

Navelbreuk bij zuigelingen

Floor Welman, Marissa Scherptong-Engbers, Just Eekhof

Een navelbreuk bij zuigelingen ontstaat kort na de geboorte, maar geeft vrijwel nooit klachten en herstelt meestal spontaan binnen enkele jaren. Bij oudere kinderen wordt een navelbreuk die nog bestaat vaak wel geopereerd, omdat die op latere leeftijd kan leiden tot inklemming of problemen bij zwangerschap.

Een navelbreuk (hernia umbilicalis) is een defect van de buikwand ter plaatse van de navel, waardoor buikinhoud naar buiten puilt. Het buikwanddefect is het gevolg van onvoldoende littekenretractie van de navelring na de geboorte.¹

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Een navelbreuk ontstaat kort na de geboorte doordat de navelopening (nog) onvoldoende gesloten is. Normaal gesproken sluit de linea alba zich na de geboorte op de plaats waar de navelstreng de buikholte verlaat, maar bij een enkele baby blijft de doorgang bestaan. Men ziet dan ter hoogte van de navel een met huid en subcutis bedekte welving die toeneemt bij verhoging van de intra-abdominale druk en die gemakkelijk terug te duwen is bij een ontspannen buik. De breuk kan gemakkelijk 10 cm groot worden, zo groot als een sinaasappel. De breukpoort is ter plaatse te palperen.² Een uitpuilende navel komt overigens ook regelmatig voor zonder buikwanddefect; er is dan geen opening te palperen.

Een navelbreuk bij zuigelingen ontstaat meestal rond dag 5 na de geboorte. Een deel van het buikvlies met daarin een stukje darm stulpt uit in de navel. Als het kind lacht, huilt of perst, wordt de druk in de buik hoger, waardoor de breuk verder naar buiten puilt en de zwelling toeneemt [figuur]. Het kind heeft zelf geen last van de navelbreuk. Een navelbreuk kan beklemd raken, maar dat komt zelden voor.

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Een navelbreuk is goed te onderscheiden van een omfalokèle of een para-umbilicale hernia. Bij een omfalokèle puilt de breukinhoud uit in de navelstreng en is de breukzak niet bedekt met gewone huid. Bij een para-umbilicale hernia be-

Figuur

Bij een navelbreuk is er een zwelling ter plaatse van de navel die toeneemt bij huilen, hoesten of persen en die gemakkelijk terug te duwen is.



Foto: Just Eekhof

vindt het defect in de buikwand zich elders in de mediaanlijn (meestal hoger).

EPIDEMIOLOGIE

Navelbreuken komen veel voor bij pasgeborenen. De incidentie varieert van ongeveer 30 per 1000 pasgeborenen bij mensen van Europese afkomst tot wel 250 bij sommige groepen van Afrikaanse afkomst. Bij pre- en dysmaturen is de incidentie hoger; van de kinderen met een geboortegewicht < 1500 g heeft driekwart een navelbreuk.³

ANAMNESE EN ONDERZOEK

Anamnese

- Was de breuk kort na de geboorte al aanwezig?
- Hoe groot is de zwelling op zijn grootst geweest?
- Neemt de zwelling toe bij huilen, persen enzovoort?
- Hebben de ouders de indruk dat het kind er pijn van ondervindt?

Lichamelijk onderzoek

Een navelbreuk geeft vrijwel nooit aanleiding tot klachten. Er is een zwelling ter plaatse van de navel die toeneemt bij huilen, hoesten of persen en die gemakkelijk terug te duwen is. De grootte van de breukpoort moet gepalpeerd en getoeterd worden.

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder is gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen bij kinderen*. Onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2022. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

DE KERN

- Een navelbreuk bij zuigelingen ontstaat meestal rond dag 5 na de geboorte.
- Het kind heeft zelf geen last van de navelbreuk.
- In de meeste gevallen treedt spontaan herstel op en kan veilig worden afgewacht.

BELEID

Afwachtend beleid

Het risico van inklemming op de kinderleeftijd is klein.⁴ Bij volwassenen is inklemming wel beschreven. Omdat gedurende de eerste levensjaren nog littekenretractie van de navelring optreedt, sluit een groot deel van de navelbreuken spontaan. Van de breukpoorten < 1 cm is na 6 jaar ongeveer 80% spontaan gesloten, van de breukpoorten < 0,5 cm 96%.⁵ Breukpoorten > 2 cm herstellen vrijwel nooit volledig, maar er is in het algemeen geen reden om een navelbreuk al op jonge leeftijd te opereren. Vóór het 5e levensjaar bestaat er geen indicatie voor chirurgisch herstel van een ongecompliceerde navelbreuk.^{3,6}

Chirurgie

Bij de (weinig) kinderen bij wie de breuk blijft bestaan, wordt een hersteloperatie aangeraden vanaf de leeftijd van 14 jaar, vanwege de kans op inklemming op volwassen leeftijd. Vaak wordt echter een persistente navelbreuk om cosmetische redenen al op 5-jarige leeftijd geopereerd, hoewel er dan nog een kleine kans is op spontane sluiting. Bij de hersteloperatie wordt via een gebogen incisie onder de navel de breukzak gereefd en het defect in de buikwand gesloten. De operatie vindt plaats tijdens een dagopname, onder algehele narcose.

Afplakken

De meningen over het afplakken van de navelbreuk lopen uiteen. Sommige auteurs adviseren tegen afplakken, omdat dat geen gunstig effect zou hebben en via smetten van de huid de kans op infectie zou vergroten. In enkele onderzoeken bleek afplakken echter wel een positief effect te hebben.^{7,8}

WANNEER VERWIJZEN?

Een vermoeden van inklemming in de breukpoort is reden voor

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Het kind zelf heeft geen last van de navelbreuk, maar de ouders zijn toch bezorgd. Omdat de navelbreuk groter wordt bij huilen, denken sommige ouders dat de gespannen navelbreuk de oorzaak van het huilen is in plaats van het gevolg. Ouders vragen vaak of het kind geopereerd kan worden, soms uit cosmetische overwegingen.

WAT IS AANGETOOND?

Meestal sluit de navelbreuk zich spontaan en volstaat afwachtend beleid.^{9,10} Op welke leeftijd eventuele operatieve sluiting het best kan plaatsvinden is niet onderzocht. Er zijn geen eensluidende adviezen over afplakken.^{7,8}

spoedverwijzing naar de kinderchirurg. Bij een persistente breukpoort is overleg met een (kinder)chirurg aangewezen.

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Het is belangrijk de ouders te informeren dat een navelbreuk meestal spontaan herstelt in de eerste 5 levensjaren en het herstel veilig kan worden afgewacht.⁹ Breukpoorten die na die leeftijd nog bestaan, sluiten zich waarschijnlijk niet vanzelf. Wegens het (geringe) risico op inklemming op volwassen leeftijd wordt in die gevallen een hersteloperatie geadviseerd vanaf 14 jaar.

Bij meisjes zal eerder gekozen worden voor operatieve sluiting omdat een navelbreuk bij een zwangerschap problemen kan geven. Er is geen onderzoek gedaan naar de leeftijd waarop deze operatie het best kan plaatsvinden. ■

LITERATUUR

1. Van Heurn LW, Hazebroek FW. Praktische kindergeneeskunde: chirurgie bij kinderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2001.
2. Garcia VF. Umbilical and other abdominal wall hernias. In: Murphy JP, editor. Pediatric surgery. Philadelphia: Saunders, 2004.
3. Snyder CL. Current management of umbilical abnormalities and related anomalies. Semin Pediatr Surg 2007;16:41-9.
4. Barreto L, Khan AR, Khanbhai M, Brain JL. Umbilical hernia. BMJ;347:f4252.
5. Kelly KB, Ponsky TA. Pediatric abdominal wall defects. Surg Clin North Am 2013;93:1255-67.
6. Almekhl W, AlRaymoony A, AlDaaja MM, Abdullah B, Oudeh A. A systematic review of current consensus on timing of operative repair versus spontaneous closure for asymptomatic umbilical hernias in pediatric. Med Arch 2019;73:268-71.
7. Merei JM. Umbilical hernia repair in children: is pressure dressing necessary. Pediatr Surg Int 2006;22:446-8.
8. Yanagisawa S, Kato M, Oshio T, Morikawa Y. Reappraisal of adhesive strapping as a Treatment for infantile umbilical hernias. Pediatr Int 2016;58:363-8.
9. Weber TR, Au-Fliegner M, Downard CD, Fishman SJ. Abdominal wall defects. Curr Opin Pediatr 2002;14:491-7.
10. Brandt ML. Pediatric hernias. Surg Clin North Am 2008;88:27-43.

Welman F, Scherptong-Engbers MJ, Eekhof JA. Navelbreuk bij zuigelingen. Huisarts Wet 2023;66:DOI: 10.1007/s12445/023-2412-7. Huisartsencentrum Dokkum: F. Welman, huisarts. Gezondheidscentrum Merenwijk, Leiden: dr. M.J. Scherptong-Engbers, huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden: j.a.h.eekhof@lumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.