

## *Congenitale dysplasie van het heupgewricht*

In het interessante artikel van Prof. KINGMA (1974) lees ik dat kinderen, geboren in een familie waarin congenitale dysplasie van het heupgewricht voorkomt, en kinderen behorende tot de risicogroepen, op de leeftijd van 3-6 maanden verwezen dienen te worden naar een orthopedisch chirurg met de vraag of hier een congenitale dysplasie van het heupgewricht in het spel is. Die risicogroepen zijn: meisjes, eerstgeborenen, stuitgeboorten, wintergeboorten. Ik ben slecht in het uitrekenen van percentages; het lijkt mij echter dat vrijwel iedere baby dan verwezen dient te worden. Hoe is dit in deze tijd realiseerbaar met het grote tekort aan orthopedisch chirurgen? Heeft het zin dat de huisarts de röntgenfoto's laat maken of moeten deze altijd door de orthopedisch chirurg beoordeeld worden?

*Literatuur:* KINGMA, M. J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 293.

Tilburg, maart 1974

G. R. ALBREGTS

De vragen van collega ALBREGTS geven de gelegenheid op enkele punten nader in te gaan.

In mijn artikel staat: alle artsen die toezicht houden op de verdere ontwikkeling van het kind (huisartsen, kinderartsen, consultatiebureau-artsen) besteden aandacht aan de heupen; in het bijzonder bij kinderen, die vallen onder de statistische risico-groepen.

Mijn antwoord op de vraag welke kinderen naar de orthopedisch chirurg verwezen moeten worden, luidt: (1) kinderen met een positief teken van Ortolani, direct na de geboorte; (2) kinderen met ongelijke beenlengte of abductiebeperking, direct nadat dit ontdekt wordt; (3) kinderen met een positieve familie-anamnese op de leeftijd van drie tot zes maanden.

Het antwoord op de vraag hoe te handelen bij de aanwezigheid van risicofactoren is niet zo eenvoudig; het is gewenst hier meer ervaring op te bouwen. Als voorlopig beleid wil ik adviseren: Als er één risico-factor aanwezig is, niet verwijzen. Men kan niet alle meisjes verwijzen; men kan niet alle kinderen geboren in de wintermaanden verwijzen. Als er vier risico-factoren aanwezig zijn, zeker verwijzen; dus een meisje dat eerstgeborene is, in stuitligging, in de wintermaanden, zeker verwijzen. Als er twee of drie risico-factoren aanwezig zijn, wordt de beslissing arbitrair; hierbij moet worden aangetekend, dat niet alle factoren even zwaar wegen; stuitligging is een zwaar wegende factor. De aanwezigheid van twee of drie risico-factoren moet wel een aansporing zijn voor extra waakzaamheid van de kant van de huisarts, de kinderarts, de consultatiebureau-arts. Wij stellen ons tegenwoordig voor, dat het optreden van congenitale dysplasie van het heupgewricht het gevolg is van het samengaan van endogene en exogene factoren. De statistisch gevonden risico-factoren zijn waarschijnlijk een uitdrukking van de exogene factoren. Hoe meer factoren er samengaan, hoe meer kans op het optreden van de aandoening.

De handelwijze, waarbij de huisarts een röntgenfoto laat maken, is niet juist. Het gaat hier vooral om het onderscheid

tussen normaal en lichte vorm van dysplasie. Deze diagnostiek berust op het opnemen van de anamnese, het doen van het klinisch onderzoek en het lezen van de röntgenfoto; deze diagnostiek is zeer subtiel. Met alle respect voor de kundigheden van de huisarts en de röntgenoloog wil ik toch stellen, dat de orthopedisch chirurg de enige is, die in staat is, na verzamelen en afwegen van deze gegevens, de beslissing te nemen of het kind al dan niet met een abductie-beugel behandeld moet worden.

Er zijn inderdaad te weinig orthopedische chirurgen. De oplossing van dit probleem is er voor te zorgen, dat er meer orthopedische chirurgen komen. De tegenwoordige orthopedische chirurgen besteden veel tijd aan grote operaties bij gedeestruerde gewrichten bij oudere mensen. De destructie van de gewrichten bij deze mensen is vaak terug te voeren op in de jeugd doorgemaakte aandoeningen. Het streven van de orthopedie is door vroegtijdige diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen bij kinderen te voorkomen, dat er zich op latere leeftijd ernstige stoornissen ontwikkelen.

De tijd, besteed door een orthopedisch chirurg aan de vroegtijdige diagnostiek bij kinderen, is wel besteed!

Groningen, april 1974

M. J. KINGMA

## *Abductiebehandeling bij aangeboren dysplasie van het heupgewricht*

Gaarne wil ik een aanvulling geven op het historisch overzichtje in het artikel van J. ROGGE-ZUURMOND en C. W. L. ROGGE (1974).

1. Inderdaad komen juist in de achttiende eeuw stemmen op tegen het inbakeren van baby's. PETRUS CAMPER toonde zich in zijn geschrift van 1763 wel degelijk een tegenstander van stevig inbakeren:

„De kinderen worden, zoo draa zy afgewassen zyn, opgebakert, 't geen niet te stijf geschieden moet, hoe losser hoe beter, evenwel zoo, dat zy behandeld kunnen worden. Onze vrouwen leggen hen daarom in eenen wollen luijer, welken zy zeer net om het lighaam schikken, en met groote spelden vast maaken...”

Het is daarom niet juist om CAMPER te beoordelen naar zijn bewerking van het veel oudere boek van MAURICEAU (eerste Franse druk 1668), waarin de klassieke opvattingen gehuldigd werden. De eerste Nederlandse druk van MAURICEAU'S werk dateert reeds uit 1683, waarin over het bakeren staat:

„Syne armen en beenen sullen in syne lueren gebonden wesen, zijnde wel recht uitgestrekt...” en

„Het (kind) moet dus opgebakert wesen, om aen syn klein lichaem een rechte figuur te geven, die bequaemst en best past voor een mensch, en om het te gewinnen sich op syn twee voeten te houden...”

Een tamelijk recent onderzoek naar de invloed van het inbakeren is van de hand van LIPTON e.a. (1965).

2. CAMPERS visie op het mank gaan kan men eveneens lezen in zijn werk uit 1763. CAMPER vestigde zich in april 1761 op zijn landgoed Klein Lankum bij Franeker. Hij be-