

AC-Gelenksrekonstruktion bei akuter Akuter AC-Gelenkssprengung.

Abteilung Orthopädie und Sporttraumatologie



Die Stabilisierung mittels zweier Tight Rope Fadenfixierungen ist wie fast alle OP-Methoden der akuten AC-Gelenkssprengung eine passagere Reposition und Fixierung der Coracoclavikulären (CCL) Bänder. Die Heilung der rupturierten Bänder ist innerhalb der ersten 14 Tage nach Trauma durch diese Fixierung möglich. Es handelt sich um die derzeit am wenigsten invasive OP-Technik im Vergleich zu den herkömmlichen Methoden (Hakenplatte, Zugurtungsosteosynthese). Die langfristigen Ergebnisse sind bisher nicht unterschiedlich. Ein wesentlicher Vorteil des arthroskopischen Vorgehens liegt - außer der geringen Invasivität - auch in der Evaluation und Behandlung von ansonsten möglicherweise übersehenen Begleitverletzungen (SLAP - Läsion, Rotatorenmanschettenläsionen)



Phase 1

(1.-2. Woche)

Proliferationsphase (Akut-/Entzündungsphase)

- Ruhigstellung im Gilchrist-Verband Tag und Nacht
- Kühlung
- Manuelle Lymphdrainagen
- Sofortige passive Mobilisation des glenohumeralen Gelenkes (Abduktion bis 90°, Anteversion bis 80°, Reklination bis 60°)
- Skapulamobilisation
- Pendelübungen
- 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
- Stabilisationübungen der Skapula ohne Aufstützen mit dem Oberarm.
- Deltoideusaktivierung bei angelegtem Arm
- Kein Aufstützen des Körpers mit dem operierten Arm !
- Keine aktive und passive Abduktion des Oberarms über 90°. Das Schlüsselbein beginnt ab 90° Abduktion mit einer Rotationsbewegung, die in dieser Phase vermieden werden soll.
- Training der Rumpfmuskulatur und der Kontralateralen Seite (Nutzen des Cross-over Phänomens)
- Eigenübungen mit Mobilisation des Glenohumeralen Gelenkes unter Einhaltung des vorgegebenen Bewegungsausmaßes (Übungen am Tisch und an der Wand)

- Grundsätzlich gilt, daß die Beweglichkeit von Tag zu Tag besser werden sollte. Die Anwendungen werden als anstrengend, aber hilfreich empfunden. Sollte eine abrupte Verschlechterung eintreten, oder Funktionalität verloren gehen, bedarf es der Kontrolle durch den Operateur.
- In der 6. Postoperativen Woche erfolgt eine Röntgenkontrolle. Nach dieser kann das Ausmaß der aktiven Bewegungen gesteigert werden. Das Abstützen des Körpergewichtes sollte bis zur 10. postoperativen Woche nicht durchgeführt werden.

Phase 3

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

- Aktive und passive Mobilisation ohne Gewicht bei flektiertem Ellenbogen (90°)
- Übungen mit dem Theraband bei am Körper angelegtem Oberarm (RM-Training)
- 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.
- Intensiviertes Krafttraining mit Stützbewegungen sollten frühestens nach 3 Monaten durchgeführt werden.

Die Heilung der CCL Bänder benötigt ca ½ Jahr.

- Sollten die Implantate nach dieser Zeit als störend empfunden werden, können sie frühestens nach dieser Zeit entfernt werden.