



بررسی روند درمانی در ۱۵ بیمار مبتلا به تورتيکولی عضلانی مادرزادی

*دکتر سید عبدالحسین معصومی^۱، دکتر اعظم فضلی پور^۲

^۱استادیار گروه گوش، گلو و بینی، ^۲دستیار گوش، گلو و بینی - دانشگاه علوم پزشکی اهواز

خلاصه

مقدمه: تورتيکولی عضلانی مادرزادی شایع ترین نوع تورتيکولی بدون درد مادرزادی است. هدف از این مطالعه بررسی فراوانی، سن، جنس، علایم بالینی، روش درمانی و پیامد آن می باشد.

روش کار: در این مطالعه ی توصیفی، بیماران مبتلا به تورتيکولی نوزادی که بین سال های ۸۴-۱۳۷۵ در مرکز گوش، گلو و بینی بیمارستان امام خمینی اهواز تحت درمان بوده اند، مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: از ۱۵ بیمار مورد مطالعه، ۶۰٪ مرد و ۴۰٪ زن بودند. متوسط سنی بیماران ۱۸/۱ سال بود. شایع ترین دفرمیتی همراه دیس پلازی هیپ بود. ۹۳/۴٪ بیماران پاسخ مناسبی به درمان دادند.

نتیجه گیری: تورتيکولی عضلانی یکی از اختلالات مادرزادی است که سبب بد شکلی در ناحیه ی سر و گردن بیماران می شود. درمان مناسب و به موقع عضله ی استرنوکلیدوماستویید می تواند باعث نتایج بسیار خوبی در کنترل بیماری و عوارض آن گردد.

واژه های کلیدی: پیامد درمانی، تورتيکولی، مادرزادی

مقدمه

تورتيکولی مادرزادی عضلانی سومین ناهنجاری اسکلتی - عضلانی مادرزادی شایع بعد از هیپرپلازی مادرزادی هیپ و پای چمبری^۲ می باشد (۵). تشخیص های افتراقی مهم آن شامل ناهنجاری مهره ها، نارسایی رشد، تومورها، تروما و التهاب می باشد (۶). اولین رویکرد در درمان این اختلال ماساژ درمانی و انجام برنامه های کششی است (۷، ۸). اخیرا نشان داده شده که تزریق بوتوکس در موارد مقاوم به طور نسبی موثر بوده است (۹). در عدم پاسخ به درمان که حدود ۱۰٪ موارد را شامل می گردد، قدم بعدی انجام جراحی است (۱۰). عوارض جراحی شامل ایجاد اسکار، تولید انقباضات مجدد ناشی از تشکیل فیروز و ایجاد مشکلات زیبایی می باشد (۱۰، ۱۱).

تورتيکولی اصطلاحی است که به کجی گردن اطلاق می گردد. تورتيکولی مادرزادی عضلانی^۱ نوعی تغییر شکل گردن بوده که به طور اولیه سبب کوتاهی عضله گردیده و منجر به حرکات و وضعیت غیر طبیعی سر می گردد. سر به سمت مبتلا و چانه به سمت مقابل چرخیده می شود. تورتيکولی به دو نوع مادرزادی و اکتسابی تقسیم می شود (۳-۱). میزان بروز این اختلال در حدود ۰/۳-۱/۹٪ در جهان می باشد (۳، ۴).

*آدرس مولف مسئول: ایران، اهواز، بیمارستان امام خمینی(ره)،

گروه گوش، گلو و بینی

Email: azamfazlipour@yahoo.com

تاریخ تایید: ۸۷/۸/۲۰

تاریخ وصول: ۸۷/۶/۱۱

¹- Congenital Muscular Torticollis

²-Club Foot

روش کار

این تحقیق به صورت یک مطالعه ی گذشته نگر توصیفی در فاصله ی سال های ۸۴-۱۳۷۵ در بیمارستان امام خمینی اهواز بر روی ۱۵ بیمار مبتلا به توریتیکولی نوزادی در بخش گوش، گلو و بینی انجام گرفته است. همه ی بیماران مادرزادی به دقت تحت معاینات بالینی و رادیوگرافی ساده قرار گرفتند. در صورت شک به دیس پلازی مفصل هیپ، مشاوره ی اطفال و ارتوپدی انجام می شد. بیمارانی که توریتیکولی عصبی و یا ناشی از تغییر شکل مهره های گردنی داشتند، از مطالعه خارج شدند.

روش های جراحی انجام شده بر روی پوست و عضله ی بیماران بر اساس میزان فیروز عضله ی استرنوکلیدوماستوئید و سن بیماران صورت گرفت. در سنین کودکی و جوانی در صورتی که فیبرهای عضلانی به طور کامل فیروز نشده باشند، می توان با روش برش پوستی در قسمت میانی و جانبی گردن، برشی به طول تقریبی ۵-۶ سانتی متر به طور افقی یا عمودی در امتداد لبه ی قدامی عضله مبتلا داده، پس از قطع و آزاد سازی عضله، برشی به شکل پلکانی یا به شکل Z روی عضله داده پس از آن دو انتهای آزاد عضله را توسط سیلک یا ویکریل ۲ یا ۳ صفر به هم نزدیک و بخیه زد. نکاتی که در این روش مورد توجه قرار می گیرد:

- ۱- عضله حفظ گردیده و با این روش بر طول آن افزوده می شود.
- ۲- محدودیت حرکت گردن از بین می رود و از قدرت عضلانی کاسته می شود.

در روش دوم زمانی که بیمار در سنین بالا و دیر هنگام اقدام به درمان توریتیکولی نماید، به علت محدودیت حرکت و اختلال در کار عضله و یا از دست رفتن عملکرد فیبرهای عضلانی و یا فیروز شدن در معاینات بالینی و لمس گردن در زیر پوست در سرتاسر مسیر عضله ی استرنوکلیدوماستوئید به صورت طنابی سفت و کوتاه سبب محدودیت حرکت گردن می شود. در این صورت از روش دوم یعنی از برش های پوستی موازی به طول تقریبی بین ۶-۴ سانتی متر در نواحی ۲ سانتی متر زیر چسبندگی عضله به نوک ماستوئید استفاده می کنیم. پس از پیدا کردن و آزاد سازی تاندون عضله، آن را قطع و به حال خود رها می کنیم. سپس همین برش عرضی

پوستی را ۳-۲ سانتی متر بالاتر از فرورفتگی سوپرا استرنال داده و پس از آزاد سازی تاندون های عضله استرنوکلیدوماستوئید آن ها را قطع و عضله را به حال خود رها می کنیم و نهایتاً محل برش های پوستی را بخیه می کنیم.

نتایج

در این مطالعه ۱۵ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. محدوده ی سنی این بیماران بین ۲ تا ۴۰ سال بود. ۹ نفر (۶۰٪) آن ها مرد، ۶ نفر (۴۰٪) زن و میانگین سنی بیماران ۱۸/۱ سال بود. شایع ترین یافته بالینی در ارزیابی های اولیه، خم شدگی و محدودیت حرکت گردن بود. میزان حرکت مهره های گردنی قبل از درمان ثبت شد. در ۶ مورد محدودیت حرکت بیش از ۳۰ درجه به سمت مبتلا وجود داشت، در حالی که در ۹ مورد باقی مانده حرکت گردن طبیعی بود و یا محدودیت حرکتی کمتر از ۳۰ درجه مشاهده شد. در رفتگی هیپ در ۱۰٪ موارد در همراهی با توریتیکولی مادرزادی دیده شد. ۱۱ بیمار قبل از جراحی تحت درمان های کششی و ماساژ درمانی قرار گرفته بودند. در پی گیری ۳ تا ۴ ساله ی بیماران، همه ی موارد به جز ۱ نفر به علت مراجعه ی دیر هنگام و سن بالا، پاسخ مناسبی به روش جراحی دادند. چسبندگی زیر پوستی در ۱ مورد مشاهده و آسیب عصب زوج ۱۱ در هیچ موردی یافت نشد. در یک مورد آسیب به عصب اوریکولوتمپورال و قطع آن وجود داشت که سبب بی حسی ناحیه پاروتید و گوش بیمار شد.

بحث

توریتیکولی سومین اختلال شایع ارتوپدیک کودکان است و افتراق نوع عضلانی از نوع غیر عضلانی آن بسیار مهم است (۹). توریتیکولی عضلانی مادرزادی اختلالی خوش خیم است، که در دوره ی شیرخوارگی مشاهده می شود (۱۲). دیس پلازی هیپ در همراهی با توریتیکولی نوزادی در ۱۰-۲۰٪ موارد دیده می شود (۱۳، ۱۴). در این مطالعه نیز شایع ترین یافته ی همراه با توریتیکولی دیس پلازی هیپ بود. زیر گروه های بالینی مشخص شده بر پایه نقص در چرخش پاسیو گردن، با بروز دیس پلازی هیپ تا ۱۱/۶٪، نوع زایمان، زمان ظهور علائم و افتادگی سر همبستگی دارند.

شده است (۱۶). در مطالعه‌ی حاضر نیز ۱ بیمار با عدم پاسخ مناسب به درمان، جزو گروهی بود که قبلاً تحت درمان‌های کششی و ماساژ درمانی قرار نگرفته و محدودیت حرکتی شدید گردنی داشت.

نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که تشخیص و درمان به هنگام در سنین کودکی و نوزادی و برش مناسب عضله استرنوکلیدوماستویید با توجه به سن بیمار و وضعیت عضله، سبب بهبودی قابل توجهی در تورتیکیولی عضلانی مادرزادی می‌گردد. استفاده از ماساژ درمانی و درمان‌های کششی قبل از انجام عمل جراحی بر روی عضله استرنوکلیدوماستویید سبب پیش‌آگهی بهتر درمان می‌گردد. هم‌چنین به دلیل همراهی دیسپلازی مفصل هیپ با تورتیکیولی بهتر است که در معاینات بالینی اولیه، به این اختلال توجه بیشتری داده شود.

با انجام برنامه‌های کششی طولانی مدت و زود هنگام، می‌توان نتایج عالی درمانی تا میزان ۹۰٪ به دست آورد (۱۲). در مطالعه‌ای دیگر تحت نظر گرفتن بیماران و انجام فیزیوتراپی در بیشتر موارد بسیار موثر بوده است، به ویژه اگر در طی اولین سال زندگی انجام پذیرد (۹). در مطالعه‌ی حاضر نیز مشابه مطالعه فوق ۱۱ بیمار قبل از جراحی تحت درمان‌های کششی و ماساژ درمانی قرار گرفته بودند و همه‌ی موارد به جز ۱ نفر، به درمان جراحی پاسخ مناسبی دادند. هیچ‌گونه اسکاری به صورت بدشکلی یا کراتوز مشاهده نشد و فقط چسبندگی زیر پوستی در ۱ مورد مشاهده شد. آسیب عصب اکسسوری در هیچ موردی یافت نشد که مشابه با مطالعه‌ای انجام شده در این زمینه است (۱۵). در مطالعه‌ای از زیر گروه‌های بالینی، میزان چرخش گردن و سن شروع اختلال به عنوان مهم‌ترین عامل‌های پیش‌آگهی در درمان جراحی نام برده

References

- 1- Stassen LF, Kerawala CJ. New surgical technique for the correction of congenital muscular torticollis. *Br J Oral Maxillifac Surg* 2000; 38(2): 142-7.
- 2- Bredenkamp JK, Hoover LA, Berke GS, Shaw A. Congenital muscular torticollis: A spectrum of disease. *Arc Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116(2): 212-6.
- 3- Wei JL, Schwartz KM, Weaver AL, Orvidas L. Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis: 170 cases. *Laryngoscope* 2001; 111(4pt1): 688-95.
- 4- Cheng JC, Wong MW, Tang SP, Chen TM, Shum SL, Wong EM. Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of 821 cases. *Bone Joint Surg Am* 2001; 83(5): 679-87.
- 6- Tubby AH. Deformities and disease of bones and joints. 2nd ed. London: Macmillian; 1912: 56.
- 7- Canale ST, Griffin DW, Hubbard CN. Congenital muscular torticollis: A long term follow up. *J Bone Joint Surg* 1982; 64(6): 810-16.
- 8- Morrison DL, Mac Ewen GD. Congenital muscular torticollis: Observation regarding clinical findings, associated conditions, and results of treatment. *J Pediatr Orthop* 1982; 2(5): 500-5.
- 9- Do TT. Congenital muscular torticollis: Current concepts and review of treatment. *Curr Opin Pediatr* 2006; 18(1): 26-9.
- 10- Cheng JC, Tang SP. Outcome of surgical treatment of congenital muscular torticollis. *Clin Orthop* 1999; 362: 190-200.
- 11- Ling CM. The influence of age on the result of open sternomastoid tenotomy in muscular torticollis. *Clin Orthop* 1976; 116: 142-7.

- 12- Cheng JC, Tang SP, Chen TM. Sternocleidomastoid pseudotumor and congenital muscular torticollis in infants: A prospective study of 510 cases. *J Pediatr* 1999; 134(6): 712-6.
- 13- Tien YC, Su JY, Lin GT, Lin SY. Ultrasonographic study of the coexistence of muscular torticollis and dysplasia of the hip. *J Pediatr Orthop* 2001; 21(3): 343-7.
- 14- Porter SB, Blount BW. Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis. *Am Fam Physician* 1995; 52(6): 1731-6.
- 15- Takasugi K. [Surgical treatment of congenital muscular torticollis- Long term follow-up study of total resection procedure and histological examination of resection sternomastoid muscles]. *Nippon Seikeigeka Gakkai Zasshi* 1980; 54(3): 285-301. (Japanese)
- 16- Cheng JC, Tang SP, Chen TM, Wong MW, Wong EM. The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants-a study of 1,086 cases. *J Pediatr Surg* 2000; 35(7): 1091-6.