

Konjenital Tortikoliz 5

Konjenital Tortikoliz

Op. Dr. Mete KARATAY

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği

Tortikoliz kelimesi latince'den gelmektedir ve bükülmüş boyun anlamındadır. Tortikoliz, başın aynı taraf omuzuna doğru yatık ve çenenin karşı taraf omuzuna doğru yaklaşacak şekilde başın düşey eksenini etrafında dönmüş olduğu konjenital veya kazanılmış olan bir deformite çeşitidir. Konjenital muskuler tortikoliz (KMT) doğumda veya doğumdan kısa bir süre sonra görülen postural deformitedir ve tek taraflı sternokleidomastoid (SKM) kasının kısılması ve fibrozise uğraması sonucunda görülür.

KMT de SKM kasının hasarının patoloji ve etyolojisi halen tam olarak bilinmemektedir. Başlıca teoriler ise: intrauterin yüklenme (1,2), zorlu doğum esnasında kas hasarı (3,4), yumuşak doku kompresyonunun kompartman sendromuna yol açması (5), SKM kas içerisinde yumuşak doku differensiasyonu sonucu oluşan konjenital anomalilerdir (6,7).

KMT yaklaşık olarak 300 canlı doğumda 1 görülmeyle birlikte insidans %0,3-1,9 arasında raporlanmıştır (8) .

Tortikoliz, altta yatan çeşitli hastalıkların bulgu veya semptomu olarak görülmektedir. Kafa ve boyunun çeşitli patolojik hastalıkları konjenital muskuler tortikolizdeki pozisyonel tilti taklit edebilirler. Tortikoliz , sebep olduğu etkene göre osseous, nonosseous ve nörojenik olmak üzere 3 grup halinde incelenir. Nörolojik tortikoliz altta yatan posterior fossa ve servikal spinal tümörün, syringomyelinin, Arnold-Chiari malformasyonunun bulgusu olabilir. Klippel-feil sendromu, rotator servikal insitabilite osseus vakaların büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Diğer grupta oküler yetersizlik, Griselw ve Sandifer's sendromu içermektedir.

KMT'li çocuklar klinik olarak ta 3 ayrı gruba ayrılırlar. 1) SKM üzerinde palpabl şişlik veya psödötumor olması 2) SKM gergin fakat tumor olmayan çocuklar 3)Kas gerginliği ve tumor olmaksızın olan diğer tortikoliz çeşitleridir. Konjenital formda ilk bulgu doğumda SKM nin genişlemiş ve gergin hali olabilir. Bu kitlesel yapı sıklıkla SKM nin klavikulaya yapışma bölgesine yakındır.

Sıklıkla 4-6 hafta süresince büyüme devam eder ve sonrasında boyutu önemli derecede küçülür. Kitle 4-6 ay arası sıklıkla kaybolur ve tek klinik bulgu SKM nin kontraktürü ve tortikollis pozisyonu olur. Yaşamım 2.,3. ayındaki ise bulgular anormal kafa pozisyonu, servikal hareket kısıtlılığıdır. Konjenital tortikolis vakalarının %28-47 arasında SKM de psödötumor görülür (9,10) .

TANI

Çocuklarda tortikolis tanısı koymak dikkatli ve ayrıntılı hikaye almaktan başlar. Fiziksel muayene ve standart radiografiler konjenital tortikolis tanısı koymada ve tedaviyi planlamada yeterlidir (11). Servikal spinal filmler fraktür veya sublüksasyonu değerlendirmede kullanılır. BT veya MR retrofarengeal abse veya boyun kitlelerinde tanısız değeri vardır. Kontrastlı MR veya BT kranial tümörleri ekarte etme açısından önemlidir. Elektromyografi (EMG) kas ve sinir dejenerasyonunu belirlemede kullanışlıdır.

TEDAVİ

KMT tanısı konmuş hastaların yaklaşık %80-97 de cerrahi girişim gerektirmez (12,13). Erken tanı konulup fizik tedavi verilmesi başarı oranını belirgin şekilde yükseltmektedir. Tortikolizli infantların tedavisi tortikolizin ciddiyetine göre, eşlik eden plagiosefali, nöromuskuler ve ortopedik deformitelere göre ve ebeveynlerin egzersiz prosedürlerini uygulayabilme kabiliyetine göre değişmektedir. Tedavi yöntemleri içerisinde fizik tedavi, ortezler, botoks ve cerrahi müdahale bulunmaktadır.

Fizik tedavistlerin tortikolizli infantlarda tedavideki hedefleri: 1) Yaşa uygun olarak servikal aktif ve pasif egzersizlerin yapılması, 2) SKM nodül ve belirgin fibrozis olan vakalarda kontraktürü gidermek ve hareketsizliği ortadan kaldırmak, 3) Kafa, yüz ve boyunda simetriyi sağlamak, 4) Tüm yönlerde postural gelişimi sağlamak, 5) Tek taraflı dirençli tilti ortadan kaldırarak kafa ve boynu vücudun üst yarısına merkezine gelecek şekilde

hizalamak, 6) Gelişim boyunca simetrik büyümeyi sağlamaktır (14,15).

Servikal ortezler tek taraflı kafa tiltlerinin fizik egzersize rağmen düzelmemesi durumunda kullanılırlar. Bu amaçla en sık kullanılan boyunluk tortikoliz için olan tubuler ortezdir (TOT) (16,17). Bu ortez bebekler uyanık olduğu saatlerde kullanılır ve 4 yaşın altındakilerde kullanılmaz (16).

Botulinum toksin boyunun kontrakte olan kısmında kasılmanın etkisini azaltır.

Cerrahi tedavi konservatif tedavinin uygulanmasına rağmen 1 yıldır düzelmeyen semptomlarda uygulanır (10,17). Bazı yayınlarda cerrahi endikasyonlar arasında 6 aylık kontrollü manuel egzersize rağmen 15* ve üstü rezidüel rotasyon defektinin kalması da kabul edilmektedir (9). Konservatif tedavi alan çocukların ileri yaşlarda SCM kasının cerrahiden fayda görme oranı daha yüksektir (4). Cerrahi tedavi ile gergin SKM kasının gevşetilmesi veya kasın uzatılması yapılır. Bu amaçla yapılan birkaç çeşit cerrahi teknik mevcuttur. SKM kası klavikulaya yapıştığı yerden kesilmesiyle olan unipolar gevşetme (9), ileri olgularda ya da geç kalınp ileri yaşlarda tedaviye gelen olgularda SKM kasının her iki ucundan serbestleştirildiği bipolar gevşetme (18), endoskopik gevşetme (19), ve subperiosteal uzatmadır (20). Postoperative fizik tedavi ve servikal coller hastalara verilmektedir.

KAYNAKLAR

- Dunn PM. Congenital postural deformities. Br Med Bull 1976; 32:71-76.
- Ling CM, Low YS. Sternocleidomastoid tumor and muscular torticollis. Clin Orthop 1972;86:144-150.
- Canale ST, Griffin DW, Hubbard CN. Congenital muscular torticollis: a long term follow-up. J Bone Joint Surg [Am] 1982;64:810-816.
- Hollier L, Kim J, Grayson BH, et al. Congenital muscular torticollis and the associated craniofacial changes. Plast Reconstr Surg 2001;105:827-835.
- Davids JR, Wenger DR, Mubarek SJ. Congenital muscular torticollis: sequelae of intrauterine or perinatal compartment syndrome. J Pediatr Orthop 1993;13:141-147.
- Tang S, Liu Z, Quan X, et al. Sternocleidomastoid pseudotumor of infants and congenital muscular torticollis: fine-structure research. J Pediatr Orthop 1998;18:214-218.
- Loder RT. Congenital abnormalities of the cervical spine. In: Frymoyer JW, Wiesel SW, eds. The Adult and Pediatric Spine, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004:605-617.
- Clarren SK, Smith DW, Hanson JW. Helmet treatment for plagiocephaly and congenital muscular torticollis. J Pediatr 1979;94:43-46.
- Cheng JCY, Tang SP, Chen TMK, et al. The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants. A study of 1,086 cases. J Pediatr Surg 2000;35: 1091-1096.
- Wei JL, Schwartz KM, Weaver AL, et al. Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis: 170 cases. Laryngoscope 2001;111:688-695.
- DA Hansen 1972 Torticollis. South Afr Med J 46:480
- Waldhausen JHT and Trapper D. Head and neck sinuses and masses. In: Ashcraft KW, eds. Pediatric Surgery. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 987-999. 2000
- Cheng JC, Au AW. Infantile torticollis: a review of 624 cases. J Pediatr Orthop, 14: 802-808, 1994
- Karmel-Ross K. Torticollis: Differential Diagnosis, Assessment and Treatment, Surgical Management and Bracing. Binghamton, NY: Haworth Press; 1997.
- Golden KA, Beals SP, Littlefield TR, et al. Sternocleidomastoid imbalance versus congenital muscular torticollis: their relationship to positional plagiocephaly. Cleft Palate Craniofac J 1999; 36:256-261.
- Emery C. Determinants of treatment duration for congenital muscular torticollis. Phys Ther 1994;74:921-929.
- Cottrill-Mosterman S, Jacques C, Bartlett O, et al. Orthotic treatment of head tilt in children with congenital muscular torticollis. J Assoc Child Prosthet Orthot Clin 1987;1-3.
- Loder RT. The cervical spine. In: Morrissy RT, Weinstein SL, eds. Lovell and Winter's Pediatric Orthopedics, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:799-836.
- Burstein F, Cohen S. Endoscopic surgical treatment for congenital muscular torticollis. Plast Reconstr Surg 1998;101:20-24.
- Stassen LF, Kerawala CJ. New surgical technique for the correction of congenital muscular torticollis. Br J Oral Maxillofac Surg 2000;38:142-147.