CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

معلومات اور رضامندی

ریڈیل ہیڈ کی تبدیلی (Radial head replacement)

اس صفحے کا ترجمہ مشین سے کیا گیا ہے اور ابھی تک کسی ڈاکٹر نے اس کی جانچ نہیں کی۔ **انگریزی نسخہ** ہی مستند ہے۔

صحت یابی ایک نظر میں۔ 80 شائع شدہ تحقیقات سے یکجا کیا گیا — آپ کی اپنی رفتار مختلف ہوگی۔

ہلکی ڈیوٹی ڈیسک کا کام، ڈرائیونگ، روزمرہ کے کام	زیادہ تر روزمرہ کی سرگرمیاں جسمانی مشقت والا کام، کھیل، جم	حتمی نتیجے کا ٹھہراؤ درد اور طاقت
weeks 2–6	**months 3–6**	**months 12**
اکڑاؤ سے بچنے کے لیے جلد حرکت شروع کرنا اہم ہے، اور ورزشیں عام طور پر سرجری کے جلد بعد شروع ہو جاتی ہیں۔	متحرک زندگی گزارنے والے مریضوں میں سے تین چوتھائی اپنی فعال ڈیوٹی، ڈنڈ (push-ups) اور کھیل پر واپس آ جاتے ہیں، اگرچہ صرف تقریباً آدھے ہی چوٹ سے پہلے والی کارکردگی کی سطح پر واپس آ پاتے ہیں۔	درد، طاقت اور حرکت کی حد میں زیادہ سے زیادہ بہتری، اور اس کے بعد ٹھہراؤ، عام طور پر آپریشن کے بعد پہلے سال کے اندر دیکھا جاتا ہے۔

یہ آپریشن کیوں تجویز کیا گیا ہے

ڈاکٹر کیرن ہِرپرا، جو Mater Private Hospital Rockhampton میں بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ہیں، علاج کو آپ کی مخصوص چوٹ کے مطابق طے کرتے ہیں۔ عام طور پر مریضوں کو ان کے فیملی ڈاکٹر (GP) ہمارے کلینک میں بھیجتے ہیں؛ اگر کسی فزیوتھراپسٹ نے آپ کو ہمارے پاس آنے کا مشورہ دیا ہے، تب بھی میڈیکیئر (Medicare) سے رقم کی واپسی (rebate) کا حق دار ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل (referral) لینا ہوگا۔ یہ جاننے کے لیے کہ مسئلہ کیا ہے، ہم آپ کی چوٹ کی تفصیل لیتے ہیں، آپ کی کہنی کا معائنہ کرتے ہیں، اور جہاں ضرورت ہو امیجنگ (ایکسرے یا اسکین) کا انتظام کرتے ہیں۔

اس آپریشن میں ریڈیل ہیڈ (radial head)، یعنی بازو کے نچلے حصے (forearm) کی دو ہڈیوں میں سے ایک کا گول اوپری سرا، ایک مصنوعی پرزے سے بدل دیا جاتا ہے۔ یہ عام طور پر اس وقت تجویز کیا جاتا ہے جب ریڈیل ہیڈ کئی ایسے ٹکڑوں میں ٹوٹ گیا ہو جنہیں دوبارہ جوڑا نہیں جا سکتا، یا جب ٹوٹی ہوئی ہڈی کی وجہ سے کہنی یا بازو کا نچلا حصہ غیر مستحکم ہو گیا ہو۔ ریڈیل ہیڈ کے بہت سے فریکچر (ہڈی کا ٹوٹنا) سرجری کے بغیر جڑ جاتے ہیں، اس لیے اکثر پہلے سرجری کے بغیر علاج کیا جاتا ہے۔ سرجری اس وقت کی جاتی ہے جب اس علاج سے کافی بہتری نہ آئی ہو، یا جب فریکچر اتنا شدید ہو کہ یہ علاج کام نہ کرے۔

مقصد ایک زیادہ مستحکم کہنی، کم درد، اور آپ کے بازو کی بہتر حرکت ہے۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

آپریشن سے پہلے

سرجری سے پہلے کے ہفتوں میں ہم آپ کی کہنی کی پیمائش اور آپریشن کی منصوبہ بندی کے لیے ایکسرے، اور بعض اوقات سی بی اسکین، کروائیں گے۔ یہ اسکین دکھاتے ہیں کہ ہڈی کہاں سے ٹوٹی ہے اور ہمیں امپلانٹ (جسم میں لگایا گیا مصنوعی پرزہ) کا صحیح سائز منتخب کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ زیادہ تر لوگوں کو اس سے زیادہ کسی چیز کی ضرورت نہیں ہوتی۔ اگر آپ کو صحت کے دوسرے مسائل ہیں تو ہو سکتا ہے آپ کو خون کے ٹیسٹ یا بے ہوشی کے ڈاکٹر (anaesthetist) سے معائنے کی ضرورت ہو۔

آپریشن کے دن، آپریشن سے سات گھنٹے پہلے سے نہ کچھ کھائیں اور نہ کچھ پئیں۔ ہم چھ کے بجائے سات گھنٹے اس لیے کہتے ہیں تاکہ اگر آپریشن کی فہرست وقت سے پہلے چل رہی ہو تو آپریشن تھیٹر میں آپ کا وقت پہلے کیا جا سکے؛ آپ کے سرجن آپ کے کھانا بند کرنے کا صحیح وقت بتائیں گے۔ کچھ دوائیں صرف اسی صورت میں بند کریں جب ہم نے آپ کو ایسا کرنے کو کہا ہو، اور جو کچھ بھی آپ لیتے ہیں اس کی لکھی ہوئی فہرست ساتھ لائیں۔ انتظام کریں کہ کوئی اور آپ کو گاڑی میں گھر لے جائے، اور ڈھیلے، آرام دہ کپڑے پہنیں جن میں بٹن یا زپ ہو، نہ کہ ایسے کپڑے جو سر کے اوپر سے پہننے پڑیں۔

آپریشن کے دن

آپ ہسپتال کے سرجری کے داخلے کے شعبے میں پہنچیں گے، جہاں آپ کا اندراج کیا جائے گا اور آپ کو آپریشن تھیٹر کے لیے تیار کیا جائے گا۔ آپ کی ملاقات بے ہوشی کے ڈاکٹر سے ہوگی، جو آپ کے ساتھ آپ کی صحت اور آپ کی دواؤں کا جائزہ لیں گے۔ یہ آپریشن جنرل اینستھیزیا (مکمل بے ہوشی) میں کیا جاتا ہے۔ آپریشن کے بعد درد سے آرام کے لیے بعض اوقات اس کے ساتھ اعصابی بلاک (nerve block)، یعنی ایک انجکشن جو جسم کے ایک حصے کو سُن کر دیتا ہے، بھی لگایا جاتا ہے؛ بے ہوشی کے ڈاکٹر اس دن آپ سے اس پر بات کریں گے۔ پھر آپ کو آپریشن تھیٹر لے جایا جاتا ہے، جہاں آپریشن کیا جاتا ہے۔

آپریشن ختم ہونے پر آپ ریکوری روم میں جاگیں گے۔ بے ہوشی کی دوا کا اثر ختم ہونے تک نرسیں آپ کے ساتھ رہیں گی اور آپ کو آرام میں رکھیں گی۔ جب آپ کی حالت مستحکم ہو جائے تو آپریشن کی نوعیت اور آپ کی صحت یابی کی رفتار کے مطابق آپ یا تو وارڈ میں منتقل ہوں گے یا اسی دن گھر جائیں گے۔ اگر آپ گھر جا رہے ہیں تو وہی شخص آپ کو گھر لے جائے گا جس کا آپ نے گاڑی چلانے کے لیے انتظام کیا تھا۔ جانے سے پہلے ہم آپ کو سمجھائیں گے کہ اگلے چند دنوں میں اپنی کہنی کی دیکھ بھال کیسے کرنی ہے، اور اگر آپ کو کوئی پریشانی ہو تو کس سے رابطہ کرنا ہے۔

آپریشن میں کیا کیا جاتا ہے

آپ کے سرجن ٹوٹے ہوئے ریڈیل ہیڈ تک پہنچنے کے لیے آپ کی کہنی کی باہر والی طرف ایک چیرا لگاتے ہیں۔ بازو کے نچلے حصے کی ہڈی کے اوپری سرے کے گرد بافت کی ایک پٹی کو احتیاط سے الگ کیا جاتا ہے تاکہ ٹوٹے ہوئے ٹکڑے نظر آ سکیں۔ ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو نکال کر ایک الگ میز پر پہیلی کی طرح جوڑا جاتا ہے، تاکہ یہ طے کیا جا سکے کہ آپ کی کہنی کو کس سائز کے متبادل پرزے کی ضرورت ہے۔

پھر ہڈی کو تراش کر ایک ہموار، سیدھی بنیاد بنائی جاتی ہے، اور ہڈی کے اندر کی نالی کو تیار کیا جاتا ہے تاکہ نیا پرزہ مضبوطی سے بیٹھ سکے۔ پہلے آزمائشی پرزے لگائے جاتے ہیں۔ آپ کے سرجن براہِ راست دیکھ کر، اور آپریشن کے دوران ایکسرے کی تصویروں کے ذریعے بھی، جانچتے ہیں کہ نیا ریڈیل ہیڈ بازو کے اوپری حصے کی ہڈی کے سرے کے ساتھ سیدھ میں ہے اور اس پر ہموار طریقے سے حرکت کرتا ہے۔ آخری پرزہ لگانے سے پہلے کہنی کی حرکت اور استحکام کو بھی جانچا جاتا ہے۔

متبادل پرزہ دھات کا ہوتا ہے، اور عام طور پر اسے آپ کے اصل ریڈیل ہیڈ سے تھوڑا چھوٹا بنایا جاتا ہے تاکہ جوڑ میں جگہ تنگ نہ ہو۔ جب یہ اپنی جگہ پر لگ جائے تو بازو کے نچلے حصے کی ہڈی کے گرد بافت کی پٹی کو دوبارہ ٹانکوں سے جوڑ دیا جاتا ہے، اور جوڑ کو مستحکم رکھنے کے لیے کہنی کے اردگرد کے دوسرے زخمی لیگامنٹ (ligament)، یعنی وہ مضبوط بندھن جو ایک ہڈی کو دوسری ہڈی سے جوڑتے ہیں، کی مرمت کی جاتی ہے۔ جلد کو ٹانکوں سے بند کر کے اس پر زخم کی پٹی لگا دی جاتی ہے۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

چونکہ کہنی کے اندر ٹوٹی ہوئی ہڈی اسکین کے مقابلے میں زیادہ خراب نظر آ سکتی ہے، اس لیے آپ کے سرجن آپریشن کے دوران امپلانٹ کے کئی متبادل تیار رکھتے ہیں، جن میں مختلف شکلوں اور لمبائیوں کے پرزے شامل ہیں، تاکہ فریکچر کو براہِ راست دیکھنے کے بعد سب سے مناسب پرزہ منتخب کیا جا سکے۔

آپریشن کے بعد

پہلے ایک دو دن کہنی میں درد کی توقع رکھیں جو بے ہوشی کی دوا کا اثر ختم ہونے کے ساتھ کم ہو جاتا ہے۔ آپ کو آرام میں رکھنے کے لیے درد کش دوا دی جائے گی؛ اگر یہ کام نہ کر رہی ہو تو نرسوں کو بتائیں۔ آرام کے لیے آپ کا بازو ایک سادہ سلنگ (sling)، یعنی گلے سے لٹکی وہ پٹی جو بازو کو سہارا دیتی ہے، میں رہے گا، اور کہنی کی ہلکی حرکت عام طور پر جلد شروع کر دی جاتی ہے، کیونکہ جلد حرکت اکڑاؤ کو روکنے میں مدد دیتی ہے۔ گھر پہنچنے کے بعد پہلے 24 گھنٹے کسی کو آپ کے ساتھ رہنا چاہیے۔ آپ کی ٹیم آپ کو بتائے گی کہ آپ اسی دن گھر جائیں گے یا ایک رات ہسپتال میں رہیں گے۔ ہم پٹی تقریباً 10 دن تک لگی رہنے دیتے ہیں؛ براہ کرم اس سے پہلے اسے نہ اتاریں، جب تک ہم آپ کو ایسا کرنے کو نہ کہیں۔ جب ہم آپ سے ملیں گے تو پٹی بدل دیں گے یا اتار دیں گے۔

صحت یابی

پہلے چند دن آپ کی کہنی میں درد اور سوجن ہوگی، اور اس کے اردگرد کی جلد پر نیل پڑا ہوا نظر آ سکتا ہے۔ یہ زخم بھرنے کا ایک معمول کا حصہ ہے۔ بیٹھتے یا آرام کرتے وقت ہاتھ کو تکیوں پر اونچا رکھنے سے سوجن کم ہونے میں مدد ملتی ہے، اور جب تک تکلیف کم نہیں ہوتی، درد کش دوا آپ کو آرام دے گی۔

آرام کے لیے آپ کا بازو ایک سادہ سلنگ میں رہتا ہے، لیکن یہ آپ کی کہنی کو ساکن نہیں رکھتی۔ ہلکی حرکت جلد شروع کی جاتی ہے، کیونکہ جلد حرکت اکڑاؤ کو روکنے میں مدد دیتی ہے۔ سرجری کے بعد ہینڈ تھراپی (ہاتھ کی بحالی کا علاج) Extend Rehabilitation میں روبی ڈولن (Ruby Doolan) کے ساتھ ہوتی ہے۔ روبی ہینڈ تھراپسٹ (ہاتھ کی بحالی کی ماہر) ہیں: وہ آپ کی ورزشوں میں رہنمائی کریں گی اور اگر آپ کو کسی اسپلنٹ کی ضرورت ہو تو وہ بنائیں گی۔ شروع کی ورزشیں چھوٹی اور ہلکی ہوتی ہیں، اور جیسے جیسے آپ کی کہنی اجازت دیتی ہے، یہ بڑھتی جاتی ہیں۔

گھر پر آپ شروع سے ہی ہلکے کاموں کے لیے اپنا ہاتھ استعمال کریں گے، جیسے کھانا کھانا، لکھنا اور بٹن بند کرنا۔ جب تک آپ کا تھراپسٹ یہ نہ کہے کہ اب محفوظ ہے، آپ اس بازو سے کوئی بھاری چیز نہیں اٹھائیں گے۔ شروع میں کرسی پر یا تکیوں کے سہارے اونچا ہو کر سونا عام طور پر آسان ہوتا ہے، اور اگر آرام دہ لگے تو سلنگ پہنے رکھیں۔

جیسے جیسے سوجن کم ہوتی ہے اور حرکت واپس آتی ہے، روزمرہ کے کام آسان ہو جاتے ہیں۔ جب آپ بغیر درد کے ہلکی چیزیں پکڑ اور تھام سکیں، تو آپ بازو کا زیادہ استعمال شروع کر دیں گے۔ جب آپ کے سرجن آپ کو گاڑی چلانے کی اجازت دیں، تو ہماری رہنمائی بازو اور ہاتھ کی سرجری کے بعد گاڑی چلانا دیکھیں۔ سلنگ پہنے ہوئے آپ ہرگز گاڑی نہ چلائیں، اور ضروری ہے کہ آپ تیز درد کش دوائیں چھوڑ چکے ہوں اور ہنگامی بریک لگانے کی صورت میں فوراً ردعمل دے سکیں۔

صحت یابی ہر شخص میں مختلف ہوتی ہے۔ آپ کی صحت یابی کا وقت مختلف ہو سکتا ہے، اور آپ کے سرجن اور ہینڈ تھراپسٹ ہر قدم پر آپ کی رہنمائی کریں گے۔

کیا مسائل پیدا ہو سکتے ہیں

زیادہ تر مریض ٹھیک رہتے ہیں، لیکن کبھی کبھار مسائل پیدا ہو سکتے ہیں۔ آپ کے سرجن اور ٹیم آپ پر قریب سے نظر رکھتے ہیں تاکہ کسی بھی مسئلے کا جلد پتا چل سکے۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

متبادل پرزہ وقت کے ساتھ ڈھیلا ہو سکتا ہے۔ آپ کو ایسا گہرا، دھڑکتا ہوا درد محسوس ہو سکتا ہے جو عام درد کش دواؤں سے کم نہ ہو، یا ایک نئی دکھن جو ٹھیک ہونے کے بعد دوبارہ آ جائے۔ پرزہ ٹوٹ بھی سکتا ہے، یا اپنی جگہ سے تھوڑا کھسک سکتا ہے۔ کھسکنا ایک جھٹکے دار آواز، کلک، یا اس احساس کی طرح محسوس ہو سکتا ہے کہ کہنی ہموار طریقے سے حرکت نہیں کر رہی۔ اگر آپ ان میں سے کچھ بھی محسوس کریں تو اپنی اگلی ملاقات کا انتظار کرنے کے بجائے کلینک سے رابطہ کریں۔

کہنی اکڑ سکتی ہے۔ شروع میں کچھ اکڑاؤ متوقع ہے، لیکن اگر تھراپی کے باوجود آپ کی کہنی بہت سخت رہے اور سیدھی نہ ہو یا نہ مڑے، تو اپنے سرجن یا ہینڈ تھراپسٹ کو بتائیں۔ مزید علاج مدد کر سکتا ہے۔

سرجری کے دوران کہنی کے قریب کے اعصاب میں جلن (irritation) پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ بازو کے نچلے حصے، ہاتھ یا انگلیوں میں جھنجھناہٹ، سُن پن یا کمزوری کی صورت میں ظاہر ہو سکتی ہے۔ کسی بھی نئے سُن پن یا کمزوری کا اپنے معائنے پر ذکر کریں، یا اگر یہ اچانک ظاہر ہو تو کلینک فون کریں۔

وقت کے ساتھ امپلانٹ کی سطح گھس سکتی ہے۔ گھس کر نکلنے والا مادہ جوڑ کی اندرونی جھلی میں جلن پیدا کر سکتا ہے، جس سے کہنی کے اردگرد سوجن، گرمی اور ربڑ جیسا احساس ہوتا ہے۔ اگر کہنی مسلسل سوجی ہوئی یا دردناک رہے، تو اپنے اگلے معائنے پر اس کا ذکر کریں۔

سرجری کے بعد کے سالوں میں کہنی کے جوڑ میں آرتھرائٹس (جوڑ کی خرابی اور سوزش) ہو سکتا ہے۔ آپ کو رگڑ، دکھن، یا کہنی کے مڑنے یا سیدھا ہونے میں بتدریج کچھ کمی محسوس ہو سکتی ہے۔ اگر یہ آپ کے کاموں پر اثر ڈالے تو اپنے سرجن کو بتائیں۔

بعض اوقات متبادل پرزے کو ایک اور آپریشن میں نکالنا یا بدلنا پڑتا ہے۔ اس کا امکان پہلے ایک دو سالوں میں زیادہ ہوتا ہے، اس لیے کہنی ٹھیک محسوس ہونے پر بھی اپنے معائنے کی ملاقاتیں جاری رکھیں۔ تکلیف دینے والے امپلانٹ کو نکالنے سے اکثر درد کم ہو جاتا ہے اور حرکت بہتر ہو سکتی ہے۔

دوسرے آپریشن کی وجہ سے کھیل پر واپسی کا امکان بھی کم ہو سکتا ہے، اس لیے اپنے مقاصد کے بارے میں جلد ہی اپنے سرجن سے بات کریں۔

اگر آپ تفصیلی اعداد و شمار جاننا چاہتے ہیں تو اس صفحے پر پیچیدگیوں کا جدول ان کی عام شرحیں بتاتا ہے۔

ہمیں کب فون کریں

اگر آپ کو بخار ہو، اگر زخم زیادہ سرخ ہو جائے یا اس سے رطوبت رسنے لگے، یا اگر آپ کا درد اچانک بہت بڑھ جائے، تو ہمیں فون کریں۔ اگر آپ کی کہنی بہت سوج جائے اور گرم ہو جائے، یا نیا سُن پن یا کمزوری ظاہر ہو، تو بھی ہمیں فون کریں۔ اگر آپ کی پنڈلی میں سوجن یا درد ہو، یا سانس پھولے، تو ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔ اگر آپ اپنے بازو کو محسوس نہ کر سکیں یا ہلا نہ سکیں، تو بھی ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔ اگر آپ پریشان ہوں تو اپنی اگلی ملاقات کا انتظار کرنے کے بجائے ہمیں فون کریں۔

مزید تفصیل

یہ حصہ اس سے زیادہ تفصیل میں جاتا ہے جتنی آپ کو اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے ضرورت ہے۔ ریڈیل ہیڈ کی تبدیلی اضافی مطالعے کے قابل ہے کیونکہ ایک ایسی دریافت ہے جو یہ بدل دیتی ہے کہ آپ کو لفظ "دوبارہ آپریشن" (revision) کو کیسے سمجھنا چاہیے: جب یہ امپلانٹ نکالے جاتے ہیں، تو عام طور پر اس کی وجہ امپلانٹ کی ناکامی نہیں ہوتی۔

امپلانٹ کیوں نکالے جاتے ہیں

ریڈیل ہیڈ کی تبدیلی کے **1,017** آپریشنوں کے ایک میٹا اینالیسس (meta-analysis) نے امپلانٹ نکالنے اور دوبارہ آپریشن کا براہِ راست جائزہ لیا [1]۔ دو نتائج نمایاں ہیں۔ امپلانٹ نکالنے یا دوبارہ آپریشن کے سب سے زیادہ واقعات لگانے کے **دو سال کے اندر** ہوئے، بعد

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

میں نہیں جیسا کہ گھساؤ سے ہونے والی ناکامی کی صورت میں توقع ہوتی۔ اور زیادہ تر امپلانٹ خود امپلانٹ کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے نہیں بلکہ **کہنی کے اکڑاؤ اور پٹھوں میں غیر معمولی ہڈی بن جانے (heterotopic ossification)** کے علاج کے لیے نکالے گئے [1]۔

اس سے پورا سوال ایک نئے زاویے سے سامنے آتا ہے۔ ریڈیل ہیڈ کی تبدیلی کا دوبارہ آپریشن شاذ و نادر ہی اس لیے ہوتا ہے کہ دھات گھس گئی یا ڈھیلی ہو گئی۔ اسے اس لیے نکالا جاتا ہے کہ اس کے اردگرد کہنی اکڑ گئی، اور امپلانٹ کو نکالنا اس کے علاج کا حصہ ہے۔ امپلانٹ عام طور پر مسئلہ نہیں ہوتا؛ یہ وہ جگہ ہے جہاں مسئلے کا علاج کیا جاتا ہے۔

اس کا یہ مطلب بھی ہے کہ اس آپریشن کا اصل دشمن وہی ہے جو کہنی کی ہر سنگین چوٹ پر حاوی رہتا ہے: حرکت کا ختم ہو جانا۔ بحالی کی ورزشیں اس آپریشن کا کوئی ضمنی حصہ نہیں، بلکہ یہی اس آپریشن کی کامیابی کا سب سے بڑا عنصر ہیں۔

دوبارہ آپریشن کی شائع شدہ شرح کو شک کی نظر سے پڑھنا چاہیے

1,272 مریضوں کے ایک الگ منظم جائزے (systematic review) نے نتیجہ نکالا کہ تحقیقی لٹریچر ریڈیل ہیڈ کی تبدیلی کے بعد دوبارہ آپریشن کی شرح کا قابل اعتماد اندازہ **نہیں** دیتا [2]۔ اس کی سفارش تحقیق کے طریقۂ کار کے بارے میں تھی: رپورٹنگ میں کم از کم **تین سال** کا فالو اپ ہونا چاہیے، ساتھ ہی اس بات کی متفقہ تعریف کے ساتھ کہ دوبارہ آپریشن کی وجہ کسے مانا جائے [2]۔

پچھلی دریافت کو دیکھتے ہوئے، کہ امپلانٹ نکالنے کے واقعات پہلے دو سالوں میں جمع ہوتے ہیں، بارہ یا اٹھارہ ماہ کے فالو اپ والی تحقیق لازمی طور پر انہیں کم گنے گی۔ جب آپ اس امپلانٹ کے لیے دوبارہ آپریشن کی کم شرح کا حوالہ دیکھیں، تو فالو اپ کی مدت اس عدد سے زیادہ اہم ہے۔

ریڈیل ہیڈ کے ہر فریکچر میں تبدیلی کی ضرورت نہیں ہوتی

تبدیلی کا مقابلہ ہڈی کو جوڑنے (fixation) سے ہے، اور اس موازنے کی کافی اچھی طرح نشاندہی ہو چکی ہے۔ ریڈیل ہیڈ اور گردن کے فریکچروں کے مختلف آپریشنوں والے **1,264** مریضوں کے اعداد و شمار کو یکجا کرنے پر، میسن (Mason) کی قسم II اور قسم III کے فریکچروں کے لیے کھول کر ہڈی کو اندر سے جوڑنا (open reduction and internal fixation) بہتر راستے کے طور پر سامنے آیا، جبکہ تبدیلی ان فریکچروں کے لیے رہی جن میں ہڈی زیادہ ٹکڑوں میں ٹوٹی ہو [3]۔

کلینیکل لحاظ سے جو فرق اہم ہے وہ یہ ہے کہ کیا ہیڈ کو دوبارہ جوڑ کر مستحکم بنایا جا سکتا ہے۔ جہاں ایسا ممکن ہو، وہاں اسے جوڑنے سے قدرتی ساخت محفوظ رہتی ہے۔ جہاں یہ بہت زیادہ ٹکڑوں میں ہو، وہاں جوڑنے کی کوشش سب سے برے نتیجے کا خطرہ پیدا کرتی ہے، یعنی ایسا جوڑ جو ناکام ہو جائے اور ایک اکڑی ہوئی، غیر مستحکم کہنی چھوڑ جائے جس کے لیے مزید سرجری کرنی پڑے۔

ڈیزائن نے چوٹ کی پیچیدگی سے کم فیصلہ کن کردار ادا کیا ہے

امپلانٹ کی ڈنڈی (stem) کے ڈیزائن اور اسے ہڈی میں جمانے کے طریقے پر طویل بحث رہی ہے۔ ڈھیلی فٹنگ اور چکنی ڈنڈی والے مصنوعی ہیڈ کا جائزہ لینے والا **1,316** مریضوں کا ایک منظم جائزہ سبق آموز ہے: اس گروپ میں شروع میں ٹیریبل ٹرائیڈ (terrible triad، یعنی ریڈیل ہیڈ کا فریکچر، کورونائیڈ کا فریکچر اور کہنی کا اپنی جگہ سے نکل جانا) کی چوٹوں کا تناسب **زیادہ** تھا، یعنی زیادہ پیچیدہ چوٹیں، اور پھر بھی کلینیکل نتائج اچھے رہے اور آپریشن کے بعد کہنی کے غیر مستحکم ہونے کی شرح نمایاں طور پر کم تھی [4]۔

معقول نتیجہ یہ نہیں کہ کوئی ایک ڈیزائن بہتر ہے، بلکہ یہ کہ اصل چوٹ کی شدت نتیجے پر امپلانٹ کے انتخاب سے زیادہ اثر ڈالتی ہے۔

حوالہ جات

[1] Kachooei AR, Baradaran A, Ebrahimzadeh MH, van Dijk CN, Chen N. The rate of radial head prosthesis removal or revision: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2018;43(1):39-53.e1. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.08.031

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[2] Laumonerie P, Reina N, Kerezoudis P, Declaux S, Tibbo ME, Bonnevialle N, et al. The minimum follow-up required for radial head arthroplasty. Bone Joint J. 2017;99-B(12):1561-70. https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B12.BJJ-2017-0543.R2

[3] Zwingmann J, Welzel M, Dovi-Akue D, Schmal H, Südkamp N, Strohm P. Clinical results after different operative treatment methods of radial head and neck fractures. Injury. 2013;44(11):1540-50. https://doi.org/10.1016/j.injury.2013.04.003

[4] Lammers SE, Schnellman GL, Beimel C, de Gast A, Chambers BE. Uncementing the status quo: systematic review of a loose-fit, polished stem radial head prosthesis shows stable clinical results in complex elbow injuries with a concomitant radial head fracture. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). https://doi.org/10.1186/s13018-024-05160-6

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

پیچیدگیاں اور رضامندی

ریڈیل ہیڈ کی تبدیلی (Radial head replacement)

شائع شدہ طبی تحقیق سے پیچیدگیوں کی شرح

80 شائع شدہ تحقیقات سے یکجا کیا گیا۔ یہ آبادی کی سطح کی شرحیں ہیں، آپ کا انفرادی خطرہ نہیں — آپ پر کیا لاگو ہوتا ہے، اس پر آپ کا سرجن آپ سے بات کرے گا۔

پیچیدگی	رپورٹ شدہ شرح	نوٹ
دوبارہ آپریشن (revision)	10.0%	30 تحقیقات کے ایک میٹا اینالیسس (meta-analysis) میں مصنوعی ریڈیل ہیڈ کو نکالنے یا دوبارہ آپریشن کی مجموعی شرح۔
اکڑاؤ	20.0%	کہنی کا اکڑاؤ ناکامی کی ایک عام وجہ ہے، جو حالیہ تحقیقی لٹریچر کے ایک منظم جائزے (systematic review) میں 20 فیصد ناکامیوں میں پایا گیا۔
انفیکشن کے بغیر امپلانٹ کا ڈھیلا ہو جانا (aseptic loosening)	30.0%	علامات پیدا کرنے والا، انفیکشن کے بغیر امپلانٹ کا ڈھیلا ہو جانا ناکامی کی سب سے عام وجہ ہے، جو تمام ناکامیوں میں سے 30 فیصد میں ہوتا ہے۔
پٹھوں میں غیر معمولی ہڈی بن جانا (heterotopic ossification)	37.6%	ایک طویل مدتی منظم جائزے میں 37.6 فیصد مریضوں کے ایکسرے میں پٹھوں میں غیر معمولی ہڈی بنی ہوئی پائی گئی۔
درد	17.0%	حالیہ تحقیقی لٹریچر کے ایک منظم جائزے میں مسلسل درد 17 فیصد کیسوں میں ناکامی کی وجہ کے طور پر رپورٹ کیا گیا۔
کہنی کا غیر مستحکم ہونا (instability)	5.7%	ایک منظم جائزے اور میٹا اینالیسس میں ہڈی میں جمی ہوئی ڈنڈی والے تمام امپلانٹس میں کہنی کے غیر مستحکم ہونے کی مجموعی شرح۔
انفیکشن	3.0%	کم از کم 8 سال کے فالو اپ والے ایک منظم جائزے میں ریڈیل ہیڈ کی تبدیلی کے بعد انفیکشن کی رپورٹ کی گئی شرح۔
النر عصب کی سوزش (ulnar neuritis)	3.0%	کم از کم 8 سال کے فالو اپ والے ایک منظم جائزے میں ریڈیل ہیڈ کی تبدیلی کے بعد النر عصب (ulnar nerve) کی سوزش کی رپورٹ کی گئی شرح۔
جوڑ کا جزوی طور پر اپنی جگہ سے کھسک جانا (subluxation)	4.0%	کم از کم 8 سال کے فالواپ والے ایک منظم جائزے میں ریڈیل ہیڈ کی تبدیلی کے بعد کہنی کے جزوی طور پر کھسکنے کی رپورٹ کی گئی شرح۔
جوڑ میں ضرورت سے بڑا پرزہ لگ جانا (overstuffing)	9.0%	حالیہ تحقیقی لٹریچر کے ایک منظم جائزے میں ضرورت سے بڑا پرزہ لگ جانا 9 فیصد کیسوں میں ناکامی کی وجہ کے طور پر رپورٹ کیا گیا۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

پیچیدگی	رپورٹ شدہ شرح	نوٹ
مصنوعی پرزے کے حصوں کا الگ ہو جانا (prosthesis dissociation)	**5.0%**	حالیہ تحقیقی لٹریچر کے ایک منظم جائزے میں مصنوعی پرزے کے حصوں کا الگ ہو جانا 5 فیصد کیسوں میں ناکامی کی وجہ کے طور پر رپورٹ کیا گیا۔
ایکسرے میں امپلانٹ کے گرد ہلکی لکیر (radiolucency)	**45.5%**	ایک طویل مدتی منظم جائزے میں 45.5 فیصد مریضوں کے ایکسرے میں امپلانٹ کے گرد ہلکی لکیر (radiolucency) پائی گئی۔

میں نے یہ معلومات پڑھ لی ہیں اور مجھے ڈاکٹر ہرپرا سے اس طریقۂ کار، اس کے بعد متوقع صحت یابی، اور اوپر درج پیچیدگیوں کے بارے میں سوالات پوچھنے کا موقع ملا ہے۔

تاریخ	دستخط	مریض – نام (صاف حروف میں)

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au