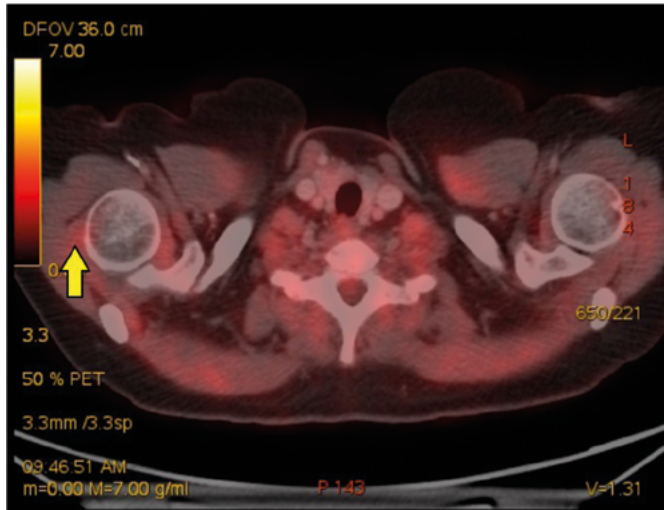
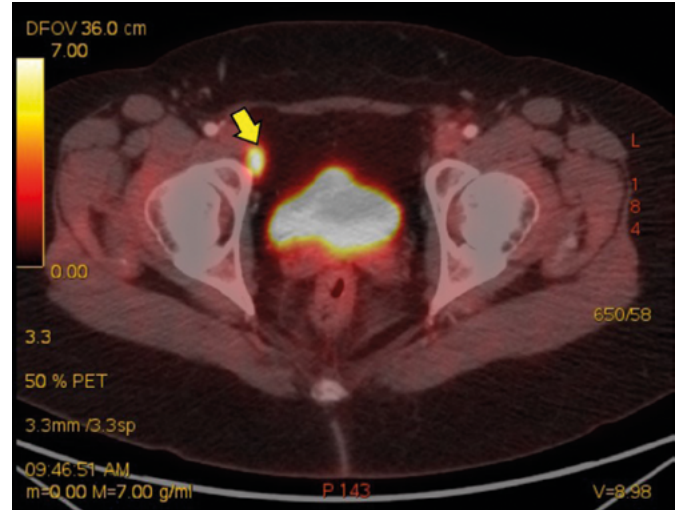


**Obr. 3.** Radiologický obraz onemocnění – kazuistika 2

Entezopatie v oblasti pravého ramenního kloubu (žlutá šipka)

**Obr. 4.** Radiologický obraz onemocnění – kazuistika 2

Entezopatie v oblasti pravého kyčelního kloubu (žlutá šipka)

kognitivních funkcí (po vyloučení sarkoidózy CNS), depresi, neuropatii malých vláken a bolest, která není vázána na granulomatózní poškození tkáně (10). Syndrom výrazně zhoršuje kvalitu života postižených pacientů a je obtížně léčebně ovlivnitelný. Vždy je třeba nejprve pátrat po známkách aktivity základní choroby (ve výše zmíněném případě PET), protože i toto může stát za uvedenými symptomy, pak se nabízí posílení dosavadní léčby. Další možnou příčinou obtíží může být syndrom spánkové apnoe, únava může být spojena s dlouhodobou léčbou systémovými kortikosteroidy, s diabetem mellitem (často steroidní) nebo hypotyreózou. Léčba parasarkoidózního syndromu je ještě o něco zapeklitější než léčba sarkoidózy, a to zejména proto, že nemáme žádná data systematicky se touto oblastí zabývající. Kromě psychosociální podpory a rehabilitace doporučují někteří autoři stimulanty typu dexmethylfenidát nebo armodafinil (11).

## Léčba sarkoidózy

Průběh sarkoidózy je značně variabilní a nemáme k dispozici žádný biomarker, který by sloužil k predikci průběhu onemocnění. Situaci dále komplikuje skutečnost, že např. postižení oka nebo myokardu může být zpočátku asymptomatické, nicméně prognosticky závažné. Je-li léčba sarkoidózy indikována a zahájena, u více než 40 % pacientů trvá déle než pět let (12). Nejzávažnějšími prognostickými indikátory jsou: vyšší věk, fibrotické postižení plicního parenchymu a přítomnost plicní hypertenze (13).

**Tab. 3.** Souhrn terapeutických možností u nemocných se sarkoidózou plic

První linie	Druhá linie (cytotoxická a imunomodulační léčba – off-label)	Třetí linie (biologická léčba – off-label)	Potenciální možnosti – off-label	Paliativní léčba
<b>Systémové kortikosteroidy</b>	Methotrexát Azathioprin Hydroxychlorochin Leflunomid Mykofenolát mofetil	Inhibitory TNF- $\alpha$ (infliximab, adalimumab)	Protilátky proti IL-23 Protilátky proti IL-1 $\beta$ Depotní kortikotropin Chlorambucil Thalidomid Pentoxifylin Rituximab	DDOT Plicní rehabilitace Transplantace plic Nutriční podpora Psychologická podpora

TNF- $\alpha$  – tumor nekrotizující faktor alfa; IL – interleukin, DDOT – dlouhodobá domácí oxygenoterapie

Zahájení léčby bývá obvykle zvažováno u symptomatických pacientů, se sníženou funkcí postižených orgánů, s rizikem selhání funkce postiženého orgánu a s progresivní chorobou. Jako možná indikace k zahájení léčby symptomatických pacientů bývá uváděn i aktivní granulomatózní zánět a nízká pravděpodobnost dosažení remise.

Observace bývá upřednostňována u nemocných s minimálními příznaky, dobrou funkcí postižených orgánů, neohrožených selháním funkce postiženého orgánu, u nichž je vysoká pravděpodobnost spontánní remise. Léčení by teoreticky nemuseli být pacienti, u nichž onemocnění v čase neprogreduje, ovšem tuto informaci získáme až dlouhodobým sledováním pacienta, v době stanovení diagnózy samozřejmě k dispozici není.

Je třeba si uvědomit, že je-li u nemocného zahájena farmakologická léčba sarkoidózy, u 50–82 % pacientů bude dlouhodobá (14). V léčbě plicního postižení jsou doporučovány nejčastěji systémové kortikosteroidy, následované kombinací s methotrexátem. Léčba je zatížena značným rizikem vedlejších účinků, v čase se můžeme dostat i do situace, kdy vedlejší účinky pacienta omezují více než sarkoidóza.

Přestože v literatuře nadále najdeme doporučenou iniciální dávku kortikosteroidů 40–60 mg prednisonu, nemá úvodní dávka nejspíš žádný vliv na vývoj plicních funkcí v čase nebo riziko relapsu. U velké části nemocných nebo při exacerbacích sarkoidózy můžeme vystačit i s iniciální dávkou prednisonu 20 mg/den (15).