

## گزارش یک مورد اولین تظاهر لوپوس در حاملگی به صورت نفريت شديد

دکتر علی مومنی\*

گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۹/۹/۱۶ اصلاح نهایی: ۹۰/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۱۶

### چکیده:

زمینه و هدف: نفريت لوپوسی یکی از خطرناکترین تظاهرات بیماری است. لوپوس در حاملگی ممکن است باعث نارسایی حاد کلیه و مرگ مادر و جنین شود. در این گزارش یک خانم حامله با نارسایی حاد کلیه معرفی می شود که نفروپاتی لوپوسی اولین تظاهر بیماری وی بود.

گزارش مورد: خانم ۳۰ ساله، با حاملگی ۳۰ هفته بدلیل تورم اندام تحتانی و پرفشاری خون بستری شد. در بررسی بیمار نکات مهم معاینه و پاراکلینیک شامل، ادم گوده گذار، ازوتمی، آنمی، هماچوری، پروتئینوری، کلیه های با اندازه بزرگتر از طبیعی، ته نشن ادرار فعال، افیوژن پلور و پریکارد، آسیت، تیتربالای آنتی بادی ضد هسته ای (ANA) آنتی بادی dsDNA (Anti double strand, DNA) و لوپوس آنتی کوآگلانت بود. بیوپسی کلیه انجام شد و بیمار تحت درمان با پالس متیل پردنیزولون و همدیالیز قرار گرفت و پس از ختم حاملگی پالس سیکلوفسفامید دریافت نمود و وضعیت کلیوی بهبود یافت.

نتیجه گیری: بیمار معرفی شده قبل از حاملگی علائمی از اختلالات روماتولوژیک نداشت و اولین تظاهر لوپوس بیمار در حاملگی و بصورت نفريت شديد بود. بیمار به خوبی به درمان های انجام شده پاسخ داد و پس از حدود سه سال از شروع درمان عملکرد کلیه طبیعی است و فرزند بیمار نیز در سلامت کامل قرار دارد.

واژه های کلیدی: حاملگی، لوپوس، نارسایی حاد کلیه.

### مقدمه:

برای مادر و جنین می شود به طوری که شانس سقط خودبخود، مرگ داخل رحمی، تاخیر رشد و نارس بودن جنین حداقل دو برابر افراد طبیعی است (۵،۴،۳). بیماری کلیوی مادر و بویژه نفريت لوپوسی فعال، اختلال عملکرد کلیوی (کراتینین سرم بیش از ۲ میلی گرم در دسی لیتر)، سندرم نفروتیک و هیپرتنشن در شروع حاملگی شاخص های پیش آگهی بد برای مادر و جنین است (۷،۶). شاخص بد دیگر وجود سندرم آنتی فسفولپید است (۸). بطور ایده آل ۱۸-۱۲ ماه قبل از حاملگی و حداقل ۶ ماه قبل از آن بیماری باید در حال غیر فعال باشد (۱۰،۹). بیماران مبتلا به نفريت لوپوسی بخصوص بیماران با پرفشاری خون و سندرم آنتی فسفولپید در صورت حاملگی مستعد پره اکلاپسی هستند (۱۱). پیگیری دقیق خانم های حامله مبتلا به لوپوس، درمان عوارض و جلوگیری از تجویز

لوپوس سیستمیک اریتماتوز (SLE) یک بیماری التهابی مزمن است که ارگان های مختلف مانند مفاصل، قلب و عروق، ریه ها، سیستم عصبی مرکزی و کلیه ها را درگیر می کند. نفريت لوپوسی یکی از خطرناکترین تظاهرات بیماری است زیرا گرفتاری کلیوی و عفونت از مهمترین علل مرگ و میر در ده سال اول بیماری است. بیماران با نفريت کلاس سه و چهار (نوع پرولیفراتیو) معمولاً هماچوری، پروتئینوری و هیپرتنشن دارند. تیتربالای آنتی بادی علیه DNA دو رشته ای (dsDNA) با ایجاد نفريت رابطه دارد. بیوپسی کلیه در هر بیمار لوپوس که شواهدی کلینیکی یا آزمایشگاهی نفريت فعال دارد باید انجام شود (۱). هدف از درمان لوپوس طبیعی کردن عملکرد کلیه یا حداقل جلوگیری از پیشرفت در اختلال عملکرد کلیه است (۲). لوپوس در حاملگی باعث افزایش خطر

داروهای تراتوژن مهم است (۱۲).

در این گزارش یک خانم حامله با نارسایی حاد کلیه معرفی می شود که نفروپاتی لوپوسی اولین تظاهر بیماری وی بود.

### معرفی بیمار:

خانم ۳۰ ساله، با حاملگی ۳۰ هفته بدلیل تورم اندام تحتانی مراجعه نمود. در بررسی اولیه بیمار در معاینه ادم گوده گذار ۲+ و فشار خون بالا (۱۶۰/۱۰۰) وجود داشت. در آزمایشات  $Cr=2/2\text{mg/dl}$ ،  $Hb=6/6\text{ g/dl}$ ،  $K=5/8\text{ meq/L}$ ،  $BUN=36\text{ mg/dl}$  آنزیم های کبدی و پلاکت طبیعی، در آنالیز ادراری هماچوری ۳+ و پروتئینوری ۲+ و در بررسی ادرار ۲۴ ساعته پروتئینوری  $1700\text{ mg/day}$  و در سونوگرافی انجام شده کلیه های با اندازه بزرگتر از طبیعی (چپ  $140$  میلی متر و راست  $135$  میلی متر) و افزایش اکوژنیسته کورتکس گزارش شد. بیمار بستری شد و در ادامه بررسی ته نشن ادرار دیده شد که فعال و شامل گلبولهای قرمز بد شکل (dysmaphic) بیش از ۸۰ درصد و کاست های گلبول قرمز بود. در گرافی قفسه سینه افیوژن پلور دو طرفه و در اکوکاردیوگرافی افیوژن پریکارد و در سونوگرافی شکم آسیت گزارش شد. در آزمایشات سرولوژی بیمار  $ANA=100$ ،  $Anti\ dsDNA$  حدود ۲ برابر نرمال و تیترا بالای لوپوس آنتی کوآگلوانت از نوع ایمنوگلوبولین G (IgG) وجود داشت. برای بیمار پالس متیل پردنیزولون به صورت تزریق وریدی ۱ گرم روزانه تا ۳ روز و سپس قرص پردنیزولون فورت ۵۰ میلی گرم روزانه، ازوتیورین ۵۰ میلی گرم روزانه و متیل دوپا روزانه ۳ قرص ۲۵۰ میلی گرم ادامه یافت. بدلیل عدم کاهش کراتینین بیمار بیوپسی کلیه انجام شد که بدلیل حاملگی و اینکه بیمار قادر به خوابیدن روی شکم نبود بیوپسی کلیه در حالت خوابیده به پهلو چپ و با راهنمایی سونوگرافی انجام شد. نمونه بیوپسی کلیه حاوی مدولا بود ولی انفیلتراسیون سلول های لنفوسیت

در اینترسشتیال و وجود کست های RBC در توبولها احتمال یک گلومرولونفریت حاد را مطرح نمود. با توجه به افزایش بیشتر کراتینین و جلوگیری از عوارض جنینی، بیمار تحت همودیالیز قرار گرفت و در هفته سی و هفتم حاملگی زایمان بصورت سزارین انجام گرفت و پس از آن بیمار پالس سیکلوفسفامید ۵۰۰ میلی گرم بصورت تزریق وریدی دریافت نمود و برای کنترل پروتئینوری قرص لوزارتان برای بیمار شروع شد و بتدریج کراتینین (Cr) بیمار کاهش یافت و به حد طبیعی رسید. بیمار هم اکنون تحت درمان با پردنیزولون روزانه ۲/۵ میلی گرم، لوزارتان ۲۵ و آزوتیورین ۵۰ میلی گرم دو بار در روز قرار دارد و با کراتینین نرمال، هماچوری میکروسکپی و پروتئینوری خفیف پیگیری می شود و فرزند بیمار در سلامت کامل می باشد.

### بحث:

در این گزارش یک مورد نادر از لوپوس معرفی شد که اولین تظاهر آن به صورت نفریت و در حاملگی رخ داد. مطالعات زیادی در مورد حاملگی در بیماران لوپوسی و شعله ور شدن لوپوس در حاملگی انجام شده است، از جمله در یک مطالعه بر روی ۳۹۶ بیمار مبتلا به لوپوس که حامله شدند در ۳۰ درصد آنان بیماری شعله ور شد که در ۱۸ درصد موارد علت آن نفریت لوپوس بود (۱۳). در بررسی دیگری در ۵۱ بیمار مبتلا به لوپوس که حامله شدند در ۹۰ درصد آنان حاملگی با موفقیت به پایان رسید و در ۱۱ بیمار نفریت ایجاد شد (۱۴). Bhatla و همکاران در یک گزارش بیمار ۲۴ ساله مبتلا به نفریت لوپوسی را معرفی نمودند که در حاملگی دچار تشدید نارسایی کلیه شد و تحت همودیالیز قرار گرفت و حاملگی بصورت سزارین و با موفقیت به پایان رسید (۱۵). Gaither و همکاران یک خانم با نفریت لوپوسی را معرفی نمودند که حین حاملگی خونریزی ریوی پیدا کرد (۱۶). Kart Koseoglo و همکاران بیمار با نفریت لوپوسی

### نتیجه گیری:

بیمار قبل از حاملگی علائمی از بیماریهای روماتولوژیک نداشت و اولین تظاهر لوپوس بیمار در حاملگی و بصورت نفریت شدید بود. بیمار به خوبی به درمان های انجام شده پاسخ داد و پس از حدود سه سال از شروع درمان عملکرد کلیه طبیعی است و فرزند بیمار نیز در سلامت کامل قرار دارد.

### تشکر و قدردانی:

از کسانی که در نوشتن این گزارش مرا یاری نمودند قدردانی می نمایم.

را معرفی کردند که در حاملگی دچار تشدید علائم شد و به دلیل عدم پاسخ درمانی به پالس متیل پردنیزولون برای وی سیکلوفسفامید تجویز شد ولی عارضه ای برای مادر و نوزاد ایجاد نشد (۱۷). در بررسی های انجام شده گزارشات مشابه بیمار ما با اولین تظاهر لوپوس در حاملگی نادر است. در یک گزارش توسط Clumb و همکاران بیمار مبتلا به سندرم آنتی فسفولید معرفی شد که سندرم نفروتیک پیدا کرد و در بیوپسی کلیه انجام شده علائم گومرولونفریت داشت و تشخیص نفریت لوپوسی داده شد (۱۸) و Matsuo و همکاران بیماری را معرفی نمودند که اولین تظاهرات لوپوس وی در حاملگی ایجاد شد (۱۹).

### منابع:

1. Grande JP, Balow JE. Renal biopsy in lupus nephritis. *Lupus*. 1998; 7(9): 611-7.
2. Houssiau FA, Ginzler EM. Current treatment of lupus nephritis. *Lupus*. 2008; 17(5): 426-30.
3. Khamashta MA. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006 Aug; 20(4): 685-94.
4. Wagner SJ, Craici I, Reed D, Norby S, Bailey K, Wiste HJ, et al. Maternal and foetal outcomes in pregnant patients with active lupus nephritis. *Lupus*. 2009 Apr; 18(4): 342-7.
5. Smyth A, Oliveira GH, Lahr BD, Bailey KR, Norby SM, Garovic VD. A systematic review and Meta-Analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010 Nov; 5(11): 2060-8.
6. Johnson MJ, Petri M, Witter FR, Repke JT. Evaluation of preterm delivery in SLE pregnancy clinic. *Obstet Gynecol*. 1995 Sep; 86(3): 396-9.
7. Clowse ME, Magder LS, Witter F, Petri M. Early risk factors for pregnancy loss in lupus. *Obstet Gynecol*. 2006 Feb; 107(2 Pt 1): 293-9.
8. Smyth A, Oliveira GH, Lahr BD, Bailey KR, Norby SM, Garovic VD. A Systematic Review and Meta-Analysis of Pregnancy Outcomes in Patients with Systemic Lupus Erythematosus and Lupus Nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010 Nov; 5(11): 2060-8.
9. Smyth A, Garovice VD. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. *Minerva Urol Nefrol*. 2009 Dec; 61(4): 457-74.
10. Vidaeff AC, Yeomans ER, Ramin SM. Pregnancy in women with renal disease. Part II: specific underlying renal conditions. *Am J Perinatol*. 2008 Aug; 25(7): 399-405.
11. Chakravarty EF, Colon I, Langen ES. Factors that predict prematurity and preeclampsia in pregnancies that are complicated by systemic lupus erythematosus. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Jun; 192(6): 1897-904.
12. Witter FR. Management of the high-risk lupus pregnant patient. *Rheum Dis Clin North Am*. 2007 May; 33(2): 253-65.

13. Al Arfaj A, Khalil N. Pregnancy outcome in 396 pregnancies in patients with SLE in Saudi Arabia. *Lupus*. 2010; 9(14): 1665-73.
14. Carvalheiras G, Vits P, Marts S. Pregnancy and systemic lupus erythematosus: review of clinical features and outcome of 51 pregnancies at a single institution. *Clin Rev Allergy immunol*. 2010 Apr; 38(2-3): 302-6.
15. Bhatla N, Bhowmik D, Kliplani A, Agarwal N, Gupta A, Dash Sc. Successful pregnancy outcome in advanced chronic renal failure. *J Assoc Physicians India*. 2001 Aug; 49: 845-7.
16. Gaither K, Halstead K, Mason Tc. Pulmonary alveolar hemorrhage in a pregnancy complicated by systemic lupus erythematosus. *J Natl Med Assoc*. 2005 Jun; 97(6): 831-3.
17. Kart Koseoglu H, Tucel AE, Kunefeci G. Cyclophosphamide therapy in a serious case of lupus nephritis during pregnancy. *Clin Nephrol*. 2007 May; 57(5): 331-2
18. Clumb EM, Andrade MC, Jesus NR, Campani C, Campos CF, Levy RA. Primary antiphospholipid nephropathy beginning during pregnancy *Rheumatol Int*. 2007 Jan; 27(3): 289-93.
19. Matsuo S, Unchida E, Shimajir S, Nishihara G. A case of pregnant woman developing systemic lupus erythematosus during pregnancy. *Clin Nephrol*. 2007 May; 57(5): 331-2

## Systemic lupus erythematosus (SLE) in pregnancy and severe nephritis (a case-report)

Momeni A (MD)\*

Internal medicine Dept, Shahrekord University of Medical Science, Shahrekord, I.R. Iran.

Received: 7/Dec/2010

Revised: 2/May/2011

Accepted: 8/Oct/2011

**Background and aims:** Nephritis is one of the most dangerous presentations of SLE. Lupus in pregnancy can increase maternal and fetal mortality. In this report a pregnant woman with lupus nephritis is presented.

**Case report:** A thirty year old woman in 30th week of pregnancy was admitted to internal medicine ward for evaluation of peripheral edema and hypertension. Important findings of her laboratory exam were: azotemia, hematuria, proteinuria, anemia, large size kidneys, active urine sediment, pleural and pericardial effusion, ascites, high titer of ANA, anti double strand DNA and lupus anticoagulant. Renal biopsy was done, pulse of methyl prednisolon prescribed and hemodialysis was started. After delivery, pulse of cyclophosphamide was also given and her renal function improved.

**Conclusion:** The patient had not history of rheumatologic disease and the first presentation of lupus was severe nephritis during pregnancy. Fortunately, the response of patient to the treatment was good. After about 3-years follow-up, patient's renal function is normal and her son seems healthy.

**Keywords:** Acute Renal Failure, Lupus, Pregnancy.

Cite this article as: Momeni A. [Systemic lupus erythematosus (SLE) in pregnancy and severe nephritis (a case-report). J Shahrekord Univ Med Sci. 2012 Apr, May; 14(1): 101-105.]Persian

---

\*Corresponding author:

Internal Medicine Dept., Hajar hospital, Shahrekord, I.R. Iran. Tel:09133267459,  
E-mail:ali.momeny@yahoo.com