

Artroskopi vid knäledsartros är en sak – meniskkirurgi kan vara en annan

Enighet råder om att artroskopi vid knäledsartros inte är meningsfull. Av detta bör man dock inte dra för långtgående slutsatser om meniskkirurgi i stort. Det kan t ex vara svårt att differentiera mellan symtom av meniskskada respektive artros, och ibland finns båda tillstånden samtidigt.

Varför spika fast kistlock som redan är väl förankrade? Den frågan ter sig relevant att ställa efter professor Stefan Lohmanders kommentar på Läkartidningens webbplats [1], och som också refererats i dagspressen, till studien av Alexandra Kirkley och medarbetare om utfall av artroskopisk kirurgi på patienter med artros. Studien publicerades nyligen i New England Journal of Medicine.

Vi är alla rörande överens med Lohmander, som menade att studien utgjorde spiken i kistan för artroskopi vid knäledsartros. Emellertid drogs i kommentaren också långtgående slutsatser om effekten av meniskkirurgi i

stort. En insiktsfull ledare i samma nummer som den citerade studien, liksom Lohmanders tolkning av resultaten, utgör underlag för diskussion i en mycket angelägen fråga. Hur vet vi att knäbesvär förenliga med artros hos medelålders aldrig är orsakade av en meniskskada?

Den aktuella studien [2] har Kirkley som förstaförfattare. Studien initierades redan 1999, några år innan hon tragiskt nog omkom i en olycka. Det faktum att studien designades och till delar utfördes före den nu så berömda och hyllade studien av Moseley 2002 [3] i samma ämne är intressant ur många aspekter.

Moseleys studie har blivit omdiskuterad när det gäller metodologin, men den var randomiserad och placebokontrollerad och visade ingen effekt av artroskopiska åtgärder på smärta hos patienter med artros. Resultaten medförde att Kanada förändrade sina riktlinjer för behandlingen av en helt annan patientkategori, de med så kallad tidig artros.

Kirkleys publikation är en randomiserad, kontrollerad och enkelblindad studie på 172 patienter med mild till måttlig röntgenverifierad artros. Snittåldern var 60 år. Patienter som vid klinisk undersökning, eller i några fall vid MR, ansågs ha en symtomgivande meniskskada exkluderades. Andra exklusionskriterier var

t ex valgus- eller varusställning på mer än 5 grader eller ett tidigare större trauma.

I den på så vis identifierade patientpopulationen fann man att ledsköljning, broskshaving eller partiell meniskektomi inte var bättre än ett icke-operativt behandlingsprogram, inriktat på sjukgymnastik. Detta utfall kom inte som en överraskning utan var tvärtom mycket väntat.

Det stora problemet för många praktiskt verksamma läkare, inte minst ortopederna, är hur man differentierar symtom utlösta av en relevant meniskskada och symtom som betingas av begynnande artros i knäet. Inte sällan förekommer båda tillstånden samtidigt. En degenerativ process i knäleden ökar sannolikt risken för degenerativ förändring också i menisksubstansen.

Menisken får därvid en försämrad hållfasthet och kan lättare påverkas även av små krafter. Menisken kan då vid mycket ringa trauma spricka, vilket i vissa fall resulterar i att en del kan delvis lossna (»flap tear«). En s k mekanisk interferens i en led, det vill säga att något kommer i kläm vid rörelse, är obestritt alltid förenat med besvärande symtom för patienten. Å andra sidan utgör en degeneration i menisken i sig i de allra flesta fall inget stort problem.

I samma nummer av New England Journal of Medicine visar också Englund och medarbetare [4] i en utmärkt studie att många patienter helt utan knäsymtom har meniskpatologi vid magnetkameraundersökning. Detta innebär att en meniskruptur, som upptäcks vid en magnetkameraundersökning i en knäled med artros även i tidigt stadium, med all säkerhet sällan är orsak till besvären. Det är

därför lätt att samtycka i att meniskoperationer, även med magnetkamera som stöd, ofta kan vara onödiga. Indikationen för operativ åtgärd ska som alltid baseras på den samlade kliniska bilden.

I de riktlinjer som utgetts av NKO (Nationellt kompetenscentrum för rörelseorganens sjukdomar, <www.nko.se>) [5], och som också finns publicerade i Läkartidningen [6], belyses detta problem. Från NKO:s arbete hämtas följande citat:

»Artroskopi med sin låga komplikationsfrekvens och dess möjligheter att utföras 'office-based' i lokalanestesi innebär att det sannolikt skett en glidning av indikationerna och även i åldern uppåt för artroskopipatienterna. Dessutom ger den ökade tillgängligheten till MR en möjlighet att diagnostisera meniskskador, en del med liten klinisk relevans. Artroskopisten kommer i en svår sits gentemot patienten och kan tvingas utföra meniskektomi på en asymtomatisk meniskskada. Det är en hög sannolikhet för att en hel del av dessa meniskoperationer utförs på patienter med en artros-smärta i knät och meniskresektionen kan medföra en försämring av tillståndet.«

Robert Marx, som är en välkänd ortoped från Hospital for Special Surgery i New York, diskuterar problemet i en ledare [7] och belyser med två hypotetiska patientfall, som båda skulle passa in i Kirkleys studie, hur olika bilden kan te sig. Det första är en 48-årig kvinna som har mediala knäbesvär sedan 5 månader efter en vridning av knäet. Hon har ingen minskning av ledspringan vid röntgenundersökning, men det finns

HARALD ROOS

docent, divisionschef, Universitetssjukhuset i Lund
Harald.Roos@skane.se

JON KARLSSON

professor, Sahlgrenska Akademien, Göteborg

OLLE SVENSSON

professor, ordförande Svensk ortopedisk förening, Umeå

LARS ENGBRETSÉN

professor, Ortopedisk Senter, Ullevål Universitetsykehus, Oslo

PER RENSTRÖM

professor emeritus, Karolinska institutet, Stockholm

LEIF DAHLBERG

professor, ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

en medial osteofyt. Magnetkamera visar en tydlig meniskruptur. Hon har smärta vid dagliga aktiviteter, vid vridningar, knäböjningar och vid löpning.

Det andra fallet är en 67-årig kvinna med gradvis ökande besvär i knäet sedan fyra år och tilltagande svårigheter att gå på grund av smärta. Marx menar att den första patienten borde ha god nytta av artroskopisk operation i form av en partiell meniskresektion, och utan meniskkirurgi kommer hon sannolikt inte att bli bra. I det andra fallet torde artroskopi med eventuell åtgärd inte förbättra tillståndet.

Marx resonemang tror vi att många ortopedier, inklusive undertecknade, ställer sig helt bakom. Dessvärre saknas randomiserade studier att luta sig emot. I stället finns bästa evidens från begreppet beprövad erfarenhet. Dessa två patientfall belyser på ett utmärkt sätt dilemmat med att använda sig av medeltalsutfall vid mötet med enskilda patienter.

Naturligtvis måste man sträva efter att hitta vetenskapligt underlag för sin behandling. I en del fall kan det vara förenat med stora praktiska problem att bestämma en behandlingsstrategi utifrån randomiserade studier. Ibland är det helt enkelt näst intill omöjligt att få tillräckligt stort patientunderlag med helt jämförbara grupper.

Ett lysande exempel är den nyligen avslutade randomiserade studien på operativ jämfört med icke-operativ behandling av akut främre korsbandskada [8]. För att rekrytera det enligt powerberäkningen nödvändiga patientantalet på 120 patienter fick över 600 akuta knäskador screenas. Inklusionen pågick i närmare fyra år!

Under tiden för design, patientinsamling samt att alla skulle passera 2-årskontrollen har en ny operationsmetod utvecklats, och den gjorda jämförelsen kan kanske anses mindre intressant eller mindre rele-



Foto: Ulf Ryd/Scanpix

Knäkirurgi – ofta en fråga om beprövad erfarenhet.

vant i och med detta. Vid en studie på misstänkt instabila meniskskador, där ju bästa evidens föreskriver artroskopisk kirurgi, kan ett godkännande från etisk kommitté för en randomiserad studie bli svårt att få. Upprepade låsningar eller ännu värre en stationär låsning av en knäled är väl känt för att vara synnerligen ogynnsamt för en led, både utan och med begynnande artros.

INKOs riktlinjer gjordes ett försök att med utgångspunkt från då tillgänglig litteratur strukturera upp problemet. Eftersom det saknas randomiserade studier som stöd, fick riktlinjerna i stället baseras på konsensus inom författargruppen utifrån tillgänglig kunskap och klinisk erfarenhet. Från NKO-rapporten [5, 6] kan hämtas följande citat:

»Något säkert underlag för vilka symtom som är relaterade till olika typer av meniskruptur finns inte enligt vår uppfattning. Nedanstående beskrivning baseras därför till stor del på den samlade erfarenhet som finns i arbetsgruppen. De oftast beskrivna menisksymtomen är låsningar, huggsmärtor, upphakningar, krepitationer, värk och svullnad. Typiska menisksymtom är relaterade till att det finns en instabil meniskkomponent. En i ledkammaren dislocerad (inslagen) meniskdel kan interferera med ledrörligheten och ge en låsning, typex-

emplet på detta är en lång longitudinell perifer skada (bucket handle-skada). Mindre instabila meniskdelar, såsom vid en kort longitudinell skada eller en flapskada, ger smärtsamma hugg och upphakningar. En radiell ruptur ger också en ökad rörlighet i menisken och möjlighet till huggsmärtor vid ogynnsamma positioner av knät, t ex vid rotation. /- - -/ I ett knä utan tecken på degenerativa broskförändringar där symtomen motsvaras av en befintlig meniskskada bör partiell resektion göras, oavsett ålder. Vid mekaniska symtom även vid befintliga djupa broskförändringar kan en meniskektomi vara av värde och inte med säkerhet påskynda artrosprocessen.«

Kan man förvägra en 50-åring eller till och med en 70-åring som motionsidrottare att genom en enkel åtgärd bli av med låsningar med huggsmärtor och eventuellt efterföljande svullnad orsakad av en instabil bakhornsskada på menisken – genom att vara nitiskt bunden till ett kanske orealistiskt krav på randomiserade studier? En partiell meniskresektion kan i ett enskilt patientperspektiv te sig helt rätt, men självklart med kravet att symtomen motsvaras av en meniskskada med instabil komponent.

Att påvisa positiva effekter ur ett artrospektiv av ett sådant ingrepp är inte möjligt, men en bibehållen förmåga till motionsaktivitet är både positivt för livskvaliteten och även synnerligen positivt ur ett rent hälsoperspektiv. I *Fysss*, www.fyss.se, finns starka belägg för nyttan av fysisk aktivitet hos alla åldersgrupper. Sannolikt är det av yttersta vikt att tillgänglig medicinsk kompetens också ser denna typ av effekter med insatt behandling.

Sammanfattningsvis är det klart att budskapet om restriktivitet att utföra meniskkirurgi är helt korrekt, likaså

att magnetkamera inte kan vara enskilt vägledande för meniskkirurgi. Däremot ter det sig inte korrekt att på grundval av den citerade studien dra slutsatser om behovet av meniskkirurgi vid symptomgivande meniskskada.

Även om det i dag sker meniskkirurgi på felaktiga grunder, vore det olyckligt om den förda debatten leder till att patienter som skulle kunna ha en stor vinst av ett enkelt och relativt sett mycket okomplicerat ingrepp skulle förvägras detta på grund av brist på en randomiserad studie.

Det pågår nu ett riktlinjearbete i Socialstyrelsens regi om behandling inom rörelseorganens sjukdomar. Förhoppningsvis kommer detta arbete att bringa klarhet i problematiken kring meniskskador och deras behandling.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Hedlund F. Artroskopisk kirurgi vid knäledsartros gör ingen nytta. <http://www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleid=10275>
- Kirkley A, Birmingham TB, Litchfield RB, Giffin JR, Willits KR, Wong CJ, et al. A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med*. 2008;359:1097-107.
- Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med*. 2002;347:81-8.
- Englund M, Guermazi A, Gale D, Hunter DJ, Aliabadi P, Clancy M, et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med*. 2008;359:1108-15.
- Karlsson J, Forssblad M, Roos H. Menisk- och korsbandskador. I: *Behandlingsindikationer för tre ortopediska sjukdomsgrupper*. Lund: NKO; 2005.
- Roos H, Forssblad M, Karlsson J. Indikationer och prioriteringar. Menisk- och korsbandskador. *Läkartidningen*. 2007;104:1509-13.
- Marx RG. Arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee? *N Engl J Med*. 2008;359:1169-70.
- Frobell RB. Treatment and outcome of anterior cruciate ligament injuries. Truth or consequences [dissertation]. Department of Orthopedics, Lund University 2007, Lund, Sweden.