

Wat is osteochondraal letsel van de enkel?

Een osteochondraal letsel van de enkel is een beschadiging van het kraakbeen van het enkel gewricht. Dit letsel komt vaker voor in het sprongbeen (talus).

De enkel bestaat uit twee gewrichten. Het bovenste sprong gewricht bevindt zich tussen het onderbeen (tibia), kuitbeen (fibula) en sprongbeen (talus). Het onderste spronggewricht of subtalaire gewricht bevindt zich tussen het sprongbeen (talus) en hielbeen (calcaneus). De gewrichtsvlakken zijn bekleed met een goed verend weefsel, kraakbeen. Het bovenste spronggewricht en het onderste spronggewricht zijn omgeven door gewrichtskapsels.



De bovenste en onderste spronggewrichten

Oorzaak

Een osteochondraal letsel van de enkel wordt vaak veroorzaakt door het omslaan van de enkel of door een trauma. Een osteochondrale haard kan ook veroorzaakt worden door een doorbloedingsstoornis van het direct onder het kraakbeen gelegen bot, welke osteochondritis dissecans (ODC) genoemd wordt. Dit letsel ontstaat meestal in de tienerjaren, het kan echter pas later klachten geven.

Klachten

Een osteochondraal letsel van de enkel kan pijnlijk zijn en kan leiden tot zwelling van het gewricht. Sommige patiënten ervaren blokkade van het gewricht omdat er een stukje van het kraakbeen loszit en rondzweeft. Sommige patiënten ervaren een gevoel van onzekerheid. De patiënt is hierdoor angstig om het enkelgewricht weer om te slaan. Hierdoor kan men onbewust anders gaan stappen, welke leidt tot overbelasting van andere gewrichten.

Diagnose

De voet- en enkelchirurg (orthopedisch chirurg) voert klinisch onderzoek en beslist over aanvullend onderzoek.

Er wordt altijd een röntgenfoto van de enkel gemaakt. Voor het bepalen van de grootte, type en lokalisatie van het kraakbeenletsel, is het verrichten van een MRI of CT arthro noodzakelijk.



Osteochondraal letsel van talus op CT arthro

Behandeling:

Conservatieve (niet-operatieve) behandeling

Een conservatieve behandeling van een osteochondraal letsel bestaat uit relatieve rust, tijdelijk verbod van belastende sportactiviteiten, oefentherapie onder begeleiding van een kinesist en het gebruik van pijnstillers, indien nodig.

Operatieve behandeling

Bij persisterende klachten ondanks conservatieve maatregelen is een kijkoperatie (arthroscopie) van de enkel meestal onvermijdelijk.

Bij een kijkoperatie van de enkel brengt de voet- en enkelchirurg via kleine steekgaatjes een camera en werkinstrument binnen in het gewricht. Het losse stukje bot of kraakbeen wordt verwijderd (debridement).

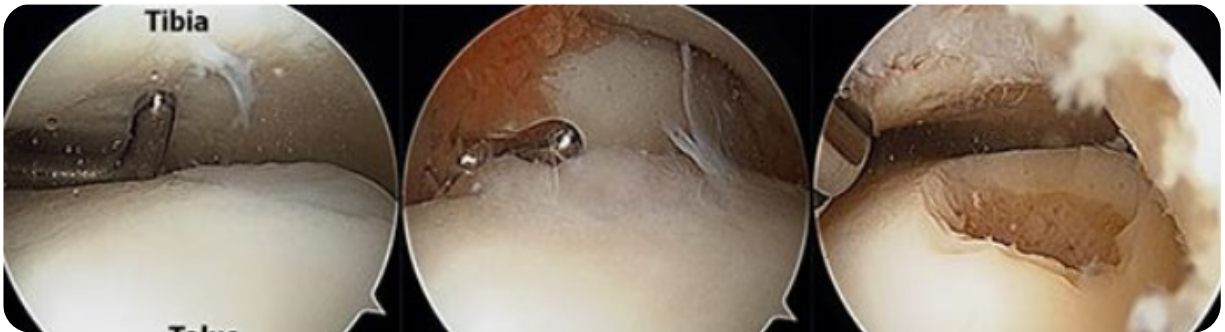
In specifieke gevallen wordt het onderliggende bot voorbereid met kleine boorgaatjes, waardoor het lichaam gestimuleerd wordt om nieuw litteken-kraakbeen aan te maken. Het litteken-kraakbeen zal het defect opvullen. Deze procedure wordt microfracturing genoemd.

Voor de behandeling van grote kraakbeen letsels of recidiverende osteochondrale haarden zijn soms andere operatietechnieken noodzakelijk.

Het opvullen van het defect met eigen spongieus bot (autograft) kan bijvoorbeeld uitkomsten bieden.

Een alternatief is om het opgevuld botdefect te sluiten met een collageen membraan. Dit kan leiden tot de migratie en het nestelen van stamcellen op de membraan en het vormen van nieuw kraakbeen. Deze techniek wordt MAST (Matrix-Associated Stem cell Transplantation) genoemd.

Een andere toegepaste techniek, is het opvullen van het groot kraakbeenletsel van talus met getransplanteerd kraakbeen uit de knie. Deze techniek wordt OATS (Osteochondral Autograft Transfer System) genoemd.



Arthroscopisch microfracturing osteochondraal letsel van de talus

Nabehandeling

De nabehandeling en revalidatieprocedure zijn afhankelijk van de toegepaste operatietechniek.

Bij een debridement van een osteochondraal letsel wordt de patiënt geadviseerd om de eerst twee weken na de operatie met krukken te stappen. Kinesithérapie wordt meestal gestart na 2 weken.

Indien gekozen wordt voor een microfracturing procedure, mag de patiënt de enkel gedurende 6 weken niet belasten. Kinesithérapie wordt meestal gestart na 2 weken. Onbelaste sportactiviteiten zoals zwemmen en fietsen kunnen na 6 weken herstart worden. Belastende sportactiviteiten zoals hardlopen kunnen over het algemeen 3 tot 6 maanden na de ingreep hervat worden.

Mogelijke complicatie

Zoals bij alle chirurgische ingrepen is er een kans op complicatie. Circa 1% van de patiënten krijgt in meer of mindere mate te maken met complicaties. In dit geval kan dit bestaan uit een wondinfectie. Verder kan een gekneusde zenuwtak leiden tot tijdelijke gevoelsstoornissen van de huid rond de steekgaatjes en tevens op de voetrug. Vaak verbeteren deze gevoelsstoornissen in de loop van de tijd.

De dag van de operatie

- U wordt verzocht om met schone, korte nagels (zonder nagellak) naar het ziekenhuis te komen.
- Mocht u op de dag van de operatie ziek zijn of koorts (boven de 38 graden) hebben, dan verzoeken we u om zo spoedig mogelijk telefonisch contact met ons op te nemen.
- U dient zich aan te melden aan de dienst inschrijvingen, nadien mag u zich naar de afdeling dagkliniek begeven.
- Men dient steeds nuchter te zijn, d.w.z. 6 uur voor de operatie de laatste maaltijd (ook bij een regionale verdoving)

Pijnstilling na de operatie

U krijgt een voorschrift voor pijnstillers mee, u kunt uw medicatie bij uw apotheek ophalen.

Controle raadpleging

Na 2 en 6 weken komt u terug op de raadpleging voor controle bij uw voet- en enkelspecialist.

Contactgegevens Dienst Orthopedie

Campus Aalst

Moorselbaan 164 - 9300 Aalst

Tel: 053 72 43 75

Fax: 053 72 46 46

Orthopedie.Aalst@olvz-aalst.be

Campus Asse

Bloklaan 5 - 1730 Asse

Tel: 02 300 63 30

Orthopedie.Asse@olvz-aalst.be

Campus Ninove

Biezenstraat 2 - 9400 Ninove

Tel: 054 31 20 60

Fax: 054 31 20 59

Orthopedie.Ninove@olvz-aalst.be

Disclaimer

De informatie in deze brochure is van algemene aard en is bedoeld om u een globaal beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In iedere situatie, en dus ook de uwe, kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze brochure vervangt dus niet de informatie die u van uw behandelend arts reeds kreeg en die rekening houdt met uw specifieke toestand. Zijn er na het lezen van deze brochure nog vragen schrijf deze eventueel op en bespreek ze in ieder geval met uw behandelend arts.

Versie 28/12/2018

Goedgekeurd door dokter Van de Meulebroucke