

Nachbehandlungsschema für Physiotherapeuten: Anatomische Schulterprothese

Gültig für folgende Prothesentypen:

Arthrex Universe und Eclipse-Prothese mit und ohne Pfannenersatz

Patientenname: _____ **geb.:** _____

Diagnose: _____

Operation: _____

1. Erklärung: Was ist eine anatomische Prothese an der Schulter?

Unter anatomischer Prothese versteht man alle Versorgungstypen von Kunstgelenken an der Schulter, die das normale menschliche Gelenk mit Oberarmkopf und Schultergelenkpfanne nachbilden.

Diese Implantate kommen bei reinen Arthrosen zum Einsatz. Die Sehnenhaube um den Oberarmkopf (Rotatorenmanschette) muss vollständig intakt sein (keine Sehnenrisse), sonst können anatomische Endoprothesen nicht bewegt werden und verlieren ihre Stellung im Bezug zur Schulterpfanne.

Anatomische Gelenke können mit und ohne Pfannenersatzfläche implantiert werden. Das ist alleine vom Knorpelschaden an der Pfanne abhängig.

2. Was ist bei der Operation besonders?

Um ein anatomisches Gelenk implantieren zu können, muss die Sehnenhaube zunächst teilweise abgelöst werden, um überhaupt Zugang zum Gelenk zu erhalten. Betroffen ist davon ausschließlich die Sehne des Musculus subscapularis. Die Subscapularis-Sehne (SSC) wird nach Einbringung des Kunstgelenks wieder an den Knochen angeheftet oder fest vernäht.

Häufig sind die Arthrosen schon sehr weit fortgeschritten und der Oberarmkopf hat mittlerweile einen viel kürzeren Abstand zur Gelenkpfanne, d.h. die SSC-Sehne ist verkürzt. Für das neue Gelenk muss sie deshalb oft nicht nur abgelöst, sondern auch von Verwachsungen befreit und verlängert werden.

Für die Nachbehandlung bedeutet das, dass die SSC-Sehne zunächst fest einheilen muss. Gelingt das nicht, kann das anatomische Gelenk nicht überleben und es muss noch einmal operiert werden.

Der Erfolg der Endoprothesenoperation steht und fällt mit der sicheren Einheilung der Subscapularis-Sehne!

3. Woche 1 im Krankenhaus:

In der ersten Woche erlernt der Patient selbständige passive Pendelübungen, aktiv kann der Ellbogen bei angelegtem Oberarm gebeugt und gestreckt werden, die Hand soll aktive Pumpübungen durchführen.

Der Arm wird Tag und Nacht (außerhalb der Übungszeiten) in einem Schulter-Arm-Kissen für die Dauer von 4 Wochen gelagert.

Die Physiotherapie beginnt mit leicht aktiv-assistierten Bewegungsübungen streng nur für Abduktion und Anteversion bis 60 Grad. Am Schulterbewegungsstuhl kann ebenfalls streng nur für die Abduktion bis 60 Grad geübt werden

4. Woche 2-4 (zu Hause):

Verordnung von Krankengymnastik und Lymphdrainage je 2-3 x wöchentlich und einem CPM Stuhl.

Woche 2 wie im Krankenhaus. Fäden und Klammern ex nach 12-14 Tagen nach OP.

Ab der dritten Woche kann die KG und der Bewegungsstuhl bis 90 Grad erweitert werden. Die aktiv-assistierende Beübung erlaubt mehr Krafteinsatz des Patienten.

Verboten sind forcierte Innenrotation (Arm auf dem Rücken) oder Innenrotation mit Krafteinsatz sowie passive oder aktive Außenrotation über 30 Grad bei anliegendem Arm (SSC Belastung).

5. Woche 5-6 (zu Hause oder Reha-Behandlung)

Absetzen des Schulter-Arm-Kissens, freie Beübung, aber weiterhin keine Innenrotation mit Krafteinsatz, keine forcierte Innenrotation (Arm auf dem Rücken)

Die Bewegung in die Armvorhebung (Anteversion) und Abduktion kann im schmerzfreien Bereich erweitert werden.

Der Schulterbewegungsstuhl kann ebenfalls frei gegeben werden. Übung bis unterhalb der Schmerzgrenze.

Wichtig: Bis zur 6. Woche keine Kraftbelastungen in der Übung! Keine Geräte etc.

6. Woche 7-9 (stationäre Rehabilitation)

Aktive Beübung in alle Bewegungsrichtungen immer ohne Schmerzerzeugung, d.h. , immer unterhalb der Schmerzgrenze.

Physiotherapie anfangs viel im Liegen unter Ausschaltung der Schwerkraft, später gegen das eigene Gewicht des Arms.

Zurückhaltender Einsatz von Gewichten! Lediglich üben in geschlossenen Systemen.

7. Woche 10-12 (zu Hause 2. Teil)

Aktives freies Beüben ohne Gewichte zur Erlangung einer freien Beweglichkeit.

Weiterhin üben im schmerzfreien Bereich. Heben und Tragen bis 5 kg erlaubt.

KG zweimal wöchentlich.

8. Woche 12 bis 16

Aktives Reha Training mit Krafttraining (IRENA Programm, Reha-Sport o.ä.) ohne Einschränkungen.

Warnzeichen:

- Schmerzen nach Übungsende (Nach-Wimmern, Schmerz nach KG etc.)
- Verschlechterung einer schon erzielten Funktion
- Kraftverlust im Behandlungsverlauf.

Das Erreichen der Arbeitsfähigkeit hängt natürlich immer von der beruflichen Belastung ab. Eine reine Bürotätigkeit ist nach 9 Wochen wieder vorstellbar. Eine leichte handwerkliche Tätigkeit nach 12 bis 16 Wochen. Eine schwere körperliche Tätigkeit nach 4-6 Monaten. Dauerhaft sollten keine beruflichen Tätigkeiten mit ständigen Überkopftätigkeiten durchgeführt werden. Dauerhafte schwere Hebetätigkeiten über 20 kg sollten ebenfalls vermieden werden. Grundsätzlich ist aber bei gutem Ergebnis jedwede berufliche Tätigkeit wieder vorstellbar.