

# پایان

طبابت هنر است،  
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



- سرشناسه : تاجور، الشن، ۱۳۶۵-  
عنوان و نام پدیدآور : Hand 4: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ارتوپدی تا سال ۱۴۰۱ **Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14** ترجمه و تلخیص الشن تاجور.
- مشخصات نشر : تهران: کاردیا، ۱۴۰۱ -  
مشخصات ظاهری : ج: مصور، جدول.  
شابک : ۳,۸۰۰,۰۰۰ ریال: ۳۴۶ ص ۸-۲۱-۵۲۱۷-۶۲۲-۹۷۸  
وضعیت فهرست نویسی : فیبا  
یادداشت : کتاب حاضر ترجمه و تلخیص کتاب  
**Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14**,  
اثر فردریکام آزر، جیمز بیٹی است.
- ترجمه عنوان : هند: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ارتوپدی تا سال  
**Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14** ۱۴۰۰
- موضوع : دست‌ها -- جراحی  
**Hand -- Surgery**  
ارتوپدی  
**Orthopedics**  
دست‌ها -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها  
**Hand -- Surgery -- Examinations, questions, etc.**  
ارتوپدی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها  
**Orthopedics -- Examinations , questions , etc.**
- شناسه افزوده : آزر، فردریک ام.  
شناسه افزوده : **Azar, Frederick M.**  
شناسه افزوده : بیٹی، جیمز  
شناسه افزوده : **Beaty, James H.**  
شناسه افزوده : کمبل، ویلیس کوهون، ۱۸۸۰ - ۱۹۴۱ م.  
شناسه افزوده : **Campbell, Willis C. (Willis Cohoon)**  
رده بندی کنگره : ۵۵۹RD  
رده بندی دیویی : ۵۷۵۰۵۹/۶۱۷  
شماره کتابشناسی ملی : ۸۹۴۳۲۸۲  
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیبا

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: دوم ۱۴۰۲ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۲۱-۸ بهاء: ۳۸۰,۰۰۰ تومان	<b>Hand 4</b> - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد ارتوپدی <b>Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14</b> ترجمه و تلخیص: دکتر الشن تاجور ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: رزیدنت یار - سیده زهرا عربی زنجانی طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی
--	---

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# Hand 4

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی ارتوپدی تا سال ۱۴۰۱

## Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14

ترجمه و تلخیص

**دکتر الشن تاجور**

متخصص و دارای بوردا تخصصی ارتوپدی

رتبه نخست بوردا تخصصی سال ۱۴۰۰ کشور



## سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن‌چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث ارتوپدی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com  
info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>



## مقدمه مولف:

کتاب پیش روی شما ترجمه و خلاصه مبحث دست کمپل ۲۰۲۱ می باشد که از گسترده ترین مباحث کمپل است. سعی بنده در این بوده که مطالب مهم و کاربردی در این مجموعه گنجانده شود و تقریباً اکثر اشکال و جداول کتاب کمپل آورده شده که اولاً به تفهیم مطالب کمک کرده و ثانیاً در امتحانات مورد و ارتقا بسیار مهم است.

بی شک این مجموعه بدون ایراد نبوده و خوشحال می شوم که ایرادات و نظرات و پیشنهادات سازنده را جهت رفع و بهبود مجموعه به موسسه ارسال نمایید.

زندگی صحنه یکتای هنرمندی ماست      هرکسی نغمه خود خواند و از صحنه رود  
صحنه پیوسته به جاست                      خرم آن نغمه که مردم بسپارند به یاد

با تشکر

دکتر الشن تاجور





تقدیم به پدر و مادر گرامی و همسر عزیزم



## فهرست

۱۳.....	Arthritic Hand - ۷۳ فصل
۷۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۷۳.....
۱۰۳.....	Tumor and Tumorous Condition of the Hand - ۷۸ فصل
۱۵۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۷۸.....
۱۵۷.....	Hand Infection - ۷۹ فصل
۱۹۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۷۹.....
۲۱۵.....	Congenital Anomalies of the Hand - ۸۰ فصل
۳۱۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۸۰.....





# Arthritic Hand

فصل ۷۳  
campbell: 73

## Rheumatoid Arthritis ■

\* شایع‌ترین آرتریت التهابی ایدیوپاتی است که شیوع حدود ۰/۸٪ جمعیت‌ها دارد و در زن‌ها ۲ تا ۴ برابر مرد‌ها شایع‌تر است.

\* این بیماری با سینوویت هیپرتروفیک مشخص می‌شود که منجر به شلی مفاصل به علت تضعیف بافت نرم و متعاقب آن ساب لاکسیشن یا دررفتگی مفصل می‌شود.

\* تخریب غضروف مفصلی رخ می‌دهد که خود در نهایت منجر به پارگی سایشی تاندون می‌گردد.

\* درگیری ایزوله ندولار تاندون، بدون وابستگی به پاتولوژی‌های واضح داخل مفصل می‌تواند رخ دهد که منجر به محدودیت حرکتی مفصل مثل triggering یا locking تاندون‌های فلکسور گردد.

\* درگیری مشابهی می‌تواند در تاندون‌های اکستنسور رخ دهد که می‌تواند Wrist Ext را در اثر گیر کردن تاندون در رتیناکولوم اکستنسور محدود کند.

\* به علت اثر داروهای ضد RA روی پلاکت‌ها مثل سالیسیلات‌ها و NSAID ها باید آن‌ها را قبل از جراحی قطع کرد.

(۱) سالیسیلات‌ها ← ۲-۱ هفته قبل از عمل جراحی

(۲) NSAID ها ← قطع آن‌ها ۵-۲ روز قبل از عمل (بسته به نیمه عمر دارو)

(۳) در بیمارانی که کورتیکواستروئیدها را طی ۱۲ ماه قبل، بیش از ۳ هفته دریافت کرده باشند، باید دارو را قبل، حین و بعد از جراحی (دوز استرس) دریافت نمایند.

\* برای بیهوشی جنرال در RA:

(۱) بررسی alignment و پایداری ستون فقرات گردنی از نظر Sx احتمالی با گرافی





۲) بررسی مفصل TMJ (تمپورومانندیولار) که در انتوباسیون اندوتراکتال ممکن است ایجاد مشکل کند.

\* برای درمان RA نیاز به یک team work متشکل از متخصص روماتولوژی، داخلی، جراح، فیزیوتراپیست و مشاور می‌باشد.

\* از زمان معرفی داروهای disease modifying antirheumatic (DMAR) نیاز به جراحی‌های دست در RA به میزان ۸۳٪ کاهش یافته است.

### \* اهداف جراحی:

(۱) از بین بردن درد

(۲) اعاده عملکرد

(۳) اصلاح یا پیشگیری از دفرمیتی

(۴) جلوگیری از پیشرفت بیماری

\* بیمار قبل از جراحی باید آگاه شود که جراحی نه درمان کامل و نه عملکرد نرمال را اعاده می‌کند و اگر بیمار درد ندارد، جراحی در صورتی که آن قدر عملکرد را بازگرداند، توجیه کننده می‌باشد.

\* اگر بیمار درد دارد و درمان مدیکال موفقیت‌آمیز نبوده، جراحی اندیکاسیون دارد.

\* غیر از درد ظاهر هم در RA مهم است.

\* اگر سینوویت یا تنوسینوویت علی‌رغم درمان دارویی باقی بماند، جراحی سبب تأخیر در distension کپسول و پارگی لیگامان‌ها می‌شود.

\* دفرمیتی‌ها در RA معمولاً دوطرفه و قرینه هستند.

\* مفاصل MCP و Wrist به صورت زودرس درگیر می‌شوند ولی مفاصل DIP و PIP به صورت تأخیری درگیر می‌شوند.

### ■ Hand

(۱) مهم‌ترین مفصلی که درگیری آن روی عملکرد دست اثر می‌گذارد، MCP است.

\* دفرمیتی تیپیک RA در دست: Ulnar deviation همراه با Sx یا Volar Dx مفاصل MCP

(۲) در DIP سبب دفرمیتی Mallet یا Hyperflex (بسته به شدت تخریب کپسول)

(۳) درگیری مفصل PIP ممکن است دفرمیتی Boutonniere یا دفرمیتی Swan neck بدهد.





### Thumb ■

- \* دفرمیتی ایجاد شده به محل شروع سینوویت بستگی دارد.
- اگر شروع سینوویت از MCP باشد ← دفرمیتی Boutonniere
- اگر شروع سینوویت از CMC باشد ← دفرمیتی Swan-Neck
- سینوویت در سمت اولنار MCP ← آسیب UCL و Game keeper thumb
- درگیری ولار پلیت MCP ← هیپراکستانسیون MCP و هیپرفلکشن در IP می شود ولی CMC پایدار می ماند.
- شدیدتر شدن دفرمیتی ها در انگشتان و شست می تواند به علت بیماری روماتوئیدی آروزیو ایجاد شود که به opera glass hand یا main en lorgnette موسوم است که سبب short و telescoping finger و excessive skin fold و finger می شود.



**FIGURE 73.1** A and B, Rheumatoid swan-neck deformities of varying severity in all fingers. Metacarpophalangeal synovitis and subluxation and flexion contractures also are present.



**FIGURE 73.2** Thumb with fixed rheumatoid boutonniere deformity with metacarpophalangeal flexion and interphalangeal hyperextension (type I deformity).



**FIGURE 73.3** "Main en lorgnette" (opera glass hand). Late changes in progressive rheumatoid arthritis.





### Wrist ■

(۱) پارگی لیگامان‌های اینترکارپال به خصوص رادیواسکافوکاپیتیت (RSC) منجر به ناپایداری روتاتوری اسکافوئید شده که به صورت تأخیری سبب تغییرات تخریبی در تمام مچ می‌شود.  
(۲) تخریب لیگامان‌های پایدار کننده DRUJ منجر به دررفتگی دورسال سر اولنا و ساب لاکسیشن در تاندون ECU و Ulnar translocation ثانویه کارپ می‌گردد.  
- دفرمیتی‌های مچ اثر قابل توجهی روی عملکرد دست به خصوص وضعیت انگشتان در MCP Joint دارند.

### Osteoarthritis ■

- شایع‌ترین بیماری آرتزیتی دست می‌باشد.  
- ممکن است یک طرفه باشد ولی دست غالب و مغلوب را به یک اندازه درگیر می‌کند.  
\* در زنان شایع‌تر است.  
\* اگرچه ممکن است پارگی تاندون و triggering دیده شود ولی شیوع آن به اندازه RA نیست.  
\* اغلب مفصل CMC اول (trapeziometacarpal) را درگیر می‌کند و ممکن است به صورت ایزوله باشد.  
\* استئوفیت‌ها در DIP سبب ایجاد ندول heberden و در PIP سبب ایجاد ندول bouchard می‌کند.  
\* استئوفیت‌های DIP ممکن است سبب ایجاد mucoïd cyst در اطراف این مفصل شوند.  
\* در هر دو مفصل PIP و DIP ممکن است موارد زیر رخ دهد:

(۱) تشکیل Spur

(۲) Fragmentation غضروفی

(۳) محدودیت حرکتی بدون دررفتگی

\* در فاز حاد بیماری، درد شدید و پوست ملتهب است به خصوص به دنبال تروما.

### Systemic Lupus Erythematosus ■

\* یک بیماری diffuse connective tissue می‌باشد که درگیری ارگان‌های متعدد را می‌دهد.  
\* از جمله ارگان‌ها ماژور درگیر:

(۱) پلوریت

(۲) پری‌کاردیت

(۳) بیماری کلیوی





- \* درگیری پوستی در ۸۵٪ موارد رخ می‌دهد.
- \* درگیری عضلانی - اسکلتی به صورت تخریب سطح مفصلی به صورت تأخیری (برخلاف RA) رخ می‌دهد.
- \* درگیری دست ممکن است به صورت زودرس تظاهر یابد و با ligament laxity در مفاصل MCP و PIP تظاهر می‌یابد.
- \* با وجود اینکه آسیب‌ها مشابه RA است ولی ناشی از سینوویت نیست (به دلیل درگیری بافت نرم اطراف مفاصل است) و سطح مفصلی به خوبی حفظ می‌شود.
- \* ممکن است پدیده رینود همراه با نکروز بافتی و عدم تحمل به سرما هم دیده شود.
- \* گاهی سمپاتکتومی دیژیتال جهت درمان ایسکمی ناشی از رینود در لوپوس لازم می‌شود.



**FIGURE 73.5** A and B, Typical radiographs of hand and wrist in patients with systemic lupus erythematosus. Note joint dislocations without erosive changes or joint space narrowing. (From Nalebuff EA: Surgery of psoriatic arthritis of the hand, *Hand Clin* 12:603, 1996.)

### Psoriatic Arthritis ■

- \* ۲۵ درصد بیماران پسی آرتریت مشابه RA دارند.
- \* در ۱۰-۵ درصد موارد درگیری DIP وجود دارد.





\* ۲۰-۱۵ درصد موارد راش پوستی تبییک پسوریازیس بعد از ایجاد آرتريت به وجود می آید (سبب تأخیر در تشخیص درست می شود).

\* درگیری مفاصل محیطی غیرقرینه در ۹۵٪ بیماران وجود دارد.

\* ممکن است تورم دوکی شکل (fusiform) کل انگشت رخ دهد.

• درگیری ناخن در پسوریازیس:

(۱) pitting شایع ترین تغییر در ناخن ها می باشد.

(۲) جدا شدن ناخن از بستر

(۳) شیاردار شدن ناخن ها (ridged)

(۴) تغییر رنگ سفید نزدیک لبه های دیستال ناخن

• تغییرات رادیوگرافیکی در پسوریازیس:

(۱) Terminal phalangeal tufts erosion (Acroosteolysis)

(۲) Tapering فالنکس ها و متاکارپ ها

(۳) Cupping انتهایی پروگزیمال متاکارپ ها و فالنکس ها که به دفرمیتی Pencil in cup موسوم است.

(۴) تخریب شدید یا انکیلوز مفاصل کوچک به صورت ایزوله

(۵) تمایل به درگیری IP ها و سالم ماندن MCP ها

\* کانتراکچر مفصل PIP شایع ترین اندیکاسیون جراحی (آرتروذ) است.

### ■ تقسیم بندی پسوریازیس بر اساس زمان شروع آرتريت و ضایعات پوستی

تیپ I: آرتريت زودرس و ضایعات پوستی دیررس ← شدت آرتريت خفیف است.

تیپ II: آرتريت دیررس و ضایعات پوستی زودرس ← شدت آرتريت شدید است.

تیپ III: همزمانی آرتريت و ضایعات پوستی ← شدت آرتريت متغیر

\* شایع ترین مفصل درگیر PIP می باشد و فیوژن و آرتروپلاستی عملکرد انگشت را بهبود می بخشد ولی

از آنجایی که احتمال ایجاد عفونت به دنبال implant arthroplasty در پسوریازیس از RA بیشتر است؛

به همین دلیل توصیه می شود جراحی در فصل تابستان که ضایعات پوستی کمتر بوده و احتمال عفونت

کمتر است، انجام شود.





**FIGURE 73.6** Common findings of psoriatic arthritis. **A**, Pitted nail deformities. **B**, Metacarpophalangeal joint dislocations and thumb interphalangeal joint destruction. **C**, Typical psoriatic elbow lesion. **D** and **E**, Right-hand limited finger flexion and extension after metacarpal arthroplasty.

### Reiter Syndrome ■

\* شامل تریاد تشخیصی:

Conjunctivitis (۱)

Urethritis (۲)

Synovitis (۳)

\* معمولاً به صورت درگیری ۴ مفصل یا کمتر به صورت غیرقرینه می‌باشد.

\* اندام تحتانی را بیشتر از اندام فوقانی درگیر می‌کند.

\* اغلب در مردان جوان ایجاد می‌شود.

\* ۹۰ درصد بیماران در طی چند هفته remission پیدا می‌کنند و علائمشان فروکش می‌کند. ۱۰ درصد

مزمن می‌شوند.





\* به ندرت نیاز به جراحی می‌شود.

\* علائم زیر ممکن است ایجاد شود:

Heel pain (۱)

Back pain (۲)

(۳) درگیری ناخن

نکته: درد دوطرفه پاشنه در زنان میانسال ← RA

درد دوطرفه پاشنه در مردان جوان ← AS، پسوریاتیک، سندرم رایتر

نکته: درگیری ناخن بیشتر در پسوریاتیک و سندرم رایتر وجود دارد.

### ■ Gout

معمولاً سبب مفصل اریتماتو و دردناک در مردان می‌شود. به صورت یک حمله ناگهانی با درد شدید اطراف یک مفصل می‌باشد.

\* معمولاً در مردان و در زنان به ندرت مگر بعد از یائسگی رخ می‌دهد.

\* در نقرس مزمن، رسوبات وسیع کریستال‌های مونوسدیم اورات در اطراف مفاصل و شیت تاندون‌ها ایجاد می‌شود و گاهی سبب کمپرنشن عصبی مثل CTS می‌شود و این رسوبات گاهی در X-Ray مشاهده می‌شود.

\* در صورت رسوب داخل تاندون ممکن است سبب پارگی تاندون شود.

\* ممکن است پوست در اثر فشار از داخل زخم شود.

\* گاهی تخریب استخوانی به قدری شدید است که نیاز به آمپوتاسیون پیدا می‌کند.

\* وجود هیپراوریسمی به تنهایی نشان‌دهنده نقرس نیست و بالعکس در حمله نقرس ممکن است اسید اوریک سرم نرمال باشد.

تنها راه تشخیص قطعی آسپیراسیون مفصل و مشاهده کریستال‌های negatively birefringent زیر میکروسکوپ پولاریزه می‌باشد.

\* جراحی برای برداشتن توفوس به ندرت اندیکاسیون پیدا می‌کند مگر جهت دکمپرنشن عناصر مهم یا عدم تحمل داروهای ضدنقرس توسط بیمار.

\* سایر اندیکاسیون‌های جراحی:

(۱) تنوسینوکتومی





(۲) ترمیم تاندون یا تاندون ترانسفر جهت پارگی تاندون

(۳) ریلیز CTS

(۴) درمان آرتريت تخریبی شدید نفرس



**FIGURE 73.7** Severe gout in multiple joints of the hand of a 54-year-old man. Heavy calcium urate deposits have caused severe deformities of all fingers.

### Pseudogout ■

(Calcium pyrophosphate crystal deposition disease)

- \* اغلب در زانو رخ می‌دهد ولی گاهی دست را درگیر می‌کند و آرتريت سپتیک را تقلید می‌کند.
- \* از لحاظ کلینیکی مشابه نفرس حملات حاد intermittent می‌دهد.
- \* ممکن است با درگیری تنوسینوویت فلکسوری سبب CTS شود.
- \* در گرافی رسوبات کلسیم پیروفسفات در غضروف مفصلی و دیسک فیبروکارتیلاژنوس DRUJ به صورت opaque دیده شود.
- \* تشخیص قطعی مشاهده رسوبات کریستال کلسیم پیروفسفات در مایع مفصلی است.
- \* درمان اولیه مدیکال می‌باشد.

### (Progressive Systemic Sclerosis) Scleroderma ■

\* دو نوع دارد:

(۱) Progressive systemic sclerosis (نوع منتشر)

(۲) سندرم CREST (Raynaud, Calcinosis, Esophageal dysmotility, Sclerodactyly و تلانژکتازیا)





\* اسکرودرمی منتشر معمولاً شدیدتر است و اندامها و تنه را درگیر می‌کند و احشای داخلی را هم درگیر می‌کند. باعث کانترکچر مفاصل و کریپیتوس چرمی (leathery crepitus) می‌شود (برخلاف کریپیتوس خشن در OA). ممکن است باعث پارگی تاندون‌های اکستانسور شود. پوست روی مفاصل زخم می‌شود و ممکن است مفصل expose شود.

\* رسوب کلسیم داخل تاندون:

(۱) Friction قابل لمس در تاندون

(۲) پارگی تاندون

### • درگیری مفاصل دست در اسکرودرمی

DIP (۱)

به صورت زخم پوستی روی آن، کانترکچر و گانگرن و استئومیلیت  
درمان انتخابی: آرتروزدی یا آمپوتاسیون تأخیری

DIP (۲)

FC مفصل، چون خیلی شدید است بهترین درمان آرتروزدی است.

MCP (۳)

Flexion deformity ← Resection arthroplasty با اپروچ دورسال

Hyper extension deformity با PIP flexion ← رزکشن آرتروپلاستی با اپروچ ولار

Thumb web adduction contracture (۴)

رلیز اداکتور پولیسیس و Trapezial excision

Fingertip ulceration (۵)

به خاطر اختلال خونرسانی ایجاد می‌شود و بهترین درمان آن کانزرواتیو است چون خودش به تدریج آمپوته می‌شود و بدین ترتیب طول انگشت حفظ می‌شود.

\* می‌توان از سمپاتکتومی جراحی و تزریق داروهای داخل شریانی جهت بهبود سیرکولاسیون انگشتان استفاده کرد.

\* کلسیفیکاسیون در نوک انگشت را می‌توان با اپروچ لترال خارج کرد یا کورت کشید ولی بهبود زخم آهسته می‌باشد.





### ■ Non Operative Treatment of Synovitis and Tenosynovitis

\* تنوسینوویت یا آرتریت پایدار مقاوم به درمان‌های مدیکال برای چند هفته را می‌توان با تزریق موضعی استروئید و آنستزی لوکال درمان کرد.

\* این درمان (تزریق کورتیکواستروئید + آنستزی لوکال) به ویژه در موارد زیر اندیکاسیون دارد:

(۱) Trigger finger

(۲) CTS

(۳) استئوآرتریت CMC<sub>1</sub>

(۴) OA در DIP

(۵) RA در PIP

\* معمولاً بعد از چند بار تزریق پاسخ کم می‌شود.

\* **نکته مهم:** اگر سینوویت یا تنوسینوویت بعد از ۶-۴ ماه درمان مدیکال کافی، پایدار باقی بماند، درمان جراحی اندیکاسیون دارد.

### ■ Rheumatoid Nodules

محل‌های شایع آن:

(۱) دورسال دست

(۲) سطح پالمار انگشتان

(۳) لبه ساب کوتانه اولنار

(۴) بورس اوله کرانون

\* اگر این ندول‌ها علامتدار بودند می‌توان آن‌ها را excise کرد.







**FIGURE 73.8** Rheumatoid nodules in olecranon bursa and on subcutaneous surface of ulna.

### Staging of Operation ■

**TABLE 73.1**

#### Grading of Surgical Procedures for Rheumatoid Arthritis (Souter)

GROUP	PROCEDURE
I	Fusion of thumb MCP joint Extensor synovectomy and Darrach procedure
II	Flexor synovectomy MCP joint arthroplasty
III	PIP joint fusion Wrist stabilization
IV	Swan-neck correction MCP, PIP joint synovectomy Thumb IP joint fusion
V	PIP joint arthroplasty Boutonniere correction

*IP*, Interphalangeal; *MCP*, metacarpophalangeal; *PIP*, proximal interphalangeal.  
From Souter WA: Planning treatment of the rheumatoid hand, *Hand* 11:3, 1979.

- \* معمولاً از مؤثرترین روش جراحی در دستی که کمتر درگیر است، شروع می‌کنیم.
- \* از نظر مؤثر بودن فیوژن MCP اول و extensor synovectomy و داراخ مؤثرترین هستند (گروه I).
- \* قبل از انگشتان دست باید دفرمیتی‌های شانه و آرنج اصلاح شده باشد.
- \* کمترین موفقیت (گروه V) آرتروپلاستی PIP و اصلاح دفرمیتی بوتونییر می‌باشد.





\* ترتیب اصلاح دفرمیتی‌ها در بدن در RA:

Spine (۱)

Foot (۲)

Hip (۳)

Knee (۴)

Wrist (۵)

Shoulder (۶)

Thumb (۷)

Elbow (۸)

Finger (۹)

\* هرگاه چند پروسیجر در یک دست اندیکاسیون داشته باشد باید ترتیب آن‌ها طبق فوق رعایت گردد.

\* جراحی دکمپرشن عصبی، پارگی تاندون و تنوسینوویت مقاوم در اولویت قرار دارند.

\* اگر آرترووز یا آرتروپلاستی مچ دست لازم باشد، باید ابتدا آن را انجام داد زیرا پوزیشن مچ بالانس تاندون‌های اکستانسور و فلکسور انگشتان را تعیین می‌کند.

\* همزمان با جراحی مچ دست می‌توان پروسیجر دیگری مثل آرترووز MCP اول را هم انجام داد ولی سایر جراحی‌های وسیع‌تر را باید به تأخیر انداخت.

\* وقتی لازم باشد چند جراحی روی دست انجام شود و این جراحی‌ها روی مفاصل کوچک دست هستند (مثل آرتروپلاستی MCP یا آرترووز PIP)، برای کاهش تعداد جراحی‌ها، می‌توان آن‌ها را با هم انجام داد. از جراحی همزمان هر دو دست باید اجتناب کرد تا فعالیت‌های روزمره دچار اختلال نگردد.

## Finger Deformities Caused by RA ■

### Intrinsic Plus Deformity •

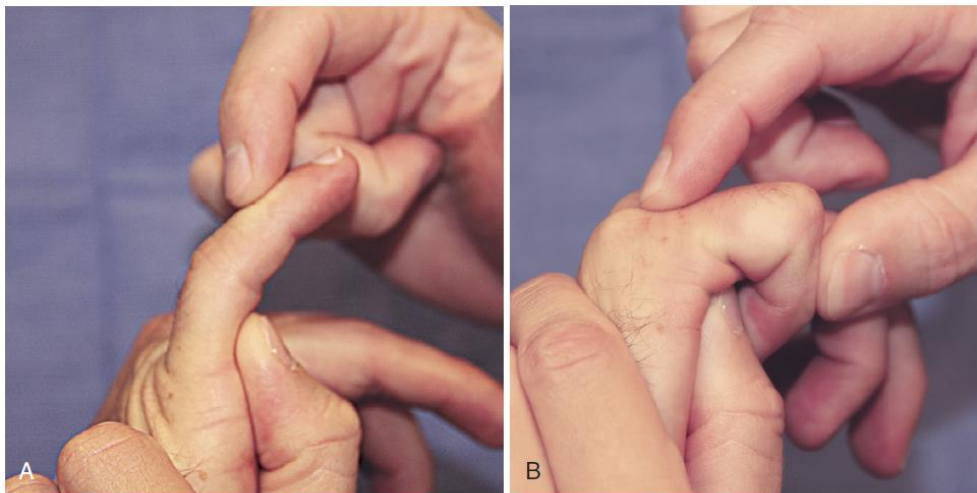
- علت آن سفتی و کانترکچر عضلات اینترنسیک می‌باشد به طوری که بیمار وقتی MCP در Ext کامل می‌باشد، قادر به full flex مفاصل PIP نمی‌باشد.

- اغلب این دفرمیتی با volar subluxation مفاصل MCP و ulnar deviation انگشتان دست همراه است.





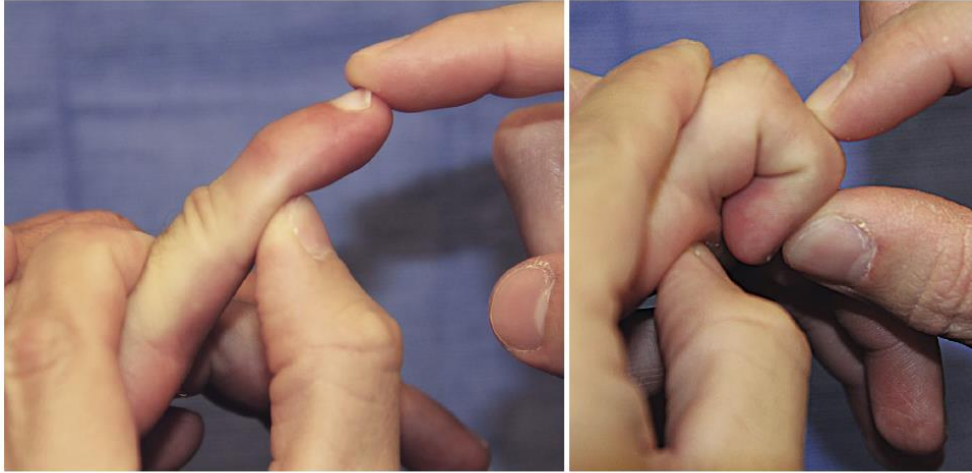
\* تست ارزیابی intrinsic tightness تست Bunnell می‌باشد که تست مثبت بدین صورت است که با قرار دادن MCP در Ext پاسیو، PIP به صورت پاسیو Ext می‌شود ولی به صورت پاسیو فلکس نمی‌شود ولی با قرار دادن MCP در فلکشن پاسیو، PIP قادر به flex پاسیو بیشتر خواهد شد.  
نکته مهم: در صورت وجود انحراف انگشت به اولنار، ممکن است سفت بودن فقط در سمت اولنار وجود داشته باشد به همین دلیل جهت افزایش صحت تست فوق باید انگشتان را با متاکارپ هم راستا کرد (باید axial alignment درست باشد).



**FIGURE 73.9** Test for intrinsic tightness. A, Proximal interphalangeal (PIP) joint passive flexion is limited with the metacarpophalangeal (MP) joint in full extension. B, Full PIP joint flexion possible from intrinsic relaxation when the MP joint is fully flexed.

\* برای ارزیابی سفتی Oblique retinacular ligament: با نگه داشتن PIP در Ext، flex پاسیو DIP را چک می‌کنیم. اگر tightness داشت، در PIP Ext، DIP، flex نمی‌شود ولی با PIP flex، DIP هم flex می‌شود. این تست جهت بررسی انگشت با دفرمیتی بوتونیر کاربرد دارد.





**FIGURE 73.10** Test for tightness of oblique retinacular ligament. Proximal interphalangeal joint held in maximal extension by examiner. Resistance to passive flexion of distal interphalangeal joint is evaluated.

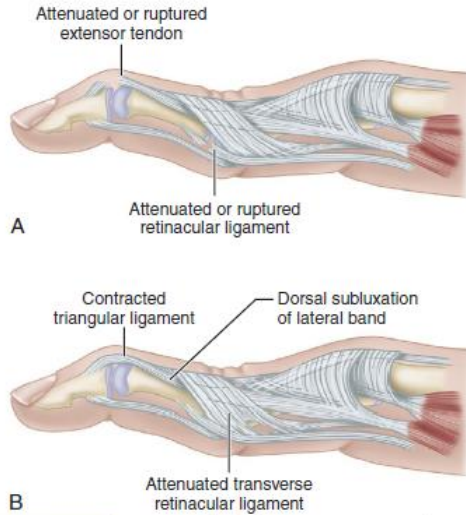
در صورت اندیکاسیون درمان، درمان جراحی شامل ریلیز در conjunction ها و سینوکتومی و mobilize کردن لترال باندها می‌باشد و در صورت DJD مفاصل MCP، موقع آرتروپلاستی MCP با رزکشن کافی استخوانی، مکانیسم اینترنسیک هم ریلکس می‌شود.  
نکته: عضله اینتراوسئوس ولار اول سبب Add و Flex مفصل MCP دوم می‌شود. عضله اینتراوسئوس دورسال اول سبب Abd می‌شود.

\* نقش oblique retinacular ligament ارتباط motion بین DIP و PIP می‌باشد که در صورت tightness با Ext نگره داشتن PIP، DIP نسبت به Flex پاسیو مقاوم می‌شود. این لیگامان در دفرمیتی بوتونیر سفت می‌شود.

\* نقش Transverse retinacular ligament ممانعت از Dorsal Sx لترال باندل‌ها می‌باشد (در صورت لاگزیتی یا پارگی سبب دفرمیتی Swan Neck می‌شود).

### Swan Neck Deformity ■

- این دفرمیتی به صورت flex مفصل DIP و هیپراکستانسین مفصل PIP می‌باشد.
- به علت ایمبالانس عضلانی ایجاد می‌شود و ممکن است به صورت پاسیو قابل اصلاح باشد که بستگی به دفرمیتی‌های اولیه و ثانویه دارد.



**FIGURE 73.11** Swan-neck deformity. **A**, Terminal tendon rupture may be associated with synovitis of distal interphalangeal joint, leading to distal interphalangeal joint flexion and subsequent proximal interphalangeal joint hyperextension. Rupture of flexor digitorum superficialis tendon can be caused by infiltrative synovitis, which can lead to decreased volar support of proximal interphalangeal joint and subsequent hyperextension deformity. **B**, Lateral-band subluxation dorsal to axis of rotation of proximal interphalangeal joint. Contraction of triangular ligament and attenuation of transverse retinacular ligament are depicted. (Copyright 1999 by Jesse B. Jupiter, MD.)



**FIGURE 73.12** Fixed rheumatoid swan-neck deformity, with proximal interphalangeal joint hyperextension and distal interphalangeal joint flexion.





- معمولاً در بیماران با آرتريت روماتوئيد دیده می‌شود ولی در بیماران با volar plate laxity و اهلرز دانلوس نیز دیده می‌شود.

(۱) این دفرمیتی ممکن است به صورت Mallet deformity در ارتباط با پارگی مکانیسم اکستانسوری در DIP، سبب overpull سنترال اسلیپ و هیپراکستانسیون PIP شود.

(۲) این دفرمیتی همچنین ممکن است از مفصل PIP در اثر سینوویت شروع شود که سبب تخریب کپسول مفصلی و سفتی تاندون لترال باندها و تاندون سنترال شود و در نهایت لترال باندها در دورسال چسبیده و فیکس می‌شوند (در اثر لاگزیتی Transverse retinacular ligament) و سبب محدودیت PIP flex می‌شوند و سبب ایجاد دفرمیتی Swan Neck و دفرمیتی مالت ثانویه خفیف می‌شود.

**Rx:**

\* جهت درمان ممکن است موارد زیر انجام شود:

(۱) سینوکتومی PIP

(۲) Mobilization لترال باندها

(۳) ریلیز پوست (بعد از چند هفته پوست چسبندگی پیدا می‌کند و چین‌هایش را از دست می‌دهد).

## ■ درمان بر اساس Type

### ■ (Flexible Deformity) Type I

- (a) Dermodesis (پوست دورسال را به صورت هلالی برداشته و سپس ترمیم می‌کنیم).
- (b) تنودز فلکسور FDS در PIP به پولی A<sub>2</sub> در PIP Flex 5° (تکنیک Beckenbaugh یا روش Curtis)
- (c) فیوژن DIP
- (d) بازسازی لیگامان رتیناکولار با گرافت پالماریس لونگوس

### ■ (Intrinsic Muscle Tightness) Type II

- \* تست Bunnell مثبت است.
- \* نیاز به آزادسازی اینترنسیک‌ها و یکی از روش‌های فوق

