

## Scoringslijst voor de praktijk

### 11. PIJNLIJKE HEUP

#### Algemene gegevens

<i>Classificatiecode(s)</i>	:	
<i>Doelstelling</i>	:	Toetsen of de kandidaat in staat is: <ul style="list-style-type: none"><li>- de gegevens te verzamelen die nodig zijn voor de diagnostiek bij een volwassen patiënt met een pijnlijke heup;</li><li>- een correcte evaluatie te geven met de verzamelde gegevens;</li><li>- een correct beleid af te spreken met de patiënt.</li></ul>
<i>Auteur</i>	:	Wergroep Vaardigheden Huisartsopleiding Nederland
<i>Datum laatste correctie</i>	:	Februari 2008

#### Literatuur

- De Wolf AN, Mens JMA. Onderzoek van het bewegingsapparaat. Houten/Diegem: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 2001.
- Boumans MTA, Van Ooy A. Het onderzoek van de onderste extremiteiten. In de reeks: Lege artis. Vaardigheden in de geneeskunde. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1995.
- De Jongh TOH, Heuts PHTG en Breedveld FC. Gewrichtsklachten. In: de Vries H, de Jongh TOH, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten II. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003: 271-83.
- Geesink RGT. Aandoeningen van het heupgewricht. In: Verhaar JAN, Van der Linden, AJ. Orthopedie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 351-367.  
CBO-richtlijn. Diagnostiek en behandeling van heup- en kniearthrose. 2007.

## **Informatie over het gebruik van de scoringslijst**

### **Doel**

Deze scoringslijst toetst de bekwaamheid ten aanzien van het verzamelen van gegevens voor de diagnostiek bij een volwassen patiënt met een pijnlijke heup, het evalueren hiervan en het afspreken van een beleid. De scoringslijst geeft richting aan de observatie en de feedback en kan gebruikt worden als een educatief toetsingsinstrument in de praktijk.

De huisarts (in-opleiding) voert een volledig consult met de patiënt(e) gericht op een pijnlijke heup en handelt zoveel mogelijk zoals hij/zij dat gewend is om te doen.

### **Informatie voor de observator**

De scoringslijst bevat voornamelijk onderdelen die specifiek op heupklachten van toepassing (kunnen) zijn. Niet alle onderdelen zijn bij alle heupklachten van toepassing. In de toelichting op de scoringslijst wordt nadere informatie gegeven. Tevens wordt gevraagd een algemene indruk weer te geven in de vorm van een cijfer (0-10), waarna de feedback in eigen woorden kan worden uitgeschreven bij opmerkingen.

Neem de tijd om de kandidaat feedback te geven. Dit wordt door de kandidaten zeer gewaardeerd. Wees daarbij tactvol en positief in de benadering. Kandidaten stellen zich immers kwetsbaar op door zich te laten observeren. De scoringslijst heeft in de eerste plaats een **educatief** doel en is geen examen.

De aios kan de ingevulde scoreformulieren opnemen in zijn/haar portfolio en gebruiken bij planning en evaluatie van zijn/haar vaardighedenonderwijs(-doelen).

Praktijkscoringslijst

Toetsdatum :  
 Patiënt :  
 Observator :  
 Kandidaat :

		niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
<b>1</b>	<b>Anamnese</b>			
1.1	- Lokalisatie van de pijn: plaats van de pijn uitstraling van de pijn	0	0	0
1.2	- Ontstaan van de pijn: wijze van ontstaan van de klachten (spontaan, overbelasting, trauma) beloop van de klachten duur van de klachten provocerende momenten (werk, sport, trauma) startpijn, ochtendstijfheid en nachtpijn	0	0	0
1.3	- Ernst van de pijn: ervaren hinder en beperkingen verstoring van de nachtrust maximale loopafstand	0	0	0
1.4	- Overige gegevens: rugklachten onderbuiksklachten / bekkenklachten? paresthesieën en/of krachtsverlies (welke) maatregelen/therapie zelf ingesteld? overige gewrichtsklachten voorgeschiedenis (dysplasie, fracturen, operaties)	0	0	0
1.5	Stimuleert patiënt om klachten te vertellen	0	0	0
1.6	Stelt op correcte wijze vragen	0	0	0
1.7	Reageert adequaat op emotie en non-verbale signalen	0	0	0
<b>2</b>	<b>Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek</b>			
2.1	- Inspectie: standsafwijkingen (wervelkolom, bekken, benen en voeten) looppatroon (Trendelenburg, Duchenne) spieratrofie, andere trofische stoornissen plaats van de pijn (laten aanwijzen) bij verdenking op fractuur: verkorting en exorotatie	0	0	0
2.2	- Passief heuponderzoek: exo- en endorotatie (in rugligging met heup in 90 graden flexie of in buikligging gelijktijdig li en re) flexie (zonder meebewegen bekken, met handgreep van Thomas) abductie (bekken fixeren) extensie (sacrum fixeren) vergelijkt links en rechts de bewegingsuitslag vraagt naar pijn tijdens passief heuponderzoek	0	0	0
2.3	- Palpatie: drukpijn op trochanter major op indicatie: buikonderzoek en onderzoek lies(kanaal)	0	0	0

## Scoringslijst voor de praktijk

---

		<i>Pijnlijke heup</i>		
2.4	- Op indicatie: Lasègue (bij verdenking op radulaire prikkeling) gapping test (compressie SI gewrichten , ter opsporing sacroiliitis) sign of the buttock onderzoek van de lage rug	0	0	0
2.5	- Vraagt op juiste indicatie röntgenonderzoek en laboratoriumonderzoek aan	0	0	0
3	<b>Probleemanalyse</b>			
3.1	- Stelt correcte diagnose	0	0	0
4	<b>Beleid</b>			
4.1	- Adviezen bij heupklachten: rust nemen of in beweging blijven (afhankelijk van de diagnose) pijnstillende of ontstekingsremmende medicatie, injectie bij bursitis	0	0	0
4.2	- Hanteert correcte overwegingen voor verwijzing	0	0	0
5	<b>Communicatie</b>			
5.1	- Geeft uitleg over het heuponderzoek	0	0	0
5.2	- Geeft correcte voorlichting over heupklachten	0	0	0
5.3	- Geeft adviezen tav beweging en rust	0	0	0
5.4	- Overlegt met patiënt over het te voeren beleid	0	0	0
5.5	- Geeft voorlichting over de verschillende therapeutische mogelijkheden: te verwachten effecten mogelijke bijwerkingen	0	0	0
6	<b>Organisatie en efficiëntie</b>			
6.1	- Organiseert adequaat	0	0	0
6.2	- Is doelmatig	0	0	0
7	<b>Professioneel gedrag</b>			
7.1	- Toont betrokkenheid en empathie	0	0	0
7.2	- Gaat respectvol om met patiënt	0	0	0
7.3	- Weet vertrouwen te wekken bij patiënt	0	0	0
7.4	- Reageert op ongemak en gene	0	0	0
7.5	- Bewaakt adequaat eigen grenzen	0	0	0

---

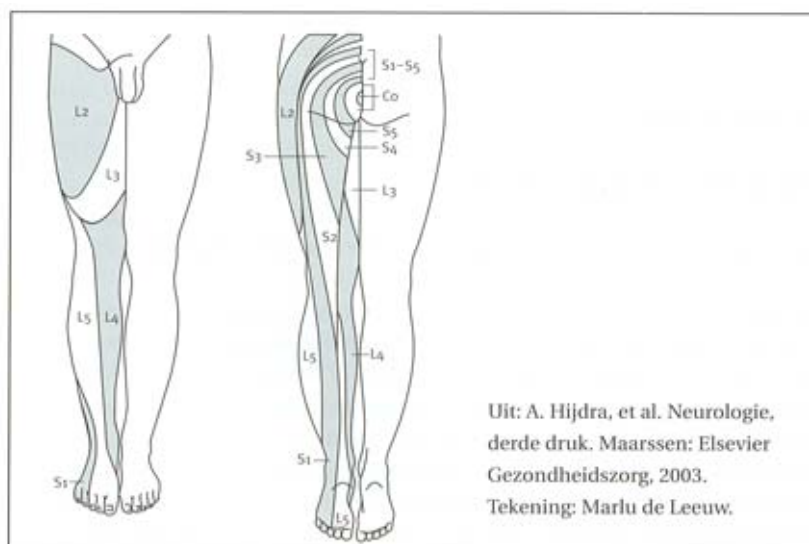
Benodigde tijd: ..... minuten

Algemene indruk:       Zeer slecht       Slecht       Matig       Goed       Zeer goed

Opmerkingen:

**Toelichting scoringslijst**

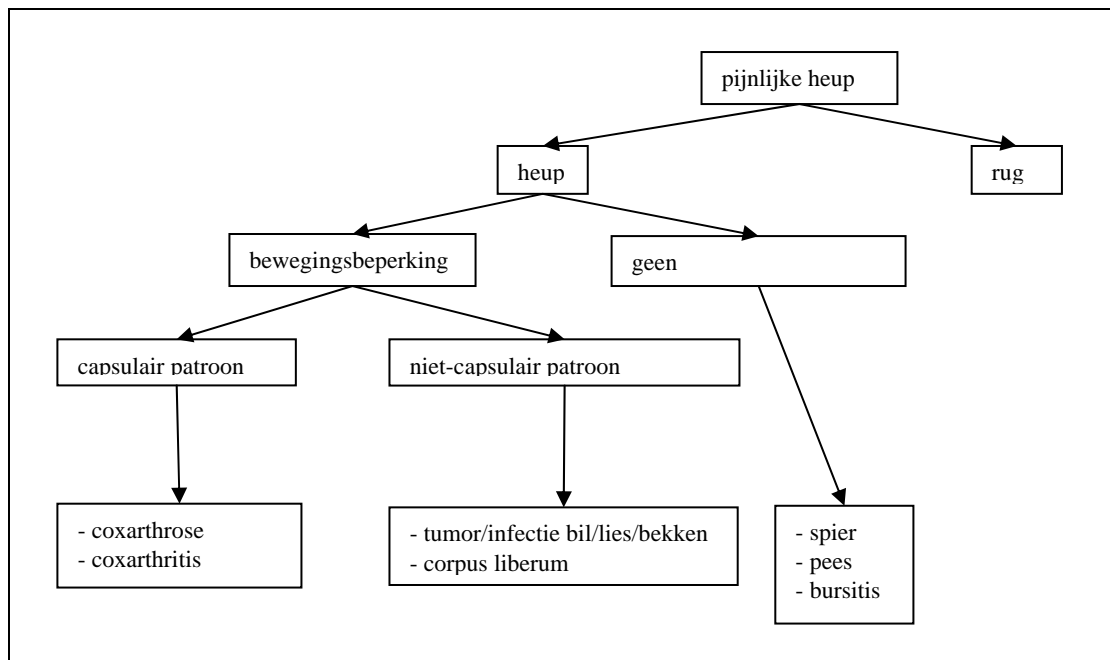
- item 1.1 Aandoeningen in en rond het heupgewricht kunnen pijn veroorzaken in de liesstreek, in de bilstreek en in het gebied rond de trochanter major. De pijn kan uitstralen in het been. Pijn vanuit het heupgewricht wordt vaak in de lies aangegeven, met uitstraling in het L3 dermatoom, d.w.z. naar de voorzijde van het bovenbeen (zie afbeelding). Pijn in dit gebied kan echter ook afkomstig zijn van andere dan de eigenlijke heupstructuren, zoals de lumbosacrale wervelkolom, de sacro-iliacale gewrichten en de organen in de buik en het kleine bekken (zie onder item 4).



- Item 1.2 Bij arthrose is er vaak een kortdurende startpijn en startstijfheid, die snel verbetert als de patiënt eenmaal in gang is. Bij reumatische aandoeningen is er vaak sprake van ochtendstijfheid, die minimaal een uur duurt. Een bursitis trochanterica veroorzaakt pijn in de laterale zijde van het bovenbeen, vooral bij liggen op de aangedane zijde.
- Item 1.4 Vraag naar onderbuiks- en bekkenklachten (zie ook onder item 1.1). Tintelingen en andere sensibele stoornissen wijzen op een neurologisch probleem, zoals een radiculair syndroom of meralgia paresthetica.
- Vraag naar overige gewrichtsklachten. Bij reumatoïde arthritis zijn het meestal andere gewrichten (dan het heupgewricht) die zijn aangedaan, maar het heupgewricht kan meedoen.
- Patiënten met een geschiedenis van heupdysplasie, fracturen of operaties aan de heup hebben een groter risico op het (vroegtijdig) krijgen van coxarthrose.
- Item 2.1 De patiënt dient zowel boven- als onderlijf te ontbloten, zodat ook de rug onderzocht kan worden. Er moet gelet worden op lichaamshouding en op standsafwijkingen van de wervelkolom, het bekken, de benen en de voeten.
- Normaliter is het looppatroon symmetrisch: beide benen worden gelijkmatig belast en de paslengte is beiderzijds gelijk. Door pijn en functiebeperking raakt de paslengte aan de aangedane zijde verkort. Door pijn ontstaat een insufficiëntie van de spieren (met name van de m. gluteus medius) waardoor het bekken tijdens stand en lopen doorzakt naar de aangedane zijde (Trendelenburgfenomeen). Soms probeert de patiënt dit te compenseren door het zwaartepunt van zijn lichaam boven de goede heup te brengen, waardoor het bovenlichaam tijdens het lopen zijdelings heen-en-weer zwaait (Duchennegang). Hierdoor neemt de mechanische belasting op de heup af en daarmee ook de pijn.
- Spieratrofie kan zichtbaar zijn in de bilspieren, de bovenbeenspieren (quadriiceps, hamstrings) en/of de kuiten. Trofische stoornissen, huid- en nagelafwijkingen kunnen aan de voeten gevonden worden.
- Bij onderzoek van de heup na een trauma zijn verkorting van het been (ten opzichte van het andere been) en het in exorotatie liggen van het been sterke aanwijzingen voor het bestaan van een collumfractuur.
- Tekenen van een arthritis (zoals roodheid en zwelling) zijn bij het heupgewricht niet goed waar te nemen.

- Item 2.2 **Endo- en exorotatie: de heup wordt 90 graden gebogen en bij de rotatie wordt het onderbeen als hefboom gebruikt. De beweging wordt doorgezet tot in de eindstand. Links en rechts worden vergeleken.**  
*Flexie:* de heupbeweging eindigt in principe zodra het bekken gaat meebewegen (dit is te voelen door met één hand het been te bewegen, terwijl de andere hand op het spina iliaca anterior superior (SIAS) van de contralaterale zijde gehouden wordt). De bewegingsuitslag en het eindgevoel worden links en rechts vergeleken. Zie voor *sign of the buttock* item 2.4.  
 De *handgreep van Thomas* dient om een flexiecontractuur in de heup aan te tonen. Wanneer een flexiecontractuur aanwezig is, dan zal de patiënt meestal wel met gestrekte benen op de onderzoeksbank kunnen liggen, door een toename van de lordose van de lumbale wervelkolom, waardoor de flexiecontractuur niet zichtbaar is. Wanneer nu het goede been in maximale flexie wordt gebracht, dan zal het been met de flexiecontractuur ook van de bank afkomen. (Bij een gezonde contralaterale kant kan het been gewoonlijk gestrekt blijven liggen, omdat er een zekere mate van hyperextensie mogelijk is in de heup).  
*Abductie:* fixeert het bekken op de SIAS.  
*Extensie:* de patiënt ligt op de buik op de bank. Het bekken wordt gefixeerd door één hand op het sacrum te plaatsen. Vervolgens wordt het bovenbeen van de bank getild. De onderzoeker moet er op letten dat de knie van de patiënt niet te ver gebogen wordt, anders komt er teveel rek op de m. rectus femoris (bovenbeenspieren voorzijde).
- Item 2.3 Palpatiepijn op de trochanter major kan wijzen op een bursitis trochanterica.  
 Bij verdenking op referred pain vanuit de buik of het kleine bekken wordt buikonderzoek gedaan. Bij klachten van de lies die kunnen passen bij een liesbreuk, wordt hier onderzoek naar gedaan.
- Item 2.4 De test van *Lasègue* wordt uitgevoerd wanneer er een verdenking bestaat op een radiculair prikkelingssyndroom.  
 Bij de *gapping test* ligt de patiënt in rugligging op bank. De onderzoeker kruist de armen en plaatst de handen op de SIAS beiderzijds en geeft druk naar posterolateraal. Deze test is bij sacro-iliitis meestal erg pijnlijk, waarbij de pijn in de bil of paravertebraal wordt aangegeven. Pijn in de mediaanlijn wijst niet op een afwijking in het SI-gewricht. Wanneer de test wordt herhaald met lumbale ondersteuning (de patiënt legt de arm onder de lage rug), zal dat de pijn bij sacro-iliitis niet beïnvloeden. In geval van een lumbale oorzaak is de pijn dan veel minder of helemaal afwezig.  
*Sign of the buttock:* Dit symptoom moet worden beschouwd als een alarmsymptoom. De patiënt heeft veel pijn bij passieve flexie van de heup en bij de test van *Lasègue*. Als oorzaak moet gedacht worden aan tumoren of bacteriële infecties in de bil, de lies of het kleine bekken.
- Item 2.5 Wanneer de bevindingen van anamnese en lichamelijk onderzoek de aanwezigheid van artrose van de heup aannemelijk maken, heeft aanvullend radiologisch onderzoek weinig toegevoegde waarde. Bij discrepantie tussen anamnese en bevindingen bij lichamelijk onderzoek kan aanvullend radiologisch onderzoek van waarde zijn. Aanvullend radiologisch onderzoek is in principe alleen geïndiceerd wanneer de uitslag consequenties heeft voor het therapeutisch handelen.  
 Laboratoriumonderzoek kan aangevraagd worden ter uitsluiting van een infectieuze / inflammatoire oorzaak van pijn in de heup.  
 Bij verdenking op een fractuur wordt een röntgenfoto aangevraagd.

## Item 3.1 Het stellen van de diagnose.



Allereerst moet duidelijk zijn of de pijn uit de rug komt of uit de heup.

Wijzen de symptomen in de richting van de heup, en is er sprake van bewegingsbeperking, dan moet onderscheid gemaakt worden tussen een capsulair patroon en een niet-capsulair patroon.

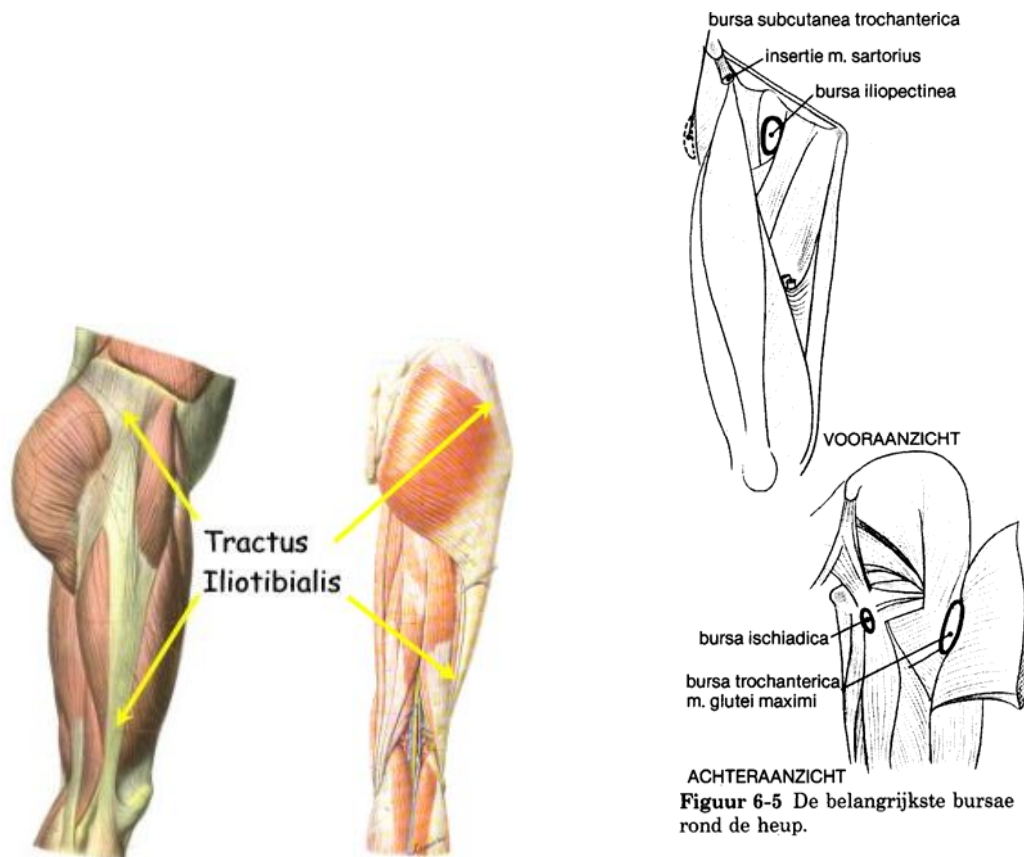
Bij het *capsulair patroon* is de endorotatie het meest beperkt. Minder beperkt is de extensie, en nog minder beperkt zijn flexie en abductie. Bij volwassenen is *coxarthrose* de meest frequent voorkomende oorzaak van pijn in de heup met bewegingsbeperking volgens een capsulair patroon. De incidentie en prevalentie nemen toe met de leeftijd. Secundaire arthrose kan ontstaan als gevolg van heuppathologie. Echte artritis van het heupgewricht is zeldzaam. Denk hier aan bij begeleidende ziekteverschijnselen en een verhoogd BSE.

Pijn in de heup, met bewegingsbeperking, die niet volgens het capsulair patroon is, kan wijzen op:

- tumoren of infectie in bil/lies/bekken ("sign of the buttock") zie item 2.4.

- corpus liberum. Een intra-articulair gelegen los bot- of kraakbeenfragment kan aanleiding geven tot enige beperking in exorotatie of extensie. Mogelijke oorzaken zijn: osteochondritis dissecans, synoviale (osteo)chondromatose, traumata en coxarthrose. De anamnese vermeldt een intermitterend klachtenpatroon met felle pijscheuten, met het gevoel door het been te zakken en soms het gevoel 'dat er iets in de weg zit'. Dit komt zeer zelden voor.

Pijn in de heup, zonder bewegingsbeperking bij onderzoek, wijst meestal op een *spier- of peesblessure* of een bursitis. Een *bursitis trochanterica* wordt meestal veroorzaakt door mechanische irritatie van de bursa, door de daaroverheen bewegende tractus iliotibialis (een peesplaat die lateraal van de heup naar de knie loopt, zie figuur).



Item 4.1 Bij *coxarthrose* moet worden uitgelegd dat te veel bewegen klachten zal veroorzaken en dat pijnlijke bewegingen (zoals draai-bewegingen in de heup) het best vermeden kunnen worden. Echter, alleen stil zitten is juist ook niet goed. Er moet hierin een middenweg gevonden worden. Fietsen is een goede oefening om de flexie in de heup op peil te houden. Zwemmen is goed om de spreid- en rotatiebewegingen te oefenen. In ernstiger gevallen kan een wandelstok worden geadviseerd, die aan de gezonde kant gebruikt moet worden. Verder kan bij overgewicht het advies om af te vallen gegeven worden.

De leefregels kunnen tijdens een fase van acute exacerbatie worden aangevuld met pijnmedicatie (paracetamol of NSAIDs).

De NHG patiëntenbrief Gewrichtsklachten Arthrose of de NHG ziektebeschrijving arthrose kan worden meegegeven.

Bij een *bursitis trochanterica* kunnen NSAIDs worden voorgeschreven of kan een injectie met corticosteroiden gegeven worden. Deze moet soms herhaald worden.

Bij een pees- of spierblessure wordt geadviseerd relatieve rust te nemen, en kunnen NSAIDs (of paracetamol) worden voorgeschreven.

Item 4.2 Bij *coxarthrose* kan verwijzing naar de fysiotherapeut plaatsvinden, met als belangrijkste doel om de patiënt te leren hoe hij zijn gewricht in een zo goed mogelijke conditie kan houden, ondanks de aanwezigheid van beperkende factoren. Bij langdurige en/of (zeer) invaliderende klachten kan verwezen worden naar de orthopeed, met als vraag of operatief ingrijpen verbetering kan geven. De orthopeed zal dit bepalen adhv een inschatting van de pijnklachten en de ervaren beperkingen. Bij een *pees- of spierblessure* kan verwezen worden naar de fysiotherapeut voor behandeling, maar ook voor een consultatie. Bij *bursitis trochanterica* klachten kan een injectie gegeven worden met triamcinolonoplossing (Suspensie voor injectievloeistof 40 mg/ml; ampul 1 ml of 5 ml, wegwerpspuit 1 ml.) Steek de naald hiervoor loodrecht op de huid ter plaatse van de pijnlijke bursa. De naald opvoeren tot aan weerstand en dan iets terugtrekken. Verdeel de injectievloeistof aldaar. Zo nodig kan er een paar cc lidocaïne bijgevoegd worden, eigenlijk alleen voor de arts te gebruiken als diagnostisch middel.