

Unfallchirurg 2013 · 116:196–197
 DOI 10.1007/s00113-012-2328-3
 Online publiziert: 3. März 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

M.J.B. Keel

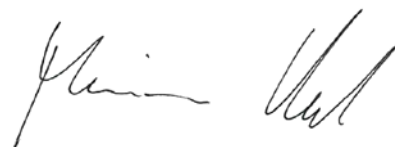
Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Inselspital, Universitätsspital Bern

Beckenring und Acetabulum

Beckenring- und Acetabulumfrakturen stellen sowohl in der Akutversorgung wie auch in der Definitivversorgung hohe Anforderungen an den Chirurgen. Bereits im Rahmen des Akutmanagements mit dem Ziel des Überlebens muss bei der Wahl des temporären oder definitiven Therapieverfahrens in Abhängigkeit der Kreislaufsituation, der Begleitverletzungen, der peripelvinen Weichteilverletzungen und v. a. des pelvinen Frakturmusters an das funktionelle Langzeitresultat gedacht werden [3]. In den letzten zwei Dekaden kam bei der Versorgung von Beckenring- und Acetabulumfrakturen erschwerend dazu, dass deren Inzidenz beim alten Patienten deutlich zugenommen hat. Es werden vermehrt Sakruminsuffizienzfrakturen, spinopelvine Dissoziationen oder Acetabulumfrakturen mit medialen Dislokationen der quadrilateralen Fläche (zentrale Subluxationen), Domimpressionen oder marginalen Impaktionen beobachtet [2]. Diese typischen Frakturmuster bei osteoporotischem Knochen verlangen stabile Osteosyntheseverfahren [4]. Der Schlüssel zum Erfolg mit guten funktionellen Resultaten, wenig perioperativen oder späten Komplikationen liegt in der Wahl möglichst minimal-invasiver Zugänge in der Akut- oder Definitivversorgung, die trotzdem eine adäquate Exposition und anatomische Reposition der Fraktur ermöglichen [1].

In den folgenden Übersichtsarbeiten werden Historisches und Technisches

der häufigsten bewährten aber auch neuen Zugänge in der Becken- und Acetabulumchirurgie dargestellt. Becker et al. der Homburger Beckengruppe von Tim Pohlemann beschreiben in ihrem Artikel die Präparationsschritte und die Indikationen anteriorer Zugänge zum Beckenring in Rückenlage, Lehmann et al. der Hamburger Arbeitsgruppe von Johannes Rüger die posterioren Zugänge in Bauchlage. Chirurgen aus Bern, Theodor Kocher am Ende des 19. Jahrhunderts und Reinhold Ganz am Ende des 2. Jahrtausends, hatten die Entwicklung der Acetabulumchirurgie maßgeblich geprägt [2]. Die aktuelle Berner Beckengruppe um Klaus Siebenrock und Marius Keel versucht deshalb die Geschichte und die Eigenheiten vorderer und hinterer Zugänge zum Acetabulum aufzuzeigen. Im letzten Artikel stellen Ossendorf et al. der Mainzer Gruppe von Pol Rommens Entscheidungsmerkmale anhand illustrativer Beispiele dar, die für die Zugangs- und Lagerungswahl bei der Akut- oder Definitivversorgung von Beckenfrakturen von Bedeutung sind.



M.J.B. Keel

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. M.J.B. Keel
 Universitätsklinik für
 Orthopädische Chirurgie und
 Traumatologie, Inselspital,
 Universitätsspital Bern
 Freiburgstraße 3,
 CH-3010 Bern
 Schweiz
 marius.keel@insel.ch

Literatur

1. Keel MJ, Ecker TM, Cullmann JL et al (2012) The Pararectus approach for anterior intrapelvic management of acetabular fractures. An anatomical study and clinical evaluation. *J Bone Joint Surg Br* 94:405–411
2. Keel MJ, Ecker TM, Siebenrock KA, Bastian JD (2012) Rationales for the Bernese approaches in acetabular surgery. *Eur J Trauma Emerg Surg* 38:489–498
3. Keel M, Trentz O (2005) Acute management of pelvic fractures. *Curr Orthop* 19:334–344
4. Rommens PM, Wagner D, Hofmann A (2012) Surgical management of osteoporotic pelvic fractures: a new challenge. *Eur J Trauma Emerg Surg* 38:499–509

Hier steht eine Anzeige.

