

## Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde; groeipijn bij kinderen

W.C.M.BARTEN-LIGTHART EN J.G.STREEFKERK

### INLEIDING

Groeipijn is de meest voorkomende oorzaak van recidiverende pijnklachten in de ledematen bij kinderen. Hoewel het een gewoon en algemeen bekend fenomeen is in de huisartspraktijk, is er slechts weinig over geschreven in de medische literatuur; veel tekstboeken zwijgen over dit onderwerp.<sup>1-3</sup> In de morbiditeitsregistraties van huisartsgeneeskunde in Nederland wordt het verschijnsel niet genoemd.<sup>4-5</sup>

Al in 1823 beschreef een Franse arts als eerste de 'maladies de la croissance', ofwel de 'groeiziekten'.<sup>6</sup> Jarelang heeft men gedacht dat deze pijnen bij kinderen een manifestatie waren van acuut reuma.<sup>7-11</sup> Daarom werden gezonde kinderen die alleen klaagden over pijn in de extremiteiten behandeld met onder andere langdurige bedrust, ook omdat men bang was voor cardiale complicaties.<sup>7</sup> Hawksley en Shapiro maakten, onafhankelijk van elkaar, duidelijk dat dit een misvatting is.<sup>9-12</sup>

Ook heeft men lange tijd gemeend dat de klachten ontstonden als gevolg van de groei, zoals de naam suggereert. Groeipijnen komen echter niet vaker voor en ontstaan niet in de periode van de snelste groei. De pijnlokalisaties komen niet overeen met de plaatsen van maximale groei en de kinderen met pijn vertonen niet vaker groeistoornissen dan kinderen zonder groeipijn. De naam is dus misleidend, daar groei geen rol lijkt te spelen.<sup>2-11, 13-15</sup>

Het veelvuldig voorkomen van deze klacht in de huisartspraktijk rechtvaardigt een grondige literatuurstudie, vooral met het oog op het te voeren beleid.

### ETIOLOGIE

In het kader van dit literatuuronderzoek worden terwille van de volledigheid 3 hoofdtheorieën inzake het ontstaan van groeipijnen gememoreerd. De 'vermoeidheidstheorie' (Bennie, 1894)<sup>16</sup> veronderstelt dat de bij inspanning ontstane lokale ischemie en irriterende metaboliëten dan wel een ontstekingsreactie door spierschade de oorzaak vormen.<sup>7-11, 17-18</sup> Ook zou de pijn als variant van het compartimentsyndroom kunnen ontstaan door zwelling van de spierelementen met inklemming binnen de fascie.<sup>19</sup> Naish en Apley constateerden dat pijn ontstond of verergerde na grote lichamelijke inspanning of bij vermoeidheid.<sup>2-14</sup> Een recent onderzoek naar de voordelen van spierstrek oefeningen bij de behandeling van groeipijnen steunt deze theorie.<sup>18</sup>

Rijksuniversiteit, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden.

Dr. J.G. Streefkerk, huisarts.

Mw. W.C.M. Barten-Ligthart.

Correspondentie-adres: dr. J.G. Streefkerk.

De 'anatomische theorie' (Hawksley, 1938)<sup>20</sup> veronderstelde een verkeerde lichaamshouding ten gevolge van bijvoorbeeld scoliose, platvoeten, x- of o-benen of beenlengteverschil.<sup>8-12, 14-15, 21</sup> Deze afwijkingen blijken echter net zo vaak bij kinderen zonder groeipijn gevonden te worden.<sup>2-7, 11, 17</sup> Overigens werden de raciale verschillen die Hawksley meldde door anderen niet gezien.<sup>8-12</sup> Weiner is van mening dat de frequentie varieert met de culturele achtergrond.<sup>3</sup>

De 'emotionele theorie' werd door Naish en Apley geïntroduceerd;<sup>14</sup> er werd ook door andere auteurs verband gelegd met de emotionele ontwikkeling van het kind.<sup>2-7</sup> Groeipijn kan een uiting zijn van een reactiepatroon, dat in verband gebracht wordt met een onderdeel kan vormen van een familiair patroon van stoornissen.<sup>14, 21-24</sup> Het zou een psychisch reactiepatroon kunnen zijn, maar het zou ook het gevolg kunnen zijn van een constitutioneel familiaire lage pijndrempel. Ook kan er sprake zijn van imitatie van of identificatie met een gedragspatroon.<sup>15, 21, 22</sup>

Overigens zijn tal van andere veronderstellingen geopperd, bijvoorbeeld dat groeipijn een uiting is van 'fibrositis' of van 'restless legs'.<sup>12, 13, 17</sup> Ook zijn als mogelijke oorzaken genoemd: zwakke gezondheidstoestand, infectie, vochtige leef- en weersomstandigheden, inadequate of veranderde slaappatronen, rachitis, voedselallergie, sociale status, urbanisatiegraad en nationaliteit.<sup>2, 7, 10-12, 14, 15, 25, 26</sup> Geen enkele veronderstelling is evenwel onderbouwd of bewezen.

Het ontbreken van objectieve somatische afwijkingen, het vaker gepaard gaan met spanningsklachten (hoofdpijn, buikpijn) en het familiair optreden maken in ieder geval een psychogene component niet onwaarschijnlijk. Tegenwoordig zou de huisarts de aandoening als een gezinsgeneeskundig probleem(pje) bestempelen. Het multicausale en multicondionele karakter van het verschijnsel is in ieder geval, ook historisch gezien, evident.

### KLINISCH BEELD

De klacht van de kinderen betreft een diepe pijn, gelokaliseerd in de spieren van de kuit, de dijen, soms in de knieholten, de liezen of de armen,<sup>7, 27</sup> zelden in de schouders, de rug of peri-articulair en nooit in de gewrichten zelf.<sup>2, 7, 11, 17, 25-27</sup> Indien de pijn wel in gewrichten wordt aangegeven, betreft het geen groeipijn en is grondig onderzoek nodig om een ten grondslag liggende aandoening uit te sluiten.<sup>3</sup> De pijn is meestal dubbelzijdig, soms afwisselend aanwezig in benen, armen of elders in het lichaam.<sup>14, 15, 28</sup> Bij oudere kinderen kunnen gevoelens van kramp, kippevel of restless legs optreden.<sup>2, 7, 11</sup>

De klachten treden meestal op aan het eind van de

dag, 's avonds of 's nachts en gaan dan gepaard met slaapstoornissen. In het algemeen verminderen ze na enkele minuten en verdwijnen binnen een paar uur.<sup>2 9 19</sup> De volgende ochtend zijn ze meestal geheel verdwenen. Sommige kinderen klagen dan echter nog over een zwaar gevoel in de ledematen of zijn vermoeid ten gevolge van de gestoorde slaap. Schoolverzuim door de aandoening komt zelden voor.<sup>9 14 15 21</sup>

Na een dag van intensieve lichamelijke activiteiten treden de klachten frequenter op of zijn ze heftiger.<sup>2 11 21 25 26</sup> Groeipijn gaat nogal eens gepaard met hoofd- en (of) buikpijn.<sup>2 3 22 23 27</sup> Ook zouden de kinderen emotioneel minder stabiel zijn.<sup>2 14 23</sup> Nervositeit, angst in het donker, nachtmerries of enuresis worden vaak aangetroffen.<sup>14</sup> Tijdens de perioden met groeipijnen zijn de kinderen dikwijls wat meer geïrriteerd en chagrijnig.<sup>3 12</sup> Groeipijnen treden intermitterend op met symptoomvrije intervallen van dagen, weken of zelfs maanden.<sup>7 9 11 17 25 28</sup> De pijnperioden houden enkele maanden aan, soms enkele jaren; daarna verdwijnen ze spontaan.<sup>2</sup>

Bij lichamenlijk onderzoek zijn geen objectieve verschijnselen, zoals roodheid, zwelling, verminderde beweeglijkheid, mank lopen of lokale gevoeligheid aanwezig.<sup>3 7 11</sup> Er is geen ochtendstijfheid; er zijn geen tekenen van systeemziekten, cardiale afwijkingen of neuromusculaire aandoeningen. De ontwikkeling van de motoriek verschilt niet van die bij andere kinderen en de groei is normaal.<sup>2 15 27</sup> Bij laboratoriumonderzoek worden een normaal bloedbeeld en een normale bezinkingsnelheid gevonden. Röntgenfoto's en ECG vertonen geen afwijkingen.<sup>3 7 11 17</sup> Indien genoemde afwijkingen als indicatie voor 'ziekte' worden gehanteerd, blijkt dus dat een kind met groeipijn gezond is.

Naish en Apley hebben criteria opgesteld, waaraan groeipijnen moeten voldoen: een pijngeschiedenis van ten minste 3 maanden, pijn niet specifiek in gewrichten aanwezig en ernstig genoeg om normale 'activiteiten', zoals slaap, te verstoren.<sup>14</sup>

#### EPIDEMIOLOGIE

In de Nederlandse registraties wordt, zoals gemeld, het begrip groeipijn niet genoemd.<sup>4 5</sup> De aandoening kan in principe op iedere leeftijd optreden, zoals tussen het 3e en het 5e levensjaar,<sup>2 7 11</sup> maar komt het vaakst voor tussen het 8e en het 12e jaar.<sup>2 10 14 25 26</sup> De frequentie bij jongens zou tussen 8 en 16 jaar redelijk constant zijn (10-15%) en vervolgens afnemen.<sup>27</sup> Bij meisjes zou tussen 9 en 13 jaar groeipijn frequenter voorkomen, met een duidelijk maximum bij 11 jaar (35%).<sup>22 27</sup>

De frequentie wordt overigens zeer wisselend opgegeven, van 4,2 tot 50,1%, ongetwijfeld als gevolg van het ontbreken van harde criteria.<sup>14 17</sup> Volgens onderzoek heeft een derde van de kinderen met groeipijn ook hoofdpijnklachten en een vijfde buikpijn (bij de controlegroep is dit ongeveer 10 respectievelijk 5%).<sup>2 15 28</sup> In de familie van kinderen met groeipijnen blijken relatief vaak reumatische aandoeningen voor te komen, zoals acuut reuma en andere vormen van artritis. Familieleden blijken ook vaak groeipijn gehad te hebben.<sup>14 15 23 28</sup> De klachten zijn niet seizoengebonden.<sup>1 5 9 21 22</sup>

#### DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Een systematische aanpak bij de diagnosestelling zal in bijna alle gevallen van pijn in de ledematen bij kinderen tot duidelijkheid leiden. Enerzijds bestaat een aantal positieve aanwijzingen voor de diagnose 'groeipijnen', zoals deze eerder beschreven zijn. Vooral het spontaan wisselende karakter (zowel in de tijd als in de plaats) van de pijn en het spontaan verdwijnen na een aantal uren doen de gedachten uitgaan naar groeipijn. Anderzijds kan men een aantal relatief frequent voorkomende oorzaken van pijn in de ledematen bij kinderen trachten uit te sluiten, zodat de diagnose bij uitsluiting gesteld kan worden. De beste aanpak hierbij is (en blijft) een zorgvuldige anamnese en een even zorgvuldig onderzoek. Gezien de leeftijd kan men dan vooral denken aan:

- traumatische aandoeningen (contusie, dislocatie, mishandeling),
- gewrichtspijn (bij tal van infecties, zoals roseola infantum, dermatitis infectiosa, roodvonk, ziekte van Pfeiffer),
- botaandoeningen (avasculaire botnecrose, zoals de ziekte van Legg-Calvé-Perthes, de ziekte van Osgood-Schlatter; coxitis fugax).

Uiteraard bestaan er tal van zeldzame tot uiterst zeldzame ernstige aandoeningen (bottumoren, osteomyelitis, trombocytopenieën met haemartros) die pijn kunnen veroorzaken. Het lijkt verstandig deze eerst in de overwegingen te betrekken, indien het beschreven systematische diagnostische beleid hiertoe aanleiding geeft. Overigens zal in deze gevallen pijn in de ledematen als eerste en enige symptoom uiterst zelden voorkomen.

#### THERAPEUTISCH BELEID

Als de pijn zo hevig is dat een therapie nodig is, kan de volgende beleidslijn worden gevolgd: het belangrijkste is te trachten de ouders en het kind gerust te stellen door duidelijk te maken dat het om een goedaardige klacht gaat, die niet wijst op een ernstige ziekte en evenmin hierin ontaardt.<sup>2 7 17</sup> Belangrijk is ook te laten merken dat, hoewel de oorzaak niet bekend is, het bestaan van groeipijnen erkend wordt en dat de klacht serieus genomen wordt (zoals ook reeds door anamnese en onderzoek duidelijk is geworden).

Bij hevige pijn kunnen ondersteunende maatregelen worden geadviseerd, zoals lichte massage, warme baden of lokale warmte, met daarbij eventueel een pijnstillers als paracetamol.<sup>2 7 11 17 25 26</sup> Spierstrekoefeningen leiden tot verbetering.<sup>1 7 11 18 19</sup> De kinderen werken 's morgens en 's avonds, onder supervisie van de ouders, een programma af. Een snelle vermindering zowel van het aantal pijnepisoden als van de duur ervan wordt gerapporteerd. Dit effect zou het gevolg zijn van verbetering van de bloeddoorstroming van de spieren, met daardoor afname van de lokale ischemie, snelle verwijdering van toxische metaboliëten of snel herstel van de ontstekingsreactie. Massage zou op hetzelfde principe berusten. De kinderen die spierstrekoefeningen doen of gemasseerd worden, krijgen hierdoor extra aandacht en emotionele steun, hetgeen mede oorzaak zal zijn van het gunstige effect.

Indien uit anamnese en onderzoek blijkt dat pijn in de ledematen bij kinderen geen groeipijn is (zie differentiaaldiagnose), zal de huisarts uiteraard afhankelijk van de aandoening andere maatregelen moeten nemen. Soms is verwijzing naar kinderarts of -orthopeed noodzakelijk.

#### BESCHOUWING

Het ontbreken van wetenschappelijke verklaringen van groeipijnen staat in schril contrast met het veelvuldig voorkomen ervan. In de literatuur wisselt de opgegeven frequentie van groeipijnen per onderzoek sterk. Waarschijnlijk meer dan het gevolg van verschillen in ras, nationaliteit of interpretatie is deze variatie het gevolg van verschillen in gehanteerde diagnostische criteria, de grootte en de samenstelling van de onderzoeksgroep (vooral wat betreft de leeftijdsverdeling) en de zorgvuldigheid van het onderzoek.<sup>2 25 26</sup>

Menig auteur wijst erop dat de term groeipijn een verkeerde naam is, daar groei geen rol lijkt te spelen. Deze naam is echter zo ingeburgerd dat verandering niet zinvol is. Voorstanders van deze naam geven als voordeel aan dat deze niet op een bepaalde ziekte wijst, maar juist de nadruk legt op de periode waarin de klachten het frequentst voorkomen en op het feit dat de pijn uitsluitend ontstaat tijdens de groei, maar niet het gevolg ervan is.<sup>18 19</sup>

Een argument voor de zogenaamde vermoeidheidstheorie zou kunnen zijn dat de pijn vaak optreedt na forse lichamelijke inspanning en dat massage en spierstrek-oefeningen effect hebben. Strekoefeningen worden door sporters gebruikt bij de 'warming up' en de 'cooling down'. Omdat kinderen abrupt hun dagelijkse activiteiten beginnen en beëindigen, kan het zijn dat deze oefeningen ook bij hen preventief en therapeutisch werken. Ze hebben echter ook een psychologisch effect, de kinderen kunnen namelijk zelf iets tegen de pijn doen. Het is echter onjuist te veronderstellen dat er per se een psychische basis moet zijn voor de klachten omdat er geen organische oorzaak gevonden kan worden. Bij kinderen met groeipijnen wordt vaker emotionele instabiliteit gevonden (25% ten opzichte van controlegroep 13%),<sup>14 24</sup> maar misschien is dit eerder gevolg dan oorzaak. Het is duidelijk dat psychische factoren een belangrijke rol spelen, maar het is onduidelijk wat de oorzaak en wat het gevolg is in dit geheel.

Voor de therapie van groeipijn wordt een aantal maatregelen genoemd. Er zijn echter geen onderzoeken beschreven die het effect van deze maatregelen objectiveren, de spierstrek-oefeningen uitgesloten. Daarom moet men kritisch staan tegenover het puur somatische effect, er zit een belangrijke psychische kant aan.

Indien een (huis)arts het verschijnsel niet herkent of erkent, bijvoorbeeld door onwetendheid, kunnen overdiagnostiek en overbehandeling het gevolg zijn. Meer kennis over het fenomeen groeipijnen leidt tot de juiste diagnosestelling en behandeling.

Gezien de afnemende hoeveelheid literatuur op dit gebied, lijkt groeipijn tegenwoordig minder frequent gezien te worden. Mogelijk heeft een verschuiving plaats-

gevonden in het klachtenpatroon waarmee het kind een 'appel' kan doen op de omgeving. Klachten zoals hoofdpijn en buikpijn lijken bijvoorbeeld vaker gezien te worden dan vroeger. Zoals in de literatuur gesuggereerd wordt, behoren hoofdpijn, buikpijn en groeipijn mogelijk tot dezelfde categorie klachten, die misschien een gemeenschappelijke achtergrond hebben.<sup>23</sup>

Door consultatiebureaus en schoolartsen wordt tegenwoordig meer voorlichting gegeven, waardoor men minder vaak met de klacht groeipijn bij de huisarts komt. Zeer waarschijnlijk blijven de meeste kinderen met groeipijn aldus voor de huisarts verborgen.

De conclusie is dat, wat de oorzaak van groeipijnen ook moge zijn, het bestaan ervan geaccepteerd is, dat ze niet het begin markeren of een uiting zijn van organische ziekten en dat ze spontaan verdwijnen na verloop van tijd. Uitleg, geruststelling en aandacht, eventueel in de vorm van massage en spierstrek-oefeningen, zijn de behandelingsmethoden.

Wij danken mw.W.Oostdijk, kinderarts-endocrinoloog aan het Academisch Ziekenhuis te Leiden, voor het kritisch lezen van het manuscript.

#### LITERATUUR

- 1 Brande JL van den, Gelderen HH van, Monnens LAH. Kinder-geneeskunde. Utrecht: Bunge, 1990.
- 2 Leung AKC, Robson WLM. Growing pains. *Can Fam Physician* 1991; 37: 1463-7.
- 3 Weiner SR. Growing pains. *Am Fam Physician* 1983; 27: 189-91.
- 4 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het transitie-project. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 5 Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 6 Duchamp M. Maladies de la croissance. In: Levraut FG, ed. *Mémoires de médecine pratique*. Paris: Lobstein, 1832.
- 7 Szer IS. Pijn in de ledematen bij gezonde kinderen. *Patient Care* 1990; 17: 23-8.
- 8 Hawksley JC. Race, rheumatism and growing pains. *Arch Dis Child* 1931; 6: 303-5.
- 9 Shapiro MJ. Differential diagnosis of nonrheumatic 'growing pains' and subacute rheumatic fever. *J Pediatr* 1939; 14: 315-22.
- 10 Williams MF. Rheumatic conditions in schoolchildren. An investigation into growing pains and nodules (grains). *Lancet* 1928; i: 720-1.
- 11 Atar D, Lehman WB, Grant AD. Growing pains. *Orthop Rev* 1991; 20: 133-6.
- 12 Hawksley JC. The nature of growing pains and their relation to rheumatism in children and adolescents. *Br Med J* 1939; i: 155-7.
- 13 Anonymus. Growing pains. *Br Med J* 1972; iii: 365-6.
- 14 Naish JM, Apley J. 'Growing pains': a clinical study of non-arthritis limb pains in children. *Arch Dis Child* 1951; 26: 134-40.
- 15 Apley J. Limb pains with no organic disease. *Clin Rheum Dis* 1976; 2: 487-91.
- 16 Bennie PB. Growing pains. *Arch Pediatr* 1894; 11: 337-47.
- 17 Calabro JJ, Wachtel AE, Holgerson WB, Repice MM. Growing pains: fact or fiction? *Postgrad Med* 1976; 59: 66-72.
- 18 Baxter MP, Dulberg C. 'Growing pains' in childhood. A proposal for treatment. *J Pediatr Orthop* 1988; 8: 402-6.
- 19 Boon JM. In de volksmond wordt nachtelijke pijn in de benen bij kinderen aan groeipijnen toegeschreven. Bestaat dit? *Vademecum* 1991; 9: 27/28.
- 20 Hawksley JC. The incidence and significance of 'growing pains'. *J R Inst Pub Health* 1938; 1: 798-805.
- 21 Bowyer SL, Hollister JR. Limb pain in childhood. *Pediatr Clin North Am* 1984; 31: 1053-81.
- 22 Oster J. Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents. *Pediatrics* 1972; 50: 429-36.

- 23 Apley J. A common denominator in the recurrent pains of childhood. *Proc R Soc Med* 1958; 51: 1023-4.
- 24 Lavigne JV, Schulein MJ, Hahn YS. Psychological aspects of painful medical conditions in children. II. Personality factors, family characteristics and treatment. *Pain* 1986; 27: 147-69.
- 25 Peterson H. Growing pains. *Pediatr Clin North Am* 1986; 33: 1365-72.
- 26 Peterson HA. Leg aches. *Pediatr Clin North Am* 1977; 24: 731-6.

- 27 Oster J, Nielsen A. Growing pains. A clinical investigation of a school population. *Acta Paediatr Scand* 1972; 61: 329-34.
- 28 Keinänen-Kiukaanniemi S, Häkkinen J, Korhonen J, Kouvalainen K. Growing pains in school children. *Acta Paediatr Scand* 1985; 322 (Suppl): 27.

Aanvaard op 18 maart 1993

## Oorspronkelijke stukken

# Het syndroom van Sjögren bij patiënten met interstitiële cystitis\*

J.P.VAN DE MERWE, R.KAMERLING, H.J.ARENDSSEN, A.H.MULDER EN H.HOOIJKAAS

Interstitiële cystitis is een niet-bacteriële ontsteking van de urineblaas, waarschijnlijk op basis van een auto-immuunziekte.<sup>1,2</sup> De klachten bij de patiënten zijn langdurig aanwezig en behelzen voortdurende of intermitterende frequente urinelozingen, nycturie en pijn in de blaasstreek of in het perineum.<sup>3,4</sup> De prevalentie van interstitiële cystitis wordt geschat op 10,6 per 100.000; 92% van de patiënten is vrouw.<sup>5</sup> De klassieke vorm, die in 1914 door Hunner werd beschreven, wordt vooral gezien bij vrouwen van middelbare leeftijd of ouder.<sup>6</sup> Hierbij wordt vaak fibrose van de M. detrusor vesicae gezien en een verminderde capaciteit van de urineblaas. Recente ervaringen maken echter duidelijk dat interstitiële cystitis meer voorkomt bij jonge vrouwen met een normale of zelfs vergrote blaascapaciteit en zonder tekenen van M. detrusor-fibrose.

Er moet aan interstitiële cystitis worden gedacht als een patiënt een (lange) voorgeschiedenis heeft van blaasklachten met negatieve urinekweken. Cystoscopie met diepe biopsieën van de blaaswand kan andere aandoeningen uitsluiten en de diagnose 'interstitiële cystitis' bevestigen. Bij vele patiënten wordt bij cystoscopie slechts een lichte trabecularisatie van de blaaswand gezien als de blaas met spoelvoeistof wordt gevuld. De kenmerkende afwijkingen bij cystoscopie zijn het ontstaan van puntvormige petechiae in de gehele blaas, nadat deze is uitgerekt tot haar maximale capaciteit. Soms wordt verminderde blaascapaciteit en een Hunner-ulcus aangetroffen. Bij histopathologisch onderzoek worden in een vroeg stadium een ernstige ontsteking van mucosa

Zie ook het artikel op bl. 1049.

### SAMENVATTING

**Doel.** Onderzoeken of bij patiënten met interstitiële cystitis kenmerken van andere auto-immuunziekten voorkomen, in het bijzonder het syndroom van Sjögren.

**Opzet.** Klinisch onderzoek en laboratoriumonderzoek van patiënten.

**Plaats.** Polikliniek Urologie, ziekenhuis Het Diaconessenhuis, Leiden; polikliniek Immunologie, Academisch Ziekenhuis, Rotterdam.

**Methode.** Bij 10 achtereenvolgende patiënten met de diagnose 'interstitiële cystitis' op basis van klinisch beeld, cystoscopie en blaasbipten werd klinisch en immunologisch onderzoek verricht.

**Resultaten.** Bij 6 patiënten werd keratoconjunctivitis sicca en bij 5 focale lymfocyttaire sialoadenitis vastgesteld; 2 patiënten hadden beide aandoeningen, dus primair syndroom van Sjögren.

**Conclusie.** Interstitiële cystitis gaat vaak samen met keratoconjunctivitis sicca, focale lymfocyttaire sialoadenitis of het primair syndroom van Sjögren. De bevindingen steunen de hypothese dat interstitiële cystitis een auto-immuuncystitis is.

en submucosa zonder fibrose vastgesteld en in een later stadium duidelijke fibrose van de M. detrusor. Het ontstekingsinfiltraat bestaat uit lymfocyten, B-cel-nodi, kiemcentra en dichte lagen T-lymfocyten met een CD4-CD8-ratio van 2,6.<sup>7</sup> Ook worden er mestcellen, eosinofiele granulocyten en neerslagen van immunoglobuline en complement gezien.<sup>8-14</sup>

Behalve blaasklachten hebben patiënten met interstitiële cystitis vaak artralgieën of overgevoeligheidsreacties op geneesmiddelen in de voorgeschiedenis.<sup>15,16</sup> Afwijkingen die via laboratoriumonderzoek vaak worden aangetroffen in het bloed zijn een verhoogde IgG-spiegel, een verlaagde complement C4-concentratie, antinucleaire antistoffen en antistoffen tegen mitochondriën en pariëtale cellen (tabel 1).<sup>15</sup>

Interstitiële cystitis wordt in combinatie met lupus erythematodes disseminatus en thyreoïditis van Hashimoto gezien, net als het syndroom van Sjögren; ook deze ziekte komt 10 maal zo vaak bij vrouwen als bij mannen

\*Dit artikel werd eerder gepubliceerd in *Journal of Rheumatology* (1993; 20: 962-6) met als titel 'Sjögren's syndrome in patients with interstitial cystitis'.

Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt en Erasmus Universiteit, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.  
Afd. Immunologie en Inwendige geneeskunde III: dr.J.P.van de Merwe, internist-immunoloog.

Afd. Immunologie: dr.H.Hooijkaas, medisch immunoloog.

Afd. Klinische Pathologie: dr.A.H.Mulder, patholoog.

Ziekenhuis Het Diaconessenhuis, afd. Urologie, Leiden.

H.J.Arendszen, uroloog.

R.Kamerling, arts, Oegstgeest.

Correspondentie-adres: dr.J.P.van de Merwe.