

Épicondylite : infiltration de corticostéroïdes et/ou kinésithérapie ?

Question clinique

Quelle est l'efficacité d'une infiltration de corticostéroïdes, d'une kinésithérapie ou de l'association des deux versus placebo pour le traitement de l'épicondylite unilatérale ?

Referentie Coombes BK, Bisset L, Brooks P, et al. Effect of corticosteroid injection, physiotherapy, or both on clinical outcomes in patients with unilateral lateral epicondylalgia: a randomized controlled trial. JAMA 2013;309:461-9.

Analyse Erwin Van De Vijver, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, VUB

Texte sous la responsabilité de la rédaction néerlandophone

Contexte

L'incidence annuelle de l'épicondylite ('tenniselbow') est estimée à 6 patients sur 1 000¹. La plupart des cas sont traités par le médecin généraliste, les injections de corticostéroïdes comme la kinésithérapie étant fréquemment utilisées. Nous avons déjà publié des analyses d'études d'efficacité à court terme sur la douleur tant par des infiltrations que par une kinésithérapie^{2,3}. Nous ne disposons que de peu de preuves de l'utilité à long terme des infiltrations, tandis que pour la kinésithérapie, les résultats sont contradictoires.

Résumé de l'étude

Population étudiée

- 165 patients âgés de plus de 18 ans (âge moyen de 50 ans) de Brisbane, Australie, présentant une douleur au niveau d'un épicondyle depuis au moins 6 semaines ; recrutés par le biais d'annonces
- critères d'inclusion : douleur > 30 sur une **échelle visuelle analogique** de 0 à 100, provoquée par au moins 2 des manipulations suivantes : préhension, palpation, extension du poignet ou du majeur contre résistance, extension de l'avant-bras avec diminution de la force de préhension sans douleur
- critères d'exclusion : infiltrations au cours des 6 derniers mois, kinésithérapie au cours des 3 derniers mois, douleur supplémentaire dans le cou ou les bras ayant une répercussion sur le fonctionnement quotidien au cours des 6 derniers mois, symptômes radiculaires ou neurologiques, signes d'arthrite systémique, grossesse, allaitement, contre-indications pour des infiltrations.

Protocole d'étude

- étude randomisée contrôlée par placebo, avec **plan factoriel 2 x 2** et évaluation de l'effet en aveugle
- quatre groupes :
 - ~ infiltration de corticostéroïdes (1 ml avec 1 % triamcinolone acétonide + 1 ml avec 1 % de lignocaïne) loco dolenti
 - ~ infiltration d'un placebo (0,5 ml avec NaCl 0,9 %) loco dolenti
 - ~ infiltration de corticostéroïdes + kinésithérapie (8 séances de 30 minutes, pendant 8 semaines, comportant une thérapie manuelle et des exercices concentriques/excentriques)
 - ~ infiltration d'un placebo + kinésithérapie
- après 4, 8, 12, 26 et 52 semaines, les patients ont évalué l'amélioration globale sur une **échelle de Likert** à 6 points (allant de « guérison complète » à « nettement pire »).

Mesure des résultats

- critères de jugement primaires : nombre de patients chez lesquels la guérison est complète ou qui présentent une nette amélioration après 52 semaines ; nombre de patients souffrant d'une récurrence (guérison complète ou nette amélioration après 4 ou 8 semaines mais pas après 8, 12, 26 ou 52 semaines) au cours de l'année
- critères de jugement secondaires : nombre de patients chez lesquels la guérison est complète ou qui présentent une nette amélioration après 4 et 26 semaines ; gravité de la douleur au repos et de la douleur maximale au cours de la semaine précédente sur une échelle visuelle analogique, le **Patient Rated Tennis Elbow Evaluation Score** et le **Euro Quality of Life EQ-5D** score après 4, 26 et 52 semaines, prise d'AINS ou d'autres traitements, effets indésirables
- analyse en intention de traiter
- vérifier l'existence d'une interaction entre les infiltrations et la kinésithérapie.

Résultats

- 2 patients sortis de l'étude par décès au cours de l'étude
- critères de jugement primaires :
 - ~ pas d'interaction entre l'infiltration de corticostéroïdes et la kinésithérapie
 - ~ après 52 semaines, moins de guérisons complètes ou de nettes améliorations après infiltration de corticostéroïdes versus placebo (83 % contre 96 % ; RR 0,86 (IC à 99 % de 0,75 à 0,99) ; p = 0,01)
 - ~ après 52 semaines, plus grand nombre de rechutes après infiltration de corticostéroïdes qu'après placebo (54 % contre 12 % ; RR 0,23 (IC à 99 % de 0,10 à 0,51) ; p < 0,001)
 - ~ après 52 semaines, pas de différence quant à la guérison complète ou à la nette amélioration, quant à la rechute entre les patients qui ont suivi une kinésithérapie et ceux qui n'en ont pas suivi
- critères de jugement secondaires :
 - ~ à 4 semaines : en absence de kinésithérapie, infiltration de corticostéroïdes versus placebo, plus de guérisons ou de nettes améliorations (p < 0,001 ; NST de 1,6 avec IC à 99 % de 1,3 à 2,9), moins de douleur et d'incapacité fonctionnelle et une meilleure qualité de vie (p < 0,001) ; après infiltration d'un placebo, kinésithérapie versus absence de kinésithérapie : plus de guérisons ou de nettes améliorations (p = 0,004 ; NST 3,4 (IC à 99 % de 2,0 à 21,4))
 - ~ à 26 semaines : pas d'interaction entre infiltration de corticostéroïdes et kinésithérapie ; moins de guérisons ou de nettes améliorations après infiltration de corticostéroïdes versus placebo (p < 0,001) ; pas de différence entre la kinésithérapie et l'absence de kinésithérapie
 - ~ à 52 semaines : pas d'interaction entre infiltration de corticostéroïdes et kinésithérapie ; douleur plus importante après infiltration de corticostéroïdes qu'après placebo (p = 0,005) ; pas de différence entre la kinésithérapie et l'absence de kinésithérapie
- la kinésithérapie est associée à une moindre prise d'AINS (20 % contre 39 %, p = 0,008)
- pas de différence quant au nombre d'effets indésirables ; ces derniers étaient en lien avec le traitement, étaient minimes et transitoires.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que, chez les patients souffrant d'épicondylite chronique unilatérale, le résultat clinique après un an était pire après infiltration de corticostéroïdes qu'après infiltration d'un placebo, tandis qu'il n'y avait pas de différence significative entre la kinésithérapie et l'absence de kinésithérapie.

Financement de l'étude Australian National Health and Medical Research Council

Conflits d'intérêt des auteurs les auteurs n'ont pas de lien avec l'industrie pharmaceutique.

Considérations sur la méthodologie

Dans cette étude randomisée contrôlée par placebo, ni le médecin ni le patient n'ignoraient le traitement par kinésithérapie. Les chercheurs reconnaissent que cela peut fausser les résultats. Comme l'évaluation a bien été effectuée en insu, le risque de biais est partiellement atténué. Le volume total utilisé pour l'infiltration de corticostéroïdes était différent de celui pour l'infiltration de placebo. En outre, contrairement à l'infiltration de corticostéroïdes, de lignocaïne n'a pas été ajoutée au placebo. Cette différence entre les 2 traitements en aveugle ne repose probablement pas sur une mauvaise intention mais le motif de ce choix n'est pas expliqué. La qualité de l'insu a, elle, bien été évaluée, avec un résultat favorable.

Il est possible qu'il y ait aussi un biais de sélection dans cette étude. Le recrutement a effectivement été réalisé au moyen d'annonces, et il n'est donc pas exclu qu'un certain profil de patients ait plus particulièrement été touché. La randomisation, pour sa part, a été correctement effectuée, avec respect du secret d'attribution. En conséquence, il n'y a pas eu de différence entre les quatre groupes quant aux paramètres de base.

Le nombre de sorties d'étude est faible, mais le protocole de l'étude n'a pas été suivi par tous les participants. Ainsi, par exemple, 9 % des patients qui ont suivi une kinésithérapie ont participé à moins de la moitié des séances, tandis que seulement 70 % d'entre eux ont correctement terminé le programme d'exercices à la maison. Il faut en tenir compte pour l'interprétation de l'efficacité (ou de son absence) de la kinésithérapie. En outre, 3 (7 %) des 43 patients du groupe corticostéroïdes n'ont pas reçu d'injection. L'analyse a été effectuée en intention de traiter, mais une analyse par protocole complémentaire aurait été souhaitable pour pouvoir mieux interpréter l'efficacité des infiltrations de corticostéroïdes.

Interprétation des résultats

Les résultats confirment les connaissances acquises antérieurement concernant le traitement de l'épicondylite. Lors d'autres commentaires à ce sujet publiés dans la revue *Minerva*, nous avons déjà signalé que les infiltrations de corticostéroïdes ont une efficacité limitée au court terme sur la douleur et que l'utilité à long terme de la kinésithérapie n'a pas encore été montrée^{2,3}. L'hétérogénéité trop importante entre les différentes études n'a pas permis de se prononcer de manière définitive à ce sujet⁴. Les auteurs de l'étude ici analysée espéraient clarifier la supériorité des infiltrations de corticostéroïdes par rapport à un placebo. Comme dans une étude antérieure, ils ont montré que les infiltrations de cortisone sont plus efficaces à court terme qu'un placebo. Pour qu'une guérison complète ou une nette amélioration soit observée après quatre semaines chez un patient, il faut administrer une infiltration de cortisone plutôt qu'un placebo à environ deux patients. A long terme, l'effet positif des infiltrations de corticostéroïdes s'estompe, et, après 52 semaines, nous constatons que le résultat clinique est même pire versus placebo. Les raisons de ce mauvais résultat à long terme restent imprécises. Il pourrait s'agir d'une conséquence d'une mise en charge trop forte de l'articulation une fois que l'injection a apporté le soulagement de la douleur. L'étude n'apporte pas non plus de preuve de l'utilité de la kinésithérapie à long terme, élément déjà connu²⁻⁴. En résumé, nous pouvons donc dire que les résultats de cette étude étayaient les preuves existantes et qu'ils n'apportent pas ou peu de nouvelles connaissances.

Conclusion de Minerva

Cette étude de bonne qualité méthodologique nous permet de conclure qu'il n'existe pas de preuve de résultats favorables à long terme des infiltrations de corticostéroïdes et/ou de la kinésithérapie dans le traitement de l'épicondylite.

Pour la pratique

Conformément au guide du NHC concernant l'épicondylite⁵, la stratégie du généraliste en cas d'épicondylite doit s'orienter sur l'attente d'une guérison spontanée et, par conséquent, consiste à donner des informations et des conseils. Des infiltrations locales de corticostéroïdes ne sont pas recommandées. Chez les patients chez qui la guérison est insuffisante après 6 semaines, qui souhaitent un soulagement rapide des plaintes et qui sont informés de l'effet dommageable à long terme, le médecin traitant peut quand même envisager de faire des infiltrations de cortisone. Il n'est pas recommandé d'adresser le patient à un kinésithérapeute ni à un chirurgien (orthopédique) pour une intervention chirurgicale. Les résultats de l'étude ici analysée renforcent ces recommandations.

Références

1. Intego-netwerk. Morbiditeitsregistratie van ziekten in de huisartspraktijk. www.intego.be
2. Vanwelde A. Epicondylite: kinésithérapie préférable à une infiltration? *MinervaF* 2007;6(6):94-6.
3. Dewachter J. Traitement de l'épicondylite. *MinervaF* 2003;2(3):41-3.
4. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. Efficacy and safety of corticosteroid injections and other injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials. *Lancet* 2010;376:1751-67.
5. Assendelft WJ, Smidt N, Verdaasdonk AL, et al. NHC Standaard Epicondylitis. *Huisarts Wet* 2009;3:140-6.