

re Indikationen und ihre Erfolge. Humanität in der Therapie läßt sich auch nicht darauf reduzieren, daß sich der Patient in der Therapie wohlfühlt. Nicht selten müssen in der Behandlung Grenzen gesetzt und Maßnahmen durchgeführt werden, gegen die der Patient sich zunächst wehrt. Hier ist es gerade nicht human, den momentanen Wünschen des Patienten wider besseres Wissen nachzugeben. Schließlich ist es ein Gebot der Humanität in der Therapie, individuelle und statistische Betrachtungsweise zugunsten des Patientenwohles zu vereinigen und Therapie und Therapieforschung zu versöhnen nach dem Motto der Tavistock-Klinik: „Keine Therapie ohne Forschung, keine Forschung ohne Therapie.“

Literatur

Grawe, K.: *Verborgene Wahrheiten über die Wirkungen von Psychotherapien – eine Analyse des Ergebnisstandes der Psychotherapieforschung unter differentiellem Aspekt.* Manuskript, Bern 1987

Porter, R. (Ed.): *The role of learning in psychotherapy.* Churchill, London 1968

Rachman, S., Bergold, J. B.: *Verhaltenstherapie der Phobien.* Urban & Schwarzenberg, München 1970

Remschmidt, H.: *Adoleszentenkrisen und ihre Behandlung.* In: Specht, F., Gerlicher, K., Schütt, K. (Hrsg.): *Beratungsarbeit mit Jugendlichen,* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1979

Remschmidt, H.: *Indikationen und Grenzen der Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.* In: Helmchen, H., Linden, M., Rüger, U. (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie.* Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1982

Remschmidt, H.: *Gesichtspunkte zur Indikationsstellung therapeutischer Maßnahmen.* In: Remschmidt, H., Schmidt, M. H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis,* Bd. I, Thieme, Stuttgart-New York 1988

Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., Whipple, K.: *Psychotherapy versus Behavior Therapy.* Harvard University Press, Cambridge 1975

Anschrift des Autors:

Professor Dr. med.
Dr. phil. Helmut Remschmidt
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität
Hans-Sachs-Straße 6
W-3550 Marburg

Die kontinuierliche Dekompression juveniler Knochenzysten

Neben der Kürettage gelten für den Fall rezidivierender juveniler Knochenzysten die Resektion und Knochen- oder Knochenersatz-Interposition als Therapie der Wahl.

Ätiologie und Pathogenese dieser tumorähnlichen Erkrankung waren lange umstritten. Seit den Untersuchungen von Cohen und Chigira ist die venöse Abflußbehinderung (venous obstruction) mit Anstieg des Druckes im Zysteninnenraum als ursächlich anzunehmen.

Die publizierten Behandlungsmethoden von Chigira (Einbringen von Kirschner-Drähten) und Scaglietti (bis zu sechsmal durchgeführte Punktionen und Instillationen von Steroiden) können als kausal hinsichtlich der Drucknormalisierung angesehen werden.

Der Abfluß des unter Druck stehenden Zysteninhaltes muß durch die Zystenwand erfolgen. Nach Punktion mit großlumiger Kanüle verschließt sich die knöcherne Läsion oder Perforation rasch; bei der Kirschner-Draht-Methode kommt es zum baldigen Verschuß nach Entfernung der Drähte.

Die Überlegungen der Autoren zur Verbesserung der Therapie führten zu folgendem Vorgehen: Der vorzeitige Corticalisverschuß kann durch das Einbringen von Schrauben mit zentraler Perforation verhindert werden. Verwendung finden hierzu sogenannte Lochschrauben mit einem Gewindedurchmesser von 7,0 mm und einer Gewindelänge von 10 oder 16 mm. Die zentrale Perforation erlaubt das Durchführen eines Spießes von 1,5 mm Stärke.

Operationstechnik

Die Knochenzyste wird „sparsam“ freigelegt, bei schwieriger Lokalisation unter Zuhilfenahme des Bildwandlers. Fenstern der dünnen Corticalis. Der Zystenraum wird kürettiert mit gleichzeitiger Beseitigung aller Septen, so daß ein einziger Zystenraum verbleibt. Das gewonnene Gewebe – Corticalis, Membran, Zysteninhalt – wird zur feingeweblichen Untersuchung gesandt.

Etwa mit einem Abstand von 3 cm zum Corticalisfenster, das sich wieder spontan verschließt, wird eine kurze Lochschraube von außen eingebracht, so daß die Schraubenspitze im Zysteninnenraum zu liegen kommt. Die Schraube ist auf ihren sicheren Halt in der Corticalis hin zu überprüfen. In Abhängigkeit von der Narkoseform können die Kinder am Abend des Operationstages das Krankenhaus verlassen.

Berichtet wird über die ersten sechs Patienten mit einem Durchschnittsalter von zehn Jahren. Viermal war der proximale Humerus, zweimal das proximale Femur betroffen. Nach durchschnittlich neun Monaten waren alle Zystenrezidive radiologisch ausgeheilt, im längsten Fall nach elf Monaten. Durchschnittlich 13 Monate nach Einbringen wurden die Schrauben entfernt. Komplikationen, insbesondere Rezidive oder Refrakturen wurden nicht gesehen.

Resümee

Beinhalten die resezierenden Verfahren neben dem größeren operativen Aufwand hauptsächlich die Gefahr der Wachstumsfugenschädigung und Probleme an den Entnahmestellen der Autoplastik, so erscheinen die Dekompressionen in acht- bis zwölfwöchigen Abständen für die kleinen Patienten nicht komfortabel. Die hier erstmals beschriebene Methode der kontinuierlichen Drainage des unter Druck stehenden Zysteninhaltes in die umgebenden Weichteile ist logisch, risikoarm, erfolgreich und für den Patienten wenig belastend. Die Forderung nach aufwendig-radikalen Operationen dieser stets gutartigen Veränderungen kann nicht länger aufrechterhalten werden. ekr

Ekkernkamp, A., G. Muhr, A. Lies: Die kontinuierliche Dekompression. Ein neuer Weg in der Behandlung junger Knochenzysten, *Unfallchirurg* 93 (1990) 539–543.

Dr. A. Ekkernkamp, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bergmannsheil, Gilsingstraße 14, W-4630 Bochum 1.