



Osteochondritis Capitellum کے دیسس

Osteochondritis dissecans of the capitellum نوجوان پھینکنے والوں اور جمناسٹ میں مشترکہ سطح کے بار بار بوجھ سے بیرونی کہنی کو متاثر کرتا ہے۔

4.0 © ① © Kieran Hirpara

اس صفحے کا ترجمہ مشین سے کیا گیا ہے اور ابھی تک کسی ڈاکٹر نے اس کی جانچ نہیں کی۔ انگریزی نسخہ ہی مستند ہے۔

آپ کیا محسوس کر رہے ہیں

یہ عام طور پر کہنی کے باہر کی طرف ایک دھندلا، تکلیف دہ درد کے طور پر ظاہر ہوتا ہے، جس کی نشاندہی کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ یہ سرگرمی کے ساتھ بدتر ہوتا ہے، خاص طور پر پھینکنا، جمناسٹکس، یا کچھ بھی جو بازو کو بوجھ دیتا ہے، اور آرام کے ساتھ آسان ہوتا ہے۔ بہت سے نوجوان کھلاڑیوں کو محسوس ہوتا ہے کہ وہ اب مکمل طور پر کہنی کو سیدھا نہیں کر سکتے۔ کہ توسیع کی آخری چند ڈگریوں کا نقصان عام ہے اور اکثر درد ایک حقیقی مسئلہ بننے سے پہلے ظاہر ہوتا ہے۔

اگر مشترکہ سطح کا ایک ٹکڑا ڈھیلا ہونا شروع ہو گیا ہے تو، کہنی پکڑنا، کلک کرنا یا لاک کرنا شروع کر سکتی ہے، اور یہ سرگرمی کے بعد پھول سکتی ہے۔ ایک حقیقی تالا لگا واقعہ (جہاں کہنی جم جاتا ہے اور ایک لمحے کے لئے حرکت نہیں کرے گا) عام طور پر کاریج اور ہڈی کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا ٹوٹ گیا ہے اور مشترکہ کے اندر تیر رہا ہے۔ یہ حالت اکثر نوجوانوں کو متاثر کرتی ہے جو پھینکتے ہیں (بیس بال، کرکٹ) یا جمناسٹکس کرتے ہیں، جہاں بیرونی کہنی کو بار بار دھڑکنا پڑتا ہے۔

اصل میں کیا ہو رہا ہے

کہنی کا بیرونی نصف ہڈی کا ایک گول بٹن ہے جسے **کاپیٹلیم**، ہموار cartilage کے ساتھ capped۔ بڑھتی ہوئی کہنی کے ذریعے بار بار بھاری بوجھ کے ساتھ، ہڈی کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا صرف اس لٹھیا کے نیچے اس کی خون کی فراہمی کھو سکتا ہے اور نرم ہونا شروع کر سکتا ہے۔ یہ ہے آسٹیوکونڈرائٹس ڈیسکنس، یا OCD۔ مندرجہ بالا غضروف برقرار رہ سکتا ہے اور شفا دے سکتا ہے، یا پیچ ٹوٹ سکتا ہے، اٹھ سکتا ہے، اور آخر میں ڈھیلا جسم۔

محتاط رہیں کہ اس کو ہلکی، خود کو درست کرنے والی بچپن کی حالت کے ساتھ الجھن میں نہ ڈالیں پیمن کی بیماری، جو چھوٹے بچوں (عام طور پر 10 سال سے کم عمر) کو متاثر کرتا ہے، آرام کے ساتھ خود ہی آباد ہو جاتا ہے، اور دیرپا نقصان نہیں چھوڑتا ہے۔ حقیقی اوسی ڈی بڑے بچوں اور نوجوانوں میں ہوتا ہے اور اگر ایک ٹکڑا ٹوٹ جاتا ہے تو مستقل مشترکہ نقصان کا سبب بن سکتا ہے۔

کس طرح غضروف کر رہا ہے بہت زیادہ معاملات۔ اسے مستحکم ہنسٹیکم (کارٹیلج) اب بھی مضبوطی سے منسلک، ترقی کی پلیٹیں اب بھی کھلی ہیں) صرف آرام کے ساتھ شفا کا ایک حقیقی موقع ہے۔ ایک غیر مستحکم زخم (پھٹے ہوئے، اٹھائے گئے، یا پہلے سے ہی ڈھیلے ہوئے) عام طور پر خود بخود ٹھیک نہیں ہوں گے اور عام طور پر سرجری کی ضرورت ہوتی ہے۔

ہم اس کے بارے میں کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیران ہیر پارا ایڈریسٹریٹو ہسپتال راک ہیمپٹن میں ہماری اسیٹھ ٹانگوں کی خدمت کی قیادت کرتے ہیں، جہاں ہم مریضوں کو ان کے ابتدائی جی پی ریفرل سے ان کی تاریخ، معائنہ اور امیجنگ کی واضح تشخیص کے ذریعے رہنمائی کرتے ہیں لمبے عرصے سے کہنی کے مسائل کے لئے، ہم عام طور پر غیر جراحی کی دیکھ بھال کے ساتھ شروع کرتے ہیں اور صرف اس صورت میں سرجری میں جاتے ہیں جب آرام اور بحالی کافی راحت فراہم نہیں کرتی ہے۔

ایک مستحکم زخم کے لئے سب سے پہلے اور سب سے اہم قدم صرف ہے بڑھتی ہوئی سرگرمی کو روکنا (کچھ نہیں پھینکنا، بازو پر کوئی وزن نہیں لگانا) کئی مہینوں تک، اسکیں پر ہڈی ٹھیک ہونے کے بعد آہستہ آہستہ واپسی کے ساتھ۔ نوجوان کھلاڑیوں میں جن کی نشوونما کی پلیٹیں ابھی بھی کھلی ہیں، ان میں سے بہت سے زخم اس طرح مکمل طور پر ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ آرام "کچھ نہ کرنا" نہیں ہے۔ یہ علاج ہے۔

جب زخم غیر مستحکم ہو، پہلے سے ہی ایک ڈھیلے جسم کی تشکیل کی ہے، یا آرام کے ساتھ حل کرنے میں ناکام ہے، عام طور پر سرجری کی سفارش کی جاتی ہے۔ یہ تقریباً ہمیشہ کے ذریعے کیا جاتا ہے سچ ہول (آرتھروسکوپک) سرجری اور انتخاب زخم پر منحصر ہے:

• صفائی اور شفا پائی کی حوصلہ افزائی: تباہ شدہ ٹکڑے کو ہٹانا اور بے نقاب ہڈی میں چھوٹے سوراخ بنانا (مانکرو فریکچر) تاکہ نئے ٹشو کی شفا بخش پرت تشکیل دی جاسکے۔ یہ چھوٹے زخموں کے لئے اچھا کام کرتا ہے۔

• ٹکڑا واپس نیچے فکسنگ: اگر ڈھیلا ٹکڑا بڑا اور اچھے معیار کا ہو تو اسے کبھی کبھی اس کی جگہ پر پھنسایا یا سکرو کیا جاسکتا ہے۔

• نقص کی دوبارہ سطح: بڑے زخموں کے لیے، خاص طور پر جو جوڑوں کے کنارے پر ہوتے ہیں، سطح کی تعمیر نو کے لیے صحت مند غضروف اور ہڈی کے پلک کو ٹرانسپلانٹ کیا جاسکتا ہے۔

آپ کا سرجن ان میں سے کسی ایک کا فیصلہ زخم کے سائز، مقام اور اس بات پر مبنی کرتا ہے کہ آیا غضروف کو بچایا جاسکتا ہے، عام طور پر ایسٹیم آر آئی اسکیں کے ذریعہ ہدایت کی جاتی ہے۔

کیا توقع کریں

امکانات عام طور پر اچھے ہیں، خاص طور پر جب مسئلہ ابتدائی طور پر پکڑا جاتا ہے اور زخم اب بھی مستحکم ہے۔ مستحکم زخموں والے بہت سے نوجوان مریض آرام کے ساتھ شفا پاتے ہیں اور اپنے کھیل میں واپس آجاتے ہیں۔ غیر مستحکم زخموں کے لئے سرجری کے بعد، زیادہ تر مریضوں کو اچھی طرح سے درد سے نجات ملتی ہے اور حرکت کی ایک قابل قدر واپسی ہوتی ہے، اور زیادہ تر کھلاڑی کھیل میں واپس آنے کے قابل ہوتے ہیں، حالانکہ اس میں کئی مہینے اور منظم بحالی پروگرام لگ سکتے ہیں۔

چند ایماندار انتباہات۔ بڑے زخم، جو جوڑے کے بیرونی کنارے تک پہنچتے ہیں، اور کوئیاں جہاں بڑھتی ہوئی پلیٹیں پہلے ہی بند ہو چکی ہیں وہ کم اچھی طرح سے کرتے ہیں اور آپریشن کی ضرورت ہوتی ہے۔ کچھ مکمل توسیع کا نقصان باقی رہ سکتا ہے، اور طویل مدتی میں ایک اہم زخم زندگی میں بعد میں کہنی کے کھینچا کے خطرے کو تھوڑا سا بڑھا سکتا ہے، جو بالکل یہی وجہ ہے کہ ابتدائی شناخت اور مشترکہ معاملہ کی حفاظت اتنی زیادہ ہے۔

کسی سے کب ملنا ہے

ایک نوجوان پھینکنے والے یا جمناسٹ میں بیرونی کہنی کا مستقل درد جو ایک یا دو ہفتے کے آرام سے حل نہیں ہوتا۔ آگے بڑھنے سے پہلے اس کا جائزہ لیں۔
مکمل کہنی کی توسیع کا نقصان: کوہنی کو مکمل طور پر سیدھا نہ کر پانا ایک ابتدائی انتباہی علامت ہے جس کی جانچ پڑتال کے قابل ہے۔
پکڑنا، کلک کرنا، یا کہنی بند کرنا: اس سے پتہ چلتا ہے کہ ایک ٹکڑا ڈھیلا ہو سکتا ہے اور امیجنگ کی ضرورت ہے۔
سرگرمی کے بعد سوجن کہ واپس آتا رہتا ہے۔
ان میں سے کوئی بھی ایک اسکلیٹیکل نامکمل کھلاڑی میں فوری توجہ کا مستحق ہے، کیونکہ زخم پکڑے گئے ہیں جبکہ ترقی کی پلیٹیں اب بھی کھلی ہیں سرجری کے بغیر شفا کا بہترین موقع ہے۔

مزید گہرائی میں

سیٹیشن آپ کے اپنے علاج کے فیصلوں کے لئے ضرورت سے زیادہ جاتا ہے۔ کیپٹلر آسٹیوچنڈرائٹس ڈسکنس اضافی پڑھنے کے قابل ہے کیونکہ یہ بڑھتی ہوئی کہنی کی بڑی حد تک خاموش بیماری ہے۔ جب تک یہ ایک نوجوان تھروٹر کو کلینک میں لانے کے لئے کافی درد کا سبب بنتا ہے، اس وقت تک زخم پہلے ہی اس مقام سے آگے بڑھ چکا ہے جہاں سادہ ترین علاج کام کرتا ہے۔

علامات سے زیادہ عام ہے

اسکریننگ کلینک میں حاضری سے مختلف کہانی بتاتی ہے۔ کے درمیان 2,433 نوجوان یس بال کھلاڑیوں، capitellar osteochondritis dissecans کے پھیلاؤ کیٹینٹ کیسز سمیت 3.4%۔ جی ہاں۔ متاثرہ کھلاڑیوں نے چھوٹی عمر میں پھیلنا شروع کیا تھا، زیادہ دیر تک کھیلا تھا، اور ان کی کہنیوں میں زیادہ درد ہوتا تھا [1]۔

“خفیفہ مقدمات سمیت” اہم کو الیفا ہے۔ ان زخموں کا ایک اہم حصہ اس لئے نہیں پایا گیا کہ کھلاڑی نے شکایت کی، جس کا مطلب ہے کہ درد کھلاڑیوں کے ایک گروپ میں دیر سے اور ناقابل اعتماد سکینل ہے جو، کسی بھی صورت میں، اس کی اطلاع دینے کے لئے تیار نہیں ہیں۔

تاخیر سے جو کچھ کیا جا سکتا ہے وہ بدل جاتا ہے

اس کا نتیجہ علاج کے اختیارات میں براہ راست ظاہر ہوتا ہے۔ اس پار 258 نوجوانوں، علامات کی طویل مدت کے ساتھ مریضوں میں اعلیٰ درجے کی زخموں کا مشاہدہ کیا گیا تھا، اگرچہ ایک بار جب ایک زخم کو سرجری کی ضرورت ہوتی ہے، تو یہ علاج کی تفصیلات بھی جو کھیلوں میں واپسی کے ساتھ سب سے بہتر ہے [2]۔

دو ریڈیوگرافک نتائج پیش گوئی کرتے ہیں کہ غیر آپریشنل انتظام ناکام ہو جائے گا: شعاعی سر کی توسیع اور غیر پھینکنے والی طرف کے مقابلے میں پھینکنے والی طرف پر اعلیٰ درجے کی کنکال کی عمر، دونوں کے ساتھ منسلک اعلیٰ درجے کی بیماری کے مرحلے میں 245 مریضوں [3]۔ جی ہاں۔ دونوں ایک ایسی کہنی کی وضاحت کرتے ہیں جو پہلے ہی بوجھ کے تحت دوبارہ تیار ہو چکی ہے، جو علامتی ہونے کے بجائے ساختی بیان ہے۔

یہ دلیل ہے کہ ایک نوجوان پھینکنے والے کو مسلسل کہنی کے درد کے ساتھ دیکھنا اسے نرم ٹشو کے مسئلے کے طور پر سنبھالنے کے بجائے، اور سائیڈ ٹو سائیڈ فرق کو سنجیدگی سے لینے کے لئے۔

ایک مستحکم زخم کے لئے، چھوٹے آپریشن کافی ہے

جہاں ٹکڑا مستحکم ہے اور نقص چھوٹا ہے، بحث صرف نقص کو صاف کرنے اور فائبروکارٹیلج کی مرمت کی حوصلہ افزائی کے لئے اس کے نیچے ہڈی کو اضافی طور پر سوراخ کرنے کے درمیان ہے۔ اس پار 327 مریضوں، debridement اور microfracture دونوں کافی بہتری پیدا

درد، حرکت کی حد، نتائج کے اسکور اور کھیل میں واپسی میں، اور چونکہ موازنہ درمیانی مدت کے نتائج صرف ڈیبرڈمنٹ کے ساتھ حاصل کیے گئے تھے، نسبتاً small چھوٹے نقائص کے لئے ڈیبرڈمنٹ ایک معقول نقطہ نظر ہے [4]۔

ایک بڑے یا غیر مستحکم کے لئے، کیلکولس تبدیلیاں

جہاں ٹکڑا الگ ہو گیا ہے یا نقص بڑا ہے، سطح کو صاف کرنے کے بجائے اسے تبدیل کرنا ہوگا، عام طور پر گٹھیا اور ہڈی کے پلگ کو منتقل کر کے۔ یہ کام کرتا ہے، ایک اہم قابلیت کے ساتھ۔

پولنگ 492 آپریٹو ٹیمپمنٹ کے بعد کھیلوں میں واپس آنے والے مریضوں میں مجموعی طور پر بہت زیادہ اضافہ ہوا اور مریضوں کو osteochondral آٹو ٹرانسپلانٹ کی منتقلی کے بعد ان کی سب سے زیادہ پری آپریشن سطح پر واپس آنے کا امکان debridement یا تثبیت کے بعد سے [5]۔ جی ہاں۔ لیکن 2024 کا جائزہ 470 آٹو ٹرانسپلانٹ کی منتقلی کے بعد مریضوں میں، کھیلوں میں واپسی کی اعلیٰ شرح کی تصدیق کرتے ہوئے، کھلاڑیوں کو مشورہ دیا جانا چاہئے کم کارکردگی کی سطح پر واپسی یا پوزیشن تبدیل کرنے کی ضرورت ہے، اور یہ حکمتی زخم کا مقام نتائج کو منفی طور پر متاثر کر سکتا ہے [6]۔

دونوں بیانات ایک ہی وقت میں درست ہیں، اور ایک نوجوان کھلاڑی کے لئے فرق فرق ہے: کھیل میں واپسی کا امکان ہے؛ اس میں ایک ہی کردار میں واپسی کی ضمانت نہیں ہے۔ زخم کا سائز اور مقام، معقول کارروائیوں کے درمیان انتخاب نہیں، زیادہ تر پیش گوئی کا حامل ہے۔

حوالہ جات

[1] Kida Y, Morihara T, Kotoura Y, Hojo T, Tachiiri H, Sukenari T, et al [1] آسٹیو کونڈرائٹس ڈسکنز کی پھیلاؤ اور کلینیکل خصوصیات۔ ایم جے اسپورٹس میڈ 2014؛ 42(8): 71-1963۔ <https://doi.org/10.1177/0363546514536843>

[2] چینگ سی، میلو سکی ایم ڈی، نیلی جے جے، ریمن ایچ ایس، نیسن سی ڈبلیو۔ آپریشن سے پہلے اور بعد کے اقدامات پر کیپٹیلر آسٹیو کونڈرائٹس ڈسکنز کے ساتھ نوعمروں میں ابتدائی کلینیکل پریزیشن سے پہلے علامات کی مدت کا پیش گوئی کا کردار: ایک منظم جائزہ۔ اور تھوپ ل اسپورٹس میڈ۔ 2019؛ 7(2)۔ <https://doi.org/10.1177/2325967118825059>

[3] Y, Itoh Y، Funakoshi T، Furushima K، Miyamoto A، Kusano H [3] کیپٹیلر آسٹیو کونڈرائٹس ڈسکنز کے غیر آپریشنل انتظام کے ناکام ہونے کے پیش گوئی کرنے والے۔ ایم جے اسپورٹس میڈ۔ 2019؛ 47(11): 8-2691۔ <https://doi.org/10.1177/0363546519863349>

[4] McLaughlin RJ، Leland DP، Bernard CD، Sanchez-Sotelo J، Morrey ME، O'Driscoll SW، et al [4] فریکچر دونوں ہی کیپٹیلر آسٹیو کونڈرائٹس ڈسکنز نقصانات کے لئے بہترین نتائج پیدا کرتے ہیں: ایک منظم جائزہ۔ آرٹھروسک اسپورٹس میڈ بحالی۔ 2021؛ 3(2): e593-e603۔ <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2020.10.002>

[5] N، Wلف BR، آپریشن کے بعد کھیلوں میں واپسی: ایک منظم جائزہ اور میٹا تجزیہ۔ Orthop J Sports Med. 2016؛ 4(6)۔ <https://doi.org/10.1177/2325967116654651>

[6] لین جی، سمتھ ایم وی، گولڈ فرب سی اے، کورونادو آر اے، بومان این۔ کیپٹیلر آسٹیو کونڈرائٹس ڈسکنز کے لئے آسٹیو کونڈرائٹل آٹو ٹرانسپلانٹ ٹرانسپلانٹ کے بعد نتائج اور کھیل میں واپسی: ایک منظم جائزہ۔ JSES Rev Rep Tech. 2024؛ 4(3): 563-70۔ <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2024.02.011>