



Langtidsutfall etter ACL-skade:

Økt risiko for kneartrose for opererte vs ikke-opererte

En systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse fra maiutgaven av BJSM har sett på langtidsresultatene av en primær ACL-skade, der de har sammenlignet kirurgisk og ikke-kirurgisk behandling. Resultatene viste en økt risiko for utvikling av kneartrose hos gruppen som hadde gjennomgått en ACL-rekonstruksjon, mens risikoen for en sekundær meniskskade og økt laksitet i kneet var høyere for den ikke-opererte gruppen.



AV NINA ERGA SKJESETH
FYSIOTERAPEUT

Korsbåndskader er til stadighet tema for debatt i ulike idrettsmedisinske miljøer, og det forskes fremdeles mye på både risikofaktorer, behandlingsmetoder, retur til idrett og langtidskonsekvenser av disse skadene. En ACL-ruptur kan behandles både operativt og ikke-operativt, men per i dag er det vanskelig å si

om det ene er bedre enn det andre [1,2,4]. Enkelte hevder at konservativ behandling er å foretrekke før operasjon vurderes [3], men dette avhenger naturligvis av kontekst – deriblant alder, aktivitetsnivå og hva man skal tilbake til, og for idrettsutøvere naturligvis type idrett, tidligere skader og hvor man er i karrieren. Studier har vist at de som gjennomgår en ACL-rekonstruksjon i større grad deltar i level-1 idretter og er yngre enn de som behandles konservativt [4], noe som indikerer at utvalget ofte vil være litt forskjellig

i de kirurgiske og de ikke-kirurgiske gruppene. Forskjeller i utvalg påvirker grunnlaget for å sammenligne behandlingsmetoder, og det blir vanskeligere å konkludere.

Det finnes få eller ingen studier av høy kvalitet som har klart å avdekke forskjeller i eksempelvis utvikling av kneartrose og pasienttilfredshet ved operativ eller ikke-operativ behandlingsmetode [3,5]. Sammenligning av behandlingsvalg og langtidsresultater av disse skadene har sine utfordringer, da man blant

annet ser at flere som initialt velger konservativ behandling ender opp med operasjon på et senere tidspunkt. Det blir dermed vanskelig å sammenligne langtidsutfallet av de to behandlingsmetodene [2].

Lien-Iversen et al [6] har nylig publisert en studie som omhandler langtidskonsekvensene av en ACL-skade. Målet med studien var å utføre en systematisk gjennomgang av litteraturen og sammenligne minimalt invasiv kirurgisk behandling versus ikke-kirurgisk behandling hos pasienter med en ACL-ruptur, med tanke på utfallsmålene alvorlighetsgrad av radiografisk kneartrose, sekundær ACL-kirurgi og/eller meniskektomi, laksitet i kne og pasientrapporterte utfallsmål. Studier som hadde minst 10 års oppfølging ble inkludert. Grunnet strenge inklusjonskriterier, ble kun fem studier inkludert i oversiktsartikkelen. Av disse var to av dem prospektive studier, mens de resterende tre var retrospektive studier.

RESULTATER

Intervensjonsbeskrivelse

De som gjennomgikk en ACL-rekonstruksjon, ble operert i løpet av en periode på 6 uker til 4 år etter den første skaden. Artroskopisk kirurgi ble utført i fire av studiene, og patellar-graft var det foretrukne valget i de fleste studiene. Alle de opererte pasientene deltok i treningsbaserte rehabiliteringsprogrammer postoperativt, og for de ikke-opererte pasientene brukte fire av fem studier fysioterapeviledet rehabilitering. Instruksjoner for gradvis å komme tilbake til mer anstrengende fysisk aktivitet ble gitt til pasienter i begge grupper.

Radiografisk kneartrose

Alle de fem studiene målte alvorlighetsgrad av radiografisk artrose i kneet ved bruk av Kellgren og Lawrence-systemet, IKDC-gradering eller OARSI-atlasen. Forekomsten av artrose varierte fra 24-80 % for kirurgi-pasientene og fra 11-68 % for de ikke-opererte pasientene. To studier viste en betydelig lavere forekomst av kneartrose i de ikke-

kirurgiske gruppene ($p = 0,03$ i begge). Metaanalysen avslørte at risikoen for kneartrose totalt sett var høyere for de som hadde gjennomgått en ACL-rekonstruksjon, med en relativ risiko på 1,42 (95 % KI 1,09 til 1,85). Man har tidligere sett at de som velger en ACL-rekonstruksjon ofte har større og mer omfattende skader enn de som behandles konservativt, noe som muligens kan påvirke for eksempel utviklingen av kneartrose.

Sekundære kirurgiske inngrep

Grafruptur, sekundære ACL-rekonstruksjoner og meniskektomier ble rapportert i fire av de fem studiene. Kun én studie skilte mellom lateral og medial meniskektomi. To av fire studier fant et betydelig redusert behov for sekundær meniskektomi i den kirurgiske gruppen sammenlignet med den ikke-kirurgiske gruppen (begge $p < 0,03$). Metaanalysen avdekket at risikoen for grafruptur eller sekundær ACL-revisjon var uavhengig av behandling, mens risikoen for en sekundær meniskektomi var betydelig redusert hos pasienter som hadde gjennomgått kirurgisk behandling (RR 0,34 (95% KI 0,20 til 0,58)).

Laksitet

Knelaksitet («slark» i kneet, forskjell fra side til side) ble målt ved bruk av et KT-1000 artrometer (goniometer) i alle studiene. Knelaksitet varierte fra 1,5-5,3 mm i de kirurgiske gruppene, mot 2,1-5,7 mm i de ikke-kirurgiske gruppene. En av studiene rapporterte at antall pasienter med en side-til-side forskjell på mer enn 3 mm totalt var gjeldende for 10 av 25 deltakere (40 %) i den kirurgiske gruppen, mot 19 av 25 deltakere (76 %) i den ikke-kirurgiske gruppen (p

$= 0,013$). I fire av de fem studiene rapporterte de betydelig mindre laksitet i kneet hos de opererte pasientene.

Pasientrapporterte utfallsmål

IKDC-score ble rapportert i tre studier, hvorav én studie rapporterte bedre score for pasienter i den kirurgiske gruppen ($p = 0,04$). KOOS-poengsum ble rapportert i to studier, der den ikke-kirurgiske gruppen rapporterte en signifikant bedre poengsum på smerte sammenlignet med den kirurgiske gruppen i én av studiene ($p = 0,35$), mens det ikke var noen signifikant forskjell mellom de to gruppene i den andre studien.

Oppsummering

Resultatene fra denne oversiktsartikkelen tilsier at det kan være ulikheter i langtidsutfall etter en ACL-skade om man velger operativ eller konservativ behandling. Kirurgisk behandlede pasienter har tilsynelatende noe høyere risiko for å utvikle kneartrose, mens de ikke-opererte pasientene i større grad har behov for en sekundær meniskoperasjon, og de har samtidig noe økt grad av laksitet i kneet. Det var små eller ingen forskjeller i pasientrapporterte utfallsmål mellom gruppene. Det er imidlertid metodiske begrensninger og utfordringer ved studien som gjør at man må tolke disse funnene med forsiktighet.

Denne studien er nok et bevis på at det er vanskelig å sammenligne behandlingsmetoder, og at det er vanskelig å komme frem til et foretrukket behandlingsvalg ved en ACL-skade.

Se kilder/referanser side 36.

