

Alt Ekstremitelerde Döküntü ile Başvuran Çocukta Henoch-Shönlein Purpurası Olgusu

Uzm. Dr. Mehmet ALTUĞ*, Dr. Serkan AKINCI**

* Beyşehir 3 Nolu Görgün Yavuz ASM, Beyşehir, Konya

** Bademli ASM, Hadim, Konya

Giriş :

Henoch-Schönlein purpurası (HSP) etyolojisi tam olarak bilinmeyen, genellikle artrit, nontrombositopenik purpura, karın ağrısı ve böbrek hastalığı ile seyreden çocukluk çağının en sık görülen vaskülitidir. Hastalık en sık 2-15 yaş arası çocuklarda görülür. HSP'lı çocukların %50'sinin öykülerinde üst solunum yolu enfeksiyonu bulunmaktadır. Kız ve erkekler eşit oranda etkilenir. 1990 yılında Amerikan Romatoloji Birliği tarafından HSP tanı kriterleri öne sürülmüştür. Bu kriterler 1) palpe edilebilen, trombositopeni ile birlikte olmayan purpura, 2) ilk semptomların 20 yaşından küçük yaşlarda ortaya çıkması, 3) karın ağrısı (yaygın karın ağrısı, barsaklarda iskemi, kanlı diyare) ve 4) biyopside damar duvarında granulositlerin görülmesi olarak tanımlanmıştır. Bir hastada dört kriterden en az ikisi bulunuyorsa HSP tanısı konulabileceği bildirilmiştir. Trombosit sayısı normal olan purpuralı çocuklarda öncelikle HSP'den şüphelenmek gerekmektedir. HSP' da tanı semptom ve klinik bulgulara göre konur. Nadiren biyopsi ile tanının desteklenmesine gereksinim duyulmaktadır. Deri biyopsisinde tipik olarak lökositoklastik vaskülit bulguları vardır. HSP'da tedavi çoğunlukla destek tedavisi niteliğinde olup, çocuklarda sık uygulanan tedaviler arasında eklem ağrısı ve enflamasyonu azaltmak için analjezik veya non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar, şiddetli karın ağrısı ve ağrısı deri ödemleri bulunduğu steroidler ve nefrotik veya nefritik sendrom kliniği ile ortaya çıkan böbrek tutulumunda üç aylık siklofosfamid ve düşük doz prednisolon tedavileri bulunmaktadır.

Olgu:

9 yaşında erkek hasta, dört gün önce başlayan karın ağrısı bacaklarında döküntü yakınmaları ile başvurdu. Hikayesinde bir hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği belirtildi. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı, kan basıncı ve antropometrik ölçümler normal sınırlarda idi. Gluteal bölgeden başlayan ve ayak bileğinde yoğunlaşan palpabl, purpurik döküntüleri vardı. Karın muayenesinde minimal hassasiyeti mevcuttu. Hastanın diğer sistem muayene bulguları normaldi. Laboratuvar bulgularında hemoglobin 13.5 (11.5- 15.5) gr/dl, hematokrit %49 (35-45), lökosit sayısı 13700 (5500-15500) mm³ trombosit sayısı 455000 (150000-400000) mm³, kan üre azotu (BUN) 20.7 (5-18) mg/dl, kreatinin 0.8 (0.3-1) mg/dl, Sedimantasyon 18 mm/saat, CRP 10.5 mg/dl bulundu. Hasta Henoch-Schönlein purpurası vaskülit ön tanılarıyla pediatri polikliniği ile konsülte edildi. Hasta komplikasyon açısından yatırılarak takip edildi. Analjezik ve destek tedavisi verilen ve takiplerinde komplikasyonu gelişmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç:

Çocuklarda nadir olarak görülen Henoch-Schönlein purpurası, özellikle peteşi ve purpura ile başvuran bir çocukta, hastada hemogram, trombosit sayımı ve formül lökosit bulguları, koagülasyon testleri normal sınırlarda bulunulursa öncelikle düşünülmelidir. Alt ekstremitelerinde döküntüsü olan çocuklar, nadir görülen hastalıklar da akılda tutularak, ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Aile hekimlerinin nadir görülen tanınması ve uygun yönetim planını yapması hastalığın erken evrede tedavisinin yapılmasında önem arz etmektedir.

