



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

MUSKULOSKELETALA SMÄRTTILLSTÅND

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, problemlösningsförmåga, 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.

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 hälta 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 symtomdebut 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.