

# Kongenit korsbåndsaplasi som årsag til gonartrose

Charlotte Stenqvist<sup>1</sup> & Arne Sahlström<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Ortopædkirurgisk  
Afdeling M, Bispebjerg  
Hospital  
2) Ortopædkirurgisk  
Afdeling, Nykøbing  
Falster Sygehus

Ugeskr Læger  
2014;176:V12130710

Knæartrose (gonartrose) er en hyppig degenerativ lidelse, som forårsager vedvarende smerter hos op til 10% af alle 55-årige danskere. Der blev i Danmark i 2012 udført 8.500 knæalloplastikoperationer, og gennemsnitsalderen var 67,6 år. Den hyppigste indikation for total knæalloplastik er primær, idiopatisk osteoartrose. Sekundær artrose er forårsaget af bl.a. fedme, korsbåndsskader, meniskskader, infektion, urinsyreigt, osteochondritis dissecans og frakturer i knæleddet [1].

## SYGEHISTORIE

En 56-årig kvinde blev af egen læge henvist til et ortopædkirurgisk ambulatorium til vurdering af venstresidig knæledsartrose. Hun havde gennem adskillige år haft venstresidige knæproblemer med tiltagende smerter. Der var nu tilkommet recidiverende aflåsninger samt hvilesmerter, og gangdistancen var reduceret til 500 m. Hun havde ingen symptomer fra højre knæ. Hun var som barn blevet opereret for klumpfod bilateralt. Hun havde tendens til hypermobilitet med hyperekstension i albue-, hånd- og fingerled. Hun blev behandlet med ibuprofen og glucosamin. Hun havde fysisk arbejde i låste stillinger.

Objektivt blev kvinden fundet overvægtig, og hendes anatomiske proportioner kunne give mistanke om grænsende dværgvækst. Venstre knæ var fejlstillet i varus med medial ømhed og kompression-ømheden over patella. Man fandt svær sideløshed (10-

15°) og skuffeløshed (5-10°), let reduceret kraft af quadricepsmuskulaturen og et bevægelseslag fra -5 til 120 grader. Huden var uden rødme og hævelse, og de distale pulse var normale.

En røntgenoptagelse af venstre knæ viste udtalte artroseforandringer og subluktation (grad 4-5 ved Ahlbäcks klassifikation). Det højre knæ var radiologisk uden tegn til artrose (Figur 1A + B).

Pga. den svære sideinstabilitet fandt man indikation for en korsbåndsstabiliserende revisionsknæalloplastik. Peroperativt fandt man svær artrose, kongenit korsbåndsaplasi med manglende forreste (ACL) og bagerste (PCL) korsbånd, aplasi af eminentia intercondylaris og flad patella. Meniskerne var stort set bortroderet uden tegn på at have været diskoide.

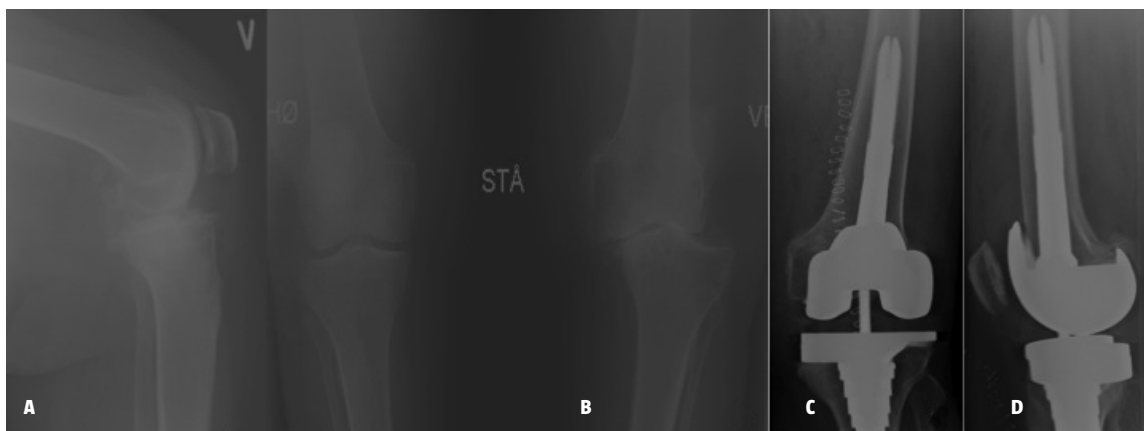
Patienten mobiliseredes senere samme dag og blev udskrevet efter fire dage. Et postoperativt taget røntgenbillede viste velplaceret knæalloplastik (Figur 1C + D). Man afsluttede behandlingen ved tomåneders ambulant kontrol, hvor der blev fundet god stilling og fin bevægelighed i knæet.

## DISKUSSION

Korsbåndsaplasi er en sjælden tilstand med en prævalens på 0,017 pr. 1.000 levendefødte [2] og har tidligere været beskrevet som en isoleret anomali eller som en del af et symptomkompleks. Klinisk er disse knæ ustabile med tendens til subluktation, selv om patientgruppen, der oftest er børn og yngre voksne,

FIGUR 1

- A. Siderøntgenbillede af venstre knæ før operation.  
B. Anterior-posteriort røntgenbillede af begge knæ før operation.  
C. Anterior-posteriort røntgenbillede af venstre knæ efter operation med total knæalloplastik.  
D. Siderøntgenbillede af venstre knæ efter operation med knæalloplastik



ikke klager over instabilitet i de daglige aktiviteter, men har episoder med hævelse [3].

Patienten i sygehistorien havde flere velkendte risikofaktorer for at få knæartrose i form af kvindeligt køn, overvægt og fysisk arbejde i låste stillinger. Hypermobilitet og mulig dværgvækst kan tænkes at være medvirkende årsager, selvom forekomsten af knæartrose hos patienter med disse lidelser er uvis. Hypermobilitet øger imidlertid risikoen for knæskader femfoldigt [4].

Korsbåndinsufficiens øger risikoen for knæartrose væsentligt [1, 5]. Ved traumatisk ruptur af ACL øges risikoen for artrose ti gange til en incidens på 15-20% sammenlignet med risikoen hos en aldersmatchet, uskadt population (incidens 1-2%). Hvis ACL-rupturen kombineres med meniskskade eller anden knæligamentær skade, får de fleste patienter artrose. Efter 15-20 år kan der påvises radiografiske forandringer hos 50-70% af disse patienter [5].

Aplasi af ACL og PCL er i modsætning til traumer en yderst sjælden årsag til korsbåndinsufficiens.

En rekonstruktion af forreste korsbånd kan ikke forhindre udvikling af artrose, men kan nedsætte risikoen for beskadigelse af menisk og brusk i det korsbåndinsufficiente knæ [5].

Ved korsbåndsplasi rapporteres der om gunstige resultater med korsbåndrekonstruktion, mens de langsigtede resultater endnu er ukendte. Litteraturen på området er sparsom, men man konkluderer, at behovet for knæalloplastik for en patient med korsbåndsplasi, som følge af den permanente løshed, stort set er uundgåeligt før eller senere i livet [2].

På trods af at patienten i sygehistorien havde flere kendte risikofaktorer for at få artrose, kan den medfødte aplasi have bidraget betydeligt i dette tilfælde af gonartrose. Således giver kongenital korsbåndsplasi muligvis samme forøgede risiko for knæartrose, som andre korsbåndskader gør.

## SUMMARY

Charlotte Stenqvist & Arne Sahlström:

Congenital aplasia of cruciate ligaments causing knee osteoarthritis

Ugeskr Læger 2014;176:V12130710

We report a case of a 56-year-old woman with severe unilateral osteoarthritis and translation due to congenital aplasia of both cruciate ligaments, which was found during knee arthroplasty surgery. Cruciate ligament insufficiency is a known risk factor in osteoarthritis but is very rarely caused by congenital aplasia and is most often due to trauma. While the patient had several common risk factors for the development of osteoarthritis the congenital aplasia may have contributed significantly in this case of osteoarthritis.

**KORRESPONDANCE:** Charlotte Stenqvist, Ortopædkirurgisk Afdeling M, Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV. E-mail: charlotte\_stenqvist@hotmail.com

**ANTAGET:** 2. maj 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 11. august 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**TAKSIGELSE:** Forfattere takker Steven A.W. Andersen for korrekturlæsning og revision af manuskriptet.

## LITTERATUR

1. Sahlström A, Montgomery F. Risk analysis of occupational factors influencing the development of arthrosis of the knee. *Eur J Epidemiol* 1997;13:675-9.
2. Berruto M, Gala L, Usellini E et al. Congenital absence of the cruciate ligaments. *Knee Surg Sports Traumatol Arthroscop* 2012;20:1622-5.
3. Gabos PG, El Rassi G, Pahys J. Knee reconstruction in syndromes with congenital absence of the anterior cruciate ligament. *J Pediatr Orthop* 2005;25:210-4.
4. Ostenberg A, Roos H. Injury risk factors in female European football. *Scand J Med Sci Sports* 2000;10:279-85.
5. Gillquist J, Messner K. Anterior cruciate ligament reconstruction and the long term incidence of gonarthrosis. *Sports Med* 1999;27:143-56.