CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

معلومات اور رضامندی

ریورس شولڈر آرتھروپلاسٹی (کندھے کے جوڑ کی ریورس تبدیلی)

ریورس شولڈر ریپلیسمنٹ (reverse shoulder replacement) میں گیند کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی پر اور پیالہ بازو کی ہڈی پر لگایا جاتا ہے، جو عام ساخت کے الٹ ہے، اور اس سے روٹیٹر کف پھٹا ہونے کی صورت میں ڈیلٹائیڈ (deltoid) پٹھا بازو کو اٹھا سکتا ہے۔

4.0 Kieran Hirpara

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 6–12	**months 12**	**months 12**
آپریشن کے بعد 6 سے 12 ہفتوں کے درمیان گاڑی چلانا دوبارہ شروع کرنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔	مریض عام طور پر آپریشن کے 1 سال بعد زیادہ سے زیادہ طبی بہتری تک پہنچ جاتے ہیں۔	طویل مدتی صحت یابی کا اندازہ اس وقت سے لگایا جاتا ہے جو بازو 90 ڈگری سے زیادہ اونچائی پر گزارتا ہے، اور زیادہ سے زیادہ بہتری 1 سال پر دیکھی گئی ہے۔

یہ آپریشن کیوں تجویز کیا گیا ہے

بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ڈاکٹر کیرن ہرپرا، جو Mater Private Hospital Rockhampton میں کام کرتے ہیں، آپ کی حالت کے مطابق سب سے کم چیر پھاڑ والے طریقوں سے علاج شروع کرتے ہیں۔ مریضوں کو عام طور پر 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) کی رقم کی واپسی (rebate) کا حقدار ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل (referral) لینا ہوگا۔ ہم آپ سے آپ کی بیماری کی تاریخ پر بات کر کے، آپ کے کندھے کا معائنہ کر کے، اور جہاں ضرورت ہو ایکسرے یا اسکین کا انتظام کر کے آپ کا جائزہ لیتے ہیں۔

ریورس شولڈر ریپلیسمنٹ (reverse shoulder replacement) جوڑ کی تبدیلی کا ایک ایسا آپریشن ہے جس میں کندھے کے عام گیند اور پیالے (ball-and-socket) والے ڈھانچے کو الٹ دیا جاتا ہے، یعنی گیند وہاں لگتی ہے جہاں پیالہ تھا اور پیالہ وہاں لگتا ہے جہاں گیند تھی۔ ہم عام طور پر یہ آپریشن اس وقت تجویز کرتے ہیں جب روٹیٹر کف (rotator cuff)، یعنی ٹینڈنوں کا وہ گروپ جو کندھے کو تھامتا اور گھماتا ہے، بری طرح گھس چکا ہو یا پھٹ چکا ہو، یا جب کندھے کے دوسرے مسائل بغیر آپریشن کے علاج، جیسے سرگرمیوں میں تبدیلی، فزیوتھراپی،

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

اسپلنٹ یا انجکشن، سے ٹھیک نہ ہوئے ہوں۔ کچھ چوٹوں میں فوراً سرجری تجویز کی جا سکتی ہے۔ اس آپریشن کا مقصد درد کم کرنا اور آپ کے کندھے کی حرکت اور کارکردگی کو بہتر بنانا ہے۔ اس کے طبی فوائد 10 سال تک برقرار رہتے ہیں۔ ہم آپ کے ساتھ اس کے فوائد اور خطرات پر بات کریں گے، اور یہ فیصلہ آپ ہمارے ساتھ مل کر کریں گے۔

آپریشن سے پہلے

جب آپ اور آپ کے سرجن ریورس شولڈر ریپلیسمنٹ پر متفق ہو جائیں، تو ہم آپ کے آپریشن کی منصوبہ بندی کے لیے ضروری ٹیسٹوں کا انتظام کریں گے۔ اس میں عام طور پر آپ کے کندھے کے ایکسرے شامل ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی سی ٹی اسکین بھی، جو ایک تفصیلی اسکین ہے جو ہڈی کی سہ جہتی (تھری ڈی) تصویر بناتا ہے۔ یہ تصاویر ہمیں نئے جوڑ کے پرزوں کی جگہ طے کرنے اور آپریشن کے دن سے پہلے آپ کے کندھے کی احتیاط سے پیمائش کرنے میں مدد دیتی ہیں۔ آپ سے آپ کی عمومی صحت کے بارے میں بھی پوچھا جائے گا، جس میں آپ کے کندھے کے پچھلے آپریشن، اسٹیرائیڈ جیسی دوائیں، اور ہڈیوں کی کمزوری (osteoporosis)، یعنی ہڈیوں کا پتلا ہو جانا، جیسی بیماریاں شامل ہیں۔ براہ کرم اپنی موجودہ دواؤں کی فہرست اپنی ملاقات پر ساتھ لائیں۔ اگر آپ کچھ خاص دوائیں لیتے ہیں تو آپ کے سرجن آپ سے سرجری سے پہلے تھوڑے عرصے کے لیے انہیں بند کرنے کو کہہ سکتے ہیں۔ آپ کو آپریشن سے پہلے سات گھنٹے تک کچھ نہ کھانا ہوگا اور نہ پینا ہوگا؛ ہم معمول سے تھوڑا زیادہ وقت کا کہتے ہیں تاکہ اگر آپریشن کی فہرست وقت سے پہلے چل رہی ہو تو آپ کو پہلے بلایا جا سکے۔ کسی ایسے شخص کا انتظام کریں جو بعد میں آپ کو گاڑی میں گھر لے جائے، اور ڈھیلے، آرام دہ کپڑے پہنیں۔ اگر آپ کو دوسری طبی بیماریاں ہیں تو آپ کو خون کے ٹیسٹ یا بے ہوشی کے ڈاکٹر (anaesthetist)، یعنی وہ ڈاکٹر جو بے ہوشی کی دوا دیتا ہے، سے معائنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

آپریشن کے دن

آپریشن کے دن آپ ہسپتال کے سرجری کے مریضوں کے داخلے کے شعبے میں آتے ہیں۔ وہاں آپ کا اندراج کیا جاتا ہے اور آپ کو آپریشن تھیٹر کے لیے تیار کیا جاتا ہے۔ آپ پہلے کسی وارڈ میں نہیں جاتے۔

یہ آپریشن جنرل اینستھیزیا (مکمل بے ہوشی) کے ساتھ ریجنل اعصابی بلاک (nerve block)، یعنی ایک انجکشن جو جسم کے ایک حصے کو سُن کر دیتا ہے، ملا کر کیا جاتا ہے۔ بے ہوشی کے ڈاکٹر آپریشن سے پہلے آپ سے ملیں گے اور دونوں حصوں کے بارے میں آپ کو سمجھائیں گے۔

پھر آپ کو آپریشن تھیٹر میں لے جایا جاتا ہے، جہاں آپریشن کیا جاتا ہے۔ آپریشن مکمل ہونے پر آپ ریکوری روم میں جاگتے ہیں۔ وہاں نرسیں آپ کی نگرانی کرتی ہیں جب تک بے ہوشی کی دوا کا اثر ختم ہوتا ہے۔ جب آپ کی حالت مستحکم ہو جائے تو آپ کو وارڈ میں منتقل کر دیا جاتا ہے۔

آپریشن میں کیا کیا جاتا ہے

آپ کے سرجن کندھے کے جوڑ تک پہنچنے کے لیے آپریشن والی جگہ کے اوپر ایک ہی چیرا لگاتے ہیں۔ جوڑ کی گھسی ہوئی سطحیں نکال دی جاتی ہیں اور ان کی جگہ دھات اور پلاسٹک کے نئے پرزے لگا دیے جاتے ہیں۔ عام گیند اور پیالے والا ڈھانچہ الٹ دیا جاتا ہے، یعنی گیند وہاں لگتی ہے جہاں پیالہ تھا اور پیالہ وہاں لگتا ہے جہاں گیند تھی۔ اسی وجہ سے اسے "ریورس" (الٹی) تبدیلی کہا جاتا ہے۔ نئے پرزے اس طرح بنائے گئے ہیں کہ کندھے کو اوپر سے ڈھانپنے والا مضبوط پٹھا، ڈیلٹائیڈ (deltoid)، گھسے ہوئے یا پھٹے ہوئے روٹیٹر کف کے ٹینڈنوں کی جگہ بازو کو اٹھا سکے۔

آپریشن کے دوران آپ کے سرجن کندھے کے ٹینڈنوں (tendon)، یعنی ان مضبوط ڈوریوں جو پٹھوں کو ہڈی سے جوڑتی ہیں، اور دوسری نرم بافتوں کے ارد گرد احتیاط سے کام کرتے ہیں۔ اگر ان میں سے کچھ بافتیں اچھی حالت میں ہوں تو نیا امپلانٹ (جسم میں لگایا گیا مصنوعی پرزہ) اپنی جگہ لگنے کے بعد انہیں ٹانکوں سے واپس اس پر جوڑ دیا جاتا ہے۔ نئے پرزوں کی جگہ اور سائز آپریشن کے دن سے پہلے آپ کے ایکسرے اور اسکینوں سے بنائے گئے منصوبے کے مطابق طے کیے جاتے ہیں۔

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

جب نیا جوڑ اپنی جگہ لگ جائے تو زخم بند کر دیا جاتا ہے۔ پہلے بند زخم پر ایک باریک، خود چپکنے والی جالی رکھی جاتی ہے جو جلد کے کناروں کو آپس میں ملا کر رکھتی ہے۔ پھر اس جالی کے اوپر جلد پر لگانے والا مائع گوند لگایا جاتا ہے، جو جم کر پورے حصے کو بند کر دیتا ہے۔ یہ تقریباً ایک سے دو ہفتے تک لگا رہتا ہے اور پھر خود ہی اٹھ کر اتر جاتا ہے، اس لیے کچھ بھی نکالنے کی ضرورت نہیں پڑتی۔

آپریشن کے بعد

آپ ریکوری روم میں جاگیں گے، اور جب آپ کی حالت مستحکم ہو جائے گی تو آپ کو وارڈ میں منتقل کر دیا جائے گا۔ وہاں نرسیں آپ کی دیکھ بھال کرتی ہیں اور آپ کو آرام میں رکھنے کے لیے دوا دیتی ہیں۔ آپ کا بازو سہارے کے لیے ایک سادہ سلنگ (sling)، یعنی گلے سے لٹکی وہ پٹی جو بازو کو سہارا دیتی ہے، میں رہتا ہے؛ ورزش اور نہانے دھونے کے وقت اسے اتار دیا جاتا ہے۔ زیادہ تر مریض اس آپریشن کے بعد ایک یا دو راتیں ہسپتال میں رہتے ہیں۔ ہم زخم کی پٹی تقریباً 10 دن تک لگی رہنے دیتے ہیں؛ براہ کرم اس سے پہلے اسے نہ اتاریں، سوائے اس کے کہ ہم آپ کو ایسا کرنے کو کہیں۔ جب ہم آپ کو دیکھیں گے تو ہم اسے بدل دیں گے یا اتار دیں گے۔ ایک فزیوتھراپسٹ عام طور پر آپ کے گھر جانے سے پہلے آپ کو دیکھے گا تاکہ ہلکی حرکتیں شروع کروائی جا سکیں۔ براہ کرم گھر پہنچنے کے بعد پہلے 24 گھنٹوں کے لیے کسی ایسے شخص کا انتظام کریں جو آپ کے ساتھ رہے۔

صحت یابی

گھر پر پہلے چند دن آرام اور سکون کے ہوتے ہیں۔ آپ کے کندھے میں درد اور سوجن ہوگی، اور سلنگ ورزش کے اوقات کے درمیان بازو کو سہارا دینے کے لیے ہے۔ عام درد کش دوا، ہدایت کے مطابق لینے سے، عام طور پر درد کو قابلِ برداشت رکھتی ہے۔ ہفتے گزرنے کے ساتھ تکلیف بتدریج کم ہوتی جاتی ہے، اور زیادہ تر لوگ دیکھتے ہیں کہ سوجن اکڑاؤ سے پہلے ختم ہو جاتی ہے۔

آپ کے فزیوتھراپسٹ آپ کی ورزشوں میں رہنمائی کریں گے، جو ہلکی حرکتوں سے شروع ہو کر آپ کے کندھے کی گنجائش کے مطابق بڑھتی جائیں گی۔ ان سیشنوں اور نہانے دھونے کے لیے سلنگ اتار دی جاتی ہے۔ جب تک آپریشن والا بازو ٹھیک ہو رہا ہو، آپ اپنے دوسرے ہاتھ سے گھر کے ہلکے کام کر سکیں گے۔ شروع میں سونا مشکل ہو سکتا ہے؛ بہت سے لوگوں کو کرسی پر ٹیک لگا کر یا تکیوں کے سہارے آرام کرنا آسان لگتا ہے، جب تک لیٹنا دوبارہ آرام دہ محسوس نہ ہونے لگے۔

صحت یابی کے اہم مراحل تاریخوں کے بجائے واقعات کی صورت میں آتے ہیں۔ جب آپ کے سرجن آپ کو گاڑی چلانے کی اجازت دے دیں، جو عام طور پر چھ ہفتے والے معائنے پر ہوتا ہے، تو آپ دوبارہ گاڑی چلا سکتے ہیں؛ ہماری الگ گائیڈ **بازو اور ہاتھ کی سرجری کے بعد گاڑی چلانا** میں اس کی تفصیل موجود ہے۔ جیسے جیسے حرکت واپس آتی ہے، روزمرہ کے کام جیسے کپڑے پہننا اور ہاتھ بڑھا کر چیزیں پکڑنا آسان ہو جاتے ہیں۔ جب آپ کے فزیوتھراپسٹ آپ کی طاقت سے مطمئن ہوں، تو آپ ان سرگرمیوں کی طرف واپس جا سکتے ہیں جن سے آپ پہلے لطف اٹھاتے تھے، اور زیادہ تر لوگ جو اس آپریشن سے پہلے متحرک تھے، بعد میں ان سرگرمیوں کی طرف واپس آ جاتے ہیں۔

صحت یابی ہر شخص میں مختلف ہوتی ہے۔ آپ کا وقت مختلف ہو سکتا ہے، اور آپ کے سرجن اور فزیوتھراپسٹ ہر مرحلے 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 کسی بھی مسئلے کو جلد پکڑنے کے لیے آپ کی قریب سے نگرانی کرتے ہیں۔

کبھی کبھی نیا جوڑ اپنی جگہ سے نکل سکتا ہے۔ آپ کو اچانک کھٹ کی آواز یا جھٹکا محسوس ہو سکتا ہے، جس کے بعد درد ہو اور کندھا معمول کے مطابق حرکت نہ کرے۔ اگر ایسا ہو تو فوراً کلینک سے رابطہ کریں یا ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔

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

نئے جوڑ کے ارد گرد انفیکشن ہو سکتا ہے۔ ان علامات پر نظر رکھیں: گہرا ٹیس مارتا درد جو عام درد کش دواؤں سے کم نہ ہو، زخم سے باہر کی طرف پھیلتی ہوئی سرخی، یا بخار۔ اگر آپ ان میں سے کوئی بھی علامت دیکھیں تو جلد کلینک کو بتائیں۔ انفیکشن کا علاج مرحلہ وار کیا جاتا ہے، اور کندھے کی تبدیلی کے ارد گرد زیادہ تر انفیکشن اس طریقے سے ختم کیے جا سکتے ہیں۔

نئے پرزے وقت کے ساتھ ڈھیلے ہو سکتے ہیں۔ یہ عام طور پر ایسے درد کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے جو واپس آ جائے یا بڑھ جائے، کبھی کبھی کلک کی آواز یا رگڑ کے احساس کے ساتھ۔ اپنے اگلے معائنے پر اس کا ذکر کریں تاکہ ایکسرے سے اس کی جانچ کی جا سکے۔

اعصاب کندھے کے قریب سے گزرتے ہیں، اور سرجری کے دوران ان پر چوٹ لگ سکتی ہے یا ان میں جلن (irritation) پیدا ہو سکتی ہے۔ آپ کو بازو میں سُن پن، جھنجھناہٹ یا کمزوری محسوس ہو سکتی ہے۔ اکثر یہ خود ہی ٹھیک ہو جاتا ہے، لیکن اپنے معائنے پر اس کا ذکر کریں تاکہ اس پر نظر رکھی جا سکے۔

نئے جوڑ کے ارد گرد کی ہڈی میں، یا کندھے کے سب سے اوپر ہڈی کے ابھرے ہوئے سرے میں، چھوٹے فریکچر (ہڈی کا ٹوٹنا) ہو سکتے ہیں۔ آپ کو تیز درد محسوس ہوگا، اکثر گرنے یا زور سے دھکا دینے کے بعد۔ اگر ایسا ہو تو کلینک سے رابطہ کریں۔

کندھے کی سرجری کے بعد کبھی کبھار خون کا لوتھڑا بن سکتا ہے، جس سے عام طور پر پنڈلی کے پچھلے حصے میں اچانک سوجن اور چھونے پر درد ہوتا ہے۔ اگر آپ کو ایسا محسوس ہو تو جلد طبی مدد حاصل کریں۔

کچھ عوامل مسائل کا امکان بڑھا دیتے ہیں۔ بازو کے اوپری حصے کی ہڈی ٹوٹنے پر کیے جانے والے اس آپریشن کے بعد مردوں میں پیچیدگیوں کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ پہلے روٹیٹر کف کی مرمت کا آپریشن ہو چکا ہو تو نئے جوڑ کے ارد گرد انفیکشن کا امکان بھی بڑھ جاتا ہے۔ اگر کندھے میں اسٹیرائیڈ کا انجکشن لگا ہو تو سرجری سے پہلے کم از کم 4 ہفتے انتظار کرنا ضروری ہے، اور ہم اسی کے مطابق منصوبہ بنائیں گے۔

اگر آپ تفصیلات جاننا چاہتے ہیں تو اس صفحے پر پیچیدگیوں کی جدول میں ان کی عام شرحیں درج ہیں۔

ہمیں کب فون کریں

اس آپریشن کے بعد زیادہ تر مسائل ایسی انتباہی علامات کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں جنہیں آپ گھر پر پہچان سکتے ہیں۔ اگر آپ کو بخار ہو، زخم کے ارد گرد بڑھتی ہوئی سرخی یا زخم سے رطوبت کا اخراج ہو، یا ایسا درد ہو جو کم ہونے کے بجائے بڑھتا ہی جائے، تو ہمیں فون کریں۔ اگر آپ کو اچانک شدید درد ہو، آپ کا کندھا اپنی شکل سے ہٹا ہوا نظر آئے، یا آپ بازو کو حرکت نہ دے سکیں تو ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔ پنڈلی کے پچھلے حصے میں سوجن کے ساتھ چھونے پر درد، یا سانس پھولنا، ایسی حالت ہے جس میں فوراً ایمرجنسی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر آپ کے بازو یا ہاتھ میں احساس ختم ہو جائے، یا نیا سُن پن اور جھنجھناہٹ محسوس ہو جو ٹھیک نہ ہو، تو بھی 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۔ ریورس شولڈر ریپلیسمنٹ کے بارے میں اضافی مطالعہ اس لیے مفید ہے کہ یہ وہ آپریشن ہے جس نے ایک ایسا مسئلہ حل کیا جسے پہلے ناقابلِ حل سمجھا جاتا تھا، یعنی ایسا کندھا جس کا روٹیٹر کف کام نہ کر رہا ہو، اور اس لیے بھی کہ اس کی مخصوص پیچیدگی ایسی ہے جس کے بارے میں زیادہ تر مریضوں نے کبھی نہیں سنا۔

جوڑ کو الٹنا کیوں کارگر ہے

عام کندھے میں بازو پر ایک گیند اور کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی (shoulder blade) پر ایک پیالہ ہوتا ہے، اور یہ روٹیٹر کف پر انحصار کرتا ہے کہ جب ڈیلٹائیڈ بازو اٹھائے تو وہ گیند کو بیچ میں تھامے رکھے۔ جہاں کف ختم ہو چکا ہو، وہاں روایتی جوڑ کی تبدیلی کو مستحکم رکھنے والا کچھ نہیں ہوتا اور گیند بس اوپر کی طرف کھسک 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

ریورس ڈیزائن ان دونوں کی جگہ بدل دیتا ہے: گیند کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی پر لگا دی جاتی ہے اور پیالہ بازو پر۔ اس سے گھماؤ کا مرکز اندر اور نیچے کی طرف چلا جاتا ہے، جس سے ڈیلٹائیڈ کی قوت کا بازو (lever arm) لمبا ہو جاتا ہے اور وہ اکیلے ہی بازو کو اٹھا سکتا ہے۔ یہ حیاتیاتی کے بجائے ایک میکانکی حل ہے: یہ کسی چیز کی مرمت نہیں کرتا، بلکہ باقی رہ جانے والے پٹھے کو کافی بنا دیتا ہے۔

اسی سے یہ بھی سمجھ آتا ہے کہ یہ آپریشن کون سی حرکتیں کس حد تک بحال کرتا ہے۔ سر سے اوپر بازو اٹھانا عام طور پر اچھی طرح واپس آ جاتا ہے۔ گھماؤ ان پٹھوں پر منحصر ہے جنہیں یہ آپریشن تبدیل نہیں کرتا، اس لیے کمر کے پیچھے ہاتھ لے جانا اکثر محدود رہتا ہے، اور یہ بات سرجری کے بعد مایوسی بننے کے بجائے سرجری سے پہلے ہی توقعات کا حصہ ہونی چاہیے۔

جہاں اس نے پرانے آپریشنوں کی جگہ لے لی ہے

فریکچر کے معاملے میں یہ تبدیلی فیصلہ کن رہی ہے۔ **228,523** مریضوں کے اعداد و شمار کو یکجا کرنے پر، بازو کے اوپری حصے کی ہڈی کے اوپری سرے کے فریکچر (proximal humerus fractures) والے بزرگ مریضوں میں ریورس ٹوٹل شولڈر آرتھروپلاسٹی نے ہیمی آرتھروپلاسٹی (hemiarthroplasty، صرف گیند والے حصے کی تبدیلی) کے مقابلے میں بہتر فعالی نتائج اور پیچیدگیوں کی بہتر شرح دکھائی، اور پلیٹ لگا کر ہڈی جوڑنے کے مقابلے میں دوبارہ آپریشن (revision) کے لحاظ سے زیادہ سازگار نتائج دیے [1]۔

امپلانٹ کی ایک تفصیل جو جاننے کے قابل ہے، کیونکہ یہ سوال اکثر اٹھایا جاتا ہے: ان فریکچروں کے لیے ریورس تبدیلی میں معیاری پرزوں کا فریکچر کے لیے مخصوص پرزوں سے موازنہ کرنے پر **436** مریضوں میں طبی نتائج یا پیچیدگیوں کی شرح میں **کوئی نمایاں فرق نہیں** پایا گیا [2]۔

وہ پیچیدگی جس کے بارے میں جاننا ضروری ہے

یہاں جو پیچیدگی اہم ہے وہ **ایکرومین (کندھے کے اوپر کی ہڈی) یا کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کا دباؤ سے ہونے والا فریکچر** (acromial or scapular stress fracture) ہے، یعنی جوڑ کے اوپر کی ہڈی کا ڈیلٹائیڈ کے اس بڑھے ہوئے تناؤ کے تحت چٹخ جانا جو یہ ڈیزائن جان بوجھ کر پیدا کرتا ہے۔ یہ اسی طریقۂ کار کا براہِ راست نتیجہ ہے جس کی وجہ سے یہ آپریشن کام کرتا ہے۔

ایک میٹا اینالیسس (meta-analysis) نے خطرے کے عوامل کی نشاندہی کی: جن مریضوں کو یہ فریکچر ہوئے وہ **زیادہ عمر کے اور کم بی ایم آئی (BMI، قد کے لحاظ سے وزن کا پیمانہ) والے** تھے، اور دوسرے خطرات میں **ہڈیوں کی کمزوری، سوزش والا آرتھرائٹس، خاتون ہونا اور روٹیٹر کف کی پچھلی مرمت** شامل تھے [3]۔ ایک الگ جائزے سے معلوم ہوا کہ تحقیقی مواد میں ان فریکچروں کو غیر یکساں طور پر رپورٹ کیا جاتا ہے، یعنی ان کی تعریف، تشخیص اور گنتی میں نمایاں تضادات ہیں [4]، اس لیے بتائی گئی شرحوں کو احتیاط سے دیکھنا چاہیے۔

اس کے مقابلے میں قلیل مدتی تصویر اطمینان بخش ہے: پہلے 90 دنوں میں اموات اور طبی اور جراحی پیچیدگیوں کی مجموعی شرح کم ہے، اور صرف **6 فیصد** مریضوں کو دوبارہ ہسپتال میں داخل ہونا پڑا [5]۔

دو باتیں جن کی شواہد تائید نہیں کرتے

یہ کہ سب اسکیپولیرس (subscapularis) کی مرمت ضروری ہے۔ **267** مریضوں میں، سب اسکیپولیرس (کندھے کی چپٹی ہڈی کے سامنے والا روٹیٹر کف کا پٹھا) کی مرمت کے ساتھ یا اس کے بغیر ریورس تبدیلی کے بعد بازو کو پہلو سے اٹھانے، اندر کی طرف گھمانے یا باہر کی طرف گھمانے کی طاقت میں **کوئی فرق نہیں** تھا، اگرچہ مصنفین نوٹ کرتے ہیں کہ طاقت کے نتائج پر تحقیق محدود ہے [6]۔

یہ کہ آپریشن کی وجہ نتیجے پر اثر نہیں ڈالتی۔ دراصل ڈالتی ہے۔ دو یا اس سے زیادہ سال بعد، جن مریضوں کی ریورس تبدیلی **سالم** روٹیٹر کف کے ساتھ بنیادی جوڑ کے گھسنے والے آرتھرائٹس (primary osteoarthritis) کی وجہ سے ہوئی، ان کے کانسٹینٹ اسکور (Constant score، کندھے کی کارکردگی کا پیمانہ) ان مریضوں سے نمایاں طور پر زیادہ تھے جن کا آپریشن روٹیٹر کف کے پھٹاؤ کے ساتھ بنیادی آرتھرائٹس یا ثانوی آرتھرائٹس (secondary osteoarthritis) کی وجہ سے ہوا [7]۔ ایک ہی آپریشن اس بات کے لحاظ سے مختلف نتائج دیتا ہے کہ آپ کو اس کی ضرورت کیوں پڑی، اور جب آپ کو کوئی اوسط بتائی جائے تو یہ جاننا مفید 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

حوالہ جات

[1] Mekhail J, Mullan R, Cross JL, Jahagirdar O, Luo X, Salameh M. Outcomes of reverse total shoulder arthroplasty vs other surgical fixation methods for proximal humerus fractures: a systematic review and meta-analysis. JSES Rev Rep Tech. 2026;6(2):100644. https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.100644

[2] Apivatgaroon A, Kongmalai T, Kongmalai P. Standard compared with fracture-specific components in reverse shoulder arthroplasty for proximal humeral fractures: a systematic review and meta-analysis. Bone Joint J. 2025;107-B(9):931-41. https://doi.org/10.1302/0301-620X.107B9.BJJ-2024-1508.R2

[3] Elmenawi KA, Sperling JW, Sanchez-Sotelo J, Barlow JD. Risk factors for acromial and scapular fractures following reverse shoulder arthroplasty: a meta-analysis. JSES Rev Rep Tech. 2026;6(1):100578. https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.08.015

[4] Davie RA, Nathan K, Persaud SG, Oladeji LO, Taylor SA, Dines JS, et al. Inconsistent reporting of risk factors for acromial stress fractures following reverse total shoulder arthroplasty: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2025;34(11):e975-e984. https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.02.032

[5] Kent LM, Hurley ET, Davey MS, Klifto CS, Mullett H. Low complication rate following reverse total shoulder arthroplasty at 90-days follow-up: a systematic review. J ISAKOS. 2024;9(2):205-10. https://doi.org/10.1016/j.jisako.2023.11.006

[6] Preuss FR, Eble SK, Peebles AM, Osuna-Garcia A, Provencher CMT. Shoulder strength outcomes after reverse total shoulder arthroplasty: a systematic review. JSES Rev Rep Tech. 2022;2(2):131-4. https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2021.11.004

[7] Nové-Josserand L, Nerot C, Colotte P, Guery J, van Rooij F, Hibon A, et al. Reverse shoulder arthroplasty for primary glenohumeral osteoarthritis: significantly different characteristics and outcomes in shoulders with intact vs. torn rotator cuff. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(4):850-62. https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.07.027

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

ریورس شولڈر آرتھروپلاسٹی (کندھے کے جوڑ کی ریورس تبدیلی)

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
پٹھوں اور نرم بافتوں میں ہڈی بن جانا (heterotopic ossification)	27.0%	یہ شرح ریورس ٹوٹل شولڈر آرتھروپلاسٹی (rTSA) کے 2 سے 3 سال بعد رپورٹ کی گئی، اور 10 سال پر 75 فیصد تک پہنچ جاتی ہے۔
کندھے کی چپٹی ہڈی کا گھس جانا (scapular notching)	10.8%	بازو والے پلاسٹک (polyethylene) کے پرزے اور کندھے کی چپٹی ہڈی کی گردن (scapular neck) کے درمیان نچلی طرف ٹکراؤ بہت عام ہے؛ اگرچہ عام طور پر اس کی کوئی علامت نہیں ہوتی، لیکن شدید گھساؤ وقت کے ساتھ پیالے والے پرزے (glenoid) کے ڈھیلا ہونے یا امپلانٹ کی ناکامی کا سبب بن سکتا ہے۔
حرکت میں کمی	5%	باہر کی طرف گھماؤ میں کچھ کمی عام ہے، خاص طور پر اندر کی طرف رکھے گئے (medialised) ڈیزائنوں میں؛ تقریباً 5 فیصد مریضوں میں نمایاں اکڑاؤ پیدا ہو جاتا ہے جس کے لیے کندھے کو زور سے حرکت دینے کے عمل (manipulation) یا دوبارہ آپریشن (revision) کی ضرورت پڑتی ہے۔
اعصاب دبنے کے سنڈروم	5%	تقریباً 5 فیصد مریضوں میں کارپل ٹنل یا کیوبیٹل ٹنل سنڈروم (کلائی یا کہنی پر عصب کا دبنا) پیدا ہو جاتا ہے؛ زیادہ تر مریض بازو کے سلنگ سے باہر آنے کے بعد بہتر ہو جاتے ہیں۔
مسلسل درد یا عدم اطمینان	3-5%	ایک بڑی رجسٹری (n=10,797) میں ایسا درد جس کے علاج کی ضرورت پڑے 0.2 فیصد میں رپورٹ ہوا؛ درد کے ساتھ اکڑاؤ 2.6 فیصد میں۔ باقی رہ جانے والی تکلیف، جس میں آپریشن والے کندھے پر لیٹنے میں دشواری بھی شامل ہے، زیادہ عام ہے لیکن عام طور پر ہلکی ہوتی ہے۔
ایکرومین یا کندھے کی پچھلی ہڈی کے ابھار کا فریکچر	2.0%	ڈیلٹائیڈ کے بڑھے ہوئے تناؤ اور بازو کے لمبا ہونے سے ہونے والے دباؤ کے فریکچر (stress fractures)، جو آپریشن کے اوسطاً 9.4 ماہ بعد ہوتے ہیں؛ خطرہ خواتین میں زیادہ ہے (مرد اور خواتین کا تناسب 1:5.4) اور پتلے ایکرومین (acromion) میں بھی۔
امپلانٹ کے پرزوں کی پیچیدگیاں	2-5%	پیالے والی بنیادی پلیٹ (glenoid baseplate) کا ڈھیلا ہونا (5 فیصد)، پرزوں کا ایک دوسرے سے الگ ہو جانا (2.2 فیصد)، بازو والے پرزے کا ڈھیلا ہونا (1.9 فیصد)، یا پیچ کا ٹوٹ جانا دوبارہ آپریشن کا تقاضا کر سکتا 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

پیچیدگی	رپورٹ شدہ شرح	نوٹ
دوبارہ آپریشن کی شرح	1.5%	تقریباً 5 سے 10 فیصد مریضوں کو 10 سال کے اندر انفیکشن، جوڑ کے ڈھیلے پن یا بار بار نکلنے (instability)، پرزوں کے ڈھیلا ہونے، فریکچر یا پرزوں کی ناکامی کی وجہ سے دوبارہ آپریشن کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
انفیکشن	1.2%	گہرا انفیکشن جس کے لیے کئی بار جوڑ کی صفائی (washout)، لمبے عرصے تک اینٹی بائیوٹک دوائیں، اور ممکنہ طور پر پرزے نکال کر مرحلہ وار دوبارہ آپریشن کی ضرورت پڑتی ہے؛ خطرہ دوبارہ کیے جانے والے آپریشن، ذیابیطس (شوگر) اور کمزور مدافعتی نظام کی حالتوں میں زیادہ ہوتا ہے۔
جوڑ کا اپنی جگہ سے نکل جانا یا ڈھیلا پن	0.9%	خطرے کے عوامل میں دوبارہ کیا جانے والا آپریشن، اعصابی بیماریاں، سب اسکیپولیرس (subscapularis) پٹھے کی کمزوری، اور پرزوں کا غلط جگہ پر لگنا شامل ہیں؛ علاج کے لیے بغیر چیرے کے جوڑ کو واپس بٹھانے (closed reduction) یا زیادہ جکڑے ہوئے (constrained) پرزوں کے ساتھ دوبارہ آپریشن کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
امپلانٹ کے ارد گرد ہڈی کا فریکچر (periprosthetic fracture)	0.8%	آپریشن کے دوران فریکچر مجموعی طور پر 1.4 فیصد میں ہوتے ہیں، جو دوبارہ کیے جانے والے آپریشنوں میں بڑھ کر 13.6 فیصد ہو جاتے ہیں؛ بازو کی ہڈی کے فریکچر سب سے عام ہیں، جو زیادہ تر ڈنڈا (stem) ڈالتے وقت یا ہڈیوں کی کمزوری (osteoporosis) والی ہڈی میں ہوتے ہیں۔
اعصابی پیچیدگیاں	0.7%	بغل کے عصب (axillary nerve) کو سب سے زیادہ خطرہ ہوتا ہے؛ اندر کی طرف رکھے گئے (medialised) امپلانٹ میں عصب کی چوٹ 2.9 فیصد ہے جبکہ باہر کی طرف رکھے گئے (lateralised) ڈیزائنوں میں 0.5 فیصد؛ زیادہ تر عصب کی عارضی چوٹیں (neurapraxia) ہوتی ہیں جو 3 سے 6 ماہ میں ٹھیک ہو جاتی ہیں۔
خون کا جمع ہو جانا (hematoma)	0.3%	یہ شرح ایک ہی مرکز کی 299 کیسوں پر مشتمل تحقیق سے لی گئی ہے۔
کمپلیکس ریجنل پین سنڈروم (complex regional pain syndrome)	0.3%	یہ شرح ایک ہی مرکز کی 299 کیسوں پر مشتمل تحقیق سے لی گئی ہے۔
طبی پیچیدگیاں	0.2%	پورے جسم کو متاثر کرنے والی پیچیدگیاں، جن میں پھیپھڑوں میں خون کا لوتھڑا (pulmonary embolism)، پھیپھڑے کا پچک جانا (pneumothorax)، دل کا دورہ یا فالج شامل ہیں، کم ہی ہوتی ہیں۔
زخم کی پیچیدگیاں	Rare	زخم بھرنے کے مسائل کم ہی ہوتے ہیں؛ علاج کے طور پر خون پتلا کرنے والی دوا لینے والے مریضوں میں خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔

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