



| | |
|-------------------------|--|
| سرشناسه | وفایی، ایمان، ۱۳۶۵- پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۲ فاطمه زمانی |
| عنوان و نام پدیدآور | روماتولوژی، ارتوپدی و طب ورزش: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳ و فوق تخصص Nelson text book of pediatrics 2020/ ترجمه و تلخیص ایمان وفایی. |
| مشخصات نشر | تهران: کاردیا، ۱۴۰۳. |
| مشخصات ظاهری | ۳۵۲ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی). |
| شابک | ۷۳۹۰۰۰۰ ریاال 3-978-622-5560-09 |
| وضعیت فهرست نویسی | فیبا |
| یادداشت | کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب " Nelson textbook of pediatrics, 21st. ed, c2020" به ویراستاری رابرت کلیگمن... [دیگران] است. |
| یادداشت | در ویراست‌های قبلی والدوامرسون نلسون مولف بوده است. |
| عنوان دیگر | اصول طب کودکان. |
| موضوع | روماتیسم کودکان Rheumatism in children ارتوپدی کودکان Pediatric orthopedics کودکان -- بیماری‌ها Children -- Diseases پزشکی ورزشی کودکان Pediatric sports medicine روماتیسم کودکان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Rheumatism in children -- Examinations, questions, etc ارتوپدی کودکان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Pediatric orthopedics -- Examinations, questions, etc. کودکان -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Children -- Diseases -- Examinations, questions, etc. |
| شناسه افزوده | کلیگمن، رابرت، ۱۹۵۵ - م. |
| شناسه افزوده | Kliegman, Robert |
| شناسه افزوده | نلسون، والدو امرسون، ۱۸۹۸-۱۹۹۷ م. اصول طب کودکان |
| رده بندی کنگره | ۴۸۲RJ |
| رده بندی دیویی | ۹۲۹/۶۱۸ |
| شماره کتابشناسی ملی | ۹۱۷۶۴۰۷ |
| اطلاعات رکورد کتابشناسی | فیبا |
| تاریخ درخواست | ۲۰/۰۱/۱۴۰۲ |
| تاریخ پاسخگویی | |
| کد پیگیری | ۹۱۷۵۵۰۸ |

| | |
|---|------------------------------------|
| کتاب روماتولوژی، ارتوپدی و طب ورزش برگرفته از کتاب "Nelson Text Book Of Pediatrics 2020(edition 21)" است. | چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار |
| ترجمه و تلخیص: دکتر ایمان وفایی | نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳ |
| ناشر: انتشارات کاردیا | شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۰۹۳ |
| صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم | تیراژ: ۱۵۰ جلد |
| طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی | تومان ۷۳۹،۰۰۰ |

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی

روماتولوژی، ارتوپدی و طب ورزش

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳ و فوق تخصص

Nelson Text Book Of Pediatrics 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر ایمان وفایی

بورده تخصصی کودکان، نوجوانان و تکامل

رتبه برتر آزمون فوق تخصص اطفال

گردآوری و پاسخدهی به سوالات:

دکتر فاطمه زمانی

۵ درصد بورده تخصصی ۱۴۰۱ کشور

دانشگاه علوم پزشکی تهران



فهرست مطالب

- فصل ۱۷۸ (روماتولوژی)- ارزیابی بیماران با احتمال بیماری‌های روماتولوژیک ۱۳
- فصل ۱۷۹ (روماتولوژی)- درمان بیماری‌های روماتولوژیک ۲۱
- سوالات و پاسخنامه فصل درمان بیماری‌های روماتولوژیک ۲۷
- فصل ۱۸۰ (روماتولوژی)- JIA (آرتریت ایدیوپاتیک جوانان) ۳۳
- سوالات و پاسخنامه فصل JIA آرتریت ایدیوپاتیک جوانان ۵۱
- فصل ۱۸۱ (روماتولوژی)- اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها ۵۵
- فصل ۱۸۲ (روماتولوژی)- آرتریت واکنشی به دنبال عفونت ۶۳
- سوالات و پاسخنامه فصل آرتریت واکنشی به دنبال عفونت ۶۷
- فصل ۱۸۳ (روماتولوژی)- لوپوس ۶۹
- فصل ۱۸۴ (روماتولوژی)- درماتومیوزیت جوانان ۷۷
- فصل ۱۸۵ (روماتولوژی)- اسکرودرمی و پدیده رینود ۸۳
- سوالات و پاسخنامه فصل اسکرودرمی و پدیده رینود ۹۷
- فصل ۱۸۶ (روماتولوژی)- بیماری بهجت ۱۰۱
- سوالات و پاسخنامه فصل بیماری بهجت ۱۰۳
- فصل ۱۸۷ (روماتولوژی)- شوگرن ۱۰۵
- سوالات و پاسخنامه فصل ۱۸۷ ۱۰۹
- فصل ۱۸۸ (روماتولوژی)- تب‌های دوره‌ای ۱۱۱
- سوالات و پاسخنامه فصل تب‌های دوره‌ای ۱۳۱
- فصل ۱۸۹ (روماتولوژی)- آمیلوئیدوزیس ۱۳۳
- فصل ۱۹۰ (روماتولوژی)- سارکوئیدوز ۱۳۵

| | |
|--|-----|
| فصل ۱۹۱ (روماتولوژی) - کاوازاکی | ۱۳۹ |
| سوالات و پاسخنامه فصل کاوازاکی | ۱۵۵ |
| فصل ۱۹۲ (روماتولوژی) - سندرم‌های واسکولیتی | ۱۵۹ |
| سوالات و پاسخنامه فصل سندرم‌های واسکولیتی | ۱۷۵ |
| فصل ۱۹۳ (روماتولوژی) - سندرم‌های موسکولواسکتال | ۱۷۷ |
| سوالات و پاسخنامه فصل سندرم‌های موسکولواسکتال | ۱۸۹ |
| فصل ۱۹۴ (روماتولوژی) - سندرم‌های همراه با آتریت | ۱۹۳ |
| فصل ۶۹۲ (ارتوپدی) - رشد و نمو | ۱۹۹ |
| فصل ۶۹۳ (ارتوپدی) - ارزیابی ارتوپدیک در کودکان | ۲۰۳ |
| فصل ۶۹۴ (ارتوپدی) - پا و انگشتان | ۲۰۷ |
| سوالات و پاسخنامه فصل پا و انگشتان | ۲۱۷ |
| فصل ۶۹۵ (ارتوپدی) - بدشکلی‌های زاویه‌ای و چرخشی | ۲۱۹ |
| فصل ۶۹۶ (ارتوپدی) - اختلاف طول دو پا | ۲۲۷ |
| فصل ۶۹۷ (ارتوپدی) - زانو | ۲۳۱ |
| فصل ۶۹۸ (ارتوپدی) - DDH | ۲۳۹ |
| فصل ۶۹۹ (ارتوپدی) - ستون فقرات | ۲۵۱ |
| سوالات و پاسخنامه فصل ستون فقرات | ۲۶۵ |
| فصل ۷۰۰ (ارتوپدی) - گردن | ۲۶۷ |
| فصل ۷۰۱ (ارتوپدی) - اندام فوقانی | ۲۷۱ |
| سوالات و پاسخنامه فصل اندام فوقانی | ۲۷۹ |
| فصل ۷۰۴ (ارتوپدی) - استئومیلیت | ۲۸۱ |
| فصل ۷۰۵ (ارتوپدی) - آتریت Septic | ۲۸۵ |
| سوالات و پاسخنامه فصل آتریت Septic | ۲۸۷ |
| فصل مشترک ۷۰۳ (شکستگی ارتوپدی) و ۷۰۷ (آسیب موسکولو اسکتال طب ورزش) | ۲۸۹ |
| سوالات و پاسخنامه فصل ارزیابی آسیب موسکولواسکتال | ۳۰۳ |

- فصل ۷۰۸ (طب ورزش) - آسیب مغزی مرتبط با تکان مغزی..... ۳۰۷
- فصل ۷۰۹ (طب ورزش) - آسیب مهره‌های گردنی..... ۳۰۹
- فصل ۷۱۰ (طب ورزش) - صدمات گرمایی..... ۳۱۱
- اطلس آموزشی و مرور..... ۳۱۳

ارزیابی بیماران با احتمال بیماری‌های روماتولوژیک

فصل ۱۷۸

Section 178

۱. آرترالژی:

- ✓ درد منتشر که با فعالیت بدتر می‌شود. / اختلال خواب ایجاد می‌کند که به نفع فیبرومیالژی است.
- ✓ هیپوتیروئیدی: آرترالژی + پوست خشک / ریزش مو / خستگی / اختلال رشد
- ✓ ALL یا نوروبلاستوم: آرترالژی + درد شبانه + ترومبوسیتوپنی یا لکوپنی یا لکوسیتوز
- ✓ سندرم پاتلوفمورال: آرترالژی زانو در یک دختر نوجوان که با بالا رفتن از پله‌ها و کشیدگی پاتلا بدتر می‌شود.
- ✓ درد رشد: آرترالژی شبانه / سن ۱۰-۳ سال / که علائمی از درد و لنگش صبحگاهی ندارد.
- صبح روز بعد علائم از بین می‌رود.

| SYMPTOM | RHEUMATIC DISEASE(S) | POSSIBLE NONRHEUMATIC DISEASES CAUSING SIMILAR SYMPTOMS |
|-------------|--|--|
| Fevers | Systemic JIA, SLE, vasculitis, acute rheumatic fever, sarcoidosis, MCTD | Malignancies, infections and postinfectious syndromes, inflammatory bowel disease, periodic fever (autoinflammatory) syndromes, Kawasaki disease, HSP |
| Arthralgias | JIA, SLE, rheumatic fever, JDM, vasculitis, scleroderma, sarcoidosis | Hypothyroidism, trauma, endocarditis, other infections, pain syndromes, growing pains, malignancies, overuse syndromes |
| Weakness | JDM, myositis secondary to SLE, MCTD, and deep localized scleroderma | Muscular dystrophies, metabolic and other myopathies, hypothyroidism |
| Chest pain | Juvenile idiopathic arthritis, SLE (with associated pericarditis or costochondritis) | Costochondritis (isolated), rib fracture, viral pericarditis, panic attack, hyperventilation |
| Back pain | Enthesitis-related arthritis, juvenile ankylosing spondylitis | Vertebral compression fracture, diskitis, intraspinal tumor, spondylolysis, spondylolisthesis, bone marrow-occupying malignancy, pain syndromes, osteomyelitis, muscle spasm, injury |
| Fatigue | SLE, JDM, MCTD, vasculitis, JIA | Pain syndromes, chronic infections, chronic fatigue syndrome, depression |

HSP, Henoch-Schönlein purpura; JDM, juvenile dermatomyositis; JIA, juvenile idiopathic arthritis; MCTD, mixed connective tissue disease; SLE, systemic lupus erythematosus.

۲. راش:

- ✓ راش منتشر پوستی ← JDM
- ✓ هَنوخ: راش پورپوریک قابل لمس روی سطوح اکستانسور



- ✓ SLE: راش محو شونده کف دست
- ✓ JDM: راش هلیوتروپ/پاپول‌های گوترون
- ✓ آرتریت با شروع سیستمیک: راش ماکولر محو شونده + تب
- ✓ راش حساس به آفتاب یا نور ← SLE یا JDM
- ✓ SLE: زخم‌های دهانی + زخم بدون درد بینی
- ✓ بهجت: زخم دهانی دردناک + آفت دهانی
- ✓ وگنر: از دست دادن غضروف در بینی و saddle nose شدن
- ✓ آلوپسی ← در SLE، اسکلرودرمی موضعی، JDM
- ✓ پدیده رینود ← اسکلرودرمی، SLE، بافت همبند MCTD، سندرم همپوشانی (جدول ۲-۱۷۸)

۳. Pericardial Rub (مالش پریکاردی): مطرح‌کننده پریکاردیت است که JIA سیستمیک، SLE و سارکوئیدوز دیده می‌شود.

۴. دیلاتاسیون عروق کرونری ← کلاوازی

۵. ILD (بیماری بینایی ریه)

که با تنگی نفس / رال / ↓ ظرفیت انتشار ریه دیده می‌شود. در SLE / MCTD / اسکلروز سیستمیک یافت می‌شود.

۶. خونریزی ریوی:

وگنر / SLE / آنژیئیت میکروسکوپی

۷. آنوریسم عروق ریه ← بهجت

| 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 |
| Gottron papules | JDM | Look for associated heliotrope rash, periungual 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.

JIA

آرتریت

ایدیوپاتیک جوانان

فصل ۱۸۰ (روماتولوژی)

Section 180

طبق جدول ۱۸۰-۱ کرایتریاهای تعریفی JIA به شرح ذیل خلاصه می‌گردد:

(۱) از نظر سنی به سن زیر ۱۶ سال تعریف می‌گردد.

(۲) تعریف آرتریت به شرح ذیل است:

• تورم یا افیوژن یا

• حضور ۲ یا بیشتر از موارد ذیل:

محدودیت حرکت، حساسیت یا احساس درد حین حرکت کردن، احساس افزایش گرما در بیش از ۲ مفصل

✓ آرتریت مزمن به آرتریتی که بیش از ۶ ماه طول بکشد، گفته می‌شود.

✓ پلی آرتریت: بیشتر یا مساوی ۵ مفصل

✓ الیگوآرتریت: کمتر از ۵ مفصل

راه برای حفظ کردن: پلی ≡ پنج

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 |

Adapted from Cassidy JT, Levison JE, Bass JC, et al: A study of classification criteria for a diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis, *Arthritis Rheum* 29:174-181, 1986.



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 2. Nail pitting ³ and onycholysis 3. Psoriasis in first-degree relative | b, c, d, e |
| Enthesitis-related arthritis | Arthritis and enthesitis, ⁴ 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 ⁵ 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, ⁶ 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.

¹Serositis refers to pericarditis, pleuritis, or peritonitis, or some combination of the 3.

²Dactylitis is swelling of ≥ 1 digit(s), usually in an asymmetric distribution, that extends beyond the joint margin.

³A minimum of 2 pits on any 1 or more nails at any time.

⁴Enthesitis is defined as tenderness at the insertion of a tendon, ligament, joint capsule, or fascia to bone.

⁵Inflammatory lumbosacral pain refers to lumbosacral pain at rest with morning stiffness that improves on movement.

IBD, Inflammatory bowel disease; RF, rheumatoid factor.

در جدول ۲-۱۸۰ تقسیم‌بندی انواع آرتрит‌ها آورده شده است.

نکته: در پدیده gelling، پس از استراحت دچار سفتی مفاصل می‌شوند.

نکته: مفاصل اغلب موارد متورم، گرم، دردناک می‌باشند که همراه با محدودیت در حرکت می‌باشند.

JIA بر ۳ نوع ذیل تقسیم می‌شود: پاسی آرتیکولر/ پلی آرتیکولر/ سیستمیک

تقسیم‌بندی اختلالات دوره‌ای ارثی:

(۱) اتوزومال مغلوب: که شامل FMF و HIDS است.

(۲) اتوزومال غالب: TRAPS و سندرم تب‌های دوره‌ای وابسته به کرایو

Table 188.1 Differential Diagnosis of Periodic Fever

HEREDITARY

See Table 188.2.

NONHEREDITARY

A. Infectious

1. Hidden infectious focus (e.g., aortoenteric fistula, lung sequestration)
2. Recurrent infection/reinfection (e.g., chronic meningococcemia, immune deficiency)
3. Specific infection (e.g., Whipple disease, malaria)

B. Noninfectious inflammatory disorder:

1. Adult-onset Still disease
2. Systemic-onset juvenile idiopathic arthritis
3. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis
4. Schnitzler syndrome
5. Behçet syndrome
6. Crohn disease
7. Sarcoidosis

C. Neoplastic

1. Lymphoma (e.g., Hodgkin disease, angioimmunoblastic lymphoma)
2. Solid tumor (e.g., pheochromocytoma, myxoma, colon carcinoma)
3. Histiocytic disorders

D. Vascular (e.g., recurrent pulmonary embolism)

E. Hypothalamic

F. Psychogenic periodic fever

G. Factitious or fraudulent



← (Familial Mediterranean Fever) FMF

- (۱) اکثراً زیر ۲۰ سال رخ می‌دهد (زیر ۲۰ سال).
- (۲) اپیزودهای خود محدود شونده حاد و مختصر از تب و پلی‌سروزیت دارد.
- (۳) معمولاً ۱-۳ روز طول می‌کشد.
- (۴) تب + یکی یا بیشتر از موارد زیر رخ می‌دهد.

| Table 188.6 | Diagnostic Criteria for Familial Mediterranean Fever (FMF)* |
|--|---|
| MAJOR CRITERIA | |
| 1. Typical attacks [†] with peritonitis (generalized) | |
| 2. Typical attacks with pleuritis (unilateral) or pericarditis | |
| 3. Typical attacks with monoarthritis (hip, knee, ankle) | |
| 4. Typical attacks with fever alone | |
| 5. Incomplete abdominal attack | |
| MINOR CRITERIA | |
| 1. Incomplete attacks [‡] involving chest pain | |
| 2. Incomplete attacks involving monoarthritis | |
| 3. Exertional leg pain | |
| 4. Favorable response to colchicine | |

*Requirements for diagnosis of FMF are ≥ 1 major criteria or ≥ 2 minor criteria.

[†]Typical attacks are defined as recurrent (≥ 3 of the same type), febrile ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), and short (lasting between 12 hr and 3 days).

[‡]Incomplete attacks are defined as painful and recurrent attacks not fulfilling the criteria for a typical attack.

- ✓ پریتونیت استریل ژنرالیزه
- ✓ آرتريت، آرتراژي یا پلوریت یک طرفه که با درد قفسه سینه تظاهر می‌کند.
- ✓ آرتريت در مفاصل بزرگ همراه با افیوژن مفصلی پر از نوتروفیل است که بصورت غیر تخریبی و غیر فرسایشی است.
- ✓ راش‌های شبیه باد سرخ / اسپلنومگالی / پورپورای هنوخ درگیری اسکروتوم که کمتر شایع هستند.
- راش شبیه باد سرخ سؤال فوق تخصص ۹۶ بوده است.

سوال: کدام یک از ضایعات پوستی زیر در بیماری تب مدیترانه‌ای شایع‌تر است؟ (فوق تخصصی ۹۶)

- (الف) راش اریزوپلوئید
- (ب) اریتم ندوزوم
- (ج) لیویدو رتیکولاریس
- (د) اریتم مولتی فرم

پاسخ: الف

مقدمه:

درگیری عروق خونی به صورت التهاب عروق خونی است که در سه دسته جای می‌گیرد:
(۱) عروق کوچک (۲) عروق متوسط (۳) عروق بزرگ

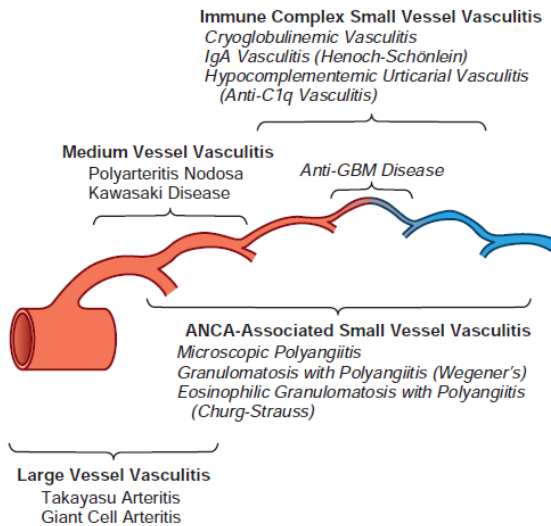


Fig. 192.1 Distribution of vessel involvement in large, medium, and small vessel vasculitis. There is substantial overlap with respect to arterial involvement, and all 3 major categories of vasculitis can affect any-size artery. Large vessel vasculitis affects large arteries more often than other vasculitides. Medium vessel vasculitis predominantly affects medium arteries. Small vessel vasculitis predominantly affects small vessels, but medium arteries and veins may be affected, although immune complex small vessel vasculitis rarely affects arteries. Not shown is *variable vessel vasculitis*, which can affect any type of vessel, from aorta to veins. The diagram depicts (from left to right) aorta, large artery, medium artery, small artery/arteriole, capillary, venule, and vein. ANCA, Antineutrophil cytoplasmic antibody; GBM, glomerular basement membrane.



جهت طبقه‌بندی این سندرم‌ها جدول ۱-۱۹۲ و ۲-۱۹۲ بسیار کمک‌کننده هستند.

| Table 192.1 Classification of Childhood Vasculitis | |
|--|---|
| <p>2012 CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE NOMENCLATURE OF VASCULITIDES</p> <p>I. Large vessel vasculitis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Takayasu arteritis • Giant cell arteritis <p>II. Medium vessel vasculitis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polyarteritis nodosa • Kawasaki disease <p>III. Small vessel vasculitis</p> <p>Antineutrophil cytoplasmic antibody (ANCA)-associated vasculitis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microscopic polyangiitis • Granulomatosis with polyangiitis • Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis <p>Immune complex small vessel vasculitis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti-glomerular basement membrane (anti-GBM) disease • IgA vasculitis (Henoch-Schönlein purpura) • Hypocomplementemic urticarial vasculitis <p>IV. Variable vessel vasculitis</p> <p>Behçet disease</p> <p>Cogan syndrome</p> <p>V. Single-organ vasculitis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cutaneous leukocytoclastic vasculitis • Cutaneous arteritis • Primary central nervous system vasculitis • Isolated aortitis <p>Others</p> <p>VI. Vasculitis associated with systemic disease</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lupus vasculitis • Rheumatoid vasculitis • Sarcoid vasculitis <p>Others</p> <p>VII. Vasculitis associated with probable etiology</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis C virus-associated cryoglobulinemic vasculitis • Hepatitis B virus-associated vasculitis • Syphilis-associated aortitis • Drug-associated immune complex vasculitis • Drug-associated ANCA-associated vasculitis • Cancer-associated vasculitis • Others | <p>EUROPEAN LEAGUE AGAINST RHEUMATISM/PEDIATRIC RHEUMATOLOGY EUROPEAN SOCIETY CLASSIFICATION OF CHILDHOOD VASCULITIS</p> <p>Predominantly large vessel vasculitis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Takayasu arteritis <p>Predominantly medium vessel vasculitis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Childhood polyarteritis nodosa • Cutaneous polyarteritis nodosa • Kawasaki disease <p>Predominantly small vessel vasculitis</p> <p>Granulomatous:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Granulomatosis with polyangiitis (Wegener granulomatosis)* • Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Straus syndrome)* <p>Nongranulomatous:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microscopic polyangiitis* • Henoch-Schönlein purpura (IgA vasculitis) • Isolated cutaneous leukocytoclastic vasculitis • Hypocomplementemic urticarial vasculitis <p>Other vasculitides</p> <p>Behçet disease</p> <p>Vasculitis secondary to infection (including hepatitis B-associated polyarteritis nodosa), malignancies, and drugs (including hypersensitivity vasculitis)</p> <p>Vasculitis associated with connective tissue disease</p> <p>Isolated vasculitis of central nervous system</p> <p>Cogan syndrome</p> <p>Unclassified</p> |

*Associated with antineutrophil cytoplasmic antibody.

سندرم‌های موسکولواسکتال

فصل ۱۹۳ (روماتولوژی)

Section 193

علائم بالینی:

طول دوره حداقل ۳ ماه و در صورت عدم وجود اختلالات قابل مشاهده بالینی و علائم آزمایشگاهی می‌باشد. درد پایدار بوده و به NSAID و سایر عوامل ضد درد پاسخ نمی‌دهد. محل درد متفاوت است و می‌تواند محدود به یک اندام منفرد یا منتشر باشد. این دردها همراه با استرس روانی می‌باشد. اختلالات خواب در این کودکان شایع‌تر بوده است.

تشخیص‌های افتراقی:

- (۱) وجود درد همراه با تشدید در طول شب یا همراهی با کاهش وزن و یا حضور تب همزمان یا راجعه به نفع روند التهابی است یا می‌تواند در زمینه نئوپلاسم صورت گیرد.
 - (۲) موارد به نفع علل جدی‌تر عبارتند از:
 - درد حین استراحت و بهبود با فعالیت
 - تورم مفصل در معاینه
 - خشکی یا محدودیت حرکت مفاصل
 - حساسیت استخوانی
 - ضعف عضلانی
 - رشد ضعیف و یا کاهش وزن و وجود علائم عمومی (جدول ۱-۱۹۳)
- انواعی از سندرم‌های موسکولواسکتال در جدول ۲-۱۹۳ خلاصه شده است.



Table 193.1 Potential Indicators of Benign vs Serious Causes of Musculoskeletal Pain

| CLINICAL FINDING | BENIGN CAUSE | SERIOUS CAUSE |
|--|---|---|
| Effects of rest vs activity on pain | Relieved by rest and worsened by activity | Present at rest and may be relieved by activity |
| Time of day pain occurs | End of the day and nights | Morning* |
| Objective joint swelling | No | Yes |
| Joint characteristics | Hypermobile/normal | Stiffness, limited range of motion |
| Bony tenderness | No | Yes |
| Muscle strength | Normal | Muscle weakness |
| Gait | Normal | Limp or refusal to walk |
| Growth | Normal growth pattern or weight gain | Poor growth and/or weight loss |
| Constitutional symptoms (e.g., fever, malaise) | Fatigue without other constitutional symptoms | Yes |
| Lab findings | Normal CBC, ESR, CRP | Abnormal CBC, raised ESR and CRP |
| Imaging findings | Normal | Effusion, osteopenia, radiolucent metaphyseal lines, joint space loss, bony destruction |

*Cancer pain is often severe and worst at night.
 CBC, Complete blood count; CRP, C-reactive protein level; ESR, erythrocyte sedimentation rate.

سندرم‌های همراه با آرتريت

فصل ۱۹۴ (روماتولوژی)

Section 194

□ پلی کندریت راجعه:

به التهاب اپیزودیک غضروف می‌گویند. باعث تخریب غضروف و بدشکلی گوش می‌گردد. همچنین روی بینی، حنجره اثر می‌گذارد. از علائم دیگر آرتريت، یووئیت و از دست دادن شنوایی می‌باشد.

| Table 194.1 | Suggested Criteria for Relapsing Polychondritis* |
|---|--|
| MAJOR | |
| Typical inflammatory episodes of ear cartilage | |
| Typical inflammatory episodes of nose cartilage | |
| Typical inflammatory episodes of laryngotracheal cartilage | |
| MINOR | |
| Eye inflammation (conjunctivitis, keratitis, episcleritis, uveitis) | |
| Hearing loss | |
| Vestibular dysfunction | |
| Seronegative inflammatory arthritis | |

*The diagnosis is established by the presence of 2 major or 1 major and 2 minor criteria. Histologic examination of affected cartilage is required when the presentation is atypical.

درمان:

- (۱) NSAID (۲) آزاتیوپرین (۳) هیدروکسی کلرکین
(۴) کورتون (۵) MTX (۶) کلشی‌سین

□ PLEVA یا موچا - هابرمان:

PLEVA یعنی Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta

واسکولیت جلدی خود محدود شونده است که به صورت ماکول، پاپول یا نکروز در مرکز آن می‌باشد.



Fig. 194.1 Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA). Symmetric, oval and round, reddish brown macular, papular, necrotic, and crusted lesions on chest of 9 yr old boy.

در جنس مذکر بیش از مؤنث است.

از سایر یافته‌ها می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

آرتریت، تظاهرات عصبی، درد شکم، پنومونیت بینابینی

تشخیص: با بیوپسی پوست است.

درمان: کورتون و در موارد مقاوم MTX، سیکلوسپورین، آنتی TNF به کار می‌رود.

□ سندرم Sweet:

درماتوز نوتروفیلی حاد به صورت تب‌دار می‌باشد.

علائم: تب، افزایش نوتروفیل، ندول‌ها و پلاک‌های برجسته و تندرns که روی صورت/ اندام‌ها و تنه رخ می‌دهد.

ارزیابی ارتوپدی در کودکان

فصل ۶۹۳ (ارتوپدی)

Section 693

همکاران گرامی این فصل از ارتوپدی اهمیت چندانی در سؤالات ندارد. با ذکر چند نکته مهم به مبحث اشاره می‌کنیم.

در شکل ۶۹۳-۱ به غربالگری اختلالات راه رفتن - دست‌ها و پا می‌پردازد.

Gait



A "Walk on your tip-toes." *Observe the child walking
B "Walk on your heels." *Observe the child walking

Arms



C "Put your hands out in front of you."
D "Turn your hands over and make a fist. Pinch your index finger and thumb together."
E "Touch the tips of your fingers with your thumb."
F Squeeze metacarpophalangeal joints



G "Put your hands together."
H "Put your hands back to back."
I "Reach up and touch the sky." Look at the ceiling."
J "Put your hands behind your neck."



Legs



K Feel for effusion at the knee



L "Bend and the straighten your knee." (active movement of knees and examiner feels for crepitus)



M Passive flexion (90 degrees) with internal rotation of hip

Spine



N "Open your mouth and put 3 of your (child's own) fingers in your mouth."*



O Lateral flexion of cervical spine: "Try and touch your shoulder with your ear."



P Observe spine from behind



Q "Can you bend and touch your toes?" Observe curve of spine from side and behind

Fig. 693.1 The components of pediatric gait, arms, legs, spine (pGALS) screen, with illustration of movement. Screening questions: (1) Do you have any pain or stiffness in your joints, muscles, or back? (2) Do you have any difficulty getting yourself dressed without any help? (3) Do you have any difficulty going up and down stairs? *Additions and amendments to the original adult gait, arms, legs, spine screen.

ارزیابی معیارهای اسپاستیسیتهی آئورت که در جدول ۶۹۳-۶ آورده شده است.

| Table 693.6 Ashworth Scale of Spasticity | |
|--|--|
| 0 | No increase in muscle tone |
| 1 | Slight increase in muscle tone, usually a catch or minimal resistance at end range of motion |
| 2 | Moderate tone throughout range of motion |
| 3 | Considerable increase in tone; passive range of motion difficult |
| 4 | Rigid in flexion or extension |

معیارهای کنترل حرکتی اندام فوقانی در جدول ۶۹۳-۷ آورده شده است.

فصل ۶۹۵ (ارتوپدی)

Section 695

بدشکلی‌های زاویه‌ای و چرخشی

(۱) **Femoral Anteversion**: چرخش داخلی فمور است که راه رفتن به صورت روی انگشتان که سمت داخل هستند صورت می‌گیرد و ناشی از آنتی ورژن بیش از اندازه فمور است (شکل ۶۹۵-۴)



Fig. 695.4 Anteversion measured by medial rotation of hip (A) and lateral rotation of hip (B).

هیپ به سمت داخل بیش از ۷۰ درجه می‌چرخد. اندیکاسیون‌های جراحی:

(۱) دفورمیتی دائمی

(۲) زیبایی

(۳) آنته‌ورژن $< 45^\circ$

(۴) محدودیت Ext-rot

(۲) Int TIBIAL rotation

✓ راه رفتن به صورتی که انگشتان به سمت داخل است.

✓ درمان: اطمینان بخشی + ورزش‌های کششی