

Diagnostic différentiel de dysfonction entre une épicondylalgie d'origine musculaire et d'origine neurale (1^{ère} partie)

Mots clés : ► Diagnostic ► Épicondylalgie ► Thérapie manuelle

La distinction entre une origine musculaire et le classique syndrome du tunnel radial (STR) est extrêmement difficile.

Nous vous proposons une différenciation au niveau de l'examen clinique.

Préambule

- Un examen médical avec imageries médicales et un examen électromyographique pourront, dans certaines conditions, préciser l'étiologie, mais bien souvent la négativité des tests est présente et le diagnostic peu spécifique. L'intrication des deux tableaux est sûrement très fréquente.
- La recherche des drapeaux rouges [1] est un préalable à notre démarche kinésithérapique.

Notre démarche diagnostique

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, l'observation et la clinique.

L'interrogatoire recherche un commencement insidieux avec des contractures sur la loge postéro latérale, une recrudescence nocturne et au repos, contrairement à une tendinopathie. Le test DN4 est pratiqué systématiquement en cas de doute dans un contexte de douleurs neuropathiques.

Signes palpatoires

La pression exercée à hauteur du tunnel radial déclenche la douleur aggravée par l'extension, et pronation du coude. La principale caractéristique clinique de STR est une douleur localisée



► Figure 1

- Palpation de l'épicondyle
le pouce palpe l'épicondyle qui est le repère osseux le plus facile :
- l'étoile violette désigne une douleur sur l'épicondyle ;
 - l'étoile rouge désigne l'articulation huméro-radiale avec des pathologies comme les plics, ostéochondrite, instabilité de l'articulation, inflammation de l'articulation ;
 - l'étoile verte signe plus la douleur du nerf radial

sur le nerf radial 5 cm en distal de l'épicondyle sur la face antérieure (fig. 1) [2].

La règle des 9 ronds (fig. 2, page suivante) est un autre test utile dans le diagnostic du syndrome du tunnel radial. Développée par Loh *et al.* en 2004 [3], cette règle permet l'évaluation des patients avec des douleurs du coude ou de l'avant-bras.

Le test est réalisé en divisant la partie antérieure de l'avant-bras proximal juste en aval du pli du coude en 9 régions circulaires disposées dans une grille de 3 x 3. Les cercles sont de la taille d'un demi-Dollar, soit environ 3 cm.

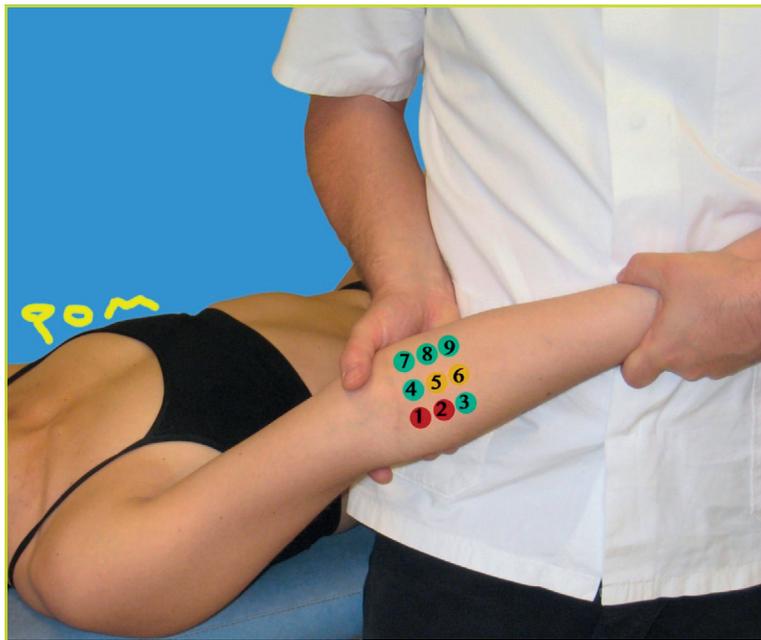
Pascal POMMEROL

Cadre de santé
DO, Msc 2
ISTR Lyon 1
PAPL Formation
Lyon (69)

Vincent JACQUEMIN

MKDO
Enseignant PAPL Formation
ISTR
Lyon

Diagnostic différentiel de dysfonction entre une épicondylalgie d'origine musculaire et d'origine neurale



► Figure 2

Test des neuf ronds :

- en vert : les ronds sont les zones de contrôle et doivent être sans douleur. La pression sur le troisième cercle distal peut être utilisée comme un site de contrôle pour un STR en plus des cercles de la colonne médiane ;
- en rouge : la douleur sur les deux cercles proximaux de la colonne latérale indique l'irritation du nerf radial ;
- en orange : les deux cercles distaux sont sur la route du nerf médian et les douleurs évoquent une pathologie du nerf médian



► Figure 3

Palpation de la branche superficielle du nerf radial



► Figure 4

Test de compression et de tinel : on écrase le nerf dans le rond 1 et 2 du test des neuf ronds

Les patients sont invités à déterminer chaque endroit douloureux ou lors de la pression du praticien sur les 9 zones individuelles. 3 cercles de pressions médiales (internes) sont les zones de contrôle et doivent être sans douleur. La douleur sur les 2 cercles proximaux de la colonne latérale indique l'irritation du nerf radial.

La pression sur le troisième cercle distal peut être utilisée comme un site de contrôle pour un STR en plus des cercles de la colonne médiane [3, 4].

Dans la colonne du milieu, les 2 cercles distaux sont sur la route du nerf médian et les douleurs peuvent signifier un niveau élevé d'irritation du nerf médian [4].

Il est ensuite important de vérifier que la palpation de la branche superficielle est normale par le test de sensibilité dans la tabatière anatomique et au niveau de la palpation le long de son trajet (fig. 3)

■ Test de compression

■ 1^{er} test : le test de Tinel

La pression exercée à hauteur du tunnel radial déclenche la douleur, on peut alors rechercher avec une percussion le signe de Tinel (fig. 4). S'il est présent, il a une valeur statistique très fiable (spécificité du test). Cependant, le nerf est pro-

fond et il est très rare de retrouver ce test positif, ce qui n'est pas le cas du test de compression.

■ 2^e test : le test d'extension/pronation passif

Pour l'arcade de Fröshe, c'est l'extension pronation qui augmente la douleur alors que pour un syndrome musculaire le break test augmente très nettement la douleur même en position de semi-pronation ou le coude fléchi. Lors de sa réalisation, il est le premier temps du troisième test.

■ 3^{ème} test : le test de compression ou break test du supinateur (fig. 5)

Le *break test* du muscle supinateur avec une supination contrariée sur une position coude en extension, pronation est sûrement le plus douloureux. Le test de supination résisté confirme le diagnostic après la palpation. En fait, pour mettre en évidence une compression au niveau du muscle supinateur, il faut demander une contraction résistée de ce muscle. L'étirement du muscle produit une compression autour de 46 mm Hg, la contraction résistée crée une pression de l'ordre de 190 mm Hg [5]. Ceci montre bien que la contraction musculaire est importante à demander pour mettre en évidence la compression nerveuse d'origine musculaire et ne permet pas de faire de diagnostic différentiel.

Stanley [4] préconise de faire ce test de façon répétitif. Il demande au patient de faire une dizaine de supination avec extension maximale du coude.

Il existe d'autres tests dans la littérature non retenus :

- Bolster *et al.* [7], et Hagert *et al.* [8] : 2 essais cliniques utilisent le test de provocation de la douleur dans l'avant-bras radial proximal et sur le tunnel radial lorsque le poignet est en hyperextension contre la résistance ;
- Antuna *et al.* 2014 [9] décrivent que ce test peut aider à faire la différence entre épicondylalgie d'origine musculaire et STR. En effet, le test est réalisé avec le coude à 90° et le coude en extension. Les sujets qui ont juste un problème musculaire ont plus de mal le coude en extension complète qu'en flexion à 90°. Ceci est possible car il existe plusieurs auteurs [4,



► Figure 5

1. 1^{er} temps passif d'étirement : on place le bras en extension de coude et pronation de l'avant-bras
 2. 2^e temps actif : le *break test* du muscle supinateur avec une supination contrariée sur une position coude en extension, pronation est douloureux
 3. 3^e temps : on peut associer une flexion pronation du poignet pour augmenter la pression dans le tunnel radial [5, 6]
- Dans cette position, nous sommes très proches de la position du test UNLT3

6, 7, 10] qui décrivent une augmentation en extension de coude et pronation par simple mise en tension du muscle supinateur alors que la flexion a l'avantage de détendre les pressions dans le tunnel radial.

– d'autres signes sont décrits mais ce sont des signes contre résistance avec flexion pronation du poignet et qui peuvent être douloureux aussi dans le cas d'atteinte neurale [11].

Il existe également la manœuvre de Roles *et al.* [12] qui déclenche une douleur à l'extension contrariée du médus en extension du poignet et du coude également présente dans les épicondylalgies [2, 4]. En fait, c'est un test évoquant la contracture des extenseurs du poignet. Il est très positif dans l'épicondylalgie et ne doit pas être utilisé pour diagnostiquer un syndrome du tunnel radial.

Suite et bibliographie complète dans notre numéro de mai