
Medial kollateralligamentskada - behandlingsriktlinje fysioterapi (ortopedkliniken)

MEDICINSK INDIKATION

Bakgrund

Den primära funktionen som mediala kollateralligamentet (MCL) har, är att ge knäleden stabilitet på insidan av knä. Det är det viktigaste ligamentet för att undvika medial vackling och också det ligament som oftast skadas i knät (1). Isolerade skador på MCL uppkommer vanligen när knät hålls flekterat och samtidigt utsätts för valgusvåld. Skadan kan uppkomma både vid kontaktidrotter och vid situationer utan kroppskontakt. När det samtidigt föreligger en rotation är det vanligt med multipla ligamentskador (2). Majoriteten kan återuppta tidigare aktivitetsnivå utan operation (3, 4).

En MCL skada kan delas in i tre svårighetsgrader. Vid den kliniska bedömningen är graderingen följande (2);

- Grad I: Minimal skada, stabilt eller minimalt instabilt knä. Ömhet över MCL.
- Grad II: Måttlig instabilitet vid medial vackling i 25-30° flexion.
- Grad III: Uttalad instabilitet, både vid sträckt knä och 30° flexion.

Vid en magnetkameraundersökning klassificeras en MCL skada enligt (2);

- Grad I: Intakt ligament med omgivande ödem
- Grad II: Partiell ruptur med omgivande ödem
- Grad III: Kompletta ruptur

Den vanligaste lokaliseringen för en MCL-skada är fästet på femur där cirka 65 % av skadorna sker (4, 5). Resultatet från den kliniska undersökningen och MR-fyndet överensstämmer med 92 % (6). Hydrops förekommer vanligtvis inte vid en isolerad MCL skada då skadan betraktas som extrakapsulär. Patienten har ofta en svullnad över MCL:s proximala eller distala fäste, smärta och ömhet på medialsidan och vackling/smärta vid valgusprovokation vid lätt flekterat knä (2). Om hydrops förekommer samt om knät vacklar vid rakt knä kan det samtidigt föreligga en skada på menisk och/eller korsband (4, 7).

Behandling

MCL skador grad I + II behandlas icke operativt. Det görs vanligtvis även grad III skador om det inte föreligger en kombinationsskada (2). Skadan har god prognos och behöver sällan opereras. Rörlighetsövningar påbörjas direkt och full belastning är tillåten (3-5). Rehabiliteringen är initialt upplagd med övningar som inte provocerar sidledsbelastning (8). Det tar cirka sex veckor innan MCL läker men man kan ha besvär från knät betydligt längre. Om patienten har en grad III skada används vanligtvis en öppen ortos i cirka 6 veckor för att förhindra valgusvackling som stör läkningen (9). Även vissa grad II skador behandlas med ortos då variationen av en grad II skada kan vara relativt stor (6).

Rehabiliteringen efter en MCL skada är beroende av individuella faktorer som grad av sidovackling, smärta och svullnad. Vid grad III skador tar rehabiliteringen längre tid. Rehabiliteringen kan även variera beroende på var skadan i MCL är belägen, skador vid femoral fästet eller mittsubstansen kan orsaka stelhet och rörelseinskränkning.

Medial kollateralligamentskada - behandlingsriktlinje fysioterapi (ortopedkliniken)

Skador vid det tibiala fästet tenderar till att läka med viss kvarstående laxitet och rörligheten återkommer snabbare (5). För att inte störa läkningen av MCL är det viktigt att inte utsätta knät för valgusprovokation och utåtrotationsrörelser i det initiala skedet (4).

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Konservativ behandling

Veckoangivelserna inom parentes är ungefärliga tidsangivelser och kan variera. Var uppmärksam på symtom från medialsidan så att inte läkningsprocessen påverkas negativt.

Fas 1 (första två veckor)

Behandlingsmål

Minskad svullnad. Förbättrat rörelseomfång. Normaliserat gångmönster. Full knäextension med quadricepskontroll. Cykling på motionscykel så snart patienten har den rörlighet som krävs.

Åtgärd

Full belastning. Kryckor vid behov men dessa ska användas så kort tid som möjligt. Gångträning. Cirkulation- samt muskelfunktionsträning. Undvik adduktion initialt. Träning enligt program Knäprogram rörlighet-cirkulation.

Grad III (samt vissa grad II): Öppen ortos dygnet runt, kan tas av vid dusch.

Fas 2 (tidigast två veckor)

Behandlingsmål

Ingen eller lätt kvarstående svullnad. Uppnå så gott som fullt rörelseomfång. Normalt gångmönster utan kryckkäppar.

Åtgärd

Stegra styrke-, balans- och koordinationsträningen.

Träning enligt knäprogram benstyrka - balans. När rörlighet, smärta samt svullnad tillåter kan lättare gymträning inledas tex i sekvensmaskiner. Motionscykel. Inga adduktionsövningar vid grad III skador.

Grad III (samt vissa grad II): Fortsatt ortos dagtid samt nattetid vid smärta.

Fas 3 (tidigast efter fyra veckor)

Behandlingsmål

Ingen kvarstående svullnad, fullt rörelseomfång.

Medial kollateralligamentskada - behandlingsriktlinje fysioterapi (ortopedkliniken)

Åtgärd

Grad I-II: Fortsatt successiv ökning av styrke-, balans-, och koordinationsträning t ex crosstrainer, utfallssteg, isometrisk adduktion, enbensböj.

Grad III: Avveckla ortosen enligt läkarens ordination. Efter att ortosen är avvecklad kan lätt adduktionsträning påbörjas (smärtfritt).

Fas 4 (tidigast efter sex veckor)

Behandlingsmål

Full styrka och knäkontroll i det skadade benet utan smärta och svullnad. Återgång till aktuella idrottsaktiviteter.

Åtgärd

Grad I-II skador: Påbörja spänst- och löpträning.

Grad III: En mindre ortos med sidostabilisering kan med fördel användas vid tung fysisk belastning framförallt de första 3 månaderna efter skadan.

Fortsatt successiv ökning av träning och förberedelse inför återgång till patientens normala aktiviteter inklusive löpträning och hoppträning. Återgång till eventuella idrottsaktiviteter då grenspecifika övningar kan utföras utan smärta och svullnad och när styrka, koordination och balans är återställd.

REFERENSER

1. Azar FM. Evaluation and treatment of chronic medial collateral ligament injuries of the knee. *Sports Med Arthrosc.* 2006;14(2):84-90.
2. Encinas-Ullán C A, Rodriguez-Merchán E C. Isolated medial collateral ligament tears: an update on management. *Sports & Arthroscopy.* EFORT. Open review. 2018;3:398-407.
3. Andrews K, Lu A, McKean L, Ebraheim N. Review: Medial collateral ligament injuries. *Journal of orthopaedics.* 2017;14(4):550-4.
4. Chen L, Kim PD, Ahmad CS, Levine WN. Medial collateral ligament injuries of the knee: current treatment concepts. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2008;1(2):108-13.
5. De Carlo M, Armstrong B. Rehabilitation of the knee following sports injury. *Clin Sports Med.* 2010;29(1):81-106, table of contents.
6. Lundblad M et al., Medial collateral ligament injuries of the knee in male professional football players: a prospective three-season study of 130 cases from the UEFA Elite Club Injury Study. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy.* 2019;27:3692-3698.
7. Linblom P, Stålmán A. Knätrauma (mjukdelsskador) [updated 2017-07-28; cited 2018-12-20]. Available from: www.internetmedicin.se.
8. Laprade RF, Wijdicks CA. The management of injuries to the medial side of the knee. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012;42(3):221-33.

Medial kollateralligamentskada - behandlingsriktlinje fysioterapi (ortopedkliniken)

9. Wijdicks CA, Griffith CJ, Johansen S, Engebretsen L, LaPrade RF. Injuries to the medial collateral ligament and associated medial structures of the knee. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(5):1266-80.