

معرفی یک مورد حاملگی موفقیت آمیز در بیمار مبتلا به آرتریت تاکایاسو

دکتر زهرا ابراهیمی* زهره خلجی نیا**

* متخصص بیماریهای زنان و زایمان- مرکز آموزشی درمانی ایزدی- دانشگاه علوم پزشکی قم

** کارشناس ارشد مامایی، مرکز آموزشی درمانی ایزدی- دانشگاه علوم پزشکی قم

چکیده

زمینه و هدف

آرتریت تاکایاسو یا به اصطلاح بیماری بدون نبض در زنان جوان بیشتر شیوع دارد. این بیماری، آرتریت التهابی مزمنی است که عروق بزرگ را درگیر می کند. این شکل آرتریت با آنژیوگرافی غیرطبیعی بخش فوقانی آئورت و شاخه های اصلی آن همراه است که سبب اختلال عروقی اندام فوقانی می شود. هدف از این بررسی، گزارش یک مورد حاملگی موفقیت آمیز در بیمار مبتلا به آرتریت تاکایاسو است.

معرفی مورد

بیمار خانم ۳۶ ساله شکم دوم سزارین قبلی مبتلا به آرتریت تاکایاسو، تحت درمان با قرص پردنیزولون از ۷ سال قبل، که پس از خروج دستگاه داخل رحمی به طور ناخواسته باردار شد. در سابقه بیمار، به جز آرتریت تاکایاسو، با درگیری عروق ساب کلاروین، سابقه مصرف ید رادیو اکتیو به علت پرکاری تیروئید نیز ذکر می شد. بیمار در ۸ هفته حاملگی مراجعه کرد. با توجه به نرمال بودن فونکسیون قلبی، ریوی و کلیوی بارداری را ادامه داد. بیمار در هفته ۱۰ حاملگی به علت FNA (آسپیراسیون با سوزن ظریف) مشکوک ندول سرد تیروئید، تحت تیروئیدکتومی ساب توتال قرار گرفت و به علت هایپوتیروئیدی علاوه بر مصرف پردنیزولون، تیروکسین هم استفاده می کرد. در هفته ۳۷ حاملگی، با توجه به کاهش مایع آمنیوتیک و نمره بیوفیزیkal ۸/۱۰ تحت عمل سزارین با آنالژی اپیدورال قرار گرفت.

کلید واژه ها: آرتریت تاکایاسو، آبستنی پرخطر، سندرم های قوس آئورت

تاریخ پذیرش: ۸۶/۲/۳

تاریخ دریافت: ۸۵/۲/۴

نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مامایی، مرکز آموزشی درمانی ایزدی- دانشگاه علوم پزشکی قم

Email: zkh6033@yahoo.com

مقدمه

آرتریت تاکایاسو^۱، واسکولیت ایدیوپا تیک عروق بزرگ است که در جوانی آئورت و شاخه های بزرگ آن را مبتلا می سازد. این بیماری، به اصطلاح بیماری بدون نبض^۲ نامیده می شود و در زنان، ده برابر شایع تر از مردان است و فقط در افراد زیر ۴۰ سال یعنی در سنین باروری بروز می کند. در بین کشورهای آسیایی، منجمله ژاپن شایع تر از آمریکا و کشورهای اروپایی است. این بیماری خود را با آنژیوگرافی غیرطبیعی بخش فوقانی آئورت و شاخه های اصلی آن نشان می دهد که سبب اختلال در عروق اندام فوقانی می شود. برای تشخیص این اختلال، قبل از بروز اختلال عروقی شدید می توان از روش های غیرتهاجمی مانند توموگرافی کامپیوتری یا آنژیوگرافی با MRI^۳ استفاده کرد^(۱).

علائم این بیماری عبارتند از: ضعف، بی حالی، هایپرتانسیون، درد مفاصلی، تب، تعریق شبانه، کاهش وزن، راش، تهوع، استفراغ، سندرم رینود، افزایش ESR^۴، CRP^۵ و آنمی^(۲). تظاهرات بالینی به محل درگیری عروق متفاوت بستگی دارد. درگیری عروق ساب کلاوین (درد اندام فوقانی به دنبال حرکت)^۶، عروق براکیو سفالیک (سرگیجه، ایسکمی مغزی گذرا، سکته مغزی) و عروق کلیوی (هایپرتانسیون) را می تواند نشان دهد^(۳). ۶۰٪ بیماران به درمان با کورتیکو استروئید پاسخ می دهند. در صورت پاسخ ندادن یا عود پس از درمان با این دارو، سیکلوفسفامید یا متوترکسات پیشنهاد می شود. درمان های جراحی در صورت تنگی شدید به

آنژین صدری، نارسایی دریچه آئورت، نارسایی قلبی و یا هایپرتانسیون رنواز کولر می انجامد^(۳).

این بیماری التهابی می تواند در سنین باروری و همراه با حاملگی بروز کند. تاثیر حاملگی بر روی آرتریت تاکایاسو هنوز ناشناخته است، اگرچه شواهدی دال بر شعله ور شدن بیماری های اتوایمون به ویژه لوپوس در طی حاملگی وجود دارد، اما آرتریت روماتوئید در حاملگی بهبود می یابد^(۴).

آرتریت تاکایاسو همراه با هایپرتانسیون رنواز کولر شدید، درگیری قلب و یا هایپرتانسیون ریوی پیش آگهی حاملگی را بدتر می کند^(۵). هم چنین درگیری آئورت شکمی پی آمد حاملگی را فاجعه بار خواهد کرد. در غیر این موارد، پی آمد حاملگی موفقیت آمیز است^(۶).

مصرف گلوکوکورتیکوئید در حاملگی، دیابت حاملگی و عوارض جدی دیگری از آن جمله اثر منفی بر روی وزن هنگام تولد، هایپرتانسیون و چاقی را به همراه دارد؛ با وجود این، مصرف گلوکوکورتیکوئید کمتر اندیکاسیونی در حاملگی ندارد. بیماران مبتلا به آرتریت تاکایاسو در طی حاملگی، گلوکوکورتیکوئید مصرف می کنند^(۴).

Nagey و همکاران، ۱۴ مورد حاملگی همراه آرتریت تاکایاسو با پیش آگهی خوب گزارش کردند^(۷). هم چنین تحقیقات Johnson و همکاران، Langford و Kerr این گزارش را تایید می کنند^(۸،۹). این تحقیق نیز یک مورد حاملگی موفقیت آمیز در بیمار مبتلا به آرتریت تاکایاسو را معرفی می کند.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۶ ساله شکم دوم که از ۷ سال قبل به دنبال تب طولانی به علت ناشناخته و درد ناحیه دست و گردن، کاهش وزن، ضعف و بی حالی با آنژیوگرافی غیرطبیعی تشخیص آرتریت تاکایاسو، درگیری عروق

1. Takayasu's Arteritis

2. Pulseless disease

3. Magnetic Resonance Imaging

4. Electron spin resonana

5. C – reactive protein

6. Claudication

ساب کلاوین و براکیال سمت چپ برای وی داده شد، تحت درمان کورتیکواستروئید (پردنیزولون ۱) قرار گرفت. سابقه تیروئیدیت و درمان با ید رادیواکتیو را حدود ۶ سال قبل نیز ذکر می کرد. زایمان وی به طریق سزارین (۹ سال قبل) بود و پس از آن هم دستگاه داخل رحمی داشته که پس از خروج دستگاه داخل رحمی به طور ناخواسته حامله شده است.

بیمار در هفته ۸ بارداری، در حالی که روزانه ۱۰ میلی گرم پردنیزولون و ۱ گرم کلسیم D استفاده می کرد، برای مراقبت های بارداری مراجعه می کند، آزمایش های روتین حاملگی، تست تحمل گلوکز، مشاوره روماتولوژی، قلب و عروق و کلیه در اولین ویزیت درخواست شد. با توجه به فونکسیون قلبی، ریوی و کلیوی مناسب، اجازه ادامه بارداری به وی داده شد. در هفته ۱۰ بارداری، به علت وجود ندول سرد بزرگی در تیروئید با FNA (آسپیراسیون با سوزن ظریف) مشکوک تحت ساب توتال تیروئیدکتومی قرار گرفت. گزارش پاتولوژی وی خوش خیم بود. به علت هایپوتیروئیدی، علاوه بر پردنیزولون روزانه مصرف ۱۰۰ میلی گرم لوتیروکسین سدیم نیز شروع شد.

مصرف گلوکوکورتیکوئید در حاملگی، دیابت حاملگی، هایپرتانسیون و چاقی را به همراه دارد. بنابراین، بیمار در طی بارداری از نظر هایپرتانسیون (کنترل فشار خون از طریق پا)، افزایش وزن و قند خون تحت کنترل بود. با کاهش دوز پردنیزولون، علائم ضعف، بی حالی و درد دست در بیمار ظاهر شد و بیمار با دوز قبلی پردنیزولون تحت درمان قرار گرفت.

بیمار با وجود قند ناشتا نرمال با توجه به مصرف پردنیزولون تست تحمل گلوکز در هفته ۲۸ - ۲۴ نیز انجام داد و در طی حاملگی، چندین بار قند ناشتا چک

شد یک مرتبه قند خون بالا داشت که با توصیه به کاهش مصرف قند، قند خون نرمال گردید.

بیمار علاوه بر مصرف روزانه ۱۰ میلی گرم پردنیزولون، ۱ گرم کلسیم D و لوتیروکسین سدیم ۱۰۰ میلی گرم، اسید فولیک، آهن و ۸۰ میلی گرم آسپرین به عنوان پروفیلاکسی پره اکلامپسی (با توجه به سن و مصرف پردنیزولون) مصرف می کرد.

از هفته ۳۰ بارداری، تست های سلامت جنین برای وی انجام شد و در همان زمان یک دوز بتامتازون برای تسریع بلوغ ریه دریافت کرد (به علت عبور نکردن پردنیزولون از جفت) دوز بعدی در هفته ۳۳ تکرار شد. سپس در هفته ۳۷ بارداری، به علت کاهش مایع (۷۰ میلی متر در روش چهار پاکه) و بیوفیزیکیال ۸/۱۰ تحت عمل سزارین با آنالژی اپیدورال قرار گرفت و حاصل آن نوزاد دختر سالم با آپگار ۹/۱۰ و وزن ۲۷۰۰ گرم بود. بعد از عمل جراحی نیز بیمار کنترل شد و هیچ گونه مشکلی نداشت.

بحث

التهاب شریانی تاکایاسو، بیماری نادری است که بیشتر در زنان جوان و همراه درگیری عروق بزرگ دیده می شود و سبب اختلال عروقی اندام فوقانی و بدون ضربه شدن این اندام می گردد. این آرتریت التهابی مزمن در خانم های زیر ۴۰ سال شایع تر و در سنین باروری همراه با حاملگی بروز می کند. تاثیر حاملگی بر روی آرتریت تاکایاسو هنوز ناشناخته است. هایپرتانسیون رنوا سکولار شدید، درگیری قلب و یا هایپرتانسیون ریوی پیش آگهی حاملگی را بدتر می کنند. در صورت درگیری آئورت شکمی، پیامد حاملگی فاجعه بار خواهد بود در غیر این موارد، پی آمد حاملگی موفقیت آمیز است. اگر بیماری کلیوی یا قلبی شدید وجود نداشته باشد و بیماری

کنترل شده باشد، بیشتر بیماران حاملگی را به سلامت به پایان می‌برند و نوزادان طبیعی به دنیا می‌آورند. ۱۴ مورد حاملگی موفقیت‌آمیز بدون هیپرتانسیون رنوو اسکولار شدید، درگیری قلب و یا هیپرتانسیون ریوی توسط Nagey و همکارانش گزارش شده است. در این گزارش نیز بیمار با توجه به درگیر نشدن آئورت شکمی هیپرتانسیون رنوو اسکولار شدید، درگیری قلب، هیپرتانسیون ریوی، بیماری کلیوی و کنترل بیماری، حاملگی موفقیت‌آمیز داشته و نوزاد طبیعی به دنیا آورد. بنابراین، بیماران آرتریت تاکایاسو با فونکسیون قلب، ریه و کلیه مناسب، می‌توانند بارداری را ادامه دهند و به ختم بارداری نیازی نیست. این گزارش تاییدی بر گزارش Nagey و همکارانش است.

نکات ذیل در بارداری با آرتریت تاکایاسو توصیه می‌شود:

- ۱ - در پی‌گیری حاملگی فشار خون اندام تحتانی گرفته شود؛
- ۲ - آنالژی اپیدورال برای عمل زایمان پیشنهاد می‌گردد؛
- ۳ - در صورت درگیر نشدن آئورت شکمی، هیپرتانسیون رنوو اسکولار شدید، درگیری قلب و یا هیپرتانسیون ریوی، ادامه بارداری به نظر بی‌خطر می‌رسد؛
- ۴ - در سیر بارداری به کاهش دوز کورتیکواستروئید نیاز نیست؛
- ۵ - تست تحمل گلوکز در این بیماران به علت مصرف کورتون در اولین ویزیت و مجدد در هفته ۲۸ - ۲۴ توصیه می‌شود؛

References

1. Numano F , Kobayashi Y. Takayasu arthritis – beyond pulselessness . intern Med 1999; 38:226.
2. Braun F ,Mandell , Gray S ,Hoffman .Braunwald zipes libby Heart Disease .6th ed. W.B Saunders company; 2005. p. 2200-2201 .
3. Jonathan L ,Halperin ,Jeffrey W, Olin . Hurst's The Heart .11th ed . Mc Graw –hill;2005 . p.2314 -2315.
4. Merkel PA , Fertility . Contraception and pregnancy issues with Takayasu's arthritis.2002;[12 screens]. Available at:
URL:<http://www.google.com> Accessed January 31,2007.
5. Gunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Tauth JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22th ed. New York : MC Graw-Hill; 2005 . p. 1222.
6. Sharma BK, jain S , Vasishta k . Outcome of Pregnancy in Takayasu Arthritis .Int J cardiol 2000;75: 159.
7. Nagey DA , Fortier KJ , Hayes BA , etal . Takayasu Arthritis in Pregnancy : A Case Presentation Demonstrating the Absence of Placental Pathology. Am J Obstet Gynecol 1983; 147 : 463.
8. Johnson SL , Lock RJ , Gomples MM. Takayasu arthritis : A review . J Clin Pathol 2002; 55: 481.
9. Langford C , Kerr G . Pregnancy in vasculitis . Curr Opin Rheumatol 2002; 14: 36.