé.

MG 8	<i>« Bien leur dire qu'il faut remonter le poignet avec l'autre main. En tout cas, le travail excentrique, c'est pas mal ! (Enthousiaste). »</i>
------	--

b) Savoir s'écouter au niveau de la douleur

Une notion importante est de respecter la douleur. Une sur utilisation du protocole pourrait faire rechuter l'épicondylite.

MG 12	« Effectivement, je pense que c'est ce qui est vraiment à mettre en avant car c'est le plus important pour moi, c'est de respecter la douleur au départ ! »
-------	---

c) Des avis divergents concernant la population

i. A tout le monde

Pour certains, le protocole pourrait être proposé à l'ensemble des patients ayant une épicondylite.

MG 1	« La fiche est claire et les exercices paraissent rapides avec une prise en charge assez claire qui peut être accessible à n'importe quel patient. C'est assez complet. »
MG 8	« En tout cas, le proposer à tout le monde, oui, bien sûr, ça serait l'idéal. »

ii. Aux personnes ayant un bagage scolaire

Pour d'autres, le protocole doit être réservé à des personnes ayant un niveau socio-culturel minimal pour une compréhension adéquate.

MG 4	« Ce n'est pas adapté à tout le monde, faut quand même qu'ils soient cortiqués, euh, ici c'est un peu compliqué... Mais ça peut être adapté à certaines personnes. »
MG 6	« Après ça dépend, ce n'est pas fait pour tout le monde. Y en a certains qui vont avoir du mal à comprendre et à le faire. Après on a des patients justement qui sont à l'écoute de ce genre de solution. »

iii. Adaptation en fonction de l'âge et du physique

Le protocole doit être adapté en fonction des possibilités physiques de chacun. Il est préférable que le patient soit peu douloureux avant de commencer le protocole.

MG 5	« C'est à adapter à l'âge du patient et de ses possibilités physiques. »
------	--

	<i>« Euh, ça serait plutôt adaptable au sujet jeune ou au sujet peu douloureux. »</i>
--	---

iv. Prescription du protocole à ceux qui font de la kinésithérapie

Le protocole pourrait être proposé en complément de la kinésithérapie en place.

MG 14	<i>« On pourrait le prescrire à tous ceux qu'on envoie vers le kiné. Après bon ceux qui sont en échec de kiné, on n'arrivera pas à faire ça. Mais ça pourrait être fait pour tout le monde. »</i>
-------	---

3. FAISABILITE DU PROTOCOLE

a) Importance de bien expliquer le protocole

L'adhésion et la réussite du protocole passent par une explication claire du protocole avec si possible la réalisation des gestes à faire au domicile.

MG 10	<i>« A partir du moment où on sait expliquer la fiche, euh il n'y a pas de raison que ça ne le fasse pas. Elle est bien cette fiche. Franchement elle est bien. C'est assez simple, et les explications ne sont pas compliquées. La glace aussi, c'est une bonne chose. Faut essayer en tout cas ! »</i>
MG 13	<i>« Alors, c'est plutôt bien fait. (Réfléchi). Par contre j'ai du mal à voir et à expliquer les gestes aux patients, les gestes à faire et surtout le positionnement de l'articulation au moment de le faire. En tout cas, une fois que j'aurai vu ça, ou que l'on me montrera ça, je pourrai volontiers l'expliquer au patient. »</i>

b) Les poids se trouvent facilement

L'utilisation de poids pour le protocole est une pratique courante en rééducation. Celle-ci est simple à mettre en œuvre.

MG 1	<i>« D'un point de vue pratique, ça me paraît faisable. Les poids, on peut en trouver facilement dans le commerce. »</i>
MG 2	<i>« Mais avec des poids, c'est pas mal, ça évite de se blesser. En tout cas, ça a l'air d'être facile à utiliser. En tout cas c'est assez compréhensible pour le patient, par rapport à son niveau socio-culturel et professionnel. Euh, c'est pas mal. »</i>

c) Des difficultés pour augmenter la charge

La difficulté réside dans le fait d'augmenter progressivement les poids à chaque fois.

MG 7	<i>« Par contre, ça peut être un peu compliqué pour les gens de comprendre d'augmenter le poids à chaque fois, donc faudrait différents poids à chaque fois. »</i>
MG 9	<i>« Après, je ne sais pas si en pratique par rapport au poids... euh c'est peut-être le truc un peu compliqué du protocole. »</i>

d) Le problème d'observance du patient

Le protocole nécessite une adhésion du patient pour être fait correctement au domicile.

MG 3	<i>« La seule réserve que je peux peut-être émettre, euh ça serait l'observance du patient. Je ne suis pas certain que cela puisse être réalisé correctement et de façon régulière au domicile du patient sauf peut-être pour les plus motivés. »</i>
MG 9	<i>« A tout le monde, non. A mon avis, je l'adapterai aux personnes que j'ai en face de moi, celles pour qui je pense qu'il peut y avoir une bonne observance. »</i>

4. COLLABORATION AVEC LE KINESITHEPEUTE

a) Explication et correction du protocole par le kinésithérapeute

Le protocole pourrait être ré expliqué, adapté voire corrigé avec le kinésithérapeute en fonction

des douleurs, de l'observance et de l'évolution pour qu'il parvienne à son terme.

MG 1	<i>« Puis après le kiné pourrait corriger en fonction de l'évolution avec le patient certaines choses qui ont été difficiles »</i>
MG 8	<i>« Il faut quand même un certain niveau pour le faire. Il faut réfléchir à tout ça. Peut-être qu'en le réexpliquant plusieurs fois chez le kiné, ça pourrait marcher. »</i>
MG 10	<i>« C'est une bonne idée !! C'est une bonne chose ! (Enthousiaste). Après, il faut prendre le temps de l'expliquer, et ça, c'est peut-être le rôle du kiné d'expliquer l'auto-rééducation après un certain nombre de séances où il voit qu'il y a une amélioration ! »</i>

La collaboration avec le kinésithérapeute a un effet placebo par le fait que le patient soit supervisé et coaché.

MG 3	<i>« Euh, si on cherche à rester sur cette pratique, je pense que c'est un peu compliqué, car on a besoin pour les patients d'avoir une supervision par un professionnel de santé. Je pense que globalement, ils sont en demande parce qu'il y a une part d'effet placebo d'être regardé par un professionnel qui lui dit que c'est bien ce qu'ils font et de la bonne façon. »</i>
------	---

b) Le kinésithérapeute pourrait prescrire le protocole aux patients

Le protocole peut être prescrit directement par les kinésithérapeutes.

MG 1	<i>« Je pense que le kiné propose déjà facilement aux patients ce genre de choses »</i>
MG 11	<i>« Je trouve ça très bien de donner ça aux patients. Je trouve que c'est plus au rôle du kiné que du médecin de le prescrire, car chacun son boulot... Moi, je ne suis pas kiné et c'est vrai que je trouve que ça peut être bien si effectivement on peut donner des fiches en plus du kiné. Parce que bon, parfois, les kinés n'ont</i>

	<i>peut-être pas le temps de leur expliquer, donc au moins ça leur permet de faire des exercices supplémentaires pour qu'ils aient moins de symptômes. »</i>
--	--

5. IDEES D'AMELIORATION DU PROTOCOLE :

a) Proposer une vidéo complémentaire pour montrer les mouvements à réaliser

Il a été proposé une vidéo en complément du protocole que l'on pourrait intégrer par un lien dans la fiche. Elle permet d'avoir une aide au domicile si l'exercice devient compliqué.

MG 1	<i>« Pourquoi pas avoir le protocole en vidéo. Ça pourrait être bien pour les patients qui ont des difficultés à comprendre la cinétique du mouvement »</i>
MG 13	<i>« Alors soit mettre peut-être un petit tutoriel pour montrer les mouvements à réaliser ou alors peut-être une petite vidéo qui montrerait les mouvements à faire ou alors juste peut-être un lien sur la fiche qui pourrait reporter sur un moteur de recherche pour voir les mouvements à faire. Ça serait un peu plus simple pour les patients ainsi que les médecins. »</i>

b) Proposer des objets du quotidien à la place des poids

Il est proposé de switcher les poids par des objets du quotidien, comme des bouteilles que l'on remplit au fur et à mesure.

La limite se trouve dans le poids que l'on peut mettre dans une bouteille simple.

MG 1	<i>« Peut-être proposer des objets du quotidien à la place des poids, comme une bouteille par exemple »</i>
MG 2	<i>« Ben l'avantage du protocole proposé c'est qu'on pourrait augmenter la charge avec des bouteilles d'eau à la place des poids. Les bouteilles par contre on est limité à 1,5 à 2 litres maximum. Donc aller au bout de plusieurs semaines de</i>

	<i>rééducation, ça peut être compliqué »</i>
MG 7	<i>« Avec les poids, j'ai un peu peur que ça soit compliqué à mettre en place pour les patients lambdas qui n'ont pas de poids chez eux. Mais on pourrait remplacer les poids avec des choses simples, comme des bouteilles. »</i>

Il est également possible de remplacer les poids par des élastiques.

Les élastiques sont déjà utilisés pour d'autres articulations ou muscles.

MG 8	<i>« Soit sous cette forme-là, soit à la place des poids, on pourrait remplacer par des élastiques, car c'est facile à comprendre, comme ce qu'on fait pour l'épaule ou les adducteurs. C'est vrai qu'avec un élastique ça serait pas mal aussi ! »</i>
------	---

c) Obtenir un objectif avec le patient concernant la rééducation

Il peut être proposé un objectif avec le patient. L'objectif s'adapte en fonction du patient mais peut être l'absence de récurrence, l'antalgie, la reprise du travail ou sportive par exemple.

MG 9	<i>« Je pense qu'il manque l'objectif mais ça, ça se discute avec le patient directement, mais pour bien comprendre ce que l'on renforce »</i>
------	--

IV. DISCUSSION

A. DISCUSSION SUR LA METHODOLOGIE

1. LES FORCES DE L'ETUDE

a) Validité interne

Le but de l'étude était d'étudier la prise en charge des épicondylites et plus particulièrement les consignes rééducatives/les exercices de rééducation et la prescription de kinésithérapie.

L'apport d'une fiche rééducative pouvant être utilisée par les médecins généralistes n'avait jamais été étudié.

La méthode qualitative était la plus adaptée dans l'étude, car il s'agissait de récupérer différents ressentis et idées dans un contexte particulier.

Nous avons formulé des hypothèses par théorisation ancrée devant l'absence d'idées préconçues.

Afin que l'étude soit reproductible, la grille méthodologique COREG a été utilisée en Annexe 3 (35).

b) Validité externe

L'échantillonnage était basé initialement sur les connaissances de l'investigateur, puis un recrutement par effet boule de neige était réalisé, permettant d'avoir l'échantillon le plus représentatif possible.

Les données sont difficilement extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes devant le faible nombre d'entretiens. L'utilisation des résultats reste à l'appréciation personnelle du soignant.

2. LES FAIBLESSES DE L'ETUDE

a) Biais d'interprétation

L'énonciation des questions et des relances par l'investigateur peut influencer sur les médecins

interrogés. C'est ce que l'on appelle le biais d'interprétation. Des reformulations de contrôle étaient utilisées pour limiter ce biais.

b) Biais de recrutement

Le recrutement par effet boule de neige entraîne un biais de recrutement. L'investigateur ayant des connaissances dans une tranche d'âge de moins de quarante ans sélectionne une population plus jeune indirectement.

B. DISCUSSION DES RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA TLC

L'étiologie de la TLC ainsi que des tendinopathies est encore de manière plus générale discutable de nos jours. L'étude d'Abate et al (2009) décrit que la tendinopathie est le résultat d'une déformation trop importante de l'enthèse (1). L'étude histologique de la tendinopathie retrouve une inflammation et une dégénérescence auxquelles s'associent une hyperplasie angio-fibroblastique, vasculaire et une désorganisation des fibres de collagène (7). La désorganisation du tendon est le résultat d'un déséquilibre entre synthèse et dégradation. La présence de cytokines inflammatoires n'accrédite pas l'origine inflammatoire, car celles-ci peuvent être retrouvées dans la réponse au stress mécanique (36).

Même si la TLC touche autant les femmes que les hommes, les deux sexes ne sont pas sur un même pied d'égalité. Les hommes seront plus affectés lors de travaux de précision, alors que les femmes seront plus souvent touchées lors d'activités répétitives (37).

Un médecin avait retrouvé une corrélation entre TCL et tabagisme actif. En effet, la littérature confirme un lien positif entre tabagisme actif ou ancien et TCL. D'autres facteurs de risques ont été retrouvés comme frapper sur un clavier, jouer du piano, utiliser un accessoire de plus de 1 kilo, lever des charges de plus de 20 kg au minimum 10 fois par jour et alterner

pronation/supination du coude et du poignet au minimum 2 heures par jour (38).

D'autres facteurs de risques sont retrouvés dans l'étude d'Abate et al (2009) comme l'âge entre 35 et 55 ans, le diabète, les maladies systémiques, les troubles neurologiques, les maladies infectieuses, l'insuffisance rénale chronique, le psoriasis, le lupus érythémateux systémique, l'hyperparathyroïdie et l'hyperthyroïdisme.

La iatrogénie peut-être une cause de TCL. Un lien positif a été retrouvé dans cette même étude avec les fluoroquinolones, les statines, les contraceptifs oraux et l'infiltration de corticostéroïdes (1).

2. MALADIE PROFESSIONNELLE ET TLC

La TCL peut être reconnue en maladie professionnelle dans le tableau n°57 du régime général. Elle touche les personnes ayant des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main depuis au minimum 14 jours d'après le tableau. Aucun examen n'est obligatoire pour la reconnaissance (9,39)

Si les critères sont retenus par le médecin généraliste, une demande de reconnaissance en maladie professionnelle peut être réalisée. Ensuite la caisse primaire d'assurance maladie réalise une enquête auprès du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, qui rend un avis favorable ou défavorable. La caisse primaire d'assurance maladie a ensuite trois mois pour statuer sur le caractère professionnel ou non de la TLC (40).

Dans notre étude, les médecins généralistes réalisent rarement la demande en maladie professionnelle. Elle est souvent faite si persistance à plusieurs semaines de la pathologie. Parfois, elle est demandée par le patient lui-même.

3. THERAPEUTIQUE ET TLC

L'étude de Pattanittum et al (2013) dans la revue Cochrane s'est intéressée à l'efficacité des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sur la douleur dans la TCL. Ce travail retrouve un effet significatif des AINS locaux à court terme. En revanche, pour les AINS per os, les résultats sont discordants. Une seule étude retrouve une amélioration de douleur. Certaines études trouvent des résultats inférieurs sur la douleur comparativement aux infiltrations de corticoïdes. Les effets secondaires, notamment intestinaux rendent leurs utilisations compliquées (41). Une autre étude précise que l'utilisation d'AINS pourrait même ralentir la cicatrisation tendineuse (15,42).

Dans notre étude, certains médecins prescrivent des contentions de type coudière ou des attelles de poignet. Il existe plusieurs appareillages différents dans les TCL. On peut citer les coudières, les bracelets épicondyliens, les bandes élastiques adhérentes ou encore les orthèses de poignet.

Une étude randomisée s'est intéressée à l'utilisation de l'orthèse de poignet dans les TCL chronique de plus de 3 mois avec prescription de kinésithérapie concomitante. L'étude semble retrouver une tendance à la réduction de la douleur à 3 mois lors du port d'une orthèse versus sans orthèse (43).

La revue de Bisset et al. (2005), Paa et al. (2009) ainsi que le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2012 démontrent le peu d'intérêt en faveur des contentions. Les échelles de douleur ne montrent pas de différences significatives ou parfois même la contention peut être défavorable par rapport au traitement médical ou de kinésithérapie. La contention ne semble donc pas indiquée dans le traitement de l'épicondylite (16,17,44)

Plusieurs études ainsi qu'une méta-analyse ont évalué l'impact des infiltrations de corticoïdes avec des résultats bénéfique sur la douleur principalement à court terme. Sur le moyen et long

terme, toutes les études tendent dans le même sens en affirmant que les infiltrations de corticoïdes ne montrent pas de bénéfice significatif par rapport à l'absence de traitement. Des effets secondaires peuvent être observés à type d'atrophie cutanée, de dépigmentation et de perte de masse musculaire. Ce traitement est donc à réserver aux patients très symptomatiques en phase aiguë (45–47).

Un médecin propose dans notre étude de la PRP dans les stades avancés pour ses patients. L'injection de PRP consiste à l'administration d'un concentré plaquettaire autologue fait par centrifugation. L'injection apporte des facteurs de croissance plaquettaires permettant une régénération du tendon et une cicatrisation plus rapide. Différents protocoles existent sur la PRP. Les résultats sont encourageants notamment dans les tendinites rotuliennes et la TCL avec un traitement combiné de kinésithérapie. D'autres études doivent être réalisées pour sélectionner la population adéquate car certains patients sont non répondeurs au traitement. L'âge avancé pourrait par exemple réduire la concentration de facteurs de croissance (48,49).

4. KINESITHERAPIE ET TCL

La kinésithérapie dans la TCL englobe un éventail de techniques qu'il est parfois possible de réaliser au cabinet comme à la maison.

Concernant les massages transverses, les études précisent qu'il est important de les réaliser en profondeur avec une pression adaptée aux en fonction des douleurs du patient. Le massage transverse va améliorer la circulation sanguine avec une hyperhémie, une élimination des adhérences et une stimulation des mécanorécepteurs. Il en résulte un effet antalgique (23,24).

Cette technique est utilisée en complément des programmes de rééducation. La revue Cochrane de Brosseau et al. (2009) a démontré cette technique et son effet. Il n'a pas été retrouvé d'effets significatifs en faveur de cette technique mais des améliorations sur la douleur (50).

Pour ce qui est des étirements, comme les massages transverses, ils ne sont pas utilisés de

manière isolée, mais en complément au reste de la thérapeutique. Une revue systématique d'Olaussen et al. (2013) montre que les étirements associés à un programme de renforcement musculaire ont des effets bénéfiques à court et long terme (47).

D'autres études montrent que la pratique du glaçage en supplément du protocole de rééducation dans le TCL est bénéfique sur la réduction de douleur (51).

Une revue systématique a étudié les ultrasons dans le TCL. L'étude montre que les résultats à court terme sont discordants mais tendent à une réduction des douleurs mais sans action sur la force et la fonction musculaire. A moyen terme, l'étude contre placebo permet une réduction des douleurs de TCL de façon significative (26).

Les ondes de chocs ont des résultats controversés dans la littérature. Une revue Cochrane de Buchbinder et al. (2005) reprend 9 études parmi lesquelles seules 4 retrouvent un effet positif par rapport au traitement par placebo. Cette revue ne conseille pas l'utilisation d'ODC dans le TCL.

L'efficacité des ODC est donc controversée, surtout par rapport aux effets secondaires comme l'érythème cutané, les douleurs et les possibles hématomes. Une autre revue Cochrane de 2006 ne montre pas de bénéfice statistiquement significatif (52,53).

5. EXERCICES EXCENTRIQUES

De multiples travaux ont étudié l'exercice excentrique comme traitement des tendinopathies. Dans notre étude, certains médecins prescrivent de la rééducation excentrique à faire chez le kinésithérapeute ou de l'auto-rééducation.

Curwin et Stanish soutiennent l'idée que la tension créée par les exercices excentriques permet la création d'un nouveau tissu fibreux de l'ensemble musculo-tendineux, et le rend plus résistant par la suite. Il y aurait un allongement de l'ensemble musculo-tendineux entraînant une hypertrophie de celui-ci et une diminution des tensions lors des mouvements du coude

(54).

Les revues Raman et al. ainsi que Cullinane et al. retrouvent des résultats significativement en faveur du renforcement musculaire en comparaison avec des traitements plus conventionnels de type étirements et physiothérapie. Certaines de ses études ont montré que l'ajout du renforcement musculaire excentrique à ces traitements conventionnels améliorerait significativement les douleurs et la fonction du coude (4,37).

D'autres études avec une rééducation excentrique étaient réalisées sur 6 à 12 semaines. Aucun équipement de pointe n'était nécessaire à la réalisation des exercices. Celles-ci retrouvent une amélioration significative de la force de la main sans douleur (55,56)

D'autres programmes d'exercices avec une contraction concentrique ont été comparé avec la contraction excentrique. L'étude de Peterson et al. (2014) retrouve une amélioration plus rapide de l'antalgie dans une programme excentrique comparé à un programme concentrique (55).

Malgré des avantages du programme excentrique pour la TLC, la durée, la fréquence, l'intensité et le type de charges optimaux ne sont pas établis précisément (37). Stanish pratique un protocole avec une vitesse croissante contrairement à Alfredson qui utilise une vitesse lente (15). Le temps de repos de deux minutes semble lui permettre la récupération musculaire de façon adéquate (56).

Menta et al. précisent qu'un suivi régulier avec un kinésithérapeute serait plus efficace qu'un programme d'exercices réalisés seul à la maison (5).

6. EXERCICE A LA MAISON :

Les études sur la réalisation d'exercices de rééducation à la maison restent rares. Aucune étude ne s'est intéressée pour l'instant à la prescription directe des exercices par le médecin généraliste au patient.

Söderberg et al. ont réalisés un essai contrôlé randomisé pour évaluer le renforcement musculaire excentrique réalisé à la maison chez des patients souffrant de TCL. Un groupe effectuait les exercices excentriques sur 6 semaines avec port d'un bracelet épicondylien. Le groupe contrôle ne portait que le bracelet épicondylien. Les exercices ont été réalisés avec un seau plus ou moins rempli d'eau. Au début, il s'agissait de 2 séries de 8 à 12 répétitions par jour, avec une augmentation progressive vers 3 séries 2 fois par jour en fonction de l'intensité des douleurs que le patient gérait lui-même. A 6 semaines du protocole, l'étude retrouvait de façon significative une amélioration de la force de préhension infra-douloureuse et de la force isométrique des muscles extenseurs. Pour la douleur, pas de différence significative n'était retrouvée à la fin du protocole, probablement dû aux conseils donnés aux 2 groupes. Les auteurs suggéraient que les effets pourraient être majorés avec l'adjonction d'autres traitements si le traitement était plus long (57).

Manias et al. (2006) proposent dans une étude pilote de faire des exercices musculaires excentriques avec un élastique, en résistant à la descente puis de remonter le poignet avec la main controlatérale (25).

Tyler et al. (2010) proposent eux d'utiliser une barre en caoutchouc bon marché (Thera-Band® FlexBar; The Hygenic Corporation, Akron OH) pour la réalisation d'exercices excentriques. Le but est de tordre la barre avec un mouvement de flexion de poignet du membre non impliqué dans la TCL et laisser se détordre avec le bras atteint pour réaliser une extension excentrique (58).

En plus de l'exercice excentrique proposé à la maison, il est question de savoir si la supervision des exercices par un professionnel aurait un impact. Une étude de Stasinopoulos D et al. (2010) s'est penchée sur cette question. Deux groupes réalisaient des exercices sur 3 mois : un groupe seul au domicile alors que le second était supervisé par un professionnel. Dans les deux groupes, il y avait une diminution significative de la douleur et une augmentation de la fonction

à 3 mois par rapport à l'état initial. Il existait également une différence significative à 3 mois entre les 2 groupes sur ces 2 paramètres en faveur du groupe supervisé. Cette étude démontre donc que les exercices supervisés sont supérieurs au programme d'exercices à domicile (59).

Avec ces différentes études et les conseils des médecins interrogés, nous pourrions proposer dans le protocole à remettre aux patients des conseils supplémentaires.

A la place des poids, il pourrait être conseillé d'utiliser des objets du quotidien comme une bouteille d'eau ou un seau d'eau que l'on remplit progressivement. Il est également possible d'utiliser des élastiques de différentes résistances que l'on retrouve dans le commerce afin de mimer les poids.

Des vidéos complémentaires pourraient être réalisées sur le protocole. Sur internet, il est facile de trouver des vidéos de kinésithérapeutes qui expliquent et montrent la réalisation du protocole excentrique dans la TCL.

En plus du protocole prescrit par le médecin généraliste, un suivi concomitant par le kinésithérapeute aiderait le patient dans l'exécution des exercices. Une supervision directe et indirecte permettrait une meilleure adhésion au traitement et une rectification des erreurs faites par le patient.

V. CONCLUSION

La tendinopathie latérale du coude est une tendinopathie dégénérative des tendons proximaux des muscles épicondyliens. C'est une maladie du geste. Elle est très fréquente et principalement d'origine professionnelle dans notre recueil. Les traitements des épicondylites sont multiples mais n'apportent généralement qu'une amélioration transitoire et relative. Les traitements les plus utilisés en pratique sont les anti-inflammatoires, le glaçage, le repos, puis parfois les infiltrations et la kinésithérapie.

Dans notre étude, les médecins prescrivent de la kinésithérapie dans un deuxième temps lorsque la TCL persiste. La prescription est généralement bien décrite pour le kinésithérapeute. Il est souvent proposé des massages, ultrasons, des ondes de choc et de la rééducation à l'appréciation du kinésithérapeute. Certains médecins demandent spécifiquement de la rééducation excentrique.

Les notions et les spécificités du protocole excentrique par les médecins restent vagues. Plusieurs études ont montré l'efficacité des exercices excentriques à but antalgique et de renforcement musculaire lorsqu'ils sont réalisés sur plusieurs semaines. Ces exercices sont principalement réalisés chez le kinésithérapeute avec une explication de l'auto-rééducation par celui-ci.

Différentes études ont décrit la réalisation des exercices excentriques à la maison mais aucune ne fait mention d'une prescription du protocole par le médecin généraliste. La plupart des médecins donnent des conseils aux patients sur l'éviction du geste en cause, le repos, la cryothérapie et les automassages. Certains médecins dans notre étude proposent déjà des exercices de rééducation au domicile avec des pinces de musculation ou balle de musculation.

La présentation dans notre étude d'un protocole excentrique qui serait prescrit par le médecin généraliste était accueillie favorablement dans la prise en charge des TLC. Il est décrit comme

simple à réaliser avec peu de moyens nécessaires. La prescription devrait être adaptable au profil du patient car le fait d'augmenter le poids lors d'exercices pourrait être contraignant pour certains patients. Il a été proposé de collaborer avec le kinésithérapeute pour une meilleure observance du patient et de le guider dans sa démarche rééducative. Les médecins ont proposé des alternatives aux poids par des objets du quotidien comme des bouteilles, des seaux, voire des élastiques de résistance. Une ou des vidéos complémentaires pourraient être adjointes au protocole pour guider le patient dans sa démarche rééducative.

Cette première recherche nous montre le potentiel d'une prescription d'une fiche rééducative par le médecin généraliste dans la TCL. Celle-ci pourrait être étudiée dans une future recherche où elle serait directement prescrite et expliquée par les médecins généralistes à leurs patients.

VI. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abate M, Silbernagel KG, Siljeholm C, Di Iorio A, De Amicis D, Salini V, et al. Pathogenesis of tendinopathies: inflammation or degeneration? *Arthritis Res Ther.* 2009;11(3):235.
2. Ahmad Z, Siddiqui N, Malik SS, Abdus-Samee M, Tytherleigh-Strong G, Rushton N. Lateral epicondylitis: a review of pathology and management. *Bone Jt J.* sept 2013;95-B(9):1158-64.
3. Verhaar JA. Tennis elbow. Anatomical, epidemiological and therapeutic aspects. *Int Orthop.* oct 1994;18(5):263-7.
4. Cullinane FL, Boocock MG, Trevelyan FC. Is eccentric exercise an effective treatment for lateral epicondylitis? A systematic review. *Clin Rehabil.* janv 2014;28(1):3-19.
5. Menta R, Randhawa K, Côté P, Wong JJ, Yu H, Sutton D, et al. The effectiveness of exercise for the management of musculoskeletal disorders and injuries of the elbow, forearm, wrist, and hand: a systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) collaboration. *J Manipulative Physiol Ther.* sept 2015;38(7):507-20.
6. Ortega-Castillo M, Medina-Porqueres I. Effectiveness of the eccentric exercise therapy in physically active adults with symptomatic shoulder impingement or lateral epicondylar tendinopathy: A systematic review. *J Sci Med Sport.* juin 2016;19(6):438-53.
7. Dumusc A, Zufferey P. [Elbow tendinopathy]. *Rev Med Suisse.* 11 mars 2015;11(465):591-5.
8. Sancerne A, Kaux J-F. Revue épidémiologique des tendinopathies les plus fréquentes. *J Traumatol Sport* [Internet]. déc 2015 [cité 16 nov 2021];32(4). Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/188471>
9. RG 57. Tableau - Tableaux des maladies professionnelles - INRS [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2057>
10. Troubles musculosquelettiques (TMS). Statistiques - Risques - INRS [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/statistiques.html>
11. Haddad A. Tendinopathies du coude. *Rev Rhum Monogr.* 1 avr 2012;79(2):64-71.
12. F. Degez, P. Pernot. Traitement kinésithérapique de l'épicondylalgie tendineuse. *Kinésithérapie-Médecine Phys-Réadapt* [Internet]. 2010; Disponible sur: [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283-0887\(10\)55150-8](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283-0887(10)55150-8)
13. Rodineau J. Les tendinopathies : guide de bonne conduite. *J Traumatol Sport.* déc 2011;28(4):264-9.
14. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. Management of Lateral Elbow Tendinopathy: One Size Does Not Fit All. *J Orthop Sports Phys Ther.* nov 2015;45(11):938-49.
15. Rees JD, Maffulli N, Cook J. Management of tendinopathy. *Am J Sports Med.* sept 2009;37(9):1855-67.
16. Bisset L, Paungmali A, Vicenzino B, Beller E, Herbert R. A systematic review and meta-

- analysis of clinical trials on physical interventions for lateral epicondylalgia. *Br J Sports Med.* juill 2005;39(7):411-22.
17. Struijs P a. A, Smidt N, Arola H, Dijk van CN, Buchbinder R, Assendelft WJJ. Orthotic devices for the treatment of tennis elbow. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1):CD001821.
 18. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. Efficacy and safety of corticosteroid injections and other injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials. *Lancet Lond Engl.* 20 nov 2010;376(9754):1751-67.
 19. Gard S. Efficacité des traitements de kinésithérapie pour les tendinopathies: Une revue de la littérature. *Kinésithérapie Rev.* 1 juill 2007;7(67):36-40.
 20. Geoffroy C. Méthodes et positions d'étirements : logique, précision et individualisation pour plus d'efficacité. *Kinésithérapie Rev.* 1 août 2015;15(164):41-52.
 21. Sauvant C, Kaux J-F. Prise en charge des tendinopathies en pratique générale. *Rev Médecine Générale [Internet].* oct 2017 [cité 17 nov 2021];346. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/215655>
 22. Cyriax JH. The pathology and treatment of tennis elbow. *JBJS [Internet].* 1936;18(4). Disponible sur: https://journals.lww.com/jbjsjournal/Fulltext/1936/18040/THE_PATHOLOGY_AND_TREATMENT_OF_TENNIS_ELBOW.11.aspx
 23. Stasinopoulos D, Johnson MI. Cyriax physiotherapy for tennis elbow/lateral epicondylitis. *Br J Sports Med.* déc 2004;38(6):675-7.
 24. Joseph MF, Taft K, Moskwa M, Denegar CR. Deep Friction Massage to Treat Tendinopathy: A Systematic Review of a Classic Treatment in the Face of a New Paradigm of Understanding. *J Sport Rehabil.* nov 2012;21(4):343-53.
 25. Manias P, Stasinopoulos D. A controlled clinical pilot trial to study the effectiveness of ice as a supplement to the exercise programme for the management of lateral elbow tendinopathy. *Br J Sports Med.* janv 2006;40(1):81-5.
 26. Dingemans R, Randsdorp M, Koes BW, Huisstede BMA. Evidence for the effectiveness of electrophysical modalities for treatment of medial and lateral epicondylitis: a systematic review. *Br J Sports Med.* juin 2014;48(12):957-65.
 27. Kaux J-F, Forthomme B, Goff CL, Crielaard J-M, Croisier J-L. Current Opinions on Tendinopathy. *J Sports Sci Med.* 1 juin 2011;10(2):238-53.
 28. Dimitrios S. Lateral elbow tendinopathy: Evidence of physiotherapy management. *World J Orthop.* 18 août 2016;7(8):463-6.
 29. Stanish WD, Rubinovich RM, Curwin S. Eccentric exercise in chronic tendinitis. *Clin Orthop.* juill 1986;(208):65-8.
 30. Slater H, Thériault E, Ronningen BO, Clark R, Nosaka K. Exercise-induced mechanical hypoalgesia in musculotendinous tissues of the lateral elbow. *Man Ther.* févr 2010;15(1):66-73.
 31. Heijnders ILC, Lin C-WC. The effect of eccentric exercise in improving function or reducing

- pain in lateral epicondylitis is unclear. *Br J Sports Med.* août 2015;49(16):1087-8.
32. Hoogvliet P, Randsdorp MS, Dingemans R, Koes BW, Huisstede BMA. Does effectiveness of exercise therapy and mobilisation techniques offer guidance for the treatment of lateral and medial epicondylitis? A systematic review. *Br J Sports Med.* nov 2013;47(17):1112-9.
 33. Raman J, MacDermid JC, Grewal R. Effectiveness of Different Methods of Resistance Exercises in Lateral Epicondylitis—A Systematic Review. *J Hand Ther.* janv 2012;25(1):5-26.
 34. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 162 p. (Méthodes en sciences humaines; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582.htm>
 35. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):50-4.
 36. Cook JL, Rio E, Purdam CR, Docking SI. Revisiting the continuum model of tendon pathology: what is its merit in clinical practice and research? *Br J Sports Med.* oct 2016;50(19):1187-91.
 37. Raman J, MacDermid JC, Grewal R. Effectiveness of Different Methods of Resistance Exercises in Lateral Epicondylitis—A Systematic Review. *J Hand Ther.* janv 2012;25(1):5-26.
 38. Van Rijn RM, Huisstede BMA, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. *Rheumatol Oxf Engl.* mai 2009;48(5):528-36.
 39. Article Annexe II : Tableau n° 57 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034631077
 40. Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n°93-121 du 27 janvier 1993. INRS. 2014;30.
 41. Pattanittum P, Turner T, Green S, Buchbinder R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for treating lateral elbow pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 31 mai 2013;(5):CD003686.
 42. Magra M, Maffulli N. Genetic aspects of tendinopathy. *J Sci Med Sport.* juin 2008;11(3):243-7.
 43. Nowotny J, El-Zayat B, Goronzy J, Biewener A, Bausenhardt F, Greiner S, et al. Prospective randomized controlled trial in the treatment of lateral epicondylitis with a new dynamic wrist orthosis. *Eur J Med Res.* 15 sept 2018;23(1):43.
 44. Dispositifs de compression/contention médicale à usage individuel Utilisation en Orthopédie/Rhumatologie/Traumatologie. Haute autorité de santé; 2012.
 45. Boisauvert B, Brousse C, Zaoui A, Montigny JP. [Nonsurgical treatment of tennis elbow]. *Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeduction Fonct Readaptation Med Phys.* août 2004;47(6):346-55.

46. Smidt N, Assendelft WJJ, van der Windt DAWM, Hay EM, Buchbinder R, Bouter LM. Corticosteroid injections for lateral epicondylitis: a systematic review. *Pain. mars* 2002;96(1-2):23-40.
47. Olausson M, Holmedal O, Lindbaek M, Brage S, Solvang H. Treating lateral epicondylitis with corticosteroid injections or non-electrotherapeutical physiotherapy: a systematic review. *BMJ Open.* 29 oct 2013;3(10):e003564.
48. Kaux J-F, Drion P, Croisier J-L, Crielaard J-M. Tendinopathies and platelet-rich plasma (PRP): from pre-clinical experiments to therapeutic use. *J Stem Cells Regen Med.* 2015;11(1):7-17.
49. Fitzpatrick J, Bulsara M, Zheng MH. The Effectiveness of Platelet-Rich Plasma in the Treatment of Tendinopathy: A Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials. *Am J Sports Med.* janv 2017;45(1):226-33.
50. Brosseau L, Casimiro L, Milne S, Robinson V, Shea B, Tugwell P, et al. Deep transverse friction massage for treating tendinitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(4):CD003528.
51. Richer N, Marchand A-A, Descarreaux M. Management of Chronic Lateral Epicondylitis With Manual Therapy and Local Cryostimulation: A Pilot Study. *J Chiropr Med.* déc 2017;16(4):279-88.
52. Buchbinder R, Green SE, Youd JM, Assendelft WJJ, Barnsley L, Smidt N. Shock wave therapy for lateral elbow pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 19 oct 2005;(4):CD003524.
53. Buchbinder R, Green SE, Youd JM, Assendelft WJJ, Barnsley L, Smidt N. Systematic review of the efficacy and safety of shock wave therapy for lateral elbow pain. *J Rheumatol.* juill 2006;33(7):1351-63.
54. Curwin S, Stanish WD. *Tendinitis: its etiology and treatment.* Lexington, Mass: Collamore Press; 1984. 189 p.
55. Peterson M, Butler S, Eriksson M, Svärdsudd K. A randomized controlled trial of eccentric vs. concentric graded exercise in chronic tennis elbow (lateral elbow tendinopathy). *Clin Rehabil.* sept 2014;28(9):862-72.
56. Acute Hormonal and Neuromuscular Responses and Recovery to Forced vs. Maximum Repetitions Multiple Resistance Exercises. *Int J Sports Med.* août 2003;24(6):410-8.
57. Söderberg J, Grooten WJ, Äng BO. Effects of eccentric training on hand strength in subjects with lateral epicondylalgia: a randomized-controlled trial: Eccentric training and lateral epicondylalgia. *Scand J Med Sci Sports.* déc 2012;22(6):797-803.
58. Tyler TF, Thomas GC, Nicholas SJ, McHugh MP. Addition of isolated wrist extensor eccentric exercise to standard treatment for chronic lateral epicondylitis: A prospective randomized trial. *J Shoulder Elbow Surg.* 1 sept 2010;19(6):917-22.
59. Stasinopoulos D, Stasinopoulos I, Pantelis M, Stasinopoulou K. Comparison of effects of a home exercise programme and a supervised exercise programme for the management of lateral elbow tendinopathy. *Br J Sports Med.* 1 juin 2010;44(8):579-83.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Le guide d'entretien

« Je réalise une thèse de médecine générale qui vise à étudier les prescriptions de kinésithérapie et si elle a lieu d'auto-rééducation dans les épicondylites par les médecins généralistes des Hauts-de-France. »

<u>Questions</u>	<u>Relances possibles</u>
Qui êtes-vous ?	Âge Sexe Rural / semi-urbain /urbain Formation complémentaire
Quand pensez-vous à une épicondylite ?	Quels sont les signes cliniques? De quelle population s'agit-il? Quel est son mode de survenu ? Si la clinique est insuffisante que faites-vous?
Quelle prise en charge faites-vous sur les épicondylites?	Quelle prise en charge médicale faites-vous ? Faites-vous des arrêt de travail, maladie professionnelle ou arrêt sportif ? Si la symptomatologie persiste, orientez vous vers d'autres spécialistes?
Selon vous, qu'apporte la kinésithérapie dans l'épicondylite?	Quand? Comment? Combien? Efficacité?
Que connaissez-vous sur la rééducation/kinésithérapie dans l'épicondylite?	Quelles techniques connaissez vous ? Quelle rééducation connaissez-vous ?
Certaines techniques d'auto rééducation existent sur l'épicondylite. Je vais vous montrer un exemple de fiche sur l'auto rééducation au domicile par les patients: qu'en pensez-vous?	
Comment pourrions-nous l'améliorer pour votre pratique?	

Annexe 2 : Protocole d'auto-rééducation dans l'épicondylite

PROTOCOLE EXCENTRIQUE DE STANISH POUR LES EPICONDYLIENS

Il s'agit d'un protocole pour renforcer et cicatriser le tendon.

Le programme d'exercice comporte :

1. Echauffement général

2. Etirement statique du tendon pathologique : 15 à 30 secondes entre 3 et 5 répétitions

3. Travail excentrique :

- L'avant bras repose sur une table, main en pronation tenant un poids et flexion lente du poignet



- Le retour à la position neutre se fait avec la main saine



- Charge initiale d'environ 250 grammes à 2kg en fonction de la douleur
- Puis majoration de 250-500 grammes par semaine
- Progression en vitesse puis progression en charge en fonction de la douleur. Une fois la charge augmentée, on recommence la progression en vitesse et on poursuit ainsi de suite.
- Faire 3 séries de 10-15 répétitions par exercice avec 2 minutes de pause entre chaque série
- Ces exercices sont effectuées 1-2 fois/jour pendant 6 à 12 semaines

4. Etirement et glaçage

Protocole : Sauvant C, Kaux JF. Prise en charge des tendinopathies en médecine générale. La Revue de la Médecine générale. 2017 ; 346 : 6-14 (21)

Illustrations : « <https://medical-athletics.eu/onewebmedia/Protocole%20Excentrique%20de%20Stanish%20pour%20les%20Epicondylis.pdf> »

Annexe 3 : Grille COREQ

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

N	Item	Description	Réponse
1	Enquêteur/Animateur	Quel(s) auteur(s) a(ont) mené l'entretien individuel ?	PORCHET Jean-Christophe
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de DES en médecine générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première étude qualitative

Relations avec les participants

N	Item	Description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient ils avant le commencement de l'étude ?	Oui
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne ou remplaçant de médecine générale
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Interne de médecine générale réalisant une thèse d'exercice

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

N	Item	Description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

Sélection des participants

N	Item	Description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné, effet boule de neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Téléphone Courrier électronique
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	14
13	Non participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	2 Manque de temps

Contexte

N	Item	Description	Réponse
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lieu de travail ou domicile du participant
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non

16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Oui, précisées dans le Tableau 1
----	------------------------------	--	----------------------------------

Recueil des données

N	Item	Description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien en annexe 1. Non
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	8 minutes 50 secondes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 12ème entretiens confirmé par 2 entretiens.
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats.

Analyse des données

N	Item	Description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codés les données	2
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni un description de l'arbre de codage	Oui, en annexe
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A l'analyse des données
27	Logiciel	Quel logiciel a été utilisé pour gérer les données ?	N'Vivo
28	Vérification par les participants ?	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

N	Item	Description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y'a-t-il une description des cas particuliers et une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

AUTEUR : Nom : PORCHET

Prénom : Jean-Christophe

Date de soutenance : 15 décembre 2021

Titre de la thèse : Prise en charge de l'épicondylite par les médecins généralistes. Place de la kinésithérapie et de l'auto-rééducation. Vécu des généralistes

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Epicondylite, kinésithérapie, médecine générale, rééducation et réadaptation

Résumé :

Introduction : L'épicondylite est une tendinopathie dégénérative des tendons proximaux des muscles épicondyliens. C'est une maladie du geste très fréquente. L'objectif principal de l'étude est d'étudier la prise en charge des épicondylites, et plus particulièrement la place de la kinésithérapie et de l'auto-rééducation par les médecins généralistes des Hauts de France. L'objectif secondaire est de proposer et d'améliorer une fiche de rééducation des épicondylites, qui serait prescrite par les médecins généralistes aux patients en auto-rééducation.

Méthode : Etude qualitative auprès de 14 médecins généralistes des Hauts-de-France par la méthode d'entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à la suffisance des données.

Résultats : Dans notre étude, les médecins donnent des conseils sur l'éviction du geste, le repos, la cryothérapie et parfois les automassages. Certains proposent des exercices de rééducation au domicile. La prescription de kinésithérapie est faite lorsque l'épicondylite persiste. La prescription reste à l'appréciation du kinésithérapeute. Elle comprend en général des massages, ultrasons, ondes de choc et de la rééducation. L'auto-rééducation est généralement prescrite et expliquée par le kinésithérapeute. Les médecins sont favorables à la prescription d'une fiche d'auto-rééducation qui serait réalisée au domicile. Elle est jugée comme simple à réaliser avec peu de moyens. Il est nécessaire de l'adapter au profil du patient. Des alternatives aux poids comme des objets du quotidien sont possibles. Pour une meilleure observance du patient, une collaboration avec la kinésithérapeute serait souhaitable.

Conclusion : La kinésithérapie reste un traitement important de l'épicondylite. Les conseils des médecins généralistes et la prise en charge rééducative font partie intégrante du traitement pour soulager, guérir et prévenir les épicondylites.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur TIFFREAU Vincent

Assesseurs : Madame la Docteur REGNIER Anne-Marie

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice