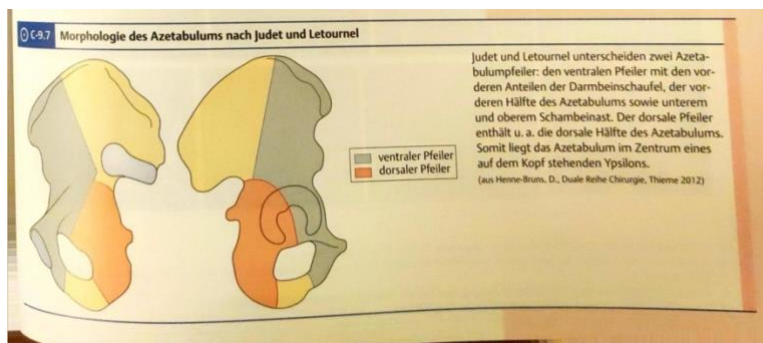


Erkrankung: Azetabulumfraktur

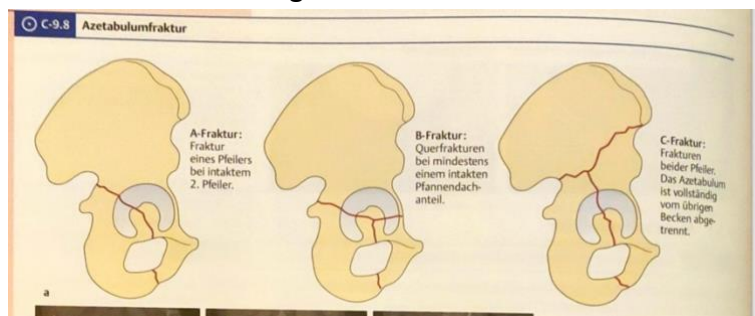
Fachbereich: SKL-Chirurgie

Einleitung / Definition / Formen:

- Knöcherner Verletzung der Pfanne des Hüftgelenks
- Einteilung
 - o Von Judet und Letournel
 - Gliedern Azetabulum in ventraler und dorsaler Pfeiler
 - 5 Formen (1-2 Dorsal, 3-4 ventral, 5 horizontal)
 - Auch Kombinationsfrakturen möglich



- o AO-Klassifikation
 - Typ A: ein Pfeiler gebrochen, zweiter Pfeiler intakt
 - Typ B: Querfraktur bei mindestens einem intakten Pfannendachanteil
 - Typ C: Frakturen beider Pfeiler; Azetabulum ist vollständig vom übrigen Becken abgetrennt



Symptome / Folgen / Alltagseinschränkungen:

- Fehlstellung /Bewegungseinschränkungen
- Schmerzen
- Schwellung
- Extremität kann nicht belastet werden
- Instabilität in der Hüfte
- Sensibilitätsstörungen, wenn N. Ischiadicus betroffen

Ursachen / Pathogenese:

- Indirektes Trauma
 - o Das Femur leitet die Energie von peripher ins Azetabulum
- Hochenergetische Traumata
 - o Verkehrsunfälle

- Stürze aus großer Höhe
- Niedrigenergetische Traumata
 - Stürze bei älteren Menschen
- Sportverletzungen
 - Bei Extremsportarten, wie Skifahren oder Motorradfahren
- Pathologische Frakturen (oft Fraktur bei weniger Krafteinwirkung)
 - Knochentumor
 - Osteoporose etc.

Epidemiologie (Inzidenz / Prävalenz):

- Selten, 3-6% aller Frakturen des Beckens
- Bei jüngeren Patienten eher hochenergetische Traumata
 - Männer im Alter von 20-40
- Bei älteren Menschen eher aufgrund von Osteoporose
 - Über 60

Risikofaktoren:

- Extremsportarten
- Osteoporose
- Hohes Alter
- Traumata
- Knochenerkrankungen
- Chronische Gelenkerkrankungen
- Angeborene Fehlbildungen

Diagnose (ärztlich / therapeutisch):

- CT mit 3D-Rekonstruktion

Therapie (ärztlich):

- Dislozierte Fraktur
 - Mit Platten- und/oder Schraubenosteosynthese
- Nicht disloziert
 - Konservative Behandlung

Rehabilitation (Ziele, Methoden, Maßnahmen, Techniken):

- Schmerzlinderung
- Mobilisierung und Wiederherstellung der Beweglichkeit des Hüftgelenks
- Kraftaufbau, v.a. Muskeln der Hüfte, des Gesäßes und der Beine
- Verbesserung der Koordination und des Gleichgewichts
- Prävention von Muskelatrophie, Gelenkversteifung und Thrombose
- Akutphase
 - Schmerzlinderung und Entzündungshemmung per Kryo- und Elektrotherapie
 - Passive Mobilisation der Hüfte
 - Prophylaxen
- Frühphase der Reha (erste Wochen post-OP)

- Teilbelastung der Hüfte
- Anleitung Gang mit Gehhilfen
- Aktive Bewegungsübungen ohne Belastung
- Kräftigungsübungen im Liegen
- Aufbauphase (Ca. 6-12 Wochen Post-OP)
 - Steigerung der Belastung
 - Gehen mit reduzierter Unterstützung beüben
 - Gezielte Kraftübungen
 - Beweglichkeitstraining
 - Gleichgewichts- und Koordinationstraining
- Spätphase und Rückkehr zur Aktivität (3-6 Monate post-OP)
 - Volle Belastung und funktionelles Training
 - Ergänzende Muskelkräftigung und Stabilisation
 - ADLs

Literatur:

-