

Tennisellbogen - Golferellbogen

Was versteht man unter einem Tennisellbogen?

Auf der Aussenseite des Ellbogens überqueren 2 Muskeln, die vom Oberarmknochen ausgehen, den Ellbogen und ziehen zum Handgelenk. Speziell der tiefe Muskel bzw. seine Sehne an der Aussenseite des Oberarmknochens scheint einen mechanisch ungünstigen Verlauf zu haben, der ihn empfindlich macht für eine Überbelastung. Wiederholte Belastungen, welche das Handgelenk strecken, speziell wenn diese mit einem Impuls verbunden sind wie zBsp beim Tennis Rückhandschlag, können zu einer chronischen, schmerzhaften Sehnenveränderung führen. Auch immer wieder kehrende leichtere Belastungen in ungünstiger Position können zu den gleichen Veränderungen führen. Als Beispiel seien dazu das Führen einer Computermaus, schreiben an einer Tastatur, Schrauben anziehen und ähnliches erwähnt.

Was ist ein Golferellbogen?

Es handelt sich beim Golferellbogen um die gleichen Grundproblematik wie beim Tennisellbogen, nur dass sie die Innenseite des Ellbogens betrifft und durch chronische Beugebelastungen im Handgelenk entsteht, wie sie beim Golfen auftreten.

Welches sind typische Symptome?

Das Hauptsymptom sind Schmerzen auf der Aussenseite des Ellbogens. Sie treten auf bei Streckbelastungen im Handgelenk zBsp beim Hochheben von Gegenständen, Schreiben, Hände schütteln, Schrauben und vielem mehr. Die Schmerzen zeigen eine Tendenz zur Ausstrahlung in die Oberseite des Vorderarms. Typisch sind auch Schmerzen in der Nacht und am Morgen. Zudem tritt eine Kraftlosigkeit für die schmerzenden Belastungen auf.

Der Golferellbogen zeigt die gleichen Symptome auf der Innenseite des Ellbogens und bei Beugebelastungen im Handgelenk.

Welche Abklärungen braucht es?

Die Diagnose wird gestellt durch die Kombination der typischen Symptome mit klassischen Zeichen in der körperlichen Untersuchung des Ellbogens. Als Zusatzuntersuchung wird meist ein normales Röntgenbild angefertigt. Eine Magnetresonanztomografie (MRI) wird meist erst beim Versagen der konservativen Therapie vor einer allfälligen Operation angefertigt.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Es erfolgt praktisch immer zuerst eine nicht-operative = konservative Therapie. Dabei werden verschiedene entzündungshemmende Therapien kombiniert. Es sind dies Medikamente in Tablettenform und lokal als Gel oder Gelpflaster, lokale Therapien wie Elektrotherapie, Ultraschall, Iontophorese und vieles mehr. Der Patient selber kann durch Vermeidung von schmerzauslösenden Belastungen und Dehnungsübungen für die schmerzende Streckmuskulatur zur Therapie beitragen. Unterstützend kommen zwei Formen von Schienen zum Einsatz. Tagsüber wird durch eine Bandage am Vorderarm der Druck auf die Vorderarmmuskulatur reduziert.



Abb. 1: Vorderarm-Brace für den Einsatz tagsüber

In der Nacht wird das Handgelenk in einer Manschette gelagert. Das verhindert die unbewusste Beugung des Handgelenkes im Schlaf mit einer entsprechenden Überspannung der schmerzenden Muskulatur.



Abb. 2: Handgelenks-Manschette für den Einsatz in der Nacht

Wann wird eine Spritze gemacht und womit?

Wenn diese kombinierte Therapie nicht zum Erfolg führt, kann eine entzündungshemmende Injektion in die schmerzenden Sehnenareale erfolgen. Das klassischerweise eingesetzte Cortison wird aufgrund von möglichen Nebenwirkungen vermehrt durch eine Plasmatherapie ersetzt. Dabei wird dem Patienten ca. 10ml Blut entnommen. Nach Zentrifugation des Blutes bleibt das Plasma mit den Blutplättchen zurück, was dann dem Patienten ohne Fremdzusätze in das schmerzende Areal injiziert wird. Dieses Präparat wird PRP = **P**latelet **R**ich **P**lasma genannt. Es zeigt die beinahe gleiche Wirkung wie das Cortison, ohne dessen Nebenwirkungen. Einziger Nachteil ist die erst nach einigen Tagen auftretende Wirkung.



Abb. 3: Injektion in das schmerzhafte Areal

Wie sieht die operative Therapie aus?

Die Operation steht dann zur Diskussion, wenn alle obigen Therapiemassnahmen nicht zum Erfolg führen.

Grundsätzlich kann mit einem kleinen Schnitt von aussen oder arthroskopisch von innen operiert werden. Standard ist dabei der kleine offene Zugang. Arthroskopisch wird nur operiert, wenn gleichzeitig Massnahmen im Gelenk durchgeführt werden müssen wie zBsp das Entfernen von freien Gelenkkörpern. Während der Operation wird das chronisch veränderte Gewebe aus der Sehne entfernt, die Sehne im Falle einer Ablösung refixiert und dann wieder verschlossen.

Welche Risiken bestehen?

Der Eingriff kann sehr risikoarm durchgeführt werden. Wichtige Strukturen wie grosse Nerven oder Gefässe können nicht verletzt werden und das Infektrisiko ist extrem klein. Durch den Eingriff an der Sehne tritt langfristig keine Schwächung ein und das Rezidivrisiko, das heisst das Wiederauftreten von Symptomen ist ebenfalls sehr tief.

Wie sieht die Nachbehandlung aus?

Nach der Operation wird der Arm für 2 Wochen in einer abnehmbaren Schiene gelagert, die auch das Handgelenk stützt. Aus der Schiene dürfen sofort aktive Bewegungsübungen erfolgen. Ab der dritten Woche wird nur noch nachts eine Manschette eingesetzt und der Ellbogen darf frei bewegt werden. Der Belastungsaufbau erfolgt nach 4 Wochen.

Was kann ich erwarten und wie sieht es mit Sport aus?

Bei einer korrekten Heilung wird der Ellbogen schmerzfrei. Allerdings kann es mehrere Monate dauern, bis eine komplette Schmerzfreiheit eintritt.

Langfristig kann der Ellbogen wieder voll eingesetzt werden und die sportliche Belastung ist vollumfänglich möglich.