

بازمانده

هر جا که هنر طبابت مورد علاقه باشد،
در آنجا علاقه به انسانیت نیز وجود دارد.
(بقراط)

سرشناسه	: کسائی زادگان مهابادی، مهدیه سادات، ۱۳۶۸-
عنوان و نام پدیدآور	: مرور سریع بر روماتولوژی، ارتوپدی، اورولوژی و شیر مادر در کودکان: کتاب ویژه آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۲. ترجمه و تلخیص مهدیه سادات کسائی زادگان مهابادی.
مشخصات نشر	: تهران: کاردیا، ۱۴۰۲
مشخصات ظاهری	: ۱۹۸ص: ۱۴/۵ × ۲۱/۵ س.م.
شابک	: 978-622-5560-98-7
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Nelson textbook of pediatrics, 21st. ed, c2020" به ویراستاری رابرت کلیگمن... [و دیگران] و Breastfeeding handbook for physicians است.
عنوان دیگر	: کتاب ویژه آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۲...
موضوع	: روماتیسم کودکان
موضوع	: Rheumatism in children
موضوع	: ارتوپدی کودکان -- آزمون ها و تمرین ها
موضوع	: Pediatric orthopedics -- Examinations, questions, etc.
موضوع	: پزشکی کودکان
موضوع	: Pediatrics
موضوع	: پزشکی کودکان -- آزمون ها و تمرین ها
موضوع	: Pediatrics -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	: کلیگمن، رابرت، ۱۹۵۵ - م.
شناسه افزوده	: Kliegman, Robert
شناسه افزوده	: نلسون، والدو امرسون، ۱۸۹۸-۱۹۹۷م. اصول طب کودکان
رده بندی کنگره	: RJ401
رده بندی دیویی	: ۹۲۹/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۴۹۹۷۳۳
وضعیت رکورد	: فیپا

عنوان کتاب: مرور سریع بر مرور سریع بر روماتولوژی، ارتوپدی، اورولوژی و شیر مادر در کودکان خلاصه مفهومی و روان جهت آزمون ارتقا و بورد از	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
Nelson Text Book Of Pediatrics 2020 است.	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
ترجمه و تلخیص: دکتر مهدیه سادات کسائی زادگان مهابادی	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۹۸-۷
ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ۱۶۸،۰۰۰ تومان
صفحه آرا: رزیدنت یار- سیده زهرا عربی زنجانی	
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار- مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مرور سریع بر روماتولوژی، ارتوپدی، اورولوژی و شیر مادر در کودکان

کتاب ویژه آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۲

Nelson Text Book Of Pediatrics 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر مهدیه سادات

کسائی زادگان مهابادی

رتبه برتر بورد تخصصی کودکان کشور سال ۱۳۹۹

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راحت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن‌چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است. اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث کودکان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

بسم الله الرحمن الرحيم

و اذ امرضت فهويشفين (شعرا / ٨٠)

مقدمه مولف

با سلام و عرض ادب و احترام خدمت تمامی همکاران گرامی؛
با توجه به گسترش روزافزون تحقیقات و نشر اطلاعات پزشکی در قالب تکست‌ها و مقالات و حجم بالای مطالب یکی از دغدغه‌های دستیاران که علاوه بر فعالیت بالینی همواره نیاز مبرم به مطالعه و دوره نکات مربوط به بیماری‌ها هم در جهت پیشبرد امر طبابت و هم در جهت آمادگی برای آزمون‌های ارتقا و به ویژه موفقیت در آزمون مورد دارند، محدودیت زمانی است.
در کتاب پیش رو سعی شده تا چکیده مطالب مهم چه از نظر بالینی و چه از جهت کفایت امر برای آمادگی آزمون‌ها به تفکیک هر فصل و بر اساس تکست نلسون و نیز بر اساس متن تست‌های پر تکرار سال‌های اخیر آورده شود.

روش مطالعه:

توصیه می‌شود پیش از شروع کتاب‌های "مرور سریع" جهت تفهیم مطالب و سرعت بیشتر در مرور آخر در طول سال تحصیلی با مطالعه تکست نلسون و یا کتاب‌های جامع که به تفصیل در آن‌ها توضیحات مربوطه پیرامون بیماری‌ها آورده شده پایه‌گذاری علمی لازم در ذهن دستیاران محترم انجام شود و در ماه‌های آخر جهت تسلط بیشتر از کتاب‌های "مرور سریع" استفاده شود. در این کتاب‌ها سعی شده تا به صورت تیتروار نکات مهم شامل علائم بالینی، روش‌های تشخیصی و درمان آورده شود تا با حجم اندک و به صورت مقایسه‌ای فرایند به ذهن سپاری با کیفیت بالاتری صورت پذیرد. همچنین برخی از فصول که چه از نظر بالینی و چه از نظر امتحانی اهمیت بسیار کمتری دارند حذف شده است. مطالب که با رنگ قرمز و فونت متفاوت (دست‌خط) آورده شده نکاتی است که از تست‌ها استخراج شده و در واقع در آزمون‌های سال‌های قبل تکرار شده، لذا دوره کردن و تسلط بر آن‌ها به شدت توصیه می‌شود، چه اینکه در ماه آخر پیش از آزمون که

فرصت بسیار کم است و نیاز به دوره اهم مطالب الزامی است حتما قسمت‌های مذکور مکررا مطالعه شوند تا با ضریب اطمینان بالایی موفقیت حاصل شود.

همچنین جداول و الگوریتم‌هایی که به آن‌ها اشاره شده و آورده شده اند، موارد صد در صد امتحانی هستند که باید مطالعه شوند.

امید است که توانسته باشم گامی در جهت کمک به همکارانم در زمینه ی آموزش نکات مهم طب کودکان برداشته باشم.

در انتها از پدر و مادر عزیزم که همواره راهنما و مشوقم در این راه بوده اند بسیار سپاسگزارم. همچنین قدردان تمامی زحمات آموزگارانم از ابتدای راه علم آموزی به ویژه معلم کلاس اول سرکار خانم شریفی و در ادامه تمامی اساتیدم در دوران پزشکی عمومی در مجموعه علوم پزشکی شهید بهشتی و نیز دوران تخصص در مرکز طبی کودکان، قطب علمی کشور می‌باشم و از خداوند متعال بهترین‌ها را برایشان خواهانم.

و من الله التوفیق

دکتر مهدیه سادات کسائی زادگان

رتبه برتر بورد تخصصی

فهرست

روماتولوژی	۱۳
فصل ۱۷۸- ارزیابی بیماران با احتمال بیماری‌های روماتولوژیک	۱۳
فصل ۱۷۹- درمان بیماری‌های روماتولوژیک	۱۵
فصل ۱۸۰- JIA (آرتریت ایدیوپاتیک جوانان)	۱۹
فصل ۱۸۱- اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها	۲۷
فصل ۱۸۲- آرتریت واکنشی به دنبال عفونت	۲۹
فصل ۱۸۳- لوپوس	۳۱
فصل ۱۸۴- درماتومیوزیت جوانان	۳۵
فصل ۱۸۵- اسکلرودرمی و پدیده رینود	۳۷
فصل ۱۸۶- بیماری بهجت	۴۱
فصل ۱۸۷- شوگرن	۴۳
فصل ۱۸۸- تب‌های دوره‌ای	۴۵
فصل ۱۹۰- سارکوئیدوز	۴۹
فصل ۱۹۱- کاوازاکی	۵۱
فصل ۱۹۲- سندرم‌های واسکولیتی	۵۷
فصل ۱۹۳- سندرم‌های موسکولواسکتال	۶۳
فصل ۱۹۴- سندرم‌های همراه با آرتریت	۶۵
ارتوپدی	۶۷
فصل ۶۹۴- پا و انگشتان	۶۷
فصل ۶۹۵- بدشکلی‌های زاویه‌ای و چرخشی	۷۱
فصل ۶۹۶- اختلاف طول دو پا	۷۳
فصل ۶۹۷- زانو	۷۵
فصل ۶۹۸- DDH	۷۷

فصل ۶۹۹- ستون فقرات	۸۱
فصل ۷۰۰- گردن	۸۷
فصل ۷۰۱- اندام فوقانی	۸۹
فصل ۷۰۴- استئومیلیت	۹۱
فصل ۷۰۵- آرتريت Septic	۹۵
فصل ۷۰۳- ارزیابی آسیب موسکولواسکلتال	۹۷
اورولوژی	۱۰۱
فصل ۵۵۲ - آنومالی‌های مادرزادی و دیس‌ژنری کلیه‌ها	۱۰۱
فصل ۵۵۳ - عفونت‌های مجاری ادراری	۱۰۵
فصل ۵۵۴ - VUR ریفلاکس مثانه به حالت	۱۱۵
فصل ۵۵۵ - انسداد مجاری ادراری	۱۱۹
فصل ۵۵۶ - ناهنجاری‌های مثانه	۱۲۷
فصل ۵۵۷ - مثانه نوروپاتیک	۱۲۹
فصل ۵۵۸ - اختلالات ادرار کردن	۱۳۱
فصل ۵۵۹ - ناهنجاری آلت تناسلی و پیشابراه	۱۳۵
فصل ۵۶۰ - اختلالات و آنومالی‌های محتویات اسکروتوم	۱۳۹
۵۶۱ - آسیب به دستگاه ادراری تناسلی	۱۴۵
فصل ۵۶۲- سنگ ادراری	۱۴۷
بخش ۲۴: اختلالات ژنیکولوژیک در شیرخواران و کودکان	۱۵۳
فصل ۵۶۳ - شرح‌حال‌گیری و معاینه بالینی	۱۵۳
فصل ۵۶۴ - ولوواژینیت	۱۵۵
فصل ۵۶۵ - خونریزی واژینال در کودکان قبل از بلوغ	۱۵۷
فصل ۵۶۶ - مشکلات پستانی	۱۵۹
فصل ۵۶۷ - PCO و هیرسوتیسم	۱۶۱
فصل ۵۶۸ - نئوپلاسم‌های ژنیکولوژیک در نوجوانان، روش‌های پیشگیری از HPV. ۱۶۳	

فصل ۱ - اصول تغذیه با شیر مادر	۱۶۵
فصل ۲ - علل و منطق تغذیه با شیر مادر	۱۶۷
فصل ۳ - موارد تشکیل دهنده شیر مادر	۱۶۹
فصل ۵ - تغذیه از پستان	۱۷۱
فصل ۶ - مراقبت‌های حین زایمان جهت شیردهی و دوره انتقال به شیردهی	۱۷۳
فصل ۷ - تغذیه از پستان مادر در بیمارستان: دوره بعد از زایمان	۱۷۵
فصل ۸ - تداوم شیردهی با شیر مادر	۱۷۹
فصل ۹ - تداوم تغذیه با شیر مادر	۱۸۱
فصل ۱۰ - حمایت از شیر مادر در خلال جدایی مادر شیرخوار	۱۸۳
فصل ۱۱ - تکنولوژی حمایت از تغذیه با شیر مادر	۱۸۵
فصل ۱۲ - داروها و شیردهی	۱۸۷
فصل ۱۳ - پیشگیری از بارداری در زمان شیردهی	۱۹۱
فصل ۱۴ - تغذیه برای شیرخوار نارس	۱۹۳
فصل ۱۶ - آیا می‌توان یا نمی‌توان شیر داد؟	۱۹۵



فصل ۱۷۸: ارزیابی بیماران با احتمال بیماری‌های
روماتولوژیک

Table 178.2
Signs Suggestive of Rheumatic Disease

SIGN	RHEUMATIC DISEASES	COMMENTS	NONRHEUMATIC CAUSES
Malar rash	SLE, JDM	SLE classically spares nasolabial folds	Sunburn, parvovirus B19 (fifth disease), Kawasaki disease
Oral ulcers	SLE, Behçet disease	Behçet disease also associated with genital ulcers	HSV infection, PFAPA syndrome
Purpuric rash	Vasculitis, e.g., ANCA-associated vasculitis, HSP	HSP typically starts as small lesions on lower extremities and buttocks that coalesce	Meningococemia, thrombocytopenia, clotting disorders
Gotttron papules	JDM	Look for associated heliotrope rash, peritungual telangiectasias	Psoriasis, eczema
Arthritis	Juvenile idiopathic arthritis, SLE, vasculitis, HSP, MCTD, scleroderma, acute rheumatic fever, reactive arthritis	Chronic joint swelling (>6 wk) required for diagnosis of chronic arthritis of childhood; MCTD associated with diffuse puffiness of hands	Postviral arthritis, reactive arthritis, trauma, infection, Lyme disease, Kawasaki disease, malignancy, overuse syndromes

ANCA, Antineutrophil cytoplasmic antibody; HSP, Henoch-Schönlein purpura; HSV, herpes simplex virus; JDM, juvenile dermatomyositis; MCTD, mixed connective tissue disease; PFAPA, periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis; SLE, systemic lupus erythematosus.





Table 178.4

Evaluation Based on Suspected Diagnosis of Rheumatic Disease

SUSPECTED RHEUMATIC DISEASE(S)	INITIAL EVALUATION	FURTHER EVALUATION	SUBSPECIALTY EVALUATION
Systemic lupus erythematosus (SLE) Mixed connective tissue disease (MCTD)	CBC, ESR, ANA, ALT, AST, CPK, creatinine, albumin, total protein, urinalysis, BP, thyroid profile	If ANA test result is positive: anti-SSA (Ro), anti-SSB (La), anti-Smith, and anti-RNP Abs; anti-dsDNA Ab, C3, C4, Coombs, spot urine protein/creatinine ratio, CXR	Antiphospholipid Abs, lupus anticoagulant, anti- β_2 -glycoprotein, echocardiogram; consider renal biopsy, PFTs, bronchoscopy with lavage, HRCT of chest; consider lung biopsy
Juvenile dermatomyositis (JDM)	CBC, CPK, ALT, AST, LDH, aldolase, ANA; check gag reflex	Consider MRI of muscle	Consider electromyography and possible muscle biopsy, PFTs, swallowing study, serum neopterin
Juvenile idiopathic arthritis (JIA)	CBC, ESR, creatinine, ALT, AST, consider anti-streptolysin O/anti-DNAase B for streptococcus-induced arthritis, Epstein-Barr virus titers, Lyme titer, parvovirus B19 titer, plain radiograph of joints	Consider Ab titers to unusual infectious agents, purified protein derivative, RF, ANA, HLA-B27, anti-CCP	MRI
Granulomatosis with polyangiitis (Wegener granulomatosis)	CBC, ANCA, AST, ALT, albumin, creatinine, ESR, urinalysis, CXR, BP	Spot urine protein/creatinine ratio, anti-myeloperoxidase and anti-proteinase-3 Abs, PFTs	Bronchoscopy with lavage, HRCT chest; consider lung and kidney biopsies
Sarcoidosis	CBC, electrolytes, AST, ALT, albumin, creatinine, calcium, phosphorous, ACE, BP	CXR, PFTs	Consider testing for Blau syndrome in infants (see Chapter 184); HRCT of chest; consider renal and lung biopsy
Localized scleroderma	Skin biopsy, CBC, ESR		Serum IgG, ANA, RF, single-stranded DNA Ab, antihistone Ab, CPK
Systemic scleroderma	ANA, CBC, ESR, BP, AST, ALT, CPK, creatinine, CXR	Anti-Scl70, PFTs	HRCT of chest, echocardiogram, upper GI radiography series

Ab, Antibody; ACE, angiotensin-converting enzyme (normally elevated in childhood; interpret with caution); ALT, alanine transaminase; ANA, antinuclear antibody; anti-dsDNA Ab, anti-double-stranded DNA antibody; AST, aspartate transaminase; BP, blood pressure; CBCD, complete blood count with differential; CCP, cyclic citrullinated protein; CPK, creatine phosphokinase; CXR, chest radiograph; ESR, erythrocyte sedimentation rate; GI, gastrointestinal; HRCT, high-resolution CT; LDH, lactate dehydrogenase; PFTs, pulmonary function tests; RF, rheumatoid factor; RNP, ribonucleoprotein.





فصل ۱۷۹: درمان بیماری‌های روماتولوژیک

- (۱) واکسن‌های *زنده* در بیماران که *کورتون می‌گیرند* یا *ایمونوساپرسیو* یا *DMARDS* استفاده می‌کنند، **ممنوع** است.
- (۲) واکسن آنفولانزا باید در این بیماران تزریق شود.

نکته:

ایبوپروفن ← خطر مننژیت آسپتیک دارد.
 ناپروکسن ← باعث *سودوپورفیری* می‌شود که باید دارو قطع شود.

مثال: برای کودک مبتلا به *آرتریت ایدروپاتیک جوانان* نوع سیستمیک که به تازگی تشخیص داده شده است درمان *دارویی* شروع می‌شود. یک ماه بعد از شروع درمان *دچار ضایعات و زیکولر قارش‌دار پوستی گردیده* که در مقابل نور *فورشید تشدید* می‌شود. در معاینه در برفی ممل‌ها ضایعات منفر به اسکارهای هیپوپیکمان شده‌اند. علت ایجاد این ضایعات؟ ناپروکسن بیمار که باید با *پروفن فابگترین* گردد.

DMARD

۱. MTX:

عوارض:

- (۱) \uparrow ENZهای کبدی
- (۲) اختلالات لنفوپرولیفراتیو
- (۳) راش / آلورپسی
- (۴) پنومونیت بینابینی





(۵) استئوماتیت

(۶) سردرد

اسید فولیک در پسرقت علائم جانبی کمک کننده است.

پیگیری با CBC و LFT هر یک ماه تا ۳ ماه، سپس هر ۲-۳ ماه می‌باشد.

۲. هیدروکسی کلروکین:

عارضه: آسیب شبکیه

معاینه شبکیه هر ۶-۱۲ ماه یک بار.

۳. لفلونومید:

عوارض: پارستزی، نوروپاتی محیطی

پیگیری با CBC و LFT

۴. سولفاسالازین

عوارض: Stevens Janson

← در JIA سیستمیک به خاطر واکنش از دیاد حساسیتی کنترا اندیکه است.

۵. مایکوفنولات مفتایل:

DMARDهای بیولوژیک

(۱) آنتاگونیست TNF- α :

✓ اتانرسپت و آدالیموماب، Inflixmab

عارضه این دسته ← انتشار TB.

قبل از درمان با آنتی TNF باید PPD انجام شود و در صورت ⊕ بودن ابتدا TB

درمان شود.





۲) تعدیل‌کننده T-Cell:

آباتاسپت

۳) آنتی B-Cell:

ریتوکسی ماب = CD20

عوارض: سیتوپنی / فعال شدن مجدد Hep B

۴) آنتاگونیست IL-1

آناکینرا

۵) آنتاگونیست IL-6:

Tocilizumab

۶) IVIG:

عوارض:

مننژیت آسپتیک و واکنش‌های آلرژیک و نارسایی کلیه (سفتی گردن)

سیتوتوکسیک‌ها

۱) سیکلوفسفامید:

عوارض: سیستیت هموراژیک / کانسر مثانه / ناباروری

۲) آزاتیوپرین

۳) سیکلوسپورین





فصل ۱۸۰: JIA (آرتریت ایدیوپاتیگ جوانان)

کرایتریایا:

Table 180.1

Criteria for the Classification of Juvenile Rheumatoid Arthritis

Age at onset: <16 yr

Arthritis (swelling or effusion, or the presence of ≥ 2 of the following signs: limitation of range of motion, tenderness or pain on motion, increased heat) in ≥ 1 joint

Duration of disease: ≥ 6 wk

Onset type defined by type of articular involvement in the 1st 6 mo after onset:

Polyarthritis: ≥ 5 inflamed joints

Oligoarthritis: ≤ 4 inflamed joints

Systemic-onset disease: arthritis with rash and a characteristic quotidian fever

Exclusion of other forms of juvenile arthritis





Table 180.2

**International League of Associations for Rheumatology
Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA)**

CATEGORY	DEFINITION	EXCLUSIONS
Systemic JIA	Arthritis in ≥ 1 joint with, or preceded by, fever of at least 2 wk in duration that is documented to be daily (quotidian*) for at least 3 days and accompanied by ≥ 1 of the following: 1. Evanescent (nonfixed) erythematous rash 2. Generalized lymph node enlargement 3. Hepatomegaly or splenomegaly or both 4. Serositis†	a. Psoriasis or a history of psoriasis in patient or first-degree relative b. Arthritis in an HLA-B27–positive boy beginning after 6th birthday c. Ankylosing spondylitis, enthesitis-related arthritis, sacroiliitis with IBD, Reiter syndrome, or acute anterior uveitis, or history of 1 of these disorders in first-degree relative d. Presence of IgM RF on at least 2 occasions at least 3 mo apart
Oligoarthritis	Arthritis affecting 1–4 joints during 1st 6 mo of disease; 2 subcategories are recognized: 1. Persistent oligoarthritis—affecting ≤ 4 joints throughout the disease course 2. Extended oligoarthritis—affecting >4 joints after 1st 6 mo of disease	a, b, c, d (above) plus e. Presence of systemic JIA in the patient
Polyarthritis (RF negative)	Arthritis affecting ≥ 5 joints during 1st 6 mo of disease; a test for RF is negative	a, b, c, d, e
Polyarthritis (RF positive)	Arthritis affecting ≥ 5 joints during 1st 6 mo of disease; ≥ 2 tests for RF at least 3 mo apart during 1st 6 mo of disease are positive	a, b, c, e
Psoriatic arthritis	Arthritis and psoriasis, or arthritis and at least 2 of the following: 1. Dactylitis‡ 2. Nail pitting§ and onycholysis 3. Psoriasis in first-degree relative	b, c, d, e
Enthesitis-related arthritis	Arthritis and enthesitis,¶ or arthritis or enthesitis with at least 2 of the following: 1. Presence of or history of sacroiliac joint tenderness or inflammatory lumbosacral pain, or both¶ 2. Presence of HLA-B27 antigen 3. Onset of arthritis in a male >6 yr old 4. Acute (symptomatic) anterior uveitis 5. History of ankylosing spondylitis, enthesitis-related arthritis, sacroiliitis with IBD, Reiter syndrome, or acute anterior uveitis in first-degree relative	a, d, e
Undifferentiated arthritis	Arthritis that fulfills criteria in no category or in ≥ 2 of the above categories.	

* Quotidian fever is defined as a fever that rises to 39°C (102.2°F) once daily and returns to 37°C (98.6°F) between fever peaks.

† Serositis refers to pericarditis, pleuritis, or peritonitis, or some combination of the 3.

‡ Dactylitis is swelling of ≥ 1 digit(s), usually in an asymmetric distribution, that extends beyond the joint margin.

§ A minimum of 2 pits on any 1 or more nails at any time.

¶ Enthesitis is defined as tenderness at the insertion of a tendon, ligament, joint capsule, or fascia to bone.

¶ Inflammatory lumbosacral pain refers to lumbosacral pain at rest with morning stiffness that improves on movement.

IBD, Inflammatory bowel disease; RF, rheumatoid factor.





۱) پاسی آرتیکولر یا الیگوآرتیکولر:

- کمتر از ۵ مفصل
- بیشتر مفاصل اندام‌های تحتانی
- درگیری هیپ نداریم.
- ANA ⊕.
- ↑ ریسک یوونتیت قدامی

۲) پلی آرتیکولر:

- التهاب در $5 \leq$ مفصل
- درگیری هر دو اندام فوقانی و تحتانی
- RF+ و همراه با ندول‌های روماتوئیدی
- درگیری مفصل تمپورومندیبولار

۳) سیستمیک:

- آرتریت + تب + درگیری احشایی مثل هیپاتواسپلنومگالی / لنفادنوپاتی / سروزیت
- تب نیزه‌ای $\leq 39.5C$ به صورت یک یا دو بار در شبانه‌روز برای حداقل ۲ هفته
- راش ماکولار / اریتماتو / کمرنگ
- راش بدون خارش و مهاجر، کمتر از یک ساعت (Salmon-lesion)
- فنومن کوبنر +.





Table 180.6

Macrophage Activation Syndrome (MAS)

Laboratory Features*

1. Cytopenias
2. Abnormal liver function tests
3. Coagulopathy (hypofibrinogenemia)
4. Decreased erythrocyte sedimentation rate
5. Hypertriglyceridemia
6. Hyponatremia
7. Hypoalbuminemia
8. Hyperferritinemia
9. Elevated sCD25 and sCD163

Clinical Features*

1. Nonremitting fever
2. Hepatomegaly
3. Splenomegaly
4. Lymphadenopathy
5. Hemorrhages
6. Central nervous system dysfunction (headache, seizures, lethargy, coma, disorientation)

Histopathologic Features*

1. Macrophage hemophagocytosis in the bone marrow aspirate
2. Increased CD163 staining of the bone marrow

Proposed Criteria for MAS in sJIA †

- Serum ferritin >684 ng/mL *and*
- Any 2 of the following:
 - Thrombocytopenia ($\leq 181 \times 10^9 /L$)
 - Elevated liver enzymes (aspartate transaminase >48 U/L)
 - Hypertriglyceridemia (>156 mg/dL)
 - Hypofibrinogenemia (≤ 360 mg/dL)

نکته: در زمان شعله‌وری HLH، ESR بالا است در صورتی که در MAS این‌گونه نیست.

✓ درمان MAS: کورتون / سیکلوسپورین / آنakinra





مثال: دختر بچه سه ساله مورد JIA سیستمیک از سه ماه قبل که با درمان دارویی تحت کنترل بوده، با تب بالای مداوم از ۵ روز قبل و پورپورا و فونریزی از لثه و فوآب آلودگی از دیروز مراجعه نموده است. در معاینه لنفادن پاتای گردنی و هیپاتواسپلنومگالی دارد. آزمایشات وی به قرار زیر است:

CBC: WBC: 4200	HB: 10.5	PLT: 15000
ESR: 7	CRP: 3+	Ferritin: 6000
SGOT: 80	SGPT: 95	LDH: 2500
PT: 18/ sec	PTT: 53/ sec	

اولین و مناسب ترین اقدام کدام است؟ (اهواز ۹۸)

متیل پردنیزولون وریدی با دوز بالا

یافته‌های آزمایشگاهی:

(۱) افزایش WBC و Plt

(۲) آئمی میکروسیتیک

(۳) ESR و CRP افزایش یافته (به جز در MAS)

(۴) افزایش ANA به نفع یووئیت مزمن است که در الگواتر، تیکولر یا پلی آرتیکولر

دیده می‌شود ولی در نوع سیستمیک نادر است.

(۵) Anti CCP و RF = بیماری مهاجم.

نکته: فاکتور روماتوئید (RF) مثبت در نوع پلی آرتیکولر بیشتر دیده می‌شود.

RF مثبت نشانه شدت بیشتر بیماری است.

نکته: آرتریت به همراه دو مورد از موارد ذیل به نفع آرتریت پسوریاتیک است. (آرتریت

پسوریاتیک از نوع الگواتر، تیکولر)

(۱) آرتریت + پسوریازیس یا

(۲) آرتریت + حداقل دو مورد از موارد ذیل:

داکتیلیت - حفره ناخن - پسوریازیس در بستگان درجه ۱





نکته:

ویژگی‌های آرتريت وابسته به انتزیت:

آرتريت و انتزیت

یا

آرتريت یا انتزیت با حداقل ۲ مورد از علایم ذیل:

۱. سابقه تندرns مفصل ساکروایلیاک یا درد لومبوساکرال

۲. وجود HLAB27

۳. یوونیت قدامی حاد

۴. شروع آرتريت در پسر بالای ۶ سال

۵. سابقه اسپوندیلیت آنکلیوزان/ سابقه خانوادگی بیماری‌های وابسته به HLAB27

مثال: در کدام یک از آرتريت‌های کودکان عمدتاً درگیری اندام تثنانی دیده می‌شود؟ (اصفهان ۹۴)

Enthesitis-related arthritis

درمان:

(۱) الیگوآرتیکولر:

- NSAID و در صورت عدم پاسخ تا ۶-۴ هفته یا تفاوت در طول دو پا مشاهده

گردید: تزریق کورتون داخل مفصلی.

- در صورت عدم پاسخ: MTX (تأثیر بالا و توکسیسیته) / مهارکننده TNF α

(۲) در نوع پلی آرتیکولر و سیستمیک:

- NSAID به تنهایی مؤثر نمی‌باشد.

- MTX : ۶-۱۲ هفته

برای کنترل علائم سیستمیک : کورتون سیستمیک و مهارکننده IL-1 یا IL-6





Table 180.5

Frequency of Ophthalmologic Examination in Patients With Juvenile Idiopathic Arthritis

Referral	
• Patients should be referred at time of diagnosis, or suspicion, of JIA	
Initial screening examination	
• Should occur as soon as possible and no later than 6 wk from referral	
• Symptomatic ocular patients should be seen within a week of referral	
Ongoing screening	
• Screening at two monthly intervals from onset of arthritis for 6 mo	
• Followed by 3-4 monthly screening for time outlined below	
Oligoarticular JIA, psoriatic arthritis, and enthesitis-related arthritis irrespective of ANA status, onset under 11 yr	
AGE AT ONSET (YR)	LENGTH OF SCREENING (YR)
<3	8
3-4	6
5-8	3
9-10	1
Polyarticular, ANA-positive JIA, onset <10 yr	
AGE AT ONSET (YR)	LENGTH OF SCREENING (YR)
<6	5
6-9	2
• Polyarticular, ANA-negative JIA, onset <7 yr	
• 5-yr screening for all children	
• Systemic JIA and rheumatoid factor-positive polyarticular JIA	
Uveitis risk very low; however, diagnostic uncertainty in the early stages and overlap of symptoms may mean initial screening is indicated	
• All categories, onset >11 yr	
1-yr screening for all children	
• After stopping immunosuppression (eg, methotrexate)	
Two monthly screening for 6 mo, then revert to previous screening frequency as above	
• After discharge from screening	
Patients should receive advice about regular self-monitoring by checking vision unilaterally once weekly and when to seek medical advice	
Screening may need to continue indefinitely in situations where a young person may be unable to detect a change in vision or be unwilling to seek re-referral	
Annual check by optometrist as a useful adjunct	

نکته:

در JIA سیستمیک یوئیت ندریم و بیشتر در الیگوارتریت RF مثبت دیده می شود.

مثال: در کرامیک از فرم های آرتریت ایدیوپاتیکی جوانان (JIA)، احتمال بروز یوئیت بیشتر

است؟ (زنجان ۹۵) اولیگوآرتیکولر RF مثبت

مثال: یوئیت (uveitis) مزمن در کرامیک از انواع juvenile idiopathic (JIA)

arthritis شایع تر است؟ (تبریز ۹۴)

نوع اولیگوآرتیکولر





✓ فاکتورهای پیش‌بینی‌کننده شدت بیماری در پلی آرتیکولر:

(۱) سن پایین شروع بیماری

(۲) مثبت بودن RF سرمی

(۳) ندول‌های روماتوئید

(۴) Anti CCP ⊕

(۵) درگیری تعداد زیاد مفاصل

(۶) درگیری مفاصل لگن، دست و مچ دست





فصل ۱۸۱: اسپوندیلو آرتروپاتی‌ها

شامل: اسپوندیلیت آنکیلوزان / IBD / پسوریازیس
آرتريت واکنشی به دنبال عفونت‌های گوارشی یا ادراری - تناسلی.

علائم بالینی:

- (۱) آرتريت ساکروایلیاک، انتزیت
- (۲) یووئیت قدامی
- (۳) التهاب معده‌ای - روده‌ای

Lab:

- (۱) \uparrow CRP و \uparrow ESR
- (۲) ANA در آرتريت پسوریاتیک \oplus است.
- (۳) HLAB₂₇ در $< 90\%$ از JAS \oplus است.

گرافی:

- (۱) در مفاصل ساکروایلیاک:
 - ← حاشیه‌های نامعلوم، خوردگی
 - ← پهن شدگی مفاصل
- (۲) Bamboo spine
- (۳) استاندارد طلایی: ساکروایلیت MRI.

درمان:

- (۱) NSAID و فیزیوتراپی
- (۲) کورتون داخل مفصلی
- (۴) سولفاسالازین / MTX (در آرتريت محیطی).
- (۵) مهارگر TNF- α مثل اتانرسپت، اینفلکسی‌ماب، آدالی موماب





فصل ۱۸۲: آرتریت واکنشی به دنبال عفونت

در دو گروه است:

- (۱) آرتریت واکنشی به دنبال عفونت‌های روده‌ای یا انسدادی تناسلی
- (۲) آرتریت به دنبال Strep A یا ویروس‌ها

آرتریت واکنشی:

الیگوآرتیکولر/ بیشتر اندام تحتانی

تریاد:

آرتریت ۲، اورتریت ۳، کونژنکتیویت

مثال: دفتر بچه ۸ ساله‌ای با آرتریت زانو، مچ پا و سپس آرنج راست از ۵ هفته قبل مراجعه می‌نماید. سابقه عفونت ویروسی از ۳ هفته قبل از علائم آرتریت مویود است. بیمار دچار تب، بی‌حالی، افزایش ESR و CRP می‌باشد. نمونه مفصلی استریل گزارش شده است. ممتل‌ترین تشخیص کدام است؟ (تبریز ۹۲)

آرتریت راکتیو

■ آرتریت پس از استرپتوکوک:

(۱) الیگوآرتیکولر/ بیشتر اندام‌های تحتانی (در ARF: پلی آرتریت مهاجر)

(۲) برخلاف ARF مهاجر نیست.

(۳) حداقل ۱ سال نیاز به پروفیلاکسی با PC دارند.





■ سینوویت گذرا:

در سن ۳-۸ شایع است.

علت؛ عفونت سیستم تنفسی

(۱) درگیری لگن با انتشار به ران یا زانو (مفروdit ابراکسیون و روتاسیون دافلی)

(۲) ESR و شمارش WBC معمولاً طبیعی است.

(۳) گرافی / سونو: پهن شدگی فضای مفصلی ثانویه به افیوژن

(۴) آسپیراسیون مایع مفصلی جهت رد کردن آرتریت چرکی ضروری است.

تشخیص:

CBC و diff, CRP, U/A, U/C, S/C

نکته: آرتریت حاد گرفتارکننده یک مفصل منفرد مطرح‌کننده آرتریت عفونی بوده و

آسپیراسیون مفصلی را واجب می‌کند.

درمان:

(۱) NSAID

(۲) به بز عفونت به دنبال کلامیدیا بقیه نیاز به درمان ارگانسیم ندارند.

(۳) تزریق کورتون داخل مفصلی در موارد راجعه یا شدید

