

Vårdriktlinjer för odontologisk omhändertagande av barn med JIA

- Bilaga 1** Infobrev till vårdnadshavare
- Bilaga 2** Informationsbrev
till Allmäntandläkare
- Bilaga 3** Remissrutiner inom
Folktandvården Gävleborg

Innehåll:

VÅRDRIKTLINJER FÖR ODONTOLOGISK OMHÄNDERTAGANDE AV BARN MED JIA	4 – 9
BILAGA 1 Informationsbrev till vårdnadshavare	10
BILAGA 2 Information till ansvarig tandläkare	11
BILAGA 3 Remissrutiner	12
REFERENSER	13 – 14

Vårdriktlinjer för odontologisk omhändertagande av barn med JIA

Förord

Dessa riktlinjer har tagits fram i en samverkan mellan avdelningarna för Pedodonti och Klinisk Oral fysiologi/Bettfysiologi, Specialisttandvården inom Regionerna Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten samt Oral diagnostisk radiologi, Region Västerbotten.

Den övergripande målsättningen med vårdriktlinjerna är att erbjuda patienter med JIA ett likvärdigt och bra odontologiskt omhändertagande i hela norra regionen.

Rekommendationerna följer i stort det vårdprogram som utarbetades 2003 vid Odontologiska Institutionen i Jönköping och de odontologiska riktlinjer för barn med JIA som publicerades 2018 i ett samarbete mellan Eastmaninstitutet, FTV Stockholm AB och Barnreumatologen på Astrid Lindgrens barnsjukhus.

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.

Symptom

Symptombilden fluktuerar ofta över tid och prognosen i det enskilda fallet är ofta svårt att prediktera. Käkledsengagemang kan yttra sig som 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 käkleden. Även relativt omfattande käkledsartrit kan förekomma i frånvaro av kliniska fynd och subjektiva symptom(3).

Erfarenhetsmässigt föreligger det vid käkledsartrit sällan klassiska inflammationssymptom som svullnad, rodnad och/eller värmeökning över leden. Orofaciala symptom kan vara svårtolkade, särskilt vid undersökning av de yngsta barnen (4). En väl upptagen anamnes och en omsorgsfullt utförd odontologisk undersökning av käkssystemet är därför nödvändig för att möjliggöra korrekt diagnostik.

Behandling

En frisk käkled är en förutsättning för normal utveckling av käk- och ansiktsskelettet. Obehandlad käkledsartrit hos barn kan därför leda till grav kranioandibulär tillväxthämning och bettavvikelser, mandibulär mikrognati och ansiktasymmetri (5). I det långa loppet riskeras en varaktig försämring av den fysiska funktionen och många gånger en negativ psykosocial påverkan. Vid misstänkt käkledsartrit 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 undersökning ska ingå som en del av den övergripande utredningen i samband med insjuknandet. Ett gott omhändertagande baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och förutsätter en god samverkan mellan medicinska och odontologiska specialiteter.

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

Odontologiskt omhändertagande

Remiss

Alla patienter med misstänkt eller fastställd JIA diagnos ska remitteras till specialisttandvården pedodonti för odontologisk bedömning och undersökning.

Remissen ska innehålla uppgifter om:

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

Undersökning och diagnostik

Målsättningen är att upptäcka tidiga tecken på sjukdomsaktivitet i syfte att kunna behandla smärta och käkdysfunktion samt fortlöpande värdera sjukdomens inflytande på ansikts- och bettutveckling.

Anamnes

Allmän och lokal anamnes är av central betydelse. Ett frågeformulär med få, specifika frågor om smärtduration, intensitet, lokalisering, funktionsstörningar och smärta vid funktion och påverkan på dagliga aktiviteter såsom tuggning, gapning och tandborstning kan vara till god hjälp. Använd åldersanpassade smärtskalor samt smärtteckning (6).

Status/Klinisk undersökning

- Extraoral bedömning (profil, eventuell asymmetri)
- Intraoral undersökning avseende tänder och slemhinnor
- Undersökning av käkled, muskulatur och käkrörelseomfång enligt DC/TMD (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders)(7) kort version.
- Bettutveckling avseende sagittala, frontala och vertikala förhållanden samt mittlinjeförskjutningar
- Ocklusion och artikulationsförhållanden
- Tandslitage och andra tecken på orala parafunktioner
- Generell överörlighet enligt Beighton index (8)

Fotodokumentation

- Extraoralt (framifrån och profil)
- Intraorala bilder/ digital scanning för registrering av bett och ocklusion med möjlighet till framtida jämförelser

Radiografi

- Vid klinisk misstanke på käkledsinvolvering kompletterande relevant radiografisk utredning på individuell indikation.

Information

Ge muntlig och skriftlig information till patient och vårdnadshavare. Informationen bör innefatta syftet med odontologisk undersökning, vårdriktlinjernas innehåll, sammanfattning av kliniska och radiografiska fynd, terapiplan och uppföljningsstrategi. Informera alltid om ökad risk för försämrad oral hälsa (9).

- Rekommendera fluorprofylax vid behov och hjälpmedel för att underlätta munhygien vid nedsatt handmotorik, till exempel el-tandborste, greppförstoring
- Ge rådgivning och instruktion om egenundersökning avseende tecken på käkledsengagemang, försämrad gapförmåga, smärta vid underkäksrörelse, undvikande av föda med tuggmotstånd samt öronvärk
- Varje patient får ett informationsblad om hur sjukdomen JIA kan påverka bett- och ansiktsutveckling. Där anges också vem som kan kontaktas vid eventuella besvär (Bilaga 1).
- Efter vårdnadshavares godkännande skickas en bekräftelse med information för kännedom till ansvarig allmäntandläkare på respektive hemmaklinik (FTV eller privat) (Bilaga 2).

Behandlings- och uppföljningsstrategi

Uppföljning sker så länge barnet är under behandling på barnmedicin. Om inga subjektiva, kliniska och/eller radiografiska fynd talar för aktiv käkledsartrit, ska kontinuerlig uppföljning ske minst vartannat år fram till avslutad kraniomandibulär tillväxt. Fortsatt radiografisk undersökning görs på individuell indikation.

Käkledsartrit

Påvisande av käkledsartrit baseras på en sammantagen bedömning av barnets smärtbeskrivning, kliniska fynd, bilddiagnostik och ibland vårdnadshavarens beskrivning av symptom och smärtbeteende (10).

Käkledsartrit kan misstänkas vid:

- Käksmärta i vila eller rörelse
- Förändring av underkäkens rörelsemönster eller inskränkt ledrörlighet
- Avvikande gapningsrörelse, där underkäken devierar åt den affekterade sidan
- Oförklarlig och plötsligt uppkommen bettförändring, till exempel 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 specialisttandläkare eller ansvarig läkare.

Åtgärder

- Kontakt med behandlande läkare avseende generell medicinering
- MRT med kontrast i oklara fall
- Rekommendation om "käckvila" och skonkost i den akuta fasen
- Intraartikulär kortisoninjektion (11)
- Överväg behandling med avlastande bettskena
- Beteendepåverkande åtgärder
- Rörelseträning vid kvarstående rörelsenedsättning av underkäken
- Vid pågående tandreglering kontaktas behandlade tandläkare för diskussion om eventuellt uppehåll av behandlingen

Orofacial smärta och käkdysfunktion i frånvaro av käkledsartrit vid JIA

- Uteslut smärta av cervikogen genes
- Beteendepåverkande åtgärder
- Avspännings- och rörelseträning
- Behandling med avlastande bettskena
- Motorisk aktivering/fysioterapi
- Analgetika

Åtgärder vid bettförändringar och tillväxtavvikelser

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

- Multidisciplinär diskussion med ortodonti och käkkirurgi inför tillväxtadapterande och ocklusionsförbättrande käkortopedisk behandling
- Ocklusionsstabiliserande åtgärd, till exempel bettslipning och fyllningsterapi
- Vid terapiresistent långvarig käkledsartrit, kvarstående och uttalad inskränkt gapförmåga, misstanke om intrakapsulära adherenser eller ankylos görs en multidisciplinär bedömning där läkare och käkkirurg ingår

Inaktiv sjukdom

- Remission vid JIA definieras som symptomfrihet utan medicinering i två år
- Uppföljning hos specialisttandläkare kan avslutas vid 17 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.

Fortsatt regelbunden uppföljning inom allmäntandvården enligt överenskommelse.

Information om oral hälsa & Juvenil idiopatisk artrit

Du eller ditt barn har diagnostiserats med juvenil idiopatisk artrit (JIA), även kallat reumatism. Från tandvården vill vi informera om hur denna sjukdom och dess medicinering kan påverka munnen, bettet och käkarnas tillväxt.

Käkled

En frisk käkled är en förutsättning för normal utveckling av käk- och ansiktsskelett. Även vid medicinskt sett lindrig sjukdom kan käkleden påverkas, ibland utan tydliga besvär. Vi kommer att kalla dig /ditt barn på regelbunda kontroller för detta men det är viktigt att ni är uppmärksamma på förändringar som kan bero på att käkleden har påverkats av sjukdomen. Skulle följande symtom visa sig emellan kontrollerna kontakta din ansvariga tandläkare.

- smärta vid käkrörelse
- trötthet i käkarna
- minskad förmåga att gapa
- tuggsvårigheter
- öronvärk
- huvudvärk

Munhygien

En god munhygien och goda kostvanor minskar risken för kariesskador och tandköttsinflammation. Ditt barn kan behöva din hjälp med tandborstning och vi kan också vid behov rekommendera individuellt anpassade hjälpmedel som underlättar den dagliga munhygien. Viss medicinering kan också påverka munnen och dess slemhinnor. Berätta gärna för din tandläkare vid förändring av medicinering.

Alla barn med juvenil idiopatisk artrit kallas för ett 10-års-besök till Specialisttandvård Pedodonti.

Kontakta oss!

Om du tror att ditt barn kan ha förändringar som påverkar käklederna eller om du har frågor om ditt barns bettutveckling är du välkommen att kontakta Specialisttandvård Pedodonti!

TELEFON 026-15 56 50

www.ftvgavleborg.se

POSTADRESS Box 124. 801 03 Gävle.

BESÖKSADRESS Slottstorget 3, 4 tr.

Information till ansvarig tandläkare

Angående: [REDACTED]

Rubricerad patient har efter remiss från Barnkliniken undersökts på Specialisttandvård Pedodonti med anledning av diagnosen JIA (Juvenil Idiopatisk Artrit).

• Sjukdomen debuterade: [REDACTED]

• Följande leder är engagerade: [REDACTED]

• Medicinerar med: [REDACTED]

• Vid undersökningen noterades: [REDACTED]

En frisk käkled är en förutsättning för normal utveckling av käk- och ansiktsskelett. Käkleds-engagemang är vanligt hos barn med JIA, även hos dem med medicinskt sett lindrig sjukdom.

Käkledsartrit i denna åldersgrupp kan medföra en tillväxthämning av underkäken med mandibulär mikrognati, ansiktasymmetri samt öppet bett som följd. Det är därför av stor vikt att barn och ungdomar med JIA diagnos kontrolleras regelbundet så att ett eventuellt käkleds-engagemang kan upptäckas tidigt och lämplig behandling sätts in.

Alla barn med juvenil idiopatisk artrit kallas för ett 10-års-besök till Specialisttandvård Pedodonti.

Ta hänsyn till följande särskilda behov för den här typen av patient

- Bettutvecklingen bör bedömas av tandläkare en gång varje år för att tidigt kunna upptäcka eventuell asymmetrisk tillväxt, tendens till bettöppning eller andra bettavvikelser.
- Extra viktigt med god munhygien, ge råd och stöd efter behov.
- Vid nedsatt handmotorik: informera om och rekommendera hjälpmedel för att underlätta munhygieniska åtgärder
- Vid eventuella förändringar/besvär är ni välkomna med remiss.

TELEFON 026-15 56 50

www.ftvgavleborg.se

ftv.pedodonti@regiongavleborg.se

POSTADRESS Box 124. 801 03 Gävle.

BESÖKSADRESS Slottstorget 3, 4 tr.

Remissrutiner för och omhändertagande av patienter med JIA

1. Remisser för odontologisk undersökning på barn med JIA adresseras till avdelningen för Pedodonti. Där undersöks patienterna. Om patienten har aktuella besvär från käkledsområdet grindvaktas patienten direkt till avdelningen för klinisk bettfysiologi.
2. Om inte den kliniska undersökningen visar på några subjektiva eller objektiva fynd som föranleder vidare utredning och/eller specialistbehandling informeras patient/vårdnadshavare samt respektive allmäntandvårdsklinik om patientens risksituation och behov av anpassat tandvårdsomhändertagande. Ansvar för fortsatt uppföljning vilar därefter på barnets allmäntandvårdsklinik som, om så krävs, skriver remiss för förnyad specialistbedömning.
3. I de fall där käkledsbesvär och/eller bettavikelser framkommer vid undersökningen, remitteras patienten vidare till avdelningen för klinisk bettfysiologi eller avdelningen för ortodonti som då övertar ansvaret för patientens vidare behandling med anledning av JIA-diagnosen. Eventuellt ställningstaganden avseende remiss för käk-kirurgisk bedömning tas i samråd mellan involverade avdelningar.
4. Alla patienter som tidigt remitterats med anledning av JIA, inklusive de som inte haft några subjektiva eller objektiva besvär, kommer att kontaktas och erbjudas uppföljning/kontroll vid avdelningen för Pedodonti vid ca 10 års ålder.

Referenser

1. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *The Journal of rheumatology*. 2004;31(2):390.
2. Barr T, Carmichael NM, Sándor GKB. Juvenile idiopathic arthritis: a chronic pediatric musculoskeletal condition with significant orofacial manifestations. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2008;74(9):813.
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. *Dental clinics of North America*. 2013;57(1):99-127.
5. Twilt M, Schulten AJM, Nicolaas P, Dülger A, van Suijlekom-Smit LWA. Facioskeletal changes in children with juvenile idiopathic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2006;65(6):823.
6. Birnie KA, Hundert AS, Laloo C, Nguyen C, Stinson JN. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: a systematic review and quality assessment of measurement properties. *Pain*. 2019;160(1):5–18.
7. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *Journal of oral & facial pain and headache*. 2014;28(1):6-27.
8. Hirsch C, Hirsch M, John MT, Bock JJ. Reliability of the Beighton Hypermobility Index to determinate the general joint laxity performed by dentists. *J Orofac Orthop*. 2007;68(5):342–352.

Referenser

9. Leksell E, Ernberg M, Magnusson B, Hedenberg Magnusson B. Intraoral condition in children with juvenile idiopathic arthritis compared to controls. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2008;18(6):423-33.
10. Alstergren P, Pigg M, Kopp S. Clinical diagnosis of temporomandibular joint arthritis. *Journal of oral rehabilitation*. 2018.
11. Stoll ML, Good J, Sharpe T, Beukelman T, Young D, Waite PD, et al. Intra-Articular Corticosteroid Injections to the Temporomandibular Joints Are Safe and Appear to Be Effective Therapy in Children With Juvenile Idiopathic Arthritis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2012;70(8):1802-7.

