

Doknr. i Barium 43986	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2021-11-17	Version 3
<b>RUTIN</b> Konstitutionell långvuxenhet. ORT			
<b>Innehållsansvarig:</b> Pavel Antonsson, Överläkare, Läkare ortopedi (pavan1) <b>Godkänd av:</b> Anna Nilsson, Verksamhetschef, Verksamhetsgemensamt (annni155) <b>Denna rutin gäller för:</b> Verksamhet Ortopedi			

## Revideringar i denna version

Ny rutin.

## Syfte

Handläggning vid långvuxenhet hos barn och ungdomar.

## Arbetsbeskrivning

### Allmänt:

Långvuxenhet är i mångt och mycket en subjektiv upplevelse. Långvuxenhet definieras som längdtillväxt över 2 SD på tillväxtkurvan, en extrem långvuxenhet får 3 SD anses vara. En konstitutionell extrem långvuxenhet beror nästan alltid på genetiska faktorer. Längdtillväxten sker i nedre extremitetens långa rörben och i ryggen. När puberteten startar kommer ca 50 % av tillväxten ske i de nedre extremiteterna och 50 % i ryggen. Av den tillväxt som sker i benen kommer max 80 % att ske i tillväxtzonerna kring knäna.

Fall som kan komma ifråga för operativ åtgärd remitteras till barnortoped. En eventuell operativ behandling skall ses som ett "kosmetiskt ingrepp", några absoluta operationsindikationer finns inte. Vid operativ behandling utförs via borrfysiodes en destruktion av knäledernas tillväxtzoner, vilket leder till en slutning av fyserna. Man kan på så sätt stoppa ca 65-70 % av den tillväxt som finns kvar av nedre extremiteten. Längdtillväxten fortsätter dock i ryggen.

### Utredning:

Utredning av långvuxenhet skall göras av barnläkare och skolhälsovården. I grundutredningen ingår en röntgen skelettåldersbestämning med slutlängdsprognos. Röntgen av knäleder med frågeställning "öppna fyser" skall också utföras. Undersökning och utredning skall vara utförd före remiss sänds till barnortoped.

### Differentialdiagnoser:

Vi misstanke om differentialdiagnoser skall utredning och behandling genomföras av barnendokrinolog. Bland viktiga differentialdiagnoser finns kromosomrubbingar (Klinefelters syndrom (XXY), XYY-gen, Fragile-X), syndrom (Marfans syndrom, Sotos syndrom, homocysteinuri) och hormonella orsaker (hypertyreos, tidig pubertet, övernutrition, hypofysär gigantism (GH-tumör).

**Indikationer** för operation och remiss till barnortoped är:

- Stark önskan hos barn och föräldrar
- En beräknad slutlängd hos flickor på >185 cm (utan menarche) och pojkar > 205 cm
- Återstående tillväxt mer än 10-12 cm för pojkar och mer än 8 cm för flickor
- En rimlig proportion, ryggens längd (sithöjden) och nedre extremitetens längd.
- Remiss till barnortoped bör vara skickad innan pojkar nått 180 cm i längd/14 års ålder och flickor 165 cm i längd/12,5 års ålder

## Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvarig ansvarar för revidering minst vartannat år samt vid behov.

Doknr. i Barium 43986	Giltigt fr.o.m 2021-11-17	Version 3
--------------------------	------------------------------	--------------

# RUTIN Konstitutionell långvuxenhet. ORT

## Kunskapsöversikt/referenser

Hubbard WH et al. Understanding Skeletal Growth and Predicting Limb-Length Inequality in Pediatric Patients: review article. J Am Acad Orthop Surg 2019;27: 312-319.

Hannema SE and Sävendahl L. The Evavuation and Management of Tall Stature. Horm Res Paediatr 2016;85:347-352.

Goedegebuure WJ et al. Long-term follow-up after bilateral percutaneous epiphysiodesis around the knee to reduce excessive predicted final height. Arch Dis Child 2018;103:219-223.

## Granskare/arbetsgrupp

Tero Laine, Sektionschef Barnortopedi.

## Spridningslista

Barnteamet.