

REGARDS

De l'Observatoire de la Médecine Générale

L'épicondylite

L'épicondylite est un trouble musculo-squelettique qui fait partie des premiers résultats de consultations répertoriées par l'Observatoire de la médecine générale. La SFMG et ses experts en proposent une synthèse référencée.

1 LA FRÉQUENCE DE L'ÉPICONDYLITE AUGMENTE EN FRANCE

Les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG). Les généralistes de l'OMG ont pris en charge 2 fois plus de patients atteints d'épicondylite en 2005 qu'en 1999.

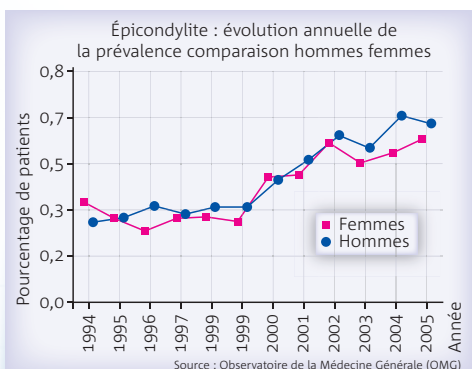
L'augmentation de la fréquence de l'épicondylite comme celle de tous les troubles musculo-squelettiques (TMS) est constatée par tous et dans tous les pays industrialisés :

- Progression de 20 % par an ces 10 dernières années ;
- Tous les secteurs sont touchés, de l'industrie aux services ;
- 3/4 des maladies professionnelles sont des TMS, 1^{re} cause de maladie professionnelle en France. (source Ministère du travail octobre 2005)

Nous n'avons pas trouvé de données en France en population générale. Dans l'observatoire des TMS en Pays de Loire mis en place par les médecins du travail en 2002 : 13% des salariés présentaient un TMS et l'épicondylite avait une fréquence de 2% dans la population des salariés.

2 L'ÉPICONDYLITE EST UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Le **travail** est le principal facteur de risque des épicondylites (35 à 64%), loin devant les loisirs (pratique du tennis : 5 à 10%) et les autres activités personnelles⁽¹⁾ selon les données canadiennes. Il n'existe pas de données publiées françaises autres que celles de l'OMG



2008



Une campagne TV de sensibilisation

En 2005 les 31000 TMS indemnisés ont engendré la perte de 6,5 millions de journées de travail et 650 millions d'euros de frais⁽⁵⁾ en France.

3 PAS DE RECOMMANDATION EN LANGUE FRANÇAISE

Il n'existe pas d'algorithme validé pour le traitement de l'épicondylite, **seule la mise au repos du coude et l'adaptation du poste de travail font consensus.**

Nous n'avons pas trouvé de recommandations en langue française, seuls les généralistes américains ont élaboré une recommandation⁽¹³⁾.

4 LE DIAGNOSTIC EST EXCLUSIVEMENT CLINIQUE

Les examens complémentaires ne sont pas nécessaires pour poser le diagnostic.

L'épicondylite se différencie, d'une part, du RC « Arthropathie-périarthropathie » par sa précision, et, d'autre part, de « Ténosynovite » par sa localisation plus fréquente.



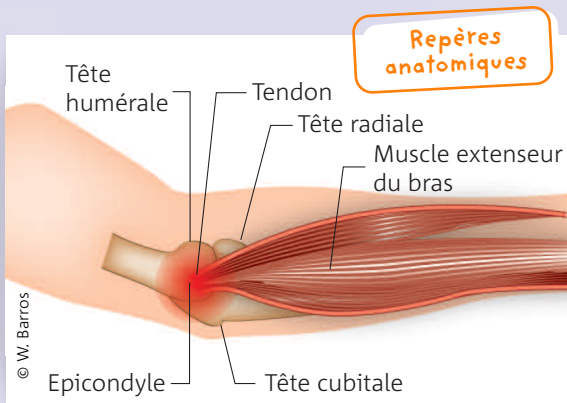
L'épicondylite UN DIAGNOSTIC CLINIQUE !

► Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) de la SFMG

ÉPICONDYLITE

- ++++ DOULEUR DE LA RÉGION ÉPICONDYLIENNE DÉCLENCHÉE PAR LA MISE EN TENSION
- ++++ MAJORÉE PAR LA PRONOSUPINATION CONTRARIÉE DU COUDE ET DU POIGNET
- ++++ EXACÉRBE À LA PRESSION DE L'ÉPICONDYLE
- + - hyperalgique
- + - impotence fonctionnelle
- + - provoquée par une activité manuelle répétée prolongée avec le poing serré (tennis, bricolage)
- + - récidive

++++ Critère obligatoire
+ Compléments sémiologiques facultatifs



L'épicondylite, encore dénommée « tennis elbow » ou « épicondylalgie », correspond à une souffrance des tendons des muscles épicondyliens à leur insertion sur l'épicondyle externe du coude.

L'histologie montre que l'épicondylite n'est pas une lésion inflammatoire, mais plutôt une lésion dégénérative associant des microdéchirures intratendineuses, une désinsertion tendineuse minime progressive et une cicatrisation pathologique.⁽¹⁻²⁾

► Évolution

L'épicondylite ne présente pas de risque d'évolution vers un état dangereux pour le patient (risque grave évitable).

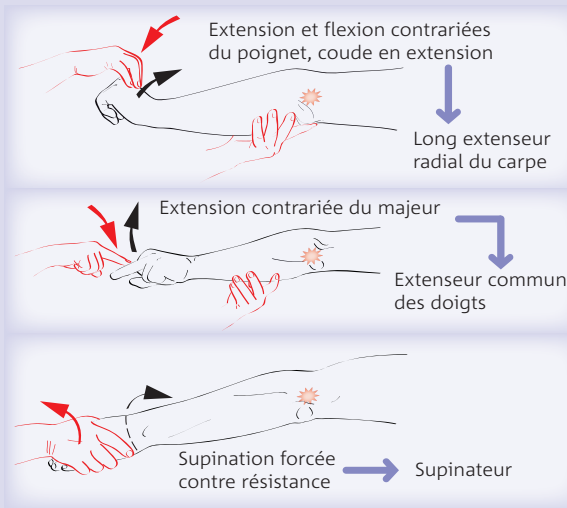
Par contre le généraliste est confronté au risque pour le patient de la répercussion sur ses capacités de travail.

L'évolution peut s'avérer longue, entre 9 et 24 mois avec une moyenne de 12 mois.

► Examen clinique

On note une absence de rougeur ou d'œdème de l'épicondyle.

Manœuvres diagnostiques



Les mouvements douloureux retrouvés à l'examen :

- Extension du poignet contre résistance, coude tendu,
- Flexion forcée du poignet, main en pronation, coude en extension,
- Extension des doigts contre résistance.
- Supination contre résistance, coude tendu,

► Intérêt des examens complémentaires

Les examens complémentaires ne sont pas nécessaires pour poser le diagnostic.

Radiographie standard en règle générale normale.

- Après un certain temps d'évolution une image en écaille à la face externe de l'épicondyle peut être vue.



L'échographie est utile dans trois situations⁽²⁾

- Dans les formes suraiguës, afin de repérer une rupture partielle de tendon ;
- Dans les formes chroniques, afin d'évaluer l'importance des lésions tendineuses ;
- Lorsque le contexte médico-légal rend nécessaire la réalisation d'une imagerie.



Les images typiques associent :

- Un épaissement tendineux hypo-échogène ;
- Une hypervascularisation au doppler couleur.

Il faut se méfier des images faussement positives, en particulier chez les sujets sportifs.



L'épicondylite

LES PRINCIPES DU TRAITEMENT

Des études ont cherché à comparer l'efficacité des différents traitements. Pour certaines d'entre elles, la taille des populations étudiées est réduite, leur caractérisation insuffisante. Les études en double-aveugle sont impossibles à réaliser pour la physiothérapie et sont praticiens-dépendantes. De nouvelles études de qualité pour confirmer les résultats sont nécessaires.

AINS	Par voie orale, ils ne sont pas efficaces ⁽¹⁴⁾ Par voie locale, leur efficacité n'a pas été prouvée.	Ils sont intéressants comme antalgiques.
Physiothérapie : - Ionophorèse - Ultrason - Massage transverse - Renforcement excentrique	La physiothérapie : méthodes inefficaces selon la review de la Cochrane Library ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ seuls les ultrasons ont une faible efficacité, supérieure à celle du placebo. Une seule étude sur seulement 38 patients était en faveur de l'efficacité du massage par renforcement excentrique ⁽¹⁷⁾ .	La physiothérapie de ces études est-elle la même qu'en France ? Nous n'avons pas retrouvé d'études pratiquées en France.
- L'abstention	À long terme, l'abstention fait mieux que l'infiltration ⁽⁷⁾ .	
L'infiltration locale de corticoïdes	Plusieurs études comparent l'efficacité de l'infiltration par rapport à l'abstention, la physiothérapie et les AINS ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁾ .	L'infiltration a ses risques (atrophie tendineuse) et est contre-indiquée en cas de déchirure partielle du tendon.
- Bracelet compressif de l'avant-bras - Attelle de poignet en flexion dorsale	En 2002, La Cochrane Library concluait à l'absence de preuve de l'efficacité des orthèses ⁽¹⁴⁾ . En 2005 une étude de faible ampleur est en faveur d'une efficacité seulement à court terme du bracelet ⁽²¹⁾ .	Les généralistes américains dans leurs recommandations déconseillent l'attelle, considérant qu'elle est à risque ⁽¹³⁾ .
- Laser - Onde de choc - Acupuncture	Le laser, l'onde de choc n'ont pas fait preuve d'efficacité ⁽¹⁴⁾ . De façon étonnante en 1997, l'Institut américain des consensus trouvait un intérêt à l'acupuncture, alors qu'en 2002, la Cochrane Library concluait au manque de preuve.	
Immobilisation plâtrée	Elle est exceptionnellement utilisée.	Elle peut rendre service dans les déchirures partielles du tendon.
Chirurgie	Actuellement il n'y a pas d'étude suffisante pour l'évaluer ⁽²³⁻²⁴⁾ . 3 types de méthodes existent : chirurgie ouverte, percutanée et arthroscopie.	Elle est intéressante dans les formes récalcitrantes.

En résumé

EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS :

- À COURT TERME (6 semaines) : l'infiltration est nettement plus efficace.
- À LONG TERME (14 mois) : la physiothérapie est légèrement plus efficace que l'infiltration et l'abstention. L'abstention est plus efficace que l'infiltration.
- Guérison spontanée entre 9 et 24 mois (moyenne à 12 mois).

Et la place du kiné ?

- Le massage transverse profond (ponçage) : massage local dans le sens perpendiculaire à celui des fibres musculo-tendineuses (utilisé dans les tendinites).
- Le renforcement excentrique : étirement passif du groupe muscle-tendon, le patient exerçant une résistance progressive. Il nécessite la participation active du sujet. Il est contre-indiqué à la phase aiguë débutante de la maladie.

La mise au repos du tendon et l'adaptation du poste de travail font consensus. Une éducation du patient dans ses gestes quotidiens et au travail est souvent nécessaire.

Un soulagement rapide de la douleur peut être obtenu par l'infiltration, mais une amélioration plus rapide à moyen et long terme relèvera plus de l'abstention thérapeutique ou de la physiothérapie. La chirurgie n'est utilisée que dans les formes récalcitrantes⁽²⁴⁾.

SOULAGER & ACCOMPAGNER

L'épicondylite nécessite de la part du médecin un accompagnement du patient tant pour le soulager que pour les problèmes professionnels qu'il va rencontrer.



DÉCLARER L'ÉPICONDYLITE EN MALADIE PROFESSIONNELLE !

Attention

Diagnostic selon l'OMG

le patient ne doit pas être en arrêt maladie dans les 7 jours précédents la déclaration.

- 1 **Connectez-vous sur le site des maladies professionnelles de la CRAMIF** (Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France), très complet et très facile d'utilisation.

→ <http://maladies-professionnelles.cramif.fr/maladies-professionnelles-reperer.php>

- 2 **Choisissez le régime d'assurance de votre patient** : régime général, régime agricole, autre **et renseignez le terme clinique de la pathologie** en tapant « épicondyélite » dans l'espace de recherche.



Le tableau est RG57 pour un assuré au régime général, RA39 pour un assuré au régime agricole.



- 3 **Vous remplissez un formulaire CERFA S6909** identique à celui que vous utilisez habituellement pour les accidents de travail

→ http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S6909.pdf

Vous indiquerez, outre les renseignements administratifs habituels :

- qu'il s'agit d'une **maladie professionnelle** (case à cocher) ;
- la **date de 1^{re} constatation médicale** de la maladie professionnelle ;
- la **nature de la maladie professionnelle**. Dans le champ « renseignements médicaux », vous inscrivez : « épicondyélite du coude droit/gauche chez un patient effectuant des travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de supination et pronosupination » (texte recopié à partir du tableau de la maladie considérée) ;
- les suites probables.

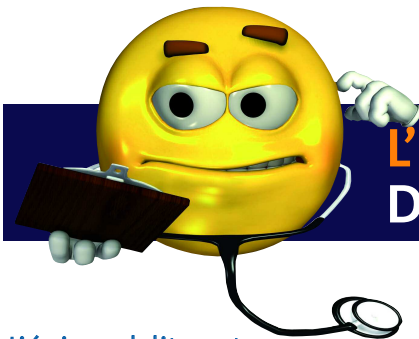
RÉGIME GÉNÉRAL Tableau 57		
Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail		
Date de création : 9 novembre 1972		Dernière mise à jour : 7 septembre 1991 (décret du 3 septembre 1991)
Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A - Épaule		
Épaule douloureuse simple (tendinopathie de la coiffe des rotateurs).	7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule.
Épaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple rebelle.	90 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule.
- B - Coude		
Épicondyélite.	7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de supination et pronosupination.
Épitrôchléite.	7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la

- 4 **Vous contactez le médecin du travail** de l'entreprise de votre patient et vous l'informez, par courrier, de votre diagnostic et de la déclaration de maladie professionnelle effectuée.

POUR INFO

La procédure complète de déclaration de la maladie professionnelle est bien décrite à cette adresse :

→ <http://maladies-professionnelles.cramif.fr/maladies-professionnelles-declarer.php>



L'épicondylite LE MG AU CŒUR DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

L'épicondylite est une maladie professionnelle pour les patients exposés selon les tableaux 57 (régime général) et 39 (régime agricole)

- 1 La prise en charge de l'épicondylite** oblige le généraliste à se pencher sur le poste de travail du patient. Il est confronté à 2 problèmes délicats :
 - L'adaptation du poste du travail parfois impossible dans certaines entreprises ;
 - La longueur des arrêts de travail nécessaires chez certains patients.
- 2 La coopération avec le médecin du travail** est indispensable avec son corollaire de travail supplémentaire.

Les arrêts de travail, la demande de reconnaissance en maladie professionnelle sont sources de travail administratif.

- 3 Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies.** « Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de supination et pronosupination ».
- 4 Les facteurs de risque biomécaniques** et psychosociologiques au travail peuvent potentialiser leurs actions pour augmenter le risque de TMS des membres supérieurs d'après l'étude anglaise publiée en 2001⁽¹⁰⁾

- 5 Les facteurs de risque psychosociologiques au travail sont liés à :**

- la demande psychologique : quantité de travail, contraintes de temps,
- l'autonomie décisionnelle,
- le soutien social : relation avec les collègues et l'encadrement,
- la reconnaissance reçue en échange des efforts fournis.

- 6 Les facteurs individuels de risque**, en dehors de l'âge, sont actuellement encore mal évalués. L'étude en Pays de Loire⁽¹¹⁾ des médecins du travail était en faveur de risques professionnels sans susceptibilité individuelle (diabète, obésité, hypothyroïdie) pour les TMS du membre supérieur.

LES GESTES À RISQUE :

- Gestes exécutés en position fixe ou dans une mauvaise position ;
- Répétitivité des gestes et sollicitation excessive ;
- Temps de récupération insuffisant ;
- Mouvements de serrage d'un manche (outil, raquettes), en force ;
- Mouvements de pronosupination en force ;
- Mouvements de la main pour frapper des objets.

Le travail au froid, l'exposition aux vibrations sont des conditions de risque.

L'adaptation ou le changement de poste de travail est souvent soit impossible, soit insuffisant pour mettre au repos le coude.

L'arrêt de travail est souvent nécessaire.

QUELS ÉCHANGES ENTRE LE MG ET LE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

Le médecin généraliste peut solliciter une « pré-visite ». Elle permet d'anticiper la reprise du travail. Elle peut être envisagée très tôt pendant l'arrêt de travail.

Tous les secteurs d'activité sont susceptibles d'être concernés (BTP, Industrie, Services, Transports, Services à la personne, Tertiaire).

Citons par exemple les métiers tels que maçon, peintre, électricien, menuisier, caissier, manutentionnaire, magasinier, aide-nettoyeur, aide-soignant, mécanicien, assembleur, laveur repasseur de linge, serveur, cuisinier, boucher, poissonnier, coiffeur, tapissier, secrétaire...

MONDE



Les Américains, les Suédois et les Australiens estiment la prévalence de l'épicondylite en population générale entre 1 à 3 %⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾



L'épicondylite

QUE DIRE AUX PATIENTS ?

- 1 L'épicondylite est une maladie douloureuse de la face externe du coude** ; fréquente, elle ne présente pas de risque d'évolution vers un état dangereux. L'évolution en est souvent longue, entre 9 et 24 mois avec une moyenne de 12 mois. Pendant ces 12 mois elle peut entraîner des difficultés pour assumer le travail et les tâches de la vie quotidienne. Elle guérit toujours spontanément.
- 2 Son diagnostic est exclusivement clinique**, aucun examen complémentaire n'est le plus souvent nécessaire.
- 3 Le travail est le principal facteur de risque** des épicondylites (35 à 64 %), loin devant les loisirs (pratique du tennis par exemple : 5 à 10 %) et les autres activités personnelles.
- 4 Si le travail est cause de la maladie, le médecin doit faire une déclaration** de maladie professionnelle.
- 5 La mise au repos est la modalité essentielle du traitement.** Des antalgiques, des anti-inflammatoires, de la physiothérapie, des infiltrations de corticoïdes peuvent également être proposés.
- 6 Avant de rencontrer votre médecin :**
 - réfléchissez aux gestes professionnels, aux travaux effectués à la maison, aux activités sportives qui auraient pu favoriser l'épicondylite ;
 - précisez-lui vos antécédents (tendinites, mal de dos, douleurs d'épaule, anxiété, dépression) ;
 - indiquez-lui les médicaments que vous avez pris pour essayer de vous soulager ;
 - faites état de vos consultations chez le kinésithérapeute, l'homéopathe, l'ostéopathe, ou le rebouteux ;
 - indiquez-lui les coordonnées de votre médecin du travail qui sera un interlocuteur important en cas de maladie professionnelle.
- 7 Des renseignements sur ce site canadien⁽²⁵⁾.**
http://www.cchst.ca/reponsesst/diseases/tennis_elbow.html

Auteurs : D^r Michel Arnould
D^r Serge Bouhana
D^r Elisabeth Griot
D^r Nathalie Marechal

Votre bibliographie

→ Pour faciliter votre recherche

MeSH

Terme en français : épicondylite

Terme en anglais : tennis elbow

Définitions :

- MeSH en anglais : "A condition characterized by pain in or near the lateral humeral epicondyle or in the forearm extensor muscle mass as a result of unusual strain. It occurs in tennis players as well as housewives, artisans, and violinists."

Synonyme(s) CISMef : épicondylalgie

Synonyme(s) MeSH Français : épicondylite des joueurs de tennis; tennis elbow

Synonyme(s) MeSH Anglais : tennis; epicondylitides, lateral humeral; tennis elbows

Appartient au(x) Métaterme(s) : rhumatologie ; traumatologie

1 - Nha HQ, Hong QN, Durand MJ, Loisel P. L'épicondylite : une revue des données probantes. Les troubles musculo-squelettiques : comprendre et intervenir Volume 5; p 170-174. 2001.
<http://www.ergonomie-self.org/self2001/v5/V5-036-R051-HONG.pdf>

2 - Vanderstraeten J. Vous avez dit "tennis elbow" ? La Revue de la Médecine Générale n° 240. Février 2006.
http://www.ssmg.be/new/files/RMG240_74-80.pdf

3 - Observatoire de la médecine générale OMG : <http://omg.sfm.org>

4 - La surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques. BEH n° 44-45/2005 15 novembre 2005.
http://www.invs.sante.fr/beh/2005/44_45/beh_44_45_2005.pdf

5 - La prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) 27 octobre 2005. Ministère du travail des relations sociales et de la solidarité. Site Internet du gouvernement.
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/dossiers/sante-securite-au-travail/prevention-risques-chimiques-physiques-psycho-sociaux/prevention-troubles-musculo-squelettiques-tms-2187.html?var_recherche=tms

6 - Johnson GW, Cadwallader K, Scheffel SB, Epperty TD. Treatment of Lateral Epicondylitis. American Family Physician Volume 76, Number 6 September 15; 2007
<http://www.aafp.org/afp/20070915/843.html>

7 - Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. BMJ. 2006 November 4; 333(7575): 939.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1633771>

8 - Labelle H, Guibert R, Joncas J, Newman N, Fallaha M, Rivard CH. Lack of science evidence for the treatment of lateral epicondylitis: a meta-analysis. J Bone Joint Surg Br. 1992; 74-B:646-51.
<http://www.jbjs.org.uk/cgi/reprint/74-B/5/646>

9 - Nha HQ, Durand MJ, Loisel P. L'épicondylite : une revue des données probantes. Les troubles musculo-squelettiques : comprendre et intervenir 2001. Volume 5 p 170-174
<http://www.ergonomie-self.org/self2001/v5/V5-036-R051-HONG.pdf>

10 - Devereux JJ, Vlachonikolis IG, Buckle PW. Epidemiological study to investigate potential interaction between physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculoskeletal disorder of the neck and upper limb. 1: Occup Environ Med. 2002 Apr; 59(4):269-77
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11934955?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA

11 - Roquelaure Y, Ha C, Touranchet A, Sauteron M, Chotard A, Guillimin JC, Harrigan JC, Leroux F, Mazoyer M, Imbernon E, Goldberg M et 63 médecins du travail des Pays de la Loire. Surveillance des TMS dans les entreprises des Pays de la Loire : résultats en 2002. Forum International travail en santé 2004.
http://www.invs.sante.fr/publications/2004/tms_291104/tms_pays_loire.pdf

12 - Theis C, Herber S, Meurer A, Lehr HA, Rompe JD. Evidence-based evaluation of present guidelines for the treatment of tennis elbow – a review. Zentralbl Chir. 2004 Aug; 129(4):252-60.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15354245?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

13 - Elbow (acute & chronic). National Guideline Clearing house 2007 Jun 11. 158 p. [215 references].
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=11017&nbr=00597&string=%22tennis+elbow%22#search

14 - Bandolier.

<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/Arthritis/elbow.html>

15 - Smidt N, Assendelft WJ, Arola H, Malmivaara A, Greens S, Buchbinder R, van der Windt DA, Bouter LM. Effectiveness of physiotherapy for lateral epicondylitis: a systematic review. Ann Med. 2003; 35(1):51-62. Review.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12693613?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

16 - Brosseau L, Casimiro L, Milne S, Robinson VA, Shea BJ, Tugwell P, Wells G. Deep transverse friction massage for treating tendonitis. Cochrane review. update: August 19. 2002.
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003528.html>

17 - Svernlöv B, Adolfsson L. Non-operative treatment regime including eccentric training for lateral humeral epicondylalgia. Scand J Med Sci Sports 2001 ; 11 (6) : 328-34.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_epicondylite.pdf

18 - Smidt N, Van der Windt D, Assendelft W, Deville W, Kothals-de Bos IB, Bouter LM. Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis : a randomized controlled trial. Lancet 2002; 359: 657-62.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11879861>

19 - Hay EM, Paterson SM, Lewis M, Hosie G, Croft P. Pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and naproxen for treatment of lateral epicondylitis of elbow in primary care. BMJ 1999;319:964-968. (9 October) <http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7215/964>

20 - Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, executive dean, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. BMJ. 2006 November 4; 333(7575): 939.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1633771>

21 - Struijs PA et al. The predictive value of the extensor grip test for the effectiveness of bracing for tennis elbow. Am J Sports Med. 2005; 33: 1905-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

22 - National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement November 3-5; 1997.
<http://consensus.nih.gov/1997/1997Acupuncture107html.htm>

23 - Lo MY, Safran MR. Surgical treatment of lateral epicondylitis: a systematic review. Clin Orthop Relat Res. 2007 Oct; 463:98-106.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17632419?ordinalpos=12&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

24 - Traitement arthroscopique de l'épicondylite. HAS : Service d'évaluation des actes professionnels. juin 2006.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_epicondylite.pdf

25 - Épicondylite. CCHST. 1999.
http://www.cchst.ca/reponsesst/diseases/tennis_elbow.html