

Gäller för: Alingsås Lasarett, Kirurgi och ortopedi

Giltig från: 2026-04-22

Innehållsansvar: Johanna Bejstam, (johbe82), Underläkare, ST

Giltig till: 2028-04-09

Granskad av: Johanna Bejstam, (johbe82), Underläkare, ST

Godkänd av: Charlotta Claesson, (chacl1), Verksamhetschef

Knäledsdistorsion hos vuxna - akut omhändertagande

Syfte

Optimera omhändertagandet på akutmottagningen och uppföljning av akuta knäledsdistorsioner samt minimera risken för missad eller fördröjd diagnos som behöver skyndsam handläggning.

Arbetsbeskrivning

Knäledsdistorsion är vanligt förekommande, speciellt bland yngre och idrottare. Många skador kan behandlas icke-kirurgiskt med fysioterapi. Behandlingskrävande skador skall skiljas ut med anamnes, status och röntgen. I slutet finns separata beskrivningar av de vanligaste tillstånden.

Anamnes

- Hur uppkom skadan? Hög-/lågenergi? Valgusvåld och utåtrotation - ger ofta skador på mediala strukturer (kollateralligament/medial menisk inkl främre korsbandet). Hyperextensionsskada eller direktvåld mot tibia - kan ge bakre korsbandsskador. Fall där patienten fått benet under sig och oförmåga att lyfta benet rakt kan tala för quadriceps- eller patellarsenskada.
- Funktionspåverkan? Kan stödja? Kunnat gå alls på benet efter trauma? Låsningar i knät?
- Ledsvullnad/hydrops? Svullnad inom ca 12 timmar talar för hemartros och således mer allvarlig knäskada
- Tidigare knäbesvär? Protosopererad? Tänk på att artros kan aktiveras och försämrats i samband med trauma och också ge en svullnad i leden. Artros kan i sig också ge en sträckdefekt.
- Funktionskrav och typ av patient?

Status

- Inspektion: Felställning? Hydrops?
- Palpation: Punctum maximum för ömhet? Palpationsömhet över ledspringor? Patella eller patellarsena?
- Muskelkraft: raka benlyft?
- Rörlighet: Flektion och extension? Rörelseomfång? Smärtstopp eller tar det mekaniskt stopp?

- Stabilitet:
 - Kollateralligament - varus/valgus i fullt extenderat samt semiflekterat läge. Instabilitet i semiflekterat läge - kollateralligamentskada. Instabilitet i fullt extenderat läge - misstänk samtidig främre korsbandsskada.
 - Korsband - Främre draglåda, Lachmann. Går ofta att genomföra även i akutskedet. Jämför med friska sidan! Var observant på eventuell bakre korsbandsskada där en bakre draglåda kan misstolkas som en främre draglåda. Tänk på skademekanismen!
- Distalstatus med pulsar. Vid knäluxation som spontanreponerats förekommer kärlskador i 65%. Inläggning med CT angio. En intimaskada kan ha kvarvarande pulsar!

Diagnostik och akuta åtgärder

Röntgen

Genomför vanlig slätröntgen för att utesluta synlig fraktur. Vid misstanke om patellaluxation/-fraktur begär även specifika axiella patellabilder. Vid misstanke om fraktur, beställ CT. Vid förekomst av fraktur kontaktas ortopedbakjour.

Knätappning

Vid förekomst av kraftig hydrops överväg knätappning - dels för lindring av symtom och förenklat status samt möjlighet att värdera hemartros. OBS! Punktera aldrig ett protesknä!

Lokalbedövning i led

Vid plötsligt påkommen extensionsdefekt över 5° utan hydrops hos patient med avsaknad av uppenbar artros och med signifikant trauma, lokalbedöva med 15 ml Carbocain 10 mg/ml i leden. Om kvarstående extensionsdefekt - diskutera med bakjour för eventuell subakut artroskopi på misstanke om inslagen menisk alternativt MR inom 7 dagar för diagnostik.

Ledad knäledsortos

Skall sättas på i upplåst läge på misstänkta MCL-skador grad II-III, LCL-skada. Bakre korsbandsskada och multiligamentär instabilitet, beställ akut en bakre korsbandsortos via OTA.

Behandling och vidare uppföljning

Omhändertagande samma dag:

Uteslut följande tillstånd, vid förekomst av någon av dessa - diskutera först med bakjour, operationsanmäl sedan.

- Ruptur av quadricepssena/patellarsena
- Operationskrävande fraktur
- Knäledsluxation (inläggning och CT-angio). Vid äkta knäledsluxation stor risk för samtidigt stora mjukdels- samt kärlskador. Handlägg skyndsamt!

Uppsättes för kontroll inom 7 dagar på knäledsdistorsionsmottagning:

- Låsta knän/extensionsdefekter som ej skall direkt till artroskopi. Även om de blivit bättre efter injektion Carbocain.
- Misstänkta patellaluxationer med fri kropp eller benfragment.
- Misstänkt skada på bakre korsbandet
- Multiligamentär instabilitet (korsband + kollateralligament)

Uppsättes för uppföljning inom 2-3 veckor på knäledsdistorsionsmottagning:

- Misstänkt främre korsbandsskada
- Misstänkt skada på kollateralligament
- Hemartros (svullnad inom 12 timmar) hos patient över 16 år.

De som sätts upp för uppföljning på knämottagning sambokas automatiskt med besök till Rehabmottagning Alingsås, skriv "KNÄMOTTAGNING" på den blå lappen. Patienter som inte faller inom ovanstående kategorier hänvisas till rehab i primärvården.

Separat om viktiga diagnoser i samband med knäledsdistorsion

Främre korsbandsskada (ACL)

Vanligen indirekt rotations- eller hyperextensionsvåld. Isolerad skada förekommer men kombinationen med menisk- och/eller medial kollateralligamentskada (unhappy triad) är vanlig.

Symtom:

- Instabilitetskänsla i knät
- Hemartros som kommer snabbt i samband med trauma
- främre draglåda vid Lachmans test eller 90 graders flektion i knät
- Sidovackling av knä i sträckt läge

Vid undersökning hos patient med en akut skada kan det vara svårt att bedöma instabilitet då patienten pga smärta har svårt att slappna av. Om kraftig svullnad föreligger kan knät med fördel tappas vilket dels är smärtlindrande och gör stabilitetstester enklare att utföra, men också diagnostiskt då främre korsbandsskador i upp till 70 % är associerade med hemartros (blod i leden).

I kroniska fall kan patienten uppleva en känsla av instabilitet där knät ger vika, s k ”giving-way”. Idrotter där snabba riktningsförändringar krävs kan då vara svåra att utföra. Vid uttalad instabilitet kan problem även uppstå i vardagsituationer såsom trappgång, huksittande och vridningar med smärta och svullnad som resultat. Vid samtidig medial kollateralligamentskada kan instabiliteten bli mer uttalad.

Bakre korsbandsskada (PCL)

Skador på det bakre korsbandet är mindre vanliga än på det främre; de orsakas ofta av ett indirekt vridvåld med hyperextension eller ett direkt bakåtriktat våld mot proximala delen av tibia, s k dashboard injury.

Symtom/kliniska fynd:

- Bakre draglåda vid Lachmans test eller 90 graders flektion
- Hydrops med hemartros men ej lika snabbt som vid ACL-ruptur
- ”Posterior sag test” där tibia faller neråt i förhållande till femur då knä och höft flekteras i 90 grader med patienten i ryggläge.

MCL-ruptur

Direkt eller indirekt valgusvåld.

Symtom:

- Smärta insidan av knät med instabilitet där knät viker sig inåt

- Valgusvackling i 20 graders flektion, jämför med den friska sidan. Vid instabilitet även i sträckt läge misstänk större skada inklusive skada på främre korsbandet.
- Ingen hydrops vid isolerad MCL-skada.
- Palpationsömhet medialt över knäleden vid femur och/eller tibiainfästningen. Kan även ha ont över mediala ledspringan.

Grad I - minimal skada, stabilt till lätt instabilitet

Grad II - måttlig instabilitet

Grad III - uttalad instabilitet, komplett ruptur av ligament

LCL-ruptur

- Smärta utsida av knä.
- Instabilitet i sidled, svårighet att gå i trappor.
- Varusvackling i 20° flektion med eller utan smärta lateralt, jämför med friska sidan.
Vid vackling i sträckt läge troligen större skada, kapselskada, LCL och/eller främre korsband. Vackling med tydligt stopp och smärta tyder på partiell ruptur, vackling utan tydligt stopp med eller utan smärta tyder på komplett ruptur.
- Ej hydrops vid isolerad LCL-skada.

Meniskskada

Isolerade meniskskador är mycket vanliga. Meniskskador drabbar framför allt vuxna individer och är ovanliga hos barn.

Symtom/klinik:

- Smärta i knävecket
- Huggande smärta vid knäböjning eller knävriddning
- Låsningar eller upphakningar
- Smärta vid palpation över ledspringor
- Smärta vid test, exv McMurray eller Apley
- Hydrops utan hemartros som kommer något dygn efter trauma

Patellaluxation

Lateral luxation är vanligast. Förekommer efter direkt våld i form av slag mot insidan av knäskålen men oftare vid forcerad knäflexion under

samtidig kontraktion av den främre lårmuskulaturen samtidigt med ett utåtroterat underben. Patellaluxation är vanligast i de yngre tonåren, framför allt hos flickor med överörlighet. I regel sker reposition direkt antingen genom att patienten själv slår tillbaka patella eller via en reflexmässig extensionsrörelse. Anamnesen blir då viktig och ofta kan patienten ge en målande beskrivning av händelseförloppet.

Symtom:

- Typisk anamnes
- Ömhet medialt om patella
- Hemartros

Oftast är luxationen reponerad spontant. Reponera i annat fall lateral eller medial luxation genom att hyperextendera knät och återföra patella.

Knäledsluxation

En knäluxation uppkommer vanligen vid högenergitrauma och många patienter har även andra ofta livshotande skador som först måste hanteras. I 30 % av fallen föreligger samtidig kärl- och/eller nervskada i knäleden. Ett symptom på ischemi är mycket svår smärta i benet och nedsatt känsel. Kan ge kärlskada (a. poplitea), även en tid efter traumat, vilket obehandlat kan leda till amputation. Ska handläggas skyndsamt och distalstatus omvärderas regelbundet, får inte glömmas av på akutmottagningen!

Vid misstanke om knäledsluxation:

1. Vid uppenbar felställning, innan röntgen:

- Grovreponera på akutmottagningen.
- Undersök stabilitet i knät, ofta är minst 3 av MCL, LCL, ACL och PCL rupturerade.
- Sätt hög dorsal gipsskena eller ortos låst i extension.

2. Kontakta bakjour

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Alingsås Lasarett, Kirurgi och ortopedi

Innehållsansvar: Johanna Bejstam, (johbe82), Underläkare, ST

Granskad av: Johanna Bejstam, (johbe82), Underläkare, ST

Godkänd av: Charlotta Claesson, (chacl1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SV9043-22965278-44

Version: 4.0

Giltig från: 2026-04-22

Giltig till: 2028-04-09