

Reiter Sendromu

Zerrin Öğretmen*, Ahmet Karaman*, Yeşim Altun*, Murat Ermete**

* İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

** İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Laboratuvarı

Özet

Reiter Sendromu (RS); artrit, üretrit, konjunktivit triadı ile karakterizedir. Bunların dışında başta deri bulguları olmak üzere sistemik bulgular da gösterebilir. 45 yaşında bir erkek olguyu sunuyoruz. 1 yıldır vücutta yaygın psoriasiform deri lezyonları, ağız içi ve peniste erozyon, avuç içi ve ayak tabanında hiperkeratoz, bel ve boyunda eklem ağrıları şikayeti ile başvurdu. Geçirilmiş üretrit ve konjunktivit tanımıyordu. Bu bulgular ile RS düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Reiter Sendromu

Öğretmen Z, Karaman A, Altun Y, Ermete M. Reiter Sendromu. TÜRKDERM 2003; 197-200

Summary

Reiter's Syndrome (RS) is characterized by the triad of arthritis, urethritis and conjunctivitis. Also, systemic findings, mainly cutaneous findings, can show. In this study a 45 years old male patient is presented. The patient has applied to clinic with complains of one year long common psoriasiform skin lesions, mouth and penis erosions, palm and foot base hyperkeratotic lesions, back and neck joint pain. The patient had the history of urethritis and conjunctivitis. Based on these findings RS was diagnosed.

Key Words: Reiter's Syndrome

Öğretmen Z, Karaman A, Altun Y, Ermete M. Reiter's Syndrome. TÜRKDERM 2003; 197-200

Reiter sendromu (RS) artrit, üretrit, konjunktivit triadından herhangi biri ile başlayabilir¹⁻⁵; bazan bu üç bulgu bir arada görülmeyebilir (inkomplet tip RS)⁵. Deri, mukoz membranlar, gastrointestinal traktüs, kardiovasküler sistem tutulumu görülebilir¹⁻⁵. Enfeksiyonlar çoğunlukla olayı tetikler^{2,5,6}. Üretritin çoğunlukla farkına varılmaz, sadece seröz akıntı vardır. Steril piyüri, dizüri olabilir, çok nadiren kronik prostatit görülebilir. Olguların 1/3 ünde konjunktivit görülür. Bilateraldir, hafif seyreder, bazen farkedilmez. Göz lezyonu üveit, iritis, iridosiklit şeklinde de olabilir. Eklem bulguları çoğu olguda vardır, asimetrik artrit şeklindedir. En sık ağırlık taşıyan eklemler ve sakroiliak eklem tutulur¹⁻⁴. Boyun tutulumu da sıktır³. Deri lezyonları yaygın psoriasis ile benzerlik gösterir. En karakteristik deri bulgusu el ve ayak tabanındaki 'keratoderma blenorajika' denen hiperkeratotik lezyonlardır, % 8-30 oranında görülür. Ağız mukozasında, penis çevresinde ve vaginada da erozyon şeklinde mukoza lezyonları görülür^{1,4}. Sendromun 'endemik' ve 'epidemik' olmak üzere iki tipi vardır. En-

demik tip özellikle genç erkeklerde olur, üretritle ilgilidir. Epidemik tip gastrointestinal enfeksiyonu takiben meydana gelir. Yaş ve cinsiyet farkı yoktur². RS etiolojisinde çok değişik etkenler suçlanmaktadır.

Gastrointestinal enfeksiyonu takiben oluşanlarda salmonella, şigella, yersinya, üreoplasma, borrelia ve diğerleri bu gastroenteritin etkeni olarak belirtilmiştir. Enfeksiyonların tetikleyici rolü bilinmektedir ama enfeksiyon ajanının rolü kesinlik kazanmamıştır¹⁻⁵. Streptokokus viridansın tetiklediği bir olgu⁶, immunoterapi için yapılmış BCG aşısı ile tetiklenen olgular^{1,7} ve hepatit aşısı sonrası RS gelişmiş bir olgu¹ bildirilmiştir. Bazı olgularda HIV pozitifliği de bildirilmiştir^{1,3}. Olgumuzda etiolojiyi açıklayacak bir enfeksiyon etkeni saptanamadı, HIV negatifti.

Olgu

Kırkbeş yaşındaki erkek olgunun yakınmaları 2 yıl önce başlamış. Önce baş, sonra gövdede üzeri kabuklu kırmızı plaklar oluş-

Alındığı Tarih: 19.11.2001 **Kabul Tarihi:** 04.03.2002

Yazışma Adresi: Dr. Zerrin Öğretmen, İnönü Caddesi. No:232 D:21 Mehtap Apt. Hatay 35280 İzmir

muş. Boyun, diz ve belinde ağrı yakınması olan olgunun başvurduğu bir hastanenin Dermatoloji kliniğinde deri biopsisi alınmış, psoriasis tanısı konularak metotreksat 50 mg/hafta başlanmış, 5 kez uygulanmış, ancak pansitopeni gelişmiş. Hastanemiz Dahiliye kliniğine başvurmuş. Pansitopenisi düzeldikten sonra hasta kliniğimize nakil alındı.

Muayenede vücutta yaygın eritemli, skuamli lezyonlar, saçlı deride eritemli zeminde skuamlar, ağızda düzensiz sınırlı erozyon, penis çevresinde yer yer krutla kaplı erozyon, tırnaklarda subungual hiperkeratoz, ayak tabanında hiperkeratozik kalınlaşma saptandı (Şekil 1,2,3). Boyun ve kalça hareketleri ağrılı ve sınırlıydı. Geçmişte gözlerde sulanma olduğunu, idrar yaparken yanma ve seröz akıntı oluştuğunu tarif ediyordu. Bu bulgularla RS düşünülürdü.

Laboratuvar tetkiklerinde pansitopeni sonrasında, sedimentasyon: 131 mm/saat, Hb: 8.7, Hct: 24.7, BKH: 15300 mm³, demir:28 mg/dl, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kan proteinleri, lipid düzeyleri normaldi.



Şekil 1: Olgunun vücut lezyonlarının görünümü.



Şekil 2: İnguinal bölge ve bacak lezyonlarının görünümü.

VDRL, ELİSA (HIV) negatifti. ASO, RF normal, CRP: 14.4 (N:0-0.8 mg/dl) idi. İdrar mikroskopisinde 3-4 eritrosit, 5-6 lökosit vardı. Üroloji kliniği konsültasyonunda prostat büyüklüğünde artma tespit edildi, kronik prostatit olarak değerlendirildi. Mikroskopik hematüri, trombositopeniye bağlandı. Akciğer grafisi, toraks ve batin tomografileri normaldi. Servikovertebral grafide eklemlerde daralma, yer yer ankiloz, sakroiliak grafisinde ankiloz (Şekil 4,5) tespit edildi. Fizik Tedavi kliniği konsültasyonunda seronegatif spondiloartropatik omurga tutulumu olduğu bildirildi.

Tartışma

Olgu halen devam eden deri ve eklem lezyonları , geçirilmiş konjunktivit ve üretrit nedeniyle komplet RS olarak değerlendirilmiştir.

RS'daki yaygın psoriasis benzeri deri lezyonları psoriasis ile çok karışmaktadır, histopatolojik olarak ayırt edilememektedir^{2,4}. Daha önce yattığı klinikte alınan deri biopsisi psoriasis olarak değerlendirilen olgunun kliniğimizde metotreksat tedavisi altında iken alınan biopsisinde kronik dermatit bulguları görüldü (prot.no 13590/2001) (Şekil 6).

Olgumuzda deri bulguları yanında ağız içinde erozyon, peniste sirsine balanit şeklinde erozyon, avuç içi ve ayak tabanında keratoderma blenorajika adı verilen hiperkeratotik lezyonlar, tırnaklarda subungual hiperkeratoz vardı. Ağız içi ve penis çevresindeki lezyonlar psoriasissten çok RS'da görülen bulgulardır¹⁻³. Ağız mukozasında erozyon RS'da % 17 olguda bildirilmektedir³. Sirsine balanit ise % 36 olguda bildirilmektedir³. Keratoderma blenorajika, RS'nun karakteristik deri bulgularındandır ve % 8-31 oranında görülebildiği bildirilmektedir^{3,4}. Hiperkeratotik lezyonlar kallus benzeri ol-



Şekil 3: Ayak tabanında hiperkeratozik lezyonlar.

dukları zaman keratoderma blenorajika adını alır, ancak psoriasisdeki gibi eritematöz ve püstüller de olabilir. RS'nun tırnak bulguları psoriasise çok benzer; subungual hiperkeratoz, tırnaklarda kolay kırılma, kalınlaşma, onikolizis, psödoparonişi görünümü olabilir^{1,4}. Ancak tırnaklarda çukurlaşma psoriasise özgüdür, RS'da görülmez³. Olgumuzda subungual hiperkeratoz vardı. RS'da gastrointestinal bulgular nadiren bildirilmektedir². Olgumuzda yapılan endoskopide antral eritematöz gastrit saptanmıştır.

Eklemler bulguları nonsüpüratif, poliartikülerdir, ancak za-



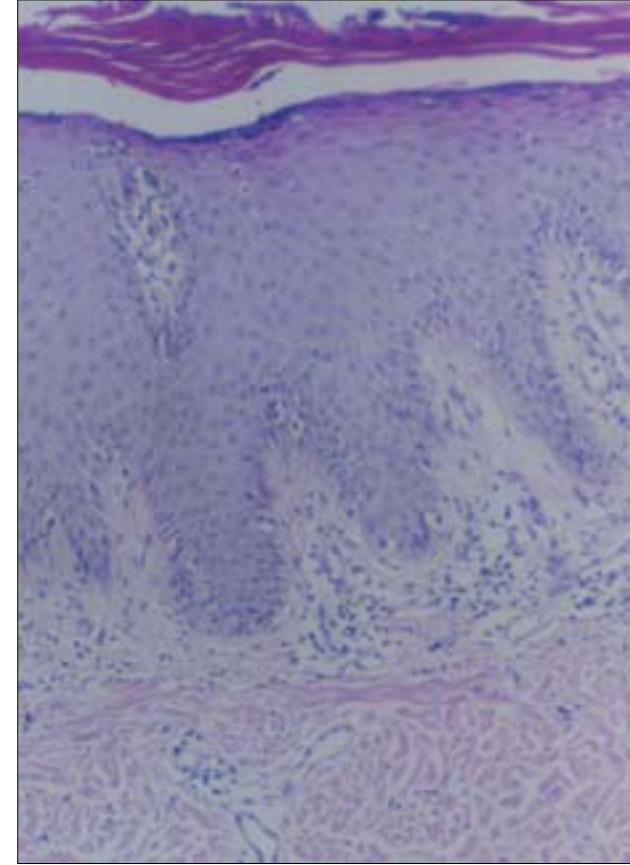
Şekil 4: Sakroiliak eklemlerinde bilateral ankiloz.



Şekil 5: Servikal vertebral ön bölümünde sindesmofit oluşumu.

manla destrüktif değişiklikler görülebilir. Eklem tutulumu hızlı olup iki hafta içinde tablo ağırlaşır, tutulmuş eklemlerde şikayetler gerilerken yeni eklem tutulumları gelişebilir^{1,4}. Kronik spondilitin ankilozan spondilit ve psoriatik artrit ile ayırımı zordur. Vertebral radyolojik değişiklikler RS ve psoriatik artritte görülebilir, ancak bazı kombinasyonların RS için karakteristik olduğu bildirilmektedir: ayakların şiddetli tutulup ellerin sağlam kalması, kalkaneus tutulumu, interfalangeal ve metatarsofalangeal eklemlerin tutulumu, tutulmuş eklem yakınında periostal kemik appozisyonu, sakroileitis olması, ve özellikle vertebra cisimlerinin anterior yüzleri ile karşılaştırıldığında özellikle lateral yüze yerleşmiş köprüleşmiş sindesmofitler gibi⁴.

RS genç erkeklerdeki oligoartropatilerin en sık nedenlerinden biridir. Özellikle ağırlık taşıyan eklemleri tutar^{2,4}, ancak sosis parmak görünümü psoriasise özgü olmakla birlikte RS 'da da görülebilir². Tendon ve ligamentleri içeren entesopatiler, aşil tendiniti, tenosinovitler görülebilir^{2,4}, tek veya iki topukta ağrı olabilir^{1,2,4}.



Şekil 6: Parakeratoz tabakası içinde piknotik nükleuslu nötrofiller, düzenli akantoz gösteren epidermis, papiller dermada yüzeyel perivasküler lenfosit infiltrasyonu. (H.E.X120)

Olgumuz şiddetli boyun ve bel ağrısından yakınmaktaydı, çekilen direkt grafilerinde servikovertebral ve sakroiliak eklemlerde ankiloz tespit edildi. Fizik Tedavi kliniği konsültasyonunda seronegatif spondiloartropatik omurga tutulumu olarak değerlendirildi. Romatoloji kliniği konsültasyonunda olgunun psoriatik artritten ayırt edilemeyeceği belirtildi.

RS'nun spesifik laboratuvar bulgusu yoktur. Sedimentasyon yüksekliği, anemi, lökositoz, hipoalbuminemi bildirilmektedir^{1,3}. %80 olguda HLA-B27 pozitifliği vardır^{1,2}. Romatoid faktör negatiftir, tanı radyolojik bulgularla desteklenir. Olgumuzda sedimentasyon yüksekliği, lökositoz vardı, romatoid faktör ve HLA-B27 negatifti. Romatoid artrit, ankilozan spondilit, gut, gonartroz, akut romatizmal ateş, RS'nun eklem bulguları ile karışır. Üveit ön planda olduğunda Behçet hastalığı ile karışabilir. Olgumuzun deri ve eklem bulguları RS'nun klinik triadını içermektedir. Laboratuvar ve röntgen bulguları da teşhisi desteklemektedir. Nadir görülmesi (3/100000)² ve deri bulgularının bir çok dermatozla karışabilmesinden dolayı yayını uygun bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Odom RB, Jome WD, Berger TG: Andrews' Diseases of the Skin. Ninth ed. United States of America, WB Saunders Company, 2000; 235-238.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC: Dermatology. 2nd ed. New York, Springer-Verlog Berlin Heidelberg 1996; 608-610.
3. Winchester R: Reiter's syndrome: Dermatology in General Medicine. Vol 2. ed: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. 4th Ed. United States of America, McGraw-Hill, 1993; 2199-2211.
4. Graham RB: Reiter's disease, Ed: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG Textbook of Dermatology. 5th ed. Turin Italy, Blackwell scientific publications. 1992; 2455-2467.
5. Parker CT, Thomas D: Reiter's syndrome and reaktif arthritis. J. Am. Osteopath. Assoc. 2000. Feb. : 100 (2):101-4.
6. Huang DF, Tsai CY, Tsai YY, Liu RS, Chau CD, Yang AH: Reiter's syndrome caused by Streptococcus viridans in a patient with HLA -B27 antigen. Clin Exp Rheumato 2000 May-Jun; 18(3) :394-6.
7. Hodish I, Ezra D, Gur H, Strugo R, Olchovsky D: Reiter's Syndrome after intravesical Bacillus Calmette -Guerin therapy for bladder cancer. Isr. Med Assoc. J. 2000 Mar 2(3): 240-1.