

Lichen planus, Sjögrens syndrom og spiseforstyrrelser

Et trekløver fra Universitetet i Bergen, Evelyn Neppelberg, Roland Jonsson og Ann-Katrin Johansson, ga forsamlingen en oppdatering om oral lichen planus, Sjögrens syndrom og spiseforstyrrelser i relasjon til oral helse i en sekvens på landsmøtet.

Oral lichen planus • Evelyn Neppelberg som er universitetslektor ved Det odontologiske fakultet, UiB, har oral lichen planus som sitt forskningsområde for PhD. Hun fortalte at prevalensen er 1,5–2,2 % og at lichen planus er en kronisk, mulig autoimmun lidelse med ukjent etiologi. Den forekommer både i hud og slimhinne, og 30–60 % av pasienter med oral lichen planus har også hudlesjoner. Sykdommen har et svingende forløp, og stress og depresjoner kan både utløse lidelsen og gi eksacerbasjoner.

Slimhinneforandringen kan være hvitlig, erythematøs, og den kan ha bullae som sprekker opp og gir ulcerasjoner. Den har et retikulært mønster og kan ligne på forandringer i kinnslimhinnen hos pasienter med Hepatitt C (mange stoffmisbrukere). Enkelte pasienter har også angrep i svelget, spiserøret og på stemmebåndet.

For å stille en korrekt diagnose er det nødvendig å ta biopsi, hvor det er viktig å få med overgang epitel – bindevev. Man bør rekvirere en vanlig histopatologisk undersøkelse, men det kan være nødvendig med tilleggsundersøkelse i form av immunfluorescens. Histologisk ser vi destruksjon av basalcellelaget og lymfocytinfiltrasjon.

Behandlingen er i de fleste tilfeller lokal med kortison i form av salver, spray eller oppløsninger som Kenakort-T, Synalar og Dermovat. Ved alvorlige tilfeller og når man skal slå ned eksacerbasjoner, kan det være aktuelt med systemisk kortisonbehandling. For å holde lidelsen i sjakk er det viktig med god munnhygiene, eventuelt supplert med



Fra venstre Evelyn Neppelberg som snakket om oral lichen planus, Roland Jonsson som ga oss siste nytt om Sjögrens syndrom og Ann-Katrin Johansson som tok for seg spiseforstyrrelser og betydningen for oral helse.

profesjonelt renhold, og det anbefales å bruke tannkrem uten SLS (natriumlaurylsulfat).

Oral lichen planus er registrert som en prekankrøs tilstand av WHO, men risikoen er lav. Det er få gode prospektive studier å støtte seg på; det meste er kasuistikker. I dag finnes det ikke screeningstester som er gode nok for seleksjon av pasienter med særlig risiko for cancerutvikling ved oral lichen planus. Neppelberg anbefalte følgende kontrollregime:

- Hvitlige lesjoner: Årlig kontroll.
- Erythematøse lesjoner: Kontroll hvert halvår.
- Tidligere dysplasi: Kontroll hver 3. – 6. måned.
- Ved kontrollene vurdere behov for ny biopsi.
- Pasientens egenobservasjon: Melde seg når det er forandringer, særlig sår som ikke gror i løpet av 14 dager.

Sjögrens syndrom • Professor Roland Jonsson, Gades institutt, UiB snakket i sin forelesning om Sjögrens syndrom med vekt på ny kunnskap om sykdommen og behandlingen av den. Sjögrens syndrom er en kronisk, reumatisk, autoimmun sykdom med en prevalens på mindre enn 0,5 %. Den debuterer i alle aldre, men har en topp i alderen 40–50 år. Ni av ti som får diagnosen er kvinner. Det kan ofte være vanskelig å tidfeste debut fordi den er en «smygende» lidelse. Hovedsymptomene er tørre øyne og tørr munn på grunn av nedsatt tåre- og spyttproduksjon. Mellom 4 og 5 % av pasientene utvikler malignt lymfom.

Diagnosen kan være vanskelig å stille fordi det ikke finnes en enkel test eller aksepterte diagnostiske kriterier. Man må forholde seg til visse klassifikasjonskriterier. Ved øyesymptomer spør man om pasienten har hatt problemer i mer enn tre måneder, om hun

føler at det er «sand» i øynene eller må bruke øyedråper mer enn tre ganger daglig. Spørsmål ved orale symptomer er om munntørretten har vart mer enn tre måneder og om hun må drikke væske for å kunne svelge maten. Videre må man sjekke om det er hevelse av spyttkjertlene. Man kan måle spyttproduksjonen (ustimulert saliva) og eventuelt ta en leppebiopsi hvor man bør få med 5–10 spyttkjertler som finnes under slimhinnen. Det kan være fare for nerveskader, og det er derfor viktig å ta ut en og en kjertel. Det er tryggest å henvise til spesialist i oral kirurgi og oral medisin eller øre-nese-halslege som har erfaring med slike biopsier.

Sjögrens syndrom kan opptre sammen med andre reumatiske sykdommer som reumatoid artritt og lupus erythematosus og kalles da sekundært Sjögrens syndrom. Det er vanligvis en genetisk komponent involvert i utviklingen av sykdommen, og immunologien er svært komplisert. I Bergen pågår et omfattende forskningsprosjekt under ledelse av Jonsson, som forhåpentlig vil bidra til å avklare hvilke faktorer som virker inn på patogenesen ved autoimmunitet generelt og ved Sjögrens syndrom spesielt. Gruppen arbeider sammen med reumatologer, øre-nese-halsspesialister, oralpatologer, immunologer m.fl. med utgangspunkt i et register over Sjögren-pasienter, som er etablert i Bergen.

Behandlingen er først og fremst lokal og symptomrelatert med substitutter for tårevæske og saliva, samt medikamenter som kan bidra til å stimulere sekresjonen. På grunn av munntørretten er pasientene en risikogruppe med

hensyn til karies og bør bruke fluor, ha en diett med lite karbohydrater og helst komme til hyppige kontroller. Soppinfeksjon med *Candida albicans* er også et vanlig problem som krever behandling. Nyere funn viser at biologisk behandling mot spesielle cellyper (B-lymfocytter) kan bli aktuell i nær fremtid hvis pasienten har ekstraglandulære symptomer. Siden Sjögrens syndrom regnes som en systemsykdom, ligger behandlingsansvaret hos reumatologer, men tannhelsepersonell spiller en viktig rolle i den helhetlige pleien.

Spiseforstyrrelser • Førsteamanuensis Ann-Katrin Johansson er spesialist i barnetannpleie og ansatt ved Odontologisk institutt – kariologi, UiB. Hun har erosjoner som forskningsområde og er en av redaktørene av en ny bok med tittelen «Dental erosion – bakgrund och kliniska aspekter». I sin forelesning ga hun en oversikt over spiseforstyrrelsene og råd om hvordan tannhelsepersonell bør opptre i møte med pasienter der man mistenker spiseforstyrrelser.

Å ha en spiseforstyrrelse betyr at alle tanker, følelser og handlinger kretser om mat, kropp og vekt på en slik måte at det går ut over hvordan man fungerer i dagliglivet. Det finnes mange typer spiseforstyrrelser: Anorexia nervosa (nervøs appetittløshet) var kjent allerede på 1800-tallet, 100 år senere i 1979 fikk vi diagnosen bulimia nervosa (nervøs øksehunger) og i 1987 uspesifikk spiseforstyrrelse, som omfatter variasjoner over de to foregående. Anoreksi opptrer oftest i tenårene, men kan debutere så tidlig som i 7–8-årsalderen, mens bulimi oftest oppstår hos eldre ungdom mellom 18 og 23 år.

Anorektikere har ofte somatiske symptomer med avmagring, kalde hender og føtter, tynt hår, økt mengde kroppshår, perifere ødemer, nedsatt vekst og skader på tenner og tannkjøtt. Bulimikere har færre somatiske symptomer, men flere i vårt område på grunn av hyppig

oppkast, blant annet faryngitt, øsofagitt, parotishypertrofi og emaljeskader.

Årsaksfaktorene er mange og virker i et komplisert samspill mellom predisposisjon, familieforhold, sosiokulturelle forhold og psykologiske faktorer, som i første omgang kan virke utløsende for spiseforstyrrelsen og senere bidra til vedlikehold av sykdommen.

Johansson sa at Svenska psykiatriske foreningen har utviklet kliniske retningslinjer for hvordan helsepersonell som møter pasienter med spiseforstyrrelser, skal forholde seg. Disse inneholder også et avsnitt om oral helse. Hun fortalte også at Statens helsetilsyn i 2000 kom med utredningen «Alvorlige spiseforstyrrelser – retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten». Den kan bestilles hos trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no.

Hvis tannleger og tannpleiere får mistanke om at en pasient har en spiseforstyrrelse på grunn av symptomer som erosjon, karies, tørre lepper, ragader, munntørretten, spyttkjertelhevelse og rødhet i svelget, er det viktig å nærme seg pasienten og problemet på en forsiktig og empatisk måte, gjerne over flere besøk. Det kan være vanskelig å få pasienten til å fortelle, på den annen side kan en del bli glad for å få snakke om problemene de tidligere ikke har fortalt om. En sammenfattende vurdering må bygge på odontologiske funn, kostmønster og psykologiske karakteristika. Tannhelsepersonellens rolle er å oppdage, informere og bidra til behandling av skader i munnhulen. Man kan gi forsiktige kostråd, helst i samarbeid med personell som behandler pasientens spiseforstyrrelse, om å spise vanlig mat til faste tider og å drikke mer vann ved munntørretten. Men hvis pasienten ikke allerede er under behandling for sin spiseforstyrrelse, bør tannlegen henvise til pasientens fastlege. Det er viktig at tannhelsepersonell får kunnskap om spiseforstyrrelser og opplæring i hvordan man skal møte pasienter med slike problemer.

Tekst og foto: Reidun Stenvik