

## Fysioterapeutiska riktlinjer för CMT och lägesbetingad skullasymmetri.

### Målsättning

Ge barn med congenital muskulär torticollis (CMT) en normal och liksidig nackfunktion för att förebygga eventuella senare besvär.

Uppnå liksidigt rörelseomfång (ROM) och muskelfunktion i nacken.

Ha en symmetrisk vaneållning i liggande och upprätt position. Minska eller förebygga eventuell skullasymmetri.

### Introduktion

CMT är en medfödd påverkan av musculus sternocleidomastoideus med ökad spänning eller en kontraktur. Detta ger upphov till en snedställning av nacken med rotation åt motsatta hållet och lateralflexion åt samma håll som den affekterade muskeln sitter på. Ibland förekommer även en godartad knöl, tumor, i m sternocleidomastoideus, vilket är fibrotiserad muskelvävnad som försvinner inom några veckor eller upp till 4 månader. Hos spädbarn utan CMT finns vanligen ingen sidoskillnad i nackfunktionen.

Sekundärt får många barn med CMT en skullasymmetri, så kallad plagiocephali, på grund av ett ensidigt läge i liggande. Barnets skallben låter sig lätt formas av yttre tryck, framför allt under de första månaderna av barnets liv då huvudet växer mycket snabbt och suturerna mellan de olika benplattorna tillåter stor rörelse. Det kan bli en bestående utseendeförändring om det inte behandlas i tid.

En orsak till CMT tros numera vara ett compartmentsyndrom i m sternocleidomastoideus, när babyen ligger trångt i livmodern.

Enligt instruktioner i Rikshandboken bör personal vid barnhälsovården remittera barn med torticollis till fysioterapeut vid 6-8 veckors ålder eller så snart som möjligt. Det finns tydlig evidens för att behandlingstiden blir kortare och att fullständig symtomfrihet uppnås i större grad ju tidigare barnet påbörjar fysioterapeutkontakt, även gärna innan 1 månads ålder.

Det skriftliga informationsmaterialet som hänvisas till i denna text är material från Region Skåne som är en vidareutveckling av tidigare material från Anna Öhman, doktor vid Sahlgrenska akademien i Göteborg. Detta används för att ge ett evidensbaserat och likartat omhändertagande i olika delar av Sverige.

### Funktionella problem

Snedställning av nacken med lateralflexion åt ena hållet och rotation åt andra.

Nedsatt ROM i rotation och lateralflexion.

Påverkan på muskelfunktionen, ofta ökad muskeltonus i affekterade m SCM och en svaghet i icke-affekterade sidans m SCM.

Lägesbetingad skullasymmetri.

Sekundärt nedsatt muskelfunktion i bål-, höft- och ryggmuskler.

## Mätmetoder

Metoderna nedan är undersökta för validitet och reliabilitet med gott resultat och kan användas i klinisk verksamhet samt forskning.

Funktionsnedsättning	Metod	Syfte	Mätområde enligt ICF
Sned huvudhållning	Servity Assessment for Plagiocephaly. 4-gradig visuell skala.*	Bedöma vanehållning i nacken.	Kroppsfunktion och -struktur.
Nedsatt rotationsförmåga i nacken	Rörlighetsmätning med arthrodiagonal protractor. Grader.**	Bedöma passiv rotation i nacken	Kroppsfunktion och -struktur.
Nedsatt passiv lateralflexion i nacken	Rörlighetsmätning med stor gradskiva på brits. Grader.**	Bedöma passiv lateralflexion i nacken.	Kroppsfunktion och -struktur.
Sidoskillnad i aktiv lateralflexion i nacken	Muscle function scale for infants, MFS.*	Bedöma funktion och ev sidoskillnad i lateralflexorerna.	Kroppsfunktion och -struktur.
Skallsymmetri	Severity Assessment for Plagiocephaly. 4-gradig visuell skala.*	Bedöma huvudformen.	Kroppsfunktion och -struktur.
För standardiserad bedömning av <i>motoriken</i> kan exempelvis användas:			
Eventuell påverkan på motorisk utveckling	Alberta Infant Motor Scale, AIMS*	Bedöma motorisk funktion samt utvecklingsnivå	Aktivitet samt kroppsfunktion.
Eventuell påverkan på motorisk utveckling eller utförande	Structured Observation of Motor performance in Infants, SOMP-I*	Bedöma motorisk funktion samt utvecklingsnivå	Aktivitet samt kroppsfunktion.

\* skattningsskala

\*\* funktionstest

## Intervention/Behandling

Generellt bygger behandlingen på att föräldrarna utför övningar i hemmet med kontinuerlig uppföljning av fysioterapeut och anpassningar allt efter behov. Muntliga och praktiska instruktioner kombineras med skriftligt informationsmaterial med text och bilder.

Exempelvis ges instruktioner och rådgivning till föräldrarna om positionering, stretchingövningar, stimulering av aktiv rörlighet samt styrketräning. Kinesio-tejpning med avslappnande fasciatejpning av affekterade m sternocleidomastoideus kan användas som komplement. Skallasymmetrin prioriteras tidigt i åtgärderna, då bäst effekt av åtgärder nås kring två månaders ålder. Vid 4 månaders ålder fördubblas behandlingstiden. Efter 6 månaders ålder kan förbättring ses, men en viss asymmetri kan bli kvarstående. Ej tydlig evidens inom forskningsläget om att huvudkudde klart minskar skallasymmetri samt är helt säker att använda, varför Socialstyrelsen inte längre rekommenderar huvudkudde. Information/åtgärder introduceras successivt, exempelvis enligt upplägg nedan.

### Vid första besöket

**Anamnes** om graviditet och förlossning, om eventuella sjukdomar eller andra problem från rörelse-stödjeorganen, om när föräldrarna uppmärksammade problemet, favoritläge, tillväxtkurvorna (inte minst huvudets tillväxt), och om barnets placering i eventuell syskonskara samt hemsituation.

**Bedömning** av huvudform/asymmetri. Bakhuvudet, pannan, öronens placering, ansiktet och vanehållningen bedöms genom att inspektera huvudet uppifrån, från sidorna och framifrån. På en 4-gradig skala (exempelvis från Cranialtechnologies) innebär 0 symmetri och 3 påtaglig asymmetri.

Skattning av aktiv och passiv nackrörlighet, framför allt rotation och lateralflektion. Stor gradskiva i plast och förstorad gradskiva på skrivbordsunderlägg kan användas för rörlighetsmätning i ryggläge eller upprätt position.

Muskelfunktion i aktiv lateralflektion bedöms med 6-gradig visuell skala, Muscle Function Scale for infants, MFS. Barnet hålls sidliggande i famnen utan stöd för axlar eller huvud. Den aktiva lateralfunktionen jämförs med fotografier på skalan. Varje skalsteg måste hållas minst 5 sekunder för poäng. 0=håller huvudet under medelläge, 5=håller huvudet mycket högt över medelläge. Höger och vänster sida bedöms.

Palpation av m sternocleidomastoideus för att notera eventuell tonusökning eller knöl i muskeln.

Annan bedömning av motorik samt muskelfunktion kan göras, till exempel i mag- och ryggliggande och upprätt position. Vid traktion från ryggläge noteras hur barnet håller huvudet, framför allt ifall huvudet hålls i "favoritrotation" eller lateralflexion. I sittande kan barnet lutas ca 45° åt sidorna, och motreaktionen i aktiv lateralflexion bedöms (rörelseutslag samt hastighet). När barnet rullas åt sidorna och stimuleras att lyfta huvudet kan en eventuell sidoskillnad noteras. I magläge lägger barnen ofta mer tyngd på den affekterade sidan av kroppen och håller ibland huvudet i "favoritrotation".

**Åtgärd:** Olika, beroende på barnets behov, men ofta något av förslagen nedan.

Behandling av *skallasymmetri* prioriteras framför rörlighets- och muskelnedsättning vid första besöket.

Muntlig och skriftlig information om torticollis (informationsblad).

Uppmuntran till mycket vaken tid på mage. Muntlig och skriftlig information om positionering vid skallasymmetri och förebyggande råd om skallasymmetri (två olika informationsblad varav det sista finns på 12 språk). Demonstration och eventuellt korttidslån av sidokudde för stabilt sidoläge. Barnet ska ligga på sidan som är så långt bort från den platta delen av bakhuvudet som möjligt. Ofta behövs extra stöd bakom ryggen av hopvikt handduk eller filt. Hänvisning att sidokudde kan köpas på nätet eller i barnaffärer. Råd att undvika långvarigt ryggläge samt minimal tid i babysitter och bilstol. Konsekvent avlastning innebär att endast tillåta ryggläge vid blöjbyte!

### Dokumentation

I journalen anges ICD10-koden M436 (tortikollis) som huvuddiagnos. Egen text "Bedömning av" kan läggas till innan ordet Tortikollis, speciellt om alla symtom inte är helt tydliga vid första besöket.

## Andra besöket

Gärna inom 1-2 veckor. Här sker **uppföljning** av rutiner hemma, hur det fungerar och hur barnet accepterar olika lägen vid sömn och lek på mage. Fortsatta råd och tips. Huvudform inspekteras, liksom hållning av nacken i upprätt läge och liggande. Muskelfunktion i lateralflexion bedöms med MFS och eventuella kompletterande test (se *Vid första besöket*). Rörelseomfång bedöms om behov föreligger.

**Nya åtgärder:** Om allt fungerar bra hittills kan hemövningarna ökas med instruktion om töjningsövningar för m sternocleidomastoideus. Skriftligt material finns. För de mindre barnen går det ofta lätt att göra en kombinationsrörelse av lateralflexion och rotation i ryggliggande, exempelvis i föräldrars knä. De lite större barnen kan ha svårt att acceptera ett avslappnat läge i ryggliggande och då fungerar det ofta bättre med endast lateralflexion när barnet hålls i famnen.

Instruktion om aktiv träning av muskelfunktion i nacken. Skriftliga informationblad med bilder: "Träna ditt barn: Lutningsövningar" samt "Vridningsövningar". De innefattar även styrketräning via upp- och nerläggning och hålla snett i famn, liksom andra funktionella övningar. Råd om stimulering åt "svårt" håll. Råd om träning av nackrotation även i magläge. Eventuell behandling med kinesiotejp.

## Tredje besöket

Efter ytterligare ca 2 veckor. Fortsatt uppföljning och råd. Förväntad förbättring av huvudform, muskelstyrka och rörlighet, beroende på ålder och initiala symtom. När barnet balanserar huvudet stabilt i sittande kan undersökningen kompletteras med ett funktionellt test att luta barnet lite åt först ena sidan och därefter den andra. Den kompensatoriska lateralflexionen i nacken bedöms: rörelseutslaget noteras, liksom ifall det finns någon sidoskillnad i hastighet av compensationen.

Fortsatt avlastning av platt parti i huvudet rekommenderas.

Troligen fortsatt töjning och styrketräning som tidigare och eventuellt tillägg av mer krävande övningar (bära sidliggande i famn utan huvudstöd, leka "lutlekar" med ögonkontakt som uthållighetsträning). Eventuell förändring av töjningsövning från ryggläge till lateralflexion i famn.

## Fortsatt uppföljning

Vid behov, kanske 1 gång/månad och därefter utglesat besök. Det finns forskning som visar att barnen snabbare blir bra om de kommer oftare till fysioterapeut/sjukgymnast än mer glesa kontakter. Barnet följs till dess symmetrisk nackfunktion är uppnådd: liksidig muskelfunktion höger/vänster sida samt liksidig eller god rörlighet är uppnådd. Nackens vanehållning bör vara rak utan sidolutning eller rotationsställning, och den motoriska utvecklingen åldersadekvat.

## Avslutande

Vid avslutande ges råd åt föräldrarna att inspektera barnet efter en bestämd tid, t ex 3-12 månader, beroende på barnets motoriska utvecklingsnivå. Detta kan skrivas in i

almanackan för påminnelse. Anna Öhmans instruktion om detta finns i skriftlig form. En del barn kan återfå symtom med lutning av huvudet åt sidan senare. Uppmärksamhet kan ägnas åt perioder med utveckling från liggande till sittande och krypande samt stående respektive gående. Föräldrarna skall framför allt vara uppmärksamma på om barnet igen börjar luta huvudet åt sidan. De rekommenderas att själva höra av sig vid en eventuell försämring. I samband med infektioner eller vid trötthet kan en tillfällig lutning av huvudet noteras, men behöver inte åtgärdas om lutningen inte kvarstår (exempelvis längre än en vecka). Planerat uppföljningsbesök kan också övervägas, se under avsnittet Uppföljning.

## Restriktioner

Vid skullasymmetri eller risk för att utveckla skullasymmetri bör ryggläge undvikas. Passiv tøjning av nackrotation över 90° rekommenderas inte som hemövning av säkerhetsskäl.

## Uppföljning

Snabb remisshantering – helst tid hos fysioterapeut/sjukgymnast inom en vecka. Besök för uppföljning efter 1-2 veckor. Därefter uppföljning varannan till var fjärde vecka. Om förbättring uteblir eller föräldrarna bedöms ha behov av ökat stöd kan tider läggas tätare. Efter avslutad behandling rekommenderas en uppföljande bedömning efter 3-12 månader, beroende på barnets motoriska utvecklingsnivå. Olika milstolpar i den motoriska utveckling beaktas, och särskilt när barnet börjar gå självständigt. Vanligen uppmanas föräldrarna att själva göra en bedömning av huvudhållningen och kontakta mottagningen vid behov. Planerat återbesök till fysioterapeut kan även övervägas, och det rekommenderas av amerikanska Academy of Pediatric Physical Therapy.

## Vårdkedja

Remiss från Barnhälsovården på vårdcentralerna. Remissvar/återkoppling till remitterande instans. Vid behov (exempelvis för vidare utredning) även kontakt med barnneurolog/barnläkare, ortopedteknisk avdelning eller cranofacial mottagning i Göteborg.

## Referenser

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/barn-och-ungdom>

Här kan man klicka sig vidare till: Patientinformation > Torticollis och skullasymmetri (material med bilder och text till föräldrar)

[Torticollis och skullasymmetri - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/barn-och-ungdom)

Föräldrabroschyr om att förebygga skullasymmetri och tips på maglägen. Finns på 12 språk.

<http://www.torticollis.dinstudio.se>

Hemsida skapad av Anna Öhman och Eva Klackenbergs Arrenius. Information till föräldrar och vårdgivare. Texten finns även på engelska.

[Skallasymmetri och torticollis - Rikshandboken i barnhälsovård \(rikshandboken-bhv.se\)](https://www.rikshandboken-bhv.se)

Information/arbetsmaterial om skullasymmetri och torticollis för barnhälsovården

### Riktlinjer från Amerikanska Academy of Pediatric Physical Therapy 2018

Kaplan SL, Coulter C, Sargent B. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: A 2018 Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the APTA Academy of Pediatric Physical Therapy. *Pediatr Phys Ther.* 2018;30(4):240-290. doi:10.1097/PEP.0000000000000544. [Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticoll... : Pediatric Physical Therapy \(lww.com\)](#)

Öhman, AM, Nilsson, S, Beckung ERE. Validity and reliability of the muscle function scale, aimed to assess the lateral flexors of the neck in infants. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2009;25(2):129-137

Perbeck Klackenber E, Elfving B, Haglund-Åkerlind Y, Brogren Carlberg E. Intra-rater reliability in measuring range of motion in infants with congenital muscular torticollis. *Advances in Physiotherapy*. 2005;7:84-91

Öhman, AM, Beckung, ERE. Reference values for range of motion and function of the neck in infants. *Pediatric Physical Therapy*. 2008;20(1):53-58

McGarry A, Dixon MT, Greig RJ, Hamilton DRL, Seston S, Smart H. Head shape measurement standards and cranial orthoses in the treatment of infants with deformational plagiocephaly: a systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2008;50:1-10

Van Vlimmeren LA, Helders PJM, van Adrichem LNA, Engelbert RHH. Torticollis and plagiocephaly in infancy: Therapeutic strategies. *Pediatr Rehabilitation*. 2006;9(1):40-46

Van Vlimmeren LA, van der Graaf y, Boere-Boonekamp MM, L 'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference. A randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(8):712-718

van Wijk RM, Pelsma M, Groothuis-Oudshoorn CG, IJzerman MJ, van Vlimmeren LA, Boere-Boonekamp MM. Response to pediatric physical therapy in infants with positional preference and skull deformation. [Phys Ther](#). 2014 Sep;94(9):1262-71.

van Wijk RM, van Vlimmeren LA, Groothuis-Oudshoorn CGM, Van der Ploeg CPB, IJzerman MJ, Boere-Boonekamp MM. Helmet therapy in infants with positional skull deformation: randomised controlled trial. *BMJ* 2014;348:g2741.

Socialstyrelsen. Minska risken för plötslig spädbarnsdöd - En vägledande skrift för hälso- och sjukvårdspersonal. [Minska risken för plötslig spädbarnsdöd \(socialstyrelsen.se\)](#)

Robinson S, Proctor. Diagnosis and management of deformational plagiocephaly. *J Neurosurg Pediatr*. 2009 Apr;3(4):284-95. doi: 10.3171/2009.1.PEDS08330. Review: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19338406>

Cummings C. Positional plagiocephaly. *Paediatr Child Health*. 2011;16(8):493-496. doi:10.1093/pch/16.8.493  
[Positional plagiocephaly - PMC \(nih.gov\)](#)

**Datum**

2023-04-12

Dessa riktlinjer planeras att revideras regelbundet, åtminstone vart annat år.

**Ansvarig kontaktperson**

Sonja Andersson Marforio, [sonja.anderssonmarforio@skane.se](mailto:sonja.anderssonmarforio@skane.se)