

## Reaktif Artritlerde Klinik Özellikler

Yrd.Doç.Dr.M.Hâdi YAŞA\*  
Doç.Dr.Murat TURGAY\*\*  
Uzm, Dr. Erbil BAŞEŞME\*\*

Romati; ile enfeksiyon etkenleri arasındaki ili • .i-jâ tıbbın ilginç ve fakat oldukça karışıl\* ı iden birini oluşturmaktadır. Romatolojide et . «-hn-It.den biri olan artritler, enfeksiyon etkfer.' .. /r./i> gozönüne alınarak üç gruba ayrılmaktadır (1-3).

Vücudun herhangi bir yerinde bulunan enfeksiyon etkeninin, eklemi direkt olarak istila etmesi ile oluşan artritlere "enfeksiyöz artritler", eklem dışında bulunan bir enfeksiyon etkeninin bazı immünolojik mekanizmalarla oluşturduğu steril artritlere "reaktif artritler" ve etyopatogenezinden hiçbir enfeksiyon etkeninin sorumlu olmadığı artritlere ele "ittihabi artritler" denilir. Son yıllara kadar iltihabı olduğu kabul edilen birçok artritlik sendromun ve sebebi bilinmeyen romatizma! hastalığın etyopatogenezinde bugün artık bazı bakteri ve virüslerin rol aldığı kabul edilmektedir (1-5).

Reaktif artrit terimi, vücudun herhangi bir yerindeki, örneğin; farinks, akciğer, gastrointestinal sistem veya genitoüriner sistemdeki bir enfeksiyon odağına sekonder olarak ". ". ' ' "maile immünolojik mekanizma ile gelişe -darını tanımlamaktadır. Enfektif ajanın j sözkonusu değildir (6-11).

Ree isiyon yerinden uzakta günler-haftalar flamatuar, steril ve genellikle akut artr«t. • Bu sebeple reaktif artritlere "Post-enfekiif /.;;n%^, '» denilmektedir. Reaktif artritler, çoğunlukla tetikleyici enfeksiyondan 1 ile 4 hafta sonra başlarlar ve séronégatif, asimetric aritropati şeklinde görülürler (4,12-15).

Akut Romatizma! Ateş bir tarafa bırakılacak olursa reaktif artritlerin büyük grubunu genitoüriner veya barsak enfeksiyonlarından sonra görülen artritler oluşturur. Burada klinik spektrum basit bir monoartritten komplet Reiter Sendromu'na kadar değişebilir (4,14,16).

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
iç Hastalıkları ABD, AYDIN  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İmmünoloji BD.  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi iç Hastalıkları ABD,  
ANKARA

Reaktif artritlerde artrite ait klinik bulgular primer enfeksiyondan ortalama 7-30 gün sonra başlar. Ancak primer enfeksiyon asemptomatik de olabilir. Öte yandan ürogenital enfeksiyonlardan sonra gelişen reaktif artritlerde latent periyot değerlerine göre daha kısadır (4,12,15,17).

Artritin şekli kişiden kişiye önemli farklılıklar gösterir. Bu, poliartralji, yaygın poliartrit veya monoartrit şeklinde olabilir. Ancak hastalık genellikle monoartrit veya oligoartrit şeklindedir. Sıklıkla nüks görülür. Bazı hastalarda enfeksiyon tekrarlamadan artrit atağı tekrarlayabilir (1,12,14,15).

Hastalarda ani başlayan ve genellikle tek bir eklemi veya az sayıda eklemi tutan, asimetric, daha çok alt ekstremitelerde ve sistemik bulgu olarak ateş ile birlikte bir artrit tablosu vardır. Artralji bütün hastalarda bulunurken eklem şişliği çoğunda mevcuttur. Hastaların %94'ünde orta ve büyük eklemler tutulur (1,4,14,15,18).

En sık tutulan eklemler alt ekstremitte eklemleridir. Diz eklemi en yaygın tutulan eklemdir, ikinci sıklıkla ayak bileği ve metatarsofalangeal eklemler tutulur. Üst ekstremiteler daha nadir tutulur. Üst ekstremitelerde özellikle el bilekleri ve dirsekler tutulur. Diğer bölgelerin tutulumu çok nadirdir. El bileği eklemi tutulduğunda çoğunlukla Karpal Tünel Sendromu ile birlikte. Ancak romatoid artrittekilerin aksine reaktif artritli hastaların %90'ında el tutulumu yoktur (1,12,14,15).

Reaktif artritli hastalarda tendon kılıfı ve fasia inflamasyonu genellikle çok belirgindir ve bu tek bulgu olabilir. Az sayıda hastada akut dönemde sakroileit ve spondilit semptomları vardır. Periferik artrit bulguları bazen süpüratif artrit veya sellülit hatırlatabilir. Poliartrit hallerinde sıklıkla ilk tutulan eklemler düzelirken, artritin diğer eklemlerde başladığı görülür (12,14,15).

Fteaktif artritli hastalarda artrit aktivitesi yavaş yavaş azalır ve birçok hastada 3-4 ayda tam düzelve görülür. Ağır hastalığı olan az sayıda hastada ise alevli dönem bir yıldan uzun sürebilir. Hastalık nadiren hiç remisyona göstermeden ayak ve topukta kronik artrit şekline dönüşür (1,14).

Olaya sebep olan enfeksiyonun şiddeti ile reaktif artrit arasında bir ilişki yoktur. Bazen hiçbir belirti vermeyen enfeksiyondan sonra da reaktif artrit gelişebilmektedir. Artritin derecesi açısından da tüm suçlanan mikroorganizmalar arasında bir farklılık tesbit edilmiştir (14,19,20).

Reaktif artritli bazı hastalarda periferik eklem hastalığı ile birlikte aksial iskelet tutulumu da görülür. Bu hastalarda spinal hastalığın aktivitesi, periferik artrit bağımsızdır. Hastalarda yaygın şikayet sırt ağrısıdır. Bu ağrı sabahleyin uykudan uyanınca en fazla iken, gün boyunca ilerleyen saatlerde ağrı hafifler. Yavaş yavaş düzelir. Bu sırt ağrısı tipi ankilozan spondilit için de karakteristiktir ve mekanik sırt ağrılarından farklıdır. Mekanik sırt ağrıları aktivite ile artar ve gün boyunca progresyona gösterir (14,21,22).

Reaktif artritlerde ligamanların kemiğe yapıştığı yerlerde inflamasyon şeklinde ekstrasynovial tutulum vardır. Buna "entesopati" denir. Fibröz kapsülün başlangıcı, tendon uçları, subkondral kemik ve periartiküler periosteum içindeki ligamenler reaktif artritlerde tipik tutulum yerleridir (15,18).

Entesopati, birkaç klinik görünümünden biridir. Tutulan bölgeler oldukça büyük boyutlarda olduğu için entesopatinin yol açtığı ağrı da yaygındır (2,14).

Reaktif artritli hastalarda bazen hem el, hem de ayak parmaklarında ilginç şekilli şişmeler görülür. Bu görünüm "sosis parmak" olarak adlandırılmıştır (14).

Reaktif artritlerde, eklemlerdeki şişme ve hassasiyetin interfalangeal eklemler arasında, özellikle parmak sırtlarında, kemik boyunca uzanan synovium çevresinde artmasının basit artritlerden ayırıcı özelliği vardır (14).

Entesopatinin geliştiği yerlerden biri de ayak topuğudur. Plantar fasianın kalkanusa yapıştığı yerde inflamasyon gelişir. Bu klinik görünüm "aşık topuğu" (Lo vers heel) olarak adlandırılmaktadır. Bu durum özellikle aşıl tendiniti ile birlikte ise yürümede güçlük yaratır. Entesopatinin nadiren görüldüğü diğer yerler ise tibial tuberosit ile medial ve lateral omuz epikondilleridir (14).

Reaktif artritli hastalarda bazı ekstraartiküler bulgular da görülebilir. En yaygın görülen ekstraartiküler bulgu "keratoderma blennorrhagica"dır. Klasik olarak elde parmak altlarında ve ayak tabanında görülür. Histolojik olarak sıklıkla artrit ile seyreden psöriazisten ayrılması güçtür. El ve ayak eklemlerindeki tutulumdan önce deri lezyonlarının bulunması ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır (14,20).

Reiter's Sendromu tanısı alan hastaların %25'inde glans penis ve corpus penis sınırında penisi baştan başa dolayan hiperkerotik lezyon görülür ki buna "circinata balanitis" denir. Benzer lezyonlar ağız çevresinde de görülebilir. Kırmızı renkte, deri ve mukozadan hafif derecede yaklaşık 1 mm-1 cm kabarık maküler lezyonlar, bukkal ve farengial membranlarda görülebilir. Ancak semptomatik olmadıkları için bazen tesbit edilemezler. Benzer lezyonlar dilde de görülebilir (14,15,20).

Reaktif artritlerde eritema nodozum görülebilir. Ancak eritema nodozum görülmesi sık değildir. Özellikle yersinia enfeksiyonlarının sebep olduğu reaktif artritlere eşlik eder. Eritema nodozum dışındaki diğer mukokutanöz lezyonlar ise daha çok urogenital enfeksiyonlara bağlı olarak gelişen reaktif artritlere eşlik eder (14,15).

Konjunktivitis, Reiter's Sendromu'nun klasik üçlüsünden biri olmasına rağmen hastaların 1/3'ünden daha azında görülür. Reaktif artritli hastaların %5'inde görülen anterior Uveitis konjunktivitisten çok daha ciddidir. Tek taraflı veya çift taraflı olabilir. Acil müdahale gerekir (12,14,20).

Miyokarditis, iletim anormallikleri, aort dilatasyonu ve aort yetmezliğine yol açabilen farklı bir aort kökü lezyonu, özellikle Reiter's Sendromu'nda olmak üzere reaktif artrit nadir komplikasyonları olarak tanımlanmıştır (14).

## KAYNAKLAR

1. Kontinen YT, Nordstrom D, Bergroth V. Reactive arthritis. *British Med J* 1988; 296:1644.
2. Mertz AK, Batsford SR. Cationic yersinia antigen-induced chronic allergic arthritis in rats. A model for reactive arthritis in humans. *J Clin Invest* 1991; 88(2):632-42.
3. Aral O. enfeksiyon ve Romatizma. Romatoloji Sempozyumu. 6 Haziran 1989, İstanbul.
4. Chester WF, Fink M. Reactive arthritis. *Pediatr Infect Dis J* 1988; 7(1):58-65.
5. Kohler W, Stelzner A, Kittick M. Microbiologic aspect of inflammatory joint diseases. *Z Gesamte Inn Med* 1987; 42(15):428-31.
6. Müller KD. Value of microbiologic studies for diagnosis of post-enteritis reactive arthritis. *Z Rheumatol* 1990; 49(6):364-8.
7. Gerloni V, Fantini F. Reactive arthritis. *Pediatr Med Chir* 1990; 12(5):447-51.
8. Batsford SR. Cationic antigens as mediators of inflammation. *APMIS* 1991; 99(1):1-9.
9. Leirisalo-Repo M, Lauhio A, Repo H. Chemotaxis and chemiluminescence responses of synovial fluid polymorphonuclear leucocytes during acute reactive arthritis. *Ann Rheum Dis* 1990; 49:615-9.

10. Denys K Ford. Reactive arthritis: A viewpoint rather than a review. Clinics in Rheumatic Disease. 1986; 12(2):389-401.
11. Leirisalo-Repo M, Repo H. Phagocyte function in reactive arthritis. Scand J Rheumatol 1988; (Suppl 76):73-7.
12. Nordtröm D, Kontinen YT. Reactive arthritis; an update. Biomed Pharmacother 1989; 43(10):737-42.
13. Aho K. Bowel infection predisposing to reactive arthritis. Ballbieres Clin Rheumatol 1989; 3(2):303-19.
14. Gary S Firestein, Nathan J Zvaifler. Reactive arthritis. Ann Rev Med 1987; 38:351-60.
15. Leirisalo-Repo M. Clinical picture of reactive arthritis. Scand J Rheumatol 1984; (Suppl 52):65-9.
16. Altuncan A. Reaktif artrit öncesi farklı tetikleyici enfeksiyonlar. Klinik Araştırma 1988; 7:637.
17. Keat AC, Maini RN, Regrum GD. The clinical features and HLA associations of reactive arthritis associated with non-gonococcal urethritis. Q J Med 1979; 48:323-42.
18. Keat A. Reiter's syndrome and reactive arthritis, in perspective. N Engl J Med 1983; 309:1606-15.
19. Müller KD. Bedeutung microbiologischer untersuchungsverfahren für die diagnostic der postenteritischen reactiven arthritis. Z Rheumatologie 1990; 49:3648.
20. Olgahen B. Postinfective or reactive arthritis. Scand J Rheumatol 1980; 9:193-202.
21. Derrick A, Brewerton. Causes of arthritis. The Lancet 1988 Nov; 5:1063-6.
22. Mosimann J. Indications and interpretation of serologic studies in reactive arthritis. Ther Umsch 1989; 46(4):234-40.