



سرشناسه	وفايي، ايمان، ۱۳۶۵-
عنوان و نام پديدآور	پوست در کودکان: کتاب جامع آمادگي آزمون ارتقاء و بورد تخصصي Nelson Text Book Of Pediatrics 2024/ ترجمه و تلخيص ايمان وفايي.
مشخصات نشر	تهران: کارديا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهري	۲۰۰ص: مصور (رنگي).
شابک	۵۸۷۰۰۰ ريال 978-622-404-224-8
وضعيت فهرست نويسي	فيپا
يادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخيص بخشي از کتاب " Nelson textbook of pediatrics, 22st. ed, c2024" به ويراستاري رابرت کليگمن... [ديگران] است.
عنوان ديگر	اصول طب کودکان.
موضوع	کودکان — بيماري‌هاي پوستي Pediatric dermatology پزشکي کودکان Pediatrics کودکان — بيماري‌هاي پوستي — آزمون‌ها و تمرين‌ها Pediatric dermatology -- Examinations, questions, etc. پزشکي کودکان — آزمون‌ها و تمرين‌ها Pediatrics -- Examinations, questions, etc. کليگمن، رابرت، ۱۹۵۵ - م. Kliegman, Robert نلسون، والدو امرسون، ۱۸۹۸-۱۹۹۷ م. اصول طب کودکان ۵۱۱RJ ۹۲۵/۶۱۸ ۹۱۷۷۸۸۰
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندي کنگره	
رده بندي ديويي	
شماره کتابشناسي ملي	
اطلاعات رکورد کتابشناسي	فيپا

کتاب: پوست در کودکان برگرفته از کتاب "Nelson Text Book Of Pediatrics 2024(edition 22)" است.	چاپ و ليتوگرافي: رزیدنت یار
ترجمه و تلخيص: دکتر ايمان وفايي	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
ناشر: انتشارات کارديا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۲۴-۸
صفحه آرا: رزیدنت یار - منيره اميري مقدم	تومان ۵۸۷۰۰۰
طراح و گرافيست: رزیدنت یار - مهرداد فيضي	

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

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

پوست در کودکان

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورד تخصصی

Nelson Text Book Of Pediatrics 2024

ترجمه و تلخیص



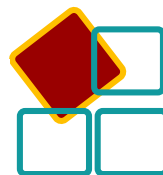
دکتر ایمان وفایی

بورد تخصصی کودکان، نوجوانان و تکامل

رتبه ۲ کشوری فوق تخصص کودکان

دستیار فوق تخصص ریه کودکان

فهرست مطالب



فصل ۶۸۵ و ۶۸۶ - مورفولوژی پوست و ارزیابی بیمار	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل مورفولوژی پوست و ارزیابی بیمار	۲۵
فصل ۶۸۷ - اصول درمان	۲۷
فصل ۶۸۸ - بیماری‌های نوزادان	۳۱
فصل ۶۸۹ - نقایص پوستی	۳۵
فصل ۶۹۰ - دیس‌پلازی اکتودرمال	۳۷
فصل ۶۹۱ - اختلالات عروقی	۴۳
سؤالات و پاسخنامه فصل اختلالات عروقی	۵۵
فصل ۶۹۲ - خال‌های پوستی	۵۹
فصل ۶۹۳ - ضایعات هیپرپیگمانته	۶۵
فصل ۶۹۴ - ضایعات هیپوپیگمانته	۷۱
فصل ۶۹۵ - اختلالات وزیکولوبولوز	۷۳
سؤالات و پاسخنامه فصل اختلالات وزیکولوبولوز	۸۹
فصل ۶۹۶ - بیماری‌های اگزماتوز	۹۳
سؤالات و پاسخنامه فصل بیماری‌های اگزماتوز	۱۰۳
فصل ۶۹۷ - حساسیت به نور	۱۰۷
فصل ۶۹۸ - بیماری‌های اپی‌درم	۱۱۳
سؤالات و پاسخنامه فصل بیماری‌های اپی‌درم	۱۲۱
فصل ۶۹۹ - اختلالات کراتینیزاسیون	۱۲۳
فصل ۷۰۰ - بیماری‌های درم	۱۲۷
سؤالات و پاسخنامه فصل بیماری‌های درم	۱۳۱

فصل ۷۰۱ - بیماری‌های بافت زیرجلدی.....	۱۳۳
سؤالات و پاسخنامه فصل بیماری‌های بافت زیرجلدی.....	۱۳۷
فصل ۷۰۲ - اختلالات غدد عرق.....	۱۳۹
فصل ۷۰۳ - اختلالات مو.....	۱۴۳
فصل ۷۰۴ - اختلالات ناخن.....	۱۴۹
سؤالات و پاسخنامه فصل اختلالات ناخن.....	۱۵۷
فصل ۷۰۵ - بیماری غشاهای مخاطی.....	۱۵۹
سؤالات و پاسخنامه فصل بیماری غشاهای مخاطی.....	۱۶۱
فصل ۷۰۶ - عفونت‌های پوستی باکتریال.....	۱۶۳
فصل ۷۰۷ - عفونت‌های قارچی.....	۱۶۹
فصل ۷۰۸ - عفونت‌های ویروسی.....	۱۷۵
فصل ۷۰۹ - گزش.....	۱۷۹
سؤالات و پاسخنامه فصل گزش.....	۱۸۳
فصل ۷۱۰ - آکنه.....	۱۸۵
فصل ۷۱۱ - تومورهای پوستی.....	۱۹۱
فصل ۷۱۲ - درماتوزهای تغذیه‌ای.....	۱۹۵

مورفولوژی پوست و ارزیابی بیمار

(۱) **ماکول:** لمس نمی‌شود کمتر از ۱ cm است. پیچ ماکولی است که بزرگتر از ۱ cm است.

راه: ماچ

ماکول پیچ

(۲) **پاپول:** سفت و قابل لمس و به اندازه ۱ cm < است.

پلاک مثل پاپول است ولی بزرگتر است.

(۳) **وزیکول:** ضایعات برجسته حاوی مایع است. > ۱ cm است.

تاول وزیکولی است که < ۱ cm است.

(۴) **پوسچول:** حاوی چرک است.

(۵) **کیست:** ضایعات با دیواره ضخیم است.

(۶) **پورپورا:** خونریزی به پوست است و برجسته است.

(۷) **پتشی:** پورپورای کوچک < ۳-۲ mm

(۸) **اروزیون:** از دست رفتن موضعی اپیدرم بدون بر جا گذاشتن اسکار است.

(۹) **اولسر:** به درم گسترش می‌یابد و اسکار بر جا می‌گذارد.

(۱۰) **فیشتر:** ناشی از شکاف و شکستگی پوست است.

(۱۱) **کراست:** تجمعات باقی مانده خون/ چربی و دبری‌های اپی‌تلیال است.

۱. لامپ وود:

• فلورسانس طلایی ← ماکول‌های تینئا وریکالر

• اریتراسما ← فلورسانس صورتی - نارنجی

• پسودومونا ← زرد - سبز

• تینئا کپتیس ← آبی - سبز

۲. **اسمیر T-zank** برای هرپس زوستر و واریسلا زوستر به کار می‌رود.

PCR و ایمونوفلورسانس مستقیم جایگزین T-zank شده است.

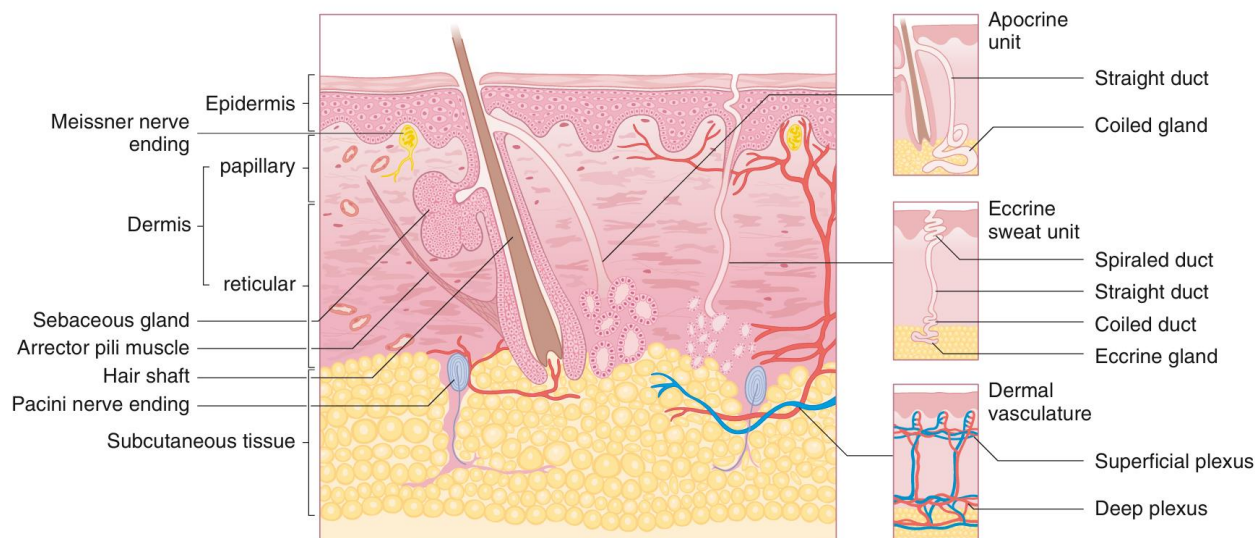


Fig. 685.1 Schematic of skin structure. (From James WD, Berger T, Elston D. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016: Fig. 1.1.)

Table 686.1 Immunofluorescence Findings in Immune-Mediated Cutaneous Diseases					
DISEASE	INVOLVED SKIN	UNINVOLVED SKIN	DIRECT IF FINDINGS	INDIRECT IF FINDINGS	CIRCULATING ANTIBODIES
Dermatitis herpetiformis	Negative	Positive	Granular IgA $\pm$ C in papillary dermis	None	IgA antientomysial and transglutaminase antibodies
Bullous pemphigoid	Positive	Positive	Linear IgG and C band in BMZ, occasionally IgM, IgA, IgE	IgG to BMZ	IgG anti-BP180 and anti-BP230
Pemphigus (all variants)	Positive	Positive	IgG in intercellular spaces of epidermis between keratinocytes	IgG to intercellular spaces of epidermis between keratinocytes	IgG antidesmoglein 1 and 3 (pemphigus vulgaris and foliaceus). IgA antidesmocollin 1 (IgA pemphigus)
Linear IgA bullous dermatosis (chronic bullous dermatosis of childhood)	Positive	Positive	Linear IgA at BMZ, occasionally C	Low titer, rare IgA, anti-BP180	None
Discoid lupus erythematosus	Positive	Negative	Linear IgG, IgM, IgA, and C3 at BMZ (lupus band)	None	Usually ANA-negative
Systemic lupus erythematosus	Positive	Variable; 30–50% of sun-exposed skin; 10–30% of photoprotected skin	Linear IgG, IgM, IgA, and C3 at BMZ (lupus band)	None	ANA Anti-Ro (SSA), anti-La (SSB) Anti-RNP Anti-dsDNA Anti-Smith
IgA vasculitis (Henoch-Schönlein purpura)	Positive	Positive	IgA around vessel walls	None	None

ANA, Antinuclear antibody; BMZ, basement membrane zone at the dermal-epidermal junction; BP, bullous pemphigoid; C, complement; dsDNA, double-stranded deoxyribonucleic acid; IF, immunofluorescence; Ig, immunoglobulin; Sm, Smith; SSA/SSB, Sjögren syndrome A/B; RNP, ribonucleoprotein.

ضایعات هیپرپیکمانته

۱. لنتیگو:

با کک مک یا خال جانکشنال اشتباه گرفته می‌شود.
 ماکول‌های گرد کوچک کمتر از ۵ میلی‌متر به ندرت ۱-۲ cm است.
 به رنگ قهوه‌ای تیره می‌باشد.
 به تابش آفتاب ارتباطی ندارد.
 به صورت دائمی باقی می‌ماند.
 ضایعات خوش خیم هستند.
 به طور شایع روی لب تحتانی دیده می‌شود.

لنتیگو منتشر:

سندرم لئوپارد ← لنتیگو متعدد وجود دارد.
 اتوزوم غالب است.



Fig. 693.1 Multiple lentigines in LEOPARD (lentigines in association with electrocardiographic abnormalities, ocular hypertelorism, pulmonary stenosis, abnormal genitals [cryptorchidism, hypogonadism, hypospadias], growth retardation, and sensorineural deafness) syndrome.



اختلالات ECG، هیپرتلوریسم چشم - PS - اختلالات تناسلی مثل کریپتواریکیسم - هیپوگنادیسم - هیپوسپادیاس - عقب ماندگی رشد و کری حسی - عصبی دارند.
HOCM و پکتوس اکس کاواتوم از سایر تظاهرات آن است.

سندرم پوتز جگرز:

ماکول های ملانینی لب و مخاطات و پولیپوز گاسترواینتستینال از تظاهرات آن می باشد. ماکول ها چند میلی متر هستند. تا ۱-۲ cm هم می باشند.
ماکول ها روی کام، لثه، زبان و مخاط واژن پدید می آیند.
ضایعات جلدی روی بینی، دست، پاها، اطراف لب، چشم و ناف ایجاد می شود.
در روی بینی - دست ها، پاها، اطراف لب، چشم و ناف ایجاد می گردد.
خطوط طولی یا هیپرپیگمانتاسیون ناخن وجود دارد.
ماکول های پیگمانته در طی بلوغ و بزرگسالی از روی لب ها و پوست محو می شوند ولی از کل سطوح مخاطی ناپدید نمی شوند.
پولیپوز ژنوم و ایلئوم را درگیر می کند. البته می تواند معده - دئودنوم و کولون و رکتوم را هم درگیر کند.
حملات درد شکم - اسهال، ملنا، انواژیناسیون از عوارض شایع این بیماری است.
ریسک تومورهای گوارشی و غیرگوارشی در سنین پایین وجود دارد.

تشخیص های افتراقی:

- ۱) سندرم لئو جیر - هانزیکر با لنتیگوهای متعدد
 - ۲) سندرم گاردنر
 - ۳) سندرم کرونیفیت - کاندرا
- نکته:** درمان ماکول های پوتز - جگرز اندیکاسیون ندارد.

بیماری‌های اگزما توز

۱. Diaper rash:

یکی از علل آن $\text{pH} \uparrow$ در ناحیه پوشک و فعالیت هم افزای آنزیم‌های ادراری و مدفوع منجر به التهاب می‌گردد.

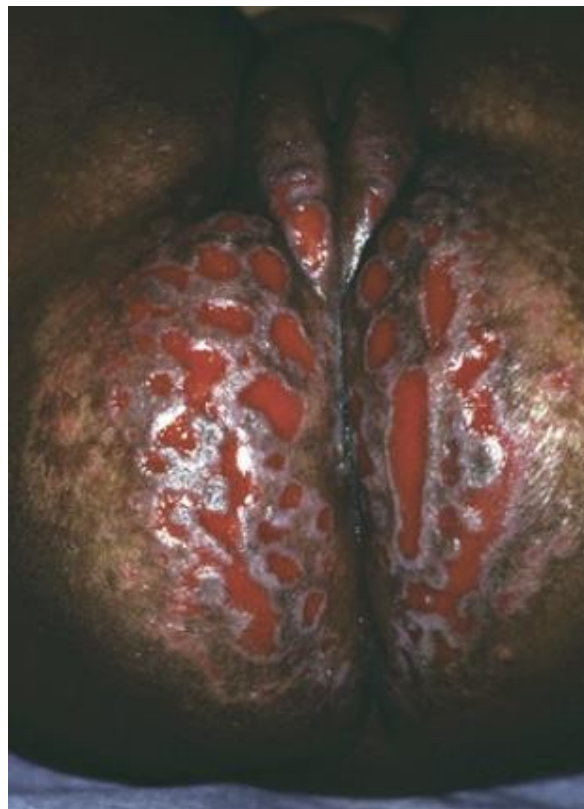


Fig. 696.3 Severe, erosive diaper dermatitis.

درمان:

- تعویض مکرر پوشک / استفاده از پوشک‌های جاذب
- اجتناب از شستشوی مکرر
- به کار بردن پماد زینک اکساید در هر بار تعویض پوشک
- سوکرافیت موضعی یک سد محافظ است.

چند بار سؤال ایران ۹۳



- هیدروکورتیزون ۰.۵٪ برای ۳ تا ۵ روز
- درمان موضعی کانیدیدا
- از فراورده‌های موضعی تریامسینولون - نیستاتین - بتامتازون به دلیل قدرت بالای کورتون اجتناب شود.

۲. Irritant contact dermatitis (درماتیت تماسی تحریکی):

تماس طولانی مدت یا مکرر با محرک‌های فیزیکی که مشتمل بر بزاق / ادرار و ... می‌شود.

درمان: قطع تماس با عامل محرک و درمان موقت با کورتون موضعی

۳. درماتیت پوست خشک ← رفتارهای مکرر wet to dry مثل لیسیدن لب / شست / شستشوی مکرر / تعریق بیش از حد



Fig. 696.1 Perioral irritant contact dermatitis from lip licking.

درمان:

- حذف عامل رفتاری wet to dry
- کرم مرطوب کننده به صورت ۲ بار در روز (مثل وازلین) (اصفهان ۹۳)

۴. Allergic contact dermatitis:

- ✓ در هر کودک با اگزمای مقاوم به درمان باید در نظر گرفت.
- ✓ واکنش افزایش حساسیت با واسطه T-Cell است.
- ✓ هر تماس Ag جدید ۱۲-۸ ساعت زمان نیاز دارد تا یک واکنش ایجاد کند.
- ✓ بیماری مزمن به صورت لیکنیفیکاسیون / پوسته‌ریزی / پیگمانتاسیون بروز می‌کند.

بیماری‌های اپی‌درم

پسوریازیس

- در تمام طول عمر باقی می‌ماند و همراه با دوره‌های خاموشی است.
- پوسته‌های ضخیم و نقره‌ای رنگ که به علت پیوستن پاپول‌های اریتماتو به یکدیگر و تشکیل پلاک می‌باشد.
- برداشت این پوسته‌ها باعث خونریزی نقطه‌ای به نام Auspitz sign گویند.
- **پدیده کوبرنر:** ایجاد ضایعات جدید در محل تروما است.
- از مهم‌ترین معیارهای تشخیصی ایجاد ضایعات ناخن است. به صورت pitting صفحه ناخن/ جدا شدن صفحه ناخن (اینکولیز) تجمع دبری زیر ناخن می‌باشد.





Fig. 698.2 Clinical manifestations of psoriasis. Typical erythematous plaques with silvery scales (A) can be scattered (B, psoriasis nummularis), cover larger areas of the skin (C, psoriasis geographica), or affect the entire body surface (D, erythrodermic psoriasis). Scalp involvement might be accompanied by nonscarring alopecia (E). Psoriatic arthritis affects up to 30% of all patients (F, thumb interphalangeal joint). Nail changes are frequent and range from pitting and yellow or brown discoloration (G) to complete dystrophy (H). Psoriasis inversa occurs in intertriginous areas and is usually devoid of scales (I). Pustular psoriasis might occur in a generalized form (J and K) or localized (L, palmoplantar type and M, acrodermatitis continua suppurativa type). In children, the onset as guttate psoriasis might follow streptococcal infection of the upper respiratory tract (N) and affect any site of the body (O-Q). (From Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 2015;386:983–992, Fig. 1, p. 984.)

پسوریازیس قطره‌ای (Guttate):

ضایعات گرد یا بیضی شکل است که به دنبال عفونت‌های استرپتوکوکی رخ می‌دهد.
کشت حلق و تیتراژهای سرولوژیک باید انجام گردد.

درمان:

- ۱) مرحله اول: درمان موضعی است. کورتون موضعی با قدرت متوسط تا بیشتر دو بار در روز
- ۲) فوتوتراپی
- ۳) درمان سیستمیک ← MTX
- ۴) تعدیل کننده‌های پاسخ بیولوژیک مثل آدالیموماب، Infliximab

پسوریازیس لیکنوئید:

ضایعات به صورت پاپول‌های ۳-۵ میلی‌متری است/قرمز، قهوه‌ای با پوسته خاکستری و به صورت ژنرالیزه - ضایعات کراسته - هموراژیک عفونی باشند.
- ضایعات به صورت هیپرپیگمانته و هیپوپپیگمانته خواهند بود.
- اسپونژیوز در اپیدرم وجود دارد.

بیماری‌های بافت زیرجلدی

پانیکولیت ← التهاب بافت زیرجلدی که عمدتاً لبول چربی را درگیر می‌کند.
آتروفی در اثر کورتون ← تزریق داخل درم یا زیرجلدی کورتون آتروفی عمیقی با تغییر رنگ سطحی یا تلانژکتازی ایجاد می‌کند.

اریتم ندوزوم



Fig. 701.1 Localized fat atrophy with overlying erythema after steroid injection.

علل: یرسینیا/ بیماری‌های التهابی/ سارکوئیدوز

علائم بالینی:

- یک واکنش افزایش حساسیتی اریتماتوی ندولر است که در سطوح اکستانسور بازوها، ساق پا اتفاق می‌افتد.
- که به صورت قرینه و بیضی شکل هستند و محور طولی آن موازی است. دردناک می‌باشند. زخمی نمی‌شوند.



Fig. 701.2 Tender red nodules with indistinct borders in a teenage girl with erythema nodosum. (From Weston WL, Lane AT, Morelli J. Color Textbook of Pediatric Dermatology, 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2002, p. 212.)

- ضایعات اولیه در طی ۱-۲ هفته برطرف می شود.

→ اکستانسور^{EN}

EN عیناً در طرف مقابل

لوپوس اریتماتوی Profundus (عمقی):

- پلاک های بنفش رنگ مشخص و سفت

- اریتماتو/آتروفیک/پویکیلودرماتوز/هایپرکراتوتیک

- دردناک و زخمی است.

اختلالات ناخن

اختلالات ناخن در کودکان علائمی از بیماری‌های پوستی ژنرالیزه، لوکالیزه و بیماری‌های سیستمیک عفونی و داروها است.

آنوشیا:

فقدان صفحه ناخن است.

کویلونیشیا:

به صورت ناخن قاشقی است که با علائم ذیل همراه است:

آنمی فقر آهن

سندرم پلامر وینسون

هموکروماتوز

تروما



Fig. 704.1 Spoon nails (koilonychia). Most cases are a variant of normal. (From Habif TP, ed. Clinical Dermatology, 4th ed. Philadelphia: Mosby; 2004:885.)



در کودکان نرمال تا ۲ سالگی دیده می‌شود.

Table 704.1 White Nail or Nail Bed Changes	
DISEASE	CLINICAL APPEARANCE
Anemia	Diffuse white
Arsenic	Mees lines: transverse white lines
Cirrhosis	Terry nails: most of nail, zone of pink at distal end (see Fig. 704.6)
Congenital leukonychia (autosomal dominant; variety of patterns)	Syndrome of leukonychia, knuckle pads, deafness; isolated finding; partial white
Darier disease	Longitudinal white streaks
Half-and-half nail	Proximal white, distal pink azotemia
High fevers (some diseases)	Transverse white lines
Hypoalbuminemia	Muehrcke lines: stationary paired transverse bands
Hypocalcemia	Variable white
Malnutrition	Diffuse white
Pellagra	Diffuse milky white
Punctate leukonychia	Common white spots
Tinea and yeast	Variable patterns
Thallium toxicity (rat poison)	Variable white
Trauma	Repeated manicure: transverse striations
Zinc deficiency	Diffuse white

From Habif TP, ed. *Clinical Dermatology*, 4th ed. Philadelphia: Mosby; 2004:887.

دفورمیتی تیک عاداتی:

کلید تشخیصی: در این نوع خطوط عرضی روی ناخن‌ها ایجاد می‌شود.
 ✓ کلابینگ ناخن‌ها: در سلیاک/ بیماری التهابی روده/ بیماری کبدی دیده می‌شود.

عفونت‌های ویروسی

۱. زگیل:

- زگیل معمولی مثل وروکا و لگاریس که روی انگشتان دست و پا وجود دارد. پاپول‌های مشخص و سطح کراتوتیک ناهموار زیر هستند.
 - زگیل‌های اطراف ناخن ← دردناک هستند.
 - زگیل پلانتار ← مشابه common wart هستند.
- نکته:** زگیل‌ها به سمت SCC می‌توانند پیشرفت کنند.



Fig. 708.2 Periungual wart with disruption of nail growth.



Fig. 708.3 Hyperkeratotic plantar wart.

درمان:

- اکثراً ظرف ۲ سال از بین می‌روند.
- درمان با لیزر یا نیتروژن مایع است.
- سالیسیلیک اسید ۴٪
- Imiquimod ← برای زگیل‌های ناحیه ژنیتالیا کاربرد دارد.
- سایمتیدین ۳۰-۴۰ mg/kg در روز برای زگیل‌های مقاوم به درمان (تهران ۹۳).
- در نهایت ایمونوتراپی انجام می‌دهیم.

۲. مولوسکوم:

- ✓ پاپول‌های نافدار هستند.
- ✓ به صورت گروهی روی ژنیتالیا یا کشاله ران نوجوانان یافت می‌شود.
- ✓ در کودکان مبتلا به لوسمی و نقص ایمنی دیده می‌شود.

تومورهای پوستی

همکاران گرامی این فصل از پوست کم اهمیت است و به ذکر نکات فهرستوار بسنده می‌کنم.

کیست اپیدرمال:

کیست‌های اپیدرمال به صورت ندول با لبه مشخص و گنبدی سفت و متحرک و هم‌رنگ پوست می‌باشد. یک مرکز فرو رفته و منافذ گشاد شده می‌باشد.



Fig. 711.1 Flesh- colored cyst on the forehead.

نکته: کیست‌های متعدد در سندرم گاردنر و BCC دیده می‌شود.

کیست پیلار:

یک ندول متحرک - سفت و صاف است که روی اسکالپ دیده می‌شود.



Fig. 711.2 Multiple dome- shaped, whitish papules on the nose and cheeks in a 31- yr- old carrier of an FLCN pathogenic variant. (From Men ko FH, van Steensel MAM, Giraud S, et al. Birt- Hogg- Dubé syndrome: diagnosis and management. Lancet. 2009;10:1199–1206, Fig. 1.)

اکثراً روی صورت، گردن و تنه وجود دارد.

پیلوماتریکوما:

دومین ندول شایع در کودکان است.

سفت، منفرد، تومور زیرجلدی یا جلدی روی سر، گردن یا قسمت فوقانی اندامها می‌باشد.



Fig. 711.4 Pilomatricoma. Firm tumor with overlying bluish discoloration of the skin.

در دیستروفی میوتونیک - سندرم گاردنر - سندرم روبین اشتاین تیابی - سندرم ترنر دیده می‌شود.