

# Tortikolis 6

## Tortikolis

Uz. Dr. Ebru KARACA UMay  
S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Hastanesi, FTR Kliniği

Başın değişken açılarla yana doğru yatması ve boynun rotasyona uğraması sonucu oluşan anormal postüre Tortikolis denir. Tortikolis latince kökenli iki kelimeden meydana gelmiştir; bükülmüş eğrilmiş anlamına gelen tortus ve boyun anlamına gelen collum. Tortikolis bir tam değildir, altta yatan bozukluk sonrasında ortaya çıkan belirtidir. Tortikolis doğumsal ya da edinsel olabilir. Tortikolis'in hayatı tehdit eden nedenleri retrofarengeal abse, epiglottit, spinal epidural abse ve hematoma, servikal fraktür ve dislokasyonlardır.

Başın normal pozisyonu otolith apparatusdan gelen uyarılar, labirinth'deki semisirküler kanallar, boyun ve retinadaki proprioceptörler tarafından sağlanır. Labirynth statik ve dinamik kafa hareketlerindeki duyu organıdır. Otolithic apparatus başın statik pozisyonundan sorumludur. Bu kaynaklardan gelen uyarı vestibüler beyin sapı çekirdeklerine gider ve oradan da vestibüler korteks, servikal kord ve boyun kaslarına gider. Semisirküler kanalların serebellar projeksiyonlarında ve servikal proprioepsiyonlarında meydana gelebilecek değişikliklere karşılık, labirynth'den ekstraoküler kaslara doğrudan yollar olduğu da gözden kaçırılmamalıdır. Uyarı sisteme entegre olur. Retina'dan gelen uyarının sisteme entegrasyonu baş pozisyonunda ince ayara yol açar. Başı destekleyen dikey sütunu koruyan boyun kasları sternocleidomastoid, thorasik ve semispinalis kaslarıdır.

Bu kaslarda dengesizliğe yol açan etkiler spinal kolonda probleme yol açarak tortikolise yol açarlar.

### DOĞUMSAL TORTİKOLİS

Tortikolise yol açan doğumsal nedenler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Doğumsal tortikolisin en sık nedeni sternokleido-mastoid (SKM) kasın tek taraflı fibrozisine bağlı gelişen muskuler tortikolisdır. SKM kasında meydana gelen kanama, uterus içinde fetusun anormal pozisyonu gibi çeşitli nedenler ileri sürülse de etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir. Olguların çoğunda fibrozis kendiliğinden gerilemektedir. Tortikolis tedavi edilmediğinde plagiosefali, hemifasiyal hipoplazi ve ileri yaşlarda kompensatuar skolyoza neden olabilmektedir. Doğumsal musküler tortikolisin tedavisi, ısı, masaj ve germe egzersizlerini içerir. Olguların %95'inde fizyoterapi ile düzelme sağlanır. Bununla birlikte düzelmeyen hastalığın doğal seyri sonucu olduğunu savunanlar da vardır. Buna yanıt vermeyen olgularda SKM kasına yapılacak botulinum toksini ile sonuç alınabilir. Konservatif tedaviye yanıt alınamayan olgularda ve 1 yaşından sonra saptanan tortikolis olgularında cerrahi tedavi yapılmalıdır. Cerrahide SKM kas klavikulaya yapıştığı alt uçlarından kesilir.

**Tablo 1:** Doğumsal Tortikolis Nedenleri

1	Musküler	
	a	Doğumsal musküler tortikolis (Sternokleidomastoid kasın fibrozisi)
	b	Benign paroksizmal tortikolis
	c	Boyun kaslarının agenezisi
	d	Skalenus anterior, omohyoid veya trapezius gibi kasların kontraktürü
2	Vertebral	
	a	Klippel-Feil sendromu
	b	Tek taraflı atlantookspital füzyon
	c	Baziler impresyon
	d	Atlantoaksiyel kemik deformiteleri
	e	Sprengel deformitesi

## EDİNSEL TORTİKOLİS

Edinsel Tortikolise yol açan nedenler Tablo 2'de gösterilmiştir.

### Nontravmatik Tortikolis

Genellikle inflamatuvar durumlar sonrasında C1-C2 rotatuar subluksasyonu sonucu oluşur. Bu durumlar, servikal osteomyelit, romatoid artrit, servikal lenfadenit, larenjit, tonsillit, mastoidit ve servikal absedir. Genellikle enflamasyonun yatışmasıyla subluksasyon düzelir. Bazen subluksasyon kalıcı olur ve aktif tedavi gerektirir. Chiari malformasyonu ve syringomyeli, distonik sendromlarda tortikolise yol açan diğer nedenlerdir. Osteoid osteom ve osteoblastom ağırlı tortikolise neden olabilir. Posterior fossa tümörlerinde beyin sapı basısına bağlı olarak tortikolis görülebilir. Bunun yanında tortikolis ile prezante olan 3. ventrikül kolloid kistide bildirilmiştir.

Edinsel tortikolisli bir olguyla karşılaşıldığında hastanın öyküsü dikkatli alınmalı ve ayrıntılı fizik, nörolojik muayene

yapılmalıdır. Boyun bölgesinde görülebilecek enfeksiyonlar ekarte edilmelidir. Enfeksiyonlar uygun antibiyotiklerle tedavi edilir. İlaça bağlı gelişen tortikolisler diphenhydramine, benztropine veya benzodiazepinlerle tedavi edilir. Sandifer sendromunda antireflü tedavi verilir. Göz ve kulak patolojilerini ekarte edebilmek için göz, kulak-burun-boğaz ve diğer branşların değerlendirmesi gerekmektedir. Enfeksiyon bulgusu olmayan olgulara önce direkt servikal grafi çekilmiştir. Direkt grafilerde anormal bulgu saptandığında olgulara bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki yapılmalıdır. Beyin tümörü, servikal bölgede patoloji düşünülen olgularda ise MRG tetkiki yapılarak olası patolojiler ekarte edilmelidir.

### Travmatik Tortikolis

Posttravmatik olgular tortikolisli olguların %10-20 sini oluşturur. Travma sonrası baş, boyun, klavikula veya scapulada oluşabilecek fraktür sonucu kas spazmına bağlı olarak tortikolis gelişebilir. Travma kemik, ligaman, kas veya yumuşak dokuda hasara neden olabilir. Tortikolisli neden olan en sık travma atlantoaksiyel eklem rotatuar

Tablo 2: Edinsel Tortikolis Nedenleri

I	NONTRAVMATİK		
	1. Kemik lezyonları	a. inflamasyon (pyojenik servikal spondilitis)	
		b. tümör	
		c. ligamentöz gevşeklik	
	2. Postural		
	3. Nörolojik	a. posterior fossa ve spinal patolojiler	
		b. distonik sendromlar	
		c. enfeksiyon	
	4. Otolaringolojik	a. nazofarengeal enfeksiyon-abse	
		b. benign paroksizmal tortikolis	
	5. Oküler	a. nistagmus	
		b. şaşılık	
		c. diplopi	
		d. tedavi edilmemiş görme bozuklukları	
	6. Diğer	a. Sandifer sendromu (hiatal herni sonucu reflüye bağlı tortikolis)	
		b. metabolik (glutarik asidüri)	
		c. ilaca bağlı (phenotiazin and metoclopramide, haloperidol)	
		d. psikiyatrik	
	II	TRAVMATİK	
		1	Atlantoaksiyel rotatuar subluksasyon
		2	C2-C3 subluksasyon
3		Kırıklar (vertebra, klavikula, skapula)	
4		Kas ve yumuşak doku travması	
5		Ligament yaralanması	
6		Kapalı kafa travması	

dislokasyonu veya C2-C3 subluksasyonudur. Odontoid ya da atlasın lateral kütlelerinde fraktür tortikolise yol açan başka bir nedendir. Ligamentöz yaralanmalar nadir görülür ve özellikle transvers ligaman rüptüründe ileri derecede nörolojik komplikasyonlara neden olabilir.

Boyun travması sonrası, C1'in C2 üzerinde rotatuar subluksasyonu veya C2-C3 arasında unilateral subluksasyonu sonucu tortikolis oluşabilir. SKM kasının yumuşak doku yaralanması sonucu oluşacak hematoma ya da kasta oluşabilecek yırtıklarda tortikolise neden olabilir.

### **Atlantoaksiyal rotatuar subluksasyon**

Ağrılı tortikolis en belirgin klinik tablodur. Çocuklarda daha sık görülür ve tanı sıklıkla gözden kaçırılır. Atlasın artiküler kitleleri aksis üzerinde yer değiştirmiştir. Bu olguların çoğunluğunda boyunluk ve medikal tedavi ile ilk 2 hafta içinde düzelme sağlanır. Bu sürede düzelme sağlanamayan olgulara ise traksiyon yapılmalıdır. Tanının geç konulduğu olgularda traksiyonla reduksiyon sağlamak zor olabilir. Bu olgularda açık cerrahi ile reduksiyon sağlanır ve C1-C2 füzyon uygulanır. C1-C2 füzyonu sağlamak için Gallie tekniği, Brooks tekniği, C1-C2 transartiküler vida ile posterior füzyon ve C1 lateral kitle ve C2 pedikül vidalama teknikleri uygulanabilir.

### **Transvers ligaman hasarı**

Transvers ligaman atlantoaksiyal eklemde stabilizasyonu sağlayan en önemli yapıdır. Lateral görüntülerde atlantodentin aralık erişkinlerde 3,5 mm. ve çocuklarda 5 mm'den büyükse ve atlas fraktürlerinde ön arka ağız açık grafilerde C1'in lateral kitleleri C2'nin üzerinde 6,9 mm'den fazla

yer değiştirmişse transvers ligaman hasarından şüphelenir. Düz grafiler sıklıkla transvers ligaman yaralanmasını göstermede yetersiz kalır. Hasarın kapsamını ve tipini belirlemede MRG, bilgisayarlı tomografi ve dinamik grafilere gerek duyulur. Instabilitenin gösterilmesi durumunda C1-C2 füzyon uygulanır.

### **Odontoid fraktür**

Genellikle tek yakınma boyun ağrısı olduğundan tanı gözden kaçabilir. Anderson ve D'Alonzo sınıflandırmasına göre 3 tipe ayrılır. Tip I fraktür densin üst ucunun avulziyon fraktürüdür. Tip II fraktür densin aksisin gövdesiyle birleşme yerinde olur. Tip III fraktürler aksisin gövdesine kadar uzanır. Tip I ve tip III fraktürler genellikle ortezlerle tedavi edilirken Tip II fraktürlerin tedavisi tartışmalıdır. Tip II fraktürlerde 5 mm'den fazla yer değiştirme, 10 dereceden fazla açılma, posteriora doğru yer değiştirmede ve 40 yaşından büyük olgularda nonunion oranı fazla olduğundan cerrahi yolla tedavi edilmelidirler. Bu olgular posterior C1-C2 arası füzyon ya da anterior odontoid vida fiksasyonu ile tedavi edilirler.

### **KAYNAKLAR**

1. Rothman-Simeone The Spine, Sixth Edition: Harry N. Herkowitz, Steven R. Garfin, Frank J. Eismont, Gordon R. Bell, and Richard A. Balderston; Chapter 76, 1307-1332
2. Pediatric Surgery, Seventh Edition: Arnold G. Coran; Chapter 60, 763-767
3. Nelson Textbook of Pediatrics, Nineteenth Edition: Robert M. Kliegman, Bonita F. Stanton, Joseph W. St. Geme, Nina F. Schor, and Richard E. Behrman; Chapter 672, 2377-2382.e1