



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	ملاعباسی، محمدهادی، ۱۳۶۴ / بهزادی، احسان، ۱۳۷۲ هیپ و لگن: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی به همراه سوالات و پاسخنامه تا سال ۱۴۰۲ / ترجمه و تلخیص محمدهادی ملاعباسی - احسان بهزادی. تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات نشر	۱۱۶ ص.
مشخصات ظاهری	978-622-8243-63-4
شابک	فیپا
وضعیت فهرست نویسی	کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی به همراه سوالات و پاسخنامه تا سال ۱۴۰۲.
عنوان دیگر	ارتوپدی Orthopedics
موضوع	آرنج -- شکستگی Elbow -- Fractures ارتوپدی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، etc, Orthopedics -- Examinations, questions, etc آرنج -- شکستگی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، etc, Elbow -- Fractures -- Examinations, questions, etc آزر، فردریک ام، Azar, Frederick M بیتی، جیمز H، Beaty, James H تورنتا، پل Tornetta, Paul, III RD۷۳۱ ۷/۶۱۶ ۹۴۸۲۹۷۹ فیپا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

هیپ و لگن: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی به همراه سوالات و پاسخنامه تا سال ۱۴۰۲
برگرفته از کتاب 14 edition 2021 Operative Orthopaedics Campbells است.
ترجمه و تلخیص: دکتر محمدهادی ملاعباسی - دکتر احسان بهزادی
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی
چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۶۳-۴
بهاء: ۲۴۳۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنجوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۲۱ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

هیب ولگن

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی
به همراه سوالات و پاسخنامه تا سال ۱۴۰۲
Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14

ترجمه و تلخیص

دکتر محمدهادی ملاعباسی

رتبه سوم آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۲

دانشگاه علوم پزشکی کاشان

دکتر احسان بهزادی

دستیار ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی کاشان



فهرست مطالب

- فصل ٤- Surface Replacement Hip Arthroplasty ٩
- فصل ٥- Arthrodesis of the Hip ١٧
- فصل ٦- Hip Pain in the Young Adult and Hip Preservation ٢٧

مقدمه

در حال حاضر، بیماران جوان تر سریع ترین گروه در حال رشد را در بین بیماران آرتروپلاستی کامل هیپ تشکیل می دهند. با این حال، نظرسنجی های آکادمی آمریکایی جراحان هیپ و زانو (AAHKS) نشان داده اند که بیماران جوان تر نسبت به بیماران مسن تر، کاهش رضایت و بازگشت کمتر به فعالیت های سطح بالا را گزارش می کنند. Surface replacement arthroplasty یک گزینه درمانی بالقوه برای این گروه از بیماران جوان تر و پرتقاضا با آرتروپلاستی لگن است.

Hip resurfacing مفهوم جدیدی نیست. در طرح های اولیه برای SRA، که از دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ شروع شد، اغلب از اجزای پلی اتیلن استفاده می شد که wear غیرقابل قبولی با از دست دادن استخوان استابولوم و شکست ایمپلنت ایجاد می کرد. Retrieval data از ایمپلنت های واگنر و آمستوتز نرخ های بالایی از wear و استئولیز را نشان می دهد که منجر به کاهش علاقه به SRA در اوایل دهه ۱۹۸۰ شد. با این حال، این تکنیک به ویژه در بیماران جوان تر در مقایسه با THA جذاب تر بود، زیرا SRA امکان حفظ بیشتر استخوان (در سمت استخوان فمور) و ترمیم آناتومیک بیشتری را فراهم می کند.

با بیش از ۲۰ سال استفاده در خارج از ایالات متحده، استفاده از SRA در سال ۲۰۰۶ تاییدیه سازمان غذا و دارو FDA را دریافت کرد. اگرچه بسیاری از طرح های مدرن SRA استفاده شده است، BHR (Birmingham Hip Resurfacing System) تنها SRA در حال حاضر تایید شده و برای استفاده در ایالات متحده موجود است.

SRA همچنان یک روش فنی چالش برانگیز با افزایش هزینه ایمپلنت است. بنابراین، در مقایسه با THA، SRA باید بازنگری و نرخ عوارض مشابه همراه با مزایای بالینی را برای تضمین استفاده مداوم از آن نشان دهد.



شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران SRA نمرات فعالیت بالاتر و بازگشت سریعتر به ورزش نسبت به بیماران THA دارند. مطالعات نشان داده‌اند که SRA با دقت بیشتری طول پا و افسست فمور را بازیابی می‌کند. ترمیم ۱۰۰٪ تراکم استخوان گردن فمور نیز تا ۶ ماه پس از جراحی به دست می‌آید که ممکن است در کاهش گزارش شده درد ران در بیماران SRA در مقایسه با بیماران THA نقش داشته باشد.

(۱) کدام گزینه در مورد hip resurfacing صحیح نمی‌باشد؟ (مشهد ۹۸)

الف) آناتومی پروکسیمال فمور باید تقریباً نرمال باشد

ب) سن زیر ۶۰ سال باشد

ج) در مردان کارگر مجاز است و بعد از عمل اجازه دویدن نیز دارد

د) در بیماران مبتلا به استئونکروز پروگنوز نسبت به استئوآرتربت بهتر است

پاسخ: د

اندیکاسیون و انتخاب بیمار

در حال حاضر، SRA اغلب برای مردان جوان (کمتر از ۶۵ سال)، بسیار فعال با اندازه سر استخوان ران بزرگتر یا مساوی ۴۸ میلی‌متر که تشخیص استئوآرتربت دارند، اندیکاسیون دارد. آناتومی پروگزیمال فمور تقریباً کامل (Near-perfect proximal femoral anatomy) مورد نیاز است. بیماران مبتلا به کیست‌های بزرگ سر فمور یا استئونکروز کاندید مناسبی نیستند. اختلاف طول پا قبل از عمل یک کنتراندیکه نسبی برای SRA است. بیماران مبتلا به بیماری کلیوی به دلیل پتانسیل متالوزیس، کاندید مناسبی برای SRA در نظر گرفته نمی‌شوند. در موسسه ما، بیماران مبتلا به دیسپلازی قابل توجه استابولوم را کاندید عمل آرتروپلاستی نمی‌دانیم.

ارزیابی رادیوگرافی قبل از عمل و الگوسازی

مانند تمام جراحی‌های آرتروپلاستی، templating دقیق قبل از عمل، ارزیابی رادیوگرافی و برنامه ریزی برای موفقیت بسیار مهم است.

فصل ۵

campbell 2021 Section 3

Arthrodesis of the Hip

آرتروزیس مفصل ران یک روش نادر با اندیکاسیون اندک است که با توجه به پیشرفت‌ها در آرتروپلاستی کامل هیپ، فیوژن هیپ را به گزینه‌ای بسیار کمتر مطلوب برای اکثر بیماران تبدیل کرده است. نتایج خوبی پس از آرتروپلاستی کامل هیپ در بیماران در سنین نوجوانی گزارش شده است. با این وجود، تعدادی از بررسی‌های متون اخیر موافق هستند که آرتروزیس هیپ هنوز نقشی در درمان بیمارانی دارد که با دقت انتخاب شده‌اند. در گذشته، یک کاندیدای خوب برای فیوژن لگن، یک کارگر جوان و سالم با لگن stiff و دردناک و آرتروتیک بود. در کشورهای در حال توسعه، که منابع محدود یا در دسترس نیستند، آرتروزیس همچنان یک گزینه درمانی برای بیماران مبتلا به آرتروز دردناک لگن می‌باشد.

Indications and Results

آرتروزیس مفصل ران هنوز هم ممکن است یک جایگزین در بیماران کمتر از ۴۰ سال با علائم شدید (آرتروز پست تروماتیک و عملکرد طبیعی ستون فقرات کمری، ران طرف مقابل و زانو همان طرف) نظر گرفته شود. فیوژن همچنین می‌تواند به عنوان درمان اولیه برای ترومای شدید استابولوم یا سر فمور در بیماران منتخب در نظر گرفته شود.

آرتروزیس هیپ در درمان spastic subluxed یا درفتگی دردناک لگن در نوجوانان ambulate مبتلا به فلج مغزی موفقیت آمیز است.

قبل از آرتروزیس، درمان غیرجراحی آرتروز، مانند استفاده از وسایل کمکی راه رفتن و داروهای ضدالتهابی، و همچنین روش‌های جراحی کمتر تهاجمی و بالقوه کمتر ناتوان کننده، باید امتحان شود.



- ۱) آقای ۳۰ ساله کاندید آرترووز هیپ می باشد اما در ناحیه هیپ عفونت و ترشح چرکی دارد، چه زمانی می توان بیمار را جراحی آرترووز هیپ نمود؟ (اهواز ۹۷)
- الف) عفونت باید به مدت چند ماه قبل از آرترووز غیر فعال باشد
- ب) سابقه عفونت کنتراندیکاسیون قطعی آرترووز هیپ است
- ج) بعد از تجویز آنتی بیوتیک به مدت ۳ ماه می توان آرترووز هیپ را انجام داد
- د) بعد از تجویز آنتی بیوتیک به مدت ۶ ماه می توان آرترووز هیپ را انجام داد

پاسخ: الف

کمپل ۲۰۲۱- فصل ۵

کنتراندیکاسیون مطلق برای آرترووز، سپسیس فعال لگن است. عفونت باید به مدت ۳ تا ۶ ماه قبل از انجام آرترووز ریشه کن شود و غیرفعال شود.

موارد منع نسبی شامل تغییرات شدید دژنراتیو در ستون فقرات لومبوساکرال، ران طرف مقابل یا زانو همان طرف است. استخوان ضعیف ناشی از پوکی استخوان یا علل ایتروژنیک، مانند برداشتن پروگزیمال فمور برای تومور، نیز با میزان موفقیت کمتر و افزایش ناتوانی همراه است.

نتایج عملکردی خوب در مورد آرترووز هیپ گزارش شده است، اما کمردرد، محدودیت حرکت و اختلال عملکرد جنسی نیز ذکر شده است. اهمیت انتخاب دقیق بیمار را نمی توان بیش از حد مورد تاکید قرار داد.

- ۲) بیمار ۲۰ ساله که آرترووز هیپ شده است کدام یک از موارد زیر شایع تر بوده و در چه بازه زمانی پس از انجام آرترووز انتظار وقوع آن را دارید؟ (اهواز ۹۸)
- الف) درد زانوی همان طرف - ۱۰ تا ۱۵ سال بعد
- ب) درد زانوی طرف مقابل - ۱۰ تا ۱۵ سال بعد
- ج) درد هیپ طرف مقابل - ۱۵ تا ۲۵ سال بعد
- د) Low back pain - در ۱۵ تا ۲۵ سال بعد

پاسخ: د

کمپل ۲۰۲۱ فصل ۵

فصل ۶

campbell 2021 Section 6

Hip Pain in the Young Adult and Hip Preservation

Surgery

مدتهاست که شناخته شده است که تغییر شکل قابل توجه لگن ناشی از شرایط کودکی مانند دیسپلازی رشدی لگن و بیماری پرتس می‌تواند منجر به استئوآرتریت ثانویه لگن در بزرگسالی شود. در طول دو دهه گذشته، تغییر شکل ظریف‌تر لگن در ایجاد استئوآرتریت در بیمارانی که قبلاً تصور می‌شد به «آرتروز اولیه» لگن مبتلا هستند، دخیل بوده است. استئوآرتریت اولیه یا ایدیوپاتیک لگن، پیشرفت آرتروز را به پیامد زوال شیمیایی و مکانیکی مرتبط با افزایش سن در غضروف مفصل ران در زیرمجموعه ای از افراد به دلایل ناشناخته نسبت می‌دهد. بسیاری از بیمارانی که قبلاً تصور می‌شد در این گروه اولیه قرار می‌گیرند، اکنون اعتقاد بر این است که impingement مفصل ران داشته‌اند که به مرور زمان منجر به آرتروز می‌شود.

در اوایل سال ۱۹۶۵، موری "tilt deformity" نامحسوس ناحیه پروگزیمال استخوان ران را توصیف کرد که معتقد بود منجر به آرتروز می‌شود. این تئوری مبنی بر اینکه ناهنجاری‌های کوچک لگن از دوران کودکی به ناچار منجر به آرتروز می‌شود، بار دیگر در سال ۱۹۷۵ توسط استولبرگ و همکارانش بیان شد که اصطلاح تغییر شکل «pistol grip» را در ناحیه پروگزیمال فمور ابداع کردند. (شکل ۱-۶) در اواسط دهه ۱۹۹۰، گانز و همکاران. شرح گیرافتادگی مفصل ران ناشی از ناهنجاری استخوان ران و استابولوم را مجدداً شرح داد و با توصیف تکنیک‌هایی برای اصلاح این ناهنجاری‌ها، عصر جدیدی از جراحی حفظ مفصل ران در بیماران بزرگسال جوان علامت‌دار را آغاز کرد.



FIGURE 6.1 Pistol-grip deformity of proximal femur leading to secondary osteoarthritis.

استئوتومی پری استابولار (PAO)، با یا بدون استئوتومی استخوان ران، برای درمان دیسپلازی دردناک مفصل ران در بزرگسالان جوان به نظر می‌رسد در به تاخیر انداختن بازسازی پروتز مفصل ران در زمانی که مداخله جراحی رخ می‌دهد در حالی که پیشرفت آرتريت نسبتاً خفیف است، موثر است. نتایج PAO در بیماران مبتلا به آرتريت پیشرفته تر، مطلوب تر بوده است. اخیراً، الگوهای بیماری گیرافتادگی لگن مشخص شده است، و روش‌های جراحی با هدف حفظ لگن برای این وضعیت اعمال شده‌اند.

مشابه دیسپلازی هیپ، به نظر می‌رسد که آسیب مفصلی ناشی از impingement مفصل ران می‌تواند در حالی که علائم نسبتاً خفیف و متناوب باقی می‌مانند، رخ دهد. این حقایق مداخله زود هنگام در دیسپلازی هیپ و impingement لگن قبل از شروع آرتريت برگشت ناپذیر را اثبات می‌کند. هدف از جراحی حفظ مفصل (preservation surgery) ران هم در دیسپلازی و هم در impingement، تغییر مورفولوژی مفصل ران برای ایجاد دامنه حرکتی فیزیولوژیکی بدون مانع و در عین حال بهینه سازی مکانیک مفصل ران برای به تاخیر انداختن یا توقف پیشرفت استئوآرتريت هیپ است. سایر منابع درد لگن در بزرگسالان جوان، از جمله استئونکروز سر استخوان ران و پوکی استخوان گذرا لگن، در این فصل مورد بحث قرار گرفته است. منابع خارج مفصلی درد کشاله ران، باسن و لترال مفصل ران باید از منابع مفصلی متمایز شوند. برخی از این موارد مورد بحث قرار گرفته اند، از جمله فتق‌های ورزشی، درد پری تروکانتریک، و استئویت پوبیس.