

Bijlage: Afnemen anamnese risicofactoren

De werkgroep adviseert de volgende werkwijze met betrekking tot het uitvragen van de risicofactoren:

- De jeugdverpleegkundige neemt bij de intake van de zuigeling de anamnese af. Dit is meestal tijdens het huisbezoek in de tweede levensweek. In sommige situaties zal de anamnese later worden afgenomen, bijvoorbeeld in geval van ziekenhuisopname na de geboorte, wanneer een kind wordt gevolgd op de prematurenpoli, bij verhuizing, adoptie, etc.
- Tijdens het eerste moment van contact bij de jeugdarts loopt deze de anamnese na en vult deze zo nodig aan. Dit geldt met name voor de positieve familieanamnese. Ouders hebben dit soms extra nagevraagd in de familie naar aanleiding van de vraag van de jeugdverpleegkundige tijdens het huisbezoek.
- De jeugdarts of jeugdverpleegkundige benoemt waarom ze vraagt naar heupaandoeningen in de familie, namelijk omdat het kind zelf een verhoogd risico loopt als DDH in de familie voorkomt. Wees daarbij specifiek in je vraagstelling. Hierdoor zal er eerder herkenning zijn bij ouders, of ze zullen eerder geneigd zijn het bij hun familieleden na te vragen. Ook bij het navragen van de ligging van de baby na week 32 van de zwangerschap en/of bij de bevalling is het goed om de achtergrond van de vraag te benoemen.
- De JGZ-professional neemt de anamnese over risicofactoren mondeling af. De ligging bij de bevalling kan de JGZ-professional meestal ook uit de overdrachtspapieren van de verloskundig zorgverlener en kraamzorg halen.
- Ten slotte interpreteert de jeugdarts tijdens het eerste moment van contact of sprake is van een risicofactor die reden is voor verwijzing.
- Voor het afnemen en interpreteren van de risicofactoren stelt de JGZ-professional de vragen zoals hieronder beschreven en worden de erbij vermelde omschrijvingen gehanteerd. Pas de formulering van vragen zo nodig aan aan het begripsniveau van de ouders.
- Bij registratie is het belangrijk te noteren of een risicofactor wel of niet vóórkomt ofwel dat deze niet bekend is, bijvoorbeeld vanwege taalbarrière, adoptiekinderen, uithuisplaatsingen of omdat de JGZ-professional het (nog) niet heeft nagevraagd.

Wijze van uitvragen risicofactoren:

Familieanamnese

Vraag:

Zijn er familieleden die:

- een aangetoonde heupdysplasie of -(sub)luxatie hebben gehad?
- als kind een spalk, beugel, tractiebehandeling, operatie en/of gips hebben (gehad) voor de heupen?
- mank/scheef lopen of hebben gelopen ten gevolge van de heupen?
- vóór of rond het 50e jaar versleten heupen hebben (gehad)? Dit kan blijken uit ernstige pijn- of functieklasten ten gevolge van artrose van de heup.
- vóór of rond hun 50e jaar geopereerd zijn aan de heupen?

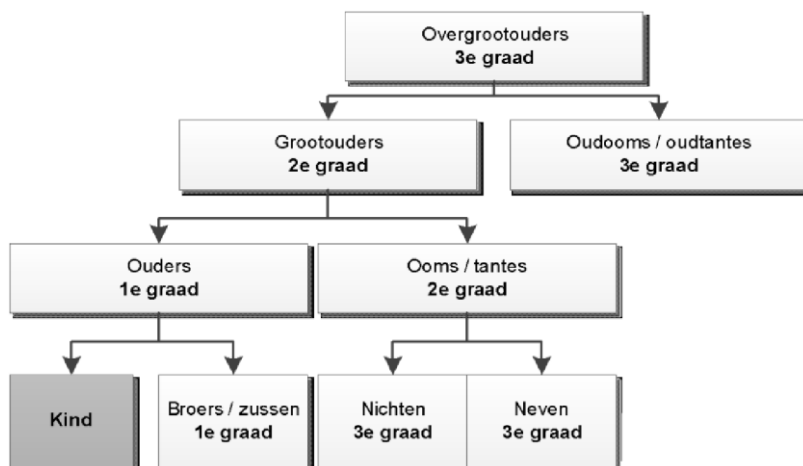
Indien positief, dan andere oorzaken zoals trauma, polio, ontsteking, ziekte van Perthes, voor zover mogelijk uitsluiten.

Interpretatie:

Eén of meerdere familieleden van het kind met DDH en/of coxartrose voor de leeftijd van 50 jaar in de eerste graad (ouders, zussen, broers) of tweede graad (grootouders, tantes, ooms) betekent een positieve familieanamnese. Dit is ongeacht de mogelijke oorzaak voor DDH, dus ook een familielid dat is behandeld voor heupdysplasie en tevens in stuit heeft gelegen gedurende de zwangerschap telt als positieve familieanamnese.

Een positieve familieanamnese is een risicofactor voor DDH.

Er is een verschil tussen de familiale graden in medisch en juridisch gebruik. In medisch gebruik gaat het om de kans op gelijke persoonskenmerken. Een eerstegraads familielid van een kind is een familielid dat ca. 50% van zijn genen met het betreffende kind deelt, d.w.z. ouders en broers/zussen. Een tweedegraads familielid is een familielid dat in ca. 25% van de genen overeenkomt, dus grootouders en broers/zussen van de ouders van het kind (ooms/tantes). Zie figuur 5 voor verduidelijking van de familiale graden volgens medisch gebruik.



Figuur 5: Familiaire graden volgens medisch gebruik. Bron: Wikipedia.

Ligging in de baarmoeder na week 32 van de zwangerschap

Vraag:

Hoe lag uw kind in de baarmoeder na week 32 van de zwangerschap? In hoofdligging, stuitligging of anders? Hoe lag uw kind in de baarmoeder op het moment dat u ging bevallen? In hoofdligging, stuitligging of anders?

Interpretatie:

Stuitligging tijdens de zwangerschap na week 32 (inclusief stuitligging tijdens de bevalling) is een risicofactor voor DDH.

De keuze voor het criterium 'na week 32' is op basis van expert opinion gemaakt. Het verwijlsbeleid is bij geslaagde en niet geslaagde uitwendige versie hetzelfde. Het verhoogde risico hangt niet af van de aard van de stuitligging: volkomen, d.w.z. met de voeten naar beneden, of (half) onvolkomen, d.w.z. met (een of) beide benen omhoog.

Hakvoet

Vraag:

Hoe was de stand van de voeten van uw kind na de geboorte? Stond (een van de) voeten 'dubbelgevouwen' met de tenen omhoog wijzend naar het onderbeen?

Interpretatie:

Kinderen waarbij er sprake is (geweest) van een hakvoet hebben een verhoogd risico op DDH.



Figuur 6: Pes calcaneus (hakvoet); de achtervoet staat in extreme dorsaalflexie met lichte valguskanteling.

Bron: JGZ-richtlijn Extremiteten

Oligohydramnion

Vraag:

Bent u tijdens de zwangerschap onder behandeling geweest van de gynaecoloog in verband met te weinig vruchtwater?

Interpretatie:

Meisjes waarvan de moeder onder behandeling is geweest van de gynaecoloog voor (door de gynaecoloog vastgestelde) oligohydramnion hebben een verhoogd risico op DDH.

Geboortegewicht

Vraag (als het geboortegewicht nog niet bekend is vanuit de overdracht)

Woog uw kind bij de bevalling meer dan 4 kilo?

Interpretatie:

Meisjes die bij de geboorte meer dan 4 kilo wogen hebben een verhoogd risico op DDH.

Inbakeren

Vraag:

Wordt het onderlichaam van uw kind ingebakerd? Zo ja, is aan u uitgelegd hoe u uw kind het beste kan inbakeren? Zo ja, door wie?

Interpretatie:

Er zijn aanwijzingen dat kinderen bij wie het onderlichaam strak wordt ingebakerd met de heupen en knieën gestrekt een verhoogd risico hebben op DDH.

Wanneer ouders hun kind inbakeren zonder dat instructie door een geschoold professional heeft plaatsgevonden, kan dit een verhoogd risico op DDH betekenen. In dat geval moet dit worden afgeraden en dient begeleiding aangeboden te worden. 'Veilig inbakeren' houdt in dat de ingebakerde baby zijn benen in opgetrokken stand moet kunnen spreiden (in een 'M'-positie) en volledig moet kunnen strekken.