

# Rehabprotokoll efter stabiliserande knäskålsoperation – barn/ungdom

## Viktig information

- De tidsintervall som finns angivet i rehabiliteringsprogrammet varierar individuellt.
- Smärta och svullnad styr uppgraderingen av programmet.
- Programmet innebär en successivt ökad belastning för strukturerna i knäet.
- Det är av stor betydelse att man anpassar programmet till patientens reaktioner avseende smärta under och efter träning.
- De övningsförslag som anges i respektive fas kvarstår så länge de bedöms vara relevanta.

Remissvar önskas till behandlande läkare efter avslutad rehabilitering.

Om avvikelser från planerad rehabiliteringsplan, vänligen kontakta Cario Arthro Clinic/Rehabiliteringsenheten tel. 08-406 26 36.

Vid misstanke om infektion vänligen kontakta mottagningen tel. 08-406 27 00.

FAS 1	Cirka dag 1–7
	Träning enligt hemträningsprogram.
<b>Tänk på att</b>	Använda ortos som begränsar rörelseomfånget under <b>4–6 veckor</b> , enligt läkarordination. Markeringsgång initialt med successivt ökad belastning om inget annat är ordinerat. Kryckor ska användas hela ortostiden.
<b>Övnings-exempel</b>	Se hemträningsprogram på vår hemsida.

FAS 2	Cirka vecka 2–6
<b>Mål</b>	Underhålla kondition och styrka generellt. Minskad svullnad i opererade benet. Underhålla tillåtet ROM. Uppnå full passiv extension. Underhålla/förbättra muskelkontroll i quadriceps. Tillbaka till dagliga aktiviteter, återfå ett normalt gångmönster.
<b>Tänk på att</b>	Använda ortos som begränsar rörelseomfånget under <b>4–6 veckor</b> , enligt läkarordination (tas av vid träning hos sjukgymnast).
<b>Övnings-exempel</b>	Sittande/liggande rörelseträning med boll/handduk inom tillåtet ROM. Sittande slutextension med rulle under knäet (eventuellt med NMES över quadriceps för ökad neuromuskulär kontroll).

	Stående höft abd/add/flex/ext i dragapparat. Bäckenyft med benen på boll/psoaskudde. Benpress. Knäböj med boll mot vägg. Tåhävningar (2 ben/1 ben). Stegövningar och gångträning med normalt gångmönster. Balansträning. Musslan (höftabd/UR) med gummiband. Patellamobilisering vid behov.
--	---

<b>FAS 3</b>	<b>Cirka vecka 7 – 4 mån</b> <i>(Om patienten har uppnått målen i Fas 2)</i>
<b>Mål</b>	Uppnå fullt ROM. Förbättrad styrka i opererat ben med god muskelkontroll i quadriceps. Ingen/lätt kvarstående svullnad/smärta.
<b>Tänk på att</b>	Ortos tas bort enligt doktors ordination. Viktigt med god muskelkontroll i quadriceps (fortsatt NMES och patellamobilisering vid behov). Viktigt med töjning av stram muskulatur (ofta iliopsoas/rectus femoris).
<b>Övnings-exempel</b>	Motionscykel. Crosstrainer. Knäböj med belastning. Utfallssteg. Benpress. Benspark. Legcurl. Enbensknäböj utan belastning. Bäckenyft (2 ben/1 ben). Sidogång med gummiband.

<b>FAS 4</b>	<b>Cirka 4 mån och framåt</b> <i>(Om patienten har uppnått målen i Fas 3)</i>
<b>Mål</b>	Ingen kvarstående svullnad/smärta under/efter aktivitet. Maximal styrka och funktion. Återfå ett normalt löpsteg. Återgång till aktuell motionsform/idrottsaktivitet.
<b>Tänk på att</b>	Jogging och stötbelastande träning kan påbörjas tidigast 4 månader efter operation med start av hoppövningar på 2 ben på mjukt underlag.
<b>Övnings-exempel</b>	Benspark. Legcurl. Benpress. Utfallssteg. Enbensknäböj med belastning. Jogging rakt fram på mjukt underlag med successiv övergång till hårt underlag och riktningsförändringar/tempoväxlingar. Steg och spänstövningar 2 ben → 1 ben (t.ex. studsatta, hopprep).

## Referenser

Clin Sports Med. 2010 Apr;29(2):283-90, ix. doi: 10.1016/j.csm.2009.12.008. Rehabilitation of the knee after medial patellofemoral ligament reconstruction. Fithian DC, Powers CM, Khan N.

Arthroscopy. 2010 Oct;26(10):1384-94. doi: 10.1016/j.arthro.2010.04.005. Medial patellofemoral ligament reconstruction for recurrent patellar dislocation: a systematic review including rehabilitation and return-to-sports efficacy. Fisher B, Nyland J, Brand E, Curtin B.

Am J Sports Med. 2009 Sep;37(9):1735-42. doi: 10.1177/0363546509333482. Epub 2009 May 26. Isolated medial patellofemoral ligament reconstruction for recurrent patellar dislocation. Ronga M, Oliva F, Longo UG, Testa V, Capasso G, Maffulli N.