



## EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

### Hepatit A aşısı sonrası gelişen pediatrik vaskülit olgusu

A case of pediatric vasculitis developing after hepatitis A vaccine

Zeynep Kılıç<sup>1</sup>, Muharrem Çiçek<sup>1</sup>, Tuğçe Kurtaraner<sup>1</sup>, Esin Yıldız Aldemir<sup>1</sup>,  
Hafize Emine Sönmez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, <sup>2</sup>Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2021;46(2):861-863*

Sayın Editör,

Hepatit A virüsü, dünyada en yaygın akut viral hepatit etkeni olup genellikle kendi kendini sınırlarken, akut hepatiti olanlar bireylerde kolestatik hepatit, tekrarlayan hepatit, otoimmün hepatit gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Hepatit A aşısının rutin bağışıklama takvimine alınmasıyla toplumda hepatit A ve buna bağlı komplikasyon görülme sıklığı azalmıştır<sup>1</sup>.

Arteriyel veya venöz sistemin küçük, orta ve büyük çaplı damarlarını etkileyebilen vaskülitlerin çoğunda olayı başlatan veya tetikleyen etkenler bilinmemektedir. Vaskülitlerde temel patoloji, damar duvarındaki inflamasyon olup, damar bütünlüğünde ve kan akımında bozulmaya bağlı vücutta bir ya da birkaç organ sistemi etkilenebilir ve tutulan damarlarla ilişkili bulgular gözlenir<sup>2</sup>. Çocukluk çağı vaskülitlerinin en yaygın olanı postkapiller venülleri tutan küçük damar vaskülitleridir<sup>3</sup>. Sistemik olarak birçok organı tutabilen vaskülitler haricinde daha çok deriye sınırlı olabilen kutanöz vaskülitler de genellikle primer (idiyopatik) ve sekonder olarak sınıflandırılırlar. Enfeksiyonlar, ilaçlar, travma, aşılardan, kollajen doku hastalıkları, otoimmün hastalıklar, neoplaziler gibi faktörlere sekonder olarak gelişebilirler ve bu tip vaskülitler damar duvarında immün kompleks birikimi ile karakterizedir<sup>4</sup>. Literatürde, influenza, hepatit B, hepatit A, kızamıkçık ve çiçek hastalığına karşı aşılanmadan sonra vaskülit vakaları tanımlanmıştır<sup>5</sup>.

Çalışmamızda, hepatit A aşısı sonrası gelişen pediatrik vaskülit olgusunu sunmayı amaçladık.

İki yaşında kız hasta, 2. doz hepatit A aşısı yapıldıktan bir gün sonra kollarda, bacaklarda ve yüzde şişlik, ekstremitelerde döküntü ve huzursuzluk şikayetleriyle acil servise başvurmuş. Hastanın aşı öyküsü olması üzerine alerjik reaksiyon düşünülüp tedavisi bu yönde düzenlenip taburcu edilmiş. Hastanın şikayetlerinin artarak devam etmesi üzerine, aşı sonrası 6. günündeki 3. başvurusunda tetkik ve tedavi amacıyla kurumumuz çocuk acil müşahedede gözlem altına alındı. Aşı haricinde yakın zamanda herhangi bir ilaç kullanım öyküsü olmayan, huzursuz ve aşırı ajite görünümde, saçlı deride, kollarda ve bacaklarda belirgin gode bırakmayan yaygın ödematöz görünüm, solda daha belirgin bilateral periorbital ödem, ellerde ve ayaklarda palpabl basmakla solmayan purpurik döküntüleri olan hastanın sistem muayenelerinde özellik yoktu. Hastanın tam idrar analiz değerleri, karaciğer fonksiyon testleri, üresi, biyokimya, koagülasyon değerleri normal, lökosit: 19650/mm<sup>3</sup>, hemoglobin: 13,6 gr/dL, hematokrit: %40,2, trombosit: 500000/mm<sup>3</sup> ve C-reaktif protein: 32,5 mg/dL saptandı. Çocuk romatoloji ve çocuk immunoloji uzmanlarınca değerlendirilip, aşı sonrası vaskülit olabileceği düşünülen hasta, tetkik ve tedavi amacıyla çocuk romatoloji servisine yatırıldı. Yatak istirahati ile beraber olgumuza, üç gün pulse metilprednisolon tedavisi (20 mg/kg/gün) verildi ve ardından metilprednisolon 1 mg/kg/gün olarak devam edildi. Takibinde genel durumu iyi olan ve

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Muharrem Çiçek, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Turkey E-mail: dr\_mcicek@hotmail.com  
Geliş tarihi/Received: 08.01.2021 Kabul tarihi/Accepted: 03.02.2021 Çevrimiçi yayın/Published online: 20.05.2021

şikayetleri tamamen gerileyen hasta oral mide koruyucu ve metilprednisolon 1 mg/kg/gün reçete edilip, 4 hafta içinde kademeli azaltılarak kesilmesi planlandı ve taburcu edildi. Poliklinik kontrolüne gelen ve aktif şikayeti olmayan hastanın fizik muayenesi doğaldı. Bu çalışma için hastanın ailesinden yazılı ve sözlü aydınlatılmış onam alındı.

Hepatit A açısından orta endemik bölgede yer alan ülkemizde, hastalığın görülme sıklığını azaltmak amacıyla hepatit A aşısı rutin aşı takvimimizde yer almaktadır ve iki doz olarak 18. ve 24. aydaki çocuklara tüm sağlık kuruluşlarında ücretsiz uygulanmaktadır<sup>6,7</sup>. Hepatit A aşısının yan etkileri hafif olup, aşuya bağlı enjeksiyon bölgesinde ağrı, ısı artışı ve baş ağrısı gibi sık görülen hafif yan etkilere ek olarak nadiren anafaksi, vaskülit, Guillain-Barre sendromu, ensefalit, transvers miyelit, multipl skleroz gibi ciddi yan etkilere görülebilir<sup>5,7,8</sup>. Ancak bu ciddi yan etkiler oldukça nadir gözlenir. İki yaşındaki kız olgumuz, rutin aşı takvimine uygun olarak 2. doz hepatit A aşısı sonrası kutanöz vaskülit ile uyumlu şikayetlerle çocuk acile başvurmuştur.

Küçük damar vaskülitlerinde ancak hastaların %30-40'ında idiopatik olup; enfeksiyonlar, ilaçlar, travma, aşılarda, kollajen doku hastalıkları, otoimmün hastalıklar, neoplaziler gibi faktörlere sekonder olarak gelişebilmektedir<sup>2,4</sup>. Literatürde, influenza, hepatit B, hepatit A, kızamıkçık ve çiçek hastalığına karşı aşılanmadan sonra vaskülit vakaları tanımlanmıştır<sup>3,5</sup>. Küçük damar vaskülitleri özellikle ilaç maruziyetinden 1-3 hafta sonra ortaya çıksa da, maruziyet sonrası üç güne kadar kısa sürede de ortaya çıkabilir<sup>9</sup>. Sıklıkla kendini sınırlayan tipte olan makülopapüler döküntü, deriye sınırlı nonspesifik değişiklikler şeklinde (palpabl purpura, büllöz, ürtikeryal lezyonlar gibi) kendini göstermektedir ve ürtikeryal lezyonlardan, 24 saatten uzun sürmesi ve çoğunlukla alt ekstremitelere lokalize purpurik lezyonların bulunmasıyla ayrılır<sup>4</sup>. Olgumuz, 2. doz hepatit A aşısı yapıldıktan bir gün sonra kollarında, bacaklarda ve yüzde şişlik, ekstremitelerde döküntü ve huzursuzluk şikayetleriyle acil servise başvurmuş. Hastanın aşı öyküsü olması üzerine allerjik reaksiyon düşünülüp tedavisi bu yönde düzenlenip taburcu edilmiş ve çocuk romatoloji servisine yatana kadar 6 günde 3 kez başvurusu olmuştur. Aşı öncesi, yakın zamanda herhangi bir ilaç kullanım öyküsü olmayan olgumuzun, lezyon ve şikayetlerin aşuya sekonder olarak bir gün sonra çıkması, şikayetlerinin 24 saatten uzun sürmesi, anti-allerjik tedaviye yanıt alınmaması, özellikle ekstremitelerde lokalize purpurik

döküntülerinin ve ödemin olması vaskülit lehine destekleyici bulgular ve literatür verileri ile uyumlu olduğu görüldü.

Klinik olarak vaskülit düşünülmesi halinde mutlaka 24-48 saatlik lezyondan biyopsi yapılmalı ve vaskülit tanısı biyopsi ile doğrulanmalıdır. Fakat 48 saatten sonra yapılacak biyopsi materyalinde infiltrattaki lenfositlerin oranı belirgin olarak artacağından spesifik tanı mümkün olmayacaktır<sup>2</sup>. Bu nedenle hastamızın servise yatışı, 6. günde olduğundan deri biyopsisi yapılmamıştır.

Belirtiler kendiliğinden üç hafta içinde gerilerken, genel olarak tedavi sistemik tutulumun derecesine göre ve altta yatan hastalığa göre tedavi düzenlenmektedir. Genellikle semptomatik tedavi verilir ve yatak istirahati ile klinik tabloyu başlatan potansiyel tetikleyici faktörler saptanıp, bunlardan kaçınılması önerilir<sup>4</sup>. Akut şiddetli kutanöz tutulumu ve/veya sistemik hastalığı olan hastalar oral ya da parenteral kortikosteroid ilaçlarla tedavi edilmektedir. Yüksek doz steroid ile başlanıp, rebound gelişimini önlemek için dozun kademeli olarak azaltılması önerilmektedir<sup>2</sup>. Yatak istirahati ile beraber olgumuza başlanan üç günlük pulse metilprednisolon tedavisi sonrası düşük doz steroid tedavisine devam edilip taburcu edilen hastanın steroid dozu kademeli olarak azaltılarak kesildi. Şikayetleri tamamen geriledi ve tedavi süresince steroide bağlı herhangi bir yan etki gözlenmedi.

Sonuç olarak, aşı sonrası vaskülit gibi ciddi yan etkilerin görülebileceği ve bu nedenle vaskülit ayrıcı tanısında klinisyenlerin aşı anamnezini de dikkatlice sorgulaması gerekmektedir.

**Yazar Katkıları:** Çalışma konsepti/Tasarımı: ŞİB, MÇ, DA; Veri toplama: ŞİB, MÇ, DA; Veri analizi ve yorumlama: MÇ, DA; Yazı taslağı: ŞİB, MÇ, DA; İçeriğin eleştirel incelenmesi: DA; Son onay ve sorumluluk: ŞİB, MÇ, DA; Teknik ve malzeme desteği: ŞİB, MÇ, DA; Süpervizyon: ŞİB, MÇ, DA; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editoryal değerlendirme.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

**Author Contributions:** Concept/Design : ŞİB, MÇ, DA; Data acquisition: ŞİB, MÇ, DA; Data analysis and interpretation: MÇ, DA; Drafting manuscript: ŞİB, MÇ, DA; Critical revision of manuscript: DA; Final approval and accountability: ŞİB, MÇ, DA; Technical or material support: ŞİB, MÇ, DA; Supervision: ŞİB, MÇ, DA; Securing funding (if available): n/a.

**Peer-review:** Editorial review.

**Conflict of Interest:** Authors declared no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** Authors declared no financial support

## KAYNAKLAR

1. Çalık Ş, Tosun S, Arı A, Coşkuner SA, Bayık H, Aygün O et al. İzmir ilinde düşük ve orta sosyoekonomik

- düzeydeki bir bölgede Hepatit A seroprevalansı: bir saha çalışması sonuçları. KLİMİK Derg. 2019;32:310-4.
2. İltar N, Adisen E. Kütanöz vaskülitler. Turkderm. 2010;44:50.
  3. Günal Ö, Yüksek J, Barut H, Sezer E. Lymphocytic vasculitis developing after hepatitis a vaccine and successful treatment with nadroparin calcium. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2011;33:243-247.
  4. Pay S. Kutanöz vaskülitler. RAED Dergisi. 2009;1:24-31.
  5. Bani-Sadr F, Gueit I, Humbert G. Vasculitis related to hepatitis A vaccination. Clin Infect Dis. 1996;22:596.
  6. Gülcü S, Arslan S. Çocuklarda aşı uygulamaları: güncel bir gözden geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018;8:34-43.
  7. Türk Tabipler Birliği. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2018.
  8. Stratton K, Ford A, Rusch E, Clayton EW. Adverse Effects of Vaccines: Evidence and Causality. Washington, DC, National Academies Press, 2012.
  9. Allanore-Valeyrıe L, Roujeau JC. Dermatological ADRs. In: Pharmacovigilance 2<sup>nd</sup> edition (Eds RD Mann, EB Andrews):397-405. Chichester, Wiley, 2007.