

## اداره بیماری‌های پوستی اختصاصی بارداری

دکتر محبوبه شیرازی\*

چکیده :

زمینه و هدف: به طور کلی بیماری‌های پوستی اختصاصی بارداری پنج نوعند که سه نوع اول مختص بارداری است و در دو نوع آخر اختصاصی بودن آن‌ها در حاملگی اختلاف نظر است این بیماری‌ها به ترتیب شامل: ۱- پاپول‌ها و پلاک‌های کهیری خارش‌دار بارداری ۲- کلستاز داخل کبدی حاملگی و خارش همراه. ۳- هرپس بارداری یا پمفیگوئید بارداری. ۴- ضایعات اتوپیک بارداری که شامل خارش بارداری، اگزما، فولیکولیت‌های خارش‌دار بارداری هستند. ۵- پسوریازیس پوستولر حاملگی. آنچه مهم است اهمیت اثر نامطلوب برخی از این بیماری‌ها بر مادر و جنین است. بنابراین تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماری اهمیت به سزایی در بهبود مادر و نتایج بارداری دارد.

واژه‌های کلیدی: درماتوزهای اختصاصی بارداری، عوارض مادری جنینی.

### زمینه و هدف

بیماری‌های پوستی اختصاصی بارداری شامل درماتوزهایی هستند که فقط در دوره حاملگی و پورپریوم و یا به دنبال محصولات حاملگی و لقاح ایجاد می‌شوند.<sup>۱</sup> در تقسیم‌بندی جدید این بیماری‌ها را به پنج دسته کلی تقسیم می‌شوند که عبارتند از:

### ۱- پاپول‌ها و پلاک‌های کهیری خارش‌دار بارداری (PUPPP):

شایع‌ترین بیماری پوستی اختصاصی بارداری است که شیوع آن ۱/۱۶۰ تا ۱/۳۰۰ در حاملگی‌هاست. ۳/۴ در حاملگی اول بروز می‌کند اغلب در اواخر سه ماهه سوم بروز می‌کند (به طور متوسط ۳۵ هفتگی) شیوع آن در حاملگی‌های چندقلویی ۱۲-۸ برابر است. تشخیص آن کلینیکی است و بر اساس وجود ضایعات در استریا بخصوص در استریای شکمی که شایع‌ترین محل آن است می‌باشد گاهی تنه و انتهاها هم گرفتار می‌شوند ولی کف دست و پا و صورت به ندرت درگیر می‌شود. اتیولوژی بیماری ناشناخته است بیماری خودبه‌خود تا ۱۵ روز پس از زایمان بهبود می‌یابد و عوارض نامطلوب مادری جنینی ندارد. درمان آن استروئیدهای موضعی شامل هیدروکورتیزون - فلونوئوسینولون بتامتازون و تریامسینولون است. آنتی‌هیستامین‌های خوراکی مثل لوراتادین ۱۰ میلی‌گرم روزانه

و یا کلرفنیرامین ۴mg هر ۶-۴ ساعت و یا ۱۲ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت نیز درمان قابل قبول دیگری می‌باشد. زایمان زودتر از موعد در موارد نادر مقاوم به درمان اندیکاسیون دارد.<sup>۲،۳</sup>

۲- کلستاز بارداری: شایع‌ترین اختلال کبدی بارداری که با خارش همراه است و اغلب خارش آن سراسری بدون راش می‌باشد. در ۸۰٪ موارد پس از ۳۲ هفتگی بارداری رخ می‌دهد.<sup>۲</sup> اگرچه زودترین زمان شش هفتگی نیز گزارش شده است. افزایش اسیدهای صفراوی پس از غذا حساس‌ترین تست کلستاز بارداری است که مرتبط با شدت خارش است. افزایش تست‌های کبدی - کلسترول - ترانس آمینازها، آلکالن فسفاتازها، لیپید و بیلی‌روبین کنژوگه در بیماران ایکتریک مشاهده می‌شود. خارش به دلیل غیرنرمال بودن فعالیت کبد است، کف دست و پا و اندام‌های تحتانی تا شکم و سپس همه بدن را گرفتار می‌کند. گاهی تهوع خفیف و اساس ناراحتی در RUQ در همراهی با خارش وجود دارد در ۲۰٪ موارد زردی خفیف پس از ۴-۲ هفته از شروع خارش مشاهده می‌شود. گاهی عفونت ادراری قبل از کلستاز وجود دارد.

این بیماری تنها عارضه پوستی خارش‌دار بارداری است که بثورات و سایر تغییرات پوستی را ندارد و به دنبال خارش شدید ژنرالیزه خارش و زخم پوستی مشاهده می‌شود. سایر علایم و

نویسنده پاسخگو: دکتر محبوبه شیرازی

Email: mahboobeh.shirazi@yahoo.in

\* متخصص زنان فلوشیپ پریناتالوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

ضایعات تاول‌زا سریع‌ا ایجاد می‌شوند. کف دست و پا هم ممکن است درگیر شود اما صورت و مخاط به ندرت (کمتر از ۲۰٪ گرفتاری مخاط) مشاهده می‌شود. احتمال عفونت این ضایعات تاول‌زا وجود دارد و ترمیم آن‌ها بدون اسکار است. ۷۵٪ بیماران پس از فروکش کردن بیماری، شعله‌ور شدن آن‌ها در اواخر حاملگی یا پس از زایمان تجربه می‌کنند.<sup>۴</sup> معمولا بیماری خودبه‌خود پس از زایمان بهبود می‌یابد. گاهی ممکن است بیماری هفته‌ها یا ماه‌ها پس از زایمان ادامه پیدا کند. ۴۵٪ بیماران با مصرف OCP یا در دوره پریرود عود آن را مشاهده می‌کند. عود آن در حاملگی بعدی با شدت بیشتر و سن کمتر رخ می‌دهد.

اگرچه موارد طول کشیده و تبدیل به بولوس پمفیگوئید گزارش شده است. ضایعات تاولی در ۱۰٪ نوزادان اتفاق می‌افتد<sup>۵</sup> که ثانویه به انتقال پاسیو یا غیرفعال آنتی‌بادی‌های هرپس بارداری است و هفته‌های اولیه پس از تولد تا زمان محو آنتی‌بادی‌های منتقله بهبود می‌یابد. عفونت‌های ثانویه تاول‌ها با آنتی‌بیوتیک درمان می‌شود. عوارض جنینی به صورت SGA و زایمان زودرس گزارش شده است به همین دلیل ارزیابی‌های قبل از زایمان توصیه می‌شود.

درمان: مانند سایر درماتوزهای بارداری هدف از درمان بهبود علائم بیماری است. کورتیکواستروئیدهای موضعی مثل تریامسینولون - بتامتازون و فلوئوسینولون انتخاب‌های مناسبی هستند. آنتی‌هیستامین‌های خوراکی نیز انتخاب مناسب دیگری می‌باشند. در موارد مقاوم به درمان از کورتیکواستروئیدسیستمیک (مانند پردنیزولون ۵mg/kg) استفاده می‌شود. از پلاسمافورز وقتی که بیماری به کورتون مقاوم است یا ممنوعیت مصرف کورتون وجود دارد استفاده می‌شود. زایمان زودتر از موعد در موارد نادر مقاوم به درمان اندیکاسیون دارد.<sup>۴-۱</sup>

#### ۴- پسوریازیس پوستولر حاملگی:<sup>۱۹</sup>

پسوریازیس پوستولر حاملگی عنوان جدید ایمپتیگوهرپتی‌فورم است. این نام‌گذاری قدیمی به دلیل این‌که عامل اولیه آن باکتریایی نیست و ربطی به هرپس ندارد تقریبا منسوخ شده است. این عقیده که آیا پسوریازیس پوستولر حاملگی درماتوز مختص بارداری است هنوز اختلاف نظر است. این بیماری نادر است و بیماران به ندرت سابقه پسوردیازیس دارند. جهت تأیید تشخیص بیوپسی پیشنهاد می‌شود. پسوریازیس پوستولر حاملگی در هر زمانی از حاملگی مشاهده می‌شوند که به صورت پلاک‌های اریتماتوز با پوستول‌های

عوارض جانبی آن شامل: استئاتوره خفیف، افزایش ریسک هموراژی، مدفوع کمرنگ ادرار پررنگ است. سوء جذب چربی ممکن است باعث کمبود ویتامین K گردد و در نتیجه PT طولانی می‌شود. سوء جذب ویتامین K احتمال خونریزی داخل جمجمه را بالا می‌برد. سایر خطرات جنینی شامل دیسترس جنینی، اختلال رشد جنین، سقط، مرگ جنین، زایمان زودرس می‌باشد. به دلیل افزایش دفع مکونیوم و سایر موارد گفته شده مراقبت دقیق مامایی ضروری است مثل انجام NST، بیوفیزیکال پروفایل ولی آن هم وضعیت جنین را گارانتی نمی‌کند. رویکرد مامایی با توجه به ارزیابی زایمان زودرس در مقابل خطر مرگ ناگهانی داخل رحمی می‌باشد.

درمان: نوع خفیف تا متوسط آن با کلسترآمین با دوز ۱۸ گرم در روز درمان می‌شود که به دلیل رسوب ویتامین K، به صورت هفتگی ویتامین K نیز توصیه می‌شود. در انواع شدید از اورسودزوکسی کولیک اسید استفاده می‌کنیم که با دوز ۱۲۰۰-۴۵۰ میلی‌گرم نقش بسیار مفیدی در کنترل خارش و اختلال عملکرد کبدی در کلستاز بارداری داشته است. این دارو برای مادر و جنین کاملا بی‌خطر است و در مقایسه با کلسترآمین، ایمن‌تر سریع‌الاثرو اثر مداوم‌تری روی خارش و تست‌های بیوشیمیایی دارد اطلاعات حاکی از این است که خط اول درمان کلستاز بارداری متوسط تا شدید اورسودزوکسی کولیک اسید و خط دوم درمان کلسترآمین است. زایمان در ۳۸ هفتگی پیشنهاد می‌شود اگر کلستاز شدید است مثلا وقتی بیمار مبتلا به زردی است اگر مچوریته ریه ثابت شده است، زایمان در ۳۶ هفتگی پیشنهاد می‌شود. زایمان زودتر از موعد در موارد نادر مقاوم به درمان اندیکاسیون دارد.

احتمال عود بیماری در حاملگی بعدی ۷۰-۶۰٪ است با مصرف OCP نیز عود بیماری مشاهده می‌شود در ۱/۲ مبتلایان سوابق فامیلی این شرایط و چندقلویی وجود دارد.<sup>۴-۲</sup>

#### ۳- پمفیگوئید بارداری:

بیماری تاولی اتوایمیون در حاملگی و پورپریوم است. شیوع آن ۱/۵۰،۰۰۰-۱/۱۷۰۰۰ در حاملگی‌هاست ندرتاً سال‌ها پس از زایمان پایدار و با تومورهای تروفوبلاستیک نیز مرتبط است. تشخیص با بیوپسی پوستی تأیید می‌شود. علائم در سه ماهه دوم و سوم شروع می‌شود و متوسط شیوع آن در ۲۰ هفتگی است در ۱/۲ بیماران ضایعات خارش‌دار شدید در قسمت تحتانی شکم شروع می‌شود.<sup>۴۵</sup>

اگزما:<sup>۱</sup> شایع‌ترین اختلال پوستی خارش دار بارداری است همبستگی بالایی با سابقه شخصی اتوپی مثل رینیت فصلی، آسم و درماتیت اتوپییک دارد. در سه ماهه اول یا دوم در نواحی فلکسورال ضایعات پاپولر، فولیکولر، گروهی یا پراکنده، اگزما توز، زخمی شونده مشاهده می‌شود. پاراکراتوز یا هیپرکراتوز پوستی نیز ممکن است مشاهده شود. تشخیص بر اساس یافته‌های کلینیکی است.

پروریگوی بارداری:<sup>۲</sup> ضایعه‌ای اتوپییک است. انسیدانس ۱/۴۵۰-۱/۳۰۰ در حاملگی است. تشخیص بر اساس یافته‌های کلینیکی است. بروز در سه ماهه دوم و سوم بارداری است. اما در هر زمانی از بارداری مشاهده می‌شود.

ندول‌ها یا پاپول‌های قرمز و پوسته پوسته در سطوح اکستنسور و یا تنه و اندام‌ها هستند که گروهی و دلمه بسته روی شکم، پاها، مچ دست مشاهده می‌شوند. ضایعات بلافاصله پس از زایمان بهبود می‌یابند ولی ممکن است تا سه ماه پس از زایمان نیز باقی بمانند. در حاملگی‌های بعدی امکان عود وجود دارد.

فولیکولیت‌های خارش دار بارداری:<sup>۳</sup> فولیکول‌های خارش دار استریل بارداری در سه ماهه دوم یا سوم بروز می‌کنند. ابتدا روی تنه ظاهر می‌شود اما گاهی روی اندام‌ها نیز ظاهر می‌شود. ظاهر آن‌ها شبیه آکنه است.

تشخیص بر اساس یافته‌های کلینیکی است اما برای رد سایر علل از قبیل فولیکولیت کاندیدایی یا باکتریال در ضایعات پوستولر باید کشت انجام شود. ضایعات معمولاً ۶-۲ هفته پس از زایمان بهبود می‌یابند. شواهد عود در حاملگی‌های بعدی وجود ندارد. درمان ضایعات اتوپییک بارداری کورتیکوئیدهای متوسط و خفیف‌الاث‌ر موضعی می‌باشد. به ندرت گلوکوکورتیکوئید خوراکی مورد نیاز است.

از هیدروکورتیزون، بتامتازون، فلونوسینولون می‌توان استفاده کرد.

حلقوی است که پوستول‌ها از اطراف بزرگ شده و در مرکز دلمه می‌بندد.

ناخن‌ها هم مبتلا می‌شوند به صورتی که ناخن‌ها از بستر خود جدا می‌شوند. ضایعات ابتدا در ناحیه اینگوینال شروع و به تنه - انتها گسترش می‌یابد در حالی که کف دست و پا و صورت مبتلا نمی‌شود. دهان و مری نیز ممکن است مبتلا شوند. معمولاً خارش ندارد. کسالت، بی‌اشتهایی، تهوع، تب، لرز، استفراغ و اسهال نیز مشاهده می‌شود. به دنبال بهبود، اسکار مشاهده نمی‌شود ولی پیگمانتاسیون وجود دارد. پس از زایمان اکثر ضایعات بهبود می‌یابند اما شعله‌وری پس از زایمان نیز ممکن است وجود داشته باشد. به دنبال مصرف OCP یا پرئود نیز عود آن دیده می‌شود. عود آن در حاملگی‌های بعدی شدیدتر و زودتر اتفاق می‌افتد.

تست‌های آزمایشگاهی: پسوریازیس پوستولر خطری برای اختلال الکترولیتی و خطرات مادری و جنینی است در نتیجه چک الکترولیت‌ها، کلسیم، CBC و آزمایش ادرار پیشنهاد می‌شود. لکوسیتوز و افزایش ESR شایع است، احتمالاً هیپوکلسمی که به دنبال هیپوپاراتیروئیدی به وجود می‌آید می‌تواند منجر به تشنج و دلیریوم شود. آلبومینوری، پیوری و هماچوری نیز گاهی مشاهده می‌شود.

درمان: درمان اولیه، کورتون‌تراپی است. پردنیزولون با دوز بالا (۸۰mg/day) تجویز می‌شود و پس از بهبود دوز آن به مرور کم می‌شود. جهت شناسایی عود بیمار به دقت مانیتور می‌شود. هیپوکلسمی درمان و بالانس الکترولیت‌ها برقرار می‌شود گاهی نیاز به زایمان زودتر از موعد است.

در حالی که پوستول‌ها استریل هستند، سیتی سمی مادر شایع است، میکرو آبسه و عفونی شدن ثانویه ضایعات با آنتی‌بیوتیک‌تراپی درمان می‌شود.

## ۵- ضایعات اتوپییک بارداری:<sup>۱</sup>

احتمالاً این ضایعات با اتوپی مرتبط هستند، اولین تظاهر آنها پاپول‌های التهابی است. عوارض ناگوار جنینی ندارند.

**Abstract:**

## Specific dermatoses of pregnancy

Shirazi M. MD\*

**Introduction & Objective:** Prompt recognition and correct classification of the skin problem are essential for treatment, when necessary. The pregnant woman should be counseled about the nature of her skin condition, possible maternal or fetal risks associated with it, and management options. 1- pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (puppp), 2- intra hepatic cholestasis of pregnancy, 3- pemphigoid gestationis=herpes of pregnancy, 4- pustular psoriasis of pregnancy, 5- atopic eruption of pregnancy: eczema, prurigo of pregnancy, pruritic folliculitis of pregnancy.

***Key Words:*** *Specific dermatoses of pregnancy, maternal fetal morbidity.*

\*  
*Obstetrician, Tehran University of Medical Sciences.*

**References:**

1. Up to date. 18.2 2010.
2. High Risk Pregnancy Test book 2006
3. Williams Obstetrics Test book 2010
4. Gabby Text book 2005