

Lateral epikondylit och cervikalryggen

Sven Anders Sölveborn har i Läkartidningen 10/99 diskuterat den laterala epikondylitens klinik.

Benämningen »tennisarmbåge» är olyckligt vald och fokuserar uppmärksamheten till sysselsättningar som tennis. Det är dock kliniskt väl känt att symtomet är vanligt hos många patienter, som inte utfört anmärkningsvärda eller belastande aktiviteter.

Vid den laterala epikondyliten intar m extensor carpi radialis en central roll. Muskeln är regelmässigt palpationsöm och har rikligt med triggerpunkter.

Innervationen till den muskel som inserer vid laterala epikondylen har sin huvudsakliga innervation från de cervikala segmenten C6 och C7.

Samband med besvär från nacken

Samband mellan besvär från nacken och epikondylit har noterats av Maigne [1]. Gunn [2] har belyst sambandet mellan epikondylit och cervikalrygg. Han fann att hos 42 patienter med epikondylit hade alla abnorma elektromyografiska reaktioner med patologiskt ökad och förlängd aktivitet vid aktivering av extensormuskeln.

Att det föreligger ett samband mellan patologiska tillstånd i nacken och epikondylit har även noterats av Vicenzino [3]. Han har i en kontrollerad studie visat att manipulativ behandling av cervikalryggen medförde en signifikant förbättring av epikondyliten jämfört med placebobehandling och en kontrollgrupp.

Tillståndet har fått en intressant förklaringsmodell genom den kunskap vi har om hur proprioceptiva impulser från leder och gammaspolesystemet styr muskelfunktionen. Johansson [4] vid Arbetslivsinstitutet i Umeå har klargjort att gammaspolesystemet genom en sinnrik återkoppling till centrala nervsystemet modulerar muskelns tonus (»stiffnes») och att kemiska reaktioner vid statisk belastning eller skada i mycket hög grad påverkar denna modulering.

Störningar i de afferenta impulserna uppstår bl a vid patologiska förhållanden inom ett segment, exempelvis i facettdleder eller spända muskler vid statiska belastningar (maskinskrivning, arbete med dator). Dessa smärttill-

stånd utlöser i sin tur reflexmässig ökad tonus som kan ge upphov till en *circulus vitiosus*.

Om man betraktar nervsystemet som en funktionell enhet inom ett segment ligger det nära till hands att alla muskler som innerveras i ett segment kommer att reagera på neuronala störningar i segmentet. Sambandet mellan perifera muskelsmärter och centralt belägna muskler vid kotpelaren kan då få en logisk förklaring.

Tidig cervikal degeneration

De cervikala segmenten C5–6–7 är de segment som mycket tidigt visar tecken på degeneration. Redan i 20-årsåldern uppvisar ca 15 procent asymtomatiska personer diskdegeneration på MRI [5]. Denna tidiga cervikala degeneration skulle kunna utgöra en förklaring till att många unga personer, utan symtomgivande nackbesvär, ändå till en del skulle kunna ha nackbesvär som orsak till epikondyliten.

Det är rimligt att forskning om detta tillstånd, grundat på moderna kunskaper om muskelneurofysiologiska reaktioner, kan bidra till en bättre diagnostik och behandling.

Bengt Johansson

ordf i Svensk förening för ortopedisk medicin

Referenser

1. Maigne R. Épicondylalgies, rachis cervical et articulation radio-humérale. *Ann Med Phys* 1960; 3: 299.
2. Gunn CC, Milbrandt WE. Tennis elbow and the cervical spine. *Can Med Assoc J* 1976; 114: 803-9.
3. Vincenzino B, Collins D, Wright A. The initial effects of a cervical spine manipulative physiotherapy treatment on the pain and dysfunction of lateral epicondylalgia. *Pain* 1996; 68: 69-74.
4. Johansson H, Sjölander P, Djupsjöbacka M. Influences of joint receptors on the fusimotor system – Possible implications for proprioception and control of muscle stiffness. Summaries of lecture during the postgraduate course neuro-muscular systems and muscle pain. September 29–December 12, 1995. Arbete och Hälsa vetenskaplig skriftserie 1996:4. Arbetslivsinstitutet, Solna.
5. Matsumoto M, Fujimura Y, Suzuki N, Nishi Y, Nakamura M, Yabe Y, Shiga H. MRI of cervical intervertebral discs in asymptomatic subjects. *J Bone Joint Surg (Br)* 1998; 80-B: 19-24.

Tillrättalägganden om Britten

Töres Theorells beskrivning av Benjamin Britten i Läkartidningen 6/99 [1] är så fullständigt felaktigt att den inte kan få stå oemotsagd.

Britten befann sig förvisso aldrig i några skyttegravar under andra världskriget (där skyttegravar knappast användes; dessa var ju typiska för första världskrigets ställningskrig).

Att det skulle vara »farligt att försöka publicera manus under kriget för en soldat» är naturligtvis rent nonsens. När det gäller Britten var han inte soldat och många av hans verk både skrevs och publicerades under kriget. Hans mest berömda opera, Peter Grimes, uruppfördes t ex i London redan den 7 juni 1945, bara en månad efter krigsslutet i Europa och långt innan japanerna kapitulerade.

Sanningen är i stället att Britten var radikalpacifist och att han 1939 flydde till USA för att undgå kriget. Han stannade där till 1942 då han (via svensk lastbåt!) återvände till England för att bl a försöka dämpa den växande kritiken i hemlandet mot hans i mångas tycke fega agerande.

Men inte heller efter hemkomsten upplevde Britten någonsin »kriget vid fronten» utan föredrog den lugnare engelska landsbygden för sitt komponerande.

Kanske en annan förklaring till den av Theorell upplevda intensiteten i Britten's verk om förbjuden kärlek kan ges? Som känd homosexuell i dåtidens »kultur» var Britten naturligtvis mycket medveten om att priset för av samhället icke sanktionerade förbindelser kan vara högt.

Anders Sjövall

överläkare, röntgenavdelningen, Hässleholms sjukhus

Referenser

1. Theorell T. Talande tonspråk. *Läkartidningen* 1999; 6: 654-5.
2. Carpenter H. Benjamin Britten: a biography. New York: C Scribners Sons, 1992.
3. Headington C. Britten. New York: Holmes & Meier, 1982.

Nu för tiden finns all information på Internet. Föreslår t ex www.gloriana.com/britbib.html med en utförlig Brittenbibliografi och tidskriften *Composer* på www.futurenet.co.uk/classicalnet/composers/composers.html.