

Nachbehandlung der arthroskopischen subacromialen Dekompression bzw. Acromioplastik



Abteilung Orthopädie und Sporttraumatologie

Die arthroskopische subacromiale Dekompression beinhaltet die Teilentfernung der Bursa subacromialis und das Normalisieren des Schulterdaches (Entfernung eines Acromionsporns sowie das Kürzen des lateral überstehenden Acromions).

Mit Wiedererlangung der Mobilität beginnt das für die Zukunft entscheidende Training der Rotatorenmanschette. Hierbei steht die Zentrierung des Humeruskopfes im glenohumeralen Gelenk im Vordergrund. Insbesondere bei Sportlern ist die koordinative Schulung des Scapulo-humeralen Rhythmus bei der sportartspezifischen Belastung der Fokus.

1. Woche

Durch die Operation wird das Gelenk zusätzlich gereizt. Durch Kühlung kann dieser Reiz effektiv unterdrückt werden. Ruhigstellung / Schutz des betäubten Armes (Scalenusblock) mit Schlinge bis zur ersten Nacht. Hierdurch sollen Verletzungen des betäubten Armes vermieden werden.

Medikation: NSAR / Novaminsulfon

Mobilisation der angrenzenden Gelenke (Hand, Ellenbogen, HWS mit Schulterblatt)

Volle passive Mobilisation bis an die Schmerzgrenze. (durch den Physiotherapeuten)

Aktive Belastung ohne Schmerzprovokation mit 90° gebeugtem Ellenbogen.

Pendelübungen mit unterschiedlicher Oberkörperposition.

2- 6. Woche

Nehmen Sie sich mindestens 3-5 mal täglich 20 Minuten Zeit für Ihr Gelenk. Eigenübungen, wie das Pendeln des Schultergelenkes, und Mobilisationsübungen am Tisch und an der Wand werden vom Physiotherapeuten erläutert und sollten zu Hause in Eigenübungen umgesetzt werden. Führen Sie diese Übungen wenn möglich vor einem Spiegel aus und achten Sie auf die Hinweise, die Sie vom Physiotherapeuten bekommen. Im Vordergrund steht die Mobilität und weniger die Belastung.

Übungen die dieses Gelenk nicht belasten, können sie wie gewohnt durchführen.

z. Bsp. Fahrradergometrie, lockeres Laufen.

Der langsame täglich zu steigernde Belastungsaufbau sollte nicht übertrieben werden. Arbeiten sie nicht in den Schmerz.

Nutzen sie ein Theraband um die Innen- und Aussenrotation der Schulter gegen leichten Widerstand durchzuführen. Hierbei ist darauf zu achten, daß der Oberarm dem Körper anliegt und der Unterarm parallel zum Boden in die Rotation geführt wird. Bis zur Woche 6 sollte dieses Training den Kräftehalt und nicht den Kraftaufbau als Ziel haben.

Anfänglich geht es mehr um das Anspannen der Muskulatur, als die tatsächliche Durchführung der Rotation.

ab 7. Woche

Freigabe der Schulter für das Alltagsleben ohne größeren Krafteinsatz. Ihre individuellen Voraussetzungen sollten Sie kennen.

Wurf- und Rückschlagsportler führen eine langsame Steigerung der Intensität durch.

Zunächst Koordinationsschulung mit langsamer Bewegungsausführung langsam steigend.

Komplexe Bewegungsausführungen mit leichtem Widerstand und Steigerung bishin zum sportartspezifischem Krafttraining.

Führen sie Eigenübungen - wenn möglich- vor einem Spiegel durch, um sich die Anweisungen der Physiotherapeuten in Erinnerung zu rufen. Achten Sie auf die Symetrie Ihrer Schultern. Wichtig für das Training der Aussenrotation ist der am Körper angelegte Oberarm, denn nur der zentrierte Humeruskopf bleibt langfristig schmerzfrei. Training des gesamten Schultergürtels mit zunehmender Intensität.

Die volle Sportfähigkeit kann nach 10 - 12 Wochen erzielt werden.

Es handelt sich hierbei um einen allgemeinen Nachbehandlungsplan, der bei Patienten individuell abweichen kann. Zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren. Rufen Sie an, falls Sie Fragen oder Anregungen zur Nachbehandlung haben.