

سارکوی‌دوزیس به زبان ساده

دکتر سیدعلی علوی

سارکوی‌دوزیس چیست؟

بیماری‌ای است که با پیدایش ندول‌های کوچک (گرانولوم) از بافت التهابی در اعضای بدن مشخص می‌شود این ندول‌های کوچک ممکن است به یکدیگر متصل شوند و پس از ایجاد ندول‌های بزرگ‌تر با عملکرد طبیعی اعضا تداخل کند. سارکوی‌دوز تقریباً همیشه دستگاه تنفس را مبتلا می‌کند اما در عین حال سایر اعضا مثل پوست، چشم‌ها، عضلات و مفاصل، قلب، کلیه، اعصاب و مغز هم درگیر می‌شوند وجود گرانولوم‌ها در ریه موجب تنگی راه‌های هوایی، بزرگی غدد لنفاوی سینه و التهاب و گاه اسکار (فیبروز) بافت ریه می‌شود.

عامل سارکوی‌دوز چیست؟

علت سارکوی‌دوز مشخص نیست. بر اساس یک ایده که تا حد زیادی مورد قبول قرار گرفته، اعتقاد بر این است که سارکوی‌دوز از تماس افراد مستعد ژنتیک با عوامل محیطی اختصاصی (عوامل عفونی و غیر عفونی مثل بریلیوم، آلومینیوم و زیرکونیوم) ایجاد می‌شود.

چه کسری دچار سارکوی‌دوز می‌شود؟

بیماری در سرتاسر جهان و در همه‌ی جنس‌ها، نژادها و سنین مختلف دیده می‌شود از نظر سنی بیش از همه در ۴۰-۲۰ سالگی بروز می‌کند. در درصد کوچکی از موارد بیش از یک عضو خانواده مبتلا می‌شود بیماری در سرباهان امریکا ۳-۴ برابر شایع‌تر است و ممکن است شدیدتر هم باشد. در بچه‌ها بهندرت سارکوی‌دوز بروز می‌کند.

نشانه‌های سارکوی‌دوز چیست؟

از آنجایی که تظاهرات بالینی سارکوی‌دوز متنوع است، بنابراین ممکن است بیمار به رشته‌های گوناگون تخصصی مراجعه کند. تابلو بالینی تحت تأثیر بعضی عوامل از جمله نژاد، طول مدت بیماری، محل و وسعت ارگان مبتلا متفاوت است. خیلی از اوقات علایم ایجاد و خودبه‌خود رفع می‌شود. به‌طور کلی دریمی از موارد وجود بیماری بدون هر گونه علامتی و با رادیوگرافی قفسه‌ی سینه که به‌دلیل دیگری تهیه شده معلوم می‌شود، ولی در سایر موارد ممکن است با نشانه‌های بالینی مختلف همراه باشد.

شایع‌ترین نشانه‌های درگیری دستگاه تنفسی شامل سرفه، تنگی نفس و درد سینه (گرفتگی میهم سینه گاهی شیه آئین صدی) است. علایم عمومی شامل خستگی، ضعف، تب و کاهش وزن موجب اشتباه با بیماری‌های عفونی مزمن مانند سل و سرطان‌ها به‌خصوص لنفوم می‌شود. انواع ضایعات پوستی در صورت، گردن، بازوها و پاها یا تنه از مسایل جزیی بدون درد تا اسکارهای عمقی (که اغلب ارتباط با شدت سارکوی‌دوز مبتلا کننده‌ی ارگان‌های داخلی دارد) ملاحظه می‌شود.

در چشم التهاب ساختمان‌های مختلف شامل عنبیه، شبکیه یا قرنیه وجود دارد. در بیمار با سارکوی‌دوز درمان نشده احتمال گلوکوم، کاتاراکت و کوری وجود دارد. چون بعضی از جنبه‌های چشمی بیماران سارکوی‌دوزی علامتی ایجاد نمی‌کند، بنابراین لازم است تمامی بیماران توسط متخصص چشم بررسی شوند.

در صورت ابتلای کلیه مشکلاتی در تنظیم کلسیم بدن (افزایش دفع کلسیم) رخ می‌دهد که اگر درمان نشود ممکن است منجر به سنگ کلیه شود. ندول‌های کوچک ممکن است در کلیه ایجاد و منجر به اختلال کارکرد و نارسایی کلیه‌ها شود.

ایجاد ندول در قلب می‌تواند موجب ابتلای عضله قلب، اختلال در سیستم هدایتی، اختلال در ریتم ضربان قلب و حتی مرگ شود. با اسکار و فیبروز ریه و عروق آن پمپ خون توسط قلب به داخل ریه‌ها مشکل می‌شود و نارسایی قلب راست ایجاد می‌شود که می‌تواند مرگبار باشد.

در درگیری سیستم عصبی (۵ درصد موارد) و با التهاب غشاهای پوشاننده‌ی قاعده‌ی مغز، در کارکرد عناصر و اعصاب مغز ی اختلال ایجاد می‌شود در همین رابطه احتمال ابتلای غده ی هیپوفیز وجود دارد و ضعف یا فلج عضلات هم متحمل است. ممکن است اعصاب در دست و پا درگیر شود و ضعف عضلانی، بیحسی، کرختی و درد ایجاد شود.

با ابتلای سیستم استخوانی-عضلانی و تورم مفاصل، تغییرات ساختمان استخوان یا ناراحتی عضلانی بروز می‌کند درد، قرمزی و تورم مچ پاها به همراه تب از موارد بروز حاد بیماری است.

در درگیری دستگاه تناسلی در سیستم مردانه به خصوص بیضه‌ها مبتلا می‌شوند و احتمال ناباروری مردانه وجود دارد. امکان ابتلای سیستم زنانه بسیار نادر است.

بیماری در حین حاملگی موجب عوارض جنینی یا مادری نمی‌شود اما خود بیماری پس از زایمان ممکن است شدت یابد. بنابراین طی ۶ ماه پس از زایمان باید رادیوگرافی قفسه‌ی سینه انجام شود.

در مورد سایر اعضا امکان درگیری غدد لنفاوی بدن به خصوص در داخل سینه وجود دارد و به همین ترتیب ابتلای کبد و طحال هم دیده می‌شود، از جمله ابتلای طحال ممکن است با کم‌خوری یا سایر اختلالات خون همراه شود.

چگونه سارکوئیدوز تشخیص داده می‌شود؟

برای رسیدن به تشخیص باید از مجموع علائم و نشانه‌های بالینی، رادیوگرافی قفسه‌ی سینه و نمونه‌های بافتی استفاده شود و در عین حال تشخیص‌های مشابه (از جمله سل و لنفوم) باید رد شوند.

محل‌های نمونه‌برداری می‌تواند شامل ریه (با برونکوسکپی)، غدد لنفاوی، پوست، غدد بزاقی یا غدد اشکی و بهندرت سایر نواحی مبتلا باشد. پس از تشخیص، برای تعیین وسعت و شدت بیماری با احتمال درگیری (شامل چشم، قلب، کبد، کلیه و...) بررسی‌های دیگری انجام می‌شود که وضعیت اعضا را نشان می‌دهد.

چگونه سارکوئیدوزیس درمان می‌شود؟

چون علت بیماری نامشخص است، درمان اختصاصی و ریشه‌کن کننده وجود ندارد. خوشبختانه خیلی از بیماران نیازمند درمان نیستند زیرا امکان بهبودی خودبه‌خودی و تدریجی بالاست.

در مواردی که شرایط مزمن شونده با بروز علائم پابرجا و در حال پیشرفت بالینی، رادیوگرافیک و عملکردی عضو درگیر همراه باشد، از داروهای ضد التهاب و در درجه‌ی اول از کورتیکواستروئیدهای سیستمیک استفاده می‌شود.

در چه مواردی تصمیم به شروع درمان دارویی گرفته می‌شود؟

۱. علائم ریوی مثل سرفه و تنگی نفس با شدت افزایش یابنده همراه باشد.
۲. تشدید در اختلال کارکرد یا وسعت درگیری رادیوگرافیک ریه وجود داشته باشد.
۳. ناتوانی در کار کردن ناشی از تب، ضعف، خستگی، درد مفاصل، تغییرات سیستم عصبی، بیماری پوستی بدشکل یا بیماری در راه‌های هوایی فوقاری ملاحظه شود.

۴. در بیماری قلبی، چشمی و کلیوی به واسطه عوارضی جدی (حتی با علائم ملایم) درمان انجام می‌شود.

چه داروهایی تجویز می‌شود؟

تمرکز درمان در حال حاضر بر مهار التهاب، کاهش اثرگذاری گرانولوم‌ها و پیشگیری از بروز فیبروز ریه است. استروئیدها معمولاً اولین داروهای مصرفی هستند که برای کاهش التهاب به کار می‌روند در بیماران با بیماری ملایم مثل ناراحتی چشم، پوست یا سرفه استروئید موضعی یا استنشاقی تجویز می‌شود و گاهی موثر است. اگر لازم شود، استروئید خوراکی به مدت ۱۲-۶ ماه و در ابتدا با مقدار زیاد و به تدریج کمتر تجویز می‌شود. گاهی با قطع و اتمام استروئید بیماری برگشت می‌کند که به‌طور معمول به درمان مجدد با استروئید پاسخ می‌دهد در بیمارانی که بیش از یک سال پس از قطع درمان بهبودی و ثبات دارند احتمال برگشت بیماری کم خواهد بود.

در بیمارانی که استروئید را تحمل نمی کنند یا کاهش و قطع استروئید ممکن نباشد ، از داروهای دیگری مانند متوترکسیت، هیدروکسی کلروکین، سیکلوفسفاماید، آزاتیوپرین و... استفاده می شود.
در ضمن داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی مانند بروفن برای تسکین تب و درد و تورم مفاصل به کار می رود.

عاقبت بیماری در درازمدت چیست؟

بیماری در ۷۰-۹۰ درصد موارد خودبه خود و البته به تدریج بهبود می یابد و در ۱۰-۳۰ درصد موارد سیر مزمن پیدا می کند. احتمال مرگ و میر کمتر از ۵ درصد موارد است.
علت معمول مرگ فیبروز پشرفته ی ریه (گاه ی به همراه قلب ریوی و خونریزی) و ناراحتی قلبی و سرپستم عصبی است.

دکتر سیدعلی علوی

فوق تخصص بیماری های ریه
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان
نشانی: مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی رازی رشت - مرکز تحقیقات بیماریهای التهابی ریه دانشگاه علوم پزشکی گیلان
تلفن: ۰۱۳۱۵۵۴۲۴۶۰

Email: aalavi_foumani@yahoo.com