

Reiter 综合征 1 例

孙孟园, 蒋燕萍, 宋守荣, 曹煜

(贵州医科大学附院 皮肤性病科, 贵州 贵阳 550004)

[关键词] Reiter 综合征; 结膜炎; 尿道炎; 关节炎; 人类白细胞抗原-B27

[中图分类号] R593.2 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2016)03-0371-02

Reiter 综合征(Reiter's syndrome, RS)又称反应性关节炎(Reactive arthritis, ReA),或称尿道-眼-滑膜综合征,是指发病8 d后出现以结膜炎、尿道炎和关节炎为临床表现的一类病例^[1]。RS典型病例为非化脓性关节炎(特别是下肢持重关节)、尿道炎及结膜炎3种症状同时出现,称为完全综合征^[2];除典型症状外可伴皮肤黏膜损害,即尿道-眼-滑膜-皮肤综合征,即四联征^[3],临床较为少见。现报道RS 1例。

1 临床资料

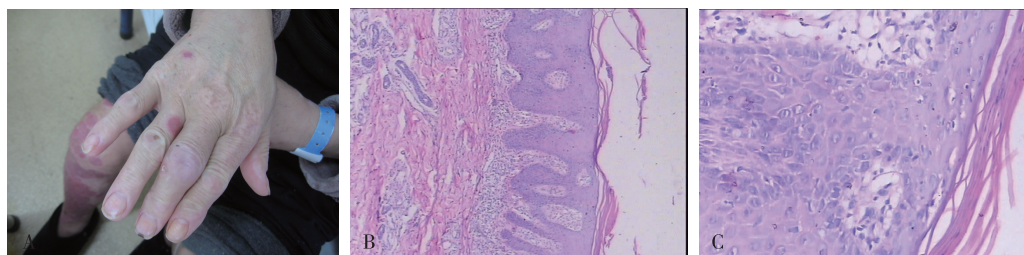
患者男,59岁,双膝关节肿痛1年,全身泛发皮疹半年。1年前患者无明显诱因出现双膝关节肿痛,于当地医院就诊,诊断不详,给予对症治疗(具体不详)后无明显好转。半年前出现右手中指、左手各手指近端关节肿胀变形,不能握拳,左上肢抬举困难,双膝双踝关节肿胀疼痛,无法自主行走,活动受限;同时无明显诱因在背部出现散在红斑、斑丘疹,部分红斑或斑丘疹上覆鳞屑,伴少量渗出,感瘙痒,无畏寒、发热、胸闷及腹痛等不适,于外院诊断“银屑病”,给予间断注射“强的松”治疗,皮疹好转又反复。近4个月来,尿道口处时有刺痒、烧灼感,无尿频、尿急、尿痛,无尿道分泌物,未予重视。因皮损泛发四肢躯干,且关节肿痛加重入本科住院治疗。既往有高血压病史1年,最高血压为190/120 mmHg,不规律服用降压药。有青霉素过敏史,用药后有头晕、呕吐症状。20余年前曾有不洁性接触史,性伴人数不详,诉当时有一过性尿道流脓,未予治疗。否认家族性遗传疾病史。查体:躯干、四肢弥漫分布的花生米至核桃大小的鲜红色

或暗红色斑丘疹、斑块,腰腹部及双下肢融合成片,上覆厚层黄白色砾壳状痂屑,右手中指、左手各手指间关节、双膝及双踝关节肿胀畸形(图1A),活动受限,左手中指、无名指、小指远端1/2处及双足各个足趾甲板增厚变形,甲下有灰白色碎屑。龟头见散在针帽大小的点状糜烂面,尿道口红肿,未见分泌物溢出。实验室检查:血常规 RBC $3.72 \times 10^{12}/L$, Hb 91.00 g/L, HCT 31.10%, MCH 24.40 pg, PLT $404.00 \times 10^9/L$, MPV 7.70 fL;血清总铁结合力测定 Fe 1.57 $\mu\text{mol}/L$, UIBC 33.35 $\mu\text{mol}/L$, TIBC 34.92 $\mu\text{mol}/L$;骨穿检查结果示增生性贫血。HLA-B27 阳性。尿常规 BLD 3+, RBC 75个/L, WBC 237个/L;尿道分泌物支原体培养阳性 $\geq 10\ 000$ 。甲状腺功能:TSH 6.455 mIU/L, FT3 3.52 pmol/L, FT4 9.88 pmol/L, TPOAb 1.032 U/L, TRAB、RT3 在正常范围,类风湿因子阴性。乙肝、梅毒抗体、HIV、肝肾功能及多肿瘤标志物均未见异常。X摄片示:双手、双腕、双侧肘关节退行性变,以左侧明显,诊断双膝关节滑膜炎。甲状腺彩色超声回示:甲状腺回声不均质,血供稍丰富。病理活检示表皮角化不全,Munro微脓肿形成,表皮呈银屑病样增生,棘层增厚,棘细胞间水肿,表皮突向下延伸;真皮乳头上抬,真皮乳头血管扩张充血,红细胞外渗,血管周围见淋巴细胞、组织细胞及少量嗜酸性粒细胞浸润(图1B、1C),诊断Reiter综合征。入院后给予患者银杏达莫、阿奇霉素静滴、咪唑斯汀口服,后根据尿道分泌物药敏结果改用莫西沙星,5%硫磺软膏及曲安奈德类乳膏交替外用。治疗半月后,患者皮疹及关节症状明显缓解后出院。2月后门诊随访,皮疹及关节症状缓解明显,未出现新发皮疹。目前仍在随访中。

* 贵州医科大学附属医院皮肤科硕士研究生

** 通信作者 E-mail: songshourong2006@163.com

网络出版时间:2016-03-17 网络出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/52.5012.R.20160317.1016.012.html>



注:A 为右手指关节病变,B 为左小腿皮肤组织病理改变(HE, $\times 40$),C 为左小腿皮肤组织病理改变(HE, $\times 200$)

图1 Reiter 综合征患者指关节病变及左小腿皮肤组织病理改变

Fig.1 Finger joint lesion and pathological change of skin tissue of left leg in Reiter syndrome patient

2 讨论

1916 年 Reiter 报道 1 例痢疾发病 8 d 后出现以结膜炎、尿道炎和关节炎为临床表现的病例,并将该病命名为 Reiter 综合征^[1]。该病典型病例为非化脓性关节炎(特别是下肢持重关节)、尿道炎及结膜炎 3 种症状同时出现,称为完全综合征^[2]。另外的变型除典型症状外可伴皮肤黏膜损害,即尿道-眼-滑膜-皮肤综合征(即四联征),临床较为少见^[3]。故 1981 年美国风湿病协会提出修正,将尿道炎和关节炎作为 RS 的必备特征,只具备这两个特征的病例称为不完全型^[4]。本例患者除有持重关节肿胀变形等表现外,还伴有轻度尿道炎症状、尿常规异常及尿道分泌物培养支原体阳性等表现,起病后亦有皮肤病症状,故可诊断。本例患者既往无银屑病病史及家族史,病程短,进展较快,且无晨僵及风湿结节,类风湿因子阴性,可与关节型银屑病及类风湿性关节炎鉴别。

RS 的病因与发病机制尚不明,目前认为与感染、免疫异常和遗传因素有关。男性青年多见,估计男女比例为 50:1,患者中 HLA-B27 抗原阳性率高达 60%~90%,其机制认为是致病菌侵犯黏膜后,由于致病菌携有模拟 HLA-B27 抗原的成分,被免疫系统识别而引起 HLA-B27 升高^[5]。本患 HLA-B27 抗原阳性,合并有缺铁性贫血及甲减,提示患者整体免疫系统均有受损。多数学者认为本病与感染有关,并将其分为性病型和痢疾型,其中,性病型病原体以沙眼衣原体、解脲支原体为主^[6];本例患者发病时即合并有尿道炎症状,与关节病变同时出现,既往亦有冶游史,发病可能与支原体感

染及个体体质有关。RS 皮肤损害表现多样,主要为红斑脱屑、环状包皮龟头炎、蛎壳样结痂和溢脓性皮肤角化症,在同一患者中可见多种皮损,也可以 1~2 种损害为主^[1]。皮损组织学与银屑病皮损组织病理改变基本相同,因此,RS 诊断主要依赖于临床表现。不完全型 RS 比完全型 RS 更为常见,尤其是流动性大的门诊患者,诊断较困难^[7]。本例患者前期外院多次治疗被误诊为银屑病、类风湿性关节炎,建议在以后的临床工作中多进行纵向对比,避免漏诊。

3 参考文献

- [1] 白梅,袁定芬. Reiter 综合征 1 例[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2013(9):603-604.
- [2] Phillip HM, Eduardo C, 朱学骏,等. 皮肤病理学与临床的联系[M]. 3 版. 北京:北京大学医学出版社, 2007:477-479.
- [3] Chudomirova K, Abadjieva Ts, Yankova R. Clinical tetrad of arthritis, urethritis, conjunctivitis, mucocutaneous lesions (HLA-B27-associated spondyloarthritis, Reiter syndrome): Report of a case[J]. Dermatol Online J, 2008(12):4.
- [4] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京:江苏科学技术出版社, 2010:532-535.
- [5] 丁香玉,赵梓纲,梅宁菊,等. Reiter 综合征 1 例[J]. 临床皮肤科杂志, 2012(1):50-51.
- [6] 郑立强,韩向春,张威,等. Reiter 综合征 1 例[J]. 中国皮肤性病杂志, 2010(7):648-649.
- [7] 泰开建. Reiter 综合征 26 例的临床分析[J]. 现代实用医学, 2011(9):997-998.

(2015-12-20 收稿,2016-02-25 修回)

编辑:吴昌学