

LATERALNI EPIKONDILITIS II: TERAPIJSKI PRISTUP

Ovaj članak sažima iskustva većeg broja radova s temom terapijskog pristupa lateralnom epikondilitisu (LE). Iako postoji mnoštvo terapijskih pristupa, i svi pokazuju određeni pozitivni učinak, nije se došlo do "zlatnog standarda" s uvjerljivim dugoročnim pozitivnim učinkom. To saznanje upućuje na to da je potrebno dobro provesti, randomizirani, placebo-kontrolirani klinički pokus u svrhu objektiviziranja pojedinih terapijskih pristupa.

I. Medikamentozna terapija

Medikamentozna terapija predstavlja jednu od glavnih terapeutskih intervencija u sklopu konzervativnog liječenja LE. Uključuje lokalnu primjenu kortikosteroida, lokalnih anestetika te peroralnu i transdermalnu primjenu nesteroidnih antiinflatornih lijekova (NSAR). Istraživanja pokazuju da lokalna infiltracija kortikosteroida ima prednosti prema anestetiku i placebo efektu, međutim, dugotrajnim praćenjem pacijenata pokazalo se da nema signifikantne razlike između prvih dviju terapijskih procedura. Novije studije opisuju efekt kombinacije kortikosteroida i anestetika (Lignocaina i Bupiracina). Rezultati upućuju na bolje pozitivno djelovanje kombinacije s dugodjelujućim anestetikom. Na temelju dostupnih podataka, zaključuje se da lokalna primjena kortikosteroida ima signifikantno pozitivno kratkotrajno djelovanje te da je djelotvornija u akutnoj fazi bolesti i u pacijenata koji ranije nisu primali tu vrstu terapije. Poznato je da lokalna infiltracija kortikosteroidom rezultira signifikantnom postinfiltracijskom boli (traje do 4 dana), koja je povezana s učestalošću ostalih potencijalnih komplikacija, uključujući potkožnu atrofiju, depigmentaciju ili hiperpigmentaciju kože (javlja se u do 40% pacijenata), rupturu tetive (treća najčešća komplikacija) ili ligamenta, kao i povezanost s destrukcijom zgloba. Usprkos dokazu o kratkoročnom pozitivnom učinku utvrđenom na osnovi kliničkih pokusa, nekoliko faktora ukazuje protiv upotrebe lokalnih infiltracija kortikosteroida u terapiji LE: 1) nedostatak čvrstih dokaza da je patološka podloga LE upalna reakcija, 2) ozbiljan rizik od štetnih nuspojava povezanih s utjecajem na kolagenu strukturu, 3) nedostatak dokaza na osnovi kliničkih pokusa koji bi ukazivali na dugotrajni pozitivni učinak. Zaključno čini se da je teško podržati upotrebu lokalnih infiltracija kortikosteroida u liječenju LE, osim jednokratne primjene te isključivo u tretmanu rane, akutne faze poremećaja. Istraživanja su, također, pokazala da drugi načini lokalne primjene kortikosteroida, kao što je sonoforeza pomoću ultrazvuka i 10% kortikosteroidnoga gela, nemaju prednosti nad lokalnom infiltracijom pomoću

injekcija. Iako je široko područje primjene nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSAR) u terapiji LE, pokazalo se da je malo objavljenih radova koji specifično evaluiraju taj problem. NSAR se mogu primjenjivati na više načina, uključujući i peroralnu te transdermalnu primjenu facilitiranu pomoću električne struje (jontoforeza). Uspoređivanjem učinka peroralne primjene Naproksena u dozi od 250 mg tijekom dva tjedna te jednokratne lokalne infiltracije 6 mg betamethasona, utvrđeno je da nije bilo značajnije razlike u pozitivnom terapijskom efektu između tih dviju grupa pacijenata. Također, lokalna primjena NSAR (Voltaren gel 2 puta na dan tijekom 2 tjedna ili 20 tretmana jontoforeze u trajanju od 30 minuta) pokazuje značajno poboljšanje kod tih pacijenata u smislu smanjenja boli u mirovanju, palpatorne i motiliterne boli te povećanje snage stiska šake u odnosu na placebo grupu.

II. Fizikalna terapija.

U širokoj primjeni liječenja poremećaja i oštećenja mekih tkiva pa tako i u terapiji LE, terapija je ultrazvukom (UZV). Kontradiktorni su do danas objavljeni rezultati studija koje su evaluirale efikasnost liječenja LE pomoću UZV. Tako određene studije pokazuju da 10 UZV tretmana ima jednaki efekt kao i placebo terapija, ali isto tako ima i signifikantno povoljniji učinak na oporavak LE od terapije isključivo mirovanjem. Studije koje uključuju samo placebo grupu bez kontrolne grupe, pokazuju poboljšanje u terapijskoj i placebo grupi, ali se kod takvih studija ne može objektivizirati je li to poboljšanje zapravo prirodan tok bolesti ili se radi o potencijalno korisnom placebo efektu.

Upitno je jesu li do sada provedena istraživanja mogla detektirati mali, ali klinički značajan pozitivan terapijski efekt ultrazvuka, tj. jesu li uključile tri grupe ispitanika (UZV, kontrola, placebo), dovoljan broj ispitanika te odgovarajuću dozu i trajanje terapije ili UZV nema stvarnog terapijskog efekta, osim u sklopu placeba. Od ranih 80-tih, niskoenergetska terapija laserom postala je popularna u terapiji poremećaja mekih tkiva pa tako i u terapiji LE. Lundbergova studija uspoređivala je učinak Ga-As i He-Ne lasera apliciranog na akupunkturne točke oko lakta, s placebo efektom i utvrdila da nema signifikantne razlike u poboljšanju subjektivnih i objektivnih pokazatelja, nakon četverotjednog tretmana, između lasera i placebo grupe. Samo dvije studije demonstriraju statistički značajnu razliku u terapijskom efektu lasera i placebo lasera u terapiji LE i u oba slučaja je laser direktno primjenjen na bolno područje lateralnog epikondila humerusa. Za razliku od istraživanja u vezi s UZV terapijom, istraživanja o primjeni lasera u terapiji LE, uglavnom zadovoljavaju kriterije i mada nisu osigurala potporu primjeni lasera u terapiji LE, potrebno je nastaviti istraživanja u smjeru determiniranja terapijskih parametara koji će rezultirati pozitivnim terapijskim učinkom. To prvenstveno upućuje na problem doziranja, kako lasera, tako i UZV-a. Iako dosadašnja istraživanja osiguravaju vrlo malu potporu nastavku uporabe lasera u terapiji LE,

nije moguće predvidjeti hoće li neki drugi tip lasera ili novi parametri doziranja, dovesti do pozitivnoga terapijskog učinka.

III. Manuelna terapija

Manuelna terapija - uključuje manipulaciju, mobilizaciju i cervikalnu mobilizaciju.

Primjena cervikalne mobilizacije u terapiji LE, temelji se na shvaćanju da LE nije isključivo lokalno zbivanje, već da je nurofiziološki i biomehanički povezan s degenerativnim promjenama i disfunkcijom cervikalne kralježnice. Iako su do sada samo dvije studije objavljene na tu temu, obje pokazuju pozitivan učinak treninga cervikalne kralježnice primjenom odgovarajućega manualnoga terapijskog treninga na LE.

IV. Kineziterapija

Većina autora preporuča primjenu progresivnog programa vježbi, koje uključuju spore kontrolirane pokrete, s postupnom progresijom prema većoj funkcionalnoj aktivnosti, a koje prvenstveno uključuju mišiće ekstenzore šake te druge mišićne grupe podlaktice. Praćenjem bolesnika nakon osmotjednog terapijskog programa, utvrđeno je signifikantno poboljšanje u smislu smanjenja boli, poboljšanje kvalitete sna i snage.

V. Akupunktura

Na osnovi dosadašnjih istraživanja, koja su još u povojima, jasno je da akupunktura ima potencijalno koristan učinak, ali nije još dokazano pozitivno dugotrajno djelovanje.

VI. Podlaktatni steznik

Podlaktatni steznik elastični ili neelastični, apliciran odmah ispod lakta, trenutno povećava snagu stiska šake te snagu ekstenzije u ručnom zglobu, kao i bezbolnost stiska šake. Može zaključiti da u vrijeme aplikacije steznika dolazi do pozitivnoga terapijskog učinka u smislu smanjenja boli i poboljšanja funkcije pacijenata u LE.

VII. Kirurško liječenje

Pokazalo se da su svi do sada primjenjivani kirurški postupci podjednako efikasni u terapiji LE pa se preporuča upotreba tehnike lateralnog oslobađanja zajedničkog polazišta ekstenzora.

Kirurška se terapija preporuča pacijentima koji nisu reagirali na konzervativnu terapiju. Čini se da kirurška terapija ima pozitivan učinak u relativno dužem vremenskom razdoblju (65% pacijenata bez bolova u 5 godina praćenja). U novije vrijeme opisana je i primjena selektivne senzorne denervacije, kao kirurške metode u terapiji lateralnog epikondilitisa, tj. presjecanje ogranka radijalnog živca koji opskrbljuje zglobne strukture (tehnika po Kaplanu).

Zaključak

Nepoznata patohistološka podloga poremećaja. Nepoznat prirodni tok bolesti. Nepostojanje "zlatnog terapijskog standarda". Potreba za daljnjim kvalitetnim istraživanjima na tom području. (Wright A, Vicenzino B. Lateral epicondylalgia II: therapeutic management. Phys Ther Rev 1997; 2:39-48).

Dr. med. Nadica Laktašić