

وضعية الرأس الشاذة عند الأطفال

د. سامر حجو

كيف تكون وضعية الرأس الشاذة

الوضعية البسيطة : 

Face Turn (right/ left)

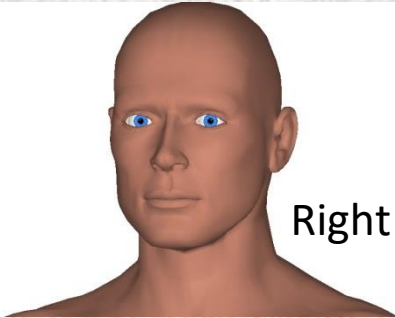
Chin up\down

Head tilt (right\ left)

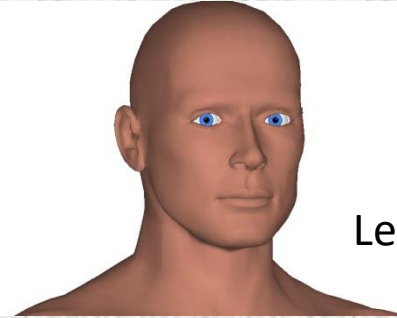
الوضعية المركبة : 

من اثنين أو ثلاثة من الوضعية البسيطة

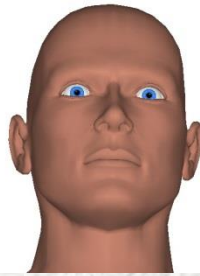
الوضعية البسيطة



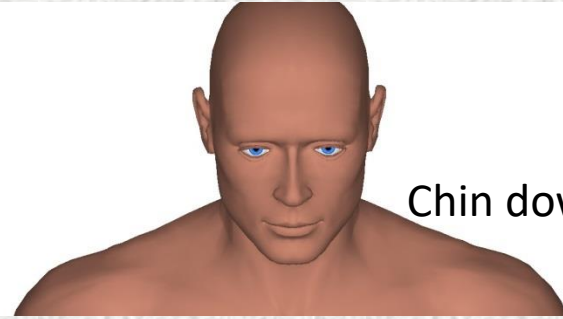
Right turn



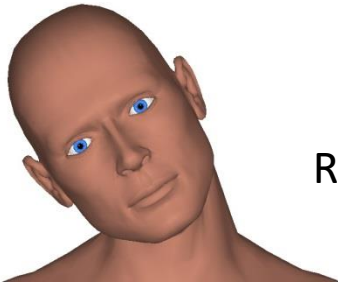
Left turn



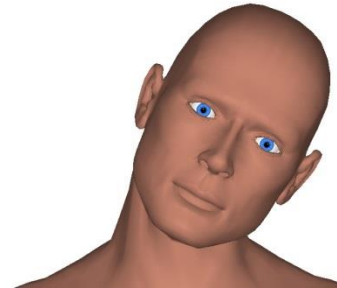
Chin up



Chin down



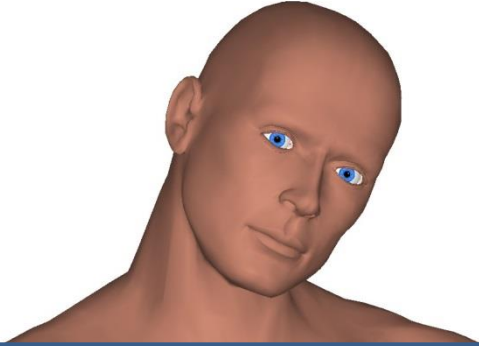
Right tilt



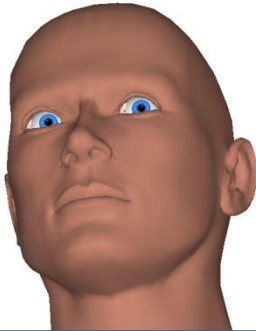
Left tilt

وضعية الرأس الشاذة عند الأطفال - د. سامر حجوجو

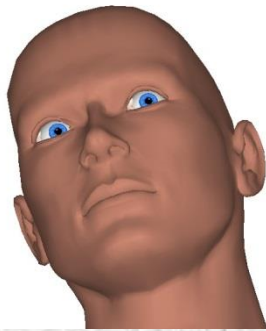
الوضعية المركبة



Left turn
+
Left tilt



Right turn
+
Chin up



Right turn + Chin up
+ Right tilt

عقائيل وضعية الرأس الشاذة

- الأكثر أهمية هي الناحية الجمالية و الاجتماعية
- نادر ولكن خطير : عدم التناظر في الوجه بسبب إمالة الرأس في السنوات الأولى للحياة
- بعض الوضعيات تعيق تصحيح أسوء الانكسار بالنظارة
- بعض الوضعيات قد تسبب آلام في الرقبة

فرصتان أساسيتان لملاحظة وضعية الرأس الشاذة

■ أولاً عند دخول الطفل لغرفة الفحص وقبل البدء بالفحص

■ ثم عند فحص القدرة البصرية للبعيد (إبدأ الفحص بالعينين معاً)

فرصتان أساسيتان لملاحظة وضعية الرأس الشاذة

■ أولاً عند دخول الطفل لغرفة الفحص وقبل البدء بالفحص

■ ثم عند فحص القدرة البصرية للبعيد (إبدأ الفحص بالعينين معاً)

الحفاظ على الرؤية المشتركة بالعينين في الحول غير المتوافق

الحفاظ على الرؤية المشتركة بالعينين في الحول غير المتوافق هي أكثر الأسباب العينية لوضعية الرأس الشاذة و أهم هذه الحالات:

■ خذل المنحرفة العلوية : إمالة الرأس إلى الكتف المقابل

■ تناذر دوين : تدوير الرأس بجهة التحدد

■ الأسباب الأقل شيوعاً : تناذر براون – شلل

الرافعات المزدوج – نموذج V أو A – شلل

العصب السادس – شلل العصب الثالث الخفيف

وضعية الرأس الشاذة عند الأطفال – د. سامر حجوج

صفات مشتركة لهذه الحالات

■ لا يلاحظ الحول مع وضعية الرأس الشاذة

■ عكس وضعية الرأس هو أسهل وسيلة لإظهار الحول

■ الأكثر أهمية هو اختبار تغطية إحدى العينين حيث سوف يؤدي ذلك إلى استقامة الرأس **حالاً!**

وضعية الرأس الشاذة عند الأطفال - د. سامر حجوة

الرأرة

- بوجود وضعية نظر معينة غير النظر الأمامي تخف أو تزول فيها الرأرة (Null point) يأخذ المريض وضعية الرأس بالاتجاه المعاكس
- كل أنماط وضعية الرأس الشاذة قد تحدث هنا
- مصادر الخطأ في التشخيص قد تكون في حالات:
الرأرة الخفيفة جداً - تغير موضع ال- Null point من وقت لآخر - تثبيت الرأرة بالتقارب (من المهم جداً الفحص خلال النظر للبعيد)

أسباب عينية أخرى

- الاتسعال الشديد
- التليف الشديد أو الشلل الشديد في العضلات المحركة لكلا العينين أو للعين الجيدة (لا تستطيع العين الوصول للوضعية البدئية)
- الكثافات أو عدم الانتظام في الأوساط الكاسرة
- وضعية التخلص من خيال إحدى العينين بسبب عدم إمكانية الدمج الطبيعي
- الخطأ في محور تصحيح الحرج العالي



وضعية الرأس الشاذة عند الأطفال - د. سامر حجوة



وضعية الرأس الشاذة عند الأطفال - د. سامر حجوة




وضعية الرأس الشاذة عند الأطفال - د. سامر حجو



Original article

A Multi-Disciplinary Study of the Ocular, Orthopedic, and Neurologic Causes of Abnormal Head Postures in Children

Paolo Nucci, MD^a, Burton J. Kushner, MD^b,  , Massimiliano Serafino, MD^a, Nicola Orzalesi, MD^c

Methods

Children found to have an abnormal head posture on routine pediatric examination underwent an evaluation by a pediatric ophthalmologist, pediatric orthopedist, and pediatric neurologist. The study was conducted in northwestern Italy.

Results

In the 63 children evaluated, the cause of the abnormal head posture was orthopedic in 35, ocular in 25, and neurologic in 5. In 8 patients, no specific cause could be found. The most common orthopedic cause was congenital muscular torticollis, which accounted for 31 patients. The most common ocular cause was superior oblique muscle palsy, which accounted for 12 patients. In 2 patients neck muscle contracture suggested an orthopedic cause, however, the tight neck muscles were secondary to a head tilt caused by superior oblique muscle palsy.

Conclusions

When the cause of an abnormal head posture is not obvious, a multi-disciplinary approach including ophthalmologic, neurologic, and orthopedic specialists may be helpful.

وضعية الرأس الشاذة عند الأطفال - د. سامر حجوجو

TORTICOLLIS SECONDARY TO OCULAR PATHOLOGY

C. R. P. WILLIAMS, E. O'FLYNN, N. M. P. CLARKE, R. J. MORRIS

From Southampton University Hospital, England

We report a series of 15 children, six male and nine female, of average age 20 months, seen at a paediatric orthopaedic clinic with torticollis. Orthopaedic examination revealed a normal range of neck movement in all cases but in seven there was palpable tightness in the absence of true shortening or contracture of the sternomastoid muscle.

The patients were prospectively referred for ocular examination. In five of the 15 an ocular cause for the torticollis was detected with underaction of the superior oblique muscle in three, paresis of the lateral rectus muscle in one and nystagmus in one. Another two patients were found to have an abnormal ocular examination which was thought to be unrelated to their torticollis. Three of the patients with ocular torticollis required extra-ocular muscle surgery to abolish the head tilt and one of these had a tight sternomastoid muscle. Two of the non-ocular group had surgical release of the sternomastoid muscle; in the rest, the condition either resolved with physiotherapy or required no active treatment.

We recommend that all patients with torticollis and no clear orthopaedic cause are referred for ocular assessment since it is not possible clinically to distinguish ocular from non-ocular causes.

Winter 1986; Kahn, Davidson and Drummond 1991). The posture varies with the cause, but may include head tilt, face turn and chin elevation or depression (Fig. 1). The common 'cock-robin' posture includes a face tilt and turn to the opposite side and some chin depression (Fig. 2). The term 'torticollis' means twisted neck and is derived from the Latin words 'tortus' and 'collum' (Kahn et al 1991).

We started our review after seeing a child with torticollis but with no structural muscle contracture. Only after unsuccessful physiotherapy and manipulation under anaesthesia was she referred to an ophthalmic clinic. She was diagnosed as having a palsy of the superior oblique muscle; treatment of this resolved her abnormal head posture. Since then all cases of torticollis of unclear aetiology have been prospectively referred for ophthalmic assessment.

PATIENTS AND METHODS

From January 1993 to January 1994 all children referred to NMPC with torticollis with no obvious orthopaedic cause were referred for ophthalmic assessment. There were nine girls and six boys; all but one, a girl of 15 years, were between three months and four years of age at referral (mean 13 months). We recorded their history, examined the neck and noted any craniofacial asymmetry. Plain radio-

Table II. Details of the five patients in the ocular group

Case	Age (mth)	Sex	Birth	Plagiocephaly	Other problems	Posture	Neck ROM	Orthopaedic treatment	Outcome	Ocular history	Ocular examination	Ocular treatment	Outcome
1	9	M	Normal	No	None	Tilt	Normal	None	NA*	None	R SOP†	R IOr‡	Improved
2	11	F	Normal	No	None	L tilt R turn Chin down	Tight SCM§ (left)	Physio MUA¶	No change No change	None	R SOP	R IOr	Resolved
3	10	F	Normal	Yes	None	L tilt L turn Chin down	Normal	None	NA	None	R SOP	R IOr	Improved
4	3	F	Normal	Yes	None	R turn	Normal	Physio	No change	Father nystagmus	Nystagmus	None	Resolving
5	4	F	Breech	No	None	R turn	Normal	None	NA	Duane's syndrome	R lat rectus palsy	None	Resolving

* not applicable

† superior oblique palsy

‡ inferior oblique recession

§ sternocleidomastoid muscle

¶ manipulation under anaesthesia

Table III. Details of the ten patients in the non-ocular group

Case	Age	Sex	Birth	Plagiocephaly	Other problems	Posture	Neck ROM	Orthopaedic treatment	Outcome	Ocular history	Ocular examination	Ocular treatment	Outcome
1	4 yrs	M	Normal	Yes	None	L tilt	Tight SCM*	Released	Resolved	None	Normal	None	NA†
2	1 mth	F	Breech	Yes	CDH	L tilt	Normal	Physio	Resolved	None	Normal	None	NA
3	2 mths	M	Breech	Yes	None	R tilt	Normal	Physio	Resolved	None	Normal	None	NA
4	1 mth	F	Caesarean	Yes	CDH	L tilt	Tight SCM	Physio	Resolved	Squint	Normal	None	NA
5	8 mths	F	Caesarean	No	None	R tilt R turn	Left SCM tumour	Physio	Resolved	None	Normal	None	NA
6	2 mths	M	Caesarean	Yes	None	R tilt R turn	Normal	Physio	Resolved	None	Normal	None	NA
7	13 mths	F	Twin	Yes	CDH CVT‡ Renal problems	L tilt R turn Chin up	Tight SCM (right)	None	NA	None	Convergent squint	Occlusion	No change
8	3 mths	M	Normal	No	None	L tilt R turn	Normal	Physio	Resolved	Squint	Normal	None	NA
9	2 mths	M	Normal	No	Developmental delay. Chromosome 10 deletion	L tilt R turn	Tight SCM (left)	Physio	Resolved	None	Hypermetropia	Glasses	Corrected
10	15 yrs	F	-	Yes	None	R tilt R turn	Tight SCM (right)	Released Intensive physio	No change	None	Normal	None	NA

* sternocleidomastoid muscle

† not applicable

ملاحظات على الدراسات المذكورة

جميع المرضى لديهم الشكاية الأساسية هي وضعية الرأس أو تم اكتشافها بالفحص الروتيني ولا يلاحظ الأهل أي مشكلة عينية

لم يتم الحديث فيهما عن وسائل التقييم العيني و لم يذكر اختبار التغطية ولم تذكر أي حالة زالت فيها وضعية الرأس بالتغطية بدون سبب عيني واضح

الاستنتاج : الأسباب العينية لوضعية الرأس الشاذة عند الأطفال قد تكون أشيع بكثير مما يعتقد

شكراً لاستماعكم

وضعية الرأس الشاذة عند الأطفال - د. سامر حجّو