

# باغچه خندان

طبابت همراه است،

همراه سگنی قلب و اندیشه



سرشناسه	تاجور، الشن، ۱۳۶۵-
عنوان و نام پدیدآور	اصول تشخیص و درمان دست در ارتوپدی ۴: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی سالهای اخیر به همراه سوالات آزمون های فلوشیپ با پاسخ تشریحی - ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵ Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14/: ترجمه و تلخیص الشن تاجور ؛ پاسخ دهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر میثم علی پور - دکتر محمد پورمحمدیان
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری	۳۲۲ ص :: مصور، جدول.
شابک	ریال دوره: ۳-۳۱۵-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ شابک: ۳-۴۰۱-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ ج ۱۸
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب Campbell's operative orthopaedics, 14th. ed, c2021 اثر فردریکام آزر، جیمز بیٹی است.
موضوع	ارتوپدی - Orthopedics دستها - جراحی -- Hand -- Surgery ارتوپدی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Orthopedics -- Examinations , questions , etc. دستها -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Hand -- Surgery -- 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), 1880-1941.
رده بندی کنگره	RD۷۳۱
رده بندی دیویی	۷/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۱۰۱۰۸۰۳۶
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

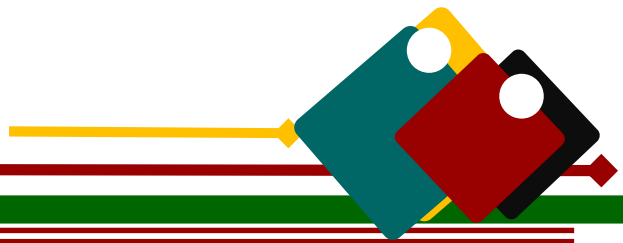
اصول تشخیص و درمان دست در ارتوپدی ۴: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی سالهای اخیر به همراه سوالات آزمون های فلوشیپ با پاسخ تشریحی - ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۳-۴۰۱-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ شابک دوره: ۳-۳۱۵-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ بهاء: ریال
Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14	
ترجمه و تلخیص: دکتر الشن تاجور؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر میثم علی پور - دکتر محمد پورمحمدیان	
ناشر: انتشارات کاردیا	
صفحه آرا: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد	
طراح و گرافیسیت: 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- شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



# اصول تشخیص و درمان دست در ارتوپدی ۴

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی به همراه  
سوالات آزمون های فلوشیپ با پاسخ تشریحی ویژه  
آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Campbells Operative Orthopaedics 2021 edition 14

## ترجمه و تلخیص

دکتر دکتر الشن تاجور

متخصص و دارای بورد تخصصی ارتوپدی  
رتبه نخست بورد تخصصی سال ۱۴۰۰ کشور

**پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴**

دکتر محمد پورمحمودیان

۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر میثم علی پور

جراح ارتوپدی دارای بورد تخصصی ۱۴۰۴

از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی







سیاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممدود 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 خطوط 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، مامی 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 متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبث 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

مرجان پور ندیم





## تقدیم به پدر و مادر گرامی و همسر عزیزم

کتاب پیش روی شما ترجمه و فاصله میمیت 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 فوشمال می شود که ایرادات و نظرات و پیشنهادات سازنده را جهت رفع و بهبود مجموعه به موسسه ارسال نمایید.

زندگی صمیمی کتای بهر زندگی است

هر کسی نغمه خود خواهد از صخره رود

صخره پوسته به جاست

خرم آن نغمه که مردم سازند به یلا

با تشکر

دکتر الشن تاجور



## فهرست مطالب



۱۱.....	Arthritic Hand – ۷۳ فصل
۶۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۷۳.....
۸۵.....	Tumor and Tumorous Condition of the Hand – ۷۸ فصل
۱۳۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۷۸.....
۱۴۵.....	Hand Infection – ۷۹ فصل
۱۷۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۷۹.....
۱۹۷.....	Congenital Anomalies of the Hand – ۸۰ فصل
۲۹۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۸۰.....



# Arthritic Hand

## ■ Rheumatoid Arthritis

\* شایع‌ترین آرتریت التهابی ایدیوپاتیک 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 اکستانسور رخ دهد که می‌تواند Wrist Ext را در اثر گیر کردن تاندون در رتیناکولوم اکستانسور 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 ← ۱-۲ 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 (تمپورومانندیبولار) که در انتوباسیون اندوتراکئال 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 (DMAR) disease modifying antirheumatic نیاز به جراحی‌های دست در RA به میزان ۰/۸۳٪ 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 آن‌قدر عملکرد را بازگرداند، توجیه‌کننده می‌باشد.
- \* اگر بیمار درد دارد و درمان مدیکال موفقیت‌آمیز نبوده، جراحی اندپکاسیون 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 می‌شود ولی CMC پایدار می‌ماند.
- شدیدتر شدن دفرمیتی‌ها در انگشتان و شست می‌تواند به علت بیماری روماتوئیدی اروزو ایجاد شود که به opera glass hand یا main en lognette موسوم است که سبب telescoping finger و short finger و excessive skin fold می‌شود.



**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 روتاتور 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 آرتریتی 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 ارگان ماژور درگیر:

(۱) پلوریت

(۲) پری کاردیت

(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 ظاهر 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 پلی آرتریت مشابه RA دارند.

\* در ۱۰-۵ درصد موارد درگیری DIP وجود دارد.

\* ۱۵-۲۰ درصد موارد راش پوستی تیپیک پسوریازیس بعد از ایجاد آرتریت به وجود می‌آید (سبب تأخیر در تشخیص درست می‌شود).

\* 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 شایع‌ترین تغییر در ناخن‌ها می‌باشد.

(۲) جدا شدن ناخن از بستر

(۳) شیاردار شدن ناخن‌ها (ridged)



۴) تغییر رنگ سفید نزدیک لبه‌های دیستال ناخن

• تغییرات رادیوگرافیکی در پسوریازیس:

۱) Terminal phalangeal tufts erosion (Acroosteolysis)

۲) Tapering فالنکس‌ها و متاکارپ‌ها

۳) Cupping انتهای پروگزیمال متاکارپ‌ها و فالنکس‌ها 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 شایع‌ترین اندیکاسیون جراحی (آرتروزی) است.

### ■ تقسیم‌بندی پسوریازیس بر اساس زمان شروع آرتریت و ضایعات پوستی

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

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

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

\* شایع‌ترین مفصل درگیر PIP می‌باشد و فیوژن و آرتروپلاستی عملکرد انگشت را بهبود می‌بخشد ولی از آنجایی که احتمال ایجاد

عفونت به دنبال implant arthroplasty در پسوریازیس از RA بیشتر است؛ به همین دلیل توصیه می‌شود 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 رایتز

**نکته:** درگیری ناخن بیشتر در پسوریاتیک و سندرم رایتز 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 کمپرسن

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 دکمپرسن 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 نقرس



**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 نقرس 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.

#### ■ Scleroderma (Progressive Systemic Sclerosis)

\* دو نوع دارد:

۱) Progressive systemic sclerosis (نوع منتشر)

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

- \* اسکلرودرمی 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 اسکلوئودرمی

DIP (۱)

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

DIP (۲)

FC مفصل، چون خیلی شدید است بهترین درمان آرتروزد 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)

ریلیز 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 آرتريت 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:

Trigger finger (۱)

CTS (۲)

استئوآرتريت CMC<sub>1</sub> (۳)

DIP در OA (۴)

PIP در RA (۵)

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

\* **نکته مهم:** اگر سینوویت یا تنوسینوویت بعد از ۴-۶ 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 می توان 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.