



## 124 Asymmetrische bilplooï

A. Broos-Kerste

### KERNPUNTEN

- De incidentie van dysplastische heupontwikkeling varieert van 1,4 tot 3,9%.
- Bij een asymmetrische bilplooï is de kans op heupluxatie ongeveer vijfmaal zo groot.
- Bij eenzijdige heupdysplasie bestaat meestal een kniehoogte- of een beenlengteverschil.
- Er is geen consensus over de optimale screeningsstrategie op heupdysplasie.

### DEFINITIE

Asymmetrische bilplooien kunnen voorkomen bij zuigelingen en kunnen een aanwijzing zijn voor heupluxatie. Er is dan sprake van een extra bilplooï aan één zijde. Vooral als deze extra plooï zich dicht bij het perineum bevindt, is de kans op heupluxatie vergroot.

### ETIOLOGIE/PATHOGENESE

Heupluxatie is de ernstigste vorm van het spectrum van dysplastische heupontwikkeling. Er is dan sprake van een femurkop die uit het acetabulum ligt. Er kan ook sprake zijn van subluxatie waarbij de femurkop niet goed in het acetabulum ligt, of van heupdysplasie waarbij de femurkop wel goed in het acetabulum gepositioneerd is maar het acetabulum zich niet goed heeft ontwikkeld.

Vroegijdige diagnostiek en behandeling van dysplastische heupontwikkeling zijn belangrijk daar dit complicaties op latere leeftijd kan voorkomen. Verder is het zo dat hoe eerder met een eventuele behandeling begonnen wordt, hoe korter en eenvoudiger deze kan zijn en hoe minder kans er is op complicaties. De complicaties van een niet-behandelde dysplastische heupontwikkeling kunnen zijn: mank lopen of lopen met een waggelgang (bij dubbelzijdige problematiek), pijn, of het ontstaan

*Figuur 124.1 Asymmetrische bilplooien kunnen voorkomen bij zuigelingen en kunnen een aanwijzing zijn voor heupluxatie. Er is dan sprake van een extra bilplooï aan één zijde (in dit geval werden op de heupfoto geen afwijkingen gezien).*

van een beenlengteverschil tot 6 cm. Tevens zou tot 70% van alle niet behandelde dysplastische heupontwikkelingpatiënten op de leeftijd van 40 tot 50 jaar last van heupartrose krijgen.<sup>1</sup> Bij alle patiënten die op latere leeftijd een heupprothese krijgen, zou dit in 30% komen door dysplastische heupontwikkeling.<sup>2</sup>

Er zijn verschillende risicofactoren voor dysplastische heupontwikkeling bekend. Zo komt dysplastische heupontwikkeling vier- tot achtmaal vaker voor bij meisjes dan bij jongens.<sup>3</sup> Een andere belangrijke risicofactor is het familiaire voorkomen van dysplastische heupontwikkeling. Als er in een gezin een broer of zus is met dysplastische heupontwikkeling, dan is de kans op dysplastische heupontwikkeling voor een volgend kind 6%. Wanneer één ouder een dysplastische heupontwikkeling heeft, dan heeft een kind 12% kans op dysplastische heupontwikkeling, en heeft zowel een ouder als één ander kind binnen een gezin dysplastische heupontwikkeling, dan is de kans voor een volgend kind zelfs toegenomen tot 36%.<sup>3</sup>

Andere risicofactoren voor dysplastische heupontwikkeling zijn prenatale factoren waarbij de bewegingsruimte voor de foetus beperkt is, zoals oligohydramnion of meerlingzwangerschap. In hoeverre dit de kans op dysplastische heupontwikkeling vergroot, is echter niet duidelijk. Tevens vormt de geboorte in stuitligging een risico-

factor, vooral als er sprake is van een onvolkomen stuitligging (wanbij de heupen gereflecteerd zijn en de knieën gestrekt); dan is de kans op dysplastische heupontwikkeling ongeveer vijfmaal zo groot.<sup>1</sup> Verder wordt een hogere incidentie van dysplastische heupontwikkeling gezien bij kinderen die langdurig worden ingebakerd met de heupen in adductie en extensie. Bij een asymmetrische bilplooïn is de kans op heupluxatie ongeveer vijfmaal zo groot; het wordt echter ook vaak gezien bij kinderen zonder heupproblemen.<sup>3</sup>

#### EPIDEMIOLOGIE

De incidentie van dysplastische heupontwikkeling varieert in Nederland van 1,4 tot 3,9%. Dit blijkt uit onderzoeken naar de screening op dysplastische heupontwikkeling op het consultatiebureau.<sup>3</sup>

#### WAARMEET KOMT DE PATIENT?

Bij de verzorging zijn asymmetrische bilplooien opgevallen en hierover maken de ouders zich ongerust, of de patiënt wordt verwezen door de consultatiebureaus, omdat er bij lichaamelijk onderzoek asymmetrische bilplooien zijn geconstateerd.

#### ANAMNESE

De huisarts vraagt naar:

- zwangerschap en bevalling (stuitligging, meerlingzwangerschap, oligohydramnion);
- familielanamnese (komt er in de eerste- of tweedegradsfamilie dysplastische heupontwikkeling voor, of is er bij deze familieleden sprake van heupartrose voor het 45e jaar?);
- bijzonderheden bij het verliuieren zoals pijn of asymmetrie bij het spreiden van de benen;
- symmetrie in het bewegen met de benen.

#### ONDERZOEK

De handgrepen van Ortolani en Barlow zijn erg bekend als het gaat om het opsporen van congenitale heupluxatie. De waarde hiervan voor de huisartsenpraktijk is echter beperkt; derhalve zal de praktische uitvoering ervan hier niet verder besproken worden. In ervaren handen heeft de test van Barlow echter een grote sensitiviteit en specificiteit voor heupluxaties, respectievelijk 91 en 99%.<sup>4</sup> Wanneer men echter minder ervaren is, zijn de sensitiviteit en specificiteit van beide tests beperkt.<sup>5</sup> Bovendien kunnen met deze handgrepen alleen luxaties worden opgespoord en hebben ze geen enkele waarde bij het opsporen van dysplasie.<sup>4</sup> Verder herstelt 90% van alle middels de tests van Ortolani en Barlow gevonden heupluxaties spontaan binnen twee maanden. Dit komt doordat het gewrichtskapsel van de heupen in de neonatale periode soms nog erg slap is maar daarna snel steviger wordt.<sup>5</sup> Het lichaamelijk onderzoek in-

#### Onderzoek van de heupabductie

Heupabductie wordt onderzocht bij een zuigeling in rugligging, met de heupen netgentig graden gebogen. De heupen worden nu geabduceerd, en als de heupabductie minder dan zeventig graden bedraagt of als een abductieverschil van meer dan tien graden tussen de linker en de rechter heup wordt gevonden, dan worden de bevindingen als afwijkend beschouwd. Het abductieverschil is vooral op jonge leeftijd een nuttig onderzoek om dysplastische heupontwikkeling op te sporen. Het verschil neemt af bij het toenemen van de leeftijd en is op de leeftijd van 1 jaar zo goed als verdwenen.<sup>1,4</sup> Wanneer er een abductiebeperking van de rechter heup is gevonden, is de kans op heupdysplasie of luxatie ongeveer viermaal zo groot, bij een abductiebeperking van de linker heup is dit 6.<sup>3</sup>

#### Onderzoek van beenlengte en kniehoogte

De kniehoogte wordt bekeken met de test van Galeazzi en is positief als er sprake is van eenzijdige heupluxatie; dubbeldzijdige luxatie wordt met deze test dus gemist. Er is een groter kniehoogte- en beenlengteverschil naarmate het kind ouder wordt. Het kind wordt neergelegd in rugligging met de heupen en knieën gebogen en de voeten naast elkaar op de onderlaag, er wordt vervolgens gekeken of er sprake is van een kniehoogteverschil. De knie van de eventueel geluxeerde heup staat hierbij het laagst. Ook wordt de beenlengte beoordeeld; dit gebeurt zowel in rug- als in buikligging, met de benen gestrekt tegen elkaar aan.<sup>1,4</sup> Bij een gevonden kniehoogteverschil is de kans op heupluxatie elfmaal zo groot, bij een gevonden beenlengteverschil is dit twaalfmaal vergroot.<sup>3</sup>

#### Onderzoek van de bilplooien

De bil- en liesplooien worden geïnspecteerd in buik- respectievelijk rugligging. Naarmate een extra plooï dichter bij het perineum zit, is de kans op luxatie groter. De extra bilplooï als teken van heupluxatie wordt vooral bij het jonge kind gezien en verdwijnt weer bij het oudere kind. Bij een extra bilplooï is de kans op heupluxatie ongeveer vijfmaal zo groot.<sup>3</sup>

#### Onderzoek naar aangeboren afwijkingen

Zoals afwijkingen van de voet (bijvoorbeeld een klomppoot), torticollis of zuigelingenscoliose, bij een positieve bevinding is de kans op heupdysplasie of luxatie ongeveer vijfmaal vergroot.<sup>3</sup>

#### Aanvullend onderzoek

Wanneer er afwijkingen zijn bij lichaamlijk onderzoek zoals hierboven beschreven, of er is sprake van risicofactoren zoals eerder vermeld, is aanvullend onderzoek ge-

indiceerd. De huisarts kan zelf aanvullende diagnostiek laten verrichten zoals een echo of X-heupen bij een positieve familielanamnese of stutthitting. Dit gebeurt bij voorkeur rond de leeftijd van 2 weken, omdat er in de eerste 2 weken soms een lichte positieve bevinding is bij echografie.<sup>6</sup>

Over het aanvullende onderzoek moet vermeld worden dat tot de leeftijd van 3 tot 4 maanden echografie het onderzoek van eerste keuze is, hierna zijn echo en X-foto beide mogelijk. Na de leeftijd van 1,5 jaar heeft de echo geen waarde meer.<sup>7</sup>

## BELEID

Dysplastische heupontwikkeling is, indien niet of niet tijdig behandeld, een aandoening met veel kwalijke gevolgen op latere leeftijd. Het is derhalve van groot belang zo veel mogelijk gevallen van dysplastische heupontwikkeling tijdig te diagnosticeren. In ons omringende landen zoals Duitsland of Oostenrijk worden alle zuigelingen met behulp van echografie op dysplastische heupontwikkeling gescreeend. Recent onderzoek toont echter aan dat dit niet noodzakelijk is en dat echografie alleen op indicatie verricht zou hoeven worden.<sup>6,7</sup> Men adviseert echter wel om bij alle zuigelingen in de neonatale fase lichamelijk onderzoek te verrichten middels de handgreep van Ortolani en Barlow. Indien er bij dit onderzoek een positieve bevinding is of wanneer er risicofactoren zijn voor dysplastische heupontwikkeling, wordt geadviseerd aanvullend een echo te laten verrichten.<sup>6,7</sup> In Nederland worden lang niet alle neonaten door ervaren onderzoekers op dysplastische heupontwikkeling onderzocht. Ook vindt er geen systematische echografische screening plaats.

perking van meer dan tien graden van één heup) kan de huisarts besloten aanvullend onderzoek te doen of direct naar een orthopedisch te verwijzen.

## PREVENTIE EN VOORLICHTING

Bij het aanhouden van de hier genoemde richtlijnen wordt 20% van alle zuigelingen verwzen voor aanvullende diagnostiek, terwijl er slechts bij 1,4 à 3,9% sprake is van dysplastische heupontwikkeling.<sup>3</sup> Wellicht zal de opsporing van dysplastische heupontwikkeling in Nederland in de toekomst op een andere manier verlopen, door middel van screening via neonataal lichaamelijk onderzoek of echografie.

## LITERATUUR

- Visser JD. Kinderorthopaedie: plus of niet plus. Een leidraad voor de eerstelijns gezondheidszorg. 10e dr. 1e herz. uitg. Groningen. <http://www.jdwisser.nl>; 2009.
- Castellein RM, Doorn PF. Echografie in de diagnostiek van dysplastische heupontwikkeling. Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140:1804-8.
- Boere-Boonekamp MM, Kerkhoff AHM, Schuil PB, Zielhuis GA. De diagnostiek van dysplastische heupontwikkeling. Huisarts Wet 1997;40:236-43.
- Burger Bl. Congenital dysplasia of the hip: to screen or not to screen, to treat or not to treat. Katwijk: Albedon/Klop; 1993.
- Castellein RM. Fysische diagnostiek – de handgreep van Ortolani. Ned Tijdschr Geneeskd 2002;146:1077-80.
- Eastwood DM. Neonatal hip screening. Lancet 2003;361:595-7.
- Holen KJ, Tegnander A, Bredland T, Johansen OJ, Saether OD, Eik-Nes SH, Terjesen T. Universal or selective screening of the neonatal hip using ultrasound? A prospective, randomised trial of 15,529 newborn infants. J Bone Joint Surg 2002;84-B:886-90.
- McKechnie LJ, Sinn JK, Osborn DA. Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD004595.
- Patel H; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. CMAJ 2001;164:1669-77.
- US Preventive Service Task Force. Screening for developmental dysplasia of the hip: recommendation statement. Ann Fam Physician 2006;73:1992-6.
- What is aagetoond?
- Er is nog geen consensus over de optimale screeningsstrategie.<sup>8</sup> Periodiek onderzoek van de heupen door een ervaren arts totdat het kind kan lopen lijkt zinvol; systematische echografie lijkt niet zinvol.<sup>9</sup> Een deel van de kinderen krijgt ten onrechte een spreidbroek vanwege vermeende heupdysplasie, een ander deel (circa 20%) van de kinderen krijgt een spreidbroek terwijl chirurgische interventie is geïndiceerd.<sup>9</sup>
- In een literatuuroverzicht wordt geconcludeerd dat screening leidt tot eerdere herkenning van heupdysplasie, echter 60 tot 80% van de heupen van pasgeborenen worden bij lichaamelijk onderzoek verdacht gevonden voor heupdysplasie en meer dan 90% van de heupdysplasieën vastgesteld met echografie zouden spontaan, zonder interventie, herstellen. Er is zwaak bewijs (studies van matige kwaliteit) voor zowel chirurgische als conservatieve interventies, avasculaire necrose van de heup treedt op in 0 tot 60% van de voor heupdysplasie behandelde kinderen. Op basis van deze gegevens kan in deze review geen advies doen over de voor- en nadelen van screening op heupdysplasie en er werd gewaarschuwd voor de risico's van routine screening op heupdysplasie van alle pasgeborenen.<sup>10</sup>

## VERWIJZEN

Bij een sterke verdening op dysplastische heupontwikkeling (afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek, een duidelijk beenlengteverschil of een abductie-