

Epikondylit (lateral og medial)

Definition	Epikondylit eller epicondylalgi er en smertevoldende tilstand lokaliseret til tilhæftningen af underarmens ekstensorsener henholdsvis fleksorsener på den laterale eller mediale humerusepikondyl (indvendige / udvendige albueknø)(1).
	<u>Synonymer:</u> Tennisalbue (lateral) og golfalbue (medial epikondylit).
	<u>Patoanatomi:</u> Ved længerevarende epikondylit udvikles der tendinose (angiofibroblastisk degeneration - fibroblastisk og vaskulær hyperplasi samt abnorm kollagendannelse). Ved akut epikondylit muligvis reaktiv inflammation, men ellers findes normalt ikke inflammatoriske forandringer (2, 3, 4, 5).
Diagnostiske kriterier	En klinisk diagnose defineret ved symptomer i form af albuesmerter, samt objektive fund i form af direkte og indirekte ømhed af laterale eller mediale humerusepikondyl(6). Såvel smerter som ømhed skal være mere end blot minimale (7).
Incidens/prævalens	Vekslende angivelser afhængig af om selvrapporterede albuesmerter medtages, eller om der alene tales om lægediagnosticerede tilfælde. Incidens for lateral epikondylit omkring 1-2 % per år. Prævalens 1-3 %. Medial epikondylit sjældnere, under 1% (1,8).
Arbejdsrelateret ætiologi	Lateral epikondylit forekommer hyppigere i manuelt betonede erhverv, fx i slagterier, træ- eller metalindustri og håndværk. Evidens for association med kombineret belastning, hvori indgår kraftfulde og repetitive albuebevægelser. Nogen evidens for bevægelser i yderstillinger af håndled. Usikker evidens for vibration og statisk belastning. Der er tegn til eksponeringsrespons relation ved stigende grad af kombineret belastning. Samtidigt psykosocialt belastende arbejdsforhold med ringe kontrol med arbejdssituationen og lav støtte er muligvis forbundet med højere forekomst. De fundne associationer varierer en del, men er ofte med RR i størrelsesordenen 2 (5,7,9,10, 11).
Anden ætiologi	Belastninger som nævnt ovenfor i privatliv eller fritid bør erindres. Lateral epikondylit forekommer jævnligt, også uden at relevant eksponering kan identificeres, og albuesmerter kan indgå i andre sygdomsbilleder, fx som debutsymptom ved systemsygdomme som reumatoid arthritis eller coronar hjertesygdom (sjældent). Overhyppighed er rapporteret blandt rygere (8).
Individuel sårbarhed	Dårligt belyst. Sammenhæng mellem diabetes og tendinopati er kendt for skulder, men ikke albue (12).

Udredning og rådgivning

Eksponering	Beskrivelse af ansættelser med hånd og armbelastninger med hensyn til kraftudøvelse (vægt), stilling (ekstension, fleksion, pronation, supination), repetitivitet (cyclustid) og varighed, inklusiv eventuel længerevarende statisk belastning og særligt kombinerede belastninger. Der lægges vægt på belastningerne det seneste 5 år og i særlig grad det seneste år før symptomdebut. Forværrende forhold som nye uvante opgaver, tidspres og manglende aflastningsmulighed / pauser i nær tidsmæssig relation til symptomernes opståen. Endvidere eventuel fritidseksponering.
Helbred	<u>Symptomer:</u> Belastningsudløste laterale albuesmerter, eventuelt også hvilesmerter. Blandt patienter med tennisalbue angiver en betydelig større andel (sammenholdt med populationskontrol) samtidige smerter i underarm/håndled og eller

skulderregion (13), og der er ofte udstråling til radiale del af underarmen. Smerterne kan eventuelt være søvnhindrende. Symptomerne kan starte snigende, gradvist eller mere pludseligt. De veksler ofte i intensitet over dage, uger eller måneder.

Kliniske fund: Sjældent hævelse og misfarvning. Altid direkte ømhed på eller umiddelbart distalt for laterale (eller mediale) epikondyl, dvs. tilhæftningen af underarmens ekstensor- (eller fleksor-) muskelgruppe. Ved lateral epikondylit desuden indirekte ømhed ved ekstension af håndleddet og/eller 3. finger mod modstand, eller håndtryk. Ved medial epikondylit indirekte ømhed ved fleksion af håndleddet mod modstand. Håndtrykkraften kan være reduceret (vigorimetri) i forhold til den uafficerede arm (eventuelt smertebetinget). Der er oftest ledsagende ømhed proksimalt i underarmens ekstensormuskelgruppe, hvor der eventuelt udløses lettere paræstesier, undertiden med udstråling gående distalt til fingrene. Hvis dette er særligt fremherskende eller ved distinkt ømhed over Frohses arkade 5-6 cm distalt for epikondylen, overvejes entrapment af nervus radialis. Indskrænket bevægelighed, strepitus/skurren eller klik i albuen må give anledning til differentialdiagnostiske overvejelser. Systematisk undersøgelse af nakke-skulderregion, håndled og hånd indgår altid.

Evt. parakliniske undersøgelser foretages kun på særlig indikation (mistanke om inflammatorisk reumatisk lidelse eller entrapment, det vil sige eventuelt ANA, CCP, CRP, nerveledningsundersøgelse afhængig af hvilken lidelse der mistænkes). Røntgenundersøgelse og MR-skanning kan i sjældne tilfælde anvendes på mistanke om strukturelle forandringer i albueleddet(14).

Differentialdiagnoser: Myofascielle smerter i nakke-skulder med meddelt smerte, cervical lidelse. Ved lateral epikondylit radiale tunnel og pronator teres syndrom, ved medial epikondylit ulnaris neuropati (cubital tunnel syndrom).

Diagnosekoder

M77.1 Epicondylitis lateralis

M77.0 Epicondylitis medialis

Prognose og prognostiske faktorer

På henvendelsestidspunktet har de fleste over kortere eller længere tid selv søgt at afhjælpe smerterne gennem aflastning af forskellig art. Utallige behandlingsmodaliteter anvendes(1). Der er fortsat ingen behandling, heller ikke nyere, der hidtil har vist andet end kortvarig lindrende effekt, og der er ikke evidens for at en bestemt konservativ behandlingsform er bedre end andre(15, 16), ligesom effekten af kirurgisk behandling endnu ikke er dokumenteret i RCT(17). I de fleste tilfælde sker formentlig "spontan" opheling uanset given behandling. Smerterne har et udpræget fluktuerende forløb over uger, måneder og eventuelt år, med belastningsrelateret genopståen. Over 80 % af nyopståede tilfælde set i almen praksis opnår bedring eller er raske efter et år. Manglende bedring efter et års opfølgning er signifikant øget ved manuelt betonet og fysisk belastende arbejde. Fortsatte smerter efter 1 år er hyppigere ved affektion af den dominante arm og ved kraftige smerter fra starten. Tidligere tilfælde med albuesmerter og bekymring (worrying) er ligeledes forbundet med dårligere resultater ved 1- års opfølgning (15,18,19,20).

Rådgivning

Der findes ikke dokumentation for at total aflastning er krævet, endsige gavnlig, ligesom der ikke er dokumenteret effekt af længerevarende sygdomsbehandling, som snarere bør frarådes. Behandlingen sigter på smertereduktion og funktionsforbedring. Trods mangelfuld evidens fra litteraturen for

arbejdspladsintervention indtager ergonomisk råd og vejledning en central plads. Således samtale om reduktion eller modifikation af uhensigtsmæssig belastning (ændring af arbejdsfunktion, rotation, omplacering, evt. jobskifte), særligt i restitutionsfasen, eventuelt også på længere sigt. Virksomhedsbesøg kan overvejes (21,22, 23)..

Administrative forhold

Anerkendelseskriterier Anmeldelse til ASK og AT ved relevant eksponering.

Epikondylit er på Erhvervssygdomslisten punkt C.4.

Anerkendelseskriterier:

- 1) Diagnose: De diagnostiske kriterier skal være opfyldt.
- 2) Påvirkning: Kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser. Kraftfulde arbejdsbevægelser i akavede stillinger. Kraftfuldt statisk arbejde.

Se nærmere i AES Vejledning om Erhvervssygdomme.

Dokumentation

- Referencer:
1. Shiri R, Viikari-Juntura E. Lateral and medial epicondylitis: Role of occupational factors. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011 feb;25(1):43-57.
 2. 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 feb;81(2):259-78.
 3. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. A new integrative model of lateral epicondylalgia. *Br J Sports Med* 2009;43:252-258.
 4. Ahmad Z, Siddiqui N, Abdus-Samee M, Tytherleigh-strong G, Rushton N. Lateral epicondylitis. A review of pathology and management. *Bone Joint J* 2013;95-B:1158-64.
 5. Bhabra G, Wang A, Ebert JR, Edwards P, Zheng M, Zheng MH. Lateral elbow tendinopathy. Development of a pathophysiology-based treatment algorithm. *The Ortopaedic Journal of Sports Medicine*. 2016.4(11).
 6. Yoon SK, Thiese MS, Ott U, Kapellusch J, Merryweather A et al. The role of elbow tender point examination in the diagnosis of lateral epicondylitis. *JOEM* 2019;61:126-131.
 7. Kryger AI, Lassen CF, Andersen JH. The role of physical examinations in studies of musculoskeletal disorders of the elbow. *Occup Environ Med* 2007;64:776-781.

8. Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliövaara M. Prevalence and Determinants of Lateral and Medial Epikondylitis: A Population Study. *Am J Epidemiol* 2006;164:1065-74.
9. Walker-Bone K, Palmer K, Readin IC, Coggon D, Cooper C. Occupation and epikondylitis: A population-based study. *Rheumatology* 2012 febr;51(2):305-310.
10. van Rijn RM, Huisstede BMA, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. *Rheumatology* 2009;48:528-536.
11. Siedel DH, Ditchen DM, Hoehne-Hückstädt UM, Rieger MA, Steinhilber B. Quantitative measures of physical risk factors associated with work-related muskuloskeletal disorders of the elbow: A systematic review. *Int. J. Environmen. Res. Public Health* 2019,16,130.
12. Burner TW, Rosenthal AK. Diabetes and rheumatic diseases. *Current Opinion in Rheumatology* 2009,21:50-54.
13. Haahr JP, Andersen JH. Physical and psychosocial risk factors for lateral epikondylitis: a population based case-referent study. *Occup Environ Med* 2003;60:322-329.
14. van Kollenburg JAPA, Brouwer KM, Jupiter JB, Ring D. Magnetic resonace imaging signal abnormalities in enthesopathy of the extensor carpi radialis longus origin. *J Hand Surg* 2009;34A:1094-98.
15. Sims SE, Miller K, Elfar JC, Hammert WC. Non-sugical treatment of lateral epikondylitis: a systematic review of randomized controlled trials. *Hand (NY)* 2014 Dec;9(4):419-46.
16. Sayegh ET, Strauch RJ. Does nonsurgical treatment improve longitudinal outcomes of lateral epikondylitis over no treatment? A meta-analysis. *Clin Orthop Relat res* 2015;473:1093-1107.
17. Bateman M, Littlewood C, Rawson B, Tambe AA. Surgery for tennis elbow: a systematic review. *Shoulder & Elbow* 2019;11(1):35-44.
18. Haahr JP, Andersen JH. Prognostic factors in lateral epikondylitis: 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* 2003;42:1216-1225.
19. Bot SDM et al. Course and prognosis of elbow complaints: a cohort study in general practice. *Ann Rhem Dis* 2005;64;1331-1336.
20. Feleus A et. Al. Prognostic indicators for non-recovery of non-traumatic complaints at arm, neck and shoulder in general practice – 6 months follow-up.

Rheumatology 2007;46:169-176.

21. Johnson GW, Cadwallader K, Scheffel SB, EpperlyTD. Treatment of lateral epikondylitis. American Family Physician 2007;76:843-848.

22. Schmidt N, van der Windt DAWN. Tennis elbow in primary care. BMJ 2006;333:927-28.

23. Dick FD, Gravelin RA, Munro W, Walker-Bone K. Workplace management of upper limb disorders: a systematic review. Occupational Medicine 2011;61:19-25.

Se også [Lateral og medial epikondylitis, arbejdsbetinget, Lægehåndbogen](#)

Forfatter: Jens Peder Haahr, Arbejdsmedicinsk klinik Herning, jan. 2020

Review Ole Carstensen, Arbejdsmedicinsk Klinik, Herning, 2020

Redaktør Ole Carstensen, Arbejdsmedicinsk Klinik, Herning

Dato 9. januar 2020

Revideres 16. januar 2023
