

Lateral collateralligament - Riktlinje fysioterapi, Jönköping

Bakgrund

En skada på laterala collateralligamentet (LCL) uppstår genom att knät utsätts för ett varus-, hyperextensions- eller vridvåld (1, 2). LCL är den primära statiska stabilisatorn till varus-belastning i 0°-30° i knät (2).

Indelning görs i tre svårighetsgrader allt efter undersökarens bedömning (1, 2)

- **Grad I:** Minimal skada, stabilt eller minimalt instabilt knä. 0-5 mm glapp.
- **Grad II:** Måttlig instabilitet. 6-10 mm glapp.
- **Grad III:** Uttalad instabilitet, komplett avslitning av ledbandet. >10 mm glapp.

En LCL-skada grad I+II behandlas icke operativt, men grad III-skadorna behöver opereras då det ofta är förenat med en kombinationsskada (främre eller bakre korsband, popliteussenan, kapsel, biceps femoris senan, laterala fästet på gastrocnemius, laterala menisken och tractus iliotibialis) (1-4). Operation förespråkas inom 3 veckor efter skadan då man har sett dåliga resultat av icke operativt behandlade skador med posterolateral instabilitet grad III. Den komplexa anatomin ger diagnostiska svårigheter (2). En isolerad grad III skada på laterala LCL är sällsynt och behöver inte opereras (3, 5). Skadan sker i 75% i fästet på fibula med eller utan ett avulsionsfragment (5).

Indikationer för utredning

Vid knätrauma med misstanke om en LCL-skada bör en fysioterapeutisk utredning ske för att bedöma knäskadan och behov av fysioterapeutisk behandling. Utredningen bör ske inom en vecka efter traumat. Denna patientgrupp ska även bedömas av läkare.

Utredning

Diagnosen fastställs och andra diagnoser ska uteslutas.

Se dokument, *Knästatus*

Om patienten har instabilitet/glappar lateralt ska patienten ha en läkarkontakt då det inte är helt ovanligt med kombinationsskador och en lateral instabilitet kan ge framtida besvär. Det kan ibland vara svårt att avgöra om det rör sig om en lateral meniskskada. Patienten har ofta en smärta och ömhet på lateralsidan och vackling/smärta vid varusprovokation vid lätt flekterat (30°) knä. Om knät vacklar vid extenderat knä föreligger en kombinationsskada.

Det är ofta svårt att säkert bedöma stabilitet vid skada på yttre ledbandet. Man kan då använda sig av det så kallat "figur-4 testet", där knät böjs 90° och underbenet läggs över det andra underbenet (så att siffran 4 bildas). Här spänns det yttre ledbandet och man kan då undersöka om det är helt.

Det är även viktigt att undersöka så att det inte föreligger domningar och stickningar i underbenet eller muskelsvaghet i framförallt dorsalflektionen då 15 % av knäskador med posterolaterala skador har en associerad skada på n. peroneus (2). Även gånganalys är viktigt då patienter med posterolateral instabilitet får en uppkläffning lateralt vid fotisättning och knät subluxerar i varus. Patienten kan kompensera detta genom att gå med flekterat knä. Detta mönster kan även ses vid medial gonartros (2).

Indikationer för behandlingsåtgärder

Alla patienter som fått en LCL-skada med funktionsnedsättning ska behandlas av fysioterapeut i primärvården alternativt i slutenvården för att patienten ska uppnå en optimal knäfunktion.

Behandlingsåtgärder

Grad I och II skador har god prognos och behöver sällan opereras. Det tar dock cirka 10-12 veckor innan LCL läker och man kan ha besvär från knät betydligt längre. Om patienten har en LCL-skada grad III används vanligtvis en öppen ortos (t ex Genu Syncro, BREG eller liknande) i 4-6 veckor för att förhindra varusvackling som stör läkningen (5). Operation kan bli aktuell och patienten utreds vidare med en MRT. Man kan även göra en diagnostisk artroskopi då man även undersöker stabiliteten när patienten är sövd. Rehabiliteringen efter en LCL-skada är beroende på individuella faktorer som grad av sidovackling, smärta, vad för aktivitet patienten ska återgå till och patientens psykologiska beredskap. Det ska således ske en successivt ökad belastning utefter hur knäleden reagerar. Det är viktigt att uppmärksamma symptom från lateralsidan så att läkningsprocessen inte påverkas negativt.

Se dokument, *Rehabiliteringsplan Lateral collateralligament (LCL)*

Risker/kontraindikationer

För att inte störa läkningen av LCL är det viktigt att inte utsätta knät för varusprovokation i det initiala skedet.

Mätetal och målnivå

Patienten utvärderas med fördel med frågeformuläret Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) (6) där formuläret kan hämtas från www.koos.nu. Även Tegnars aktivitetsskala (7) kan användas. Funktionella tester såsom enbenshopp, sidhopp och upphopp enligt Gustavsson et al kan användas (8).

Referenser

1. Murphy KP, Helgeson MD, Lehman RA, Jr. Surgical treatment of acute lateral collateral ligament and posterolateral corner injuries. *Sports Med Arthrosc.* 2006;14(1):23-7.
2. Cooper JM, McAndrews PT, LaPrade RF. Posterolateral corner injuries of the knee: anatomy, diagnosis, and treatment. *Sports Med Arthrosc.* 2006;14(4):213-20.
3. Bushnell BD, Bitting SS, Crain JM, Boublik M, Schlegel TF. Treatment of magnetic resonance imaging-documented isolated grade III lateral

- collateral ligament injuries in National Football League athletes. *Am J Sports Med.* 2010;38(1):86-91.
4. Grawe B, Schroeder AJ, Kakazu R, Messer MS. Lateral Collateral Ligament Injury About the Knee: Anatomy, Evaluation, and Management. *J Am Acad Orthop Surg.* 2018;26(6):e120-e7.
 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. 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.
 7. Tegner Y, Lysholm J. Rating systems in the evaluation of knee ligament injuries. *Clin Orthop Relat Res.* 1985;198(198):43-9.
 8. Gustavsson A, Neeter C, Thomée P, Silbernagel KG, Augustsson J, Thomée 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.