

Knä, Knäledsdistorsion

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)
[Utredning och bedömning](#)
[Behandling](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Sammanfattning

Mjukdelsskador i knäleden är vanligt hos yngre, idrottande individer men också medelålders och äldre efter ganska ringa trauma. Lagidrott som fotboll, innebandy och handboll samt alpin utförsäkning står för merparten av skadorna hos yngre. Ofta orsakas skadorna av indirekt våld som vridning, vackling eller översträckning, men även direktvåld förekommer.

Utredning och bedömning

Anamnes:

Vilken var skademekanismen? Kunde patienten belasta direkt efter traumat? Kändes knät ostadigt vid denna initiala belastning? Kom svullnaden omedelbart? Var sitter smärtan (be patienten peka)? Förekommer låsningar/upphakningar? Instabilitet?

Status:

Kontrollera svullnad, ömhet, rörelseinskränkning, hängmattefenomen. Försök testa stabilitet (även om detta kan vara svårt att bedöma när patienten har ont och spänner emot) i sagitell led (Lachmann, draglåda) och i sidled med sträckt och lätt böjt knä (20-30 grader).

Röntgen för att utesluta fraktur.

Om tydlig svullnad i leden: Punktion. Hemartros? Fettpärlor?

Om patienten har hemartros med fettpärlor misstänk fraktur och komplettera med CT akut (inom 24 timmar).

Om hemartros utan fettpärlor ska MR göras polikliniskt, helst inom 2 veckor.

OBS! Om man har misstanke om patellaluxation krävs mycket fortare handläggning, var god se separat vårdriktlinje.

Behandling

Meniskskada hos ung individ med låst knä (rigid sträckdefekt) ska artroskoperas inom 1 vecka, diagnosen är klinisk och MR är inte nödvändigt. Intraartikulär blockad kan ibland "lösa låsningen" och tillåta full extension. Handläggningen blir då något mindre skyndsam. Låsningar och upphakningar hos yngre patient bör utredas med MR inom 4 veckor.

Degenerativ meniskskada hos äldre patient ska inte utredas med MR utan rekommenderas sjukgymnastik och uppföljning i primärvården.

Isolerad medial kollateralligamentskada har mycket god prognos och behöver ej opereras och inte heller konfirmeras med MR.

Lateral kollateralligamentruptur kräver oftast operation och dessa patienter **skall** åter för ortopedbedömning inom cirka 1 vecka. MR beställs inför besöket.

Främre korsbandsskada kan ge hemartros, men inte alltid. På yngre individ görs MR för att ställa diagnosen, detta är inte brådskande utan kan göras inom 4 veckor. Om diagnosen är oklar kan patienten komma tillbaka till Ortopedmottagningen efter ca 2 veckor för ny undersökning, MR behöver inte beställas från Akuten. Om du misstänker samtidig kollateralligamentskada kan patienten förses med en upplåst sidostabiliserande ortos från Team Olmed att använda vid aktivitet.

Om du misstänker bakre korsbandsskada (bakre draglåda, hängmattefenomen) ska MR göras inom 1 vecka och parallellt med detta skrivs remiss till Team Olmed för PCL-ortos. Ju fortare man behandlar med ortos, desto bättre läkningspotential. Ortosen ska användas dygnet runt i minst 8-10 veckor.

Med grav instabilitet menas sidoinstabilitet med fullt extenderad knäled. I dessa fall kan knäleden ha varit luxerad vilket bland annat medför risk för kärlskada. Distalstatus kontrolleras och patienten läggs in för observation. Kontakta bakjour! Om påverkat distalstatus, överväg CT angio.

Om ej operationskrävande fraktur eller grav instabilitet, påbörjas snar mobilisering med aktiv full extensionsträning och successiv flexionsträning. Informera om vikten att snabbt få igång normal rörlighet och bibehålla lårmuskelstyrkan. Patienten rekommenderas ta kontakt med sjukgymnast så snart som möjligt. Patienten ska **INTE** vänta tills MR eller återbesök på ortopedien är gjort.

Uppdaterat från föregående version

Ersätter 2019-03-29.

Ett flertal ändringar under alla rubriker.