

Anbefalte retningslinjer for:

Fysioterapi ved Juvenil Idiopatisk Artritt (JIA).

Juvenil Idiopatisk artritt - JIA, barneleddgikt, er en heterogen sykdomsgruppe som kjennetegnes ved artritt (leddhevelse, smerte/stivhet og nedsatt bevegelighet) i ett eller flere ledd med debut før fylte 16 år og varighet i minst 6 uker. Det finnes flere undergrupper JIA, som oligoartritt (affeksjon av < 5 ledd, ofte knær eller ankler), polyartritt (>5 ledd), systemisk form (med feber og evt. affeksjon av indre organer), psoriasisartritt og entesittrelatert artritt (senefestebetennelser og evt. revmatisk ryggbetennelse). En del JIA-pasienter får øyeffeksjon (regnbuehinnebetennelse). Medikamentell behandling består av NSAIDs (nonsteroidal anti-inflammatory drugs), artrocentese (leddtapping med kortisoninjeksjon), cellegift (methotrexate) og eventuelt nyere biologisk behandling. Mål for behandlingen er å redusere artritt og dermed minske sjansen for leddødeleggelse. Raynauds fenomener er sjelden. Noen pasienter har artritt i hender og håndledd, og pasienter som har cycliske citrullinerte peptider (CCP) eller revmatoid faktor (RF) antistoffer i blodet, har økt sjanse for kronisk forløp med leddødeleggelse. Prognosen varierer ellers avhengig av undergruppe. For ytterligere medisinsk informasjon om diagnosen.

Den kliniske undersøkelse beskrevet i dette dokumentet benyttes ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

UNDERSØKELSE

Anamnese

Hensikten med anamnesen er å kartlegge barnets funksjon i hverdagen samt å identifisere barnets hovedproblem.

- Hvilke ledd som er hovne og/eller smertefulle og hvordan dette påvirker barnets hverdag.
- Morgenstivhet er et vanlig symptom.
- Selvhjelpenhet ved på- og avkledning og personlig stell (ses i forhold til barnets alder), skriving og deltakelse i lek i barnehage, gym, fritidsaktiviteter og eventuelt bruk av hjelpemidler kartlegges.
- Det kan også være at barnet ikke klarer ting som det har klart tidligere, eller at det utfører aktiviteter på en annen måte.
- Små barn har ofte vansker med å angi smerter fra ledd. Ofte kan endret bevegelsesmønster, eller at barnet unngår aktiviteter eller blir irritabel, være et uttrykk for smerte.
- Noen barn er også plaget av tretthet (fatigue).
- Det er også sentralt å få frem hvilke interesser og ressurser barnet har.

Det er utført studier som har undersøkt fysisk aktivitetsnivå og deltakelse i kroppsøvingstimer blant barn med JIA. En svensk studie har vist at 55 % av barn med JIA sjelden eller aldri deltok i kroppsøvingstimene (Sällfors, 2003). Forskning har vist at barn og ungdom med JIA var mindre fysisk aktive sammenliknet med friske jevnaldrende (Lelieveld et al., 2008; Takken et al., 2003; van Brussel et al., 2007). Det er ikke utført liknende studier i Norge.

Inspeksjon

- Barnets spontane motorikk gir ofte god informasjon om hvilke ledd som kan være affisert.
- Hevelse
- Kontrakturer, feilstillinger
- Muskelatrofi
- Holdning
- Bekkensenkning undersøkes ved hver kontroll da dette kan endre seg når barnet vokser. SIPS og crista-kant benyttes som referansepunkter. Det er viktig at barnet står med lik tyngdefordeling på begge ben.

Generell funksjon

- Undersøkelsen tilpasses barnets alder og funksjonsnivå.
- Små barn observeres både i spontan lek/aktivitet og i mer styrt aktivitet.
- Fra 4-5 års alder observeres barnet i ulike funksjonsprøver, som gange, tå- og hælgang, løp, hopp, hink, ballkast og ulike grep. Barnet endrer ofte sitt bevegelsesmønster på grunn av artritt. Generelt avlaster små barn ved å avstive ledd med artritt helt eller unngår å bruke ekstremiteten. Større barn avstiver leddet mindre og bruker ekstremiteten mer, men er forsiktige ved bevegelse/aktivitet.

Lokal funksjon

Leddundersøkelse

Observasjonen under inspeksjon og generell funksjon danner grunnlaget for hva som undersøkes videre lokalt.

- Ved mistanke om artritt undersøkes leddet for hevelse, varmeøkning, palpasjonsømheter og rubor.
- Aktivt og passivt bevegelsesutslag kan undersøkes med goniometer.
- Passiv leddbevegelse undersøkes særlig om en finner reduserte aktive bevegelsesutslag.

Muskelkraft

Dynamometer (Baseline dynamometer og Grippit) kan benyttes for å måle håndkraft og dette er særlig aktuelt hos pasienter som har affeksjon av håndledd og fingerledd.

Utover dette vurderes muskelkraft stort sett i funksjonelle aktiviteter, for eksempel de som er beskrevet under avsnittet om generell funksjon.

Manuell muskeltest (MMT) kan eventuelt benyttes.

Fysisk utholdenhet/kondisjon

Studier har vist at barn med JIA har nedsatt fysisk utholdenhet (van Pelt et al. 2012, Lelieveld et al., 2007; van Brussel et al., 2007). Det er ingen studier som har vurdert utholdenheten til norske barn med JIA.

- 6 minutter gangtest kan benyttes.

TILTAK

Generelt om fysioterapi og fysisk aktivitet

De nyeste treningsstudiene har vist at barn med JIA får bedret bentetthet (Sandstedt et al., 2012), muskelstyrke (Sandstedt et al., 2013), utholdenhet og bevegelighet (Apti et al 2014) av ulike treningsintervensjoner. Enkelte av de litt eldre treningsstudiene viser at barn kan bedre sin fysiske form ved trening, mens andre studier ikke finner en slik bedring. Det alle studiene imidlertid har felles er at treningen ikke medførte økning i sykdomsaktiviteten, og de konkluderer med at det er trygt for barn med JIA å trene og være i fysisk aktivitet (Epps et al., 2005; Singh-Grewal et al., 2007). Det er generelt ingen restriksjoner angående fysisk aktivitet for barn med JIA.

Her kan man lese mer om [fysisk aktivitet ved JIA](#).

Fysioterapi anbefales når barnet ikke greier å delta i vanlig fysisk aktivitet. Dette skjer oftest ved sykdomsdebut og ved oppbluss av sykdommen. Det er også ofte aktuelt med fysioterapi når barnet har redusert funksjon, leddbevegelighet og/eller muskelstyrke.

Behandlingen initieres ofte på sykehuset og fortsetter i barnets hjemmemiljø. Det anbefales perioder med tettere oppfølging av fysioterapeut med målrettet behandling. For barn med vedvarende høy sykdomsaktivitet kan det være viktig med perioder uten fysioterapi for å opprettholde barnets motivasjon for fysioterapi og trening.

Ved redusert leddbevegelighet/kontrakturer

Leddets funksjon avgjør hva en vektlegger i behandlingen.

- For et kneledd er det viktigst med full kneekstensjon for å oppnå best mulig belastningsforhold i leddet, mens det i albueleddet er viktigst å ha god fleksjon for å klare daglige funksjoner, som for eksempel å spise og gre håret.
- Ved kontrakturbehandling benyttes traksjon og translatoriske glidninger, passive og aktive tøyninger samt styrketrening av aktuell muskulatur. Se retningslinjer ved [kontrakturbehandling](#).
- Ved hevelse i ledd kan lett traksjon benyttes, mens translatoriske glidninger og tøyning, oftest avvendes til barnet har vært til vurdering hos lege og eventuelt startet opp med økt medisinsk behandling eller har fått utført artrocentese.

Ved nedsatt muskelstyrke

- Små barn trener muskelstyrke gjennom daglige aktiviteter og lek.
- Større barn og ungdom kan trene spesifikk styrketrening, gjerne med kroppen som vekt. Samme prinsipper for styrketrening gjelder for barn med JIA som for friske.
- Det anbefales at en begynner med lett motstand for å se hvordan kroppen/leddene reagerer på treningen.

Ved nedsatt fysisk utholdenhet

- Alle former for utholdenhetstrening kan være aktuelle for barn med JIA.
- I perioder med høy sykdomsaktivitet kan det være lettere å gjennomføre treningsformer som svømming og sykling som gir mindre belastning på leddene enn for eksempel jogging.

Informasjon og veiledning

- Fysioterapeuten gir barnet, foreldre og skole- og barnehagepersonell informasjon og veiledning om fysisk aktivitet/trening, fysioterapi, aktuelle tilpasninger i barnets miljø, for eksempel barnehage og skole. Informasjon om fotsenger, oppbygg av sko og sko er også aktuelt.
- I perioder kan det være behov for å tilpasse gymtimene eller annen fysisk aktivitet slik at barnet kan delta ut fra sine egne forutsetninger. Det er ofte behov for et samarbeid med barnets kroppsøvingslærer. Noen ganger er det tilstrekkelig at fysioterapeuten på sykehuset har telefonkontakt med læreren, mens det i andre tilfeller er behov for at lokal fysioterapeut samarbeider tett med kroppsøvingslæreren.

Reference List

- Apti, M. D., Kasapcopur, Ö., Mengi, M., Öztürk, G, Metin, G. (2014). Regular aerobic training combined with range of motion exercises in juvenile idiopathic arthritis. *Biomed Research International*, 2014.
- Epps, H., Ginnelly, L., Utley, M., Southwood, T., Gallivan, S., Sculpher, M. et al. (2005). Is hydrotherapy cost-effective? A randomised controlled trial of combined hydrotherapy programmes compared with physiotherapy land techniques in children with juvenile idiopathic arthritis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 9, iii-iv.
- Lelieveld, O. T., Armbrust, W., van Leeuwen, M. A., Duppen, N., Geertzen, J. H., Sauer, P. J. et al. (2008). Physical activity in adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 59, 1379-1384.
- Lelieveld, O. T., van Brussel M., Takken, T., van Weert, E., van Leeuwen, M. A., & Armbrust, W. (2007). Aerobic and anaerobic exercise capacity in adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 57, 898-904.
- Sällfors, C. (2003). *Pain, coping and well-being in children with juvenile arthritis*. Nordic School of Public Health, Dissertation, Göteborg. Sweden.
- Sandstedt, E., Fath, A., Eek, M. N., & Beckung, E. (2013). Muscle strength, physical fitness and well-being in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis and the effect of an exercise programme: a randomized controlled trial. *Pediatr.Rheumatol.Online.J.*, 11, 7.
- Sandstedt, E., Fath, A., Fors, H., & Beckung, E. (2012). Bone health in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis and the influence of short-term physical exercise. *Pediatr.Phys.Ther.*, 24, 155-161.
- Singh-Grewal, D., Schneiderman-Walker, J., Wright, V., Bar-Or, O., Beyene, J., Selvadurai, H. et al. (2007). The effects of vigorous exercise training on physical function in children with arthritis: a randomized, controlled, single-blinded trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57, 1202-1210.

Takken, T., van der Net, J., Kuis, W., & Helders, P. J. (2003). Physical activity and health related physical fitness in children with juvenile idiopathic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62, 885-889.

van Brussel, M., Lelieveld, O. T., van der Net, J., Engelbert, R. H., Helders, P. J., & Takken, T. (2007). Aerobic and anaerobic exercise capacity in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 57, 891-897.

van Pelt, P. A., Takken, T., van, B. M., de, W. M., Kruize, A. A., & Wulffraat, N. M. (2012). Aerobic capacity and disease activity in children, adolescents and young adults with juvenile idiopathic arthritis (JIA). *Pediatr.Rheumatol Online J*, 10, 25.

Kristine Risum
Fysioterapeut, MSc
Nasjonal Kompetansetjeneste for Barne- og Ungdomsreumatologi - NAKBUR
Rikshospitalet
September 2009

Revidert Kristine Risum, juni 2014.