

Çocukluk Dönemi Henoch-Schönlein Purpurası: 42 Olgunun Retrospektif Analizi

Henoch-Schonlein Purpura of Childhood: Retrospective Analysis of 42 Cases

Atilla ERSEN¹, Seçil AYDINÖZ², Ferhan KARADEMİR³, Selami SÜLEYMANOĞLU⁴, Cihan MERAL⁵, Halit ÖZKAYA⁶, İsmail GÖÇMEN⁷

ÖZET

Amaç: 2000-2006 yılları arasındaki 6 yıllık dönem boyunca Henoch-Schönlein purpurası tanısı almış Türk çocuklarında epidemiyolojiyi, klinik bulguları ve klinik gidişi değerlendirmek ve dünyanın diğer bölgelerindeki serilerle karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmada, servisimizde HSP tanısıyla yatırılan 42 çocuk retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Epidemiyolojik ve klinik özellikleri, laboratuvar verileri, tedavi ve rekürrens oranları 6 yıllık tıbbi kayıtlar gözden geçirilerek incelenmiştir.

Bulgular: 22'si erkek, 20'si kız olan toplam 42 olgunun ortalama yaşları 6-7 (2-11.5 yaş) yıl ve %96.3'ü 10 yaş altında idi. Tüm hastalarda tipik purpurik lezyonlar vardı. Artrit/artralji %52.4, abdominal tutulum %52.2, böbrek tutulumu %14.3, skrotal ödem %11.9 oranında gözlemlendi. Hastalığın ilk bulgusu olarak purpura %69, eklem tutulumu %23.8 ve gastrointestinal sistem tutulumu %7.1 olguda görüldü. Hastaların %45.2'sinde HSP tanısından önce üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü vardı. Laboratuvar incelemesinde %38.1 dışkıda gizli kan pozitifliği, %14.3 hematüri tespit edildi. Beş (%11.9) olgu karın ağrısı ve nefropati bulguları nedeni ile kortikosteroid tedavisi aldı. Hastalığın rekürrens oranı %19, en belirgin özelliği gastrointestinal tutulum ve görülme süresi 4 aya kadardı.

Sonuç: HSP genellikle kendini sınırlayan akut bir vaskülitir. HSP'nin bizim popülasyonumuzdaki epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özellikleri dünyanın diğer bölgelerindeki serilere benzerlik göstermektedir. Verilerimiz HSP'nin Türk çocuklarındaki epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özelliklerini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Purpura, Henoch-Schönlein, retrospektif analiz*

¹Uzman Dr.,
GATA Haydarpaşa Eğitim
Hastanesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Servisi,
İSTANBUL

²Yrd. Doç. Dr.,
GATA Haydarpaşa Eğitim
Hastanesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Servisi,
İSTANBUL

³Doç. Dr.,
GATA Haydarpaşa Eğitim
Hastanesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Servisi,
İSTANBUL

⁴Yrd. Doç. Dr.,
GATA Haydarpaşa Eğitim
Hastanesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Servisi,
İSTANBUL

⁵Yrd. Doç. Dr.,
GATA Haydarpaşa Eğitim
Hastanesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Servisi,
İSTANBUL

⁶Uzman Dr.,
GATA Haydarpaşa Eğitim
Hastanesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Servisi,
İSTANBUL

⁷Prof. Dr.,
GATA Haydarpaşa Eğitim
Hastanesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Servisi,
İSTANBUL

İletişim Adresi:

Uzman Dr. Atilla ERSEN
Adres: GATA Haydarpaşa
Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Servisi
E-mail: atillaersen@hotmail.com

SUMMARY

Objective: To evaluate the epidemiological, clinical findings and outcome in Turkish children with diagnosis of Henoch-Schonlein purpura (HSP) admitted during a 6-year period, 2000 to 2006, and to compare them with series from other parts of the world.

Material and Methods: Forty-two children who were hospitalized in our division with a diagnosis of HSP were retrospectively analyzed. Epidemiological and clinical features, laboratory data, treatment and recurrence were examined by reviewing medical charts.

Results: Of all the patients, 22 male and 20 female, mean age 6-7 years (2-11.5 years) and 96.3% of them were under 10 years of age. All patients had typical purpuric lesions. Arthritis/arthralgia was present 52.4%, abdominal involvement 52.2%, renal involvement 14.3% and scrotal edema 11.9%. Purpura was the presenting symptom of the disease in 69%, joint manifestation 23.8%, and gastrointestinal involvement 7.1%. There was a history of a preceding upper respiratory tract infection in 45.2% of the patients. It's detected that fecal occult blood test were positive 38.1% and hematuria were 14.3% in laboratory analysis. Five (11.9%) patients had corticosteroid therapy with complaint of abdominal pain and nephropathy. Recurrence rate was 19% with dominant feature was gastrointestinal involvement and period ranging 4 months.

Conclusion: HSP is generally self-limiting acute vasculitis. Epidemiological, clinical and laboratory features of HSP in our population are similar to the other series in the world. Our data present epidemiological, clinical and laboratory features of HSP in Turkish children.

Key Words: *Purpura, Henoch-Schonlein, retrospective analysis*

GİRİŞ

Henoch-Schönlein purpura (HSP) ilk kez 1801 yılında Heberden tarafından karın ağrısı, kusma, melena, artralji, purpurik dö-küntü ve hematüri bulguları olan beş yaşındaki bir çocukta tanımlanmıştır (1). Daha sonraki yıllarda Schönlein, artralji ve purpurik deri lezyonları arasındaki ilişkiye dikkat çekerek "peliosis rheumatica" tanımını ortaya koymuştur (2). 1874 yılında Henoch tarafından 4 çocukta deri ve eklem tutulumlarına gastrointestinal bulguların da eşlik ettiğinin bildirilmesi ile hastalık HSP olarak adlandırılmaya başlanmıştır (3). Etiyolojisi halen bilinmemekle birlikte enfektif ajanlar, aşılama ve ilaçlar gibi bazı antijenik ajanların hastalığın oluşmasında rol alabileceği söylenmektedir (4-7). Patogenezinde IgA'nın önemli role sahip olduğunu bildiren birçok çalışma vardır. Bu çalışmalarda renal mezzenkimde IgA birikimi, serum IgA yüksekliği ve IgA içeren immün komplekslerin varlığı bulunmuştur (4,5,7).

HSP, çocukluk yaş grubunda sık görülen ve özellikle deri, eklem, gastrointestinal sistem (GİS) ve böbrek tutulumu ile seyreden sistemik bir vaskülitik sendromdur. Ayrıca beyin, karaciğer, skrotum gibi organların tutulumu da tabloya eşlik edebilir (4,5). Hastalığın en sık ve belirgin bulgusu olan deri lezyonları, özellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan nontrombositopenik palpabl purpuralardır. Gastrointestinal tutulum sık görülen bir bulgu olup, hafif semptomlardan perforasyon veya intüepsiyon gibi ciddi komplikasyonlara kadar değişebilen tablolarla ortaya çıkabilmektedir. Nefrit uzun dönem prognozda önemli rol oynamaktadır ve mortalite esas olarak glomerülonefrit ile ilişkilidir (8). Bu yüzden böbrek tutulumunun uzun dönem takibi önemlidir (9). Hastalığın erken döneminde görülen nontrombositopenik purpura, artrit ve karın ağrısı HSP'nin klasik triadını oluşturmakta ve pediatrik klinik uygulamalarda tanı kolaylığı sağlamaktadır

(10). Fakat hastalığın çok değişik klinik tablolarla ortaya çıkabilmesi karışıklıklara neden olabilmektedir. Son 30 yılda HSP'nin klinik özelliklerinin tanımlanmasına yönelik birçok çalışma yapılmış olsa da, halen hastalığın tanınmasında bazı belirsizlikler bulunmaktadır. Bu çalışmada, hastanemizde HSP tanısıyla yatırılan 42 olgunun klinik özellikleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Epidemiyolojik ve klinik özellikleri, temel biyokimyasal anormallikleri, klinik seyir, tedavi ve rekürrens oranları incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Henoch-Schönlein sendromu tanısı ile GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde izlenen 42 olgunun tıbbi kayıtları epidemiyolojik ve klinik özelliklerine göre retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Epidemiyolojik veriler yaş, cinsiyet, mevsim ve rinit, farenjit veya otit gibi hastalıkların başlangıcından yakın zaman önce geçirilmiş (< 2 hafta) üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) öyküsünü içermektedir. HSP tanısı "American College of Rheumatology" kriterlerine göre konulmuştur. Bütün olgularda nontrombositopenik palpabl purpura olduğu görülmüştür. Olguların 31'inde purpura ile birlikte artrit, abdominal ağrı, gastrointestinal kanama veya nefrit bulgularından biri veya daha fazlasının olduğu belirlenmiştir. Artrit eklemde hareket kısıtlılığı veya ağrılı periartriküler, yumuşak doku ödemi olarak tanımlanmıştır. Gastrointestinal tutulum, karın ağrısı ve/veya GIS kanamasının olması olarak değerlendirilmiştir. GIS kanaması dışkıda gizli kan (DGK) pozitifliği, "gross" kanama veya "melena" olarak tanımlanmıştır. Nefrit, proteinüri olsun veya olmasın "gross" veya mikroskobik hematüri (santrifüj edilmiş idrarda her alanda mikroskobik olarak >5 eritrosit görülmesi) olarak tanımlanmıştır. Mümkün olan olgularda arteriyel tansiyon kaydedilmiştir. Aynı zamanda artrit, abdo-

minal ağrı veya renal tutulum ile purpurik lezyonun oluşması arasındaki zaman süreci belirlenmiştir.

Laboratuvar verileri olarak her olgunun DGK ve idrar analizi sonuçları kayıt edilmiştir. Ayrıca serum kreatinin seviyesi (normal aralık 0.2-0.7 mg/dL) ve üre serum seviyesi (normal aralık 5-18 mg/dL) değerlendirilmiştir. Antistreptolizin O (ASO) seviyesi mümkün olan olgularda kaydedilmiş ve yaş grubuna göre normal aralığı üzerindeki değerler yüksek olarak kabul edilmiştir.

Olguların farmakolojik tedavileri ve klinik seyri (akut faz süresi ve rekürrens) not edilmiştir. Rekürrens, olgunun iyileşmesinden en az iki hafta sonra yeni deri lezyonlarının oluşması veya sistemik komplikasyonların görülmesi olarak tanımlanmıştır (11). Makale içerisinde kullanılan bilgiler % olarak ifade edilmiştir.

BULGULAR

Epidemiyoloji

Yirmi ikisi erkek, 20'si kız olmak üzere toplam 42 olgunun ortalama yaşları 6-7 (2-11.5 yaş) yıl, %96.3'ü 10 yaş altında, %38'i de 3-6 yaş arasında idi. Hastalığın mevsimsel dağılımına bakıldığında %31 oranında sonbahar; %31 oranında kış; %23.9 oranında yaz ve %14.1 oranında da ilkbahar döneminde görüldüğü belirlenmiştir. En sık görülen aylar ise ekim (%16.7), haziran (%16.7) ve aralık (14.3) ayları olmuştur. Olguların 19 (%45.2)'unda ise HSP tanısından önce ÜSYE bulguları olduğu da belirlenmiştir.

Klinik Bulgular

Tamamında nontrombositopenik palpabl purpura olan olguların klinik bulguları Tablo 1'de görülmektedir. Tüm olgularda alt ekstremitelerde ve kalçada purpurik lezyonlar gözlenmiştir. Üst ekstremitelerde ve gövde tutulumu purpuranın gözlendiği diğer

Atilla ERSEN ve ark.

vücut bölgeleridir (sırasıyla 11 kişi %26; 4 kişi %9.5). Purpurik lezyonlar 29 (%69) olguda HSP'nin ilk bulgusudur.

Tablo 1. Olguların Klinik Bulguları

	Yüzde Oranları
Purpura	100
Artrit	52,4
GİS tutulumu	52,2
Abdominal ağrı	38,1
GİS kanaması	38,1
GGK (+)	33,3
Gross kanama	4,8
Nefrit	14,3
Diğer	11,9
Orşit	9,5
Yüzde ödem	19
Rekürrens	

Yirmi iki (%52.4) olguda eklem tutulumu gözlenmiştir. Bu olguların hepsinde alt ekstremitede eklem tutulumu olduğu saptanmış ve 15 (%68.2)'inde artrit sadece alt ekstremitede ile sınırlı iken 7 (%31.8) olguda alt ekstremitede tutulumuna el, el bileği ve dirsek tutulumunun da eşlik etmekte olduğu görülmüştür. On çocukta eklem tutulumunun oligoartriküler tipte olduğu belirlenmiştir. Kırk iki olgunun eklem tutulum oranları Tablo 2'de görülmektedir. HSP'nin ilk bulgusu olarak eklem tutulumu 10 (%23.8) olguda görülmüştür.

Tablo 2. Olgulardaki Eklem Tutulumunun Dağılımı

	Olgu Sayısı	
	n	%
Artrit	22	52,4
Ayak-ayak bileği	14	33,3
Diz	11	26,1
El-el bileği	6	14,2
Dirsek	1	0,02

Yirmi iki (%52.4) olguda GİS tutulumu tespit edilmiş; 16 (%38.1) olguda karın ağrısı, 16 (%38.1) olguda GİS kanaması gözlenmiştir. On dört (%33.3) olgunun GİS kanaması mikroskopik, 2 (%4.8) olgunun kanaması ise melena tarzında olmuştur. Altı olguda karın ağrısı olmaksızın DKG pozitifliği görülmüştür. İki olgudan karın ağrısı nedeni ile cerrahi konsültasyon alınmıştır.

Hiçbir olguda radyografik veya ultrasonografik olarak intussepsiyon tespit edilmemiştir. HSP'nin ilk bulgusu olarak GİS tutulumu 3 (%7.1) olguda görülmüştür.

Altı (%14) olguda nefrit bulguları saptanmıştır. Üç olguda izole hematüri görüldükten, diğer 3 olguda hematüriye proteinürinin eşlik ettiği saptanmıştır. İki olguda ise nefrit bulguları olan hematüri ve proteinürkiye tansiyon yüksekliği de eşlik etmekte idi. Tüm olgularda nefrit bulguları HSP'nin ilk semptomundan sonraki ilk hafta içerisinde gelişmiştir. Beş olguda nefrit bulguları beş gün içerisinde kaybolurken, tansiyon yüksekliği ile birlikte seyreden 1 olguda iki ay sonra nefrotik sendrom gelişmiştir. Olguların hiçbirinde HSP'nin ilk bulgusu olarak nefrit görülmemiştir.

Beş olguda testiküler tutulum saptanmıştır. Dört olgunun yüz bölgesinde ödem tespit edilmiştir.

Klinik Seyir

Purpurayı takiben artrit ve eklem tutulum bulguları ilk sekiz gün içerisinde görülmüştür. Dokuz olguda artrit purpurik lezyonlardan bir gün sonra, 1 olguda ise sekiz gün sonra gelişmiştir. Yedi olguda karın ağrısı purpurik lezyonlardan bir gün sonra, 1 olguda iki, 1 olguda üç ve 1 olguda da beş gün sonra gelişmiştir. HSP'nin ilk bulgusu olarak eklem tutulumu 10 (%23.8), GİS tutulumu 3 (%7.1) olguda görülmüştür. İlk bulgu olarak artrit veya karın ağrısı bulguları olan olgularda purpurik lezyonlar ilk bir hafta içerisinde gelişmiştir. Beş olguda bir gün sonra, 3 olguda iki gün sonra, 2 olguda üç gün sonra, 1 olguda dört gün sonra ve 1 olguda da yedi gün sonra purpurik lezyonlar gelişmiştir.

Sekiz (%19) olguda rekürrens tespit edilmiştir. Rekürrens gelişme süresi 6 olguda 15-30 gün arasında iken, bu süre 2 olguda iki aydan (70. gün ve 120. gün) fazladır. Rekürrens görülen olguların 5'inde karın

ağrısı, 2'sinde artrit semptomları varken, 1 olguda nefrotik sendrom gelişmiştir.

Laboratuvar Bulguları

Bütün olgularda DGK testi ve idrar analizi yapılmıştır. Kırk iki olgunun 16 (%38.1)'sında DGK pozitif, 6 (%14.3)'sında hematüri tespit edilmiştir. Serum kreatinin ve üre seviyeleri 35 olguda ölçülmüş ve normal sınırlar içerisinde olduğu kaydedilmiştir. Akut faz reaktanı olan sedimentasyon 21 olguda değerlendirilmiş ve bütün olgularda (%100) yüksek olarak bulunmuştur. ASO seviyesi belirlenen 14 olgunun 5 (%35)'inde yüksek saptanmıştır.

TEDAVİ

Hastalık sürecinde 5 (%11.9) olgu kortikosteroid tedavisi alırken, 1 olgu hipertansiyon gelişmesi nedeni ile beta-bloker tedavisi almıştır. Olguların tedavisi 2 mg/kg/gün dozunda prednizolon ile yapılmıştır. Bütün olgularda karın ağrısı şikâyeti, 2'sinde aynı zamanda nefropati bulguları olduğu da saptanmıştır. Kortikosteroid tedavisi 1-6 gün (ortalama 4.2 gün) sürmüştür.

TARTIŞMA

HSP, küçük damarlarda IgA birikimi ile karakterize akut lökositoklastik bir vaskülitir. Özellikle çocuk yaş grubunda purpurik döküntülerin artrit veya gastrointestinal semptomlar veya her ikisinin birlikte eşlik ettiği klinik bir tablo oluşturur (12). Genellikle 5-10 yaş arası çocuklarda görülmekte ve 10-20/100.000 çocuğu etkilemektedir (11,13). Çalışmamızda olguların yaşları 2-11.5 yaş arasında değişmekte idi (ortalama yaş 6.7 ± 2.1). Diğer çalışmalarla uyumlu olarak olguların %96.3'ünün 10 yaş altında olduğu tespit edilmiştir (7,11). Birçok çalışmada HSP'nin erkeklerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (7,11,14). Fakat Garcia-Porrúa ve ark. gibi Calvino ve ark. da bunun aksine HSP'nin kızlarda daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir

(15,16). Bizim araştırmamızda HSP'li olguların %53'ü erkek, %47'si de kız idi.

HSP yıl boyunca görülen bir hastalıktır, fakat bazı çalışmalar hastalığın mevsimsel dağılım farklılıkları gösterdiğini ve daha çok sonbahardan ilkbahara kadar olan dönemde görüldüğünü bildirmektedir (7,13,14,17). Bizim verilerimiz olguların %62'sinin sonbahar ve kış aylarında, %48'inin de yaz ve ilkbahar aylarında olduğunu göstermektedir.

HSP ile solunum yolu enfeksiyonlarının ilişkisi olduğunu bildiren çalışmalar vardır (7,13,18). Özellikle hastalığın sonbahar ve kış gibi soğuk aylarda görülmesinin hastalığın patogenezinde tetikleyici faktörün enfeksiyonlar olabileceğini akla getirmektedir. Fakat bunun sebebinin kış aylarında çocuklarda solunum yolu enfeksiyonlarının oranının artışına bağlı bir koincidans olabileceği de düşünülebilir (13). Her ne kadar hastalığın en az görüldüğü dönem yaz ayları olarak bildirilmiş olsa da, bizim verilerimiz özellikle haziran ayında yüksek oranda HSP olguları ile karşılaştığımızı ortaya koymaktadır (7,13,15,17). Olguların %45.2'sinde HSP tanısından önce solunum yolu enfeksiyonu bulgularının olması ve mevsimsel farklılık göstermemesi patogenezde enfeksiyonların rol oynayabileceğini desteklemektedir.

HSP'nin tipik cilt döküntüleri varsa tanı koymak çoğu zaman kolaydır. Diğer çalışmalara benzer olarak genellikle purpurik lezyonların yerleşimi alt ekstremiteler ve daha nadir olarak üst ekstremiteler ve gövde tutulumu şeklindeydi (7,13,16,18). Fakat bazen cilt bulguları ilk belirti olarak karşımıza çıkmaz ve artrit veya GİS bulgularını takiben oluşabilir. Eklem ve GİS tutulumunu takiben cilt bulgularının ortaya çıkması %25-50 arasında değişmektedir (7,13). Bizim olgularımızın %30'unda purpurik döküntüler artrit ve karın ağrısı bulgularını takiben ilk bir hafta içerisinde gelişmiştir. Tipik cilt lezyonlarının görülmesindeki gecikme tanıyı geciktirebile-

Atilla ERSEN ve ark.

çeği gibi nedene yönelik bazı invaziv testlerin uygulanmasına da neden olabilir.

Artrit, HSP'de en sık görülen ikinci klinik tablodur. Eklem tutulum oranları %62-82 arasında değişmektedir (7,13,14,16). Çalışmamızda eklem tutulumu %52.4 oranında gözlenmiştir. Literatürle uyumlu olarak ayak bileği ve diz en sık tutulan eklem bölgeleriydi (7). HSP'nin ilk bulgusu olarak eklem tutulumu %25 olarak bildirilmektedir (13,17). Çalışmamızda ilk bulgu olarak eklem tutulumu %23.8 olguda görülmüştür. Gastrointestinal tutulum oranı %50-75 olarak bildirilmektedir (7,13,14,18). Kolik şeklinde karın ağrıları ve kanama HSP'de GİS tutulumunun en belirgin bulgularıdır. Olgularımızın %52.2'sinde GİS tutulumu tespit edilmiştir; %38.1'inde karın ağrısı, %33.3'ünde mikroskobik GİS kanaması ve %4.8'inde de belirgin GİS kanaması olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar Saulsbury (%33) ve Calvino'nun (%31) çalışmaları ile paralellik göstermektedir (11,16). Saulsbury ve Trapani GİS kanamasını sadece karın ağrısı olan olgularda gördüklerini bildirmişlerdir (7,11). Bu çalışmaların aksine bizim verilerimiz 6 olgumuzda karın ağrısı olmaksızın DGK pozitifliğini ortaya koymaktadır. HSP'nin ilk bulgusu olarak GİS tutulumu %7.1 oranında idi. Cilt bulgusundan önce GİS tutulumunun görülmesi bazı inflamatuvar veya cerrahi bağırsak hastalıklarını taklit edebilmektedir. HSP'nin nadir görülen ciddi komplikasyonlarından biri olan intususepsiyon %1-5 oranında görülmektedir (11,17). Ciddi karın ağrısı ve kanama nedeni ile 2 olgu için alınan cerrahi konsültasyon sonucunda hiçbir olgumuzda intususepsiyon tespit edilmemiştir.

Nefrit görülme oranı %10-60 gibi geniş bir aralık olarak bildirilmektedir (7,11,14,16,19). Bu çalışmada 6 (%14.3) olguda renal tutulum olduğu tespit edilmiştir. Literatürle uyumlu olarak tüm olgularda mikroskobik hematüri varken, bunların 3'üne proteinüri de eşlik etmekte idi (11,19). Nefrit bulgula-

rı genellikle purpurik lezyonlardan sonra 2 hafta içerisinde gelişmektedir (7). Tüm olgularımızda nefrit bulguları HSP'nin ilk semptomundan sonraki birinci hafta içerisinde gelişmiştir. Diğer çalışmalarla uyumlu olarak hiçbir olguda cilt bulgularından önce nefrit görülmemiştir (7,11,20). Nefrit bulgularına hipertansiyonun eşlik ettiği 2 olgumuzdan 1'inde iki ay sonra nefrotik sendrom geliştiği tespit edilmiştir. HSP gelişen tüm olgularda idrar analizi, serum kreatinin seviyesi ve arteriyel kan basıncı değerlendirilmeli ve hastalığın aktif olduğu dönem boyunca en az yedi gün idrar analizi yapılmalıdır. Nefrit bulguları olmayan olgularda diğer bütün semptomlar geriledikten sonra en az 3 ay boyunca ayda bir kez idrar analizi tekrarlanmalıdır. Nefrit gelişen tüm olgularda bulgular düzeline kadar düzenli olarak kan basıncı ve serum kreatinin seviyesi değerlendirilmelidir (11).

Orşit, HSP'de görülebilen bir komplikasyondur ve akut skrotum olgularının %3'ünü oluşturur (7). Testiküler tutulum oranı %2-38 arasında değişmektedir (21,22). Bizim çalışmamızda 5 (%11.9) olguda testiküler tutulum vardı. Ayrıca HSP tanısı alan olgularımızın 4 (%9.5)'ünde yüz bölgesinde ödem vardı.

HSP genellikle birkaç gün-birkaç hafta kadar süren benign seyirli bir hastalıktır. Saulsbury ile Trapani ve ark. klinik tablonun ortalama 3-8 hafta kadar sürdüğünü bildirmişlerdir (7,11). Bizim olgularımızın HSP tanısıyla hastanede yatış süreleri ortalama 6 gün (2-17 gün) idi. Birçok seride rekürrens ile ilgili farklı oranlar tespit edilmiştir (7). Biz hastalığın rekürrens oranını %19 olarak değerlendirdik. Relaps 8 olgunun 6 (%73.6)'sında ilk bir ayda görülürken, 2 (%36.4) olguda ilk dört ay içerisinde görülmüştür. Olgularımızda relaps proteinüri veya hematüri rekürrensi ile ilişkili değildi ve rekürrens bulguları olarak cilt tutulumuna en sık GİS semptomları eşlik etmekteydi. Bu bulgularımız,

relapsların ilk epizoddan daha kısa ve hafif seyrettiğini ve hematüri veya proteinüri rekürrensi ile ilişkisiz olduğunu söyleyen Saulsbury ile Trapani ve ark.na benzerlik göstermektedir (7,11).

HSP'nin tedavisi genellikle yatak istirahati, hidrasyon ve gelişebilecek abdominal ve renal komplikasyonların monitörizasyonu şeklindedir. Kortikosteroidler karın ağrısı, subkutanöz ödem ve nefrit tedavisinde kullanılabilir, fakat etkinlikleri hakkında fikir birliği yoktur (7,11,23,24). Bu yüzden günümüzde kortikosteroidlerin HSP'nin tedavisinde rutin olarak kullanımı önerilmektedir. Ayrıca hızlı ilerleyen HSP nefritinde azotioprin, siklosporin, siklofosamid, yüksek doz immünglobulin ve plazmaferez diğer tedavi seçenekleridir. Biz 42 olgumuzun 5'inde abdominal ve renal bulgular nedeni ile kortikosteroid kullandık. Fakat çalışmamızda randomizasyon olmadığı veya plasebo kullanılmadığı için tedavinin etkinliği hakkında bir sonuç bildirememekteyiz.

SONUÇ

HSP çocuklarda sık görülen, kendini sınırlayan iyi prognozlu bir akut vaskülitir (25). Genellikle cilt bulgularına eklem, GİS ve renal tutulum da eşlik etmektedir. Eklem ve GİS tutulumu sık görülmekle birlikte, ciddi komplikasyonlara neden olmaz. Özellikle hipertansiyonun eşlik ettiği nefrit tablosu ileri dönük komplikasyonlar yönünden daha dikkatli takip edilmelidir. Rekürrens olguların 1/5'inde görülmüş ve hepsinde ilk dört ayda gelişmiştir. Çalışmamızda HSP tanısı almış 42 olgu 6 yıllık dönemde retrospektif olarak değerlendirilmiş; etiyolojik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin bizim popülasyonumuzda literatürle benzerlik gösterdiği ortaya konulmuştur.

KAYNAKLAR:

1. Jay V. The legacy of Dr William Heberden. *J Insur Med* 2006;38:75-77.
2. Schonlein JL. Peliosis rheumatica. In: *Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie*. 5th ed. St. Galen; 1841. p. 41

3. Henoch EH. Über eine eigenthümliche Form von Purpura. *Berl Klin Wochenschr* 1874;11:641.
4. Cassidy JT, Petty RE. Leukocytoclastic vasculitis. In: *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone; 2001. p.569-574.
5. Dillon MJ. Childhood vasculitis. *Lupus* 1998;7:259-265.
6. Lahita RG. Influence of age on Henoch Schonlein purpura. *Lancet* 1997;350:1116-1117.
7. Trapani S, Micheli A, Grisolia F. Henoch Schonlein Purpura in Childhood: Epidemiological and Clinical Analysis of 150 Cases Over a 5-year Period and Review of Literature. *Semin Arthritis Rheum* 2005;35:143-153.
8. Malaga S, Santos F, Garcia E. Nephropathy of the Schoenlein-Henoch syndrome: long-term prognosis in non-selected patients. *An Esp Pediatr* 1985;22:565-570.
9. Goldstein AR, White RH, Akuse R. Long-term follow-up of childhood Henoch-Schonlein nephritis. *Lancet* 1992;339:280-282.
10. Sileikiene R, Tamakauskiene E, Baksienė D. Henoch-Schonlein purpura - one of the most common types of systemic vasculitis in childhood. *Medicina (Kaunas)* 2003;39:476-479.
11. Saulsbury FT. Henoch-Schönlein purpura in children. Report of 100 patients and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1999;78:395-409.
12. Ryan TJ. Cutaneous vasculitis. In: *Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. Textbook of Dermatology*, 6th ed. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1998. p.2155-2227.
13. Watts RA, Scott DG. Epidemiology of the vasculitides. *Semin Respir Crit Care Med*. 2004;25:455-464.
14. Cakır M. Henoch-Schonlein purpura in North-eastern Turkey. *Ann Trop Paediatr* 2006;26:59-65.
15. Garcia-Porrúa C, Calvino MC, Llorca J, Couselo JM, Gonzalez Gay MA. Henoch-Schönlein purpura in children and adults: clinical differences in a defined population. *Semin Arthritis Rheum* 2002;32:149-156.
16. Calvino MC, Llorca J, Garcia-Porrúa C, Fernandez Iglesias JL. Henoch-Schönlein purpura in children from Northwestern Spain. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:279-290.
17. Rodson WLM, Leung AKC. Henoch-Schonlein purpura. *Adv Pediatr* 1994;41:163-94.
18. Abdel-AL, Y-K, Hejazi Z, Majeed HA. Henoch-Schönlein purpura in Arab children. Analysis of 52 cases. *Trop Geogr Med* 1990;42:52-57.
19. Bilge I. Çocukluk Çağı Vaskülitleri ve Böbrek. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2008; 4(1):94-105.
20. Kaku Y, Nohara K, Honda S. Renal involvement in Schonlein-Henoch purpura: a multivariate analysis of prognostic factors. *Kidney Int* 1998;53:1755-1759.
21. Chamberlain RS, Greenberg LW. Scrotal involvement in Henoch-Schonlein purpura: a case report and review of the literature. *Pediatr Emerg Care* 1992;8:213-215.
22. Mintzer CO, Nussinovitch M, Danziger Y, Mimouni M, Varsano I. Scrotal involvement in Henoch-Schonlein purpura in children. *Scand J Urol Nephrol* 1998;32:138-139.
23. Rosenblum ND, Winter HS. Steroid effects on course of abdominal pain in children with Henoch-Schonlein purpura. *Pediatrics* 1987;79:1018-1021.
24. Kawasaki Y, Suzuki J, Nozawa R, Suzuki S, Suzuki H. Efficacy of methylprednisolone and urokinase pulse therapy for severe Henoch-Schonlein Nephritis. *Pediatrics* 2003;111:785-789.
25. Serdaroğlu E. Sistemik Vaskülitler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2008;4(3):79-106.