

هیئت مدیره محترم انجمن ارتوپدی ایران

جلسه ماهانه انجمن ارتوپدی شاخه فارس بصورت حضوری در تاریخ ۱۴۰۴/۱۱/۳۰ در بیمارستان

شهید چمران برگزار گردید.

سخنرانی های علمی زیر بصورت جامع و کامل انجام پذیرفت :

دکتر علیرضا توکلی - دکتر مجید عابدی

CLINICAL DECISION MAKING IN VARUS KNEE UKA vs HTO

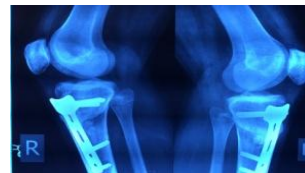


HTO VS UKA-Practical Comparison

HTO (High Tibial Osteotomy)

Indications:

- Age <60, active lifestyle
- Isolated medial compartment
- Moderate varus deformity
- Intact ACL & Collateral ligament

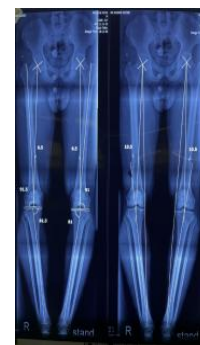


Advantages:

- Preserves native joint
 - Delays need for TKA
- Maintains bone stock for future arthroplasty

Considerations:

- Longer rehab & recovery
 - Slower pain relief
- BMI ideally <30-32



UKA(Unicondylar Knee Arthroplasty)

Indications:

- Age>60(or 50-60 selected cases)
- Isolated medial or lateral compartment OA
- Mild deformity (varus< 10° , valgus<5-7°)
- Intact ACL & collateral ligament

Advantages :

- Faster recovery & pain relief
- Bone and ligament preservation
- Shorter hospital stay , rapid return to function

Considerations:

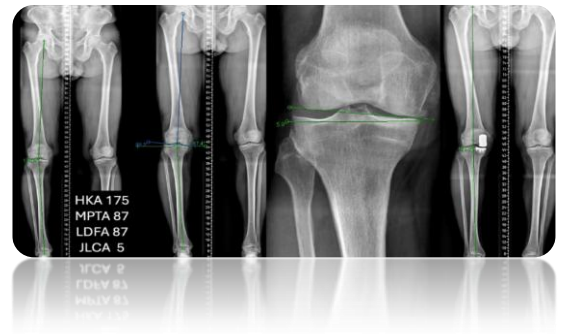
- Slightly higher revision risk vs TKA
- Careful patient selection critical
- Not suitable for multi –compartment OA

Core Concept:

- Treatment choice between UKA and HTO is driven by deformity, age and social status

General suggestion:

- Intra- articular deformity (IAD)-----Consider UKA
- Extra-articular deformity(EAD)-----Consider osteotomy



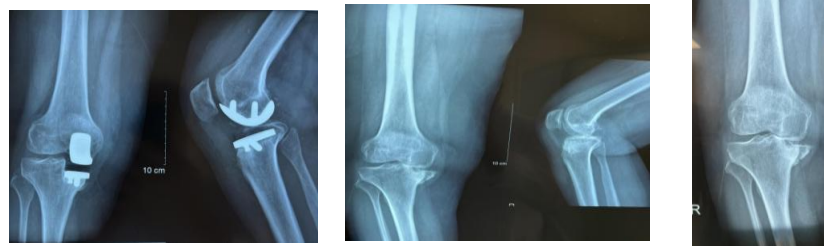
-CASE DISCUSSION PANEL

نقش MRI در اعمال جراحی HTO ، UKA و TKA

گرداننده : دکتر توکلی

اعضای پانل: دکتر شهریار - دکتر طحامی - دکتر مجید عابدی - دکتر سیدعلی هاشمی - دکتر علی قائم مقامی
انجام عمل جراحی UKA احتیاج به مهارت و تخصص جراحی فراوان دارد و انجام نادرست آن شانس Revision بالایی دارد در UKA نقش غضروف و Intera articular مهم است ، در HTO اصلاح بیومکانیک ، Alignment زانو و توجه به مسائل خارج مفصلی اهمیت بیشتری دارد .

عده کمی معتقد به نقش MRI در عمل جراحی UKA جهت بررسی آسیب ACL و لیگامنت ها برای پایداری آن می باشند ولی اگر درعکس نیم رخ زانو پوسترپور تیلت تیپا دیده شود که نشان دهنده آسیب ACL باشد احتیاج به انجام MRI نمی باشد . طبق یافته های جدید علمی انجام MRI برای اعمال جراحی HTO، UKA و TKA لزومی ندارد. و در کشورهای پیشرفته در هنگام عمل جراحی UKA اگر ناپایداری و آسیب ACL مشاهده شود در همان جلسه TKA انجام می گردد.



نمونه ای از استفاده از UKA برای تخریب یکطرفه مفصل زانو



ج- معرفی بیماران مشکل و بحث و گفتگو توسط همکاران ارتوپدی :

۱- دکتر محمد جعفر امامی

-دختر خانم ۱۳ ساله کیس آرتروگریپوزیس با اشکال در راه رفتن مراجعه نموده است .به علت CDK هر دو زانو و دفورمیتی هر دو پا درمان اصلاحی گچ گیری در نوزادی انجام شده است . در راه رفتن فلکشن زانو و هیپرلوردوزیس لومبار دیده میشود. در معاینه weakness abductor hip، فلکشن دفورمیتی هیپ و محدودیت حرکتی فلکشن زانو دارند.

پیشنهادهات:

درمان جراحی ترانسفر یکطرفه اکسترنال ابلیک یا ایلئوسواس به تروکنتر بزرگ جهت اصلاح ابداکتور هیپ پیشنهاد گردید. عمل جراحی اصلاحی زانو کوادریسپس پلاستی توصیه نمی شود.

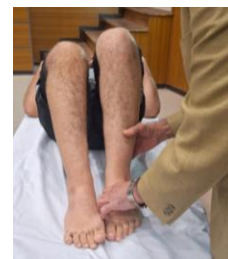


۲- دکتر محمد جعفر امامی

-آقای ۲۷ ساله کیس DDH دو طرفه هیپ با راه رفتن غیر طبیعی و لنگش مراجعه نموده اند . عمل جراحی جااندازی باز DDH دو طرفه در یکسالگی و استئوتومی و اروس با فیکساسیون فمور راست در ۱۷ سالگی انجام شده است . به علت نارسایی کلیه و درمان با کورتون دچار AVN سر فمور شده است .
درمعاینه بیمار درد ندارد LLD ۴/۵ سانتیمتری و محدودیت حرکتی هیپ راست در ابداکشن ، اکسترنال روتیشن و اینترنال روتیشن (stiffness) دارد.

پیشنهادهات:

با توجه به نارسایی کلیه و کاندید بیمار جهت پیوند کلیه و عدم درد THA توصیه نمی شود و درمان غیر جراحی و استفاده از shoe lift جهت لنگش پیشنهاد گردید.



-دکترسید محمد طحامی

-آقای ۳۲ ساله با عدم تعادل در راه رفتن مراجعه نموده است . بیمار به علت دررفتگی مکرر کشکک هر دو زانو تحت عمل جراحی سنترالیزاسیون کشکک قرار گرفته است . از چهار ماه پیش در هنگام راه رفتن ، زانو در recurvatum قرار گرفته وعدم تعادل در راه رفتن دارند. میزان recurvatum ۱۰ - ۱۲ سانتیمتر می باشد که افزایش یافته است . در رادیولوژی slope tibia نرمال است و نوار عصب اندام تحتانی و MRI کمر نرمال است . در بررسی مشخص شد که بیمار ضعف شدید ماهیچه چهارسر دارد که احتمالا به دلیل ضایعات نروسنترال جدید بوجود آمده و مستقیما به آسیب زانو مربوط نیست.

پیشنهادهات

۱- استفاده از بریس drop-lock long extension

۲- مشاوره نورولوژیک جهت بررسی progressive neurocentral problem .



-دکتر محمود رضا ساریخانی

-آقای ۶۸ ساله با عفونت مزمن و ترشحات چرکی ران چپ وعدم توانایی در راه رفتن مراجعه نموده است. بیمار سابقه ضایعات نخاعی و فلجی اندام تحتانی راست دارند و به علت دررفتگی مکرر هیپ چپ چندین بار تحت عمل جراحی پروتز قرار گرفته وهم اکنون پروتز درآورده شده است و بدنبال شکستگی دیستال فمورچپ تحت عمل جراحی فیکساسیون قرار گرفته است . بیمار با ویلچر حرکت می کند. عفونت وترشحات چرکی از دیستال فمور دارند. در رادیولوژی ضایعات استخوانی در پلوپس واستئوپروز در استخوان ها دیده میشود و جوش نخوردن شکستگی دیستال فمور دارند. در MRI کالکشن عفونت داخل کانال دیستال فمور مشاهده میشود.

پیشنهادهات :

درمان کنترل عفونت ودرآوردن پلیت دیستال فمور و استفاده از بریس بلند جهت کمک به راه رفتن پیشنهاد گردید. با وجود اصرار بیمار برای قطع عضو، Disarticulation Hip توصیه نمی گردد چون برای نشستن روی صندلی چرخدار مشکل خواهد داشت .

