

SINDROMUL FISSINGER-LEROY-REITER (ARTRITA REACȚIONALĂ)

FISSINGER-LEROY-REITER SYNDROME (REACTIVE ARTHRITIS)

A. OANȚĂ*

Rezumat

Manifestările cutaneo-mucoase sunt prezente în 20% din cazurile de sindrom Reiter, fiind reprezentate de eroziuni bucale, balanită circinată neerozivă, keratodermie palmo-plantară, placarde psoriaziforme ale membrelor și hiperkeratoză subunghială.

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 39 de ani diagnosticat cu sindrom Reiter care prezenta pe lângă dureri și tumefieri articulare și manifestări cutanate precum balanita circinată neerozivă, keratodermie plantară și afectarea unghiilor de la mâini.

Cuvinte cheie: sindrom Reiter, balanita circinată neerozivă, keratoderma blennorrhagicum.

Summary

Mucocutaneous manifestations, as oral erosions, non-erosive circinate balanitis, palmoplantar keratoderma, psoriasiform plaque of the limbs and subungual hyperkeratosis, are found in 20% of cases of Reiter's syndrome.

We report the case of a 39-year-old male patient diagnosed with Reiter's syndrome who presented, besides arthralgia and joint swelling, with non-erosive circinate balanitis, plantar keratoderma and nail dystrophy of the hands.

Key words: Reiter's syndrome, non-erosive circinate balanitis, keratoderma blennorrhagicum.

DermatoVenerol. (Buc.), 57: 137-140

Caz clinic

Pacient în vârstă de 39 de ani, cu stare generală bună, afebril, este consultat pentru durerea și tumefierea articulațiilor gleznei și genunchiului stâng, cotului drept precum și durere și redoare la nivelul coloanei lombosacrate și articulațiilor sacroiliace.

Examenul dermatologic a evidențiat la nivelul glandului o balanită circinată neerozivă (Fig. 1), plantar un tegument ușor îngroșat și eritematos cu prezența de eroziuni superficiale dureroase

Clinical case

39 year old patient, with good general condition, no fever, is consulted for pain and joint swelling of the left ankle and knee, right elbow and pain and stiffness in the lumbosacral spine and sacroiliac joints.

The dermatologic examination shows a non-erosive circinate balanitis of the glans (Picture 1), slightly thickened and erythematous skin on the feet, with painful superficial erosions (Picture 2), and hyperkeratosis and discoloration of the distal third of the nails of the hands (Picture 3). The

* SC. DERMAMED S.R.L. Brașov
SC. DERMAMED S.R.L. Brașov



Fig. 1. Sindrom Reiter - balanită circinată neerozivă

Fig. 1. Reiter syndrome – non-erosive balanitis circinata



Fig. 2. Sindrom Reiter - keratodermie palmo-plantară

Fig. 2. Reiter syndrome – keratodermis palmoplantaris



Fig. 3. Sindrom Reiter - modificări unghiale

Fig. 3. Reiter syndrome – nail modifications

(Fig. 2), precum și afectarea unghiilor de la mâini cu hiperkeratoză și modificarea culorii treimii distale a acestora (Fig. 3). Pacientul neagă manifestări digestive, uretrale sau conjunctivale, iar consultul oftalmologic a fost normal.

Pacientul prezenta un sindrom inflamator biologic moderat (VSH 28 mm la 1 oră, fibrinogen 513 mg/dl), anticorpi antinucleari și factorul reumatoid negativi, serologia pentru sifilis, HIV și ASLO negative, serologia ELISA pentru *Chlamydia trachomatis* slab pozitivă, iar antigenul HLA B₂₇ pozitiv. Examenul micologic subunghial și plantar cu hidroxid de potasiu a fost negativ. Radiografia articulațiilor afectate a evidențiat osteoporoză juxtarticulă și eroziuni marginale date de reacția periostală.

patient denies having digestive, urethral or conjunctival symptoms and eye examination is normal.

The patient has a moderate biological inflammatory syndrome (ESR 28 mm in 1 hour, fibrinogen 513 mg/dl), negative antinuclear antibodies and rheumatoid factor, negative serology for syphilis, HIV and ASO, weakly positive ELISA serology for *Chlamydia trachomatis* and positive HLA B₂₇ antigen. The subungual and plantar mycological examination with potassium hydroxide is negative. Radiography of affected joints shows juxta-articular osteoporosis and marginal erosions caused by periosteal reaction.

The initial treatment resides in the administration of non-steroidal anti-inflam-

Inițial tratamentul a fost făcut cu antiinflamatorii nonsteroidice, acestea fiind înlocuite cu sulfasalazină 1 g/zi cu remiterea simptomatologiei articulare. Pentru leziunile genitale și plantare au fost utilizate topice cu dermatocorticoizi.

Discuții

Sindromul Reiter este definit de triada istorică: uretrită, poliartrită acută sau subacută asimetrică, conjunctivită (1), deși numai o treime dintre pacienți prezintă triada completă, aceasta urmând unei infecții uretrale sau digestive. Pacientul nostru prezenta poliartrită subacută și leziuni cutaneo-mucoase.

Agenții infecțioși incriminați sunt *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma* și *Ureaplasma* pentru formele postveneriene frecvente în țările occidentale și America de Nord, iar *Salmonella*, *Shigela*, *Yersinia*, *Campylobacter* și *Amoeba* pentru formele cu poartă de intrare digestivă mai frecvente în țările din alte regiuni geografice. Apariția manifestărilor clinice necesită pe lângă expunerea la un factor cauzator, precum infecția, și o predispoziție genetică.

Manifestările cutaneo-mucoase apar în 20% din cazurile de sindrom Reiter, îndeosebi în formele postveneriene. Acestea cuprind eroziuni bucale, balanită circinată neerozivă, keratodermie palmo-plantară "en clous de tapissier" (*keratoderma blennorrhagicum*), placarde psoriaziforme ale membrilor și hiperkeratoză subunghială. Pacientul nostru prezenta balanită circinată neerozivă, keratodermie palmo-plantară și modificări unghiale. Au fost descrise cazuri și la copil (2) și femeii (3).

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu psoriazisul artropatic cu care, după cum remarcă Belz și colab. (1), prezintă mai multe trăsături comune. Acestea includ aspecte radiologice, cutanate și histologice, anomalii unghiale, deget în formă de cârnăț, oligoartropatie, sacroileită și durere în călcâi. Ambele afecțiuni au factorul reumatoid și anticorpii antinucleari seronegativi și o incidență crescută a HLA B27 pozitiv.

Tratamentul include antiinflamatorii nesteroidiene, salazopirina, metotrexatul (4, 5), azatioprina (6), etetrinatul per os (7, 8), anti TNF

matory drugs, replaced by Sulfasalazine 1 g/day, with improved joint symptoms. For the genital and plantar lesions topical dermatologic corticosteroids are used.

Discussions

Reiter's syndrome is defined by a historical triad: urethritis, acute or subacute asymmetric polyarthritis and conjunctivitis (1), although only one third of patients experience complete triad, which is the result of urethral or digestive infections. This patient has subacute polyarthritis arthritis and mucocutaneous lesions.

The incriminated infectious agents are *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma* and *Ureaplasma* for common postvenereal forms in western countries and North America, and *Salmonella*, *Shigela*, *Yersinia*, *Campylobacter* and *Amoeba* for the most common forms acquired through the digestive tract in countries in other geographical regions. The onset of clinical signs needs a genetic predisposition in addition to exposure to a causal factor, such as infection.

Mucocutaneous manifestations occur in 20% of cases of Reiter's syndrome, especially in postvenereal forms. These include oral erosions, non-erosive circinate balanitis, palmar-plantar keratoderma "en clous de tapissier" (*keratoderma blennorrhagicum*), psoriasiform plaques of the limbs and subungual hyperkeratosis. This patient has non-erosive circinate balanitis, palmar-plantar keratoderma and nail changes. Children (2) and women (3) have also been reported to suffer from the same condition.

The differential diagnosis must be made with psoriatic arthritis that, as Belz et al. (1) have noted, shows several common features. These include radiological, cutaneous and histological aspects, nail abnormalities, sausage-shaped fingers, oligoarthropathy, sacroiliitis and heel pain. Both conditions have seronegative rheumatoid factor and antinuclear antibodies and an increased incidence of positive HLA B27.

Treatment includes non-steroidal anti-inflammatory drugs, Salazopyrin, Methotrexate (4, 5), Azathioprine (6), Etretinate per os (7, 8), anti-TNF (5). The recommended treatment for post-Chlamydia arthritis includes Doxycycline in order to cure urethritis, but also to prevent arthritis and reduce its severity (9).

(5). În artritele postchlamidiene este indicat un tratament cu doxiciclină pentru tratarea uretritei dar și pentru prevenirea artritelor și reducerea gravității acestora (9).

Sindromul Reiter impune diagnosticul diferențial cu psoriazisul artropatic.

Reiter's syndrome requires a differential diagnosis with psoriatic arthritis.

Received: 6 february 2012

Accepted: 16 march 2012

Intrat în redacție: 6 februarie 2012

Acceptat: 16 martie 2012

Bibliografie/Bibliography

1. Belz J, Breneman DL, Nordlund JJ, Solinger A. Successful treatment of a patient with Reiter's syndrome and acquired immunodeficiency syndrome using etretinate. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:898-903.
2. Zivony D, Nocton J, Wortmann D, Esterly N. Juvenile Reiter's syndrome: a report of four cases. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:32-7.
3. Lotery HE, Galask RP, Stone MS, Sontheimer RD. Ulcerative vulvitis in atypical Reiter's syndrome. *J Am Acad Dermatol* 2003;48:613-6.
4. Lally EV, Ho G Jr. A review of methotrexate therapy in Reiter syndrome. *Semin Arthritis Rheum.* 1985 Nov;15(2):139-45.
5. Owen ET, Cohen ML. Methotrexate in Reiter's disease. *Ann Rheum Dis* 1979;38:48-50.
6. Calin A. The relationship between genetics and environment in the pathogenesis of rheumatic diseases. *West J Med.* 1979 Sep;131(3):205-18.
7. Benoldi D, Alinovi A, Bianchi G, Buticchi G. Reiter's disease: successful treatment of the skin manifestations with oral etretinate. *Acta Derm Venereol* 1984;64:352-4.
8. Richman TB, Kerdel FA. Reiter s syndrome. *Arch Dermatol* 1988;124:1007-9.
9. Laasila K, Laasonen L, Leirisalo-Repo M. Antibiotic treatment and long-term prognosis of reactive arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003;62:655-8.

Conflict de interese
Nedeclarate

Conflict of interest
Non declared