

Figur 2: Primært Sjögrens syndrom – baseline stratificering og risikovurdering af patienten samt forslag til patientforløb og monitorering

På baggrund af de diagnostiske fund, øvrige sygdomsmanifestationer og den biokemisk-immunologisk risikoprofil## på *diagnosetidspunktet*, er det hensigtsmæssigt at foretage en fremadrettet risikovurdering og plan for monitorering af patienten. Med risiko menes i denne sammenhæng sandsynlighed for at udvikle malignt lymfom og andre alvorlige, evt. livstruende sygdomsmanifestationer. Modellen baseres på selekterede patientpopulationer og retrospektive data hvilket svækker evidensen. Ved progressiv sygdom kan patienten avancere fra et risikoniveau til et højere. Prævalensen af malignt lymfom hos patienter med primært Sjögrens syndrom fulgt i hospitalsregi er op til ca 4% (relativ risiko ca. x 18)

KATEGORI	DEFINITION	MONITORERING
Type I lav risiko	*limiteret okulær, oral og muskuloskeletal sygdom (myoartralgi uden synovitis/myositis), og: *negativ serologi (ANA, SSA/SSB, hyper-Ig), og: *lav focusscore (<4,0), og: *ingen kliniske, serologiske eller immunologiske risikomarkører#	*patientinformation om diagnosen Sjögren *kontroller hos egen tandlæge og evt. øjenlæge *kan gerne afsluttes i reumatologisk regi men bør opfordres til ny kontakt ved udvikling af kliniske risikomarkører *serologisk/biokemisk monitorering anbefales ikke som rutine
Type II lav til moderat risiko	*pos. serologi (ANA, SSA/SSB, hyper-Ig), og: *ingen kliniske, serologiske eller immunologiske risikomarkører##	*patientinformation om diagnosen Sjögren *kontroller hos egen tandlæge og evt. øjenlæge *reumatologisk kontrol 1-2 gange/år med klinisk og serologisk/biokemisk# status – kan gerne afsluttes hvis uden tegn til progression/komplikationer efter få år
Type III høj risiko	*påvist kliniske og/eller immunologiske risikomarkører## *tidligere behandlet lymfom	*patientinformation om diagnosen Sjögren *kontroller hos egen tandlæge og evt. øjenlæge *reumatologisk klinisk kontrol efter individuelt behov vejledt af klinikken og evt. iværksatte behandlinger *serologisk/biokemisk# status mindst x 2/år *ved lymfommistanke hæmatologisk henvisning *ved svær organpåvirkning (nephritis, pneumonitis, svær neuropati, svær vasculitis) konferér med højt specialiseret enhed

Risikomarkører: alle patienter undersøges på diagnosetidspunktet herfor: kliniske (anamnese, inspektion og palpation): kronisk parotissvulst, lymfadenopati, vasculitis/purpura, hepatosplenomegali – serologiske/immunologiske: kryoglobulin, M-komponent urin og plasma, lav C4, CD4 cytopeni

Patientinformation om diagnosen Sjögren: der henvises til Gigtforeningens materiale: www.gigtforeningen.dk og Sjögrens Syndrome Foundation: www.sjogrens.org/

Reumatologisk klinisk kontrol: anamnese vedr. evt. ændringer i kendte sygdomsmanifestationer, registrering af nye manifestationer? Effekt/bivirkninger af iværksat behandling. Problemorienteret obj. US: kirtelstatus/RES, lymfom? Hud og slimhinder (vasculit/eksantemer/candidiasis?), bevægeapparat (artrit), st.c. + st.p. ved specifikke klager. Specifikke sygdomsmanifestationer udredes og behandles jfn. særskilt instruks.

#Serologisk/biokemisk kontrol: Hæmatologi, Elektrolytter, Creatinin, Alat, LDH, Bas. Phosphatase, Albumin, CRP, IgG, IgA, IgM, urin for Leuc., Nitrit, pH, Glucose, Protein, Erythrocyt.

Algoritme for risiko-stratificering af patienten med primært Sjögrens syndrom

