

## Verworven platvoet bij volwassene

De verworven platvoet bij de volwassene is een standafwijking van de voet die zich ontwikkelt na volledige skelet maturiteit. Terwijl op kinderleeftijd een platvoet een normaal en fysiologisch beeld is, kan een verworven platvoet bij volwassenen klachten veroorzaken. Bij een platvoet is het voetgewelf aan de binnenkant van de voet ingezakt of verdwenen. Daarbij heeft patiënt de neiging om op binnenzijde van de voet te steunen. De meest voorkomende oorzaak van een verworven platvoet bij volwassene is de dysfunctie van de tibialis posterior pees of PTTD (Posterior Tibial Tendon Dysfunction).

### Welke klachten worden veroorzaakt door verworven platvoet?

Aanvankelijk is er sprake van pijn en zwelling aan de binnenzijde van de enkel/voet. Door een scheefstand van de achtervoet kan later pijn en zwelling ontstaan aan de buitenkant van de enkel. De pijn aan de buitenkant ontstaat meestal door inklemming tussen het hielbeen en de onderkant van de buitenenkel. Verder raakt de voet vermoeid bij langdurige belasting. Patiënt ervaart verminderde kracht bij het afzetten van de voet en ontwikkelt een mankend stappatroon door de zwakte van de pees.



*Verworven platvoet  
volwassene*



*Pedobarografie beeld van een  
volwassene met verworven platvoet  
geeft de overbelasting aan de  
onderzijde van de voet weer.*

## Oorzaken van verworven platvoet bij volwassene?

De verworven platvoet bij de volwassene kan veroorzaakt worden door meerdere afwijkingen zoals fractures, neurologische aandoeningen, artrose, reumatoïde artritis, tarsale coalitie (vergroeïing van twee botten in achtervoet) en peeslaceraties. De voornaamste oorzaak van de verworven platvoet bij de volwassene is echter PTTD. De piekincidentie ligt rond 55 jaar en het komt vaker voor bij vrouwen dan mannen. De PTTD kan veroorzaakt worden door degeneratie (slijtage), inflammatie of trauma. De PTTD wordt op basis van de ernst van de afwijking verdeeld in 4 stadia (Joganson en Strom classificatie).

Stadium I PTTD is een licht vorm en kan zelflimiterend zijn bij bepaalde patiënten, bijvoorbeeld bij sporters die een tijdelijke overbelasting van de pees hebben doorgemaakt. Indien er niet gestart wordt met een adequate behandeling, zal een groep van de patiënte evolueren naar stadium II. In gevorderde stadia III en IV is sprake van een rigide platvoet met al dan niet artrose van de gewrichten van de achtervoet.

# Hoe is de behandeling van een verworven platvoet bij volwassene?

## Conservatieve behandeling

Een conservatieve behandeling is in het algemeen aangewezen als initiële therapie. Deze behandeling kan bestaan uit pijnstillende en ontstekingsremmende medicatie, kortdurende gipsimmobilisatie, aanpassen van de belasting (gewichtsreductie, activiteiten vermindering), dragen van steunzolen, voet-enkel-orthese of zelfs orthopedische schoenen.

Hoewel een conservatieve benadering in ieder stadium een gepaste en succesvolle benadering kan zijn, is het cruciaal dat progressie van de deformatie tijdig opgespoord wordt. Patiënten kunnen traag, snel of helemaal niet evolueren naar een ernstigere deformatie. Een operatieve behandeling kan nodig zijn als de conservatieve behandeling geen verbetering van de symptomen geeft of wanneer de standafwijking van de voet verslechtert.

## Operatieve behandeling

Het type operatie die gekozen wordt, hangt uiteraard af van de stadium van de PTTD. Als er nog goede beweeglijkheid van de achtervoet bestaat, kan er voor een operatie gekozen worden, die de belangrijke gewrichten in de achtervoet spaart. In dit geval wordt gekozen voor versterking van de aangedane pees in combinatie met een standscorrectie van botstructuren van de achtervoet, de zogenaamde calcaneus osteotomie en peestransfer. Deze operatietechniek wordt in deze folder verder uiteengezet.

Als er sprake is van een stugge platvoet, bijvoorbeeld op basis van artrose of een vergevorderde PTTD, wordt er meestal gekozen voor het vastzetten van aangedane gewrichten van de achtervoet, de zogenaamde triple artrodese. Zie hiervoor de folder triple artrodese.

# Calcaneus osteotomie en peestransfer

Tijdens deze ingreep wordt de zieke pees van tibialis posterieur spier versterkt of vervangen door een andere pees. Hiervoor maken wij gebruik van de pees van de teenbuigers (flexor digitorum longus of FDL). Tijdens deze peestransfer maken wij de FDL pees in de voet los en leiden de pees vervolgens naar een andere plek op de voet. De gezonde pees wordt gefixeerd op zijn nieuwe plek met botankers. Dit gedeelte van de operatie vindt plaats via een huidsnede aan de binnen zijde van de achtervoet ter plaatse van de zieke pees. Deze operatie kan soms gecombineerd worden met een achillespees verlenging, indien er sprake is van een verkorte pees.

Daarnaast vindt een correctie van de achtervoet plaats middels een osteotomie van de calcaneus (het hielbeen). Bij een calcaneus osteotomie wordt een huidsnede gemaakt aan de buitenzijde van het hielbeen. Het hielbeen wordt doorgezaagd. De stand van de achtervoet wordt gecorrigeerd door het schuiven van het hielbeen naar binnen. Het hielbeen wordt dan vastgezet met schroeven of een speciale plaat. Afhankelijk van de standsafwijking van de voet is soms een bijkomende correctie osteotomie van de midvoet nodig, de zogenaamde Cotton osteotomie.



*Verworven platvoet bij volwassene (54 jarige vrouw)*

Naast de klassieke operatietechnieken voor calcaneus osteotomie wordt tegenwoordig in onze kliniek steeds meer gebruikt gemaakt van minimaal invasieve operatietechniek MIS (Minimally Invasive Surgery). De standsafwijking van het hielbeen wordt gecorrigeerd met speciale boortjes die via kleine huidsneetjes van 3 mm onder begeleiding van een Röntgenapparaat naar binnen gebracht wordt. Dit techniek kan toegepast worden in selectieve gevallen.

## Anesthesie bij calcaneus osteotomie en peestransfer

In Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis wordt standaard gebruikt gemaakt van een plaatselijke verdoving middels popliteaal blokkade voor deze operatie:

Dit is een zenuwblokkade net boven de knieholte van zenuwen die de voet verdoven. Door een verdovend product in te spuiten rondom zenuwen, schakelt men tijdelijk de werking van deze zenuwbundel uit waardoor pijnprikkels niet meer naar de hersenen gestuurd worden en geen pijn meer wordt ervaren. Ook de spierkracht van het bezenuwde lichaamsgebied vermindert hierdoor tijdelijk. Deze verdoving zorgt gedurende enkele uren voor een goede pijnstilling bij chirurgie van de voet. Bij deze operatie is een bijkomend volledige verdoving wenselijk (sedatie of narcose) en dient de popliteaal blokkade vooral voor pijnstilling na de operatie.

Voor de popliteaal blokkade wordt de zenuw opgezocht onder echografie en meestal ook door middel van stimulatie (zwakke stroomstootjes). De techniek wordt met de grootste zorgvuldigheid uitgevoerd door de anesthesist.

# Postoperatieve instructies

- Direct na de operatie krijgt u een open onderbeengips.

De eerste 6 weken na de operatie mag u niet op de voet staan of stappen. U stapt dan met gebruik van twee krukken. Hierna wordt uw voet beschermd met een loopgips of walker gedurende 4 weken.



- De eerste twee weken na de operatie houdt u het been ook zoveel mogelijk "hoog". Dat wil zeggen, als u zit uw been op een stoel of kruk met kussen, waarbij uw voet hoger ligt dan uw knie en uw knie hoger dan uw heup. Zo voorkomt u zwelling en pijn. In bed doet u de achterkant van uw bed omhoog of legt u een kussen onder het voeteneind van uw bed.
- Er volgt een controle afspraak bij uw behandeld voet- en enkelchirurg binnen een week na de operatie.
- De duur van de gipsimmobilisatie bedraagt in totaal 10 tot 12 weken.

## Resultaten en mogelijke complicaties

Over het algemeen is deze ingreep succesvol in de behandeling van m.n. stadium II PTTD. Volgens de literatuur zijn 80 tot 90 % van patiënten tevreden met de behaalde resultaten. Zij zouden onder dezelfde omstandigheden weer voor dezelfde operatie kiezen. Uiteraard worden de voeten niet helemaal normaal, maar wel beter in functie, stand en belastbaarheid.

De pijn vermindert aanzienlijk na de operatie en patiënt is beter in staat om zijn/haar dagelijkse activiteiten uit te voeren. Een studie liet zien dat een meerderheid van patiënten zijn in staat om hun sportactiviteiten te hervatten.

Zoals bij alle chirurgische ingrepen is er een kans op complicaties. Circa 5% van de mensen krijgt in meer of mindere mate met complicaties te maken. De meest voorkomende complicaties bij deze type ingreep zijn wondinfectie, trombose en het ontstaan van een plekje met gevoelloosheid aan de buitenkant van de voet. Soms is ook een nieuwe operatie voor het verwijderen van de schroeven van het hielbeen nodig.

## De dag van de operatie

- U wordt verzocht om met schone, korte nagels (zonder nagellak) naar het ziekenhuis te komen.
- Mocht u op de dag van de operatie ziek zijn of koorts (boven de 38 graden) hebben, dan verzoeken we u om zo spoedig mogelijk telefonisch contact met ons op te nemen.
- U dient zich aan te melden aan de dienst inschrijvingen, nadien mag u zich naar de short stay afdeling begeven.
- Men dient steeds nuchter te zijn, d.w.z. 6 uur voor de operatie de laatste maaltijd (ook bij een regionale verdoving).

## Het ontslag

Na de operatie wordt een controle röntgen foto vervaardigd. De arts of verpleegkundige bespreekt met u wanneer u na de operatie naar huis mag. U krijgt een voorschrift voor pijnstillers en een attest voor arbeidsongeschiktheid. De duur van de arbeidsongeschiktheid is afhankelijk van het type operatie en de werkzaamheden van de patiënt. Voor mensen met een staande job bedraagt de duur van de arbeidsongeschiktheid minimaal circa 10 tot 12 weken.

# Contactgegevens

## Campus Aalst

Moorselbaan 164 - 9300 Aalst

- Tel: 053 72 43 75
- Fax: 053 72 46 46

[Orthopedie.Aalst@olvz-aalst.be](mailto:Orthopedie.Aalst@olvz-aalst.be)

## Campus Asse

Bloklaan 5 - 1730 Asse

- Tel: 02 300 63 30
- Fax: 02 300 63 13

[Orthopedie.Asse@olvz-aalst.be](mailto:Orthopedie.Asse@olvz-aalst.be)

## Campus Ninove

Biezenstraat 2 - 9400 Ninove

- Tel: 054 31 20 60
- Fax: 054 31 20 59

[Orthopedie.Ninove@olvz-aalst.be](mailto:Orthopedie.Ninove@olvz-aalst.be)



### Heeft u nog vragen?

Als u nog vragen heeft,  
neem dan contact op  
met uw behandelende  
arts.

[www.olvz.be](http://www.olvz.be)  
[www.orthopedieolvaalst.be](http://www.orthopedieolvaalst.be)

### Disclaimer

*De informatie in deze brochure is van algemene aard en is bedoeld om u een globaal beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In iedere situatie, en dus ook de uwe, kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze brochure vervangt dus niet de informatie die u van uw behandelend arts reeds kreeg en die rekening houdt met uw specifieke toestand. Zijn er na het lezen van deze brochure nog vragen schrijf deze eventueel op en bespreek ze in ieder geval met uw behandelend arts.*

Versie 29/06/2020

Goedgekeurd door dokter Wahid Rezaie