

# Henoch Schönlein Purpuralı 137 Olgunun 10 Yıllık Retrospektif Değerlendirilmesi

## A Ten-Year Retrospective Evaluation of 137 Patients with Henoch Schonlein's Purpura

Osman Dönmez,  
Nihal Sargin Yıldırım\*,  
Oğuzhan Durmaz

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Çocuk Nefroloji Bilim Dalı,  
Bursa, Türkiye

\*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Bursa, Türkiye

### ÖZET

**Giriş:** Bu çalışmamızda Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Nefroloji Bilim Dalında 1999-2009 yılları arasında en az bir yıllık izlemi olan HSP tanısı alan çocuklar laboratuvar, klinik ve izlem sonuçları ile değerlendirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Pediatrik Nefroloji Bilim Dalında 1999-2009 yılları arasında en az bir yıllık izlemi olan HSP'li çocukların epidemiyolojik, klinik, laboratuvar bulguları ve tedavi bilgileri dosya kayıtları incelenerek elde edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 137 HSP'li hastanın 48'i kız (%35), 89'u erkek (%65) idi. Tüm olgularda nontrombositopenik purpurik döküntüler gözlemlendi. Seksen bir (%59,1) hastada Eklem tutulumu, 4 (%2,9) hastada pulmoner tutulum, 99 (%72,3) hastada gastrointestinal (GIS) tutulum mevcuttu. Otuz hastaya böbrek biyopsisi yapıldı ve hastaların 16'sında (%11,7) evre 1, 2'sinde (%1,5) evre 2A, 3'ünde (%2,2) evre 2B, 3'ünde (%2,2) evre 3A, 5'inde (%3,6) evre 3B ve 1'inde (%0,7) evre 4 tutulum saptandı. Meadow sınıflamasına göre hastalar klinik açıdan değerlendirildiğinde en sık mikroskopik hematurisi 55 (%40,1) görüldü. Onbeş (%10,9) hastada akut nefritik sendrom saptanırken 7 (%5,19) hastada da nefrotik sendrom, 4 (%2,9) hastada Ailevi Akdeniz Ateşi, 1 (%0,7) hastada Poliarteritis Nodosa saptandı. Laboratuvar bulgularında 60 (%43,8) hastada lökosit >10.000 saptandı. Hastaların 72'si (%52,6) herhangi bir tedavi uygulanmadan izlendi, diğer hastalarda hastalığın ağırlığına göre steroid, NSAİİ veya immünsüpresif tedavi uygulandı. Takipteki hastaların 16'sında (%11,7) nüks saptandı.

**Sonuç:** Henoch Schönlein purpurası spontan iyileşebilen, ancak kimi zaman ölümlerle sonuçlanabilecek kadar ağır komplikasyonlara yol açabilen ve kimi zaman da atipik seyirle gidebilen bir hastalıktır. Akut dönemde hastaların komplikasyonlar açısından çok yakın izlemi ve olabilecek nüksler ve özellikle böbrek tutulumu açısından uzun süreli izlemleri son derece gereklidir. (*Güncel Pediatri 2011; 9: 63-7*)

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

### SUMMARY

**Introduction:** In this study, we have evaluated laboratory, clinical characteristics, and results of Henoch Schonlein's purpura (HSP) patients diagnosed in Uludag University Hospital Pediatric Nephrology outpatient clinic between 1999 and 2009.

**Material and Methods:** The laboratory, clinical characteristics, and results of the patients were derived from hospital records.

**Results:** Of 137 HSP patients, 48 (35%) were girls, 89 (65%) were boys. Non-thrombocytopenic purpura was present in all patients. Joint involvement was seen in 81 (59.1%) patients. Pulmonary involvement was seen in 4 (2.9%) patients. Gastrointestinal system involvement was seen in 99 (72.3%) patients. Thirty patients underwent a kidney biopsy. In 16 (11.7%) patients grade I, in 2 (1.5%) patients grade 2A, in 3 (2.2%) patients grade 2B, in 3 (2.2%) patients grade 3A, in 5 (3.6%) patients grade 3B, and in 1 (0.7%) patient grade 4 renal involvement was present. When we evaluated the patients according to Meadow's classification, microscopic hematuria was the most commonly seen finding in 55 (%40.1) patients. Acute nephritic syndrome was present in

### Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Osman Dönmez,  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Çocuk Nefroloji Bilim Dalı,  
Bursa, Türkiye  
Tel: +90 224 442 81 43  
Faks: +90 224 442 81 43  
E-posta: odonmez@uludag.edu.tr

**Geliş Tarihi/Received:** 12/05/2011

**Kabul Tarihi/Accepted:** 18/07/2011

© Güncel Pediatri Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

© The Journal of Current Pediatrics, published by Galenos Publishing.

15 (10.9%) patients, nephrotic syndrome in 7 (5.19%) patients, familial Mediterranean fever in four 4 (2.9%) patients and poliarteritis nodosa in one (0.7%) patient. On laboratory findings, leukocyte >10000/ml was seen in 60 (43.8%) patients. Seventy two (52.6%) patients were followed without treatment. Other patients were treated with steroids, NSAID and immunosuppressive therapy according to the severity of diseases. In 16 (11.7%) patients recurrence was seen.

**Conclusion:** HSP is a disease that can spontaneously resolve, but sometimes can be present with complications leading to death. Some patients show atypical manifestations. While acutely diagnosed patients should be inspected for complications, the patients should be closely monitored for recurrences and renal involvement after acute period. (*Journal of Current Pediatrics 2011; 9: 63-7*)

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

## Giriş

Henoch-Schönlein purpurası (HSP), ilk kez 1801 yılında Heberden tarafından 5 yaşındaki bir çocukta karın ağrısı, kusma, melena, artralji, purpurik döküntü ve hematüri birlikteliği şeklinde tanımlanmıştır (1). Daha sonra Schönlein, artralji ve purpurik cilt döküntülerinin birbirine eşlik ettiğini açıklayıp ve bunu "peliosis rheumatica" olarak adlandırmıştır (2). 1837'de Henoch, karın ağrısı, cilt ve eklem bulgularının ardından renal lezyonların geliştiği 4 çocuk rapor etmiştir. Hastalık o zamandan beri Henoch-Schönlein purpurası olarak anılmaktadır (3).

Henoch-Schönlein purpurası (HSP) çocuklarda en sık görülen vaskülitir. Aynı zamanda çocuklarda nontrombositopenik purpuranın en sık nedenidir (4,5). Küçük damarları tutan ve damarda zedelenmeye yol açan bu hastalığın etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. Hastalık çoğu kez kendi kendini sınırlar. Başta cilt olmak üzere gastrointestinal sistem (GİS), eklemler, böbrekler ve daha seyrek olarak diğer organları etkiler. Nontrombositopenik palpabl purpura, GİS kanaması, karın ağrısı, artrit ve nefrit şeklinde ortaya çıkabilir. Nadiren testiküler tutulum, nefrotik sendroma kadar ilerleyen böbrek tutulumu olabilir (5,6). İnsidansı, yılda 14-18/100.000 çocuk şeklinde bildirilmiştir (7). Etiyoloji bilinmemesine rağmen, enfeksiyöz ajanlar, aşılarda, ilaçlar, besinler veya böcek ısırığı gibi çeşitli etkenlerin HSP'yi tetiklediği rapor edilmiştir (8).

Bu çalışmamızda Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Nefroloji Bilim Dalı'nda 1999-2009 yılları arasında en az bir yıllık izlemi olan HSP'li çocuklar laboratuvar, klinik ve izlem sonuçları ile değerlendirildi.

## Gereç ve Yöntem

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Nefroloji Bilim Dalı'nda 1999-2009 yılları arasında en az bir yıllık izlemi olan HSP'li çocukların epidemiyolojik, klinik, laboratuvar bulguları ve tedavi bilgileri dosya kayıtları incelenerek elde edildi. Epidemiyolojik

veriler yaş, cinsiyet, mevsim ve hastalığın başlangıcından yakın zaman önce geçirilmiş (<2 hafta) üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) öyküsünü içermektedir. HSP tanısı "American College of Rheumatology" kriterlerine göre konulmuştur. Bütün olgularda nontrombositopenik palpabl purpura olduğu görülmüştür. Artrit eklemde hareket kısıtlılığı veya ağrılı periartiküler, yumuşak doku ödemi olarak tanımlanmıştır. Gastrointestinal tutulum, karın ağrısı ve/veya GİS kanamasının olması olarak değerlendirilmiştir. GİS kanaması dışkıda gizli kan (DGK) pozitifliği, hematokreziya veya "melena" olarak tanımlanmıştır. Nefrit, proteinüri olsun veya olmasın "makroskobik" veya mikroskobik hematüri (santrifüj edilmiş idrarda her alanda mikroskobik olarak >5 eritrosit görülmesi) olarak tanımlanmıştır.

Deri, eklem, böbrek, GİS tutulumuna ait fizik muayene bulguları ayrıntılı incelendi. Böbrek tutulumu olan hastalar Meadow sınıflamasına göre değerlendirildi. Hastalığın akut döneminde bakılan tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, kompleman düzeyleri, serum IgA, IgG ve IgM düzeyleri, tam idrar tetkiki ve gaitada gizli kan pozitifliği sonuçları tarandı.

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Veriler, ortalama±standart sapma olarak ifade edildi.

## Bulgular

Çalışmaya alınan 137 HSP'li hastanın 48'i kız (%35), 89'u erkek (%65) idi. Hastaların yaşları 4-22 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 11,32 (±4,99) yıl, tanı yaşı 2-16 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 7,47 (±3,43) yıl saptandı. Hastaların izlem süresi ortalama 3,45 (±2,634) (1 yıl ile 11 yıl arası) olarak belirlendi.

Hastalığın mevsimsel dağılımına bakıldığında olguların 43'ünün (%31,4) ilkbahar, 55'inin (%40,1) kış, 26'sının (%19,0) sonbahar, 13'ünün (%9,5) yaz döneminde görüldüğü belirlendi. Olguların başvuru öncesi öyküleri değerlendirildiğinde; 102 (%74,4) hastada geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü, 8 (%5,8) hastada böcek ısırması öyküsü ve 43 (%31,4) hastada ilaç kullanım öyküsü tespit edildi.

Tüm olgularda nontrombositopenik purpurik döküntüler gözlemlendi. Purpurik döküntünün alt ekstremitelerde ve gluteal bölgede lokalizasyonu olguların 94'ünde (68,6) görülürken 43 (31,4) hastada yaygın tüm vücutta gözlemlendi.

Artralji ve/veya artrit şeklinde eklem tutulumu 81 (%59,1) hastada saptanırken, dört (%2,9) hastada pulmoner tutulum tespit edildi. Gastrointestinal (GIS) tutulum hastaların 99'ünde (%72,3) görülürken, GIS tutulumu olan tüm hastalarda karın ağrısı mevcuttu. 18 (%13,1) olguda dışkıda gizli kan, 5 (%3,64) olguda da melena tespit edildi. Bulantı-kusma 20 (hastada %14,5) hastada mevcuttu. 45 (%32,8) hastada değişen derecelerde renal tutulum görüldü. Hastaların fizik muayene bulguları Tablo 1'de verilmiştir.

30 hastaya böbrek biyopsisi yapıldı ve hastaların 16'sı (%11,7) evre 1, 2'si (%1,5) evre 2A, 3'ü (%2,2) evre 2B, 3'ü (%2,2) evre 3A, 5'i (%3,6) evre 3B ve 1'i (%0,7) evre 4 saptandı. Meadow sınıflamasına göre hastalar değerlendirildiğinde en sık mikroskopik hematüri 55 hastada (%40,1) görülür-

	n	%
Cilt Tutulumu	137	%100
yaygın tüm vücut tutulumu	43	31,4
alt ekstremitelerde+gluteal tutulum	94	68,6
Gastrointestinal Sistem Tutulumu	81	%59,1
Eklem Tutulumu	99	%72,3
Pulmoner Tutulum	4	%2,9
Renal Tutulum	45	%32,8

	n	%
Mikroskopik hematüri	55	40,1
Hematüri+proteinüri <1gr	23	16,8
Proteinüri <1gr+ANS	11	8,0
Makroskopik hematüri+NS	2	1,5
NS+ANS	5	3,6
Uymayan	41	29,9

	n	%
WBC <10 000	60	43,8
ESR yüksekliği	34	24,8
CRP yüksekliği	14	10,2
C3 yüksekliği	2	1,5
C4 düşüklüğü	1	0,7
IgA yüksekliği	3	2,2
IgM düşüklüğü	1	0,7
IgG düşüklüğü	4	2,9

ken, proteinüri+hematüri 23 (%16,8) hastada, izole proteinüri 11 (%8) hastada saptandı. İki (%1,5) hastada da makroskopik hematüri+nefrotik sendrom ve 5 (%3,6) hastada da nefrotik sendrom+akut nefritik sendrom tespit edildi (Tablo 2). Hastalardan 15 (%10,9) hastada akut nefritik sendrom saptanırken 7 (%5,19) hastada da nefrotik sendrom saptandı.

Çalışmaya alınan olguların bir kısmına çeşitli hastalıklar eşlik etmekteydi. Dört (%2,9) hastada Ailevi Akdeniz Ateşi, 1 (%0,7) hastada Poliarteritis Nodosa tespit edildi.

Olguların başvuru dönemi ve izleminde elde edilen laboratuvar sonuçları Tablo 3'de yer almaktadır.

Hastaların 72'si (%52,6) herhangi bir tedavi uygulanmadan izlendi, diğer hastalarda hastalığın ağırlığına göre steroid, NSAİİ, immünsüpresif tedavi uygulandı. Takipteki hastaların 16'sında (%11,7) nöks saptandı. Çalışmada steroid alan ve almayan hastalar arasındaki nöks oranı değerlendirildiğinde steroid alan 43 hastada (%79,6) nöks saptanmazken, steroid almayan 78 (%94) hastada nöks görülmedi, steroid alan 11 (%20,4) hastada nöks saptanırken, steroid almayan 5 (%6) hastada nöks saptandı. Bakılan p değeri 0,022 olarak anlamlı görüldü.

Gastrointestinal sistem tutulumu ile nöks oranı karşılaştırıldığında gastrointestinal tutulum olan 84 (%84,8) hastanın 15'inde (%15,2) nöks görülürken, gastrointestinal tutulum olmayan 37 (%97,4) hastanın 1'inde (%2,6) nöks görüldü, p değeri 0,042 saptanarak anlamlı bulundu.

Böbrek tutulumu ile nöks oranı karşılaştırıldığında böbrek tutulumu olan 33 (%73,3) hastanın 12'sinde (%26,7) nöks saptanırken, böbrek tutulumu olmayan 88 (%95,7) hastanın 4'ünde (%4,3) nöks saptandı, p değeri 0,0001 olarak anlamlı saptandı. HSP tanısı alan ve aynı zamanda böbrek tutulumu olan hastaların ortalama yaşları bakıldığında böbrek tutulumu olan 45 hasta 13,07 ( $\pm 5,038$ ), böbrek tutulumu olmayan 92 hasta 10,47 ( $\pm 4,768$ ) yaşları arasında anlamlı olarak saptandı (p değeri 0,004).

## Tartışma

HSP çocukluk çağının bir hastalığıdır. HSP'nin en sık olarak 5-15 yaş arasında, ortalama 5-6 yaş civarında ortaya çıktığı bildirilmektedir (3,9,10). Bizim çalışmamızda hastaların yaşları 4-22 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 11,32 ( $\pm 4,99$ ) yıl, tanı yaşı 2-16 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 7,47 ( $\pm 3,43$ ) yıl olarak literatürle uyumlu saptanmıştır. Birçok çalışmada HSP'nin erkeklerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (9,11,13). Fakat Garcia-Porrúa ve ark. gibi Calvino ve ark. da bunun aksine HSP'nin kızlarda daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir (14,15). Çalışmamızda 137 HSP'li hastanın 48'i kız (%35), 89'u erkek (%65) olarak erkeklerde daha sık olarak bulunmuştur. Henoch-Schönlein purpurası genellikle kışın, son-

bahar ve yaz mevsiminin ilk aylarında sıklığı artan bir hastalıktır (16,17). Çalışmamızda hastalığın mevsimsel dağılımına bakıldığında olguların 43'ünün (%31,4) ilkbahar, 55'inin (%40,1) kış, 26'sının (%19,0) sonbahar, 13'ünün (%9,5) yaz döneminde görüldüğü belirlendi. Bizim olgularımızda hastalığın etyolojisinde rol oynadığı düşünülen üst solunum yolu enfeksiyonlarının bu mevsimde artış gösterdiği göz önüne alındığında, kış mevsiminin öne çıkması anlamlı olarak değerlendirilebilir.

Henoch Schönlein purpurasının etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir, ancak hastalığın immün kompleksler ile ilişkisi olduğu kabul edilmektedir. Birçok yayında enfeksiyöz ajanların, özellikle hemolitik streptokokların, hastalığı tetiklediği bildirilmektedir (18,19). Çalışmamızda olguların başvuru öncesi öyküleri değerlendirildiğinde; 102 (%74,4) hastada geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü, 8 (%5,8) hastada böcek ısırması öyküsü, 43 (%31,4) hastada ilaç kullanım öyküsü tespit edilmiştir.

Henoch-Schönlein purpurası alt ekstremitelerde yoğunlaşan ve küçük peteşilerden geniş ekimozlara kadar değişebilen purpurik döküntülerle karakteristiktir. Çalışmamızda olduğu gibi, literatürdeki çeşitli yayınlarda nontrombositopenik palpabl purpuranın olguların hepsinde görülen tek bulgu olduğu bildirilmiştir (9,15,11). Bu döküntü kalça ve alt ekstremitelerde vücutun ağırlık taşıyan bölgelerine lokalize olmakla birlikte %20-40 oranında el, ayak, saçlı deri, kulak kepçesini ve skrotumu da tutabilmektedir (4,12,20). Bizim tüm olgularımızda nontrombositopenik purpurik döküntüler gözlenirken purpurik döküntünün alt ekstremitelerde ve gluteal bölgede lokalizasyonu olguların 94'ünde (68,6), tüm vücut lokalizasyonu 43 (31,4) hastada gözlemlendi. Artrit bazen döküntü ortaya çıkmadan bir kaç gün önce hastalığın ilk belirtisi olarak ortaya çıkar ve bu durum purpurik döküntü ortaya çıkana kadar tanıda zorluklara neden olabilir (21). En sık dizler ve ayak bilekleri gibi büyük eklemleri tutar (21,22). Artrit, HSP'de en sık görülen ikinci klinik tablodur. Eklem tutulum oranları %62-82 arasında değişmektedir (11,13,15,23). Çalışmamızda eklem tutulumu literatürle uyumlu olarak %59,1 (n:81) oranında gözlenmiştir.

Henoch-Schönlein purpurasında GIS tutulumunu düşündürülen en önemli bulgu bulantı, kusma ve kanamanın eşlik edebildiği karın ağrısı olarak kabul edilmektedir (24). Bu hastaların yaklaşık %42'sinde ağrının şiddetli olduğu bildirilmektedir (25). Hastalarımızın 99'unda (%72,3) gastrointestinal tutulum görülürken, gastrointestinal tutulum olan tüm hastalarda karın ağrısı mevcuttu. Gizli veya daha az sıklıkla belirgin kanama, GIS tutulumu olan hastaların yaklaşık %18-52'sinde bildirilmiştir (11,26). Kanama belirgin ise hematokritten çok melena seklinindedir ve karın ağrısı olmadan tek basına nadirdir (17).

Bizim serimizde GIS kanaması 18 (%13,1) hastada GDK pozitifliği ve 5 (%3,64) hastada da melena olarak saptandı. Bulantı-kusma 20 (hastada %14,5) hastada mevcuttu.

HSP'de renal tutulum sıklığı %10-50 arasında bildirilmektedir ve genel olarak prognoz iyidir (4,20). Tutulum izole mikroskobik hematüriden hızlı ilerleyen glomerülofrit kadar değişebilir. Hastalığın uzun dönem prognozunun bu tutulum ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (4,12,20,27). Renal tutulum %1,1-4,5 oranında kronik böbrek yetmezliği ile sonuçlanır (4,20,27). HSP ile ilişkili nefriti olan olgularda hematüri genellikle mevcuttur ve çoğunlukla ilk iki hafta içinde ortaya çıkmaktadır (28). Ancak daha seyrek olarak iki yıl içinde de ortaya çıkabilir. Kendirli ve arkadaşları tarafından yapılan ve proteinüri ve/veya hematüri, nefrotik sendrom ve böbrek yetmezliğinin renal tutulum olarak kabul edildiği bir çalışmada, 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 45 (%32,8) hastada değişen derecelerde renal tutulum görüldü, mikroskobik hematüri 55 (%40,1) hastada, izole proteinüri 11 (%8) hastada, hematüri ile birlikte proteinüri varlığı 23 (%16,8) hastada saptandı. HSP ve FMF birlikteliği literatürde %5 civarında rapor edilmiştir (29,30). Benzer şekilde, çalışma grubumuzda 4 (%2,9) hastada eşlik eden FMF saptanmıştır. Prognozu belirleyen en önemli faktörün renal semptomların başlangıçtaki şiddeti olduğu belirtilmiştir. Yaşlara göre renal tutulum sıklığını incelediğimizde, 5 yaş üzerindeki çocuklarda, 5 yaşından daha küçük olanlara kıyasla renal tutulumun daha sık olduğu görülmüştür. Renal tutulum gösteren hastaların yaş ortalamalarının daha büyük olması, yaş arttıkça klinik seyrin daha ciddi olması ve renal bulguların ortaya çıkması açısından anlamlı olabilir. Hastalığın prognozunu önemli ölçüde etkileyen renal tutulum açısından özellikle yaş büyük olan çocukların dikkatle izlenmesi gerekmektedir. Çalışmamızda böbrek tutulumu olan 45 hasta 13,07±5,038, böbrek tutulumu olmayan 92 hasta 10,47±4,768 yaşları arasında saptandı, p değeri 0,004 olarak anlamlı bulundu. Laboratuvar testleri genellikle HSP tanısında yardımcı testler olup kesinlikle tanı koydurucu değildir. Sedimentasyon yüksekliği, bazı çalışmalarda %57-60 civarında rapor edilmişken (3,9,11) çalışmamızda %24,8 oranında saptanmıştır.

Henoch-Schönlein purpurasında (HSP) hastalar genellikle destek tedavisi ile düzelirler. Olgularımızın çoğu yatak istirahati, hidrasyon ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlardan yarar görmüşlerdir. Ayrıca gereken olgularda kortikosteroid tedavisi de eklenmiştir. HSP'nin tedavisinde steroid kullanımı ile de ilgili tam bir görüş birliği yoktur. Steroid tedavisinin hastalığın süresini kısaltmada ve tekrar-

rını önlemede bir etkisi yoktur. Huber ve arkadaşları plasebo kontrollü çalışmalarında erken prednizolon kullanımının renal tutulum riskini ve GİS komplikasyonlarını azaltmadığını hatta invajinasyon bulgularını maskeleyeceğini bu nedenle de komplikasyonsuz HSP olgularında erken steroid kullanımından kaçınmak gerektiğini bildirmişlerdir (31). Çalışmamızda steroidin rekkürrenslere engel olmadığını söyleyebiliriz. Steroid alan ve almayan hastalar arasındaki nöks oranı değerlendirildiğinde steroid alan 43 hastada (%79,6) nöks saptanmazken, steroid almayan 78 (%94) hastada nöks görülmedi, steroid alan 11 hastada (%20,4) nöks saptanırken, steroid almayan 5 (%6) hastada nöks saptandı. Bakılan p değeri 0,022 olarak anlamlı görüldü.

Sonuç olarak; Henoch Schönlein purpurası spontan iyileşebilen, ancak kimi zaman ölümlü sonuçlanabilecek kadar ağır komplikasyonlara yol açabilen ve kimi zaman da atipik seyirle gidebilen bir hastalıktır. Akut dönemde hastaların komplikasyonlar açısından çok yakın izlemi ve olabilecek nöksler ve özellikle böbrek tutulumu açısından uzun süreli izlemleri son derece gereklidir.

## Kaynaklar

1. Heberden W. Commentaries on the history and cure of disease. Birmingham: Division of Grifphon Editions Ltd; 1982.p.395-7.
2. Schönlein JL. Allgemenie und specielle Pathologie und Therapie. 3 rd ed. Wurzburg: im Literatur-Comptoir; 1837.
3. Cassidy JT, Petty RE. Leukocytoclastic vasculitis. In:Cassidy JT, Petty RE editors. Textbook of Pediatric Rheumatology. 5 th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 2005.p.496-501.
4. 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.
5. Bagga A, Dillon MJ. Leukocytoclastic vasculitis. In: Cassidy JT, Petty RE, eds. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001:569-79.
6. Nielsen HE. Epidemiology of Schönlein Henoch purpura. Acta Paediatr Scand 1988;77:125-31.
7. Peru H, Soylemezoglu O, Bakkaloglu SA, Elmas S, Bozkaya D, Elmaci AM, et al. Henoch Schonlein purpura in childhood: clinical analysis of 254 cases over a 3-year period. Clin Rheumatol 2008;27:1087-92.
8. Lahita RG. Influence of age on Henoch Schönlein purpura. Lancet 1997;350:1116-7.
9. Saulsbury FT. Henoch Schönlein purpura in children: report of 100 patients and review of the literature. Medicine 1999;78:395-409.
10. Dolezalova P, Telekesova P, Nemcova D, Hoza J. Incidence of vasculitis in children in the Czech republic:2-year prospective epidemiology survey. J Rheumatol 2004;31:2295-9.
11. Trapani S, Micheli A, Grisolia F, Resti M, Chiappini E, Falcini F. Henoch Schonlein Purpura in Childhood: Epidemiological and Clinical Analysis of 150 Cases Over a 5-year Period and Review of Literature. Semin Arthritis Rheum 2005;35:143-53.
12. 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.
13. Cakır M, Orhan F, Mungan I, Sonmez FM, Aslan Y, Kalyoncu M, et al. Henoch-Schonlein purpura in North-eastern Turkey. Ann Trop Paediatr 2006;26:59-65.
14. Garcia-Porrúa C, Calvino MC, Llorca J, Couselo JM, González-Gay MA. Henoch-Schönlein purpura in children and adults: clinical differences in a defined population. Semin Arthritis Rheum 2002;32:149-56.
15. Calvino MC, Llorca J, Garcia-Porrúa C, Fernández-Iglesias JL, Rodríguez-Ledo P, González-Gay MA. Henoch-Schönlein purpura in children from Northwestern Spain. Medicine (Baltimore) 2001;80:279-90.
16. Scharer K, Krmar R, Qerfeld U, Ruder H, Waldherr R, Schaefer F. Clinical outcome of Schönlein-Henoch purpura nephritis in children. Paediatr Nephrol 1999;13:816-23.
17. Makker SP. Glomerular diseases. In: Kher KK, Makker SP, editors: Clinical Pediatric Nephrology. 1st. ed. Singapore: McGraw-Hill, Inc. 1992.p.175-277.
18. Robson WLM, Leung AKC. Henoch- Schönlein purpura. Adv Paediatr 1994;41:163-94.
19. Al-Shayyab M, El-Shanti H, Ailouni S, Sawalha D, Daoud A. The clinical spectrum of Henoch-Schönlein purpura in infants and young children. Eur J Paediatr 1995;154:569-72.
20. Soylu A, Kavukçu S. Henoch-Schönlein purpura in childhood: Pathophysiology, diagnosis and treatment. SSK Tepecik Hast Derg 2004;14:71-81.
21. Athreya BH. Vasculitis in Children. Paediatr Clin North Am 1995;42:1239-61.
22. Allen DM, Diamond LK, Howell DA. Anaphylactoid purpura in children (Schönlein-Henoch Syndrome). AMA J Dis Child 1960;99:833-54.
23. Watts RA, Scott DG. Epidemiology of the vasculitides. Semin Respir Crit Care Med 2004;25:455-64.
24. Ebert EC. Gastrointestinal manifestations of Henoch-Schonlein purpura. Dig Dis Sci 2008;53:2011-9.
25. Schwab J, Benya E, Lin R, Majd K. Contrast enema in children with Henoch-Schonlein purpura. J Paediatr Surg 2005;40:1221-3.
26. Chang WL, Yang YH, Lin YT, Chiang BL. Gastrointestinal manifestations in Henoch-Schönlein purpura: a review of 261 patients. Acta Paediatr 2004;93:1427-31.
27. Trapani S, Micheli A, Grisolia F, Resti M, Chiappini E, Falcini F, et al. 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.
28. Kaku Y, Nohara K, Honda S. Renal involvement in Schonlein-Henoch Purpura: a multivariate analysis of prognostic factors. Kidney Int 1998;53:1755-9.
29. Sohar E, Gafni J, Pras M, Heler H. Familial Mediterranean fever. A survey of 470 cases and review of the literature. Am J Med 1967;43:227-53.
30. Ozdogan H, Arisoy N, Kasapcapur O, Sever L, Caliskan S, Tuzuner N, et al. Vasculitis in familial Mediterranean fever. J Rheumatol 1997;24:323-7.
31. Huber AM, King J, McLaine P, Klassen T, Pothos M. A randomized, placebo-controlled trial of prednisone in early Henoch schonlein purpura. BMC Med 2004;2:7.