

Der laterale Ellenbogenschmerz

Schmerzen im lateralen Bereich des Ellenbogens sind eines der häufigeren Beschwerdebilder der oberen Extremitäten. Laut Antuña und Barco (2014) konsultieren 0,5 - 0,7% aller Patienten den Hausarzt aufgrund von lateralen Ellenbogenschmerzen. Viele dieser Patienten betreiben sogenannte „Schlagsportarten“ oder sind berufsbedingt einer vermehrten Ellenbogenbelastung ausgesetzt. Dieses Beschwerdebild scheint im mittleren Alter zwischen 40 - 60 Jahren am häufigsten aufzutreten und Frauen sowie Männer gleichermaßen zu betreffen (Berglund et al. 2008).

Der laterale Ellenbogenschmerz wird in den meisten Fällen als Epikondylitis lateralis dargestellt. Außer den Sehnen können in diesem Bereich jedoch auch andere Strukturen für den Schmerz verantwortlich sein.

Folgende Auflistung (modifiziert nach Antuña und Barco 2014) gibt einen Überblick über die möglichen Strukturen, die als Schmerzquellen in Frage kommen:

- Sehnen Problematik (Tendinose/Tendinitis)
- Primäre artikuläre Problematik (Arthrose/Arthritis)
- Sekundäre artikuläre Problematik (laterales Impingement, Instabilität)
- Neurale Problematik (Radialtunnelsyndrom)
- Myofasziale Problematik (Triggerpunkte)



Abbildung 1.:

1 = Radialtunnel Syndrom

2 = Sehnenproblematik

3 = Primäre und sekundäre artikuläre Problematik

Diese Liste veranschaulicht, dass die Begrifflichkeit „Epikondylitis lateralis“ das Beschwerdebild „lateraler Ellenbogenschmerz“ nicht vollständig erfasst. Die Epikondylitis stellt lediglich eine von vielen möglichen Problematiken dar. Daher ist es unumgänglich, eine genaue und

strukturierte Differentialdiagnostik durchzuführen, um dem lateralen Ellenbogenschmerz auf die Schliche zu kommen.

Die Abbildung 1 (modifiziert nach Antuña und Barco 2014) zeigt mögliche Schmerzlokalisationen sowie punktuelle



Abbildung 2a.:
Widerstandstest in Dorsalextension mit Pronation
und Extension des Ellenbogens.



Abbildung 2b.:
Widerstandstest in Dorsalextension mit Supination
und Extension des Ellenbogens.

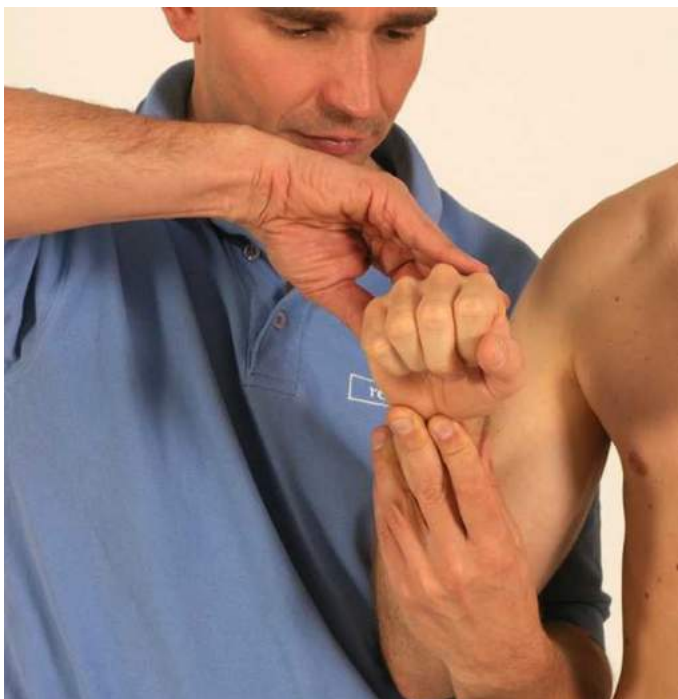


Abbildung 2c.:
Widerstandstest in Dorsalextension mit Pronation
und Flexion des Ellenbogens.

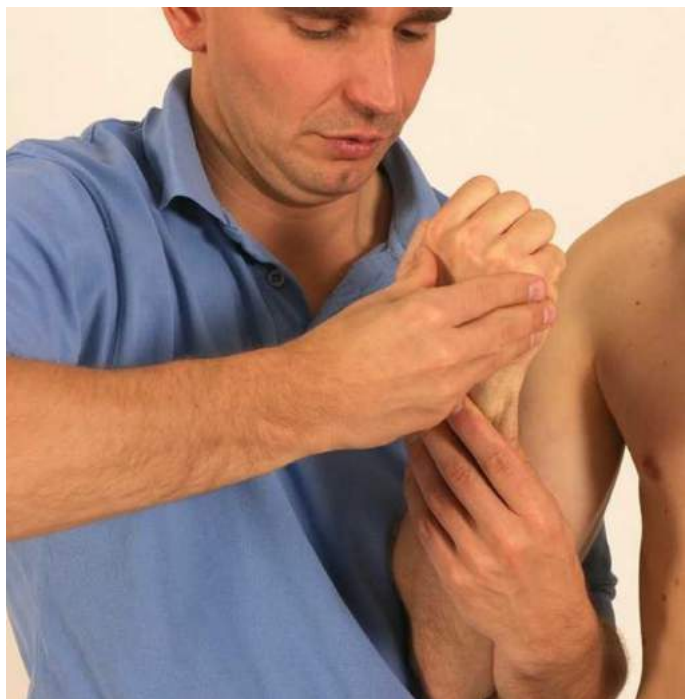


Abbildung 2d.:
Widerstandstest in Dorsalextension mit Supination
und Flexion des Ellenbogens.

Abbildungen 2 a-d.:

Wenn die Widerstandstests unter allen möglichen Ellenbogenpositionen - Extension mit Pronation und Supination sowie Flexion mit Pronation und Supination - den typischen Schmerz des Patienten provozieren, könnte dies auf eine Sehnenproblematik hindeuten.

Abbildung 3.:

Wenn unter Zug am Radius der typische Schmerz des Patienten bei Widerstand in Extension verbessert oder gar ganz eliminiert wird, kann dies auf eine primäre artikulare Problematik der Art. humero-radialis hindeuten.



Abbildung 4.:

Flexion-Pronation Test: der Therapeut führt den Unterarm bei gehaltener Pronation in Flexion. Tritt der typische Schmerz des Patienten und vielleicht auch noch ein Geräusch oder Schnappen auf, könnte dies auf eine Impingement Problematik hindeuten.

Empfindlichkeiten im Bereich des Epikondylus lateralis (Shiri 2006).

Tendinose und Tendinitis

In den meisten Fällen wird ein lateraler Ellenbogenschmerz als Sehnenproblematik („Tennisellenbogen“) interpretiert. Diese Sehnenpathologie ist meist nicht akut entzündlich, sondern degenerativ bedingt (Minaya-Munoz 2014). Immer wiederkehrende Mikroverletzungen und initiale Entzündungsprozesse führen zu einer

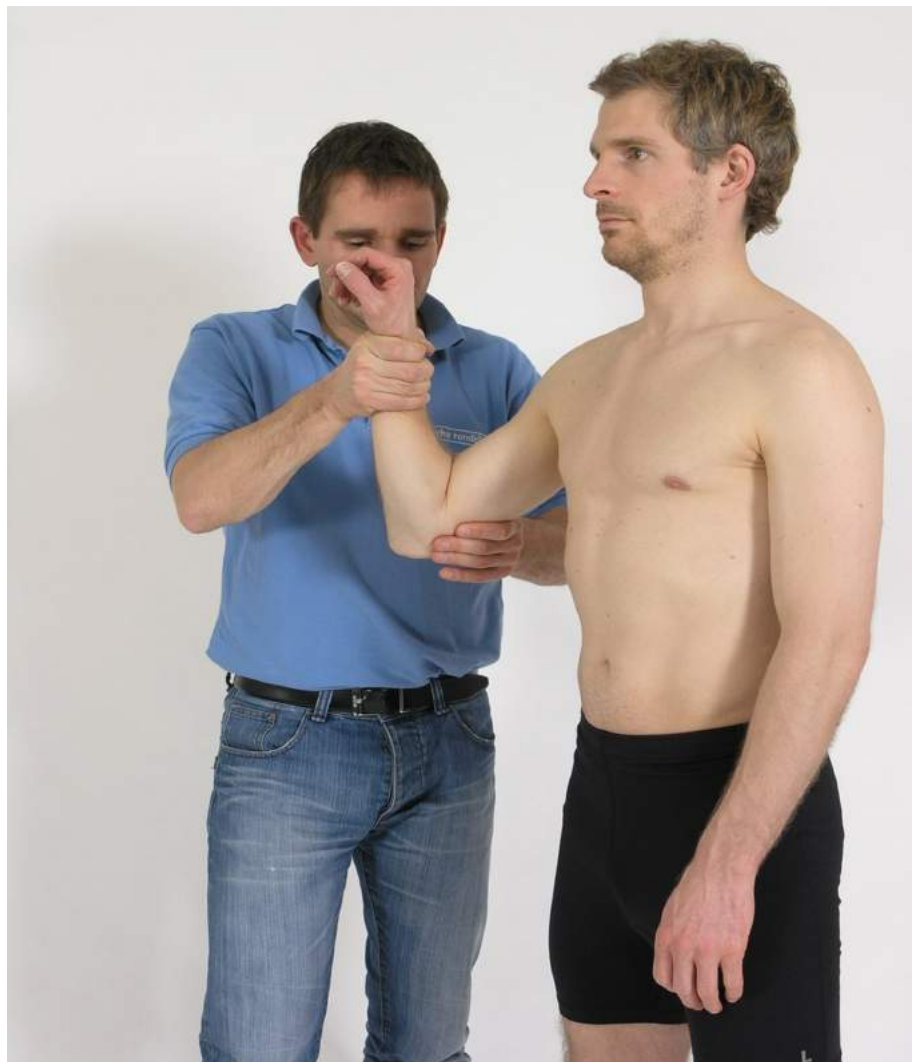




Abbildung 5.:

Chair Sign Test: der Patient soll sich von den Armlehnen nach oben drücken. Dabei müssen die Hände in 90° Supination und ca. 90° Flexion positioniert werden. Tritt hierbei der typische Schmerz des Patienten oder ein Unsicherheitsgefühl auf, könnte dies auf eine posterolaterale Instabilität hindeuten.

Siehe auch Artikel in dieser Ausgabe: Der Test: posterolateraler Instabilitätstest am Ellbogen (lateraler Pivot-Shift Apprehension Test) von Stefan Grundler

Fehlheilung, die ein Einsprossen von Nerven- und Blutgefäßen und ein „Kollagen-Chaos“ mit sich bringt (Fredberg et al. 2008). Die Patienten haben häufig schon über einen längeren Zeitraum Symptome und weisen keine typischen Ent-

zündungsmerkmale wie Nacht-, Ruhe- und Dauerschmerz auf (Khan 2002). Der Schmerz hat keine chemische, sondern eine mechanische Komponente. Entzündungshemmende Medikamente wie zum Beispiel Kortison zeigen daher auch nur

kurzfristige Erfolge (Olaussen et al. 2013). Ein möglicher therapeutischer Ansatz ist eine aktive Therapie im Sinne von exzentrischem und konzentrischem Training, welches auch in der Literatur positiv bewertet wird (Dietsch, Ernst 2014).

Primäre artikuläre Problematik (Arthrose/Arthritis)

Von einer arthrotisch bedingten Schmerzsymptomatik im lateralen Ellenbogenbereich ist meistens das humeroradiale Gelenk betroffen. Die Schmerzen resultieren aus Veränderungen im Kapsel-Bandapparat und möglichen sekundären Knochenläsionen. Die damit verbundenen Bewegungseinschränkungen betreffen bevorzugt die Extension und Flexion, manchmal auch die Pro- und Supination.

Patienten mit arthrotischen Veränderungen sind meistens über 50 Jahre alt. Wenn jüngere Patienten ähnliche Symptome zeigen, sollte man an eine Osteochondrosis dissecans denken (Antuña und Barco 2014).

Sekundäre artikuläre Problematik (laterales Impingement, Instabilität)

Sowohl das laterale Impingement als auch die Instabilität am Ellenbogen unterscheiden sich in der klinischen Präsentation kaum vom klassischen Tennisellenbogen.

Beim Impingement kommt es

zu einer Einklemmung von Strukturen - vor allem der Plica (Kapsel-falte) (Kim et al. 2006, Ruch et al. 2006). Das Einklemmen der Plica kennt man bei Wurf- oder Schlagsportlern.

Die Patienten geben sehr häufig den Schmerz an der Außenseite oder auf der Rückseite des Ellenbogens an. Daher wird dieses Impingement auch als posterolaterales Impingement bezeichnet (Kim et al. 2006). In vielen Fällen ist die konservative Therapie bei dieser Problematik von geringem Erfolg gekrönt.

Bei der Problematik Instabilität unterscheidet man die möglichen verschiedenen biomechanischen Richtungen. Ursache für die posterolaterale Instabilität sind häufig Makrotraumen der Kapsel-Bandstrukturen an der Außenseite des Ellenbogens (Fern et al. 2009). Operative Eingriffe können ebenfalls zu einer Instabilität führen (Charalambous et al. 2009).

Patienten klagen über lokale Schmerzen, Geräusche bei der Bewegung und ein Gefühl von Unsicherheit (Cheung et al. 2008).

Die konservative Therapie sollte zunächst die erste Behandlungsoption sein, sich am Zustand des Gewebes orientieren und die Verbesserung der Beweglichkeit, Schulung der Tiefensensibilität und Stabilisation des Gelenks durch Training der umliegenden Muskulatur zum Inhalt haben.



Abbildung 6.:

Wenn beim „Durcharbeiten“ der myofaszialen Strukturen der typische Schmerz des Patienten oder aber auch ein nicht bekannter Schmerz auftritt, kann dies das ursächliche oder ein begleitendes myofasziales Problem darstellen.

Neurale Problematik (Radialtunnelsyndrom):

Siehe Artikel in dieser Ausgabe: „Das Radial Tunnel Syndrom“ von Nedeljko Goreta

Myofasziale Problematik (Triggerpunkte):

Die muskuläre Problematik ist vermutlich in vielen Fällen des lateralen Ellenbogenschmerzes nicht die Hauptursache, spielt jedoch als begleitende Komponente eine große Rolle und sollte deshalb in der Therapie Berücksichtigung finden.

Die myofaszialen Triggerpunkte können entfernt vom Ellenbogen oder direkt um den Epikondylus lateralis liegen (Gautschi 2012).

Entfernt liegende myofasziale Triggerpunkte (Gautschi 2012):

- M. supraspinatus
- M. infraspinatus
- M. triceps brachii
- M. anconeus
- M. adductor pollicis
- im ersten dorsalen M. interosseus
- Mm. extensor pollicis longus und brevis

Lokale liegende myofasziale Triggerpunkte (Gautschi 2012):

- Mm. extensor carpi radialis longus und brevis
- M. extensor digitorum communis

Mehrere Strukturen können demnach für den lateralen El-

lenbogenschmerz verantwortlich sein. Die Epikondylitis lateralis ist nur eine von vielen möglichen Pathologien und sollte differentialdiagnostisch von den anderen Erkrankungen abgegrenzt werden. Die Tests, die in dem Artikel vorgestellt wurden, eignen sich zur Differentialdiagnostik in der physiotherapeutischen Praxis.

Philipp Hausser

Kontakt:

philipp.hausser@fomt.info

Literatur

- Antuña S., Barco R., Essentials in Elbow Surgery, Springer-Verlag London 2014.
- Berglund KM, Persson BH, Denison E. Prevalence of pain and dysfunction in the cervical and thoracic spine in persons with and without lateral elbow pain. *Man Ther.* 2008;13(4):295–9.
- Cheung EV. Chronic lateral elbow instability. *Orthopaedic Clinics of North America.* 2008; 39; 221.
- Dietsche M, Ernst M. Effektivität gezielter Kräftigungsübungen der Handgelenkextensoren. *Manuelle Therapie* 2014; 18: 38–47
- Fern et al. Complex varus elbow instability: a terrible triad model. *J. Shoulder Elbow Surg.* 2009; 18(2):269-74.
- Fredberg et al. Chronic tendinopathy tissue pathology, pain mechanism, and etiology with special focus on inflammation. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sport.* 2008; 18:3.
- Gautschi R. Auf den Punkt gebracht: Triggerpunkt-Therapie bei lateralen Ellenbogenschmerzen. *Manuelle Therapie* 2012; 16: 67–72.
- Kim et al.. Arthroscopic Treatment of Posterolateral Elbow Impingement From Lateral Synovial Plicae in Throwing Athletes and Golfers. *The American Journal of Sports Medicine.* 2006; 34:3.
- Minaya-Munoz F, Medina-Mirapeix F, Valera-Garrido F. Quality measures for the care of patients with lateral epicondylalgia. *BMC Muskuloskeletal Disorders* 2013; 14:310.
- Olaussen et al. Treating lateral epicondylitis with corticosteroid injections or non-electrotherapeutical physiotherapy: a systematic review. *BMJ.* 2013; 3: e003564.
- Ruch et al. The posterior plica: A cause of refractory lateral elbow pain. *J Shoulder Elbow Surg.* 2006; 15: 367-370.
- Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliövaara M. Prevalence and Determinants of Lateral and Medial Epicondylitis: A Population Study. *American Journal of Epidemiology* 2006;164:1065-1074.