

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 17/10/2024

Secrétaire : Dr LABORNE

Modérateur : Dr BINCAZ

1 - DOSSIERS PRESENTES PAR LE GROUPE :

Dossier 1 : Homme de 54 ans, non médecin traitant, covid en visio, demande de prolongation d'arrêt – soit 6 jours au total – Pas d'arrêt ou de prolongation de plus de 3 jours en tout si on n'est pas le médecin traitant, sinon risque de devoir rembourser la CPAM – loi de finance de 2024

Dossier 2 : homme de 77 ans, femme IDE a une SEP, renouvellement du traitement de coumadine pour bioprothèse suite à une endocardique + pontage coronarien. Demande INR régulièrement – Il ne prend plus d'aspirine et a été mis sous Xarelto par le cardio – demande d'autocontrôle de l'INR accordé pour le valvulaire – revoir l'indication du Xarelto dans cette pathologie

Dossier 3 : Femme de 56 ans, sourde, implant cochléaire, vient pour chute et douleur médiale genou (ménisque ?). demande d'une IRM du genou – Antalgiques – Revue médicale suisse 2014 – consultation patient sourd et masque

Dossier 4 : Enfant de 12 ans, rappel Gardasil, vient toujours avec la grand-mère jamais avec les parents – demande de contrôle radios pour scoliose – quantification d'une gibbosité : outils ?

Dossier 5 : homme de 42 ans qui se plaint d'une douleur du coude droit – épicondylite – kiné – auto-rééducation du tennis elbow (autorééducation du tennis elbow – en annexe)

Question(s) à traiter :

Surveillance clinique et radiologique d'une scoliose chez un enfant après diagnostic.

2 - REPONSES A LA QUESTION POSEE LORS DE LA SEANCE PRECEDENTE :

Comment déclencher une invalidité chez un patient présentant une pathologie invalidante ?

A la demande du médecin conseil ou à la demande du patient avec courrier du médecin traitant.

Cf document en annexe

3 - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES APPORTEES PAR LE GROUPE :

Référence groupe de pathologie infantile :

Conjonctivite et otite : pas d'Augmentin mais Amoxicilline, si allergie rocephine ou clindamycine (cf article antibiothérapie pédiatrique en annexe)

Pneumopathie atypique : clarithromyine 5 jours

4 - ECARTS PAR RAPPORT A LA PRATIQUE RECOMMANDEE PAR HAS :

prescription à la demande du médecin psychiatre et coordinateur de maison de retraite : lyrica dans une dépression

Renouvellement : Seroplex et Tiapride – CI ensemble

Patient non joignable pour contage tuberculeux chez un patient sous corticoïde test IGRA avec conditions très spécifiques

5 - SYNTHESE DES AMELIORATIONS PROPOSEES DU PARCOURS ET DE LA COORDINATION DES SOINS :

Centre de lutte anti-tuberculeuse : CLAT à Meulan

6 - SYNTHESE DES CAS COMPLIQUES :

Femme de 23 ans, troubles du sommeil toutes les nuits depuis des années – bilan organique ras – conseil : IRM cérébrale et laboratoire du sommeil

7 - AUTRES QUESTION ET ECHANGES - DISCUSSION LIBRE :

Cas clinique à préparer pour la prochaine séance : 17ème dossier du 17/10/2024

Pédiatrie

ANTIBIOTHÉRAPIES DANS LES INFECTIONS PÉDIATRIQUES COURANTES (partie 1)

Afin d'optimiser les pratiques, le guide d'antibiothérapie pédiatrique du GPIIP détaille, pour chaque type d'infection, les indications, les modalités et les durées d'antibiothérapie. L'actualisation récente propose plusieurs évolutions. Le point sur les principaux changements pour les infections ORL et respiratoires basses.

Dr Pauline Arias (infectiologue, CHI de Villeneuve-Saint-Georges), d'après la mise à jour 2024 des recommandations de prescription des antibiotiques du Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIIP)

INTRODUCTION

Les maladies infectieuses sont en perpétuelle évolution, ce qui nécessite une mise à jour régulière des recommandations de prise en charge. Le Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIIP) vient de publier une actualisation du guide d'antibiothérapie pédiatrique. Ont été prises en compte : l'évolution de l'épidémiologie des résistances bactériennes, la meilleure connaissance des effets indésirables et de l'impact écologique des différentes classes d'antibiotiques ainsi que leur disponibilité en médecine de ville. Cet article en deux parties résume les grands principes en antibiothérapie pédiatrique et les principales évolutions de ces recommandations pour les infections les plus courantes en médecine ambulatoire. **La première partie, publiée ici, concerne les infections ORL et respiratoires basses de l'enfant.** Une seconde partie, à paraître ultérieurement, traitera des infections urinaires, digestives et cutanées.

GÉNÉRALITÉS

> Principes fondamentaux

- Les antibiotiques ne doivent être prescrits que dans les indications où ils ont fait la preuve de leur efficacité.
- Il est nécessaire de s'appuyer sur des tests rapides d'orientation diagnostique et/ou d'obtenir une documentation microbiologique.
- Le choix de l'antibiotique repose sur :
 - la connaissance des germes les plus fréquemment impliqués dans l'infection à traiter en probabiliste puis l'adaptation à la do-

En résumé

La rationalisation de la prescription d'antibiotique en pédiatrie repose sur :

- le respect des indications de prescription en s'appuyant sur la clinique et les Trod,
- le choix des molécules ayant le plus faible impact attendu en termes de pression de sélection sur les résistances bactériennes pour le patient,
- la réévaluation clinique du patient à 48-72 h pour s'assurer de l'efficacité de la prescription, décider de la durée totale ou adapter la prise en charge,
- le raccourcissement des durées de traitement en cas d'évolution rapidement favorable.
- Les antibiotiques à privilégier sont l'amoxicilline, le cotrimoxazole et la clarithromycine.

documentation bactériologique quand elle peut être obtenue,

- la connaissance de son impact écologique en termes de pouvoir de sélection des résistances dans les microbiotes.

- L'efficacité du traitement doit être réévaluée à 48-72 h pour décider de la durée totale ou d'une adaptation thérapeutique.
- La durée de traitement doit être la plus courte possible devant une évolution clinique rapidement favorable. Aucune antibiothérapie de plus de 8 jours ne devrait plus être prescrite sans avis d'un infectiologue.
- Les associations d'antibiotiques ne sont pas recommandées en pratique courante.

> Principales évolutions pour le choix des molécules

Sur la base de l'actualisation de la liste HAS/Spilf des antibiotiques critiques de 2022, le GPIIP a défini **deux classes d'antibiotiques** pour les enfants en ambulatoire :

- la classe 1 concerne les antibiotiques à privilégier : amoxicilline, cotrimoxazole, macrolides sauf azithromycine, céphalosporines de 1^{re} génération et doxycycline,
- la classe 2 concerne les antibiotiques à éviter autant que possible, sauf situation clinique impérative : céphalosporines de 2^e et 3^e générations (céfuroxime / cefpodoxime, ceftriaxone), amoxicilline-acide clavulanique, et azithromycine.

● La biodisponibilité des céphalosporines orales de 2^e et 3^e générations est médiocre (40 à 50 %). La posologie obtenue au site infecté est donc faible et leur concentration dans le tube digestif sous forme non absorbée élevée, entraînant une exposition importante des bactéries du microbiote intestinal et donc une pression de sélection des résistances élevée. Elles ne doivent donc être utilisées qu'en l'absence d'alternative dans des situations d'infections sans critères de gravité.

- Du fait d'une mauvaise acceptabilité du traitement, les suspensions de céfuroxime axétil ne sont plus recommandées chez l'enfant.
- Une évolution des connaissances sur la toxicité de la doxycycline autorise maintenant sa prescription chez les moins de 6 ans dans le

Allergie aux pénicillines

Le choix du praticien devra tenir compte de la notion d'allergie en sachant évaluer la contre-indication réelle à la prescription, notamment concernant l'amoxicilline. Seules les manifestations à haut risque d'allergie (choc anaphylactique, œdème facial, œdème de Quincke, œdème labial, œdème des voies aériennes, gêne respiratoire, wheezing, lésions phlycténulaires ou bulleuses, symptômes systémiques) constituent des contre-indications à l'administration d'un antibiotique. Les symptômes à « bas risque » (éruption urticarienne ou non, prurit, diarrhées, vomissements, rhinorrhée, nausées, toux, céphalées, vertiges, antécédents familiaux d'allergie à la pénicilline) doivent faire reconsidérer ce diagnostic et ne pas conduire à l'abstention thérapeutique. Un bilan allergologique précis doit être effectué systématiquement dans les suites d'une réaction considérée comme pouvant être une réaction allergique aux pénicillines avant d'exclure leur utilisation. Un bilan doit être également proposé à tout patient se déclarant allergique aux pénicillines sans documentation. Le patient doit être informé de la balance bénéfices-risques que représente pour sa propre santé le fait de ne pas pouvoir être traité par la molécule de première intention en raison d'une « fausse » contre-indication.

forme invasive, la scarlatine, ou chez l'enfant > 3 ans avec strepto test +. Les angines non streptococciques, qu'elles soient ou non érythémato-pultacées, et les laryngites, ne doivent pas être traitées par antibiotiques, - l'otite moyenne aiguë (OMA) purulente de l'enfant de moins de 2 ans, et de plus de 2 ans en cas d'échec d'une prise en charge symptomatique initiale ou de forme d'emblée sévère (otalgie intense, otorrhée, fièvre élevée mal tolérée). Les otites congestives et séreuses ne doivent pas être traitées par antibiotiques, - les sinusites aiguës.

- Les infections ORL graves (mastoiidites, épiglottites, abcès rétro-pharyngés, ethmoïdite) sont des urgences nécessitant une hospitalisation pour documentation avant de débuter une antibiothérapie.
- Les autres situations cliniques pouvant justifier d'une antibiothérapie sont l'adénite, l'abcès dentaire et la parotidite (non détaillées ici).

> Germes à couvrir

Variable selon les sites infectés, principalement le pneumocoque, le streptocoque A, *Haemophilus influenzae* et *Moraxella catarrhalis*.

e de traitement de moins de 21 jours à une dose ne dépassant pas 200 mg/jour. fait de l'arrêt de commercialisation de la clarithromycine et de la classification de l'azithromycine en antibiotique de classe 2, la clarithromycine est le seul macrolide recommandé en 1^{re} intention ou alternative selon les indications. L'azithromycine est à réserver aux indications où elle est la seule à avoir fait preuve de son efficacité ou en l'absence d'une autre alternative.

Le cotrimoxazole n'est plus positionné en première intention pour les otites et les sinusites. Il n'est plus une alternative de choix pour les infections respiratoires basses de type bronchite chronique, urinaires et cutanées.

La pristinamycine, ne pouvant être prescrite que chez l'enfant de plus de 6 ans et ne présentant pas d'avantage par rapport aux macrolides, n'est plus positionnée dans cette recommandation, quel que soit le site infecté.

INFECTIONS ORL

> Principes fondamentaux

Alors qu'elles constituent le motif le plus fréquent de prescription d'antibiotiques chez l'enfant, seules trois infections ORL principales justifient leur utilisation : l'angine aiguë streptococcique dans sa

Infections respiratoires ORL pédiatriques

	Angine	Otite	Sinusite
Clinique avec indication à un traitement antibiotique	Angine aiguë streptococcique à TDR + chez le plus de 3 ans et sa forme invasive, la scarlatine	*Si < 2 ans *Si > 2 ans avec évolution non favorable à 48-72 h de traitement antalgique ou d'emblée sévère avec perforation, fièvre élevée et/ou otalgie intense.	*Si localisation frontale ou maxillaire aiguë sévère associant une fièvre élevée > 39°, céphalées et rhinorrhée purulente pendant plus de 3 jours *Si évolution non favorable ou aggravation secondaire d'une rhinopharyngite à plus de 10 jours d'évolution *Quelle que soit la forme clinique, en cas de facteur de risque de forme grave : asthmatique, cardiopathie, drépanocytose ou immunodépression *Les localisations sphénoïdale, ethmoïdale et maxillaire ou frontale avec signes de complications (abcès) doivent conduire à un adressage en urgence en structure hospitalière pour documentation bactériologique préalable à l'instauration de l'antibiothérapie
Traitement antibiotique de 1 ^{re} intention	Amoxicilline 50 mg/kg/j sans dépasser 2 g/j en 2 prises	Amoxicilline 80 à 100 mg/j sans dépasser 3 g/j en 2 prises	
Durée du traitement de 1 ^{re} intention	6 j	* < 2 ans : 10 j * > 2 ans : 5 j * > 2 ans ET perforation OU otites récidivantes : 10 j	10 j
Alternative en cas d'allergie à l'amoxicilline	Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises maximum 500 mg/j	Cefpodoxime 8 mg/kg/j sans dépasser 400 mg/j en 2 prises	
Durée du traitement alternatif en cas d'allergie	5 j	Mêmes durées que l'amoxicilline	

La bronchite chronique persistante

À la frontière entre les infections respiratoires hautes et basses, la bronchite bactérienne persistante se définit comme la présence d'une toux chronique grasse productive depuis plus de 4 semaines sans tendance à l'amélioration et sans arguments pour un autre diagnostic. Ce diagnostic concerne principalement les enfants de moins de 5 ans gardés en crèche/collectivité. Une radio de thorax est recommandée pour évaluer le parenchyme pulmonaire. Les germes impliqués sont ceux de la sphère ORL : *Haemophilus*, pneumocoque et *Moraxella catarrhalis*.

Le traitement repose sur l'amoxicilline-acide clavulanique PO 80 mg/kg/j en 3 prises/j sans dépasser 3 g/j ou en cas de contre-indication sur le cotrimoxazole PO 30 mg/kg/j d'équivalent sulfaméthoxazole en 2 prises maximum 1,6 g/j de sulfaméthoxazole. La durée de traitement est de 14 jours. On constatera une évolution favorable de la toux 2 à 4 semaines après l'arrêt du traitement. En cas de récurrence après traitement, une radio de thorax de contrôle doit être réalisée et l'enfant adressé à un pneumopédiatre.

> Éléments d'orientation diagnostiques

- La prescription d'antibiotiques dans l'angine nécessite la réalisation d'un test diagnostique rapide (TDR) streptocoque A dont la sensibilité reste imparfaite (85 %). Un test négatif ne doit pas faire surseoir à un traitement antibiotique devant une scarlatine typique ou une suspicion clinique d'infection invasive grave à SGA.
- Le TDR streptocoque A peut aussi être utilisé pour la prise en charge des adénites cervicales et les otorrhées, même devant un examen pharyngé normal. L'utilisation de ce test s'étant montrée suffisamment sensible et spécifique pour pouvoir réduire, en cas de positivité, le spectre de prescription à l'amoxicilline plutôt que l'amoxicilline-acide clavulanique.
- L'indication à prescrire des antibiotiques pour une otite nécessite d'avoir réalisé un examen otoscopique correct. En l'absence de possibilité d'examiner l'enfant, celui-ci doit être réévalué à 48 h ou, s'il présente un critère de mauvaise tolérance, adressé aux urgences.

> Principales évolutions des modalités thérapeutiques

- L'évolution épidémiologique des résistances de l'*Haemophilus influenzae* et du pneumocoque permet de positionner l'amoxicilline en première intention dans toutes ces indications, y compris le syndrome otite-conjonctivite.
- En cas d'infection récidivante à streptocoque A malgré un traitement par amoxicilline, l'alternative de 1^{er} choix est la céfalexine 50 mg/kg/jour pendant 10 jours. Un avis peut être demandé pour adapter la prise en charge.

INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES

> Principes fondamentaux

- Les infections respiratoires basses sont le plus souvent virales et spontanément résolutive. La bronchiolite et la bronchite ne sont pas des indications à prescrire des antibiotiques.
- Seules les pneumopathies aiguës et la bronchite bactérienne persistante relèvent de la prescription d'antibiotiques.

Par ailleurs, une augmentation inhabituelle des infections à *Mycoplasma pneumoniae* a été constatée récemment.

- En cas de suspicion de pneumopathie par inhalation, couvrir également la flore anaérobie dew type *Bacteroides*.
- Tenir compte de l'actualité épidémiologique sur la coqueluche.

> Éléments d'orientation diagnostiques

- S'appuyer si besoin sur les tests diagnostiques grippe, Covid-19, VRS, ou coqueluche disponibles en laboratoire de ville.
- La réalisation d'une radio ou échographie thoracique est recommandée.

> Principales évolutions des modalités thérapeutiques

- Raccourcissement des durées de traitement à 5 jours en cas d'évolution rapidement favorable à 48 h, quel que soit le pathogène.
- En cas de suspicion d'infection à *Mycoplasma pneumoniae*, la clarithromycine est le macrolide de 1^{er} choix. La doxycycline est l'alternative de choix aux macrolides.

Infections respiratoires basses pédiatriques

	Pneumopathie à pneumocoque	Pneumopathie atypique : <i>Mycoplasma pneumoniae</i> et <i>Chlamydia pneumoniae</i>
Clinique	Tableau fébrile aigu brutal. L'absence d'évolution favorable à 48 h avec une suspicion d'infection à pneumocoque doit faire rechercher une complication et conduire à adresser l'enfant en milieu hospitalier.	Tableau subaigu avec état général relativement conservé ou après échec de l'amoxicilline sans arguments pour une complication et sans aggravation de l'état clinique à 48 h.
Traitement antibiotique de 1 ^{re} intention	Amoxicilline PO 80 à 100 mg/kg/j en 2 ou 3 prises sans dépasser 3 g/j.	Clarithromycine PO 15 mg/kg/j en 2 prises sans dépasser 1 g/jour dans cette indication soit maximum 500 mg x 2/j.
Durée du traitement de 1 ^{re} intention		5j
Alternative en cas d'allergie au traitement de 1 ^{re} intention	Ceftriaxone IV ou IM 50 mg/kg/j (en raison de la mauvaise biodisponibilité des C3G orales).	Doxycycline PO 4 mg/kg/j en 2 prises le premier jour sans dépasser 200 mg/j puis 2 mg/kg/j pour les 4 j suivant sans dépasser 100 mg/j.
Durée du traitement alternatif	Clindamycine PO chez l'enfant de plus de 6 ans 30 mg/kg/j en 3 prises sans dépasser 1,8 g/j.	
Si suspicion de pneumopathie d'inhalation : amoxicilline-acide clavulanique 80 à 100 mg/kg/j en 3 prises sans dépasser 3 g/j pendant 7 j ou si allergie avérée aux pénicillines : ceftriaxone 50 mg/kg/j en une administration IV ou IM + métrodiazole 30 mg/kg/j en 3 prises orales pendant 5j.		

PROPOSITION POUR UNE AUTO- RÉÉDUCATION DU TENNIS ELBOW

Exemple du coude droit, en moins de 10 minutes

Gaétan Stierlen*, Dr Tiana Raoul**

L'épicondylite latérale (= tennis elbow) désigne une souffrance des tendons s'insérant à la face externe du coude. Pour cette lésion, la rééducation a pour objectif de lutter contre la douleur, d'améliorer les compétences mécaniques des chaînes musculo-tendineuses lésées et d'intégrer les techniques d'auto-entretien.

Exercice 1 - Renforcement musculaire

EN FLEXION-EXTENSION DU POIGNET

▷ Installation

Poser l'avant-bras sur une table, et le surélever à l'aide d'un coussin (ou autre objet de votre choix). Tenir la bouteille afin qu'elle soit parallèle à la table.

▷ Consignes

Trois phases de travail en fonction de la douleur.

- **N1 - Statique** : tenir cette position statique durant 5 secondes. En s'aidant de la main opposée, relâcher le poignet vers le bas jusqu'à la table, puis revenir en position de départ pour répéter le mouvement (3 x 15 répétitions) (Fig. 1).
- **N2 - Excentrique** : descendre le poignet vers le bas, tout en freinant au maximum la descente (à faire le plus lentement possible). En s'aidant

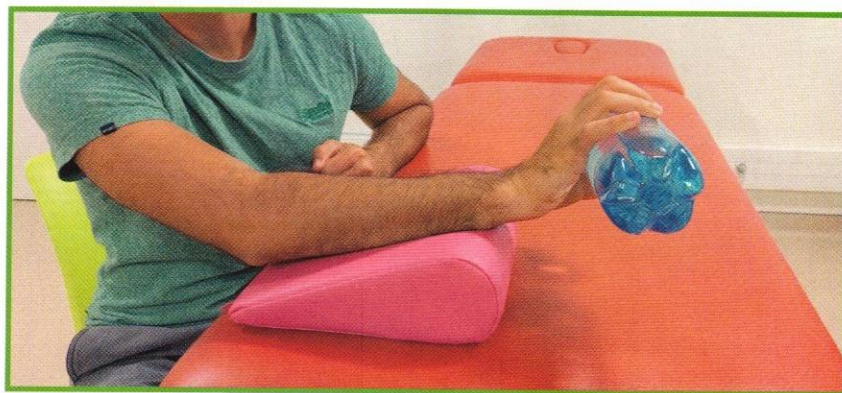


Figure 1 - Niveau 1 - Statique.

de la main opposée, revenir en position de départ. Répéter le mouvement (3 x 15 répétitions) (Fig. 2).

- **N3 - Excentrique + concentrique** : descendre le poignet vers le bas, en freinant au maximum la descente (à faire le plus doucement possible). Puis remonter activement le poignet vers le haut (donc sans s'aider de la main controlatérale). Répéter le mouvement (3 x 15 répétitions) (Fig. 3).

▷ Conseils +

- Il faut que la position soit confortable afin que tout le reste du corps soit relâché. Cet exercice ne doit pas exacerber les douleurs le soir ou le lendemain.
- Adapter la charge (le format de la bouteille) en fonction de vos capacités et de vos douleurs.

Pour ces exercices, 3 x 15 répétitions sont conseillées ou autant de répétitions pour sentir la fatigabilité.

*Kiné Sport Santé, Nouméa, Nouvelle-Calédonie

**Soins de suite et de réadaptation, clinique Kuindo-Magnin, Nouméa, Nouvelle-Calédonie

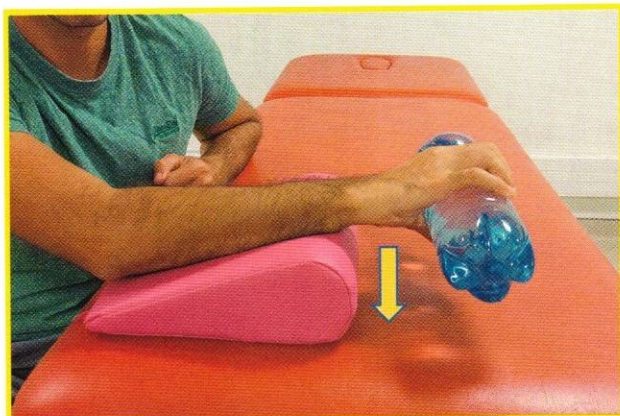


Figure 2 - Niveau 2 - Excentrique.

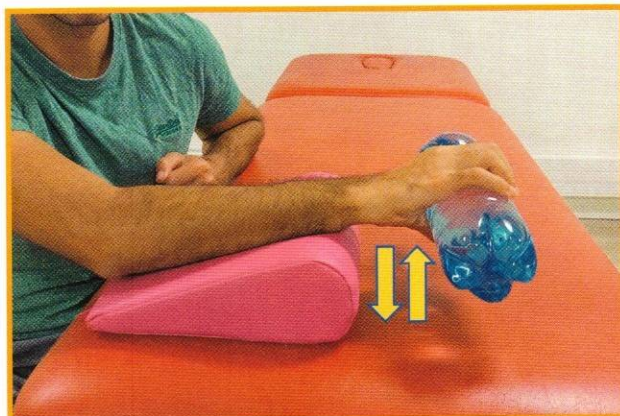


Figure 3 - Niveau 3 - Excentrique + concentrique.

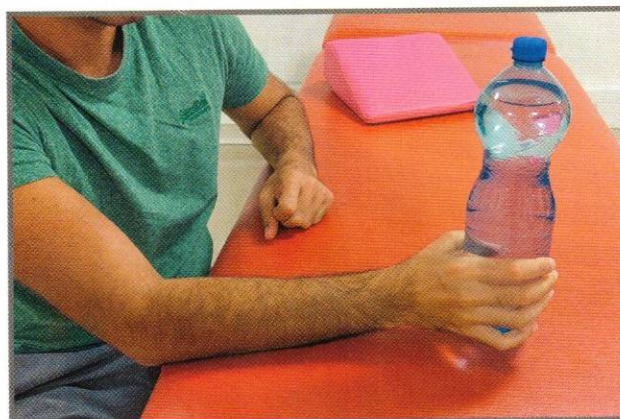


Figure 4 - Position de départ.

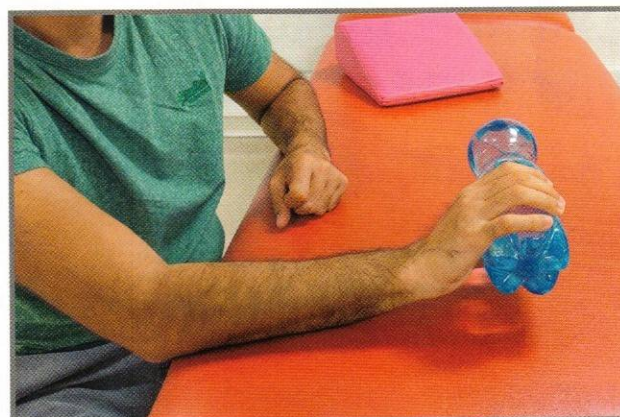


Figure 5 - Position finale.

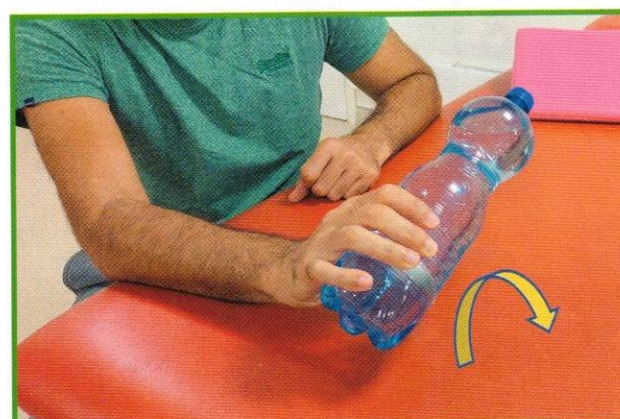


Figure 6 - Niveau 1 - Excentrique.



Figure 7 - Niveau 2 - Excentrique + concentrique.

EN PRONO-SUPINATION DU POIGNET

► Installation

Poser l'avant-bras sur une table. Tenir la bouteille afin qu'elle soit perpendiculaire à la table (Fig. 4 et 5).

► Consignes

Deux phases de travail en fonction de la douleur.

- **N1 - Excentrique** : incliner la bouteille vers le bas et l'intérieur (comme

pour verser le contenu), en freinant au maximum la descente, le plus doucement possible. En s'aidant de la main opposée, revenir à la position de départ pour répéter le mouvement (3 x 15 répétitions) (Fig. 6).

- **N2 - Excentrique + concentrique** : incliner la bouteille vers le bas et l'intérieur, en freinant au maximum la descente, le plus doucement possible. Puis revenir à la position de départ mais, cette fois-ci, sans s'aider de la main opposée. Répéter le mouvement (3 x 15 répétitions) (Fig. 7).

► Conseils +

- Il faut que la position soit confortable afin que tout le reste du corps soit relâché. Cet exercice ne doit pas exacerber les douleurs le soir ou le lendemain.
- Adapter la charge (le format de la bouteille) en fonction de vos capacités et de vos douleurs.

Pour ces exercices, 3 x 15 répétitions sont conseillées ou autant de répétitions pour sentir la fatigabilité.

Exercice 2 - Étirements

BRAS LE LONG DU CORPS

▷ Installation

Position debout, bras le long du corps, poing serré (Fig. 8).

▷ Consignes

- **N1** : tourner la main vers l'arrière,

puis fléchir le poignet vers le haut (Fig. 9).

- **N2** : s'aider de la main gauche pour augmenter l'étirement (Fig. 10).

▷ Conseils +

- Il faut sentir une tension face latérale du coude. Ne pas hésiter à passer au niveau 2 si la tension n'est pas ressentie au niveau 1.

LES DEUX BRAS TENDUS DEVANT SOI

▷ Installation

Poings serrés, fléchir les coudes pour accoler les poings à hauteur du buste. (Fig. 11).

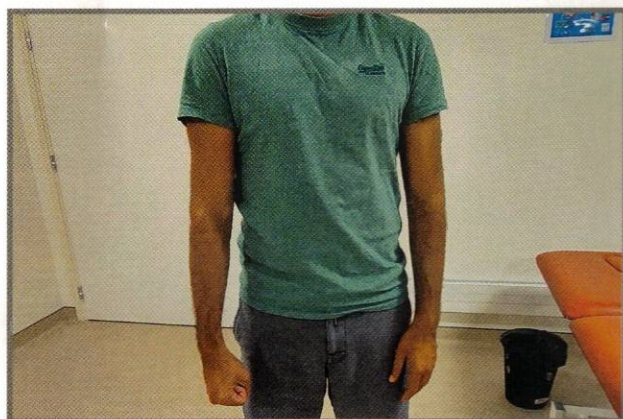


Figure 8 - Position de départ.



Figure 9 - Niveau 1 (rouge : zone de tension).

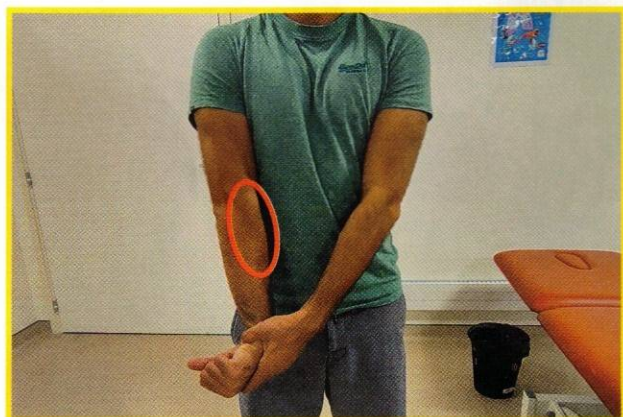


Figure 10 - Niveau 2 (rouge : zone de tension).



Figure 11 - Position de départ.

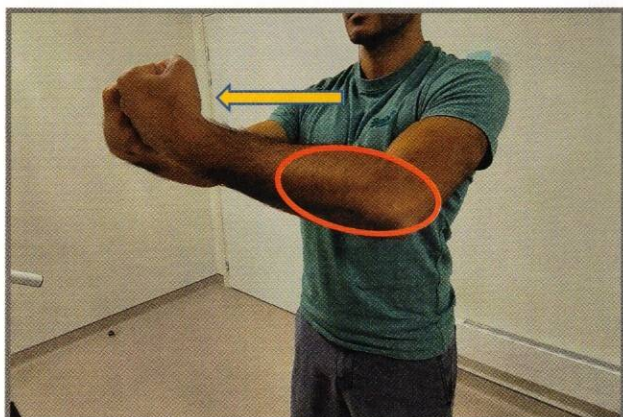


Figure 12 - Position finale (rouge : zone de tension).

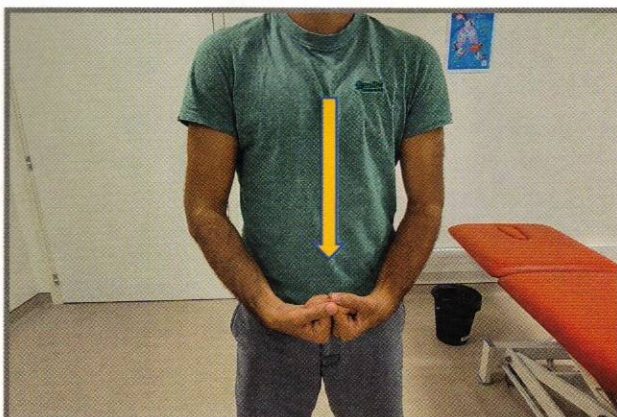


Figure 13 - En cas de douleur d'épaule.

► Consignes

Tendre les bras vers l'avant en gardant les poings accolés, jusqu'à sentir une tension face latérale du coude (Fig. 12).

► Conseils +

- Les poings doivent rester accolés pendant tout l'exercice.
- En cas de douleur d'épaule, réaligner le même exercice en laissant les

bras vers le bas (Fig. 13).

Maintenir la position 15 secondes pour chaque exercice, 5 répétitions.

Exercice 3 - Massages

► Installation

Trouver une position assise confortable. Coude fléchi, avant-bras posé sur une table ou sur sa propre cuisse.

► Consignes

Appuyer sur la zone la plus douloureuse avec l'index gauche. Ramener l'index vers soi, puis relâcher

immédiatement la pression. Répéter le mouvement. Durée de l'exercice : 5 minutes.

- **N1** : index (Fig. 14).
- **N2** : appui plus intense.
- **N3** : mettre le majeur sur l'index pour un appui plus puissant (Fig. 15).

► Conseils +

• Il est normal d'avoir des douleurs intenses au début des massages. À la fin des 5 minutes, les douleurs doivent diminuer.

• **Si les douleurs sont toujours aussi intenses après 5 minutes de massage**, cet exercice est à proscrire, il est inutile de l'inclure dans votre programme de rééducation ! ■

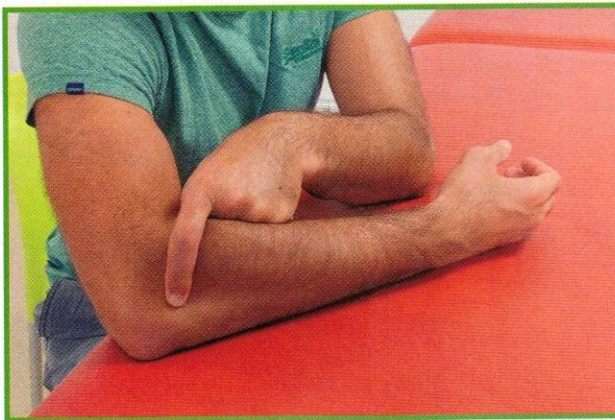


Figure 14 - Position de départ.

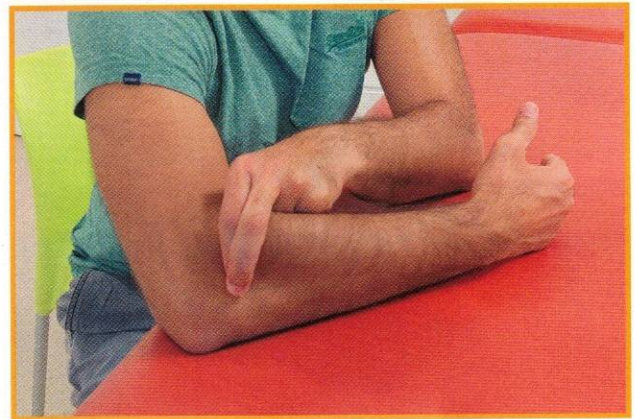


Figure 15 - Niveau 1 (rouge : zone de tension).

Fréquence des exercices

- Les exercices proposés doivent être réalisés **quotidiennement, idéalement 2 fois par jour**.
- Les étirements doivent être réalisés au maximum dans la journée ++.

PATIENCE et PERSÉVÉRANCE sont les maîtres mots de cette rééducation. Les progrès ne pourront être constatés qu'avec RIGUEUR et ASSIDUITÉ.

- Ce programme d'auto-rééducation est à réaliser durant 4 à 6 semaines, avec idéalement une réévaluation par votre kinésithérapeute.

Bibliographie

- Lucado AM, Joseph MD. Elbow Pain and muscle function impairments: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the Academy of hand and upper extremity physical therapy and the academy of orthopaedic physical therapy of the American physical therapy association. J Orthop Sports Phys Ther 2022 ; 52 : CPG1-111.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.

MOTS-CLÉS

Tennis elbow, Rééducation, Coude droit, Épicondylite latérale