

## Tverrfaglig retningslinje for barn med Calvé Legg Perthes

Gjelder for: Hele SiV  
Dokumenttype: Retningslinje  
Sist endret: 17.05.2024

### 1. HENSIKT

Stille diagnose, behandle og følge opp barn med CLP.

### 2. ANSVAR

Leger på ortopedisk avdeling i samarbeid med barnefysioterapeuter.

### 3. FREMGANGSMÅTE

#### Diagnosen

M91.1 Juvenil osteokondrose i lårbenshodet

Tilstanden er en partiell eller total nekrose av caput femoris. Blodtilførselen til lårbenshodet forstyrres slik at ben og brusk nekrotiserer. Veksten i benkjernen opphører. Det nekrotiske benet blir etterhvert absorbert og erstattet av nytt bein.

I 1910 ble den beskrevet av flere. Jacques Calvé, Arthur Legg og Georg Perthes. Kalles også LCPD eller Perthes disease.

#### Alder, kjønn og varighet

- Forekomst fra 18 mnd alder (opp til 12 år)
- Vanligst mellom 4 og 8 år
- 80 % gutter
- Bilateral affeksjon ca 10 %
- Det nekrotiske benet resorberes over tid og bygges opp igjen over en periode på 2-3 år
- Ca 90 nye tilfeller i Norge pr år

#### Symptomer

- Redusert bevegelighet i hofteledd (abduksjon og innrotasjon)
- Halting
- Smerter forverres typisk etter aktivitet
- Smerter i lyske og/eller lår
- Smerter i kne med og uten smerter i lår/lyske
- Symptomer varer gjerne over 14 dager, men kan variere og være forbigående i tidlig fase

#### Faser

1. Tidlig stadium: nedbrytning.
2. Fragmenteringsfase: innvekst av granulasjonsvev, nye kar
3. Gjenoppbyggingsfase: reossifikasjonstadium, nytt bein dannes
4. Tilhelingsfase: lamellær benstruktur, tilnærmet normal arkitektur

#### Klinisk undersøkelse

- Barnets hofter undersøkes både i ryggleie og mageleie. Typisk funn er nedsatt bevegelse i abduksjon og innrotasjon. I senere fase kan også ekstensjon være affisert
- Tilstanden kan initialt forveksles med eksempelvis serøs coxitt
- Typisk går barnet med foten utrotert og med stiv hofte i rotasjon og abduksjon
- Anisomeli og gluteal atrofi er vanlig i senere fase
- Trendelenburg-gange

### Radiologiske undersøkelser

Vanlig røntgen bekken og Lauenstein projeksjon av begge hofter.

MR kan brukes i et tidlig stadium ved tvil om diagnosen.

### Behandling

- Ved caputnekrose under 50% bør alle behandles symptomatisk uansett alder.
- Barn **under 6 år** ved diagnosetidspunktet med over 50% caputnekrose bør behandles symptomatisk og trenger svært sjelden operasjon.
- Barn **over 6 år** eller eldre ved diagnosetidspunktet og mer enn 50% caputnekrose bør henvises til Rikshospitalet for å vurdere operasjon med variserende femurosteotomi.
- Målet under behandlingen er å oppnå et rundt (sfærisk) caput med god acetabulær dekning (Stulberg 1 og 2) med smertefri god bevegelse og funksjon.
- Fri aktivitet tillates smertegrensen, med unntak av særlig belastende aktiviteter
- Fysioterapi er viktig for å beholde bevegelse i hoftene i tilfeller hvor denne er redusert, spesielt abduksjonsevne, rotasjon og symmetri. Det anbefales å ha fokus på å bevare abduksjonskraft og på å unngå atrofi av hoftenær muskulatur. Fysioterapeut veileder i tilpasset aktivitet (eks basseng)
- Ved større smerter kan ekstremiteten avlastes med krykker. Lettere smertestillende (reseptfrie) som Paracetamol og NSAIDS kan benyttes i henhold til vekt og i normale doser.

### Kontroller

#### Fase 1 + 2:

Alle pasienter skal følges tett med rtg kontroll og klinisk undersøkelse hver 3. mnd (ca 1,5 år).

Ved økende caputnekrose, lateralisering av caput femoris eller økende stivhet spesielt for abduksjon bør man henvises til Rikshospitalet.

#### Fase 3 + 4:

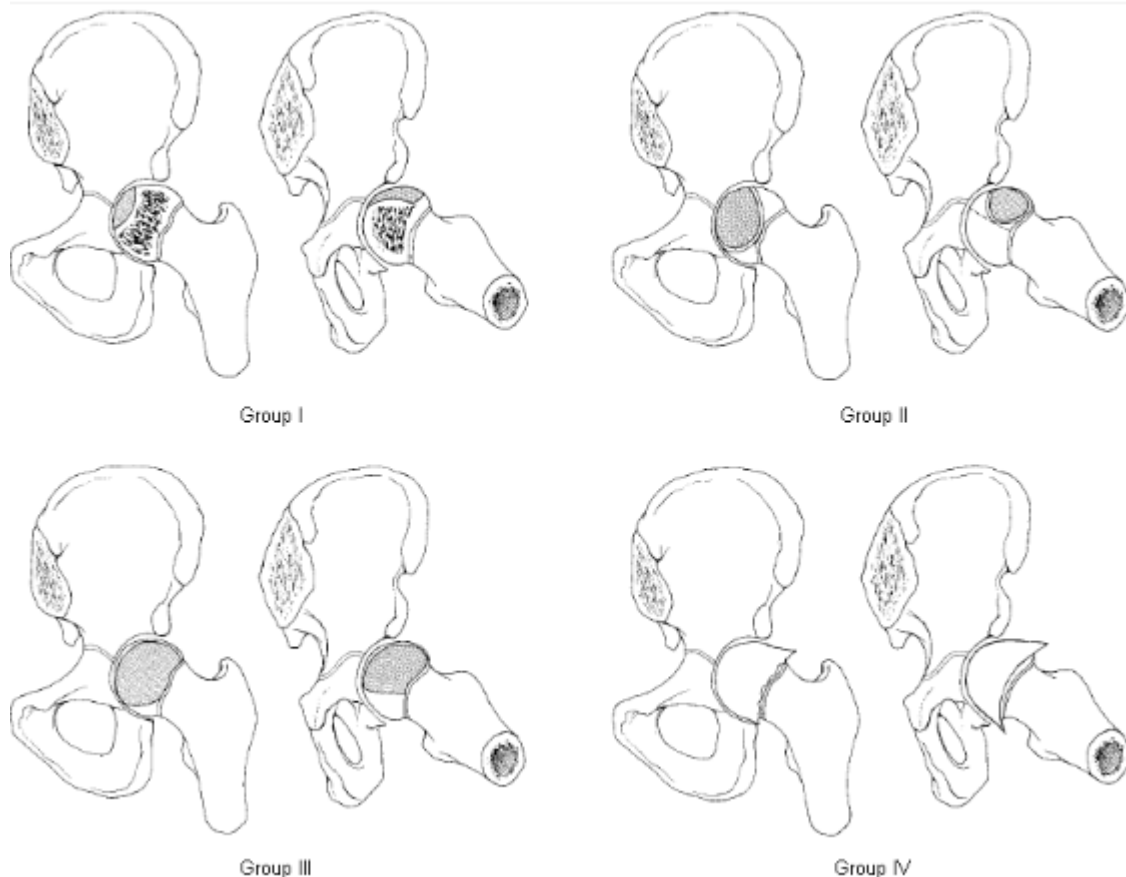
Pasienten følges med kontroll 1 gang i året til vekstslutt med tanke på anisomeli. Mellomkontroll hos barnefysioterapeut ved behov. Behov for rtg kontroll vurderes av ortoped.

Klinisk undersøkelse skal samordnes med barnefysioterapeut. Ortoped skriver på skjema for neste kontroll at timen samordnes med barnefysioterapeut.

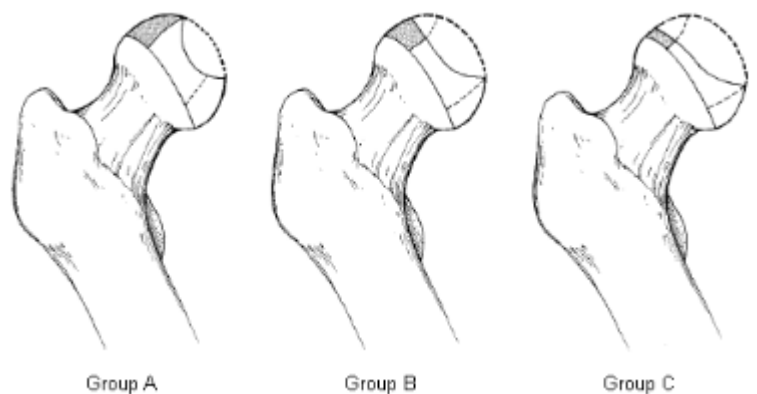
Barnefysioterapeut koordinerer lokal oppfølging.

#### Registrering i Nasjonalt Barnehofteregister

Når diagnosen stilles skal behandlende lege spørre en av foreldrene om barnet kan registreres i Nasjonalt Barnehofteregister. Hvis de er positive til det skal de undertegne på et skjema som ligger på en hylle i skapet på rom 023 på poliklinikk. Dette skjema leveres til sekretær i ekspedisjonen på Ortopedisk poliklinikk for innskanning i DIPS, så kan det makuleres. Så skal barnet registreres i Nasjonalt Barnehofteregister via portalen FALK, enten av ortoped på poliklinikk eller må barneansvarlig ortoped få melding om å gjøre dette.

**Prognostiske faktorer****Utbredelse av caputnekrose:**

For å vurdere utbredelse av caputnekrose kan man bruke Cateralls klassifikasjon. Man ser på på front og innskutt bilde. Grense ved 50% affeksjon. De som har under 50% affeksjon har bedre prognose enn de som har over 50% affeksjon.



Herrings klassifikasjon baserer seg på frontbilde og måling av gjenværende frisk høyde i den laterale delen av caput på frontbilde. De som har bevart mer enn 50% av høyden har bedre prognose.

**Deformitet etter tilheling:**

Forenklet Stulbergs klassifikasjon er i 3 grupper ut ifra caputs form. Rundt, ovalt(eggformet) eller flatt. De to første gruppene har bedre prognose enn den siste.

Hoftens bevegelighet spesielt abduksjon og lateralisering av caput femoris påvirker også langtidsresultatet negativt men i svakere grad enn alder og omfang av caputnekrose.

#### **4. GENERELT**

#### **5. INTERNE REFERANSER**

#### **6. EKSTERNE REFERANSER**

«Barneortopedi», Legeforlaget 2016, Ola Wiig og Anders Wensaas  
Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, Sixth Edition  
Metodeboken, Barneortopedi VV, Calve-Legg-Perthes

#### **7. VEDLEGG**