

## **Generelle retningslinjer for hofteluddysplasi (HD)**

Alle barn skal undersøkes for HD av lege i forbindelse med fødsel.

Barn i risikogrupper (HD i familien, setefødsel, andre medfødte misdannelser) skal tilbys ultralydundersøkelse av hoftene innen 6 uker etter fødsel.

Alle barn skal undersøkes klinisk av helsestasjonslege for HD. Ved mistanke, skal det rekvireres ultralyd av begge hofter, evt. røntgen bekken (hvis barnet er over 3 mnd.), og barnet skal henvises til avdeling med kompetanse i behandling av HD.

Alle barn med tidlig påvist HD skal behandles med abduksjonsortose, barn med senoppdaget HD (> 3 mnd.) må vurderes individuelt og skal henvises en avdeling med spesiell kompetanse på denne sykdommen for utredning og videre behandling.

Ved ikke reponibel hofte luksasjon skal barnet ikke behandles med abduksjonsortose, men henvises avdeling med spesiell kompetanse på HD.

Barn som har gjennomgått operasjon for HD (alle prosedyrer som krever generell anestesi) skal følges opp til de er utvokst (lukkede fyser).

## **Generelle retningslinjer for Calvé-Legg-Perthes sykdom (CLP)**

Alle barn i aktuell aldersgruppe (2-12 år) der CLP er mulig diagnose (halting, hofte/lår/kne smerter) skal utredes med røntgen av hoften (front og sidebilde) og henvises en ortopedisk avdeling med kompetanse innen barneortopedi.

Alle barn som er 6 år eller over ved diagnosetidspunkt og som har mer enn 50% caputnekrose (Catterall 3 og 4) skal vurderes for operativ behandling (femur- eller bekkenosteotomi) ved en avdeling med spesiell kompetanse på sykdommen.

Alle barn som er under 6 år ved diagnosetidspunkt skal, dersom det ikke foreligger helt spesielle omstendigheter, behandles konservativt.

Barn med CLP skal følges opp til de er utvokst (lukkede fyser).

## **Generelle retningslinjer for epifysiolyse capitis femoris (ECF)**

Alle barn i aktuell aldersgruppe (8-16 år) hvor ECF er mulig diagnose (vedvarende halting, kne og/ eller hoftesmerter) skal henvises til røntgen bekken med front og Lauensteins projeksjon og ved funn snarlig legges inn på en ortopedisk avdeling med kompetanse på behandling av dette.

Ved mistanke om ustabil ECF (akutt innsettende og uttalte smerter uten evne til å belaste) skal pasienten innlegges ortopedisk avdeling med kompetanse innen barneortopedi som øyeblikkelig hjelp.

Ved påvist ECF skal motsatt hofte alltid utredes med røntgen for å utelukke kontralateral glidning.

Primærbehandling er operativ fiksasjon av fysen. Ved ustabil ECF gjøres dette som øyeblikkelig hjelp uten unødig forsinkelse. Ved stabil ECF bør operativ behandling gjøres så raskt som mulig.

Hovedmetoden ved stabil ECF er percutan in-situ fiksasjon uten forsøk på reposisjon. Ved ustabil ECF tillates spontan reposisjon under leiring før fiksasjon.

Fiksasjon gjøres med tilpasset skrue eventuelt med gjengede pinner. Det anbefales at man ut ifra pasientens restvekst tar stilling til om en bruker fiksasjon som tillater fortsatt vekst i fysen.

Kontralateral profylaktisk fiksasjon utføres ikke rutinemessig, men kan vurderes individuelt og i samråd med foresatte i tilfeller med spesielt økt risiko for kontralateral ECF.

Pasienter som er behandlet for ECF skal følges opp til de er utvokst (lukkede fyser).

Pasienter som har hofteplager etter primærbehandling bør henvises ortopedisk avdeling med kompetanse inne barneortopedi.