



## Diagnostikk ved nakkeskjevhet hos barn – uheldig praksis?

I vår kronikk i Tidsskriftet nr. 4/2011 ønsket vi å sette søkelys på bruken av diagnosene KISS-syndrom (øvre nakkeledd-indusert symmetriforstyrrelse), og KIDD (KISS-indusert dysgnosi og dyspraksi) (1). Diagnosene benyttes uten at det foreligger dokumentasjon vedrørende diagnostisk validitet. De påståtte symptomene ved KISS og KIDD er uspesifikke, og kan forekomme både ved ufarlige og alvorlige tilstander. Vår erfaring er at barn som har fått diagnose KISS, har vist seg å ha til dels alvorlige tilstander som kunne forklare de symptomer som ble tilskrevet KISS. Vi rettet også et kritisk søkelys på påståtte følgetilstander av ubehandlet KISS, og på det å benytte en ikke-validert diagnose som grunnlag for prognose (1).

I Tidsskriftet nr. 15/2011 tillegger Robby Sacher & Ute Imhof oss den mening at man bør avvente å utrede kliniske funn (2). Vi tok ikke til orde for å avvente undersøkelse ved mistanke om unormale forhold hos et barn. Derimot pekte vi på betydningen av å undersøke også andre mulige forhold som kan medvirke til symptomer.

Diagnosen KISS-syndrom har implikasjoner. Blant de påståtte konsekvenser av ikke å behandle er motoriske vansker, konsentrasjonsvansker, forstoppelse og språkproblemer. Informasjonen om prognose fremgår av litteratur om KISS, samt KISS-miljøets nettsider (3–5) og er etter vårt syn egnet til å skape unødig engstelse hos foreldrene, på usikkert grunnlag.

Sacher & Imhof hevder at enkle kliniske tester, utført av eksempelvis en helsesøster, kan gi en pekepinn på behov for videre utredning. Tester utført av personer uten tilstrekkelig faglig bakgrunn, kan resultere i feilvurderinger. Vi har opplevd at barn på barselavdeling har fått diagnosen KISS-syndrom av jordmor det første levedøgnet, på grunnlag av gråt.

Sacher & Imhof hevder videre at grunnen til at barn som er under behandling for KISS fremstår som normalt fungerende, er at behandlingen er effektiv. Men hvorfor får barn som fremstår som normale fortsatt behandling?

Vi bestrider ikke at det kan forekomme feilstillinger i nakkeleddene hos barn (1). Spørsmålet er fortsatt hvor hyppig dysfunk-

sjon i øvre nakkeledd forekommer, hvordan dette kan diagnostiseres på en etterprøvable måte, og hvorvidt det finnes en årsakssammenheng mellom dysfunksjonen og de mange symptomene som beskrives.

Vi etterlyser vitenskapelig dokumentasjon for bruken av diagnosene KISS og KIDD. Vi er kritiske til å benytte en ikke-validert diagnose (6) og ikke minst til at diagnosen medfører en prognose (3–5), på, etter vårt syn, et sviktende grunnlag.

**Randi Bjørnstad**  
**Jens Grøgaard**  
**Charlotte Sinding-Larsen**  
Barneklivnikken  
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Randi Bjørnstad (f. 1948) er seksjonsleder for fysioterapeutene ved Barnemedisinsk akuttavdeling, Oslo universitetssykehus. Spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi, Norsk fysioterapeutforbund.

Jens Grøgaard (f. 1940) er overlege i pediatri, Barnemedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Charlotte Sinding-Larsen (f. 1963) er spesialfysioterapeut ved Kvinne- og barneklivnikken, Oslo universitetssykehus, med hovedfagseksamen ved Institutt for helsefag, Spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi, Norsk fysioterapeutforbund.

### Litteratur

1. Sinding-Larsen C, Bjørnstad R, Grøgaard J. KISS – forklaringen på mange plager hos barn? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 338–9.
2. Sacher R, Imhof U. Nakkeskjevhet hos barn bør utredes! Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1413.
3. Barnas fysioterapeut. [www.barnasfysioterapeut.no/](http://www.barnasfysioterapeut.no/) [21.6.2011.]
4. Nettside for Barneklivnikken. [www.barneklivnikken.com/](http://www.barneklivnikken.com/) [21.6.2011].
5. Biedermann H. KIDD: KISS – induced dysgnosis and dyspraxia. How the functional vertebrogenic disorders influence the sensorimotor development of children. I: Biedermann H, red. Manual therapy in children. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004: 303–12.
6. Brurberg KG, Myrhaug HT, Reiner LM. Diagnostikk og behandling av spedbarn med mistanke om funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 17–2009. [www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/6646.cms](http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/6646.cms) [21.6.2011].

## Hjerneslag krever spesialisert behandling

Kardiolog Morten Grundtvig fra Lillehammer argumenterer i Tidsskriftet nr. 18/2011 for en så desentralisert behandling av akutt hjerneslag som mulig (1). Han viser blant annet til introduksjonen av streptokinase som ekstramural behandling av hjerteinfarkt, men unnlater samtidig å fortelle at de fleste pasienter med hjerteinfarkt i dag jo fraktes direkte til invasiv behandling (PCI) sentralt.

«Tid er hjerne» og ideelt sett burde selv-sagt pasienter med hjerneslag vært behandlet så nær hjemmet som mulig. Men akutt cerebral svikt er en komplisert og alvorlig tilstand. I motsetning til ved hjerteinfarkt må alle pasienter med mistenkt hjerneslag til sykehus for endelig klinisk og radiologisk diagnose. Trombolytisk behandling gitt innen få timer er god behandling ved hjerteinfarkt, men i virkeligheten er det dessverre altfor få pasienter som får slik behandling i Norge. De aller fleste norske sykehus har «på papiret» et tilbud om trombolytisk behandling ved hjerteinfarkt, men en spørreundersøkelse fra 2010 bekreftet dessverre at mange sykehus i realiteten svært sjelden gir slik behandling (Lars Thommassen, personlig meddelelse). Det er selvsagt en tragedie for en pasient å bli liggende ubehandlet i et sykehus som bare har en terapiform «på papiret».

Det å gjennomføre trombolytisk behandling ved hjerteinfarkt forutsetter at ethvert vaktteam er godt kjent med akutt cerebral sirkulasjonssvikt og de mange differensialdiagnoser. Etter min mening må slagpasienten, der det er geografisk tilrådelig, fraktes direkte til en spesialisert slagenhet. Finske kolleger har vist at spesialisert slagomsorg gir best resultater (2). Ved mistanke om hjerneslag kreves det alltid umiddelbar tilgang til, og tolking av, cerebral CT med angiografi. Invasiv behandling av hjerteinfarkt er dessuten på full fart inn, og seleksjonen av pasienter for transport til slik behandling er vanskelig og må gjennomføres under et stramt tidspress.

Ved Haukeland universitetssykehus får 16–20 % av alle hjerteinfarktpasienter trombolytisk behandling, av dem som innlegges innen tre timer får 40–50 % slik terapi. Ved Sykehuset Innlandet er det seks sykehus som mottar hjerneslagpasienter, hvorav flere har kort transporttid seg imellom. Det hadde vært interessant om Grundtvig kunne fremskaffe tall over hvor stor andel av Hedmark og Opplands hjerteinfarktpasienter som med en slik desentralisert struktur får trombolytisk behandling etter gjeldende indikasjoner.

**Christian G. Lund**  
[clund@ous-hf.no](mailto:clund@ous-hf.no)  
Neurologisk avdeling  
Klinikk for nevrofag og kirurgi  
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Christian G. Lund (f. 1961) er spesialist i neurologi og overlege ved Neurologisk avdeling.  
**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

### Litteratur

1. Grundtvig M. Slagsentre og dødelighet. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1742.
2. Meretoja A, Roine RO, Kaste M, et al. Effectiveness of primary and comprehensive stroke centers: PERFECT stroke: a nationwide observational study from Finland. Stroke 2010; 41: 1102–7.