# Knäledsartros

Artros innebär degeneration av en led. Brosk utsätts hela tiden för mikroskador som repareras. När belastningen i leden överstiger broskets förmåga att läka mikroskador utvecklas långsamt primär artros. Denna risk varierar hos olika individer med genetik och förändrad mekanik i leden. Skador i ledbrosket kan snabba på degenerationen och det kallas då sekundär artros.

Vid knäledsartros drabbas i regel ett kompartment först – medialt, lateralt eller femuropatellärt. Det huvudsakliga symtomet är smärta vid belastning som långsamt förvärras med tiden. Inflammation ses ibland sekundärt, men det är i huvudsak inte frågan om en artritsjukdom.

Primär behandling är icke-operativt i samtliga fall. Vid ofullständig smärtlindring av detta och tydlig radiologisk artros finns möjligheten till olika operationer där totalprotes är den vanligaste.

# Vårdnivå och remiss

Knäledsartros behandlas i huvudsak inom primärvården med information, rörelseträning, viktnedgång och smärtlindring.

Vid otillräcklig smärtlindring samt radiologisk artros remitteras patienten till ortopedmottagning för ställningstagande till operation.

## Artrit

Vid misstanke om septisk artrit akut remiss till ortoped.

Övriga artriter handläggs enligt Faktadokument reumatologi.

# Diagnostik och utredning

## Anamnes

- Hur länge har patienten haft besvär och hur började det?
- När får patienten smärta, svullnad, låsningar eller instabilitet?
- Varierar besvären under dagen och under året? Nattlig smärta?
- Har de provat något smärtstillande och har det effekt?
- Hur långt kan patienten gå? Gör det ont i vila?
- Några tidigare skador i knät och genomgångna operationer?

## Undersökning

Det är inte ovanligt att patienter upplever knäundersökningen smärtsam och eventuellt kan man orsaka ytterligare småskador i det redan känsliga brosket vid hårdhänt undersökning. Anpassa därför din undersökning till hur mycket besvär patienten har. Det finns ingen anledning att försöka göra en meniskprovokation om patienten har artros, det kommer ändå inte att tillföra något.

- Gångmönster. Stå på tå, häl och gå ner på huk.
- Börja undersökningen med att undersöka höften med inåt- och utåtrotation för att inte missa en höftledsartros.
- Varus-/valgusställning. Hydrops. Muskelatrofi. Tidigare ärr.
- Rörlighet flektion/extension.
- Palpation lår, ledspringor, patella, underben. Ledspringorna hittas lättas med knät i flektion.
- Testa mediala och laterala kollateralligamentet med varus/valgusvackling.
- Testa korsbanden med Lachman samt främre/bakre draglåda.
- Vid behov kan meniskerna provoceras med McMurrays, Apleys eller Thessalys test.

## Klinisk diagnos

Diagnosen knäledsartros ställs på typisk anamnes och undersökningsfynd hos en patient i medelåldern eller äldre. Enligt Socialstyrelsen behövs inte röntgen för diagnos men det kan vara användbart när man behöver utesluta annan sjukdom och viktigt inför eventuell operation.

### Typisk anamnes:

- Knäsmärta som är värst i belastning och som började utan tydligt trauma.
- Ofta igångsättningssmärta som lindras när patienten väl kommit igång med sin aktivitet.
- Smärtans intensitet varierar under året. Ofta sker en långsam successiv försämring.
- Hos många ses svullnad av och till i knäleden (hydrops) som kan vara smärtsam.
- Med tiden kan vilosmärta och minskad ledrörlighet tillkomma.

### Typiska undersökningsfynd:

- Hydrops är vanligt.
- Ömhet över ledspringorna, oftast medialt (då medial knäledsartros är vanligast).
- I senare skede ses uppdrivning av skelettet runt ledspringan, felställning av knät i varus (medial artros) eller valgus (lateral artros) samt nedsatt flektion/extension.

### Patientens ålder:

- Knäsmärta som uppstått spontant, eller efter diskret våld, hos en patient över 50 års ålder är med största sannolikhet artros.

- Hos patienter yngre än 40 år är artros ovanligt och här bör i första hand annan orsak till knäsmärtan eftersökas.

Mellan 40 och 50 år är det vanligt med begynnande artros. Alltså smärtor från knät som beror på degenererat brosk men där slätröntgenbilden ännu inte visar 50 % minskning av ledspringan (som är definitionen för Ahlbäck grad 1). Många gånger ser man dock att den påverkade ledspringan är sänkt jämfört med andra sidan. Om besvären i övrigt stämmer med artros räcker det som diagnos, oavsett röntgenbild.

### Differentialdiagnostik

Annan diagnos än knäledsartros bör övervägas vid:

- Tydligt trauma, mekaniska problem. Fraktur? Meniskskada? Traumatisk broskskada?
- Mycket nattlig smärta. Framför allt om det är det dominerande symtomet. Tumör?
- Recidiverande och uttalad hydrops utan tydlig smärtbild. Borrelia? Annan artrit?
- Smärta som inte primärt sitter i knät. Höftledsartros? Ryggsmärta med ischias? Claudicatio? Muskelsmärtor? Tumör?

### Röntgen och MR

Vid icke-typisk anamnes eller undersökningsfynd görs slätröntgen knä. Detta görs även inför remiss till ortopedmottagning.

På slätröntgen ska det vara minst benkontakt för att det ska vara rimligt med protesoperation (alltså Ahlbäck 2 eller mer).

Magnetkameraundersökning är bra för att hitta andra orsaker till smärtan som meniskskador, traumatiska broskskador och ligamentskador. Som regel bör detta beställas av ortopedläkare efter undersökning på ortopedmottagningen.

# Behandling

# Icke-operativ behandling

Symtomatisk behandling som vid all artros i form av:

- Information. Artrosbesvären går ofta i ett cykliskt förlopp. Många gånger upplevs den initiala tiden med grad 0-1-artros som värst för patienten och här behövs stöttning.
- Artrosskola med fysioterapi och patientinformation. Aktivitet rekommenderas då belastning av återstående brosk sannolikt är av godo. Dessutom stärks musklerna vilket minskar smärta från instabilitet och rörligheten upprätthålls. Aktivitet som ger tydlig försämring av besvären bör dock undvikas, t.ex. är det få som mår bra av löpträning.

- Viktnedgång ger en tydlig smärtlindring. Det bör göras tillsammans med träning för att inte orsaka muskelsvaghet. Vid eventuell framtida operation krävs dessutom BMI < 35 för att minska per- och postoperativa risker.
- Peroral smärtlindring med i första hand paracetamol och/eller NSAID. Vid risk för magblödning ges COX-2-hämmare. Morfin bör i regel bara ges till patienter som är för gamla eller sjuka för operation eller i väntan på operation. All annan morfinförskrivning bör ske med försiktighet.
- Vid hydrops har ofta knäpunktion med tappning av ledvätskan och injektion av kortison god effekt. I en djup led som knäleden kan man gärna använda starkare kortison som Lederspan. Kortisoneffekten brukar hålla i 2-3 månader och kan upprepas cirka var tredje månad. Om patienten återkommer för regelbundna injektioner under flera år bör operation övervägas.
- Hos yngre patienter med belastningssmärta och medial gonartros kan en valgiserande ortos provas via ortopedtekniska. Den är inte särskilt bekväm att använda men kan fungera bra under t.ex. arbete.

## Operativ behandling

När smärtan blivit konstant och inte kan hållas på en rimlig nivå i förhållande till patientens funktionsnivå bör operativa ingrepp övervägas. För ställningstagande till detta remitteras patienten till ortopedmottagningen. Krav inför remiss är:

- Färsk röntgenbild finns (1 år som äldst). Protesoperation görs i regel först när det finns benkontakt på röntgen (Ahlbäck 2 eller mer).
- Patient ska vara rökfri eller gå med på att sluta röka nu när remissen skrivs.
- BMI < 35. I undantagsfall med ohållbar smärta görs operation vid BMI 35-40.
- Patienten inte har pågående utredning för annan allvarlig sjukdom i t.ex. hjärta eller lungor.
- Patienten är motiverad att genomgå operation som innebär cirka 3-6 månaders konvalescens.

De ingrepp som utförs på ortopedkliniken är:

- Artroskopi: Vid manifest artros görs artroskopi med borttagning av fria kroppar eller meniskåtgärder enbart i undantagsfall. Hos patienter med begynnande degeneration men ingen manifest artros på röntgen kan artroskopi övervägas om det finns mycket mekaniska besvär. Nyttan att ta bort en liten meniskbit i ett degenerativt knä är i regel inte så stor som man vill tro och det utförs nuförtiden sällan.
- Vinkelosteotomi: Hos yngre patienter (max 50-55 år) med bra benkvalitet kan man såga och vinkla om benet så belastningen i knät hamnar på det kompartment utan artros. På detta sätt kan man vinna många år innan eventuell protesoperation behövs.
- Halvprotes: Vid både radiologisk och klinisk artros som är begränsad till medialsidan kan protesoperation av bara mediala halvan av knät göras. På rätt patient kan det ge

väldigt bra resultat. Halvprotes på lateralsidan är sämre och operationen utförs sällan.

- Totalprotes: Vanligaste operationen vid knäledsartros. Både femur och tibias ledytor ersätts med metall och en plastskiva läggs emellan. Även patellas ledyta kan bytas ut vid behov. Man tillåts full belastning redan samma dag och vårdtiden är i genomsnitt ett dygn.

# Sjukskrivning

Då artros ofta går i skov kan det behövas sjukskrivning från belastande arbeten i sämre perioder. Dessa bör hållas så korta som möjligt, max 6-12 veckor beroende på graden av besvär. Längre sjukskrivning än så bör föranleda arbetsanpassning eller kontakt med ortoped för diskussion kring operation. Patienter med tungt arbete som drabbas av knäledsartros redan i 40–50-årsåldern bör överväga att byta arbete.

Efter operation med artroskopi behövs i regel inte mer än 1-2 veckors sjukskrivning.

Efter operation med protes sjukskrivs patienten 2-3 månader, ibland upp till 6 månader vid tung belastning i arbetet.

Se Knäartros, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd under relaterad information.

# Patientinformation

Se Knäledsartros under relaterad information.