

# Kalkaneal Entezopatinin Eşlik Ettiği Poststreptokoksik Reaktif Artrit: Olgu Sunumu

## Poststreptococcal Reactive Arthritis Associated with Calcaneal Enthesopathy: A Case Report

Kaan UZUNCA, Murat BİRTANE, Coşkun ZATERİ  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Edirne

### Özet

Streptokok enfeksiyonu sonrası görülen ve Jones kriterlerini tam karşılamayan artritler poststreptokoksik reaktif artrit (PSRA) olarak isimlendirilir. PSRA'nın kliniğinde temel bulgu olan oligoartrit yanısıra ateş, miyalji, eritema nodosum, eritema multiforme, vaskülit ve glomerulonefrit gözlemlenebilir. Fakat entezopati PSRA'nın bilinen klinik bulgularından değildir. Öyküsünde bir hafta önce akut streptokoksik tonsillit geçirdiği öğrenilen 28 yaşındaki bir erkek hasta, 5 gündür mevcut olan sol diz, ayak bileği, topuk ağrısı ve sol dizde şişlik şikayeti nedeniyle kliniğimize başvurmuş ve bu bulgularla PSRA tanısı konarak 10 gün prokain penisilin (1.600.000 IU/gün) ve asetilsalisilat (5 gr/gün) tedavisi başlanmıştır. Bu tedavi sonrası tam olarak iyileşen hastada PSRA seyri sırasında kalkaneal entezopati gelişmesi nedeniyle olgumuzu sunmayı amaçladık. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005; 51 (1): 37-39*

**Anahtar Kelimeler:** Poststreptokoksik reaktif artrit, entezopati

### Summary

Poststreptococcal arthritis (PSRA) has been defined as a form of arthritis following streptococcal infection which does not satisfy the Jones criteria. Fever, myalgia, erythema nodosum, erythema multiforme, vasculitis and glomerulonephritis can be observed besides oligoarthritis, which is the chief complaint, in the clinical course. However enthesopathy is not a usual finding. A twenty-eight years old man with a history of a streptococcal tonsillitis at the previous week admitted to our clinic with the complaints of left knee, ankle, heel pain and left knee swelling that lasted for 5 days and was diagnosed as PSRA. The medical treatment including procaine penicillin for 10 days (1.600.000 IU per day) and acetylsalicylate (5 gr per day) was administered. We aimed to present this case, who was totally cured after this therapy regime, because of the associated calcaneal enthesopathy during the course of PSRA. *Turk J Phys Med Rehab 2005; 51 (1): 37-39*

**Key Words:** Poststreptococcal reactive arthritis, enthesopathy

### Giriş

Reaktif artrit terimi genellikle gastrointestinal ve/veya genitouriner sistem olmak üzere, vücudun herhangi bir bölgesindeki primer enfeksiyonla ilişkili fakat farklı bir lokalizasyonda ortaya çıkan inflamatuvar artritler için kullanılır (1). Reaktif artrit bu tanımlı streptokoklara bağlı primer boğaz enfeksiyonundan sonra ortaya çıkan artritler için de kullanılmaya başlanmıştır (2). Grup A beta hemolitik streptokoklara bağlı boğaz enfeksiyonlarını takip eden nonsüperatif artrit tablosu Jones kriterlerini karşıladığında akut romatizmal ateş (ARA) olarak sınıflandırılır. Bu hastalık çocuklarda ve gençlerde yaygın olarak görülmekle birlikte, altıncı dekada kadar erişkinlerde de ortaya çıkabilir. Poststreptokoksik

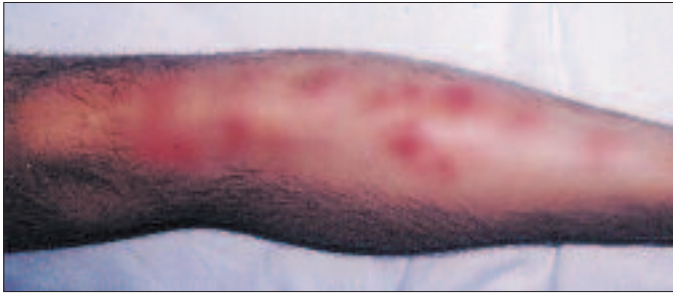
reaktif artrit (PSRA) terimi ilk kez 1982'de Goldsmith ve Long (3) tarafından kullanılmıştır. Bu tarihten sonra PSRA farklı klinik belirtileri nedeniyle ARA'dan ayrı tutularak değerlendirilmiştir. PSRA daha çok erişkinlerde görülmekte olup, ARA'nın tipik kutanöz, kardiyak ve nörolojik tutulumlarına rastlanmaz. PSRA'nın kliniğinde oligoartrit yanısıra ateş, miyalji gibi sistemik bulgular, eritema nodosum, eritema multiforme gibi cilt bulguları, vaskülit ve glomerulonefrit gibi ekstraartiküler tutulumlar görülebilir (2,4). PSRA sırasında sporadik olarak ortaya çıkan kolestatik hepatit ve üveit olguları da bildirilmiştir (5,6). Fakat entezopati PSRA'nın bilinen klinik bulgularından değildir. Bu nedenle streptokok enfeksiyonu sonrası artrit ile birlikte kalkaneal entezopati gelişen olgumuzu sunmayı amaçladık.

## Olgu

28 yaşında erkek hasta, sol diz, sol ayak bileği ve sol topuğunda 5 gündür mevcut olan ağrı, beraberinde sol dizinde şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta ağrılarının gün içinde daha fazla olduğunu, hareketle arttığını, dinlenmekle ve soğukla azaldığını belirtti. Kliniğimize başvurusundan 2-3 gün önce sol ayak bileğinin üstünde, bacağına ön yüzünde kızarıklık ve ağrı başladığını ifade etti. Son 10 gündür akşamları yükselen ateşi olup, şikayetlerinin başlangıcından 2 hafta önce akut tonsillit tanısıyla günde 2 gr amoksisilin-klavulanat kullandığı saptanan hastanın, yakın zamanda ishal, kabızlık, karın ağrısı, şüpheli cinsel ilişki ve travma öyküsünün olmadığı öğrenildi.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, koopere, oryante olup, konjunktiva ve farenks normaldi, kalp sesleri ritmik, üfürüm yoktu. Akciğer ve batin muayenesi doğaldı. Sol pretibial bölgede gode bırakmayan ödem ve 7-8 cm çapında, sınırları belirsiz, sert ve deriden kabarık olan eritema mevcuttu (Şekil 1). Lökomotor sistem muayenesinde sol dizi şiş görünümde idi ve patellar şok testi pozitif. Her iki dizde ısı artışı saptandı. McMurray, ön ve arka çekmece, Apley kompresyon ve distraksiyon testleri negatifti. Sol ayak bileği şiş görünümde olup, her iki ayak bileğinde ısı artışı mevcuttu. İki ayak bileği de palpasyonla hassastı. Diz ve ayak bileklerinde eklem hareketleri açık, ancak iki tarafta ağrılıydı. Sol kalkaneus alt ucu presyonla hassastı. Hasta bu klinik bulgularla 'akut eklem romatizması', 'reaktif artrit', 'ailevi Akdeniz ateşi', 'Still hastalığı', 'brusella' ve 'sıtma' ön tanıları ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı kliniğine yatırıldı.

Hastanın laboratuvar incelemelerinde saatlik eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 76 mm, CRP 74,1 mg/lt, ASO 1750 IU/ml, lökosit sayısı 15100/mm<sup>3</sup>, RF 4,8 IU/lt, ürik asit 3,9 mg/dl, ferritin 44



Şekil 1: Cilt lezyonları ve sol diz artrit görünümü.



Şekil 2a: Sağ kalkaneusta normal radyografik görüntü.

ng/ml, fibrinojen 617 mg/dl olarak saptandı. İdrar analizi normal idi. Anti-HBs, anti-HBc IgM, anti-HCV, anti HIV, Wright, HLA B27, ANA, anti-DNA testleri negatifti. İdrar, kan ve boğaz kültürlerinde üreme olmadı. Kalın damla periferik yaymasında sıtma elemanına rastlanılmadı. Protein elektroforezi normal bulundu. Çekilen EKG, ekokardiyografi, batin ultrasonografi ve yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografisi sonuçları normaldi.

Hasta servisimizde yatarak 39°C'ye kadar yükselen ateşi oldu. Ateş yükseldiği sırada vücudunda döküntüleri olmadı. Alt ekstremitelerdeki cilt lezyonları 'eritema nodosum' olarak değerlendirildi. Kardiyoloji konsültasyonunda kardit varlığı saptanmadı. Bu arada hastanın topuk ağrıları nedeniyle çekilen ayak grafilerinde, sağ kalkaneus normal olarak izlenirken (Şekil 2a), sol kalkaneusta yeni başlangıçlı epin kalkaneus izlendi (Şekil 2b). Şikayetlerinin başlangıcından 2 hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü, ateş, artralji ve artrit varlığı, gezici tarzda eritema nodosum lezyonlarının saptanması, ASO değerinin 1750 IU/ml olması, ESH'nin ve lökosit sayısının yüksekliği nedeniyle hasta, PSRA olarak değerlendirildi. Tedavi olarak 10 gün prokain penisilin (1.600.000 IU/gün) ve asetilsalisilat 5 gr/gün başlandı. Takibinde hastanın ateşi düştü, cilt lezyonları, artrit bulguları geriledi ve laboratuvar değerleri düzeldi. Lökosit sayısı 7700/mm<sup>3</sup>e, ESH 30 mm/saat'e, ASO da 1165 IU/ml'ye geriledi. Onuncu günden sonra benzatin penisilin 1.200.000 IU amp. IM tek doz uygulandı. Bir yıllık benzatin penisilin profilaksisine alındı.

## Tartışma

Streptokok enfeksiyonlarını izleyen steril artritler ARA ve PSRA olarak iki klinik tablo oluşturabilir (1). PSRA, kardit gözlenmemesi, daha çok kadın ve erişkinlerde ortaya çıkması, daha kısa latent periyodu olması, artritlin gezici olmaması, eritema nodosum ve eritema multiforme gibi cilt bulgularının sık gözlenmesi gibi özellikleri ile ARA'dan farklılıklar gösterir (1,2,7).

Genel görüş olarak Jones kriterlerini karşılamayan poststreptokoksik nonpürülan artritler PSRA olarak kabul edilmektedir (5). PSRA seyri sırasında majör Jones kriterleri olan korea, kardit, eritema marjinalum gibi klinik bulgulara rastlanılmasa da, bir diğer majör Jones kriteri olan artrit hastalığının temel bulgusudur. Ancak PSRA'da gözlenen artrit ARA'dan farklı olarak gezici değildir (1,2,7).

Entezopati, tendon veya ligamentlerin kemiğe yapışma yeri olan entezis bölgelerindeki patolojik değişimdir (8). Radyografik olarak entezis alanlarındaki ossifikasyonla tanınır. Entezopati, de-



Şekil 2b: Sol kalkaneus plantar yüzde yeni başlangıçlı "epin kalkaneus" nin radyografik görüntüsü.

jeneratif ve metabolik hastalıkların yanı sıra, ankilozan spondilit, psöriatik artrit, reaktif artrit, enteropatik artritler ve SAPHO gibi inflamatuvar artritlerde de gözlenen klinik bulgulardan biridir (8).

Ankilozan spondilit ve psöriatik artrit gibi bir diğer seronegatif artrit olan reaktif artrit de entezopati gözlenebilir. Reaktif artritte en sık rastlanan hedef entezopati alanları kalkaneusun plantar yüzü, iskial tuberositler ve trokanterlerdir (8). Kalkaneal entezopati, Yersinia, Chlamydia ve Campylobacter gibi bakteriyel enfeksiyonlara bağlı reaktif artritlerin klinik seyirinde yaygın olarak gözlenen bir bulgu olarak belirtilmiştir (9-14).

Bir reaktif artrit tablosu gibi düşünülebilmese rağmen Iglesias-Gamarrá (5) ve Jansen ve ark.(1,2) tarafından uzun dönemli olarak izlenen PSRA olgu serilerinde entezopati bulgularından söz edilmemiştir. Keza literatürde de bu iki patolojik durumun birlikteliğini belirleyen ve buna dikkat çeken çalışma yoktur. Sadece Niewold ve ark'nın (15) sunduğu tek bir olguda artrit, glomerulonefritle birlikte saptanan plantar fasya hassasiyetinin eşlik ettiği bildirilmiştir.

PSRA sebep olan etken açısından, bir uzak enfeksiyona sekonder gelişse bile oluşturduğu özgün iç organ ve eklem tutulumları nedeniyle reaktif artritlerden ayrı olarak sınıflandırılan ARA hastalığına da benzerlikler göstermektedir. Entezopati ARA'nın Jones kriterlerinden olmayıp, bilinen klinik bulgularından birisi değildir (16). Reaktif artritler için daha özgün olan bu tablo, ARA ile PSRA arasında sayılan farklardan bir diğeri olarak düşünülebilir. Biz bu olgumuz nedeniyle, Yersinia, Chlamydia ve Campylobacter gibi bakteriyel enfeksiyonlara bağlı reaktif artrit seyirinde yaygın olarak gözlenen kalkaneal entezopatinin, streptokoksik tonsillite sekonder reaktif artritlerde de görülebileceğini düşünmekteyiz.

## Kaynaklar

1. Jansen TL, Janssen M, Van Riel PL. Grand rounds in rheumatology: acute rheumatic fever or post-streptococcal reactive arthritis: a clinical problem revisited. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 335-40.
2. Jansen TL, Janssen M, De Jong AJ, Jeurissen ME. Post-streptococcal reactive arthritis: a clinical and serological description, revealing its distinction from acute rheumatic fever. *J Intern Med* 1999; 245: 261-7.
3. Goldsmith DP, Long SS. Poststreptococcal disease of childhood - a changing syndrome. *Arthritis Rheum* 1982; 25(Suppl 4): 18.
4. Gutierrez-Urena S, Molina J, Molina JF, Garcia CO, et al. Poststreptococcal reactive arthritis, clinical course, and outcome in six adult patients. *J Rheumatol* 1995; 22: 1710-3.
5. Iglesias-Gamarrá A, Mendez EA, Cuellar ML, Ponce de Leon JH, et al. Poststreptococcal reactive arthritis in adults: long-term follow-up. *Am J Med Sci* 2001; 321: 173-7.
6. Kobayashi S, Tamura N, Ikeda M, Sakuraba K et al. Uveitis in adult patients with poststreptococcal reactive arthritis: the first two cases reported associated with uveitis. *Clin Rheumatol* 2002; 21: 533-5.
7. Ayoub EM, Majeed HA. Poststreptococcal reactive arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2000; 12: 306-10.
8. Ruhoy MK, Schweitzer ME, Resnick D. Spondyloarthropathies-Entesopathy. In: Klippel JH, Dieppe PA eds. *Rheumatology*. London: Mosby, 1998: 6.13.1-6.
9. Hannu T, Mattila L, Rautelin H, Pelkonen P, et al. Campylobacter-triggered reactive arthritis: a population-based study. *Rheumatology* 2002; 41: 312-8.
10. Hannu T, Mattila L, Siitonen A, Leirisalo-Repo M, et al. Reactive arthritis following an outbreak of salmonella typhimurium phage type 193 infection. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 264-6.
11. Mattila L, Leirisalo-Repo M, Koskimies S, Granfors K, et al. Reactive arthritis following an outbreak of salmonella infection in Finland. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 1136-41.
12. Yli-Kerttula T, Tertti R, Toivanen A. Ten-year follow up study of patients from a yersinia pseudotuberculosis III outbreak. *Clin Exp Rheumatol* 1995; 13: 333-7.
13. Loch H, Molbak K, Krogfelt KA. High frequency of reactive joint symptoms after an outbreak of salmonella enteritidis. *J Rheumatol* 2002; 29: 767-71.
14. Hannu T, Puolakkainen M, Leirisalo-Repo M. Chlamydia pneumoniae as a triggering infection in reactive arthritis. *Rheumatology* 1999; 38: 411-4.
15. Niewold TB, Ghosh AK. Post-streptococcal reactive arthritis and glomerulonephritis in an adult. *Clin Rheumatol* 2003; 23: 350-2.
16. Shulman ST, Ayoub EM. Poststreptococcal reactive arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2002; 14: 562-5.