

## AC-Gelenksrekonstruktion bei chronischer AC-Gelenkssprengung.

Abteilung Orthopädie und Sporttraumatologie



für Physiotherapeuten

Durch die Weiterentwicklung der arthroskopischen Chirurgie innerhalb der letzten Jahre, wurde die anatomische Rekonstruktion der rupturierten Bandstrukturen bei Schultergelenkssprengungen (Lig. conoideum, Lig. trapezium sowie des Lig. acromioclaviculare) immer häufiger thematisiert. Einerseits im Rahmen der akuten Traumaversorgung (bis zu 14 Tagen nach Trauma) mittels Tight Rope®, andererseits bei chronischen (>14 Tage posttraumatisch) Verletzungen durch zusätzliche Augmentation / Stabilisation mit körpereigenem Sehnenmaterial. Bei der von uns durchgeführten Methode handelt es sich um eine Augmentation der CCL (Coracoclaviculären Bänder) in anatomischer Position mittels der Sehne des M. Gracilis, die funktionell gedoppelt wird. Als zusätzliche Fixierung wird im Bereich des Lig. conoideum ein Faden-Flaschenzugprinzip verwendet, welches eine funktionelle Absicherung des Sehnenkonstruktes darstellt. Diese Methode gleicht gängigen Operationsmethoden, ist aber aufgrund der anatomischen Lage der CCL variiert

und wird kann arthroskopisch gestützt durchgeführt werden.



Abb: Z.n. AC-Gelenksrekonstruktion mittels gedoppelter Gracilissehne sowie einer Tight-Rope® (Fa. Arthrex).

### Phase 1

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

- Ruhigstellung im Gilchrist-Verband Tag und Nacht
  - Kühlung
  - Manuelle Lymphdrainagen
  - Sofortige passive Mobilisation des glenohumeralen Gelenkes
  - Skapulamobilisation
  - Kein Aufstützen oder Tragen von Lasten.
  - 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)

Radiologische Kontrolle in der 6. Postoperativen Woche. Proliferation und Remodellingphase

- Gilchrist-Verband nur nachts
  - Passiv - assistierte Mobilisation des glenohumeralen Gelenkes
  - Mobilisation der Skapula
  - Deltoideusaktivierung bei angelegtem Arm
  - Kein Aufstützen oder Tragen von Lasten > 5kg
- Training der Rumpfmuskulatur und der Kontralateralen Seite (Cross-over Phänomen)

### Phase 3

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

#### Remodelling / Vaskularisationphase

Die Einheilung der Sehne und Umwandlung zum Bandapparat benötigt ca ½- 1 Jahr.

- 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 des glenohumeralen Gelenkes erfolgt in Neutralstellung.
  - Weiterhin sollte das Aufstützen des Körpers bis zur 12. Postoperativen Wochen vermieden werden.
  - Leichtes Tripezstraining.
- Handelt es sich um eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung (Einstiefung), so bedarf es ebenfalls einer medikamentösen Unterstützung aufgrund der möglichen postoperativen Kapsulitis des glenohumeralen Gelenkes.

#### Vollbelastung ?

Da es sich um individuelle sehr unterschiedliche Rekonstruktionen handeln kann, sollte nach ca. 10 Wochen nach körperlicher Untersuchung durch den Operateur die weitere Belastungsfähigkeit festgelgt werden.