

Mécanisme

ž

Version 08.11.2019







Prise en charge du COUDE NON TRAUMATIQUE chez l'adulte

Cet algorithme décisionnel ne se substitue pas au jugement clinique.

Référence bibliographique:

- Traumatologie de l'appareil locomoteur Duruz/Fritschy
- Miller: Review of orthopaedics 6th edition
- Tendinopathies du coude Dumusc/Zufferev RMS 2015
- Enthesopathy of the Extensor Carpi, Radialis Brevis Origin: Effective Communication Strategies: J Am Acad Ortho Surg 2016:24:365-369

Anamnèse

Mécanisme (direct ou indirect), âge, profession, côté dominant, prise de médicaments (ex; fluoquinolones) ou de produits dopants

Examen clinique

Status : - Palpation des reliefs osseux (triangle de Nelaton, ligne de Malgaigne)), humérus distal, olécrâne et tête radiale

- Palpation des points douloureux
- Ligamentaire: ligaments collatéraux médial et latéral
- État cutané
- Examen rachis cervical et poignet
- Vasculaire et neurologique : sensibilité, motricité et pouls
- Test de stabilité du coude d'O'Driscoll

Radiographies

- Test « Elbow extension Rule »

Coude face/profil

Anatomie du coude

Tennis Elbow Epicondylite latérale

Golfer's Elbow Epicondvlite médiale

L'épicondylite latérale est + fréquente que l'épicondylite médiale

Mouvements répétitifs de pronation-supination-extension

Le + souvent : ECRB extensor carpi radialis brevis Mais aussi: ECRL extensor carpi radialis longus

-> Test de la chaise

Douleur reproductible poignet en extension contre résistance Mouvements répétitifs de flexion-pronation

Douleur reproductible poignet en flexion contre résistance

Le diagnostic est surtout CLINIQUE.

Selon évolution : US +/- IRM

-Enseigner éviction des mouvements déclencheurs

- -Traitement conservateur (suffisant dans 95% des cas: évolution lente ++)
- -Immobilisation du poignet par attelle -Immobilisation antalgique du coude par
- polysling- max. 10 jours -AINS pour 1 semaine, glace en phase aiguë +
- repos (cave: cicatrisation) -Par la suite, physiothérapie, antalgie et
- mobilisation douce. Au 6 semaines, réévaluation par médecin du

sport A 4 à 6 mois, si échec, traitement chirurgical:

débridement de l'ECRB arthroscopique ou à ciel ouvert

Traitement surtout conservateur:

- Immobilisation antalgique
- Physiothérapie
- AINS

Dans un 2ème temps, ondes de choc & infiltrations à discuter avec le spécialiste.

- Enseigner éviction des mouvements déclancheurs

Eviter les injections de corticoïdes et les épicondylectomies

Rupture biceps distal

Le plus souvent chez d', travailleur de force ou pratiquant un sport de force Incidence élevée lors de traitement aux fluoroquin olones et/ou dopage

> Mouvements de supination dans >50% des cas

Biceps supinateuret accessoirement fléchisseur

- Ecchymose au pli du coude
- Tuméfaction
- Douleur lors palpation au pli du coude

Traitement chirurgical:

réinsertion du tendon

(double voie d'abord)

• Perte de force de supination de l'avant-bras

Avulsion triceps distal

Injections corticostéroïdes/dopage Bursite chronique oléocrânienne

Décélération de l'avant-bras avec coude en extension.

Perte d'extension active du coude

Traitement chirurgical:

réinsertion trans-osseuse

Vacuité supra-olécrânienne

US à but diagnostic, +/- IRM pour bilan pré-op.

-> Avis ortho dans la semaine

Rupture UCL et/ou LCL Ulnar or Lateral Collateral Ligament

Suite chronique d'un trauma du coude

Faisceau antérieur de l'UCL est le plus stabilisateur du coude en flexion

-> Test de stabilité d'O'Driscoll (Dg+)

LCL: instabilité rotatoire postéro-latérale

IRM au besoin, selon ortho -> Avis ortho

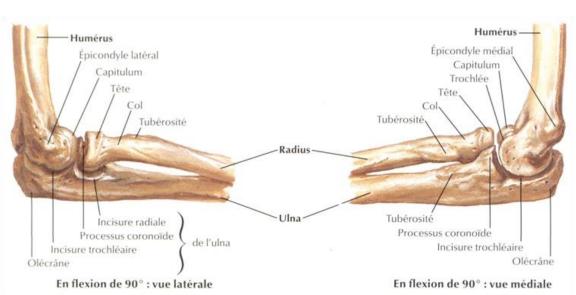
Traitement conservateur:

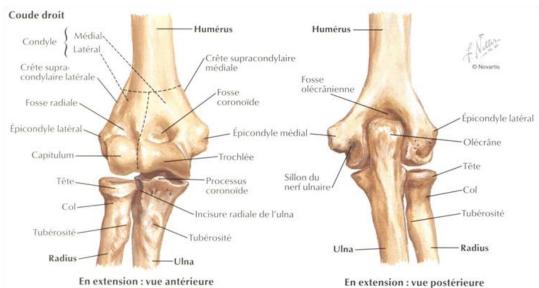
- Repos
- AINS
- Glace
- Physiothérapie

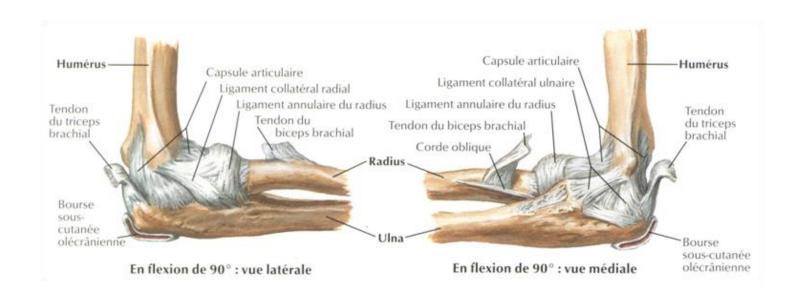
Si échec ttt conservateur et/ou si athlète de haut niveau -> traitement chirurgical: plastie avec le long palmaire

Hassani/Holzer/Spechbach/ Nikolaou

Anatomie du coude



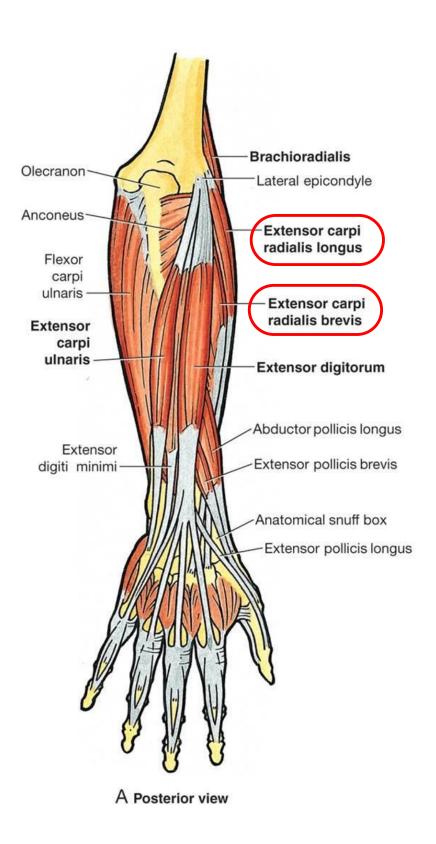




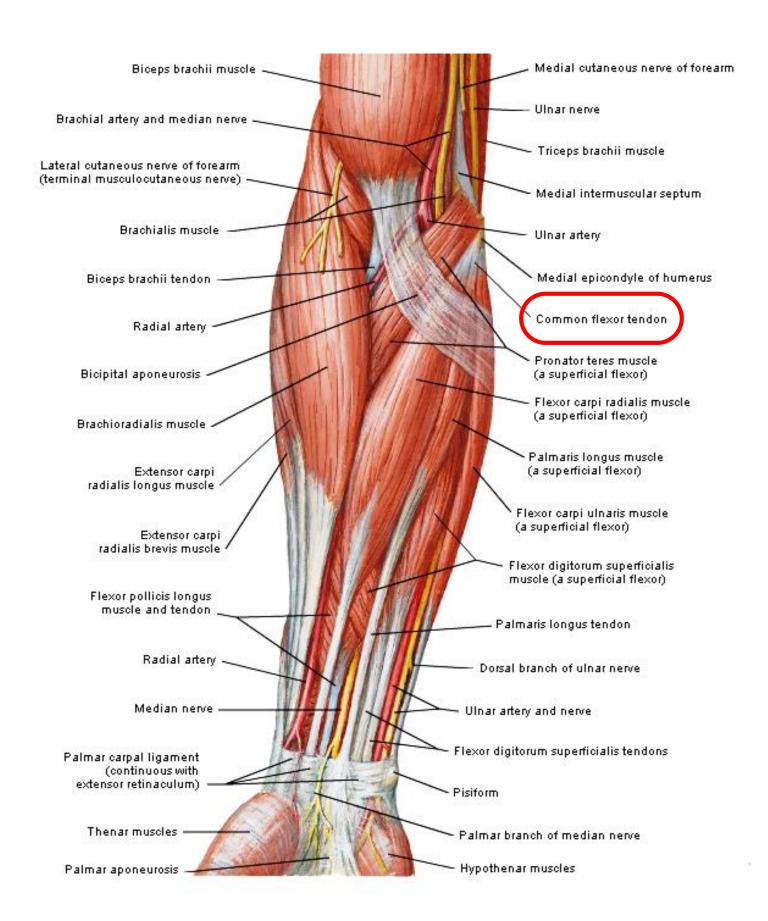
Tennis Elbow (épicondylite latérale)

ECRB: Extensor carpi radicalis brevis

ECRL: Extensor carpi radicalis longus

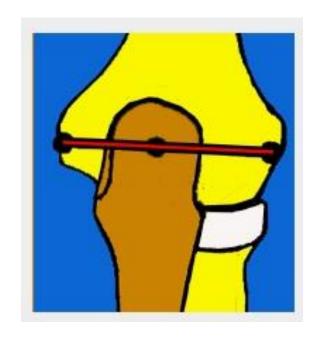


Golfer's Elbow (épicondylite médiale)

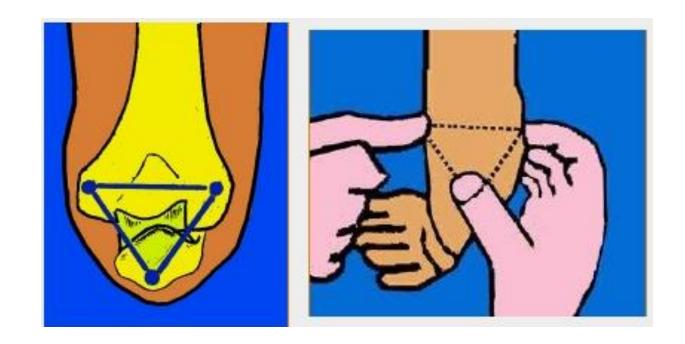


Examen clinique des repères du coude

Coude fléchi: épicondyle - épitrochlée - olécrâne



Ligne de Malgaigne



Triangle de Nelaton

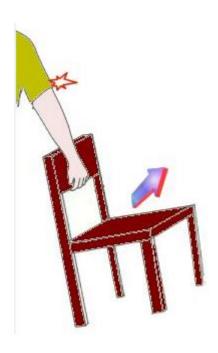
Lateral pivot shift test : Manœuvre de O'Driscoll

Test de stabilité du coude : valgus + flexion reproduisant le geste du lanceur déclenchant les douleurs.



Epichondylite latérale : Test de la chaise

Douleur à la palpation de l'épicondyle latéral, lors de l'extension contre résistance et flexion passive.



Elbow Extension Rule

En cas de traumatisme mineur,

Position : Extension des 2 coudes, les 2 épaules étant en ante-pulsion à 90° et les avant-bras en supination.

Extension du coude blessé SYMETRIQUE au coude controlatéral :

-> VPN pour fracture du coude, hormis celle de l'olécrâne, de 98% sans radiographie.

Extension INCOMPLETE et coude douloureux :

-> Effectuer radios face et profil complétées par des incidences obliques et axiales.