

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

Namn: _____

Födelsenummer: _____

ANAMNES

= ingår i hEDS-kriterierna

Hereditet (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 fotledsdistorsioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Smärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uttalad skolios	<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 leder?
Ledluxationer eller subluxationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vilka leder?
Frekventa fotledsdistorsioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Smärtaanamnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debut? Var? Karaktär? Uttröttbarhet? Muskler/leder?

Muskelsvaghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uppresning från stol? Gå i trappor? Handstyrka?
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ökat behov av återhämtning?
Fysisk aktivitet och sjukgymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tidigare aktiviteter? Begränsningar? Fysioterapi?
Spontana el stora (handflata) hematom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handflatastora? Plötsliga stora?
Frekventa näsblödningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behövt söka sjukvård (etsat)?
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"/>	Stora lacerationer av små trauman? Hudavlossning?
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"/>	Hjärtklappning? POTS?
Hypotoni eller ortostatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysautonomi (ortostatism, POTS)?
Kärlkomplikation (ruptur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tidiga åderbräck (före graviditet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	före graviditet
Pneumothorax, organruptur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vEDS? Marfan?
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"/>	minst 2
Syn- eller hörselskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt ögonläkare? Kontakt hörselmottagning/öronläkare?
Tidig artros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	annan sjukdom?
Benskörhet o/e frakturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	annan sjukdom?
IBS-liknande symtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gaser, uppblåsthet, buksmärtor?
Kronisk 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"/>	
Normal effekt av lokalbedövning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behov ovanligt många doser? Diffus effekt? Lång effekt?

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"/>	
Upprepade missfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Upprepade missfall

STATUS

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

MoS	Ja	Nej	Ngt	Kommentar
Hög gom				
Smal gom				
Frenulum under tunga saknas				
Tunn emalj tänder, avvikande tandstatus				
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
Arachnodactyli				Postivt wrist sign bilateralt eller thumb test bilateralt
Uttalade iezogena papler på hälar bilat				
Ovanligt mycket striae				före graviditet eller stor viktändring

Hypermobilitet	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 har 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 =			Om skada/operation omöjliggör Beightonbedömning i en led. ≥ 2 = pos
Hypermobilitet i andra leder?			

Uppfylls kriterier för hEDS?	Ja	Nej	?	Kommentar
• Kriterium 1 - GJH				Beighton ≥ 5 p (Barn ≥ 6 p. Över 50 år ≥ 4 p.) OBLIGAT
• Kriterium 2 - systemisk påverkan				≥ 2 av 3 av delkriterium A, B och C OBLIGAT
◦ delkriterium A				
◦ delkriterium B				
◦ delkriterium C				
• Kriterium 3 - diff.diagnoser uteslutna				OBLIGAT

Uppfylls kriterier för HSD?	Ja	Nej	?	Kommentar
• Kriterium 1 - hypermobilitet				Aktuell? Historisk? Lokaliserad? Perifer? OBLIGAT
• Kriterium 2 - problem av hypermobilitet				OBLIGAT
• Kriterium 3 - diff.diagnoser uteslutna				OBLIGAT