

Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene? II

Een toelichting bij het Protocol Onderzoek Pasgeborene

A. DE BOER-FLEISCHER EN J. W. G. SCHELLEKENS*

In een eerder artikel berichtte de NHG-werkgroep Verloskundige Hulpverlening door de Huisarts reeds over de totstandkoming van het Protocol Onderzoek Pasgeborene.¹ Inmiddels is gebleken dat enige uitleg nodig is voor een goed gebruik van dit protocol. Daarom zijn in deze bijdrage de voordrachten en discussies van het derde Bunnik-symposium verwerkt tot een korte toelichting.

Inleiding

Er zijn verschillende redenen om een pasgeborene tijdens het kraambed te onderzoeken. Een van die redenen is het vroegtijdig op het spoor komen van afwijkingen, vooral die afwijkingen waarvan een onmiddellijke behandeling betere kansen op herstel biedt dan bij afwachten tot het eerste onderzoek op het consultatiebureau voor zuigelingen-zorg. Dit is niet alleen van belang voor de baby, maar ook voor de ouders. Zij hebben er recht op zo spoedig mogelijk te weten, waar ze aan toe zijn. Dit geldt eveneens wanneer er geen therapeutische mogelijkheden zijn, zoals in het geval van mongolisme. Juist de huisarts is in staat vanaf een vroeg stadium de ouders te begeleiden in hun zorg om hun kind.² In andere gevallen kan geruststelling nodig zijn. We denken hierbij aan een hydrocèle testis, een hemangioom of een lichte, redresseerbare standafwijking van de voeten, e.d.

Een tweede reden om de pasgeborene in de eerste levensweek te onderzoeken, is het vastleggen van uitgangswaarden die later van belang kunnen zijn, bijvoorbeeld het al of niet ingedaald zijn van de testes en de fronto-occipitale hoofdomvang.

Een groot deel van het Protocol Onderzoek Pasgeborene spreekt voor zich. Daar waar enige toelichting nodig kan zijn, geven wij nadere uitleg. Voor uitvoeriger achtergrondinformatie verwijzen wij naar de hieronder aanbevolen literatuur en de eigen leerboeken.

* Respectievelijk huisarts in Bunschoten en huisarts in Oosterhout (Gld); beide auteurs zijn lid van de Werkgroep Verloskundige Hulpverlening door de Huisarts van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

A. Algemene opmerkingen

De keuze van het bezoektijdstip (A.1) wordt het best weergegeven door de overweging „liefst zo spoedig mogelijk, maar ook weer niet te vroeg”. Een aantal neurologische reflexen is de eerste twee dagen soms in mindere mate aanwezig. Een goede beoordeling van het neurologisch onderzoek wordt daardoor bemoeilijkt. Onze voorkeur gaat uit naar de derde of vierde dag. Ook de ernst van een eventuele icterus valt dan beter te beoordelen. Overigens tekenen we hier bij aan dat in voorkomende gevallen uiteraard de verloskundige, indien zij de bevalling heeft begeleid, en/of de kraamverzorging alarm zal moeten slaan. Tenslotte is de grootste drukte rondom de geboorte wat geluwd.

Het moment van de dag waarop het onderzoek plaatsvindt, is eveneens belangrijk. Kort na de voeding of het baden zal de baby moe en slaperig zijn. Een verkeerde indruk, onder andere bij het neurologisch onderzoek, zou daardoor kunnen ontstaan. Voor een juiste beoordeling van de huidskleur is daglicht noodzakelijk en kan kunstlicht problemen geven. Alles bijeengenomen lijkt 's middags tussen drie en vier een geschikt tijdstip.

Door het partusverslag van degene die de bevalling begeleidde, en uw eigen anamnese over de eerste levensdagen kunt u zich vóór het onderzoek een indruk vormen of extra attentie nodig is. (A.3 en A.4).

B. Lichamelijk onderzoek

B.1. Uitvoering. Het zal vertrouwen inboezemen als u het onderzoek verricht in het bijzijn van de ouder(s). Laat het

kind door een van hen uitkleden, waardoor u in de gelegenheid bent het gedrag van de baby en de ouder, alsmede hun interactie te observeren.

Leg de baby vervolgens geheel ontbloot in rugligging voor u. Een eventuele asymmetrie is dan beter te zien. Onderzoek van boven naar beneden volgens het onderzoekprotocol; u hebt dan de minste kans iets te vergeten.

Het neurologisch onderzoek volgt op het algemeen lichamelijk onderzoek. Sommigen geven er de voorkeur aan eerst het hart te beluisteren, terwijl de baby nog stil is.

Een aangename temperatuur van kamer, handen en instrumenten is vanzelfsprekend. Rustig optreden draagt er in hoge mate toe bij dat de baby zich niet verzet. Bij geen van de handelingen is kracht nodig, met name niet bij het heuponderzoek.

B.2. Algemene indruk. Geen bijzondere opmerkingen.

B.3. Huid

• **Kleur.** Bij asfyxie, ernstig bloedverlies of hemolyse is de huid bleek. Een blauwe kleur duidt op een long- of hartgebrek. Bij ernstige infecties ziet men veeleer een grauwe kleur. Icterus bij baby's met een donkere huidskleur wil nog wel eens problemen opleveren. Bij hen kan men beter de icterus beoordelen aan de sclerae en het tandvlees.

Bij icterus kan de klinische indruk erg misleidend zijn. Laat bij twijfel het bilirubinegehalte bepalen. Overleg bij waarden boven de 250 mmol/l met een kinderarts. Bij waarden tussen 200 en 250 mmol/l is een herhaling van de bepaling op de volgende dag gewenst. Het bloed kunt u zelf afnemen middels een hiepriek. Het laboratorium kan speciale bruine cupjes ter beschikking stellen voor opvang en (spoedig) transport van het bloed.

• **Inspectie.** Petechiën kunnen wijzen op stollingsstoornissen of ernstige infecties. Afwijkingen als hemangiomen, naevus van Unna en „mongolenvlekken” vereisen vooral uitleg aan de ouders.

B.4. Hoofd

• **Hoofdomvang.** Men meet de fronto-occipitale hoofdomvang bij verdenking of micro- of hydrocefalie. Ook als uitgangswaarde is deze maat belangrijk. Bij later optredende micro- of hydrocefalie is daardoor differentiatie mogelijk tussen een perinataal en een prenataal letsel.

• **Palpatie fontanellen en schedelnaden.**

Gesloten of te wijde schedelnaden wijzen op pathologie.

- **Inspectie ogen.** Met twee duimen opent u de oogleden, zodat u de pupillen kunt zien.

Een grijze verkleuring wijst op congenitaal cataract. Een retinoblastoom (uiterst belangrijk om vroegtijdig te ontdekken, maar gelukkig zeldzaam) vraagt zich door lichtrose oplichten. Bij glaucoom ziet men een abnormaal groot oog (buphthalmos), dat te hard aanvoelt. Anisocorie hoeft niet pathologisch te zijn. Een purulente conjunctivitis is aanleiding tot het kweken op gonorroë.

- **Inspectie mond.** Bij het met een vinger aftasten van het palatum mist men een eventuele spleet in het palatum molle.

Bij voedingsproblemen is inspectie van het palatum met spatel en lampje aan te bevelen.

- **Inspectie dysplastische kenmerken** (bijvoorbeeld abnormale inplanting en vorm van oren en ogen).

B.5. Hals

- **Inspectie** (fistels, cysten, torticollis).
- **Palpatie.** Het congenitale struma is gemakkelijk te ontdekken. Hoewel zeer zeldzaam en door de huidige screening binnen enkele weken opgespoord, is iedere dag dat de behandeling eerder gestart kan worden, winst voor het toekomstig functioneren. Wanneer u met uw vingers vanaf de kin over de hals naar beneden strijkt kunt u een dergelijk struma niet missen.

B.6. Thorax

- **Inspectie.** De normale ademfrequentie bedraagt 40-60 per minuut en is onregelmatig. Intrekkingen duiden op een moeilijke ademhaling en mogen op de derde en vierde dag niet meer aanwezig zijn.

- **Auscultatie hart.** De normale hartfrequentie bedraagt 120-160 per minuut. Souffles zijn altijd pathologisch, maar daarmee nog niet altijd ernstig. De zogenaamde fysiologische soufflé ontstaat niet voor het einde van het eerste levensjaar. De ductus Botalli kan de eerste dagen nog open zijn. Een ventrikel-septumdefect geeft vaak pas na enkele dagen een hoorbare soufflé, nadat de drukverschillen tussen linker- en rechterventrikel groot genoeg zijn geworden.

- **Auscultatie longen**

- **Palpatie.** Aftasten van de sleutelbeenderen is voldoende om een clavicula fractuur te ontdekken. Speciale behandeling is in het algemeen niet nodig.

B.7. Abdomen

- **Inspectie navel.** Een navelinfectie verraadt zich door een rode wal om de navel. Deze situatie kan snel tot een ernstig ziektebeeld leiden.

- **Inspectie herniae.**

- **Palpatie lever.** De leverrand is normaal een vingerbreed te voelen.

- **Palpatie milt.** Deze behoort niet palpabel te zijn.

- **Palpatie.** Eventueel buiktumor.

- **Palpatie arteriae femorales.** Wanneer u in de plooi tussen de musculus quadriceps femoris en de musculus vastus medialis omhoog gaat, komt u in de lies precies bij de arteria femoralis uit.

B.8. Genitalia externa

- **Geslacht vaststellen.**

- **Indaling testes.** Bij pasgeborenen is de cremasterreflex nog zwak of afwezig. De testes zijn dus wel of niet ingedeeld en nooit retractiel. Nauwkeurige registratie voorkomt diagnostische problemen en onnodige orchidopexieën.

- **Epi- of hypospadie.**

N.B. Bij meisjes ziet men soms vaginale afscheiding of bloedverlies. Geruststellen van de ouders kan nodig zijn.

B.9. Wervelkolom

- **Aftasten,** waarbij het kind in buikligging op de hand ligt. Let op een eventuele scoliose en op spina bifida (occulta). Sacrale pits hebben geen pathologische betekenis.

B.10 Acra

- **Vingers en tenen tellen.** De meest efficiënte manier om syndactylie en polydactylie niet te missen.

- **Viervinger/teenplooï.** Dit is een kenmerk van mongolisme. Enkelzijdig kan het voorkomen bij normale pasgeborenen.

- **Congenitale afwijkingen.** Hak- of klompvoetjes die gemakkelijk te redresseren zijn, behoeven geen verwijzing. Zo niet, dan is verwijzen in de eerste levensweek nodig.

B.11 Heupen

- **Abductie in 90° flexie in heupen en knieën.** Het voorkomen van congenitale heupluxatie bij de pasgeborene kan men vaststellen door middel van de handgreep van Ortolani. Het betreft hier die vorm van congenitale heupluxatie die veroorzaakt wordt door congenitale slapte van het gewrichtskapsel. In minder ernstige gevallen is de heup niet geluxeerd, maar met lichte druk wel te luxeren. Deze handeling, de handgreep van Barlow, toont de luxabele heup aan. Deze heup heeft een verhoogd risico te

luxeren en zal gecontroleerd moeten worden. Beide handgrepen (Ortolani en Barlow) vereisen nogal wat vaardigheid en kunnen bij onjuiste toepassing schade aanrichten.

De huisarts kan zich bij het onderzoek van de pasgeborene beperken tot het abduceren van de heupen. De heupen zowel als de knieën worden daarbij in 90 graden flexiestand gehouden. Bemerkt men aan één of beide heupen een beperking in de abductiemogelijkheid, dan zal nadere controle moeten volgen.

Het is bekend, dat congenitale heupluxatie frequenter voorkomt bij meisjes, na een stuitligging in utero en als

Foto's (van boven naar beneden).

1. Het opzoeken van de arteria femoralis in de lies, door het volgen van de plooi tussen de musculus vastus medialis en de musculus quadriceps (B.7).

2. Het aftasten van de wervelkolom, waarbij het kind in buikligging op de hand ligt (B.9).

3. Viervingerplooï (B.10).



congenitale heupluxatie in de familie voorkomt. Een scheve bilplooi (obli-gaat bij de enkelzijdige heupluxatie) al-leen heeft geen betekenis.

B.12 Beknopt neurologisch onderzoek

● **Algemeen.** Het is bekend dat de voor-spellende waarde van een neurologisch onderzoek bij de pasgeborene gering is. Het is mogelijk dat afwijkingen pas naar voren komen op de leeftijd van 8 à 10 maanden, terwijl het neurologisch on-derzoek in de eerste dagen na de ge-boorte volkomen normale resultaten gaf. Omgekeerd is er een goede moge-lijkheid tot herstel van afwijkende neu-rogische symptomen kort na de ge-

Foto's (van boven naar beneden).

4. *Tractierespons* (B.12).

5 en 6. *Steunreflexen* (B.12).



boorte. Het spreekt vanzelf dat de aan-wezigheid van een aantal afwijkende symptomen tezamen de prognose on-gunstiger maken, vooral als de afwijkin-gen bij herhaling kunnen worden aange-toond.

Een tweede probleem vormt de primi-tieve uitingsmogelijkheid van het cere-brum van de pasgeborene. Cerebrale pathologie van zeer verschillende aard uit zich op dezelfde wijze: in hypertonie of in hypotonie. Ook metabole stoornis-sen kunnen zich zo voordoen.

Waarom dan toch een neurologisch on-derzoek? We hebben hiervoor twee re-deren. Door middel van dit onderzoek haalt men de kinderen eruit met een vergroot risico. Bij hen zal frequenter onderzoek nodig zijn om de ontwikke-ling te volgen. De tweede reden is het vroegtijdig ontdekken van afwijkingen. Dit zal het vertrouwen van de ouders in hun huisarts versterken. Het voorkomt vaak het later leuren met hun kind van de ene naar de andere specialist, het droevige *shopping around*-fenomeen.

● **Tonus en gedrag/spontane motoriek.**

De belangrijkste informatie wordt hier-uit gehaald. Een normale pasgeborene ligt in buikligging met de armen gebogen en de benen wisselend gebogen of licht gestrekt. In rugligging is er een spontaan bewegen van armen en benen. Op de buik gelegd kan hij zijn hoofdje bewegen uit de middenstand.

Pathologie uit zich in hyper- of hypoto-nie. De hypertone baby ligt met gebalde vuisten en de benen gestrekt op de rug. Hij is gemakkelijk prikkelbaar en u vindt symmetrische hyperreflexie. De hypotone baby ligt plat op de onderlaag, reageert apatisch en maakt weinig spon-tane bewegingen. Bij het onderzoek laat hij de ledematen slap vallen. U vindt hyporeflexie.

● **Enkele reflexen.** De door ons geselec-teerde reflexen geven tezamen een goe-de indruk van de baby. Men lette op de kwaliteit en de symmetrie van de reac-ties. Asymmetrie kan duiden op een plexuslaesie of een hemisyndroom.

- grijpreflex handen: leg uw wijsvinger in de handpalm van de baby en oefen lichte druk uit; grijpt de baby uw vinger zo stevig, dat zijn knokkels wit worden, dat is er hyperreflexie;
- grijpreflex voeten: u drukt met uw duim op de bal van de voet en de tenen gaan zich krommen;
- tractierespons: wanneer u de baby aan de handen omhoog trekt, zal hij reageren met lichte flexie in ellebogen en schouders; de musculus sternocleido-mastoïdeus spant zich even;
- steunreflexen: het afzetten met de be-

nen bij het neerzetten op een onderlaag is de steunreflex. Er is sprake van hyper-reflexie als de baby op zijn tenen gaat staan;

– tactiele plaatsingsreflex: strijk met het dorsum van hand of voet van de baby langs een rand van het commode-blad of een tafel; het kind plaatst vervol-gens zijn hand respectievelijk voet op het blad;

Moro-reflex (een nekreflex): laat het hoofd van de baby in uw hand vallen, terwijl hij ruggelings in uw andere hand ligt; bij asymmetrie moet, behalve aan een plexuslaesie, ook aan een clavicula-fractuur gedacht worden.

Informatie ouders. Hoe informeren we de ouders als we afwijkingen vinden? Veelal vermoeden de ouders de dia-gnose al door het gedrag van de omge-ving met name van de arts. Verder uit-stel van een gesprek hierover is onge-wenst.²

C. Registratie

De afgebeelde vorm van registratie vat de belangrijkste gegevens samen en vormt een goede start van de kaart van uw nieuwe patiënt. Maar al te vaak blij-ken de vroegste gegevens over kinderen waar „iets mis mee is” in hun latere leven niet meer of onvolledig te achter-halen.

Aanbevolen literatuur

Zeben W van, e.a. De pasgeborene. 9e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1982.

Prechtl H, Beintema D. The neurological examination of the full term newborn infant. London: Heinemann, 1964.

Dankbetuiging

Met dank aan A. van Rijn en J. L. van der Zwan, respectievelijk kinderarts en neuro-loog aan het ziekenhuis „De Lichtenberg” te Amersfoort. Eveneens dank aan de overige leden van onze Werkgroep: Prof. Dr. K. Gill, W. H. Plomp en S. Flikweert, allen huisarts.

¹ Gill K, Boer-Fleischer A de. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene? Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 386-7.

² Haar BGA ter, Teerink L. Het meedelen van de diagnose „Down syndroom”. Huis-arts en Wetenschap; 25: 236-8.