

هیئت مدیره محترم انجمن ارتوپدی ایران

جلسه ماهانه انجمن ارتوپدی شاخه فارس بصورت حضوری در تاریخ ۱۴۰۳/۳/۳۱ در بیمارستان شهید چمران با گرداندگی دکتر غلامحسین شاهچراغی رئیس انجمن ارتوپدی شاخه فارس برگزار گردید.
سخنرانی های علمی زیر بصورت جامع و کامل انجام پذیرفت :

الف- دکتر محمد حسین حبی

SCAPHOID NONUNION



SPECIAL CIRCUMSTANCES

- Autogenous iliac crest bone grafting + rigid fixation + osteonecrosis union rate 30 percent
- Matti-Russe + rigid fixation union rate 80 percent for waist Fractures without osteonecrosis
- Open dorsal bone grafting + rigid fixation union rate 80 percent for proximal pole fractures without osteonecrosis
- Vascularized bone grafting + rigid fixation union rate 95 percent for waist or proximal pole fractures with osteonecrosis
- Rigid screw fixation yields a higher union rate than K. wire fixation & is preferred when at all possible

ALGORITHM FOR SCAPHOID FRACTURE NONUNION MANAGEMENT

- Delayed union → percutaneous or open rigid fixation
- Established nonunion, fibrous union waist, sclerotic nonunion waist → open repair and bone grafting → dorsal for proximal pole & volar for waist fractures
- Humpback non-union waist → volar approach & cortico-cancellous wedge graft
- Proximal pole nonunion, nonischemic → dorsal approach and percutaneous or open bone grafting and fixation with headless screw plus locking midcarpal joint by min-screw or sandwich proximal fragment between lunate and scaphoid waist with headless screw

Avascular waist or proximal pole nonunion → vascularized bone grafting

ATYPICAL FEMORAL FRACTURE



Incomplete Fractures and cortical thickening and no pain

- MRI or Radionuclide scintigraphy
- Weight bearing may be continued
- but should be limited and vigorous activity avoided
- Until there is no bone edema on MRI



- Average union time ranges from 5 to 10.7 months.
- Delayed union and nonunion rates of 20% to 40%
- Revision rates of 12% to 46%,
- More revisions and complications occur in BP users so cessation is recommended

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

۱- دکتر احمد رضا کریمی

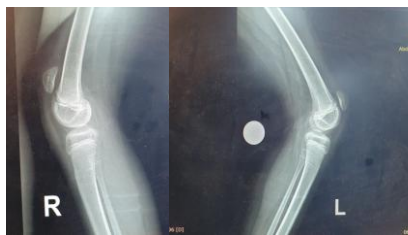
دختر بچه ۱۰ ساله کیس کوادریپلژیک اسپاستیک CP به علت اشکال در راه رفتن مراجعه نموده است . سه سال پیش عمل جراحی آزاد سازی هامسترینگ و واروس دیروتیشن استیوتومی پروگزیمال فمور به علت ولگوس دفورمیتی هیپ انجام شده است . بیمار قبل از عمل stiff knee gait داشته است. پس از عمل راه رفتن بیمار خوب بوده و بتدریج اشکال در راه رفتن بصورت فلکشن زانو پیدا می کند. در معاینه اسپاستیسیته عضلات کوادریسپس ، فلکشن کنتراکچر زانو و 30° Popliteal درجه و پاتلا آلتا دارد . از نظر هوشی خوب است . در رادیولوژی زانو پاتلا آلتا و پزوگزیمال دیده میشود . MRI نرمال است .

درمان: درمورد بیماری های نورولوژیک بررسی شود و استفاده از اکستنشن بریس زانو و در صورت بهبودی در راه رفتن کوتاهی پاتلار تاندون انجام شود.



بعد از عمل واروس دیروتیشن استیوتومی پروگزیمال فمور

کوکساولگوم هر دو پا



پاتلا آلتا هر دو زانو

۲-دکتر محمد جعفرامامی

-آقای ۴۰ساله با درد ومحدودیت حرکتی هردو شانه مراجعه نموده است . در سن بیست سالگی بدنبال درد استخوانی و لنگش و درد هر دو مفصل هیپ تحت درمان متخصص داخلی وغدد با تشخیص هیپوفسفاتی استیویدیستروپی و کارسینوئید تومور بررسی شده است بیمار با ویلچر حرکت می کند . در آزمایش فسفرخون و ادرار ۲۴ ساعته پایین والکالین فسفاتاز بالا می باشد. در رادیولوژی استیوپنیای شدید وشکستگی دو طرفه پروگزیمال هوموروس دیده میشود .

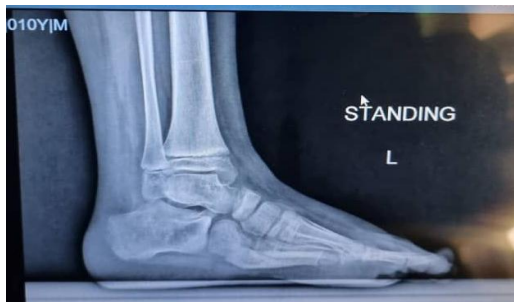
درمان: غیرجراحی و استفاده از بانداژ توصیه گردید.



۳- دکتر محمد جعفر امامی

-پسر بچه ۱۰ ساله با دفورمیتی پای چپ مراجعه کرده است . بیمار کیس club foot دو طرفه که در زمان بچگی درمان گچ گیری پونستی انجام شده است . در معاینه هر دو پا پلانٹیگرید است و پای چپ فورفوت و اروس دفورمیتی دینامیک و flexible دارد . در رادیولوژی فورفوت و اروس دفورمیتی و flattening dome talus دیده میشود .

درمان: ادامه سریال casting و ترانسفر انتریوز تیپالیس تاندون پیشنهاد گردید.



۴- دکتر سید منیرالدین دبیری

-آقای ۴۱ ساله به علت عفونت، عدم جوش خوردگی و فقدان بافتی ساق پا مراجعه نمودند . در سال ۹۲ بدنبال تصادف با ماشین و شکستگی باز استخوان تیبیا تحت عمل جراحی فیکساسیون قرار گرفتند ولی به علت عدم جوش خوردگی و عفونت تاکنون تحت عملهای جراحی متعدد فیکساسیون و فیولار گرافت والیزاروف قرار گرفته اند . بیمار سیگاری میباشد . در معاینه عفونت و فقدان بافتی ، تورم و اکیموز در ساق پای چپ دارند . در رادیولوژی استیوتومی متعدد استخوان تیبیا برای الیزاوف و فیکساسیون تیبیا و اینترامدولای فیولار گرافت و نانیونیون دیده میشود .
باتوجه به انجام عملهای متعدد و مشکلات مالی ایجاد شده برای بیمار ، عمل جراحی آمپوتاسیون پیشنهاد گردید .



-دختر خانم ۱۳ ساله اهل بندر عباس با دفورمیتی متعدد مفصلی مراجعه نموده اند . بیمار برای جابجایی و حرکت از ویلچر استفاده می کند.در زمان کودکی چندین بار تحت گچ گیری اصلاحی قرار گرفتند . از نظر هوشی خوب و کلاس هفتم هستند. در معاینه، دفورمیتی متعدد مفصلی در هر دو آرنج ، مفصل زانو و مچ پا دیده میشود . قدرت ماهیچه ای در اندام تحتانی ضعیف است . اندام تحتانی راست کوتاهتر از چپ و bowing ران راست و دفورمیتی شدید مچ پای چپ ، اکتینوواروس شدید در مچ پای چپ همراه با هیپرلاکسیتهی پوست ، کیفوز و اسکولیوز خفیف ستون فقرات دارد. در رادیولوژی دررفتگی هر دو مفصل آرنج و هیپ، عدم تکامل استابولوم ، bowing شدید فمور راست، دررفتگی هر دو مفصل زانو ، دررفتگی مچ پا و اینترتارسال پا مشاهده میشود. تشخیص بیماری Larsen و یا Ehlers - Danlos میباشد . برای ایستادن و راه رفتن با بریس عمل جراحی فیوژن دو طرفه مچ پا برای پلانٹیگرید کردن پا پیشنهاد گردید.



What Went Right:

دکتر علیرضا خیر

خانم ۶۳ ساله که با درد ، محدودیت حرکتی و آسیب لیگامنتی زانوی چپ یکسال بعد از TKA مراجعه نموده است در معاینه و رادیولوژی انجام شده لاکسیتی ، نداشتن اکستنشن زانو و پارگی کوادریسپس زانوی چپ دارد . به علت پارگی و Gap هشت تا ده سانتیمتری کوادریسپس عمل رویژن TKA با استم بلند ، اتوگرافت Semitendinosus و مش جراحی به علت پرکردن Gap زیاد انجام گردید. در معاینه بهبودی حرکتی زانو بعد از عمل فول اکستنشن و حدود ۹۰ درجه فلکشن دارد.

نکات مهم:

– استفاده از مش جراحی همراه با اتوگرافت Semitendinosus در پارگی های طولانی کوادریسپس و ایجاد بافت granulation



فول اکستنشن بعد از عمل



بعد از بازسازی کوادریسپس



پارگی طولانی کوادریسپس

د-ژورنال کلاب با عنوان:

Journal club: Local Soft-Tissue Thickness vs. Body Mass Index as Predictors of Complications After Total Knee or Hip Arthroplasty

توسط دکتر افشین رزمجویی دستیار گروه ارتوپدی و با سرپرستی دکتر سید علی هاشمی برگزار گردید



دکتر افشین رزمجویی



دکتر سید علی هاشمی

- Obesity is a major modifiable risk factor that can lead to poor surgical outcome
- According to a study in 2015, morbid obesity was independently associated with a higher risk for specific in-hospital postoperative complications and mortality

Conclusion

- Five of the 7 studies discussing THA and 4 of the 7 studies discussing TKA support the hypothesis that increased STT can predict surgical complications after TJA, possibly better than BMI
- Quantifying soft-tissue thickness (STT) around the joint of interest has shown positive correlations with complications and is arguably a better predictor than BMI.

