

ओस्टियोचॉन्ड्राइटिस कैपिटेलम का विच्छेदन

ओस्टियोचॉन्ड्राइटिस डिसेकंस ऑफ द कैपिटेलम संयुक्त सतह के दोहराए जाने वाले भार से युवा थ्रोर्स और जिम्नास्टों में बाहरी कोहनी को प्रभावित करता है।

Kieran Hirpara © ① ④ 4.0



यह पृष्ठ मशीन द्वारा अनूदित है और अभी तक किसी चिकित्सक द्वारा जाँचा नहीं गया है। **अंग्रेज़ी संस्करण** ही आधिकारिक है।

आप क्या महसूस कर रहे हैं

यह आमतौर पर कोहनी के बाहरी हिस्से में एक सुस्त, दर्दनाक दर्द के रूप में प्रकट होता है, जिसे अक्सर इंगित करना मुश्किल होता है। यह गतिविधि के साथ बदतर होता है, विशेष रूप से फेंकना, जिम्नास्टिक, या कुछ भी जो हाथ को भारित करता है, और आराम के साथ आसान हो जाता है। कई युवा एथलीटों को पता चलता है कि वे अब पूरी तरह से कोहनी को सीधा नहीं कर सकते हैं; कि विस्तार के अंतिम कुछ डिग्री का नुकसान आम है और अक्सर दर्द एक वास्तविक समस्या बनने से पहले दिखाई देता है।

यदि संयुक्त सतह का एक टुकड़ा ढीला होना शुरू हो गया है, तो कोहनी पकड़ने, क्लिक करने या लॉक करने के लिए शुरू हो सकती है, और यह गतिविधि के बाद सूज सकती है। एक सच्चे लॉक एपिसोड (जहां कोहनी जाम हो जाती है और एक पल के लिए हिलती नहीं है) आमतौर पर इसका मतलब होता है कि उपास्थि और हड्डी का एक छोटा टुकड़ा मुक्त हो गया है और संयुक्त के अंदर तैर रहा है। यह स्थिति अक्सर उन किशोरों को प्रभावित करती है जो (बेसबॉल, क्रिकेट) फेंकते हैं या जिम्नास्टिक करते हैं, जहां बाहरी कोहनी को बार-बार मारना पड़ता है।

वास्तव में क्या हो रहा है

कोहनी का बाह्य भाग हड्डी का एक गोल गुच्छा होता है जिसे **कपाटिका**, चिकनी उपास्थि के साथ कवर किया गया। बढ़ते कोहनी के माध्यम से बार-बार भारी भार के साथ, उस उपास्थि के ठीक नीचे की हड्डी का एक छोटा सा पैच अपनी रक्त आपूर्ति खो सकता है और नरम होना शुरू कर सकता है। यह है **ओस्टियोचॉन्ड्राइटिस डिसेकंस**, या ओसीडी। ऊपर का कार्टिलेज बरकरार रह सकता है और ठीक हो सकता है, या पैच फट सकता है, उठ सकता है, और अंततः अलग हो सकता है **ढीला शरीर**।

सावधान रहें कि इसे एक हल्के, आत्म-सुधारक बचपन की स्थिति के साथ भ्रमित न करें जिसे **पैनर रोग**, जो छोटे बच्चों (आमतौर पर 10 वर्ष से कम उम्र के) को प्रभावित करता है, आराम के साथ अपने आप बस जाता है, और स्थायी क्षति नहीं छोड़ता है। वास्तविक ओसीडी बड़े बच्चों और किशोरों में होता है और यदि एक टुकड़ा ढीला हो जाता है तो स्थायी संयुक्त क्षति का कारण बन सकता है।

कैसे उपास्थि कर रहा है बहुत मायने रखता है। ए **स्थिर** घाव (अभी भी दृढ़ता से संलग्न उपास्थि, विकास प्लेटें अभी भी खुली हैं) के ठीक होने की वास्तविक संभावना केवल आराम के साथ है। एक **अस्थिर** घाव (फट गया, उठाया गया, या पहले से ही ढीला) आम तौर पर अपने आप ठीक नहीं होगा और आमतौर पर सर्जरी की आवश्यकता होती है।

हम इसके बारे में क्या कर सकते हैं

डॉ. किरण हिरपारा मेटर प्राइवेट हॉस्पिटल रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंगों की हमारी सेवा का नेतृत्व करते हैं, जहां हम रोगियों को उनके प्रारंभिक जीपी रेफरल से उनके इतिहास, परीक्षा और इमेजिंग के स्पष्ट मूल्यांकन के माध्यम से मार्गदर्शन करते हैं। लंबे समय से चल रही कोहनी की समस्याओं के लिए, हम आमतौर पर गैर-ऑपरेटिव देखभाल के साथ शुरू करते हैं और केवल सर्जरी के लिए आगे बढ़ते हैं यदि आराम और पुनर्वास पर्याप्त राहत प्रदान नहीं करते हैं।

एक स्थिर घाव के लिए पहला और सबसे महत्वपूर्ण कदम बस है **उत्तेजक गतिविधि को रोकें** (कोई फेंकना नहीं, हाथ पर कोई भार नहीं) कई महीनों के लिए, स्कैन पर हड्डी ठीक होने के बाद धीरे-धीरे वापसी के साथ। युवा एथलीटों में जिनकी वृद्धि प्लेटें अभी भी खुली हैं, इनमें से कई घाव इस तरह से पूरी तरह से ठीक हो जाते हैं। विश्राम “कुछ नहीं करना” नहीं है; यह उपचार है।

जब घाव अस्थिर हो जाता है, पहले से ही ढीला शरीर बन जाता है, या आराम के साथ बसने में विफल रहता है, तो आमतौर पर सर्जरी की सिफारिश की जाती है। यह लगभग हमेशा किया जाता है **कीहोल (आर्थ्रोस्कोपिक) सर्जरी** और चुनाव घाव पर निर्भर करता है:

- **साफ-सफाई और उपचार को प्रोत्साहित करना:** क्षतिग्रस्त टुकड़े को हटाने और उजागर हड्डी (माइक्रोक्रेक्चर) में छोटे छेद बनाने के लिए ताकि नए ऊतक की एक उपचार परत बन सके। यह छोटे घावों के लिए अच्छा काम करता है।
- **टुकड़ा वापस नीचे तय करना:** यदि ढीला टुकड़ा बड़ा और अच्छी गुणवत्ता का है, तो कभी-कभी इसे वापस पिन या पेंच किया जा सकता है।
- **दोष का पुनर्निर्माण:** बड़े घावों के लिए, विशेष रूप से जोड़ के किनारे पर, सतह के पुनर्निर्माण के लिए स्वस्थ उपास्थि-अस्थि प्लग प्रत्यारोपित किया जा सकता है (एक ग्राफ्ट प्रक्रिया)।

आपका सर्जन घाव के आकार, स्थान और क्या उपास्थि को बचाया जा सकता है, के आधार पर इन दोनों के बीच निर्णय लेता है, आमतौर पर एमआरआई स्कैन द्वारा निर्देशित।

क्या उम्मीद करें

आम तौर पर यह संभावना अच्छी होती है, खासकर जब समस्या को जल्दी पकड़ा जाए और घाव अभी भी स्थिर हो। स्थिर घावों वाले कई युवा रोगी आराम के साथ ठीक हो जाते हैं और अपने खेल में लौट जाते हैं। अस्थिर घावों के लिए सर्जरी के बाद, अधिकांश रोगियों को अच्छी तरह से दर्द से राहत मिलती है और आंदोलन की एक सार्थक वापसी होती है, और अधिकांश एथलीट खेल में लौटने में सक्षम होते हैं, हालांकि इसमें कई महीने और एक संरचित पुनर्वास कार्यक्रम लग सकते हैं।

कुछ ईमानदार चेतावनी। बड़े घाव, जो जोड़ के बाहरी किनारे तक पहुंचते हैं, और कोहनी जहां विकास प्लेटें पहले से ही बंद हो चुकी हैं, कम अच्छी तरह से करते हैं और सर्जरी की आवश्यकता होने की अधिक संभावना है। पूर्ण विस्तार की कुछ हानि बनी रह सकती है, और लंबे समय में एक महत्वपूर्ण घाव जीवन में बाद में कोहनी गठिया के जोखिम को थोड़ा बढ़ा सकता है, यही कारण है कि प्रारंभिक पहचान और संयुक्त पदार्थ की इतनी रक्षा करना।

किसी से कब मिलना है

- **एक युवा फेंकने वाले या जिम्नास्ट में बाहरी कोहनी में लगातार दर्द** जो एक या दो सप्ताह के आराम से सुलझता नहीं है; आगे बढ़ने से पहले इसका आकलन कर लें।
- **पूर्ण कोहनी विस्तार का नुकसान:** कोहनी को पूरी तरह से सीधा करने में असमर्थ होना एक प्रारंभिक चेतावनी संकेत है जिसे जांचने लायक है।
- **पकड़ना, क्लिक करना, या कोहनी बंद करना:** यह सुझाव देता है कि एक टुकड़ा ढीला हो सकता है और इमेजिंग की जरूरत है।
- **गतिविधि के बाद सूजन** कि वापस आ रहा रहता है.
- स्केटल रूप से अपरिपक्व एथलीट में इनमें से कोई भी तत्काल ध्यान देने योग्य है, क्योंकि विकास प्लेटें अभी भी खुली होने के दौरान पकड़े गए घावों में सर्जरी के बिना ठीक होने का सबसे अच्छा मौका होता है।

अधिक गहराई से

यह अनुभाग आपके स्वयं के उपचार निर्णयों के लिए आवश्यक से अधिक है। कैपिटेलर ऑस्टियोचॉन्ड्राइटिस डिसेकन्स अतिरिक्त पढ़ने के लायक है क्योंकि यह बढ़ते कोहनी की एक मौन बीमारी है: जब तक यह एक युवा फेंकने वाले को क्लिनिक में लाने के लिए पर्याप्त दर्द का कारण बनता है, तब तक घाव अक्सर पहले से ही उस बिंदु से आगे बढ़ चुका होता है जहां सबसे सरल उपचार काम करता है।

यह लक्षणों से अधिक आम है

स्क्रीनिंग क्लिनिक उपस्थिति से एक अलग कहानी बताती है। के बीच **2,433** किशोर बेसबॉल खिलाड़ियों, कैपिटेलर ऑस्टियोचॉन्ड्राइटिस डिसेकन्स का प्रसार **लुप्त मामलों सहित 3.4%**. प्रभावित खिलाड़ियों ने कम उम्र में खेलना शुरू किया था, लंबे समय तक खेला था, और कोहनी में अधिक दर्द का अनुभव किया था [1].

“छिपे हुए मामलों सहित” महत्वपूर्ण योग्यता है। इन घावों का एक महत्वपूर्ण हिस्सा इसलिए नहीं पाया गया क्योंकि खिलाड़ी ने शिकायत की, जिसका अर्थ है कि दर्द एथलीटों के एक समूह में एक देर से और अविश्वसनीय संकेत है, जो किसी भी मामले में, इसकी रिपोर्ट करने के लिए अनिच्छुक हैं।

विलंब से जो किया जा सकता है वह बदल जाता है

इसका परिणाम सीधे उपचार विकल्पों में दिखाई देता है। पार करना **258** किशोर, **लक्षणों की लंबी अवधि वाले रोगियों में उन्नत घाव देखे गए**, हालांकि एक बार घाव के लिए सर्जरी की आवश्यकता होती है, यह उपचार की विशिष्टता थी न कि अवधि जो खेल में वापसी के साथ सबसे अच्छा सहसंबद्ध थी [2].

दो रेडियोग्राफिक निष्कर्ष भविष्यवाणी करते हैं कि गैर-कार्यात्मक प्रबंधन विफल होगा: **रेडियल सिर का विस्तार और फेंकने वाले पक्ष की तुलना में गैर-फेंकने वाले पक्ष पर उन्नत कंकाल की आयु**, दोनों के साथ जुड़ा हुआ है उन्नत चरण के रोग भर में **245** रोगी [3]. दोनों एक कोहनी का वर्णन करते हैं जो पहले से ही भार के तहत रीमॉडेल की गई है, जो एक लक्षणात्मक के बजाय एक संरचनात्मक कथन है।

यह एक युवा फेंकने वाले को लगातार कोहनी के दर्द के साथ इमेजिंग के लिए तर्क है, न कि इसे नरम ऊतकों की समस्या के रूप में प्रबंधित करने के लिए, और गंभीरता से पक्ष-से-पक्ष अंतर लेने के लिए।

एक स्थिर घाव के लिए, छोटे ऑपरेशन पर्याप्त है

जहां टुकड़ा स्थिर है और दोष छोटा है, बहस केवल दोष को साफ करने और फाइब्रोकार्टिलेज की मरम्मत को प्रोत्साहित करने के लिए इसके नीचे की हड्डी को अतिरिक्त रूप से ड्रिल करने के बीच है। पार करना **327** रोगी, **दोनों debridement और microfracture पर्याप्त सुधार का उत्पादन किया** दर्द, गति की सीमा, परिणाम स्कोर और खेल में वापसी, और चूंकि तुलनीय मध्यावधि परिणाम केवल डिब्रिडमेंट के साथ प्राप्त किए गए थे, डिब्रिडमेंट अपेक्षाकृत छोटे दोषों के लिए एक उचित दृष्टिकोण है [4].

एक बड़े या अस्थिर के लिए, गणना परिवर्तन

जहां टुकड़ा अलग हो गया है या दोष बड़ा है, सतह को साफ करने के बजाय, आमतौर पर उपास्थि और हड्डी के एक प्लग को स्थानांतरित करके प्रतिस्थापित किया जाना चाहिए। यह एक महत्वपूर्ण योग्यता के साथ काम करता है।

पूलिंग **492** ऑपरेटिव प्रबंधन के बाद खेल में वापसी के मामले में मरीजों में समग्र रूप से उच्च दर थी, और मरीजों को **ऑस्टियोचॉन्ड्रल ऑटोग्राफ्ट ट्रांसफर के बाद अपने उच्चतम प्री-ऑपरेटिव स्तर पर लौटने की अधिक संभावना** डिब्रिडमेंट या फिक्सिंग के बाद [5]. लेकिन 2024 की समीक्षा **470** ऑटोग्राफ्ट स्थानांतरण के बाद रोगियों, जबकि खेल के लिए उच्च वापसी दर की पुष्टि, पाया एथलीटों के बारे में सलाह दी जानी चाहिए **कम प्रदर्शन स्तर पर लौटने या स्थिति बदलने की आवश्यकता**, और वह **पार्श्व घाव स्थान नकारात्मक परिणाम को प्रभावित कर सकते हैं** [6].

दोनों कथन एक साथ सत्य हैं, और एक युवा एथलीट के लिए अंतर मायने रखता है: खेल में लौटने की संभावना है; इसमें उसी भूमिका में लौटने की गारंटी नहीं है। घाव का आकार और स्थिति, उचित ऑपरेशनों के बीच चयन नहीं, अधिकांश पूर्वानुमान को चलाते हैं।

संदर्भ

[1] किडा वाई, मोरिहारा टी, कोटौरा वाई, होजो टी, ताचिरी एच, सुकनारी टी, एट अल. किशोर बेसबॉल खिलाड़ियों के बीच ह्यूमरल कैपिटेलम के ऑस्टियोचॉन्ड्राइटिस डिसेंक्स की व्यापकता और नैदानिक विशेषताएं। एम जे स्पोर्ट्स मेड. 2014;42(8): 1963-71.

<https://doi.org/10.1177/0363546514536843>

[2] चेंग सी, माइलवस्की एमडी, नेपल जेजे, रीमन एचएस, निसेन सीडब्ल्यू। कैपिटेलर ऑस्टियोचॉन्ड्राइटिस डिसेंक्स के साथ किशोरों में प्रारंभिक नैदानिक प्रस्तुति से पहले लक्षणों की अवधि की भविष्यवाणी की भूमिका ऑपरेशन पूर्व और ऑपरेशन के बाद के उपायों पर: एक व्यवस्थित समीक्षा। ऑर्थोपो जे स्पोर्ट्स मेड. 2019;7(2). <https://doi.org/10.1177/2325967118825059>

[3] फुनाकोशी टी, फुरुशिमा के, मियामोटो ए, कुसानो एच, होरियुची वाई, इतोह वाई। कैपिटलर ऑस्टियोचॉन्ड्राइटिस डिसेंक्स के असफल गैर-ऑपरेटिव प्रबंधन के पूर्वानुमान। एम जे स्पोर्ट्स मेड. 2019;47(11):2691-8. <https://doi.org/10.1177/0363546519863349>

[4] McLaughlin RJ, Leland DP, Bernard CD, Sanchez-Sotelo J, Morrey ME, O'Driscoll SW, et al. डिब्रिडमेंट और माइक्रोफ्रैक्चर दोनों ही कैपिटेलम के ऑस्टियोचॉन्ड्राइटिस डिसेंक्स घावों के लिए उत्कृष्ट परिणाम देते हैं: एक व्यवस्थित समीक्षा। आर्थ्रोस्क स्पोर्ट्स मेड रिहैबिल. 2021;3(2):e593-e603. <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2020.10.002>

[5] वेस्टरमैन आरडब्ल्यू, हैंकॉक केजे, बकवाल्टर जेए, कोप बी, ग्लास एन, वुल्फ बीआर। कैपिटेलम के ऑस्टियोचॉन्ड्राइटिस विच्छेदन के ऑपरेटिव प्रबंधन के बाद खेल में वापसी: एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। ऑर्थोपेडिक जे स्पोर्ट्स मेड. 2016;4(6). <https://doi.org/10.1177/2325967116654651>

[6] लेन जी, स्मिथ एमवी, गोल्डफार्ब सीए, कोरोनाडो आरए, बोमन एन। कैपिटेलम के ऑस्टियोचॉन्ड्राइटिस डिसेंक्स के लिए ऑस्टियोचॉन्ड्रल ऑटोग्राफ्ट प्रत्यारोपण के बाद परिणाम और खेल में वापसी: एक व्यवस्थित समीक्षा। जेएसईएस रेव रेप टेक 2024;4(3): 563-70. <https://doi.org/10.1016/j.xrtr.2024.02.011>