

Een pijnlijke pols zonder trauma

WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen zien regelmatig patiënten met een pijnlijke pols. De aandoening kan het functioneren privé en beroepsmatig behoorlijk beperken. Na een recent trauma is een diagnose (fractuur of contusie) redelijk gemakkelijk te stellen. In andere gevallen is het de kunst om vast te stellen of het om een specifieke of een aspecifieke aandoening gaat, waarbij de laatste vaak moeilijker te behandelen is.

WAT MOET IK WETEN?

De incidentie van polsklachten in de Nederlandse huisartsenpraktijk bedraagt ongeveer 4 per 1000 patiënten per jaar en de prevalentie 6 per 1000 patiënten. Een pijnlijke pols komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De meestvoorkomende specifieke aandoeningen die een pijnlijke pols veroorzaken zijn: carpaletunnelsyndroom (CTS), tendovaginitis van De Quervain, gewrichtsaandoeningen (artritis en artrose) en ganglion. Aspecifieke klachten van de pols worden geschaard onder het containerbegrip CANS (Complaints of Arm, Neck and Shoulder).

WAT MOET IK DOEN?

Let bij de anamnese op de locatie en ernst van de pijn, de impact op dagelijks leven en werk, en provocerende en mitigerende factoren. Het lichamelijk onderzoek kan de volgende aandoeningen aan het licht brengen: hypotrofie van de thenar (CTS), zwelling aan de dorsale zijde van de pols (ganglion), crepitaties aan de radiale zijde van de pols (tendovaginitis van De Quervain) of roodheid/warmte van het polsgewricht (artritis). De test van Finkelstein (pijn bij de processus radialis bij ulnairdeviatie) is positief bij een tendovaginitis van De Quervain. Deze test heeft een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De klassieke provocatietests van het CTS (teken van Tinel en test van Phalen) maken te weinig onderscheid om in de dagelijkse praktijk te kunnen toepassen.

Bij typische anamnesticke kenmerken en bevindingen bij lichamelijk onderzoek bij een specifieke polsaandoening is aanvullend onderzoek niet geïndiceerd. De huisarts kan de meeste polsaandoeningen goed zelf behandelen. Kies bij milde klachten in eerste instantie voor een afwachtend beleid. Als medicamenteuze behandeling met analgetica nodig is, kies dan eerst voor paracetamol. Schrijf bij onvoldoende effect en bij afwezigheid van contra-indicaties gedurende twee weken orale NSAID's voor. Het effect van op de huid aangebrachte NSAID's is kortdurend en is alleen onderzocht bij artrose van hand en pols. Overweeg voor deze indicatie gedurende een periode van 8 weken applicatie van 4x daags diclofenacgel lokaal

(effectiviteit: 40% pijnreductie). Voor het CTS en de tendovaginitis van De Quervain zijn lokale injecties met corticosteroiden effectief in vergelijking met placebo; de effecten daarvan zijn op korte termijn goed maar op lange termijn nog onduidelijk. Aspireer een ganglion zo nodig bij mechanische hinder, maar er is een grote recidiefkans bij zowel aspiratie (12-88%) als chirurgische behandeling (1-40%). Verwijs voor operatieve behandeling van polsklachten naar een (hand)chirurg en voor conservatieve behandelmethoden (zoals oefentherapie of spalkbehandeling) naar een handtherapeut.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat bij milde of kortdurende klachten van zowel specifieke als aspecifieke polsklachten het beloop kan worden afgewacht. Van alle patiënten die met hand- en polsklachten de huisarts bezoeken, is ongeveer een kwart na drie maanden hersteld. Na een jaar zegt ongeveer 40% van de patiënten hersteld te zijn. Bij onvoldoende verbetering na afwachtend beleid bij CTS werkt mogelijk een spalkbehandeling of één à twee corticosteroidinjecties. Bij aanhoudende klachten kan operatieve behandeling helpen. Bij onvoldoende verbetering na afwachtend beleid bij een tendovaginitis van De Quervain is een lokaal NSAID de eerste keuze. Bij onvoldoende effect daarvan is een corticosteroidinjectie aangewezen. Verwijs bij aanhoudende klachten voor operatieve behandeling. Laat de behandelstrategie afhangen van de voorkeuren van de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 NHG-werkgroep Hand en polsklachten. NHG-Standaard Hand en polsklachten. www.nhg.org.
- 2 Marshall S, Tardif G, Ashworth N. Local corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD001554.
- 3 Peters-Veluthamalingal C, Van der Windt DAWM, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Corticosteroid injection for de Quervain's tenosynovitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD005616.