

Patientinformation

Knäskålsurledhoppning

(Patellaluxation)



Cario

Varför sker en urledhoppning av knäskålen?

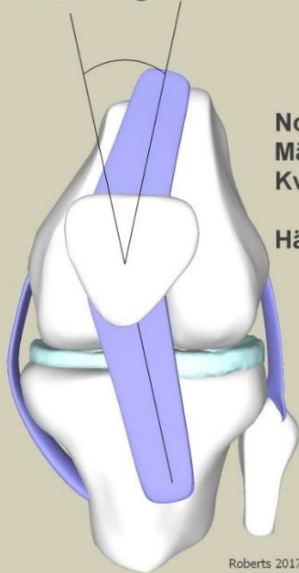
Urledhoppning av knäskålen sker till följd av att de utåt verkande krafterna över knäskålen i ett givet ögonblick överstiger de kvarhållande krafterna. Vanligen sker urledhoppningen i början av böjrörelsen och i princip alltså alltid **utåt** (lateralt).

Saknar du riskfaktorer för knäskålsurledhoppning har du ett bra skydd i form av kvarhållande krafter och det krävs således någon form av kraftigt våld för att knäskålen skall hoppa ur led. Har du en eller flera riskfaktorer minskar de kvarhållande krafterna och följaktligen krävs det mindre utåt verkande kraft för att din knäskål skall hoppa ur led.

De riskfaktorer man oftast talar om är:

- Ledöverörlighet (laxitet)
- Muskulär svaghet
- Strama yttre band på knäskålen
- Kobenthet
- Ökad q-vinkel (förhållandet mellan knäskålssensans fäste på underbenet, knäskålen och lårbenet). Kan bero på kobenthet men också andra faktorer, t.ex. var fästet för knäskålssenan på skenbenet är beläget.
- Högt stående knäskål (patella alta)
- Underutvecklad eller platt motstående ledyta på lårbenet

Q-vinkel = vinkeln mellan en linje från knäskålssenans fäste på skenbenet och centrum på knäskålen och lårbenets längsaxel

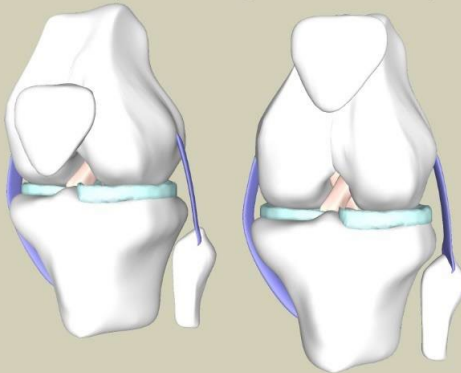


Normalvärde
Män 14 \pm 3 grader
Kvinnor 17 \pm 3 grader

Här ca. 24 grader

Roberts 2017

Normal knäskålposition Høgt stående knäskål - patella alta



Roberts 2017

Hur ställer man diagnosen urledhoppning av knäskålen?

Vid felställd knäskål är diagnosen lätt att ställa, både för dig som patient och sjukvårdspersonal. Om knäskålen relativt omgående hamnar på plats igen av sig själv (spontanreponeras) är diagnosen inte alltid lika lätt att ställa. Du kan då uppleva händelsen som att knäet gled ur led och tillbaka, vilket är en berättelse som ofta även patienter som skadat sitt främre korsband återger.

En noggrann klinisk undersökning är viktig där särskilda fynd kan vara svullnad och ömhet över inre delen av knäskålen samt smärta vid provokation av knäskålen. Det är också viktigt att värdera underliggande riskfaktorer för knäskålsurledhoppning, bl.a. genom att även värdera det oskadade knäet, vilket kan göra misstanken större eller mindre. I regel genomförs en röntgenundersökning efter varje knäskada där patienten söker akut. Som tecken på knäskålsurledhoppning kan då ses en knäskål som kan vara tippad en aning utåt. Ibland ses misstänkta broskskador i form av skärformade fragment på röntgen, bilden till höger.



Föreligger detta och/eller du har blod i knäet, i synnerhet om det också finns fettpärlor i blodet, talar detta för att det kan finnas en broskskada i leden. Misstanke om en sådan skada föranleder vanligen fördjupande diagnostik med magnetkamera då många broskskador inte uppvisar några som helst tecken på vanlig röntgen. Särskilt barn och ungdomar som råkar ut för knäskålsurledhoppning har en hög frekvens samtidig broskskada vilken kan kräva halv akut operation.

Hur behandlas urledhoppning av knäskålen?

Grundbehandling av knäskålsurledhoppning är sjukgymnastisk rehabilitering och knäskålsstabiliserande skydd. Riskfaktorer värderas, både vad gäller knäets och kroppens förutsättningar men också vad gäller önskad aktivitet. I möjligaste mån försöker man styra bort patienten från riskabel idrottsaktivitet. Ibland får du som patient trots adekvat träning och knäskydd kvarvarande besvär med urledhoppning av knäskålen, antingen i dagliga livet eller i idrottsaktivitet som du inte kan/vill sluta med. Då kan det bli aktuellt med operation.

Den kirurgiska behandlingen är individuellt anpassad utifrån dina särskilda förutsättningar, riskfaktorer och aktivitetsnivå.

De vanligaste åtgärderna är:

A) Lateral release, varvid man delar knäskålens yttre band för att minska stramhet och underlätta för knäskålen att dras inåt. Görs ofta med titthålsteknik med hjälp av en speciell "värmekniv". Har som ensam åtgärd inte tillräckligt stabiliserande effekt men utförs ofta i kombination med annat ingrepp.

B) Lagning av inre knäskålsledbandet (Mediala Patello Femoral Ligamentet), MPFL-rekonstruktion. Idag en vanlig metod att återskapa den stabilitet som gått förlorad till följd av det ursprungliga ledbandets skada. Man använder vanligen en sena från lårets insida som ersättning och fäster denna sena i knäskålen och i lårbenets inre del.

C) Inåtflyttning av knäskålssenefästet, medialisering av tuberositas tibiae. Särskilt vid ökad q-vinkel där fästet för knäskålssenan ligger långt ut på skenbenet är detta en väl beprövad metod där fästet sågas av och vinklas eller flyttas inåt för att få en mindre q-vinkel.

D) Fördjupning av ledytan i lårbenet, s.k., kondylplastik. Vid detta ingrepp görs sågningar under ledytan i lårbenet för att med hjälp av instrument kunna fördjupa fåran där knäskålen ledar mot lårbenet. Görs i enstaka fall vid uttalat flack fåra och stor problematik.

Inför operation

Undvik aktivitet där det krävs god knästabilitet, vid nytt våld finns risk att knäleden skadas ytterligare. Träna hos sjukgymnast – balans och styrka – för att vara maximalt förberedd inför operationen. Ju bättre förberedelsen före operation är, desto lättare blir rehabiliteringen efter operationen. Hindras rehabilitering före operation av smärta och svullnad, bör du diskutera detta med din läkare. Det kan finnas andra skador i knäleden som bör identifieras före operation.

Det är mycket viktigt att du läser hela kallelsen och att du följer de hygieninstruktioner samt övriga anvisningar som finns i denna. Vid oklarheter är du välkommen att ringa oss på tel. [040-651 00 50](tel:040-6510050).

Till dig som är rökare

Att använda tobak före och efter din operation kan försämra resultatet av operationen väsentligt. Du bör därför avstå från alla former av tobak i samband med operationen.

Mer information finns på enrokfrioperation.se

Till dig som tar p-piller

Tar du p-piller är en vanlig rekommendation att sluta med dessa ca 4 veckor före operationen och även hålla upp ca 4 veckor efter operationen för att minska risken för blodpropp. Om detta av olika skäl inte är möjligt ges behandling med blodförtunnande medicin

för att motverka blodproppsrisk. Din opererande läkare kan berätta mer om vad som gäller just i ditt fall.

Operation

Operationen genomförs i narkos, dvs. man blir helt sövd. I proceduren ingår vanligtvis också en fullständig genomgång av knäets övriga strukturer varvid eventuella skador på tex. brosk åtgärdas. Beroende på vad som behöver åtgärdas tar operationen vanligen ca 60–90 minuter.

I slutet av operationen ges lokalbedövningsmedel i knäet och kring stället där man lånat eller flyttat sena. Operationssåren sys, ofta med tråd som löses upp av kroppen (resorberbar sutur). Därefter läggs ett förband över såret. Vanligtvis används också en knäskena, ortos, under ca 6 veckor efter en knäskålsstabiliserande operation.

Efter operationen

Vanligen stannar man kvar på uppvakningsavdelningen några timmar. Vi bjuder på kaffe/te och smörgås och kontrollerar att smärtstillningen är adekvat och att förbandet sitter som det ska. Du får även träffa din läkare innan du skrivs ut. Ett visst känselbortfall i anslutning till operationssåret är vanligt och kan i enstaka fall bli bestående efter operation.

Du kan i regel gå hem ca 3–4 timmar efter operationen. Kryckor behöver vanligen användas ca 3–4 veckor efter operationen. Sjukgymnastik påbörjas helst efter 2–3 dagar.

Första och andra veckan är du ofta svullen i knäet. Svullnaden och blåmärkena sänker sig denna tid successivt ner mot vaden och ankeln vilket är normalt, s.k. sänkningshematom.

Du behöver troligen första veckan starka smärtstillande tabletter och vara sjukskriven 1–2 veckor, även från stillasittande arbete. Har du ett knäbelastande tyngre jobb behöver du ofta vara sjukskriven ca 4 månader om du inte kan få lättare arbetsuppgifter denna tid. Innan du kan återgå fullt ut till krävande idrottsaktivitet såsom fotboll eller handboll tar det vanligen 8–12 månader.

Förband och stygn

Förbandet kan sitta kvar tills första återbesöket efter ca 2 veckor. Skulle det lossna eller blöda igenom tar du kontakt med oss eller din vårdcentral för hjälp med omläggning. Vanligen används tråd som löses upp av kroppen varför stygnen inte behöver tas bort. I annat fall tas stygnen bort vid första återbesöket efter ca 2 veckor.

Hygien

Det går bra att duscha men täck gärna förbandet med t.ex. en plastpåse över benet eller plastfolie, alternativt kan du köpa en täckande duschstrumpa på apoteket. Bada/basta/ bassängträna först då såren är helt läkta eller tidigast 3 veckor efter operation.

Återbesök

Vanligen planerar vi in ett sköterskebesök ca 2 veckor efter operationen och ett läkarbesök ca 6 veckor efter operationen. Tveka dock inte att kontakta oss om du önskar ett besök utanför denna rutin av något skäl.

Vad blir konsekvenserna av urledhoppning av knäskålen?

Du som råkat ut för en knäskålsurledhoppning löper framgent en relativt stor risk att det skall hända igen; 20–40% risk för ny urledhoppning rapporteras i litteraturen. Med hänsyn till detta krävs noggrann rehabilitering, vanligen under minst 4–6 månader, innan det kan bli aktuellt att återgå till din idrott. Många patienter har svårt att återfå full muskelstyrka och koordination vilket kan leda till svårigheter att fullt ut delta i krävande idrottsaktiviteter trots adekvat rehabilitering.

Ju fler underliggande riskfaktorer/anatomiska avvikelser du har, desto sämre är naturligtvis prognosen. I vissa fall kan ett stabiliserande knäbandage möjliggöra viss aktivitet. I andra krävs operation.

Även opererade patienter upplever begränsningar med funktionsinskränkning i ca 25% av fallen beroende på nedsatt styrka och koordination.

Oavsett behandling finns i gruppen en ökad förekomst av knäsmärta och i ett längre perspektiv broskpåverkan, sekundär artros.



Capio Ortho Center Skåne

Hyllie Vattenparksgata 11 A, Malmö

Telefon: 040 – 651 00 50

skane.orthocenter.se