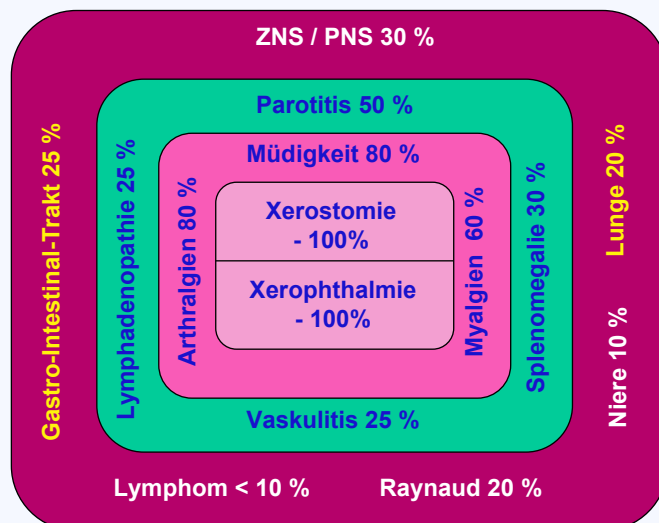


Beteiligung der Lunge und des Magen-Darm-Traktes im Rahmen des Sjögren-Syndroms

Prof.Dr. Klaus Krüger, München

Klinisches Spektrum des Sjögren-Syndroms



Sjögren-Syndrom - wichtige Krankheitsassoziationen

Chronische Polyarthritis (20 - 30 %)

SLE (10 - 20 %)

Progressive systemische Sklerose (ca.. 10 - 20 %)

Polymyositis (selten)

Mixed Connective Tissue Disease (ca. 10 - 20 %)

Primär biliäre Zirrhose

Autoimmunthyreoiditis

Autoimmunhepatitis

Hepatitis C ?

A. Magen-Darm-Trakt

Beschwerden des GI-Traktes bei Sjögren-Patienten - mögliche Zusammenhänge

- a) Tatsächliche Manifestation im Rahmen des Sjögren-Syndroms
- b) Zusammenhang zwischen Sjögren-Syndrom und weiterer Autoimmunkrankheit
- c) Zufälliges Zusammentreffen zwischen Sjögren-Syndrom und Beschwerden mit anderer Ursache

Sjögren-Syndrom und GI-Trakt

<i>Organ</i>	<i>Beteiligung</i>	<i>Häufigkeit</i>
Mund	Speichel ↓, Schwierigk. beim Kauen, Schlucken, Infektionen ect.	sehr häufig
Speiseröhre	Schluckstörung, Sodbrennen	häufig
Magen	Schmerzen, Übelkeit, chron.Gastritis	häufig
Darm	Schleimhautentzündung	sehr selten
Leber	Verbindung mit anderen Autoimmunkr. (PBZ, Autoimmunhepatitis)	nicht selten
Bauchspeicheldrüse	Verdauungsinsuffizienz, chronische subklinische Entzündung	gelegentlich

Folgen der Mundtrockenheit bei Sjös

- **Schleimhautentzündungen**
- **Mundinfektionen**
- **Karies / Paradontose**
- **Mundgeruch**
- **Schwierigkeiten beim Schlucken fester Speisen**
- **Geschmacksstörung**
- **Schwierigkeiten beim Sprechen**

Mundtrockenheit bei Sjös - was kann helfen ?

- **Ausreichende Luftbefeuchtung, Inhalieren**
- **Stimulation der Speicheldrüsen durch intensives Kauen**
- **Medikamentöse Stimulation (Salagen®, Exovac®)**
- **Künstlicher Speichel (Saliva Medac®)**
- **Intensive Flüssigkeitszufuhr**
- **Konsequente Mundhygiene / regelmäßige zahnärztliche Kontrollen**
- **Konsequente Behandlung von Mundinfektionen (Candida!)**
- **Bestmögliche Vermeidung schädigender äußerer Einflüsse**

Speiseröhre und Sjös

A. Schluckstörungen (Häufigkeit 75 %)

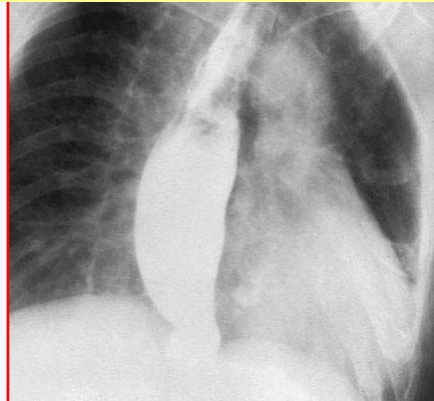
Ursachen:

- a) Schleimhauttrockenheit 90 %
- b) Muskuläre Störungen 30 %
 - ⇒ funktionelle Schluckstörung
 - ⇒ Myositis (selten)

B. Sodbrennen (50 %)

Teilweise bedingt durch ungenügende Funktion des Oesophagus-Schließmuskels.

Empfehlung: Bei heftigen Schluckstörungen Abklärung der Muskelfunktion in der Speiseröhre veranlassen (Oesophagusfunktionsszintigraphie)



Muskuläre Funktionsstörung der Speiseröhrenmuskulatur (bei Sklerodermie und Polymyositis wesentlich häufiger als beim Sjögren-Syndrom !)

Magenbeteiligung bei Sjös

Magenschmerzen, Übelkeit, Sodbrennen sehr häufig !

Mögliche Ursachen:

- 1) Chronische atrophische Gastritis (50 % prim. Sjös)
- 2) Übersäuerung und Mangel an EGF*
⇒ Magengeschwür-Risiko erhöht (RR 1.7)!
- 3) NSAR bzw. NSAR + Corticoide

* EGF: Epidermal Growth Factor, von exokrinen Drüsen produziert!

Empfehlung: Bei chronischen Magenbeschwerden
Magenspiegelung unbedingt zu empfehlen - falls „nur“
Befund einer chronischen Gastritis ⇒ großzügige
Einnahme von Magenschutzmitteln, z.B. Omeprazol

Darmbeteiligung bei Sjös ?

Darmbeschwerden bei Sjögren-Patienten/-innen sind sehr häufig

Empfehlung: Bei Darmbeschwerden nicht mit Allgemeinerklärungen wie „das hängt mit Ihrem Sjögren-Syndrom zusammen“ zufrieden geben!

eine direkte Darmbeteiligung (z.B. Schleimhautentzündung, Muskelstörung, Malabsorption) ist extrem selten !

Sjös und Bauchspeicheldrüse

Die Bauchspeicheldrüse ist häufig in milder Form beteiligt, dies hat jedoch selten klinische Bedeutung !

- ⇒ a) reduzierte Produktion von Pankreasenzymen (30 - 50%), gelegentlich kann Einnahme von Enzymen sinnvoll sein
- ⇒ b) Subklinische milde chronische Entzündung (autoimmun-bedingt wie in der Speicheldrüse) nicht selten - häufig Nachweis von Antikörpern gegen Pankreas-Antigen und -Gang-Epithelzellen, bisweilen leichte Erhöhung der Pankreas-Enzymspiegel (Amylase/Lipase im Serum)

Empfehlung: Bei Verdauungsbeschwerden (z.B. häufige Blähungen, Völlegefühl, Darmkrämpfe) können versuchsweise Enzympräparate (z.B. Pankreatin) eingenommen werden.

Sjös und Leber

25 % der Sjös-Patienten(-innen) haben pathologische Leberwerte - mögliche Ursachen sind

⇒ direkte Leberbeteiligung (selten)

Empfehlung: Bei anhaltend erhöhten Leberwerten konsequente Abklärung nötig (Auto-AK, Ultraschall, evtl. Biopsie, Darstellung der Gallengänge)

⇒ Medikamente (z.B. Diclofenac)

⇒ zufälliges Zusammentreffen mit unabhängiger Ursache (z.B. Virushepatitis)

Magen-Darm-Probleme bei Sjös - allgemeine Empfehlungen

- 1) Trotz der Probleme in der Mundhöhle auf sorgfältiges Kauen und nicht zu hastiges Essen achten !
- 2) Ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Vermeidung zu trockener Speisen obligatorisch
- 3) Bei Sodbrennen Schlafen mit erhöhtem Oberkörper
- 4) Großzügiger Einsatz von Magenschutzpräparaten (Omeprazol) und ggf. auch Mitteln, die die Darmmotorik verbessern (z.B. Paspertin)
- 5) Vermeidung von Medikamenten, die den GI-Trakt schädigen (z.B. Verwendung von Coxiben anstatt NSAR)
- 6) Auf Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten achten (aber: eine „Sjögren-Diät“ gibt es nicht!)



**Sjögren - Syndrom
und Atemwege**

Sjögren - Syndrom und Atemwege

- 1) Sicca-Syndrom der oberen Atemwege
- 2) Gehäufte Atemwegsinfekte
- 3) Entzündliche Lungengerüst-Beteiligung
 - a) fibrosierende Alveolitis
 - b) lymphozytäre interstitielle Pneumonie
- 4) Lymphom und Pseudolymphom
- 5) Rippenfellentzündung (bei prim.Sjös selten)

Sicca-Syndrom der oberen Atemwege

Austrocknung der Schleimhäute („Xerotrachea“) bis in die Bronchien reichend - Häufigkeit bei primärem Sjös 90 %, bei sekundärem Sjös < 10 %

- Nasenbrennen, -jucken ⇒ Krustenbildung
⇒ Riechstörung
⇒ Nasenbluten
- Quälender trockener Reizhusten
- Heiserkeit
- Keine Kurzatmigkeit

Infekte der oberen Atemwege

- **Gehäuft bei 60 % der prim.Sjös-Fälle**
- **Gründe:**
Reduzierte Schleimsekretion ⇒ ungenügender Abtransport von bakteriellem Material
+ reduzierte Infektabwehr
- **Rachen, Kehlkopf und Bronchien betroffen**
- **Evtl. Begünstigung durch immunsuppressive Therapie**

Empfehlungen:

- **Konsequenter Einsatz von Antibiotika bei Hinweisen auf bakterielle Genese, um Pneumonie zu verhindern**
- **Konsequenter Impfschutz (Gripeschutz, Pneumokokken) bei schwerer Grundkrankheit und / oder immunsuppressiver Therapie**

Lungengerüsterkrankung bei Sjös

(Alveolitis, lymphozytäre interstitielle Pneumonitis LIP)

- Häufig pathologische Befunde bei der Abklärung (33%), aber selten klinisch bedeutsam
- Warnsignale chronischer trockener Reizhusten + Atemnot

Bei Auftreten dieser Symptomatik Abklärung nötig:

- ⇒ Lungenfunktionsuntersuchung
- ⇒ Computer-Tomographie (hochauflösend)

Bei Nachweis dieser Beteiligung immunsuppressive Behandlung notwendig !

Sjös und malignes Lymphom

- Häufigkeit bei der primären Form 4 - 5 %
- Warnsignale:
 - ⇒ anhaltende derbe Schwellung der Speicheldrüsen
 - ⇒ anhaltende Schwellung von Lymphknoten (v.a. Hals)
 - ⇒ Verschlechterung im Allgemeinzustand
 - ⇒ Veränderungen im Blutbild
 - ⇒ „paradoxe“ Besserung immunologischer Werte (z.B. drastischer Abfall des Rheumafaktors)
- Erstmanifestation in der Lunge äußerst selten
 - ⇒ bei allgemeinem Lymphom-Verdacht gehören aber Röntgenaufnahmen der Lunge mit zum Programm

Sjögren - Syndrom und Atemwege - zusammenfassende Tipps

- Luftbefeuchtung, Inhalieren essentiell (vor allem im Winter)
- Bakterielle Infektionen (Auswurf, Fieber) machen rasche Antibiose erforderlich
- Anstecksituationen nach Möglichkeit vermeiden
- Impfmöglichkeiten ausnützen
- Warnsymptome chronischer trockener Husten + Atemnot machen pulmonologische Abklärung notwendig

