Osteochondraal defecten

Key-points

* Osteochondraal defecten in de elleboog komen met name voor in het capitellum en worden ingedeeld in stabiele en instabiele laesies.
* Stabiele laesies worden in opzet conservatief behandeld.
* Verschillende operatietechnieken kunnen worden toegepast bij instabiele laesies, waaronder (arthroscopisch) debridement & microfracture, fixatie en osteochondrale autograft transfers (OATS).

Achtergrond

Een osteochondraal defect (OCD) van de elleboog is een aandoening van het kraakbeen en het subchondrale bot, dat het meest voorkomt in het capitellum van jonge (>11 jaar oud) turnsters en bovenhandse sporters. De hypothese is dat het veroorzaakt wordt door repetitieve compressiekrachten (zie VEOS) op het matig gevasculariseerde capitellum. Panner disease is een osteochondrosis (waarschijnlijk avasculaire aandoening) van het capitellum bij kinderen <10 jaar oud en hersteld over het algemeen zonder interventies. Panner dient altijd van een OCD onderscheiden te worden. OCDs worden vooral gezien in de dominante arm bij sporters vanaf 11 jaar en vereisen over het algemeen wel een behandeling.

Work-up

In vroege stadia presenteren patiënten zich vooral met pijn en betreft het nog een stabiele laesie. Als de laesie in een latere periode instabiel wordt en losraakt, kan de pijn toenemen en zijn er anamnestisch klachten van crepitaties, slotklachten en verminderde beweeglijkheid van de elleboog. Bij lichamelijk onderzoek kan er zwelling en drukpijn over het radiocapitellaire gewricht zijn. Soms is er een extensiebeperking. Daarnaast kan er sprake zijn van crepitaties bij de grip-and-grind test (passieve rotaties in flexie en extensie met een axiale compressie op het radiocapitellaire gewricht). Aanvullend onderzoek begint met conventionele röntgenfoto’s, waarbij de AP foto in 45° flexie vooral OCDs kan aantonen die over het algemeen op het anterolaterale deel van het capitellum voorkomen. Middels MRI kan het beste de stabiliteit van de laesie worden beoordeeld.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Classificatie van osteochondraal defecten van het capitellum | | | | |
| Classificatie | Capitellum groeischijf | Radiologische gradering | Range of Motion | ICRS (International Cartilage Repair Society) classificatie |
| *Stabiel* | *Open* | *Radiolucentie* | *Normaal* | *I* |
| *Instabiel* | *Gesloten* | *Fragmentatie* | *Beperkt* | *II, III of IV* |

Behandeling

Er is op dit moment nog onvoldoende bewijsvoering om eenduidig te bepalen welke behandelstrategie het beste werkt.

*Conservatief*

Over het algemeen wordt conservatieve behandeling aanbevolen voor stabiele laesies. Zie bovenstaande tabel. Conservatieve therapie bestaat met name uit aanpassen van belastende activiteiten en tijdelijk stoppen met sporten. Afhankelijk van de klachten wordt meestal aanbevolen 3-6 weken rust te houden. In de acute fase worden ook wel eens NSAID’s en braces voorgeschreven, maar evidentie hiervoor ontbreekt. Nadat de pijn is verdwenen kan worden gestart met oefentherapie (kracht + strekoefeningen). Terugkeer naar sport is meestal na 3-6 maanden.

*Operatief*

Operatieve behandeling wordt meestal aanbevolen indien er sprake is van een instabiele laesie, corpora libera, mechanische klachten en stabiele laesies die klachten blijven geven ondanks 6 maanden conservatieve behandeling. Op dit moment is nog onduidelijk welke operatietechniek voor welke indicatie het beste werkt. Over het algemeen worden 3 technieken grofweg onderscheiden: 1) (arthroscopisch) debridement + microfracture; 2) fixatie en 3) Osteochondrale Autograft Transfers (OATS). Theoretisch gezien zou debridement + microfracture de beste optie zijn voor gevallen met multiple fragmenten en corpora libra. Een groot, niet-gedislokeerd fragment zou in aanmerking kunnen komen voor fixatie. Indien er sprake is van een groot fragment dat gedisloceerd is en doorloopt tot in de laterale rand van het capitellum kan een OATS worden overwogen.

Nabehandeling / sporthervatting

Na debridement en microfracture kunnen patiënten meestal direct de beweeglijkheid gaan oefenen. Hervatten van sportactiviteiten varieert in de literatuur, maar wordt al na 1-4 maanden beschreven. Sporthervatting op het oude niveau is ongeveer 62%. Na fixatie is sporthervatting op het oude niveau ongeveer 72%. Na OATS worden patiënten meestal de eerste 2 weken in het gips nabehandeld. Hierna begint het opbouwen van de beweeglijkheid. Sporten kan meestal na 3-6 maanden. Sporthervatting op het oude niveau is ongeveer 95%. Aangezien de indicaties voor de verschillende behandeltechnieken lijken te verschillen, is het dus ook de vraag in hoeverre de terugkeer naar sport objectief te vergelijken is.

Literatuur

* [Bexkens R et al. Clinical Outcome After Arthroscopic Debridement and Microfracture for Osteochondritis Dissecans of the Capitellum. Am J Sports Med 2017;12:2312–2318](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28520461)
* [Ruchelsman DE et al. Osteochondritis dissecans of the capitellum: current concepts. J Am Acad Orthop Surg 2010;18:557–567](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20810937)
* [Westermann RW et al. Return to Sport After Operative Management of Osteochondritis Dissecans of the Capitellum: A Systematic Review and Meta-analysis. Orthop J Sports Med 2016;6:1–8](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27482526)