



Namn på dokumentet: Knästukningar	Dokumenttyp: Riktlinje (rutin, PM)	Giltigt från: 2020-09-29 Giltigt Till: 2022-11-02
Verksamhetsområde/ansvarig enhet/Ämnesområde: 3.09 ORTOPEDI	Upprättad av: Sven Jönhagen	

- Akut knäprocess på akutmottagningen:

Indikationer: Yngre patient (vanligen under 40 år) med akut knädistorsion med plötsligt uppkommen hemartros, eller förstagånga patellaluxation.

1. Slätröntgen för att utesluta fraktur. Vid benfragment hos patient med förstagånga patellaluxation planeras för artroskopi inom en vecka utan att göra MR innan.
2. Steril punktion för att tömma ut blödningsen, därefter elastisk linda, kryckkäppar och analgetika.
3. Sätt upp patienten för återbesök till "Akuta knän". Maximalt tio tider finns på onsdag eftermiddag. Fram till och med måndag klockan 24.00 sätts patienten upp på en tid till samma onsdag, meddela patienten denna tid.
4. Skriv remiss för MR knä. Notera på remissen att det gäller akut knäprocess och vilken tid patienten har fått till mottagningen. Skriv patientens mobilnummer på remissen. Meddela patienten att den kommer att bli kallad för MR kommande tisdag kväll.

Vid uppenbar avsaknad av indikation har radiologen möjlighet att avböja MR-undersökning. Om detta sker skall patienten få ett återbesök till snabben inom en vecka för en ny bedömning.

Misstänkta **korsbandsskador** utan hemartros, exempelvis de som direkt behandlats med kompressionsförband, kan utredas via "akut knäprocess" som ovan om det har förelegat ett signifikant trauma.

Knäluxation Om det föreligger misstanke på knäluxation med multipla ledbandsskador skall patienten läggas in akut. Detta är ovanligt men kan förekomma vid högenergivåld. Patienten skall observeras avseende kärlfunktion, eventuellt skall (kärl)kirurg konsulteras för vidare utredning med angiografi. Remiss för akut MR skrives.

Medial ledbandsskada. Patient utan hemartros med enbart klinisk medial kollateral-ligamentskada kan följas upp med remiss till VC eller privat vårdgivare. Vid kraftig ledbandsskada kan det ibland vara aktuellt med sidostabiliserande orthos från ortopedverkstaden. Remiss till fysioterapeut.

Misstänkta mindre **meniskskador** behandlas i första hand konservativt med uppföljning med remiss till VC eller privat vårdgivare efter 6 veckor. Remiss till fysioterapeut.

Misstänkt **större meniskskada eller fri kropp** med låsningar planeras för artroskopi inom en vecka utan att göra MR innan.

Hos **äldre personer** med hemartros remiss till vårdcentralen för uppföljning utan MR. Hos dessa är det mer sällan indicerat med artroskopi. Det är vanligt vid en begynnande artros att man får ordentliga besvär även efter en lindrig stukning av knät.

Vid **artros** eller diffusa besvär hos äldre och medelålders personer remiss till VC vid behov. Vid långt gången artros remiss till ortopedmottagningen. Sjukgymnastrems vid behov.

Förstagånga patellaluxation skall efter reposition utredas via "akut knäprocess" som ovan.

Upprepade patellaluxationer får remiss till mottagningen eller privat vårdgivare. Remiss för patellastabiliserande orthos kan skrivas. MR behövs ej.

Målgrupp: Ortopedkliniken	Granskad av:		
Fastställd av: Sven Jönhagen	Diariernr	Infosäkerhetsklass: K1	Dokumentid: DSVT-S-376314



Namn på dokumentet: Knästukningar	Dokumenttyp: Riktlinje (rutin, PM)	Giltigt från: 2020-09-29 Giltigt Till: 2022-11-02
Verksamhetsområde/ansvarig enhet/Ämnesområde: 3.09 ORTOPEDI	Upprättad av: Sven Jönhagen	

Kroniska besvär och bekymmer efter korsbands eller ledbandsskada behandlas i första hand konservativt med uppföljning med remiss till mottagningen eller privat vårdgivare. Remiss för stabiliserande orthos kan skrivas. MR behövs ej.

Misstänkta **septiska artriter** behandlas normalt med inläggning, provtagning samt akut artroskopisk spolning och provtagning med odlingar innan antibiotika sätts in. MR behövs normalt ej.

Total distal **quadricepseneruptur** vårdplaneras för operation, normalt på DD inom en vecka. Normalt räcker det med klinisk undersökning och vanlig röntgen för att ställa diagnosen.

Akut knäprocess på MR-enheten:

Upp till åtta patienter undersöks med MR varje tisdag kväll. Lediga tider som finns kvar på tisdagen kan fyllas med elektiva fall. Om det inte finns tider för MR-undersökning trots att patienten fått en tid till ortopedmottagningen samma vecka ringer MR-enheten till sjuksköterska på ortopedmottagningen, internt nummer 56582 och meddelar detta. MR-enheten meddelar därefter patienten de nya tiderna för MR och återbesök till mottagningen.

MR-läkare skriver ett preliminärt svar baserad på en standardiserad mall.

Akut knäprocess på ortopedens ÅO-mottagning:

Upp till åtta tider för ST-läkaren på DOS varje onsdag eftermiddag:

Osteochondral skada eller broskskada enbart efter patellaluxation – planeras för akut artroskopi med prio en vecka.

Isolerad broskskada - planeras för akut artroskopi med prio en vecka.

Stor meniskskada där typfallet är en bucket handle ruptur – planeras för akut artroskopi och ev menisksutur med prio en vecka.

Korsbandsskada med stor meniskskada och eller större kollateralligamentskada – planeras eventuellt in för akut operation med prio en vecka efter diskussion med knäkunnig kollega.

Främre korsbandsskada remitteras till fysioterapeut för rehabtränning. Återbesök på mottagningen efter cirka 4 månader hos knäkunnig kollega för utvärdering av rehab och ställningstagande till operation. Men om patienten är mycket aktiv och välmotiverad till operation kan sådan planeras in direkt. Kan även remitteras till vårdgivare inom vårdvalet.

Bakre korsbandsskada – Össur Rebound orthos att ha på natt och dag beställes akut eller subakut från Olmed. TC-remiss till fysioterapi DS. Återbesök till mottagningen efter tre månader.

Mindre meniskskada – remiss till mottagningen eller privat specialist för uppföljning och ställningstagande till operation efter två månader.

Medial kollateralligamentskada – liten skada grad 1, ev remiss till fysioterapeut, inget planerat återbesök. Skada grad två behandlas med orthos och återbesök till ortopedmottagningen efter sex veckor. Skada grad tre behandlas eventuellt med operation. Kontakta knäkunnig kollega.

Lateral kollateralligamentskada liten skada ev remiss till fysioterapeut, inget planerat återbesök. Vid större skada med instabilitet kontaktas knäkunnig kollega.

Ingen synlig skada på korsband, ledband, menisk eller brosk. Remiss till fysioterapeut för rehabtränning. Inget planerat återbesök.