

# En modern och nyanserad syn på meniskskador

SKILJ PÅ AKUT OCH DEGENERATIV – MEN BEDÖM PATIENTEN INDIVIDUELLT

I **ABC-artiklarna** Meniskskador del 1 och 2 belyser Kaarre och medarbetare på ett nyanserat sätt en modern syn på meniskskador. Det är viktigt att försöka skilja på akut och degenerativ skada. Det är också viktigt att suturera menisker som har läkningspotential, och det är av stor vikt att förstå meniskens anatomi och funktion samt känna till betydelsen av en meniskrotskada.

Det finns sedan tidigare en slentrianmässig uppfattning om att en viss ålder, ibland så specifikt preciserad som >40 eller till och med äldre, skulle vara ett skäl att bedöma en meniskskada som degenerativ och utesluta kirurgisk behandling som alternativ. Det finns ingen evidens för ett sådant generaliserat påstående. Kaarre och medförfattare gör en mer adekvat uppdelning i akuta (traumatiska) respektive degenerativa meniskskador. De förstnämnda inträffar oftare hos yngre idrottsaktiva och är vanliga vid en samtidig främre korsbandsskada, och de sistnämnda sker oftare hos en äldre population med ett mindre eller inget trauma.

**Indelningen i akut/degenerativ** är förstås inte solklar, och det krävs ett noggrant övervägande i varje enskilt fall. Någon exakt definition utifrån någon aspekt såsom uppkomst, ålder eller för den delen histo-



**Anders Stålman**, docent, överläkare,

Centrum för idrottskadeforskning och utbildning; institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska institutet; Capio Arthro Clinic, Sophiahemmet, Stockholm

• anders.stalman@ki.se



**Karl Eriksson**, professor, överläkare,

Karolinska institutet, Södersjukhuset, Stockholm

patologi finns inte [1]. Ett individualiserat beslut baserat på din patient behöver fattas och ett felaktigt sådant kan potentiellt vara ödesdigert. Vi ser alltför många yngre patienter där en sannolikt suturerbar menisk har resekerats.

Det föreligger stora skillnader i Sverige kring hur vi behandlar meniskskador. I det svenska korsbandsregistret framgår att en menisksutur sker vid drygt var femte rekonstruktion, men med stora regionala skillnader, och flera kliniker registrerar inga suturer [2]. En betydande förlust av meniskvävnad alternativt skada i meniskrot med instabil menisk som följd leder ofta till utveckling av degeneration [3, 4]. Ålder är inte den viktigaste faktorn för meniskläkning

vid sutur, och en utebliven åtgärd av meniskskada hos en medelålders eller något äldre patient med argumentet att det ändå föreligger incipient artros riskerar att detta blir en självuppfyllande profetia [5].

**Med detta sagt är det** också, som Kaarre et al påpekar, viktigt att förstå att en klart degenerativ meniskskada endast i undantagsfall ska bli föremål för kirurgisk behandling. Degenerativa förändringar i menisker är vanligt förekommande med eller utan symtom. Symtom såsom mekaniska besvär är ofta orsakade av broskskador, manifesterat artros och kanske mer sällan menisken i sig [6]. Rehabilitering, artroskola, eventuellt med adjuvant medicinering, eller vid hydrops kanske även en kortisoninjektion, ger vanligen en tillfredsställande funktion.

Vi skulle dock vilja lyfta fram specialfallet - medial meniskrotskada. Denna skada kan uppkomma efter ett trauma, men också spontant, och kan ge stora subjektiva besvär. Skadan ska nog vanligen betraktas som degenerativ och ses hos medelålders och äldre patienter, ofta med övervikt. En avlöst rot skapar en »flytande« menisk som försämrar tryckförhållandena över ledetorna lika mycket som en total menisk-



Foto: Mostphotos

*Bedöm din patient individuellt: är skadan mest sannolikt traumatisk eller degenerativ, föreligger någon artros och i vilken grad påverkar den i så fall de aktuella symtomen?*

resektion. Snabb artrosutveckling är ofta oundviklig. Vi har mycket kvar att lära om denna skada, men det finns evidens som talar för att en lyckad reparation minskar risken för artrosutveckling [4] och därmed besparar patienten en kommande ledprotesoperation. Att välja rätt patient är viktigt - kirurgin är i viss mån tekniskt krävande, och därför skulle vi vilja slå ett slag för att dessa patienter ska handläggas av kollegor med stor erfarenhet av och vana vid artroskopisk knäkirurgi.

**Kaarre et al nämner** vidare att det är mycket vanligt med samtidig meniskskada vid en skada på det främre korsbandet. Hos uppemot 40 procent av alla patienter med en främre korsbandsskada föreligger en så kallad medial rampskada, det vill säga en mycket kapselnära ruptur. Det krävs artroskopisk vana och erfarenhet för att upptäcka och bedöma dessa skador, och en instabil rampskada bör sutureras. Det är också vanligt med en lateral meniskrotskada, vilken även bör sutureras [7, 8].

Därtill ser vi också ofta en klassisk inslagen medial eller lateral »bucket handle« skada. Menisken har samtidigt stor betydelse för knäledens laxitet: den mediala

## HUVUDBUDSKAP

- Skilj på traumatisk och degenerativ meniskskada.
- Bedöm din patient individuellt.
- Ålder ökar sannolikheten för degenerativ meniskskada men utesluter ej traumatisk skada där åtgärd är indicerad.
- Bevara menisker där detta är möjligt.
- Medial meniskrotsavsulsion kan ge snabb artrosutveckling.

mer för sagittal laxitet och den laterala mer för den pivoterande rotationsrörelsen [9,10]. Den laterala skadan uppstår ofta vid skadetillfället och den mediala senare på grund av kvarstående instabilitet orsakad av en icke åtgärdad korsbandsskada, vilket ger stor påfrestning på medial menisk [11]. Det är viktigt att förstå sambandet mellan menisk, korsbandsskada och laxitet. Vid sutur av menisk i en instabil knäled ska instabiliteten också åtgärdas.

Vi rekommenderar att man hos patienter med inslagen menisk och skada på det främre korsbandet gör en subakut operation med samtidig korsbandsrekonstruktion och menisksutur, vilket ökar förutsättningarna för läkning av meniskskadan [5]. Risken för artrofibros är sannolikt av mindre betydelse [12].

**Bedöm din patient individuellt:** är skadan mest sannolikt traumatisk eller degenerativ, föreligger någon artros och i vilken grad påverkar den i så fall de aktuella symtomen? Ålder är en faktor som ökar sannolikheten för betydande degeneration, men utesluter inte traumatisk åtgärdbar skada eller åtgärd av degenerativt skadad meniskrot. Om patienten har svår, ofta snabbt debuterande smärta: tänk på medial meniskrot. Suterera menisker med läkningspotential; vid samtidig instabilitet ska instabiliteten åtgärdas, helst i samma seans. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2022;119:22076*

## REFERENSER

1. Wesdorp MA, Eijgenraam SM, Meuffels DE, et al. Traumatic meniscal tears are associated with meniscal degeneration. *Am J Sports Med.* 2020;48(10):2345-52.
2. Svenska korsbandsregistret. Årsrapport 2020. [https://www.aclregister.nu/media/uploads/Annual%20reports/%C3%A5rsrapport\\_2020.pdf](https://www.aclregister.nu/media/uploads/Annual%20reports/%C3%A5rsrapport_2020.pdf)
3. Persson F, Turkiewicz A, Bergkvist D, et al. The risk of symptomatic knee osteoarthritis after arthroscopic meniscus repair vs partial meniscectomy vs the general population. *Osteoarthritis Cartilage.* 2018;26(2):195-201.
4. Ro KH, Kim JH, Heo JW, et al. Clinical and radiological outcomes of meniscal repair versus partial meniscectomy for medial meniscus root tears: a systematic review and meta-analysis. *Orthop J Sports Med.* 2020;8(11):2325967120962078.
5. Rönnblad E, Barenius B, Engström B, et al. Predictive factors for failure of meniscal repair: a retrospective dual-center analysis of 918 consecutive cases. *Orthop J Sports Med.* 2020;8(3):2325967120905529.
6. Englund M, Guermazi A, Lohmander SL. The role of the meniscus in knee osteoarthritis: a cause or consequence? *Radiol Clin North Am.* 2009;47(4):703-12.
7. Magosch A, Mouton C, Nührenbörger C, et al. Medial meniscus ramp and lateral meniscus posterior root lesions are present in more than a third of primary and revision ACL reconstructions. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2021;29(9):3059-67.
8. Zhou ML, Haley CC. Meniscal ramp lesions and root tears: a review of the current literature. *Sports Med Arthrosc Rev.* 2021;29(3):158-67.
9. Musahl V, Citak M, O'Loughlin PF, et al. The effect of medial versus lateral meniscectomy on the stability of the anterior cruciate ligament-deficient knee. *Am J Sports Med.* 2010;38(8):1591-7.
10. Cristiani R, Rönnblad E, Engström B, et al. Medial meniscus resection increases and medial meniscus repair preserves anterior knee laxity: a cohort study of 4497 patients with primary anterior cruciate ligament reconstruction. *Am J Sports Med.* 2018;46(2):357-62.
11. Cristiani R, Janarv PM, Engström B, et al. Delayed anterior cruciate ligament reconstruction increases the risk of abnormal prereconstruction laxity, cartilage, and medial meniscus injuries. *Arthroscopy.* 2021;37(4):1214-20.
12. Eriksson K, von Essen C, Jönhagen S, et al. No risk of arthrofibrosis after acute anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2018;26(10):2875-82.