

EDS i bilder



Piezogenapapler på hälar



Atrofiska ärr



Övertänjbar hud

Diagnoskoder:

- **Q79.6** Ehlers-Danlos syndrom inkl hEDS
- **M35.7** Hypermobilitetsspektrumstörning (HSD)

Referenser:

1. Ross, J. and R. Grahame, *Joint hypermobility syndrome*. BMJ, 2011. **342**: p. c7167.
2. Malfait, F., et al., *The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes*. Am J Med Genet C Semin Med Genet, 2017. **175**(1): p. 8-26.
3. Taylor, D.J., I. Wilcox, and J.K. Russell, *Ehlers-Danlos syndrome during pregnancy: a case report and review of the literature*. Obstet Gynecol Surv, 1981. **36**(6): p. 277-81.
4. Snyder, R.R., L.C. Gilstrap, and J.C. Hauth, *Ehlers-Danlos syndrome and pregnancy*. Obstet Gynecol, 1983. **61**(5): p. 649-50.
5. Beighton, P., L. Solomon, and C.L. Soskolne, *Articular mobility in an African population*. Ann Rheum Dis, 1973. **32**(5): p. 413-8.
6. Smits-Engelsman, B., M. Klerks, and A. Kirby, *Beighton score: a valid measure for generalized hypermobility in children*. J Pediatr, 2011. **158**(1): p. 119-23, 123.e1-4.
7. Hakim, A.J. and R. Grahame, *A simple questionnaire to detect hypermobility: an adjunct to the assessment of patients with diffuse musculoskeletal pain*. Int J Clin Pract, 2003. **57**(3): p. 163-6.
8. Castori, M., et al., *A framework for the classification of joint hypermobility and related conditions*. Am J Med Genet C Semin Med Genet, 2017. **175**(1): p. 148-157.

Ehlers Danlos syndrom

En diagnosguide

Pernilla Blom

Specialist i allmänmedicin
ST-läkare i klinisk genetik

Senast uppdaterad 2025-06-18

En hjälp för läkare i primärvården att identifiera och diagnostisera patienter med EDS

När bör vi misstänka hEDS eller HSD? ^[1]

Barn:	Vuxna:
• Sen grovmotorisk utveckling – lär sig t.ex. att gå och cykla sent	• Smärta – ökande/progressiv, svarar dåligt på analgetika
• Mycket växtvärk, generell smärta	• Lågt bindvävsstöd – bräck, varicer, prolaps
• Ledluxationer	• Upprepade mjukdelsskador
• Upprepade fotledsdistorsioner	• Led/ryggsmärta
• Släkting med hEDS	• Autonom dysfunktion – ortostatism, POTS
• Muskeltrötthet – orkar inte gå mm	• Upprepade luxationer
• Allmän trötthet och nedsatt ork – barnet kan anses vara "lat"	• GI-besvär – reflux, illamående, förstoppning/diarré, IBS-liknande besvär
	• Ökad uttröttbarhet

Överrörlighetssjukdomar: ^[2]

- **Hypermobilitetsspektrumstörning (HSD)** – Överrörlighet i en eller flera leder, med associerade symtom, som smärtor, muskuloskeletala besvär mm. Andra orsaker till besvären ska ha uteslutits, t.ex. hEDS. En uteslutningsdiagnos. Kan ha lika mycket eller mer besvär än hEDS-patienter! Prevalensen ca 340/10 000.
- **Hypermobilitetstyp (hEDS)** – autosomalt dominant. Generaliserad hypermobilitet, luxationer samt smärta. Endast moderat övertänjbar hud och liten sår läkningspåverkan. Vanligaste EDS-formen, ca 90 %. Prevalens ca 2/10 000.
- **Klassisk typ (cEDS)** – autosomalt dominant. Milda till svåra symtom som hypermobilitet, övertänjbar hud, vävnadsskörhet, atrofiska ärr och blåmärken. Näst vanligaste formen av EDS, med en prevalens på ca 0,3/10 000.
- **Vaskulär typ (vEDS)** – autosomalt dominant. Kan ge överrörlighet i små leder. Ej övertänjbar hud eller avvikande ärr. Har ofta stora blåmärken samt kärl- och organrupturer. Kan ge förkortad livslängd pga. livshotande komplikationer. Graviditet innebär risk för både mor och barn [3, 4]. Ovanlig, ca 3–5% av alla EDS-fall. De flesta hitta genom utredning av familjer med känd vEDS.
- **Övriga typer** – Samtliga tio övriga former är mycket ovanliga. T.ex. **Kyfoskoliotisk typ** med generell ledöverrörlighet, medfödd progressiv skolios, skörhet i öga, uttalad muskelhypotoni vid födseln, lång och smal kroppsbyggnad, hornhinnedefekter samt osteoporos. **Artrochalis typ** ger markerad ledlaxitet med multipla luxationer, kortvuxna med mandibulär mikrognati och karakteristiskt utseende. **Dermatosparaxis typ** ger uttalad hudskörhet, lös och överflödig hud, prematur födsel och stora bräck. Dessutom finns flera ännu mer ovanliga EDS-former.

Behandling och omhändertagande vid hEDS och HSD

Icke-farmakologisk:

- Utbildning:
 - Information till patient och anhöriga
 - Informera om patientgrupper (t.ex. Ehlers-Danlos syndrom Riksförbund)
 - Information om faktabaserade kunskapskällor (t.ex. Ehlers Danlos society).
- Multidisciplinärt omhändertagande är önskvärt:
 - Fysioterapi – kroppskännedom, proprioception, anpassad träning
 - Arbetsterapi, ortopedteknik – ergonomi, handfunktion, ortos, ADL, återhämtning, hjälpmedel
 - Hjälpmedel – arbetsterapeut, ortopedtekniker
 - Psykolog, kurator – komorbiditet med psykisk ohälsa, samhällsstöd, service
 - Tandvård – tandläkare, bettfysiolog, käkkirurg
 - Sjuksköterska – koordinera vårdinsatser, utvärdering och uppföljning

Farmakologisk behandling – sedvanlig symtomatisk behandling vid:

- Gastrointestinala besvär
- Psykiska besvär
- Migrän och huvudvärk

Smärta:

- Icke-farmakologisk – TENS, akupunktur, KBT, coping, acceptans mm
- Farmakologisk – utifrån smärtmekanism:
 - Nociceptiv smärta – paracetamol, NSAID
 - Neurogen/nociplastisk smärta
 - 1:a hand – amitriptylin, gabapentin
 - 2:a hand – pregabalin, duloxetin, mirtazapin
 - Långvarig opioidbehandling bör undvikas!

Ortostatism, POTS:

- Icke-farmakologisk – stödstrumpor, god salt- och vätskebalans
- Farmakologisk – betablockerare

Att tänka på:

- Lokalanestesi – kan ha bristfällig effekt och kan behöva upprepas flera gånger
- Kirurgi:
 - Ställningstagande inför narkos och kirurg – helst konservativ behandling
 - Suturering – tätare stygn och längre tid (dubbelt så många stygn, dubbelt så lång tid). Sår bör tejpas under lång tid efter att suturerna har tagits bort
 - Risk för ökad blödningsbenägenhet – beredskap bör finnas för det

Behandlingen bestäms av patientens besvär, inte av diagnosen

Differentialdiagnoser – cEDS och vEDS

Internationella kriterier för EDS av klassisk typ (cEDS): [2]

Huvudkriterier:

- Övertänjbar hud + atrofiska ärr
- Generaliserad hypermobilitet

Bikriterier:

- Lätt att få blåmärken
- Mjuk och degig hud
- Hudskörhet eller traumatisk hudavskrapning
- Molluscoida pseudotumörer
- Subkutana sfäroider
- Bräck
- Epicantusveck
- Komplikationer– distorsioner, luxationer, subluxationer, smärta, flexibel plattfot
- Förstegradssläkting med cEDS
- Vänadsskörhet

Molluskeloida pseudotumörer – stor, köttig förändring vid ärr och trycksatta områden

Förkalkade sfäroida noduli – små, förskjutbara "riskorn" under huden, ofta på underarmar och smalben.

Epicantusveck – "sneda ögon". Inre ögonvrår har veckbildning och ögonspringan lutar nedåt.

EDS av klassisk typ (cEDS):

- ▶ Huvudkriterium 1
- ▶ Huvudkriterium 2 eller ≥ 3 av 8 bikriterier
- ▶ Remiss till klinisk genetik för vidare utredning/bedömning

Internationella kriterier för EDS av vaskulär typ (vEDS): [2]

Huvudkriterier:

- Hereditet för vEDS
- Artärruptur i ung ålder
- Spontana sigmoideumruptur utan kända divertiklar eller tarmsjukdom
- Uterusruptur under tredje trimestern utan tidigare sectio
- AV-fistel (carotis/sinus cavernosus)

Bikriterier:

- Tunn genomskinlig hud med synliga vener
- Karakteristiska ansiktsdrag
- Blåmärken utan känt trauma eller på avvikande platser
- Tidiga varicer – före 30 års ålder och utan tidigare graviditet
- Akrogeri – åldrat utseende
- Klumpfot
- Kongenital höftledsluxation
- Hypermobilitet i små leder (fingrar, tår)
- Sen- och muskelrupturer
- Keratokonus
- Tandköttsskörhet
- Spontan pneumothorax

Keratokonius – tunn och toppig hornhinna

EDS av vaskulär typ (vEDS):

- ▶ ETT huvudkriterium – misstanke räcker!
- ▶ SKYNSAM remiss till klinisk genetik för utredning!

STEG 1 – Är patienten överrörlig?

Beightonskalan – aktuell överrörlighet: [5, 6]

- Handflator på golvet med sträckta knän = 1 p
- Översträckning i armbågen ≥ 10 grader = 1 p/sida
- Översträckning i knän ≥ 10 grader = 1 p/sida
- Sätta tummen mot volara delen av underarmen = 1 p/sida
- Passiv dorsalflexion i MCP-led ≥ 90 grader = 1 p/sida

Krav: ≥ 5 p (vuxna), ≥ 4 p (äldre) eller ≥ 6 p (upp till puberteten)



"5-part questionnaire for hypermobility" (5-PQ) – tidigare överrörlighet? [7]

- Har du någonsin kunnat sätta handflatorna i golvet med raka knän?
- Har du någonsin kunnat böja din tumme mot underarmen?
- Kunde du som barn roa dina vänner genom att böja din kropp i konstiga positioner ELLER gå ner i spagat (utan att ha tränat på det)?
- Som barn/tonåring, gick dina axlar eller knäskålar ur led mer än en gång?
- Anser du dig själv vara överrörlig?

Krav: ≥ 2 ja-svar

Hypermobilitet:

- Beightonskalan ≥ 5 poäng (vuxna) ELLER
- Beightonskalan = 4 poäng (vuxna) SAMT 5-PQ ≥ 2 poäng

Har patienten en generaliserad hypermobilitet?

- ▶ Ja – Gå till steg 2!
- ▶ Nej – EJ HEDS! HSD kan ej uteslutas. Gå direkt till steg 3!

STEG 2. Uppfyller patienten kriterierna för hEDS? ^[2]

2017 års internationella kriterier för hEDS

Kriterium 1 – generell hypermobilitet:	Kriterium 2 – systemisk påverkan:
• Beighton score ≥ 5 p ELLER • Beighton score ≥ 4 p + 5-PQ ≥ 2 p	Delkriterium A: • Ovanligt mjuk eller len hud • Mild övertänjbarhet av huden ($\geq 1,5$ cm) • Tandträngsel OCH hög eller smal gom • Bilateral pietzogen papler på hälarna • Återkommande eller multipla bukbräck
Kriterium 3 – uteslutit:	Delkriterium B:
• Ovanlig hudskörhet – annan EDS-typ? • Andra ärftliga/förvärvade bindvävssjukdomar och autoimmuna reumatologiska sjukdomar • Annan diagnos som kan ge hypermobilitet tex hypotoni o/e bindvävslaxitet.	• Atrofiska ärr på minst 2 platser • Prolaps av bäckenbotten, rectum o/e utreus – hos barn, män och kvinnor (före graviditet) • Oförklarliga striae – unga, män eller prepubertala kvinnor utan signifikant viktförändring
	Delkriterium C:
	• Arachnodaktyli: ◦ Positivt wrist (Walker sign) bilateralt ◦ Positivt tumtest (Steinberg) bilateralt • Armspann-längdkvot $\geq 1,05$ • Prolaps av mitralisklaffen • Dilatation av aortaroten
	Delkriterium B:
	• Minst en förstegradssläkting uppfyller kriterierna för hEDS
	Delkriterium C:
	• Muskeloskeletal smärta i minst två extremiteter dagligen i minst 3 månader • Kronisk utspridd smärta i minst 3 månader • Återkommande ledluxationer eller ledinstabilitet utan tidigare trauma

Krav för hEDS-diagnos (kriterium 1, 2 och 3 SKA vara uppfyllda):

- Kriterium 1
- Kriterium 2 – minst 2 av 3 delkriterier:
 - delkriterium A – minst 5
 - delkriterium B – minst 1
 - delkriterium C – minst 1
- Kriterium 3 – alla 3 krävs

Har patienten EDS av hypermobilitetstyp (hEDS)?

- ▶ Kriterierna uppfylls – **hEDS-diagnos är klar!** (klinisk diagnos)
- ▶ Kriterierna uppfylls ej – ej hEDS. Har patienten HSD? **Gå till steg 3!**

Vanliga besvär vid hEDS och HSD

Rörelseapparaten och hud:

- Muskler – svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, smärta efter ansträngning
- Ändrat gångmönster – pga. nedsatt koordination och reaktionshastighet
- Fötter – smärta, utplattade fotvalv, breddökad framfot, pronation i fotleden
- Benskörhet – Osteopeni, nedsatt benkvalitet, ökad risk för kotfraktur
- Hematom – frekventa och stora. Ofta utan känt eller minimalt trauma
- Mjukdelsinflammationer – bursiter, tendinit, synoviter, tenosynoviter och fasciiter. T.ex. karpaltunnelsyndrom, Mb de Quervain och trochanterit.

Neurologiska symptom:

- Trötthet – hos över 75 %.
- Huvudvärk – migrän är tre gånger vanligare vid EDS.
- Dålig effekt av lokalanestesi – kortare duration och sämre effekt
- Nedsatt proprioception – svårt att veta ledposition, hamnar i ytterlägen
- Dysautonomi – ortostatism, yrsel, svimning, POTS
- Restless legs

GI-symtom:

- Funktionella – illamående, kräkning, reflux, diarré/förstoppning, IBS-besvär.
- Födoämneskänslighet – allergier, mastcellsaktivering
- Dysfagi
- Urin- och faecesinkontinens

Gynekologi/obstetrik:

- Menstruationer – oregelbundna och rikliga. Dysmenorré.
- Sexuellt – dyspareuni, vaginala lacerationer, torra slemhinnor
- Graviditet – kraftig foglossning och ryggsmärta, åderbräck mm
- Förlossning – prematur förlossning, postpartumblödning

Psykiska symptom:

- Depressioner, ångest och oro.
- Ev ökad frekvens – ADHD, neuropsykiatrisk sjukdom, ätstörning, tvångssyndrom

Slemhinnor samt mun- och käksymtom:

- Torra och sköra slemhinnor – ögon, näsa, mun och genitalt
- Tänder – missfärgning emalj, dentinskador, tandträngsel, mobila tänder
- Tandkött – lättblödande, tillbakadraget tandkött, peridontit, tandlossning
- Avsaknad av frenulum (underläpp respektive under tunga)
- Käkproblem – instabilitet, smärta, svårt att gapa, låsningar, knäppningar

Kardiovaskulära och respiratoriska symptom:

- Astmatiska besvär – kollagendefekten kan ge mjukare luftvägar
- Sömnapnésymtom – ökning av apnéer, hypopnéer och begränsat luftflöde.
- POTS – (Posterior Tachycardia syndrome). Pulsökning med ≥ 30 /min inom 10 min i stående utan samtidigt blodtrycksfall. Symtom som vid ortostatism.

Förklaring till diagnoskriterierna

Hypermobilitet – Generaliserad överrörlighet enligt Beightonskalan och 5-PQ.

Ovanlig hudskörhet – stora lacerationer utan eller efter endast mildt trauma.

Mjuk, tunn och len hud – oväntat fynd för ålder och kön. "Bebislen" hud.

Hyperextensibel hud – Övertänjbar hud. Testas mitt på volarsidan av underarmen. Lyft kutana och subkutana delen av huden. Kan lyftas $\geq 1,5$ cm, ej distinkt stopp. Ofta tvekar man inte över om huden är uttänjbar, utan man reagerar med "oj, vad den är uttänjbar".

Oförklarliga striae – hos män, barn och prepubertala kvinnor. Utan signifikant viktändring.

Bilaterala piezogenapapler – Bräck av subkutant fett på hälranden i stående position. Vita, 0,5–1 cm stora och ibland ömmande små "bubblor" under huden.

Bräck – ljumskar, bukväggsbräck mm. Hiatusbräck är vanligt, men räknas ej med.

Atrofiska ärr – vida och tunna ärr. Det känns "tomt" under hudytan (defekt dermis). Huden på ärrer skrynklar ihop sig, då man trycker ihop ärrer från sidorna.

Prolaps – uterus, bäckenbotten, rektum. Män, barn eller kvinnor (ej varit gravida). Utan fetma.

Tandträngsel – har dragit ut tänder eller haft tandställning pga. tandträngsel. Ska även finnas hög och smal gom. När man tittar in, så får man titta långt uppåt för att se gomatet.

Arachnodaktyli – Positivt thumb-test bilateralt (tummen sticker ut på palmarsidan av handen när man sluter handen kring tummen). ELLER positivt wrist-sign bilateralt (tummen och lill-fingret överlappar då man sluter handen runt handleden).

Armspann/längdkvot – längden mellan fingertopp till fingertopp med armarna abducerade 90 grader. Dividera med kroppslängden. Ska vara $\geq 1,05$.

Mitralisklaffs prolaps och aortarotsdilatation – enligt hjärteekokardiografi. Utreds inte, förutom om misstanke (t.ex. blåsljud) finns. Ofta utan klinisk signifikans.

Smärta – muskuloskeletal smärta, neuropatisk smärta och central smärtsensitisering.

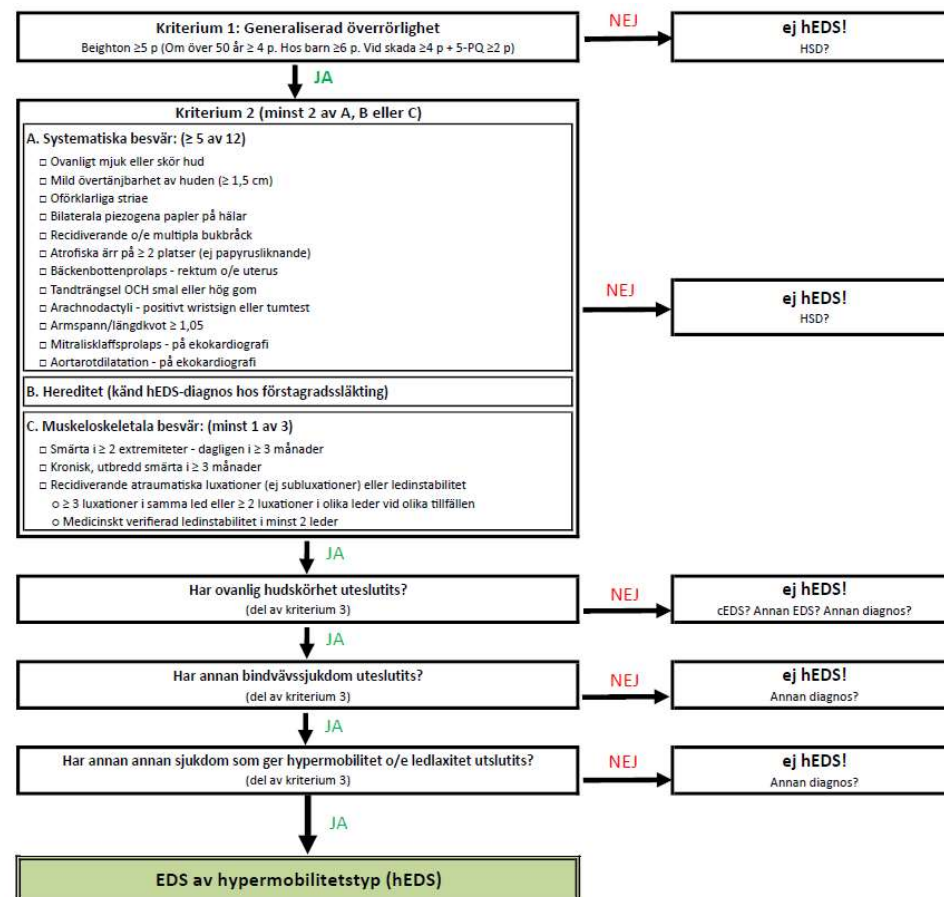
Subluxationer/luxationer – ofta recidiverande och mycket lättutlösta. Ev. ses kroniskt subluxerat läge. En eller flera leder. Axlar, patella, käkar och fingrar är vanligast.

Ärftlig eller förvärvad bindvävssjukdom - inkl. autoimmuna reumatologiska tillstånd (SLE, reumatoid artrit). Dessa har speciella diagnoskrav för hEDS.

Andra diagnoser som kan ge hypermobilitet pga. hypotoni o/e vävnadslaxitet - t.ex. neuromuskulära sjukdomar (myopatisk EDS, Bethlem myopati), andra HCTD (andra typer av EDS, Loeys-Dietz syndrom, Marfans syndrom) och skelettdysplasier (t.ex. osteogenesis imperfecta). Misstanke väcks genom anamnes och status och bör föranleda utredning.

Flödesschema för diagnostisering av hEDS

(enligt 2017 års internationella kriterier)



Förklaring av begrepp

EDS = Ehlers-Danlos syndrom. hEDS = Ehlers-Danlos syndrom av hypermobilitetstyp. HSD = Hypermobilitetsspektrumstörning. Beighton - Generell hypermobilitet om ≥ 5 p (Barn ≥ 6 p och ≥ 4 p hos över 50 år).

5-part questionnaire (5-PQ) - Screeningformulär om Beighton ej kan bedömas pga. tex. skada (dvs Beighton = 4 p + 5-PQ ≥ 2 p). Ovanlig hudskörhet - större sårskador utan (eller med minimalt) trauma. Uteslut cEDS.

Milt övertänjbar hud - Huden mitt på volarsidan av underarmen kan lyftas $\geq 1,5$ cm (överväg cEDS eller annan sjukdom om ≥ 2 cm).

Oförklarliga striae - hos barn, män och prepubertala kvinnor. Utan signifikant viktökning.

Piezogenapapler - Hemiering av subkutant fett på hälen i stående. Känns som små och mjuka "bubblor" i mjukdelarna.

Atrofiska ärr - ärr efter linjära traumatiska sår. Ovanligt tunt och insjunket (utifrån sårets ursprungliga utseende). Pga. dermal hypotrofi.

Tandträngsel OCH hög eller smal gom - patienten har haft tandställning eller dragit ut tänder pga. tandträngsel.

Arachnodaktyli - Positivt wristsign bilateralt (tummen överlappar lillfingret, vid grepp runt handleden) eller positivt thumbtest bilateralt (spetsen på tummen sticker utanför handen när man knyter handen runt tummen).

Prolaps av mitralisklaffen - Vid ev. blåsljud görs hjärteekokardiografi, görs ej rutinmässigt. Ofta ej kliniskt signifikant.

Dilatation av aortaroten - se ovan.

Förstagradssläkting - Föräldrar, helsyskon eller egna barn. Hit räknas inte far- eller morföräldrar osv.

Ärftlig eller förvärvad bindvävssjukdom - Andra HCTD (Heritable Connective Tissue Disorder, t.ex. andra EDS-typer, Loeys-Dietz syndrom, Marfans syndrom) eller autoimmuna reumatologiska tillstånd (SLE, reumatoid artrit) mm.

STEG 3. Uppfyller patienten kriterierna för HSD?

2017 års internationella kriterier för HSD [8]

Kriterium 1 – hypermobilitet (minst 1):

- Generaliserad – uppfyller kraven för Beightonsskalan
- Lokaliserad – mindre än 5 leder
- Perifer – händer och fötter
- Historisk – uppfyller 5-PQ (men inte längre Beightonsskalan)

Kriterium 2 – muskeloskeletala besvär (minst 1):

- Subluxationer och/eller luxationer
- Ledsmärta och förlust av ledfunktion
- Ledskador – tex broskskador
- Tidig degeneration i leder – som kan ge tidig artrosutveckling
- Mjukdelsskador – senor och ligament
- Återkommande, persisterande eller kroniska smärtor
- Nedsatt proprioception

Kriterium 3 – differentialdiagnoser ska vara uteslutna:

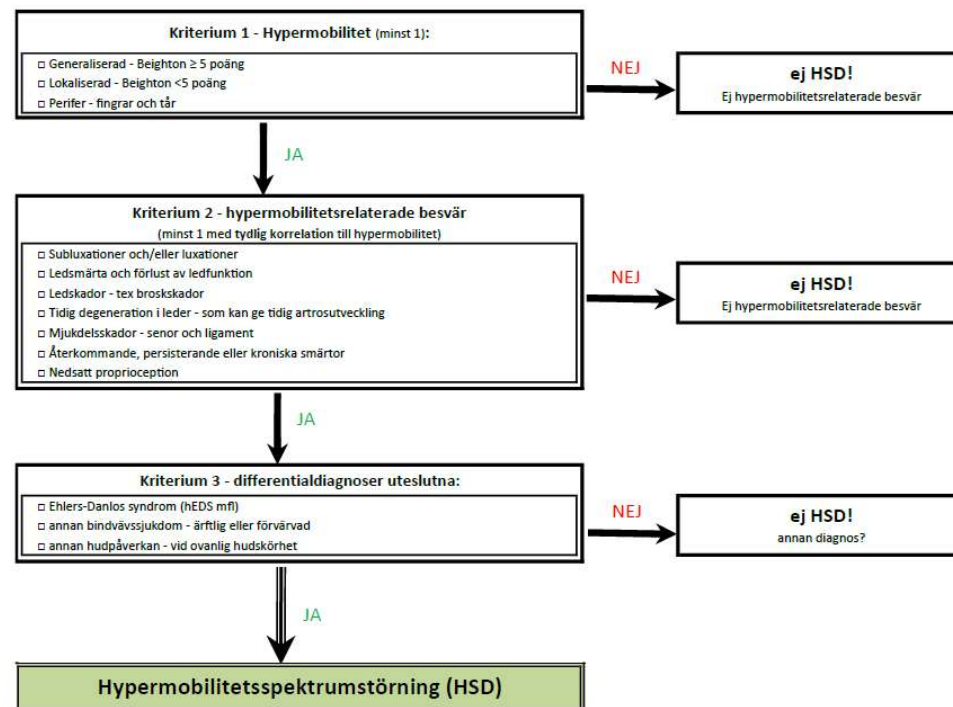
- Ehlers Danlos syndrom – tex hEDS
- Annan bindvävssjukdom – ärftlig eller förvärvad
- Annan hudpåverkan – vid ovanlig hudskörhet

Har patienten hypermobilitetsspektrumstörning (HSD)?

- ▶ Kriterierna uppfylls – **HSD-diagnos är klar!** (klinisk diagnos)
- ▶ Kriterierna uppfylls ej – annan diagnos?

Flödesschema för diagnostisering av HSD

(enligt 2017 års internationella kriterier)



Förklaring av begrepp

EDS = Ehlers-Danlos syndrom. hEDS = Ehlers-Danlos syndrom av hypermobilitetstyp. HSD = Hypermobilitetsspektrumstörning.

Beighton - Generell hypermobilitet om ≥ 5 p (Barn ≥ 6 p och ≥ 4 p hos över 50 år)

5-part questionnaire (5-PQ) - positivt vid ≥ 2 p. Testas om Beighton ej kan utföras helt pga skada/operation (dvs Beighton = 4 p).

Ovanlig hudskörhet - större sårskador utan (eller med minimalt) trauma. Uteslut cEDS.

Milt övertänjbar hud - Huden mitt på volarsidan av underarmen kan lyftas $\geq 1,5$ cm (överbåg cEDS eller annan sjukdom om ≥ 2 cm).

Oförklarliga striae - hos barn, män och prepubertala kvinnor. Utan signifikant viktförändring.

Pitzogena papler - Herniering av subkutant fett på hälen i stående. Känns som små och mjuka "bubblor" i mjukdelarna.

Atrofiska ärr - ärr efter linjära traumatiska sår. Ovanligt tunt och insjunket (utifrån sårets ursprungliga utseende). Pga dermal hypotrofi.

Tandträngsel OCH hög eller smal gom - patienten har haft tandställning eller dragit ut tänder pga tandträngsel.

Arachnodaktyli - Positivt wristsign bilateralt (tummen överlappar lillfingret, vid grepp runt handleden) eller positivt thumbtest bilateralt (spetsen på tummen sticker utanför handen ulnart då man knyter handen runt tummen).

Prolaps av mitralisklaffen - Vid ev blåsljud görs hjärteekokardiografi, görs ej rutinmässigt. Ofta ej kliniskt signifikant.

Dilatation av aortaroten - se ovan.

Förstagradssläkting - Föräldrar, helsyskon eller egna barn. Hit räknas inte far- eller morföräldrar osv.

Ärftlig eller förvärvad bindvävssjukdom - Andra HCTD (Heritable Connective Tissue Disorder, t.ex. andra EDS-typer, Loey-Dietz syndrom, Marfans syndrom), autoimmuna reumatologiska tillstånd (SLE, reumatoid artrit) mm.

Andra diagnoser som kan ge hypermobilitet pga hypotoni o/e vävnadslaxitet - Neuromuskulära sjukdomar (neuropatier, myotonier, mEDS, Bethlem myopati mm), och skelettdyslasier (t.ex. osteogenesis imperfecta) m.fl.