**Osteochondraal defecten**

Key-points

* Indien patiënten 2 maanden na een distorsie nog diepe enkelpijn ervaren, moet een osteochondraal defect (OCD) worden uitgesloten.
* 30-50% van de OCDs worden gemist op conventionele röntgenfoto’s.
* Een gedisloceerde OCD met slotklachten dient operatief te worden behandeld.

Achtergrond

Een osteochondraal defect (OCD) is een laesie van het kraakbeen en het subchondrale bot. De meest voorkomende oorzaak is een enkel distorsie. Het merendeel bevindt zich op de talus. Deze laesies kunnen genezen, stabiel blijven of leiden tot diepe enkelpijn. De pijnklachten ontstaan niet vanuit het kraakbeen, maar worden veroorzaakt door de prikkeling van het sterk geïnnerveerde subchondrale bot.

Work-up

Bij de anamnese is het belangrijk om uit te vragen of de patiënt (recent) een enkeltrauma heeft ondergaan. Diepe enkelpijn tijdens en/of na activiteit is typerend voor een OCD. De aanwezigheid van slotklachten kan duiden op een gedisloceerd OCD. Bij het lichamelijk onderzoek is de afwezigheid van zwelling en bewegingsbeperking niet ongebruikelijk. De herkenbare diepe enkelpijn kan soms geprovoceerd worden door de talus in maximaal plantairflexie te palperen (zie figuur). Vanwege over-projectie worden OCDs regelmatig gemist op röntgenfoto’s. Bij een persisterende verdenking op een OCD dient derhalve een MRI- of CT-scan te worden verricht. Het voordeel van een MRI-scan is dat het kraakbeen gevisualiseerd kan worden, maar door oedeem is er kans op overschatting. Het voordeel van een CT-scan is dat het ossale fragment beter zichtbaar is.

Behandeling

*Conservatief*

Een OCD dient in eerste instantie conservatief te worden behandeld. Alleen een gedisloceerde OCD moet op korte termijn worden geopereerd. De behandeling bestaat uit NSAID’s en rust. Er is geen consensus hoe lang en hoe strikt deze rustperiode moet zijn. Bij een secundaire capsulitis kan een gipsimmobilisatie van enkele weken worden overwogen. Na een periode van rust zal de belasting geleidelijk moeten wordt opgebouwd. Deze opbouw wordt beschreven in de nabehandeling.

*Operatief*

Een chirurgische interventie kan worden overwogen na een gefaalde conservatieve behandeling van een jaar. Wereldwijd is er nog steeds discussie over de optimale chirurgische interventie. Voor een primaire OCD met een diameter kleiner dan 15 mm wordt arthroscopische nettoyage en microfracture geadviseerd. Ondanks het onvolledige herstel van het subchondrale bot en kraakbeen, geeft dit een succespercentage van 80%. Bij het falen van microfracture of bij grotere defecten zijn er diverse alternatieven. Recent is er een nieuwe techniek ontwikkeld waarbij het kraakbeendefect arthroscopisch kan worden gefixeerd. Bij deze techniek is het herstel van het subchondrale botplaat beter en kan het kraakbeen worden behouden. De korte termijn resultaten zijn veelbelovend.

Nabehandeling / sporthervatting

*Arthroscopische nettoyage en microfracture*

De eerste 2 weken mag de enkel aantippend worden belast met 2 elleboogkrukken. Tussen week 2 en 4 postoperatief mag de enkel volledig worden belast met ondersteuning van 2 elleboogkrukken. Tussen week 4 en 6 postoperatief mag de enkel volledig worden belast met ondersteuning van 1 elleboogkruk. Direct postoperatief wordt geadviseerd om 3 maal daags gedurende 5 minuten actief plantair- en dorsaalflexie van de enkel te oefenen. Draaibewegingen vanuit het enkelgewricht worden niet geadviseerd. In de eerste 6 weken zal onder begeleiding van de fysiotherapeut onbelast worden geoefend om de aansturing en kracht te behouden. Na 6 weken zal belast worden geoefend, waarbij aandacht wordt besteed aan verbetering van propriocepsis, stabiliteit en kracht. Piekbelasting wordt vanaf 12 weken postoperatief geadviseerd en contactsport na 18 weken, indien de nabehandeling voorspoedig verloopt.

*Arthroscopische fixatie*

Deze nabehandeling bestaat uit 6 weken onbelast onderbeen gips, gevolgd door 6 weken belast onderbeen gips. Na het verwijderen van het gips zal onder begeleiding van de fysiotherapeut belast worden geoefend. Hier zal ook eerst aandacht worden besteed aan de propriocepsis, stabiliteit en kracht. Piekbelasting wordt vanaf 18 weken geadviseerd en contactsport na 24 weken, indien de nabehandeling voorspoedig verloopt.

Literatuur

* [Dahmen J et al. No superior treatment for primary osteochondral defects of the talus. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2017;doi:10.1007/s00167-017-4616-5](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28656457)
* [Kerkhoffs GM & Reilingh ML et al. Lift, drill, fill and fix (LDFF): a new arthroscopic treatment for talar osteochondral defects. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2016;24:1265-1271](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24841940)
* [Reilingh ML et al. Effects of Pulsed Electromagnetic Fields on Return to Sports After Arthroscopic Debridement and Microfracture of Osteochondral Talar Defects: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Trial. Am J Sports Med 2016;44:1292-1300](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26903214)