



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

**Klinische und radiologische Ergebnisse nach verschiedenen
Behandlungsmethoden der juvenilen Knochenzyste**

Autor: Claudia Poppe
Institut / Klinik: Orthopädische Klinik
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. P. Arnold

Bei der juvenilen Knochenzyste handelt es sich um eine tumorähnliche Erkrankung des Knochens, deren Erscheinung erstmals 1876 von Virchow beschrieben wurde. Hinsichtlich der optimalen Therapiemöglichkeiten der juvenilen Knochenzyste haben sich in den letzten Jahren rege Diskussionen entwickelt. Die Empfehlungen in der Literatur reichen von der Verlaufsbeobachtung über die Kürettage mit Spongiosaplastik, die Verschiebeosteotomie, die Dekompression bis hin zur radikalen Resektion der Kortikalis mit oder ohne Erhaltung des Periostschlauches.

Seit 1974 hat die Cortisoninstillation wegen der guten Heilungsquote und des geringen Operationsrisikos viele Anhänger und Verfechter gefunden. Dennoch ist die ideale Behandlungsmethode der juvenilen Knochenzyste in Abhängigkeit von der Lokalisation der Erkrankung und vom Alter des Patienten umstritten.

Deshalb wurde das Patientengut der orthopädischen Universitätsklinik Mannheim aus den Jahren 1982 - 1994 klinisch und radiologisch nachuntersucht, um die Zusammenhänge verschiedener Einflußgrößen wie Geschlecht und Alter des Patienten sowie Lokalisation, Aktivitätszustand, Größe und Morphologie der Zyste hinsichtlich des Therapieerfolges zu analysieren und die unterschiedlichen Therapiearten bezüglich ihrer Heilungsergebnisse exakt miteinander vergleichen zu können.

Insgesamt wurden 57 Patienten (38 männliche und 19 weibliche) mit der Diagnose einer juvenilen Knochenzyste behandelt und im Durchschnitt über 7,3 Jahre beobachtet. Letztendlich gingen 50 von 57 Patienten (87,7 %) in die anschließende Beurteilung ein. 5 dieser Patienten erhielten primär eine konservative Therapie, die lediglich in 20 % zur Heilung führte. Bei den 15 Patienten mit Cortisoninstillation wurde ein Heilungserfolg von 87 % und bei den 26 Patienten mit Kürettage mit Spongiosaplastik eine Heilungsquote von 92 % erzielt. Das Behandlungsergebnis dieser Methoden unterschied sich in unserer Studie also nicht signifikant. Die Zysten, die mit alleiniger Kürettage, Osteosynthese oder en-bloc-Resektion behandelt wurden, waren von der Fallzahl her zu niedrig, um Vergleiche zu anderen Therapiearten ziehen zu können. Obwohl die konservative Therapie in ihrer Heilungsquote der Cortisoninstillation und der Kürettage mit Spongiosaplastik signifikant unterlegen war, findet sie Einsatz in nicht frakturgefährdeten Regionen (z.B. Ilium, Scapula) sowie bei kleinen Zystengrößen nach Wachstumsabschluß oder bei Vorliegen einer latenten Zyste. Als Therapie der Wahl sollte die Cortisoninstillation ihren Platz in der Behandlung der oberen Extremität und in der Behandlung kleinerer Zysten der unteren Extremität, die nicht frakturgefährdet sind, einnehmen. Die Kürettage mit Spongiosaplastik ist bei der Behandlung von frakturgefährdeten Zysten der unteren Extremität sowie bei der Therapie von kurzen und platten Knochen zu favorisieren. Ein Zusammenhang von Einflußgrößen wie Geschlecht, Alter, Lokalisation und Aktivitätszustand auf den Therapieerfolg konnte nicht gefunden werden. Jedoch heilten monozystische Knochenzysten signifikant besser als polyzystische. Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten eines Zysten- oder Frakturrezidivs und dem Therapieerfolg konnte nicht beobachtet werden. Ebenso fand sich keine Korrelation zwischen Geschlecht, Aktivität der Zyste, Zystenindex, Therapieart und Auftreten eines Zysten- oder Frakturrezidivs. Ein Grund ist die kleine Zahl der aufgetretenen Rezidive. Daher wäre es wünschenswert, weitere Studien mit größeren Fallzahlen, besonders hinsichtlich des Einflusses der Zystengröße nach Kaelin und Mac Ewen auf das Auftreten eines Zysten- oder Frakturrezidivs durchzuführen.