

Funktionsträning vid juvenil reumatoid artrit¹

Av överläkare U. Moritz, Lund

Den juvenila reumatoida artriten har sina speciella funktionsproblem. Sjukdomen debuterar ofta under en tidsperiod, som har avgörande betydelse för barnets motoriska utveckling. Upp till en tredjedel av barnen insjuknar under de 3 första levnadsåren (Edström & Gedda 1957). Man bör här även komma ihåg, att artriten vid den juvenila formen i omkr. 70 % av fallen debuterar i nedre extremiteterna, vanligast i knälederna. Detta innebär inte bara en uppbromsning av den motoriska utvecklingen, som kan bli nog så påtaglig p. g. a. sjukdomens ofta långdragna förlopp. Man måste också räkna med, att inläringen av komplicerade rörelsemönster som exempelvis vid gångträning störs av abnorma impulser från de afficerade lederna. Det är alldeles påtagligt, att dessa barn har betydligt större benägenhet att fastna i abnorma rörelsemönster än vuxna med reumatoid artrit.

Företsättningen för en välriktad sjukgymnastisk funktionsterapi är givetvis, att funktionsrubbningsanalyseras. Härmed avses inte bara en bedömning av komplexa funktioner på ADL-nivå utan även en analys av delfunktioner såsom rörlighet, styrka, uthållighet etc.

Rörelsesmärtan utgör ett mycket väsentligt funktionshinder hos dessa patienter. Den fysikaliska terapins möjligheter att komma åt smärtan med hjälp av ex. värmebehandling är ju tyvärr ytterst begränsade. En väsentlig behandlingsmöjlighet utgör däremot *avlastningen* av den smärtande extremiteten. Det kan givetvis vara nödvändigt med en tillfällig fixation, men helst skall avlastning under längre tid inte innebära en komplett immobilisering. En sådan inaktivering är olämplig både ur fysisk och psykisk synpunkt. All sjukgymnastisk behandling bör bedrivas på ett sådant sätt, att smärtutlösning undviks eller åtminstone reduceras

till ett minimum. Exempelvis torde en smärtande sträckbehandling av en kontraktur vara av större skada än nytta.

Ett ytterst bekymmersamt problem hos dessa patienter är *kontrakturtendensen*. Särskilt vanlig är knäkontrakturen. Profylaxens betydelse torde knappast behöva understrykas. En idealisk behandlingsform både ur profylaktisk och terapeutisk synpunkt är *bassängträning*. Barnen bör erbjudas alla tänkbara tillfällen till rörelse under samtidig avlastning av de angripna lederna, ex. förflyttningar med krypvagn, lek liggande på gymnastikmatta etc.

Böjkontrakturer i knälederna ger inte sällan upphov till sekundära kontrakturer i höftlederna och vice versa. Denna risk kan minskas genom lämplig bäddning (ex. trappstegsmadrass). Magläge vid läsläsning och under lek vid hotande eller manifest sträckdefekt i höftlederna.

Vid behandling av manifesta kontrakturer med hjälp av konventionell *tänjning* (manuellt, med sandsäckar, gipsning eller skena) bör man komma ihåg, att den applicerade kraften inte drabbar den kontrakta vävnaden enbart. Vanligen utsättes härvid även ledbrosket för betydande belastningar beroende på att bändningens *hävstångseffekt* mångdubblar den pålagda kraften. Risken finnes, att ledbrosket eller den osteoporotiska benvävnaden har mindre hållfasthet än den kontrakta vävnaden. Vi har sett en del barn med impressionsfrakturer i tibian och även tvärfraktur på femur, som kan misstänkas ha uppkommit i samband med en alltför våldsam kontrakturbehandling. Påfrestningen av ledbrosk och benvävnad kan elimineras genom att tänjning sker med hjälp av translatoriska passiva rörelser (s.k. artikulering). Vid svårbehandlade kontrakturer bör *operativ åtgärd* övervägas, exempelvis bakre capsulotomi vid extensionsdefekt i knäleden.

¹ Sjukgymnastikavd., Lasarettet, Lund.

En kontraktur i periartikulär vävnad innebär dock inte bara ett hinder för ledens normala rörlighet. Man får även räkna med, att kontrakturen kan medföra en *förskjutning av ledens rörelseaxel*. Detta kan eventuellt vara en bidragande orsak till den ofta förekommande bakåtluxationen av tibian. Vissa extra-artikulära faktorer bör beaktas som kan vara orsak till felställningar. Artriten hos barn ger ofta en lokal tillväxtökning. En ensidig knäledsartrit kan därför medföra en benlängdsskillnad på flera centimeter (Brattström & Sundberg 1965). För att kompensera skillnaden går barnet vanligen med flekterat knä, vilket speciellt vid pågående artrit lätt resulterar i en manifest extensionsdefekt. Det är givetvis meningslöst att försöka behandla extensionsdefekten utan att kompensera benlängdsskillnaden.

Muskelsvagheten är orsakad av smärtinhibition och/eller inaktivitetsatrofi. Någon gång torde myosit vara en bidragande faktor. Direkt styrke-

träning är vanligen endast möjlig hos äldre barn och vid låg- eller inaktiv artrit. För att kunna bedöma träningens effekt bör man använda sig av kvantitativa metoder. Isometrisk styrketräning medför enligt vår erfarenhet mindre risk för ledirritation än isotonisk. Muskelkontraktion mot motstånd innebär givetvis även en belastning av ledstrukturer.

Träning av barnet i det *dagliga livets färdigheter* (ADL) bör aldrig försummas med hänsyn till att modern ofta visar en överbeskyddande attityd, som så småningom gör barnet beroende av sin omgivning. *Sysselsättnings terapin* kan utformas som en värdefull komplettering till sjukgymnastiken.

REFERENSER

- Brattström, M. & Sundberg, I., Acta Rheum. Scand. 1965:11:266.
Edström, G. & Gedda, P. O., Ibidem 1957:3:1957.

PIFCO MASSAGEAPPARAT

ovärderlig för stimulerande

massage, lindrar värk och

är allmänt stärkande

5 års garanti

Finns i sjukvårds- och elaffärer över hela landet

Generalagent:

PIFCO AKTIEBOLAG

Nybrogatan 16^{II} - Stockholm ö - Telefon växel 67 91 40

