

# Thérapie manuelle et exercices pour les épicondylites

## Référence

Wallis JA, Bourne AM, Jessup RL et al. Manual therapy and exercise for lateral elbow pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD013042.pub2

## Analyse de

Alexis Pelletier, ergothérapeute, kinésithérapeute, master en Santé Publique (Epidémiologie)  
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

## Question clinique

Chez les patients souffrant de douleur latérale au coude, quels sont les bénéfices de la thérapie manuelle et/ou les exercices prescrits pour réduire la douleur et améliorer la fonction du coude ?

## Contexte

L'épicondylite latérale, connue entre autres également sous le nom de *tennis elbow*, est un trouble musculosquelettique dont la prévalence dans la population générale est d'environ 1,0 à 1,3% chez les hommes et de 1,1 à 4,0% chez les femmes. Parmi les facteurs de risque professionnels, les activités énergiques, une force élevée associée à une répétition élevée ou une posture inconfortable et des postures inconfortables sont associées à l'épicondylite (1). Nous avons analysé dans Minerva (2) une RCT (3) qui montrait qu'à long terme (52 semaines), la kinésithérapie n'est pas plus efficace qu'une temporisation et que la temporisation est supérieure à des infiltrations. Le nombre élevé de récurrences appelait à des réserves vis-à-vis des infiltrations. Ces résultats semblaient donc justifier une attitude attentiste dans le traitement de l'épicondylite. En cas de douleur et/ou de limites importantes des activités, un traitement de kinésithérapie pouvait être envisagé pour son efficacité à court terme. Une autre revue systématique a montré que 90% des personnes avec une épicondylite non traitée atteignent une résolution des symptômes en un an (4). Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge optimale de l'épicondylite (5,6), qu'il s'agisse de thérapie manuelle, d'exercices, de traitements pharmacologiques ou chirurgicaux. Une précédente revue a suggéré que la thérapie manuelle et les exercices offrent des résultats limités à court terme en termes de réduction de la douleur et d'incapacité, avec des preuves de faible qualité (7).

## Résumé

### Méthodologie

Revue systématique avec méta-analyse (8).

### Sources consultées

- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- MEDLINE
- Embase
- ClinicalTrials.gov
- World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) search portal.

### Etudes sélectionnées

- essais contrôlés randomisés ou études quasi-expérimentales
- critères d'inclusion
  - adultes présentant un diagnostic d'épicondylite, sans restriction de durée des symptômes, avec ou sans douleurs face médiale du coude
  - diagnostic d'épicondylite uniquement clinique, avec ou sans imageries médicales ; il doit inclure des critères tels qu'une douleur intense au niveau de l'épicondyle latéral du coude, une douleur reproduite par au moins deux des tests suivants : à la palpation de l'épicondyle latéral, ou de l'insertion musculaire commune sur l'épicondyle, à la préhension, à l'extension résistée du poignet ou du second ou troisième doigt

- comparaison études comparant la thérapie manuelle et/ou des exercices avec placebo, pas de traitement, les mêmes thérapies manuelles ou exercices mais seuls, des injections de glucocorticoïdes
- intervention :
  - thérapie manuelle est définie comme : mobilisation, manipulation, massage ou la combinaison des 3
  - exercices supervisés, en individuel ou en groupe, à domicile ou ailleurs, en piscine ou non, ciblés sur la prise en charge de l'épicondylite
  - s'ils sont ajoutés à la thérapie manuelle ou aux exercices, d'autres thérapies fréquemment pratiquées peuvent être présents, comme l'électrothérapie, le taping... étant considérés comme peu probable d'avoir un impact significativement positif
- critères d'exclusion
  - études ayant inclus des participants avec antécédents de traumatismes, pathologies inflammatoires ou dégénératives telles que polyarthrite rhumatoïde ou arthrose
  - études comparant des thérapies manuelles ou exercices avec d'autres types de thérapies manuelles ou exercices
- au total, 23 essais ont été inclus ; parmi eux, un essai (23 participants) a comparé la thérapie manuelle à une thérapie manuelle placebo ; douze essais (1124 participants) ont comparé la thérapie manuelle, les exercices prescrits ou les deux à une intervention minimale ou nulle ; six essais (228 participants) ont comparé la thérapie manuelle et les exercices à l'exercice seul ; un essai (60 participants) a évalué l'ajout de thérapie manuelle aux exercices prescrits et à l'injection de glucocorticoïdes ; enfin, quatre essais (177 participants) ont examiné l'ajout de thérapie manuelle, d'exercices prescrits ou des deux à l'injection de glucocorticoïdes.

#### Population étudiée

- adultes souffrant de douleurs latérales du coude
- un total, 1612 participants a été répertorié dont 47% de femmes, âge moyen entre 38 et 52 ans, avec une durée moyenne des symptômes de 2,5 mois à 43 mois selon les études.

#### Mesure des résultats

- critères de jugement primaires :
  - douleur (échelle d'évaluation numérique ou visuelle)
  - incapacité (questionnaires PRTEE, DASH ou autres)
  - succès perçu par les participants
  - qualité de vie liée à la santé (EQ-5D et SF36)
  - proportion de participants s'étant retirés de l'étude
  - proportion événements indésirables et graves
- critères de jugement secondaires : force de préhension et retour au travail.

#### Résultats

- les auteurs n'ont pas pu réaliser de comparaison entre thérapie manuelle + exercices vs placebo, ou exercices vs placebo car aucun article n'a été identifié
- les résultats pour chaque critère de jugement sont présentés dans le tableau ci-après

**Tableau 1.** Les résultats des critères de jugement primaires.

Comparaison	Douleur (EVA de 0 à 10)		Incapacité fonctionnelle		Qualité de vie		Succès perçu par les participants	
	DM (avec IC à 95%)	N (n)	DM (avec IC à 95%)	N (n)	DM (avec IC à 95%)	N (n)	RR (avec IC à 95%)	N (n)
Thérapie manuelle vs placebo	-2,1 (-4,2 à -0,1) GRADE faible	1 (23)	-25 (-43 à -7) GRADE faible	1 (23)	/	/	/	/

<b>Thérapie manuelle ou ex. ou les deux vs intervention placebo ou minimale</b>	-0,53 (-0,92 à -0,14) GRADE faible	12 (1023)	-5 (-9,22 à -0,77) GRADE faible	10 (732)	-5,58 (-10,29 à -0,99) GRADE faible	2 (113)	1,36 (0,96 à 1,93)	6 (770)
<b>Thérapie manuelle et ex. vs intervention minimale ou placebo</b>	-0,68 (-0,41 à -0,04)	4 (485)	-8,57 (-13,34 à -3,79)	4 (478)	0,01 (-0,04 à 0,06)	1 (123)	1,58 (1,11 à 2,26)	4 (485)
<b>Ex. vs intervention minimale ou placebo</b>	0,49 (-1,11 à 0,13)	6 (478)	2,13 (-8,91 à 4,65)	4 (196)	-0,5 (-1,01 à 0,01)	1 (80)	0,97 (0,82 à 1,14)	2 (285)
<b>Thérapie manuelle et ex. vs ex. seuls</b>	-2,56 (-3,63 à -1,50)	5 (183)	-14,57 (-21,96 à -7,18)	5 (177)	/	/	2,25 (0,27 à 18,88)	2 (74)
<b>Thérapie manuelle, ex. et injections glucocorticoïdes vs ex. et injections glucocorticoïdes</b>	-1,6 (-2,21 à -0,99)	1 (60)	-12,90 (-14,71 à -11,09)	1 (55)	-0,2 (-0,51 à 0,11)	1 (60)	/	/
<b>Thérapie manuelle ou ex. ou les deux avec des injections glucocorticoïdes vs injections glucocorticoïdes seules</b>	-0,89 (-1,56 à -0,22)	4 (171)	-0,98 (-3,18 à 1,12)		0,05 (0,02 à 0,08)	1 (82)	1,05 (0,74 à 1,48)	2 (102)
<b>Thérapie manuelle, ex. et injections glucocorticoïdes vs injections glucocorticoïdes seules</b>	-0,46 (-2,11 à 1,19)	1 (82)	1,40 (-7,40 à 4,60)	1 (82)	0,96 (0,65 à 1,43)	1 (82)	/	/
<b>Ex. et injections glucocorticoïdes vs injections glucocorticoïdes seules</b>	-0,97 (-1,71 à -0,24)	3 (89)	-0,92 (-3,28 à 1,44)	2 (69)	/	/	1,40 (0,67 à 2,94)	1 (20)

En vert : les résultats de l'intervention sont favorables. En rouge : les résultats de l'intervention sont défavorables.  
En orange : les résultats sont incertains. DM = Différence Moyenne, IC 95% = Intervalle de Confiance à 95%, RR = risque relatif, N = nombre d'études et (p) = nombre de participant total.

- les résultats ne permettent pas de savoir si la thérapie manuelle, les exercices prescrits ou les deux entraînent davantage d'arrêts prématurés ou d'événements indésirables ; il y a eu 83/566 abandons de participants (147 pour 1000) du groupe d'intervention minimale ou sans intervention, et 77/581 (126 pour 1000) du groupe de thérapie manuelle, des exercices prescrits ou des deux groupes : RR de 0,86 (avec IC à 95% de 0,66 à 1,12 ;  $I^2 = 0\%$  ; 12 essais)
- les événements indésirables étaient légers et transitoires et comprenaient des douleurs, des ecchymoses et des événements gastro-intestinaux, et aucun événement indésirable grave n'a été signalé ; des événements indésirables ont été signalés par 19/224 (85 pour 1000) dans le groupe de traitement minimal et 70/233 (313 pour 1000) dans le groupe de thérapie manuelle,

d'exercices prescrits ou des deux groupes : RR de 3,69 (avec IC à 95% de 0,98 à 13,97 ; I<sup>2</sup> = 72% ; 6 essais)

- résultats des critères de jugement secondaires
  - les résultats des critères de jugement secondaires ont été évalués dans peu d'études, avec peu de participants ; ils montrent que la force de préhension n'a pas été améliorée de manière statistiquement significative par la thérapie manuelle et/ou les exercices par rapport aux interventions minimales ou aux injections de glucocorticoïdes ; seuls les groupes « thérapie manuelle et exercices vs exercices seuls » et « thérapie manuelle, exercices et injections glucocorticoïdes vs injections glucocorticoïdes » montrent une amélioration statistiquement significative mais avec un intervalle de confiance large
  - de même, les données sur le retour au travail sont limitées et ne montrent pas de différence statistiquement significative entre les groupes comparés (1 étude, 118 patients)

**Tableau 2.** Les résultats des critères de jugement secondaires.

Comparaison	Force de préhension (en kg)		Retour au travail	
	DM (avec IC à 95%)	N (n)	RR (avec IC à 95%)	N (n)
Thérapie manuelle vs placebo	-5,6 lb/in <sup>2</sup> (-29,8 à 18,6)	1 (23)	/	/
Thérapie manuelle ou ex. ou les deux vs intervention placebo ou minimale	0,18 (-0,01 à 0,36)	8 (606)	1,07 (0,75 à 1,52)	1 (118)
Thérapie manuelle et ex. vs intervention minimale ou placebo	0,2 (-0,19 à 0,6)	4 (485)	1,07 (0,75 à 1,52)	1 (118)
Ex. vs intervention minimale ou placebo	0,24 (-0,46 à 0,94)	1 (37)	/	/
Thérapie manuelle et ex. vs ex. seuls	3,65 (2,36 à 4,93)	4 (154)	/	/
Thérapie manuelle, ex. et injections glucocorticoïdes vs ex. et injections glucocorticoïdes	1,70 (0,38 à 3,02)	1 (60)	/	/
Thérapie manuelle ou ex. ou les deux avec des injections glucocorticoïdes vs injections glucocorticoïdes seules	9,00 (-2,84 à 20,84)	1 (20)	/	/

<b>Thérapie manuelle, ex. et injections glucocorticoïdes vs injections glucocorticoïdes seules</b>	/	/	/	/
<b>Ex. et injections glucocorticoïdes vs injections glucocorticoïdes seules</b>	0,33 (0,01 à 7,45)	2 (74)	/	/

En vert : les résultats de l'intervention sont favorables. En rouge : les résultats de l'intervention sont défavorables.  
 En orange : les résultats sont incertains. DM = Différence Moyenne, IC 95% = Intervalle de Confiance à 95%, RR = risque relatif, N = nombre d'études et (p) = nombre de participant total.

### Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que, chez les personnes souffrant d'épicondylite, la thérapie manuelle pourrait offrir un bénéfice notable en termes de douleur et d'incapacité fonctionnelle par rapport au placebo, du moins à court terme (faible niveau de confiance). Toutefois, l'intervalle de confiance à 95% inclut aussi bien une amélioration importante qu'une absence d'amélioration, et les effets à long terme restent inconnus. D'autres essais cliniques (12 au total) indiquent que l'association de la thérapie manuelle et de l'exercice pourrait réduire légèrement la douleur et l'incapacité fonctionnelle en fin de traitement, mais sans garantie d'un réel bénéfice clinique durable. Par ailleurs, bien que certaines personnes aient ressenti une douleur après la thérapie manuelle, le nombre de cas rapportés est trop faible pour tirer des conclusions définitives.

### Financement de l'étude

Source interne : School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Australia ; source externe : National Health and Medical Research Council, Australia; un auteur a bénéficié d'une bourse de recherche par l'Australian National Health and Medical Research Council Senior Principal Research Fellowship.

### Conflit d'intérêts des auteurs

Aucun conflit déclaré.

## Discussion

### Évaluation de la méthodologie

Le cadre méthodologique est conforme aux standards Cochrane, garantissant une sélection rigoureuse des essais cliniques randomisés (RCTs). L'inclusion exclusive de RCTs limite les biais de sélection et renforce la robustesse des conclusions. La revue a recours à une double sélection indépendante des études par les chercheurs, ce qui réduit le risque d'erreur et de subjectivité dans l'inclusion des données. L'évaluation des études incluses repose sur l'outil GRADE, permettant de qualifier la qualité des preuves et d'estimer le niveau de confiance dans les résultats. La revue adopte également une approche transparente et détaillée, en rapportant les valeurs d'intervalles de confiance (IC) et les niveaux d'hétérogénéité statistique ( $I^2$ ), qui sont essentiels pour juger de la précision et de la cohérence des résultats. Cependant, bien que les essais inclus soient des RCTs, la majorité d'entre eux présentent des risques de biais liés à l'absence de mise à l'aveugle : dans plusieurs études, ni les participants ni les évaluateurs n'étaient aveugles à l'intervention, ce qui expose les résultats à de nombreux biais. Dans les études incluses, on remarque également une forte hétérogénéité des interventions. Les protocoles varient en termes de durée, de fréquence et de type de thérapie manuelle ou d'exercices prescrits, ce qui peut influencer les résultats et limiter leur généralisabilité. Peu d'études rapportent de manière détaillée les événements indésirables potentiels liés aux interventions, ce qui pourrait biaiser les conclusions en minimisant les risques associés à ces traitements.

## Évaluation des résultats

L'intervention étudiée est pertinente et applicable en rééducation et médecine physique. L'hétérogénéité des protocoles (durée, intensité) complique cependant la standardisation des recommandations. Les comparateurs incluent placebo, intervention minimale, interventions standards (exercices et thérapie manuelle) et injections de glucocorticoïdes. Toutefois, ces injections, bien qu'historiquement courantes, ne sont plus recommandées en première intention en raison d'un effet bénéfique transitoire suivi d'une possible aggravation des symptômes. De plus, les traitements multimodaux, pourtant fréquents en clinique kinésithérapeutique, sont sous-représentés. Les critères de jugement sont pertinents (douleur, incapacité, qualité de vie, retour au travail), mais le suivi est limité (4-12 semaines), empêchant d'évaluer l'efficacité à long terme. La comparaison avec d'autres études confirme un bénéfice modéré à court terme mais non durable. Des alternatives récentes comme les Plasma Riche en Plaquette (PRP) ou les ondes de choc (9) ne sont pas prises en compte. Le rapport bénéfice-risque semble favorable, avec peu d'effets indésirables rapportés. Cependant, le manque de suivi et de données sur les récurrences limite les conclusions.

## Que disent les guides de pratique clinique ?

NICE rappelle que « *les traitements conservateurs comprennent le repos, l'application de glace, les médicaments analgésiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les dispositifs orthopédiques, la physiothérapie, l'entraînement excentrique/les étirements et l'injection de corticostéroïdes* » (10). La HAS annonce des recommandations pour mi 2026.

## Conclusion de Minerva

Cette revue systématique de RCTs montre que, chez les patients souffrant d'épicondylite latérale, la thérapie manuelle et/ou les exercices offrent une amélioration modérée de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle à court terme (4 à 12 semaines) par rapport à une intervention minimale ou un placebo. Ces 2 interventions améliorent les résultats par rapport à une ou injection de glucocorticoïdes seule. Les événements indésirables sont plus nombreux mais légers et transitoires. Cette revue est de bonne qualité méthodologique mais est basée sur des études présentant de nombreuses limites méthodologiques, dont l'hétérogénéité des protocoles d'intervention en termes de durée et d'intensité des traitements, ce qui limite la comparabilité des résultats.

**Références** voir site web