

Gäller för: Verksamhet Ortopedi

Giltig från: 2026-03-20

Innehållsansvar: Pavel Antonsson, (pavan1), Överläkare

Giltig till: 2026-10-11

Granskad av: Tero Laine, (terla8), Sektionschef

Godkänd av: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

Konstitutionell långvuxenhet

Förändringar sedan föregående version

2024-10-11 Inga förändringar sedan föregående version.

Bakgrund och syfte

Handläggning vid långvuxenhet hos barn och ungdomar.

Utförande

Allmänt

Långvuxenhet är i mångt och mycket en subjektiv upplevelse. Långvuxenhet definieras som längdtillväxt över 2 SD på tillväxtkurvan, en extrem långvuxenhet får 3 SD anses vara. En konstitutionell extrem långvuxenhet beror nästan alltid på genetiska faktorer. Längdtillväxten sker i nedre extremitetens långa rörben och i ryggen. När puberteten startar kommer ca 50 % av tillväxten ske i de nedre extremiteterna och 50 % i ryggen. Av den tillväxt som sker i benen kommer max 80 % att ske i tillväxtzonerna kring knäna.

Fall som kan komma i fråga för operativ åtgärd remitteras till barnortoped. En eventuell operativ behandling skall ses som ett "kosmetiskt ingrepp", några absoluta operationsindikationer finns inte. Vid operativ behandling utförs via borrhysiodes en destruktion av knäledernas tillväxtzoner, vilket leder till en slutning av fyserna. Man kan på så sätt stoppa ca 65–70 % av den tillväxt som finns kvar av nedre extremiteten. Längdtillväxten fortsätter dock i ryggen.

Utredning

Utredning av långvuxenhet skall göras av barnläkare och skolhälsovården. I grundutredningen ingår en röntgen **skelettåldersbestämning med slutlängdsprognos**. **Röntgen av knäleder** med frågeställning "öppna fyser" skall också utföras. Undersökning och utredning skall vara utförd före remiss sänds till barnortoped.

Differentialdiagnoser

Vi misstanke om differentialdiagnoser skall utredning och behandling genomföras av barnendokrinolog. Bland viktiga differentialdiagnoser finns kromosomrubbingar (Klinefelters syndrom (XXY), XYY-gen, Fragile-X), syndrom (Marfans syndrom, Sotos syndrom, homocysteinuri) och hormonella orsaker (hypertyreos, tidig pubertet, övernutrition, hypofysär gigantism (GH-tumör).

Indikationer för operation och remiss till barnortoped är:

- Stark önskan hos barn och föräldrar.
- En beräknad slutlängd hos **flickor på >185 cm** (utan menarche) och **pojkar > 205 cm**.
- Återstående tillväxt mer än 10–12 cm för pojkar och mer än 8 cm för flickor.
- En rimlig proportion, ryggens längd (sitthöjden) och nedre extremitetens längd.
- Remiss till barnortoped bör vara skickad innan pojkar nått 180 cm i längd/14 års ålder och flickor 165 cm i längd/12,5 års ålder.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

Källförteckning

1. Hubbard WH et al. Understanding Skeletal Growth and Predicting Limb-Length Inequality in Pediatric Patients: review article. J Am Acad Orthop Surg 2019;27: 312-319.
2. Hannema SE and Sävendahl L. The Evaluation and Management of Tall Stature. Horm Res Paediatr 2016; 85:347-352.
3. Goedegebuure WJ et al. Long-term follow-up after bilateral percutaneous epiphysiodesis around the knee to reduce excessive predicted final height. Arch Dis Child 2018; 103:219-223.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Pavel Antonsson, Överläkare Barnortopedi, Verksamhet Ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Innehållsgranskare

Tero Laine, Sektionschef Barnortopedi, Läkare, Verksamhet Ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Ortopedi

Innehållsansvar: Pavel Antonsson, (pavan1), Överläkare

Granskad av: Tero Laine, (terla8), Sektionschef

Godkänd av: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9809-955733808-34

Version: 5.0

Giltig från: 2026-03-20

Giltig till: 2026-10-11