

# Hoofdbonken of *jactatio capitis*

Lisanne Groeneveld, Sjoerd Bruggink, Just Eekhof

**Hoofdbonken is een meestal onschuldige ritmische bewegingsstoornis bij kinderen, die zelden voortduurt tot voorbij het vierde levensjaar. Als het op latere leeftijd persisteert, kan het zijn geassocieerd met ontwikkelingsachterstand, autisme, mentale retardatie, gehoorstoornissen en visusstoornissen of andere psychopathologie. Het beleid bestaat uit uitleg, geruststelling en begeleiding. Medicatie wordt niet aangeraden.**

Hoofdbonken (*jactatio capitis*) behoort tot de ritmische bewegingsstoornissen, een groep waartoe ook *head rolling*, *body rocking* en *body rolling* behoren. Hoofdbonken is de meest onderkende variant in deze groep. Ritmische bewegingsstoornissen bestaan uit stereotiepe, herhaalde bewegingen van de grote spieren, meestal van het hoofd en de nek.<sup>1</sup> Het hoofdbonken gebeurt meestal vlak voor het in slaap vallen en kan continueren in lichte slaap. Het kan ook voorkomen gedurende rustige waakactiviteiten, zoals tijdens het luisteren van muziek of het reizen in een voertuig. Verder komt hoofdbonken voor in stressvolle situaties, zoals bij boosheid, opwinding en angst. Hoofdbonken kan zich op 3 verschillende manieren presenteren. Het kind ligt voorovergebogen en brengt herhaaldelijk het hoofd of het gehele bovenlichaam omhoog om vervolgens het hoofd terug te laten vallen in kussen of matras. Een andere presentatie is dat het kind op handen en knieën staat en de bovenkant van zijn hoofd of voorhoofd tegen de wand of het ledikant aan bonkt (combinatie van hoofdbonken en *body rocking*). Het kind kan ook met zijn rug tegen de muur of het ledikant zitten en vervolgens herhaaldelijk met de achterkant van zijn hoofd naar achteren bonken.

De frequentie van het hoofdbonken kan erg variëren, de snelheid is vaak 0,5-2 keer per seconde. De duur verschilt per kind. Meestal duurt een aanval niet langer dan 15 minuten, in zeldzame gevallen kan een aanval urenlang aanhouden.<sup>2</sup>

## ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Hoofdbonken komt voor vanaf de leeftijd van 5 maanden. Gemiddeld begint het rond 8 maanden en verdwijnt het op de leeftijd van 2-3 jaar. De meeste kinderen zijn gezond. Hoofd-



Hoofdbonken is bij een gezond kind meestal een onschuldige aandoening.

Foto: Shutterstock

bonken na het vierde levensjaar is ongebruikelijk. In zeldzame gevallen komt het voor op volwassen leeftijd. Mocht het hoofdbonken niet verdwijnen, dan zullen duur en intensiteit afnemen. Als het hoofdbonken op latere leeftijd persisteert, kan het geassocieerd zijn met ontwikkelingsachterstand, autisme, mentale retardatie, gehoorstoornissen en visusstoornissen of andere psychopathologie.<sup>3,4</sup>

Acuut ziek-zijn kan het hoofdbonken doen toenemen, zoals bij oorontstekingen of kinderziekten. Het komt vaak voor in combinatie met andere ritmische bewegingsstoornissen, zoals *body rocking*.<sup>3,5</sup>

Hoofdbonken veroorzaakt meestal geen en soms kleine verwondingen. Grote traumatische schade komt bij kinderen zelden voor, en dan voornamelijk bij mentaal geretardeerde kinderen. In zeldzame ernstige gevallen kan het hoofdbonken een subduraal hematoom of retinale petechiën veroorzaken. Verder kan door chronische irritatie van de schedel callusvorming ontstaan. Bij letsel dat niet helemaal past bij hoofdbonken moet worden gedacht aan kindermishandeling.<sup>5</sup>

De oorzaak van hoofdbonken is onbekend. Grofweg is er een psychologische en een neurobiologische hypothese over het ontstaan van stereotiep gedrag.

## Psychogeen

Voorstanders van de psychologische hypothese suggereren dat het zou gaan om een vorm van zelfstimulatie, een manier waarop het kind kan omgaan met omgevingsprikkels of juist

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder gepubliceerd is in het boek *Kleine kwalen en alle-daagse klachten bij kinderen* onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2022. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

## DE KERN

- Hoofdbonken is de meest voorkomende ritmische bewegingsstoornis.
- Hoofdbonken ontstaat gemiddeld rond de leeftijd van 8 maanden en is ongebruikelijk na de leeftijd van 4 jaar.
- Hoofdbonken is bij een gezond kind meestal een onschuldige aandoening die vanzelf weer overgaat.
- Het is belangrijk dat het kind zich tijdens het hoofdbonken in een veilige omgeving bevindt, zodat het zo min mogelijk schade kan oplopen.

met gebrek daaraan, als uiting van dwangmatig gedrag of van gebrekkige impulscontrole of angst. De vestibulaire stimulatie door het hoofdbonken zou een geruststellend effect hebben op het kind.

## Neurogeen

De neurobiologische theorie is gebaseerd op het feit dat ritmische bewegingsstoornissen vaker voorkomen bij kinderen met aandoeningen van het centraal zenuwstelsel, zoals autisme, mentale retardatie en na een insult. Ritmische bewegingsstoornissen vinden hun oorsprong mogelijk in het corticostriothalamocorticale circuit, dat ook is betrokken bij andere bewegingsstoornissen zoals tics en chorea. Omdat bij 20-25% van de normaal ontwikkelde kinderen met een ritmische bewegingsstoornis die stoornis ook voorkomt bij eerstegraads familieleden, zou er sprake kunnen zijn van mendeliaanse overerving.<sup>2-4</sup>

## DIFFERENTIAALDIAGNOSE EN EPIDEMIOLOGIE

Anders dan bij epileptische aanvallen reageren kinderen tijdens het hoofdbonken op aanspreken. Dit wijst erop dat het tijdens het waken of in lichte non-remslaap plaatsvindt. Hoofdbonken komt voornamelijk voor in de leeftijd van 8 maanden tot 4 jaar. De in de literatuur beschreven prevalentie is 3-15%.<sup>6</sup> Hoofdbonken komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes, de verhouding is 4 op 1. Verder wordt hoofdbonken vaker gezien bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand, autisme, mentale retardatie, gehoorstoornissen en visusstoornissen.

Het is niet bekend hoe vaak Nederlandse huisartsen worden geconsulteerd in verband met deze problematiek. De aandoening wordt waarschijnlijk geregistreerd onder verschillende ICPC-codes zoals N06 (Andere sensibiliteitstoornis/onwillekeurige bewegingen), P10.02 (Tics/stereotypie) of P22 (Andere zorgen gedrag kind).<sup>7</sup>

## WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Ouders zoeken hulp bij de huisarts als het hoofdbonken lichamenlijk letsel veroorzaakt bij het kind of als het hoofdbonken de slaap onderbreekt van andere familieleden. Meestal melden ouders zich, omdat zij zich zorgen maken over het gedrag

van hun kind. Ze vragen zich af of hun kind gezond is, of zijn bang voor een ernstige neurologische of psychiatrische ziekte. Daarbij zijn ouders bang dat hun kind schade oploopt tijdens het hoofdbonken. Verder bestaat er een stigma bij ouders met betrekking tot het gedrag van hun kind.<sup>3,8</sup>

## ANAMNESE

Vraag naar de volgende punten:

- wanneer de klachten zijn begonnen
- wat het kind precies doet tijdens een aanval
- de ernst van het letsel dat het kind zichzelf aandoet
- de omstandigheden waaronder het hoofdbonken plaatsvindt (rondom de slaap, in stressvolle situaties of daarbuiten)
- of het kind kan stoppen met hoofdbonken als dat wordt gevraagd
- de voorgeschiedenis (visus- of gehoorproblemen, ontwikkelingsachterstand)
- neurologische en/of lichamelijke bijverschijnselen
- de reactie van de ouders op het hoofdbonken

## ONDERZOEK

Lichamenlijk onderzoek levert vaak niets op, omdat hoofdbonken meestal voorkomt bij gezonde kinderen. Als er anamnetisch aanwijzingen zijn voor otitis media, gehoorstoornissen, visusstoornissen, mentale retardatie en hersenbeschadiging, moet gericht lichamenlijk onderzoek worden gedaan.<sup>6</sup> Aanvullend onderzoek, zoals eeg en polysomnografie, is alleen geïndiceerd als er bij anamnese of lichamenlijk onderzoek aanwijzingen zijn gevonden voor een specifieke somatische of psychische oorzaak. Dit onderzoek zal dan in de tweede lijn plaatsvinden. Een video van het hoofdbonken gemaakt door de ouders kan nuttig zijn voor het stellen van de diagnose.<sup>3</sup>

## BELEID

### Uitleg

Het beleid bestaat uit uitleg, geruststelling en begeleiding. Het belangrijkste is een veilige omgeving tijdens het hoofdbonken, waar het kind zo min mogelijk schade kan oplopen. Leg uit dat het hoofdbonken bij de meeste kinderen na het vierde levensjaar zal verdwijnen.<sup>1,9</sup>

### Aandacht voor het kind

Stress in de thuissituatie moet zo veel mogelijk worden gereduceerd. Verder moet worden gezorgd voor adequate stimulatie van het kind. Als het kind onvoldoende aandacht krijgt, moet de ouders worden aangeraden extra tijd met het kind door te brengen. Vooral extra aandacht voor het slapengaan is belangrijk. Aandacht geven tijdens het hoofdbonken heeft een averechts effect.<sup>5</sup>

### Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling wordt niet aangeraden. In uitzonderlijke gevallen valt bij kinderen met ernstig hoofdbonken en comorbiditeit behandeling met een benzodiazepine

of antidepressivum te overwegen. Dit valt nadrukkelijk buiten het terrein van de huisartsgeneeskunde.<sup>3</sup>

### WAT IS AANGETOOND?

Gecontroleerd onderzoek bij kinderen met hoofdbonken is niet gevonden. Het beleid berust op consensus en ervaring. Behandelingen zoals hypnose en het kind overdag aanleren om de amplitude van de hoofdbeweging te verkleinen, zodat het de nieuw aangeleerde gewoonte in zijn slaap doorvoert, zijn slechts sporadisch beschreven.<sup>9</sup> De effectiviteit van benzodiazepines, antidepressiva en melatonine is niet systematisch onderzocht.

### VERWIJZEN

Bij aanwijzingen voor epilepsie moet de kinderneuroloog verder onderzoek doen.<sup>1,9</sup> Als het hoofdbonken persisteert voorbij het vierde levensjaar of als de familie problemen heeft in de omgang met het kind, kan de huisarts het kind verwijzen naar een psycholoog.<sup>5</sup>

### PREVENTIE EN VOORLICHTING

Uitleg aan de ouders omtrent het onschuldige karakter van het hoofdbonken en het zelflimiterende beloop is vaak voldoende. Verder is het belangrijk om adviezen te geven over het creëren van een veilige omgeving waar het hoofdbonken plaatsvindt. Het plaatsen van een kussen tegen de bedhekken is zelden nodig.<sup>1</sup> ■

### LITERATUUR

1. Hamburger HL, Schimsheimer RJ. Parasomnieën. In: Verbraeken J, Buysse B, Hamburger H, Van Kasteel V, Van Steenwijk R, redactie. Leerboek slaap en slaapstoornissen. Leuven/Den Haag: Acco, 2013.
2. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. Darien (IL): AASM; 2014.
3. Bonnet C, Roubertie A, Doummar D, Bahi-Buisson N, Cochen de Cock V, Roze E. Developmental and benign movement disorders in childhood. *Mov Disord* 2010;25:1317-34.
4. Gwyther ARM, Walters AS, Hill CM. Rhythmic movement disorder in childhood: An integrative review. *Sleep Med Rev* 2017;35:62-75.
5. Leung AKC, Robson WL. Head banging. *J Singapore Paediatr Soc* 1990;32:14-7.
6. Berkson G, Tupa M, Sherman L. Early development of stereotyped and self-injurious behaviors: I. Incidence. *Am J Ment Retard* 2001;106:539-47.
7. Nielen MM, Spronk I, Davids R, Zwaanswijk M, Verheij RA, Korevaar JC. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2014. Utrecht: Nivel, 2015-2016. <http://www.nivel.nl/node/4309>, geraadpleegd april 2016.
8. Kravitz H, Rosenthal V, Teplitz Z, Murphy JB, Lesser RE. A study of head-banging in infants and children. *Dis Nerv Syst* 1960;21:203-8.
9. Walters AS. Clinical identification of the simple sleep-related movement disorders. *Chest* 2007;131:1260-6.

Groeneveld EJ, Eekhof JA. Hoofdbonken of jactatio capitis. *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1479-x.  
Waddinxveen: E.J. Groeneveld, huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde, Leiden; dr. S.C. Bruggink, huisarts te Rijnsburg; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, j.a.h.eekhof@lumc.nl.  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.