

فرقية هينوخ شونلاين دراسة وبائية وسريرية وعلاجية

الدكتور يوسف زعلابوي*

الدكتور محمد ميهوب**

لبانه مصطفى***

(تاريخ الإيداع 8 / 1 / 2007 . قبل للنشر في 15 / 4 / 2007)

□ الملخص □

- شملت دراستنا (25) مريضاً من المرضى المقبولين في قسم الأطفال في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بتشخيص مبدئي حالة فرقية هينوخ شونلاين خلال مدة الدراسة (عام واحد من 2005/8/1 لغاية 2006/8/1).
- توزع المرضى على الشكل الآتي: "15" ذكور (60%) من الحالات، و"10" إناث (40%) من الحالات.
- وجدت الفرقيات في كل الحالات (100%) مع توضع أشيع على الطرفين السفليين (100%)، الألم المفصلي كان أشيع الأعراض التي ترافقت مع الفرقية 23 حالة (92%) الإصابة الهضمية مع الألم البطني وجد في "13" حالة (52%)، في "10" حالات (40%) وجدت البيلة الدموية أو البيلة البروتينية، مما يشير للإصابة الكلوية.
- بمتابعة 20 مريضاً لفترة تراوحت من شهرين حتى 6 أشهر "15" حالة (75%) كانت طبيعية، حدثت معاودة للفرقيات في "3" حالات (15%)، معاودة الألم البطني في "2" حالة (10%)، الآلام المفصلية المعاودة في "2" حالة (10%)، تغيرات فحص البول "1" حالة (5%).

كلمات مفتاحية: الفرقية، الألم البطني، الألم المفصلي، البيلة الدموية، البيلة البروتينية.

* أستاذ في قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** مدرس في قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** طالبة دراسات عليا في قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Henoch-Schönlein Purpura Epidemic, Clinical and Therapeutic Study

Dr. Yousef Zabalawi*
Dr. Mouhamad Maehob**
Lobana Mostafa***

(Received 8 / 1 / 2007. Accepted 15/4/2007)

□ ABSTRACT □

Our study included 25 patients from those who were admitted to the Department of Pediatrics at AL Assad University Hospital in Lattakia diagnosed of Henoch-Schönlein purpura during one year from 1/8/2005 to 1/8/2006. The study included 15 males (60%) and 10 females (40%).

Purpura was seen in all patients (100 %) with lower extremities being the commonest site of involvement (100%). Joint pain was the commonest symptom accompanying the purpura seen in 23 patients (92%), gastrointestinal tract involvement with findings of abdominal pain in 13 patients (52%, 40% (10 cases) and abnormal urinalysis with microscopic haematuria or proteinuria, indicating renal involvement .

In the follow up of 20 patients for 2 - 6 months 15 cases (75%) were normal, recurrent purpura was seen in 3 cases (15%), recurrent abdominal pain seen in 2 cases (10%), recurrent joint pain seen in 2 cases (10%), urine abnormalities seen in 1 case (5%).

Key Words: Purpura, Abdominal pain, Joint paint, Haematuria, Proteinuria.

* Professor, Department of Pediatrics, Medicine Faculty, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**Assistant prof, Department of Pediatrics, Medicine Faculty, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Post graduate Student, Department of Pediatrics, Medicine Faculty, Tishreen University, Lattakia , Syria.

المقدمة النظرية:

تعتبر فرقرية هينوخ شونلاين (HSP) Henoch-Schönlein purpura أشيع أشكال التهاب الأوعية عند الأطفال، يصيب الأوعية الصغيرة، خاصة في الجلد [1-2]. يصيب المرض أجهزة عديدة في الجسم والأعضاء الأكثر تأثراً هي الجلد، المفاصل، الجهاز الهضمي، والكليتين، ويمكن أن تصاب الأعضاء الأخرى كذلك. أظهرت الدراسات الوبائية معدل إصابة سنوية يقدر تقريباً بـ 14/100000 طفل، المرض أكثر شيوعاً عند الذكور، مع قمة للحدوث في فصل الشتاء [1]، معظم الحالات تحدث من عمر 3 سنوات إلى 10 سنوات، يتصف المرض بترافق الالتهابات الفرفرية المجسوسة مع الثلاثي التالي الألم البطني، الإصابة الكلوية، والتهاب المفاصل [2-1]. الآلية المرضية غير معروفة، رغم الشك بوجود علاقة مع الإبتان التنفسي الحديث [2]، التعرض للمحسسات في بعض الأدوية (penicillin, sulfonamides, allopurinol propylthiouracil و quinidine) أو الطعام، التعرض للبرد، وعضات الحشرات تتهم في بعض الحالات [1-3-4]، يوضع تشخيص فرقرية هينوخ شونلاين عادة بعد ظهور الفرفريات النوعية المجسوسة على الطرفين السفليين والإليتين. إصابة المفاصل تحدث في 60-84 % من الحالات، والمفاصل الأكثر إصابة هي الركبتين والكاحلين [2]، إصابة الجهاز الهضمي يحدث في ثلثي الحالات، وقد تسبق الأعراض الهضمية ظهور الفرفريات في 14-36 % من الحالات مما يجعل التشخيص صعباً، وقد تُطلب تحاليل غير ضرورية. [5] تحدث الإصابة الكلوية في 50 % من الحالات وهي أكثر الإصابات خطورة وتظهر في 80 % من الحالات خلال 4 أسابيع من المرض [2].

العلاج داعم والمرض محدد لنفسه، و يمكن أن يفيد استخدام الستيروئيدات في حالة الألم البطني الشديد، والإصابة الكلوية [1]. يمكن أن يستمر المرض لثلاثة أو أربعة أسابيع.

أهمية البحث:

تتبع أهمية البحث من تعدد المظاهر السريرية المفصلية والهضمية والكلوية واختلاف طرق العلاج حسب التظاهرات السريرية، كذلك يجب وضع تشخيص دقيق للمرض نظراً لأهمية الأعراض لتجنب إجراءات طبية غير ضرورية كالفتح الجراحي للبطن نتيجة الألم البطني المعزول. ويجب الانتباه للإصابة الكلوية وارتفاع الضغط للسيطرة المبكرة على الأعراض.

الهدف من البحث:

- نظراً لتعدد المظاهر السريرية واختلاف طرق العلاج حسب التظاهرات السريرية يهدف البحث إلى:
1. دراسة خصائص فرقرية هينوخ شونلاين عند الأطفال المقبولين في قسم الأطفال في مشفى الأسد في اللاذقية.
 2. تحديد علاقة حدوث فرقرية هينوخ شونلاين ب(العمر - فصول السنة - الجنس - الإبتان - اللقاحات - الأدوية - لدغ الحشرات - التعرض لمواد كيميائية).
 3. دراسة التظاهرات السريرية الأكثر شيوعاً من حيث الترتيب الزمني ونسبة تواترها.

عينة البحث:

تمت الدراسة على 25 مريضاً (ذكور 15- إناث 10) تراوحت أعمارهم بين سنة و 8 أشهر و 12 سنة قبلوا في قسم الأطفال في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال عام واحد والمشخص لهم مبدئياً فرقية هينوخ شونلاين بناءً على الأعراض السريية.

طريقة البحث:

- قصة مرضية مفصلة مع التركيز على:
- وجود عوامل مؤهبة (مثل انتان تنفسي سابق)
- أرضية تحسسية شخصية أو عائلية
- العرض السريي الأول
- ❖ فحص سريي كامل مع التركيز على:
- توزع الفرقيات
- علامات التهاب المفصل وتوزع المفاصل المصابة
- الضغط الشرياني
- ❖ تحاليل دموية تضم (تعداد عام وصيغة، صفيحات، بولة، كرياتينين، PT، PTT، ESR، CRP، ASLO،
- أميلاز، زمن النزف، فحص بول و راسب، بروتين بول 24 ساعة، فحص براز، C3).
- ❖ الدراسة الشعاعية (ايكو بطن، صورة صدر) حسب كل حالة.
- ❖ وضع خطة علاجية حسب الحالة السريية.
- ❖ متابعة الحالة أطول فترة زمنية ممكنة بعد تخرجه من المستشفى.

النتائج والمناقشة:

شملت الدراسة 25 تم قبولهم في مشفى الأطفال في مشفى الأسد الجامعي خلال عام واحد من 2005/8/1 لغاية 2006/8/1، تم مقارنة الدراسة مع دراسة هندية نشرت في مجلة Dermatology jornal عام 2001، وشملت الدراسة الهندية 36 مريضاً .

توزع الإصابة حسب الجنس:

جدول رقم (1): يبين توزع الإصابات حسب الجنس

| النسبة المئوية% | عدد المرضى | الجنس |
|--------------------|------------|-------|
| 60 | 15 | ذكور |
| 40 | 10 | إناث |

وحسب الدراسة الهندية كانت الإصابة عند الذكور (55.6%) أما الإناث (44.4%).

توزيع الإصابة حسب العمر:

تراوحت أعمار المرضى بين 1 سنة و 8 أشهر حتى 12 سنة قمنا بتوزيع المرضى إلى ثلاث فئات كما هو

موضح في الجدول رقم (2)

جدول رقم (2): يبين توزيع الإصابة حسب الفئة العمرية

| النسبة المئوية % | العدد | الفئة العمرية |
|------------------|-------|----------------------|
| 20 | 5 | 1سنة و8 أشهر ← 3 سنة |
| 76 | 19 | 4 سنة ← 10سنة |
| 4 | 1 | 11 سنة ← 12 سنة |

بتطبيق الطرق الإحصائية لمعرفة إذا ما كان هناك اختلاف في نسبة حدوث المرض في الفترة العمرية

4-10 سنوات عنها في الفترات العمرية الأخرى بتطبيق اختبار الفرق بين نسبتين مجتمعين على عينتين، تضم العينة

الأولى المرضى بأعمار من 4-10 سنوات والعينة الثانية تضم الأعمار الأكبر والأصغر من هذه الفترة العمرية، كما

هو موضح في الجدولين (3) و(4).

جدول رقم (3) يمثل وزع الفئات العمرية بين 4-10 سنوات

| النسبة المئوية % | عدد المرضى | الفئة العمرية |
|------------------|------------|---------------|
| 32 | 8 | 4-6 سنة |
| 24 | 6 | 7-8 سنة |
| 20 | 5 | 9-10 سنة |

جدول رقم (4) يمثل توزيع الفئات العمرية الأصغر من 4 سنوات و الأكبر من 10سنة

| النسبة المئوية % | عدد المرضى | الفئة العمرية |
|------------------|------------|---------------|
| 4 | 1 | 1-2 سنة |
| 16 | 4 | 2-3 سنة |
| 4 | 1 | 11-12 سنة |

وجدنا أن $T=2.38$ بالتالي يوجد اختلاف واضح في معدل الإصابة بين هاتين الفئتين العمريتين مما يتوافق أن

العمر 4-10 سنة يمثل قمة الحدوث للمرض.

توزيع الإصابة حسب فصول السنة:

جدول رقم (5): يبين توزيع الإصابة حسب فصول السنة.

| النسبة المئوية % | المجموع | الذكور | الإناث | الفصل |
|------------------|---------|--------|--------|--------|
| 28 | 7 | 3 | 4 | الخريف |
| 44 | 11 | 8 | 3 | الشتاء |
| 8 | 2 | 2 | 0 | الصيف |
| 20 | 5 | 2 | 3 | الربيع |

يلاحظ معدل الحدوث الأعلى في فصل الشتاء (44%)، وهذا يتفق مع كثرة توارد الإبتانات التنفسية العلوية التي يشك بدورها المحرض للمرض .

العوامل الإمرضية المشكوك بدورها بتحريض المرض:

جدول رقم (6): يبين أشيع العوامل التي يشك بدورها في تحريض حدوث المرض.

| العامل المؤهب | ذكور | إناث | العدد الكلي | النسبة المئوية % |
|---------------------|------|------|-------------|------------------|
| إبتان تنفسي علوي | 9 | 7 | 16 | 64 |
| أرضية تحسسية عائلية | 1 | 3 | 4 | 16 |
| أدوية | 1 | 2 | 3 | 12 |
| أرضية تحسسية شخصية | 1 | 1 | 2 | 8 |
| لدغ حشرات | 0 | 2 | 2 | 8 |
| لقاح | 0 | 1 | 1 | 4 |
| مواد كيميائية | 0 | 0 | 0 | 0 |

الإبتان التنفسي العلوي حدث قبل فترة تراوحت بين 4 أيام و3 أسابيع اللقاح هو MMR أعطي قبل 20 يوماً - الأدوية تضمنت pencillin- brufen- lincomycin-cephalosporin - لدغ الحشرات كان المتهم البعوض - الأرضية التحسسية تضم (ربو - التهاب الأنف تحسسي - أكزيما) في ثلاث حالات لم يتم تحديد عامل مؤهب. يلاحظ أن الإبتان التنفسي العلوي يسبق معظم الحالات (64%) وكان العامل المؤهب الأكثر توارداً.

الأعراض السريرية:

جدول (7): يوضح الأعراض السريرية.

| النسبة المئوية % | | العدد | | الأعراض السريرية | |
|------------------|----|-------|----|-------------------------|-----------------|
| 100 | | 25 | | الفرفريات | |
| 92 | | 23 | | الإصابة المفصلية | |
| 50 | 52 | 13 | 13 | ألم بطني | الأعراض الهضمية |
| | 20 | | 5 | إقياء | |
| | 20 | | 5 | براز مدمى | |
| 8 | | 2 | | البيبة الدموية العيانية | |
| 16 | 8 | 4 | 2 | فروة الرأس | الوذمات |
| | 8 | | 2 | الأجفان | |
| | 0 | | | الأذنين | |
| | 0 | | | الصفن | |

كما يلاحظ معدل الحدوث الأعلى هو للفرقية (100%)، ولم نشاهد أي إصابة عصبية في أطفال الدراسة. قمنا بترتيب الأعراض السريرية حسب زمن الظهور وكانت النتائج كما في الجدول رقم (8)

جدول رقم (8): يبين ترتيب ظهور الأعراض.

| العرض السريري الثاني | | العرض السريري الأول | | |
|----------------------|-------|---------------------|-------|------------------|
| النسبة المئوية % | العدد | النسبة المئوية % | العدد | |
| 36 | 9 | 56 | 14 | الفرقيات |
| 48 | 12 | 32 | 8 | الأعراض المفصلية |
| 20 | 5 | 8 | 2 | الأعراض الهضمية |
| 0 | 0 | 0 | 0 | الأعراض الكلوية |

كما يلاحظ من الجدول في معظم الحالات كان العرض الأول الفرقيات في (56%)، في حين تشكل الإصابة المفصلية العرض الثاني الأكثر شيوعاً، ولم تشكل الإصابة الكلوية في أي من الحالات العرض الأول أو الثاني.

الفحص السريري:

الجدول رقم (9): يبين أماكن توزع الفرقيات و التوصيف العياني

| الفرقيات | | | |
|------------------|-------|--------------------------------------|----------------------------------|
| النسبة المئوية % | العدد | | |
| 100 | 25 | طرفين سفليين | أماكن توزع الفرقيات |
| 92 | 23 | إلبيتين | |
| 60 | 15 | طرفين علويين | |
| 24 | 6 | جذع | |
| 16 | 4 | الوجه | |
| 36 | 9 | فقط الإلبيتين و الطرفين السفليين | |
| 20 | 5 | إصابة معممة | |
| 88 | 22 | فرقيات حطاطية مجسوسة | التوصيف العياني للاتدفاعات |
| 12 | 3 | فرقيات حطاطية مجسوسة مع طفح حمامي | |
| 4 | 1 | فرقيات حطاطية مجسوسة مع طفح بثري | |

يلاحظ أن إصابة الطرفين السفليين موجودة في كل الحالات (100%)، الإصابة المعممة شملت كل الجسم بما فيها الوجه والجذع والأطراف الأربعة. في الدراسة الهندية وجدت الإصابة المعممة في (22.2%) والجدول رقم (10) يوضح مقارنة مع دراستنا من ناحية التوصيف العياني.

الءءول رقم (10)

| الفرقرفات | | | | |
|-----------------|-------|----------------|-------|------------------------------------|
| الدراسة الهنففة | | دراسفنا | | |
| النسبة المئوفة | الءءء | النسبة المئوفة | الءءء | الفوصف العفانف للفرقرفات |
| 61.1 | 22 | 88 | 22 | فرقرفات فطاطفة مءسوسة |
| 19.4 | 7 | 12 | 3 | فرقرفات فطاطفة مءسوسة مع ففء فءامف |
| 8.3 | 3 | 4 | 1 | فرقرفات فطاطفة مءسوسة مع ففء بفرف |
| 11.1 | 4 | . | . | فقرءاء |

فمنا بءراسة الإصابة المفصلفة من ففء فوزع المفافل المصابة وعلاماء الفهاب المفصل وءءء المفافل؁ كما هو موضء فف الءءول رقم (11) بلغ ءءء المرصف مع إصابة مفصلفة 23 مرصفاً أف بنسبة 92% من مءمل المرصف

ءءول رقم (11) ففبن المفافل الأفءر إصابة

| الإصابة المفصلفة | | | |
|------------------|-------|----------------------|----------------------|
| النسبة المئوفة% | الءءء | | |
| 82.6 | 19 | الكافلن | فوزع المفافل المصابة |
| 47.8 | 11 | الرءبففن | |
| 26.08 | 6 | مءصمفن | |
| 13.04 | 3 | مرفقفن | |
| 4.34 | 1 | العموء الفقرف | |
| 100 | 22 | الفورم | علاماء |
| 86.9 | 20 | فءءء الفركة مع الألم | الفهاب |
| 17.3 | 4 | الاحمرار | المفصل |
| 21.7 | 5 | الءرارة الموضفة | |
| 26.08 | 6 | مفصل واءء | ءءء |
| 21.7 | 5 | مفصلفن | المفافل |
| 52.1 | 12 | فلاف مفافل أو أفءر | المصابة |

كما نلافز من الءءول الفورم المفصلف موءوء فف كل ءالاء الإصابة المفصلفة وشملت الإصابة المفصلفة فلاف مفافل أو أفءر فف 12 ءالة (52.1%)

الاستقصاءات:

الاستقصاءات الشعاعية: أجري ايكو بطن لكل مريض فرقرية هينوخ شونلاين مع أعراض هضمية (ألم بطني - دم خفي في البراز - إقياء طعامي أو مدمى) لنفي وجود انغلاف أمعاء، كذلك أجري ايكو بطن لكل المرضى مع أعراض كلوية.

الاستقصاءات المخبرية:

جدول رقم (12) يبين الاستقصاءات المخبرية و عدد المرضى الذين كان لديهم موجودات مخبرية مرضية.

| النسبة المئوية % | عدد المرضى | الاستقصاءات المخبرية |
|------------------|------------|---------------------------|
| 52 | 13 | ASLO |
| 40 | 10 | ESR |
| 40 | 10 | بيلة دموية و/ أو بروتينية |
| 36 | 9 | c-reactive protein |
| 32 | 8 | الدم الخفي في البراز |
| 16 | 4 | الكريات البيض |
| 8 | 2 | PTT |
| 4 | 1 | العامل الرثياني |
| 0 | 0 | اختبارات الوظيفة الكلوية |

كما يلاحظ من الجدول شكل ارتفاع ال ASLO نسبة مهمّة (52%)، لوحظ ارتفاع ESR في (40%) وكانت أعلى قيمة مسجلة للـ ESR 70 مل/سا في الساعة الأولى دون ما يشير لوجود حالة التهابية مرافقة أو بؤرة إنتانية. والموجودات الملاحظة عند المريض إضافة للفرقرية كانت الآلام المفصلية، الإصابة الهضمية، والكلوية. كذلك وجدت البيلة الدموية و/ أو البروتينية في (40%).

مقارنة نتائج الاستقصاءات المخبرية في دراستنا مع الدراسة الهندية موضحة في الجدول رقم (13)

الجدول رقم (13)

| الدراسة الهندية | | دراستنا | | الاستقصاء المخبري |
|------------------|------------|------------------|------------|---------------------------|
| النسبة المئوية % | عدد المرضى | النسبة المئوية % | عدد المرضى | |
| 80.5 | 29 | 40 | 10 | ESR |
| 47.2 | 17 | 40 | 10 | بيلة دموية و/ أو بروتينية |
| 33.3 | 12 | 52 | 13 | ASLO |
| 33.3 | 12 | 36 | 9 | c-reactive protein |
| 27.7 | 10 | 32 | 8 | الدم الخفي في البراز |
| 27.7 | 1 | 16 | 4 | الكريات البيض |
| 5.5 | 2 | 4 | 1 | العامل الرثياني |
| 5.5 | 2 | . | . | اختبارات الوظيفة الكلوية |

اعتماداً على الأعراض السريية والموجودات المخبرية نصح إصابة الأجهزة في دراستنا وفق الجدول رقم (14)

جدول رقم (14)

| الدراسة الهيدية | | دراستنا | | الجهاز المصاب |
|------------------|------------|------------------|------------|---------------|
| النسبة المئوية % | عدد المرضى | النسبة المئوية % | عدد المرضى | |
| 72.2 | 26 | 92 | 23 | الجهاز الحركي |
| 58.3 | 21 | 52 | 13 | الجهاز الهضمي |
| 47.2 | 17 | 40 | 10 | الجهاز الكلوي |
| . | . | 16 | 4 | الوذمات |
| . | . | . | . | الجهاز العصبي |

العلاج:

تم إتباع طرق علاجية مختلفة حسب الأجهزة المصابة، الإصابة المفصلية المعزولة عولجت بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، في الإصابة الهضمية وكذلك الكلوية تم العلاج بالكورتزون، في الفرقيات الشديدة التي تراكمت مع تناول زمن الPTT تم إضافة الكورتزون، الخطط العلاجية المتبعة موضحة في الجدول رقم (15)

جدول رقم (15) يبين الخطة العلاجية المتبعة أمام كل حالة مرضية

| العلاج المتبع | | | التظاهرة السريية |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Steroid +/- NSAID عدد المرضى = 13 | NSAID عدد المرضى = 23 | لا علاج عدد المرضى = 2 | |
| . | . | 1 | الفرقيات |
| 2 | . | . | الفرقيات الشديدة مع تداول الPTT |
| . | 23 | . | الإصابة المفصلية |
| 10 | . | 3 | الأعراض الهضمية |
| 10 | . | . | الأعراض الكلوية |

مدة العلاج بالكورتزون في حالات الفرقيات والألم البطني كانت حتى زوال الأعراض، ومن ثم تم سحب التدريجي للكورتزون، في حالة الإصابة الكلوية، كذلك تم العلاج حتى عودة فحص البول للطبيعي أما العلاج الطويل الأمد لمدة 3 أشهر فيستطب في حالة التناذر النفروزي والتهاب الكلية، وفي حالة واحدة في دراستنا استمرت فيها البيلة الدموية والبروتينية لكن تحت الحد النفروزي ولم تتمكن من إجراء الخزعة الكلوية وتم العلاج بالكورتزون مع سحب تدريجي وتحت المراقبة بعدها لمدة 6 أشهر دون نكس.

مدة الاستشفاء:

مدة الاستشفاء تراوحت بين 2 و 14 يوماً واختلقت المدة حسب إصابة الأجهزة والجدول رقم (16) يبين علاقة مدة

الاستشفاء بنوع الإصابة

جدول رقم (16)

| مدة الاستشفاء بالأيام | | | | | | | نوع الإصابة |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 10 | 8 | 7 | 5 | 4 | 3 | 2 | |
| . | . | . | . | . | . | 1 | فرقية |
| . | . | . | . | 1 | 1 | 4 | مفصلية |
| . | 2 | . | 1 | 2 | 1 | 2 | مفصلية + هضمية |
| . | . | 1 | 1 | . | . | 1 | مفصلية + كلوية |
| 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | . | . | مفصلية + كلوية + هضمية |

من بين هؤلاء المرضى مريضان تخرجا على مسؤولية الأهل وكانت مدة الاستشفاء لكل منهما يومين، أحدهما إصابته شملت الجهازين الحركي والهضمي والثاني إصابته كانت للجهازين الحركي والكلوي كما نلاحظ من الجدول فترات الاستشفاء الأطول كانت في حالات الإصابة الهضمية و/أو الكلوية.

متابعة المرضى:

تم متابعة 20 مريضاً من مجموع المرض و تعذر متابعة 5 مرضى والنتائج موضحة في الجدول رقم (17)

جدول رقم (17) يبين نتائج متابعة 20 مريض.

| الموجودات | 2 شهر | 3 شهر - 6 أشهر | المجموع | النسبة المئوية % |
|----------------------|-------|----------------|---------|------------------|
| عدد المرضى | 17 | 3 | 20 | |
| 1 طبيعى | 13 | 2 | 15 | 75 |
| 2 فرقيات معاودة | 3 | 0 | 3 | 15 |
| 3 ألم بطني معاود | 2 | 0 | 2 | 10 |
| 4 آلام مفصلية معاودة | 2 | 0 | 2 | 10 |
| 5 تغيرات فحص البول | 1 | 1 | 1 | 5 |

كما يلاحظ من الجدول العرض الأشيع في النكس كان الفرقریات أما في الدراسة الهندية فنتائج متابعة المرضى موضحة حسب الجدول رقم (18).

الجدول رقم (18) مدة الاستشفاء في الدراسة الهندية

| الموجودات | 3-6 أشهر | النسبة المئوية% | أكثر من سنة | النسبة المئوية% |
|---------------------------|----------|-----------------|-------------|-----------------|
| عدد المرضى | 20 | 55.5 | 13 | 36.1 |
| طبيعي | 9 | 45 | 4 | 30.7 |
| فرقریات | 7 | 35 | 6 | 46.1 |
| ألم بطني | 2 | 10 | 2 | 15.3 |
| ألم مفصلي | 3 | 15 | 2 | 15.3 |
| بيلة دموية و /أو بروتينية | 3 | 15 | 3 | 23.07 |

الاستنتاجات والتوصيات:

1. التشخيص الباكر للمرض ضروري لتجنب المرضى مزيداً من الاستقصاءات التي قد تكون غير ضرورية.
2. تشخيص المرض سريري لذلك يجب عدم المغالاة في التحاليل المخبرية.
3. يجب التفكير بفرقرية هينوخ شونلاين أمام كل فرقرية، خاصة عند توضعها على الطرفين السفليين وترافقها مع الإصابة المفصالية والألم البطني.
4. يجب أن تبقى فرقرية هينوخ شونلاين ضمن التشخيص التفريقي الباكر لأي أعراض التهاب مفصل مبهم أو ألم بطني، إذ إن الفرقریات قد تتأخر في الظهور حتى اليوم الثاني أو الثالث.
5. يجب متابعة مرضى فرقرية هينوخ شونلاين لمدة أكثر من ثلاثة أشهر لكشف الاختلاطات الأجلة والتي قد تتأخر بالتظاهر.

المراجع:

1. KRAFT, D.M. MCKEE, D, SCOTT, C. Henoch-Schönlein purpura: a review. *Am Fam Physician*. 1998,58:405-408.
2. TIZARD, E.J. Henoch-Schönlein purpura. *Arch Dis Child*. 1999,80:380-383.
3. SZER, I.S. Henoch-Schönlein purpura. *Curr Opin Rheumatol*. 1994,6:25-31.
4. ANSELL, B.M, FALCINI, F. Cutaneous vasculitis in children. *Clin Dermatol*. 1999,17:577-580.
5. CHOONG,C.K, BEASLEY, S.W. Intra-abdominal manifestations of Henoch-Schönlein purpura. *J Paediatr Child Health*. 1998,34:405-409.
6. HENOCH, E.H. Uber ein eigenthümliche Form von Purpura. *Berl Klin Wochenschr*. 1874,11:641-643.
7. SNOW, I.M. Purpura, urticaria and angioneurotic edema of the hands and feet in a nursing baby. *JAMA*. 1913,61:18-19.
8. LIE, J.T. American College of Rheumatology Subcommittee on Classification of Vasculitis: illustrated histopathologic classification criteria for selected vasculitic syndromes. *Arthritis Rheum*. 1990,33:1074-1087.