

## Opinia Eksperta

"Development of the European Network in Orphan Cardiovascular Diseases"  
„Rozszerzenie Europejskiej Sieci Współpracy ds Sierocych Chorób Kardiologicznych”

---

### **EKSPERT: dr Krzysztof Bederski, torakochirurg**

*Affiliacja: Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, Szpital Jana  
Pawła II w Krakowie*

#### **PODSUMOWANIE PRZYPADKU**

Autorzy przedstawili przypadek 26 letniego, zawodowego piłkarza, z podejrzeniem sarkoidozy płuc i serca. W listopadzie 2013 pacjent przeżył krótki epizod osłabienia z gorączką i wymiotami. W styczniu 2014 w badaniu echokardiograficznym stwierdzono płyn w worku osierdziowym. Chory nie zgłaszał wówczas objawów. W dotychczasowych badaniach echokardiograficznych w latach 2011, 2012 i 2013 nie stwierdzano istotnych odchyłeń od normy. W badaniu TK klatki piersiowej wykonanym w 02.2014r. stwierdzono obecność niewielkiej ilości płynu w jamach opłucnych oraz powiększenie węzłów chłonnych śródpiersia. W lutym 2014 r. chory był hospitalizowany w szpitalu w Szwajcarii gdzie na podstawie dodatnich wyników przeciwciał przeciwko wirusom Coxackie i Adenowirusom w klasie IgG rozpoznano wirusowe zapalenie osierdzia. W kontrolnym badaniach echokardiograficznych utrzymywała się obecność płynu w worku osierdziowym. Chory nie zgłasza żadnych objawów. W wykonanym w 04.2014 r. badaniu TK klatki piersiowej stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych wnek i śródpiersia, bez płynu w jamach opłucnych, liczne zmiany drobnoguzkowe w miąższu płuc o wymiarach maksymalnie do 6 mm. Na podstawie badania popłuczyn oskrzelowo-płucnych (14.04.2014) wysunięto podejrzenie sarkoidozy płuc, wykluczono proces nowotworowy, oraz gruźlicę.

W trakcie pobytu w Centrum Chorób Rzadkich Układu Krążenia chory bezobjawowy, w badaniach laboratoryjnych bez istotnych odchyłeń od normy. W badaniu EKG rytm zatokowy, miarowy 60/min, oś serca nie odchyłona. W 24- godzinnym monitorowaniu EKG obecne epizody bradykardii zatokowej głównie w nocy. W badaniu echokardiograficznym prawidłowa wielkość jam serca, zachowana globalną i odcinkową kurczliwość lewej komory, EF 65 %, silnie wysycony mięsień przegrody międzykomorowej, brak istotnych wad zastawkowych, obecność płynu w worku osierdziowym, maksymalnie do 17 mm, bez cech tamponady. W rezonansie magnetycznym serca (CMR) EF 49%, płyn w worku osierdziowym do max 10 mm, obecne niecharakterystyczne ognisko późnego wzmocnienia na pograniczu

przegrody międzykomorowej i ściany dolnej lewej komory o średnicy 6 mm, ponadto powiększenie węzłów chłonnych wnek i śródpiersia oraz niewielka ilość płynu w jamach opłucnych więcej po stronie prawej, grubość warstwy do 18 mm. W maju 2014 r. chory konsultowany w Klinice Alergologii gdzie podtrzymano rozpoznanie sarkoidozy płuc. Z uwagi na regresję zmian w płucach nie włączono sterydoterapii. |

## DYSKUSJA

| Sarkoidoza to wieloukładowa choroba ziarniakowa o nieznannej etiologii [1]. Najczęściej zmiany sarkoidalne zlokalizowane są w węzłach chłonnych śródpiersia oraz w mięszu płuc (90-97 %). Choroba może jednak zająć praktycznie każdy narząd. Najczęściej rozpoznawana jest u osób w wieku 20 do 60 lat.

Do zajęcia serca w przebiegu sarkoidozy dochodzi stosunkowo rzadko. Objawową sarkoidozę serca stwierdza się u 5 % chorych z sarkoidozą układu oddechowego [2]. Zmiany sarkoidalne dotyczą najczęściej wolnej ściany lewej i komory, przypodstawnej części przegrody międzykomorowej, mięśni brodawkowatych, lewego i prawego przedsionka, wsierdzia i osierdzia [3, 4]. Najczęściej manifestuje się to zaburzeniami przewodnictwa przedsionkowo- komorowego najczęściej całkowitym blokiem przedsionkowo – komorowym; komorowymi i nadkomorowymi tachyarytmiami; niewydolnością serca skurczową i rozkurczową; niedomykalnością mitralną i trójdzielną; zapaleniem osierdzia oraz nadciśnieniem płucnym.

W diagnostyce sarkoidozy płuc istotne znaczenie ma wywiad, badanie fizykalne, rtg klatki piersiowej, testy czynnościowe płuc, badania laboratoryjne w tym próbę tuberkulinową, ekg, badanie okulistyczne. Ważne jest by wykluczyć inne choroby tj: gruźlica, HIV, histiocytoza, choroby nowotworowe itd. Ostateczne rozpoznanie można postawić na podstawie badania histopatologicznego.

Sarkoidozę serca należy podejrzewać u młodych chorych z rozpoznaną sarkoidozą innego organu oraz współwystępującymi zaburzeniami przewodnictwa, objawami niewydolności serca lub choroby osierdzia.

Podstawową metodą leczenia sarkoidozy serca jest systemowa sterydoterapia. Konieczne jest długoterminowe stosowanie dużych dawek leków [4].

## OPINIA EKSPERTA

| Konieczne jest wykonanie analizy histopatologicznej materiałów pobranych z powiększonych węzłów chłonnych śródpiersia drogą biopsji przezoskrzelowej pod kontrolą USG celem ostatecznego potwierdzenia rozpoznania. Umożliwi to podjęcie decyzji o dalszym leczeniu w tym ogólnoustrojowej sterydoterapii. Chory powinien pozostawać pod stałą opieką kardiologiczną. Do czasu ukończenia diagnostyki trening fizyczny powinien być przeciwwskazany. |

## REFERENCJE

1. American Thoracic Society, Statement on Sarcoidosis (1999), American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, August 1. 1999 vol. 160 no.2 736
2. Ayyala U., Nair A., Padilla M.: Cardiac sarcoidosis. Clin. Chest Med., 2008; 29: 493-508.



3. Schulte W., Kirsten D., Drent M., Costabel U.: Cardiac involvement in sarcoidosis. Eur. Respir. Mon. 2005; 32: 130–149.
4. Sekhri V., Sanal S., Lawrence J. DeLorenzo, Wilbert S. Aronow, Gorge P. Maguire: Cardiac sarcoidosis : a comprahensive review. Arch med Sci 2011;7,4: 546-554..