

Hartgeruis bij kinderen

WAT IS HET PROBLEEM?

Hartgeruis komt bij kinderen frequent voor en wordt vaak bij toeval gevonden. Soms constateert de huisarts hartgeruis bij klachten of nadat de consultatiebureauarts het verzoek tot verwijzing bij hem heeft neergelegd. Vroege opsporing van congenitale hartafwijkingen is belangrijk, omdat de meeste afwijkingen goed zijn te behandelen en vroegtijdige behandeling ernstige complicaties kan voorkomen. Het merendeel van de hartgeruisen is echter onschuldig. Adequate differentiatie tussen onschuldige en pathologische hartgeruisen kan complicaties van eventuele hartafwijkingen voorkomen en onnodige bezorgdheid bij ouders (en kind) wegnemen. Het onderscheid is in de eerste lijn echter niet altijd eenvoudig te maken.

WAT MOET IK WETEN?

Een hartgeruis ontstaat door turbulentie van bloed in het hart of de grote vaten. Deze turbulentie is meestal onschuldig, maar kan ook worden veroorzaakt door een structurele afwijking als een ventrikelseptumdefect of pulmonalisstenose. De huisarts ziet circa eenmaal per jaar een kind met een nieuw hartgeruis in zijn praktijk. Bij 50-90% van de kinderen tot 14 jaar kan op enig moment een hartgeruis worden waargenomen. De prevalentie van een aangeboren hartafwijking bedraagt slechts 0,3-1%. Het onschuldige, klassiek muzikaal geruis (geruis van Still) komt het meest voor. Dit geruis voldoet, evenals andere onschuldige geruisen, aan typische karakteristieken (zie de tabel). Een diagnostische moeilijkheid is de bij kinderen relatief frequent voorkomende 'venous hum': een continu geruis dat bij zittende peuters over de tweede intercostaalruimte rechts wordt waargenomen. Het ontstaat door vibraties in de vena jugularis en verdwijnt in rugligging of bij dichtdrukken van de vena jugularis onder de rechter kaakhoek. Geruisen die vanaf de neonatale periode onveranderd worden waargenomen, berusten vaker

op een hartafwijking dan geruisen die op latere leeftijd voor het eerst worden vastgesteld.

Met een zorgvuldige anamnese en lichamenlijk onderzoek kan de huisarts vaak adequaat onderscheid maken tussen onschuldige en pathologische hartgeruisen. Aanvullende diagnostiek (ECG en thoraxfoto) is in de eerste lijn niet aangewezen. De gouden standaard voor het vaststellen van hartafwijkingen is echocardiografie in de tweede lijn.

WAT MOET IK DOEN?

Ca na of het geruis eerder is vastgesteld. Vraag – afhankelijk van de leeftijd – naar algehele conditie, 'failure to thrive' (slecht gedijen), voedingsproblemen, dyspnoe, kleur, inspanningstolerantie, vochtretentie, overmatig zweten, pijn op de borst, hartkloppingen, wegrakingen en gewrichtsklachten. Bespreek de familieanamnese en perinatale anamnese.

Let bij inspectie op dysmorfieën, cyanose, dyspnoe, tachypnoe en symmetrie van de thorax. Bepaal bij twijfel de zuurstofsaturatie. Meet de bloeddruk. Palpateer de perifere pulsaties en zoek naar vibraties ('thrills') over de thorax en carotiden. Vergelijk de bloeddruk aan arm en been indien de perifere pulsaties moeizaam palpabel zijn; deze meting kan lastig zijn. Beoordeel met palpatie of er sprake is van hepatomegalie. Ausculteer in rugligging eerst afzonderlijk de normale harttonen, de systole en de diastole. Evalueer het hartgeruis aan de hand van de zeven karakteristieken (zie de tabel) en beoordeel of het geruis wordt beïnvloed door houdingsveranderingen, ademhaling en de Valsalva-manoeuvre. Verwijs naar een kindercardioloog of kinderarts bij vermoeden van een pathologisch geruis of bij bijdragende anamnestiche bevindingen bij een aanwezig (onschuldig) geruis. Besef dat adequate beoordeling van geruisen veel oefening vereist. Maak bij twijfel een nieuwe afspraak over zes weken. Verwijs bij ernstige twijfel.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Geef uitleg aan ouders en kind. Leg uit dat er geen sprake is van een hartafwijking wanneer bij onderzoek een onschuldig hartgeruis is gehoord. Vertel dat het geruis langdurig aanwezig kan blijven en dat er geen restricties zijn voor sport of inspanning. Een onschuldig geruis geeft geen verhoogd risico op toekomstige cardiale problemen en routinematige follow-up is daarom niet nodig. Leg bij (het vermoeden van) een pathologisch geruis uit dat een verwijzing naar de tweede lijn nodig is om aanvullend advies in te winnen en eventuele nadere diagnostiek met echocardiografie te verrichten. ■

LITERATUUR

- 1 Pelech AN. The physiology of cardiac auscultation. *Pediatr Clin North Am* 2004;51:1515-35.
- 2 Brus F, Vandewall M, Molenschot MMC, Van Setten PA, Landstra AM. Beoordeling van hartgeruisen bij kinderen: zorgvuldige anamnese en lichamenlijk onderzoek vereist. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150:1489-93.
- 3 www.hartwijzer.nl

Tabel Karakteristieken van hartgeruisen bij kinderen

| Modaliteit | Passend bij onschuldig hartgeruis | Passend bij pathologisch hartgeruis |
|------------------------------|--|--|
| Intensiteit | Graad 1-2 (nauwelijks waarneembaar – zacht) | Graad 3-6 (matig luid – hoorbaar zonder stethoscoop) |
| Timing in hartcyclus en vorm | Systolisch ejectiongeruis (crescendo – decrescendo) | Diastolisch, holosystolisch of continu geruis |
| Kwaliteit/toonhoogte | Muzikaal geruis | Blazend, ruw, schavend |
| Punctum maximum | Van vierde tot tweede intercostaalruimte links | Tweede intercostaalruimte rechts, vierde intercostaalruimte links, dorsaal |
| Voortgeleiding | Geen voortgeleiding | Voortgeleiding naar rug, oksels en/of hals |
| Houdingsafhankelijkheid | Houdingsafhankelijk, variërend met ademhalingscyclus | Niet houdingsafhankelijk |
| Aanwezigheid andere geluiden | Geen | Derde harttoon, vierde harttoon, clicks, galloppritme |

Universiteit Maastricht, CAPHRI, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; P.H.W. Beckers, student Geneeskunde; dr. J.W. Cals huisarts in opleiding en post-doc onderzoeker. • Correspondentie: phw.beckers@student.maastrichtuniversity.nl