

TENNISALBUEN




CFR hospitaler

TENNISALBUEN

Det latinske navn er epicondylitis lateralis humeri.

Den hyppigste årsag til "tennisalbuen" er overanstrengelse af albuen, og skyldes ofte gentagne ensformige bevægelser. Lidelsen har fået navnet "tennisalbue", da tennisspillere er særligt udsatte. Navnet er dog noget misvisende, da tennisspillere kun udfør får procent af det samlede antal patienter. Håndværkere, rengøringspersonale, butikspersonale og kontorfunktionærer er særligt udsatte grupper.

Smerterne er lokaliseret til albuen og underarmen, og forværres ved brug af albue og hånd. Der er ømhed på albuens yderside sv.t. albuens yderste knoglepunkt samt ømhed ved tryk lige nedenfor albuen i selve muskulaturen.

Undersøges forandringerne i mikroskop, finder man små bristninger i senevævet med indvækst af støttevæv, der indeholder mange blodkar. Røntgenbillede af albuen viser normale forhold. Ultralydsskanning kan evt. vise betændelsesreaktion i senetilhæftningerne.

Mange lettere tilfælde går i ro af sig selv, ved at man skåner armen. I de lidt sværere tilfælde gives indsprøjtning med binyrebarkhormon og et lokalt bedøvende stof omkring albuen. Indsprøjtningen gentages med 3-4 ugers mellemrum, i alt 3-5 gange, hvorefter generne oftest forsvinder. Efter injektionerne kan der i sjældne tilfælde komme en fornemmelse af nedsat kraft i underarmen. Det fortager sig efter få timer og er ufarligt.

For at få ro i albuen kan det være nødvendigt at supplere med smertestillende medicin eller Magnyllignende stoffer. Ultralyd og laserbehandling, kan have lindrende virkning. Under hele behandlingsforløbet er det nyttigt at skåne albuen og periodevist benytte albuebind. Efter 3 måneder, er 90 % af patienterne blevet raske. Hvis det belastende arbejde eller sportsudøvelse genoptages for hurtigt, får en del patienter tilbagefald. Behandling med albue og håndled i gipsskinne i længere tid eller kirurgisk fjernelse af det beskadigede senevæv anvendes sjældent.

