

با نام خدا

طبابت هنراست،
هنر بجاگسکی قلب و اندیشه



سرشناسه	وئوقی، فرزاد، ۱۳۷۱-
عنوان و نام پدیدآور	اختلالات و آسیب های زانو ۲: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵ / 14/ Campbell's Operative Orthopaedics 2021 edition 14 ترجمه و تلخیص فرزاد وئوقی؛ پاسخدهی به سوالات ارتقا و بوردا تخصصی ۱۴۰۴ و سوالات فلوشیپ: میثم علی پور، محمد پورمحمودیان
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۴۱۴ص: مصور(بخشی رنگی)، جدول، نمودار.
فروست:	مدیر تولید انتشارات: الهه شهدادی
شابک	۰۰۰،۰۸۶۰،۴ ریال 978-622-404-262-0 شابک دوره: 978-622-404-293-4
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Campbell's operative orthopaedics, 14th. ed, c2021" اثر فردریک ام. آزر، جیمز بییتی است.
موضوع	زانوها -- بیماری ها Knee -- Diseases زانوها -- بیماری ها -- آزمون ها و تمرین ها Knee -- Diseases -- Examinations, questions, etc آزر، فردریک ام. Azar, Frederick M. بییتی، جیمز Beaty, James H. کمیل، ویلیس کوهون، ۱۸۸۰ - ۱۹۴۱م. Campbell, Willis C. (Willis Cohoon), 1880-1941.
شناسه افزوده	۵۶۱RD
شناسه افزوده	۵۸۲/۶۱۷
شناسه افزوده	۹۲۳۹۳۳۸
شناسه افزوده	فیبا
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

کتاب اختلالات و آسیب های زانو ۲: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵ برگرفته از کتاب: Campbell's Operative Orthopaedics 2021 edition 14 ترجمه و تلخیص: دکتر فرزاد وئوقی؛ پاسخدهی به سوالات ارتقا و بوردا تخصصی و سوالات فلوشیپ ۱۴۰۴: میثم علی پور، محمد پورمحمودیان	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴ شابک: ۰-۲۶۲-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ شابک دوره: ۴-۲۹۳-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ تیراژ: ۲۰ جلد بها: ۱،۴۸۶،۰۰۰ تومان
ناشر: انتشارات کاردیا	
صفحه آرا: رزیدنت یار - مهرانه سرآبادانی	
طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۷، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اختلالات و آسیب های زانو ۲

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد تخصصی و سوالات

فلوشیپ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵

Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14

ترجمه و تلخیص

دکتر فرزاد وثوقی

رتبه دوم آزمون مورد تخصصی ۱۴۰۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر میثم علی پور

جراح ارتوپدی دارای مورد تخصصی ۱۴۰۴

از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمد پورمحمدیان

۱۰ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی





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

فدایا 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 میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین 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 مبحث و روان‌سازی توسط مؤلف ممتزم 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 مبحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پور ندیم



دوستان و همکاران گرامی با سلام

کتابی که پیش روی شماست ترجمه و خلاصه بخش زانوی کمپل ۲۰۲۱ است. در این کتاب سعی شده که موارد زیر رعایت شود:

۱- سعی شد متن کتاب ساده و روان باشد

۲- عکس‌های کتاب رنگی است تا بتواند به فهم مطلب کمک نماید

۳- در پایان قسمت‌های مهم خلاصه مطالب تمت عنوان "جمع بندی" اضافه گردید.

۴- مطالبی که در امتحانات سال‌های اخیر به آن پرداخته شده در متن علامت گذاری شده تا خواننده بتواند هنگام مطالعه به آنها توجه کند و اولویت بندی بهتری انجام دهد.

۵- سعی شد تکنیک‌های عمل کاربردی و مهم به صورت خلاصه عنوان شود.

در پایان بر خود لازم می‌دانم از پدر و مادر عزیزم که هرچه دارم از محبت و فداکاری آنهاست و برادر عزیزم دکتر فردیس وثوقی که همیشه راهنمای من بوده‌اند تشکر کنم. هم چنین از همه اساتید دلسوز و بزرگوار (توپدی دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان امام خمینی که افتخار شاگردی‌شان را داشته‌ام نهایت تشکر را دارم).

همکاران گرامی قطعاً انتقاداتی متوجه این کتاب خواهد بود که با راهنمایی و نظرات ارزشمند شما در چاپ‌های آینده برطرف خواهد شد.

با تشکر

فرزاد وثوقی

فهرست مطالب



فصل ۵۱: آرتروسکوپی اندام تحتانی	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۵۱	۷۷
فصل ۷: آرتروپلاستی زانو	۱۰۵
سوالات و پاسخنامه فصل ۷	۲۲۹
فصل ۸: آرترودز زانو	۳۰۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۸	۳۱۹
فصل ۹: پروسیجرهای بافت نرم و استئوتومی های اطراف زانو	۳۲۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۹	۳۸۷

آرتروسکوپی اندام تحتانی

زانو

تکنیک های تشخیصی basic

■ اصول کلی

آرتروسکوپی زانو را می توان به عنوان یک قدم اولیه قبل از آرتروتومی درمانی یا آرتروتومی باز انجام داد. بی حسی می تواند لوکال بلوک موضعی یا جنرال باشد. اگر پروسیجر uncomplicated باشد و مدت زمان آن کوتاه باشد آن را در یک بیمار همکار مخصوصا در صورتیکه جراح در آرتروسکوپی مجرب باشد می توان با استفاده از بلوک موضعی انجام داد. اگر قرار است بی حسی موضعی استفاده شود ما ترجیح می دهیم intravenous sedation با تزریق لیدوکائین ۱٪ و بولوس داخل مفصلی با ۳۰ سی سی بویی واکائین و ۱۵ سی سی لیدوکائین ۲۰ دقیقه قبل شروع پروسیجر انجام دهیم. Irrigation bag ۳-۴ فوت بالای لول بیمار قرار داده می شود. استفاده از پمپ آرتروسکوپی ممکن است نیاز به تورنیکه را مرتفع کند و انجام آرتروسکوپی با بی حسی موضعی را امکان پذیر سازد.

۱. در آرتروسکوپی زانو کدام محلول کمترین تغییرات غضروفی و سینوئوم را ایجاد می کند؟ (بورد ۹۸)

(۱) نرمال سالین

(۲) رینگر لاکتات

(۳) دکستروز سالین

(۴) گلیسین

پاسخ: گزینه ۲

در آرتروسکوپی تشخیصی تورنیکه دور ران بسته می شود اما inflate نمی شود (بجز در مواردی که خونریزی شدیدی رخ دهد). واسکولاریته منیسک و پتانسیل ترمیم آن باید در شرایطی که تورنیکه باد نشده و فشار هیدروستاتیک داخل مفصلی پایین است ارزیابی شود. زمان استفاده از تورنیکه باید حداقل باشد و برای پروسیجر روتین نباید بیشتر از ۹۰

دقیقه باشد تا از DVT احتمالی پیشگیری شود. برای پروسیجرهای مازور complicated تورنیکه را تا ۲ ساعت می‌توان متسع نگه داشت.

۲. به منظور جلوگیری از DVT در آرتروسکوپی زانو زمان تورنیکه برای اعمال جراحی باید کمتر از چه مدتی باشد؟ (ارتقا ۸۹ علوم پزشکی بقیه الله)

(۱) ۹۰ دقیقه

(۲) ۱۰۵ دقیقه

(۳) ۱۲۰ دقیقه

(۴) نباید بیشتر از ۱۳۵ دقیقه باشد.

پاسخ: گزینه ۱

استفاده از post لترال که به لبه تخت متصل شده و دور آن ویبریل کشیده شده برای اعمال استرس والگوس در اکستنشن کامل می‌تواند کمک کننده باشد اما آن روتاسیون را کنترل نمی‌کند.



FIGURE 51.3 Placement of lateral post and taping of saline bag to table allow ease of leg positioning and full range of motion during ligament reconstruction.

■ پوزیشن بیمار

زمانی که بیمار سوپاین باشد برای معاینه کمپارتمان لترال پای بیمار را باید در پوزیشن figure of four قرار داد.



■ تعبیه پورت

از نکات کلیدی جهت کسب موفقیت در آرتروسکوپی نور کافی اتساع مفصلی و دقت در تعیین محل پورتال‌های آرتروسکوپی می‌باشد. در پروسیجرهای بزرگ نظیر بازسازی رباط صلیبی قدامی بعد از تعبیه دقیق پورتال‌ها یک needle-type cannula جهت خروج سرم وارد شده به مفصل زانو در قسمت سوپرومیدال یا سوپرالترال قرار داده می‌شود.

□ پورتال‌های استاندارد

پورتال آنترولترال

اگر فقط یک اپروچ جهت آرتروسکوپی تشخیصی زانو اجازه داده شود اغلب جراحان آرتروسکوپی پورتال آنترولترال را انتخاب می‌کنند. (ارتقا ایران ۹۴) از طریق این پورتال رباط صلیبی خلفی قسمت قدامی منیسک لترال و در زانوهای tight قسمت محیطی شاخ خلفی منیسک مدیال را نمی‌توان به اندازه کافی مشاهده کرد. این پورتال ۱ سانت بالای joint line لترال و حدود ۱ سانت لترال به حاشیه تاندون پاتلا قرار دارد. لمس قطب تحتانی تاندون پاتلا کمک می‌کند که از تعبیه پورتال‌های قدامی در محلی بالاتر از محل مناسب آنها اجتناب شود. پورتال آنترولترال باید حدود ۱ سانت پایین پاتلا باشد. اگر پورتال بیش از حد نزدیک jointline قرار داده شود شاخ قدامی منیسک لترال لاسره می‌شود یا آسیب می‌بیند. در صورتی که پورتال بیش از حد بالاتر از joint line تعبیه شود موجب قرارگیری آرتروسکوپ در محل بین‌کنده‌های فمور و تیبیا می‌شود و مانع مشاهده شاخ خلفی منیسک و ساختارهای خلفی دیگر می‌شود شکل 51.5. در صورتی که پورتال دقیقاً مجاور تاندون پاتلا باشد آرتروسکوپ وارد fatpad می‌شود و موجب دشواری در اکسپوژر و مانوردهی آرتروسکوپ داخل مفصل می‌شود.

۳. جراحی طی آرتروسکوپی زانو پس از تعبیه پورتال آنترولترال علی‌رغم تلاش فراوان قادر به دیدن شاخ خلفی منیسک نمی‌شود. لذا محل پورتال را عوض می‌کند. در پورتال جدید محدودیت دید و حرکت لنز بیشتر می‌شود. کدام توصیف در مورد اشکال ایجاد شده صحیح است؟ (ارتقا تهران ۹۷)

(۱) مشکل اصلی در تنظیمات دستگاه و لنز است.

(۲) محل پورتال اول بالاتر و پورتال دوم پایین‌تر از محل ایده آل است.

(۳) محل پورتال اول پایین‌تر و پورتال دوم بالاتر از محل ایده آل است.

(۴) مشکل ایجاد شده مربوط به عدم دیستراکشن و پوزیشن نامناسب زانو است.

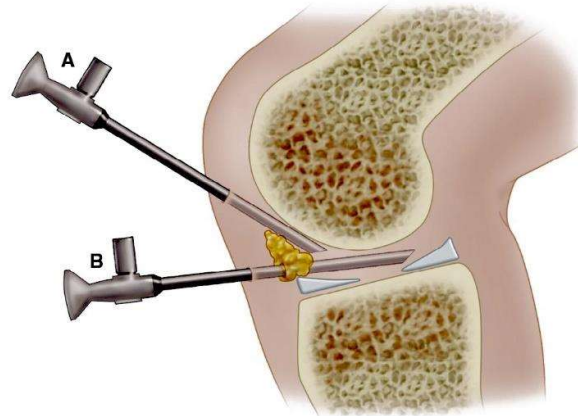


FIGURE 51.5 Placement of anterolateral portal. Arthroscope introduced through portal placed high above joint line (*A*) has advantages of avoiding fat pad and being easy to manipulate. It is difficult to reach posterior aspect of joint, however, where most meniscal pathology is located. With low portal placement (*B*), posterior access is easier because femoral condyle does not get in the way, but instrumentation through fat pad is more difficult. Compromise should be made depending on location of intraarticular pathology and tightness of joint.

پورتال آنترومدیال

این پورتال بیشتر از همه برای مشاهده کمپارتمان لترال و وارد کردن پروب برای لمس ساختارهای کمپارتمان مدیال و لترال استفاده می شود. مشابه پورتال آنترو لترال این پورتال ۱ سانت بالای joint line مدیال و ۱ سانت پایین تیپ پاتلا و ۱ سانت مدیال به لبه تاندون پاتلا تعبیه می شود. (جمع بندی: پورتال سوپرو لترال بهترین پورتال جهت بررسی دینامیک مفصل پاتلوفمورال و بررسی و برداشتن پلیکای مدیال می باشد.)

۴. مناسب ترین پورتال آوتروسکوپی جهت ارزیابی دینامیک مفصل رانی-کشکی کدام است؟ (ارتقا شیراز ۹۶)

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| superomedial (۲) | superolateral (۱) |
| central transpatellar (۴) | far medial (۳) |

پاسخ: گزینه ۱

پورتال پوسترودمیال

پورتال پوسترودمیال در softspot مثلثی کوچکی که توسط لبه پوسترودمیال کندیل فمور و لبه پوسترودمیال تیبیا احاطه می‌شود تعبیه می‌شود. جهت تعبیه این پورتال (۱) زانو باید تا حد امکان با irrigating solution متسع شده باشد به گونه ای که کمپارتمان پوسترودمیال با فلکشن ۹۰ درجه زانو مانند یک حباب به بیرون برجسته شود. (۲) زانو تا حد امکان باید نزدیک به ۹۰ درجه فلکس شود. (۳) قبل از اتساع مفصل باید لندمارک‌های استخوانی مشخص و علامت گذاری شوند. محل پورتال باید حدود ۱ سانت بالای joint line پوسترودمیال و حدود ۱ سانت پشت به حاشیه پوسترودمیال کندیل فمور باشد. این پورتال جهت ترمیم یا خارج کردن پارگی جابه جای شاخ خلفی منیسک و خارج سازی لوزیادی خلفی که قادر به جابه جایی به داخل کمپارتمان میال و خارج سازی از طریق پورتال قدامی نباشند استفاده می‌شود. همیشه از این پورتال در بازسازی رباط صلیبی خلفی استفاده می‌شود.



FIGURE 51.4 Landmarks drawn on knee before distention.

پورتال سوپرولترال

این پورتال بیشتر تشخیصی می‌باشد و جهت مشاهده دینامیک مفصل پاتلوفمورال استفاده می‌شود. این پورتال همچنین بهترین راه برای مشاهده تاندون پاتلا با استفاده از آرتروسکوپ ۷۰ درجه می‌باشد. این پورتال کمی لترال به تاندون کوادریسپس و حدود ۲,۵ سانت بالاتر از گوشه سوپرولترال پاتلا تعبیه می‌شود.



□ پورتال‌های اختیاری

پورتال پوسترولترال

زانو باید ۹۰ درجه فلکس شود و تا جای امکان متسع شود. لندمارک پورتال پوسترولترال محل تقاطع حاشیه خلفی شفت فمور و سطح خلفی فیبولا می‌باشد. این محل ۲ سانت بالای jointline پوسترولترال در سطح خلفی ایلیوتیبیال باند و سطح قدامی تاندون بای سپس فموریس می‌باشد. این پورتال جهت کمک به ترمیم منیسک لترال استفاده می‌شود.

پورتال midpatellar پروگزیمال مدیال و لترال

این پورتال‌های اختیاری جهت کمک به رویت ساختارهای کمپارتمان قدامی ساختارهای منیسکوکپسولار لترال و تونل پوپلیته و به حداقل رساندن وسیله‌های فرعی که در هنگام آرتروسکوپی استفاده می‌شوند استفاده می‌شود. این پورتال‌ها کمی با فاصله نسبت به لبه مدیال یا لترال midpatella در لولی که عرض پاتلا بیشترین است قرار داده می‌شوند.

پورتال accessory far medial and lateral

این پورتال‌ها حدود ۲,۵ سانت مدیال یا لترال به پورتال استاندارد انترومدیال و انترولترال تعبیه می‌شوند. Margin for error در هنگام استفاده از پورتال‌های accessory far medial و far lateral کمتر است.

پورتال central transpatellar tendon (Gillquist)

پورتال central transpatellar tendon حدود ۱ سانت پایین inferior pole پاتلا در میدلاین مفصل می‌باشد و از وسط تاندون پاتلا به داخل مفصل باز می‌شود. بیشتر از همه این پورتال در موارد بازسازی رباط صلیبی قدامی و بعد از تکمیل harvest گرفت کمک کننده می‌باشد و از آسیب تاندون پیشگیری می‌کند. این پورتال در فلکشن ۹۰ درجه زانو ایجاد می‌شود تا تاندون تحت کشش نگه داشته شود. در بعضی موارد این پورتال امکان instrumentation بهتر جهت سطح مفصلی قدامی را فراهم می‌کند.

۵. کدامیک از پورتال‌های زیر در آرتروسکوپی زانو جزء پورتال‌های استاندارد محسوب نمی‌شود؟ (ارتقا

شیراز ۹۳)

(۲) سوپرامدیال

(۱) آنترومدیال

(۴) پوسترومدیال

(۳) سوپرولترال

پاسخ: گزینه ۲

معاینه آرتروسکوپی زانو

کلید تشخیص کامل دقیق و موفقیت آمیز ضایعات داخل زانو اپروچ سیستماتیک جهت مشاهده داخل مفصل می‌باشد. زانو را باید جهت ارزیابی آرتروسکوپی به صورت روتین به کمپارتمان‌های زیر تقسیم بندی کرد:

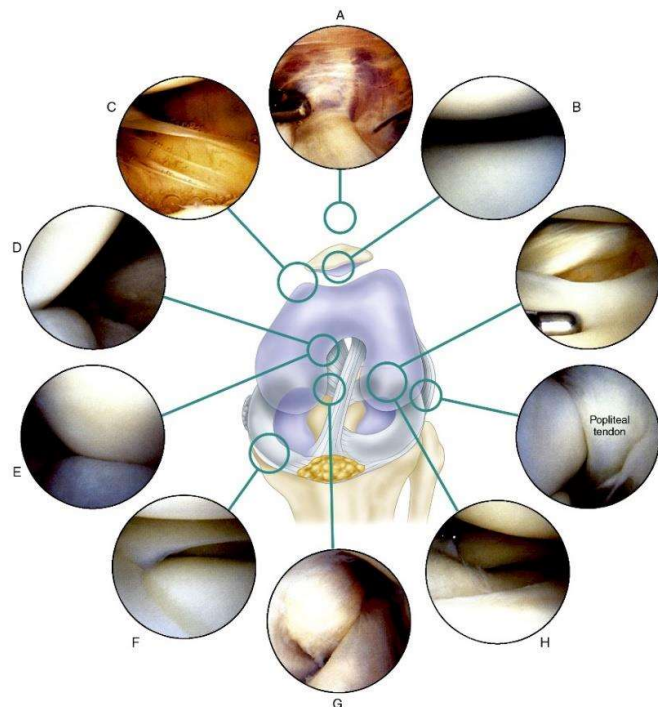


FIGURE 51.6 A, Suprapatellar pouch with view of undersurface of articularis genu. B, Tangential view of patellofemoral articulation. C, Normal medial parapatellar plica. D, Posteromedial compartment is seen by passing arthroscope through intercondylar notch after viewing medial compartment. E, Posteromedial compartment is seen through posteromedial portal, which is made after completion of routine examination if complete posteromedial view is unsatisfactory. F, Medial meniscus and medial compartment. G, Cruciate ligaments with fatty synovium covering posterior cruciate ligament. H, View of lateral meniscus and lateral compartment. I, View of posterior horn of lateral meniscus and popliteal tendon through hiatus. J, Posterolateral view of knee with arthroscope in anterolateral portal showing popliteal tendon insertion into femur in popliteal hiatus.

۶. برای داشتن بیشترین میدان دید در آرتروسکوپی بدون هیچ نقطه کوری به ترتیب از راست به چپ اسکوپ چند میلی متر و لنز چند درجه مناسب تر است؟ (بورد ۱۴۰۰)

(۱) ۲,۷-۳۰

(۲) ۴-۷۰

(۳) ۴-۳۰

(۴) ۲,۷-۷۰

پاسخ: گزینه ۳

(۱) مفصل پاتلوفمورال و suprapatellar pouch

(۲) Medial gutter

(۳) کمپارتمان مدیال

(۴) Intercondylar notch

(۵) کمپارتمان پوسترولترال

(۶) کمپارتمان لترال

(۷) lateral gutter و کمپارتمان پوسترولترال

معمولا کمپارتمان پوسترولترال را می توان از طریق پورتال قدامی بررسی کرد اما در صورتیکه از این طریق به میزان کافی قابل رویت نباشد باید از پورتال direct posterolateral استفاده شود.

جراحی آرتروسکوپی منیسک

■ طبقه بندی پارگی های منیسک

طبقه بندی O'Connor جهت پارگی منیسک کاربردی می باشد: (۱) پارگی longitudinal (۲) پارگی horizontal (۳) پارگی oblique (۴) پارگی radial شکل 51.7 (۵) واریاسیون ها شامل پارگی های فلپ کمپلکس و پارگی های دژنراتیو منیسک.

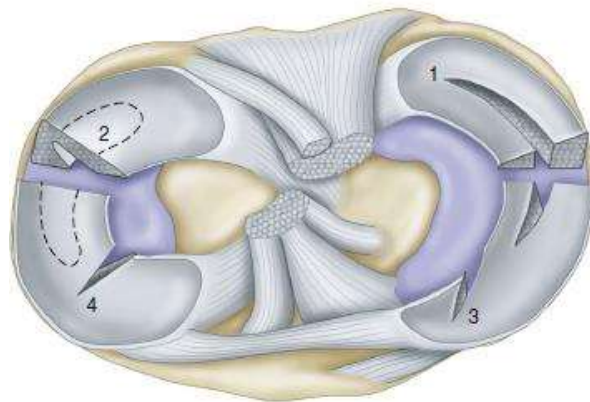


FIGURE 51.7 Four basic patterns of meniscal tears: 1, longitudinal; 2, horizontal; 3, oblique; and 4, radial.

پارگی های longitudinal در اثر تروما به یک منیسک نسبتا سالم رخ می دهد. (سوال ارتقا) اگر پارگی کامل باشد یک قطعه displaceable داخلی ایجاد می شود. زمانی که قطعه داخلی به داخل intercondylar notch جابه جا شود به آن پارگی bucket-handle گفته می شود شکل 51.8.

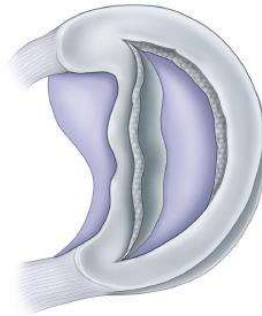


FIGURE 51.8 Bucket-handle tear, displaced centrally.

اگر پارگی نزدیک اتصال منیسکوکیسولار منیسک باشد به آن پارگی محیطی (peripheral) گفته می‌شود. پارگی ورتیکال محیطی در zone 1 که به آن پارگی red-red گفته می‌شود و پارگی بین zone 1 و ۲ که به آن پارگی red-white گفته می‌شود در قسمت واسکولاریزه منیسک رخ می‌دهند شکل 51.9. این پارگی‌های peripheral را در صورت امکان باید ترمیم نمود.

۷. در تقسیم بندی ناحیه ای منیسک‌ها پارگی شاخ خلفی در فاصله ۲۰٪ از محیط منیسک داخلی با چه حرفی مشخص می‌شود؟ (ارتقا کرمان ۹۵)

۳ B2 (۲)

A1 (۱)

D2 (۴)

۴ C1 (۳)

پاسخ: گزینه ۱

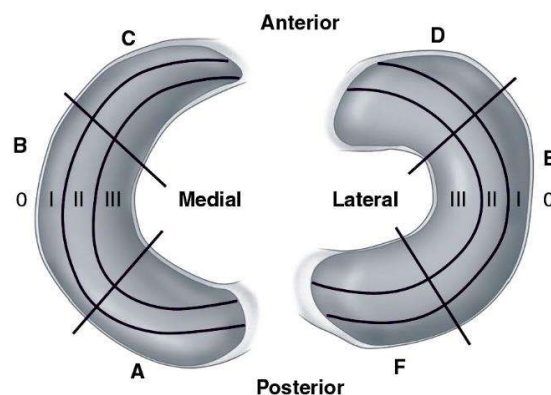


FIGURE 51.9 Zone classification of meniscus (modified from Cooper et al.). Most anterior zone of medial meniscus is labeled *C*, whereas most anterior zone of lateral meniscus is labeled *D*. *0* is meniscosynovial junction; *I* is outer third, *II* is middle third, and *III* is inner third of each meniscus.



پارگی‌های horizontal در بیماران مسن تر شایع تر می‌باشد. محور پارگی افقی به دنبال shear ایجاد می‌شود و منیسک را به قسمت فوقانی و تحتانی تقسیم می‌کند. این پارگی‌ها بیشتر در نیمه خلفی منیسک مدیال یا سگمان میانی منیسک لترال رخ می‌دهند.

۸. پارگی افقی در کدام قسمت منیسک بیشتر اتفاق می‌افتد؟ (ارتقا زنجان ۹۶)

(۱) شاخ خلفی منیسک خارجی

(۲) قسمت میانی منیسک خارجی

(۳) شاخ قدامی منیسک داخلی

(۴) قسمت میانی منیسک داخلی

پاسخ: گزینه ۲

پارگی‌های oblique پارگی‌های تمام ضخامتی هستند که به صورت مایل از لبه داخلی منیسک تا بادی منیسک کشیده می‌شوند. اگر base پارگی در پوستریور باشد به آن posterior oblique tear گفته می‌شود. base پارگی anterior oblique در شاخ قدامی منیسک می‌باشد شکل 51.10.

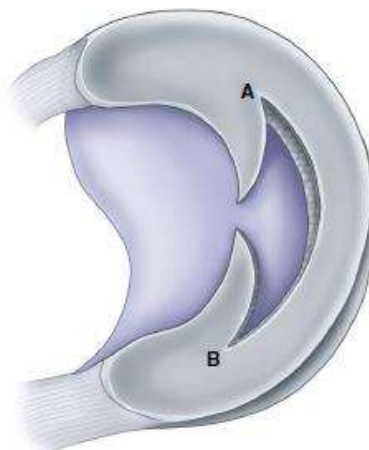


FIGURE 51.10 Diagram of posterior oblique (A) and anterior oblique (B) tears.

پارگی‌های رادیال مشابه پارگی‌های oblique جهت گیری ورتیکال دارند و از لبه داخلی منیسک به سمت محیط آن ادامه می‌یابند و ممکن است براساس میزان درگیری کامل یا ناکامل باشند. پاتوژنز این پارگی‌ها احتمالا مشابه پارگی‌های oblique می‌باشند شکل 51.11.