

Çocukluk Çağı Henoch-Schönlein Purpuralı Hastaların Klinik Analizleri

The Clinical Analysis of Childhood Henoch-Schönlein Purpura Patients

Cihangir Akgün, Sinan Akbayram*, Avni Kaya*, Hayrettin Temel*, Salim Bilici**,
Fesih Aktar*, Şükrü Arslan***

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı,

*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, **Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Van, Türkiye

***Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,

Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

Özet

Amaç: Henoch-Schönlein purpurası sıklıkla deri, eklem, gastrointestinal sistem ve böbreklerin etkilendiği çocukluk çağının sık rastlanan sistemik bir vaskülitidir. Semptomlarının çok çeşitli olması nedeni ile de Henoch-Schönlein purpurası, çocuk polikliniklerinde takip edilen ve yatırılan hastalıklar için de önemli bir yer tutmaktadır. Amacımız Henoch-Schönlein purpuralı hastaların klinik analizlerinin incelenerek ortaya konulmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Polikliniklerimizde Henoch-Schönlein purpurası tanısı almış 212 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların yaş grupları, tanı aldıkları mevsimler, tutulan sistemler, laboratuvar bulguları, verilen tedaviler, oluşan komplikasyonlar ve prognozları incelendi. Veri analizi için SPSS 13 istatistik paket programı kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 9,33±3,20 yıldır. Hastalık daha çok sonbahar ve kış mevsiminde görüldü. Yaş grupları ile mevsimler, eklem tutulumu, santral sinir sistemi tutulumu, gastrointestinal tutulum ve skrotal tutulum arasında anlamlı bir ilişki mevcut değilken, yaş grupları ile böbrek tutulumu arasında pozitif bir ilişki saptandı.

Sonuç: Hastaların yaşları arttıkça tedavi süreleri ve kombine ilaç tedavisine (antihistaminik, non-steroid antiinflamatuar ve steroid) ihtiyaçları artmaktadır. (Türkderm 2012; 46: 73-7)

Anahtar Kelimeler: Purpura, vaskülit, çocuk, immunglobulin A

Summary

Background and Design: Henoch-Schonlein purpura is affected often the skin, joints, gastrointestinal tract and kidneys and common systemic vasculitis of childhood. Henoch-Schonlein purpura are many and varied symptoms, also it was followed in children policlinics and hospitalized diseases for an important role. We aimed to determination of the patients with Henoch-Schönlein purpura by examination of their clinical analyses.

Material and Method: The medical records of 212 patients with Henoch-Schönlein purpura in our polyclinics have been retrospectively studied. These patients were analyzed age groups, diagnosed seasons, held systems, laboratory findings, the treatments, complications and prognosis. SPSS 13 statistical software package was used for data analysis.

Results: The mean age of the patients was 9.33±3.20 years. The disease was more frequently demonstrated in fall and winter seasons. There was no statistically association between age groups with season, joint involvement, central nervous system involvement, gastrointestinal system involvement and scrotal involvement but there was a positive correlation between age groups and renal involvement.

Conclusion: The treatment duration increases with the age of the patient and the necessity to use a combined treatment (antihistaminic, non-steroid anti-inflammatory treatment and steroids) increases. (Türkderm 2012; 46: 73-7)

Key Words: Purpura, vasculitis, child, immunoglobulin A

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Avni Kaya, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Van, Türkiye
Tel.: +90 432 217 19 83 E-posta: avnikaya@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 23.02.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 11.08.2011

Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.



Giriş

Henoch-Schönlein purpurası (HSP) sıklıkla deri, eklem, gastrointestinal sistem (GİS) ve böbreklerin etkilendiği çocukluk çağının sık rastlanan sistemik bir vaskülitidir. Genel toplumda HSP görülme sıklığı çocuklarda yaklaşık 22,1/100.000 çocuk/yıl olarak bildirilmiştir¹. Erkek çocuklarda kızlara göre 1,5 kat daha sık görülür². Patogenezi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte etiyojide infeksiyonlardan ilaçlara, aşılardan çeşitli besinlere kadar pek çok ajan suçlanmaktadır². Çalışmamızın amacı, hastanemizde tanı konmuş, HSP'li hastaların retrospektif çalışma ile klinik analizlerinin incelenerek ortaya konulmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya, Ocak 2004-Ekim 2008 tarihleri arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatrik Nefroloji polikliniğine, genel pediatri polikliniğine ve çocuk acil polikliniklerine getirilen ve HSP tanısı almış 212 hasta alındı. Bu hastaların tanısı American College of Rheumatology 1990 yılında HSP için yayınladığı tanı kriterlerine göre kondu (Tablo 1)³. Bu hastaların yaş grupları, tanı aldıkları mevsimler, tutulan sistemler, laboratuvar bulguları, verilen tedaviler, oluşan komplikasyonlar ve prognozları retrospektif olarak incelendi. İzleminde bulguları tamamen iyileşen hastaların bulgularının tekrarı relaps olarak değerlendirildi. Veri analizi için SPSS 13 istatistik paket programı kullanıldı. Sürekli değişkenler için ortalamaları karşılaştırmada Student-t testi kullanıldı. Bu değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla; Pearson korelasyon katsayıları hesaplandı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Ki-kare testi kullanıldı. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak alındı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 212 hastanın 121'i erkek (%57,1) 91'i ise kızdı (%42,9). Erkek/kız oranı 1,33 olarak tespit edildi. Çalışmaya alınanların

yaş dağılımı 1-17 yıl, ortalama yaş ise 9,33±3,20 yıldı. Hastalar yaşlarına göre 3 gruba ayrıldı I. gruba 0-5 yaş arası olgular, II. gruba 6-10 yaş arası olgular, III. gruba 11-18 yaş olgular alındı (Tablo 4). 1. gruptaki hastaların 14'ü erkek (%56), 11'i kızdı (%44). 2. grup hastaların 60'ı erkek (%53,6), 52'si kızdı (%46,4) ve 3. grup hastaların ise 47'si erkek (%62,7), 28'i kızdı (%37,3). Hastaların başvuru esnasındaki mevsimlere göre dağılımı yapıldı. İlkbahar aylarında 48 (%22,6), yaz aylarında 48 (%22,6), sonbahar aylarında 63 (%29,7) ve kış aylarında 53 (%25) hasta başvurdu. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı ile mevsimlerle ilişkisi karşılaştırıldı ve anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05). HSP'li hastaların sistem tutulum yerleri ve sıklığı belirlendi (Tablo 2).

Renal tutulumu olan hastaların tamamında hematüri görülürken 29 (%13,7) hastada hematüri ve proteinüri birlikte görüldü. Renal tutulumu olan hastalardan 7'sine (%3,3) renal biyopsi uygulandı, 2 (%0,9) hasta biyopsi için ileri merkeze sevk edildi, 1 (%0,5) hastaya ailenin biyopsiyi kabul etmemesi nedeniyle renal biyopsi yapılamadı. Renal biyopsi yapılan 6 (%2,9) hastada diffüz mezengial proliferasyon tespit edilirken 1 (%0,5) hastada klas II lupus nefriti tespit edildi.

Hastaların yaş grupları ile sistem tutulumları arasındaki ilişki incelendi. Buna göre, yaş grupları ile eklem tutulumu, GİS tutulumu, santral sinir sistemi (SSS) tutulumu ve skrotal tutulum ile anlamlı bir ilişki bulunmazken (p>0,05) yaş grupları ile renal tutulum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,05). 1. grupta 3 (%1,4), 2. grupta 21 (%9,9), 3. grupta 24 (%11,3) hastada renal tutulum saptandı. Buna göre hasta yaşı arttıkça renal tutulum oranı artmaktaydı. Hastaların cinsiyetleri ile renal tutulum, GİS tutulumu, relaps oranı ve invajinasyon açısından ayrı ayrı istatistiksel analiz yapıldı, ancak hiçbirinde anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

Hastaların başvuru esnasında 14'ünde (%6,6) invajinasyon mevcuttu. Bunlardan 3'ü (%1,4) inkomplet invajinasyon olarak değerlendirildi. İnvajinasyonlu 1 (%0,5) hasta opere edilirken geri kalan 13 (%6,2) hasta klinik izlem esnasında spontan düzeldi. Yaş grupları ile invajinasyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendi ancak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05). Hastaların laboratuvar bulguları belirlendi (Tablo 3). Hastaların laboratuvar bulgularıyla sistem tutulumları ve relaps arasındaki ilişki karşılaştırıldı. Hastaların başlangıçtaki lökosit değerlerinin sistem tutulumu ve relaps ile ilişkisi değerlendirildiğinde lökositoz ile renal tutulum ve GİS tutulumu arasında anlamlı bir ilişki saptanırken (p<0,05) diğer sistem tutulumları ve relaps açısından bu anlamlı ilişki gösterilemedi. Hastaların başlangıçtaki trombosit değerlerinin sistem tutulumu ve relaps ile ilişkisi değerlendirildiğinde ne sistem tutulumları ne de relaps açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05). Serum IgA düzeyi

Tablo 1. Henoch-Schönlein purpurası tanı kriterleri

Döküntü cinsi	palpabl purpura
Tanı yaşı	<20 yaş
Trombositopeni	yok
Karın ağrısı tipi	yemeklerden sonra artan
Kanlı dışkılama	var
Patoloji	arteriol/venül duvarlarında granülosit infiltrasyonu

Tablo 2. Sistem tutulum yerleri

Sistem tutulumu	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Deri	212	100
Kas iskelet sistemi	143	67,5
Gastrointestinal sistem	99	46,7
Renal	48	22,6
Skrotal	2	0,9
Santral sinir sistemi	2	0,9

Tablo 3. Hastalarımızın laboratuvar bulguları

	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Lökositoz	54	27,4
Trombositoz	74	34,9
Yüksek serum IgA düzeyi	14	6,6
Artmış sedimentasyon hızı	82	38,7
Yüksek CRP düzeyi	88	41,5
Yüksek anti streptolizin O düzeyi	35	16,5
Hepatit B antijeni	1	0,5
Pozitif boğaz kültürü	9	4,2
Pozitif gayta gizli kan	46	21,7

Tablo 4. Hasta yaş grupları ve tedavi grupları dağılımı

Yaş grupları	I. grup tedavi		II. grup tedavi		III. grup tedavi		IV. grup tedavi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
I.grup (0-5 yaş)	11	44,0	6	24,0	3	12,0	5	20,0
II.grup (6-10 yaş)	19	17,0	48	42,9	19	17,0	26	23,1
III.grup(11-18 yaş)	11	14,7	16	21,3	24	32,0	24	32,0

(I. grup tedavi: Antihistaminik alanlar, II. grup tedavi: Antihistaminik ve non-steroid antiinflamatuvar alanlar, III. grup tedavi: Antihistaminik ve steroid alanlar, IV. grup tedavi: Antihistaminik, non-steroid antiinflamatuvar ve steroid alanlar)

yüksekliği ile GİS tutulumu, renal tutulum ve relaps arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0,05$), serum IgA düzeyi yüksek olanlarda eklem tutulumunun daha sık olduğu görüldü ve bu birliktelik istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Serum CRP ve eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği ile GİS tutulumu, eklem tutulumu ve relaps arasında herhangi bir istatistiksel ilişki saptanmazken her ikisinin yüksek düzeyleri ile renal tutulum arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu ($p<0,05$). Sistem tutulumlarının kendi aralarında ve relaps ile istatistiksel ilişkileri araştırıldı ve ne GİS tutulumunun eklem tutulumu ile ne de renal tutulum ve relaps ile anlamlı ilişkisi saptandı. Benzer şekilde eklem tutulumu ile renal tutulum veya relaps arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$).

Uygulanan tedaviye göre hastalar sadece antihistaminik alanlar (1. grup), antihistaminik ve non-steroid antiinflamatuvar (NSAİİ) alanlar (2. grup), antihistaminik ve steroid alanlar (3. grup), ve antihistaminik, NSAİİ ve steroid alanlar (4. grup), olarak dört gruba ayrılarak tedavi süreleri ve sonuçları ortaya kondu. Tedavi süreleri hastaların klinik durumlarına göre 2 hafta ile 12 hafta arasında değişmekteydi. Hasta grupları ve tedavi grupları dağılımı Tablo 4'te gösterildi.

Hastaların takiplerinde 182'si (%85,8) şifa ile sonuçlanırken, 5 (%2,4) hasta ailenin isteği üzerine ileri merkeze sevk edildi. Yirmi beş (%11,8) hasta ise ilk ataktan sonra kontrollere gelmedi. Hastaların 46'sında (%21,7) takiplerinde relaps gelişirken 166 (%78,3) hastada ise relaps görülmedi.

Tartışma

Henoch-Schönlein purpurası, deri döküntüsü, GİS semptomları, eklem ve böbrek tutulumu ile karakterize çocukluk çağının en sık görülen sistemik vaskülitidir⁴. Erkek çocuklarda kızlara göre 1,5 kat daha sık görülür². En küçük hastamız 1 yaşında, en büyük hastamız 17 yaşında idi (ortalama $9,33\pm 3,20$ yıl). Erkek/kız oranı 1,33 olarak bulundu. Yaş grupları ile eklem tutulumu, GİS tutulumu, SSS tutulumu, skrotal tutulum ile anlamlı bir ilişki bulunmazken renal tutulum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Hasta yaşı arttıkça renal tutulum oranı artmaktaydı. Assadi F⁵, HSP'nin renal tutulumun büyük çocuk ve erişkinlerde daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bir başka çalışmada da benzer şekilde yaş ile birlikte böbrek tutulum sıklığının arttığı gösterilmiştir⁶. Erişkin yaş grubu ve çocuklarda görülen HSP'nin klinik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da, böbrek tutulumunun erişkinlerde daha sık ve daha şiddetli olduğu bildirilmiştir⁷. HSP'ye sıklıkla kış aylarında rastlanmaktadır⁸. Yapılan bir çalışmada vakaların 2/3'ünün sonbahar ve kış aylarında görüldüğü bildirilmiştir⁹. Çalışmamızda ise vakaların en sık sonbahar aylarında görüldüğü (%29,7), bunu kış aylarının takip ettiği saptandı (%25,1). Çalışmamızdaki hastaların tamamında (%100) başvuru esnasında HSP vaskülitine ait deri döküntüsü mevcuttu. Bunlardan 133 (%62,7) tanesine başvuru esnasında deri biyopsisi uygulandı. Tamamında deri

tutulumu olduğu gözlemlendi. Hastalarımızın tamamında deri tutulumunun olmasının sebebi, vakalarımızda HSP tanı kriterleri olarak Ozen S ve ark. tarafından 2006 yılında bildirilen HSP için tanı ölçütlerinin kullanılması ve bu kriterlere göre tanı için palpabl purpuranın zorunlu olmasıdır¹⁰. Hastalarımızdan 143'ünde (%67,5) artralji ve/veya artrit şeklinde eklem tutulumu, 99 (%46,7) hastada invajinasyon, karın ağrısı ve/veya gaytada gizli veya aşık kan şeklinde GİS tutulumu, 2 (%0,9) hastada SSS tutulumu, 2 (%0,9) hastada skrotal tutulum, 48 (%22,6) hastada hematüri ve/veya proteinüri şeklinde renal tutulum mevcuttu. Değişik çalışmalarda, sistem tutulumları açısından değişik oranlar bildirilmiştir. Fretzayas A ve ark.¹¹ HSP'de %91,8 oranında eklem tutulumu, %40,5 oranında da GİS tutulumu bildirmişlerdir. Assadi F⁵ ise, 45 vakalık bir seri ile yaptığı çalışmasında eklem tutulum oranını, %73,3 GİS tutulum oranını da %68,6 olarak bildirmiştir. Ülkemizde Peru H ve ark. yaptıkları bir çalışmada da eklem tutulum oranını %66, GİS tutulum oranını da %56 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada GİS tutulumu olan 144 vakanın 8'inde (%5,5) invajinasyon geliştiği ve bunların 3'ünün (%2) opere olduğu geri kalan 5 vakanın steroid tedavisi ile veya spontan düzeldiği bildirilmiştir¹². Hastalarımızın başvuru esnasında 14'ünde (%6,6) invajinasyon mevcuttu. Bunlardan 3'ü (%1,4) inkomplet invajinasyon olarak değerlendirildi. İnvajinasyonlu 1 (%0,5) hasta opere edilirken geri kalan 13 (%6,2) hasta klinik izlem esnasında spontan düzeldi. Yaş grupları ile invajinasyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendi, ancak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

HSP'de SSS tutulumu, böbrek tutulumu gibi hayatı tehdit eden bir durumdur. Baş ağrısı, bilinç değişiklikleri ve konvülsiyonlar en sık görülen nörolojik bulgulardır¹³. Almanya'da yapılan bir çalışmada HSP'de nörolojik tutulum oranı %2 gibi çok düşük bulunmuştur¹⁴. Vakalarımızda SSS tutulumu %0,9 oranındaydı.

Nong ve ark.⁴ Taywan'da HSP ile ilgili 15 yıllık deneyimlerini sundukları çalışmalarında vakaların büyük çoğunluğunda deri döküntülerinin bacaklarda ve kalçalarda olduğunu bildirmişlerdir. Başka çalışmada ise gövde ve üst ekstremitelerde döküntü görülme oranı %35,1 olarak bildirilmiştir¹⁵. Aynı çalışmada %9,6 oranında persistan purpura rapor edilmişken bizim vakalarımızın hiç birinde persistan purpuraya rastlanmadı. Vakalarımızın deri tutulumlarını değerlendirdiğimizde hastaların tamamında (%100) başvuru esnasında bacadaki döküntü mevcuttu. Yüz yedi (%50,5) hastada gluteal bölgede döküntü görülürken 58 (%27,4) hastada kollarda, 56 (%26,4) hastada ellerde, 29 (%13,7) hastada ise gövdede döküntü tespit edildi.

HSP genellikle kendini sınırlayan ve iyi prognozlu bir hastalık olmasına rağmen, böbrek tutulumu morbidite ve mortaliteden büyük oranda sorumludur. Prognozu böbrek tutulumu belirler. Çocukluk yaş grubu HSP'li vakaların yaklaşık %20-80'inde böbrek tutulumunun görüldüğü bildirilmiştir^{16,17}. Şikago'da yapılan bir çalışmada, HSP'li vakaların %88,6'sında hematüri, %66,7'sinde hematüri ve proteinüri (nefrotik

düzye de olmayan), %17,8'inde nefrotik sendrom, %8,9'unda akut nefritik sendrom ve %13,3'ünde nefritik-nefrotik sendrom tespit edilmiştir⁵. Aynı çalışmada hastalığın başlangıcında ve seyri esnasında nefritik-nefrotik sendrom gelişmesinin glomeruler hastalığın şiddetini belirleyen anlamlı bağımsız bir belirteç olduğu sonucuna varılmıştır⁵. Fretzayas A. ve ark.¹¹ ise HSP'li hastalarda renal tutulum oranını %25,7 olarak bulmuşlar ve çalışmalarında böbrek tutulumu olan 19 hastadan 2'sinde kalıcı mikroskobik hematüri saptamışlardır. Çalışma grubumuzda renal tutulumu olan hastaların tamamında hematüri görüldükçe, 29 (%13,7) hastada hematüri ve proteinüri birlikte görüldü. Renal tutulumu olan hastalardan 7'sine (%3,3) böbrek biyopsisi uygulandı, 2 (%0,9) hasta biyopsi için ileri merkeze sevk edildi, 1 (%0,5) hastaya ise biyopsi endikasyonu konulmasına rağmen ailenin renal biyopsiyi kabul etmemesi üzerine biyopsi yapılamadı. Çalışma grubumuzda renal biyopsi yapılan 6 (%2,9) hastada diffüz mezengial proliferasyon tespit edilirken 1 (%0,5) hastada klas II lupus nefriti tespit edildi.

HSP'nin spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Döküntünün özelliğinin nontrombositopenik olması gereğince trombositopeninin olmadığı gösterilmelidir. Hastalarımızın %27,4'ünde lökositoz, %34,9'unda trombositopeni mevcuttu. Hastaların başlangıçtaki lökosit değerlerinin sistem tutulumu ve relaps ile ilişkisi değerlendirdiğimizde lökositoz ile renal tutulum ve GIS tutulumu arasında anlamlı bir ilişki saptarken diğer sistem tutulumları ve relaps açısından bu anlamlı ilişkiyi gösteremedik. Hastaların başlangıçtaki trombosit değerlerinin sistem tutulumu ve relaps ile ilişkisi değerlendirildiğinde ne sistem tutulumları ne de relaps açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamadık. Çalışmamızda ayrıca laboratuvar parametreleri her bir yaş grubu ile ayrı ayrı istatistiksel olarak değerlendirildi. Buna göre, yaş grupları ile serum IgA düzeyi, beyaz küre sayısı, trombosit sayısı, eritrosit sedimentasyon hızı, serum CRP ve anti streptolizin O düzeyleri, hepatit B antijen pozitifliği, boğaz kültüründe A grubu β hemolitik streptokok üretilmesi ve gaytada gizli kan pozitifliği arasında herhangi bir istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı. HSP'nin seyri esnasında vakaların yaklaşık yarısında, serum IgA düzeylerinde artma, dolaşımda IgA içeren immün kompleksler ve damar duvarları ile renal mezengiumda IgA birikimleri saptanmaktadır. Literatürde serum IgA düzeyinin prognoza, organ tutulumuna ve relapsa etkisinin olmadığını bildiren yayınlar mevcuttur^{9,18}. Yunanistan'da yapılan bir çalışmada 69 HSP'li hastanın 50'sinde (%72,5) serum IgA düzeyi yüksek olarak tespit edilmiş ve bu 50 hastanın 16'sında (%32) renal tutulum görülmüşken serum IgA düzeyi normal olan hastaların sadece 1'inde (%5,3) böbrek tutulumuna rastlanmıştır¹⁹. Vakalarımızda, serum IgA düzeyi 14 (%6,6) hastada yüksek, 2 (%0,9) hastada düşük, 67 (%31,6) hastada ise normal olarak tespit edildi. Hastalarımızın 129'unda ise serum IgA düzeyi çalışılmadı. Çalışmamızda serum IgA düzeyi yüksekliği ile GIS tutulumu, renal tutulum ve relaps arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, serum IgA düzeyi yüksek olanlarda eklem tutulumunun daha sık olduğu görüldü. Bu birliktelik istatistiksel olarak anlamlıydı.

HSP atağı esnasında inflamasyon nedeniyle eritrosit sedimentasyon hızında artış olabilir²⁰. Benzer şekilde bir pozitif akut faz reaktanı olan CRP'de diğer tüm vaskülitlerde olduğu gibi HSP'de de yüksek bulunabilir. Macaristan'da yapılan erişkin HSP'li hastaların dahil edildiği bir çalışmada kontrol grubu ile karşılaştırıldığında akut faz esnasında serum CRP düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur²¹. Tayvan'da yapılan bir başka çalışmada ise erişkin ve çocuklarda görülen HSP karşılaştırılmış, çocuklarda eritrosit sedimentasyon hızının daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır²². İspanya'da

yaılan benzer bir çalışmada da eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliğinin çocuklarla karşılaştırıldığında erişkinlerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir²³. Çalışmamızda sedimentasyon hızı hastaların 82'sinde (%38,7) yüksek olarak saptanırken, 80 hastada (%37,7) hastada normal olarak değerlendirildi. 50 (%23,6) hastada ise sedimentasyon hızı çalışılmadı. 212 hastanın 78'inde (%36,8) CRP düzeyi normal iken 88 (%41,5) hastada CRP düzeyi yüksek olarak tespit edildi. 46 (%21,7) hastada ise CRP düzeyine bakılmadı. Biz CRP ve eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği ile GIS tutulumu, eklem tutulumu ve relaps arasında herhangi bir istatistiksel ilişki saptamazken her ikisinin yüksek düzeyleri ile renal tutulum arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna vardık.

HSP'de GIS kanaması, gaytada gizli kan testinin pozitifliği yanı sıra hayatı tehdit edecek boyutta da olabilir. Fretzayas A ve ark.¹¹ yaptıkları çalışmada %40,5 oranında gayta gizli kan tespit etmişlerdir. Chang WL ve ark.²⁴ ise 261 hastanın 46'sında (%17,6) GIS kanaması veya gayta gizli kan pozitifliği saptamışlardır. Bu oran bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuca yakındı. Çalışmamızda gayta gizli kan pozitifliği ile sistem tutulumları veya relaps arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı. Vakalarımız içinde toplam 212 hastanın 132'sinde (%62,3) gaytasında gizli kan saptanmazken 46 (%21,7) hastada gaytada gizli kan pozitif olarak saptandı. 34 (%16,0) hasta ise gayta gizli kan çalışması için numune vermedi.

HSP sıklıkla iyi prognozlu ve kendiliğinden düzelebilen bir hastalık olduğu için çoğu zaman tedaviye gerek olmaz. Reamy BV. ve ark.²⁵ çocukluk çağı HSP'nin %94 oranında spontan düzelebileni nedeniyle destek tedavisinin ilk basamak olarak uygulanması gerektiğini bildirmişlerdir. Ayrıca abdominal ve eklem bulgularını rahatlatmak amacıyla 1-2 mg/kg/gün dozunda oral prednizon kullandıklarını bildirmişler. Yine aynı çalışmada steroidlerin çocuklarda abdominal ağrıyı rahatlatmada ve persistan renal hastalık gelişme oranını azaltmada faydalı olduğunu ileri sürmüşler ve ağır böbrek tutulumunda ise immunosupresanlarla birlikte yüksek doz steroid tedavisi önermişlerdir²⁵. Peru H ve ark.¹² GIS bulguları olan hastalara steroid tedavisi verilmesinin GIS kanama ve invajinasyon gibi muhtemel komplikasyonları önleyeceğine inandıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada nefrotik düzeyde proteinüri tedavisinde steroidle ilave olarak siklofosamid tedavisinin uygun yaklaşım olacağı bildirilmiştir. Marty H. ve ark.'da²⁶ kutanöz vaskülitlerde antihistaminik tedavinin düşünülebileceğini rapor etmişlerdir. Tayvan'da yapılan bir çalışmada da destek tedavinin yanında NSAİİ ve/veya steroidlerin kullanılabilceği bildirilmiştir²⁷. Çalışma grubumuzda hastalar aldıkları tedavilere göre 4 gruba ayrılmışlardı. Tedavi süreleri hastaların klinik durumlarına göre 2 hafta ile 12 hafta arasında değişmekteydi. Kırk bir (%19,3) hasta 1. grupta yer alırken 70 (%33,0) hasta 2. grupta yer almaktaydı. Kırk altı (%21,7) hasta 3. grupta yer alırken 55 (%25,9) hasta ise 4. grupta yer almaktaydı. Hastalarımızın yaş grupları ile tedavi grupları arasında ve yaş grupları ile tedavi süreleri arasında korelasyon mevcuttu ve bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlıydı. Hastalarımızın takiplerinde 182'si (%85,8) şifa ile sonuçlanırken, 5 (%2,4) hasta ailenin isteği üzerine ileri merkeze sevk edildi. Yirmi beş (%11,8) hasta ise ilk ataktan sonra kontrollere gelmediği için akibeti meçhul olarak değerlendirildi. Hastaların 46'sında (%21,7) takiplerinde relaps gelişirken 166 (%78,3) hastada ise relaps görülmedi. I. grupta 3 (%1,4), II. grupta 21 (%9,9), III. grupta 24 (%11,3) hastada renal tutulum saptandı. Sonuç olarak bu çalışma ile yaşın böbrek tutulumu ve dolayısı ile hematüri ve/veya proteinüri açısından risk faktörü olduğunu saptadık.

Benzer şekilde hastaların başvuru esnasında beyaz küre sayısı yüksekliğinin böbrek ve GIS tutulumu açısından, serum IgA düzeyindeki artışında eklem tutulumu açısından risk faktörü olduğunu ortaya koyduk. Eritrosit sedimantasyon hızı ve CRP'nin yükselmesinin de renal tutulum açısından risk faktörü olduğunu saptadık. Hastaların yaşlarının arttıkça tedavi sürelerinin arttığını ve kombine ilaç tedavisine (antihistaminik, NSAİİ ve steroid) ihtiyacın arttığını gösterdik.

Kaynaklar

1. Gardner-Medwin JM, Dolezalova P, Cummins C, et al. Incidence of Henoch Schonlein purpura, Kawasaki disease, and rare vasculitides in children of different ethnic origins. *Lancet* 2002; 360: 1197-202.
2. Cassidy JT, Petty RE. Leukocytoclastic vasculitis. In: *Textbook for Paediatric Rheumatology*. Ed. Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB. Philadelphia, Elsevier, Saunders company, 2005:496-511.
3. Mills JA, Michel BA, Bloch DA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch-Schönlein purpura. *Arthritis Rheum* 1990;33:1114-21.
4. Nong BR, Huang YF, Chuang CM, Liu CC, Hsieh KS. Fifteen-year experience of children with Henoch-Schönlein purpura in southern Taiwan, 1991-2005. *J Microbiol Immunol Infect* 2007;40:371-6.
5. Farahnak A: Childhood Henoch-Schonlein Nephritis A Multivariate Analysis of Clinical Features and Renal Morphology at Disease Onset. *Iranian Journal of Kidney Diseases* 2009; 3:17-21.
6. Kaku Y, Nohara K, Honda S. Renal involvement in Henoch-Schönlein purpura: a multivariate analysis of prognostic factors. *Kidney Int* 1998;53:1755-9.
7. Uppal SS, Hussain MA, Al-Raqum HA, et al. Henoch-Schönlein's purpura in adults versus children/adolescents: A comparative study. *Clin Exp Rheumatol*. 2006;24:26-30.
8. Miller ML, Pachman ML: *Vasculitis Syndromes*. Ed. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Textbook of Pediatrics, WB Saunders Co, Philadelphia, 2007;1042-49.
9. Saulsbury FT: Henoch-Schönlein purpura in children report of 100 patients and review of the literature. *Medicine* 1999;78:395-409.
10. Ozen S, Ruperto N, Dillon MJ, et al: EULAR/PReS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis* 2006;65:936-41.
11. Fretzayas A, Sionti I, Moustaki M, Papadimitriou A, Nicolaidou P: Henoch-Schönlein purpura: a long-term prospective study in Greek children. *J Clin Rheumatol* 2008;14:324-31.
12. Peru H, Soylemezoglu O, Bakkaloglu SA, et al: Henoch Schonlein purpura in childhood: clinical analysis of 254 cases over a 3-year period. *Clin Rheumatol* 2008;27:1087-92.
13. Bulun A, Topaloglu R, Duzova A, et al: Ataxia and peripheral neuropathy: rare manifestations in Henoch-Schönlein purpura. *Pediatr Nephrol* 2001;16:1139-41.
14. Balmelli C, Laux-End R, Di Rocco D, Carvajal-Busslinger MI, Bianchetti MG: Schoenlein-Henoch purpura: course in 139 children. *Schweiz Med Wochenschr* 1996;126:293-8.
15. Rigante D, Candelli M, Federico G, et al: Predictive factors of renal involvement or relapsing disease in children with Henoch-Schönlein purpura. *Rheumatol Int*. 2005;25:45-8.
16. Saulsbury FT: Epidemiology of Henoch-Schönlein purpura. *Cleve Clin J Med* 2002;69:87-9.
17. Kawasaki Y, Suzuki J, Sakai N, et al: Clinical and pathological features of children with Henoch-Schoenlein purpura nephritis: risk factors associated with poor prognosis. *Clin Nephrol* 2003;60:153-60.
18. Ece A, Gürkan F, Haspolat K, et al: Henoch-Schönlein purpuralı çocuklarda renal ve gastrointestinal tutulumla ilişkili klinik ve laboratuvar bulgular. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2000;43:36-42.
19. Fretzayas A, Sionti I, Moustaki M, Nicolaidou P: Clinical impact of altered immunoglobulin levels in Henoch-Schönlein purpura. *Pediatr Int* 2009;51:381-4.
20. Van Es LA, Kauffmann RH, Valentijn RM. Henoch-Schönlein purpura. Ed. Holliday MA, Barratt TM, Vernier RL. *Pediatric Nephrology*. Baltimore Williams Wilkins, 1987;492-8.
21. Novák J, Szekanez Z, Sebesi J, et al: Elevated levels of anti-Helicobacter pylori antibodies in Henoch-Schönlein purpura. *Autoimmunity* 2003;36:307-11.
22. Hung SP, Yang YH, Lin YT, et al: Clinical manifestations and outcomes of Henoch-Schönlein purpura: comparison between adults and children. *Pediatr Neonatol* 2009;50:162-8.
23. Blanco R, Martínez-Taboada VM, Rodríguez-Valverde V, García-Fuentes M, González-Gay MA: Henoch-Schönlein purpura in adulthood and childhood: two different expressions of the same syndrome. *Arthritis Rheum* 1997;40:859-64.
24. Chang WL, Yang YH, Lin YT, Chiang BL: Gastrointestinal manifestations in Henoch-Schönlein purpura: a review of 261 patients. *Acta Paediatr* 2004;93:1427-31.
25. Reamy BV, Williams PM, Lindsay TJ. Henoch-Schönlein purpura. *Am Fam Physician*. 2009;80:697-704.
26. Marty H, Mazzucchelli L: Cutaneous vasculitis: how to recognize, interpret, treat it? *Schweiz Rundsch Med Prax* 1994;83:240-5.
27. Huang DC, Yang YH, Lin YT, Chiang BL: Cyclosporin A therapy for steroid-dependent Henoch-Schönlein purpura. *J Microbiol Immunol Infect*. 2003;36:61-4.