

1.40-DOK2-7 Patienteninformation „Tennis- und Golfer-Ellenbogen/ Ellenbogeninstabilität“

Ursachen

Durch eine akute oder ständige Überlastung des Ellenbogens kann es zu Reizungen und Entzündungen an den Sehnenansätzen der Handgelenks- und Finger- und Handmuskulatur am Ellenbogen kommen. Dies wird außen als Tennis- und innen als Golfer-Ellenbogen bezeichnet.

Nach Stürzen mit Brüchen des Ellenbogens oder auch durch Verschleiß kann es zu Abrissen der Muskeln und / oder einer Bandverletzung und schließlich einer Instabilität am Ellenbogen kommen, was sich auch wie ein Tennisellenbogen darstellen kann.

Krankheitserscheinungen

Typisch für den Tennisellenbogen sind Schmerzen bei Belastung in der Muskulatur streckseitig (beim Golferellenbogen beugeseitig). Diese werden verstärkt, wenn man etwas Schweres, wie z.B. eine Pfanne, anheben möchte. Die Dehnung durch eine maximale Handgelenksbewegung bei gestrecktem Ellenbogen löst ebenfalls Schmerzen am Ellenbogen aus.

Diagnostik

Auf ein Röntgenbild kann u.U. bei kurzer Krankheitsdauer und beim Fehlen eines Traumas verzichtet werden. Zum Ausschluss von Abrissen der Sehnen oder einer Instabilität kann eine Ultraschalluntersuchung oder eine Kernspintomografie (MRT) (in Streckung) angezeigt sein.

Behandlung

Die Basis der Behandlung ist das exzentrische Dehnen und Kräftigen der Handgelenksmuskulatur. Dies sollte entsprechend unseres Übungsprogramms 3x täglich 5-10 Minuten durchgeführt werden.

Scannen Sie bitte für die **Übungen** gegen den Tennisellenbogen diesen QR Code:



Scannen Sie beim Golferellenbogen diesen Code:



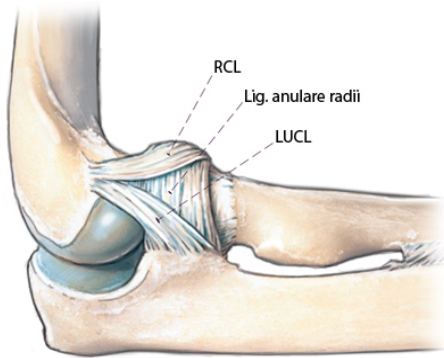
Ergänzend wird eine Unterarmspange und Handgelenksbandage verordnet. Der Reizzustand im Ellenbogengelenk sollte 3x täglich mit einer entzündungshemmenden Salbe (z. B. Voltaren emulgel) behandelt werden (Tipp: 15 Minuten mit einer Frischhaltefolie umwickeln, um den Effekt zu potenzieren). Bei hartnäckigen Reizungen kann mit sehr gutem Effekt eine **Stoßwellenbehandlung** (3-5 Sitzungen) die Regeneration fördern und die Schmerzen reduzieren. Falls Beschwerden verbleiben, kann 3x plättchenreiches Plasma (PRP) um die Sehnen gespritzt werden. Bei der ersten Injektion wird zur Hemmung der Entzündung einmalig Cortison injiziert. Bei dennoch verbleibenden Beschwerden über 6 Monate, dem Nachweis eines Abrisses der Muskulatur und/ oder einer Instabilität, ist eine Operation zu diskutieren.

Operation

Wenn ein krankhafter Prozess im Gelenk vermutet wird, dann ist die Durchführung einer Gelenkspiegelung sinnvoll. Dabei wird das gesamte Gelenk einschließlich Knorpel inspiziert und das Gelenk dynamisch auf eine Instabilität hin untersucht. Schmerzen verursachende Befunde wie eine Gelenkinnenhautentzündung, einklemmende Schleimhautfalten oder defekter Knorpel werden in derselben OP behandelt.

Falls sich keine Instabilität zeigt, werden dann ggf. abgerissene Muskeln und Sehnen wieder befestigt und die Regeneration durch Knochenmark stimulierende Verfahren angeregt (OP n. Nirschl).

Falls sich eine Instabilität bestätigt, dann ist entsprechend der Lokalisation eine Bandplastik angezeigt. In der Regel wird die Bandplastik aus einem Streifen der Sehne des Ellenbogenstreckers (M. triceps) hergestellt und mit Bohrlöchern im Knochen stabil befestigt.



Nachbehandlung

Der stationäre Aufenthalt dauert 2-3 Tage. Die OP nach Nirschl kann unter Umständen auch ambulant durchgeführt werden.

Sofern die OP nach Nirschl (ggf. in Kombination mit einer Gelenkspiegelung) durchgeführt worden ist, ist es sinnvoll, den Ellenbogen für 4 Wochen in einer festen oder beweglichen Schiene zu schonen. Wichtig ist ein 3 x tägliches Durchbewegen des Ellenbogens und regelmäßige Krankengymnas-

tik, damit die Beweglichkeit erhalten bleibt. Nach 4-6 Wochen ist der Ellenbogen im Alltag wieder einsatzfähig und die Arbeitsfähigkeit wird erreicht.

Falls eine Bandplastik erfolgt ist, dann muss die Einheilung des Bandes über 6 Wochen beachtet werden. In dieser Zeit wird der Ellenbogen nur bis 90° gebeugt und nicht voll gestreckt (10° Defizit). Der Arm wird 24 Std. in einer beweglichen Ellenbogenschiene gelagert. Flankiert wird die Reha mit regelmäßiger Krankengymnastik. Die Arbeitsfähigkeit wird in der Regel nach 12-14 Wochen erreicht.



Ergebnisse und Risiken:

In über 90 % der Fälle führt die Operation zum Erfolg ohne oder nur mit geringen Restbeschwerden. Komplikationen der Operationen (örtliche Entzündung, Gelenkinfektion oder Schädigung von Nerven oder Blutgefäßen) sind selten.

Manchmal kann es zu einer Irritation von Hautnerven kommen. Die

erstellt von: Prof. Dr. Philip Kasten
am: 07.10.2014, geändert 15.5.23

geprüft und freigegeben von: Dr. Jürgen Fritz
am: 07.10.2014

Revisionsstatus: 1.0