

# تظاهرات پوستی ایدهز در کودکان

دکتر سیدمجتبی روحانی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
مرکز طبی کودکان  
دکتر بیمانه علیزاده طاهری  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
بیمارستان کودکان بهرامی

## خلاصه

اختلالات پوستی از شایع‌ترین تظاهرات عفونت HIV در بچه‌ها و بالغین است. گرفتاری پوستی اغلب حاصل ایمنی مختل و شامل عفونت‌های فرصت‌طلب و نئوپلاسم می‌باشد، از گرفتاری‌های پوستی دیگر تشدید و یا پیشرفت سریع درماتوزهای خوش‌خیم قبلی است. در بسیاری از مبتلایان به AIDS اختلالات پوستی ثانوی به‌واکنش‌های دارویی آگزیک یا سمی دیده می‌شود. با افزایش شیوع عفونت HIV اطفال و طولانی شدن طول حیات این بیماران (به‌دلیل مراقبت‌ها و اقدامات درمانی جنبی)، تظاهرات پوستی مشخص به‌خصوص واکنش‌های دارویی شایع‌ترند. سارکوم کاپوزی و سایر نئوپلاسم‌ها با شیوع بیشتری در کودکان مبتلا به AIDS دیده می‌شود. تشخیص زودرس تظاهرات پوستی AIDS منجر به تشخیص زودرس، درمان بیماری و طولانی شدن بقاء عمر می‌شود.

## مقدمه

ایدهز کودکان به بیماری AIDS زیر سن ۱۳ سالگی اطلاق می‌شود. عامل بیماری HIV-۱ از خانواده retrovirus هاست که به‌طور انتخابی لنفوسیت‌های گروه T را گرفتار می‌سازد. دو راه اصلی انتقال بیماری در نوزادان و کودکان وجود دارد:

- ۱- از راه جفت از مادر مبتلا به عفونت HIV (در آمریکا ۸۰٪ موارد انتقال را شامل می‌شود).
- ۲- از راه خون یا فرآورده‌های خونی (مثل فاکتور VIII). تخمین زده شده ۳۰٪ مادران مبتلا عفونت را به‌بچه‌های خود انتقال می‌دهند. انتقال می‌تواند قبل از زایمان، در حین زایمان یا پس از تولد نوزاد از طریق شیر مادر به‌عمل آید.

## Archive of SID

شایع‌ترین راه انتقال، از راه جفت قبل از تولد است. شایع‌ترین احتمال خطر در بچه‌های مبتلا به AIDS تجویز وریدی مواد توسط یک یا هر دو والد و یا شریک جنسی مادر است. انتقال از راه خون و فرآورده‌های آن دومین عامل خطر محسوب می‌شود.

## تظاهرات بالینی

تظاهرات پوستی کودکان مبتلا به AIDS: شروع علائم بالینی عفونت HIV پری‌ناتال اکتسابی معمولاً حدود سن ۴ ماهگی می‌باشد ولی می‌تواند تا ۲۱ ماهگی به تأخیر افتد. شایع‌ترین تظاهرات بالینی بیماری اختلال رشد، تب، لنفادنوپاتی، علائم تنفسی و اختلالات عصبی است. اختلالات پوستی کودکان مبتلا به AIDS بیشتر حاصل نقص‌های ایمنی است. طیف تظاهرات پوستی مشابه بالغین است و شامل عفونت‌های نئوپلاسم‌ها و یافته‌های دیگر است. در کودکان شایع‌ترین تظاهرات پوستی را عفونت‌ها به‌خصوص عفونت‌های فرصت‌طلب تشکیل می‌دهند و بدخیمی‌های پوستی نادرند. اغلب اولین علامت را برفک دهانی مقاوم به درمان تشکیل می‌دهد. عفونت‌های ویروسی و قارچی شایعند و عفونت‌های باکتریایی می‌توانند خطرناک باشند. سرفه مزمن و کلایینگ انگشتان از تظاهرات عفونت یا پنوموسیتیس کاریتی است که عفونت شایعی در مبتلایان به AIDS به‌حساب می‌آید. ضایعات پوستی حاصل از کمبودهای تغذیه‌ای و ثورات دارویی از یافته‌های دیگر پوستی محسوب می‌شوند.

**عفونت‌ها** شایع‌ترین یافته‌های پوستی کودکان مبتلا را تشکیل می‌دهند. اغلب این عفونت‌ها ویروسی یا قارچی‌اند اگرچه گزارش‌های عفونت‌های باکتریایی مثل فولیکولیت و آبسه پوستی نیز داده شده است.

**الف - عفونت‌های قارچی:** کاندیدا الیبیکانس شایع‌ترین عفونت قارچی در کودکان مبتلا به AIDS است و اغلب اولین تظاهر بیماری به صورت برفک دهانی مقاوم به درمان‌های ضد قارچی رایج است. برفک دهانی و یا عفونت کاندیدیایی ناحیه قناتی در شیرخواران بالای ۱ سال و یابسه صورت عودکننده و شدید نیز مشکوک به AIDS است (زمنی که میزان CD۴ به‌زیر ۵۰۰ در میلی‌متر مکعب برسد عفونت کاندیدیایی شدت می‌یابد و یابسه صورت عودکننده در آمده به‌درمان با نیستاتین و ویوله دوزانسین مقاوم می‌گردد). در این موارد باید از داروهای ضدقارچی جدید مثل کتوکونازول (Ketoconazole) خوراکی یا فلوکونازول (Fluconazole) خوراکی یا وریدی و یا آمفوتریسین و یا آمفوتریسین B استفاده نمود. در موارد شدید دهان، حنجره، مری و پوست گرفتارند.

**عفونت کریپتوکوکی (cryptococcal)** تظاهر شایعی در AIDS بزرگسالان است که به‌صورت بیماری پوستی منتشر تظاهر می‌کند. در بچه‌ها به‌طور نادر گزارش شده است. از نظر بالینی این عفونت تظاهرات گوناگون دارد و می‌تواند شبیه مولوسکوم کنتاژ یوزوم باشد.

**درماتوفیتها:** مواردی از عفونت با Tinea corporis, Tinea faciale و Onychomycosis در کودکان مبتلا به AIDS گزارش شده است. این عفونت‌ها در این بیماران شکل شدیدی به‌خود می‌گیرند. در یک شیرخوار ۱۴ ماهه ضایعات قارچی درماتوفیتی به‌صورت یابله‌های ناحیه گردن تظاهر پیدا کرده بود.

هیستوپلاسموز پوست در بیماران بالغ مبتلا دیده شده است ولی در بچه‌های مبتلا مشاهده نشده است.

عفونت‌های ترکیب قارچ، باکتری و ویروس به‌ندرت در AIDS بالغین و بچه‌ها مشاهده شده است.

**ب - عفونت‌های باکتریایی:** عفونت‌های پوست یا عفونت‌های سیستمیک عودکننده شدید با باکتری‌های پاتوژن اغلب در بچه‌های مبتلا به AIDS دیده می‌شود. شایع‌ترین تظاهرات پوستی عبارتند از زرد زخم، سلولیت، آبسه یا

Giant cell و مرگ می‌گردد. در این بیماری ثورات پوستی شاخص سرخک وجود ندارد.

**د- سایر علل عفونی:** گال دلمه بسته (Crusted scabies) که شکل شدیدی از این عفونت است در مبتلایان به اختلال ایمنی من جمله بالغین مبتلا به AIDS دیده می‌شود.

- سایر عفونتها مثل آمیبیازیس پوستی و عفونت با Demodex mite در کودکان مبتلا دیده نشده است.

**II نئوپلاسم‌ها:** بدخیمی‌ها در کودکان مبتلا کمتر از بالغین مبتلا است ولی شیوع آنها به نسبت بچه‌های سالم بیشتر است. سارکوم کاپوزی شایع‌ترین بدخیمی در بالغین مبتلا به AIDS است به خصوص در هم‌جنس‌یازان مذکر مبتلا به AIDS. نئوپلاسم در AIDS کودکان به ندرت دیده شده ولی وقتی ظاهر شود از نوع لنفادنوپاتیک است. در بچه‌ها موارد نادری از سارکوم کاپوزی پوستی گزارش شده است که معمولاً به شدت مهاجم

فولیکولیت مقاوم که عامل آن استافیلوک اورئوس می‌باشد. از گانگیم‌های دیگر مثل پسودومونا و استرپتوکوک کمتر شایعند. عفونتهای پوستی میکوباکتریالی در AIDS بالغین و بچه‌ها نادرند. یک مورد از عفونت با میکوباکتریوم cellulare-avianum-intrac در بچه مبتلا به AIDS گزارش شده است. اغلب باکتریوم‌های این مبتلایان با پنوموکه، هموفیلوس انفلونزا تیپ B و سالمونلا است.

آنژیوماتوز این نئونید (Bacillary angiomatosis) یک اختلال عروقی پوستی شبه‌متوبلازیک است که عامل آن احتمالاً یک باسیل گرم منفی مثل عامل ضمیماری خراش گریه می‌باشد. ضایعات معمولاً پوستی است و می‌تواند منفرد یا متعدد بوده احشاه یا استخوان را در بر گیرد. ضایعات سطحی (از نظر بالینی و بافت شناسی) شبیه pyogenic granuloma است. افتراق آن از سارکوم کاپوزی مهم است زیرا آنژیوماتوز باسیلری در مراحل اولیه به راحتی قابل درمان است. بهبود سریع ضایعات معمولاً با اریتروماکسین حاصل می‌شود.

**ج- ویروسها:** ویروس‌های اصلی همراه با ضایعات پوستی در کودکان مبتلا به AIDS عبارتند از:

- هریس سیمپلکس (ویروس تب خال)

- هریس زوستر

- Poxvirus (مسئول مولوسکوم کونتاژیوزوم)

- سبتومگالوویروس

- ویروس Epstein-Barr

- عفونتهای تپه و دهان هریسی (gingivo-stomatitis) در این بیماران شدید است. سیر بالینی بیماری با وجود درمان با آسیکلوویر طولانی است و منجر به دهیدراتاسیون شدید و اختلال تغذیه در این کودکان می‌شود. همچنین عفونت می‌تواند به تنواری غیر معمول مثل ناحیه دور مقعد گسترش یابد. مصرف آسیکلوویر خوراکی یا وریدی به مدت ۷ تا ۱۰ روز در بهبودی علائم مؤثر است. مصرف ممتد آسیکلوویر خوراکی و چند دوره درمان آسیکلوویر وریدی جهت پیشگیری از عفونتهای مخاطی پوستی هریسی مؤثر بوده است.

عفونت واریسلایی (varicella) که بیشتر به صورت زونا در این بچه‌ها ظاهر می‌نماید و شدت و وسعت انتشار بیشتری نسبت به بچه‌های سالم دارد به طوری که حتی می‌تواند ایجاد ضایعات بولوز بزرگ کند و از خود اسکار بر جای گذارد. در یک بیمار، ویروس ابتدا ایجاد آبله مرغان و با فاصله کمی ایجاد زونا در درمانوم T6 نمود. در مورد دیگر نوزاد با زونای درمانوم‌های T8 و T9 متولد شد و به دنبال آن ضایعات واریسلایی هیپرکراتوتیک و روکوز پوستی منتشر ایجاد شد که با وجود درمان با آسیکلوویر بیش از یکسال باقی ماند.

- مولوسکوم کونتاژیوزوم (molluscum contagiosum) در مبتلایان بالغ و کودک مشاهده شده است. در این بیماران اشکال غیر معمول بیماری روی میدهد که عبارتند از وجود ضایعات بسیار بزرگ و در محل‌های غیر معمول مثل صورت. - کوندیلوماتا آکومیناتا (condylomata acuminata) زگیل ناحیه تناسلی است که در بچه‌های مبتلا به AIDS گزارش شده است. در این بیماری اندازه این ضایعات بزرگتر و وسعت گرفتاری بیشتر است و عموماً به درمان مقاومند. گاهی بهبود خودبه خود دیده شده است.

- لکوپلاکی (oral hairy leukoplakia) از نظر بالینی ضایعات سفید برجسته بدون علامت است که ابتدا در سطوح خارجی ایجاد می‌شود و سطح موجدار دارد. با مطالعات دقیق توانسته‌اند ویرونیهای Epstein-Barr را در ضایعات نشان دهند.

- سرخک شواهدی وجود دارد که بچه‌های مبتلا به AIDS بیشتر به سرخک دچار می‌شوند و سیر بالینی شدیدتری را طی می‌نمایند به طوری که منجر به پنومونی



می‌باشد. محتمل‌ترین عامل ایجاد آن را عفونت مکرر با CMV می‌دانند.

سایر بدخیمی‌های نادر در بچه‌ها عبارتند از:

۱- بدخیمی‌های CNS

۲- Nodal lymphomas

(polyclonal polymorphic B-cell lympholiferative disorder)

PBLD

۳- لیوموسارکوم. در یک مورد ابتدا به PBLD تعداد کمی ارتشاح نئولر در نسوج زیر جلدی قفسه صدی و مقعد وجود داشت.

۴- وقوع خال دیسپلاستیک جدید و ملائوم بدخیم به خصوص با افزایش طول بقاء عمر این بیماران بیشتر می‌شود.

**III ضایعات حاصل از کمبودهای غذایی:** در کودکان مبتلا به دلیل عفونتهای مکرر، بی اشتهایی و حملات مکرر اسهال کاهش رشد (FTT) و

به سلوح اکستانسور بازوها، پشت دستها، قسمتهای انتهایی و پاهای و تنه می‌شوند. ج - در برخی از بیماران طرح عروقی شبکه‌ای زئرالیزه مقاوم شبیه cutis marmorata گزارش شده است. د - درمانیت سیوره در مبتلایان به AIDS دیده می‌شود و در بالغین مبتلا می‌تواند اولین علامت بیماری باشد. راش به‌صورت زئرالیزه نیز گزارش شده است. این بثورات معمولاً در صورت و بدن دیده شده و به‌درمان با هیدروکورتیزون پاسخ داده‌اند. وقتی ضایعات در سر باشند شدید بوده و به درمان مقاوم‌اند. از آنجا که یافته‌های پاتولوژی این درمانیت سیوره غیراختصاصی است لذا مؤلفین اصطلاح درمانیت شبه‌سیوره اینز (seborrheic-like dermatitis of AIDS) را به‌کار بردند. مقاومت و شدت درمانیت سیوره می‌تواند در پیش‌آگهی مؤثر باشد. با بدتر شدن وضع بیمار و شکست سیستم ایمنی درمانیت سیوره بهبود می‌یابد. و - درمانتوزهای شایعی مثل پسوریازیس و درمانیت اگزما توز مزمن می‌توانند در مبتلایان به AIDS شدید و مقاوم به‌درمان باشند. در مواردی درمانیت سیوره به Ketoconazol موضعی و سیستمیک پاسخ می‌دهد. در تعدادی از بیماران بلغاریت تنها علامت بیماری بوده است. ز - واسکولیت لکوپلاستیک ایدیوپاتییک و ITP در کودکان مبتلا به AIDS گزارش شده است. ح - ویتیلیگو ط - در چند بچه اولین تظاهر بیماری پیودرما گانگرنوزوم بوده است. ی - مژه‌های بلند در برخی بچه‌های مبتلا دیده شده است. ک - تغییر رنگ ناخن‌ها به‌صورت ناخن‌های زرد رنگ در برخی بیماران بالغ دیده شده است. ناخن‌های قهوه‌ای-آبی و پیگمانتاسیون پوستی مخاطی در افرادی که با azidothymidine درمان شده‌اند مشاهده شده است. در بافت‌شناسی، این پیگمانتاسیون با افزایش ملانین و ملانوسیت‌های اپی درم و تجمع ملانوفاک‌های درم مشخص می‌شود. ل - درمانیت آنوسییک و سرخی منتشر diffuse erythematous flush نیز در برخی مبتلایان مشاهده می‌شود.

کمبود غذایی ایجاد می‌شود. از علل علایم پوستی این گروه کمبود روی، نیاسین و اسیداسکوریک شایع‌ترند. کمبود روی موجب آکرودرمانیت اتروپاتییک می‌شود. در یک مطالعه تقریباً ۲/۳ کودکان مبتلا به AIDS دچار کمبود روی بودند. در یک بیمار لته‌های خونریزی دهنده و بثورات پتشیال فولیکول ثانوی به‌کمبود ویتامین C مشاهده شد. ضایعات دیگر حاصل از کمبود سایر مواد نیز مشاهده می‌شود.

**IV واکنش‌های دارویی:** اغلب بیماران مبتلا به AIDS بثورات پوستی غیراختصاصی مربوط به عفونت HIV دارند. از طرفی اغلب این بیماران تحت درمان با داروهای مختلفند که حتی برخی از آنها تحت آزمون بالینی هستند پس تجربه کافی در مورد عوارض و واکنش‌های دارویی آنها محدود است. به‌نظر می‌رسد در مبتلایان به AIDS واکنش دارویی شایع‌تر باشد. افزایش حساسیت دارویی در ۴۰ تا ۶۰٪ بیماران بالغ مبتلا به پنومونی نوع پنوموسیستیس کارینی تحت درمان با کوتریموکسازول به‌صورت زیر دیده شده است. اریتم مولتی فرم، بثورات ماکولر خارش دار، بثورات ماکولوپاپولر منتشر همراه با تب. یا قطع دارو علایم پوستی مرتفع می‌شوند. در یک کودک آفریقایی تحت درمان با آنتی‌بیوتیک ضدسل سندرم استیونس جانسون مشاهده شد. در عددی از بیماران بثورات ماکولر خارش دار به‌دنبال مصرف کوتریموکسازول دیده شده است.

**V سایر تظاهرات پوستی بیماران مبتلا به AIDS:** بثورات غیراختصاصی پوست در کودکان مبتلا شایع بوده و در بافت‌شناسی فقط ارتشاح لنفوهیستوسیتی دور عروقی خفیف مشابه به‌آنچه در بسیاری از بثورات ویروسی و دارویی وجود دارد، دیده می‌شود. در مطالعه‌ای در New Jersey ۹۵٪ مبتلایان به AIDS به‌نحوی بثورات جلدی داشتند. این بثورات عبارتند از:

الف - کهیر، ب - بثورات پاپولر خارش دار زئرالیزه که در ۱۸٪ مبتلایان بالغ و کودک آفریقایی مشاهده شد و در ۱/۲ مبتلایان تظاهر بالینی AIDS را تشکیل می‌دهد. علت آن نامشخص است. از نظر بالینی پاپولهای منتشر قرینه با تمایل

## ABSTARCT Cutaneous Manifestation of Pediatric AIDS

SM Rohani, MD; Peymaneh Alizadeh- Taheri, MD Theran University of Medical Sciences

**Key words** AIDS, HIV, Cutaneous manifestation

Cutaneous disorders are the most common manifestations of HIV infection in both children and adults. The spectrum of these manifestations includes infections, neoplasm, drug reactions, nonspecific exanthemas and skin changes associated with nutritional deficits. Mucocutaneous candidiasis, herpetic gingivostomatitis and severe bacteriemia.

1. Straka BF, Whitaker DL, Morrison SH et al: Cutaneous manifestations of AIDS in children. J Am Acad Dermatol 18(5): 1089-101, 1988
2. Torre D, Zeroli D, Fiori G et al: Dermatologic manifestations of AIDS in children. J Pediatr 118: 195-203, 1991
3. Chadwick EG, Yogeve R: Pediatric AIDS. Ped Clin North Am 42(4): 969-90, 1995
4. Nance KV, Smith ML, Joshi VV: Cutaneous manifestations of AIDS in children. J Dermatol 30(8): 531-9, 1991
5. Hurwitz S: AIDS in children. In: Hurwitz S: Clinical Pediatric Dermatology. 2nd ed. Pp 341-3, Saunders, Philadelphia 1993
6. Weston WL, Lane AT, More JG III: HIV infections. In: Weston WL, Lane AT, Morelli JG: Color Textbook of Pediatric Dermatology. 2nd ed. Pp 120-2. Mosby, St Louis 1996