

ਕੈਪੀਟੇਲਮ ਦਾ ਓਸਟੀਓਕੋਂਡ੍ਰਾਈਟਿਸ ਡਿਸੇਕੈਂਸ (OCD)

ਕੈਪੀਟੇਲਮ ਦਾ ਓਸਟੀਓਕੋਂਡ੍ਰਾਈਟਿਸ ਡਿਸੇਕੈਂਸ ਗੱਦ ਸੁੱਟਣ ਵਾਲੇ ਨੌਜਵਾਨ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਜਿਮਨਾਸਟਾਂ ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਉੱਤੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਭਾਰ ਪੈਣ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ 4.0



ਇਹ ਪੰਨਾ ਮਸ਼ੀਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਹਾਲੇ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ। **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਣ** ਹੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ

ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਮੱਠੇ ਦਰਦ (ਤਿੱਖਾ ਨਹੀਂ, ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ) ਵਜੋਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੀ ਠੀਕ ਥਾਂ ਉਂਗਲ ਰੱਖ ਕੇ ਦੱਸਣੀ ਅਕਸਰ ਔਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਗੱਦ ਸੁੱਟਣ, ਜਿਮਨਾਸਟਿਕਸ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੇ ਕੰਮ ਨਾਲ ਜੋ ਬਾਂਹ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਨੌਜਵਾਨ ਖਿਡਾਰੀ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਹੁਣ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ; ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਦੇ ਆਖਰੀ ਕੁਝ ਡਿਗਰੀਆਂ ਦਾ ਇਹ ਘਾਟਾ ਆਮ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਦਰਦ ਦੇ ਅਸਲ ਸਮੱਸਿਆ ਬਣਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਦਿਸ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਦਾ ਕੋਈ ਟੁਕੜਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੂਹਣੀ ਅਟਕਣ, ਕਲਿੱਕ ਕਰਨ ਜਾਂ ਜਾਮ ਹੋਣ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਗਰਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸੱਚਮੁੱਚ ਜਾਮ ਹੋਣ ਦਾ ਦੌਰਾ (ਜਦੋਂ ਕੂਹਣੀ ਅੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਪਲ ਲਈ ਹਿੱਲਦੀ ਨਹੀਂ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage, ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਚਿਕਨੀ ਪਰਤ) ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੁਕੜਾ ਟੁੱਟ ਕੇ ਵੱਖ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੈਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਨੂੰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਗੱਦ ਸੁੱਟਦੇ ਹਨ (ਬੇਸਬਾਲ, ਕ੍ਰਿਕਟ) ਜਾਂ ਜਿਮਨਾਸਟਿਕਸ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿੱਥੇ ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਬਾਹਰਲਾ ਪਾਸਾ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਝਟਕੇ ਝੱਲਦਾ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਬਾਹਰਲਾ ਅੱਧ ਹੱਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਗੋਲ ਗੰਢ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ **ਕੈਪੀਟੇਲਮ (capitellum)** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਚਿਕਨੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਪਰਤ ਚੜ੍ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਵਧ ਰਹੀ ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਭਾਰੀ ਜ਼ੋਰ ਪੈਣ ਨਾਲ, ਉਸ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਬੰਦ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਨਰਮ ਹੋਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ **ਓਸਟੀਓਕੋਂਡ੍ਰਾਈਟਿਸ ਡਿਸੇਕੈਂਸ (osteochondritis dissecans)**, ਜਾਂ OCD, ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਉੱਪਰਲੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਸਾਬਤ ਰਹਿ ਕੇ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਹ ਹਿੱਸਾ ਤਿੜਕ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਉੱਖੜ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਖੀਰ ਵਿੱਚ ਵੱਖ ਹੋ ਕੇ **ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਢਿੱਲਾ ਟੁਕੜਾ (loose body)** ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਬਚਪਨ ਦੀ ਇੱਕ ਹਲਕੀ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਨਾ ਰਲਾਓ ਜਿਸ ਨੂੰ **ਪੈਨਰਜ਼ ਡਿਜ਼ੀਜ਼ (Panner's disease)** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਛੋਟੇ ਬੱਚਿਆਂ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 10 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ) ਨੂੰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਪੱਕਾ

ਨੁਕਸਾਨ ਨਹੀਂ ਛੱਡਦੀ। ਅਸਲ OCD ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜੇ ਕੋਈ ਟੁਕੜਾ ਟੁੱਟ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਹੋ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਪੱਕਾ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਹਾਲਤ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ **ਟਿਕਵੇਂ (stable)** ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ (ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਅਜੇ ਵੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ, ਗ੍ਰੋਥ ਪਲੇਟਾਂ (growth plates, ਹੱਡੀ ਦੇ ਵਧਣ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ) ਅਜੇ ਖੁੱਲ੍ਹੀਆਂ) ਦੇ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਅਸਲ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ **ਅਸਥਿਰ (unstable)** ਨੁਕਸਾਨਿਆਂ ਹਿੱਸਾ (ਤਿੜਕਿਆ ਹੋਇਆ, ਉੱਖੜਿਆ ਹੋਇਆ, ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਢਿੱਲਾ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਇਸ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੀ ਸੇਵਾ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿੱਥੇ ਅਸੀਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਪਿਛੋਕੜ, ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਸਕੈਨਾਂ ਦੇ ਸਪਸ਼ਟ ਮੁਲਾਂਕਣ ਤੱਕ ਰਾਹ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਕੁਹਟੀ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਵੱਲ ਉਦੋਂ ਹੀ ਜਾਂਦੇ ਹਾਂ ਜੇ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਕਸਰਤਾਂ) ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਾ ਮਿਲੇ।

ਟਿਕਵੇਂ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਕਦਮ ਬੱਸ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ **ਤਕਲੀਫ਼ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਰਗਰਮੀ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਨਾ** ਹੈ (ਕੋਈ ਸੁੱਟਣਾ ਨਹੀਂ, ਬਾਂਹ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਭਾਰ ਨਹੀਂ), ਅਤੇ ਸਕੈਨਾਂ ਉੱਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਾਪਸੀ ਕਰਨੀ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੌਜਵਾਨ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਦੀਆਂ ਗ੍ਰੋਥ ਪਲੇਟਾਂ ਅਜੇ ਖੁੱਲ੍ਹੀਆਂ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਆਰਾਮ ਦਾ ਮਤਲਬ “ਕੁਝ ਨਾ ਕਰਨਾ” ਨਹੀਂ ਹੈ; ਆਰਾਮ ਹੀ ਇਲਾਜ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਨੁਕਸਾਨਿਆਂ ਹਿੱਸਾ ਅਸਥਿਰ ਹੋਵੇ, ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਢਿੱਲਾ ਟੁਕੜਾ ਬਣ ਚੁੱਕਾ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ **ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ** ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਚੋਣ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ:

- **ਸਫ਼ਾਈ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਨਾ:** ਨੁਕਸਾਨੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਕੱਢਣਾ ਅਤੇ ਨੰਗੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਛੋਟੇ ਛੇਕ ਕਰਨਾ (ਮਾਈਕ੍ਰੋਫ੍ਰੈਕਚਰ, microfracture) ਤਾਂ ਜੋ ਨਵੇਂ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਠੀਕ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਪਰਤ ਬਣ ਸਕੇ। ਇਹ ਛੋਟੇ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਲਈ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- **ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਜੋੜਨਾ:** ਜੇ ਢਿੱਲਾ ਟੁਕੜਾ ਵੱਡਾ ਅਤੇ ਚੰਗੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਕਈ ਵਾਰ ਇਸ ਨੂੰ ਪਿੰਨਾਂ ਜਾਂ ਸਕਰੂਆਂ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- **ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਂ ਦੀ ਨਵੀਂ ਸਤ੍ਹਾ ਬਣਾਉਣਾ:** ਵੱਡੇ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਲਈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਜੋੜ ਦੇ ਕਿਨਾਰੇ ਉੱਤੇ ਹੋਣ, ਸਤ੍ਹਾ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਸਿਹਤਮੰਦ ਕਾਰਟੀਲੇਜ-ਅਤੇ-ਹੱਡੀ ਦੇ ਡੱਟ (plugs) ਲਗਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ (ਗ੍ਰਾਫਟ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ)।

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਆਕਾਰ, ਥਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕਿ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਨੂੰ ਬਚਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਚੋਣ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ MRI ਸਕੈਨ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੰਗੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜਦੋਂ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਜਲਦੀ ਪਤਾ ਲੱਗ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਨੁਕਸਾਨਿਆਂ ਹਿੱਸਾ ਅਜੇ ਟਿਕਵੇਂ ਹੋਵੇ। ਟਿਕਵੇਂ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਵਾਲੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਨੌਜਵਾਨ ਮਰੀਜ਼ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਅਸਥਿਰ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਦਰਦ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਰਾਹਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਖਿਡਾਰੀ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਈ ਮਹੀਨੇ ਅਤੇ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਇਮਾਨਦਾਰ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ। ਵੱਡੇ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ, ਜੋੜ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ, ਅਤੇ ਉਹ ਕੂਹਣੀਆਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਗੋਬ ਪਲੇਟਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਬੰਦ ਹੋ ਚੁੱਕੀਆਂ ਹਨ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘੱਟ ਚੰਗੇ ਨਤੀਜੇ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਘਾਟਾ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵੱਡਾ ਨੁਕਸਾਨਿਆਂ ਹਿੱਸਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਅੱਗੇ ਜਾ ਕੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਥੋੜ੍ਹਾ ਵਧਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਇੰਨੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- **ਗੱਦ ਸੁੱਟਣ ਵਾਲੇ ਜਾਂ ਜਿਮਨਾਸਟਿਕਸ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੌਜਵਾਨ ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ** ਜੇ ਇੱਕ-ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਵੇ; ਖੇਡ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਓ।
- **ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਨਾ ਹੋਣਾ:** ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਸਿੱਧਾ ਨਾ ਕਰ ਸਕਣਾ ਇੱਕ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਚੇਤਾਵਨੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।
- **ਅਟਕਣਾ, ਕਲਿੱਕ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਜਾਮ ਹੋ ਜਾਣਾ:** ਇਸ ਤੋਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੋਈ ਟੁਕੜਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋ ਗਿਆ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਕੈਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।
- **ਸਰਗਰਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੋਜ** ਜੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਆਉਂਦੀ ਰਹੇ।
- ਜਿਸ ਖਿਡਾਰੀ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਅਜੇ ਵਧ ਰਹੀਆਂ ਹਨ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਜਲਦੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦਾ ਪਤਾ ਗੋਬ ਪਲੇਟਾਂ ਦੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਲੱਗ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਕੈਪੀਟੇਲਮ ਦਾ ਓਸਟੀਓਕੋਡਾਈਟਿਸ ਡਿਸੇਕੈਂਸ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਵਧ ਰਹੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਇੱਕ ਚੁੱਪ-ਚਾਪ ਚੱਲਣ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ: ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਇੰਨਾ ਦਰਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਨੌਜਵਾਨ ਖਿਡਾਰੀ ਕਲੀਨਿਕ ਆਵੇ, ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਨੁਕਸਾਨਿਆਂ ਹਿੱਸਾ ਅਕਸਰ ਉਸ ਪੜਾਅ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਵਧ ਚੁੱਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਸਭ ਤੋਂ ਸਰਲ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਜਾਪਣ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਆਮ ਹੈ

ਜਾਂਚ ਮੁਹਿੰਮਾਂ (screening) ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੀ ਕਹਾਣੀ ਦੱਸਦੀਆਂ ਹਨ। **2,433** ਕਿਸ਼ੋਰ ਬੇਸਬਾਲ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੈਪੀਟੇਲਮ ਦੇ ਓਸਟੀਓਕੋਡਾਈਟਿਸ ਡਿਸੇਕੈਂਸ ਦੀ ਦਰ, **ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਲੁਕੇ ਕੇਸਾਂ ਸਮੇਤ, 3.4% ਸੀ**। ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਨੇ ਛੋਟੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਖੇਡਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਖੇਡਿਆ ਸੀ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਦਰਦ ਹੋਇਆ ਸੀ [1]।

“ਲੁਕੇ ਕੇਸਾਂ ਸਮੇਤ” ਵਾਲੀ ਸ਼ਰਤ ਅਹਿਮ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਚੰਗਾ-ਖਾਸਾ ਹਿੱਸਾ ਖੋਜ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮਿਲਿਆ, ਨਾ ਕਿ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਖਿਡਾਰੀ ਨੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕੀਤੀ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਅਜਿਹੇ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਦੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ, ਜੋ ਵੈਸੇ ਵੀ ਦਰਦ ਦੱਸਣ ਤੋਂ ਝਿਜਕਦੇ ਹਨ, ਦਰਦ ਇੱਕ ਦੇਰ ਨਾਲ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਅਤੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ।

ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵਿਕਲਪ ਬਦਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ

ਇਸ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਸਿੱਧਾ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚ ਦਿਸਦਾ ਹੈ। **258** ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਵਿੱਚ, **ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਸਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਵਧੇ ਹੋਏ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇਖੇ ਗਏ**, ਹਾਲਾਂਕਿ ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਗਈ, ਤਾਂ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਬੰਧ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦਾ ਸੀ [2]।

ਐਕਸ-ਰੇ ਦੀਆਂ ਦੋ ਲੱਭਤਾਂ ਇਹ ਦੱਸਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕਾਮਯਾਬ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ: **ਰੇਡੀਅਸ ਦੇ ਸਿਰ (radial head) ਦਾ ਵੱਡਾ ਹੋ ਜਾਣਾ ਅਤੇ ਨਾ ਸੁੱਟਣ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਸੁੱਟਣ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਉਮਰ (skeletal age) ਦਾ ਅੱਗੇ ਹੋਣਾ; 245** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ

ਦੇਵਾਂ ਦਾ ਸਬੰਧ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪੜਾਅ ਨਾਲ ਸੀ [3]। ਦੋਵੇਂ ਲੱਭਤਾਂ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਸ ਦੀ ਬਣਤਰ ਭਾਰ ਹੇਠ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਬਦਲ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਜੋ ਲੱਛਣਾਂ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਬਣਤਰ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਗੱਲ ਹੈ।

ਇਹੀ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਲਗਾਤਾਰ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਨੌਜਵਾਨ ਸੁੱਟਣ ਵਾਲੇ ਖਿਡਾਰੀ ਦਾ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਮੰਨ ਕੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਪਾਸਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਫ਼ਰਕ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਟਿਕਵੇਂ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਲਈ, ਛੋਟਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਟੁਕੜਾ ਟਿਕਵਾਂ ਹੈ ਅਤੇ ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਂ ਛੋਟੀ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਬਹਿਸ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਹੈ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਂ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਨਾਲ ਹੀ ਉਸ ਦੇ ਹੇਠਲੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਛੇਕ ਵੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤਾਂ ਜੋ ਫਾਈਬਰੋਕਾਰਟੀਲੇਜ (fibrocartilage, ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਬਣਨ ਵਾਲੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ) ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋ ਸਕੇ। **327** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, **ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ (debridement, ਖ਼ਰਾਬ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ) ਅਤੇ ਮਾਈਕ੍ਰੋਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇਵਾਂ ਨਾਲ** ਦਰਦ, ਹਿਲਜ਼ੁਲ ਦੀ ਹੱਦ, ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਅੰਕਾਂ ਅਤੇ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਵਿੱਚ **ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ**, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਨਾਲ ਹੀ ਦਰਮਿਆਨੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲੇ, ਇਸ ਲਈ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਛੋਟੀਆਂ ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਵਾਂ ਲਈ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਤਰੀਕਾ ਹੈ [4]।

ਵੱਡੇ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰ ਹਿੱਸੇ ਲਈ, ਹਿਸਾਬ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਟੁਕੜਾ ਵੱਖ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਜਾਂ ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਂ ਵੱਡੀ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਸਤ੍ਹਾ ਦੀ ਸਿਰਫ਼ ਸਫ਼ਾਈ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਉਸ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਡੱਟ ਲਿਆ ਕੇ ਲਗਾਉਣ ਨਾਲ। ਇਹ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਸ਼ਰਤ ਨਾਲ।

492 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਉੱਚੀ ਸੀ, ਅਤੇ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਜਾਂ ਟੁਕੜਾ ਜੋੜਨ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **ਆਪਣੇ ਸਰੀਰ ਤੋਂ ਕਾਰਟੀਲੇਜ-ਅਤੇ-ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਲਗਾਉਣ (osteochondral autograft transfer) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਚੇ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੱਧ ਸੀ** [5]। ਪਰ ਆਟੋਗ੍ਰਾਫਟ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **470** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ 2024 ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ, ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਦੀਆਂ ਉੱਚੀਆਂ ਦਰਾਂ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਿਆਂ ਵੀ, ਇਹ ਪਾਇਆ ਕਿ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਨੂੰ **ਪ੍ਰਦਰਸ਼ਨ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਜਾਂ ਟੀਮ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਪੇਸ਼ੀਸ਼ਨ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ** ਬਾਰੇ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ **ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੋਣਾ ਨਤੀਜਿਆਂ ਉੱਤੇ ਮਾੜਾ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ** [6]।

ਦੋਵੇਂ ਗੱਲਾਂ ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਸੱਚ ਹਨ, ਅਤੇ ਇੱਕ ਨੌਜਵਾਨ ਖਿਡਾਰੀ ਲਈ ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ: ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੱਧ ਹੈ; ਉਸ ਵਿੱਚ ਉਸੇ ਭੂਮਿਕਾ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਕੋਈ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ। ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦਾਰੋਮਦਾਰ ਵਾਜਬ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਚੋਣ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਨੁਕਸਾਨੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Kida Y, Morihara T, Kotoura Y, Hojo T, Tachiiri H, Sukenari T, et al. Prevalence and clinical characteristics of osteochondritis dissecans of the humeral capitellum among adolescent baseball players. Am J Sports Med. 2014;42(8):1963-71. <https://doi.org/10.1177/0363546514536843>
- [2] Cheng C, Milewski MD, Nepple JJ, Reuman HS, Nissen CW. Predictive role of symptom duration before the initial clinical presentation of adolescents with capitellar osteochondritis dissecans on preoperative and postoperative measures: a systematic review. Orthop J Sports Med. 2019;7(2). <https://doi.org/10.1177/2325967118825059>
- [3] Funakoshi T, Furushima K, Miyamoto A, Kusano H, Horiuchi Y, Itoh Y. Predictors of unsuccessful nonoperative management of capitellar osteochondritis dissecans. Am J Sports Med. 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. Both debridement and microfracture produce excellent results for osteochondritis dissecans lesions of the capitellum: a systematic review. Arthrosc Sports Med Rehabil. 2021;3(2):e593-e603. <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2020.10.002>

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[5] Westermann RW, Hancock KJ, Buckwalter JA, Kopp B, Glass N, Wolf BR. Return to sport after operative management of osteochondritis dissecans of the capitellum: a systematic review and meta-analysis. *Orthop J Sports Med.* 2016;4(6). <https://doi.org/10.1177/2325967116654651>

[6] Lane G, Smith MV, Goldfarb CA, Coronado RA, Bowman EN. Outcomes and return to sport after osteochondral autograft transplantation for osteochondritis dissecans of the capitellum: a systematic review. *JSES Rev Rep Tech.* 2024;4(3):563-70. <https://doi.org/10.1016/j.xrtr.2024.02.011>