



Özgün Araştırma / Original Article

Henoch Schönlein Purpurası tanılı hastaların Epidemiyolojik, Laboratuvar ve Klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, 7 Yıllık tek merkez deneyimi

Ahmet Girgeç¹, Hakan Kardeş², Zühal Örnek³, Şefik Yurdakul⁴

1 Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji BD, Gaziantep, Türkiye

2 Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji BD, Trabzon, Türkiye

3 Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

4 Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı, Nevşehir, Türkiye

Geliş: 18.12.2026; Revizyon: 23.02.2026; Kabul Tarihi: 26.02.2026

Öz

Amaç: Henoch Schönlein Purpurası (HSP), çocukluk çağının en sık görülen küçük damar vaskülitidir. Başta cilt olmak üzere tüm sistemleri tutabilir. Etiyolojisi henüz net olarak bilinmemekle birlikte, üst solunum yolu enfeksiyonları ve ilaçların hastalığı tetikleyebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, HSP tanısı alan hastaların epidemiyolojik ve klinik özellikleri ile laboratuvar bulguları incelenerek, laboratuvar ve klinik bulgular arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Çalışmada, 01.01.2012–10.04.2019 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine, çocuk acil servisine başvuran ya da çocuk hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören HSP tanısı alan 127 çocuk hasta, retrospektif olarak hastane sistemi üzerinden bilgisayar ortamında incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 7.5 ± 3.4 olup, hastalığın en sık görüldüğü mevsim sonbahar (%32) olarak saptandı. Hastaların yarısında (%50) geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu ve %38,3'ünde antibiyotik kullanım öyküsü saptandı. Başvuru anında 106 hastada (%88,3) döküntü, 77 hastada (%64,2) eklem tutulumu, 63 hastada (%52,5) gastrointestinal sistem tutulumu ve 31 hastada (%25,8) böbrek tutulumu saptandı. Yalnızca bir hastada (%0,08) santral sinir sistemi tutulumu mevcuttu. Hastaların lökosit değerleri 5.000–37.000 arasında olup; 79 hastada (%73) C-reaktif protein CRP artışı, 84 hastada (%71,1) lökositoz ve 26 hastada (%22) trombositoz saptandı. C3–C4 düzeyi çalışılan 33 hastanın yalnızca 3'ünde (%10) yaşa göre düşüklük saptandı. Mikroskopik hematüri olan 16 kişi (%13,3) saptandı. Çalışmaya katılan 70 hastaya USG yapılmış olup, bu hastaların 13'ünde (%10,8) mezenterik lenfadenit, 5'inde (%4,2) invajinasyon saptandı. Çalışmaya dahil edilen 120 hastanın 91'i (%75,8) hastanede yatarak tedavi aldı. Tedavide en çok kullanılan steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (%72,6) idi. Kortikosteroid kullanma oranı ise %39,1 olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda, multisistemik bir vaskülit olan HSP kendini sınırladı; ancak %9,8 oranında nüks görüldü. Hastalığın akut dönem dışında olası komplikasyonlar ve gelişebilecek nüks nedeniyle uzun dönem takibi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Henoch Schönlein Purpurası, etyoloji, laboratuvar bulguları

DOI: 10.5798/dicletip.1906509

Yazışma Adresi / Correspondence: Ahmet Girgeç, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji BD, Gaziantep, Türkiye e-mail: ahmetgirgec@gantep.edu.tr

Evaluation of Epidemiological, Laboratory and Clinical Characteristics of Patients Diagnosis of Henoch Schönlein Purpura, 7-Years single center experience

Abstract

Objective: Henoch Schönlein Purpura (HSP) is the most common small vascular vasculitis of childhood. It can affect all systems, especially the skin. Although its etiology is not yet clearly known, it is thought that upper respiratory tract infections and drugs may trigger the disease. In this study, it is aimed to evaluate the relationship between laboratory and clinical findings by examining the epidemiological, clinical features and laboratory findings of patients diagnosed with HSP.

Methods: In this study, 127 pediatric patients diagnosed with HSP who applied to Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine Child Health and Diseases polyclinic, pediatric emergency service or treated as inpatients in the pediatrics department between 01.01.2012 and 10.04.2019 were retrospectively examined in a computer environment through the hospital system.

Results: The average age of the patients was 7.5 ± 3.4 and the most common season was autumn (32%). Half of the patients (50%) had a history of upper respiratory tract infection and 38.3% had a history of antibiotic use. At the time of admission, 106 patients (88.3%) had rash, 77 patients (64.2%) had joint involvement, 63 patients (52.5%) had gastrointestinal system involvement and 31 patients (25.8%) had kidney involvement. Only one patient (0.08%) had central nervous system involvement. The white blood cell values of the patients are between 5.000-37.000; increased CRP in 79 patients (73%), leukocytosis in 84 patients (71.1%), and thrombocytosis in 26 patients (22%). C3-C4 level was found to be low in 3 patients (10%) compared to age. 16 patients (13.3%) had microscopic hematuria. USG was performed in 70 patients who participated in the study, 13 (10.8%) of these patients had mesenteric lymphadenitis and 5 (4.2%) of intussusception. Of the 120 patients included in the study, 91 (75.8%) received inpatient treatment. The most commonly used treatment was non-steroidal anti-inflammatory drugs (72.6%). Corticosteroid use rate was found to be 39.1%.

Conclusion: HSP, a multisystemic vasculitis, limited itself in our study, but recurrence was observed at a rate of 9.8%. Long term follow up is important due to possible complications and possible recurrence outside the acute phase of the disease.

Keywords: Henoch Schönlein Purpura, etiology, laboratory findings.

GİRİŞ

Henoch Schönlein Purpurası (HSP), güncel ismiyle IgA vaskülit; cilt, eklem, gastrointestinal sistem (GİS) ve böbrek tutulumu gösteren çocukluk çağıının en sık görülen küçük damar vaskülitidir^{1,2}. En sık 10 yaş altındaki çocuklarda görülür. Yıllık insidansı 10-20/100.000 olup, Asya toplumlarında biraz daha sıktır. Cinsiyete göre bakıldığında, erkeklerde kızlara göre biraz daha sık görülmektedir³.

Etiyolojisinde özellikle enfeksiyonlar, ilaçlar ve çevresel etkenlerin rol aldığı düşünülmektedir. Kış aylarında sıklığında artış görülmesi, respiratuar sinsiyal virüs (RSV), influenza ve streptokokları etiyolojide ön plana çıkarmaktadır^{4,5}.

HSP patofizyolojisinde; IgA ve kompleksleri rol almaktadır⁶. Cilt tutulumu ilk başvuru esnasında bazı hastalarda izlenmesi de hastalığın takibinde hastaların tamamında ortaya çıkar. Eklem tutulumu sekel bırakmadan düzelmektedir⁴. GİS tutulumu ise karın ağrısı, melena, hematokezya, barsak perforasyonu ve invajinasyon gibi cerrahi müdahale gerektirebilecek klinik durumlar ile ortaya çıkabilirken, böbrek tutulum oranı %20 ile %50 arasında değişmektedir^{7,8}. Böbrek tutulumu en sık mikroskobik hematüri şeklinde olup, son dönem böbrek yetmezliğine neden olabilmektedir⁹.

HSP çoğunlukla semptomatik tedavi ile düzelse de ağır cilt tutulumu, GİS tutulumu, böbrek ve

sistemsel tutulumlarda kortikosteroidler gerekebilmektedir¹⁰. Kortikosteroid tedavisine yanıt alınamayan hastalarda immünsüpresif ilaçlar, plazma değişimi ve intravenöz immünoglobulin kullanılabilir¹¹. Tüm tedavilere rağmen HSP nüks edebilmektedir.

Bu çalışmada, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümüne başvuran HSP tanısı alan hastaların epidemiyolojik ve klinik özellikleri ile laboratuvar bulguları incelenerek, laboratuvar ve klinik bulgular arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEMLER

Bu çalışmada 01.01.2012–10.04.2019 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine ve çocuk acil servisine başvuran, HSP tanısı alan olgular retrospektif olarak hastane sistemi üzerinden bilgisayar ortamında incelendi. Tanı kriterleri olarak Avrupa Pediatrik Romatoloji Derneği Kriterleri kullanıldı¹². Palpable purpura (koagülopati veya trombositopeni yokluğunda) ile diffüz karın ağrısı, artrit veya artralji, etkilenmiş dokudan alınan biyopside immünglobulin A depolanması kriterlerinden bir veya daha fazlasının varlığı saptanan hastalara HSP tanısı konuldu. HSP tanısından önce kronik böbrek hastalığı, kronik gastrointestinal sistem hastalığı (inflamatuvar barsak hastalığı vb.) ve bilinen romatolojik hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmada Henoch Schönlein Purpurası tanısı olan hastaların sosyodemografik özellikleri, klinik özellikleri, laboratuvar tetkikleri, aldıkları tedaviler ve hastalığın prognozunu içeren 45 parametre incelendi.

Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 19.0 programı kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro–Wilk testi ile incelendi. Sayısal

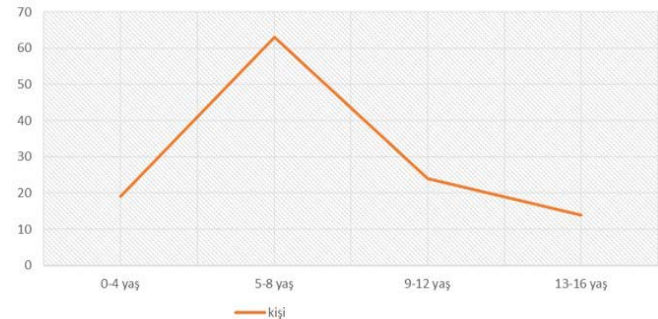
değişkenler için tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum–maksimum), kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Çoklu gruplarda sayısal değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal–Wallis testi kullanıldı.

Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi; normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U testi kullanıldı. Nitel değişkenlerin karşılaştırmalarında Pearson ve Fisher ki-kare testleri kullanıldı. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde p değerinin 0,05'in altında olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bu çalışma Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığının 03.04.2019 tarih ve 2019-54-03/04 Protokol No.'lu kararıyla onaylanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya kriterleri karşılayan toplam 120 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların kız/erkek oranı 1/1'di. Hastaların yaş ortalaması $7.5 \pm 3,5$ olarak bulundu (Grafik 1).



Grafik 1. Hastalığın Yaşa Göre Dağılımı

Hastaların 95'i (%79,2) il ve ilçe merkezlerinde, 25'i (%20,8) de kırsal bölgelerde yaşamaktaydı. Hastaların yarısında son bir ay içerisinde geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) ve %40'ında antibiyotik kullanım öyküsü saptandı. Vakaların 91'i (%75,8) hastanede yatarak tedavi almıştır (Tablo 1).

Tablo I: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Ortalama $\pm$ Std. Sapma	Min – Maks
Yaş ortalaması toplam		7.5 $\pm$ 3.4	2-16
Yaş ortalaması kız		7.5 $\pm$ 3.2	3-16
Yaş ortalaması erkek		7.4 $\pm$ 3.6	2-15
Toplam tedavi süresi (gün)		8.8 $\pm$ 6.9	2-37
Hastanede yatış süresi (gün)		5.8 $\pm$ 5.3	1-37
		N	%
Cinsiyet	Erkek	60	50,0
	Kız	60	50,0
Yaşadığı yer	Kentsel	95	79,2
	Kırsal	25	20,8
Anne baba arasında akrabalık	Var	15	12,5
	Yok	105	87,5
Ailede HSP öyküsü	Var	3	2,5
	Yok	117	97,5
Son bir ay içerisinde enfeksiyongecirme durumu	ÜSYE	60	50,0
	ASYE	1	0,8
	AGE	7	5,8
	Yok	52	43,3
Son bir ay içerisinde antibiyotik kullanım öyküsü	β laktam grubu var	46	38,3
	Makrolid grubu var	2	1,7
	Antibiyotik kullanımı yok	72	60,0
Hastanede yatış	Var	91	75,8
	Yok	29	24,2
Tedavi	Alan	102	85
	Almayan	18	15

AGE: akut gastroenterit, ASYE: alt solunum yolu enfeksiyonu, ÜSYE: üst solunum yol enfeksiyonu, HSP: henoch schönlein purpurası

İlk başvuru şikâyetlerine bakıldığında; 53 hastada (%44,2) izole HSP döküntüsü mevcut olup, 106 vakada (%88,3) döküntü diğer klinik durumlarla birlikteydi ve hastaların takibinde hastaların %100'ünde döküntü meydana geldi. Döküntü

hastaların tamamında alt ekstremitelerde, iki hastada (%1,7) yüzde mevcuttu. Eklem tutulumu erkeklerde (%75), gastrointestinal sistem tutulumu kız hastalarda (%60) daha yüksekti. Beş hastada (%4) invajinasyon saptandı (Tablo 2).

Tablo II: Hastaların Klinik Özellikleri ve Batın Ultrasonografi Bulguları

		Sayı	Yüzde
Başvuru Şikâyetlerinin Dağılımı	Döküntü	53	44,2
	Karın ağrısı	8	6,7
	Eklem ağrısı, şişliği	6	5,0
	Döküntü ve karın ağrısı	16	13,3
	Döküntü ve eklem ağrısı	25	20,8
	Döküntü, karın ağrısı, eklem ağrısı	12	10,0
Deri Lezyonlarının Yerleşimi	Alt ekstremité	58	48,3
	Alt ekstremité+kalça	26	21,7
	Alt ekstremité+kalça+gövde	9	7,5
	Alt ve üst ekstremité+kalça	23	19,1
	Alt ekstremité+kalça+yüz	2	1,7
	Alt ekstremité+kalça+skrotum	2	1,7
GİS Tutulumu	Karın ağrısı	46	38,3
	Melena	4	3,3
	Kusma	8	6,7
	İnvajinasyon	5	4,1
	GİS tutulumu olmayan	57	47,6
Böbrek Tutulumu	Mikroskobik hematüri	16	13,3
	Proteinüri	7	5,8
	Hematüri + Proteinüri	8	6,7
	Normal	89	74,2
Batın USG	Barsak ödemi	5	4,2
	Mezenterik lenfadenit	13	10,8
	İnvajinasyon	5	4,2
	Normal USG bulguları	47	39,1
	USG yapılmayanlar	50	41,7

GİS:gastrointestinal sistem USG:ultrasonografi

Hastaların laboratuvar incelemelerinde lökosit (WBC) değerleri 5.000–37.000 (12.185 ± 4.945) μ L, sedimentasyon değerleri 3–88 ($28.462 \pm 19,7$) mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 0,2–157 (24.442 ± 28.642) mg/L bulundu. Başvuru anındaki idrar tetkiklerinde 120 hastanın 31'inde (%25,8) idrarda hematüri ya da proteinüri saptandı (Tablo 3).

Tablo III: Hastaların Laboratuvar Değerleri

	Kız n=60		Erkek n=60	
	Ortalama $\pm$ Std. Sapma	Min – Maks	Ortalama $\pm$ Std. Sapma	Min – Maks
WBC	11.5 $\pm$ 4.0	5-24.7	12.7 $\pm$ 5.6	5.7-37.5
HGB	12.2 $\pm$ 1.3	9.3-16	12.4 $\pm$ 1.3	9.2-17.2
HCT	36.8 $\pm$ 3.5	28.1-45.6	36.8 $\pm$ 3.5	28.7-50.4
PLT	376.153 $\pm$ 102.440	194.000-729.000	380.881 $\pm$ 128.721	150.000-733.000
MPV	7.74 $\pm$ 0.79	5.9-9.3	7.51 $\pm$ 0.81	6-9.6
PDW	16.04 $\pm$ 1.6	5.9-18.6	16.35 $\pm$ 0.7	13.8-18.9
ALT	21.9 $\pm$ 46.5	3-331	14.7 $\pm$ 19.5	5-153
AST	30.2 $\pm$ 29.9	15-190	26.25 $\pm$ 10.34	11-71
Üre	22.9 $\pm$ 7.2	9-41	25.4 $\pm$ 7.8	12-58
Kreatinin	0.47 $\pm$ 0.13	0.2-0.7	0.56 $\pm$ 0.38	0.1-3
Albümin	4.3 $\pm$ 0.45	3.1-5.2	4.2 $\pm$ 0.54	2.2-5.1
Total protein	7.1 $\pm$ 0.61	5.3-8.5	7.1 $\pm$ 0.73	4.6-8.2
CRP	22.4 $\pm$ 21.7	1.7-75.2	26.5 $\pm$ 34.3	0.2-157
Sedimentasyon	31.7 $\pm$ 18.6	8-88	25.6 $\pm$ 20.5	3-86

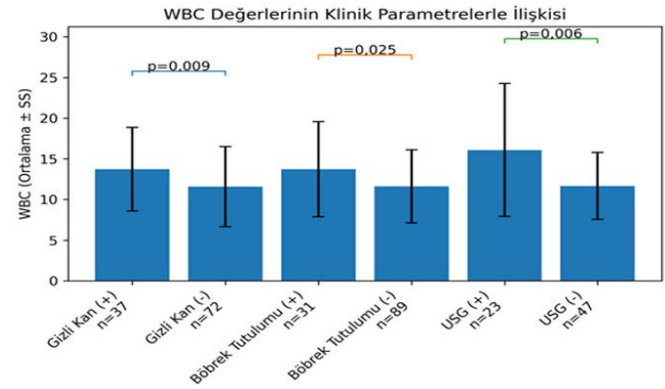
WBC: lökosit sayısı, HGB: hemoglobin, HCT: hematokrit, PLT: trombosit sayısı, MPV: ortalama trombosit hacmi, PDW: trombosit dağılım genişliği ALT: alanin aminotransferaz, AST: aspartat aminotransferaz, CRP: C reaktif protein

Batın USG yapılan hastaların 13'ünde (%10,8) mezenterik lenfadenit, beşinde (%4,2) barsak ödemi, beşinde (%4,2) invajinasyon saptandı. Serum kompleman düzeyi bakılan hastaların 30'unda (%90) yaşa göre normal sınırlarda bulundu. Kompleman düzeyi ile böbrek tutulumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p = 0,579$). Serum IgA düzeyi bakılan hastaların tamamında sonuçlar yaşa göre normal sınırlardaydı.

HSP sistemsel tutulum ve dağılım açısından incelendiğinde ise hastaların tamamında (%100) deri tutulumu (Başvuru anında

%88,3'ünde başvuru anında döküntü varken hastane yatışı boyunca %100'ünde döküntü tespit edildi), 77 hastada (%64,2) eklem tutulumu ve 63 hastada (%52,5) GİS tutulumu mevcuttu. Nüks 11 hastada (%9,2) saptandı. Medikal tedavide en sık ibuprofen 87 hastada (%72,6) ve kortikosteroid tedavisi 47 hastada (%39,1) kullanılmıştır.

Araştırmada dışkıda gizli kan pozitif olan, böbrek tutulumu olan ve batın USG sonucu normal olmayan hastalarda WBC ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p<0.05$) (Grafik 2).

**Grafik 2.** Lökosit Değerlerinin Klinik Parametrelerle İlişkisi

Çalışmaya dahil edilen hastaların batın USG bulguları ve GİS kliniği, dışkıda gizli kan pozitifliği-negatifliği açısından incelendiğinde, GİS semptomu olan ve USG'de patolojik bulgu saptanan hastalarda dışkıda gizli kan pozitifliği istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

Hastalar öncesinde geçirilmiş enfeksiyon durumu, son bir ay içerisinde antibiyotik kullanımı ile böbrek tutulumu ve GİS tutulumu sıklığı açısından anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Böbrek tutulumu olan hastalar ile olmayan hastalar arasında yaş ortalaması açısından fark yoktu ($p > 0,05$).

TARTIŞMA

HSP çocukluk çağıının en sık görülen, başta deri olmak üzere eklemleri, gastrointestinal sistemi, üriner sistemi ve tüm sistemleri tutabilen küçük

damar vaskülitidir. Çalışmamızda hastaların 95'i (%79,2) kentsel alanlarda yaşamaktaydı. Çin'de 2731 hastanın dahil edildiği bir çalışmada hastaların %61'i kırsal bölgede yaşamaktaydı (13). Bu durum, Zonguldak ilindeki nüfus dağılımındaki farklılık ile ilişkili olabilir.

Yapılan birçok çalışmada HSP'nin en çok sonbahar ve kış aylarında görüldüğü, etiyolojisinde başlıca enfeksiyonların tetikleyici olabildiği belirtilmektedir. Amerika'da 2002–2018 yılları arasında yapılan retrospektif bir çalışmada, A grubu β -hemolitik streptokoklar (AGBS) ve parainfluenza enfeksiyonu sonrası HSP sıklığının arttığı gösterilmiştir¹⁴. Yüz yirmi hastanın katıldığı başka bir çalışmada 57 hastada (%47,5) anti-streptolizin O (ASO) yüksekliği saptanmıştır¹⁵. Çalışmamıza katılan 120 hastada ailede HSP öyküsü yalnızca 3 hastada (%2,5) saptandı. Bu da HSP etiyolojisinde aile öyküsünün veya genetik geçişin etkili olmadığını destekler niteliktedir.

HSP klinik olarak çok çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilmektedir. Hastaların neredeyse tamamında palpabl purpura tarzında cilt döküntüsü görülmektedir. Koçak ve arkadaşları tarafından yapılan, 91 kişinin katıldığı bir diğer çalışmada HSP tanısı alan hastaların ilk başvuru anındaki en sık klinik bulgu cilt döküntüsü olup %93,4 olarak saptanmıştır¹⁶. Bizim çalışmamızda ise döküntü ilk başvuru anında olguların 14'ünde (%11,7) mevcut değildi. HSP cilt lezyonları en çok alt ekstremitelerde bulunmakla birlikte, bizim çalışmamızda olduğu gibi gövde, yüz ve skrotumda da bulunabilmektedir. Türkiye'de 234 erkek hastanın değerlendirildiği çalışmada skrotal döküntü hastaların %6'sında saptanmıştır¹⁷.

HSP'de GİS tutulumu karın ağrısı şeklinde olabileceği gibi, GİS kanama ve invajinasyon gibi ağır GİS tutulumu şeklinde de olabilir. Düzce ilinde yapılan 2025 tarihli bir çalışmada ağır GİS tutulumu %11,1 olarak bulunmuş olup, GİS tutulumu olanlarda WBC, CRP ve dışkıda gizli

kan pozitifliği anlamlı olarak yüksek saptanmış¹⁸. Bizim çalışmamızda ise beş hastada (%4,2) invajinasyon saptandı. Çalışmamızda sonuçlar benzer olup, dışkıda gizli kan pozitifliği ile USG bulguları korele olup bu durum anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

Çalışmamızda son bir ay içerisinde enfeksiyon geçirilmesinin ve antibiyotik kullanımının HSP'de GİS tutulumu açısından risk faktörü olmadığı bulundu ($p > 0,05$).

Skrotum tutulumu olan hastalarda, skrotumda döküntü, ödem, ağrı ve hiperemi saptanabilmektedir¹⁹. Ülkemizde yapılan bir çalışmada skrotal tutulum oranı %16,3 olup, çoğunlukla tek taraflı olduğu belirtilmiştir²⁰. Bizim çalışmamızda skrotum tutulumu olan 10 hasta (%16,6) mevcuttu.

HSP ile ilgili tanı amaçlı net bir laboratuvar bulgusu tanımlanmamıştır. Lökositoz ve akut faz reaktanlarında yükseklik saptanabilmektedir. İspanya'da HSP tanılı hastalarda yapılan diğer bir çalışmada lökositoz %36,7 görülürken, serum IgA %78,3 oranında normal olarak saptanmıştır²¹. Serum IgA düzeyi çalışmamızda tüm hastalarda normal düzeyde saptandı.

HSP'de uzun süreli takibinde prognozun asıl belirleyicisi böbrek tutulumunun düzeyidir. Yapılan çalışmalarda HSP'de böbrek tutulumu, güncel ismiyle IgA vaskülit nefriti oranı %20–60 arasında değişmektedir²². Böbrek tutulum düzeyi mikroskopik hematüriden nefrotik sendroma kadar geniş bir tutulum aralığı gösterebilmektedir. Nefrotik düzeyde tutulum olan hastaların değerlendirildiği bir çalışmada hastaların yarısında proteinüri düzeylerinin spontan şekilde düzeldiği gözlenmiştir²³. Yapılan bazı çalışmalarda böbrek tutulumu ile ASO yüksekliği arasında ilişki olduğu belirtilmiştir²⁴. Bizim çalışmamızda böbrek tutulumu olan hastalarda WBC ortalaması, olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,05$). ASO

düzeyi ile böbrek tutulumu arasında ilişki saptanmadı.

HSP’de tedavi seçimi sistem tutulumuna göre değişkenlik göstermektedir. Çoğunlukla kendi kendini sınırlar ve destek tedavileri yeterli olur. Ağır sistem tutulumlarında kortikosteroidler, azatioprin, mikofenolat mofetil gibi diğer ilaçlar kullanılabilir²⁵. Hiçbir hastamızda steroid dışında immünsüpresif kullanımına ihtiyaç duyulmamıştır. Bununla birlikte çalışmamızda 13 hasta (%10,8) herhangi bir medikal ya da cerrahi tedavi almamıştır.

Tüm tedavilere rağmen HSP nüks edebilmektedir. Çin’de yapılan çalışmada nüks oranı %13,8 olarak bulunmuştur²⁶. Çalışmamızda ise 11 hastada (%9,1) ilk üç ay içerisinde nüks saptandı.

SONUÇLAR

Hastaların başvuru anında %82’si 10 yaş altında olup, kız ve erkek oranı eşit bulunmuştur. Kırsal bölgelerde yaşayan çocuklarda daha az görülmektedir. Anne ve baba arasındaki akrabalık ve ailede HSP öyküsünün etiyolojide rolü gösterilememiştir. GİS semptomları, kan tetkiklerinde lökositöz ve dışkıda gizli kan testi pozitifliği olan hastalara, invajinasyon gibi olası komplikasyonlar açısından batın USG yapılabilir. Tüm tedavilere rağmen nüks önlenememiştir. Bu çalışma Zonguldak ilinde HSP ile ilgili yapılan ilk çalışmadır ve ilerleyen zamanlarda yapılacak olan çalışmalara kaynak oluşturacak ve kıyaslama imkânı sunacaktır.

Etik Kurul Kararı: Bu çalışma Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığının 03.04.2019 tarih ve 2019-54-03/04 Protokol No.’lu kararıyla onaylanmıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declared No conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support was received from any institution for the study.

KAYNAKLAR

1. Matteson EL. Notes on the history of eponymicidiopathic vasculitis: the diseases of Henoch and Schönlein, Wegener, Churg and Strauss, Horton, Takayasu, Behçet and Kawasaki. *Arthritis Care Res.* 2000; 13: 237–45.
2. Ballinger S. Henoch-Schönlein purpura. *Curr Opin Rheumatol.* 2003; 15(5): 591-4.
3. Gardner-Medwin JM, Dolezalova P, Cummins C, Southwood TR. Incidence of henoch-schönlein purpura, kawasaki disease, and rare vasculitides in children of different ethnic origins. *Lancet.* 2002; 360: 1197–202.
4. Jauhola O, Ronkainen J, Koskimies O, et al. Clinical course of extrarenal symptoms in Henoch-Schönlein purpura: a 6-month prospective study. *Arch Dis Child.* 2010; 95: 871–6.
5. Hwang HH, Lim IS, Choi BS, et al. Analysis of seasonal tendencies in pediatric Henoch-Schönlein purpura and comparison with outbreak of infectious diseases. *Medicine (Baltimore).* 2018; 97(36): e12217.
6. Kiryluk K, Li Y, Moldoveanu Z, et al. GWAS for serum galactose-deficient IgA1 implicates critical genes of the O-glycosylation pathway. *PLoS Genet.* 2017; 13(2): e1006609.
7. Nong BR, Huang YF, Chuang CM, et al. Fifteen-year experience of children with Henoch-Schönlein purpura in southern Taiwan, 1991-2005. *J Microbiol Immunol Infect.* 2007; 40(4): 371-6.
8. Trnka P. Henoch-Schönlein purpura in children. *J Paediatr Child Health.* 2013; 49(12): 995-1003.
9. Davin JC, Coppo R. Henoch-Schönlein purpura nephritis in children. *Nat Rev Nephrol.* 2014; 10(10): 563-73.
10. Haroon M. Should children with Henoch-Schönlein purpura and abdominal pain be treated with steroids? *Arch Dis Child.* 2005; 90: 1196–8.
11. Ozen S, Marks SD, Brogan P, et al. European consensus-based recommendations for diagnosis and treatment of immunoglobulin A vasculitis-the

- SHARE initiative. *Rheumatology* (Oxford). 2019; 58(9): 1607-16.
12. Ozen S, Pistorio A, Iusan SM, et al. EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schonlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: final classification criteria. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 798-806.
13. Wang K, Sun X, Cao Y, et al. Risk factors for renal involvement and severe kidney disease in 2731 Chinese children with Henoch-Schönlein purpura: A retrospective study. *Medicine* (Baltimore). 2018; 97(38): e12520.
14. Weiss PF, Klink AJ, Luan X, et al. Temporal association of Streptococcus, Staphylococcus, and parainfluenza pediatric hospitalizations and hospitalized cases of Henoch-Schönlein purpura. *J Rheumatol.* 2010; 37(12): 2587-94.
15. Chen P, Zhu X, Ren P, et al. Henoch Schonlein Purpura in children: clinical analysis of 120 cases. *Afr Health Sci.* 2013; 13(1): 94-9.
16. Eleftheriou D, Brogan PA. Vasculitis in children. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2009; 23(3): 309-23.
17. Ertem S, Tekin ZE, Polat MC, et al. Characteristics of scrotal involvement in IgA vasculitis: Relationship with disease activity and inflammatory markers. *Eur J Pediatr.* 2025; 184(5): 289.
18. Sağlam MK, Yıldırım S, Ergüven M, et al. Gastrointestinal features of pediatric iga vasculitis and their association with renal complications: an observational study. *Eur J Pediatr.* 2025; 184(5): 320.
19. Dalpiaz A, Schwamb R, Miao Y, et al. Urological Manifestations of Henoch-Schonlein Purpura: A Review. *Curr Urol.* 2015; 8(2): 66-73.
20. Sunar Yayla EN, Bakkaloğlu SA. Clinical features of paediatric immunoglobulin A vasculitis patients with scrotal involvement. *Mod Rheumatol.* 2023; 33(5): 1016-20.
21. Calvo-Rio V, Loricera J, Mata C, et al. Henoch-Schonlein purpura in northern Spain: clinical spectrum of the disease in 417 patients from a single center. *Medicine* 2014; 93:106–13.
22. Reid-Adam J. Henoch-Schonlein purpura. *Pediatr Rev.* 2014; 35(10): 447-9.
23. Deki S, Hamada R, Mikami N, et al. Half of children with IgA vasculitis-associated nephritis with nephrotic state spontaneously recover. *Nephrology* (Carlton). 2022; 27(8): 681-9.
24. Kocaoglu C, Ozturk R, Unlu Y, et al. Successful treatment of hemorrhagic bullous henoch-schonlein purpura with oral corticosteroid: a case report. *Case Rep Pediatr.* 2013; 2013: 680208.
25. Castañeda S, Quiroga-Colina P, Floranes P, et al. IgA vasculitis (Henoch-schönlein purpura): An update on treatment. *J Clin Med.* 2024; 13(21): 6621.
26. Hung SP, Yang YH, Lin YT, et al. Clinical Manifestation and outcomes of Henoch schonlein purpura: comparison between adults and children. *Pediatr Neonatol.* 2009; 50: 162–8.