



PARMAK UCU YÜRÜME



Hazırlayan: Dr. Serkan Erkuş

Parmak ucu yürüme; bir kişinin topuklar ile yer arasında herhangi bir temas olmadan ayak parmaklarının üzerinde yürümesidir. Yürümenin öğrenildiği ilk iki yaşta parmak ucu yürüyüş görülmesi sıktır. Çocukların motor becerileri geliştikçe ve yaş ilerledikçe bu durum kendiliğinden düzelebilmektedir. Daha az sıklıkta ise parmak ucu yürüme 2 yaşından sonra devam edebilmektedir. İki yaşından sonra bu yürüyüş modelinin gözlenme sebebi sıklıkla idiyopatiktir; yani nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Bu grup çocukların tıbbi muayeneleri normaldir ve herhangi bir hastalık saptanmaz. Bu çocuklarda, hatırlatılması durumunda topuk vuruşu gözlenebilmektedir.

Baldırımızda yer alan iki ana kas (gastroknemius ve soleus kasları) baldır tabanında birleşerek aşil tendonunu oluşturmaktadır. Bu tendon ise topuk kemiğine (kalkaneus) yapışarak sonlanır. Topuk vuruşu yapamayan ve parmak ucu yürüyüş yapan çocuklarda bu kas grubu normale göre daha kısa olabilmektedir. İnatçı parmak ucu yürüyüş genellikle parmak ucu yürüme alışkanlığı ve buna bağlı olarak zamanla baldır kaslarının gerginleşmesinden kaynaklı olabilmektedir.

Parmak ucu yürüyüş, daha az sıklıkta altta yatan bir tıbbi durumun habercisi olabilmektedir. Serebral palsi (beyin felci), kas hastalıkları, omurilik rahatsızlıkları, nörolojik hastalıklar parmak ucu yürüyüşüne sebep olabilen önemli hastalıklardan bazılarıdır. Otizm ve benzeri bir takım psikiyatrik rahatsızlıklarda ise duyu problemleri kaynaklı parmak ucu yürüyüş gözlenebilir. Her iki bacak arası uzunluk ve büyüklük farklılıkları, skolyoz gibi bazı durumlarda da parmak ucu yürüyüş gözlenebilir.

Parmak ucu yürüyen çocukların tedavisi altta yatan nedene ve hastanın yaşına, şikâyetin ciddiyetine göre değişebilmektedir. Genellikle küçük yaş gruplarında cerrahi dışı tedaviler ile başarılı sonuçlar gözlenmektedir. Daha büyük çocuklarda ve ayak bileği hareketlerinde kısıtlılık olan hastalarda ise girişimsel tedaviler gündeme gelebilir. Cerrahi dışı tedaviler gözlem, germe egzersizleri, açılama, ortez kullanımı ve kas içi botulinum toksini tip A enjeksiyonunu kapsamaktadır. Daha az sıklıkla ihtiyaç duyulsa da cerrahi olarak uygulanan tedavi yöntemlerinde baldır kaslarına veya aşil tendonuna yönelik uzatma ve gevşetme ameliyatları yapılmaktadır.