CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

سب ایکرومیئل امپینجمنٹ اور برسا کی سوزش (Subacromial Impingement and Bursitis)

سب ایکرومیئل امپینجمنٹ (subacromial impingement): روٹیٹر کف ایکرومیئن کے نیچے دب جاتا 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۔

آپ کو کیا محسوس ہوتا ہے

سب ایکرومیئل امپینجمنٹ (subacromial impingement)، کندھے میں ٹینڈن کا رگڑ کھانا) کی بنیادی علامت کندھے کے سامنے والے حصے میں درد ہے۔ یہ اکثر اس وقت ظاہر ہوتا ہے جب آپ بازو اٹھاتے ہیں، سر سے اوپر ہاتھ بڑھاتے ہیں، یا بازو کو جسم سے دور رکھ کر استعمال کرتے ہیں۔ بہت سے لوگوں کو کندھے اور بازو میں کمزوری بھی محسوس ہوتی ہے۔

درد عموماً ایک خاص انداز میں ہوتا ہے۔ یہ ایک "تکلیف دہ قوس" (painful arc) کے دوران بھڑک سکتا ہے، یعنی حرکت کی وہ پٹی جس میں بازو اٹھانے سے درد ہوتا ہے، جو پہلو کی طرف باہر یا آپ کے سامنے تقریباً 40 سے 120 ڈگری کے درمیان ہوتی ہے۔ اس پٹی سے باہر حرکت اکثر آسان ہوتی ہے۔ رات کو درد ہونا عام ہے، اور سرگرمی کے بعد یا جاگنے پر کندھے میں دکھن ہو سکتی ہے۔ جو کام مشکل ہو جاتے ہیں ان میں دھلے ہوئے کپڑے لٹکانا، کسی اونچے شیلف تک ہاتھ پہنچانا، یا کیتلی اٹھانا شامل ہیں۔

آپ کے کندھے کی حرکت کی حد عموماً نارمل رہتی ہے، یعنی آپ اب بھی اسے اس کی پوری قوس میں حرکت دے سکتے ہیں، اگرچہ اس قوس کے کچھ حصوں میں درد ہوتا ہے۔ کندھے کے سامنے والے حصے پر چھونے سے درد ہونا عام ہے۔

اگر آپ کی علامات ٹھیک نہ ہو رہی ہوں، ہفتوں کے دوران بگڑ رہی ہوں، رات کو آپ کو جگا دیتی ہوں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا بازو استعمال کرنے سے روکتی ہوں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) سے ملیں یا کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنے کی درخواست کریں۔

کندھے کے دوسرے مسائل بھی ایسے ہی محسوس ہو سکتے ہیں، جن میں فروزن شولڈر (کندھے کا جم جانا)، روٹیٹر کف (rotator cuff)، یعنی ٹینڈنوں کا وہ گروپ جو کندھے کو تھامتا اور گھماتا ہے، کا مکمل پھٹاؤ (یعنی ٹینڈن (tendon) کا آر پار پھٹ جانا)، اور جوڑ کا ڈھیلا پن (instability، یعنی ایسا کندھا جو اپنی جگہ سے پھسلتا ہے یا ڈھیلا محسوس ہوتا ہے) شامل ہیں۔ احتیاط سے کیا گیا معائنہ یہ طے کرتا ہے کہ آپ کو ان میں سے کون سا مسئلہ 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

دراصل کیا ہو رہا ہے

آپ کا کندھا ہڈی کی ایک محراب کے نیچے ہوتا ہے۔ یہ محراب ایکرومیئن (acromion، کندھے کے اوپر ہڈی کا چھجا) سے بنتی ہے، جو سامنے کی طرف ایک لیگامنٹ (ligament)، یعنی وہ مضبوط بندھن جو ایک ہڈی کو دوسری ہڈی سے جوڑتا ہے، کے ذریعے ایک اور ہڈی سے جڑی ہوتی ہے۔ اس محراب کے نیچے کی جگہ میں سے آپ کے روٹیٹر کف کے ٹینڈن پھسلتے ہیں، یعنی چار ٹینڈنوں کا وہ گروپ جو حرکت کے دوران جوڑ کی گیند کو مرکز میں رکھتا ہے، اور سیال سے بھری ایک چھوٹی گدی بھی، جسے سب ایکرومیئل برسا (subacromial bursa) کہتے ہیں۔ برسا کچھ حد تک ایک گیسکٹ (gasket) کی طرح کام کرتا ہے، جو ٹینڈنوں کو ہڈی سے رگڑ کھانے کے بجائے اس کے نیچے آسانی سے پھسلنے دیتا ہے۔

اس مسئلے میں یہ گدی سوزش کا شکار ہو کر سوج جاتی ہے، اور ٹینڈن بھی موٹے ہو سکتے ہیں۔ موٹا ٹینڈن محراب کے نیچے کی تنگ جگہ کا زیادہ حصہ گھیر لیتا ہے، اس لیے پھسلنے کے لیے کم جگہ بچتی ہے۔ یہ اس سے میل کھاتا ہے جو آپ محسوس کرتے ہیں: بازو اٹھاتے وقت کندھے کے سامنے والے حصے میں درد، جو اوپر بیان کی گئی تکلیف دہ قوس میں سب سے زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ ٹھیک اسی وقت محراب کے نیچے کی جگہ سب سے زیادہ تنگ ہوتی ہے۔ یہ جگہ اس وقت سب سے تنگ ہوتی ہے جب آپ کا بازو تقریباً 90 ڈگری تک، یعنی لگ بھگ کندھے کی سیدھ تک، اٹھا ہوا ہو۔

یہ جاننا فائدہ مند ہے کہ محراب اور ٹینڈنوں کے درمیان کچھ نہ کچھ رگڑ ہر کندھے میں ہوتی ہے، صحت مند کندھوں میں بھی۔ کچھ خاص حرکتوں میں، جیسے پہلو کی طرف یا پیچھے کی طرف ہاتھ بڑھاتے وقت، دباؤ بس بڑھ جاتا ہے۔ اس بارے میں بحث بھی جاری ہے کہ کیا ٹینڈن کے اوپر کی ہڈی کی بناوٹ واقعی اس کی وجہ ہے، کیونکہ ہڈی کی بناوٹ اور ٹینڈن کے مسائل کے درمیان تعلق ابھی طے نہیں ہوا۔ اب بہت سے ماہرین اس مسئلے کو سب ایکرومیئل پین سنڈروم (subacromial pain syndrome) کہتے ہیں، یہ نام بتاتا ہے کہ درد کہاں ہوتا ہے، اس کی وجہ جاننے کا دعویٰ نہیں کرتا۔

اسی لیے علاج عموماً آپریشن کے بغیر، ورزش اور سرجری کے بغیر دوسرے طریقوں سے شروع ہوتا ہے۔ محراب کے نچلے حصے سے ہڈی چھیلنے کی سرجری، جسے سب ایکرومیئل ڈی کمپریشن (subacromial decompression) کہتے ہیں، منتخب مریضوں کے ایک چھوٹے گروپ کو پیش کی جا سکتی ہے جن کا درد ٹھیک نہیں ہوا۔ ایمانداری سے یہ کہنا چاہیے کہ جن ٹرائلز میں اس آپریشن کا موازنہ ایک فرضی آپریشن (sham) سے کیا گیا، جس میں سرجن کندھے کے اندر دیکھتا ہے لیکن کوئی ہڈی نہیں نکالتا، ان میں خود ہڈی نکالنے سے بہت کم اضافی فائدہ ملا۔

ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیرن ہِرپرا، جو Mater Private Hospital Rockhampton میں بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ہیں، آپ کے مسئلے کے لحاظ سے سب سے کم چیر پھاڑ والے طریقوں سے شروع کرتے ہیں۔ مریضوں کو عام طور پر ان کے فیملی ڈاکٹر (GP) ہمارے کلینک بھیجتے ہیں؛ اگر کسی فزیوتھراپسٹ نے آپ کو ہمیں دکھانے کا مشورہ دیا ہے تو بھی میڈیکیئر (Medicare) کی رقم واپسی کا حق دار ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل (referral) لینا ہوگا۔ آپ کی پہلی ملاقات پر ہم آپ کی طبی تاریخ لیتے ہیں، آپ کے کندھے کا معائنہ کرتے ہیں، اور جہاں ضرورت ہو امیجنگ کا انتظام کرتے ہیں۔ اس جیسے دیرینہ مسئلے میں ہم عموماً پہلے آپریشن کے بغیر علاج آزماتے ہیں، اور سرجری پر صرف تب غور کرتے ہیں جب اس سے کافی بہتری نہ آئی ہو۔

پہلا قدم بازو کے استعمال کا طریقہ بدلنا اور فزیوتھراپسٹ کے ساتھ کندھے کی طاقت بڑھانا ہے۔ مقصد جلن (irritation) والی بافت کو پرسکون کرنا اور آرام دہ حرکت بحال کرنا ہے، درد کے باوجود زور لگاتے رہنا نہیں۔ کوئی رائے قائم کرنے سے پہلے اسے کئی مہینوں تک پورا موقع دیں۔ آپ کے معمول کے علاج کے اوپر کندھے کو مضبوط کرنے کی بہت زیادہ ورزش شامل کرنے سے نتائج بہتر نہیں ہوتے، اس لیے باقاعدہ، اچھی رہنمائی میں کی گئی ورزش ہی اصل چیز ہے۔

جب تک ورزشیں اپنا کام کرتی ہیں، درد کش دوائیں اور سوزش کم کرنے والی دوائیں آپ کو حرکت جاری رکھنے میں مدد دے سکتی ہیں۔ اس مسئلے کے لیے ہم کورٹیسون کے انجکشن استعمال نہیں کرتے۔

اگر آپریشن کے بغیر علاج کی حقیقی آزمائش کے بعد بھی درد آپ کو محدود کر رہا ہو، تو ہم سرجری پر بات کرتے ہیں۔ آپریشن سب ایکرومیئل ڈی کمپریشن ہے، جس میں ٹینڈنوں کو زیادہ جگہ دینے کے لیے محراب کے نچلے حصے سے ہڈی چھیلی جاتی ہے، اور ساتھ ہی سوزش والا برسا

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

نکال دیا جاتا ہے۔ یہ فیصلہ آپ ہمارے ساتھ مل کر کرتے ہیں، یہ تولتے ہوئے کہ آپریشن میں کیا کیا جاتا ہے اور یہ کیا بدل سکتا ہے اور کیا نہیں۔

کیا توقع رکھیں

زیادہ تر لوگوں میں یہ مسئلہ سرجری کے بجائے وقت اور باقاعدہ ورزش سے ٹھیک ہو جاتا ہے۔ کوئی رائے قائم کرنے سے پہلے آپریشن کے بغیر علاج کو کئی مہینوں تک پورا موقع دیں۔ بہت سے لوگ اتنے بہتر ہو جاتے ہیں کہ آپریشن کے بغیر اپنی معمول کی سرگرمیوں پر واپس آ جاتے ہیں۔ اگر ورزش اور سرجری کے بغیر دوسرے طریقوں کی حقیقی آزمائش کے بعد بھی درد ٹھیک نہ ہوا ہو تو سرجری پر بات ہو سکتی ہے، لیکن جن ٹرائلز میں اس کا موازنہ فرضی آپریشن سے کیا گیا، ان میں خود ہڈی نکالنے سے بہت کم اضافی فائدہ ملا۔

اس مسئلے کے بعد صحت یابی سوچ سمجھ کر سنبھالی جاتی ہے، جلدبازی میں نہیں۔ آپریشن کروانے والے زیادہ تر لوگ 6 ہفتوں کے اندر کام پر واپس آ جاتے ہیں، اور 90 فیصد سے زیادہ لوگ 4 ہفتوں کے اندر دوبارہ گاڑی چلانے لگتے ہیں، تاہم کندھے کی سرجری کے بعد کم از کم چھ ہفتے تک آپ کو گاڑی نہیں چلانی چاہیے، اور اس کے بعد بھی صرف اس وقت جب آپ کے سرجن اجازت دے دیں۔ زیادہ تر لوگ اپنے پچھلے کھیلوں میں بھی واپس آ جاتے ہیں، جن میں سر سے اوپر والے کھیل کھیلنے والوں میں سے 90 فیصد، اور کندھے پر کم بوجھ ڈالنے والے کھیل اور ایسے کھیل جن میں کھلاڑی آپس میں ٹکراتے ہیں (contact sport) کھیلنے والے سب لوگ شامل ہیں۔ آپ کو خود محسوس ہونے والی کندھے کی کارکردگی بحال ہونے میں اوسطاً لگ بھگ 3 ماہ لگتے ہیں۔ کوراکو ایکرومیئل لیگامنٹ (coracoacromial ligament)، یعنی محراب کے نیچے بافت کا پٹا، سرجری کے بعد کافی جلدی دوبارہ بن سکتا ہے، لیکن اسے اپنی طاقت واپس پانے میں وقت لگتا ہے۔

اگر اس مسئلے کو یوں ہی چھوڑ دیا جائے تو کچھ لوگوں کو آتا جاتا درد جاری رہتا ہے، خاص طور پر سر سے اوپر کی سرگرمی کے ساتھ۔ مخصوص ورزشوں والا علاج سرجری کی ضرورت کم کر سکتا ہے، اور اس کے نتائج 10 سال بعد بھی برقرار رہتے ہیں۔ گردن کو جھٹکا لگنے سے ہونے والی چوٹ (whiplash injury) والے لوگوں میں نتائج سست اور مجموعی طور پر کمزور ہوتے ہیں۔ سرجری کے دوران ملنے والے روٹیٹر کف کے جزوی پھٹاؤ کا علاج ضروری نہیں ہو سکتا، کیونکہ دونوں گروپوں کا آخری نتیجہ ملتا جلتا تھا۔

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

یہاں کندھے کا زیادہ تر درد ایمرجنسی نہیں ہوتا، لیکن چند علامات پر فوری توجہ کی ضرورت ہے۔ اگر آپ کا بازو گرم، سرخ، سوجا ہوا اور دردناک ہو جائے، خاص طور پر بخار کے ساتھ، یا اگر آپ کی انگلیاں یا ہاتھ سفید پڑ جائیں، ٹھنڈے ہو جائیں، بالکل سفید یا نیلے ہو جائیں، تو اسی دن ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔ یہی بات اس صورت میں بھی لاگو ہوتی ہے اگر چوٹ کے بعد اچانک بازو میں احساس یا حرکت ختم ہو جائے۔

اگر درد ٹھیک نہ ہو رہا ہو، ہفتوں کے دوران بگڑ رہا ہو، رات کو آپ کو جگا دیتا ہو، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا بازو استعمال کرنے سے روکتا ہو، تو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ملیں۔ اگر کئی مہینوں کے بعد بھی سادہ طریقوں سے فائدہ نہ ہوا ہو، یا اگر آپ کی تکلیف کا انداز اوپر بیان کی گئی تکلیف دہ قوس جیسا لگتا ہو، تو ماہر ڈاکٹر سے معائنے کے لیے کہیں۔

ماہر ڈاکٹر کا معائنہ کوئی بھی فیصلہ کرنے سے پہلے دوسری وجوہات کو بھی خارج کر سکتا ہے، جیسے روٹیٹر کف کا پھٹاؤ یا فروزن شولڈر۔

مزید تفصیل

یہ حصہ اس سے زیادہ تفصیل میں جاتا ہے جتنی آپ کو اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے ضرورت ہے۔ سب ایکرومیئل امپنجمنٹ کے بارے میں اضافی مطالعہ اس لیے فائدہ مند ہے کہ یہ کندھے کا وہ مسئلہ ہے جس میں سرجری کو بڑے رینڈمائزڈ کنٹرولڈ ٹرائلز (randomised controlled trials) میں دو بار ایک فرضی (placebo) آپریشن کے مقابلے میں آزمایا گیا ہے، اور اس کے نتیجے نے دنیا بھر میں علاج کا طریقہ بدل دیا۔

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

دو ٹرائل جن میں آپریشن کا موازنہ آپریشن کرنے کا دکھاوا کرنے سے کیا گیا

زیادہ تر سرجیکل شواہد ایک آپریشن کا موازنہ دوسرے آپریشن سے، یا کوئی علاج نہ کرنے سے کرتے ہیں۔ بہت کم ہی کوئی ٹرائل آپریشن کا موازنہ فرضی آپریشن (sham) سے کرتا ہے: مریض کو بے ہوش کیا جاتا ہے، آرتھروسکوپ (arthroscope، جوڑ کے اندر دیکھنے والی دوربین) اندر ڈالی جاتی ہے، کوئی ڈی کمپریشن نہیں کیا جاتا، اور نہ مریض کو اور نہ جانچنے والے کو معلوم ہوتا ہے کہ کون سا عمل کیا گیا۔ یہ طریقہ سرجری کروانے کے پلاسیبو اثر (placebo effect) کو ختم کر دیتا ہے، جو کافی بڑا ہوتا ہے۔

سی ایس اے ڈبلیو (CSAW) ٹرائل نے **313** مریضوں کو قرعہ اندازی سے تین گروپوں میں بانٹا: دوربین کے ذریعے سب ایکرومیئل ڈی کمپریشن، صرف جانچ کے لیے آرتھروسکوپی، اور کوئی علاج نہیں۔ دونوں سرجیکل گروپوں کا نتیجہ کوئی علاج نہ کرنے سے بہتر رہا، لیکن **یہ فرق طبی لحاظ سے اہم نہیں تھا**، اور **ڈی کمپریشن نے صرف آرتھروسکوپی کے مقابلے میں کوئی اضافی فائدہ نہیں دیا** [1]۔

ایف آئی ایم پیکٹ (FIMPACT) ٹرائل الگ سے اسی نتیجے پر پہنچا۔ امپنجمنٹ سنڈروم کے مریضوں میں، دوربین کے ذریعے سب ایکرومیئل ڈی کمپریشن نے **24 ماہ پر تشخیصی آرتھروسکوپی کے مقابلے میں کوئی فائدہ نہیں دیا** [2]۔

دو اچھی طرح کیے گئے ٹرائل، دو ملک، ایک ہی جواب: آپریشن کا وہ حصہ جو ہڈی نکالتا ہے وہ حصہ نہیں ہے جو بہتری پیدا کر رہا ہے۔ لوگوں کو جو بھی فائدہ ہوا وہ کسی ایسی چیز سے آیا جو فرضی عمل بھی فراہم کرتا تھا۔

اس کا کیا مطلب ہے اور کیا نہیں

اس کا مطلب یہ نہیں کہ درد خیالی ہے، یا یہ کہ کوئی چیز مدد نہیں کرتی۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ میکانیکی وضاحت، یعنی یہ کہ ہڈی کا ایک ابھار ٹینڈن پر رگڑ رہا ہے اور اسے چھیل دینے سے مسئلہ حل ہو جاتا ہے، فائدے کی وجہ کے طور پر ثابت نہیں ہوتی۔

اس کے اثرات اس بات پر پڑتے ہیں کہ اس مسئلے کو کیسے بیان کیا جائے۔ خود "امپنجمنٹ" کی اصطلاح میں میکانیکی نظریہ شامل ہے، اسی لیے زیادہ تر طبی تحریروں میں اب "سب ایکرومیئل پین سنڈروم" (subacromial pain syndrome) کی اصطلاح استعمال ہونے لگی ہے: یعنی اس بات کی وضاحت کہ درد کہاں ہوتا ہے، نہ کہ اس کی وجہ کے بارے میں کوئی غیر ثابت شدہ دعویٰ۔

تو پھر کیا باقی رہ جاتا ہے

اصل بوجھ آپریشن کے بغیر علاج اٹھاتا ہے، اور موازنہ کرنے والے شواہد اتنے ملے جلے ہیں کہ انہیں غور سے پڑھنا فائدہ مند ہے۔ **3,643** مریضوں کے ایک نیٹ ورک تجزیے (network analysis) میں، ایکرومیوپلاسٹی (acromioplasty، ایکرومیئن کی ہڈی کو چھیلنا) اور فزیکل تھراپی کے ساتھ دوربین کے ذریعے ڈی کمپریشن نے درد، مریض کی اپنی بتائی ہوئی پیمائشوں اور حرکت کی حد میں بہتر نتائج دکھائے، جبکہ **کورٹیکو اسٹیرائیڈ انجکشن کے نتائج تینوں شعبوں میں خراب رہے**، اور مصنفین نے نمایاں علامات والے مریضوں کے لیے فزیکل تھراپی کی سفارش کی [3]۔

فرضی آپریشن والے ٹرائلز کے مقابلے میں رکھ کر دیکھیں تو معقول خلاصہ یہ ہے کہ منظم ورزش بنیادی علاج ہے؛ انجکشن مختصر مدت میں درد میں آرام دے سکتا ہے لیکن لمبے عرصے میں اچھا کام نہیں کرتا؛ اور یہ ثابت نہیں ہوا کہ سرجری اس سے زیادہ کچھ دیتی ہے جو صرف کیمرا اندر ڈالنے سے ملتا ہے۔

جہاں سرجری کا اب بھی کردار ہے

اس میں سے کچھ بھی روٹیٹر کف کے حقیقی، قابل مرمت پھٹاؤ پر لاگو نہیں ہوتا، جو ایک الگ تشخیص ہے جس کے اپنے شواہد ہیں اور جس کا ذکر روٹیٹر کف والے صفحے پر ہے۔ اوپر والے ٹرائلز ان کندھوں کے بارے میں ہیں جن کے درد کو امپنجمنٹ سے منسوب کیا گیا، نہ کہ ان کندھوں کے بارے میں جن کا ٹینڈن پھٹا ہوا ہو۔ ان دونوں میں فرق کرنا ہی وجہ ہے کہ یہاں آپریشن کے انتخاب سے زیادہ احتیاط سے معائنہ اہم 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] Beard DJ, Rees JL, Cook JA, Rombach I, Cooper C, Merritt N, et al. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group randomised surgical trial. Lancet. 2018;391(10118):329-38. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32457-1

[2] Paavola M, Malmivaara A, Taimela S, Kanto K, Inkinen J, Kalske J, et al. Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: randomised, placebo surgery controlled clinical trial. BMJ 2018;362:k2860. https://doi.org/10.1136/bmj.k2860

[3] Lavoie-Gagne O, Farah G, Lu Y, Mehta N, Parvaresh KC, Forsythe B. Physical therapy combined with subacromial cortisone injection is a first-line treatment whereas acromioplasty with physical therapy is best if conservative management fails for impingement syndrome: a systematic review and network meta-analysis. Arthroscopy 2022;38(8):2511-24. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2022.02.008

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