



Nachbehandlung bei Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion

Generelle Behandlungskriterien nach Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion bis Ende 6. postoperativer Woche:

Keine Aktivität und Dehnung der rekonstruierten Strukturen. Die EXT und horizontale ABD sind generell zu vermeiden.

Allgemein gilt: nichts heben, nicht den Arm hinter den Rücken führen/Hand bleibt immer im Gesichtsfeld, nicht ruckartig bewegen, nicht mit Körpergewicht stützen.

Daneben gelten folgende absolute Einschränkungen für:

Supraspinatus-Rekonstruktion

Keine Horizontale ADD; IR nur bis zum weichen Stopp, max. 70°

Subscapularis-Rekonstruktion

ARO nur bis zum weichen Stopp, max. 10°

Infraspinatus-Rekonstruktion

IRO nur bis zum weichen Stopp, max. 70°

Labrum-Rekonstruktion nach Slap-Läsion

Keine Bizepsaktivität bis einschl. 6. post-operative-Woche

Phase 1: 1.-6. postop. Woche Schwerpunkt: Schmerzreduktion, passive Mobilisation und Lagerung

1.-3. Woche 48 h Ruhigstellung in Gilchrist-Bandage danach Lagerung des Armes in Abduktionskissen Tag und Nacht bis Ende der 3. postop. Woche. Tagsüber kurzzeitige Lagerung in aktueller Ruhestellung auf Kissen möglich, wenn dadurch Schmerzreduktion und bessere muskuläre Entspannung erreicht wird.

1. Woche: Aktive Bewegung von Hand und Ellenbogen instruieren.

Passive Mobilisation in alle Bewegungsrichtungen schmerzfrei bis zum weichen Stopp, **max. 60° ABD, 60° FLEX, 10° ARO** .

Assistive Skapulamobilisation, detonisierende Maßnahmen Schulter-Nacken.

Bilaterale passive Flexion aus RL (Betgriff); Anleitung zu kontrollierten Pendelübungen mit vorgeneigtem Oberkörper im Stand; Haltungskorrektur mit Skapulakontrolle; Instruktion zur Automobilisation (Betgriff u. Pendelübung).

ADL-Schulung (Aufstehen, Anziehen, Waschen, Anlegen des Abduktionskissens...) mit weitestgehender Schonung der Op-Seite.

Nach Bedarf: Lymphdrainage / Eis / Wärme / Elektrotherapie

2. Woche : minimale gelenknahe isometrische Zentrierungsübungen in verschiedenen ASTEN, passive Übungen für FLEX im Stehen/Sitzen (Rollenzug oder Stab) als Heimprogramm; schmerzfreie, aktive Skapula-Mobilisation.

3. Woche: Passive Mobilisation in allen Bewegungsrichtungen schmerzfrei bis zum weichen Stopp, (Pat. denkt Bew. mit), **max. 80° ABD, 110° FLEX, 30° ARO (bei Subscapularis-OP max. 10° ARO)**. Übergang zu assistiver Mobilisation; leichte Isometrie für die nicht betroffene Schultermuskulatur, leichte Kräftigung der Skapulafixatoren. Ab der 4. Woche stundenweises Entwöhnen des Orthosoft-Abduktionskissens innerhalb des Hauses.

5. Woche : Passive Mobilisation in alle Bewegungsrichtungen schmerzfrei bis zum weichen Stopp (Pat. denkt Bew. mit), **max. 90° ABD, 145° FLEX, 45° ARO (bei Subscapularis-OP max. 10° ARO)**.

Phase 2: 7.-12. Woche Schwerpunkt: aktive Mobilisation, Koordinationsschulung, leichte Kräftigung

Schmerzabhängige passive und aktive Mobilisation ohne Limit; Verbesserung des skapulo-humeralen Rhythmus, Koordinations- und Stabilisationsübungen für die Skapula (insbes. Rekrutierungsschulung des M. serratus ant. und des unteren Trapezius). Glenohumerale Zentrierung und Stabilisation mit leichter isometrischer/dynamischer Aktivität der operierten Muskulatur. Kontrolliertes Bewegungsbad (noch kein intensives Aquajogging). Autofahren i.d.R. möglich.

Ab 9. Woche: Dynamisches Training der Rotatorenmanschette konz. und exz. in der Skapulaebene mit Theraband (gelb-rot) und leichten Gewichten (max. 1 Kg) mit koordinativem Schwerpunkt. Aktivierung der Schultermuskulatur über Stützaktivität mit ca. 30% des Körpergewichts; später auch in Über-Kopf-Position („Wischübung“) mit geringer Intensität; leichte Hebeübungen. Kontrolliertes Aquajogging möglich.

Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit mit geringer Schulterbelastung.

Phase 3: ab 12. Woche Schwerpunkt: Kräftigung und ADL-Schulung

Stabilisierung in der geschlossenen Bewegungskette/Stützaktivität mit höherer Intensität; dynamische Stabilisation mit steigender Belastung unter Berücksichtigung der Rumpfstabilität; Intensivierung der muskulären Kräftigung auch mit Geräten (MTT), insbes. spezifische progressive Widerstandsübungen für die Rotatorenmanschette, (insbes. exzentrisch); reaktive Übungen mit geringer Intensität unterhalb Schulterhöhe; Üben von Alltagsaktivitäten und sportartspezifischen Bewegungen (z.B. Tennisaufschlag).

Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten mit höherer Schulterbelastung.

Phase 4: ab 21. Woche Wiederaufnahme des Sports und anderer hochbelastender Schulteraktivitäten

Steigerung der Intensität der MTT; Schnellkrafttraining; reaktive Übungen auch über Schulterhöhe. Eigenständiges sportliches Training mit gelegentlicher Kontrolle durch den Therapeuten. Auch in den späten Reha-Phasen kann es noch zu Überlastungsreaktionen kommen, deswegen ist weiterhin eine exakte, symptomabhängige Belastungssteuerung notwendig.

Mit dem Ausgleich aller Defizite ist i.d.R. nicht vor Ablauf des 6. bis 9. postoperativen Monats zu rechnen.

Viele Grüße aus der Unfallchirurgie der Uniklinik Marburg!

Bei Rückfragen:

info@schulter-knie-zentrum.de

Sprechstunde: Donnerstags 13-17 Uhr

Tel. 06421-5865313