

Tortikolide Kombine Cerrahi Yaklaşım

Tarık ÇAVUŞOĞLU, İlker YAZICI, İbrahim VARGEL

Cahit VURAL

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, KIRIKKALE

Özet

Konjenital müsküler tortikolis(KMT) yaşamın ilk yılında spontan regresyon gösterebilen ya da konservatif yöntemler ile tedavi edilebilen bir patolojidir. İki yaş sonrasında ise genellikle cerrahi tedavi gereklidir. Üç vakada Sternokleideomastoid(SCM) kasının unipolar serbestleştirilmesi ile kasa yapılan Z plasti tekniklerinin kombinasyonundan elde edilen sonuçlar sunulmuştur.

Combined Surgical Approach for the Treatment of Torticollis

Abstract

Congenital muscular torticollis is a disease that can regress spontaneously in the first year of life or can be managed by conservative procedures. After the second year of life, surgical treatment is generally needed. The results of the combined surgical method of the unipolar release and the Z plasty of the SCM muscle in three cases is presented.

Giriş

Konjenital müsküler tortikolis (KMT) kalça çıkığı ve club foot'dan sonra en sık görülen üçüncü kas iskelet sistemi anomalisidir.¹ Görülme insidansı % 0.3-1.9 arasında değişmektedir.² Hastalarda kısalmış, aşırı kontrakte sternokleidomastoideus (SCM) kası ve mevcut fibrotik bantlar ile karakterize olan patoloji kendisini klinik görünüm olarak başın etkilenen tarafa, çeneninde karşı tarafa doğru yönelimi şeklinde gösterir.¹ KMT doğumdan sonra erken dönemlerde (birkaç hafta sonra), etkilenen kas üzerinde gergin olmayan palpabl bir kitle şeklinde kendini gösterebilir. Bu sebepten "sternomastoid tümör" ya da "pseudotumor infancy" isimleri ile de anılmıştır. Zamanla kitle yerini bir fibröz banda bırakır. Uzun süre tedavisiz kalan tortikolis hastalarında kafa ve yüz asimetrisi veya plagiosefali de görülebilir. Hastalarda etkilenen tarafta kaş, kulak seviyesi ve zigomada aşağı doğru yönelim, nazal tip ve çenede deviasyon, inferior orbital distopi, boyunda kısalık ve klavikula – omuzda yukarı doğru yönelim görülebilir.

KMT tedavisinde amaç servikal mobilitenin uzun süreli-kalıcı fonksiyonel restorasyonunu sağlamaktır ve estetik deformiteleri düzeltmektir. Operasyon ve/veya konservatif tedaviler ile üst servikal skolyoz ve kraniyofasiyal deformite gelişimini en aza indirmek amaçlanır. Erken çocukluk döneminde teşhis ve erken konservatif tedavi ile başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Uygun ayarlanmış uyku pozisyon aparatları, pasif gerim egzersizleri ve aktif uzatma egzersizleri ile 6 ayı geçmeyen bir süre içerisinde 2 yaş altı hastalarda %95' in üzerinde başarı elde edilmiştir. Bu yaş grubu bazı hastalarda ise spontan regresyon

görülebilir.³⁻⁴ Cerrahi tedavide en iyi sonuçlar 1-4 yaş arasında elde edilir.⁵

Daha ileri yaşlarda yapılacak operasyonlar daha komplike olacak ve iyi sonuç elde etme şansı azalacaktır. Cerrahi tedavide SCM kasının unipolar serbestleştirilmesi,⁶ bilateral open tenotomi⁷, SCM parsiyel rezeksiyonu⁸ ve multiple Z plastiler⁹ gibi yöntemler kullanılmıştır.

Hastalar ve Yöntem

Yaşları 2,5, 8, 13 olan 3 hasta hasta KMT tanısı ile opere edilmiştir. SCM kas üzerinde 1,5-2 cm.lik bir cilt insizyonu ile girildikten sonra SCM kası 1/3 alt segmenti hizasından serbestleştirilip askıya alınmıştır. Gergin ve fibrotik kas segmentine yapılan Z plasti ile 1-2 cm'lik uzama elde edildi. Kas lifleri 4/0 polyglactin sütürler ile onarıldı. Mastoid kemiğin en projektıl kısmının hemen altından yapılan hilal şeklindeki 1,5-2 cm insizyon ile cilt geçildikten sonra mastoid başındaki SCM fibröz uzantıları bir periost elevatörü yardımı ile mastoid kemikten ayrıldı ve SCM üst polden serbestleştirildi. (**Resim1**) Bu esnadan tüm gergin fasiyal yapılar kemikten ayrılırken çevre nörovaskuler yapılara zarar vermeye azami gayret gösterildi. Cilt 5/0 naylon sütürler ile sütüre edildi ve seromayı önlemek üzere minivac drenler konuldu. Tüm drenler postoperatif 24.saatte çekildi.



Şekil 1:SCM kasına Z plasti ve mastoid serbestleştirme

Sonuçlar

Hastalar postoperatif dönemde kendilerine özel yapılan, traksiyon yaratarak ve SCM üst polünün uygun pozisyonuna yardım eden boyunluğunu tüm gün kullanmaya başlamış ve fizyoterapi programına alınmıştır. 3-4. haftadan itibaren servikal aparat 3 hafta boyunca sadece gece kullanılmıştır. Hastalar kontroller esnasında boyun hareketleri, hareket kısıtlılığı(limitation of rotation), skar, kontrakte bandın varlığı, boyunda gergin yan bantlar ve başın yana pozisyonu parametreleri değerlendirilerek takip edildiler. Postoperatif kontrollerde hastalarda deride yada saçlı deride hipertrofik skar/alopesiye dair bir bulgu izlenmemiştir. İki hastada hareket serbesliği tam iken 1 hastada 10 derecenin altında açı ve hafif yana fleksiyon izlenmiştir. Postoperatif 1-2. gün superior serbestleştirilme yapılan bölgede analjeziğe cevap veren ağrı gözlenirken herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir.

Tartışma

KMT vakalarının %95'e yakını spontan ya da 1 yaş öncesinde yapılan konservatif yöntemler (kontrollü pasif germe egzersizleri) ile cerrahi tedaviye gerek kalmaksızın iyileşebilir¹⁰⁻¹¹ Hastalarda mevcut fasiyal ve kranial deformitelerin ileri yaşlarda tedavisi oldukça zordur. Ancak 4 yaş öncesinde yapılan cerrahi tedavi sonrasında mevcut deformitelerin geri dönüşümü mümkündür.

Unipolar ya da bipolar serbestleştirme operasyonları ile KMT hastalarında en popüler cerrahi tedavi yöntemleridir. Özellikle 6 yaş üzeri KMT vakalarında bipolar serbestleştirme yöntemi tercih edilir.¹²

Biterminal serbestleştirme ve Z plasti kombinasyonu ile de ileri derece KMT vakalarında başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Z plasti kombinasyonunun SCM kasının "V konturunu"

korumada yardımcı olduğu ve daha iyi kozmetik sonuç verdiği belirtilmiştir.¹³ Opere ettiğimiz hastalar nispeten ağır CMT vakaları olmadığı ve yaşları çok ileri olmadığından bipolar SCM serbestleştirilmesi yerine unipolar SCM serbestleştirilmesini tercih ettik. SCM kasına yapılan Z plasti ile tatminkar bir uzama ve konturda simetri sağladık. Postoperatif erken dönemde kullanılmaya başlanılan hastaya özel yapılmış boyunluk sayesinde serbestleşen kasın uygun pozisyonunda kalması ve kontraksiyonunun önlenmiş olduğuna inanıyoruz. Elde edilen düzelmenin kalıcı olması için 3 hafta devamlı sonrasında da 3 hafta gece yatarken boyunluğun kullanımının da hastalarda elde edilen optimal sonuçlara katkısı olmaktadır. SCM mastoid "unipolar serbestleştirme" ve Z plasti kombinasyonu hafif ve orta derecede KMT vakalarında etkin bir cerrahi teknik kombinasyonudur.



Şekil 2:Preoperatif görünüm



Şekil 3: Postoperatif görünüm

Referanslar

1. Bredenkamp JK, Hoover LA, Berke GS, Shaw A. Congenital muscular torticollis. A spectrum of disease. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990 Feb;116(2):212-6
2. Wei JL, Schwartz KM, Weaver AL, Orvidas LJ. Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis: 170 cases. Laryngoscope. 2001 Apr;111(4 Pt 1):688-95.) Cheng JC, Au AW. Infantile torticollis: a review of 624 cases. J Pediatr Orthop. 1994 Nov-Dec;14(6):802-8.)
3. Do TT. Congenital muscular J Pediatr Surg. 2000 Jul;35(7):1091-6
4. Cheng JC, Tang SP, Chen TM, Wong MW, Wong EM. torticollis: current concepts and review of treatment The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants--a study of 1,086 cases. Curr Opin Pediatr. 2006 Feb;18(1):26-9
5. Hollier L, Kim J, Grayson BH, McCarthy JG. Plast Reconstr Surg. 2000 Mar;105(3):827-35. Congenital muscular torticollis and the associated craniofacial changes.
6. Cheng JC, Au AW., Infantile torticollis: a review of 624 cases. J Pediatr Orthop. 1994 Nov-Dec;14(6):802-8.)
7. Lee EH, Kang YK, Bose . JK. Surgical correction of muscular torticollis in the older child. Pediatr Orthop. 1986 Sep-Oct;6(5):585-9
8. Akazawa H, Nakatsuka Y, Miyake Y, Takahashi Y. Congenital muscular torticollis: long-term follow-up of thirty-eight partial resections of the sternocleidomastoid muscle. Arch Orthop Trauma Surg. 1993;112(5):205-9.
9. Ferkel RD, Westin GW, Dawson EG, Oppenheim WL. J Bone Joint Surg Am. 1983 Sep;65(7):894-900. Muscular torticollis. A modified surgical approach
10. Sönmez K, Türkyılmaz Z, Demiroğullari B, Ozen IO, Karabulut R, Bağbanci B, Başaklar AC, Kale N.J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2005;67(6):344-7. Congenital muscular torticollis in children.
11. Canale ST, Griffin DW, Hubbard CN. J Bone Joint Surg Am. 1982 Jul;64(6):810-6. Congenital muscular torticollis. A long-term follow-up.
12. Minamitani K, Inoue A, Okuno T. Results of surgical treatment of muscular torticollis for patients greater than 6years of age. J Pediatr Orthop. 1990 Nov-Dec;10(6):754-9.
13. Wirth CJ, Hagen FW, Wuelker N, Siebert WE. Biterminal tenotomy for the treatment of congenital muscular torticollis. Long-term results.J Bone Joint Surg Am. 1992 Mar;74(3):427-34.

Yazışma Adresi:

Dr. Tarık ÇAVUŞOĞLU

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

71100, KIRIKKALE

E-posta: tarikmd@gmail.com

Tel :0318. 2252485/2164

Fax :0318. 2252819