

ERKEN KONJENİTAL MUSKÜLER TORTİKOLLİSTE CERRAHİ TEDAVİ GEREKLİ Mİ? PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Ayşenur Cerrah Celayir*

**IS THERE ANY NEED FOR SURGICAL
TREATMENT IN EARLY CONGENITAL
MUSCULAR TORTICOLLIS? A
PROSPECTIVE STUDY**

ÖZET

Konjenital musküler tortikollisin (CMT) konservatif tedavisiyle başarıyla ilgili pek çok yazı bildirilmesine rağmen tedavi süresi ve egzersiz sıklığı gibi medikal tedavi kriterleri hakkında bilinenler nispeten az ve değişkendir.

Bu çalışma 1994-1995 Mayıs yılları arasında polikliniğe başvurulan konjenital musküler tortikollisli 54 hastadan düzenli takibe gelen 45 hastada prospektif olarak yapıldı. Ortalama başvuru yaşları 38.4 gün (15-120 gün) olarak bulundu. Standardize ettiğimiz ilk kayıtları takiben anne-babaya yoğun pasif germe egzersizleri (her 3 saatte bir 10'ar kez tekrarlanan boynun 3 hareketi) öğretildi. Ayda bir poliklinik takibine alınan hastalarımızın tümü ortalama 3.2 ay (1-9 ay) gibi çok kısa sürede başarıyla tedavi edildi.

Anahtar kelimeler: Konjenital musküler tortikollis, strenomastoid tümör.

SUMMARY

Although the success of conservative management of congenital muscular torticollis (CMT) has been well documented, relatively little is known about the determinants of response to treatment, such as treatment duration and frequency.

This study was a prospective study of 45 infants (26 male, 19 female) with CMT referred to the pediatric surgical practice in our hospital between May 1994 - May 1995. The mean age was 38.4 days (range 15 to 120 days).

Following a standardized initial assessment, parents were educated our concise home treatment protocol consisting of daily in every 3 hours passive stretching exercise. All of patients successfully treated using very concise protocol of passive stretching exercise (100% success), besides, this treatment protocol has a very short treatment duration.

Key words: Congenital muscular torticollis, sternomastoid tumor.

GİRİŞ

Tortikollis bir hastalık değil semptomdur. Seksenden fazla hastalık tortikollise neden olmaktadır(6,7). Tortikollis sebeplerden biri olan konjenital musküler tortikollis (CMT), sternokleidomastoid (SCM) kasın tek taraflı fibrotik kısalması sonucunda meydana eğrilik oluşmasıdır (2,6,7). İlk olarak M.Ö. 2000'li yıllarda Hipokrat tarafından tarif edilmiştir(6,7). Büyük İskender'in tortikollisli olduğu bilinmektedir(7). İlk cerrahi tedavi 1643'de Minnius tarafından tanımlanmıştır. 1893'de Warren ilk olarak ameliyat sonucunu yayınlamıştır(4,7).

Doğumdan sonraki ilk günlerde genellikle hiç belirti yoktur. İkinci üçüncü haftalarda SCM kasda kitle oluşmaktadır (olive). Tedavi edilmez ise iki üç ayda kitle kaybolup kas fibrozisi ve kısalmasıyla (band) boyun o tarafa eğilmektedir. Kafatasında asimetrik bası sonucu progressif olarak fasial asimetri ve plagiosefali (okspital düzleşme) meydana gelmektedir. Tedavide gecikilirse skolyoz ve görme ufkunun değişmesine bağlı olarak şaşılık gelişebilmektedir (3,7). Erken tanı konulan vakalar aktif ve pasif germe egzersizleriyle ve yatış pozisyonuna dikkat edilerek sekel kalmadan düzeltilebilmektedir(1,2,3,5,6,7).

* Zeynep Kamil Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Bu çalışmanın amacı, erken tanı konulan vakalarda medikal tedavinin önemini ve literatürde tarif edilenlerden daha yoğun bir egzersiz programıyla tedavi süresinin kısaltılmasının mümkün olabileceğini göstermektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma Zeynep Kamil Hastanesi'nde Mayıs 1994-1995 yılları arasında Çocuk Cerrahisi Polikliniğine başvurulan 54 CMT'li hastadan düzenli olarak kontrollere gelen 45 hastada prospektif olarak yapıldı.

Tüm hastaların şikayeti, ilk farkedilme yaşı, bu konuda yapılan önceki tedaviler, akrabalık, aile anamnezi, doğum yeri, şekli, kaçınıcı doğum olduğu, ek patolojiler ve kilosu kaydedildi. Genel fizik muayene, oküler ve nörolojik değerlendirme yanısıra lokal muayene yapıldı. Taraf, olive büyüklüğü, asimetri, plagiosefali, rotasyon kısıtlılığı kaydedildi.

Tüm hastalarda servikal grafi görüldükten sonra hastalık ve tedavi konusunda aileye detaylı bilgi verildi ve egzersizler aileye öğretildi. Egzersiz programımız boynun anterior fleksiyon-ekstansiyonu, sağ-sol lateral fleksiyonu ve sağ-sol laretal rotasyonundan oluşan pasif germe egzersizlerinin her birinin onar kez, her beslenme öncesi yani yaklaşık 3 saatte bir gün içinde tekrarlanmasından oluşuyordu. Egzersizlerle şişlik ve eğriliğin tamamen geçebileceği ve tedavideki başarı ve başarısızlığın kendilerine ait olduğu izah edildi. Bu arada tedavinin başarılı olması için yatış pozisyonunu önemi de vurgulandı, sağ ve sol lateral pozisyonda dönüşümlü olarak yatırılması önerildi. Her kontrole gelişlerinde başarılarından dolayı aile tebrik edilerek egzersizleri aksatmadan yaptırılmaları konusunda uyarıldı.

Ayda bir yapılan kontrollerde olive büyüklüğü, asimetri, plagiosefali, rotasyon kısıtlılığın son durumu kaydedildi. Olive kaybolduktan sonra lezyon tarafına lateral boyun rotasyonu tam olana kadar egzersizle-

re devam edildi. Egzersizlere ne kadar sürede cevap alındığı, tedaviye cevabın nasıl (mükemmel, iyi, kötü) olduğu kaydedildi.

BULGULAR

26'sı erkek (%57.7), 19'u kız (%42.3) 45 konjenital musküler tortikollisli hastanın (n=45) ortalama başvuru yaşları ortalama 38.4 gün (15-120) bulundu. Sağ tarafta tutulum 24 olgu (%53.3), sol tarafta 21 olgu (%46.6) olarak tespit edildi. 41 olgu (%91) boynunda şişlik, 4 olgu (%9) eğrilik nedeniyle başvururuldu (Tablo I). İlk farkedilme yaşı ortalama 26. gün (3-90 gün) olan olguların 10'u daha önceden birkaç doktora başvurmuş, egzersiz ve mesaj önerilmişti. 13 olguda (%28) anne-baba akrabalığı, 4 olguda (%8.8) aile anamnezi mevcuttu (bir olgunun ablasında, 2 olgunun amca oğlunda, bir olgunun babaanne ve halasının oğlunda).

Tablo I: Konjenital muskular tortikollisli 45 olgunun dökümantasyonu

26 Erkek (%57.7)	24 Sağ (%53.3)	28 Primipar (%62.2)
19 Kız (%42.3)	21 Sol (%46.6)	21 Multipar (%37.8.9)
	n=45	
	41 Olive (%91.1)	
	4 Band (%8.9)	

5 olgu (%11.1) evde doğum, 40 olgu (%88.8) hastanede doğumdu. Hastane doğanların 3'ü sezaryen, 4 makat geliş, 2 kordon dolanması, 2 ikiz, 2 vakumla idi. İlk gebelik 28 olguda mevcuttu (%62.2). Doğum kilosunu 15 olgu biliyordu (ortalama doğum kilosu 3560 gr.) Ek iskelet anomalisi saptanmadı. 3 olguda klavikula fraktürü mevcuttu (Tablo II).

41 olguda (%91.1) olive (ortalama başvuru yaşı 36.6 gün), 4 olguda (%8.8) fibrotik band (ortalama başvuru yaşı 83.2 gün), 26 olguda (%60) asimetri, 5 olguda (%11.1) plagiosefali, 14 olguda (%31) asimetri ve plagiosefali mevcuttu. Tüm olguların lezyon tarafına lateral boyun rotasyonu kısıtlı idi (%100).

Ortalama egzersiz süresi 3.2 ay (1-9 ay) saptandı (Olive grubunda 4.3 ay, band gru-

Tablo II: Zor doğum açısından olgularımızın dökümentasyonu

	n	%
Evde doğum	5	11.1
Sezaryen	3	6.7
Makat geliş	4	8.8
Vakum	2	4.4
Kordon dolanması	2	4.4
İkiz gebelik	2	4.4
Klavikula kırığı	3	6.7
Total	21	46.6

bunda 2.2 ay). Ocak 1998 kayıtlarına göre ortalama takip süresi 38.2 ay (32.44 ay) idi. Tedavi sonunda hafif asimetri 9 olguda (%20), plagiosefali 13 olguda (%28.8) mevcuttu. Lateral boyun rotasyonu tümünde tamdı. Tedavi sonuçları Tablo III'de özetlenmiştir. Mükemmel (asimetri yok, rotasyon kısıtlılığı yok) 36 olgu (%80); İyi (hafif asimetri var, rotasyon kısıtlılığı yok veya asimetri yok, hafif rotasyon kısıtlılığı var) 9 olgu (%20); kötü (yanıt yok) 0 olgu olarak değerlendirildi (Cameron'a göre).

Tablo III: Olgularımızda pasif germe egzersiz sonuçları

SONUÇ	Mükemmel	İyi	Kötü	
Asimetri	-	hafif+	-	+
Rotasyon kısıtlılığı	-	-	hafif +	+
Olgu sayısı	36 (%80)	9 (%20)	0	0

TARTIŞMA

Bulgularımızın çoğu literatürle uyumludur. Cinsiyet, taraf, ortalama başvuru yaşı diğer çalışmalarla benzer sonuçlar vermiştir. Literatürden farklı olarak akraba evliliğinde daha yüksek oranda görülmesi (%28), ülkemizde akraba evliliğinin halen fazla olması ile açıklanabilir(7). Ayrıca 4 olgumuzda (%8.8) aile anamnezinin olması dikkat çekicidir. Literatürde sporadik olgu olarak aile anamnezi bildirilmektedir(1,2,6,7).

3 olguda eşlik eden klavikula kırığı olması serimizde travmatik ve zor doğum oranında yüksek olduğunu düşündürmektedir. Zor doğum oranı, diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim serimizde de yüksektir (%46.6). Literatürde %10 gibi eşlik eden iskelet sistemi anomalisi olmasına karşın bizim serimizde hiçbir olguda rastlanmamıştır(1).

Olgularımız düşük sosyoekonomik ve kültürel seviyeli ailelerden oluşmasına rağmen tedavi süresinin literatüre göre çok daha kısa olmasının nedeni, aile ile çok iyi koopere olmakla açıklanabilir. Sadece bir olguda yetersiz uygulandığı için egzersiz programının dokuzuncu aya kadar uzamıştır.

Ayrıca ilk başvuru yaşı literatüre göre bizde daha erkendir (1,2,3,4,5,6,7). Çocuk hekimlerinin erken dönemde boyundaki şişliği farketmeleri ve konsültasyon istemelerinin önemi çok büyüktür. Yenidoğanın ilk kontrollerinde rutin boyun muayenesi yapılması erken tanı ve tedavi açısından çok önemlidir.

Kanada'da yapılan prospektif bir çalışma 3 yılda takip edilen 2 yaş altındaki 100 olguyu kapsamaktadır(5). Egzersizlerle ortalama tedavi süresi olive'li grupta 6.9 ay, bandlı grupta 3.9 ay olarak saptanmıştır. Emery'nin bu çalışması diğerlerinden farklı olarak prospektif olarak yapılmıştır ve de tedavi başarısı diğerlerinden daha iyidir. Bizim çalışmamız da prospektif olarak yapılmıştır. Emery'nin çalışmasından farklı olarak olgu sayımız yıla göre daha fazla olduğu gibi daha yoğun bir egzersiz programıyla daha kısa bir sürede %100 başarılı sonuç alınmıştır.

Bazı çalışmalarda üç ay ve üzerinde başarılandırılan ve egzersizlere başlanan çocukların %45'inde cerrahi tedavi gerektiği bildirilmiştir (1,2,3,6,7).

Literatürde tarif edilen egzersiz yöntemlerinde ve sıklığında farklılıklar mevcuttur (1,2,3,5,6,7). Erken tanı konulup egzersize başlanırsa doğal baş tutma şeklinde bir an önce kavuşan hastada çeşitli boyunluk ve başlık takmaya gerek kalmadan tortikollisin düzeldiği görülmektedir.

Sonuç olarak CMT, erken başlanan yoğun fizyoterapi programı ile cerrahi işleme gerek kalmadan başarıyla daha kısa sürede tedavi edilebilir. Aile ile iyi kooperasyon kurulması medikal tedavinin temelidir.

KAYNAKLAR

1. Bredenkamp JK, Hoover LA, Berke GS, et al: Congenital muscular torticollis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 116:212, 1990.
2. Cameron BH, Langer JC, Cameron GS: Success of nonoperative treatment for congenital muscular torticollis is dependent on early therapy. *Pediatr Surg Int.* 9:391, 1994.
3. Clarren SK: Plagiocephaly and torticollis: Etiology, natural history and helmet treatment. *J Pediatr.* 98:92, 1981.
4. Davids JR, Wenger R, Mubarek SJ: Congenital muscular torticollis: sequela of intrauterine or perinatal compartment syndrome. *Journal of Pediatric Orthopaedics* 13:141, 1993.
5. Emery C: The determinants of treatment duration for congenital muscular torticollis. *Physical Therapy* 74:921, 1994.
6. Tom LWC, Rossiter JL, Sutton LN, et al: Torticollis in children. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 105:1, 1991.
7. Wolfort FG, Kanter MA, Miller LB: Torticollis. *Plastic and Reconstructive Surg* 84:682, 1989.

Yazışma adresi

Ayşenur Cerrah Celayir

Sakacı Sok. Mehmet Sayman Apt.

No: 77 Da: 8, 81090 Kazasker

Kadıköy - İstanbul

Tel: (0 216) 410 60 48

Fax: (0 216) 347 62 28

E-mail: scelayir@escortnet.com