

Patientinformation

Främre knäsmärta

(Patellofemoralt smärtsyndrom)



Cario

Vad är främre knäsmärta?

Främre knäsmärta, eller **Patellofemoralt Smärtsyndrom – PFSS**, är en smärta som uppstår kring knäskålsleden vid belastning (ibland även i vila) och som inte har någon klar ledstrukturell orsak. Det betyder att man inte kan påvisa någon underliggande skada på skelett, brosk, ledband etc. som orsak till smärtan. Oftast debuterar smärtan successivt i samband med idrottsutövning men smärtan kan också uppkomma i samband med en skada, t.ex. smäll mot knäets framsida eller vridning. Det är då förstås naturligt att knäet gör ont i början men ibland dröjer smärtan sig kvar i form av främre knäsmärta långt efter att eventuellt skadade strukturer har läkt. Främre knäsmärta kan också utvecklas efter kirurgiska ingrepp i knäet.

Den spontant uppkomna främre knäsmärtan är vanligast i tonåren hos flickor, där så många som 30–40% kan vara drabbade, men förekommer även hos vuxna.

Tidigare användes också termerna ”chondromalacia patellae” om detta tillstånd. Detta innebär att man av naturen har påvisbara (magnetkameraundersökning) sprickbildningar, fragmenteringar och mjukhet av knäskålsbrosket. Man har dock inte kunnat visa på någon klar koppling mellan sådana broskförändringar och smärta i knäet. De allra flesta som har främre knäsmärta har inte några broskförändringar och många som har broskförändringar saknar smärta.

Hos patienter i medelåldern som får ont från främre delen av knäet på ett liknande sätt som de yngre, hittar man inte sällan begynnande ålderstecken i knäet. Symptomen kan då vara likvärdiga men i dessa fall finner man således en ledstrukturell förklaring till patientens onda, begynnande artros, varför man vanligen inte talar om främre knäsmärta/PFSS i den patientgruppen.

Hur uppkommer främre knäsmärta?

Smärtan tros bero på någon form av överbelastning eller felbelastning av knäskålsleden där ett ökat/felaktigt tryck ger upphov till smärtsignaler. Hur dessa signaler sedan uppfattas och hanteras av patienten kan vara styrt av psykologiska faktorer. Smärtmekanismen är således komplex och hittills ofullständigt kartlagd.

Som bakomliggande ”riskfaktorer” nämns ofta:

- Svaghet i höftmuskulaturen
- Stramhet och obalans i lårmuskulaturen
- Kobenthet – av naturen eller vid belastning (dynamisk)
- Hög aktivitetsgrad
- Överpronation i foten

Vilka symptom ger främre knäsmärta?

Smärta från knänas framsidor är det typiska – det är vanligt att båda knäna är drabbade. Smärtan uppkommer typiskt vid böjning/sträckning av knäet (huksittande), vid hopp, trappgång etc. Det också vanligt att patienten får ont främst efter idrottsaktivitet. Ibland kan längre tids sittande med böjda ben göra ont i knäet vilket kallas ”movie-sign”. Vissa patienter upplever att knäskålen känns instabil, att någonting kommer i kläm under knäskålen, att det knakar och knäpper i knäet.

Hur ställer man diagnosen främre knäsmärta?

Diagnosen ställs med hjälp av patientens berättelse som ofta är typisk. Man gör sedan en klinisk undersökning för att utesluta andra signifikanta skador men också för att påvisa typiska fynd såsom stramhet i lårmuskulaturen, provocerbar smärta och ömhet kring knäskålen etc. Ibland ses en högt eller lågt stående knäskål (patella alta/baja), ökad sidleds rörlighet av knäskålen och svaghet i inre lårmuskeln (den droppformade muskeln – vastus medialis). Dessa faktorer kan bidra till att knäskålen inte är inpassad korrekt mot lårbenet vid rörelse (maltracking). Normalt sett behövs ingen vidare diagnostik.

Röntgen liksom magnetkameraundersökning är i regel normala. Har smärtan börjat med ett trauma finns det dock skäl att göra röntgen och ev. magnetkameraundersökning liksom om patientens berättelse och/eller den kliniska undersökningen ger misstanke om annan skada.

Hur behandlas en främre knäsmärta?

Sjukgymnastik

Behandlingen av främre knäsmärta är i huvudsak sjukgymnastisk och syftar till att återställa funktion i muskulaturen, främst inre lårmuskeln. Man strävar efter ökad rörlighet i strama muskler, förbättrad balans, koordination och styrka varefter mer funktionella övningar används. Metoder som används kan vara; elektrisk stimulering av muskulatur, stretching/töjning, balans/koordinationsträning, styrketräning osv. Ibland har patienten nytta av hjälpmedel såsom tejpning, knäbandage (ortos) eller skoinlägg. Träningen behöver ofta uppgå till 4–6 månader, ibland längre, innan ett nöjaktigt resultat uppnås.

Kirurgi

Operation har normalt sett inte någon plats i behandlingen av främre knäsmärta då man inte på ett klart sätt kunnat visa nyttan av sådan behandling i grupper av patienter. I enstaka fall, om icke kirurgisk behandling provats enligt ovan utan framgång och vissa patientspecifika förutsättningar gäller, kan det dock bli aktuellt. Ofta företas då någon form av upprepning (shaving) av inflammerad vävnad och strama band (plicabildning) i knäskålsleden, vilket förmodas orsaka trängsel och därmed smärta och även mekaniska symptom. I vissa fall väljer man också att dela den yttre ledkapseln utanför knäskålen (lateral release) för att på så vis minska stramhet och underlätta en bättre positionering av knäskålen i leden.

Vad blir konsekvenserna av främre knäsmärta?

Viktigast att konstatera är att smärtan i typfallet är ”ofarlig” för knäet. Detta innebär att knäet vanligtvis inte uppvisar några som helst tecken på skador, trots ibland mångåriga besvär. Även vad gäller symptomen är prognosen god. Om den sjukgymnastiska behandlingen fullföljs blir de flesta patienter bättre eller helt återställda. Det är dock inte ovanligt att man under en period av 3–6 månader eller längre har symptom. I enstaka fall är symptomen så svårbehandlade att man inte kan återgå till den idrott man tidigare sysslade med.



Capio Ortho Center Skåne

Hyllie Vattenparksgata 11 A, Malmö

Telefon: 040 – 651 00 50

skane.orthocenter.se