

## Mycoplasma pneumoniae ilişkili Henoch-Schöenlein purpurası

### *Henoch-Schöenlein purpura associated with Mycoplasma pneumoniae*

#### Sayın Editör,

*Mycoplasma pneumoniae* çocuklarda solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan önemli bir mikroorganizmadır; ancak solunum sistemi dışında kas-sinir, kan, kalp, böbrek, sindirim sistemi, kemik-eklem, cilt ve göz tutulumu ile seyreden hastalık tablolarına da neden olabilmektedir. Vaskülit ise çok nadir bildirilmektedir (1,2). Bu nedenle *M. pneumoniae* enfeksiyonu ile birlikte seyreden bir Henoch-Schöenlein purpurası (HSP) olgusunu sunmayı amaçladık.

Sekiz yaşında kız hasta iki haftadan beri var olan burun akıntısı, öksürük, kusma, ateş, döküntü yakınması ile başvurdu. İki hafta önce öksürük, ateş, karın ağrısı yakınmaları olan hastaya sekiz gün önce lobar pnömoni tanısı konarak seftriakson ve klaritromisin tedavisi başlandığı ve halen tedaviye devam ettiği öğrenildi. Yakınmaların başlangıcından 10 gün sonra bacaklarında ve gövdede döküntü ortaya çıkmıştı.

Fizik muayenesinde tartısı 32 kg (50-75. persantil), boyu 137 cm (75-90. persantil), koltuk altı ateşi 39 °C, kan basıncı 110/60 mmHg idi. Alt ekstremitelerde ve gluteal bölgede yoğun, daha az olarak üst ekstremitelerde basmakla solmayan palpabl purpura, alt ekstremitelerde proksimalinde ürtikeriyal döküntü, sağ ayak bilek eklemine ödem, kızarıklık, ısı artışı mevcuttu. Sağ akciğer alt bölgede krepitan raller duyuluyordu. Diğer sistem bulguları doğaldı.

Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 13 g/dL, lökosit: 6300 /mm<sup>3</sup>, trombosit: 343 000 /mm<sup>3</sup>, eritrosit çökme hızı: 66 mm/sa, CRP: 53,1 mg/L, üre: 18 mg/dL, kreatinin: 0.5 mg/dL, AST: 66 U/L, ALT: 31 U/L, tam idrar tahlilinde pH: 6, dansite: 1015, idrar sedimentinde 2 eritrosit, 1 lökosit vardı. Hastanın arka-ön akciğer grafisinde sağ alt lobda pnömoni ile uyumlu tutulum vardı. Atipik pnömoni düşünülen hastada *M. pneumoniae* IgM pozitif saptandı.

Hasta sağ akciğer alanında lobar pnömoni ve HSP tanısı ile yatırılarak klaritromisin tedavisine devam edildi. Yatışından bir gün sonra karın ağrıları başlayan hastanın kanlı dışkılaması da olması üzerine ciddi sindirim sistemi tutulumu düşünüle-

rek ağızdan metilprednizolon tedavisi (2 mg/kg/gün) başlandı. Yatışının ikinci günü karın ağrısı ve bir hafta sonra kanlı dışkılaması geriledi. Mikoplazma pnömonisi ve HSP tanıları ile ağızdan verilen steroid ve klaritromisin tedavileri devam edildi. (süre) İzleminde hastanın sağlık sorunu bulunmamaktadır.

*M. pneumoniae* solunum sistemi dışında da bulgular gösteren bir mikroorganizmadır. Narita (3) mikoplazmanın bu etkisini üçe ayırmıştır. Birincisi mikroorganizmanın doğrudan etkisi, ikincisi immunolojik mekanizmalarla etkisi, üçüncüsü ise vaskülit ve/veya vasküler tıkanmadır. Vaskülitler hem ikinci hem de üçüncü mekanizma sonucu oluşmaktadır.

Mikoplazmanın solunum sistemi dışındaki tutulumları çok sayıda organ ve sistemi etkileyen klinik tablolara yol açabilmektedir. Ana klinik bulgular; nörolojik (menenjit, beyinde infarkt, serebellar ataksi, Guillian-Barre´ sendromu, transvers miyelit), eklem tutulumu (poliartralji, monoartiküler artrit), karaciğer tutulumu (anikterik hepatit), hematolojik tutulum (hemolitik anemi, paroksizmal soğuk hemoglobinüri, hemoliz ve böbrek yetersizliği), göz tutulumu (konjunktivit, üveit, papil ödemi), kalp tutulumu (perikardit, endokardit, aritmi, kalp yetersizliği), cilt tutulumu (Stevens-Johnson sendromu, eritema multiforme, ürtiker) şeklinde olabilmektedir (1, 4). Ayrıca Kawasaki hastalığı, mikroskopik polianjitis ve Raynaud fenomeni gibi tablolara karşımıza çıkabilmektedir (5-9).

*M. pneumoniae* ilişkili vaskülit nadir olarak bildirilmiştir. Narita'nın (3) sınıflamasına karşın *M. pneumoniae*'ya bağlı vaskülitin patojenezi tam olarak bilinmemektedir. Bazı araştırmacılar altta yatan patolojinin tip III aşırı duyarlılık olduğunu düşünmektedirler. Dolaşan immün komplekslerin damar duvarında biriktiği ve özellikle de postkapiler venülleri etkilediği ileri sürülmektedir (10). Ancak sayının çok az olması patojeneze yönelik bilimsel çalışmalara engel oluşturmaktadır.

Literatürde mikoplazmaya bağlı olan vaskülitler nadir sıklıktadır ve daha çok lökositoklastik vaskülit olarak bildirilmiştir (2, 4,10-13). İlk *M. pneumoniae* ilişkili vaskülit olgusu 1992'de Van Bever ve ark. (11) tarafından bildirilen 13 yaşında bir erkek çocuktur. Yaygın akciğer tutulumuna ikincil akut solu-

num yetersizliği sendromu (ARDS) olan hastanın, cilt biyopsisinde damar duvarında IgA, IgM, ve C3 birikimi gösterilmiştir. Diğer beş olgunun üçü erişkin ikisi çocuktur (2, 4). Erişkin olgular; 1997'de Perez ve ark. (12) tarafından bildirilen poliartrit ve lökositoklastik vaskülit olan 28 yaşında kadın olgu, 2002'de Perez ve Montes (10) tarafından bildirilen ansefalit, pnömoni, kutanöz lökositoklastik vaskülit tablosunda 75 yaşında erkek olgu, 2003'de Jover ve ark. (13) tarafından bildirilen pnömoni, kutanöz vaskülit, iki taraflı episklerit tablosunda olan 51 yaşında kadın olgudur. Çocuk olgular; 2004'de Orlandini ve ark. (4) tarafından bildirilen kutanöz vaskülit olan 16 yaşında erkek olgu, 2007'de Filippo Greco ve ark. (2) tarafından bildirilen yine kutanöz vaskülit olan yedi yaşında erkek olgudur. Olgumuz literatürdeki dördüncü çocuk olgudur.

Henoch-Schönlein vaskülit çocuklarda en sık görülen vaskülitir ve kesin nedeni halen bilinmemektedir. Temel klinik bulguları palpabl purpura, karın ağrısı, artrit, sindirim sistemi kanaması ve nefrit olarak bilinmektedir. Etiolojisinde enfeksiyon ajanları etkenleri ile ve özellikle de beta hemolitik streptokoklarla ilişkisi olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar vardır (14-16). Bir immün kompleks vaskülit olan Henoch-Schönlein'a herhangi bir mikroorganizmanın immün tetiği çekerek vaskülit başlattığı düşünülmektedir (16). Olgumuzda da vaskülit böyle bir mekanizma ile ortaya çıkmış olabilir.

Henoch-Schönlein vaskülitinde etiyolojik etken ararken mikoplazma da düşünülmelidir.

**Mehmet Taşdemir, Nur Canpolat, Dilek Uludağ\*,  
Dicle Şener\*\*, Nil Arısoy\*\*\***

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

*\*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

*\*\*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

*\*\*\*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve  
Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

## Kaynaklar

1. Timitilli A, Di Rocco M, Nattero G, Tacchella A, Giacchino R. Unusual manifestations of infections due to Mycoplasma pneumoniae in children. Infez Med 2004; 12: 113-7.
2. Greco F, Sorge A, Salvo V, Sorge G. Cutaneous vasculitis associated with Mycoplasma pneumoniae infection: case report and literature review. Clin Pediatr (Phila) 2007; 46: 451-3.
3. Narita M. Pathogenesis of extrapulmonary manifestations of Mycoplasma pneumoniae infection with special reference to pneumonia. J Infect Chemother 2010; 16: 162-9.
4. Orlandini V, Dega H, Dubertret L. Cutaneous vasculitis revealing a Mycoplasma pneumoniae infection. Presse Med 2004; 33: 1365-6.
5. Vitale EA, La Torre F, Calcagno G, et al. Mycoplasma pneumoniae: a possible trigger of Kawasaki disease or a mere coincidental association? Report of the first four Italian cases. Minerva Pediatr 2010; 62: 605-7.
6. Leen C, Ling S. Mycoplasma infection and Kawasaki disease. Arch Dis Child 1996; 75: 266-7.
7. Wang JN, Wang SM, Liu CC, Wu JM. Mycoplasma pneumoniae infection associated with Kawasaki disease. Acta Paediatr 2001; 90: 594-5.
8. Takato H, Yasui M, Waseda Y, Sakai N, Wada T, Fujimura M. A case of microscopic polyangiitis following mycoplasma infection in a patient with MPO-ANCA positive pulmonary fibrosis. Allergol Int 2011; 60: 93-6.
9. Furioli J, Bourdon C, Le Loc'h H. Mycoplasma pneumoniae infection. Manifestation in a 3-year-old child by Raynaud's phenomenon. Arch Fr Pediatr 1985; 42: 313-4.
10. Perez C, Montes M. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis and encephalitis associated with Mycoplasma pneumoniae infection. Arch Intern Med 2002; 162: 352-4.
11. Van Bever HP, Van Doorn JW, Demey HE. Adult respiratory distress syndrome associated with Mycoplasma pneumoniae infection. Eur J Pediatr 1992; 151: 227-8.
12. Perez C, Mendoza H, Hernandez R, Valcayo A, Guarch R. Leukocytoclastic vasculitis and polyarthritis associated with Mycoplasma pneumoniae infection. Clin Infect Dis 1997; 25: 154-5.
13. Jover F, Cuadrado JM, Ivars J, Merino J. Urticarial vasculitis and infection due to Mycoplasma pneumoniae. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003; 21: 218-9.
14. Kikuchi Y, Yoshizawa N, Oda T, Imakiire T, Suzuki S, Miura S. Streptococcal origin of a case of Henoch-Schönlein purpura nephritis. Clin Nephrol 2006; 65: 124-8.
15. Ercan G, Kasapçopur O, Akdenizli E, Arısoy N. The role of streptococcal infection in Henoch-Schönlein purpura. J Trop Pediatr 2004; 50: 187-8.
16. Kraft DM, Mckee D, Scott C. Henoch-Schönlein purpura: a review. Am Fam Physician 1998; 58: 405-8, 411.