



www.printo.it/pediatric-rheumatology/SE/intro

MUSKULOSKELETALA SMÄRTTILLSTÅND

1. Introduktion

Många pediatrika sjukdomstillstånd kan orsaka muskuloskeletal smärta. Muskuloskeletal smärtsyndrom är den generiska termen för en grupp av olika sjukdomstillstånd med olika orsak och uttryckssätt som alla orsakar ihållande eller återkommande muskuloskeletal smärta. Vid läkarundersökningen utesluts olika typer av medicinska sjukdomstillstånd, inklusive svåra potentiellt livshotande sjukdomar.

2. Kroniskt utbrett smärtsyndrom (tidigare benämnt Juvenil Fibromyalgi)

2.1 Vad är det?

Fibromyalgi tillhör gruppen "förstärkt muskuloskeletal smärtsyndrom". Fibromyalgi karaktäriseras av långdragen utbredd muskuloskeletal smärta i övre såväl som nedre extremiteter liksom rygg, buk, bröst, nacke och/eller käkar under minst 3 månader parallellt med trötthet, icke-uppiggande sömn och svårigheter med uppmärksamhet, problemlösning, logisk slutledning eller minne.

2.2 Hur vanligt är det?

Fibromyalgi förekommer främst hos vuxna. Bland barn är förekomsten och diagnosen mer osäker. Vissa studier rapporterar en förekomst på ca 1%.

Kvinnor drabbas oftare än män. Barn med detta sjukdomstillstånd har många kliniska likheter med de som drabbas av komplext regionalt smärtsyndrom (CRPS).

2.3 Vilka symptom kännetecknar tillståndet?

Patienter beskriver diffus värk i armar och ben, även om intensiteten varierar mellan olika barn. Smärtan kan drabba alla kroppsdelar (armar, ben, rygg, buk, bröst, nacke och käkar). Barn med detta sjukdomstillstånd har ofta samtidiga sömnsvårigheter och en känsla av att sömnen inte upplevs uppiggande. Ett annat huvudsymtom är svår fatigue (uttalad trötthet) och försämrad kondition. Patienter med fibromyalgi beskriver ofta huvudvärk, svullna extremiteter (svullnadskänsla utan påvisbar objektiv svullnad), domningar och ibland blåmissfärgade fingrar. Dessa symtom orsakar oro, nedstämdhet och ökad skolfrånvaro.

2.4 Hur ställs diagnosen?

Diagnosen baseras på patientens egna symtombeskrivning. Beskriven utbredd värk i åtminstone 3 kroppsområden under minst 3 månader, med samtidig fatigue, icke-uppiggande sömn och kognitiva svårigheter (uppmärksamhet, inlärande, logiskt tänkande, minne, beslutsfattande och problemlösningsförmåga) av olika svårighetsgrad. Många patienter beskriver ömmande muskulära sk triggerpunkter (definierade områden) även om det inte krävs för diagnossättning.

2.5 Behandlingsmöjligheter?

Det är viktigt att minska den ångest som många av dessa patienter upplever, genom att ta den beskrivna svåra smärtan på allvar, men samtidigt förklara att smärtan är ofarlig utan risk för vävnadsskada. Den viktigaste och effektivaste behandlingsstrategin är gradvis ökande kardiovaskulär träning (konditionsträning) såsom simning eller gymträning. Nästa behandlingsrekommendation är kognitiv beteendeterapi (KBT) genom individuell terapi eller i grupp. Dessutom behöver vissa patienter sömnstabiliserande läkemedelsbehandling.

2.6 Vad är prognosen?

För fullt tillfrisknande krävs stora ansträngningar från patient, anhöriga och sjukvård. Prognosen för barn är bättre än för vuxna, och dom flesta

blir återställda. Detta förutsätter emellertid fullföljande av behandlingsprogram. Psykologiskt stöd och viss läkemedelsbehandling mot ångest, sömnsvårigheter och depression kan bli aktuellt i tonåren.

3. Komplext regionalt smärtsyndrom (CRPS) typ 1

Synonymer: Sympatisk reflexdystrofi, lokaliserat idiopatiskt muskuloskeletalt smärtsyndrom

3.1 Vad är det?

Extremt svår lokalisead extremitetssmärta av okänd orsak, ofta med samtidiga hudförändringar.

3.2 Hur vanligt är det?

Förekomsten är okänd. Det är vanligare bland flickor i tonåren (vanligaste insjuknandeålder är i genomsnitt 12 års ålder).

3.3 Vilka är de typiska symtomen?

Det finns vanligen en långdragen mycket svår extremitetssmärta, som inte lindrats av olika behandlingsmetoder. Symtomen leder ofta till en oförmåga att använda drabbad kroppsdel. Icke-smärtsamma stimuli såsom lätt beröring kan orsaka extrem smärta hos drabbade individer, vilket benämns "Allodyn". Sjukdomssymtomen påverkar barnets dagliga liv och leder ofta till stor skolfrånvaro. Med tiden utvecklar en del av de drabbade barnen hudsymtom såsom färgskiftning (blekhet, lilablå nyanser), temperaturförändringar (oftast kyla) eller ökad svettning i den drabbade kroppsdel som ofta hålls i en avvikande position och vägrar belastning.

3.4 Hur ställs diagnos?

Dessa smärtsyndrom har tidigare haft olika benämningar men beskrivs nu som komplexa regional smärtsyndrom. Olika kriterier används för att ställa diagnosen. Detta är en klinisk diagnos som baseras på symtom i form av karaktäristisk smärta (svår långdragen smärta som inte svarar på gängse behandlingsmetoder och som orsakar rörelseinkränkning och allodyn) vid kroppsundersökning. Kombinationen av patientens egen

beskrivning och de kliniska fynden är karaktäristiska för CRPS. Diagnossättning förutsätter att andra behandlingsbara diagnoser har uteslutits. Blodprover är i typfallet normala och MRT kan visa ospecifika förändringar i skelett, leder eller muskulatur.

3.5 Vilka behandlingsmöjligheter finns?

Den bästa behandlingsstrategin är intensiv fysisk rörelseträning genom träningsprogram utformade av fysioterapeut och under tät uppföljning. Kompletterande psykoterapi kan ha effekt. Andra behandlingsmetoder som testats med varierad effekt är antidepressiv läkemedelsbehandling, biofeedback, TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) och beteendemodifierande träning. Sedvanliga analgetika (värktabletter) är i regel verkningslösa. Forskning på området pågår och förhoppningsvis kan mer effektiva behandlingsmetoder testas om man vet mer om bakomliggande utlösande faktorer. Behandlingen är svår att genomföra och fullfölja för såväl patient, anhöriga som behandlande vårdpersonal. Psykologiska stödinsatser är i regel meningsfulla pga den stress sjukdomen orsakar. Svårigheter att acceptera sjukdomen och därigenom fullföljande av behandlingsinsatser försämrar prognosen.

3.6 Vad är prognosen?

Prognosen är bättre bland barn än vuxna med CRPS. Dessutom tillfrisknar barn snabbare än vuxna, även om det varierar mycket från individ till individ. Däremot tar tillfrisknandet lång tid med risk för upprepade återfall. Ju tidigare diagnosen ställs och behandling inleds desto bättre är prognosen på längre sikt.

3.7 Hur ska barnet leva med sjukdomen?

Drabbade barn ska uppmuntras att delta i fysiska aktiviteter, skolundervisning och social samvaro med kompisar.

4. Erytromelalgi

4.1 Vad är det?

Kallas också "erythermalgia" och härrör från grekiska orden: erythros (röd), melos (ben) och algos (smärta). Tillståndet är extremt ovanligt men förekommer i enstaka släkter. Typisk debutålder är runt 10 års ålder och drabbar flickor oftare. Symtombilden utgörs av en brännande känsla samt rodnad och svullnad av fötterna. Symtom från händerna är sällsynta. Dessa symtom förvärras vid exposition för värme och lindras av kyla, så till den grad att vissa barn vägrar att flytta fötterna från iskallt vatten vid smärtskov. Symtomen är i regel begränsade och svårbehandlade, där undvikande av hetta och extrem ansträngning rekommenderas. Flera olika läkemedel kan testas i symtomlindrande syfte, såsom antiinflammatoriska läkemedel, analgetika och kärlvidgande preparat. Barnläkare förskriver det preparat som bedöms mest lämpat för respektive barn.

5. Växtvärk

5.1 Vad är det?

Växtvärk är ett godartat tillstånd som kännetecknas av karaktäristisk värk i benen hos barn i åldern 3-10 år. Det benämns också "benign benvärk i barndomen" eller "återkommande nattliga bensmärter".

5.2 Hur vanligt är det?

Växtvärk är vanligt hos barn. Tillståndet är lika vanligt hos pojkar som hos flickor och drabbar 10-20% av barn oavsett etnicitet.

5.3 Vilka är de typiska symtomen?

Smärtan uppträder typiskt i benen (smalben, vader, lår eller knäveck) på båda sidor. Symtomen brukar börja kvälls- eller nattetid och kan störa nattsömnen. Föräldrar kan beskriva att värken förvärras efter fysisk aktivitet. Smärtan brukar kvarstå i 10-30 minuter, men kan vara kortare eller hålla i sig någon timme. Intensiteten kan variera från mild till intensiv. Växtvärk kommer och går med symptomfria perioder på dagar till månader, men i vissa fall kommer smärtorna dagligen.

5.4 Hur ställs diagnos?

Den typiska smärtbeskrivningen i kombination med symtomfrihet nästföljande morgon och normal läkarundersökningen ger diagnosen. Blodprover och röntgenundersökningar är alltid normala. Ibland görs vanlig slätröntgen för att utesluta annan förklaring.

5.5 Vad finns för behandling?

En förklaring att tillståndet är godartat och övergående brukar lugna barnet och familjen. I samband med smärtan brukar massage, värme och enstaka doser paracetamol kunna lindra symtomen. Vid svårare och täta besvär kan en kvallsdos ibuprofen leda till lindring.

5.6 Vad är prognosen?

Växtvärk leder inte till allvarliga komplikationer eller skador och försvinner spontant under uppväxten. Samtliga barn blir till sist helt besvärsfria.

6. Benigt hypermobilitetssyndrom (BHS)

6.1 Vad är det?

Hypermobilitet innebär överrörliga, flexibla och "lösa" leder. Det beskrivs också som ökad ledlaxitet. En del barn med hypermobilitet upplever värk. Överrörlighetssyndrom (BHS) är en beskrivning på barn som uppvisar extermitetssmärter pga ledöverrörlighet utan andra tecken till bindvävssjukdom. BHS är inte att betrakta som en sjukdom utan snarare som en normalvariant i befolkningen.

6.2 Hur vanligt är det?

BHS är extremt vanligt bland barn och ungdomar, och uppträder hos 10-30% av barn yngre än 10 år, företrädesvis flickor. Förekomsten minskar med åldern. BHS är överrepresenterat i vissa familjer.

6.3 Vilka är de vanligaste symtomen?

Överrörlighet kan orsaka återkommande, övergående molande värk, typiskt under kvällar och nätter, i knän, fötter och/eller fotleder. Hod

barn med fritidsaktiviteter som finmotoriskt belastar fingrarna, typ fiol- eller pianospel, så kan likartad värk uppträda även i dessa leder. Fysiskt aktivitet kan förvärra symtomen och i sällsynta fall noteras diskret ledsvullnad.

6.4 Hur ställs diagnos?

Diagnosen är klinisk och baseras på symtombeskrivning och ledundersökning, där ledöverrörligheten bedöms enligt standardiserade mått. Annan bindvävs- och ledsjukdom måste uteslutas.

6.5 Vad finns för behandling?

Specifika behandlingsinsatser är sällan indicerade. Om barnet sysslar med belastande idrottsaktiviteter såsom fotboll eller gymnastik och drabbas av återkommande sträckningar eller stukningar, så kan bandage eller ortoser förskrivas.

6.6 Hur påverkas vardagen?

Hypermobilitet är ett godartat tillstånd, som oftast ger gradvis mindre besvär med tiden. Barnet ska inte begränsas utan ska kunna leva ett normalt liv när det gäller skolgång, kompisrelationer och fritidsaktiviteter. Barnet ska uppmuntras att fortsätta med lustfyllda aktiviteter inklusive fysiska idrottssmoment.

7. Övergående höftinflammation

7.1 Vad är det?

Övergående höftinflammation ("coxitis simplex") är ett lindrigt inflammationstillstånd (med liten ledutgjutning/svullnad) i höftled av okänd orsak, som är självbegränsande utan risk för komplikationer.

7.2 Hur vanligt är det?

Det är den vanligaste orsaken till höftsmärta och hälta hos barn. Tillståndet drabbar 2-3% av barn i åldern 3-10 år. Det är vanligare bland pojkar än bland flickor (1:3-4).

7.3 Vilka är de typiska symtomen?

Huvudsymtomen är höftledssmärta och hälta. Smärtan kan beskrivas som ljumsksmärta eller förläggas till lår och knä, vanligen med plötslig debut. Vanligtvis vaknar barnet med värk och vill inte belasta på det drabbade benet.

7.4 Hur ställs diagnosen?

Genom typiska tecken vid kroppsundersökning såsom påvisad hälta med smärta och rörelseinskränkning av den drabbade höftleden. Barnet är annars feberfritt, utan allmänpåverkan och i typfallet äldre än 3 år. I 5% av fallen drabbas båda höftlederna. Vanlig slätröntgen visar normalfynd och har följaktligen ingen plats i den initiala utredningen, medan ultraljud påvisar ökad mängd ledvätska och tecken till inflammation.

7.5 Vilken behandling finns?

Den viktigaste åtgärden är vila och avlastning utifrån graden av smärta. Anti-inflammatoriska läkemedel (sk NSAID) kan minska inflammationen och smärtan. Symtomen försvinner i regel inom 6-8 dagar.

7.6 Vad är prognosen?

Prognosen är utmärkt och alla barn blir helt återställda per definition. Om symtomen kvarstår efter 10 dagar måste andra sjukdomstillstånd övervägas och utredningen breddas. Det är inte ovanligt med nya episoder av simplex coxitis, men symtomen brukar då vara mildare och kortvarigare.

8. Patellofemoral knäsmärta

8.1 Vad är det?

Patellofemoral smärta är det vanligaste överbelastningstillståndet hos barn. Orsaken är repetitiv eller långdragen överbelastning av knäledens mjukdelar och senor. Liknande tillstånd är vanligare hos vuxna i form av

t ex golf- och tennisarmbåge samt karpaltunnelsyndrom. Patellofemoral smärta innebär utveckling av främre knäledssmärta vid aktiviteter som belastar den sk patellofemorala leden, dvs leden mellan knäskålen (patella) och nedre delen av lårbenet.

När knäsmärtan uppträder tillsammans med röntgenpåvisade broskförändringar på knäskålens ledyta, så benämns tillståndet som "chondromalacia patella". Det finns många synonymer för patellofemoral smärta, såsom patellofemoralt syndrom, främre knäsmärta och chondromalacia patellae.

8.2 Hur vanligt är det?

Det är mycket ovanligt före 8 års ålder, men allt vanligare bland tonåringar. Patellofemoral smärta är vanligare hos flickor. Tillståndet tycks också vara vanligare hos barn med snedhet i knälederna såsom hjulbenthet (genu valgum) och kobenthet (genu varum), samt som hos barn med instabilitet och andra anatomiska avvikelser.

8.3 Vilka är de vanligaste symtomen?

Det karaktäristiska symtomet är främre knäsmärta som förvärras vid aktiviteter såsom löpning, trappgång, knäböj och hopp. Smärtan förvärras typiskt efter längre tids sittande med böjda knän.

8.4 Hur ställs diagnosen?

Patellofemoral smärta hos i övrigt friska barn är en klinisk diagnos (blodprov och röntgenundersökningar är inte nödvändiga). Smärtan kan i regel fås fram vid undersökning genom tryck över knäskålen eller om underbenet hålls emot vid sträckning av knäleden (aktivering av den sk quadricepsmuskeln).

8.5 Vilken behandling finns?

Främre knäsmärta hos barn är ett godartad tillstånd som självläker, om det inte finns annan orsak såsom instabilitet eller felställning i den drabbade knäleden. Om smärtan påverkar dagliga aktiviteter eller idrottsutövande, bör fysioterapi och sk quadricepsträning (stärkande av främre lårmuskulaturen) erbjudas. Kylbehandling efter träning kan ha

smärtlindrande effekt.

8.6 Hur påverkas vardagen?

Barn med främre knäledssmärta bör leva som vanligt. Fysisk aktivitet som leder till förvärrad värk bör undvikas. Ett mjukt knäledsstöd (ortos) kan användas vid tyngre fysisk aktivitet/belastning.

9. Epifysiolys i höften

9.1 Vad är det?

Detta innebär att lårbenshuvudet glider av lårbenet vid den sk tillväxtzonen. Tillväxtzonen är en broskkant som löper genom lårbenshuvudet, där bentillväxt sker. Detta broskområde är svagare än kringliggande skelett. När tillväxtzonen mineraliseras så avbryts skelettillväxten.

9.2 Hur vanligt är det?

Det är ett ovanlig tillstånd och drabbar 3-10 av 100.000 barn. Det är vanligare i tonårsåldern (10-16 år) och bland pojkar. Övervikt tycks öka risken att drabbas.

9.3 Vilka är de huvudsakliga symtomen?

Hälta och höftsmärta med rörelseinskränkning är typiska symtom. Smärtan upplevs i höft och lår, samt förvärras vid ansträngning. Hos 15% av patienterna så drabbas båda höfterna.

9.4 Hur ställs diagnosen?

Fynden vid ledundersökningen är typiska, med inskränkt höftledsrörlighet. Diagnosen bekräftas med slätröntgen, företrädesvis med axiala projektioner (sk "grod-ben").

9.5 Vilken behandling finns?

Sjukdomen anses vara ett ortopediskt tillstånd som ska handläggas

skyndsamt och kräver kirurgisk stabilisering av lårbenshuvudet (med stift).

9.6 Vad är prognosen?

Det beror på hur mycket lårbenshuvudet glidit ur position vid diagnos. Det varierar från fall till fall.

10. Osteokondros (synonymt osteonekros, avaskulär nekros)

10.1 Vad är det?

Ordet "osteokondros" betyder "bendöd". Det avser en grupp sjukdomar av oklar orsak, som karaktäriseras av störd blodförsörjning till skelettets tillväxtområden (ossifikationscentra). Vid födsel utgörs skelettet till större delen av brosk, ett mjukt mer omtåligt material, som gradvis mineraliseras. Denna benbildning startar vid så kallade ossifikationscentra. Smärta är det vanligaste symtomet. Sjukdomen får sitt namn beroende av vilken del av skelettet som drabbats. Diagnosen kan bekräftas med röntgen. Slätröntgen visar fragmentering, nedbrytning, skleros och/eller bennybildning (re-ossifiering) i det drabbade området. Sjukdomstillståndet är relativt vanligt hos barn och med undantag av uttalat höftengagemang, så är prognosen utmärkt. Vissa typer av osteokondros är så vanliga att de närmast beskrivs som en normalvariant vid bentillväxt (såsom Severs sjukdom). Andra kan klassificeras som "överbelastningssyndrom" (Osgood-Schlatter, Sinding-Larsen-Johanssons sjukdom).

10.2 Legg-Calvé-Perthes sjukdom

10.2.1 Vad är det?

Sjukdomen innebär avaskulär nekros av lårbenshuvudet (yttersta delen av lårbenet mot höftleden).

10.2.2 Hur vanligt är det?

Sjukdomen är relativt ovanlig och drabbar ca 1/100.000 barn. Sjukdomen är betydligt vanligare hos pojkar (förhållande 1:4/5) i åldern

3-12 år, men i första hand yngre barn (4-9 år).

10.2.3 Vilket är huvudsymtomet?

Drabbade barn debuterar oftast med hälta och höftsmärta. Ibland är smärtan obetydlig. Vanligen är sjukdomen ensidig, men i ca 10% dubbelsidig (bilateral).

10.2.4 Hur ställs diagnos?

Rörligheten i höftleden är inskränkt och vanligen smärtsam. Slätröntgen kan inledningsvis vara normal, men visar med tiden typiska förändringar (se ovan). Datortomografi (CT) och magnetröntgen (MRT) kan påvisa förändringarna tidigare än slätröntgen.

10.2.5 Vad finns för behandling?

Barn med konstaterad sjukdom ska alltid remitteras akut för ortopedisk bedömning. Röntgen är viktigt för diagnossättning och som underlag för att välja lämplig behandling. Lindriga fall läker i regel utan behandling. I svårare fall så krävs särskild behandling för att bibehålla lårbenshuvudets form och placering i ledpannan. Detta behandlingsmål kan åstadkommas genom att använda ett sk abduktionsskydd (bandage till yngre barn) eller kirurgisk justering av lårbenet (osteotomi - utsågning av en kil för förbättrad positionering) till äldre barn.

10.2.6 Vad är prognosen?

Utbredningen (ju mindre desto bättre) och lokaliseringen av osteonekrosen liksom barnets ålder (bättre vid ålder under 6 år) styr prognosen. Full återhämtning kan ta 2-4 år. Ungefär $\frac{2}{3}$ av alla drabbade blir helt återställda.

10.2.7 Hur påverkas vardagen?

Begränsningen i dagliga aktiviteter beror av förskrivna behandling. Barn med konservativ behandling bör undvika tyngre fysisk belastning såsom hopp och löpning. Dessa barn kan för övrigt leva ett normalt liv beträffande skolgång och fritid.

10.3 Osgood-Schlatters sjukdom

Detta tillstånd orsakas av upprepade påfrestning av knäledssenans (patellarsenans) infästning mot ossifikationscentrat på skenbenet (tuberositas tibiae, en liten upphöjning av underbenets övre del). Det är vanligt och förekommer hos ca 1% av tonåringar och särskilt vid belastande idrotter.

Smärtan förvärras vid aktiviteter såsom löpning, hopp, trappgång och knäböj. Diagnosen ställs genom undersökning och typiska fynd såsom ömhet och ibland svullnad motsvarande patellarsenans infästning mot tuberositas tibiae. Slätröntgen är normal eller visar fragmentering av skelettet runt tuberositas tibiae. Behandlingen är att undvika smärtsam belastande aktivitet. Lokal kylbehandling kan verka symtomlindrande. Tillståndet är övergående och läker med tiden.

10.4 Severs sjukdom

Tillståndet benämns också "calcaneus apofysit". Detta innebär osteonekros motsvarande hälsenans infästning mot hälbenet (sk apofys). Det är en av de vanligaste orsakerna till hälbenssmärta hos barn. Även Severs sjukdom är utlöst av fysisk aktivitet och förekommer mer hos pojkar. Debutåldern är vanligen 7-10 år med hälsmärta och emellanåt hálta efter träning. Diagnosen ställs utifrån fynd vid kroppslig undersökning. Rekommenderad behandling är anpassad aktivitet (undvika smärtsamma moment) och vid fortsatt värk förskrivning av hälförhöjning/hälkopp. Tillståndet är självläkande.

10.5 Freibergs sjukdom

Detta tillstånd beskriver osteonekros i fotens andra metatarsalben. Orsaken är sannolikt någon form av trauma. Det är ett ovanligt tillstånd och i de flesta fall drabbas flickor i yngre tonåren. Smärtan förvärras vid fysisk belastning. Vid undersökning noteras ömhet under andra metatarsalbenshuvudet och ibland lokal svullnad. Diagnosen bekräftas med slätröntgen, men det kan ta två veckor från symptomdebut tills förändringar blir synliga på röntgen. Behandlingen utgörs av vila och avlastning (eventuellt med anpassat hålfotsinlägg).

10.6 Scheurmanns sjukdom

Scheurmanns sjukdom eller "juvenil kyfos" orsakas av osteonekros i kotkroppars apofys (dvs perifert i ovan- och underkant på kotkropparna). Det drabbar vanligen pojkar i yngre tonåren. Drabbade barn har i regel försämrade kroppshållning med eller utan ryggvärk. Eventuell smärta förvärras av aktivitet och brukar lindras av vila. Misstanken väcks vid kroppsundersökning (krökt rygg) och bekräftas med slätröntgen. För att ställa diagnosen radiologiskt, krävs att tre intilliggande kotkroppar är omformade med 5 graders nedpressning framtill. Scheurmanns sjukdom fordrar ingen särskild behandling mer än anpassad belastningsgrad, vila och i särskilt svåra fall avlastande korsett.