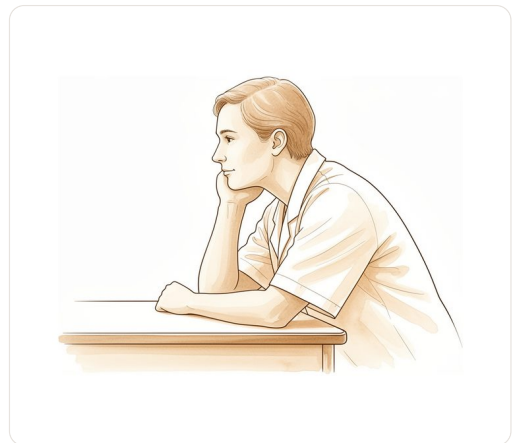


Olecranon Bursitis

Olecranon bursitis: ang cushion na puno ng likido (bursa) sa ibabaw ng matulis na bahagi ng buto sa siko ay namamaga, na nagreresulta sa katangi-tanging bukol na parang 'itlog ng gansa' na makikita rito.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Ang pahinang ito ay isinalin ng makina at hindi pa nasusuri ng isang doktor. Ang **bersyong Ingles** ang siyang opisyal.

Ang iyong nararamdaman

Ang olecranon bursitis ay nangangahulugang ang maliit na cushioning sac sa dulo ng iyong siko ay namaga. Ang sac na iyon, na tinatawag na bursa, ay karaniwang nagpapahintulot sa balat na dumulas nang maayos sa ibabaw ng buto. Kapag ito ay lumala, mapapansin mo ang isang malambot, at kung minsan ay masakit na bukol mismo sa dulo ng siko.

Ang pamamaga ay karaniwang ang unang bagay na iyong mapapansin. Maaari itong lumitaw nang mabilis sa loob ng isa o dalawang araw, o dahan-dahan sa loob ng ilang linggo. Ang paglean sa sikong iyon ay nagpapalala nito, kaya ang trabaho sa desk, pagpapahinga ng iyong braso sa armrest ng upuan, o pagtulog nang nakabaluktot ang siko sa ilalim mo ay maaaring magpalala rito. Maraming tao ang nakararamdam ng kirot sa gabi, lalo na kung natutulog sila sa panig na iyon. Ang pag-unat ng braso at pag-alis ng pressure sa dulo ng siko ay karaniwang nakakapagpakalma nito.

Ang mga pang-araw-araw na gawain na nagbabaluktot sa siko laban sa resistance o pumipindot sa dulo nito ay nagiging mahirap. Ang pagtulak sa sarili paitaas mula sa isang mababang upuan, pagkakarga ng dishwasher, pagdadala ng mga shopping bag na nakasandal sa iyong forearm, o pagpapahinga ng iyong siko sa mesa habang nagbabasa ay maaaring maging hindi komportable. Ang pag-abot sa itaas ay maaari ring humila sa namamagang bahagi.

Ang pamamaga mismo ay hindi laging dahil lamang sa simpleng wear and tear. Minsan ito ay nagmumula sa isang impeksyon sa sac, na karaniwang nagiging sanhi upang ang balat sa ibabaw ng siko ay maging pula, mainit, at mas masakit. Minsan ito ay nagmumula sa mga crystals sa joint, isang kondisyon na tinatawag na gout, lalo na kung nagkaroon ka na ng mga katulad na attack dati o apektado rin ang kabilang siko. Ang pamamaga rito ay maaari ring may kaugnayan sa mga inflammatory joint condition gaya ng rheumatoid arthritis, na karaniwang nakakaapekto sa ilang joints sa magkabilang panig ng katawan nang sabay-sabay.

Dahil ang mga sanhing ito ay maaaring magmukhang magkakapareho, hindi laging madaling mapagbukod ang mga ito mula sa labas. Kung ang iyong siko ay mainit, pula, o sobrang sakit, o kung ang pamamaga ay nananatili na ng ilang linggo nang hindi humuhupa, mahalagang maipa-examine ito nang maayos upang masimulan ang tamang gamutan.

Ano ang aktwal na nangyayari

Sa dulo ng iyong siko ay mayroong isang maliit na supot ng likido na tinatawag na bursa. Isipin ito bilang isang manipis na cushion, tulad ng isang padded pouch sa pagitan ng balat at ng buto. Ang tungkulin nito ay hayaang dumulas nang maayos ang balat sa ibabaw ng buto sa tuwing ititiklop o itutuwid mo ang iyong braso.

Sa olecranon bursitis, ang cushion na iyon ay namamagâ at napupuno ng sobrang likido. Karaniwan itong nangyayari pagkatapos ng paulit-ulit na maliliit na tama o pressure sa dulo ng siko, ang uri na nagmumula sa paghimlay sa mga matitigas na surface araw-araw. Ang supot ay maaari ring lumaki lamang dahil sa friction sa paglipas ng panahon. Ang bukol na iyong nakikita at nararamdaman ay ang namamagâ na supot mismo, at ang pananakit ay nagmumula sa namamagâ na tissue sa paligid nito.

Minsan, ang pamamaga ay hindi lamang iritasyon. Ang supot ay maaaring ma-infect, kung kaya't ang isang infected na bursa ay may tendensiyang maging mainit, mapula, at mas masakit kaysa sa isa na namamagâ lamang. Ang mga crystals mula sa gout ay maaaring mamuo sa supot, at ang mga inflammatory condition tulad ng rheumatoid arthritis ay maaaring magdulot ng pamamaga at maliliit na matitigas na bukol sa parehong bahagi. Dahil ang mga sanhing ito ay magkakamukha mula sa labas, ang pagtukoy sa pagkakaiba nila ay nangangailangan ng wastong pagsusuri.

Ang buto sa dulo ng siko, na tinatawag na olecranon, ay matatagpuan mismo sa ilalim ng balat na may napakakaunting padding sa paligid nito. Ang nakalantad na posisyong ito ang eksaktong dahilan kung bakit madali itong matamaan, at kung bakit ang bursa sa itaas nito ang sumasalo ng maraming wear. Ang parehong buto ay nagsisilbi ring anchor ng tendon ng muscle sa likod ng iyong braso, ang muscle na nagtutuwid ng iyong siko, kaya ang mga problema sa maliit na bahaging ito ay maaaring makaapekto sa pakiramdam at paggalaw ng buong siko.

Ano ang maaari naming gawin tungkol dito

Si Dr Kieran Hirpara, isang upper-limb surgeon sa Mater Private Hospital Rockhampton, ay nagsisimula sa mga opsyon na hindi gaanong invasive na angkop sa iyong kondisyon. Ang mga pasyente ay karaniwang nirerefer sa aming klinika ng kanilang GP; kung iminungkahi ng isang physiotherapist na magpatingin sa amin, kakailanganin mo pa rin ng referral mula sa iyong GP upang maging eligible para sa Medicare rebate. Sa iyong unang pagbisita, kumukuha kami ng history, sinusuri ang iyong siko at nag-aayos ng imaging tulad ng ultrasound o MRI scan kung ito ay makakatulong. Ang MRI scan ay gumagamit ng mga magnet upang bumuo ng detalyadong mga larawan ng mga soft tissue, at mahusay ito sa pagpapakita kung gaano kapamaga ang sac at kung gaano karaming fluid ang laman nito. Maaari ring makita sa imaging ang iba pang mga problema na

nakatago sa likod ng pamamaga, na mahalaga dahil ang iba't ibang sanhi ay nangangailangan ng iba't ibang gamutan.

Para sa karamihan ng mga long-standing cases, nagsisimula kami sa simpleng supportive care. Ibig sabihin nito ay ice, compression gamit ang bandage o sleeve, protective padding sa dulo ng siko, at pagbabago sa mga aktibidad na patuloy na nagpapalala nito. Ang pag-alis ng pressure sa dulo ng siko ay madalas na ang pinakakapaki-pakinabang na pagbabagong maaari mong gawin. Layunin ng physiotherapy na pakalmahin ang iritasyon at ibalik ang komportableng paggalaw nang hindi pinupukaw ang pamamaga. Binibigyan namin ang approach na ito ng sapat na pagsubok bago mag-isip ng anumang susunod, dahil ang non-operative care ay epektibo para sa karamihan ng mga tao at naiiwasan ang mga panganib na kasama ng mga karayom o operasyon.

Kung ang sac ay infected, ginagamot namin ang impeksyong iyon nang direkta. Ang uncomplicated infection sa sac na ito ay karaniwang maaaring maayos sa pamamagitan ng gamot lamang, nang hindi kinakailangang tanggalin ang sac. Binabantayan din namin nang maigi ang mga taong may rheumatoid arthritis, dahil ang elbow joint mismo ay paminsan-minsang nadadamay kasabay ng bursa, at binabago nito ang gamutan.

Ang operasyon ay hindi namin karaniwang unang hakbang para sa kondisyong ito. Karamihan sa mga surgeon ay naghihintay bago mag-opera nang maaga, dahil ang sugat sa ibabaw ng prominenteng butong ito ay maaaring mabagal gumaling at kung minsan ay nag-iiwan ng sinus, isang maliit na channel na patuloy na naglalabas ng fluid. Kapag ang non-operative care ay hindi nagbigay ng sapat na pagbuti at ang pamamaga ay patuloy na bumabalik, isinasalang-alang namin ang pagtanggali ng inflamed sac, isang operasyon na tinatawag na bursectomy. Kung angkop, maaari namin itong gawin sa pamamagitan ng ilang maliliit na hiwa gamit ang isang maliit na camera, isang approach na tinatawag na endoscopic surgery. Naiiwasan nito ang isang mahabang sugat nang direkta sa sensitibong dulo ng siko. Kung ang operasyon ay tama para sa iyo ay isang desisyong ginagawa nating magkasama, tinitimbang ang gusto mong mabalikan laban sa kung ano ang kinapapalooban ng bawat opsyon.

Ano ang dapat asahan

Para sa karamihan ng mga tao, ang pamamagang ito ay humuhupa sa pamamagitan ng simpleng pangangalaga. Ang pag-alis ng pressure sa dulo ng iyong siko, pagprotekta rito gamit ang padding, at pagbabawas sa mga aktibidad na nagpapalala rito ay nagbibigay ng pagkakataon sa sac na kumalma. Ang non-operative treatment ay karaniwang mas epektibo at mas ligtas kaysa sa operasyon para sa kondisyong ito, at karamihan ng mga tao ay hindi kailanman nangangailangan ng operasyon. Kung ang sac ay may impeksyon ngunit ang impeksyon ay simple lamang, ang paggamot nito gamit ang gamot lamang ay karaniwang gumagana, at ang pamamaga ay madalas na mapapamahalaan nang hindi na kailangang i-drain o tanggalin ang sac.

Kung walang ganoong pangangalaga, o kung ang parehong pressure ay nagpapatuloy, ang pamamaga ay may tendensiyang manatili o paulit-ulit na bumalik. May ilang tao na nakakaranas na nananatili ito ng ilang linggo nang hindi humuhupa. Kung ang iyong siko ay nananatiling namamaga sa loob ng mahabang panahon, nararapat itong muling masuri, dahil ang pamamagang hindi humuhupa ay maaaring magpahiwatig paminsan-minsang isang hindi gaanong karaniwang sanhi na nangangailangan ng sarili nitong paggamot.

Kapag ang non-operative care ay nabigyan na ng sapat na pagkakataon at ang pamamaga ay patuloy pa ring bumabalik, ang operasyon upang tanggalin ang inflamed sac ay nagiging isang opsyon. Ito ay isang desisyong hindi ginagawa nang basta-basta, at karaniwang ipinagpapaliban hanggang sa mabigo ang mga mas simpleng hakbang. Sa mga kaso kung saan isinasagawa ang operasyon para sa matigas na uri ng pamamagang ito, ang mga tao ay may tendensiyang makakita ng tunay na pagbuti sa pakiramdam at function ng kanilang siko. Ang pagtanggap ng sac sa pamamagitan ng ilang maliliit na hiwa gamit ang isang maliit na camera ay naiugnay sa minimal na postoperative pain at mabilis na recovery, na walang mga recurrence o komplikasyon sa paghilom ng sugat na nangangailangan ng pagbalik sa theatre sa mga naiulat na pasyente. Gayunpaman, ang operasyon dito ay hindi foolproof: humigit-kumulang 11.5% ng mga taong tinanggal ang sac ay nangangailangan ng karagdagang operasyon sa kalaunan. Mayroon ding maliit na pagkakataon na bumalik ang pamamaga kahit pagkatapos ng operasyon.

Ang recovery pagkatapos ng operasyon ay karaniwang simple, ngunit ang sugat sa ibabaw ng bony point na ito ay maaaring mabagal gumaling, na isa sa mga dahilan kung bakit mas pinipili ng mga surgeon na iwasan ang maagang operasyon. Karamihan ng mga tao ay nakakabalik sa komportable at pang-araw-araw na paggamit ng siko sa loob ng ilang linggo sa halip na mga buwan. Tatalakayin ng iyong surgeon sa iyo kung ano ang magiging hitsura ng recovery para sa iyo kung sakaling maging bahagi ng plano ang operasyon.

Kailan dapat magpatingin

Karamihan sa mga pamamaga sa dulo ng siko ay nawawala sa pamamagitan ng pahinga at simpleng pangangalaga. Magpatingin sa iyong GP kung ang bukol ay patuloy na lumalaki, o kung hindi ito nawala pagkatapos ng ilang linggo ng pag-iwas sa pressure sa siko.

May ilang mga sanhi na kailangang maayos agad. Pumunta sa emergency department kung ang balat sa ibabaw ng siko ay mainit, pula, at napakasakit, dahil maaaring nangangahulugan ito na ang sac ay may impeksyon at ang impeksyon dito ay nangangailangan ng assessment sa mismong araw na iyon. Humingi ng specialist review kung nagkaroon ka na ng mga gout attack noon, kung namamaga rin ang kabilang siko, o kung ilang mga joint sa magkabilang panig ng iyong katawan ang apektado, dahil ang mga ito ay nagpapahiwatig ng gout o isang inflammatory condition gaya ng rheumatoid arthritis sa halip na simpleng iritasyon. Ang pagtukoy kung ang isang impeksyon ay gout mula sa labas ay maaaring mahirap, kaya huwag subukang alamin ito nang mag-isa.

Higit pang detalye

Ang seksyong ito ay higit pa sa kailangan mo para sa iyong sariling mga desisyon sa paggamot. Ang olecranon bursitis ay karapat-dapat sa karagdagang pagbabasa dahil ang dalawa sa mga bagay na pinaka-instinktibong ginagawa para rito, ang pag-drain ng pamamaga gamit ang karayom, at ang pag-inject ng steroid dito, ay may mga ebidensya laban sa mga ito.

ANG PAG-DRAIN NITO ANG MAAARING MAGING SANHI NG PROBLEMA

Malakas ang intuwisyon: may likido, kaya alisin ang likido. Ngunit ang mga trial data ay nagtuturo sa kabilang direksyon. Sa isang paghahambing ng mga estratehiya sa pamamahala para sa **uncomplicated septic** olecranon

bursitis, ang empirical treatment **nang walang aspiration** ay naging epektibo, kung saan **walang mga pasyenteng nangailangan ng bursectomy**, habang sa tradisyonal na aspiration group, **8 sa 11 pasyente** ang kalaunang nangailangan ng surgical removal ng bursa [1].

Ito ay isang kapansin-pansing pagkakaiba mula sa isang maliit na serye, at dapat itong basahin nang may pag-iingat. Ngunit ang mekanismo ay hindi misteryoso. Ang bursa ay matatagpuan mismo sa ilalim ng manipis na balat sa ibabaw ng isang bony point na tumatanggap ng bawat tama at bawat pagsandal sa mesa. Ang pagtusok ng karayom sa balat na iyon ay lumilikha ng isang tract, at ang isang tract sa ibabaw ng isang pressure point ay mabagal magsara at maaaring patuloy na maglabas ng discharge.

Ang mga pangkalahatang review ay nagkakaisa sa direksyon. Batay pangunahin sa level IV evidence, ang **non-surgical management ay signipikanteng mas epektibo at mas ligtas kaysa sa surgical management** [2].

ANG STEROID INJECTION AY MAY DALANG PANGANIB NANG HINDI PINAPABUTI ANG KINALABASAN

Ang isang ito ay nakasaad nang hindi pangkaraniwang direkta sa literatura. Para sa aseptic bursitis, **ang corticosteroid injection ay nauugnay sa mga makabuluhang panganib nang hindi pinapabuti ang kinalabasan** [2].

Ang mga panganib ay partikular sa site: skin atrophy at depigmentation sa ibabaw ng isang subcutaneous bony prominence, at impeksyong naipasok sa isang espasyo na mahirap linisin. Sa ibang bahagi ng upper limb, ang steroid injection ay isang makatwirang hakbang kapag nabigo ang mga mas simpleng pamamaraan. Dito, hindi ito sinusuportahan ng ebidensya, at ang pagkakaibang iyon ay mahalagang malaman kung ito ay inaalok.

ANG OPERASYON AY ISANG TUNAY NA HULING OPSYON, NA MAY NASUSUKAT NA FAILURE RATE

Kung saan isinasagawa ang bursectomy, hindi nito garantisadong tinatapos ang problema. Ang **revision rate pagkatapos ng bursectomy ay 11.5%**, at ang revision ay mas madalas sa mga pasyenteng may **rheumatoid arthritis, diabetes**, kasaysayan ng bursitis sa alinmang siko, at sa mga kababaihan [3].

Inilalarawan ng mga risk factor na ito ang mga sitwasyon kung saan malamang na muling mabuo ang bursa: isang inflammatory o metabolic driver na hindi inaalis ng operasyon, o isang napatunayang tendensya ng tissue ng indibidwal na iyon na lumikha ng problema. Para sa mga recurrent case, ang intrabursal doxycycline sclerotherapy, kung saan sadyang pinapahilom ang espasyo sa pamamagitan ng scarring sa halip na excise ito, ay nailarawan bilang isang alternatibo sa isang serye ng **45** na mga siko [4].

ANO ANG TUNAY NA NAKAPAGPAPAGALING NITO

Ang hindi gaanong kapansin-pansing sagot ay proteksyon at oras. Dahil ang bursa ay naiirita nang mekanikal dahil sa presyon sa dulo ng siko, ang gamot na tumutugon sa sanhi ay ang pag-aalis ng presyong iyon: padding, at pagbabago ng gawi ng pagpahinga sa siko, na ipinagpapatuloy nang mas matagal kaysa sa nararamdamang kinakailangan. Karamihan sa mga kaso ay gumagaling [5], at ang mga interbensiyong nabanggit sa itaas ay pangunahing mga pagtatangka na paikliin ang prosesong kusang gumagaling, na siyang dahilan kung bakit ang isang interbensiyong may sariling panganib ay kailangang pumasa sa isang mataas na pamantayan dito.

MGA SANGGUNIAN

- [1] Deal JB, Vaslow AS, Bickley RJ, Verwiebe EG, Ryan PM. Empirical treatment of uncomplicated septic olecranon bursitis without aspiration. J Hand Surg Am. 2020;45(1):20-5. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2019.06.012>
- [2] Sayegh ET, Strauch RJ. Treatment of olecranon bursitis: a systematic review. Arch Orthop Trauma Surg. 2014;134(11):1517-36. <https://doi.org/10.1007/s00402-014-2088-3>
- [3] Germawi L, Westenberg RF, Wang F, Schep NW, Chen NC, Eberlin KR. Factors associated with revision surgery for olecranon bursitis after bursectomy. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(5):1135-41. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.09.033>
- [4] McDermott D, Wakefield D, Kowalsky M, Sethi P, Vitale MA, Morrey BF. Intrabursal doxycycline sclerotherapy for recurrent olecranon bursitis of the elbow. J Hand Surg Glob Online. 2024;6(4):504-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2024.03.006>
- [5] Nchinda NN, Wolf JM. Clinical management of olecranon bursitis: a review. J Hand Surg Am. 2021;46(6):501-6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.02.006>

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au