

Tennisellbogen

Schmerzsyndrom mit hoher Selbstheilungstendenz

Zwar wird die laterale oder mediale Epikondylopathie des Humerus oft als Epikondylitis bezeichnet, Entzündungsvorgänge sind dabei aber nicht ursächlich. Vielmehr handelt es sich um degenerative Veränderungen durch repetitive Belastung. Der Tennisellbogen ist eine Domäne der konservativen Therapie.

Am distalen Humerus würden zwei Schmerzsyndrome unterschieden, erläuterte Dr. Lukas Wildi, Kantonsspital Winterthur. Der Tennisellbogen (Epicondylitis humeri lateralis) betrifft den gemeinsamen Ursprung der Finger- und Handgelenkstreckmuskulatur. Beim Golferellbogen (Epicondylitis humeri medialis) sind der M. pronator teres und die Handbeugemuskulatur involviert. Tennis- und Golferellbogen sind die häufigsten Ursachen für Ellbogenbeschwerden im Erwachsenenalter und betreffen meist den dominanten Arm. Die laterale Epikondylopathie ist 5- bis 10-mal häufiger als die mediale. Pathophysiologisch spielt eine Rolle, dass es sich um bradytrophe Gewebe handelt, die durch chronisch repetitive Bewegung überlastet werden (1). Beim Tennisellbogen führt eine wiederholte Handgelenkextension in Pronation zur ursprungsnahen Überlastung der Sehne des M. extensor carpi brevis mit Mikrorupturen. Im Verlauf kann der Prozess auch auf die direkt benachbarten Finger- und Handstrecker Muskeln übergreifen. Analog führen beim Golferellbogen eine Flexions-Pronationsbelastung sowie hohe valgierende Kräfte zur Überlastung.

Für die Diagnostik ist die Anamnese schon wegweisend. Typisch ist ein schleichender Beginn, und häufig bestehen die Beschwerden zunächst nur während oder nach repetitiver Belastung. Der Verlauf ist progredient bis hin zum Ruhe- und Nachtschmerz. Ein vorausgehendes Trauma kann der Auslöser sein. Bei lateraler Epikondylopathie ist eine Schmerzprovokation durch aktive Dorsalextension zu beobachten, bei medialer Epikondylopathie durch aktive Palmarflexion und Pronation. Greifbewegungen können Schmerzen verursachen, und die Greifkraft kann schmerzbedingt verringert sein. Eine Bildgebung ist in aller Regel nicht nötig, ausser wenn Hinweise auf ein Trauma vorliegen. Eine Ultraschalluntersuchung kann sehr hilfreich sein und typische strukturelle Veränderungen erkennen lassen. Ultraschall ermöglicht auch eine funktionelle Beurteilung der Stabilität im Ellbogengelenk beim Vergleich mit der nicht betroffenen Gegenseite. Die Magnetresonanztomografie (MRT) hat den Vorteil, auch Binnenläsionen von Knochen und Gelenk gut darzustellen, aber den Nachteil, keine funktionelle Untersuchung zu erlauben.

Kein Kortison!

Epikondylopathien seien eine Domäne der konservativen Therapie, betonte Wildi. 90 Prozent der Betroffenen erfahren eine Remission innerhalb eines Jahres. Die hohe Selbstheilungstendenz führt zu diversen Therapieansätzen. Basis bilden Ruhigstellung, Aktivitätsanpassung und topische, nicht steroidale Antirheumatika (NSAR). Eine wichtige Ergänzung ist die Physiotherapie, wobei Dehnungs- und Kraftübungen sowie Bandagierungen, Ultraschall, Stosswellen oder auch Akupunktur zur Anwendung kommen können. Bei den Injektionen sei von Steroiden unbedingt abzuraten, sagte Wildi. Sie wirken zwar kurzfristig gut, verursachen aber schlechtere längerfristige Verläufe und führen zu bedrohlichen Atrophien von Haut, Subkutangewebe und Enthesen. In Betracht kommen aber Eigenblutinjektionen oder Injektionen von plättchenreichem Plasma (PRP), wenn die vorangegangenen Massnahmen nicht ausreichend erfolgreich waren. Lässt sich das Beschwerdebild mit konservativen Massnahmen nicht adäquat lindern, kommen offene, perkutane oder arthroskopische chirurgische Eingriffe zum Zug, die sehr gute Ergebnisse bringen (2).

Bandagen werden bei Tennisellbogen gern verschrieben und gern getragen, obwohl die Evidenz sehr begrenzt ist und langfristig keine Outcomeverbesserung dokumentiert ist. Sie sind jedoch zur kurzfristigen Entlastung für 1 bis 2 Wochen geeignet. Das gilt besonders für eine Handgelenkschiene, welche die Extension im Handgelenk begrenzt. Aus wissenschaftlicher Sicht gibt es für Ultraschall, Stosswellen, Taping und manuelle Therapie keine Evidenz für einen mittel- oder langfristigen Behandlungseffekt. Deshalb sollten Übungen die erste Behandlungsstrategie sein (3). Aktuell ist man der Meinung, dass es nicht sinnvoll ist, in den Schmerz hinein zu trainieren (Stichwort «no pain, no gain»), da sich so die Mikrorupturen nicht zurückbilden und vermehrt Ruheschmerzen nach den Übungen auftreten können. ▲

Halid Bas

Quelle: Vortrag «Tennisellbogen», Rheuma Top 2021, online am 26. August 2021.

Referenzen:

1. Lenoir H et al.: Management of lateral epicondylitis. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2019;105(8S):S241-S246.
2. Lai WC et al.: Chronic lateral epicondylitis: challenges and solutions. *Open Access J Sports Med.* 2018;9:243-251.
3. Karanasios S et al.: Exercise interventions in lateral elbow tendinopathy have better outcomes than passive interventions, but the effects are small: a systematic review and meta-analysis of 2123 subjects in 30 trials. *Br J Sports Med.* 2021;55(9):477-485.