

Diagnostik og behandling af meniskskader

Forskningsresultaterne har inden for de senere år medført en periodevis følelsesladet debat mellem de forskellige faggrupper og specialer om behandlingen af forskellige overbelastningsskader. Blindede og placebo-kontrollerede ortopædkirurgiske studier har været med til at flytte standarderne. Det hilses derfor velkommen, at Rathcke *et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger på baggrund af den nye ortopædkirurgiske National klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet (NKR) diskuterer klinisk undersøgelse, billeddiagnostisk udredning og behandling ved mistanke om menisklæsioner og kommer med anbefalinger, der kan medvirke til at genskabe enigheden blandt faggrupper og specialer.

Ultralydskanning er i dag en veletableret integreret del af den kliniske undersøgelse i alle reumatologiske ambulatorier og i tiltagende grad også hos fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopædkirurger. Når klinikeren udfører ultralydskanningen, kan fundene sammenholdes med de kliniske fund. Ultralydskanning har været medvirkende til en mere konservativ holdning til mange intraartikulære læsioner som f.eks. menisklæsioner, da man kunne se tilsvarende forandringer i det modsatte, asymptomatiske knæ.

Det er derfor ikke helt up to date at anføre, at »rutinemæssig brug af ultralydskanning til diagnostik af menisklæsioner kan ikke anbefales, da metoden er undersøgerafhængig«.

Ultralydskanning er indiskutabelt et betydeligt kvalitetsløft af den kliniske undersøgelse og er ganske rigtigt operatørafhængig præcis som den kliniske undersøgelse – og fortolkningen af MR-skanningsfund [1].

Allerede i 2002 publicerede ortopædkirurgen Moseley [2] i New England Journal of Medicine (NEJM) det første placebo-kontrollerede studie, hvor der ikke kunne påvises effekt af arthroscopisk lavage eller *débridement* i forhold til placeboarthroskopi hos patienter med knæartrose. Moseley mødte en del modstand, da han præsenterede resultaterne på en konference, og efterfølgende mente chefredaktøren af tidsskriftet *Arthroscopy*, at NEJM var »biased against arthroscopic knee surgery«, og at de inkluderede patienter, der deltog i placebooperationer »may not be of entirely sound mind«, hvorfor resultaterne ikke kunne »be generalizable to mentally healthy patients« [3].

I 2017 fandt man i en lignende placebo-kontrolleret

undersøgelse samme resultater hos 35-65-årige uden knæartrose [4].

På trods af, at NKR er et betydelig skridt i den rigtige retning, er der forsat flere uafklarede problemstillinger: 1) MR-skanningsfund ved ikke-traumatiske tilstande skal tages med et betydeligt forbehold, da degenerative forandringer i knogler, brus og menisker er hyppigt forekommende og ofte ses tilsvarende fund i modsatte knæ. 2) Der er ikke overbevisende dokumentation for effekten af arthroscopi af ikke-traumatiske skader uden effekt af konservativ behandling og ikke-traumatiske strækkedefekter. I nogle tilfælde vil arthroscopi forsat være indiceret i diagnostisk øjemed. 3) Der er ikke (tilstrækkelig) evidens til at anbefale den ene træningsøvelse frem for den anden.

Tidligere var der et betydeligt forventningspres på de læger, der behandlede idrætsudøvere, for at få foretaget arthroscopi nærmest »på vej ud af banen«, da mange spillere og ledere samt pressen anså en seks-ugers konservativ behandlingsperiode for »spildtid«.

Den senere tids debat har medført, at ikkeoperative behandlingstiltag er kommet mere i fokus.

Ortopædkirurgisk professor Lohmander, Lunds Universitet skrev i en leder i *Acta Orthopaedica*: »Available evidence supports the reversal of a common medical practice. It is time to abandon ship« [5].

Arthroscopi er indiskutabelt uundværlig i håndteringen af idrætsskader og andre primært traumatiske knægener.

Stor anerkendelse til den ortopædkirurgiske forskning og Rathcke *et al* for at have været med til at sætte fokus på de aktuelle problemstillinger og for at være med til at sikre, at patienterne får samme behandlingstilbud, uafhængigt af hvilken speciallæge der først ser dem.

LITTERATUR

- Xia XP, Chen HL, Zhou B. Ultrasonography for meniscal injuries in knee joint: a systematic review and meta-analysis. *J Sports Med Phys Fitness* 2016;56:1179-87.
- Moseley B, O'Malley K, Petersen NJ et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002;347:81-8.
- <https://www.youtube.com/watch?v=RaDWkJHmEBO> (30. aug 2017).
- Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A et al. Arthroscopic partial meniscectomy versus placebo surgery for a degenerative meniscus tear: a 2-year follow-up of the randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis* 18. maj 2017 (epub ahead of print).
- Lohmander S, Thorlund JB, Roos EM. Routine knee arthroscopic surgery for the painful knee in middle-aged and old patients – time to abandon ship. *Orthopedics, Department of Clinical Science, Lund University. Acta Orthop* 2016;87:2-4.

LEDER

Ulrich Fredberg

Ugeskr Læger
2017;179:V69382

KORRESPONDANCE:

Ulrich Fredberg,
Diagnostisk Center,
Universitetsklinik for
Innovative Patientforløb,
Regionshospitalet
Silkeborg.
E-mail:
fredberg@sportnetdoc.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk