

Eingriff
und
Genesung



Schulter- und Ellbogenchirurgie

Seitenbandrekonstruktion am Ellbogen

Seitenbandrekonstruktion am Ellbogen

Was ist eine Seitenbandrekonstruktion?

Ein frisch verletztes inneres oder äusseres Seitenband muss bei einigen Patientinnen und Patienten vernäht werden, um eine Instabilität des Ellbogens zu vermeiden oder zu beheben. Ein Band, das schon seit längerer Zeit verletzt ist, kann durch Sehnen des Unterarms (Musculus palmaris longus) oder des Knies (Musculus gracilis) ersetzt oder verstärkt werden. Die entnommenen Sehnen sind entbehrlich, weil sie für die körperliche Funktion nicht benötigt werden. Ursachen für gerissene Seitenbänder sind zum Beispiel Ellbogenluxationen, wiederkehrende starke Belastungen oder Unfälle.

Was ist das Ziel der Operation?

Durch die Stabilisierung des Ellbogens sollen die Schmerzen reduziert und die Funktion verbessert werden. Die Ellbogenstabilität lässt sich in 85 bis 90 % der Fälle wieder komplett herstellen.

Die Rehabilitationsgeschwindigkeit hängt stark von der ursprünglichen Bandinstabilität und der körperlichen Beanspruchung der Patientin oder des Patienten ab.



Abb. 1: Rechter Ellbogen mit innerem Seitenband.

Wie verläuft die Operation?

Über einen 10 cm langen Hautschnitt an der Innen- oder Aussenseite des Ellbogens gelangen wir zur Unterarmmuskulatur. Diese halten wir zur Seite und haben Sicht auf das Seitenband. Anschliessend entnehmen wir die Unterarmsehne am Handgelenk, die für die Handgelenk- und Fingerfunktion nicht notwendig ist. Den Seitenbandersatz ziehen wir achterförmig durch gebohrte Knochenkanäle und vernähen ihn (Abb. 3). Bei manchen Patientinnen und Patienten ist die Sehne im Unterarm nicht vorhanden oder zu schwach. In solchen Fällen verwenden wir die Sehne am Knie oder bei Bedarf eine Spendersehne.

Falls zusätzlich Schmerzen im Bereich des nahegelegenen Nervs (Nervus ulnaris) bestehen, verlagern wir diesen aus seiner knöchernen Rille nach vorne und befestigen ihn in den Weichteilen.



Abb. 2: Gerissenes inneres Seitenband. Vorbereitete Bohrkanaele in der Ulna (Elle) und im Humerus (Oberarmknochen).

Was passiert nach der Operation?

Für ein optimales Resultat ist die Nachbehandlung genauso wichtig wie die Operation selbst.

Spitalaufenthalt

Sie bleiben in der Regel für 2 Nächte im Spital. Am ersten Tag nach der Operation beurteilt die Stationsärztin oder der Stationsarzt, ob Sie austrittsfähig sind. Am zweiten Tag werden Sie entlassen, sofern die Schmerzen erträglich sind, die Wunde unauffällig ist und Sie bereits wieder mehrere Stockwerke zu Fuss bewältigen können.

Wunde/Narbe

Die Fäden bleiben für 14 Tage in der Haut und werden im Rahmen der ersten Nachkontrolle in unserer Klinik entfernt. Bis dahin müssen Sie das Pflaster jeweils nach dem Duschen entfernen, die Wunde desinfizieren und mit einem neuen Pflaster schützen. Sollte dabei Flüssigkeit aus der Wunde austreten, rufen Sie uns bitte an.

Die Narbe muss mit einem Sonnenblocker oder Pflaster vor Sonnenlicht geschützt werden.

Physiotherapie

Am ersten Tag nach der Operation erklärt Ihnen eine Physiotherapeutin oder ein Physiotherapeut, welche Bewegungen erlaubt sind und welche nicht. Diese Limitationen sind für einen möglichst guten Heilungsverlauf strikt einzuhalten. Die Physiotherapie richtet sich nach den Vorgaben der Operateurin oder des Operateurs.

Innerhalb der ersten 14 Tage nach der Operation entfernen wir den Ellbogengips und passen Ihnen eine Bewegungsschiene an.

Nach Ihrem Spitalaustritt führen Sie die Physiotherapie gemäss Verordnung weiter. Falls Sie dies in einer externen Praxis tun, müssen Sie darauf achten, dass unsere Vorgaben gemäss der Physiotherapieverordnung weiterhin eingehalten werden.

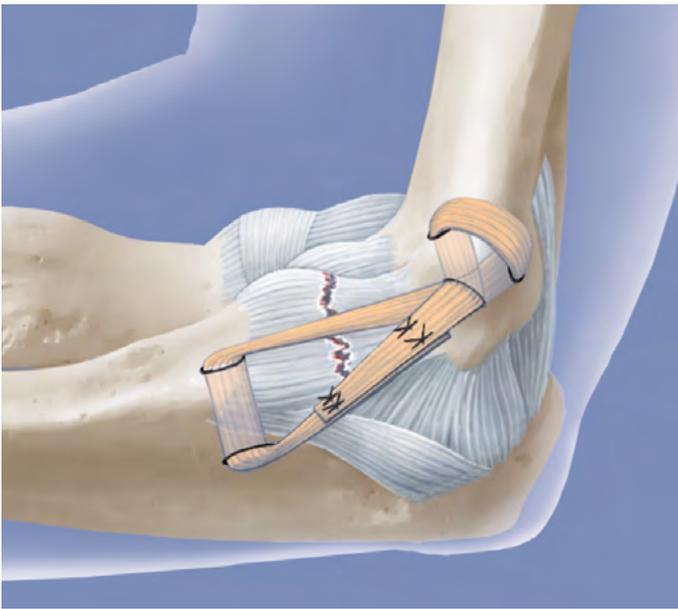


Abb. 3: Rekonstruktion/Verstärkung des inneren Seitenbandes durch die Unterarmsehne.

Verlaufskontrollen

Nach 2, 6 und 12 Wochen sehen wir Sie zur Nachkontrolle in unserer Klinik. Bei der 12-Wochen-Kontrolle entscheiden wir, ob noch weitere Termine nötig sind.

Arbeitsunfähigkeit:

Bürotätigkeiten können Sie je nach Schmerzintensität nach etwa 2 bis 3 Wochen wieder aufnehmen. Körperliche Tätigkeiten, für die Sie den operierten Ellbogen einsetzen müssen, sind frühestens nach 12 bis 16 Wochen wieder möglich.

Fahrnfähigkeit

Das Führen von Fahrzeugen ist während der Ruhigstellungsphase des operierten Arms untersagt. Sie dürfen erst wieder ein Fahrzeug lenken, wenn die Schlinge, Schiene oder ein anderes Hilfsmittel entfernt wurde. Zudem darf der eingeschränkte Bewegungsumfang Sie nicht mehr beim Fahren behindern.

Welche Risiken bestehen?

Es bestehen die allgemeinen Operationsrisiken wie Blutgerinnselbildung mit möglichem Gefässverschluss (Thrombose, Embolie), Bluterguss, Herz-, Lungen-, Kreislaufkomplikation und Medikamenten- oder Materialunverträglichkeit.

Neben den allgemeinen Operationsrisiken bestehen folgende spezifische Risiken:

- Verbleibende Instabilität (betrifft etwa 10 bis 15 % der Fälle)
- Verletzung oder Irritation des Nervus ulnaris mit Gefühlsstörungen (betrifft nach innenseitiger Rekonstruktion bis zu 25 % der Fälle, meist vorübergehend)
- Schmerzausstrahlung in Unterarm, Klein- und Ringfinger oder im schlimmsten Fall Funktionsverlust der Finger- und Handgelenkstrecker
- Leichte Bewegungseinschränkung des Ellbogengelenks
- Frühzeitige Abnutzung des Gelenkknorpels (Arthrose), meist aber infolge des Unfalls und nicht der Operation
- Bluterguss
- Wundheilungsstörung
- Verdickte, schmerzhafte Narbenbildung
- Infekt

Universitätsklinik Balgrist
Orthopädie

Sprechstunde
Mittwoch und Freitag

Forchstrasse 340
8008 Zürich, Schweiz
T +41 44 386 30 12
F +41 44 386 30 09
schulter_ellbogen@balgrist.ch
www.balgrist.ch

