

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.
Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).



Nakkeskjevhets hos barn bør utredes!

I en kommentar i Tidsskriftet nr. 4/2011 (1) oppfordrer Charlotte Sinding-Larsen og medarbeidere til kritisk å vurdere de kildene som finnes om øvre nakkeledd-indusert symmetriforstyrrelse (Kopfgelenk-induzierte Symmetrie Störung, KISS) hos spedbarn.

Vi er enige i at det er viktig å være kritisk når det gjelder diagnosebruk. Men det er også viktig å ha blick for ulike differensialdiagnoser. Vi mener det bør være del av den kliniske grunnkompetansen å oppdage eller differensialdiagnostisere f.eks. en bevegelsesforstyrrelse i cervicalcolumna hos barn.

Sinding-Larsen og medarbeidere mener man bør avvente utredning ved kliniske funn, fordi de kan være «ufarlige og forbigående» (1). Dette er vi uenige i. Vi mener slike funn bør utredes nærmere ved hjelp av nevrologiske og funksjonelle tester, ev. også ved radiologisk undersøkelse, senest etter at banene for viljestyrte bevegelser aktiveres. Cervicalcolumnas funksjon er av vesentlig betydning for spedbarnets kroppsholdning og for de oppgaver barnets sensoriske apparat har (2). Enkle kliniske tester, som også helsesøstre kan gjøre, kan gi en pekepinn om videre utredning, f.eks. forsøk på å utløse tonisk labyrinthrefleks eller landaureaksjon – der hodet bøyes passivt i ventralfleksjon. Finner man ingen utviklingsforstyrrelser eller typiske symptomer, bør spontanutviklingen av de cervikale bevegelsesinnskrenkningene følges nøye. Kommentarforfatterenes påstand om at bevegelsesinnskrenkningene «kan være ufarlig og forbigående» (1) er tvilsom, da man ikke har noen longitudinelle randomiserte studier av tilstandens utvikling.

Etter vår mening bør ethvert avik man finner i bevegelsesmønster eller kroppsholdning etter tre måneders alder være gjenstand for nøyaktig diagnostikk og ev. behandling. Vår erfaring er at manuellmedisinsk diagnostikk og KISS-konseptet kan gi god hjelp, samtidig som man tilbyr terapeutisk

tisk intervensjon. Reversible segmentale funksjonsforstyrrelser kan ses ved uspesifikke symptomer. I henhold til KISS-konseptet kan de ha sitt utspring i et forstyrret, stereotyp, proprioseptivt utløsningsmønster i den øvre nakkereigionen. Bakgrunnen er påvirkninger på cervical-diencefale og cervical-mesencefale projeksjoner og på de toniske nakke- og stillingsreflekser (3).

Forfatterne mener man har sett upåfallende funn hos barn som er under KISS-behandling og at friske barn behandles. Vi mener dette er fordi behandlingen er effektiv.

Barn med symptomer bør alltid bli gjenstand for grundig klinisk undersøkelse og ivaretas med kompetanse og nysgjerrighet. Foreldrenes erfaringer spiller en like stor rolle som helsepersonellens medisinske erfaringer. En ensidig vektlegging av hva som er dekket av (nødvendige) randomiserte kliniske studier, kan føre til et begrenset blick på nye diagnostiske og terapeutiske konsepter. Medisinen bygger først og fremst på individuelle erfaringer (4).

Robby Sacher
Dortmund

Ute Imhof
Oslo

Robby Sacher (f. 1963) er dr.med. og spesialist i allmenmedisin og i Manuelle Medizin (med vekt på utviklingsnevrologi hos barn).

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ute Imhof (f. 1964) er fysioterapeut og spesialist i barnefysioterapi.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Sinding-Larsen C, Bjørnstad R, Grøgaard J. KISS – forklaringen på mange plager hos små barn? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 338–9.
2. Sacher R. Angeborene Fremdreiflexe. München: Elsevier, 2011.
3. Gutmann G. Funktionelle Pathologie und Klinik der Wirbelsäule. Die Halswirbelsäule. Bd. 1, del 2. I: Gutmann G, Biedermann H, red. Allgemeine funktionelle Pathologie und klinische Syndrome. Stuttgart: Fischer, 1984.
4. Hoppe J-D. Statt Programm-Medizin: Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft. Deutsches Ärzteblatt 2005; 104: A-943/B-799/C-747.



Dislokerte albuefrakturer i en global verden

I Tidsskriftet nr. 13–14/2011 påpeker Bøhler (1) at størsteparten av verdens befolkning ikke har tilgang til den behandling vi har anbefalt ved dislokerte albuefrakturer hos barn, nemlig lukket reponering og pinnefiksering under gjennomlysning (2). Hans sykehus i Nepal har ikke gjennomlysningsmaskin, og alternativet er åpen kirurgi dersom lukket reponering ikke er vellykket. Han etterlyser gjennomførbare behandlingsmuligheter tilgjengelig for flest mulig barn, i stedet for finjustering av kirurgiske teknikker. Vi er ydmyke overfor de utfordringer Bøhler møter i sin kliniske hverdag. Hans tankevekkende innlegg minner oss om at verdens goder er urettferdig fordelt.

En norsk studie viste at det kliniske resultatet etter strekkbehandling er sidestilt med perkutan pinning (3). Strekkbehandling har den fordel at det ikke krever røntgen gjennomlysning. Men strekkbehandling er dyrere enn pinning, fordi sykehusopphold er så dyrt (4). Om dette også er tilfellet i Nepal, vet vi ikke, men det er naturligvis uinteressant så lenge pinning ikke er mulig. Vi mener at strekkbehandling bør være neste behandlingsvalg ved Gartland III-frakturer. Det er fordi lukket reponering alene gir større risiko for den invalidiserende tilstanden Volkman's iskemi (5). Bøhler refererer til en artikkel fra India, der man har relativt gode resultater med lukket reponering av Gartland III-frakturer (6). Antallet slike frakturer i denne studien var 40, slik at det ikke var mulig å vurdere risikoen for Volkman's iskemi, som heldigvis er en sjelden komplikasjon.

Bøhler skriver at det er vanskelig å motivere pasientene til strekkbehandling, fordi det krever lang liggetid. Kanskje kunne ambulerende strekkbehandling være et alternativ (7)? På den måten kan pasienten behandles i hjemmet.

Vi har for øvrig inntrykk av at konservativ bruddbehandling er en legekunst som er i ferd med å gå tapt. Bøhlers innlegg fikk