

Patienteninformation Tennisellenbogen (Epicondylitis radialis humeri)

Die Erkrankung, welche heute allgemein unter dem Begriff „**Tennisellenbogen**“ bekannt ist, wurde erstmalig wohl im Jahre 1873 von F Runge als „Schreibekrampf“ beschrieben (Dr. F. Runge, „Zur Genese und Behandlung des Schreibekrampfes“, Berliner Klin Wochenschr. 1873;10:245–248).

Es handelt sich dabei um eine **Überlastungserkrankung der Handgelenkstreckmuskeln** im Bereich des Muskelursprunges am Ellenbogen, außen. Die betroffene Handgelenkstreckmuskulatur in diesem Bereich besteht aus den Muskeln Extensor carpi radialis brevis, Extensor carpi ulnaris und Extensor digitorum. Die medizinisch korrekte Bezeichnung dieser Erkrankung („Tennisellenbogen“ mit Schmerzen außen am Handgelenk) lautet Epicondylitis radialis humeri.

Trotz der Bezeichnung „Tennisellenbogen“ ist das Tennisspielen nur in etwa 5% der diagnostizierten Fälle die Ursache der Beschwerden. Häufig führt aber eine vermehrte Belastung der Handgelenkstreckmuskulatur zu der Erkrankung.

Analog dazu gibt es ferner eine Überlastungserkrankung der Handgelenkbeugemuskulatur innen am Ellenbogen. Diese wird landläufig als „**Golferellenbogen**“ bezeichnet (Epicondylitis ulnaris humeri). Statistisch betrachtet tritt der „Tennisellenbogen“ relativ häufiger bei Frauen, Personen im fünften Lebensjahrzehnt sowie bei Personen auf, die Arbeiten ausführen, bei denen das Handgelenk gegen einen Widerstand gestreckt wird.

Symptome, Diagnose

Die typischen Beschwerden des „Tennisellenbogens“ sind Schmerzen außen am Ellenbogen im Bereich des Knochenvorsprunges (**Epicondylus radialis**). Diese nehmen beim Strecken des Handgelenkes gegen Widerstand und Druck auf den Ursprung der Strecksehne zu. Die Diagnose wird klinisch im Rahmen einer Untersuchung des Patienten gestellt. D. h. das Vorhandensein lateraler Ellenbogenschmerzen, die bei Streckung des Handgelenkes gegen Widerstand, sowie Schmerzen bei Druck auf den Ursprung der Strecksehne am lateralen Epikondylus weisen auf die Diagnose eines „Tennisellenbogens“ hin.

Unbehandelt und unter zuwartender Beobachtung, bestehend aus ärztlichem Rat und entsprechender Ruhigstellung, dauern die Beschwerden ca. sechs Monate bis zwei Jahre. Darüberhinaus stehen folgende Behandlungsoptionen zur Verfügung:

Therapie

Lokale schmerzlindernde Salben

Für lokale nicht-steroidale Antirheumatika z. B. in Salbenform ist im Vergleich zu Placebos eine kurzzeitige Schmerzlinderung nachweisbar. Diese Maßnahmen können somit empfohlen werden.

Kortikoid-Injektionen

Die lokale Injektion von Kortikoiden im Bereich des Sehnenansatzes kann unter Umständen zu einer wirkungsvollen Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung führen. Mögliche Nebeneffekte, Risiken bzw. Gefahren der lokalen Kortisoninjektion sind: Schmerzhaftes Verhalten, bzw. Schmerzen im Bereich der Injektionsstelle aber auch Haut- und Muskelatrophie, Entzündungen. Die kurzfristige Wirkung lokaler Injektionen scheint gut zu sein, allerdings ist die Rezidivrate im Vergleich mit einer abwartenden Beobachtung und Physiotherapie höher.

Orthopädische Hilfsmittel

Es steht eine Vielzahl an unterschiedlichen Bandagen, Orthesen und Schienen zur Behandlung des Tennisellenbogens zur Verfügung. Meist führen diese Hilfsmittel zu einer bandförmigen Umschlingung des Muskels am Unterarm. Eine Bandage kann den Patienten tagsüber hilfreich unterstützen.

Akupunktur

Bislang existieren keine gesicherten, randomisierten Studien, die auf eine Überlegenheit der Akupunktur gegenüber anderen Maßnahmen bei der Behandlung des Tennisellenbogens hinweisen würden.

Extrakorporale Stoßwellen Es gibt bislang keinen gesicherten Beweis dafür, dass diese Behandlungsmethode anderen Therapieoptionen (z. B. Kortisoninjektion) überlegen wäre.

Physiotherapeutische Maßnahmen

Eine manuelle Therapie des Handgelenks kann u. U. eine effektive Behandlungsstrategie sein. Für eine sichere Aussage liegen diesbezüglich jedoch keine ausreichenden Belege vor.

Andere

körperliche Aktivitäten, Ultraschall, Iontophorese, Laser, Massage, Elektrotherapie

Bei ca. 80 % bis 90 % der Patienten heilt ein Tennisellenbogen innerhalb eines Jahres durch Zuwarten aus. Deshalb ist eine konservative Behandlung mit abwartender Beobachtung zunächst stets zu bevorzugen. Führt eine konservative Behandlung zu keinen befriedigenden Ergebnissen und schränken die Beschwerden den Patienten in seinen Aktivitäten weiterhin ein, sollte eventuell ein **operativer Eingriff** in Betracht gezogen werden. Aber auch ein operativer Eingriff gibt keine Gewähr für Beschwerdefreiheit. Die Erfolgsraten operativer Eingriffe liegen gemäß verschiedener Studien zwischen 43 % und 100 %.

Geschrieben von Prof. Dr. med. Peter Graf