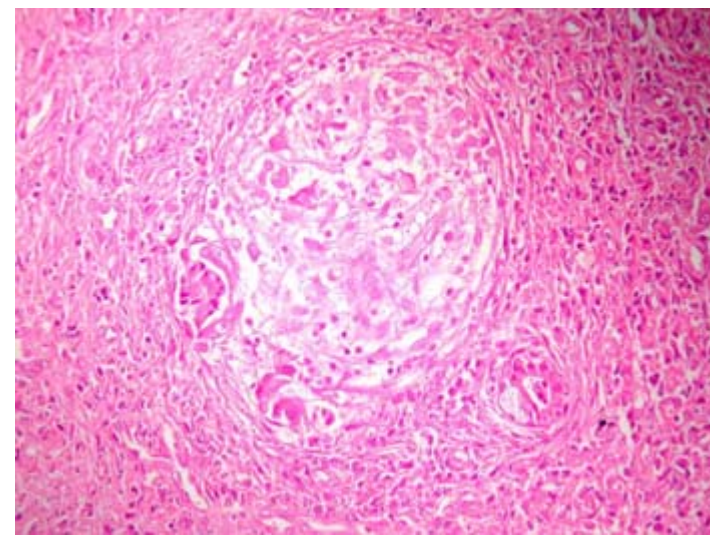
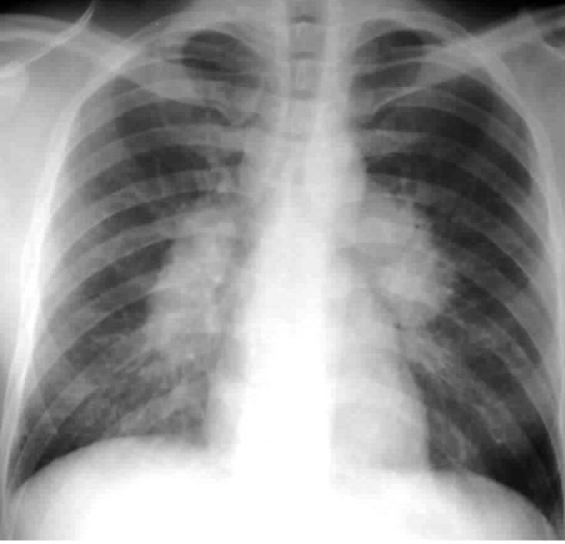




Sarkoidoz

Dr.Kürşat Uzun

Sarkoidoz

- Sebebi bilinmeyen bütün sistemleri tutabilen granülomatöz bir hastalık
- Genç ve orta yaş erişkinleri tutar
- Sıklıkla iki taraflı hiler lenfadenopati, akciğer infiltrasyonu, göz ve deri bulguları
- Her hangi bir organ tutulabilir
- 1-40 olgu/100.000
- İskandinav ülkeleri, USA, orta avrupa'da yaygın
- Asya, orta-güney amerika ve afrika'da daha az
- Kafakas ırkında asemptomatik sarkoidoz daha fazla
- Mortalite % 1-5

Etiyoloji

- Bilinmiyor
 - Genetik
 - Çevresel maruziyet
 - Virüs-mantarlar
 - Havadaki antijenler,
 - Mikobakteriler başta olmak üzere çeşitli mikroorganizmalar,
 - Çiftçilik-itfaiyeci-sağlık çalışanı gibi bazı meslekler

Klinik

- Değişkendir
- % 30-50 asemptomatiktir
- Semptomlar nonspesifik
- Hastaların %20-30'unda
 - Subfebril ateş
 - Kilo kaybı (2-6 kg/10-12 hf)
 - Gece terlemesi
 - Artralji
- Nedeni bilinmeyen ateşin sebebi sarkoidoz
- Halsizlik ve iskelet kas zayıflığı yaygındır
 - $\leq$ % 70

Klinik

- Akut
 - Löfgren's sendromu
 - Ateş, iki taraflı hilerlenfadenopati, diz artrit, eritema noduzum
- Kronik
 - Sinsi başlangıç,
 - Organ tutulumuna bağlı semptomlar
 - Öksürük, dispne, göğüs ağrısı

Tanı

- Klinik ve radyolojik görünüm ile düşünme
- Histopatolojik; Nonkazeöz granülomatöz iltihap
- Benzer klinik ve histopatolojik durumların dışlanması

Tanı

- Anamnez
- FM
- X-ray
- SFT
- Tam kan
- Serum Ca^{+2} , AST/ALT, kreatinin, ACE
- İdrar
- EKG
- Göz muayenesi
- Ppd
- Biyopsi için bölge seçimi

Tanı-Amaç

- Histolojik tanı gerekiyor
- Organ tutulumunun yaygınlığını tespit
- Hastalığın stabil veya aktif olup olmadığını tespit etmek
- Tedavinin fayda görüp görmeyeceğini saptamak

Histopatolojik değerlendirme

- Transbronşiyal biyopsi (beraberinde bronşiyal biyopsi)
 - %80
- EBUS
 - %83-93
- Deri, ağız ve yüzeyel LAP
- Löfgren's sendromunda biyopsi kanıtına gerek yok

Tanı-radyoloji

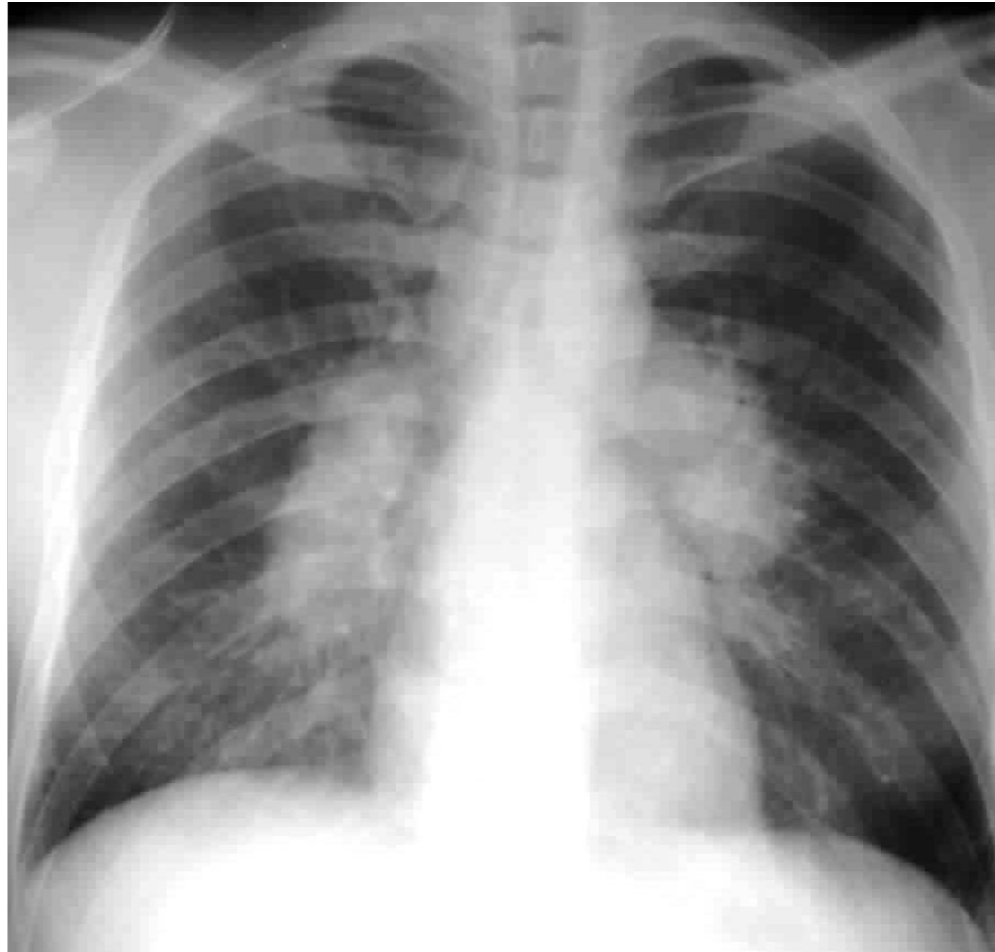
- Evre 1
 - %98
- Evre 2
 - %89
- Evre 3
 - %52
- Evre 0
 - %23

Tanı-BAL

- C4/C8 oranı artmıştır

Radyoloji

- Evre 0
 - Normal bulgular
 - %5-10
- Evre 1
 - İki taraflı hiler LAP
 - %50
- Evre 2
 - İki taraflı hiler LAP ve akciğer infiltrasyonu
 - %25
- Evre 3
 - Parankim infiltrasyonu (LAP yok)
 - %15
- Evre 1B
 - Fibrozis
 - %5-10



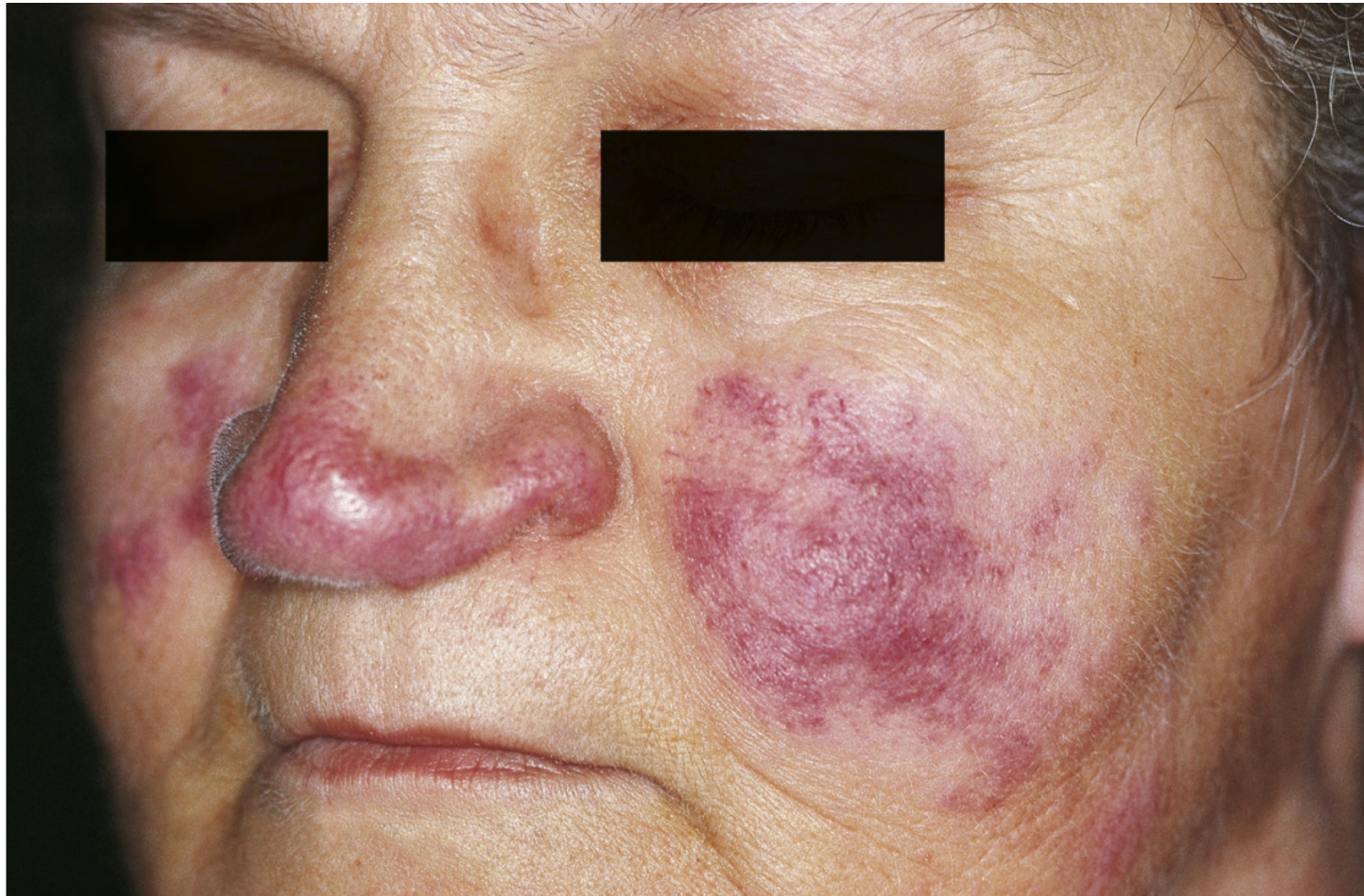




Eritema noduzum



Lupus pernio



Kemik



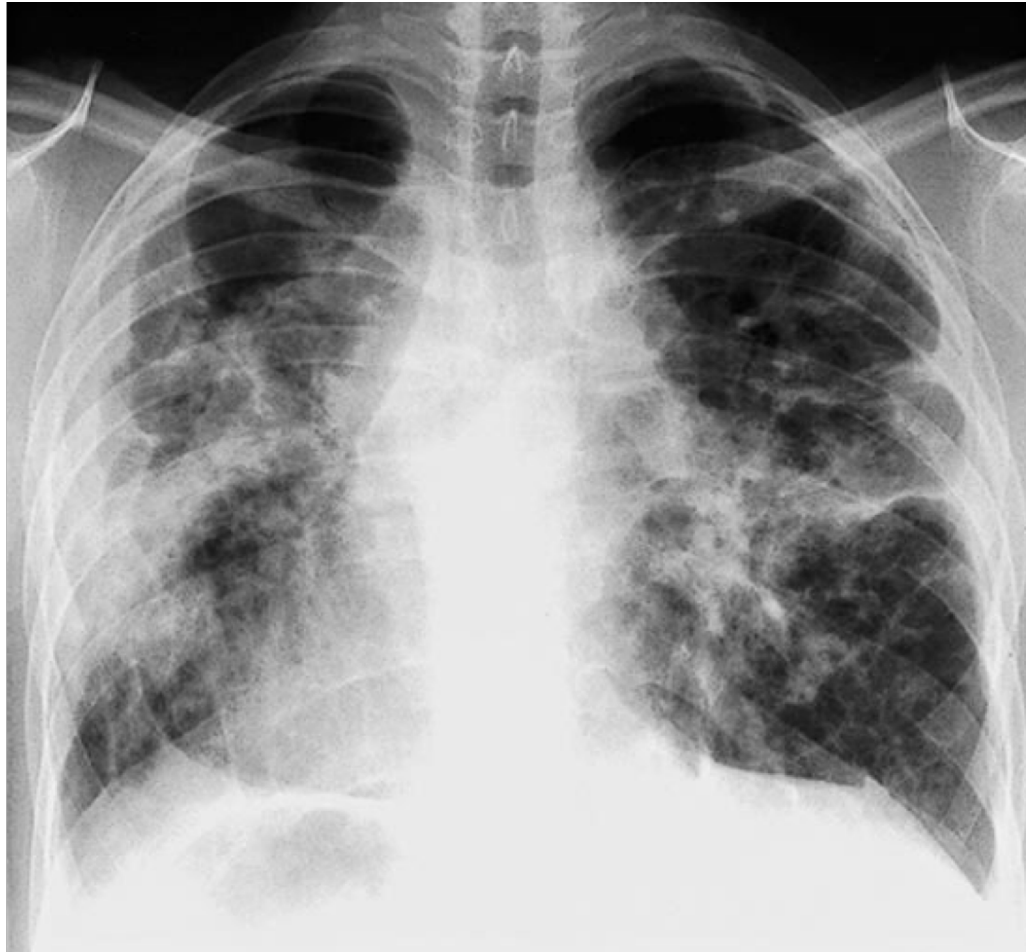
Evre 2



Evre 3



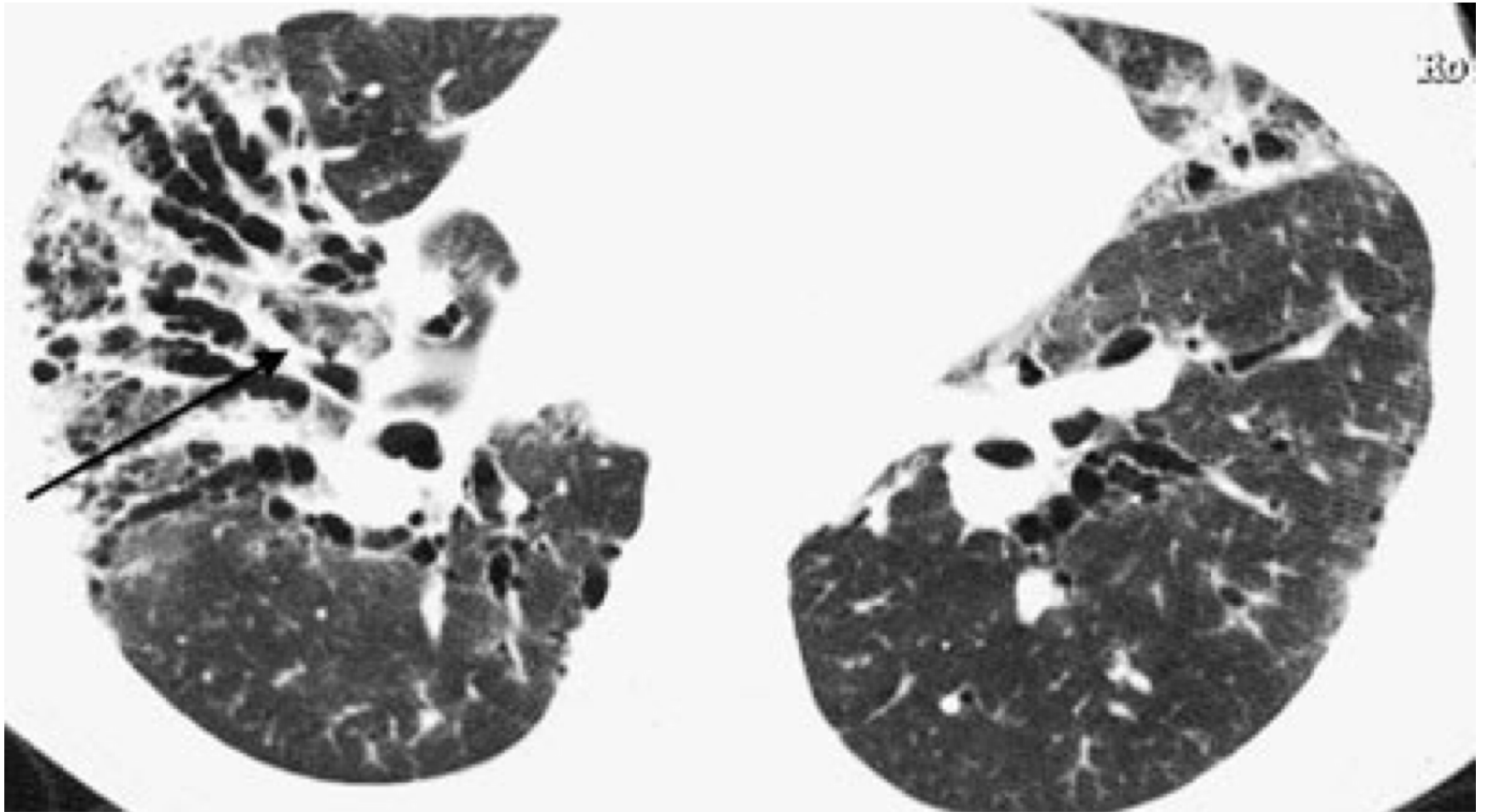
Evre 4

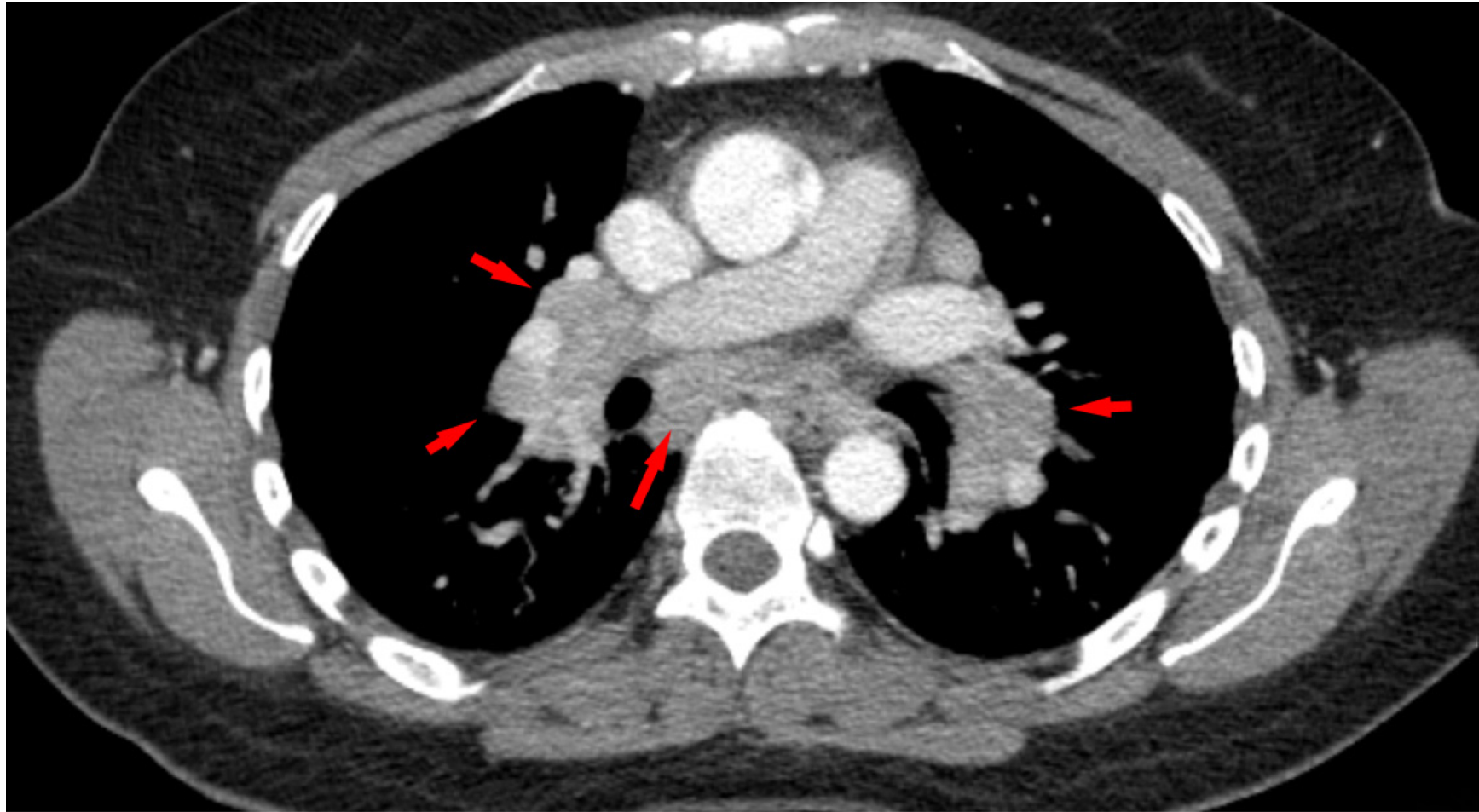


BT



BT









Toraks BT

- Başlangıçta gerekli değildir
- Daha ayrıntılı görüntüleme
- Komplikasyonları
 - Aspergilloma
 - Bronşektazi
 - Enfeksiyon

SFT

- Radyolojik olaylar ile az korelasyon gösterir
- Başlangıçta değerlendirme önemlidir
- Restriksiyon tipte SFT
- %30 obstriktif SFT
 - Bronşiyal mukoza tutulumu
- DLCO

Kalp tutulumu

- Kardiyak MRI
 - Noninvaziv ve tanı koydurucu
- Pulmoner HT
 - Mortalite ve morbidite yüksek
 - %5-15 sıklıkta (seçilmiş hastalarda)
 - Nefes darlığı olanlarda %50-60
 - Evre 4 radyoloji olanlarda
- EKO ve sağ kalp kateterizasyon

Prognoz

- Hastaların 2/3'ünde spontan remüsyon
- Tanı anında hastaları %4-7'sinde akciğer dışı tutulumu mg
 - Kalp, SSS, KC
- Kötü prognoz işaretleri
 - Lupus pernio, kronik üveit, ≥ 40 y başlangıç, kronik hiperkalsemi, nefrokalsinozis, afrikan köken, progresiv pulmoner sarkodioz, nazal mukoza tutulumu, kistik kemik lezyonları, nöral sarkoidoz, kardiyak sarkoidoz, PHT, Kronik SY

Tedavi

- Semptomatik olup olmadığı önemli
- Akciğer tutulumu
 - Solunum fonksiyon bozukluğu
- Organ tutulumu
- Amaç hastanın asemptomatik olmasını sağlamak ve organ fonksiyonlarını geri döndürme
- Ant üveit ve deri tutulumunda lokal tedavi

Steroid

- 40 mg
- En az 1 yıl süre ile tedavi
- Löfgren's sendromunda steroid gerek yok
- Düşük doz steroid ile aşağıdaki ilaçlar ile
- Alternatif tedaviler
 - Metotrakseit
 - Azityoprin
 - Hidroksiklorokuin

Kronik Dirençli Sarkoidoz'da

- TNF-alfa blokörü
- Akciğer transplantasyonu

Takip

- Evre 1 de 6-12 ay ara ile
- Evre 2, 3 ve 4 de 3-6 ayda
- Tedavi kesildikten sonra 3 yıl süre takip edilmeli
- %15-70 relaps görülebilir.