

KISS – forklaringen på mange plager hos barn?

En påstått forklaring på asymmetrisk nakkestilling og mange andre plager hos spedbarn er KISS – Kopfgelenk-induzierte Symmetrie Störung. Vi møter stadig flere foreldre som er engstelige for at barnet deres har fått det såkalte KISS-syndromet. Bruken av betegnelsen kan etter vårt syn medføre både sykliggjøring av friske barn og at syke barn ikke får korrekt diagnose og behandling.

I de senere årene har man i enkelte fagmiljøer hevdet at mange problemer i sped- og småbarnsalderen, deriblant asymmetrisk nakkestilling (figur 1) og asymmetrisk bevegelsesutvikling, kan komme av en feilfunksjon eller «blokkering» i de øvre nakkeleddene (1–3). Kopfgelenk-induzierte Symmetrie Störung (KISS) er den tyske betegnelsen på problemer som blir tilskrevet blokkering i øvre nakkeledd (1). På norsk oversettes KISS til Øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelse (1, 4). I litteraturen forekommer også uttrykket KISS-syndrom (4, 5), og dette fremstår som synonymt med KISS. Det hevdes at en «blokkering» i de øvre nakkeleddene kan føre til at barnet utvikler seg unormalt, ikke bare i spedbarnsalderen, men også i barne- og ungdomsårene (2, 5, 6). KISS-indusert dysgnosi og dyspraksi (KIDD) er betegnelsen som brukes om vanskene som oppstår når barna blir eldre (1, 6).

Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten – Kunnskapssenteret – har nylig utredet spørsmål om diagnostisk validitet av diagnosen KISS, og av vitenskapelig dokumentasjon for effekt av behandling for KISS. Det ble ikke identifisert noen gullstandard for diagnostisering, eller diagnostiske valideringsstudier, og heller ikke effektstudier av akseptabel kvalitet (7).

KISS

Betegnelsene KISS og KIDD ble innført av den tyske kirurgen Heiner Biedermann på midten av 1990-tallet (1). I Norge ble KISS først gjort kjent av fysioterapeut Ute Imhof i tidsskriftet Fysioterapeuten (3). I masteroppgaven til manuellterapeut Agnes Mordt fremgår at «KISS-syndromet forårsakes av en feilfunksjon, med en blokkering av de øvre nakkeledd. Med blokkering menes at bevegeligheten i de øvre nakkeledd er ned-satt eller manglende» (4). Øvre nakkeledd omfatter occiputcondylene, atlas, axis og bevegelsessegmentet C2/C3 (4). Diagnosen stilles ved klinisk undersøkelse av nakkens bevegelighet (4, 5). Det hevdes at KISS ofte skyldes et fødselstraume, og at intrauterint tverrleie eller seteleie kan disponere (1, 5).

Symptomer på KISS er blant annet at barnet skriker utrøstelig, sover dårlig, kun ser mot én side, ikke spiser nok og er urolig og ofte utilfreds. Symptomer og tegn på KIDD er at barnet strever med grov- og finmotorikk, klager over hodepine, har konsentrasjonsvansker, sliter med forstoppelse, har språkproblemer, oppleves som hyper-



Figur 1 Asymmetrisk nakkestilling hos spedbarn. Det er gitt tillatelse til publisering av bildet. Foto privat

aktiv og rastløs eller har balanseproblemer som gjør at det ofte faller og slår seg (1, 2).

KIDD – følger tilstand av ubehandlet KISS?

Ifølge Biedermann kan KISS opphøre omkring 1-årsalderen, selv om blokkeringen i nakken ikke er blitt korrigeret (6). Mellom 4. og 6. leveår vil det imidlertid på nytt oppstå problemer, i form av klossethet og forsinket motorisk utvikling hos barna. I løpet av skoleårene vil de fungere dårligere motorisk, sammenliknet med jevnaldrende. De vil utvikle tegne- og skrivevansker, ha vansker med å sitte i ro, og de kan agere «klovner» for å skjule vanskene sine. Før tenårene oppstår vansker med sosial interaksjon, motvilje mot skolearbeid, og hodepine er vanlig (6). Problemerkene som hevdes å komme av ubehandlet KISS, går under betegnelsen KISS-indusert dysgnosi og dyspraksi (KIDD).

Behandling av KISS og KIDD

På nettsiden www.barneklubben.com fremgår det at det kun er få tilfeller der

feilstilling i øvre nakkeledd, og symptom-bildet, ikke forbedres tilstrekkelig etter 2–3 behandlinger. Feilstillingen rettes opp gjennom mobilisering av virvelsøylen, og det brukes ikke mer kraft enn når man trykker på en ringeklokke (2). På nettsiden www.kiss-kidd.no kan man lese at «barne-tegninger før og etter behandling kan vise tydelige tegn på framgang» (1). Barne-tegninger laget henholdsvis før og etter behandling presenteres altså som dokumentasjon på effekt av behandling. Det blir ikke gjort rede for andre forhold som kan ha bedret tegneferdighetene.

Manglende dokumentasjon

Kunnskapssenteret publiserte i 2009 en systematisk kunnskapsoppsummering kalt *Diagnostikk og behandling av spedbarn med mistanke om funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd* (7). Senteret hadde fått i oppdrag å undersøke validiteten til ulike diagnostiske testmetoder, dokumentert effekt og bivirkninger/skade av forskjellige tiltak «der hensikten er å gjenopprette balanse i øvre nakkeledd» (7). Det ble ikke identifi-

sert diagnostiske valideringsstudier (randomiserte kontrollerte studier eller tverrsnittstudier), og det var dermed ikke grunnlag for å rapportere resultater fra spørsmålet om diagnostikk. Det ble identifisert én randomisert kontrollert studie som viste at osteopati muligens kan bidra til å redusere graden av holdningsasymmetri, men at osteopati ikke så ut til å påvirke barnas humør, gråtevaner, søvnvansker eller spiseforstyrrelser. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert å være svært lav på grunn av liten utvalgsstørrelse og kort oppfølgingstid. Det ble ikke identifisert kontrollerte effektstudier av manuellterapeutiske eller kiropraktiske tiltak for spedbarn med mistanke om øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelse. Rapporten fra Kunnskaps-senteret omfattet ikke KIDD.

Skal vi bekymre oss?

Vi møter stadig flere foreldre som har vært hos manuellterapeut, kiropraktor eller osteopat, som har konkludert med at barnet deres har KISS. Vi får også informasjon om at barnefysioterapeuter, leger, jordmødre, helsesøstre og førskolelærere gjør foreldre oppmerksomme på at barnets problemer kan bero på KISS. Det holdes kurs i diagnostisering og behandling av KISS og KIDD for fysioterapeuter, helsestasjonsleger, jordmødre, helsesøstre, barnepleiere, amnehjelpere og manuellterapeuter (1). Vi opplever at mange foreldre bekymrer seg for betydningen av en asymmetri hos barnet sitt, eller at de spør oss om barnet kan ha KISS fordi det for eksempel gråter mye og sover urolig. Mange foreldre har lest informasjon om KISS, publisert av fagfolk på Internett. Foreldrene bekymrer seg naturlig nok for hvilke konsekvenser det kan få dersom barnet ikke får behandling. Vårt inntrykk er at etterspørselen etter behandling for KISS og KIDD er økende.

Vi har erfart at enkelte barn som ifølge foreldrene har fått diagnosen KISS, senere har fått påvist en alvorlig tilstand eller sykdom som kan forklare nakkeasymmetri, unormal motorikk og/eller andre plager som var blitt tilskrevet blokkering i øvre nakkeledd. Det er bekymringsfullt når symptomer på alvorlige tilstander blir tolket som symptomer på KISS, og dette fører til forsøkt utredning.

På den annen side har vi fått henvist spedbarn som er under behandling for KISS, som fremstår som helt normalt fungerende, uten asymmetri i nakken, unormal motorikk, smerter eller andre plager. Tross forsikringer om dette opplever mange foreldre likevel at barnet har et helseproblem. Det er bekymringsfullt når etter vårt syn normalfungerende barn blir stemplet som unormale.

Ubesvarte spørsmål

Vi mener at det er grunn til å stille seg kritisk til betegnelsene KISS og KIDD. Mange av plagene eller vanskene som blir tilskrevet blokkering eller feilfunksjon i øvre nakke-

ledd, er uspesifikke. De kan være ufarlige og forbigående, eller de kan være et symptom på alvorlig sykdom eller skade. Eksempelvis kan asymmetrisk stilling i nakken forekomme ved en hjerneskade, eller når et spedbarn med medfødt skjevhet i skallen stadig ligger på ryggen og venner seg til å holde hodet vendt mer til den ene enn til den andre siden.

Vi bestrider ikke at det kan forekomme feilstillinger i nakkeleddene hos barn. Spørsmålet er imidlertid hvor hyppig nedsatt eller manglende bevegelighet i de øvre nakkeleddene forekommer, hvordan dette eventuelt kan diagnostiseres på en etterprøvable måte, og hvorvidt det finnes en årsakssammenheng mellom eventuelle blokkeringer i øvre nakkeledd og de mange symptomene som tilskrives disse blokkeringene.

Det hevdes at behandling for KISS og KIDD oftest er vellykket (2, 5, 6), men tatt i betraktning at de symptomene som tilskrives KISS og KIDD er vanlige, og oftest forbigående, ville det være rart om ikke mange av de som får behandling, opplever bedring.

Vi oppfordrer helsepersonell som har med barn å gjøre, til kritisk å vurdere de kildene som finnes om KISS og KIDD. Vi oppfordrer også til å vurdere ressursbruken kritisk.

Charlotte Sinding-Larsen

chsi@uus.no

Randi Bjørnstad

Jens Grøgaard

Barneklubben

Oslo universitetssykehus, Ullevål

0407 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Nettside for Kiss-Kidd.no. <http://www.kiss-kidd.no/> [17.1.2011].
2. Nettside for Barneklubben. <http://www.barneklubben.com/> [17.1.2011].
3. Johnsen H. God behandling for KISS- og KIDD-barn. Fysioterapeuten 2005; 4; 33–4. <http://www.xpublish.no/fys/xp/pub/mx/filer/0405.pdf> [17.1.2011].
4. Mordt AC. Hva kjennetegner spedbarn med KISS?: En intertester-reliabilitet av manuellterapeutisk klassifisering. Masteroppgave. Bergen: Seksjon for fysioterapivitenskap, Universitetet i Bergen, 2008.
5. Biedermann H. The KISS syndrome: symptoms and signs. A tool for the evaluation and assessment of the effects of manual therapy in small children. I: Biedermann H, red. Manual therapy in children. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004: 285–302.
6. Biedermann H. KIDD: KISS – induced dysgnosia and dyspraxia. How the functional vertebro-genic disorders influence the sensorimotor development of children. I: Biedermann H, red. Manual therapy in children. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004: 303–312.
7. Brurberg KG, Myrhaug HT, Reiner LM. Diagnostikk og behandling av spedbarn med mistanke om funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 17–2009. <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/6646.cms> [17.1.2011].

Mottatt 2.12. 2009, første revisjon innsendt

12.5. 2010, godkjent 6.1. 2011. Medisinsk redaktør Mette Sagsveen.

Frokostens betydning

■ Du blir ikke bare fet av å droppe frokosten. Etter min erfaring kan du også forårsake bedriftsulykker! Det er stadige diskusjoner i media om riktig ernæring og frokostens betydning. Stadig blir det hevdet at man kan sløyfe frokosten med god samvittighet, noe som etter min mening er helt galt.

I mitt arbeid som bedriftslege siden 1962, har jeg gjort den erfaringen at arbeidere som gjør et fysisk arbeid hvor de bruker mye energi, kan forårsake ulykker. Dette skjer særlig før lunsj, ved 11-tiden, og før de går hjem. Ulykker før lunsj forekommer spesielt hos arbeidere som ikke spiser frokost. Det energikrevende arbeidet senker blodsukkernivået i kroppen, med den følge at man blir urolig, har mindre konsentrasjonsevne og mindre kritisk evne. Dermed øker risikoen for at ulykker kan skje.

Som bedriftslege har jeg undersøkt sukkernivået i blodet og mange ganger funnet sukkerverdier under fire enheter hos arbeidere som ikke har spist frokost. Derfor har jeg snakket mye om – og understreket – betydningen av riktig frokost før man går på jobb og inntak av frukt/grønnsaker. Dette burde både vanlige leger og spesielt bedriftsleger forklare til alle. Dessuten burde det være en forskningsoppgave videre å kartlegge sammenhengen mellom henholdsvis tidspunkt på dagen og ulykker og blodsukkernivå og ulykker.

Imre Hercz

Høvik

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Manuskriptet ble mottatt 10.12. 2010

og godkjent 13.1. 2011. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.