

DISTORZIONI TALO-KRURAL: TRAJTIMI KIRURGJIK SIPAS PROCEDURËS BROSTROM GOULD



Lavdim Berisha
Specialist i Ortopedisë me
Traumatologji,
Spitali Royal Medical

Përdredhjet e kyçit të këmbës janë lëndimet më të shpeshta tek sportistët, ato përbejnë 30 % të të gjitha lëndimeve sportive.

Rreth 23.000 banorë në ditë në SHBA kërkojnë ndihmë mjekësore për shkak të lëndimit-përdredhjes së kyçit të këmbës.

Distorsioni talo-crural / Përdredhja e kyçit të këmbës ndahet në:

1. "High ankle sprain" - lëndimet e pjesës së sipërme ose sindesmozes tibio fibulare distale dhe përbejnë 1-10% të distorsioneve talo crurale.

2. "Low ankle sprain" ose lëndimet e pjesës së poshtme apo ligamenteve të artikulacionit talo crural dhe përbejnë më shumë se 90% të lëndimeve talo crurale.

"High ankle sprain" - lëndimet e sindesmozes tibio fibulare distale.

Lëndimet e sindesmozes tibiofibular distale përbejnë 1-10% të distorsioneve talo crurale, ato mund të shoqërohen edhe me lëndime të tjera si:

- Defektet osteochondrale 15% - 25%;
- Lëndimi i tetivave peroneale deri 25%;
- Frakturat e artikulacionit talo - crural;
- Frakturat e bazës së kockës së V-të metatarsale;
- Frakturat e procesit anterior të calcaneusit;
- Frakturat e procesit lateral dhe posterior të talusit;
- Lëndimi i ligamenti deltoid.

Simptomat:

-Dhimbje në regjionin anterolateral proksimalisht AITFL (ligamenti anterior inferior tibio fibular).

-Ënjtje dhe echimosa në anën laterale, por mund të ketë ënjtje edhe në anën mediale.

-Vështirësi në peshim.

-Te "Low ankle sprain" - zakonisht është i mundur peshimi përjashto distorsionin talo crural grada III.

Ekzaminimi klinik:

- Inspekcioni
- Palpacioni
- Testet klinike.
- Squeeze testi (Hopkin's)
- Kompresioni i tibies dhe fibullës në pjesën e mesme të kërcirit shkakton dhimbje në nivel të sindesmoses.
- External rotation stress testi
- Dhimbja në nivel të sindesmoses provokohet

me shputën në rrotacion të jashtëm dhe dorsifleksion me gjurin dhe kërdhokullën të flektuar në 90 shkallë.

-Cotton testi

-Zgjerimi i sindesmozes me shtyrje / tërheqje laterale të fibulës.

-Translacioni fibular

-Me stabilizimin e tibies bëhen shtyrje para mbrapa të fibulës duke shkakuar translacion të fibulës dhe dhimbje.

Ekzaminimi radiologjik

Radiografia

Bëhet në pozitat:

-AP - anteroposterior

-Lateral

-Mortise view - Shputa 20 shkallë në rrotacion të brendshëm.

Radiografia e pjesës proximale të kërcirit për të përjashtuar Maisonneuve frakturën.

Radiografia kontralaterale e nyjës talo crurale mund të ndihmojë në rastet e dyshimta.

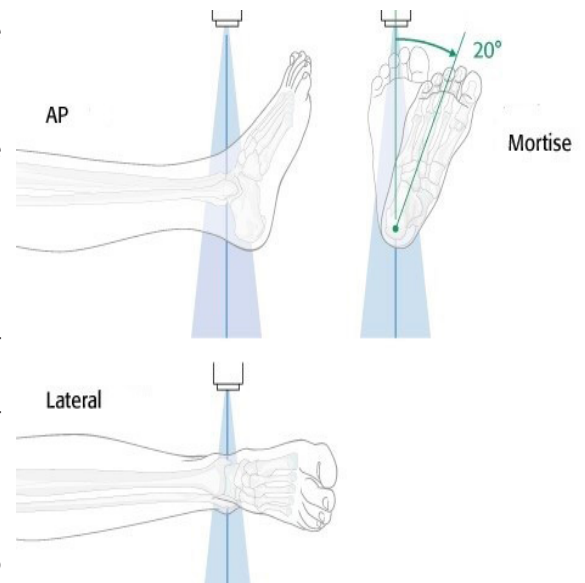


Figura 1. Burimi: AO surgery reference

Gjetjet radiologjike

•Zvogëlim i mbivendosjes tibio fibulare/ Tibiofibular overlap TFO.

-normal >6 mm në pamjet radiologjike në AP (antero posterior).

-normal >1 mm në pamjet radiologjike në Mortise.

•Rritja e hapësirës mediale / Medial clear space MCS.

-normal më e vogël se 4 mm.

•Rritje e hapësirës tibiofibulare/Tibiofibular clear space TFCS.

-normal <6 mm në pamjet AP dhe Mortise.



Figura 2. Burimi: Google.com

Superior clear space SCS

CT

MRI

Trajtimi

Jo operativ

-Indikacionet

-Lëndimi i sindesmoses pa diastazë dhe instabilitet.

Imobilizim me gips pa peshëmbajtje për dy-tri javë.

Pas largimit të imobilizimit të gipsit fillohet me programin fizioterapeutik me imobilizues talo crural me kufizim të rrotacionit të jashtëm.

Zakonisht shërimi mund të merr dyfishin e kohës së trajtimit të distorsionit të zakonshëm.

Operative

-Indikacionet

Lëndimi i sindesmozës me diastazë dhe instabilitet.

Bëhet reponimi ortopedik apo i hapur dhe fiksimi i sindesmozës me vida apo suture button apo edhe i kombinuar.

Fiksimi me vida - teknika

-Zakonisht vendosen dy vida sindesmotike 3.5 ose 4.5 mm të vendosura në 3 ose 4 kortekse.

-2 - 5 cm mbi nyjën talo crurale.

-Materiali i vidave

Nuk është vërejt ndonjë ndryshim midis çelikut jo korodues dhe titaniumit.

-Numri i kortekseve

Nuk është vërejt ndonjë diferencë në mes 3 ose 4 kortekseve.

-Numri i vidave

Preferohet fiksimi me dy vida.

-Pozita e shputës gjatë fiksimit

Shputa duhet të mbahet në pozitë neutrale apo lehtë në dorzifleksion për ta evituar shtërëngimin e tepërt.

Tabela 1.

Simptomat:

-Dhimbje

-Ënjtje

-Vështirësi gjatë ecjes - grada II - III.

Ekzaminimi klinik

Dhimbje palpatores mbi ligamentet e përfshira

Testet klinike

Anterior drawer test

Përdoret për të testuar integritetin e ligamentit anterior talo fibular ATFL.

Talar tilt test

Stres test që shërben për ekzaminim e integritetit të ligamenteve laterale të artikulacionit talo crural veçanërisht ligamentit calcaneo fibular - CFL.

Ekzaminimi radiologjik

Indikacionet për radiografi të distorsionit talo crural.

Rregullat e Ottawes.

Radiografia e artikulacionit talo crural te "low ankle sprain" indikohet vetëm në rastet e plotësimit të rregullave të Ottawes.

Klasifikimi

	Disruptioni ligamentar.	Ecchymosa dhe enjtja.	Dhimbje në peshim.
Grada I	S'ka	Minimal	Normal
Grada II	Tërheqje por pa këputje.	Moderuar	Mesatare
Grada III	Këputje e plotë.	E theksuar.	E theksuar.

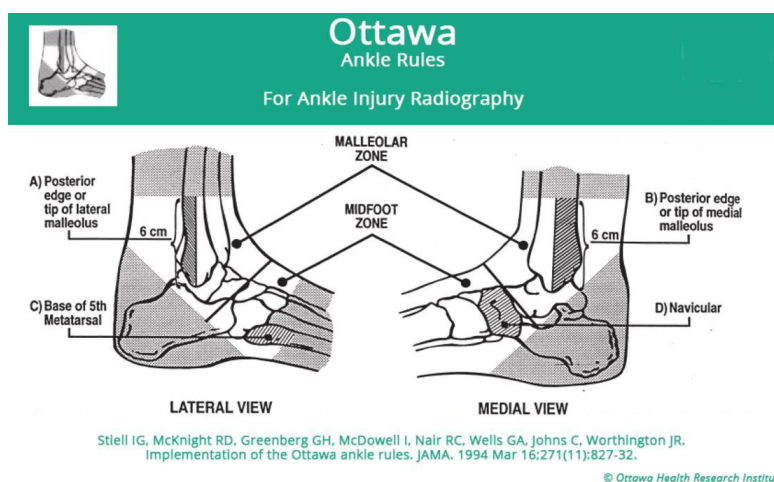


Figura 3. Burimi: orthobullets.com

Radiografitë standarde për artikulacionin talo crural (me peshëmbajtje)

- AP (anteroposterior)
- Lateral
- Mortise
- Stress view në rrotacion të jashtëm

Përdoret për diagnostikim të lëndimit të sindesmoses - në "high ankle sprain"

- Varus stress view

Përdoret për diagnostikim të lëndimit të ATFL ose CFL.

Tiltin talar (normal më i vogël se 5 shkallë, mbi 10 shkallë indikator për dëmtim ligamentar).

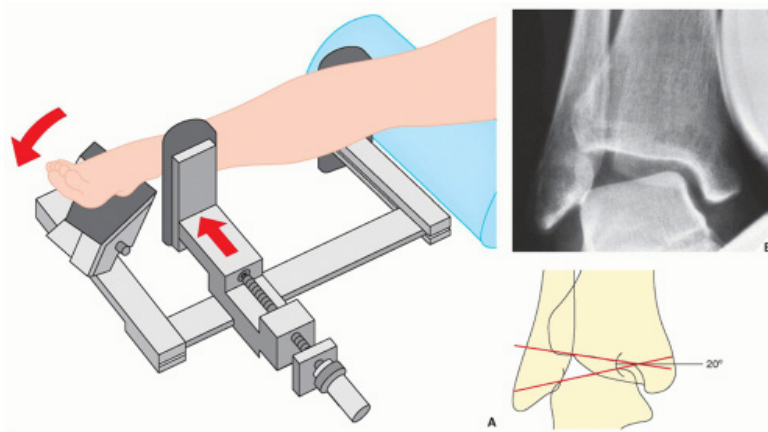


Figura 4. Burimi: radiologykey.com

- Anterior drawer test view

Evoluimin e ligamentit ATFL

Matjen e translacionit anterior të talusit - normal nën 5 mm.



Figura 5. Burimi: radiologykey.com

MRI

Indikacionet

MRI indikohet në rast se dhimbja perziston edhe 8 javë pas lëndimit.

Trajtimi

Jo operativ

Imobilizimi me gips gjithnjë e më pak është në përdorim pasi që është vërtetuar se mungesa e lëvizshmërisë në nyjën talo crurale gjatë rikuperimit shkakton humbje të proprioceptionit.

Grada III

Imobilizim me "long leg boot", ecja të bëhet me paterica pa peshim, peshimi duhet të fillojë gradualisht deri në kufij të

dhimbjeve.

Pas javës së parë pacienti mund të fillojë me terapi të lehta fizikale.

Pas javës së dytë vazhdohet me imobilizim me air cast brace i cili mbahet për 4 javë.

Pas 4 jave bëhet imobilizimi me functional brace dhe fillohet me terapi fizikale -

proprioception dhe balancë terapi për 2 deri në 3 javë.

Grada II

Imobilizim me aircast brace me ose pa paterica me peshim deri në kufij të dhimbjeve.

Pas 3-4 ditë mund të fillojë me terapi të lehta fizikale.

Pas dy javësh bëhet zëvendësimi me functional brace dhe fillohet me terapi fizikale - proprioception dhe balancë terapi.

Grada I - imobilizim me functional brace.

Te të gjitha gradat imobilizimi me functional brace vazhdon për 3 muaj në aktivitet e zakonshme dhe deri në 6 muaj në aktivitet e sforcuara fizike.

Pacientët me gradë I të distorsionit duhet të jenë të riaftësuar plotësisht maksimum 1 muaj pas lëndimit ata me gradë II - dy muaj pas lëndimit ndërsa ata me gradë III - 6 muaj pas lëndimit - nëse edhe pas kësaj kohe kanë problem edhe pas trajtimit adekuat duhet të bëhet MRI e art Talo crural dhe të vendoset për trajtimin e mëtejshëm.

Operative

Anatomic reconstruction vs. tendon transfer with tenodesis

Indikacionet

Grada I-III që vazhdojnë të kenë problem edhe pas trajtimit adekuat jo kirurgjik.

Tendon transfer and tenodesis (Watson-Jones, Chrisman-Snook, Colville, Evans).

Procedurë jo anatomike që përdor tendinat për rekonstrukcion ligamentar, si tetivat e muskullit peroneus brevis dhe tetivat e muskujve hamstrings.

Disavantazhet

- Teknika e komplikuar
- Kohëzgjatja e shërimit
- Jo anatomike
- Zvogëlim të lëvizshmërisë në artikulacionin subtalar
- Dobësimi i muskujve peroneal
- Nuk preferohen tek moshat e reja

Brostrom - Gould anatomic reconstruction

Indikacionet

- Instabiliteti chronic talo crural
- Distorsioni acut i gradës së III-të (high level athletes)

Kundërrindikacionet

-Varusi i thembrës (njëkohësisht osteotomi valgizuese e calcaneusit).

-Mbipesha > 110 kg (njëkohësisht Evans reconstruction).

-Dobësimi i muskujve peroneal (paraliza e nervit peroneal, Charcot Marie tooth etj.).

Teknika operative

Pacienti vendoset në pozitën në shpinë, pas pastrimit dhe izolimit të fushës operative fillimisht bëhet artroscopia e përparme talo-crurale për të evidentuar dhe njëkohësisht trajtuar lëndimet/problemet eventuale intra articulare, pastaj bëhet ngritje në nivel të kërdhokullës së të njëjtës anë për ta vendosur këmbën/shputën në rrotacion të mbrëmshëm.

Po ashtu intervenimi mund të bëhet edhe në pozitën në decubitus lateral.

-Incision curvilinear përgjatë kufirit anterior të fibulës distale, 3-5 mm proximal nga pjesa distale e fibulës.

Duhet të kemi kujdes në dëmtimin e nervave superficial peroneal dhe sural.

-Bëhet hapja e kapsulës, identifikimi i ligamenteve anterior talo fibular dhe calcaneofibular dhe ndarja e tyre nga

ngjitja në fibulë.

-Bëhet përgatitja e pjesës distale të fibulës rreth 0.8-1 cm proximal nga fundi i fibulës, vendosen ankerat 2.4 - 3.0 mm diametër me penjë fiberwire, me të cilët fiksohet për fibulë pjesa e kapsulës articulare së bashku me ligamentet.

-Pastaj merret retinaculum inferior extensor, vendoset sipër kapsulës dhe ligamenteve dhe fiksohet për pjesën e sipërme të kapsulës dhe periostit fibular.

Në rastet kur nuk mund të mbërrihet stabilitet i dëshiruar për shkak të gjendjes jo të mirë të ligamenteve dhe retinakulumit extensore te lëndimet kronike bëhet përforcimi me internal brace.

Ndërsa në rastet me mbipeshë duhet të bëhet përforcimi sipas teknikës Evans brostrom + rekonstrukcioni ligamentar me tetivën e muskullit peroneus brevis.

Ndërsa në rastet me mbipeshë duhet të bëhet përforcimi sipas teknikës Evans brostrom + rekonstrukcioni ligamentar me tetivën e muskullit peroneus brevis.

Protokolli post operativ

-Imobilizimi me gips pa peshim për dy javë.

-Pas largimit të gipsit vendoset walking cast/boot dhe fillohet me peshëmbajtje parciale për 2 deri në 3 javë.

-Pastaj fillohet me fizioterapi dhe këmba imobilizohet me lace - up brace/shtrënguese për artikulacionin talo crural për dy muaj.

-Pacienti i kthehet aktiviteteve të përditshme pas 3-4 muajve por kthimi i plotë mund të zgjasë edhe deri në një vit post operativ.

Përfundime

-Instabiliteti lateral talo crural fillimisht trajtohet në mënyrë konzervative. Pacientët tek të cilët nuk ka përmirësim edhe pas trajtimit adekuat për 3 deri në 6 muaj indikohet trajtimi kirurgjik i cili ka për qëllim rritjen e stabilitetit talo crural, zvogëlimin e dhimbjes dhe përmirësimin e funksionit.

-Metoda kirurgjike e preferuar është riparimi primar i ligamenteve sipas teknikës Broström Gould, teknikë të cilën kemi filluar ta aplikojmë që disa vite edhe në Kosovë.

-87- 95% e pacientëve të trajtuar me këtë metodë kirurgjike rikthehen në aktivitet paraprake sportive.

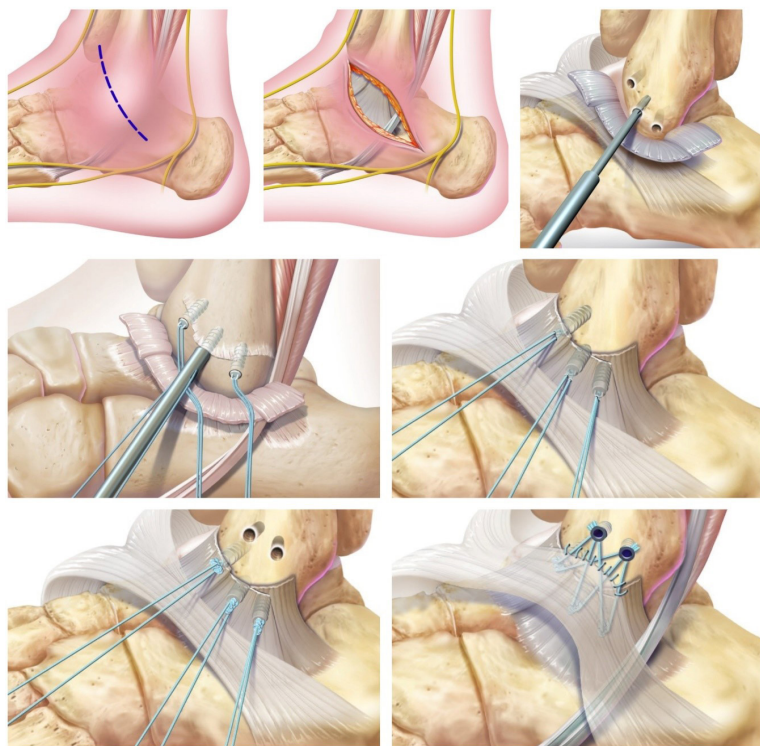


Figura 6. Paraqitja skematike e procedurës kirurgjike Brostrom Gould. Burimi: Arthrex.com

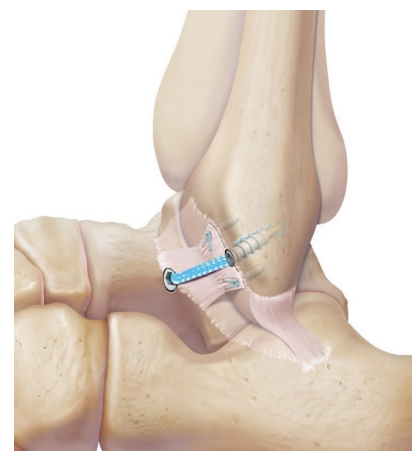


Figura 7. Përforcimi me internal brace. Burimi: Arthrex.com

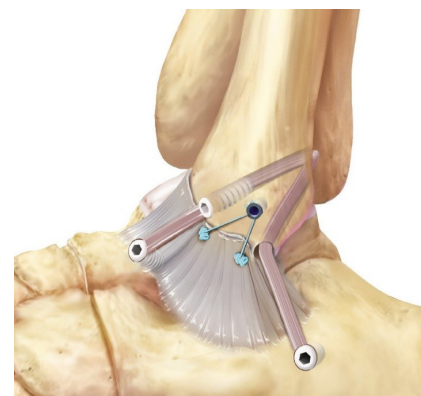


Figura 8. Evans Brostrom dhe rekonstrukcioni ligamentar me teknikën e muskullit peroneus brevis. Burimi: Arthrex.com