

Der Tennisellenbogen – ein häufiges schmerzhaftes Problem beim Sportler

Schmerzen im Bereich des Ellenbogens bei Wurf- oder Schlagsportarten, beim Anheben einer Kaffeetasse, beim Öffnen eines Schraubverschlusses oder beim Auswringen eines Tuches sind häufig die ersten Symptome einer oft chronisch verlaufenden Erkrankung. Die Diagnose Tennisellenbogen führt zu Verwunderung, da die meisten Betroffenen nie einen Tennisschläger in der Hand gehalten haben.

Bei Schmerzen im Ellenbogen liegen meist eine entzündliche, selten eine abnutzungsbedingte Veränderung der Muskelansatzstellen im Bereich des Ellenbogens vor. Diese sind an einem Knochenvorsprung (Epicondylus) angewachsen. Am Ellenbogen haben verschiedene Muskelgruppen des Armes, der Hand und der Finger ihren Ursprung. Es sind insbesondere die Strecker der Hand und der Finger sowie die außendrehenden Muskeln. Die Muskeln sind über Bindegewebsstrukturen, die Sehnen und die Knochenhaut mit dem Knochen verwachsen (Abb.1). Sind die Streck- oder Außendrehmuskel betroffen, so spricht man von einem Tennisellenbogen (Epicondylitis humeri radialis). Der Tennisellenbogen ist eine der häufigsten Erkrankungen im orthopädischen Fachgebiet. Männer sind häufiger von dem Leiden betroffen als Frauen. Das Durchschnittsalter der Erkrankten liegt durchschnittlich zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr. Auslöser für die Schmerzen sind überwiegend Entzündungsveränderungen am Sehnen-Knochen-Übergang. Ursachen sind chronisch mechanische Überbeanspruchungen, heute insbesondere bei Handarbeiten und bei Sekretärinnen. Relativ selten tritt es bei Tennisspielern auf. Wenn, dann ist meist eine falsche Technik, insbesondere bei der Tennistrückhand die Ursache. Bei Wurfsporarten treten die Beschwerden häufiger auf.

Die Patienten sind durch die Schmerzen bei der Ausführung auch ganz normaler Alltagsbewegungen eingeschränkt. Hände schütteln oder das Anheben von Gegenständen, zunächst nur schwerer, später auch leichter Sachen wie Einkaufstüten führen zu starken Schmerzen. Im weiteren Verlauf kann es zu einer Kraftminderung der Hand- und Finger Muskulatur sowie zum Verlust der Griffstärke führen. Die Sportart kann nicht mehr ausgeübt werden. Am Knochenansatz der betreffenden Muskulatur lässt sich ein ausgeprägter Druckschmerz auslösen. Der Schmerz ist von stechender ausstrahlender Natur. Die Diagnose wird grundsätzlich durch klinische, körperliche Untersuchungen, durch die Durchführung verschiedener Test gestellt.

Die Schmerzen lassen sich typischerweise auslösen durch Drehung des Unterarmes nach außen, durch Handstreckung gegen Widerstand, durch Streckung des Mittelfingers gegen Widerstand oder durch Streckung des Ellenbogens und passiver Beugung der Hand. Zu unterscheiden sind Schmerzen die von der HWS ausgehen, sogenannte Cervicalsyndrome, Einengungen und Reizungen von Nerven sowie verschleißbedingte Gelenkveränderungen (Arthrosen) sowie selten tumorbedingte Erkrankungen. Zur Unterscheidung werden bildgebende Verfahren wie eine Röntgenaufnahme oder eine Ultraschalluntersuchung notwendig. Gelegentlich werden Laboruntersuchungen zum Ausschluss von rheumaähnlichen Erkrankungen notwendig. Ist die Diagnose



eindeutig gestellt, so stehen in Abhängigkeit von Dauer der schmerzhaften Tennisellenbogenerkrankung und in Abhängigkeit der Intensität verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Der Arzt wird zunächst versuchen die Ursache der chronischen Überlastungen herauszufinden. Bei Handwerkern und Mechanikern, Straßenbauarbeitern sowie Personen die an PC-Arbeitsplätzen oder Schreibmaschinen tätig sind, sollte eine Überprüfung des Arbeitsplatzes erfolgen und eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung durchgeführt werden. Ggf. können durch Änderungen der Tastatur am PC, unter gelenkschonenden Haltungen große Erfolge erzielt werden. Sind die Beschwerden durch sportliche Fehlbelastungen ausgelöst so ist das Erlernen der richtigen Tennis- oder Golftechnik sowie der Einsatz von vibrationsdämpfenden Hilfsmitteln oder auch Reduktion der Spannungshärte hilfreich.

Ärztlicherseits werden lokal entzündungshemmende Salbenverbände sowie schmerztherapeutische Injektionsbehandlungen, d.h. Spritzen mit örtlichen Betäubungsmitteln und niedrigdosierten entzündungshemmenden Zusätzen eingesetzt. Gleichzeitig werden Entlastungsverbände wie Kinesiotaping zur Entlastung eingesetzt. Bei muskulären Verhärtungen und Inbalancen kommt Krankengymnastik zur Balancierung der Muskelspannung und Dehnung der Muskelverhärtung in Frage. Gleichzeitig werden sogenannte Quersfraktionsbehandlungen, d.h. spezielle Massagetechniken im Sehnenbereich eingesetzt. Der Patient wird angeleitet lokal mittels Kälteabreibungen, der sogenannten Kryofraktion, die Entzündung zu dämpfen. Unterstützend werden Ultraschallbehandlungen eingesetzt, die durch eine Mikro vibration wie Kleinstmassagen im Bereich der Sehne wirken. Darüber hinaus können Elektrobildungen insbesondere eine sogenannte TENS (Transcutan elektrische Nervenstimulation) zur Schmerzbehandlung eingesetzt werden. Zur Schmerztherapie hat sich die Akupunktur-Behandlung als effizientes Verfahren erwiesen.

Orthopädietechnisch kommen Hilfsmittel zum Einsatz, die eine Entlastungsreduzierung der Muskulatur und Spannungsableitung herbeiführen. Es handelt sich hierbei um Spangen oder Bänder, die vor den Ellenbogen um die Muskulatur herumgelegt werden. Die Kraftübertragung auf den gereizten Sehnen-Knochen-Anteil wird hierdurch gelindert und eine proprioceptive Stimulation der Muskulatur herbeigeführt. Bei hartnäckigen Verläufen kommen auch kurzfristige Ruhigstellungen z.B. in der Gipsschiene zum Einsatz. Längerfristige Ruhigstellungen sollten vermieden werden, da es zu einer Reduzierung der Muskelkraft und zu einer Verminderung der Belastbarkeit der Sehnen-Knochen-Ansätze kommt, so dass der Ellenbogen noch empfind-

licher auf Belastungen zukünftig reagiert. Trotz intensiver konsequenter konservativer Behandlung neigen ca. 20 % der am Tennisellenbogenschmerzsyndrom erkrankten Patienten zu einem chronisch wiederkehrenden Verlauf. Speziell bei chronischen Reizungen wird die extrakorporale Stoßwellentherapie angewendet. Bei der Stoßwellentherapie handelt es sich um ein spezielles Gerät, bei dem fokussierte Ultraschall- oder mechanische Wellen eingesetzt werden, ähnlich wie dies beim Zertrümmern von Nierensteinen geschieht. Bei dieser Therapie werden diese Schockwellen auf die schmerzhaft gereizten Sehnenansätze gerichtet. Die Erfolgsaussichten betragen ca. 80 %.

Ein relativ neuer Therapieansatz bei chronischen Verläufen ist die Behandlung mit ACP. Hierbei handelt es sich um aus dem eigenem Blut gewonnenes Autologous Conditioned Plasma welches mit Wachstumsfaktoren angereichert ist. Es erfolgt die Injektion an die schmerzhaften Muskelansätze. Bei den bisher erwähnten Behandlungsverfahren handelt es sich um unterschiedliche Behandlungsansätze, die auch sehr unterschiedliche Wirkungen entfalten. Typischerweise wird eine frisch aufgetretene schmerzhafte Tennisellenbogenerkrankung mit leichten kurzfristigen Maßnahmen, wie Injektion, Salbenverbänden oder Entlastung sowie physiotherapeutischen Maßnahmen behandelt. Bei wiederholtem Auftreten wird dies durch Orthesen, Entlastungsmaßnahmen, physikalische Behandlung oder schmerztherapeutischen Maßnahmen ergänzt. In allen Fällen sollten auslösende Ursachen gesucht und beseitigt werden. Bei chronischen Verläufen kommen schmerztherapeutische Verfahren, Ruhigstellungen, extrakorporale Stoßwellenbehandlungen oder ACP-Behandlung oder auch Kombinationen der o.g. Verfahren zum

Einsatz. Sollte dennoch keine dauerhafte Beschwerdefreiheit durch die konservativen und apparativen Maßnahmen erreicht werden können, so sind operative Maßnahmen indiziert. Hierbei wird am häufigsten die sogenannte Operation nach Hohmann und Wilhelm eingesetzt. Diese Operation kann ambulant durchgeführt werden. Bei der Operation wird die schmerzhafte Muskulatur am Knochenansatz eingekerbt und gleichzeitig eine Denervierung (Durchtrennung der Schmerzfasern) durchgeführt (Abb.2). Die Arbeitsunfähigkeit nach der Operation beträgt ca. 1-2 Wochen.

Die Prognose des schmerzhaften Tennisellenbogens ist in den meisten Fällen gut. Bei exakter Diagnose und konsequenter Behandlung können fast alle Patienten durch konservative Maßnahmen schmerzfrei werden. In einigen chronischen Fällen ist eine operative Behandlung notwendig, so dass spätestens hierdurch die Erkrankung zur Ausheilung gebracht werden kann.

Dr. med. Andreas Losch
 Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, spezielle
 Unfallchirurgie und Sportmedizin
 Durchgangsarzt der Berufsgenossenschaft
 MedBaltic Unfallambulanz am Elisabeth Krankenhaus Kiel
 Königsweg 14
 24103 Kiel
 Tel: 0431/25958161
 losch@medbaltic.de

LUBINUS CLINICUM

Orthopädische Chirurgie

Unser Leistungsspektrum

Endoprothetik
 Anästhesie & operative
 Intensivmedizin
 Fußchirurgie
 Gefäßchirurgie
 Hand- & Mikrochirurgie
 Plastische &
 Wiederherstellende Chirurgie
 Schmerztherapie
 Unfall- & arthroskopische
 Chirurgie, Sporttraumatologie
 Wirbelsäulenchirurgie, Kinder-,
 Rheuma- & onkolog. Orthopädie

Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel

Operative Fachklinik

Unser Leistungsspektrum

Allgemeine Chirurgie	Neurochirurgie
Anästhesie und Schmerztherapie	Orthopädie
Fußchirurgie	Plastische & Ästhetische Chirurgie
Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie	Unfallchirurgie
	Urologie

SANKT
 ELISABETH
 KRANKENHAUS
 KIEL



LUBINUS Clinicum
 Sankt Elisabeth Krankenhaus
 LUBINUS-Stiftung Förderverein

LUBINUS-Stiftung
 LUBINUS Clinicum
 Steenbeker Weg 25-33
 24106 Kiel
 Tel. 04 31 3 88-0
 Fax 04 31 3 88-2 40
 info@lubinus-clinicum.de
 www.lubinus-clinicum.de

Sankt Elisabeth Krankenhaus
 Kiel
 Königsweg 8
 24103 Kiel
 Tel. 04 31 66 03-0
 Fax 04 31 66 03-4 09
 info@sek-kiel.de
 www.sek-kiel.de