

Evidensbaserede praksisartikler har til formål at illustrere, hvordan forskningsbaseret viden kan omsættes til klinisk praksis. Artiklerne kan bestå af interviews og reportager eller fysioterapeuternes egen beskrivelse af praksis suppleret med patientforløb/-cases

Kranieskævhed og asymmetri hos spædbørn bør opspores tidligt

Et spædbarns asymmetri kan have konsekvenser for alt fra ammeetablering til senere motorisk udvikling. Tidlig opsporing og indsats er centralt for et godt resultat. På Slagelse Sygehus har fysioterapeuterne iværksat en ny praksis for at tilgodese dette.

FLERE OG flere spædbørn bliver i disse år henvist til fysioterapeut med kranieskævhed og asymmetri. Det er den samlede erfaring i den nationale plagiocephali-arbejdsgruppe. I de senere år har det samtidig fået stigende opmærksomhed, at asymmetri og spændinger hos spædbørn kan forårsage vanskeligheder med blandt andet amning og forsinket motorisk udvikling.

Derfor er der blandt fysioterapeuter et stort ønske om at skabe opmærksomhed om, hvordan man tværfagligt kan samarbejde omkring tidlig indsats til disse børn. Håbet er, at vi kan forebygge eller mindske graden af asymmetri og følgevirkningerne heraf. Derudover ønsker vi at skabe fælles refleksion omkring risikofaktorer. Flere studier har belyst risikofaktorer under graviditet og fødsel,¹⁻⁴ hvorfor personale

på føde- og barselsafsnit spiller en central rolle. De kan i kraft af deres faglighed og arbejdsfelt være med til at identificere risikobørn og bidrage til, at forældrene vejledes af fysioterapeuter så tidligt som muligt i forløbet.

I det følgende beskrives de mest almindelige kranieskævheder hos spædbørn, *jf. fig. 1*, samt kongenit muskulær torticollis, *jf. fig. 2*. Disse begreber betegnes samlet som asymmetri.

Hvordan opstår kranieskævhed?

Forekomsten af kranieskævhed er højest i fire-måneders alderen, hvor den er til stede hos næsten hvert femte barn. Tilstanden er aftaget signifikant i seks-måneders alderen og er ved to-årsalderen kun sjældent til stede,^{5,6} men flere børn vil stadig have senfølger.

Kranieskævheden kan være medfødt, men

Af



TINA OLESEN

Børnefysioterapeut på
Slagelse Sygehus

Medlem af den nationale
arbejdsgruppe omkring
fysioterapi til børn med
plagiocephali

Artiklen er tidligere blevet bragt under titlen 'Kender du risikofaktorerne for kranieskævhed og asymmetri?' i Tidsskrift for Jordemødre Årgang 2022, Nr. 05.

Artiklen er tilpasset Fysioterapeuten og bringes med tilladelse fra Tidsskrift for Jordemødre og forfatteren.



Forekomst af kranieskævhed

På grund af risikoen for vuggedød ændredes anbefalingerne i 1990'erne fra, at babyer skulle sove på maven, til at de i dag anbefales at sove på ryggen. Det er lykkedes at opnå et drastisk fald i antallet af børn, der dør af vuggedød. Men en afledt

konsekvens af, at babyer sover på ryggen, er en stigende forekomst af lejringsbetinget kranieskævhed hos babyer. Hvor mange det drejer sig om i Danmark, er ikke dokumenteret, men der er i udenlandske

studier påvist en stigning på 4-600 procent siden ændring i sovestilling blev indført og en forekomst på 15-40 procent af de undersøgte børn.

KILDE: FYSIOTERAPI OG BØRN MED PLAGIOCEPHALI, BØRN I FYSIOTERAPI NR 1, 2021. [bit.ly/3C9RnLp](https://doi.org/10.1017/3C9RnLp)

ofte opstår den gradvist i løbet af uger til måneder efter fødslen, idet barnet udvikler en favoritside af nakken, dvs. foretrækker at ligge med nakken roteret til samme side. Idet spædbarnets kranie er blødt, og kraniepladerne endnu ikke er sammenvoksede, sker der typisk en lejringsbetinget deformation af kraniet med afladet baghoved, fremskudt øre og fremskudt pande, jf. fig. 1. Er kraniet afladet i den ene side, vil barnet naturligt have sværere ved at ligge på den modsatte 'spidse' side af kraniet. Herved påvirkes muskelbalancen cervikalt, og der kan opstå muskulære stramninger, typisk af m. sternocleidomastoideus (torticollis, jf. fig 2) med nedsat ledbevægelighed til følge. Barnet kan have modstand mod at ligge på maven, idet det måske hverken har tilstrækkelig styrke eller bevægelighed til at løfte og dreje hovedet frit. Dermed udfordres det vigtige arbejde med at træne nakke- og rygmuskulaturen, hvilket kan påvirke den motoriske udvikling. Spædbarnets kranie vokser hurtigt. For at undgå større skævhed skal man sætte ind så tidligt som muligt og helst før seks-måneders alderen, hvor der sker en tiltagende ossifikation.

Fødselshistorikken har ofte betydning

Der kan være flere årsager til, at et barn udvikler kranieskævhed eller asymmetri. Skævheden kan opstå grundet ensidig lejringsbetinget deformation som ovenfor beskrevet, men flere af disse børn har derudover en fødselshistorik med mulig påvirkning af f.eks. barnets nakke. Det kan være instrumentel forløsning med cup eller tang, voldsomt træk, vanskelig forløsning eller at barnet har stået længe fast i bækkenet ved

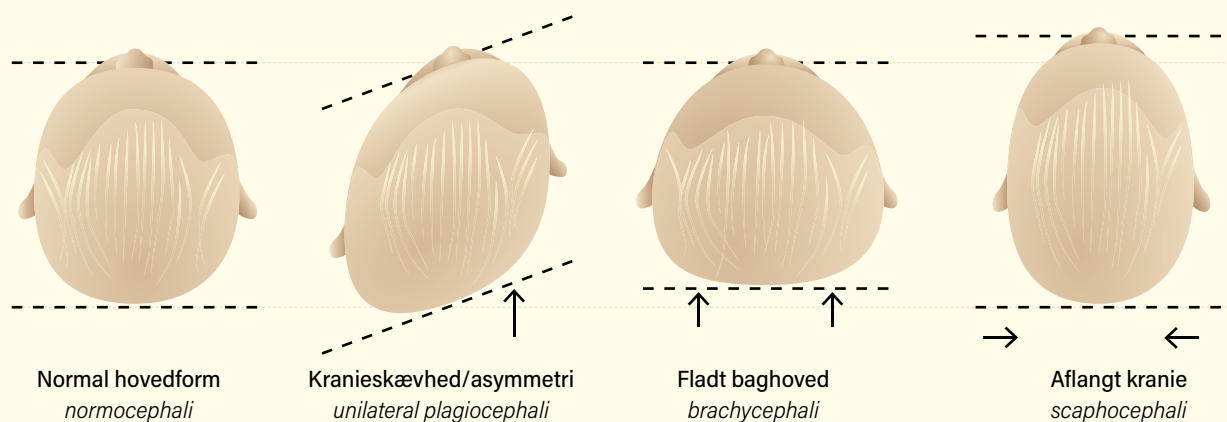
fødslen. Såfremt barnet har kefalhæmatom eller fødselssvulst, vil det ofte også foretrække at ligge med nakken roteret til modsatte side af hævelsen. Andre disponerende faktorer er f.eks. trange pladsforhold i livmoderen under graviditeten (f.eks. ved tvillinger eller stort barn), førstegangsfødende, drengbørn og for tidlig fødsel. Flere studier har belyst disse årsager og disponerende faktorer^{1-4,7-10} samt mulige senfølger. Forskningen tyder på, at plagiocephali

kan være associeret med udviklingsmæssige forsinkelser, herunder forsinket motorisk udvikling^{11,12} og større risiko for at udvikle problemer med tand- og kæbestilling.¹³⁻¹⁵ Børn med ubehandlet torticollis kan desuden være disponerede for deformiteter i nakkehvirvlerne atlas og axis på længere sigt.¹⁶

Sundhedspersonalet skal kende disse risikofaktorer og vide, at hvis disse risikobørn efter fødslen også har foretrukket hoveddrejning til den ene side, så er barnet disponeret for at udvikle plagiocephali. Ofte forplanter skævheden sig ned gennem barnets krop og kan medføre tendens til C-form af columna. På grund af nedsat cervikal bevægelighed, muskelspændinger eller smerter kan barnet have spise/ammeproblemer, hvor de f.eks. afviser det ene bryst, øget tendens til gråd/uro samt søvnvanskeligheder. Dette kan medføre en negativ spiral med tiltagende frustration hos forældrene, hvor værdifuld tid og fokus i den tidlige kontakt kan påvirkes.

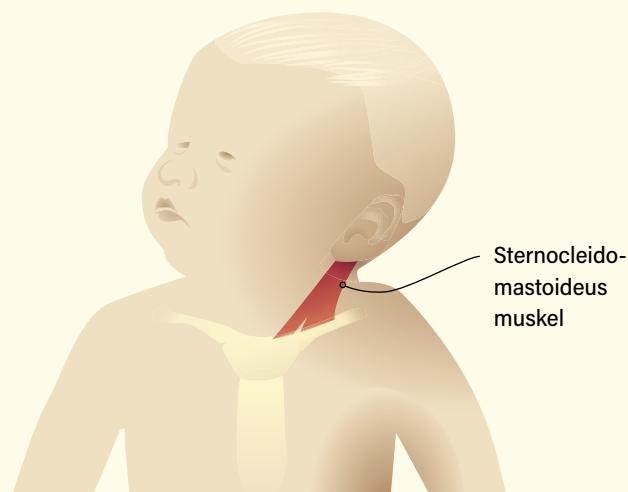
Opsporing

Familierne udskrives i dag efter kort tid fra barselsafsnittet, hvor asymmetrien typisk ud-



Figur 1. Plagiocephali er en affladning af kraniets højre/venstre side, som afhængig af graden kan medføre sekundær asymmetri af ører, ansigt, kæbe. Brachycephali er midtstillet affladning af kraniet bagtil, og scaphocephali er et bådformet, aflangt kranie, som særligt ses hos præmature.

En vigtig differentialdiagnose ved kranieskævhed er den mere sjældne og alvorlige form kraniesynostose, hvor der sker en for tidlig lukning af kraniets suturer med risiko for øget intrakranielt tryk. Her vil kraniet typisk være trapezformet, hvor der ved plagiocephali ses mere form som et parallelogram.



Figur 2. Muskulær torticollis. Plagiocephali kan være associeret med muskulære stramninger cervikalt, typisk unilateralt af m. sternocleidomastoideus. Denne tilstand betegnes kongenit muskulær torticollis. Ofte ses en synergieffekt, hvor torticollis over tid kan medføre plagiocephali eller omvendt, hvor en lejringsbetinget plagiocephali over tid kan medføre torticollis, idet der opstår muskelstramning af m. sternocleidomastoideus grundet ensidig lejrning.¹⁹ Indimellem ses tillige en palpabel knude i muskulaturen, hvorved der kan opstå en fibrotisering af vævet.

KILDE TIL BEGGE FIGURER: COMTEMPORARYPEDIATRICS.COM

vikles og bliver tydeligere over uger/måneder. Her henvender forældre sig typisk til sundhedsplejen, hvorfra familien (ved behov for speciallægevurdering) via egen læge henvises til børneambulatoriet og videre til sygehusets fysioterapeuter. Herved går der typisk uger eller måneder, inden familien får målrettet råd og vejledning. I mange kommuner kan sundhedsplejen henvise direkte til kommunale terapeuter, hvor der dog typisk også kan være ventetid. Vi ser desuden en tendens til, at flere og flere opsøger andre behandlere, og børnene har ofte været igennem flere behandlingsforløb, inden vi som fysioterapeuter ser dem. Derfor er der behov for en bedre og mere systematisk tidlig opsporing, hvilket vi har iværksat på Slagelse Sygehus.

Behandling hos fysioterapeuten

Når barnet henvises til fysioterapeuten, laver man typisk en individuel undersøgelse af barnet, og forældrene vejledes blandt andet i vigtigheden af, at barnet lejrtes med hovedet vendt skiftevis mod højre/venstre side og bugleje hyppigt i de vågne timer. Desuden bliver forældrene instrueret i konkrete bæreteknikker og aktive øvelser, som styrker den cervikale muskelbalance.

Flere studier beskriver vigtigheden af tidlig indsats til disse børn,^{4,5} og fysioterapi er effektiv til behandling af asymmetri.¹⁷ Der findes ikke evidens for manipulation af columna som behandling af nakkeasymmetri.¹⁸ Behandling med hjelm giver ikke bedre resultater end fysioterapeutisk intervention og er associeret med høj forekomst af bivirkninger.⁵ Jo senere i forløbet, intervention iværksættes, jo større

Den tidlige indsats bidrager til at mindske graden af asymmetri og følgevirkningerne heraf

risiko er der for, at asymmetrien bliver mere udtalt, og jo mere langvarigt, kompliceret og behandlingskrævende kan forløbet typisk være. Dermed også større risiko for de øvrige beskrevne følgevirkninger på barnets trivsel og udvikling.

Tidlig indsats på Slagelse Sygehus

Hospitalsfysioterapeuter har en unik mulighed for at øge fokus på risikofaktorerne blandt andre faggrupper og derigennem sikre tidlig opsporing og henvisning til fysioterapeut.

Vi har i Fysio- og ergoterapien på Slagelse Sygehus etableret en tidlig indsats på området, der indbefatter følgende tiltag:

- Fysioterapeuter har undervist sundhedspersonale på føde-, barsels- og neonatalafsnit i, hvilke tegn de bør være opmærksomme på i forhold til plagiocephali og torticollis, samt øvrige problematikker som f.eks. tonusforstyrrelser, mulig plexus brachialis læsion, fejlstillinger, spise/kæbeproblemer mv.
- Plakater omkring lejring, håndtering og stimulering er ophængt på alle stuer på neonatal- og barselsafsnit.
- Ved risikobørn, med f.eks. tydelig asymmetri efter vanskelig forløsning eller cupforløsning, henviser fødeafsnittet direkte til fysioterapien eller laver en note til barsels- eller neonatalafsnit ved overflytning, så afdelingen kan være opmærksom på at kontakte os ved behov.
- På neonatalafsnittet giver vi forebyggende vejledning omkring sanseintegration, lejring, håndtering og forebyggelse af plagiocephali til alle børn, der er indlagt 48 timer eller længere.
- Fysioterapeuter ser børnene så tidligt i for-

løbet som muligt, ofte inden udskrivelsen. Her gives information, råd og vejledning til forældrene omkring forebyggelse, lejring, håndtering og stimulering. Ved behov for yderligere opfølgning, indkaldes til ambulans kontrol i fysioterapien, eller der viderehenvises til kommunal opfølgning.

- Når et barn henvises til børneambulatoriet via egen læge, deltager en fysioterapeut ved første lægeundersøgelse (når det er muligt og lægeligt vurderet relevant) og tilser børn med bl.a. asymmetri. Dette sparer familierne for ventetid og gør, at de kan få vores vejledning (og evt. etablere kommunal opfølgning) hurtigere, end hvis lægen først henviser til fysioterapien efterfølgende.

Fysioterapeuternes erfaringer med indsatsen

- Vores erfaring er, at det er rigtig godt givet ud at bruge f.eks. 10 min på at vejlede forældre til børn, som har eller er i risiko for at få, asymmetri inden udskrivelsen, i håb om at mindske følgerne. Forældreberetninger og patientcases fra praksis bekræfter dette.
- Vores erfaring er, at den tidlige indsats bidrager til at mindske graden af asymmetri og følgevirkningerne heraf og giver ro hos familierne. Vi ser, at asymmetrien ofte bliver mindre udtalt, og behovet for efterfølgende ambulans behandling reduceres.
- Vi oplever et bedret tværfagligt samarbejde og øget samarbejde på tværs af afdelingerne, og generelt et større fokus på området.
- De øvrige faggrupper er blevet mere opmærksomme på problematikken, og vi får tidligere henvisninger til fysioterapien, så flere børn i risiko for plagiocephali opdages tidligt. ☒

National arbejdsgruppe om fysioterapi til børn med plagiocephali

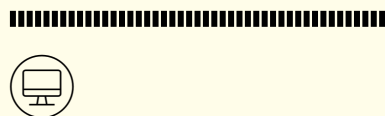
Gruppen består af børnefysioterapeuter med arbejdsfelt indenfor det regionale og kommunale område. Formålet er faglig udvikling, erfaringsdeling, termer for fælles sprog, konsensus for behandling/vejledning til forældre, tværfagligt samarbejde og forebyggelse.

Case fra Slagelse Sygehus

LT NYFØDT barn med risikofaktorer (stort barn, lang fødsel, forløst ved cup, kefalhæmatom) blev tilset ved overflytning til barselsafsnittet. Fysioterapeuten fandt favoritside og nedsat bevægelighed af nakken, samt C-form af columna. Barnet blev samtidig set af ergoterapeut, idet der også var asymmetrisk kæbe og ansigt, hvilket besværede amningen. Familien fik råd, vejledning og pjecer omkring lejring og stimulering. Ved opfølgende ambulans kontrol 2 uger senere havde barnet ikke længere favoritside af nakken og blev nu ammet uden problemer, men havde fortsat asymmetri omkring kæben. Vi konstaterede torticollis med palpabel knude i m. sternocleidomastoideus. Denne blev ugen efter ultralydsscannet ved læge og konstateret fibrotiseret. Vi så barnet igen 1 måned senere, hvor der var flot fremgang i form af fuld bevægelighed i nakken, markant mindsket asymmetri og opåfaldende oralmotorik og amning. Barnet udviklede (trods mange disponerende faktorer) på intet tidspunkt plagiocephali og var således opåfaldende allerede 1 måned gammelt, hvor vi ved lignende tilfælde ofte ser komplekse og lange forløb. ☒



Download [referencelisten](#) på onlineudgaven af artiklen på [fysio.dk](#)



Du kan finde flere artikler om emnet i temaet: **Fysioterapi og børn med plagiocephali**, Børn i fysioterapi nr. 1, 2021. Læs det her bit.ly/3C9RnLp



Kranieskævhed og skæv tandsætning

En mulig senfølge efter plagiocephali kan være skæv placering af kæbeled og deraf skæv tandsætning. Forskning tyder på, at børn med plagiocephali har hyppigere ortodontiske ændringer i forhold til børn uden.¹³⁻¹⁵ Asymmetri i kæben og ortodontiske abnormiteter er derfor mistænkt som langsigtede konsekvenser af positionel kraniedeformitet. Men der findes kun få data om dette.

Kranieskævhed og forsinket udvikling

Et studie har undersøgt 455 børn med Bayley-3, som er en test, der bruges til screening af børn med forsinket eller afvigende motorisk udvikling.¹¹ Forskerne konkluderer, at børn med en tidlig kendt kranieskævhed har en forsinket udviklingsprofil, når de når førskolealderen. Disse resultater betyder ikke, at kranieskævhed forårsager udviklingsproblemer, men kranieskævhed kan være en vigtig markør for forsinkelse af udviklingen af andre årsager. Derfor er det væsentligt, at fysioterapeuter screener børn med kranieskævhed for udviklingsmæssige forsinkelser.

Manipulation af cervikalcolumna/columna

Der er ikke evidens fra forskning vedrørende effekt af manipulation af columna som behandling af nakkeasymmetri. To studier antyder, at manipulationsteknikker ikke har større effekt på asymmetri og motorisk udfald end forældrevejledning, fysioterapi og hjemmeøvelser. Der efterlyses mere forskning på området.¹⁸

KILDE: FYSIOTERAPI OG BØRN MED PLAGIOCEPHALI; BØRN I FYSIOTERAPI NR. 1, 2021.