بیماریهای روماتیسمی و بارداری

* **مژده ذبیحی یگانه:** فوق تخصص بیماریهای روماتولوژی، بخش روماتولوژی بیمارستان فیروزگر، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
mozhdehzabihi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۱

چکیده

حاملگی برای پزشکی که درگیر درمان بیماران روماتیسمی است، بسیار بحث برانگیز است. بسیاری از بیماریهای روماتیسمی خانمها را در سن باروری درگیر می کند. اگاهی از بی خطر بودن داروها، اثر حاملگی بر سیر بیماری و مشاوره های قبل از بارداری در درمان این بیماران بسیار مهم است. برای نتیجه بهتر لازم است تیمی مشتمل بر متخصص زنان و داخلی درگیر این بیماران باشند. در واقع التهاب ناشی از روماتیسم و داروهای ایمونوساپرسیو هر دو می توانند بر سلامت مادر و جنین تاثیر گذار باشند.

در سالهای اخیر استفاده از داروهای بیولوژیک در درمان بیماریهای روماتیسمی نیز چالشهایی را درمورد مصرف آنها در حاملگی و شیر دهی ایجاد کرده است. در این مقاله، مروری بر درمان شایع ترین بیماریهای روماتیسمی شامل آرتریت روماتویید، لوپوس اریماتوس سیستمیک و سندرم آنتی فسفولیپید خواهیم داشت. علاوه بر نکات مهم قبل، حین و بعد از بارداری، در مورد داروهایی که به طور شایع استفاده می شوند توضیحاتی داده خواهد شد.

کلیدواژه‌ها: بیماریهای روماتیسمی، حاملگی، آرتریت روماتویید، لوپوس اریماتوس سیستمیک، سندرم آنتی فسفولیپید

مقدمه

حاملگی و بیماری‌های روماتیسمی همواره از اهمیت قابل توجهی برخوردار بوده است، با توجه به اینکه بعضی از بیماری های روماتیسمی در خانم‌های جوان در سن بارداری شایع تر است، این مسئله چالش زیادی را برای مادر از یک طرف و پزشک از سوی دیگر ایجاد می کند. از آنجایی که در بیماری های رومتایسمی مصرف داروهای متعدد، درگیری ارگان ها و عوارض ایجاد شده در نتیجه بیماری بر بارداری اثر دارد، احاطه به موارد مذکور و افزایش دانش پزشکان دخیل در بارداری و نیز تعامل مناسب بین همکاران متخصص زنان و زایمان و روماتولوژیست ها از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

اکثر همکاران متخصص زنان و زایمان تمایل دارند که بیمارانشان به خصوص در سه ماه اول بارداری از هیچ دارویی استفاده نکنند و این امر در بسیاری از بیماران روماتیسمی امکان پذیر نیست. بعد از طی دوران بارداری و تولد فرزند با همه مخاطرات موجود، پرسشی که برای مادر مطرح است این است که آیا می توانم به فرزندم شیر بدهم؟ در این مطالعه با توجه به شیوع بیشتر ارتریت روماتویید و لوپوس در سن باروری به این دو بیماری مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

باروری در بیماری های روماتیسمی: در مجموع به نظر نمی رسد بیماری های روماتیسمی تأثیر زیادی بر توانایی باروری داشته باشد. تعداد کل حاملگی ها در خانم های مبتلا به آرتریت روماتوئید اندکی کمتر از جمعیت عمومی است که عمدتاً ناشی از انتخاب خود بیمار، برای داشتن فرزندان کمتر می باشد.

بحث در مورد پیشگیری از بارداری در بیماران روماتیسمی اهمیت زیادی دارد، خانم هایی که داروهای تراتوژن مثل سیکلوفسفائید، متوترکسات، لفلونا مید و مایکو فنولات مفتیل دریافت می کنند، نیازمند روش های جلوگیری از بارداری می باشند. در مجموع Intra Uterine Device و روش های Progesterone-only روش های جلوگیری از بارداری مناسب برای مدت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

طولانی می باشند. دو مطالعه کارآزمایی بالینی نشان داده است که بیماران مبتلا به لوپوس ملایم و کنترل شده می توانند از قرصهای ضد بارداری محتوی استروژن بدون افزایش ریسک عود بیماری استفاده کنند. در بیمارانی که دارای آنتی بادی های ضد فسفولیپد هستند مصرف قرصهای ضد بارداری با افزایش خطر ترومبوز همراه است. بنابراین روش های حاوی استروژن باید در این بیماران پرهیز شود (۱).

آرتریت روماتوئید و بارداری: با بالارفتن سن بارداری در خانم ها با موارد بیشتری از آرتریت روماتوئید در بارداری مواجه هستیم. چون سن ابتلا به آرتریت روماتوئید نسبت به لوپوس بالاتر است. مطالعات متعددی نشان داده است که فعالیت بیماری آرتریت روماتوئید در حاملگی کاهش می یابد. ۷۵٪ خانم های مبتلا به آرتریت روماتوئید در حین بارداری دچار بهبود علائم می‌شوند ولی ۹۰٪ بیماران در طی ۳ ماهه اول بعد از زایمان دچار عود علائم می شوند. از طرف دیگر ماه های اول بعد از زایمان، زمان مناسب برای شروع آرتریت روماتوئید در افراد مستعد می‌باشد. براساس داده های موجود احتمال زایمان زودرس، پره اکلاپسی یا اختلال رشد جنین در بیماران آرتریت روماتوئید اندک بوده، بنابراین پیگیری این بیماران در طول بارداری همانند سایر خانم های باردار می باشد، البته در افرادی که دچار عود بیماری می شوند یا در حال مصرف استروئید با دوز بالا هستند احتمال تولد جنین کم وزن و زایمان زودرس شایع تر از افراد سالم خواهد بود.

مصرف قرص ضد بارداری دربیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید فعالیت بیماری روماتوئید را تغییر نمی دهد.

مصرف داروها در خانم های باردار مبتلا به آرتریت روماتوئید

• متوترکسات: یک داروی آنتا گونیست فولات می باشد. این دارو اساس درمان آرتریت روماتوئید را تشکیل می دهد ولی تراتوژن بوده و مصرف آن در طول بارداری می تواند همراه با اختلالات متعدد اسکلتی- استخوانی، هیدروسفالی، آناسفالی، منگوانانسفالوس همراه باشد. متوترکسات باید سه ماه قبل از اقدام به بارداری قطع شود و مصرف اسیدفولیک در طی این مدت و در طول بارداری ادامه داشته باشد. مصرف این دارو در زمان شیردهی نیز ممنوع است. در مردان تحت درمان با متوترکسات نیز لازم است از سه ماه قبل از بارداری همسر دارو قطع شود.

• مصرف پردنیزولون با دوز کم، سولفاسالازین و هیدروکسی کلروکین طی بارداری مجاز است.

• مصرف سولفاسالازین بر اساس مطالعات منتشر شده در حاملگی مجاز است ولی برای پیشگیری از نقص طناب عصبی، باید فولیک اسید با دوز ۵ میلی گرم روزانه از ۳ ماه قبل از لقاح شروع شود و تا حداقل پایان ماه سوم بارداری ادامه یابد. این توصیه در مورد مادران با سابقه مصرف متوترکسات نیز صادق است.

• لفلونامید به دلیل نیمه عمر طولانی متابولیت‌هایش از ۲۴ ماه قبل از بارداری باید قطع شود.

در صورتیکه خانمی زودتر از ۲ سال از قطع لفلونا مید تصمیم به بارداری داشته باشد، باید با تجویز پودر کلستیرامین به میزان ۸ گرم ۳ بار در روز، به مدت ۱۱ روز washout دارو انجام شود (۲).

لوپوس اریتماتو سیستمیک و حاملگی: در بیماران مبتلا به لوپوس حدود ۲۰ برابر افزایش خطر مرگ مادر وجود دارد. افزایش احتمال فشار خون بالا، دیابت حاملگی، نارسایی کلیه، هیپرتانسیون ریوی و عفونت های مهم و حوادث ترومبوتیک و عوارض خونی در بیمار مبتلا به لوپوس به طور قابل توجهی بیشتر از افراد سالم است.

اگر قبل از بارداری، بیماری کنترل نشده و فرد دچار نارسایی کلیه یا افزایش فشار خون باشد و یا دوز بالای استروئید د ریافت کند احتمال پراکلاپسی، زایمان زودرس و عقب ماندن رشد داخل رحمی به میزان ۴-۲ برابر افزایش می یابد، در حالی که اگر درگیری ارگان حیاتی وجود

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

نداشته باشد پی آمد حاملگی مانند سایر خانم ها خواهد بود.

خانم مبتلا به بیماری لوپوس از قبل از بارداری باید توسط روماتولوژیست و متخصص زنان و نیز کاردیولوژیست اطفال ویزیت شود و اگر حداقل ۶ ماه قبل از بارداری بیماری خاموش باشد اجازه بارداری خواهد داشت.

مواردی که خانم مبتلا به لوپوس اجازه بارداری ندارد:

۱- افزایش شدید فشار شریان پولمونر (بیشتر از ۵۰ میلی متر جیوه) و یا با مقادیر کمتر که علامت دار باشد.

۲- درگیری پارانشیم ریه به صورت لیتر FVC< ۱

۳- نارسایی قلبی

۴- نارسایی مزمن کلیه (Creatinine > 2.8 (mg/dl

۵- سابقه پره اکلاپسی شدید یا سندرم HELLP علی رغم درمان با آسپرین

۶- سابقه سکته مغزی در ۶ ماه گذشته

درمان بیمار مبتلا به لوپوس در حاملگی

چگونه می توانیم شعله ور شدن بیماری در حاملگی را تشخیص دهیم؟

بسیاری از تغییرات نرمال در حاملگی مثل خستگی، درد مفصل و تنگی نفس می توانند با عود بیماری لوپوس اشتباه شوند.

تغییرات آزمایشگاهی در حاملگی نرمال مانند افزایش سدیمان، افزایش کمپلمان و افزایش کراتینین می تواند با احتمال عود لوپوس اشتباه شود.

در طی حاملگی به دلیل افزایش تولید فیبرینوژن از کبد با افزایش سدیمان مواجه هستیم. تولید C3 و C4 در طی حاملگی نرمال افزایش می یابد. بنابراین حتی در یک لوپوس فعال که انتظار سطح پایین کمپلمان را داریم ممکن است با مقادیر نرمال آنها روبرو شویم.

به دلیل افزایش جریان خون کلیوی میزان دفع پروتئین ادراری در اوایل بارداری حتی تا دو برابر ممکن است افزایش یابد و این مسئله در خانم‌هایی که به دلیل بارداری داروهای مهار کننده آنژیوتانسین و مهار کننده رسپتور آنژیوتانسین قطع شده است، شایع تر است. بنابراین با توجه به تغییرات فیزیولوژیک حاملگی تفسیر تست های آزمایشگاهی، برای تصمیم گیری در مورد شعله وری بیماری لوپوس دشوار می باشد (۲،۳).

فعال بودن بیماری در ۶ ماه قبل از بارداری، عودهای مکرر بیماری در طی یک سال قبل از بارداری و قطع داروی هیدروکسی کلروکین از عوامل مستعد کننده برای فعال شدن بیماری در طی حاملگی هستند (۴).

به طور کلی احتمال مرگ جنین و زایمان زودرس در بیمار مبتلا به لوپوس فعال، نسبت به لوپوس غیر فعال به طور معنی داری بیشتر است.

مصرف داروها در خانم باردار مبتلا به لوپوس

• هیدروکسی کلروکین در کل بارداری و داروهای غیراستروئیدی ضدالتهابی Anti-inflammatory Drugs Nonsteroidal (NSAIDS) در سه ماهه اول و دوم جزء داروهای کم خطر می باشند.

• کورتیکواستروئید، آزایتوپرین، ایمونوگلوبولین وریدی، سیکلوسپورین و تاکرولیموس به صورت انتخابی در بیماران مبتلا به لوپوس قابل استفاده هستند.

• سیکلوفسفامید، متوترکسات، میکوفنولات و لفلونو ماید از دسته داروهای پرخطر بوده و باید پرهیز شوند.

در مورد ریتوکسیماب اطلاعات کافی در دسترس نیست. اگر چه هیدروکسی کلروکین از نظر FDA در گروه C دسته بندی می شود ولی مصرف آن در کل دوران بارداری اکیداً توصیه می شود. در موارد قطع این دارو با عود شدید بیماری مواجه خواهیم شد. مصرف این دارو عارضه جنینی بیشتری از گروه کنترل ندارد.

تقسیم بندی FDA داروها حین بارداری در مورد بیماری های روماتیسمی کاربرد کمتری دارد

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

جدول ۱- ایمنی داروهای مورد استفاده در بیماریهای روماتیسمی در دوران بارداری و شیردهی

دارو	کلاس FDA *	ایمن بودن دارو	
		حاملگی	شیردهی
داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی	B (ولی بعد از هفته ۳۰ کلاس D)	(قبل از هفته ۳۰ در صورت استفاده بر اساس نیاز امن است)	ایمن
مهار کننده های COX-II	C (ولی بعد از هفته ۳۰ کلاس D)	نامشخص	نامشخص
هیدروکسی کلروکین	C	ایمن	ایمن
پردنیزولون	C	ایمن	ایمن
ازاتیوپرین	D	ایمن	ایمن
سولفا سالازین	B	نیازبه تجویز همزمان ۵ میلی گرم فولیک اسید از قبل از بارداری و در طول حاملگی دارد	ایمن
سیکلوسپورین	C	ایمن	احتمالا ایمن
میکوفنولات	D	پرهیز شود(اگر بیماری شدید باشد فقط در سه ماهه دوم و سوم مورد نظر باشد)	پرهیز شود
متوترکسات	X	ممنوع	ممنوع
لفلونامید	X	ممنوع	ممنوع
سیکلوفسفامید	D	پرهیز شود(اگر بیماری شدید باشد فقط در سه ماهه دوم و سوم مورد نظر باشد)	ممنوع
مهارکننده ** TNF	B	ایمن(در سه ماهه اول و دوم)	ایمن(در شیر ترشح نمیشود ، احتمالا در دستگاه گوارش نوزاد تخریب میشود)
ریتوکسی ما ب	C	پرهیز شود(در بیماری شدید مد نظر باشد)	نامشخص
بیسفوسفونات	C/D	پرهیز شود	پرهیز شود
مشتقا ت پروستا گلاندین	B	ایمن	ایمن
وارفارین	X	پرهیز شود	ایمن
مهارکننده فسفودی استراز	B	ایمن	ایمن
ایمونوگلوبولین داخل وریدی	C	ایمن	ایمن

*FDA= Food and Drug Administration, **TNF=Tumor Necrotizing Factor

و توصیه های موجود براساس مطالعات Case series گذشته نگر می باشند.

جدول شماره ۱ نشان دهنده تقسیم بندی FDA و نیز بی خطر بودن داروهای مورد نیاز در بیماری های روماتیسمی در حین بارداری می باشد (۱).

برخی از داروها باید از چند ماه قبل از بارداری قطع شوند:

- سیکلوفسفاید از ۳ ماه قبل از بارداری باید قطع شود.
- میکوفنولات از یک ماه و نیم قبل، متوترکسات ۳ ماه قبل و لفلونامید از ۲۴ ماه قبل از بارداری باید قطع شود.

تجویز کورتیکواستروئیدها در بارداری: استروئیدهای no fluorinated شامل پردنیزولون، متیل پردنیزولون و هیدروکورتیزون توسط آنزیم های جفت متابولیزه شده و کمتر از ۱۰٪ دوز کمکی آن ها به جنین منتقل می شود. در طی بارداری و شیردهی منعی ندارد ولی جهت کاهش عوارض این دسته از داروها دوز پردنیزولون کمتر از 7.5mg روزانه توصیه می شود.

اگر در بیمار مبتلا به لوپوس فعالیت های بیماری متوسط باشد و درگیری ارگان حیاتی نداشته باشد و علائمی چون آرتریت، سروزیت، بدتر شدن علائم پوستی یا علائم هماتولوژیک ملایمی داشته باشد، توصیه بر ادامه هیدروکسی کلروکین و افزایش مختصر دوز کورتیکواستروئید می باشد. اگر این اقدامات کافی نبود توصیه می شود آزاتیوپرین یا سیکلوسپورین همراه با افزایش بیشتر دوز استروئید همراه با (IVIG Intravenous immunoglobulin) می توان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

استفاده کرد. به ندرت ممکن است پیشرفت به سمت بیماری شدید وجود داشته باشد که در این صورت توصیه به ختم بارداری و تجویز سیکلوفسفامید یا میکوفنولات می شود (۲).

سندرم آنتی فسفولیپید Antiphospholipid Syndrome(APS)

سندرم آنتی فسفولیپید با حضور آنتی بادی‌های ضد فسفولیپید همراه با ترومبوزهای شریانی یا وریدی و یا عوارض حاملگی شناخته می شود. در ۴۵-۹۰ درصد افراد مبتلا به این سندرم، حاملگی ناموفق است ولی با درمان می توان این خطر را به ۳۰٪ کاهش داد. عوارض حاملگی شامل مرگ جنین، زایمان نوزاد نارس، پره اکلاپسی و سقط های مکرر در غیاب و جود اختلالات کروموزومی از مشخصات این سندرم می باشد.

عوارض بارداری ممکن است در فرد با سابقه ترومبوز عروقی ایجاد شود و یا اولین علامت این سندرم باشد. حاملگی در مبتلایان به APS پر خطر است و نیازمند پیگیری های منظم در طی دوران بارداری می باشند تا عوارض ترومبوتیک به حداقل برسد.

در فرد مبتلا یا مشکوک به این سندرم باید مشورت قبل از بارداری انجام شود و پروفایل کامل، شامل lupus anticoagulant، anti cardiolipin (IgG,M)، antib2 –glycoprotein 1 درخواست شود.

پیگیری دوران بارداری در فرد مبتلا به APS:

- تا هفته ۲۸ بارداری هر ۴ هفته و سپس هر ۲-۱ هفته باید ویزیت شود.
- در هر ویزیت به فشار خون بیمار و علائم ترومبوز توجه شود.
- بعد از هفته ۲۰ بارداری ازنظر شواهد پره
- اکلاپسی بررسی شود.
- بعد از هفته ۱۸-۲۰ بارداری بررسی سونوگرافی جنین توسط سونوگرافی داپلر هر ۴ هفته انجام شود.

توصیه های درمانی در APS

- اگر بیمار دارای آنتی بادی ضد فسفولیپد است ولی سابقه ی ترومبوز یا عوارض حاملگی ندارد، نیاز به درمان ندارد یا تنها درمان با Low Dose Aspirin(LDA) انجام شود.
- اگر بیماری دارای آنتی بادی ضد عفونی فسفولیپید سابقه ترومبوز دارد، باید دوز درمانی هپارین با وزن مولکولی پایین (LMWH) یا Unfractionated heparin (UFH) همراه با LDA تجویز شود. در این بیماران در هفته ۱۴ تا ۳۶ بارداری می توان به جای هپارین از وارفارین استفاده کرد و دو هفته قبل از بارداری وارفارین را به هپارین تبدیل کرد.
- اگر بیمار دارای آنتی بادی ضد فسفولیپید است و سابقه عوارض بارداری دارد، باید دوز پروفیلاکتیک LMWH و UFH، همراه با LDA تجویز شود. به صورت UFH5000-7500IV، زیر جلدی دو بار در روز یا LMWH، ۴۰ میلی گرم روزانه زیر جلدی.

در حوالی زایمان درمان با LMWH یا UFH باید از ۱۲ تا ۲۴ ساعت قبل از سزارین و ۶ ساعت قبل از زایمان واژینال قطع شود.

آسپرین نیز از ۱۰-۷ روز قبل از بارداری باید قطع شود.

دوران بعد از زایمان زمان بسیار پرخطری از نظر بروز ترومبوز در مبتلایان به APS می باشد، بنابراین در بیمارانی که طی بارداری هپارین پروفیلاکسی دریافت می کردند باید تا ۶ هفته بعد از زایمان ادامه یابد.

بیمارانی که سابقه ترومبوز داشتند باید درمان آنتی کواگولانت را برای همه عمر ادامه دهند. بنابراین بعد از زایمان وارفارین جهت آنها شروع خواهد شد و INR بین ۳-۲ بیماران با ترومبوز وریدی و بین ۴-۳ در بیماران با ترومبوز شریانی حفظ خواهد شد. وارفارین در شیردهی منعی ندارد و در سه ماهه اول بارداری به دلیل تراتوژنیستی نباید مصرف شود.

هیدروکسی کلروکین در بیماران مبتلا به APS در پیشگیری اولیه و ثانویه از بروز ترومبوز موثر است.

اگر علی رغم تجویز داروی ضد انعقاد، بیمار

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

موفق به تولد نوزاد زنده نشد در بارداری بعدی تجویز IVIG، 0/4 mg/kg برای ۵ روز متوالی در هر ماه در بارداری بعدی، توصیه می شود. هر چند که اثر این درمان اثبات شده نیست (۵).

بلوک قلبی نوزاد: یکی از مواردی که حاملگی خانم مبتلا به لوپوس را تهدید می کند درگیری قلبی نوزاد است. با وجود آنتی بادی Anti RO و Anti La نیاز به بررسی جنین از نظر بلوک قلبی را مسجل می کند، این عارضه در ۲٪ افراد دارای آنتی بادی دیده می شود. برای این کار اکو کاردیوگرافی جنین از هفته ۲۶-۱۲ حاملگی هر هفته و از هفته ۲۷ تا ۳۲ حاملگی هر ۲ هفته یک بار باید انجام شود.

در صورت وجود بلوک کامل قلبی هیچ درمانی با توجه به غیر قابل برگشت بودن این عارضه، توصیه نمی شود. ولی اگر بلوک قلبی درجه ۱ یا ۲ وجود داشت استفاده از دگزامتازون خوراکی 4mg روزانه یا بتامتازون خوراکی 3mg روزانه به محض تشخیص عارضه توصیه می شود.

اگر در طی یک هفته از شروع استروئید بهبودی در بلوک قلبی حاصل نشد، باید استروئید فلورونیده قطع شود و در صورت بهبودی تا پایان بارداری ادامه داده شود. تجویز پروفیلاکتیک استروئید در بیمار دارای anti RO ab توصیه نمی شود (۲).

مفید بودن استفاده از افرزیس و IVIG در بلوک قلبی نوزادی شواهد بسیار کمی دارد. برخی مطالعات تجویز IVIG در بارداری بعدی مادر را جهت پیشگیری از بلوک کامل قلبی پیشنهاد می کنند. تجویز هیدروکسی کلروکین در طی بارداری احتمال بلوک قلبی نوزادی را کمتر میکند

بین فعالیت بیماری مادر و بروز بلوک قلبی نوزادی هیچ رابطه ایی وجود ندارد (۶).

مصرف داروهای Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)

مصرف این دسته دارویی به دلیل عوارض قلبی، کلیوی و افزایش فشار خون فقط بطور کوتاه مدت و با حد اقل دوز مجاز میباشد. از هفته ۳۰ حاملگی به بعد به دلیل خطر بسته شدن زودرس ductus arteriosus، نباید مصرف شوند. در مورد بی خطر بودن داروهای COX-2 inhibitors شواهدی دردست نیست (۲).

مصرف داروهای بیولوژیک در بارداری و شیردهی

• داروهای ضد (Tumor Necrotizing Factor)(TNF) قبل از تجویز این دسته دارویی غربالگری سل الزامی است. اگر مصرف داروهای ضد TNF در سه ماهه اول و دوم در صورتیکه ضروری باشد می تواند ادامه داشته باشد ولی در سه ماهه سوم بارداری منجر به اشکالاتی در تولید آنتی بادی توسط نوزاد در پاسخ به واکسیناسیون خواهد شد، بنابراین بهتراست پرهیز شود. تزریق واکسنهای حاوی میکروب زنده در افراد تحت درمان با این داروها توصیه نمی‌شود.

داروی Inflximab که یک انتی بادی مونوکلونال برعلیه TNF است در صورتیکه در سه ماهه سوم بارداری مصرف شود، سطح خونی ان در خون بند ناف ۲-۳ برابر خون مادر خواهد بود. با این حال نوزادان این مادر به واکسیناسیون روتین پاسخ نرمال می‌دهند.

داروی certolizumab که یک anti-TNF جدید تر است عبور جفتی بسیار کمتری دارد و در سه ماهه سوم ایمن تر به نظر می‌رسد.

داروهای anti TNF در شیر ترشح نمی شوند، بنابراین در طی شیردهی مصرف آنها مجاز می باشد. مصرف Rituximab در بارداری و شیردهی به دلیل شواهد ناکافی توصیه نمی شود.

منابع

1. Wallenius M, Skomsvoll JF, Irgens LM, Salvesen KA, Nordvay BY, Koldingsnes W. Fertility in women with chronic inflammatory arthritides. Rheumatology (Oxford) 2011;50,1162–1167.

2. Ateka-Barrutia O, Nelson-Piercy C. Management of Rheumatologic Diseases in Pregnancy: Int J Clin Rheumatol. 2012; 7(5):541-558.

3. Mitchell K, Kaul M, Clowse M. The

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

management of rheumatic diseases in pregnancy: Scand J Rheumatol. 2010 March; 39(2): 99–108.

4. Ruiz-Irastorza G, Ramos-Casals M, Brito-Zeron P, Khamashta MA. Clinical efficacy and side effects of antimalarials in systemic lupus erythematosus: a systematic review. Ann. Rheum. Dis. 2010;69:20–28.

5. Ramires de Jesus G R, Flavia Cunha dos Santos FC, Oliveira CS et al. Management of Obstetric Antiphospholipid Syndrome; Curr Rheumatol Rep 2012;14:79–86.

6. Izmirly PM, Costedoat-Chalumeau N, Pisoni C, Kim MY, Saxena A. Maternal use of hydroxychloroquine is associated with a reduced risk of recurrent anti-SSA/Ro associated cardiac manifestations of neonatal lupus. Circulation 2012; 126:76–82.

7. Verstappen SM, King Y, Watson KD, Symmons DP, Hyrich KL. BSRBR Control Centre Consortium, BSR Biologics Register. Anti-TNF therapies and pregnancy: outcome of 130 pregnancies in the British Society for Rheumatology Biologics Register. Ann. Rhuem. 2011; 70:823-26.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

Review Article http://rjms.tums.ac.ir

Pregnancy and Rheumatic diseases

***Mozhdeh Zabihiyeganeh,** Assistant Professor of Internal Medicine & Rheumatology, Firoozgar General Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author).
mozhdehzabihi@gmail.com

Abstract

Pregnancy could be a challenge for physicians managing women with rheumatic diseases. Many of these diseases affect women of child-bearing age. Awareness of safe drugs, pregnancy effects on disease, and the effect of pregnancy are vitally important. For better results a group consisted of a gynecologist and internal physician should work together to these women. In general, active inflammation from rheumatic diseases immunosuppressant medications pose threat to health of both mother and fetus. In recent years availability of biologic therapies for treating resistant rheumatic diseases has created a great challenge concerning their safety during pregnancy and breastfeeding. During this study, we reviewed treatment of the most common rheumatic diseases including Rheumatoid Arthritis, Systemic Lupus Erythematous and Antiphospholipid syndrome. Prior, during and after pregnancy, the most relevant issues regarding medications will be discussed.

Keywords: Pregnancy, Rheumatic diseases, Rheumatoid Arthritis, Systemic lupus erythematous

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]