

1. Einleitung

Insuffizienzfrakturen des Os sacrum finden sich bei PatientInnen mit reduzierter Knochenqualität, so z.B. bedingt durch eine rheumatoide Arthritis, eine Spondylitis ankylosans, eine renale Osteodystrophie, ein durch Vitamin-D-Mangel induzierter sekundärer Hyperparathyreoidismus und konsekutive Osteomalazie, bei einem Zustand nach Radiatio im Becken und nach einer Kortisonmedikation immer häufiger, wobei ältere postmenopausale Frauen mit Osteopenie / Osteoporose das höchste Risikoprofil aufweisen [1 - 9]. Bei PatientInnen solcher Risikogruppen wird eine Inzidenz von 2 % bis zu 5 % vermutet [10, 11], bei PatientInnen > 80 Jahre noch deutlich höher, genaue Zahlen liegen derzeit jedoch nicht vor.

Bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung, bei der sich der Anteil, der über 80-Jährigen bis zum Jahr 2040 annähernd verdoppelt [12], ist in den nächsten Jahren mit einem deutlichen Anstieg sakraler Insuffizienzfrakturen zu rechnen [6, 13 - 15]. Seit der Erstbeschreibung durch Lourie 1982 [8] über drei Osteoporosepatientinnen mit einer Os sacrum Insuffizienzfraktur, nehmen Ärzte und Ärztinnen aufgrund einer zunehmenden Sensibilisierung für die Klinik sowie infolge gezielterer bildgebender Diagnostik diesen Frakturtyp immer öfter wahr [13, 16].

Häufig finden sich zusätzliche Frakturen im vorderen Beckenring (Ramus inferior et superior ossis pubis, der parasymphysealen Region, des Acetabulums) und der Ala ossis ilii. Bei einer Detektion von Frakturen im vorderen Beckenring finden sich bereits zu 56 bis 90 % vorhandene sakrale Insuffizienzfrakturen [17 - 20]. Die Fraktur entwickelt sich ohne oder nach einem niedrigenergetischen Bagateltrauma [21, 22] und ist gleichzeitig eine Indikatorfraktur für das Vorhandensein einer klinisch manifesten Osteoporose [18]. Starke, immobilisierende Kreuz-, Gesäß-, und Leistenschmerzen sowie ein lokaler Druckschmerz über der Frakturzone stehen klinisch im Vordergrund [20 - 25]. Eine Steh- und Gehunfähigkeit mit zunehmender schmerzbedingter Immobilisierung findet sich insbesondere bei einem beidseitigen Frakturgeschehen. Neurologische Ausfälle sind selten und manifestieren sich, wenn vorhanden, typischerweise in einem isolierten S1 oder in einem, auf die sakralen Nervenwurzeln beschränkten, Cauda-equina-Syndrom [26]. Eine persistierende Immobilisierung kann dann zu Komplikationen wie tiefer Beinvenenthrombose mit Lungenarterienembolie, Dekubitus und Infektionen oder Zunahme der Osteosarkopenie führen, welche konsekutiv mit einer vermehrten Morbidität [27] und gesteigerten Mortalitätsrate in den nächsten zwölf Monaten von 23,5 % einhergeht [28]. Auch bei

Insuffizienzfrakturen im vorderen Beckenring finden Morris et al. [21] eine Verschlechterung der Mobilität mit einer erhöhten stationären und einjährigen Sterblichkeit.