

TORTICOLLIS V DETSKOM VEKU

MUDr. Zora Germanová

Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie, DFNsP, Banská Bystrica

Torticollis je jednostranné asymetrické postihnutie m. sternocleidomastoideus (m. scm), ktoré sa prejaví jeho asymetrickým pnutím, a pri dlhodobejšej fixácii skrútením tohto svalu s charakteristickým postavením hlavy v úklone a rotácii. Práca charakterizuje problematiku torticollis v detskom veku v celej šírke. Etiologicky delí príčiny torticollis do piatich skupín s krátkou jednotlivou charakteristikou. Klinický obraz je opísaný okrem bezprostredného nálezu s dôrazom na rozvoj kompenzačných mechanizmov počas vývoja. Stručne vymenúva možnosti liečby s poukázaním na optimálne riešenie. Ukazuje sa dôležitosť sledovať tieto deti pri modifikovaní liečby aj pri negatívnom náleze do vertikalizácie, v priebehu vývoja hlavne počas rastových akcelerácií v 5. – 7. roku a počas puberty. Prognóza je priaznivá. Len malé percento je nutné riešiť chirurgicky, prevažná väčšina je úspešne riešená konzervatívne prostriedkami odboru FBLR.

Kľúčové slová: torticollis, rehabilitácia, asymetrické zaťaženie.

TORTICOLLIS IN CHILDHOOD

Torticollis is unilateral asymmetrical affection of sternocleidomastoid muscle manifested by asymmetrical tension. Longterm fixation results in shortening or excessive contraction of this muscle. The head is typically tilted in lateral bending toward the affected muscle and rotated toward the opposite side. This paper describes torticollis in childhood. Etiology of torticollis caused it's division into five groups with short description. Clinical picture is described besides local findings by development of compensatory mechanisms. Treatment options are discussed with focus on most optimal treatment. Treatment modification in affected children including children with negative findings should be targeted on growth acceleration in five to seven years old patients and in adolescent patients. Prognosis is good. Only a small percentage requires surgical approach. Majority of patients undergo satisfactory conservative treatment involving physiotherapy, and rehabilitation.

Key words: torticollis, rehabilitation, asymmetrical load.

Pediatr. prax, 2008; 6: 344–345

Torticollis je charakterizovaný jednostranným postihnutím m. sternocleidomastoideus (m. scm.), ktoré sa prejaví jeho asymetrickým napätím a pri dlhodobejšej fixácii tohto postavenia aj jeho skrútením. Zároveň sa asymetricky mení aj napätie svalstva šíje. Dôsledkom je obmedzenie pohyblivosti v C chrčtici a charakteristické postavenie hlavy v úklone a rotácii.

Etiológia

Príčiny vzniku postihnutia sú rôzne. Možno ich zaradiť do piatich hlavných skupín:

I. Torticollis neonatorum – novorodenecký torticollis:

- 1. prenatálny pôvod** – asymetria uloženia hlavy plodu v maternici – prejaví sa to skrútením m. scm. už po pôrode;
- 2. perinatálny pôvod** – rôznym pôrodným traumatizmom pri prechode cez pôrodné cesty, kde nezriedka vzniká nezávažné krvácanie do m. scm. Toto sa lokalizuje a vytvára intramuskulárny hematóm s jeho organizáciou a dramatickým obrazom podobným tumoru – lokálnej okrúhlejšie ostro ohraničenej rezistencie, s obrazom fibromyomatózy na sonografii. Tento útvar vzniká obyčajne po 2. – 4. týždňoch po pôrode.
- 3. postnatálny pôvod** – skôr u hypotonických detí s poruchou vzpriamovania a oslabením šíjového svalstva, kde si dieťa nevládze udržať hlavu a ukladá si ju nabok. Často dochádza aj ku striedaniu strán. To klinicky znamená pri pôrode symmetric-

kú pohyblivosť hlávky s negatívnym palpačným nálezom m. scm. bilat. Postupne sa asymetrické postavenie hlavy fixuje na prevládajúcu stranu a skrúca sa m. scm. Dôsledkom je obmedzený pohyb so všetkými následkami. Tento stav vzniká obyčajne do 3. mesiaca veku dieťaťa.

U tohto typu je dôležitá diferenciálna diagnostika príčin hypotónie, najbežnejšie je to anémia a rachitída. Jej zastúpenie v poslednom období výrazne stúpa.

II. Vertebrogénny pôvod s mechanizmom vzniku:

- 1. pourazového** – mnohokrát stačí aj mikrotraumatizácia (nevýznamné pády, comotie a pod.);
- 2. parainfekčného** – najčastejšie po prekonaní respiračných infektov, alebo pri lymphadenopatii z lokálneho dráždenia a bolestivosťou m. scm. Tieto deti sa po prekonaní infektu a zahájení normálnej pohybovej aktivity budia ráno s tzv. „zaležaným“ krkom a vynúteným ukladaním hlavy do obrazu torticollis.
- 3. pri funkčných poruchách chrčtice** z rôznych príčin – výskyt tejto poruchy sa v poslednom období výrazne posúva do nižších vekových skupín, nie je raritou ani ich výskyt v prvom roku života. Potencujúcim faktorom pre tento mechanizmus je porucha psychomotoriky v prvom roku života, chybné držanie tela a rôzne poruchy zakrivenia chrčtice.

III. Príčiny pochádzajúce z CNS:

Sú to najčastejšie tumory kmeňa, ktoré sa klinicky prejavia obyčajne výraznejším úklonom, rotačná zložka je v menšej miere. Pri poruchách pasáže likvoru je skôr záklon hlavy.

IV. Jednostranné poruchy zmyslové, očné a ušné, kde sa dominantné oko a ucho natáčajú kompenzačne dopredu, a teda hlava sa stáča do úklonu a rotácie.

V. Návykové:

V súvislosti s nesprávnym stereotypom denných činností a úklone hlavy pri týchto činnostiach (nesprávny spôsob písania u ľavákov, asymetrický účes a pod.). Tu je skôr úklon, rotácia, v malej miere.

Klinický obraz je typický podľa typu poruchy – úklon hlavy na stranu lézie a rotácia na opačnú stranu (dieťa sa pozerá na zdravú stranu).

Pri jeho fixácii dochádza ku skrúteniu m. sternocleidomastoideus (pri stern. úpone je to skôr rotácia, pri clavicul. úpone viac úklon), hornej časti m. trapezius a jeho dôsledkom je fixácia tejto polohy. Palpačne sú uvedené svaly tuhšie s asymetriou zapájania. Vzniká asymetria zaťaženia, a teda vonkajším prejavom počas vývoja bude jednostranná hypotrofia tváre, oploštené záchlavia a hypotrofia ušnice. V dlhodobom vývoji to spôsobí asymetriu vývoja všetkých štruktúr – aj keď len v minimálnom rozsahu s následnými zmenami ich funkcií.

Pre chrbticu je dôsledkom kompenzačné skoliotickej držanie, ktoré sa vývojom môže fixovať. Často je táto porucha závažnejšia ako samotné asymetrické postavenie hlavy.

Diagnostika:

Základom postavenia diagnózy je objektívne vyšetrenie pacienta pri charakteristickom klinickom náleze.

Etiológiu tohto postavenia je možné ozrejmiť využitím pomocných vyšetrovacích metód – RTG (traumy, VVCH a pod., sonografia m. scm. obraz fibromyomatózy v I. skupine, labor. vyšetrenie, etiológia hypotónii, zápal. parametre, CT mozgu, NMR, možné intraniálne procesy atď.).

Liečba závisí od príčin vzniku.

Prvým krokom je určenie príčiny tohto postavenia a snaha o jej odstránenie – ak je to možné.

Druhým krokom, ktorý prebieha súbežne, je odstrániť jeho asymetrické napätie a dĺžku, zaručiť jeho normálnu konzistenciu, a tým umožniť symetrické postavenie hlavy.

Tretím následným krokom je udržať toto postavenie hlavy v symetrickom držaní vo všetkých polohách tela v bežných denných činnostiach počas vývoja trvale.

Prioritu v liečbe má rehabilitácia s komplexným riešením a použitím všetkých jej dostupných prostriedkov.

I. skupina:

Čo najčastejšia diagnostika s následnou rehabilitačnou liečbou v celej šírke do plnej úpravy stavu. Za úplnú normu sa považuje symetrické držanie hlavy pri záťaži dieťaťa pri plnom nástupe chôdze. Je vhodné neukončovať liečbu skôr, kým nenastane vertikalizácia. Mení sa len jej spôsob a intenzita. Pri mohutnom vývoji posturálneho systému v I. roku života je aj pri plnej úprave, napr. v 6. mesiaci, vždy možnosť návratu do asymetrie počas vertikalizácie dieťaťa.

Najčastejšie sa používa reflexná Vojtova metódika, prvky PIR, klasické vyťahovanie a polohovanie. Pri jasnom hematóme v rôznom štádiu jeho organizácie overenom sonograficky je možné

s úspechom použiť niektorý druh iontophorézy s cieľom jeho rezorpcie (napr. Lioton, celaskon a pod.), prípadne laser a pod.

Ako doplnok liečby sa osvedčuje použitie akupunktúry, najvhodnejšie prevedenie pre vek je laseroakupunktúra. Tak isto aplikácia magnetoterapie sa osvedčila pri snahe zlepšiť celkovú tonizáciu trupu.

Je treba zdôrazniť, že akákoľvek rehabilitácia nezlepší zásadne tonizáciu hypotonického dieťaťa ak sa neodstráni príčina tohto stavu. Je len prostriedkom prevencie chybného držania tela a postavenia hlavy. Preto základné laboratórne vyšetrenie u týchto detí (KO, vyšetrenie Ca metabolizmu) sa odporúča pri akomkoľvek zacytení tohto stavu.

Pokiaľ sa nedosiahne plná symetrickosť postavenia hlavy do vertikalizácie dieťaťa, je úplná úprava konzervatívnym postupom nepravdepodobná. Následným krokom je operačná intervencia ortopedickými postupmi s následnou rehabilitačnou liečbou.

II. skupina:

Po vylúčení anatomickej poruchy integrity sa ako prvý krok osvedčuje p. o. a lokálne (vo forme gélu, náplastí a pod.) podanie analgeticko-myorelaxačnej liečby a oporná fixácia hlavy mäkkým fixačným golierom (v domácich podmienkach stačí aj froté uterák).

V torpídnych prípadoch je stav nutné riešiť infúznou analgeticko-myorelaxačnou liečbou ambulantne, event. krátkodobou hospitalizáciou.

Neodporúča sa podanie tepelných procedúr – stav obyčajne výrazne zhoršia. Následným krokom je rehabilitačná liečba v celej komplexnosti.

Rehabilitačná liečba využíva všetky prostriedky myofasciálnych techník – predovšetkým mäkké techniky; PIR, AGR, prvky spiraldynamik a pod., a všetky prostriedky fyzikálnej liečby. Po úprave stavu do normy je vhodná jeho fixácia v udržaní tejto polohy a zabudovaní do denných stereotypov využitiu niektorého druhu liečebnej telesnej výchovy (LTV), ktorá je zameraná na správne symetrické držanie hlavy a správne držanie tela. Aj pri normálnom náleze z hľadiska držania tela, je vhodné tieto deti sledovať ešte 2 – 3 mesiace po odoznení akútneho stavu.

III. – IV. skupina:

Odstránenie prvotnej príčiny alebo aspoň jej zmiernenie, napr.:

onkolog. – expanzívne procesy CNS, očné, napr. diplopia, ktorú dieťa kompenzuje zmenou postavenia hlavy,

ORL – hypacusis alebo anacusis jednostranne, kde pacient kompenzačne natáča zdravé ucho a tým vytáča hlavu, s následnou rehabilitačnou liečbou ako v II. skupine.

V. skupina:

Rehabilitačná liečba v celej komplexnosti je doplnená nácvikom správnych stereotypov bežných denných činností – napr. u ľavákov nácvik správneho spôsobu písania, zmena typu účesu a pod.

Prognóza

V závislosti od pôvodu torticollis a od včasnosti zacytenia je možno hovoriť o takmer úplnom vyriešení, ak je možné odstrániť prvotnú príčinu.

Hlavne v I. skupine sa v ďalšom vývoji odporúča sledovať tieto deti pre možnosť vzniku asymetrie postavenia hlavy počas prudkého rastu (najviac v 5. – 7. roku života a počas puberty).

Pre II. skupinu je dôležité vylúčenie prudkých pohybov hlavy a otrasov v rámci športu a bežných denných činností po dobu 2. – 3. mesiacov (skoky, behy, kotúle a pod.).

Všeobecne sa neodporúča týmto deťom vykonávať intenzívne asymetrické športy (tenis, hokej a pod.), prípadne pri ich vykonávaní sa výrazne sústrediť na kompenzačné cviky.

Záver

Táto práca poukazuje na dôležitosť presnej včasnej diagnostiky a liečby v celej šírke, majúca na zreteli etiológiu a vývojové hľadisko ochorenia.

MUDr. Zora Germanová

Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie DFNSP
Nám. L. Svobodu 4, 974 09 Banská Bystrica
e-mail: zgermanova@dfnbb.sk

Literatúra u autorok