

Eosinofiilne fastsiit. Haigusjuht ja kommentaar

30aastane mees suunati konsultatsioonile polüneuropaatia või karpaalkanali sündroomi kahtlusega. Ta olulisim kaebus oli võimetus pigistada sõrmi rusikasse. Patsiendi eluviis oli olnud sportlik: ta külastas regulaarselt jõusaali, pöörates tähelepanu lihaskonna arendamisele.

Ligi aasta tagasi oli ta pärast treeninguid morganud kangustunnet sõrmedes ja küünarvartes, mõne aja pärast haaras see tunne ka labajalad ja sääred. Esialgu vaid episoodiliselt subjektiivselt väljendunud häire süvenes ja muutus pidevaks. Ühtlasi täheldas patsient, et ta käe- ja jalalabade ning küünarvarte ja sääрте nahk muutub laiguti tihedaks. Naha tihenemine ja "lühenemine" hakkasid takistama labakäte ja -jalgade liigutusi. Kuivõrd nende nähtudega kaasnes eriti kätes öine "suremistunne", oletati karpaalkanali sündroomi, kuid selle ravi tulemusi ei andnud.

Patsiendi läbivaatusel torkasid silma naha muutused ülalkirjeldatud piirkondades. Nahk oli indureerunud ja pingul, jättes kätel väliselt mulje teatud lihasatroofia võimalusest. Samas olid jäsemetel tundlikkuse kõik näitajad hästi säilinud ning kõõlus- ja periostaalrefleksid vallandusid elavalt. Ka elektroneuromüograafiline uurimine ei toonud esile muutusi jäsemete perifeersete närvide funktsioonis.

Patsiendi perifeerse vere leukotsüütide arv oli 7500, millest 52% moodustasid neutrofiilsed segmenttuumsed rakud, 15% lümfotsüüdid ja 33% eosinofiilsed leukotsüüdid. Patsiendi erütrotsüütide settereaktsioon oli 45 mm. Ta veresuhkur ning maksa ja neerufunktsiooni näitajad olid normaalsed ning sama kehtis lihasensüümide (kreatiinfosfokinaas, laktaat-dehüdrogenaas ja glutamaat-oksaloatsetaat) kohta.

Nende andmete alusel diagnoositi patsiendil difuusset (eosinofiilset) sidekirmepõletikku ehk fastsiiti – *Fasciitis (eosinophiliaca) diffusa* M35.4. Patsiendile määrati raviks prednisolooni, alustades

30 mg *pro die* ja jätkates peatselt 10 mg *pro die*. Vaatamata ravi alguseks juba küllalt väljendunud haigusnähtudele taandarenesid need mürgatavalt ning 9 kuud pärast ravi alustamist tundis patsient end peaaegu tervena.

Kommentaar

Eosinofiilne fastsiit on sklerodermatüüpi haigus, mille olemuseks on sügavate sidekirmete tihene-mine (1). Sklerodermast eristab seda Ragnaud' sündroom ja siseelundite kahjustuse puudumine. Haigus haarab enam noori mehi ja selle vallandajaks on sageli ülemäärane lihasingutus. Labakäte ja -jalgade ning küünarvarte ja sääрте haaratus on iseloomulik. Haaratud nahk muutub läikivaks ja erütematoosseks, hiljem pingeliseks ja "puiseks". Kaugelearenenud juhtudel moodustuvad nahale sügavad rennid ja vaod. Diferentsiaaldiagnoosimisel tuleb lisaks ülalkirjeldatud polüneuropaatialle arvestada paikset skleodermat (morfea) (L94.0) ning eosinofiilse müalgia sündroomi. Andmed ravitulemuste kohta on mõnevõrra vasturääkivad, kuid juhtudel, kus haigus on kestnud vähem kui aasta, on saadud häid tulemusi. Erütrotsüütide settereaktsiooni kiirenemine ja eosinofiilia perifeerses veres võivad viidata tõenäoliselt soodsale ravitulemusele. Samas on kirjeldatud nii spontaanseid remissioone kui ägenemisi veel kaua pärast ravi lõpetamist. Need asjaolud raskendavad ravi tõhususe ja prognoosi hindamist (2).

Ain-Elmar.Kaasik@kliinikum.ee

Kirjandus

1. Michel CJ, Doyle JA, Ginsburg WN. Eosinophilic fasciitis. *Mayo Clin Proc* 1981;56:27–34.
2. Agarwal V, Wakhlu A, Aggarwal A, Pal L, Misra R. Eosinophilic fasciitis. *JAPI* 2004;52:244–5.