

Travma ile Karışabilen Bir Henoch-Schönlein Purpura Olgusu

A Case of Henoch-Schonlein Purpura Miscible with Trauma-Related Purpura

Mehmet Çoban¹, Dilşat Gündoğdu Çoban¹, Serdar Pop¹,
Muhammed Mesut Nezir Engin¹, Öner Özdemir²

¹ Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye
² Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji-İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Yazışma Adresi / Correspondence:
Dilşat Gündoğdu Çoban

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adnan Menderes Cad., Sağlık Sok. No: 195 Adapazarı, Sakarya, Türkiye.
T: +90 264 444 54 00 E-mail: dlstgndgdu@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 25.7.2021

Kabul Tarihi / Accepted: 03.11.2022

Çevrimiçi / Online: 30.06.2023

Orcid :

Mehmet Çoban <https://orcid.org/0000-0003-3611-3501>, mehmetcoban.dr@gmail.com
Dilşat Gündoğdu Çoban <https://orcid.org/0000-0002-6845-7432>, dlstgndgdu@hotmail.com
Serdar Pop <https://orcid.org/0000-0002-9833-728X>, drserdarpop@gmail.com
Muhammed Mesut Nezir Engin 0000-0002-0874-6857, doktormesut@hotmail.com
Öner Özdemir <https://orcid.org/0000-0002-5338-9561>, ozdemir_oner@hotmail.com

Cite this article/Atf:

Çoban M, Gündoğdu Çoban D, Pop S, engin MMN, Özdemir Ö. Travma ile Karışabilen Bir Henoch- Schönlein Purpura Olgusu. Sakarya Med J 2023 ;13(2):329-333 DOI: 10.31832/smj.974127

Öz

Henoch-schönlein purpurası (HSP), çocukluk çağıının non-trombositopenik palpabl purpura ile seyreden ve en sık görülen sistemik vaskülitidir. Cilt tutulumu, artrit, renal ve gastrointestinal sistem tutulumu ile karakterizedir. Böbrekler, kolon, eklemler gibi bazı organlarda gelişen vaskülit sonucu palpe edilebilen purpura, karın ağrısı, artrit ve böbrek hastalığı görülür. Hastaların döküntü, karın ağrısı ve eklem şişliği ve/veya ağrısı şikayetleri olur. HSP genellikle viral enfeksiyonlar, ilaçlar ve böcek ısırığı gibi antijenik bir stimulus ile tetiklenir. Purpurik cilt lezyonları vaskülit, purpura fulminans benzeri değişik hastalıklarla karışabileceği gibi, travma sonrası gelişebilen lezyonlarla karışmaktadır.

Anahtar
Kelimeler

Henoch-Schönlein purpurası (HSP), lökositoklastik vaskulit, travma

Abstract

Henoch-schönlein purpura (HSP) is the most common systemic vasculitis of childhood with non-thrombocytopenic palpable purpura. It is characterized by skin involvement, arthritis, renal and gastrointestinal system involvement. Patients complain skin rash, abdominal pain, joint swelling and joint pain. HSP is usually triggered by an antigenic stimulus; including viral infections, medications, insect bite or food ingestion. Purpuric skin lesions can be confused with different diseases such as vasculitis, purpura fulminans as well as lesions that can develop after trauma.

Keywords

Henoch-Schönlein purpura (HSP), leukocytoclastic vasculitis, trauma



GİRİŞ

Henoch-Schönlein purpurası (HSP), çocukluk çağıının non-trombositopenik palpabl purpura ile seyreden ve en sık görülen sistemik nekrotizan vaskülitidir¹. Cilt, eklemler, gastrointestinal sistem ve böbreklerin küçük damarları etkilenebilmektedir. Etiyolojisi ve mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, küçük damarların duvarında immünoglobulin A (Ig A) birikimi ile karakterizedir¹⁻⁴.

Travma olgularında yumuşak dokuda cilt altı kanamasına bağlı ekimoz, purpura görülebilir. Travmaya uğrayan bölgede ekimoz/purpura, ağrı, ödem görülür. HSP'de ise farklı bölgelerde ve boyutlarda çok sayıda lezyon olur. Ağrı, ödem, fonksiyon kaybı, ısı artışı gibi bulgular eşlik edebilir. Bu klinik ayrıtı tanıda önemlidir. Detaylı bir anamnez ve fizik muayene HSP'nin ayrıtı tanısında çok önemlidir.

Burada purpurik döküntünün eşlik ettiği hastalıklarla karışabilecek HSP'li beş buçuk yaşında bir kız olgu sunulmaktadır.

OLGU

Bilinen bir hastalığı olmayan sağlıklı 5,5 yaşında kız hasta, ayak bileklerinde şişlik, ağrı, bacaklarda morarma yürüyememe ve şikâyetleri ile çocuk acil polikliniğine başvurdu. Öyküsünde bir hafta önce banyoda duş alırken düşüp ayağını burktuğu, sonrasında hastaneye başvurduğu öğrenildi. Başvurduğu sağlık merkezinde yapılan fizik muayene ve tetkikler sonucu hastada yumuşak dokuda travmaya bağlı ezik olduğu, fraktür saptanmadığı ifade edildi. Hastaya bandaj, ağrı palyasyonu ve istirahat önerildi. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir patolojik özellik yoktu. Son bir ay içinde bir kez burun akıntısı ve tıkanıklığı şikâyeti mevcuttu. Hastanın kan basıncı 100/60 mm-Hg, nabzı 86/dk, vücut sıcaklığı timpanik ölçüm ile 37,1 °C ve solunum sayısı 20/dk idi. Fizik muayenesinde tonsilleri hipertrofik, her iki alt ekstremitede yaygın ve değişik boyutlarda basmakla solmayan, kaşıntısız purpurik lezyonlar görüldü (Resim 1, 2). Her iki ayakta ve ayak bileklerinde ödem mevcuttu. Palpasyon ile hassasiyet, ısı artışı ve ha-

reket kısıtlılığı saptandı. Hasta eklem ağrısı nedeniyle ayaklarının üzerine basamıyordu. Vücudunun diğer yerlerinde döküntüsü yoktu. şikâyetlerin ortaya çıkmasından önce ilaç kullanımı olmadığı, yakın zamanda herhangi bir aşılama olmadığı öğrenildi. Hastanın döküntüsünün tipik HSP şeklinde olması sebebiyle HSP ön tanısına yönelik gerekli kan, idrar ve gaita tetkikleri yapıldı ve patolojik değer saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde; idrar rengi sarı, görünümü berrak, pH'sı 6.0, dansitesi 1026, proteini negatif idi. İdrar mikroskopisinde her bir büyütme alanında 0 eritrosit, 2 lökosit, protein negatif saptandı. Tam kan sayımında beyaz küresi 8.440/mm³, hemoglobin 12.7 g/dL, nötrofil 4.020/mm³, lenfosit: 3.390/mm³, platelet sayısı 271.000/mm³ olarak bulundu. Periferik yaymada, plateletler bol ve kümeli idi. Serum elektrolitleri normaldi, böbrek ve karaciğer fonksiyonunu gösteren tetkikleri normaldi. Protrombin zamanı ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı normal idi. C-reaktif proteini 3,11 mg/dL idi. Ön tanıda HSP düşünülmesi nedeniyle bakılan gaitada gizli kan negatif saptandı. HSP'nin renal ve gastrointestinal tutulumu olmayan hastada cilt ve eklem tutulumu olması nedeniyle çocuk romatoloji bölümüne konsülte edildi. Hastanın purpurik lezyonlarından alınan cilt biyopsisinde lökositoklastik vaskülit saptandı. Çocuk romatoloğu tarafından hastaya artriti için steroid (1 mg/kg/gün), ibuprofen (10 mg/kg/doz) ve proton pompa inhibitörü (PPI) tedavileri başlanılması önerildi. Takiplerinde böbrek ve gastrointestinal sistem tutulumu olmadı. Takip eden günlerde ağrısı gerileyen hastaya eklem bulgularına yönelik istirahat ve analjezik tedavileri önerilerek çocuk romatoloji bölümüne kontrole gelmek üzere taburcu edildi. İzleminin dördüncü ayında olan hastanın renal, gastrointestinal tutulumu olmadı, döküntüsü tekrarlamadı.



Resim-1. Alt ekstremitelerde travmayla uyumlu olması beklenmeyen arka bölgede palpable purpuralar



Resim-2. Alt ekstremitelerde ön yüzde palpabl purpuralar görülmektedir

TARTIŞMA

Olgumuzun ilk değerlendirilmesinde döküntülerden bir hafta önce düşme öyküsü mevcut idi. Bu nedenle bulguların düşmeye sekonder gelişmiş olduğu düşünüldü. Ancak döküntünün tipi, yerleşimi ve eşlik eden diğer bulgular HSP'yi desteklemekteydi.

HSP daha çok sonbahar ve ilkbahar aylarında ortaya çıkmaktadır. Bu hastalığı tetikleyen nedenler arasında bu mevsimlerde artan viral enfeksiyonları düşünülmektedir¹⁻⁵. İnsidansı, yılda 14- 18/100 000 olarak bildirilmiştir^{5,6}. En sık 5- 6 yaş arasında görülür ve erkeklerde daha sık

görülmektedir⁶. Hastamızın bulguları literatüre uyumlu şekilde ilkbaharda gelişmiş olup, literatürün aksine olgumuzun cinsiyeti kızdı.

Patogenezinde geçirilmiş bakteriyel ve viral enfeksiyonlar, ilaçlar (parasetamol, NSAİ, penisilinler, sefalosporin grubu antibiyotikler vb.), aşı uygulaması ve allerjen maddelere karşı bozulmuş immün yanıt sonucu damarlarda nötrofil, eozinofil ve fibrin birikimine sonucu gelişen lökositoklastik vaskülitir¹⁻⁶. Hastamızın herhangi bir ilaç kullanımı ve aşılama öyküsü olmaması, 1 ay önce üst solunum yolu enfeksiyonu şikayetleri olması nedeniyle, literatürde belirtilen tetikleyici etkenlerden viral enfeksiyonların olgumuzda da patogenezde başlatıcı olarak rol almış olabileceğini düşündürdü.

HSP'de tutulan damarların lokalizasyonuna göre hastaların şikâyet ve bulguları değişiklik gösterir⁷. En sık cilt, eklem, gastrointestinal sistem ve böbrek tutulumu görülür^{1,2}. Nadiren akut batın, akut apandisit, akut pankreatit, invajinasyon, akut skrotum, özefajit, duodenojejunit, hemorajik üretrit gibi klinik tablolara da neden olabilir⁷. Pulmoner ve beyin içi tutulumlar daha nadir olmakla beraber ölümcül seyredebilir⁸. Santral sinir sistemi tutulumu akut hemoraji, inme ya da serebral vaskülit olup, hastalar akut bilinç değişikliği ve nöbet geçirme gibi şikayetler ile gelebilir⁸⁻¹⁰. HSP cilt döküntülerinden multipl intestinal perforasyon gibi ağır gastrointestinal sistem tutulumuna neden olabilecek, semptom yelpazesi geniş bir hastalıktır¹⁰. Hastamızın ise, cilt ve eklem tutulumu dışında bir bulgusu yoktu.

Rutin laboratuvar tetkiklerinin tanısal bir değeri yoktur, çoğunlukla sonuçlar normaldir. Renal tutulum varlığında tam idrar tetkikinde proteinüri, gastrointestinal tutulum varlığında gaita gizli kan pozitif olabilir. Hastalarda akut faz reaktanları (C reaktif protein ve sedimentasyon) ile serum Ig A düzeyi yüksek saptanabilir, kompleman (C3, C4) düzeyi genellikle normaldir¹¹. HSP anti-nötrofil sitoplazmik (ANCA) antikor negatif bir vaskülitir, diğer

vaskülitlerin ayrıcı tanısında kullanılabilir¹⁻³. HSP tanısı hikâye, fizik muayene (palpabl purpura, artrit-artralji, renal ve gastrointestinal tutulum) ve laboratuvar ile konulabilmektedir^{11,12}. Kesin tanı alt ekstremitelerde palpabl purpura, trombositopeni olmaksızın peteşi varlığına ek olarak aşağıdaki dört özelliğten en az birinin varlığı ile konur. (1) karın ağrısı; (2) artrit veya artralji; (3) histolojide baskın olarak IgA birikimi olan lökositoklastik vaskülit veya proliferatif glomerulonefrit; (4) böbrek tutulumu (hematüri, kırmızı kan hücresi döküntüleri veya proteinüri)¹¹.

Laboratuvar testleri böbrek tutulumunu (idrar tahlili, idrar mikroskopisi, serum kreatinin) değerlendirmede tamamlayıcıdır ve görüntüleme çalışmaları karın tutulumu ve invajinasyon gibi olası komplikasyonlarının değerlendirilmesinde yardımcıdır. Eksik veya olağandışı bulguları olan çocuklarda, etkilenen organın (deri, böbrek) biyopsisi tanıyı doğrular.¹²

HSP genellikle gürültülü başlar, fakat hafif ve kendini sınırlayan bir hastalıktır. Prognozu iyidir ancak tekrarlayabilir. Tedavisi semptomatik olup hidrasyon, analjezik ve dengeli beslenmedir. Steroidler böbrek ve/veya gastrointestinal tutulum ve/ya artrit gelişmesi durumlarında kullanılır⁸. Steroid kullanımı semptomların şiddetini azaltır ancak prognozu değiştirmez, böbrek hastalığı gelişimini önlemez⁸. Olgumuzda da HSP klinik tablosu selim seyretmiş idi ve kendi kendini sınırladı. Analjezik tedavi ve istirahat ile hastanın ağrısında dramatik gerileme oldu.

Purpuranın ayrıcı tanısında HSP, akut infantil hemorajik ödem (AİHÖ), meningokoksemi, septisemi, purpura fulminans, Kawasaki hastalığı, eritema multiforme, ürtiker ve travma gibi değişik klinik nedenler var. Hastamızın lezyonları ve diğer bulgularının (ağrı, ödem, hareket kısıtlılığı) travma sonrasında ve travma bölgesinde oluşması ailesi tarafından çarpmaya bağlı olduğu düşünülmüş. Şikâyetlerin giderek artması ve yayılması nedeniyle çocuk acil polikliniğine başvuran hastanın öyküsü travmaya bağlı nedenleri düşündürse de, HSP'nin tipik bulguları mev-

cuttu. Döküntüsünün travmadan 4 gün sonra başlaması, bilateral ve palpabl olması bizi travmadan uzaklaştırıp ön planda HSP düşündürdü.

SONUÇ

Travma sonrası purpura gelişmesi beklenen bir bulgudur ancak sıklıkla travmayı takip eden ilk 24 saat içinde sadece travma bölgesinde gelişir. Bilateral gelişen, yaygın palpabl purpurik döküntüde ise akla ilk gelmesi gereken hastalıkların başında çocukluk döneminin en sık vaskülit olan HSP gelmelidir. Olgumuzda olduğu gibi yakın zamanda geçirilen travma öyküsü ya da ağrı, ödem gibi diğer bulguların döküntüden önce ortaya çıkması tanıda güçlük yaratsa da ayrıcı tanıda HSP her zaman akılda tutulmalıdır. Açıklamalar Bilgilendirilmiş onam: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için hastanın ebeveynlerinden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hasta Onayı

Hastanın annesinden (yasal sorumlusu) yazılı onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Hakem Değerlendirmesi

Editörler kurulu dışında bulunan kişilerce değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Medikal Uygulama : Dilşat Gündoğdu Çoban, Mehmet Çoban, Serdar Pop; Dizayn: Öner Özdemir; Yorumlama: Dilşat Gündoğdu Çoban, Öner Özdemir, Mehmet Çoban; Yazan: Dilşat Gündoğdu Çoban, Öner Özdemir, Mehmet Çoban,

Finansal Destek

Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Söylemezoglu O, Fidan K. Henoch Schönlein purpurası. *Türk Ped Arş.* 2008; 43: 4-8.
2. Saulsbury, Frank T. Clinical update: Henoch-Schönlein purpura. *Lancet* 2007; 369:9566: 976-978.
3. Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, eds. *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2005:496-507.
4. 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.
5. Güneş M, Kaya C, Koca O, Keles MO, Karaman MI. Acute scrotum in Henoch-Schönlein purpura: fact or fiction? *Türk J Pediatr* 2012;54:194-7.
6. 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(9):1087-92.
7. Lanzkowsky S, Lanzkowsky L, Lanzkowsky P. Henoch-Schönlein purpura. *Pediat Rew* 1992;13(4): 130-7.
8. Soloukides A, Moutzouris DA, Metaxatos G, Hadjiconstantinou V. Pulmonary involvement in Henoch-Schonlein purpura. *Emerg Med J*. 2006;23(11):886
9. Misra AK, Biswas A, Das SK, Gharai PK, Roy T. Henoch-Schonlein purpura with intracerebral haemorrhage. *J Assoc Physicians India*. 2004;52:833-4.
10. Yigiter M, Bosnali O, Sekmenli T, Oral A, Salman AB. Multiple and recurrent intestinal perforations: an unusual complication of Henoch-Schonlein purpura. *Eur J Pediatr Surg* 2005;15:125-7
11. Ozen S, Pistorio A, Iusan SM, et al. EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(5):798-806.
12. Hetland LE, Susrud KS, Lindahl KH, Bygum A. Henoch-Schönlein Purpura: A Literature Review. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(10):1160-6.