

## Nachbehandlung des arthroskopischen Bankart-Repair / Ventrale Zügelung



Vorlage für Physiotherapeuten

Abteilung Orthopädie und Sporttraumatologie

Der arthroskopische Bankart Repair führt zu einer weichteiligen Stabilisation des Schultergelenkes durch die Refixation des knorpeligen Labrums am caudalen und ventralen Glenoid mittels Fadenankern. Insbesondere der caudale Kapselanteil wird hierbei zusätzlich gerafft, um die sogenannte Luxationstasche zu verkleinern und eine Reinsertions des inferioren glenohumeralen Bandes (IGHL) am Glenoid zu erreichen.

Der Heilungsprozess von Knorpel an Knochen ist mit der Ausbildung von Kollagenfaserstrukturen verbunden und benötigt Zeit! Eine Belastung dieser Struktur durch Abduktion und Außenrotation ist in den ersten Wochen nicht erlaubt.

Grundsätzlich ist eine postoperative Bewegungseinschränkung gewollt. Langfristig ist nicht mit einer Einsteifung zu rechnen, sondern das Gegenteil, die Instabilität soll verhindert werden.

Das Verständnis dieser Operationstechnik ist die Voraussetzung der erfolgreichen Physiotherapie.

### Phase 1

(1.-2. Woche) Proliferationsphase

Akut-/Entzündungsphase

- Ruhigstellung im Gilchrist-Verband nachts. Kühlung / Lymphdrainagen
- Mobilisation der angrenzenden Gelenke (Hand, Ellenbogen, HWS mit Schulterblatt)
- Relative Immobilisation des Schultergelenkes bei Abduktion bis 45°, Aussenrotation bis 0°.
- Triggerpunktbehandlung
- Extension-Rotation der BWS

### Phase 2

(3.-6. Woche)

- Verfestigung des Labrum/Kapselkomplexes durch Ausbildung von kollagener Matrix. Zunehmende passive Mobilisation ohne Schmerzprovokation bis Abduktion von 45° und Aussenrotation bis 0°.
- Bizepstraining bis max. 5 kg bei angelegtem Arm.
- Skapulamobilisation
- Aktives isometrisches Rotatorenmanschettentraining in Neutralposition (ggf. Seitenlage)
- Aktives konzentrisches RM-Training bei angelegtem Arm, wobei 0° Aussenrotation nicht überschritten werden sollte.

### Phase 3

ab etwa 7. Woche

- Langsame Wiedererlangung der Mobilität. Die Mobilität wird über Manuelle Therapie und aktive Bewegungen des Patienten bis an die Schmerzgrenze sukzessiv verbessert.
- Training der Rotatorenmanschette mittels Theraband und kleinen Freihanteln bei angelegtem Arm.
- Koordinatives Training der Stützbewegungen des Alltags in langsamer Ausführung (Isometrie).
- Training der Wurfposition mit Theraband ab Woche 12.
- „Locking Position“ der Wurfbewegung mit aktiver Adduktion und Innenrotation gegen leichten Widerstand frühestens ab Woche 12.
- Aktives Wurfbewegungstraining mit Widerstand (Theraband) ab dem 4. Monat.

Volle Sportfähigkeit

In Abduktion und Aussenrotation Aussenrotationsstellung frühestens nach ¾ Jahr.

Es handelt sich hierbei um einen allgemeinen Nachbehandlungsplan, der bei Patienten individuell abweichen kann.