

Checklista vid utredning av misstänkt Ehlers-Danlos syndrom av hypermobilitetstyp (hEDS)

Namn: _____

Födelsenummer: _____

ANAMNES

= ingår i hEDS-kriterierna

Hereditet (hos förstegradssläkting)	Ja	Nej	?	Kommentar
EDS-diagnos i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förstegradssläkting = föräldrar, barn och syskon
Överrrörlighet i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Led-/muskelbesvär i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Känd kärlruptur/tidig död i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vEDS?

Barndom/tonår	Ja	Nej	?	Kommentar
Född för tidigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	före vecka 37
Klumpfot/höftledsluxation vid födsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	annan EDS?
Neonatala avvikelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sen motorisk utveckling (gå, cykla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Överrrörlighet som barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frekventa fotledsdorsioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Växtvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Analprolaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aktuellt hälsotillstånd	Ja	Nej	?	Kommentar
Överrrörlighet i leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vilka?
Ledluxationer eller sublaxationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vilka?
Vrickar fötter frekvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sen- el muskelbristning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Smärta leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Smärta muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Smärtanames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	debut? karaktär?
Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muskelsvaghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fysisk aktivitet och sjukgymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bättre eller sämre efter? Tid för återhämtning? Om slutat, varför?
Spontana eller stora hematom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frekventa näsblödningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Operationer - komplikationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Breda & tunna ärr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Känslig hud - hur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problem med tänder o/e tandkött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haft tandställning/dragit ur tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pga tandträngsel
Slemhinnebesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Torra, sköra
Hjärtsjukdom eller symtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitationer/hjärtklappning i stående (POTS?)
Hypotoni eller ortostatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POTS?
Kärlkomplikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tidiga åderbräck (före graviditet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumothorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vEDS? Marfan?
Organruptur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vEDS?
Framfall (rektum, uterus mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	före graviditet
Bukbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inkontinens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avvikande syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avvikande hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Artros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benskörhet o/e frakturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IBS-liknande symtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kron obstipation eller lös avföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intolerans gluten eller laktos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Födoämneskänslighet/allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Astma, luftrörsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hur fungerar lokalanestesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kvinnor	Ja	Nej	?	Kommentar
Komplikationer vid graviditet/förlossning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förlossning före v 37, blödningar mm
Rikliga menstruationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Missfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

STATUS

Allmäntillstånd	Ja	Nej	Ngt	Kommentar
Rör sig obehindrat				
Avvikande kroppsbyggnad				
Skolios				
Valgusställning fotleder				
Plattfot				
Stigmatiserat utseende				Epikantusveck mm. Annan EDS?
Akrogeri (åldrat utseende, händer)				annan EDS-typ?
Längd				
Vikt				
Armspann				
Blåsljud på hjärtat				

MoS	Ja	Nej	Ngt	Kommentar
Hög gom				
Smal gom				
Frenulum under tunga saknas				
Tunn emalj tänder				
Tandträngsel				

Hud	Ja	Nej	Ngt	Kommentar
Mjuk				
Len				
Tunn				
Övertöjbar hud				≥ 1,5 cm på volara icke-dominanta underarmen.
Breda, tunna ärr				
Ovanliga blåmärken				utan trauma, ovanligt stora
Ytlig kärlteckning				vEDS?
Åderbräck				Före ev graviditet
Rynkiga fotsulor				
Arachnodactyli				Postivt wrist sign bilateralt eller thumb test bilateralt
Piezogena papler på hälar bilat				
Ovanligt mycket striae				

Leder	Hö	Vä	Nej	Aktuell hypermobilitet
"Beightonsskalan"				
Översträckning armbågar > 10 gr				1 poäng/led
Översträckning knäleder >10 gr				1 poäng/led
Tumme sätts till underarm				1 poäng/led
Lillfinger översträcks i MCP > 90 gr				1 poäng/led
Handflator i golv med raka knän				1 poäng
Total poäng =				≥ 5 poäng = generaliserad hypermobilitet. Max 9 poäng.

"5-PQ" (Kan du eller du kunnat)	Ja	Nej	Tidigare hypermobilitet
Handflator i golv med raka knän			1 poäng
Böja tummen mot handleden			1 poäng
Gå ner i spagat/split			1 poäng
Axel/patellaluxation som barn/ungdom			1 poäng
Anser du dig själv vara överrörlig?			1 poäng
Total poäng =			≥ 2 poäng = tidigare hypermobilitet. Max 5 poäng.

Hypermobilitet i andra leder?			
-------------------------------	--	--	--

Uppfylls kriterier för hEDS?	Ja	Nej	?	Kommentar
• Kriterium 1 - GJH				OBLIGAT Beighton ≥ 5 p eller Beighton 4 p SAMT 5-PQ ≥ 2 p
• Kriterium 2 - systemisk påverkan				OBLIGAT. ≥ 2 av 3 av delkriterium A, B och C
◦ delkriterium A				
◦ delkriterium B				
◦ delkriterium C				
• Kriterium 3				OBLIGAT

BEDÖMNING	Ja	Nej	?	Kommentar
Ehlers-Danlos syndrom (hEDS)				
Hypermobilitetsspektrumstörning (HSD)				Hypermobilitet utan att uppfylla kriterier för hEDS
Misstanke annan diagnos				Marfan, Loetz-Dietz, annan EDS, fibromyalgi mm. Utred vidare!

Datum:

Undersökare: