



# Hjernerystelse hos barn

Et barns hjerne er i rivende utvikling. Er det det som gjør at vi må ta spesielt hensyn til barn når de får hjernerystelse? Eller kan vi behandle barn på samme måte som voksne?



AV LARS MARTIN FISCHER  
OSTEOPAT

Hvor vanlig er hjernerystelse hos barn? Svaret på dette er at det vet vi faktisk ikke, men spørreundersøkelser hos canadiske og amerikanske ungdommer viser at ca. 20 % har hatt én eller flere diagnostiserte hjernerystelser gjennom oppveksten (1). Hvorvidt dette er overførbart til norske forhold vites ikke, men

sannsynligheten for at vi ikke fanger opp alle tilfeller, er nok stor. Ifølge en rapport fra Folkehelseinstituttet (5) om hodeskader blant barn og unge i Norge fra 2019, ble det registrert totalt 5420 sykehusinnleggelses på grunn av hodeskader i aldersgruppen 0–19 år i perioden 2014–2018. Av disse var 2402 innleggelses på grunn av hjernerystelse. Imidlertid er det sannsynligvis mange flere som får hjernerystelse, men som ikke blir innlagt på sykehus eller søker medisinsk hjelp. Vi vet også at hjernerystelse hos barn varer lenger

enn hos voksne, men dette kan variere fra alder til alder. Det er ikke uvanlig at barn har symptomer i mer enn 4 uker, og det kan virke som at 13- og 14-åringene trenger enda lenger tid før de er symptomfrie.

## Smellen inntreffer

Det første vi må sørge for, er å bli bedre til å fange opp disse skadene, slik at vi kan håndtere de bedre. Da er SCAT5 (Sport Concussion Assessment Tool), eventuelt CHILD SCAT5 for de under 12 år, og CRT5 (Concussion Recognition Tool) gode hjelpemidler. Det vil trolig snart

foreligge nye versjoner av disse verktøyene. Har hjernerystelsen først skjedd, er det viktig at barnet får hvile. Fortsetter den skadede med hard fysisk aktivitet, øker risikoen for et forlenget forløp. Det minst gunstige som kan skje etter en hjernerystelse, er en ny smell i hodet i minuttene etter den første – det kan i verste fall bli fatalt (2). Er man i tvil, så bør man la barnet hvile og ringe til legevakt, hvis man er usikker på om man bør ta turen dit eller ikke. Som alltid er det viktig å utelukke de mer alvorlige skadene, som skallefraktur og hjerneblødning. Når disse er sjekket ut, er det heller ikke behov for å vekke en person med hjernerystelse gjennom natten. Dette gjøres KUN når man er usikker på om personen har en pågående blødning eller ikke. Det viktigste for en akutt hjernerystelse er hvile, og søvn er den beste formen for hvile. Men hvor lenge? Her er rådene som hos voksne; hvil i 24-48 timer, men man bør komme seg i bevegelse og få litt stimuli før det har gått to døgn. Isolering fra sosiale interaksjoner og lyd- og synsinntrykk er faktisk en risikofaktor for å utvikle mer langvarige plager.

### Diagnose og veien videre

Hjernerystelse er en klinisk diagnose, så vi baserer oss på kliniske tester og selvrapporterte symptomer. Vi benytter 22 vanlige symptomer for å screene pasienter med hjernerystelse, og disse finner du i SCAT (Child SCAT har 21 spørsmål). Å få et friskt barn til å svare og i tillegg skjønne forskjellen på 21 spørsmål, kan være en utfordring i seg selv. Vi har mye kunnskap fra forskning om hvordan det går med hjernerystelser til ungdommer og unge voksne, men i alderen 0–12 år har vi faktisk lite kunnskap om hvor det skjer, hvor ofte og hvor lenge de er plaget. Hjernerystelser kan påvirke kognitiv evne og konsentrasjon, motoriske ferdigheter som koordinasjon og balanse, humør og psyke. Dette kan vi konstruere mange tester for, men utfordringen er at vi har å gjøre med en gruppe som utviser stor grad av aldersmessige og individuelle variasjoner. Barna utvikler seg

dessuten så raskt at dersom du skulle ha gjennomført baselinetester (f.eks. balanse, koordinasjon og hukommelse) for å ha noe å måle på en ungdomsutøver, måtte du ha testet disse minimum hver 6. måned, noe som ville vært tids- og ressurskrevende. Men som hos de voksne, forventer vi at alle barn og unge med hjernerystelse blir helt friske med riktig og hensiktsmessig håndtering.

### Hvile og fysisk aktivitet

Etter maksimalt to døgn skal barnet avslutte streng hvile og begynne å nærme seg en mer normal hverdag. Rehabiliteringstiden kan ta alt fra noen dager til flere uker. Det er viktig at man gradvis øker belastningen, uten å forverre de symptomene barnet har. Det vil si at de fleste vil kjenne på symptomer når man er mer fysisk aktiv, prøver seg på skoleoppgaver eller er mer sosial, men så lenge symptomene ikke forverres over tid, er det greit. Mange benytter en 24-timers regel for å se an responsen på økt belastning. Det er i dag godt dokumentert at tilpasset aerob kondisjonstrening fører til raskere rehabilitering, og at

denne type trening tolereres bedre enn idrettsspesifikk trening eller styrketrening.

Man trenger ikke bare hvile fra fysisk aktivitet, det er også nødvendig å tilpasse kognitiv og sosial belastning. God dialog med skole er viktig for å tilrettelegge, slik at barnet gradvis kan delta mer og mer i undervisningen, men samtidig ha kontroll på hvor mange symptomer det trigger. Skoleelever bør tilbake til skolen så snart de kan håndtere 30 til 45 minutter med konsentrasjon. I forkant av dette, kan det være lurt å ha noe besøk hjemme for å sikre en mindre brå overgang. Typisk vil en ungdomsskoleelev bruke noe lengre tid på å komme seg tilbake til full skolegang, sammenlignet med yngre barn og unge voksne.

Mange lurer på om skjermbruk bør unngås, og her har vi faktisk sett at skjermbruk de to første døgnene kan øke risikoen for mer langvarige plager. Utover dette bør vi tillate noe skjermbruk, så lenge symptomene ikke forverres. Tidligere ble alle med hjernerystelse rådet til å avstå fra enhver form for stimuli og være på et mørkt rom inntil symptomene ga





seg. Dette kalles også «cocooning». Nå vet vi at dette øker faren for langvarige symptomer. Det fører til inaktivitet, understimulering og sosial distansering. I dag foregår nettopp det sosiale i stor grad via skjerm og sosiale medier. En tilsynelatende god intensjon om å skåne barnet for overdreven skjermbruk, kan dermed potensielt virke mot sin hensikt.

### **Tilbake til idrett**

Vi vet at barn og unge bruker lenger tid enn voksne på å returnere til idrett etter hjernerystelse, men når er det da trygt å la dem trene for fullt og delta i konkurranser igjen? Det kommer selvsagt an på idretten de skal tilbake til, og vi bør nok være ekstra årvåkne når det kommer til idretter med høyere risiko for kollisjoner og hodetraumer. Det vil være mindre problematisk for en som driver med en kondisjonsbasert idrett som langrenn eller løping enn en håndballspiller. Vi vet at et nytt traume før en hjernerystelse er fullt restituert, kan føre til et langvarig forløp. Det er ikke nok at barnet rapporterer seg selv som symptomfri. Har man gjennomført en baselinetest, vil denne kunne benyttes, men i Norge er det få (om noen) som utfører dette. Som et minimum bør barnet ha gjennomført en nevrologisk undersøkelse (balanse, koordinasjon, hjernenerver, reflekser,

sensibilitet), ikke være avhengig av medikamenter som er skrevet ut for å håndtere symptomer, og de SKAL være tilbake i full skolegang. Hvis de ikke tåler å konsentrere seg, er det definitivt ugunstig for dem å få en ny smell i hodet.

Medikamentell behandling for hjernerystelse er noe som generelt frarådes, da det gjør lite eller ingenting med den patofysiologiske prosessen, og det kan i tillegg maskere symptomer og gi bivirkninger som kan misoppfattes som symptomer.

### **Psykiske betraktninger**

Engstelse, nedstemthet og irritasjon kan alle være et dirkete symptom fra hjernerystelsen. På toppen av dette kommer det emosjonelle stresset fra å bli fjernet fra en skolehverdag, omgang med venner eller en idrett man elsker, mens man rehabiliteres. Lengre perioder med fysisk og kognitiv inaktivitet kan føre til depresjon, fatigue, hodepine, lav energi, likegyldighet og søvnvansker. Mange av disse symptomene overlapper med hjernerystelse, særlig ved langvarige forløp – PPCS (persisterende post commotio symptomer – legg merke til at den tidligere diagnosen PCS er død og begravet, vi tror at post commotio syndrom skaper unødige negative forventninger og kan stigmatisere).

Vurdering hos psykolog eller barne- og ungdomspsykiater kan bli nødvendig, og da er det viktig å vektlegge den gode prognosen og tilstandenes forbigående forløp.

### **Andre betraktninger**

Barn og unge kan som voksne ha behov for supplerende behandling etter hjernerystelse. Mange vil kunne nyttiggjøre seg av behandling av medfølgende nakkeplager, vestibulær rehabilitering ved svimmelhet, synstrening ved synsmotoriske utfordringer, i tillegg til å prioritere god søvnhygiene, unngå soving på dagtid og spise sunn mat med et godt inntak av grønnsaker og lite sukker. Disse rådene skiller seg ikke fra de vi gir voksne.

### **Konklusjon**

Hjernerystelse hos barn og unge tar mer tid enn hos voksne, og en hjerne i utvikling krever at vi som behandlere og ikke minst foreldre viser tålmodighet og trygghet til å ta gode valg. Det å forsøke å øke belastningen – fysisk, kognitivt eller sosialt – kan resultere i økte symptomer. Det i seg selv er ikke farlig, men et signal på at hjernen er sensitiv for dette. Barn vil imidlertid ikke bli bedre hvis de blir totalt skjermet fra omverdenen.

*Se kilder/referanser side 36*