

BİR PARAPLEJİK VAKADA GÖRÜLEN REAKTİF ARTRİT

Dr. Süleyman AKTAŞ (x)

Dr. Cahide KILIÇ (xx)

ÖZET:

Değişik enfeksiyonlara bağlı olarak reaktif artropatiler görülebilmektedir. Klinikümüzde parapleji tanısıyla yatan bir olguda üriner enfeksiyona bağlı olarak gelişen reaktif artropati konusunda bilgi vererek nadir görülen bu hastalık takdim edildi.

GİRİŞ:

Reaktif terimi bir tanıdan çok bir kavramdır. Bu vücudun başka yerinde örneğin; Farenks, akciğer, Gastro-intestinal sistem veya genito üriner sistemde bir enfeksiyon ve bu enfeksiyonun neden olduğu (Büyük olasılıkla immünolojik mekanizma ile) artriti tanımlamaktadır. İnfektif ajanın eklemi invazyonu söz konusu değildir. Akut ateşli romatizma ve Reiter hastalığı buna en iyi örneklerdir. Ancak bunlar kendi özel isimleri ile anıldıkları için reaktif artritis terimi daha çok gastrointestinal sistem ve genito üriner sistem kaynaklı ve reiter hastalığı tanısı konmaya yetmeyecek bulgular veren artriti tanımlamak için kullanılmaktadır (1,2).

Shigella flexneri, *salmonella* türleri ve *Yersinia enterocolitica*, enterik, enfeksiyonları takiben reaktif artritis oluşturabilirler. (1,2,3,4,5,6). Ayrıca *Gonokok*, *Klamidia trichomatis*, *Brucella* ve meningeokok enfeksiyonlarını izleyen artritis atakları yeteri kadar sınıflandırılmamış olmakla birlikte, bazı kişilerce reaktif artritis olarak kabul edilmektedirler. İskandinav ülkeleri ve özellikle Finlandiya'da *Yersinia* artriti diğer memleketlere oranla oldukça sık görülür ve üzerinde yoğun araştırmalar yapılmaktadır. (1,2,5).

Primer enfeksiyon ister genito üriner isterse intestinal olsun artritten bir veya iki hafta evvel başlar. Enfeksiyonun tedavisi artritin ortaya çıkışını engellemez. Primer enfeksiyon asemptomatikte olabilir. Artrit poliartralji, yaygın poliartrit

(x) Atatürk Ü. Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Başkanı.
(xx) Atatürk Ü. Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

veya bir eklemde akut artrit şeklinde olabilir. Bazı yayınlarda küçük ve büyük eklemlerin yanında oligo artrit şeklinde özellikle diz eklemlerinin daha sık olduğu bildirilmektedir (5).

Artritin akut dönemi genellikle bir kaç ay içinde geçer (2,5). Bazı hastalarda enfeksiyon tekrarlamadan artrit atağı tekrarlayabilir. Hastalarda Miyokardit ve konjonktivit de görülebilir. B 27 antijeni taşıyan kişilerde zaten beklenildiği gibi, reaktif artriti olan hastaların bazılarında yıllar sonra spondilit gelişir. Bu hastalar da ilk artrit atağında bir dereceye kadar sakroileit de vardır (2,5).

Enterik enfeksiyonları takiben görülen reaktif artritlerde laboratuvar bulguları farklılık arz etmektedir. Yersinia enfeksiyonuna bağlı artritlerde eritrosit sedimentasyon hızı yükselmekte, anemi, polimorf nükleer lökositlerde artış, mikroskopik hematüri, akut glomerülo nefritis ve yersinia aglutinasyon testi birinci haftanın sonunda pozitif olmaktadır. Sinovyal sıvı aseptik olabilmekte münasip pıhtısı fakir, lök; 9.00-11.00 m3 de. HLA B 27 doku antijeni 67-88 % hastalarda görülmektedir. Shigella enfeksiyonunda ise; salmonella ve yersinianın aksine shigalladan sonra görülen artrit genellikle aseptiktir. Artrit atağının başlangıcında shigella aglutininleri ve gaita kültürü tanıda yardımcıdır.

Salmonella enfeksiyonuna bağlı reaktif artritiste hafif anemi, yüksek sedimentasyon hızı, polimorf nükleer lökositlerin sayısında hafif yada orta derecede artış söz konusudur. Diareiden bir kaç hafta sonra gaita kültürü pozitifdir. Spesifik aglutinlerin titresi tanıda yardımcıdır. HLA B27 antijeni salmonella enfeksiyonuna bağlı reaktif artritli hastaların % 66 sında (+) bulunmuştur. Radyografilerde eklemlerde demineralizasyon görülmüştür (1). Klasik kitapların ve yayınlanan vaka taktimlerinin taranmasında enteropatik reaktif artropatilerin dışında meydana gelen reaktif artritlerin laboratuvar bulguları hakkındaki detaylı bilgiye rastlanmadı.

Primer enfeksiyonun spesifik antibiyotikle tedavisinin yanı sıra reaktif artropatilerin medikal tedavisinde daha çok aspirin, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar gerekirse sistemik steroidler önerilmektedir. Artritin aseptik oluşuna karar verilmiş ise intra artiküler kortizon enjeksiyonu denenebilir (1).

VAKA TAKDİMİ:

26 yaşında 30.10.1983 günü deprem felaketine maruz kalıp aynı gün TH12 vertebra kompresyon fraktörü tanısıyla, Araştırma Hastanesi Nöroşirürji kliniğine 11592/11597 protokol ile yatırılan vakaya aynı seviyeden laminektomi yapılarak medüllasında ileri derecede kontüzyon tesbit edilmiş ve post operatif onuncu günde rehabilitasyon için istenen konsültasyonla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon servisine nakledilmiştir.

Hastanın öz ve soy geçmişi: Özellik arzetmiyordu.

Vital bulguları: TA 110/60 mHg. N. 104/dk A: 37°C idi.

Fizik Muayenesinde: Şuur açık, genel durum orta, ödem, ikter, siyanoz anemi yoktu. Solunum sistemi ve kardiyovasküler sistem muayenelerinde patoloji tespit edilmedi. Gastrointestinal sistemde gaita retansiyonu vardı. Ürogenital sistemde idrar retansiyonunu önlemek için sondası mevcuttu. Hasta mesanesinde dolma hissi mevcut olduğunu ifade ediyordu. Fakat sondasız idrar boşalmıyordu.

Dekübitüs ülseri yoktu.

Nörolojik muayenesinde: Baş boyun ve üst extremiteleri normal değerlendirildi. Her iki alt extremitede torakal 12 den itibaren hipostezi lumbal üçten aşağıda anestezi vardı. Bilateral Patella ve aşil refleksi alınamadı. Patolojik refleks yoktu. Karın cildi refleksi ve diğer yüzeysel refleksler alınamıyordu, Adaleleri flakstı.

Lokomotor sistem muayenesinde: Heriki alt extremitede aktif hareket yoktu. Karın ve-bel adaleleri zayıf ve alt extremitede adaleleri her iki kalçadan itibaren sıfır değerlerindeydi. Eklemelerinde kontraktür şişlik lokal hararet yoktu.

Günlük yaşam aktiviteleri yönünden: Alçı yatağındaydı ve üst extremitelerini tam kullanabiliyordu.

Psiko sosyal ve ekonomik değerlendirme: çiftçi, ilk okul birinci sınıfı okumuş, okuma yazması var, evli 4 çocuğundan üçünü depremde kaybetmiş, mali durumu vasat, motivasyonu iyi, hastalığını kabul ve tolere etmiş durumdaydı.

Laboratuvar tetkikleri: Hb= 12,8 gr. Bk= 14.000 mm³, sed: 7-16 mm. on gün arayla tekrarlanan Hb= 12,5 gr. altına düşmedi. Bk= 9.000 mm³ üstüne çıkmadı, önceden normal seyreden sedimantasyonda hastalığın otuzuncu gününden itibaren yükselme oldu, onargün arayla 50-60 mm, 10-20 mm, 5-8 mm ve 4-5 mm olarak seyretti. NPN, 21,6 % mg in, Kreatinin 0,9 % mg in, üstüne çıkmadı. ASO= Negatif, CRP= negatif, latex, iki sefer tekrarda = Negatif, total protein ve albuminleri normaldi. Protein elektroforezi, Alb: % 50,0, alfa1: 4,0, alfa 2= 11,0, Beta= 11,0, Gama:24,0. Tam idrar tetkiklerinde onuncu günde, Dan= 1016, protein= eser, şeker= Negatif, mikroskopi = 3-5 lökosit iken, 5 gün sonra Dan= 1008, mikroskopi= Bol lökosit, nadir eritrosit, daha sonra on gün arayla alınan tam idrar tetkiklerinde eser protein devamlı mevcuttu. Şeker= negatif idi. Mikroskopilerinde hastalığın yirmi ikinci gününe kadar bol lökosit, nadir eritrosit daha sonra 9-10 lökosit nadir eritrosit, 25-30 lökosit, nadir eritrosit hastalığın 2. ayında nadir lökosit ve kalsiyum oksalat bulundu.

İdrar kültürleri: Hastalığın onuncu gününde üreme olmadı, onyedinci gün 100.000 koloniden fazla E. coli üredi. otuzuncu gün 100.000 koloniden fazla E. coli üredi kırkinci gün 100.000 koloniden fazla enterobakter aerogenez yine ellinci gün 100.000 koloniden fazla enterobakter aerogenez üredi. Gaita Kültüründe, E. coli üredi. Kan kültüründe: Üreme olmadı. Sol dizden alınan sinavyal sıvının kültüründe üreme olmadı. Sinovyal sıvı miktarı otuz cc ve biyokimyasal tetkikleri

normaldi. Gruber-Widal=egatif bulundu. X-ray tetkiklerinde, torakolomber grafide, T12 vertebraasında kompresyon fraktürü ve aynı bölgede 3 seviyeli laminektomi vardı. Lumbo-sakral, sakroiliak grafileri normaldi. Her iki diz eklemi grafilerinde yumuşak doku şişliğinden başka patoloji yoktu. İVP tetkikinde nörolojik flask mesane görüldü. EKG ve Telegrafileri normaldi. HLA antijenine bakılmadı.

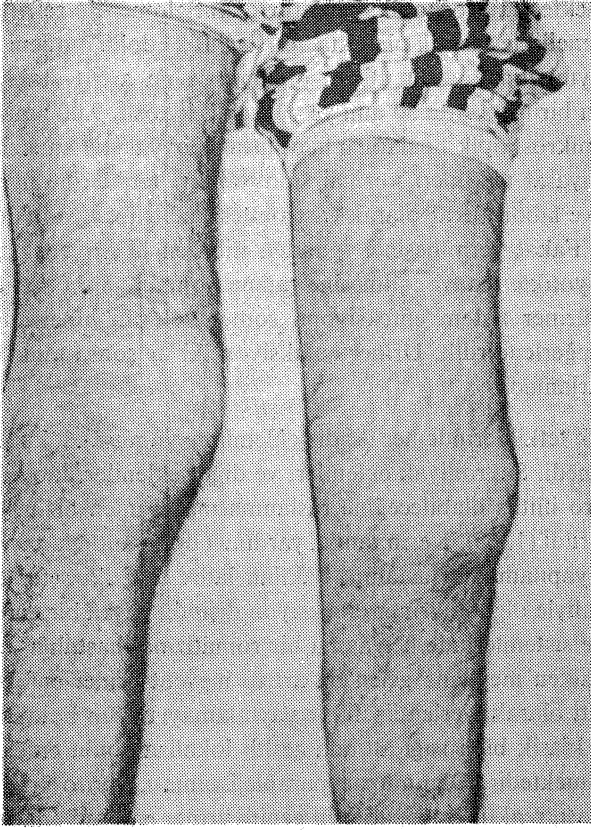
Kliniğimizde yattığı süre içinde hastalığın seyri şöyle oldu. Tedavi programı paraplejinin rahabilitasyonuna uygun şekilde çizildi. Hastalığın ondördüncü günü defekasyona yardımcı olmak için lavman yapıldı ve oral laksatif verildi. Onbeşinci gün 38.8°C ateşi oldu. Yapılan kan kültüründe üreme olmadı. Gruber widal testi negatif bulundu. Gaita kültüründe E. coli üredi. Bir gün süren yüksek ateş normale döndü, ve hastanın gastrointestinal problemi olmadı. İrادی olarak defekasyon yapılabilir hale geldi.

Yirmi birinci gün hastaya torakolomber korse uygulandı. yatak seviyesinde rehabilitasyona devam edildi. Başlangıçtan beri mevcut olan nörolojik mesane flask olarak değerlendirildi. Retansiyonu önlemek için sondası mevcuttu. Yirmi beşinci gün ürener enfeksiyon meydana geldi. Antiboyograma uygun hassas antibiyotik on gün kullanıldı. Otuz dördüncü gün hastanın soldizinde daha fazla olmak üzere her iki dizde intra artiküler mayii artışı gözlemlendi. (Resim 1).

Lokal hareket renk değişikliği, pasif hareket limitasyonu yoktu. Giderek artan sıvı sol dizden aspire edilerek boşaltıldı ve hastaya Endol cap (3x1) başlandı. Bu arada hastanın dahili yünden yapılan muayesinde üriner enfeksiyon dışında patoloji tespit edilmedi. Ürolojik muayenesindeyse kapasitesi 400 cc nörolojik flask mesanesi göz önüne alınarak yapılan İVP tetkikinde, böbreklerinde patoloji olmadığı, mesanenin kapasitesinin arttığı gözlemlendi. Yapılan tam idrar tetkiki ve idrar kültüründe enfeksiyon iki ay devam etti, Bu arada başından beri dolma hissi duyduğunu söyleyen hasta kırk güne kadar iradi olarak idrarını boşaltamıyordu. Kırkıncı gün sondası çıkarıldığında yapılan takibinde idrarının iradi kontrolünü yapabildi ve daha sonra takılmadı.

Hastada otuz dördüncü gün görülen her iki dizdeki şişlik, soldizden alınan intraartiküler mayii ve verilen antienflamatuar ilaçtan sonra diğer dizdeki sıvıda azaldı ve on günde kayboldu. Her iki diz radyografilerinde yumuşak dokudaki şişlik dışında patoloji yoktu. Takip edilen üriner enfeksiyona uygun antibiyotik onbeşer gün arayla iki sefer onar gün kullanıldı. Üriner antiseptik preparatlar verildi. Nörojenik mesane göz önüne alınarak uygun tedavi yapıldı ve enfeksiyon kayboldu. Antieflamatuar preparat yirmidört gün kullanıldı ve kesildi. Daha sonra hastanın eklemlerinde şişlik gözlemlenmedi.

Hastadaki nörolojik ve lokomotor muayene bulguları iradi gaita ve idrar boşaltabilmesi dışında 3 ay değişmeden aynen devam etti.



Resim 1: Her iki dizin ön arka görünümü.

TARTIŞMA

Reaktif artitler sık raslanan artritlerden Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilite benzer bir mekanizmayla ortaya çıkabileceği için araştırma yönünden önem taşımaktadır. Literatürlerde Reaktif artitlere enterik enfeksiyonları ve ürogenital, üst solunum yolu enfeksiyonu, akciğerlerdeki enfeksiyonu takiben görülebileceği yazılmaktadır (1,2,4,5,6). Bizim paraplejik olgumuzda iki ay süreli bir ürener enfeksiyon gelişti ve bu ürener enfeksiyonun başlamasından on gün sonra her iki dizde efüzyonlu artrit ortaya çıktı. Literatürlerde-primer enfeksiyondan bir iki hafta sonra artrit görülebileceği ve akut-atağın bir kaç ay içinde geçeceği yazılmakta (2,5). Bizim olgumuzda akut artrit atağı primer enfeksiyonun ortaya çıkmasından, enfeksiyon tedavisine hemen başlanmasına rağmen on gün sonra görüldü. Nonsteroid antienflamatuar preparat tedaviye ilave edildi ve on gün içinde akut dönem geriledi. (Klinik ve radyolojik değerlendirme eklem efüzyonuna göre yapıldı Ağrı ve hassasiyet derin duyu kusuru nedeniyle değerlendirilemedi. Enterik enfeksiyonları takiben görülen reaktif artropatilerde eritrosit sedimantasyon hızı yükselmekte,

anemi görülmekte, mikroskopik hematüri, akut glomerülo nefritisi oluşabilmekte, sinovyal sıvı genellikle aseptik olmakta ve HLA B 27 doku antijeni % 66-88 müsbet bulunduğu yayınlanmakta (1). Bizim olgumuzda da artrit atağı esnasında sedimentasyon hızı birinci saatte 50 mm ye yükseldi, lokosit, 9.000 mm³ orta derecede bir anemi ve mikroskopik hematürü mevcuttu sinovyal sıvı analizinde bakteri üremedi. Biyokimyasal tetkikleri normal sinovyal sıvı tetiklerine uymaktaydı. Olgumuzda klinik ve laboratuvar olarak gastrointestinal enfeksiyonu destekleyen bulgu kaydedilmedi. Fakat yermibeşinci günden itibaren üriner enfeksiyonu mevcuttu. Spesifik antibiyotikle tedavi edilmesine rağmen ongun sonra artrit gelişti. Gelişen artriti genitoüriner sistem enfeksiyonu sonucu oluşan hipersensibiliteye bağlı artrit olarak değerlendirdik. Üriner enfeksiyon iki ay sonra-tamamen düzeldi artrit atağı tekrarlamadı.

Radyolojik tetkiklerinde her iki diz ekleminde yumuşakdoku şişliğinden başka bulgu kaydedilmedi. Sakroiliyak eklemleri ve diğer eklemler, literatürde demineralizasyon ve sakro iliitiis olabileceğine raslanmasına rağmen bizim olgumuzda normal değerlendirildi (1,2,5). Kesin tanıya yardımcı doku antijeni tayin imkanlarımız olmadığından yapılamadı. Hastanın, bakılan latex testi iki sefer tekrarda negatif bulundu. Bu haliyle olguda üriner enfeksiyon dışında başka bir enfeksiyon yokken, başka eklem ve sistemlerinde her hangi bir romatizmal hastalığı destekleyen bulgu mevcut değilken meydana gelen bu artriti mevcut üriner enfeksiyona bağlı bir reaktif artropati olarak eğerlendirdik ve yayınlamayı uygun bulduk. Reaktif artropatilerin genel klasik bilgi ışığı altında çeşitli lokalizasyonlu enfeksiyonlarda oluşabileceği bilinmektedir. Olgumuzun parapleji olması, gerito-üriner enfeksiyonun ön planda olması, reaktif artropatilerin genito üriner enfeksiyona zemin hazırlayan paraplejili olgularda görülebileceği ve bu gibi artritlerin reaktif artropati olabileceği gerçeği göz önünde tutulmalıdır.

SUMMARY

The Reactive Arthropathy In Paraplegic Case

Reactive arthropathies has be seen owing to various infections, in this paper, we present cases in which reactive arthropathy has developed following a urinary infection. The patient has been aducitted to our clinic because of the paraplegie diagnosis.

KAYNAKLAR

- 1- Armin, E. G.: Enteropathic Arthritis Text book of Rheumatology Kelley W., N. MD, Harris. A D. JR. MD, Ruddy S. MD, Slenge, C., B. MD, BW. Saunders Company London page: 1063-1075, 1981.

- 2- Brewerton D., Spondilit, Psöriazis, Reiter Hastalığı, Klinik Romatoloji Currey HLF. Çeviri Akoğlu T. Akoğlu E., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No: 4 Sayfa: 75 103-1980.
- 3- G bofsky A.: Enteropathic Arthritis, Manueal of Rheumatology and Outpatient Ortopedic Disorders. Beary john F. 111. MD. Christian C.L. M. D., Sculco, Thomas, P.M.D. Little, Brown and Company Boston page 57-52. 1981.
- 4- Gümüşgil, G., Doğanavşargil, A.: Seronegatif Poliartiler Romatizmal Hastalıklar. Tuna N. Ayyıldız Matbaası sayfa: 375-413. 1982.
- 5- Luzar M., j., Calwell j., H. Mekhjian H. and Thomas F., B: Yersinia Enterocolitica infection preting as chronic enteropathic arthritis. Arthritis ard Rheumatism Vol. 26 No: 9 1983 page 1163-1165.
- 6- Moll j.M.H., Haslock I. and Wright V.: Seronegatif Spondilartritides Co-peman's text book of the Rheumatic diseases Scott J.T. Fith Edition Churchill Livigstone page 586-1977.