A stethoscope is positioned across the top and right sides of the image. The top part of the stethoscope, including the binaurals and part of the tubing, is visible against a teal background. The tubing runs horizontally across the middle of the image, where the title is located. The bottom part of the stethoscope, including the chest piece, is visible in the bottom right corner against the same teal background.

# اختلالات پوستی درماتولوژیک

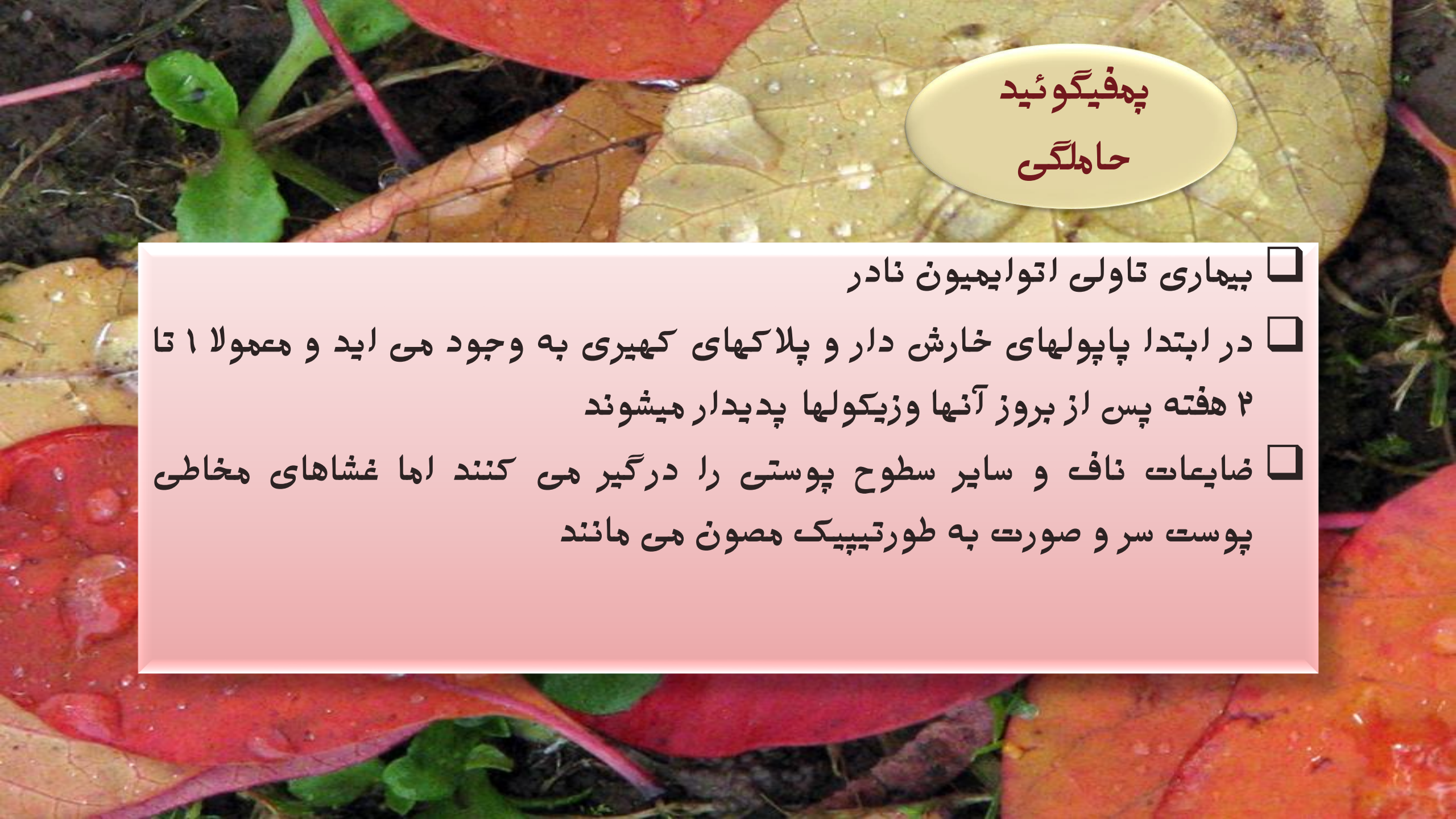
## درماتوزهای اختصاصی حاملگی

### درماتوزهای اختصاصی حاملگی

چهار نوع درماتوز که منحصر به حاملگی محسوب می‌شوند، شامل پمفیگوئید حاملگی (PG)، پاپولها و پلاکهای کھیری خارش‌دار حاملگی (PUPPP)، بثورات آتوپیک حاملگی (AEP) و کلستاز داخل کبدی حاملگی هستند. نمای ظاهری این درماتوزها ممکن است به یکدیگر و نیز به سایر اختلالات پوستی شباهت داشته باشد و خارش یکی از ویژگیهای شایع هر چهار نوع محسوب می‌شود. در میان این چهار نوع، فقط کلستاز داخل کبدی و پمفیگوئید حاملگی با پیامدهای جنینی نامطلوب همراه بوده‌اند. در کلستاز داخل کبدی عموماً ضایعات پوستی اولیه وجود ندارند، اما خارش معمولاً با افزایش غیرطبیعی میزان سرمی اسیدهای صفراوی و افزایش خفیف میزان ترانس آمینازهای کبدی همراه است.

## پہ فیگوئید حاملگی





## په‌فیکوئید حاملگی

☐ بیماری قاولی اتوایمیون نادر

☐ در ابتدا پا‌پولهای خارش دار و پلاکهای کهیری به وجود می‌اید و معمولاً ۱ تا ۲ هفته پس از بروز آنها وزیکولها پدیدار میشوند

☐ ضایعات ناف و سایر سطوح پوستی را درگیر می‌کنند اما غشاهای مخاطی پوست سر و صورت به طور تیپیک مصون می‌مانند

## په‌فیگوئید حاملگی

□ په‌فیگوئید حاملگی که قبلاً هرپس حاملگی نامیده میشد ارتباطی با ویروس هرپس ندارد



## پمفیگوئید حاملگی

### حاملگی

در اکثر موارد، PG در جریان حاملگیِ اول رخ می‌دهد. این اختلال در اکثر حاملگی‌های بعدی نیز رخ می‌دهد و این موارد معمولاً زودهنگام‌تر و شدیدتر هستند. همچنین، دیگر بیماری‌های اتوایمیون به‌ویژه بیماری گریوز، در زنان مبتلا شایع هستند.

## پمفیگوئید حاملگی

PG معمولاً در جریان سه ماهه‌های دوم یا سوم حاملگی شروع می‌شود، اما شروع یا تشدید در دوره پس از زایمان نیز شایع است. سیر بیماری به طور شایع با تشدیدها و رمیسیونهای قبل از زایمان مشخص می‌شود. در موارد زودآغاز و تاول‌زای پمفیگوئید حاملگی، ارتباطی بین PG و زایمان پره‌ترم، اولیگوهایدرآمنیوس و محدودیت رشد جنین وجود دارد. تقریباً در ۵ تا ۱۰ درصد موارد، آنتی‌بادیهای IgG به صورت غیرفعال (پاسیو) از مادر انتقال می‌یابند و سبب ضایعات پوستی مشابهی در نوزاد می‌شوند. این بشورات در نوزاد، فقط نیازمند مراقبت از زخم هستند و با کاهش میزان IgG منتقل شده به صورت پاسیو، در عرض چند هفته خودبه‌خود برطرف می‌شوند. پس از زایمان، ضایعات موجود در مادر بدون برجای گذاشتن اسکار برطرف می‌شوند و اکثر زنان پس از ۶ ماه عاری از بیماری خواهند بود. بیماری ممکن است در جریان خونریزی قاعدگی و یا در اثر کنتراستپتوهای خوراکی تشدید پیدا کند.

## تشخیص و درمان

□ قبل از تشکیل تاول این ضایعات ممکن است شبیه به pupp به نظر برسند

## تشخیص و درمان

- ☐ در PG خارش ممکن است شدید باشد
- ☐ در اوایل سیر بیماری ممکن است کورتیکواستروئیدهای موضعی پرفدرت و آنتی هیستامینهای خوراکی موثر باشد
- ☐ در مورد ضایعات مقاوم کورتیکواستروئید خوراکی تجویز میشود و داروی ارجح پردنیزولون است
- ☐ در موارد نادر بسیار مقاوم از درمان با ایمونوگلوبولین داخل وریدی سیکلوسپورین یا پلاسمافرز استفاده شده است

پاپولها و پلاکهای  
کهیری خارش دار  
حاملگی



## پاپولها و پلاکهای کهیری خارش دار حاملگی

### ■ پاپولها و پلاکهای کهیری خارش دار حاملگی (PUPPP)

این درماتوز شایع اختصاصی حاملگی، با پاپولهای اریتماتوی ۱ تا ۲ میلی متری به شدت خارش دار که از به هم پیوستن آنها پلاکهای کهیری به وجود می آیند، مشخص می شود. PUPPP که به نورات پلی مورفیک حاملگی نیز نامیده می شود، معمولاً در اواخر حاملگی بروز می کند. در موارد نادر، شروع در دوره پس از زایمان نیز توصیف شده است. راش در ۹۷ درصد زنان، شکم و بخش پروگزیمال کشاله های ران را درگیر می کند. ضایعات در اغلب موارد ابتدا در داخل استریاها به وجود می آیند، اما پوست اطراف ناف مصون می ماند. در موارد نادر، صورت، کف دستها و کف پاها درگیر می شوند. این بیماری در زنان سفیدپوست و نولی پار، زنان دارای حاملگی چندقلویی و زنان دارای جنین مذکر، با شیوع بیشتری دیده می شود. PUPPP به ندرت در حاملگیهای بعدی عود می کند. علت این بیماری مشخص نیست، اما اساس و پایه اتوایمیون ندارد.

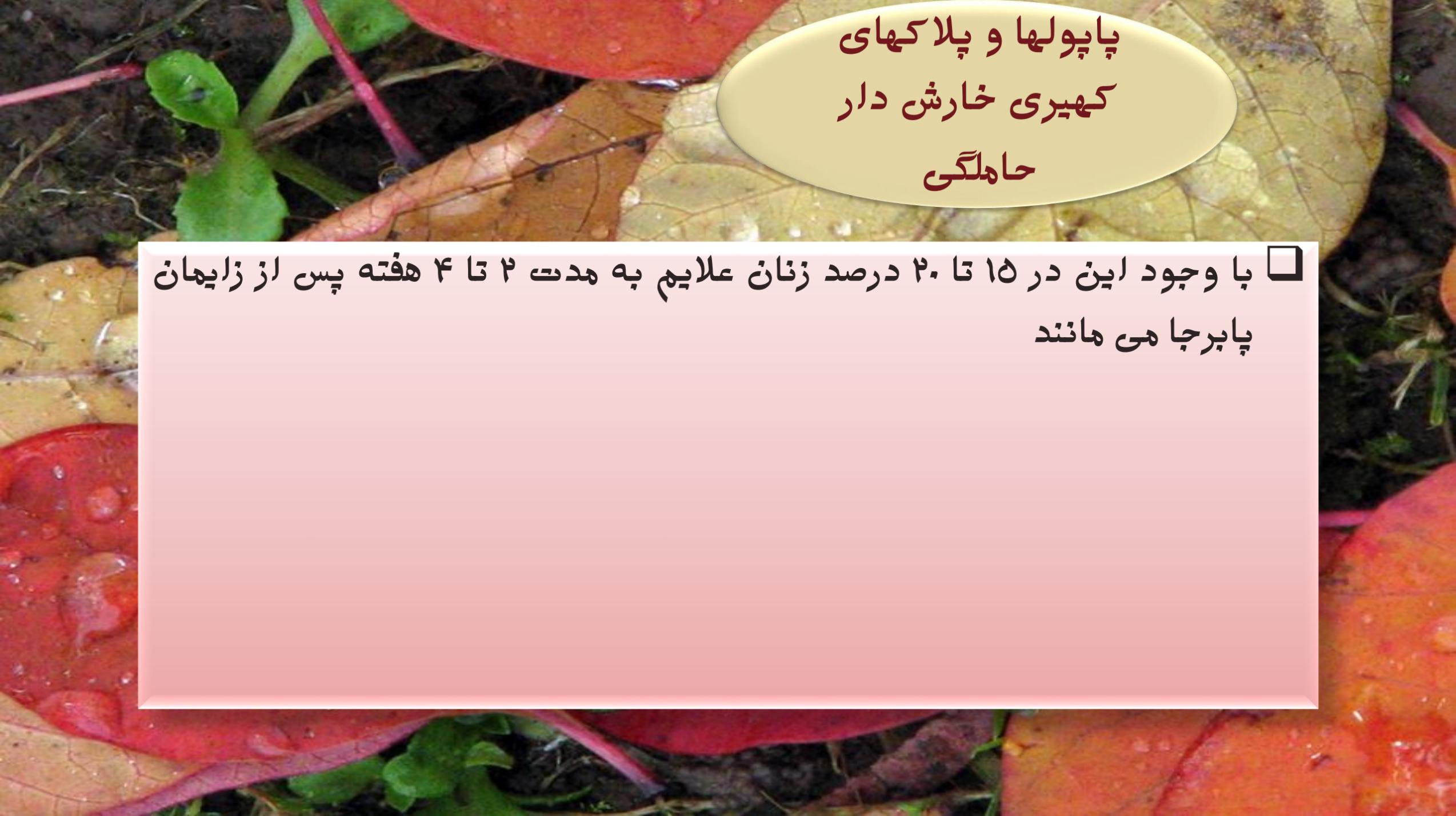
## پاپولها و پلاکهای کهیری خارش دار حاملگی

PUPPP از تعدادی از انواع بثورات پوستی تقلید می کند. از این موارد، می توان درماتیت تماسی، بثورات دارویی، اگزانتهم ویروسی، گزش حشرات، آلودگی با گال (جرب)، پیتیریازیس روزه آ و سایر درماتوزهای اختصاصی حاملگی را نام برد.



پاپولها و پلاکهای  
کهیری خارش دار  
حاملگی

- ❑ خارش معمولا به درمان با آنتی هیستامین های خوراکی عوارض نرم کننده پوست و کورتیکواستروئیدهای موضعی پاسخ میدهد
- ❑ در تعدادی اندکی از بیماران تجویز یک دوره کوتاه کورتیکواستروئیدهای سیستمیک برای کاستن از خارش شدید ضرورت پیدا میکند
- ❑ **PUPP** با آثار نامطلوب حاملگی همراه نیست
- ❑ **PUPP** معمولا در عرض چند روز پس از زایمان برطرف میشود و هیچ گونه اسکاری برجای نمیگذارد



پاپولها و پلاکهای  
کهیری خارش دار  
حاملگی

□ با وجود این در ۱۵ تا ۲۰ درصد زنان علایم به مدت ۲ تا ۴ هفته پس از زایمان  
پابرجا می مانند

## بثورات آتوپیک حاملگی

- ☐ اگزما در حاملگی - خارش حاملگی و فولیکولیت خارش دار حاملگی
- ☐ در دوسوم زنان مبتلا تغییرات اگزمایی گسترده دیده میشوند در حالی که در یک سوم دیگر از بیماران ضایعات پاپولر وجود دارند
- ☐ وجود سابقه آتوپیک و توجه به ویژگی های راش کمک شایان توجهی به تشخیص میکند
- ☐ این بیماری ها در قالب یک گروه اثر نامطلوبی بر جنین اعمال نمیکند

## اگزما در حاملگی



## اگزما در حاملگی

«اگزما در حاملگی» از همان نمای اگزمای معمولی برخوردار است، اما در دوران حاملگی شروع می‌شود. این اختلال شایعترین درماتوز اختصاصی حاملگی است و در پوست مبتلا، تکه‌های خشک، ضخیم‌شده، پوسته‌دار و قرمزرنگی دیده می‌شوند که سطوح فلکسور اندامها، نوک پستانها، گردن و صورت را درگیر می‌کنند. در مقابل، «خارش حاملگی» (که *prurigo gestationis* نیز نامیده می‌شود)، با پاپولها یا ندولهای ۵ تا ۱۰ میلی‌متری خارش‌دار و اریتماتویی همراه است که به‌طور شایع در سطوح اکستنسور و تنه یافت می‌شوند. آخرین نوع یعنی «فولیکولیت خارش‌دار حاملگی» نادر است و با پاپولهای فولیکولی کوچک و اریتماتو و پوستولهای استریل، عمدتاً در تنه، مشخص می‌شود. ۷۵ درصد موارد AEP، در سه ماهه‌های اول یا دوم حاملگی رخ می‌دهند. تمام ضایعات به‌طور معمول با زایمان برطرف می‌شوند، اما برخی از آنها تا ۳ ماه پس از زایمان پابرجا می‌مانند. عود در حاملگیهای بعدی متغیر اما شایع است.

# اگزما در حاملگی



## اگزما در حاملگی

- ☐ این اختلالات با رد کردن سایر احتمالات تشخیصی تشخیص داده میشود
- ☐ یافته های بیوپسی و نتایج سرولوژی اختصاصی **PG** منفی هستند
- ☐ میزان سرمی اسیدهای صفراوی به رد کردن کلستاز حاملگی کمک میکند
- ☐ در بسیاری از زنان مبتلا به اگزهای حاملگی میزان **IgE** افزایش می یابد

## اگزما در حاملگی

- ❑ درمان: مواد نرم کننده- تجویز آنتی هیستامین خوراکی و فراورده ها کورتیکواستروئیدی موضعی با قدرت کم تا متوسط
- ❑ کورتیکواستروئید دوبار در روز به مدت چند هفته ادامه پیدا میکند تا بهبودی حاصل شود
- ❑ درمان نگهدارنده یک یا دو بار در هفته
- ❑ در اگزهای شدید کورتیکواستروئیدهای موضعی پر قدرت
- ❑ در برخی از موارد تا کرولیموس موضعی- درمان با اشعه ماورای بنفش B- کورتیکواستروئید خوراکی یا سیکلوسپورین

## اکنه ولگاریس



## اکنه ولگاریس

- ☐ نوعی درماتوز مزمن شایع
- ☐ درمان در بارداری: بنزوئیل ۲/۵ تا ۵ درصد یا اسید آزلایک ۱۰ تا ۲۰ درصد – داروهای ضد التهابی و کومدولیتیک موضعی مناسب – اریترومایسین یا کلیندامایسین موضعی
- ☐ رتینوئیدهای موضعی شامل ترتینوئین و آداپالن
- ☐ در استفاده موضعی ناهنجاری دیده نشده
- ☐ در سه ماه اول استفاده نشود
- ☐ تازاروتن در بارداری ممنوع است

## اکنه ولگاریس

- ☐ آنتی بیوتیک خوراکی اریترومایسین- آزیترومایسین- سفالکسین- آموکسی سیلین همراه با بنزوئیل پراکسید
- ☐ تجویز آنتی بیوتیک سیستمیک تا سه ماهه دوم به تعویق می افتد
- ☐ مدت درمان محدود به ۴ تا ۶ هفته
- ☐ در موارد شدید کورتیکواستروئیدهای خوراکی با تزریق داخل ضایعه
- ☐ به علت خطر اندک شکاف های صورت تجویز عوامل خوراکی تا بعد از سه ماهه اول به تعویق می افتد



آکنه وولگاریس  
Acne vulgaris




پسوریازیس و  
پسوریازیس پوستولی  
حاملگی



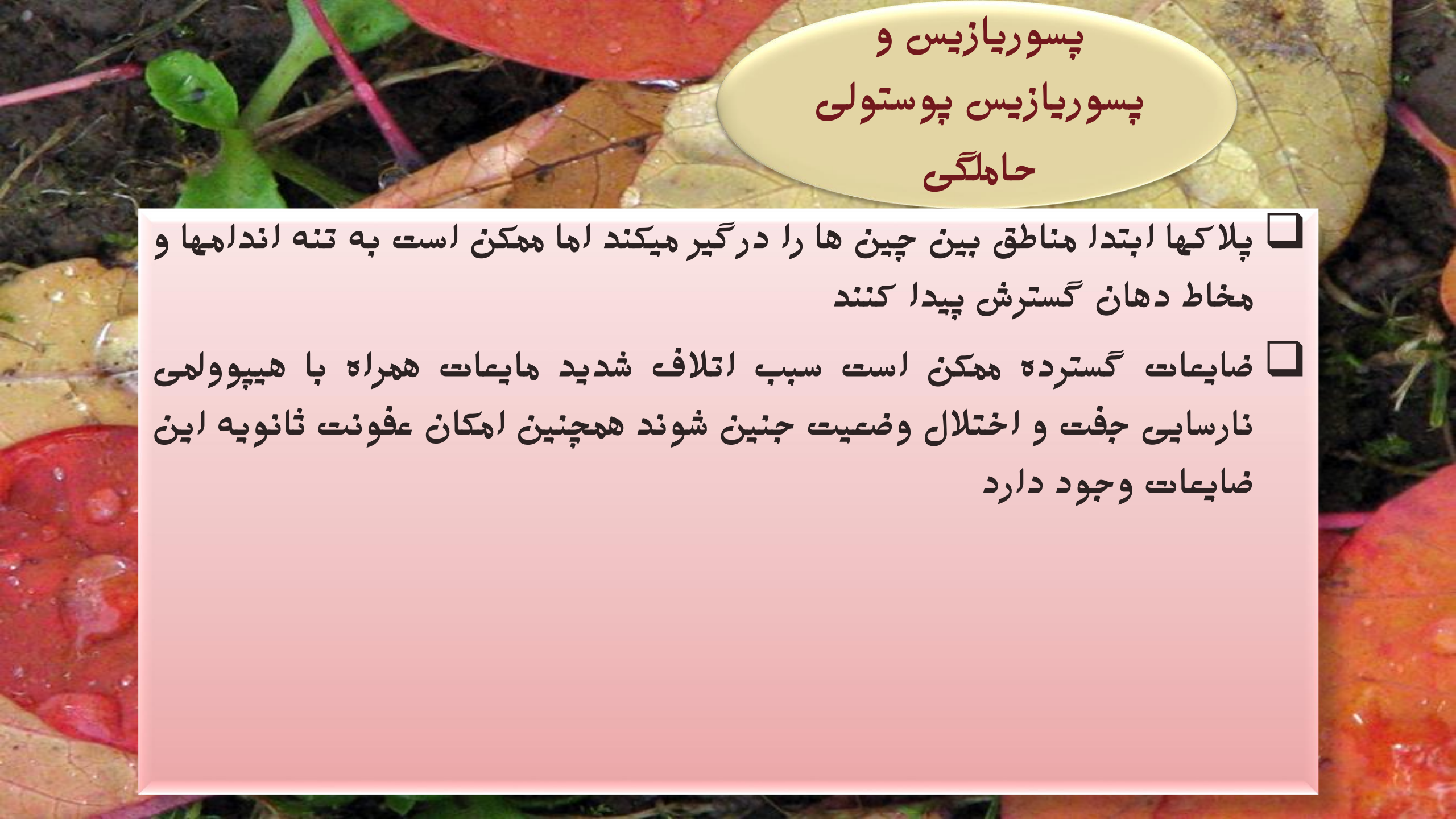
## پسوریازیس و پسوریازیس پوستولی حاملگی

- ☐ پسوریازیس درهاتوز شایعی با سیر متغیر در دوران حاملگی است اما شعله ور شدن بیماری در دوره پس از زایمان شایع است
- ☐ در ابتدا امولسیونها به تنهایی تجویز میشوند و می توان کورتیکواستروئیدها موضعی دارای قدرت کم تا متوسط را نیز به روند درمان اضافه کرد
- ☐ در موارد مقاوم کورتیکواستروئیدهای پرقدرت در سه ماهه دوم و سوم بی خطر است
- ☐ خط دوم از فوتوتراپی با اشعه ماورای بنفش B استفاده کرد
- ☐ خط سوم: سیکلوسپورین- کورتیکواستروئیدهای سیستمیک یا آنتاگونیستهای فاکتور نکروز تومورالفا



## پسوریازیس و پسوریازیس پوستولی حاملگی

- ☐ به طور کلی پسوریازیس به تنهایی سبب افزایش خطر پیامدهای نامطلوب حاملگی نمیشود
- ☐ در موارد شدید بیماری برخی از محققان افزایش اندک خطر وزن کم هنگام تولد نوزادان دیابت حاملگی و پره اکلامپسی را گزارش کرده اند
- ☐ شایعترین نوع پسوریازیس شکل پلاکی مزمن است
- ☐ در پسوریازیس پوستولی حاملگی ممکن است علایم سیستمیک شدیدی رخ بدهد و از سپسیس تقلید کنند
- ☐ در این شکل پوستولی نادر که قبلا ایمپتیگوهرپتی فورم نامیده میشود پلاکهای دارای زمینه اریتماتو و خارش داری به وجود می آیند و سپس دلمه می بندند



## پسوریازیس و پسوریازیس پوستولی حاملگی

- ❑ پلاکها ابتدا مناطق بین چین ها را درگیر میکند اما ممکن است به تنه اندامها و مخاط دهان گسترش پیدا کنند
- ❑ ضایعات گسترده ممکن است سبب اطلاق شدید مایعات همراه با هیپوولمی نارسایی جفت و اختلال وضعیت جنین شوند همچنین امکان عفونت ثانویه این ضایعات وجود دارد

درمان خط اول، شامل پردنیزون خوراکی (۱۵ تا ۸۰ میلی گرم در روز)، سیکلوسپورین (۲ تا ۳ میلی گرم بر کیلوگرم در روز)، اینفلیکسیماب، کورتیکواستروئیدهای موضعی یا کلسیپوترین موضعی است. پسوریازیس پوستولی حاملگی، به طور تیپیک پس از زایمان به سرعت برطرف می شود و در نتیجه، بسته به شرایط هر فرد می توان زایمان زودهنگام را مدنظر قرار داد. عود در حاملگیهای بعدی و نیز در ارتباط با خونریزی قاعدگی و مصرف کنتراسپیتوهای خوراکی گزارش شده است.

پسوریازیس و  
پسوریازیس پوستولی  
حاملگی



## اریتما ندوزوم



## اریتما ندوزوم

- ☐ معرف التهاب چربی زیر جلدی در ارتباط با تعداد زیادی از علل از جمله حاملگی است
- ☐ سایر عوامل برانگیزنده شامل عفونتها سارکوئیدوز داروها سندرم بهجت بیماری های التهابی روده و بدخیمی هستند
- ☐ به طور مشخص ندول ها و پلاکهای ۱ تا ۶ سانتی متری حساس قرمز رنگ و گرم در سطوح اکستانسور ایجاد میشوند
- ☐ در عرض چند روز ضایعات صاف میشوند و دستخوش تغییر رنگ خاص کوفتگی قرار میگیرند
- ☐ ممکن است علائم عمومی نیز وجود داشته باشند

## اریتما ندوزوم

□ علائم به طور خودبه خود در عرض ۱ تا ۶ هفته بدن اسکارگذاری برطرف میشوند  
ممکن است هیپرپیگمانتاسیون برجای بگذارند

# گرانولوم پیوژنیک



## گرانولوم پیوژنیک

### ■ گرانولوم پیوژنیک

گرانولوم پیوژنیک، به کرات در دوران حاملگی دیده می شود. گرانولوم پیوژنیک که نام چندان بامسمایی نیست، در واقع نوعی همانژیوم مویرگی لبولار است. افزایش عوامل آنژیوژنیک از جمله فاکتور رشد اندوتلیال عروقی در ارتباط با حاملگی، در این زمینه دخالت دارد. این ضایعات به سرعت رشد می کنند و در اثر تحریکات ناچیز دچار خونریزی می شوند. خونریزی فعال را می توان با اعمال فشار و به کارگیری نوار نیترات نقره یا چسب Monsel (فریک ساب سولفات) کنترل کرد. این ضایعات اغلب در عرض چند ماه پس از زایمان برطرف می شوند و در نتیجه ممکن است قبل از زایمان دیده شوند. با وجود این، در مورد ضایعات علامتدار قبل از زایمان یا ضایعاتی که پس از زایمان پابرجا می مانند و یا در صورت نامشخص بودن تشخیص، اکسیژیون ترجیح داده می شود. سایر گزینه ها شامل اکسیژیون با اسکالپل به اضافه بخیه زدن، کورتاژ الکتروسرجیکال، فوتوکواگولاسیون لیزری یا کرایوتراپی هستند. ضایعات دهانی بهتر است به متخصص ارجاع داده شوند.

## هیدرادنیت چرکی



## هیدرآدنیت چرکی

هیدرآدنیت چرکی، نوعی بیماری پوستی التهابی مزمن است. تجمع کراتین در فولیکولهای مو و التهاب راجعه، سبب بروز ندولها و آبسه‌های دردناکی می‌شود که پاره می‌شوند و مجاری سینوسی به وجود می‌آورند. مراحل I تا III در سیستم Hurley، از پاپولهای التهابی گذرا با فواصل زیاد تا درگیری منتشر با مجاری سینوسی عمقی متعدد بین آبسه‌های پوستی، متغیر هستند. در اکثر موارد، علائم در دوران حاملگی بدون تغییر می‌مانند یا بهبود پیدا می‌کنند.

## هیدرادنیت چرکی

- ☐ درمان با هدف کاهش التهاب پوستی و دستیابی به آثار ضد باکتریایی صورت میگیرد
- ☐ در مورد بیماری فعال مرحله I/II کلینداهایسین موضعی یک درصد دوبار در روز به مدت ۱۲ هفته به کار می رود
- ☐ ژل مترونیدازول ۰/۷۵ درصد یا ژل کلینداهایسین ۲ درصد جایگزینی قابل قبولی هستند
- ☐ در مراحل II/III بیماری ۳۰۰ میلی گرم کلینداهایسین به اضافه ۳۰۰ میلی گرم ریفامپین خوراکی دوبار در روز به مدت ۱۰ دقیقه

ضایعات  
نوروفیبروماتوز



## ضایعات نوروفیبروماتوز

ویژگیهای ضایعات نوروفیبروماتوز، شامل نوروفیبروماهای پوستی خوش خیم، لکه های شیرقهوه ای، کک و مک های آگزیری اینگوینال، ندولهای خوش خیم عنبیه (ندولهای «لش») گلیومهای عصب اپتیک هستند. ممکن است اندازه و عداد نوروفیبروماها در دوران حاملگی افزایش پیدا کند. در نوروفیبروماتوز نوع یک، در دوران حاملگی میزان پره اکلامپسی و ایمان پره ترم افزایش می یابد. در نوع دوی بیماری، تعدادی از نواهد بر افزایش خطر پره اکلامپسی دلالت دارند.

روزاسه فولمینانت که پیودرمای صورت نیز نامیده می شود، نادر است و با پوستولهای صورت و سینوسهای ترشح داری که در هم دغام می گردند، مشخص می شود، اما با کومدون همراه نیست. نابلوی شدید این اختلال، معمولاً مشاوره با متخصص پوست را ضروری می سازد. آنتی بیوتیکهای موضعی یا خوراکی درمان اولیه این اختلال هستند و می توان کورتیکواستروئیدهای موضعی را نیز به این درمان اضافه کرد. با شیوع کمتر، استفاده از دوره کوتاه کورتیکواستروئیدهای خوراکی یا درناژ کانونی با جراحی، به عنوان روش کمکی ضرورت پیدا می کند.



- رزاسه معمولاً باعث قرمزی مداوم در بخش مرکزی صورت می شود. رگ های خونی کوچک روی بینی و گونه ها اغلب متورم و قابل رویت می باشند
- بسیاری از افراد مبتلا به رزاسه نیز روی صورتشان جوش هایی می زنند که شبیه به آکنه هستند. این برجستگی ها گاهی حاوی چرک میباشند. پوست ممکن است داغ و حساس شود.



## درمان درماتولوژیک

- آنتی هیستامینها خوراکی برا درمان خارش تجویز میشوند
- گزینه های مطلوب شامل داروهای نسل اول مانند دیفن هیدرامین ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و یا کلرفنیرامین ۴ میلی گرم هر ۶ ساعت هستند
- داروهای نسل دوم مانند لوراتادین ۱۰ میلی گرم در روز و ستیریزین ۵ تا ۱۰ میلی گرم در روز احتمالاً اثر تسکین بخشی کمتری دارند و آنها نیز جزو داروهای بی خطر در دوران هستند

## درمان درماتولوژیک

از میان فرآورده‌های کورتیکواستروئیدی موضعی. برای درمان ابتدایی اختلالات درماتولوژیک، عوامل دارای قدرت کم تا متوسط ترجیح داده می‌شوند. عوامل کم‌قدرت، شامل هیدروکورتیزون ۱ درصد یا دزونید ۰/۵ درصد هستند. یکی از فرآورده‌های دارای قدرت متوسط، تریامسینولون استونید ۰/۱ درصد و مومتازون فرووات ۰/۱ درصد هستند. فرآورده‌های دارای قدرت زیاد (پر قدرت) شامل بتامتازون دی‌پروپیونات ۰/۰۵ درصد است. فرآورده‌های دارای قدرت بسیار زیاد (بسیار پر قدرت) مانند کلوبتازول پروپیونات ۰/۰۵ درصد بهتر است صرفاً در اختلالات مقاوم و فقط به مدت ۲ تا ۴ هفته در مناطق سطحی کوچک مورد استفاده قرار گیرند.

فرآورده‌های دارای قدرت کم تا متوسط، با پیامدهای نامطلوب حاملگی همراه نیستند، درحالی‌که فرآورده‌های دارای قدرت زیاد و بسیار زیاد، در مقادیر تجمعی بالا سبب افزایش اندك خطر محدودیت رشد جنین می‌شوند. باوجوداین، میزان این خطر کمتر از خطر کورتیکواستروئیدهای خوراکی است. در مورد تمام فرآورده‌های موضعی، عواملی که جذب سیستمیک را افزایش می‌دهند شامل زیاد بودن مساحت ناحیه تحت درمان، مختل بودن سد اپیدرمی، پانسمانهای محکم (مسدودکننده)، طولانی بودن مدت درمان و تجویز همزمان سایر عوامل موضعی افزایش‌دهنده جذب هستند.

عوامل درمانی قابل توجهی که باید از تجویز آنها در دوران حاملگی پرهیز شود، شامل متوترکسات، پسورالن (سورالن) به اضافه اشعه ماورای بنفش A، مایکوفنولات موفتیل، پودوفیلین و رتینوئیدهای سیستمیک هستند. عفونتهای باکتریایی، جزو عوارض ثانویه احتمالی اختلالات پوستی هستند و باید به سرعت با داروهای ضد میکروبی خوراکی که عوامل گرم مثبت را پوشش می دهند، درمان شوند.

جدول ۲-۶۵: کورتیکواستروئیدهای موضعی پرکاربرد در حاملگی.

عوامل دارای قدرت کم	عوامل دارای قدرت متوسط	عوامل دارای قدرت زیاد	عوامل بسیار پر قدرت
هیدروکورتیزون ۰/۵-۱ درصد (پماد، کرم)	تریامسینولون استونید ۰/۱ درصد (پماد، کرم)	تریامسینولون استونید ۰/۵ درصد (پماد، کرم)	کلوبتازول پروپیونات ۰/۰۵ درصد (پماد، کرم)
دگزامتازون ۰/۱ درصد (کرم)	مومتازون فوروات ۰/۱ درصد (کرم)	مومتازون فوروات ۰/۱ درصد (پماد)	
دزونید ۰/۰۵ درصد (کف، کرم، پماد)	بتامتازون والرات ۰/۱ درصد (پماد، کرم)	بتامتازون دی پروپیونات ۰/۰۵ درصد (پماد، کرم)	

جدول ۱-۶۵: درماتوزهای اختصاصی حاملگی.

اختلال	شیوع	ضایعه مشخص	آثار نامطلوب در حاملگی	درمان
پاپولها و پلاکهای خارش دار کھیری حاملگی (PUPPP)	شایع	پاپولها یا پلاکهای اریتماتوی خارش دار، تکه ای یا ژنرالیزه در شکم، رانها، کفها، و به ویژه در داخل استریاها؛ همراه با مصون ماندن ناحیه ناف	ندارد.	
بثورات آتوپیک حاملگی (AEP) اگر مای حاملگی	شایع	تکه های پوسته دار خشک و قرمز رنگ در سطوح فلکسور اندامها، گردن و صورت	ندارد.	داروهای ضدخارش، عوامل نرم کننده پوست، کورتیکواستروئیدهای موضعی، استروئیدهای خوراکی در موارد شدید
خارش حاملگی	شایع	پاپولهای خارش دار قرمز ۵-۱ میلی متری		
فولیکولیت خارش دار حاملگی	نادر	پاپولهای قرمز رنگ کوچک، پوستولهای استریل در تنه		
پمفیگوئید حاملگی	نادر	پاپولها، پلاکها، وزیکولها و ثاولهای (بولهای) اریتماتوی خارش دار، بروز در شکم، اغلب همراه با درگیری ناف و اندامها	زایمان پره ترم، محدودیت رشد جنین، ضایعات گذرا در نوزاد	
کلتساز حاملگی	شایع	فقدان ضایعات اولیه؛ خراشیدگیهای ثانویه در اثر خاراندن	افزایش موربیدیت، پری ناتال	داروهای ضدخارش، کلتیرامین، اورسوداکسی کولیک اسید