

ΒΛΑΙΣΟΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ (2005)

Ορισμός → Πλατυποδία, είναι η ελάττωση του ύψους της ποδικής καμάρας στον επιμήκη άξονα του ποδιού. Καλύτερα όμως είναι ο όρος 'Βλαιοπλατυποδία' διότι στη παραμόρφωση αυτή υπάρχει και η βλαιοσύτητα της πτέρνας.

Η Πλατυποδία μπορεί να υπάρχει είτε από μόνη της σαν οντότητα σ'ένα ασθενή, είτε να είναι μέρος ενός πιο πολύπλοκου προβλήματος. ΠΧ μέρος μίας Γενικευμένης Χαλάρωσης Συνδέσμων, μίας Νευρολογικής ή Μυϊκής πάθησης, μίας κληρονομικής πάθησης ή Συνδρόμου ή τέλος μέρος κάποιας νόσου Κολλαγόνου κλπ.

Εξαρχής θα ήθελα να τονίσω ότι πριν την ηλικία των τριών ετών δεν μπορούμε να μιλούμε για πλατυποδία, έκτος εάν πρόκειται για περίπτωση κάθετου αστραγάλου. Ο λόγος είναι απλός και οφείλεται στο αυξημένο αναλογικά λίπος στα ποδάκια των παιδιών αυτών και στην υπάρχουσα ακόμα χαλάρωση των συνδέσμων.

Η ποδική καμάρα εμφανίζεται σε ηλικία συνήθως 4-5 ετών, και σε ηλικία 10 ετών μόνο το 4% του πληθυσμού παρουσιάζει μόνιμη πλατυποδία.

Επίσης βασικότατο σημείο είναι ο διαχωρισμός και η αναγνώριση της Χαλαρής ή Υπερκινητικής πλατυποδίας, από την Δύσκαμπτη.

ΧΑΛΑΡΗ ΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ

Σε όρθια θέση το πόδι εμφανίζει ελάττωση ή επιπέδωση της ποδικής καμάρας, με βλαιοσύτητα της πτέρνας και πρηνισμό του προσθίου ποδιού, δηλ όλα τα στοιχεία της πλατυποδίας. Σε θέση μη υποβαστάζουσα το βάρος του σώματος το πόδι εμφανίζει φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική ποδική καμάρα.

Άλλο ένα χαρακτηριστικό στοιχείο είναι η πλήρης διόρθωση της ποδικής καμάρας με την προσπάθεια του παιδιού να σταθεί στα δάκτυλα των ποδιών του.

Κατά την λήψη του ιστορικού βασικά σημεία είναι αν ο ασθενής έχει υποκειμενικά συμπτώματα όπως πόνος στα πόδια ή στις κνήμες, δυσκολία στη βάδιση ή στο τρέξιμο, εύκολη κόπωση κλπ. Άλλα βασικά σημεία είναι ο χρόνος εμφάνισης, η ύπαρξη πλατυποδίας στην οικογένεια, ιστορικό τραυματισμού καθώς επίσης η ύπαρξη άλλων μυοσκελετικών ή νευρομυϊκών ανωμαλιών.

Κλινική Εξέταση

Κατά την κλινική εξέταση οίγουρα θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση μεταξύ χαλαρής από τη δύσκαμπτης πλατυποδία , οπότε και ακολουθείται διαφορετική αντιμετώπιση.

Επίσης θα διαπιστωθεί ο βαθμός της πλατυποδίας (μικρού, μεσαίου ,σοβαρού).

Μικρού βαθμού -> ελάττωση ποδικής καμάρας ,αλλά ακόμα εμφανής

Μεσαίου Βαθμού-> ποδική καμάρα δεν φαίνεται.

Σοβαρού βαθμού-> δεν υπάρχει ποδική καμάρα και επιπρόσθετα η έσω πλευρά του ποδιού εμφανίζεται κυρτή ,με τη κεφαλή του αστραγάλου να προβάλλει στην έσω και πελματιαία επιφάνεια του ποδιού.

Θα πρέπει να γίνει νευρολογικός έλεγχος των κάτω άκρων, και να ελεχθεί ο αν υπάρχει βράχυνση του αχιλλείου τένοντα. Αυτό το γεγονός, δηλ χαλαρή πλατυποδία με βράχυνση του αχιλλείου τένοντα είναι αρκετά συχνό και προκαλεί συνήθως συμπτώματα και μελλοντικά προβλήματα αν δεν διορθωθεί. Η θεραπεία συνίσταται σε διατάσεις του τένοντα , και σε αποτυχία αυτής τότε εφαρμόζονται σειρά από γύψους ,και σε αποτυχία και πάλι τότε γίνεται χειρουργική θεραπεία .

Ακτινογραφικός Έλεγχος

Στον ακτινολογικό έλεγχο που γίνεται σε όρθια θέση η πλάγια προβολή θα αποκαλύψει που ακριβώς υπάρχει καθίζηση της ποδικής καμάρας .Δηλ. στη αστραγαλοσκαφοειδή ή στη άρθρωση μεταξύ σκαφοειδούς και έσω μηνοειδούς οστού, ή και στις δύο αρθρώσεις.

Επίσης η προσθοπίσθια προβολή σε όρθια θέση θα αποκαλύψει τη στροφή του αστραγάλου προς τα έσω. (η προσθοπίσθια αστραγαλοπτερνική γωνία ,φυσιολογικά μέχρι 35 μοίρες.)

Θεραπεία

Γενικά θεραπεία δεν χρειάζεται η χαλαρή πλατυποδία στα παιδιά αυτό πρέπει να γίνει ξεκάθαρο στους γονείς. Αυτά τα παιδιά χρειάζονται μόνο παρακολούθηση για επιβεβαίωση της βελτίωσης με την πάροδο του χρόνου, οπότε πρόκειται για **φυσιολογική** μορφή .Οι ασθενείς όμως που δεν βελτιώνονται ,ή ακόμα χειροτερεύει η εικόνα τους με την πάροδο του χρόνου -- **μη φυσιολογική** μορφή χρήζουν επιμελούς παρακολούθησης και πιθανότατα θεραπείας.

Αυτή εξαρτάται από α. Ηλικία του ασθενή (συνήθως κάτω των 3—4 ετών καμιά)

B. Βαθμό παραμόρφωσης.

Γ. Το πώς καταστρέφονται τα παπούτσια

Δ. Ύπαρξη συμπτωμάτων. (Αν υπάρχει πόνος που δεν δικαιολογείται από βράχυνση του γαστροκνημιαίου , τότε πρέπει να γίνει περαιτέρω έλεγχος για άλλες αιτίες πόνου.)

. Μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις με σοβαρού βαθμού επιπέδωση της καμάρας και εξεζητημένη καταστροφή των παπουτσιών μπορούν να εφαρμοστούν μέσα στα παπούτσια ειδικές σόλες για υποστήριξη της καμάρας και ανύψωση της έσω πλευράς της πτέρνας για διόρθωση της βλαισότητας.

Χειρουργική θεραπεία.

Εφαρμόζεται μόνο σε μικρό ποσοστό ασθενών , και γενικά δεν πρέπει να γίνεται σε ηλικία κάτω των δέκα ετών.

Ενδείξεις → Σοβαρού βαθμού παραμορφώσεις με συμπτώματα από τον ασθενή που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική αγωγή.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πληθώρα εγχειρήσεων για την αντιμετώπιση της χαλαρής πλατυποδίας .

Γενικά όμως μπορούν να διαχωριστούν σε 4 κατηγορίες.

A. Εγχειρήσεις μαλακών μορίων(χαλάρωση συνδέσμων, τενοντομεταφορές κλπ)
Σπάνια έχουν διαρκές αποτέλεσμα από μόνες τους.

B. Αρθροδέσεις των οστών του ταρσού.

Γ. Οστεοτομίες των οστών του ταρσού.

Δ. Συνδυασμός των πιο πάνω επεμβάσεων.

Ε. Τελευταία στη βιβλιογραφία αναφέρονται επεμβάσεις με τον όρο **Arthroereisis** , όπου τοποθετείται spacer στο ταρσιαίο κόλπο για περιορισμό του πρηνισμού στη υπαστραγαλική άρθρωση .(Πλεονεκτήματα→ ελάχιστη παρεμβατικότητα.)

Απόφαση για ποιά επέμβαση. Θα πρέπει να λειμθούν υπόψιν τα ακόλουθα.

1. Που βρίσκεται η διαταραχή της καμάρας?
2. Ο βαθμός της πελματιαίας κάμψης του αστραγάλου.
3. Ο βαθμός της προς τα έσω στροφής του αστραγάλου.(υπάρχει παρεκτόπιση του σκαφοειδούς προς τα έξω?)
4. Ο βαθμός της βλαισότητας της πτέρνας.
5. Υπάρχει βράχυνση του αχιλλείου τένοντα?
6. Ο βαθμός δυσκαμψίας της πλατυποδίας.

Γενικά θα έλεγα προτείνονται τα εξής

Όταν υπάρχει βράχυνση του αχιλλείου τένοντα , αυτός πρέπει να διορθωθεί οπωσδήποτε. (Διατάσεις , επιμήκυνση)

Σε περιπτώσεις όπου η διαταραχή της καμάρας βρίσκεται στη άρθρωση μεταξύ αστραγάλου και έσω σφηνοειδούς αστού , τότε προτείνεται αρθρόδεση αυτής της άρθρωσης με επιπλέον τενοντομεταφορές του προσθίου και οπισθίου κνημιαίου τένοντα για ενίσχυση της ποδικής καμάρας

Όταν υπάρχει σοβαρού βαθμού βλαισότητας του οπισθίου ποδιού τότε προτείνεται οστεοτομία πτέρνης.

Όταν η διαταραχή βρίσκεται στη αστραγαλοσκαφοειδή άρθρωση, τότε δεν προτείνεται αρθρόδεση εδώ , αλλά συνήθως η εξωαρθρική αρθρόδεση τύπου Crice.

Αν το πρόβλημα είναι σοβαρότατη χαλαρότητα συνδέσμων πχ σύνδρομο Marfan, ή αν υπάρχει δυσκαμψία και πόνος τότε προτείνεται τριπλή αρθρόδεση με τοποθέτηση μοσχεύματος .

ΔΥΣΚΑΜΠΤΗ ΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ

1. Κάθετος Αστράγαλος
2. Γεφυροποίηση οστών του ταρσού
3. Σπαστική πλατυποδία χωρίς γέφυροποίηση
4. Ιατρογενής ή Μετατραυματική

Κάθετος Αστράγαλος

Η παραμόρφωση αυτή είναι σπάνια και χαρακτηρίζεται από σοβαρού βαθμού υποποδία του οπισθίου ποδιού με βλαισότητας της πτέρνας και κυρτή πελματιαία επιφάνεια αυτού.(rocker-bottom)

Η παραμόρφωση αυτή μπορεί να είναι ιδιοπαθής μορφή ,αλλά συνήθως είναι μέρος ενός άλλου προβλήματος συγγενούς ανωμαλίας του μυοσκελετικού συστήματος ή του ΚΝΣ όπως Μυελομηνιγγοκήλες, συγγενής δυσπλασίες ισχίου κλπ. Αυτό είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που πρέπει να διαγνωσθεί κατά την γέννηση και να αρχίσει αμέσως η θεραπεία. Αν αυτό διαφύγει τότε τα συμπτώματα αρχίζουν να φαίνονται στη ηλικία κατά την οποία το παιδί αρχίζει να περπατά με το να δυσκολεύεται να στέκεται ή να φοράει παπούτσια.

Εξετάζοντας το πόδι διαπιστώνει κανείς ότι το πέλμα έχει μία κυρτή επιφάνεια, (rocker—bottom) με απαγωγή του προσθίου ποδιού και κοίλη επιφάνεια στην έξω πλευρά του, η πτέρνα βρίσκεται σε υποποδία και βλαισότητα και ο αχιλλειο τένοντας παρουσιάζει βράχυνση. Η κεφαλή του αστραγάλου ψηλαφείται προς τα έσω και κάτω και έτσι υπάρχει ραχιαίο και προς τα έξω εξάρθρημα του σκαφοειδούς οστού στη αστραγαλοσκαφοειδή

άρθρωση. Στη προσπάθεια να αναταχθεί το εξάρθημα αυτό και να δώσουμε μία πιο φυσιολογική εικόνα στο πόδι διαπιστώνουμε τη δυσκαμψία και τη μη δυνατότητα ανάταξης .

Ο Ακτινογραφικός Έλεγχος σε όρθια θέση σε πλάγια προβολή είναι διαγνωστικός. Ο αστράγαλος εμφανίζεται παράλληλος με την κνήμη και η πτέρνα σε ιπποποδία.

Ασφαλώς γίνονται επίσης πλάγιες ακτινογραφίες υπό stress σε maximum πελματιαίας κάμψης για να φανεί αν το σκαφοειδές οστού ανατάσσεται, ή αν αυτό ακόμα δεν εμφάνισε πυρήνα οστέωσης τότε ελέγχεται η ευθυγράμμιση του 1^{ου} μεταταρσίου με τον αστράγαλλο .(ΔΔ από υπερκινητική πλατυποδία) .

ΔΔ -> (Calcaneal valgus deformity) Βλαιοσπτεροποδία

Παρουσιάζεται 1 ανά 1000 γεννήσεις. Καλοήθης κατάσταση που βασικά δεν χρήζει θεραπείας ,αλλά μόνο διατάσεις και χειρισμούς.

Χαρακτηριστικό -> το πόδι μπορεί να αναταχθεί μέχρι την ουδέτερη θέση σε πελματιαία κάμψη,

Θεραπεία

Συνήθως η χειρουργική επέμβαση είναι αναγκαία. Πολλά βέβαια εξαρτούνται από τον χρόνο διάγνωσης.

Αρχικά γίνονται χειρισμοί για ανάταξη και εφαρμόζονται σειρά από γύψους για 6 περίπου εβδομάδες. Αν επιτευχθεί ανάταξη τότε γίνεται συγκράτηση με διαδερμική βελόνα. Προσοχή υψηλό ποσοστό υποτροπής.

Σε αποτυχία τότε γίνεται ανοικτή ανάταξη.(Προσπάθεια για διόρθωση της ιπποποδίας, του εξαρθήματος της αστραγαλοσκαφοειδούς άρθρωσης και δημιουργίας φυσιολογικής ανατομίας.) Σε μεγαλύτερα παιδιά ,όπου η ανακατασκευή είναι αδύνατη τότε μπορεί να γίνει αφαίρεση του σκαφοειδούς οστού , ή η επέμβαση Green—Grice, ή η επιμήκυνση του έξω στοίχου ή ακόμα κι υπαστραγαλική αρθρόδεση.

Γεφυροποίηση οστών του ταρσού

Οι γέφυρες αυτές μπορεί να είναι οστέινες , χόνδρινες ή και από ινώδη στοιχεία και συνήθως προκαλούν και σπαστικότητα των περνιαίων μυών, γι'αυτό η οντότητα συχνά ονομάζεται (Peroneal spastic flatfoot) Πλατυποδία με σπαστικότητα περνιαίων .

Οι πιο συχνές γεφυροποιήσεις συναντώνται μεταξύ της πτέρνας και του αστραγάλου, και της πτέρνας και του σκαφοειδούς. Επίσης συχνά σε ποσοστό

μέχρι και 70% μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρες. Το ερώτημα γιατί σε άλλα άτομα να δημιουργούν προβλήματα και σε άλλους όχι, παραμένει ακόμα αναπάντητο.

Οι γεφυροποιήσεις δημιουργούν συμπτώματα όταν αρχίζουν να οστεοποιούνται. Δηλ προκαλούν ελάττωση στο εύρος κινήσεων στην υπαστραγαλική άρθρωση , με αποτέλεσμα την αύξηση των φορτίσεων στις γειτονικές αρθρώσεις, ειδικότερα στη Ποδ/κή και στη αστραγαλοσκαφοειδή.

Τα συμπτώματα αυτά είναι πόνος γύρω από την υπαστραγαλική άρθρωση που επιδεινώνεται με δραστηριότητα και ανακουφίζεται με την ξεκούραση , χωλότητα κλπ.

Η εμφάνιση των συμπτωμάτων λοιπόν εξαρτάται από τον τύπο και την θέση της γέφυρας. Δηλ στις πολύ σπάνιες γεφυροποιήσεις μεταξύ αστραγάλου και σκαφοειδούς τα συμπτώματα εμφανίζονται σε ηλικία 2-4 ετών. Συνήθως όμως στις γεφυροποιήσεις μεταξύ πτέρνας και σκαφοειδούς αυτά εμφανίζονται σε ηλικία από 8-12 ετών και σ'αυτές μεταξύ πτέρνας αστραγάλου σε ηλικία 12-14 ετών.

Βασικά σε κάθε παιδί με επώδυνη δύσκαμπτη πλατυποδία η πιθανότητα γεφυροποίησης των οστών του ταρσού πρέπει να διερευνηθεί.

Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται συνήθως χωλότητα στη βάδιση με ελάττωση του εύρους κινήσεων στη υπαστραγαλική άρθρωση. Υπάρχει τοπική ευαισθησία γύρω από το έξω σφυρό, υπαστραγαλική άρθρωση ,ή ταρσαιο κόλπο. Εμφανής επίσης είναι ο αυξημένος μυϊκός σπασμός των περνιαίων μυών με την έντονη παρουσία των περνιαίων τενόντων γύρω από το έξω σφυρό, γεγονός που εμφανίζεται στο 50% των περιπτώσεων. Σε προσπάθεια προσαγωγής του ποδιού προκαλείται πόνος κατά μήκος των περνιαίων. Σπανιότερα εμφανίζεται και μυϊκός σπασμός στους περνιαίους. Επίσης υπάρχει η ελάττωση της ποδικής καμάρας.

Ακτινογραφικός Έλεγχος

Αρχικά γίνονται ακτινογραφίες σε όρθια θέση σε προσθοπίσθια , πλάγια και σε 45* λοξή προβολή. Πρόβλημα υπάρχει βέβαια όταν η γέφυρες είναι χόνδρινες ή ινοχόνδρινες , οπότε χρειάζεται να γίνει αξονική τομογραφία ή ακόμα MRI ,πράγμα το οποίο θα αποκλείσει και άλλες πιθανές παθήσεις.

Διαφορική διάγνωση

Διαφορική Διάγνωση θα γίνει από άλλες παθήσεις όπως Ρευματοειδής αρθρίτιδα, τραύμα , νεοπλασία κλπ

Θεραπεία

Αρχική θεραπεία σε πτερνοσκαφοειδή γεφυροποίηση είναι συντηρητική . Αυτή περιλαμβάνει αντιφλεγμονώδη αγωγή, διακοπή αθλητικών δραστηριοτήτων και πιθανώς ακινητοποίηση με γύψο. Σε αποτυχία ή υποτροπή τότε γίνεται αφαίρεση της γέφυρας και τοποθέτηση στον ενδιάμεσο χώρο λίπος ή τον βραχύ εκτείνοντα τένοντα.

Βασική ένδειξη για χειρουργική επέμβαση είναι ο πόνος και όχι η βελτίωση των κινήσεων στην υπαστραγαλική άρθρωση.

Η θεραπεία της αστραγαλοπτερνικής γεφυροποίησης γίνεται με τον ίδιο τρόπο αλλά είναι πιο δύσκολη.

Σε εκτεταμένες γεφυροποιήσεις ή σε ήδη εγκατεστημένη οστεοαρθρίτιδα στις γειτονικές αρθρώσεις εφαρμόζεται υπαστραγαλική ή τριπλή αρθρόδεση

Πλατυποδία με σπαστικότητα περνιαίων χωρίς γεφυροποίηση

Σ'αυτή την οντότητα ανήκουν η δευτεροπαθής μορφή της σπαστικής πλατυποδίας ένεκα άλλης πρωτοπαθής αιτίας ΠΧ Νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοχόνδρινες βλάβες ή κατάγματα, συχνά το Οστεοειδές Οστέωμα, Νεοπλάσματα, ή ακόμα και άλλα προβλήματα πιο κεντρικά στο σκέλος όπως πχ επιφυσιολίσθηση μηριαίας κεφαλής.

Εδώ πρέπει να γίνει λεπτομερής ακτινολογικός, αιματολογικός έλεγχος και επίσης σπινθηρογράφημα οστών. Αν παρ'όλη την διερεύνηση δεν βρεθεί αιτία τότε η πάθηση ονομάζεται Ιδιοπαθής μορφή.

Ιατρογενής ή μετατραυματική πλατυποδία

Πολύ σπάνιες περιπτώσεις δύσκαμπτης πλατυποδίας , συνήθως μετά από χειρουργικές επεμβάσεις που έγιναν στο παρελθόν. (Πχ αποτυχία διόρθωσης κάθετου αστράγαλου, ραιβοϊπποδίας κλπ).