

Benigní paroxysmální torticollis

MUDr. Jan Hálek^{1, 2}, MUDr. Marta Neklanová¹

¹Dětská klinika FN Olomouc

²Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Autoři uvádějí kazuistiku dítěte, která výstižně ilustruje obvyklý průběh benigní paroxysmální torticollis (BPT), relativně vzácné příčiny nekongenitální torticollis dětského věku. Znalost tohoto onemocnění umožní jeho včasnou diagnostiku a může zabránit nadbytečným diagnostickým úkonům.

Klíčová slova: benigní paroxysmální torticollis, ekvivalent migrény.

Benign paroxysmal torticollis

Authors present an illustrative case report of an infant with common course of benign paroxysmal torticollis (BPT), a rare cause of pediatric torticollis. The possibility of BPT should be taken into consideration to avoid excessive diagnostic procedures.

Key words: benign paroxysmal torticollis, migraine equivalent.

Pediatr. praxi 2012; 13(2): 118–119

Úvod

Torticollis (z lat. „torus“ a „collum“ – tedy zkroucený, stočený krk) patří i v dětském věku k poměrně častým jevům. Zejména v nejnižších věkových kategoriích je nutno rozlišit, zda jde o stav vrozený¹, nebo získaný. Obvyklé příčiny získané torticollis se liší dle věku pacienta (tabulka 1) a jde naštěstí většinou o stavy nezávažné a přechodné. (Mezi nejběžnější příčiny akutní torticollis patří zřejmě drobná poranění v oblasti krku a infekce horních dýchacích cest s krční lymfadenitidou.) Za tímto symptomem se však mohou skrývat i život ohrožující stavy (retrofaryngeální absces, atlantoaxiální subluxace, epidurální hematom) (1, 2).

Popis případu

Děvčátko narozené z fyziologické gravidity ve 36. týdnu těhotenství, spontánně záhlavím, porodní hmotnost 2 780 g, po vybavení bez obtíží, jen vzhledem k nezralosti byla nutná krátká adaptace v inkubátoru. Kojená nebyla, krmená z lahvičky, záhy dobře prospívající.

Ve 3 měsících se u ní náhle objevil abnormní stav: od ranních hodin držela hlavičku v inklinaci k pravému rameni a stočenou doleva, byla neklidná a plačtivá, nedokázala hlavu otočit do jiné pozice. Byla vyšetřena na pohotovosti, rodičům bylo doporučeno podání analgetik (Nurofen), stav poté během několika hodin ustoupil. Následně bylo doporučeno neurgentní neurologické vyšetření. Při tomto již byla bez obtíží – hlavička bez omezení pasivní či aktiv-

ní hybnosti, byla zjištěna jen mírná asymetrie hybnosti a neideální vzpřímení v základních polohách. Předvedené dovednosti odpovídaly gestačnímu věku dítěte, nebyly zjištěny známky závažné hybné poruchy. Vzhledem k anamnéze bylo doplněno rtg vyšetření C páteře v základních projekcích a UZ mozku – obojí s normálním nálezem. Pro lehkou asymetrii spontánní i provokované hybnosti a neideální vzpřímení bylo indikováno zahájení rehabilitační péče a kontrolní neurologické vyšetření dle potřeby.

V dalších týdnech však docházelo k opakovaní obtíží, postupně se u děvčátka objevily pravidelně dva druhy projevů. Asi v měsíčních intervalech docházelo (od ranních hodin) ke stočení hlavičky ke straně, dívka byla vždy v úvodu překvapená, ale postupně si na vynucenou polohu zvykala. Stočení trvalo v průměru deset dní, poté se upravilo. Mezitím ještě měla přibližně hodinová (průměr trvání asi 8 hodin) stočení hlavičky s neklidem, zvracením a pláčem – v tomto případě dostávala od rodičů analgetika (Nurofen), která mívaly částečný efekt. Strany stočení se střídaly, většinou ale hlavičku otáčela k pravé straně. Jelikož měli rodiče obavy ze závažného onemocnění, kontaktovali opět emailem neurologickou ambulanci a domluvili se na opakovaní vyšetření.

Klinické vyšetření bylo opět normální, vzhledem k charakteru obtíží byla stanovena jako pravděpodobná příčina obtíží benigní paroxysmální torticollis. Při doplnění rodinné anamnézy byl zjištěn výskyt migrén v rodinách matky i otce dítěte. Rodičům vysvětlena podstata onemocnění i jeho prognóza, k vyloučení anomálie v oblasti zadní jámy lební ještě doplněno MRI vyšetření mozku v celkové anestezii s nespecifickým

nálezem rozšíření SA prostor frontotemporálně bez jiných ložiskových změn. Po domluvě s rodiči byla nasazena preventivní terapie, dítě dále přechodně dispenzarizováno.

V dalším průběhu došlo ke snižování četnosti atak, tyto ustoupili v uvedené podobě po 1. roce zcela. Od 2. roku mívá děvčátko (i když nečasté) krátce trvající stavy s bolestí hlavy, zvracením, dle sdělení maminky se přitom „motá“. Četnost a intenzita potíží nadále nevyžaduje zvláštní terapii, psychomotorický vývoj dítěte je zcela normální, nemá jiné zdravotní potíže.

Diskuze

Benigní paroxysmální torticollis (BPT) byla poprvé popsána v roce 1969 (Snyder) a je charakterizována opakujícími se epizodami abnormní rotace a inklinace hlavy ke straně s případným kompenzačním postavením trupu a pánve, tento projev může být doprovázen neklidem a zvracením dítěte. **Incidence** onemocnění je nejasná, v literatuře jsou popsány jen stovky případů, ale pravděpodobně zůstává často nediagnostikováno. Příznaky se obvykle objevují kolem 3. měsíce života, frekvence příznaků kulminuje kolem 1. roku a ustupují samovolně do 4.–5. roku věku. **Příčina a patofyziologie** onemocnění nejsou jasné, u jednoho z pacientů bylo zjištěno, že torticollis je spojena s kontinuálními výboji v oblasti m. sternocleidomastoideus, a jde tedy pravděpodobně o dystonický fenomén (3). Obecně se BPT považuje za ekvivalent migrény v kojeneckém věku, svědčí pro to jak častá pozitivní rodinná anamnéza týkající se výskytu migrény, tak obvyklý přechod potíží spojených s BPT k jiným typům migrenózních obtíží ve vyšším věku dítěte (benigní paroxysmální

1. U kongenitální muskulární torticollis – nejčastější kongenitální příčiny torticollis – bývá obvykle patrná také asymetrie obličeje.

Tabulka 1. Některé příčiny získané torticollis u dětí (volně dle 1)

Příčiny	
Trauma	C1–2 subluxace, dislokace, zlomenina C páteře Poranění měkkých tkání krku (svaly, vazy) Spinální epidurální hematom
Infekce	Krční lymfadenitida Infekce HCD Retrofaryngeální absces Krční osteomyelitida nebo discitida
Nádory	Nádory zadní jámy lební, míšní, osteoidní osteom, eozinofilní granulom
Neurogenní	Myastenia gravis Poliomyelitida Dystonie Jádrový ikterus Wilsonova choroba
Oční (kompenzační držení hlavy)	Kongenitální nystagmus Refrakční poruchy, strabismus Obrna okohybných nervů (N. trochlearis)
Jiné	GER (Sandiferův syndrom) Juvenilní idiopatická artritida Spasmus mutans Benigní paroxysmální torticollis Poléková torticollis (karbamazepin, phenytoin, thiethylperazin, metoklopramid, prothazin) Funkční torticollis Torticollis při hyperextenzibilitě Myozitidy Pseudotumor cerebri

vertigo v batolecím věku, dále ostatní varianty migrény – s nebo bez bolestí hlavy). Je popsán familiární výskyt BPT v rodinách s výskytem familiální hemiplegické migrény (4), respektive s epizodickou ataxií (5) se současně prokázanou mutací CACNA1A genu², který ukazuje na možnou poruchu v oblasti kalciových kanálů.

Typické **klinické projevy** BPT jsou dobře ilustrovány naší kazuistikou, obvykle se jedná o popsané dvě formy projevů, které se liší trváním a doprovodnými příznaky samotné torticollis: náhle vzniklá, déletrvající (více dní, může trvat až měsíc) ataka torticollis, která je obvykle dobře tolerována a není doprovázena dalšími přízna-

2. CACNA1A gen je exprimován na různých místech nervového systému, zejména v mozečku a neuromuskulární jednotce, kóduje část podjednotky hlavního transmembránového napětím řízeného kalciového kanálu.

ky, a dále kratší ataky (trvající hodiny) spojené s neklidem, vegetativními příznaky a zvracením. U jednoho pacienta se mohou objevovat jak jednotlivé formy projevu, tak i jejich kombinace (jako u naší pacientky). Strany vynucené rotace hlavy se většinou nepravidelně mění. V období mezi jednotlivými atakami je klinický náález normální a dítě je bez obtíží. Po spontánním ústupu obtíží v prvních letech života poměrně často následuje rozvoj jiného migrenózního ekvivalentu či migrén.

Úkolem **diagnostiky** musí být zejména vyloučení závažných příčin akutní torticollis, v diferenciální diagnostice je nutno zvažovat příčiny uvedené v tabulce 1 s přihlédnutím k věku pacienta. Při typickém klinickém obrazu je diagnostika poměrně snadná, pokud lékař toto onemocnění bere v potaz. Problémem může

být diagnostika po první izolované atace nebo při ní. V každém případě se doporučuje vyloučit zejména závažné trauma (rtg vyšetření) a procesy v zadní jámě lební (MRI mozku), je možno zvážit doplnění EEG vyšetření, opatrnost je nutná, pokud jsou přidruženy známky probíhajícího infekčního onemocnění.

Terapie je symptomatická, otázkou zůstává možnost použití preventivní medikace užívané v terapii migrén pacientů v útlém věku a efektivita tohoto postupu. Jako možnost se uvádí podávání cyproheptadinu, ve většině případů – stejně jako v uvedeném případě – však stačí ozřejnění benigního charakteru onemocnění a jeho objasnění rodičům dítěte s BPT.

Literatura

1. Macias ChG, Gan V. Acquired torticollis in children. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.
2. Muchová M. Diferenciální diagnostika abnormálního držení hlavy v dětském věku. Neurol. pro praxi 2009; 10(1): 39–43.
3. Kimura S, Nezu A. Electromyographic study in an infant with benign paroxysmal torticollis. Pediatr Neuro 1998; 19: 236–238.
4. Giffin NJ, Benton S, Goadsby PJ. Benign paroxysmal torticollis of infancy: four new cases and linkage to CACNA1A mutation. Dev Med Child Neurol 2002; 44: 490–493.
5. Roubertie A, Echenne B, Leydet J, et al. Benign paroxysmal tonic upgate, benign paroxysmal torticollis, episodic ataxia and CACNA1A mutation in a family. J Neurol 2008; 255: 1600–1602.
6. Al-Twaijri WA, Shevell MI. Pediatric migraine equivalents: Occurrence and clinical features in practice. Pediatr Neurol 2002; 26: 365–368.
7. Muchová M, Ošlejšková H. Migréna v dětském věku. Neurol. pro praxi 2007; 3: 161–164.
8. Drigo P, Carli C, Laverda AM. Benign paroxysmal torticollis of infancy. Brain develop 2000; 22: 169–172.

Článek doručen redakci: 20. 10. 2012
Článek přijat k publikaci: 20. 1. 2012

MUDr. Jan Hálek
Dětská klinika FN Olomouc
Novorozenecké oddělení FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
halek1@seznam.cz