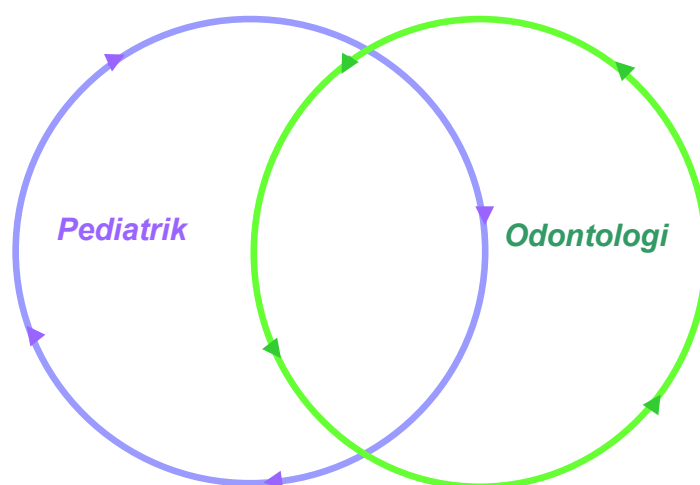


Odontologiskt vårdprogram för juvenil idiopatisk artrit, JIA



Utarbetat vid workshop 2003-04-03—04 arrangerad av
Kompetenscenter för sällsynta odontologiska tillstånd
vid Odontologiska Institutionen, Jönköping

Deltaqare:

Boel Andersson-Gäre, Jönköping
Birgitta Bergendal, Jönköping
Tom Bergendal, Jönköping
Babak Falahat, Jönköping
Catharina Hagberg, Göteborg
Britt Hedenberg-Magnusson, Stockholm
Martti Helkimo, Jönköping
Eva Josefsson, Jönköping
Heidrun Kjellberg, Göteborg
Thomas Klit Pedersen, Aarhus
Tore A Larheim, Oslo
Bo Magnusson, Stockholm
Agneta Marcusson, Linköping
Peter Nilsson, Jönköping
Per-Gunnar Nord, Linköping
Johanna Norderyd, Jönköping
Lena Olson, Jönköping
Börje Svensson, Örebro
Bengt Wenneberg, Göteborg



Odontologiskt vårdprogram för juvenil idiopatisk artrit, JIA

Käkledssymtom vid JIA

Käkledsengagemang hos barn med JIA är vanligt, även hos barn och ungdomar med medicinskt sett lindrig sjukdom.

Störningar i leden kan yttra sig som rörelsesmärta, trötthet i käkarna, minskad gapförmåga, tuggsvårigheter, öronvärk, huvudvärk etc. Dessa symtom och sjukdomstecken kan vara svåra att tolka, speciellt hos små barn. Även relativt omfattande käkledsengagemang kan förekomma utan tydliga subjektiva symtom hos barnet.

En frisk käkled är en förutsättning för normal utveckling av käk- och ansiktsskelettet. Käkledsartrit hos barn kan medföra tillväxthämning av underkäken med mandibulär mikrognati som följd, eller ansiktsasymmetri om skadan är unilateral. I akuta skeden bör behandling snarast sättas in för att undvika skador på käkleden. Den växande individen har god förmåga till läkning. Viss återuppbyggnad av skadad vävnad kan, i gynnsamma fall, ske under lugna skeden av sjukdomen. Det är därför av största vikt att tidigt diagnostisera ett käkledsengagemang hos en patient med JIA, så att lämplig behandling kan insättas och risken för framtida men reduceras.

Odontologisk undersökning ska alltid ingå i utredning av patienten i samband med insjuknande.

Målsättningen är tidig diagnostik och behandling av käkledsproblematik för att förhindra smärta, funktionsinskränkning, destruktionser och tillväxthämning.

Odontologisk screening

Alla barn som diagnostiserats med JIA skall remitteras till specialisttandvård och odontologisk koordinator för undersökning och bedömning.

Remiss

ska innehålla uppgifter om

- ◆ Diagnos och subgrupp.
- ◆ ANA, RF och i förekommande fall HLA B₂₇.
- ◆ SR, CRP.
- ◆ Subjektiva symtom.
- ◆ Medicinering och annan behandling.
- ◆ Konklusion/samlad bedömning av aktivitet och allvarlighetsgrad.

Koordinator

Ansvarig odontologisk koordinator bör företrädesvis vara pedodontist eller specialisttandläkare med barnkompetens och kompetens inom barnreumatologi.

JIA team

Inom varje landsting bör ett odontologiskt JIA-team finnas med företrädare för barnmedicin, klinisk bettfysiologi, käkkirurgi, odontologisk radiologi, ortodonti och pedodonti.

Diagnostik

Målsättningen är att upptäcka tidiga tecken på sjukdomsaktivitet för att kunna behandla smärta och dysfunktion samt fortlöpande värdera inflytandet på ansikts- och bettutvecklingen.

Klinik/screening

- ◆ Allmän och speciell anamnes.
- ◆ Klinisk undersökning:
 - extraoral bedömning (profil, asymmetri)
 - bettfysiologisk utredning särskilt avseende underkäkens rörelseomfång och rörelsemönster, smärtsymtom från käkleder och käkmuskler i vila och under rörelse, käkledsljud, låsningar och upphakningar, ocklusion och artikulation, tandslitage och parafunktioner
 - Intraoral undersökning avseende tänder (karies), slemhinnor, saliv (ev provtagning).
 - Bettutvecklingsbedömning: frontal, vertikal och horisontell relation, sagittal relation (med extra uppmärksamhet på postnormalitet), mittlinjeförskjutning.

Foto, modeller, röntgen

- ◆ Foto
 - extraoralt (en face och profil)
 - intraoralt (front, sidor, ocklusaltbilder)
- ◆ Studiemodeller vid behov (dock senast vid 8 år) inkl index i RP.
- ◆ Röntgen:
 - OPG som baseline (bör bedömas av odontologisk radiolog).
 - Efter individuell bedömning kan den radiologiska undersökningen utökas (i första hand med MRI med kontrast, alternativt CT).
 - Profilröntgen (dock senast vid 8 år).

Information

- ◆ Information till föräldrar och patient.
- ◆ Information till allmäntandläkare om vårdprogrammet samt om risk för påverkan på den orala hälsan.

Om inga subjektiva, kliniska eller radiologiska fynd finns skall kontinuerlig uppföljning ske årligen/vartannat år till avslutad tillväxt.

Odontologiska åtgärder

- ◆ Karies, slemhinneförändringar samt gingivala/parodontala förändringar skall bedömas och behandlas.
 - Alla infektionsfokus och icke åtgärdad karies som kräver restaurerande behandling skall behandlas snarast, kariesrisk fastställas samt individanpassat profylaxprogram insättas. Återföring till allmäntandläkare.
- ◆ Informera om och rekommendera hjälpmedel för att underlätta munhygien vid nedsatt handmotorik, t ex eltandborste, greppförstoring.

Akut artrit i käkleden

- ◆ Kontakta behandlande läkare för diskussion om generella medicinska åtgärder skall insättas.
- ◆ Vila, värme/kyla, skonkost – avvakta en vecka.
 - Vid klar förbättring behandla vidare som under "Subjektiva besvär från käkssystemet".
- ◆ Vid kvarstående besvär: intraartikulär cortisoninjektion.
- ◆ Överväg avlastning av leden med bettskena, passiv aktivator eller protetik.
- ◆ Vid kvarstående rörelsenedsättning: rörelseträning.
- ◆ Efter symtomfrihet årlig klinisk undersökning avseende käkledsförändringar, tillväxtmönster och tillväxtavvikelser.

Subjektiva besvär från käksystemet

- ◆ Rörelseträning/avslappningsövningar
- ◆ Bettskena/mjukplastskena alt. passiv aktivator
- ◆ Fysioterapibehandling ev i samarbete med specialiserad sjukgymnast
- ◆ Efter symtomfrihet årlig klinisk undersökning; radiologisk undersökning då klinisk bedömning så motiverar.

Ocklusionsförändringar med eller utan dysfunktionssymtom

- ◆ Behandlingen skall leda till optimal stabilisering av bettet i syfte att uppnå gynnsammast möjliga belastningsförhållanden i käkleden.
Ocklusionsstabiliserande behandling (bettskena, bettslipning, alt. ocklusionsstabiliserande fyllningsterapi).
Tillväxtadapterande käkortopedisk behandling (skall ej ske vid akut artrit i käkleden).
Radiologisk undersökning då klinisk bedömning så motiverar.

Käkledsförändringar i inaktivt skede (diagnostiserade radiologiskt)

- ◆ Årlig klinisk undersökning
- ◆ Vid skelettala tillväxtstörningar:
–Tillväxtadapterande/käkortopedisk behandling (skall ej ske vid akut artrit i käkleden).
–Kirurgisk intervention överväges i enstaka fall, även på växande individer.

Rekonstruktion av oklusala förändringar/bettöppning med eller utan symtom

- ◆ Relevant ortodontisk behandling eller ocklusionsstabiliserande behandling:
tillväxtadapterande behandling.

Käkkirurgisk konsult bör göras

- ◆ Vid skelettala käkställningsfel (exempelvis asymmetri, öppet bett, mandibulär hypoplas) hos den växande individen som ej bedöms kunna åtgärdas med ortodontisk behandling och i första hand för ställningstagande till om en eventuell kirurgisk korrektion bör ske före eller efter avslutad skelettal tillväxt.
- ◆ Vid kvarstående skelettala käkställningsfel efter avslutad skelettal tillväxt för ställningstagande till korrektion.
- ◆ Vid grava terapiresistenta funktionsstörningar i käkleden (exempelvis kraftigt nedsatt gapförmåga, svår funktionssmärta) efter reumatologisk och bettfysiologisk behandling.
- ◆ Kirurgisk behandling görs efter multidisciplinärt beslut.

Inaktiv sjukdom

- ◆ Remission: Symtomfri och medicinfri vid två på varandra följande årskontroller.
Föräldrainformation med rekommenderad egenundersökning avseende gapförmåga, rörelsesmärta och käkledsljud.
- ◆ Patienter i remission kan avslutas vid 16 års ålder såvida inte behov av rekonstruktion föreligger.

Konsensus

- ◆ *Koordinator för odontologiskt omhändertagande av barn med JIA bör finnas i varje landsting.*
- ◆ *Alla ska screenas av specialisttandläkare.*
- ◆ *Tidig aktiv artritbehandling är önskvärd.*
- ◆ *Det vetenskapliga underlaget är litet och fler studier behövs.*