

Doğumsal kasa-bağlı tortikollis tedavisinde egzersiz uygulaması gerekli mi? *

Semire Serin ÖZALEVLİ, Neval BAYIR, Yusuf Hakan ÇAVUŞOĞLU, Özden ÇAKMAK

Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Ankara

Özet

Amaç: Doğumsal kasa-bağlı tortikollisli (DKT) bebeklerde, yaygın olarak uygulanan fizik tedavi egzersizlerinin yararı kesin olarak kanıtlanmamıştır ve egzersiz uygulanmadan da benzer sonuçlar alındığı yönünde yayınlar vardır. Bu çalışma egzersiz tedavisi verilen ve yalnız izlenen bir yaş altındaki DKT'li hastalarda tedavi sonuçlarının karşılaştırılması için planlandı.

Yöntem: Çalışmaya 5 yılda kliniğimizde DKT tanısı alan, daha önce tedavi görmemiş, bir yaşın altındaki 220 hasta alındı. Olgular randomize iki gruba ayrıldılar. 1. gruba egzersiz önerilirken 2. gruptaki olgular yalnız izlendiler .

Bulgular: Egzersiz grubunda 9 (% 12.3), yalnız izlem grubunda ise 10 (% 17.8) olguda yüzde simetri bozukluğu nedeniyle cerrahi girişim uygulandı. Egzersiz grubunda iyileşme oranı % 87.6 iken, yalnızca izlem grubunda % 82.1 idi.

Sonuç: İki tedavi sonucu arasında önemli bir fark saptanamaması egzersiz uygulamasının gerekli olmadığını düşündürmektedir. Edilgen bir yöntem olan izlem grubunda, izlem oranındaki önemli düşüklüğün, bu yaklaşımın meslektaşlarımız arasında yaygın olarak bilinmemesinin bir sonucu olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Doğumsal kasa-bağlı tortikollis, tenotomi, sternokleidomastoid kası

Summary

Is physical exercise necessary in the treatment of the congenital muscular torticollis?

Aim: In the treatment of the children with congenital muscular torticollis (CMT), the benefit of the physical therapy exercises has not been proven and there are publications claiming that similar results have been obtained without applying exercises. This study has been planned to compare the results of treatment of patients with CMT who were all under one year of age and who are either treated with physical therapy exercises or only clinical follow-up.

Method: In a 5 year period, 220 patients who were under one year of age and diagnosed to have CMT in our clinic and were not given any previous treatment were included in the study. The cases were randomly separated into two groups. The first group was suggested to do exercises and the cases in the second group were only followed up.

Results: The surgical treatment was applied because of the facial asymmetry in 9 (12.3%) cases in the exercise group and 10 (17.8 %) cases in the follow-up group. The recovery rate was 87.6 % in the exercise group and 82.1 % in the follow-up group. Among the results of the treatment there was not significant difference ($p>0,05$).

Conclusion: The nonsignificant difference between the results of the two treatment strategies has made us think that exercise treatment is not necessary. We think that the significant low rate in the only follow-up group is a result of that this treatment method is not commonly known by our colleagues.

Key words: Congenital muscular torticollis, tenotomy, sternocleidomastoid muscle

Giriş

Doğumsal kasa-bağlı tortikollis (DKT) boyun kaslarından en az birinin kısalığı ile karakterize; hastalar-

* XVIII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (Antalya, 2000)

Adres: Dr. Semire Serin Özalevli, Saydam cad. Akkapı mah. Sokak No:52/2, 01040, Adana

Yayına kabul tarihi: 22.12.2003

da başın aynı taraftaki omuza doğru yönelmesi, buna bağlı olarak çenenin karşı omuza doğru eğilmesine neden olan bir hastalıktır. En yaygın tutulan kas sternokleidomastoid kasıdır (SKM). Sıklığı % 0.4-1.6'dır. Literatürde kız ya da erkek baskınlığı ya da eşitliğini bildiren farklı seriler vardır (5,6,9,11). DKT'li olgular genellikle doğumda normal olarak değerlendirilip daha sonra boyunda sertlik ve şişlik yakınma-

ları ile 2-3 haftalık iken hekime getirilirler (7).

Doğumsal kasa-bağlı tortikollis tedavisinde bugüne dek çeşitli fizik tedavi egzersizleri ve farklı cerrahi girişimler uygulanmıştır, ancak bu yaklaşımların sonucu karşılaştırılmalı çalışmalarla sınanmamıştır. Bu nedenle yaygın olarak kullanılan egzersiz tedavisi ile yalnız izlemin sonuçlarını karşılaştırmak amacıyla ileriye dönük, randomize bir çalışma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Nisan 1995-Nisan 2000 tarihleri arasında Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniğine başvurarak ilk kez DKT tanısı alan ve daha önce başka bir merkezde tedavi görmeyen bir yaşın altındaki 220 hasta çalışmaya alındı. Tüm olgular randomize edilerek tek kör yöntemiyle iki gruba ayrıldı. Birinci grup egzersiz grubu (EG), ikinci grup ise yalnızca izlem grubu (YİG) olarak adlandırıldı.

EG'da yer alan olgulara (n=109) literatürde yayınlanmış standart bir egzersiz programı planlandı. Hastalığa tanı konulduğunda program kapsamındaki egzersizler hasta yakınlarına öğretildi ve egzersizleri günde en az 4-6 defa, her seferinde 15-20 kez uygulamaları önerildi. Ek olarak, ailelere bebeklerini her iki tarafa da yatırarak uyutmaları, ışıklı veya dikkat çekici oyuncakları özellikle bebeğin hasta olan tarafında bulundurmaları söylendi (7). YİG'da yer alan olgulara (n=111) ise herhangi bir tedavi uygulanmadı, yalnız izlem önerildi.

Hastaların cinsiyetleri, doğumun zor olup olmadığı, hastalığın farkedilme yaşı, başvuru yaşının yer aldığı ayrıntılı öyküleri kaydedildi. Olguların fizik incelemesinde SKM kasında nodül varlığı değerlendirildi.

Her iki gruptaki olgular ayda bir kez kontrole çağrılarak aynı doktor tarafından baş-boyun hareketleri, yüzde simetri bozukluğu gelişimi, SKM kasındaki kitlenin boyutu veya kastaki sertlik açısından değerlendirildiler. Nodül kaybolma süresi, baş-boyun hareketlerinin normale dönme süresi ve tedavi sonundaki bulgular kaydedildi.

Her iki grupta da yüzde simetri bozukluğunun gelişmeye başlaması, ameliyat endikasyonu olarak kabul edildi. Bu tip olgulara cerrahi yöntem olarak 'distal tenotomi' uygulandı. Takip süresi sonunda tedaviden alınan sonuçlar, Ling ölçütleri kullanılarak yüz simetrisi bozukluğu ve boyun hareketlerine göre mükemmel, iyi ve başarısız şeklinde sınıflandırıldı (11).

Elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmesi 'SPSS for Windows-8.0' bilgisayar programında Ki-Kare Testi, Kruskal-Wallis Değişken Analizi, T-Testi, Mann-Whitney U Testi, Fisher's Exact Test kullanılarak yapıldı. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Her iki grup arasında cinsiyet dağılımı, etkilenen kasın bulunduğu taraf, zor doğum öyküsü sıklığı, farkedilme yaşları ve yakınma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (P>0,05, Tablo 1). Olgularımızda E/K oranı 1.85 idi. Tortikollis % 53.6 (n=118) sağda, % 45 (n=99) solda, % 1.4 ise (n=3) iki taraflı idi. Olguların 94'ünde (% 42.7) zor doğum öyküsü vardı. Hastalığın farkedilme yaşı ortalama 18±1.5 gün (1-28 gün) ve başvuru anındaki yaş ortalaması 50.9 ±47.4 gün (2-300 gün) idi.

Fizik incelemede olguların % 67.3'ünde SKM kasında nodül saptandı. Hastaların tümünde baş-boyun hareketleri etkilenen tarafta kısıtlıydı. Gruplar arasında SKM kasında nodül sıklığı açısından da istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmadı (p>0.05).

Tablo 1. DKT'li hastaların ilk başvuruda saptanan özelliklerin dağılımı.

	EG n - (%)	YİG n - (%)	
Kız	44 - (40.4)	33 - (29.7)	*
Erkek	65 - (59.6)	78 - (70.3)	*
Sağ (**)	62 - (57.9)	56 - (50.9)	*
Sol (**)	45 - (42.1)	54 - (49.1)	*
Doğum ağırlığı (gram)	3186±62.9	3129±71.3	*
Farkedilme yaşı (gün)	18.6±1.5	23.3±2.2	*
Tanı yaşı (gün)	49.7±4.3	52.0±4.6	*
Yakınma süresi (gün)	35.6±5.4	33.4±5.3	*
Nodül varlığı	75-(50.6)	73-(49.4)	*

(*): Fark istatistiksel olarak önemli değil (p>0,05).

(**): İki taraflı DKT'si olan EG'da 2, YİG'da 1 olgu değerlendirilmeye alınmadı.

Tablo 2. Tedavi gruplarına göre DKT'li olgularda alınan tedavi sonuçları

	EG	YİG	
Nodül kaybolma zamanı (gün)	96±5.7	99±7.1	*
İyileşme süresi (gün)	204±27.5	208±11.6	*
İyileşme oranı	% 87.6	% 82.1	*
Cerrahi tedavi gereksinim oranı	% 12.9	% 17.8	*
Linge ölçütlerine göre	% 50.6	% 48.2	*
“mükemmel” tedavi sonucu oranı			
İzlem oranı	% 67	% 55	**

(*): Fark istatistiksel olarak önemli değil ($p>0,05$).

(**): Fark istatistiksel olarak önemli ($p<0,05$).

220 hastadan yalnız 129'u düzenli olarak kontrole geldi. İzlenebilen olguların oranı EG'da % 67 (73 olgu) iken, YİG'da aynı oran % 55 (56 olgu) idi. İzlem oranları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0,05$).

İzlem süresince yapılan değerlendirmelerde yüzde yarı-hipoplazi gelişmesi nedeniyle EG'da 9 (% 12.3), YİG'da ise 10 (% 17.8) hastaya ortalama 7.6 ± 1.2 ay sonra ameliyat önerildi .

Olgularda nodül kaybolma süresi EG'da 96 ± 5.7 gün, YİG'da 99 ± 7.1 gün idi. Baş-boyun hareketlerinin normale dönme süresi EG'da 204 ± 27.5 gün iken, YİG'da ortalama 208 ± 11.6 gündü ($p>0,05$). EG ve YİG olguları iyileştikten sonra da izleme devam edildi ve tüm hastalar ortalama 266 ± 12.5 gün izlendiler (Tablo 2).

Çalışmanın sonunda fizik muayene ile değerlendirmede EG'daki 37 hasta tümüyle normal bulguları ile 'mükemmel', 27 hasta ise boyun hareketlerinde minimal kısıtlılık ve boyunda hafif eğilme nedeniyle 'iyi' sonuç grubuna dahil edildi. YİG'daki 27 hasta normal muayene bulguları ile 'mükemmel', 19 hasta ise 'iyi' sonuç grubuna dahil edildi. Olguların iyileşme oranı EG'da % 87.6, YİG'da ise % 82.1 olarak saptandı. İyileşme oranları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p<0,05$, Tablo 2).

Tartışma

Doğumsal kasa-bağlı tortikollis bebeklerde SKM kası tutulumu ile seyreden, sık karşılaşılan bir klinik durumdur. Ancak yayınlanmış birçok seri ve çeşitli

kuramlara karşın, nedeni ve mekanizması konusunda farklı görüşler savunulmaktadır (4,10). DKT'in tedavisinde uygulanacak yaklaşım konusunda da tartışmalar sürmektedir. En tartışılmalı konu, özellikle yüzde simetri bozukluğu olmayan bir yaş altındaki hastaların tedavisinde uygulanacak yöntemdir. Bu grupta tedavi için etkinliği kesin olarak kanıtlanmış olmasına karşın fizik tedavi egzersizleri yaygın olarak kullanılmaktadır (6,7). Ancak egzersiz uygulanmasa da DKT'in zaman içinde kendiliğinden düzeldiğini bildiren yayınlar vardır (2,3). Bazı yazarlar fizik tedavi ve düzenli boyun egzersizlerinin, ailelere 'bir şeylerin yapılmakta olduğu' hissini vermektense bir anlamı olmadığını öne sürmektedir (3).

Çalışmamızda iki farklı yaklaşım uyguladığımız olguların DKT şiddetini veya sonucunu etkileyebilecek özelliklerini değerlendirdik. Her iki grubun cinsiyet dağılımı, başvuru yaşı, zor doğum öyküsü, hastalığın farkedilme yaşı, nodül saptanma oranı, kas sertliği oranı gibi özelliklerinde istatistiksel olarak önemli bir farklılık saptanmadı. Her iki grubun benzer özellikler gösteren olgulardan oluştuğu ve gruplar arasındaki tek farkın tedavi yaklaşımı olduğunu söyleyebiliriz.

Literatürde DKT saptanan bebeklerin % 80-97'e varan oranda, bir yaşından önce cerrahi tedaviye gerek kalmadan iyileşebildikleri bildirilmiştir (1,4,5). Çalışmamızda da düzenli kontrole gelen EG'daki hastalarda egzersiz tedavisi ile % 87.6 oranda iyileşme saptandı. Egzersiz uygulanmadan yalnızca izlenen YİG'daki hastalarda da % 82.1 oranında iyileşme gözlemlendi (Tablo 2). Her iki yöntem ile elde edilen iyileşme oranları istatistiksel olarak farklı değildi ($p>0,05$). Her iki grupta benzer iyileşme oranı yanı sıra, iyileşme süresi açısından da bir fark gözlemlenmedi. Gruplar arasında baş-boyun hareketlerinin normale dönme süresi ve kastaki nodülün kaybolma süresi açısından da önemli bir fark yoktu.

Uygulanacak tedavi yöntemi açısından tartışmalar olmasına karşın tedavi sürecinde yüzde simetri bozukluğu gelişen olgularda cerrahi tedavi uygulanması konusunda görüş birliği vardır (3,4,6). Uygulanan tedavinin başarısı cerrahi tedavi gereksinimi oranı ile de değerlendirilebilmektedir. Çalışmamızda EG'da % 12.3 oranında, YİG'da ise % 17.8 oranında cerrahi tedavi gereksinimi duyuldu. Bu oranlar arasındaki

fark da istatistiksel olarak önemli değildi (Tablo 2).

Gerek iyileşme süresi, gerek iyileşme oranı açısından egzersiz uygulanmayan olgularda alınan sonuç, uygulananlardan farksızdı. Olgularımızda tedavi sonunda boyun hareketlerinin durumu Ling ölçütleri ile değerlendirildiğinde, EG'da % 50.6 olan mükemmel sonuç, YİG'da da % 48.2 olarak bulundu ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Her iki yöntemin iyileşme oranı ve süresi benzer bulundu. Gruplar arasındaki en önemli fark YİG'daki olguların izlem oranının düşüklüğü olarak saptandı. Ülkemizde hastaların bir hekim ile yetinmeyerek, başka hekimlere de başvurup görüşlerini almaları sık görülen bir durumdur; DKT tedavisinde egzersiz uygulamasının yaygın olması sonucu, başka merkezlere başvurduklarında hastalarımıza egzersiz önerildiğini ön görebiliriz (6). Diğer hekimlerden de benzer bir yaklaşım gören aileler kliniğimizde izleme devam ederken, farklı bir tedavi, hem de çocuklarının iyileşmesi için edilgen duruma geldikleri bir tedavi önerilen aileler bu tedaviyi seçerek izlemden çıkmış olabilirler. Aileler için hasta çocuklarının tedavisinde edilgen olmamak, bir şeyler yapmak, tedaviye katkıda bulunmak önemlidir. Benzer bir yaklaşımı göbük fıtığı olan bebeklerin ailelerinde de görürüz. Aile göbük bağları ile fıtığı içeride tutmaya çalışır. Çocuk cerrahlarının bu gibi tedavilere gerek olmadığını belirtmelerine karşın aile komşudan duyduğu "bozuk para yapıdırma" tedavisini uygulamakta bir sakınca görmez.

Sonuç olarak çalışmamız DKT'li olguların tedavisinde egzersiz uygulamasının şimdiki koşullarda hastalarda iyileşme oranını arttırmadığını, ve cerrahi tedavi gereksinimini önemli ölçüde azaltmadığını göstermiştir. Aileler ile daha yakın ilişki kurulması ve son-

uçlarımızın diğer meslekdaşlarımız tarafından da bilinmesi ile izlem oranımızın da yükseleceğini umuyoruz. Gelecekte yüzde simetri bozukluğu gelişiminin gecikmeden saptanmasının tedavinin en önemli basamağı olduğu inancı ile; DKT'li olgularımızı izlem oranımızı arttırarak, egzersiz yapmadan yakın izlem ile tedavi etmeyi planlıyoruz.

Kaynaklar

1. Ackerman J, Chau V, Gilbert-Barness E: Congenital muscular torticollis. Arch Pediatr Adolesc Med 150:1102, 1996
2. Akazawa H, Nakatsuka Y, Miyake Y: Congenital muscular torticollis: Long term follow-up thirty-eight partial resections of the sternomastoid muscle. Arch Orthop Trauma Surg 112:205, 1993
3. Beasley SW. Torticollis in: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds). Pediatric Surgery. Fifth edition. Vol. 1. St Louis, Missouri. Mosby 1998, p:773
4. Cheng JCY: Infantile Torticollis: A Review of 624 Cases J Pediatr Orthop 14:802, 1994
5. Cheng JC, Tang SP, Chen TMK: Sternomastoid pseudotumor and congenital muscular torticollis in infants: A prospective study of 510 cases. The Journal of Pediatrics 134:712, 1999
6. Demirbilek S, Atayurt HF: Congenital muscular torticollis and sternomastoid tumor: Result of nonoperative treatment. J Pediatr Surg 34:549, 1999
7. Emery E: The Determinants of treatment duration for congenital muscular torticollis. Physical Therapy 74:921, 1994
8. Ferkel RD, Westin GW, Dawson EG, et al: Muscular torticollis. The Journal of Bone & Joint Surgery 65:894, 1983
9. Lawrence WT, Aziskhan RG: Congenital Muscular Torticollis: A spectrum of pathology. Annuals Plastic Surgery 23:523, 1999
10. Ling CM, Low YS: Sternomastoid tumor and muscular torticollis Clinical Orthop And Related Research 86:144, 1972
11. Tavill MA, Wetmore RF: A case of familial sternocleidomastoid tumor of infancy Int. J Pediatr Oto Rhino Laryngology 38:163, 1996