

NHG-Standaard Epicondylitis

Eerste herziening

Assendelft WJ, Smidt N, Verdaasdonk AL, Dingjan R, Kolnaar BGM. Huisarts Wet 2009;52(3):140-6.

De standaard en de noten zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (in: Huisarts Wet 1997;40(1):21-6).

Inleiding

De NHG-Standaard Epicondylitis geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij epicondylitis lateralis en medialis humeri (verder met epicondylitis lateralis en medialis aangeduid). In de standaard worden met epicondylitis beide vormen bedoeld, tenzij anders is aangegeven. Over epicondylitis lateralis is echter veel meer bekend dan over epicondylitis medialis.^{1,2}

Het vermoeden van epicondylitis rijst bij pijn op of rond de epicondylus lateralis of medialis. Deze pijn treedt op of verergert door bewegingen van de pols, door palpatie van (het gebied rond) de epicondylus of door aanspannen van de pols-extensoren respectievelijk -flexoren.

Bij de diagnostiek van epicondylitis levert het onderscheid met andere elleboogaandoeningen in het algemeen geen problemen op. Het gaat hierbij om zeldzame aandoeningen, met uitzondering van bursitis olecrani. Deze aandoeningen vallen buiten het bestek van deze standaard. Van de patiënten die de huisarts consulteren wordt ongeveer 12% verwezen naar de fysiotherapeut en 2% naar de tweede lijn, meestal de orthopedisch chirurg.³

Achtergronden

Epidemiologie

De incidentie van epicondylitis lateralis in de huisartsenpraktijk is 5 tot 8 en de prevalentie 7 per 1.000 patiënten (per jaar). De incidentie is het hoogst (ongeveer 13 per 1.000 patiënten) in de leeftijdscategorie van 40 tot 50 jaar.⁴ Er bestaat geen noemenswaardig geslachtsverschil. Voor epicondylitis medialis zijn deze cijfers naar schatting een factor tien lager. Bij epicondylitis is meestal de dominante arm aangedaan.

Beloop en prognose

Het natuurlijke beloop van een epicondylitis lateralis is gunstig. Na een half jaar is ten minste 80% van de patiënten (vrijwel) hersteld en na een jaar is dit percentage gestegen naar ten minste 90%. De prognose is minder gunstig bij al langdurig bestaande klachten of ernstige pijn bij het eerste consult, bij lokalisatie in de dominante arm en

bij recidieven. Bovendien lijken bijkomende neklachten en een hoge lichamelijke en psychische belasting een ongunstige invloed te hebben op het beloop.⁵

Etiologie

De etiologie van epicondylitis is onbekend. Verondersteld wordt dat aan deze aandoening micro- en macroscopische laesies in de gemeenschappelijke origo van de pols- en vingerextensoren of -flexoren ten grondslag liggen. De laesies zouden vooral door overbelasting van deze spieren worden veroorzaakt. Het granulatie- en littekenweefsel dat zich vervolgens vormt, zou bij herhaalde belasting opnieuw beschadigd kunnen raken, waardoor het peesweefsel kan degenereren.⁶

Van epicondylitis lateralis is een samenhang aangetoond met (herhaalde) voor het betreffende individu te zware belasting van de extensoren van de pols.⁷

Richtlijnen diagnostiek

Anamnese

Vraag bij pijn in of rond de elleboog naar:

- lokalisatie en ernst van de pijn en eventuele uitstraling;
- wijze van ontstaan, duur en beloop van de klachten;
- invloed van rust of bewegen op de klachten, en het beloop over de dag;
- vermoedelijke oorzaak volgens de patiënt;
- provocerende factoren bij de dagelijkse activiteiten en op het werk; mate van hinder bij de dagelijkse activiteiten en op het werk, en de gevolgen daarvan (zoals ziekteverzuim);
- zelfzorg en behandeling tot nu toe;
- eerdere episodes, en beloop en eventuele behandeling daarvan.

Ga na of er factoren zijn die de prognose ongunstig beïnvloeden: bijkomende neklachten en een hoge lichamelijke en psychische belasting.

Informeer naar afspraken met de bedrijfsarts indien de klachten volgens de patiënt verband houden met het werk of gevolgen hebben voor het werk.

Lichamelijk onderzoek

Laat de patiënt de pols (vanuit neutrale positie en met gestrekte elleboog) tegen weerstand dorsaal respectievelijk palmar flecteren (bij vermoeden op epicondylitis lateralis respectievelijk medialis) en informeer naar het optreden of verergeren van pijn op of rond de epicondylus. Palpeer

vervolgens de epicondylus ter lokalisatie van de pijn. Ander onderzoek heeft voor het aantonen van epicondylitis geen waarde.⁸

Evaluatie

De diagnose epicondylitis wordt gesteld bij pijn op of rond de epicondylus (eventueel met uitstraling naar de proximale onderarm) die optreedt of toeneemt bij:

- bewegingen van de pols; en
- dorsaal of palmar flexie van de pols tegen weerstand in, bij gestrekte elleboog; en
- druk op of rond de epicondylus.⁹

Afwezigheid van lokale drukpijn maakt epicondylitis onwaarschijnlijk. Bij atypische bevindingen (zoals pijn elders in de elleboog, bewegingsbeperking, slotklachten, zwelling, of tintelingen) houdt de huisarts rekening met andere elleboogaandoeningen en volgt nader onderzoek van de elleboog, zoals bewegingsonderzoek.¹⁰ Bij tegelijkertijd aanwezige (uitstralende) pijn in bovenarm, schouder en/of nek zijn een gerichte anamnese en onderzoek aangewezen om schouder- of nekaandoeningen uit te sluiten (zie de NHG-Standaard Schouderklachten).

Richtlijnen beleid

Voorlichting en adviezen

De huisarts legt uit dat epicondylitis waarschijnlijk wordt veroorzaakt door overbelasting van de polsstrekkers of -buigers. De mate van hinder is mede afhankelijk van de belasting van de betrokken spieren. Deze worden vooral belast bij buigen van de pols en met kracht met de handen knijpen en bij met gestrekte elleboog bovenhands respectievelijk onderhands dragen of tillen. Het is niet te voorspellen of de klachten kort of lang blijven bestaan. Na een half jaar is 80% van de patiënten (vrijwel) hersteld en 90%

Kernboodschappen

- het beleid van de huisarts bij epicondylitis is gericht op het afwachten van een spontaan herstel en bestaat uit voorlichting en adviezen.
- bij hevige pijn en belemmeringen bij het functioneren adviseert de huisarts pijnstillers.

Belangrijkste wijziging

- vanwege het nadelige effect op de lange termijn worden corticosteroïdinjecties afgeraden.

na een jaar. Van geen enkele behandelmethodes is aangetoond dat deze de duur kan verkorten. De huisarts adviseert de natuurlijke genezing af te wachten en gaat na of de patiënt hiertoe bereid is. Tevens worden de belemmeringen besproken die de patiënt ondervindt bij (huishoudelijk) werk, sport en hobby's en wordt samen met de patiënt naar oplossingen gezocht.

Absolute rust van de arm is niet noodzakelijk. In hoeverre de arm gebruikt kan worden, hangt af van de mate van hinder bij belasting. Bewegen met pijn vertraagt de genezing niet. Als de pijn toeneemt of niet meer te verdragen is, is vermindering van de activiteiten aangewezen. Een algemeen advies bij epicondylitis lateralis respectievelijk medialis is om voorwerpen met gebogen elleboog onderhands respectievelijk bovenhands te dragen.¹¹

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de NHG-Patiëntenbrief Tennisarm meegeven.

Wijs patiënten met sportgerelateerde klachten die intensief sporten zoals (semi)professionele sportbeoefenaars bij onvoldoende herstel na zes weken of bij recidiverende klachten op de mogelijkheid een sportarts te raadplegen. De sportarts kan specifieke adviezen geven met betrekking tot de hervatting en opbouw van de sportbeoefening, de techniek en het materiaal.

Adviseer de patiënt bij werkgerelateerde problemen of belemmeringen contact op te nemen met de bedrijfsarts, als dat nog niet is gebeurd. De bedrijfsarts kan specifieke werkaanpassingen adviseren ten aanzien van houding, bewegingen en krachtsinspanningen. Indien patiënt en bedrijfsarts contact met elkaar hebben gehad, zoekt de huisarts – als daar aanleiding toe is – ook zelf contact met de betreffende collega ter onderlinge afstemming van het beleid.

Niet-medicamenteuze behandeling

Spalken, braces en andere hulpmiddelen voor fixatie van de elleboog, extracorporele shockwave, lasertherapie en acupunctuur worden niet aanbevolen.¹²

Medicamenteuze behandeling

Adviseer desgewenst voor pijnstilling paracetamol, en als tweede keus, of bij onvoldoende resultaat, een op de huid aan te brengen NSAID. Deze middelen hebben de voorkeur, omdat ze een breed veiligheidsprofiel hebben. Derde keus zijn oraal ibuprofen, diclofenac of naproxen. Bij de keuze binnen de groep van NSAID's worden eventueel aanwezige comorbiditeit (cardiovasculair, gastro-intestinaal), bijwerkingen en interacties (acetylsalicylzuur), en voorgaande reactie(s) op NSAID's meegewogen. In verband met de mogelijke bijwerkingen wordt grote terughoudendheid met NSAID's geadviseerd bij patiënten ouder dan 70 jaar, bij patiënten met een verminderde nierfunctie, hypertensie, hartfalen of atherosclerotisch hart- en vaatlijden en bij patiënten die antistolling gebruiken. Zie voor meer informatie en de omstandigheden waarbij maagbescherming wordt geadviseerd de Farmacotherapeutische Richtlijn Pijnbestrijding (<http://www.nhg.org>).¹³

Lokale corticosteroïdinjecties worden niet meer aanbevolen. Bij een patiënt die na zes weken onvoldoende herstel ervaart, snelle verlichting van de klachten wenst en ingelicht is over het nadelige effect op langere termijn (zie verder) kan de huisarts toch overwegen ze toe te passen. Daarbij legt de huisarts uit dat deze injecties in de meeste

gevallen na twee tot zes weken een snelle verlichting van de klachten tot gevolg hebben (acht tot negen van de tien patiënten is pijnvrij)¹⁴ vergeleken met afwachten (drie van de tien patiënten is pijnvrij), maar dat de klachten daarna vaak terugkomen. Hierdoor is de prognose op de langere termijn minder gunstig dan bij afwachten (na een jaar is bij injecties zeven en bij afwachten acht tot negen van de tien pijnvrij). Geïnjecteerd wordt met triamcinolonacetonide (10 mg/ml) en lidocaïne (2%) in een verhouding van 1:1 tot maximaal 2 ml.¹⁵ Het effect van een injectie wordt ten minste twee weken afgewacht. Geadviseerd wordt in die periode bekende luxerende momenten te vermijden. Absolute rust, een mitella of een verband is onnodig. Bij onvoldoende effect kan de injectie met een tussenpoos van telkens ten minste twee weken nog maximaal twee maal herhaald worden. De patiënt kan gedurende een tot drie dagen na de injectie meer pijn hebben.¹⁶ Andere bijwerkingen van corticosteroïdinjecties zijn zeldzaam. Injecties met botulinetoxine worden niet aanbevolen.¹⁷

Controles en verwijzing

Controles zijn in de regel niet nodig. Indien de pijn en de hinder in het dagelijks functioneren tot een acceptabel niveau zijn gereduceerd, kan van additionele therapieën geen verdere verbetering worden verwacht. Alleen als de patiënt bij het dagelijks functioneren veel belemmeringen blijft ondervinden, bijvoorbeeld zodanig dat hij niet kan werken, herhaalt de huisarts anamnese en onderzoek. Geprobeerd wordt te achterhalen waarom de patiënt nog veel belemmeringen ondervindt. De huisarts geeft opnieuw voorlichting en uitleg, en onderzoekt wederom de bereidheid van de patiënt het spontane beloop af te wachten. Bespreek bij aanhoudende klachten en aanwijzingen voor psychosociale overbelasting het mogelijke verband daartussen. Bij onvoldoende herstel van werkgerelateerde klachten en aanhoudend ziekteverzuim informeert de huisarts bij de patiënt (opnieuw) naar afspraken met de bedrijfsarts en overlegt zonedig met de bedrijfsarts.

Verwijzing naar een fysiotherapeut. wordt niet aanbevolen, en naar een (orthopedisch) chirurg voor een operatieve ingreep evenmin.^{18,19}

Totstandkoming

In oktober 2007 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Epicondylitis. De werkgroep bestond uit prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde, R.A. Dingjan, dr. B.G.M. Kolnaar, wetenschappelijk medewerker van het NHG, en A.L. Verdaasdonk, allen huisarts, en dr. N. Smidt, fysiotherapeut-klinisch epidemioloog. Door de werkgroepleden werd geen belan-

genverstrengeling gemeld.

In juni 2008 werd de concepttekst ter becommentariëring voorgelegd aan enkele referenten. Van de volgende referenten ontving de werkgroep commentaar: A.J. Raaijmakers, A.C.M. Romeijnders en dr. W.E.M. Spinnewijn, allen huisarts; dr. B.M. Pluim, sportarts, en F.P. Groot, arts, namens de Vereniging voor Sportgeneeskunde; A. Brand en E.K.G. Lemaire, huisartsen, namens de NHG-Adviesraad Standaarden; dr. D. Eygendaal, orthopedisch chirurg, namens de Nederlandse Orthopaedische Vereniging; prof.dr. R.A. de Bie, hoogleraar Fysiotherapie Onderzoek, namens het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie; B.J.F. van den Bemt, apotheker, namens het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers; A.C. van Loenen, ziekenhuisapotheker-klinisch farmacoloog en hoofdredacteur van het Farmacotherapeutisch Kompas, namens het College voor Zorgverzekeringen; prof.dr. P. van Royen, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, namens de Vlaamse Vereniging van Huisartsen; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen. Vermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de standaard inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

De NHG-Autorisatiecommissie becommentarieerde en autoriseerde de standaard in september 2008. De begeleiding van de werkgroep en de redactie van deze standaard waren in handen van dr. B.G.M. Kolnaar, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. De gevolgde zoekstrategie voor de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. (zie www.nhg.org).

© 2009 Nederlands Huisartsen Genootschap

Noot 1 **Epicondylitis medialis**

Evenals bij de eerste versie van deze standaard is wederom bij deze herziening besloten de richtlijnen voor epicondylitis lateralis ook voor epicondylitis medialis te laten gelden. Bij de totstandkoming van de eerste versie bleek literatuur over epicondylitis medialis schaars te zijn, en daarin is sindsdien weinig verandering gekomen. Men veronderstelt dat de pathogenese van epicondylitis medialis grotendeels overeenkomt met die van epicondylitis lateralis. In de internationale literatuur zijn de aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van beide aandoeningen vrijwel identiek. Deze standaard volgt de internationale literatuur op dit punt.

Noot 2 **KANS**

In Nederland bestaat multidisciplinaire consensus om klachten van het bewegingsapparaat van arm, nek of schouder die niet het gevolg zijn van een acuut trauma of een systeemziekte te benoemen als KANS (Klachten van Arm, Nek of Schouder) [Huisstede 2007]. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen specifieke klachten en specifieke aandoeningen; epicondylitis lateralis en medialis zijn 2 van de 23 onderscheiden specifieke aandoeningen.

Noot 3 **Verwijscijfers**

De Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (CMR) vermeldt 12,8% verwijzingen naar de fysiotherapeut en 1,6% naar de orthopedisch chirurg (periode 2002 tot en met 2006; n = gemiddeld 13.500), en de Tweede Nationale Studie (n = 375.899) 12,3% respectievelijk 2,1% [Van de Lisdonk 2008, Van der Linden 2004]. In Nederland worden jaarlijks ongeveer 1.425 mensen geopereerd voor epicondylitis lateralis (bron: Prismant; periode 2002 t/m 2006). Uitgaande van een gemiddelde incidentie van 6,5 per 1.000

patiënten per jaar en gemiddeld 1,85% verwijzingen naar de chirurg kan berekend worden dat ongeveer driekwart van de verwezen patiënten wordt geopereerd.

Noot 4 **Incidentie en prevalentie**

Huisartsenpraktijk. In de Tweede Nationale Studie bedraagt de incidentie van epicondylitis lateralis 5,4 episoden per 1.000 patiëntjaren en de prevalentie 7,2 per 1.000 patiënten [Van der Linden 2004]. Bot et al. rapporteren op basis van de gegevens van de Tweede Nationale Studie 19 consulten per 1.000 patiënten per jaar [Bot 2005a]. Onder de leeftijd van 20 jaar wordt deze aandoening in de huisartsenpraktijk zelden vastgesteld, daarna neemt de incidentie toe tot 12,6 bij de leeftijdscategorie van 40 tot 50 jaar en neemt daarna geleidelijk weer af [Bot 2005a]. Volgens de CMR bedragen zowel de incidentie als de prevalentie 7,6 [Van de Lisdonk 2003]. De genoemde cijfers zijn voor mannen en vrouwen vrijwel hetzelfde. Beide bronnen gebruiken voor epicondylitis medialis geen separate code en geven daarom geen incidentie- en prevalentie-cijfers voor deze aandoening. Elders zijn deze evenmin gevonden. Ze zijn naar schatting een factor tien kleiner dan die voor epicondylitis lateralis. Deze schatting berust op gegevens van het ROME-project (Reuma-Onderzoek Meerdere Echelons). Bij dit project is een deel van de incidentiepatiënten uit de Eerste Nationale Studie van het NIVEL gedurende een periode van bijna vier jaar gevolgd. Daarna werd een eendiagnose gesteld. Bij patiënten die met nieuwe elleboogklachten de huisarts consulteerde werd bij 65% een epicondylitis lateralis gediagnosticeerd en bij 5% een epicondylitis medialis. Bij 9% werd een bursitis olecrani vastgesteld [Miedema 1994].

Algemene bevolking. Bij een Engels en een Fins bevolkingsonderzoek onder een aselechte groep personen van 25 tot 65 respectievelijk 30 tot 65 jaar (n = 6.038 respectievelijk 4.993) was de prevalentie van epicondylitis lateralis 1,2% respectievelijk 1,3% en van epicondylitis medialis 0,8% respectievelijk 0,4% [Walker-Bone 2004, Shiri 2006]. Dergelijk onderzoek onder de Nederlandse bevolking werd niet gevonden.

Noot 5 **Beloop en prognose**

Twee eerstelijns trials bieden enige informatie over het beloop van epicondylitis lateralis op de langere termijn bij patiënten in de huisartsenpraktijk [Smidt 2002b, Bisset 2006]. In deze trials, beide met een follow-up van een jaar, werden bij patiënten met ten minste zes weken klachten (n = 185 respectievelijk 198) de effecten van een afwachtend beleid, fysiotherapie en corticosteroïdinjecties vergeleken. Circa 80% van de patiënten bij wie een afwachtend beleid werd gevolgd was na zes maanden (bijna) volledig hersteld. Na een jaar lag dit percentage tussen 83% en 90%. Aangenomen mag worden dat het beloop bij patiënten bij wie de klachten korter dan zes weken bestaan gunstiger is. Onderzoeken naar duur en (natuurlijk) beloop van epicondylitis in de open populatie, vanaf het begin van de klachten en/of met een follow-up langer dan een jaar zijn niet gevonden.

Naarmate de patiënt langer elleboogklachten [Bot 2005b, Smidt 2006], ernstigere pijn [Bot 2005b, Smidt 2006, Haahr 2003], en vaker episodes heeft doorgemaakt [Bot 2005b, Hudak 1996] is de prognose voor herstel op lange termijn slechter. Bijkomende klachten van het bewegingsapparaat (zoals nekklachten) [Bot 2005b, Smidt 2006, Waugh 2004] en klachten van de dominante elleboog [Hudak 1996, Haahr 2003] zouden ook een invloed op de prognose hebben. Hetzelfde geldt voor bepaalde werkgerelateerde factoren zoals hoge lichamelijke belasting [Haahr 2003] en handenarbeid [Lewis 2002, Haahr 2003], evenals voor psychosociale factoren zoals een hoge lijdensdruk [Haahr 2003],

vermijdingsgedrag en catastrofen [Bot 2005b]. Dit is in overeenstemming met de internationale consensus over het standpunt dat bij chronische pijnklachten van het bewegingsapparaat naast biomedische factoren ook gedragsmatige of psychologische factoren een rol kunnen spelen [Pylaeyen 2000, Keefe 2004].

Noot 6 **Histopathologie**

Bij histochemisch en elektronmicroscopisch onderzoek van het aangedane peesweefsel van patiënten met epicondylitis lateralis ziet men hyperplasie van fibroblasten en bloedvaatjes, en tekenen van abnormale collageenvorming [Kraushaar 1999]. Deze verschijnselen worden overigens ook gezien in peesweefsel bij andere peesaandoeningen door overbelasting, zoals dat van de achillespees [Khan 1999]. Van een ontsteking – zoals de uitgang '-itis' in epicondylitis suggereert – lijkt dan ook geen sprake te zijn. Verschillende auteurs pleitten daarom voor vervanging van de term 'epicondylitis' door 'epicondylalgie', of door 'tendinosis' of 'tendinopathie' van de betreffende spier [Khan 2002, Nirschl 2003].

Noot 7 **Etiologie**

Verschillende veelal bedrijfsgeneeskundige onderzoeken laten voor zowel epicondylitis lateralis als medialis een verband zien tussen het ontstaan van de klachten en herhaalde (zware) belasting van de extensoren respectievelijk flexoren van de pols [Piligran 2000, Leclerc 2001, Haahr 2003, Descatha 2003, Shiri 2006]. Hoewel de Nederlandse benamingen 'tenniselleboog' of '-arm' voor epicondylitis lateralis en 'golferseleboog' of '-arm' voor epicondylitis medialis anders doen vermoeden, lijken deze sporten slechts in een gering deel van de gevallen een rol te spelen bij het ontstaan van deze aandoeningen.

Noot 8 **Beeldvormend onderzoek**

In 5 tot 25% van de gevallen van epicondylitis worden bij röntgendiagnostiek kalkneerslagen bij de aangedane epicondylus aangetroffen. Dit heeft echter geen enkele diagnostische en therapeutische consequentie. Röntgenonderzoek is geïndiceerd indien er bij elleboogklachten verdenking bestaat op zeldzame aandoeningen zoals een corpus liberum, osteochondritis dissecans of een botumor. Maffuli et al. onderscheidde verschillende echografische beelden bij patiënten met epicondylitis lateralis en veronderstelde dat deze een voorspellende waarde hadden voor de prognose [Maffuli 1990]. Struijs et al. concludeerden op grond van hun onderzoek dat echografie in ieder geval geen voorspellende waarde heeft voor het effect van fysiotherapie, braces, een combinatie van beide of afwachten [Struijs 2005]. Over de diagnostische of voorspellende waarde van echografisch onderzoek is geen uitspraak mogelijk, omdat er onvoldoende bruikbaar onderzoek werd gevonden. Echografie wordt daarom niet aanbevolen.

Noot 9 **Criteria voor de diagnose**

Zowel in de meeste internationale richtlijnen als bij de relevante onderzoeken worden deze kenmerken genoemd als criteria voor het stellen van de diagnose epicondylitis lateralis of medialis [Piligran 2000, Sellars 2005].

Noot 10 **Andere elleboogaandoeningen**

Op grond van epidemiologische gegevens (zie noot 4) en vanwege het specifieke karakter van epicondylitis concludeert de werkgroep dat indien anamnese en onderzoek typisch zijn voor epicondylitis, het niet aangewezen is andere aandoeningen uit te sluiten. Temeer omdat het in dat geval gaat om zeldzame ziekten, die zich deels gegeneraliseerd presenteren of in de regel

een duidelijk andere symptomatologie of ander beloop vertonen, zoals artritis (eventueel ten gevolge van artrose), osteochondritis dissecans, entrapment van de nervus ulnaris of radialis en cervicaal radiculair syndroom.

Noot 11

Adviezen

Naar de effectiviteit van de gegeven adviezen is geen gecontroleerd onderzoek gevonden. Het handhaven van het dagelijks functioneren en het voorkómen van fixatie op het vermijden van pijn waren voor de werkgroep uitgangspunten bij de keuze voor deze adviezen.

Noot 12

Fixatie van de elleboog, extracorporele shock wave en lasertherapie

Er zijn verschillende systematische reviews verschenen over het effect van spalken, braces en andere hulpmiddelen voor fixatie van de elleboog bij epicondylitis lateralis [Struijs 2002, Borkholder 2004, Bisset 2005]. De resultaten van de geïncludeerde trials bleken voor de belangrijkste uitkomstmaten (pijn en knijpkracht) tegenstrijdig te zijn. Onderzoeken naar de veronderstelde grotere knijpkracht (zonder pijn) tijdens gebruik van een brace lieten eveneens tegenstrijdige resultaten zien. In alle reviews werd geconcludeerd dat het op grond van de beschikbare onderzoeken niet mogelijk is een uitspraak te doen over de effecten van deze middelen. Ook over de effectiviteit van extracorporele shock wave en lasertherapie is geen uitspraak mogelijk aangezien de resultaten van onderzoeken niet eenduidig zijn [Buchbinder 2005, Bisset 2005, Rompe 2007] respectievelijk slechts een korte follow-up periode bestrijken [Bisset 2005, Bjordal 2008].

Noot 13

Pijnstilling

In een Cochrane-review is bij patiënten met epicondylitis lateralis het effect beoordeeld van op de huid aangebrachte (dermale) NSAID's; drie RCT's (n = 130; dermaal NSAID versus placebo; drie tot vijf maal daags; follow-up drie tot vier weken) voldeden aan de inclusiecriteria [Green 2001]. De gepoolde effectgrootte was -1,88 (95%-BI -2,54 tot -1,21), dat wil zeggen dat aan het eind van de onderzoeksperiode de patiënten die dermale NSAID's gebruikten 1,88 punten op een visueel analoge pijnschaal van totaal tien punten minder pijn rapporteerden dan de placebogroep. Uit twee onderzoeken naar de tevredenheid over dermale NSAID's bleek men bovendien significant meer tevreden te zijn over de dermale NSAID's dan over de placebo's (RR 0,39, 95%-BI 0,23 tot 0,66). Patiënten rapporteerden bij dermale NSAID's significant vaker bijwerkingen dan bij placebo (RR 2,26, 95%-BI 1,04 tot 4,94), maar die waren gering (vooral lokale huidirritatie). De auteurs van voornoemde review wilden ook de effectiviteit van orale NSAID's beoordelen, maar vonden slechts twee onderzoeken, met tegenstrijdige resultaten. Zij vonden geen studies waarin dermale en orale NSAID's onderling zijn vergeleken, noch een van beide met paracetamol [Green 2001]. Bruikbare onderzoeken over dit onderwerp van recentere datum (na de searchdatum van dit overzicht) zijn niet gevonden, en evenmin onderzoeken over het effect van paracetamol of andere pijnstillers bij epicondylitis.

Conclusie: op de huid aangebrachte NSAID's lijken in ieder geval voor de korte termijn (tot vier weken) enige verlichting van de pijn te geven. Over het effect van orale NSAID's en andere pijnstillers is geen uitspraak mogelijk. Zie voor informatie over de bijwerkingen van de genoemde middelen de Farmacotherapeutische Richtlijn Pijnbestrijding (www.nhg.org).

Noot 14

Corticosteroidinjecties

Corticosteroiden versus afwachtend beleid

De auteurs van een systematische review over de

effectiviteit van corticosteroidinjecties concluderen dat er aanwijzingen zijn voor een gunstig kortetermijneffect (zes weken), maar dat zij geen duidelijke uitspraak kunnen doen door het ontbreken van onderzoeken van voldoende kwaliteit [Smidt 2002a]. Sindsdien zijn twee eerstelijns-trials van hoge kwaliteit gepubliceerd, beide met een follow-up van een jaar. Hierin werden bij patiënten met ten minste zes weken klachten door epicondylitis lateralis de effecten van een afwachtend beleid, fysiotherapie en corticosteroidinjecties vergeleken [Smidt 2002b, Bisset 2006]. Beide onderzoeken (n = 185 respectievelijk 198) lieten zien dat corticosteroidinjecties (een tot drie) op korte termijn een gunstiger effect hebben dan afwachten (vrijwel of helemaal hersteld na zes weken 92% respectievelijk 79% versus 32% respectievelijk 27%; NNT = 2), maar dat dit effect bij een langere follow-up (drie maanden of langer) verdwijnt en zelfs nadelig wordt (na een jaar 69% respectievelijk 68% versus 83% respectievelijk 90%; NNH = 5 tot 7). Conclusie: er is enig bewijs voor een gunstig effect op korte termijn van corticosteroidinjecties vergeleken met een afwachtend beleid, en voor een nadelig effect op langere termijn.

Corticosteroiden versus corticosteroiden

Zowel in de twee laatstgenoemde onderzoeken als in de meeste onderzoeken in de systematische review werd voor de injecties het steroïd triamcinolonacetonide gebruikt, meestal 1 ml van een oplossing van 10 mg/ml [Smidt 2002a, Smidt 2002b, Bisset 2006]. Bruikbaar vergelijkend onderzoek – naar het effect bij epicondylitis – tussen deze en andere triamcinolonacetonide-doseringen, en tussen triamcinolonacetonide en andere in Nederland hiervoor beschikbare corticosteroiden (met name methylprednisolon) wordt in de huisartsenpraktijk wel eens gebruikt) werd niet gevonden. Daarom gaat de voorkeur van de werkgroep uit naar triamcinolonacetonide tot een maximum van 10 mg per injectie.

Corticosteroiden versus corticosteroiden in combinatie met een anestheticum

Er is geen bruikbaar onderzoek gevonden waarbij de effectiviteit van injecties met alleen een corticosteroid vergeleken werd met die van een combinatie van een corticosteroid en een anestheticum. Bij de meest relevante onderzoeken, waarbij het gunstige effect van steroïden werd aangetoond [Hay 1999, Smidt 2002b, Bisset 2006], was aan het steroïd een anestheticum toegevoegd. Bij de twee laatstgenoemde onderzoeken werd lidocaïne (2%) aan triamcinolonacetonide (10 mg/ml) toegevoegd tot een maximum van 2 ml. Voordeel van toevoeging van een anestheticum is dat meteen na de injectie op geleide van het verdwijnen van de pijn kan worden geëvalueerd of de pijnlijke laesie voldoende is geïnfiltrerd. Op grond van het voorgaande adviseert de werkgroep om bij steroïdinjecties een anestheticum toe te voegen.

Naar de invloed van het aantal injecties is onvoldoende onderzoek gedaan. De werkgroep adviseert het aantal opeenvolgende injecties te beperken tot drie (overeenkomend met de in de RCT's toegepaste werkwijze), met een tussenpoos van minimaal twee weken om het effect van de voorgaande injectie goed te kunnen beoordelen.

Noot 15

Injectietechniek

Neem een dunne naald; elke lengte is goed, aangezien de laesie zich vlak onder de huid bevindt. Een tuberculinuspuitje vergemakkelijkt het druppelsgewijs infiltreren.

Epicondylitis lateralis: de patiënt zit aan bureau of onderzoeksbank, met de elleboog 90° gebogen en rustend op de onderlaag. De naald wordt verticaal ingebracht ter hoogte van de epicondylus, daar waar in de hiervoor beschreven uitgangshouding het verticale aspect van de epicondylus overgaat in het horizontale aspect. De origo van de extensoren wordt met de naald afgetast en op geleide van de door de patiënt aangegeven pijn druppelsgewijs geïnfiltrerd. Na drie tot zes

druppeltjes (van circa 0,1 ml) zijn meestal geen pijnlijke plekjes meer te vinden. Met de naald nog in situ wordt polsex tensie tegen weerstand opnieuw getest. Is de test nog gevoelig, dan wordt met de naald verder gezocht. Is de test pijnloos, dan wordt de naald verwijderd.

Epicondylitis medialis: patiënt in rugligging, met de arm gestrekt langs het hoofd, en met een kussentje onder de bovenarm. In deze houding wijst de epicondylus medialis recht naar boven, wat de benadering met de injectienaald vergemakkelijkt. Men palpeert de gemeenschappelijke pees van de polsflexoren, juist distaal van de epicondylus en vervolgt deze terug tot op de epicondylus, waar het aanhechtingsvlakje kan worden gepalpeerd. De injectietechniek is dezelfde als die bij de epicondylitis lateralis [De Wolf 1995].

Noot 16

Bijwerkingen van corticosteroidinjecties

Frequent wordt gedurende een tot drie dagen na corticosteroidinjecties meer pijn gerapporteerd, in percentages die uiteenlopen van 10% (waarbij aan het corticosteroid een anestheticum was toegevoegd) [Price 1991] tot 50% (zonder anestheticum) [Haker 1993]. In een onderzoek is over dit kortetermijneffect apart gerapporteerd [Lewis 2005]. Verondersteld wordt dat de napijn zowel een volume-effect is als veroorzaakt wordt door het corticosteroid zelf of door de hulpstoffen [Haker 1993]. Bij injectie van gelijke hoeveelheden (2 ml) was er in 11% van de gevallen sprake van napijn na een anestheticum, tegen 50% na een corticosteroid in combinatie met een anestheticum. Dit wijst erop dat het corticosteroid zelf of de hulpstoffen pijn veroorzaken [Price 1991]. Gezien het veronderstelde volume-effect wordt geadviseerd het injectievolume beperkt te houden en druppelsgewijs te infiltreren. Vaak kan met minder dan 1 ml vloeistof worden volstaan. Als zeldzame bijwerkingen van corticosteroid-injecties worden opvliegers, pigmentatie en subcutane necrose beschreven [Smidt 2002a, Smidt 2002b, Bisset 2006].

Noot 17

Botuline-injecties

Sommige orthopedisch chirurgen passen botuline-injecties toe. Over botulinetoxine zijn vier gerandomiseerde trials gevonden, waarvan er drie placebogecontroleerd zijn [Hayton 2005, Wong 2005, Placzek 2007] en in de vierde botulinetoxine wordt vergeleken met een operatieve interventie [Keizer 2002]. Met een injectie met botulinetoxine wordt een parese van de pols extensoren beoogd. Frequent bijwerkingen zijn afname van de strekfunctie van de middelvinger (zeer frequent) tot parese van de vingers (in een trial bij vier van de dertig patiënten) [Wong 2005]. Vanwege de bijwerkingen kunnen de placebogecontroleerde studies niet als geblindeerd worden beschouwd. De follow-up van de placebogecontroleerde studies was twaalf tot achttien weken. In de studie van Hayton et al. werd geen verschil gevonden, terwijl Wong et al. en Placzek et al. wel een verschil op pijn en klinische score rapporteren. In de trial van Placzek et al. was de gemiddelde pijn bij de botulinegroep minder, maar was de pijn bij maximaal aanspannen tussen de groepen gelijk. In de trial van Keizer et al. was er na drie maanden bij zes van de twintig (30%) patiënten in de botulinetoxinegroep sprake van herstel en bij vijf van de twintig (25%) in de operatiegroep. Na een jaar was dat 65% versus 75% en na twee jaar 75% versus 85%. Keizer et al. concludeerden dat botulinetoxine even effectief is als een operatie, en dus een operatie zou kunnen voorkomen. Verondersteld wordt dat de pijnvermindering het gevolg is van een geringere belasting van de insertie. Mogelijk kunnen er bij langere follow-up toch recidieven optreden. Conclusie: op basis van de beschikbare onderzoeken kan geen uitspraak worden gedaan over het effect van injecties met botulinetoxine bij epicondylitis. Daarvoor dienen eerst pragmatische trials te worden uitgevoerd met een vol-

doende lange follow-up en een patiëntengroep die de gebruikelijke behandeling krijgt als controlegroep.

Noot 18

Fysiotherapie

Bij epicondylitis past de Nederlandse fysiotherapeut doorgaans een combinatie van verschillende behandelmethoden toe, zoals diepe dwarse fricties, ultrageluid, oefentherapie (bijvoorbeeld excentrische oefeningen, concentrische oefeningen en rek oefeningen), en mobiliserende en manipulerende technieken. De auteurs van een systematisch overzicht van onderzoeken naar het effect van fysiotherapeutische behandelmethoden bij epicondylitis lateralis concluderen dat er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van ultrageluid en andere vormen van elektrotherapie, maar dat er wel aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van manipulerende technieken van de elleboog op de korte termijn [Bisset 2005]. In de 2 in noot 15 genoemde eerstelijns trials van hoge kwaliteit, beide met een follow-up van 1 jaar, werd bij patiënten met ten minste 6 weken klachten (n = 185 respectievelijk 198) het effect van een combinatie van fysiotherapeutische behandelmethoden (ultrageluid, diepe dwarse fricties en oefeningen respectievelijk manipulaties van de elleboog en oefeningen, in beide onderzoeken gedurende 6 weken) vergeleken

met een afwachtend beleid. [Smidt 2002b, Bisset 2006]. In beide onderzoeken mat men na 3, 6, 12, 26 en 52 weken de volgende 4 uitkomstmaten: de mate van herstel naar het oordeel van de patiënt, de knijpkracht, de pijn en de hinder. Voor alle uitkomstmaten zijn de verschillen in beide onderzoeken tussen fysiotherapie en afwachtend beleid op alle meetmomenten ten gunste van fysiotherapie. Maar de meeste verschillen zijn klein en statistisch niet significant, behalve in het onderzoek van Bisset et al bij knijpkracht op alle meetmomenten en bij de overige uitkomstmaten alleen op de korte termijn (bij 6 en 12 weken), en in het onderzoek van Smidt et al bij knijpkracht na 52 weken. Bovendien kunnen vooral de korte-termijneffecten van fysiotherapie op de subjectieve uitkomstmaten mate van herstel, pijn en hinder het gevolg zijn van de aandacht die de patiënten gedurende die 6 weken fysiotherapie kregen.

Conclusie: er is onvoldoende bewijs dat fysiotherapie op de korte of op de langere termijn een gunstig en relevant effect heeft.

Noot 19

Operatieve interventies

Het therapeutisch arsenaal van de orthopedisch chirurg bij epicondylitis bestaat uit corticosteroïdinjecties en operatieve interventies, terwijl enkelen ook botulinetoxine-injecties toepassen.

In de literatuur worden vele verschillende operatieve interventies bij epicondylitis lateralis beschreven; ze zijn onder te verdelen in open, percutane en arthroscopische interventies. In Nederland past men veelal de open methode toe, die vele variaties kent. Meestal wordt daar waar de extensor carpi radialis brevis aanhecht aan de laterale epicondylus abnormaal weefsel verwijderd, of wordt de pees losgemaakt van de epicondylus. Het is een relatief eenvoudige operatie die meestal poliklinisch wordt uitgevoerd. Er zijn twee systematische literatuuroverzichten van onderzoeken naar het effect van operatieve interventies gevonden; in beide overzichten concluderen de auteurs dat er door het ontbreken van gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken geen uitspraak mogelijk is over het effect van deze ingrepen [Buchbinder 2002, Lo 2007]. In de meeste onderzoeken rapporteert men een succespercentage na een follow-up van een tot negen jaar van ruim 80% onafhankelijk van de gebruikte methode [Lo 2007]. Er wordt van succes gesproken indien er nog slechts geringe of geen pijn optrad bij armbelastende activiteiten. In de meeste onderzoeken was de duur van de klachten voorafgaande aan de operatie een tot anderhalf jaar [Lo 2007]. Conclusie: over het effect van operatieve ingrepen is geen uitspraak mogelijk.

Literatuur

Bij verwijzingen naar NHG-producten: zie <http://www.nhg.org>.

Bisset L, Paungmali A, Vicenzino B, Beller E. A systematic review and meta-analysis of clinical trials on physical interventions for lateral epicondylalgia. *Br J Sports Med* 2005;39:411-22.

Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ* 2006;333:939.

Bjordan JM, Lopes-Martins RA, Joensen J, Couppe C, Ljunggren AE, Stergioulas A et al. A systematic review with procedural assessments and meta-analysis of low level laser therapy in lateral elbow tendinopathy (tennis elbow). *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:75.

Borkholder CD, Hill VA, Fess EE. The efficacy of splinting for lateral epicondylitis: a systematic review. *J Hand Ther* 2004;17:181-99.

Bot SD, Van der Waal JM, Terwee CB, Van der Windt DA, Schellevis FG, Bouter LM et al. Incidence and prevalence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Ann Rheum Dis* 2005a;64:118-23.

Bot SD, Van der Waal JM, Terwee CB, Van der Windt DA, Bouter LM, Dekker J. Course and prognosis of elbow complaints: a cohort study in general practice. *Ann Rheum Dis* 2005b;64:1331-6.

Buchbinder R, Green S, Bell S, Barnsley L, Smidt N, Assendelft WJ. Surgery for lateral elbow pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD003525.

Buchbinder R, Green S, Youd JM, Assendelft WJ, Barnsley L, Smidt N. Shock wave therapy for lateral elbow pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD003524.

De Wolf AN, Mens JMA. Aandoeningen van het bewegingsapparaat in de algemene praktijk. Houten/Diegem: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 1995.

Descatha A, Leclerc A, Chastang JF, Roquelaure Y. Medial epicondylitis in occupational settings: prevalence, incidence and associated risk factors. *J Occup Environ Med* 2003;45:993-1001.

Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N et al. Non-steroidal anti-inflam-

matory drugs (NSAIDs) for treating lateral elbow pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2:CD003686.

Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N et al. Acupuncture for lateral elbow pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD003527.

Haahr JP, Andersen JH. Prognostic factors in lateral epicondylitis: a randomized trial with one-year follow-up in 266 new cases treated with minimal occupational intervention or the usual approach in general practice. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42:1216-25.

Haker E, Lundeberg T. Elbow band, splintage and steroids in lateral epicondylitis (tennis elbow). *Pain Clinic* 1993;6:103-12.

Hay EM, Paterson SM, Lewis M, Hosie G, Croft P. Pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and naproxen for treatment of lateral epicondylitis of elbow in primary care. *BMJ* 1999;319:964-8.

Hayton MJ, Santini AJ, Hughes PJ, Frostick SP, Trail IA, Stanley JK. Botulinum toxin injection in the treatment of tennis elbow. A double-blind, randomized, controlled, pilot study. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87:503-7.

Hudak PL, Cole DC, Haines AT. Understanding prognosis to improve rehabilitation: the example of lateral elbow pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:586-93.

Huisstede BM, Miedema HS, Verhagen AP, Koes BW, Verhaar JA. Multidisciplinary consensus on the terminology and classification of complaints of the arm, neck and/or shoulder. *Occup Environ Med* 2007;64:313-9.

Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain* 2004;5:195-211.

Keizer SB, Rutten HP, Pilot P, Morre HH, Os JJ, Verburg AD. Botulinum toxin injection versus surgical treatment for tennis elbow: a randomized pilot study. *Clin Orthop Relat Res* 2002;125:31.

Khan KM, Cook JL, Bonar F, Harcourt P, Astrom M. Histopathology of common tendinopathies. Update and implications for clinical management. *Sports Med* 1999;27:393-408.

Khan KM, Cook JL, Kannus P, Maffulli N, Bonar SF. Time to abandon the «tendinitis» myth. *BMJ* 2002;324:626-7.

Kraushaar BS, Nirschl RP. Tendinosis of the elbow (tennis elbow). Clinical features and findings of histological, immunohistochemical, and electron microscopy studies. *J Bone Joint Surg Am* 1999;81:259-78.

Leclerc A, Landre MF, Chastang JF, Niedhammer I, Roquelaure Y. Upper-limb disorders in repetitive work. *Scand J Work Environ Health* 2001;27:268-78.

Lewis M, Hay EM, Paterson SM, Croft P. Effects of manual work on recovery from lateral epicondylitis. *Scand J Work Environ Health* 2002;28:109-16.

Lewis M, Hay EM, Paterson SM, Croft P. Local steroid injections for tennis elbow: does the pain get worse before it gets better?. Results from a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2005;21:330-4.

Lo MY, Safran MR. Surgical treatment of lateral epicondylitis: a systematic review. *Clin Orthop Relat Res* 2007;463:98-106.

Maffulli N, Regine R, Carrillo F, Capasso G, Minelli S. Tennis elbow: an ultrasonographic study in tennis players. *Br J Sports Med* 1990;24:151-5.

Miedema HS. Reuma-onderzoek meerdere echelons (Rome): basisrapport. 1994. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO.

Nirschl RP, Ashman ES. Elbow tendinopathy: tennis elbow. *Clin Sports Med* 2003;22:813-36.

Piligian G, Herbert R, Hearn M, Dropkin J, Landsbergis P, Cherniack M. Evaluation and management of chronic work-related musculoskeletal disorders of the distal upper extremity. *Am J Ind Med* 2000;37:75-93.

Placzek R, Drescher W, Deuretzbacher G, Hempfing A, Meiss AL. Treatment of chronic radial epicondylitis with botulinum toxin A. A double-blind, placebo-controlled, randomized multicenter study. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:255-60.

Price R, Sinclair H, Heinrich I, Gibson T. Local injection treatment of tennis elbow -- hydrocortisone, triamcinolone and lignocaine compared. *Br J Rheumatol* 1991;30:39-44.

Rompe JD, Maffulli N. Repetitive shock wave therapy for lateral elbow tendinopathy (tennis elbow): a systematic and qualitative analysis. *Br Med Bull* 2007;83:355-78.

- Sellards R, Kuebrich C. The elbow: diagnosis and treatment of common injuries. *Prim Care* 2005;32:1-16.
- Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliövaara M. Prevalence and determinants of lateral and medial epicondylitis: a population study. *Am J Epidemiol* 2006;164:1065-74.
- Smidt N, Assendelft WJ, Van der Windt DA, Hay EM, Buchbinder R, Bouter LM. Corticosteroid injections for lateral epicondylitis: a systematic review. *Pain* 2002a;96:23-40.
- Smidt N, Van der Windt DA, Assendelft WJ, Deville WL, Korthals-de B, I, Bouter LM. Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002b;359:657-62.
- Smidt N, Lewis M, Van der Windt DA, Hay EM, Bouter LM, Croft P. Lateral epicondylitis in general practice: course and prognostic indicators of outcome. *J Rheumatol* 2006;33:2053-9.
- Struijs PA, Smidt N, Arola H, Dijk CN, Buchbinder R, Assendelft WJ. Orthotic devices for the treatment of tennis elbow. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD001821.
- Struijs PA, Spruyt M, Assendelft WJ, Van Dijk CN. The predictive value of diagnostic sonography for the effectiveness of conservative treatment of tennis elbow. *Am J Roentgenol* 2005;185:1113-8.
- Trinh KV, Phillips SD, Ho E, Damsma K. Acupuncture for the alleviation of lateral epicondyle pain: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43:1085-90.
- Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM. *Ziekten in de huisartspraktijk*. 5e. ed. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2008.
- Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.
- Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, Coggon D, Cooper C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis Rheum* 2004;51:642-51.
- Waugh EJ, Jaglal SB, Davis AM, Tomlinson G, Verrier MC. Factors associated with prognosis of lateral epicondylitis after 8 weeks of physical therapy. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:308-18.
- Wong SM, Hui AC, Tong PY, Poon DW, Yu E, Wong LK. Treatment of lateral epicondylitis with botulinum toxin: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2005;143:793-7.

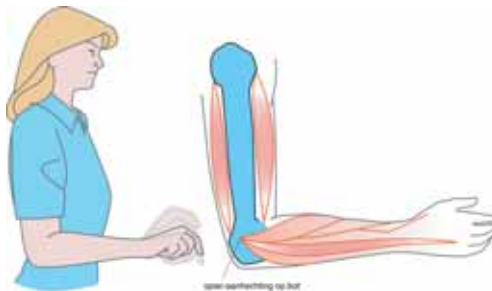
Implementatie

Implementatie bij de eerste herziening van de NHG-Standaard Epicondylitis

De diagnose 'tenniselleboog' is eenvoudig te stellen. Bij de begeleiding gaat het vooral om voorlichting, eventueel tijdelijk ondersteund door lokale toepassing van NSAID-crème. Injecties met corticosteroiden geven op korte termijn een verbetering van de klachten, maar op lange termijn is het resultaat niet beter en mogelijk zelfs slechter dan een afwachtend beleid.

Voorlichting

Voor voorlichting over epicondylitis verwijst de Standaard naar de bekende NHG-Patiëntenbrieven, die het advies samenvatten. Behalve een brief kan de huisarts bij zijn voorlichting ook gebruikmaken van de NHG-Patiëntenafbeeldingen. Iedere afbeelding bevat aan weerskanten hetzelfde plaatje met voor de huisarts in steekwoorden de aandachtspunten in anamnese, oorzaak en adviezen over de aandoening. Bij de vormgeving koos een panel patiënten en huisartsen bewust voor een remindertekst voor de huisarts, om te voorkomen dat de huisarts de tekst voor gaat lezen zonder contact te leggen met de patiënt of te kijken of deze het begrepen heeft. De atlas met de NHG-Patiëntenafbeeldingen is op geplastificeerd, beschrijfbaar papier beschikbaar, en via de website www.kiesbeter.nl (<http://www.kiesbeter.nl>)



medische informatie/tennisarm/tennisarm-algemeen/patientenbrieven). Ook komt de atlas digitaal beschikbaar via de 'ConsultWijzer' die in de meeste HIS'en zit ingebouwd.

Samenwerking

Vaak hangen epicondylitisklachten samen met werkzaamheden met een repeterende beweging. Dan komt voor de patiënt de bedrijfsarts in beeld, met wie de huisarts het beleid moet afstemmen. Voor de samenwerking met de bedrijfsarts kan de huisarts teruggrijpen op de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Overspanning, die vooral ingaat op psychische klachten. Psychische aspecten en vooral het copingmechanisme bij deze aandoening, die dagelijks hinder geeft, spelen bij epicondylitis wel een rol, maar voeren

niet de boventoon. De LESA biedt handvaten voor het overleg met de bedrijfsarts, ook bij patiënten met epicondylitis. Instructief is bovendien de website van de bedrijfsartsen (www.nvab-online.nl) richtlijnen en leidraden. Beide beroepsgroepen voeren een tijdscontingente aanpak, zodat activiteiten, waaronder het werk, geleidelijk worden herwat.

Voor het contact tussen huisarts en bedrijfsarts kunt u gebruikmaken van het door de KNMG ontwikkelde communicatieformulier (http://nvab.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_340_TICH_R1402961197434942). Fysiotherapie blijkt bij epicondylitis niet effectief. Gezien de directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut zullen veel patiënten daar toch terecht komen. Het is dan zaak ook met de fysiotherapeut afspraken te maken over een gemeenschappelijke aanpak. De aandachtspunten hiervoor kunt u vinden in verschillende LESA's die met paramedici/fysiotherapeuten zijn gemaakt: LESA Paramedische zorg bij COPD, LESA Diabetes mellitus type 2 en eventueel LESA Incontinentie voor urine. In deze LESA's staat onder meer informatie over de directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut (beschikbaar via de NHG-website www.nhg.org).

Vervallen NHG-Standaarden en standaarden zonder samenvattingskaartje

Bij het invoegen van het samenvattingskaartje van de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies (M89) viel het veel gebruikers op dat het kaartje van M88 (Influenzapandemie) ontbrak. Dat klopt. We hebben ervoor gekozen géén samenvattingskaartje van de NHG-Standaard Influenzapandemie te maken omdat de aanbevelingen mogelijk snel verouderd raken, bijvoorbeeld door resistentieontwikkeling van het influenzavirus voor de geadviseerde antivirale middelen.

Daarnaast zijn sommige standaarden in de loop der tijd vervangen door nieuwe richtlijnen en daardoor ontbreken er samen-

Overzicht vervallen NHG-Standaarden en standaarden zonder samenvattingskaartje

NHG-Standaard	Nummer	Opmerking
Hypertensie	M17	Vervangen door:
Cholesterol	M20	Cardiovasculair risicomanagement (M84)
Bloedonderzoek	M40	Vervangen door:
		LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek
Herpes genitalis	M52	Vervangen door:
Condylomata acuminata	M53	Het soa-consult (M82)
Urethritis bij mannen	M56	
Influenzapandemie	M88	Geen samenvattingskaartje

vattingskaartjes bij bepaalde M-nummers. Hierboven staan de vervallen NHG-Stan-

daarden en ontbrekende samenvattingskaartjes op een rij.

Implementatie

Implementatie van de LESA Dementie

Huisartsen krijgen regelmatig vragen over geestelijke achteruitgang en mogelijke dementie, maar het aantal nieuwe dementiegevallen per praktijk is maar klein. De in 2003 uitgekomen NHG-Standaard Dementie geeft handvatten voor de diagnostiek. De standaard is nu verrijkt met een LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak).

De meerwaarde van deze LESA is dat de huisarts een handvat krijgt om bij twijfel (diagnostisch traject inzetten of niet?) laagdrempelig de expertise van specialisten ouderengeneeskunde (voorheen: verpleeghuisartsen) in te zetten. Daarnaast kennen alle huisartsen de soms acute problematiek van een ontsprende dementiepatiënt die niet meer thuis kan blijven, met als gevolg een eindeloze belronde langs verpleeghuizen. Dat is te voorkomen door in een vroeg stadium advies in te winnen over de te volgen procedure bij een patiënt met een vermoedelijke of gediagnosticeerde dementie. Op verschillende plaatsen in het land zijn nu al voorbeelden van samenwerking tus-

sen huisartsen en verpleeghuisartsen, zoals in Den Haag. Daar viel op dat huisartsen en verpleeghuisartsen weinig inzicht hebben in elkaars werkwijze en werksituatie. Daarom is een instrument ontwikkeld dat bestaat uit een checklist, een toelichting en een formulier waarop afspraken kunnen worden vastgelegd zoals die ook in de LESA zijn verwoord. Op één locatie zijn de afspraken inmiddels gereed; hierbij is ook de zorgcoördinator van het project voor aanvullende verpleeghuiszorg betrokken.

Het Landelijk Dementie Programma (LDP) - dat inmiddels is overgegaan in het Zorgprogramma Dementie en Programma Keten-zorg Dementie (www.dementieprogramma.nl) - had als doel om in een groot aantal regio's de zorg voor de demente patiënt te optimaliseren; onderdeel daarvan was de ketenzorg. Maar het programma heeft ook geleid tot een vragenlijst waarin ouderen kunnen aangeven in hoeverre zij beperkingen ondervinden in hun dagelijkse activiteiten ('mijn plan'). Deze LESA en de aan-

bevelingen uit het LDP zijn op landelijk niveau afgestemd. Goede voorbeelden uit het LDP kunnen als 'best practices' een voorbeeld zijn voor het maken van ketenafspraken zoals die ook in de LESA worden aanbevolen. Aansluitend op het programma Keten-zorg Dementie hebben NHG, LHV en Vereniging Huisartsenposten Nederland de Adviesgroep Keten-zorg gevormd waarin zij zich gezamenlijk richten op de ketenzorg door middel van ondersteuning van zorggroepen.

Recent (zie NHG-nieuws) hebben de eerste huisartsen de kaderopleiding ouderengeneeskunde afgerond. Zij hebben extra expertise opgebouwd rondom ouderen en zijn inzetbaar als vraagbaak voor collega's in hun regio. Bij het opzetten van samenwerkingsafspraken tussen verschillende beroepsgroepen kunnen zij een sleutelrol vervullen. Voor informatie over adressen kunt u terecht bij s.vroman@nhg.org.