

Osteochondritis dissecans – przypadek kliniczny 14-letniego pacjenta z dużym fragmentem chrzęstno-kostnym

Aleksandra Skorupa¹, Oliwer Sygacz², Szymon Stec², Andrzej Ciszewski², Łukasz Matuszewski²

¹Studenckie Koło Naukowe Ortopedii Dziecięcej przy Klinice Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie

²Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

Wstęp. *Osteochondritis dissecans* (OCD) jest to idiopatyczna, ogniskowa, podchrzęstna patologia kości, która może powodować niestabilność lub oderwanie fragmentu kości i pokrywającej go chrząstki stawowej, z późniejszą progresją do choroby zwyrodnieniowej stawów. Unaczynienie danego fragmentu kości jest zmniejszone, co prowadzi do jej martwicy. Etiopatologia nie jest znana, ale uważa się, że może to być związane z wcześniejszym lub obecnym urazem. Choroba ta może wystąpić zarówno u dzieci, jak i dorosłych, przy czym najczęściej przypada między 10. a 20. rokiem życia oraz dwa razy częściej u płci męskiej niż żeńskiej. Jałowa oddzielająca martwica kostno-chrzęstna występuje u około 15–29 na 100 000 pacjentów. Najbardziej dotkniętym stawem jest staw kolanowy (najczęściej boczny aspekt kłykcia przyśrodkowego- go kości udowej) oraz w mniejszym stopniu staw łokciowy i staw skokowy.

Cel. Przedstawienie przypadku klinicznego pacjenta.

Materiał metoda. Historia choroby pacjenta.

Wyniki. Do poradni ortopedycznej, z bólem prawego kolana i bólem lewej okolicy piszczelowej zgłosił się 14-letni chłopiec. Pacjent został oceniony w skali KOOS – 60 pkt. Następnie, wykonano badania obrazowe – porównawcze zdjęcie RTG i rezonans magnetyczny stawu kolanowego prawego. Na podstawie badań i objawów postawiono diagnozę – *osteochondritis dissecans* i zdecydowano o konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Podczas inspekcji zachyłka na- drzepkowego uwidoczniło fragment chrzęstno-kostny o wymiarach 4 × 4 cm odpowiadający ubytkowi na powierzchni nośnej kłykcia przyśrodkowego kości udowej. Wykonano czasową stabilizację fragmentu za pomocą drutów Kirschnera oraz 5 śrub biokompresyjnych. Po zabiegu, pacjent odbył dwie wizyty kontrolne, podczas których wykonano ocenę w skali KOOS. Uzyskano znaczną poprawę, gdyż 3 miesiące po zabiegu pacjent uzyskał 78 pkt., a 6 miesięcy po zabiegu 92 pkt.

Wnioski. Przypadek opisanego powyżej pacjenta zwraca szczególną uwagę na potrzebę zachowania czujności w zakresie diagnostyki i obserwacji tego typu pacjentów. Wiek pacjenta, stabilność zmiany oraz czas wystąpienia i nasilenia objawów będą dyktować sposób leczenia. Dodatkowymi czynnikami wpływającymi na możliwości i sposób leczenia będą stabilność fragmentu zmiany oraz stopień zajęcia chrząstki. Ponadto, użycie śrub biokompresyjnych do stabilizacji fragmentu cechuje się niezawodnym unieruchomieniem, minimalizacją możliwości uszkodzenia otaczających tkanek czy potrzebą usunięcia śruby w przyszłości.