

Der Tennisellenbogen Epicondylitis humeri radialis

Bei der Epicondylitis humeri radialis, die im Volksmund auch als Tennisellenbogen bezeichnet wird, handelt es sich um ein häufiges Krankheitsbild mit einer Prävalenz von circa 3%. Bereits im Jahr 1869 beschrieb Runge die Symptomatik als „Schreibkrampf“, gefolgt von Bernhardt im Jahr 1896, der den Begriff der Epicondylitis einführte.

Betroffene Patienten sind typischerweise zwischen 40 und 50 Jahren alt und beschreiben gehäuft eine monotone und repetitive Belastung des Ellenbogens in der Vorgeschichte. Hierbei kann es sich um eine Tätigkeit im Rahmen der beruflichen oder auch um eine akute Überbelastung im Rahmen einer sportlichen Tätigkeit – wie beim Werfen oder Tennisspielen – handeln. Der natürliche Verlauf der Erkrankung zeigt in bis zu 90% der Fälle innerhalb von 12 Monaten einen selbstlimitierenden Verlauf.

Typische Schmerzsymptome

Betroffene beschreiben einen typischen Schmerz im äußeren Bereich des Ellenbogens, der auch entlang der Streckmuskulatur am Unterarm ausstrahlen kann. Typische Provokationstests der Streckersehnen der

SCHMERZURSÄCHLICH KÖNNEN BSPW. PATHOLOGIEN IM ELLENBOGENGELENK SELBST SEIN.

Muskulatur des Unterarmes sind positiv und es lässt sich ein Druckschmerz am Epicondylus humeri radialis auslösen. Ging man früher davon aus, dass es sich um eine Entzündung des äußeren Knochenvorsprungs am Ellenbogen handelt, einer Epicondylitis, so ist heutzutage durch histopathologische Studien gesichert, dass die Pathologie eine Sehnen-degeneration des Ansatzes der Streckmuskulatur am Epicondylus darstellt (Abb. 1). Hierbei handelt es sich um das klinische Bild einer Tendinopathie, wobei das veränderte Gewebe Botenstoffe abgibt, die für die Schmerzgenese verantwortlich sind. Als initiale

DR. MED. AHMED HAWI

Orthopädisch Chirurgische Praxisklinik Dr. Hawi
Braunschweig

FACHARZT FÜR CHIRURGIE, ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

Gründung der orthopädisch-chirurgischen Praxisklinik mit dem Schwerpunkt der arthroskopischen Gelenkchirurgie im Jahr 1991. Facharztweiterbildung für Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie / Orthopädie am Städtischen Klinikum Braunschweig, als Oberarzt bis zum Jahr 1990. Engagiert sich für humanitäre Hilfe in Krisengebieten. Auszeichnungen durch die Emirate Medical Association und der General Organization For Teaching in Ägypten.



Ursache der Veränderungen werden Mikrotraumata durch repetitive Bewegungen angenommen.

Im Rahmen der Behandlung der Epicondylitis humeri radialis müssen andere nicht tendinopathische Schmerzursachen in Erwägung bzw. ausgeschlossen werden.

Hierzu zählen entzündliche Veränderungen der Kapsel, eine hypertrophe oder eingerissene Plica humeroradialis, Knorpelschäden, freie Gelenkörper oder eine Osteochondrosis dissecans. Weiterhin kann eine postero-laterale Instabilität ein ähnliches Beschwerdebild hervorrufen oder gar mit einer Epicondylus humeri radialis einhergehen. Weitere neurogene Ursachen für den äußeren Ellenbogengelenkschmerz können ein C6/7-Syndrom, eine faszikuläre Radialisneuropathie oder ein Kompressionssyndrom des Ramus interosseus posterior des N. radialis sein.

Vielseitige Behandlungsmethoden

Nach entsprechender körperlicher Untersuchung gehört zur apparativen Diagnostik neben der Röntgen- ebenfalls die MRT-Bildgebung (Abb. 2). Bei eindeutiger Diagnose ist das Krankheitsbild Domäne der konservativen Therapie. Patienten sollten primär eine Überanstrengung und Fehlbelastung im Alltagsleben, Beruf und Sport reduzieren und vermeiden. Zur Schmerzreduktion stehen Antiphlogistika zur Verfügung, die auch lokal angewendet werden können. Lokale Infiltrationstherapien mit Steroiden sollten aufgrund der Nebenwirkungen nach Möglichkeit vermieden werden. Neueren Studien und eigener Erfahrung zu Folge zeigen Infiltrationstherapien mit Hyaluronsäure vielversprechende Ergebnisse. Des Weiteren

stehen neben der Physiotherapie, Kryotherapie, Elektrotherapie und Stoßwellenbehandlung, spezielle Bandagen und Orthesen zur Verfügung.

Bei chronischen Beschwerden, i. e. über 9-12 Monaten, stehen verschiedene operative Verfahren zur Verfügung, die bei exakter Durchführung zu guten klinischen Ergebnissen führen. Zu diesen Verfahren zählen offene, perkutane und arthroskopische Verfahren. Kein Verfahren wird als der Goldstandard angesehen, vielmehr ist die Erfahrung des Operateurs mit dem jeweiligen Verfahren entscheidend.

Im eigenen Vorgehen wird ein arthroskopisches minimalinvasives Verfahren angewendet. Nach Auffüllen des Gelenkes mittels Kochsalzlösung erfolgt die Anlage von Portalen, circa 0,5cm großen Hautinzisionen, über die Instrumente und das Arthroskop (Kamera) in das Ellenbogengelenk eingebracht werden (Abb. 3). Der Operateur kann nun auf dem Monitor das Innere des Gelenkes einsehen. Arthroskopisch erfolgt primär der „diagnostische Rundgang“, u. a. mit Beurteilung des Knorpels, der Plica, der Gelenkinnenschleimhaut und der Stabilität (Abb. 4). Im Anschluss erfolgt die Darstellung des Ansatzes der pathologisch veränderten Sehnenansätze und des Defektes. Dieser wird arthroskopisch minimalinvasiv debridiert. Ein additiver Hautschnitt ist nicht erforderlich. Postoperativ erfolgt eine vorübergehende Ruhigstellung des Ellenbogens in einer speziellen Schiene, gefolgt von funktioneller Beübung.

PD DR. MED. NAEL HAWI, MBA
Orthopädisch Chirurgische Praxisklinik Dr. Hawi
Braunschweig

**FACHARZT FÜR ORTHOPÄDIE
UND UNFALLCHIRURGIE**

Oberarzt und Bereichsleitung der Schulter- und Ellenbogenchirurgie an der Unfallchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Nebentätigkeit in der orthopädisch-chirurgischen Praxisklinik in Braunschweig. Facharzt Ausbildung für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Unfallchirurgischen Klinik der MHH, der ENDO-Klinik Hamburg und am Deutschen Schulterzentrum München. Regelmäßige Publikationen und Kongressbeiträge.



Abb. 1: Darstellung der Streckermuskulatur des Unterarmes mit Markierung der tendinopathischen Veränderung am Ellenbogen.



Abb. 2: Typische tendinopathische Veränderungen sichtbar in der MRT-Bildgebung.

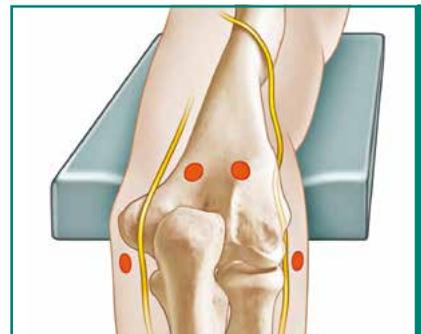


Abb. 3: Knöchernen Strukturen des Ellenbogens von hinten dargestellt bei auf dem Bauch liegenden Patienten mit Markierung der Zugänge zur Gelenkspiegelung.



Abb. 4: Arthroskopischer Blick auf den radialen Kapselbandapparat.

