



سرشناسه	وئوقی، فردیس، ۱۳۶۹ / وئوقی، فرزاد، ۱۳۷۱
عنوان و نام پدیدآور	شانه و آرنج ۲: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی به همراه سوالات و پاسخنانه تا سال ۱۴۰۲ / ترجمه و تلخیص فردیس وئوقی - فرزاد وئوقی .
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	۲۴۸ ص.
شابک	978-622-8243-53-5
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
عنوان دیگر	کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی به همراه سوالات و پاسخنانه تا سال ۱۴۰۲.
موضوع	ارتوپدی Orthopedics
شناسه افزوده	آرنج -- شکستگی Elbow -- Fractures
شناسه افزوده	ارتوپدی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، etc, questions , Examinations -- Orthopedics
شناسه افزوده	آرنج -- شکستگی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، etc, questions , Examinations -- Orthopedics
شناسه افزوده	آرنج -- شکستگی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، etc, questions , Examinations -- Orthopedics
رده بندی کنگره	آزر، فردریک ام، Azar, Frederick M
رده بندی دیویی	بیتی، جیمز H، Beaty, James H
شماره کتابشناسی ملی	تورنتا، پل Tornetta, Paul, III
اطلاعات رکورد کتابشناسی	RD۷۳۱ ۷/۶۱۶ ۹۴۸۲۹۷۹ فیبا

شانه و آرنج ۲: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی به همراه سوالات و پاسخنانه تا سال ۱۴۰۲
برگرفته از کتاب Campbell's 2021 است.
ترجمه و تلخیص: دکتر فردیس وئوقی - دکتر فرزاد وئوقی
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: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۵۳-۵
بهاء: ۴۸۰۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / ۰۲۱-www.residenttvar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

شانه و آرنج ۲

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورده تخصصی ارتوپدی

به همراه سوالات و پاسخنامه تا سال ۱۴۰۲

Campbell's 2021

ترجمه و تلخیص

دکتر فردیس وثوقی

فلوشیپ جراحی زانو

رتبه ۵ بورده تخصصی جراحی ارتوپدی ۱۳۹۸

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویرایش براساس کمپل ۲۰۲۱

دکتر فرزاد وثوقی

جراح و متخصص ارتوپدی

رتبه ۲ بورده تخصصی ارتوپدی ۱۴۰۱



فهرست مطالب

فصل ۴۸- اختلالات تروماتیک	۱۳
فصل ۶۱- دررفتگیهای قدیمی جانيفتاده	۳۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۱	۶۵
فصل ۵۲- آرتروسکوپی شانه	۶۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۵۲	۲۱۳
فصل ۵۲- آرتروسکوپی آرنج	۲۳۷

پارگی تاندون‌های Biceps brachii**پارگی پروگزیمال تاندون بای سپس**

بیش از نیمی از پارگی‌های درگیرکننده تاندون بای سپس در تاندون سر بلند آن رخ می‌دهند. پارگی معمولاً عرضی می‌باشد و یا مفصل شانه یا قسمت پروگزیمال intertubercular groove را درگیر می‌کند. اغلب پارگی‌های دیگر در پیوستگاه تاندون عضله یا در محل اتصال به گلوئید رخ می‌دهند. تعداد کمی از پارگی‌ها تاندون سر کوتاه muscle proper یا تاندون دیستال بای سپس را درگیر می‌کنند. آسیب بیشتر در بالغین ۴۰-۶۰ سال رخ می‌دهد و معمولاً به دلیل impingement یا microtrauma مزمن تاندون می‌باشد اما می‌تواند در افراد جوان تر در حین وزنه برداری سنگین یا سایر فعالیت‌های ورزشی (نظیر فوق‌تبال راگی snowboarding) یا سقوط تروماتیک رخ دهد.

پارگی حاد تاندون پروگزیمال بای سپس با ۳۰٪ کاهش قدرت فلکشن آرنج مرتبط می‌باشد و قدرت ابداکشن شانه در اکسترنال روتاسیون بازو ۱۷٪ کمتر از سمت مقابل می‌باشد. در آسیب حاد ممکن است در سمت لترال به دنبال رتراکشن تاندون اکیموز و lump مشاهده شود. با این حال در مواردی که پارگی دیر تشخیص داده شود هیچ ضعف واضحی در فلکشن آرنج یا ابداکشن شانه مشاهده نمی‌شود. یک مشکل در تشخیص پارگی پروگزیمال بای سپس تشخیص این است که آیا پارگی با پارگی همزمان روتاتورکاف یا ناپایداری همراهی دارد یا خیر. تابلوی بالینی بیمار با پارگی پروگزیمال بای سپس مشابه پارگی روتاتورکاف می‌باشد و انجام تست‌های استاندارد برای آسیب روتاتورکاف جهت تشخیص آسیب ممکن است لازم باشد. دومطالعه اخیر مشاهده کرده‌اند که پارگی پروگزیمال تاندون بای سپس با پاتولوژی روتاتورکاف همراهی بالایی دارد (۸۵-۹۳٪) که لزوم ظن بالینی بالا در مورد احتمال پاتولوژی همزمان در انتروسوپریور روتاتورکاف در بیماران با پارگی حاد پروگزیمال بای سپس و نیاز به ارزیابی زودهنگام با تصویربرداری پیشرفته را مشخص می‌کند.



پارگی های پروگزیمال تاندون بای سپس به صورت سنتی به صورت غیرجراحی درمان می شوند چراکه به ندرت موجب اختلال عملکرد چشمگیر می شوند. ما در بیماران جوان و فعالی که تمایلی به قبول دفورمیتی یا ضعف سوپیناسیون مختصر ندارند ترمیم جراحی پارگی حاد پروگزیمال تاندون بای سپس را ترجیح می دهیم. گاهی در بیماران میان سالی که حرفه آنها نیاز به قدرت کافی سوپیناسیون دارد (نظیر نجاری) در صورتیکه بیمار باور داشته باشد که بهبود مختصر قدرت سوپیناسیون که با جراحی به دست می آید به زمانی که (به علت عمل) کار نمی کند می چربد ترمیم اندیکاسیون دارد.

تندونیت مزمن بای سپس یا پارگی تاندون بای سپس با سندروم impingement همراهی دارد. در بیمارانی که سابقه علایم impingement و پارگی حاد را دارند MRI جهت ارزیابی پاتولوژی روتاتور کاف استفاده می شود. درمان متمرکز بر سندروم impingement و ترمیم دیفکت روتاتور کاف می باشد. در بیمار فعال جوانتر از ۴۰ سال که کمتر از ۱ سال از زمان پارگی اش گذشته باید تنودز در زمان اکرومیوپلاستی رزکشن لیگامان کوراکواکرومیال و ترمیم تاندون روتاتور کاف انجام شود. تنوتومی ممکن است در بیماران مسن تر و بافعالیت کمتر که مشکل زیبایی و ضعف سوپیناسیون در آنها اهمیت کمتری دارد مناسب باشد. تنوتومی پروسیجر ساده تری است زمان بازتوانی کوتاه تری دارد و نیاز به بی حرکتی بعد عمل ندارد.

تکنیک های تنودز از تکنیک های باز تا اپروچ ساب پکتورال mini-open تا تکنیک های تماما آرتروسکوپی متغیر هستند. فیکساسیون با انکور سوچور پیچ interference یا تونل های استخوانی می تواند انجام شود.

ترمیم پارگی تاندون پروگزیمال بای سپس

یک برش قدامی بدهید شیار دلتوپکتورال و تاندون سر بلند بای سپس را با بازکردن intertubercular groove و بریدن transverse humeral ligament اکسپوز نمایید. قسمت infraglenoid تاندون را خارج نمایید و اگر تاندون قبلا سالم بوده (نظیر تندونیت بای سپس) در آن یک marking suture بزینید تا طول مناسب آن حفظ شود. اپروچ inferior axillary با مرکزیت حاشیه تحتانی پکتورالیس ماژور را انجام دهید. تاندون بای سپس و کوراکوپراکیالیس را شناسایی کنید و فاسیای روی آنها را به صورت طولی برش دهید. یک Hohmann retractor زیر پکتورالیس ماژور قرار دهید و عضله را به سمت پروگزیمال و لترال بکشید. سر بلند بای سپس را به داخل محل برش بیاورید. در محل مورد نظر برای

دررفتگی قدامی مفصل استرنوکلاویکولار

اغلب نویسندگان براین باور هستند که دررفتگی‌های قدیمی unreduced قدامی مفصل استرنوکلاویکولار معمولاً ناتوانی مختصری ایجاد می‌کنند اگرچه گزارشات مداخله جراحی این اختلال نشان داده که بیماران درمان نشده از درد و خستگی بازو درحین فعالیت سنگین یا فعالیت ورزشی شکایت دارند. جراحی در بیماران با لاگزیته مفصلی زمینه ای در بعضی موارد ممکن است کمک کننده باشد.

پروسیجرهای جراحی basic متعددی برای افرادی که ممکن است جراحی نیاز داشته باشند توصیف شده است. استفاده از فاشیا لاتا اطراف کلاویکل و دنده اول توسط Speed et. al. توصیف شد درحالی‌که سایرین از فاشیالاتا بین ترقوه و استرنوم استفاده کرده اند. تاندون ساب کلاویوس نیز برای بازسازی لیگامان‌های costoclavicular استفاده شده و بازسازی با استفاده از تاندون‌های سمی تندینوس پالماریس لونگوس یا گراسیلیس نتایج بالینی مناسبی داشته است. Fogh و Bak بازسازی موفقیت آمیز مفصل استرنوکلاویکولار در ۲۷ بیمار با اتوگرافت تاندون پالماریس لونگوس و گراسیلیس را گزارش کرده اند. Quayle et. al. استفاده از لیگامان مصنوعی برای بازسازی مفصل استرنوکلاویکولار و لیگامان‌های costoclavicular را توصیف نمود. تمام ۴ بیمار آنها که جوان و اکتیو بودند به فعالیت کامل شامل ورزش‌های رقابتی بازگشتند. بعضی از نویسندگان Steinman pin رزوه دار از مفصل استرنوکلاویکولار رد نموده‌اند اما مهاجرت فیکساسیون متالیک به داخل مدیاستن می‌تواند رخ دهد و عوارض فاجعه باری می‌تواند داشته باشد. دایسکشن ساب پریوستال مبدا استرنال عضله SCM با انتشار به پایین همراه با strip پریوستی هم توصیف شده است. این strip تنوپریوستال به صورت ساب پریوستال از زیر انتهای مدیال دنده اول عبور داده می‌شود از پشت دنده به بالا برده می‌شود و از سوراخی که در کلاویکل از بالا به پایین دریل شده به سمت بالا عبور داده می‌شود و سپس روی خودش سوچور می‌شود.



جهت درمان) رزکشن مدیال کلاویکل توصیه شده است با این حال به دنبال انجام این پروسیجر ضعف اندام تحتانی گزارش شده است. این موضوع تاکید شده که اگر انتهای مدیال کلاویکل به علت تغییرات دژنراتیو قرار است برداشته شود جراح باید دقت کند که به لیگامان costoclavicular آسیب نزند. Rockwood et. al. درمان غیر جراحی "skillful neglect" را توصیه کرد اگرچه او بیان نمود که آرتروپلاستی استرنوکلاویکولار با رزکشن مدیال کلاویکل مخصوصا در بیمارانی که تلاش برای جاناندازی و فیکساسیون مفصل (استرنوکلاویکولار آنها) با سوچور فاشیا و تاندون شکست خورده باشد ممکن است لازم باشد. او یک اینچ از مدیال کلاویکل را رزکت نمود intraarticular disc ligament را دربید نمود و باقی مانده کلاویکل را با cotton Dacron tape ۳ میلی متری یا نواری از فاشیا به دنده اول فیکس نمود. او توصیه به جدا نمودن سر کلاویکولار SCM نمود تا به صورت موقت مانع کشیده شدن کلاویکل توسط این عضله به سمت بالا شود. ما موافق هستیم که جراحی به ندرت اندیکاسیون پیدا می‌کند با این حال اگر جراحی قرار است انجام شود ما نیز توصیه به آرتروپلاستی مفصل استرنوکلاویکولار می‌کنیم.

رزکشن یا پایدارسازی سر مدیال کلاویکل برای دررفتگی قدیمی استرنوکلاویکولار قدامی

انتهای مدیال کلاویکل را از طریق برشی به طول ۶ سانتی متر و به موازات استخوان به صورت ساب پریوستئال اکسپوز نمایید. انتهای مدیال استخوان را آزاد نمایید آن را با فورسپس بگیرید و به سمت جلو و بالا ببرید و آن را از اتصالات بافت نرم درخلف آزاد نمایید. لیگامان‌های کوستوکلاویکولار معمولا پاره می‌باشند. اگر لیگامان‌ها متصل می‌باشند ولی کشیده شده‌اند تنها قسمتی از کلاویکل که مدیال به این لیگامان‌ها هستند را رزکت کنید. اگر لیگامان‌ها پاره می‌باشند حدود ۲ سانتی متر از استخوان را رزکت نمایید (شکل 61.4).



campbell 2021

سوالات و پاسخنامه فصل ۶۱

Section 61

- (۱) در بیماری به دنبال تشنج دچار در رفتگی خلفی شانه حدود شش ماه قبل شده است که جهت بیمار درمان انجام نگرفته است. در بررسی رادیولوژی دیفکت استخوانی ۳۰٪ سر استخوان هومروس وجود دارد. بیمار محدودیت حرکت نسبی شانه دارد. در مورد این بیمار کدام مورد صحیح می‌باشد؟ (کرمانشاه ۹۷)
- الف) معمولاً تحمل در رفتگی خلفی مزمن توسط بیمار نسبت به در رفتگی قدامی سخت تر است و حتماً باید بیمار تحت عمل جراحی قرار گیرد.
- ب) برای بیمار توصیه به عمل جراحی Mclaughlin می‌شود.
- ج) برای این بیمار عمل جراحی با اپروچ خلفی توصیه می‌شود.
- د) درمان جراحی آرتروپلاستی بهترین گزینه برای بیمار است.

پاسخ: ب

"کمپل جلد ۴ صفحه ۳۲۶۰: جاناندازی باز در رفتگی خلفی قدیمی شانه به صورت زیر انجام می‌شود: در صورت دیفکت سر کمتر از ۱۵٪ با اپروچ خلفی
در صورت دیفکت سر بیشتر از ۱۵٪ با اپروچ انترومدیال MC LAUGHLIN توصیه می‌شود."



۲) در بزرگسالان حداکثر تا چند هفته پس از در رفتگی آرنج، جااندازی بسته میسر می‌باشد؟ (مازندران ۹۷)

- الف) یک
ب) سه
ج) شش
د) دوازده

پاسخ: ب

این نکته بعد از مازندران ۹۷ در ارتقای ۹۸ و سپس در مورد ۹۸ نیز مستقیماً سؤال شد. در رفتگی آرنج بعد از ۳ هفته قابل جا اندازی بسته نیست و نیاز به جا اندازی باز دارد. «ب» صحیح است.

3) a 22 year old man is brought to the emergency with acute right elbow dislocation under general anesthesia, the elbow is reduced elbow is checked under fluoroscopy which is congruent. On examination under anesthesia, elbow is stable over the arc of motion. When do you suggest the patient to start mobility of the elbow?

- الف) in the next 1-2 days
ب) after 3 weeks post reduction
ج) after 6 weeks post reduction
د) after confirming reduction with CT scan

پاسخ: الف

طبق فصل ۶۰ کمپل باید حرکات آرنج را پس از جا اندازی Dx ساده هر چه زودتر شروع کرد. طبق راکوود نیز حرکات در عرض یک هفته باید شروع شود. «الف» پاسخ است.

4) A 25 yearold man is referred with elbow dislocation since 70 days ago, which is not reduced. Elbow extension-flexion is 40-90 and pronation is limited. What is the proper management for this patient?

- الف) try closed reduction under anesthesia
ب) try arthroscopic reduction
ج) try mini open reduction through lateral approach
د) try open reduction and ligament repair through posterior approach

پاسخ: د

در رفتگی آرنج را پس از گذشت ۳ هفته نمی‌توان به صورت بسته جا اندازی کرد و باید جا اندازی باز انجام شود. بعد از جا اندازی باز نیز اغلب آرنج ناپایدار است که می‌توان با پین از اوله کرانون به هومروس یا با فیکساتور hinged یا بازسازی لیگامانی آن را پایدار نمود. گزینه «د» صحیح است.

آرتروسکوپی شانه

سندروم‌های دردناک اختلال عملکرد علایم و نشانه‌های ناپایداری و internal derangement در شانه شایع هستند. تشخیص علل چنین اختلال عملکردی می‌تواند مشکل باشد. معمولاً علت اختلال را می‌توان با گرفتن شرح حال و معاینه دقیق به همراه ارزیابی مناسب کمربند شانه ای فقرات گردنی و حفره توراسیک مشخص کرد.

نماهای رادیوگرافی مناسب باید گرفته شوند که شامل نمای انتروپوستریور در اکسترنال روتاسیون بازو نمای انتروپوستریور حقیقی در اینترنال روتاسیون بازو (نمای Grashey) نمای outlet اسکپولا و نمای لترال آگزیلاری می‌باشد. در یک نوجوان ورزشکار که از درد در شانه سمت غالب حین ورزش پرتابی شکایت دارد نمای انتروپوستریور در اینترنال و اکسترنال روتاسیون شانه به ارزیابی آسیب فیز کمک می‌کند. بالغین جوان با علایم ناپایداری ممکن است نیاز به رادیوگرافی‌های تکمیلی داشته باشند. این نماهای تکمیلی شامل نمای west point (برای تشخیص ضایعه بنکارت شکل ۲۰-۳۴ راکوود بالغین جلد ۱ صفحه ۱۰۷۷) نمای stryker notch (برای بررسی ضایعه هیل ساکس) و نمای Bergeneau (برای تشخیص ضایعه بنکارت شکل ۲۱-۳۴ راکوود بالغین جلد ۱ صفحه ۱۰۷۷) می‌شود تا بتوان دیفکت‌های احتمالی استخوانی در گلنویید و سر بازو را بررسی کرد.

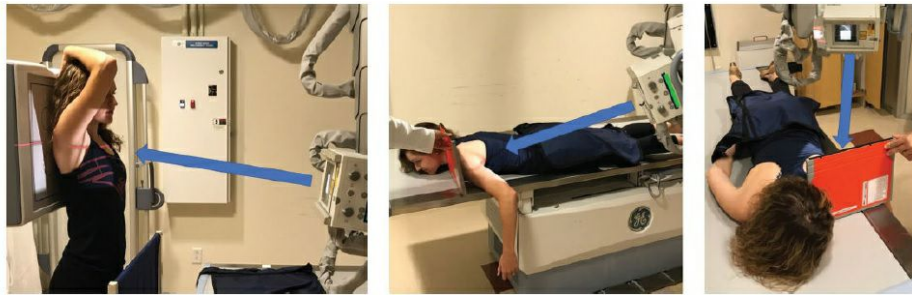


Figure 34-20. A: Stryker notch view done in the standing position, the elbow points straight in front of the patient's face. The beam is angled about 10 degrees cephalad to the shoulder and plate. **B:** West Point view is done with the patient in the prone position and the forearm hanging off the table with the head turned away from the plate. With the cassette on the superior aspect of the shoulder, the x-ray beam is centered on the axilla and aimed at 25 degrees downward from the horizon (**B**) and 25 degrees medial to the plate (**C**). With this view, the radiographic beam is tangential to the anteroinferior rim of the glenoid to allow excellent visualization and detection of bony Bankart lesions.

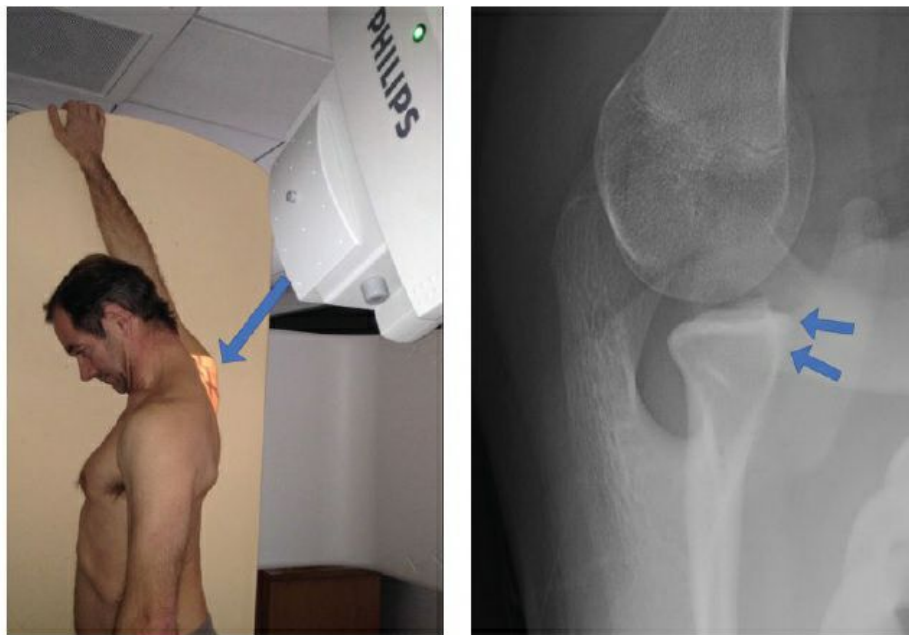


Figure 34-21. A: Bernageau view is done with the patient's arm flexed and the radiographic beam positioned in line with the scapula spine. The angle of the beam is coming down toward the plate at about 30 to 40 degrees in line with the glenoid. This view provides a glenoid profile view. **B:** The anterior rim of the glenoid is perfectly visualized. In this patient, there was no anterior glenoid bone loss.



campbell 2021

سوالات و پاسخنامه فصل ۵۲ Section 52

- (۱) در جریان آرتروسکوپی شانه در مرد ۵۴ ساله‌ای با درد نامشخص شانه پارگی نوع چهارم type IV slap با پارگی عمودی در labrum که منجر به پارگی Bucket handle شده و ادامه پارگی نیمی از قطر تاندون دو سر بازو را درگیر کرده است، دیده می‌شود درمان پیشنهادی شما چیست؟ (شیراز ۹۰)
- الف) ترمیم ضایعه Bucket-handle و ترمیم تاندون دو سر بازویی
ب) Excision بخش داخلی پارگی Bucket-handle و tenodesis تاندون دو سر بازویی
ج) Excision بخش داخلی پارگی Bucket-handle و ترمیم تاندون دو سر بازویی
د) ترمیم پارگی Bucket-handle و labrum و تنوتومی تاندون دو سر بازویی

پاسخ: ب

تیپ IV از SLAP یعنی پارگی باکت هندل لبروم با گسترش به بای سپس که اگر کمتر از ۳۰ درصد بود رزکت می‌کنیم و اگر بیش از ۳۰٪ بود (مثل همین سؤال که ۵۰٪ گفته) در جوان‌ها ترمیم و در سنین بالاتر رزکشن لبروم + تنودز یا تنوتومی بای سپس انجام می‌دهیم. «ب» صحیح است.

- (۲) برای درمان درد شانه راست خانم ۵۷ ساله با تشخیص AC joint degeneration که به درمان Conservative جواب نداده، تصمیم به Arthroscopic resection انتهای دیستال کلاویکال می‌گیرید. برای دستیابی به بهترین نتیجه آرتروسکوپی کدام مورد زیر باید انجام پذیرد؟ (شیراز ۹۱)
- الف) Arthroscopic AC joint denervation
ب) برداشتن حداقل ۱ سانتی‌متر از انتهای دیستال کلاویکل
ج) Release of AC superior capsule
د) Repair of supraspinatous tear, if present

پاسخ: د



در آکرومیوپلاستی آرتروسکوپی اولین قدم معاینه کاف از نظر پارگی پارشیل است که اگر وجود داشت باید با استفاده از رزکتور تا بروز پتشی درید شود. ابتدا از پورتال پوستریور آرتروسکوپ را وارد فضای ساب آکرومیال می کنیم. سپس از پورتال میدلترا (۳ سانتی متر دیستال به آکرومیون) با رزکتور بورسکتومی انجام می دهیم تا کاف را بهتر رؤیت کنیم. اگر در این حالت عمق پارگی پارشیل بیش از ۶ میلی متر باشد یعنی بیش از ۵۰٪ پاره است و ترمیم می کنیم. «د» صحیح است.

۳) مرد جوانی که به ورزش تنیس می پردازد با درد شانه که هنگام سرویس زدن تشدید می شود مراجعه کرده است. در آرتروسکوپی انجام شده لنز آرتروسکوپی به آسانی بین گلوئید و سر هومروس از بالا به پایین حرکت می کند و بافت گرانولاسیون زیر قسمت فوقانی لبروم و تغییرات در غضروف فوقانی ایجاد شده است. در معاینه Sulcus Test منفی می باشد کدام درمان را ترجیح می دهید؟ (کرمان ۹۱)

الف) ترمیم ضایعه لبروم

ب) Resection لبروم آسیب دیده

ج) سوچور کردن کیسول قدامی برای کاهش حجم مفصل

د) Biceps Tenodesis

پاسخ: الف

رؤیت بافت گرانولاسیون در لبروم سوپریور و نشانه drive through مثبت به نفع ضایعه SLAP نوع دو است که باید ترمیم شود. تست سولکوس منفی در معاینه نشانه نبود لاگزیته است و تشخیص ما را بیشتر روی پارگی SLAP متمرکز می کند چرا که علی رغم نبود لاگزیته نشانه drive through وجود دارد. «الف» صحیح است.

۴) هنگام آرتروسکوپی شانه می خواهید پورتال خلفی را بین عضلات اینفرااسپیناتوس و ترس مینور قرار دهید. محل این پورتال نسبت به لبه (tip) پوسترولترا آکرومیون کجاست؟ (تهران ۹۱)

الف) ۲-۳ اینچ پایین تر و یک اینچ مدیال

ب) ۲-۳ اینچ پایین تر و یک اینچ لترال

ج) ۲-۳ سانتی متر پایین تر و یک سانتی متر مدیال

د) ۲-۳ سانتی متر پایین تر و یک سانتی متر لترال

پاسخ: ج

ارزیابی و درمان آرتروسکوپی آرنج به مرور زمان شایع تر و پیچیده تر شده است. پورتال‌های جدید و تکنیک‌های جراحی پیشرفته تری توصیف شده و فهم بهتری از یافته‌های پاتولوژی به دست آمده است.

اندیکاسیون‌ها

آرتروسکوپی آرنج در موارد زیر کمک کننده می‌باشد: (۱) ارزیابی و خارج کردن لوزیادی (۲) ارزیابی و درمان استئوکندریت دیسکان کاپیتلوم (۳) ارزیابی و درمان ضایعات استئوکندرال یا غضروفی سر رادیوس (۴) خارج کردن استئوفیت‌های همروس و اوله کرانون (۵) سینوکتومی پارشال مخصوصا در بیماری ارتريت روماتوئید. (۶) دبریدمان و lysis چسبندگی‌های اطراف آرنج در بیماری پست تروماتیک یا دژنراتیو (۷) رلیز tennis elbow (۸) ارزیابی آرنج دردناک در مواردی که تست‌های تشخیصی دیگر inconclusive باشند. استفاده از آرتروسکوپ همچنین برای دبریدمان بورس ملتهب اوله کرانون پروسیجرهای پایدارسازی و درمان بعضی از شکستگی‌های داخل مفصلی توصیف شده است. کنتراندیکاسیون‌های آن اندک هستند و شامل انکیلوز استخوانی یا fibrosis ankyloses شدید می‌باشد که مانع وارد نمودن آرتوسکوپ به صورت ایمن شود. جراحی قبلی که آناتومی نرمال آرنج را تغییر دهد نظیر ترانسپوزیسیون عصب اولنا به قدام نیز استفاده از بعضی از پورتال‌ها را ناممکن می‌کند و می‌تواند به عنوان کنتراندیکاسیون نسبی آرتروسکوپی در نظر گرفته شود. مانند سایر مفاصل آرتروسکوپی آرنج نباید در موارد وجود عفونت periarticular انجام شود.

پوزیشن بیمار و بی‌حسی

آرتروسکوپی آرنج را می‌توان در پوزیشن سوپاین (شکل 52.61) پرون یا لترال دکوبیتوس روی تخت استاندارد عمل انجام داد.



FIGURE 52.61 Setup for patient in supine position with elbow maintained in 90 degrees of flexion and shoulder in 90 degrees of abduction by overhead traction.

از تورنیکه برای کنترل خونریزی استفاده می‌شود و در بالاترین مکان ممکن روی بازو بسته می‌شود تا از شلوغ شدن فیلد عمل اجتناب شود. معمولاً از بی‌حسی جنرال استفاده می‌شود چراکه امکان شل شدن کامل عضلانی را فراهم می‌کند و ناراحتی بیمار در حین عمل را به حداقل می‌رساند.

پوزیشن سوپاین

در پوزیشن سوپاین دست و ساعد بیمار در یک stockinette ضد آب و استریل قرار داده می‌شود. با وصل کردن stockinette به طناب و قرقره متصل به وزنه ۵ تا ۶ پوندی دست بیمار آویزان می‌شود. بیمار به گونه‌ای پوزیشن داده می‌شود که بازوی بیمار از یک سمت تخت در روتاسیون نوتر شانه و ابداکشن ۹۰ درجه آویزان شود (شکل 52.61). آرنج ۹۰ درجه فلکس می‌شود. این پوزیشن دسترسی به هر دو سمت آرنج را فراهم می‌کند و ساختارهای نوروواسکولار در antecubital fossa را relax می‌کند. جراح روی صندلی به گونه‌ای می‌نشیند که آرنج وی در سطح قفسه سینه بیمار باشد و بتواند به راحتی به سمت هر طرفی از آرنج بیمار (که بخواهد) برود.

مانیتور در سمت مقابل بیمار قرار داده می‌شود و آرتروسکوپ ۴ میلی‌متر ۳۰ درجه و ۲,۷ میلی‌متر ۷۰ درجه wide range استفاده می‌شود. حفظ پورتال‌های تعبیه شده با کانولاهای interchangeable یا کانولاهای با دیافراگم پلاستیکی جهت کاهش خطر آسیب به ساختارهای نوروواسکولار مجاور در حین وارد کردن مکرر وسایل و کاهش fluid extravasation و خطر فشار به عروق و اعصاب حفره کوبیتال متعاقب آن ضروری هستند. همچنین توصیه می‌شود که از video dedicated Arthroscope استفاده شود تا fogging کاهش یابد. جریان ورودی مایع می‌تواند توسط جاذبه یا پمپ آرتروسکوپی با فشار