

Anamnese en lichamelijk onderzoek

W.A. Avis

- 2.1 Inleiding – 14**
- 2.2 Anamnese – 14**
 - 2.2.1 Groei en ontwikkeling – 15
 - 2.2.2 Rol van de WGBO – 15
 - 2.2.3 Afronding – 18
- 2.3 Lichamelijk onderzoek – 18**
 - 2.3.1 Lichamelijk onderzoek van de zuigeling – 18
 - 2.3.2 Lichamelijk onderzoek van peuter, kleuter en schoolkind – 20
 - 2.3.3 Lichamelijk onderzoek van tiener en adolescent – 21
- 2.4 Conclusie – 22**
 - Leesadvies – 22**

2.1 Inleiding

De kwaliteit van de relatie tussen behandelaar en patiënt bepaalt voor een belangrijk deel de uitkomst van het onderzoek en de behandeling. Het fundament voor die relatie wordt gelegd in het eerste contact met de patiënt en tijdens het anamnesegeprek. In de kindergeneeskunde zijn er naast de patiënt meestal ook een of meer begeleiders in het spel. Het is belangrijk het kind, naast deze begeleiders, steeds bewust eigen ruimte te geven. Afhankelijk van de leeftijd van het kind ligt het zwaartepunt van het gesprek bij het kind zelf of bij de begeleider. Bij een ouder kind kan het zinvol zijn om (eerst) alleen met het kind contact te hebben.

Goede observatie is misschien wel het belangrijkste onderdeel van het lichamelijk onderzoek. Observatie begint bij binnenkomst van de patiënt, soms al met een blik in de wachtkamer, en vindt ook plaats tijdens het anamnesegeprek. Zit het kind te spelen, met aandacht voor de omgeving, of ligt het apathisch bij moeder op schoot? Hoe is de interactie tussen kind en begeleider, hoe is het looppatroon (gewrichtsaandoening), hoe is de ademhaling (verlengd expirium: astma?, tachypneu en expiratoir kreunen: pneumonie?). Vooral bij jonge kinderen kan zo in de relatief veilige fase van kennismaking en gesprek al veel relevante informatie worden verkregen.

In de volgende uitwerking wordt algemene kennis van anamnese en lichamelijk onderzoek bekend verondersteld. We staan vooral stil bij een aantal typisch kindergeneeskundige overwegingen, kenmerken en ‘handigheden’. Voor de ziektespecifieke anamnese en het ziektespecifieke onderzoek verwijzen we naar de betreffende hoofdstukken.

2.2 Anamnese

Bij een jonger kind is de anamnese vooral een heteroanamnese. Vaak wijst het ziekteverhaal in een bepaalde diagnostische richting, maar de klachten kunnen ook vaag zijn of juist onnatuurlijk nadrukkelijk of bagatelliserend worden gepresenteerd. Bij dit soort onduidelijke klachtenpresentaties is het goed om de volgende punten voor ogen te houden:

- Klachten moeten worden gezien tegen de achtergrond van de ontwikkelingsfase van het kind. Zo berust regelmatig teruggeven van een mondje voeding zonder bloedbijmenging, verslikken of een vies gezicht als uiting van pijn bij een goed groeiende zuigeling meestal op onschuldige, voorbijgaande gastro-oesofageale reflux; bij een ouder kind kunnen deze klachten wijzen op refluxziekte. Bij een kleuter van 4 jaar kunnen vermoeidheidsklachten heel goed samenhangen met toegenomen sociaal-emotionele belasting als gevolg van het naar school gaan. Acht bovensteluchtweginfecties per jaar is niet ongebruikelijk voor een peuter, maar moet bij een ouder schoolkind aanleiding zijn voor verder onderzoek.
- De leeftijdgebonden epidemiologie van gezondheidsproblemen stuurt de anamnese. Op de kinderleeftijd wordt chronische buikpijn bijvoorbeeld vaak veroorzaakt door obstipatie. De klachten van obstipatie zijn echter weinig specifiek. Het kind kan alleen klagen over vage buikpijn of moeheid. Het is dan aangewezen, op grond van de epidemiologische overweging dat de klachten heel goed door obstipatie veroorzaakt kunnen zijn, om de defecatieanamnese grondig uit te vragen. De vraag ‘Hoe is het ontlastingspatroon?’ volstaat meestal niet; kind en ouders zijn vaak zó gewend aan een bepaald patroon, dat het niet meer als afwijkend wordt gezien.
- De draagkracht van het systeem waarin het kind opgroeit, bepaalt in belangrijke mate wanneer ongemak of gedrag als gezondheidsprobleem wordt gepresenteerd. Door zijn centrale rol in de gezondheidszorg is de huisarts vaak het best in staat om de draagkracht van het systeem te beoordelen. Een aandoening als ADHD kan in het gezin tot onhan-

teerbaar gedrag leiden, zeker als een van de ouders zelf ook ADHD heeft en het moeilijk vindt structuur en regelmaat te bieden. In gezinnen waar wel structuur en regelmaat worden geboden en ADHD thuis nauwelijks als probleem wordt ervaren, kan het storende gedrag juist alleen op school opvallen. Soms is het alsof (vermeende) ziekte van het kind om een bepaalde reden in stand wordt gehouden. Wanneer ziektepresentaties de kenmerken van *pediatric condition falsification* (vroeger münchhausen syndroom ‘by proxy’ genoemd) hebben, bestaat er een ernstige bedreiging voor het kind. Vragen over de sociale factoren en het milieu waarin het kind opgroeit, vormen een belangrijk onderdeel van de anamnese.

2.2.1 Groei en ontwikkeling

Wat de kindergeneeskunde vooral haar eigen plaats in de geneeskunde geeft, is het feit dat kinderen groei en ontwikkeling doormaken. De anamnese moet dan ook inzicht geven in het beloop daarvan. Een uitvoerige behandeling van de ontwikkelingsanamnese en het ontwikkelingsneurologisch onderzoek valt buiten het bestek van dit boek. Wel vindt de lezer in **▣** tabel 2.1 een globaal overzicht van de ontwikkeling naar leeftijd. De ontwikkelingskenmerken zijn arbitrair ontleend aan het ontwikkelingsonderzoek volgens Van Wiechen. Bewust is hierbij de leeftijd als uitgangspunt genomen en niet de kenmerken per ontwikkelingsdomein. Het overzicht is bedoeld als houvast bij een bepaalde leeftijd. Bij de officiële uitvoering van het vanwiechenschema, zoals die op het consultatiebureau plaatsvindt, worden de kenmerken volgens een vast omschreven strategie per ontwikkelingsdomein onderzocht (naar tempo en kwaliteit) en gescoord.

Lengte, gewicht en hoofdometrek worden vastgelegd in groeicurven. Een afbuigende lengtegroei na de leeftijd van 2 à 3 jaar wijst over het algemeen op onderliggende pathologie en is een indicatie voor verwijzing naar de kinderarts. Ook een kind dat kleiner is dan op grond van de lengte van de ouders verwacht mag worden, verdient nadere aandacht. In geval van kleine lengte kan er sprake zijn van onderliggende ziekte, syndromale pathologie, verwaarlozing, een – overigens zeldzame – groeihormoonstoesestoonis of een constitutioneel kleine gestalte. Ook bij te lange kinderen kan er sprake zijn van pathologie. Vaak luidt echter de vraag van kind of ouders of de eindlengte sociaal-emotioneel wel acceptabel is en of er niet wat aan moet worden gedaan.

De beoordeling van lengte, puberteitsstadia en groeisnelheid kan dus belangrijke gezondheidsinformatie geven. Groeigegevens zijn meestal goed vastgelegd in het jeugdgezondheidszorgdossier; tot 4 jaar bij het consultatiebureau, daarna bij de afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD.

Overgewicht vormt een toenemende bedreiging van de volksgezondheid. Aandacht in de anamnese voor eetgewoonten en bewegen is dan noodzakelijk. Bij dit soort gevoelige onderwerpen is zorgvuldige gespreksvoering van belang; ‘motiverende gespreksvoering’ is dan een effectieve gesprekstechniek. Voor verdere informatie verwijzen we naar het hoofdstuk over obesitas.

2.2.2 Rol van de WGBO

Als de arts het nodig vindt om een kind zonder de ouders of verzorgers te zien, kan hij te maken krijgen met een belangenconflict tussen hen en het kind. Ouders hebben de plicht (en het recht) om voor het geestelijk en lichamelijk welzijn van hun kinderen te zorgen. Het belang

■ **Tabel 2.1** Ontwikkelingskenmerken naar leeftijd. Minstens 90 procent van een groep gezonde kinderen scoort op de genoemde leeftijd positief voor de bijbehorende kenmerken.

leeftijd	kenmerk
4 weken	kan ogen fixeren
	reageert op toespreken
	blijft hangen bij optillen onder de oksels
	heft kin even van onderlaag
8 weken	volgt met ogen én hoofd $30^{\circ} \leftarrow 0^{\circ} \rightarrow 30^{\circ}$
	lacht terug
	houdt het hoofd kort rechtop bij optrekken tot zittende houding
3 maanden	opent handen af en toe
	kijkt naar eigen handen
	maakt geluiden terug
	heft in buikligging hoofd tot 45°
	speelt met handen middenvoor
6 maanden	pakt in rugligging voorwerp binnen bereik
	maakt gevarieerde geluiden
	kijkt rond met 90° geheven hoofd
	houdt benen gebogen of trappelt bij verticaal zwaaien
9 maanden	pakt blokje over
	houdt blokje vast, pakt er nog een in de andere hand
	speelt met beide voeten
	zegt ‘dada’, ‘baba’ of ‘gaga’
	rolt zich om van rug naar buik en omgekeerd
	kan hoofd goed rechtop houden in zit
	zit op billen met gestrekte benen
12 maanden	pakt propje met duim en wijsvinger
	brabbelt bij het spel
	reageert op mondeling verzoek
	zwaait ‘dag, dag’
	zit stabiel los
	kruipt vooruit, buik op de grond
	trekt zich op tot staan
15 maanden	doet blokje in/uit doos
	speelt ‘geven en nemen’
	zegt twee geluidsworden met begrip
	begrijpt enkele dagelijks gebruikte zinnen
	kruipt vooruit, buik vrij van de grond
	loopt langs

■ Tabel 2.1 vervolg

leeftijd	kenmerk
18 maanden	stapelt twee blokjes
	gaat op onderzoek uit
	zegt drie woorden
	begrijpt spelopdrachtjes
	loopt los
2 jaar	stapelt drie blokjes
	doet anderen na
	zegt 'zinnen' van twee woorden
	wijst zes lichaamsdelen aan bij pop
	raapt vanuit hurkzit iets op
2,5 jaar	stapelt zes blokjes
	trekt kledingstuk uit
	noemt zichzelf 'mij' of 'ik'
	wijst vijf plaatjes aan in boek
	schopt bal weg
3 jaar	bouwt vrachtauto na
	tekent verticale lijn na
	zegt 'zinnen' van drie of meer woorden
	is verstaanbaar voor bekenden
	fietst (op driewieler)
4 jaar	tekent cirkel na
	houdt potlood met vingers vast
	is goed verstaanbaar voor onderzoeker
	stelt vragen naar 'hoeveel', 'wanneer', 'waarom'
Bron: Stichting Van Wiechen Ontwikkelingsonderzoek (secretariaat: Lutmastraat 167, 1073 GX Amsterdam)	

van het kind hoort hierbij steeds centraal te staan. Daarbij moeten zij rekening houden met de toenemende zelfstandigheid van het kind: naarmate het zich verder ontwikkelt, neemt de invloed van het ouderlijk gezag af. In de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) wordt een onderscheid gemaakt tussen minderjarigen jonger dan 12 jaar, minderjarigen van 12 tot en met 15 jaar en minderjarigen van 16 en 17 jaar. Voor kinderen onder de 12 jaar geldt dat bij het tot stand komen van een behandelingsovereenkomst de ouders beslissen. Het kind moet wel bij deze beslissing worden betrokken. Minderjarigen van 16 en 17 jaar worden geacht zelfstandig, zonder tussenkomst van de ouder als wettelijke vertegenwoordiger, tot een behandelingsovereenkomst te kunnen komen. Moeilijker ligt het voor kinderen van 12 tot en met 15 jaar. Nu geldt het systeem van dubbele toestemming: zowel de minderjarige als de ouders moeten toestemming geven voor een geneeskundige behandeling. In beginsel moet de

arts de benodigde informatie dus zowel aan de ouders als aan het kind geven. Het informeren van de ouders mag echter niet los worden gezien van de belangen van de minderjarige. Op het systeem van dubbele toestemming bij minderjarigen van 12 tot en met 15 jaar kent de WBGO dan ook twee uitzonderingen.

1. De bewuste behandeling mag zonder toestemming van de ouders plaatsvinden als de medische verrichting kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen. Eventueel kan de behandeling worden uitgevoerd zonder de ouders te informeren.
2. De minderjarige blijft de behandeling weloverwogen wensen, ook nadat de ouders hebben geweigerd hun toestemming te geven.

Over het algemeen geldt dat de arts zijn handelen steeds moet kunnen verenigen met de eisen van zogeheten ‘goed hulpverlenerschap’; in geval van kindermishandeling bijvoorbeeld kan de zorgplicht voor het kind andere juridische kaders overstijgen.

2.2.3 Afronding

Het is goed om de anamnese af te sluiten met een samenvattende ordening van de gegevens. Aan begeleider en kind kan dan nog eens worden gevraagd of ‘het probleem’ zo goed begrepen en verwoord is. Op deze manier wordt voorkomen dat de behandelaar verdwaalt in eigen aannamen en overwegingen. Het adagium ‘moeder heeft gelijk tot het tegendeel wordt bewezen’ blijkt maar al te vaak waar. Bovendien biedt het ruimte voor nog niet gestelde vragen en voor het uitspreken van tot dan toe niet te berde gebrachte angsten.

2.3 Lichamelijk onderzoek

Zoals in de inleiding bij dit hoofdstuk al werd opgemerkt, is goede observatie misschien wel het belangrijkste onderdeel van het lichamelijk onderzoek. Veel gegevens kunnen al worden verkregen door tijdens het anamnesegesprek oog te hebben voor het gedrag en de fysieke verschijning van het kind. Jonge kinderen kunnen het meer expliciete lichamelijk onderzoek gemakkelijk als bedreigend ervaren. Toch mag het verdere lichamelijk onderzoek, indien nodig, natuurlijk niet achterwege blijven.

2.3.1 Lichamelijk onderzoek van de zuigeling

Wanneer algemeen lichamelijk onderzoek van een zuigeling nodig is, kan men het beste recht tegenover het ontklede kind plaatsnemen (de luier wordt pas later afgedaan). Zorg dat het kind prettig ligt, goed recht, met het hoofd in de mediaanlijn. Eventueel kan de onderzoeker het kind in de schaal van zijn eigen handen nemen of op de schoot van de moeder onderzoeken. Door een vriendelijke gelaatsuitdrukking, zacht praten en eventueel licht wiegen komen onrustige kinderen meestal tot rust. In deze positie kunnen alertheid, contact (cerebrale conditie), houding en symmetrie (lichaamsvorm en symmetrie van bewegen) goed worden beoordeeld.

Observatie en inspectie

Alertheid, kleur en contact. Op de zuigelingenleeftijd kunnen lethargie en bleekheid de enige symptomen zijn van ernstige aandoeningen als meningitis en urosepsis.

■ Tabel 2.2 Longgeluiden.

geluid	karakter	betekenis
crepitaties	kortdurende grove knispers, kortdurende fijne knispers	'hypersecretie', bronchiëctasieën
		longontsteking
		longoedeem
		longfibrose
		decompensatio cordis
hoogfrequente 'piepende' rhonchi	piepende geluiden die langer duren dan crepitaties	polyfone rhonchi wijzen op diffuse obstructie: astma? monofone rhonchi kunnen passen bij lokale obstructie of vernauwing
laagfrequente 'groe' rhonchi	laagfrequenter geluiden die langer duren dan crepitaties	vaak voortgeleide geluiden als gevolg van slijm in de luchtwegen
bronchiaal ademen	geluid zoals hoorbaar wanneer de stethoscoop boven de trachea wordt geplaatst	wijst op 'massa' tussen de stethoscoop en de meer centrale luchtweg: infiltraat?
pleurawrijven	als sneeuwkraken	pleuritis

Houding en symmetrie. Een gezonde pasgeborene ligt met de schouders iets los van de onderlaag en met de heupen in flexie en lichte abductie; een hypotone pasgeborene ligt met de schouders en de gebogen benen op de onderlaag (kikkerstand). Een goede indruk van de tonus is ook te verkrijgen door de zuigeling met beide handen onder de oksels op te pakken (bij hypotonie is er dan het gevoel van *slipping through*) of horizontaal op de hand te houden (ventrale suspensiehouding). Kinderen jonger dan 2 jaar tonen nog geen fysiologische rechts- of linkshandigheid. Is er wel een rechts- of linksvoorkeur, dan is er sprake van pathologie van het achterblijvende lidmaat (ziekte van het bewegingsapparaat of neurologisch) of van de achterblijvende lichaamshelft (meestal neurologisch).

Ademhaling en huid. Nadat zo een eerste indruk van alertheid, kleur, houding en kwaliteit van beweging is verkregen, wordt gekeken naar de ademhaling (normaal: gecombineerde borst- en buikademhaling, ademtempo 40-50/minuut) en wordt de huid beoordeeld (petechiën bij meningokokkensepsis). Wanneer een kind naar een oor grijpt, kan dit wijzen op middenoorontsteking.

Auscultatie

Bij zuigelingen en jonge kinderen gaat de auscultatie aan de palpatie vooraf. Overigens is de meerwaarde van de auscultatie vaak beperkt. Luchtwegproblemen verraden zich vooral door verschijnselen als hoest, stridor, kreunen, tachypneu (> 40-50/minuut), gebruik van hulpademhalingsspieren en intrekkingen. De ernst van het luchtwegprobleem wordt vooral ook afgelezen aan de mate van algemeen ziek zijn, tot uiting komend in de mate van alertheid en interesse voor de omgeving. ■ Tabel 2.2 geeft een overzicht van longgeluiden en hun interpretatie.

Hartafwijkingen waarvoor directe interventie nodig is, dienen zich aan met tekenen van circulatoir falen als tachypneu, transpireren, bleek zien en een verminderd inspanningsvermogen tijdens het voeden, of met cyanose. De auscultatie is hierbij van ondergeschikt belang.

Op de zuigelingenleeftijd moet een geruis overigens niet te gemakkelijk als onschuldig uitdrijvingsgeruis afgedaan worden.

Percussie

Op deze leeftijd heeft percussie doorgaans weinig meerwaarde, maar het is wel onprettig voor de zuigeling.

Palpatie

Het spreekt voor zich dat palpatie voorzichtig moet worden gedaan.

Enkele punten van aandacht:

- Palpeer bij vergelijkend onderzoek steeds de (vermoedelijk) niet-aangedane zijde eerst.
- Nekstijfheid als teken van meningitis kan bij zuigelingen en jonge kinderen volledig ontbreken.
- Zorg bij het beoordelen van de ligging van de testes voor warme handen en druk eerst met de wijsvinger van de niet-palperende hand het lieskanaal af, zodat de testis niet de buikholte in kan 'vluchten'.
- De costofrenische hoek is bij zuigelingen stomper dan bij oudere kinderen; als gevolg hiervan is ook een niet-vergrote lever vaak goed te voelen.

2.3.2 Lichamelijk onderzoek van peuter, kleuter en schoolkind

Ook hier geldt dat de relatie die de onderzoeker met het kind heeft, bepalend is voor de mogelijkheden bij het lichamelijk onderzoek. Vooral op 2-jarige leeftijd ('ik ben twee en ik zeg nee') kan het onderzoek een uitdaging zijn. Overigens is het goed het positieve van eventueel dwars en afwerend gedrag te benoemen, zeker als ouders of verzorgers zich opgelaten voelen. Dwars gedrag is een normaal ontwikkelingsverschijnsel; het kind maakt onderscheid tussen 'eigen' en 'niet-eigen' of verkent zijn grenzen.

Het kind wordt steeds rustig benaderd, waarbij de onderzoeker door de knieën gaat of bij het kind gaat zitten om zo veel mogelijk 'op gelijke hoogte' contact te hebben. Het oprecht interesse tonen voor wat het kind leuk vindt of bezighoudt, geeft vaak een opening. De geringe tijdsinvestering die dit vraagt, betaalt zich meestal ruimschoots terug. Vraag een kind nooit om toestemming voor onderzoek. Ook wanneer het kind 'nee' zegt, moet goed geïndiceerd onderzoek toch plaatsvinden. Beter is het om rustig aan te geven wat men gaat doen en het aangekondigde onderzoek vervolgens uit te voeren. Wel kan men het kind de keuze geven tussen twee mogelijkheden met eenzelfde uitkomst. Bijvoorbeeld: zal ik je op de onderzoeksbank tillen of klim je er zelf op? Of: zal ik eerst in dit oor kijken, of eerst in het andere? De arts blijft waar mogelijk in gesprek met het kind (en de begeleider), maar houdt de regie in handen. Bij het instrumentele onderzoek kan het soms handig zijn om de begeleider bij het onderzoek te betrekken; deze kan bijvoorbeeld worden gevraagd om de stethoscoop op een bepaalde plek te houden. Men moet echter voorkomen dat de begeleider de rol van medeboosdoener krijgt. Idealiter steunt de begeleider de dokter bij het onderzoek – ook als dat vervelend is – maar biedt hij tegelijkertijd het kind veiligheid.

Observatie en inspectie

Observatie geeft een indruk van het bewustzijn, de ernst van de ziekte, houding en bewegen, ademhaling en eventuele zichtbare afwijkingen aan huid en slijmvliezen. De inspectie van het KNO-gebied wordt pas aan het eind van het onderzoek gedaan.

Auscultatie

Net als bij zuigelingen is bij jonge kinderen de meerwaarde van de auscultatie beperkt. Ook bij hen verraden luchtwegproblemen zich vooral door verschijnselen als hoest, stridor, kreunen, tachypneu ($> 30\text{--}40/\text{minuut}$), gebruik van hulpademhalingsspieren en intrekkingen. De ernst van het luchtwegprobleem wordt vooral bepaald door de mate van algemeen ziek zijn, tot uiting komend in de mate van alertheid en interesse voor de omgeving. Auscultatie helpt meestal weinig bij de differentiatie van mogelijke oorzaken. Links-rechtsverschillen kunnen bij een longontsteking worden gevonden, maar kunnen ook voorkomen bij astma als slijmpropjes de luchtwegen afsluiten. Voortgeleide rhonchi kunnen onterecht tot de diagnose pneumonie doen besluiten. Bronchiaal ademen, waarbij het expirium luider klinkt dan het inspirium, wijst op een massa tussen de membraan van de stethoscoop en de grotere luchtwegen, op deze leeftijd meestal een infiltraat (zie ook ■ tabel 2.2).

Relevante hartafwijkingen zijn meestal al op de zuigelingenleeftijd gediagnosticeerd. Soms valt een geruis over het hart echter pas op oudere leeftijd op. Er kan dan sprake zijn van een hartafwijking, maar meestal betreft het een onschuldig uitdrijvingsgeruis. De kenmerken daarvan zijn: een zacht systolisch uitdrijvingsgeruis (crescendo-decrescendo) zonder *thrill*, met een punctum maximum halverwege de linker sternumrand en de apex, zonder specifieke voortgeleiding en met een normale, met de ademhaling wisselende splijting van de tweede toon, bij een kind zonder klachten. Het geruis heeft een typisch ‘muzikaal’ karakter, alsof er over de hals van een lege fles wordt geblazen of een snaar van een cello wordt aangetokkeld (pizzicatogeruis). Klinkt het geruis anders, of is er twijfel over de diagnose onschuldig uitdrijvingsgeruis, dan moet het kind verwezen worden.

Percussie

Naarmate het kind groter is, kan percussie aanvullende informatie geven, bijvoorbeeld over de uitgebreidheid van een longinfiltraat, pleuravocht of een demping in de buik. Ook hier geldt echter dat het kind de percussie gemakkelijk als bedreigend of onaangenaam ervaart en dat de bijdrage aan de diagnose meestal gering is.

Palpatie

Bij de palpatie wordt weer voorzichtig te werk gegaan. Wanneer men pijn onderzoekt, vraagt men het kind om met één vinger aan te geven waar de pijn vooral zit (dit kan nogal verschillen van wat anamnestic wordt aangegeven) en begint de palpatie op enige afstand van de aangegeven plek. De gelaatsuitdrukking van het kind wordt hierbij in de gaten gehouden. Ook voor peuters en kleuters geldt dat nekstijfheid bij meningitis kan ontbreken. Het onderzoek van de ligging van de testes verschilt niet van dat bij zuigelingen.

2.3.3 Lichamelijk onderzoek van tiener en adolescent

De lichamelijke integriteit van kinderen moet altijd worden gerespecteerd en er moet rekening worden gehouden met gevoelens van schaamte. Dit geldt des te meer voor tieners, met hun toenemende zelfbewustzijn en ontluikende seksualiteit. Wensen en belangen van kind en ouders of verzorgers zijn niet altijd meer congruent. In toenemende mate kan het nodig zijn anamnesegegesprek en lichamelijk onderzoek zonder de aanwezigheid van ouder of verzorger te laten plaatsvinden. Als de vraagstelling seksueel misbruik of geweld betreft, moet het lichamelijk onderzoek plaatsvinden in aanwezigheid van een praktijkmedewerker.

2.4 Conclusie

Ervaren artsen komen vaak tot een diagnose op basis van patroonherkenning: zij bouwen voort op eerder opgedane ervaring met vergelijkbare klachtenpresentaties. Gelukkig blijkt de zo gestelde diagnose meestal juist te zijn. Het blijft echter belangrijk om steeds bewust na te gaan of de afzonderlijke anamnestiche gegevens en bevindingen bij het lichamelijk onderzoek daadwerkelijk passen bij de hypothese. Anders dreigt het gevaar dat de uitzondering over het hoofd wordt gezien. Een moeilijke diagnose of een diagnose die nog niet eerder werd gesteld, komt pas tot stand na het opstellen en uitwerken van een differentiaaldiagnose op basis van de bij anamnese en lichamelijk onderzoek verzamelde bouwstenen. Naarmate het verzamelen van gegevens en het interpreteren ervan deskundiger tot stand zijn gekomen, is de differentiaaldiagnose korter. Hoe groter de waarschijnlijkheid van een hypothese, des te groter de voorspellende waarde van de uitkomst van verder aanvullend onderzoek (theorema van Bayes). Anamnese en lichamelijk onderzoek blijven de belangrijkste basisinstrumenten in de dagelijkse patiëntenzorg.

Leesadvies

Roord JJ, Hogeman PHG, Derksen-Lubsen G, Avis WA. Anamnese en lichamelijk onderzoek. In: Brande JL van den, Derksen-Lubsen G, Heymans HSA, Kollée LAA (red). Leerboek Kindergeneeskunde. Utrecht: De Tijdstroom; 2009, 41-60.

Laurent de Angulo MS, Brouwers-de Jong EA, Bulk A. Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg. 4e druk. Assen: Van Gorcum; 2008.

Roord JJ, Diemen-Steenvoorde JAAM van (red). Probleemgeoriënteerd denken in de kindergeneeskunde. Een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek. Utrecht: De Tijdstroom; 2002.

Miller RW, Rollnick S. Motivational interviewing. New York/London: The Guilford Press; 1991.

Kindergeneeskunde

Bindels, P.J.E.; Kneepkens, C.M.F. (Eds.)

2013, XVIII, 380 p. Book + eBook., Hardcover

ISBN: 978-90-313-9138-7