

Regional medicinsk riktlinje

Ansvarsfördelning mellan primärvård och ortopedisk specialistvård - barn och ungdomar

Innehåll

Huvudbudskap.....	2
Nytt sedan föregående revidering	2
Bakgrund, behandling, uppföljning, vårdnivå	2
HÖFT	3
Höftledsluxation/Höftledsdysplasi.....	3
Coxitis simplex	4
Morbus Perthes (Perthes sjukdom) Coxa plana	5
Höftledsfysiolyt	5
KNÄ.....	6
Genu valgum/varum	6
Främre knäledssmärta	6
FOT	7
Plattfothet.....	7
Hälsmärta	8
BEN	8

Benlängdsskillnad	8
Intoeing	9
RYGG	10
Skolios.....	10
Bilaga 1	Error! Bookmark not defined.

Huvudbudskap

Barnortopediska problem är vanliga inom primärvården. Det är viktigt att den initiala utredningen är adekvat och att patienterna remitteras till ortopedspecialister när detta är medicinskt befogat.

Dokumentet innehåller en kortfattad allmän del och en bilaga som beskriver olika ortopediska sjukdomstillstånd hos barn och ungdomar.

Nytt sedan föregående revidering

I avsnittet om höftledsluxation/dysplasi, handläggning i primärvård har punkten om att ringa ortopederna vid oklart röntgensvar ersatts med ”remiss till ortoped”.

Gällande skoliosavsnittet har ”handläggning i primärvård” ersatts av ”handläggning på primärvårdsnivå” vilket också innefattar skolhälsovården.

För övrigt endast redaktionella ändringar.

Bakgrund, behandling, uppföljning, vårdnivå

Remiss från primärvården till ortopedisk specialistnivå ska innehålla:

- Sammanfattande beskrivning av duration, förlopp och lokalisation av symtom, funktionella besvär med diagnosförslag och tydlig frågeställning.
- Vilken funktionsnedsättning ger tillståndet på fritiden och i skolan eller på arbetet. Höger- respektive vänsterhänthet anges om det är adekvat.
- Andra relevanta sjukdomar, BMI när det är adekvat.
- Resultat av genomgångna utredningar/behandlingar anges (röntgen, fysioterapi med mera).

- Allmäntillstånd/aktuell status.
- Övrigt ("second opinion", tankar om kirurgisk behandling, rökning, allergi, rädsla med mera).

Remiss från ortopedisk specialistvård till primärvården ska innehålla:

- Diagnos.
- Prognos.
- Förväntad utläkningstid/rehabiliteringstid.
- Vilken uppföljning planeras - vad förväntas av primärvården.
- Vem som förväntas ha patientansvaret.
- Om överföring av vårdansvar ska remiss skrivas enligt regionala riktlinjer.
- Eventuell pågående läkemedelsbehandling, förskriften fysioterapi, inlägg.

Aktuella diagnoser

Höftledsluxation/höftledsdysplasi	Q65.2 respektive Q 65.6
Coxitis simplex	M13.1
Perthes sjukdom	M91
Höftledsfysiolog	M73.0
Genu valgum/varum	M21.0 respektive M21.1
Främre knäledsmärta	M22.4
Plattfothet	M21.4
Hälsmärta	M78
Skolios	M41.1
Benlängdsskillnad	M21.7
Intoeing	Q65.8, Q68.4 respektive Q66.2

HÖFT

Höftledsluxation/Höftledsdysplasi

Bakgrund

Alla nyfödda undersöks på BB beträffande höfternas stabilitet. Trots detta händer det att höftinstabilitet, luxation eller dysplasi upptäcks sent, ibland vid flera månaders ålder eller senare. Instabilitet i nyföddhetsperioden är vanligt och förekommer hos 1/100 nyfödda. Endast några av dessa barn har en luxerbar eller luxerad höft.

Hos ett fåtal barn missas instabilitet vid första undersökningen. Andra utvecklar, trots en stabil höft vid födseln, en ostadighet och en höftledsdysplasi (underutvecklad ledpanna och ett icke adekvat läge av höftkulan i leden). För att undvika utveckling av dysplasi senare i livet är det av största vikt att de barn som missas initialt upptäcks snarast i samband med BVC-kontroller.

Knäppningar i höft eller knä i samband med undersökning är i allmänhet ospecifika fynd och har inget med instabilitet eller luxation att göra.

Handläggning i primärvård

- Bedöma barnhöfter enligt BVC-schema.
- Vid misstänkt höftledsluxation - benlängdsskillnad, inskränkt höftabduktion (<70 grader), asymmetriskt rörelseomfång, asymmetriska lårveck eller instabilitet – remiss till röntgen (röntgen barnhöfter)
- Vid svårtolkat eller patologiskt röntgensvar – remiss till barnortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Bedömning av röntgenbilder.
- Besluta om eventuell behandling och om patienten behöver följas vidare av barnortoped.

Coxitis simplex

Bakgrund

Vanligt förekommande tillstånd hos barn framför allt i åldrarna 3–6 år. Barnet klagar på smärtor från höften eller knäet och vägrar ofta att stå på benet. Såväl det aktiva rörelseomfånget som det passiva rörelseomfånget är kraftigt begränsat. Lätt subfebrilitet kan förekomma.

- Viktigt att utesluta bakteriell coxit, då barnet har hög feber (> 38,5°), är svårt allmänt sjukt och CRP är förhöjt (>100).

Handläggning i primärvård

- Ta temp och CRP. Observera att CRP kan vara närmast normalt i tidig fas av septisk artrit.
- Coxitis simplex kräver ingen behandling annat än analgetika/inflammationshämmare. Remiss till barnortoped behövs inte.
- Vid kvarstående besvär efter 10 dagar, remiss till röntgen med frågeställning Perthes. Skulle röntgen visa något patologiskt - remiss till barnortoped.
- Vid misstanke om bakteriell coxit - akut remiss till ortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Vid misstanke om bakteriell coxit utför remiss för ultraljud med frågeställning vätska. Akut punktion av höftleden i narkos.

Morbus Perthes (Perthes sjukdom) Coxa plana

Bakgrund

Perthes sjukdom är en aseptisk nekros av femurs proximala epifys (caput). Drabbar framför allt pojkar mellan 4 och 9 år. Symtomen är hälta och smärta i ljumsken som ökar vid aktivitet. Vid den kliniska undersökningen finner man inskränkt passivt rörelseomfång framför allt abduktion och rotation. Prognosen är avhängig av patientens ålder och hur stor del av epifysen som är nekrotisk.

Handläggning i primärvård

- Vid misstanke om Perthes sjukdom, remittera till röntgen.
- Vid normal röntgen avvakta, ingen begränsning av aktivitet annat än patientens subjektiva besvär. Kvarstår besvären efter 3 månader - ny remiss till röntgen.
- Vid patologisk röntgen - remiss till barnortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Vid Perthes sjukdom följs patienten kliniskt och röntgenologiskt och vid behov sker operation.

Höftledsfysiolog

Bakgrund

Höftledsfysiolog är en separation av femurs proximala fys som leder till en framåtroteration av femur i förhållande till epifysen. De barn som insjuknar är vanligtvis mellan 9 och 15 år, något vanligare bland pojkar än flickor. Symtomen är hälta och smärta i ljumsken. Det är inte ovanligt att patienten endast klagar på smärta från knäet. Vid gång utåtrotterar patienten benet och vid den kliniska undersökningen finner man en tvångsmässig utåtrotation vid passiv flexion av höftleden.

Handläggning i primärvård

- Vid misstanke på höftledsfysiolog remittera akut till röntgen med frågeställning höftledsfysiolog.
- Vid normal röntgen avvakta, ingen begränsning av aktivitet annat än patientens subjektiva besvär. Kvarstår besvären efter 3 månader ny remiss till röntgen.
- Vid svårtolkad eller patologisk röntgen – akut remiss till barnortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Patienter med höftledsfysiolog opereras akut.

KNÄ

Genu valgum/varum

Bakgrund

Små barn under 2 år är ofta hjulbenta, medan barn runt 4 års ålder ofta är kobenta. Detta är i de flesta fall normalt och kommer att spontant korrigeras under uppväxten. Vid kontroll av barn inom primärvården avseende dessa tillstånd bör man försäkra sig om att barnet är friskt i övrigt och till exempel inte lider av D-vitaminbrist, eftersom rakit kan vara en orsak till ”krokiga” ben.

Handläggning i primärvård

- Är genu varum/valgum-ställningen symmetrisk på hö/vä sida. Om inte - remiss till barnortoped.
- Bedöm graden av genu valgum/varum (uppskatta vinkeln i stående) och mät intermalleolaravstånd (mellan mediala malleolerna) respektive interkondylaravstånd (mellan insidan av knäna/femurkondylerna) i cm. Patienten följs på detta sätt över tid.
- Ökar varus/valgus-ställningen mer än 10 grader/2 cm under ett års tid - remiss till barnortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till ytterligare uppföljning/åtgärd.

Främre knäledssmärta

Bakgrund

Kallas även patellofemoralt smärtsyndrom (PFFS). Tillståndet är mycket vanligt framför allt hos flickor i tonåren och karakteriseras av diffus smärta lokaliserad till främre delen av knäleden. Smärtan är oftast aktivitetsrelaterad. Vid undersökningen finner man en ömhet vid passiv rörelse i femuropatellära leden.

Handläggning i primärvård

- Uteslut meniskskada (distinkt ömhet över mediala eller laterala ledspringan) och ledbandsskada (instabilt knä eller kraftiga smärtor vid testning av stabiliteten). Vid misstanke om ovanstående - remiss till barnortoped.
- Röntgen endast nödvändig för att utesluta eventuella strukturella förändringar.

- Förklara att tillståndet är ofarligt och så gott som alltid försvinner spontant. Informera patienten om att anpassa sin fysiska aktivitet.
- Remiss fysioterapeut för att utarbeta träningsprogram.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ingen handläggning.

FOT

Plattfothet

Bakgrund

Föräldrar söker ofta på grund av att de tycker att barnen är plattfotade. Från sjukvårdens sida är det då väsentligt med en korrekt bedömning av foten/fötterna för att kunna besluta om eventuellt behov av åtgärd eller för att kunna ge föräldrarna adekvat information om tillståndet.

Skilj mellan flexibel/dynamisk och rigid plattfot. En flexibel/dynamisk plattfot ser normal ut i vila utan belastning men vid belastning utplanas längsgående fotvalvet och hälen går i valgus. När patienten går upp på tå utvecklas ett normalt fotvalv och hälen går i varus (hos ett mycket litet barn kan man böja stortån bakåt, vilket har samma effekt).

Handläggning i primärvård

- Flexibel/dynamisk plattfot ska som regel inte behandlas. Vid smärta kan primärt stadiga skor ordinerars. Om inte det hjälper kan avgjutna inlägg ordinerars. Kontrollera effekten efter två månader. Om smärtproblematiken är bestående – remittera till barnortoped.
- Vid rigid plattfot är mellanfoten stel och i stående på tå bildas inget fotvalv - remiss till barnortoped.
- Finns bakomliggande neurologisk orsak eller sidoskillnad – remiss till barnortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Rigid plattfot och smärtande plattfot där inlägg inte haft effekt utreds radiologiskt.
- Åtgärd beroende på diagnos.

Hälsmärta

Bakgrund

Det finns olika orsaker till hälsmärta:

- Achillobursit – smärta vid achillessenans fäste på calcaneus, calcaneussmärta – patienten är palpationsömhet över tuber calcaneus från ena eller båda sidor.
- Calcaneusapofysit (Morbys Haglund) – palpationsömhet över calcaneus apofys och ömhet under hälen – palpationsömhet under calcaneus. Ofta rör det sig om fysiskt aktiva pojkar.

Handläggning i primärvård

- Vid samtliga tillstånd utom achillobursit är kilinlägg det som ska provas först. Köps i sport- eller skoaffär.
- Patienten rekommenderas att använda skor med dämpande sula utan hälkappa.
- Vid utebliven förbättring efter 2–3 månader remiss till barnortoped.
- Förklara att tillståndet är ofarligt och så gott som alltid försvinner spontant. Informera patienten om att anpassa sin fysiska aktivitet.
- Remiss till fysioterapeut för att utarbeta träningsprogram.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Vidtar ytterligare undersökning med röntgen, ultraljud och eventuell MRI och därefter föreslå behandling.

BEN

Benlängdsskillnad

Bakgrund

Benlängdsskillnad kan uppstå av olika skäl:

- Det kan vara medfött och kvarstå oförändrat genom uppväxten eller successivt tillta med ökad tillväxt.
- Det kan vara effekten av en infektion i en tillväxtzon någon gång under barndomen, vilket medfört att tillväxten i den drabbade zonen störts.
- Det kan orsakas av en fraktur som antingen medfört en påverkan på tillväxtzon eller en direkt påverkan på benet i frakturområdet.

Oavsett orsak ska benlängdsskillnad bedömas och följas hos en växande individ. Orsaken kan dock ge en viss upplysning om eventuell risk för

progress. Benlängdsskillnad bedöms bäst med patienten i stående och inspektion bakifrån av bäckenets ställning (sänkning av ena eller andra bäckenskoveln). Vid bäckensänkning, läggs träblock av olika höjd under det korta benets fot tills dess bäckenet är horisontalställt, vilket då ger svaret på hur stor benlängdsskillnad som föreligger.

Handläggning i primärvård

- Bedöm benlängdsskillnaden, kontrollera om följande föreligger: bäckensänkning, skolios. Bedöm rörelseomfång i höftleder.
- Om mer än 2 cm – remiss till barnortoped.
- Om mindre än 2 cm ny kontroll efter 12 månader.
- Om tendens till ökande benlängdsskillnad – remiss till barnortoped. Uppgifter om utveckling och tillväxt samt pubertetsgrad bör finnas med på remissen.
- Om önskemål om inlägg kan detta ges upp till cirka 8 mm, därutöver krävs påbyggnad på skon.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Beräkning av prognostiserad benlängdsskillnad vid avslutad tillväxt görs om man noterar tendens till ökande skillnad och om skillnaden är över 2 cm.
- Vid benlängdsskillnad mellan 2 och 5 cm övervägs möjligheter till inbromsning av det långa benet med fysiodes (operativ slutning av tillväxtzon) runt knäled.
Vid benlängdsskillnad över 5 cm övervägs benförlängning av det korta benet (lårben och/eller underben).

Intoeing

Bakgrund

Att barn går inåt med tårna är vanligt, men leder ofta till frågor och funderingar från föräldrar och vuxna som vårdar barnet, huruvida detta är normalt eller inte.

Intoeing korrigeras i allmänhet spontant under uppväxten, men vid läkarundersökning är det viktigt att bedöma barnet adekvat för att kunna avgöra orsaken till intoeing och för att kunna ta beslut om eventuellt behov av åtgärd.

Handläggning i primärvård

- Intoeing kan bero på inåtrotation av lårbenet (ökad anteversion av collum femoris), inåtrotation av underbenet eller inåtböjning av foten.

- Vid inåtrotation av lårbenet pekar såväl knä som fot inåt då patienten står/går.
- Inåtrotationsförmågan i höftleden är större än utåtrotationsförmågan. Detta normaliseras spontant under uppväxten och kräver ingen åtgärd.
- Vid inåtrotation av underbenet är foten inåtvriden i relation till knäet, vilket ses bäst när barnet sitter med hängande underben. Intoeing korrigeras oftast spontant under uppväxten och kräver ingen åtgärd.
- Inåtböjning av foten – metatarsus adductus – kan vara flexibel/mjuk eller rigid/stel. Är foten mjuk och möjlig att passivt hålla rak kommer detta sannolikt att normaliseras spontant. Är foten däremot rigid - remiss till barnortoped.
- Ensidig intoeing – remiss till barnortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Klinisk undersökning och vid behov vidare radiologisk utredning och gånganalys.
- I vissa extrema fall bör operation erbjudas.
- Rigid metatarsus adductus gipsas i första hand.

RYGG

Skolios

Bakgrund

Skolios innebär krokighet i ryggen och kan noteras dels såsom snedhet om man inspekterar ryggen bakifrån, dels såsom en rotation (puckel) vid inspektion av patient som böjer sig framåt. För detaljer och handläggning se [regional rutin Skolios handläggning inom EMI samt utredning inom ortopedisk specialistsjukvård](#). Skolios kan ha många orsaker (missbildade ryggkotor, neuromuskulära tillstånd till exempel), men det vanligaste är den adolescenta idiopatiska skoliosen som i allmänhet upptäcks vid kontroller inom skolhälsovården runt 10 års ålder. Screening av ryggar ska genomföras i årskurs 4, 6 och 8 inom skolhälsovården. Inom skolhälsovården sker också uppföljning vid behov samt utfärdande av nödvändiga remisser till röntgen och ortoped.

Handläggning på primärvårdsnivå (vårdcentral, skolhälsovård)

- Kontrollera ryggens utseende och rörlighet, eventuell förekomst av bäckensänkning (benlängdsskillnad), ta anamnes; hereditet, smärta, funktion.
- Kontrollera neurologi.

- Mätning av Bunellvinkel med skoliometer. Vid benlängdsskillnad, mät både med och utan kompensation.
- Om Bunellvinkel 7 grader eller högre med skoliometer är det indicerat med röntgen skoliosrygg (*) med frågeställning ”Cobbvinkelmätning”.
- Vid en på Cobbvinkel 20 grader eller större – remiss till barnortoped eller ryggortoped enl. lokal rutin. Uppgift om pubertetsgrad ska anges och tillväxtkurvor bifogas.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Bedöm röntgenbilder och patientens status enligt ovan.
- Bedöm behovet av fortsatta kontroller och eventuell behandling.

Innehållsansvarig

Samordningsråd ortopedi.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

Granskad av: Emilia Möller Rydberg, (emimo3), Specialistläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-927

Version: 1.0

Giltig från: 2026-02-23

Giltig till: 2028-02-23