

هیئت مدیره محترم انجمن ارتوپدی ایران

جلسه ماهانه انجمن ارتوپدی شاخه فارس بصورت حضوری در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۲۵ در بیمارستان

شهید چمران برگزار گردید.

سخنرانی های علمی زیر بصورت جامع و کامل انجام پذیرفت :

الف- دکتر غلامرضا پولادفر (فوق تخصص عفونی اطفال)-بخش دوم سخنرانی در مورد عفونت های استخوان

ومفاصل

TRENDS AND PATTERNS OF ANTIMICROBIAL RESISTANCE AMONG COMMON PATHOGENS II



Table 4. Summary of Antibiotic Durations for Osteomyelitis

| Condition | Clear recommendation | Clinical review |
|--|----------------------|--|
| Osteomyelitis without retained implant (including DFO) | Maximum 6 wks | <ul style="list-style-type: none">• 3-4 wks may be adequate with debridement; confirmatory studies desired |
| Osteomyelitis with total resection of infected bone | None | <ul style="list-style-type: none">• No antibiotics is a reasonable option; not recommended for use exceeding 5 d |
| PJI with DAIR | None | <ul style="list-style-type: none">• All participating experts preferred 12 wks; a confirmatory, second study is needed to enable a clear recommendation |
| PJI with exchange | None | <ul style="list-style-type: none">• 12 wks favored by some experts• Other experts believed equipoise remains for 6 vs 12 wks• 6 wks may be reasonable for non-<i>S aureus</i> pathogens, particularly for 1-stage exchanges• 6 wks may be reasonable for 2-stage exchange, although there is controversy about the need for further antibiotics after the second stage (reimplantation) |

ب- دکتر علی حقیقت

KNEE OR SPINE SURGERY WHICH ONE FIRST?

سخنرانی کامل در سایت انجمن
ارتوپدی شاخه فارس farsoa.com فابل بازدید است



Take Home Message:

1. Careful patient selection following thorough evaluation.
2. Severe knee deformities especially valgus and windswept deformity are in favor of TKA
3. Correlate imaging findings with patient clinical findings.
4. Spinal sagittal imbalance is in favor of spine surgery first.

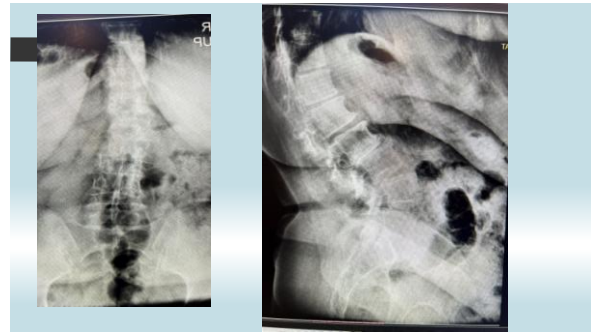
ج- معرفی بیماران مشکل و بحث و گفتگو توسط همکاران ارتوپدی :

بیمار دکتر علی حقیقت

۱- خانم ۸۳ ساله که با عدم توانایی در راه رفتن همراه با درد به دنبال دفورمیتی ستون فقرات و هر دو مفصل زانو مراجعه نموده است . در معاینه بیمار وابسته به ویلچر می باشد . فلکشن کانترکچر هر دو زانو ۳۰ درجه می باشد در رادیولوژی سائیدگی شدید و واروس دیفورمیتی زانو و اسکلیوز دژنراتیو لومبار و تنگی نخاع مشاهده میشود.

پیشنهادات:

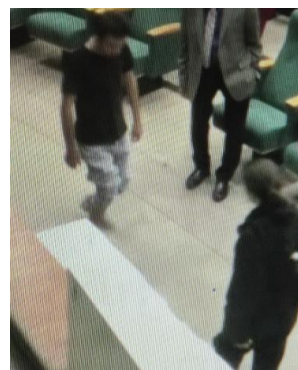
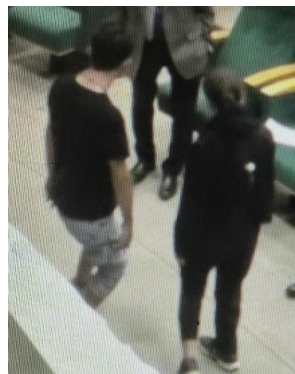
کاردرمانی و توانبخشی و تزریق اپی دورال در ستون فقرات کمری و در مرحله ای دیگر تزریق در زانو برای تمایز منبع ناتوانی های بیمار توصیه گردید.



۲- خواهر و برادر ۱۶ و ۲۲ ساله با مشکل در راه رفتن مراجعه نموده که از سن ۱۱ سالگی علائم به صورت پیشرونده بروز کرده است در معاینه برادری فلکشن کانترکچر هر دو زانو (crouch gait) و خواهر با in toeing راه می روند و به علت عدم تعادل زمین خوردن های مکرر دارند . برادر ترمور و اسپاسیتی شدید و دیستونیا دارد. تشخیص فامیلیال اسپاسیتی و صدمه upper motor nerve می باشد.

پیشنهادات :

باتوجه به اینکه بیمار با زانوی خم در راه رفتن تعادل دارند کاردرمانی و تقویت عضلات و تزریق آزمایشی بوتاکس در هامسترینک پیشنهاد گردید.



What Went Right:

بیمار دکتر غلامحسین شاهچراغی

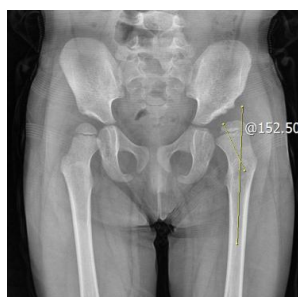
-دختر بچه ۱۱ ساله با لنگش مراجعه نموده است. بیمار در کودکی جراحی برای DDH داشتند. دیسپلاژی استابولوم و subluxation سر فمور مشاهده میشود که در عکس frog کاملاً جا می افتد.



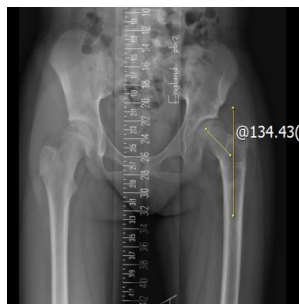
این بیمار بدون عمل روی استابولوم فقط با استئوتومی سر فمور درمان موفقیت آمیزی داشته است. و subluxation سر فمور چپ از بین رفته است.



هم اکنون بعد از جراحی علائم بیمار بهبود یافته و در رادیولوژی هیپ سمت چپ استابولوم و Remodeling سر فمور locate می باشد.



قبل از عمل



یکسال بعد از عمل

نکته مهم:

در اطفال بدنال هیپ دیسپلاژی با عمل جراحی استئوتومی فمور، remodeling استابولوم مشاهده میشود و همیشه احتیاج به استئوتومی استابولوم نیست.

ه-ژورنال کلاب با عنوان:

TRAUMATIC HIP DISLOCATION : PEDIATRIC AND ADULT EVALUATION AND MANAGEMENT

توسط دکتر علی اکبری دستیار گروه ارتوپدی و با سرپرستی دکتر محمد هادی گرامی برگزار گردید.



دکتر علی اکبری

دکتر محمد هادی گرامی

Outcomes:

- ▶ Good-to-excellent long-term outcomes are reported in half to nearly all patients with simple hip dislocations managed with rapid reduction, although PTOA can still develop in up to 25% of patients

The outcomes depend on:

- 1- posterior vs. anterior dislocation
- 2-delay to reduction
- 3-associated injuries
- 4-postreduction management and rehabilitation