

Platvoeten bij kinderen

Bernard Aulbers, Arie Knuistingh Neven, Just Eekhof

Inleiding

Huisartsen krijgen regelmatig vragen over platvoeten (pedes plani) bij kinderen. Meestal zijn de ouders ongerust. Ze vragen zich af of hun kind platvoeten heeft en zo ja wat daar dan aan te doen is. Soms struikelt een kind over zijn eigen voeten. Kleuters klagen vrijwel niet over pijn aan hun voeten, maar bij oudere kinderen en volwassenen wijst voetpijn meestal op een gefixeerde afwijking. De incidentie van pedes plani bij kinderen van 1 tot 4 jaar is 8,6 per 1000 en bij kinderen van 5 tot 14 jaar 13,6 per 1000 kinderen. Dat zijn ongeveer 30 patiënten per jaar.^{1,2} Over het voorkomen van gefixeerde platvoeten is weinig bekend. In elk geval betreft dit slechts een klein gedeelte van het totale aantal platvoeten. Pedes plani worden gecodeerd als voet-/teenklachten.

Achtergrond

Definitie

Bij een platvoet is het mediale voetgewelf verstreken. Meestal komt dan de achtervoet in valgusstand te staan (knikvoet). Huisartsen moeten onderscheid maken tussen een soepele platvoet, die bij onderzoek te corrigeren is, en een contracte platvoet waarbij dit niet mogelijk is.^{3,4}

Etiologie

Een soepele, dus corrigeerbare, platvoet wordt meestal veroorzaakt door slappe van de gewrichtsbanden. Daarbij verstrikt het mediale voetgewelf bij belasting en zakt de hiel in valgusstand. De meeste kinderen vertonen tot het tweede levensjaar weinig of geen lengtewelving van de voeten, omdat ze veel subcutaan vet hebben. Ook een valgusstand van de voeten is op die leeftijd normaal.^{4,5} Kinderen tussen de 2 en 8 jaar kunnen onderling vrij sterk verschillen in vorm, maat en ontwikkeling van het skelet van de benen. Aanvankelijk zijn de gewrichten slap en hyperextensief, zodat vooral pedes valgi en genua valga niet ongewoon zijn. Gebleken is dat 65% van de platvoeten bij kinderen van 2 jaar oud op de leeftijd van 5 tot 6 jaar is gecorrigeerd. Bij 30% blijft een lichte platvoet over. Uiteindelijk corrigeren de meeste platvoeten (95%) zich na verloop van tijd vanzelf.⁵

Een contracte of rigide platvoet wordt meestal veroorzaakt door een abnormale benige verbinding in de tarsus, meestal tussen



Foto: Shutterstock/Rachel L. Sellers

calcaneus en os naviculare, soms tussen talus en calcaneus.⁵ Klachten over rigide platvoeten komen voor vanaf het achtste levensjaar, omdat dan de (abnormale) verbening doorzet. Deze patiënten hebben vaak pijnklachten. In zeldzame gevallen veroorzaakt avasculaire necrose van het os naviculare (de ziekte van Köhler) voetpijn bij kinderen. Er is geen relatie aangetoond tussen platvoeten en vroegtijdige artrose van heup of knie, nek- of rugklachten of chronische hoofdpijn.

Diagnostiek

De huisarts richt zijn onderzoek op klachten bij staan en lopen en op het onderscheid tussen soepele en rigide platvoeten.^{4,5} Bij inspectie in rust, waarbij hij naar de beide benen van het kind (onderlijf ontkleed) kijkt, vallen grove afwijkingen meteen op. Kenmerken van platvoeten zijn al zichtbaar bij inspectie van de voeten in rust. De huisarts gaat na of de hiel in valgusstand staat, of de voorvoet in abductie staat ten opzichte van de as van de achtervoet en of de longitudinale boog naar onder is doorgebogen. Hij controleert het looppatroon als het kind heen en weer loopt: hij kijkt of het lopen soepel en normaal gaat, of het kind zijn benen gelijk belast, en of het kind zijn voeten goed afwikkelt.

Het onderscheid tussen een soepele en een rigide platvoet is als volgt vast te stellen. Bij een soepele platvoet kan het mediale voetgewelf zich herstellen. Bij kinderen tussen de 2 en 6 jaar gebeurt dit spontaan als ze gaan zitten (op schoot), bij grotere kinderen als ze op hun tenen staan of bij passieve hyperextensie van de grote teen.⁵ Bij een rigide platvoet is herstel van het gewelf niet mogelijk.

Veelgebruikte behandelingen

Wanneer de huisarts na onderzoek geen ernstige afwijkingen heeft kunnen constateren, volstaat geruststelling.⁵ Speciaal schoeisel

Auteursgegevens

Dr. B.J.M. Aulbers, destijds huisarts in Delft; LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Postbus 2088, 2301 Leiden; dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemiologen.

Correspondentie: a.knuistingh_neven@lumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

is bij kinderen meestal niet nodig. Wel kan de huisarts schoenen aanraden met een stevig hielstuk om abnormale slijtage van de binnenkant van de schoenen te voorkomen.

Kinderen met soepele platvoeten hebben alleen correctie nodig wanneer ze klachten hebben, zoals pijn ter hoogte van de mediale gewelven, vermoeidheid of kramp in hun benen als ze staan.⁶ Dan zijn steunzolen te overwegen en moet een gipsafdruk van de voet in onbelaste stand worden gemaakt. Overigens zijn steunzolen van kinderen regelmatig aan vervanging toe in verband met de groei.

De huisarts verwijst kinderen met gefixeerde, contracte platvoeten naar de orthopeed. Hierbij worden steunzolen en operatieve opties overwogen.⁷

Methode

Wij zochten in juli 2009 in Pubmed en de Cochrane Library met als zoekwoord 'flatfoot' [MeSH], gecombineerd met 'pediatric' [tw], 'infant' [MeSH], en 'child' [MeSH], naar *controlled randomized trials*, *clinical trials* en *systematic reviews*. Wij vonden in de Cochrane Library een protocol⁸ en in Pubmed een systematisch literatuuroverzicht.⁶ Dit literatuuroverzicht vormt overigens de basis van het protocol. Na publicatie van het systematische literatuuroverzicht werd geen relevante onderzoek gepubliceerd.

Klinische vragen

Wat is het effect van schoenaanpassing en supplementen op de vorm van de voet?

Nuttig effect In een onderzoek werden 129 kinderen van 1 tot 6 jaar met flexibele platvoeten gerandomiseerd in vier groepen.⁸ Groep 1 was de controlegroep (schoenen zonder verdere aanpassing), groep 2 kreeg aangepast orthopedisch schoeisel, groep 3 kreeg een hielsteun en groep 4 kreeg aangepaste steunzolen. De follow-up was 6 jaar. De eindmaat was verbetering van de radiologische vorm van de voeten. De analyse vond plaats 'per protocol'. Na 6 jaar beoordeelden de onderzoekers de vorm van de voeten bij 98 kinderen opnieuw. Deze was in alle groepen verbeterd. Er was geen significant verschil tussen de verschillende groepen.

Nadelig effect Hierover wordt niets aangegeven.

Wat is het effect van steunzolen en orthesen op voetklachten bij soepele platvoeten?

Nuttig effect In een systematisch literatuuronderzoek werden drie gerandomiseerde onderzoeken beschreven.⁶ In twee onderzoeken

werd geen verschil in effect gevonden met aanpassing van supplementen. In het andere onderzoek werden kinderen met platvoeten en juveniele arthritis ingesloten. Deze groep behoort dus niet tot de populatie die de huisarts ziet.

Nadelig effect Hierover wordt niets aangegeven.

Conclusie

Bij de ongecompliceerde, corrigeerbare, soepele platvoet volstaat uitleg over het natuurlijk beloop. Speciaal schoeisel is niet nodig. Alleen bij klachten kunnen voor symptomatische behandeling steunzolen worden aangemeten. Huisartsen moeten de ouders erop wijzen dat soepele platvoeten meestal tijdelijk zijn en met het groeiproces verband houden. Van steunzolen is op langere termijn niet aangetoond dat ze platvoeten eerder corrigeren dan geen behandeling. Bij pijn moet de huisarts bedacht zijn op een gefixeerde platvoet. Verwijzing naar de orthopeed is dan geïndiceerd.

Literatuur

- 1 Ong RSG, De Waal MWM, De Jong HJ. RHUH-LEO Basisrapport XI. Databestand 2002/2003. Leiden: LUMC, afdeling Huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde, 2004.
- 2 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis F. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 3 Churgay CA. Diagnosis and treatment of pediatric foot deformities. *Am Fam Physician* 1993;47:883-9.
- 4 Dereymaeker G. De platvoet. *Bijblijven* 1993;9/1:19-25.
- 5 Visser JD. Kinderorthopaedie: pluis of niet pluis. Een leidraad voor de eerstelijnsgezondheidszorg; 10^e druk. Groningen: Van Denderen, 2009. www.jdvisser.nl
- 6 Evans AM The flat-footed child - to treat or not to treat: what is the clinician to do? *J Am Podiatr Med Assoc* 2008;98:386-93.
- 7 Cappello T, Song KM. Determining treatment of flatfeet in children. *Curr Opin Pediatr* 1998;10:77-81.
- 8 Rome K, Ashford RL, Evans A. Non-surgical interventions for paediatric pes planus (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; Issue 4. Art. No. CD006311.
- 9 Wenger DR, Mauldin D, Speck G, Morgan D, Lieber RL. Corrective shoes and inserts as treatment for flexible flatfoot in infants and children. *J Bone Joint Surg Am* 1989;71:800-10.

Deze bijdrage in de serie 'Kleine kwalen' is gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen bij kinderen* onder redactie van J.A.H. Eekhof, A. Knuistingh Neven en W. Opstelten, 2e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2009. Publicatie in Huisarts en Wetenschap gebeurt met toestemming van de uitgever.