



ریورس شوولڈر آرتھروپلاسٹی (کنڈھے کے جوڑ کی ریورس تبدیلی)

ریورس شوولڈر ریمپلٹ (reverse shoulder replacement) میں گینڈ کنڈھے کی پچھلی چھٹی ہڈی پر اور پیالہ بازو کی ہڈی پر لگایا جاتا ہے، جو عام ساخت کے الٹ ہے، اور اس سے روٹیر لف پھٹنا ہونے کی صورت میں ڈیلٹائیڈ (deltoid) ہٹھا بازو کو اٹھا سکتا ہے۔

4.0 © ① 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۔

یہ آپریشن کیوں تجویز کیا گیا ہے

بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ڈاکٹر کیرن ہیرا، 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 فزیو تھراپسٹ نے آپ کو ہمارے پاس آنے کا مشورہ دیا ہے، تب بھی میڈیکیر (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 کنڈھے کا معائنہ کر کے، اور جہاں ضرورت ہو ایکسرے یا اسکیں کا انتظام کر کے آپ کا جائزہ لیتے ہیں۔

ریورس شوولڈر ریمپلٹ (reverse shoulder replacement) جوڑ کی تبدیلی کا ایک ایسا آپریشن ہے جس میں کنڈھے کے عام گینڈ اور پیالے (ball-and-socket) والے ڈھانچے کو الٹ دیا جاتا ہے، یعنی گینڈ وہاں لگتی ہے جہاں پیالہ تھا اور پیالہ وہاں لگتا ہے جہاں گینڈ تھی۔ ہم عام طور پر یہ آپریشن اس وقت تجویز کرتے ہیں جب روٹیر لف (rotator cuff)، یعنی ٹینڈوں کا وہ گروپ جو کنڈھے کو تھامتا اور گھماتا ہے، بری طرح ٹھنسی چکا ہو یا پھٹ چکا ہو، یا جب کنڈھے کے دوسرے مسائل بغیر آپریشن کے علاج، جیسے سرگرمیوں میں تبدیلی، فزیو تھراپی، اسپنلٹ یا انجکشن، سے ٹھیک نہ ہونے ہوں۔ کچھ چوٹوں میں فوراً سرجری تجویز کی جاسکتی ہے۔ اس آپریشن کا مقصد درد کم کرنا اور آپ کے کنڈھے 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 شوولڈر ریمپلٹ 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 کنڈھے کے ایکسرے شامل ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی سی ٹی اسکیں بھی، جو ایک تفصیلی اسکیں 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 کنڈھے 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 کنڈھے 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 جاسکے۔ 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 میٹروں 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 اینسٹھیٹیا (مکمل بے ہوشی) کے ساتھ ریجنل اعصابی بلاک (nerve block)، یعنی ایک انجکشن جو جسم کے ایک حصے کو سن 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 جوڑے تک پہنچنے کے لیے آپریشن والی جگہ کے اوپر ایک ہی چیرا لگاتے ہیں۔ جوڑے کی گھسی ہوئی سطحیں نکال دی جاتی ہیں اور ان کی جگہ دھات اور پلاسٹک کے نئے پرزے لگا دیے جاتے ہیں۔ عام کینڈ اور پیالے والا ڈھانچہ الٹ دیا جاتا ہے، یعنی کینڈ وہاں لگتی ہے جہاں پیالہ تھا اور پیالہ وہاں لگتا ہے جہاں کینڈ تھی۔ اسی وجہ سے اسے "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 روٹیر کف کے ٹینڈون کی جگہ بازو کو اٹھا سکے۔

آپریشن کے دوران آپ کے سرجن کندھے کے ٹینڈون (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 امپلائنٹ (جسم میں لگایا گیا مصنوعی پرزہ) اپنی جگہ لگنے کے بعد انہیں ٹانگوں سے واپس اس پر جوڑ دیا جاتا ہے۔ نئے پرزوں کی جگہ اور سائز آپریشن کے دن سے پہلے آپ کے ایکس رے اور اسکنوں سے بنائے گئے منصوبے کے مطابق طے کیے جاتے ہیں۔

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 جسم کو 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 نکلنے 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 فزیو تھراپسٹ عام طور پر آپ کے گھر جانے سے پہلے آپ کو دیکھے گا تاکہ ہلکی حرکتیں شروع کروائی جاسکیں۔ 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 قابل 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 فزیو تھراپسٹ 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 ٹکیوں 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 پہنا اور ہاتھ بڑھا کر چیزیں پکڑنا آسان ہو جاتے ہیں۔ جب آپ کے فزیو تھراپسٹ آپ کی طاقت سے مطمئن ہوں، تو آپ ان سرگرمیوں کی طرف واپس جاسکتے 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 فزیو تھراپسٹ ہر مرحلے پر آپ کی رہنمائی کریں گے۔

کیا مسائل پیدا ہو سکتے ہیں

زیادہ تر مریضی 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 جوڑا 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۔

نئے جوڑے کے ارد گرد انفیکشن ہو سکتا ہے۔ ان علامات پر نظر رکھیں: گہرا پیٹھ 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 جاسکتے ہیں۔

نئے جوڑے 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 ایسے سے اس کی جانچ کی جاسکے۔

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 سن پن، جھنجھناہٹ یا کمزوری محسوس ہو سکتی ہے۔ اثر یہ خود ہی ٹھیک ہو جاتا ہے، لیکن اپنے معائنے پر اس کا ذکر کریں تاکہ اس پر نظر رکھی جاسکے۔

نئے جوڑے کے ارد گرد کی ہڈی میں، یا کندھے کے سب سے اوپر ہڈی کے ابھرے ہوئے سرے میں، چھوٹے فیکچر (ہڈی کا ٹوٹنا) ہو سکتے ہیں۔ آپ کو تیز درد محسوس ہوگا، اکثر گزرنے 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 چھوٹنے 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 روٹیر کف کی مرمت کا آپریشن ہو چکا ہو تو نئے جوڑے کے ارد گرد ایمکیشن کا امکان بھی بڑھ جاتا ہے۔ اگر کندھے میں اسٹیرائڈ 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 لم 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 چھوٹنے 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 نینس پن اور ہتھکھناہٹ 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 شوولڈر ریمپلمینٹ کے بارے میں اضافی مطالعہ اس لیے مفید ہے کہ یہ وہ آپریشن ہے جس نے ایک ایسا مسئلہ حل کیا جسے پہلے ناقابل حل سمجھا جاتا تھا، یعنی ایسا کندھا جس کا روٹیر 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 بھی نہیں سنا۔

جوڑے 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 روٹیر کف پر انحصار کرتا ہے کہ جب ڈیٹلائڈ بازو اٹھائے تو وہ گیند کو بچھ میں تھامے رکھے۔ جہاں کف ختم ہو چکا ہو، وہاں روایتی جوڑے کی تبدیلی کو مستحکم رکھنے والا کچھ نہیں ہوتا اور گیند بس اوپر کی طرف کھسک جاتی ہے۔

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 ڈیٹلائڈ کی قوت کا بازو (lever arm) لمبا ہو جاتا ہے اور وہ اکیلے ہی بازو کو اٹھا سکتا ہے۔ یہ حیاتیاتی کے بجائے ایک میکانیکی حل ہے: یہ کسی چیز کی مرمت نہیں کرتا، بلکہ باقی رہ جانے والے پٹے 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۔ سر 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 یا دوسری 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 شوولڈر آرٹھروپلاسٹی نے بھی آرٹھروپلاسٹی (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 فیکچروں کے لیے ریورس تبدیلی میں معیاری پوزوں کا فیکچر کے لیے مخصوص پوزوں 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 چبٹی ہڈی کا دیاؤ سے ہونے والا فیکچر (acromial or scapular stress fracture) ہے، یعنی جوڑے 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 طریقہ کار کا براہ راست نتیجہ ہے جس کی وجہ سے یہ آپریشن کام کرتا ہے۔

ایک میٹا اینالیس (meta-analysis) نے خطرے کے عوامل کی نشاندہی کی: جن مریضوں کو یہ فیکچر ہونے وہ زیادہ عمر کے اور کم بی ایم آئی (BMI)، قمر کے لحاظ سے وزن کا پیمانہ) والے تھے، اور دوسرے خطرات میں ہڈیوں کی کمزوری، سوزش والا آرٹھرائٹس، خاتون ہونا اور روٹیر کف کی پچھلی مرمت شامیلی تھے [3]۔ ایک الگ جائزے سے معلوم ہوا کہ حقیقی مواد میں ان فیکچروں کو غیر یکساں طور پر رپورٹ کیا جاتا ہے، یعنی ان کی تعریف، تشخیص اور کتنی 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 اسکپولیرس (subscapularis) کی مرمت ضروری ہے۔ 267 مریضوں میں، سب اسکپولیرس (کندھے کی چبٹی ہڈی کے سامنے والا روٹیر کف کا پٹھا) کی مرمت کے ساتھ اس کے بغیر ریورس تبدیلی کے بعد بازو کو پہلو سے اٹھانے، اندر کی طرف تھمانے 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 نتیجہ پر اثر نہیں ڈالتی۔ دراصل ڈالتی ہے۔ دیا اس سے زیادہ سال بعد، جن مریضوں کی ریورس تبدیلی سالم روٹیر کف کے ساتھ بنیادی جوڑے گھسنے والے آرٹھرائٹس (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 روٹیر کف کے پھٹاؤ کے ساتھ بنیادی آرٹھرائٹس یا ثانوی آرٹھرائٹس (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۔

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 <https://doi.org/10.1302/0301-620X.107B9.BJJ-2024-1508.R2>. B(9):931-41
- [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](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>

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

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

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