

Epicondylitis humeri radialis

(„Tennisellenbogen“)

*Version. 0.1
Stand: 03.01.2008*

Wichtiger Hinweis:

Medisport24 möchte Interessierten & Betroffenen mit den Artikeln aus der Reihe „Sportverletzungen“ umfangreiche Informationen über Krankheiten und Verletzungen zur Verfügung stellen.

Wir möchten Sie jedoch dringend darum bitten keine Selbstdiagnosen anhand der vorliegenden Informationen zu treffen. Sollten Sie Schmerzen oder sonstige Beschwerden haben so konsultieren Sie bitte Ihren Arzt, da dieser Ihnen sicherlich weiterhelfen kann und evtl. schlimmere Folgen durch frühzeitige Behandlung verhindert werden können.

Außerdem möchten wir Sie gerne dazu auffordern mit uns in Kontakt zu treten, um uns etwaige Fragen, Vorschläge oder Kritik zukommen zu lassen, da wir nur auf diese Weise im Stande sind mit unseren Artikel Ihren Ansprüchen gerecht zu werden und uns stetig zu verbessern.

Vielen Dank.

Ihr Team von **Medisport24** (kontakt@medisport24.de)

Inhaltsverzeichnis

	Epicondylitis humeri radialis.....	1
Definition.....		2
Anatomie.....		2
Entstehung.....		3
Diagnose.....		3
Therapie		4
Übungen.....		4
Operativ.....		5
Kommentar.....		5
Prognose.....		6
Weblinks.....		6
Quellen.....		6

Definition

Syn: Sehnenansatzentzündung der Unterarmstrecker

Engl: tennis elbow

Info: Man unterscheidet den Tennisellenbogen vom **Golferellenbogen**

Als einen **Tennisellenbogen** (Epicondylitis humeri radialis) bezeichnet man eine schmerzhafte Schädigung der Unterarmstreckmuskulatur in Folge von Überbelastung.

Die vom äußeren Ellenbogen ausgehenden und oft bis in den Unterarm strahlenden Schmerzen werden durch kleine Risse im Sehnenansatz am Unterarmknochen (Speiche) verursacht.

Häufig betroffen hiervon sind Tennisspieler und Personen, die stärkeren ungewohnten Belastungen der Unterarmmuskulatur ausgesetzt werden. (Gartenarbeit, Umzug)

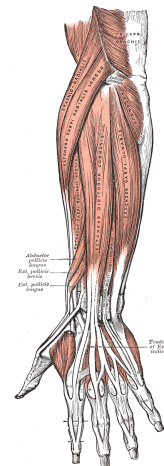
Anatomie

Die gesamte Streckmuskulatur der Finger & des Handgelenks entspringt an einem gemeinsamen Punkt, dem äußeren Vorsprung des Oberarmknochens (Epicondylus humeri radialis). Dieser befindet sich bei nach vorne gerichteten Handflächen an der Außenseite (lateral) des Ellenbogens.

Diese Konzentration der Muskelursprünge auf eine kleine Fläche begünstigt die Entstehung einer mechanischen Überbelastung.

Vom inneren (medialen) Ellenbogenvorsprung entspringen die für die Beugung von Handgelenk und Fingern zuständigen Muskeln, welche beim „Golferellenbogen“ betroffen sind.

Diese funktionale Trennung der Muskeln am Unterarm erleichtert es durch Differenzierung der schmerzhaften Bewegungen die betroffenen Muskelgruppen zu erkennen.



Entstehung

Die Erkrankung entsteht durch eine Überlastung des Armes durch monotone, mit viel Kraft ausgeübten Tätigkeiten. Am häufigsten treten die Beschwerden nach mit gebeugtem Arm durchgeführten Bewegungen aus, bei denen mit der Hand fest zugegriffen wird. (z.B Tennis, Wand streichen, Garten umgraben)

Beim Tennis wirken durch die lange Hebelwirkung des Schlägers die Kräfte um ein vielfaches stärker. Ungünstige Schlagtechnik kann die Fehlbelastung zusätzlich verstärken.

Generell ist davon auszugehen, dass Leute mit untrainierten Unterarmmuskeln häufiger betroffen sind, als Leute, die regelmäßig zur Kräftigung diese beitragen. Jedoch können selbstverständlich auch gut trainierte Personen betroffen sein, wenn die Belastung über einen langen Zeitraum besteht bzw. übermäßig stark ist.

Der Grund für die Schmerzen sind winzige Risse (Mikrotraumen) in den Sehnen, welche die belasteten Muskeln mit dem Knochen verbinden (Insertionsendopathien). Diese Risse entstehen durch die starken mechanischen Kräfte und werden gerade bei länger andauernder Belastung begünstigt, weil das Gewebe keine Zeit hat, um sich zu regenerieren.

Als Folge der entstandenen Gewebsschädigung bildet sich oft eine Entzündung, welche die Schmerzen zusätzlich verstärkt und bei weiterer Belastung die Entstehung weiterer Risse begünstigt.

Von daher ist es sehr wichtig bei Schmerzen frühzeitig eine Pause einzulegen, um eine starke Entzündung zu vermeiden.

Diagnose

Die Diagnose erfolgt durch den Arzt anhand der vom Patienten beschriebenen Symptome. Zum Ausschluß einer Knöchernen Gelenkbeteiligung wird häufig ein Röntgenuntersuchung durchgeführt. Weitere Bildgebende Verfahren können ebenfalls zur Beurteilung des Weichteilschades herangezogen werden. (z.B. MRT)

Typische Symptome beim Tennisellenbogen:

- starke Schmerzen am äußeren Ellenbogenvorsprung (Epicondylus humeri radialis) in Ruhe, besonders jedoch bei Druck auf das betroffene Gebiet.
Oft strahlen die Schmerzen in Richtung Unterarm, teilweise bis in die Hand aus.
- Schmerzen bei Streckung der Finger bzw. Überstreckung des Handgelenks, besonders bei gebeugtem Ellenbogen.
- Gelegentlich werden auch eine Rötung und Schwellung des betroffenen Bereichs beschrieben

Therapie

In der Regel erfolgt eine konservative Therapie, die hauptsächlich durch den Patienten selbst erfolgen kann. Maßgebliche Komponente ist die Schonung des betroffenen Arms. Bei starken Symptomen kann dies evtl. durch eine Gipsschiene erfolgen. Dies liegt im Ermessen des behandelnden Arztes.

Zusätzlich zur Schonung wendet man eine entzündungshemmende Therapie an. Hierzu zählen zum einen die Kühlung des betroffenen Gebiets durch regelmäßige Applikationen von Eis- und Kältepackungen.

Weiterhin kann durch entzündungshemmende Medikamente (NSARs) unterstützt werden. Dies kann sowohl lokal über Salben, als auch systemisch über orale Applikation erfolgen.

Als Beispiel sei hier der Wirkstoff Diclofenac genannt.

Ebenso besteht die Möglichkeit einer Infiltrationstherapie mit Kortison, welche durch den behandelnden Arzt durchgeführt wird. Hierdurch wird auch die Entzündung gehemmt. Diese Anwendung wird jedoch nicht mehr so häufig durchgeführt, da nach häufiger Anwendung eine Schädigung des Gewebes, speziell der Sehnen erfolgen kann.

Übungen

Sehr wichtiger Bestandteil der Therapie besteht aus Übungen zur Muskelstärkung und Entlastung der betroffenen Muskelgruppen durch Dehnung. Diese können in Eigeninitiative durch den Patienten durchgeführt werden. Eine Anleitung durch einen Physiotherapeuten oder Arzt ist jedoch sehr empfehlenswert, um die entsprechenden Übungen richtig zu lernen.

Dehnübungen

- 1) Strecken sie den Ellenbogen langsam durch, dann drehen sie den Arm nach innen (Pronation), so dass die Handflächen erst nach unten und dann so weit wie möglich nach außen zeigen. Jetzt strecken sie die Finger nach außen bzw. oben weg (Finger weg vom Daumen). Halten sie diese Position für ca. 15sek. Dann machen sie eine kurze Pause und wiederholen das ganze dann bis zu 10mal. Wenn sie einen leichten Zug im Unterarm spüren ist die Übung korrekt ausgeführt. Bei starken Schmerzen die Übung sofort abbrechen.
- 2) Spreizen sie die Finger so weit wie möglich auseinander und beugen sie dann das Handgelenk nach unten, so dass die Fingerspitzen auf den Boden zeigen. Pendeln sie nun mit ihrer Hand **langsam** zwischen Innen und Außen hin und her. Auch hier müssten Sie ein leichtes Zuggefühl verspüren. Die Übung sollte wieder ca 10mal für je 15 sekunden durchgeführt werden. Ebenso soll sie auf keine Fall bei starken Schmerzen durchgeführt werden.

Kräftigungsübungen

- 1) Legen Sie Ihren betroffenen Unterarm auf einen Tisch, Brett etc. so dass die Hand inklusive Handgelenk frei über die Kante nach unten hängt. Jetzt nehmen sie ein Gewicht (ca. 500 – 1000gr, je nach Konstitution) in die Hand und heben diese langsam nach oben an, bis das Handgelenk leicht überstreckt ist. Dies machen sie 15mal. Dann machen sie eine kurze Pause und dann wieder 15mal. Insgesamt dreimal. Diese Übung sollte Sie nur jeden zweiten Tag machen und maximal zweimal pro Tag, damit der Muskel genügend Pause hat um zu regenerieren und zu wachsen.
- 2) Nehmen sie einen mindestens Schulterbreite langen Stab und binden an diesen mittig eine ca 1m lange Schnur. An diese Schnur hänge sie ein 500g Gewicht.
Nun halten Sie diesen Stab waagrecht auf Schulterhöhe mit den Handflächen nach unten. Wickeln Sie nun die Schnur mit dem Gewicht 5mal auf und wieder ab. Nach einer kurzen Pause machen Sie weiter. Insgesamt wieder 3mal. Für diese Muskelübung gilt ebenso die Vorgabe, dass Sie nur jeden zweiten Tag durchgeführt werden sollte.
Bei Schmerzen selbstverständlich die Übung sofort abbrechen.

Weiterer Tipp:

Wickeln Sie sich sowohl im Alltag, als auch bei Belastung ein Stück Tape kurz unterhalb des Ellenbogens um den Unterarm. Es sollte straff anliegen, jedoch nicht zu stark abschnüren. So kann das Gewebe um die Sehnen mechanisch etwas entlastet werden, weil die Hebelwirkung am Sehnenansatz etwas reduziert wird,

Operativ

Bei starken und lange andauernden Schmerzen (Zeitraum länger als 6 Monate) kann auch eine Operation in Erwägung gezogen werden. Jedoch sollte diese Behandlung gut durchdacht sein, da die Erfolgsaussichten meist nur mäßig sind (siehe Kommentar).

Es gibt zwei Standardverfahren für eine operative Versorgung:

Denervierung nach Wilhelm:

Hierbei wird der Bereich um den Epikondylus eröffnet und die Nervenäste, welche diesen versorgen, werden durch einen Elektrokauter verödet. Dies hat zur Folge, dass die Schmerzen aus diesem Bereich nicht mehr wahrgenommen werden, da sie durch die zerstörten Nerven nicht mehr zum Gehirn geleitet werden.

Sehneneinkerbung nach Hohmann:

Hierbei werden die betroffenen Sehnen etwas distal (zur Hand hin) eingekerbt. Hierdurch erhofft man sich eine mechanische Entlastung des Epikondylus. Parallel hierzu werden defekte Sehnenabschnitte entfernt und die Bereiche neu vernäht, um einen späteren Riss der Sehne zu vermeiden.

Anmerkung

In einer 2002 im Lancet veröffentlichten Studie aus Holland wurden die drei Therapieformen Kortisonbehandlung, Physiotherapie und keine Therapie (Wait-and-See-Gruppe) verglichen. Während bei der Kontrolle kurze Zeit nach der Behandlung die Gruppe mit der Kortisontherapie mit der Schmerzfreiheit noch weit vorne lag (92% schmerzfrei) sah dies nach einem Jahr jedoch anders aus. Hier waren die Physiotherapie-Gruppe mit 91% Beschwerdefreiheit und die Wait-and-See-Gruppe mit 83% Beschwerdefreiheit der Kortison-Gruppe mit 69% weit überlegen. Daher sollte man die Wahl der Therapie gut durchdenken und sie sollte im Einverständnis von Arzt und Patient getroffen werden.

[Smidt et al: Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. Lancet 2002 Feb 23;359\(9307\):657-62](#)

Prognose

In den meisten Fällen stellt sich bei den konservativ behandelten Patienten innerhalb weniger Monate eine deutliche Besserung der Symptomatik ein, solange sie sich an die angeordneten Maßnahmen halten und die sportliche Belastung weitgehend eingeschränkt wird.

Bei ca. 90% der Patienten lässt sich so eine weitgehend komplette Heilung erreichen. Bei den weiteren 10% führt oftmals die operative Versorgung zur Schmerzlinderung. Nur ca. 2% müssen chronisch unter den Schmerzen leiden.

Weblinks

- <http://www.medknowledge.de/abstract/med/med2002/05-2002-9-tennisellenbogen.htm>
- <http://www.netdoktor.at/krankheiten/sportverletzungen/tennisarm.shtml>
- <http://www.rheuma-online.de/a-z/t/tennisellenbogen.html>
- <http://www.gesundheitpro.de/Gelenke/A050905ANONI014414>
- <http://www.dr-gumpert.de/html/tennisarm.html>

Quellen

- Prometheus - Lernatlas der Anatomie, Band 1 ; Georg-Thieme Verlag
- Tipps & Tricks für den Sportmediziner; Siebert, Breuer ; Springer Verlag
- Orthopädie und Unfallchirurgie, Wülker ; Georg-Thieme Verlag

Haben Sie weitere Fragen, Anregungen oder Kritik zu diesem Artikel? Wir freuen uns über Zusendungen jeder Art.

Bitte schreiben Sie uns unter kontakt@medisport24 oder auf dem Postweg:

Medisport24

Adelheidstraße 99

65185 Wiesbaden

Vielen Dank für Ihre Zusendungen im Vorraus. Sie helfen uns unser Angebot zu verbessern.

Ihr Team von **Medisport24**