

LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION **ÉPICONDYLITE CHRONIQUE**

Épicondylite latérale (ou du joueur de tennis)

Épicondylite interne (ou du golfeur)

Aussi appelée tendinose ou tendinite

CMP 01319
CIM-9 726.3

DÉFINITION

L'épicondylite est une affection du coude.

Le terme *épicondylite* est employé pour décrire des affections des tissus mous caractérisées par de la douleur dans la région de l'épicondyle. La douleur est exacerbée par la sollicitation des muscles extenseurs ou fléchisseurs de l'avant-bras.

L'*épicondylite latérale (ou du joueur de tennis)* est une affection des tissus mous caractérisée par de la douleur et une sensibilité localisée dans la région de l'épicondyle latéral. Elle est le résultat d'une tendinose dégénérative du court extenseur radial du carpe.

L'*épicondylite interne (ou du golfeur)* est une affection des tissus mous caractérisée par de la douleur et une sensibilité localisée dans la région de l'épicondyle interne. Elle est le résultat d'une tendinose dégénérative du rond pronateur et du fléisseur radial du carpe.

Nota : Seule une affection chronique donne droit à pension. Pour les besoins d'ACC, le terme « chronique » signifie que l'affection est présente depuis au moins six mois. Les signes et symptômes tendent généralement à persister malgré les soins médicaux prodigués, mais à des degrés qui peuvent fluctuer au cours des six premiers mois et par la suite.

NORME DIAGNOSTIQUE

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié. Aux fins des pensions, il faut préciser la localisation : latérale ou interne. Il faut également démontrer que l'invalidité dure depuis au moins six mois.

Les résultats radiographiques sont souvent normaux. Ils peuvent permettre d'exclure d'autres pathologies telles que l'ostéomyélite, les épines osseuses et les pathologies intra-articulaires.

Pour l'*épicondylite latérale*, on utilise le test de Cozen, qui consiste à vérifier si la pronation de l'avant-bras avec extension du poignet contre résistance et déviation radiale provoque de la douleur.

Pour l'*épicondylite interne*, on recourt à un test clinique qui consiste à vérifier si la pronation de l'avant-bras contre résistance avec flexion du poignet exacerbe la douleur.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Le coude est formé de trois articulations distinctes. L'articulation huméro-cubitale est une ginglyme modifiée qui permet la flexion et l'extension. L'articulation huméro-radiale est à la fois une articulation à charnière (ginglyme) et une articulation à pivot (trochoïde) qui permet la flexion et l'extension ainsi que la rotation de la tête du radius sur le capitulum de l'humérus. L'articulation radio-cubitale proximale facilite la rotation en supination et pronation.

La stabilité osseuse est renforcée par les complexes ligamentaires internes et latéraux. Le coude réunit quatre groupes musculaires :

- Les principaux fléchisseurs sont notamment le biceps brachial, le brachio-radial et le brachial.
- Les extenseurs sont le triceps et l'anconé.
- Les supinateurs sont notamment le supinateur et le biceps brachial.
- Les pronateurs sont notamment le carré pronateur, le rond pronateur et le fléchisseur radial du carpe.

L'innervation de l'articulation du coude est elle-même complexe.

Les fibres des muscles se terminent en tendons (structures conjonctives fibreuses) qui insèrent les muscles sur les os ou d'autres structures. La plupart des unités muscle-tendon de la partie distale du membre supérieur partent de la région du coude, soit de la face distale de l'humérus, et s'insèrent sur les phalanges, s'étendant donc sur

plusieurs articulations différentes (l'interphalangienne, la métacarpophalangienne, les articulations du poignet et l'articulation du coude).

Tous les tendons sont exposés à des lésions, mais dans les régions des épicondyles internes et latéraux, ils semblent plus susceptibles aux microtraumatismes répétés. Lorsque le tendon est surmené par des mouvements répétés, il n'a pas le temps de récupérer; par exemple, il est considéré qu'une pause de moins de 10 minutes à l'heure équivaut à un dépassement du ratio travail/repos optimal. Cependant, la pathologie précise des troubles tendineux liés au travail ou à l'activité n'a pas été entièrement caractérisée. La plupart des études sur l'évolution pathologique des lésions tendineuses chroniques révèlent une dégénérescence accompagnée d'une certaine hyperplasie fibrovasculaire, mais sans inflammation aiguë. Dans la littérature, ces troubles sont souvent appelés « *tendinites* », bien que ce terme suppose que l'inflammation est le processus pathologique primaire. Le terme « *tendinose* », qui suppose une dégénérescence, est jugé par certains comme étant plus exact.

Comme la terminologie désignant l'inflammation des tendons demeure fluctuante, les termes « *tendinite* », « *tendinose* » et « *épicondylite* » pourront être utilisés indistinctement aux fins des pensions pour décrire la non-récupération des tendons.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

L'épicondylite latérale est plus fréquente que l'épicondylite interne. Il est rare que les deux côtés soient affectés simultanément. Les deux types d'épicondylite se manifestent chez des personnes des deux sexes, habituellement âgées de 30 à 50 ans.

Les symptômes apparaissent graduellement dans les deux formes de l'affection.

Les symptômes de l'*épicondylite latérale* sont notamment :

- douleur à la face latérale du coude exacerbée par des mouvements répétitifs du poignet
- douleur émanant de la face latérale du coude
- force de préhension réduite

À l'examen physique, les observations associées à l'*épicondylite latérale* sont notamment :

- sensibilité à la palpation de l'épicondyle latéral
- douleur localisée au niveau de l'épicondyle latéral à la supination et à l'extension du poignet contre résistance
- douleur à la face latérale du coude exacerbée par des mouvements répétitifs du poignet

Les symptômes de l'épicondylite interne sont notamment :

- douleur émanant de la face interne du coude
- force de préhension réduite, mais pas autant que dans le cas de l'épicondylite latérale
- douleur à la face interne du coude exacerbée par des mouvements répétitifs du poignet

À l'examen physique, les observations associées à l'épicondylite interne sont notamment :

- sensibilité à la palpation de l'épicondyle interne
- douleur localisée au niveau de l'épicondyle interne à la pronation et à la flexion du poignet contre résistance.

CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PENSION

A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION

LES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS NE DOIVENT PAS OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES. DANS CHAQUE CAS, LA DÉCISION DOIT SE PRENDRE EN FONCTION DU BIEN-FONDÉ DE LA DEMANDE ET DES PREUVES FOURNIES.

La localisation anatomique (latérale ou interne) doit être précisée.

1. Surmenage (surutilisation) avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Pour que le surmenage soit considéré comme un facteur causal ou aggravant de l'épicondylite chronique, les observations suivantes doivent être faites :*

- Surmenage durant au moins 60 jours sur 120 jours consécutifs;
- Signes/symptômes apparaissant durant le surmenage ou dans les 7 jours qui suivent la fin du surmenage; et
- Signes-symptômes continus ou récurrents durant au moins 6 mois, sans quoi l'affection ne sera pas considérée « chronique » aux fins de la pension.

**Les définitions et les critères s'appliquent à une articulation normale. Le temps total par jour et le nombre de jours nécessaires pour qu'il y ait surmenage peut être inférieur si l'articulation présente une anomalie ou si d'autres conditions particulières existent. Par exemple :*

- 1) *Le temps total par jour nécessaire pour qu'il y ait surmenage est moins grand s'il existe une combinaison de facteurs pertinents (quand un seul facteur suffit). Ainsi, une activité nécessitant une forte répétition et le maintien d'une posture extrême selon la définition OU une activité nécessitant le maintien d'une posture extrême selon la définition et une forte répétition qui dépasse la définition (p. ex. 10 fois par minute) peut constituer du surmenage après moins de 2 heures par jour.*
- 2) *Une combinaison d'un ou plusieurs facteurs pertinents durant plus de 2 heures par jour peut réduire le nombre de jours nécessaires pour qu'il y ait surmenage. Ainsi, une activité nécessitant un degré de répétition élevé (p. ex. 10 fois par minute) pratiquée en 4 heures par jour peut constituer du surmenage même si elle est pratiquée moins de 60 jours sur 120 jours consécutifs.*

Par *surmenage*, on entend une forte répétition et/ou le recours à une grande force et/ou une posture extrême au niveau des tissus mous entourant l'articulation du coude pendant une bonne partie de la journée, avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes.

Par *forte répétition*, on entend l'exécution d'un geste plus de 2 à 4 fois par minute, ou par cycles de moins de 30 secondes.

Par *grande force*, on entend une charge pour les mains de plus de 4 kg.

Par *posture extrême*, on entend plus de la moitié de l'amplitude des mouvements de l'articulation du coude.

Par *bonne partie de la journée*, on entend un total de 2 heures ou plus par journée de travail.

Généralement, on peut déterminer qu'il existe un lien entre le service et le syndrome de surmenage si les facteurs de surmenage découlent de l'exercice de fonctions militaires ou y sont directement associés.

Voici quelques-unes des professions et activités qui sont réputées causer et/ou aggraver l'*épicondylite latérale* :

- sports comportant l'utilisation d'une raquette, dont le tennis
- sports comportant un lancer
- natation
- pelletage de la neige
- musiciens
- ouvriers de la construction
- chaudronniers
- électriciens
- menuisiers
- bouchers/ouvriers d'abattoir
- plombiers
- interprètes gestuels

Voici quelques-unes des professions et activités qui sont réputées causer et/ou aggraver l'*épicondylite interne* :

- golf
- sports comportant l'utilisation d'une raquette
- le lancer au baseball
- sports comportant un lancer
- port d'une valise lourde

2. Traumatisme spécifique avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Pour qu'un traumatisme spécifique soit considéré comme un facteur causal ou aggravant de l'épicondylite, les observations suivantes doivent être faites :

Dans les 24 heures suivant la blessure, il faut voir apparaître dans l'articulation du coude une sensibilité, douleur, enflure, décoloration ou altération de la mobilité, ou tout autre signe ou symptôme pertinent, et il doit y avoir manifestation continue ou intermittente des signes/symptômes entre le moment du traumatisme spécifique et le moment du diagnostic.

Par *traumatisme spécifique*, on entend une lésion des tissus mous entourant l'articulation du coude, avant l'apparition ou l'aggravation de l'épicondylite.

3. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DU DROIT À PENSION/L'ÉVALUATION

C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN PARTIE D'UNE ÉPICONDYLITE CHRONIQUE ET/OU DE SON TRAITEMENT

BIBLIOGRAPHIE

1. Berkow, Robert et Mark H. Beers, (dir.). *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique*. 3^e éd. Paris : Éditions D'Après, 1999.
2. Chumbley, Eric M., eds. Feb 1, 2000. Evaluation of Overuse Elbow Injuries. American Family Physician. Vol 61, no 3.
3. Cohen, Jonathan, Michael Bonfiglio and Crawford J. Campbell. February 12, 1992. Orthopedic Pathophysiology in Diagnosis and Treatment. JAMA. Vol 267, no 6.
4. Dee, Roger, et al. *Principles of Orthopaedic Practice*. 2nd ed. Montreal: McGraw-Hill, 1997.
5. Fauci, Anthony S. and Eugene Braunwald, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th ed. Montreal: McGraw-Hill, 1998.
6. Hadler, Nortin M. *Occupational Musculoskeletal Disorders*. New York: Raven Press, 1993.
7. Kraushaar, Barry and Robert P. Nirschl. 1999. Current Concepts Review -Tendinosis of the Elbow (Tennis Elbow). Clinical Features and Findings of Histological, Immunohistochemical, and Electron Microscopy Studies. The Journal of Bone and Joint Surgery. 81:259-278.
8. Moore, Keith L. *Clinically Oriented Anatomy*. 2nd ed. Maryland: Williams & Wilkins, 1985.
9. Pilgian, George and Robin Herbert, et al. 2000. Evaluation and Management of Chronic Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Distal Upper Extremity. American Journal of Industrial Medicine. 37:75-93.
10. Sluiter, J.K., K.M. Rest, et al. 2001. Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. Vol 27, supp 1.
11. Weinstein, Stuart L., and Joseph A. Buckwalter. *Turek's Orthopaedics Principles and Their Application*. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994.