Medial collateralligament - Riktlinje fysioterapi, Jönköping

Bakgrund

Det ligament som oftast skadas i knät är mediala collateralligamentet (MCL) (1-5). Skadan uppstår genom att knät utsätts för ett valgus- eller vridvåld (4-7). Majoriteten kan återuppta tidigare aktivitetsnivå utan operation (5, 7).
Indelning görs i tre svårighetsgrader allt efter undersökarens bedömning (1-7).

- **Grad I:** Minimal skada, stabilt eller minimalt instabilt knä. 0-5 mm glapp. Ömhet över MCL.
- **Grad II:** Måttlig instabilitet vid valgusstress i 25-30° flexion. 6-10 mm glapp.
- **Grad III:** Uttalad instabilitet, komplett avslitning av ledbandet. >10 mm glapp.

En MCL-skada grad I+II behandlas icke operativt, vilket vanligtvis också grad III-skadorna görs om det inte är en kombinationsskada (främre eller bakre korsband) (1-3, 5, 7). Den vanligaste lokalisationen för en MCL-skada är fästet på femur (1, 7) där ca 65% av skadorna sker (8).

Indikationer för utredning

Vid knätrauma med misstanke om en MCL-skada bör en fysioterapeutisk utredning ske för att bedöma knäskadan och behov av fysioterapeutisk behandling. Utredningen bör ske inom en vecka efter traumat.

Utredning

Diagnosen fastställs och andra diagnoser ska uteslutas genom ett knästatus.
Se dokument *Knästatus*
Skademekanismen kan vara som vid en främre korsbandsskada och således är det viktigt att utesluta att korsbandet inte är skadat. Hydrops förekommer vanligtvis inte vid en isolerad MCL skada då skadan betraktas som extrakapsulär. Om hydrops förekommer kan samtidig menisk- eller korsbandsskada föreligga (6).
Det kan initialt vara svårt att avgöra om det rör sig om en medial meniskskada. Patienten har ofta en svullnad över MCLs proximala eller distala fäste, smärta och ömhet på medialsidan och vackling/smärta vid valgusprovokation vid lätt flekterat knä (2). Om knät vacklar vid rakt knä föreligger en kombinationsskada (1) där en skada på posteriomediala hörnet (mediala menisken, kapseln, semimembranosus) och främre korsbandet kan föreligga (7).

Indikationer för behandlingsåtgärder

Alla patienter som ådragit sig en MCL-skada med funktionsnedsättning ska behandlas av fysioterapeut i primärvården för att patienten ska uppnå en optimal knäfunktion.

Behandlingsåtgärder

Skadan har god prognos och behöver sällan opereras. Rörlighetsträning påbörjas direkt och full belastning är tillåten (4, 5, 7-10). Djurstudier visar på att immobilisering hindrar läkningen av MCL (4). Rehabiliteringen är initialt upplagd med övningar som inte provocerar sidledsbelastning (framförallt de första 3-4 veckorna) (11). Det tar dock cirka 6 veckor innan MCL läker och man kan ha besvär från knät betydligt längre. Om patienten har en MCL-skada grad III används vanligtvis en öppen ortos (Genu Syncro, BREG eller liknande) i 6 veckor för att förhindra valgusvackling som stör läkningen (9).
Rehabiliteringen efter en MCL-skada är beroende på individuella faktorer som grad av sidovackling, smärta, vad för aktivitet patienten ska återgå till och patientens psykologiska beredskap (10). Rehabiliteringen kan även variera beroende på var skadan i MCL är belägen, skador vid femorala fästet eller mittsubstansen kan orsaka stelhet och rörelseinskränkning. Skador vid det tibiala fästet tenderar till att läka med viss kvarstående laxitet och rörligheten återkommer snabbare (8). Det är viktigt att uppmärksamma symptom från medialsidan så att läkningsprocessen inte påverkas negativt. I slutändan är målet med behandlingen att patienten ska åter till aktivitet utan funktionsbegränsningar och att förhindra ytterligare skador (10).
Den ungefärliga tiden för sjukskrivning enligt Thomson et al var 2-3 v och den genomsnittliga tiden för återgång till tidigare aktivitet var 11 v (spridning 1-18 v)(12). Vid fysiskt krävande arbete kan sjukskrivning behövas under längre tid.
Se dokument, *Rehabiliteringsplan medial collateralligament*

Risker/kontraindikationer

För att inte störa läkningen av MCL är det viktigt att inte utsätta knät för valgusprovokation (4) och utåtrotationsrörelser i det initiala skedet (8).

Mätetal och målnivå

Patienten ska uppnå en styrka på >90% jämfört med friska benet.
Alla fysioterapeuter/sjukgymnaster ska arbeta efter framtagna riktlinjer. Patienten utvärderas med fördel med frågeformuläret Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)(13) där formuläret kan hämtas från www.koos.nu. Även Tegners aktivitetsskala (14) kan användas. Funktionella tester såsom enbenshopp, sidhopp och upphopp enligt Gustavsson et al kan användas beroende på patientens funktionskrav (15).

Referenser

1. Edson CJ. Conservative and postoperative rehabilitation of isolated and combined injuries of the medial collateral ligament. Sports Med Arthrosc. 2006;14(2):105-10.
2. Azar FM. Evaluation and treatment of chronic medial collateral ligament injuries of the knee. Sports Med Arthrosc. 2006;14(2):84-90.
3. Giannotti BF, Rudy T, Graziano J. The non-surgical management of isolated medial collateral ligament injuries of the knee. Sports Med Arthrosc. 2006;14(2):74-7.

4. Miyamoto RG, Bosco JA, Sherman OH. Treatment of medial collateral ligament injuries. J Am Acad Orthop Surg. 2009;17(3):152-61.
5. Andrews K, Lu A, McKean L, Ebraheim N. Review: Medial collateral ligament injuries. Journal of orthopaedics. 2017;14(4):550-4.
6. Linblom P, Stålman A. Knätrauma (mjukdelsskador) [updated 2022-11-11; cited 2023-12-20]. Available from: www.internetmedicin.se.
7. 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.
8. De Carlo M, Armstrong B. Rehabilitation of the knee following sports injury. Clin Sports Med. 2010;29(1):81-106, table of contents.
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.
10. Kim C, Chasse PM, Taylor DC. Return to Play After Medial Collateral Ligament Injury. Clin Sports Med. 2016;35(4):679-96.
11. 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.
12. Thomson L, Handoll H, Cunningham A, Shaw P. WITHDRAWN: Physiotherapist-led programmes and interventions for rehabilitation of anterior cruciate ligament, medial collateral ligament and meniscal injuries of the knee in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):CD001354.
13. Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, Ekdahl C, Beynnon BD. Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)--development of a self-administered outcome measure. J Orthop Sports Phys Ther. 1998;28(2):88-96.
14. Tegner Y, Lysholm J. Rating systems in the evaluation of knee ligament injuries. Clin Orthop Relat Res. 1985;198(198):43-9.
15. Gustavsson A, Neeter C, Thomee P, Silbernagel KG, Augustsson J, Thomee R, et al. A test battery for evaluating hop performance in patients with an ACL injury and patients who have undergone ACL reconstruction. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2006;14(8):778-88.