

Knä, artroskopi

Hitta i dokumentet

[Bakgrund](#)

[Indikationer](#)

[Meniskskada - traumatisk](#)

[Meniskskada - degenerativ](#)

[Traumatisk broskskada](#)

[Fri kropp](#)

[Synovial plica](#)

[Osteokondrit](#)

[Pigmenterad villonodulär synovit](#)

[Korsbandsskada](#)

[Septisk artrit](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Bakgrund

Knäartroskopi är en metod för behandling av intraartikulära knäskador. Ingreppet görs vanligen i fullnarkos som poliklinisk kirurgi med hemgång samma dag. I enstaka fall kan det göras i lokalanestesi.

Indikationer

- Meniskskada
- Traumatisk broskskada
- Fri kropp
- Synovial plica
- Osteokondrit
- Pigmenterad villonodulär synovit (PVNS)
- Korsbandsskada
- Septisk artrit

Meniskskada - traumatisk

Vanligen hos yngre aktiva patienter. Orsakas av rotationsvåld. Låst knä och knä med sträckdefekt ska artroskoperas inom 1 vecka, diagnosen är klinisk och MR är inte nödvändigt. Låsningar o upphakningar hos yngre patient bör utredas med MR och om diagnosen konfirmeras, artroskoperas snarast då det kan finnas indikation för menisksutur. Vid resektion av en del av menisken är rehabiliteringen vanligen snabb. Vid suturering förses patienten med en ortos under 6 veckor post-operativt och rehabiliteringen pågår upp emot 6 månader. Denna längre rehab motiveras med att artrosutvecklingen sannolikt minskas om menisken kan bevaras.

Meniskskada - degenerativ

Medelålders och äldre patienter. Skadan är oftast associerad med begynnande artros. Uppstår vid mindre trauma eller utan trauma. Består ofta av horisontella klyvningar i menisken. MR är sällan värdefullt i denna patientkategori. Patienter med degenerativa knäskador kan få mer postoperativ smärta och ett långdraget rehabiliteringsförlopp efter artroskopi. Man bör därför vara restriktiv med att utföra knäartroskopi hos dessa patienter om de inte har mekaniska hinder. Slätröntgen med belastade bilder är av värde för att utesluta annan skada och för att se graden av artros. Patienten bör uppmanas ta kontakt med sjukgymnast. Om patienten har mekaniska besvär (låsningar, upphakningar) eller smärthugg i ledspringnivå som kvarstår trots 6 månaders rehabilitering kan artroskopi övervägas.

Traumatisk broskskada

Hemartros ses ofta vid dessa skador. Om skadan är omfattande kan den ses på slätröntgen, i de flesta fall kompletteras röntgen med en MR inom 3 dagar för att kartlägga omfattningen av skadan.

Större osteokondrala skador kan ibland refixeras varför dessa bör artroskoperas inom 3 dagar. Annars finns olika metoder såsom mosaikplastik eller mikrofrakturering, men enbart hos yngre patienter utan tecken till artros.

Fri kropp

Kan uppstå vid traumatisk skada eller vid artrosutveckling. Den kan orsaka smärta eller mekaniska hinder. Vid symtomgivande fri kropp föreligger indikation för artroskopi.

Synovial plica

Detta är en veckbildning i ledkapseln som sträcker sig in i leden. Den förekommer normalt men kan hos vissa patienter vara förtjockad och orsaka knäppningar/låsningar och smärtor. Symtomen kan ibland förväxlas med en medial meniskskada. Ibland kan denna förtjockning palperas kliniskt medialt om patella. Denna går att reseccera artroskopiskt. Tyvärr är recidivfrekvensen relativt hög.

Osteokondrit

Orsak ej känd men uppstår ofta i område som utsätts för stor belastning, vilket medför avlösning av ben-broskbit. Vanligast hos unga, idrottsutövande individer. Ofta är osteokondriten täckt av en intakt broskyta. Då kan den behandlas konservativt med en rekommendation att undvika smärtande aktiviteter. Vid intakt brosk med mycket långvariga besvär (år) kan man överväga transartroskopisk borrning. Ibland lossnar fragmentet och kan då orsaka mekaniska besvär. Vid subtotal eller total avlösning kan i vissa fall refixation göras.

Pigmenterad villonodulär synovit

En långsamt växande, benign men lokalt invasiv tumör utgående från synovialvävnad. Kan ibland orsaka låsningar eller upphakningar, men vanligaste symtom är hemartros o smärta. MR kan vara vägledande. Artroskopiskt kan biopsi tas och förändringar avlägsnas. Vanligt med recidiv.

Korsbandsskada

Orsakar ofta instabilitet som kan diagnosticeras kliniskt. Akut kan det vara svårt pga smärta o svullnad MR kan då vara av värde. Att rekonstruera korsbandet är inte brådskande om det inte föreligger samtidig menisk- eller broskskada som tarvar åtgärd. Tvärtom har man sett att de korsband som opereras inom 6 veckor har större risk för reruptur.

Septisk artrit

Tidig artroskopisk urspolning och omfattande synovektomi är gynnsam för prognosen. Fem odlingar tas med separata rena stanstänger. Därefter görs synovektomi med shaver i samtliga kompartiment. Leden spolras med minst 9 liter vätska. Operationen behöver ofta upprepas 2-3 gånger. Patienten vårdas inläggande med iv antibiotika (**efter** första operation då odlingar tas) och kontroll av infektionsprover dagligen. Efter utskrivning får patienten antibiotika i tablettform, oftast i totalt 4 veckor.

Uppdaterat från föregående version

Ersätter 2019-04-03.

Ändringar under rubrikerna Bakgrund, Meniskskada - traumatisk, Meniskskada - degenerativ, Traumatisk broskskada, Synovial plica, Osteokondrit och Septisk artrit.