

Pijnlijke elleboog

WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen zien geregeld patiënten met een pijnlijke elleboog maar behandeling is niet eenvoudig. Bij epicondylitis zijn de beperkte behandelingsmogelijkheden gericht op symptoombestrijding en acceptatie. Ook vragen van de patiënt over de effectiviteit van corticosteroidinjecties, braces en fysiotherapeutische begeleiding zijn soms lastig te beantwoorden. Bij bursitis kan de differentiatie tussen een infectieuze en niet-infectieuze oorzaak moeilijk zijn.

WAT MOET IK WETEN?

De incidentie van elleboogklachten wordt geschat op 7 patiënten per 1000 per jaar. Van de nieuw gepresenteerde elleboogklachten blijkt 65% een epicondylitis lateralis, 5% een epicondylitis medialis en 9% een bursitis olecrani. Minder frequente oorzaken zijn fracturen, artritis en artrose. Slechts in 1% van de gevallen is er een neurologische oorzaak.

Bij epicondylitis lateralis/medialis (piekincidentie 40 tot 50 jaar) is er een tendinopathie van de proximale inserties van respectievelijk de pols extensoren en -flexoren. Na een halfjaar is 80% van de patiënten klachtenvrij, na een jaar 90%. Bij onderzoek kan drukpijn op de epicondylen wijzen op epicondylitis, zeker als de pijn is te provoceren door dorsale (laterale epicondylitis) of palmaire (mediale epicondylitis) flexie van de pols tegen weerstand, met de elleboog in extensie. Afwezigheid van epicondylaire drukpijn maakt epicondylitis onwaarschijnlijk.

Paracetamol is de eerste keuze bij pijnbestrijding, gevolgd door lokaal aan te brengen NSAID's (crèmevorm) – die zijn bewezen effectief voor de eerste vier weken. Voor orale NSAID's en andere pijnstillers is geen evidence. Lokale corticosteroidinjecties zijn af te raden: deze geven op korte termijn verlichting maar hebben een nadelig effect op lange termijn (met terugkeer van pijnklachten).

Fysiotherapeutische behandelingen als diepe dwarse fricties, braces, ultrageluid en oefentherapie zijn ineffectief, evenals operatieve ingrepen.

Bij bursitis olecrani is er een traumatische, inflammatoire of infectieuze oorzaak. Minder frequente oorzaken zijn systeemziekten als jicht en reumatoïde artritis. Kenmerken van bursitis kunnen zijn: roodheid, pijn en een fluctuerende zwelling bij het olecranon. In 30% van de gevallen is er een infectieuze oorsprong (meestal *Staphylococcus aureus* of *Staphylococcus epidermis*). Differentiatie tussen een infectieuze en niet-infectieuze bursitis olecrani is moeilijk. Roodheid, zwelling, warmte, forse pijn, peribursale cellulitis, zwelling van

de proximale onderarm, lymfadenopathie en algemeen ziek zijn met koorts wijzen op een infectie. Kweek van een bursa-aspiraatsel kan dit bevestigen. Purulent materiaal duidt vrijwel zeker op een infectie. De effectiviteit van koelen, vermijden van druk en pijnbestrijding is niet aangetoond maar wordt wel vaak geadviseerd. Intrabursale corticosteroidinjecties bij een niet-geïnfecteerde bursitis kunnen leiden tot complicaties (infectie, huidatrofie en chronische pijn) en zijn daarom niet geïndiceerd. Het is onbekend of aspiratie bij een niet-infectieuze bursitis het beloop gunstig beïnvloedt.

WAT MOET IK DOEN?

Vraag naar de plaats (epicondylen/olecranon), het ontstaan/beloop (snel bij infectieuze bursitis, geleidelijk bij epicondylitis), koorts (infectieuze bursitis) en intensiteit van de pijn. Vraag ook naar provocerende bewegingen (polsbewegingen bij epicondylitis/prikkeling bursa), de mate van invaliditeit/functieverlies, het recidiverende karakter en de lichamelijke en psychische belasting (epicondylitis).

Inspecteer op standsafwijkingen, zwellingen, porte d'entrée en roodheid. Doe zo nodig bewegingsonderzoek met flexie/extensie en pro-/supinatie van de elleboog.

Punteeer bij verdenking op infectieuze bursitis én behoefte aan diagnostische zekerheid de bursa-inhoud voor een kweek. Behandel bij klinische verdenking op infectie met flucloxaciline. Incideer en draineer de bursa bij abcdering, gevolgd door een drukverband. Verwijs bij uitbreiding of onvoldoende effect van het antibioticum.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Geef bij epicondylitis uitleg over overbelasting en het natuurlijk beloop. Vertel dat geen enkele therapie de duur van de klachten verkort, kernpunt van de behandeling is het vermijden van overbelasting en pijnstilling. Biedt de NHG-Patiëntenbrief aan.

Leg bij niet-infectieuze bursitis uit dat een slijmbeursontsteking meestal vanzelf geneest. Geef bij infectie voorlichting over alarmsymptomen (koorts, malaise en uitbreiding), omdat dit consequenties heeft voor het beleid. Adviseer bij aanhoudende elleboogklachten een nieuwe afspraak voor adequate pijnstilling, het bespreken van het spontane beloop en de mogelijk psychosociale overbelasting. ■

LITERATUUR

- 1 Assendelft WJJ, Smidt N, Verdaasdonk AL, Dingjan R, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Epicondylitis. Huisarts Wet 2009;52:140-6.
- 2 De Jongh TOH, Grundmeijer HGLM, De Vries H. Diagnostiek van alledaagse klachten, bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
- 3 Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.