

physio**praxis**

DAS FACHMAGAZIN FÜR PHYSIOTHERAPIE

4 April 2013 | 11. Jahrgang
ISSN 1439-023X · 61504
www.thieme.de/physiopraxis

FUNCTIONAL MOVEMENT SCREEN

Testbatterie für Aktive

ARBEITSSITUATION IN DEUTSCHLAND

Traumberuf zu Albtraumlöhnen

ZWEIPUNKTDISKRIMINATION

Werkzeug gegen Schmerzen

STARKER GRIFF

Mobilisation bei Ellenbogenschmerzen

Mit **physiopraxis-**
Geburtstagsgrafik



physio**praxis**
10 Jahre

**Lese-
probe**

Starker Griff

HANDS-ON: MOBILISATION BEI LATERALEM ELLENBOGENSCHMERZ Schmerzen am lateralen Ellenbogen sind eine Herausforderung in der physiotherapeutischen Praxis. Johannes Bessler zeigt einen evidenzbasierten Weg, solche Beschwerden mittels Mobilisation und Eigenübung zu therapieren.

D iagnosen wie „Tennisellenbogen“ und „Epicondylitis lateralis humeri“ findet man oft auf ärztlichen Verordnungen – sie werden häufig synonym verwendet. Die Patienten leiden unter funktionsabhängigen Schmerzen im Arm und in der Hand, welche ihre Aktivitäten deutlich einschränken. Doch in den wenigsten Fällen handelt es sich bei chronischen Beschwerden am lateralen Ellenbogen wirklich um eine Entzündung. Vielmehr sind es meist degenerative Veränderungen [1, 2], und auch die HWS und der N. radialis müssen als Quelle in Betracht gezogen werden [3]. Aus diesem Grund spricht man korrekterweise von einer lateralen Epikondylopathie (LE), also von Schmerzen am lateralen Ellenbogen, die zunächst keiner bestimmten Struktur zugeordnet sind.

Die Palette der Behandlungsansätze reicht von Querfraktionen über Dehnungen, Triggerpunktbehandlungen und exzentrischen Übungen bis hin zu Wärme, Eis und Elektrotherapie [1, 4]. Gegen den Einsatz von Kortison im Management der LE sprechen meh-

re Studien – man geht inzwischen sogar davon aus, dass Kortison die positiven Effekte von Physiotherapie bei chronischen Beschwerden am lateralen Ellenbogen umkehrt [5, 6].

Als funktionelle Therapie bei lateralen Ellenbogenschmerzen und reduzierter Greifkraft beschreibt Brian Mulligan eine Mobilisation mit Bewegung (Mobilisation with Movement, MWM) [7]. Dabei mobilisiert der Therapeut das Ellenbogengelenk so, dass das zuvor schmerzhaft Greifen schmerzfrei möglich ist. Die Wirksamkeit dieser Technik konnten Wissenschaftler bereits bestätigen [6, 8]. Nach momentanem Wissensstand wirken MWMs nicht nur biomechanisch-strukturbezogen. Man vermutet vielmehr, dass sich diese funktionsorientierte, schmerzfreie Technik positiv auf den Kortex auswirkt und daher auch zentrale Wirkmechanismen hat [9].

Johannes Bessler

📖 **Literatur:** www.thieme-connect.de/ejournals/physiopraxis



ZU GEWINNEN

Handdynamometer

3B Scientific (www.3bscientific.com) sponsert ein Hydraulic Hand Dynamometer. Gewinnen kann, wer bis zum 10.5.2013 unter www.thieme.de/physiopraxis > „Gewinnspiel“ auf „Ellenbogen“ klickt.



Johannes Bessler ist Physiotherapeut, Manualtherapeut (OMT-AGMT), Master of Manual Therapy (University of Western Australia) und seit 2002 Mitglied der Mulligan Concept Teachers Association (MCTA). Zudem ist er Mitherausgeber der Thieme-Zeitschrift „manuelletherapie“ und arbeitet in einer Physiotherapiepraxis in Heidelberg.



Mobilisation mit Bewegung („MWM“)

- **Indikation:** Schmerzen am lateralen Ellenbogen beim Greifen und/oder bei Hand- bzw. Unterarmbewegungen
- **ASTE:** Der Patient liegt in Rückenlage, der zu behandelnde Arm liegt gestreckt auf der Behandlungsbank. Der Arm des Patienten ist im Schultergelenk innenrotiert, wodurch der laterale Epicondylus zur Decke zeigt. Der Therapeut steht in Schrittstellung auf der betroffenen Seite, seine Füße zeigen in Richtung der Füße des Patienten, seine Kniegelenke sind leicht gebeugt.
- **Griff:** Der Therapeut legt sich einen geschlossenen Behandlungsgurt über die dem Patienten zugewandte Schulter und platziert den Gurt dann um den betroffenen Unterarm des Patienten knapp unterhalb des Ellenbogengelenks. Mit einer Hand fixiert der Therapeut den Oberarm des Patienten schmerzfrei von lateral – proximal des Epicondylus lateralis – auf der Bank und hält ihn in Innenrotation. Die andere Hand hält Kontakt zum Unterarm des Patienten (☞ Abb. 1).

Alternativ zum Behandlungsgurt kann der Therapeut die Mobilisation manuell ausführen (☞ Abb. 3). Dazu dreht er sich so, dass seine Füße zum Kopf des Patienten zeigen, und führt die Gleitbewegung mit der Hand distal des Ellenbogengelenks aus. Der Rest (Position des Oberarms, Wiederholungszahl etc.) ändert sich nicht.

- **Mobilisation:** Der Therapeut streckt seine Kniegelenke, wodurch sich der Gurt spannt und die Ulna nach lateral gleitet. Die Behandlungsebene des Gleitens läuft entlang einer gedachten Linie durch die beiden Epikondylen, was durch die Innenrotationsposition des Oberarms möglich wird. Der Zug muss schmerzfrei sein. Durch den Gurt ist die Mobilisation für den Therapeuten kraftschonend.

- **Bewegung Patient:** Der Patient führt die schmerzprovozierende Aktivität – Greifen (☞ Abb. 1), Dorsalextension im Handgelenk (☞ Abb. 2) oder Pro-/Supination – aus, während der Therapeut das laterale Gleiten im Ellenbogengelenk hält. Durch die Mobilisation soll er die zuvor schmerzhafte Bewegung nun schmerzfrei durchführen können, teilweise vergrößert sich auch direkt das Bewegungsausmaß und/oder die Kraft.
- **Dosierung:** Der Patient absolviert 3 x 10 Wiederholungen der provozierenden Aktivität. Dabei greift er so fest zu – bzw. bewegt so weit –, dass die Bewegung nicht schmerzt. Oft sind kleine Änderungen der Mobilisationsrichtung (Angulation) – etwa nach posterolateral –, und der Zugkraft nötig, damit die Bewegung komplett schmerzfrei möglich ist. Die Mobilisationsrichtung kann der Therapeut auch durch die Rotationsstellung des Oberarms beeinflussen.
- **Tipp:** Ob die Technik die Greifkraft verändert, kann der Therapeut mittels Griffdynamometer prüfen oder mit einer Blutdruckmanschette, deren leicht aufgeblasenes Luftpolster der Patient zusammendrückt. Um bei Greifbewegungen eine Palmarflexion zu vermeiden, empfiehlt es sich, eine Handtuchrolle oder einen Sandsack unter die Hand zu legen. Anschließend soll der Patient das Ellenbogengelenk ein paarmal unter manuellem lateralem Gleiten aktiv flektieren, um Schmerzen beim initialen Beugen zu vermeiden.



Eigenbehandlung („Self-MWM“)

- **ASTE:** Der Patient steht in einem Türrahmen, an einer Wandkante oder Ähnlichem und fixiert den Oberarm der betroffenen Seite proximal des Epicondylus lateralis, indem er sich anlehnt. Seine gegenüberliegende Hand legt er in Supination oder Pronation distal des Epicondylus medialis (👁 **Abb. 4**) an.
- **Mobilisation:** Nun schiebt der Patient den Unterarm entsprechend der Mobilisationsebene nach lateral. Die Bewegung muss schmerzfrei sein.
- **Bewegung:** Unter dem gehaltenen lateralen Gleiten führt der Patient die provozierende Funktion, z. B. das Greifen, aus, die jetzt schmerzfrei und deutlich besser durchführbar sein muss.
- **Dosierung:** zweimal täglich jeweils 3 x 10 Wiederholungen
- **Tipp:** Ein Heimprogramm ist notwendig, um die positiven Effekte der Therapie zu erhalten. Ist der Kontakt an Wand oder Hand unangenehm, hilft meist ein kleines Schaumstoffpolster. Nach der Behandlung sollte der Patient einige Wiederholungen aktiver Flexion im Ellenbogengelenk unter lateralem Gleiten ausführen.



ZUSATZINFOS

Techniken im Videoclip

Unter www.thieme-connect.de/ejournals/physiopraxis > „Ausgabe 4/13“ zeigt Johannes Bessler die Techniken im Videoclip. iPhone- und iPad-Nutzer können einfach die Codes scannen, etwa mit der App „barcoo“.



Mobi mit Gurt



Mobi ohne Gurt



Eigenbehandlung

Infos zur physiopraxis:
www.thieme.de/physiopraxis