

Tendinitis eller tendinopati af håndleddets sener (undtagen de Quervain's syndrom)

Definition	Der er ingen entydig nomenklatur for eller definition af tilstanden. Den mest udbredte term er fortsat tendinitis (alternativt peritendinitis, tendovaginitis eller tenosynovitis afhængig af involverede strukturer), men der argumenteres fra flere sider for, at tilstanden ikke er inflammatorisk, særligt begrundet i patologiske fund ved længerevarende tilstande, og derfor bør kaldes tendinopati (1).
Diagnostiske kriterier for de specifikke tilstande	<p>Symptomer og fund afviger ikke mellem de forskellige tendinit-typer, men bestemmes primært af den anatomiske lokalisation.</p> <p>Smerter på et afgrænset område, som forværres ved brug af hånden og aftager - og oftest helt forsvinder - i ro. Der kan være hævelse, rødme og krepitation i den akutte fase. Symptomerne er typisk lokaliseret på følgende vis (2):</p> <p>Extensorsiden (dorsalsiden, figur 1):</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ Extensor carpi radii longi og brevis løber i hver sin seneskede og side om side med seneskederne for abductor pollicis longus og extensor pollicis brevis, der ligeledes løber i hver sin seneskede radiale på håndleddets dorsale side. Symptomerne er direkte og indirekte smerter ved extension mod modstand svarende hertil. Affektion med denne lokalisation kaldes også "intersection syndrome". Differentialdiagnosen er de Quervain's tenosynovitis (smerter ved processus styloideus radii). ♣ Extensor pollicis longus løber i egen seneskede, som krydser henover håndryggen og løber herefter sammen med seneskeden for extensor indicis proprius og extensor digitorum communis (også kaldet 4. extensor kompartment). Symptomerne ved affektion af disse sener og seneskeder er smerter og ømhed ved palpation midt på håndleddets dorsalside, som provokeres ved digital ekstension mod modstand.



© Primal Pictures 2009

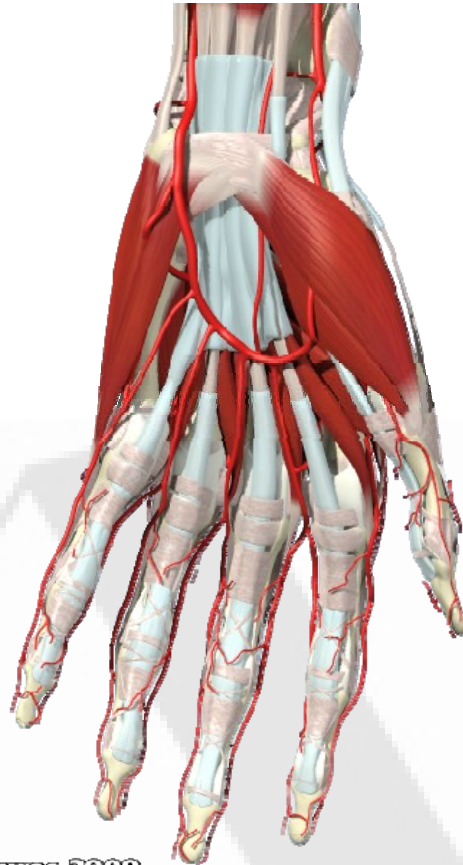


Figur 1. Håndens extensorside (dorsale side)

Flexorsiden (figur 2):

- ⤴ Flexor carpi ulnaris (denne sene har ingen seneskede) lokaliseret på volar-/ulnarsiden af håndled ved senens insertion, med forværring ved håndledsflexion mod modstand og passiv håndledsextension.

Flexor carpi radialis, flexor pollicis longus og mm flexorum løber i hver deres seneskeder, men tæt på hinanden. Smerter svarende til håndleddet, volart, ved direkte palpation og flexion mod modstand.



© Primal Pictures 2009



Figur 2. Håndens flexorside (palmare side).

Flexorsiden (figur 2):

- ▲ Flexor carpi ulnaris (denne sene har ingen seneskede) lokaliseret på volar-/ulnarsiden af håndled ved senens insertion, med forværring ved håndledsflexion mod modstand og passiv håndledsextension.

Flexor carpi radialis, flexor pollicis longus og mm flexorum løber i hver deres seneskeder, men tæt på hinanden. Smerter svarende til håndleddet, volart, ved direkte palpation og flexion mod modstand.

Incidens/prævalens

I en amerikansk populationsundersøgelse angav 20/1000 voksne, at de af en læge havde fået at vide, at de havde "tendinitis" (3)
I epidemiologiske undersøgelser anvendes meget forskellig casedefinition, hvorfor der rapporteres meget forskellige prævalenser, fra under 1% til over 50%. I de undersøgelser, der anvender en klinisk definition, dvs. en kombination af symptomer og kliniske fund, er prævalensen af lidelsen lav blandt ansatte med håndbelastende arbejde

Arbejdsrelateret ætiologi

Risikofaktorer for udvikling af håndledstendinitis er høj repetitivitet, udøvelse af kraft samt brug af hånden i akavede stillinger eller kombinationer heraf. Der foreligger hovedsagelig tværsnitsundersøgelser men også enkelte forløbsundersøgelser af arbejdsmæssige årsager. Flere af disse viser, trods yderst forskellig prævalens af sygdommen, en overrisiko ved disse faktorer på 2-4 gange, men der er også undersøgelser, der ikke kan påvise en overrisiko(4,5). Tilstanden ses med øget forekomst blandt andet hos slagteriarbejdere, ansatte i fiskeindustrien, ved pakkearbejde, hos

industriysersker, ved kraftkrævende montagearbejde og visse former for rengøringsarbejde

Anden ætiologi Ingen kendte

Individuel sårbarhed Ingen kendte

Udredning og rådgivning

Eksponerings art og omfang	<p>Eksponeringsoplysninger indhentes primært gennem anamnesen, men kan – ofte med stor fordel – suppleres ved arbejdspladsbesøg. Der kan foreligge beskrivelse af arbejdsprocedurer fra virksomheden, fx med angivelse af akkorder (typisk fra slagterier) eller gennemgange fra tidligere arbejdsmiljørapporter.</p> <p>I anamnesen lægges der vægt på kvantificering af repetitivitet (cyklustid, antal håndterede emner), kraft (vægte, brug af håndværktøj, kraftkrævende procedurer) og håndledsstilling (ulnar/radial deviation og fleksion/ekstension). Den tidsmæssige relation mellem eksponeringen og udvikling af symptomer beskrives. Almindeligvis udvikler symptomerne sig samtidig med belastningen. Det er desuden vigtigt at beskrive den tidsmæssige udstrækning af de enkelte arbejdsfunktioner.</p>
Helbred	<p>Diagnosen stilles på de kliniske fund, se under diagnostiske kriterier for de specifikke tilstande.</p> <p>Differentialdiagnostisk overvejes artrose og artrit.</p> <p>Der er ikke indikation for parakliniske undersøgelser.</p>
Diagnosekoder	Synovit og tenosynovit uden specifikation DM65.9
Prognose og prognostiske faktorer	<p>Funktionsnedsættelse afhænger af graden af symptomer og smertetærskel.</p> <p>De fleste tilfælde af tendinitis/peritendinitis remitterer uden sequelae efter en kortere eller længere periode. Det er påvist, at hver sygdomsepisode i gennemsnit koster 10-30 arbejdsdage (4). Nogle få tilfælde får mere kronisk præg.</p>
Rådgivning	<p>I den akutte fase er det formentlig bedst at holde hånd og arm i ro. Som regel er det ikke muligt at fortsætte manuelt arbejde i den akutte fase. Der er ikke enighed om, hvilken behandling der er mest effektiv. Efterhånden som symptomerne klinger af, kan normal brug af hånden gradvis genoptages. Nogle personer vil have tendens til recidiv. Afveksling i arbejdsopgaver kan formentlig forebygge recidiv. Kombinationen af kraftfuldt og repetitivt arbejde skal undgås og udpræget repetitivt arbejde ligeledes. Det kan være gavnligt med kontakt til arbejdspladsen i de tilfælde, hvor der rådes til andre funktioner og når genoptagelse af arbejdet skal aftales. Husk patientens samtykke forinden!</p>

Administrative forhold

Anerkendelseskriterier Lidelsen er omfattet af Erhvervssygdomsfortegnelsen og anerkendes som erhvervsbetinget ved kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser, i kombination med en vurdering af håndens arbejdsstilling ved belastningen. På Erhvervssygdomsfortegnelsen fra 2005 gælder ikke længere kravet om, at lidelsen skal være opstået indenfor 6 måneder efter det uvante arbejdes påbegyndelse, se [Erhvervssygdomsfortegnelsen](#) og [Arbejdsskadestyrelsens vejledning](#).

Dokumentation

Referencer:	<ol style="list-style-type: none">1. Khan KM, Cook JL, Kannus P, Maffulli N. Time to abandon the "tendinitis" myth. Editorial. BMJ 2002;324:627-8.2. McAuliffe JA. Tendon disorders of the hand. J Hand Surg 2010;35A:846-853.3. Cunningham LS, Kelsey JL. Epidemiology of musculoskeletal impairments and associated disability. American Journal of Public Health 1984;74:574-5794. Palmer KT. Regional musculoskeletal conditions: pain in the forearm, wrist and hand. Best Pract Rec Clin Rheumatol 2003;17:113-1355. Thomsen JF, Mikkelsen S, Andersen JH, Fallentin N, Loft IP, Frost P, Kaergaard A, Bonde JP, Overgaard E. Risk factors for hand-wrist disorders in repetitive work. OEM 2007;64:527-533.6. Norsk arbejdsmedicinsk forening kvalitetsudvalget Lægehåndbogen : Arbejdsbetinget tendovaginitis i håndledet
Forfatter:	Jane Frølund Thomsen, overlæge, Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg hospital
Dato	29. juni 2011
Review:	Ole Carstensen, redaktør og overlæge, Arbejdsmedicinsk Afdeling, Esbjerg.
Dato	25. oktober 2011
Revision	25. oktober 2014
