

Çocuklarda Konjenital Musküler Tortikollis: Geç Başvuran 12 Olgunun Analizi

Hayrettin ÖZTÜRK¹, Hanifi OKUR², Hülya ÖZTÜRK³, Murat Kemal ÇİĞDEM²,
Hatun DURAN², Abdurrahman ÖNEN², Ali İhsan DOKUCU⁴

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi ve ²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalları, ³İzzet Baysal Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ve ⁴Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi klinikleri

ÖZET

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız geç başvuran konjenital musküler tortikollis (KMT)'li hastalarımızın klinik, tanı ve tedavi özelliklerini analiz etmek ve literatür ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: Retrospektif olarak hastalarımız yaş, cinsiyet, klinik bulgular, yüzde ikincil biçim değişiklikleri, şişliğin yerleşimi, tanı yöntemleri, ek anomaliler, cerrahi girişimde karşılaşılan bulgular, sağaltım amacıyla uygulanan cerrahi girişimler açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastalarımızın (5 erkek, 7 kız) yaş ortalaması 6,7 (1,5-12 yaş) yıl idi. Lezyonların çoğunluğu solda (%58) görüldü. Olgularımızın ikisi küçük yaş grubundaydı. İki olguda (%17) boyunda kitle palpe edilebildi. Olguların çoğunluğunda boyun hareketlerinde kısıtlılık (%83) en sık bulgu idi. Serimizdeki hastaların tümü cerrahi girişimle tedavi edildi ve ayrıca fizik-terapi egzersizleri de uygulandı.

Sonuç: Bu çalışmada, geç başvuran KMT'li çocuklarımızın çoğunluğunda cerrahi tedavi ve konservatif tedavi ile boyun hareketleri ve boyun eğriliğinde belirgin bir düzelme oldu.

Anahtar Kelimeler: Tortikollis, Çocuk

Congenital Muscular Torticollis in Children: Analysis of 12 Delayed Cases

SUMMARY

Purpose: The aim of this study was to estimate the records of patients treated for congenital muscular torticollis (CMT) in the period between 1986 and 2005. At this point we report our clinical experience with delayed CMT in the light of current literature.

Methods: We retrospectively evaluated the records of our patients in terms of age, sex, clinical presentation, localization of the lesion, diagnostic tests, additional abnormalities, findings at operation and surgical procedures.

Results: The mean age of the patients (7 girls, 5 boys) was 6.7 years (range: 1.5- 12 years). Most of the lesions were seen on the left aspect of the neck (58%). The most encountered complaint at application was restriction of neck motion (83%). Sternocleidomastoid tumor accounted for only 17% of the patients' complaints. All patients in this study were treated by surgical intervention.

Conclusions: In this study, neck motion and head tilt showed marked improvement with surgical and conservative treatment in majority of children with CMT who admitted to the hospital lately.

Key Words Torticollis, Child

GİRİŞ

Çocukluk çağında tortikollis konjenital ya da akkiz olabilir. Sternokleidomastoid kasının (SKMK) fibrozisi ve kısalmasından kaynaklanan konjenital musküler tortikollis (KMT) en sık görülen tipidir (1). Patolojik olarak temel anormallik atrofiye giden kas liflerinin etrafında kollajen ve fibroblastların depolanması ile gelişen fibrozistir (1,2). Doğumdan sonraki 2-3 hafta içinde kasın bir kısmında ya da tümünde görülebilir ya da palpe edilebilir bir şişlik gelişir. Buna

sternomastoid tümör adı verilir (2). Daha büyük çocuklar boyun hareketlerinde bir kısıtlamaya neden olan fibrotik, kısalmış sternomastoid kas gelişimi ile bulunabilirler (2). KMT'li bebeklerin yaklaşık %80-97'sinde ameliyat gerektirmez (1,3). Başarılı tedavinin anahtarı erken tanı ve derhal fizik tedavidir (1,4).

Bu çalışmadaki amacımız kliniğimize geç başvuru yapan KMT'li hastalarımızın klinik, tanı ve tedavi özelliklerini literatür ışığında analiz etmektir.

HASTA VE YÖNTEM

1986–2005 yılları arasında cerrahi girişimle sağaltmaya çalıştığımız KMT'li 12 hasta yaş, cinsiyet, klinik bulgular, fasial anomali, şişliğin lokalizasyonu, daha önceki fizik tedavi hikayesi, tanı yöntemleri, ek anomaliler, operasyon bulguları ve cerrahi prosedürler açısından değerlendirildi.

BULGULAR

Hastalarımızın 5'i erkek (%42) ve 7'si kız (%58) idi. Olgularımızın yaş ortalaması 6.7 (1.5-12 yaş) yıl idi. Olgularımızın bazı klinik bulguları Tablo 1'de verildi. Hastalarımızın beşinde sağda (%42) ve yedisinde solda (%58) SKMK etkilendi. Olgularımızın iki tanesi (%17) 2 yaş ve daha küçük, diğer olgularımız 4 yaş ve üzerinde idi. İki yaş ve altında bulunan iki olgumuzda boyunda sert, iğ şeklinde, ağrısız, kas yapısının içinde yaklaşık 1–3 cm. çapında ayrı bir şişlik palpe edilebildi. Hastalarımızın tümünün doğumunun normal vajinal yolla gerçekleştiği ve bunlarında sekizinde (%66) zor doğum hikâyesi mevcuttu. Olguların çoğunluğunda fasiyal asimetri (%75), boyun hareketlerinde kısıtlılık (%83), boyunda eğrilik (%75) ve kraniyal asimetri (plagiosefali) (%25) vardı. Yüz ve çene lezyonun karşı tarafına dönmüş, baş ise lezyon tarafındaki omuza doğru bükülmüş şekilde idi. Fizik muayene sonrası yapılan düz servikal radyolojik değerlendirmelerde herhangi bir patoloji yoktu. Hastalarımızın tümüne ultrasonografi (USG) ve dört hastaya tomografi (CT) çekildi. Serimizdeki hastaların tümü SKMK distal 1/3'ünün serbestlenmesi, platizma bantlarının ve ilişkili fibröz dokunun giderilmesi ile tedavi edildi. Skalen kas grubu gibi daha derin plânda yer alan kaslarda herhangi bir kısıtlılık yoktu. Hastalarımızın 4'ünde operasyon sonrası boyunluk kullanıldı. Bu olgular kliniğimizin ilk yıllarında ameliyat edilenler olup boyunluk kullanımlarından uzun yıllar önce vazgeçildi. Olgularımızın takiplerinde tortikolise bağlı olumsuz boyun hareketlerindeki sınırlama ortadan kalktı.

TARTIŞMA

KMT boyun eğriliği, boyun hareketlerinde sınırlanma ile sonuçlanan SKMK'nın fibröz bir kontraktürüdür (5). KMT %0.3–1.9 insidansda rapor edilmiştir (6). Erkek-kız oranı eşittir. Bilateral lezyonlar çok seyrek (7). Hastalar sıklıkla 2–3 hafta içinde

tanımlanır (2,6,8). Serimizde erkek-kız oranı kızlar lehine fazla olmakla beraber hemen hemen eşit olarak dağılım gösterdi. Bilateral KMT'li hastamız olmadı. Bu çalışmada farklı olarak hastaların çoğunluğunun 5 yıldan sonra kliniğimize başvurduğu saptandı.

KMT'in etiyojisi hala tartışmalı olmakla beraber doğum travması, intrauterin dönemdeki anormal pozisyon, servikal hemivertebra, servikal lenfadenit, akut fasiitis ve göz kaslarının dengesizliği, venöz oklüzyon, psikolojik problemler, nörolojik tortikolis, Grisel sendromu (travmatik olmayan atlantoaksial rotatör subluksasyonu) ve Sandifer sendromu (gastroözofageal reflü ile birlikte bulunur ve boyunda da bükülmelerin olduğu anormal vücut hareketleri mevcuttur) ileri sürülen tüm diğer faktörlerdir (2,4,6,9). Hastalarımızın tümünün normal vajinal yolla doğduğu ve %66'sında zor doğumla ilgili bir hikayenin bulunduğu belirlendi. Bizim hastalarımızda da olduğu gibi zor doğum suçlanan ana etiyojik faktör olmaya devam etmektedir. Doğum travması SKMK'nda gerilme ve hematoma oluşmasına neden olur. Bu gelişmeyi fibrozis ve kas kontraksiyonu izler. Hastaların %60'dan fazlasında zor doğum hikayesi olmasına rağmen sezaryen ile doğan bebeklerde de KMT bildirilmiştir (7,8,10). KMT'li hastalarda birlikte bulunan diğer konjenital kas-iskelet anomalileri %6-20 arasındadır. Birlikte bulunan en yaygın anomali "konjenital kalça çıkığı"dır (11,12). Hastalarımızda ek konjenital bir anomaliye rastlanmadı.

Doğum sonrası 2–3 hafta içinde sternomastoid tümör kas yapısının içinde 1-3 cm. çapında, sert, iğ şeklinde, ağrısız, ayrı bir şişlik halinde yoklama bulgusu olarak kayıt edilebilir (2). Kas biyopsileri diffuz fibrozisi ortaya koymuştur (1,2,7). Hayvan çalışmaları SKMK ve onun etrafındaki fasianın anatomik bir kompartman olduğunu ve intrauterin dönemde kas basısı ya da yaralanmasının kompartman sendromuna yol açabileceğini ileri sürdüler (13,14). Köpeklerde yapılan çalışmalarda hem venöz ve hemde arterial oklüzyonun SKMK içinde fibröz doku gelişimine neden olabildiği gözlemlendi (13). Fizik muayenede kulak aynı tarafta klavikulaya doğru aşağı çekilir ve yüz karşı tarafa doğru yukarı bakar. Ultrasonografi sternomastoid tümörün saptanmasında ve

Tablo 1. Konjenital musküler tortikolis’li 12 olgunun klinik bulguları

Yaş	Hasta Sayısı	Oliv	Fasial Asimetri	Hareket Kısıtlılığı	Boyun Eğriliği	Plagiosefali
1-2 yıl	2	2	-	2	-	-
2-4 yıl	1	-	1	1	-	-
5-10 yıl	7	-	6	7	7	2
>10 yıl	2					

lezyonun boyunun diğer patolojilerinden ayırt edilmesinde artarak kullanılmaktadır ve daha doğru sonuçlar verir (12). Ek olarak kraniofasial ve servikal vertebra anomalilerin araştırılmasında CT’den faydalanılır (15,16). Çalışmamızdaki geç başvuru nedeniyle iki (%17) olguda kas içinde bir kitlenin palpasyonu mümkün olabildi. Diğer olguların muayenesinde daha çok lezyon tarafında sıkı, gergin ve belirgin olarak yassılaştırmış fibröz yapıların bulunduğu belirlendi. Radyolojik tanıda tüm hastalarda USG’den faydalanıldı.

KMT’li çocukların %90’dan fazlası nonoperatif tedavi ile doğumdan sonraki ilk altı ayda düzelirler (1,3,17). Başlangıç tedavisi aktif ve pasif ekzersizle fizyoterapi ve masaj tedavisidir (1,2,9). SKMK kontraksiyonu altıncı aydan sonrasına kadar ısrar ederse kraniofasial anomali (%60-70) gelişir ve özellikle fasial hemihipoplazide gelişiminde tortikollis için cerrahi tedavi endikasyon vardır (4). En iyi sonuçları veren cerrahinin tipi konusundaki tartışmalar hala devam ediyor. En yaygın olarak kullanılan teknik SKMK’nın alt ucuna uygulanan miyotomidir (18,19). Hulbert SKMK’nın üst ucuna miyotomisini tanımladı (20). Diğer bazı yazarlar SKMK’nın iki ucuna tenotomi tanımladı (21,22). Ameliyat sonrası KMT’in tekrarlama seyrek bir durumdur ve olguların %3’den daha azında olduğu bildirilmiştir (23). Bizim serimizdeki hastaların tümü SKMK distal 1/3’ünün serbestlenmesi, platizma bantlarının ve ilişkili fibröz dokunun giderilmesi ile tedavi edildi. Ameliyat sonrası bir hafta içinde boyun ekzersizlerine başlandı. Olgularımızın takiplerinde tortikolise bağlı olumsuz sınırlı boyun hareketleri ortadan kalktı.

Sonuç olarak kliniğimize geç başvuran KMT’li hastalarımızın tümü ameliyat olmuştur ve çoğunluğunda konservatif tedavinin eklenmesiyle boyun hareketleri ile boyun eğriliğinde belirgin bir düzelme sağlanmıştır.

Yazışma adresi:**Doç. Dr. Hayrettin ÖZTÜRK**Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi AD 14280 BOLU

Tel: 0374 2534656- 3220

E-posta: ozturkayrettin@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. 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
2. Beasley SW. Torticollis. In: Welch KJ, eds. Pediatric surgery. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book, Mosby Publication, 773-778, 1998
3. Cheng JC, Au AW. Infantile torticollis: a review of 624 cases. J Pediatr Orthop, 14: 802-808, 1994
4. Jones PG. Torticollis. In: Welch KJ eds. Pediatric surgery. 4th ed. Chicago: Year Book, Medical, 552-556, 1986
5. Tang SF, Hsu KH, Wong AM, et al. Longitudinal followup study of ultrasonography in congenital muscular torticollis. Clin Orthop Relat Res, 403: 179-185, 2002
6. Cheng JC, Tang SP, Chen TM, et al. The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants – a study of 1,086 cases. J Pediatr Surg, 35: 1091-1096, 2000
7. Wolfort FG, Kanter MA, Miller LB. Torticollis. Plast Reconstr Surg, 84: 682-692, 1989
8. Cheng JC, Wong MW, Tang SP, et al. Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of eight hundred and twenty-one cases. J Bone Joint Surg Am, 83: 679-687, 2001
9. Sonmez K, Turkyilmaz Z, Demirogullari B, et al. Congenital muscular torticollis in children. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec, 7: 344-347, 2005

10. Demirbilek S, Atayurt HF. Congenital muscular torticollis and sternomastoid tumor: results of nonoperative treatment. *J Pediatr Surg*, 34: 549–551, 1999
11. Wei JL, Schwartz KM, Weaver AL, Orvidas LJ. Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis: 170 cases. *Laryngoscope*, 111: 688–695, 2001
12. Lin JN, Chou ML. Ultrasonographic study of the sternocleidomastoid muscle in the management of congenital muscular torticollis. *J Pediatr Surg*, 32: 1648–1651, 1997
13. Hollier L, Kim J, Grayson BH, et al. Congenital muscular torticollis and the associated craniofacial changes. *Plast Reconstr Surg*, 105: 827-835, 2000
14. Davids JR, Wenger DR, Mubarak SJ. Congenital muscular torticollis: sequela of intrauterine or perinatal compartment syndrome. *J Pediatr Orthop*, 13: 141-147, 1993
15. Nicholson P, Higgins T, Forgarty E, et al. Three-dimensional spiral CT scanning in children with acute torticollis. *Int Orthop*, 23: 47-50, 1999
16. Özer T, Uzun L, Numanoğlu V ve ark. Konjenital müsküler tortikolliste kranyofasiyal ve servikal vertebra anomalilerinin 3B-BT ile incelenmesi Tanısal ve Girişimsel Radyoloji, 10: 272-279, 2004
17. Chen CE, Ko JY. Surgical treatment of muscular torticollis for patients above 6 years of age. *Arch Orthop Trauma Surg*, 120: 149-151, 2000
18. Ling CM. The influence of age on the results of open sternomastoid tenotomy in muscular torticollis. *Clin Orthop*, 116: 142–148, 1976
19. Wirth CJ, Hagen FW, Siebert WF. Biterminal tenotomy for the treatment of congenital muscular tortocollis. Long-term results. *J Bone Joint Surg*, 74: 427-434, 1992
20. Hulbert KF. Congenital muscular torticollis. *J Bone Joint Surg*, 32: 50-59, 1960
21. Hellstadius A. Torticollis congenita. *Acta Clin Scand*, 62: 586-589, 1972
22. Soeur R. Treatment of congenital torticollis. *J Bone Joint Surg*, 22: 35-42, 1940
23. Wirth CJ, Hagen FW, Wuelker N, et al. Biterminal tenotomy for the treatment of congenital muscular torticollis. Long-term results. *J Bone Joint Surg Am*, 74: 427-434, 1992