

- 18 Barnes EA, Bruera E. Fatigue in patients with advanced cancer: a review. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12(5):424-8.
- 19 Loprinzi CL, Kugler JW, Sloan JA, Mailliard JA, Krook JE, Wilwerding MB, et al. Randomized comparison of megestrol acetate versus dexamethasone versus fluoxymesterone for the treatment of cancer anorexia/cachexia. *J Clin Oncol* 1999;17:3299-306.
- 20 Zell JA, Chang JC. Neoplastic fever: a neglected paraneoplastic syndrome. *Support Care Cancer* 2005;13:870-7. [Review].
- 21 Batchelor TT, Taylor LP, Thaler HT, Posner JB, DeAngelis LM. Steroid myopathy in cancer patients. *Neurology* 1997;48:1234-8.
- 22 Dropcho EJ, Soong SJ. Steroid-induced weakness in patients with primary brain tumors. *Neurology* 1991;41:1235-9.
- 23 Watson MS, Lucas CF, Hoy AM, Back IN. *Oxford handbook of palliative care*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- 24 Davies AN, Brailsford SR, Beighton D. Oral candidosis in patients with advanced cancer. *Oral Oncol* 2006; Mar 7[epub].
- 25 Chalk JB, Ridgeway K, Brophy T, Yelland JD, Eadie MJ. Phenytoin impairs the bioavailability of dexamethasone in neurological and neurosurgical patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984;47:1087-90.

## Kleine kwalen

# Tendinitis van De Quervain

M van Gestel, A Knuistingh Neven, JAH Eekhof

## Inleiding

Tendinitis van De Quervain is een pijnlijke peesschedeontsteking in het gebied van de pols, ter hoogte van het distale uiteinde van de radius.<sup>1,2</sup> De Quervain-tendinitis wordt ook wel aangeduid als tendovaginitis stenosans. De *trigger finger* is ook een uiting van een tendovaginitis stenosans, waardoor de term enigszins verwarrend kan zijn. Tendinitis van De Quervain wordt niet apart gecodeerd, maar geregistreerd als L11 (pols symptomen/klachten) waarvan de totale incidentie 5,6/1000 personen per jaar is.<sup>3</sup> De man-vrouwverhouding bedraagt 1:10. Het komt voornamelijk voor bij vrouwen in de leeftijd van 35-55 jaar. De klacht kan nog wel eens recidiveren; vooral bij crepitaties is de kans hierop groter.<sup>1</sup> De meest geuite klacht bij De Quervain is de geleidelijk ontstane pijn in de duim die kan uitstralen naar distaal tot aan de top van de duim en naar proximaal, zelfs tot aan de schouder.<sup>1,2</sup> De pijnklachten worden geprovoceerd door bewegingen van de duim. Soms zijn er hoorbare en/of voelbare crepitaties (tendovaginitis crepitans) over het verloop van de pezen van de m. abductor pollicis longus en m. extensor pollicis brevis aan de dorsale zijde van de pols.

## Achtergrond

### Definitie

Tend(ovag)initis van De Quervain is een ontsteking van de gezamenlijke peesschede van de m. extensor pollicis brevis en m. abductor pollicis longus.<sup>1</sup> Pijnklachten bij bewegen van de duim zijn kenmerkend.

### Auteursgegevens

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde LUMC, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: mw. M. van Gestel, huisarts-in-opleiding; dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, huisartsen-epidemiologen.

Correspondentie: J.A.H.Eekhof@lumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## Etiologie

De m. abductor pollicis longus en m. extensor pollicis brevis lopen samen in het eerste peesvak aan de dorsale zijde van de pols.<sup>2</sup> Tendinitis van De Quervain ontstaat doordat de pees geïrriteerd raakt bij (veelvuldig) bewegen bij een relatieve vernauwing (stenose) van de fibreuze peesschede waarin de pees verloopt.<sup>4</sup> In milde gevallen is er een verdikking van de synoviale laag van de peesschede. In ernstige gevallen is de synoviale laag geheel verdwenen. De verandering in deze structuren en de vernauwing van de peesschede leidt tot wrijving bij bewegen van de m. abductor pollicis longus of m. extensor pollicis brevis in de peesschede met functiebeperking en pijn als gevolg.

Ondanks het ontbreken van wetenschappelijk bewijs wordt aangenomen dat overbelasting van de duim de meest voorkomende oorzaak is van het ontstaan.<sup>1,4</sup> Bewegingen die tot overbelasting leiden, zijn met name bewegingen waarbij de pols in extensie of flexie in combinatie met ulnaire abductie met de duim in een vaste greep gefixeerd is zoals bij wringen en racketsporten. De kans dat tendinitis van De Quervain optreedt, lijkt toegenomen tijdens zwangerschap en in de lactatieperiode.<sup>1</sup> Anatomische variaties van de pees van de m. abductor pollicis longus leiden vaker tot het ontstaan van een tendovaginitis.<sup>1,5</sup>

Voor de differentiële diagnose is het onderscheid met de trigger finger van belang. Hierbij is er sprake van een verdikking van de peesschede ter hoogte van het kopje van het os metacarpale van een vinger of van de duim. De trigger finger onderscheidt zich klinisch van tendinitis van De Quervain doordat bij deze aandoening de patiënt klaagt over het onvermogen de duim vanuit gebogen stand actief te strekken, terwijl dat passief wel kan.<sup>2</sup>

## Diagnose

Passieve rek van de m. abductor pollicis longus en m. extensor pollicis brevis is zeer pijnlijk. Op dit principe berust de provocatietest van Finkelstein waarmee de diagnose kan worden gesteld.

Bij deze test maakt de patiënt een vuist waarbij zijn vingers de duim omvatten. Bij abductie door de onderzoeker waarbij de vuist in lichte extensie wordt gehouden, zal de patiënt pijn aangeven. In ernstige gevallen is ook extensie van de duim tegen weerstand pijnlijk.<sup>1,2</sup>

### Veel gebruikte behandelingen

Doorgaans wordt bij recent ontstane klachten immobilisatie in de vorm van een spalk, al dan niet gecombineerd met een NSAID, voorgeschreven.<sup>1,5</sup> Bij onvoldoende effect is een lokale injectie in de peesschede met een langwerkend corticosteroïd in combinatie met een anestheticum, de meest toegepaste behandeling.<sup>1,5-7</sup> Bijna tweederde van de patiënten is drie weken na de injectie klachtenvrij.<sup>6</sup> Soms is een tweede of derde injectie nodig. Operatief klieven van de peesschede door een (plastisch) chirurg wordt toegepast bij lang bestaande klachten of bij onvoldoende verbetering op injecties.<sup>1,7</sup>

Hoewel nog niet duidelijk is of het herhaaldelijk uitvoeren van bewegingen met de duim en hand een tendovaginitis kan veroorzaken, kan worden geadviseerd om activiteiten te beperken waarbij bewegingen worden gemaakt die klachten uitlokken. Na langere tijd kan de klacht nog wel eens recidiveren.<sup>1,7</sup>

**Figuur** Injectietechniek bij tendinitis van De Quervain



Bron: De Wolf AN, Mens JMA. Aandoeningen van het bewegingsapparaat in de algemene praktijk. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.

### Methode

In maart 2006 zochten wij naar systematische reviews, clinical trials en RCT's met als zoektermen: ("Tenosynovitis" [MeSH] AND "therapy" [Subheading]) OR ("quervain"[tw]).

### Klinische vragen

#### Wat is het effect van spalkbehandeling?

*Gunstig effect.* In een prospectief, niet-gerandomiseerd onderzoek werd de effectiviteit van 3 verschillende behandelingen vergeleken (een gipsspalk, een corticosteroïdinjectie en een combinatie van de spalk en injectie) bij 93 patiënten met polsklachten ten gevolge van tendinitis van De Quervain.<sup>8</sup> Indien de verwezen patiënten

al een spalk hadden, kregen ze er een injectiebehandeling bij. De behandeling was succesvol als er na 3-4 weken geen of weinig klachten waren; volgens de onderzoekers had de behandeling gefaald als de spalk onvoldoende verbetering gaf en chirurgische interventie nodig was. Het resultaat van de injectie was gunstiger dan van de spalkbehandeling (OR 5,27; 95%-BI 2,02-13,8). Er was geen verschil tussen alléén de injectie of de injectie in combinatie met een spalk (OR 1,67; 95%-BI 0,48-5,81). Behandeling met uitsluitend een spalk bleek niet effectief: in 11 gevallen was de spalk succesvol, in 26 gevallen was er onvoldoende effect.

In een ander (ongecontroleerd) onderzoek werden 300 patiënten met de diagnose tendinitis van De Quervain (319 polsen) ingedeeld in ernst van de klachten: I – geringe klachten, II – matige klachten, III – ernstige klachten.<sup>9</sup> De groep met geringe klachten (17 polsen) kreeg een spalk én tweemaal daags 500 mg naproxen gedurende 2-4 weken. In deze groep was het grootste deel na 4 weken klachtenvrij (15 van de 17 polsen). In de overige gevallen werd alsnog een injectie met een corticosteroïd gegeven. De groep met matige klachten (45 polsen) en de groep met ernstige klachten (257 polsen) kregen een injectie met een lokaal corticosteroïd met een lokaal anaestheticum of een spalk met tweemaal daags 500 mg naproxen, afhankelijk van de wens van de patiënt. In groep II (45 polsen) werden er 20 met een spalk en NSAID behandeld: in slechts 7 gevallen was er verbetering en volledige genezing. In groep III kregen 8 personen een spalk en een NSAID: in 2 gevallen was er verbetering.

*Nadelig effect.* Er werden geen nadelige effecten vermeld.

#### Wat is het effect van injectie met corticosteroiden?

*Gunstig effect.* We vonden twee placebogecontroleerde onderzoeken waarbij het effect van een lokaal corticosteroïd bij trigger finger onderzocht werd.<sup>10</sup> In één onderzoek werden 14 patiënten geïnjecteerd met een corticosteroïd plus een lokaal anaestheticum terwijl 10 patiënten alleen het lokale anaestheticum kregen.<sup>11</sup> Met de corticosteroïdinjectie waren na 3 weken meer personen klachtenvrij dan met een lokaal anaestheticum: OR 10,0; 95%-BI 1,44-69,3. In de andere trial (21 polsen) werden vergelijkbare resultaten ten gunste van de corticosteroïd vergeleken met een lokaal anaestheticum gevonden (OR 8,00; 95%-BI 1,74-36,7).<sup>12</sup>

We vonden 4 ongecontroleerde onderzoeken en één RCT die het effect van een injectie met een corticosteroïd nagingen. In het eerder bij spalkbehandeling vermelde onderzoek werd het effect van de steroïdinjectie bij 319 polsen besproken.<sup>8</sup> In de groep met matige klachten kregen 25 polsen een lokale injectie. In alle 25 gevallen was er volledige genezing. In de groep met ernstige klachten kregen 249 polsen dezelfde behandeling. Bij 120 polsen was de patiënt na 3 weken klachtenvrij, 52 keer was er een tweede injectie nodig en 17 keer een derde injectie. De onderzoekers vermeldden het tijdstip van de herhaalinjecties niet. In het tweede onderzoek met 95 polsen reageerde 62% gunstig op een injectie.<sup>5</sup> Bij 38% was het resultaat slecht; een operatie volgde en was in alle gevallen succesvol. In een ander onderzoek waren 55 patiënten (65 polsen) betrokken.<sup>13</sup> De patiënten werden 4 jaar gevolgd. Bij

91% was het resultaat gunstig; bij 58% na één injectie, bij 33% na twee injecties. De overige patiënten werden alsnog verwezen voor chirurgie. Het vierde niet-gerandomiseerde onderzoek vergeleek de effectiviteit van 3 verschillende behandelingen van tendovaginitis van De Quervain (corticosteroïdinjectie met gipsspalk) bij 93 polsen.<sup>8</sup> Indien de verwezen patiënten al een spalk hadden, kregen zij er een injectiebehandeling bij. Succesvol betekende geen of weinig klachten; falen hield in dat chirurgische behandeling nodig bleek. De injectie was gunstiger dan de spalkbehandeling: OR 5,27; 95%-BI 2,02-13,8. Er was geen verschil in het resultaat van alleen de injectie of de injectie in combinatie met een spalk: OR 1,67; 95%-BI 0,48-5,81.

Een gerandomiseerd onderzoek onder vrouwen – allen waren zwanger of gaven borstvoeding – vergeleek het effect van spalkbehandeling met een steroïdinjectie.<sup>14</sup> Alle 9 vrouwen die behandeld werden met een spalk verbeterden, maar bij geen van hen verdwenen de klachten volledig. Bij 8 patiënten verdwenen de klachten na stoppen van de borstvoeding; één patiënt kreeg later alsnog een steroïdinjectie. Alle 9 vrouwen (10 polsen) met de lokale steroïdinjectie waren binnen één week volledig klachtenvrij.

*Nadelig effect.* De meest vermelde klacht was pijn na de injectie. Peesrupturen en infecties werden niet gemeld.

#### **Heeft behandeling met een NSAID toegevoegde waarde?**

We vonden geen gecontroleerde onderzoeken die het effect van een NSAID vergeleken met placebo of andere behandeling. Wél troffen we onderzoeken naar de additionele waarde van een NSAID aan.

*Gunstig effect.* Een gerandomiseerd placebogecontroleerd onderzoek vergeleek toevoeging van nimesulide – een NSAID dat niet in Nederland is geregistreerd – aan de lokale corticosteroïdinjectie met toevoeging van placebo.<sup>15</sup> Er namen 160 patiënten (165 polsen) deel aan het onderzoek. De primaire uitkomstmaat (90% reductie van pijnklachten na 3 weken na de eerste injectie) toonde geen verschil in effect (OR 0,96; 95%-BI 0,50-1,85). Ook na gemiddeld ruim één jaar was er geen verschil in effect (OR 1,01; 95%-BI 0,25-4,19).

*Nadelig effect.* Er was geen verschil in bijwerkingen; vier patiënten meldden hoofdpijn en vier anderen dyspepsie.

#### **Conclusie**

De huisarts kan een patiënt met een De Quervain-tendinitis goed behandelen. Bij kort bestaande en/of geringe klachten kan immobilisatie van het polsgewricht met behulp van een spalk en een NSAID wellicht enige verbetering geven. Bij langer bestaande en/of ernstige pijnklachten is spalkbehandeling niet effectief, maar een lokale corticosteroïdinjectie is dat wel. Soms zijn er meerdere

injecties nodig. Bij onvoldoende verbetering kan de huisarts overwegen de patiënt naar een (plastisch) chirurg te verwijzen voor het operatief klieven van de peesschede. Een NSAID heeft geen toegevoegde waarde aan de behandeling van zowel de injectie als de spalk.

De bijdragen in de serie Kleine kwalen worden gepubliceerd in het gelijknamige boek onder redactie van J.A.H. Eekhof, A. Knuijtingh Neven en Th.J.M. Verheij. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg (nu 4e editie 2001: ISBN 90-352-2412-4). Publicatie in H&W gebeurt met toestemming van de uitgever.

#### **Literatuur**

- 1 Moore J, Steven MD. De Quervain's tenosynovitis; stenosing tenosynovitis of the first dorsal compartment. *J Occup Environ Medicine* 1997;39:990-1002.
- 2 Winkel D, Wijffels P. Orthopedische geneeskunde. Onderzoek, diagnose en behandeling van de extremiteiten. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- 3 Ong RSG, De Waal MWM. RHUH-LEO basisrapport IX: databestand 2000/2001. Leiden: LUMC Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, 2002.
- 4 Kay NR. De Quervain's disease; changing pathology of changing perception? *J Hand Surgery [Brit]* 2000;25:1:65-9.
- 5 Witt J, Pess G, Gelberman RH. Treatment of de Quervain tenosynovitis. A prospective study of the results of injection of steroids and immobilization in a splint. *J Bone Joint Surgery*, 1991;73:219-22.
- 6 Ritchie CA, Briner WW. Corticosteroid injection for treatment of the Quervain's tenosynovitis: a pooled qualitative literature evaluation. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:102-6.
- 7 Ponsioen BP, Van der Meer LW. Tendinitis en tendovaginitis. *Bijblijven* 1995;11:34-7.
- 8 Weiss AP, Akelman E, Tabatabai M. Treatment of de Quervain's disease. *J Hand Surgery [Am]* 1994;19:595-8.
- 9 Lane LB, Boretz RS, Stuchin SA. Treatment of de Quervain's disease; role of conservative management. *J Hand Surgery [Brit]* 2001;26:3:258-60.
- 10 Speed CA. Fortnightly review: Corticosteroid injections in tendon lesions. *BMJ* 2001;323:382-6.
- 11 Murphy D, Failla JM, Koniuch MP. Steroid versus placebo injection for trigger finger. *J Hand Surg [Am]* 1995;20:628-31.
- 12 Lambert MA, Morton RJ, Sloan JP. Controlled study of the use of local steroid injection in the treatment of trigger finger and thumb. *J Hand Surg [Br]* 1992;17:69-70.
- 13 Anderson BC, Manthey R, Brouns MC. Treatment of De Quervain's tenosynovitis with corticosteroids. A prospective study of the response to local injection. *Arthritis Rheum* 1991;34:793-8.
- 14 Avci S, Yilmaz C, Sayli U. Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. *J Hand Surgery [Am]* 2002;27:322-4.
- 15 Jirattanaphochai K, Saengnipanthkul S, Vipulakorn K, Jianmongkol S, Chatuparisute P, Jung S. Treatment of de Quervain disease with triamcinolone injection with or without nimesulide. *J Bone Joint Surgery*, 2004;86:2700-6.
- 16 Ritchie CA, Briner WW. Corticosteroid injection for treatment of the Quervain's tenosynovitis: a pooled qualitative literature evaluation. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:102-6.