

## گزارش موردی پره اکلامپسی شدید، تکرار شونده و خانوادگی در سه ماهه دوم حاملگی

نویسندگان:

عالم‌تاج صمصامی<sup>۱</sup>، طاهره پوردست<sup>۱</sup>، شقایق مرادی علمدارلو<sup>۲\*</sup>، عاطفه هاشمی<sup>۳</sup>، بهناز رضوی<sup>۳</sup>

۱- مرکز تحقیقات نازایی، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

۲- مرکز تحقیقات نازایی، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

۳- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.18, No.1, Spring 2020

## چکیده:

**مقدمه:** مسمومیت بارداری بسیاری از مادران باردار را در معرض خطر عوارض نامطلوب مامایی و گاهی خطر مرگ قرار می‌دهد. اگر این عارضه به صورت زودهنگام و در سه ماهه دوم بارداری اتفاق بیفتد مادر از به دنیا آوردن فرزند زنده در این بارداری پر عارضه محروم خواهد ماند. در این مطالعه شرح حال و سابقه خانوادگی خانمی بیان می‌شود که خود و اقوام درجه یک و دو وی به علت مسمومیت بارداری زودهنگام، از داشتن فرزند محروم شده‌اند. عوامل خطر شناخته شده در این خانم مثبت نبوده است.

واژگان کلیدی: پره اکلامپسی، حاملگی، راجعه

Pars J Med Sci 2020;18(1):29-32

## مقدمه:

پره اکلامپسی یا مسمومیت بارداری به افزایش فشارخون و دفع پروتئین بعد از هفته بیستم بارداری اطلاق می‌شود. این بیماری ۲ تا ۸ درصد کل بارداری‌ها را دچار مشکل کرده و حیات مادر و جنین را به خطر می‌اندازد [۱، ۲]. مطالعات مروری نظام‌مند و فراتحلیل بی‌شماری برای پیدا کردن عوامل خطر بیولوژیک، محیطی، ژنتیکی و غیرژنتیکی در این بیماری بررسی شده‌اند. این عوامل به سه دسته با خطر بالا، متوسط و پایین تقسیم می‌شوند. عواملی همچون بارداری اول، میزان آهن خون، بیماری مزمن کلیه، سندروم تخمدان پلی کیستیک، عفونت‌های باکتریایی و ویروسی، اعتیاد به سیگار، افزایش وزن، گرفتن تخمک اهدایی، استرس ذهنی و پلاسما پروتئین آ مرتبط با بارداری با این بیماری کشنده در ارتباط هستند [۳]. مطالعات نشان داده‌اند که تجویز آسپیرین با دوز پایین در افراد در معرض خطر این بیماری کارساز است [۴، ۵]. همچنین در بیمارانی که در سنین بارداری پایین‌تری مجبور به ختم بارداری خود شده‌اند، عمدتاً مسائل ژنتیکی مطرح بوده‌اند [۶].

## معرفی بیمار:

خانم ۳۵ ساله گراوید ۴، سه مرتبه سابقه مرده‌زایی و مرگ داخل رحمی و یک بار سقط هفته دوازدهم بارداری به مرکز ناباروری بیمارستان حضرت زینب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه کرده است. شرح حال بیمار دال بر ختم هر سه بارداری در سه ماهه دوم به علت مسمومیت بارداری شدید بوده است. نداشتن فرزند زنده و تکرار این سابقه در اقوام درجه یک و دو وی باعث شد پس از اخذ رضایت آگاهانه از بیمار، شرح حال وی گزارش شود. نامبرده هیچ گونه سابقه بیماری قلبی، جراحی و آلرژی نداشته و ده سال قبل ازدواج غیر فامیلی داشته است. سیکل‌های قاعدگی وی ۲۸ روز و منظم بوده است. اولین بارداری این خانم در سال ۱۳۹۰ بوده است. وی از هفته بیست و چهارم حاملگی به علت ادم منتشره، افزایش وزن به میزان ۱۶ کیلوگرم در طول دوران بارداری و دفع پروتئین در بیمارستان بستری شده است. علائم سردرد، تاری دید و سوزش

\* نویسنده مسئول، نشانی: شیراز، خیابان زند، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات طب مادر و جنین، کد پستی: ۷۱۳۴۸۴۴۱۱۹  
تلفن تماس: ۰۹۱۲۸۱۰۸۹۰۲ - فاکس: ۰۷۱۳۳۳۳۳۳۶۵  
پست الکترونیک: shaghayeghmoradi84@gmail.com

اصلاح: ۹۹/۰۱/۱۹ پذیرش: ۹۹/۲/۲

دریافت: ۹۸/۱۲/۰۹

دفع پروتئین در ادرار روزانه داشته است. در نهایت، در هفته بیست و ششم بارداری به خاطر کاهش پلاکت به ۹۲۰۰۰ و افزایش غیرقابل کنترل فشارخون، با سیستول ۱۸۰ و دیاستول ۱۱۰ میلی‌متر جیوه تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته است. نوزاد در این زایمان پسر، با وزن ۷۰۰ گرم و آپگار صفر بوده است.

چهارمین بارداری شش ماه قبل از مراجعه بوده که در هفته دوازدهم حاملگی به علت ترس از تکرار آنچه در بارداری‌های قبلی اتفاق افتاده، بیمار سقط القایی داشته است.

فشار خون و دفع پروتئین در بین بارداری‌ها طبیعی بوده است. شاخص توده بدنی این بیمار ۲۷ و بعد از بارداری‌ها نیز در حول و حوش همین مقادیر بوده است. خلاصه وضعیت بارداری‌ها در جدول ۱ آورده شده است.

در شرح حال خانوادگی، خواهر اول ایشان چهار بارداری داشته است. نتیجه بارداری اول یک دختر بوده که در سن حاملگی نه ماه متولد شده است، اما در بارداری دوم در هفته بیست و ششم به علت فشارخون بالا تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته و جنین فوت شده است. بارداری سوم دو قلو بوده و مجدداً در هفته بیست و ششم بارداری به علت فشارخون غیر قابل کنترل تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته است. بارداری چهارم ایشان هم سرنوشت مشابهی داشته است. خواهر دوم ایشان نیز چهار بارداری داشته است. بارداری اول، حاملگی خارج رحمی بوده و منجر به سالپنژکتومی شده است. حاصل حاملگی دوم یک پسر بوده که در سن حاملگی نه ماه متولد شده است. بارداری سوم در هفته دوازدهم و بارداری چهارم در هفته بیست و ششم به علت فشار خون بالا و دفع پروتئین با عمل سزارین نوزاد فوت شده است. خواهر سوم ایشان یک پسر و یک دختر حاصل بارداری ترم با فشار خون نرمال دارد.

خانم مورد بحث یک دختر عمو با شرح حال مشابه و بدون داشتن فرزند زنده دارد.

سر دل نداشته و نتایج تمامی آزمایش‌های وی به جز مورد پروتئین ادرار طبیعی بوده است. در هفته بیست و ششم بارداری به علت دفع پروتئین ادرار در حد دو گرم در روز و فشار خون ۱۲۰/۱۷۰ میلی‌متر جیوه تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته است. نوزاد با جنسیت مذکر، وزن ۸۰۰ گرم و با آپگار صفر به دنیا آمده است. معیارهای آزمایشگاهی آنتی فسفولیپید به فاصله ۱۲ هفته دو مرتبه چک شده و نتایج در محدوده طبیعی قرار داشته است. آنتی نوکلئار آنتی بادی هم منفی بوده است.

در دومین بارداری در سال ۱۳۹۳، از هفته چهارم بارداری آسپیرین با دوز پایین و متیل دوپا (قرص ۲۵۰ میلی‌گرمی) دو مرتبه در روز و از هفته بیستم بارداری نیز هپارین با دوز پروفیلاکسی دریافت کرده است. در هفته بیست و پنجم بارداری دوز متیل دوپا به چهار قرص ۲۵۰ میلی‌گرمی در روز افزایش داده شده است. در هفته سی ام حاملگی با سونوگرافی حاکی از عقب بودن رشد داخل رحمی به اورژانس زنان و زایمان مراجعه کرده است که به علت خونریزی متوسط واژینال و کاهش حرکت جنین تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته و دختر ۷۰۰ گرمی با آپگار صفر به دنیا آمده است. در حین سزارین، جدایی جفت مشخص شده است. در این بستری، بیمار دفع پروتئین دو مثبت داشته و فشارخون وی نیز ۱۳۰/۸۰ میلی‌متر جیوه بوده است. افزایش وزن از ابتدای این بارداری تا زمان ختم بارداری ۱۵ کیلوگرم بوده است. کاهش تدریجی هموگلوبین به ۵/۸ گرم در دسی‌لیتر و پلاکت از ۱۴۰۰۰۰ به ۱۰۵۰۰۰ نیز گزارش شده است.

سومین بارداری در سال ۱۳۹۶ بوده است. از هفته چهارم بارداری سوم، بیمار آسپیرین با دوز پایین و متیل دوپا ۵۰۰ میلی‌گرم روزانه و هپارین پروفیلاکسی دریافت کرده است. در هفته بیست و چهارم حاملگی به علت ادم منتشره، افزایش وزن به میزان ۱۷ کیلوگرم در دوران بارداری و افزایش فشارخون، به مدت دو هفته در بیمارستان بستری بوده است. وی در طول این بستری ۶ گرم

جدول ۱: تغییرات علائم بیمار در بارداری‌های مختلف

بارداری‌ها	هفته شروع علائم	علت بستری	افزایش وزن در بارداری	دفع پروتئین	فشارخون (میلی‌متر جیوه)	هفته ختم بارداری
اول	۲۴	ادم منتشره	۱۶ کیلوگرم	۲ گرم روزانه	۱۷۰/۱۲۰	۲۶
دوم	۲۵	خون ریزی خفیف	۱۵ کیلوگرم	*+۲	۱۳۰/۸۰	۳۰
سوم	۲۵	ادم منتشره	۱۷ کیلوگرم	۶ گرم روزانه	۱۸۰/۱۱۰	۲۶
چهارم	بیمار به علت ترس از مسمومیت بارداری، خود اقدام به سقط کرده است.					

\* در این مورد به علت سزارین اورژانس با تشخیص جدا شدن جفت، ادرار ۲۴ ساعته چک نشده است.

## بحث:

کرده است و فرزندى ندارد. این واقعه به طور مشابه در خواهران و دخترعموی وی نیز اتفاق افتاده است.

در این گزارش شرح حال خانمی ارائه شده است که به علت پره اکلامپسی شدید و تکرار شونده در سه ماهه دوم بارداری مراجعه

زودهنگام در سه ماهه دوم بارداری عنوان شده است [۱۰]. در این بیمار چنین سابقه‌ای وجود نداشته است. در مطالعه انجام شده توسط بوید و همکاران، احتمال مسمومیت بارداری زودهنگام در بارداری‌های بعدی خود بیمار را ۲۵/۲ برابر دانسته‌اند و ۲۴ تا ۱۶۳ درصد افزایش در اقوام بیمار را ذکر می‌کنند. بیشترین احتمال عود در پره اکلامپسی با شروع زود هنگام (قبل از هفته ۳۴ بارداری) و با شروع متوسط (قبل از هفته ۳۶ بارداری) می‌باشد [۱۱].

### نتیجه‌گیری:

در بیمارانی که مسمومیت بارداری شدید با شروع زودهنگام گزارش می‌شود و در بارداری‌های بعدی نیز تکرار می‌شود، بهتر است قبل از وقوع مشکل حاد و خطرناکی برای مادر و همچنین کاهش شانس مادر برای داشتن فرزند به خاطر افزایش سن، استفاده از رحم اجاره ای توصیه شود.

این بیماری در نوع خود تهدید بزرگی برای زنان حامله محسوب می‌شود و سالانه در دنیا ۵۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰ مرگ ناشی از این بیماری روی می‌دهد. عوارض این بیماری با بروز زودهنگام در سه ماهه دوم حاملگی شدیدتر می‌شود [۸،۷]. در مطالعه‌ای که توسط گیاناکو و همکاران روی فراتحلیل‌ها انجام شده است، چندین عامل خطر برای پره اکلامپسی تکرارشونده و زود هنگام گزارش شده است [۳]. بیمار معرفی شده در گزارش حاضر غیر از شاخص توده بدنی در محدوده افزایش وزن عامل خطر دیگری نداشته است. بیمار و خانواده وی رضایت به بررسی‌های ژن‌های احتمالی درگیر در این بیماری را ندادند.

بیمارانی که قبل از بارداری شاخص توده بدنی نرمال داشته‌اند نسبت به افراد چاق یا دارای اضافه وزن حدود ۲/۳ برابر، کاهش شانس مسمومیت بارداری دارند. البته وزن گیری در طول بارداری هم جزء عوامل خطر محسوب می‌شود [۹]. این خانم با شاخص توده بدنی ۲۷ در معرض این خطر بوده است.

بیماری‌هایی همچون سندروم آنتی‌فسفولیپید و لوپوس به خصوص نفريت لوپوسی از دلایل پره اکلامپسی شدید با شروع

## References:

- Duley L. Pre-eclampsia, eclampsia, and hypertension. BMJ clinical evidence. 2011;2011.
- Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet (London, England). 2010;376(9741):631-44.
- Giannakou K, Evangelou E, Papatheodorou SI. Genetic and non-genetic risk factors for pre-eclampsia: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2018;51(6):720-30.
- Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. Obstetrics and gynecology. 2010;116(2 Pt 1):402-14.
- Groeneveld E, Lambers MJ, Lambalk CB, Broeze KA, Haapsamo M, de Sutter P, et al. Preconceptional low-dose aspirin for the prevention of hypertensive pregnancy complications and preterm delivery after IVF: a meta-analysis with individual patient data. Human reproduction (Oxford, England). 2013;28(6):1480-8.
- Haram K, Mortensen JH, Nagy B. Genetic aspects of preeclampsia and the HELLP syndrome. Journal of pregnancy. 2014;2014:910751.
- Ornaghi S, Paidas MJ. Novel Therapy for the Treatment of Early-Onset Preeclampsia. Clinical obstetrics and gynecology. 2017;60(1):169-82.
- Boene H, Vidler M, Sacoer C, Nhama A, Nhacolo A, Bique C, et al. Community perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in southern Mozambique. Reproductive health. 2016;13 Suppl 1:33.
- Shao Y, Qiu J, Huang H, Mao B, Dai W, He X, et al. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and risk of preeclampsia: a birth cohort study in Lanzhou, China. BMC pregnancy and childbirth. 2017;17(1):400.
- Duan H, Zhao G, Xu B, Hu S, Li J. Maternal Serum PLGF, PAPPa, beta-hCG and AFP Levels in Early Second Trimester as Predictors of Preeclampsia. Clinical laboratory. 2017;63(5):921-5.
- Boyd HA, Tahir H, Wohlfahrt J, Melbye M. Associations of personal and family preeclampsia history with the risk of early-, intermediate- and late-onset preeclampsia. American journal of epidemiology. 2013;178(11):1611-9.

## Sever recurrent early onset preeclampsia in second trimester , of pregnancy a case report

Alamtaj Samsami<sup>1</sup>, Tahere Poordast<sup>1</sup>, Shaghayegh Moradi Alamdarloo<sup>2\*</sup>, Atefeh Hashemi<sup>3</sup>, Behnaz Razavi<sup>3</sup>

Received:2020.02.20

Revised:2020.04.07

Accepted:2020.04.21

1-Infertility Research Center, Department of Obstetrics and Gynecology, Shiraz Medical School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2- Maternal-fetal medicine Research Center, Department of Obstetrics and Gynecology, Shiraz Medical School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

3- Student research committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.18, No.1, Spring 2020

### *Abstract:*

Pars J Med Sci 2020;18(1):29-32

#### **Introduction:**

Pregnancy toxemia causes many pregnant mothers at risk for adverse midwifery complications and sometimes the risk of death. If this complication occurs early in the second trimester of pregnancy, the mother will be deprived of having a child as a result of this complicated pregnancy. Here we present a woman who has had premature pregnancy toxemia. The known risk factors in this woman were not positive.

**Keywords:** Preeclampsia, Pregnancy, Recurrent

\* Corresponding author Email: shaghayeghmoradi84@gmail.com