

## ALBUE-HÅND

### **Lateral humerusepikondylit**

tendinit lokaliseret til håndledsextensorernes udspring på laterale humerusepikondyl, særligt m. extensor carpi radialis brevis. Bliver også kaldt tennis albue, selvom 95% af tilfældene ikke skyldes tennis. Varer mellem 3 uger og 3.5 år med et gennemsnit på 6 uger. Skyldes kraftfulde belastninger eller en kombination af kraftfulde og gentagne belastninger af håndledsextensorerne.

Klinik: smerter over laterale humerusepikondyl som provokeres ved palpation og/eller dorsalflexion af håndleddet mod modstand.

Behandling: Aktiv hvile, hvor patienten gerne må bruge albuen, dog uden at provokere smerten. Hyppigst vil dette indebære at man løfter med albuen ind til kroppen, og underarmen supineret. Anvendelse af epikondylitbandage kan medføre betydelig lindring. I lette tilfælde kan der straks iværksættes albuetræning. NSAID kan give lindring i de mildeste tilfælde. Hos de mest forpinte, særligt dem hvor smerten også er tilstede i hvile, kan der suppleres med 1-3 steroid injektioner. Når inflammationen er blevet behandlet bør patienten gennemgå et træningsprogram af 3 måneders varighed, under supervision af en fysioterapeut. Fortsatte øvelser, udført i hjemmet vil forebygge recidiv. De tilfælde som ikke har responderet på konservativ behandling kan behandles med operation.

Differential diagnose:

traktionsapofysit

avulsionsapofysit

distorsion af ligamentum collaterale radialis

supinator syndrom

### **Medial humerusepikondylit**

tendinit lokaliseret til håndledsflexorenes udspring på mediale humerusepikondyl. Bliver også kaldt golf- eller kaster-albue. Skyldes kraftfulde belastninger eller en kombination af kraftfulde og gentagne belastninger af håndledsflexorerne.

Klinik: smerter over mediale humerusepikondyl som provokeres ved palpation og/eller volarflexion af håndleddet mod modstand

Behandling: Aktiv hvile, hvor patienten gerne må bruge albuen, dog uden at provokere smerten. Anvendelse af epikondylitbandage kan medføre betydelig

lindring I lette tilfælde kan der straks iværksættes albuetræning. NSAID kan give lindring i de mildeste tilfælde. Hos de mest forpinte, særligt dem hvor smerten også er tilstede i hvile, kan der suppleres med 1-3 steroid injektioner. Når inflammationen er blevet behandlet bør patienten gennemgå et træningsprogram af 3 måneders varighed, under supervision af en fysioterapeut. Fortsatte øvelser, udført i hjemmet vil forebygge recidiv. De tilfælde som ikke har responderet på konservativ behandling kan behandles med operation.

Differential diagnose:

pronator teres syndrom

traktions apofysit

avulsions apofysit

distorsion af ligamentum collaterale ulnaris

nervus ulnaris neurit

### **Pronator teres syndrom**

overbelastning af m. pronator teres som medfører afklemning af nervus medianus, hvor den passerer musklen.

Klinik: paræstesier over 1., 2., 3. og 4. finger som provokeres ved palpation af m. pronator teres, og/eller pronation af underarmen mod modstand. Der kan være nedsat sensibilitet af 1., 2., 3. og radiale del af 4. finger, samt nedsat kraft ved flexion af disse fingre.

Behandling: aflastning af albuen, samt udspænding og massage hos fysioterapeut. I sværere tilfælde suppleres med NSAID og eventuelt blokader. De tilfælde som ikke har responderet på konservativ behandling kan behandles med operativ frigøring af nerven.

Differential diagnose

medial epikondylit

traktions apofysit

avulsions apofysit

distorsion af ligamentum collaterale ulnaris

nervus ulnaris neurit

## **Supinator syndrom**

overbelastning af m. supinator som medfører afklemning af nervus radialis, hvor den passerer musklen.

**Klinik:** smerter omkring laterale humerusepikondyl eventuelt ledsaget af paræstesier over underarmens extensormuskler som provokeres ved supination af underarmen mod modstand. Der kan desuden være nedsat kraft ved extension af albue, håndled og fingre.

**Behandling:** aflastning af albuen, samt udspænding og massage hos fysioterapeut. I sværere tilfælde suppleres med NSAID og eventuelt blokader. De tilfælde som ikke har responderet på konservativ behandling kan behandles med operativ frigøring af nerven.

Differential diagnose  
lateral humerusepikondylit  
traktionsapofysit  
avulsionsapofysit  
distorsion af ligamentum collaterale radialis

## **Nervus ulnaris neurit**

skyldes stræk, sublaksation, eller luksation af nerven ud af canalis ulnaris. Ses for det meste i kaster- og ketsjer-sport.

**Klinik:** smerter og paræstesier som stråler fra albuens inderside til 5. finger og ulnarsiden af 4. finger. Symptomerne kan provokeres ved palpation af canalis ulnaris.

**Behandling:** aflastning af albuen, eventuelt suppleret med NSAID. De tilfælde som ikke har responderet på konservativ behandling kan behandles med operation.

Differential diagnose  
medial epikondylit  
pronator teres syndrom  
traktions apofysit  
avulsions apofysit  
distorsion af ligamentum collaterale ulnaris

## **Osteochondrit**

skyldes osteokondral afrivning med dannelse af et frit legeme i albueleddet. Ses ofte hos kastere.

Klinik: smerter i albuen, særligt ved kast, og aflåsning. Objektivt kan findes hævelse og extensionsdefekt af albuen. Diagnosen stilles ved røntgen eller knoglescintigrafi.

Behandling: operation.

Differential diagnose

artrose

artrit

bicepstendinit

brachialistendinit

## **Apofysit**

traktion eller avulsion af apofysen, som regel svarende til mediale humerusepikondyl. Rammer unge kastere hvis vækstzone endnu ikke er udvokset. Bliver også kaldt "little league elbow".

Klinik: smerte og lokal ømhed over mediale humerusepikondyl. Afrivning kan ses ved at sammenligne med den raske side på røntgenbilleder.

Behandling: hvile af albuen. Er vækstzonen afrevet anlægges der gips. Er der større fejlstilling henvises patienten til operation.

Differential diagnose

medial epikondylit

pronator teres syndrom

traktions apofysit

avulsions apofysit

distorsion af ligamentum collaterale ulnaris

nervus ulnaris neurit

## **Olekranon bursit**

inflammation af bursa olecrani som kan opstå efter traume eller langvarig belastning.

Klinik: hævelse, rødme, varme og ømhed af bursa olecrani.

Behandling: aflastning og NSAID. Såfremt tilstanden ikke bedres indenfor en uge, punktur efterfulgt af injektion med kortikosteroid.

Differential diagnose  
artrit

### **Artrit**

kan skyldes reumatologisk tilstand, eller være infektiøs.

Klinik: smerter, hævelse, ømhed, eventuelt fluktuation, rødme, og temperaturforhøjelse.

Behandling: afhænger af ætiologien. Det er naturligvis vigtigt at sikre sig at der ikke er tale om infektiøs artrit før eventuel indgift af intraartikulær steroid.

Differential diagnose  
bursitsi olecrani

### **Artrose**

progressiv destruktion af den hyaline brusk med sklerosering af den subkondrale knogle, og osteofytdannelse.

klinik: smerte ved bevægelse/belastning af albuen, som aftager i hvile. Diagnosen stilles ved røntgen. Ved fremskredent artrose kan der tillige være udtalte hvilesmerter.

Behandling: perorale analgetika og NSAID kan lindre betydeligt. Sidstnævnte bør, så vidt muligt anvendes i kortere perioder for at undgå bivirkninger. Ved synovit, vil der være god effekt af steroid injektion. Det er vigtigt at supplere med ledmobilisering, stræk, og øvelsesterapi hos fysioterapeut for at undgå kontrakturer. Efterfølgende kan patienten træne på egen hånd. Primær artrose kan formentlig ikke forebygges

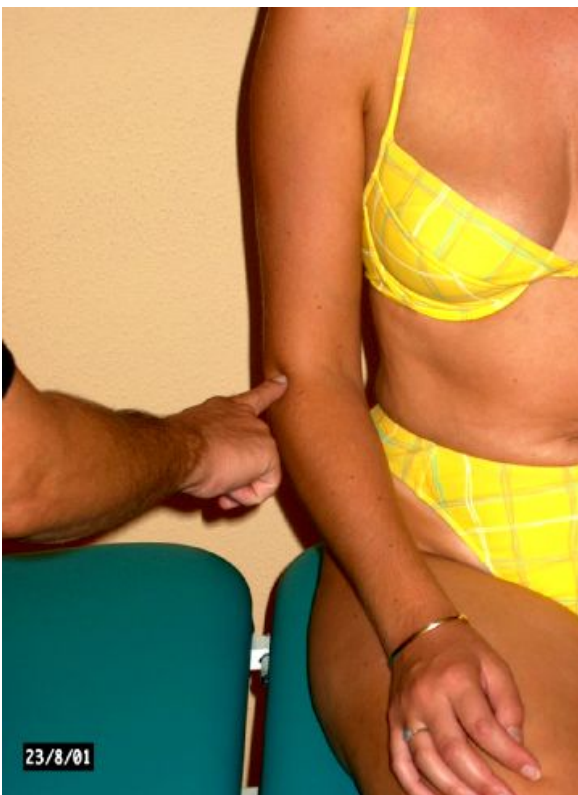
Differential diagnose  
artrit  
osteochondrit



### **Epicondylus medialis, palpation**

Pt.'s placering: siddende

Ømhed af epicondylus medialis kan være udtryk for medial humerus epikondylit



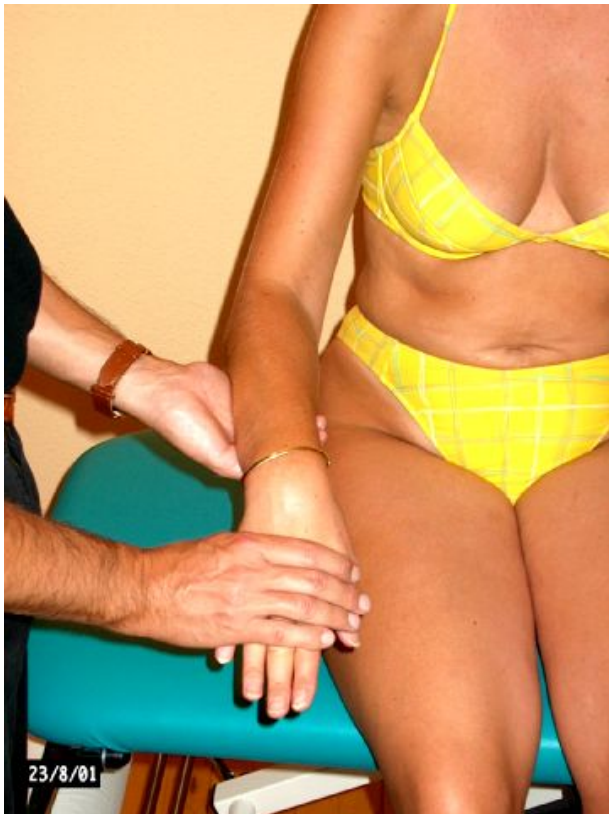
### **Epicondylus lateralis, palpation**

Pt.'s placering: siddende

Ømhed af epicondylus lateralis kan være udtryk for lateral humerus epikondylit

## ”Force-grip” et kraftfuldt håndtryk

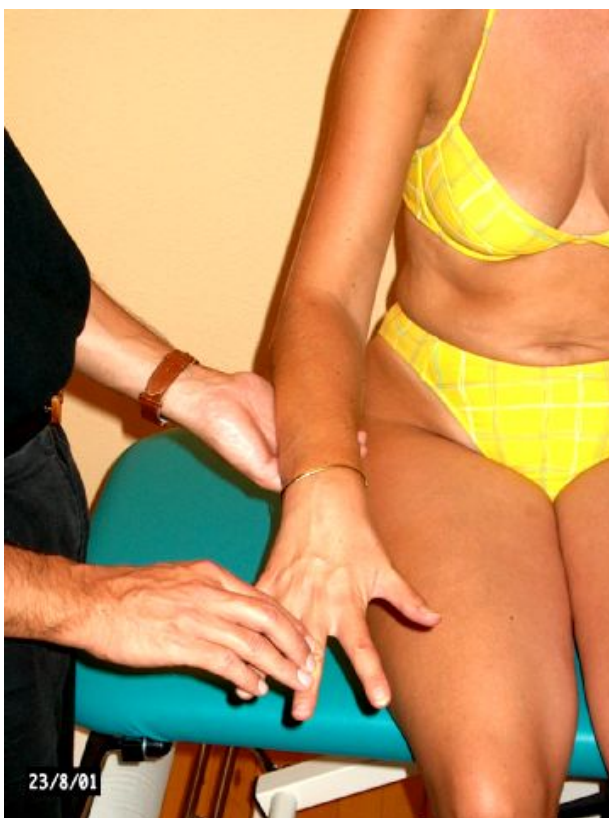
Vil forårsage smerter ved både lateral og medial epicondylitis, da muskler spændes herved, for at undgå bevægelser i håndleddet..



### Dorsal fleksion

Pt. 's placering: siddende

Pt. 's underarm er understøttet. Pt. dorsal flekterer håndleddet mod modstand. Smerter udløst af testen er et udtryk for lateral humerus epikondylit



### Trefinger test

Pt. 's placering: siddende

Pt. 's underarm er understøttet. Pt. 's 3. finger holdes strakt og dorsal flekterer mod modstand.

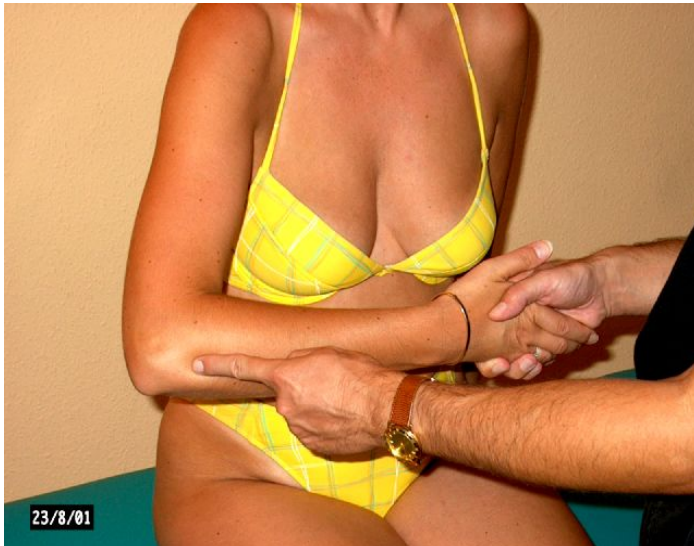
Smerter udløst af testen er et udtryk for lateral humerus epikondylit  
Svækkelse af kraften i fingeren er udtryk for evt supinator syndrom.

### Supinator syndrom

m.supinator Udspringer ved mediale epicondyl, supinerer hånden

Overbelastning kan medføre diffuse laterale albuesmerter

Og evt n.radialis påvirkning (nedsat kraft ved dorsalfleksion af fingre)



Pt.'s placering: siddende  
M. supinator udspringer fra den laterale humerus epikondyl samt den proximale og laterale del af ulna. Fibrene løber nedad og lateralt og insererer på den proximale del af radius' laterale flade. N. radialis penetrerer musklen.  
Der testes ved at supinere mod modstand  
Pt.'s albue er let flekteret.  
Underarmen er i neutral stilling.

### Pronator syndrom

m.pronator teres udspringer ved mediale epicondyl, pronerer hånden.

Overbelastning kan medføre n.medianus påvirkning, og ligne et carpaltunnelsyndrom.



Pt.'s placering: siddende  
M. pronator teres udspringer fra caput commune flexorum og fra proc. coronoideus ulnae. Den løber skråt ned og lateralt og insererer sig på lateral fladen af radius midt på knoglen. Mellem de 2 udspringshoveder løber n. medianus.  
Der testes ved at pronere mod modstand.  
Pt.'s albue er let flekteret.  
Underarmen er i neutral stilling.

## **.BEHANDLING AF ALBUE LIDELSER**

Overordnet behandlingsstrategi: behandling af de fleste albuelidelser kan inddeles i 3 faser. Først dæmpes inflammationen gennem aktiv aflastning af albuen, eventuel kombineret med NSAID, eller steroidinjektion.. Med aktiv aflastning forstås at albuen gerne må bruges, men i begrænset omfang, således at smerten, i denne fase, ikke provokeres. Som følge af den direkte effekt af den patologiske tilstand, og den inaktivitet smerten har medført, vil udholdenheden og styrken af albueens muskulotendinøse apparat være svækket. Risikoen for recidiv er således stor, ved tilbagevenden til de aktiviteter som kan have medført skaden. Det er derfor vigtigt, når inflammationen er dæmpet i tilstrækkelig grad, at anvise patienten til 2. fase: træning. Den 3. etape tager sigte mod at bevare effekten af behandlingen, gennem en fortsat styrkelse af albuen, udspændings- og koordinations-øvelser. Sideløbende med de ovenfor nævnte behandlingsstrin, bør der gives ergonomisk vejledning, og indføres ergonomiske tiltag, der hvor de måtte være nødvendige.

**Information:** Det er vigtigt at informere om tilstandens art, om mulig årsag hertil og om behandlingsstrategien. Der skal i den forbindelse opstilles mål mht. smertelindring, funktionsniveau, arbejdsfærlighed og behandlingsvarighed. Særligt ved epikondylitterne informeres om smerternes oftest godartede og selvlimiterende karakter. Er skaden arbejdsbetinget bør den anmeldes til arbejdsskadestyrelsen

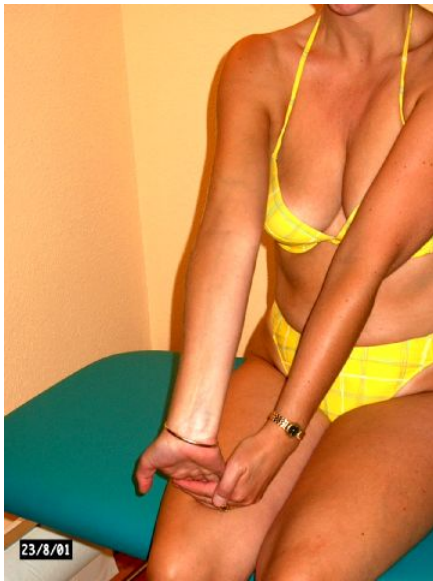
**Manuel behandling:** Ledmobilisering antages af mange for at være vigtig i forebyggelsen af ledkontraktur. I øvrigt findes der ikke videnskabelig belæg for at manuelle medicinske teknikker skulle have effekt på albuelidelser

**Træning/rehabilitering:** en vigtig del af behandlingsstrategien, først for at behandle, dernæst for at forebygge recidiv. Træningen tager sigte mod at genskabe/bevare naturlig bevægelighed af albuen og styrke albue musklerne generelt. Træningen bør foregå i veldefinerede etaper, indebærende stigende belastning. Vi anbefaler derfor at øvelser indlæres hos fysioterapeut hvor de bør opfølges med jævne mellemrum, således at resultatet af træningen vurderes, og belastningen gradvist øges. Træningen bør foregå i minimum 3 måneder før man kan forvente effekt.

**Injektioner:** steroid injektioner har som regel god effekt, både ved svær tendinit/bursit, og i de lidt mildere tilfælde hvor anden behandling ikke har givet tilfredsstillende resultat. Steroiderne befinder sig længe i vævet, op til 6 uger. Injektionerne bør gives under aseptiske forhold, med 1-3 ugers mellemrum og kan gentages op til 3 gange. Det er vigtigt at informere patienten om at aflaste albuen i 2-

3 uger efter injektionen, da strukturerne stadig er svækkede, selv om inflammationen måtte være svundet. For tidlig belastning har formentlig været årsag til en række kasuistisk rapporterede tilfælde af sene ruptur efter steroidinjektion. Husk at informere om flare-up, en smerte som opstår 6-12 timer efter injektionen, og kan vare op til 48 timer, da patienterne ellers tror at man har stukket forkert!

**Anden behandling:** der findes ikke videnskabelig belæg for at ultralyd, laser eller TNS skulle have effekt på albuelidelser. Nogle undersøgelser peger på effekt af akupunktur på lateral humerusepikondylit.



### **Udspænding, fleksor muskler**

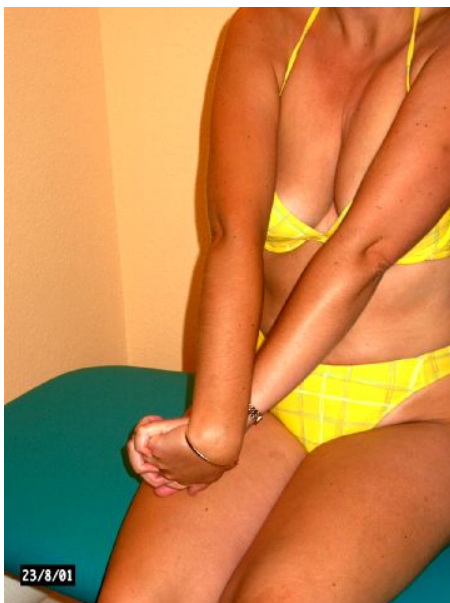
Pt.s placering: siddende

Håndleddet dorsalflekteres maksimalt, ved at trække med den anden hånd.

Stillingen holdes i 20 sekunder. Derefter kortvarig pause.

Gentages 3-5 gange

Udføres minimum x 3 dagligt



### **Udspænding, extensor muskler**

Pt.s placering: siddende

På billedet er det hø. arm der udspændes.

Hø. arm føres ind foran kroppen og indadroteres. Der tages fat med den modsidige hånd, således at fingrene krydser hinanden. Hø. håndled volarflekteres.

Stillingen holdes i 20 sekunder. Derefter kortvarig pause.

Gentages 3-5 gange

Udføres minimum x 3 dagligt



### **Injektion, laterale epicondyl**

Pt.s placering: siddende med proneret arm hvilende på bord e.l.

Indstik 3-5 cm under epicondylen.  
Gennembryd muskelfascien og gå profund for denne i retning mod epicondylen.

½ ml lidokain , ½ ml steroid.



### **Injektion, mediale epicondyl**

Pt.´s placering: siddende med supineret arm hvilende på bord e.l.

Indstik 3-5 cm under epicondylen.  
Gennembryd muskelfascien og gå profund for denne i retning mod epicondylen

½ ml lidokain , ½ ml steroid.