



Cet outil fournit des informations pour faciliter la prise en charge de l'épicondylite chez l'adulte

Examen ciblé



1. Histoire du patient

- Assess level of concern for major structural or other pathologies. If required, refer to an appropriate healthcare provider.
- Identify and assess other conditions and co-morbidities. Manage using appropriate care pathways.
- Address prognostic factors that may delay recovery.

Des pathologies structurelles ou autres majeures peuvent être suspectées avec certains signes et symptômes (drapeaux rouges) dont:

- Antécédents de traumatisme important, antécédents d'arthrite inflammatoire, antécédents de perte de poids importante et inexpliquée, fièvre, gonflement des articulations, symptômes neurologiques progressifs et généralisés, douleur nocturne intense et incessante, douleur généralisée et inexpliquée, douleur incessante au repos

Exemples d'autres affections/comorbidités:

- Conditions physiques: la douleur du cou, maux de tête
- Conditions psychologiques: dépression, anxiété
- Comorbidités: diabète, maladies cardiaques

Exemples de facteurs pronostiques qui peuvent retarder la récupération:

- Symptômes de dépression ou d'anxiété, stratégies d'adaptation passives, insatisfaction au travail, taux élevé d'invalidité auto-déclarées, demandes d'indemnisation contestées, somatisation

2. Examen physique

- Évaluer les niveaux de préoccupation concernant les principales pathologies structurelles ou autres.
- Évaluer les signes neurologiques.
- Identifier l'état de base du patient par rapport à la douleur, à la fonction et à l'invalidité, déterminer la volonté du patient de reprendre ses activités à l'aide d'évaluations appropriées.

3. Managment

- Offrir des informations sur la nature, la gestion et l'évolution de l'épicondylite.
- Discutez de l'éventail des interventions efficaces avec le patient et, ensemble, choisissez une intervention thérapeutique.
- Mettre l'accent sur les traitements actifs plutôt que passifs.

4. Réévaluation et décharge

- Réévaluer le patient à chaque visite pour déterminer si: (1) des soins supplémentaires sont nécessaires; (2) la condition s'aggrave; ou (3) le patient a récupéré.
- Surveiller les facteurs émergents susceptibles de retarder le rétablissement.

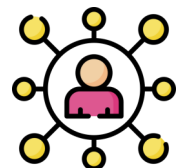
Intégrer les mesures des résultats lors de l'évaluation et de la surveillance des patients pour la gravité de la douleur, la fonction et les comorbidités

- [Self-rated Recovery Question](#)
- [Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand \(DASH\)](#)
- [Force de préhension sans douleur \(dynamometer\)](#)
- [Upper Limb Functional Index \(ULFI\)](#)
- [Patient Rated Tennis Elbow Evaluation \(PRTEE\)](#)
- [Pittsburgh Sleep Quality Index](#)

Visitez notre site Web pour plus de [mesures des résultats](#)

5. Références et collaboration

- Référer le patient à un professionnel de la santé approprié pour une évaluation plus poussée à tout moment pendant ses soins s'il développe des symptômes qui s'aggravent ou de nouveaux symptômes physiques ou psychologiques.



Recommandations thérapeutiques - Apparition récente (≤ 3 mois de durée des symptômes)

Fournir une éducation structurée au patient (conseils pour rester actif, rassurer, promouvoir et faciliter le retour au travail et aux activités normales, conseils d'auto-soins) et l'une des interventions thérapeutiques suivantes*:

Envisagez des soins multimodaux qui comprennent la manipulation ou la mobilisation du coude¹, le massage des tissus profonds², le renforcement et l'étirement de l'avant-bras³ et des conseils pour rester actif, ainsi que la modification de l'ergonomie et de l'activité pour éviter la provocation des symptômes (10 séances sur 5 semaines)

Envisager une coudière portée sur le tendon extérieur commun pendant la journée pendant 6 semaines (pour l'épicondylite latérale)

Ne pas proposer de neurostimulation électrique transcutanée⁴

Ne pas proposer de coudière en complément de la kinésithérapie multimodale (épicondylite latérale)⁴

*Les lignes directrices n'incluent pas les interventions pour lesquelles il existe un manque de preuves d'efficacité. L'ordre des interventions ne reflète pas la supériorité de l'efficacité

¹Mobilisation : a) Glissement latéral soutenu avec prise sans douleur : un glissement latéral soutenu sur l'articulation du coude pendant que le patient exécute une action de préhension ; b) Glissement latéral soutenu avec mouvement : s'il y a également reproduction de la douleur avec mouvement du coude, effectuer le glissement latéral pendant que le mouvement est répété ; c) Glissement postéro-antérieur soutenu avec prise sans douleur : Dans le cas où (a) et (b) ne sont pas efficaces, tenter un glissement postéro-antérieur soutenu de l'articulation radio-humérale. Manipulation : patient assis avec le membre supérieur à 90 degrés d'abduction avec rotation interne de sorte que l'olécrane soit tournée vers le haut. Stabilisez le poignet en flexion complète et en pronation d'une main et placez l'autre main sur l'olécrane. Fournir une poussée à faible amplitude à haute vitesse à la fin de la plage d'extension du coude

²10 minutes de massage profond par friction transversale suivi d'une manipulation

³Exercice : exercice supervisé et à domicile comprenant : étirements progressifs, lents et répétitifs du poignet et de l'avant-bras ; 8-12 répétitions d'exercices chargés progressifs pour l'extension/flexion du poignet, supination/pronation, déviation radiale/ulnaire, prise sans douleur, 3 séries, 2-3 fois par semaine. Inclure les tâches et activités spécifiques au travail avant la réintégration dans la population active. Inclure d'autres déficiences musculaires du quadrant supérieur et la correction de l'alignement postural et des mouvements des membres supérieurs selon les indications cliniques

⁴Il n'y a pas de différence significative entre l'intervention d'intérêt et l'intervention de comparaison

Recommandations thérapeutiques - Persistant (> 3 mois de durée des symptômes)

Fournir une éducation structurée au patient (conseils pour rester actif, rassurer, favoriser et faciliter le retour au travail et aux activités normales, conseils d'autosoins) et l'une des interventions thérapeutiques suivantes*:

Envisagez des exercices d'étirement et de renforcement à domicile¹

Envisagez des soins multimodaux qui comprennent la manipulation ou la mobilisation du coude², le massage des tissus profonds³, le renforcement et l'étirement de l'avant-bras⁴ et des conseils pour rester actif, ainsi que la modification de l'ergonomie et de l'activité pour éviter la provocation des symptômes (10 séances sur 5 semaines)

Considérez la technique d'énergie musculaire⁵

Envisagez la libération myofasciale de l'avant-bras

Envisager une coudière portée sur le tendon extérieur commun pendant la journée pendant 6 semaines (pour l'épicondylite latérale)

Ne pas proposer de neurostimulation électrique transcutanée⁶

Ne pas proposer de coudière en complément de la kinésithérapie multimodale (épicondylite latérale)⁶

*Les lignes directrices n'incluent pas les interventions pour lesquelles il existe un manque de preuves d'efficacité. L'ordre des interventions ne reflète pas la supériorité de l'efficacité

¹Le programme doit consister en 15 répétitions d'exercices de mise en charge progressive progressive pour les extenseurs de l'avant-bras, 3 séries par jour pendant 3 mois ; et/ou 3 répétitions d'étirements des extenseurs du poignet, deux fois par jour pendant 6 semaines

²Mobilisation : a) Glissement latéral soutenu avec prise sans douleur : un glissement latéral soutenu sur l'articulation du coude pendant que le patient exécute une action de préhension ; b) Glissement latéral soutenu avec mouvement : s'il y a également reproduction de la douleur avec mouvement du coude, effectuer le glissement latéral pendant que le mouvement est répété ; c) Glissement postéro-antérieur soutenu avec prise sans douleur : Dans le cas où (a) et (b) ne sont pas efficaces, tenter un glissement postéro-antérieur soutenu de l'articulation radio-humérale. Manipulation : patient assis avec le membre supérieur à 90 degrés d'abduction avec rotation interne de sorte que l'olécrane soit tournée vers le haut. Stabilisez le poignet en flexion complète et en pronation d'une main et placez l'autre main sur l'olécrane. Fournir une poussée à faible amplitude à haute vitesse à la fin de la plage d'extension du coude

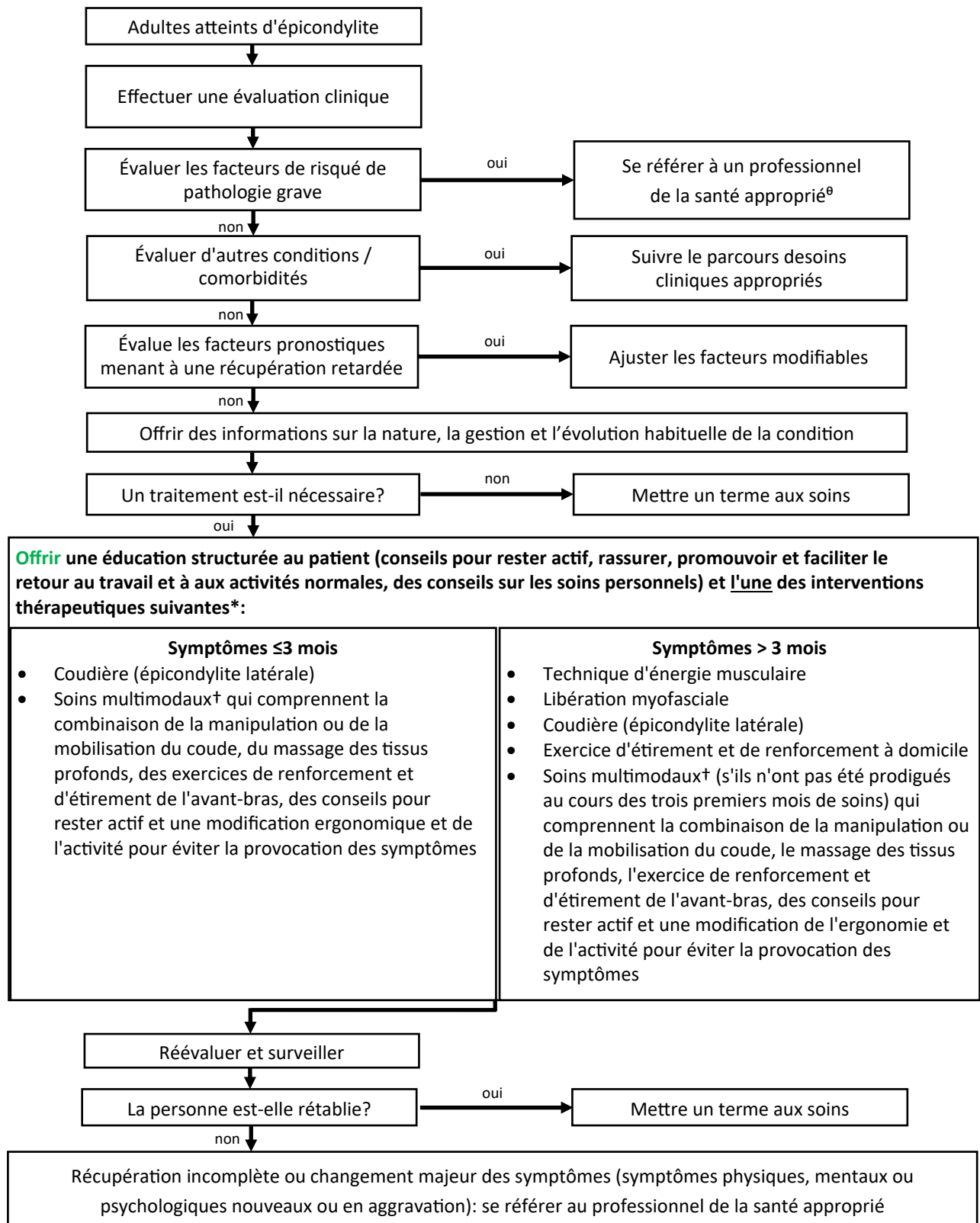
³10 minutes de massage profond par friction transversale suivi d'une manipulation

⁴Exercice : exercice supervisé et à domicile comprenant : étirements progressifs, lents et répétitifs du poignet et de l'avant-bras ; 8-12 répétitions d'exercices chargés progressifs pour l'extension/flexion du poignet, supination/pronation, déviation radiale/ulnaire, prise sans douleur, 3 séries, 2-3 fois par semaine. Inclure les tâches et activités spécifiques au travail avant la réintégration dans la population active. Inclure d'autres déficiences musculaires du quadrant supérieur et la correction de l'alignement postural et des mouvements des membres supérieurs selon les indications cliniques

⁵Le programme doit inclure 5 répétitions (deux fois par semaine pendant 4 semaines) de pronation de l'avant-bras avec résistance à partir d'une position initiale en supination maximale pour étirer passivement les muscles pronateurs

⁶Il n'y a pas de différence significative entre l'intervention d'intérêt et l'intervention de comparaison

Parcours de soins pour la prise en charge de l'épicondylite



⁹Référence à un professionnel de santé approprié qui est autorisé à prendre les mesures appropriées et à initier des examens complémentaires

*La ligne directrice n'inclut pas les interventions pour lesquelles il existe un manque de preuves d'efficacité. L'ordre des interventions ne reflète pas la supériorité de l'efficacité

[†]Soins multimodaux: soins impliquant au moins deux modalités thérapeutiques distinctes, dispensées par une ou plusieurs disciplines de soins