

Rekommendationerna står fast – låt spädbarn sova på ryggen

Värdefullt om specialistkirurgerna bidrog med populationsstudier

Eftersom inga undersökningar gjorts av incidensen av olika typer av sned skalle hos en definierad population, finns inga bevis för att en ökning skett efter 1992. Plötslig spädbarnsdöd har minskat markant i Sverige sedan rekommendationerna kom i början av 1990-talet om att spädbarn skall sova i ryggläge. Det finns ingen anledning att fråga dessa rekommendationer mot bakgrund av förekomsten av sned skalle. Dessa tillstånd bör i stället behandlas genom att barnet placeras på ett varierat sätt så att inte samma del av bakhuvudet ständigt vilar mot underlaget.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården möjliggörs genom framtagandet av nya metoder och tekniker som får en praktisk klinisk tillämpning. Om det finns ekonomiska medel för verksamheten kan den utvecklas i takt med efterfrågan. Detta gäller tekniker för såväl prevention, diagnostik, behandling som uppföljning. Nya tekniker med betydelse för stora patientgrupper kan leda till att särskilda kliniker eller centra bildas vid flera sjukhus i landet, medan viktiga specialistverksamheter med ett litet patientunderlag endast förläggs till ett eller två centra i landet. Inom varje specialistområde ökar tillströmningen av patienter under den första tiden till dess att behovet av behandling täckts för hela populationen och endast nya fall tillkommer.

Kranio-facial riksspecialitet

Den kranio-faciala enheten vid plastikkirurgiska kliniken, Sahlgrenska

Författare

GUNNAR SEDIN

professor, överläkare, institutionen för kvinnors och barns hälsa, enheten för pediatrik, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala.

Universitetssjukhuset i Göteborg, är ett exempel på ett centrum som är riksspecialitet sedan mer än ett decennium. Bildandet av denna enhet har baserats på introduktionen av nya tekniker för plastikkirurgisk behandling av skall- och ansiktasymmetrier hos barn. Verksamheten har inneburit en betydande förbättring av behandlingen av vissa barn med avvikelser i skallens och/eller ansiktets form. Detta gäller särskilt vid korrigerande av skallformen vid vissa ärftliga tillstånd som t ex Crouzons och Aperts syndrom och andra likartade former av kraniosynostos, dvs tillstånd då skallens suturer växer samman tidigare än normalt.

Den nya specialinriktningen inom plastikkirurgin har inte kunnat bidra till att klargöra genesen till tillstånd med kraniosynostos. I flertalet fall bedöms genesen som multifaktoriell och orsakad av olika kombinationer av ärftlighet, underburenhet, neuromuskulära sjukdomar och skelettsjukdomar. I den internationella litteraturen anges incidensen av kraniosynostos vara 0,6 per 1 000 födda [1]. Incidensen av radiologiskt verifierade kraniosynostoser är 0,3 per 1 000 födda [2]. Det finns inga belägg för att incidensen av kraniosynostoser har ökat.

Inga bevis för ökning

I en artikel i Läkartidningen 12/99 rapporterar kirurgerna Lauritzen och Tarnow [3] vid den kranio-faciala enheten i Göteborg att »lagesbetingade skalldeformationer» hos spädbarn ökat markant och att detta skett över hela världen. Särskilt påtaglig är ökningen av deformerade baksallar och dessa har opererats för att hejda en progressiv deformation. Författarna anger också att profylax är det självklara och viktigaste för att undvika denna deformation. Profylax kan enligt författarna vara en mjuk kudde för barnet i ryggläge, och alternativ behandling kan ges med bukläge eller med hjälm av särskild utformning. De ifrågasätter rekommendationen att placera alla spädbarn i ryggläge, eftersom detta kan vara orsak till en ökning av antalet barn med snedaallar.

Ragnar Jonsell har i Läkartidningen

DEBATT

”Även om andra förändringar i skötseln av de nyfödda barnen också har införts under samma tid, t ex att fler spädbarn ammas med fria amningstider, ter det sig helt oacceptabelt att argumentera för en återgång till andra kroppslägen än ryggläge på grund av en mycket sällsynt risk för snedhet i skallen.”

12/99 gett mer utförliga råd om hur risken för snedskalle kan motverkas, och har också pekat på den nytta som rådet om ryggläge redan åstadkommit när det gäller att minska risken för plötslig spädbarnsdöd [4].

Lauritzen och Tarnow redovisar inte hur stor andel av deras egna patienter som lider av kraniosynostoser och hur många som har sned skalle av andra skäl. Den senare gruppen kallas i internationell litteratur »plagiocephaly without synostosis» (PWS). Kane och medarbetare [5] har rapporterat en ökning i USA av denna typ av snedaallar framför allt från 1992, dvs det år när American Academy of Pediatrics [6] rekommenderade att spädbarn skulle sova i ryggläge för att minska risken för plötslig spädbarnsdöd.

Kane och medarbetare anser att placering av barnen i ryggläge orsakat ökningen. De baserar sitt påstående på en tydlig ökning av tillströmningen till sitt centrum för kranio-facial behandling. Deras egna data visar dock att den relativa ökningen från 1981 till 1987 var ungefär lika stor som ökningen från 1987 till 1994.

På basen av ett mycket litet material anger en grupp från en annan enhet för kranio-facial kirurgi också en ökning av PWS [7], och föreslår behandling med kirurgi eller med mjuka hjälmar. Andra författare anger ingen ökning av incidensen av PWS [8]. Eftersom inga un-

dersökningar gjorts av incidensen av olika typer av sneda skallar hos en definerad population, finns det inga bevis för att det skett någon ökning efter 1992.

Asymmetrier i motorik och kroppsläge hos spädbarn

Undersökningar av spontanmotorik hos friska svenska barn har visat att många barn har en lätt asymmetrisk motorik och en favoritsida åt vilken de helst vrider huvudet när de ligger på rygg [9, 10]. En sådan favoritsida observeras hos 60 procent av friska fullgångna barn vid 2 månaders ålder, hos 33 procent vid 4 månaders ålder och hos 15 procent vid 6 månaders ålder [9]. Hos underburna barn födda före 32 graviditetsveckor finner man oftare en favoritsida, nämligen hos 75, 52 respektive 23 procent av barn i motsvarande åldrar [10]. Hos de måttligt underburna barnen födda mellan 32 och 36 graviditetsveckor är motsvarande förekomst av en favoritsida 36, 46 och 15 procent vid 2, 4 och 6 månaders ålder [10].

Barnläkare och sjukgymnaster som undersöker barn i dessa åldrar och finner en favoritsida råder som regel föräldrarna att lite oftare placera barnet så att huvudet inte alltid ligger i favoritläge. Förekomsten av en favoritsida minskar hos alla grupper av barn under de första sex levnadsmånaderna [9, 10].

Det är väl känt att många barn under tidig spädbarnsålder har en viss asymmetrisk skullform. Largo och Duc [11] fann att denna asymmetri ofta är av övergående natur. De fann också att barn som vårdas i bukkläge har mer tillplattat huvud vid 6 månaders ålder än barn vårdade i ryggkläge. Ytterligare kunskap skulle kunna uppnås med en riktad studie i vilken man exakt beskriver hur de små asymmetrierna förändras med åldern, vilka typer av asymmetrier som inte försvinner samt eventuella samband mellan de senare och förekomsten av asymmetrisk motorik [9] respektive underburenhet [9, 10].

Plötslig spädbarnsdöd

Det är väl dokumenterat att plötslig spädbarnsdöd har minskat markant i Sverige efter det att American Pediatric Association 1992 [6] och senare Socialstyrelsen [12] rekommenderade att alla barn ska sova i ryggkläge. Vi kan naturligtvis inte utesluta att det finns andra, lika viktiga faktorer som bidragit till minskningen av incidensen av plötslig spädbarnsdöd, men att placera barnet i ryggkläge har blivit en väl accepterad rekommendation [13]. Det finns inte några väl grundade skäl att rekommendera något annat kroppsläge än ryggkläge eller mjukare kudde än dem som vanligen används till svenska barn.

Det finns heller inga skäl att rekommendera hjälm för barn som har mindre asymmetrier i huvudets form, eftersom det inte finns något som helst vetenskapligt underlag som visar en terapeutisk effekt av användande av hjälm i syfte att korrigera sned skalle [7]. Man kan heller inte utesluta att användandet av hjälm kan utgöra en ny fara för barnet.

Det måste anses vara ett mycket säkrare alternativ att istället bara placera barnet på ett varierat sätt så att inte samma del av bakhuvudet ständigt vilar mot underlaget [11, 14]. Detta liknar ju också den metod som tillämpas vid behandling av underburna barn, nämligen att ha ett schema för vändning av barnet så att inte samma sida ständigt belastas med barnets tyngd.

Rekommendationen om ryggkläge står fast

Slutligen kan man inte undgå att förvänas över den brist på perspektiv som finns i Lauritzen och Tarnows artikel. I början av 1990-talet dog i Sverige cirka 125 barn per år i plötslig spädbarnsdöd. Sedan rekommendationen att låta spädbarnen sova på rygg infördes har incidensen av plötslig spädbarnsdöd mer än halverats.

Även om andra förändringar i skötseln av de nyfödda barnen också har införts under samma tid, t ex att fler spädbarn ammas med fria amningstider, ter det sig helt oacceptabelt att argumentera för en återgång till andra kroppslägen än ryggkläge på grund av en risk för snedhet i skallen som är mycket sällsynt. Det ter sig också överdrivet att rekommendera behandling med hjälm utan att veta om denna behandling är effektivare än att endast försöka variera huvudets läge i sängen.

Barnläkarna och sjuksköterskorna vid barnvårdscentraler och barnmottagningar och sjukgymnasterna vid barnkliniker kan ge råd till föräldrar att variera kroppsläget något med bibehållet ryggkläge för de barn som har lättare former av sned skalle. De svåra fallen med kraniosynostoser med deformation av skallen och kanske också av ansiktet ska naturligtvis behandlas av kirurger specialiserade på att operera de svåra fallen. Specialisterna vid de kranio-faciala enheterna utgör här en nödvändig resurs för ett fåtal patienter.

Det vore naturligtvis av stort värde om kirurgerna med kranio-facial specialitet också kunde bidra till vår kunskap genom populationsbaserade rapporter om antalet fall som behandlats under olika diagnoser och med bakgrundsdata om dessa patienter från fosterliv till diagnostillfälle. Detta skulle kunna ge ett underlag för bedömning av om epidemiologiska studier vore motiverade. På andra håll har redan initiativ tagits

för att analysera befintlig information och genomföra retrospektiva studier [15, 16].

Referenser

1. Shuper A, Merlob P, Grunebaum M, Reisner SH. The incidence of isolated craniosynostosis in the newborn infant. *Am J Dis Child* 1985; 139: 85-6.
2. French LR, Jackson IT, Melton LJ III. A population-based study of craniosynostosis. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 69-73.
3. Lauritzen C, Tarnow P. Sneda barnskallar? Ställ rätt diagnos i tid! Lagesbetingade skalldformationer går att undvika. *Läkartidningen* 1999; 96: 1447-53.
4. Jonsell R. Spädbarn bör fortsätta att sova på rygg. Risken för att skallen deformeras kan motverkas. *Läkartidningen* 1999; 96: 1404-5.
5. Kane AA, Mitchell LE, Craven KP, Marsh JL. Observations on a recent increase in plagiocephaly without synostosis. *Pediatrics* 1996; 97: 877-85.
6. American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992; 89: 1120-6.
7. Argenta LC, David LR, Wilson JA, Bell WO. An increase in infant cranial deformity with supine sleeping position. *J Craniofacial Surgery* 1996; 7: 5-11.
8. Hunt CE, Puczyński MS. Does supine sleeping cause asymmetric heads? *Pediatrics* 1996; 98: 127-9.
9. Persson K, Strömberg B. Structured observation of motor performance (SOMP-I) applied to neonatally healthy fullterm infants at the ages of 0-10 months. *Early Hum Dev* 1995; 40: 127-43.
10. Persson K, Strömberg B. Structured observation of motor performance (SOMP-I) applied to preterm and full term infants who needed neonatal intensive care. A cross-sectional analysis of progress and quality of motor performance at ages 0-10 months. *Early Hum Dev* 1995; 43: 205-24.
11. Largo RH, Duc G. Head growth and changes in head configuration in healthy preterm and term infants during the first six months of life. *Helv Paediatr Acta* 1977; 32: 432-42.
12. Socialstyrelsen. Minska risken för plötslig spädbarnsdöd. Artikelnr 1994-00-6. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.
13. Högborg U, Bergström E. Slutsats av sjukvård gäller inte för friska. Läkarråd ökade risken för plötslig spädbarnsdöd. *Läkartidningen* 1997; 94: 4453-9.
14. Persing JA, Kattwinkel J. Supine position, SIDS, and skull shape. *Pediatrics* 1998; 102: 1493.
15. Rekeate HL. Occipital plagiocephaly: a critical review of the literature. *J Neurosurg* 1998; 89: 24-30.
16. Littlefield TR, Kelly KM, Pomatto JK, Beals SP. Multi-birth infants at higher risk for development of deformational plagiocephaly. *Pediatrics* 1999; 103: 565-9.