Briefe an den Schriftleiter

J. Harms zu J. Giel: Dorsale Repositionsspondylodese bei der lumbalen Spondylolisthesis.
In: Operat Orthop Traumatol 1998;10:280–90 (Heft 4)

Die vorgelegte Arbeit basiert auf biomechanischer Überlegung und einer Technik, die bereits 1982 von Harms et al. [1, 2] vorgestellt und publiziert worden ist. Es ist festzustellen, daß der *Repositionsvorgang*, wie er in der Abbildung 4 dargestellt wird, *technisch nicht möglich* ist. Die Kompression zwischen L5 und S1, die grundsätzlich richtig ist, kann dann erst durchgeführt werden, wenn eine entsprechende ventrale Abstützung zwischen den Endplatten von L5 und S1 eingebracht wurde, da sonst eine unzulässige Einengung des Neuroforamens eintritt. Ein *weiterer Kritikpunkt* ist, daß der Autor nicht zwischen der isthmisch-spondylitischen und der isthmisch-dysplastischen Spondylolisthese unterscheidet, weil es sich um zwei vollkommen unterschiedliche Krankheitsbilder handelt: Bei der isthmisch-spondylitischen Form ist so gut wie nie eine lumbosakrale Kyphose zu erkennen, die jedoch bei der isthmisch-dysplastischen Form die Norm ist. Auch wird die Vertikalisierung des Sakrums, die die Hauptdeformität der dysplastisch-spondylolisthetischen Erkrankung darstellt, nicht beschrieben. Die alleinige Reposition von L5 gegenüber S1 kann bei der isthmisch-dysplastischen Form mit Retroversion des Beckens nicht als Beseitigung der Deformität angesehen werden, da durch diese Operation die fehlerhaften Beckenparameter, von denen wiederum das sagittale Profil abhängig ist, niemals behoben werden. Neben der Beleuchtung dieses grundsätzlichen Problems müßten jedoch auch aus moderner wirbelsäulenchirurgischer Sicht *andere Kritikpunkte* angebracht werden: Mit den heute zur Verfügung stehenden Instrumentarien ist die temporäre Implantation eines Harrington-Stabes, wie vom Autor beschrieben, sicher nicht mehr notwendig. Bei den ausgeprägten Spondylolisthesen/Spondyloptosen kann da-

durch eine unverhältnismäßig weite Exposition der lumbalen Wirbelsäule vermieden werden. Auch das präoperative Anlegen einer *Gipsliageschale* ist heute *obsolet*, ebenso wie die vom Autor vorgeschlagene Nachbehandlung mit einer Gipsversorgung für drei bis vier Monate.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß bei der Beschreibung einer Operationstechnik der Spondylolisthese zwischen der spondylitischen und dysplastischen Form dringend zu unterscheiden ist. Die vorgestellte Technik kann heute nicht mehr als „state of the art“ akzeptiert werden, da uns zwischenzeitlich wesentlich elegantere, filigranere Repositionstechniken zur Verfügung stehen, die das Operationsrisiko, aber auch die postoperative Beeinträchtigung verringern und die Lebensqualität verbessern.

Literatur

1. Harms J, Rolinger H. Die operative Behandlung der Spondylolisthese durch dorsale Aufrichtung und ventrale Verblockung. Z Orthop 1982;120:343–7.
2. Harms J, Stoltze D, Grass M. Operative Behandlung der Spondylolisthese durch dorsale Reposition und ventrale Fusion. Orthop Praxis 1985;12:996.

Korrespondenzanschrift:
Prof. J. Harms
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
D-76307 Karlsbad

Antwort von J. Giehl zum Brief von J. Harms

J. Harms stellt fest, daß die dargestellte Repositionstechnik auch auf von ihm publizierten Überlegungen beruht, dies ist in unserem Beitrag erwähnt (Literatur [9]).

Der in Abbildung 4e illustrierte Repositionsvorgang ist sehr wohl und auf einfache Weise möglich, wenn vorgängig, wie in Abbildung 4c gezeigt, dorsal kyphosierend distrahiert wird. Die Reposition geschieht partiell

bereits in der Phase der Distraction. Das distrahierte teilreponierte Gleitsegment wird dann durch dorsale Kompression vollends reponiert, und zwar ohne Einengung der Neuroforamina, weil die Kompression aus der kyphosierenden Aufspreizung heraus stattfindet. Wie dargestellt, erleichtert nach Entfernung eines Repositionshindernisses (Domresektion) die ventrale Abstützung vor der dorsalen Kompression die Reposition; sie