

بررسی ویژگی های اپیدمیولوژی، بالینی و آزمایشگاهی کودکان مبتلا به پورپورای هنوخ - شوئن لاین

شیده عصار^{۱*}، علی احمد زاده^۲، پریسا آشورنیا^۳

چکیده

زمینه و هدف: پورپورای هنوخ- شوئن لاین شایع ترین واسکولیت عروق کوچک در کودکان است. این بیماری با پورپورای قابل لمس، آرتريت و آرتراژی، درد شکم، خونریزی گوارشی و گلودونفریت مشخص می شود. هدف از مطالعه، تعیین ویژگی های اپیدمیولوژی، بالینی و آزمایشگاهی این بیماری در کودکان بستری در بیمارستان های دانشگاهی اهواز است.

روش بررسی: طی یک مطالعه اپیدمیولوژی توصیفی گذشته نگر پرونده های کلیه کودکانی که با تشخیص نهایی پورپورای هنوخ- شوئن لاین در بخش کودکان بیمارستان های دانشگاهی اهواز از فروردین ۱۳۸۰ الی فروردین ۱۳۸۷ بستری شده بودند، بررسی شدند. اطلاعات مربوط به مشخصات اپیدمیولوژی، بالینی و آزمایشگاهی بیماران از پرونده های بیمارستانی استخراج و به کمک نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: ۶۳ کودک با تشخیص نهایی پورپورای هنوخ - شوئن لاین بررسی شدند. ۴۱ (۶۵ درصد) پسر و ۲۲ (۳۵ درصد) دختر و نسبت پسر به دختر ۱/۸۶ به ۱ بود. سن متوسط بیماران $3/15 \pm 6/4$ بود. سابقه عفونت تنفسی در ۴۲/۹ درصد موارد قبل از شروع بیماری وجود داشت. تظاهرات پوستی در ۱۰۰ درصد، آرتريت یا آرتراژی در ۶۶/۷ درصد، تظاهرات گوارشی در ۷۶/۱ درصد و تظاهرات کلیوی در ۳۹/۶ درصد موارد گزارش شد. موردی از علائم درگیری سیستم عصبی یافت نشد. خونریزی گوارشی در ۱۹/۱ درصد و انواژیناسیون در ۳/۲ درصد بیماران دیده شد. آنمی در ۴۷/۶ درصد موارد و پروتئینوری در ۶/۳ درصد در حد سندرم نفروتیک گزارش شد. مرگ و میر وجود نداشت.

نتیجه گیری: تظاهرات گوارشی شایع تر از علائم مفصلی و نسبت به برخی مطالعات از شدت بیشتری برخوردار بود. در نهایت پیش آگهی بیماری خوب بود.

م ع پ ۱۳۹۰؛ ۱۰(۳): ۲۶۹-۲۶۱

کلید واژگان: واسکولیت، پورپورای هنوخ- شوئن لاین، کودکان، اهواز.

۱- استادیار گروه کودکان و نوزادان.

۲- استاد گروه کودکان و نوزادان.

۳- پزشک عمومی.

گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

* نویسنده مسؤل:

گروه کودکان، بیمارستان گلستان، بلوار

گلستان، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸-۶۱۱-۳۷۴۳۰۱۹

Email: assarsh@yahoo.com

مقدمه

عمدتاً بالینی است و آگاهی از علائم و عوارض آن اهمیت به سزائی در درمان و کاهش بیمارگونی و مرگ و میر بیماران دارد، این مطالعه با هدف تعیین ویژگی های اپیدمیولوژی، بالینی و آزمایشگاهی این بیماری در مبتلایان بستری در بخش های کودکان بیمارستان های دانشگاهی اهواز انجام شد.

روش بررسی

در یک مطالعه اپیدمیولوژیک توصیفی گذشته نگر تمامی بیمارانی که از فروردین ۱۳۸۰ تا فروردین ۱۳۸۷ در بخش های اطفال بیمارستان های ابوذر و گلستان شهر اهواز با تشخیص نهایی هنوخ- شوئن لاین پورپورا منطبق با معیارهای تشخیصی کالج روماتولوژی آمریکا (۱) بستری شده بودند، بررسی شدند. اطلاعات بیماران شامل سن، جنس، زمان مراجعه، مدت بستری، اولین تظاهر بیماری، شکایت اصلی، سابقه شخصی و خانوادگی بیمار، نحوه درگیری اعضاء مختلف و یافته های آزمایشگاهی، از پرونده های بیمارستانی و اطلاعات مربوط به پی گیری سه ماه پس از ترخیص بیمار از پرونده های پی گیری سرپایی استخراج و در فرم های اطلاعاتی ثبت گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ تجزیه و تحلیل شد. اطلاعات شخصی بیماران به طور محرمانه حفظ و از ذکر اسامی بیماران خودداری شد.

یافته ها

جمعاً ۶۳ کودک با تشخیص نهایی هنوخ-شوئن لاین مورد بررسی قرار گرفتند که ۲۲ نفر (۳۵ درصد) دختر و ۴۱ نفر (۶۵ درصد) پسر و نسبت ابتلای پسر به دختر ۱/۸۶ به ۱ بود. سن بیماران بین ۹ ماه تا ۱۳/۵ سال با متوسط سنی ۶/۴ سال بود. سن ۶۸/۳ درصد بیماران بین ۲ تا ۸ سال بود. ۷۷/۷ درصد بیماران ساکن شهر و ۲۲/۳ درصد روستائی بودند. بیشترین موارد بروز بیماری در فصل پاییز (۳۹ درصد) و زمستان (۳۷ درصد) بود

پورپورای هنوخ - شوئن لاین شایع ترین واسکولیت سیستمیک در کودکان است که با پورپورای غیر ترومبوسیتوپنیک، آرتریت یا آرترالژی، درد شکم، خونریزی دستگاه گوارش و گلومرونفریت مشخص می-شود (۱). این بیماری که با عنوان پورپورای آنافیلاکتوئید نیز شناخته می شود یک واسکولیت عروق کوچک است که علت آن ناشناخته است (۲). بیماری اغلب متعاقب یک عفونت تنفسی بروز می کند. در فصل زمستان شایع تر بوده، در پسران بیشتر دیده می شود و در کودکان به مراتب شایع تر از بالغین مشاهده می گردد (۱). اغلب بیماران بین ۲ تا ۸ سال سن دارند (۲). گرچه مواردی از آن در شیرخواران چند ماهه و حتی افراد مسن هم دیده شده است ولی بیماری در بیش از ۵۰ درصد موارد در کمتر از پنج سال و بیش از ۷۵ در کمتر از ۱۰ سال بروز می کند. تابلوی بالینی بیماری در دو انتهای سنی پائین و بالا اغلب به صورت غیر معمول است (۳). تشخیص عمدتاً بر اساس علائم بالینی بوده و آزمون آزمایشگاهی اختصاصی برای آن وجود ندارد. ولی تشخیص قطعی واسکولیت بر پایه بیوپسی از محل ضایعات پوستی امکان پذیر است (۲). راش تپیک این بیماری پورپوراهای قابل لمس است که اغلب بطور قرینه در سطوح اکستانسور اندام تحتانی و ناحیه نشیمنگاه انتشار دارند. گرچه ممکنست در اندام فوقانی، صورت و گوش ها نیز دیده شوند ولی معمولاً در تنه ظاهر نمی شوند. بیماری معمولاً سیر خودبخود محدود شونده داشته ولی در ۳۳ درصد موارد علائم عود می کنند (۳). هر چند پیش آگهی بیماری در کل خوب است و در بسیاری از موارد فقط اقدامات نگهدارنده کافی است، اما ممکن است بیمارگونی (مریدیتی) قابل توجه و حتی مرگ و میر در اثر تظاهرات گوارشی کوتاه مدت و یا بر اثر نفریت در دراز مدت داشته باشد (۱). براساس بعضی مطالعات میزان مرگ و میر کمتر از ۱ درصد است (۳). با توجه به اینکه تشخیص این واسکولیت شایع کودکان

فشار خون در ۲ مورد (۳/۲ درصد) و نیز اپیدیمیت در یک مورد (۱/۶ درصد) دیده شد. چهار مورد (۶/۳ درصد) از مبتلایان به نفریت، در ابتدای بیماری فاقد علائم بالینی یا شواهد آزمایشگاهی درگیری کلیه بودند ولی طی مدت بستری و یا پیگیری دچار این علائم شدند. در این مطالعه علائم درگیری سیستم عصبی در هیچیک از بیماران مشاهده نشد. مواردی از مرگ و میر هم در جامعه مورد مطالعه وجود نداشت. در بررسی آزمایشگاهی بیماران متوسط هموگلوبین خون ۱۱/۸ (محدوده ۸/۶ تا ۱۵/۴) گرم در دسی لیتر بود. میزان هموگلوبین در ۵ بیمار (۷/۹ درصد) کمتر از ۱۰، در ۲۷ بیمار (۴۲/۸ درصد) بین ۱۰ تا کمتر از ۱۲ و در ۳۱ بیمار (۴۹/۳ درصد) ۱۲ گرم در دسی لیتر و بیشتر از آن بوده است.

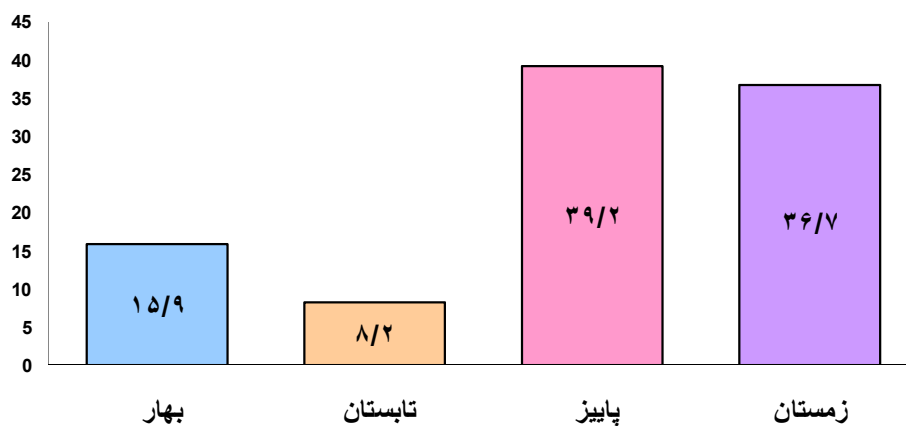
متوسط شمارش گلبول های سفید خون ۱۱۲۰۰ (کمترین ۵۱۰۰ و بیشترین ۳۲۰۰۰) در هر میلی متر مکعب بود. در تمام بیماران تعداد پلاکت های خون و تست های انعقادی شامل: BT (Bleeding Time)، CT (Clotting Time)، PT (Prothrombine)، PTT (Partial Thromboplastin Time) در محدوده طبیعی بودند. در ۶۸/۹ درصد بیماران میزان سرعت رسوب گلبول های قرمز (ESR) کمتر یا مساوی ۳۰ و ۳۱/۱ درصد مقادیر بیشتر از ۳۰ داشتند. در ۲ بیمار ESR بیشتر از ۱۰۰ میلی متر در ساعت گزارش شد که در پی گیری های بعدی کاهش داشت. در تجزیه ادرار بیماران، هماتوری میکروسکوپی در ۱۵ بیمار (۲۳/۸ درصد)، پروتئینوری بیشتر یا مساوی +۲، در ۸ بیمار (۱۲/۶ درصد) و پیوری در ۴ بیمار (۶/۳ درصد) دیده شد. بر اساس جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته، ۴ مورد (۶/۳ درصد) پروتئینوری در حد سندرم نفروتیک ($>40\text{mg}/\text{m}^2/\text{hr}$) داشتند. میزان نیتروژن اوره خون و کراتینین سرم در تمامی بیماران در محدوده طبیعی بود و موردی از نارسایی کلیه دیده نشد. در آزمایش مدفوع انجام شده ۲۹/۶ درصد بیماران تست گایاک مثبت بود.

(نمودار ۱). مدت بستری بیماران بین ۱ تا ۲۲ روز با متوسط ۷ روز و فاصله بین شروع اولین تظاهر بیماری تا زمان بستری از یک تا ۱۴ روز با متوسط ۵/۴ روز بود. در ۲۵ بیمار (۳۹/۷ درصد) آرتريت و یا آرترالژی، ۲۳ بیمار (۳۶/۵ درصد) درد شکم، ۱۱ بیمار (۱۷/۵ درصد) بشورات پوستی و ۴ بیمار (۶/۳ درصد) تب اولین تظاهر بیماری بود. شکایت اصلی هنگام مراجعه به بیمارستان در ۲۶ بیمار (۴۱/۲ درصد) درد شکم، ۲۴ بیمار (۳۸ درصد) بشورات پوستی و ۱۳ بیمار (۲۰/۶ درصد) تظاهرات مفصلی بود. در ۲۷ بیمار (۴۲/۹ درصد) سابقه عفونت دستگاه تنفسی فوقانی قبل از شروع بیماری وجود داشت. در هیچ یک از بیماران سابقه آلرژی و یا سابقه خانوادگی از پور پورای هنوخ - شوئن لاین وجود نداشت. فراوانی تظاهرات بالینی در سیر بیماری در جمعیت مورد مطالعه در جدول (۱) آمده است.

تظاهرات پوستی در تمام بیماران دیده شد که بروز ضایعات در ۹۵/۲ درصد موارد به صورت پتشی و پورپورا بود. در ۳/۲ درصد بیماران ضایعات اکیموتیک و در ۱/۶ درصد موارد به صورت ضایعات کهیری ظاهر شد. تظاهرات مفصلی به صورت آرتريت همراه با آرترالژی در ۴۲ بیمار (۶۶/۷ درصد) دیده شد. فراوانی درگیری مفاصل مختلف در جدول (۲) آمده است.

تظاهرات گوارشی جمعاً در ۴۸ بیمار (۷۶/۱ درصد) دیده شد. درد شکم در ۴۲ بیمار (۶۶/۷ درصد)، استفراغ در ۲۲ بیمار (۳۴/۹ درصد)، اسهال در ۱۳ بیمار (۲۰/۶ درصد) و خونریزی گوارشی در ۱۲ بیمار (۱۹/۱ درصد) وجود داشت. انواژیناسیون در ۲ بیمار (۳/۲ درصد) در سیر بستری رخ داد و ۲ بیمار (۳/۲ درصد) در ابتدای بستری به دلیل درد شکمی شدید با تشخیص شکم حاد ناشی از آپاندیسیت، آپاندکتومی شدند.

علائم مربوط به سیستم ادراری تناسلی در ۲۵ بیمار (۳۹/۶ درصد) دیده شد. ادم اندام ها و صورت در ۱۰ مورد (۱۵/۸ درصد)، ادم اسکروتال در ۱۰ مورد (۱۵/۸ درصد)، هماتوری آشکار در ۵ مورد (۷/۹ درصد)، افزایش



نمودار ۱: توزیع فراوانی موارد بیماری بر حسب فصول مختلف سال

جدول ۱: فراوانی تظاهرات بالینی در ۶۳ کودک مبتلا به پورپورای هنوخ- شوئن لاین

تظاهرات بالینی	تعداد بیماران	فراوانی درصد
تب	۴۲	۶۶/۷
خستگی زودرس و بیحالی	۳۵	۵۵/۴
تظاهرات پوستی	۶۳	۱۰۰
تظاهرات مفصلی	۴۲	۶۶/۷
تظاهرات گوارشی	۴۸	۷۶/۱
تظاهرات سیستم ادراری تناسلی	۲۵	۳۹/۶
علائم درگیری سیستم عصبی	۰	۰

جدول ۲: فراوانی درگیری مفاصل در کودکان مبتلا به تظاهرات مفصلی پورپورای هنوخ- شوئن لاین

مفصل مبتلا	درصد	تعداد بیماران
مچ پا	۶۱/۹	۲۶
زانو	۵۹/۵	۲۵
مچ دست	۱۶/۶	۷
آرنج	۷/۱	۳
مفاصل انگشتان	۴/۷	۲
شانه	۲/۳	۱

بحث

هیاتیت EBV، B، A، ویروس هرپس، سیتومگالوویروس، HIV و پاروویروس B19 به عنوان عوامل برانگیزنده این بیماری مطرح شده اند (۱۳،۳). از طرفی فراوانی آن در موارد وجود بعضی از انواع HLA بیشتر ذکر شده است (۲) و به نظر می رسد تاثیر عوامل مختلف در بروز بیماری در جمعیت ها و نژادهای مختلف متفاوت باشد.

در این مطالعه زودرس ترین علامت بیماری آرتریت و آرتراالژی (۳۹/۶ درصد) و درد شکم (۳۶/۵ درصد) بود، در حالی که بشورات پوستی که شایع ترین علامت بود (۱۰۰ درصد) فقط در ۱۷/۵ درصد بیماران نخستین علامت بیماری بود. در مطالعه تراپانی و همکاران بر خلاف مطالعه حاضر در ۷۳ درصد موارد پورپورا اولین علامت بیماری بود و در ۱۲ درصد علائم گوارشی و ۱۵ درصد موارد علائم مفصلی قبل از علائم پوستی ظاهر شدند (۶). در مطالعات دیگری آرتریت در ۲۵ درصد بیماران و درد شکم در ۲۰ درصد بیماران اولین تظاهر بیماری بودند (۱۶،۱۵). در مطالعه سالزبوری در ۴۳ درصد بیماران درد شکم یا آرتریت تا ۱۴ روز قبل از بشورات پوستی بروز کرد (۱۴). از نظر علت مراجعه به بیمارستان و شکایت اصلی، درد شکم (۴۱/۲ درصد) درصد بیشتری را نشان می دهد، در حالی که تظاهرات مفصلی (۲۰/۶ درصد) بعد از تظاهرات پوستی (۳۸ درصد) میزان کمتری را به خود اختصاص داده و مطرح کننده این مسئله است که احتمالاً در شروع بیماری شدت علائم گوارشی بیشتر از علائم مفصلی بوده است به ویژه اینکه در ۳/۲ درصد (۲ بیمار) موارد در ابتدای سیر بیماری به دلیل درد حاد شکمی تحت آپاندکتومی قرار گرفتند و دو بیمار نیز دچار انواژیناسیون شدند. همچنین ممکن است دلیل شیوع کمتر علائم مفصلی به عنوان علت مراجعه بیماران، آن باشد که والدین نسبت به شکایات گوارشی و علائم بشوری حساس تر از علائم مفصلی بوده اند. در مطالعه حاضر در کل دوره بیماری، بعد از تظاهرات پوستی، تظاهرات گوارشی (۷۶/۱ درصد) و پس از آن تظاهرات مفصلی شایع ترین علامت

در بررسی حاضر نسبت پسران به دختران ۱/۸ به ۱ بوده که در مطالعات مختلف این نسبت از ۱/۲ به ۱ تا ۲ به ۱ گزارش شده است (۸-۳). مرادی نژاد در یک بررسی پانزده ساله ابتلا پسران را ۶۷ درصد (۸) و متینی و همکاران در یک بررسی ده ساله این نسبت را ۱/۶ به ۱ گزارش دادند (۹) که هر دو مطالعه در تهران انجام شده و نتایج آنها به مطالعه حاضر نزدیک است. چملی و همکاران از فرانسه در یک بررسی نه ساله این نسبت را ۱/۸ به ۱ گزارش کردند که مشابه نتیجه مطالعه حاضر است (۱۰). در مطالعه حاضر سن ۶۸/۳ درصد بیماران در محدوده ۲ تا ۸ سال بود که با کتب مرجع مطابقت دارد (۲۰۱). در مطالعه متینی و همکاران بیشترین فراوانی سنی بین ۳ تا ۹ سال ذکر شده است (۹). از نظر فصلی بیشترین موارد بیماری در این مطالعه در فصل پاییز و زمستان بوده که با سایر مطالعات و کتب مرجع همخوانی دارد (۱۱،۶،۲،۱). با توجه به اینکه این بیماری اغلب به دنبال ابتلا به عفونت تنفسی فوقانی بروز می کند (۱۲،۲،۱) بیشتر بودن موارد بیماری در فصول سرد سال احتمالاً به دلیل شیوع عفونت های تنفسی فوقانی کودکان در این فصول است. در این مطالعه ۴۲/۹ درصد از بیماران سابقه عفونت تنفسی فوقانی را قبل از شروع علائم بیماری داشتند که در مطالعه مرادی نژاد (۸). این میزان ۵۲ درصد و در مطالعه متینی و همکاران (۹) ۶۹/۹ درصد بوده است. در مطالعه تراپانی و همکاران در دو سوم بیماران قبل از شروع بیماری، عفونت وجود داشته که ۴۲ درصد آن را عفونت های تنفسی و حدود ۲۵ درصد را سایر عفونت ها تشکیل می دادند (۶). با توجه به اینکه اتیولوژی و پاتوژنز این بیماری روشن نیست عواملی از جمله داروها، عوامل عفونی، واکسن ها، غذاها، و نیش حشرات را در بروز آن دخیل دانسته اند (۱،۳،۶). از بین عوامل عفونی بسیاری از پاتوژنها مانند استرپتوکوک بتاهمولیتیک گروه A، مایکوپلاسما پنومونیه، توکسوکارا کانیس، لژیونلا، هلیکوباکتر پیلوری، کامپیلوباکتر ژژونی، بارتونلا، ویروس واریسلا زوستر،

سال و بالغین شایع تر و شدیدتر است (۲۴،۲۳). در این بررسی از ۱۲/۶ درصد مواردی که پروتئینوری داشتند فقط ۶/۳ درصد دچار سندرم نفروتیک بودند. در مطالعه مرادی نژاد ۳۷/۳ درصد بیماران پروتئینوری داشتند و ۱۸/۲ درصد مبتلا به سندرم نفروتیک و ۳۵ درصد بیماران مبتلا به نارسایی کلیه شدند (۸). در حالی که در مطالعه چنگ و همکاران پروتئینوری در ۱۱/۵ درصد و سندرم نفروتیک در ۰/۷ درصد بیماران گزارش شد که در آن مطالعه مانند مطالعه حاضر موردی از نارسایی کلیه دیده نشد (۲۲).

تفاوت در میزان بروز و شدت درگیری کلیه بیماران در مطالعات مختلف می تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد که تفاوت های ژنتیکی از مهمترین آنان است (۲۲). از طرفی هر چه سن بیماران بالاتر باشد میزان بروز و شدت درگیری کلیه بیشتر است (۲۲،۶). شدت علائم گوارشی و خونریزی از عوامل خطر ساز گرفتاری کلیه است (۲۲،۱۸،۶). ادم اسکروتال در این مطالعه در ۱۵/۸ درصد بیماران دیده شد. در مطالعه تراپی و همکاران این میزان ۱۳ درصد (۶)، در مطالعه چملی و همکاران ۹/۱ درصد (۱۰) و در مطالعه مرادی نژاد ۳ درصد بود (۸). بر اساس یک بررسی در ۹۳ پسر مبتلا به پورپورای هنوخ - شوئن لاین، ۲۷ نفر درگیری سیستم تناسلی داشتند که در ۲۲ مورد آن تورم و درد اسکروتوم وجود داشت (۲۵). در مطالعه حاضر (با در نظر گرفتن میزان هموگلوبین برای سن کودک) ۴۷/۶ درصد بیماران آنمی داشتند که در مطالعه مرادی نژاد این میزان، ۵۵ درصد (۸) و در مطالعه تراپی و همکاران ۱۴ درصد بود (۶). اختلاف این نتایج می تواند به دلیل متفاوت بودن تعریف یا معیار در نظر گرفته شده برای کم خونی در مطالعات مختلف باشد. در مطالعه حاضر در هیچ موردی درگیری کلیه قبل از تظاهرات پوستی و مفصلی رخ نداد که با سایر مطالعات همخوانی دارد (۱۸،۱۴،۷). موردی از علائم درگیری سیستم عصبی یافت نشد که با مطالعه متینی و همکاران (۹) مطابقت دارد. در مطالعه مرادی نژاد این علائم در

بوده که با مطالعه متینی و همکاران مطابقت دارد (۹). در بسیاری مطالعات تظاهرات مفصلی بعد از علائم پوستی شایع ترین علامت بیماری بوده اند، در مطالعه مرادی نژاد فراوانی تظاهرات مفصلی ۷۹/۸ درصد (۸) در مطالعه چملی و همکاران ۹۱ درصد (۱۰)، و در مطالعه تراپانی و همکاران ۷۴ درصد (۶) بوده است. میچ پاها و زانو ها بیش ترین مفاصل درگیر در این مطالعه بودند که با سایر مطالعات همخوانی دارد (۶، ۸). از نظر فراوانی تظاهرات گوارشی، مطالعه حاضر به بسیاری از مطالعات نزدیک است (۱۷-۱۹،۹،۸). خونریزی گوارشی در این مطالعه در ۱۹/۱ درصد بیماران گزارش شده که با مطالعه تراپانی و همکاران (۱۸ درصد) همخوانی دارد (۶). در مطالعه سالزبوری (۱۴) این میزان ۳۳ درصد و در مطالعه چملی و همکاران (۱۵) ۱۵/۵ درصد گزارش شده است. خونریزی گوارشی ممکنست بیانگر شدت بیماری باشد. با توجه به اینکه طبق مطالعات خونریزی گوارشی بدون درد شکم ایجاد نشده است (۶، ۱۰)، احتمالاً انتخاب استراتژی درمانی در مراکز مختلف می تواند عاملی تاثیر گذار در فراوانی خونریزی گوارشی باشد و شاید شروع زودرس کورتیکواستروئید (با اندیکاسیون درد شکم) سبب پیشگیری از بروز خونریزی گوارشی متعاقب آن و در نتیجه کاهش فراوانی خونریزی گوارشی در مجموع بیماران شده باشد. میزان بروز انواژیناسیون در بیماران در این مطالعه بیشتر از سایر مطالعات بود (۳، ۶، ۹). در مطالعه حاضر فراوانی تظاهرات کلیوی ۳۹/۶ درصد بوده که با مطالعه مرادی نژاد و متینی و همکاران مطابقت دارد (۹،۸). فراوانی تظاهرات کلیوی در این بیماری در مطالعات مختلف بین ۱۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (۲۲،۲۱،۱۸،۱۴،۷).

از میان مبتلایان به نفریت هنوخ - شوئن لاین ۱ تا ۷ درصد دچار نارسایی پایانی کلیه (ESRD) (end-stage renal disease) می شوند (۲۲). بعضی مطالعات نشان داده که بروز نفریت در کودکان بیشتر از ۴

مقایسه با برخی مطالعات از شدت بیشتری برخوردار باشد. اما در مجموع، پیش آگهی نهایی بیماری مناسب است.

با توجه به محدودیت های این مطالعه از جمله گذشته نگر بودن و عدم پی گیری دراز مدت بیماران، انجام یک مطالعه آینده نگر با پی گیری طولانی تر برای قضاوت در مورد عوارض دراز مدت و عود بیماری همراه با انجام بیوپسی کلیه به منظور شناخت تغییرات بافتی در موارد درگیری کلیه پیشنهاد می شود.

حدود ۵/۹ درصد بیماران موجود بود که اکثریت موارد به صورت تشنج بوده است (۸). در مطالعه سالزبوری تشنج تنها در ۲ درصد بیماران رخ داده است (۱۴).

نتیجه گیری

با توجه به اینکه تشخیص پورپورای هنوخ- شوئن لاین عمدتاً بالینی است. تظاهرات پوستی که در تمامی بیماران دیده می شود، نقش اساسی را در تشخیص این بیماری دارد. همچنین بر اساس این مطالعه تظاهرات گوارشی ممکنست شایع تر از تظاهرات مفصلی بوده و در

منابع

- 1-Cassidy JT , Petty RE: Leukocytoclastic Vasculitis In: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM ,Lindsley CB. Textbook of pediatric rheumatology 5th ed. Philadelphia(PA): Saunders; 2005. P. 496-501.
- 2-Miller ML, Pachman LM. Vasculitis syndromes In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Textbook of Pediatrics 18th ed. Philadelphia(PA): Saunders;2007. P.1042-5.
- 3-Tizard EJ , Hamilton-Ayres MJ . Henoch-Schonlein Purpura.Arch Dis Child Educ Pract Ed 2008 Feb;93(1):1-8. [PMID=18208978]
- 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 Oct 19;360 (9341): 1197-202. [PMID=12401245]
- 5-Yang YH, Hung CF, Hsu CR, Wang LC, Chuang YH, Lin YT, et al. A nationwide survey on epidemiological characteristics of childhood Henoch-Schönlein purpura in Taiwan. Rheumatology (Oxford). 2005 May;44(5): 618-22. [PMID=15671050]
- 6-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 Dec;35(3):143-53. [PMID=16325655]
- 7-Calviño MC, Llorca J, García-Porrúa C, Fernández-Iglesias JL, Rodriguez-Ledo P, González-Gay MA. Henoch-Schönlein purpura in children from northwestern Spain: a 20-year epidemiologic and clinical study. Medicine (Baltimore) 2001Sep;80(5):279-90. [PMID=11552081]
- 8-Moradinejad MH. Review of demographic characteristics,clinical signs and symptoms,complications, treatment and results of follow-up in Henoch- Schonlein Purpura patients hospitalized in children medical center,Tehran,March 1986 to February 2001. Iranian journal of pediatrics 2003 Spring;13(1):69-76.[Cross Ref]
- 9-Matini E, Markazi Moghaddam N, Pirouz B .Study of 123 Henoch-Schonlein Purpura cases in Mofid hospital,Tehran,1991-2001. Journal of army university of medical sciences of the IR(jaums). 2003 Spring;1(1): 49-53. [Cross Ref]
- 10-Chemli J, Boukadida H, Selmi H, Essoussi S, Haiti AA. Henoch schonlein Purpura in children: clinical and evolutive study of 122 cases. Tunisie Medicale [La] 2007; 85 (1): 54-60. [Cross Ref]
- 11-Atkinson SR, Barker DJ. Seasonal distribution of Henoch-Schönlein purpura. Br J Prev Soc Med. 1976;30 (1):22-5.[PMID=949569]
- 12-Levy M, Broyer M, Arsan A, Levy-Bentolila D, Habib R. Anaphylactoid purpura nephritis in childhood: natural history and immunopathology. Adv Nephrol Necker Hosp. 1976;6:183-228. [PMID=139081]
- 13-Stad RK, Bruijn JA, van Gijlswijk-Janssen DJ, van Es LA, Daha MR. An acute model for IgA-mediated glomerular inflammation in rats induced by monoclonal polymeric rat IgA antibodies. Clin Exp Immunol. 1993 Jun;92(3):514-21. [PMID=8099859]
- 14-Saulsbury FT. Henoch-Schönlein purpura in children. Report of 100 patients and review of the literature. Medicine (Baltimore). 1999 Nov;78(6):395-409. [PMID=10575422]
- 15-Robson WL, Leung AK. Henoch-Schönlein purpura. Adv Pediatr. 1994;41:163-94. [PMID=7992683]
- 16-Allen DM, Diamond LK, Howell DA. Anaphylactoid purpura in children (Schonlein-Henoch syndrome): review with a follow-up of the renal complications. AMA J Dis Child. 1960 Jun;99:833-54. [PMID=13792721]

- 17-García-Porrúa C, Calviño 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 Dec;32(3):149-56. [PMID=12528079]
- 18-Sano H, Izumida M, Shimizu H, Ogawa Y. Risk factors of renal involvement and significant proteinuria in Henoch-Schönlein purpura. *Eur J Pediatr*. 2002 Apr;161(4):196-201. [PMID=12014385]
- 19-Pabunruang W, Treepongkaruna S, Tangnararatchakit K, Chunharas A, Phuapradit P. Henoch Schonlein purpura: clinical manifestations and long-term outcomes in Thai children. *J Med Assoc Thai*. 2002 Nov;85(Suppl 4):1213-8. [PMID=12549797]
- 20-Kaku Y, Nohara K, Honda S. Renal involvement in Henoch-Schönlein purpura: a multivariate analysis of prognostic factors. *Kidney Int*. 1998 Jun;53(6):1755-9. [PMID=9607209]
- 21-Koskimies O, Mir S, Rapola J, Vilska J. Henoch-Schönlein nephritis: long-term prognosis of unselected patients. *Arch Dis Child*. 1981 Jun;56(6):482-4. [PMID=7259283]
- 22-Chang WL, Yang YH, Wang LC, Lin YT, Chiang BL. Renal manifestations in Henoch-Schönlein purpura: a 10-year clinical study. *Pediatr Nephrol*. 2005 Sep;20(9):1269-72. [PMID=15947991]
- 23-White RH. Henoch-Schönlein nephritis. A disease with significant late sequelae. *Nephron*. 1994;68(1):1-9. [PMID=7991017]
- 24-Schärer K, Krmar R, Querfeld U, Ruder H, Waldherr R, Schaefer F. Clinical outcome of Schönlein-Henoch purpura nephritis in children. *Pediatr Nephrol*. 1999 Nov;13(9):816-23. [PMID=10603128]
- 25-Ioannides AS, Turnock R. An audit of the management of the acute scrotum in children with Henoch-Schonlein purpura. *J R Coll Surg Edinb*. 2001 Apr;46(2):98-9. [PMID=11329751]

Study on Epidemiological, Clinical and Laboratory Characteristics of Children with Henoch-Schoenlein Purpura

Assar S^{1*}, Ahmadzadeh A², Ashornia P³

1-Assistant Professor of Pediatrics.
2-Professor of Pediatrics.
3-General Practitioner

Department of Pediatrics, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:
Department of Pediatrics,
Golestan Hospital, Golestan Blv.,
Ahvaz, Iran.
Tel: 0098-611-3743019
Email: assarsh@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Henoch-Schoenlein Purpura (HSP) is the most common vasculitis in children. It is characterized by non-thrombocytopenic purpura, arthritis and arthralgia, abdominal pain, gastrointestinal hemorrhage and glomerulonephritis. This study was conducted to determine epidemiological and clinical manifestations and laboratory findings of children who admitted with HSP at university hospitals of Ahvaz

Subjects and Methods: Information about the epidemiological, clinical and paraclinical characteristics of patients were selected from hospital records of all 63 children with final diagnosis of HSP who were admitted in pediatric wards in university hospitals of Ahvaz during February 2001 to February 2008. Data analyzed by SPSS software

Results: There were 63 children, 41 (65%) males and 22 (35%) females (M/F ratio: 1.86/1). The mean age of the patients was 6.4 (± 3.15) years. Previous history of upper respiratory tract infections was found in 42.9% of the patients. In the review of clinical features, skin manifestations, gastrointestinal symptoms, arthritis/arthralgia and evidences of renal involvement were found in 100, 76, 66.7 and 39.6% of cases, respectively. The neurological signs were not found. Anemia, gastrointestinal bleeding, nephrotic syndrome and intussusception were found in 47.6, 19, 6.3 and 3.2% of cases, respectively.

Conclusion: We found that relative to other studies, gastrointestinal manifestations in our patients were more common and more severe than articular manifestations. But, the final prognosis was good with no mortality.

Sci Med J 2011; 10(3):261-269

Keywords: Vasculitis, Henoch-Schoenlein Purpura, Children, Ahvaz.

Received: Aug 9, 2010

Revised: Aug 21, 2010

Accepted: Mar 1, 2011