



Osteochondritis Dissecans Wydzielająca martwicę chrzęstno-kostną OMP#049

ORTOPEDIA – MOJA PASJA

Michał Drwięga

Osteochondritis Dissecans

Wydzielająca martwica chrzęstno-kostna

OMP#049

10.04.2022

W poprzednim odcinku podcastu, w którym omawiałem możliwe przyczyny zablokowania stawu kolanowego, wspominałem o tajemniczej chorobie *Osteochondritis Dissecans*. W skrócie OCD.

Jak to zwykle bywa, niedługo potem, prawo serii spowodowało do mnie kilku pacjentów z tą patologią. Postanowiłem w takim razie powiedzieć o niej coś więcej. Co to za choroba, kto na nią zapada, gdzie się lokalizuje, jak objawia, oraz jak diagnozuje i leczy. A, i dlaczego na obrazku jest ToffiFee? O tym zaraz po intro:



Witam Cię bardzo serdecznie w *czterdziestym dziewiątym* odcinku podcastu **Ortopedia Moja Pasja**. Ja nazywam się Michał Drwięga, jestem ortopedą, a w podcaście omawiam problemy ortopedyczne, pokazuję jak pracuję, czym kieruję się proponując konkretny sposób leczenia oraz jakie są jego alternatywy i możliwe powikłania. Jeśli interesujesz się ortopedią, szukasz rozwiązania swojego problemu po urazie lub uczysz się ortopedii – koniecznie wysłuchaj tej audycji!

Polska, bardziej zrozumiała nazwa *Osteochondritis Dissecans* to:
„Wydzielająca martwica chrzęstno-kostna”

Brzmi dość groźnie. Szczególnie ta martwica.

W wyniku nie do końca poznanych procesów, dochodzi do lokalnego niedokrwienia konkretnej warstwy kości pod chrząstką. Ta warstwa choruje i obumiera, stąd martwica. Przez to, w dość powtarzalnym miejscu w stawie, dochodzi do wydzielenia, czyli odpadnięcia w stawie kawałka kości z chrząstką.

Ciekawe jest to, że uszkadza się naprawdę cienka warstwa kości, na głębokości dosłownie 2-3 milimetrów. Obszar takiego niedokrwienia jest ograniczony i zazwyczaj spotykamy zmiany wielkości pewnie około 2 centymetrów kwadratowych.

Jeśli chcesz wyobrazić sobie, jak taki odpadający fragment chrzęstno-kostny wygląda, to proponuję wyciągnąć z plastikowej podstawki przepyszny karmelka ToffiFee. Dokładnie tak jak ja to zrobiłem na zdjęciu do tego odcinka podcastu. Nasz wydzielony fragment chrzęstno-kostny będzie mniej więcej w takim kształcie.



Ważne jest to, że obumiera tylko cienka warstwa kości, co doprowadza do odseparowania tego fragmentu, natomiast sam fragment, wraz z pokrywającą go chrząstką pozostaje żywy. Nie ma ukrwienia od strony kości, ale do przeżycia wystarcza mu odżywianie z otaczającego go płynu stawowego.

Taki fragment oczywiście nie odpada od reszty kości od razu. W początkowym okresie w zasadzie nic się nie dzieje. Pokrywająca go chrząstka nawet nie jest oddzielona od całej reszty pokrywy chrząstki. Dopiero z czasem, kiedy fragment traci odpowiednie podparcie, zaczyna się ruszać, na granicy jego uszkodzenia zaczyna pękać zdrowa do tej pory chrząstka i cały fragment zaczyna odpadać.

Sama patologia może być oczywiście zdiagnozowana w różnym stadium rozwoju a wyróżniamy stadia cztery.

Wyróżniamy 4 stadia rozwoju choroby:

- STADIUM I - Obniżenie powierzchni OCD.
 - o Pokrywająca chrząstka jest nie uszkodzona
 - o Widoczne jest niewielka kompresja uszkodzonej warstwy podchrząstnej
- STADIUM II – Częściowo oddzielony fragment
- STADIUM III – Całkowicie oddzielony fragment ale nie przemieszczony – w takim stadium widzimy pacjentów najczęściej
- STADIUM IV – Całkowicie oddzielony fragment i przemieszczony. Tworzy ciało wolne.

Epidemiologia

Warto powiedzieć, że ta choroba nie jest częsta. Literatura podaje, że występuje z częstością od 15 do 30 przypadków na 100 tysięcy osób. Typowo pojawia się u chłopców w wieku od 10 do 20 lat. Chłopców, bo u chłopców występuje trzy do czterech razy częściej niż u dziewczyn.

Przyczyna choroby nie jest do końca poznana.

Za jedną z głównych przyczyn, podaje się często powtarzane drobne urazy i przeciążenia stawu, które doprowadzają do nieogojącego się złamania kości w odpowiednim miejscu. Stąd też uważa się, że dzieci aktywne, biegające, skaczące będą bardziej predysponowane do wystąpienia patologii.

Druga teoria dotyczy blokady w dopływie krwi do danego obszaru kości, co skutkuje martwicą niedokrwienną. Nie bez znaczenia są również czynniki genetyczne.

Powiedziałem, już gdzie taka zmiana może się pojawić? Chyba wspomniałem, że w kolanie. Chociaż nie wiem. A nie, powiedziałem we wstępie, bo przecież zacząłem od tego że jest to jedna z przyczyn zablokowania kolana.

No więc kolano to główne miejsce występowania OCD. Nawet 75% przypadków to kolano, z czego aż 85 procent to nieobciążana powierzchnia boczna kłykcia przyśrodkowego kości udowej. Warto też wiedzieć, że w 20-30 procentach przypadków występuje obustronnie, a więc w obu kolanach.

Poza kolanami OCD może pojawić się na bloczku kości skokowej i na główce kości ramiennej, a sporadycznie na rzepce, główce kości udowej, panewce łopatki czy plateau kości piszczelowej.

Objawy

Objawy Osteochondritis Dissecans zależą od stadium rozwoju choroby. Fragment kostny może pozostawać pokryty zdrową warstwą chrząstki i wówczas nie daje objawów. Wraz z postępowaniem choroby, coraz większą ruchomością fragmentu młodzi pacjenci skarżą się na dyskretny ból po aktywnościach. Po bieganiu, po treningu. Czasem zgłaszają uczucie sztywności po odpoczynku. Charakterystyczne jest to, że bólu nie da się dokładnie zlokalizować.

Z czasem może pojawić się ból ostry, kłujący, wywołany zarówno przez aktywność sportową, jak i przez zwykłe chodzenie chociażby po schodach. Inne objawy obejmują:

- uczucie przeskakiwania w stawie,
- zablokowanie kolana,
- ograniczenie zakresu ruchu (np. brak możliwości pełnego wyprostowania),
- oraz obrzęki i wysięki.

Wywiad i badanie lekarskie

Osoba zgłaszająca się do lekarza z powodu dolegliwości ze strony stawu kolanowego powinna być wypytana o wszystkie objawy, możliwe urazy oraz specyfikę uprawianego sportu. Po dokładnym wywiadzie, chorego czeka badanie kliniczne w celu oceny obrzęków, zakresu ruchu, miejsc bolesnych i stabilności.

W przypadku badania stawu kolanowego istnieje specyficzny test zbliżający nas do rozpoznania OCD. Jest to **test Wilson'a**.

Aby wykonać Test Wilson'a pacjent siada na brzegu kozetki z nogami swobodnie wiszącymi w dół przy kolanach zgiętych do 90 stopni. Badany wymusza rotację wewnętrzną goleni badanej kończyny i pacjent powoli prostuje kolano a badany utrzymując rotację wewnętrzną, stawia opór przy prostowaniu. Test wychodzi pozytywnie, czyli dodatnio, kiedy w zgięciu około 30 stopni pacjent zgłosi pojawienie się bólu. Charakterystyczne jest również to, że zmniejszenie rotacji wewnętrznej goleni w tym momencie, ból znosi.

Diagnostyka

Po takim badaniu powinno wykonać się badania obrazowe. Badaniem pierwszego rzutu są oczywiście zdjęcia rentgenowskie, które w przypadku omawianej choroby, w większości przypadków, pozwalają na postawienie diagnozy. Wykonujemy standardowe projekcje AP i boczną, ale przydatna jest również projekcja tunelowa. I co? Oczywiście zdjęcia robimy obu kolan, bo jak już wspomniałem patologia nawet w 30 procentach potrafi być obustronna.

W celu dokładnej analizy stanu powierzchni chrząstki samo badanie RTG nie wystarczy. Tu z pomocą przychodzi badanie rezonansem magnetycznym. Pozwala ono na ocenę stopnia uszkodzenia powierzchni chrząstki, czyli zobaczymy w jakim stadium pacjent do nas się zgłosił. Jest to ważne przy podejmowaniu decyzji o leczeniu, o czym zaraz powiem i pokażę na schemacie, ale najpierw jeszcze słowo o rokowaniu.

Rokowanie

Jakie objawy źle rokują?

- WIEK: pacjenci po zakończeniu wzrostu rokują gorzej niż dzieci. Ogólnie, im młodsze dziecko, tym rokuje lepiej.
- LOKALIZACJA: zmiany na kłykcium bocznym kości udowej oraz na rzepce rokują gorzej niż te występujące standardowo na kłykcium przyśrodkowym kości udowej
- MRI: gorzej rokują zmiany, kiedy pomiędzy fragment OCD a resztę kości zaczyna wpływać płyn stawowy

Leczenie

Przejdźmy w takim razie do leczenia.

Na podstawie badania RM określiliśmy stadium w jakim znajduje się nasza zmiana. Jeśli jest to stadium pierwsze lub drugie, niezależnie od wieku powinniśmy zastosować leczenie zachowawcze.

**Jeśli jest to stadium pierwsze lub drugie,
niezależnie od wieku powinniśmy zastosować leczenie zachowawcze.**

Leczenie zachowawcze polega na zaprzestaniu aktywności sportowych na 6 do 12 tygodni, oraz na wprowadzeniu rehabilitacji o małej intensywności i dynamice. w zasadzie chyba od razu najlepiej zaplanować te 12 tygodni. W tym czasie, nie wolno wykonywać aktywności związanych z bieganiem, skakaniem, uderzaniem oraz eliminujemy aktywności ze zmiennym kierunkiem ruchu. Postępujemy tak, aby aktywności życia codziennego nie sprawiały dolegliwości bólowych.

Po 3 miesiącach powtarzamy badanie rezonansem i oceniamy pacjenta klinicznie. Teraz mamy trzy możliwości. Jeśli się poprawiło, tu myślę, że nie boli i w obrazie rezonansem widzimy wyraźne gojenie, możemy stopniowo wracać do aktywności. Jeśli co prawda nie boli, ale jakoś specjalnie nie zmienił się obraz rezonansowy, to przedłużamy kwarantannę o kolejne trzy miesiące. No i ostatnia opcja. Coś się pogorszyło. Np. wyraźnie bardziej boli pomimo braku wysiłku lub w obrazkach pacjent wchodzi w stadium trzecie. Wtedy zaczynamy myśleć o bardziej agresywnym postępowaniu. Czyli o takim, jakie wdramy od razu kiedy pacjent zgłasza się w stadium trzecim. O leczeniu operacyjnym.

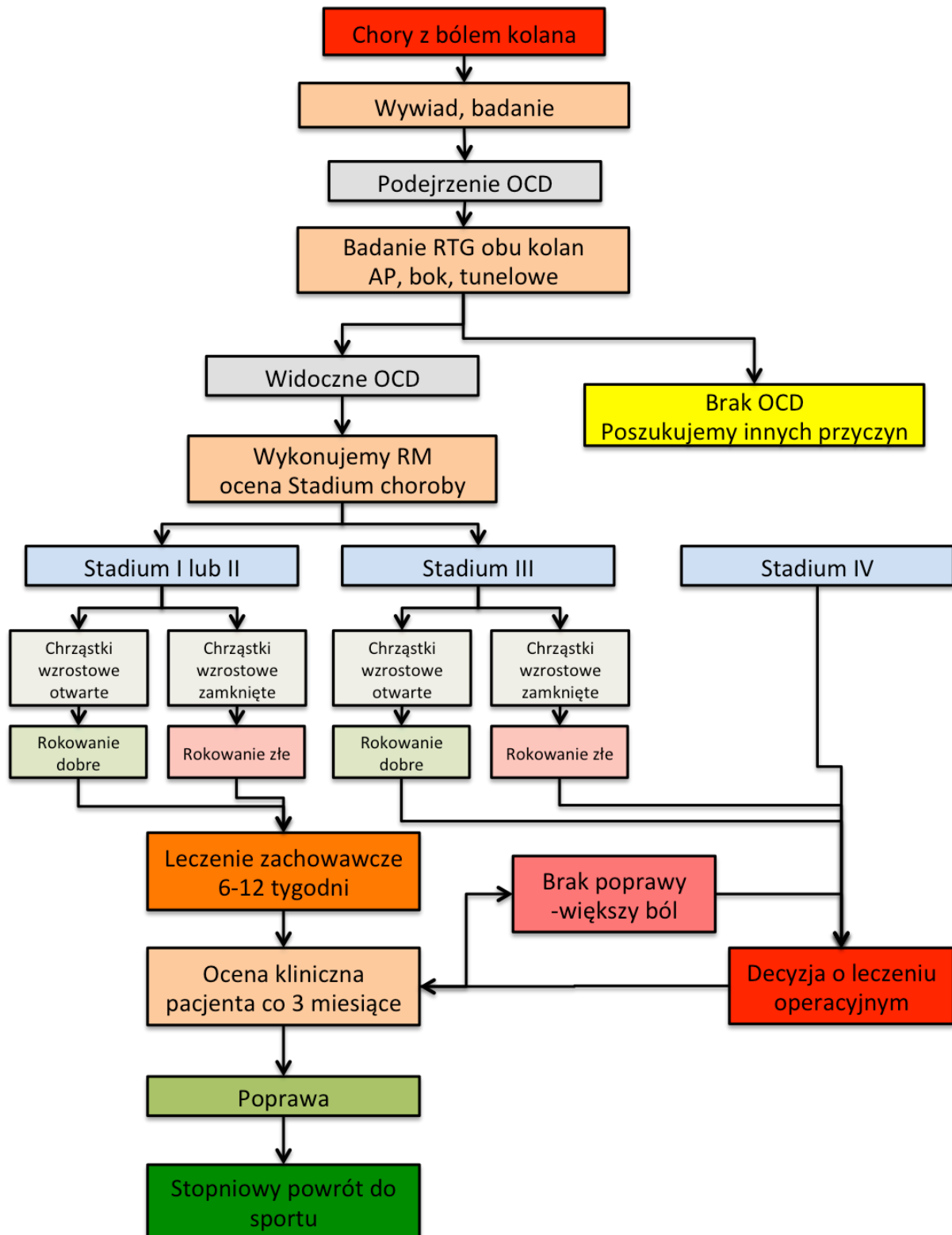
O leczeniu operacyjnym decydujemy w stadium III i IV

Nowoczesną i mało inwazyjną techniką operacyjną w takim przypadku jest artroskopia. Jeśli fragment kostny jest wciąż na miejscu, tak jak w fazie trzeciej, proponuje się jego odwarstwienie, wyczyszczenie sklerotycznego dna ubytku, wykonanie nawierceń dla wypływu szpiku kostnego oraz ponowną repozycję i umocowanie fragmentu chrzęstno-kostnego. To najlepiej zrobić z użyciem materiału wchłanialnego, aby nie było potrzeby ponownej ingerencji w staw w celu usuwania materiału zespalającego. Po takim zabiegu postępowanie jest analogiczne do leczenia zachowawczego oraz stopniowo włączane są ćwiczenia poprawiające stabilizację mięśniową kończyny.

Gorzej jeśli o chorobie dowiadujemy się w stadium czwartym, czyli kiedy fragment chrzęstno-kostny jest już całkowicie wydzielony i stanowi ciało wolne. Pół biedy kiedy fragment jest w jednym kawałku, bo wtedy nadal jest szansa na artroskopowe lub w najgorszym przypadku z małego cięcia skóry oczyszczenie go i przymocowanie analogicznie jak w stadium trzecim.

Niestety, jeśli pacjent pojawia się u nas późno, może zdarzyć się, że wydzielony fragment jest rozkawałkowany i nie da się nim pokryć ubytku. W takiej sytuacji pozostaje nam zastosować

złożone techniki odtwarzania warstwowego ubytku chrzęstno-kostnego. Ubytek odświeżamy, wypełniamy przeszczepami kostnymi i pokrywamy błoną kolagenową. Przy większych ubytkach idealne byłoby przeszczepienie całego fragmentu chrzęstno-kostnego od dawcy, jedna w warunkach polskich jest to kłopotliwe ze względu na brak dostępu w Polsce do allograftów świeżo mrożonych.



Profilaktyka

Czy chorobie Osteochondritis Dissecans można zapobiec? Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Młodzi sportowcy powinni być uświadomieni o ryzyku, jakie niesie ze sobą przeciążenie stawów oraz zwracać szczególną uwagę na prawidłową technikę w swoim sporcie. Regularne ćwiczenia rozciągające oraz wzmacniające również mogą zmniejszyć ryzyko wystąpienia tej choroby. Ponieważ jednak nawet nie wiemy dokładnie dlaczego choroba się pojawia, trudno powiedzieć czego unikać lub co robić aby działać prewencyjnie.

Dojechałem do końca opowieści o wydzielającej martwicy chrzęstno-kostnej. Mam nadzieję, że Ci się podobało i wszystko było zrozumiałe. W materiałach do tego odcinka, oczywiście na stronie www.drmick.pl/049, umieszczam schemat blokowy obrazujący taktykę postępowania w przypadku bólu kolana z podejrzeniem OCD. Fajnie obrazuje to co powiedziałem o diagnostyce i leczeniu tej choroby. A dodatkowo dla osób o mocnych nerwach, na moim kanale na [YouTube](https://www.youtube.com/) znajdziesz zapis z zabiegu stabilizacji OCD w stadium trzecim. Link oczywiście pojawi się w notatkach.

Kończąc, życzę oczywiście aby Twoje chrząstki nie odpadły i żebyś mógł cieszyć się ciągle aktywnościami sportowymi. Do zobaczenia lub usłyszenia w następnym odcinku podcastu Ortopedia – Moja Pasja.