

Kortikosteroidy hrají hlavní roli v léčbě výrazně symptomatických pacientů (vyjma Löfgrenova syndromu!!!), pokud potřebujeme v krátkém čase získat kontrolu nad onemocněním, u nemocných plánujících koncepci a u pacientů s postižením jater a ledvin.

Při jaterní nebo renální insuficienci není doporučováno použít jako kortikosteroidy šetřící lék methotrexát. Kumuluje se i extravaskulárně a neměl by být lékem volby u nemocných s pleurálním/perikardiálním výpotkem/ascitem.

Leflunomid by neměl být zahajován u nemocných s preexistující polyneuropatií (16). Léčba azathioprinem s sebou nese nejvyšší riziko jaterního postižení, podávání je ale zatíženo vyšším rizikem infekčních komplikací a sekundárních malignit.

Pokud stav pacienta vyžaduje použití biologické léčby, v úvahu připadá především infliximab a adalimumab. Biologika jsou imunogenní, zejména podávání infliximabu je zatíženo rizikem tvorby anti-chimerických protilátek. Po dobu léčby se doporučuje nevysazovat imunosupresiva, protože jejich podání snižuje tvorbu těchto protilátek (17). Adalimumab je doporučován při selhání léčby infliximabem právě v důsledku vytvoření protilátek proti infliximabu. Přítomnost těchto protilátek je možné testovat z krve, a pokud není efekt léčby zejména infliximabem uspokojivý, měli bychom na možnost této imunologické komplikace pomýšlet.

Souhrn terapeutických možností u nemocných se sarkoidózou shrnuje tabulka 3.

LITERATURA

1. Culver DA, Judson MA. New advances in the management of pulmonary sarcoidosis. *BMJ* 2019; 367: 15553.
2. Kolec V, Losťáková V, Vašáková M, Žurková M. Sarkoidóza (Doporučený postup diagnostiky, terapie a sledování vývoje onemocnění). Dostupné na: www.pneumologie.cz/guidelines, navštíveno: 8. 8. 2020.
3. Crouser ED, Maier LA, Wilson KC, et al. Diagnosis and detection of sarcoidosis. *AJRCCM* 2020; 8: e26–e51.
4. Jeny F, Bernaudin JF, Cohen Aubart F, et al. Diagnosis issues in sarcoidosis. *Respir Med and Res* 2020; 77: 37–45.
5. Scadding JG. Prognosis of intrathoracic sarcoidosis in England. A review of 136 cases after five years' observation. *Br Med J* 1961; 2: 1165–1172.
6. Statement on sarcoidosis. Joint statement of American Thoracic Society (ATS), the European Respiratory Society (ERS) and the World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG). *AJRCCM* 1999; 160: 736–755.
7. Kidd DP. Neurosarcoidosis: clinical manifestations, investigation and treatment. *Pract Neurol* 2020; 20: 199–2121.
8. Roth D, Kadoglou N, Leeflang M, et al. Diagnostic accuracy of cardiac MRI, FDG-PET, and myocardial biopsy for the diagnosis of cardiac sarcoidosis: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Diagnostic and Prognostic Research* 2020; 4: 5.
9. Baughman RP, Scholand MB, Rahaghi FF. Clinical phenotyping: role in treatment decisions in sarcoidosis. *Eur Respir Rev* 2020; 29: 190145.
10. Jammal TE, Jamilloux Y, Gerfraud-Valentin M, et al. Refractory sarcoidosis: A Review. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2020; 16: 323–345.
11. Vis R, van de Garde EWM, Grutters J, Korenromp IHE. The effects of pharmacological interventions on quality of life and fatigue in sarcoidosis: a systematic review. *Eur Respir Rev* 2020; 29: 190057.
12. Baughman RP, Nagai S, Balter M, et al. Defining the clinical outcome status (COS) in sarcoidosis: results of WASOG Task Force. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2011; 28: 56–64.
13. Kirkil G, Lower EE, Baughman RP. Predictors of mortality in pulmonary sarcoidosis. *Chest* 2018; 153: 105–113.
14. Gottlieb JE, Israel HL, Steiner RM, et al. Outcome in sarcoidosis. The relationship of relapse to corticosteroid therapy. *Chest* 1997; 111: 623–631.
15. McKinzie BP, Bullington WM, Mazur JE, Judson MA. Efficacy of short-course, low-dose corticosteroid therapy for acute pulmonary sarcoidosis exacerbations. *Am J Med Sci* 2010; 339: 1–4.
16. Martin K, Bentaberry F, Dumoulin C, et al. Peripheral neuropathy associated with leflunomide: is there a risk patient profile? *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007; 16: 74–78.
17. Drent M, Cremers JP, Jansen TL, Baughman RP. Practical eminence and experience-based recommendations for use of TNF-alpha inhibitors in sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2014; 31: 91–107.

Závěr

Navzdory dostupnosti nových diagnostických a léčebných metod je pro diagnostiku sarkoidózy nezbytné, aby lékaře tato možnost vůbec napadla. Je pravda, že onemocnění není časté a vzhledem k tomu, že etiologie nebyla zatím odhalena, postižený může být jakýkoliv orgán a stesky pacientů bývají dosti polymorfní, může být pro lékaře sarkoidóza obtížně uchopitelná. Pacienti s Löfgrenovým syndromem bývají odesíláni do péče revmatologa, který nezářídka sáhne po systémových kortikosteroidech ještě před tím, než indikuje skiagram hrudníku, čímž nevědomky zvýší riziko relapsu po vysazení léčby. Sarkoidóza myokardu se může projevit poruchou srdečního rytmu, ale i fibrilací komor nebo náhlou srdeční zástavou, lékařem prvního kontaktu pak může být kardiolog nebo anesteziolog. Nepomyslí-li v diferenciální diagnostice na sarkoidózu, je vysoké riziko, že se událost může opakovat s méně příznivým průběhem. Pacienti s dominujícími systémovými příznaky navštěvují nezářídka psychology, psychiatry, ale i léčitele nebo homeopaty, byť je nemoc nemusí nutně ohrožovat na životě, celkové příznaky, zejména únava a bolesti, mohou významně snižovat kvalitu jejich života.

V současné době probíhají i četné studie, testující nové léčebné přípravky (tofacitinib, abatacept, kortikotropin). Pokud ale nebude lékař pacienta v diferenciální diagnostice na sarkoidózu pomýšlet, uzavře tím nemocnému přístup k jakékoli léčbě a k zmírnění jeho obtíží.