

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ ve ZÜHREVİ HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERİ ve
ZÜHREVİ HASTALIKLAR POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
ÜRTİKERYAL VASKÜLİTLİ HASTALARIN
KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

UZMANLIK TEZİ

DR. MUSTAFA KARAMISDIKOĞLU

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. BERNA ŞANLI ERDOĞAN

DENİZLİ - 2010

Doç. Dr. Berna ŞANLI ERDOĞAN danışmanlığında Dr. Mustafa KARAMISDIKOĞLU tarafından yapılan “Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine Başvuran Ürtikeryal Vaskülitli Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri” başlıklı çalışma jürimiz tarafından Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN Doç. Dr. Berna ŞANLI ERDOĞAN



ÜYE Doç. Dr. Şeniz ERGİN



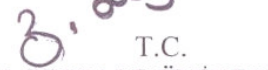
ÜYE Yrd. Doç. Dr. M. Levent TAŞLI



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

07.11/2012

Prof. Dr. Zeynep BEK
Dekan



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANI

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve bu tez çalışmasında katkılarından, desteklerinden ve anlayışlarından dolayı değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Berna ŞANLI ERDOĞAN'a, anabilim dalımızdaki diğer hocalarım Doç. Dr. Şeniz ERGİN'e, Yrd. Doç. Dr. M. Levent TAŞLI'ya ve Yrd. Doç. Dr. Nida KAÇAR'a,

Uzmanlık eğitim süresinin yaklaşık bir yılını geçirdiğim Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.'nda görevli hocalarım Prof. Dr. İnci MEVLİTOĞLU'na, Prof. Dr. Şükrü BALEVİ'ne, Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÖZDEMİR'e ve Yrd. Doç. Dr. Burhan ENGİN'e,

Romatoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları rotasyonlarımda birlikte çalıştığım Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dahiliye A.D. hocalarından Doç. Dr. Recep TUNÇ ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları A.D. hocalarından Yrd. Doç. Dr. İbrahim ERAYMAN'a,

Tezimin istatistiksel çalışmalarındaki yardımlarımdan dolayı Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.'nda görevli Uz. Dr. Mehmet UYAR'a,

Kendileriyle çalışmaktan keyif aldığım değerli, anlayışlı ve fedakar asistan arkadaşlarıma ve hastane personeline,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında gösterdikleri yardım, sabır, anlayış ve fedakarlıktan dolayı aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa |
|---|-----------|
| GİRİŞ | 1 |
| GENEL BİLGİLER | 2 |
| Epidemiyoloji..... | 2 |
| Etyoloji ve sistemik hastalıklarla ilişki | 3 |
| Klinik bulgular | 4 |
| Sistemik tutulum belirtileri | 6 |
| Teşhis için gerekli tetkikler ve laboratuvar bulguları..... | 8 |
| Histopatoloji..... | 9 |
| Patofizyoloji..... | 10 |
| Ayırıcı tanı | 11 |
| Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu | 12 |
| Tedavi | 13 |
| Prognoz..... | 16 |
| GEREÇ VE YÖNTEMLER | 17 |
| BULGULAR | 20 |
| TARTIŞMA | 40 |
| SONUÇ | 56 |
| ÖZET | 57 |
| SUMMARY | 59 |
| KAYNAKLAR | 61 |

TABLolar ÇİZELGESİ

Sayfa

| | |
|---|----|
| Tablo – 1: Ürtikeryal vaskülitin deri bulguları..... | 5 |
| Tablo – 2: Ürtikeryal vaskülit ile ürtikerin deri bulgularının karşılaştırılması | 5 |
| Tablo – 3: Ürtikeryal vaskülitin sistemik bulguları | 6 |
| Tablo – 4: Ürtikeryal vaskülit ve ürtikerin histopatolojik bulgularının karşılaştırılması . | 10 |
| Tablo – 5: Hastaların yaş ve cinsiyete göre dağılımı..... | 20 |
| Tablo – 6: Hastaların meslekleri..... | 21 |
| Tablo – 7: Hastalarda ürtikeryal vaskülitte eşlik eden sistemik hastalıklar | 22 |
| Tablo – 8: Belirtilerin ilk görüldüğü yer | 23 |
| Tablo – 9: Hastalarda tespit edilen muayene bulguları..... | 23 |
| Tablo – 10: Hastalarda tespit edilen enfeksiyonlar..... | 24 |
| Tablo – 11: Hastaların C3 ve C4 sonuçları | 29 |
| Tablo – 12: Hastaların ANA tetkik sonuçları..... | 30 |
| Tablo – 13: Hipokomplementemik ve normokomplementemik hastaların laboratuvar bulguları..... | 33 |
| Tablo – 14: Hastaların sistemik sorguları | 36 |
| Tablo – 15: Hipokomplementemik ve normokomplementemik hastaların karşılaştırılması | 37 |
| Tablo – 16: Hipokomplementemik hastaların sistemik bulguları | 38 |
| Tablo – 17: Tedavi protokolleri..... | 39 |
| Tablo – 18: SLE tanı kriterleri..... | 47 |
| Tablo – 19: Çalışmaların karşılaştırmalı özeti..... | 52 |

KISALTMALAR

| | |
|---------------|---|
| SLE | : Sistemik lupus eritematozus |
| NSAİİ | : Steroid olmayan antienflamatuvar ilaç |
| IgM | : İmmünglobulin M |
| IgG | : İmmünglobulin G |
| IgA | : İmmünglobulin A |
| KOAH | : Kronik obstrüktif akciğer hastalığı |
| MSS | : Merkezi sinir sistemi |
| C3 | : Kompleman 3 proteini |
| C4 | : Kompleman 4 proteini |
| ANA | : Anti nükleer antikor |
| TNF- α | : Tümör nekroz faktörü |
| ICAM-1 | : İnterselüler Adezyon Molekülü 1 |
| IL-1 | : İnterlökin 1 |
| WBC | : Beyaz Kan Hücreleri |
| RBC | : Kırmızı Kan Hücreleri |
| HTC | : Hematokrit |
| HGB | : Hemoglobin |
| PLT | : Trombositler |
| ALT | : Alanin Aminotransferaz |
| AST | : Aspartat Aminotransferaz |
| CRP | : C-Reaktif Protein |
| Anti HBs | : Hepatit B Yüzey Antikoru |
| HBs Ag | : Hepatit B Yüzey Antijeni |
| Anti HCV | : Hepatit C Virüs Antikoru |
| TSH | : Troid Uyarıcı Hormon |
| FT3 | : Serbest Troid 3 Hormonu |
| FT4 | : Serbest Troid 4 Hormonu |

GİRİŞ

Ürtikeryal vaskülit, ürtiker plakları ile seyreden nadir görülen bir vaskülit tipidir. Klasik ürtikerden klinik ve histopatolojik olarak çeşitli farkları vardır. Klasik ürtikerden farklı olarak ürtiker plakları genelde 24 saatten uzun sürer ve kaşıntı ile birlikte yanma-batma hissi ön plandadır. Bu plaklar iyileştikleri zaman ise yerlerinde hafif kahve-violemsi renkli pigmentasyon bırakmaya meyillidirler. Ürtikeryal vaskülitte eşlik eden hipokomplementemi varlığında ise sistemik tutulum olasılığı söz konusu olabilir. Sistemik vaskülit sonucu tutulan organ ve sistemlere bağlı çeşitli klinik tablolar ortaya çıkar.

Histopatolojisinde ise klasik ürtikerde görülen histamin deşarjına bağlı basit dermal ödem yerine özellikle postkapiller venüllerde lökositoklastik vaskülit gözlenir. Bu fark ürtiker ve ürtikeryal vaskülit ayırımı için en önemli özelliktir.

Ürtikeryal vaskülitte sistemik tutulum, tutulan organ ve sisteme göre ciddi sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Örneğin, böbrek venüllerindeki vaskülit sonucunda ciddi böbrek yetmezliği tablosu, gastrointestinal sistem tutulumunda kanama ve enfarktler sonucu morbidite hatta mortalite artışı gözlenebilir.

Bu çalışmamızda, 2003 yılından bu yana Pamukkale Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine başvuran ürtikeryal vaskülitli 41 hastanın demografik özellikleri, klinik, laboratuvar bulguları ve tedavi sonuçlarını araştırmayı ve derlemeyi amaçladık.

GENEL BİLGİLER

Ürtikeryal vaskülit, histopatolojik olarak lökositoklastik vaskülit tablosu gösteren tekrarlayan ürtiker atakları ile karakterize bazı vakalarda sistemik tutulumun da izlendiği klinikopatolojik bir durumdur (1). İlk olarak 1973 yılında McDuffie ve arkadaşları tarafından lökositoklastik vaskülitin ürtiker kliniği ile seyreden bir formu olarak tanımlanmıştır (2).

Ürtikeryal vaskülit, ürtiker atakları ile seyreden vakaların %5'inden azında gözlenir. Bazı çalışmalarda bu oranın %20'ye kadar çıktığı tespit edilmiştir. Hastalarda kadın/erkek oranı 3/1'dir (1).

Birçok hastada etyoloji bulunamamakla birlikte otoimmün hastalıklar, enfeksiyonlar ve ilaçlar sorumlu tutulmaktadır. Paraneoplastik sendromlarda da ürtikeryal vaskülit tablosu ile karşılaşılabilir (3).

Sistemik vaskülit ile seyreden bazı tablolarda olduğu gibi ürtikeryal vaskülitte de sistemik tutulum gözlenebilir.

İleride de inceleneceği üzere bu durumda pek çok organ ve sistem tutulumu ile morbidite ve mortalite artışı gözlenir (3,4).

Bazı sistemik tutulumlu ürtikeryal vaskülit tablolarında laboratuvar incelemelerinde hipokomplementemi varlığı dikkati çekmektedir. Ayrıca yükselmiş sedimantasyon değerleri, anemi ve otoantikörler da gözlenebilir (3-5).

Tedavide ise sistemik tutulum olmadığı zaman antihistaminikler, kolşisin, dapson, hidrosiklorokin, indometazin ve düşük doz sistemik steroid kullanılabilir. Sistemik tutulum varlığında ise yüksek doz sistemik steroid, azatioprin, siklofosamid, siklosporin A ve mikofenolat mofetil devreye girmektedir (3-5).

Epidemiyoloji

Ürtikeryal vaskülit oldukça nadir görülen bir tablodur. Kronik ürtiker şikayeti ile başvuran hastalarda %2'den %20'ye kadar değişen oranlarda ürtikeryal vaskülit tespit edilmiştir (6).

Ürtikeryal vaskülit kadınlarda daha sık gözlenir. Yapılan bazı çalışmalarda kadın/erkek oranı 3/1 ile 4/1 arasında bulunmuştur (1,7,8).

Ürtikeryal vaskülit genellikle erişkin yaşlarda gözlenmektedir ve pik yaşı 4. dekattadır (3,5,7,8). Nadiren de olsa çocukluk çağında da gözlenir. Pediatrik yaş aralığında ürtikerin yanında bazı sistemik tutulumların da var olması (glomerülonefrit ve artrit gibi) hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit akla getirmelidir (4,9,10).

Hastalığın devam süresi oldukça değişiklik göstermektedir. Ortalama hastalık süresi 3 yıl civarındır (4-6).

Etyoloji ve sistemik hastalıklarla ilişki

Ürtikeryal vaskülit vakalarının çoğunda etyoloji belli değildir. Ancak özellikle SLE ve Sjögren sendromu başta olmak üzere bazı bağ dokusu hastalıkları ile birliktelik tespit edilmiştir (3-6,11,12). Ürtikeryal plaklar, SLE'de görülebilen bir semptomdur. Yapılan bir çalışmada ürtikeryal vaskülitli hastaların %2'sine SLE teşhisi konmuştur. Aynı çalışmada hipokomplementeminin eşlik ettiği ürtikeryal vaskülitli hastaların ise %50'si SLE tanısı almıştır (4,13).

Her ne kadar SLE ile hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit daha çok ilişkilendirilse de 4 yaşında bir kız çocuğunda normokomplementemik ürtikeryal vaskülit ile ilişkili SLE tespit edilmiştir (14).

Sjögren sendromunda ve mikst kriyoglobulinemide de ürtiker benzeri purpurik döküntüler görülebilir (4).

Serum hastalığı, immün kompleksler yoluyla vaskülitte neden olur ve bazen hastalığın ilk semptomu yaygın ürtikeryal plaklardır. Serum hastalığında, ürtikeryal plakların histopatolojisinde dermal venülit ve inflamasyon görüldüğü için ürtikeryal vaskülit ile ilişkilendirilmektedir (4,15).

Ürtikeryal vaskülit ile ilişkili enfeksiyonlar arasında hepatit B ve C enfeksiyonu, Lyme hastalığı ve enfeksiyöz mononükleoz sayılabilir (4,16,17).

İlaç kullanımı da ürtikeryal vaskülit etyolojisinde önemli yer tutar. Prokarbazin, simetidin, fluoksetin, prokainamid, BCG aşısı, diltiazem, potasyum iyodür, etanersept, bütihidroksitoluen, deksfenfluramin ve NSAİİ (non-steroid antienflamatuvar ilaçlar) suçlanan ajanlardandır (3-6,10). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise multipl skleroz tedavisi için kullanılan glatiramer asetat ile ürtikeryal vaskülit tablosu gelişmiş bir vaka yayınlanmıştır (18).

Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu; SLE ile benzer şekilde ürtikeryal plaklar, anjioödem, peteşi/purpura ile seyreden hemorajik deri lezyonları, hipokomplementemi, dolaşımda bulunan immünkompleksler ve iç organ tutulumları ile seyreden bir tablodur (2,4).

Schnitzel sendromu, lökositoklastik vaskülit histopatolojisine sahip kronik ürtiker, kemik ağrısı, hiperostozis, artralji, lenfadenopati, intermittan ateş ve monoklonal IgM gammopatisi veya paraproteinemi ile seyreden bir tablodur (19,20).

Genç erişkinlerde ortaya çıkan, Meniere hastalığına benzer işitme-denge bozukluğu ve akut interstisyel keratit nöbetleri ile karakterize nadir bir hastalık olan Cogan sendromunda da ürtikeryal vaskülit ile ilişki bildirilmiştir (21).

Ürtikeryal vaskülitin malignite ile ilişkisi iyi tanımlanamamıştır ve şimdiye kadar literatürde oldukça az sayıda vaka bildirilmiştir. Hodgkin hastalığı, IgA myelomu, metastatik kolon adenokarsinomu, metastatik malign teratom ve diffüz büyük B-hücreli non-Hodgkin lenfoma ile ilişkili vakalar bildirilmiştir (3,4,22-24).

Klinik bulgular

Bazı ürtikeryal vaskülit vakalarında deri bulguları klasik ürtiker lezyonlarından ayırt edilemeyebilir (3,5). Ürtikeryal vaskülitli hastalarda, ürtiker plakları klasik ürtiker plaklarına göre genellikle daha dirençli ve uzun ömürlüdür, ayrıca purpura veya hiperpigmentasyon ile iyileşebilirler (Tablo 1). Tablo 2’de ise ürtikeryal vaskülit ile klasik ürtikerin deri bulguları karşılaştırılmıştır.

Tablo – 1: Ürtikeryal vaskülitin deri bulguları

| |
|--|
| Ağrılı, gergin, yanma hissi bulunan veya kaşıntılı deri lezyonları |
| Ürtikeryal plakların 24 saatten uzun süreli olarak sebat etmesi |
| Merkezi iyileşme gösteren koyu renkli lezyonlar |
| Palpabl purpura |
| İyileşen lezyon yerlerinde postenflamatuvar hiperpigmentasyon |

Tablo – 2: Ürtikeryal vaskülit ile ürtikerin deri bulgularının karşılaştırılması

| Tanım | Ürtikeryal Vaskülit | Ürtiker |
|---|---|----------------------------|
| Semptom | Ağrı, gerginlik, yanma hissi veya kaşıntı | Başlıca kaşıntı |
| Süre | 24 – 72 saat arası | Genellikle 24 saatten kısa |
| İyileşme sonrası lezyon yeri belirtileri | Purpura veya hiperpigmentasyon | Yok |
| Yerleşim | Vücutta herhangi bir yer | Genellikle ekstremiteler |

Ürtikeryal vaskülit üzerinde yapılan pek çok araştırmada, ürtikeryal vaskülit lezyonlarının 24 saatten daha uzun süre kaldığı ve bu lezyonların genellikle 48 ile 72 saat arasında sürdüğü tespit edilmiştir (3,5,6).

Ayrıca bir ürtiker plağının ortasında bulunan ve diaskopi ile solmayan violemsi-kırmızı veya kahverengi makül, altta yatan purpuraya işaret etmekte ve ürtikeryal vaskülitin klasik ürtikerden ayırt edilmesinde bir diğer kıymetli yardımcı antite olarak kullanılabilir (25).

Ürtikeryal vaskülitte klasik ürtikeryal plaklara ek olarak; eritema multiforme benzeri lezyonlar, livedo retikularis, bül formasyonu ve çok daha nadir olarak Raynaud fenomeni de klinik olarak karşımıza çıkabilir (3-6,10).

Anjiyoödem, ürtikeryal vaskülitte sık karşılaşılan bir klinik tablodur. Bu durum vaskülitin dermisteki kapillerleri ve submukozadaki derin tabakaların postkapiller venüllerini etkilediği durumlarda ortaya çıkar (3,4).

Sistemik tutulum belirtileri

Ürtikeryal vaskülitli bazı hastalarda ciddi olabilen sistemik tutulum gözlenebilir. (Tablo 3) Bu durumdan klasik kompleman yolunun aktivasyonu sonucu ortaya çıkan hipokomplementemi sorumlu tutulmaktadır (3-6).

Kas-iskelet sistemi tutulumu en sık karşılaşılan sistemik tutulumdur. Görülme sıklığı % 50–70 civarındadır. Artralji veya artrit şeklinde karşımıza çıkar. İlk ortaya çıkan sistemik belirtileridir. En sık tutulan eklemler el ve dirseklerdir. Tutulum genellikle migratuvar tarzdadır ve tedavi ile sekel bırakmadan iyileşir. Ayrıca romatoid artritteki eklem deformasyonlarına benzer şekilde parmakların ulnar deviasyonu, kuğu boynu deformasyonları, subluksasyonlar ve kardiyak tutulumun (aort ve mitral valvülopati) görüldüğü Jaccoud artropatisinde de ürtikeryal vaskülit tablosu gözlenmiştir (3–6).

Tablo – 3: Ürtikeryal vaskülitin sistemik bulguları

| | |
|-------------------------|--|
| Kas-İskelet Sistemi | Artralji, Artrit |
| Gastrointestinal Sistem | Karın ağrısı, Gastrointestinal kanama |
| Böbrek | Proteinüri, Hematüri, Böbrek yetmezliği |
| Akciğer | KOAH, Hemoptizi, Plevral efüzyon |
| Göz | Episklerit, Üveit |
| Kalp | Perikardit, Kardiyak tamponad |
| Merkezi Sinir Sistemi | Psödötümör serebri, Aseptik menenjit |
| Diğer | Ateş, Halsizlik, Splenomegali, Lenfadenopati |

Gastrointestinal sistem tutulumu ikinci sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. Karın ağrısı, bulantı, kusma, diyare ve ciddi olabilen gastrointestinal kanama gözlenebilir (3-6,10).

Böbrek tutulumu, hastalarda %5-10 arasında gözlenir. Proteinüri ve mikroskobik hematüri tespit edilir. Histopatolojisinde proliferatif glomerülonefrit, kresentik glomerülonefrit ve tübülointerstisyel nefrit dahil olmak üzere çeşitli böbrek tutulumu bulguları gözlenir. Eğer altta yatan SLE gibi bir bağ dokusu hastalığı varsa tutulum daha şiddetli olabilir ve son dönem böbrek hastalığına gidebilir (3-6,26).

Pulmoner tutulum hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastaların %17-20'sinde ortaya çıkar. KOAH, astım, plörezi ve bunlara bağlı olarak öksürük, dispne ve hemoptizi gözlenir. Pulmoner dokudan yapılan histopatolojik incelemelerde tespit edilen lökositoklastik vaskülit sonucu ortamda bulunan nötrofillerden salınan elastazın doku yıkımına neden olduğu bildirilmiştir (3-6,10,27).

Göz tutulumu hastaların %10'undan azında rastlanmaktadır. Episklerit, üveit ve konjunktivit en sık tespit edilen bulgulardır (3-6). Ürtikeryal vaskülitli bir hastada serpijinöz koroidopati gelişimi sonucu kalıcı görme kaybı gelişmiştir (28).

Kardiyak tutulum oldukça nadir olarak gözlenir. Tekrarlayan perikardit ve sonucunda gelişen perikardiyal efüzyon ve kardiyak tamponad gelişebilir. Ayrıca aort ve mitral kapak tutulumu da yukarda bahsedildiği gibi ürtikeryal vaskülitin eşlik ettiği Jaccoud artropatisi olan hastalarda gözlenebilir (3,4).

Merkezi sinir sistemi tutulumu da nadir de olsa gözlenmektedir. Psödötümör serebri ürtikeryal vaskülitte görülen en sık MSS tutulumu belirtisidir. Aseptik menenjit de çok nadir de olsa görülebilir (3,6,29).

Ayrıca hastalarda genel olarak ateş yüksekliği, halsizlik, kırgınlık gibi genel belirtiler de gözlenebilir. Ayrıca hepato-splenomegali, jeneralize lenfadenopati de gözlenebilir.

Normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalarda sistemik tutulum sıklığı oldukça azdır ve hafif şiddettedir. Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalarda çoğu zaman sistemik tutulum vardır ancak çoklu organ tutulumu olduğunda bile hastalar nadiren hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitin doğrudan etkisi sonucu ölürlür (3-6,10).

Teşhis için gerekli tetkikler ve laboratuvar bulguları

Teşhis için yapılması gereken ilk ve kati işlem biyopsidir. Biyopsi örneği için yeni lezyonlar tercih edilmelidir. Ürtikeryal vaskülit tanısını koyabilmek için histopatolojik incelemede lökositoklazi ve bazen de fibrinoid dejenerasyonun tespit edilmesi gerekmektedir. İmmün kompleks birikimi açısından da immünfloresan boyama yapılmalıdır. Kapillerlerdeki immünglobülin ve C3 birikimi hipokomplementemi ile ilişkilidir (3,4,6).

Çok geniş laboratuvar tetkiklerine bakılmasına gerek yoktur. Sistemik tutulum araştırılırken hastanın şikayetlerine göre tetkik istenmesi mantıklı bir yaklaşımdır (3,6).

Yapılan tetkiklerde en yaygın bulgular sedimantasyon yüksekliği, hipokomplementemi (özellikle C3 ve C4) ve ANA (+)'liğidir. Özellikle sedimantasyon yüksekliği hastaların %75'inde gözlenir. Sedimantasyon yüksekliğinin sensitivitesi ve spesivitesi düşüktür. Hastalığın şiddeti ile bağlantılı değildir (3,4,6).

Hipokomplementemi ise sistemik tutulum açısından daha değerli bir işarettir ve sistemik komplikasyonlarla ilişkilidir. Özellikle kompleman sisteminin klasik yoldan aktivasyonu ile C1, C2, C3, C4 ve CH50/100 proteinlerinin seviyesinde düşüklük tespit edilir (3-6).

ANA (+)'liği ve kronik hastalık anemisi de ürtikeryal vaskülite spesifik olmayan laboratuvar tetkiklerindedir (3-5,10).

Histopatoloji

Ürtikeryal vaskülit tanısında yeni lezyonlardan alınan biyopsi örneğinde lökositoklastik vaskülit ve fibrinoid dejenerasyon bulunması altın standarttır. Bir vaskülite lökositoklastik vaskülit denilebilmesi için; endotelial hücrelerin şişmesi, eritrositlerin ekstrasvazasyonu, lökositlerin parçalanması ve çekirdeklerinin inflamasyon bölgesine dağılması (lökositoklazi), damarsal yapılarda fibrin depozitlerinin birikmesi (fibrinoid dejenerasyon) ve nötrofillerden oluşan perivasküler hücre infiltrasyonunun gözlenmesi gerekmektedir (5-8,30).

Lökositoklazi ve fibrinoid dejenerasyonun, doğrudan damar duvarı hasarını gösterdiği için ürtikeryal vaskülitin histopatolojik özellikleri içinde en önemlileri olduğu kabul edilmektedir (4,7,8,30). Bazı araştırmacılar ise ürtikeryal vaskülitteki perivasküler infiltratta lenfosit ve eozinofillerin de bulunmasından dolayı ürtikeryal vaskülit tanısı için lökositoklaziyi elzem kabul etmemektedir (31).

Bu sebeple ürtikeryal vaskülitteki histopatolojik özellikler geniş bir yelpaze olarak değerlendirilmiştir. Yelpazenin bir ucunda sadece hafif mononükleer infiltrat gözlenirken orta düzeyde yoğun perivasküler infiltrat ve minimal lökositoklazi görülür ama fibrinoid dejenerasyon yoktur. Yelpazenin diğer ucu olan ileri düzeydeki histopatolojik değişikliklerde, yoğun perivasküler infiltratın yanında serbest lökositoklazi ve fibrinoid dejenerasyon da gözlenir (13,32).

Tablo 4'te ürtikeryal vaskülit ile akut-kronik ürtikerin histopatolojik özellikleri özetlenmiştir.

Tablo – 4: Ürtikeryal vaskülit ve ürtikerin histopatolojik bulgularının karşılaştırılması

| | Ürtikeryal Vaskülit | Kronik Ürtiker | Akut Ürtiker |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Baskın hücre tipi | Çok sayıda baskın olarak nötrofil | T lenfosit, makrofaj, eozinofil | Az sayıda nötrofil |
| Yerleşim | Damar duvarı ve perivasküler | Perivasküler | Perivasküler |
| Endotelyal hücre şişmesi | Var | Az | Yok |
| Lökositoklazi ve fibrinoid dejenerasyon | Var | Yok | Yok |
| Eritrosit ekstrasvazasyonu | Var | Nadir | Yok |

Patofizyoloji

Tip III aşırı duyarlılık reaksiyonunun ürtikeryal vaskülit patofizyolojisinde önemli rol oynadığı kabul edilmektedir. Ürtikeryal vaskülitli hastaların %30-70'inde dolaşımda immün kompleksler tespit edilmiştir. Dolaşan antijen-antikor kompleksleri damar duvarına çökmekte ve vaskülitik hasara sebep olmaktadır. Ürtikeryal vaskülitli hastalarda kapiller duvarlarında ve epidermal bazal membran tabakasında immünglobulinler, kompleman proteinleri ve fibrin depozitleri birikimi gösterilmiştir. Bu birikimler immünglobülinler (IgG, IgM vb), C3 ve fibrinojenden oluşmaktadır. Yapılan bir çalışmada aktif ürtikeryal vaskülit plaklarının %70'inde bu birikim tespit edilmiştir (33). Bazı kaynaklarda ise bu immünkompleks birikimleri taze lezyonlarda tespit edilememiş fakat lezyonlar yaşlandıkça tekrarlanan biyopsilerde birikimler gösterilmiştir. Bu birikimler daha ziyade granüler tarzda ve bazal membran zonundadır (13,34). İmmünkompleks birikimi ürtikeryal vaskülite has bir özellik değildir. SLE'de olduğu gibi pek çok bağ dokusu hastalığında da

bazal membran zonunda immüno kompleks birikimi olmaktadır. Bazı hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit hastalarında ilerleyen dönemlerde SLE tanısı koyduracak sistemik tutulum belirtileri ortaya çıkabilmektedir. Bu durum SLE ile ürtikeryal vaskülit arasındaki ilişkinin en güçlü kanıtıdır (4,13,32,34). Plazmaferez ile dolaşımdan uzaklaştırılan immün kompleksler sonucunda ürtikeryal vaskülitte görülen ürtiker plakları hızlı bir şekilde gerilemektedir. Bu durum da immün komplekslerin ürtikeryal vaskülit patofizyolojisinde önemli rol üstlendiğini göstermektedir (3-5,10).

İmmüno kompleksler otoantikörler ile oluştuğu gibi ilaçlar ve enfeksiyonlar ile de oluşabilmektedir. Hepatit B ve C enfeksiyonu da bu enfeksiyonlar arasındadır (4,5,16). Bu oluşan ve damar duvarına çöken immüno kompleksler sonucunda kompleman sisteminin klasik yolu aktive olmakta ve C3a ve C5a üretilmektedir. Üretilen C3 ve C5, mast hücrelerinde degranülasyona ve başta TNF- α olmak üzere yeni kemokin ve sitokin üretilmesine sebep olmaktadır. TNF- α , mast hücrelerindeki ICAM-1'i ve endotel hücrelerinde bulunan E-selektini artırır. Yükselmiş ICAM-1 düzeyleri nötrofillerin ve eozinofillerin inflamasyon bölgesine göçmesinde önemli rol oynarlar. Bu kemokin ve sitokinler damar geçirgenliğinde artışa, nötrofil kemotaksisine ve immüno kompleks birikiminde artışa sebep olmaktadır. Ortama ulaşan nötrofiller hem mast hücrelerinden hem de diğer nötrofillerden salınan sitokinler ile aktive olarak fagositoza uygun hale gelirler ve doku tahribatını daha da kötüleştiren proteolitik enzimleri (kollajenaz, elastaz vb.) salgırlar (3-5).

Bazı ürtikeryal vaskülitli hastaların dolaşımında bulunan anti-C1q, SLE'li hastalarda da tespit edilebilmektedir. Anti-C1q hem ürtikeryal vaskülitte hem de SLE'de gözlenen böbrek ve akciğer tutulumundan sorumlu tutulmaktadır (5,6,11,12).

Ayırıcı tanı

Ürtikeryal vaskülitin ayırıcı tanısında başlıca akut ürtiker, kronik ürtiker ve palpabl purpuralarla seyreden vaskülitler yer alır. Bu hastalıkları ayırt etmek için, çeşitli klinik ve histolojik özellikler kullanılır (4-6,10).

Akut ürtikerde ödem belirgindir ve seyrek perivasküler lökosit infiltrasyonu gözlenir. Endotel hücre şişmesi, lökositoklazi ve eritrosit ekstrasvazasyonu yoktur.

Kronik ürtikerde hafif endotel hücre şişmesi, perivasküler lökosit infiltrasyonu ve nadiren ekstravaze eritrositler görülür. Lökositoklazi ve fibrinoid dejenerasyon gözlenmez. İmmünglobulinler ve komplemanlar için immünfloresan inceleme negatiftir. Yapılan bir çalışmada klinik olarak kronik ürtiker tanısı konan hastaların incelenen histopatolojik örneklerinin %52'sinde vaskülit tespit edilmiştir (35). Ürtikeryal vaskülit ile akut-kronik ürtiker arasındaki histopatolojik farklar yukarıda Tablo 4'te özetlenmiştir.

Ürtikeryal vaskülitte lenfositik infiltrat seyrek olarak gözlenir. Lökositoklazi olmadığında fibrinoid dejenerasyon varlığı ile ürtikeryal vaskülit teşhisi konulabilir.

Klinik olarak tipik lökositoklastik vaskülit ile ürtikeryal vaskülit genellikle ayırt edilebilir. Histopatolojik olarak tipik lökositoklastik vaskülitte eritrosit ekstravazasyonu ürtikeryal vaskülittekinden daha fazladır. (13).

Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu

İlk olarak hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitin sistemik tutulum ile birlikte olduğu zaman bir sendrom olabileceği 1973 yılında McDuffie ve arkadaşları tarafından öne sürülmüştür (2).

Bu sendromun SLE ile oldukça fazla ortak kutanöz ve sistemik belirtileri vardır. Bu ortak belirtiler; ürtikeryal plaklar, anjioödem, peteşi ve purpuralar ile seyreden hemorajik deri lezyonları, düşük kompleman titreleri, dolaşımda bulunan immünkompleksler ve bazı ciddi iç organ tutulumlarıdır (36). İlk ortaya atıldığı 1973'ten bu yana 100'den fazla hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu tespit edilmiştir (2,36).

Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu teşhisi koyabilmek için gerekli olan majör ve minör kriterleri, 1982 yılında Schwartz ve arkadaşları tanımlamıştır. Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromunun majör kriterleri klinik olarak 6 aydan fazla süren kronik ürtiker tablosu ve hipokomplementemidir. Minör kriterler ise biyopside dermal venülit, artralji veya artrit, üveit veya episklerit, hafif glomerülonefrit, karında tekrarlayan ağrı veya immüdiffüzyonlu pozitif C1q presipitin testi ve bu test ile ilişkili olarak serumda

düşük C1q düzeyidir. Tanı için yukarıda bahsedilen iki majör kriterin yanında minör kriterlerden de iki tanesinin bulunması gerekir (36,37).

Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromlu hastaların %50'sinde KOAH, %30'unda üveit-episklerit gözlenir. Bu durum pek çok ortak belirtileri bulunan hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu ile SLE'yi ayırt etmekte faydalıdır (36).

Adından da anlaşılacağı gibi hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromunda serum kompleman seviyeleri (C1q, C3, C4) düşüktür. Özellikle C1q düzeyi tüm hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalarda C3 ve C4'ten bağımsız olarak spesifik olarak oldukça düşüktür (4,5,36).

Anti-C1q antikoları pek çok otoimmün hastalıkta tespit edilmesine rağmen özellikle SLE ve hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu için daha spesifiktirler (36,37).

Tedavi

Ürtikeryal vaskülit tedavisi hastalığın şiddetine ve sistemik tutulumu göre değişmektedir. Hastalığın semptom yelpazesi oldukça geniş olduğu için tedavi seçenekleri de oldukça geniştir ve bu sebeple ürtikeryal vaskülit tedavisi zordur. Sadece kutanöz tutulumu bulunan hastalarda antihistaminikler yeterli olabilirken ciddi sistemik tutulumu olan hastalarda immün sistem baskılayıcıları ve kemoterapotik ajanlar gerekli olabilmektedir (3-6,10).

Antihistaminikler, pruritusun semptomatik tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadırlar ama tek başlarına çoğu zaman yeterli olmamaktadırlar. İmmünkompleks aracılı enflamasyonu baskılamakta etkisizdirler ve bu sebeple diğer tedavi ajanları ile kombine olarak kullanılırlar (3-6).

İndometazin, ürtikeryal vaskülit tedavisinde en sık kullanılan NSAİİ'tir. Hastaların yaklaşık %50'sinde iyi sonuç verdiği bildirilmiştir. En sık gözlenen yan etkisi gastrointestinal sistem rahatsızlıklarıdır (1,3,4).

Kolşisin, kutanöz vaskülit tedavisinde etkili bulunmuş bir ajandır. Fakat mutajenik olduğu ve gastrointestinal ile hematolojik yan etkileri bulunduğu için

dikkatli kullanılmalıdır. Bu ilaç nötrofil kemotaksisini yavaşlatır, lizozomal membranları stabilize eder ve lizozomal degranülasyonu inhibe eder (1,3,4,33,38).

Dapson, sülfon yapılı bir ajan olup ürtikeryal vaskülitte kalıcı iyileşme sağladığı gösterilmiş bir ilaçtır. Etki mekanizması polimorfonükleer lökosit miyeloperoksidaz enzim sisteminin baskılanması, nötrofilik lizozomal etkinliğinin azaltılması, aktif oksijen metabolitlerinin üretilmesi, nötrofil kemotaksisi ve adhezyonu baskılanması şeklindedir. Ürtikeryal vaskülit ile ilişkili SLE hastalarında da etkili bulunmuştur. Genetik olarak glikoz-6-fosfat dehidrojenaz eksikliği olan hastalarda, tedavi sırasında yan etki olarak şiddetli hemoliz gözlenebilir, bu yüzden tedavi başlamadan önce mutlaka bu enzimin serum düzeyi kontrol edilmelidir (1,3-6,10).

Hidroksiklorokin, *in vivo* lizozomal enzimlerin ve IL-1'in salınmasını engelleyerek ürtikeryal vaskülit tedavisinde etkili bulunan antimalaryal bir ilaçtır. En ciddi yan etkisi oldukça nadir görülen retinopatidir. Yılda bir kez göz kontrolü gereklidir (3-5,39).

Sistemik steroidler, özellikle sistemik tutulumu olan hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalarda kullanılan temel ajanlardır. Ciddi semptomatik rahatlama sağlamasına rağmen uzun süreli kullanım sonucu ortaya çıkan ciddi olabilen yan etkileri vardır. Bu sebeple rahatlama sağlanan hastalarda zamanla kademeli doz düşümü uygulanmalıdır. Bazı hastalarda doz düşümü ile semptomlar nükseder ve sürekli düşük doz steroid kullanımı ihtiyacı ortaya çıkabilir. Bu sebeple şiddetli sistemik tutulumu olan hastalarda sistemik steroide kombine olarak steroid ihtiyacını azaltan dapson, azatioprin, siklofosfamid, siklosporin ve mikofenolat mofetil eklenebilir (3-6,40,41).

Metotreksat, ürtikeryal vaskülit tedavisinde steroidler ile kombine edilmeden kullanılan bir ajandır. Metotreksat kullanılan bir vakada, ürtikeryal vaskülit semptomlarının daha da kötüleştiği tespit edilmiştir. Bu ajanın hastalığı kontrol altına alma yönündeki etkinliği güvenilir değildir ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (3-6,42).

Azatioprin, ürtikeryal vaskülit tedavisinde kullanılan sentetik bir pürin analogudur. En önemli yan etkisi kemik iliği baskılanmasıdır ve sıklıkla lökopeni

olarak kendini gösterir. Hastalar lösemi gelişimi açısından takip edilmelidir. Steroidler ile kombinasyonu oldukça etkilidir (3-6,43).

Siklofosamid, şiddetli ürtikeryal vaskülitli hastalarda steroidlerle kombine olarak kullanılabilir. En sık görülen yan etkisi lökopenidir. Hemorajik sistit ve mutajenite diğer ciddi yan etkilerindedir (3-5,40).

Siklosporin, T lenfositlerin aktivasyonunu baskılayarak tedavide etkili olur. Tedavide steroide olan bağımlılığı engellemek için kullanılır. Renal interstisyumda enflamasyona sebep olan çok sayıda aktive olmuş T hücreleri olan hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromlu bir hastada, nefrotik sendromun başarılı bir şekilde tedavi edildiği bildirilmiştir (3,4,44).

Mikofenolat mofetil, oldukça yeni bir ajan olup özellikle ürtikeryal vaskülit tedavisinin idamesinde etkili bir alternatif olduğu düşünülmektedir (41).

Plazmaferez, dolaşımdaki immünkompleksleri temizleyen alternatif bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönteminin kötü yanları tedavi sonlandırıldıktan sonra 24 saat içinde semptomların nüksetmesidir (1,3,6).

Intravenöz immünglobülin de ürtikeryal vaskülit tedavisinde denenmiştir. Fakat bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (23).

Yapılan bir çalışmada, İnterferon- α Hepatit C virüsü enfeksiyonu ile ilişkili ürtikeryal vaskülit tedavisinde yararlı olmuştur (45).

Bir çalışmada ise anjioödem ile seyreden hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit tedavisinde rituksimab etkili bulunmuştur (46).

Başka bir çalışmada ise hemorajik vezikülleri olan bir ürtikeryal vaskülitli hastada rezepin tedavisi başarılı olmuştur (47).

Ürtikeryal vaskülit tedavisinde kalsiyum kanal blokerleri, doksepin ve pentoksifilin gibi ajanlar da denenmiştir. Bu ajanlar ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (1,3,4).

Prognoz

Normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastaların prognozu oldukça iyidir. Çalışma yapılan 72 ve 40 hastalık iki seride hastalığın ortalama süresi 3 yıl ile 4 yıl olarak bulunmuştur. On iki yıllık bir süre boyunca bu vakalar başka hiç bir önemli sistemik hastalık belirtisi göstermemiştir (33,34).

Hipokomplementemi (hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit, hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu) ve SLE ile ilişkili ürtikeryal vaskülitin daha kötü bir prognoza sahip olduğu bildirilmiştir. En yaygın morbidite sebebi akut larenjial ödem, en yaygın mortalite sebebi ise KOAH'dır.

Sistemik tutulumun eşlik ettiği hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalar, çoklu organ tutulumu varlığında bile nadiren hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitin doğrudan etkisi sonucu hayatlarını kaybederler (3-6,10).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

‘Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran ürtikeryal vaskülitli hastaların klinik ve demografik özellikleri’ adlı tez çalışmamız için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu tarafından çalışmanın yapılmasında tıbbi etik açısından sakınca olmadığına dair onay alındı.

Çalışmamızda 01.01.2003 – 30.04.2009 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvurarak klinik ve histopatolojik olarak ürtikeryal vaskülit tanısı alan 41 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri ve laboratuvar bulguları retrospektif olarak dosya bilgileri taranarak incelemeye alındı.

Çalışmamızın laboratuvar bulguları, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı ve Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı’nda yapılan incelemeler sonucunda elde edildi.

Ürtikeryal vaskülitli hastalarda anamnez ile yaş, cinsiyet, meslek, özgeçmiş sorguları yapıldı ve değerlendirildi.

Hastaların şikayetleri (kaşıntı, yanma, batma, acıma, nefes darlığı, yutma güçlüğü, boğazda takılma hissi) ve ilk olarak başladığı vücut bölgeleri (ekstremiteler başlangıçlı, gövde başlangıçlı ve ekstremiteler ve gövde eşzamanlı birlikte başlangıçlı) kaydedildi.

Hastalarda tespit ettiğimiz muayene bulguları (eritemli makül, ürtikeryal plak, papül, ekskoryasyon, ekimoz/purpura, postenflamatuvar hiperpigmentasyon ve anjiyoödem) kaydedildi.

Hastaların vücutlarında bulunan lezyonların, ilk olarak ortaya çıktıktan kaç saat sonra kaybolduğu hasta kayıtlarından öğrenildi. Bu süreler saat olarak kaydedildi. Hastalardaki lezyonların ömürlerinin ortalama süresi hesap edildi. Hastalar

lezyonların ömrü 24 saatten kısa olanlar ve 24 saatten daha uzun süre ömre sahip olanlar olmak üzere 2 grupta değerlendirildi.

Hastaların şikayetlerini tetikleyen, var olan şikayetlerini artıran faktörler kaydedildi.

Hastaların sistem sorgusunda Raynaud fenomeni, livedo retikularis, fotosensitivite, malar rush, artralji/artrit, saç dökülmesi, fotosensitivite, tekrarlayan abortus öyküsü, oral-genital aft, göz yakınması, eritema nodozum, tromboflebit olup olmadığı kaydedildi. Bu bulgular hipokomplementemik ve normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalar arasında karşılaştırıldı.

Hematolojik olarak beyaz kan hücreleri (WBC), kırmızı kan hücreleri (RBC), hematokrit (HTC), hemoglobin (HGB) ve trombosit (PLT) değerleri kaydedildi. ALT (SGPT) ve AST (SGOT) enzimleri, üre ve kreatinin değerleri incelendi ve kaydedildi.

Hastaların eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP değerleri kaydedildi.

Hastaların idrar örneklerinin mikroskopik inceleme sonuçları değerlendirildi. Anormal bulgular kaydedildi.

Hastalarda ürtikeryal vaskülit ile hepatit B ve hepatit C enfeksiyonları arasındaki olası ilişki açısından HBs Ag, Anti HBs ve Anti HCV değerlerine bakıldı.

C3, C4, IgA, IgG ve IgM düzeyleri kaydedildi.

Hastalarda ANA ve ANA profili incelemesi yapıldı. ANA profili dahilinde ANTİ JO-1, ANTİ SCL-70, ANTİ SM/RNP, ANTİ-SSA ve ANTİ-SSB otoantikörleri incelendi ve sonuçlar kaydedildi.

TSH, FT3 ve FT4 hormonlarının değerleri kaydedildi.

Hastalarda gaitada parazit inceleme sonuçları kaydedildi.

Hastalara tedavi için verilen çeşitli medikal ajanlar kaydedildi. Hastalar 1 ay sonra kontrole çağrıldı. Kontrole gelen hastaların 1 aylık süre içinde ürtikeryal vaskülit atağı geçirip geçirmediği sorgulandı.

Çalışmamızda retrospektif olarak incelenen 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın verileri SPSS 13.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı bulgular ortalama \pm standart sapma ve yüzdelerle verildi. İkili karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi uygulandı. P değeri <0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza 01.01.2003 ile 30.04.2009 tarihleri arasında anamnez, klinik bulgular ve histopatolojik inceleme sonucu ürtikeryal vaskülit tanısı konmuş 41 adet hasta alınmıştır.

Çalışmamıza alınan 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın 13'ü (%31,70) erkek, 28'i (%68,30) kadındı. (Tablo 5)

Tablo – 5: Hastaların yaş ve cinsiyete göre dağılımı

| Cinsiyet | Yaş (Ortalama) | Yaş (Ortanca) | n (%) |
|----------|----------------|---------------|-------------|
| Erkek | 45.93±SD 13.30 | 47 | 13 (31,70) |
| Kadın | 49.23±SD 13.35 | 49 | 28 (68,30) |
| Toplam | 44.39±SD 13.24 | 47 | 41 (100,00) |

n:41

Kırk bir hastanın yaş ortalaması $45.93 \pm SD 13.30$ ve ortanca yaşı 47 (minimum: 12 - maksimum: 71) olarak tespit edildi. C3 ve C4 değerlerine bakılan 29 ürtikeryal vaskülitli hasta içinde tespit edilen 5 hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastamızın yaş ortalaması ise $44,26 \pm SD 13,23$ 'tü. Normokomplementemik 24 ürtikeryal vaskülitli hastanın yaş ortalaması ise $47,79 \pm SD 13,27$ olarak tespit edildi. Çalışmamıza dahil edilen 13 erkek hastanın yaş ortalaması $49,23 \pm SD 13,35$ ve ortanca yaşı ise 49 (minimum: 21 - maksimum: 71) olarak bulundu. Çalışmamıza kabul edilen 28 kadın hastanın yaş ortalaması ise $44,39 \pm SD 13,24$ olarak tespit edildi. Kadınların ortanca yaşı 47 (minimum: 12 - maksimum: 64) olarak bulundu. Erkek ve kadın hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 5)

Kırk bir ürtikeryal vaskülit hastasının meslekleri değerlendirmeye alındı. Hastaların 21'i (%51,21) ev hanımı, 8'i (%19,51) emekli, 5'i (%12,19) memur, 5'i (%12,19) serbest meslek sahibi ve 2'si (%4,87) de öğrenciydi. (Tablo 6)

Tablo – 6: Hastaların meslekleri

| Meslekler | n (%) |
|------------------|--------------|
| Ev hanımı | 21 (51,21) |
| Emekli | 8 (19,51) |
| Memur | 5 (12,19) |
| Serbest meslek | 5 (12,19) |
| Öğrenci | 2 (4,87) |
| Toplam | 41 (100,00) |

Hastaların özgeçmişleri incelendi. Hastaların 16'sında (%39,02) ürtikeryal vaskülitte eşlik eden herhangi bir hastalık tespit edilmedi. Hastaların 10'unda (%24,39) hipertansiyon, 2'sinde (%4,87) diabetes mellitus, 1'inde (%2,43) talasemi minör, 1'inde (%2,43) peptik ülser, 1'inde (%2,43) prematüre menopoz, 1'inde (%2,43) hipertansiyon ve guatr, 1'inde (%2,43) hipertansiyon, diabetes mellitus, astım ve depresyon, 1'inde (%2,43) hipertansiyon ve diabetes mellitus, 1'inde (%2,43) hipertansiyon ve dislipidemi, 1'inde (%2,43) hipertansiyon, astım ve dislipidemi, 1'inde (%2,43) guatr, peptik ülser ve osteoporoz, 1'inde (%2,43) guatr, 1'inde (%2,43) depresyon, 1'inde (%2,43) astım ve 1'inde (%2,43) de ankilozan spondilit vardı. (Tablo 7)

Tablo – 7: Hastalarda ürtikeryal vaskülide eşlik eden sistemik hastalıklar

| Eşlik eden hastalıklar | n (%) |
|-------------------------------|--------------|
| Hastalığı yok | 16 (39,02) |
| HT | 10 (24,39) |
| DM | 2 (4,87) |
| Talasemi minör | 1 (2,43) |
| Peptik ülser | 1 (2,43) |
| Erken menopoz | 1 (2,43) |
| HT+Guatr | 1 (2,43) |
| HT+DM+Astım+Depresyon | 1 (2,43) |
| HT+DM | 1 (2,43) |
| HT+Dislipidemi | 1 (2,43) |
| HT+Astım+Dislipidemi | 1 (2,43) |
| Guatr+Peptik ülser+Osteoporoz | 1 (2,43) |
| Guatr | 1 (2,43) |
| Depresyon | 1 (2,43) |
| Astım | 1 (2,43) |
| Ankilozan spondilit | 1 (2,43) |

n:41

HT: Hipertansiyon DM: Diabetes mellitus

Hastaların öyküsünde yakınmaları sorgulandığında 41 hastanın tamamında kaşıntı, kızarıklık ve kabarıklık vardı. 1 (%2,43) hastada yanma, 1 (%2,43) hastada acıma, 2 (%4,87) hastada nefes darlığı vardı. Yedi (%17,07) hastada muayene esnasında tespit edilememekle birlikte öykülerinde anjioödem yakınması vardı.

Hastaların 11'inde (%26,82) hastalık ilk olarak ekstremitelerden başlamıştı. Yine hastaların 11'inde (%26,82) hastalık ilk olarak gövdeden başlamıştı. Hastaların 19'unda (%46,34) ise hastalık eşzamanlı olarak hem ekstremitelerde hem de gövdede ortaya çıkmıştı. (Tablo 8)

Tablo – 8: Belirtilerin ilk görüldüğü yer

| Vücut bölgesi | n (%) |
|------------------------|--------------|
| Ekstremiteler | 11 (26,82) |
| Gövde | 11 (26,82) |
| Ekstremiteler ve gövde | 19 (46,34) |
| Toplam | 41 (100,00) |

Hastaların poliklinikte görüldüğü andaki Deri ve Zührevi Hastalıklar k muayene bulguları kaydedildi. Hastaların 17'sinde (%41,46) ürtikeryal plaklar tespit edildi. Yedi (%17,07) hastada eritemli maküller gözlemlendi. Hastaların 8'inde (%19,51) ürtikeryal plaklar ve eski lezyonlara bağlı postenflamatuvar hiperpigmentasyon izlendi. Hastaların 4'ünde (%9,75) muayene esnasında ürtikeryal plaklar, eritemli maküller ve postenflamatuvar hiperpigmentasyon gözlemlendi. Hastaların 5'inde (%12,19) ise muayene esnasında herhangi bir Deri ve Zührevi Hastalıklar k bulguya rastlanmadı. (Tablo 9)

Kırk bir ürtikeryal vaskülit hastasına vücutlarında bulunan lezyonların ortaya çıktıktan sonra ne kadar sürede kaybolduğu kaydedildi. Bir hasta ortaya çıkan lezyonların süresi hakkında bilgi verememişti. Kırk hasta içinde lezyon ömrü en kısa olan 1 saat, lezyon ömrü en uzun olan ise 96 saattir. Hastaların 8'inin (%20) lezyon ömrü 24 saatten kısaydı. Hastaların 32'sinin (%80) lezyon ömrü 24 saatten uzundu. Kırk ürtikeryal vaskülitli hastanın ortalama lezyon ömrü $43,35 \pm SD 17,80$ saat olarak tespit edildi.

Tablo – 9: Hastalarda tespit edilen muayene bulguları

| Muayene bulguları | n (%) |
|-----------------------------------|--------------|
| Normal fizik muayene | 5 (12,19) |
| Ürtikeryal plak | 17 (41,46) |
| Eritemli makül | 7 (17,07) |
| Ürtikeryal plak+PH | 8 (19,51) |
| Ürtikeryal plak+Eritemli makül+PH | 4 (9,75) |
| Toplam | 41 (100,00) |

PH: Postenflamatuvar hiperpigmentasyon

Kırk bir ürtikeryal vaskülit hastasına şikayetlerini ortaya çıkartan, var olan şikayetlerini arttıran faktörler soruldu. En sık karşılaşılan faktörlerden hastaların kullandıkları ilaçlar, yiyecekler ve eşlik edebilecek enfeksiyon odağına ilişkin yakınmalar sorgulandı. Sorgulanan hastalardan 27'si (%65,85) düzenli olarak ilaç kullanma öyküsüne sahipti. On dördü (%34,15) ise herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Bir (%2,43) hasta yakınmalarının çilek yedikten sonra başladığını ifade etti. Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 11'inde (%26,82) tetkikler ve/veya ilgili bölümlerce yapılan konsültasyon sonucunda ürtikeryal vaskülitte ek olarak enfeksiyon odağı tespit edilmişti. Enfeksiyon tespit edilen hastaların 4'ünde (%9,75) dış enfeksiyonu, 3'ünde (%7,31) idrar yolu enfeksiyonu, 2'sinde (%4,87) idrar yolu enfeksiyonu ve dış enfeksiyonu, 1'inde (%2,43) üst solunum yolu enfeksiyonu ve 1'inde (%2,43) de dış enfeksiyonu ve onikomikoz tespit edildi. Hastaların 30'unda (%73,17) ise ürtikeryal vaskülitte eşlik eden herhangi bir enfeksiyon tespit edilmedi. (Tablo 10)

Tablo – 10: Hastalarda tespit edilen enfeksiyonlar

| Enfeksiyon | n (%) |
|-----------------------------|--------------------|
| Enfeksiyon tespit edilmeyen | 30 (73,17) |
| Dış enfeksiyonu | 4 (9,75) |
| İYE | 3 (7,31) |
| İYE+Dış enfeksiyonu | 2 (4,87) |
| ÜSYE | 1 (2,43) |
| Dış enfeksiyonu+Onikomikoz | 1 (2,43) |
| Toplam | 41 (100,00) |

İYE: İdrar yolları enfeksiyonu ÜSYE: Üst solunum yolları enfeksiyonu

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın klinik olarak laboratuvar değerleri incelendi. İlk olarak 11 erkek, 25 kadın hasta olmak üzere 36 ürtikeryal vaskülitli hastanın hemogram değerleri kaydedildi. Beş hastanın dosyalarında hemogram bilgilerine ulaşılamadı. Hemogram incelemesi ile tespit edilen değerlerden WBC (beyaz kan hücreleri), RBC (kırmızı kan hücreleri), HTC (hematokrit), HGB (hemoglobin) ve PLT (trombositler) sonuçları çalışmamıza alındı.

WBC değerinin referans aralığı hem erkek hem de kadın hastalar için 3,6 – 9,4 K/ μ L idi. İncelenen 36 hastanın 16'sında (%44,44) WBC değerleri normal değerlerden yüksekti. WBC değerleri yüksek olan 16 hastanın 4'ü (%25) erkek, 12'si (%75) kadın hastalardı. 20 (%55,55) hastanın WBC değerleri ise normal sınırlar içerisindeydi. WBC değeri yüksek olan hastaların 3'ünde diş enfeksiyonu, 1'inde İYE, 1'inde ÜSYE tespit edildi. WBC değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

RBC değerinin referans aralığı erkek hastalar için 4,5–5,9 M/ μ L, kadın hastalar için ise 4 – 5,2 M/ μ L idi. İncelenen 36 hastanın 1'inde (%2,77) RBC değeri normal değerlerden yüksekti. RBC değeri normalden yüksek olan hasta erkekti. Kadın hastaların hiçbirinde RBC yüksekliği tespit edilmedi. Otuz altı hastanın 8'inin (%22,22) RBC değerleri normal sınırlardan düşüktü. RBC değerleri düşük olan 8 hastanın 3'ü (%37,5) erkek, 5'i (%62,5) kadın hastalardı. 36 hastanın 27'sinin (%75) RBC değerleri ise normal sınırlar içerisindeydi. RBC değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

HTC değerinin referans aralığı erkek hastalar için % 41–53, kadın hastalar için ise %36–46 idi. İncelenen 36 hastanın 8'inde (%22,22) HTC değeri normal değerlerden düşüktü. HTC değeri normalden düşük olan 8 hastanın 2'si (%25) erkek, 6'sı (%75) ise kadın hastalardı. İncelenen 36 hastanın 28'inde (%77,77) ise HTC değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Bu sonuçlara göre HTC değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel bir fark tespit edildi ($p=0,001$). Erkeklerin HTC değerleri kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu.

HGB değerinin referans aralığı erkek hastalar için 13,5–17,5 g/dL, kadın hastalar için 12 – 16 g/dL idi. İncelenen 36 hastanın 4'ünde (%11,11) HGB değerleri normal değerlerden düşüktü. HGB değeri normalden düşük olan 4 hastanın 1'i (%25) erkek, 3'ü (%75) ise kadın hastalardı. İncelenen 36 hastanın 1'inde (%2,77) HGB değeri normalden yüksekti. HGB değeri normalden yüksek olan hasta erkekti. Otuz altı hastanın 31'inde (%86,11) ise HGB değeri normal sınırlar içerisindeydi. HGB değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel bir fark tespit edildi ($p=0,000$). Erkeklerin HGB değerleri kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu.

PLT değerinin referans aralığı hem erkek hem de kadın hastalar için 142 – 424 K/ μ L idi. İncelenen 36 hastanın 3'ünde (%8,33) PLT değerleri normalden yüksek olarak tespit edildi. PLT değeri normalden yüksek olan 3 hastanın 1'i (%33,33) erkek, 2'si (%66,66) ise kadın hastalardı. İncelenen 36 hastanın 1'inde (%2,77) ise PLT değeri normal değerlerden dūşüktü. PLT değeri normal değerlerden dūşük olan hasta kadındı. Otuz altı ürtikeryal vaskülitli hastanın 32'sinde (%88,88) ise PLT değerleri normal sınırlar iğerisindeydi. PLT değerleri ağısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 36 tanesinin dosyasında sedimantasyon değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Otuz altı hastanın 11'i erkek 25'i kadındı. Sedimantasyon değerinin referans aralığı yaşı ve kilo ile artmakla birlikte, literatürde yapılan iki ęalıřmada erkek hastalar için 0–10 ile 0–12 mm/saat, kadın hastalar için ise 0–15 ile 0–17 mm/saat olarak değerlendirilmiştir (48,49). İncelenen 36 hastanın 13'ünde (%36,11) sedimantasyon değerleri normal değerlerden yüksekti. Sedimantasyon değeri yüksek olan 13 hastanın 4'ü (%30,76) erkek, 9'u (%69,23) kadın hastalardı. İncelemeye aldığımız 36 hastanın 23'ünde (%63,88) ise sedimantasyon değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Bu sonuçlara göre sedimantasyon değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 29 tanesinin dosyasında CRP değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Yirmi dokuz hastanın 9'u erkek 20'si kadındı. CRP değerinin referans aralığı hem erkek hem de kadın hastalar için 0 – 0,5 mg/dL idi. Yirmi dokuz hastanın 10'unda (%34,48) CRP yüksekliği tespit edildi. Kadınların 7'sinde (%24,13), erkeklerin 3'ünde (%10,34) CRP yüksekti. CRP değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 33 tanesinin dosyasında tam idrar tetkiki değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Otuz üç hastanın 9'u erkek 24'ü kadındı. İncelenen 33 hastanın 5'inin (%15,15) idrar tetkiklerinde lökosit, eritrosit ve bakteri tespit edildi. Hiçbir hastada proteinüri tespit edilmedi. Bu 5 hastanın tamamı kadındı. İncelenen 9 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın tamamının tam idrar tetkiki sonuçları olağandı. Lökositüri ve hematürisi olan 5 hastanın idrar kültürüne bakıldı.

Beş hastanın tamamının idrar kültüründe üreme tespit edildi. Dört (%80) hastanın idrar kültüründe *Escherichia coli*, 1 (%20) hastada ise *Pseudomonas aeruginosa* üredi. Hastaların tam idrar tetkiki sonuçlarında erkek hastalarla kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 34 tanesinin dosyasında ALT ve AST değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Otuz dört hastanın 9'u erkek 25'i kadındı. ALT değerinin referans aralığı hem erkek hem de kadın hastalar için 0 – 55 IU/L idi. AST değerinin referans aralığı ise hem erkek hem de kadın hastalar için 5 – 35 IU/L idi. İncelemeye alınan 34 hastanın sadece 1'inde (%2,94) ALT değerinde yükseklik tespit edildi. ALT değerinde yükseklik tespit edilen hasta erkekti. Hastanın ALT değeri 57 IU/L idi. Hastanın diğer sonuçları ile değerlendirildiğinde hastada herhangi bir karaciğer patolojisi düşünülmedi. Geri kalan 33 hastanın ALT ve AST değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Bu sonuçlara göre ALT ve AST değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 35 tanesinin dosyasında üre değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Otuz beş hastanın 10'u erkek 25'i kadındı. Üre değerinin referans aralığı erkek hastalar için 19 – 44 mg/dL, kadın hastalar için ise 15 – 40 mg/dL idi. Otuz beş hastanın 3'ünde (%8,57) üre değeri normalden yüksek, 1'inde (%2,85) düşüktü. İncelenen 10 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 1'inde (%10) üre değeri normal değerlerden yüksekti. Erkek hastaların 1'inde (%10) üre değeri normal değerlerden düşüktü. Erkek hastaların 8'inde (%80) ise üre değeri normal sınırlar arasındaydı. İncelenen 25 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 2'sinde (%8) üre değeri normal değerlerden yüksekti. Kadın hastaların 23'ünde (%92) ise üre değeri normal sınırlar içindeydi. Üre değerlerinde anormal sonuçlar tespit edilen hastalardan nefroloji konsültasyonu istendi. Nefroloji konsültasyonu sonucunda hastalarda herhangi bir böbrek patolojisi tespit edilmedi. Bu sonuçlara göre üre değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 35 tanesinin dosyasında kreatinin değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Otuz beş hastanın 10'u erkek 25'i kadındı. Kreatinin değerinin referans aralığı erkek hastalar için 0,7–1,3 mg/dL, kadın

hastalar için ise 0,6–1,1 mg/dL idi. Otuz beş hastanın 1'inde (%2,85) kreatinin değeri normalden yüksek, 5'inde (%14,28) normalden düşüktü. Kreatinini yüksek olan hastada üre değeri normal sınırlar arasındaydı. İncelenen 10 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 2'sinde (%20) kreatinin değeri normal değerlerden düşüktü. Erkek hastaların 8'inde (%80) ise kreatinin değeri normal sınırlar arasındaydı. İncelenen 25 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 1'inde (%4) kreatinin değeri normal değerlerden yüksekti. Bu hastada aynı zamanda üre yüksekliği de vardı. Kadın hastaların 3'ünde (%12) kreatinin değeri normal değerlerden düşüktü. Kadın hastaların 21'inde (%84) ise kreatinin değeri normal sınırlar arasındaydı. Kreatinin değerlerinde anormallik tespit edilen hastalardan nefroloji konsültasyonu istendi. Nefroloji konsültasyonu sonucunda hastalarda herhangi bir böbrek patolojisi tespit edilmedi. Kreatinin değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 22 tanesinin dosyasında hepatit panelinden olan HBs Ag, Anti HBs ve Anti HCV değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. 22 hastanın 8'i erkek 14'ü kadındı. İncelenen 22 ürtikeryal vaskülitli hastanın tamamında HBs Ag sonucu (–) olarak tespit edildi. İncelenen 8 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 3'ünde (%37,50) Anti HBs sonucu (+) olarak bulundu. Sonuçları (+) bulunan 3 erkek hastanın 2'si (%66,66) hepatit B aşısı yaptırmıştı. Değerlendirmeye alınan 14 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 3'ünde (%21,42) Anti HBs sonucu (+) olarak tespit edildi. Sonuçları (+) bulunan 3 kadın hastanın 2'si (%66,66) hepatit B aşısı yaptırmıştı. İncelemeye alınan 22 ürtikeryal vaskülitli hastanın tümünde Anti HCV değeri (–) olarak tespit edildi. Bu sonuçlara göre hepatit markırları değerleri yönünden erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 29 tanesinin dosyasında C3 ve C4 değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Yirmi dokuz hastanın 10'u erkek 19'u kadındı. C3 değerinin referans aralığı erkek hastalar için 82–185 mg/dL, kadın hastalar için ise 83–193 mg/dL idi. Yirmi dokuz hastanın 5'inde (%17,24) C3 düşüklüğü tespit edildi. İncelenen 10 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 2'sinde (%20) C3 değeri normal değerlerden düşüktü. Erkek hastaların 8'inde (%80) ise C3

değeri normal sınırlar arasındaydı. İncelenen 19 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 3'ünde (%15,78) C3 değeri normal değerlerden düşüktü. Kadın hastaların 16'sında (%84,21) ise C3 değeri normal sınırlar içindeydi. C4 değerinin referans aralığı erkek hastalar için 15–53 mg/dL, kadın hastalar için ise 15–57 mg/dL idi. Yirmi dokuz hastanın 5'inde (%17,24) C4 düşüklüğü tespit edildi. İncelenen 10 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 2'sinde (%20) C4 değeri normal değerlerden düşüktü. Erkek hastaların 8'inde (%80) ise C4 değeri normal sınırlar arasındaydı. İncelenen 19 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 3'ünde (%15,78) C4 değeri normal değerlerden düşüktü. Kadın hastaların 16'sında (%84,21) ise C4 değeri normal sınırlar içindeydi. Sonuçta 29 hastanın 4'ünde (%13,79) hem C3 hem C4 düşüklüğü, 1'inde (%3,44) sadece C3 düşüklüğü, 1'inde (%3,44) sadece C4 düşüklüğü tespit edildi. C3 ve C4 değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Hastaların C3 ve C4 değerlerinin özeti Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo – 11: Hastaların C3 ve C4 sonuçları

| | | Erkek | Kadın |
|----|--------|--------------|--------------|
| | | n (%) | n (%) |
| C3 | Düşük | 2 (20) | 3 (15,78) |
| | Normal | 8 (80) | 16 (84,21) |
| C4 | Düşük | 2 (20) | 3 (15,78) |
| | Normal | 8 (80) | 16 (84,21) |

n:29

C3: Kompleman 3 proteini C4: Kompleman 4 proteini

Çalışmaya dahil edilen 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın 20 tanesinin dosyasında IgA, IgG ve IgM değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Yirmi hastanın 8'i erkek 12'si kadındı. IgA değerinin referans aralığı erkek hastalar için 101–645 mg/dL, kadın hastalar için ise 65–421 mg/dL idi. Değerlendirmeye alınan 8 erkek hastanın 1'inde (%12,50) IgA değeri normal değerlerden düşüktü. Sekiz erkek hastanın 7'sinde (%87,50) ise IgA değerleri normal sınırlar dahilindeydi. İncelemeye alınan 12 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın tamamının IgA sonuçları normal

sınırlar içerisindeydi. IgG değerinin referans aralığı erkek hastalar için 540–1822 mg/dL, kadın hastalar için ise 552–1631 mg/dL idi. İncelemeye alınan 8 erkek hastanın tamamında IgG değerleri normal sınırlar arasındaydı. Değerlendirilen 12 kadın ürtikeryal vaskülitli hastanın da tümünün IgG değerleri normal sınırlar içindeydi. IgM değerinin referans aralığı erkek hastalar için 22–240 mg/dL, kadın hastalar için ise 33–293 mg/dL idi. Değerlendirilen 8 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın tamamının IgM değerleri normal sınırlar dahilindeydi. İncelenen 12 kadın hastanın 1'inde (%8,33) IgM değeri normalden yüksekti. On iki kadın hastanın 11'inde (%91,66) ise IgM değerleri normal sınırlar arasındaydı. Bu sonuçlara göre IgA, IgG ve IgM değerleri açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 31 tanesinin dosyasında ANA tetkik değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. 31 hastanın 10'u erkek 21'i kadındı. 31 hastanın 7'sinde (%22,58) ANA (+) olarak, 24'ünde (%77,41) ANA (-) tespit edildi. Değerlendirmeye alınan 10 erkek hastanın 1'inde (%10) ANA tetkik sonucu (+) olarak tespit edildi. 10 erkek hastanın 9'unda (%90) ise ANA tetkik sonucu (-) olarak geldi. İncelenen 21 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 6'sında (%28,57) ANA tetkik sonucu (+) olarak bulundu. 21 kadın hastanın 15'inde (%71,42) ise ANA tetkik sonucu (-) olarak tespit edildi. Bu hastalardan Romatoloji konsültasyonu istendi. Yedi hastanın 1'ine (%14,28) tükürük bezi biyopsisi de yapılarak Sjögren sendromu tanısı kondu. Bu sonuçlara göre erkek ve kadın ürtikeryal vaskülitli hastaların ANA tetkik sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (ki kare: 1.33, $p>0.05$).

Hastaların ANA tetkik sonuçları Tablo 12'de özetlenmiştir.

Tablo – 12: Hastaların ANA tetkik sonuçları

| | Erkek | Kadın |
|---------|--------------|--------------|
| | n (%) | n (%) |
| ANA (+) | 1 (10) | 6 (28,57) |
| ANA (-) | 9 (90) | 15 (71,42) |

n:31

ANA: Anti nükleer antikor

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 7 tanesinin dosyasında ANA profili (ANTİ JO-1, ANTİ SCL-70, ANTİ SM/RNP, ANTİ SSA ve ANTİ SSB) tetkik değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Yedi hastanın 1'i erkek 6'sı kadındı. ANA profili tetkiklerine bakılan 7 hastanın hepsinin sonuçları (-) olarak tespit edildi.

Çalışmaya dahil edilen 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın 30 tanesinin dosyasında TSH değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Otuz hastanın 8'i erkek 22'si kadındı. TSH değerinin referans aralığı hem erkek hastalar hem de kadın hastalar için 0,35–4,94 μ IU/mL idi. Otuz hastanın 1'inde (%3,33) TSH değeri düşük, 2'sinde (%6,67) yüksek olarak tespit edildi. Değerlendirmeye alınan 8 erkek hastanın tamamında TSH değerleri normal sınırlar içindeydi. Değerlendirmeye alınan ürtikeryal vaskülitli 22 kadın hastanın 1'inde (%4,54) TSH değeri normalden düşüktü. İncelenen 22 kadın hastanın 2'sinde (%9,09) TSH değeri normal değerlerden yüksekti. Yirmi iki kadın hastanın 19'unda (%86,36) ise TSH değerleri normal sınırlar içindeydi. Bu sonuçlara göre erkek ve kadın ürtikeryal vaskülitli hastaların TSH tetkik sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Çalışmaya dahil edilen 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın 14 tanesinin dosyasında FT3 değerlerine ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Bu 14 ürtikeryal vaskülitli hastanın 3'ü erkek 11'i kadındı. FT3 değerinin referans aralığı hem erkek hastalar hem de kadın hastalar için 1,71–3,71 pg/mL idi. On dört hastanın 2'sinde (%14,28) FT3 değeri düşük, 1'inde (%7,14) yüksek olarak tespit edildi. Değerlendirilen 3 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın hepsinin FT3 değerleri normal sınırlar içerisindeydi. İncelenen 11 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 2'sinde (%18,18) FT3 değerleri normal değerlerden düşüktü. Değerlendirilen 11 kadın hastanın 1'inde (%9,09) FT3 değeri normal üst değerden yüksekti. Geri kalan 8 (%72,72) ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın FT3 değerleri ise normal sınırlar içerisindeydi. Elde edilen bu sonuçlara göre erkek ve kadın ürtikeryal vaskülitli hastaların TSH tetkik sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın 14 tanesinin dosyasında FT4 tetkiki sonuçlarına ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. On dört hastanın 3'ü erkek 8'i kadın hastalardı. FT4 tetkik sonucunun referans aralığı hem erkek hastalar hem de kadın hastalar için 0,7–1,48 ng/dL idi. On dört hastanın 1'inde (%7,14) FT4 değeri düşük, 2'sinde (%14,28) yüksek olarak tespit edildi. Değerlendirmeye alınan 3 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın hepsinin FT4 değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Değerlendirilen 11 kadın hastanın 1'inde (%9,09) FT4 tetkik sonucu normal değerlerden düşüktü. İncelenen 11 kadın hastanın 2'sinde (%18,18) FT4 sonuçları normal değerlerden yüksekti. On bir kadın hastanın 8'inde (%72,72) ise FT4 tetkik sonuçları normal sınırlar arasındaydı. Bu sonuçlara göre erkek ve kadın ürtikeryal vaskülitli hastaların FT4 tetkik sonuçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Sonuç olarak TSH, FT3 ve FT4 sonuçlarında yükseklik veya düşüklük (hipo/hipertroidi) tespit edilen toplam 3 ürtikeryal vaskülit hastası Endokrinoloji konsültasyonuna gönderildi. Endokrinoloji tarafından değerlendirilen hastalarda medikal tedaviyi gerektirecek bir patoloji saptanmadı ve herhangi bir tiroid patolojisi gelişimi açısından kontrol amaçlı olarak düzenli Endokrinoloji takibi önerildi.

Çalışmaya dahil edilen 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın 31 tanesinin dosyasında gaitada parazit tetkiki sonuçlarına ulaşıldı ve değerlendirmeye alındı. Değerlendirilen 31 hastanın 9'u erkek 22'si kadın ürtikeryal vaskülitli hastalardı. İncelenen 9 erkek hastadan 1'inin (%11,11) gaita örneğinde parazit tespit edildi. Tespit edilen parazit, oxyuriasis etkeni olan *Enterobius vermicularis*'ti. Değerlendirilen 22 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın gaita örneklerinde ise herhangi bir parazit tespit edilmedi.

Laboratuvar bulguları açısından hipokomplementemik ve normokomplementemik hastalar değerlendirildi ve Tablo 13'te özetlendi.

Tablo – 13: Hipokomplementemik ve normokomplementemik hastaların laboratuvar bulguları

| Laboratuvar Bulguları | HÜV (n:5) | NÜV (n:24) |
|------------------------------|------------------|-------------------|
| | n (%) | n (%) |
| Lökositoz | 3 (60) | 13 (54,16) |
| Lökopeni | 0 | 0 |
| Anemi | 2 (40) | 6 (25) |
| Trombositoz | 1 (20) | 2 (8,33) |
| Trombositopeni | 0 | 1 (4,16) |
| Sedimantasyon yüksekliği | 4 (80) | 9 (37,50) |
| CRP yüksekliği | 3 (60) | 7 (29,16) |
| Lökositüri | 1 (20) | 4 (16,66) |
| AST-ALT yüksekliği | 0 | 1 (4,16) |
| Üre yüksekliği | 0 | 3 (12,50) |
| Kreatinin yüksekliği | 0 | 1 (4,16) |
| ANA pozitifliği | 2 (40) | 5 (20,83) |

HÜV: Hipokomplementemik Ürtikeryal Vaskülit

NÜV: Normokomplementemik Ürtikeryal Vaskülit

Kırk bir hastanın 4'ünde (%9,75) Raynaud fenomeni (+) olarak tespit edildi. Çalışmaya dahil edilen 13 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 1'inde (%7,69) Raynaud fenomeni (+) olarak bulundu. Çalışmamızda değerlendirilen 28 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın ise 3'ünde (%10,71) Raynaud fenomeni (+) olarak tespit edildi. Bu sonuçlara göre Raynaud fenomeni görülme oranı açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir hastanın 3'ünde (%7,31) livedo retikularis (+) olarak tespit edildi. İncelemeye alınan 13 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 1'inde (%7,69) livedo retikularis (+) olarak tespit edildi. Değerlendirilen 28 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın ise 2'sinde (%7,14) livedo retikularis (+) olarak bulundu. Bu sonuçlara göre livedo retikularis görülme oranı açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir hastanın 13'ünde (%31,70) fotosensitivite (+) olarak tespit edildi. Değerlendirmeye alınan 13 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 4'ünün (%30,76) sorgusunda fotosensitivite (+) olarak bulundu. Çalışmamızda değerlendirilen 28 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın ise 9'unun (%32,14) sorgusunda fotosensitivite (+) olarak tespit edildi. Bu sonuçlara göre fotosensitivite görülme oranı açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir hastanın 6'sında (%14,63) malar rash (+) olarak tespit edildi. Çalışmaya dahil edilen 13 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 2'sinde (%15,38) malar rash (+) olarak bulundu. Çalışmamızda değerlendirilen 28 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın ise 4'ünde (%14,28) malar rash (+) olarak tespit edildi. Bu sonuçlara göre malar rash görülme oranı açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kırk bir hastanın 14'ünde (%34,14) günde 100 teli geçen saç dökülmesi tespit edildi. Değerlendirmeye alınan 13 erkek hastanın 4'ü (%30,76) günde 100 teli geçen saç dökülmesinden şikayetçiydi. Değerlendirilen 28 kadın hastanın ise 10'unda (%35,71) saç dökülmesi tespit edildi. Bu sonuçlara göre saç dökülmesi görülme oranı açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi. (ki kare: 6.14 $p=0,05$).

28 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 3'ününün (%10,71) anamnezinde hayatlarında en az bir kez abortus öyküsü olduğu tespit edildi. Bu 3 hastanın 1'inde (%33,33) tekrarlayan abortus (2 abortus) öyküsü vardı.

Değerlendirilen 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın eritema nodozum açısından yapılan sorgusunda ve muayenesinde, hastaların hiçbirinde eritema nodozum ile uyumlu bulguya rastlanmadı.

Kırk bir hastanın 10'unda (%24,39) yılda 3 kez ve daha fazla tekrarlayan oral aft öyküsü vardı. Çalışmamızda incelenen 13 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 2'sinin (%15,38) anamnezinde yılda 3 kez ve daha fazla tekrarlayan oral aft öyküsü vardı. Değerlendirilen 28 kadın hastanın ise 8'inde (%28,57) yılda 3 kez ve daha fazla tekrarlayan oral aft öyküsü tespit edildi. Bu sonuçlara göre tekrarlayan oral aft

görülme oranı açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Değerlendirmeye aldığımız 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın genital aft açısından yapılan sorgusunda ve muayenesinde, hastaların hiçbirinde genital aft ile uyumlu bulguya rastlanmadı.

Çalışmamızda incelediğimiz 13 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın hiçbirinin anamnezinde üveit/iridosiklit bulgusu tespit edilmedi. Değerlendirilen 28 kadın hastanın 1'inde (%3,57) ise öyküsünde gözde kızarıklık, bulanık görme tespit edildi. Göz hastalıkları polikliniğinde yapılan muayenesinde ise aktif olmayan yani geçirilmiş üveit/iridosiklit bulgusuna rastlandı. Bu sonuçlara göre üveit/iridosiklit görülme oranı açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Değerlendirmeye aldığımız 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın tromboflebit açısından yapılan sorgusunda ve muayenesinde, hastaların hiçbirinde tromboflebit ile uyumlu herhangi bir bulguya rastlanmadı.

Kırk bir hastanın 11'inde (%26,82) artralji tespit edildi. Çalışmamızda incelenen 13 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 2'sinin (%15,38) anamnezinde artralji öyküsü vardı. Değerlendirmeye alınan 28 kadın hastanın ise 9'unda (%32,14) artralji öyküsü tespit edildi. Bu sonuçlara göre artralji görülme oranı açısından erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0,05$). Hiçbir hastada artritis tespit edilmedi.

Sonuç olarak artralji şikayeti olan, ANA (+)'liği tespit edilen, geçirilmiş üveit/iridosiklit öyküsü bulunan, Romatoloji tarafından konsülte edilip tükürük bezi biyopsisi yapılan 1 hastaya Sjögren sendromu teşhisi kondu. Diğer hastalarda herhangi bir bağ dokusu hastalığı tespit edilmedi.

41 ürtikeryal vaskülitli hastanın olası bağ dokusu hastalığı açısından sistemik sorguları Tablo 14'te özetlenmiştir.

Tablo – 14: Hastaların sistemik sorguları

| | Erkek | Kadın |
|--------------------|--------------|--------------|
| | n (%) | n (%) |
| Raynaud fenomeni | 1 (7,69) | 3 (10,71) |
| Livedo retikularis | 1 (7,69) | 2 (7,14) |
| Fotosensitivite | 4 (30,76) | 9 (32,14) |
| Malar rash | 2 (15,38) | 4 (14,28) |
| Saç dökülmesi | 4 (30,76) | 10 (35,71) |
| Abortus | - | 3 (10,71) |
| Eritema nodozum | 0 | 0 |
| Oral aft | 2 (15,38) | 8 (28,57) |
| Genital aft | 0 | 0 |
| Üveit/iridosiklit | 0 | 1 (3,57) |
| Tromboflebit | 0 | 0 |
| Artralji | 2 (15,38) | 9 (32,14) |

Sistemik sorguları açısından hipokomplementemik ve normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalar kıyaslandı. Raynaud fenomeni, 5 hipokomplementemik hastanın 1'inde (%20), 24 normokomplementemik hastanın ise 3'ünde (%12,5) tespit edildi. Livedo retikularis, 5 hipokomplementemik hastanın 1'inde (%20), 24 normokomplementemik hastanın ise 2'sinde (%8,33) tespit edildi. Fotosensitivite, 5 hipokomplementemik hastanın 2'sinde (%40), 24 normokomplementemik hastanın ise 11'inde (%45,83) tespit edildi. Malar rash, 5 hipokomplementemik hastanın 2'sinde (%40), 24 normokomplementemik hastanın ise 4'ünde (%16,66) tespit edildi. Günde 100 teli geçen saç dökülmesi, 5 hipokomplementemik hastanın 2'sinde (%40), 24 normokomplementemik hastanın ise 12'sinde (%50) tespit edildi. Abortus 3 hipokomplementemik kadın hastanın 1'inde (%33,33), 16 normokomplementemik kadın hastanın ise 2'sinde (%12,5) tespit edildi. Eritema nodozum, kompleman seviyelerine bakılan toplam 29 hastanın hiçbirisinde gözlenmedi. Tekrarlayan oral aft, 5 hipokomplementemik hastanın 1'inde (%20), 24 normokomplementemik hastanın ise 9'unda (%37,5) tespit edildi. Genital aft, kompleman seviyelerine bakılan toplam 29 hastanın hiçbirisinde tespit edilmedi. Üveit/iridosiklit, 5

hipokomplementemik hastanın 1'inde (%20) tespit edilirken normokomplementemik olan 24 hastanın hiçbirisinde tespit edilmedi. Tromboflebit, kompleman seviyelerine bakılan toplam 29 hastanın hiçbirisinde gözlenmedi. Artralji/artrit, 5 hipokomplementemik hastanın 3'ünde (%60), 24 normokomplementemik hastanın ise 8'inde (%33,33) tespit edildi.

Hipokomplementemik ve normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastaların sistemik sorgularının karşılaştırılması Tablo 15'te özetlenmiştir.

Tablo – 15: Hipokomplementemik ve normokomplementemik hastaların karşılaştırılması

| | HÜV (n:5) | NÜV (n:24) |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| | n (%) | n (%) |
| Raynaud fenomeni | 1 (20) | 3 (12,5) |
| Livedo retikularis | 1 (20) | 2 (8,33) |
| Fotosensitivite | 2 (40) | 11 (45,83) |
| Malar rash | 2 (40) | 4 (16,66) |
| Saç dökülmesi | 2 (40) | 12 (50) |
| Abortus (3 HÜV, 16 NÜV kadın hasta) | 1 (33,33) | 2 (12,5) |
| Eritema nodozum | 0 | 0 |
| Oral aft | 1 (20) | 9 (37,5) |
| Genital aft | 0 | 0 |
| Üveit/iridosiklit | 1 (20) | 0 |
| Tromboflebit | 0 | 0 |
| Artralji | 3 (60) | 8 (33,33) |

NÜV: Normokomplementemik ürtikeryal vaskülit

HÜV: Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit

Hipokomplementemik 5 hastanın sistemik bulgularının özeti Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo – 16: Hipokomplementemik hastaların sistemik bulguları

| | Hasta 1 | Hasta 2 | Hasta 3 | Hasta 4 | Hasta 5 |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Raynaud fenomeni | -- | -- | + | -- | -- |
| Livedo retikularis | -- | -- | -- | -- | + |
| Fotosensitivite | + | -- | -- | + | -- |
| Malar rash | -- | + | -- | + | -- |
| Saç dökülmesi | + | -- | + | -- | -- |
| Abortus | + | -- | -- | -- | -- |
| Eritema nodozum | -- | -- | -- | -- | -- |
| Oral aft | -- | -- | -- | -- | + |
| Genital aft | -- | -- | -- | -- | -- |
| Üveit/iridosiklit | -- | + | -- | -- | -- |
| Tromboflebit | -- | -- | -- | -- | -- |
| Artralji | -- | + | + | -- | + |

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastaya verilen tedaviler değerlendirmeye alındı. 2 hastanın dosyasında verilen tedaviye ait bilgilere ulaşılamadı. Geri kalan 39 hastanın 16'sına (%41,02) tedavi olarak peroral sistemik steroid+antihistaminik kombinasyonu verildi. Otuz dokuz hastanın 14'üne (%35,89) tedavi protokolü olarak sadece peroral antihistaminik verildi. Otuz dokuz hastanın 4'üne (%10,25) tespit edilen enfeksiyonlarına da etkili olacak şekilde tedavi protokolü olarak peroral sistemik steroid+antihistaminik+antibiyotik verildi. Otuz dokuz hastanın 2'sine (%5,12) tespit edilen enfeksiyonlarına da etkili olacak şekilde peroral antihistaminik+antibiyotik tedavisi uygulandı. Enfeksiyon odağı tespit edilen diğer 5 hasta ise uygun tedavileri için diş ve göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Otuz dokuz hastanın 1'ine (%2,56) tespit edilen oxyuriasis enfestasyonuna yönelik peroral antihistaminik+antiparazit tedavisi verildi. Otuz dokuz hastanın 1'ine (%2,56) tespit edilen onikomikoza yönelik peroral antihistaminik+antimikotik tedavi protokolü uygulandı. Otuz dokuz hastanın 1'ine (%2,56) ise Romatoloji bilim dalı ile yapılan konsültasyon ve tükürük bezi biyopsisi sonucunda Sjögren sendromu teşhisi kondu. Bu hastaya tedavi protokolü olarak sistemik steroid + antihistaminik + azatioprin + hidroksiklorokin verildi.

Hastalara verilen tedavi protokollerinin özeti Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo – 17: Tedavi protokolleri

| Tedavi | n (%) |
|--------------------------|--------------|
| Antihist | 14 (35,89) |
| Antihist+Antib | 2 (5,12) |
| Antihist +Sistks+Antimik | 1 (2,56) |
| Antihist+Antiparaz | 1 (2,56) |
| Antihist+Sistks | 16 (41,02) |
| Antihist+Sistks+Antib | 4 (10,25) |
| Antihist+Sistks+Azt+Hklo | 1 (2,56) |

n:39

Sistks: Sistemik kortikosteroid Antihist: Antihistaminik Antib: Antibiyotik

Antiparaz: Antiparazit Antimik: Antimikotik Azt: Azatioprin Hklo: Hidroksiklorokin

Yirmi iki hastaya 40–60 mg/gün metil prednizolon eşdeğeri sistemik steroid tedavisi başlandı. Sistemik steroid verilen hastalara tedaviye ek olarak proton pompa inhibitörü de verildi. Hastalara, metil prednizolon dozunu 5 günlük arayla 10 mg düşecek şekilde kademeli doz düşümü yaparak sistemik steroid tedavisini kesmeleri söylendi.

Tedavi verilen 39 ürtikeryal vaskülitli hastanın 37’si 1 ay sonra kontrole geldi. Kontrole gelen 37 hastanın 7’sinde (%18,91) kontrole gelene dek geçen 1 aylık süre zarfında en az 1 ürtikeryal vaskülit atağı geçirdikleri tespit edildi. Sistemik steroid+antihistaminik tedavisi alan 1 hasta ile sadece antihistaminik tedavisi alan 1 hasta olmak üzere 2 hasta, verilen tedavinin sonuçlarını değerlendirmek için çağrıldıkları kontrole gelmedi. Kontrole gelen sistemik steroid+antihistaminik tedavisi alan 15 hastanın 4’ü (%26,66), sadece antihistaminik tedavisi alan 13 hastanın 2’si (%15,38) ve sistemik steroid + antihistaminik + antibiyotik kombinasyon tedavisi kullanan 4 hastanın 1’i (%25) kontrole gelene kadar geçen 1 aylık süre içerisinde en az 1 ürtikeryal vaskülit atağı geçirdiklerini belirtti.

Sistemik steroid tedavisi verilen 22 hastanın 5’i (%22,72) sistemik steroid tedavisi kesildikten en az 1 ay sonra ürtikeryal vaskülit atağı ile tekrar polikliniğimize başvurdu. Nüks ile gelen hastalara daha yüksek dozda olmak üzere (60-80 mg/gün) tekrar sistemik steroid tedavisi başlandı. Doz düşümü, 7–10 günlük aralarla 5 mg/gün olarak planlandı. Nüks gözlenen 5 hastanın hiçbirisinde 2. tedavi esnasında ve tedavi kesildikten sonra nüks gözlenmedi.

TARTIŞMA

Ürtikeryal vaskülit ilk olarak 1973 yılında Mc Duffie ve arkadaşları tarafından tanımlanmış histopatolojisinde lökositoklastik vaskülit bulguları gösteren, tekrarlayan ürtiker plakları ile seyreden bir vaskülit tablosudur (2). Bazı vakalarda basit ürtikeryal lezyonların yanı sıra sistemik vaskülitte bağlı çeşitli iç organ tutulumları da gözlenebilir. Bu durum hastalığın morbidite ve mortalitesini etkileyen en önemli faktördür. Etyolojisinde bazı otoimmün hastalıklar, enfeksiyonlar ve ilaçlar sorumlu tutulmaktadır. Çoğu vakada etyoloji aydınlatılamamaktadır (1,3-6).

Ürtikeryal vaskülit kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda kadın hastaların tüm vakaların %60 ile %80'ini oluşturduğu gözlenmiştir (4,33,34). Çalışmamızda hastaların %31,70'i erkek, %68,30'u kadındı ve bu cinsiyet dağılımı literatür ile uyumluydu.

Ürtikeryal vaskülit insidansı genellikle hayatın 4. dekadında zirve yapmaktadır (3-5,7,8). Literatürde pediatrik vakalar oldukça az görülmektedir (4,9,10). Bir çalışmada hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromlu hastaların yaş ortalaması 43, normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastaların ise 51 olarak tespit edilmişti (13). Çalışmamızda değerlendirdiğimiz 41 ürtikeryal vaskülitli hastamızın yaşı en düşük olan 12, en yüksek olan 71 yaşındaydı. Çalışmamızda 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın yaş ortalaması 45,93 olarak tespit edildi. C3 ve C4 değerlerine bakılan 29 ürtikeryal vaskülitli hasta içinde tespit edilen 5 hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastamızın yaş ortalaması ise 44,26'ydı. Hipokomplementemi tespit edilmeyen 24 ürtikeryal vaskülitli hastanın yaş ortalaması ise 47,79 olarak tespit edildi. Çalışmamızda bulunan yaş ortalamaları literatür ile uyumluydu.

Literatürde oldukça az sayıda pediatrik olgu bulunmaktadır. İncelemeye aldığımız ürtikeryal vaskülitli hastalar içinde sadece 1 hastamız pediatrik yaş grubundaydı (12 yaşında). Literatürde Ağras ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 4 pediatrik vaka incelenmiştir. Bu 4 vaka 9 aylık ve 2 yaşında olmak üzere 2 kız, 10 ve 2 yaşında olmak üzere 2 erkek hastaydı. (9). Ayrıca 2002 yılında Venzor ve

arkadaşları tarafından yapılan bir derlemede literatürde 5 pediatrik vaka bulunduğu bildirilmiştir (3).

Hastalarımızın mesleklerini incelediğimizde hemen hemen yarısının ev hanımı olduğunu gözledik. Bu ülkemizde ev hanımlarının sayısının fazla olmasına bağlı olabilir. Literatürde ise ürtikeryal vaskülitli hastaların meslek gruplarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmadı.

Hipertansiyon (%37), diabetes mellitus (%10), guatr (%7) ve astım (%7) ürtikeryal vaskülitte en sık eşlik eden hastalıklardı. Literatürde ürtikeryal vaskülit ile bazı bağ dokusu hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, maligniteler ve hematolojik hastalıklar arasında ilişki tespit edilmiştir (3-6,13). Hipertansiyon, diabetes mellitus, guatr ve astım ile ürtikeryal vaskülit arasında ilişki konusunda literatürde doğrudan bir bilgi olmadığından böyle bir ilişkinin olup olmadığı ileride yapılacak olan geniş ürtikeryal vaskülitli hasta serilerinin olduğu kontrollü çalışmalar ile ortaya konabilir.

Olgularımızın dörtte birinde lezyonlar gövdeden, dörtte birinde ekstremitelerden başlarken hemen hemen yarısında hem gövde hem ekstremitelerden başlıyordu. Yüz bölgesinden başladığını ifade eden olmadı. Literatür incelendiğinde şimdiye kadar ürtikeryal vaskülit ile ilgili yapılmış olan araştırmalarda lezyonların vücutta ilk olarak görülmeye başladığı bölgeler ile ilgili herhangi bir bilgiye rastlanmadı. Literatürde Venzor ve arkadaşlarının yaptıkları derlemede ürtikeryal vaskülitin güneş ve dolayısıyla ultraviyole ışınları ile tetiklenebildiği bildirilmiştir (3). Bu duruma göre ürtikeryal vaskülitte görülen lezyonların daha çok güneş gören yüz, önkol ve göğüs v bölgesinde ortaya çıkması beklenebilir. Ancak biz çalışmamızda olgularımızda güneşe açık olan bu bölgelerde bariz bir lezyon artışı ve ilk lezyon başlangıç yeri olarak güneş gören yerleri tespit etmedik. Bizim çalışmamıza göre ürtikeryal vaskülit lezyonlarının vücutta ilk başlama bölgesi olarak ön plana çıkan herhangi bir bölge olmadığı söylenebilir.

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın ürtikeryal vaskülitte bağlı ortaya çıkan lezyonlarının çeşitleri (ürtikeryal plak, eritemli makül, papül, ekskoryasyon, ekimoz/purpura, postinflamatuvar hiperpigmente makül ve anjiödem) değerlendirildi. Ayrıca hastalara subjektif olarak nefes darlığı/boğazda takılma hissi var olup olmadığı soruldu. Hastalarımızda en sık gözlenen muayene bulgusu sadece

ürtikeryal plaklardı. Bundan sonra giderek azalan sıklıkta ürtikeryal plak ve postinflamatuvar hiperpigmente makül birlikteliği, sadece eritemli makül, ürtikeryal plak, eritemli makül ve postinflamatuvar hiperpigmente makül birlikteliği gözledik. Literatürde ürtikeryal vaskülitte bağlı görülen lezyonların ürtikeryal plak/papül, eritemli makül, eski lezyonlara bağlı postinflamatuvar hiperpigmente makül, anjioödem ve nadiren de büllöz lezyonlar ile çok daha nadir olarak nodozitelerden oluştuğu bildirilmiştir (3-5,10,33,36). Venzor ve arkadaşları yaptıkları bir derlemede ürtikeryal vaskülitli hastaların %42'sinde anjioödeme benzer lezyonların bulunduğunu bildirmişlerdir (3). Hastaların 7'si (%17,07) öyküsünde anjioödem tanımlamasına rağmen hiçbir hastamızda poliklinikteki muayene esnasında anjioödem tespit edilmedi. Ayrıca solunum yollarında ve özofagusta meydana gelen ödeme bağlı olarak nefes darlığı ve yutma güçlüğü de ürtikeryal vaskülitte sıklıkla karşılaşılan durumlardandır (4,6). Çalışmamızda ürtikeryal plaklar, ürtikeryal vaskülitte en sık karşılaşılan lezyonlar olarak tespit edildi. Eritemli maküller ve postinflamatuvar hiperpigmente maküller de muayene bulgusu olarak oldukça sık karşımıza çıktı. Hiçbir hastamızda büllöz ya da nodüler lezyonlar gözlenmedi. 2 hastamızda nefes darlığı/boğazda takılma hissi varlığının tespiti ürtikeryal vaskülitin solunum yolları ve özofagus tutulumu ile seyrettiğini düşündürdü. Bu sonuca göre, çalışmamızda elde ettiğimiz ürtikeryal vaskülitte bağlı görülen lezyonların çeşitleri hakkındaki bulgumuz literatür ile uyumluydu.

Ürtikeryal vaskülitte görülen ürtikeryal plakların ömrü çoğunlukla klasik ürtikerde görülen ürtikeryal plaklardan daha uzundur (3-6,10). Klasik ürtikerde ürtikeryal plaklar 24 saatten kısa sürede kaybolurken ürtikeryal vaskülitte ortaya çıkan lezyonlar genellikle 24 saatten daha uzun süre zarfında kaybolmaktadır (3,4,10,36). Hastalarımızın lezyon süresine baktığımızda en kısa ömürlü lezyona sahip hastanın lezyon ömrü 1 saatti. En uzun ömürlü lezyona sahip hastanın lezyon ömrü ise 96 saat olarak kaydedildi. Literatür bilgileriyle uyumlu olarak hastalarımızın %80'inin lezyon ömrü 24 saatten uzundu. 40 ürtikeryal vaskülitli hastanın ortalama lezyon ömrü $43,35 \pm SD 17,80$ saat olarak tespit edildi.

Ürtikeryal vaskülitte etyolojide pek çok ajan suçlanmaktadır. Medikal ajanlar, yiyecek maddeleri, enfeksiyonlar, maligniteler, bağ dokusu hastalıkları en sık suçlanan etyolojik ajanlardır (1,3-6,10,24). Hastalarımızın %66'sı çeşitli sebeplerden

dolayı düzenli olarak en az bir ilaç kullanmaktaydı. Hastalarımızın anamnezinde yeni bir ilaç kullanımı ile ürtikeryal vaskülit bulgularının başlaması arasında bir ilişki tespit edilemedi. Medikal ajanlarla ürtikeryal vaskülit arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için geniş vaka sayılı kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz bir diğer etyolojik ajan ise sistemik enfeksiyonlardı. Hastalarımızın dörtte birinde enfeksiyon odağı saptandı. Enfeksiyon odağı tespit ettiğimiz 11 hastamızın 6'sına enfeksiyonlarına yönelik antibiyoterapi uyguladık. Beş hastayı ise gerekli polikliniklere yönlendirdik. Bir ay sonra kontrole gelen 6 hastanın 5'inde (%83,33) enfeksiyon odağının ortadan kalktığını ve bu süre zarfında yeni bir ürtikeryal vaskülit atağı geçirmediğini gözlemledik. Literatürde de özellikle hepatit B, hepatit C, Lyme hastalığı ve enfeksiyöz mononükleoz hastalarında ürtikeryal vaskülit görüldüğü bildirilmiştir (4,13,16,17,36).

Ürtikeryal vaskülit bazı biyokimyasal ve mikrobiyolojik laboratuvar tetkiklerinde anormal sonuçlar ile seyredilen bir tablodur. Literatürde yapılan çalışmalarda en sık tespit edilen anormal laboratuvar bulguları eritrosit sedimentasyon hızında yükselme, düşük kompleman proteinleri düzeyi, anemi, dolaşımda bulunan immün kompleksler ve otoantikordlardır (3,4,6,13,36). Yükselmiş eritrosit sedimentasyon hızı ürtikeryal vaskülitte sıklıkla bulunmakla birlikte hastalığın şiddeti ile doğru orantılı olmayabilir (4,13). Kompleman proteinlerindeki düşüklük ürtikeryal vaskülitin ciddiyetinin arttığına, sistemik tutulum varlığına dair bir işaret olarak kabul edilmektedir (13,36).

Literatürde yapılan çalışmalarda ürtikeryal vaskülitli hastalarda WBC yüksekliği tespit edilmiştir (3,4,13,32). Çalışmamızda değerlendirilen 11 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 4'ünde (%36,36) WBC değeri normal değerlerden yüksekti. Değerlendirilmeye alınan 25 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın ise 12'sinin (%48) WBC değeri normal değerlerden yüksekti. Lökositoz tespit ettiğimiz 16 hastanın 10'unda (%62,50) enfeksiyon odağı tespit edildi. Değerlendirilen hastalarda bulunan WBC değerindeki bu yükseklik, enfeksiyonlara ve ürtikeryal vaskülitte bağlı olarak hastalarda bulunan sistemik enflamasyona bağlı olabilir.

Literatürde yapılan benzer çalışmalarda ürtikeryal vaskülitli hastalarda RBC, HTC, HGB düşüklüğü tespit edilmiştir (3,4,13,32). Literatür ile uyumlu olarak

çalışmamızda 11 erkek hastamızın 3'ünde (%27,27), 25 kadın hastamızın 5'inde (%20) RBC değeri normal değerlerden düşüktü. Benzer şekilde 11 erkek hastamızın 2'sinde (%18,18), 25 kadın hastamızın 6'sında (%24) HTC değeri normal değerlerden düşük olarak tespit edildi. HGB değerleri ise yine literatür ile uyumlu olarak 11 erkek hastamızın 1'inde (%9,09), 25 kadın hastamızın 3'ünde (%12) HGB değeri normal değerlerden düşüktü.

Bu sonuçlara göre toplam 36 hastanın 9'unda (%25) anemi tespit edildi. Literatür ile uyumlu olarak kadın hastalarda anemi görülme oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek tespit edildi. Hastalarımızda tespit ettiğimiz RBC, HTC ve HGB düşüklüğünün sebebi ürtikeryal vaskülitte karşılaşılabilen kronik hastalık anemisi ile uyumlu olabilir. Ayrıca kadın hastalarda görülen ve erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı bulunan HTC ve HGB düşüklüğü ise kadınlardaki menstrual sıklusa bağlı görülen kan kaybı ile ilişkili görülmektedir.

Literatürü incelediğimizde ürtikeryal vaskülit ile PLT düzeyleri arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir (3,4,13,32). Bizim çalışmamızda da 36 hastanın sadece 4'ünde (%11,11) PLT düzeylerinde minimal düzeyde olmak üzere anormallik tespit edildi. Çalışmamızda kontrol grubu bulunmadığı için karşılaştırma yapamamak da bulduğumuz sonuca göre ürtikeryal vaskülitin PLT değerleri üzerine bir etkisinin olmadığı söylenebilir.

Literatürde sedimantasyonun normal değerleri sağlıklı erkekler için 0–10 ile 0–12 mm/saat, sağlıklı kadınlar için ise 0–15 ile 0–17 mm/saat olarak değerlendirilmiştir (48,49). Bir başka yayında ise 50 yaş altındaki sağlıklı erkekler için 0–15 mm/saat, sağlıklı kadınlar için ise 0–20 mm/saat olarak bildirilmiştir. Elli yaş üstü sağlıklı erkekler için ise 0–20 mm/saat, sağlıklı kadınlar için de 0–30 mm/saat normal değerler olarak kabul edilmiştir (50). Ayrıca kilo ve yaş artışı da normal değer sınırını yukarı çeken bir faktörlerdir (48). Çalışmamızda değerlendirdiğimiz 11 ürtikeryal vaskülitli erkek hastanın 4'ünde (%36,36) sedimantasyon değeri normal değerlerden yüksekti. İncelemeye aldığımız 25 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 9'unda (%36) sedimantasyon değeri normal değerlerden yüksekti. Sedimantasyon yüksekliği ürtikeryal vaskülitte en sık gözlenen laboratuvar bulgularından biridir (3,4,5,6). Tosoni ve arkadaşları 47 ürtikeryal

vaskülitli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların 20'sinde (%42,55) sedimentasyon yüksekliği tespit etmiştir (7). Biz de çalışmamızda sedimentasyon sonuçlarını değerlendirdiğimiz 36 ürtikeryal vaskülitli hastanın 13'ünde (%36,11) sedimentasyon yüksekliği tespit ettik. Bu sonuç literatür ile uyumluydu.

Literatürde ürtikeryal vaskülitli hastalarda herhangi bir oran bildirilmemekle birlikte CRP yüksekliği olabileceğinden bahsedilmektedir (4,7). Tosoni ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada 47 hastada CRP düzeyleri incelenmiş ve hiçbir hastada CRP yüksekliği tespit edilmemiştir (7). Çalışmamızda CRP düzeylerini incelediğimiz 29 hastanın 10'unda (%34,48) CRP yüksekliği tespit ettik. CRP yüksekliği tespit ettiğimiz 10 hastanın 7'sinde (%70) enfeksiyon odağı vardı. Ürtikeryal vaskülit ile CRP yüksekliği arasındaki olası ilişkiyi araştırmak için çok sayıda vakanın bulunduğu kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda idrar tetkiki sonuçlarına ulaşabildiğimiz 9'u erkek 24'ü kadın 33 hastadan erkek hastaların hiçbirinin tam idrar tetkiki sonuçlarında patolojik bir bulguya rastlamadık. Değerlendirmeye aldığımız 24 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 5'inin (%20,83) tam idrar tetkiklerinde patolojik düzeyde lökosit, eritrosit ve bakteri tespit edildi. Hastaların yapılan idrar kültürlerinde biri hipokomplementemik gruptan olmak üzere 5 hastada patojen mikroorganizma ürettiği tespit edildi. Kadın hastalarda idrar yolları enfeksiyonunun erkeklerle nazaran daha fazla görülmesi anatomik olarak kadınlarda üretranın erkeklerle nazaran daha kısa olması sonucu asendan yol ile patojen mikroorganizmaların idrar yollarında daha kolay kolonize olması ile açıklanabilir (52). Literatür incelendiğinde idrar yolları enfeksiyonu ile ürtikeryal vaskülit arasında ilişkiye dair doğrudan bir veriye rastlanmadı.

Ürtikeryal vaskülitli hastalarda literatürde yapılan çalışmalarda hepatit B, hepatit C, Lyme hastalığı ve enfeksiyöz mononükleoz ile ürtikeryal vaskülit arasındaki ilişki olduğu düşünülmektedir (3-6,13,33,34). Çalışmamızda hepatit markurlarını incelediğimiz 8'i erkek 14'ü kadın 22 hastanın 3'ü erkek 3'ü kadın olmak üzere 6'sında (%27,27) Anti HBs sonucu (+) olarak bulundu. 6 hastanın 4'ü hepatit B aşısı yaptırmışlardı. İncelemeye alınan 22 ürtikeryal vaskülitli hastanın tümünde HBs Ag ve Anti HCV değeri (-) olarak tespit edildi. Literatürde yapılan çalışmalarda viral hepatitler ile ürtikeryal vaskülit arasında olası bir ilişki bulunmuştur (16,45).

Çalışmamızda viral hepatitlerden olan hepatit B ve hepatit C enfeksiyonu ile ürtikeryal vaskülit arasında bir ilişki gözlemedik. Literatürdeki örnekler ise geniş hasta serileri ile yapılmış olan çalışmalar değildi. Ürtikeryal vaskülit ile viral hepatitler arasındaki ilişkiyi incelemek için daha geniş hasta serilerinin olduğu kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Literatürde ürtikeryal vaskülit ile ALT ve AST değerleri arasında olası ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmıştır (8,13,33,34). Davis ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 132 ürtikeryal vaskülitli hastanın hiçbirisinde ALT ve AST yüksekliği bulunmamıştır (13). Bizim çalışmamızda da değerlendirmeye aldığımız 34 hastanın 1'inde (%2,94) ALT değeri minimal düzeyde yüksekti. Hastalarımızın hiçbirinde AST değerlerinde anormallik saptanmadı. Çalışmamızda ürtikeryal vaskülit ile ALT ve AST değerleri ilişkili görünmemektedir.

Literatürde yapılan bazı çalışmalarda böbrek yetmezliği ile ürtikeryal vaskülit arasında bir ilişki varlığından bahsedilmiştir (3,4). Davis ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada 132 ürtikeryal vaskülitli hastanın üre ve kreatinin değerleri incelenmiştir. Hastaların hiçbirisinde üre ve kreatinin değerlerinde herhangi bir anormallik tespit edilmemiştir. Yüz otuz iki hastanın 7'sinde (%5,30) ise hastalarda herhangi bir şikayete yol açmayan minimal proteinüri tespit edilmiştir (13).

Özellikle hipokomplementemik tip ürtikeryal vaskülitte gözlenebilen böbrek tutulumu sonucunda gelişen böbrek yetmezliği sonucunda morbidite ve mortalitede artış gözlenebilmektedir. Ancak, böbrek yetmezliğinin ürtikeryal vaskülitin böbrek tutulumu sonucunda mı geliştiği yoksa ürtikeryal vaskülitin böbrek tutulumu sonucu böbrek yetmezliğine mi yol açtığı tam olarak açıklanamamıştır (12,26,39). Çalışmamızda tespit ettiğimiz 5 hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit hastamızın hiçbirisinde böbrek tutulumu tespit etmedik.

Çalışmamızda incelemeye aldığımız 35 hastanın 3'ünde (%8,57) üre, 1'inde (%2,85) kreatinin değerlerinde minimal yükseklik tespit edildi. Hem üre hem de kreatinin yüksekliği olan hastamız yoktu. Üre ve kreatinin değerlerinde anormal sonuçlar tespit ettiğimiz hastalarımızı Nefroloji bölümü ile konsülte ettiğimizde böbrek tutulumu düşünülmedi. Hastalara bol miktarda sıvı almaları ve düzenli olarak Nefroloji polikliniğine kontrole gelmeleri önerildi. Böbrek patolojileri ile ürtikeryal vaskülit

arasındaki olası ilişkiyi değerlendirmek için çok daha fazla sayıda vakanın incelendiği daha detaylı kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ANA, pek çok bağ dokusu hastalığında tespit edilebilen bir otoantikordur. İlk olarak 1948 yılında keşfedilmiştir. Özellikle SLE’de (%95–100 oranında), sistemik sklerozda (%60–80 oranında), polimiyozit/dermatomyozitte (%30–80 oranında) ve Sjögren sendromunda (%40–70 oranında) gözlenmektedir. Ayrıca Romatoid artrit, mikst bağ dokusu hastalığı, bazı tiroid hastalıkları ve idyopatik trombositopenik purpurada da düşük oranda olsa da görülebilmektedir (57,58). ANA, Amerikan Romatoloji Derneği’nin (ARA) SLE teşhisi için belirlediği 11 kriterden biridir (Tablo 18). Bu 11 kriterden en az 4’ünün varlığı SLE teşhisi için gereklidir (59).

Literatürde yapılan çalışmalar ile ürtikeryal vaskülit ve özellikle SLE başta olmak üzere çeşitli bağ dokusu hastalıkları ile sıkı ilişki tespit edilmiştir (3,4,11,12,14,43,46). Özellikle hipokomplementeminin eşlik ettiği ürtikeryal vaskülitli olgularda sistemik tutulum ve SLE ile bağlantı daha fazla dikkati çekmektedir. Buna bağlı olarak da ürtikeryal vaskülitin morbiditesinde ciddi artış gözlenmektedir (3,4,12,13).

Tablo – 18: SLE tanı kriterleri

| | |
|-----|--|
| 1- | Malar rash (malar bölgelerde kelebek kanadı tarzı eritemli döküntü) |
| 2- | Diskoid lupus eritematozus |
| 3- | Fotosensitivite |
| 4- | Oral ülserler |
| 5- | Artrit |
| 6- | Serozit (plörezi ya da perikardit) |
| 7- | Böbrek tutulumu |
| 8- | Nörolojik tutulum |
| 9- | Hematolojik tutulum |
| 10- | ANA (+)’liği |
| 11- | Serolojik bulgular (anti ds-DNA, antifosfolipid antikor, anti sm ve yalancı VDRL (+)’liği) |

Çalışmamızda 31 ürtikeryal vaskülitli hastanın 7'sinde (%22,58) ANA sonucunu (+) olarak tespit ettik. ANA (+)'liği tespit ettiğimiz hiçbir hastamıza SLE tanısı koymadık. Hem hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hem de ANA (+)'liği olan bir hastamıza ise yaygın büyük eklem artraljisi şikayeti için gönderdiğimiz Romatoloji konsültasyonu sonucunda Sjögren sendromu teşhisi kondu. ANA (+)'liği tespit edilen 7 hastanın 2'sinde aynı zamanda hipokomplementemi de tespit edildi. Sjögren sendromu teşhisi konan hastamızda da hipokomplementemi tespit edildi. Wisnieski ve arkadaşları 18 ürtikeryal vaskülitli hastanın 4'ünde (%22,22) çalışmamıza benzer şekilde ANA (+)'liği bulmuştur (36). Davis ve arkadaşları 132 ürtikeryal vaskülitli hastanın 43'ünde (%32,57) ANA (+)'liği tespit etmiştir (13). Bulduğumuz bu sonuç literatür ile uyumluydu.

ANA profili dahilinde çeşitli bağ dokusu hastalıklarıyla ilgili olarak 7 hastada ANTİ JO-1, ANTİ SCL-70, ANTİ SM/RNP, ANTİ-SSA ve ANTİ-SSB antikoru incelendi ve sonuçlar değerlendirmeye alındı. Bu incelenen otoantikolar pek çok otoimmün bağ dokusu hastalığında görülmekle birlikte yapılan çalışmalarda ANTİ JO-1'in polimiyozit/dermatomyozit için daha spesifik olduğu kanıtlanmıştır. ANTİ SCL-70 ise progresif sistemik skleroz ve skleroderma için daha spesifiktir. ANTİ SM/RNP otoantikoruna SLE için oldukça yüksek derecede spesifiktir. Yine aynı şekilde ANTİ-SSA ve ANTİ-SSB otoantikoru da SLE'de görülmekle birlikte en sık Sjögren sendromunda tespit edilmiştir. Ayrıca ANTİ-SSA otoantikoruna primer biliyer siroz ve bazı kronik aktif hepatitli hastalarda da gözlenebilmektedir (57,58). Literatürde Davis ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada, 132 ürtikeryal vaskülitli hastanın 7'sinde (%5,30) ANTİ-SSA otoantikor sonucunu (+) olarak tespit ettiler (13). Tosoni ve arkadaşları da 47 ürtikeryal vaskülitli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ANA ve ANTİ-SSA otoantikoru incelediler. Fakat 47 hastanın hiçbirinde (+) sonuca ulaşamadılar (7). Çalışmamızda değerlendirdiğimiz ANA profili tetkiklerine bakılan 1'i erkek 6'sı kadın 7 ürtikeryal vaskülitli hastanın hepsinin sonuçları negatifti.

Literatür incelendiğinde Davis ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada 132 ürtikeryal vaskülitli hasta değerlendirilmiş ve 4'ünde (%3,03) tiroid patolojisi saptanmıştır (13). Biz de çalışmamızda ürtikeryal vaskülitli hastaların tiroid fonksiyon testlerini inceledik. Bu amaçla hastalarımızda TSH, FT3 ve FT4 değerlerini değerlendirmeye aldık. Sonuçlarını incelediğimiz 30 hastanın 3'ünde

(%10) minimal düzeylerde tiroid fonksiyon bozukluğu tespit ettik. Tiroid hormon değerlerinde anormallik tespit edilen 3 hasta Endokrinoloji konsültasyonuna gönderildi. Yapılan incelemeler sonucunda hastalarda tıbbi tedaviyi gerektirecek herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Bu hastalar ileride gelişebilecek tiroid patolojileri açısından düzenli olarak Endokrinoloji poliklinik kontrolüne alındılar.

Bulduğumuz bu sonuca göre ürtikeryal vaskülit ile herhangi bir tiroid patolojisi arasında bir bağlantı tespit etmedik. Ürtikeryal vaskülit ile tiroid hastalıkları arasındaki olası ilişkinin daha fazla sayıda ürtikeryal vaskülitli hastanın katıldığı geniş serili kontrollü çalışmalarda irdelenmesinin daha uygun olacağını düşünüyoruz.

Ürtikeryal vaskülit ile gaitada parazit varlığı arasındaki ilişkiyi inceleme amaçlı olarak hastalarımızın gaita tetkikleri yapıldı. Literatürde kronik ürtiker ile gaitada parazitoz arasında etyolojik bir bağlantı bulunmuştur (60).

Çalışmamızda ürtikeryal vaskülitli 31 hastanın 1'inin (%3,22) gaitasında oxyuriasis etkeni olan Enterobius vermicularis tespit edildi ve tedavi olarak aile dozu uygulaması şeklinde 10 mg/kg dozunda pirantel pamoat verildi. Hasta 1 ay sonraki kontrolüne geldiğinde bu süre zarfında yeni bir ürtikeryal vaskülit atağı geçirmediğini beyan etti.

Ürtikeryal vaskülit ile gaitada parazitoz arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için literatürde bu yönde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Biz de çalışmamızda sadece 1 hastamızda gaitada parazit sonucu (+) olarak saptadık. Yine ürtikeryal vaskülit ile gaitada parazitoz arasındaki ilişkiyi incelemek adına çok sayıda ürtikeryal vaskülitli hastanın katıldığı geniş vaka serili kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürde pek çok kaynakta ürtikeryal vaskülit ile özellikle SLE başta olmak bazı bağ dokusu hastalıkları arasında ilişki varlığından söz edilmektedir (7,11-14,36,43,46). Hastalarımızda bağ dokusu hastalıkları ile ilgili olabilecek semptomların olup olmadığı kaydedildi. Çalışmamızda değerlendirmeye aldığımız 41 ürtikeryal vaskülitli hastamızın 14'ünde (%34,14) günde 100 teli geçen saç dökülmesi, 13'ünde (%31,70) fotosensitivite, 6'sında (%14,63) malar rash, 4'ünde (%9,75) Raynaud fenomeni ve 3'ünde (%7,31) livedo retikularis tespit ettik.

Çalışmamızda incelediğimiz 28 ürtikeryal vaskülitli kadın hastanın 3'ünün (%10,71) anamnezinde hayatlarında en az bir kez abortus öyküsü olduğunu tespit ettik. Bir hastanın ise tekrarlayan abortus (2 abortus) öyküsü vardı.

Davis ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmalarında ürtikeryal vaskülitli hastalarda üveit/iridosiklit görülme sıklığını araştırmışlardır. Çalışmalarında 24 hipokomplementemik hastanın 5'inde (%20,83) üveit/iridosiklit tespit etmişlerdir. 108 normokomplementemik hastanın ise hiçbirisinde üveit/iridosiklit gözlemlememişlerdir (13). Çalışmamızda hastaların % 24,39'unda oral aft, 1 hastamızda geçirilmiş üveit/iridosiklit öyküsü vardı. Hastalarımızın hiçbirine Behçet hastalığı tanısı konmadı. Ancak yine de ürtikeryal vaskülit ve Behçet hastalığında ortak bulgular olabildiği için ürtikeryal vaskülit ile Behçet hastalığı arasındaki olası ilişkiyi incelemek için daha geniş hasta serili kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın 11'inde (%26,82) artralji/artrit öyküsü varlığı tespit etmiş olduk. Artralji tespit ettiğimiz hastalarımızın hiçbirisinde artrit bulguları yoktu. Artralji/artrit semptomunda da ürtikeryal vaskülitte görülme sıklığı açısından literatürde yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlamadık.

Rostoker ve arkadaşları bir Sjögren sendromlu hastada ürtikeryal vaskülit bildirmişlerdir (61). Sjögren sendromu teşhisi koyduğumuz bir hastamız dışında diğer ürtikeryal vaskülit hastalarımızda SLE ve Sjögren sendromu başta olmak üzere herhangi bir bağ dokusu hastalığı tespit edilmedi. Ürtikeryal vaskülit ile bağ dokusu hastalıkları arasındaki olası ilişkiyi araştırmak için daha geniş sayıda vakanın katıldığı kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kompleman sistemi, bir organizmanın herhangi bir patojenden temizlenmesine yardım eden biyokimyasal bir zincirleme reaksiyondur. Canlılarda var olan immün sistemin yaşam boyunca doğumla birlikte değişmeden sabit kalan geniş bir kısmıdır. Bunun yanında, hayat boyunca aşılarda ve geçirilmiş enfeksiyonlarla gelişen edinilmiş immün sistem ile uyumlu bir çalışma yapar(53).

Kompleman sistemi, ilk defa 19. yüzyılın sonlarında Belçikalı bilim adamı Bordet tarafından keşfedilmiştir. Zimojenler olarak bilinen ve dolaşımda bulunan inaktif küçük proteinlerden oluşur. Mikrobik ajanlar gibi bazı tetikleyiciler tarafından uyarılınca, dolaşımda bulunan özgül proteazlar tarafından aktive olan kompleman proteinleri daha farklı kompleman proteinlerini salmak üzere zincirleme

reaksiyonları başlatırlar. Bu zincirleme reaksiyon sonucunda hücre öldürücü yüzey saldırı kompleksi aktive olur ve patojen yok edilir (53,54).

Fakat bazı durumlarda bu aktive olan immün sistem mekanizması SLE, astım, multipl skleroz ve bazı glomerülonefrit ve artrit çeşitlerinde rol oynamaktadır (54). Aynı zamanda bazı çalışmalarda ürtikeryal vaskülitte özellikle kompleman proteinlerinden C1q, C3 ve C4 düzeylerinde düşüklük tespit edilmiştir (3,4,13,32,36,55).

Literatürde ürtikeryal vaskülit ile C3 ve C4 düşüklüğü arasında özellikle sistemik tutulumun bulunduğu ciddi ürtikeryal vaskülit vakalarında belirgin bir ilişki tespit edilmiştir (3,4,7,13,36). Davis ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ürtikeryal vaskülitli 132 hastanın 24'ünde (%18,18) hipokomplementemi tespit edilmiştir (13). Tosoni ve arkadaşları da 47 ürtikeryal vaskülitli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada 5 (%10,63) hastada hipokomplementemi tespit etmişlerdir (7). Mehregan ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada 72 hastanın 23'ünde (%31,94) hipokomplementemi tespit ettiler (33). Sanchez ve arkadaşları ise yaptıkları bir çalışmada 40 ürtikeryal vaskülitli hastanın 16'sında (%40) hipokomplementemi tespit etmişlerdir (34).

Çalışmamızda değerlendirmeye aldığımız 10'u erkek, 19'u kadın 29 ürtikeryal vaskülitli hastanın 2'si erkek, 3'ü kadın olmak üzere 5'inde (%17,24) hipokomplementemi tespit edildi. Bulduğumuz bu sonuç literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Literatürde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde Tosoni ve arkadaşları ile Davis ve arkadaşlarının çalışmamıza benzer çalışmalar yaptığı ve hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalar ile normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastaları karşılaştırdıkları görülmektedir. Tosoni ve arkadaşları ile Davis ve arkadaşları hipokomplementemik ve normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastaların artralji/artrit bulgularını kıyaslamışlardır. Tosoni ve arkadaşları çalışmalarında 5'i (%10,63) hipokomplementemik, 42'si (%89,36) normokomplementemik olmak üzere toplam 47 ürtikeryal vaskülitli hasta incelemişler ve 5 hipokomplementemik hastanın 4'ünde (%80), 42 normokomplementemik hastanın ise 14'ünde (%33,33) artralji/artrit tespit etmişlerdir. Davis ve arkadaşları ise 24 (%18,18) hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hasta ile 108 (%81,81) normokomplementemik hasta olmak üzere 132 ürtikeryal vaskülitli hastayı

değerlendirmişler ve 24 hipokomplementemik hastanın 18'inde (%75) ve 108 normokomplementemik hastanın ise 26'sında (%24,07) artralji/artrit tespit etmişlerdir (7,13). Biz de 5'i (%17,24) hipokomplementemik, 24'ü (%82,75) normokomplementemik olmak üzere 29 ürtikeryal vaskülitli hastamızı değerlendirdiğimizde 5 hipokomplementemik hastamızın 3'ünde (%60), 24 normokomplementemik hastamızın ise 8'inde (%33,33) artralji/artrit tespit ettik. Bulduğumuz bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumluydu.

Davis ve arkadaşları çalışmalarında ürtikeryal vaskülitli hastalarda fotosensitivite görülme sıklığını da araştırmışlardır. 24 hipokomplementemik hastanın 3'ünde (%12,5) fotosensitivite saptamışlardır. 108 normokomplementemik hastanın ise hiçbirisinde fotosensitivite tespit etmemişlerdir (13). Biz ise çalışmamızda 5 hipokomplementemik hastamızın 2'sinde (%40), 24 normokomplementemik hastamızın ise 11'inde (%45,83) fotosensitivite tespit ettik. Davis ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmadaki sonuca göre bizim çalışmamızdaki fotosensitivite görülme oranının yüksek olmasının sebebi, hastalarımızın fotosensitiviteyi yanlış değerlendirmeleri olabilir.

Tablo 19'da bizim çalışmamız ile Davis ve arkadaşlarıyla, Tosoni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalar karşılaştırılarak özetlenmiştir.

Tablo – 19: Çalışmaların karşılaştırmalı özeti

| | HÜV | NÜV | ART/ART | ÜVE/İR | FOTOSEN |
|----------------------|-----------|------------|-----------|---------|---------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| TOSONİ (n:47) | 5 (10,6) | 42 (89,4) | 18 (38,3) | | Belirtilmemiş |
| DAVİS (n:132) | 24 (18,2) | 108 (81,8) | 44 (33,3) | 5 (3,8) | 3 (2,2) |
| ÇALIŞMAMIZ (n:29) | 5 (17,2) | 24 (82,8) | 11 (37,9) | 1 (3,4) | 13 (44,8) |

HÜV: Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalar
 NÜV: Normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalar
 ART/ART: Artralji/Artrit
 ÜVE/İR: Üveit/İridosiklit
 FOTOSEN: Fotosensitivite

Literatürde ürtikeryal vaskülit tedavisinde birinci basamak olarak en sık kullanılan ajanlar antihistaminikler, NSAİİ, kolşisin, dapson ve hidrosiklorokin olarak geçmektedir (3-6,10). Sistemik tutulumun eşlik ettiği özellikle hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalarda ve inatçı ürtikeryal lezyonların gözlendiği hastalarda ise daha ciddi tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. Sistemik steroidler, metotreksat, azatioprin, siklofosamid, siklosporin, mikofenolat mofetil ve plazmaferez ciddi sistemik tutulumun gözlendiği ürtikeryal vaskülitli ve antihistaminik tedavisine dirençli ürtikeryal lezyonları olan hastalarda kullanılabilecek ajanlardır (3-6,40-44). Ayrıca literatürde bir çalışmada İnterferon- α tedavisinin Hepatit C virüsü enfeksiyonu ile ilişkili ürtikeryal vaskülitte etkili olduğu gösterilmiştir (45). Çalışmamızda lezyonları fazla, subjektif şikayetleri çok olan hastalarımıza sistemik steroid tedavisi olarak 0,5–1 mg/kg/gün dozunda metil prednizolon verildiğini tespit ettik. Sistemik steroid tedavisi verilen 22 hastanın 18'ine 40 mg/gün, 4'üne 60 mg/gün metil prednizolon başlandı. Sistemik steroid tedavisi verilen hastalara tedaviye ek olarak proton pompa inhibitörü de verildi. Hastalara, metil prednizolon dozunu 5 günlük arayla 8 mg düşmeleri, kademeli doz düşümü yaparak sistemik steroid tedavisini kesmeleri söylendi. Hastalara sistemik steroid tedavisi 25–45 gün uygulandı. Çalışmamızda 1 hastamız hariç diğer hastalarımızda ciddi sistemik semptomlar tespit etmedik. Ciddi semptomları olmayan hastalarımıza sadece antihistaminikler veya antihistaminikler ile kombine olacak şekilde düşük dozda sistemik steroidler olmak üzere basit tedavi protokolleri uyguladık. Hastalarımızda ürtikeryal vaskülitlerine eşlik eden herhangi bir enfeksiyon odağı tespit ettiğimiz zaman enfeksiyona yönelik ajanları tedavi protokollerine ekledik. Bir hastamız ise diğer hastalarımızdan farklı olarak ciddi sistemik tutulum belirtileri göstermekteydi. Bu hastamıza ise Romatoloji bölümü ile konsülte ederek Sjögren sendromu yönelik uygun tedavisini verdik. Hastalarımıza verdiğimiz tedavi protokolleri ürtikeryal vaskülit tedavisi hakkında yayınlanmış literatür ile uyumluydu.

Tedavi verip kontrole çağırdığımız 39 ürtikeryal vaskülitli hastanın 37'si 1 ay sonra kontrole geldi. İki ürtikeryal vaskülitli hasta ise kendilerine verilen tedavinin sonuçlarını değerlendirmek için önerilen kontrole gelmedi. Tedavi verilen 37 ürtikeryal vaskülitli hastanın 30'unda (%81,08) verilen tedavi ile kontrole gelene

kadar geçen 1 aylık süre içerisinde herhangi bir ürtikeryal vaskülit atağı geçirmediğini tespit ettik. Otuz yedi hastanın 7'sinde (%18,91) ise kontrole gelene kadar geçen 1 aylık süre zarfında en az 1 kez ürtikeryal vaskülit atağı geçirdiklerini saptadık.

Hastaların 9'una tespit edilmiş olan ürtikeryal vaskülit etyolojisinde geçen durumlarına (enfeksiyon, enfestasyon) yönelik tedavi verildi. Bu 9 hastanın 6'sına ise etyolojiye yönelik tedaviye ek olarak sistemik kortikosteroid tedavisi de eklendi. Etyolojiye yönelik tedavi verilen hastaların tamamında yeni bir ürtikeryal vaskülit atağı gözlenmedi.

Ayrıca sistemik steroid tedavisi verdiğimiz toplam 22 hastanın 5'inde (%22,72) sistemik steroid tedavisi kesildikten en az bir ay sonra ürtikeryal vaskülit atağı gözlemlendi. Atak tekrarlayan hastalara daha yüksek dozda ve daha uzun süreli olmak üzere tekrar sistemik steroid tedavisi verildi. 5 hastanın hiçbirisinde ilerleyen dönemlerde yeni bir atak gözlenmedi.

Literatürde, tedavi verilen ürtikeryal vaskülitli hastaların tedavilerine rağmen tekrar ürtikeryal vaskülit atağı geçirip geçirmediğine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Nüks, özellikle etyolojisi belli olmayan ürtikeryal vaskülitte oldukça sık karşılaşılabilecek bir durumdur. Bu konu ile ilgili olarak çok sayıda vakanın değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kırk bir ürtikeryal vaskülitli hastanın klinik ve demografik özelliklerini incelediğimiz bu çalışmamızda ürtikeryal vaskülit etyolojisiyle uyumlu olarak 11 hastamızda enfeksiyon odağı tespit ettik. Tespit ettiğimiz enfeksiyonlarına yönelik tedavi verdiğimiz 9 hastamız tedavi sonucunda yeni bir ürtikeryal vaskülit atağı geçirmedi.

Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalarda sistemik tutulum görülme riski normokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastalara göre daha yüksektir. Çalışmamızda tespit ettiğimiz 5 hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitli hastanın 1'ine Sjögren sendromu teşhisi kondu. Bu hastada aynı zamanda ANA (+)'liği de tespit edilmişti.

Özellikle SLE ve Sjögren sendromu başta olmak üzere bağ dokusu hastalıkları ile ürtikeryal vaskülit birlikteliği her zaman akılda bulundurulmalıdır. Çalışmamızda ANA (+)'liği tespit ettiğimiz 7 hastamızın hiçbirisine SLE tanısı konulmadı. Sjögren sendromu teşhisi alan 1 hastamız dışındaki 6 ANA (+)'liği tespit edilen hastamızın herhangi bir bağ dokusu hastalığı gelişimi açısından sürekli takip altında bulunması uygundur.

SONUÇ

Çalışmamızda 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın demografik ve klinik özelliklerini inceledik. Hastaların dosyaları incelenerek yaşları, cinsiyetleri, meslekleri, özgeçmişleri, hastalıklarının başlama yeri, yayılımı, şiddeti, lezyonlarının tipi, süresi, şikayetlerini tetikleyen faktörler, detaylı laboratuvar tetkik incelemeleri ve ürtikeryal vaskülitleri ile başta SLE olmak üzere çeşitli bağ dokusu hastalıkları ve Behçet hastalığı birlikteliği çeşitli sistemik sorgulamalar yapılarak değerlendirmeye alındı.

Ayrıca hastalara verdiğimiz tedavi protokolleri ve bu tedavi protokollerinin etkili olup olmadığı da incelendi.

Yaptığımız incelemeler sonunda genel olarak bulduğumuz sonuçlar, konu ile ilgili literatürdeki diğer çalışmalarla kıyaslandığında başka araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalar ile uyumluydu. Fakat özellikle çalışmamızda elde ettiğimiz verilerin erkek ve kadın hastalar arasında görülme sıklığının istatistiksel sonuçlarını kıyaslamak için literatürde yapılmış benzer çalışmalar bulamadık.

Ürtikeryal vaskülit oldukça nadir görülen bir hastalıktır ve bu sebeple literatürde çok sayıda hasta katılımının olduğu geniş serili çalışmalar yetersizdir. Nadiren de olsa sistemik tutulum sonucunda ciddi sonuçlar doğurabilen bir hastalık olan ürtikeryal vaskülit hakkında daha detaylı ve geniş serili kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ÖZET

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERİ ve ZÜHREVİ HASTALIKLAR POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ÜRTİKERYAL VASKÜLİTLİ HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Dr. Mustafa KARAMISDIKOĞLU

Ürtikeryal vaskülit ürtiker plakları ile seyreden nadir görülen bir vaskülit tipidir. Klasik ürtikerden klinik ve histopatolojik olarak çeşitli farkları vardır. Ürtikeryal vaskülite eşlik eden hipokomplementemi varlığında ise sistemik tutulum olasılığı söz konusu olabilir. Sistemik vaskülit sonucu tutulan organ ve sistemlere bağlı çeşitli klinik tablolar ortaya çıkar.

Çalışmamızda polikliniğimizde gördüğümüz 41 ürtikeryal vaskülitli hastanın yaşları, cinsiyetleri, meslekleri, özgeçmişleri, hastalıklarının başlama yeri, yayılımı, şiddeti, lezyonlarının tipi, süresi, şikayetlerini tetikleyen faktörler, detaylı laboratuvar tetkik incelemeleri ve ürtikeryal vaskülitleri ile çeşitli bağ dokusu hastalıkları ve Behçet hastalığı birlikteliği çeşitli sistemik sorgulamalar yapılarak değerlendirmeye alındı.

Çalışmamızda hastalarımıza verdiğimiz tedaviler ve etkinlikleri de değerlendirildi.

Özellikle ürtikeryal vaskülit ile SLE ve Sjögren sendromu gibi bazı bağ dokusu hastalıkları arasında ilişki olup olmadığını inceledik. Derlediğimiz sonuçlara göre ANA sonuçlarını incelediğimiz 31 hastamızın 7'sinde (%22,58) ANA sonucunu (+) olarak bulduk. ANA sonucunu (+) bulduğumuz 1 hastamıza Romatoloji bölümü tarafından Sjögren sendromu teşhisi kondu. Bulduğumuz bu sonuç literatür ile uyumluydu. Behçet hastalığına yönelik incelemelerimizde hastalarımızın %24,39'unda oral aft, %26,82'sinde artralji/artrit, %2,43'ünde üveit/iridosiklit tespit ettik. Hastalarımızın hiçbirinde genital aft, eritema nodozum ve tromboflebit tespit

etmedik. Çalışmamızda hiçbir hastamız Behçet hastalığı tanısı almadı. Bulduğumuz bu sonuç Behçet tanılı hastalar ile yapılmış çalışmalar ile uyumlu değildi. Biz çalışmamızda ürtikeryal vaskülit ile Behçet hastalığı arasında bir ilişki tespit edemedik.

Çalışmamızda hastalarımıza verdiğimiz tedavileri de değerlendirdik. Tedavisini kontrol edebildiğimiz 39 hastanın sadece 7'sinde (%18,91) 1 aylık süre zarfında tekrar ürtikeryal vaskülit atağı görüldü.

Ürtikeryal vaskülit oldukça nadir görülmesi nedeniyle literatürde kendine fazla yer bulamamıştır. Ama sistemik tutulumun eşlik ettiği durumlarda oldukça ciddi tablolar gelişmesine sebep olabildiği için çok sayıda vakanın katıldığı geniş serili kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Ürtikeryal vaskülit, SLE, Sjögren sendromu

SUMMARY

CLINICAL AND DERMATOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH URTICARIAL VASCULITIS APPLIED TO PAMUKKALE UNIVERSITY DEPARTMENT OF DERMATOLOGY AT PAMUKKALE MEDICINE FACULTY

Dr. Mustafa KARAMISDIKOĞLU

Urticarial vasculitis is a rare vasculitis type seen with urticaria plague. It has many differences from classical urticaria in terms of clinical and histopathological features. It is possible that there is systemic form in case of Hypocomplementemic Urticarial Vasculitis accompanied to urticarial vasculitis. Various clinical features appear depending on organs and systems formed as the result of systemic vasculitis.

In our study, the ages, sexes, professions, autobiographies, family stories related to urticaria vasculitis, the place where the disease started, its distribution, its intensity, types of the lesions, duration, the factors triggered the complaints, detailed lab check examinations and various collagen tissue diseases and Behcet disease were evaluated in 41 patients with urticarial vasculitis that we examined in our clinic by systemic questionings. We especially examined whether there is a relation between urticarial vasculitis and collagen tissue diseases such as SLE and Sjögren syndrome. According to the obtained results in 7 (%22.58) out of 31 of the patients whom we examined the ANA results, the ANA result was found as (+). In one of the patients that we have ANA (+) result, Sjögren syndrome was diagnosed by rheumatology department. The result that we obtained was consistent with literature data. In our examination related to Behcet disease, we defined in %24,39 of the patients oral aphtha, in %26,82 of them arthralgia and in %2.43 of the patients iridocyclite was determined. We did not define genital aphtha, erythema nodosum and thrombophlebitis in any of the patients. The result that we have found is not consistent with the studies carried on patients with Behcet disease. In our study we could not define a relation between urticarial vasculitis and Behcet disease.

In our study we evaluated the treatment that we supplied to our patients only in 7 (%18,91) of the 39 patients that we followed the treatment, recurrent urticarial vasculitis attack was seen within a month period.

Since urticarial vasculitis is rarely seen, it could not find enough place for itself in the literature. However, in cases since it causes the development of serious results when it is accompanied by systemic form, there is need for studies that involve a lot of cases.

Key Words: Urticarial vasculitis, SLE, Sjögren syndrome

KAYNAKLAR

- 1- Stigall LE, Sigmon JR, Leicht SS. Urticarial vasculitis: a unique presentation. *South Med J*. 2009; 102: 531-533.
- 2- McDuffie FC, Mitchell Sams W, Maldonado JE, Andreini PH, Conn DL, Samayoa EA. Hypocomplementia with cutaneous vasculitis and arthritis: Possible immune complex syndrome. *Mayo Clin Proc* 1973; 48: 340-348.
- 3- Venzor J, Lee WL, Huston DP. Urticarial vasculitis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2002; 23: 201-216.
- 4- Davis MD, Brewer JD. Urticarial vasculitis and hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome. *Immunol Allergy Clin N Am* 2004; 24: 183-213.
- 5- Wisnieski JJ. Urticarial vasculitis. *Curr Opin Rheumatol* 2000; 12: 24-31.
- 6- Black AK. Urticarial vasculitis. *Clin Dermatol* 1999; 17: 565-569.
- 7- Tosoni C, Lodi-Rizzini F, Cinquini M, Pasolini G, Venturini M, Sinico RA et al. A reassessment of diagnostic criteria and treatment of idiopathic urticarial vasculitis: a retrospective study of 47 patients. *Clin Exp Dermatol*. 2009; 34: 166-170.
- 8- Lee JS, Loh TH, Seow SC, Tan SH. Prolonged urticaria with purpura: the spectrum of clinical and histopathologic features in a prospective series of 22 patients exhibiting the clinical features of urticarial vasculitis. *J Am Acad Dermatol*. 2007; 56: 994-1005.
- 9- Ağras IP, Güveloğlu M, Razi HC, Cörüt N, Yılmaz G. Çocuklarda ürtikeryal vaskülit. *Türkiye Çocuk Hast. Derg.* 2008; 2: 23-27.
- 10- Chang S, Carr W. Urticarial vasculitis. *Allergy Asthma Proc*. 2007; 28: 97-100.
- 11- Yamazaki-Nakashimada MA, Duran-McKinster C, Ramírez-Vargas N, Hernandez-Bautista V. Intravenous immunoglobulin therapy for hypocomplementemic urticarial vasculitis associated with systemic lupus erythematosus in a child. *Pediatr Dermatol*. 2009; 26: 445-447.
- 12- Her MY, Song JY, Kim DY. Hypocomplementemic urticarial vasculitis in systemic lupus erythematosus. *J Korean Med Sci*. 2009; 24: 184-186.
- 13- Davis MD, Daoud MS, Kirby B, Gibson LE, Rogers RS. Clinicopathologic correlation of hypocomplementemic and normocomplementemic urticarial vasculitis. *J Am Acad Dermatol*. 1998; 38: 899-905.

- 14- Soylu A, Kavukçu S, Uzuner N, Olgaç N, Karaman O, Ozer E. Systemic lupus erythematosus presenting with normocomplementemic urticarial vasculitis in a 4-year-old girl. *Pediatr Int.* 2001; 43: 420-422.
- 15- Kulthanan K, Cheepsomsong M, Jiamton S. Urticarial vasculitis: etiologies and clinical course. *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2009; 27: 95-102.
- 16- Sanli H, Ozdemir E. IgM class anticardiolipin antibody and anti-Ro/SS-A positivity in urticarial vasculitis associated with hepatitis C virus infection. *Int J Dermatol.* 2002; 41: 930-932.
- 17- Greaves M. Chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105: 664-672.
- 18- Cicek D, Kandi B, Oguz S, Cobanoglu B, Bulut S, Saral Y. An urticarial vasculitis case induced by glatiramer acetate. *J Dermatolog Treat.* 2008; 29: 1-3.
- 19- Lipsker D, Veran Y, Grunenberger F, Cribier B, Heid E, Grosshans E. The Schnitzler syndrome. Four new cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2001; 80: 37-44.
- 20- Kieffer C, Cribier B, Lipsker D. Neutrophilic urticarial dermatosis: a variant of neutrophilic urticaria strongly associated with systemic disease. Report of 9 new cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2009; 88: 23-31.
- 21- Ochonisky S, Chosidow W, Kuentz M, Man N, Fraitag S, Pelisse JM et al. Cogan's syndrome: an unusual etiology of urticarial vasculitis. *Dermatologica* 1991; 183: 218-220.
- 22- Calvo-Romero JM. Diffuse large B cell lymphoma in a patient with hypocomplementemic urticarial vasculitis. *J Postgrad Med.* 2003; 49: 252-253.
- 23- Shah D, Rowbottom AW, Thomas CL, Cumber P, Chowdhury MM. Hypocomplementaemic urticarial vasculitis associated with non-Hodgkin lymphoma and treatment with intravenous immunoglobulin. *Br J Dermatol.* 2007; 157: 392-393.
- 24- Lewis JE. Urticarial vasculitis occurring in association with visceral malignancy. *Acta Derm Venereol* 1990; 70: 345-347.
- 25- Vazquez-Lopez F, Maldonado-Seral C, Soler-Sanchez T, Perez-Oliva N, Marghoob AA. Surface microscopy for discriminating between common urticaria and urticarial vasculitis. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42: 1079-1082.
- 26- Balsam L, Karim M, Miller F, Rubinstein S. Crescentic glomerulonephritis associated with hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome. *Am J Kidney Dis.* 2008; 52: 1168-1173.

- 27- Falk DK. Pulmonary disease in idiopathic urticarial vasculitis. *J Am Acad Dermatol* 1984; 11: 346-352.
- 28- Bielory L, Noble KG, Frohman LP. Urticarial vasculitis and visual loss. *J Allergy Clin Immunol*. 1991; 88: 819-821.
- 29- Tanaka H, Waga S, Kakizaki Y, Sugimoto K, Nomura K, Yokoyama M. Chronic urticaria associated with aseptic meningitis: an atypical urticarial vasculitis? *Acta Paediatr Jpn*. 1997; 39: 64-68.
- 30- Gupta S, Handa S, Kanwar AJ, Radotra BD, Minz RW. Cutaneous vasculitides: clinico-pathological correlation. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009; 75: 356-362.
- 31- Kao NL, Zeitz HJ. Urticarial skin lesions and polymyositis due to lymphocytic vasculitis. *West J Med*. 1995; 162: 156-158.
- 32- Dincy CV, George R, Jacob M, Mathai E, Pulimood S, Eapen EP. Clinicopathologic profile of normocomplementemic and hypocomplementemic urticarial vasculitis: a study from South India. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008; 22: 789-794.
- 33- Mehregan DR, Hall MJ, Gibson LE. Urticarial vasculitis: a histopathologic and clinical review of 72 cases. *J Am Acad Dermatol*. 1992; 26: 441-448.
- 34- Sanchez NP, Winkelmann RK, Schroeter AL, Dicken CH. The clinical and histopathologic spectrums of urticarial vasculitis: study of forty cases. *J Am Acad Dermatol* 1982; 7: 599-605.
- 35- Phanuphak P, Kohler PF, Standford RE, Schocket AL, Carr RI, Claman HN. Vasculitis in chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 1980; 65: 436-444.
- 36- Wisnieski JJ, Baer An, Christensen J, Cupps TR, Flagg DN, Jones JV et al. Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome: clinical and serologic findings in 18 patients. *Medicine (Baltimore)* 1995; 74: 24-41.
- 37- Schwartz HR, McDuffie FC, Black LF, Schroeter AL, Conn DL. Hypocomplementemic urticarial vasculitis: association with chronic obstructive pulmonary disease. *Mayo Clin Proc* 1982; 57: 231-238.
- 38- Asherson RA, Buchanan N, Kenwright S, Fletcher CM, Hughes GR. The normocomplementemic urticarial vasculitis syndrome--report of a case and response to colchicine. *Clin Exp Dermatol*. 1991; 16: 424-427.

- 39- Werder M, Truniger B. Hypocomplementaemic urticarial vasculitis. *Nephrol Dial Transplant*. 1997; 12: 1278-1279.
- 40- Worm M, Muche M, Schulze P, Sterry W, Kolde G. Hypocomplementaemic urticarial vasculitis: successful treatment with cyclophosphamide-dexamethasone pulse therapy. *Br J Dermatol*. 1998; 139: 704-707.
- 41- Ghadban R, Zenone T, Leveque-Michaud C, Louerat C, Rousset H. Hypocomplementemic urticarial vasculitis. *Rev Med Interne*. 2008; 29: 929-931.
- 42- Borcea A, Greaves MW. Methotrexate-induced exacerbation of urticarial vasculitis: an unusual adverse reaction. *Br J Dermatol*. 2000; 143: 203-204.
- 43- Aydogan K, Karadogan SK, Adim SB, Tunali S. Hypocomplementemic urticarial vasculitis: a rare presentation of systemic lupus erythematosus. *Int J Dermatol*. 2006; 45: 1057-1061.
- 44- Soma J, Sato H, Ito S, Saito T. Nephrotic syndrome associated with hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome: successful treatment with cyclosporin A. *Nephrol Dial Transplant*. 1999; 14: 1753-1757.
- 45- Hamid S, Cruz Jr PD, Lee WM. Urticarial vasculitis caused by hepatitis C virus infection: response to interferon alpha therapy. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 278-280.
- 46- Saigal K, Valencia IC, Cohen J, Kerdel FA. Hypocomplementemic urticarial vasculitis with angioedema, a rare presentation of systemic lupus erythematosus: rapid response to rituximab. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 49: 283-285.
- 47- Demitsu T, Yoneda K, Iida E, Takada M, Azuma R, Umemoto N, Hiratsuka Y, Yamada T, Kakurai M. Urticarial vasculitis with haemorrhagic vesicles successfully treated with reserpine. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008; 22: 1006-1008.
- 48- Natali A, L'Abbate A, Ferrannini E. Erythrocyte sedimentation rate, coronary atherosclerosis, and cardiac mortality. *Eur Heart J*. 2003; 24: 639-648.
- 49- Min JY, Jang JY, Kim HY, Lee WY, Dhong HJ, Chung SK et al. A relationship between the obstructive sleep apnea syndrome and the erythrocyte sedimentation rate. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2009; 2: 126-130.

50- Öktenli Ç. Eritrosit sedimentasyon hızı, tam kan ve tam idrar tetkiklerinin değerlendirilmesi. Available from: URL:

<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/dersler/31.pdf> . 13 Aralık 2009 tarihinde ulaşılmıştır.

51- Rosalki SB. C-reactive protein. *Int J Clin Pract.* 2001; 55: 269-270.

52- Nicolle LE. Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis. *Urol Clin North Am.* 2008; 35: 1-12.

53- Douglas TF. The complement system and adaptive immunity. *Seminars in immunology.* 1998; 10: 355-361.

54- Boackle SA. Complement and autoimmunity. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 2003; 57: 269-273.

55- Pettigrew HD, Teuber SS, Gershwin ME. Clinical significance of complement deficiencies. *Ann N Y Acad Sci.* 2009; 1173: 108-123.

56- Sunderkötter C, Bonsmann G, Sindrilaru A, Luger T. Management of leukocytoclastic vasculitis. *J Dermatolog Treat.* 2005; 16: 193-206.

57- Wanchu A. Antinuclear antibodies: clinical applications. *J Postgrad Med.* 2000; 46: 144-148.

58- Lyons R, Narain S, Nichols C, Satoh M, Reeves WH. Effective use of autoantibody tests in the diagnosis of systemic autoimmune disease. *Ann N Y Acad Sci.* 2005; 1050: 217-228.

59- Kurien BT, Scofield RH. Autoantibody determination in the diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Scand J Immunol.* 2006; 64: 227-235.

60- Poonawalla T, Kelly B. Urticaria : a review. *Am J Clin Dermatol.* 2009; 10: 9-21.

61- Rostoker G, Uzzan B, Epardeau B, Chapman A. Urticarial vasculitis associated with apparently primary Gougerot-Sjögren syndrome. *Ann Dermatol Venereol.* 1986; 113: 59-62.