

In-toeing, naar binnen staande voeten bij kinderen

Veel kinderen lopen met hun voeten naar binnen gedraaid. Dit wordt ook wel een endorotatie looppatroon (in-toeing) genoemd. Dit looppatroon is voor jongere kinderen eerder regel dan uitzondering. Het geeft over het algemeen geen pijnklachten. Sommige kinderen struikelen wel wat vaker dan normaal. Het looppatroon kan ook in families voorkomen.

Oorzaken

De oorzaak van het naar binnen lopen kan vanuit 3 plaatsen in het been komen of door een combinatie hiervan; het dijbeen (femur), het scheenbeen (tibia) en de voet. Zie figuur 1.



Figuur 1: 1= dijbeen, 2=onderbeen, 3=voet

Het dijbeen (femur)

Er zijn verschillen in bouw van het heupgewricht tussen kinderen en volwassenen. Bij kinderen is er sprake van zogenaamde femorale anteversie. Dit betekent dat de heupkop verder naar voren staat. Hoe meer de heupkop naar voren staat gedraaid hoe verder het been in de heupkom naar binnen kan draaien en hoe minder het been naar buiten kan draaien. Daarom lopen jonge kinderen vaak met de knieën naar binnen (de heup staat dan in de middenstand) en dus met de voeten naar binnen. Dit is bijna altijd een normaal verschijnsel (normaal variant). De heup kan meer naar binnen draaien dan normaal.

Veel kinderen met femorale anteversie kunnen in een 'W'-houding (zie figuur 2) zitten. De zogenaamde TV-zit. Bij verreweg de meeste kinderen zal de stand van de heupkop geleidelijk aan vanzelf corrigeren tijdens de groei. Dit begint meestal al op de basisschool en vindt plaats gedurende vele jaren. Beugels, schoenen, oefeningen of manuele manipulaties zullen dit proces niet sneller doen verlopen.



Figuur 2: "W"-houding of TV-zit

Het scheenbeen (tibia)

De oorzaak is gelegen in het scheenbeen wanneer deze naar binnen is gedraaid. De benen van de baby zijn tijdens de zwangerschap in de baarmoeder naar binnen gedraaid zodat deze hier passen. Bij bijna alle kinderen zal het scheenbeen geleidelijk vanzelf corrigeren naar een normale stand (iets naar buiten), maar dit kan enkele jaren duren (figuur 3).



Figuur 3: naar binnen gedraaid scheenbeen

Het komma voetje (Metatarsus Adductus)

De voorvoet staat hierbij naar binnen gebogen. Dit kan lijken op een klompvoet. De klompvoet is echter stug en de stand is niet te corrigeren, terwijl het komma voetje wel te corrigeren en soepel is. Als het komma voetje toch wat stugger is dan kan gekozen worden voor gipsredressie (zie figuur 4).



Figuur 4: komma voetje

Anamnese en Onderzoek

Er zal onder andere worden gevraagd naar klachten, wanneer uw kind is gaan lopen, hoe het looppatroon en uw kind zicht ontwikkelt.

Het lichamelijk onderzoek bestaat uit het kijken naar het lopen en rennen. Bij rennen zie je over het algemeen een slinger in de benen. Daarnaast wordt de beweeglijkheid van de heupen, knieën, enkels en voeten gecontroleerd van uw kind. Er wordt globaal gekeken naar de zenuw-/spierfunctie en coördinatie. Hiermee zal beoordeeld worden of uw kind femorale anteversie, tibiale torsie of metatarsus adductus heeft, of wellicht een combinatie hiervan.

Bij de overgrote meerderheid van kinderen met in-toeing voldoet een beoordeling door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek. Als er sprake is van ontwikkelingsachterstand, pijn, asymmetrie of een verslechterende manier van lopen, zijn mogelijk aanvullend onderzoek zoals röntgenfoto's nodig, of bijvoorbeeld een verwijzing naar de (kinder-) neuroloog.

Bij klachten

Indien er klachten ontstaan treden deze meestal tijdens of na het sporten op. Vooral bij sporten waarbij veel rennen of springen nodig is. Ook fietsen, traplopen, diepe kniebuigingen en op de knieën zitten kunnen pijnlijk zijn. De klachten kunnen plotseling, maar ook geleidelijk ontstaan.

Deze klachten komt voor bij meisjes tussen 8 en 14 jaar en bij jongens tussen 10 en 16 jaar. Wat vaak gezien wordt is dat de schoolslag moeilijk onder de knie te krijgen is. Dat komt omdat bij de techniek voor de schoolslag de heupen naar buiten moeten draaien en dat is dus juist niet goed mogelijk bij in-toeing.

Behandeling

Normale in-toeing bij een peuter vereist geen andere behandeling dan observatie. Het kan vele jaren duren voordat er verbetering gezien wordt. Speciale schoenen, steunzolen, beugels of manipulatie zorgen er niet voor dat de in-toeing sneller verbetert.

In-toeing leidt niet tot vroegtijdige slijtage. De heup staat immers in de middenstand. Ook knieën en enkels worden niet door het met de voeten naar binnen lopen vanuit de heupen nadelig beïnvloedt.

Het komt regelmatig voor dat jonge kinderen vallen doordat ze over hun eigen voeten struikelen als ze met de voeten naar binnen lopen. Dit kan vervelend zijn maar de frequentie van vallen is vaak met name afhankelijk van de grootte van de hersenen en de aansturing naar de benen hierdoor. Als kinderen groter worden, wordt ook de hersencapaciteit groter en worden ze een stuk handiger. Het vaak vallen verdwijnt dus meestal vanzelf gedurende de groei.

Fysiotherapie of andere oefentherapie bij in-toeing is over het algemeen niet noodzakelijk. Heel uitzonderlijk blijft een kind klachten houden tot in de adolescentie en dan zou een operatie kunnen helpen. Hierbij wordt het bot dat afwijkt (dijbeen of scheenbeen) doorgezaagd, naar buiten gedraaid en weer vastgezet met plaat en schroeven. Dit is gelukkig zelden nodig.

Contact

Amsterdam UMC, locatie AMC

Telefoon: 020 566 80 00 (Afsprakenbureau, ma t/m vr 08:45-16:30 uur)

Email: ekzafspraken@amsterdamumc.nl

OLVG polikliniek Orthopedie, locatie Oost

Telefoon: 020 510 88 84 (ma t/m vrij 08:15-16:15 uur)

Adressen

OLVG Locatie Oost	Oosterpark 9	1091 AC Amsterdam
OLVG locatie West	Jan Tooropstraat 164	1061 AE Amsterdam
OLVG locatie Spuistraat	Spuistraat 239 A	1012 VP Amsterdam
Amsterdam UMC locatie AMC	Meibergdreef 9	1105 AZ Amsterdam

Deze folder is tot stand gekomen in samenwerking met KOCUA (Kinder Orthopedisch Centrum Amsterdam).