

Mausarm und Tennisellenbogen – Biomolekulare Therapieoption ist erfolgversprechend

Dr. Astrid Heintl

Vorgestellt werden die Diagnose- und Therapiemethoden bei Mausarm oder Tennis- bzw. Golferellenbogen. Eine Kasuistik verdeutlicht den sehr guten Erfolg einer Therapie mit biomolekularen Vitorgan-Präparaten.

Histologisch imponieren beim Mausarm eingerissene Kollagenfasern und eine Zunahme der Kollagenfasern vom Typ III mit vermehrtem Granulationsgewebe. Da Entzündungszellen fehlen, handelt es sich nicht um eine Tendinitis bzw. Epicondylitis, sondern um eine Tendinose oder Tendopathie. Klinisch werden drei Stadien unterschieden: beginnende Sehnenreizung (Stadium 1), permanente Tendinose (Stadium 2) und komplette Sehnenruptur (Stadium 3). Der Schmerz an den Sehnenansätzen wird auf die Reizung der freien Nervenenden im Granulationsgewebe zurückgeführt. Spezielle Ultraschallgeräte identifizieren Neogefäße als weitere Schmerzursache. Diese sollen eigentlich den Nährstoffnachschub gewährleisten, erhöhen jedoch die Durchblutung und damit die Schmerzempfindlichkeit.

Diagnose

Beim Mausarm ist eine starke Druck- und Klopfdolenz der betroffenen Epicondylen festzustellen. Die zugehörige Streck- und Beugemuskulatur ist tastbar und deutlich verhärtet. Widerstandstests bestätigen die Diagnose: Die Palpierung der Sehnenansätze am Ellenbogen bei Dorsalextension des zweiten und dritten Fingers bei gestrecktem Handgelenk und Ellenbogen verursacht Schmerzen.

Entsprechendes gilt für den Golferellenbogen im Thompson-Test: Die geballte Faust wird unter Widerstand nach dorsal extendiert, wodurch die Sehnenanspannung am medialen Epicondylus spürbar wird. Zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose dient auch der Chair-Test, bei dem bei gestrecktem Ellenbogen und Handgelenk ein Stuhl hochgehoben wird.

Differenzialdiagnostisch abzugrenzen sind HWS-Syndrom und Fibromyalgie, bei deren Symptomatik typischerweise auch der Ellenbogen beteiligt ist. Bei Sportlern mit stark belasteter Unterarmmuskulatur ist an Nervenschmerzen zu denken, etwa beim Supinator- bzw. Pronator-teres-Syndrom. Auch das Sulcus-ulnaris-Syndrom, bei dem der entsprechende Nerv in seiner knöchernen Führungsrinne reibt und eine Neuritis auslöst, ähnelt dem Golferellenbogen. Zusätzlich ist hier die Sensibilität am vierten und fünften Finger beeinträchtigt, es ist ein elektrisierendes Gefühl auslösbar.

Bildgebende Verfahren wie Kernspintomographie (MRT) sind üblich, Röntgen zeigt zuweilen Verkalkungsherde am Sehnenansatz.

Therapie

Elektrophysikalische Therapien mit Ultraschall oder Reizstrom bringen nicht immer den gewünschten Erfolg. Diese Optionen sind daher eher mit „Vorsicht zu genießen“. Bei erhöhtem Muskeltonus verspricht hingegen die Muskelrelaxation nach Jacobson Erfolg.

Muskeln und Gelenke können auch mit Injektionen von Musculi (NeyDIL® Nr. 3 D7,



Egal ob auf dem Tennisplatz oder am Schreibtisch – die Schmerzen entstehen durch monotone Bewegung und eine einseitige Fehlbelastung von Arm oder Hand, die letztlich zu Dysbalancen und Abnutzungserscheinungen führen. © decade3d – fotolia

NeyTroph® Nr. 96 D7 und NeyAthos Nr. 43 D7) unterstützt werden.

Bei hartnäckiger Therapieresistenz wird zur operativen Ablösung der Sehnenansätze von der betroffenen Streck- oder Beugemuskulatur unter Entnahme der zugehörigen Knochenlamellen (Hohmann'sche Operation) geraten. Üblich ist auch die Durchtrennung der entsprechenden Nervenfasern (Wilhelm-Operation). Natürlich sollte man den Patienten raten, zuvor sämtliche erfolgversprechenden Möglichkeiten der Naturheilkunde auszuschöpfen.

Kasuistik

Ein 50-jähriger Patient kam mit starken Schmerzen im rechten äußeren Ellenbogen in die Praxis. Nach seinen Aussagen stehe er momentan als Baggerfahrer unter sehr großem physischen und psychischen Stress.

Es zeigte sich eine starke Druckdolenz im Bereich des Epicondylus lateralis. Die Ansatzsehnen der Extensorengruppe des rechten Unterarms erschienen induktiv verändert. Der Tonus des

Musculus extensor digitorum war drastisch erhöht.

Dem Patienten wurde eine Physiotherapie mit täglichen Dehnübungen im entsprechenden Muskelsegment verordnet. Zur psychischen Entlastung erlernte er die Muskelrelaxation nach Jacobson.

Im Abstand von zwei Tagen wurde ihm dreimal eine Kombination aus NeyChon Nr. 68 A pro Injektion Stärke II und NeyBron Nr. 44 D7 an die Ansatzsehne infiltriert. NeyBron Nr. 44 pro Injektion enthält Lungenbestandteile und damit das Polypeptid Macro cortin. Dieses fördert die Freisetzung körpereigener Glucocorticoide und ergänzt so die Wirkung von NeyChon Nr. 68 D7 ideal. Bereits nach vier Behandlungstagen ließen die Schmerzen deutlich nach. Drei Wochen nach Therapiebeginn galt der Patient als geheilt.

Verfasserin:

Dr. Astrid Heintl

Medizinjournalistin