



# Patientinformation

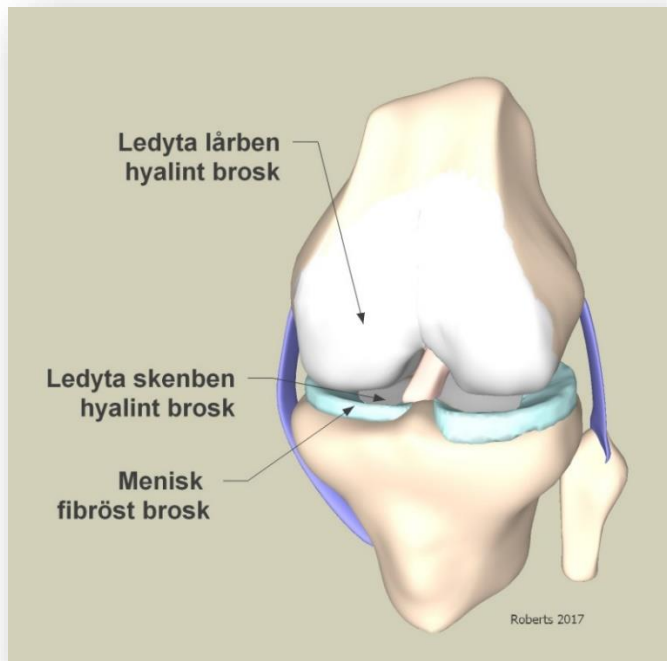
## Knäartros



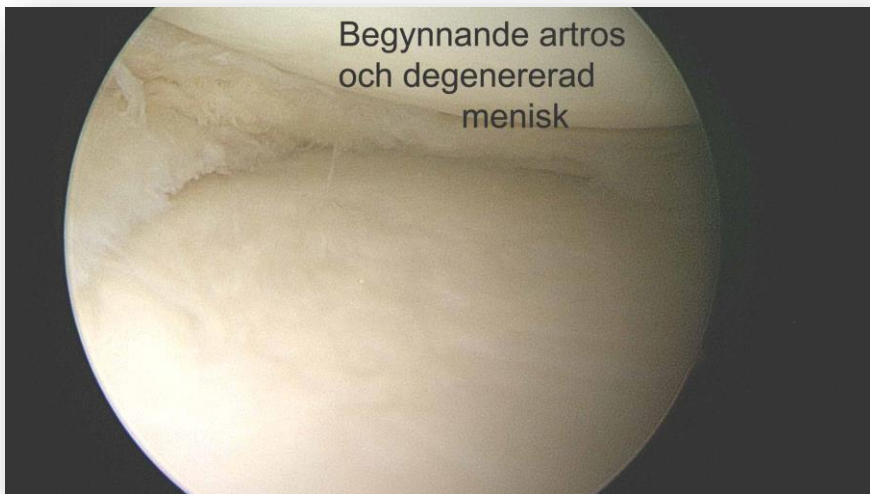
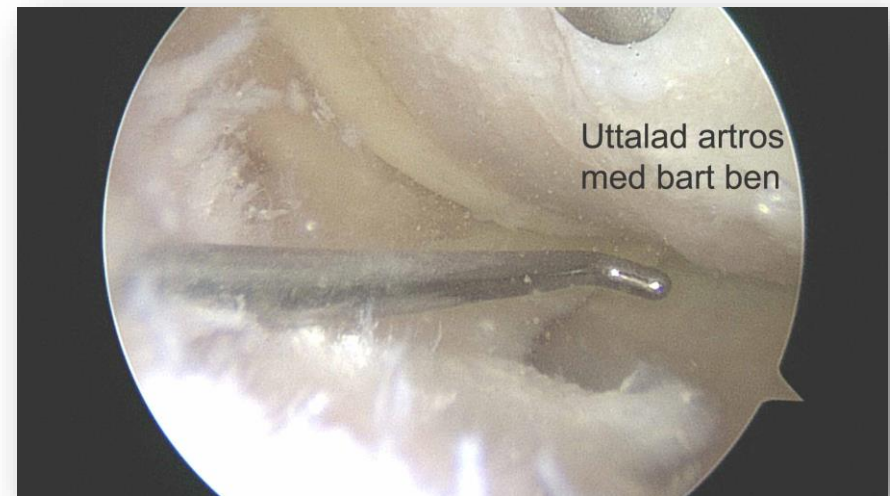
**Ortho Center**  
**Skåne**

## Vad är artros?

I knäleden finns två typer av brosk; dels hyalint brosk som täcker ledens ytor, dels fibröst brosk i form av meniskerna. När man pratar om brosket i knäet menar man i regel ledytebrosket, dvs. det hyalina brosket. Detta brosk har som uppgift att ta upp och fördela belastning och skyddar även skelettet. Ytbrosket är en speciell typ av vävnad då det inte har någon blodförsörjning. Istället sker tillförsel av syre och näringsämnen via ledvätskan som cirkulerar i knäet. För att brosket skall må bra krävs alltså cirkulation och tryck i ledvätskan vilket sker när vi rör oss och belastar knäet.



Artros innebär att ledbrosket, både ytbrosket och meniskbrosket, bryts ner. Även omgivande stödjevävnad, ligament etc. drabbas. Detta sker spontant hos många människor och man beräknar att ca. 10% av männen och 18% av kvinnorna över 60 år har både kliniska symptom och röntgenologiska tecken på artros. Räkner man bara de med symptom blir siffrorna högre, eftersom tidig artros inte syns på röntgen. Även om åldern sannolikt har viss betydelse talar data för att en stark faktor också kan vara att man med stigande ålder är utsatt en längre tid för en specifik riskfaktor och därför drabbas av artros, tex. övervikt. De klassiska riskfaktorerna är ärftlighet och övervikt men även vissa yrken med specifik belastning anses öka risken (upprepade knäböjande moment, elitidrott även utan skador!) liksom i medelåldern kvinnligt kön vilket möjligen har med hormonella faktorer att göra. Faktorer som kan öka risken för knäartros i yngre åldrar är knäskada, tex. korsbandsskada/meniskskada eller traumatisk broskskada. Även ledinfektion kan öka risken för artros liksom muskelsvaghet. Man undviker gärna termen slitage då den är missvisande. Även om en huvudorsak är förändrad eller ogynnsam biomekanik är det långtifrån alltid att typiska belastningstillstånd eller risker kan identifieras. Tillståndet är således vanligt även hos personer som inte utsatt sina knän för specifik belastning. Det är också viktigt att konstatera att normal motionsidrott är bra för ledbrosket och inte på något sätt riskabelt ur "slitagesynpunkt".



### Vilka symptom ger artros?

De klassiska symptomen är **belastningssmärta, vilovärk, ledsvullnad, ledstelhet och nedsatt funktion**. Ett annat vanligt symptom är en sk. **Bakercysta** som innebär en "vätskeblåsa" som buktar ut från leden i knävecket vilket kan ge tyngdkänsla, värk och rörelseinskränkning. Artrossymptomen kommer i regel smygande utan någon specifik utlösande händelse eller belastning. Det är dock en känd klinisk observation att en knästukning i medelåldern kan "sätta igång" en smärtproblematik från ett knä med begynnande artros, utan att några andra specifika skador finns. Det är mycket vanligt att symptomen "fluktuerar" dvs. går upp och ner i intensitet över tiden.

Ett vanligt fynd i medelåldern är en sk. "degenerativ" eller åldersrelaterad meniskskada. Eftersom meniskerna, till följd av begynnande artros, är

försvagade uppstår en sådan meniskskada vid vanlig aktivitet såsom knäliggande, uppresning från sittande, vid löpträning eller ibland helt spontant av vanlig belastning. Saknas adekvat trauma och meniskskadan är av typisk sort bör således dessa skador kategoriseras just som "artrosrelaterade" och behandlingen bör därför inriktas på bakomliggande grundproblem, nämligen begynnande artros. Artroskopisk meniskkirurgi har därför vanligtvis ingen plats i behandlingen av dessa meniskskador. Benämningen "skada" på dessa menisksprickor, som hittills varit den gängse, är därför egentligen missvisande då den dels antyder att knäet varit utsatt för något skadetillfälle, dels bidrar till en sammanblandning med de yngre patienternas meniskskador, vars behandling är annorlunda. Bättre terminologi vore "spontan meniskspricka", "artrosrelaterad meniskspricka", "åldersrelaterad meniskförsvagning" eller liknande, för att leda tanken rätt och öka förståelsen för ledens tillstånd.

Det finns inte någon direkt koppling mellan graden av broskförlust och graden av symptom - vissa med uttalad artros har relativt god funktion med lite eller ingen smärta medan andra med endast lätta broskförändringar upplever stor smärta, värk och funktionsinskränkning.

Inte alla med knäartros förvärras utan kan leva vidare med en lätt till måttlig broskminskning och begränsade symptom. Om processen fortgår och broskförlusten blir större kan patienten bli tilltagande hjulbent (broskminskning på insidan av knäet) eller kobent (broskminskning på utsidan av knäet) vilket leder till försämrad biomekanik, ytterligare broskminskning och i regel ökande symptom.

### **Hur ställer man diagnosen artros?**

Diagnosen ställs i första hand med hjälp av din berättelse och klinisk undersökning:

**Ortho & Spine Center**  
**Skåne**

Hyllie Vattenparksgata 11A, 215 32, Malmö. 040 – 651 00 50.

### **- riskfaktorer**

- ärtlighet
- övervikt
- tidigare knäskada
- specifik belastning i arbete eller idrott

### **- symptom**

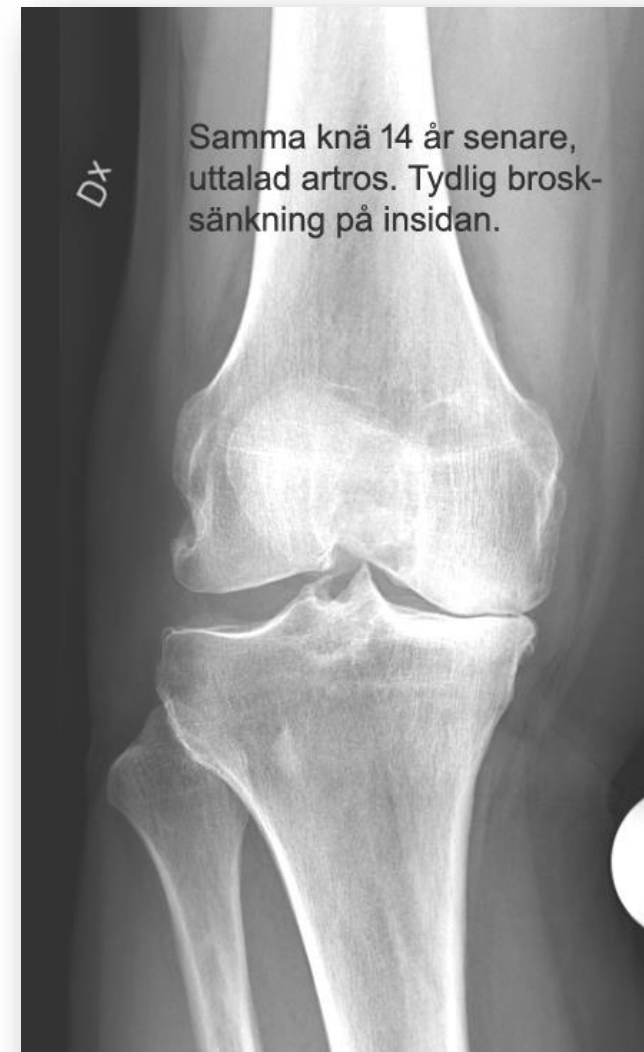
- belastningssmärta
- vilovärk
- nedsatt funktion
- morgonstelhet
- ledsvullnad

### **- kliniska fynd**

- svullnad
- kreptationer (knäppningar)
- nedsatt rörlighet
- breddökad led
- ömhet
- felställning
- instabilitet



Debuten och symptomen är ofta typiska. Ofta kompletterar man med röntgen, i enstaka fall med magnetkamera.



## Hur behandlas artros?

### Icke kirurgisk behandling

#### - Viktnedgång

- Många patienter med knäartros är överviktiga. För att minska belastningen på leden är det viktigt att gå ner i vikt samtidigt som man tränar muskulaturen. Studier visar att viktnedgång minskar smärtan och ökar funktionen vid knäartros, effekten blir större ju mer man går ner i vikt.

#### - Artrosskola – träning

- De flesta sjukgymnastiska institutioner driver en sk. "artrosskola". Konceptet innebär en information till patienterna om vad tillståndet innebär samt ett träningsupplägg innefattande styrketräning, konditionsträning, neuromuskulär träning och vid behov även gångträning och bassängträning. Träningen har i ett antal studier visats kunna både minska smärta och öka funktionen hos patienter med knäartros.

#### - Ortopedtekniska hjälpmedel

- **Mjuk ortos.** Någon övertygande vetenskaplig effekt vad gäller smärtlindring finns inte. Går dock bra att köpa själv och använda om man tycker det känns skönt.
- **Stabiliserande ortos.** Det vetenskapliga underlaget är bristfälligt varför man inte kan uttala sig om effekten vad gäller

smärtlindring och förbättrad funktion vid artros. Vid tidigare leddskada och/eller instabilitet med tillhörande relevanta symptom kan det sannolikt övervägas.

- **Avlastande ortos**, sk. "unloader ortos". Denna ortos syftar till att avlasta den ledkammare som är drabbad av artros, vanligen den inre. Ortosen är då utformad för att ge en ökad kobenthet, valgisering. Det finns positiva effekter beskrivna av denna ortosbehandling men någon utbredd användning förekommer inte, förmodligen eftersom man som vid all behandling måste väga nytta gentemot kostnad och dessa ortoser är relativt dyra. Indikationer för ortosbehandling kan tex. vara då du som patient har en uttalad problematik och stor belastning i arbetet och/eller skall utvärderas inför en eventuell vinkeloperation.

#### - Smärtstillande tabletter

- Enligt riktlinjerna är paracetamol förstahandsval då detta är en väl beprövad och effektiv medicin vid lätt till måttlig smärta, med begränsad biverkningsrisk. Vanligen ges 500-1000 mg x3-4 vid behov.
- Ibland behövs alternativ eller tillägg, särskilt då det finns en inflammation i leden. Då ges någon form av antiinflammatorisk tablett tex. Naproxen 250-500 mg x2 vid behov. Andra vanliga tabletter är Ipren, Diklofenak, Arcoxia etc. Dessa tabletter är

mer effektiva än paracetamol men har också högre risk för biverkningar från magen - magkatarrsymptom, magsår. Om du har hjärt-kärlsjukdom eller medicinerar mot högt blodtryck bör du vara försiktig med den här typen av läkemedel.

#### - **Kortisoninjektion**

- Vid otillräcklig behandlingseffekt av träning och smärtstillande tabletter kan en cortisoninjektion ges i knäet. Effekten är antiinflammatorisk och därmed smärtstillande. Eftersom symptomen vid artros varierar mycket över tiden är långtidseffekterna av cortisoninjektion svåra att studera. Den kliniska erfarenheten säger att patienterna ofta har nytta i 1-3 månader av en cortisonspruta men vissa enbart någon vecka eller inte alls. Det är relativt vanligt att du inledningsvis, några dagar, får en ökad smärta/irritation i knäet efter injektionen, därefter börjar symptomen lätta. Riskerna med injektionen är små - infektion förekommer men är ytterst ovanligt. De första dagarna efter injektion bör du inte överbelasta leden med träning eller motsvarande, därefter kan du påbörja aktivitet som vanligt om allt känns bra. Cortison har också en brosknedbrytande effekt vid upprepad användning varför man i klinisk praxis vanligen inte ger fler än 2-3 sprutor per år.

#### - **PRP – blodplättar/tillväxtfaktorer**

- Internationellt har injektioner med patienternas egna blodplättar i leder (och även mot andra smärttillstånd i rörelseapparaten)

blivit populärt. Metoden går ut på att man centrifugerar ett blodprov från patienten för att få fram blodplasma som är rik på blodplättar - Platelet Rich Plasma (PRP). Blodplättarna innehåller antiinflammatoriska och tillväxtfrämjande ämnen. Denna plasma injiceras sedan i knäleden för att där förhoppningsvis kunna bidra till läkning av broskskador/meniskskador etc. eller som i detta fall - lindra effekterna av artros. Ett växande antal studier indikerar att patienter med lätt-måttlig artros kan ha nytta av denna behandling. Dock saknas stora studier från vilka man kan dra säkra slutsatser och tillämpa kunskapen generellt. Några tydliga behandlingsriktlinjer finns därför inte i Sverige än så länge. Ortho Center Skåne är en av de kliniker som börjat använda metoden de senaste åren i enlighet med den vetenskapliga litteratur som finns på områden.

#### - **Glukosamin, hyaluronsyra, nypon**

- Många patienter frågar om glukosamin, tuppkamsextrakt (hyaluronsyra) och nypon som behandling vid artros. Övertygande vetenskapligt underlag har saknats för att använda dessa medel vid artros och utbredd användning på ortopedkliniker förekommer därför inte i Sverige. Flera nyare studier indikerar dock att hyaluronsyra eller en kombination av hyaluronsyra och cortison kan ha en bättre effekt än koksalt (placebo) vid injektion i knä med artros, men det är ännu inte tillräckligt för att rekommendera hyaluronsyra som ett led i en standardiserad artrosbehandling.

## Kirurgisk behandling

### - Artroskopi

- Artroskopi, titthålsoperation, har ingen plats generellt sett i behandlingen av artros. De fall som ändå kan bli aktuella är:
  - patienter som uppvisar större fria brosk-benkroppar som låser knäet
  - patienter med meniskskador med stora flikar, sk. "flap-tears", eller menisker som ligger inslagna centralt i knäet, sk. "bucket-handleskador" med tillhörande svåra kliniska symptom, i regel låsningar
  - patienter med degenerativa meniskskador utan andra tydliga artrostecken där all annan icke kirurgisk behandling provats utan framgång
  - patienter där man planerar vinkeloperation men där motstående ledyta av olika skäl är ofullständigt kartlagd

Just när det gäller symptomet låsningar finns en stor variation i vad som avses. Många upplever "låsning" av knäet efter att ha suttit stilla en stund och då har svårt att sträcka ut knäet. En del tycker också att det känns som en låsning under knäskålen när man går, eller att knäet känns svullet och "låst" när man böjer och sträcker. Dessa typer av "låsningar" är vanliga vid artrosbesvär och andra knäskador, inte typiska för fria kroppar i knäet eller instabila meniskskador och skall följaktligen inte heller i normalfallet föranleda artroskopisk kirurgi.

### - Vinkeloperation (osteotomi)

- Omvinkling av knäets belastningsaxel, osteotomi, kan bli aktuell om du har/är:
  - allvarliga symptom av "unikompartmentell artros" dvs. artros endast i inre eller yttre delen av knäet och motsvarande felställning i knäet
  - lämplig ålder (ca. 35-55 år)
  - normalviktig
  - otillräcklig effekt av icke-kirurgisk behandling
  - icke rökare

Den vanligaste metoden går ut på att man kirurgiskt lägger ett sågsnitt strax nedanför knäet i skenbenet alt. strax ovanför knäet i lårbenet (beroende på vilken vinkel som eftersträvas) varefter sågsnittet vidgas under kontrollerade former. Vidgningens storlek beror på önskad grad av korrektion ("omvinkling"). När vidgningen är klar monteras en platta med en klack in i öppningen för att hålla distansen. Du får därefter gips eller stödskena (ortos) och får vanligen inte belasta på 6-8 veckor. Behandlingen är tuff med smärta och immobilisering lång tid efter



operationen. Resultaten är mycket bra/bra/acceptabla i ca. 70% av fallen men i ca. 30% dåliga med kvarvarande smärta och värk.



### Ytersättning ("miniprotos")

- Det finns flera små sk. "ytersättningsprotoser" på marknaden. Dessa består av en liten metallknapp som gängas eller pressas fast i skelettet vid lokala broskskador. Dessa implantat saknar vetenskaplig grund för att använda vid artros och är därför i regel inte aktuella att använda på den indikationen.

### - Biologisk broskkirurgi

- o Biologisk broskkirurgi såsom transplantation av eget brosk i knäet (mosaikplastik), transplantation av egna broskceller (autolog chondrocyt transplantation) eller mikrofrakturering har inte något bevisat värde vid artros och används därför i regel inte på den indikationen. Det finns också flera olika nyare typer av biologiska implantat där man ersätter skadat brosk med kollagena plattor eller gel. Den huvudsakliga indikationen även för dessa implantat är traumatiska broskskador hos yngre patienter där andra metoder inte fungerat. Det finns ingen vetenskaplig grund att använda dessa vid artros.

### - Protesoperation

- o Information om protesoperation finns att läsa på annat ställe på hemsidan.

## Inför operationen

### *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. Vid vinkeloperation är detta särskilt viktigt då benläkningen försvåras avsevärt vid rökning. Mer information finns på internet:*

*[www.enrokfrioperation.se](http://www.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.*

## Operationen

På Ortho Center Skåne utför vi artroskopi vid artros enligt indikationerna ovan. Vi utför också vinkeloperation. Denna tar i regel 60-90 minuter och utförs i narkos, man är helt sövd.

## 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.

Efter en vinkeloperation kan man ha ganska rejält ont och det förekommer att man därför måste ligga kvar över natten för hjälp med smärtstillning. Kryckor måste användas eftersom du vanligen inte får belasta på det opererade benet på minst 6 veckor. Knäet har i regel en knäskena på under denna tid. Ibland läggs de första veckorna en gips. 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.

## 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 tex. en plastpåse över benet eller plastfolie, alternativt kan du köpa en täckande duschstrumpa på apoteket. Bada/basta/ bassängträna först då sårerna är helt läkta eller tidigast 3 veckor efter operation.

## Återbesök

Vanligen planerar vi in ett sköterskebesök ca. två veckor efter operationen och ett läkarbesök ca. 6 veckor efter operationen. Då görs ofta också den första läkningskontrollen via röntgen, efter en vinkeloperation, och man tar ställning till om belastning kan påbörjas.

## Vad blir konsekvensen av artros?

Som nämnts i tidigare avsnitt lever de flesta vidare med artros utan att behöva opereras med knäprotes. Nedbrytningstakten av brosket är ofta långsam och i många fall stannar det vid lätt till måttlig broskförlust. Det kommer perioder med mer besvär då du kan behöva behandling med tabletter/cortisoninjektioner och måste anpassa din aktivitet men det kommer ofta också perioder med mindre besvär. Prognosen i det enskilda fallet är dock svår. Särskilt vid artros pga. tidigare skada eller operation, korsband/menisk, kan utvecklingen vara snabbare och mer ilsken.

Denna text innehåller företrädesvis fakta och allmänt kända förhållanden inhämtade från klinisk och vetenskaplig erfarenhet, nationella och lokala rutiner, vetenskapliga tidskrifter och annan litteratur. Det är värt att poängtera att behandlingsriktlinjer kan skilja sig åt mellan kliniker, regioner och länder. Det finns inte sällan flera likvärdiga alternativa behandlingar.

En del bilder är nygjorda ritningar som tolkats fritt antingen utifrån Grays Anatomy 20th Edition, [www.bartleby.com](http://www.bartleby.com), alternativt klinisk erfarenhet och kända förhållanden rörande anatomi, skador och behandlingar. Övriga bilder publiceras med källhänvisning efter vederbörligt tillstånd. Bilder och filmer föreställande patienter är anonymiserade och/eller används efter patienternas muntliga samtycke.