

Richtlijn Elleboogklachten

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	3
2.	Anamnese.....	3
2.1	Algemeen.....	3
2.2	Arbeidsanamnese	4
3.	Funcieonderzoek.....	4
3.1	Functionele actieve testen.....	4
3.2	Passieve testen	4
3.3	Weerstand of extra testen	4
4.	Diagnose beroepsgebonden elleboogklachten.....	5
4.1	Risicofactoren voor het ontstaan van elleboogklachten	5
5.	Behandeling	5
6.	Arbeidsgeschiktheidsbeoordeling en begeleiding	6
6.1	Beoordeling van de werksituatie	6
6.2	Werkhervattingsadvies	6
6.3	Begeleidingsplan.....	7
7.	Preventie.....	8
8.	Samenvatting diagnostiek, behandeling en arbeidsgeschiktheidsbeoordeling van (werkgebonden) elleboogklachten	8
9.	Literatuur	9

1. Inleiding

Bijna 11% van de werknemers in de bouw heeft regelmatig elleboogklachten. Uit de PAGO-gegevens (2003) blijkt dat de traditionele- en de mechanische stukadoors de meeste klachten hebben met respectievelijk 18% en 19%. Ook de klachtenpercentages van de blokkenstellers in de ruwbouw (18%) en de afbouw (16%) en van de gietvloerenleggers (17%) zijn aanzienlijk hoger dan het gemiddelde van werknemers in de bouwnijverheid. Tegelzetters (14%), steigerbouwers (14%) en metselaars (13%) hebben eveneens significant hogere klachtenpercentages.

2. Anamnese

Klachten in de (omgeving van de) elleboog hebben vaak een lokale oorzaak. Wanneer de anamnese ook een lokaal probleem doet vermoeden, wordt gewoonlijk met elleboogonderzoek begonnen. Wanneer dit onderzoek negatief of twijfelachtig positief uitvalt, moet zowel de cervicale wervelkolom, als het gebied van de thoracic outlet en de schouder onderzocht worden. In sommige gevallen kunnen aandoeningen in het polsgebied naar proximaal pijn refereren waardoor ook polsonderzoek nodig kan zijn. Denk altijd aan de mogelijkheid van een entrapment neuropathie (n. ulnaris ter hoogte van de mediale epicondyl of n. radialis in de m. supinator).

2.1 Algemeen

- Individuele variabelen:
 - Leeftijd.
 - Hobby/sport.
 - Sekse.

- Klachten variabelen:
 - Aard, tijdstip van ontstaan, verloop, ritme, dag/nacht projectie, provocerende invloeden met direct of later optredende gevolgen en ontlastende invloeden.
 - Stoornissen in:
 - Houding (dwanghouding, onmogelijke houding).
 - Beweging (mogelijkheid, kwantiteit, verloop, coördinatie, geluiden, recidief).
 - Gevoel (hyperaesthesie, paraesthesie, hypo-aesthesie, anaesthesie).
 - Motorisch (krachtverlies, krachttuitval).
 - Vegetatief (hydrosis, trichosis, hyperaesthesie, kleur en kramp).
 - Algemeen welbevinden
 - Reeds ondergane therapieën?

- Eigen oordeel omtrent oorzaak aandoening?
- Mate van hinder in dagelijks functioneren; klachten als het wakker worden van de pijn helpen bij het inschatten van de ernst van de aandoening.

2.2 Arbeidsanamnese

- Beroep
 - Vragen naar beroep, hoofdtaken, activiteiten, werktijden
 - Vragen naar risicofactoren (frequentie van voorkomen, duur en intensiteit) voor elleboogklachten
 - Terugkomen van klachten, verergering bij elleboogbelastende activiteit
 - Verandering klachtenpatroon in weekend en/of vakanties?

3. Functieonderzoek (zie NCvB-richtlijn bovenste extremiteit)

Begin met een inspectie van beide armen: symmetrie, atrofie, zwelling, huidveranderingen (verkleuringen, littekens, temperatuur, etc.). Naar aanleiding van de anamnese worden testen voor het functieonderzoek geselecteerd.

3.1 Functionele actieve testen

Homolaterale schouder top aanraken met de vingers, stoel in boven- en ondergreep optillen.

3.2 Passieve testen

Controleer op aanwezigheid van beperkingen volgens het capsulair patroon (flexie, extensie).

3.3 Weerstand of extra testen

Selecteer weerstandstesten aan de hand van de anamnese en de functionele testen. Via weerstand elleboogflexie kan door de uitgangshouding van de onderarm (in supinatie of neutrale stand) onderscheid tussen respectievelijk de m. biceps brachii en m. brachioradialis worden gemaakt. Voor bevestiging van epicondylitis lateralis humeri (tenniselleboog) of medialis (golferselleboog) wordt de kracht van respectievelijk de pols extensoren en pols flexoren getest waarbij de elleboog in gestrekte positie is. Klachten die lijken op een tenniselleboog in de spierbuik van m. extensor carpi radialis brevis. De compressie van de n. ulnaris wordt met de gecombineerde flexie + compressie test getest en de compressie van de n. radialis met een eenvoudige compressietest.

4. Diagnose beroepsgebonden elleboogklachten

4.1 Risicofactoren voor het ontstaan van elleboogklachten (zie richtlijn NCvB bovenste extremiteit)

Als *risicofactoren* voor het ontstaan van elleboogklachten kunnen genoemd worden:

- Houdingen waarbij meer dan 90 graden flexie (vanuit gestrekte arm) in de elleboog meer dan twee uur gedurende een werkdag worden gehanteerd.
- Houdingen waarbij de elleboog bijna gestrekt wordt gehouden tijdens meer dan twee uur gedurende een werkdag.
- Houdingen waarbij extreme pro- of supinatie van de onderarm meer dan twee uur gedurende een werkdag voorkomen.
- Repeterende bewegingen in het pols- of ellebooggewricht meer dan vier uur gedurende een werkdag.
- Werk met grote krachttuitvoering voor onderarmspieren van meer dan twee uur gedurende een werkdag (bijvoorbeeld knijpen in objecten of handgereedschap).
- Combinatie van bovengenoemde factoren.
- Voor elleboog artrose: expositie aan vibrerend handgereedschap van meer dan een uur gedurende een werkdag.

Beroepen/activiteiten waarbij deze risicofactoren veel voorkomen zijn:

- aanbrengen van stucwerk/pleisterwerk;
- voegen;
- handmatig in- of uitdraaien van schroeven;
- schilderen;
- handmatig stoeptegels leggen;
- timmeren.

5. Behandeling

Over het algemeen kan gedoseerde rust in veel gevallen de klachten verminderen. Bij volledige immobilisatie atrofiëren de spieren rondom het ellebooggewricht.

Activering van deze spieren door middel van actieve immobilisatie (aanspannen zonder bewegen) kan spieratrofie beperken.

Conform de NHG-standaard wordt door de huisarts zonodig een analgeticum voorgeschreven (paracetamol 500 mg). Bij onvoldoende effect kan een NSAID worden voorgeschreven. Indien de patiënt langdurig veel hinder in dagelijks functioneren blijft houden, kan de huisarts locale injecties geven met een

cortisteroïd, zonodig in combinatie met een anestheticum. Het effect van een injectie wordt tenminste twee weken afgewacht terwijl in die periode luxerende momenten dienen te worden vermeden. Bij onvoldoende effect kan de injectie maximaal tweemaal herhaald worden.

Verwijzing naar fysiotherapeut en orthopedisch chirurg worden niet aanbevolen door gebrek aan bewijs voor effectiviteit (zie NVAB-richtlijn Kasn en NHG-standaard).

6. Arbeidsgeschiktheidsbeoordeling en begeleiding

6.1 Beoordeling van de werksituatie

Door een zorgvuldige arbeidsanamnese kan worden nagegaan in welke mate er sprake is van belasting van de elleboog. Soms is een aanvullend werkplekonderzoek hiervoor noodzakelijk. Desgewenst kan dit door een arbeidshygiënist of ergonoom uitgevoerd worden.

6.2 Werkhervattingsadvies

Het boek Beoordelingsrichtlijnen voor Arbeidsgeschiktheid van Arbouw kan gebruikt worden om te bepalen of een werknemer met een bepaalde schouderklacht wel of niet zijn oude werkzaamheden zou kunnen hervatten. In dit boek worden per beroep de belastbaarheids eisen aangegeven. Deze eisen zijn opgedeeld in verschillende aspecten. Voor elleboogklachten zijn de aspecten: armbelasting, traplopen/op ladders klimmen, klimmen/klauteren, hand-armtrillingen en tillen van belang. Per beroep wordt in een grafiek aangegeven welke eisen er per aspect gesteld worden.

Ook voor enkele elleboogklachten is dit gedaan. De belastbaarheidsbeperkingen die leiden tot een indeling op niveau 3 (= matig verminderde belastbaarheid) en 4 (ernstig verminderde belastbaarheid) voor elleboogklachten zijn hieronder weergegeven:

• Recidiverende gewrichtsklachten van de bovenste ledematen	handtril/3
• Lichtere functiestoornissen nek, schouders, bovenste ledematen of rug	armbel./3; klimmen/3
• Ernstige functiestoornissen nek, schouders, bovenste ledematen of rug	armbel./4; klimmen/4
• Langdurige eenmalige epicondylitis in anamnese	armbel./3; klimmen/3
• Recidiverende epicondylitis in anamnese	armbel./4; klimmen/4
• Vervroegde osteo-arthrose van pols-, elleboog- of schoudergewricht	handtril/3
• Lichte afwijkingen nek, schouders, heupen, bovenste of onderste ledematen	tillen/3
• Ernstige afwijkingen nek, schouders, heupen, bovenste of onderste ledematen	tillen/4

Afhankelijk van de belastingsniveaus in een bepaald beroep, zal de aanwezigheid van een beperking van de belastbaarheid al dan niet relevant zijn voor die functie.

6.3 Begeleidingsplan (zie NVAB-richtlijn Kasn)

Beoordeel aanwezigheid van oorzakelijke factoren in de werksituatie; adviseer werkplekonderzoek door arbeidshygiënist of ergonoom bij onduidelijkheid.

Nadat de werksituatie beoordeeld is, kan bepaald worden of er mogelijkheden tot aanpassingen in het werk zijn. Daarbij kan contact opgenomen worden met de werkgever waarbij ook gekeken kan worden of er tijdelijk een ander functie binnen het bedrijf vervuld kan worden. Eventueel gedeeltelijke werkhervatting kan ook een optie zijn. Adviseer over aanpassingen indien er sprake is van niet-ergonomische werkhoudingen; geef instructie en advies over ontlastend gebruik van de elleboog en pols; benoem de meestal gunstige verloop van de aandoening. Adviseer om het werk en de dagelijkse activiteiten zoveel mogelijk vol te houden, zo nodig met aanpassingen. Enkele mogelijkheden voor aanpassingen zijn: taakrotatie, tijdelijk andere functie, aangepaste werktijden, andere werkmethode, gebruik van andere (niet aangedane) elleboog.

Evalueer na drie weken het spontane verloop en/of het succes van de interventies. Neem daarbij de verwachte duur van de aandoening in ogenschouw (zie verder NVAB-Richtlijn Kasn).

7. Preventie

Ter *preventie* van elleboogklachten (op groeps-, individueel niveau) kunnen de volgende preventieve maatregelen getroffen worden:

Technische/organisatorische maatregelen:

- Gebruik mechanische hulpmiddelen om belastende werkzaamheden voor de elleboog te beperken.
- Gebruik ergonomisch verantwoorde elektrische of perslucht aangedreven handgereedschappen. Hierdoor hoeft geen kracht en rotatie geleverd te worden en is de handgreep optimaler. Voorbeelden zijn een waterpomptang, schroevendraaier, vijl, ratelsleutel, kniptang, baco en handzaag.
- Probeer tillen zoveel mogelijk te vermijden door mechanisatie of door verandering van het werkproces. Gebruik bijvoorbeeld een hijslier voor het vertikaal transport van steigerelementen.
- Probeer eenzijdige elleboogbelasting zoveel mogelijk te voorkomen bijvoorbeeld door afwisseling van de werkzaamheden, door aanpassingen van het werkproces of door taakrotatie.

Individuele maatregelen:

- Als er getild moet worden doe dit dan zoveel mogelijk met twee handen waarbij de last zo dicht mogelijk bij het lichaam gehouden wordt.
- Neem regelmatig pauzes en probeer regelmatig van werkhouding te wisselen, met name als er sprake is van repeterende arm arbeid.

8. Samenvatting diagnostiek, behandeling en arbeidsgeschiktheidsbeoordeling van (werkgebonden) elleboogklachten

ANAMNESE

- Vraag klachten uit
- Persoonsgebonden variabelen
- Beroepsgebonden variabelen

FUNCTIEONDERZOEK

- Functionele actieve testen
- Passieve testen
- Weerstand of extra testen

CHECK RISICOFACTOREN VOOR ONTSTAAN VAN SCHOUDERKLACHTEN

- houdingen;
- bewegingen;
- kracht;
- combinatie van houdingen en bewegingen.

Indien beroepsgebonden klacht(en), aandoening melden bij het NCVB (zie richtlijn NCVB, bovenste extremiteit).

BEHANDELING EN ARBEIDSGESCHIKTHEIDSBEOORDELING

- Bedrijfsarts:
 - algemeen: ‘rust roest’, de elleboog zo gewoon mogelijk laten gebruiken. Als napijn langer dan 1 uur duurt dan is belasting te hoog;
 - beoordeling werksituatie;
 - begeleidingsplan en werkhervattingsadvies opstellen;
 - werkplekaanpassingen doorvoeren;
 - preventieve maatregelen (op groeps- en individueel niveau).
- Curatief
 - informatie en advies; symptomatische pijnstilling met paracetamol;
 - bij onvoldoende verbetering, lokale injectie met corticosteroid (eventueel met anestheticum): maximaal 3 injecties;
 - geen doorverwijzing.

9. Literatuur

- NHG-standaarden voor de huisarts deel II (1996) Red. Rutten, G.E.H.M., Thomas S. Bunge Utrecht.
- Beoordelingsrichtlijnen voor arbeidsgeschiktheid. Arbouw, maart 1997.
- Richtlijn NCVB bovenste extremiteit (www.beroepsziekten.nl).
- NVAB richtlijn voor bedrijfsartsen *Klachten aan arm, schouder of nek* (Kasn). NVAB, 2003.