

MENAXHIMI ARTROSKOPIK I KONTRAKTURAVE TË BËRRYLIT



Kushtrim Grezda
Asistent,
Universiteti Fehmi Agani,
Gjakovë

Specialist i Ortopedisë,
Spitali Royal Medical

Lëndimi traumatik i bërrylit sjell shpesh edhe kontrakturën e tij. Përveç traumës, kontraktura mund të zhvillohet edhe si pasojë e osteoartritit, sëmundjeve inflamatore, trupave të huaj etj. Shumica e pacientëve me kontrakturë të bërrylit raportojnë pengesa në kryerjen e aktiviteteve të përditshme jetësore siç është veshja e rrobave, mbathja e këpucëve, higjiena personale, aktivitete sportive etj. Përderisa pjesa më e madhe e pacientëve mund të trajtohen me terapi fizikale, në rast të mossuksesit, një pjesë e tyre duhet t'i nënshtrohen operimit. Fatmirësisht, artroskopia e bërrylit mundëson trajtimin shumë të suksesshëm të kësaj patologjie.

Evaluimi i pacientit

Qëllimet kryesore gjatë evaluimit të pacientit me kontrakturë të bërrylit janë: (1) matja e saktë e shkallës së lëvizjes, (2) identifikimi i etiologjisë së sëmundjes, (3) vlerësimi i trajtimeve paraprake.

Fatkeqësisht, ekziston një variabilitet i madh në mes të kirurgëve kur bëhet matja e shkallës së lëvizjes dhe kjo mund të rezultojë në konfuzion të pacientit kur i lexon raportet mjekësore të kirurgëve të ndryshëm që shkruajnë shkallë të ndryshme të kontrakturës, përderisa pacienti ka kontrakturë të njëjtë. Për të bërë matje të saktë, fillimisht duhet të përdoret goniometri. Për matjen e fleksionit dhe ekstensionit të bërrylit, parakrahu duhet të jetë në supinacion të plotë si dhe epikondillet duhet të jenë paralel me tokën (Figura 1).



Figura 1. Matja e Extensionit dhe Fleksionit të bërrylit.



Figura 2. Matja e Pronacionit dhe Supinacionit.

Pasi të bëhet matja e shkallës së lëvizjes, atëherë varësisht nga nevojat dhe pritshmëritë e pacientit, mund të rekomandohet ose jo trajtimi artroskopic. Pacientët sedentar zakonisht mund të përdorin bërrylin për nevojat e veta nëse shkalla e fleksionit-ekstensionit është -35 deri 125 shkallë, mirëpo atletët mund të konsiderohen për trajtim artroskopic edhe nëse shkalla e humbjes së ekstensionit është vetëm 15 deri 20

shkallë. Element tjetër që ndikon në vendosjen e indikacionit operativë është edhe dhimbja. Nëse dhimbja është e pranishme në qetësi dhe gjatë natës, atëherë kjo sugjeron që kemi të bëjmë me problem të kërcit artikular. Po ashtu dhimbja në mes të harkut të lëvizjes tregon që te ky grup i pacientëve duhet të adresohet faqja artikulare. Në anën tjetër, nëse gjatë ekzaminimit dhimbja është e pranishme në fleksion dhe ekstensionin

Korrespondenca:
grezdak@gmail.com



Claudio Rosso

Profesor,
Universiteti i Basel-it

Specialist i Ortopedisë
ARTHROMedics

terminal atëherë kemi të bëjmë me dhimbje për shkak të kontrakturës kapsulare dhe prezencës së osteofiteve. Po ashtu, rëndësi kritike ka edhe gjetja e arsyes se pse erdhi deri tek dhimbja siç mund të jetë, trauma, historia reumatike, deficitet neurologjike etj.

Imazheria diagnostike

Radiografia e bërrylit është forma primare e diagnostikimit radiologjik përmes të cilit mund të diagnostikohet një pjesë e madhe e sëmundjeve bazë që ka rezultuar në kontrakturë (osteoartriti primar, osteoartriti posttraumatic, keqngjitja, osifikimi heterotopik, osteochondriti diskans). Nëse vendosim për trajtim kirurgjik atëherë pacientit zakonisht duhet t'i bëhet tomografia e kompjuterizuar (CT) me rekonstruktion tredimensional (Figura 3).



Figura 3. CT 3D e bërrylit me kontrakturë post traumatike.

Përkundër që Rezonanca Magnetike (MRI) mund të përdoret për vlerësim të kartilagjit, ajo ka rol të limituar në diagnozën e kontrakturës mirëpo mund të përdoret për vlerësimin e statusit ligamentar dhe osteokondritit diskans. Po ashtu ultrazëri mund të përdoret për gjetjen e nervit ulnar para artroskopisë në rast se pacienti paraprakisht i është nënshtruar transpozicionit të nervit ose ka subluksacion të tij. Elektromiogrami mund të përdoret po ashtu në rast të dhimbjeve kronike regjionale në bërryl dhe parakrahë, mirëpo ato shpesh kanë gjetje normale tek pacientët me kontrakturë neurogjenike.

Dhënia e indikacionit operativ

Për dhënen e indikacionit operativ tek kontraktura e bërrylit, duhet të plotësohen disa kushte: (1) Cilat janë ankesat kryesore të pacientit? (2) Cili lloj i operimit duhet të realizohet (3) A mundemi që me artroskop të arrijmë qëllimin e operimit?

Pacientët tek të cilët ankesë kryesore është kontraktura, kirurgjia mund të propozohet për trajtim mirëpo dhënia e indikacionit është më e shpeshtë kur përveç kontrakturës pacienti ka edhe dhimbje në të njëjtën kohë.

Në lidhje me llojin e operimit që duhet të realizohet, shumica e kontrakturave të bërrylit duhet të adresohen me heqje të kapsulës jo normale të bërrylit dhe heqjes së një pjese të kockës intraartikulare. Procedura e realizimit të këtyre dy qëllimeve bëhet përmes procedurës e cila quhet artroplastia osteokapsulare. Kjo procedurë hyn tek procedurat komplekse kirurgjike dhe duhet të realizohet nga personat që i janë nënshtruar trajnimit të gjatë në artroskopi të bërrylit sepse vetëm aftësitë bazike të artroskopisë në nyje tjera nuk mjaftojnë. Ndërsa patologjitë që më së shpeshti mund të adresohen me artroskop janë: (1) osteoartriti primar dhe post-traumatik, (2) heqja e trupave të lirë intraartikular, (3) heqja e tumoreve intraartikulare (PVSN), (4) fiksimi i frakturave të procesusit koronoid, (5) OCD.

Arsyeja kryesore që e bënë komplekse këtë procedurë është afërsia shumë e madhe (deri në disa mm. nga portalet) e strukturave kryesore vaskulare dhe nervore të parakrahut. Strategjitë për prevencën e lëndimit të nervave gjatë artroskopisë janë: (1) njohja tredimensionale e anatomisë së nervave, (2) përdorimi i "shaver" dhe "burr" vetëm përmes vizualizimit me kamerë, dhe (3) përdorimi i instrumenteve të veçanta në portale që lejojnë kalimin e instrumenteve vetëm njëherë.

Teknika operative

Procedura përfshin heqjen e gjithë kockës e cila shkakton impingment si dhe sasinë më të madhe të kapsulës së përparme dhe të pasme të bërrylit.

Pozicionimi

Pozicionimi i pacientëve mund të bëhet në tri mënyra: (a) pronacion, (b) supinacion, dhe (c) decubitus lateral.

Pozicionimi në pronacion ka avantazh për shkak se qasja në kompartmentin e pasmë është më e lehtë si dhe lëvizja e bërrylit në fleksion dhe ekstension gjatë procedurës është e lehtë mirëpo disavantazh i këtij pozicionimi është qasja e vështirë në rrugët e frymëmarrjes nga anesteziologu si dhe është vështirësia e konvertimit në kirurgji të hapur në kompartmentin e përparmë. Pozicionimi në supinacion është më i lehtë për kirurgun për shkak se është pozitë që përdoret shpesh për patologjitë e tjera të bërrylit si dhe është pozitë më e përshtatshme për anesteziologun. Ndërsa disavantazh e ka që është pozitë e vështirë për qasje në kompartmentin e pasmë. Pozicionimi lateral është pozicionimi që ne e përdorim për shkak se është i lehtë për kirurgun për realizim të procedurës si dhe i përshtatshëm për anesteziologun.

Orientimi dhe portalet

Fillimisht bëhet ekzaminimi i bërrylit nën anestezion total dhe shënohet shkalla e vërtetë e lëvizjes, e cila mund të jetë ndryshe nga ekzaminimi pa anestezion për shkak të dhimbjes. Pastaj markohen pikat anatomike (Foto 4). Po ashtu ekzaminohet nervi ulnar në rast se ka subluksacion. Në fund bëhet zbrazja e venave dhe aplikohet tornikeja. Pastaj aplikohen 20ml tretje fiziologjike intraartikulare në "soft spot" (në mes të epikondilit lateral të humer-

suit, kokës së radiusit dhe pjesës laterale të olekranonit), dhe me zgjerimin e kapsulës, arrijmë të largojmë strukturat neurovaskulare nga nyja.

Zakonisht fillohet me hapjen e portalit anterolateral, që gjithsej janë tri portale, mirëpo portali më i sigurt është portali anterolateral proximal i cili gjendet 1-2cm mbi epikondilin lateral dhe menjëherë përpara humerusit. Ky portal është 9.9 deri 13.7 mm. larg nervit radial. Në këtë portal vendoset një kanulë dhe pastaj vazhdohet në

kompartmentin posterior. Në anën posteriore hapet portali i pasmë direkt i cili është 3 cm. proximal majës së olekranonit. Incizoni bëhet paralel e fibrat e m. triceps dhe prezantohet kamerën përmes të cilës vizualizojmë gjithë hapësirën e pasme të nyjës. Pastaj hapet portali posterolateral, ku po ashtu janë 3 portale, por zakonisht hapet portali i cili është 1 cm. anterior prej linjës që bashkon epikondilin lateral dhe majën e olekranonit (Figura 5).

Pasi që hiqen trupat e lirë, mund të bëhet

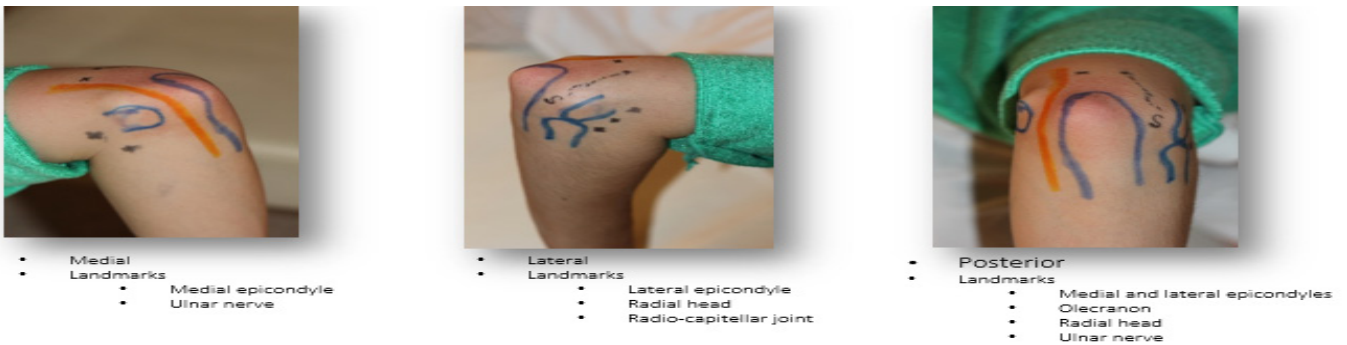


Figura 4. Orientimi dhe portalet në artroskopinë e bërrylit.

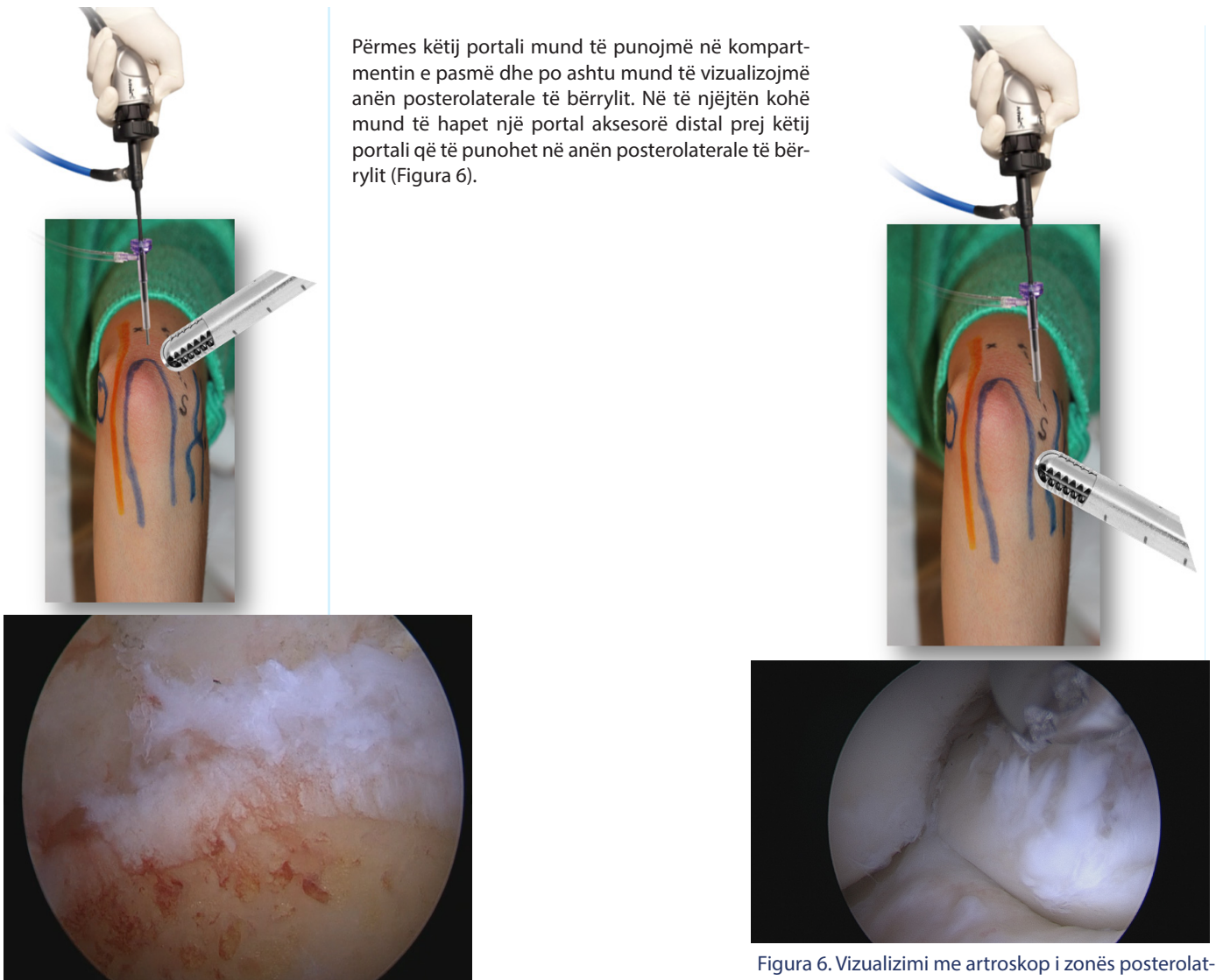


Figura 5. Vizualizimi me artroskop i fossa olecrani.

Figura 6. Vizualizimi me artroskop i zonës posterolaterale të bërrylit.

reseksioni i majës së olekranonit që të mos bëjë pengesë në ekstension, reseksioni i kockës në fossa olecrani dhe eventualisht sipas nevojës mund të bëhet edhe mikrofraktura.

Pastaj kalohet në kompartmentin anterior, ku fillimisht vendoset kamera në portalin anterolateral që është hapur paraprakisht, dhe përmes vizualizimit të anës mediale hapet portali anteromedial i cili është 2 cm. proximal nga epikondili medial dhe menjëherë përpara humerusit. Përmes këtij portali bëhet pastrimi i nyjës nga adezionet eventuale, heqja e trupave të lirë, reseksioni i kockës që shkakton impingement si dhe në fund bëhet reseksioni i kapsulës (Figura 7).

Përfundimi

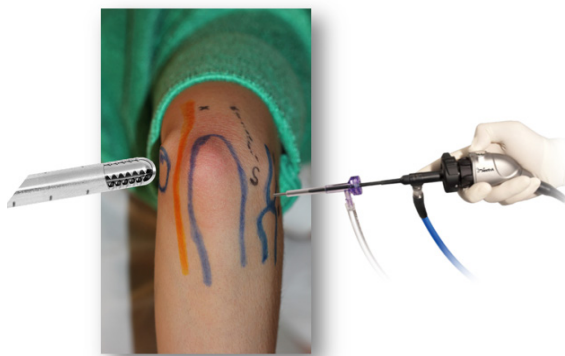


Figura 7. Vizualizimi me artroskop i kompartmentit anterior të bërrylit me kamerë nga ana laterale.

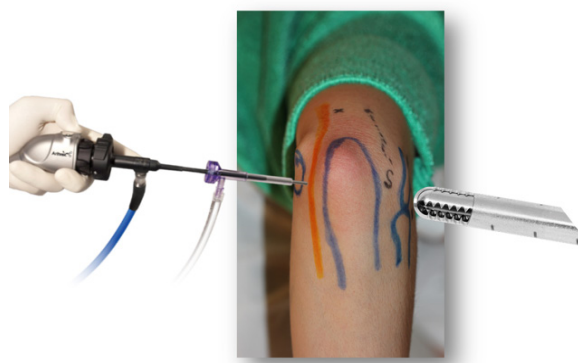
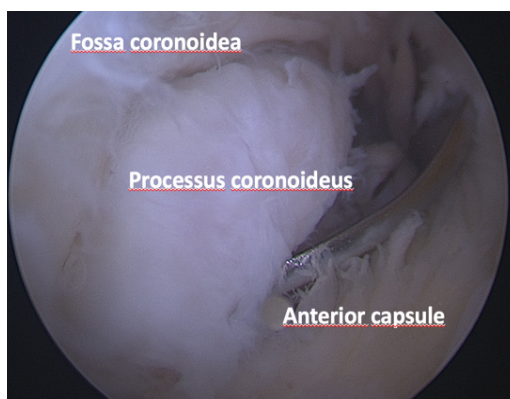


Figura 8. Vizualizimi me artroskop i kompartmentit anterior të bërrylit me kamerë nga ana mediale.

Artroplastia osteokapsulare e bërrylit në trajtim të kontrakturave është metodë e zgjedhur për arsye se ka rezultate superiore në krahasim me procedurën e hapur. Po ashtu, edhe në bërrylin që ka artrozë si dhe reaksion të dhimbshëm inflamator, ka rezultate shumë të mira pas synoviektomisë dhe lirimit kapsular.

Referencat:

1.Adams JE, King GJ, Steinmann SP, Cohen MS. Elbow arthroscopy: Indications, techniques, outcomes, and complications. *J Am Acad Orthop Surg* 2014;22:810-818.

2.Marshall PD, Fairclough JA, Johnson SR, Evans EJ. Avoiding nerve damage during elbow arthroscopy. *J Bone Jt Surg Br* 1993;75:129-131.

3.Unlu MC, Kesmezacar H, Akgun I, Ogut T, Uzun I. Anatomic relationship between elbow arthroscopy portals and neurovascular structures in different elbow and forearm positions. *J Shoulder Elb Surg* 2006;15:457-462.

4.Blonna, D., & Lee, C. (2010). Arthroscopic Restoration of Terminal Elbow Extension in High-Level Athletes. *The American Journal of Sports Medicine*.

5.O'Driscoll SW (1995) Arthroscopic treatment for osteoarthritis of the elbow. *Orthop Clin North Am* 26:691-706.

6.Sears BW, Puskas GJ, Morrey ME, Sanchez Sotelo J, Morrey BF (2012) Posttraumatic elbow arthritis in the young adult: evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg* 20:704-714.

7.Schreiner AJ, Schweikardt N, Gühring D, Ahrend MD, Döbele S, Ahmad SS et al (2020) Arthroscopic arthralysis leads to improved range of motion and health related quality of life in post traumatic elbow stiffness. *J Shoulder Elb Surg* 29:1538-1547.

8.Moradi, A., Pasdar, P., Mehrad-Majd, H., & Ebrahimzadeh, M. H. (2019). Clinical Outcomes of Open versus Arthroscopic Surgery for Lateral Epicondylitis, Evidence from a Systematic Review. *Archives of Bone and Joint Surgery*, 7(2), 91-104.

