

Nachbehandlungsschema für Physiotherapeuten Arthroskopische subakromiale Dekompression ggf. mit Bizepsstenodese / -tenotomie

Patientenname:

geb.:

OP Diagnose:

1. Erklärung:

Bei diesem Eingriff wird der Schulterdachraum erweitert, in dem das knöcherne Schulterdach von unten abgeschliffen wird. Dabei wird auch der Schleimbeutel mit entfernt. Häufig zeigt sich im Gelenk eine Störung an der sogenannten langen Bizepssehne. Diese Sehne verliert ihre natürliche Position und führt zu schmerzhaften Reizungen.

Bei der **Tenotomie** der Bizepssehne wird diese einfach abgesetzt. Der Pat. bemerkt manchmal ein leichtes Tiefertreten des Muskelbauchs am Oberarm. Eine Einschränkung in Bewegung oder Kraft ergibt sich nicht. Bei einer **Tenodese** wird die Sehne am Oberarmkopf befestigt. Sinn ist hier nur das Tiefertreten des Muskelbauchs zu verhindern.

Bei einer Tenotomie kann die Sehne wieder im Sulcus bicipitalis anwachsen. Deshalb ist eine Beübung mit Belastung des Bizepsmuskels erst nach 6 Wochen erlaubt.

Beübung und Behandlung erfolgen immer schmerzfrei!

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.

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 Lagerungskissens.

Regelmäßige Wundkontrollen und Fadenentfernung durch den Hausarzt nach 8 Tagen.
In dieser Zeit führt der Patient selbständig regelmäßig Pendelübungen 3 – 5mal am Tag mit einem geringen Gewicht (2 kg) durch.

Woche 2 – 4:

Erstbehandlung beim Physiotherapeuten.
Die Krankengymnastik mobilisiert den Arm aktiv assistiert bis 90 Grad. Noch keine Rotationsbewegungen, keine Adduktion keine Innenrotation

Woche 5:

Aktive Mobilisierung des Arms auch über die Horizontale. Keine Adduktion und keine Innenrotation.
Zielkontrolle: Aktives Erreichen der Horizontalen

Woche 6:

Freie Beübung mit Aufnahme der Belastung. Innenrotation nur vor der Körperlängsachse.

4. Wichtige Anmerkungen:

- **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.