

# Sjögrens syndrom og tandplejeloven

**Morten Schiødt**

Sjögrens syndrom er bl.a. karakteriseret ved forekomst af xerostomi, hyposalivation og en række orale manifestationer, herunder øget cariesaktivitet.

Den nye lov om tandpleje, der trådte i kraft 1. april 2001, tilgodeser bl.a. patienter med Sjögrens syndrom. I tilknytning til dette rejser der sig en række spørgsmål: Hvilke krav stilles til diagnosen? Hvilke krav stilles til dokumentation?

I denne artikel gennemgås kriterier for økonomisk tilskud til patienter med Sjögrens syndrom, samt nogle af de krav dette stiller til sundhedsvæsenet og heraf afledte problemer.

Sjögrens syndrom (SS) er en autoimmun sygdom der forekommer i en primær form (primær SS) og i en sekundær form (sekundær SS), hvor tilstanden er en ledsagetilstand til en systemisk bindevævssygdom som fx reumatoid artrit, systemisk lupus erythematosus, og andre.

Primær SS defineres ved samtidig forekomst af xerostomi/hyposalivation (= den orale komponent) og øjentørhed/keratoconjunctivitis sicca (= den okulære komponent) (1). Prævalensen af Sjögrens syndrom i befolkningen antages at være omkring 0,5%, og det antages at ca. 10% af disse patienter har betydelige odontologiske problemer, dvs. ca. 2.500 patienter.

Orale manifestationer af SS inkluderer mundtørheds-symptomer, objektivt målelig hyposalivation, kvalitative ændringer i saliva samt en række følgevirkninger heraf. Disse omfatter væsentligst øget cariesaktivitet, caries på atypiske steder (cervikalt, incisalt samt langs restaureringer), svampeinfektioner, atrofisk mundslimhinde, tab af papiller på tungen og hævelse af spytkirtlerne.

Hertil kommer at patienterne let får tryksår fra proteser (2,3). Derimod synes Sjögren-patienter ikke at have øget tilbøjelighed til marginal parodontitis (4).

## Tandplejeloven

Den nye tandplejelov giver økonomisk tilskud til tandbehandling af en række truede grupper, herunder patienter med SS. I Sundhedsstyrelsens retningslinjer for loven angives personkredsen at omfatte patienter der har diagnosen Sjögrens syndrom efter »Københavnkriterierne« eller »EU-kriterierne«, og som følge heraf har betydelige tandproblemer.

Loven stiller således to krav:

- 1) Diagnosen skal være opfyldt, og
- 2) der skal være betydelige tandproblemer.

En tandlæge der vil ansøge hjemtaget om tilskud til en patient, skal således sørge for dokumentation for at begge krav er opfyldt.

## Krav til diagnosen Sjögrens syndrom

Københavnkriterierne er angivet i Tabel 1 og EU-kriterierne i Tabel 2.

Xerostomi er et hyppigt forekommende symptom, der kan have mange andre årsager end SS. Mange patienter har fået påhæftet diagnosen SS på utilstrækkeligt grundlag, dvs. uden at være udredt efter ovennævnte kriterier. Er diagnosen ukendt, usikker eller er patienten aldrig udredt, vil en ansøgning formentlig blive afvist. Har man begrundet mistanke om SS, og er patienten ikke tidligere udredt, må man

Tabel 1. Københavnerkriterierne (1).

1. Keratoconjunctivitis sicca (KCS):  
mindst to af følgende tre forandringer:
  - a) Schirmer-1: < eller = 5 mm/5 min. hvert øje
  - b) Break-up time: < 10 sek. hvert øje
  - c) Rose-bengal score: > eller = 4 hvert øje
2. Xerostomi/hyposalivation:  
mindst to af følgende tre forandringer:
  - a) Ustimuleret sialometri: < 1,5 ml/15 min.  
(stimuleret sialometri: < 3,5 ml/5 min.)
  - b) Læbespytkirtelbiopsi: > 1 focus/4 mm<sup>2</sup>
  - c) Spytkirtelscintigrafi abnorm
3. Anden bindevævssygdom:  
(Reumatoid arthritis, systemisk lupus erythematosus, sklerodermi, blandet bindevævssygdom (Mixed connective tissue disease, MCTD), polymyositis, andre)

Primært Sjögrens syndrom er til stede når både nr. 1 og nr. 2 er opfyldt.

Sekundært Sjögrens syndrom er til stede når nr. 3 og (nr. 1 og/eller nr. 2) er opfyldt.

Tabel 2. EU-kriterierne (5).

1. Subjektivt tørt øje
2. Subjektivt tør mund
3. Keratoconjunctivitis sicca:  
mindst ét af følgende to forandringer:
  - a) Schirmer test: < eller = 5 mm/5 min. hvert øje
  - b) Rose Bengal score: > eller = 4 hvert øje
4. Xerostomi/hyposalivation:  
mindst ét af følgende tre forandringer:
  - a) Ustimuleret sialometri: < eller = 1,5 ml/15 min.
  - b) Spytkirtelscintigrafi: abnorm
  - c) Spytkirtelsialografi: abnorm
5. Spytkirtelhistologi (læbebiopsi):  
> eller = 1 focus/4mm<sup>2</sup>
6. Autoantistoffer:  
mindst ét af følgende fire:
  - a) SS-A/Ro eller
  - b) SS-B/La
  - c) ANA
  - d) IgM-RF

Primært Sjögrens syndrom er til stede når mindst fire af ovennævnte seks kriterier er opfyldt, uden anden bindevævssygdom.

Sekundært Sjögrens syndrom er til stede når fire af seks kriterier er opfyldt plus forekomst af anden bindevævssygdom.

således henvise patienten til undersøgelse for SS før man kan ansøge om tilskud. Man kan sædvanligvis henvise til den nærmeste kæbekirurgiske afdeling, til tandlægeskolerne, eller evt. reumatolog/reumatologisk hospitalsafdeling, sidstnævnte via egen læge.

Har patienten primært Sjögrens syndrom, er patienten berettiget til tilskud (hvad angår diagnosen). Loven nævner ikke specifikt sekundært Sjögrens syndrom, men man vil formentlig betragte sekundært SS med opfyldelse af den orale komponent som kvalificerende. Organiseringen af ordningen er overladt til de enkelte amter, og den detaljerede tolkning af loven i forskellige amter hvad angår dette er dog forfatteren ubekendt. Man skal imidlertid være opmærksom på at der ikke eksisterer nogen ankenmulighed for amtets afgørelse, men at afgørelser af principiel karakter evt. kan blive behandlet i det amtslige koordinationsudvalg.

### Dokumentation for øget behandlingsbehov

If. retningslinjerne skal der foreligge dokumentation for at det odontologiske behandlingsbehov har karakter af at omfatte betydelige tandproblemer, og at disse skal kunne relateres til det tilgrundliggende Sjögrens syndrom. Det odontologiske behandlingsbehov skal dokumenteres af journaloptegnelser samt erklæring fra egen tandlæge.

### Ansøgning

Ansøgningen skal indeholde en odontologisk behandlingsplan, en beskrivelse af det odontologiske sygdomsbillede, dvs. cariesangrebene lokalisation, udbredelse og progression, også over tid, ovenstående dokumentation af odontologisk behandlingsbehov samt udskrivningsbrev, journal kopi eller anden skriftlig bekræftelse af diagnosen Sjögrens syndrom fra den undersøgende instans, inkl. dokumentation for tilstedeværelse af den orale komponent af sygdommen.

Ansøgningen indsendes til hjemamtskommunen. Ansøgninger med utilstrækkelig dokumentation må forventes afvist med besked om at indhente den nødvendige dokumentation.

### Krav til sundhedsvæsenet

Loven er en hjælp til de patienter med Sjögrens syndrom der har udtalte odontologiske problemer som følge af grundsygdommen. Imidlertid lægger loven også et pres på sundhedssystemet, som stiller store krav til såvel infrastruktur som ressourcer. Udredningen for Sjögrens syndrom foregår mest hensigtsmæssigt i såkaldte Sjögrencentre, der er murstensløse tværfaglige centre med deltagelse af tandlæger/kæbekirurger, øjenlæger, og reumatologer. Organiseringen af Sjögrencentre er tidligere beskrevet i *Tandlægebladet* (6).

Sådanne Sjögrencentre er endnu ikke organiseret i alle amter. Loven må forventes at medføre en betydelig øgning i antallet af henviste patienter til udredning. I Københavns Amt har Kæbekirurgisk Afdeling i perioden 1996-2000 modtaget ca. 50 patienter per år til udredning, mens tallet i 2001 var steget til 70. Kun ca. 30% af de henviste, som alle havde xerostomi, havde rent faktisk diagnosen SS. Udredning for Sjögrens syndrom omfatter anamnese, objektiv oral undersøgelse, ustimuleret og stimuleret sialometri og læbebiopsi med tandlægelig medvirken (45 min.). Hertil kommer betydeligt ressourceforbrug hos patologerne til vurdering af læbespytkirtelbiopsierne med »fokus score« (laboranttid + vurdering af biopsimikroskopi). »Fokus score« er en semikvantitativ tidskrævende undersøgelse, der kvantiterer graden af fokal sialoadenitis, som karakteriserer Sjögrens syndrom. Fokus score-begrebet er ikke kendt af alle patologer, hvorfor der er behov for betydelig uddannelse af disse for at man formelt kan opfylde lovens krav mht. diagnose og dokumentation. Hertil kommer pres på de klinisk-fysiologisk-nuklearmedicinske afdelinger, som foretager spytkirtelscintigrafi (én time), hvis sialometri og læbebiopsi ikke giver éntydigt diagnostisk svar. Øjenundersøgelse skal foretages hos øjenlæge (privatpraktiserende eller på en øjenafdeling) (ca. 30 min.). De patienter der har reumatologiske symptomer, kræver undersøgelse hos reumatolog for at be- eller afkræfte forekomst af »anden bindevævssygdom« (ca. én time), samt blodprøver (SS-A, SS-B antistoffer, ANA, IgM-RF, ca. 1000 kr). De samlede omkostninger ved ovennævnte undersøgelser er ukendte, men kan blive betydelige hvis mange patienter henvises.

Som det fremgår, er det forbundet med et betydeligt ressourceforbrug at udrede blot én patient for Sjögrens syndrom. De privatpraktiserende tandlæger kan bidrage til den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne ved kun at henvise de patienter hvor de finder der er god sandsynlighed for at diagnosen SS er opfyldt, evt. ved selv at foretage sialometri i praksis forinden henvisning. Der har ikke ved lovens ikrafttræden været allokert ressourcer til disse undersøgelser, som forventes udført i det eksisterende sundhedssystem. Pga. nødvendige undersøgelser på 3-4 forskellige hospitalsafdelinger tager udredning for Sjögrens syndrom betragtelig tid. Om loven vil medføre en egentlig flaskehalsproblematik i hospitalssektoren må tiden vise.

### English summary

#### *Sjögren's syndrome and the Danish law on dentistry*

Sjögren's syndrome is among other symptoms characterized by the presence of xerostomia, hyposalivation and a number of oral manifestations, including increased dental decay. The

new Danish law on dentistry, administered by the Danish counties, provides economic support to dental treatment of patients suffering from Sjögren's syndrome. The requirements to qualify for this support include documentation of the diagnosis according to either the Copenhagen criteria or the EU criteria, as well as a documentation of significant dental treatment needs caused by the disease. This article mentions some of the problems related to the administration of the law.

### Litteratur

1. Manthorpe R, Oxholm P, Prause JU, Schiødt M. The Copenhagen criteria for Sjögren's syndrome. *Scand J Rheumatol* 1986; Suppl 61: 19-21.
2. Oxholm P, Prause JU, Schiødt M. Sjögrens syndrom. I: Friis J, Junker P, Petersen J, Steengaard-Pedersen K, red. *Reumatologi*. København: FADL's Forlag; 2001. p. 467-80.
3. Christensen LB, Petersen PE, Thorn JJ, Schiødt M. Oral health of patients with Sjögren's syndrome. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 116-20.
4. Schiødt M, Christensen LB, Petersen PE, Thorn JJ. Periodontal disease in Primary Sjögren's syndrome. *Oral Dis* 2001; 7: 106-8.
5. Vitali C, Bombardieri S, Moutsopoulos HM, Balestrieri G, Bencivelli W, Bernstein RM, et al. Diagnostic criteria for Sjögren's syndrome. Results of a European prospective multicentre study. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 340-7.
6. Schiødt M, Bjerrum K, Oxholm P, Prause JU. Sjögrens syndrom: orale manifestationer II. Strategi for behandling samt tværfagligt samarbejde. *Tandlægebladet* 1992; 96: 447-50.

### Forfatter

*Morten Schiødt*, konst. adm. overtandlæge, dr.odont.

Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Afdeling, Københavns Amts Universitetssygehus i Glostrup