

Tennisarmbåge / Lateral epikondylit

Ansträngningsutlöst smärta på armbåges utsida beror ofta på lateral epikondylit, eller i vardagstal tennisarmbåge eller tennisarm. Endast 2-5% av de drabbade spelar tennis, men å andra sidan drabbas hälften av alla tennisspelare av epikondylit någon gång under sin karriär (1). När tillståndet först beskrivs 1873 kallades det skrivkramp, en term som fortfarande används trots att det inte rör sig om kramp. Även namnet epikondylit är felaktigt, eftersom "it" står för inflammation. Möjligtvis förekommer viss inflammation första veckorna, men smärtan består även efter inflammationen försvunnit. Istället förklaras tillståndet av små bristningar i underarmssenenans infäste på armbågen, som leder till ärrvävnad och ökat antal fria nervändar som ger smärta, dock sällan vilosmärta.

Golfarmbåge (medial epikondylit) är ett liknande tillstånd, som istället drabbar insidan av armbågen. Golfarmbåge brukar anses vara mer svårbehandlat, men vår erfarenhet är att med korrekt behandling uppnås lika goda resultat som vid tennisarmbåge.

Ofta kan man som patient själv sätta diagnosen tennisarmbåge. Typiska symptom är smärta vid skruvrörelser och när man håller från en kaffekanna, eller lyfter ett mjölkpaket från kylan. Man kan även utföra "stoltestet", d v s smärta och kraftlöshet när man lyfter stolen med handflatan neråt, men inga problem att lyfta stolen med handflatan uppåt. De flesta som drabbas är i åldrarna 35-54 år (2). I 70% av fallen kommer besvären successivt, i övriga fall kommer smärtan och kraftlösheten plötsligt. Ofta, men långt ifrån alltid, föregås besvären av en period med ensidig överbelastning, t ex överdrivet spikande, skruvande eller skrivande.

De flesta självläker på mellan 6 månader och 2 år (2), men ofta har man stora problem under denna tid. Ortopedläkaren Sven-Anders Sölveborn, som har mycket stor erfarenhet av tennisarmbågar, menar att det är viktigt att tidigt behandla tillståndet tidigt, trots att det i de flesta fall självläker (1).

Den optimala behandlingen kan endast väljas av erfaren vårdgivare. Orsaken till tennisarmbågen kan vara flera, och det finns flera närliggande diagnoser som bör uteslutas före val av behandling. Bland annat kan ulnarisnerven vara klämd i benfåran vid armbågen, eller så kan radialisnerven vara klämd strax nedom armbåge. Flera läkare och forskare har bekräftat det som manuella terapeuter ofta upplever, d v s att samtidig behandling av halsryggen förbättrar behandlingsresultatet vid epikondylit (3-6), speciellt vid de svårare fallen där gängse behandling med stretching, bandagering och kortisonbehandling misslyckats. Vidare finner man ofta muskelknutor (triggerpunkter) i underarmsmuskulaturen (speciellt i m extensor carpi radialis) som bör behandlas (3), inte minst för att undvika återfall.

Man kan prova smärtstillande eller antiinflammatoriska tabletter, men endast två studier har utvärderat detta, och de kunde inte på längre sikt se någon effekt utöver placebo (2,7). Tidigare var kortisoninjektion i det smärtade området populärt. Det ger en effektiv och snabb smärtlindring, men sedan en genomgång av studier, publicerad i British Medical Journal 2006 (2), visade att redan 6 månader efter behandlingen var kortisongruppen sämre än de som inte fick någon behandling alls (och att gruppen som fick fysioterapi, eller tablettbehandling, hade samma resultat som icke-behandlingsgruppen) har intresset kring kortisonbehandling svalnat.

Rent generellt har det varit svårt att visa i studier att enskilda behandlingsstrategier har någon tydlig effekt på tennisarmbåge. SBU (statlig granskande myndighet) uppger att klassisk akupunktur har starka vetenskapliga bevis att fungera smärtlindrande vid tennisarmbåge (evidensgrad 1) (8). Dessvärre gäller detta enbart kortvarig

smärtlindring, utläkningen av tillståndet påverkas ej. Korrekt utförd stretching, övervakad av sjukgymnast, tycks dock fungera (9). Även operativt ingrepp visar osedvanligt gott resultat, där endast 19% inte blir hjälpta (1). En enklare, men lovande, behandlingsmetod är stötvågsbehandling, där vissa studier visat bra effekt (10-13) men inte andra (14). Svagheten med dessa studier är att man endast behandlat det smärtande området kring armbågen, och förbisett bl a triggerpunkter i underarmar och halsryggens viktiga roll. Man har dock nyligen visat att i stötvågsgruppen är 89,9% bra ett år efter behandling jämfört med 50% i kortisongruppen (15) (vilket på sin höjd motsvarar spontanläkning).

När vi kombinerar stretchövningar, stötvågsbehandling (chockvågor på armbågen och tryckvågor på viktiga muskelbukar och triggerpunkter) och eventuellt nackbehandling och nålterapi (dry needling) uppnås snabba och bestående resultat, även på tidigare svårbehandlade tennisarmbågar. På golfarmbågar får vi bra resultat vid tillägg av behandling med högeffektslaser. För många år sedan visade man på Akademiska sjukhuset att högeffektslaser även kan fungera på tennisarmbågar.

Av: Dr. Torbjörn Åkerfeldt

1. Sölveborn SA, "Tennisarmbåge" orsakas ofta av annat än tennis. Ju tidigare behandling desto bättre; spontanläkare oftast inom 8-13 månader. Läkartidningen 1999;96:483-5
2. Smidt N, van der Windt DA. Tennis elbow in primary care. BMJ. 2006 Nov 4;333(7575):927-8
3. Johansson B. Lateral epikondylit och cervikalryggen. Läkartidningen 1999;96:1558
4. Maigne R. Épicondylalgies, rachis cervical et articulation radio-humérale. Ann Med Phys 1960; 3: 299.
5. Gunn CC, Milbrandt WE. Tennis elbow and the cervical spine. Can Med Assoc J 1976; 114: 803-9.
6. Vincenzino B et al. The initial effects of a cervical spine manipulative physiotherapy treatment on the pain and dysfunction of lateral epicondylalgia. Pain 1996; 68: 69-74.
7. Labelle H, Guibert R. Efficacy of diclofenac in lateral epicondylitis of the elbow also treated with immobilization. Arch Fam Med 1997; 6:257-62.
8. http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/smarta_fulltext.pdf
9. Sölveborn SA. Radial epicondylalgia ('tennis elbow'): treatment with stretching or forearm band. A prospective study with long-term follow-up including range-of-motion measurements. Scand J Med Sci Sports. 1997 Aug;7(4):229-37
10. Rompe et al Analgesic effect of extracorporeal shockwave therapy on chronic tennis elbow.; J Bone Joint Surg (Br) 1996; 78-B:233-7
11. Furia JP. Safety and Efficacy of ESWT for Chronic Lateral Epicondylitis.; Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2005 Jan;34(1):13-9; discussion 19
12. Wang et al. Shock Wave Therapy for Patients with Lateral Epicondylitis of the Elbow. Am J Sports Med. 2002 May-Jun;30(3):422-5

13. Spacca et al. Radial shock wave therapy for lateral epicondylitis: a prospective randomized controlled single blind study. *Eura Medicophys*. 2005 Mar;41(1):17-25

14. Rompe JD, Maffulli N. Repetitive shock wave therapy for lateral elbow tendinopathy (tennis elbow): a systematic and qualitative analysis. *Br Med Bull*. 2007;83:355-78. Epub 2007 Jul 11. Review

15. Ozturan KE et al. Autologous blood and corticosteroid injection and extracorporeal shock wave therapy in the treatment of lateral epicondylitis. *Orthopedics*. 2010 Feb 1;33(2):84-91.

Bones Medical AB, Uppsala Science Park 10C, 751 83 Uppsala, Tel. 0702-95 96 70