



KINÉSITHÉRAPEUTE PRATICIEN

n° 66

Juillet/août 1998 – Revue bimestrielle d'Information et formation des Kinésithérapeutes

TARIFS

*Depuis le 15 juin,
ils sont en hausse
voir page 15*

- **Les Piscines de Rééducation**
- **Traitement des douleurs du coude**
- **La spécialisation a-t-elle un avenir en Europe ?**

Traitement des douleurs du coude : une étude comparative Massage Transverse Profond, **ultrasons & électrothérapie vs Brachy-Myothérapie seule**

Les douleurs du coude, et plus particulièrement les épicondylites, sont très fréquentes entre 35 et 50 ans surtout (19), et sont d'évolution souvent longue et de traitement difficile (19).

L'épicondylite concerne par exemple en Suède 1 à 3 % de la population, mais 19 % des hommes de 40 à 50 ans ; aux Etats Unis plus de 7 % des ouvriers et 50 % des joueurs de tennis sont concernés à un moment ou à un autre ; chaque cas a entraîné une moyenne 62 jours d'arrêt de travail par ouvrier concerné au Québec en 1981 (14, 34).

Les épicondylites même traitées durent en moyenne de 6 mois à 3 ans (11, 19, 34, 37).

Bien que les douleurs du coude puissent siéger à la face antérieure, postérieure ou interne du coude, la douleur externe ou épicondylalgie est la plus fréquente (19, 24, 34). Chacune de ces localisations peut avoir plusieurs causes, mais les problèmes musculaires sont les plus fréquents (34).

L'arthrose du coude étant très rare ⁽¹⁾, les névralgies s'exprimant spécifiquement à cet endroit ne représentant que 5 à 10% des cas ^(16, 19, 34), et les épicondylites suite à un traitement par Fluoroquinolones étant exceptionnelles ⁽¹⁶⁾, les épicondylalgies sont généralement considérées comme des pathologies des insertions tendineuses, appelées enthésopathies ^(10, 25, 33). Ces tendinopathies d'insertion représenteraient 90% des épicondylites ⁽¹⁹⁾. Reste à comprendre leur cause, et leur meilleur traitement.

La cause généralement invoquée est une traction excessive et répétée sur les fibres du tendon commun des muscles épicondylaires ⁽¹⁹⁾.

Nous montrerons que ceci est probablement dû à des contractures persistantes, concernant des muscles s'insérant au niveau de l'épicondyle. Ces contractures exerçant une traction anormale sur l'insertion des tendons correspondants provoqueraient les douleurs à leur insertion, douleurs accentuées par la sollicitation de ces muscles, mais réversibles avec le traitement manuel de ces spasmes.

Le «surmenage» des muscles concernés, souvent évoqué comme cause, paraît discutable comme étiologie, et pourrait plutôt être un facteur déclenchant, dans la mesure où les douleurs du coude se rencontrent aussi bien chez des personnes dont on pourrait effectivement considérer qu'elles surmènent les muscles du coude (sportifs ou travailleurs manuels ou à la

Mots clés

coude
épicondylalgie
contracture
Brachy-Myothérapie

Résumé

Deux groupes comparables de patients se présentant chez 2 kinésithérapeutes pour douleurs chroniques du coude ont été traité l'un par kinésithérapie classique, l'autre par Brachy-Myothérapie, une technique manuelle de type 'mobilisation', traitant par raccourcissement passif les muscles concernés.

Le nombre de patients de chaque groupe correspond au nombre nécessaire calculé en fonction de la différence de résultats.

Le traitement par Brachy-Myothérapie semble nettement plus actif que le traitement par kinésithérapie classique.

L'étude ci-dessus montre en effet que l'on obtient trois fois plus de guérisons des douleurs du coude en 2 fois moins de séances par Myothérapie que par la kinésithérapie classique.

Les contractures persistantes de certains muscles s'insérant au niveau du coude apparaissent comme l'étiologie la plus probable de la plupart des épicondylites et autres douleurs de l'articulation.

chaîne par exemple) que, dans 1/3 des cas, chez d'autres catégories de la population ⁽¹⁹⁾. Après tout, l'articulation du coude est faite pour bouger, sans qu'une notion d'usage excessif soit envisageable et encore moins prouvée.

Matériel & Méthode

Les patients se présentant pour douleurs du coude au cabinet de kinésithérapie de Mme V. Cottar et de M P. Ponzio entre septembre 1996 et mars 1997 ont été répartis au hasard en deux groupes. Ceux-ci sont de taille légèrement inégale mais comparable. Chaque groupe comporte le nombre de patients statistiquement requis, calculé en fonction de la différence de guérisons constatée ^(5, 35), ce qui évite les erreurs de type II. Le risque d'erreur est ainsi fixé à 5% et la puissance à 80% ⁽⁵⁾.

Les données communément admises pour effectuer des études comparatives ont donc été appliquées pour la présente étude ^(15, 21, 35). Dans le cadre des thérapies manuelles (comme en chirurgie) il s'agit d'une étude en simple insu, le thérapeute sachant obligatoirement ce qui est fait, mais le patient ne pouvant pas distinguer les traitements, tous deux manuels ^(15, 35).

Le critère d'inclusion a été la douleur du coude, latérale ou médiane.

Les critères d'exclusion ont été les antécédents de fracture du coude et les algodystrophies.

L'un des deux groupes, le groupe A ou **groupe témoin**, constitué de 25 patients, a été traité par Mme V. Cottar, MKDE, par kinésithérapie classique (massage transversal profond, ultrasons et électrothérapie antalgique) ^(17, 19, 37).

L'autre groupe, le groupe B, constitué de 32 patients, a été traité par M P. Ponzio, MKDE, par Brachy-Myothérapie.

La Brachy-Myothérapie est une thérapeutique purement manuelle, du type «mobilisation», ne dépassant jamais l'amplitude physiologique des articulations, qui vise à traiter par le raccourcissement des muscles concernés les contractions post-traumatiques persistantes qui semblent être à la base de nombreuses pathologies, articulaires ou autres ⁽²³⁾.

La Myothérapie s'intègre bien dans l'exercice de la kinésithérapie comme de la médecine puisqu'il ne s'agit que de mobilisations, à l'exclusion de toute manipulation ⁽¹⁸⁾.

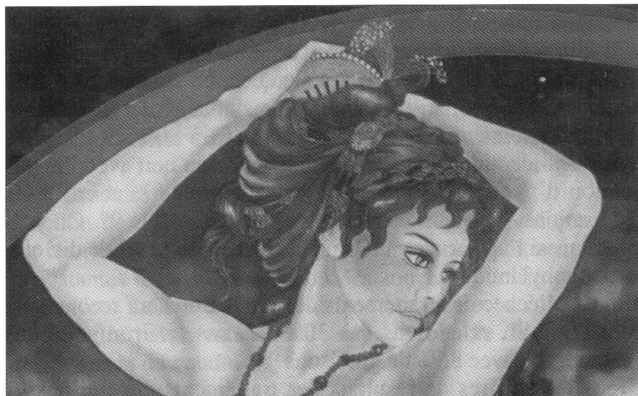
Les hypothèses physio-pathologiques et les preuves électromyographiques, ainsi que les résultats de la Myothérapie dans différentes indications ont déjà été exposés ici et dans d'autres revues professionnelles, nous n'y reviendrons donc pas ^(27, 28, 29, 30, 31).

Une implication du rachis cervical dans la majorité des épicondylalgies avait déjà été remarquée par Maigne ⁽¹⁷⁾, ce qui coïncide avec nos propres observations. Chez la plupart des patients traités par Myothérapie ont donc été traités aussi bien les muscles épicondyliens que les muscles cervicaux.

Les caractéristiques des 2 groupes sont les suivantes :

■ **Groupe A, témoin**, 25 cas, traités par Mme Cottar, par kinésithérapie :

- Sexe : 16 hommes (64%) et 9 femmes (36%).
- Age : 22 à 51 ans (moyenne = 38,6 ans).
- Occupations : 10 employés de bureau, 7 travailleurs manuels, 5 sportifs et 3 femmes au foyer.
- Ancienneté du trouble : 1 à 3 mois (moyenne 1 à 2 mois).
- Caractéristiques de la douleur : dans 14 cas (56%) douleur réveillée par la pratique d'une activité de force ou d'un sport ; dans 36% des cas douleur réveillée par des gestes usuels nécessitant très peu de force ; dans ces 9 cas seulement la douleur est réveillée par des mouvements répétitifs du coude ; dans 8% des cas la douleur est permanente, aggravée par le mouvement ; elle provoque un réveil nocturne dans ces 2 cas.
- Handicap fonctionnel pour les gestes usuels : pour les 8% de patients présentant des douleurs permanentes le handicap fonctionnel est évalué à environ 80% ; pour les 36% de patients présentant une douleur réveillée par des



gestes usuels le handicap fonctionnel est évalué à environ 50% ; pour les 56% de patients présentant une douleur réveillée par la pratique d'une activité de force ou d'un sport le handicap fonctionnel est évalué à environ 20%.

• **Traitements antérieurs :**

Tous les patients ont un traitement médicamenteux en cours : anti-inflammatoires dans 76% des cas, 32% ont eu 1 à 3 infiltrations. Dans 20% des cas il y avait eu application locale de Ketum ou de Percutalgine gel.

17 patients n'ont jamais eu de kinésithérapie au préalable.

• **Caractéristiques du traitement pratiqué :**

les patients de ce groupe ont été traités par massage transversal profond, ultrasons et électrothérapie antalgique.

• **Rythme des séances :** 3 séances par semaine dans la plupart des cas.

■ **Groupe B**, 32 cas, traités par Myothérapie par M. Ponzio :

- Sexe : 19 hommes (59%) et 13 femmes (41%).
- Age : 17 à 74 ans (moyenne = 42 ans).
- Occupations : toutes catégories socioprofessionnelles, prédominance de sportifs et de bricoleurs.
- Ancienneté du trouble : 6 mois à 4 ans.
- Caractéristiques de la douleur : dans 11 cas (35%) la douleur est réveillée par la pratique d'une activité de force (bricolage) ou d'un sport (tennis, escrime, ping-pong, etc.) ; dans 16 cas (50%) la douleur est réveillée par des gestes usuels nécessitant très peu de force ; dans 5 cas (15%) la douleur est permanente, aggravée par le mouvement.

Au début du traitement, les patients avaient un pourcentage de douleur, mesuré par réglette d'évaluation visuelle analogue (E.V.A.), de 50 à 100% (moyenne = 71,5%).

• **Handicap fonctionnel pour les gestes usuels :**

Dans 15% des cas le handicap fonctionnel est évalué de 50 à 100% (moyenne = 70%) ; dans 50% des cas il est d'environ 50% ; dans 35% des cas il est estimé à 10%.

• **Traitements antérieurs :**

20 patients ont déjà bénéficié d'un traitement de kinésithérapie (5 à 30 séances, 14 en moyenne) sans résultat ou avec rechute rapide.

Tous les patients ont ou ont eu un traitement médicamenteux : (anti-inflammatoires, infiltrations).

• **Caractéristiques du traitement pratiqué :**

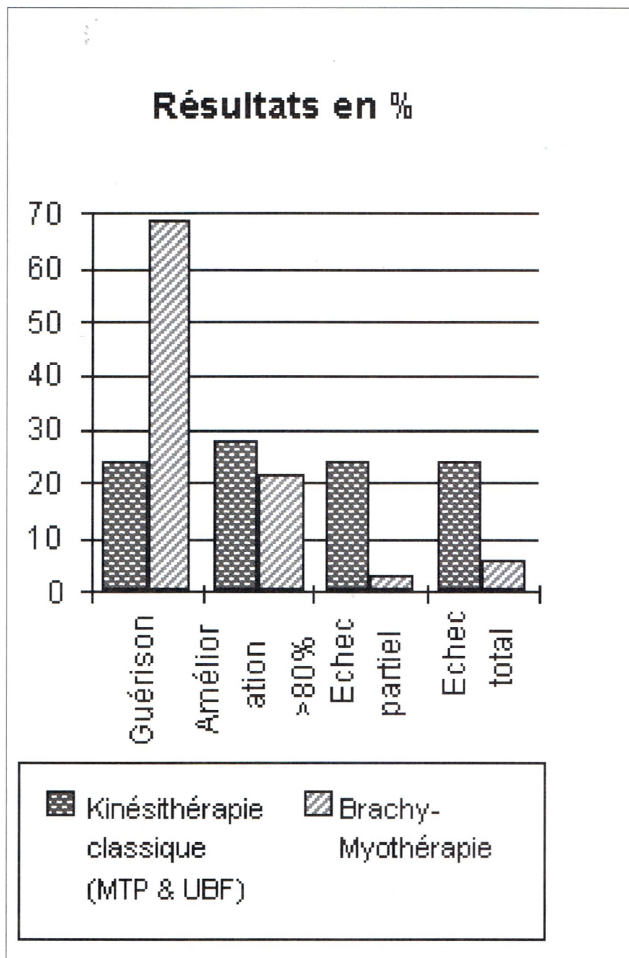
les patients de ce groupe ont été traités Brachy-Myothérapie seule.

• **Rythme des séances :** 1 séance par semaine dans la plupart des cas, parfois moins.

Résultats

■ Groupe A, témoin, 25 cas traités par kinésithérapie classique :

- Guérison (il ne persiste aucune douleur) : 6 cas soit 24%.
- Améliorés à 80% (il ne persiste au maximum que 1/5^e de la douleur d'au début du traitement et cette douleur ne se produit qu'à l'occasion de gestes sportifs ou de force) : 7 cas soit 28%.
- Echec partiel (amélioration importante et le handicap fonctionnel est beaucoup moins important mais certains gestes usuels demeurent impossibles à réaliser car ils réveillent une douleur aiguë) : 6 cas soit 24%.



Résultats comparés des traitements des deux groupes

- Echec complet (aucune amélioration constatée) : 6 cas soit 24%.
- Nombre de séances pratiquées : 10 à 25 (moyenne = 12,8).
- Délais de disparition de la douleur (dans les seuls cas de guérison complète) : 21 à 50 jours (moyenne 4 semaines).

■ Groupe B, 32 cas, traités par Brachy-Myothérapie

- Guérison (il ne persiste aucune douleur ; aucun effort même répété et important ne la réveille) : 22 cas soit 69%.
- Améliorés à 80% (il ne persiste au maximum que 1/5^e de la douleur d'au début du traitement et cette douleur ne se produit qu'à l'occasion de gestes sportifs ou de force) : 7 cas soit 22%.
- Echec partiel (amélioration importante et le handicap fonctionnel est beaucoup moins important, mais certains gestes

usuels demeurent impossibles à réaliser car ils réveillent une douleur aiguë) : 1 cas soit 3%.

- Echec complet (aucune amélioration constatée) : 2 cas soit 6%.
- Nombre de séances pratiquées : 2 à 13 (moyenne = 6,7).
- Délais de disparition de la douleur (dans les seuls cas de guérison complète) : 7 à 84 jours (moyenne 26 jours). Il n'y a pas de corrélation entre l'ancienneté du trouble et le délai de disparition de la douleur. Dans 7 cas la douleur a régressé de 80% en 1 séance.
- Recul minimum : 6 mois. Aucune rechute parmi les patients guéris.

(Ces résultats confirment ceux de l'étude multicentrique en essai libre sur les effets de la Myothérapie dans l'indication des douleurs du coude faite précédemment sur 62 patients par 10 médecins dont 2 rhumatologues, et qui montrait 66% de guérisons, 23% d'améliorations et 11% d'échecs^(23,31).)

Discussion

De nombreux traitements des douleurs du coude ont été préconisés^(14,19). Nous ne citerons ici que les principaux parmi la quarantaine existante⁽¹⁴⁾ : on propose d'abord un repos absolu de 3 à 6 semaines dans les cas aigus, voire l'immobilisation complète du coude dans les cas hyperalgiques⁽¹⁹⁾. Or le repos et surtout l'immobilisation fragilisent encore plus l'enthèse et augmentent le risque de lésion à la reprise de l'activité⁽²⁵⁾.

Le traitement médical consiste en général en infiltrations^(17,19) ; les AINS, antalgiques et myorelaxants étant décevants^(14,19).

Or le nombre d'infiltrations est limité à 3, réparties sur 1 mois⁽¹⁹⁾, une fois par an⁽³⁴⁾. A court terme l'on observe selon les auteurs 69 à 95% de bons résultats (améliorations nettes et rémissions confondues) avec les infiltrations, mais plus que 23% de guérisons à 1 an⁽³⁸⁾, car ce traitement n'agissant manifestement pas sur la cause, les rechutes sont très fréquentes, environ 1/3 des cas⁽³⁸⁾. A 3 ans 50% des patients ayant été traités par infiltrations souffrent encore⁽³⁷⁾. Faire plus d'infiltrations de corticostéroïdes risque de provoquer une rupture tendineuse et des lésions des tissus avoisinants⁽³⁴⁾.

L'acupuncture semble mieux agir que les infiltrations⁽¹⁴⁾, et permettrait jusqu'à 93% d'améliorations significatives et de rémissions à 3 mois⁽³⁷⁾.

Certains préconisent des manipulations cervicales et parfois locales⁽¹⁷⁾.

L'on propose aussi l'injection de toxine botulinique dans l'extenseur commun, ce qui à 6 mois permet une guérison dans près de 30% des cas et une amélioration dans 50% des cas⁽²⁴⁾.

Le laser permettrait 45 à 47% d'améliorations significatives et de rémissions à 3 mois, bien que cet effet soit contesté par d'autres auteurs⁽³⁷⁾.

En kinésithérapie on préconise surtout les massages transversaux profonds (Cyriax, 1936 !) auxquels on attribue 29 à 53% de bons résultats mais beaucoup de rechutes⁽³⁸⁾, les ultrasons^(8,17,19) qui atténuent les symptômes dans 63 à 80% des cas^(8,37), résultats identiques qu'ils soient associés ou non avec l'application d'hydrocortisone⁽⁸⁾, l'électrothérapie⁽¹⁷⁾, et enfin les ionisations, bien que leur effet semble discutable⁽¹⁴⁾. On propose aussi l'application de froid⁽¹⁹⁾, ou de gel de sel de diclofenac diéthylamide⁽⁹⁾.

En cas d'échec des traitements déjà cités l'on aura recours à la chirurgie⁽¹⁹⁾, et ce dans 5 à 30% des cas environ selon les auteurs⁽³⁸⁾, avec 85% de guérisons⁽³⁴⁾.

Tous les chiffres de résultats des traitements cités ci-dessus

sont à prendre avec beaucoup de réserves, puisque d'une part l'on ne connaît pas l'évolution naturelle de la maladie ^(8, 14), et d'autre part parce qu'il est classique de donner comme consigne de ne plus faire les gestes qui déclenchent la douleur ^(11, 36) ! Or si cette activité est reprise les rechutes sont fréquentes ⁽⁸⁾.

Dans notre étude, étant donné la réticence constatée ces derniers temps à la prescription de séances de kinésithérapie, tous les patients des deux groupes avaient déjà eu des traitements médicaux, comme nous l'avons indiqué, et les cas étudiés ici étaient donc par définition difficiles puisque résistants à ces traitements.

Il est à noter que l'on n'a pas demandé aux patients de cesser le geste douloureux au cours du traitement de Myothérapie, ce qui implique que les guérisons obtenues malgré la poursuite de l'activité provoquant les symptômes dans la plupart des cas laissent à penser que cette thérapeutique traite vraiment la cause du problème.

Ceci semble confirmé par l'absence totale de rechute à 6 mois pour les patients guéris, contrairement aux traitements cités ci-dessus.

Bien que la pathogénésie des douleurs du coude reste discutée ⁽³³⁾, les auteurs s'accordent sur le fait que ces pathologies, où prédominent les épicondylalgies, sont surtout des affections musculo-tendineuses, et plus exactement des douleurs musculaires se manifestant à leur point d'insertion, appelées tendinites d'insertion ^(2, 11) ou enthésopathies ^(10, 25, 33), dues à une traction trop importante ⁽¹⁹⁾.

Elles touchent surtout mais pas exclusivement les sportifs (au point que l'épicondylite est souvent appelée «tennis-elbow»), et les professions manuelles ⁽³³⁾. Un tiers des patients n'appartiennent pourtant pas à ces catégories ⁽¹⁹⁾.

Le muscle court extenseur radial du carpe (CERC, autrefois appelé 2^e radial ou court radial) semble le plus souvent concerné dans les épicondylites ou épicondylalgies, elles-mêmes nettement plus fréquentes que les épitrochléites ou épitrochléalgies ⁽³³⁾. Bien que négligé, le muscle anconé semble très souvent impliqué également ^(4, 34).

L'articulation du coude est triple (radio-humérale, cubito-humérale et cubito-radiale), mais les muscles qui s'insèrent sur l'épicondyle et l'épitrochlée ont aussi pour la plupart une action sur le poignet.

Ce qui explique que les douleurs s'expriment souvent lors de mouvements de la main (comme serrer un objet) ⁽¹¹⁾ (puisque le CERC se contracte surtout de façon réflexe pour s'opposer à la tendance à la flexion du poignet lorsque l'on fléchit les doigts) ou lors de mouvements de prono-supination (comme le fait de visser - ce qui d'une part étire le CERC et d'autre part implique aussi de serrer les doigts ce qui provoque sa contraction) ^(2, 33), bien qu'elles puissent aussi s'exprimer lors de la flexion-extension du coude ⁽³³⁾ qui mobilise aussi le CERC, ou être spontanées ⁽¹¹⁾. La pression ainsi que les mouvements contrariés peuvent aussi réveiller la douleur ⁽³⁶⁾, qui est aggravée par les activités sportives et les efforts manuels et diminue mais ne cède pas toujours au repos ⁽³³⁾. Tous ces signes sont en fait de symptômes typiques de contracture ^(6, 7, 13).

L'action de la Brachy-Myothérapie se faisant spécifiquement sur les muscles, et plus exactement sur les contractures, même persistantes depuis des mois ou des années ^(29, 30), l'importance des effets de cette thérapeutique confirme le rôle d'une contracture persistante comme cause probable de la plupart des douleurs du coude.

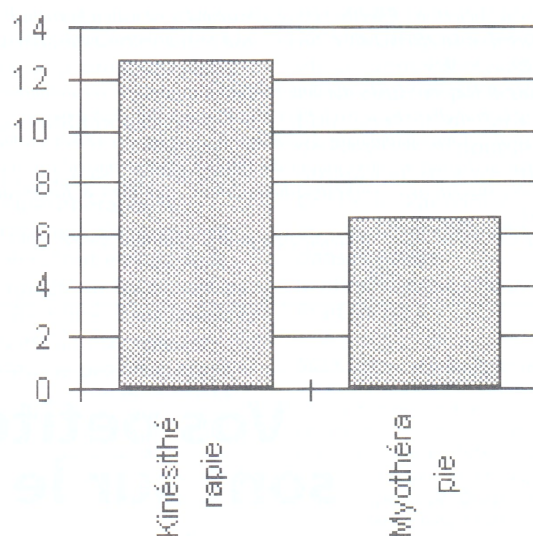
Les techniques chirurgicales confirment indirectement cette notion d'hypertonie durable des muscles concernés comme étiologie des épicondylalgies, puisque l'on pratique surtout des désinsertions ou des allongements de tendons ⁽¹⁹⁾, ce qui dans les deux cas supprime la tension exercée par le muscle spasmé sur son insertion.

Le but des injections de toxine botulinique est d'ailleurs d'obtenir une parésie musculaire de quelques mois, mais avec un effet thérapeutique durable ⁽²⁴⁾.

Enfin les effets secondaires des Fluoroquinolones étant des troubles tendineux et des myalgies ⁽¹⁶⁾, on peut penser qu'il s'agit là aussi d'une hypertonie musculaire importante et durable agissant sur le tendon et son insertion.

Quoi qu'il en soit, il est connu que les enthésopathies d'insertion (ou périostites), les tendinites et les ruptures tendineuses peuvent avoir pour cause une hypertonie musculaire ⁽²⁵⁾, concernant surtout les muscles lents à contraction durable ⁽²⁵⁾, et que cette pathologie peut être due à un trauma ^(19, 25). Les enthésopathies sont des lésions correspondant à la sollicitation de la chaîne ostéo-tendino-musculaire en traction avec muscle en contraction (si le muscle est relâché on constaterait plutôt une rupture de celui-ci) ⁽¹⁰⁾. Il y a transmission de contraintes exagérées en fréquence, vitesse et en intensité ⁽¹⁰⁾. Or ces caractéristiques, typiques de la réaction musculaire à un trauma, sont aussi celles qui accentuent le réflexe myotatique ^(3, 20, 32) et qui à un certain degré favoriseraient son auto-entretien (ou boucle β) se manifestant sous forme de contractures persistantes des muscles dits toniques, riches en fibres de type I à contraction lente mais durable ⁽³⁰⁾, ce qui équivaut à une rigidification de l'unité musculo-tendineuse ⁽¹⁰⁾. On peut donc penser que les deux phénomènes, enthésopathie et contracture de muscles toniques, sont intimement liés, comme cela a déjà été remarqué ^(25, 26, 34), y compris par électromyographie ⁽¹²⁾, et comme cela est confirmé ici par la thérapeutique.

Nombre moyen de séances



Nombre de séances nécessaires dans les deux groupes

Même en cas de névralgie celle-ci est en général due à la compression du nerf radial (division profonde) par le muscle Court Extenseur Radial du Carpe ⁽¹⁶⁾, ce qui n'est possible qu'en cas de spasme de celui-ci.

Enfin il est à rappeler d'une part que contrairement à tous les traitements classiques il n'a pas été demandé lors du traitement par Myothérapie de cesser l'activité qui provoquait la douleur, ce qui reviendrait à masquer le problème, et d'autre part il n'y a eu de rechutes dans les 6 mois suivant la fin du traitement chez les patients guéris. L'on peut donc penser que ce traitement à visée purement musculaire a traité directement la cause du trouble.

Conclusion

Le traitement par Myothérapie semble nettement plus actif que le traitement par kinésithérapie classique.

L'étude ci-dessus montre en effet que l'on obtient trois fois plus de guérisons des douleurs du coude en 2 fois moins de séances par Myothérapie que par la kinésithérapie classique.

Les contractures persistantes de certains muscles s'insérant au niveau du coude apparaissent comme l'étiologie la plus probable de la plupart des épicondylites et autres douleurs de l'articulation.

P. Ponzio - Kinésithérapeute (95220 Herblay), V. Cottar - Kinésithérapeute (95220 Herblay), J. Polak - Médecin, Président de la Société Internationale de Myothérapie (32300 MIRANDE, Tél : 05 62 66 67 00 - Fax : 05 62 66 77 88)

Références

- Allieu & Caillens : *Arthrose du coude*, EMC, App.Loc., 14361 A10, 3-1984.
- Amor et al. : *Révision accélérée en Rhumatologie*, Maloine, 1990.
- Baldisera : *Integration in spinal neural systems*, in : *Handbook of physiology*, 1981
- Coel, Yamada & Ko : *MR Imaging of patients with lateral epicondylitis : importance of increased signal of the Anconeus muscle*, AJR, 161, 11-1993
- Epi-info 6 Epitable, données communiquées par l'INSERM.
- Ferret : *Clinique des lésions musculaires*, Kinésithérapie Scientifique, 345, 22-23, 1995.
- Ferret : *Contractures en médecine du sport*, Kiné Plus, 18, 16-18, 1993.
- Holdsworth & Anderson : *Effectiveness of ultrasound used with a hydrocorisone coupling medium or epicondylitis clasp to treat lateral epicondylitis*, Physiotherapy, vol 79, 1, 1-1993
- Hudak, Cole & Haines : *Understanding prognosis to improve rehabilitation : the example of lateral elbow pain*, Arch Phys Med Rehabil, Vol 77, 6-1996
- Husson et al. : *Physiopathologie & anatomo-pathologie des enthésopathies d'insertion par sollicitations mécaniques du système tendino-musculaire*, in : *Pathologie des insertions et enthésopathies*, Simon, Hérisson & Rodineau, Masson, 1991.
- Kaplan, Prier & Vinceneux : *Rhumatologie pour le praticien*, SIMEP, 1990.
- Kelley, Stephen, Lombardo et al : *Electromyographic and cinematographic analysis of elbow function in tennis players with lateral epicondylitis*, Am. Journ. Sports Med., vol 22, 3, 1994
- Kouvalchouk et coll. : *Pathologie traumatique du muscle strié chez le sportif*, EMC, App. Loc., 1992.
- Labelle, Guibert, Joncas et al. : *Lack of evidence for treatment of epicondylitis*, Journ. Bone & Joint Surg., 74-B, 5, 9-1992
- Landrivo & Delahaye : *La recherche clinique*, Masson, 1995.
- Laulan, Daaboul, Fassio & Favard : *Rapports du muscle court extenseur radial du carpe avec la branche de division profonde du nerf radial, intérêt dans la physiopathologie des épicondylalgies*, Ann Chir Main, Ann Hand Surg, 13, 5, 1994
- Le Huec, Schaevebeke, Chauveaux et al : *Epicondylites induites par les fluoroquinolones chez le sportif*, J.Chir., Masson, 131, 10, 1994
- Maigne R. : *Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne*, Expansion scientifique française, 1989
- Maigne R., Delétang & Goussard : *La vertébrothérapie par manipulations*, Maloine, 1984
- Martin, Vogt & Deviller : *Diagnostic & traitement des Epicondylalgies*, Concours Médical, 18-11-1995, 117-38
- Mathews : *Muscle spindles*, in : *Handbook of physiology*, 1981
- Matillon & Durieux : *L'évaluation médicale*, Flammarion, 1994.
- Morré, Keizer & Os : *Treatment of chronic tennis elbow with botulinum toxin*, Lancet, 349, 14-6-1997
- Myothérapie, Revue de la Société Internationale de Myothérapie, N°24, 9 - 1996.
- Patten : *Overuse syndromes and injuries involving the elbow : MR imaging findings*, AJR, 164, 5-1995
- Perry : *Les enthésopathies*, Rhumat. en Europe, EULAR, 26/2, 1997
- Pienimäki, Kauranen & Vanharanta : *Bilaterally decreased Motor performance of arms in patients with chronic tennis elbow*, Arch. Phys. Med. Rehabil. Vol. 78, 10-1997
- Polak & Aguila : *Causes et traitement de la Migraine*, Kinésithérapie Scientifique, 367, 5-1997.
- Polak & Tournafond : *Mesures par électromyographie lors de la rééducation du tendon d'Achille, comparaison TSI et Myothérapie*, Kinésithérapeute Praticien, 54, 7-1996.
- Polak : *Cervicalgies, contractures antalgiques ou étiologiques ? Kinésithérapeute Praticien*, 58, 1997.
- Polak : *Contractures persistantes, l'hypothèse d'une boucle β*, Kinésithérapie Scientifique, 360, 10-1996.
- Polak : *Intérêt de la Myothérapie pour les performances du sportif*, Sport-Med, 87, 12-1996.
- Richard & Orsal : *Neurophysiologie*, Nathan, 1994
- Rodineau : *Pathogénésie des enthésopathies du membre supérieur*, in : *Pathologie des insertions et enthésopathies*, Simon, Hérisson & Rodineau, Masson, 1991.
- Safran : *Elbow injuries in athletes*, Clin Orthop & Related Research, 310, 1995
- Schwartz, Flamant, Lellouch : *L'essai thérapeutique chez l'homme*, Flammarion, 1995.
- Simon, Blotman & Claustre : *Abrégé de rhumatologie*, Masson, 1977.
- Vasseljen : *Low-level laser vs traditionnel physiotherapy in the treatment of tennis elbow*, Physiotherapy, vol 78, 5, 5-1992
- Verhaar, Walenkamp, Van Mameren et al : *Local Corticosteroid injection vs Cyriax-type physiotherapy for tennis elbow*, Journ. Bone & Joint Surg., 78-B, 1, 1-1996