

Kinesiotape bij een patellaluxatie

(knieschijf uit de kom)



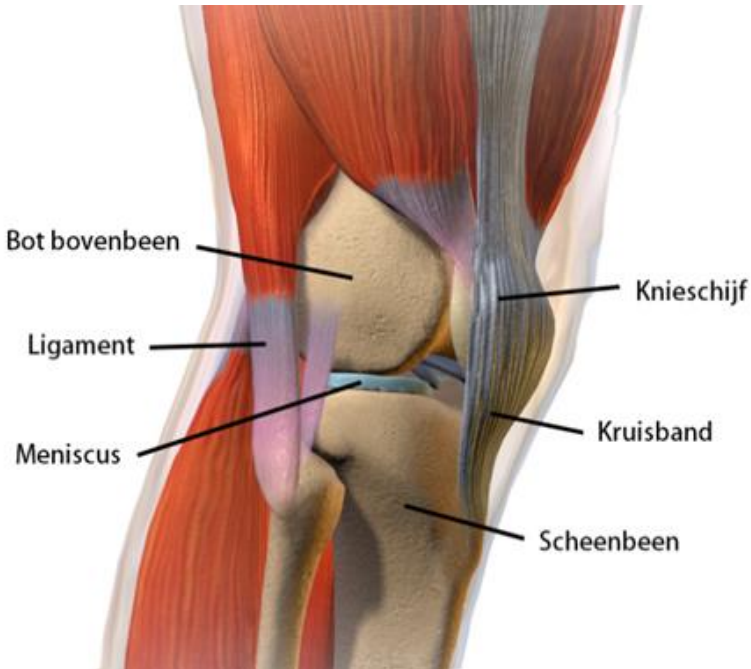
Ommelander Ziekenhuis
Groningen

Er is bij u een patellaluxatie vastgesteld. De knieschijf zit nu weer op zijn plek. U heeft hiervoor van de verpleegkundige op de SEH een koker (van stof of gips) gekregen. In deze folder vindt u informatie over wat een patellaluxatie is en over de behandeling.

Wat is een patellaluxatie?

De patella loopt in een gootje van uw dijbeen, bij de knie. De patella zit in de strekpees van de knie verweven (de pees van de quadriceps). Ook bevinden zich rondom de patella bepaalde banden die voor stabiliteit zorgen.

Bij een luxatie komt de patella naast het gootje van de knie te staan, meestal aan de buitenzijde. Hierdoor rekken de banden op.



Behandeling direct na het gebeuren

Op de spoedeisende hulp afdeling krijgt u een spalk (van gips of stof), om uw knie. De knie kan nu niet buigen. Daardoor krijgen de banden rondom de patella rust en kunnen beter genezen. Ook wordt de kans verkleind dat de patella opnieuw luxeert.

Na 1 week komt u terug op de gipskamer.

Behandeling na 1 week

U krijgt uw patella ingetaped met kinesiotape, met daarbij ondersteuning van de fysiotherapie. Dit gebeurt op de gipskamer door de gipsverbandmeester.

U bent niet in staat om direct auto te rijden of te fietsen, dus u dient vervoer naar huis te regelen.

In sommige gevallen wordt er gekozen voor een andere nabehandeling dan tape. Indien dat op u van toepassing is, hoort u dat bij de 1e controle.

Wat is kinesiotape?

Kinesiotape wordt ook wel medical taping genoemd. Het is een elastische tape, die tegenwoordig veel wordt gebruikt in met name de sportwereld. Het is een behandelwijze die komt uit de jaren 70, van oorsprong uit Azië. De achtergrondgedachte is geweest, dat activiteit essentieel is om gezondheid te behouden of om te herstellen. Zodat de bloedcirculatie, lymfeafvoer, darmwerking etc. optimaal blijven.

Echter, als de activiteitsmogelijkheden van het lichaam worden beperkt, zoals bij een patellaluxatie, kan dat veel gevolgen hebben voor de rest van het lichaam.

Het doel van de kinesiotape

De tape heeft als doel de lichaamsstructuren te ondersteunen zonder de bewegingen te beperken.

Het lichaam kan nu optimaal herstellen. Dus in het geval van uw patellaluxatie, zal het de spieren rondom de knie optimaal ondersteunen.

Voordelen:

- U kan oefeningen doen, zodat het kniegewricht minder stijf wordt
- Zwelling en blauwe plekken verdwijnen sneller
- Uw spieren blijven zo optimaal mogelijk in conditie

Aanbrengen van de tape

De tape kan op 2 manieren worden aangebracht. Op welke manier bepaalt de gipsverbandmeester.

De huid wordt indien nodig eerst geschoren en schoongemaakt met alcohol. Na het aanbrengen is het aan te raden iets over de tape heen te dragen (met name de eerste 24 uur). Dit zorgt er namelijk voor dat het warm blijft en de plakkracht van de tape optimaal is.

Enkele Leefregels:

Slapen

Het is vooral in de eerste week het best om het been hoog te leggen. Dat wil zeggen de voet hoger is dan de knie en de knie hoger dan de heup. Dit is om het ontzwellen in de knie te versnellen.

Is de knie mooi slank, dan hoeft het been niet perse hoger te liggen.

Het kan lekker zijn om een klein kussentje of opgerolde handdoek onder uw knie te leggen.

Douchen/bad

Met deze tape kunt u gewoon onder de douche. Baden wordt afgeraden.

De tape niet inzepen, dan laat het eerder los en/of gaat irriteren.

Drogen moet deppend gebeuren, wrijven geeft eerder kans op loslaten.

Vervolgafspraken

Indien u naar de fysiotherapie gaat, zullen zij de vervolgafspraken met u maken. Qua oefenen en qua tape.

Na 6 weken maakt u een afspraak met de behandelend chirurg in het ziekenhuis, of eerder indien de fysiotherapeut of uzelf dat nodig vindt.

Indien u geen medebehandeling van de fysiotherapeut heeft komt u elke week terug op gipskamer voor behandeling en nieuwe tape.

U kunt de oefeningen doen die u achter in deze folder aantreft.

Na de 6e week zal er ook worden meegekeken door de behandelende chirurg.

Vragen?

Als u na het lezen van de folder nog vragen heeft, dan kunt u bellen met de gipskamer van het Ommelander Ziekenhuis Groningen. Telefoonnummer 088 – 066 1000 (maandag t/m vrijdag van 8.30 tot 16.30 uur).

Voor dringende vragen in de avonduren en in het weekend kunt u contact opnemen met de Spoedeisende Hulp (088-0661000).

Oefenschema

Opgesteld door fysiotherapie Bewegencentrum Winschoten

Patellaluxatie

Het is van belang om op geleide van de klachten oefeningen uit te voeren om je spieren in conditie te houden. Het is de bedoeling dat je onderstaande oefeningen op geleide van de pijn uitvoert en de omschreven fasen aanhoudt.

Pijn:

Je mag tijdens de oefeningen een maximale pijnscore hebben van 4-5 op een schaal van 1-10. Lager is niet erg, 4-5 is een maximum.

Wanneer de pijnscore hoger is dan een 5 blijf je de oefeningen van de huidige fase doen of kun je eventueel een fase lager gaan trainen, wanneer de pijnscore lager wordt dan een 4 kun je naar de volgende fase gaan.

Een kortdurende toename van de pijn tijdens de oefeningen die erna nog enkele uren aanhoudt is normaal. De pijn moet echter wel weer verminderen. De zwelling en een eventuele bloedingstorting zal langzamerhand weer verdwijnen, dit kan enkele weken duren.

De aangegeven series en herhalingen zijn bij benadering en kunt je op geleide van de klachten uitbreiden tot 3x 15 herhalingen alvorens je naar de volgende fase gaat. De oefeningen dien je 3 maal per dag uit te voeren.

Neem bij vragen contact op met het Ommelander Ziekenhuis of je fysiotherapeut bij Bewegencentrum Winschoten.

Fase 1

Doel : terugkrijgen vertrouwen in de knie, ondersteunen herstel.

Uitgangshouding: in langzit.

Oefening: leg een rolletje onder de knie en span de bovenbeenspieren aan, de hak komt dan van de bank omhoog. Houd dat 2 seconden vast.



2 series van 5 herhalingen.

Fase 2

In deze fase heb je tape om je knie.

Doel: herstel van beweeglijkheid, verbeteren spierfunctie.

Uitgangshouding; in zit of stand. Wanneer dit nog niet lukt dan kan de oefening ook in lig of langzit.

Oefening: Schuif de hak van je aangedane been naar achteren waardoor je knie buigt. De hak mag steun nemen op de ondergrond en zodoende een glijdende beweging maken.



2 series van 5 herhalingen

Uitgangshouding: in stand

Oefening: Zet de voet van het aangedane been op een verhoging, bijvoorbeeld de eerste trede van de trap. Breng het gewicht van het achterste been rustig naar het voorste terwijl de knie van het voorste been buigt. Krukken zijn niet noodzakelijk. In fase 2 en 3 kan deze oefening opgebouwd worden, om het zwaarder te maken kun je de voet op de tweede trede zetten en bijvoorbeeld wat extra gewicht toevoegen d.m.v. het gebruik van een dumbbell in de hand.



2 series 5 herhalingen.

Fase 3

Doel: Herstel van spierkracht, vertrouwen in het been verder opbouwen.

In deze fase staat het afbouwen van de krukken en tape centraal. De oefeningen richten zich op een normaal beweegpatroon en om het vertrouwen in de knie te herwinnen.

Uitgangshouding; in zit

Oefening: van buiging de knie naar een volledige strekking brengen



2 series 5 herhalingen

Uitgangshouding; in ruglig of langzit.

Oefening: strek het aangedane been goed in de knie door de bovenbeenspier aan te spannen. Daaropvolgend het gestrekte been heffen tot de hak ongeveer 20 cm van de ondergrond af is.



Uitgangshouding; stand en eventueel steun nemen om het evenwicht te bewaren.

Oefening; je maakt een kniebuiging waarbij je beide benen symmetrisch belast. Je begint met een kleine kniebuiging en mag dit op geleide van klachten uitbreiden.



2 series 5 herhalingen.

Uitgangshouding: in stand, eventueel met een klein steuntje.

Oefening: kom rustig op de tenen staan en daarna weer op de hele voet. Herhaal dit volgens de aangegeven series en herhalingen.



2 series 5 herhalingen.

Lopen:

Probeer er tijdens het lopen op te letten dat je goed je gewicht verplaatst van het ene naar het andere been. Bij elke stap raakt de hak van het voorste been als eerste de grond en rol je vervolgens af tot aan de tenen waarna de volgende stap volgt. Probeer zoveel mogelijk hinken of mank lopen te vermijden.

Wanneer bovenstaande fases doorlopen zijn zullen de dagelijkse activiteiten zoals lopen en fietsen weer zonder problemen gaan. Opbouwen van meer belaste activiteiten zoals sport kan dan weer plaatsvinden.

Referenties

1. Zaffagnini S, Dejour D, Arendt E. Patellofemoral pain, instability and arthritis: clinical presentation, imaging and treatment. Heidelberg: Springerlink, 2010.
2. Waterman BR, Belmont PJ Jr, Owens BD. Patellar dislocation in the United States: role of sex, age, race, and athletic participation. *J Knee Surg* 2012;25(1):51-7.
3. Sherman SL, Plackis AC, Nuelle CW. Patellofemoral anatomy and biomechanics. *Clin Sports Med* 2014;33(3):389-401.
4. van Kampen A, Koëter S. Eenvoudige diagnostiek leidt tot behandeling op maat van patellofemorale instabiliteit. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150(16):881-5.
5. Sanchis-Alfonso V. Anterior Knee Pain and Patellar Instability. London: Springer, 2010.
6. Smith TO, Davies L, O'Driscoll ML, Donell ST. An evaluation of the clinical tests and outcome measures used to assess patellar instability. *Knee* 2008;15(4):255-62.
7. Hungerford DS, Barry M. Biomechanics of the patellofemoral joint. *Clin Orthop Relat Res* 1979;Oct(144):9-15.
8. Grahame R, Bird HA, Child A. The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS). *J Rheumatol* 2000;27(7):1777-9.
9. Fulkerson JP. The etiology of patellofemoral pain in young, active patients: a prospective study. *Clin Orthop Relat Res* 1983;Oct(179):129-33.
10. Dimon JH. Apprehension test for subluxation of the patella. *Clin Orthop Relat Res* 1974;(103):39.
11. Doberstein ST, Romeyn RL, Reineke DM. The diagnostic value of the Clarke sign in assessing chondromalacia patella. *J Athl Train* 2008;43(2):190-6.
12. Diederichs G, Köhlitz T, Kornaropoulos E, Heller MO, Vollnberg B, Scheffler S. Magnetic resonance imaging analysis of rotational alignment in patients with patellar dislocations. *Am J Sports Med* 2013;41(1):51-7.
13. Rood A, Tigchelaar S, van Kampen A, Koëter S. Nieuwste inzichten in de operatieve behandeling van recidiverende patellaluxaties. *Ned Tijdschr Traum* 2014;8(5):110-7.
14. Zhang F, Wang J, Wang F. Comparison of the clinical effects of open and closed chain exercises after medial patellofemoral ligament reconstruction. *J Phys Ther Sci* 2014;26(10):1557-60.
15. Smith TO, Bowyer D, Dixon J, Stephenson R, Chester R, Donell S.T. Can vastus medialis oblique be preferentially activated? A systematic review of electromyographic studies. *Physiother Theory Pract* 2009;25(2):69-98.
16. Menetrey J, Putman S, Gard S. Return to sport after patellar dislocation or following surgery for patellofemoral instability. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2014;22(10):2320-6.



**Samen.
De beste zorg.
Dichtbij.**

ommelanderziekenhuis.nl

T 088 - 066 1000

OZG (03-19) CHI 486