

Kneleddsartrose

Kne artrose er en tilstand som rammer mange mennesker over tid. Det er vanligvis en progressiv lidelse med økende smerter, tilstivning, redusert aktivitet og redusert livskvalitet. Kneartrose kan komme som følge av skader, tidligere meniskskade eller kirurgi eller som følge av familiær disposisjon og aldriingsprosess. Artrose er en slitasjeprosess der brusken, som er overflatedekningen i leddet, gradvis brytes ned. I sluttstadiet kan brusken slites helt vekk og det underliggende benet kan affiseres på flere måter med smerter, tilstivning og invaliditet som resultat. Artrose er en tilstand ulik de revmatiske lidelser som bryter ned leddet på bakgrunn av en betennelse i slimhinnene i leddet. Revmatiske lidelser angriper ofte flere ledd.

Anatomi

Kneet består av tre komponenter, lårben, leggben samt kneskjellet. Vektbæringen skjer mellom lår og legg og kneet er i all hovedsak et hengselledd selv om det også er elementer av glidning og rotasjon. Mellom lår og legg ligger meniskene som er bløtdelsstrukturer som fungerer som en "pakning" Disse har støtdempende effekt og samtidig som de bidrar til bevegligheten og ernæringen av brusken. Funksjonen i kneet består i å besørge stabilitet og fleksibilitet i underekstremitetene i forbindelse med gange, løping samt det å reise seg fra sittende stilling. Kneet beveger seg med bøy og strekk samt rotasjon. Dette er de normale knebevegelser og representerer kneets normale biomekanikk. Leddbåndskader så som korsbåndskader kan endre kneets stabilitet og biomekanikk og over tid medføre artrose. Det samme vil kunne skje dersom man fjerner meniskene.

Kneleddsartrose vil affisere brusken i kneet. Brusken er "glasuren" på enden av knoklene og sikrer leddet en smerte- og friksjonsfri beveglighet. Artrose medfører biokjemiske og biomekaniske endringer i kneet som ødelegger brusken funksjon. Med økende bruske degenerasjon vil kneets funksjon bli dårligere over tid. Resultatet vil bli tilstivning, deformitet, manglende gangevne og økende smerter. Artrose forandringer graderes i forhold til alvorlighetsgrad i fire kategorier der grad 1 er de lette forandringene mens grad 4 representerer bruskslitasje helt ned til underliggende ben.

Symptomer

Kneartrose debuterer gradvis med smerter og hevelse i kneleddet etter aktivitet. Smertene er ofte murrende av karakter og avtar i hvile. Over tid øker disse plagene. Etter hvert kan man også oppleve smerter i hvile, endog også om natten. Over tid vil leddutslagene avta og kneet kan etter hvert anta en mer permanent deformitet. Det er ikke uvanlig med "lyder" fra kneet i forbindelse med aktivitet. Kneartrose vil vanskeliggjøre aktivitet og over tid virke invalidiserende idet også dagliglivets enkle gjøremål blir vanskelig.

Diagnose

Diagnosen baserer seg på sykehistorien i henhold til det som er beskrevet under symptomer.

Den kliniske undersøkelsen vil fokusere på stabilitet, beveglighet samt merkbare deformiteter i leddnivået. Det er viktig å skille kneartrose fra andre tilstander som gir knesmerter. Av og til kan hofteleddsplager gi knesmerter og andre ganger kan rygforandringer forårsake smerter i kneleddsregionen. Et røntgen bilde vil som regel kunne bekrefte diagnosen. Røntgenbilder vil kunne vise avsmalning av leddspalten, forandringer i benet samt påleiringer (forkalkninger) i randsonen av leddet.

Behandling

Behandlingen retter seg i sin helhet mot graden av symptomer. I de fleste tilfeller vil man innrette seg på en

Konservativ behandling som blant annet vil innebære;

- pasient informasjon, såkalt kneskole

- fysioterapi
- vektreduksjon
- medikamentell behandling
- tilpasning av skotøy
- tilpasning av kneskinner
- andre spesifikke medikamenter evt. injeksjoner for bruskslitasje

Dersom man ikke oppnår tilfredstillende symptomlindring med denne tilnærming, vil det være aktuelt med

Kirurgisk behandling vil avhengig av symptomer og graden av artrose kunne være;

- artroskopisk behandling der man skyller leddet, fjerner løse biter og påleiringer.
- Valgiserende osteotomi går ut på at man endrer belastningsforholdene i kneet. Dette vil være effektivt i tilfeller der slitasjen i all hovedsak er på innsiden av kneet. En osteotomi vil da flytte vektbæringen i leddet til utsiden der slitasjen ikke er så uttalt.
- Protesekirurgi som går ut på å erstatte slitasjen i kneet med et kunstig kneledd. Man kan erstatte deler av kneleddet med en såkalt halv protese eller uniprotese eller man kan erstatte hele leddet med en totalprotese. Protosedelene festes vanligvis til benet med bensement.

Ved alle kirurgiske inngrep kan det inntreffe komplikasjoner. De vanligste komplikasjoner i tilslutning til operasjon er:

- infeksjon. En infeksjon kan være overflatisk, det vil si begrenset til hud og underhudsstrukturer, eller dyp som betyr at den strekker seg helt inn til det nye leddet.
- Behandlingen vil være antibiotika eller reoperasjon avhengig av alvorlighetsgrad.
- Blodpropp i tilslutning til inngrepet
- Sjeldnere forekommer brudd / manglende tilheling / løsning av komponenter i tilslutning til det operative inngrep.

Resultatet av kneprotesekirurgi er gjennomgående gode og mer en 90% av pasienten rapporterer gode resultater etter 10 år.

Rehabilitering

I den postoperative fase er det viktig å holde såret tørt til stingene fjernes, gjerne etter 2 – 3 uker. Mobilisering starter første dag etter operasjon med gangtrening med støtte. Mer intensiv fysioterapi med tanke på å gjenvinne beveglighet og styrke starter 2 dag etter operasjon. Opphold ved sykehus er typisk 3 – 5 dager. I noen tilfeller vil videre rehabilitering skje i regi av et opptreningsinstitusjon. Alternativet er trening under veiledning av fysioterapeut på hjemstedet.

Mye av symptomene fra kneartrose forsvinner noen uker etter operasjon. Imidlertid vil det ta opp mot 6 måneder til ett år å gjenvinne full funksjon og oppnå maksimal smertefrihet etter det kirurgiske inngrep. Oppfølging vil medføre postoperativ kontroll etter 6 – 12 uker og deretter kontroll etter individuell avtale.