



Klompvoet

Orthopedie OLV Ziekenhuis Aalst-Asse-Ninove
Campus Aalst
Moorselbaan 164
9300 Aalst
T. 053 72 41 11
orthopedie@olvz-aalst.be

In Nederland worden elk jaar tussen de 210 en 280 kinderen geboren met een of twee klompvoeten. Bij de meeste van deze kinderen is tijdens de zwangerschap, bij de 20 wekenecho al te zien dat zij deze afwijkende voetstand hebben. Voor de ouders/verzorgers en alle naasten is het goed om te weten dat behandeling bij meer dan 90% van de kinderen als resultaat heeft dat ze:

- hun voet(en) volledig en pijnloos kunnen belasten,
- confectieschoenen kunnen dragen,
- geen beperkingen hebben in hun dagelijks leven.

Deze folder informeert u over wat een klompvoet is, over het stellen van de diagnose en over de behandeling.

Dit is een klompvoet

Bij een klompvoet is er sprake van een combinatie van vier afwijkingen (zie foto's):

- de voet is naar binnen gedraaid (dit heet: adductie van de voet,
- de voet staat in spitsstand (dit heet equinus),
- de voet is een holvoet (dit heet cavus),
- de achtervoet wijst naar binnen (dit heet varus).



Adductie: de voet is naar binnen gedraaid.



Equinus: de voet staat in spitsstand.



Cavus: de voet is een holvoet.



Varus: de achtervoet wijst naar binnen.

Deze vier afwijkingen hebben samen als resultaat dat het onderbeen en de voet de voor de klompvoet zo kenmerkende stand hebben. Deze stand lijkt op de vorm van een golfclub. De Engelse naam daarvoor is 'clubfoot'. In het Nederlands is dat eens vertaald als 'klompvoet'.

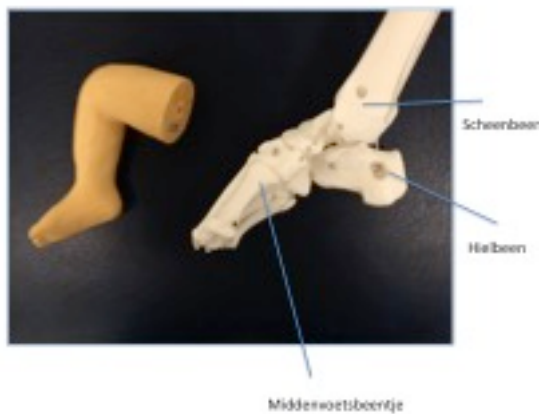
Meer informatie over klompvoeten

De klompvoet is een aangeboren afwijking. De Latijnse benaming is: talipes equinovarus. Per jaar worden in Nederland tussen de 210 en 280 kinderen met een klompvoet geboren. Ongeveer de helft van deze kinderen wordt met twee klompvoeten geboren. Er worden twee keer zoveel jongens dan meisjes met een klompvoet geboren.

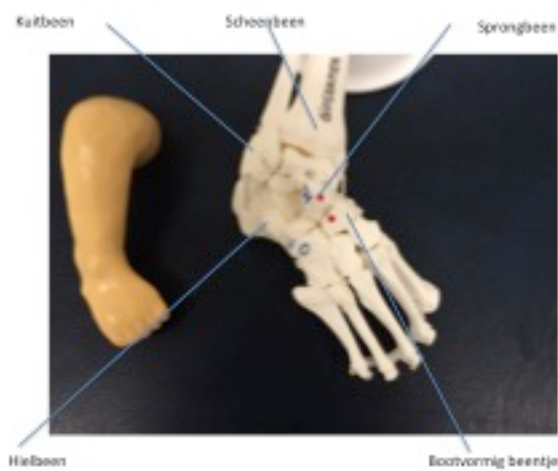
Het is niet exact bekend waardoor voet en onderbeen vergroeien tot een klompvoet. De oorzaak bestaat uit verschillende zaken, zoals: aanleg en de positie van botten, pezen, spieren en gewrichtsbanden. Erfelijkheid speelt ook een rol.

Onderstaande beelden laten de afwijkende stand van de botten zien.

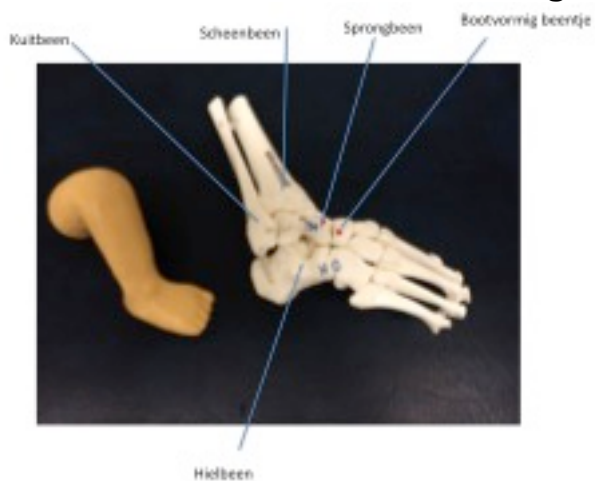
NB De skeletvoet en -enkel laten zien: de onderste delen van de botten in het onderbeen, de botten van de enkel en de hiel, en de middenvoetsbeentjes. De tenen ontbreken.



De voet en het onderbeen vanaf de binnenzijde gezien.



De voet en het onderbeen van voren gezien.



De voet en het onderbeen vanaf de buitenzijde gezien.

Geen twee klompvoeten zijn aan elkaar gelijk:

- de afwijking in de stand van de voet kan meer of minder uitgesproken zijn;
- er is verschil in de soepelheid waarmee de voet beweegt;
- de voet is meer of minder gedrongen van vorm.

Op onderstaande foto's ziet u enkele voorbeelden.



Dit is een voorbeeld van een milde klompvoet: de afwijkende stand van de voet is mild, de voet beweegt redelijk soepel en de voet is niet heel erg gedrongen van vorm.



Dit is een voorbeeld van een ernstige klompvoet: het hielbeen bevindt zich heel hoog, richting het onderbeen, en ook de gedrongen vorm van de voet valt op.

Zo stelt de arts de diagnose 'klompvoet'

A. Tijdens de zwangerschap

Veel (aanstaande) ouders laten bij 20 weken zwangerschap een echo maken. Daarbij kan duidelijk worden dat een kindje een of twee klompvoeten heeft. Meestal volgt een nieuwe echo, een medische echo. Als die echo bevestigt dat het kindje een klompvoet heeft, volgt een gesprek met de (kinder)orthopedisch chirurg. De (kinder)orthopedisch chirurg geeft informatie en beantwoordt vragen.

B. Bij de geboorte

Bij het merendeel van de kinderen die met een klompvoet geboren worden,

is dit al uit de 20 weken echo bekend – zie de bovenstaande tekst. Maar pas ná de geboorte stelt de (kinder)orthopedisch chirurg met het lichamelijk onderzoek de definitieve diagnose. Overigens kunnen moeders die een kindje met klompvoeten verwachten en waarbij geen sprake is van extra complicaties, gewoon zelf kiezen waar zij het liefst bevallen: thuis of in het ziekenhuis.

Heel soms blijkt pas na de geboorte dat het kind een klompvoet heeft. Ook dan stelt de (kinder)orthopedisch chirurg na een lichamelijk onderzoek de definitieve diagnose.

Voor de diagnose is slechts zelden een röntgenfoto nodig.

Bij de diagnose maakt de (kinder)orthopedisch chirurg gebruik van twee zogenoemde ‘classificatiesystemen’. Zo’n classificatie of score zegt iets over de ernst van de klompvoet. Die informatie heeft de arts nodig voor de behandeling; bijvoorbeeld om de vooruitgang te kunnen vastleggen en om informatie uit te kunnen wisselen met andere behandelaars. Ook kan de arts u door deze informatie een betere inschatting geven over het resultaat dat u van de behandeling mag verwachten.

Klompvoet en heupdysplasie

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat klompvoetpatiëntjes een iets grotere kans hebben op heupdysplasie. Met een echo is, zonder schade voor het kind, te zien of een kind heupdysplasie heeft. Daarom luidt het advies om bij een leeftijd van 3 maanden een heupecho te maken.

De start van de behandeling

De (kinder)orthopedisch chirurg start het liefst binnen 48 uur na de geboorte met de behandeling.

Is een eerste behandeling binnen 48 uur niet mogelijk, dan start de behandeling bij voorkeur binnen één week na de geboorte. Een latere start van de behandeling heeft niet de voorkeur, maar is wel mogelijk, zonder direct negatieve gevolgen voor het eindresultaat.

De behandeling van een klompvoet

De behandeling van een klompvoet verloopt volgens de Ponseti-methode. Deze methode is vernoemd naar de Spaanse dokter die deze methode ontwikkelde: Ignacio Ponseti (1914-2009).

De Ponseti-behandeling bestaat uit:

1. Corrigeren van de voetstand met gipsverband. De (kinder)orthopedisch chirurg verandert de positie van de voet steeds een heel klein beetje (als uw kind twee klompvoeten heeft, worden ze tegelijkertijd behandeld). Een gipsverband vanaf de teen tot aan de lies zorgt ervoor dat botten, spieren,

pezen en banden zich naar de nieuwe positie vormen (zie foto 1A). Het gipsverband is gemaakt van wit kalkgips, niet van kunststof. Elke 4 tot 7 dagen krijgt uw kind in het ziekenhuis een nieuw gipsverband, waarbij het onderbeen en de voet steeds meer in de gewenste positie komen. Meestal zijn 5 of 6 van deze opvolgende gipscorrecties voldoende (foto's 1B t/m 1E), soms zijn er meer nodig.



Foto 1A: foto met ingegipste beentjes.



1B. Week 1.



1C. Week 2.



1D. Week 3.



1E. Week 4.

Deze vier foto's laten zien hoe de stand van het onderbeen en de voet door de gipsverbanden verandert. De botten, spieren, pezen en gewrichtsbanden vormen zich steeds meer naar het gewenste resultaat.

2. Het laatste gipsverband blijft 3 weken om het been. Voordat dit verband is aangebracht, maakt de (kinder)orthopedisch chirurg onder plaatselijke verdoving een sneetje in de achillespees (zie de foto's). Dat is de pees aan de achterzijde van de hiel. Deze pees verbindt de kuitspieren met de hiel. De achillespees is bij de klompvoet te kort en niet voldoende rekbaar. Hierdoor houdt de pees de gewenste verandering tegen. Als de arts de achillespees doorsnijdt, krijgt de voet de ruimte om in de juiste stand van minimaal 90 graden te groeien. De achillespees herstelt zich volledig in de weken dat het been is gegipt en voegt zich naar de nieuwe situatie. Het hielbeen krijgt dan in de loop van de tijd de gelegenheid volledig in te dalen. Achter op de hiel van uw kind blijft een klein streepje als litteken zichtbaar.



2A. Hier ziet u dat de voet niet verder met de tenen omhoog kan. Dat komt doordat de achillespees te kort is. De achillespees verbindt de kuitspieren met de hiel.



2B. Onder plaatselijke verdoving snijdt de (kinder)orthopedisch chirurg met een klein sneetje de achillespees door. De voet krijgt zo meer ruimte om te bewegen. Zie foto 2C.



2C. Hier ziet u het verschil met foto 2A: de voet kan verder omhoog buigen. Nu worden voet en been voor de laatste keer ingegipst.



2D. De achillespees herstelt helemaal en op de juiste lengte. Dit is het gewenste resultaat, 3 weken na de verlenging van de achillespees: een voet die in alle richtingen soepel beweegt.

3. Na dit laatste gipsverband krijgt uw kind een voet-abductie brace die de voeten in de juiste positie houdt (zie de foto). Beide voeten zitten met schoentjes vast op een beugel. Dit is ook het geval als uw kind maar één klompvoet heeft. De eerste 3 maanden draagt uw kind deze brace dag en nacht. Daarna alleen nog tijdens het slapen 's nachts en overdag (ongeveer 14 uur per etmaal). Deze brace wordt gedragen tot de vierde verjaardag. Doordat uw kind groeit, zal het geregeld nieuwe brace-schoentjes krijgen; deze bestelt het ziekenhuis speciaal voor uw kind.



Dit is een voet-abductie brace. Deze brace houdt de benen en voeten van het kind in de juiste positie. Ook als slechts 1 voet een klompvoet is, wordt de brace voor beide benen en voeten gemaakt.

4. Na de vierde verjaardag van uw kind is de behandeling klaar. De (kinder)orthopedisch chirurg maakt afspraken met u voor nacontroles.

Deze controles vinden jaarlijks plaats tot uw kind is uitgegroeid; meestal is dat bij een leeftijd van 17 of 18 jaar. Wanneer u vragen heeft of merkt dat de situatie bij uw kind verandert, is de behandelend (kinder)orthopedisch chirurg uw aanspreekpunt.

NB1. Er is zelden noodzaak voor een operatie, ook niet bij een klompvoet met een hoge classificatie/score. Bij een dergelijke ernstige klompvoet moeten ouders er rekening mee houden dat de behandeling wellicht langer duurt. Er is ook een grotere kans op (gedeeltelijke) terugval. Het is heel belangrijk dat uw kind tot het vierde jaar de voet-abductie brace blijft gebruiken.

NB2. De behandeling heeft bij een normaal beloop niet of nauwelijks nadelige invloed op de lichamelijke ontwikkeling van uw kind. Hij of zij leert bewegen, lopen en spelen als ieder ander kind. Daarom maakt fysiotherapie geen deel uit van de standaardbehandeling.

NB3. Deze filmpjes geven de methode goed weer:

- een film over de Ponseti-methode
- een film waarin ouders vertellen over hun ervaringen

Ook op de website van de Nederlandse Vereniging Klompvoetjes vindt u informatie over de Ponseti-methode.

Zo draagt u bij aan een succesvolle klompvoet behandeling

De benodigde veranderingen in de stand van de voet en het onderbeen hebben tijd nodig. De botten, spieren, pezen en gewrichtsbanden moeten zich steeds aan de nieuwe positie aanpassen. Eerst zorgt het gipsverband daarvoor, later de brace. U helpt dit proces door de brace consequent te blijven gebruiken; de eerste 3 maanden dag en nacht, daarna alleen 's nachts (14 uur per nacht). Hierbij is het belangrijk dat u de brace nauwkeurig aantrekt bij uw kind. Ook is het erg belangrijk dat de brace precies past. Dus als u merkt dat de brace kapot is, dat uw kind blaartjes op de huid krijgt, dat de brace ergens knelt of juist te ruim zit of als u iets anders opvalt, neemt u dan contact op met de behandelend arts.

Een aantal praktische zaken:

- Het been wordt ingegipt met een gebogen knie. Luiers verschonen blijft gewoon mogelijk.
- Net aangebracht gips is nat. Het droogt onder andere door de lichaamswarmte van uw kind. Daardoor kan uw kind het koud krijgen.
- Het gips mag niet nat worden, want dan wordt het zacht. Het kind kan daardoor thuis niet in bad. Op de gipswisseldagen kunt u het kind in

het ziekenhuis badden. Het klompvoetbehandelteam zorgt dat er een kinderbadje beschikbaar is.

- Na het gipsen kunt u uw kind rustig voeden. Het klompvoetbehandelteam zorgt dat er een geschikte gelegenheid voor is.
- Door het gipsverband zijn eventueel grotere sokken nodig om de ingegipste voeten warm te houden.
- Ook wijde broeken in een grotere maat maken het aankleden en warmhouden makkelijker.
- Door het gipsverband is uw kind zwaarder. U kunt de hoogte van de commode en het kinderbedje zo aanpassen, dat u zo min mogelijk hoeft te bukken. Zo ontziet u uw rug.
- Een kind met de benen in het gips past meestal gewoon in een kinderwagen en in een autostoeltje.

Dit resultaat mag u verwachten van de klompvoetbehandeling

Een klompvoet geneest niet, maar is wel te corrigeren. De Ponseti-behandeling heeft bij meer dan 90% van de kinderen als resultaat:

- dat de stand van hun voet(en) neutraal is, plat op de grond,
- dat ze hun voet(en) volledig en pijnloos kunnen belasten,
- dat ze confectieschoenen kunnen dragen en
- geen beperkingen hebben in hun dagelijks leven.

Verreweg de meeste kinderen ontwikkelen zich als alle kinderen en kunnen de recreatieve activiteiten doen die ze willen. Heeft u twijfels bij de voortgang, heeft uw kind pijn of andere klachten, neem dan contact op met uw (kinder)orthopedisch chirurg.

Heeft u nog vragen?

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

Campus Aalst
Moorselbaan 164
9300 Aalst
T. 053 72 41 11
orthopedie@olvz-aalst.be

Campus Asse
Bloklaan 5
1730 Asse
T. 02 300 61 11
orthopedie@olvz-aalst.be

Campus Ninove
Biezenstraat 2
9400 Ninove
T. 054 31 21 11
orthopedie@olvz-aalst.be

Colofon

Deze folder is gemaakt onder auspiciën van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), in samenwerking met de NOV Werkgroep Voet en Enkel.

Deze folder is met de grootst mogelijke zorg samengesteld. Desondanks kan geen enkel recht worden ontleend aan de inhoud hiervan. De NOV aanvaardt geen aansprakelijkheid voor onjuistheden.

Wijzigingen en aanvullingen kunnen op elk moment en zonder voorafgaande aankondiging worden aangebracht.