

## HENOCH-SCHONLEIN PURPURALI HASTALARIN ANALİZİ

*Maşallah CANDEMİR<sup>1</sup>, Hülya HALİS<sup>1</sup>, Aziz POLAT<sup>1</sup>, Hacer ERGİN<sup>1</sup>, İlknur KILIÇ<sup>1</sup>, Serap SEMİZ<sup>1</sup>, Mine CİNBIŞ<sup>1</sup>*

### ÖZET

**Amaç:** HSP'li hastalarımızın epidemiyolojik ve klinik özellikleri, laboratuvar bulguları ve hastalığın seyrinin incelenmesi amaçlandı.

**Yöntem:** 2000-2006 yılları arasında, hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Henoch-Schonlein Purpurası tanısı alan ve izlenen 45 hasta retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Hastaların 27 (%60,0)'si kız, 18 (%40,0)'i erkek, kız / erkek oranı 1.5 idi. Yaş ortalaması 6 yaş 9 ay (8 ay-14 yaş) olarak saptandı. Başvuru şikayetleri sıklık sırasına göre döküntü (%100), yürüyememe ve/veya eklem ağrısı (%71,1) ve karın ağrısı (%40,0) idi. Hastaların % 57,7'inde ortalama 12 gün önce geçirilmiş enfeksiyon öyküsü tespit edildi. Fizik muayenede purpurik döküntü (alt ekstremitelerde ve gluteal bölgede %100, yaygın %11,1), artrit (32 hastada, %71,1, en sık ayak bileği ve diz eklemlerinde), ateş (9 hastada, %20,0) bulundu. Laboratuvar bulguları anemi (8/45 hasta, %17,7), lökositoz (6/45 hasta, %13,3), trombositoz (16/45 hasta, %35,5), sedimentasyon yüksekliği (16/25 hasta, %64,0), CRP pozitifliği (33/34 hasta, %97,0), hematüri (4/45 hasta, %8,8), proteinüri (2/45 hasta, %4,4), gaitada gizli kan pozitifliği (14/42 hasta, %33,3) bulundu. Hematüri ve proteinüri devam etmediği için hiçbir hastada böbrek biyopsisine gerek duyulmadı. Gastrointestinal sistem tutulumu olduğu düşünülen 17 hastaya steroid tedavisi başlandı ve ortalama 9.1 gün kullanıldı. Perforasyon, invaginasyon gözlenmedi. Ortalama 15. günde 9 hastada relaps görüldü. Santral sinir sistemi tutulumu hiçbir hastada yoktu.

**Sonuç:** Henoch-Schonlein Purpurası çocukluk çağında sık görülen benign karakterli bir hastalık olup komplikasyon ve sekel oranı oldukça düşüktür.

**Anahtar kelimeler:** Henoch-Schönlein purpurası, vaskülit.

### Analysis of Patients With Henoch-Schönlein Purpura

### SUMMARY

**Aim:** The aim of this study was to investigate the clinical and epidemiologic features, laboratory finding and outcome of disease in our patients with Henoch-Schönlein purpura.

**Methods:** Forty-five patients with Henoch-Schönlein purpura who were diagnosed and observed in our department of pediatrics between 2000-2006 were retrospectively evaluated.

**Results:** Twentyseven (60.0%) of the patients were female and 18 (40.0%) were male, female to male ratio was 1.5. Mean age of the patients was 6 year 9 months (8 months-14 years). İnitial symptoms and findings in the time of admission with decreasing frequency were purpura (100%), disability to walk and/or arthralgia (71.1%) ve stomachache (40.0%). An infection history was present in 57.7% of the patients in the last 12 days. In physical examination, purpura (lower extremity and hips 100%, diffuse 11.1%), arthritis (32 patients, 71.1%, mostly diffused on ankle and knee), fever (9 patients, 20.0%) were discovered. Anaemia (8/45 patients, 17.7%), leukocytosis (6/45 patients, 13.3%), trombocytosis (16/45 patients, 35.5%), increased erythrocyte sedimentation rate (16/25 patients, 64.0%), positive CRP (33/34 patients, 97.0%), hematuria (4/45 patients, 8.8%), proteinuria (2/45 patients, 4.4%), positive fecal blood tests (14/42 patients, 33.3%) were determined. Renal biopsy was not needed as there was no persistent hematuria and proteinuria. 17 patients who had gastrointestinal involvement were treated with steroid therapy for a mean period of 9.1 days. Perforation and invagination was not observed. Relapse was seen in 9 patients. (mean duration 15th day). There was no nervous system involvement in any patients.

**Conclusion:** Henoch-Schonlein Purpura is a frequent benign disease of childhood. Complications and sequelae are infrequent.

**Key words:** Henoch-Schönlein purpura, vasculitis.

Henoch-Schönlein purpurası (HSP) çocuklarda en sık görülen vaskülitir<sup>1</sup>. Aynı zamanda çocuklarda nontrombositopenik purpuranın en sık nedenidir<sup>2,3</sup>. Daha çok küçük damarları yaygın olarak tutan hastalığın etyolojisi tam olarak bilinmemektedir<sup>2,3</sup>. Sıklıkla kış aylarında bir üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben ortaya çıkması tetikleyici enfeksiyöz ajanları akla getirmektedir<sup>2,3</sup>. Sıklığı bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte ortalama

9/100.000'dir<sup>2</sup>. En fazla 3-8 yaşları arasındaki çocuklarda ortaya çıkmaktadır<sup>2</sup>. Hastalıkta, alt ekstremitelerde daha belirgin olan purpura, eklem, gastrointestinal ve renal semptomlar karakteristiktir; ancak kardiyak, nörolojik, pulmoner ve genital semptomlar da olabilir<sup>5</sup>. HSP klasik olarak kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte uzun dönem prognoz başlangıçtaki renal hasar ile ilişkilidir<sup>2,5</sup>. Tedavi komplikasyon gelişmediği sürece

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, DENİZLİ, TÜRKİYE

destekleyicidir<sup>2,6</sup>. Bu yazıda, HSP'li hastalarımızın epidemiyolojik ve klinik özellikleri, laboratuvar bulguları ve hastalığın seyrinin incelenmesi amaçlandı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2000 ile Mart 2006 tarihleri arasında hastanemiz, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ve HSP tanısı ile yatırılarak veya ayakta tedavi edilen 45 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, önceden geçirilmiş enfeksiyon varlığı, fizik muayene bulguları ve laboratuvar sonuçları ayrıntılı olarak kaydedildi. Karın ağrısı şikayeti gelişen hastalarda akut batın tablosu oluşup oluşmadığı, gaitada gizli kan varlığı, invaginasyon, perforasyon gelişip gelişmediği ve cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı araştırıldı. Böbrek tutulumu açısından proteinüri, hematüri varlığı eğer böbrek biyopsisi uygulanmış ise sonucu kaydedildi. Olgulara ait veriler bilgisayar ortamında SSPS 13.0 paket programında değerlendirildi, tanımlayıcı istatistik değerler  $\pm 2$  SD (standart sapma) olarak verildi.

## BULGULAR

Hastaların 27 (%60,0)'si kız, 18 (%40,0)'i erkek, kız/erkek oranı 1.5 idi. Yaş ortalaması 6 yaş 9 ay (8 ay-14 yaş) olarak saptandı. Önceden geçirilmiş enfeksiyon öyküsü hastaların 26 (%57,7)'sında mevcut idi ve bunlardan bir tanesi akut gastroenterit, diğerleri ise üst solunum yolu enfeksiyonu idi. Hastalar ortalama 12 gün önce enfeksiyon geçirmişlerdi. Önceden ilaç alım öyküsü 5 hastada mevcut idi. Olgular mevsimlere göre değerlendirildiklerinde ise 14 (%31,1)'nin sonbahar, 17 (%37,7) tanesinin kış, 8 (%17,7)'nin ilkbahar ve 6 (%13,3) tanesinin ise yaz aylarında başvurdukları görüldü. Bir hastada talasemi minör ve bir hastada epilepsi vardı.

Başvuru şikayetleri sıklık sırasına göre incelendiğinde döküntü 45 (%100) hastada, yürüyememe ve/veya eklem ağrısı 32 (%71,1) hastada ve karın ağrısı 18 (%40,0) hastada mevcut idi. Fizik muayenede, ateş olguların 9 (%20)'inde tespit edildi. Alt ekstremiteler ve gluteal bölgeye yerleşim gösteren purpurik döküntü hastaların tümünde saptanmakta birlikte, 5 (%11,1) hastada döküntüler gövde ve üst ekstremitelere de yayılım göstermekte idi. En sık ayak bileği ve diz eklemlerinde olmak üzere artrit 32 hastada (%71,1) mevcut idi. Karın ağrısı şikayetiyle başvuran 18 hasta ve takiplerinde gastrointestinal semptomu gelişen 24 hasta, toplam 42 hastanın 14 (%33,3)'ünde gaitada gizli kan pozitif idi ve bir hastada diyare mevcut idi. Karın ağrısı, bulantı, diyare ve gaitada gizli kan varlığı gastrointestinal semptom ve bulguları oluşturmaktaydı. Hiçbir hastaya

gastrointestinal sisteme yönelik cerrahi tedavi uygulanmadı. İki hastada (%11,1) skrotumda ödem vardı.

Laboratuvar bulgularından anemi 8 (%17,7) hastada, lökositöz 6 (%13,3) hastada saptandı. Lökosit sayısı ortalama  $22,920 \pm 8,860/\text{mm}^3$  (10,700-32,200/ $\text{mm}^3$ ) idi. Trombositöz 16 (%35,5) hastada bulundu. Ortalama trombosit sayısı  $320,400 \pm 59,487/\text{mm}^3$  (242.000-751,000/ $\text{mm}^3$ ) idi. Eritrosit sedimentasyon hızı ortalama  $34.1 \pm 28.6$  (6.0-140) mm/saat ve hastaların %64,0'ünde yüksek bulunurken, CRP hastaların %97,0'sinde pozitif idi. Mikroskopik hematüri 4 (%8,8) hastada, proteinüri 2 (%4,4) hastada, hematüri ile birlikte proteinüri varlığı sadece bir (%2,2) hastada saptandı. Hastalara ait laboratuvar bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Hastaların laboratuvar bulguları

	n=45	%
Anemi	8/45	%17,7
Lökositöz	6/45	%13,3
Trombositöz	16/45	%35,5
Proteinüri	2/45	%4,4
Hematüri	4/45	%8,8
Proteinüri ve Hematüri	1/45	%2,2
ESR yüksekliği	16/25	%64,0
CRP yüksekliği	33/34	%97,0
Gaitada gizli kan varlığı	14/42	%33,3

Hastaların 17 (%37,7)'sine şiddetli gastrointestinal semptomlar nedeniyle 2 mg/kg/gün prednizolon tedavisi oral veya parenteral yol ile uygulandı ve ortalama 9.1 gün süre ile kullanıldı. Artrit ve artralji için non-steroid anti-inflamatuvar ilaç (asetil salisilik asit) 14 (%31,1) hastada verildi. 9 (%20,0) hastada mevcut klinik tablonun düzelmesinden ortalama 15 gün sonra relaps gelişti ve bunlardan 7'sine başlangıçta sadece steroid, birine sadece non-steroid anti-inflamatuvar ilaç, birine ise iki ilaç birlikte verilmişti.

Hematüri ve proteinüri devam etmediği için hiçbir hastada böbrek biyopsisine gerek duyulmadı. Perforasyon, invaginasyon, santral sinir sistemi tutulumu hiçbir hastada gözlenmedi.

## TARTIŞMA

HSP çocuklarda en sık görülen vaskülitik sendromdur<sup>7</sup>. Anafloktoid purpura, lökositoklastik vaskülit, allerjik vaskülit, romatoid purpura kullanılan diğer isimlerdir<sup>8</sup>.

Günümüzde etyolojisi henüz kesin olarak bilinmemektedir<sup>2</sup>. Hastalığın birçok farklı antijenik uyarının tetiklediği immün kompleks mekanizmaların sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir<sup>9</sup>. Bu antijenik uyarılar Epstein-Barr virus, adenovirus, hepatit A, hepatit B, parvovirus, varisella, mikoplazma veya streptokoklar gibi bakteriyel ya da viral ajanlar olabildiği gibi aşılarda

yiyecekler, böcek sokmaları, soğuğa maruz kalma ve ilaçlar da olabilmektedir<sup>7,9,10</sup>. Sonbahar ve kış aylarında daha çok görülen hastalığın birçok hastada geçirilmiş bir enfeksiyon hastalığından sonra ve özellikle bu mikroorganizmalar ile ilk kez karşılaşılacak çocukluk yaş grubunda daha sık görülmesi etyolojide enfeksiyöz etken olabileceğini desteklemektedir<sup>11</sup>. Olguların yaklaşık yarısında önceden geçirilmiş bir enfeksiyon hastalığı öyküsü mevcuttur ve son zamanlarda yapılan çalışmalarda hastalarda antistreptolizin O (ASO) düzeyinin yüksek olması nedeniyle daha çok streptokokal enfeksiyonlar ile ilişkilendirilmesine neden olmuştur<sup>2,7</sup>. Trapani ve arkadaşları<sup>7</sup> tarafından yapılan bir araştırmada 150 hastanın 103'ünde tetikleyici ajan saptanmış ve bunlardan 63'ünde solunum yolu, 7'sinde ise gastrointestinal sistem enfeksiyonu, 6'sında diğer enfeksiyonlar, 24'ünde sadece ateş, 3 hastada ise aşılama ve böcek ısırığı olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %33'nün kış, %31'inin sonbahar ve %30'ununda ilkbahar aylarında başvurduğu saptanmıştır. Vakalarımızda da hastalık sıklıkla sonbahar (%31,1) ve kış (%37,7) aylarında ortaya çıkmıştı ve hastaların 26 (%57,7)'sında ortalama 12 gün önce enfeksiyon geçirme öyküsü vardı.

Küçük damarların tutulumunun bir göstergesi olan deri tutulumu, genellikle palpe edilebilen purpura şeklindedir ve hemen hemen hastaların tümünde görülür<sup>6</sup>. Bu döküntü kalça ve alt ekstremitte gibi vücudun ağırlık taşıyan bölgelerine lokalize olmakla birlikte %20-40 oranında el, ayak, saçlı deri, kulak kepçesini ve skrotumu da tutabilmektedir<sup>2,6,11</sup>. Hastalarımızın tümünde alt ekstremitte ile gluteal bölgeye lokalize, palpe edilen purpuraları olduğu, %11,1'inde ise döküntülerin üst ekstremitte ve gövdeye de yayılım gösterdiği saptandı. Daha nadir görülen skrotal ödem erkek hastaların % 11,1'inde mevcut idi ve ancak bu hastalarda skrotal tutulum açısından ayırıcı tanı yapılmadı. Hastaların hiç birinde kulak kepçesi ödemi yoktu.

Artrit veya artralji HSP'nin ikinci sıklıkta görülen klinik bulgularındandır ve olguların %60-84'ünde görülmektedir<sup>6,7</sup>. Olguların yaklaşık dörtte birinde döküntülerden önce ortaya çıkabilmektedir<sup>6</sup>. Artrit kendini sınırlayıcı niteliktedir ve sekel bırakmadan iyileşir<sup>2,6,7</sup>. Ayak bileği ve diz eklemi en sık tutulan eklemlerdir<sup>7</sup>. Trapani ve arkadaşlarının çalışmasında<sup>7</sup> 150 hastadan 92'sinde artrit, 19'unda artralji olmak üzere eklem tutulumu %74 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da diz ve ayak bileğinde artrit ve/veya artralji hastaların %71,1'inde vardı.

Olguların %85'inde gastrointestinal semptom ve bulgular görülmektedir. Kolik tarzında karın ağrısı, kusma, bulantı ve gastrointestinal kanama başlıca semptomlardır<sup>6</sup>. Gastrointestinal sistem tutulumunun major komplikasyonları ise masif kanama, perforasyon ve invaginasyondur<sup>11</sup>. Malabsorbsiyon, eksudatif enteropati, hemorajik asit diğer nadir bulgulardandır<sup>7</sup>. Endoskopide sıklıkla hemorajik

duodenit izlenmektedir ve mukozal biyopsilerde kapillerlerde Ig A birikimleri ile birlikte non-spesifik enflamasyon bulguları gözlenmektedir. Ağrı enflamasyonlu bölgelerde oluşan mukozal ya da submukozal kan ve sıvı ekstravazasyonuna bağlı olarak oluşmaktadır<sup>6</sup>. Olguların yarısında dışkıda gizli kan ve sadece %5 oranında masif kanama gözlenmektedir<sup>2,6</sup>. Trapani ve arkadaşları<sup>7</sup> HSP'li olguların %21'inde kusma, %14'ünde bulantı, %15'inde gaitada gizli kan pozitifliği, %2'sinde sadece melana olduğunu rapor etmişlerdir. Aynı raporda toplam %51 hastada gastrointestinal tutulum bildirilmiştir<sup>7</sup>. Aydın ve arkadaşlarının<sup>11</sup> çalışmasında olguların %34'ünde gastrointestinal tutulum saptanmış ve bunların da %34'ünde karın ağrısı, %41'inde kanlı dışkılama, %32'sinde kusma ve %24'ünde diyare yakınmalarının olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada %8 olguda akut batın tablosu gelişmiş ve bunların da yarısına cerrahi tedavi uygulandığı belirtilmiştir<sup>11</sup>. Bizim olgularımızda ise bulantı, kusma, karın ağrısı ve diyare semptomlarından bir veya bir kaç hastaların %93,3'ünde mevcut idi. Bu oranın diğer yazarların sonuçlarından yüksek olması karın ağrısı değerlendirmesinin subjektif olmasına bağlanabilir. Yüksek gastrointestinal sistem (GIS) semptomlarına rağmen hastalarımızın hiçbirinde GIS komplikasyonları gelişmedi.

HSP'de renal tutulum sıklığı %10-50 arasında bildirilmektedir ve genel olarak prognoz iyidir<sup>2,6</sup>. Tutulum izole mikroskobik hematüriden hızlı ilerleyen glomerülo nefrite kadar değişebilir. Hastalığın uzun dönem prognozunu bu tutulum ile ilişkili olduğu düşünülmektedir<sup>2,6,7,11</sup>. Renal tutulum %1,1-4,5 oranında kronik böbrek yetmezliği ve %1'den az oranda son dönem böbrek yetmezliği ile sonuçlanır<sup>2,6,7</sup>. HSP ile ilişkili nefriti olan olgularda hematüri genellikle mevcuttur ve çoğunlukla ilk iki hafta içinde ortaya çıkmaktadır. Ancak daha seyrek olarak iki yıl içinde de ortaya çıkabilir<sup>12</sup>. Kendirli ve arkadaşları<sup>13</sup> tarafından yapılan ve proteinüri ve/veya hematüri, nefrotik sendrom ve böbrek yetmezliğinin renal tutulum olarak kabul edildiği araştırmada HSP tanısı alan 73 olgu 31 ay boyunca izlenmiş ve olguların 14'ünde mikroskobik hematüri, 11'inde proteinüri, 5'inde hematüri ile birlikte proteinüri ve 5 hastada nefrotik sendrom olmak üzere toplam 25 (%35) hastada renal tutulum olduğu bildirilmiştir. Bizim olgularımızda, mikroskobik hematüri 4 (%8.8) hastada, nefrotik düzeye ulaşmayan proteinüri 2 (%4,4) hastada, hematüri ile birlikte proteinüri varlığı bir (%2,2) hastada olmak üzere, renal tutulum %11,1 oranında saptandı. Proteinüri ve/veya hematüri 4 günden uzun sürmemişti ve bu hastalarda kan basıncı ölçümleri ile lipit düzeyleri normal sınırlarda idi. Hastaların hiçbirisi nefrotik yada nefritik sendromun diğer bulgularını taşıyamıyordu ve uzun dönem komplikasyonlar açısından izlenmediler. Böbrek tutulumu olan hastalardan ilk 1 yıl içinde takibi devam eden olgularda komplikasyon gözlenmemiştir.

HSP'de laboratuvar bulguları spesifik olmayıp tanı koydurucu değeri yoktur; ancak ayırıcı tanıda faydalıdır<sup>2,7</sup>. İlimli lökositoz, trombositoz ve akut faz reaktanlarında hafif bir artış vardır<sup>2,11</sup>. Hafif düzeydeki anemi kronik ya da akut gastrointestinal kanamaya bağlı olabilmektedir<sup>2</sup>. Hastaların yaklaşık yarısında serum IgA düzeyi artmıştır<sup>11</sup>. Trapani ve arkadaşlarının<sup>7</sup> çalışmasında lokositoz %21, anemi %14, sedimentasyon yüksekliği ise %57 oranında tespit edilmiştir. Aynı çalışmada IgA yüksekliği hastaların %36'sında saptanmıştır<sup>7</sup>. Kendirli ve arkadaşlarının<sup>13</sup> çalışmasında ise lökositoz %58, trombositoz %19, sedimentasyon yüksekliği %68, CRP pozitifliği %51 hastada saptanmıştır. Bizim hastalarımızda ise anemi %17,7, lökositoz %13,3, Trombositoz %35,5 oranında saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı %64,0 hastada yüksek bulunurken, CRP hastaların %97,0'sinde pozitif saptandı.

HSP'de tedavi destekleyicidir. Hidrasyon, istirahat, yumuşak diyet, asetaminofen semptomları gidermede yeterlidir<sup>2</sup>. Eklem bulguları nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlara iyi yanıt vermektedir. GİS tutulumunda özellikle şiddetli karın ağrısı, hayatı tehdit eden kanama, obstrüksiyon, invaginasyon varlığında oral veya intravenöz steroid tedavisi önerilmektedir<sup>2</sup>. Literatürde melena ve ağır kanamanın steroid tedavisi ile gerilediği bildirilmiştir<sup>6,11,18</sup>. Rosenblum ve Winter<sup>14</sup> hastaların %50'sinde GİS semptomlarının steroid tedavisinin ilk 24 saatinde gerilediğini bildirmişlerdir. Ancak Glaiser ve arkadaşları<sup>15</sup> abdominal ağrının düzelmesi ile steroid tedavisi arasında ilişki olmadığını rapor etmişlerdir. Biz GİS tutulumu olan 17 (%37,7) hastaya ortalama 9.1 gün süre ile oral ya da intravenöz prednizolon tedavisi uyguladık. Renal tutulumda steroid tedavisinin etkinliği tartışmalıdır<sup>7,11</sup>. HSP'ye bağlı nefritin tedavisinde günlük, güneşirni, bolus tarzında kortikosteroidler, siklofosamid, plazmaferez, siklosporin, azotiopirin, antikoagülasyon ve IVIG tedavileri denenmişse de tedavi protokollerinde fikir birliği yoktur<sup>6</sup>. Mikroskopik hematüri ve hafif proteinüri şeklinde olan renal tutulumda immünsüpresif tedavi ve biyopsiye gerek duyulmamaktadır<sup>11</sup>. Ancak şiddetli renal tutulumda steroid tedavisi ve/veya diğer tedaviler önerilmektedir<sup>16</sup>. Shin ve ark.<sup>17</sup> HSP ile ilişkili şiddetli nefritte steroid ile birlikte siklosporin A tedavisinin proteinüri ve histolojik değişiklikleri azalttığını saptamışlardır. Bizim olgularımızda proteinüri ve hematüri devam etmediği için hiçbir hastaya renal biyopsi uygulanmadı.

Literatürde, relaps Kendirli ve ark.<sup>13</sup> raporunda %11, Aydın ve ark.<sup>11</sup> raporunda ise %34 oranında bildirilmiştir. Trapani ve ark. ise<sup>7</sup> % 35 hastada relaps bildirmişlerdir. Bizim hastalarımızın 9 (%20)'unda mevcut klinik tablonun düzelmesinden ortalama 15 gün içinde relaps gelişmişti ve bunlardan 7'sine

başlangıçta sadece steroid, birine sadece non-steroid anti-inflamatuvar ilaç, birine ise iki ilaç birlikte uygulanmıştır.

Sonuç olarak HSP çocukluk çağında sık görülen benign karakterli bir hastalık olup komplikasyon ve sekel oranı oldukça düşüktür.

## KAYNAKLAR

1. Ozen S, Bakkaloglu A, Dusunsel R, Soylemezoglu O, Ozaltin F, Poyrazoglu H. et all. Childhood vasculitides in Turkey: a nationwide survey. Clin Rheumatol 2006; Apr 4.
2. Michael LM, Lauren MP. Vasculitis syndromes. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed, Philadelphia: WB Saunders Co, 2004: 826-9.
3. Kim S, Dedeoglu F. Update on pediatric vasculitis. Curr Opin Pediatr 2005; 17:695-702.
4. Tsuboi H, Takemura T, Katsuoka K. A case of Henoch-Schonlein purpura temporarily improved by hemodialysis. J Dermatol. 2006; 33:281-6.
5. İlan Y, Naparstek Y. Henoch Schonlein purpura in children and adults: Is it one entity?. Semin Arthritis Rheum 2002; 32:139-40.
6. Soylu A, Kavukçu S. Henoch-Schönlein purpura in childhood: Pathophysiology, diagnosis and treatment. SSK Tepecik Hast Derg 2004; 14:71-81.
7. Sandra T, Annalisa M, Francesca G, Massimo R. et all. Henoch-Schonlein purpura in childhood: Epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and review of Literature. Semin Arthritis Rheum 2005; 35:143-53.
8. Szer IS. Henoch-Schonlein purpura. Curr Opin Rheumatol 1994; 6:25-31.
9. Altinkaynak S, Ertekin V, Selimoglu MA. Association of Henoch-Schonlein purpura and hepatitis A. J Emer Med. 2006; 30:21921.
10. Tizard EJ. Henoch-Schoenlein purpura. Arch Dis Child 1999; 80:3803.
11. Aydın M, Demiroglu M, Kurt A, Kurt NAC, Yılmaz E. The evaluation of the our patients with Henoch-Schönlein purpura. Çocuk Dergisi 2005; 5:249-53.
12. Kaku Y, Nohara K, Honda S. Renal involvement in Schonlein-Henoch Purpura: a multivariate analysis of prognostic factors. Kidney Int 1998; 53:1755-59.
13. Kendirli T, Yalcinkaya F, İleri M, Ozcakar ZB, Ekim E. Henoch-Schonlein purpura in Turkish children. Journal of Ankara Medical School. 2004; 26: 7-11
14. Rosenblum ND, Winter HS. Steroid effects on the course of abdominal pain in children with Henoch-Schonlein Purpura. Pediatrics 1987; 79:1018-21.
15. Glasier CM, Siegel MJ, Mc Alister WH, Shackelford GD. Henoch Schonlein syndrome in children: gastrointestinal manifestations. Am J Roentgenol 1981; 136:1081-5.
16. Ballinger S. Henoch-Schonlein Purpura. Curr Opin Rheumatol 2003; 15:5914.
17. Shin JI, Park JM, Shin YH, Kim JH, Lee JS, Jeong HJ. Henoch-Schönlein purpura nephritis with nephrotic-range proteinuria: histological regression possibly associated with cyclosporin A and steroid treatment Scand J Rheumatol 2005; 34:3925.
18. Gonzalez-Gay MA, Llorca J. Controversies on the use of corticosteroid therapy in children with Henoch-

Schönlein purpura. Semin Arthritis Rheum 2005;  
35:135-7.

**YAZIŖMA ADRESİ**

*Dr. MaŖallah CANDEMİR  
Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk  
Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, DENİZLİ*

**E-Posta:** *drmcdemir@hotmail.com*