



*Kiropraktor Hempel*

## Lateral epikondylitt? Epikondylalgia?

Kollega Stian Christophersen skrev en utfyllende artikkel om «Vondt i albuen» tilbake i 2020 (nr 5-20). Artikkelen fokuserer på grunnpilarene for den vonde albuen, med hovedvekt på de «vanlige» plagene, hvor lateral epikondylitt trer frem som mest utbredt. Hva er nytt siden 2020, og hva sier forskningen om tilnærmingen vi bør ha ved disse ytre albuesmertene?



AV JOAKIM FJELNSETH HEMPEL  
KIROPRAKTOR

### Litt fakta og historie

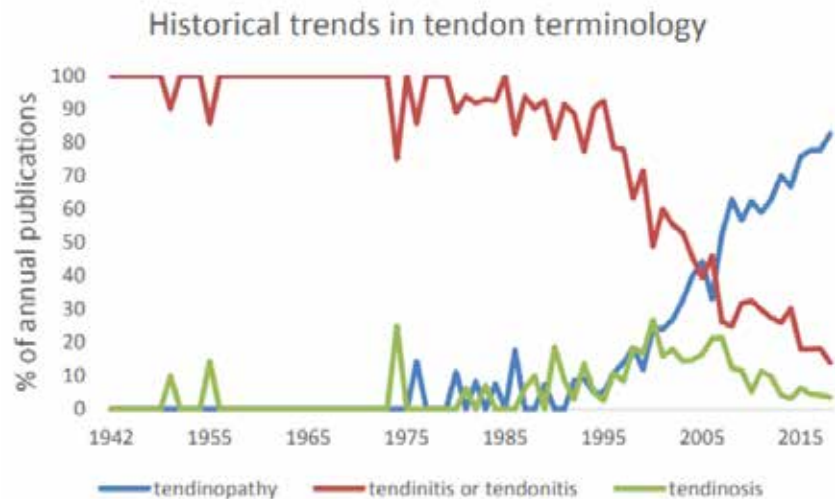
Det vi kjenner som lateral epikondylitt, er første gang nevnt i litteraturen

av Runge i 1873. Ifølge litteraturen som har sitert Runge (1,13,17), ble det allerede da beskrevet som en kronisk symptomatisk degenerasjon av underarms ekstensor-seneutspringet ved kondylen på humerus. Tidlig skal det også ha bli kalt «Writers Cramp» eller «Skrive krampe» av Runge. Hva forteller his-

topatologiske prøver oss om denne tilstanden? Det som er interessant er hvordan Runge allerede i 1873 beskriver dette i retningen av det vi i dag kaller en tendinose. Dette er igjen karakterisert av fibroblaster; vaskulær hyperplasi og uorganisert kollagen struktur uten funn av inflammatoriske celler i vevet. Et

interessant spørsmål er hvordan vi historisk sett har kommet frem til å kalle dette en tendinitt, eller på folkemunne «senebetennelse», siden dette ikke har blitt beskrevet som en inflammatorisk tilstand i litteraturen – selv ikke tilbake i tid.

Henry Morris (1882) adapterte navnet «Lawn Tennis Arm» i artikkelen «Rider's Sprain», da han mente det kunne være en relasjon til spillet «Lawn Tennis». Dog nevner han aldri inflammasjon og kaller det for en «sprain of the pronator radii teres muscle», som er forårsaket av «rapid and forcible pronation». Dette er karakterisert av mild hevelse og ømhet langs pronator muskelen. Han skriver ut ifra anekdotiske bevis, i tillegg til hans egne erfaringer. Han har sett tre slike tilfeller, men beskriver kun ett tilfelle detaljert. Her var intervensjonen avlastning fra pronasjon og supinasjon i noen uker, med en enkel kompress rundt området. Dette med god suksess. Artikkelen er publisert i The Lancet, som i dag er anerkjent som det ledende publikasjonsorganet for medisinsk fagstoff. Selvfølgelig har det vært en enorm utvikling på kvaliteten siden 1800' tallet. Dersom vi allikevel sammenligner publikasjonen til Morris med nyere utgaver av The Lancet, vil en nok bli overrasket over hvor mye disse eldre publikasjonene minner mer om et moderne blogginnlegg enn nøyaktig, kvalitetssikret informasjon. Jeg vil påstå at vi ser samme tendenser ved «Impingement»-teorien til Charles Neer, som er basert på laber kvalitet, tilsvarende et blogginnlegg. Riktignok har den allikevel klart å krype seg inn på pensumlisten til de aller fleste akademiske institusjoner. Det er interessant hvordan «Lawn Tennis Elbow» ble til «Tennis Elbow», som mest sannsynlig er et resultat av språkvandring og forenkling av Morris sitt ordinære navn for tilstanden. Det skulle ta nærmere 120 år før Giangarra (1993) konkluderte med at tilstanden er sjelden hos eliteutøvere innenfor tennis, men mer normal hos mosjonister. Chiang et al. (1993) og Ranney et al. (1995) trakk frem visse manuelle yrkesgrupper som signifikant mer utsatt for tilstanden. 130 år senere slo Maf-



Figur 1. Changes over time in the relative distribution of three commonly used terms for chronic tendon pain. Scott et al. 2020.

fulli (2003) spikeren i kista ved at de ikke klarte å påvise inflammatoriske celler (makrofager, lymfocytter og neutrofiler) hos individer med denne tilstanden.

Nøyaktig første gang tendinitt og inflammasjonsteorien ble knyttet til «tennis albue» er usikkert, og jeg har ikke klart å spore opp når dette første gang oppstod. Men om vi ser på grafen publisert av Scott et al. (2020), kan vi anta at dette er før 1942. På mange måter tas det mer avstand fra bruk av «lateral epikondylitt» i dag, mens man i større grad bruker lateral epikondylalgia eller enkelt sagt ytre albuesmerter.

Hvis vi ser på denne historiske utviklingen, er det på flere måter paradoksalt hvordan vi, moderne «evidence based/informed» fagfolk og akademikere, sterkt kritiserer artikler og utsagn kun fordi de er basert på anekdotiske bevis og ikke en systematisk kunnskapsoversikt. Særlig da mange av de grunnleggende teoriene faget vårt er bygd på ble til gjennom nettopp anekdotiske bevis.

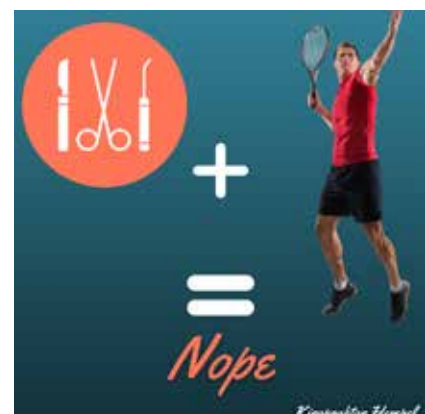
### Hva sier den nyeste forskningen om behandling av ytre albuesmerter?

#### Kirurgi?

Kroslak og Murrell (2018) gjorde nylig en randomisert dobbeltblindet kontrollstudie med to grupper, bestående av kirurgigruppe (n=13) og placebo-kirurgigruppe (n=13). Makroskopisk kirurgi ble benyttet,

hvor de fjernet den degenererte porsjonen av senen. Placebo-kirurgigruppen fikk kun et snitt hvor de eksponerte ekstensor carpi radialis brevis-senen, før de sydde igjen. Dog var tidsbruken identisk. Som del av inklusjonskriteriene, måtte pasientene ha hatt lateral epikondylitt i mer enn 6 måneder, samt ikke fått bedring med to ikke-kirurgiske alternativer. De definerte resultatet ut i fra pasientene sin smertefrekvens, leddutslag, epikondylømhets og styrke ved oppfølging 6 måneder og 2,5 år etter inngrepet. All oppfølging ble gjort fysisk, med unntak av spørreskjemaer som kunne bli gjort over telefon.

Resultatene viste at det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Imidlertid oppnådde begge gruppene bedring i smertefrekvens og -intensitet og leddutslag både ved 6 måneder og 2,5 års oppfølging. Det ble ikke rapportert noen bivirkninger fra noen av gruppene.



### Kortisoninjeksjon?

Coombes og kolleger (2013) publiserte for snart ti år siden en randomisert kontrollert studie vedrørende bruk av kortisoninjeksjon for behandling av lateral epikondylitt. Totalt fire grupper ble rekruttert, hvor alle måtte ha hatt unilateral lateral epikondylitt-smerter i mer enn 6 uker. De fire gruppene bestod av en injeksjonsgruppe (n=43), placebogruppe (n=41), injeksjon pluss fysioterapi (n=40) og placeboinjeksjon pluss fysioterapi (n=41).

Resultatene viste at kortisoninjeksjon resulterte i lavere score på «fullstendig eller stor bedring» ved 1 år sammenlignet med placeboinjeksjon, og økt score på 1 år «tilbakefall». Det var ingen forskjell mellom gruppene med og uten fysioterapi etter ett år. Den samme trenden ble allerede observert ved uke 26. Ved fire uker, hadde derimot de som hadde fått placebo-injeksjon og fysioterapi større tegn til «fullstendig bedring eller stor bedring» sammenlignet med de andre gruppene. Det var ingen forskjell mellom kortisongruppene.



### Akupunktur?

Green og kolleger (2002) har gjort en stor systematisk kunnskapsoversikt vedrørende akupunktur og effekt på laterale albuesmerter. De fant kun fire små RCT-studier. Grunnet mangler i studiedesign, kunne ikke dataen fra studiene bli kombinert i en Meta-analyse. Én RCT-studie fant signifikant smertelindring sammenlignet med placebo, og de fant større sannsynlighet for inntil 50 % smertereduksjon eller mer etter kun én behandling (Molsberger 1994). En annen RCT-studie konkluderte med at akupunktur ga større sannsynlighet for rapportert bedring enn placebobehandling på kort sikt. De fant ingen vesentlig bedring på lang sikt (3-12 måneder). En tredje RCT-studie sammenlignet laserakupunktur mot placebo. De fant ingen forskjell mellom gruppene. Den fjerde studien rapporterte ingen forskjeller mellom vitamin-B12 injeksjon og akupunkturbehandling. Ingen studier så på bivirkninger fra behandlingen.

Oversiktsartikkelen konkluderte med at den daværende evidensen var utilstrekkelig for å anbefale eller fraråde bruken av akupunktur for laterale albuesmerter. Akupunktur fremstår å ha kortsiktig bedring med hensyn til smerte, dog er det mye usikkerhet knyttet til denne påstanden.



### Teip?

George og kolleger (2019) har gjennomført en systematisk kunnskapsoversikt vedrørende bruk av terapeutisk teip for behandling av laterale albuesmerter. Åtte av 2022 studier ble inkludert. Tre av disse studiene kunne vise til umiddelbar effekt (innen 1 time) på smerte og smertefri grepsstyrke ved «diamond deloading rigid tape». Én studie rapporterte umiddelbar bedring i proprioepsjon etter «transverse rigid tape». Den umiddelbare effekten fra langsgående kinesio-teip var inkonsekvent. Når det gjelder kinesio-teip, rapporterte én studie bedring i smerte og smertefri grepsstyrke, mens en annen studie demonstrerte ingen effekt på smerte, styrke eller muskelaktivering. To studier rapporterte kortsiktig effekt (innenfor 6 uker) med kinesio-teip. Én studie

rapporterte 2 uker bedring i smerte og grepsstyrke med langsgående kinesio-teip. Den siste studien rapporterte bedring i selvrapportert smerte og funksjon innen for en uke med «Diamond kinesio-teip», men det var ingen endring i grepsstyrke.

Forfatterne konkluderte med at teip virker å ha en umiddelbar effekt på smerte og styrke, men det er allikevel motstridende evidens vedrørende umiddelbar og kortsiktig virkning av teip.



### Trykkbølge?

Karanasios og kolleger (2021a) har publisert en systematisk oversiktsartikkel som omhandler effekten av trykkbølgebehandling (ESWT) ved laterale albuesmerter. Totalt 27 studier med 1871 deltagere ble inkludert. Resultatene viste at trykkbølgebehandling reduserte smerteintensiteten underveis i intervensjonsperioden og bedret grepsstyrke på kort sikt sammenlignet med placebo. Imidlertid var det ingen klinisk signifikante forskjeller mellom trykkbølgebehandling og andre behandlingsmodaliteter. Samtidig utpeker trykkbølge seg som klinisk bedre enn laser når det gjelder grepsstyrke, og bedre enn terapeutisk ultralyd for smerte på kort sikt.

Forfatterne konkluderte med at det er lav til moderat evidens for å anbefale trykkbølge sammenlignet med placebo eller kortisoninjeksjon. Evidensen tilsier derimot at trykkbølgebehandling er å foretrekke fremfor laser og terapeutisk ultralyd.



## Trening?

Karanasios og kolleger (2021b) har også gjennomført en systematisk oversiktsartikkel vedrørende effekt av trening på laterale albuesmerter. Totalt 30 studier med 2123 deltagere ble inkludert. Trening viste seg å være bedre enn kortisoninjeksjon ved alle utfallsmål med unntak av kortsiktig smertelindring. Klinisk signifikante forskjeller ble observert for smertefri greppsstyrke ved både kort- og langsiktig oppfølging. Statistisk signifikante forskjeller (med svært lav sikkerhet) ble observert for trening sammenlignet med «wait-and-see», men kun for selvrapperte utfall, smertereduksjon og funksjon ved kort- og langsiktig oppfølging. Det var store forskjeller i beskrivelse av treningsutstyr, belastning, varighet og frekvens av treningsprogram.

Oppsummert kan man med lav til veldig lav sikkerhet si at trening er effektivt mot laterale albuesmerter sammenlignet med passive modaliteter, både med og uten invasiv behandling.



## Oppsummering

Først og fremst finnes det et ekstremt bredt spekter av studier



Figur 2. Oppsummering av Ozturan et al. 2010, Gündüz et al. 2012, Beyazal et al. 2015 og Xiong et al. 2019.

som omhandler laterale albuesmerter. Dette inkluderer flertallige RCT-studier som vurderer effekten av kortisoninjeksjoner opp mot fysioterapi, trykkbølge, andre modaliteter og kombinasjonen av disse modalitetene. Alle studiene har gjort valg som gjør de forskjellig fra hverandre. Vedvarende laterale albuesmerter defineres svært forskjellig, alt fra 4 uker til 6 måneder eller mer. Sosio-demografiske og sosioøkonomiske faktorer for de rekrutterte individene er også svært varierende og ofte ikke nevnt eller vurdert. Språk og forklaringer benyttet i pasientkontakt er heller ikke definert eller nevnt. Dosen på intervensjonene er varierende og flere ganger ikke nevnt. Dette gjelder spesielt treningsprogrammer, -protokoller og -prinsipper som er benyttet. Det gjør at forskning, som de fleste ser på som svart-hvitt, blir grått. Dette krever mye av leseren i form av tolkning, særlig da vi setter studier opp mot hverandre.

## What to do?

Kort og godt forteller forskningen oss at de aller fleste (nærmere 90 %) blir betydelig bedre og kanskje helt bra innen 12 måneder, uavhengig av hva vi gjør. På mange måter peker laterale albuesmerter i samme retning som flere andre tilstander innenfor faget vårt, hvor «regression to mean» står helt sentralt. Så hva gjør vi? Grunnet det naturlige forløpet til tilstanden, kan argumentet «håndtering» fremfor «fiksing» bli brukt. Dette starter allerede ved første møte med pasienten, hvor vi ofte må «avtlære» pasienten holdningen

om at vi skal «fikse» de. Forskningen gir enorm frihet og spillerom med hensyn til hvilke tiltak vi benytter, og her vil våre egne forutbestemtheter og foretrukne verktøy spille en stor rolle – så lenge det ikke er kirurgi eller kortison. Den kontekstuelle faktoren, som er oss, vår trygghet og overbevisning, er helt avgjørende for videre «forløp». Allikevel bør grunnensansen av tilnærmingen ha forankring i Caneiro og kolleger (2019) sine «call to action»:

1. Vurdere pasientens biopsykososiale risikoprofil
2. Omfavne pasientsentrert kommunikasjon
3. Undervisning av pasienten
4. Tilrettelegge for selvhåndtering av tilstanden
5. Sørg for tverrfaglig oppfølging av ko- og multimorbiditeter



Som Stian avsluttet med tilbake i 2020 (nr 5-20); «...for det er jo tross alt en person foran oss som har den vonde albuen».

Se referanser/kilder side 36.