



Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dysplastische HeupOntwikkeling

Boere-Boonekamp MM, Klein Ikkink AJ, Van Sleuwen BE, De Vries L, Hurts M, Koornstra G, Roodbergen J, Van Sleuwen D, Vriezen JA, Wensing-Souren CL. Huisarts Wet 2010;(10):S21-4.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dysplastische HeupOntwikkeling (DHO) is opgesteld door een werkgroep van de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

De huisarts en de jeugdarts ontmoeten elkaar op het gebied van DHO na signalering en verwijzing door de jeugdarts. Kennis van elkaars werkwijze en afstemming van de taken bevorderen een optimale zorg voor het kind en zijn ouders, zowel voor wat betreft de kwaliteit van de zorg als voor het zorgtraject. Deze LESA heeft tot doel handvatten te geven voor samenwerking tussen huisartsen en jeugdartsen bij het vroegtijdig opsporen van DHO bij kinderen en het verwijzen voor nadere diagnostiek en behandeling. De taken en verantwoordelijkheden van beide beroepsgroepen worden beschreven.

Uitgangsdocumenten voor deze LESA zijn:

- Richtlijn Signaleren dysplastische heupontwikkeling, opgesteld door de jeugdgezondheidszorg (JGZ-)stafafdeling van de thuiszorgorganisaties in Noord-Brabant (2008);¹
- NHG-Standaard Onderzoek van de pasgeborene (2001);²
- Rapport Rechtstreeks verwijzen van de jeugdgezondheidszorg naar de 2^e lijn (2006);³
- Handreiking Samenwerking Huisarts – Jeugdgezondheidszorg (2008).⁴

De aanbevelingen voor samenwerking zijn gebaseerd op de uitgangsdocumenten en consensus binnen de werkgroep.

Achtergronden

Begrippen

Huisarts. De huisartsenvoorziening met inbegrip van de praktijkondersteuners en assistenten die daar werkzaam zijn en de huisartsenpost voor de hulp buiten kantoor.

Jeugdarts. De arts werkzaam in de JGZ voor nul- tot vierjarigen (consultatiebureau). In sommige regio's neemt een verpleegkundig

specialist preventie een deel van de taken van de jeugdarts over.

Cliënt. JGZ-medewerkers spreken over 'cliënten' of 'klanten', huisartsen over 'patiënten'. In deze LESA is gekozen voor de benaming 'cliënten'. Daar waar gesproken wordt van 'cliënt' kan ook 'patiënt' gelezen worden.

Dysplastische heupontwikkeling

Bij een DHO is sprake van een onderontwikkeling (dysplasie) van het heupgewricht. Doordat de heupkom onvoldoende diep gevormd is, overdekt deze de heupkop niet goed. De heupkop kan dan gemakkelijk uit de ondiepe kom glijden.

Een DHO kan in utero ontstaan, maar ook in de zuigelingen- en peutertijd. De aandoening kent een glijdende schaal van dysplasie tot luxatie. Enerzijds kan bij de geboorte sprake zijn van instabiele, luxeerbare heupen. Meestal zullen deze in de eerste maanden spontaan herstellen, maar ze kunnen ook op verschillende tijdstippen daarna – soms pas als het kind gaat lopen – (sub)luxeren. Anderzijds kan sprake zijn van stabiele heupen, waarbij zich een te steil acetabulum ontwikkelt met vroegtijdige artrose als mogelijk gevolg. Het is van belang de diagnose DHO vroeg te stellen om door behandeling de progressie naar ernstiger vormen te voorkomen en de prognose te verbeteren. Het niet-tijdig behandelen kan leiden tot degeneratieve gewrichtsafwijkingen en ernstige invaliditeit. Een deel van de patiënten die op latere leeftijd een totale heupprothese krijgen, heeft een artrose op basis van een onbehandelde heupdysplasie of een restdysplasie na behandeling.⁵ Overbehandeling moet echter ook worden vermeden, aangezien bij de behandeling in een spreidortese het risico van ischemische necrose van de femurkop bestaat. Afhankelijk van de onderzoekspopulatie en de aard van de behandeling worden hiervoor in de literatuur wisselende percentages opgegeven (0,2 tot 30%).⁵

Epidemiologie

In een algemene populatie zuigelingen van nul tot circa zes maanden is de prevalentie van alle vormen van DHO 3 tot 4%. De prevalentie van heupluxatie is 1 à 2 per duizend.

De linkerheup is twee- tot driemaal zo vaak aangedaan als de rechterheup.⁶ In een huisartsenpraktijk met jaarlijks circa dertig

geboortes zal per jaar gemiddeld één kind een DHO hebben.

In sommige landen vindt op systematische wijze neonatale screening op DHO plaats en wordt bij 1 tot 5% van de pasgeborenen luxeerbaarheid van de heupen vastgesteld. Het natuurlijk beloop van de neonataal luxeerbare heup is in de meeste gevallen gunstig: 80 tot 90% herstelt zich spontaan in de eerste 3 maanden. De rest zal echter zonder behandeling overgaan in een dysplasie en eventueel een luxatie met in een groot deel van de gevallen coxartrose tot gevolg.⁶ Van de kinderen die in het eerste jaar een DHO blijken te hebben, vertoont een deel als pasgeborene bij lichamelijk onderzoek geen luxeerbaarheid van de heupen.

Meisjes hebben een vier- tot vijfmaal zo grote kans op DHO als jongens. Bij een belaste familieanamnese voor DHO of coxartrose op jongvolwassen leeftijd is de kans eveneens vier- tot vijfmaal zo groot. Na een stuitligging in het laatste trimester van de zwangerschap en/of bij de bevalling is het risico op DHO twee- tot viermaal hoger dan na een andere ligging.⁶

Kernpunten

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dysplastische HeupOntwikkeling (DHO) is het resultaat van overleg tussen jeugdartsen en huisartsen over de gewenste samenwerking rond dit thema.
- Jeugdartsen en huisartsen kunnen deze LESA gebruiken om op regionaal of lokaal niveau werkafspraken te maken over de zorg aan kinderen bij een vermoeden van DHO.
- De huisarts verricht op indicatie onderzoek naar DHO, verder kijkt de verloskundig actieve huisarts bij pasgeborenen naar (a)symmetrie in beweging.
- De jeugdarts voert op het consultatiebureau bij alle zuigelingen een screening op DHO uit.
- Bij een vermoeden van DHO kan de jeugdarts of huisarts op basis van regionale werkafspraken rechtstreeks verwijzen voor aanvullend diagnostisch onderzoek.
- De jeugdarts en huisarts maken heldere afspraken voor het vervolgtraject na verwijzing.



Screening

Verscheidende landen kennen een screeningsprogramma voor DHO. In Nederland vindt geen screening in de postpartumperiode plaats. Redenen hiervoor zijn dat men direct na de geboorte slechts een deel van de afwijkingen in het spectrum van DHO kan opsporen, dat van de opgespoorde gevallen een groot deel spontaan zal herstellen en dat de handgrepen voor neonataal heuponderzoek veel ervaring vereisen.⁵ Screening vindt plaats door de JGZ tijdens de eerste zes levensmaanden. Onderdelen van de screening in de JGZ zijn de identificatie van risicofactoren en het lichamelijk onderzoek van de heupen. De validiteit van deze screening is beperkt: de sensitiviteit is 86,1%, de specificiteit 82,3%. Dit betekent dat 1 op de 7 kinderen met DHO niet wordt opgespoord en dat bij een prevalentie van 3 tot 4% de voorspellende waarde van een positieve screening slechts 16% is.^{6,7}

Opsporing van dysplastische heupontwikkeling

Diagnostiek door de huisarts

Door de huisarts kan anamnese en onderzoek van de zuigeling plaatsvinden direct postpartum of op indicatie naar aanleiding van vragen, opmerkingen of zorgen van ouders, verloskundige of gynaecoloog, (kraam)verzorgers en jeugdarts.

Onderzoek postpartum

Van de circa 185.000 kinderen die per jaar worden geboren, komt ongeveer eenderde

Inbreng van de cliënt

Een LESA geeft richtlijnen voor samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en eerstelijns hulpverleners. Doel is dat cliënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van continuïteit in de zorg.

Hulpverleners in de eerste lijn stellen altijd in samenspraak met de cliënt het beleid vast. Zij houden daarbij rekening met diens specifieke omstandigheden. Om praktische redenen staat dit niet overal expliciet in de LESA vermeld. Hulpverleners erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en stemmen de voorlichting daarop af.

Afweging door de betrokken hulpverleners

Een LESA geeft algemene aanbevelingen die de hulpverlener in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijke inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA af te wijken.

thuis ter wereld. Van alle huisartsen is een deel verloskundig actief. In 1999 bedroeg dit percentage 16%, 3 jaar later 6%.^{2,8} Naar schatting werd in 2002 nog 4,2% van de bevallingen door de huisarts begeleid.⁸ De NHG-Standaard Onderzoek van de pasgeborene geeft richtlijnen voor de inhoud van het onderzoek van de pasgeborene, uit te voeren door de huisarts wanneer deze de bevalling heeft begeleid. Familiair voorkomende DHO en coxartrose zullen reeds voor of tijdens de zwangerschap via de anamnese in kaart zijn gebracht. Geadviseerd wordt bij het onderzoek in de postpartumperiode te letten op de symmetrie van het spontane bewegen. Een niet-symmetrisch bewegingspatroon van de benen is reden voor nader onderzoek van de heupen (abductie, kniehoogte). Bij afwijkingen wordt verwezen naar de (kinder)orthopedisch chirurg. De handgrepen van Ortolani en Barlow zijn niet zinvol, vanwege hun beperkte validiteit voor met name dysplasie zonder luxatie.^{2,9}

Onderzoek op indicatie

Overig lichamelijk onderzoek doet de huisarts op indicatie als ouders met hun kind op het spreekuur komen. Het onderzoek op DHO bestaat bij de zuigeling uit het beoordelen van de abductie van de heupen en de kniehoogte. Bij oudere kinderen wordt tevens het looppatroon beoordeeld.

Standaardprogramma in de JGZ

Het standaardscreeningsprogramma op DHO in de JGZ bestaat uit anamnese en lichamelijk onderzoek. De screening wordt uitgevoerd tijdens de consulten door de jeugdarts in de eerste zes maanden. Daarna vindt heuponderzoek plaats als onderdeel van het lichamelijk onderzoek tijdens de reguliere artsconsulten tot het kind goed kan lopen. Vanaf de leeftijd van twee jaar vindt heuponderzoek alleen op indicatie plaats.

Anamnese

In de anamnese wordt aandacht besteed aan risicogroepdetectie. Tot de risicogroepen behoren kinderen met een positieve familieanamnese voor DHO of coxartrose op jongvolwassen leeftijd¹⁰ en kinderen geboren na stuitligging in het laatste trimester van de zwangerschap en/of bij de bevalling.

Lichamelijk onderzoek

In het algemeen lichamelijk onderzoek wordt gelet op de aanwezigheid van frequent samen met DHO voorkomende dysmorphieën, zoals torticollis en voetafwijkingen. Het onderzoek van de heupen bestaat uit het beoordelen van de abductie en de

kniehoogte. Een dubbelzijdige heupluxatie kan gemakkelijk worden gemist, aangezien hier als enige verschijnsel een dubbelzijdige abductiebeperking aanwezig kan zijn. Minder specifieke verschijnselen, zoals een asymmetrische houding, plooiënverschil, beenlengteverschil, neurologische afwijkingen en congenitale afwijkingen zorgen voor een extra alertheid bij de onderzoekende jeugdarts. Bij oudere kinderen vindt beoordeling van het looppatroon plaats.¹¹

De rol van de kinderarts

In sommige regio's vindt eveneens risicogroepdetectie door de kinderarts plaats, met name wat betreft de kinderen geboren in stuitligging (vaginaal of per keizersnede). Voor deze kinderen wordt in de regel een afspraak voor beeldvormend onderzoek (echografie, röntgen) op de leeftijd van drie maanden gemaakt.

Aanvullend onderzoek en verwijzing bij vermoeden van DHO

Bij een kind behorend tot een risicogroep (belaste familieanamnese, geboren na stuitligging) of met geassocieerde dysmorphieën is aanvullend beeldvormend onderzoek geïndiceerd, ongeacht de uitslag van het onderzoek van de heupen. Bij een afwijkend onderzoek van de heupen is eveneens beeldvormend onderzoek geïndiceerd, maar kan ook direct worden verwezen naar de (kinder)orthopedisch chirurg. Dit laatste heeft de voorkeur bij een sterk vermoeden van DHO. In de verwijfsbrief worden de reden van verwijzing en de aard van de bevindingen helder omschreven (zie kader). Echografie is het onderzoek van eerste keus gedurende het eerste half jaar. Hiermee kunnen vanaf de geboorte de vroege ontwikkeling van zowel benige structuren als weke delen en de beweging van de heupkop in de heupkom in beeld gebracht worden. Vanwege de toenemende verbening van de femurkop wordt het in de tweede helft van het eerste levensjaar geleidelijk lastiger om met echografie de heupkom goed af te beelden.

De waarde van röntgenonderzoek is in de eerste drie tot vijf levensmaanden beperkt, omdat slechts kleine delen van het heupgewricht verbeeld zijn. Wel is het vanaf de geboorte mogelijk om specifieke röntgenopnames te maken om de centrering van de heupkop te beoordelen.

De keuze welk aanvullend onderzoek wordt aangevraagd bij vermoeden van DHO is afhankelijk van de leeftijd van het kind en de in de regio aanwezige expertise op het gebied van heupchografie.



Indicaties voor beeldvormend onderzoek na de leeftijd van drie maanden

- positieve familieanamnese voor DHO of verschijnselen van coxartrose voor het 45e jaar bij ouders, broers/zussen, ooms/tantes en grootouders;
- stuitligging in het laatste trimester van de zwangerschap en/of bij de bevalling;
- geassocieerde dysmorphieën: torticollis, klompvoet of pes adductus;
- lichte abductiebeperking (< 70°), verschil in abductie tussen linker- en rechterheup (> 10°), kniehoogteverschil.

Indicaties voor directe verwijzing naar een (kinder)orthoped

- ernstige abductiebeperking van één of beide heupen, fors kniehoogteverschil;
- afwijkend looppatroon, zoals waggelgang of manklopen, breed perineum en versterkte lendenlordose.

Samenwerking JGZ en huisarts

Samenwerking tussen huisarts en jeugdarts rond het kind met een DHO en zijn ouders is gericht op het bereiken van optimale zorg. Dit betreft zowel de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg, de efficiëntie van het zorgtraject bij verwijzing als adequate en consistente voorlichting.

Zowel de huisarts als de jeugdarts signaleert kinderen met een DHO. Vanwege de programmatische screening die in de JGZ plaatsvindt, vindt het merendeel van de signaleringen plaats door de jeugdarts. De criteria voor aanvullend onderzoek en voor verwijzing naar de (kinder)orthopedisch chirurg komen voor jeugdarts en huisarts overeen. Vanwege tijdsbesparing, minder kans op communicatieproblemen en een grotere kans dat het advies van verwijzing door ouders wordt opgevolgd, heeft een rechtstreekse aanvraag voor aanvullend onderzoek of rechtstreekse verwijzing door jeugdarts of huisarts naar een (kinder)orthopedisch chirurg de voorkeur.³

Wederzijdse rapportage tussen jeugdarts en huisarts bij een rechtstreekse verwijzing is noodzakelijk, onder andere vanwege hun beider rol als dossierhouder. Voor de huisarts is het belangrijk op de hoogte te zijn van rechtstreekse verwijzing van een kind door de jeugdarts vanwege zijn rol in de zorgverlening aan kind en gezin. Omgekeerd is kennis van de jeugdarts over verwijzing door de huisarts en/of behandeling van kinderen die bij hem of haar in zorg zijn belangrijk vanwege de programmatische screening op DHO bij alle zuigelingen.

Verwijzing (zie kader)

Bij een belaste familieanamnese, stuitligging, geassocieerde dysmorphieën bij lichamelijk onderzoek of lichte afwijkingen bij

onderzoek van de heupen kan door de huisarts of door de jeugdarts rechtstreeks worden verwezen voor beeldvormend onderzoek. Dit onderzoek hoeft pas na de leeftijd van drie maanden plaats te vinden.

Bij een sterk klinisch vermoeden van DHO dient, eventueel na telefonisch overleg, door jeugdarts of huisarts verwijzing naar de (kinder)orthopedisch chirurg plaats te vinden. Dit kan kinderen van elke leeftijd betreffen, dus ook zuigelingen van nul tot drie maanden.

De huisarts en jeugdarts stellen elkaar op de hoogte van het gevoerde beleid door elkaar een kopie van de verwijsbrief aan de radioloog of (kinder)orthopedisch chirurg toe te zenden. Bij verwijzing naar de tweede lijn

staan in de verwijsbrief de adresgegevens van de jeugdarts en huisarts vermeld zodat de tweede lijn naar beide beroepsgroepen kan terugrapporteren. De jeugdarts kan bij verwijzing de modelverwijsbrief gebruiken.³

Verantwoordelijkheid

De verwijzend arts is verantwoordelijk voor het nagaan of de verwijzing is opgevolgd. De verantwoordelijkheid van de jeugdarts of huisarts als verwijzer eindigt als een andere hulpverlener de verantwoordelijkheid heeft overgenomen.

Wanneer de ouders aangeven het advies van de verwijzer niet op te volgen, maakt de verwijzer een aantekening in het dossier en

Aandachtspunten voor bespreking in de regio door huisartsen en JGZ

Verwijstraject en rechtstreeks verwijzen

- Bespreek het rechtstreeks verwijzen door de jeugdarts voor beeldvormend onderzoek en/of beoordeling door de (kinder)orthopedisch chirurg bij vermoeden van DHO.
- Maak afspraken over de verwijsroute voor beeldvormend onderzoek bij de vermelde indicaties. Sluit daarbij aan bij de in de regio aanwezige expertise in de methoden van aanvullende diagnostiek.
- Maak afspraken over de verwijsroute naar de (kinder)orthopedisch chirurg bij een sterk klinisch vermoeden van DHO.
- Spreek af dat bij verwijzing naar de tweede lijn de huisarts/jeugdarts een kopie van de verwijsbrief ontvangt. Zorg dat in de verwijsbrief zowel de naam van de huisarts als de jeugdarts wordt vermeld met bijbehorende adresgegevens, zodat de tweede lijn naar beide beroepsgroepen kan terugrapporteren.
- Zorg voor borging van het zorgtraject na verwijzing: spreek af door wie, wanneer en op welke wijze de terugrapportage met de ouders wordt besproken en bij wie zij met vragen terecht kunnen. Zorg verder voor de borging van het vervolgbeleid bij negatieve uitslagen waarbij het vermoeden van DHO blijft bestaan.
- Onderzoek welke afspraken (nog) gemaakt moeten worden met ziektekostenverzekeraars in verband met rechtstreekse verwijzing door de jeugdarts vanwege vermoeden van DHO.
- Pas de landelijke JGZ-Modelverwijsbrief voor rechtstreekse verwijzing door de jeugdarts zonedig aan voor regionaal gebruik.³

Afstemming eerste en tweede lijn

- Zorg dat alle betrokkenen, dat wil zeggen huisartsen, JGZ-teams, radiologen, kinderartsen en (kinder)orthopedisch chirurgen geïnformeerd worden over de verdeling van taken, werkwijze en verantwoordelijkheden rond de opsporing van DHO. Maak afspraken over de terugrapportage.
- Maak in overleg met de betrokken specialisten in de tweede lijn (radiologen, (kinder)orthopedisch chirurgen) afspraken over de maximaal acceptabele wachttijd (drie weken).

Voorlichting

- Informeer ouders dat bij verwijzing gegevensuitwisseling tussen huisarts en jeugdarts plaatsvindt.
- Zorg voor de beschikbaarheid van adequate, consistente voorlichtingsmaterialen (verkrijgbaar via de websites van NHG en AJN).
- Maak afspraken wie bij vermoeden of vaststelling van een DHO de voorlichting geeft aan de ouders.

Bereikbaarheid

- Zorg voor helderheid over wie voor de terugrapportage door de specialist de aanspreekpersoon is binnen de JGZ.
- Zorg voor onderlinge bereikbaarheid, zodat de mogelijkheid voor afstemming en overleg wordt geoptimaliseerd. Hiertoe dienen zowel huisartsen als jeugdartsen met contactgegevens opgenomen te zijn in de sociale kaart van de regio. Dit kan lokaal worden ingevuld via zorgplatforms, smoelenboeken, en dergelijke.



overweegt, eventueel in onderling overleg (huisarts en jeugdarts samen), of vervolgactie noodzakelijk is.

In geval van afwijkende bevindingen bij beeldvormend onderzoek vindt op veel plaatsen direct doorverwijzing naar de (kinder) orthopedisch chirurg plaats. Voor situaties waarin dit niet het geval is, moeten afspraken worden gemaakt door wie, wanneer en op welke wijze de uitslag van beeldvormend onderzoek met de ouders van de cliënt wordt besproken.

Voorlichting

De huisarts of jeugdarts geeft bij verwijzing voorlichting aan de ouders over de aandoening, de verwijzingsroute en de begeleiding na verwijzing. Daarbij kan men de ouders een voorlichtingsfolder of Patiëntenbrief meegeven (zie www.nhg.org, rubriek Patiëntenvoorlichting of ajn.artsennet.nl, rubriek Beroepsinhoudelijke-info). Wanneer de diagnose DHO is gesteld, kan men de ouders attenderen op de patiëntenvereniging, de Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen (VAH, zie www.heupafwijkingen.nl).

Totstandkoming

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dysplastische HeupOntwikkeling is opgesteld door een werkgroep van Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De werkgroep startte in oktober 2009.

Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: A.J. Klein Ikkink, D. van Sleuwen, M. Hurts, L. de Vries, allen huisarts. Namens AJN hadden zitting: G. Koornstra en J. Roodbergen, beiden jeugdarts; C.L. Wensing-Souren en M.M. Boere-Boonekamp, beiden arts maatschappij en gezondheid; en B.E. van Sleuwen, bioloog.

De belangrijkste discussiepunten tijdens de werkgroepbijeenkomsten waren: het ontbreken van een evidence-based richtlijn, de onderlinge informatie-uitwisseling tussen betrokken beroepsgroepen en de verantwoordelijkheid over het zorgtraject na verwijzing.

In maart 2010 is een conceptversie van de LESA ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van 50 huisartsen en aan 20 jeugdartsen. Een reactie werd ontvangen van 19 huisartsen en 19 jeugdartsen. Tevens werd commentaar en advies ontvangen van de volgende referenten: dr. A.T. Besselaar, (kinder)orthopedisch chirurg; dr. H.C. Holscher, kinderradioloog; dr. A.C. Engelberts, kinderarts; drs. I. Steinbuch, seniorbeleidmedewerker ActiZ; drs. C. Mettes, stafarts Vivent IGZ; en de Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft. Na verwerking van het commentaar door de werk-

groep is de concepttekst in juli 2010 bestuurlijk vastgesteld door het NHG en de AJN.

De coördinatie was in handen van dr. M.M. Boere-Boonekamp/dr. B.E. van Sleuwen (TNO/AJN) en A.J. Klein Ikkink/L. de Vries (NHG). Dr. J.A. Vrienen, seniorwetenschappelijk medewerker van het NHG, was als medeprojectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA.

De totstandkoming van de LESA Dysplastische HeupOntwikkeling werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Volks-huisvesting, Welzijn en Sport en van Jeugd en Gezin.

© 2010 Nederlands Huisartsen Genootschap en Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Noten

Noot 1

De Richtlijn Signaleren dysplastische heupontwikkeling (Mettes C) is opgesteld door de stafartsen en stafverpleegkundigen IGZ van de thuiszorgorganisaties in Noord Brabant en op 2-6-2008 vastgesteld in het stafoverleg IGZ Noord-Brabant.

Noot 2

De NHG-Standaard Onderzoek van de pasgeborene bevat een paragraaf over het routineonderzoek van de pasgeborenen direct na de bevalling: 'Dysplastische heupontwikkeling. Het onderzoek van de heup hoeft niet direct postpartum te gebeuren, omdat er geen geschikte onderzoeksmethode bestaat. Het eerste heuponderzoek en de anamnese voor risicogroepdetectie kunnen plaatsvinden op de leeftijd van circa vier weken, (meestal) op het consultatiebureau voor zuigelingen. Bij het onderzoek direct postpartum kan een niet-symmetrisch bewegingspatroon van de benen eventueel aanleiding zijn voor nader onderzoek van de heupen (abductie, kniehoogteverschil). Bij afwijkingen wordt dan verwezen naar de (kinder)orthopeed.'

NHG-Standaard Onderzoek van de pasgeborene (2001). nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M74_std.htm#Lichamelijkonderzoek

Noot 3

De methodiek van het 'rechtstreeks verwijzen' is beschreven door Buiting *et al.* Buiting AMT, Verkerk PH, Wagenaar-Fischer MM, HiraSing RA. Verslag Project rechtstreeks verwijzen in de IGZ. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006. www.tno.nl/downloads/TNORapportDirectVerwijzenIGZ2006.pdf

Noot 4

Boere-Boonekamp MM, Van Sleuwen BE. Handreiking samenwerking huisarts – jeugdgezondheidszorg. Utrecht: AJN/LHV/NHG, 2008. www.rivm.nl/jeugdgezondheid/images/Handreiking%20samenwerking%20huisarts-jeugdgezondheidszorg.pdf

Noot 5

Castelein RM, Doorn PF. Echografie in de diagnostiek van dysplastische heupontwikkeling. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1804-8.

Noot 6

De betekenis van anamnestiche gegevens en onderzoeksbevindingen voor de (vroeg)diagnostiek van DHO is onderzocht in een prospectieve cohortstudie in Nederland. Boere-Boonekamp MM, Kerkhoff AHM, Schuil PB, Zielhuis GA. De diagnostiek van dysplastische heupontwikkeling. De betekenis van anamnestiche gegevens en onderzoeksbevindingen. Huisarts Wet 1997;40:236-43. Boere-Boonekamp MM, Kerkhoff TH, Schuil PB, Zielhuis GA. Early detection of developmental dysplasia of the hip in the Netherlands: the validity of a standardized assessment protocol in infants. Am J Public Health 1998;88:285-8.

Noot 7

Van 2007 tot 2010 vond een proefimplementatie en kosteneffectiviteitsstudie plaats van echografische screening bij alle zuigelingen op de leeftijd van 3 maanden in de jeugdgezondheidszorg (het Soundchec 2 project). Mogelijk zal deze methodiek de huidige screening in de toekomst vervangen. Deze proefimplementatie is een vervolg op een eerder door Roovers *et al.* uitgevoerde scenario- en kosteneffectiviteitsstudie (Soundchec). Roovers EA, Boere-Boonekamp MM, Castelein RM, Zielhuis GA, Kerkhoff TH. Effectiveness of ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2005;90:F25-F30.

Noot 8

Wiegens TA. Steeds minder huisartsen verloskundig actief. Huisarts Wet 2003;46:432-4.

Noot 9

De fysische diagnostiek bij de pasgeborene – de handgrepen van Ortolani – en de waarde ervan voor de Nederlandse situatie is door Castelein beschreven in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Castelein RM. Fysische diagnostiek – de handgreep van Ortolani. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:1077-80.

Noot 10

De familieanamnese richt zich op DHO of verschijnselen van coxartrose voor het 45^e jaar bij ouders, broers/zussen, ooms/tantes en grootouders (1^e en 2^e graads verwanten van het kind). Dit leeftijds criterium is arbitrair vastgesteld, maar bekend is dat coxartrose op jonge leeftijd frequent het gevolg is van niet onderkende of niet succesvol behandelde DHO.

Noot 11

Na de leeftijd van één jaar wordt bij het lichame-lijk onderzoek gelet op het looppatroon. Mank lopen kan duiden op enkelzijdige luxatie; waggelend lopen op dubbelzijdige luxatie. Een verbrede luchtfiguur onder het perineum wordt veroorzaakt doordat het femur bij (sub)luxatie behalve naar achter-boven ook naar lateraal is verplaatst; de ruimte onder het perineum is daardoor vergroot. Bij een versterkte lendenlordose is sprake van (een holle rug en) een vooroverkanteling van het bekken. (Sub)luxatie van beide heup(en) gaat veelal gepaard met versterkte lendenlordose. Omgekeerd hoeft versterkte lendenlordose niet altijd op (sub)luxatie van de heup(en) te wijzen.