

REAKTİF ARTRİTLER "REITER SENDROMU"

Klinik, Radyolojik ve Laboratuvar Özellikler

Nesrin Bölükbaşı*

TARİHÇE

Reaktif artrit (ReA), eklem uzak bir enfeksiyon ile ilişkili olan, ancak eklemde mikroorganizmanın izole edilmesinin mümkün olmadığı steril artrit prosesi tanımlayan geniş bir deyimdir. Hastalığın varlığının çok eski çağlardan itibaren bilindiği, Hippocrates'in, 'Genç bir kişide, cinsel ilişki olmadan gut görülmez' sözünden anlaşılmaktadır. Bu cümlede 'gut', 'akut artrit' anlamında kullanılmaktadır. 1776'da Stoll, dizanteri sonrası, 1818'de ise Brodie, venereal hastalık sonrası gelişen reaktif artrit söz etmişlerdir. 1916'da Hans Reiter, bir subayda, dizanteri sonrası gelişen artrit, üretrit ve konjunktivit triadını tanımlayarak 'Reiter sendromu' nun isim babası olmuş, ancak hastalığın bir 'spiroket aritriti' olduğunu belirtmiştir. Aynı yıl, Fissinger ve Leroy, bir *shigella dysenteriae* salgınından sonra gelişen 'okulo-üretro-sinovyal sendromu' tanımlamış ve ilk defa 'bir mikroorganizma tarafından tetiklenen 'aseptik artrit' fikrini ortaya atmışlardır (1). Fransız literatüründe Reiter sendromu 'Fissinger ve Leroy sendromu'

adı ile de bilinmektedir. 1950'lerde Harkness'in, *chlamydia trachomatis*, 1973'te Aho'nun *Yersinia enterocolitica* enfeksiyonlarından sonra aseptik artrit gelişebileceği konusundaki gözlemleri ile birlikte 'reaktif artrit' deyimini ortaya atılmış ve kabul görmüştür (2). 1974'te Amor, HLA-B27 ile reaktif artrit arasındaki ilişkiye dikkati çekerek etiopatogenezi aydınlatmaya yönelik önemli bir adım atmıştır. 1981'de Wilkens, Reiter sendromunu, post-dizanterik (epidemik) ve post-venereal (endemik) olmak üzere iki başlık altında incelemiş ve hastalığa ait ilk tanı kriterlerini oluşturmuştur.

TANIM

Pacheco-Tena ve arkadaşlarının reaktif artrit sınıflandırması için yaptıkları bir çalışmada, 1980-1996 yılları arasında ait konu ile ilgili Medline taramasında elde edilen 175 makalenin incelenmesi sonucunda, reaktif artrit tıp literatüründe çok değişik isimler altında incelendiği görülmüştür (3). Bu isimlerden bazıları Tablo 1'de yer almaktadır. Tarihçeden anlaşıldığı üzere, bu hastalık, adını, ilktanımla-

Tablo 1. Reaktif artrit sinonimleri (3)

Reiter sendromu

- Reiter hastalığı
- Enterik Reiter sendromu
- Postdizanterik Reiter sendromu
- Seksüel yolla edinilmiş Reiter sendromu

Reaktif artrit

- Klasik, tipik, olası, entero ReA
- Reaktif entesit
- Post-yersinia ReA
- Post-shigella ReA
- Chlamydia ReA
- Post-salmonella ReA
- Seksüel yolla edinilmiş ReA
- B27 asimetrik periferik artrit
- B27 + seronegatif artrit
- Andiferansiye SpA

yan kişilerden biri olan Reiter'den almıştır. Ancak tıbbi literatürdeki adlandırma eğiliminin yıllar içerisinde Reiter sendromundan Reaktif artrite doğru bir eğilim gösterdiği izlenmektedir. Günümüzdeki eğilim ise, artriti tetiklediği düşünülen mikroorganizmanın adının da kullanılarak ReA şeklinde yapılan adlandırmadır. Örneğin *Chlamydia* veya *Shigella*-ilişkili ReA gibi. Çoğu kaynaklarda, romatizmal ateş, parazitik artritler, BCG aşısına bağlı gelişen artrit, brucella ve mikobakteri enfeksiyonlarının seyri sırasında görülen artritler, ReA olarak kabul edilmekteyse de, özgün tedavileri olduğu için ReA sınıfına sokulmaması gerektiği iddia edilmektedir (1).

ReA, genetik predispozisyon zemininde, artrit-jenik bir bakteri tarafından oluşturulan eklem dışı bir enfeksiyondan 1-6 hafta sonra gelişen, aseptik artrit yanısıra sistemik tutulumla seyredilen bir romatolojik hastalık olarak tanımlanabilir (2). Tetikleyen enfeksiyonlar başlıca ürogenital, gastrointestinal sistem ve boğaz kaynaklıdır. Calin'in 1984'te yaptığı tanımlamaya göre, seronegatif asimetrik artropatisi (genelde alt ekstremitede) olan ve üretrit-servisit, dizanteri, inflamatuvar göz hastalığı veya mukokütanöz hastalık gibi klinik tutulumlardan bir

veya daha fazlasını gösteren hastada, ankilozan spondilit, psöriatik artrit ve diğer romatolojik hastalıklar ekarte edilmek koşuluyla Reiter sendromu tanısı konabilir (4). Amor ve arkadaşları tarafından

Tablo 2. Spondiloartropatilerin tanı kriterleri (Amor, 19090)

Öykü / klinik	puan
İnflamatuvar omurga ağrısı	1
2. Asimetrik oligoartrit	2
3. Kalça ağrısı	1-2
4. Sosis parmak	2
5. Topuk ağrısı	2
6. Üveit	2
7. Üretrit- servisit	1
8. Akutdiare	1
9. Psöriasis, balanitis, inf. barsak hastalığı öyküsü	2
Radyolojik (sakroileit)	3
10. Sakroileit	
Genetik (HLA-B27)	2
11. HLA-B27 pozitifliği ve /veya aile öyküsü	
Tedaviye yanıt (NSAİİ)	2

1990 yılında geliştirilmiş olan tanı kriterleri ise Tablo 2'de yer almaktadır (1,5). Bu kriterlere göre A)7 veya 8. madde pozitif olmak şartıyla toplam puan en az 6 ise ReA tanısı konabilmektedir. Avrupa Spondiloartropati çalışma grubunun geliştirmiş olduğu tanı kriterleri ve sınıflandırmaya (6) göre, Amor'un tanı kriterleri, daha yüksek duyarlılık, özgüllük ve doğruluk değerlerine sahip bulunmuştur (5).

Pacheco-Tena'nın, ReA ile ilgili klinik ve deneysel çalışmalar için önerdiği yeni sınıflamaya göre, ReA, olası, kesin ve andiferansiye olmak üzere üç kategoride incelenmektedir (3). Tablo 3'te yer almakta olan bu sınıflama, henüz yaygın kabul görmüş olmayıp, muğlak yönleri olduğu gerekçesiyle eleştirilmektedir (7, 8). 1995'te Berlin'de toplanmış olan 3. Uluslararası Reaktif Artrit Çalışma Grubu'nun tanısal kriterlerle ilgili önerisi ise (Tablo 4), çok sayıda çalışma ile değerlendirilmek koşulu ile, daha yaygın kabul göreceği konusunda ümit vadetmektedir (9).

EPİDEMİYOLOJİ

ReA'in epidemiyolojik özelliklerinin sağlıklı olarak belirlenmesinde birtakım sorunlar mevcuttur (4). Bu sorunlar şu şekilde sıralanabilir:

Tablo 3. Pacheco-Tena'nın önerdiği yeni reaktif artrit* sınıflaması (3)

1. Olası ReA
 - Kas-iskelet semptomları^{**} + ekstraartiküler tutulum^{***}
 - Enfeksiyon bulgusu^a (bakteri -)^b + 4-6 hafta sonra ortaya çıkan kas-iskelet semptomları^{**}
 2. Bakterinin tetiklediği kesin ReA
 - Enfeksiyon bulgusu^a (bakteri +)^b + kas-iskelet semptomları^{**}
 - Kas-iskelet semptomlarından^{**} 4-6 hafta önce tanımlanmış bakteriyel enfeksiyon⁶
 3. Bakteri-ilişkili andiferansiye oligoartrit veya SpA
 - * İzole andiferansiye oligoartrit olguları dışlanmak koşuluyla;
 - ** Artrit, oligoartrit, poliartrit veya artropati
 - *** Konjunktivit, üretrit, servisit, keratodermi, üveit gibi.
- " Diare veya üretrit
^b Enfeksiyon bölgesinden alınan kültürün pozitif olması veya serumda antikor saptanması
^c Enfeksiyon bölgesinden alınan kültürün pozitif olması, serumda antikor saptanması, periferik kanda veya sinovyal sıvı lenfosit proliferasyonu, veya sinovyal sıvı veya dokuda bakteriyel antijen veya DNA / RNA saptanması

Tablo 4. Reaktif artrit için tanısal kriterler (8)

Özellikle alt ekstremiteleri tutan asimetrik artrit

+

Önceden geçirilmiş bir enfeksiyona ait kanıt

- 1-4 hafta önce klinik diare veya üretrit öyküsü
- Pozitif gaita kültürü
- Sabah idrarının ilk kısmında veya ürogenital sürüntüde chlamydia trachomatis saptanması
- Yersinia veya salmonellaya karşı antikor saptanması
- Chlamydiaya karşı IgG, IgM veya IgA antikorların saptanması
- Eklemde, PCR yöntemi ile chlamydia DNA'sının saptanması

1. ReA tanısını kesinleştiren bir tanısal yöntem yoktur.
2. Hastalığın ge/iç erişkinlerde görülmesi hasta popülasyonunun takibini zorlaştıran bir etmendir.
3. Artritten önce geçirilmiş olan genitoüriner veya enterik sistem enfeksiyonu bulguları, hafif geçmiş veya unutulmuş olabilir. Bu enfeksiyonlar ancak sofistike laboratuvar yöntemleri ile saptanabilir.
4. Ekstraartiküler tutulum belirtileri çok silik olduğu için gözden kaçmış olabilir. Örneğin deri bulguları mantar enfeksiyonu veya psöriazis tanısı almış olabilir. Üretriti tanımlamak erkek hastada çok zor, kadın hastada ise neredeyse olanaksızdır. Servisit çoğu zaman non-spesifik veya asemptomatiktir. Jinekolog tarafından görülen servisit, ayak bileği artriti ile ilişkisi kurulamayabilir. Klasik triad eşzamanlı olmayabilir.
5. Ekstraartiküler bulgular farklı doktorlar tarafından tek tek izleniyor olabilir, yanlış tanımlar olabilir
6. ReA'nın kronikleşmesi ve takibi daha seyrek olduğundan, kronik olgular seronegatif RA tanısı alabilir.
7. Ankilozan spondilit tanısı almış olan hastalar, gerçekte ReA şeklinde başlayıp daha sonra ankilozan spondilit formuna dönüşmüş olabilir.tüm dünyada görülebilen bir hastalıktır. Batı Afrika'da çok nadir olmakla birlikte, HIV enfeksiyonu ile birlikte görülme insidansı artmaktadır. Eskiden, kadınlarda hastalığı tanımlamanın daha zor olmasına bağlı olarak kadın/erkek oranının 1/20

1/3 şeklinde olduğu gibi bilgiler varken, günümüzde her iki cinste de eşit oranda görüldüğü bilinmektedir (4). ReA, 3. dekatta (20-40 yaş) en sık görülmekle birlikte, yaşamın her döneminde, çocuklukta ve*yaşlılıkta da ortaya çıkabilen bir hastalıktır. Yıllık insidans, Finlandiya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada 30-40 /100 000 olarak bulunmuştur (2).Genç bir erkek veya kadında inflamatuvar artritin en sık nedeni Reaktif artrit'tir. HLA-B27 % 65 - 96 olguda + olup.HLA - B27 + olanlarda ReA riski 50 kat artmakta, şiddet ve kronisite eğilimi daha fazla olmaktadır. HLA-B27 pozitif bireylerde, artritogenik mikroorganizma ile karşılaşanların % 20'sinde ReA geliştiği bildirilmektedir (2, 4). Non-spesifik üretritli hastaların % 1'inde, infektif diareli hastaların % 1-3'ünde Reaktif artrit gelişebilmektedir.

KLİNİK BULGULAR

ReA, sistemik bir hastalık olup, hastalığın şiddeti çok değişken olabilir. Kas - iskelet sisteminin yanısıra deri ve müköz membranlar, gastrointestinal sistem, ürogenital sistem, göz ve böbrek tutulumu da söz konusu olabilir. Sistemlere göre klinik tutulum örnekleri Tablo 5'te yer almaktadır.

Hastalığın başlangıcı bazen akut olup, 39 'ye yükselen ateş ve kilo kaybı gibi sistemik belirtilerle birlikte diffüz poliartiküler tutulum görülebilir. Ancak çoğu olguda, az sayıda ekleme kısıtlı sinoviyit dışında sistemik belirti pek görülmez. Hastalık genellikle dört klinik formda görülür (1):

1. Periferik artrit sendromu. Başlangıç akut olup 2-4 eklem tutulumu vardır. Özellikle dizler ve ayak bilekleri asimetrik olarak tutulmuştur. Sosis parmak olarak da tanımlanan, bir parmağın diffüz şişliği, bu sendroma özgül bir klinik bulgudur.
2. Entesopatik sendrom. Artrite eşlik eden veya tek başına olabilen entesopati, hastaların yarısına yakın kısmında görülebilir. Topuk ağrısı en kolay saptanabilen entesopatik lezyondur.
3. Pelviaksiyel sendrom. Hastaların yarısında inflamatuvar sırt, bel ve kalça ağrısı görülebilir.
4. Ekstramuskuloskeletal sendrom. intestinal ve genitoüriner semptomlar sadece tanısal değil, aynı zamanda patofizyolojik ve terapötik önem taşırlar.

Tablo 5. Reaktif artrit klinik bulguları

Kas-iskelet sistemi

- Artralji - poliartrit
- Asimetrik monoartrit / oligoartrit
- Aksiyel tutulum
- Daktilit
- Entesopati-Tenosinoyit

Deri ve müköz membranlar

- *Keratoderma blennorrhagica*
- *Circinat balanitis-Oral ülserler*
- Tımak lezyonları
- Eritema nodozum (Yersinia, HLA-B27 -)Gastrointestinal sistem
- Kann ağrısı
- Diare

Ürogenital sistem

- Cretit
- Servisit
- Orşit, prostatit, epididimit, pelvik ağrı

Oküler

- Konjunktivit
- Episklerit, keratit, korneal ülserasyon
- Akut anterior üveit

Renal

- Proteinüri
- Mikrohematüri
- Aseptik pyüri
- Glomerulonefrit
- Ig A nefropatisi

Kas-İskelet sistemi: Hastalığın en belirgin tutulumu eklemlerdedir. Artraljiden ağır poliartrite kadar giden değişik bir klinik spektrum oluşturabilir. Genellikle diz ve ayak bileğinin tutulduğu asimetrik mono-oligoartrit şeklindedir. Dizde oluşan effüzyon popliteal rüptüre kadar gidebilir. Sosis parmak (daktilit), hastalığın entesopatik özelliği nedeniyle bir parmağın tümünde oluşan ekstrasinovyal şişliktir. Entesopatik lezyonlar en sık Asil tendonu- plantar fasiyayı tutar. Asil tendiniti, 'Lover's heel (aşık topuğu)' olarak da anılır.

Deri ve müköz membranlar: *Keratoderma blennorrhagica* özellikle ayak tabanlarında, avuç içlerinde ve parmaklarda oluşan hiperkeratotik lezyonlar olup püstüleri psöriazise çok benzer. Bu lezyonların varlığı, hastalığın gidişinin daha şiddetli olacağını gösterir. *Circinat balanitis*, penisin glans

ve korpusunda görülen, ağrısız, keskin kenarlı, eritematöz lezyonlardır. Benzer lezyonlar ağız içinde, yumuşak ve sert damak mukozasında, diş etlerinde ve dilde de görülebilir. Tırnaklarda psöriazistekine benzer hiperkeratöz ve parakeratoz oluşabilir.

Eritema nodozum, *Yersinia enterocolitica* enfeksiyonlarından sonra görülen bir klinik bulgu olup, ReA kliniğinde yer almayan ve HLA-B27 ile ilişkisi olmayan bir deri tutulumudur (1).

Gastrointestinal sistem: Kas-iskelet sistemi semptomlarından bir ay ya da daha kısa süre önce diare olabilir, ancak çoğu hastada çok hafif geçtiğinden fark edilmeyebilir. Hastalığın seyri sırasında çok sık olmayarak karın ağrısı ve diare görülebilir, ancak gaitadan her hangi bir patojen mikroorganizma izole edilemez. ReA'lı hastalarda yapılan ileokolonoskopilerde, ülseratif kolitte görülen lezyonlara benzer makroskopik veya mikroskopik lezyonlar görüldüğü bildirilmiştir (1)

Ürogenital sistem: Non-spesifik üretritten akut hemorajik sistite kadar değişen, birlikte orşit, epididimit, prostatitin bulunduğu ürolojik semptomlar artrit başlangıcından önce görülebilir. Üretrit aynı zamanda dizanteri sonrası görülen bir fenomen olabilir. Kadınlarda görülen servisit ise hafif vajinal akıntı ile seyreden ve gözden kaçabilen bir tablo gösterebilir.

Oküler bulgular: Klasik triadın bir bölümü olan konjunktivit, artrit başlangıcından önce veya artrit ile birlikte görülebilir. Tek veya çift taraflı olabilen konjunktivitteki akıntı steril olup kısa sürede geçebildiği gibi episklerit, keratit, hatta korneal ülserasyonlara kadar uzanan komplikasyonlara yol açabilir. Akut anterior üveit, sık görülen ve tekrarlamaya eğilimi gösterebilen diğer bir oküler manifestasyondur. Oküler lezyonlar, ReA'nın yegane klinik bulgusu da olabilir. Akut üveitli hastaların 1/3-1/2'sinde romatolojik bir sorun olduğu unutulmamalıdır (4).

Renal Bulgular: Hastaların yarısında proteinüri, mikrohematüri ve aseptik pyüri gibi hafif renal bulgular görülebilir. Glomerulonefrit ve IgA nefropatisi, çok seyrek görülen ve genellikle böbrek fonksiyonlarını bozmayan patolojilerdir.

GEÇ SEKELLER

ReA, kendi kendini sınırlayan minör artropatiden, spinal rijiditenin, görme kaybının, kalp tutulumunun geliştiği, hatta ölüme kadar gidebilen katastrofik bir klinik tabloya kadar değişik seyir gösterebilir. Hastalığın geç sekelleri Tablo 6'da belirtilmektedir.

LABORATUVAR BULGULARI

Rutin laboratuvar incelemeleri: Akut dönemde eritrosit sedimentasyon hızında ve CRP'de yükselme saptanabilir. Hafif lökositoz ve anemi görülebilir. Rutin idrar incelemesinde aseptik piyüri saptanabilir. Sinovyal sıvı incelemesinde, nötrofil hakimiyeti ile birlikte bir miktar hücre artışı dikkati çekebilir. Kültürde üreme görülmez, kompleman düzeyi normaldir. Sinovyal biopside nonspesifik inflamasyon bulguları izlenir. ReA'li hastanın EKG'sinin çekilmesi kardiyak tutulum olasılığı açısından ihmal edilmemelidir.

Tablo 6. ReA'in geç sekelleri

- Spinal
 - Sakroileit
 - AS (non-marjinal, asimetrik sindesmofit)
- Oküler
 - Panoftalmi
 - Körlük
- KVS
 - İletim bozuklukları
 - Çarpıntı, üfürüm, aort yetmezliği
- MSS
 - Periferik nöropati
 - Hemipleji
 - Kranial sinir tutulumu
 - Personage-Tumer send.
- Pulmoner
 - Plörezi
 - Pnömoni
 - Plöritik göğüs ağrısı
- Diğer
 - Purpura
 - Tromboflebit
 - Amiloidoz

Akademik laboratuvar incelemeleri: Bilimsel araştırmalarda, etiopatogenezi açıklamaya yönelik olarak sofistike yöntemler kullanılmakta olup, rutin uygulamalarda bu yöntemlerin yeri yoktur. Başlıca yöntemler Tablo 7'de belirtilmektedir. *Vibrio parahaemolyticus*, *Clostridium difficile* ve *Strongyloides stercoralis* gibi mikroorganizma ve bakteriler bunlardan bazılarıdır (11,12, 13).

RADYOLOJİK BULGULAR

Radyolojik bulguları erken ve geç olmak üzere iki dönemde incelemek uygun olur. Erken dönemde artrit eklem çevresinde yumuşak doku şişliği, birkaç hafta sonra ise eklem çevresinde benekli osteoporoz, komşu proksimal falankslarda ise periost reaksiyonu gelişir. Akut veya subakut artrit seyreden erişkin bir hastada periost reaksiyonu görülmesi akla spondiloartropatiyi getirmelidir (14). Erken dönemde % 4 hastada sakroileit görülebilir.

Geç dönemde oluşan radyolojik değişiklikler ise sakroileit (% 37), erozyonlar, omurgada non-marjinal sindesmofitler ve ankilozan spondilite benzer görünüm (% 15) şeklinde olabilir. Omurgada görülen non marjinal sindesmofitler en sık alt üç torakal, üst üç lomber vertebrayı tutar ve boğa boynuzu, bavul sapı, gözyaşı damlası ve virgül gibi benzetmelerle de anılırlar (15). Servikal omurga ve faset eklemler nadiren tutulur. Metatarsofalanjiel eklemlerde oluşan subluksasyon ve deformite artrit mutilans'a kadar gidebilir, buna 'Lunois's deformitesi' denir. ReA'da sakroileit genelde bilindiği üzere tek

Tablo 7. ReA'de akademik amaçlı uygulanan laboratuvar incelemeleri

- Gaita kültürü
- Üretra -serviks sürüntüsü (chlamydia)
- Monoklonal antikor
- İmmunoelektron mikroskopi
- Mikroimmunofloresans
- PCR
- DNA-RNA hibridizasyonCalprotectin (9)
- Serolojik testler
 - -Salmonella
 - -Yersinia
 - -Campylobacter
 - -Chlamydia
 - -Neisseria
 - -Borrelia

tarafli değil, iki tarafli olup alacali bir tutulum özelliği gösterir.

AYIRICI TANI

Ayırıcı tanıda akla getirilmesi gereken hastalıklar Tablo 8'de belirtilmiştir. Gonokokkal artrit ile ReA arasındaki farklar ise Tablo 9'da yer almaktadır.

HIV enfeksiyonu ve ReA ilişkisi: HIV enfeksiyonun seyri sırasında geçici ve hafif eklem ağrıları olabilir, ancak bu tablo ReA ile karıştırılmamalıdır. HIV (+)'lerde ReA daha sık görülebilmekte ve daha şiddetli seyretmektedir. HIV enfeksiyonu ile ilgili eğitim kampanyaları sonucunda, kondom kullanımının artması ile, seksüel yolla edinilmiş ReA insidansındaki azalma olduğu bildirilmektedir (4). HIV (+) hastalarda ReA görüldüğünde tedavide metotaksat kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir.

PROGNOZ

Reaktif artrit ilk atağı genellikle 3-6 ayda tam olarak iyileşir. % 75 hastada, 2 yıl içinde tam remisyon gerçekleşir. % 30 hasta kronik tekrarlayıcı for-

ma ilerler. Csonka'nın 185 hastada yaptığı 2-15 yıllık takip çalışmasında, yıllık rekürrens % 15, aktif hastalık % 62 oranında bulunmuştur (4). Keratodermisi olan hastalarda % 1 oranında ölümlerle sonuçlanabileceği bildirilmiştir. ReA, kendini sınırlayan hafif bir oligoartritten, kronik major romatolojik hastalığa kadar giden değişken bir klinik spektrumu gösterebilir. Amor ve arkadaşlarının 1994'te geliştirmiş oldukları prognostik kriterler Tablo 10'da yer almaktadır (16).

Tablo 9. ReA ile gonokokkal artrit farkları

	ReA	Gonokokkal A
Üveit	+	-
kültür	-	+
HLA-B27	%80	%7
artrit öyküsü	+	-
gezici artralji	-	+
eklem tutulumu	A>U	A=U
entesopati	+	-
mukokütan.hast.	+	-
ab.e yanıt	-	+

Tablo 8. ReA'de ayırıcı tanı

Enfektif

- Septik artrit
- Gonokokkal artrit
- HIV-ilişkili artrit
- Parvovirus artrit
- Lyme artrit

Romatolojik

- Behçet sendromu
- Gut / psödogut
- Psöaatik artropati
- SAPHO sendromu

Tablo 10. ReA'de prognostik kriterler

- Kalça tutulumu
- ESR > 30
- NSAİİ'lara yanıtızlık
- belde hareket kısıtlılığı
- sisis parmak
- oligoartrit
- süre > 16 yıl
- < 3 benign seyir
- > 7 şiddetli seyir

KAYNAKLAR

1. Amor BP, Toubert AA. Reactive arthropathy, Reiter's syndrome and enteric arthropathy in adults. In: Oxford Textbook of Rheumatology (Maddison PJ, Isenberd DA, Woo P, Glass DN eds), Oxford Med. Pub., Oxford, 2nd Ed, 1998, pp.1084-1097.
2. Toivanen A. Reactive arthritis and Reiter's syndrome: History and clinical features. In: Rheumatology (Klippel JH, Dieppe PA eds), Mosby, London, 1998, Second ed, pp: 6.11.1-7.
3. Pacheco-Tena C, Burgos-Vargas R, Vasquez-Mellado J, Cazarin J, Perez-Diaz JA. A proposal for the classification of patients for clinical and experimental studies on reactive arthritis. *J Rheumatol* 1999; 26:6,1338-1346.
4. Calin A. Reactive arthritis and Reiter's syndrome-the clinical spectrum. In: The Spondylarthritides (Calin A, Taurog JD eds) Oxford University Press, Oxford, 1998, pp.41-57.
5. Calin A. Terminology, introduction, diagnostic criteria and overview. In: The Spondylarthritides (Calin A, Taurog JD eds) Oxford University Press, Oxford, 1998, pp.1-15.
6. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, Cats A, Dijkmans B, Olivieri I, Pasero G. The European Spondyloarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991; 34:1218-27.
7. Inman RD. Classification criteria for reactive arthritis. *J Rheumatol* 1999; 26:6,1219-21.
8. Sieper J, Braun J. Problems and advances in the diagnosis of reactive arthritis. *J Rheumatol* 1999; 26:6,1222-24.
9. Kingsley G, Sieper J. Third International Workshop on Reactive Arthritis. 23-26 September 1995, Berlin, Germany. Report and abstracts. *Ann Rheum Dis* 1996;55:564-84.
10. Hammer HB, Kvien TK, Glennas A, Melby K. A longitudinal study of calprotectin as an inflammatory marker in patients with reactive arthritis.
11. Tamura N, Kobayashi S, Hashimoto H, Hirose S. Reactive arthritis induced by vibrio parahaemolyticus. *J Rheumatol* 1993;20:1062-3.
12. Putterman C, Rubinow A. Reactive arthritis associated with clostridium difficile pseudomembranous colitis. *Semin Arthritis Rheum* 1993;22:420-6.
13. Brocq O, Breuil V, Agopian V, Grisot C, Flory P, Bernard-Pomier G, Ziegler G, Euller-Ziegler L. Reactive arthritis induced by strongyloides stercoralis. *Rev Rhum Engl Ed* 1996;63:217-9.
14. Dihlmann W. Radiologic atlas of rheumatic diseases. George Thieme Verlag, 1986, Stuttgart, 228-237.
15. Dequeker J. An atlas of radiology of rheumatic disorders. Wolfe Medical Pub, 1982, Weert, 47-88.
16. Amor B, Santos RS, Nahal R, Listrat V, Dougados M. Predictive factors for the long-term outcome of spondyloarthropathies. *J Rheumatol* 1994;21:1883-7.