

UDK 616.72-002
COBISS.SR-ID 46911241

ISSN 2466-2992 (Online) (2020) br.1-2, p. 37-41

REITEROV SYNDROM - PRIKAZ SLUČAJA

REITER SYNDROME - CASE REPORT

Dejan Veljković¹, Momcilo Mirković², Natasa Rančić³, Ljubomir Stefanović⁴

¹Ministarstvo unutrašnjih poslova, odred žandarmerije Kraljevo, ² Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini, Odsek preventivne medicine, ³ Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Odsek Infektivnih bolesti i epidemiologije, ⁴ Zdravstveni centar "Studenica", Kraljevo

Sažetak: UVOD: Reiterov sindrom je seronegativni artritis koji nastaje posle akutne, nespecifične urogenitalne ili digestivne infekcije. Karakteriše se nesimetričnim artritisom na nogama, pomenama na oku (konjuktivitis ili prednji uveitis) i promenama na koži (keratoderma blennorrhagikum) i sluzokoži (balanitis, stomatitis). Prema ranije uspostavljenim kriterijumima, za dijagnozu ovog sindroma neophodno je postojanje klasičnog Reiterovog trijasa ili tetrad.

CILJ: Prikazati pacijenta sa atipičnom kliničkom manifestacijom Reiterovog sindroma koju je činio samo jedan simptom a koji je bio maskiran povredom prstiju stopala.

PRIKAZ SLUČAJA: Pacijent D.R. starosti 34 godina, pripadnik Žandarmerije, nakon pada zbog povreda prstiju levog stopala i bolova u lumbalnom delu leđa javlja se ortopedu, lečen kao Dg. Contusio partium pedis aliarum, non specificatum. Na radiološkom snimku levog stopala, nalaz uredan. Anamnestički daje podatak da je prilikom boravka na terenu pre 3 nedelje imao povišenu telesnu temperaturu, koja je trajala nedelju dana i da je u tom periodu imao učestale tečne stolice. Tegobe od strane zglobova osenio je nekoliko dana po prestanku febrilnosti i dijareje ali ih sada povezuje sa padom. Nije imao dizurične smetnje niti konjuktivitis, bez pozitivne porodične anamneze za reumatske bolesti. U standardnim laboratorijskim analizama krvi povišena SE (55 mm/1h) i CRP (67,5 mg/L) a ostali nalazi i analiza urina u referentnim granicama. U periodu do 15 dana od povrede se javljaju i otoci na pojedinim zglobovima obe šake i otok desnog kolena. Upućen reumatologu, kada je prvi put postavljena sumnja na Reiterov sindrom. Započeto lečenje glikokortikoidima, antibioticima i nesteroidnim antireumaticima sistemski i lokalno. Pacijentu urađena HLA B 27 tipizacija koja je pozitivna i postavljena dijagnoza reumatskog oboljenja iz grupe hroničnih spondiloartropatija, najpribližnijeg Reiterovom sindromu.

ZAKLJUČAK: Utvrdili smo da je Reiterov sindrom i danas izazov za pravovremenu dijagnostiku, jer se javlja nekoliko nedelja nakon primarne infekcije i može ostati neprepoznat. Poseban problem predstavlja postojanje samo jednog simptoma, koji se manifestuje samo artritisom. Dobro uzeta anamneza, korelacija više faktora iz kliničke slike i znanje lekara ukazuje na sigurniju mogućnost postavljanja dijagnoze.

Ključne reči: Reiterov sindrom, artritis, povreda, anamneza.

UVOD

Reiterov sindrom (RS) ili reaktivni artritis (ReA) je artritis koji se javlja posle akutne urogenitalne (uretritis, cervicitis) ili intestinalne infekcije (akutni enterokolitis različite prirode). Kod oko 50% bolesnika postoje i druge karakteristične manifestacije bolesti: konjunktivitis (akutni prednji uveitis) i/ili mukokutane promene (circinatni balanitis, stomatitis, keratodermija). [1] Pored oblika sa kompletnom kliničkom slikom, bolest se javlja i u nepotpunom obliku, kada se simptomi ispoljavaju samo na jednom ili dva organska sistema, zbog čega je dijagnoza ponekad teška. Prvi put je opisan od strane Hansa Reitera 1916. godine.

Obično se bolest javlja kod mladih, promiskuitetnih muškaraca, starosti 18-35 godina. Bolest se 9 puta češće javlja kod muškaraca nego kod žena. Muskuloskeletne manifestacije bolesti su: artritis, entezitis i sakroiliitis. Izazivači infektivnog procesa koji prethodi artritisu su najčešće: *Shigella flexneri*, *Salmonella typhimurium*, *Salmonella enteritidis*, *Streptococcus viridans*, *Mycoplasma pneumonia*, *Cyclospora*, *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia enterocolitica*, i *Yersinia pseudotuberculosis*. [1] U 25% bolesnika primarna infekcija ostaje neprepoznata, a oko 10% bolesnika nema prethodnu simptomatsku infekciju. U 65 - 85% bolesnika nalazimo pozitivan nalaz HLA - B27 antigena. Ipak većina naučnika navodi da udruženo dejstvo ovih činioca i genetskog faktora predstavljaju osnovu nastanka ovog sindroma.

PRIKAZ PACIJENTA

Radi se o muškarcu starom 34 godine, pripadniku Žandarmerije, koji se nakon pada, zbog povreda prstiju levog stopala i bolova u lumbalnom delu leđa javlja ortopedu. Na radiološkom snimku (RTG) levog stopala, nalaz uredan - nema koštanih lezija. Lečen kao: Dg. Contusio partium pedis aliarum, non specificatum. Ordinirana terapija: lokalno hladni oblozi, Sinedol gel 3 x dnevno i Spidifen pulvis 2x1. Dat savet za kontrolni pregled kod

ortopeda po potrebi. Zbog pojave bolova u desnom skočnom zglobu i desnom kolenu javlja se u ambulantu na pregled.

Na pregledu anamnestički daje podatak da je prilikom boravka na terenu pre 3 nedelje imao povišenu telesnu temperaturu (37,2 °C), koja je trajala nedelju dana i da je u tom periodu imao učestale tečne stolice. Tegobe od strane zglobova osetio je nekoliko dana po prestanku febrilnosti i dijareje ali ih sada povezuje sa padom. Nije imao dizurične smetnje niti konjunktivitis, bez pozitivne porodične anamneze za reumatske bolesti.

Status na pregledu: svestan, orjentisan, afebrilan, normokolorisan. Jezik obložen, ždrelo mirno, bez aftoznih promena. Na plućima normalan disajni šum. Srčana akcija ritmična, tonovi jasni. Abdomen u ravni grudnog koša, mek bolno neosetljiv na palpaciju. Meningialni znaci negativni. Na prstima levog stopala prsutni znaci daktilitisa. Desni koleni zglob sa znacima artritisa, topao, bolan na palpaciju, uz edem i ograničenu pokretljivost. Predloženo da se uradi kompletna krvna slika (KKS), sedimentacija eritrocita (SE), C reaktivni protein (CRP), bris uretre, urinokultura i koprokultura, reumatoidni faktor (RF) i Anti - CCP (eng.cyclic citrullinated peptide) i upućuje se reumatologu. Na pregledu kod reumatologa navodi da ima i povremene bolove u sakrolikijačnim (SI) zglobovima ujutru i dalje je prisutan daktilitis II,III prsta levog stopala i palpatorna osetljivost levog ručja. Od strane reumatologa ordinirana terapija: amp. Betametazon I intramuskularno (IM), tbl. Azitromicin 500 mg 2x1 - 6 dana i tbl. Naproksen 2x1. Kontrolni pregled zakazan za 10 dana sa CRP-om i RTG SI zglobova u ginekološkom položaju. Dat predlog za HLA tipizaciju u Institutu za transfuziju krvi u Beogradu. Kontrolni pregled zakazan sa laboratorijskim nalazima.

U laboratorijskim analizama: SE: 55 mm/1h; CRP 67,5 mg/l; Fibrinogen: 5,3 g/l. U sedimentu urina: 1 do 2 bleđa eritrocita, 1 do 2 sveža eritrocita, 1 - 2 leukocita, po koja pločasta epitelnja ćelija, dosta sluzi, malo bakterija. RF i anti - CCP u referentnim granicama. HLA B 27 pozitivan, RTG SI

zglobova - nalaz uredan. Na ordiniranu terapiju došlo je do poboljšanja simptoma i u terapiju se uvodi Doksiciklin 1x1 4 dana, amp. Betametazon I (IM), tbl .Naproksen 2x1 i tbl. Pantoprazol 1 ujutru. Kontrolni pregled zakazan za 1 mesec sa CRP, KKS i urinom. Na kontroli CRP 13,5 ostali nalaz u granicama normale. U toku bolesti pacijent izgubio 7 kg telesne težine.

DISKUSIJA

Kriterijumi za dijagnozu ReA postavljeni su 1981. godine i obuhvataju: epizodu perifernog artritisa koja traje duže od mesec dana uz istovremenu pojavu uretritisa i/ili cervicitisa. [3] Senzitivnost ovih kriterijuma iznosi 84,3%. [2] Kod našeg pacijenta bolest je počela akutnom enteralnom infekcijom. Prvi simptomi se javljaju u periodu od 1 - 4 nedelje, kao poremećaj opšteg stanja, povišena telesna temperatura, malaksalost, znojenje i gubitak telesne mase. [4] Početak bolesti bio je maskiran istovremenom povredom zgloba stopala.

Dobro uzeta anamneza (arthritis kome su prethodila gastrointestinalna infekcija), uz kliničke i laboratorijske nalaze odgovarali su za seronegativnu spondiloartropatiju, a nakon urađene HLA tipizacije postavljena je dijagnoza RA. U laboratorijskim nalazima su nespecifični pokazatelji zapaljenja često naglašena SE koja može biti i viša od 100 mm/h. HLA B27 antigen je pozitivan kod oko 75-92% bolesnika sa RS i najčešće se nalazi kod onih sa spondilitisom, a zatim sa sakroiliitisom, iridociklitisom, kao i kod dužeg i recidivirajućeg toka bolesti. [5]

Radiografske promene su retke, posle dužeg trajanja bolesti, uglavnom u vidu jukstaartikularne osteoporoze, periostalne reakcije u vidu spina tendinis Achylis ili calcar calcanei. Ako postoje znaci sakroiliitisa (kod 10% akutnih i 50% hroničnih oblika bolesti), on je uglavnom asimetričan. [5] Bolest se u većini slučajeva postepeno smiruje nakon 6 do 12 meseci od početka nastanka. Bolest obično prolazi spontano i simptomi nestaju u proseku za 3-12 meseci, ali ima tendenciju recidiviranja. Češće se recidivi javljaju kod HLA-B27 antigen

pozitivnih bolesnika. Reaktivaciju bolesti mogu izazvati i novonastala infekcija ili neki drugi provocirajući faktor. U takvim slučajevima lečenje je otežano i potrebno je kombinovati lekove i terapijske procedure, što smo i mi učinili kod našeg bolesnika, sa zadovoljavajućim efektom.

Najbitnije je u akutnom stanju bolesti da pacijent miruje kako zapaljenski proces ne bi napredovao. Medikamentozno se koriste ibuprofen, indometacina, naproksen, diklofenak. Glikokortikoidi se daju u oboleli zglob ili upaljeni tetivni pripoj. [6] Ukoliko je urogenitalna infekcija i dalje prisutna, propisuju se tetraciklinski preparati i primenjuju narednih deset dana. Očne promene simptomatski leči oftamolog. Hronični artritis leči se po istim principima kao i reumatoidni artritis, ali posebnu prednost ima Metotrexate, koji povoljno deluje i na kožne promene. Fizikalna terapija je izuzetno korisna i predstavlja sastavni deo lečenja, kao i kod drugih artritisa. Bolest se u većini slučajeva postepeno smiruje nakon 6 do 12 meseci od početka nastanka. U oko polovine bolesnika javljaju se recidivi koji ne moraju uvek biti praćeni potpunom kliničkom slikom artritisa. Recidivi se obično javljaju nakon 2 do 5 godina od nastanka bolesti. 10% bolesnika razvije hronični artritis koji je sličan drugim oblicima hroničnog artritisa.

ZAKLJUČAK

Utvrđili smo da je RS i danas izazov za pravovremenu dijagnostiku, jer se javlja nekoliko nedelja nakon primarne infekcije i može ostati neprepoznat. Poseban problem predstavlja postojanje samo jednog simptoma, koji se manifestuje samo artritismom. Dobro uzeta anamneza, korelacija više faktora iz kliničke slike i znanje lekara ukazuje na sigurniju mogućnost postavljanja dijagnoze.

LITERATURA

1. Vlastimir M, Đunardar K-M, Reiterova bolest (Reaktivni artritis) kod žena, Acta rheumatologica Belgradensia 2006; 36(1-2):5-13.

2. Mirjana I. Zlatković-Švenda , Doktorska disertacija Epidemiološke i kliničke karakteristike obolelih od reumatoidnog artritisa i spondiloartropatija 2014; 20-5.
3. Willkens RF, Arnett FC, Bitter T, Calin A, Fisher L, Ford DK, et al. Reiter's syndrome. Evaluation of preliminary criteria for definite disease. *Arthritis Rheum.* 1981; 24(6):844-9.
4. Milanka Ljubenić i sar. Reiter-ov sindrom udružen sa psorijazom – prikaz slučaja *Acta Medica Medianae* 2005; 44(3): 63-5.
5. Vlastimir M, Đunardar KM, Reiterov sindrom - reaktivni artritis, II. Druge neusaglasenosti: dijagnostički kriterijumi, akutni prednji uveitis, učestalost kod žena, reaktivni artritis, reaktivni ili infektivni artritis, lečenje antibioticima, tok i ishod bolesti, *Acta rheum Belgrad* 2005; 35(1-2).
6. <https://ordinacija.tv/reaktivni-artritis-reiterov-sindrom-uzrok-simptomi-lecenje/>

REITER SYNDROME - CASE REPORT

Dejan Veljković¹, Momcilo Mirković², Natasa Rančić³, Ljubomir Stefanović⁴

¹Ministry of Internal Affairs, Gendarmerie Detachment in Kraljevo, Serbia, ²University of Pristina, Faculty of Medicine, Department of Preventive Medicine, Serbia, ³University of Nis, Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Epidemiology, Serbia, ⁴Health Center "Studenica", Kraljevo, Serbia

Summary: INTRODUCTION: Reiter's syndrome is a seronegative arthritis that occurs after an acute, nonspecific urogenital or digestive infection. It is characterized by asymmetric arthritis of the legs, changes in the eye (conjunctivitis or anterior uveitis) and changes in the skin (keratoderma blennorrhagicum) and mucous membranes (balanitis, stomatitis). According to previously established criteria, the existence of a classic Reiter's triad or tetrad is necessary for diagnosing this syndrome.

AIM: The aim of the study was to present a patient with an atypical clinical manifestation of Reiter's syndrome, which consisted of only one symptom, and which was masked by an injury to the toes.

CASE REPORT: Patient D.R. at the age of 34, a member of the Gendarmerie, after a fall due to injuries to the toes of his left foot and pain in the lumbar part of his back, he went to an orthopedist, treated as Dg. Contusio partium pedis aliarum, non specificatum. On the radiology image of the left foot, the finding is neat. Anamnestic data show that during his stay in the field 3 weeks ago, he had a fever, which lasted for a week, and that he had frequent liquid stools during that period. He had no dysuric disorders or conjunctivitis, without a positive family history of rheumatic diseases. In standard laboratory blood tests showed elevated SE (55 mm / 1h) and CRP (67.5 mg / L) and other findings and analysis of urine within the reference range. Within 15 days of the injury, swelling on individual joints of both hands and swelling of the right knee also occurred. He was referred to a rheumatologist, when Reiter's syndrome was first suspected. Initiated treatment was with glucocorticoids, antibiotics and nonsteroidal antirheumatic drugs, systemically and locally. The patient underwent HLA B 27 typification, which is positive, and was diagnosed with rheumatic disease from the group of chronic spondyloarthropathies, the closest to Reiter's syndrome.

CONCLUSION: We found that Reiter's syndrome is still a challenge for timely diagnosis, because it occurs a few weeks after the primary infection and can remain unrecognized. A special problem is the existence of only one symptom, which is manifested only by arthritis. A well-taken anamnesis, correlation of several factors from the clinical picture and knowledge of the doctor indicate a safer possibility of making a diagnosis.

Key words: Reiter syndrome, arthritis, injury, anamnesis.

Korespondencija/Correspondence

Dejan VELJKOVIĆ
Ministry of Internal Affairs,
Gendarmerie Detachment in Kraljevo, Serbia
E mail: drdejanveljkovic@gmail.com