

Diagnostika sarkoidózy

Abychom mohli s jistotou tvrdit, že nemocný má sarkoidózu, měli bychom získat tkáň s epitelioidním nenekrotizujícím granulomem (sarkoidním granulomem) a vyloučit všechny ostatní příčiny, které mohou vést k podobnému nálezu (Tab. 2). Výjimku tvoří pacienti s Löfgrenovým syndromem (erytema nodosum, bilaterální hilová lymfadenopatie, systémové příznaky) a pacienti s typickou bilaterální hilovou lymfadenopatií, ovšem za předpokladu dalšího sledování (2). Zejména u nemocných, u kterých uvažujeme o zahájení systémové léčby, je nutné mít jistotu, že se skutečně jedná o sarkoidózu a k tomu je nezbytně nutná histologie.

Následující dvě krátké kazuistiky dokumentují, jaká rizika pro pacienta s sebou nese, pokud je léčba zahajována bez znalosti diagnózy.

Kazuistika 1

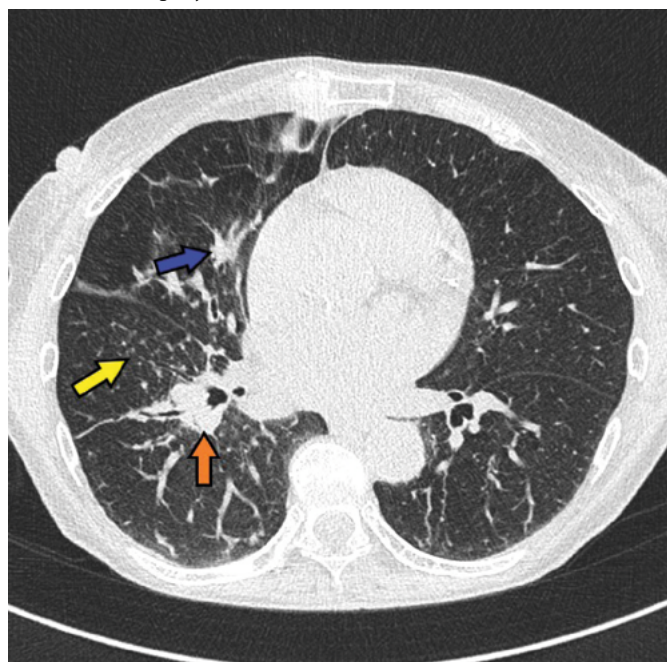
64letá obézní nemocná s arteriální hypertenzí, anamnesticky má několik let trvající kašel, za jehož příčinu byl považován extraesofageální reflux. V roce 2019 absolvovala náhradu kolenního

kloubu pro progredující valgozitu a nestabilitu kloubu v souvislosti s úrazem v minulosti. Po výkonu se objevily dechové obtíže, bylo pomýšleno na plicní embolii a nemocná postoupila ventilačně perfuzní sken. Ten jednak prokázal plicní embolii a jednak na jeho podkladě vzniklo podezření na další plicní onemocnění. Proběhlo vyšetření počítačovou tomografií s vysokou rozlišovací schopností (HRCT) (Obr. 1, 2), pak bronchoskopie s bronchoalveolární laváží, ovšem bez jakékoliv biopsie. Autoprotilátky byly negativní, nebyla prokázána mykobakteriální infekce. Na základě HRCT nálezu byl případ nemocné uzavřen jako sarkoidóza II. stadia. Navzdory zcela normálním plicním funkcím byla nemocná indikována k systémové kortikoterapii.

Rozbor případu

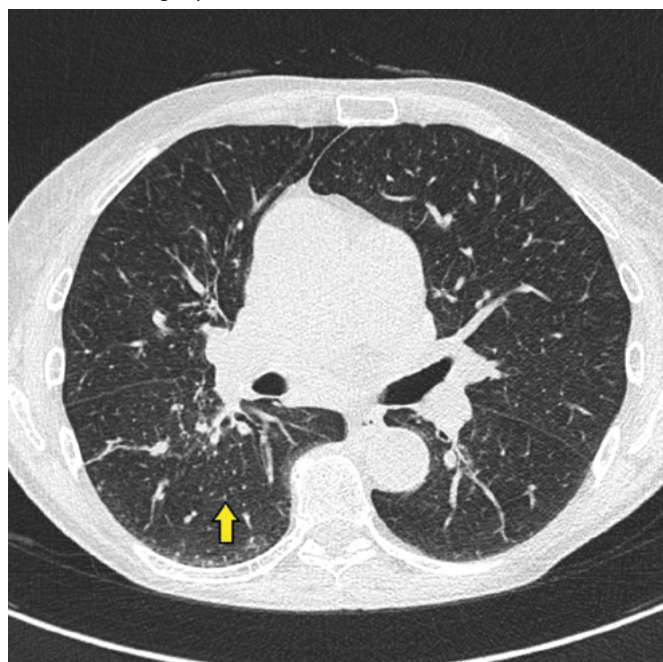
■ V algoritmu vyšetření pacientky chybí bioptická verifikace procesu – nemocná nemá symptomy odpovídající Löfgrenovu syndromu, proto je nutná histologická verifikace procesu.

Obr. 1. Radiologický obraz onemocnění – kazuistika 1



Dominují drobné noduly (žlutá šipka), peribronchiálně vázané infiltráty (modrá šipka), pravostranná hilová lymfadenopatie (oranžová šipka)

Obr. 2. Radiologický obraz onemocnění – kazuistika 1



Mnohočetné drobné noduly (žlutá šipka)

Tab. 1. Faktory asociované s rozvojem sarkoidózy

Kategorie	Specifický faktor	Asociace
Místo a období vzniku	Roční období	Vyšší riziko vzniku jaro, léto Nižší riziko vzniku na podzim
	Místo vzniku	Vyšší riziko v severních oblastech
Familiární výskyt		Vyšší riziko u pokrevních příbuzných 1. a 2. stupně
Povolání	Hasiči, vojáci	Vyšší riziko
	Práce s insekticidy, se stavebním materiálem, s organickým prachem, zahradnické práce	Vyšší riziko
	Práce s fotokopírovacím strojem, práce v prostředí s vysokou vlhkostí, práce s vláknitým materiálem	Vyšší riziko
	Práce s elektronikou, služby, sociální práce	Nižší riziko
Životní prostředí	Topení dřevem, život/práce na farmě, lesní prostředí, bydlení v blízkosti kovozpracujícího průmyslu, bydlení v zemědělských oblastech	Vyšší riziko
	Kouření	Nižší riziko
Fyzické vlastnosti	Obezita	Vyšší riziko