

**NOTE DE
CADRAGE**

Épicondylite latérale du coude : diagnostic et traitement médical de première intention

Validée par le Collège le 8 janvier 2025

Date de la saisine : 1er juillet 2022

Demandeurs : Société Française de Physiothérapie (SFP) et Société française des masseurs-kinésithérapeutes du Sport (SFMKS)

Service : SBP

Personnes chargées du projet : Jacques Vaillant / Morgane Le Bail / Pierre Gabach

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Cette saisine de la Haute Autorité de Santé (HAS) fait suite à une demande de la Société Française de Physiothérapie (SFP) et de la Société Française des Masseurs-Kinésithérapeutes du Sport (SFMKS) de juillet 2022.

1.2. Contexte

1.2.1. Définition

Historiquement nommées épicondylites latérales ou « Tennis elbow », les douleurs attribuées aux muscles épicondyliens font partie des épicondylalgies latérales¹.

Il s'agit d'une lésion de surutilisation survenant à la suite d'une surcharge excentrique du tendon commun de l'extenseur des doigts et du court extenseur radial du carpe, consécutives à des activités répétitives de l'avant-bras et du coude (1-3). Une combinaison de gestes mécaniquement hypersollicitants, de microdéchirures dans les zones d'hypoperfusion des tendons et d'un retard de la réponse de guérison contribuent à la physiopathologie de la maladie (4, 5).

1.2.2. Diagnostic

L'épicondylite latérale est un diagnostic clinique, et l'imagerie n'est souvent pas nécessaire. L'examen clinique vise à éliminer les diagnostics différentiels, notamment, les affections suivantes (1, 6) : bursite du coude, radiculopathie cervicale (NCB), plica postérolatérale du coude, instabilité rotatoire postéro-latérale du coude (*Posterolateral rotatory instability*), piégeage du nerf radial, syndrome du tunnel radial, fracture(s) occulte(s), ostéochondrite disséquante de la tête radiale, tendinite du triceps, zona, arthrose du compartiment latéral du coude, instabilité du coude en varus, inflammation du muscle anconé, arthrite (infectieuse, inflammatoire), tumeur ou nécrose avasculaire.

1.2.3. Épidémiologie

L'épicondylite latérale est la tendinopathie la plus fréquente au niveau du coude. Elle touche le plus souvent le bras dominant. La survenue augmente avec l'âge, avec une prédominance entre 40 et 60 ans avec un pic vers 45 et 54 ans. Sa prévalence est comprise, selon les études entre 1,1 et 4 % (7-13). La prévalence semble plus importante chez les femmes (11, 12).

De façon plus générale, une enquête a montré que 10 % des personnes âgées de 20 à 65 ans déclarent avoir souffert d'un TMS du coude au cours des douze derniers mois (14).

1.2.4. Facteurs favorisants

De nombreuses activités récréatives et professionnelles, nécessitant l'utilisation répétée des muscles épicondyliens peuvent être impliquées (5, 15-17). Il s'agit des sports de tennis, d'escrime, de golf, de rame, de baseball (lancer) et des activités professionnelles ou de loisirs induisant de marteler, dactylographier, découper (de la viande, notamment), de faire de la plomberie ou de la peinture (5, 15-17). La consommation de tabac, l'obésité ou certains traitements médicamenteux (antibiothérapie par fluoroquinolone) sont également des facteurs de risque (6, 10, 18-20).

1.3. Enjeux

1.3.1. Enjeux cliniques

La rééducation est considérée comme essentielle pour soulager la douleur (21). Certains préconisent aujourd'hui des traitements actifs, basés sur l'exercice et associés à un investissement constant et continu du patient, pourtant 83% à 90% des personnes atteintes de tendinopathies latérales du coude

¹ Les anglophones utilisent les termes de lateral epicondylitis ou lateral Epicondyle Tendinopathy ou le terme plus général de lateral epicondylalgia.

sont pris en charge par rééducation passive, associée à un taux de récidive d'un tiers au-delà d'un an (22). D'autres traitements médicaux existent comme les prescriptions d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens ou les injections de glucocorticoïdes, les injections à base de sang (plasma riche en plaquettes et sang total autologues) et l'injection de toxine botulique.

À ce jour, de nombreux traitements médicaux existent sans qu'aucun n'ait pu démontrer clairement sa supériorité (23). Si des démarches diagnostiques ont été proposées (7), il n'y a pas de classement étiologique spécifique permettant de définir un traitement plus adapté. Le choix reste avant tout fondé sur les causes supposées et sur les symptômes.

Aussi, il apparaît pertinent de définir plus précisément les différents syndromes, lésions ou blessures incluses sous le vocable d'épicondylalgie pour définir le diagnostic d'épicondylite latérale, cela afin :

- **d'améliorer la démarche diagnostique ;**
- **d'exclure toute autre pathologie, notamment celles contre-indiquant la kinésithérapie (drapeaux rouges) ;**
- **de proposer des traitements médicaux (dont la kinésithérapie) adaptés, hiérarchisés ou spécifiques les plus efficaces possibles.**

1.3.2. Enjeux sociaux et humains

Le coût social et humain est majeur. Une étude de 2002 ciblant les épicondylites latérales du coude définit un coût moyen de 18 220 euros et un arrêt de travail moyen de 195 jours (24). Une étude de 2011 définit un coût financier moyen cumulant soins et arrêt de travail en 2011 de 21 000 € pour un TMS [[Source INRS](#)]. En outre, il apparaît un coût masqué pour les entreprises : absentéisme, désorganisation, perte de productivité et de qualité...

1.4. Cibles

1.4.1. Patients concernés par le thème

Les personnes concernées par le thème sont celles de tout âge (*actifs et non actifs, avec ou sans activités professionnelles ou sportives à risque*) pour lesquelles une épicondylite latérale a été diagnostiquée.

1.4.2. Professionnels concernés par le thème

Ces recommandations seront destinées à tous les professionnels qui peuvent être associés au traitement des personnes présentant une épicondylite latérale.

Sont notamment concernés les chirurgiens orthopédistes, les ergonomes, les kinésithérapeutes, les orthoprothésistes, les ergothérapeutes, les médecins de médecine physique et de réadaptation (MPR), les médecins du sport, les médecins du travail, les médecins généralistes, les médecins rhumato-déologues et les médecins radiologues.

1.5. Objectifs

L'objectif essentiel de ce projet est d'améliorer le diagnostic et la prise en charge kinésithérapique du patient, en abordant les différentes options thérapeutiques et notamment rééducatives, leur efficacité clinique ainsi que les moyens permettant l'améliorer leur efficience.

1.5.1. Pour le patient

- Bénéficier des soins pertinents et optimaux

- Faciliter un retour au travail ou au sport
- Limiter les récidives.

1.5.2. Pour la société

Assurer une économie des soins :

- Diminution de la durée et de la fréquence des arrêts de travail ;
- Eviter les prolongations et la multiplication des investigations, actes et soins (consultations, séances de rééducation, imagerie, examens complémentaires, etc...).

1.6. Etudes d'impact possibles

Amélioration de la prise en charge des patients → évaluation des pratiques professionnelles vis à vis des nouvelles recommandations.

Diminution des coûts de santé en lien avec cette pathologie → étude médico-économique

- Coûts
- Arrêts de travail

Amélioration du parcours de santé → entretiens patients et acteurs de santé

1.7. Délimitation du thème / questions à traiter

Objectifs des recommandations

Ces recommandations concernent :

- la définition ;
- les modalités d'examen clinique ;
- le diagnostic ;
- le diagnostic différentiel ou les éléments de réorientation (drapeaux rouges) pour les kinésithérapeutes ;
- les indications
 - des traitements médicamenteux (per os, per cutané, cutanée, infiltrations, notamment)
 - des autres traitements médicaux (dont la kinésithérapie et les orthèses) ;
 - des traitements chirurgicaux.
- les éléments de suivi (l'usage d'outils/tests validés dont les questionnaires), analyse gestuelle et identification de facteurs confondants ;
- la prévention secondaire (diminution du risque de récidive, de séquelles et de complications) ;
- les critères d'arrêt et de reprise du sport et du travail ;
- l'amélioration des collaborations interprofessionnelles.

Questions retenues

1. Quelles sont les formes d'épicondylalgie latérale et parmi-elles comment se définit l'épicondylite latérale ?
2. Quels sont les critères diagnostiques d'une épicondylite latérale ?
3. Quels sont les traitements médicaux recommandés d'une épicondylite latérale en fonction de l'étiologie, des répercussions fonctionnelles et du projet du patient ?
4. Quelles sont les indications chirurgicales dans le traitement de l'épicondylite latérale ?

5. Quels sont les critères et indicateurs de suivi de l'évolution d'une épicondylite latérale ?
6. Quels sont les traitements et modalités rééducatifs recommandés d'une épicondylite latérale en fonction de l'étiologie, des répercussions fonctionnelles et du projet du patient ?

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode proposée est la méthode de Recommandation pour la pratique clinique (RPC). Celle-ci permet de réunir un groupe de travail (GT) assez large, au sein duquel un consensus sera recherché :

- Analyse critique de la littérature ;
- Recommandations rédigées par un groupe de travail pluridisciplinaire + groupe de lecture.

Le déroulement du projet comprendra deux à trois réunions du GT pour produire la première version des recommandations, une relecture externe par le groupe de lecture (GL), et une dernière réunion du GT pour finalisation du document en tenant compte des commentaires issus du GL.

2.2. Composition qualitative des groupes

Groupe de travail

- 1 président
- 1 chef de projet HAS
- 2 chargés de projet
- 1 chirurgien orthopédique
- 2 kinésithérapeutes
- 1 médecin de médecine physique et de réadaptation
- 1 médecin du sport
- 1 médecin du travail
- 1 médecin radiologue
- 1 médecin rhumatologue
- 1 médecin généraliste
- 1 ergonome (physique)
- 2 représentants de patients

Le groupe de lecture reprendra la composition du groupe de travail avec un nombre plus élevé de représentants (environ 2 à 3 fois plus) par spécialité ou par profession en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national. Des professionnels ayant des disciplines complémentaires seront sollicités tels que psychologues du travail, infirmiers du travail, entraîneurs sportifs/préparateurs physique, orthésistes...

2.3. Productions prévues

Productions prévues

- Argumentaire scientifique.
- Recommandations.
- Synthèse des recommandations.

Outils d'appropriation

- Fiche patient (exercices / prévention 2nd)
- Logigramme diagnostic
- Logigramme de traitement
- Fiche de liaison entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : 05/2026
- Date de validation du collège : 06/2026

Références bibliographiques

1. Buchanan BK, Varacallo M. Lateral Epicondylitis (Tennis Elbow). Dans: StatPearls. Treasure Island FL ineligible companies. : 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.008>
2. Carter RM, Ralph M. Epicondylitis. J Bone Joint Surg Am 1925;7(3):553-62.
3. Nirschl RP. Elbow tendinosis/tennis elbow. Clin Sports Med 1992;11(4):851-70.
4. Milz S, Tischer T, Buettner A, Schieker M, Maier M, Redman S, et al. Molecular composition and pathology of entheses on the medial and lateral epicondyles of the humerus: a structural basis for epicondylitis. Ann Rheum Dis 2004;63(9):1015-21.
<https://dx.doi.org/10.1136/ard.2003.016378>
5. Jobe FW, Ciccotti MG. Lateral and medial epicondylitis of the elbow. J Am Acad Orthop Surg 1994;2(1):1-8.
<https://dx.doi.org/10.5435/00124635-199401000-00001>
6. Taylor SA, Hannafin JA. Evaluation and management of elbow tendinopathy. Sports Health 2012;4(5):384-93.
<https://dx.doi.org/10.1177/1941738112454651>
7. Amako M, Arai T, Iba K, Ikeda M, Ikegami H, Imada H, et al. Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guidelines on the management of lateral epicondylitis of the humerus - Secondary publication. J Orthop Sci 2022;27(3):514-32.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jos.2021.09.003>
8. Herquelot E, Bodin J, Roquelaure Y, Ha C, Leclerc A, Goldberg M, et al. Work-related risk factors for lateral epicondylitis and other cause of elbow pain in the working population. Am J Ind Med 2013;56(4):400-9.
<https://dx.doi.org/10.1002/ajim.22140>
9. Herquelot E, Guéguen A, Roquelaure Y, Bodin J, Sérazin C, Ha C, et al. Work-related risk factors for incidence of lateral epicondylitis in a large working population. Scand J Work Environ Health 2013;39(6):578-88.
<https://dx.doi.org/10.5271/sjweh.3380>
10. Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliövaara M. Prevalence and determinants of lateral and medial epicondylitis: a population study. Am J Epidemiol 2006;164(11):1065-74.
<https://dx.doi.org/10.1093/aje/kwj325>
11. Shiri R, Viikari-Juntura E. Lateral and medial epicondylitis: role of occupational factors. Best Pract Res Clin Rheumatol 2011;25(1):43-57.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2011.01.013>
12. Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, Coggon D, Cooper C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. Arthritis Rheum 2004;51(4):642-51.
<https://dx.doi.org/10.1002/art.20535>
13. Walker-Bone K, Reading I, Coggon D, Cooper C, Palmer KT. The anatomical pattern and determinants of pain in the neck and upper limbs: an epidemiologic study. Pain 2004;109(1-2):45-51.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.008>
14. Observatoire régional de la santé Pays de la Loire. Troubles musculosquelettiques en Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021. Nantes: ORS; 2024.
https://www.orospaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2024_PDF/2024_BS2021_6_TMS.pdf
15. De Smedt T, de Jong A, Van Leemput W, Lieven D, Van Glabbeek F. Lateral epicondylitis in tennis: update on aetiology, biomechanics and treatment. Br J Sports Med 2007;41(11):816-9.
<https://dx.doi.org/10.1136/bjsm.2007.036723>
16. Hume PA, Reid D, Edwards T. Epicondylar injury in sport: epidemiology, type, mechanisms, assessment, management and prevention. Sports Med 2006;36(2):151-70.
<https://dx.doi.org/10.2165/00007256-200636020-00005>
17. Banks KP, Ly JQ, Beall DP, Grayson DE, Bancroft LW, Tall MA. Overuse injuries of the upper extremity in the competitive athlete: magnetic resonance imaging findings associated with repetitive trauma. Curr Probl Diagn Radiol 2005;34(4):127-42.
<https://dx.doi.org/10.1067/j.cpradiol.2005.04.001>
18. Le Huec JC, Schaeverbeke T, Chauveaux D, Rivel J, Dehais J, Le Rebeller A. Epicondylitis after treatment with fluoroquinolone antibiotics. J Bone Joint Surg Br 1995;77(2):293-5.
19. Lang TR, Cook J, Rio E, Gaida JE. What tendon pathology is seen on imaging in people who have taken fluoroquinolones? A systematic review. Fundam Clin Pharmacol 2017;31(1):4-16.
<https://dx.doi.org/10.1111/fcp.12228>
20. Franceschi F, Papalia R, Paciotti M, Franceschetti E, Di Martino A, Maffulli N, Denaro V. Obesity as a risk factor for tendinopathy: a systematic review. Int J Endocrinol 2014;2014:670262.
<https://dx.doi.org/10.1155/2014/670262>
21. Cook JL. Rehabilitation of tendinopathy: Where to from here? 2nd International Scientific Tendinopathy Symposium (Vancouver, 2012). Br J Sports Med 2013;47:e2.
22. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. Management of lateral elbow tendinopathy: One size does not fit all. J Orthop Sports Phys Ther 2015;45(11):938-49.
<https://dx.doi.org/10.2519/jospt.2015.5841>
23. Wolf JM. Lateral Epicondylitis. N Engl J Med 2023;388(25):2371-7.
<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp2216734>
24. Roquelaure Y, Ha C, Touranchet A, Chotard A, Guillimin JC, Harrigan JC, et al. Surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire en 2002. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2004;65(2-3).
[https://dx.doi.org/10.1016/s1775-8785\(04\)93420-0](https://dx.doi.org/10.1016/s1775-8785(04)93420-0)

