

Plagiocefali – avflatet hode

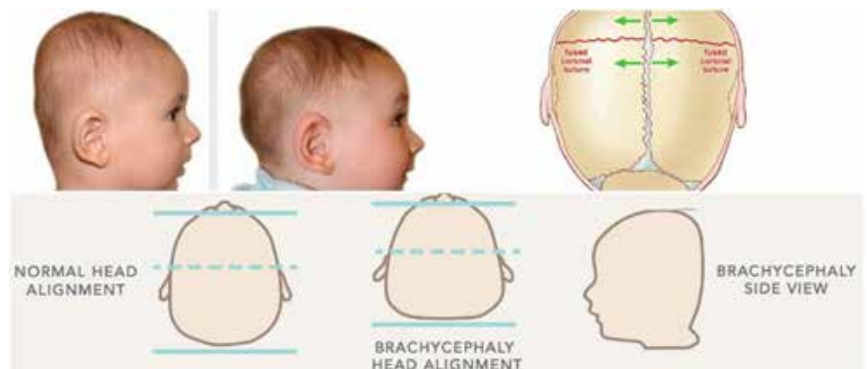
Mange nyfødte har en skjev hodeform som er ufarlig og forbigående. Men siden hodeskallen er formbar og fleksibel, kan for mye press på den, eksempelvis ved å ligge for mye på rygg og se kun til den ene siden, skape vedvarende skjevhet (posisjonell plagiocefali). Selv om de fleste tilfeller er ufarlig, er det allikevel viktig å utelukke mer alvorlige årsaker og igangsette tiltak og veiledning så tidlig som mulig for å unngå større hodeskjevhet, gjerne før barnet har fylt 6 måneder.



AV SIW ØSTERN SVARLIAUNET,
KIROPRAKTOR

Hva er plagiocefali?

Plagiocefali er en tilstand der en del av barnets hode blir avflatet, ofte som følge av langvarig rygg-leie. Tilstanden kan være forårsaket av både intrauterine faktorer, som trang plass i livmoren, og postnatale faktorer, som preferanse for å ligge med hodet mot én side. Plagiocefali påvirker sjelden hjernens utvikling og kan vanligvis behandles med reposisjonsteknikker, fysioterapi og i noen tilfeller hjelmbehandling. Forebygging gjennom regelmessig magetid og variert posisjonering av spedbarnet er viktig for å unngå ut-



Bilde 2 (13)

vikling av plagiocefali. Plagiocefali kan klassifiseres i to typer: plagiocefali som følger etter kraniosynostose og infantile posisjonell plagiocefali uten kraniosynostose.

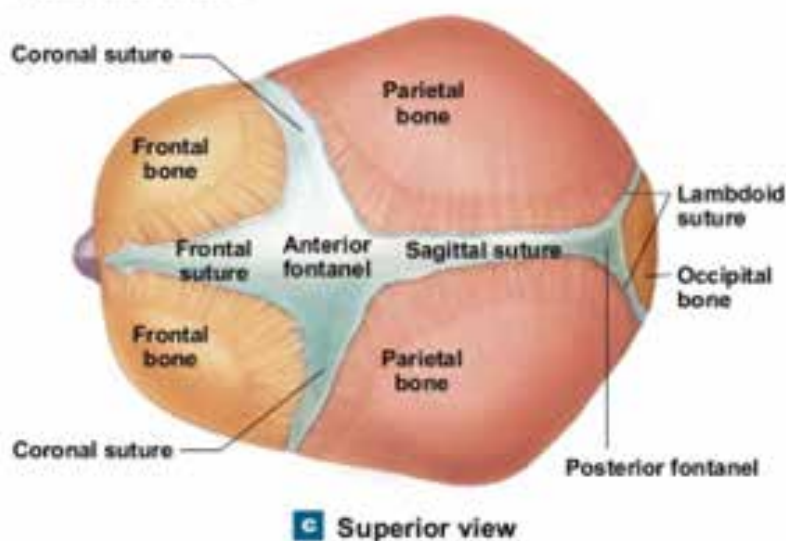
Kraniosynostose kan være en del av et syndrom (en samling av ulike mis-

dannelser i flere organ), eller en isolert defekt hvor de ulike beina i skallen vokser sammen og lukker seg for tidlig (12). Dette vil hindre skallen i å vokse og bli større og gi plass for den voksende hjernen. I tilfeller av plagiocefali som ikke er ledsaget av kraniosynostose, er suturene i skallen normale, og veksten av skallen er ofte ikke hindret (1).

Brachycefali (bilde 2) er en tilstand uten kraniosynostose der bakhodet blir avflatet på begge sider, ofte fordi spedbarnet ligger mye på rygg, noe som gir mekanisk press på occiput (2). Dette fører til redusert bevegelse av hodet pga avflatningen, som gjør det vanskelig for spedbarnet å snu hodet mot høyre og venstre, da dette vil kreve mer styrke i nakkemusklatur enn det spedbarnet har så kort tid etter fødsel.

Infantil posisjonsplagiocefali refererer til tilstanden der en side av bakhodet (occiput) til en baby blir flatere på den ene siden (bilde 3). Plagiocefali er den vanligste kraniofaciale anomalien, det rammer 15-20 % av alle spedbarn og når sin topp rundt

Figure 6-11b: The Skull of an Infant



© 2012 Pearson Education, Inc.

Bilde 1 (14)

4 måneders alder, før det avtar (3). Siden suturene i det nyfødte kraniet er «åpne» (se bilde 1) og vedvarende mekaniske krefter er til stede, vil dette føre til karakterisert ensidig avflatning av den bakre delen av kraniet, samtidig som at det ikke er noe kraniosynostose (en eller flere suturer i ansiktet/kraniet er grodd sammen før fødselen) til stede. I de fleste tilfeller er dette forårsaket av langvarig mekanisk press mot den bevegelige hodeskallen til barnet, siden babyen foretrekker å ligge med hodet mot én side mesteparten av tiden.

I slutten av 1980-årene hevdet American Academy of Pediatrics (AAP) at plutselig spedbarnsdød (SIDS) er nært knyttet til mageleie under søvn. I april 1992 anbefalte og håndhevet AAP en kampanje for å oppmuntre alle foreldre til å legge spedbarn i ryggeleie når de sover for å forebygge SIDS. Som et resultat av dette sank forekomsten av SIDS med mer enn 40 % (10), men forekomsten av posisjonell plagiocefali økte med omtrent 600 % (4). Forekomsten av posisjonell plagiocefali øker hvert år. For å redusere risikoen for søvnrelatert død, anbefaler AAP at spedbarn legges til å sove i ryggeleie til barnet når 1 års alder (11).

Karakteristiske funn ved observasjon og undersøkelse

Ved fødsel endrer skallen raskt form på grunn av tyngdekraftens effekt, væske i kraniale suturer og hjernens



Bilde 3 (2)

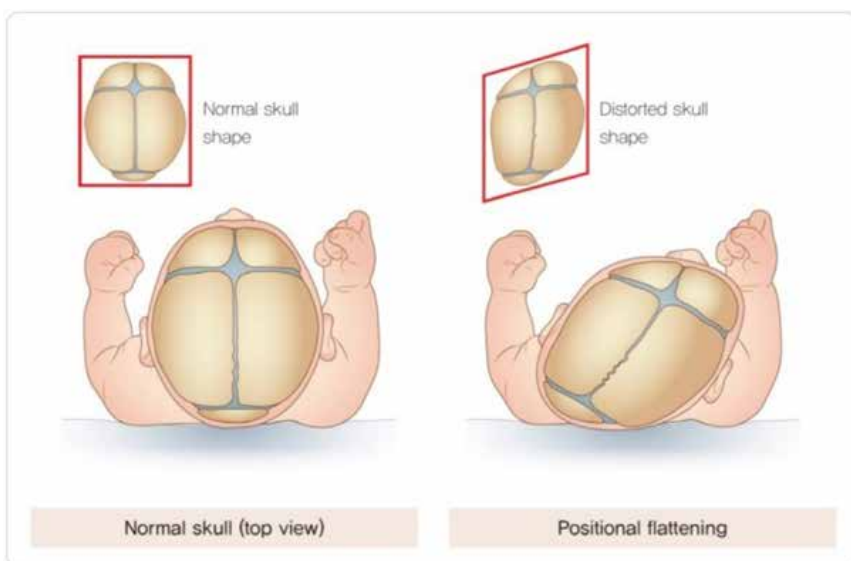
plastisitet. Dette gjør at det relativt store hodet kan passere gjennom den smale fødselskanalen. Hos de fleste spedbarn retter den deformerte skallen seg naturlig over tid, ofte innen 6 uker, uten veiledning av foreldre eller behandling (6). De fleste spedbarn sover og tilbringer mye av våken tilstand i ryggeleie og snur hodet som respons på visse stimuli, men ved f.eks. medfødt muskulær torticollis fører den anspente nakken til at spedbarnet holder nakken og hodet i en foretrukket stilling. Dette vil føre til asymmetri av kraniet til spedbarnet sett ved observasjon ovenfra med ipsilateral avflatning av occiput med contralateral occipital prominens/buling (bilde 4). På samme side som occiput er avflatet, vil øret bli forskjøvet anteriort (fremover) og pannen (frontal) buler fremover. Ved hodet rotert mot f.eks. høyre side over lang tid, vil babyen ofte være mer aktiv med høyre arm og ben, venstre øye vil observeres som «større» enn høyre, og man vil kunne se stramme/stive muskler

ulike steder i nakke, kjeve, ryggstøyle og bekken. Avflatningen og asymmetrien i ansikt og hodet vil i de aller fleste tilfeller normalisere seg ved hjelp av reposisjonsteknikker og eventuelt behandling der det er nødvendig. Dette er fordi bena i hodeskallen til babyen ikke gror sammen før de blir større, og ved tidlige tiltak vil hodefasjonen returnere tilbake til normalen.

Årsaker

Etiologien er ukjent, men mest sannsynlig fører forskjellige forhold inne i livmoren (intrauterine) og postnatale forhold (som f.eks. å ligge mye på rygg) til ubalanse i muskelaktivitet og posisjonspreferanse som predisponerer spedbarn for deformasjonell plagiocefali (3). Intrauterine forhold kan være for lite fostervann, flere foster som skaper mindre plass eller en hjerteformet livmor, som alle fører til unormalt mekanisk press på både spedbarnet generelt og på et bevegelig kranium pga åpne suturer. Noen risikofaktorer for posisjonell plagiocefali er førstefødt barn, flere fødsler (tvillinger, trillinger), prematuritet, assistert fødsel (tang og sugekopp) og medfødt muskulær torticollis (CMT). Gutter er mer utsatt enn jenter og høyre side er mer vanlig enn venstre (3).

I de fleste tilfeller påvirker ikke plagiocefali hjernens utvikling og er helt ufarlig, men å ta kontakt med helsepersonell med erfaring innen dette feltet kan være viktig for å kunne utelukke mer alvorlige årsaker. Helsepersonell som har erfaring med plagiocefali kan gi veiledning om forebyggende tiltak og hensiktsmessige intervensjoner basert på de spesifikke omstendighetene.



Bilde 4 (5)



Magetid er viktig for barnets motoriske utvikling (privat bilde)

Forebygging av plagiocefali

Forebygging av plagiocefali er enklere enn å korrigere en allerede påbegynt skjevhet, men posisjonell plagiocefali kan behandles når foreldrene får forklaring på årsakene til tilstanden og får kunnskap og opplæring i hva som er viktig for å kunne enten forebygge eller forbedre situasjonen. Studier har rapportert at å informere foreldrene om spedbarnets stilling og miljø etter fødselen er gunstig for forebygging av posisjonell plagiocefali (7, 8). Ved å oppfordre til magetid allerede fra første dag etter fødsel, vil dette være noe som er enklere for foreldrene å ta med seg videre i hverdagen i kjente omgivelser utenfor sykehuset. Å praktisere magetid i flere korte seanser i løpet av en dag er viktig ikke bare for å avlaste bakhodet, men også for å gjøre babyen vant til å trives på magen, styrke skuldre/albuer/håndledd, nakke- og ryggmuskulatur, samt få stimuli i håndflatene. Alt dette vil føre til motorisk og kognitiv utvikling som er viktig for fremtidige utviklingstrinn som å snu seg fra rygg til mage og omvendt, krabbe, sitte, gå, hoppe og mye mer.

Forebygging

- Magetid flere ganger i løpet av en dag (gjærne etter hvert bleieskift for å gjøre det enklere å huske på), og gjerne på stellematte eller matte på gulvet for fastere underlag i tillegg til eget bryst

- Bære barnet i ulike posisjoner og på begge sider av egen kropp
- Variere posisjon av seng/nest i rommet slik at det som fanger oppmerksomheten til barnet er både på høyre og venstre side

Ved å være obs på hva en skal se etter, hva som kan være lurt og tenkte på underveis og hvilke tiltak som kan gi raskt bedring, er dette noe som er viktig å formidle til de som kommer med spørsmål angående akkurat dette, eller om de kommer inn for en sjekk hos babyen av helt andre grunner. Dette er også informasjon alle de gravide kvinnene bør få om de går til behandling, sånn at det blir enklere å legge merke til og man da kan innføre tiltak eller ta kontakt med helsepersonell så raskt som mulig.

Behandling av plagiocefali

Den vanligste formen for behandling er ikke-kirurgisk med reposisjonsteknikker, tips og råd, samt øvelser og behandling av stive muskler og ledd for å legge til rette for likestilt bevegelse av hodet og dermed lik belastning på hele hodeskallen til babyen. I noen tilfeller (under 10 %) vil asymmetrien vedvare, og det vil være nødvendig med bruk av hjelm i en periode for å få hodeformen tilbake til original form. De evidensbaserte retningslinjene for behandling av spedbarn med posisjonell plagiocefali

har både fysioterapi og reposisjonering som førstelinjebehandling, etterfulgt av hjelmbehandling som andrelinjebehandling for spedbarn med moderat til alvorlig (mer enn 12 mm forskjell fra hver side) og vedvarende asymmetri. Det anbefales fysioterapi fremfor posisjonspute på grunn av risikoen for SIDS, og fysioterapi er anbefalt over kun reposisjonsteknikker lært til foreldre alene hos spedbarn opp til 7 uker. Ved å kunne gi spesifikke råd og veiledning for hvert enkelt tilfelle er det viktig med en undersøkelse hos en behandler som utelukker andre årsaker som er mer alvorlige (kraniosynostose) og henviser videre dersom det skulle være nødvendig. Før undersøkelsen er det viktig å notere ned informasjon om oppfølging under svangerskap, fødsel og eventuelt bruk av hjelpemidler, tiden etter fødsel (mageleie, favorittside hos barnet) og eventuelle utfordringer ved amming/flaske.

Deretter gjøres det en undersøkelse av alle ledd og muskler i kjeven og hodeskallen, hele ryggsoylen og muskler og ledd i armer og ben for å se om det kan være stivheter og spenninger som eventuelt kan være en årsak til at babyen foretrekker en side, ikke trives på magen eller plagges med f.eks. amming eller bevegelse av nakke. Her vil det også være nødvendig å sjekke sternocleidomastoideus med tanke på medfødt



Undersøkelse av spedbarn (privat bilde)



Bilde 5 (9)

torticollis, som ofte er å se sammen med posisjonell plagiocefali.

Medfødt muskulær torticollis (bilde 5) betyr «vridd» nakke og er et resultat av en forkortelse i den skrå halsmuskelen, med sidebøy av nakken til den ene siden og rotasjon til motsatt side (9). Det er den tredje mest vanlige muskel og skjelettlidelsen hos barn og er tilstede i ca 30 % av alle tilfeller med plagiocefali (6). Årsaken er uklar, men man ser ofte en sammenheng med forhold under svangerskapet eller kompliserte fødsler. De aller fleste, hele 90 %, kommer i mål med tøyninger og øvelser i løpet av det første leveåret, så sant behandlingen kommer i gang rett etter at barnet er født (9). Noen

pasienter er allikevel så stramme at man ikke lykkes med øvelser og tøyninger. For denne gruppen kan det være aktuelt med en operasjon (9).

Hjelmbehandling

Hjelmen (bilde 6) dekker vanligvis hele hodet som en sykkelhjelm og er utformet slik at den utstikkende delen av hodet sitter stramt, mens det er tomrom rundt den flate delen for å hjelpe hodet med å få en symmetrisk og typisk form. Etter hvert som pasientens kranium vokser, blir veksten av den utstikkende delen av hodet begrenset, mens det ekstra rommet rundt den flate delen av hodet gir mer plass for vekst mot den relativt mindre flate delen av hodet med mindre motstand. Hjelmebehandling er mer effektiv hvis den utføres i en tidlig fase av utviklingen av hodet, og behandlingen bør starte når skallen vokser raskt (5). Derfor anbefaler de fleste leger å starte hjelmebehandling før 6 måneders alder for rask og effektiv korreksjon av hodet. Når posisjonell plagiocefali ikke korrigeres eller forbedres med konservativ behandling, bør hjelmebehandling startes for babyer ved 6 måneders alder. Omtrent 85 % av kranialveksten skjer i løpet av de



Bilde 6 (5)

første 12 månedene etter fødselen, og veksthastigheten avtar betydelig fra 12 til 24 måneders alder (5).

Med økt kunnskap hos oss behandlere, men også hos kommende foreldre om tilstanden og hva en bør se etter, vil flere spedbarn få tidlig og tilpasset behandling for deres behov. Ved å innføre tiltak og veiledning så tidlig som mulig på spedbarnet, vil asymmetrien raskere korrigeres og mindre invasive tiltak må innføres. I de aller fleste tilfeller vil ikkekirurgisk behandling være mer enn godt nok, men det er allikevel viktig å kunne oppdage tilstanden tidlig for å igangsette nødvendige tiltak.

Se kilder/referanser side 36