

# Bir Olgu Nedeniyle Reiter Sendromu

**Dr. S. Seçkin KARATAŞ (1), Dr. Cüneyt MÜDERRİSOĞLU(2), Dr. Hayri POLAT(1) Dr. Cahit AĞÇAL(3), Dr. Naim KESKİN(2)**

## ÖZET

*Bu yazıda; bir olgu nedeniyle Reiter sendromunun klinik, laboratuvar bulguları ile tedavi şekli gözden geçirildi.*

**Anahtar Kelimeler:** Reiter Sendromu, reaktif artrit

## SUMMARY

*In this article a case of Reiter's Syndrome has been presented. It's clinical, and laboratory findings and treatment has been reviewed.*

**Key Words:** Reiter's Syndrome, reactive arthritis

## OLGU

35 yaşındaki erkek hasta Ç.K. polikliniğimize başvurmadan 30 gün önce genital akıntısı olduğunu, gördüğü Penisilin tedavisinden sonra akıntısının kesildiğini, bu kez gözde kızarıklık ve şişme yakınmaları ile başvurduğu göz hastalıkları uzmanı tarafından verilen damla ve pomad türü ilaçlarla da bu yakınmalarının azaldığını ifade ediyordu. Bir hafta önce ise sol ayak bileğinde kızarma, şişme, hareket kısıtlılığı başlamış. Arada şiddetli, bir kaç gün süren bel ağrısı olmuş. Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayene bulguları şöyleydi: TA:120/80 mmHg Nabız: 80/dk ritmik. Cilt normal. Gözde solda konjonktiva hiperemik ve ödemli. KBB, solunum, kardiovasküler sistem bulguları normal bulundu. Batın serbest ve organomegali saptanmadı. Sol ayak bileği ödemli, hassas ve sıcaktı. Glans penis üzerinde kızarıklık ve deskuamasyon mevcuttu. Nörolojik muayene bulguları normal bulundu.

Laboratuvar bulguları ise; Sedimantasyon: 55 mm/saat. Lökosit: 8800, Eritrosit: 4.150.000 / mm<sup>3</sup>. Hb: 13.6 gr, Hct: %37, MCV:89,9, MCH:22,8, MCHC:36,5, Trombosit:281000, Lenfosit:%29,4, Monosit:%6,1, Nötrofil %64, İdrar muayenesi normal, AKŞ:%85 mg, Üre:%48 mg, Kreatinin %1 mg, Ürik asit:%4,9 mg. Fibrinojen:%283 mg, Total Protein %6,1 gr, Albumin:%3,8 gr, Kolesterol:%168 mg, Trigliserid:%129 mg, AST:19Ü/L, ALT:16 Ü/L LDH:263 Ü/L, Alkale Fosfataz:88 Ü/L, ASO:500 Ü, CRP:(-) menfi, RF:(-) menfi ANA:(-) menfi bulundu. EKG: Normal, Telekardiografi: Normal, Lumbosakral grafi; lomber lordoz tabii, L4-5 ve L5 - S1 disk aralığı daralmış. Sol ayak bileği grafisi: normal. Ayrıca bakılan HLA B27:

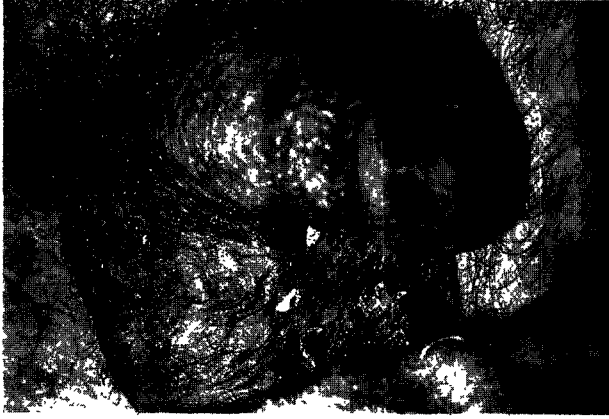
(+) pozitif bulundu.

Hastanın yatışı sırasında mevcut olan konjonktivi için yapılan göz konsültasyonunda; vizyon normal, kapak ve bulbus konjonktivası hiperemik, solda hafif mukopürülan sekresyon, kapak konjonktivası ödemli, korneada nokta şeklinde erozyon ve ön segment normal bulundu. Hastaya yatışından itibaren 150 mg/ gün dozda indometacin verildi. Yatmadan önce de 7 gün süre ile Procain Penisilin (2X800.000 Ü) tedavisi görmüş olan hastaya yapılan idrar kültüründe bakteri üretilmedi. Önce eklem, daha sonra da diğer bulguları düzelen hasta 16. gününde kontrole çağrılarak taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan kontrolde: fizik muayene normal, Sedimantasyon: 10 mm/Saat ASO: 500. Ü, CRP: (-) menfi, RF: (-) menfi, Fibrinojen: %333 mg, Lökosit: 6800, Eritrosit: 4.680.000/mm<sup>3</sup>, Hb: 14,1 gr Het % 42,1, MCV: 89,9 MCHC: 33,3, Trombosit: 361.000, Lenfosit: %31, Granülosit: % 67, Monosit: % 2, İdrar: Normal bulgular, Total Protein: % 7.0 gr, Albumin % 4,5 gr. Globulin % 2,5 gr bulundu. İdrar steril kaldı.

## TARTIŞMA

"Reaktif Artrit" vücudun başka bir yerinden, örneğin respiratuar, gastrointestinal veya genitoüriner sistemde oluşan bir infeksiyondan sonra büyük bir olasılıkla immünolojik bir mekanizma ile ortaya çıkan artriti tanımlayan ve bu bir tanıdan çok bir kavram olan terimdir. Reiter Sendromu ve Akut Romatizmal Ateş bu kavram içinde yer alırlar. Reaktif artrit daha çok Reiter Sendromu tanısı konmayacak kadar bulgular veren ve bir infeksiyonu takip eden ancak infeksiyon ajanının eklemi invazyonunun söz konusu olmadığı artriti tanımlamak için kullanılmaktadır. Ancak reaktif artrit ile Reiter Sendromu arasındaki ayırım yapay bir ayırmadır ve giderek reaktif artrit tanımı daha çok kullanılmaktadır.

1507 yılında Pierre Von Forest, üretrit ve artriti



olan, 1776 da Stoll, dizanteriyi izleyen artrit atağı gösteren birer hasta tanımlamışlardır. 1818 yılında Brodie, genitoüriner infeksiyon ve artritli olan 5 hasta bildirmiştir ki bunlardan birisinde artrit çok sık tekrarlanmıştır. Ancak 1916 yılında Balkan Savaşına katılan Alman Teğmeni Hans REITER, dizanteriyi izleyen üretral akıntı, artrit ve konjonktivitli olan bir er tanımlamış ve neden olarak spiroket infeksiyonunu ileri sürmüştür(1). Reiter sendromu olarak ünlenen bu hastalığın belirlenen klasik triadına daha sonra birçok klinik bulgular eklendi ve reaktif artrit terimi

kullanımı yaygınlaştı.

Değişik popülasyonlarındaki şüpheli genetik faktörler ve tetik infeksiyonların prevalans değişikliklerinden ötürü hastalığın gerçek prevalans ve insidensini saptamak güçtür. Shigella dizanterisi veya nonspesifik üretriti olan hastaların % 1-2'sinde eninde sonunda Reiter sendromunun geliştiği kabul görmektedir(2). Hastalığın her ne kadar erkeklerde 20:1 oranında görüldüğü görüşü hakimse de bu daha çok veneral infeksiyonlu hastalar içindir ve enterik infeksiyonlarda bu oran 1:1 olarak kabul edilir (2,3). Kadınlarda üretritin klinik olarak belirginlik göstermemesi nedeniyle bu cinsiyette sendromun tanısında güçlük çekileceği aşıkardır. Bir kadında üveitis, inflamatuvar artropati ve HLA B27 antijeni mevcutsa sendromun tanısı konabilir. Nonspesifik üretriti olan ve B27 antijeni taşıyan kişilerde romatoid hastalık görülme şansı 10 kez, Reiter Sendromu görülme şansı ise 50 kez artmıştır. İlk atak genellikle 15-40 yaşları arasında görülür. Hastalıklı bireylerin, çevre faktörlerinin de bir ölçüde etkisi altında farklı uyarılara tümüyle farklı yanıt verecek şekilde genetik olarak programlandığı söylenebilir.

Patolojik olarak, eklemde spesifik histopatolojik bir lezyon saptanmamaktadır. Birkaç hafta süren akut artrit, sinovyal hiperemi ile polimorfonükleer lökosit infiltrasyonu gözlenir. Uzun süreli artrit ise histopatolojik lezyonlar romatoid artritinden ayrılamaz.

Hastalığın etyolojisinde immün cevabın başrolü oynadığı düşünülmektedir. Kazanılmış reaktif artritli olan birkaç hastanın sinovyasında chlamydia antijenleri gösterilmiştir. Fakat antijenik stimulus gösterip göstermedikleri tam olarak bilinmemektedir. Benzer şekilde Yersinia Enterocolitica antijeni de Yersinia infeksiyonundan sonra ortaya çıkan artritli hastaların sinovyalılarında saptanmıştır(4). Hastalıkta yüksek oranda pozitif bulunan HLA B27'nin rolü tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bazı raporlarda Shigella flexneri ve Yersinia pseudotuberculosis gibi antijenik bakterilerin dış zarf glikoproteinleri ile B27 molekülü arasında antijenik cross reaksiyon olduğu gösterilmiştir, ancak bunun önemi bilinmemektedir(3).

Klinik tablo klasik olarak bir triadın oluşur: artrit, konjonktivit ve üretrit. Hastalık genellikle üretrit ile başlar, romatolojik bulgular ve konjonktivit onu izler. Olguların büyük kısmında dikkatli bir anamnez, hastalık semptomlarının başlamasından 1-4 hafta önceki bir infeksiyonun kanıtlarını verebilir. Konstitüsyonel semptomlar yaygındır; halsizlik ateş, kilo kaybı gibi. İskelet-kas semptomları genellikle başlangıçta akut olarak vardır. Artrit; tek veya az sayıda ve alt ekstremitelere ait eklemi tutan, asimmetrik, akut bir tablo olarak görülür. En sık tutulan eklemler, dizler, midtarsal eklemler, topuk, metatarsofalangeal eklemler ve başparmak eklemidir. Tendon kılıfı veya fasya inflamasyonu bazen tek bir bulgu olabilir. Yine az bir hastada sakroileit ve spondilit semptomları vardır. Artrit aktivitesi yavaş olarak azalır ve olgula-

rın çoğunda 1 ayda iyileşir. Az sayıda olguda Akut bulgular birçok eklemde devam eder, üveit ve cilt bulguları ile birlikte. Nadir olguda ise sadece ayak ve topukta kronik artrit olarak sürer. Uzun sürede hastaların yaklaşık yarısında sakroileit ve spondilit gelişir.

Üretral akıntı, intermittant, orta derecede, ciddi veya asemptomatik olabilir. Seyrek olarak bol pürülan ve kan lekeli şeklinde akıntı olur. Muayenede; akıntı gri renkli, meatus şiş ve ödemlidir. Akıntı çok az ise infeksiyon varlığı sadece sabahları alınan idrar yayması ile belirlenir. Akıntı azalır ancak kısa sürede kaybolmaz. Daha sonraki ataklarda genital infeksiyon genellikle semptomsuzdur. Diğer ürolojik problemler arasında prostatit, üretral striktür ve stenoz, seminal vaskülit ve sistit sayılabilir.

Konjonktivit, gerçekte olguların üçte birinde görülür. Karakteristik olarak iki taraflı, hafif, kısa süreli. Sadece ağır vakalarda fotofobi, akıntı, kemosis olur. Nadiren nongranülamatöz anterior üveitis, semptomatik yüzeysel keratit, posterior üveit görülür.

Triada eklenen bulgulardan mukokünetöz lezyonların başında Keratoderma blenorrhagica gelir. Bu lezyon 2-3 mm boyutlarında kahverengi bir makül olarak başlar ve saatler içinde önce papül, daha sonra da püstül şekline dönüşür. Bu lezyon önce ayaklarda başlar, sonra kollar ve ellerde görülür. Olgun lezyon sarı-kahverengi ve ciltten kabarık bir oluşumdur. Sendrom içinde görülme oranı % 10'dur(1). Ayrıca glans peniste lezyonlar (circinate balanitis) ve sarı renk değişiminden hiperkeratozise kadar tırnak değişiklikleri görülebilir(2).

Hastalıkta kardiyak ileti defektleri, aort yetmezliği, santral veya periferik sinir sistemi lezyonları ve plöropulmoner infiltrasyonlar çok nadir olarak görülebilir (6).

Bukkal lezyonlar geçicidir. Ağızda ağrısız ve yüzeysel ülserler olur ki bunlar yanaklar, yumuşak damak ve uvulanın mukozal membranlarında görülür. Bazen dil de tutulabilir. Laboratuvar bulgular olarak akut

fazda, eklem bulguları ortaya çıktığında; eritrosit sedimentasyon hızı artmıştır, orta derecede bir anemi bulunabilir ve akut faz reaktanları artabilir. Sinovial sıvı nonspesifik inflamasyon gösterir ve nötrofil ağırlıklı lökositoz vardır. HLA B27 pozitifliği saptanır. Tetikleyen infeksiyona ait bulgular çeşitlidir; az sayıda olguda kültürde mikroorganizma üretilir, çok sayıda olguda ise infeksiyon belirtileri kendiliğinden veya antibiotikle gerilediğinden sorumlu mikroorganizma kültürde gösterilemez. Serolojik olarak Yersinia ve Chlamydia antikorlarında yükselme saptanır. RF ve ANA negatiftir(5,7).

Hastalığın erken döneminde radyolojik değişiklikler yoktur veya jukstaartiküler osteoporoz ve yumuşak doku ödemi saptanabilir. Uzun süreli etkilenen eklemlerde marjinal erozyonlar ve eklem aralığında daralma saptanabilir. Ayrıca tüm spondiloartropatilerde olduğu gibi reaktif yeni kemik formasyonu ve periostit görülebilir. Sakroileit ve spondilit, geç dönemde görülür, ancak daha yaygın ve asimetriktir(3).

Tanıda öncelikle dikkatli bir anamnez çok önemlidir. Eklem-tendon, mukoz membran, göz, deri, tırnak ve genital organ sorgulanması ve muayenesi gerekir. Amerikan Romatizma Birliği (ARA), asimetrik, seronegatif, oligoartiküler artrit bir ay süre ile üretrit veya servisi ile kombinasyonunu % 80 spesifite ile Reaktif Artrit (Reiter's syndrome) olarak kabul etmektedir(6). Sinovial sıvı aspirasyonu ve analizi, septik ve kristaloid artritlerden ayırırda yardımcıdır. HLAB27 tanıdan çok prognostik bir önem taşır, atipik vakalarda tanıya yardımcıdır(3). Hastalığın ayrıntı tanısında gonokoksik artrit ve psöriatik artrit önemlidir. Bununla ilgili bilgiler Tablo 1'dedir.

Hastalık tekrarlayıcı özelliğe sahiptir. İlk ataktan sonra yıllarca atak olmayabilir, nadiren kronik hal alır. Sonraki ataklarda sakroileit ve spondilit oluşum sıklığı artar. HLAB27 pozitifliği kuvvetliliği ve immün yetmezlik sendromları hem klinik tablonun ağırlığı ve çeşitliliği, hem de prognoz açısından risk oluşturur(2,3).

Tablo 1: Reiter sendromu (RS), Gonokoksik artrit (GA) ve Psöriatik artrit (PA) arasındaki farklar (6).

Bulgu	RS	GA	PA
Konjonktivitis	+	-	+
Üvetis	+	+	-
Gonococ kültürü	±	±	-
Sacroileitis	±	-	±
Balanitis	+	-	-
Keratoderma blenorrhagica	+	-	±
Artritis	A. ekstremiteler	Ü. ekstremiteler	Ü. ekstremiteler
Penisiline cevap	-	+	-
HLAB27 (+)	% 80	% 10	% 20-50
Gidiş	Tekrarlayıcı	Akut	Kronik

Reiter sendromunun tedavisi, semptomatiktir. Birçok hasta nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlara (NSAID) değişik cevaplar vermektedir. Indometacin 75-150 mg/gün dozunda en sık kullanılan ilaçtır. NSAID'lere yanıt vermeyenlere, uzun süreli vakalara sitotoksik ajanlar (Azathioprine 1-2 mg/kg/gün, Methotrexate 7,5-15 mg/hafta) verilebilir. Antibiyotik tedavisi çok geç ve gereksizdir. Tendinitler lokal steroidlerden yarar görebilir. Sistemik steroid ve antimalaryal ilaçların, altın tuzlarının ve pinisilaminin tedavide yeri yoktur. Sülfasalazin 3 gr/gün dozda persistan vakalarda etkin olabilir(8). Ekstraartiküler bulguların tedavileri, konvansiyonel ve semptomatiktir. HIV'lı hastaların lezyonları Azidothymidine tedavisine dramatik yanıt verebilir(3).

Rekürrensler, predispoze faktörler konusunda hastanın eğitimi, kondom kullanımı, rastgele cinsel ilişkiden ve enteropatojenlerle karşılaşmaktan kaçınma ile önlenir.

---

## KAYNAKLAR

- 1- **Derrcik AB.** Ankilozan Spondilit Psöriasis, Reiter Hastalığı ve Diğer İlgili Durumlar. "Mason ve Currey'in Klinik Romatolojisi" Çev: Akoğlu T., Akoğlu E. 2 nci baskı. Renk Ofset Ankara. 1986; p: 107-113.
  - 2- **Calin A.** The Spondylarthropaties. "CECİL Textbook of Medicine". W.B. Saunders Company. 18th Ed. Vol 2 1988; p.2007-2008.
  - 3- **Taurog JD, Lipsky PE.** Ankylosing Spondylitis and Reactive Arthritis. "Harrison's Principles of Internal Medicine." McGraw-HILL Inc. Twelfth Ed. Vol2. 1991; p:1453-1455.
  - 4- **Granfors K, et al.** Yersinia antigens in synovial fluid cells from patients with reactive arthritis. N Eng J Med 1989; 320:216.
  - 5- **Aho K, Ahvonen P, Lassus A, Sievers K, Tillakainen A.** HLA B27 and Reactive Arthritis. Lancet 1973; 2:157.
  - 6- **Haralampos MM.** Reiter's Syndrome and Behçet's Syndrome. "Harrison's Principles of Internal Medicine". Eleventh Edition Vol. 2 McGraw Hill Inc. 1987, p: 1436-1438.
  - 7- **Olhagen B.** Post Infective or Reactive Arthritis Syndromes. J Rheumatol 1980; 9: 193-202.
  - 8- **Nissila M, et al.** Sulfasalazine in the Treatment of Ankylosing Spondylitis: A twentysix week placebo controlled clinical trial. Arthritis Rheum 1988; 31:1111.
-