Epicondylitis lateralis

Key-points

* Epicondylitis lateralis is een self-limiting aandoening (tendinose) van de gemeenschappelijke polsextensoren origo.
* Behandeling is in eerste instantie conservatief; rust, beperken van uitlokkende fysieke activiteiten, fysiotherapie, braces, of injecties met autoloog bloed of PRP.
* Injecties met corticosteroïden worden afgeraden vanwege nadelige effecten op de lange termijn.
* Er zijn vele verschillende operatietechnieken beschreven met gemiddeld 80-90% succes in kleinere series.

Achtergrond

Hoewel epicondylitis lateralis vaak geassocieerd wordt met tennis, kan het ontstaan door verschillende activiteiten waarbij excessief en repetitief gebruik wordt gemaakt van de polsextensoren, zoals ook bijvoorbeeld piano spelen en manuele lichamelijke arbeid. Deze overbelasting leidt tot micro-ruptuurtjes in de pees, wat leidt tot tendinose (= degeneratief proces). Patiënten ervaren pijnklachten lateraal in de elleboog die kan uitstralen richting de pols. Epicondylitis is een self-limiting aandoening, waarbij 80% van de mensen duidelijke verbetering bemerkt binnen 1 jaar.

Work-up

Bij lichamelijk onderzoek is er sprake van drukpijn over de laterale epicondyl. Extensie van de middelvinger (extensor carpi radialis brevis of ECRB) of pols (gemeenschappelijke extensoren) tegen weerstand geeft herkenbare pijn. De knijpkracht van de hand is vaak verminderd. Röntgenfoto’s worden met name gemaakt om andere ossale pathologie (osteochondraal defect of OCD, corpus librum) uit te sluiten als oorzaak van de pijn. MRI en echo kunnen (degeneratieve) pathologie van de peesaanhechtingen aantonen; maar correleren matig met de klinische symptomen, en worden derhalve in de klinische praktijk zelden gebruikt.

Behandeling

*Conservatief*

Behandeling begint altijd met rust en het beperken van uitlokkende fysieke activiteiten. Fysiotherapie verminderd de pijn door te focussen op behoud van ROM en excentrische oefentherapie. Daarnaast is het van belang ook schouderstabiliteit mee te nemen in het oefenprogramma. Braces (elbow straps) verminderen de kracht op de extensoren origo en daardoor minder pijn. Voltaren emugel kan lokaal de pijn verminderen. Injecties met corticosteroïden worden afgeraden omdat het op de lange termijn meer klachten geeft. Het effect van injecties met autoloog bloed, PRP etc. worden momenteel onderzocht. Over het algemeen is 90% na een jaar klachtenvrij.

*Operatief*

Is geïndiceerd voor patiënten die niet reageren op conservatieve therapie en persisterende invaliderende klachten houden. Het kan bestaan uit een open, arthroscopische of percutane procedure. Er zijn diverse open operatieve technieken beschreven, en hebben gemeen dat er een release van de extensoren plaats vind, tendinoseweefsel wordt gereseceerd, en door nettoyage van de laterale epicondyl, lokale doorbloeding wordt gestimuleerd. Bij arthroscopische procedures wordt er een debridement van het laterale kapsel en de ECRB origo verricht. Voordeel van arthroscopie is dat eventuele intra-articulaire pathologie ook in kaart kan worden gebracht en evt worden behandeld. Nadeel is dat de operatie langer duurt en er meer risico is op zenuwletsel. Percutane interventies nemen alleen de origo van de ECRB door. Een nieuwe techniek is de zogenaamde fractionele verlenging, waarbij alleen het fascieblad van de extensoren wordt doorgenomen en de rest van de spier/pees gewoon intact blijft. Over het algemeen is het succespercentage van chirurgie 80-90% op de lange termijn.

Nabehandeling / sporthervatting

Postoperatief mag direct worden begonnen met actief ROM oefenen. Isometrische oefentherapie zodra een volledige ROM is bereikt. Kracht opbouwen tegen weerstand vanaf 4-6 weken postoperatief en sporthervatting zonder beperkingen vanaf 6-8 weken postoperatief. Herstel en preventie programma’s voor de elleboog in tennis spelers benadrukken met name kracht en uithoudingsoefeningen voor de gehele arm in de kinetische keten. In het geval van racketsporten is het belangrijk om op de techniek van met name de backhand te letten (niet te veel flexie in de pols) en de maat van het handvat en het gewicht van het racket.

Literatuur

* [Ahmad Z et al. Lateral epicondylitis: a review of pathology and management. Bone Joint J 2013 Sep;95-B:1158–1564](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23997125)
* [Dines JS et al. Tennis injuries: epidemiology, pathophysiology, and treatment. J Am Acad Orthop Surg 2015;23:181–189](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25667400)
* [Jennings J et al. Arthroscopic Treatment of Lateral Epicondylitis. In: Sports Injuries to the Shoulder and Elbow. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. pp. 303–312](https://link.springer.com/content/pdf/bfm%3A978-3-642-41795-5%2F1.pdf)