

Relecture scientifique
Société française de
chirurgie orthopédique et
traumatologique (SOFCOT)

Relecture juridique
Médecins experts SOFCOT

Relecture déontologique
Médecins Conseil national de
l'ordre des médecins (CNOM)

Relecture des patients
Collectif inter associatif
sur la santé (CISS)
Association française de lutte
anti-rhumatismale (AFLAR)



Persomed
7 rue Ste Odile BP 62
67 302 Schiltigheim
tél.: 03 89 41 39 94
fax : 03 89 29 05 94

Traitement d'une épicondylite par désinsertion du muscle



Persomed

**Fonds documentaire
d'information patient**



Tous droits réservés
ISBN 2-35305-064-6

**Chirurgie
orthopédique**

2006

www.persomed.com

Rédaction : P. Simler

Illustration : J. Dasic

*Code de la Santé Publique
Article L1111-2*

*Toute personne a le droit d'être informée
sur son état de santé.*

*Cette information porte sur les différentes
investigations, traitements ou actions
de prévention qui sont proposées, leur
utilité, leur urgence éventuelle, leurs
conséquences, les risques fréquents ou
graves normalement prévisibles qu'ils
comportent ainsi que sur les autres
solutions possibles et sur les conséquences
prévisibles en cas de refus.*

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner
les réponses aux questions que vous vous
posez.

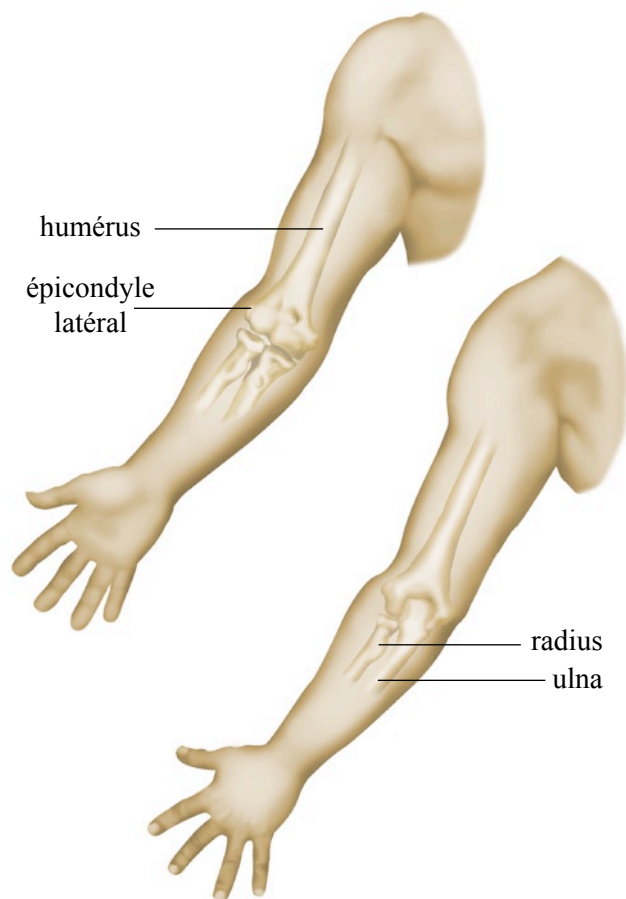
Il ne présente cependant que des généralités.
Il ne remplace pas les informations que vous
donne votre médecin sur votre propre état de
santé.

Quelle partie du corps?

Utilité de cette partie du corps ?

Notre **coude** nous sert à plier et à étendre le bras ainsi qu'à tourner la main vers le haut ou le bas.

C'est une **articulation** : plusieurs os y sont reliés entre eux tout en pouvant bouger les uns par rapport aux autres dans certaines directions.



De quoi est-elle constituée ?

L'articulation du coude fait intervenir trois os : l'**humérus**, qui relie l'épaule au coude, et l'**ulna** (ou **cubitus**) et le **radius**, qui relient tous deux le coude au poignet.

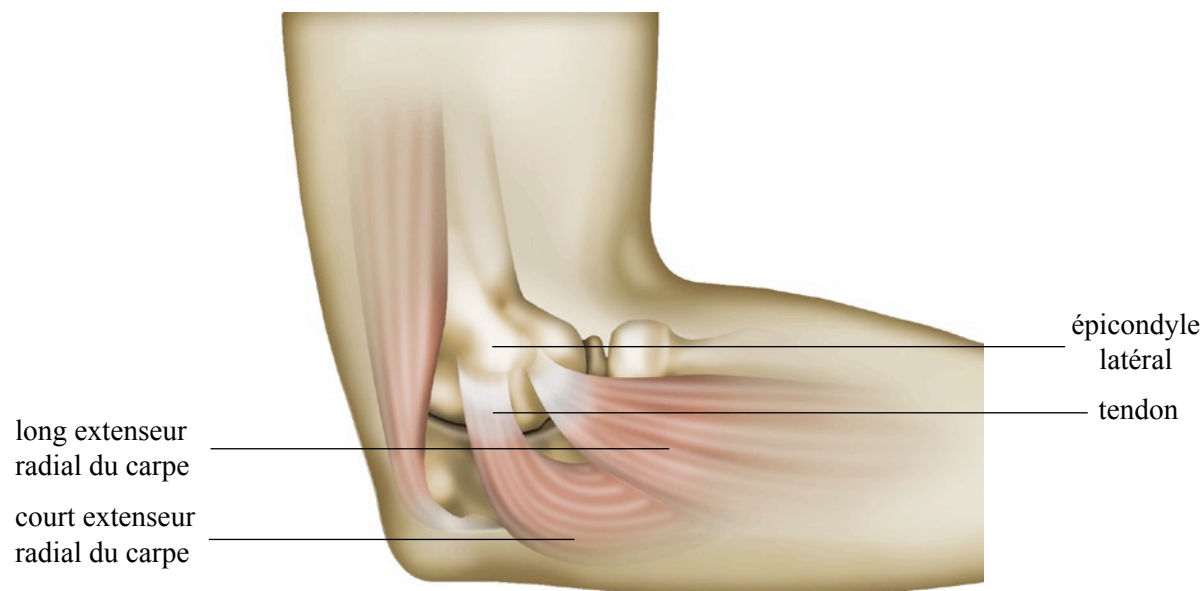
Une membrane fine et glissante (la **membrane synoviale**) tapisse l'intérieur de l'articulation et la protège. Elle fabrique un liquide lubrifiant qui évite les frottements lorsque les os bougent les uns par rapport aux autres.

Certains muscles relient le coude aux os de la main (les **métacarpes**) : le **long extenseur radial du carpe** et le **court extenseur radial du carpe**.

Les **tendons** servent d'attaches entre les muscles et les os.

Lorsque vous levez la main vers le haut, les muscles extenseurs se contractent et raccourcissent. Ils tirent sur les tendons qui eux-mêmes tirent sur l'os : le poignet se plie.

Au niveau du coude, des tendons fixent les muscles extenseurs sur un petit bout de l'humérus appelé **épicondyle latéral**. C'est la petite bosse que vous pouvez sentir sur le côté extérieur du coude.



Pourquoi faut-il traiter?

Quel est le problème?

Lorsque vous pliez votre poignet vers le haut, les muscles extenseurs se contractent et raccourcissent. Lorsque vous allongez le coude au contraire, ces muscles s'allongent.

Ainsi, si vous pliez (**flexion**) et dépliez (**extension**) votre coude en même temps que vous pliez et dépliez votre poignet, les muscles doivent faire deux choses contradictoires.

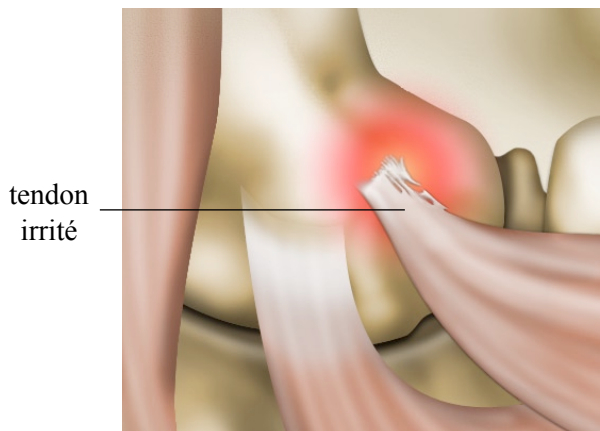
Cela est normal, mais à force de répéter ces mouvements, les muscles grossissent et tirent de plus en plus fort sur l'os au niveau des tendons.

Ces tendons s'abîment et s'irritent (**inflammation**).

Les médecins appellent cette **tendinite** du coude une **épicondylite**, ou « **tennis-elbow** », car elle touche souvent des joueurs de tennis.

Quelles sont ses conséquences ?

Votre coude vous fait mal lorsque vous pliez et dépliez votre bras et/ou votre main, mais aussi parfois après un effort ou la nuit.



épicondylite

Vous risquez davantage une épicondylite :

- Si vous jouez à un sport de raquette. Dans ce cas, évitez de vous crisper sur le manche et de jouer avec un manche trop gros.
- Si vous avez plus de 40 ans et que votre travail consiste à effectuer des mouvements du coude répétés : travail à la chaîne, repassage, lavage de vitres...

Quels examens faut-il passer ?

Votre médecin appuie sur l'épicondyle pour voir si cela vous fait mal.

Il vous propose ensuite de lever vos doigts en même temps qu'il pousse dans le sens opposé pour vous en empêcher. Cela fait travailler les muscles extenseurs.

Si ces deux tests sont douloureux, cela suffit en général pour conclure que le problème est une épicondylite.

Dans certains cas, vous pouvez être amené à subir d'autres examens, par exemple un **arthroscanner** pour s'assurer que la membrane qui tapisse l'articulation (**membrane synoviale**) n'est pas coincée quelque part ou encore un **électromyogramme** pour vérifier qu'un nerf n'est pas comprimé au niveau du coude ou du cou.

En effet, ces deux lésions provoquent également des douleurs du coude. Parfois, l'un d'eux est associé à l'épicondylite.

Les différents traitements

Pour vous soigner et avoir moins mal, il est impératif de diminuer, voire d'arrêter, les mouvements de flexion et d'extension répétés. Les traitements, médicaux et chirurgicaux, ne sont efficaces qu'à cette condition.

Si votre maladie est liée à votre profession, consultez votre médecin du travail. Il peut vous aider en proposant un aménagement de poste, voire un arrêt de travail.

Si votre maladie est liée à l'un de vos loisirs, vous devez le pratiquer moins souvent.

Les risques si on ne traite pas

Sans traitement, votre coude vous fait de plus en plus mal. Les douleurs deviennent handicapantes, au point parfois de vous empêcher de travailler correctement, en particulier si vous exercez un travail manuel. L'épicondylite est alors considérée comme une maladie professionnelle.

Si c'est votre cas, il vous est fortement conseillé de demander un aménagement de poste.

Quoi qu'il en soit, votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement. N'hésitez pas à en discuter avec lui.

Les traitements médicaux...

Il faut reposer votre bras et arrêter les mouvements à l'origine de vos douleurs.

Votre médecin vous propose un traitement qui limite la douleur (**antalgique**) et des médicaments qui réduisent l'irritation du tendon (**anti-inflammatoires**). Ces derniers peuvent être injectés directement dans l'articulation (**infiltration de corticoïdes**).

Certains médecins vous font porter un dispositif (**orthèse, attelle**) pour soutenir votre bras, mais ce n'est pas systématique.

Parfois, un **kinésithérapeute** écrase le tendon (**massage transverse profond**) pour détacher des petites accroches au niveau des muscles ou des os (**adhérences**). Cette méthode peut faire mal sur le moment mais elle est efficace pour diminuer les douleurs au quotidien.

Des piqûres peuvent insensibiliser la zone douloureuse (**infiltration d'anesthésique local**).

Vous pouvez aussi appliquer de la glace sur votre coude.

... et leurs limites

Très souvent, l'ensemble de ces mesures suffit à diminuer les douleurs, mais pas toujours.

Quand faut-il opérer ?

Généralement, le traitement médical est suffisant et le recours à la chirurgie reste relativement peu fréquent. Après six mois de traitements médicaux sans résultat satisfaisant, votre médecin vous propose habituellement une intervention chirurgicale.

Les traitements chirurgicaux...

Deux techniques existent pour soigner une épicondylite :

- allonger le muscle abîmé, de façon à ce qu'il tire moins sur l'os lorsque vous l'utilisez. On parle alors de **plastie musculo-tendineuse**.
- détacher le muscle de l'épicondyle. En langage médical, cela s'appelle une **désinsertion musculaire**.

Dans votre cas, le chirurgien choisit la désinsertion musculaire. Il coupe le tendon au niveau de l'épicondyle. Rassurez-vous, votre muscle garde sa fonction car il reste attaché aux muscles voisins et à leur enveloppe (**aponévrose**). Comme il ne tire plus sur l'os, la douleur diminue ou disparaît. C'est la technique la plus adaptée à votre cas et son savoir-faire.

... et leurs limites

Les résultats de l'opération sont souvent moins bons si vos douleurs durent déjà depuis plus de trois ou quatre ans.

L'opération qui vous est proposée

Introduction

Votre chirurgien propose de détacher le muscle extenseur de l'os en coupant le tendon qui le relie à l'épicondyle. En langage médical, on appelle ce geste : **désinsertion musculaire**.

L'anesthésie

Avant l'opération, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** qui vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

Au cours de l'intervention soit vous dormez complètement (**anesthésie générale**), soit on insensibilise seulement votre bras (**anesthésie loco-régionale**).

Un lien (**garrot**) serre le haut de votre bras et coupe la circulation du sang. Ainsi vous ne saignez pas pendant l'opération et cela facilite le travail du chirurgien.

L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces appelée **bloc chirurgical** conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

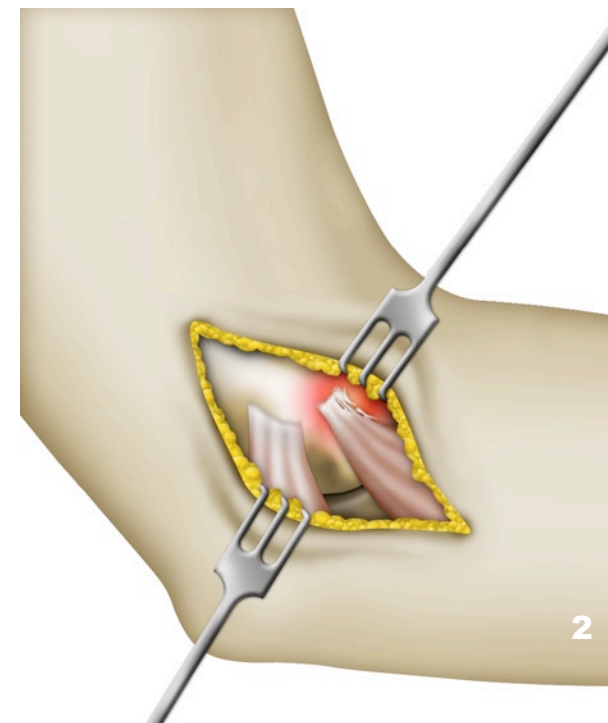
Vous êtes allongé sur le dos.

Au cours de l'opération, le chirurgien doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

L'ouverture

Votre chirurgien ouvre sur le côté du coude, sur trois à dix centimètres de long suivant votre cas et les éventuels gestes supplémentaires.

Il coupe ensuite l'enveloppe protectrice des muscles (**aponévrose**) pour accéder aux muscles et aux tendons.



1

2

Les gestes

Votre chirurgien coupe progressivement le tendon qui relie le muscle à l'os : il détache le muscle de l'os sur lequel il est fixé.

Pour s'assurer que le tendon est entièrement détaché de l'os, certains chirurgiens ont l'habitude de couper un petit bout de l'épicondyle, de le raboter.

Certains médecins grattent également un peu la surface de l'os (on dit qu'ils l'**avivent**) pour le faire saigner. Cela peut favoriser la cicatrisation du tendon sur l'os.

Si le muscle court extenseur appuie sur un nerf (**nerf interosseux postérieur**), il le comprime et cela fait mal. Dans ce cas, le chirurgien coupe le sac (**aponévrose**) qui contient le muscle court extenseur et cela suffit à libérer le nerf. Votre cicatrice est alors un peu plus longue (environ dix centimètres) car votre chirurgien doit allonger l'ouverture pour accéder au nerf.

Si vous avez une épicondylite depuis longtemps, un tissu particulier (**tissu dégénératif**) se développe parfois autour des muscles et des tendons. Si ce tissu devient gênant, votre chirurgien l'enlève.

Parfois, la membrane qui protège l'articulation (**membrane synoviale**) est coincée et provoque des douleurs. Le chirurgien ouvre alors la poche de l'articulation pour la libérer. Certains chirurgiens le font même systématiquement.

La fermeture

Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang...).

Si c'est nécessaire pour qu'elle reste saine, votre chirurgien met en place un système (**drainage**), par exemple de petits tuyaux, afin que ces fluides s'évacuent après l'intervention.

Pour refermer, votre médecin utilise du fil, des agrafes, ou un autre système de fixation.

Il peut s'agir de matériel qui reste en place ou au contraire se dégrade naturellement au fil du temps (**matériel résorbable**).

L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'intervention...

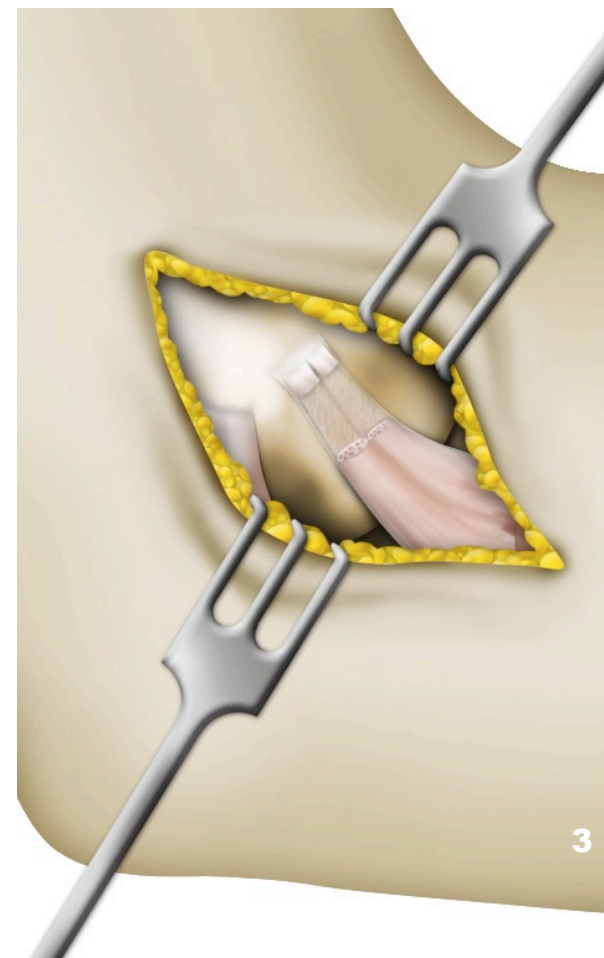
La durée de l'opération

La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés...).

Habituellement, elle dure entre quinze minutes et une heure. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

Faut-il une transfusion?

Non, c'est une intervention pendant laquelle le patient saigne très peu. Aucune transfusion n'est habituellement nécessaire.



Dans les jours qui suivent...

Douleur

Chacun ressent la douleur différemment. Il est donc difficile de prévoir son intensité. Vous prenez des médicaments contre la douleur (**antalgiques**) pendant deux semaines pour ne pas avoir mal.

Comme la peau et les muscles ont été coupés, la cicatrice peut tirer un peu pendant deux à trois semaines.

Si malgré tout vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

Fonction et autonomie

Certains chirurgiens choisissent d'immobiliser votre coude pendant quelques semaines pour vous éviter un mauvais mouvement, d'autres craignent que cette immobilisation ne raidisse un peu votre coude. Cela dépend donc du chirurgien, mais également de votre cas.

Vous pouvez vous lever et marcher le soir-même de votre opération.

Principaux soins

Votre pansement doit être changé après deux à trois jours.

Les fils ou agrafes sont enlevés après une quinzaine de jours.

Retour à domicile

En général vous rentrez chez vous un à deux jours après l'intervention.

Parfois, vous rentrez même le jour de votre opération (**chirurgie ambulatoire**).

Cela dépend de l'établissement dans lequel vous êtes soigné et surtout de votre cas et de votre état de santé.

Suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin.

Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passez les examens de contrôle. C'est important.

Habituellement, vous revoyez votre chirurgien un mois après l'opération pour une consultation. Il vérifie que vous utilisez normalement votre coude.

Si vous avez le moindre problème, c'est le moment de lui en parler.

N'hésitez pas non plus à interroger votre médecin si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

Le résultat

Douleur

Il faut parfois un peu de temps pour que les douleurs disparaissent complètement. Il est normal que vous ayez encore un peu mal un mois après l'opération.

Fonction

En général, vous retrouvez l'usage de votre coude au bout d'un mois. Parfois, vous ne pouvez plus tendre votre bras tout à fait comme avant, mais cela n'est pas très gênant, sauf pour porter des objets lourds.

Si vous évitez d'utiliser votre coude par peur d'avoir mal, il peut arriver qu'il se raidisse et que vous ne retrouviez pas toutes les fonctions de votre bras. Dans ce cas, votre médecin vous propose des séances de kinésithérapie pour récupérer votre mobilité.

Autonomie

Habituellement, vous reprenez le travail au plus tôt trois mois après votre opération. Cela peut toutefois être beaucoup plus long.

Aucun mouvement ne vous est interdit, il faut seulement éviter de répéter les gestes à l'origine de vos douleurs : par exemple diminuer la fréquence de vos entraînements sportifs ou bien reprendre votre travail à un poste aménagé.

Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention.

Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ».

Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

Pendant l'intervention

Au cours de l'opération, un nerf (**nerf interosseux postérieur**) peut être blessé accidentellement, avec pour conséquence une perte de sensibilité, voire une paralysie du bras.

Rassurez-vous, cela n'arrive que de façon exceptionnelle.

Après l'intervention

Il est rare que la zone opérée soit envahie par des microbes (**infection**). Des médicaments (les **antibiotiques**) suffisent généralement à les éliminer. Des analyses permettent d'identifier le microbe et ainsi d'adapter le traitement pour une efficacité maximale.

Même si l'opération se passe bien, il arrive que vos douleurs ne diminuent pas autant ou aussi vite que vous le souhaitez.

Il se peut aussi que vous ayez des difficultés à récupérer toutes les fonctions de votre coude.

Si votre chirurgien ouvre l'articulation pour libérer un morceau de membrane synoviale coincée, il se peut que des petites boules remplies de liquide (**kystes**) apparaissent dans le coude. Dans ce cas, votre chirurgien doit les retirer.

Il y a un risque que l'articulation du coude s'irrite et enfle (**algodystrophie**) et que cela provoque d'intenses douleurs. Vous prenez alors un traitement pour avoir moins mal (**antalgiques**). Dans certains cas, cela évolue et entraîne une raideur du coude. Heureusement, cela reste rare.

Dans le cas où votre chirurgien gratte un peu la surface de l'os au cours de l'opération, une poche de sang (**hématome**) peut se former.

Si, malgré les conseils de votre médecin, vous continuez à forcer sur votre coude en pliant et dépliant votre bras et votre main de façon répétée, vous risquez une nouvelle épicondylite (**récidive**).

Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes complémentaires ou une nouvelle opération. Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter.

En fonction de votre état de santé vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.