



UNIVERSITÄTSKLINIKUM GIESSEN UND MARBURG GmbH

STANDORT MARBURG



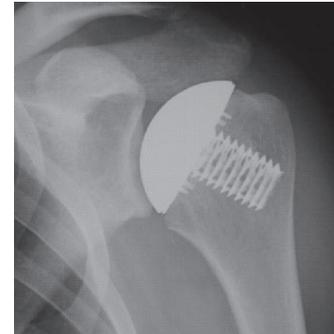
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Dir.: Univ.-Prof. Dr. S. Ruchholtz

Schulter- und Kniearthroskopie und Sporttraumatologie

www.schulter-knie-zentrum.de

www.arthroskopiezentrum.de

© TP 2008



Patientenaufkleber

Nachbehandlung bei Schulterendoprothese

Hauptziele der Therapie sind das Erarbeiten der Humeruskopf-Zentrierung, bestmögliche ADL, schmerzfreie Beweglichkeit, Koordination und ein ausreichendes Kraftniveau.

ACHTUNG: Bei zusätzlicher Tuberculum-Refixation oder Rotatorenmanschetten (RM) - Rekonstruktion darf die Mobilisation 6 Wochen lang nur passiv- assistiv erfolgen!

Phase 1: 1. und 2. Woche postop.

48 h Ruhigstellung in Gilchrist-Bandage, danach Lagerung des Armes im Abduktionskissen Tag und Nacht bis Ende der 3. postop. Woche. Tagsüber kurzzeitige Lagerung in aktueller Ruhestellung auf Kissen möglich. Aktive Bewegungen von Hand und Ellenbogen instruieren, Überprüfung der Sensibilität von Hand und Finger.

Passive Mobilisation in Scapulaebene schmerzfrei bis zum weichen Stop (Pat. denkt Bew. Mit), max. FLEX 90°, ABD 60°, IRO 45°.

Beachte: Aussenrotation max. 10°.

Mobilisation der benachbarten Gelenke. Anleitung zu leichten, isometrischen Zentrierungsübungen (nur gelenknah) unter Berücksichtigung der Scapulaebene.

Leichte, assistive Scapulamobilisation. Sanfte detonisierende Maßnahmen Schulter/Nacken, bilaterale assistive Flexion aus RL (Betgriff), Anleitung zu kontrollierten passiven Pendelübungen, Haltungskorrektur mit Scapulakontrolle. ADL-Schulung (Aufstehen, Anziehen, Waschen, Anlegen des Abduktionskissens...) mit weitestgehender Schonung der Op-Seite.

Nach Bedarf: Lymphdrainage / Eis / Wärme / Elektrotherapie

Phase 2: 3. - 6. Woche Schwerpunkt: Mobilisation und Koordinationsschulung

Passive Mobilisation in allen Bewegungsrichtungen schmerzfrei bis zum weichen Stopp (Pat. denkt Bew. mit), max. FLEX 90°, ABD 70°, IR 70°, ARO 20°.

Langsamer Übergang zu assistiver Mobilisation; leichte Kräftigung der Skapulafixatoren (insbes. M. serratus ant. und unterer Trapezius). Leichte Isometrie der RM mit kurzem Hebel schmerzfrei. Weichteiltechniken.

Erarbeiten eines Heimprogrammes / Instruktion zur Automobilisation. Bei Bedarf passive Maßnahmen wie Eis und heiße Rolle.

ab 4. Woche: Übergang zu aktiver Mobilisation.

Ziel nach 6 Wochen postoperativ:

schmerzfreier Scheitelgriff und Schürzengriff bis zum Trochanter mj.

Phase 3: 7.-12. Woche Schwerpunkt: aktive Mobilisation, Koordinationsschulung und Kräftigung

Endgradige passive und aktive Beweglichkeit unter Beachtung der Schmerzgrenze. Zentrierung und Stabilisation glenohumeral; isometrische / dynamische Aktivität der RM; Verbesserung des glenohumeralen Rhythmus in allen Gelenkstellungen; aktive Widerlagerung zwischen Skapula und Humerus für FLEX/ABD/ARO/IRO;

Koordinations- und Stabilisationsübungen für die Skapula (insbes. Rekrutierungsschulung des M. serratus ant. und des unteren Trapezius). Haltungskorrektur; Ausbau des Heimprogramms. Integration des Armes in ADL.

Ab 9. Woche :

Gesteigertes dynamisches Training der RM konzentrisch und exzentrisch in der Skapulaebene mit Theraband (gelb-rot) und leichten Gewichten (max.1 Kg) mit Schwerpunkt auf der Verbesserung der koordinativen Qualität; komplexe Aktivierung der Schultermuskulatur in der geschlossenen Bewegungskette, später auch in Über-Kopf-Position („Wischübung“); leichte Hebeübungen; Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit mit geringer Schulterbelastung, Autofahren i.d.R. möglich.

Ziele nach 12 Wochen postoperativ:
Schürzengriff, Nackengriff.

Phase 4: ab 12. Woche Schwerpunkt: Kräftigung und ADL-Schulung

Intensivierung der muskulären Kräftigung auch mit Geräten (MTT). Stabilisierung in der geschlossenen Bewegungskette mit höherer Intensität; dynamische Stabilisation mit steigender Belastung unter Berücksichtigung der Rumpfstabilität; Spezifische progressive Widerstandsübungen für die RM (insbes. exzentrisch) und der restlichen Schultermuskulatur; reaktive Übungen mit geringer Intensität unterhalb Schulterhöhe (Stützübungen, Seilzug/Theraband, Fang- und Wurfübungen). Schulung funktioneller Aktivitäten mit höherer Belastung/ Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten mit höherer Schulterbelastung.

Phase 5: ab 21. Woche Wiederaufnahme des Sports und anderer intensiver Schulterbelastungen

Steigerung der Intensität der bisherigen MTT; Schnellkrafttraining wenn sinnvoll; reaktiver Übungen mit höherer Intensität, langsam steigend auch über Schulterhöhe. Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten mit intensiver Schulterbelastung. Eigenständiges sportliches Training mit langsam steigender Intensität bei gelegentlicher Kontrolle durch den Therapeuten.

Auch in den späten Reha-Phasen kann es noch zu Überlastungsreaktionen kommen, deshalb ist weiterhin eine exakte, symptomabhängige Belastungssteuerung in Alltag, Beruf und Sport notwendig.

Viele Grüße aus der Unfallchirurgie der Uniklinik Marburg!

Bei Rückfragen:

info@schulter-knie-zentrum.de

Sprechstunde: Donnerstags 13-17 Uhr

Tel. 06421-5865313