



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/DK/intro>

## Smertesyndromer

Version af 2016

### 1. Introduktion

Mange sygdomme og tilstande i barnealderen giver anledning til smerter i bevægeapparatet. Betegnelsen "Smertesyndromer" dækker over en lang række sygdomme og tilstande, som alle udløser vedvarende eller periodiske smerter i bevægeapparatet. For at finde årsagen til smerterne er lægen nødt til at foretage undersøgelser og samtidig afdække, om det er alvorlig sygdom, som giver smerterne.

### 2. Kronisk Generaliseret Smertesyndrom (tidligere kaldet Juvenil Fibromyalgi)

#### 2.1 Hvad er det?

Fibromyalgi hører til i gruppen "forstærkede bevægeapparatssmertesyndromer". Fibromyalgi er et syndrom med langvarige, udbredte smerter i bevægeapparatet. Smerterne sidder hyppigt i arme, ben, ryg, mave, brystkasse og nakke og er til stede i mere end 3 måneder. Samtidig optræder træthed, dårlig søvn og varierende problemer med koncentration, hukommelse og problemløsning.

#### 2.2 Hvor hyppigt er det?

Fibromyalgi optræder hovedsageligt hos voksne og er sjældent i barnealderen. Det optræder hos unge med en hyppighed på omkring 1%.

Kvinder/piger rammes hyppigere end mænd/drenge. Børn og unge med denne tilstand deler mange træk med de, som rammes af "Kompleks

---

Regional Smerte Syndrom".

### **2.3 Hvad er symptomerne?**

Patienterne klager over diffuse fra bevægeapparatet. Sværhedsgraden varierer fra barn til barn og kan stamme fra alle dele af kroppen (arme, ben, ryg, mave, brystkasse, nakke eller kæbe)

Børn med tilstanden har ofte søvnproblemer og vågner trætte. En anden væsentlig klage er svær træthed og nedsat fysisk formåen.

Patienter med fibromyalgi klager over hovedpine, hævelse af arme eller ben (arme og ben føles hævede selvom der ikke er synlige hævelser), følelseløshed og blåfarvning af fingrene. Disse symptomer kan medføre angst, depression og skolefravær.

### **2.4 Hvordan stilles diagnosen?**

En sygdomshistorie med generaliserede smerter i mere end 3 dele af kroppen gennem mere end 3 måneder og samtidig en vis grad af træthed, dårlig søvn og kognitive symptomer (nedsat opmærksomhed, indlæring, hukommelse og problemløsning) er forenelig med diagnosen. Mange patienter har ømme punkter specifikke steder, men dette er ikke nødvendigt for at have diagnosen.

### **2.5 Hvad er behandlingen?**

En vigtig del af behandlingen er at berolige patienten og familien.

Selvom smerten er reel tilstede og kan være svær, er der ikke skade på kroppens væv og der er ikke tale om alvorlig fysisk sygdom.

Behandlingen er en teamopgave og omfatter 3 dele. Første del er progressive fysisk træning af typen, som gavner blodkredsløbet.

Svømning er specielt velegnet. Anden del er kognitiv terapi, som kan gives individuelt eller i grupper. Tredje del er hjælp til bedre søvn, det kan blive nødvendigt med sovemedicin i en kort periode.

### **2.6 Hvordan er prognosen?**

Det kræver en stor indsats af både patienten og familien at blive helt rask. Overordnet går det langt bedre for børn end voksne, og de fleste bliver raske. Motivation ved den fysiske træning er vigtig, såvel som

---

psykisk støtte og hjælp til bedre søvn.

### **3. Komplekst Regionalt Smertesyndrom (Synonymer: Refleksdystrofi, Lokaliseret Idiopatisk Muskuloskeletalt Smertesyndrom**

#### **3.1 Hvad er det?**

Svære smerter i en arm eller et ben uden kendt årsag, som hyppigt ledsages af hudforandringer

#### **3.2 Hvor hyppigt er det?**

Hyppigheden er ukendt. Det optræder hyppigst hos piger og hos større børn med en gennemsnitsalder på 12 år.

#### **3.3 Hvad er symptomerne?**

Som regel er der en lang historie med svære smerter, som ikke blevet bedre trods en række behandlingsforsøg og som tiltager med tiden. Ofte medfører smerterne, at den påvirkede kropsdel ikke kan bruges. Normale berøringer eller sanseindtryk bliver meget smertefulde. Dette kaldes "Allodyni".

Symptomerne påvirker og indskrænker daglige aktiviteter, og ofte kommer børn med sygdommen ikke i skole.

Som tiden går kan det påvirkede ben eller arm ændre hudfarve (bleg eller blå-lilla), temperatur (kold) og hæve. Barnet kan holde armen eller benet i specielle positioner for at undgå smertefulde berøringer og/eller påvirkninger.

#### **3.4 Hvordan stilles diagnosen?**

Indtil for få år siden havde syndromet forskellige navne, idag er man enige om betegnelsen "Kompleks regionalt smertesyndrom". Forskellige kriterier anvendes til at stille diagnosen.

Diagnosen er en kliniske diagnose baseret på dels en klinisk undersøgelse, dels karakterisk smertehistorie (svære, langvarige smerter, som begrænser daglig aktivitet og ikke bedres på behandling) og allodyni.

---

Kombinationen af kliniske fund og smertehistorien er karakteristisk og giver diagnosen. Før diagnosen stilles skal man udelukke anden årsag til symptomerne. Blodprøver giver ingen oplysninger i forhold til sygdommen, og skanninger bidrager heller ikke til diagnosen.

### **3.5 Hvordan behandler vi sygdommen?**

Den bedste tilgang er massiv, intensiv fysioterapi under vejledning af erfarne fysioterapeuter, evt. kombineret med kognitiv terapi. Andre behandlinger (antidepressiv medicin, biofeedback, elektrisk nervestimulation af huden (TENS) og psykoterapi) har været forsøgt alene eller i kombination uden overbevisende effekt. Smertestillende medicin er som regel uden effekt. Der forskes fortsat på området og man håber at bedre behandlinger vil komme, når årsagen til tilstanden bliver klar. Behandlingsforløbet er hårdt for både børn, familie og behandlingsteam. Derfor er der ofte behov for psykolog-bistand. Hvis behandlingen skal være en succes, er det nødvendigt, at barn og familien er meget velinformerede om sygdommen og mekanismen for at kunne deltage i behandlingen med den nødvendige motivation.

### **3.6 Hvad er prognosen?**

Sygdommen har en meget bedre prognose hos børn end hos voksne. Børn bliver hurtigere raske end voksne, men forløbet er trods dette langvarigt og hårdt. Der er stor variation i varigheden af de enkelte forløb. Tidlig diagnose og behandling giver en bedre prognose.

### **3.7 Daglige aktiviteter**

Børnene skal genoptage daglige aktiviteter så hurtigt som muligt. Det inkluderer normal skolegang, sport og anden fritidsaktivitet og socialt samvær med venner.

## **4. Erytromelalgi**

### **4.1 Hvad er det?**

Kaldes også "erythermalgi". Navnet stammer fra 3 græske ord: Erythos (rød), melos (arm eller ben) og algos (smerte). Det er en ekstrem

---

sjælden sygdom, som kan løbe i familier. Hvis børn rammes, er det som regel omkring 10-års-alderen. Piger rammes hyppigere end drenge. Symptomerne er en brændende følelse i et varmt, rødt og hævet ben - sjældnere i en hånd. Symptomerne forværres af varme og bedres ved afkøling. Dette kan være så udtalt, at barnet nægter at fjerne foden eller hånden fra isvand. Den bedste forebyggelse er at undgå stærk varme og voldsom fysisk aktivitet.

Mange typer medicin har været forsøgt som behandling, herunder smertestillende medicin, antiinflammatorisk og blodkarudvidende medicin. Behandlingsforsøg må foretages i samarbejde med lægen.

## **5. Vokseværk**

### **5.1 Hvad er det?**

Vokseværk er en godartet tilstand, der beskriver de smerter i arme og ben, som hyppigt optræder hos børn mellem 3 og 10-års-alderen. Kaldes også "godartet bensmerter i barnealderen" eller "tilbagevendende natlige bensmerter".

### **5.2 Hvor hyppigt er det?**

Vokseværk er en meget hyppig klage, som rammer 10-20% af alle børn. Piger og drenge rammes lige hyppigt, og sygdommen optræder i hele verden.

### **5.3 Hvad er hovedsymptomerne?**

Smerterne optræder hyppigst i benene (skinneben, lægge, lår og knæhaser) og er som regel dobbeltsidige. De optræder sent på dagen eller om natten, så barnet ofte vågner. Forværres ofte af fysisk aktivitet.

Smerteanfaldene varer som regel 10 til 30 minutter, men kan vare timer. Sværhedsgraden varierer. Smerter optræder i episoder med gode perioder på dage til måneder uden smerter. Andre gange optræder daglige smerteanfald.

### **5.4 Hvordan stilles diagnosen?**

---

Det karakteristiske smertemønster kombineret med smertefrihed om morgenen og en normal lægeundersøgelse gjer diagnosen. Røntgenbilleder og blodprøver er normale, men der er sjældent behov for nogen af delene.

### **5.5 Hvad er behandlingen?**

En grundig forklaring af tilstanden og den godartede natur nedsætter ængstelse os barn og familie. Smerteanfald kan behandles med massage, varme omslag og milde smertestillende midler. Hos børn med hyppige anfald kan i perioder være brug for forebyggende smertestillende behandling.

### **5.6 Hvad er prognosen?**

Vokseværk er ikke forbundet med nogen sygdom eller fysisk lidelse og forsvinder, når barnet bliver ældre.

## **6 Hypermobilitetssyndrom**

### **6.1 Hvad er det?**

Hypermobilitet er betegnelsen for løse led og ledbånd. Kaldes også leddeløshed. Nogen børn oplever smerter fra leddene.

Hypermobilitetssyndrom henviser til børn, som har smerter pga. udvidet bevægelighed af leddene uden underliggende sygdom i bindevævet. Hypermobilitetssyndrom er ikke en sygdom, men en normal variation

### **6.2 Hvor hyppigt er det?**

Hypermobilitetssyndrom er meget hyppigt hos børn, og er til stede hos mellem 10 og 30% af børn under 10 år. Især piger har tilstanden, som hyppigt løber i familier. Hyppigheden aftager med alderer.

### **6.3 Hvad er symptomerne?**

Hypermobilitet kan give vekslende, tilbagevendende dybe smerter sidst på dagen, typisk i knæ, fødder eller ankler. Fysisk aktivitet og

---

belastning kan udløse eller forværre smerterne. F.eks. kan klaver eller violin træning udløse fingersmerter. Sjældent er der lette ledhævelser.

#### **6.4 Hvordan stilles diagnosen?**

Diagnosen stilles ud fra veldefinerede kriterier for normal bevægelighed af leddene og samtidig fravær af anden bindevævssygdom.

#### **6.5 Hvad er behandlingen?**

Behandling er sjældent nødvendig. Ved gentagen, ledbelastende sport som fodbold eller springgymnastik kan det være nødvendigt at afvende stabiliserende bandager og muskelstyrkende øvelser.

#### **6.6 Livet i dagligdagen**

Hypermobilitet er en godartet tilstand, som aftager med alderen. Den største fare er, at børn afholdes fra at deltage i normale aktiviteter. Børn skal opfordres til at opretholde et normalt aktivitetsniveau og deltage i sport efter eget ønske.

### **7. Forbigående hofteledsirritation**

#### **7.1 Hvad er det?**

Forbigående hofteledsirritation er en mild irritationstilstand med en mindre væskeansamling i hofteledet af ukendt årsag, som forsvinder af sig selv uden at forårsage skade på leddet.

#### **7.2 Hvor hyppigt er det?**

Det er den hyppigste årsag til hoftesmerter hos børn. 2 til 3% af børn mellem 3 og 10 års-alderen rammes og er hyppigst hos drenge (3-4 drenge for hver pige)

#### **7.3 Hvad er hovedsymptomerne?**

Det er hoftesmerter og haltende gang. Hoftesmerter kan opleves som smerter i lysken, højt på låret eller af og til knæet. Smerten opstår

---

pludseligt, det typiske er, at barnet vågner og halter eller ikke kan støtte på benet

#### **7.4 Hvordan stilles diagnosen?**

Ved klinisk undersøgelse ses et haltende barn, som har nedsat bevægelighed i hoften, som giver smerter ved bevægelse i leddet. Barnet er feberfrit og i øvrigt upåvirket. Begge hofter er ramt i 5% af tilfældene. Røntgenbilleder er normale og bidrager ikke til diagnosen, hvorimod ultralyd er en god måde at vise ledvæsken på.

#### **7.5 Hvordan behandles tilstanden?**

Den væsentligste behandling er hvile og aflastning. Smertestillende gigtpiller (NSAID) kan afhjælpe smerter og irritationen. Sygdommen går som regel over efter 6-8 dage.

#### **7.6 Hvordan er prognosen?**

Prognosen er god, alle bliver raske. Hvis der er symptomer længere end 10 dage, bør man overveje anden årsag til smerterne. Det er ikke usædvanligt, at et barn får flere episoder af sygdommen. Efterfølgende episoder plejer at være mildere og kortere.

### **8 Patellofemorale knæ smerter**

#### **8.1 Hvad er det?**

Patellofemoral knæsmerte er det hyppigste overbelastningssyndrom i barnealderen. Denne gruppe lidelser skyldes gentagen, ensartet bevægelse, ofte i forbindelse med sport og rammer ofte led eller sener. Lidelserne er meget hyppigere hos voksne end hos børn (tennis- eller golf-albue, carpal-tunnel-syndrom)

Patellofemoral smerte dækker over smerte fra forsiden af knæet ved aktiviteter, som belaster det patellofemorale led (leddet mellem knæskallen (patella) og den nederste del af lårbenet (femur)).

Når smerten ledsages af forandringer i brusken på indersiden af knæskallen, kaldes tilstanden "chondromalacia patellae".

Der er flere synonymmer for tilstanden: patellofemoralt syndrom, anteriore knæ smerter, chondromalacia patellae, chondromalacia i patella



---

## **8.2 Hvor hyppigt er det?**

Sygdommen er sjælden hos børn under 8 år, men stiger i hyppighed op gennem ungdomsårene. Patellofemorale smerter er hyppigst hos piger. Det ses hyppigere hos børn med skævhed i knæleddet som kalveknæ (genu valgum) eller hjulbenede (genu varum) og hos børn med løshed omkring knæled og knæskal.

## **8.3 Hvad er symptomerne?**

De karakteristiske symptomer er smerter fra de forreste dele af knæleddet som forværres af løb, trappegang, hop og belastende siddestillinger med bøjede knæled.

## **8.4 Hvordan stilles diagnosen?**

Patellofemorale smerter hos iøvrigt raske børn er en klinisk diagnose, og blodprøver og/eller røntgen er ikke nødvendigt. Smerten kan fremkaldes ved at trykke mod knæskallen eller ved at presse knæskallen nedefter, når lårmusklen spændes.

## **8.5 Hvordan behandles det?**

Det er en godartet tilstand, som forsvinder af sig selv, medmindre der er en udløsende årsag som skævhed i knæleddene. Behandlingen skal sikre at vedligeholde styrken i lårmusklen samt minimere smerter, eksempelvis ved at undgå direkte belastning af knæskal ( eksempelvis undgå at ligge på knæ). Knæbandagering ved fysisk aktivitet kan evt. prøves.

## **8.6 Dagligdagen**

Børn med tilstanden bør leve helt normalt. Fysisk aktivitet bør tilpasses, så de er smertefri. Meget aktive børn kan anvende en forbinding om knæet.

# **9 Femoral epifysiolyse**

## **9.1 Hvad er det?**

---

Tilstanden opstår ved, at lårbenshovedet løsner sig i vækstzonen, Vækstzonen er en bruskskive mellem hovedet og halsen af lårbensknoglen. Det er i vækstzonen, knoglen vokser og den er det svageste sted. Når knoglen er udvokset, kalker vækstzonen til. Risikoen ved løsningen er, at lårbenshovedet holder op med at vokse. Årsagen til sygdommen er ukendt.

### **9.2 Hvor hyppigt er det?**

Det er en sjælden sygdom, som rammer 3-10 børn ud af 100000 om året. Det optræder hyppigst hos drenge og større børn. Overvægt ser ud til at give en større risiko for sygdommen

### **9.3 Hvad er symptomerne?**

Haltende gang og hoftesmerter med nedsat bevægelighed i hoften er hovedsymptomerne. Smerterne forværres ved fysisk aktivitet og kan opleves i de øverste 2/3 eller den nederste 1/3 af låret. Hos 15 % rammes begge hofter.

### **9.4 Hvordan stilles diagnosen?**

Den kliniske undersøgelse er karakteristisk med nedsat bevægelighed i hoften. Diagnosen bekræftes med røntgenbilleder, helst med roteret hofte (frøstilling)

### **9.5 Hvordan behandles sygdommen?**

Sygdommen betragtes som et knoglebrud og kræver akut operation med indsættelse af metalpinde, som stabiliserer lårbenshovedet.

### **9.6 Hvordan er prognosen?**

Prognosen afhænger af, hvor længe lårbenshovedet har været løsnet og hvor langt det er gledet ud af position. Prognosen varierer således fra barn til barn.

## **10 Osteochondoser**

---

## **10.1 Hvad er det?**

Ordet "osteochondrose" betyder knogledød. Ordet dækker over en gruppe sygdomme af ukendt årsag som skyldes, at blodforsyningen til visse dele af en knogle er nedsat. Ved fødslen består knoglerne af brusk, som med tiden kalker til, så knoglerne bliver faste og stærke. Processen med dannelse af kalk i knoglerne starter i "ossifikationscentre". Det er disse ossifikationscentre, som bliver ramt af nedsat blodforsyning

Smerte er det vigtigste symptom ved disse sygdomme. Sygdommene har forskellige navne afhængig af, hvilken knogle der rammes.

Diagnosen bekræftes med røntgenbilleder, som viser områder med knoglenedbrydelse og knoglenydannelse.

Selvom det lyder som alvorlige sygdomme, så er der en god prognose undtaget hos børn med svær påvirkning af hoften. Det er reletavt hyppige sygdomme. Enkelte osteochondroser er så almindelige, at de betragtes som normal varianter (Sever's sygdom). Andre betragtes som "overbelastingsyndromer" (Osgood-Schlatter og Sinding-Larsen-Johanssons sygdomme)

## **10.2 Legg-Calvé-Perthes sygdom**

### **10.2.1 Hvad er det?**

Det er knogledød i lårbenshovedet.

### **10.2.2 Hvor hyppigt er det?**

Det er en sjælden sygdom, som rammer 1 ud af 10000 børn. Den er hyppigst hos drenge (4-5 drenge for hver pige). Aldersgruppen dækker 3 til 12 år, flest rammes mellem 4 og 9 års alderen.

### **10.2.3 Hvad er hovedsymptomerne?**

De fleste børn halter og har hoftesmarter. Nogen oplever ikke smerte. Hos 10% rammes begge hofter.

### **10.2.4 Hvordan stilles diagnosen?**

---

Bevægeligheden i hoften er nedsat, og der er smerter ved undersøgelsen. Røntgenbilleder kan vise normale forhold i begyndelsen, senere i forløbet ses knoglenedbrydning. MR-skanning kan påvise sygdommen på et tidligere tidspunkt.

### **10.2.5 Hvad er behandlingen?**

Børn med sygdommen skal henvises til en børneortopædkirurg. Behandlingen afhænger af sværhedsgraden. Milde tilfælde kan ses an uden aktiv behandling.

I sværere tilfælde er målet med behandling at bevare lårbenshovedet i hofteskålen, sådan at når knogleophelingen begynder gendannes lårbenshovedets naturlige kugleform.

Målet kan nås med skinner, som holder hoften udadroteret (hos mindre børn) eller gennem operation (hos større børn)

### **10.2.6 Hvordan er prognosen?**

Prognosen afhænger af sygdomsgraden (jo mindre, jo bedre) og på barnets alder (bedre prognose under 6 år). Fuld opheling varer 2-4 år. Overordnet set fungerer 2/3 involverede hofter godt på lang sigt.

### **10.2.7 Dagligdagen**

Begrænsninger i dagligdagen afhænger af behandlingen. Børn, som ses an bør undgå slag og stød mod hoften (løb, hop). Derudover bør de fortsætte normale aktiviteter, som ikke giver svær vægtbelastning.

## **10.3 Osgood-Schlatter's sygdom**

Denne tilstand opstår ved gentagen påvirkning af ossifikations centeret i skinnebenet lige under knæskallen ved senetilhæftning fra knæskallen. Omkring 1% af teenagere bliver ramt, hyppigere hos sportsaktive.

Smerterne forværres ved løb, hop, trappegang og ved at sidde på knæ. Diagnosen stilles ved klinisk undersøgelse med karakteristisk ømhed ved senetilhæftningen, hvor der også kan være hævelse.

Røntgen kan vise normale forhold eller små løsrevne knoglestykker. Behandlingen består udelukkende af smertelindring og tilpasning af

---

aktivitetsniveauet Tilstanden forsvinder af sig selv.

#### **10.4 Sever's sygdom**

Kaldes også "calcaneal apophysitis" og er en osteochondrose i hælbenet, og som formentlig udløses af trækket fra achillessenen. Det er en af de hyppigste årsager til smerter i hælen hos børn og unge. Som andre osteochondroses er tilstanden aktivitetsafhængig og mere hyppig hos drenge. Tilstanden opstår i 7 til 10 årsalderen med hælsmarter og halten efter fysisk aktivitet. Diagnosen stilles ved klinisk undersøgelse. Der er ikke behov for specifik behandling, aktivitetsniveauet justeres, så barnet er smertefrit. Hvis dette ikke er nok, kan man anvende en hælpudd. Tilstanden forsvinder med tiden.

#### **10.5 Freiberg's sygdom**

Betegner pludselig knogledød i hovedet af den anden mellemfodsknogle. Sygdommen opstår formentlig efter en skade. Den er sjælden og de fleste ramte er unge piger. Smerten forværres af fysisk aktivitet. Ved undersøgelse er der ømhed og af og til hævelse på fodryggen ud for anden tå. Forandringerne kan ses på røntgen, når tilstanden er et år eller mere i forløbet. Behandlingen består af hvile og eventuelt et skoindlæg.

#### **10.6 Scheurmann's sygdom**

Scheurmann's sygdom hedder også "juvenile kyfose" (rundryggethed) og skyldes knogledød i ryghvirvlerne. Den er hyppigst hos unge drenge. De fleste har uhensigtsmæssig rygholdning, enten med eller uden smerter. Smerten er aktivitetsafhængig og afhjælpes af hvile. Klinisk undersøgelse giver mistanke om diagnosen, som kan bekræftes med røntgen. For at have sygdommen skal et barn have uregelmæssige ryghvirvler med kileform på mindst 5 grader i 3 følgende ryghvirvler. Sygdommen kræver som regel ingen behandling, men blot justering af det fysiske aktivitetsniveau. Sjældent kan korset-behandling være nødvendigt.