

Coxitis fugax en andere niet-traumatische heupaandoeningen bij kinderen

Eline Urlings, Heleen Staal, Jeroen Smeets

Bij jonge kinderen die mank lopend op het spreekuur verschijnen zonder een duidelijk voorafgaand trauma, kunnen we aan verschillende diagnoses denken. Bijvoorbeeld de ‘onschuldige’ coxitis fugax, waarbij er een steriele inflammatie van het heupgewricht is, zonder tekenen van infectie. Normaal treedt er binnen 10 dagen spontaan herstel op. Bij een afwijkend klinisch beloop kunnen ernstigere aandoeningen een rol spelen, waarvan sommige levensbedreigend en andere langdurig invaliderend kunnen zijn. Het is belangrijk dat u (de ouders van) uw patiënt goed instrueert om aan de bel te trekken wanneer het klinisch beloop toch anders is dan verwacht.

Wanneer er een mank lopend kind op het spreekuur verschijnt, is het belangrijk breed differentieel diagnostisch te blijven denken. Ligt er bijvoorbeeld een trauma aan de



Wees alert als het klinisch beloop van de coxitis fugax anders is dan verwacht.

Foto: Shutterstock

CASUS: EEN SPONTAAN MANK LOPEND JONGETJE

Een 5-jarig jongetje komt met zijn vader op het spreekuur, omdat hij naar eigen zeggen zijn ‘been gebroken’ heeft. Zijn vader vertelt dat hij mank lopend uit school kwam en aangeeft dat hij pijn in zijn rechterbeen heeft. Bij navraag is er geen trauma geweest. Wel had het hele gezin 2 weken eerder een [PCR-bewezen] COVID-infectie doorgemaakt. Bij lichamelijk onderzoek zijn er geen afwijkingen zichtbaar, behalve een antalgsische gang. Het kind heeft vooral bij endorotatie pijn in de heup. Wij duiden deze casus als coxitis fugax na COVID-infectie, wat in de literatuur niet eerder is beschreven.

klachten ten grondslag? Bij een niet-traumatische oorzaak kan er sprake zijn van onschuldige en (zeer) ernstige oorzaken. Factoren die het stellen van de diagnose kunnen compliceren zijn onrust bij de ouder en/of het kind, een lastig lichamelijk onderzoek, onzekerheid bij de arts of terughoudendheid bij het aanvragen van aanvullend onderzoek. Omdat de patiënt in de casus eerder een COVID-infectie heeft gehad en hij verder niet ziek was, en het bewegingsonderzoek pijnlijk was, dachten wij aan coxitis fugax na een COVID-infectie.

COXITIS FUGAX

Coxitis fugax (CF) is vooral een veelgebruikte naam in Nederland en Duitsland. Wereldwijd zijn andere namen gebruikelijk, waarbij *transient synovitis* het meest voorkomt. Bij CF is er sprake van een voorbijgaande synovitis in het heupgewricht.¹ Deze ontsteking ontstaat waarschijnlijk het meest na een virale luchtweginfectie of gastro-enteritis.² De incidentie is 0,8 per 1000 patiënten per jaar en het gaat meestal om kinderen tussen de 4 en 10 jaar, waarbij jongens een tweemaal grotere kans lopen. Het kind geeft aan dat het pijn heeft in de lies, het bovenbeen of de knie.^{2,3} Bij lichamelijk onderzoek valt op dat het kind mank loopt en dat vooral de endorotatie en abductie zijn verminderd. Aan de heup zijn geen afwijkingen zichtbaar en het kind heeft koorts. Bij twijfel is een röntgenfoto of echo te overwegen, vooral om andere oorzaken uit te sluiten.³ Bij CF zijn op de röntgenfoto geen afwijkingen te zien; de echo toont vaak een hydrops in het heupgewricht.

DE KERN

- Coxitis fugax is een kortdurende, spontaan in remissie gaande synovitis van het heupgewricht, die vaak ontstaat na een virale luchtweginfectie of gastro-enteritis.
- De diagnose kan pas achteraf met zekerheid worden gesteld, wanneer de patiënt na ongeveer 10 dagen volledig is hersteld.
- Denk bij koorts en andere infectietekenen altijd aan een septische artritis of osteomyelitis. Overleg dan met de kinderarts of orthopeed over spoeddiagnostiek door beeldvorming en laboratoriumonderzoek.
- Als de klachten langer dan 2 weken aanhouden, kunnen ze ook passen bij de ziekte van Legg-Calvé-Perthes, juveniele (oligo)arthritis, epifysiolyse of een maligniteit.

Tekenend voor dit ziektebeeld is dat het een zelflimiterende aandoening is en dat na ongeveer 10 dagen volledig herstel optreedt. Relatieve rust en eventueel pijnstilling met paracetamol worden wel aangeraden. Een NSAID verkort de duur van het ziektebeeld in beperkte mate en wordt enkel geadviseerd wanneer paracetamol alleen onvoldoende verlichting geeft.³⁻⁵ Omdat CF verder niet met een gerichte test aantoonbaar is, is het na genezing een diagnose per exclusionem.² Instrueer de (ouders van de) patiënt dan ook terug te komen bij een atypisch beloop (ziek, koorts, persisteren na 10 dagen), of maak na ongeveer 10 dagen een controleafspraak. De recidiefkans varieert van 0-26%. In ongeveer 2% van de gevallen wordt CF gevolgd door de ziekte van Legg-Calvé-Perthes.⁶ Wanneer de klachten binnen 6 maanden recidiveren, moet u echter ook bedacht zijn op een andere oorzaak.^{2,6}

ANDERE OORZAKEN VAN HEUPKLACHTEN BIJ KINDEREN

Wanneer het kind koorts krijgt of andere infectiekenmerken vertoont, of als de klachten na 2 weken aanhouden, zult u nader onderzoek moeten doen.² Klinisch kunt u al een onderscheid in de differentiële diagnose maken [tabel]. Röntgenonderzoek, een echo of een (spoed-)MRI kan de diagnose helpen bevestigen. Bij tekenen van infectie is ook laborato-

riumonderzoek aangewezen. Op basis van de aanvullende diagnostiek kunnen de volgende ziektebeelden aan het licht komen:

- De ziekte van Legg-Calvé-Perthes: denk hieraan wanneer de klachten na ongeveer 10 dagen niet spontaan verdwijnen. Bij deze aandoening is er sprake van een idiopathische avasculaire necrose van de femurkop. Deze komt vooral voor bij kinderen tussen de 4 en 8 jaar, waarbij jongens 5 keer zo vaak zijn aangedaan.⁷ De etiologie is nog steeds niet volledig opgehelderd, en is waarschijnlijk multifactorieel. Het meest wordt gedacht aan repetitieve mechanische stress, die de bloedtoevoer van de epifyse van de femurkop verandert. Een röntgenopname van de heup kan bij zowel de diagnose als het beleid helpen. Wanneer deze aandoening laat, of zelfs niet, wordt behandeld kunnen femurkopnecrose, -deformatie en op latere leeftijd coxartrose ontstaan.^{7,8} Dit ziektebeeld kan echter ook met *watchfull waiting* een gunstig beloop hebben. Dit zien we vooral bij kinderen jonger dan 8 jaar, afhankelijk van de mate van uitbreiding van de necrose.⁸
- Septische artritis/osteomyelitis: wanneer koorts wordt vastgesteld of er andere aanwijzingen zijn voor een infectie (bijvoorbeeld bij laboratoriumonderzoek) moet u bedacht zijn op een septische artritis en/of osteomyelitis.⁹ Deze aandoeningen kunnen op iedere leeftijd voorkomen, maar het meest bij kinderen jonger dan 2 jaar.¹⁰ De toegenomen druk in het gewricht kan leiden tot onder andere ischemie of infarct van de femurkop epifyse.¹² Het moge duidelijk zijn dat dit in potentie levensbedreigend is en er binnen enkele uren al blijvende schade kan optreden.¹⁰
- Epifysiolyse: hierbij laat de proximale femorale epifyse los en glijdt af van de metafyse. Dit komt het meest voor vlak voor de puberteit, wanneer de epifyse aan het mineraliseren is. Een risicofactor voor het afglijden van de heupkop is obesitas.^{9,13} Bij 20% van de patiënten glijdt ook de contralaterale zijde binnen anderhalf jaar af.⁸ Ook hierbij kunnen avasculaire necrose, functieverlies en op latere leeftijd coxartrose ontstaan.^{8,9} Om verder afglijden te voorkomen, wordt geadviseerd om het aangedane been niet meer te belasten.⁸
- Juveniele idiopathische artritis: dit ziektebeeld kan bij

Tabel

Klinisch onderscheid tussen coxitis fugax, ziekte van Legg-Calvé-Perthes en septische artritis

	Coxitis fugax	Ziekte van Legg-Calvé-Perthes	Septische artritis
Voorkeursleeftijd	4-10 jaar	4-8 jaar	Alle leeftijden
Koorts	Geen tot verhoging	Nee	Ja, > 38,5 °C
Zieke indruk	Nee	Nee	Ja
Looppatroon	Hinken [soms niet kunnen belasten]	Hinken tot normale gang	Niet kunnen belasten [soms hinken]
Pijn	Mild tot ernstig	Mild tot gemiddeld	Gemiddeld tot ernstig
Range of motion	Pijn bij maximale range of motion	Pijn bij flexie en endorotatie	Ernstige pijn gedurende de hele beweging
Duur van de symptomen	Enkele dagen	Weken/maanden/intermitterend	Enkele dagen

beeldvorming ook een synovitisbeeld laten zien. Vaak is er dan sprake van (oligo)artritis. Langetermijneffecten zijn onder andere boterosie, gewrichtsspleetvernauwing en standsafwijkingen.¹²

- Maligniteiten: ook deze kunnen tot pijn en een afwijkend looppatroon leiden. Hierbij valt het op dat er vaak 's nachts pijn ontstaat. Maligniteiten worden dikwijls laat ontdekt, omdat symptomen in het begin veelal intermitterend voorkomen. Koorts, vermoeidheid, gewichtsverlies en uiteindelijk ook zwellingen kunnen hierbij een extra aanwijzing vormen.¹²

CONCLUSIE

Het is belangrijk om bij mank lopende kinderen die op het spreekuur komen breed differentieel diagnostisch te blijven denken. De oorzaak kan onschuldig zijn, maar ook zeer ernstig. Coxitis fugax, synovitis van het heupgewricht, is een kortdurende, zelflimiterende aandoening. Pas na een dag of 10 kan de diagnose met zekerheid worden gesteld. Duren de klachten langer dan 2 weken, denk dan aan de ziekte van Legg-Calvé-Perthes, juveniele (oligo)artritis, epifysiolyse of een maligniteit. Wees bij koorts of andere infectietekenen alert: dit kan duiden op een septische artritis of osteomyelitis. ■

LITERATUUR

1. Verhaar JAN, van Mourik JBA. Leerboek orthopedie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2019.
2. Nouri A, Walmsley D, Pruszczynski B, Synder M. Transient synovitis of the hip: a comprehensive review. *J Pediatr Orthop* 2014;23:32-6.
3. Eekhof J, Knuistingh Neven A, Bruggink S, Scherptong-Engbers M. Kleine kwalen bij kinderen. Houten: Springer Nature, 2022.
4. Kermond S, Fink M, Graham K, Carlin JB, Barnett P. A randomized clinical trial: should the child with transient synovitis of the hip be treated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs? *Ann Emerg Med* 2002;40:294-9.
5. Thuisarts.nl. Mijn kind heeft een heupontsteking (coxitis fugax). 2019. <https://www.thuisarts.nl/heupontsteking-bij-kinderen/mijn-kind-heeft-heupontsteking-coxitis-fugax>. Geraadpleegd op 25 juni 2022.
6. Visser JD. Kinderorthopedie: pluis of niet pluis. Een leidraad voor de eerstelijns gezondheidszorg. Westerbork: Jan Douwes Visser, 2012.
7. Pavone V, Chisari E, Vescio A, Lizzio C, Sessa G, Testa G. Aetiology of Legg-Calvé-Perthes disease: a systematic review. *World J Orthop* 2019;10:145-65.
8. Schoolmeesters BJA, Van den Hout AJP, Joosten AJP, Terra MP, Elmans-Reuvers MJCM, Van Bergen CJA. Het mankend kind: een rode vlag voor iedere medicus. *Ned Tijdschr Geneesk* 2019;163:D3786.
9. Schmitz M, Blumberg T, Nelson S, Sees J, Sankar W. What's new in pediatric hip? *J Pediatr Orthop* 2018;38:e300-4.
10. Cook PC. Transient synovitis, septic hip, and Legg-Calvé-Perthes disease: an approach to the correct diagnosis. *Pediatr Clin North Am* 2014;61:1109-18.
11. Perry DC, Bruce C. Evaluating the child who presents with an acute limp. *BMJ* 2010;341:c4250.
12. Gill KG. Pediatric hip: pearls and pitfalls. *Semin Musculoskelet Radiol* 2013;17:328-38.
13. Herman MJ, Martinek M. The limping child. *Pediatr Rev* 2015;36:184-95; quiz 196-7.

Urlings EV, Staal HM, Smeets JGE. Coxitis fugax en andere niet-traumatische heupaandoeningen bij kinderen. *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1562-3. Gezondheidscentrum Heer, Maastricht: E.V. Urlings, waarnemend huisarts, evurlings@gmail.com; J.G.E. Smeets, huisarts. Maastricht Universitair Medisch Centrum+, afdeling Orthopedie, Maastricht: H.M. Staal, orthopeed. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.