هیئت مدیره محترم انجمن ارتوپدی ایران

جلسه ماهانه انجمن ارتوپدی شاخه فارس بصورت حضوری در تاریخ ۱۴۰۳/۱/۳۰ در بیمارستان شهید چمران با گردانندگی دکتر محمد جعفرامامی نایب رئیس انجمن ارتوپدی شاخه فارس برگزار گردید. سخنرانی های علمی زیر بصورت جامع و کامل انجام پذیرفت:

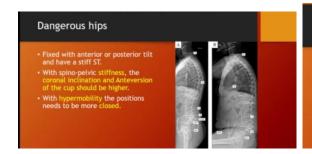
الف- دكتر عليرضا توكلي

# TOTAL HIP ARTHROPLASTY IN SAGITTAL PLANE IS SAFT ZONE DEAD?





# Key Points The Lewinnek safe zone has failed . The functional hip motion safe zone is measured by the combined sagittal index (CSI) . Excessive femoral motion measured by pelvic femoral angle (PFA) is the greatest reason for dislocation, not the acetabular position. Preoperative sagittal X-rays should be taken to determine if spinopelvic imbalance is present. Postoperative sagittal X-rays will confirm the hip is safe from spinopelvic to hip impingement. Intraoperatively ideally the technique uses combined anteversion rather than just anteversion and targets the cup position



#### Intra-operatively (high risk pt.)

- Prepare the femur first (combined anteversion)
- If < 5 degrees to retroverted: Modular or cemented stem.
- Retroverted acetabulum may need a dual mobility .
- Remove any bony impingement of the greater and lesser trochanter.

# MPTL Reconstruction, When & How?



#### Note reconstruction

Graft positioning act oppose Q proximal • and lateral vector during extension

Medial third patellar tendon and ST/G • graft

As with MPFL R ,surgical principles are more important than graft choice

MPTL should be tightened at 90

## Attention

Patients with medial pain and • complaint of patellar laxity ,especially at terminal extension ,after twisting knee injury without a frank patellar dislocation ,should be assessed for injury to these ligaments

#### Indication

Active extension subluxation .

Flexion instability(obligatory ✓ dislocation&lateral glide during flex)

Children with excessive number anatomical risk factors

Knee hyperextension associated with generalized laxit

ج – معرفی بیماران مشکل و بحث وگفتگو توسط همکاران ارتوپدی برگزار گردید: دکتر سید منیرالدین دبیری

-آقای ۲۳ ساله کیس پاراپلژی اسپاستیک CP با دیفورمیتی مفصل هیپ و مچ پا مراجعه نموده اند. در دوران کودکی عمل جراحی آزادسازی بافتی درمفصل هیپ و مچ پا انجام شده است. هم اکنون بیمار در معاینه اسپاستیک شدید ، فلکشن ادداکشن اکسترنال روتیشن کانترکچر مفصل هیپ ، هامسترینگ کانترکچر و اکینوس مچ پا دیده میشود و حرکت بیمار با ویلچر می باشد.

درمان: فیزیوتراپی ، کاردرمانی و تزریق بوتاکس پیشنهاد گردید.







## دکتر سعید جوادی

-خانم ۸۴ ساله با درد مفصل هیپ چپ ولنگش مراجعه نموده است . دوسال پیش به علت شکستگی اینتروتروکنتریک هیپ چپ عمل جراحی جااندازی و فیکساسیون سفالومدولاری اینترلاکینگ انجام شده است .درمعاینه کوتاهی اندام تحتانی چپ، محدودیت حرکتی مفصل هیپ چپ همراه با درد دارد دررادیولوژی عدم جوش خوردگی وشکستگی پیچ و فیلر فیکساسیون مشاهده می گردد.

درمان غیر جراحی و در نهایت توتال هیپ آرتروپلاستی با سیمان و استم بلند پیشنهاد گردید.





# Treatment and Outcomes of 4,973 Unicameral Bone Cysts

JANUARY 2024 · VOLUME 12, ISSUE 1 · e23.00159

توسط دکتر حسین حیدری دستیار گروه ارتوپدی و با سرپرستی دکتر سعید سلوکی برگزارگردید





#### **Conclusion:**

- This study found that cyst filling with bone substitute and decompression (ESIN) with or without curettage was a highly successful technique for the treatment of UBCs.
- Furthermore, our results indicated that decompressing the cyst wall after injection, rather than the specific compound used for injection, was more likely to enhance healing rates.
- These 2 findings reinforced the importance of cyst decompression as part of the treatment approach.
- When curettage was performed, packing the defect with bone substitute demonstrated a higher success rate compared with autograft, making it the recommended option for patients with UBCs.
- Future studies should compare outcomes between different treatment groups, either retrospectively or prospectively.
- In addition, these studies should also aim to control potential confounders using appropriate statistical techniques.



