

Το ΡΑΙΒΟΚΡΑΝΟ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Π. Κυριακόπουλος, Π. Καπράλος, Χ. Αγγελίδης
Δ' Ορθοπαιδική κλινική, Γ. Ν. Ασκληπιείο Βούλας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ραιβόκρανο, παραμόρφωση κατά την οποία η κεφαλή κλίνει προς το ένα πλάγιο ενώ ταυτόχρονα στρέφεται προς την αντίθετη κατεύθυνση, δύναται να είναι συγγενές ή επίκτητο. Στην πρώτη περίπτωση οφείλεται, είτε σε συγγενή μυική ανωμαλία, είτε σε συγγενή ανωμαλία της ανωτέρας μοίρας της αυχενικής σπονδυλικής στήλης, ενώ στη δεύτερη κατηγορία εντάσσεται το ραιβόκρανο που οφείλεται σε τραυματισμούς, σε φλεγμονές, σε νευρολογικές ή ψυχιατρικές καταστάσεις, σε συρρικνώσεις μαλακών μορίων κ.ο.κ. Η ορθή αξιολόγηση του αιτιολογικού παράγοντα σε κάθε περίπτωση ασθενούς με ραιβόκρανο, καθορίζει και την θεραπευτική του προσέγγιση.

Λέξεις ευρετηρίου: ραιβόκρανο, παιδικό, συγγενές, επίκτητο.

Ραιβόκρανο γενικώς καλείται η πλημμελής θέση του τραχήλου και της κεφαλής, η οποία χαρακτηρίζεται από την κλίση της κεφαλής προς το ένα πλάγιο του σώματος με ταυτόχρονη στροφή αυτής προς το αντίθετο πλάγιο.

Το ραιβόκρανο (torticollis, wry-neck, stiff-neck, caput obliquum, collum distorsum) ετυμολογικά προέρχεται από τις λέξεις ραιβό (στρεβλό, στρεφόμενο προς τα έσω) και κρανίο.

Ο ξενικός όρος Torticollis, προήλθε εκ των λατινικών λέξεων Tortus (στραφείς) και Collum (αυχένας, λαιμός).

Διακρίνονται δύο μεγάλες υποδιαιρέσεις του ραιβόκρανου, το συγγενές και το επίκτητο. Το συγγενές ραιβόκρανο είναι δυνατόν να οφείλεται σε:

- I. βλάβη του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός (συγγενές μυικό ραιβόκρανο)
- II. ανωμαλίες ανάπτυξης των αυχενικών σπονδύλων (οστικό ραιβόκρανο)
- III. βλάβες και λειτουργικές διαταραχές του Κ.Ν.Σ.
- IV. άλλες συγγενείς ανωμαλίες (συγγενής ανύψωση της ωμοπλάτης-παραμόρφωση Sprengel, δυσπλασία ή απλασία αυχενικών και τραχηλικών μυών). ενώ το επί-

κτητο ραιβόκρανο είναι δυνατόν να οφείλεται σε:

1. φλεγμονώδη αιτιολογία (φλεγμονώδες ραιβόκρανο)
2. τραυματισμούς (τραυματικό ραιβόκρανο)
3. νευρολογική αιτιολογία (παραλυτικό και σπαστικό ραιβόκρανο)
4. βλάβες της ακοής και της οράσεως (ακουστικό και οφθαλμικό ραιβόκρανο)
5. ψυχικές παθήσεις (υστερικό ραιβόκρανο)
6. ουλώδεις αλλοιώσεις του δέρματος του τραχήλου (ουλώδες ραιβόκρανο)
7. νεοπλάσματα πρωτοπαθή ή μεταστατικά (νεοπλασματικό ραιβόκρανο)

Συγγενές μυικό ραιβόκρανο

Εμφανίζεται τις πρώτες εβδομάδες μετά τη γέννηση με τη μορφή της ετερόπλευρης συσπάσεως του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Ο μυς είναι ινώδης από τη μία πλευρά και δεν επιψηκύνεται με την ανάπτυξη του παιδιού. Έτσι αναπτύσσεται μία προοδευτικά επιδεινούμενη παραμόρφωση. Το αίτιο είναι άγνωστο. Κατά μία θεωρία ο μυς μπορεί να έχει υποστεί ισχαιμία από την παθολογική στάση του εμβρύου στη μήτρα ή από αυξημένη ενδομήτριο πίεση (Greenstein 1950). Κατά μία άλλη, συνπείσια εργώδους τοκετού ή ισχιακής προβολής ο μυς υφίσταται κάκωση και το αιμάτωμα που δημιουργείται εντός της μυικής μάζας αντικαθίσταται προοδευτικά από ινώδη συνδετικό ιστό, ο οποίος συρρικνώμενος προκαλεί βράχυνση του μυός και εγκατάσταση ραιβόκρανου. Οι θεωρίες περί κληρονομικότητας (Creig 1919) ή ανωμαλιών του μυικού βλαστόματος (Krogius 1924) επιδέχονται έντονη κριτική και αποδεικνύονται ανεπαρκείς.

Κλινικώς, σε ένα ποσοστό περίπου 50-60 % των ασθενών παρατηρείται μία διόγκωση κατά την 2η ή 3η εβδομάδα ζωής. Είναι περιγεγραμμένη και αφορά τη μία ή και τις δύο κεφαλές του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Πρόκειται για μία μάζα μαλακή, ανώδυνη και κινητή που φηλαφάται μέσα στη μάζα του μυός (όγκος ή ελαία κατά



ΕΙΚΟΝΑ 1

τους Γάλλους συγγραφείς). Σε αυτό το στάδιο δεν υπάρχει ούτε παραμόρφωση, ούτε προφανής περιορισμός της κινητικότητας. Η μάζα αυτή θα εξαφανιστεί κατά τον 4ο-6ο μήνα εγκαταλείποντας τον μυ σε σύσπαση ενώ παράλληλα εμφανίζεται και η παραμόρφωση. Είναι χαρακτηριστικό ότι δεν διαπιστώνεται νευρολογική συμπτωματολογία, αλλά, ούτε και άλγος. Το ραιβόκρανο θα γίνει εμφανές μετά την ηλικία των 1-2 ετών οπότε το κεφάλι πλέον γέρνει προς τον έναν ώμο. Ο στερνοκλειδομαστοειδής σ' αυτή την πλευρά είναι υπό τάση και σκληρός. Πιθανότατα υπάρχει και ασυμμετρία του προσώπου. Αυτά τα σημεία γίνονται πιο έντονα με την ανάπτυξη του παιδιού (εικ. 1).

Για την διαφορική διάγνωση της πάθησης ο ακτινολογικός έλεγχος αν και δύσκολος είναι απαραίτητος για τον αποκλεισμό συγγενούς οστικής ανωμαλίας, με τη μορφή ανωμαλίας της οδοντοειδούς αποφύσεως, αστάθειας στο ατλαντο-αξονικό επίπεδο, συνδρόμου Klippel – Feil ή ατλαντο-ινιακής συνοστώσης.

Η παρουσία της ψηλαφητής μάζας μέσα στον στερνο-

κλειδομαστοειδή μια είναι χαρακτηριστική του συγγενούς μυικού ραιβόκρανου. Σε μεγαλύτερα παιδιά όμως, η παρουσία μίας φλεγμονής στο φάρυγγα και η προσβολή των τραχηλικών λεμφαδένων οδηγεί σε εμφάνιση ραιβοκράνου. Την ίδια εικόνα δημιουργεί και ένας τραυματισμός της περιοχής και ιδιαίτερα στο επίπεδο A1 – A2 (κατάγματα οδοντοειδούς απόφυσης, ατλαντο-αξονικά εξαρθρήματα). Τέλος, η παρουσία όγκων της βάσης του κρανίου ή η παρουσία συριγγομυελίας δεν πρέπει να παραμένει εκτός διαφορικής διάγνωσης. Το ιστορικό του ασθενούς, η ηλικία και η χαρακτηριστική εμφάνιση του προσώπου είναι χρήσιμα στοιχεία στη διάγνωση.

Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει έγκαιρα, καθώς η πάθηση οδηγεί σε μόνιμη παραμόρφωση του προσώπου και της κεφαλής. Αν η διάγνωση γίνει κατά τη βρεφική ηλικία, οι καθημερινές διατατικές ασκήσεις του στερνοκλειδομαστοειδούς μπορεί να προλάβουν την παραμόρφωση. Ένα παραμελημένο ραιβόκρανο απαιτεί χειρουργική διόρθωση. Ο ρικνός μυς τέμνεται (συνήθως στο κάτω άκρο του, αλλά μερικές φορές στο άνω ή και στα δύο άκρα) και το κεφάλι φέρεται σε ουδέτερη θέση με χειρισμούς.

Μετεγχειρητικά η διόρθωση διατηρείται με την εφαρμογή αυχενικών κηδεμόνων σε θέση υπερδιόρθωσης συνήθως για 4 – 6 εβδομάδες έως ότου το παιδί μπορέσει να διατηρήσει το κεφάλι του σε ουδέτερη θέση αυτόματα. Οι διατατικές ασκήσεις συνεχίζονται.

Οστικό ραιβόκρανο

Οφείλεται σε ανωμαλίες ανάπτυξης των αυχενικών σπονδύλων, οι κυριότερες εκ των οποίων είναι:

Αυχενικός ημισπόνδυλος: προκαλεί ραιβόκρανο στο οποίο ο περιορισμός της στροφής δεν οφείλεται σε τάση του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Κλινικώς διαπιστώνεται αυτή η διαφορά και η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ακτινογραφία.

Συνοστώση αυχενικών σπονδύλων ή συγγενής βράχυνση του λαιμού (σύνδρομο Klippel – Feil): πρόκειται για σπάνια διαταραχή της ανάπτυξης, η οποία οφείλεται σε αστοχία της τμηματοποίησης. Τα παιδιά με το σύνδρομο έχουν μία χαρακτηριστική εμφάνιση (εικ.2) η οποία οφείλεται στην εξής τριάδα συμπτωμάτων: ο αυχένας είναι

βραχύς ή ανύπαρκτος και μπορεί να υπάρχει μία πλάγια δερματική πτυχή, η γραμμη της τριχοφυίας είναι χαμηλή και τέλος οι κινήσεις του αυχένα είναι περιορισμένες (το πλέον σταθερό εύρημα). Εν τούτοις, λιγότεροι από το 50 % των ασθενών έχουν και τα τρία αυτά στοιχεία, ενώ πολλοί έχουν μία φυσιολογική εμφάνιση. Η συνύπαρξη και των τριών αυτών στοιχείων υποδηλώνει σοβαρή προσβολή. Ένα στα τρία παιδιά με την πάθηση έχει και παραμόρφωση της ωμοπλάτης τύπου Sprengel.

Ο ακτινολογικός έλεγχος που πρέπει να περιλαμβάνει πλάγια σε κάμψη και έκταση, προσθιοπίσθια και διαστοματική προβολή αποκαλύπτει την συνοστέωση 2 ή 3 σπονδύλων.

Πολυάριθμα συγγενή προβλήματα έχουν συσχετισθεί με το σύνδρομο Klippel – Feil. Έχει παρατηρηθεί κύφωση σε ποσοστό 30 %, στραβισμός, βλεφαρόπτωση, λαγόχειλο συνδακτυλία αλλά και καρδιοαναπνευστικές ανωμαλίες και ουρογεννητικές διαμαρτίες. Η σκολίωση είναι η πλέον συχνή συνυπάρχουσα κατάσταση.

Τα άτομα με το σύνδρομο είναι ανάγκη να διερευνώνται πλήρως προκειμένου να διαγνωστούν οι συνυπάρχουσες συγγενείς ανωμαλίες των άλλων συστημάτων.

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντρητική, με τη μορφή φυσικοθεραπείας και τη χρήση πλαστικού περιλαίμιου ή χειρουργική προς σταθεροποίηση υπαρχούσης αστάθειας. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους από αθλήματα επαφής.

Άλλες σπανιότερες αιτίες οστικού ραιβόκρανου είναι:

- συγγενής έλλειψη οπισθίου τόξου του A1 σπονδύλου
- υποπλασία ή απλασία του οδόντος του A2 σπονδύλου
- ινιοποίηση του A1
- δισχιδής ράχη αυχενικής μοίρας Σ.Σ.
- ύπαρξη αυχενικής πλευράς

Συγγενές ραιβόκρανο οφειλόμενο σε διαταραχές του Κ.Ν.Σ.

Καθυστερημένος νευρομυϊκός συντονισμός είναι δυνατόν να προκαλέσει σε βρέφη ηλικίας 3 – 8 μηνών θέση της κεφαλής προσομοιάζουσα προς τη θέση του ραιβόκρανου. Είναι αναγκαίο να διαφοροδιαγνωσθεί από το αληθινό συγγενές μυικό ραιβόκρανο.

Επίσης εγκεφαλική παράλυση με περιοχική υπερτογία δύναται να αποτελέσει αιτία επίμονης στροφής της κεφαλής προς μία πλευρά. Σημειώνεται όμως πως η υπερτονία σπανίως καταλαμβάνει μόνο τους αυχενικούς και τραχηλικούς μύες.

Επίκτητο Ραιβόκρανο

Η διαφορική διάγνωση του επίκτητου ραιβόκρανου είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αν εξαιρέσουμε την περίπτωση της τραυματικής αιτιολογίας η οποία γίνεται άμεσα αντιληπτή λόγω του ιστορικού της κάκωσης, στις υπόλοιπες περιπτώσεις χρειάζεται προσεκτικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος για να οδηγηθούμε στην αιτία πρόκλησης του ραιβόκρανου.

Μετατραυματικό ραιβόκρανο

Η συνηθέστερη αιτία προκλήσεως τραυματικού ραιβόκρανου είναι οι κακώσεις της αυχενικής μοίρας της Σ.Σ. και κυρίως τα υπεξαρθρήματα, οι συνδεσμικές βλάβες και τα εξαρθρήματα.

Τα υπεξαρθρήματα, τα οποία είναι συνήθως ετερόπλευρα και δυνατόν να προκληθούν δι' απλής βίαιης στροφής της κεφαλής, χαρακτηρίζονται από έντονο άλγος και από παραμόρφωση του αυχένα που συνίσταται σε κλίση της κεφαλής προς την υγιή πλευρά προς την οποία στρέφεται και το πρόσωπο. Στην πλευρά του υπεξαρθρήματος ελέγχεται σύσπαση του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός, ο αυχένας φαίνεται επιψηκέστερος, είναι δε ανέφικτη η κλίση και στροφή της κεφαλής προς την πλευρά της βλάβης. Η διαφορική διάγνωση του εν λόγω ραιβόκρανου από το συγγενές θα τεθεί εκ του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και του ακτινολογικού ελέγχου σε πλάγια και ημιπλάγια θέση.

Το πιο συνηθισμένο λάθος στην α/α της ΑΜΣΣ είναι να εκλαμβάνεται το Φευδοεξάρθρημα μεταξύ **2ου – 3ου αυχενικού σπονδύλου** σαν πραγματικό εξάρθρημα ή υπεξάρθρημα (σε 20 % των παιδιών ηλικίας 1 έως 7 ετών, πρόσθια μετατόπιση 2-4 mm του τόξου του άτλαντα προς τον οδόντα κατά την έκταση είναι φυσιολογική – Cattell 1965). Η διάγνωση που δεν είναι πάντα εύκολη, βασίζεται στο ιστορικό του τραυματισμού και την παρουσία τοπικού άλγους και δυσκαμψίας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Η εφαρμογή πωγωνοινιακής έλξης και εν συνεχείᾳ η ακινητοποίηση με κηδεμόνα για 6-8 εβδομάδες είναι συνήθως αρκετά. Στα μεγαλύτερα παιδιά, αν μετά το τέλος της θεραπείας δεν έχει επιτευχθεί σταθερή ανάταξη χρειάζεται θεραπεία 2 ή 3 επιπέδων.

Το στροφικό ατλαντο-αξονικό υπεξάρθρημα αποτελεί πολύ συχνή αιτία μετατραυματικού ραιβόκρανου στην παιδική ηλικία. Σπανιότατα η παραμόρφωση μονιμοποιείται και ονομάζεται αξονοεπιστροφική μόνιμη στροφική παραμόρφωση ή μετατόπιση. Θεωρείται σαν εμπλοκή της μίας πλάγιας άρθρωσης από παρεμβολή τμήματος θυλάκου ή αρθρικού υμένα. Συνήθως προηγείται ασήμαντος τραυματι-



ΕΙΚΟΝΑ 2

σμός ή απότομη κίνηση του αυχένα αλλά μπορεί και να μην αναφέρεται καμιά αιτία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Παρατηρείται παραμόρφωση ραιβόκρανου με σπασμό του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός, έντονο άλγος σε οποιαδήποτε κίνηση του αυχένα και τοπική ευαισθησία στο ύψος των ακανθώδων αποφύσεων του 1ου και 2ου αυχενικού σπονδύλου. Η δυσκαμψία και η σκληρότητα του αυχένα είναι εμφανέστερη του άλγους, το ίδιο και η στροφική παραμόρφωση έναντι της πλάγιας κλίσης.

Η ακτινολογική δάγγωση συχνά είναι δύσκολη. Η μετατόπιση μπορεί να είναι μόνο στροφική ή να συνυπάρχει και πρόσθια και, πολύ σπανιότερα, οπίσθια μετατόπιση. Πρόσθια μετατόπιση μεγαλύτερη των 4mm, σε παιδιά κάτω των 4 ετών και άνω των 3 mm σε μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικους, θεωρείται παθολογική. Σπην κατά μέτωπο διαστοματική ακτινογραφία, ο οδόντας διαγράφεται χαρακτηριστικά σε ασύμμετρη θέση σε σχέση με τις πλάγιες επιφάνειες του τόξου του άτλαντα. Σε ορισμένες περιπτώσεις η CT και η MRI της ΑΜΣΣ αποδεικνύονται πολύ χρήσιμες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Στις περισσότερες περιπτώσεις η κατάσταση είναι ελαφρά. Η ακινητοποίηση του αυχένα με ένα μαλακό αυχενικό κηδεμόνα (κολάρο), η ανάπαυση και η χορήση αναλγητικών συνήθως είναι αρκετά. Αν όμως στην ακτινογραφία υπάρχει πρόσθια μετατόπιση, εφαρμόζεται πωγωνοινιακή έλξη, μέχρι να επιτευχθεί πλήρης ανάταξη και υποχώρηση των κλινικών συμπτωμάτων και εν συνεχείᾳ μαλακός αυχενικός κηδεμόνας.

Φλεγμονώδες ραιβόκρανο

Οξείες λεμφαδενίτιδες και φλεγμονές του τραχήλου, παρουσιαζόμενες ως επακόλουθο οδοντικών φλεγμονών, φαρυγγίτιδας, αμυγδαλίτιδας, ελκώσεων γλώσσας και χειλέων είναι δυνατόν να συνοδεύονται από κλινική εικόνα ραιβόκρανου. Η μαστοειδίτις επίσης προκαλεί πολλές φορές αντανακλαστική σύσπαση του στερνοκλειδομαστοειδή μυός και θέση ραιβόκρανου. Πολύ πιο σπάνια μπορεί να οφείλεται σε βραγχιογενή συρίγγια και κύστεις του τραχήλου τα οποία εδράζονται υπό τον ΣΚΜ μύ και εκβάλλουν κατά το πρόσθιο χείλος αυτού ή σε φλεγμονώδεις μυίτιδες των μυών του τραχήλου. Σε περιπτώσεις οπισθοφαρυγγικού και περιαμγδαλικού αποστήματος η κλινική εικόνα του ραιβόκρανου περνάει σε δεύτερη μοίρα. Η κατάσταση του ασθενούς είναι φαριά και χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, έντονα άλγη, επώδυνη διόγκωση λεμφαδένων, δυσχέρεια κατά τη μάσηση και δυσκαμψία του τραχήλου. Η άμεση ΩΡΑ εκτίμηση και αντιμετώπιση είναι επιβεβλημένη.

Στα πλαίσια του φλεγμονώδους ραιβόκρανου υπάγεται και το ραιβόκρανο που συνοδεύει το αυτόματο (παθολογικό) υπεξάρθρημα του άτλαντα, γνωστό ως σύνδρομο Grisel. Πρόκειται ουσιαστικά για ατραυματικό υπεξάρθρημα της ατλαντο-αξονικής άρθρωσης. Πολλοί συγγραφείς αποφέυγουν τους όρους αυτούς και αναφέρονται απλώς σε μετατόπιση. Αφορά συνήθως παιδιά ηλικίας 6-12 ετών. Μολονότι πειστική απόδειξη δεν υπάρχει, θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα χαλάρωσης των συνδέσμων εξαιτίας της υπεραιμίας που συνοδεύει φλεγμονώδεις παθήσεις της περιοχής των ανωτέρων αναπνευστικών οδών, της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα. Το υπεξάρθρημα είναι συνηθέστερα στροφικό και σπανιότερα πρόσθιο. Κλινικώς, διαπιστώνεται επώδυνος περιορισμός της κινητικότητας του αυχένα. Η κεφαλή βρίσκεται σε πρόσθια κάμψη με κλίση προς την πλευρά του εξαρθρήματος ενώ το πρόσωπο στρέφεται προς την υγιή πλευρά. Η ακινητοποίηση του αυχένα με μαλακό περιλαίμιο, η ανάπαυση, η χορήγηση αναλγητικών καθώς και η εφαρμογή πωγωνοινιακής έλξης όπου αυτό κρίνεται σκόπιμο οδηγεί σε υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Νευρολογικό ραιβόκρανο

Κάθε πάθηση η οποία προκαλεί παράλυση των αυχενικών ή τραχηλικών μυών ετεροπλεύρως (όπως π.χ. παλαιότερα επί πολιομυελίτιδας), είναι δυνατόν να δώσει την εικόνα ραιβόκρανου.

Η νευρίτις του παραπληρωματικού νεύρου προκαλεί εικόνα ραιβόκρανου. Τα αίτια που προκαλούν την νευρίτιδα μπορεί να είναι λοιμώδεις νόσοι, εξωγενείς τοξικές ουσίες, ενδογενείς τοξικές καταστάσεις όπως ο διαβήτης και η αλλεργία, αβιταμινώσεις, κύηση, καχεζία, επέκταση παρακείμενης φλεγμονής, πίεση του νεύρου εξ όγκου ή άμεση κάκωση του νεύρου. Χαρακτριστικό σύμπτωμα είναι ότι δια της ψηλάφησης του τραχήλου διαπιστώνεται ευαίσθητο σημείο κατά το άνω τριτημόριο του ΣΚΜ μυός και στο σημείο εισόδου του νεύρου εις τον μυ.

Το δυστονικό ή σπαστικό ραιβόκρανο αποτελεί μόνιμη ή παροδική επώδυνη κατάσταση που εκδηλώνεται με τονικούς ή κλονικούς σπασμούς των αυχενικών μυών. Η κεφαλή αποκλίνει στερεότυπα σε μία ανώμαλη θέση που μπορεί να είναι πλάγια, πρόσθια ή οπίσθια. Η ανώμαλη αυτή δραστηριότητα επέρχεται όταν η κεφαλή βρίσκεται σε κατακόρυφη θέση και εξαφανίζεται εν κατακλίσει. Επιδεινώνεται επί διανοητικού stress. Αποδίδεται σε βλάβη του ραβδωτού σώματος και περιοδική ροή ερεθισμάτων από τον υποθάλαμο (Foerster-1921).

Υστερικό ραιβόκρανο

Ενίστε απαντώνται περιπτώσεις στις οποίες η κεφαλή φέρεται προς τα εμπρός ή προς τα πίσω δια τονικών κινήσεων υπό μορφή « τινάγματος », επανερχόμενη στην ορθή της θέση. Οι ανταγωνιστικές αυτές κινήσεις διαδέχονται ακατάπαυστα η μία την άλλη αποτελούν εκδήλωση υστερίας και προσομοιάζουν προς το δυστονικό ραιβόκρανο. Διαφέρουν όμως από αυτό αφ' ενός γιατί στερούνται την στερεοτυπία και τον σπασμωδικό χαρακτήρα του, αφ' ετέρου γιατί εμφανίζουν χαρακτήρα κινήσεων που προκαλούνται εκούσια.

Οφθαλμικό ραιβόκρανο

Μπορεί να οφείλεται σε μυική ασυνεργία των εξωτερικών οφθαλμικών μυών και ίδιαίτερα των άνω και κάτω λοξών, σε βλάβες των κεντρικών συνδέσεων του αμφιβλητροειδούς οι οποίες προκαλούν ημιανοψία καθώς και σε βλάβες του πυρήνα Edinger - Westphal που προκαλούν εναν ταχύ οριζόντιο νυσταγμό.

Ουλώδες ραιβόκρανο

Οφείλεται σε ουλώδεις αλλοιώσεις του δέρματος της περιοχής του τραχήλου λόγω τραυμάτων ή εγκαυμάτων και θεραπεύεται με επανορθωτική χειρουργική.

Νεοπλασματικό ραιβόκρανο

Νεοπλάσματα πρωτοπαθή ή μεταστατικά της αυχενικής μοίρας της ΣΣ και των λοιπών οργάνων του τραχήλου είναι δυνατόν να προκαλέσουν ραιβόκρανο. Επίσης, κακοήθεις όγκοι του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός (σάρκωμα) και λεμφαδενικές μεταστάσεις εις τον μυ, όσο και αν εμφανίζονται σπανιότατα, είναι δυνατόν να προκαλέσουν σύγχυση με το συγγενές μυικό ραιβόκρανο.

ABSTRACT

Torticollis in childhood

P.Kyriakopoulos, P.Kapralos, Ch.Aggelides

D'Orthopaedic Department, Asclepeion Hospital, Voula, Athens, Greece

The torticollis is the deformation of which the head is tilted on one side while it rotates towards the opposite direction. It may be congenital or acquired. The cause of congenital torticollis is either the congenital muscular abnormality or the congenital abnormality of the upper portion of the cervical spine; while the causes of acquired torticollis are injuries, inflammations, neurological or psychiatric conditions, soft tissues contracture etc. The classification of torticollis based on the cause is essential for the therapy applied.

Key words: torticollis, congenital, acquired, childhood.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Steel H.H.: Anatomical and Mechanical Consideration of the Atlanto-axial Articulation. In Proceedings of the American Orthopaedic Association. JBJS Am. 50A: 1481-1482, 1968
- Palant D.I and Carter B.L.: Klippel-Feil syndrome and Deafness. Am. J. Dis. Child. 123: 218-221, 1972
- Bredenkamp J.K, Maceri D.R: Inflammatory Torticollis in Children. Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. 116(3): 310-3, 1990
- Mathern G.W, Batzdorf U.: Grisel's syndrome. Cervical Spine Cervical, Pathologic and Neurologic Manifestations. Clin.Orthop. 1989, (244) 131-46

5. Guille J.I., Miller A., Bowen J.R., Forlin E., Caro P.A: The Natural History of Klippe-Feil syndrome: Clinical, Roentgenographic and MRI findings at Adulthood. *J. Pediatr. Orthop.* 1995, 15(5): 617-26
6. Robin N.H: Congenital Muscular Torticollis. *Pediatr. Rev.* 1996, 17(10): 374-5
7. Brans J., Aramideh M., Bosch A., Speelman H.: Late Presentation of Congenital Muscular Torticollis: a non-dystonic cause of Torticollis. *J. Neurol.* 1996, 243(4): 354-6
8. Jones E.T., Mayer P. (1994).The Neck. Στο σύγγραμμα: Turek's Orthopaedics: Principles and their Application. 5th edition. J.B. Lippincott Co
9. Davids J.R., Wenger D.R., Mubarak S.J: Congenital Muscular Torticollis: Sequela of Intra Uterine or Perinatal Compartment Syndrome. *J.Pediatr.Orthop.* 1993, 13(2): 141-7
10. Cheng J.C., Wong M.W., Tang S.P., Chen T.M., Shun S.L., Wong E.M: Clinical Determinants of the Outcome of Manual Stretching in the Treatment of Cong. Musc. Torticollis in Infants. A Prospective Study of eight-hundred and twenty-one cases. *JBJS Am.* 2001, 83-A(5): 679-87
11. Muniz A.E., Belfer R.A.: Atlantoaxial Rotary Subluxation in Children. *Pediatr. Emerg. Care.* 1999, 15(1): 25-9
12. Subach B.R., McLaughlin M.R., Albright A.L., Pollack I.F.: Current Management of Pediatric Atlantoaxial Rotatory Subluxation. *Spine* 1998, 23(20): 2174-9
13. Welinder N.R., Hoffmann P., Hakansson S.: Pathogenesis of Non-traumatic Atlanto-axial subluxation (Grisel's syndrome). *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 1997, 254(5): 251-4
14. Baba H., Maezawa Y., Furusawa N., Chen Q., Imura S., Tomita K.: The Cervical Spine in the Klippe-Feil syndrome. A report of 57 cases. *International Orthopaedics* 1995, 19(4): 204-8
15. Dubousset J.: Torticollis in Children caused by Congenital Anomalies of the Atlas. *JBJS Am.* 1986, 68: 178
16. Herman M.J., Pizzutillo P.D.: Cervical Spine Disorders in Children. *Orthop. Clinics of North America* 1999, 30(3): 457-66 ix.

