

# De tenniselleboog ontmedicaliseerd

Van ziektebeeld met interventies naar onbehandeld, voorbijgaand ongemak

A. ROMEIJNDERS  
B. VAN LINGE

**Romeijnders A, Van Linge B. De tenniselleboog ontmedicaliseerd. Van ziektebeeld met interventies naar onbehandeld, voorbijgaand ongemak. Huisarts Wet 1997; 40(5): 210-1.**

**Samenvatting** Een tenniselleboog is een alledaags ongemak, waarvan de geneeskunde een medisch probleem heeft gemaakt; dit heeft in het verleden te vaak geleid tot nodeloze, intensieve behandelingen. Dat een tenniselleboog vanzelf overgaat, wordt niet betwist, maar de consequentie – het proces zijn natuurlijk beloop te gunnen – wordt te weinig getrokken.

A. Romeijnders, huisarts;  
prof.dr. B. van Linge, emeritus hoogleraar orthopedie, Rotterdam.  
Correspondentie: A. Romeijnders,  
Van Kriekenbeeckhof 19, 5524 BM Steensel.

## Inleiding

De tenniselleboog is een van de vormen van een verschijnsel dat algemeen optreedt in het bewegingsstelsel, het meest tussen de 40 en 50 jaar: pijn op de plaats waar een spier via pees of aponeurose kracht uitoefent op het skelet. Bij microscopisch onderzoek van de oorsprong van de musculus extensor digitorum communis en de musculus extensor radialis brevis aan de epicondylus radialis humeri zijn soms gescheurde collageenvezels en prolifererende bloedvaten zichtbaar. Deze veranderingen worden gevolgd door herstel. In de tussentijd veroorzaakt het aanspannen van beide spieren pijn. Algemeen wordt aangenomen dat het proces spontaan geneest. De gemiddelde duur van de klachten wordt geschat op driekwart tot een jaar.<sup>1</sup>

De pijn is wisselend van intensiteit. Op elk moment van de dag kan de pijn bij het aanspannen van de spieren als een bliksemschicht vanuit de epicondylus door de pols- en vingerextensoren schieten. De pijn kan zo hevig zijn, dat een handeling niet wordt afgemaakt. Heftige pijn is echter uitzondering en de hevigheid van de pijn neemt ook af in de loop van de tijd: na enkele maanden wordt de pijn minder en behoren de heftige pijscheuten doorgaans tot het verleden.

Van de patiënten met een tenniselleboog zoekt meer dan 50 procent geen medische hulp.<sup>2</sup> Voor de overigen is een groot aantal therapieën beschikbaar – rust, analgetica, antiflogistica, fysiotherapie in vele vormen, manipulatie, acupunctuur, extracorporele schokgolftherapie – en de keuze is moeilijk. Voorlopig zijn er echter onvoldoende argumenten om ook maar een van deze therapieën als werkzaam ten aanzien van het beloop bestempelen.<sup>1,3-5</sup>

Vaak rijst bij patiënt en arts de vraag of een interventie geïndiceerd is, of afgeraden mag worden. Indien de effecten van therapieën niet bijdragen aan het beloop, gaan de bijwerkingen een nog belangrijker rol spelen. Ook de vraag of tijdelijk arbeidsverzuim de genezing kan bespoedigen, komt vaak aan de orde.

In deze klinische les wordt betoogd, dat het achterwege laten van medische interventies bij een tenniselleboog in principe een juiste en ook haalbare keuze is. Als men de pijn accepteert en zoveel mogelijk – eventueel aangepast – doorgaat met werken, wordt het beloop niet ongunstig beïnvloed en zal het ziekteverzuim sterk worden beperkt.

## Casus

Onze casus betreft een 40-jarige, rechtshandige, parttime huisarts en moeder van drie kleine kinderen. Twee jaar geleden kreeg zij spontaan pijn in de rechterelleboog en onderarm. Tien dagen later ontstond tijdens het tennissen een acute verergering. De pijn werd aangegeven op de epicondylus lateralis humeri en was zo hevig dat zij tussen duim en wijsvinger zelfs geen papiertje kon vasthouden. De arm zag er normaal uit. De beweeglijkheid van de halswervelkolom en van alle gewrichten van de arm was normaal. Er was drukpijn op de epicondylus lateralis humeri en op de daar ontspringende extensoraponeurose. Palpatie van onder- en bovenarm was normaal en de innervatie en circulatie van de arm waren niet gestoord. Dorsalflexie van de pols tegen weerstand verergerde de pijn.

Patiënte gunde de arm een paar dagen rust en vermeed daarna pijnlijke handelingen zoveel mogelijk. Het tennissen werd gestaakt. Ondanks de pijn bleef zij werkzaam in zowel praktijk als huishouden. Wél droeg zij bij handelingen die pijn provoocerden, een 4 cm brede armband, iets distaal van de rechterelleboog. Patiënte kon na enkele weken weer nagenoeg normaal functioneren, ook al lag de pijn op de loer en werd een 'foute' handeling afgestraft met een pijscheut. Dit kon al optreden bij het hanteren van een pincet of het oppakken van een kopje.

Bij het tennissen, dat zij na zeven maanden hervatte, werd aandacht besteed aan de techniek van de backhand. Een jaar na het acute begin waren de klachten vrijwel verdwenen, maar ook nu nog wordt zij af en toe herinnerd aan haar tenniselleboog.

## Beschouwing

Patiënte kon arbeidsverzuim vermijden. Dat is, afhankelijk van de werkzaamheden en de ernst van de hinder, niet altijd mogelijk. Het is echter de vraag of arbeidsongeschiktheid bij een tenniselleboog niet vaak mede wordt veroorzaakt door medische interventies. Het beroep dat door patiënten met een tenniselleboog wordt gedaan op de Ziektewet en de Wet op de arbeidsongeschiktheidverzekering (WAO) is beduidend. In 1992 waren ruim 13.000 Nederlanders meer dan zes weken arbeidsongeschikt door een tenniselleboog; 1300 van hen waren zelfs langer dan een jaar arbeidsongeschikt.

Arbeidsongeschiktheid langer dan zes weken zal bij consultatie van een huisarts vaak leiden tot medisch interveniëren. Behandeling kan arbeidsverzuim met zich meebrengen, bijvoorbeeld ten gevolge van voorgeschreven rust bij injecties of na een operatie. Relatieve rust in de zin van vermijden van pijn-uitlokkende handelingen zal uiteraard de hinder beperken. Er zijn echter geen gegevens die het aannemelijk maken dat voortzetting van de normale arbeid het tempo waarin de pijn verdwijnt, in ongunstige zin beïnvloedt. Er is geen grond voor het advies dat het 'beter' is om pijn-uitlokkend werk te vermijden, laat staan dat werk pas te hervatten als de aandoening genezen is. De patiënt met een tenniselleboog die het ongemak accepteert en normaal wil blijven werken, kan dit doen zonder zichzelf schade te berokkenen.

Er is geen objectieve maatstaf op grond waarvan arbeidsongeschiktheid bij een tenniselleboog is vast te stellen. Iemand met pijn op de epicondylus lateralis humeri bij het aanspannen van de pols- en vingerextensoren zal zelf moeten uitmaken of het verrichten van de dagelijkse arbeid mogelijk is. Dit geldt ook voor arbeid

waarbij de veiligheid in het geding is. Overigens kunnen in de praktijk veel handelingen worden aangepast of langzamer worden uitgevoerd, zodat ze minder pijn veroorzaken.

Rond de tenniselleboog is een intensieve medische industrie met een onduidelijke opbrengst ontstaan. Onderzoek naar het effect van therapieën voor een tenniselleboog zal moeten worden uitgevoerd met een controlegroep van onbehandelde patiënten, en tevens zullen duur en mate van arbeidsongeschiktheid bij de uitkomsten moeten worden betrokken. De huisartspraktijk lijkt voor dergelijk onderzoek de aangewezen plaats.

De overheid vraagt de bevolking een klacht rustig te observeren en niet te snel naar de dokter te lopen, omdat de meeste klachten spontaan verdwijnen. De tenniselleboog lijkt tot de klachten te behoren die zonder het risico van schade rustig geobserveerd kunnen worden. Mocht de patiënt zich tot de huisarts wenden, dan is het geven van inzicht in het onschuldige karakter van de aandoening en het gunstige beloop mogelijk alles wat nodig is. De patiënt moet worden aangemoedigd zijn werk zoveel mogelijk voort te zetten.

De wijze waarop (huis)vrouwen met hun pijnlijke epicondylus omgaan, verdient nadere studie. De prevalentie van tenniselleboog bij vrouwen in de open bevolking ligt aanmerkelijk hoger dan bij mannen.<sup>2,5</sup> Toch consulteren vrouwen en mannen hun huisarts in gelijke mate.<sup>1</sup> Daarbij mag men niet voetstoots aannemen dat mensen die hun huisarts consulteren wegens een tenniselleboog, er meer problemen mee hebben dan degenen die dat niet doen. De huisarts kan worden beschouwd als de bedrijfsarts van de huisvrouw. Parallel aan het verzuim in het bedrijfsleven zou een aanmerkelijke verzuimbehoefte bij huisvrouwen verwacht

mogen worden, met als gevolg aanvragen voor gezinshulp. Een beperkt onderzoek naar aanvragen voor gezinshulp door huisvrouwen met een tenniselleboog leverde echter geen aanvraag op. Mogelijk geeft de huisvrouw het goede voorbeeld.

Eén van de schrijvers van deze klinische les was gewend de tenniselleboog te behandelen met injecties en bij onvoldoende resultaat een operatie te adviseren. Dit beleid is drastisch veranderd, nadat hijzelf een tenniselleboog had gekregen, compleet met het 'theekopje-fenomeen'. Ondanks de vlamme pijn die hij af en toe ervoer, was zijn arbeidsongeschiktheid echter niet in het geding, zelfs niet bij het uitvoeren van de zwaarste operaties. Na negen maanden waren zijn klachten spontaan verdwenen. Ook een paar collega's werden op dezelfde wijze met succes 'behandeld'.

## Literatuur

- 1 Assendelft WJJ, Rikken SAJJ, Mel M, et al. NHG-Standaard Epicondylitis. Huisarts Wet 1997; 40(1): 21-6.
- 2 Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer (EPOZ). Vijfde voortangverslag, deel 4, reuma. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Epidemiologie, 1979.
- 3 Labelle H, Guibert R, Joncas J, et al. Lack of scientific evidence for the treatment of lateral epicondylitis of the elbow. An attempted meta-analysis. J Bone Joint Surg 1992; 74B: 646-51.
- 4 Assendelft WJJ, Hay E, Adshaed R, Bouter LM. Corticosteroidinjections for lateral epicondylitis. A systemic overview. Br J Gen Pract (in press).
- 5 Verhaar JAN. Epidemiology of tennis elbow. In: Verhaar JAN. Tennis elbow [Dissertation]. Maastricht: University Press, 1992. ■