

Fysioterapeutiska riktlinjer för CMT och lägesbetingad skallasymmetri.

Målsättning

Ge barn med CMT en normal och liksidig nackfunktion för att förebygga ev senare besvär. Uppnå liksidig ROM och muskelfunktion i nacken.

Ha en symmetrisk vanehållning i liggande och upprätt position. Minska eller förebygga ev skallasymmetri.

Introduktion

Congenital muskulär torticollis (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. En orsak till CMT tros numera vara ett compartmentsyndrom i m sternocleidomastoideus, då babyn ligger trångt i livmodern. Sekundärt får många barn med CMT en skallasymmetri, sk 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.

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

Enligt instruktioner i Rikshandboken bör personal vid barnhälsovården remittera barn med torticollis till fysioterapeut vid 6-8 veckors ålder eller så snart som möjligt.

Funktionella problem

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

Nedsatt ROM i rotation och lateralflexion.

Påverkan på muskelfunktionen, ofta svaghet i icke-affekterade sidans SCM.

Skallasymmetri.

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

Mätmetoder. Metoderna 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	Kroppsfunction och -struktur.
Nedsatt passiv lateralflexion i nacken	Rörlighetsmätning med stor gradskiva på brits. Grader.**	Bedöma passiv lateralflexion i nacken.	Kroppsfunction och -struktur.
Sidoskillnad i aktiv lateralflexion i nacken	Muscle function scale for infants, MFS.*	Bedöma funktion och ev sidoskillnad i lateralflexorerna.	Kroppsfunction och -struktur.
Skallsymmetri	Severity Assessment for Plagiocephaly. 4-gradig visuell skala.*	Bedöma huvudformen.	Kroppsfunction och -struktur.

För standardiserad bedömning av motoriken kan exempelvis användas:

Eventuell påverkan på motorisk utveckling	Alberta Infant Motor Scale, AIMS*	Bedöma motorisk funktion samt utvecklingsnivå	Aktivitet samt kroppsfunction.
Eventuell påverkan på motorisk utveckling eller utförande	Structured Observation of Motor performance in Infants, SOMP-I*	Bedöma motorisk funktion samt utvecklingsnivå	Aktivitet samt kroppsfunction.

* skattningsskala

** funktionstest

Intervention/Behandling

Instruktioner och rådgivning till föräldrarna om stretchingövningar, stimulering av aktiv rörlighet, styrketräning samt positionering. Regelbunden uppföljning efter behov. Skriftligt informationsmaterial med text och bilder. Kinesio-tejpning med avslappnande fasciatejpning av affekterade m sternocleidomastoideus kan användas som komplement. Även icke-affekterade sidans m sternocleidomastoideus och lateralflexorer kan tejpas med stimulerande muskelteknik som en kombination. Skallasymmetrin prioriteras tidigt i åtgärderna, då bäst effekt av åtgärder nås vid 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, barnets placering i ev syskonskara, om ev andra problem från rörelsestödjeorganen, om när föräldrarna uppmärksammade problemet, favoritläget, tillväxtkurvorna etc.

Bedömning av huvudform/asymmetri skattas med 4-gradig skala från Cranialtechnologies, Severity Assessment for Plagiocephaly. Bakhuvudet, pannan, öronens

placering, ansiktet och vanehållningen bedöms genom att inspektera huvudet uppifrån, från sidorna och framifrån.

Skattning av aktiv och passiv nackrörlighet, framför allt rotation och lateralflektion. Stor gradskiva i plast och förstora gradskiva på skrivbordsunderlägg kan användas.

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 ev knöl i muskeln eller tonusökning. Annan bedömning av motorik samt muskelfunktion kan göras, t ex i mag- och ryggliggande och upprätt position. Vid traktion från ryggläge noteras hur barnet håller huvudet, fr a ifall huvudet hålls i "favoritrotation" eller lateralflexion. I sittande kan barnet lutats 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 ev 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.

Muntlig och skriftlig information om positionering vid skallasymmetri och förebyggande info om skallasymmetri (två olika informationsblad).

Uppmuntra till mycket vaken tid på mage.

Demonstration och ev 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 ryggläge samt minimal tid i babysitter och bilstol. Konsekvent avlastning: endast tillåta ryggläge vid blöjbyte!

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 (jämför 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. 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. Muntlig och skriftlig information om träning av muskelfunktion i nacken pr A alternativ Träna ditt barn: Lutningsövningar samt Vridningsövningar. Det innefattar även styrketräning via upp- och nerläggning och eventuellt hålla snett i famn. Råd om stimulering åt "svårt" håll. Träning av nackrotation även i magläge. Eventuell behandling med kinesiotejp.

Tredje besöket

Efter ytterligare 2-4 veckor. Fortsatt uppföljning och råd. Förväntad förbättring av huvudform, muskelstyrka och rörlighet.

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 g/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.

Avslutande

Vid avslutande ges råd åt föräldrarna att inspektera barnet efter en bestämd tid, t ex 4-6 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 få symptom 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 framförallt vara uppmärksamma på om barnet igen börjar luta huvudet åt sidan. De rekommenderas att själva höra av sig vid en eventuell försämring.

Restriktioner

Vid skallasymmetri eller risk för att utveckla skallasymmetri bör ryggläge undvikas. Passiv töjning 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 – var fjärde vecka. Om förbättring uteblir eller föräldrarna bedöms ha behov av ökat stöd kan tider läggas tätare. Efter avslutad behandling uppmanas föräldrarna att själva göra en uppföljande bedömning av huvudhållning efter 4-6 månader, beroende på barnets motoriska utvecklingsnivå.

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: regionala riktlinjer, lokala riktlinjer samt patient/föräldrainformation

<http://vardgivare.skane.se/patientadministration/trycksaker/patientinformation/att-forebygga-platt-eller-sned-huvudform-hos-barn/>

Föräldrainformation om att förebygga skallasymmetri. Finns på 11 språk.

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

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

<https://www.rikshandboken-bhv.se/pediatrik/huvud/skallasymmetri-och-torticollis/>

Information/arbetsmaterial om skallasymmetri och torticollis för barnhälsovården

https://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2018/10000/Physical_Therapy_Management_of_Congenital_Muscular.2.aspx

Riktlinjer från Amerikanska Academy of Pediatric Physical Therapy 2018

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 Klackenberg 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. Citerad 2017-02-13. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/layouts/Precio/SiteSeeker/ShowCache.aspx?resid=1570679998&q=pl%c3%b6tstlig+sp%c3%a4dbarnsd%c3%b6d&il=sv&hitnr=9&url=http%3a%2f%2fwww.socialstyrelsen.se%2fpublikationer2014%2f2014-3-3&uaid=AA572CDC87E8F5C15B638B6C94B1EC3E%3a3139322E3136382E3234352E36%3a5247280319480076326>

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>

Carl Cummings; Canadian Paediatric Society. Paediatr Child Health 2011;16(8):493-94
https://www.google.com/url?q=http://www.cps.ca/assets/pdfreactor/pdf.php%3Flang%3Den%26paper%3Dpositional-plagiocephaly&sa=U&ved=0ahUKEwjox8yjsZTSAhUFdCwKHWdXDi0QFggIMAE&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNE_GVa8Yh-pRfuOvlgKUFL9qHIIVg (pdf)

Datum

2019-10-01

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

Kontaktperson

Sonja Andersson Marforio, sonja.anderssonmarforio@skane.se