

Epikondilitis

Epicondylitis

Maja Pavlin Klemenc dr med Zdravstveni dom Nova Gorica Rejčeva 4

Ključne besede: epikondilitis, degeneracija, proliferacija žil, kortikosteroidne injekcije, fizioterapija, nasvet

Izyleček

Lateralni epikondilitis ali teniški komolec je stanje zaradi katerega poišče pomoč v ambulanti splošne/družinske medicine 4-7 / 1000 odraslih oseb letno.

Številni avtorji menijo, da je potrebno čimprej opustiti mit »tendinitisa«, gre za preobremenitveni sindrom, »tendinozo«, ki nima vnetne etiologije. Konvencionalno zdravljenje vključuje kortikosteroide lokalno, nesteroidne analgoantirevmatike, analgetike, fizikalno terapijo ali le »počakaj in poglej« metodo – (angl. »wait and see« metoda). Kortikosteroidne injekcije najhitreje olajšajo simptome, vendar so v daljšem obdobju možne ponovitve težav, kar je lahko posledica poškodbe kite ali pretirane uporabe po prenehanju simptomov.

Fizikalna terapija je dolgoročno učinkovita, vendar številni bolniki potrebujejo ponovitve terapije. Pri nekaterih bolnikih je smiselna izbira nasvet, navodila in občasna uporaba analgetikov.

Key words: epicondylitis, degeneration, vascular proliferation, corticosteroid injection, physiotherapy, advice

Abstract

Lateral epicondylitis (tennis elbow) is a frequent complaint in primary care, the incidence is estimated at 4-7 per 1000 adult patients per year. Many authors sustain, physicians should acknowledge that painful overuse tendon conditions have a non-inflammatory pathology. Konventional threatment includes corticosteroid injections, non-steroidal anti-inflammatory drugs, analgetics, physical therapy or a wait-and-see policy. Corticosteroid injection provides the greatest short-term relief but is associated with high rates of recurrence in the long term. This may be atributable to damage to the tendon or overuse as soon as symptoms subsided.

At long-term follow-up physioterapy becomes the best option, but many patients need repetitive threatments. In some patients advice and pain medications periodicaly seem to be equaly effective.

Uvod

Lateralni epikondilitis ali teniški komolec je stanje zaradi katerega poišče pomoč v ambulanti splošne/družinske medicine 4-7 / 1000 odraslih oseb letno, letna incidenca v splošni populaciji se giblje med enim in tremi odstotki. Eden od vzrokov za ta bolečinski sindrom je preobremenitev in posledično mikrotravma mišic iztegovalk na lateralnem epikondilu humerusa. Epizoda tipičnega lateralnega epikondilitisa traja v povprečju od 6 mesecev do 2 leti (1,4,6).

Zdravljenje je zelo različno, kar kaže na razmeroma majhno število študij, zato ne moremo govoriti o zdravljenju na podlagi z dokazi podprte medicine. V ambulantah splošne medicine zdravimo z lokalnimi injekcijami kortikosteroidov, z nesteroidnimi analgoantirevmatiki, z analgetiki, s fizikalno terapijo, z imobilizacijo, počitkom ali ležanjem.

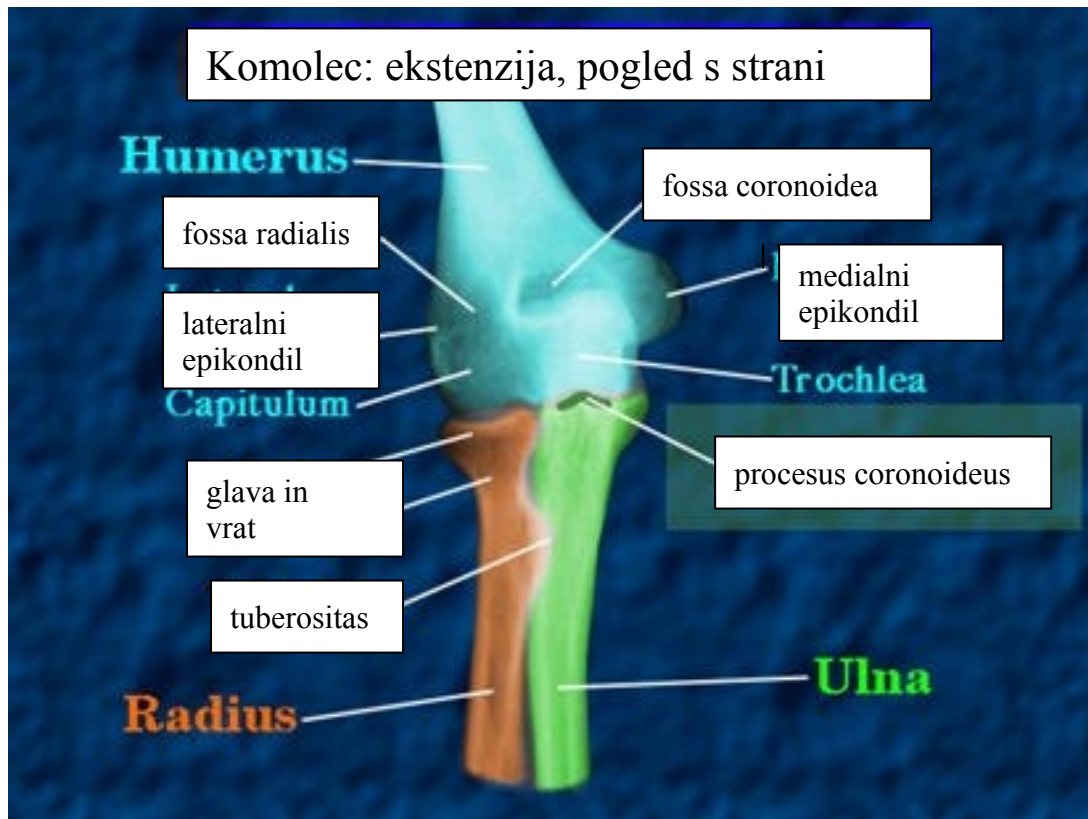
Etiologija

Številni avtorji menijo, da je potrebno čimprej opustiti mit »tendinitisa«, gre za preobremenitveni sindrom, »tendinozo«, ki nima vnetne etiologije. Svetlobna mikroskopija tkiv bolnikov operiranih zaradi boleče kite velikokrat pokaže proliferacijo žil in fokalno hialino degeneracijo v področju operirane kite (extensor carpi radialis brevis-ECRB, slika1) (2,3,12).



Slika 1: Anatomija roke – ECRB

Klasične vnetne celice so običajno odsotne. Epikondilitis je najpogostejši v četrti dekadi življenja, lahko je povezan z različnimi športnimi aktivnostmi. Pri igralcih tenisa je bolezensko stanje pogosto posledica zamujenega »backhand« udarca. Ko je podlaht semi-pronirana in so mišice napete, hitra žogica pa zadene lopar hitreje kot igralec pričakuje, povzroči tak udarec nenadno fleksijo zapestja in nategne mišice ekstenzorje podlahti na pripenjališču na epikondilu. Poškodbo lahko torej povzroči en nenaden gib, lahko pa je posledica serije manjših nategov pronacije- supinacije, pri tistih delih, ki zahtevajo kovanje, likanje, stiskanje, ožemanje in podobno (slika2) (2,10).



Slika 2: komolec – pogled s strani

Klinična slika

Bolniki tožijo zaradi bolečin v roki, težko nosijo kakršnokoli breme, primejo skodelico ali zasukajo ročaj na vratih (11). Pri pregledu je lateralni del sklepa, tik pod epikondilom občutljiv na pritisk.

Občutljivost v predelu epikondila lahko tudi testiramo:

- a) Bolnik iztegne komolec, podlaht pronira, zapestje pa pokrči.
- b) Pri pronirani podlahti bolnik aktivno iztegne prste in zapestjeproti upor.

Pri postavljanju diagnoze si lahko pomagamo z lidokainskim injekcijskim testom, ki ga izvedemo tako, da 4 prste pod lateralni epikondil injiciramo anestetik, kar bo začasno olajšalo bolečino (povzročili bomo začasno ohromelost posteriornega interosalnega živca), ali z injiciranjem anestetika direktno v nasadišče kite.

Bolečino lahko izzovemo s « testom stola» tako, da pacient dvigne stol z adduciranim ramenom, iztegnjenim komolcem in proniranim zapestjem (5).

V diferencialno diagnostičnem razmišljanju ne smemo pozabiti na utesnitev 6. ali 7. vratne korenine, na artritis glavice radiusa, na sindrom kompresije posteriornega interosalnega živca. Slednji je pogosto posledica sinovitisa ali ganglionov radiokapitelarnega področja, kongenitalno tesnih ligamentov arkade (Frohse-prisotni pri 30% odraslih) ali slabo postavljenih vijakov ob fiksaciji preloma (5).

Zdravljenje

Potrebno je prenehati z aktivnostmi, ki sprožajo oziroma povzročajo bolečino, kar je zelo enostaven ukrep za rekreativne igralce tenisa, veliko težje pa je izvedljiv za delavce v pisarnah, manualne delavce, profesionalne športnike.

Pred vsako aktivnostjo, ki je povzročala težave, je pomembno segreti mišice rok z vsaj 5 do 10 minutnim raztezanjem in gibanjem.

Konvencionalno zdravljenje vključuje kortikosteroide lokalno, nesteroidne analgoantirevmatike, analgetike, fizikalno terapijo ali le »počakaj in poglej« metodo – (angl. »wait and see« metoda).

Injekcija kortikosteroida z ali brez anestetika ostaja ena pogosteje uporabljanih metod tako v ambulantah družinske medicine, kot tudi v specialističnih ortopedskih ambulantah. Uporabljeni kortikosteroidi so različni: triamcinolon, hidrokortizon, metilprednizolon, betametazon in drugi. Študije kažejo, da so lokalne kortikosteroidne injekcije najboljše kratkoročno zdravljenje za bolnike s teniškim komolcem (1,4,6). Pomembno boljši v primerjavi z ostalimi načini zdravljenja so bili rezultati 4 tedne po začetku zdravljenja, po 12. mesecih pa raziskovalci niso ugotavljali večjih razlik, ne glede na to ali so bili bolniki zdravljeni z analgoantirevmatiki, placebom ali lokalno injekcijo kortikosteroida (1). Nekateri raziskovalci so 12 tednov po injiciranju kortikosteroida ugotavljali celo slabše rezultate kot po fizikalni terapiji, kar so pripisovali deloma tudi preobremenitvi zaradi hitre omilitve simptomov (4). Dolgoročno spremljanje bolnikov, je v nekaterih študijah večjo učinkovitost pripisalo fizikalni terapiji (4).

V Veliki Britaniji so splošni zdravniki v študiji lokalno injicirali metilprednizolon 20 mg in 0,5 ml 1% lidokaina v ločenih siringah. Pacient je položil pokrčeno roko na trdo podlago, anestetik je bil injiciran globoko v podkožno tkivo in mišico en centimeter distalno od lateralnega epikondila, v smeri proti občutljivi točki, metilprednizolon je bil injiciran radialno po izmenjavi siring, po odstranitvi igle so mesto čvrsto stisnili (1). Možni stranski učinki kortikosteroidne injekcije so lokalna atrofija kože, bolečina po injiciranju, zelo redko vročinski vali obraza, možna je tudi lokalna infekcija. Pomembno se je izogniti injiciranju zdravila direktno v kito, saj tako zmanjšamo možnost rupture kite. Med dvema injekcijama kortikosteroida naj mine vsaj 4 do 6 tednov, lokalno lahko injiciramo kortikosteroidno zdravilo v isti epikondil največ trikrat. Uporaba slabo topnih kortikosteroidov poveča možnost lokalne atrofije kože (7). Pri pacientih, ki imajo diabetes je možna hiperglikemija, čeprav tega stranskega učinka pri zdravljenju lateralnega epikondilitisa z lokalnimi kortikosteroidi niso opisali. Pri medialnem epikondilitisu je potrebno paziti na potek ulnarnega živca.

Fizikalna terapija obsega hlajenje z ledom, terapijo z ultrazvokom, vaje za krepitev mišic, navodila za ogrevanje pred predvideno aktivnostjo. Ultrazvok uporabljajo intermitentno- trikrat tedensko, ali kontinuirano.

Ultrazvok ima termične in mehanske učinke na tarčno tkivo. Poveča lokalni metabolizem, pretok, raztegljivost vezivnega tkiva in regeneracijo tkiv. Ugodni učinki za bolnike z mišičnoskeletnimi težavami vključujejo omilitev bolečine, izboljšanje gibljivosti, zmanjšanje otekline. V eni od študij (Lancet 2002) so dokazali učinkovitost pulznega ultrazvoka, ($2W / cm^2$, 5-7 min na seanso), globoke masaže in vadbe (8).

Terapija z laserjem naj bi vplivala predvsem na regeneracijo kolagena, ter na eventualno vnetje v akutni fazi (številni avtorji zavračajo teorijo vnetja pri epikondilitisu). V dvojno slepi, randomizirani, placebo kontrolirani študiji terapije z

laserjem nizke jakosti niso dokazali statistično pomembnih razlik med tretirano in netretirano skupino (9). Za ovrednotenje terapije lateralnega epikondilitisa z laserjem so potrebne nadaljne študije.

Uporaba nesteroidnih analgoantirevmatikov ni pokazala pomembnih prednosti pred čistimi analgetiki (1).

Pri majhnem številu pacientov simptomi persistirajo kljub konzervativnemu zdravljenju. Priporočljivo je še enkrat preveriti vse diferencialno diagnostične možnosti, opraviti ali ponoviti rentgensko sliko komolca, ter tako izključiti intraartikularni ali kostni vzrok za vztrajanje težav. Z operativnim posegom kirurgi sprostijo narastišče kite mišice extensor carpi radialis brevis na epikondilu. Operativno opravijo vzdolžno incizijo nad lateralnim epikondilom. Lezija je velikokrat majhno področje granulacij ali degenerativnih cist na kitnem nasadišču. Tudi po operativnem posegu se mora bolnik več mesecev izogibati opravi, ki so spremembo povročila (2).

Zaključek

Vsi načini zdravljenja imajo svoje prednosti in slabosti. Kortikosterodne injekcije najhitreje olajšajo simptome, vendar so v daljšem obdobju možne ponovitve težav, kar je lahko posledica poškodbe kite ali pretirane uporabe po prenehanju simptomov. Fizikalna terapija je dolgoročno učinkovita, vendar številni bolniki potrebujejo ponovitve terapije. Pri nekaterih bolnikih je smiselna izbira nasvet, navodila in občasna uporaba analgetikov. Posameznike z rezistentno bolečino je potrebno operirati.

Bolnike je potrebno obravnavati individualno, glede na bolečino, delovno mesto in posameznikove težave.

Zdravljenje epikondilitisa vključuje tudi stalež. V priporočilih, ki jih upoštevajo na zavodu za zdravstveno zavarovanje priporočajo do 7 dni staleža za bolnike z akutnim epikondilitisom, ki nimajo fizičnih obremenitev, do 14 dni staleža za tiste, ki imajo lažje fizično delo in do 21 dni za tiste, ki imajo težje fizično delo. Pri kroničnih oblikah bolezni je priporočeni stalež v vsaki od skupin lahko za teden dni daljši.

Literatura

1. Hay EM, Paterson SM, Lewis M, Hosie G, Croft P. Pragmatic randomised trial of local corticosteroid injection and naproxen for treatment of lateral epicondylitis of elbow in primary care. *BMJ* 1999;319:964-8.
2. Jones W. Fractures and joint injuries. Churchill Livingstone 1982.
3. Khan K, Cook J, Kannus P, Maffulli N, Bonar S. Time to abandon the »tendinitis« myth. *BMJ* 1999;319:626-7.
4. Smidt N, van der Windt D, Assendelft WJ, Deville W, de Bos I, Bouter L. Corticosteroid injections, physiotherapy, or wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:657-662.
5. Wheeler Textbook of Orthopedics. ed. Wheeler CR, www.ortoweb.

6. Smidt N, Assendelft WJ, van der Windt D, Hay E, Buchbinder R, Bouter L. Corticosteroid injections for lateral epicondylitis: a systematic review. *Pain* 2002;96:23-40.
7. Cardone D, Tallia A. Joint and soft tissue injection. *Am Fam Physician* 2002;66:283-8.
8. van der Windt D, van der Heijden G, van den Berg S, Riet G, de Winter A, Bouter L. Ultrasound therapy for musculoskeletal disorders: a systematic review. *Pain* 1999;81:257-71.
9. Basford J, Sheffield C, Cieslak K. Laser therapy: a randomised, controlled trial of the effects of low intensity Nd: YAG laser irradiation on lateral epicondylitis. *Arch of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000; 81: 1504-10.
10. Riek S, Chapman A, Milner T. A simulation of muscle force and internal kinematics of extensor carpi radialis brevis during backhand tennis stroke: implications for injury. *Clinical Biomechanics* 1999;14:477-83.
11. Buckle P. Fortnightly review: work factors and upper limb disorders. *BMJ* 1997;315:1360-63.
12. Regan W, Wold LE, Coonrad R, Morrey BF. Microscopic histopathology of chronic refractory lateral epicondylitis. *American Journal of Sports medicine* 1992;20:746-9.