KNEPUNKSJON

LATERAL SUPRAPATELLAR TILGANG

Sist oppdatert: 09.10.20

Scan koden under for å se video av prosedyren

INDIKASJONER

Knepunksjon gjøres ved hovent og/eller smertefullt ledd ved mistenkt artritt/synovitt, særskilt ved monoartritt. Indikasjon er både diagnostikk og behandling.

Diagnostisk

Akutt synovitt: septisk artritt, krystaller, inflammatorisk, artrose.

Behandling

Sette intraartikulære kortikosteroider, evt andre injeksjonsmidler.

RELATIVE KONTRAINDIKASJONER

- *Protese i ledd*
- *Hudinfeksjon eller sår*
- *Ustabil koagulopati*

FØR PROSEDYREN

Informer pasienten om hensikten med punksjonen, og forklar prosedyren slik at du får et informert samtykke.
Gjennomfør håndhygiene før og etter prosedyren.

Ha pasienten liggende på benk, kneet avslappet og gjerne lett flektert.
Eventuelt pute/håndkle eller lignende under kneet ved stor hevelse dersom pasienten har problemer med å ekstendere.

UTSTYRSLISTE

- Benk
- Vaskesett med klorhexidin
- Tupfere eller lignende
- Engangshansker, sterile
- 2 sprøyter (en 10-20 ml, en 2-3 ml)
- 3 kanyler/sprøytespisser (vanligvis brukes grønn kanyle 0,8 x 50 mm, ved mistenkt puss eller krystaller kan tykkere kanyle vurderes)
- Eventuelt Xylocain (ofte ikke nødvendig, bør ikke brukes hos gravide)
- Eventuelt steroid, gjerne hydrophobt f.eks triamcinolonheksacetonid (vanligvis 40 mg i kne)
- Plaster
- Glass for prøvetaking til celletelling og dyrkning

GJENNOMFØRING AV PROSEDYREN

1. Finn frem utstyret

2. Utfør håndhygiene

3. Gjør klar medikamentene du trenger til prosedyren. Om xylocain skal brukes trekkes medikamentet opp i sprøyten som skal brukes til selve punksjonen. Bruk en kanyle til opptrekk, og bytt til ny kanyle for selve injeksjonen. Dersom steroider skal brukes trekkes dette opp i egen sprøyte.

4. Bestem deg og evt marker hvor du vil stikke. Det er flere aktuelle metoder og innstikksteder. Ofte brukes lateral suprapatellar tilgang. Punksjonen skjer da i recessus suprapatellaris (lomme i leddhulen), dvs innstikk like proksimalt for øvre laterale «hjørne» av patella. Du finner korrekt innstikksted ved å palpere øvre kant av patella og gå 1-2 fingerbredder proksimalt, i tillegg palperer du laterale kant av patella og går 1-2 fingerbredder lateralt. Marker punktet hvor disse linjene krysser. Man kan eventuelt bruke punkt hvor hevelsen er mest prominent som innstikksted. Samtidig kompresjon av recessen er en fordel for å «samle» leddvæsken.

5. Utfør håndhygiene og ta på hansker. Sterile hansker bør brukes.

6. Vask området med klorhexidin eller lignende.

7. Punksjonen gjøres ved bruk av aseptisk non-touch-teknikk.

8. Kanyle settes raskt, vinkelrett/90 grader på huden. Er det planlagt steroidinjeksjon kan du strekke på huden ved innstikk, eventuelt bruke vinklet innstikk for å minske risiko for lekkasje av steroider. Lekkasje av steroider kan føre til subkutan fettatrofi (hypotrofi) og depigmentering i området.

9. Ved bruk av xylocain kan xylocain settes litt og litt på vei inn. Kjenn på motstand, når nål går gjennom leddkapsel oppleves mindre motstand. Aspirer for å sjekke om du er inne i leddhulen, kommer det leddvæske er du på riktig sted.

10. Aspirer så mye leddvæske som du får ut uten å endre plassering.

11. Dersom det er mye leddvæske kan det være nødvendig å bytte sprøyte underveis som du aspirerer. Vær obs så du ikke beveger på kanyle når du eventuelt bytter sprøyte.

12. Skal du sette steroider, brukes samme kanyle som ved punksjonen. Det vil si at du skal la kanylen stå og bytte sprøyte til den med allerede ferdig opptrukket steroid. Steroid settes uten motstand.

13. Trekk kanylen ut. Når man trekker kanylen tilbake, vil de forskjellige anatomiske lagene igjen forskyves og lukkes i forhold til hverandre og innstikkstedet lukkes.

14. Dekk med et plaster.

ETTER PUNKSJON

- Leddvæske sendes til ønsket undersøkelse, f.eks celletelling, dyrkning, Gram farging og polarisasjonsmikroskopi (bestemmelse av krystaller).
- Informer pasienten om avlastning i ca 24 timer etter injeksjon, og at bedring vil kunne ta noe tid.

FAGLIG MEDVIRKENDE

Alvilde Dhainaut, overlege ved revmatologisk avdeling St. Olavs hospital, undervisningsenhetsleder for revmatologi og førsteamanuensis NTNU

KILDER

Courtney, P. & Doherty, M. (2013). Joint aspiration and injection and synovial fluid analysis. Elsevier Health, Best Practice and Research Clinical Rheumatology 27, 137-169.
Gran J. T (2013) Innføring i klinisk revmatologi (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk