

WTR-bijeenkomst: Bekkenfracturen

Op 12 februari 2008 bestond het middagprogramma van de WTR-bijeenkomst uit een minisymposium met als onderwerp 'bekkenfracturen'. Deze bijeenkomst werd georganiseerd door Tom Lenaers en vond plaats in het revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht. Als eerste spreker besprak Hans Klijnsma, fysiotherapeut UMC Utrecht de klinische fase en nabehandeling van bekkenfracturen. Hij begon uiteraard met een classificatiesysteem van bekkenfracturen (A: rotatiestabiel, vertikaal stabiel, B: rotatie instabiel, vertikaal stabiel, C: zowel rotatie als vertikaal instabiel), vervolgens de indeling van sacrumfracturen (lengte en transversaal) en tot slot de acetabulumfracturen (principe van de voorste en achterste pijler, A: 1 pijler, B: transversale primaire fractuur, C: beide pijlers en acetabulum niet meer verbonden met os ilium. Indien gekeken wordt naar functionele uitkomst blijkt er lange tijd nodig tot werkhervatting waarbij dit in 50 tot 70% van de gevallen lukt. Zenuwletsel treedt vooral op in type B en C letsels van het bekken met verticale verplaatsing. Opvallend veel complicaties zijn er bij acetabulumfracturen in de zin van somatische en neurogene pijn welke niet gerelateerd is aan de mate van ambulatie. De fysiotherapeutische interventie-scenario's werden geschetst van een belastbaar bekken zonder neurologie tot en met 2-zijdig onbelast bekken met neurologische uitval.

Als tweede spreker was Professor Leenen uitgenodigd, traumatoloog UMC Utrecht. Hij belichtte vooral de chirurgische aspecten van bekkenfracturen. Nadrukkelijk werd het herstel van de bekkenring, alsmede de invloed van de (beschadiging van) ligamentaire structuren genoemd. De type A fracturen (50 tot 70%) behoeven zelden chirurgie. Type B fracturen (20 tot 30%) behoeven meestal vooral anterieure stabilisatie. Bij type C (10 tot 20%) fracturen is stabilisatie van de gehele bekkenring noodzakelijk. De diverse chirurgische mogelijkheden werden getoond met bijbehorende indicaties: ORIF (Open Reduction Internal Fixation), anterior sacro-iliacal plate, percutane schroeffixatie.

In 80% van de bekkenfracturen worden anatomische reposities gevonden, echter de neurologische complicaties hebben een persisterend karakter evenals de pijnklachten.

Biomechanisch gezien kwamen interessante gezichtspunten naar voren, puntsgewijs:

1. veel is afhankelijk van de dorsale ligamenten daar zij zorgdragen voor de fixatie van het sacrum aan het bekken
2. bij staan op 2 benen treedt er een distractiekracht op ter hoogte van de symphyse
3. bij staan op 1 been betreffen dit "shear" krachten
4. deze belastingen in het bekken zijn mede bepalend voor het fixatiebeleid
5. bij het staan op bijvoorbeeld het linkerbeen is alleen de linkerbekkenhelft belast, dit geldt ook voor rechts
6. meeste belasting in het bekken treedt op bij in 90 graden langzit, het minste is dit bij schuin liggen (30 graden)

Relevante consequenties voor de revalidatie:

1. Streven naar "ability to sit",
2. Post-operatief vertikaal positioneren in 60 tot 90 graden,
3. Globaal 6 weken en 3 maanden "non-weight bearing for side of the lesion",
4. Sacrale schroeven afhankelijk van compressie mogelijkheden (surgeons call!),
5. Bilaterale bekkenfractuur: 6 tot 12 weken "full non weight bearing", maar wel hydrotherapie.

Tot slot volgde een casuspresentatie door de derde spreker Tom Lenaers, revalidatiearts revalidatiecentrum De Hoogstraat. Hij schetste een revalidatietraject van een complexe multitraumapatiënt, waarbij er een pseudo-artrose van het bekken was opgetreden. Tevens bleken vele genoemde complicaties eerder de middag benoemd, aanwezig bij deze patiënt,

waarbij de functionele consequenties werden belicht alsmede de leermomenten en valkuilen in het revalidatietraject.

Wij kijken terug op een geslaagde en zeer informatieve middag. De volgende bijeenkomst zal plaatsvinden op dinsdag 16 september 2008 in Friesland, waarschijnlijk Heerenveen en zal worden georganiseerd door collega Eric Lammers. Voor aanvullende informatie over het programma en opgave voor deelname kunt u bij hem terecht (elammers@tjongerschans.nl).

Namens de Werkgroep TraumaRevalidatie (WTR).

Utrecht, Tom Lenaers en Dr. Herman Holtslag