

Bijlage 1. Anamnese op basis van risicofactoren

Familieanamnese

Vraag:

Zijn er familieleden die:

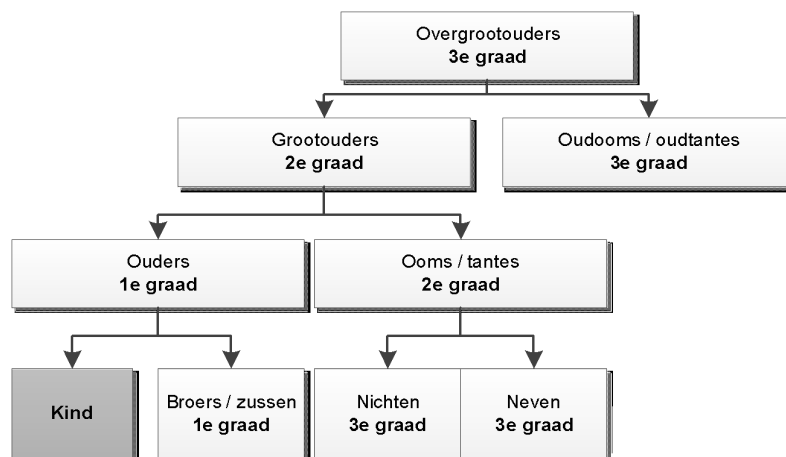
- een aangetoonde heupdysplasie of -(sub)luxatie hebben gehad?
- als kind een spalk, beugel, tractiebehandeling, operatie en/of gips hebben (gehad) voor de heupen?
- mank/scheef lopen of hebben gelopen ten gevolge van de heupen?
- vóór of rond het 50^e jaar versleten heupen hebben (gehad)? Dit kan blijken uit ernstige pijn- of functieklachten 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 belaste familieanamnese. Een belaste 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 [118].

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?

Interpretatie:

Stuitligging tijdens de zwangerschap na week 32 is een risicofactor voor DDH. Er is onvoldoende wetenschappelijke literatuur beschikbaar waardoor het nader specificeren naar periode en duur van de risicofactor 'stuitligging in de zwangerschap' niet mogelijk is. De keuze voor het criterium 'na week 32' is op basis van expert opinion gemaakt. In het begin van het derde trimester

(zwangerschapsduur 27 weken) ligt 22-25% van de kinderen in stuit, bij 32 weken is dat 7-15%, terwijl 3 - 4% van de kinderen in de a terme periode in stuit ligt. De prevalentie van DDH in de groep met een geslaagde uitwendige versie is waarschijnlijk nog steeds hoger dan de prevalentie in een algemene populatie zonder risicofactoren. Het verwijlsbeleid is bij geslaagde en niet geslaagde uitwendige versie hetzelfde.

Ligging in de baarmoeder bij de bevalling

Vraag:

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

Interpretatie:

Stuitligging op het moment van de bevalling is een risicofactor voor DDH. Het risico is hoger als het kind via een vaginale stuitbevalling werd geboren; echter ook als een keizersnede is verricht, geldt de stuitligging als risicofactor voor DDH. 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. Ook hangt het verhoogde risico niet af van de zwangerschapsduur op het tijdstip van de bevalling.

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. In het verleden werd een hoge incidentie van DDH beschreven bij volkeren (Navajo-indianen, Laplanders) die de gewoonte hadden jonge zuigelingen in gestrekte houding in te bakeren, waarbij de heupen langdurig in extensie en adductie werden gehouden [3]. In Oost-Europa en het Midden-Oosten worden veel kinderen ingebakerd [42, 43]. Ook in Nederland vindt dit in toenemende mate plaats, bijvoorbeeld door ouders met een migratie-achtergrond (Turkse, Marokkaanse ouders), door op antroposofie georiënteerde ouders of door ouders met een huilbaby (zie de [JGZ-richtlijn 'Excessief huilen'](#)). 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 ('kikkerstand') en volledig moet kunnen strekken.