

Vorträge vom 3. Sjögren-Tag an der Universitätsklinik Erlangen/Nürnberg am 6.3.2004

HNO-ärztliche Probleme bei Sjögren-Syndrom

Referat: PD. Dr. Zenk, Erlangen

Das Hauptproblem beim Sjögren-Syndrom aus HNO-ärztlicher Sicht ist die Mundtrockenheit, bedingt durch den verminderten Speichelfluss. Welche Probleme sind damit verbunden? Speichel ist wichtig zur Vermittlung des Geschmacksinns, die Patienten schmecken schlecht. Sie haben Probleme beim Sprechen, wenn der Mund nicht genügend mit Speichel benetzt ist. Es gibt Verdauungsprobleme, da sich im Speichel Substanzen zur Immunabwehr befinden. Weiter gibt es Probleme beim Schluckvorgang. Dies sind eine Reihe von Symptomen, die die Lebensqualität deutlich beeinflussen. Das bedeutet, die therapeutischen Vorgaben müssen sich auch an einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität neben der Behandlung der Grunderkrankung richten.

Es spielen eine Reihe von Faktoren eine Rolle, die zum physiologischen Speichelfluss führen. Es sind Geruchsreize, visuelle Reize, Schmeckreize und akustische Reize. Diese Funktionen können zusätzlich zur Erkrankung auch noch gestört sein und können zu einer weiteren Verminderung oder Erhöhung des Speichelflusses führen.

Es gibt verschiedene neuronale Verbindungen im Speichelzentrum, die sich im Stammhirn befinden, die auf die Speichelkerne direkt vor den Speicheldrüsen einwirken. Das sind in der Regel parasympathische Kerne, aber auch sympathische Ganglien, die in der Regel zu einer Erhöhung des Speichelflusses bei entsprechender Stimulation führen. Erstaunlicherweise ist es so, dass gerade die Speicheldrüsen sowohl vom parasympathischen System als auch vom sympathischen System, die normalerweise gegensätzlich reagieren, angeregt werden und zu einer Erhöhung der Speichelsekretion führen.

Die Mundtrockenheit ist keine Diagnose, sondern es ist in der Regel ein subjektives Gefühl einer unzureichenden Speichelmenge in der Mundhöhle. Es gibt Untersuchungen in Kliniken, wo sich Patienten vorgestellt haben mit Mundtrockenheit, wo man die Speichelflussmenge gemessen hat. Man ist erstaunt, dass Patienten subjektiv eine Mundtrockenheit empfinden, die aber noch ein normales Maß an Speichelsekretion haben, während Patienten, bei denen eine Untersekretion schon messbar vorliegt, durchaus noch kein Gefühl der Mundtrockenheit haben. Hier spielen noch eine Menge anderer Faktoren mit. Beim Morbus Sjögren ist es die geringere Produktion, aber nicht jeder Morbus-Sjögren-Patient muss subjektiv eine Mundtrockenheit verspüren. Mit dem Morbus Sjögren können eine Vielzahl von anderen Symptomen verbunden sein.

Aus HNO-ärztlicher Sicht ist die Mundtrockenheit zu beachten und eine Speicheldrüsenvergrößerung, die bei 60 % der Patienten auftritt. Die Vergrößerung ist auch abhängig von der Grundaktivität der Erkrankung. Die Speicheldrüsen sind manchmal weniger, manchmal stärker geschwollen. Hinzu kommen kann eine Trigeminusneuralgie oder eine Polymyopathie, die evt. Schmerzen im Gesichtsbereich oder Schluckstörungen verursacht. Wichtig für den HNO-Arzt ist auch in den Bereich der Speicheldrüsen zu schauen. In den Vorspeicheldrüsen befinden sich Lymphknoten und diese Lymphknoten können sich in 5 bis 6 % verändern und es können sich auch mal B-Zell-Lymphome aus diesen Lymphknoten entwickeln. Da muss man ganz besonders vorsichtig sein.

Nochmal zur Symptomatik: Sie kennen die belegte trockene Zunge und man kann manchmal auch Speichelfäden bei Patienten erkennen.

Es gibt immer noch eine Reihe anderer Ursachen für die Mundtrockenheit. Man diskutiert z.B., ob im Alter der Speichelfluss abnimmt. Nach neueren Erkenntnissen ist das nicht der Fall. Bei besonderen Nervenanspannungen in Stresssituationen kann einem regelrecht der Speichel wegbleiben. Es gibt auch eine Vielzahl von Medikamenten, die eine Mundtrockenheit verursachen, die aber nicht unbedingt eine messbare Speichelreduktion nach sich ziehen. Das ist recht interessant, es sind hier sicher noch andere Mechanismen beteiligt als lediglich nur eine Unterfunktion der Speicheldrüsen. Einige wichtige Medikamentengruppen sind trizyklische Antidepressiva, Histaminika (Antiallergiemittel), Blutdruckmittel, harntreibende Mittel, Tranquilizer, Antiparkinsonmittel sowie Chemotherapeutika. Diese Medikamente können eine vorhandene Mundtrockenheit noch verstärken.

Es sind noch andere Ursachen und Kofaktoren möglich: z.B. Hitzeexpositionen, die die Mundtrockenheit verstärken können und im Rahmen eines Diabetes die autonome Neuropathie, die im Einzelfall auch bei Morbus Sjögren auftreten kann.

Welche Diagnostik betreiben wir? Das erste und wichtigste ist die Erfragung der Krankengeschichte und die typischen klinischen Symptome.

Eine Möglichkeit zur Objektivierung ist die Bestimmung der Speichelsekretion. Das läuft folgendermaßen ab: Der Patient geht in einen möglichst ruhigen kleinen Raum. Er sammelt den ganzen Speichel und spuckt ihn erstmal aus und dann beginnt die Sammelphase. Über mindestens 15 Minuten wird der Speichel in ein besonderes Gefäß gesammelt. Bei weniger als 0,2 Milliliter Speichel innerhalb von 15 Minuten ist eine Xerostomie (Mundtrockenheit) objektivierbar, eine verminderte Speichelsekretion bei weniger als 0,9 Milliliter.

Ein weiteres wichtiges Diagnostikum ist die bildgebende Diagnostik mit Hilfe des Ultraschalls. Wir schauen uns die Ohrspeicheldrüse mit dem Ausführungsgang an, die hinter dem Unterkiefer liegt, weiter die Unterkieferspeicheldrüse und im Mund liegend die Unterzungspeicheldrüse. In Gegensatz zu einer gesunden Speicheldrüse, die ein homogenes Bild aufweist, weist die Speicheldrüse eines Sjögren-Patienten im akuten Stadium eine wolkige Struktur auf.

Notwendig zur Abklärung ist die Blutuntersuchung auf Antikörper (typisch für den Morbus Sjögren sind SS-A/Ro und SS-B/La) und Entzündungszeichen und ggfls. eine Biopsie der Speicheldrüse.

Neben der Behandlung der Grunderkrankung mit entzündungshemmenden Medikamenten (Cortison u. a.) ist als symptomatische Therapie die Flüssigkeitszufuhr wichtig, die Vermeidung von Zucker und koffeinhaltigen Getränken, die Luftbefeuchtung, Lippencremes und Mundspülungen. Schwarzer Tee hat sich als günstig erwiesen, weil er einen hohen Fluoridgehalt hat und schützend für die Zähne wirkt. Mundspüllösungen mit Glycerin haben eine benetzende Wirkung. Der künstliche Speichel auf der Basis von tierischem Muzin ist geeignet, weil er eine längere Benetzung bewirkt und auch eine antimikrobielle Wirkung hat. Einige Patienten ziehen dem künstlichen Speichel allerdings das Kauen von Kaugummi (ohne Zucker) vor, weil er einerseits besser schmeckt, andererseits wird eine bessere benetzende Wirkung angegeben. Das sollte jeder Patient für sich selber ausprobieren. Ein Hausrezept ist entweder Butter im Mund zergehen lassen oder Olivenöl.

Systemische Medikamente zur Speichelstimulation haben nur dann einen Sinn, wenn es noch genügend funktionsfähige Speicheldrüsen gibt, um Speichel zu erzeugen. Hier ist das Salagen zu erwähnen. Als Nebenwirkung kommt es hierbei häufig zu unangenehmen Schwitzen, was auch zum Absetzen des Medikamentes führt. Kontraindikationen sind Allergien, Probleme mit der Regenbogenhaut des Auges, Engwinkelglaukome und kardiovaskuläre Erkrankungen.

Präventive Maßnahmen sind gute Mundhygiene und engmaschige zahnärztliche Kontrollen, bei Problemen mit der Ohrspeicheldrüse sind auch engmaschige Kontrollen beim HNO-Arzt angezeigt, insbesondere, wenn man an die Entwicklung von Lymphomen denkt.