

پیامد بارداری در یک خانم مبتلا به اسکرودرمی و پلی میوزیت: گزارش مورد

دکتر لیلا جویباری^۱، مهدیه مرگداری نژاد^{۲*}، خدیجه قبادی^۳

۱. دکترای آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
 ۲. دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
 ۳. مربی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

چکیده:

اسکرودرمی اختلال بافت همبند با ضخیم شدن و فیروز پوست و تغییرات التهابی، عروقی و ارگان های داخلی بدن مشخص می شود. از نظر جنسی شیوع در زنان بیشتر از مردان و با برتری سه به یک است. بارداری این بیماران در گذشته، خطر زیادی را برای جنین و مادر داشت اما در حال حاضر با برنامه ریزی، با نظارت دقیق و درمان مناسب، این بیماران بارداری موفق دارند. به منظور جلوگیری از عوارض بارداری در بیماران اسکرودرمی، بهتر است برنامه ریزی جهت بارداری در مراحل تثبیت شده بیماری صورت پذیرد و بارداری در دوره پیشرفت سریع بیماری رخ ندهد. در این گزارش، پیامد بارداری در یک خانم مبتلا به اسکرودرمی و پلی میوزیت به تفصیل مورد بحث قرار گرفته است.

کلید واژه ها: اسکروز سیستمیک، پلی میوزیت، بارداری، معرفی مورد

* نویسنده مسئول: مهدیه مرگداری نژاد

نشانی: دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

تلفن: ۰۱۷۱۴۴۳۰۳۶۰ پست الکترونیک: mahdie.margdari@yahoo.com

مقدمه:

درگیری ریه نیز شایع است و سبب تنگی نفس می شود (۷). زنان پنج برابر بیشتر از مردان به پدیده رینود مبتلا می شوند (۱۰). ممکن است برای کنترل آرتراژی، سفتی، و ناراحتی های عضلانی اسکلتی از داروهای ضد التهاب استفاده شود (۸).

برخی از شواهد مویلد آن است که ارتباطی بین بارداری و این بیماری وجود دارد و در دوران بارداری امکان تشدید بیماری وجود دارد. در یک بررسی روی ۹۴ مورد حاملگی مشخص شد در یک سوم زنان مبتلا، تشدید علائم در بارداری رخ داده است (۷). زنان مبتلا به اسکلرودرمی، در مراحل اولیه در معرض خطر بیشتری برای کلیه و قلب هستند به طوری که باید تشویق به تاخیر انداختن بارداری تا زمان تثبیت بیماری شوند. همه ی بیمارانی که در طی این مدت پر خطر باردار شدند باید با دقت به ویژه از نظر بحران های کلیوی تحت کنترل باشند (۱۱). اسکلرودرمی نفروتیک شایع ترین عارضه در بارداری است (۱۲). حاملگی سبب تشدید دیسفاژی و ازوفازیت ریفلاکس نیز می شود (۷). از دیگر عوارض می توان به سقط عادتی، محدودیت رشد جنین، مرگ داخل رحمی جنین، زایمان زودرس و مشکلات دفعی اشاره نمود (۱۲). ارتباط حاملگی و بارداری در پلی میوزیت خیلی نادر است و این شاید به علت درصد کم (۱۴ درصد) این بیماری در طول دوران تولید مثل باشد (۱۳). پلی میوزیت یک بیماری التهاب عضلات اسکلتی است که مشخصه ی آن درد و ضعف در عضلات گرفتار بوده و در موارد تپیک ضعف تدریجی در عضلات پروگزیمال به خصوص در شانه ها و اطراف مفاصل ران می باشد (۱۴). پلی میوزیت و درماتومیوزیت به ندرت یک بیماری تهدید کننده زندگی برای زنان باردار است و تنها یک مورد مرگ مادری به خاطر تشدید بیماری گزارش داده شد. وضعیت حاد بیماری معمولاً می تواند با کورتیکواستروئیدها کنترل شود (۱۳). هدف از این مقاله معرفی پیامدهای بارداری در یک خانم مبتلا به اسکلرودرمی و پلی میوزیت است.

معرفی مورد

بیمار خانم ۲۵ ساله باردار G2P1L1 مورد شناخته شده اسکلرودرمی و پلی میوزیت از ۹ سال قبل است که به دلیل درد شدید پستان سمت راست به بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی صیاد شیرازی دانشگاه علوم پزشکی گلستان مراجعه نموده است. در معاینه بالینی خشکی شدید پوست روی مفاصل متاکارپوفالانژیال و لکه های قهوه ای روی گردن و صورت که از

اسکلرودرمی واژه یونانی است که به معنای سفتی پوست است. این اختلال علی رغم آن که در تمام نقاط دنیا گزارش شده است اما همچنان نسبتاً ناشناخته به نظر می آید (۱). این اختلال بافت همبند با ضخیم شدن و فیروز پوست و تغییرات التهابی، عروقی و ارگان های داخلی بدن مشخص می شود (۱، ۲). دوزیر گروه اصلی بیماری یکی نوع منتشر آن است که به صورت ضخیم شدن سریع متقارن پوست و قسمت های پروگزیمال و دیستال اندام ها و صورت و تنه است و دوم نوع محدود می باشد که با ضخیم شدن پوست ناحیه دیستال اندام ها و صورت همراه است (۳). بیماری عمدتاً در دامنه سنی ۴۰ تا ۵۰ سالگی رخ می دهد و در کودکان و مردان کمتر دیده می شود (۴ و ۵). از نظر جنسی شیوع در زنان بیشتر از مردان (۶) و با برتری سه به یک می باشد (۷).

در صورتی که عملکرد پایه زنان قبل از حاملگی خوب باشد معمولاً در دوران بارداری نیز وضعیت با ثباتی خواهند داشت (۷). شروع علائم در این بیماری آرام، کند و بی سر و صدا است. در شروع بیماری برای مدت های طولانی بیمار از تب خفیف، ضعف عمومی بدن، خستگی و احساس کسالت رنج می برد. کاهش وزن در این بیماری شایع است به خصوص در مواردی که گرفتاری دستگاه گوارش گزارش شده است. پوست در مراحل ابتدایی ظاهری براق و ملتهب دارد، اغلب پوست صورت، گردن و نواحی بدون مو گرفتار می شود و به تدریج پوست نواحی مودار و انتهاها به خصوص انگشتان اندام های فوقانی درگیر می شود. در ابتدا یک ادم غیر گوده گذار مشاهده می شود که به آرامی به طرف اسکلروز و در نهایت آتروفی پیشرفت می کند (۵). درمان اسکلرودرمی به تظاهرات بالینی آن وابسته است. داروهای متعددی در درمان درگیری سیستم های مختلف به کار می رود (۸). تا کنون هیچ درمانی قادر نبوده است سیر طبیعی اسکلرودرمی را در حد قابل ملاحظه ای تغییر دهد. بر عکس بسیاری از درمان ها تاثیر فراوانی در تسکین نشانه های بیماری و کاهش سرعت پیشروی آسیب تجمعی اندام ها دارند (۹). بلوک کننده های کانال کلسیم و دیگر داروهای ضد فشارخون ممکن است علائم پدیده رینورد را بهبود بخشند (۸). پدیده رینورد؛ شامل ایسکمی ایزودیگ انگشتان در اثر سرما (۹۵ درصد موارد)، تورم بخش های انتهایی اندام ها و صورت علائم ناشی از درگیری مری (به ویژه احساس پری و درد سوزشی اپی گاستر) در نیمی از بیماران، از علائم شایع این بیماری به شمار می آیند.

پیس میکر پیشنهاد گردید. مشاور قلب به دلیل احتمال آنی ایست قلبی، توصیه به متوقف کردن سقط و انجام آن در یک مرکز مجهز به آنژیوگرافی و پیس میکر نمود. بعد از دریافت آتروپین تعداد ضربان قلب به ۱۰۰ افزایش و ختم حاملگی به تصمیم مشترک گروه زنان و قلب و عروق موکول گردید.

بیمار صبح روز بعد، دچار سردرد و تهوع و استفراغ شد که با نظر متخصص زنان استامینوفن و آمپول پلازیل تجویز شد. بیمار تحت درمان با آمپول هیدروکورتیزون، قرص آزاتیوپرین، قرص پنتوکسی فیلین، آمپول پنتوکسی پرازول و قرص دیلتیازم (در صورت سیستمول فشارخون بالاتر از ۱۰۰ میلیمتر جیوه) قرار داده شد. سپس بیمار به مدت یک روز برای مانیتورینگ دقیق تر در یک مرکز مجهز قلب و عروق در سطح استان بستری گردید.

مجددا در زایشگاه سوند تراکشن برای بیمار انجام و با نظر متخصص بیهوشی به بخش مراقبت های ویژه منتقل گردید و طبق دستور متخصص زنان اینداکشن نواک با ۵۰ واحد سنتوسینون در ۵۰۰ سی سی سرم رینگر در طی ۳ ساعت انفوزیون وریدی آغاز و پس از اتمام آن یک سرم ۵۰۰ سی سی دکستروز ۵ درصد طی ۱ ساعت به صورت انفوزیون وریدی داده شد که ۵ ساعت بعد با ویزیت مجدد پزشک دستور ۵۰ واحد سنتوسینون داخل ۵۰۰ سی سی سرم رینگر در طی ۶ ساعت داده شد. طبق دستور پزشک اینداکشن متوقف شد و مجددا با ۳۰ واحد سنتوسینون در ۵۰۰ سی سی سرم به صورت انفوزیون وریدی آهسته داده شد و انقباضات رحمی به طور مستمر کنترل گردید. در نهایت سوند خارج گردید و جنین دفع شد ولی به علت سقط ناقص تحت عمل کورتاژ قرار گرفت.

تنها مقادیر آزمایشگاهی غیر طبیعی در طول بستری CPK به میزان ۹۳ u/ml و سدیمان ۶۹ در روز دوم بستری بوده است. سایر آزمایشات روتین خون و ادرار نرمال بوده اند. بعد از پایدار شدن وضعیت نسبی و یک روز بستری در بخش جراحی زنان، مشاوره روماتولوژی و دستور دارویی پردنیزولون ۵ میلی گرم سه بار در روز مرخص شد.

نتایج آزمایشات در اولین روز بستری به شرح زیر بود

Glucose	۱۰۵	Triglycerid	۱۲۹
Urea	۱۴	Cpk	۴۳
Creatinine	۰/۶	Sodium	۱۴۱
Uric Acid	۵/۵		

باقی مانده، رنگ بنفش پشت چشم، پوسته پوسته شدن در ناحیه آرنج، کاهش توانایی بینایی در مشاهده دور، کاهش میزان باز شدن دهان، زخم و آفت در دهان، سیانوز انتهاها و پدیده رینود در نوک انگشتان (دست)، ادم در انگشت دوم دست راست، مشاهده شد. ضعف اندام ها در عضلات پروکسیمال بارز بود به طوری که بیمار قادر به شانه کردن موها نبوده است. در اندام تحتانی، پستی و پورپورا و ادم دیده نشد. در سمع ریه صداها واضح بوده است اما در سمع قلب بریکاردی به همراه سوفل سیستمولیک داشته است. از دو سال قبل بیمار تنگی نفس داشته که طی مدت اخیر بدتر شده است. در هنگام افزایش فعالیت تنفسی دچار درد قفسه سینه و سردرد و تهوع می شود. در بررسی شکم استریا، عروق واریسی و دیستانسیون گزارش نشد. در اندام تحتانی نیز در مفاصل مچ پا و زانو درد داشت ولی حرکات هیپ نرمال بود. در معاینه عضلات، کاهش نیروی عضلانی در حد سه پنجم در عضلات پروگزیمال فوقانی و تحتانی دیده شد.

بیمار تا قبل از مراجعه، تحت درمان با دیلتیازم، پردنیزولون، آسپیرین، اسید فولیک، کلسیم، فلوکستین، پنتوکسیفیلین، آزاتیوپرین (azoran)، نورتریتیلین بوده است.

پس از معاینه توسط متخصص روماتولوژی در بخش داخلی به مدت یک روز بستری می شود. با توجه به شک بیمار به بارداری، درخواست تست بارداری شد و نتیجه موید بارداری مثبت بوده است. سن حاملگی بر اساس سونوگرافی ۱۶ هفته گزارش گردید. بیمار به علت عوارض ناخواسته ناشی از مصرف داروها کاندید ختم بارداری معرفی شد. بیمار با شکایت سوزش ادرار، گاهی اوقات بی اختیاری ادراری، ضعف عمومی بدن و تنگی نفس، با احتمال عوارض دارو بر جنین و به ویژه افزایش خطر مرگ مادر، با نامه پزشکی قانونی برای ختم بارداری به مرکز آموزشی درمانی دیگری (دارای بخش زنان) ارجاع شد.

برای بیمار شیاف پروستاگلاندین به میزان ۶۰۰ میلی گرم تجویز گردید. پس از کنترل انقباضات رحمی توسط ماما، متخصص زنان دستور سوند تراکشن و اینداکشن نواک داده شد در این حین بیمار به طور ناگهانی بعد از دریافت دارو دچار درد قفسه صدری، تنگی نفس و برادی پنه (۱۸ بار تنفس در دقیقه) و برادیکاردی (۵۲ ضربه در دقیقه) می شود اما فشارخون طبیعی (۱۲۰/۵۰) میلیمتر جیوه) بود.

مشاوره قلب و به دنبال آن اکوگرافی و الکتروکاردیوگرافی به عمل آمد و به دلیل بلوک Mobtize تیپ یک استفاده از

بحث و نتیجه گیری:

که شروع بیماری شان قبل از ۴۵ سالگی بود، ۲۱۴ زن مبتلا به اسکلوئودرمی، ۱۶۷ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید و ۱۰۵ بیمار نیز به عنوان گروه کنترل را مورد مطالعه قرار دادند. بین سه گروه تفاوت معناداری از نظر سقط جنین، تولد پیش از موعد، تولد نوزاد با جثه کوچک و مرگ و میر نوزادان وجود نداشت. زنان مبتلا به اسکلوئودرمی پیامد بارداری قابل قبول تری در مقایسه با زنان مبتلا به بیماری های روماتیسمی و گروه کنترل دارند. خطر بارداری بیشتری برای خانم های باردار اسکلوئودرمی و یا نوزادان آنها وجود ندارد (۱۹). حاملگی سبب تشدید دیسفاژی و ازوفاژیت رفلکس می شود و همچنین در زنان مبتلا به نارسایی کلیه و هیپرتانسیون بدخیم، میزان بروز پره اکلامسی افزوده شده افزایش می یابد. در صورت تشدید سریع بیماری کلیوی یا قلبی، باید خاتمه دادن به حاملگی مد نظر قرار گیرد (۷).

Maymon و Fejgin در بررسی ۹۴ مورد حاملگی متوجه شدند در یک سوم زنان مبتلا، تشدید علائم در دوران بارداری رخ داده است. میزان مرگ و میر مادری ۱۵ درصد بود و عوامل مسوول آن شامل هیپرتانسیون، نارسایی کلیه یا عوارض قلبی - ریوی بودند. میزان مرگ و میر جنینی ۲۰ درصد بود (۲۰). افزایش میزان زایمان پره ترم، محدودیت رشد جنین و مرگ و میر پریناتال، واسکولوپاتی دسیدوا، آتروز حاد و انفارکت جفت، کاهش قدرت بارداری نیز گزارش شده است. در بیمارانی که نمی خواهند باردار شوند می توان از چندین نوع روش برگشت پذیر جلوگیری از بارداری استفاده کرد. احتمالاً نباید از عوامل هورمونی و مخصوصاً کنتراستپوهای خوراکی ترکیبی استفاده شود (به ویژه در زنان مبتلا به درگیری کلیوی، قلبی یا ریوی). با توجه به ماهیت پیشرونده و اغلب رام نشدنی اسکلوئوز سیستمیک پیشرونده، عقیم سازی دائمی نیز می تواند مد نظر قرار گیرد (۷). در بیمار مورد مطالعه از هیچ شیوه مطمئنی برای پیشگیری استفاده نمی شده است و برای اجتناب از بارداری صرفاً به شیوه های مرسوم در میان مردم به عنوان طبیعی اکتفا می شد. در بررسی ۲۱۴ زن مبتلا به اسکلوئوز سیستمیک که ۴۵ درصد آنان دچار بیماری منتشر بودند عوارض اصلی شامل بحران کلیوی در سه زن و افزایش زایمان پره ترم بوده است. این بیماری معمولاً به درمان با دوز بالای کورتیکواستروئیدها، داروهای سرکوبگر ایمنی مانند آزاتیوپرین یا متوترکسات و یا ایمونوگلوبولین وریدی پاسخ می دهد. پیامدهای حاملگی در زنان مبتلا به بیماری فعال از سقط و مرگ پریناتال و زایمان زودرس، تشدید بیماری در سه ماهه دوم یا سوم، تا ابتلای نوزاد به محدودیت رشد، نیز در مطالعات مختلف

اسکلوئودرمی بیماری بافت همبند غیر شایع است و بارزترین تظاهر آن فیروز پوستی است. بیماران ممکن است درگیری ارگان های احشاء را هم داشته باشند، در نتیجه دستگاه گوارش کلیه و قلب آنها درگیر می شود. بحران کلیوی در اسکلوئودرمی می تواند منجر به مرگ شود. در حدود ۱۰ درصد بیمارانی که اسکلوئودرمی دارند و ۲۵ درصد بیمارانی که اسکلوئودرمی منتشر دارند دچار بحران کلیوی می شوند و این عارضه در هر مرحله ای از بیماری می تواند اتفاق بیافتد. به عبارتی در ۷۵ درصد موارد بحران در چهار سال اول بیماری رخ می دهد (۱۵).

زنان پنج برابر مردان به فنومن رینود مبتلا می شوند و از نظر سنی نیز تظاهرات بیماری معمولاً بین ۲۰-۴۰ سالگی تظاهر پیدا می کند (۱۰). بیمار مورد مطالعه نیز در این محدوده سنی بوده است. در مطالعه ملک زاد و همکاران شایع ترین محل درگیری در اسکلوئودرمی لوکالیزه به ترتیب اندام ها، تنه و صورت و گردن بود. از ۳۹ بیمار مورد مطالعه ۳۰ بیمار زن و ۹ بیمار مرد بودند به عبارتی نسبت تعداد زنان به مردان حدود ۳/۳ برابر بود (۶). اولین اندام هایی که در بیمار مورد مطالعه، علائم بیماری در آن بروز کرد انگشتان دست ها و پاها و مخصوصاً اطراف ناخن ها بود. شاه علامت بیماری تجمع کنترل نشده کلاژن و ضایعات عروقی گسترده با مشخصه سختی در دیواره عروق و تنگی لومن های عروقی است (۱۶). در مطالعه نظری نیا و همکاران (۲۰۱۳) از ۴۱ بیمار اسکلوئودرمی مورد بررسی ۳۳ مورد درگیری گوارشی، ۲۲ مورد درگیری مری و ۲۷ مورد پدیده ی رینود داشتند (۱۷).

در یک بررسی موردی، یک خانم ۳۵ ساله با تشخیص پلی میوزیت نیز یک بارداری همراه با ختم آن در ۱۶ هفتهگی و یک بارداری همراه با تولد نوزاد سالم و بدون عوارض بارداری تا ۳۰ ماه بعد از زایمان داشته است. لذا توصیه شد بارداری در دوران فاز فعال بایستی به تاخیر بیفتد و در صورت رخداد بارداری در طول بهبودی برآورد مکرر کراتین کیناز لازم است (۱۳).

در مطالعه ی جمشیدی و همکاران شیوع هایپوتیروئیدی در ۱۲۵ بیمار مبتلا به اسکلوئودرمی، ۲۶/۴ درصد بوده است. لذا به نظر می رسد ضروری است تا تست های عملکرد تیروئید جزو آزمایشات اولیه هر بیمار اسکلوئودرمی باشد. پیگیری و درمان مناسب این گروه ممکن است به کاهش بروز بخشی از علائم بیماران کمک نماید (۱۸). Virginia و همکارانش نیز برای تعیین پیامد بارداری و باروری در خانم های مبتلا به اسکلوئودرمی

References:

- 1.Saadati N, Taghavi M. Evaluation of bone mineral density (BMD) in 20 women with systemic scleroderma in comparison with normal women. *Urmia Medical Journal* 2008; 19(3): 204-207 (Persian).
- 2.Kivanç T, Ekici Z, Yilmaz S, Öner eyüboğlu F, Seyreden N. skleroderma akciğer tutulumu. *TuberK Toraks* 2012; 60(4): 370-374.
- 3.Jameson JL, Weetman Anthony P. Harrison's Principles of Internal Medicine. Chapter 341. Disorders of the Thyroid Gland. 16th Edition 2005: 2060-84.
- 4.Czirjak L, Nagy Z, Szegedi G. Systemic sclerosis in the elderly. *Clin Rheumatol* 1992; 11:483-5
- 5.Moradi Nejad MH. Scleroderma in Iranian children and adolescents: Report of 35 cases. *Iranian Journal of Pediatrics* 2005; 15(2): 124-119 (Persian).
- 6.Malekzad F, Nasiri S, Sabbaghian T. Age, sex and type distribution of localized Scleroderma in patients referred to Boo-Ali Hospital in Tehran, 1995-99. *Iranian Journal of Dermatology* 2001; 4(15): 23-18(Persian).
- 7.Cunningham F, et al. Williams Obstetrics 2010. Translated by Ghazi Jahani B, Ghotbi R, Ansari Sh, Aghsa MM, 1389(2010) 23rd edition, volume 3. Golban Publications, Tehran, Iran.
- 8.Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing 2010. Suzanne C. et al. Safety Function (Safety, HIV, Allergy, Rheumatology) Translated by Shahsavar H, Tehran, Andisheh Rafi, 1389 (2010), 172-4
- 9.Harrison's Principles of Internal Medicine 2008, Rheumatology and immunology. Fauci A.S., Braunwald E., Kasper D.L., Stephen L. Hauser S.L., Longo D.L., et al. Translated by Montazerei S.M, Khalvat A, Tehran, Arjoman 1387 (2008) pp:151-5
- 10.Olsen N, Nielsen Sl. Prevalence of Primary Raynaud Phenomena In Young Females. *Scand J Clin Lab Invest.* 1978; 38(8): 761-4.
- 11.Steen VD. Pregnancy in scleroderma. *Rheum Dis Clin North Am.* 2007 May;33(2):345-58, vii.
- 12.Diouf A, Dieng MT, Diallo D, Moreira P, Diadhiou F. Pregnancy and systemic scleroderma. A case report. *Contracept Fertil Sex.* 1996; 24(12):917-22.
- 13.Papapetropoulos Th, N Kanellakopoulou, E Tsibri,C Paschalis. Poly-myositis and pregnancy: report of a case with three pregnancies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 406-422
- 14.Kargozar A, Gharae H. Ophthalmic presentation of Dermatomyositis. *Scientific Journal of The Eye Bank of I.r. Iran* 1998;4(1): 70-67 (Persian).
- 15.Fox R. What Is Scleroderma Renal Crisis and How Is it Managed? 2005. Retrieved from: <http://www.medscape.com/viewarticle/507319>
- 16.Varga J, Fenves A. Scleroderma renal crisis. 2013 Retrieved from: <http://www.uptodate.com/contents/scleroderma-renal-crisis>
- 17.Nazarinia M, Shams M, Kamali Sarvestani E, Shenavande S, Khadem-alhosseini M, Khademalhosseini Z. Serum homocystein level in patients with scleroderma. *Iran Red Crescent Med J.* 2013 Jan; 15(1):29-31. doi: 10.5812/ircmj.3672. Epub 2013 Jan 5 (Persian).
- 18.Jamshidi A.R., Gharib Doost F., Larijani B. Forouzesnia S.M. Prevalence of hypothyroidism in Shariati Hospital 2003-2004. *Tehran University Medical Journal* 2006: 64(7): 75-80(Persian).
- 19.Virginia D. Steen, MD. Scleroderma and pregnancy. *Rheumatic Disease Clinics of North America.* 23(1) 1997:133-147.
- 20.Maymon R, Fejgin M. Scleroderma in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 1989; 44(7):530-4.

گزارش شده است (۷). علی رغم استفاده وسیع از مهار کننده های انزیم برای درمان بحران کلیوی اسکرودرمی، بیماری زایی و مرگ و میر بالا باقی مانده است (۱۶). درمان بهینه اصول زیر را در بر می گیرد: تشخیص فوری و دقیق، طبقه بندی بیماری، خطر بر اساس ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی، تشخیص زودرس عوارض مربوط به اندام ها و ارزیابی گسترده (وسعت) شدت و احتمال بدتر شدن آنها، پایش مستمر و منظم از نظر پیشروی، فعالیت بیماری و پاسخ به درمان و آموزش مداوم بیمار. داروهای سرکوبگر ایمنی که در مهار سایر بیماری های همبند موثرند، در درمان اسکرودرمی بی فایده اند یا فایده اندکی دارند. گلوکوکورتیکوئیدها می توانند خشکی و تیر کشیدن را در بیماران مبتلا کاهش دهند، اما بر پیشرفت درگیری پوست یا اندام های داخلی تاثیری ندارند. افزون بر این استفاده از گلوکوکورتیکوئیدها با دوز بالا خطر بحران کلیوی را در بیماران اسکرودرمی افزایش می دهد. نشانه های التهابی درگیری زودرس پوست را می توان با آنتی هیستامین های سیستمیک و مصرف محتاطانه گلوکوکورتیکوئیدها با دوز پایین برای مدت کوتاه، به طور موثر مهار کرد. تلائزکتازی ممکن است از نظر زیبایی مشکل افزین باشند به ویژه اگر روی صورت قرار گرفته باشند. درمان با پالس های لزر رنگی ممکن است موثر باشد. زخم های نوک انگشتان باید به وسیله ی پوشش محکم مورد محافظت قرار گیرند تا زودتر بهبود یابند و از عفونت شان پیشگیری شود. زخم های پوستی عفونت یافته با آنتی بیوتیک های موضعی تحت درمان قرار می گیرند. دبریدمان جراحی ممکن است لزوم داشته باشد. هیچ درمانی در پیش گیری از تشکیل رسوبات کلسیفیک بافت نرم یا پیشبرد اضمحلال آنها موثر نبوده است (۹).

بارداری در زمان مناسب و نظارت دقیق زایمانی، احتمال موفقیت پیامد بارداری را افزایش خواهد داد و همه بیماران نیاز به مشاوره دارند. در طول مشاوره اهداف فردی واقع بینانه مشخص می گردند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از سرکار خانم دکتر گلعلی پور، متخصص زنان و زایمان (پزشک معالج)، بیمار و خانواده محترم شان که با رضایت و داوطلبانه در این بررسی مشارکت نمودند، صمیمانه قدردانی می شود. همچنین از کادر پزشکی و پرستاری که در تکمیل این گزارش نویسنده را مورد حمایت قرار دادند، سپاسگزاری می گردد.

Pregnancy outcome in a woman with scleroderma and polymyositis: A case report

Jouybari L¹ (PhD), Margdarinejad M^{2*}, Ghobadi Kh³

1. PhD of Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2. Undergraduate Nursing Student, Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3. MSc of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Abstract

Scleroderma is a connective tissue disorder identified with skin thickening and fibrosis together with inflammatory, vascular, and internal organ changes. The prevalence of this condition is three times higher in women than in men. Pregnancy was known to threaten maternal and fetal health in patients with scleroderma. Today, however, the patients have the chance of a successful pregnancy through careful and appropriate planning, monitoring, and treatment methods. Nevertheless, in order to prevent pregnancy complications in patients with scleroderma, pregnancy has to be planned during the stable phase of the disease and not during its rapid progression course. In this article we reported a pregnancy outcome in a woman with scleroderma and polymyositis and explained its emergent procedures and treatment.

Keywords: Systemic Sclerosis, Polymyositis, Pregnancy, Case Report

*Corresponding author: Mahdie Margdarinejad
 Address: Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
 Phone: +98 171 443 0360 Email: mahdie.margdari@yahoo.com