

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Josefine Hätting, (josos), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-08-18

Giltig till: 2026-11-30

Juvenil idiopatisk artrit (JIA) - handläggning

Revideringar i denna version

Förlängt giltighetstiden.

Bakgrund, syfte och mål

Sammanfattning av symtom, utredning och behandling vid juvenil idiopatisk artrit.

Arbetsbeskrivning

Artrit = ledinflammation

Vid artrit ses ledsvullnad samt vanligen värmeökning, ömhet, smärtande rörelse och/eller rörelseinskränkning.

Om leden inte är svullen krävs minst två av de övriga inflammationstecknen, d.v.s. värmeökning, ömhet, smärtande rörelse/rörelseinskränkning för att ledsymtomen ska bedömas som en artrit.

DEFINITION AV JIA

JIA är ett samlingsnamn för reumatisk ledsjukdom hos barn. För diagnosen krävs:

- Artrit
- Sjukdomsdebut före 16 års ålder
- Duration minst 6 veckor
- Annan orsak till artrit exkluderad

UNDERGRUPPER AV JIA

Indelning enligt ILAR-klassifikationen från 2001 (ILAR = International League of Associations for Rheumatology. Indelningen spelar viss roll för handläggning och lite större roll för prognos. Framför allt möjliggör den enhetliga kliniska studier):

1. Systemisk JIA

Tidigare kallad Still's sjukdom. Mest ovanlig. Skiljer sig från övriga undergrupper avseende symtom och sjukdomsmekanism. Artrit i en eller flera leder samt daglig feber >2 veckor i sträck, ofta "sågtandsmönstrad", d v s kraftigt svängande feber

över dygnet. Flyktigt erytematöst exantem (laxrosa) och/eller generell lymfkörtelförstoring och/eller hepato-splenomegali och/eller serosit. Artrit föreligger inte alltid vid debuten.

Systemisk JIA är ett autoinflammatoriskt tillstånd. (Autoantikroppar saknas, det adaptiva immunförsvaret är inte inblandat.)

2. Oligoartrit

Vanligast. 1-4 leder engagerade vid diagnos. Delas in i undergrupperna persisterande oligoartrit där antal artriter även efter 6 månader förblir högst fyra, samt utvidgad oligoartrit där fem eller flera leder blir engagerade efter 6 månaders sjukdom.

3. Polyartrit (reumafaktor-negativ)

Fem eller fler artriter under de första 6 månaderna av sjukdomen.

4. Polyartrit (reumafaktor-positiv)

Som ovan men positiv reumafaktor vilket är en prognostiskt negativ faktor.

5. Psoriasisartrit

Artrit och psoriasis eller artrit tillsammans med minst två av följande: daktylit/gropar i naglarna eller onykolys/ psoriasis hos förstagrads släkting.

6. Entesitrelaterad artrit

Artrit och entesit alternativt artrit eller entesit plus minst två av: ömhet över SI-leden med eller utan inflammatorisk lumbosakral smärta/ HLA-B27-positivitet/ debut av artrit hos pojke över 6 år/ akut symtomatisk främre uveit (irit)/ förstagrads släkting med ankyloserande spondylit, entesitrelaterad artrit, sakroiliit med inflammatorisk tarmsjukdom, Reiters syndrom eller akut främre uveit.

7. Ospecificerad artrit

Artrit som inte uppfyller kriterierna för de andra grupperna, eller som uppfyller kriterierna för flera grupper.

INCIDENS

Osäkra siffror men ca 15/100 000 barn per år i Norden.

DIFFERENTIALDIAGNOSER

Artriter och akut feber	Septisk artrit/sepsis Leukemi Reumatisk feber Systemisk inflammatorisk sjukdom Kawasaki Autoinflammatorisk sjukdom
Artrit enstaka led/-er	Reaktiv artrit, utlöst av infektiöst agens. Vanligast: Borrelia, Streptokocker, tarminfektioner (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia). Vid reaktiv artrit oftast akut och smärtsam debut. Går ibland över i en manifest ledsjukdom. Purulent artrit/osteomyelit

	Heoch- Schönlein Coxitis simplex
Ledsmärta utan artrit	Överrörlighet Perthes Epifyseolys Schlatter Chondromalaci Trauma Växtvärk Tumör M fl.

UTREDNING VID ARTRIT

Anamnes:

Ledsymtom – svullnad, smärta, morgonstelhet

Allmänsymtom

Hereditet (inkl autoimmun sjukdom, IBD)

Hud

Status:

Artrittecken? Vilka leder? (Glöm ej käkleden; gapförmåga, palpömheter? V.b. remiss barntandvården.)

Rörelsemönster

Hud

Lab:

Blodstatus med diff	<i>Kan vara normalt men ofta lätt trobocytstegring vid JIA</i>
CRP, (SR om möjligt)	<i>Normala till lätt förhöjda. SR kan vara mer förhöjd än CRP</i>
Ev borreliaserologi	<i>Artrit vid Borrelia är senmanifestation, dvs vanligen förhöjd IgG</i>
ANA	<i>ANA-positivitet krävs inte för diagnos. Innebär dock ökad risk för främre uveit (irit) vid JIA. ANA är även kopplat till systemiska inflammatoriska sjukdomar 5% av friska barn och ungdomar är ANA-positiva.</i>

Slätröntgen Artritförändringar ses sällan hos barn. Tumör? Ortopedisk åkomma?

Vid misstanke om reaktiv artrit:

Feces-och svalgodling Om ej misstanke om infektion samt artritduration >6 veckor – ej reaktiv artrit
Serologi tarminfektioner
ADNas

Vid misstanke om septisk artrit (diskutera gärna med barnreumatolog):

Odling på ledvätska Feber, rörelsesmärta, påverkat AT, högt CRP och lpk

Utvidgad utredning utifrån det enskilda fallet:

Elfores
Anti-CCP/reumafaktor (RF)
ASAT/ALAT
Celiakiantikroppar
Calprotectin
HLA-B27
komplementfaktorer, anti-dsDNA etc...

MR (inflammation syns)

Ultraljud (ev med doppler för att visualisera inflammation)

Kom ihåg: JIA är kopplad till risk för asymtomatisk främre uveit (irit). Alla barn med JIA ska bedömas av ögonläkare.

BEHANDLING

Behandlingsmål: Motverka ledinflammation, leddestruktion, tillväxtstörning, smärta, rörelseinskränkning och försämrad livskvalitet.

- **NSAID.** Vid smärta och morgonstelhet. Dosförslag ibuprofen: 30 mg/kg/dygn.

- **Steroider.** Ges av/i samråd med barnreumatolog. Intraartikulära steroider är en viktig och bra behandling som kan upprepas med vanligen god effekt. Kortisoninjektioner ger inte leddestruktion, vilket däremot en långvarig obehandlad artrit gör.

Steroider per os endast i undantagsfall. Kan ges som överbryggande behandling i väntan på effekt av DMARD.

Obs! Spruta aldrig kortison i en led om misstanke finns om septisk artrit eller borreliaartrit.

- **DMARD, Disease Modifying Antirheumatic Drugs.** Behandling påbörjas av/i samråd med barnreumatolog. Metotrexat har dokumenterad effekt hos barn och används absolut mest. Upp till tre månader till full effekt. Regelbundna kontroller av leverstatus, blodstatus och krea.

- Biologiska läkemedel. TNF-alfahämmare, t.ex. Enbrel, Humira (Infliximab i

vissa fall) är förstahandsval vid JIA. Dyra, effektiva med snabbt insättande effekt.

OBS! DMARD och biologiska läkemedel påverkar immunförsvaret. Vid feber pausas behandlingen och bakteriell infektion utesluts/behandlas. Vattkoppor är potentiellt farligt för patienter som behandlas med Metotrexat och/eller biologiskt läkemedel varför man ska ta reda på immunitetsstatus och vid behov i möjligaste mån tillse att barnet vaccinerats innan behandlingsstart. Vid ev vattenkoppsinfektion skall antiviral behandling ges, se information från Läke-medelsverket samt vårdprogram om vaccinationer under litteraturtips.

JIA-patienter handläggs i samarbete med sjukgymnast/arbetsterapeut, kurator/psykolog, ögonläkare, barntandvård, ibland ortoped/handkirurg och hudläkare.

Litteraturtips: S Hagelberg et.al Barnreumatologi, Studentlitteratur 2008.

Vårdprogram Farmakologiska behandlingsrutiner för juvenil idiopatisk artrit, JIA. Svensk barnreumatologisk Förening, BLF.

Vårdprogram [Vaccination av patient med juvenil idiopatisk artrit \(JIA\)](#). Svensk barnreumatologisk förening, BLF.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Josefine Hätting, (josos), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-8

Version: 9.0

Giltig från: 2026-08-18

Giltig till: 2026-11-30