

## Samenvattingskaart JGZ Richtlijn Extremiteiten

Een overzicht van de aandoeningen per ontwikkelingsfase (volgens het Landelijk Professioneel Kader)

De aandoeningen worden beschreven in de ontwikkelingsfase waarin zij het meest relevant zijn. Het voorkomen is echter niet beperkt tot deze ontwikkelingsfase. Per aandoening volgt een korte beschrijving van de aandoening en wat het aanbevolen beleid is. Bij enkele aandoeningen zijn tevens specifieke alarmsignalen beschreven.

Signalering van alle beschreven aandoeningen vindt plaats op basis van observaties van de JGZ-professional en vragen en zorgen van ouders en/of jeugdigen. De jeugdarts/verpleegkundig specialist verricht lichamelijk onderzoek op indicatie. Alleen tenenloop dient actief opgespoord te worden: bij kinderen t/m 3 jaar dient namelijk het looppatroon actief beoordeeld te worden met behulp van het Van Wiechen onderzoek.

### 4e tot 7e dag

Er zijn geen aandoeningen die in deze leeftijdsperiode het meest gesignaleerd worden door de JGZ. Kijk, als je een specifieke aandoening zoekt, zo nodig bij de andere leeftijdsperiodes.

### 2e week t/m 6 maanden

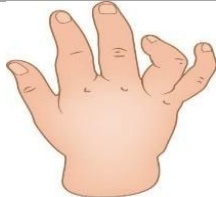
#### Polydactylie

Beschrijving	Bij polydactylie zijn er meer dan vijf vingers of tenen aanwezig.
Beleid	Verwijzen naar de (kinder) plastisch chirurg of (kinder)orthopeed, waarbij de voorkeur uitgaat naar een ziekenhuis met een multidisciplinair behandelteam.

#### Syndactylie

Beschrijving	Bij syndactylie is er sprake van een vergroeiing van (meestal) twee vingers of tenen. Soms zijn alleen de weke delen vergroeid, soms ook de botten.
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hands: Verwijzen naar de (kinder) plastisch chirurg of (kinder)orthopeed, waarbij de voorkeur uitgaat naar een ziekenhuis met een multidisciplinair behandelteam.</li> <li>• Voeten: Uitleg aan ouders. Bij duidelijke klachten of aanwijzingen syndromale afwijking verwijzing naar de (kinder) plastisch chirurg of (kinder)orthopeed.</li> </ul>


#### Camptodactylie

Beschrijving	Camptodactylie is een aangeboren anatomische afwijkende aanleg van de pezen van een vinger (meestal de pink), waardoor de vinger in een gebogen stand staat.	
Alarmsignalen	Meerdere aangedane vingers of andere vingers dan de pink en ringvinger	
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitleg aan ouders.</li> <li>• Bij milde tot ernstige functionele beperkingen verwijzen naar de (kinder)plastisch chirurg of (kinder)orthopeed, waarbij de voorkeur uitgaat naar een ziekenhuis met een multidisciplinair behandelteam.</li> <li>• Bij meerdere aangedane vingers of andere vingers dan de pink en ringvinger op korte termijn verwijzen naar een ziekenhuis met een multidisciplinair behandelteam.</li> </ul>	

#### Klompvoet (pes equinovarus)

		
Beschrijving	De klompvoet (pes equinovarus of talipes equinovarus) is een aangeboren afwijking, waarbij er sprake is van een voet met spitsstand, varus positie van de achtervoet en adductie en supinatie van de voorvoet.	
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorlichting ouders over patiëntenvereniging: <a href="http://www.klompvoet.nl">www.klompvoet.nl</a>.</li> <li>• Aangepaste werkwijze rondom vaccineren en het meten van lengte en gewicht.</li> </ul>	

#### Hakvoet (pes calcaneus)

Beschrijving	De hakvoet (pes calcaneus, hielvoet) is een aangeboren afwijking, waarbij de achtervoet in extreme dorsaalflexie met lichte valguskanteling staat en de voorvoet neutraal staat.	
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op leeftijd 2 weken navragen of de stand is verbeterd. Uitleg aan ouders over spontane verbetering. Bij twijfel controle jeugdarts afspreken.</li> <li>• Bij onvoldoende verbetering op leeftijd 2 of 4 weken verwijzen naar de (kinder)orthopeed.</li> </ul>	

#### Metatarsus adductus

Beschrijving	Bij een metatarsus adductus staat de voorvoet in adductiestand ten opzichte van de achtervoet, er is geen afwijking in de midden- en achtervoet. De voetzool is C- of boonvormig met een concave mediale en convexe laterale zijde.
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij milde variant: uitleg aan ouders.</li> <li>• Bij matige of ernstige variant verwijzen naar de (kinder)orthopeed op leeftijd 6 maanden (geen enkele spontane correctie) of 1 jaar (geen volledige correctie).</li> <li>• Bij diepe huidplooien in voetzool en/of ontbreken van actieve correctie en/of valgusstand achtervoet en/of progressie verwijzen naar de (kinder)orthopeed.</li> </ul>

#### Metatarsus primus varus

Beschrijving	Bij een metatarsus primus varus staat het os metatarsale I in adductiestand ten opzichte van de rest van de voet (afbeelding 11). De laterale zijde van de voet is recht, in tegenstelling tot de bevindingen bij metatarsus adductus. Er is vaak een opvallend grote ruimte tussen de grote en de tweede teen (sandal gap).
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijzen naar de (kinder)orthopeed.</li> </ul>

#### 7 t/m 12 maanden


Er zijn geen aandoeningen die in deze leeftijdsperiode het meest gesignaleerd worden door de JGZ. Kijk voor een specifieke aandoening zo nodig bij de andere leeftijdsperiodes.

#### Peuter, 1 – 4 jaar

<h4>Tenenloop</h4>	
Beschrijving	Tenenloop (of tenengang) komt relatief vaak voor bij kinderen die recent zijn gaan lopen, in de loop van enkele maanden verdwijnt dit looppatroon ook weer. Oudere kinderen lopen ook wel uit gewoonte op hun tenen, bijv. als ze enthousiast of opgewonden zijn. Tenenloop kan veroorzaakt worden door neuromusculaire aandoeningen zoals cerebrale parese, spierdystrofie van Duchenne of te korte achillespezen.
Alarmsignalen	Ontwikkelingsachterstand, asymmetrisch looppatroon, verhoogde spiertonus, pathologische voetzoolreflex, Gower's teken.

Beleid (zie ook stroomschema op pagina 7)	<p><b>Tenenloop dient actief opgespoord te worden:</b> bij kinderen t/m 3 jaar dient het looppatroon actief beoordeeld te worden met behulp van het Van Wiechen onderzoek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij tenenloop &gt;50% van tijd bij kind &gt;18 maanden nagaan of er alarmsignalen zijn.</li> <li>• Bij aanwezigheid alarmsignalen verwijzen (afhankelijk van aard alarmsignalen).</li> <li>• Bij verminderde dorsaalflexie verwijzen naar kinderfysiotherapeut of kinderoefentherapeut<sup>1</sup></li> <li>• Bij afwezigheid alarmsignalen vervolgen looppatroon na 3-6 maanden.</li> </ul>
---	--

Toeing-in	
Beschrijving	Toeing-in (met de voeten naar binnen lopen of endorotatiegang) wil zeggen dat een kind met de voeten naar binnen gedraaid loopt. Toeing-in is geen diagnose, het is een fysiologisch verschijnsel of een klinisch symptoom van een anatomische variatie.
Alarmsignalen	Opvallend lage en/of hoge spierspanning, verminderde coördinatie in de benen
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij ontbreken alarmsignalen: uitleg aan ouders.</li> <li>• Bij verergering i.p.v. verbetering verwijzen naar de (kinder)orthopeed.</li> <li>• Bij alarmsignalen verwijzen naar de (kinder)neuroloog/kinderarts<sup>2</sup></li> </ul>
Triggervinger (of -duim)	
Beschrijving	Bij een triggervinger of -duim is er sprake van een 'hokken' of 'klikken' bij het buigen van de vinger of duim. Uiteindelijk kan de vinger of duim in gebogen stand vast komen te staan.
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triggerduim: verwijzen naar de (kinder) plastisch chirurg of (kinder)orthopeed, waarbij de voorkeur uitgaat naar een ziekenhuis met een multidisciplinair behandelteam.</li> <li>• Triggervinger: verwijzen naar een ziekenhuis met een multidisciplinair 'handenteam'.</li> </ul>

O- of X-benen (genua vara of genua valga)	
	
<p>0-2 jaar: O-benen                      2-7 jaar: X-benen                      &gt; 7 jaar: bijna rechte beenstand (veelal lichte X-stand)</p>	
Beschrijving	O- en X-benen zijn onderdeel van de normale standsontwikkeling van de benen. De mate van O-stand als onderdeel van de normale ontwikkeling varieert enorm tussen kinderen. Dat geldt ook voor de mate van X-stand, zij het minder dan bij O.
Alarmsignalen	Asymmetrie, snel toenemende standsafwijking
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitleg aan ouders over normaal verloop beenstand.</li> <li>• Bij afwijking van normaal verloop controle beenstand.</li> <li>• Bij uitgesproken grote hoeken, asymmetrie, snelle toename of functiebeperking verwijzen naar (kinder)orthopeed.</li> <li>• Bij verdenking op rachitis verwijzen naar kinderarts.</li> </ul>


<sup>1</sup> De JGZ-professional kan op basis van de lokale sociale kaart en in overleg met ouders een keuze maken of naar de kinderfysiotherapeut of de kinderoefentherapeut wordt verwezen.

<sup>2</sup> De werkgroep heeft de voorkeur voor verwijzing naar een kinderneuroloog. Indien deze in de regio niet beschikbaar is, dan kan als alternatief worden verwezen naar een kinderarts of neuroloog.

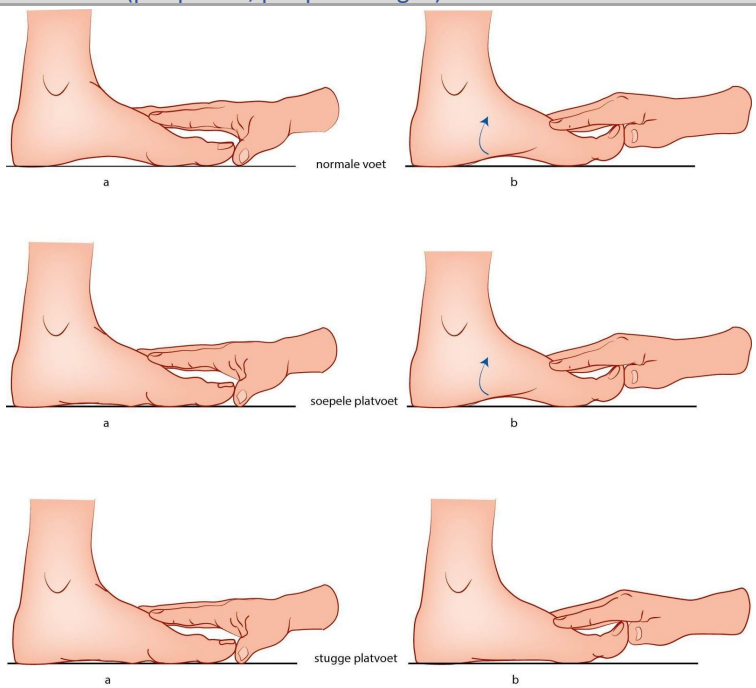
### Beenlengteverschil

Beschrijving	Een beenlengteverschil betekent dat de afstand tussen spina iliaca anterior superior en hiel links verschillend is ten opzichte van rechts.
Alarmsignalen	Asymmetrie, snel toenemende standsafwijking
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als er bij een kind &gt;2 jaar een vermoeden van heupdysplasie is dan wordt de beenlengte onderzocht.</li> <li>• Kind &lt;10 jaar: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verschil &lt;1 cm controleren na 6-12 maanden.</li> <li>○ Verschil <math>\geq</math>1 cm verwijzen naar (kinder)orthopeed.</li> </ul> </li> <li>• Kind &gt;10 jaar: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verschil &lt;2 cm evt. controleren na 6-12 maanden.</li> <li>○ Verschil <math>\geq</math>2 cm verwijzen naar (kinder)orthopeed.</li> </ul> </li> </ul>

### Krulteen (Curly toes)

Beschrijving	Een krulteen is een fysiologische variatie, die veroorzaakt wordt door enige spierdisbalans, waarbij de aangedane teen onder de mediaal naastliggende teen ligt.	 <p>a krulteen      b krultenen</p>
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitleg aan ouders, zo nodig schoenadvies.</li> </ul>	

### Platvoeten (pes planus, pes planovalgus)

	
Beschrijving	Er is sprake van een platvoet (pes planus, pes planovalgus) als de mediale voetboog verminderd of niet aanwezig is. De hiel is hierbij vaak naar binnen gekanteld (valgusstand).
Alarmsignalen	Rigide platvoet
Beleid (zie ook stroomschema op pagina 8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij rigide platvoet verwijzen naar (kinder)orthopeed.</li> <li>• Bij verkorte achillespees verwijzen naar kinderfysiotherapeut of kinderoefentherapeut.</li> <li>• Bij soepele platvoeten met klachten: uitleg, beleid i.o.m. ouders: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Afwachtend beleid (uitleg en zo nodig schoenadvies)</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beoordeling kinderfysiotherapeut of kinderoefentherapeut<sup>2</sup></li> <li>○ Eventueel steun en/of corrigerende zolen</li> <li>● Bij soepele platvoeten zonder klachten: uitleg ouders.</li> </ul>
--	--

#### Coxitis fugax

Beschrijving	Coxitis fugax is een ontstekingsreactie aan het heupgewricht. De oorzaak van de aandoening is onbekend, maar vermoed wordt dat het een virale ontsteking betreft.
Alarmsignalen	Hoge koorts, ernstig ziek zijn
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uitleg aan ouders over natuurlijk beloop.</li> <li>● Bij mank lopen binnen 24 uur verwijzen naar huisarts.</li> <li>● Bij hoge koorts of ernstig ziek zijn met spoed (dezelfde dag) verwijzen naar (kinder)orthooped.</li> </ul>

### Schoolkind, 4- 12 jaar

#### Hypermobiliteit

Beschrijving	Hypermobiliteit kan worden gezien als een uiterste in de normaalverdeling van zeer stijve tot zeer soepele gewrichten.
Alarmsignalen	Pectus excavatum (trechterborst), arachnodactylie (lange dunne vingers), grote lengte, zeer rekbare huid, blauwe sclerae
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bij jeugdigen &gt; 6 jaar met klachten vermoeidheid i.c.m. rug- en/of gewrichtsklachten: Beighton-score bepalen.</li> <li>● Bij aanwezigheid alarmsignalen verwijzen naar kinderarts.</li> <li>● Bij hypermobiliteit in combinatie met klachten verwijzen naar huisarts, kinderfysiotherapeut of kinderoefentherapeut<sup>2</sup>.</li> <li>● Bij vragen over sportbeoefening: uitleg aan ouders.</li> </ul>

#### Epifysiolyse capitis femoris (Slipped Capital Femoral Epiphysis; SCFE)

Beschrijving	Bij deze zeldzame aandoening glijdt de heupkop af ter hoogte van de groeischiif.
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bij mank lopen binnen 24 uur verwijzen naar huisarts.</li> <li>● Bij verdenking op epifysiolyse capitis femoris met spoed (dezelfde dag) verwijzen naar (kinder)orthooped.</li> </ul>

#### Ziekte van Perthes

Beschrijving	Bij de ziekte van Perthes is er sprake van vormveranderingen van de heup, die waarschijnlijk ontstaan door een tijdelijk verminderde doorbloeding in de heupkop waarbij de botcellen ter plaatse doodgaan. Het is een idiopathische avasculaire necrose van de heupkop.
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bij mank lopen binnen 24 uur verwijzen naar huisarts.</li> <li>● Bij verdenking op ziekte van Perthes op korte termijn verwijzen naar (kinder)orthooped.</li> <li>● Alleen in overleg met de behandelaar adviezen geven over belastbaarheid.</li> </ul>

#### Osgood-Schlatter

Beschrijving	Bij de ziekte van Osgood-Schlatter (apofysitis tuberositas tibia) is de aanhechting van de kniepees op het scheenbeen geïrriteerd en ontstoken.
Alarmsignalen	Koorts, zwelling, warmte, roodheid, gewichtsverlies, gewrichtspijn in rust, algehele malaise, vermoeidheid
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uitleg over oorzaak en te verwachten beloop.</li> <li>● Advies over sportactiviteiten.</li> <li>● Bij heftige of aanhoudende pijnklachten verwijzen naar huisarts.</li> <li>● Bij aanwezigheid alarmsignalen binnen 24 uur verwijzen naar huisarts.</li> </ul>

### Ziekte van Sever

Beschrijving	De ziekte van Sever (ook wel apofysitis calcanei of ziekte van Sever Schinz) wordt veroorzaakt door een overbelasting van de apofyse van de calcaneus (achterzijde van de hiel).
Alarmsignalen	Koorts, nachtpijn, gewichtsverlies, algehele malaise, vermoeidheid
Beleid	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uitleg over oorzaak en te verwachten beloop.</li><li>• Advies over sportactiviteiten.</li><li>• Bij aanhoudende pijnklachten verwijzen naar kinderfysiotherapeut.</li><li>• Bij aanwezigheid alarmsignalen binnen 24 uur verwijzen naar huisarts.</li></ul>

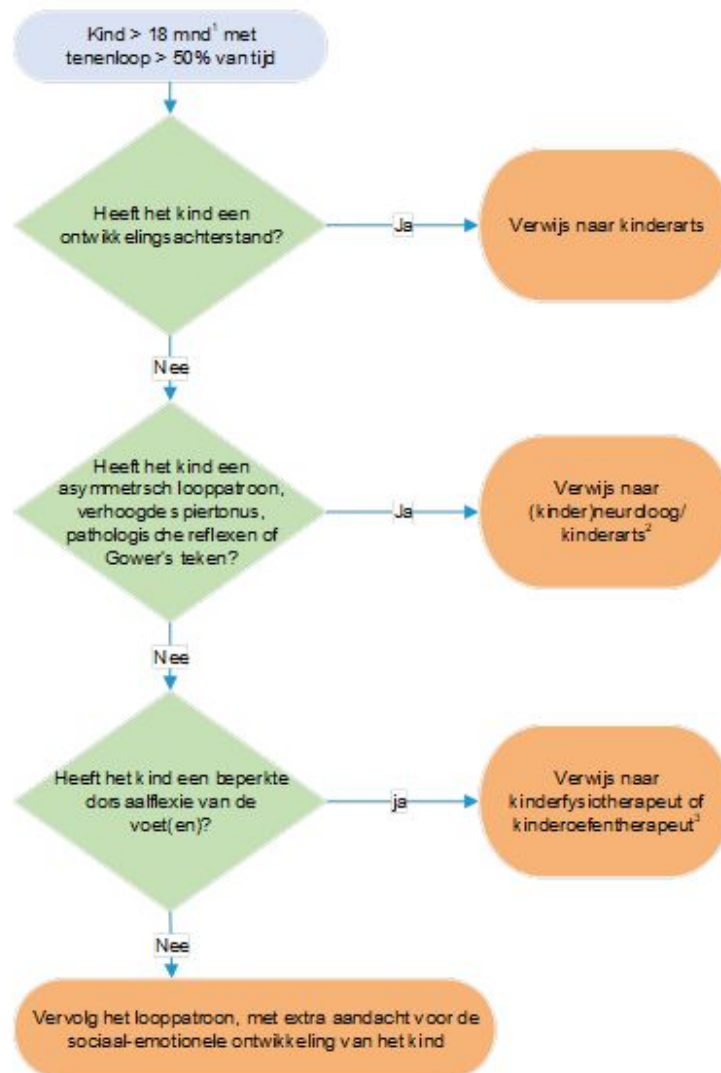
### Groeipijn

Beschrijving	Bij groeipijn is er sprake van pijn in de benen, vaak gelokaliseerd in de onderbenen. De pijn wordt gewoonlijk in beide benen gevoeld, maar niet per se aan beide benen op hetzelfde moment. De pijn treedt meestal op aan het eind van de dag of het begin van de nacht, vaak na een dag met veel lichamelijke activiteit.
Alarmsignalen	Aanhoudende unilaterale pijn, gewrichtsklachten, systemische verschijnselen (koorts, afvallen, malaise), pijnklachten gedurende de dag, mank lopen
Beleid	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uitleg over te verwachten beloop.</li><li>• Advies over behandeling: zo nodig rekoefeningen, massage, paracetamol of aanbrengen warmte.</li><li>• Bij aanwezigheid alarmsignalen binnen 24 uur verwijzen naar huisarts.</li></ul>

### Adolescent, 12 – 18 jaar

Er zijn geen aandoeningen die in deze leeftijdsperiode het meest gesignaleerd worden door de JGZ. Kijk, als je een specifieke aandoening zoekt, zo nodig bij de andere leeftijdsperiodes.

## Stroomschema tenenloop: onderzoek en beleid



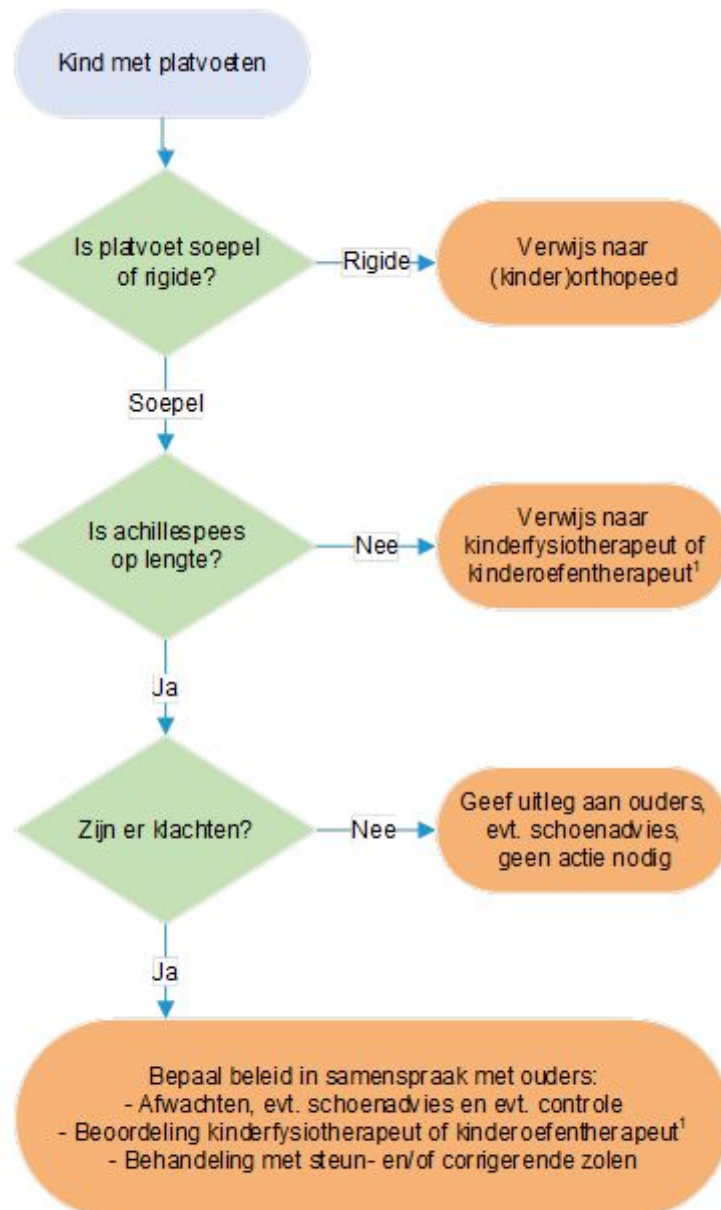
<sup>1</sup> Bij een kind dat nog maar net los loopt kan worden overwogen om deze beoordeling nog even uit te stellen, en (na bijvoorbeeld 3 maanden) nog eens te controleren.

<sup>2</sup> De werkgroep heeft de voorkeur voor verwijzing naar een kinderneuroloog. Indien deze in de regio niet beschikbaar is, dan kan als alternatief worden verwezen naar een kinderarts of neuroloog.

<sup>3</sup> De JGZ-professional kan op basis van de lokale sociale kaart en in overleg met ouders een keuze maken of naar de kinderfysiotherapeut of de kinderoefentherapeut wordt verwezen.



## Stroomschema platvoeten: onderzoek en beleid



<sup>1</sup> De JGZ-professional kan op basis van de lokale sociale kaart en in overleg met ouders een keuze maken of naar de kinderysiotherapeut of de kinderoefentherapeut wordt verwezen.