

<sup>1</sup> Dieckmann WJ, Davis ME, Rijnkiewicz LM, Pottinger RE. Does the administration of diethylstilboestrol during pregnancy have therapeutic value? *Am J Obstet Gynecol* 1953; 66: 1062-81.

Nijmegen, september 1984

T.K.A.B. ESKES

## Lichamelijk onderzoek bij aangeboren heupontwrichting

Naar aanleiding van de klinische les van Visser en Nielsen,<sup>1</sup> willen wij enige punten noemen die wij in het artikel misten en waarover bij verwijzing communicatiestoornissen kunnen ontstaan:

– De handgreep van Ortolani is toch slechts mogelijk in de eerste weken na de geboorte; op het consultatiebureau zullen wij dan ook zelden of nooit een positieve Ortolani kunnen constateren.

– Het geleidelijk aan optreden van abductiebeperking en andere verschijnselen van heupdysplasie of -luxatie bij kinderen, bij wie onderzoek kort na de geboorte geen afwijkingen aan het licht bracht, wordt in dit artikel niet genoemd; tot ver in de loop van het eerste jaar komt dit voor. Te vaak wordt dit gezien als iets wat in het begin gemist is, waardoor ouders in onzekerheid worden gebracht.

– De consultatiebureau-artsen deden de proef volgens Galeazzi volgens de Groningse school, d.w.z. dat de voetjes van de baby plat op de onderlaag rusten. Volgens sommige orthopeden moeten echter, om deze handgreep goed uit te voeren de benen 90° in de heupen geflecteerd worden. Bestaat hierover geen communis opinio?

### LITERATUUR

<sup>1</sup> Visser JD, Nielsen HKL. Lichamelijk onderzoek bij aangeboren heupontwrichting. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1217-20.

Heemstede, september 1984 H.L.M.TH. ALOFS-MARTENS  
J.A. VAN DER KOOIJ-VOOGT

In de regel zal de Ortolani- of de Barlow-proef bij een luxeerbare heup in de eerste weken na de geboorte positief zijn. Hierna kunnen zich drie situaties voordoen.

Ten eerste: de bandslapte herstelt zich, de heupkop zit in de kom, de heup ontwikkelt zich normaal.

Ten tweede: de bandslapte herstelt zich niet, er treden geen veranderingen op in de zin van een adductie-contractuur; de Ortolani- en Barlow-proef blijven nog maanden positief.

Ten derde: als gevolg van de relatieve verkorting van de M. iliopsoas-pees wordt de heupkop door de pees van deze spier bij toenemende extensie naar dorsaal en lateraal

gedrukt en de heup blijft ontwricht. Zolang er geen secundaire veranderingen zijn opgetreden, kan de heup gereponeerd worden met behulp van de Ortolani-proef. Er ontstaan echter geleidelijk secundaire veranderingen met name een adductie-contractuur en de proef van Ortolani wordt negatief. In het begin is deze adductie-contractuur nog niet zo duidelijk en kan gemakkelijk worden gemist. Soms wordt dit door de moeder of verzorger als eerste waargenomen. In deze gevallen moet altijd aanvullend onderzoek worden verricht. Deze waarneming van de ouder of verzorger mag niet worden afgedaan (ook al wordt deze door de arts niet bevestigd) met: „Dat komt wel goed”, omdat juist in deze gevallen bij de ouder of de verzorger ambivalente gevoelens optreden, wanneer er achteraf wel degelijk met de heup iets afwijkends bleek te zijn.

Het beenlengteverschil bij een aangeboren heupontwrichting kan op een aantal manieren worden waargenomen. Het kan worden vastgesteld door de knieën en heupen zodanig te buigen, dat de voetzolen naast elkaar plat op de onderlaag rusten.<sup>12</sup> Men moet er echter op bedacht zijn, dat er dan ook verschil in kniehoogte optreedt bij een korter onderbeen van de ene zijde ten opzichte van de andere. Ten tweede kan het beenlengteverschil worden aangetoond door de heupen en knieën 90° te flecteren.<sup>3 4</sup> Er kan nu geen kniehoogteverschil ontstaan door een relatief verkort onderbeen. We kijken echter nu niet meer voorachterwaarts schierend over beide knieën heen, zodat wellicht kleine verschillen niet meer goed waarneembaar zijn. Theoretisch is het het beste om de heupen 90° te flecteren en de knieën maximaal te buigen.<sup>5</sup> Men kijkt dan schierend voorachterwaarts over beide knieën heen en het verschil in kniehoogte kan niet optreden door verschil in beenlengte in de onderbenen. Voorts moet men er rekening mee houden dat verschil in kniehoogte kan worden veroorzaakt door alleen een adductie-contractuur of door afwijkingen in het bovenbeen, zoals de femurhypoplasie, proximale femurdeficiëntie, enz. Wanneer het beenlengteverschil wordt veroorzaakt door een geluxeerde heup, is er aan deze zijde of een positieve proef volgens Ortolani of een adductie-contractuur.

### LITERATUUR

<sup>1</sup> Tachdjian MD. Congenital dislocation of the hip. New York: Churchill Livingstone, 1982: 194.

<sup>2</sup> Coleman SS. Congenital dysplasia of the hip. St. Louis: Mosby, 1972: 73.

<sup>3</sup> Tachdjian MD. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: WB Saunders, 1972: 136.

<sup>4</sup> Tönnis D. Die angeborene Hüft dysplasie und Hüftluxation. Berlin: Springer, 1984: 94.

<sup>5</sup> Palmén K. Prevention of congenital dislocation of the hip. *Acta Orthop Scand* 1984; Suppl 208: 55.

Groningen, oktober 1984

J.D. VISSER

## BERICHTEN

### Buitenland

#### EUROPA

*Ongezonde sport, een goede markt.* – Het aantal sportletsels in Europa is sterk gestegen door de Europese „fitness boom”. Mede bevorderd door de veroudering van de bevolking, zal de markt voor fysiotherapie-apparatuur tot 1988 met 28% stijgen. Het toenemen van joggen en

marathonlopen zal meer letsels opleveren, zowel bij jonge atleten als bij hen die aan deze sporten nooit hadden moeten beginnen. (News, Frost & Sullivan Ltd., International Research Reports for Business, Report E681.)

#### VERENIGDE STATEN

*Aangeboren afwijkingen bij kinderen van Vietnam-veteranen?* – Vietnam-veteranen zijn bezorgd over mogelijke