

PARALIZA E MUSKULIT SERATUS ANTERIOR
Raportim rasti pas ndërhyrjes kirurgjikale sipas Chaves dhe Rapp

ARTAN DISTAFA, PANAJOT BOGA*

Summary

A CASE REPORT OF PARALYSIS OF SERATUS ANTERIOR

The isolated paralysis of serratus anterior muscle is rare. The publications about the surgical procedures for muscle reconstruction are also only a few. In our country this is the first publication related to such a case. Our patient is a 25 years old male that works in construction. He uses its right shoulder to carry heavy weights. In a period of 1 year as a result, he is showing all a sighs of paralyzes of the serratus anterior dextra muscle. This is due to trauma caused to the long thoracic nerve (toracalis longus). Treatment using anti-inflammatory drugs, physiotherapy and Chinese therapies has been unsuccessful. The operation has been successful in total restoration of shoulder function, total range of movement is gained, the pain is eliminated and so is the typical deformation of the scapula associated with this condition.

Paralysis of the scapular muscles makes the scapula unstable and shoulder function inefficient; it may be indirectly responsible for high thoracic or cervicothoracic scoliosis. Numerous procedures to treat serratus anterior paralyzes have been devised.

We have used the transfer of the coracoid insertion of the pectoralis minor to the inferior angle of the scapula.

Paraliza e izoluar e muskulit seratus anterior është e rrallë dhe ndërhyrjet për rikonstruksionin kirurgjikal janë të pakta. Pershkrimi në literature për rastet me paralyze të muskulit seratus anteriore janë të rralla ose është i vetmi rast që botohet në revistat tona. Rasti ynë i përket një pacienti 25- vjeçar, punëtor ndërtimi, që ngre pesha të rënda mbi supin e djathtë, i cili prej mëse një viti ka si pasojë simptomatologji të plotë të paralizës së muskulit seratus anterior dextra nga traumatizimi i nervit

toracalis longus. Trajtimi me antiinflamatorë, fizioterapi dhe kineziterapi ka qenë pa efekt.

Në klinikën e traumatologjisë të SUQU-së ky pacient më 1 Mars 2006 iu nënshtrua ndërhyrjes kirurgjikale rikonstruktive, duke transplantuar muskulin pectoralis minor në këndin inferior të skapulës sipas *Rapp-it*.

Rezultati i operacionit është rikuperimi i plotë me rifitim të amplitudës së lëvizjeve të supit, zhdukje të dhembjeve dhe deformimit tipik të shpatullës në këtë paralizë.

* Dërguar në redaksi në Shtator 2008, miratuar në Tetor 2008.

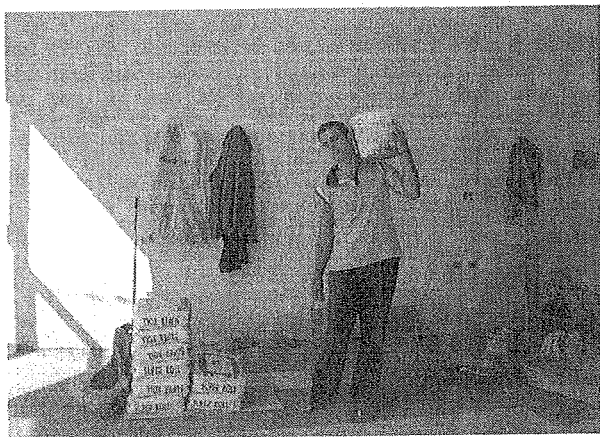
Nga Shërbimi i Ortopedi-Traumatologjisë, Spitali Ushtarak.

Adresa për letërkëmbim: Distafa A.: Shërbimi i Ortopedi-Traumatologjisë, Spitali Ushtarak.

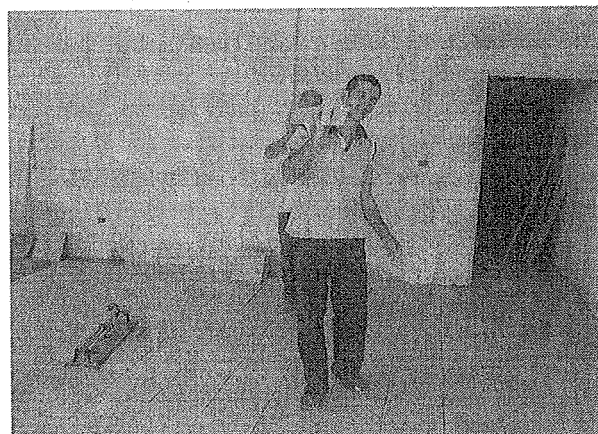
Paraliza e muskulit seratis anterior është një patologji e rrallë që shkaktohet nga dëmtimi i nervit torakal longus.

Shkaqet e dëmtimit:

- Trauma të mëdha ose nga tërheqja, kur koka shtyhet anash shpatullës.



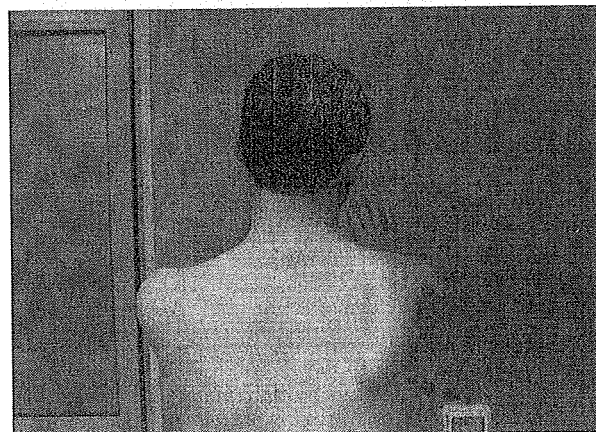
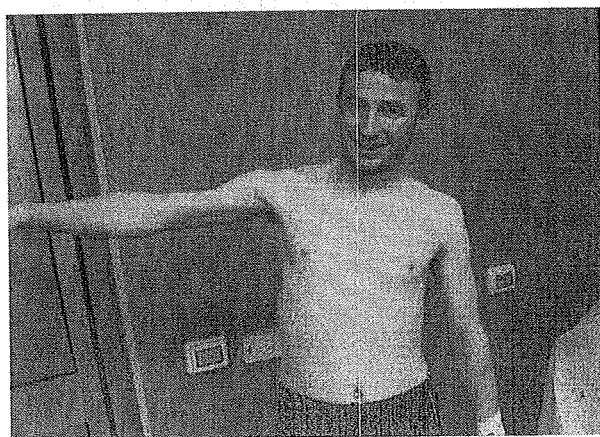
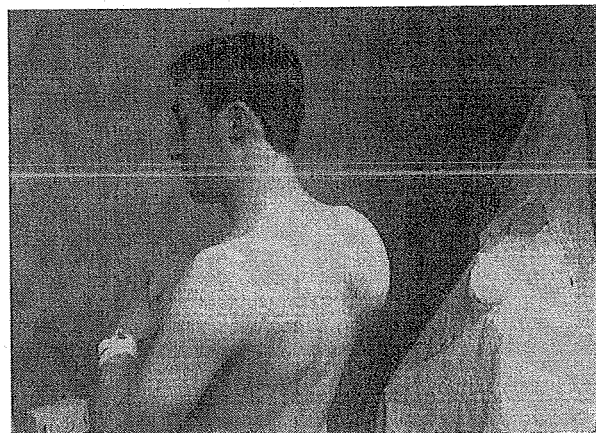
- Kur shpatulla shtypet nga mbajtja e peshave të rënda.
- Ekspozimi nga të ftohtit.
- Infeksionet virale.
- Vendosja e pacientëve në pozicion trendelenburg me rrypa në shpatull që shtypin zonën supraklavikulare.



Klinika:

Nga anamneza dalin në pah ankesat dhe rrethanat që sjellin dëmtimin. Prolapim të

shpatullës prapa dhe kufizim i abduksionit dhe antepunksionit.



Trajtimi

Sipas "Sanderland" koha për të marrë veten nervi me anë të fizioterapisë dhe vetshërimit është nga 3 deri në 12 muaj. Në qoftë se dëmtimi i nervit persiston ose keqësohet pas 12 muajsh, atëherë ka indikacion për operacion. Nuk ka ndonjë raportim të rëndësishëm për rezultate pozitive për suturim të nervit.

Transferimet muskulare në paralizën e muskulit seratus anterior

Transplant fascial për të lidhur këndin inferior të skapulës me kufirin inferior të pectoralis major. Transplante të shumfishta që zgjaten nga kufiri vertebral i skapulës të lidhura

me proceset spinoze torakale 4,5,6. Transferimi i tendinit të teres major nga humerusi në brinjën e 5,6. Transferimi i inserimit korakoid të m. pectoralis minor në kufirin vertebral të skapulës. Transferimi i inserimit korakoid të m. pectoralis minor në këndin inferior të skapulës. Transferimi i pectoralis minor në 1/3-ën distale të skapulës.

Paraqitja e rastit:

Pacienti mashkull, mosha 25-vjeç, profesioni punëtor ndërtimi. Paraqitet në klinikën e traumatologjisë të SUQU-së. Më 1 Mars 2006 i nënshtrohet ndërhyrjes kirurgjikale rikonstruktive.

**Klinika:**

Anamneza, kufizim i abduksionit, prominim i

shpatullës si krah zogu. persistim i paralizës - 15 muaj.

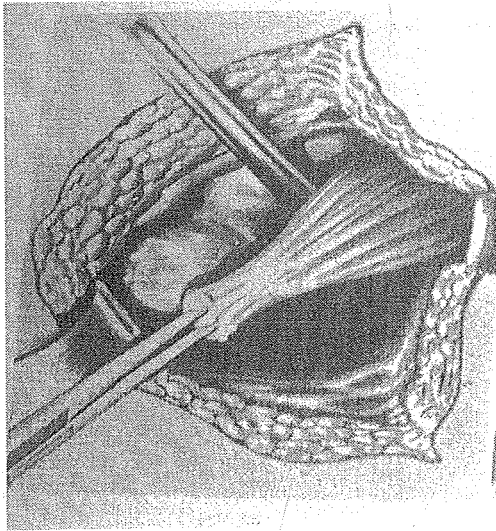


Trajtimi kirurgjikal

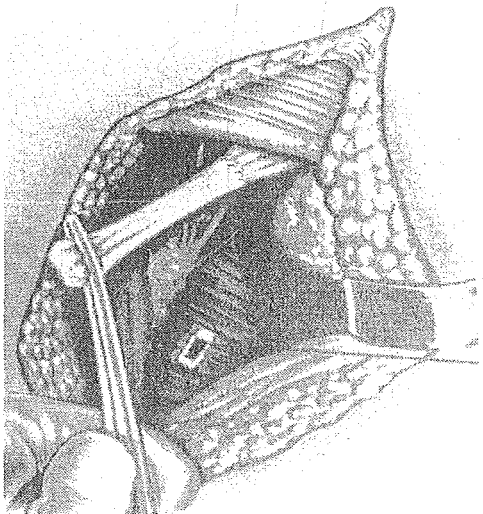
Teknika Chaves dhe Rapp

Pacienti vendoset në shtratin operator anash me supin e dëmtuar sipër. Ekspozohet procesi korakoid me një incizion të shkurtër. Zbulohet, izolohet dhe shkëputet nga skapula inserimi i pjesës tendinoze të m. pectoralis minor.

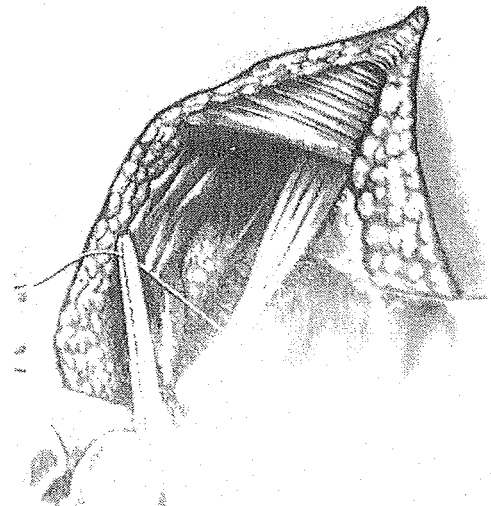
Pastaj çlirohet pjesa e sipërme e muskulit, duke patur kujdes të ruhet tufa neurovaskulare e tij. Pjesa tendinioze zgjatet me një kordon fascial. Ky kordon inserohet në skapul nëpërmjet dy vrimave të bëra në skapul në këndin inferior të saj.



A: Desinserimi i pectoralis minor nga procesi korakoid

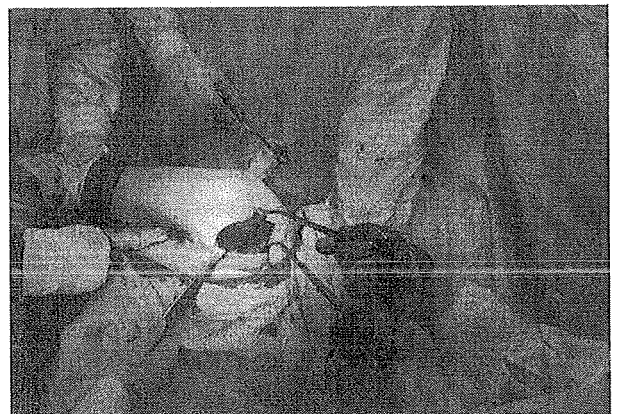


B: Zgjatja e pectoralis minor me kordon fascial

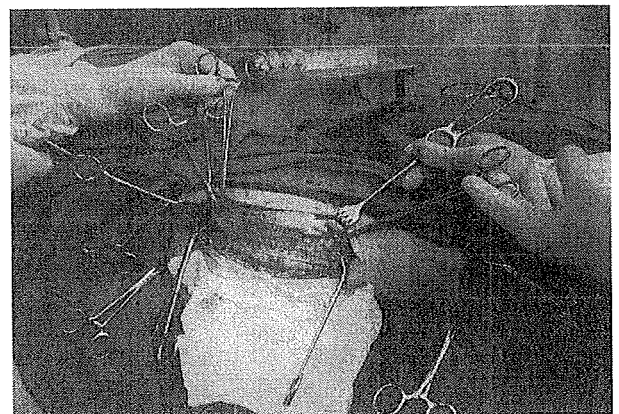


C: Zgjatja e pectoralis minor është qepur pasi ka kaluar në dritaren e bërë në skapul

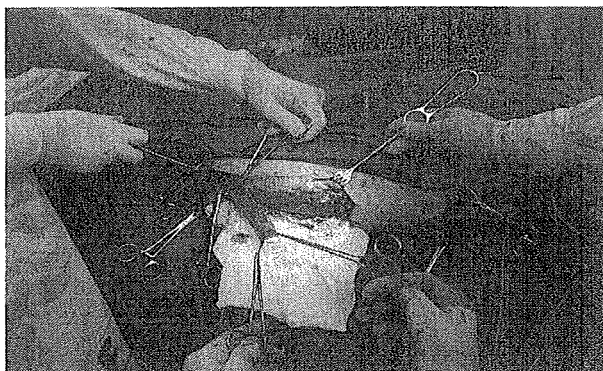
Ndërhyrja kirurgjikale e kryer nga ne:



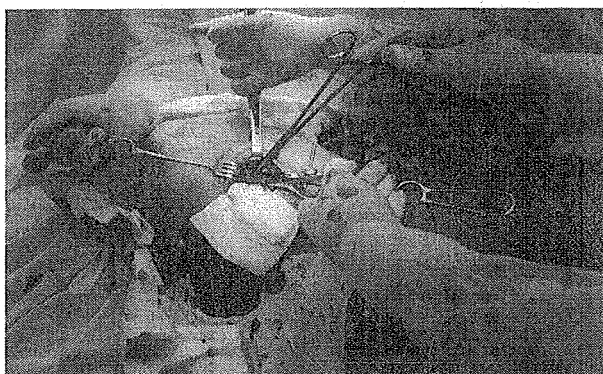
Desinserimi i muskulit pectoralis minor



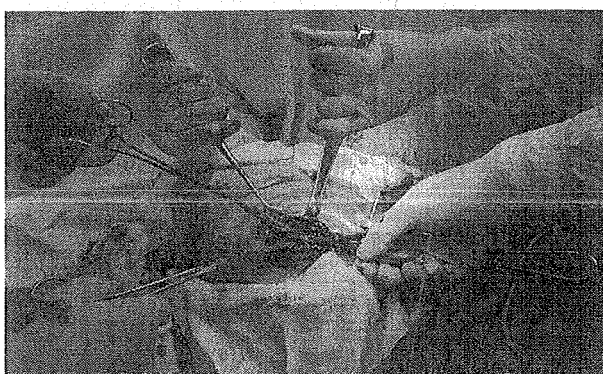
Marrja e kordonit fascial 10cm



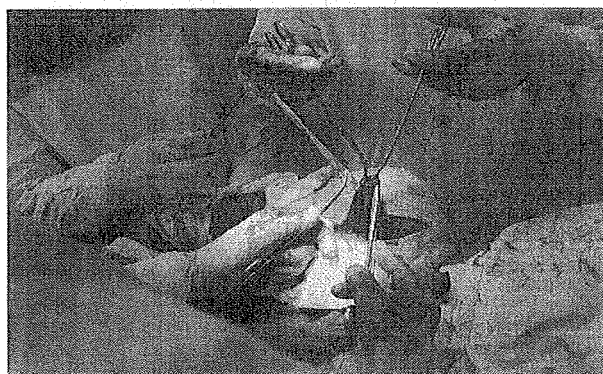
Marrja e kordonit fascial 10cm



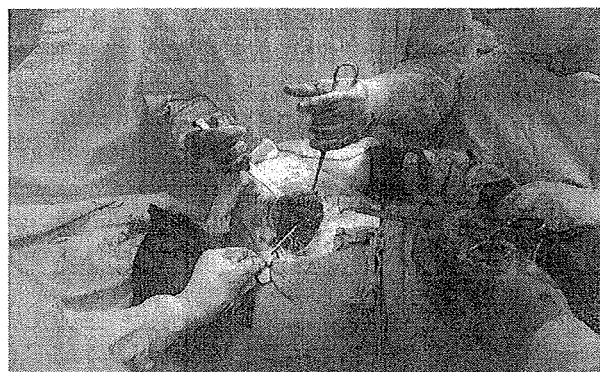
Zbulimi i këndit inferior të skapulës dhe bërja vrimë në të



Kordoni fascial kalon lirshëm në vrimën e bërë në skapul



Zgjatja e pectoralis minor me kordonin fascial



Futja e kordonit në skapul dhe rrotullimi i tij 3 herë

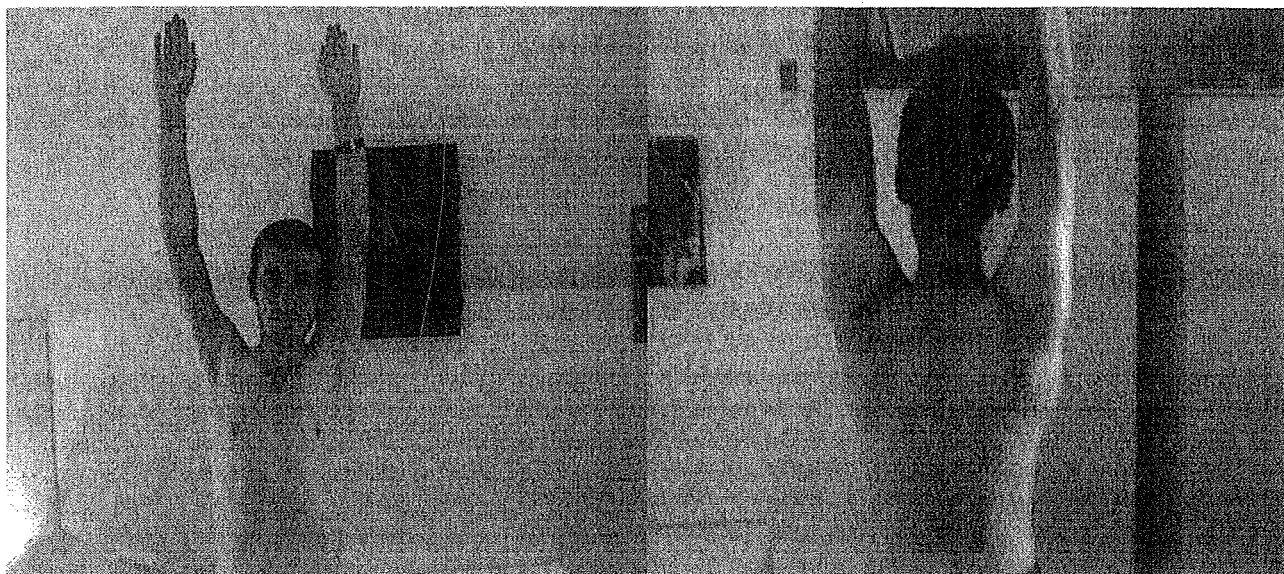


Suturimi i kordonit fascial në skapul



Suturimi i kordonit fascial në skapul

Rezultatet postoperative



Konkluzioni

Rasti ynë i përket një paralize të muskulit seratus anterior nga trauma e pësëritur profesionale (murator që kryen ngritje peshash

në sup) me sindromë persistent mbi 12 muaj, i patrajtuar më parë. Trajtimi kirurgjikal nëpërmjet transferimit të muskulit pektoralis minor në këndin inferior të skapulës, përfundoi në shërim të plotë. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)

BIBLIOGRAFIA

1. Kessel L., Watson, M.: The painful arc syndrome. Clinical classification as a guide to management. J. Bone Joint Surg. 59 ; 166, 1977.
2. Perry J., Easterday C.S., Antonelli, D.J.: Surface versus intramuscular electrodes for electromyography of superficial and deep muscles. J. Phys. Ther. 61:7, 1981.
3. Rowe C.R., Yee L.B.k.: A posterior approach to the shoulder joint. J Bone Joint Surg. 26:580, 1984.
4. Weaver J.K.: Personal communication, 1995.
5. De Palma A.F.: Surgery of the shoulder, ed.2 Philadelphia J.B. Lippincott 1993.
6. Post M.: The shoulder: Surgical and Nonsurgical Management , ed.2.Philadelfia, Lea & Febiger, 1998.
7. Sohler R.: Kinesiotherapy of the shoulder. Bristol, John Wright 1987.