**MCL letsel**

Key-points

* Een MCL letsel ontstaat vaak door een direct valgus trauma van de knie.
* Een valgus instabiliteit in extensie is aanwezig bij een graad III MCL letsel.
* Sporthervatting op het oude niveau wordt slechts in 55% van de patiënten behaald na een reconstructie.

Achtergrond

Een mediaal collateraal ligament (MCL) letsel is een van de meest voorkomende blessures van de knie. Het letsel ontstaat vaak door een direct valgus trauma van de knie. MCL letsels zijn geassocieerd met VKB letsels en in mindere mate meniscus letsels. Distale MCL letsels herstellen trager dan proximale letsels. De anatomische structuren die als statische stabilisatoren van de mediale knie worden beschouwd zijn: de diepe MCL, de oppervlakkige MCL en het posterieur oblique ligament. In 20° graden flexie van de knie voorziet de MCL 81% van de valgus stabiliteit. De overige structuren die hierbij een rol spelen zijn het kapsel (5%) en kruisbanden (14%). In volledig extensie is de rol van het kapsel groter (22%).

Work-up

Uitvragen van het traumamechanisme is essentieel. In de acute fase wordt in 64% van de patiënten oedeem rondom de oppervlakkige MCL gezien en is de MCL drukpijnlijk in 76%. Klinisch onderzoek is de meest betrouwbare methode om de mate van valgus instabiliteit te herkennen. Er bestaan diverse indelingen van MCL letsels. De meest toepasbare classificatie is van Fetto en Marshall, omdat deze gradering klinische consequenties heeft voor de behandeling. De valgus stabiliteit wordt getest in 0° en 30° flexie van de knie en vergeleken met de contralaterale zijde.

- Graad I : alleen pijn bij valgus stress. Geen valgus instabiliteit in 0° en 30° flexie.

- Graad II: alleen valgus instabiliteit in 30° flexie, niet bij 0°.

- Graad III: valgus instabiliteit in 0° en 30° flexie (80% van deze patënten heeft ook VKB ruptuur).

Aanvullend onderzoek bestaat uit standaard röntgenfoto’s van de knie om avulsie fracturen uit te sluiten. Een MRI scan wordt verricht bij verdenking op intra-articulaire pathologie.

Behandeling

*Conservatief*

Indien vroegtijdig herkend (<2 weken) en adequaat behandeld, geneest een geïsoleerde MCL letsel graad I en II meestal zonder restinstabiliteit. Onbehandelde MCL letsels ouder dan 6 weken genezen niet meer, met soms een blijvende valgus instabiliteit als gevolg. Bij graad I mag de patiënt belasten op geleiden van de pijn en worden er actieve range of motion oefeningen geadviseerd. Bij graad II-letsel zal een scharnier brace worden aangemeten die gedurende 6 weken continue moet worden gedragen. Tijdens deze periode mag patiënt belasten op geleiden van de pijn en worden actieve range of motion oefeningen geadviseerd. De conservatieve behandeling van graad III MCL letsels heeft een slechtere uitkomst dan graad I en II letsels. Indien wordt gekozen voor een conservatief traject zal bij een graad III MCL letsel een extensie brace voor ten minste 3 weken worden geadviseerd. Na 3 weken wordt actief range of motion oefeningen toegestaan in een scharnier brace, gedurende 3 weken.

*Operatief*

Een operatief herstel is geïndiceerd bij de volgende indicaties: intra-articulaire interpositie van het MCL, groot avulsie fragment, anteromediale rotatoire instabiliteit, graad III MCL letsel gecombineerd met een voorste-kruisband ruptuur, graad III MCL letsel bij een preexistent valgus alignment, en chronische valgus instabiliteit. Primair herstel van het MCL wordt meestal binnen 10 dagen na het trauma verricht. Een avulsie fractuur kan worden gefixeerd met schroeven of ankers. Soms is een pees augmentatie noodzakelijk als het restant van de MCL onvoldoende kwaliteit geeft. Bij chronische valgus instabiliteit geeft de anatomische MCL reconstructie volgens LaPrade de beste resultaten. Postoperatief zal de patiënt worden beschermd met een scharnier brace gedurende 6 weken. De eerste 3 weken zal onbelast worden gemobiliseerd binnen een range of motion van 30-90°. Na 3 weken is volledige range of motion toegestaan.

Nabehandeling / sporthervatting

Na de conservatieve of operatieve behandeling adviseren wij een gefaseerde opbouw van oefeningen: fase 1) isometrisch, fase 2) isotonisch, fase 3) plyometrisch/energie opslag oefeningen (rennen, springen, wenden en keren), en fase 4) sport-specifieke training gericht op sportterugkeer. Het doorlopen van de fasen wordt gestuurd op basis van voortgang in klachten en functie, niet op basis van tijdcriteria. Daarnaast adviseren we een algemeen trainingsprogramma om een goede belastbaarheid in de rest van de kinetische keten te waarborgen. Sporthervatting op het oude niveau wordt slechts in 55% van de patiënten behaald na een reconstructie.

Literatuur

* [Hughston JC et al. The role of the posterior oblique ligament in repairs of acute medial (collat­eral) ligament tears of the knee. J Bone Joint Surg Am 1973;55:923-940](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4760100)
* [Kim C et al. Return to Play After Medial Collateral Ligament Injury. Clin Sports Med 2016;35:679-696](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27543407)
* [Phisitkul P et al. MCL injuries of the knee: current concepts review. Iowa Orthop J 2006;26:77-90](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16789454)
* [Roach CJ et al. The epidemiology of medial collateral ligament sprains in young athletes. Am J sports med 2014;42:1103-1109](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24603529)