



Congenitale heupdysplasie

Informatie voor patiënten

Congenitale heupdysplasie

INLEIDING	5
WAT IS CONGENITALE HEUPDYSPLASIE?	6
OORZAKEN	6
VORMEN	7
DIAGNOSE	8
BEHANDELING	8
HET AANLEGGEN VAN DE HUIDTRACTIE	10
DE GIPSBROEK	12
VERDERE OPVOLGING	13
PRAKTISCHE INFORMATIE	13

Inleiding

In deze brochure krijg je meer informatie over het verloop en de mogelijke behandelingen van een heupdysplasie. De artsen en verpleegkundigen zullen jullie zo goed mogelijk steunen in dit hele proces. Waarschijnlijk werd congenitale heupdysplasie al besproken met jullie tijdens de consultatie. Deze informatiebrochure geeft meer duidelijkheid over wat er verder zal gebeuren. Daarnaast is het belangrijk dat jullie ook een mondelinge uitleg krijgen van de verschillende teamleden. Het kan daarom praktisch zijn om je vragen achteraan in dit boekje op te schrijven.

We wensen je kind een zo aangenaam mogelijk verblijf op onze afdeling en hopen dat deze informatie jullie kan ondersteunen in het verdere verloop van de behandeling.

WAT IS CONGENITALE HEUPDYSPLASIE?

Congenitale heupdysplasie en heupluxatie is de meest voorkomende aangeboren afwijking in Europa. Het wordt veroorzaakt door een, meestal aangeboren, onvoldoende ontwikkeling van het heupgewricht. Het acetabulum (heupkom), dat het komvormige gedeelte van het bekken vormt, is nog te steil, waardoor het bovenste deel van het dijbeen (de heupkop) onvoldoende wordt vastgehouden in de heupkom. Dysplasie is een woord dat afgeleid is van het Griekse dys, wat mis of verkeerd betekent en plasie wat vormen betekent, dus 'misvorming'.

OORZAKEN

Congenitale heupdysplasie komt in onze regio bij een of twee op 1 000 geboortes voor. In het zuiden van Europa ligt dit percentage hoger, bij Afrikanen en Aziaten komt het zelden voor. De aandoening treedt gemiddeld vier keer meer op bij meisjes dan bij jongens.

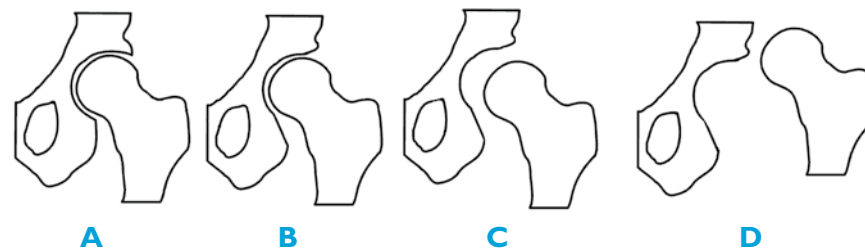
Er bestaat een duidelijke genetische factor in de aandoening, hoewel de manier van overerving nog niet gekend is. Het is dus belangrijk om dit probleem bij een volgend kind extra te laten nakijken, bij voorkeur met een echografie, zelfs zonder klinische tekens. Ook bij stuitligging is er een hogere frequentie.

VORMEN

Er worden drie zwaartegreden vastgesteld:

1. heupdysplasie
2. heupsubluxatie
3. heupluxatie

1. Bij **heupdysplasie** is de heupkom te steil, zodat de heupkop niet perfect in de kom ligt. De heup is door manipulatie luxeerbaar (uit de kom schieten).
2. Bij **subluxatie** ligt de heupkop slechts gedeeltelijk binnen de heupkom. Met een standaard radiografie is dit meestal te zien.
3. Bij **luxatie** ligt de heupkop volledig buiten de heupkom.



- A gezonde heup
- B dysplasie
- C subluxatie
- D luxatie

DIAGNOSE

Er wordt nog regelmatig een late diagnose gesteld. Dat is vooral omdat het probleem niet altijd aanwezig is bij de geboorte en een dysplasie alleen soms niet ontdekt kan worden. Andere redenen om de diagnose niet te kunnen stellen zijn een schreeuwende of gespannen baby, een hongerige baby of een minder ervaren arts die het onderzoek doet.

De volgende diagnosetechnieken worden gebruikt:

- X Aan de aangetaste zijde zien we dat de spieren meer aangespannen zijn, het gaat hier om de adductoren, de spieren die ervoor zorgen dat men het been naar binnen kan brengen.
- X Men ziet ook ongelijke huidplooiën en het aangetaste beentje lijkt korter dan het gezonde been.
- X Als het kind al loopt, ziet men dat dit al wankelend of hinkend gebeurt.
- X Met een echografie kan men al direct na de geboorte een ernstige afwijking vaststellen.

BEHANDELING

Het is belangrijk dat men zo snel mogelijk start met een behandeling, zodat vermeden wordt dat de heupkom zich fout gaat ontwikkelen. Op jonge leeftijd is de heup nog volop in ontwikkeling. Als gevolg van een

natuurlijk ontwikkelingsproces zijn de weefsels en de beenderen nog relatief makkelijk te vormen.

De behandeling van een heupdysplasie berust op het spreiden en plooiën van de benen, waardoor de heupkop optimaal in de heupkom wordt gepositioneerd. Als de behandeling gebeurt voor het kind één jaar wordt, wordt het lichaamseigen ontwikkelingsproces ondersteund. Als de instabiliteit blijft bestaan, gaat de heup zich verder foutief ontwikkelen en kan dit leiden tot zwaardere chirurgische ingrepen.

Om de benen te spreiden kan men gebruikmaken van:

1 Een Pavlik-apparaat, dit houdt de benen gespreid door de voeten omhoog te trekken. Er bestaan ook nog andere dergelijke apparaten.



2 Een tractie: dit is een behandeling die de spieren ontspant voor de reductie onder narcose. Deze behandeling volgt meestal na het stellen van de diagnose.



HET AANLEGGEN VAN DE HUIDTRACTIE

- X Voor het goed aanleggen van een huidtractie is het belangrijk dat er een mooie en zuivere intacte huid is. Er mogen geen wondjes aanwezig zijn. Als die er wel zijn, moeten deze eerst verzorgd worden en moeten ze daarna afgedekt worden met Tegaderm.
- X Om de huid te beschermen brengen we een Op-site spray aan.
- X Bij het aanleggen van de tractie, beginnen we te kleven ter hoogte van de enkels. Tot aan de knie blijft de band, aan de buitenzijde en aan de binnenzijde, één geheel. Vanaf de knie gaan we gespreid kleven. We verdelen de band in drie stukken om een betere verdeling van het gewicht op de beentjes te verkrijgen.
- X Om het geheel beter ter plaatse te houden, brengen we een windel aan, deze mag men niet te vast aanbrengen om afsnoering te voorkomen.
- X De beentjes worden omhoog gehangen met een gewicht, vanaf twee jaar zal de tractie horizontaal gehangen worden.
- X Het gewicht mag maximum een derde van het lichaamsgewicht van het kind bedragen, met een minimum van 500 gram. De hoeveelheid wordt door de verantwoordelijke arts bepaald. Teveel gewicht is schadelijk voor de huid.
- X De kleefpleister mag niet circulair (rond het been) aangebracht worden, dit kan gevaarlijk zijn voor afsnoering.

- X Breng geen lotion aan op de beentjes, dit geeft een verwerking van de huid onder de windels.
- X De bedoeling van de tractie is het soepel maken van de spieren rondom het heupgewricht.
- X De periode van de tractie is maximum drie weken, wel dag en nacht.
- X Eenmaal per dag worden de windels verwijderd en worden de huid en de tractie gecontroleerd, indien nodig nog een tweede keer.

Kleding

Het volstaat om body's en truitjes (geen knopen op de rug) mee te brengen. Eventueel ook korte sokjes als de baby last heeft van koude voeten.

Eten

Eten gebeurt ook in tractie. Er wordt een kussen onder het hoofdje en de rug gelegd en het bed kan aan het hoofdeinde omhoog gezet worden.

Spelen

Spelen moet in deze periode ook in het bedje gebeuren. Voorzie daarom best een mobiel en ander speelgoed waar je baby zich mee kan bezighouden.

Wassen

Het wassen van de baby gebeurt ook in bed, een badje kan nog gegeven worden voor de tractie en de avond voor de ingreep wanneer de tractie verwijderd wordt.

Speciaal luiersbroekje

Een speciaal luiersbroekje zorgt ervoor dat je kind niet op zijn buik of zij kan draaien. Dit broekje wordt enkel gebruikt indien nodig.

DE GIPSBROEK

Na drie weken tractie zal er een gipsbroek aangelegd worden. Het gips zorgt ervoor dat de heupkop die door de tractie en door de manipulatie onder verdoving terug in de heupkom zit, op zijn plaats zal worden gehouden. Het gips wordt dus onder volledige narcose aangebracht. Na het aanleggen van het gips zal het kind het ziekenhuis mogen verlaten. De gipsbroek moet minimaal zes weken tot drie maanden worden gedragen.

Heeft je kind een open reductie (met een kleine ingreep) ondergaan dan zal het een nacht in het ziekenhuis moeten blijven.

De hygiënische verzorging van je kind is in deze periode niet zo eenvoudig. Momenteel gebruikt men echter een nieuw materiaal onder het gips waardoor het kind kan douchen. Zo kan men het gips toch enigszins proper houden.

Er wordt een luier gebruikt die enkele maatjes groter is dan voorheen. Daarnaast raden wij aan om op de randen van het gips inlegkruisjes te kleven en in de luier een klein maandverband aan te brengen. Dit alles



om de urine zo goed mogelijk op te vangen en de inloop van urine en stoelgang onder het gips te beperken. Op die manier vermijd je huiduitslag onder het gips.

Tijdens deze periode moet de bloedcirculatie goed gecontroleerd worden, omdat door de snelle groei van de baby de beentjes geklemd kunnen worden. We moeten ook altijd alert zijn voor drukvlekken.

VERDERE OPVOLGING

Na drie weken volgt er een controleconsultatie waarbij er een RX of röntgenfoto wordt genomen en het gips wordt nagekeken. Na zes weken gaat men tijdens een dagopname de heupjes testen, dit gebeurt ook onder narcose.

Vanaf dan zal je regelmatig met je kind naar de consultatie komen om de evolutie van de heupjes op te volgen en de verdere behandeling hierop af te stellen.

PRAKTISCHE INFORMATIE

E 210 kinderorthopedie en -revalidatie

Tel. 016 33 81 00 of 016 33 81 01

UZ Leuven campus Pellenberg
Weligerveld I
3212 Pellenberg

Artsen kinderorthopedie

dr. Pierre Moens
prof. dr. Guy Molenaers
dr. Anja Van Campenhout

Hoofdverpleegkundige

Carine Laurens, e-mail carine.laurens@uzleuven.be

NOTITIES

© juni 2012 UZ Leuven

Overname van deze tekst is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.

Ontwerp en realisatie

Deze tekst werd opgesteld door kinderorthopedie en -revalidatie in samenwerking met de dienst communicatie.

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via communicatie@uzleuven.be.

Verantwoordelijke uitgever

UZ Leuven

Herestraat 49

3000 Leuven

tel. 016 34 49 00

www.uzleuven.be

