

Sarkoidóza

Autor: Karel Vykoupil

Výskyt:

Výskyt sarkoidózy u nás je 63 na 100 000 obyvatel. Mnoho případů nemoci, především bezpříznakových forem, však zůstává nedagnostikováno. Častěji postihuje ženy nekuřáky. Nejvyšší výskyt je ve věku od 30 do 50 let.

Příčina:

Příčinou vzniku sarkoidózy je neznámý činitel, který je zřejmě schopen udržet se delší dobu ve tkáni a u určitého jedince vyvolat charakteristickou imunitní reakci.

Bezpříznaková forma:

Sarkoidóza nejčastěji postihuje nitrohruční lymfatické uzliny. Takový stav se nutně nemusí klinicky projevit, proto se někdy jedná o náhodný rentgenologický nález, který nemusí vyžadovat léčbu.

Akutní forma:

Forma s akutním průběhem a příznaky infekčního onemocnění – horečkou, bolestmi v krku, bolestmi svalů a otoky kolem kotníků. Pokud se k těmto příznakům přidá ještě kožní výsev zvaný nodózní erytém, zvětšené nitrohruční uzliny a je negativní tuberkulinový test (sloužící k průkazu tuberkulózy), hovoříme o tzv. **Löfgrenově syndromu**, což je úplně nejčastější průběhová varianta sarkoidózy. Nodózní erytém je víceméně symetrické zarudnutí kůže zejména v oblastech bérců. Otoky v oblasti kotníků jsou lehce růžové, teplé a bolestivé. Löfgrenův syndrom signalizuje dobrou prognózu.

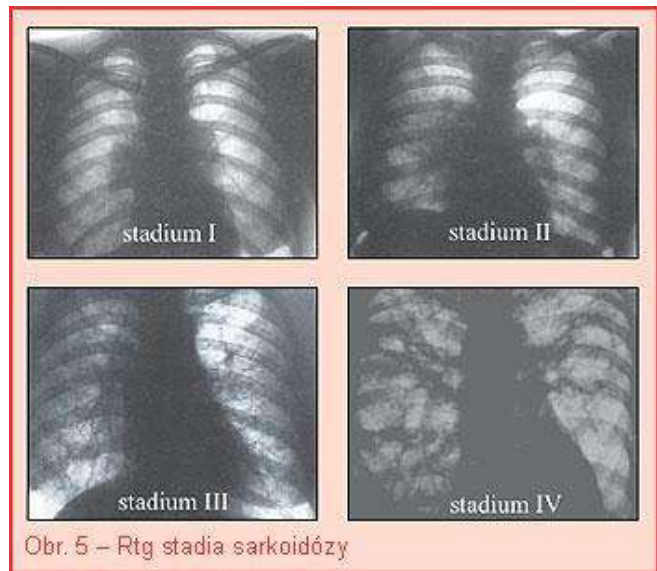
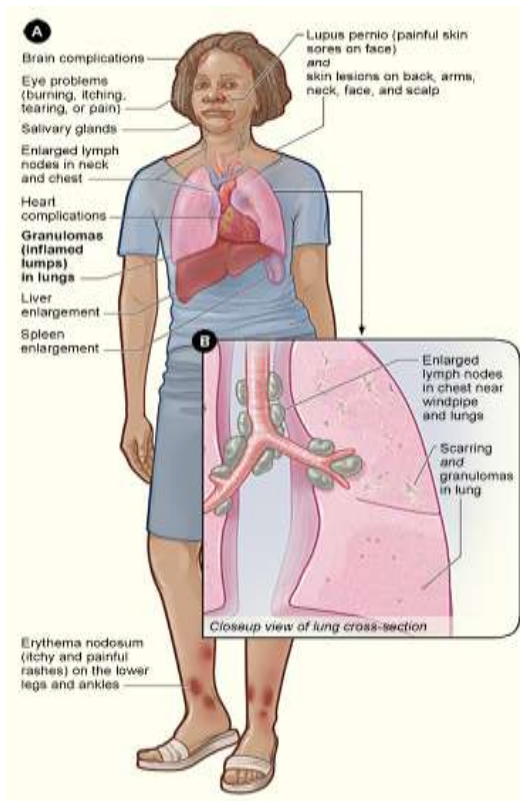
Chronická forma

Průběh nemoci je pozvolný, postupně a nenápadně nastupují příznaky z onemocnění dýchacího systému a jiné orgánové příznaky (očí, mízních uzlin, sleziny, kůže, pohybového ústrojí, trávicího ústrojí, močového ústrojí). Onemocnění častěji vyžaduje léčbu a předpověď do budoucna je závažnější. Za chronické se onemocnění většinou považuje, trvá-li aspoň dva roky. Ale zpravidla lze těžko zjistit začátek onemocnění.

Diagnóza:

Při diagnóze se opíráme o vyšetření krve a moče, zobrazovací metody jako je rentgenový snímek nebo

vyšetření počítačovou tomografií. Dále funkční vyšetření plic spirometrií a bronchoskopické vyšetření.



Obr. 5 – Rtg stadia sarkoidózy

Léčba:

Lékem volby u sarkoidózy zůstávají kortikoidy. U některých forem se využívají léky ovlivňující imunitu tzv. imunosupresiva nebo biologická léčba.

Prognóza:

Prognóza sarkoidózy je poměrně dobrá. Asi 50 až 60 % případů se zhojí spontánně úmrtnost se udává 2-5%. Ke znovu vzplanutí dochází ve 20-30%, případně nejčastěji do 2 let od ukončení kortikoterapie.

Jak si mohu pomoci:

Pokud trpíte sarkoidózou, dbejte na dodržování léčby a vyvarujte se možným infekcím. Pokud máte podezření na onemocnění touto chorobou, bude nejlépe, pokud vyhledáte lékaře, který Vás vyšetří a případně odešle na specializované pracoviště.

Literatura

1. KOLEK, V., et al. Sarkoidóza. Známé a neznámé. Praha : Avicenum, 1998, 239 s.
2. DRENT, M., COSTABEL, U. Sarcoidosis. European Respiratory Monograph. ERS, 2005, 341 p.
3. YAMAMOTO, M., SHARMA, OP., HOSODA, Y. The 1991 descriptive definition of sarcoidosis. Sarcoidosis, 1992, 9, p. 33-34.
4. HUNNINGHAKE, GW., COSTABEL, U., ANDO, M., et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders: statement on sarcoidosis. Sarcoidosis, 1999, 16, p. 149-173.
5. RUTHERFORD, RM., STAEDTLER, F., KEHREN, J., et al. Functional genomics and prognosis in sarcoidosis - the critical role of antigen presentation. Sarcoidosis Vasc and Diffuse Lung Dis, 2004, 21, p. 10-18.
6. SABOUNCHI-SCHÜTT, F., MIKKO, M., EKLUND, A., et al. Serum protein pattern in sarcoidosis analysed by a proteomics approach. Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis, 2004, 21, p. 182-190.
7. LENHART, K., KOLEK, V., BÁRTOVÁ, A. HLA antigens associated with sarcoidosis. Dis Markers 1990, 8, p. 23-29.
8. MARTINETTI, M., TINELLI, C., KOLEK, V., et al. „The Sarcoidosis Map“: A joint survey of clinical and immunogenetic findings in two European countries. Am J Respir Crit Care Med, 1995, 152, p. 557-564.
9. PETŘEK, M., DRÁBEK, J., KOLEK, V., et al. CC chemokine receptor gene polymorphisms in czech patients with sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med, 2000, 58, p. 293-298.
10. HUTYROVA, B., PANTELIDIS, P., DRABEK, J., et al. Interleukin-1 gene polymorphisms in sarcoidosis and idiopathic pulmonary fibrosis. Am J Respir Crit Care Med, 2002, 165, p. 148-151.
11. GRUNEWALD, J. Focusing on the Human T Cell Receptor for Antigen. Sarcoidosis, 1994, 11, p. 61-65.
12. MRAZEK, F., HOLLA, LI., HUTYROVA, B., et al. Association of tumour necrosis factor-alpha, lymphotoxin-alpha and HLA-DRB1 gene polymorphisms with Lofgren's syndrome in Czech patients with sarcoidosis. Tissue Antigens, 2005, 65, p. 163-171.
13. GROSSER, M., LUTHER, T., FUESSEL, M. et al. Clinical course of sarcoidosis is dependent on HLA-

DRB1 allele frequencies, inflammatory markers, and presence of *M. tuberculosis* DNA fragments. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis*, 2005, 22, p. 66-74.

14. MILMAN, N., LISBY, G., FRIS, S., et al. Prolonged culture for mycobacteria in mediastinal lymph nodes from patients with pulmonary sarcoidosis. A negative study. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis*, 2004, 21, p. 25-28.
15. DRAKE, WP., ARUNKUMAR, R., SILVEIRA, L., et al. Immune recognition of Mycobacterial kat G peptides by sarcoidosis patients. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis*, 2005, 22, 259 p.
16. ISHIGE, I., EISHI, Y., TAKEMURA, T., et al. *Propionibacterium acnes* is the most common bacterium commensal in peripheral lung tissue and mediastinal lymph nodes from subjects without sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis*, 2005, 22, p. 33-42.
17. MANKIEWICZ, E., VAN WALBECK, M. Mycobacteriophages. Their role in tuberculosis and sarcoidosis. *Arch Environ Hlth*, 1962, 5, p.122-128.
18. PARAMONTHAYAN, NS., JONES, PW. Corticosteroid therapy in pulmonary sarcoidosis. *JAMA*, 2002, 287, p. 1301-1307.
19. SELROOS, O., et al. Inhaled budesonide for maintenance treatment of pulmonary sarcoidosis. *Sarcoidosis*, 1994, 11, p. 126-131.
20. ZIEGENHAGEN, MW., BENNER, UK., ZISSEL, G., et al. Sarcoidosis: TNF-alpha release from alveolar macrophages and serum level of sIL-2R are prognostic markers. *Am J Respir Crit Care Med*, 1997, 156, p. 1586-1592.
21. ROSSMAN, M., NEWMAN, LS., BAUGHMAN, RP., et al. A double-blinded, randomized, placebo-controlled trial of infliximab in active pulmonary sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis*, 2005, 22, 265 p.
22. BAUGHMAN, RP., TEIRSTEIN, AS., JUDEIN, MA., et al. Clinical characteristics of patients in a case control study of sarcoidosis. *AJRCCM*, 2001, 164, p. 1885-1892.
1. KOLEK, V., HUTYROVA, B., LOSTAKOVA, V. Multicenter epidemiological study on sarcoidosis in Moravia: 1981-2000. *Sarcoidosis, Vasculitis and Dif Lung Dis*, 2005, 22, 250 p
23. <http://nemoci.vitalion.cz/sarkoidoza/>

**