

Nachbehandlung der arthroskopischen Rotatorenmanchettenrekonstruktion (SSC = M. Subscapularis)

Abteilung Orthopädie und Sporttraumatologie



für Physiotherapeuten

Mittels der arthroskopischen Rekonstruktion der Rotatorenmanchette wird einerseits die Funktionalität des Schultergelenkes wiederhergestellt, andererseits soll ein Prozess der weiteren Degeneration der restlichen Rotatorenmanchette aufgehalten werden. Mit dem Begriff der Rekonstruktion ist das Refixieren des Sehnenstumpfes am ursprünglichen Sehnenansatz (Footprint) gemeint. Hierfür werden Nahtanker verwendet, die im Bereich des Sehnenansatzes eingebracht werden und durch komplexe Nahttechniken (Mason - Allen Naht oder Suture - Bridge Verfahren) die flächige Sehneinheilung ermöglichen. Der M. Subscapularis ist der wichtigste Innenrotator des glenohumeralen Gelenkes. Bei Rekonstruktion dieser Sehne ist demnach die aktive Innenrotation in der frühen Rehabilitation zu vermeiden.

Die Größe des Sehnenrisses und Komplexität der Rekonstruktion beeinflussen die Nachbehandlung.

Die Dauer der einzelnen Nachbehandlungsphasen variiert durch folgende Faktoren:

- Konfiguration und Größe des Risses (*Eintl. nach Lafosse 1-5*)
- Präoperativer Muskelstatus (*Eintl. der Atrophie nach Thomazeau 1-3*)
- Begleitpathologien der LBS (Tenodese / Tenotomie)
- Präoperativem Bewegungsausmaß und Schmerzniveau
- Compliance des Patienten/der Patientin

Phase 1

(1.-2. Woche) Proliferationsphase
Akut-/Entzündungsphase

- Ruhigstellung im Gilchrist-Verband Tag und Nacht
- Kühlung
- Manuelle Lymphdrainagen
- Sofortige passive Mobilisation des glenohumeralen Gelenkes (Abd. < 45°, Aro. < 0°)
- Skapulamobilisation
- Pendelübungen ohne Abduktion
- Mobilisation des Ellenbogens und des Handgelenkes
- Fadenzug am 12. Postoperativen Tag
- Bewegungsmustererhalt mit Hilfe von E-Technik n. Hanke

Phase 2

(3.-6. Woche) Proliferation – und Remodellingphase

- Gilchrist-Verband nur nachts
- Passiv - assistierte Mobilisation des glenohumeralen Gelenkes bis <20° Aussenrotation
- Stabilisationübungen der Skapula
- Deltoideusaktivierung bei angelegtem Arm
- Keine ruckartigen Bewegungen im Glenohumeralen Gelenk !
- Training der Rumpfmuskulatur und der Kontralateralen Seite (Cross-over Phänomen)
- Eigenübungen siehe Abbildung links
- Grundsätzlich gilt, daß es von Tag zu Tag besser geht. Die Anwendungen werden als anstrengend, aber hilfreich empfunden. Sollte eine abrupte Verschlechterung eintreten, oder Funktionalität verloren gehen, bedarf es einer Kontrolle durch den Operateur.

Phase 3

(ab etwa 7. Woche bis zu 1,5 Jahren !) Remodelling / Vaskularisationphase

Die Einheilung der Sehne benötigt ca ½ Jahr.

- Die Ausreißkraft der Rekonstruktion beträgt zu diesem Zeitpunkt ca. 60 - 80% der maximalen Ausreißkraft. Isometrisches Krafttraining und Übungen gegen Widerstand ohne die Schmerzgrenze zu erreichen.
- Aktive Mobilisation ohne Gewicht bei flektiertem Ellenbogen (90°)
- Übungen mit dem Theraband siehe Abbildung links
- Der Belastungsaufbau erfolgt in Abhängigkeit der präoperativen Fähigkeiten und dem postoperativen Schmerzbild. Insbesondere die Mobilität steht im Vordergrund. Ist die passive Mobilität vollständig, allerdings die aktive Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, so sollte die Schulter durch den Operateur kontrolliert werden. (Reruptur / Innervation ?)
- Handelt es sich um eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung (Einstiefung), so bedarf es ebenfalls einer medikamentösen Unterstützung aufgrund der möglichen postoperativen Kapsulitis.