

Skoliosscreening

Vad är skolios?

Se bifogad beskrivning ur Socialstyrelsens Vägledning för Elevhälsan 2016, längst ner i detta dokument.

Tidpunkt

Screening utförs av skolsköterska i årskurs 4, 6 och 7/8 beroende på när Hälsobesöket ligger. I samband med ryggundersökning görs och tillväxtmätning (längd och vikt).

Bakgrund: I Vägledning för elevhälsa står skrivet: *”Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att säga när barn bör undersökas för att upptäcka begynnande skolios. I avvaktan på kompletterande studier rekommenderas fortsatt screening i årskurs 4 och årskurs 6–7”*. Nationellt har många enheter fortsatt screena i årskurs 4-6-8 då man upplever att det är ett långt uppehåll mellan årskurs 4 och 7, det är också anledningen till att läkargruppen i Region Västmanland rekommenderar fortsatt screening även i årskurs 6, oavsett om hälsobesöket ligger i årskurs 7 eller 8.

Hereditet

Uppgifter om hereditet bör inhämtas i samband med hälsosamtal med vårdnadshavare FK/År 1 och dokumentera i journal. Hereditet för skolios innebär syskon, föräldrar och föräldrars syskon, far- och morföräldrar som har haft en behandlingskrävande skolios. Man ska ha kontrollerats på ortoped och/eller genomgått korsettbehandling eller operation.

Det saknas evidens för hur hereditet påverkar skoliosutvecklingen i detalj och rekommendationen är därför tills vidare är att vid hereditet kontrollera barnet extra en gång per år under skoltiden (det kan i praktiken påbörjas efter det att uppgifter om hereditet inhämtats i samband med hälsosamtal i FK eller åk 1).

Hur länge ska ryggen kontrolleras? Skolios hos person som växt färdigt.

När tillväxten är avslutad krävs inga ytterligare kontroller av ryggen. Hos färdigväxta barn där skolios upptäckts (tex nyanlända) kan det finnas anledning att remittera till ortoped för bedömning och information, individuell bedömning av skolläkare inför remiss.

Undersökning/ tillvägagångssätt

Börja alltid med stående mätning. Barnet kontrolleras utan skor och kläder på överkroppen (topp/bh är ok). Den undersökning som används är den så kallade ”forward bending test” (Adams test) som mäter rotationen i ryggraden med hjälp av en skoliometer. Den mäter således inte själva skoliosen utan deformiteten som är en följdverkan. Mätningen sker på 3 punkter (se bild).

Mätpunkterna



Stående mätning

- Börja alltid med stående mätning. Barnet står med armarna utmed sidorna, raka ben och fötter parallella i höftbredd, ca 5-10 cm mellan fötter.
- Uppskatta eventuell benlängdsskillnad genom att lägga pekfinger på höftbenskammar
- Stå en bit bakom barnet och låt barnet böja sig långsamt ner med huvud och armar löst hängande.
- Om tecken till snedhet mät med skoliometer och notera största gradtalet/-en samt lokalisation.

Benlängdsskillnad

Vid misstanke om benlängdsskillnad kan det vara bra att göra sittande mätning alternativt använda plattor. Skolläkarbedömning om benlängdsskillnad ≥ 1.5 , remiss till ortopedens vid behov av bedömning kan ske vid benlängdsskillnad >1.5 cm.

Sittande mätning

- Placera barnet sittande med 90 graders vinkel i höften, snurrpall eller annan justerbar pall är att föredra.
- Böj huvudet framåt till knäna och ha armarna löst hängande utanför benen
- Om tecken till snedhet mät med skoliometer och notera största gradtalet/-en samt lokalisation.

Mätning med plattor

- Om plattor finns att tillgå, lägg platta under det kortare benet och anteckna höjden på kompensationen samt skoliometervärde.

Dokumentation i journal

Rygg-asymmetris lokalisation: Torakalt/torakolumbalt/lumbalt

Högsta punktens sida: Höger/vänster (högerkonvexitet = högsta punkten höger sida)

Skoliometervinkel: Gradantal

Bedömning av skolsköterska

Skoliometervinkel 0-2 grader ingen åtgärd

Skoliometervinkel 3-4 ny kontroll efter 6 månader

Skoliometervinkel ≥ 5 grader till skolläkare

Till skolläkare för bedömning vid synlig snedhet eller osäkerhet vid bedömning.

Bedömning av Skolläkare

Alla elever med skoliometervinkel ≥ 5 följs av skolläkare med 6-12 månaders intervall beroende på tillväxthastighet, mensdebut mm.

Elever med skoliometervinkel ≥ 7 remitteras i enlighet med lokala rutiner antingen till röntgen eller till ortopedmottagningen.

Remiss röntgen

Frågeställning Skolios? Cobbvinkel? På remissen bör information om asymmetris lokalisering finnas.

Förslag på åtgärd efter röntgensvar

Cobbvinkel <10 I princip avsluta kontroller, ny klinisk kontroll kan övervägas i skolan om eleven uppfattas ha flera år kvar av tillväxt

Cobbvinkel 10-15 grader Om i tillväxt ny kontroll hos skolläkare om 3-12 månader beroende på i vilken tillväxtfas.
postmenarche/postpubertet/nästan avslutad tillväxt kan kontroller avslutas.

Cobbvinkel >15 Remiss till ortopedkliniken

Remiss till ortopedkliniken

Remissen bör innehålla uppgifter om:

- Hereditet
- Annan signifikant sjukdom
- Tidpunkt när skoliosen upptäcktes, lokalisering, skoliometervinkeln
- Hänvisning till röntgensvar om röntgen är utförd
- Tillväxtuppgifter (tillväxtkurva + aktuell längd och vikt)
- Pubertet, menarche?

Efter bedömning på ortopedkliniken

Skolios som bedöms behöva följas med regelbundenhet, fortsatt uppföljning på ortopedkliniken. Om Barnet inte behöver särskild uppföljning remissvar till skolan, eleven fortsätter då följas enligt basprogram som kan variera mellan olika skolor dvs årskurs 4-6-7/8.

Rutinen granskad av:

Björn Dahlman, Ortoped
Läkargruppen Region Västmanland
MLA-gruppen Region Västmanland

Varje verksamhet beslutar själva om denna instruktion skall tillämpas.

Allmänt om skoliosscreening ur vägledning för elevhälsa Socialstyrelsen och Skolverket 2016

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-11-4.pdf>

Syfte

Syftet med ryggundersökningar är att tidigt upptäcka behandlingskrävande skolioser (ryggradskrökningar). På så sätt kan barnen också få tidig behandling.

Typer och förekomst av skolios

Snedhet i ryggen är vanligt förekommande och ger oftast inte några subjektiva besvär. Snedheten kan vara funktionell eller strukturell. Funktionell skolios beror oftast på att benen är olika långa medan strukturell skolios beror på en ryggradsdeformitet.

Det finns två typer av strukturell skolios:

1. Idiopatisk skolios, det vill säga utan känd orsak, är den vanligaste formen. Idiopatisk skolios kan debutera i alla åldrar men oftast efter tio års ålder, så kallad tonårsskolios (eller adolescent idiopatisk skolios, AIS).
2. Icke-idiopatisk skolios beror på en bakomliggande, oftast neuromuskulär åkomma eller medfödd missbildning i kotpelaren. Om det finns någon annan bakomliggande sjukdom påverkas förloppet och utgången också av denna sjukdom. Det är likväl viktigt att upptäcka dessa ryggradskrökningar i tid.

Diagnosen fastställs och graderas med röntgen genom att mäta "Cobbs vinkel", som ger ett mått på sidovinklingen, det vill säga vinkeln på skoliosen.

Cirka 2–3 procent av alla skolbarn har idiopatisk skolios med en Cobbvinkel över 10 grader enligt en röntgenundersökning av ryggen, och cirka 0,5 procent har en Cobbvinkel som överstiger 20 grader. Prevalensen har inte förändrats under de senaste decennierna och är densamma för båda könen när det gäller mindre krökar. När det däremot gäller större krökar är tillståndet fem gånger vanligare bland flickor, och de största krökarna är tio gånger vanligare hos flickor.

Naturförlopp

Ryggradsdeformiteten påverkar bröstorgans form, vilket i sin tur påverkar lungornas utveckling och funktion. Ju större krök innan behandlingen startar, desto mer är lungfunktionen påverkad eftersom bröstorgansdeformiteten är större och andningsmuskulaturen inte kan fungera lika effektivt. Chansen att lungfunktionen återgår till ett normaltillstånd efter behandling minskar ju mer påverkad lungfunktionen är före behandlingen. Om skoliosen debuterar före tio års ålder är också den förväntade livslängden kortare än om skoliosen debuterar senare [31]. Även om livslängden inte förkortas för en tonåring som får skolios, det vill säga en sen skoliosdebut, så påverkas lungfunktionen varaktigt om kröken tillåts bli större än 80 grader. Vid 50 graders krök kan man få en lättare påverkan av lungkapaciteten, vilket kan medföra en måttlig andningsinsufficiens i

medelåldern. Risken ökar dock betydligt hos rökare och överviktiga [32]. Dessa fynd bekräftas av en 50-årsuppföljning av obehandlade personer med tonårsskolios födda på 1940-talet [33]. Individer med skolios fungerar ungefär som normalbefolkningen när det gäller arbetsförmåga och psykiskt välmående, men ryggsmärtor är vanliga och drabbar 60 procent. Individer med en krök över 80 grader eller stor bröstkorgsdeformitet har ökad förekomst av andningsbesvär. Resultat från behandlingsstudier Om en skolios med AIS upptäcks tidigt kan man välja mellan korsett och operativ behandling. En operation kan då utföras tidigare, innan kröken har blivit större och lungfunktionen mer påverkad. Operationen blir också tekniskt lättare om kröken är mindre, med kortare steloperation och mindre risk för komplikationer före och efter operationen.

Studier har visat att såväl korsettbehandlade som opererade patienter med tonårsskolios har i stort sett normal funktion och livskvalitet i ett långtidsperspektiv [34-37]. Screeningen har lett till bättre behandlingsresultat och mindre behov av operation [38, 39]. I Norge slutade man att screena för skolios 1994, och sedan dess upptäcks krökarna betydligt senare, och vid första läkarbesöket är de ofta så stora att det är för sent med korsettbehandling [40].

Undersökning

Den undersökning som används är den så kallade "forward bending test" (Adams test) där man mäter båldeformiteten, det vill säga den rotation som är ett resultat av ryggens krökning, med hjälp av en skoliometer. Den mäter således inte själva skoliosen utan deformiteten som är en följdverkan.

Förslag remittering

Vid en skoliometervinkel på 7 grader eller mer är det lämpligt att remittera till hälso- och sjukvården för vidare utredning. På en remiss ska information om hereditet, pubertet och aktuell vikt och längd framgå. Tillväxtkurvan bifogas. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att säga när barn bör undersökas för att upptäcka begynnande skolios. I avvaktan på kompletterande studier rekommenderas fortsatt screening i årskurs 4 och årskurs 6-7.