

## Therapie des Tennisellenbogens

# Pragmatisches Vorgehen gefragt



Mauritius

### Literatur-Review

**Obwohl der Tennisellenbogen ein sehr häufiges Problem ist und obwohl zahlreiche Behandlungsstrategien vorgeschlagen werden, sind klinische Studien guter Qualität Mangelware. So lässt sich ein pragmatisches Vorgehen durchaus rechtfertigen.**

Die Epicondylitis lateralis ist eines der häufigsten Überlastungssyndrome in der Allgemeinpraxis. Typischerweise sind die Patienten 40 Jahre oder älter. Zwar hat die Erkrankung gemeinhin den Namen Tennisellenbogen, sie tritt aber auch bei anderen mit Schlägern gespielten Sportarten auf. Man geht davon aus, dass die wiederholte Dorsalflexion des Handgelenks mit Supination und Pronation die Strecksehnen des Unterarms überbeansprucht und zu Mikrozerrungen und Kollagenschädigungen führt. Unbehandelt verursacht die laterale Epicondylitis für 6 bis 24 Monate Schmerzen.

### Diagnose

Die anamnestischen Angaben sind meist schon eindeutig. Die Schmerzsymptome lassen sich reproduzieren durch Supi-

nation oder Dorsalflexion des Handgelenks gegen Widerstand, besonders wenn der Arm dabei voll ausgestreckt wird. Typischerweise ist der Schmerz gerade distal des lateralen Epicondylus über dem Sehnenansatz lokalisiert. Eine Bildgebung ist für die Diagnose höchst selten notwendig, betonen Greg W. John-

**Die Schmerzsymptome der Epicondylitis lateralis lassen sich reproduzieren durch Supination oder Handgelenkdorsalflexion gegen Widerstand, besonders wenn der Arm dabei voll ausgestreckt wird.**

son und Mitautoren in ihrer Übersicht im American Family Physician<sup>1</sup>.

### Watchful Waiting

Eine randomisierte kontrollierte Studie kam zu dem Ergebnis, dass *beobachtendes Abwarten* hinsichtlich der Hauptbeschwerden nach einem Jahr eine vergleichbare Wirkung hatte wie physikalische Therapie, aber Kortikoidinjektionen überlegen war. Die Patienten

sahen ihren Hausarzt während der 16-wöchigen Interventionsperiode einmal und erhielten Ratschläge zur Vermeidung belastender Aktivitäten, bei Bedarf erhielten sie Paracetamolpräparate oder ein NSAR und sie wurden ermuntert, auf die spontane Besserung zu warten.

### NSAR

Topische NSAR können für kurzfristige Schmerzlinderung sorgen. Gute Studien zum Nutzen fehlen allerdings. Zu den Effekten oraler NSAR bei der Epicondylitis lateralis ist die Beweislage widersprüchlich. In zwei Studien verbesserte Diclofenac (Voltaren® oder Generika) mit verzögerter Freisetzung (150 mg/die) kurzfristig Schmerz und Funktion signifikant. Demgegenüber bestand zwischen 500 mg/Tag Naproxen und Placebo hinsichtlich der Schmerzbeeinflussung kein Unterschied.

### Kortikosteroidinjektion

Die lokale Injektion eines Kortikosteroids hat kurzfristig (zwei bis sechs Wochen) gegenüber anderen konservativen Therapien Vorteile hinsichtlich Schmerz, Gesamtverbesserung und Griffstärke, länger als sechs Wochen bleibt dieser höhere Behandlungsnutzen aber nicht bestehen.

Eine Studie verglich die Kortikosteroidinjektion und eine spezielle Orthese (ein nicht elastisches „Tennisellenbogenband“ um den proximalen Unterarm). Auch hier hatte die Injektion zwar nach zwei Wochen die Schmerzen besser beeinflusst, aber nach sechs Wochen war kein Unterschied mehr festzustellen.

Gleich mehrere Studien fanden, dass orale NSAR und Physiotherapie sowohl mittelfristig (über sechs Wochen) als auch längerfristig (über sechs Monate) einen

**Für die zahlreichen Behandlungsstrategien gibt es nur wenig überzeugende Evidenz aus guten klinischen Studien.**

größeren Behandlungsnutzen brachten als eine Kortikosteroidinjektion. Trotz kurzfristiger Symptomlinderung bleiben bezüglich der Langzeiteffektivität im Vergleich zu konservativen Behandlungen berechnete Zweifel.

### Orthesen

Verschiedene Arten von Bandagen oder Schienen finden bei der Epicondylitis lateralis weitverbreiteten Einsatz. In mehreren systematischen Reviews waren die Autoren jedoch nicht in der Lage, zuverlässige Schlussfolgerungen zum Nutzen zu ziehen. Das Tragen eines Tennisellenbogenbandes um den proximalen Unterarm kann kurzfristig die Schmerzen lindern und die Griffstärke verbessern. Eine Schienung kann bei der Verrichtung von Alltagsbewegungen Hilfe bieten. Es gibt aber auch widersprüchliche Evidenz, die im Einsatz von Orthesen eher eine Unterlegenheit gegenüber topischen NSAR oder Kortikosteroidinjektionen sieht.

### Laserbehandlung

Dieses Behandlungsangebot kann sich nicht auf überzeugende Evidenz stützen und sollte bei Tennisellenbogen nicht zum Einsatz kommen, schreiben die Autoren.

### Physiotherapie

Hier kommen verschiedene Verfahren zum Zug. Positiv waren Studien mit 10 bis 20 Behandlungen mit NSAR-Iontophorese (z. B. mit Diclofenac), Dehnungs-

und Kräftigungsübungen können in einer Sitzung erklärt und als Hausaufgabe mitgegeben werden. Die Übungen, ein- bis dreimal täglich über sechs Wochen und länger durchgeführt, können hilfreich sein. Ultraschallapplikationen zwei- bis dreimal pro Woche mit insgesamt 8 bis 18 Behandlungen werden ebenfalls empfohlen, scheinen jedoch gegenüber einer Übungstherapie weniger effektiv zu sein. Zusätzliche Kortikoide oder tiefe Bindegewebsmassage bringen bei Ultraschallbehandlung keinen zusätzlichen Nutzen. Im Allgemeinen scheinen die physiotherapeutischen Verfahren eine Schmerzlinderung zu bewirken, aber auf die reduzierte Griffstärke keine konsistent positive Wirkung zu entfalten.

### Akupunktur

Ein Konsenspapier der US-amerikanischen National Institutes of Health hält fest, dass für die Akupunktur vielversprechende Daten vorliegen, die diese Therapie beim Tennisellenbogen zur angemessenen Option machen. Es gibt aber auch ganz andere Stimmen, und eine hieb- und stichfeste Basis zur Empfehlung der Akupunktur besteht zurzeit nicht.

### Autologe Blutinjektion

Derartige Injektionen können eine entzündliche Kaskade in Gang setzen, die über Mediatoren oder das lokalisierte Trauma der Injektion selbst Anstoß zu Heilungsprozessen in degenerativ veränderten Geweben gibt, lautet hier die Behandlungshypothese. Eine Fallserie an 29 Patienten berichtete von einer 79 %igen Verbesserung des Schmerzscore über gut neun Monate. Gute Studien mit einer Vergleichsgruppe, die Placeboinjektionen erhält, liegen jedoch nicht vor, weshalb die Schulmedizin diese Therapie (noch) nicht empfehlen kann.

**Auf positive Behandlungsstudien stützen sich topische oder orale NSAR, Dehnungs- und Kräftigungsübungen, Tennisellenbogenorthesen, Physiotherapie und Kortikoidinjektion.**

### Topische Nitrate

In tierexperimentellen Untersuchungen stimuliert Stickoxid die Kollagensynthese in Wundfibroblasten und könnte daher bei der Heilung lädiertes Sehnen nützlich sein. Bis jetzt gibt es erst eine randomisierte kontrollierte Studie, die auf einen Nutzen topischer Nitroglycerinpflaster beim Tennisellenbogen hindeutet.

### Operative Eingriffe

Wenn konservative Behandlungsversuche nach sechs bis zwölf Monaten keine überzeugende Besserung der Beschwerden gebracht haben, wird oft eine Operation empfohlen. Es gibt zahlreiche chirurgische Verfahren, teils mit offenem, teils mit arthroskopischem Zugang. Bei den meisten Techniken wird abnorm verändertes Gewebe am Ursprung des M. extensor carpi radialis brevis entfernt oder die Sehne reseziert. Fallserien berichten von günstigen Verläufen mit nur wenig Nebenwirkungen. Randomisierte kontrollierte Studien liegen jedoch nicht vor.

### Vorgehen in der Praxis

Die Autoren schlagen einen einfachen Algorithmus vor. Ist die Diagnose anhand von Anamnese und Untersuchungsbefund klar, muss der Patient entscheiden, ob er eine aktive Behandlung will. Falls nicht, lässt sich Watchful Waiting gut vertreten. Bei Behandlungswunsch muss die mögliche Fehlbelastung diskutiert werden. Außerdem kommen topische oder orale NSAR, kombiniert mit Schonung und einem daheim durchzuführenden Übungsprogramm, zum Einsatz. Auch eine Tennisellenbogenorthese kommt in Betracht. Hat dieses Vorgehen nach vier bis sechs Wochen keine Symptomlinderung gebracht, soll eine Physiotherapie verordnet werden. Alternativ oder nach fehlendem physiotherapeutischen Behandlungserfolg kann eine Kortikosteroidinjektion verabreicht werden. Ist nach weiteren vier bis sechs Wochen der Behandlungserfolg ausgeblieben, kommt der Zeitpunkt der Überweisung zum Spezialisten.

Halid Bas

*Genehmigter und bearbeiteter Nachdruck aus Ars medici 17/08; S. 756 – 758*