

**inform exklusiv**

Nur in der Ausgabe für Mitglieder  
von Physio Austria enthalten:  
12 Seiten Berufspolitik, Tipps und  
Services für PhysiotherapeutInnen



Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband  
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

**Nr. 3 · Juni 2011**

# inform

## Hüfte und Physiotherapie

Neue sowie laufend verfeinerte  
Diagnosemöglichkeiten und  
Behandlungsverfahren stellen im  
Bereich der Hüfterkrankungen neue  
Herausforderungen an ÄrztInnen  
wie PhysiotherapeutInnen dar.  
Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist  
gefragt. >>



# Schon vor der Operation zum/r PhysiotherapeutIn

Die Rehabilitation nach einer Hüfttotalendoprothesen-Operation orientiert sich, wie nach den meisten anderen Operationen, an den Bedürfnissen und Zielen des Patienten, sowie an den chirurgisch gesetzten Maßnahmen. Relevante Befunde und Parameter sollten schon vor der Operation auch durch den/die PhysiotherapeutIn erhoben werden können.

## Zur prä-operativen Befundung bei PhysiotherapeutInnen gehören vor allem:

- Schmerzanamnese
- Gangbild (Gehhilfe?)
- Länge der (schmerzfrei) möglichen Gehstrecke
- ADLs (activities of daily living): Analyse Bewegungsabläufe bzw. Ausweichbewegungen
- ROM (Range Of Movement) aktiv und passiv
- Funktionstest der relevanten Muskelgruppen
- Zusatzkrankungen (Herz-Kreislaufsystem, Knie, LWS/ISG, Beinachse, kontralaterales Bein, Schultergürtel, etc.)

Ein weiterer Vorteil eines prä-operativen Termins bei einem/r PhysiotherapeutIn ist die Möglichkeit zur Vorbereitung auf die Rehabilitation: Krückenhandling, Gangschulung mit Krücken, Information und Ausblick auf Art und Dauer der Rehabilitation, Vorsichtsmaßnahmen, Zielbestimmung. Die individuell angepasste Rehabilitation orientiert sich an diesen prä-operativen Befunden: Am ersten postoperativen Tag beginnt nach Rücksprache mit dem/r behandelnden ÄrztIn die Mobilisation mit Kreislaufgymnastik, ersten reaktivierenden Übungen der Muskulatur und, wenn erlaubt, den ersten Schritte mit dem neuen Gelenk. Ob Vollbelastung oder Teilbelastung, Gehstreckenlänge und 3- oder 4-Punktgang hängt stark von der Art der Operation ab (konventionell/minimalinvasiv?), sowie vom Allgemeinzustand des/r PatientIn und den prä-operativ erhobenen Parametern.

In den nächsten Tagen steigern sich Häufigkeit und Länge der zurückgelegten Gehstrecken unter Rücksichtnahme auf verabreichte Analgetika, welche die Schmerzgrenze als limitierenden Faktor verwaschen bzw. ausschalten. Weiters werden die bewegungstherapeutischen Übungen erweitert, mit Schwerpunkt Glutealmuskulatur, Oberschenkelmuskulatur, sowie mobilisierende Übungen für angrenzende Gelenke und Strukturen (LWS/Knie etc.).

Je nach Erfolg der ersten Tage beginnt bald das ADL-Training. Aufgrund der häufig limitierten Bewegungsfreiheiten in Flexion/Adduktion/Rotationen stehen in dieser Phase Techniken zum Anziehen der Socken und Schuhe, Aufstehen und Niedersetzen bei niedrigen Sitzhöhen, Lagewechsel im Liegen (Seitlage, Bauchlage), Aufstehen vom Boden, Ein- und Aussteigen ins/vom Auto usw., jeweils unter Rücksichtnahme auf die Vorsichtsmaßnahmen, im Vordergrund. Ohne die Schulung dieser Bewegungsabläufe sollte kein/e PatientIn nach Hause entlassen werden. Lymphdrainagen und physikalische Anwendungen können als Assistenzmaßnahmen den Heilungsverlauf positiv beeinflussen.

Eine zementfrei implantierte Totalendoprothese ist üblicherweise so fest im Knochen verankert, dass eigentlich keine Gefahr einer Schaftsprennung oder Lockerung besteht. Trotzdem sind Informationen über Verlauf und etwaige Abweichungen (Knochendichte, Körpergewicht, intraoperative Komplikationen, etc.) von ärztlicher Seite vonnöten, bevor die ersten Schritte ohne Krücken gewagt werden können. Es empfiehlt sich jedenfalls, die ersten Tage der Entzündungsphase abzuwarten, da Weichteilverletzungen in unterschiedlicher Ausprägung vorliegen, auf welche Rücksicht genommen werden sollte. Selbst bei der minimalinvasiven Operationstechnik hat sich nach anfänglicher Euphorie über die frühzeitig mögliche Mobilisierung ohne Gehhilfen, inzwischen eine vernünftig individuell abgestimmte schrittweise Reduktion der Gehhilfen etabliert.

Das Gehen mit einer Krücke auf der kontralateralen Seite ist einerseits problematisch, da dadurch der Hinkmechanismus gefördert werden kann, andererseits für die Absolvierung der ADLs von Vorteil, da eine Hand zum Hantieren frei ist. Auch hier sind Für und Wider individuell abzuwägen und eine optimale Lösung mit wechselndem Gebrauch von zwei, einer oder keiner Krücke zu finden.

Vor Entlassung aus dem Krankenhaus ist mit dem/r OperateurIn zu beraten, ob und in welcher Form eine physiotherapeutische

Prä-operative Physiotherapie hilft, um für den/die PatientIn ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen.



Nachbehandlung ambulant oder per Hausbesuch erforderlich ist. Aufenthalte in Rehabilitationszentren haben den Vorteil einer intensiven Betreuung. Bei vielen PatientInnen besteht allerdings aus unterschiedlichen Gründen der Wunsch nach einer ambulanten Rehabilitation am Wohnort (Sozialanamnese).

Je länger der Operationstermin zurückliegt, desto individueller gestaltet sich auch die Rehabilitation. Häufig steht die Arbeit an Hinkmechanismen im Vordergrund, die teilweise noch aus präoperativen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen resultieren. Stabilisierende/ koordinative/ propriozeptive/ sensomotorische Übungen in verschiedenen Ausgangspositionen, sowie Kräftigungsübungen der hüftstabilisierenden Muskulatur helfen, die reduzierte funktionelle Stabilität zu verbessern und die Gefahr einer Luxation zu minimieren.

Bei sportlichen PatientInnen empfiehlt sich auch bei Hüftprothesen ein sportphysiotherapeutischer Aufbau von Koordination, Kraft, Ausdauer und Schnelligkeit, um das Gelenk auch bei höheren Anforderungen vor übermäßigem Verschleiß zu schützen.

□ Alexander Baillou, PT