

Beszámoló a Magyar Podiátriai és Lábsebészeti Társaság XIX. Vándorgyűléséről és Laposláb Szimpóziumáról (2015. november 27–28.)

DR. CZIPRI MÁTYÁS, DR. HALMAI VILMOS, DR. HETTHÉSSY JUDIT RÉKA

A Magyar Podiátriai és Lábsebészeti Társaság (MPLT) XIX. Vándorgyűlése tavaly november 27-28. között került megrendezésre a soproni Lővér Hotelben. A hagyományokhoz híven a kongresszust helytörténeti érdekességeket bemutató kulturális program előzte meg. A soproniak vendégszeretetét, illetve a Vándorgyűlés jelentőségét is tükrözte, hogy a kongresszus megnyitóján *dr. Simon István* Sopron MJV alpolgármestere, *Dr. Molnár Sándor*, a Soproni Gyógyközpont orvosigazgatója mondott beszédet, valamint a Sopron TV közreműködésével is készült egy összeállítás az eseményről. A MPLT vezetői, *Prof. Dr. Nemes György* és *Dr. Szokoly Miklós*, valamint a vándorgyűlés elnöke, *Dr. Halmi Vilmos* által összeállított szakmai program, a lábsebészet klasszikus témáit felölelő előadások mellett, kiemelt hangsúlyt kapott a láb betegségei és sérülései radiológiai diagnosztikája. A szakmai programban szintén nyomon követhető volt a podiátriai és lábsebészeti betegek ellátásának multidiszciplináris megközelítése; ehhez mérten ennek a betegségcsoportnak a problematikáját széles spektrumon ölelték fel a belgyógyászati, diabetológiai vonatkozásokat, a sebkezelésen át a segédeszközöket, gyógycipőket bemutató előadások. A multidiszciplinaritás mellett a kongresszus erénye volt, hogy a klasszikus problémák modern szemléleti és technikai megközelítéséről hallhattunk előadásokat olyan hazai előadóktól, akik a közelmúltban külföldön tettek szert széleskörű tapasztalatokra. A Vándorgyűlés legnagyobb újítása a felnőttkori pes planus modern ellátási elveit, klasszifikációját, patomechanizmusát, diagnosztikáját bemutató szimpózium volt, amelyet *Dr. Czipri Mátyás* védnöksége alatt olyan angol és osztrák szaktekintélyek tartottak, mint *Mr. Stephen Parsons*, *Mr. Nicholas Talbot*, *Dr. Hans Jörg Trnka* és *Dr. Reinhard Schuh*. A gyakorló klinikus számára a didaktikusan felépített, interaktivitásra is lehetőséget teremtő szimpóziumon külön élmény volt *Mr. Parsons* brilliáns, az adott témát életre keltő előadási stílusa, és *Dr. Trnka* élesen körülhatárolt, kristálytisztán definiált ellátási irányelvei.

A szimpózium előadóinak nemzetközisége ellenére egy nyelvet beszéltek a pes planus témájának tárgyalásakor. Mindannyian egyetértettek az anamnézis és a fizikális vizsgálat jelentőségében. Kiemelt fontosságú a láb anatómiájának álló helyzetű vizsgálata, beleértve a tibialis posterior funkcionális tesztjei közül az ismételt egy lábon való lábujjhegyre emelkedést. *Mr. Parsons* ezt ötször ismételteti meg a betegekkel és a hangsúlyt a két oldal közti különbségre helyezi. Másik fontos részlet a sarok valgus állása passzív korrigálhatóságának, valamint a sarok korrigált helyzete mellett fennmaradó előláb supinatio pontos megítélése. Mindez segít a deformitás stádiumának meghatározásában és a kezelési terv felállításában. *Jonhson* és *Strom* eredeti klasszifikációs rendszere három stádiumot különböztet meg: I. tenosynovitis deformitás nélkül, II. korrigálható flexibilis planovalgus defotmitás és III. merev planovalgus deformitás, ahol a lábtő nem korrigálható passzívan (3). A deformitás anatómiai összetevőinek és az etiológiai faktorok ismeretének fejlődése két fontos változáshoz vezetett az évek során. Egyrészt a klasszifikációs rendszer fejlődésének következtében az egy a bokaízület érintettségét leíró IV. stádiummal bővül (2), valamint a legváltozatosabb klinikai megjelenésű II. stádium további alstádiumokra bontásával *Parsons* pontosítja a deformitás leírását (4). Másrészt, a korábban használatos tibialis posterior diszfunkció (posterior tibial tendon dysfunction, PTTD) elnevezés helyett újabban a felnőttkori szerzett laposláb deformitás (adult acquired flat foot, AAFF) kifejezés használatos.

Az előadók kihangsúlyozták, hogy a középláb és a bokaízület elváltozásai a laposláb deformitás fontos részét képezhetik, illetve annak elsődleges kiváltó okaként is szerepelhetnek. Egyetértettek abban, hogy nincs típusos laposláb deformitás, és a műtéti megoldásnak a mindenkori anatómiai szituációhoz kell igazodni.

A képpalkotó vizsgálatok közül továbbra is az álló helyzetben készített kétirányú láb és boka röntgenfelvétel marad a legfontosabb. *Dr. Schuh* hasznosnak tartotta a lábtő valgus helyzetét ábrázoló Salzman felvétel készítését is, mind a deformitás mérhető leírásában, mind a műtéti terv felállításában. A tibialis posterior ín vizsgálatára az előadók az MR vizsgálatot részesítették előnyben, de nem zárták ki az ultrahangvizsgálat hasonló értékét (1). Ugyanakkor megjegyezték, hogy nincs szükség MR vizsgálatra a tibialis posterior tendinopathia diagnózisának felállításához, mivel az klinikai vizsgálat alapján megtehető. Konzervatív kezelés tekintetében mutatkozott eltérő vélemény a tibialis posterior steroid injekciója kapcsán. Az osztrák gyakorlat nem enged meg steroid injekciót az ín ruptúrájának veszélye miatt. Az angol gyakorlatban alkalmaznak egyszeri, ultrahangos célzással kivitelezett steroid injekciót, de az ín védelmében 6 héti járógipszet vagy aircast csizmát hordatnak a beteggel.

Trnka a műtéti kezelést sikertelen konzervatív próbálkozás után már a késői I-es stádiumban kezdi, tibialis posterior debridement és obligát medializáló calcaneus oseotomia kombinációjával. II-es stádiumban a calcaneus osteotomia a flexor digitorum longus ín transzferrel és spring ligament raffolással egészül ki (5, 7). Idősebb betegeken, magas BMI esetén, vagy a spring ligament rekonstruálhatatlan eseteiben *Trnka* talonavicularis arthrodesis javasol. *Parsons* a II-es stádiumú, még nem fixált előláb supinációval járó eseteit (IIa, IIb) a ritkábban használatos Cobb tendon transzferrel kezeli (4). Jelentős előláb abductio eseteiben Evans calcaneus hosszabbító osteotomia választható (6), fixált előláb supinációt Cotton szerinti mediális os cuneiforme oseotomiával lehet korrigálni. A nem korrigálható sarok valgus eseteiben (III-as stádium) a triple arthrodesis marad a gold standard. Arthrotikus bokaízület esetén többnyire plantaris desis szükséges. Az arthrodesisek lehetőségeiről és technikai részleteiről *Talbot* beszélt részletesen. A cél mindig plantigrád, stabil láb elérése, amely az alsó végtag mechanikai tengelyében foglal helyet. *Parsons* a lábtő nagy ízületeinek desisét rutinszerűen artroszkóposan végzi. Szelektív arthrodesisek, mint például az 1-es tarsometatarsalis ízületi desis, instabil medialis boltozat esetén, vagy komplex korrekciós műtét részeként végezhetőek plantigrád láb elérése céljából.

A Magyar Podiátriai és Lábsebészeti Társaság a külföldi előadók részvételét preferálja a jövőben is, ezért az idei kongresszuson is a szakma kiválóságait hallhatjuk.

AJÁNLOTT IRODALOM

1. Arnoldner M. A., Gruber M., Syre S., Kristen K. H., Trnka H. J., Kainberger F., Bodner G.: *Imaging of posterior tibial tendon dysfunction - comparison of high-resolution ultrasound and 3T MRI. Eur. J. Radiol. 2015. 84: 1777-1781.*
2. Bluman E. M., Title C. I., Myerson M. S.: *Posterior tibial tendon rupture: a redefined classification system. Foot Ankle Clin. 2007. 12: 233-249.*
3. Johnson K. A., Strom D. E.: *Tibialis posterior tendon dysfunction. Clin. Orthop. Relat. Res. 1989. 239: 196-206.*
4. Parsons S., Naim S., Richards P. J., Bride M. C.: *Correction and prevention of deformity in type II tibialis posterior dysfunction. Clin. Orthop. Relat. Res. 2010. 468: 1025-1032.*
5. Trnka H. J., Easley M. E., Myerson M. S.: *The role of calcaneal osteotomies for correction of adult flatfoot. Clin. Orthop. Relat. Res. 1999. 365: 50-64.*
6. Trnka H. J.: *Dysfunction of tendon of tibialis posterior. J. Bone Joint Surg. Br. 2004. 86-B: 939-946.*
7. Schuh R., Gruber F., Wanivenhaus A., Hartig N., Windhager R., Trnka H. J.: *Flexor digitorum longus transfer and medial displacement calcaneal osteotomy for the treatment of stage II posterior tibial tendon dysfunction: kinematic and functional results of fifty one feet. Int. Orthop. 2013. 37: 1815-1820.*