

AKUT ARTRIT HOS BARN OCH UNGDOMAR

Syfte

Att ge en överblick över tillstånd av betydelse för initialt omhändertagande av barn och ungdomar med akut ledvärk/artrit. Denna information gör inte anspråk på att vara heltäckande.

Bakgrund

Hastigt påkommen värk, svullnad och nedsatt/avvikande funktion i rörelseapparaten hos barn och ungdomar är en vanlig kontaktorsak på akutmottagningar.

Akut artrit definieras som tillfällig ledinflammation, oavsett orsak. Inflammationen kan ge klassiska inflammationstecken (smärta, stelhet, rodnad, svullnad, värmeökning och nedsatt funktion) av olika grad, men också allmänna symtom såsom feber, irritabilitet, trötthet och nedsatt allmäntillstånd.

Ortopediska, reumatologiska, infektiösa och onkologiska tillstånd 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.

En första preliminär indelning sker efter antalet inflammerade leder: **monoartrit** (en inflammerad led), **oligoartrit** (mellan 2 och 4 inflammerade leder) och **polyartrit** (5 eller fler inflammerade leder).

Mest relevanta differentialdiagnoser är följande:

Monoartrit	Oligoartrit (2-4 leder)	Polyartrit (>4 leder)
<ul style="list-style-type: none">Septisk artrit	<ul style="list-style-type: none">Reaktiv artrit	<ul style="list-style-type: none">Reaktiv artrit
<ul style="list-style-type: none">Osteomyelit	<ul style="list-style-type: none">JIA	<ul style="list-style-type: none">Juvenil idiopatisk polyartrit
<ul style="list-style-type: none">Posttraumatisk artrit	<ul style="list-style-type: none">Artrit vid CNO (CRMO)	
<ul style="list-style-type: none">Malignitet	<ul style="list-style-type: none">ALL: symmetrisk artrit i nedre extremiteterna eller monoartrit	
<ul style="list-style-type: none">JIA		
<ul style="list-style-type: none">Borreliartrit		

Tidigt måste allvarliga sjukdomstillstånd såsom **bakteriell infektion** (osteomyelit, septisk artrit) och **tumörsjukdom** (leukemi, sarkom) uteslutas.

Vid hastigt påkommen ensidig hälta hos mindre barn (3–8 år) med inskränkt höftledsrörlighet utan allmänsymtom bör **coxitis simplex** misstänkas. Påvisad utgjutning vid ultraljudsundersökning av höftleden stärker diagnosmisstanken och kompletterande slätröntgen av skelettet rekommenderas för att utesluta **Perthes sjukdom** (röntgenförändringar kan uppträda först efter 4–6 veckor) eller **epifysiolyt**. Vid typiskt sjukdomsförlopp kan man avvakta något dygn med radiologisk diagnostik.

Vid långdragna symtom bör **autoimmun ledsjukdom** misstänkas. Diagnosen **juvenil idiopatisk artrit** (JIA) förutsätter artritduration ≥ 6 veckor. Andra autoimmuna sjukdomar som SLE och juvenil dermatomyosit kan ge symtom från leder och muskler.

Differentialdiagnostik

Barnmisshandel: ska alltid övervägas vid oklar/svårbegriplig orsak till smärta och nedsatt funktion i rörelseapparaten.

Osteokondros (rubbning i tillväxt- och förbeningszoner) /**apofysit** (inflammation i tillväxtplatta): kan drabba höft (*Perthes sjukdom*) eller knä (*Osgood-Schlatters sjukdom* och *Sinding-Larsen-Johanssons sjukdom*), fot (*Severs sjukdom*, *Köhlers sjukdom* och *Freibergs sjukdom*), armbåge (*Panners sjukdom*) eller ryggrad (*Scheuermanns sjukdom*).

Osgood-Schlatters sjukdom (tuberositas tibiae), *Sinding-Larsen-Johanssons sjukdom* (patella nedre polen) och *Severs sjukdom* (calcaneus) drabbar främst idrottsaktiva ungdomar.

Entesit (inflammation vid infäste av sena, ligament eller ledkapsel): Vanligtvis drabbas nedre polen av patella, calcaneusfästen (plantarfascian och hälsenan) och trochanter major.

Utredning

En fördjupad anamnes och en **fullständig somatisk undersökning**, inklusive komplett ledstatus behövs inför ställningstagande till vidare utredning.

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

Status: allmäntillstånd (feber, tecken till sepsis, svår smärta, blodtryck), inre organ (hepatosplenomegali, kardiopulmonella avvikelser, lymfadenopati), hud (utslag, blåmärken, skador).

Vid **ledundersökning** bedöms lokal svullnad, värmeökning, rodnad, ömhet, rörelseinskränkning, ledfunktion samt antalet engagerade leder. Kompletteras med undersökning av rygg (ömhet, rörelseinskränkning, nedsatt funktion) och muskler (värk, svaghet, uttrötbarhet).

Provtagning bör genomföras utifrån fynd vid klinisk undersökning och anamnes.

CRP bör frikostigt kontrolleras. Normalt CRP utesluter inte artrit! Kontrollera gärna SR.

- Förhöjda TPK och lägre Hb kan tala för kronisk inflammation
- Vid misstanke om infektion rekommenderas: LPK, neutrofila, blododling, andra odlingar.
- Vid misstanke om postinfektiös/reaktiv inflammation rekommenderas riktad provtagning baserad på sannolika agens (ex. Borrelia, strep-A, parvovirus, salmonella, mm).
- Vid misstanke om tumörsjukdom rekommenderas: komplett blodstatus med diff, LD.
- För att utesluta inre organengagemang rekommenderas: leverstatus, kreatinin, urinprov.

Immunologiska prover

Vid misstanke om JIA: ANA. Från ca 10 års ålder tillägg av RF och anti-CCP (särskilt om symmetrisk polyartrit i små leder).

Vid misstanke om systemisk inflammatorisk sjukdom, ex Juvenil SLE: ANA, (anti-dsDNA, ENA), komplement (C3, C4, C1q).

Diagnostisk **led- och benpunktion** bör utföras vid misstänkt septisk artrit respektive osteomyelit, dvs vid lokaliserad smärta eller svullnad av enstaka led utan förklaring, i kombination med:

- Feber och allmänpåverkan utan förklaring eller/och
- CRP >30 och eller leukocytos med vänsterförskjutning utan förklaring

Samverka med ortoped. Skicka ledvätska för analys (leukocyter, neutrofila, glukos, laktat), direktmikroskopi, allmän odling och skicka/spara sterilt odlingsrör utan tillsats för PCR 16S rDNA. Tänk på att inkludera analys för **Kingella Kingae** som är den vanligaste agens vid septisk artrit/osteomyelit före 4 års ålder.

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 rekommenderas vid engagemang av enstaka led.

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:

Intravenös antibiotikabehandling (efter odlingar) insättes i samråd med ortoped och infektionsläkare. Tänk på att Kingella inte svarar på behandling med Vancomycin eller Klindamycin.

Vid misstanke om icke-bakteriell artrit:

Aktiv expektans, symtomlindrande behandling med frikostig ordination på paracetamol och ibuprofen i ordinarie dos i smärtstillande, inflammationshämmande och/eller febernedsättande syfte. Obs att smärtlindrande effekten av ibuprofen kommer först efter 1 – 2 timmar.

Vid misstanke om Borreliaartrit:

Amoxicillin förordas fortfarande till barn under 8 år och doxycyklin till äldre, enligt [Läkemedelsverkets föreskrift](#). Behandlingstid 3 veckor, därefter kan intraartikulär steroidinjektion övervägas (v g se nedan).

Intraartikulär steroidbehandling:

Vid ihållande icke-bakteriell artrit där initial behandling med COX-inhibitorer har haft otillräcklig effekt bör behandling med lokal steroidinjektion övervägas. Man bör ta hänsyn till allmänna [rekommendationer för hantering av procedursmärta hos barn](#).

Vid behov av multipla ledinjektioner eller om ingrepp i vakenhet inte är möjligt bör generell anestesi övervägas. God erfarenhet finns av att använda lustgas som sedering vid smärtsamma procedurer.

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

De preparat 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, men recidiv kan konstateras mycket tidigare vid misslyckat utfall (för låg dos av steroidpreparat, felaktig injektionsteknik eller mycket aktiv terapisten sjukdom).

Remissrutiner

Följande rekommenderas:

- Vid misstanke om septisk artrit: akut remiss till ortopedjour för bedömning.
- Vid misstanke om osteomyelit: kontakt med infektionsjour kring antibiotikaval och odlingsförfarande.
- Vid misstanke om kronisk artrit: remiss till reumatologiprofilerad barnläkare för uppföljning och vidare behandling.
- Vid akut artrit, såsom simplex coxit, kan uppföljningen individualiseras, men angeläget med ny vårdkontakt om utebliven symtomfrihet.

Komplikationer

Kronisk artrit, leddestruktion, tillväxtrubbning, smärtsyndrom, skolfrånvaro, läkemedelsbiverkan.

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. [Relaterad information](#)

”Farmakologisk behandling av juvenil idiopatisk artrit (JIA)”

[Farmakologisk behandling av barn med juvenil idiopatisk artrit \(JIA\) \(barnlakarforeningen.se\)](#)

“Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna –
behandlingsrekommendation”, Information från Läkemedelsverket 2017:28(3)

https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Information_fran_lakemedelsverket_nr_3_2017_behandlingsrekommendation.pdf

Om dokumentet

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

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

Uppdaterad: oktober 2023

Specialitet: Barn- och ungdomsmedicin, Reumatologi

