



National klinisk retningslinje meniskpatologi i knæet

Quick guide

Udredning ved kliniske tests

Anvend test af ledlinjeømhedsmedialt og lateralt til udredning af menisklæsion hos patienter med smerter i knæ og ledlinje.

Stærk anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Patienter, hvis symptomer vurderes at stamme fra klinisk og/eller radiologisk påvist artrose, følger den nationale kliniske retningslinje for knæartrose.

For patientgrupper, der ikke har røntgenologisk knæartrose, er Thessaly's test en god test til udredning af menisklæsion. Det er vigtigt at udrede anamnestisk for artrosetegn hos patienter, da ledlinjeømheds er symptom herpå.

Litteraturen giver ikke grundlag for at anbefale en bestemt kombination af kliniske tests, da der for hver kombination kun foreligger ét studie.

Overvej at anvende Thessaly's test ved 20 graders knæflexion til udredning af menisklæsion hos patienter med smerter i knæ og ledlinjeømheds.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Patienter, hvis symptomer vurderes at stamme fra klinisk og/eller radiologisk påvist artrose, følger den nationale kliniske retningslinje for knæartrose.

For patientgrupper, der ikke har røntgenologisk knæartrose, er Thessaly's test en god test til udredning af menisklæsion. Det er vigtigt at udrede anamnestisk for artrosetegn hos patienter, da ledlinjeømheds er symptom herpå.

Litteraturen giver ikke grundlag for at anbefale en bestemt kombination af kliniske tests, da der for hver kombination kun foreligger ét studie.



Anvend ikke McMurray's test rutinemæssigt som eneste test til udredning af menisklæsion hos patienter med smerter i knæ og ledlinjømhed.

Svag anbefaling mod

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Patienter, hvis symptomer vurderes at stamme fra klinisk og/eller radiologisk påvist artrose, følger den nationale kliniske retningslinje for knæartrose.

For patientgrupper, der ikke har røntgenologisk knæartrose, er Thessaly's test en god test til udredning af menisklæsion. Det er vigtigt at udrede anamnestisk for artrosetegn hos patienter, da ledlinjømhed er symptom herpå.

Litteraturen giver ikke grundlag for at anbefale en bestemt kombination af kliniske tests, da der for hver kombination kun foreligger ét studie.

Undlad isoleret at anvende Apley's test til udredning af menisklæsion hos patienter med smerter i knæ og ledlinjømhed.

Stærk anbefaling mod

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Patienter, hvis symptomer vurderes at stamme fra klinisk og/eller radiologisk påvist artrose, følger den nationale kliniske retningslinje for knæartrose.

For patientgrupper, der ikke har røntgenologisk knæartrose, er Thessaly's test en god test til udredning af menisklæsion. Det er vigtigt at udrede anamnestisk for artrosetegn hos patienter, da ledlinjømhed er symptom herpå.

Litteraturen giver ikke grundlag for at anbefale en bestemt kombination af kliniske tests, da der for hver kombination kun foreligger ét studie.



Udredning ved ultralydsskanning

Anvend ikke rutinemæssigt ultralydsskanning til udredning af menisklæsioner hos patienter med smerter i knæ og ledlinjehed

Svag anbefaling mod

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Ultralydsskanning visualiserer ikke som MR-skanning hele menisken og giver heller ikke det samme overblik over andre patologier i knæet. Dette betyder, at ultralydsskanning giver et svagere grundlag for valg af behandlingsstrategi og patientinformation. Derfor vil patienter udredt med ultralydsskanning som supplement til klinisk undersøgelse ikke med sikkerhed være optimalt udredt i forhold til gældende standard.

Udredning ved MR-skanning

Anvend ikke rutinemæssigt MR-skanning til diagnosticering af patienter med klinisk mistanke om menisklæsion, med mindre resultatet af MR-skanningen vil have betydning for det videre behandlingsforløb.

Svag anbefaling mod

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

MR bør ikke anvendes rutinemæssigt hos patienter med knæ smerter forud for beslutning om behandling, med mindre der er tvivl om diagnosen, og det vil have betydning for valget af behandling at kende den præcise diagnose.

Gevinsten ved MR-skanning er, at der opnås informationer om knæets strukturer udover en eventuel menisklæsion. Ved mistanke om degenerative forandringer i knæet bør der imidlertid udvises tilbageholdenhed med at udføre MR-skanning pga. risiko for påvisning af menisklæsioner, som er uden klinisk betydning. Sådanne fund kan virke sygeliggørende og medføre en potentiel skadevirkning i og med, at de kan foranledige et ønske om operation i tilfælde, hvor der ikke er en begrundet forventning om en positiv effekt af indgrebet. MR-skanning kan således ikke alene anvendes til at afgøre, om en menisklæsion skal behandles kirurgisk eller ej. Derfor er det vigtigt, at betydningen af eventuelle fund ved MR-skanning vurderes af den sundhedsfaglige person, der har det kliniske ansvar for patienten, og at fundene betragtes i sammenhæng med klinisk undersøgelse, anamnese og andre forhold af betydning ved formuleringen af en samlet anbefaling om, hvilken behandling, der er bedst. Heri indgår også rådgivning i relation til fund, der ikke har nogen klinisk betydning.

Ved vurderingen af en MR-skanning af knæleddet med henblik på menisklæsion, er det vigtigt, at radiologen har erfaring hermed. MR-skanning kan evt. anvendes til at udelukke bruskeforandringer (fx artrose), eller til at bestyrke en beslutning om en behandlingsstrategi. Ved synlig artrose på røntgen bør der kun ved særlige kliniske problemstillinger foretages MR-skanning. Patienter med symptomer, der vurderes at stamme fra klinisk og/eller radiologisk påvist artrose følger den nationale kliniske retningslinje for knæartrose.



Patienter, som søger egen læge på grund af låsninger i knæet, akut opstået strækkedefekt eller andre smertefulde mekaniske symptomer, bør følge anden udredningsalgoritme (se fokuseret spørgsmål behandling af patienter med ledlinjeømhed, strækdefekt og aflåst knæ).

Behandling af patienter med ledlinjeømhed, strækdefekt og aflåst knæ

Det er god praksis at overveje at tilbyde subakut diagnostisk afklaring til patienter med akut opstået aflåst knæ med vedvarende strækkedefekt samt ledlinjeømhed.

Det er god praksis at overveje at tilbyde subakut artroskopisk behandling til patienter med akut opstået aflåst knæ, hvis der er mistanke om - eller påvist - indeklemmt ledpatologi.

Det er god praksis at overveje at henvise patienten til superviseret træning, hvis indeklemmt ledpatologi er afkræftet.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Anbefalingen gælder patienter med strækkedefekt, der skyldes indeklemmt ledpatologi, og således ikke kun indeklemmt menisk.

Det er implicit, at anbefalingen indebærer, at patienten skal tilbydes udredning med MRskanning eller artroskopi, når strækkedefekten har varet i ca. 1 uge. Ved artroskopisk udredning af aflåst knæ bør der samtidig om nødvendigt kunne foretages relevant artroskopisk behandling inklusiv meniskrefiksation.

Et akut aflåst knæ bør aflastes, indtil strækkedefekten er ophævet, eller der er foretaget udredning med MR-skanning eller artroskopi. Artroskopisk behandling bør foretages inden for 2 uger ved mistanke om indeklemmt ledpatologi, idet formålet foruden at genskabe normal aktiv bevægelighed er at undgå vævsskade og genskabe leddets biomekanik, herunder om muligt meniskens ringstruktur. Ved artroskopi bør der være mulighed for behandling af eventuelle menisklæsioner.

Efter artroskopisk behandling bør man ved opfølgende kontrol sikre sig, at strækkedefekten ophæves.

Superviseret træning bør altid overvejes, når den artroskopiske behandling medfører postoperative restriktioner f.eks. ved fiksation af menisk. Ved superviseret træning forstås, at patienten vejledes direkte af en fysioterapeut. Ved strækkedefekt og nedsat bevægelighed er det primære behandlingsmål at normalisere knæleddets bevægelighed under hensyntagen til aktuelle knæpatologi. Der lægges vægt på, at man sikrer sig, at dette mål opnås i tilstrækkelig grad hos patienter med bevægeindskrænkning, uanset om der er foretaget artroskopisk behandling for en mekanisk låsning eller bevægeindskrænkningen behandles ikke-kirurgisk, fordi der ikke er nogen mekanisk låsning.



Patienten bør være tilstrækkeligt informeret og bekendt med tiltag, såfremt målet ikke nås, men graden af supervision ved fysioterapeut må vurderes individuelt, og vil efter artroskopi også afhænge af postoperative restriktioner.

Superviseret træning bør ligeledes overvejes til patienter med aflåsning, hvor indeklemt ledpatologi er afkræftet. Hos disse patienter er aflåsningen ofte betinget af smerter, og erfaringsmæssigt har nogle af disse patienter risiko for at udvikle en blivende bevægeindskrænkning, hvis de ikke får hjælp til gennem træning at reetablere bevægeligheden.

Behandling af patienter med traumatisk opståede smerter og ledlinjeømhed

Det er god praksis at overveje primært at tilbyde ikke-kirurgisk behandling til patienter med traumatisk opståede smerter i knæ og ledlinjeømhed.

Det er god praksis, at patienter med smertefulde mekaniske symptomer, der mistænkes at stamme fra indeklemt ledpatologi herunder meniskpatologi, vurderes med henblik på eventuel artroskopisk behandling.

Det er god praksis at være afventende med artroskopisk behandling af patienter med røntgenologisk påvist knæartrose.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Patienter, der rapporterer smertefulde mekaniske symptomer bør udredes og symptomerne verificeres klinisk. For en nærmere definition af "mekaniske symptomer" se afsnittet "forkortelser og begreber" i den fulde retningslinje.

For patienter, hos hvem der foreligger et traume (se evt. afsnit "forkortelser og begreber" i den fulde retningslinje vedrørende traumatisk menisklæsion), og hvor ikke-kirurgisk behandling ikke har medført bedring i tilstanden efter seks uger, bør det vurderes, om der er behov for yderligere diagnostiske undersøgelser såsom MR-skanning eller artroskopi.

Behandling af patienter med ikke-traumatisk påståede smerter og ledlinjeømhed

Overvej primært at tilbyde ikke-kirurgisk behandling til patienter med ikke-traumatisk opståede knæsmerter og ledlinjeømhed.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019



Patienter med ikke-traumatisk opståede smerter i knæ og ledlinje skal udredes og vurderes individuelt med henblik på f.eks. artrose eller indeklemt ledpatologi. Patienter med samtidig røntgenologisk artrose primært bør primært tilbydes ikke-kirurgisk behandling. Patienter, der rapporterer smertefulde mekaniske symptomer, der kan mistænkes for at stamme fra indeklemt ledpatologi, herunder meniskpatologi, bør udredes for disse symptomer. Er der foretaget MR-skanning, er den vejledende for stillingtagen til yderligere tiltag.

Behandling af patienter med MR-påvist udisloceret menisklæsion

Overvej primært at tilbyde ikke-kirurgisk behandling til patienter med ikke-traumatisk opståede knæ smerter, ledlinjømhed og MR-påvist udisloceret menisklæsion uden mekaniske symptomer.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Ikke-kirurgisk behandling udgøres i studierne af medicinsk behandling (smertestillende medicin, intraartikulære injektioner) samt fysioterapi, herunder træningsbaseret. Det er vigtigt, at lægen har opmærksomhed på disse behandlingsmuligheder, især på superviseret træning.

Da risikoen ved ikke-kirurgisk behandling og træning vurderes at være lav, kan man i vid udstrækning tillade sig en afventende holdning eller henvise til superviseret træning. Omvendt kan man efter individuel vurdering godt foretage en efterfølgende artroskopi, da der ved flere studier var en betydelig cross-over til artroskopisk behandling. Ved manglende effekt af ikke-kirurgisk behandling efter 3 måneder eller forværring af symptomer, kan artroskopisk behandling derfor overvejes.

I overvejelserne omkring behandlingsvalg bør risikoen for at forværre en ledsade og det, at symptomlindring synes at gå marginalt hurtigere ved artroskopisk behandling end ved ikke-kirurgisk behandling indgå.

Komplikationer til artroskopi kan være infektion, DVT (se afsnittet "forkortelser og begreber" i den fulde retningslinje), artrofibrose og nerveskade med smerter eller føleforstyrrelser.

I overvejelser omkring behandlingsvalg, bør behandlingen for især hos yngre patienter tilrettelægges således, at risikoen for at påføre yderligere meniskskader minimeres. Ved ikke-kirurgisk behandling bør der lægges vægt på vejledning af patienten i de alternative behandlingsmuligheder. Ved MR-påvist meniskskade bør der tages hensyn til beliggenhed, type og størrelse, samt om der er en associeret meniskcyste. Ved stor kapselnær vertikal læsion eller perimeniskal cyste kan primær artroskopi overvejes.

Behandlingsvalg skal foretages i samråd med patienten efter vejledning omkring fordele, ulemper og risici ved artroskopisk og ikke-kirurgisk behandling.



Genoptræning efter meniskresektion

Overvej at tilbyde superviseret genoptræning frem for enten hjemmetræning eller ingen træning til patienter, der har fået foretaget meniskresektion

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Stillingtagen til tilbud om superviseret genoptræning bør bero på en individuel vurdering ud fra patientens livs- og arbejdssituation.

Genoptræningen bør have fokus på styrke og stabilitet omkring knæet. Ligeledes er det vigtigt, at patienterne vejledes generelt omkring deres knæproblematik og får forståelse for den rette træningsdosering, hyppighed og intensitet.

Der bør være overvejelser i forhold til henvisning til superviseret genoptræning kontra postoperativ engangsinstruktion. Det kunne eksempelvis være overvejelser om, hvorvidt patienten er truet på erhvervsevne, har et meget lavt aktivitetsniveau, har uforholdsmæssigt mange smerter eller har behov for mere indgående vejledning og information.

Fiksation eller resektion af kapselnære læsioner

Det er god praksis at overveje at tilbyde patienter med artroskopisk verificerede ustabile kapselnære menisklæsioner at fikse menisken, hvis den kan bevares.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Som udgangspunkt stiles mod at bevare så meget af meniskvævet som muligt ud fra en formodning om, at det mindsker udviklingen af slidgigt samt bevarer en god knæfunktion.

Forløbet efter en meniskfiksation er lidt mere kompliceret end efter meniskresektion, og der går længere tid, før patienten kan belaste knæet frit, fordi menisken skal hele. Patienter, der ønsker at komme hurtigt i gang efter diagnosticering af en ustabil kapselnær menisklæsion, som er velegnet til fiksektion, bør vurderes individuelt ud fra patientens livs- og arbejdssituation, idet en refiksation kræver, at patienten kan samarbejde omkring træning og aflastning. Ligeledes skal komorbiditet samt risikofaktorer som alder, BMI, tobaksforbrug o.l. inddrages i vurderingen. Effekten af meniskfiksation afhænger af 'et stabilt knæ', hvilket understøttes af, at der ses bedre resultat ved samtidig ACL rekonstruktion (se afsnittet "forkortelser og begreber"), hvorved et mere stabilt knæ opnås.



Stående røntgenundersøgelse ved mistanke om både menisklæsion og artrose

Det er god praksis at overveje at tilbyde patienter med knæ smerter, der giver mistanke om både menisklæsion og knæartrose, en stående røntgenoptagelse af knæet.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Anbefalingen gælder patienter, der ved klinisk undersøgelse har symptomer på såvel menisklæsion som artrose. Oplagte artrosepatienter følger den kliniske retningslinje for knæartrose.

Hvis der fagligt er indikation for yderligere udredning kan man i første omgang overveje en stående røntgenoptagelse med henblik på at af- eller bekræfte artrose. Er der ikke artrose, vil det være en vurdering fra patient til patient ud fra symptomatologien, om der skal foretages MR-skanning af knæet. Hvis der er låsningstilfælde se øvrige anbefalinger.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for meniskpatologi i knæet.

Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje er udredning, behandling og genoptræning af patienter med meniskpatologi i knæet

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk