

Dokumenttyp Vårdrutin	Ansvarig verksamhet Barn- och ungdomsmedicin	Version 2	Antal sidor 3
Dokumentägare Katharina Forssell Specialistläkare	Fastställare Åsa Odéus Tf Verksamhetschef	Giltig fr.o.m. 2018-12-19	Giltig t.o.m. 2020-12-15

Tortikollis, kongenital muskulär

Gäller för: Barn- och ungdomsmedicin

Om diagnosen

Kongenital muskulär tortikollis innebär en ensidig felställning av huvudet på grund av förkortning av ena sidans musculus sternocleidomastoideus. Huvudet lateralflekteras på grund av förkortningen åt den strama muskeln sida medan det roteras åt motsatt sida. Förekomsten av kongenital muskulär tortikollis beräknas vara 0,3–2,0 % av alla barn och räknas till den tredje vanligaste muskuloskeletala åkomman hos nyfödda näst höfledsdysplasi och klumpfot.

Tortikollis upptäcks dock sällan vid första Barnläkarundersökningen utan ensidig felställning av huvudet noteras oftast först av föräldrar. Hos några barn utvecklas en godartad knöl, så kallad sternomastoid tumör, några veckor efter förlossningen. Knölen kan tillväxa 4–6 veckor efter förlossningen och försvinner inom några månader men kan ibland efterlämna en fibrotiserad sträng i muskeln vilket försvårar möjligheten till full rörlighet.

Hos spädbarn med tortikollis finns en risk för utveckling av skall- och ansiktsasymmetri och i vissa fall motorisk utvecklingsförsening.

Plagiocefali är en typisk skallasymmetri som uppkommer vid ensidig belastning i rygggläge hos spädbarn och är således vanligt förekommande hos barn med tortikollis. Rygggläge, som rekommenderas som prevention till plötsligspädbarnsdöd kan även försena den allmänna motoriska utvecklingen, speciellt hos barn med tortikollis. Skallasymmetrier kan förekomma redan vid födseln.

I ca 82% är en tortikollis muskulär betingat, men viktigt att utesluta andra orsaker.

Om kongenital tortikollis föreligger behövs i regel ingen vidare utredning. Nyttillkommen tortikollis och/eller progredierande tortikollis skall föranleda vidare utredning, då detta kan vara tecken till intrakraniell tryckstegring och tumör i bakre skallgropen. Neuroradiologi bör övervägas frikostigt.

Etiologi

Orsaken till kongenital muskulär tortikollis är inte helt klarlagd. Hypoteser om bakomliggande orsaker finns

- Trauma mot mjukdelarna före eller i samband med förlossningen
- Fibrosutveckling kan orsakas av venös ocklusion vid lägesbetingat tryck på nacken i förlossningskanalen.
- Tidig fixering i bäckenet och/eller onormalt läge i förlossningskanalen,
- Felställning intrauterint som leder till intrauterint eller perinatalt compartmentsyndrom.

Prognosen

Tidig intervention när barnet är <1 månad har i 98% gett bra resultat vid 2,5 månaders ålder där man såg nästan normalt rörelseförmåga. Sent intervention runt 6 månaders ålder kräver längre behandling (9–10 månader) med i regel sämre resultat.

Differentialdiagnoser

- Okulär tortikollis, ex vid ögonmuskelpares eller brytningsfel
- Muskuloskeletal anomali, ex kotanomali
- Neurogen störning, ex benign paroxysmal tortikollis (motorikstörning med attackvis förekommande huvudtippning hos för övrigt normal utvecklad och emellanåt välmående barn, kan pågå i några timmar uppemot en vecka), hjärnskada, vestibulär dysfunktion
- Ruminskränkande process, ex tumör i bakre skallgropen, infektion med svullna lymfkörtlar eller abscess

Observera att tortikollis kan uppstå som en följd av trauma

Associerade tillstånd:

- Höfledsdysplasi (20%)
- Metatarsus adductus (inåt vinklad framfot)
- Plagiocefali
- Kraniofacial asymmetri
- plexusskador

Undersökning

Kontrollera barnets huvud och hals symmetri samt nackrörlighet (rotera huvudet mot skuldrarna (normal 100°), flektera i sidled så att örat närma sig skuldern (normal 65°), flektera hakan mot bröstbenet och backhuvudet back). Kolla efter skelettanomalier, knölar eller tecken på CNS-påverkan.

Behandling

Behandlingen inriktas på tryckavlastning, töjning av stram muskulatur, aktiv och passiv rörlighetsträning, aktiv träning av motsatt sidas muskulatur samt generell stimulans av motorisk utveckling med gynsamma rörelsemönster. Behandlingen bör pågå tills dess att full rörlighet och symmetrisk hållning av huvudet uppnåtts.

Behandlingen utförs främst av föräldrar efter handledning av fysioterapeut.

I vissa fall där fysioterapeutisk behandling under ca 4 månader inte gett tillfredställande resultat bör bedömning göras av ortopedläkare

Omhändertagande

Nedan beskrivs vanligt förekommande och önskade flöden, variationer kan förekomma.

Kongenital muskulär tortikollis

Upptäckt vid nyföddhetsundersökningen: Barnläkare skickar remiss till Fysioterapeuten på Rehabiliteringsenheten, Centralsjukhuset i Karlstad

Tidigt konstaterad förekomst av ensidig felställning av huvudet

Enklare rådgivning till föräldrar ges av sjuksköterska på BVC

- Tryckavlastande åtgärder
- bära och hålla barnet i varierande positioner
- magliggande under vaken tid
- locka barnet till aktiv vridning av huvudet åt den sida det har svårt att vrida
- hjälpa barnet placera huvudet i en rak position

Första läkarbesöket på BVC

Bedömning av huvudets snedställning görs vid 4 veckors ålder. Vid tortikollis sänds remiss till

- Fysioterapeut på Rehabiliteringsenheten, Centralsjukhuset i Karlstad, för bedömning och behandling
- Ögonläkare för bedömning av eventuella okulära orsaker.

Uppföljning på BVC till sjuksköterska+läkare i första hand. Ev. remiss enligt nedan.

Teambesök 12 månader

Hos läkare på BVC följs huvudets ställning, nackens rörlighet samt skallens och ansiktets symmetri upp. Särskilt viktigt är detta i de fall behandling och uppföljning hos fysioterapeuten redan har avslutats.

Fysioterapeut remitterar till barnläkare i neuroteamet, och meddelar inremitterande via journalkopia för bedömning om något av följande noteras:

- påtaglig skallasymmetri (vid 1 års ålder eller vid asymmetri i ansiktet mer än 10–15°)
- påtagligt stramt och för töjning oeftergivlig muskulatur,
- avsaknad av förväntad behandlingseffekt (ingen förbättring alls efter 4–6 veckor eller endast moderat förbättring efter 6 månader)
- misstanke om annan orsak/diagnos

Neuropediatrik bedömning genomförs.

Ortopedläkare skall tidigt konsulteras, oftast av barnläkare i neuroteamet, vid

- rigid muskelstramhet
- påtaglig skall- och/ eller ansiktsasymmetri
- otillfredsställande behandlingsresultat
- äldre barn med tortikollis

Referenser och lästips:

[Barn med kongenital muskulär tortikollis. vårdprogram](#)

[Handläggning av onormal skalltillväxt, asymmetrisk skalle och tortikollis hos barn innan 2 års ålder](#)

Dokumentet är utarbetat av: Katharina Forssell , Karin Ahlberg, öl