

Vzácná příčina torticollis u 4letého chlapce

MUDr. Jana Kučerová¹, MUDr. Marika Talábová¹, MUDr. Ladislava Šerclová¹, MUDr. Eduard Popper²,
MUDr. Ludovít Klzo, Ph.D.³, MUDr. David Laštovička⁴, doc. MUDr. Radomír Taláb, CSc.⁵

¹Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

²Rehabilitační klinika LF UK a FN Hradec Králové

³Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

⁴Neurochirurgická klinika LF UK a FN Hradec Králové

⁵Lékařská fakulta LF UK v Hradci Králové, Univerzity Karlovy v Praze

Torticollis v širším slova smyslu je termín označující abnormální držení hlavy a je nespecifickým symptomem onemocnění různé etiologie. Příčina abnormního držení hlavy může být rozdílná jak mechanismem vzniku, tak lokalizací prvotních změn a závisí na věkové kategorii pacienta. Kazuistika popisuje případ 4letého chlapce s těžkou fixní torticollis v koincidenci s lokálním zánětem v krajině středouší.

Klíčová slova: torticollis, atlanto-axiální subluxace, Griselův syndrom, cervikální dystonie, dětský věk.

A rare cause of torticollis in a 4 year old boy

Torticollis in a broader sense is a term for abnormal head posture and is a non-specific symptom of diseases with various etiology. Cause of abnormal head posture may be different in mechanisms of origin as well as localization of primary changes and depends on the patient's age category. Case report describes a 4 year old boy with severe fixed torticollis in coincidence with the local inflammation in the middle ear region.

Key words: torticollis, atlanto-axial subluxation, Grisel's syndrom, cervical dystonia, childhood.

Neurol. praxi 2013; 14(4): 206–208

Seznam zkratk

CT – počítačová tomografie
DMO – dětská mozková obrna
GER – Sandiferův syndrom
MR – magnetická rezonance

Úvod

Příčiny abnormního držení hlavy mohou být vrozené a získané nebo podle lokalizace prvotní patologie svalové, lokální, kompenzační a centrální. Nejčastější příčinou u dětských pacientů je muskulární torticollis, dále kompenzační torticollis při očních vadách nebo afekcích ucha, vzácná není ani torticollis vzniklá iatrogenně zejména po užití některých derivátů neuroleptik (metoklopramid, tietylperazin, karbamazepin) (Dostál et Ehler, 2003). Při vzniku torticollis u dětí je nutno pomýšlet i na genetické varianty dystonií (Bareš, 2009).

Kazuistika

Chlapec, 4 roky, byl hospitalizován na dětském oddělení Neurologické kliniky LF UK a FN Hradec Králové pro těžkou fixovanou torticollis. V anamnéze prodělal opakovaně infekce horních cest dýchacích, medio-otitidy, byla přítomna adenoidní vegetace. V období před vznikem torticollis byl hospitalizován ve spádové nemocnici na ORL oddělení pro akutní mastoiditis vlevo a sekretorickou otitidu vpravo. Mastoiditida byla řešena operačně v celkové anestezii a během operace byla diagnostikována pachymeningitida

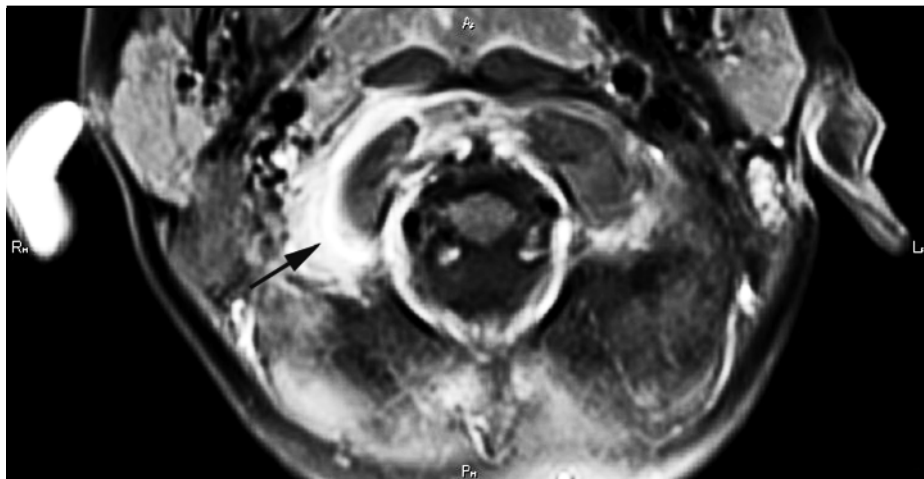
a subperiostální absces (kultivačně *Streptococcus pneumoniae*). Pooperační průběh byl komplikován rozvojem těžké torticollis doprava. Standardní rtg krční páteře a UZ krku neprokázalo patologii, pouze zobrazilo mírnou krční lymfadenopatii bez známek kolikvace. Pro neúspěch myorelaxační a rehabilitační léčby byl chlapec odeslán do FN Hradec Králové. Při rehabilitačním vyšetření byla diagnostikována blokáda C2/3 a C3/4 a laterální

posun atlasu doprava. Chlapec byl proto hospitalizován na dětském oddělení Neurologické kliniky LF UK a FN Hradec Králové. Torticollis v tu dobu trvala již 2 měsíce, subjektivně si stěžoval na bolesti hlavy frontálně a parietálně při pohybu, objektivní neurologický nálezný byl bez abnormit. Laboratorní vyšetření neprokázala elevaci zánětlivých markerů, pouze sedimentace erytrocytů byla 30/50. Dle MR mozku a krční páteře bylo zobrazeno zastřešení

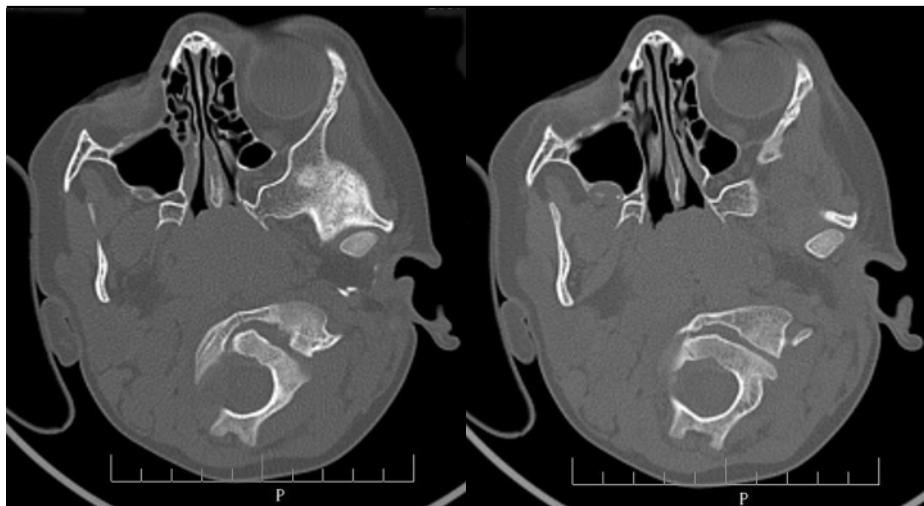
Tabulka 1. Rozdělení etiologie torticollis podle věkové kategorie (Muchová, 2009)

Novorozenci, kojenci, batolata	Kongenitální muskulární torticollis
	Kongenitální posturální torticollis
	Vývojové vady kostní, svalové, zadní jámy lebni
	Benigní paroxysmální torticollis
	Okulární torticollis, afekce ucha
	Retrofaryngeální absces
	Spasmus nutans
	Přetrvávající predilekce hlavy, DMO
	Sandiferův syndrom (GER)
Předškolní a školní věk	Atlanto-axiální subluxace
	Pyogenní cervikální spondylitis
	Tumory zadní jámy lebni
	Motorické tiky, stereotypie
Adolescence	Cervikální dystonie
	Akutní krční segmentový syndrom
Všechny věkové skupiny	Získané léze zadní jámy lebni, CC přechodu, krční páteře
	Verzivní epileptické záchvaty
	Polékové dystonie

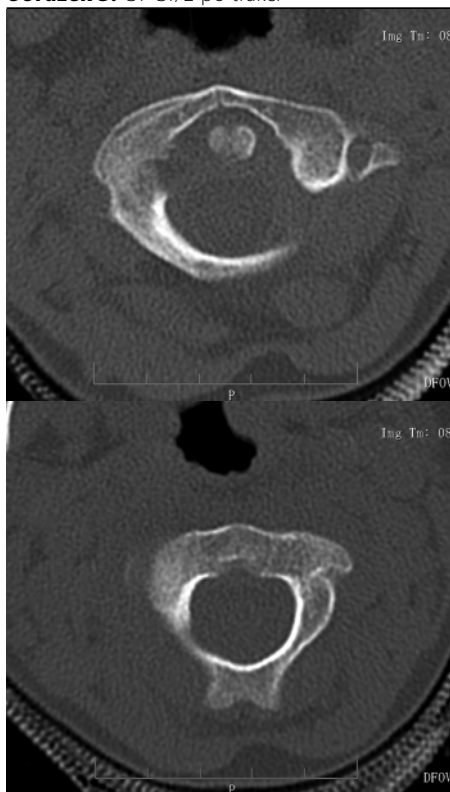
Obrázek 1. MR CC přechodu T1w obrazy s potlačením signálu tuku po aplikaci paramagnetické kontrastní látky: prosáknutí a opacifikující se infiltrát kolem okcipitálního kondylu a oblouku C1 vpravo. Bez kolečky charakteru abscesu



Obrázek 2b. CT cílené na C1/2

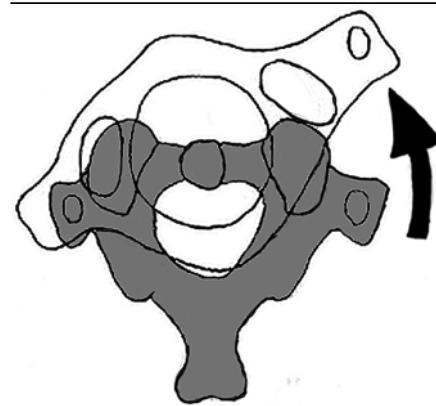


Obrázek 3. CT C1/2 po trakci



pneumatizace obou pyramid, vpravo v mastoideálních sklípčích byla akutní zánětlivá infiltrace, v úrovni C1/2 vpravo byl po podání kontrastní látky opacifikující se infiltrát v okolí kondylu až prevertebrálně před obratlem C2 (obrázek 1). Infiltrát se šířil doleva přes střední čáru – imitoval artritidu, bez průkazu abscesu, dále zobrazena subluxace C1/2 vlevo podmíněná antalgickým držením hlavy. Bylo doplněno cílené CT na mastoideální sklípky a oblast C1/2 (obrázek 2b), kde byla zobrazena výrazná ventrální rotační subluxace C1/2. Chlapec byl přeložen k definitivnímu řešení subluxace na Neurochirurgickou kliniku LF UK a FN Hradec Králové. Chirurgicky byla zvažována fúze C1/2, která pro vysoký stupeň rizika komplikací, věk pacienta a nezbytnost dalších reoperací, nebyla indikována. Byla naložena Glissonova trakce na 5 dní s dobrým efektem a umožněním rotace hlavy. Kontrolní CT (obrázek 3) potvrdilo úpravu subluxačního postavení. Následně byla provedena fixace pevným korzetem a ponechána 1 měsíc. Po sejmutí korzetu bylo konstatováno optimální postavení C1/2 s možností zahájení rehabilitace s využitím Vojtovy metody a myofasciálních tech-

Obrázek 2a. Schéma ventrální rotační subluxace C1/2



nik. Chlapec je v současné době bez subjektivních obtíží, postavení hlavy je fyziologické jen s minimálně omezenou rotací hlavy doleva o 5–10°.

Diskuze

V diferenciální diagnostice torticollis u dětí je nutno vyloučit závažné a potencionálně život ohrožující příčiny (tumory zadní jámy lebni). Rozdělení nejčastějších možných příčin abnormního držení hlavy dle věkových kategorií je uvedeno v tabulce.

Atlanto-axiální subluxace jako příčina torticollis může vzniknout jak traumatickým (whiplash injury – předozadní subluxace), tak netraumatickým mechanismem. Netraumatická subluxace bývá nejčastěji rotační a může být důsledkem retrofaryngeálního edému a hyperemie při zánětlivé afekci horních cest dýchacích či krku nebo v souvislosti s operací ve stejné oblasti (tonsilektomie, adenotomie, mastoidektomie), kdy se předpokládá vznik zvýšené fragility vaziva a kloubních pouzder oblasti. Při minimálním mechanickém podnětu pak může dojít k subluxaci (Battista et Pazos, 2004; Karkos et al., 2007). Tento průběh je ale vzácný a dochází k němu téměř výhradně u dětí s maximem mezi 6. – 12. rokem (Griselův syndrom), náchylnější jsou k němu děti s Downovým syndromem, kostními dysplazemi, neurofibromatózou nebo jinými syndromy asociovanými se spinální instabilitou (Kumar et al., 2008; Náhlavský et al., 2006).

U 4letého chlapce dle anamnézy, MR a CT vyšetření byl etiologicky zvažován zánět v oblasti mastoideů s možností propagace zánětu paravertebrálně a reflexním vznikem torticollis (negativita laboratorních známek invazivního pneumokokového onemocnění nevylučovala lokální zánět) nebo primárně traumatické poškození (subluxace). Popisovaný infiltrát na MR odpovídal, vzhledem k časovému odstupu od vzniku torticollis, spíše organizujícím se hematoma. Definitivní etiologii potvrdilo až cílené CT vyšetření na skelet C1/2.

Atlantoaxiální subluxace v návaznosti na afekci či operaci v ORL oblasti u dětí mladšího školního věku s torticollis je sice raritní ale potenciálně letální komplikací, která by měla vést k podrobnějšímu strukturálnímu vyšetření (Osiro et al., 2012). Včasná diagnostika a terapie determinuje dlouhodobě příznivou prognózu.

Literatura

1. Bareš M. Léčba dystonií. *Neurol. prax* 2009; 10(6): 356–359.
2. Basheer SN. Paroxysmal torticollis. *Journal of Pediatric Neurology* 2010; 8: 69–71.
3. Battiata AP, Pazos G. Grisel's syndrome: the two-hit hypothesis – a case report and literature review. *Ear, Nose & Throat Journal* 2004; 8: 553–555.
4. Dostál V, Ehler E. Polékové extrapyramidové syndromy. *Neurol. praxi* 2003; 3: 140–143.
5. Karkos PD, Benton J, Leong SC, Mushi E, Sivaji N, Assimakopoulos DA. Grisel's syndrome in otolaryngology: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2007; 71: 1823–1827.
6. Kumar R, Kalra SK, Das N, Poddar B, Mahapatra AK. Grisel's syndrome with hematomyelia. *Journal of Pediatric Neurology* 2008; 6: 265–268.
7. Muchová M. Diferenciální diagnostika abnormálního držení hlavy v dětském věku. *Neurol. praxi* 2009; 10(1): 39–43.
8. Náhlavský J, et al. *Neurochirurgie*. Galén 2006; 325–326.
9. Osiro S, Tiwari KJ, Matusz P, Gielecki J, Tubbs RS, Loukas M. Grisel's syndrome: a comprehensive review with focus on pathogenesis, natural history, and current treatment options. *Childs Nerv Syst.* 2012.

Článek doručen redakci: 17. 4. 2012

Článek přijat k publikaci: 24. 7. 2012

MUDr. Jana Kučerová

Neurologická klinika LF UK a FN HK
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
jana.kucerova4@fnhk.cz

