

Förord

Detta vårdprogram har tagits fram i samverkan mellan Eastmaninstitutet, Folktandvården Stockholms län AB, Barnreumatologen på Astrid Lindgrens barnsjukhus. En systematisk litteraturgenomgång har gjorts och en grupp erfarna odontologiska specialister och barnreumatologer från hela landet har medverkat med erfarenheter och synpunkter. Beprövad individuell erfarenhet har således utgjort en betydelsefull grund till rekommendationerna.

Den övergripande målsättningen med vårdprogrammet är att erbjuda patienterna ett likvärdigt och bra odontologiskt omhändertagande i hela landet och att de åtgärder som rekommenderas har i sin grund i klinisk erfarenhet, aktuella forskningsresultat men även med hänsyn tagen till de ekonomiska förutsättningar som finns inom tandvården och hälso- och sjukvården. Rekommendationerna följer i stor utsträckning ett tidigare vårdprogram som utarbetades 2003 vid Odontologiska Institutionen i Jönköping, och är en uppdatering av detta.

Shahin Omrani
Övertandläkare

Bo Magnusson
Bitr. överläkare

Britt Hedenberg-Magnusson
Övertandläkare, Docent

Orofaciala symptom och käkledsengagemang vid JIA

Juvenil idiopatisk artrit (JIA) är ett samlingsnamn för en heterogen grupp av kroniska inflammatoriska ledsjukdomar som drabbar barn och ungdomar med insjuknande före 16 års ålder [1]. Sjukdomen kan ge svåra skador på synovialmembran, brosk och underliggande ben. Käkledsengagemang vid JIA är vanligt och kan uppträda även vid medicinskt sett lindrig sjukdom. Symptombilden fluktuerar ofta över tid och prognosen i det enskilda fallet är ofta svårt att prediktera. Käkledsengagemang kan yttra sig såsom orofacial smärta, käkfunktionsstörningar, gap- och tuggsvårigheter, käkledsljud, öron- och huvudvärk eller påvisade degenerativa käkledsförändringar [2]. Många gånger är symptom och sjukdomstecken ett uttryck för pågående inflammation i käkleder (käkledsartit). Det bör understrykas att även relativt omfattande käkledsartit kan förekomma i frånvaro av kliniska fynd och subjektiva symptom [3]. Erfarenhetsmässigt föreligger det vid käkledsartit sällan 'klassiska inflammationssymptom' över ledensvullnad, rodnad och/eller värmeökning. Orofaciala symptom kan vara svårtolkade, särskilt vid undersökning av de yngsta barnen [4]. En väl upptagen anamnes och en omsorgsfullt utförd odontologisk undersökning av käksystemet är således nödvändig för att möjliggöra korrekt diagnos.

En frisk käkled är en förutsättning för normal utveckling av käk- och ansiktsskelettet. Obehandlad käkledsartit hos barn kan därför vålla en grav kraniomandibulär [5], tillväxthämning och leda till bettavvikelser, mandibulär mikrognati och ansiktasymmetri. I det långa loppet riskeras en varaktig försämring av den fysiska funktionen och många gånger en negativ psykosocial påverkan. Vid misstänkt käkledsartit bör därför behandling intensifieras, så att orofacial smärta, käkdysfunktion och käkledsengagemang i bästa fall kan undvikas. Den växande individen har god förmåga till läkning och enligt erfarenhet kan viss återuppbyggnad av skadad vävnad ske under lugna skeden av sjukdomen.

Samtliga barn med JIA ska handläggas hos barnläkare med särskild inriktning på denna patientkategori. Odontologisk screening ska alltid ingå som en del av den övergripande utredningen i samband med insjuknandet. Vid mer komplicerade ställningstaganden krävs nära samarbete mellan specialister inom odontologi och barnmedicin. Ett gott omhändertagande bör baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och förutsätter en god samverkan mellan odontologiska och medicinska specialiteter.



Målsättningen är tidig diagnostik och behandling av käkledsartit för att förhindra smärta, funktionsinskränkning, käkledsdegeneration och tillväxthämning.

Inom varje landsting bör det finnas tillgång till multidisciplinärt "JIA-team" med företrädare för barnmedicin, fysioterapi, radiologi, bettfysiologi, käkkirurgi, pedodonti och ortodonti.

Odontologisk screening



Alla patienter med misstänkt eller fastställd JIA diagnos ska remitteras till specialist inom odontologi med särskild kompetens inom barnreumatologi.

Remiss

Remiss till specialisttandläkare ska innehålla uppgifter om:

- Diagnos och subgrupp
- Kortfattad anamnes och subjektiva symptom
- Uppgifter om medicinerings och annan pågående behandling
- Sammanfattning av status
- Eventuell bilddiagnostik
- Uppgift om Reumafaktor anti-CCP, ANA och eventuellt HLAB 27
- Samlad bedömning av sjukdomsaktivitet

Diagnostik

Anamnes

Allmän och lokal anamnes är av central betydelse för att säkerställa en korrekt diagnos i det orofaciella området. Ett fåtal övergripande frågor räcker väl för att få en uppfattning om smärtduration, intensitet, lokalisering, störningar i underkäkens funktion och påverkan på vardagliga aktiviteter såsom exempelvis tuggning, gapning och tandborstning. De allra yngsta barnen kan ha svårt att verbalisera oro, obehag och smärta. Barnet kan också neka smärta om den som frågar upplevs som främmande eller om barnet tror att det leder till något smärtsamt t.ex. en injektion. Samverkan med vårdnadshavare krävs för en riktig tolkning av smärtbeteendet och för en korrekt värdering av anamnesuppgifter.

Det är nödvändigt att etablera en god kontakt, anpassa språket och undvika ledande frågor vid anamnesupptagningen. Använd gärna ett visuellt självskattningsinstrument (VAS, smärteckning) och be barnet peka på olika lokaliseringer. Smärtintensiteten bör om möjligt bedömas både i vila och vid käkrörelser.

Klinisk undersökning

- Extraoral bedömning (profil, asymmetri)
- Palpation av käkleder avseende smärta, ledrörlighet och käkledsljud

- Palpation av tugg- och nackmuskulatur
- Registrering av underkäkens rörelseomfång och ev. störningar i rörlighet
- Intraoral undersökning, plack, kariesregistrering, tandkött/slemhinnor och saliv
- Bettutveckling avseende sagittala, frontala och vertikala förhållanden samt mittlinje
- Ocklusion och artikulationsförhållanden
- Tandslitage och andra tecken på orala parafunktioner

Dokumentation

Fotografering

- Extraoral (en face, profil, vid gapning och med spatelbitning)
- Intraorala bilder (framifrån och från vardera sida)

Radiologi och odontologisk bilddiagnostik

- Panorama/OPG; Ortopantomogram som ska bedömas av radiolog [6].
- Kompletterande profilröntgen, MRT med kontrast och/eller CBCT käkleder efter individuell bedömning. Ultraljudsundersökning kan övervägas [7].
-



Samtliga barn med JIA ska i samband med odontologisk screening genomgå radiografisk undersökning med panorama/OPG vid första bedömningen..

Information

Muntlig och skriftlig information till patient och föräldrar bör innefatta syftet med odontologisk screening, vårdprogrammets innehåll, sammanfattning av kliniska och röntgenologiska fynd, terapiplan och uppföljningsstrategi. Informera alltid om ökad risk för försämrad oral hälsa [8]. Rekommendera vid behov fluorprofylax och hjälpmedel för att underlätta munhygien vid nedsatt handmotorik, t ex el-tandborste, greppförstoring. Ge information och instruktion om egenundersökning avseende tecken på käkledsengagemang, t ex försämrad gapförmåga, smärta vid underkäksrörelse, undvikande av föda med tuggmotstånd samt öronvärk. Därutöver ska ordinarie tandläkare informeras om ökad risk för tillväxtpåverkan, bettfel och försämrad oral hälsa.

Behandlings- och uppföljningsstrategi

Om inga subjektiva, kliniska och/eller radiologiska fynd talar för aktiv käkledsartrit, ska kontinuerlig uppföljning ske minst vartannat år fram till avslutad kranio-mandibulär tillväxt. Fortsatt radiologisk undersökning görs på individuell indikation. Slemhinneförändringar, karies och gingival sjukdom ska behandlas sedvanligt.

Käkledsartrit

Påvisande av käkledsartrit baseras på en sammantagen bedömning av barnets smärtbeskrivning, kliniska och bilddiagnostik och ibland vårdnadshavarens beskrivning av symptom och smärtbeteende.

Käkledsartrit kan misstänkas vid:

- Käksmärta i vila eller rörelse.
- Förändring av underkåkens rörelsemönster eller inskränkt ledrörlighet
- Avvikande gapningsrörelse, där underkåken devierar åt den affekterade sidan
- Oförklarlig och plötsligt uppkommen bettförändring, t ex lateral betttöppning
- Smärtutveckling vid dosminskning eller utsättning av medicinering
- Andra tillkomna orofaciala smärtor i frånvaro av annan förklaring



Patient och vårdnadshavare rekommenderas att regelbundet utföra "egenkontroll" och vid uppkomst av tecken på käkledsinflammation kontakta ansvarig tandläkare eller läkare.

Åtgärder

- Kontakt med behandlande läkare avseende generell medicinering
- MRT med kontrast i oklara fall
- Intraartikulär kortisoninjektion [9-10].
- Rekommendation om "kåkvila" och skonkost i den akuta fasen
- Överväg behandling med avlastande bettskena
- Rörelseträning vid kvarstående rörelsenedsättning av underkåken.
- Vid pågående tandreglering kontaktas behandlade tandläkare för diskussion om eventuellt uppehåll av behandlingen



Intraartikulär injektion med glukokortikoid är en evidensbaserad, effektiv och säker behandling vid käkledsartrit hos JIA patienter.

Orofacial smärta och kåkdysfunktion i frånvaro av käkledsartrit vid JIA

- Uteslut inflammation i halsrygg
- Beteendepåverkan åtgärder

- Avspännings- och rörelseträning
- Behandling med avlastande bettskena
- Fysioterapi
- Analgetika

Åtgärder vid bettförändringar och tillväxtavvikelser

Behandlingen syftar till optimal stabilisering av bettet för att befrämja gynnsamma belastningsförhållanden och god tuggfunktion.

- Ocklusionsstabiliserande åtgärd, t ex bettskena, bettslipning och fyllningsterapi
- Tillväxtadapterande och ocklusionsförbättrande käkortopedisk behandling [11]
- Ställningstagande till kirurgisk behandling görs multidisciplinärt

Käkkirurgisk konsultation kan övervägas vid:

- Terapieresistent käkledsartit för ställningstagande till artrocentes [12]
- Kranioandibulär tillväxtstörning, t.ex asymmetri, bettöppning och/eller hypoplasi som ej kan åtgärda enbart med ortodontisk behandling
- Kvarstående och kraftigt nedsatt gapförmåga eller misstanke om intrakapsulära adherenser eller vid ankylos

Inaktiv sjukdom

- Remission vid JIA definieras som symptomfrihet utan medicinering i två år [13]
- Uppföljning hos specialitandläkare kan avslutas vid 16 års ålder eller tidigare vid remission om käklederna är opåverkade.
- Vid etablerade käkledsförändringar rekommenderas individuell uppföljning..
- Vid avslutad uppföljning rekommendation om ”egenkontroll” även i frånvaro av subjektiva besvär.



Vid inflammationsfrihet rekommenderas uppföljning vartannat år avseende käkfunktion, kranioandibulär tillväxt samt bevakning av eventuella käkledsförändringar.

Referenser

1. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, He X, Maldonado-Cocco J, Orozco-Alcala J, Prieur AM, Suarez-Almazor ME, Woo P; International League of Associations for Rheumatology. *International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001*. J Rheumatol. 2004 Feb; 31(2):390-392.
2. Barr T, Carmichael NM, Sándor GK. *Juvenile idiopathic arthritis: a chronic pediatric musculoskeletal condition with significant orofacial manifestations*. J Can Dent Assoc. 2008 Nov; 74(9): 813-21.
3. Billiau AD, Hu Y, Verdonck A, Carels C, Wouters C. *Temporomandibular joint arthritis in juvenile idiopathic arthritis: prevalence, clinical and radiological signs, and relation to dentofacial morphology*. J Rheumatol. 2007 Sep; 34(9):1925-33.
4. Howard JA. *Temporomandibular joint disorders in children*. Dent Clin North Am. 2013 Jan; 57(1):99-127.
5. Twilt M, Schulten AJ, Nicolaas P, Dülger A, van Suijlekom-Smit LW. *Facioskeletal changes in children with juvenile idiopathic arthritis*. Ann Rheum Dis. 2006 Jun; 65(6):823-5.
6. Abramowicz S, Simon LE, Susarla HK, Lee EY, Cheon JE, Kim S, Kaban LB. *Are panoramic radiographs predictive of temporomandibular joint synovitis in children with juvenile idiopathic arthritis?* J Oral Maxillofac Surg. 2014 Jun; 72(6):1063-9.
7. Jank S, Haase S, Strobl H, Michels H, Häfner R, Missman M, Bodner G, Mur E, Schroeder D. *Sonographic investigation of the temporomandibular joint in patients with juvenile idiopathic arthritis: a pilot study*. Arthritis Rheum. 2007 Mar 15; 57(2):213-8.
8. Leksell E, Ernberg M, Magnusson B, Hedenberg-Magnusson B. *Intraoral condition in children with juvenile idiopathic arthritis compared to controls*. Int J Paediatr Dent. 2008 Nov; 18(6):423-33.
9. Stoll ML, Good J, Sharpe T, Beukelman T, Young D, Waite PD, Cron RQ. *Intraarticular corticosteroid injections to the temporomandibular joints are safe and appear to be effective therapy in children with juvenile idiopathic arthritis*. J Oral Maxillofac Surg. 2012 Aug; 70(8):1802-7.
10. Arabshahi B, Dewitt EM, Cahill AM, Kaye RD, Baskin KM, Towbin RB, Cron RQ. *Utility of corticosteroid injection for temporomandibular arthritis in children with juvenile idiopathic arthritis*. Arthritis Rheum. 2005 Nov; 52(11):3563-9.
11. Nørholt SE, Pedersen TK, Herlin T. *Functional changes following distraction osteogenesis treatment of asymmetric mandibular growth deviation in unilateral juvenile idiopathic arthritis: a prospective study with long-term follow-up*. Int J Oral Maxillofac Surg. 2013 Mar; 42(3):329-36.

12. Olsen-Bergem H & Bjørnland T. *A cohort study of patients with juvenile idiopathic arthritis and arthritis of the temporomandibular joint: outcome of arthrocentesis with and without the use of steroids.* Int J Oral Maxillofac Surg. 2014 Aug; 43(8):990-5.
13. Wallace CA, Giannini EH, Huang B, Itert L, Ruperto N; Childhood Arthritis Rheumatology Research Alliance; Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group; Paediatric Rheumatology International Trials Organisation. *American College of Rheumatology provisional criteria for defining clinical inactive disease in select categories of juvenile idiopathic arthritis.* Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Jul; 63(7):929-36.