

Traumatiska knäskador

Skador mot knäleden är vanligt, både som direktvåld och vridvåld. Hos äldre eller vid kraftigare direktvåld kan frakturer förekomma. Vanligare är vridvåld, ofta i samband med sportutövande, som orsakar skador på mjukdelarna i knät som korsband, menisker och sidoligament.

Värt att komma ihåg är att vid vridvåld av knäleden med svullnad samma dag har två tredjedelar en främre korsbandsruptur.

Innehåll på sidan:

- [Vårdnivå och remiss](#)
- [Diagnostik och utredning](#)
- [Behandling](#)
- [Sjukskrivning](#)

Vårdnivå och remiss

Primärvården bör primärt bedöma de flesta fall av traumatiska knäskador och vid behov ansvara för akut röntgenundersökning före eventuell hänvisning till ortopedakuten.

Akut remiss till ortopedakuten görs vid:

- Fraktur
- Ruptur av quadriceps- eller patellarsena
- Låst knä
- Kollateralligamentskada med tydlig instabilitet.

Vid fraktur, sidoinstabilitet eller ”låst knä” remitteras patienten till ortopedakuten för omedelbar handläggning.

Vid kraftigt trauma hos knäplastikerad patient bör protes haveri uteslutas.

Subakut remiss till ortopedmottagning (besök inom 2 veckor).

Akut trauma med omedelbar ledsvullnad (misstänkt hemartros) om patienten är yngre än 40 år. Alla patienter oavsett ålder med påtaglig instabilitet.

Övriga distorsioner hänvisas till fysioterapeut. Vid långdragna och/eller behandlingsresistenta besvär överväg bakomliggande faktorer, se Knäledsartros.

Remissinnehåll

Kort anamnes/status och röntgenfynd.

Remissvar/återremittering

- Remissvar ska lämnas efter första bedömningsbesöket med uppgifter som underlättar fortsatt hantering i primärvården.
- Hänvisning av behandlings-/rehabiliteringsansvar till primärvården ska ske tydligt och innehålla relevanta uppgifter, såsom postoperativt resultat, prognos och eventuella restriktioner till exempel vad gäller belastning och synpunkter på fortsatt rehabilitering som sjukskrivningsbehov, arbetsförmåga och eventuell arbetsanpassning.

Diagnostik och utredning

Anamnes

- Hur gick skadan till? Direktvåld eller vridvåld (”distorsion”)?
- Om hydrops finns, uppstod den samma dag eller senare?

- Var sitter smärtan, diffust eller tydlig lokaliserad?
- Har patienten några tidigare skador i knät?

Status

Akut svullnad av knäleden (hydrops) samma dag som traumat beror på blödning i leden, alltså "hemartros". Detta innebär i regel att en mer allvarlig skada skett i knät och bör utredas. Svullnad som uppstår efter någon dag är oftast en inflammatorisk svullnad.

En fullständig knäundersökning görs om smärtan tillåter och innebär:

- Finns hydrops? Patellardans?
- Rörelseomfång
- Palpationsömheter över skelett, kollateralligament, ledspringa.
- Sidostabilitet i sträckt och lätt flekterat knä i varus/valgus.
- Främre korsband. Lachman och främre draglåda.
- Bakre korsband. Hängemattetecken. Bakre draglåda.
- Meniskprovokation. McMurray och Apleys test. Ofta svårt att genomföra och tolka vid akut skada p.g.a. smärtan.

[Knästatus](#), [Ortopediskt rutinstatus](#), [Youtube](#)

Vid uttalad smärta är det ofta svårt att ställa en säker diagnos vid akuttillfället. Försök dock alltid att utesluta:

- **Senruptur:** Kan patienten hålla underbenet extenderat i luften en kort stund? Om inte kan det bero på en ruptur av av quadriceps- eller patellarsena, vilket kräver akut operation.
- **Låst knä:** Vid en inslagen menisk får patienten ett "låst knä". Detta innebär en mekanisk begränsning av rörelseomfånget - vanligast saknas cirka 20 graders extension som inte går att forcera. Detta behöver subakut åtgärdas med menisksutur alternativt borttagning av menisken. Vid uttalad hydrops är ofta rörelseomfånget minskat. Töm då ut hydropsen och undersök sedan rörligheten igen.
- **Instabil kollateralligamentskada:** Instabilitet i sidovackling där man inte känner ett tydligt stopp beror på en ruptur av kollateralligamenten, i regel det mediala. Patienten är då också tydligt öm över ledbandet. Dessa kan akut behöva en ortos på knät för att det ska läka bättre och för att undvika nya skador. Notera att vid främre korsbandsskada upplevs i regel ett litet ökat glapp i sidovackling, men med ett tydligt stopp – dessa beror inte på kollateralligamentskada och behöver ingen ortos.

Röntgen och MR

Slätröntgen bör alltid göras vid hemartros eller hos patienter som anamnestiskt haft en patellaluxation (skriv detta i remissen så en "patella axial" tas). Frikostigt med röntgen hos patienter äldre än 55 år eller annan riskfaktor för fraktur.

MR-knä beställs ibland vid skadetillfället, men då enbart av ortoped på akutmottagningen.

Knäpunktion

Svullnad samma dag som traumat beror på blod i leden, alltså "hemartros", och knät behöver inte punkteras för att verifiera detta.

Vid tydlig svullnad och inskränkt rörlighet ger tömning av knäleden bättre förutsättning för rörelseträning och är smärtlindrande. Kan man inte flektera mer än till 90 grader är det rimligt att tömma knät, annars behöver det inte göras rutinmässigt.

Om tömningen innebär större psykiskt trauma än nytta kan man avstå. Blodet resorberas av sig själv inom några veckor.

Förslag på teknik vid knäpunktion:

- Markera patellas övre och laterala begränsning. Instickshålet ska vara 1 cm proximalt och posteriort om detta. Sprita av. Så länge du inte berör insticksstället igen är det sterilt.
- Använd grön nål och 20 ml spruta. Vanliga handskar.

Stick parallellt med golvet och riktningen tvärs över mot medialsidan. Rikta inte i distal riktning då du riskerar att repa patellabrosket. Kommer det inget blod kan du pröva att rikta nålen mer anterior/posterior (mot taket/golvet). Töm så mycket som smidigt kommer ut.

Behandling

Alla bör erbjudas lindning av knät, smärtlindring och kryckor. Kontakt med fysioterapeut i primärvården inom 1 vecka. Sjukskrivning vid behov.

Patienter som anamnestiskt haft en patellaluxation ska ha remiss till ortopedtekniska för en patellastabiliserande ortos och sen uppföljning hos fysioterapeut.

- [Bakre korsbandsskada, behandlingsriktlinjer](#)
- [Främre korsbandsskada, behandlingsriktlinjer](#)
- [Lateral collateralligamentskada, behandlingsriktlinjer](#)
- [Medial collateralligamentskada, behandlingsriktlinjer](#)
- [Meniskskada, behandlingsriktlinjer](#)
- [Patellaluxation, behandlingsriktlinjer](#)

Sjukskrivning

- [Samarbete mellan primärvård och ortopedi i sjukskrivningsärenden](#)
- [Sjukskrivning vid knäledsbesvär, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Socialstyrelsen \(nytt fönster\)](#)

Alla med akut svullnad (hemartros) bör undvika tyngre belastning av knät tills mottagningsbesöket på ortopedmottagningen.

Fastställt: 2010-09-30

Reviderad: 2021-10-01

Giltigt till och med: 2023-10-01

Fastställt av: Medicinsk programgrupp Ortopedi och primärvård

Ansvarig grupp: Ortopedi

Granskat av grupp: Ortopedi

Kontaktperson för innehåll:

Axel Petersson, Distriktsläkare, Bra Liv Norrahammar vårdcentral,
Vårdcentralerna Bra Liv

Patientinformation

- [Artroskopi, 1177 Vårdguiden \(nytt fönster\)](#)
- [Knäskålen ur led, 1177 Vårdguiden \(nytt fönster\)](#)
- [Knäskålsbrott, 1177 Vårdguiden \(nytt fönster\)](#)

Mer information

Best Practice

- [Assessment of knee injury \(nytt fönster\)](#)

Internetmedicin

- [Femurfraktur, distal, hos vuxna \(nytt fönster\)](#)
 - [Knätrauma \(mjukdelsskador\) \(nytt fönster\)](#)
 - [Patellafraktur, hos vuxna \(nytt fönster\)](#)
 - [Tibiafraktur, proximal, hos vuxna \(nytt fönster\)](#)
 - [Sluta röka i samband med operation](#)
-

Uppdaterad: 2021-10-13

Åsa Pettersson, Bra Liv Hälsan 2 vårdcentral, Vårdcentralerna Bra Liv

fakta@rjl.se