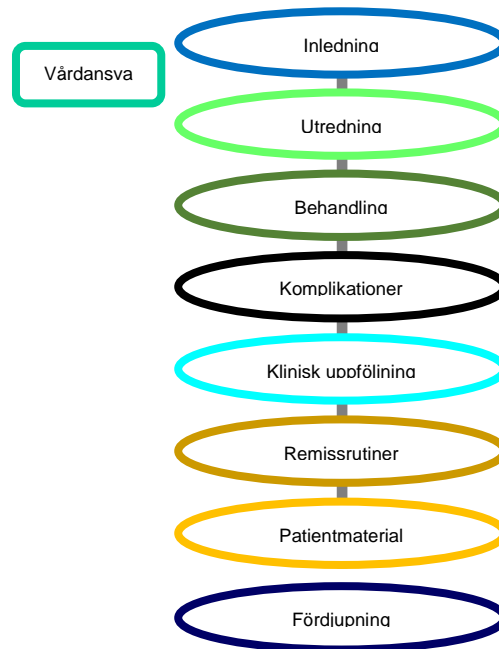
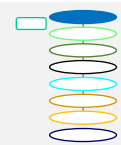


Akut artrit



Inledning



Hastigt påkommen värk, svullnad och nedsatt/avvikande funktion i rörelseapparaten hos barn och ungdomar är vanliga kontaktorsaker på akutmottagningar.

Akut artrit är det medicinska begrepp som används för tillfällig ledinflammation, oavsett orsak. Inflammationen kan ge klassiska inflammationstecken i olika grad (smärta, rodnad, svullnad, värmeökning och nedsatt funktion) och allmänna symtom såsom feber, irritabilitet, trötthet och nedsatt allmäntillstånd.

Ortopediska, reumatologiska, infektiösa och onkologiska åkommor kan orsaka akut artrit.

Detta PM syftar till att underlätta en adekvat handläggning vid misstänkt akut artrit och beskriver differentialdiagnostiska överväganden vid oklara led- och skelettsmärter.

Sjukdomstyper

Artrit grupperas utifrån antalet inflammerade leder:

Monoartrit (en enda inflammerad led)

Oligoartrit (mellan 2 och 4 inflammerade leder)

Polyartrit (5 eller fler inflammerade leder).

Överväg följande diagnoser som bakomliggande orsak till artrit:

Huvudsakligen monoartriter

- septisk artrit
- osteomyelit
- posttraumatisk artrit
- malignitet
- juvenil idiopatisk oligoartrit
- Borrelia-artrit.

Huvudsakligen oligoartriter (2–4 leder)

- reaktiv artrit
- artrit vid virus
- juvenil idiopatisk oligoartrit
- artrit vid CNO (Chronic Nonbacterial Osteomyelitis), också känt som CRMO (Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis).

Huvudsakligen polyartriter (>4 leder)

- reaktiv artrit
- juvenil idiopatisk polyartrit
- artrit vid CNO (CRMO).

Uteslut tidigt allvarliga sjukdomstillstånd såsom bakteriell infektion (osteomyelit, septisk artrit) och tumörsjukdom (leukemi, sarkom, skelettmetastas, osteoid osteom).

Septisk artrit: Överväg infektion vid hastigt påkomna och tilltagande ledsymtom, särskilt hos små barn (< 1 år), vid engagemang av enstaka led i nedre extremitet eller/och vid samtidig feber.

Coxitis simplex: Typiskt är hastigt påkommen ensidig hälta hos mindre barn (3–8 år) med inskränkt höftledsrörlighet utan allmänsymtom. Påvisad utgjutning vid ultraljudsundersökning stärker diagnosmisstanken. Kompletterande slätröntgen rekommenderas för att utesluta Perthes sjukdom (röntgenförändringar kan uppträda först efter 4–6 veckor) eller epifysiolys.

Autoimmun eller reaktiv ledsjukdom: Kan misstänkas vid långdragna symtom.

Juvenil idiopatisk artrit (JIA): Förutsätter kontinuerlig symtomduration \geq 6 veckor.

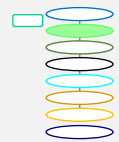
Differentialdiagnostik

- **Hypermobilitet:** överbelastning av rörelseapparaten utan trauma
- **Barnmisshandel:** oklar/svårbegriplig orsak till smärta och nedsatt funktion i rörelseapparaten. Ska alltid övervägas vid oklarhet.
- **Kringliggande organengagemang:** Hälta eller antalgisk gång kan förekomma vid neuropati, CNS-infektion, appendicit eller intraabdominell

abscess. Av denna anledning viktigt med fullständig kroppsundersökning i oklara fall.

- **Osteokondros** (cirkulationsrubbing i skelett): drabbar höft (Perthes sjukdom), knä, fot, armbåge (Panners sjukdom) och ryggrad (Scheuermanns sjukdom).
- **Entesit** (inflammation vid infäste av sena, ligament eller ledkapsel): Vanligtvis drabbas nedre polen av patella, calcaneusfästen (plantarfascian och hälsenan) och trochanter major.
- **Apofysit** (inflammation i tillväxtplatta): främst hos idrottsaktiva ungdomar. Osgood-Schlatters sjukdom (tuberositas tibiae), Sinding-Larsen-Johanssons sjukdom (patella nedre polens), Severs sjukdom (calcaneus).

Utredning



Anamnes

Gör en fördjupad anamnes och en fullständig somatisk undersökning, inklusive komplett ledstatus för att ta ställning till vidare utredning.

Anamnesen bör belysa:

- föregående trauma
- pågående eller nyligen genomgången infektion
- feber (detaljerad beskrivning)
- viktnedgång
- utförlig smärtbeskrivning (debut, duration, lokalisation, intensitet, dygnsvariation/nattlig värk, förlopp över tid, spridning, vilovärk, inaktivitets- eller morgonstelhet)
- ärftlighet (reumatisk ledsjukdom, psoriasis, inflammatorisk tarmsjukdom, hypermobilitet, skelettdysplasi, autoimmuna sjukdomar)
- extraartikulära symtom (hudutslag, ögon-/synbesvär, mag-/tarmbesvär)
- komorbiditet (celiaki, IBD, psoriasis, CF).

Status

Gör en **fullständig somatisk undersökning**, inklusive komplett ledstatus för att ta ställning till vidare utredning.

Notera särskilt i status:

- allmäntillstånd (tecken till sepsis, svår smärta)
- vitala organ (hepatosplenomegali, kardiopulmonell inkompensation)
- hud (utslag, blåmärken, skador).

Vid ledundersökning bedöm:

- lokal svullnad
- värmeökning
- rodnad
- ömhet
- rörelseinskränkning
- ledfunktion samt
- antalet engagerade leder.

Undersökningar

Provtagning

Tag CRP. Normalt CRP utesluter dock inte artrit.

Utvidga provtagningen vid svår värk, allmänpåverkan, flerledsengagemang eller feber:

Misstanke om:	Analys/er:
Inflammation	<ul style="list-style-type: none">• TPK• SR
Infektion	<ul style="list-style-type: none">• LPK och neutrofila• blododling• andra odlingar
Postinfektiös/Reaktiv inflammation	<ul style="list-style-type: none">• Borreliaserologi• Strep-A• serologiska markörer (utifrån klinik: hepatit, parvovirus, adenovirus, coxsackie B, rubella, parotit, yersinia)• allmän faecesodling.
Tumörsjukdom	<ul style="list-style-type: none">• Hb, TPK och LPK inklusive differentialräkning• LD
Systemisk sjukdom	<ul style="list-style-type: none">• ASAT, ALAT• kreatinin• CK• urinprov
JIA	<ul style="list-style-type: none">• ANA Från cirka 10 års ålder även: <ul style="list-style-type: none">• RF och anti-CCP antikroppar.
Systemisk inflammatorisk sjukdom, ex Juvenil SLE	<ul style="list-style-type: none">• ANA• Anti-dsDNA• ENA• komplement (C3, C4, C1q).

Ledpunktion

Utför diagnostisk punktion vid misstänkt septisk artrit (dvs vid lokaliserad smärta eller svullnad av enstaka led utan förklaring) i kombination med något eller båda av nedanstående:

- feber och allmänpåverkan utan förklaring
- CRP >30 och eller leukocytos med vänsterförskjutning utan förklaring.

Skicka ledvätska för:

- analys av leukocyter, neutrofila, glukos och laktat
- direktmikroskopi
- allmän odling (aerob och anaerob)
- skicka/spara sterilt rör för PCR 16S rRNA (sterilt odlingsrör utan tillsats).

Hos yngre barn (t o m 3 års ålder) skickas även analys för:

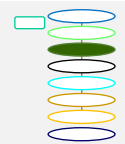
- *Kingella Kingae*.

Bilddiagnostik

- skelettröntgen för att utesluta tumörsjukdom eller ortopedisk skelettsjukdom/skada
- muskuloskeletalt ultraljud för att påvisa kapselsvullnad, ledutgjutning eller inflammation av lednära mjukdelsstrukturer (tenosynovit, bursit, entesit). Ökad genomblödning/dopplersignal i inflammerad synovia.
- MR vid misstanke om osteomyelit/septisk artrit.

Skelettröntgen bör frikostigt utföras vid en-ledsengagemang såsom tydlig svullnad eller svår värk.

Behandling



En inflammerad led behöver inte avlastas utan kan belastas till smärtgräns med återgång till full aktivitet så snart smärtan tillåter.

Vid misstanke om septisk artrit/osteomyelit

- Sätt in intravenös antibiotikabehandling (efter odlingar) i samråd med ortoped och infektionsläkare.

Vid misstanke om *Borrelia*artrit

- Amoxicillin förordas fortfarande till barn under 8 år och doxycyklin till äldre. Behandlingstid 2–3 veckor, se [Läkemedelsverkets föreskrift](#).
- Efter 3 veckors antibiotikaterapi kan steroidinjektion övervägas.

Vid misstanke om icke-bakteriell artrit

- aktiv exspektans

- symtomlindrande behandling (se nedan).

Symtomlindrande behandling

Överväg paracetamol och ibuprofen i ordinarie dos i smärtstillande, inflammationshämmande och/eller febernedsättande syfte. Observera att den smärtlindrande effekten av ibuprofen dröjer 1–2 timmar.

Intraartikulär steroidbehandling

Vid ihållande artrit där initial behandling med COX-inhibitorer har haft otillräcklig effekt bör behandling med lokal steroidinjektion övervägas, i avsaknad av absoluta (t. ex. septisk artrit) eller relativa (t. ex. tidig borreliaartrit) kontraindikationer.

Vid behov av multipla ledinjektioner eller om ingrepp i vakenhet inte är möjligt bör generell anestesi övervägas. Lustgas kan användas som sedering vid smärtsamma ingrepp.

Vid uttalad ledutgjutning bör försök med uttömning av ledvätska utföras före steroidinjektionen. Stöd och hjälp från radiolog och/eller ortoped rekommenderas vid svårare punktioner/procedurer (ex. genomlysnings- eller ultraljudslett ingrepp).

De substanser som används för intraartikulär steroidbehandling är:

- triamcinolon (Lederspan eller Kenacort T) för stora leder
- metylprednisolon (Depo-Medrol) för små leder

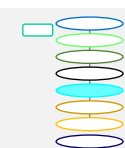
Effekten av lokala steroidinjektioner varar upp till några månader, vid framgångsrikt resultat, Recidiv kan konstateras mycket tidigare vid misslyckat utfall (för låg dos av steroidpreparat, felaktig injektionsteknik eller mycket aktiv terapistolerant sjukdom).

Komplikationer



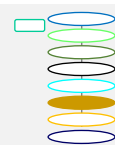
- kronisk artrit
- leddestruktion
- tillväxtrubbning
- smärtsyndrom
- skolfrånvaro
- läkemedelsbiverkan.

Klinisk uppföljning



Tät uppföljning rekommenderas vid aktiv exspektans eller enbart analgetikabehandling.
Återbesök efter 2 veckor vid ordinerad anti-inflammatorisk behandling.
Tät poliklinisk uppföljning eller ineliggande observation rekommenderas vid svåra fall, såsom utbredd inflammation av oklar genes.

Remissrutiner



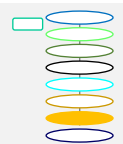
Vid misstanke om septisk artrit, akut remiss till ortopedjour för bedömning.
Vid misstanke om osteomyelit, tveka inte att ta kontakt med infektionsjour kring antibiotikaval och odlingsförfarande.
Vid misstanke om kronisk artrit, remiss till reumatologiprofilerad barnläkare för uppföljning och vidare behandling.

Vårdansvar och samverkan



På varje barnklinik bör det finnas en barnspecialist med ansvar för uppföljning av barn med inflammatorisk ledsjukdom. Det bör också finnas ett samarbete med en universitetsklinik för konsultation vid komplicerade barnreumatologiska frågeställningar.

Patientmaterial



Vid diagnostiserad juvenil idiopatisk artrit, se www.printo.it

Fördjupning



[Läkemedelsbehandling vid borreliainfektion – ny behandlingsrekommendation](#)
Information från Läkemedelsverkets (2009)

[Farmakologiska behandlingsrutiner vid juvenil idiopatisk artrit](#) (Svensk Barnreumatologisk Förening)

[Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation](#)
Information från Läkemedelsverket (2017)

Dokumentfakta

Författare: Michele Compagno, Skånes Universitetssjukhus, Lund och Johan Schöier, Västmanlands sjukhus, Västerås

Granskare: Anders Fash, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg och Lillemor Berntson, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Uppdaterat: Mars 2018