

Nachbehandlungsschema für Physiotherapeuten Arthroskopische subakromiale Dekompression und Klavikularesektion

Patientenname:

geb.:

OP-Diagnose:

1. Erklärung:

Bei diesem Eingriff wurde der Schulterdachraum erweitert, in dem das knöcherne Schulterdach von unten abgeschliffen wurde.

Zusätzlich bestand eine Verschleißerkrankung am Schulterreckgelenk, der Verbindung zwischen Schlüsselbein und Schulterdach.

Bei der lateralen Klavikularesektion wird eine schmale Scheibe des äußeren Schlüsselbeinendes (3-5 mm) entfernt, damit sich Schulterdach und Schlüsselbein nicht mehr berühren und so keine Reizungen mehr entstehen.

Die folgenden Anweisungen sind ein Leitfaden für die Physiotherapie, aber auch ein Leitfaden für den Patienten selbst.

Individuell kann die Behandlung abweichen. Dies ist immer im OP Kurzbericht vermerkt, den jeder Patient nach der Operation mit einer Auswahl der OP Bilder erhalten hat.

Beübung und Behandlung erfolgen immer schmerzfrei!

2. Behandlungsbeginn:

Der empfohlene Behandlungsbeginn ist abhängig vom Schadensbild, aber auch von besonderen Faktoren jedes einzelnen Patienten.

Im Regelfall wird ab dem 10. postoperativen Tag mit der Physiotherapie durch einen ausgebildeten Krankengymnasten begonnen. Bereits vorher erhalten die Patienten ein Rezept für einen sogenannten Bewegungsstuhl und erhalten Anleitung für selbst auszuführende Pendelübungen.

3. Nachbehandlungsleitfaden

Woche 1:

Tag 1: Erster Verbandswechsel mit dem Operateur, Information über den Eingriff, Pendelübung mit dem Operateur und Anpassen des Lagerungskissen.

Regelmäßige Wundkontrollen und Fadenentfernung durch den Hausarzt nach 8 - 10 Tagen.

In dieser Zeit führt der Patient selbständig regelmäßig Pendelübungen 3 -5mal am Tag mit einem geringen Gewicht (2 kg) durch.

Ggf. erfolgt die Verordnung eines Schulterbewegungsstuhls.

Sobald der Schulterbewegungsstuhl beim Patienten eintrifft, kann mit der Beübung 3-5mal am Tag für 5-10 Minuten begonnen werden. Jeder Verordnung liegt ein Therapieschema bei, so dass der ausliefernde Gesundheitsdienstleister (Sanitätshäuser, Firmenvertrieb) vor Ort bei Auslieferung richtig einstellen kann.

Im Regelfall soll nur die Armseithebung und -Vorhebung geübt werden. Es gilt: Immer unterhalb der Schmerzgrenze bleiben!

Woche 2:

Erste Behandlung **ab Tag 10** durch den Physiotherapeuten

Die Krankengymnastik mobilisiert den Arm ab der 2. Woche nur aktiv assistiert bis 90 Grad.

In den ersten 6 Wochen darf die forcierte Innendrehung und die Adduktion nicht geübt werden.

Zielkontrolle: Woche 4 aktive Anteversion bis 90 Grad

Woche 5 - 8:

Aktive Mobilisierung des Arms auch über die Horizontale. Keine Adduktion und keine Innenrotation.

Ab Woche 7 Beübung mit Widerstand.

Zielkontrolle: Woche 8 freie Anteversion, Nackengriff frei

4. Wichtige Anmerkungen für Therapeut und Patient:

- **Postoperative Kapsulitis / Frozen shoulder:**

Einige Patienten neigen zu einer postoperativen Kapsulitis. Dabei entzündet sich die Gelenkkapsel und verkürzt sich. Dieser Prozess verstärkt sich mit jedem Dehnungsreiz! Gibt der Pat. nach der Beübung auch noch am nächsten Tag Schmerzen an, besteht ein Kapsulitis-Verdacht. Ist die Außenrotation eingeschränkt, besteht eine Kapsulitis! Sofortiger Therapiestopp!

- **Reibephänomene / Knackphänomene**

Reibe- und Knackphänomene können bis zur 4. Woche noch auftreten. Treten Blockierungen auf, ist der Pat. beim Operateur vorzustellen.

- **Skapulafixierung / Oberarmkopfhochzug:**

Treten diese Phänomene auf, sollte die Horizontale erst überquert werden, wenn die Skapula gelöst ist, bzw. der Oberarmkopf durch die Depressoren beherrscht werden kann.