

MiCare | 2020 Whitepaper

# MORBUS DE QUERVAIN

*Symptomen en behandeling*



Rick Loneus, ergotherapeut/handtherapeut

© 2020 MiCare Health

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming. Het gebruik van tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld. Voor het verkrijgen van toestemming kunt u zich richten tot MiCare: [info@micare-health.nl](mailto:info@micare-health.nl).

De informatie in dit whitepaper is uitsluitend bestemd voor zorgprofessionals. Dit whitepaper is niet geschikt voor cliënten en dient in geen geval aan cliënten ter beschikking worden gesteld.

### **MiCare Health**

CBS-weg 15  
6412 EX Heerlen

Telefoon: 045 785 14 80

E-mail: [info@micare-health.nl](mailto:info@micare-health.nl)

Website: [www.micare-health.nl](http://www.micare-health.nl)

## INHOUDSOPGAVE

---

INHOUDSOPGAVE .....	3
INLEIDING .....	4
DEFINITIE .....	5
ETIOLOGIE .....	6
DIAGNOSTIEK .....	8
BEHANDELINGEN .....	10
Conservatieve behandeling .....	10
Chirurgische ingreep .....	11
CONCLUSIE .....	13
OVER MICARE .....	14
LITERATUUR .....	15

## INLEIDING

---

Morbus de Quervain is een ontsteking van de pezen en/of peesschede van de duim en pols. Deze ontsteking wordt ook wel Ziekte van Quervain, De Quervain syndroom, Tendovaginitis styloideus radii of Radial styloid tendovaginitis genoemd.

Hoe ontstaat Morbus de Quervain? Wat zijn de symptomen en hoe wordt de diagnose gesteld? Deze vragen worden beantwoord in dit whitepaper. Bovendien gaan we in op mogelijke behandelingen van deze aandoening.

## DEFINITIE

---

Morbus de Quervain is een specifieke aandoening in de pols-handregio, die valt onder KANS (Klachten aan Arm, Nek en/of Schouder). Deze aandoening betreft een ontsteking aan de spierpeesovergang van de Abductor Pollicis Longus (APL) en de Extensor Pollicis Brevis (EPB) ter hoogte van de styloideus radii. Dit zorgt voor een tenosynovitis en/ of tenovaginitis in het eerste dorsale compartiment. Onderzoeken wijzen uit dat de meeste pijnklachten ontstaan vanuit de overgang van spierpees naar spierbuik van de APL en EPB.

Actieve klachten behorend bij Morbus de Quervain uiten zich in pijn in de tabatière anatomique, tussen het 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> dorsale compartiment. Door de ontsteking, zoals hierboven beschreven, zullen één of meerdere pezen aan de radiale zijde van de pols gezwollen zijn, waardoor deze pezen slechts beperkt bewogen kunnen worden en tevens pijnlijk zijn. Zo kan het draaien van de pols, het vastpakken van voorwerpen en het maken van een vuist pijnlijk zijn. Bovendien is het mogelijk dat er een krakend geluid en gevoel kan optreden wanneer kracht met de hand wordt gezet. Dit komt voornamelijk voor bij herhaaldelijke bewegingen van de vingers, bijvoorbeeld tijdens computerwerk en schrijven.

Als deze klachten niet worden behandeld, kunnen klachten zich uitbreiden naar de duim en bovenzijde van de onderarm. Het inzetten van de gehele hand en duim kunnen bij het niet-behandelen dan voor veel problemen in het dagelijks leven zorgen (Schreuders, 2009). Het inzetten van de duim kan pijnlijker worden, en bewegingen van de duim kunnen steeds moeizamer en minder soepel gaan.

## ETIOLOGIE

---

Morbus de Quervain komt vaker voor bij vrouwen tussen 20 en 40 jaar. Aanleiding naar deze aandoening kan een zwangerschap zijn, voornamelijk wanneer de pols in palmairflexie wordt gehouden tijdens het geven van de fles. Daarnaast vergroten volleybal en andere balsporten waarbij sprake is van intensief gooien en vangen, de kans op deze aandoening, evenals repeterende bewegingen, zoals knijpen, wringen, tillen, scrollen en/of typen en diagnoses als reuma en diabetes. Het aantal fibro-ossale tunnels en meerdere compartimenten in het eerste dorsale compartiment kan worden geassocieerd met een aanleg voor Morbus de Quervain.



Het eerste dorsale compartiment werkt namelijk als pulley voor de extensoren van de duim (APL en EPB). Wanneer de APL en EPB overbelast raken en/of door een ontsteking verdikken, zullen deze meer moeite hebben om soepel door het eerste dorsale compartiment te glijden. Het extensor retinaculum is erg stug en dik en zet niet mee uit als de pezen opzetten, waardoor de pezen meer moeite hebben om onder het extensor retinaculum door te glijden. Vaak zijn de APL en EPB niet verdikt, maar is de peesschede synovia ontstoken, waardoor de pezen niet soepel door de peesschede glijden. Sommige mensen hebben anatomische varianten, zoals septum-ossale styloid raddi, waarbij een tussenschot tussen de pezen zit. Dit kan voor een belemmering voor de peesdoorgang zorgen. Een andere anatomische variant kan de hoeveelheid pezen of meerdere inserties van de pezen zijn. Deze variant kan de kans op Morbus de Quervain vergroten.

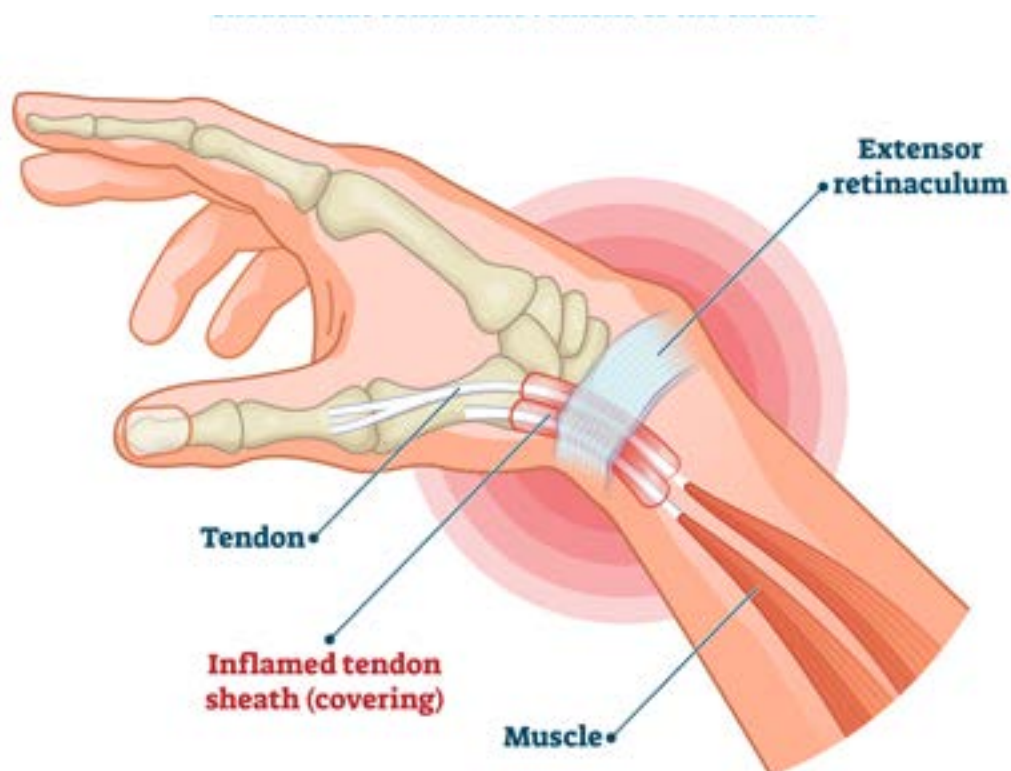
Omdat bij deze diagnose de pezen in de meeste gevallen verdikt of gezwollen zijn, bestaat de kans dat naast het bekneld raken van de pezen - waardoor deze pezen niet meer soepel glijden - dat de arterie en de zenuwen afgekneld raken. Dit kan leiden tot tintelingen in duim en/of wijsvinger.



## DIAGNOSTIEK

---

De aandoening is het gevolg van irritatie en zwelling in de pezen aan de radiale zijde van de pols. Dit is ook de plaats (duimzijde van de onderarm) waar de cliënt de klacht als eerste voelt. Mocht een cliënt te lang gewacht hebben en dus lang met de klachten hebben gelopen, dan zal de pijn zich uitbreiden naar de duim en de dorsale zijde van de onderarm. Een ander symptoom dat vaak voorkomt, is een krakend gevoel bij het knijpen. In ernstige gevallen kan er ook een zwelling te zien zijn rond het gebied van de peesschede.





Om de diagnose Morbus de Quervain te stellen, is enkel lichamelijk onderzoek nodig. De arts hoeft hiervoor geen röntgenonderzoek of andere tests te laten afnemen.

Tijdens de anamnese zal de cliënt pijn voelen bij de palpatie van de loges. Bovendien zal er sprake zijn van pijn bij supinatie en ulnair deviatie van de pols. Vaak is er een zwelling ter hoogte van de styloid radii te zien/voelen. Bewegingsbeperkingen van de duim en een verminderde pinchgreep zullen evenals het vastpakken van een groot voorwerp met spreidgreep duidelijke problemen zijn.

Een specifieke test voor Morbus de Quervain is de Eichhoff-test (foutief bekend als de Finkelstein-test) (Wu, Rajpura & Sandher, 2018). De Eichhoff-test is een provocatietest van een Quervain. De test wordt uitgevoerd door de pols in de richting van de pink te bewegen met de duim in de handpalm. De test is positief wanneer er een stekende pijn optreedt aan de duimzijde van de pols. Dit wijst op een peesschede-ontsteking. In de meeste gevallen is verder aanvullend onderzoek niet noodzakelijk.

Differentiaal diagnostiek waarmee rekening gehouden moet worden, zijn CMC-1 artrose, Intersection syndroom, ganglion in 1<sup>e</sup> compartiment, CTS of een ontsteking van de n. rad. Sup.

Uiteindelijk zal na de anamnese, lichamelijk onderzoek en een positieve Eichhoff-test de diagnose worden gesteld.

Er wordt geen onderscheid in gradaties gemaakt, ondanks dat de symptomen bij het lang blijven lopen met Morbus de Quervain zeer verschillend tot uiting kunnen komen.

## BEHANDELINGEN

---

### Conservatieve behandeling

Geadviseerd wordt om eerst te starten met een conservatieve behandeling bij een handtherapeut, (eventueel) gevolgd door een chirurgische ingreep. Dit betekent dat er eerst wordt doorverwezen naar een handtherapeut die vervolgens spalktherapie en oefentherapie gaat opstarten. Om herhaling van de klachten te voorkomen, wordt een functionele analyse gedaan.

Afhankelijk van de ontsteking wordt geadviseerd om een pols-duimspalk te dragen voor 4 tot 6 weken. Bij deze spalk is het van belang dat de polsdeviatie gefixeerd is en de IP van de duim vrij blijft. De spalk moet continu (24/7) gedragen worden. Daarnaast is het van groot belang dat flexie/extensie-oefeningen van de pols worden gedaan om verkleving in het compartiment te voorkomen. Het advies hierbij is om 2 keer per dag polsoefeningen te doen bestaande uit flexie/extensie van de pols en ulnair/palmair deviatie (tenodese). Hierbij glijden de pezen door de loges en wordt verkleving voorkomen.

Na de ontstekingsfase wordt de spalk enkel gedragen bij belastende activiteiten. In plaats van een spalk bestaat er ook de mogelijkheid om medical taping toe te passen. Het specifieke advies hierbij is om bij belastende activiteiten en gedurende de nacht de spalk te dragen. Medical tape mag continu worden gedragen.

Na de ontstekingsfase wordt oefentherapie opgestart. Deze therapie bestaat voornamelijk uit het opbouwen van Kapandji, pols en pols/duim extensie-abductie. Er wordt eerst excentrisch en uiteindelijk ook concentrisch getraind (dorsaal flexie – palmair flexie en radiaal deviatie – ulnair deviatie).

Daarnaast wordt stabiliteit en kracht getraind. Tijdens de opbouw van deze oefentherapie dient rekening gehouden te worden met het houden van balans tussen belasting en belastbaarheid. Er wordt toegewerkt naar het specifiek trainen van de EPB en APL.

Tijdens de handtherapie geeft de handtherapeut duidelijk uitleg over het houden van balans tussen belasting en belastbaarheid en wordt voorlichting en advies gegeven over provocatieve handelingen. De spalktherapie zal naderhand afgebouwd worden. Aan het einde van het traject zal voornamelijk preventiezorg plaatsvinden om herhaling van de klachten te voorkomen. Hierbij wordt gekeken welke handelingen de klachten mogelijk triggeren. Dit conservatieve traject kan ondersteund worden door ontstekingsremmende middelen als ibuprofen en diclofenac.

Als de klachten na het dragen van de spalk voor zo'n 4 weken niet veranderen en als de pijn nog zeer hevig aanwezig is, kan een injectie met hydrocortisone worden gegeven. Deze injectie zal dan in of rond de peesschede worden gezet (Oh, Messing, Hyrien & Hammert, 2017).

## Chirurgische ingreep

Mochten deze behandelingen geen baat hebben, dan komt de cliënt in aanmerking voor een chirurgische ingreep. Hiervoor wordt de cliënt doorverwezen naar een handchirurg. Een chirurgische ingreep vindt plaats wanneer de klachten al langer dan 3 maanden bestaan en ook daadwerkelijk hevige beperkingen veroorzaken in het dagelijks leven en in de kwaliteit van leven van de cliënt. Bij deze operatie wordt het eerste dorsale compartiment open gemaakt en het tussenschot gekliefd.

Na deze operatie wordt er wederom doorverwezen naar de handtherapeut. Direct na de operatie gaat de cliënt bij de handtherapeut aan de slag met

het bewegen van de pezen. Dit kan in het begin veel pijn veroorzaken. Door het tijdig starten met bewegen en oefenen wordt de vorming van littekenweefsel beperkt. Zwaar tillen en repeterende bewegingen moeten worden vermeden tot 4 weken na de operatie. Ook na de operatie kan het langere tijd (soms maanden) duren voordat de pijn volledig is verdwenen (Goel & Abzug, 2015).

## CONCLUSIE

---

Morbus de Quervain is goed behandelbaar. Hoe eerder deze klacht wordt aangepakt door een handtherapeut, hoe beter het resultaat van de conservatieve behandeling zal zijn. Tijdige doorverwijzing naar een handtherapeut is dan ook van groot belang.

Er wordt altijd eerste gestart met een conservatieve behandeling welke bestaat uit spalk- en oefentherapie. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de oorzaak van de klachten, zoals repeterende bewegingen. Tijdens de conservatieve behandeling wordt stapsgewijs en verantwoord de belastbaarheid, kracht en inzetbaarheid van de probleemhand opgebouwd. Er wordt pas een operatie geïndiceerd als de klachten na 3 maanden nog hevig en zeer pijnlijk aanwezig zijn en wanneer vooraf conservatieve therapie is geprobeerd. Na een chirurgische ingreep wordt alsnog handtherapie opgestart om verklevingen/overmatige littekenvorming en terugkeer van de klacht te voorkomen.

## OVER MICARE

---

MiCare publiceert regelmatig whitepapers over hand- en polsklachten alsook chronische pijnklachten, ergonomie en psychische klachten met als doel u te informeren over aandoeningen en behandelingen en daarmee cliënten te helpen in hun gezondheid.

MiCare is een medisch specialistische zorginstelling, waarin zorg op maat wordt aangeboden voor volwassenen met fysieke en/of mentale klachten. Naast medisch specialistische revalidatie biedt MiCare basis en gespecialiseerde GGZ en eerstelijnsfysiotherapie, -ergotherapie, -diëtetiek en handtherapie.

### *Meer informatie over MiCare*

MiCare, Jos Heuvelmans (directeur)

Telefoonnummer: 045 - 785 14 80

## OP DE HOOGTE BLIJVEN?



[www.micare-health.nl](http://www.micare-health.nl)

[info@micare-health.nl](mailto:info@micare-health.nl)

Regelmatig verstuurt MiCare nieuwsbrieven over whitepapers, nascholingen en/of ontwikkelingen binnen MiCare. [Meld u aan voor onze nieuwsbrief.](#)



## LITERATUUR

---

- Goel, R. & Abzug, J.M. (2015). De Quervain's tenosynovitis: a review of the rehabilitative options. *Hand*. [https://doi.org/ 10.1007/s11552-014-9649-3](https://doi.org/10.1007/s11552-014-9649-3)
- Oh, J.K., Messing, S., Hyrien, O. & Hammert, W.C. (2017). Effectiveness of corticosteroid injections for treatment of de Quervain's Tenosynovitis. *Hand*. <https://doi.org/10.1177/1558944716681976>
- Schreuders, T.A.R. (september 2009). *Morbus de Quervain; tendinitis van de strekkers van de duim (EPB en APL)*. Geraadpleegd van <http://www.handexpertise.com/artikelen/Quervain%202010.pdf>
- Wu, F., Rajpura, A. & Sandher, D. (2018). Finkelstein's test is superior to Eichhoff's test in the investigation of de Quervain's Disease. *Journal of Hand and Microsurgery*. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1626690>