

## Knäartroskopi - indikation

---

### Revidering i denna version

Inga förändringar vid denna revidering.

### Bakgrund

Knäartroskopi ska göras enligt för NU-sjukvården fastlagda indikationer enligt nedan.

### Syfte

Att göra bedömning och indikation som är gemensam för alla ortopedier verksamma på NÄL och Uddevalla sjukhus

### Vilka berörs

Ortopedkliniken

### Åtgärder

Före artroskopi ska alla patienter vara slätröntgade oavsett ålder. Om patienten är >40 år eller om misstanke om artros finns ska röntgen vara belastad. Grundprincipen är att vara restriktiv med artroskopi knä och i huvudsak ordinera konservativ behandling hos både yngre och äldre patienter. Skriv alltid remiss för fysioterapi, och skriv artrosskola och gärna med bassängträning för patienter över 50 år.

### Vid alla akuta knäfall uteslut:

1. Septisk artrit.  
Behandling: oftast akut artroskopi med spolning.
2. Skada på extensorapparaten.  
Behandling: oftast operation.
3. Fraktur
4. Osteokondralt fragment. Hos barn och unga: Vid misstanke eller positiv slätröntgen beställ CT och om benfragment inne i leden – artroskopi anmälan Prio 7 dagar. Om litet fragment vid mediala patella i kapseln – konservativ behandling.
5. Eminentiafraktur grad 2-3. Oftast barn, kräver anmälan operation prio 7 dagar.

### Subakut artroskopi, prio 30 dagar = enkel förtur

**Viktigt:** Ta slätröntgen, ordna operatör, operatören bestämmer väntetiden, överväg alltid konservativt alternativ noga, ta hellre återbesök och ge lokalbedövning.

1. Låst knä efter trauma som inte släpper till återbesök med lokalbedövning tre veckor efter debuten. Helst MR innan operation.
2. Extensionsdefekt 20-30 grader efter trauma som inte minskar efter tre veckor. Beställ MR innan operation, **skriv MR inom två veckor.**

**Väntelistepatienter, prio 90 dagar. Tala med operatör.**

1. Misstänkt traumatisk meniskskada som inte svarar på konservativ behandling efter 4-6 månader och har mekaniska symtom.
2. Symtomgivande fri kropp. Ta tunnelbilder och patella axialbilder.
3. Misstanke om degenerativ meniskskada där adekvat trauma saknas och konservativ behandling med artrosskola i 6 månader varit verkningslös och patienten är <60 år (flytande gräns). **Mekaniska symtom** i form av upphakning och låsning måste föreligga. Enbart smärta är inte indikation, då är vinkelosteotomi oftast mycket bättre.

**Diagnostisk artroskopi**

1. Utredning inför hög tibiaosteotomi/hemiprotos om röntgen inte ger tillräcklig information.

**Trauma med eller utan hemartros**

1. Akut hemartros efter lågenergitrauma och knät är stabilt i både varus och valgus. Återbesök ges 3-4 veckor efter skadan för noggrann bedömning av eventuell instabilitet. Om positiv Lachmann och patienten klagar över ostadigt knä ge fysioterapiremiss, därefter återbesök till korsbandsoperatör och Johan (fysioterapeut) på NÄL för inskrivning i Svenska korsbandsregistret [www.aclregister.nu](http://www.aclregister.nu).
2. Ej hemartros: Konservativ behandling med fysioterapi remiss och ortos 0-90 grader om MCL skada grad 2 eller 3. Om stabilt i sidled också konservativ behandling med fysioterapiremiss och ev. återbesök till Johan (fysioterapeut) på NÄL.

**Traumatillstånd där MR alltid ska göras subakut, (2v.)**

1. Stor misstanke på **mer** än bara främre korsbandsskada (ACL) alltså misstänkt PCL-, LCL- eller MCL-skada med kraftig valgusvackling. Kan behöva opereras subakut (inom två veckor).
2. Enbart LCL-skada med varusvackling ska helst opereras inom två veckor. Hos patienter äldre än 60 år dock ROM-ortos i sex veckor och utvärdering senare på återbesök.