

Çocuğum düztaban mı?

Arş. Gör. Halenur Evrendilek
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Ayak, aktiviteler sırasında zemine uyum ve vücutta destek sağlayan güçlü enerji depolama mekanizmasına sahip yapıdır. Yenidoğan bir bebekte ayağın anatomik yapıları ve kavisleri henüz gelişmemiştir. Buna ek olarak şok emilimini sağlayan ve ayak yapılarını koruyan cilt altı yağ dokusu, ayağın düztaban gibi görünmesine sebep olur. Emekleme ve adımlama çağına gelen bir bebekte yumuşak dokunun azalmaya başlaması, ayak kemikleri ve bağlarının gelişmesi, kasların kuvvetlenmesi ile ayak kavisleri oluşmaya başlar (1,2). Ayak kavislerinin gelişimi fiziksel aktivite düzeyi, ayakkabı seçimi ve vücut ağırlığı gibi dış faktörlerden, hipermobilité (bağ esnekliği) gibi genetik iç faktörlerden etkilenir. Ayak kavislerinin gelişimi 2 – 6 yaşlarında hız kazanırken, kavislerin normal gelişim yaşı 12 – 13'tür (3,4).

Düztaban, ayağın iç taraftaki uzun kavisin azalması/düzleşmesi veya yok olmasıdır. Çocuklarda en sık görülen ayak patolojilerinden birisidir. Çocuklarda rahatsızlığa ve ağrıya sebep olabilmesi dışında görsel olarak fark edilmesiy-le aileler için endişe sebebidir. Ayak yerle temas halindeyken yük verildiğinde iç taraftaki kaviste çökme, topukta dışa yönelme ve ayağın ön kısmında dışa doğru dönme görülmektedir (Resim 1-2). Ayak yapılarında normalden farklı gelişen bu durum, itme ve zıplama gibi aktiviteler için güç üreten mekanizmanın zayıflamasına sebep olarak dayanıklılıkta ve spor/fiziksel aktiviteye katılma motivasyonunda azalmaya sebep olmaktadır (5). 2-16 yaş arasındaki çocuklarda düztabanlılık sıklığı %48.5-77.9 arasında değişkenlik gösterirken yetişkinlik çağında bu oran %2-23 arasına gerilemektedir. Yapılan çalışmalar; hipermobili-

liteyi, aşırı kilolu veya obez olmayı, W oturma alışkanlığına sahip olmayı (Resim 3) ve erkek cinsiyeti düztaban için risk faktörleri olarak bildirmiştir (2,6,7).

Düztaban, esnek veya rijittir. Rijit düztabanda ayak hareketleri, kemik deformiteleri gibi yapısal nedenlerle limitlidir. Esnek düztabanda ise ayağa yük verilmesiyle kavis kaybolurken parmak ucuna yükselme ve baş parmağın yukarı bükülmesi ile kavis belirginleşir (Resim 4-5)(7). Bu ayırım çeşitli değerlendirmelemlerle yapılmaktadır. Fiziksel değerlendirmeler (ayak yapılarının hareketliliği ve gerginliği, kas gücü gibi), taban basınç analizi, ayak iç kavisinin yüksekliği ve ayak duruşunun objektif değerlendirilmesi en sık tercih edilenlerdir. Romatolojik, inflamatuvar veya nörolojik hastalıklarla ilişkili olan düztabanın tespiti ise bu

değerlendirme dışında gece ağrısı, sabah sertliği, ödem, uyuşukluk, ağrı gibi semptomların varlığı sorgulanmalıdır. Semptomları olan düztaban çocuklarda yürüme hızında ve fiziksel aktivite performansında azalma görülür. 2-6 yaş arası çocuklara yapılan yürüme analizi sonuçlarında bu çocukların yürüme hızının, dakikada attıkları adım sayısının ve adım uzunluğunun düztaban olmayan çocuklara göre daha az olduğu bildirilmiştir (8,9). Bu gruptaki çocuk-

ların yürüme şekli, aktivite düzeyi ve şikayetleri değerlendirilmeli, varsa şikayetleri takip edilmelidir.

Normal gelişimini sürdüren asemptomatik veya semptomatik düztaban çocukların tedavisi için belirlenmiş altın standart bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Tedavi seçenekleri; günlük yaşama dair tavsiyeler, kilo kontrolü, ayak ortezleri (tabanlılık, medial kama, supramalleolar ortez vb), germe ve kuvvetlendirme egzersizleri, bantlama, ayakkabı ve aktivite modifikasyonları olarak gösterilmektedir (5,10). Çocukların aktivitelere yönlendirilmesi; farklı zeminlerde yürüyüşlerle taban duyusunun geliştirilmesi; ayak numarasına uy-



Resim 4-5: Esnek düztaban bir ayakta parmak ucuna kalkış ve parmak bükülmesi ile oluşan kavis
(Şenaran H., 2006. 'Çocuklarda Pes Planus Tanımı, Doğal Seyri ve Tedavi Seçenekleri')

gun, çok sert olmayan ve ayak postürünü destekleyen ayakkabıları kullanması öneriler arasındadır (7).

Düztaban olduğu düşünülen çocukların alanında uzman kişiler tarafından değerlendirilip takip edilmesi çocuğun gelişim sürecini sağlıklı geçirmesi için önemlidir.

1-Fritz ve ark. 2013. 'Foot development in childhood and adolescence.'

2-Dars ve ark. 2018. 'When, why and how foot orthoses (FOs) should be prescribed for children with flexible pes planus: a Delphi survey of podiatrists',

3-Volpon, J. B. 1994. 'Footprint analysis during the growth period'

4-Garcia-Rodriguez ve ark. 1999. 'Flexible flat feet in children: a real problem?'

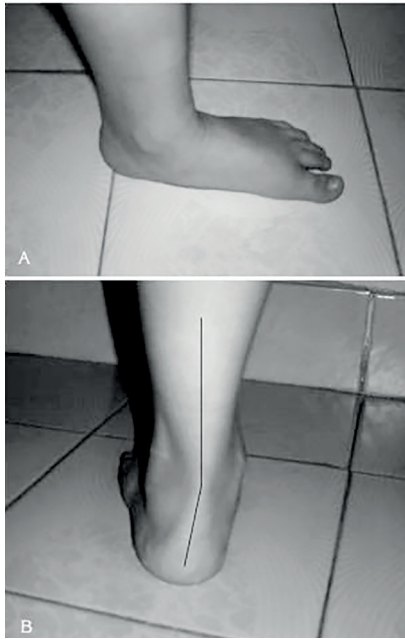
5- Carr ve ark. 2016. 'Pediatric pes planus: a state-of-the-art review'

6-Evans ve ark. 2011. 'A review of the evidence for non-surgical interventions for flexible pediatric flat feet'

7-Halabchi ve ark. 2013. 'Pediatric flexible flatfoot; clinical aspects and algorithmic approach'

8-Kothari ve ark. 2015. 'The relationship between quality of life and foot function in children with flexible flatfoot'

9-Lin ve ark. 2001. 'Correlating factors and clinical significance of flexible flatfoot in preschool children'



Resim 1-2: Esnek düztaban bir ayağa yük verilmesiyle oluşan ayak duruşu
(Şenaran H., 2006. 'Çocuklarda Pes Planus Tanımı, Doğal Seyri ve Tedavi Seçenekleri')



Resim 3: W oturuş
(<https://theinspiredtreehouse.com>)