



# Manklopend kind

Marjolein Krul, Gijs Elshout

## Wat is het probleem?

De differentiaaldiagnose bij manklopende kinderen is breed: van onschuldige aandoeningen (splinter in de voet) tot ernstiger problemen (ziekte van Perthes, epifysiolyse) tot zelfs levensbedreigende aandoeningen (septische artritis, botkanker). De huisarts moet steeds afwegen of hij het beloop kan afwachten of nadere diagnostiek dan wel verwijzing nodig is.

## Wat moet ik weten?

Pubers voelen aandoeningen van de heup meestal in de lies, terwijl jongere kinderen pijn vaak aangeven in het bovenbeen of de knie.

De meeste oorzaken van manklopen zijn onschuldig en/of gemakkelijk te behandelen, slechts een enkele aandoening is ernstig. Bij ongeveer 30% van de kinderen die manklopen is een (mild) trauma de oorzaak. Manklopen zonder pijn wijst op een gang- of statiekafwijking, mogelijk door een neuromusculaire aandoening of een congenitale aandoening (heupdysplasie). Manklopen mét pijn zonder voorafgaand trauma kan worden veroorzaakt door een infectie. Meestal gaat dit gepaard met ziek zijn, koorts en verhoogde infectieparameters, maar de oorzaak kan ook een inflammatoire, vasculaire of degeneratieve aandoening zijn. Bij 60% van de kinderen is coxitis fugax de oorzaak; deze komt vooral voor bij kinderen tussen de 3 en 8 jaar en verdwijnt binnen 10 dagen. Juveniele reumatoïde artritis komt in deze leeftijdsgroep maar zelden voor.

Bij 1% van de kinderen van 4 tot 10 jaar, voornamelijk jongens, zien we de ziekte van Perthes. Dit is een vasculaire aandoening die kan leiden tot necrose van de heupkop. Bij kinderen van 10 tot 15 jaar komt chondromalacie voor, voornamelijk bij meisjes. In deze leeftijdsgroep zien we ook epifysiolyse (zeldzaam), de aandoening komt vaker voor bij een wat zwaarder kind. Epifysiolyse kan vage pijnklachten geven, waardoor de diagnose nogal eens zeer laat wordt gesteld. Tot slot kunnen zeldzame ziektes leiden tot manklopen: neoplasmata, metabole en hematologische aandoeningen.

## Wat moet ik doen?

Vraag naar een voorafgaand trauma en overbelasting door sport of spel. Hoe lang bestaan de klachten al? Wanneer treedt de pijn op, is deze continue aanwezig of bijvoorbeeld alleen 's nachts

(aanwijzing voor maligniteit). Is het kind ziek? Heeft het koorts? Let bij het onderzoek allereerst op ziek zijn en koorts. Laat het kind lopen en hinkelen met zo min mogelijk kleding aan, hierdoor wordt duidelijk in welk been het probleem zich bevindt. Let op beenlengteverschil en doe de test van Trendelenburg (wijst op een zwakte van de heupabductoren). Laat het kind vooroverbuigen bij rugklachten; bij ernstige rugafwijkingen is de flexie van de thoracale wervelkolom vaak fors beperkt. Beperkte of pijnlijke endorotatie wijst op een heupafwijking. Let op de strekbeperking van de knie die wijst op een intra-articulaire afwijking (osteochondritis dissecans), test de banden en let op hydrups.

Aanvullend onderzoek is vaak nodig na een trauma en als de klachten langer dan één tot twee weken aanhouden. Bij ziek zijn of hevige pijn kan het nuttig zijn een bezinking, leukocyten en CRP aan te vragen (onderscheid tussen coxitis fugax en infectieuze oorzaak). Vraag röntgenfoto's aan als de klachten enkele weken blijven bestaan. De ziekte van Perthes is weliswaar niet altijd goed te zien op een röntgenfoto, maar er is geen evidence op welk moment de röntgenfoto positief wordt. Het kan daarom nodig zijn om een kind bij langdurige klachten toch te verwijzen. Een coxitis fugax hoort immers te verdwijnen na tien dagen en een MRI geeft meer zekerheid over een mogelijke ziekte van Perthes en andere zeldzame oorzaken. Verwijs kinderen met een mogelijke ziekte van Perthes overigens niet acuut door, wacht gerust tien dagen af.

## Wat moet ik uitleggen?

Leg uit dat als er geen sprake is van een trauma of infectie het geen kwaad kan de klachten tien tot veertien dagen aan te zien. Er is dan vrijwel nooit sprake van een aandoening die dringend behandeling behoeft en de meeste aandoeningen gaan vanzelf over, zonder restverschijnselen. Mochten de klachten wel blijven bestaan, dan moet de patiënt terugkomen voor aanvullend onderzoek of voor een eventuele verwijzing. Het kind voelt zelf goed aan wat hij met zijn been kan doen en hij mag het belasten als hij dat wil.

## Literatuur

- 1 Visser JD. Kinderorthopedie: pluis of niet pluis. Een leidraad voor de eerstelijns gezondheidszorg. Groningen, Styx Publications, 1991.
- 2 Sawyer JR, Kapoor M. The limping child a systematic approach to diagnosis. *Am Fam Physician* 2009;79:215-24.
- 3 Fischer SU, Beattie TF. The limping child: epidemiology, assessment and outcome. *J Bone Joint Surg* 1999;81-B:1029-34.

## Auteursgegevens

Erasmus MC, afdeling huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: M. Krul, huisarts; G. Elshout, aiotho.  
Correspondentie: m.krul@erasmusmc.nl