

Epicondylite et arthroscopie



Christian Dumontier

Institut de la Main & hôpital saint Antoine, Paris

Les données actuelles

- ✦ Fréquence des épicondylalgies
- ✦ Physiopathologie
- ✦ Evolution naturelle
- ✦ Traitement médical
- ✦ Traitement chirurgical
 - ✦ Place de l'arthroscopie

EBM ?

of surgery on lateral elbow pain. REVIEWER'S CONCLUSIONS: At this time there are no published controlled trials of surgery for lateral elbow pain. Without a control group, it is not possible to draw any conclusions about the value of this modality of treatment.

1: [J Shoulder Elbow Surg.](#) 1999 Sep-Oct;8(5):481-91.

Lateral tennis elbow: "Is there any science out there?".

[Boyer MI](#), [Hastings H 2nd](#).

1: [Joint Bone Spine.](#) 2004 Sep;71(5):369-73.

Treatment of lateral epicondylitis: where is the evidence?

[Hong QN](#), [Durand MJ](#), [Loisel P](#).

1: [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2002;(1):CD003525.

Surgery for lateral elbow pain.

[Buchbinder R](#), [Green S](#), [Bell S](#), [Barnsley L](#), [Smidt N](#), [Assendelft WJ](#).

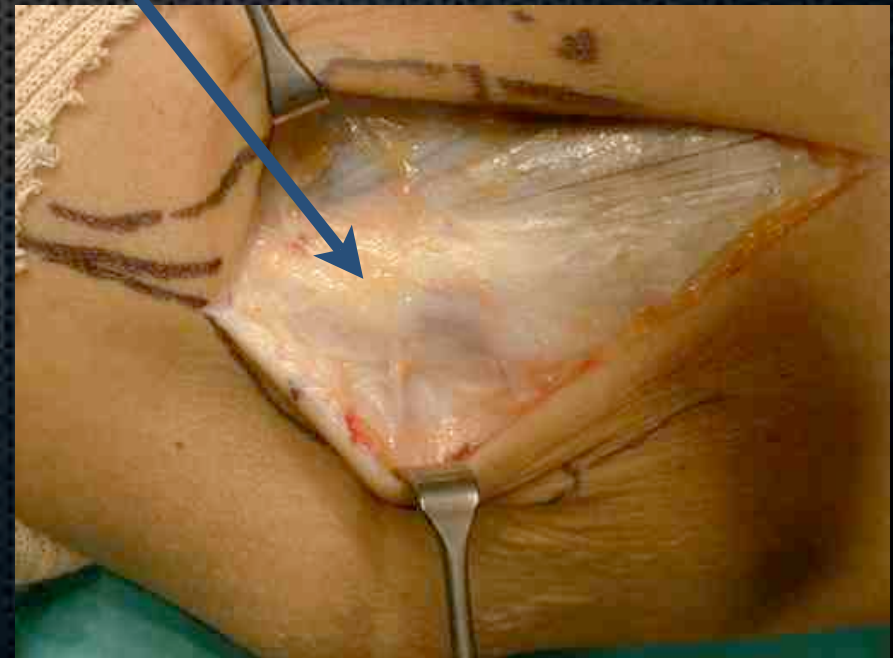
La chirurgie

- ✦ Indiquée en cas d'échec du "traitement médical"
- ✦ Doit être adaptée à la physiopathologie (Mal connue)
 - ✦ Pathologie tendineuse (après avoir éliminé les diagnostics différentiels)
 - ✦ De l'ECRB +/- EDC



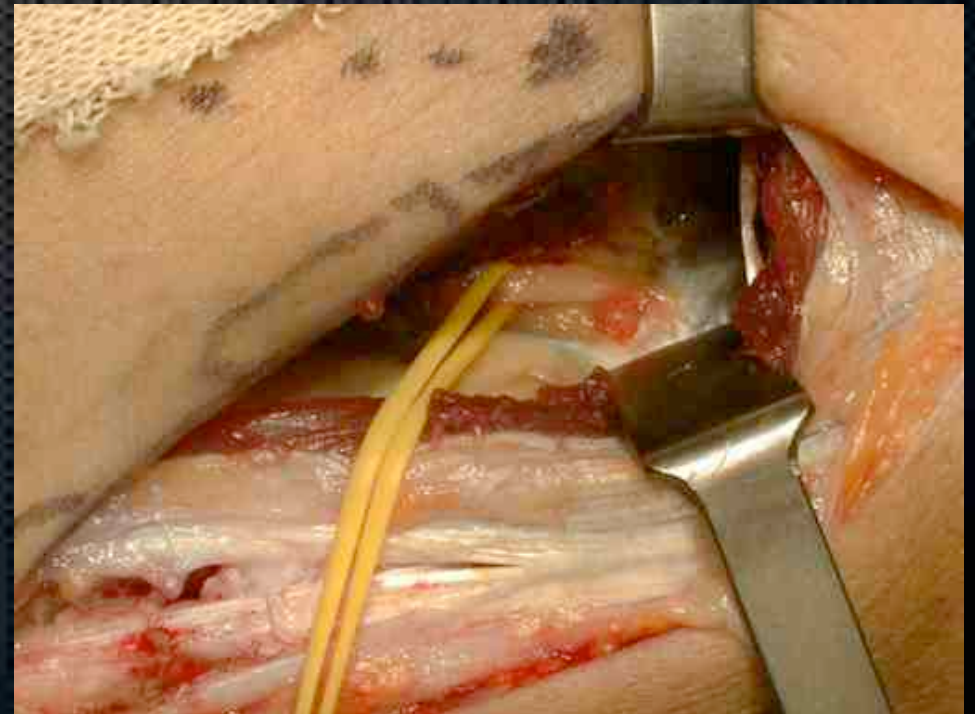
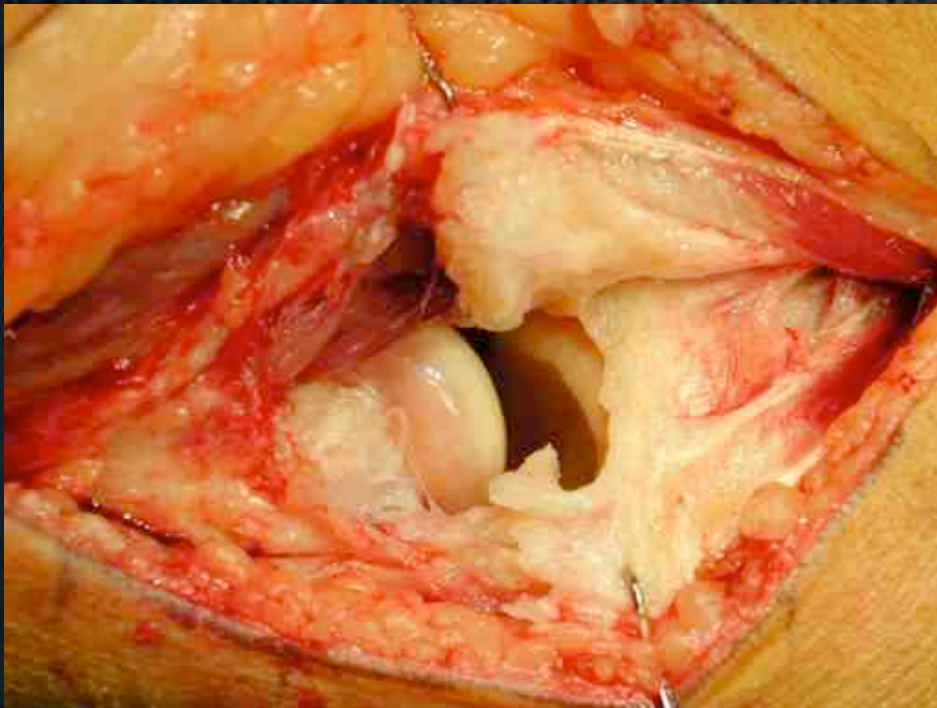
Les bases techniques

- Toutes les techniques (> 10 variantes) ont en commun la désinsertion de l'ECRB +/- EDC



Les bases techniques

- Variantes en fonction des gestes associés (neurolyse du radial, ouverture articulaire, dénervation de l'épicondyle, plasties musculaires,...)



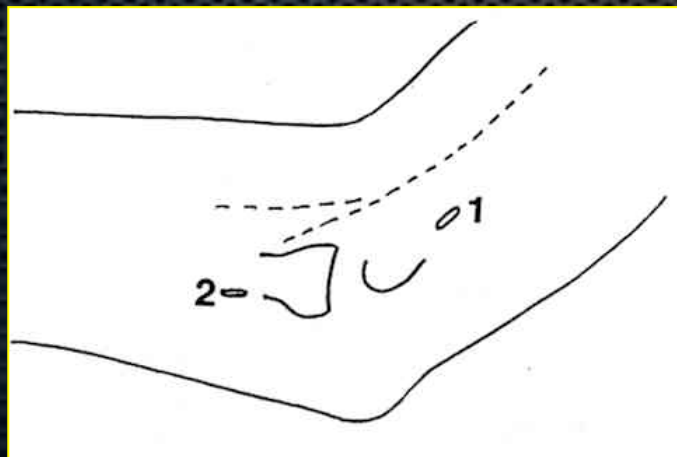
La nouveauté chirurgicale



- ✦ Le traitement endo/arthroscopique de l'épicondylalgie
 - ✦ Endoscopique (Krämer, 1993 - Grifka, 1995 - Rubenthaler, 2005)
 - ✦ Arthroscopique (Baker, 2000 - Owens, 2001, Cohen, 2001 - Peart, 2004 - Sennoune, 2005 - Mullet, 2005)

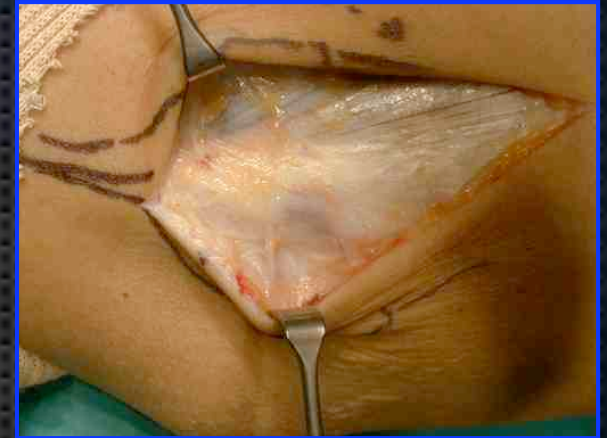
Endoscopique

- ✦ Création d'un espace de travail sous-cutané et section de dehors en dedans du tendon conjoint (1993, Krämer)
- ✦ 34 patients (?), 1995 Grifka & Krämer
- ✦ 20 patients (93,2 > 87,5 à ciel ouvert) (2005, Rubenthaler)



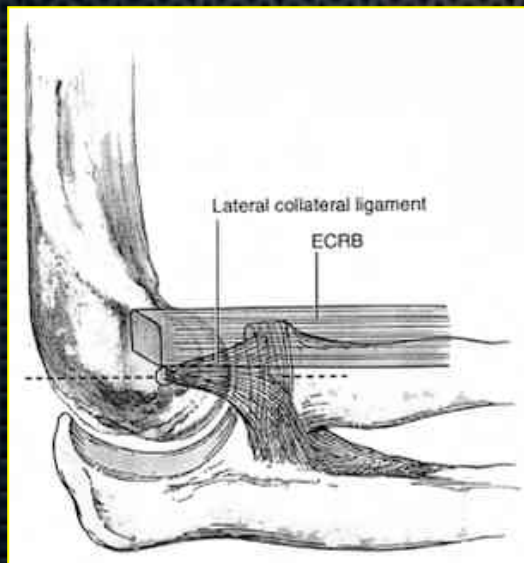
Endoscopique ?

- Pas d'expérience
- Bons résultats rapportés
- Limites théoriques:
 - Pas d'espace de travail
 - Risque pour les nerfs sous-cutanés
 - Difficulté à "délimiter" le tendon conjoint depuis la face latérale
 - Les "lésions anatomiques" sont situées à la face profonde



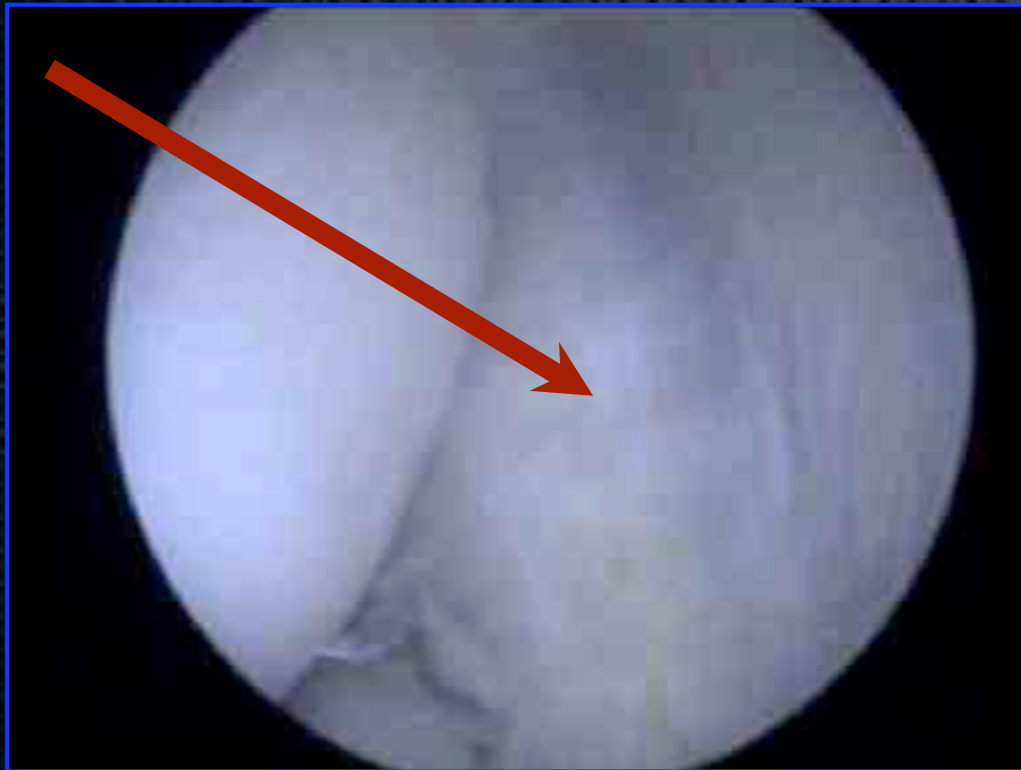
Arthroscopique

- ✦ Plus “facile” car vision endo-articulaire
- ✦ Plus logique car c’est la face profonde, visible, du tendon qui est atteinte
- ✦ Anatomiquement possible “sans dangers”



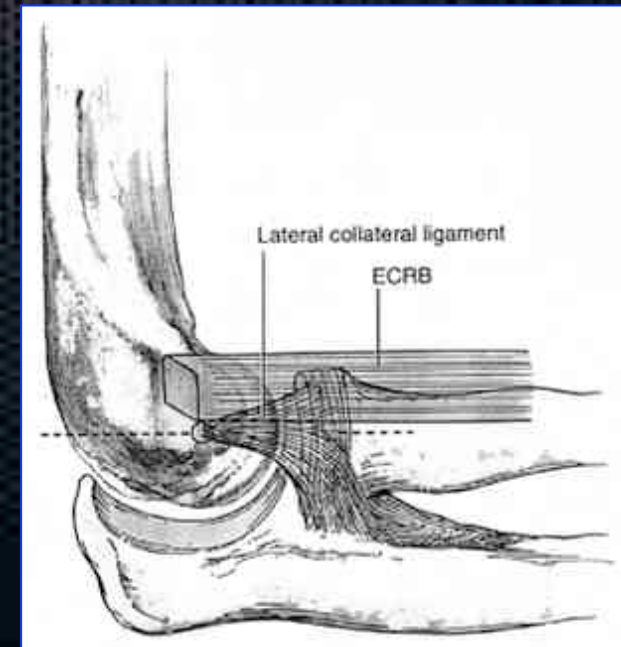
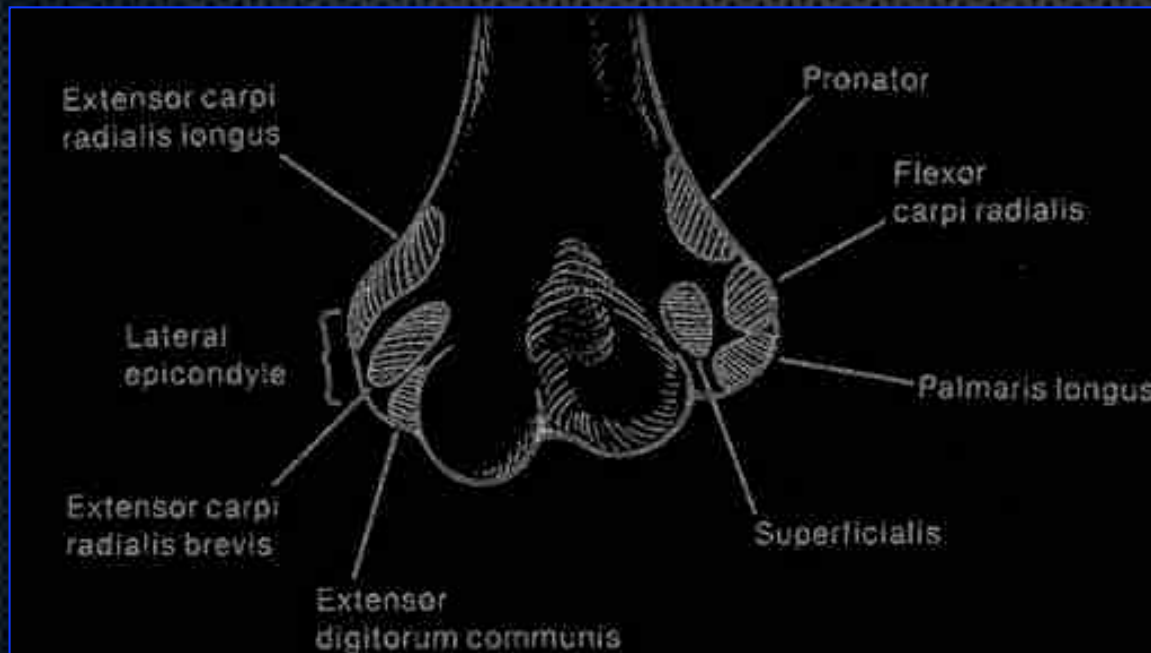
Bases anatomiques

- Le tendon de l'ECRB est visible à travers la capsule



Bases anatomiques

- L'ECRB peut être sectionné (et un débridement osseux réalisé) sans mettre en danger le ligament collatéral radial



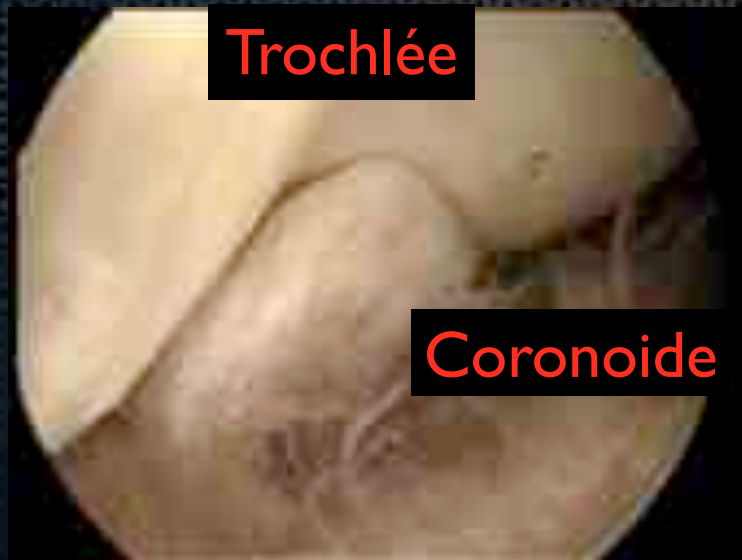
Inconvénients

- ✦ Pas de réinsertion tendineuse possible
 - ✦ Perte de force ?
- ✦ Section de la capsule
 - ✦ Risque de “kyste” post-op



Avantages

- Permet de rechercher et de traiter une pathologie endo-articulaire associée
 - 11% dans série ouverte de Nirschl
 - 60% dans série arthro de Baker
 - Cause de l'épicondylalgie pour Mullet



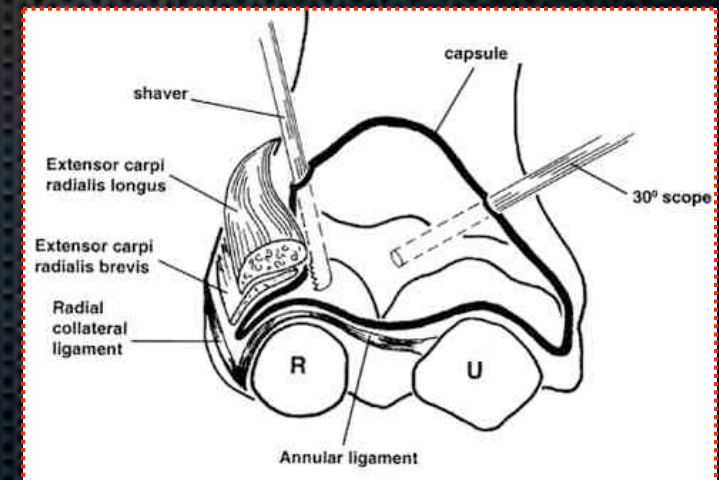
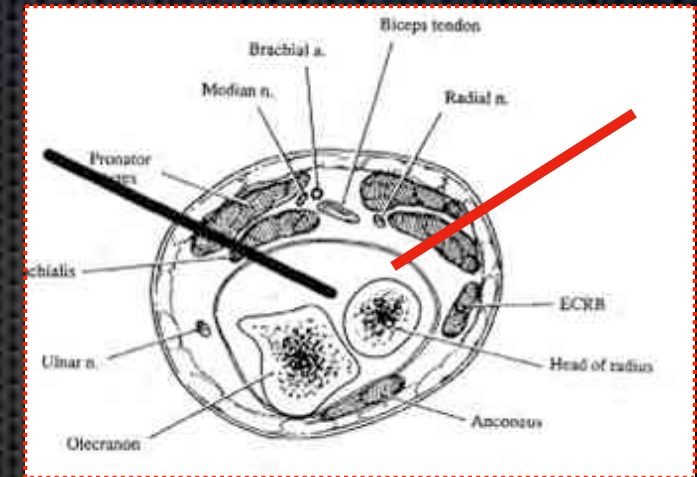
Technique (1)

- ✦ Arthroscopie du coude



Technique (2)

- ✦ Scope par voie médiale, instruments par voie latérale (décalés vers l'avant)
- ✦ Inspection de la capsule
- ✦ Section (si intacte) pour voir l'insertion du tendon conjoint



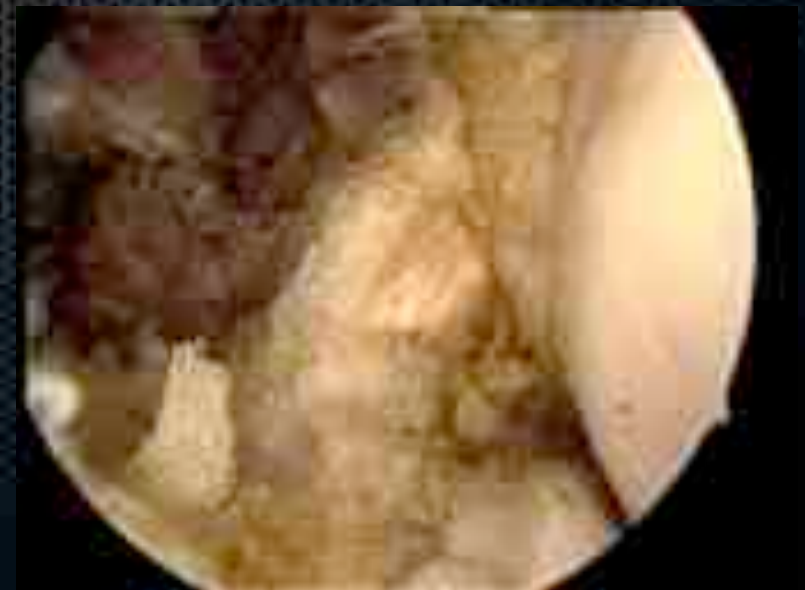
Classification capsulaire

- ✦ Type I: intacte \neq 30%
- ✦ Type II: déchirure longitudinale \neq 30%
- ✦ Type III: large déchirure \neq 30%



Technique (3)

- Section du tendon (de la partie haute du capitulum sur 11 mm jusqu'à la tête radiale/lgt annulaire) en respectant le LLE
- Qui ne s'insère jamais en avant du plan passant par le milieu de la tête radiale





	n	FU	Résultats
Baker, 2000	42/13	2	95% améliorés, Douleur 1,9 (sport), RTW 2,2 S
Owens, 2001	16/12	1	Douleur (sport) 3,25 -RTW 6 J
Peart, 2004	33	?	72% de bons/excellents
Sennoune, 2005	14	1	9 bons/excellents, 1 moyen, 4 échecs
Mullet, 2005	30	2	28/30 guéris en 2 semaines, RTW 7 J

Une avancée ?

- ✦ Cohen et Romeo: 14 pts dans chaque groupe, pas de différences, 1/3 de mauvais résultats
- ✦ Peart et al.: 33 arthro vs 42 open. résultats identiques mais retour au travail plus précoce et moindre morbidité
- ✦ SFA 2005: 46 arthro vs 189 open - étude rétrospective

Série SFA

- 189 ciel ouvert
- 121 Ambulatoire
- 66 hospitalisés (2,5 J)
- Recul:
38 mois (+/-34)
- 46 Arthroscopie
- 20 ambulatoire
- 11 hospitalisés (1,6 J)
- Recul :
10 mois (+/- 8)



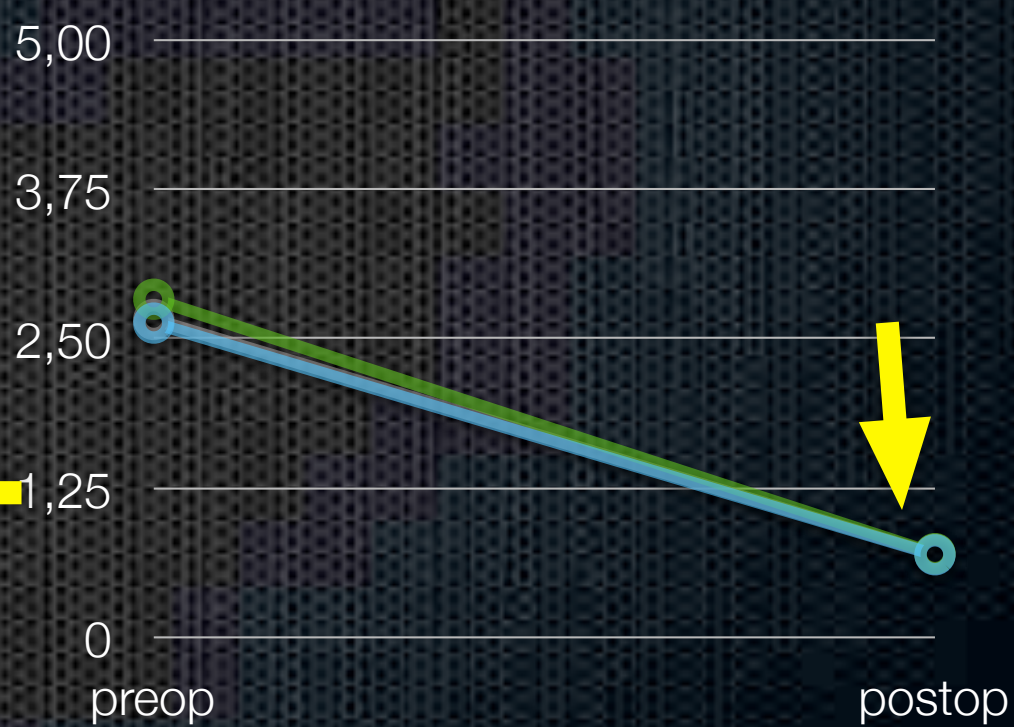
Open

Arthro

Global



Douleur



Gène



SFA



- Immobilisation : 22 % vs 3%
- Rééducation : 80% vs 28%
- Durée rééducation : 7,2 vs 6 semaines
- Récupération de la force : - 9 % vs - 4 % (n=6!)

Avis subjectif des
patients

3,1 vs 2,9



Reprise du travail



- Oui = 123 - 14 S (+/- 14)
- Non = 25 (17%)
- NSP = 41
- Oui = 20 (10 S (+/- 11))
- Non = 8 (29%)
- NSP = 18

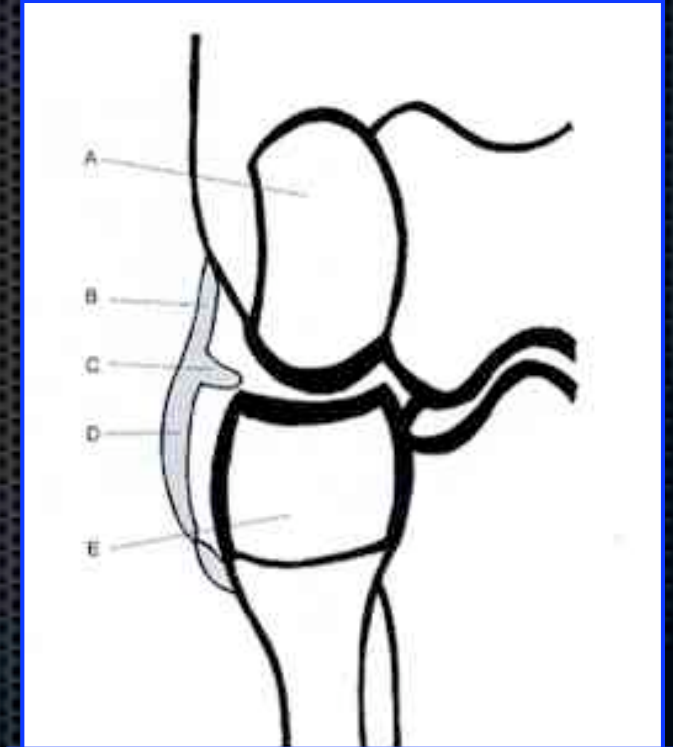
Reprise sport (13 S)

Reprise sport (14 S)



Qu'est une épicondylite ?

- ★ Mullet et al., 2005
- ★ 30 patients traités pour épicondylite chronique
- ★ Ablation d'une "plica" sans section tendineuse
- ★ 28 patients guéris en 2 semaines avec un retour au travail à 7 jours



Conclusion

- ✦ La maladie est fréquente mais mal connue
 - ✦ Is there any science out of there ?
 - ✦ Myths, facts and voodoo
- ✦ Elle semble être spontanément résolutive
- ✦ Si les traitements médicaux échouent, le traitement chirurgical est une solution.
- ✦ Les traitements chirurgicaux les moins agressifs semblent donner d'aussi bons résultats et “doivent être préférés”