

Marek Ziółkowski

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Przychodnia Rehabilitacji „Sojczyńskiego” Sp. z o.o. w Łodzi

KRĘCZ SZYI U NIEMOWLĄT - PRZYCZYNEK DO LECZENIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO

Słowa kluczowe: dystonia szyjna, fizjoterapia, zalecenia usprawniające, komunikacja interdyscyplinarna

Streszczenie: W artykule przedstawiono zasady oraz model nowoczesnego postępowania fizjoterapeutycznego we wrodzonym kręczu szyi pochodzenia mięśniowego. Długoletnia praktyka autora pozwoliła na poczynienie obserwacji znanej liczby przypadków, które były i są aktualnie leczone w Przychodni Rehabilitacji. Zwrócono uwagę na znaczenie integracyjnej problematyki ergonomii w pokonywaniu barier komunikacji między rodziną dziecka a placówką specjalistyczną.

1. CHARAKTERYSTYKA SCHORZENIA

Kręcz szyi pochodzenia mięśniowego (dystonia szyjna) jest przymusowym ustawieniem głowy w pochyleniu do boku z jednoczesnym skręceniem jej w stronę przeciwną pochyleniu. I tak: w przypadku lewostronnego kręczu szyja jest zgięta w lewo, a głowa skręcona w prawo. Lewy bark zostaje uniesiony, a cała głowa przesunięta w kierunku strony zdrowej. W miarę rozwoju dziecka zniekształcenie pogłębia się. Twarz po stronie przykurczonej staje się mniejsza, kąty oczu i uszu obniżają się, a samo oko wydaje się mniejsze i innego kształtu /1/. Nos odchyła się w stronę chorą.

Deformacji ulega również układ kostny – powstaje odkształcenie czaszki i nieprawidłowy zgryz. W odcinku szyjnym kręgosłupa dochodzi do wytworzenia się skoliozy łukiem skierowanej w stronę zdrową. W przypadkach zaniedbanych może ona doprowadzić do wytworzenia się skrzywień kompensacyjnych w niższych odcinkach kręgosłupa /2/. Omawiana wada zazwyczaj nie wywołuje u dziecka dolegliwości bólowych. Najczęściej spowodowana jest jednostronnym skróceniem mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego (m. mostkowo-obojczykowo-sutkowy, m. MOS) na skutek jego częściowego zbliźnowacenia i zwłóknienia.

2. ROZWIĄZANIE PROBLEMU

Zachowawcze leczenie kręczu szyi pochodzenia mięśniowego należy rozpocząć możliwie jak najwcześniej, już nawet w pierwszych dniach życia dziecka. Cel leczenia jest dwójaki:

1. Wydłużenie uszkodzonego mięśnia, aby uwolnić z nieprawidłowego ustawienia głowę i szyję,
2. Nauka kontrolowania i utrzymania przez dziecko prawidłowej pozycji głowy i szyi.

Ad. 1

Masaż rozluźniający – jest nieodłącznym codziennym atrybutem programu leczenia zachowawczego. Polega na delikatnych, lecz zdecydowanych ruchach głaskania i nacierania tak przykurczonego mięśnia m. MOS, jak i tegoż mięśnia po stronie zdrowej. Przy swobodnym ułożeniu główki dziecka wskazane jest łagodne rozcieranie i ugniatanie mięśni czworobocznych. Czynność ta wspomaga uzyskanie lepszego efektu terapeutycznego w trakcie wykonania ruchów redresyjnych /1/. W ostatniej fazie masażu rozluźniającego wykonujemy masaż punktowy po stronie przykurczonej jak i zdrowej.



Rys.1.

Ucisk na punkty:

- a. na kresie karkowej dolnej pomiędzy przyczepami mięśni m. MOS i czworobocznego,
- b. ok. 2 cm poniżej poprzedniego punktu,
- c. pod wyrostkiem sutkowatym kości skroniowej.

**Rys.2****Ucisk na przyczepy:**

- a. przyczep obojczykowy,
- b. przyczep mostkowy mięśnia m. MOS.

Każdy punkt należy uciskać minimum 15 sekund. Po stronie przykurczonej stosować uciski jednostajne, zaś po stronie zdrowej uciski przerywane (zwiększać ucisk na ok. 1 sek., zwolnić ucisk na 1 sek., po czym ponownie zwiększyć ucisk itd.). Najpierw należy wykonać ucisk po stronie przykurczonej, a potem zdrowej.

Ruchy bierne i wyciąganie

Redresja przykurczonych mięśni (m. MOS i mięśnia czworobocznego) ma największe znaczenie w programie leczenia zachowawczego. Wykonywać ją należy delikatnie, śledząc reakcję dziecka i stopniowo zwiększając zakres ruchów. Ważna jest dobra stabilizacja barków, która gwarantuje bezpieczeństwo zabiegu ze względu na możliwość uszkodzenia splotu ramiennego bądź złamanie obojczyka (rys. 3).

**Rys.3**

Pierwsze wyciąganie wykonywać krótko. Przy kolejnych wydłużać czas dochodząc do maks. 5 minut. Starać się, aby dziecko nie płakało (płacz powoduje wzmożenie napięcia mięśni).

**Rys.4**

Redresja mięśnia czworobocznego grzbietu. W leżeniu dziecka na boku po stronie zdrowej i stabilizacji jego barku po stronie przykurczu, druga ręka terapeuty zgania bocznie kręgosłup dziecka w odcinku szyjnym. Przytrzymać pozycję przez 10-15 sekund, po czym ręką stabilizującą bark obniżyć go, zwiększając tym samym intensywność rozciągania mięśnia.

Farmakoterapia przeciwspatyczna

Od ponad 10 lat podstawowym lekiem w leczeniu dystonii mięśniowej szyi jest toksyna jadu kielbasianego (Botox, Dysport). Wstrzyknięta w dawkach terapeutycznych powoduje miejscowe osłabienie mięśnia poprzez jego chemiczne odnerwienie. Dochodzi do tzw. paraliżu nerwowo-mięśniowego, pozwalając tym samym skutecznie zwalczać hiperaktywność mięśni /5/. Topografię wstrzyknięć toksyny botulinowej przy kręcu szyi ilustruje rys.5.



Rys.5

W przeciwieństwie do innych metod uzyskania zwiększonego zakresu ruchu biernego (neuroлиза chemiczna, nastrzykiwanie punktów motorycznych) toksyna botulinowa stosowana w dawkach terapeutycznych jest lekiem stosunkowo bezpiecznym. Nie powoduje upośledzenia ani znieczulenia czucia w obrębie skóry. Działania niepożądane są zwykle łagodne i przemijające (objawy grypopodobne, letarg, ból w miejscu podania leku) /4/.

Lek podaje się w sposób prosty i szybki; można go stosować w warunkach ambulatoryjnych stosując dawkę 50–200 j. /4/. Optymalne miejsce jego wstrzyknięcia to obszar największej aktywności motorycznej mięśnia (punkt motoryczny). Aby to dokładnie określić, należy posługiwać się anatomicznymi punktami orientacyjnymi — jest to połowa odległości pomiędzy początkiem mięśnia a jego przyczepem końcowym. Wykonywanie wielu nakłuć w obrębie jednego mięśnia daje lepsze wyniki i zmniejsza ryzyko rozprzestrzenienia się toksyny do sąsiednich mięśni /5/. Kliniczna poprawa zauważalna jest zazwyczaj w ciągu pierwszych dwóch tygodni po iniekcji. Maksymalny efekt kliniczny uzyskuje się zwykle ok. 6 tygodni po wstrzyknięciach. Ponownie podać lek można, kiedy ustąpi efekt poprzednich iniekcji; nie zaleca się odstępów krótszych niż 10 tygodni.

Skuteczność terapeutyczna leku może utrzymywać się przez różny okres, zazwyczaj jednak ok. 12 tygodni /5/.

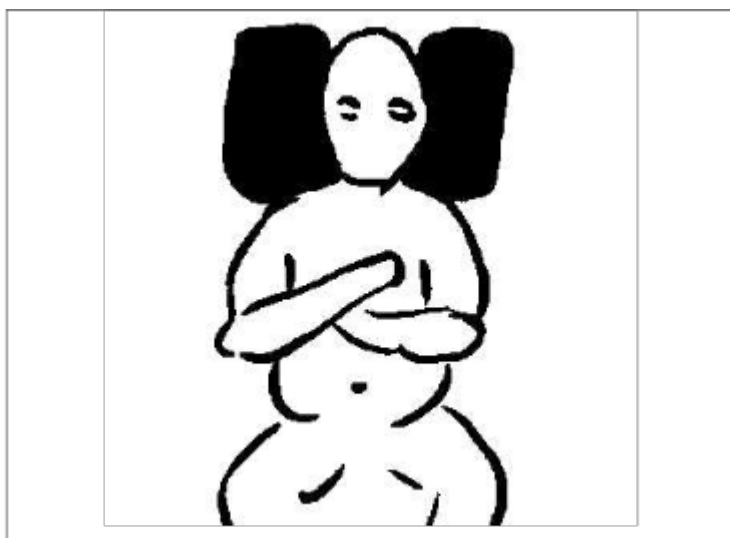
W chwili obecnej literatura nie podaje wielu informacji dotyczących leczenia kręczy szyi u dzieci za pomocą toksyny jadu kiełbasianego. Doniesienia na ten temat dostarczają jedynie dane opisowe w odniesieniu do małych grup badanych. Wydaje się, że odpowiednio dawkowana toksyna botulinowa może stać się cennym narzędziem w leczeniu dystonii szyjnej u dzieci. Jej podawanie winno być postrzegane jako uzupełnienie stosowania nefarmakologicznego postępowania. Iniekcje botulinowe w połączeniu z regularną fizjoterapią i stosowaniem zabezpieczeń (np. kołnierz Schantza na noc) mogą opóźnić rozwój przykurczów, zachować symetrię wzrostu mięśni i znacznie ograniczyć konieczność interwencji chirurgicznej. Same iniekcje bez kompleksowej terapii dają niewielkie długoterminowe korzyści.

Ad. 2

Dotyczy zaleceń korekcyjnych realizowanych przez rodziców dziecka. Po uprzednim poinstruowaniu ich w problematyce wady, z uwzględnieniem wskazań i przeciwwskazań terapeutycznych, zalecenia lecznicze dotyczą ułożenia i zabawiania dziecka w pozycjach prawidłowych. Dotyczą także wyzwalania u dziecka ruchów czynnych i dostosowania przedmiotów życiowo użytecznych do wymagań schorzenia.

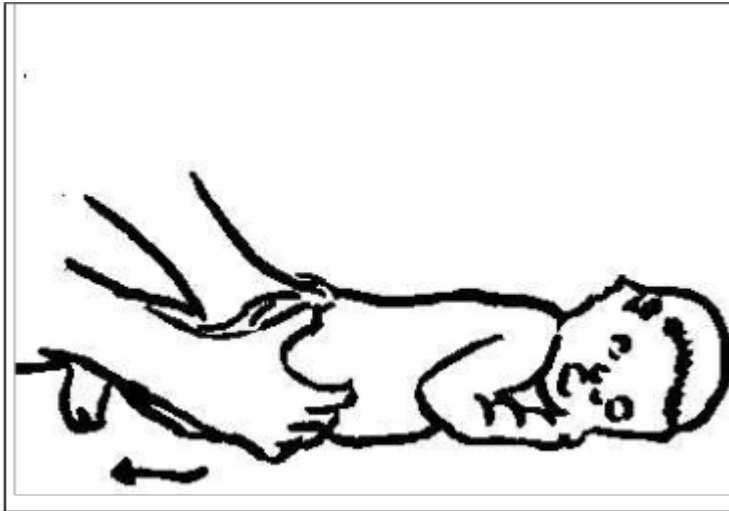
Pozycje ułożeniowo-zabawowe

1. Łóżeczko dziecka należy ustawić tak, aby światło dzienne i sztuczne oraz głosy i ruchy osób znajdujących się w pokoju zachęcały dziecko do odwracania głowy w stronę przykurzonego mięśnia m. MOS. Ta sama zasada obowiązuje przy zawieszaniu zabawek i grzechotek nad łóżkiem bądź wózkami dziecka.
2. W nocy układać dziecko na plecach z głową umieszczoną między workami z piaskiem. Worki powinny stabilizować obojczyki i uniemożliwić unoszenie barków.

**Rys.6**

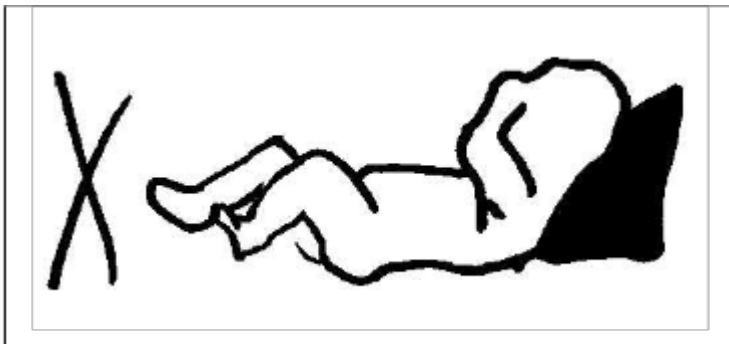
Podczas karmienia butelkę z jedzeniem podawać zawsze po stronie przykurczu mięśnia m. MOS. Rysunek przedstawia prawidłowe noszenie dziecka z kręcem szyi prawostronnym.

**Rys.7**



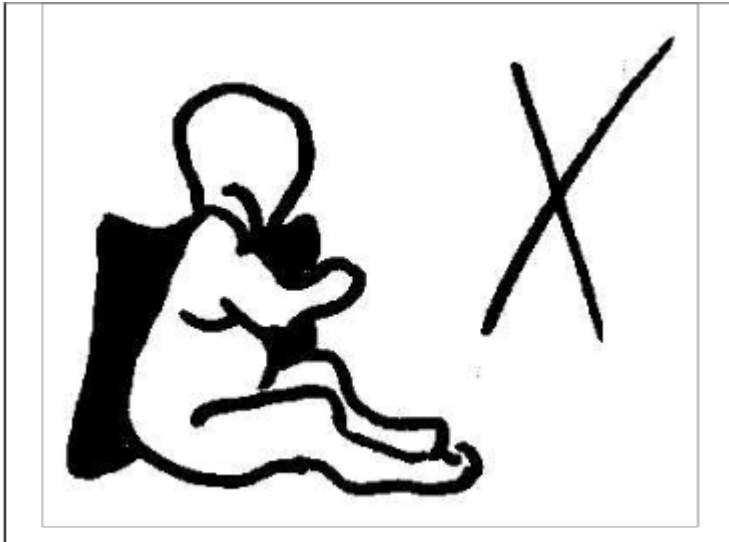
Rys.8 Wyzwalanie ruchów czynnych wykorzystując ruchy tułowia przy odpowiednim ustawieniu głowy (twarz dziecka zwrócona w kierunku przykurzonego mięśnia). Chwytem oburącz za miednicę wykonać ruchy obniżania miednicy.

Dzieciom nie wolno!!!

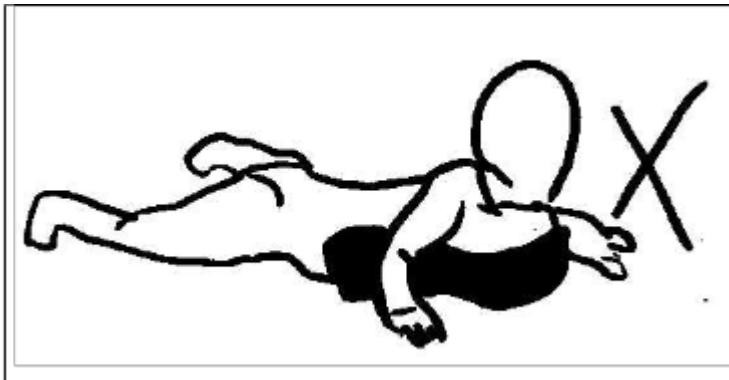


Rys.9

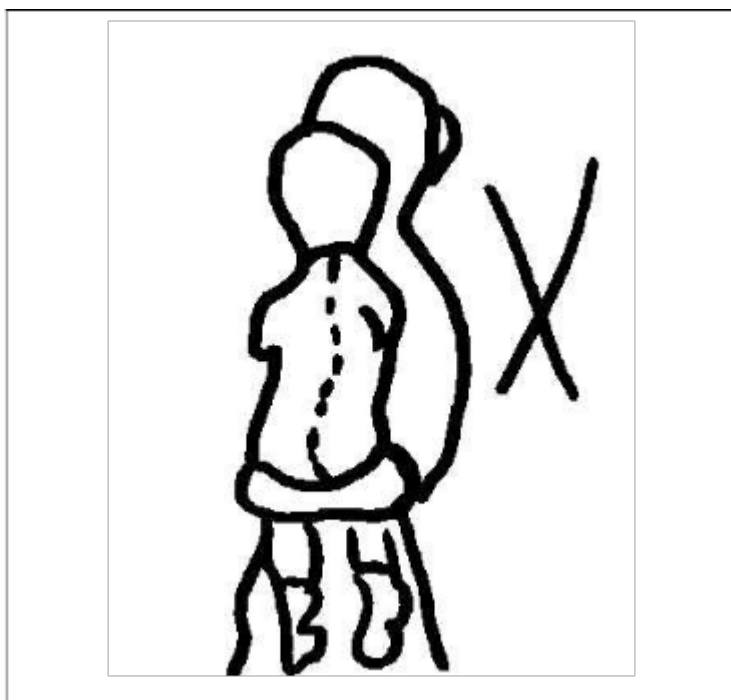
Leżeć tyłem z poduszką pod głową

**Rys.10**

Siedzieć przez podpieranie poduszkami



Rys.11 Leżeć na brzuchu z wałkiem pod klatką piersiową i głową odchyloną do tyłu



Rys.12 Matka nie powinna nosić dziecka z główką ustawioną pionowo

3. PODSUMOWANIE

1. W leczeniu kręczy szyi pochodzenia mięśniowego u dzieci zaleca się wielospecjalistyczne podejście. Skuteczność rehabilitacji opiera się na udziale zespołu interdyscyplinarnego fachowców – neurolog, rehabilitant, fizjoterapeuta, rodzic dziecka.
2. Rodzimi lekarze klinicyści niechętnie podają toksynę botulinową ze względu na wysokie koszty oraz fakt, że jest ona ciągle uważana przez niektórych za metodę eksperymentalną. Autor uważa, że sprawy finansowe mogą stać się mniej istotne, jeżeli weźmiemy pod uwagę całkowity koszt rehabilitacji. Pojedyncze iniekcje z dwoma lub trzema późniejszymi iniekcjami następującymi w różnych okresach czasowych będą prawdopodobnie stanowić schemat postępowania farmakologicznego.
3. Autor uważa, że same iniekcje z toksyny, bez zastosowania dalszej terapii, dadzą niewielkie długoterminowe korzyści. Chemiczne odnerwienie po zastosowaniu toksyny jadu kielbasianego musi być rozpatrywane w kontekście całościowego leczenia (orteza, ćwiczenia rozciągające, korekcyjne pozycje zabawowe itp.).
4. Celowym wydaje się opracowanie broszury, gdzie zawarte będą wskazówki, w jaki sposób rodzice dziecka mogą uczestniczyć w procesie korygowania tej wady u swojego dziecka. Ma to szczególne znaczenie dla tych, którzy do kompleksowego leczenia mają ograniczony dostęp, np. ze względu na miejsce zamieszkania.

5. W stosunku do rodziców dziecka fizjoterapeuci winni zachować się nie jak niezastąpieni eksperci, ale jak współpracownicy. Rodzice muszą mieć świadomość, że ich kompetencje są uznawane (po uprzednim instruktażu), bo tylko wtedy będą szanować kompetencje profesjonalistów.

LITERATURA

1. Borkowska M., *ABC rehabilitacji dzieci*, Pelikan, Warszawa 1989
2. Dega W., *Ortopedia i rehabilitacja*, PZWL, Warszawa 1983
3. Optica Sp. Z o.o., *Botox – mechanizm działania, Materiały informacyjne*, Warszawa 2000
4. Olney R.K., Aminoff M.J., *Neuromuscular effects distant from the site of botulinum neurotoxin injection*, *Neurology*, 1988, 38, 1780
5. Williams A., *Consensus statement for the management of local dystonias*, *British Journal of Hospital Medicine*, 1993, 50, 655-659

TORTICOLLIS IN INFANT POPULATION – INDICATION TO PHYSIOTHERAPY

Abstract: The author in this article presents the principles and the model of contemporary physical treatment in the innate muscular torticollis. The author is a man of great experience in this area and he has observed many cases of torticollis during his work at the Rehabilitation Centre. In summary the author pointed out the need of integrative ergonomics in coping with communication problems between family and therapeutic services unit.