

KONTROLLI I SËMUNDJEVE DHE TRAJTIMI ME MEDIKAMENTE TË SIGURTA PËR SHTATZËNAT ME SËMUNDJE REUMATIKE



Meritë Demiri- Demolli

*Specialist i
Gjinekologjisë dhe
Obstetrikës,
Spitali i Përgjithshëm Ferizaj*

Korrespondenca:
me-rita1@hotmail.com

Trajtimet e përmirësuara/përditësuar për sëmundjet reumatizmale inflamatore nënkuptojnë që shumë gra me këto sëmundje po arrijnë kontrollin e sëmundjes, një gjë e cila nuk ka ndodhur në kohën e kaluar. Kështu që tani femrat e sëmura me këto sëmundje reumatike kanë më shumë gjasa dhe mundësi të mendojnë për shtatzëninë si dhe të kërkojnë këshilla të duhura nga profesionistët e tyre të kujdesit shëndetësor. Të dhënat mbi efektin e shtatzënisë në sëmundjet reumatike janë kontradiktore, me disa studime që raportojnë përmirësime në aktivitetin e sëmundjes dhe të tjera të kundërtën. Artriti reumatoid (AR), lupusi eritematoz sistemik (LES) dhe sindroma antifosfolipide (SAP) zakonisht modifikohen nga shtatzënia. Për shembull, simptomat e artritit reumatoid shpesh përmirësohen te pacientët shtatzëna, duke rezultuar shpesh në një nevojë të reduktuar për mjekim, por ato shpesh ekzacerbohet pas lindjes.

Marrëdhënia midis aktivitetit të lupusit eritematoz sistemik dhe shtatzënisë është më e debatuar. Në përgjithësi, ka një tendencë për shpërthime të lehta deri në mesatare, veçanërisht gjatë gjysmës së dytë të shtatzënisë dhe periudhës pas lindjes. Megjithatë, shumica e këtyre ekzacerbimeve nuk rrezikojnë jetën e nënës ose të foshnjës dhe as nuk ndryshojnë në mënyrë thelbësore prognozën afatgjatë të lupusit eritematoz sistemik. Të qenit në rekomandim klinik për tre - gjastë muaj para shtatzënisë, zvogëlon mundësinë që të ndodhë një shpërthim gjatë shtatzënisë.

Sindroma antifosfolipide (SAP) rrit rrezikun e trombozave arteriale, trombozave venoze si dhe komplikimeve të tilla si aborti, lindja e parakohshme ose hipertensioni arterial gestacional. Pacientët me sëmundje të veshkave kanë gjithashtu një rrezik të zhvillimit të pre-eklampsisë. Pre-eklampsia dhe eklampsia gjithashtu rrisin rrezikun e lindjes së parakohshme ose vdekjes së fetusit. Pra, shtatzënia - veçanërisht koha afër lindjes - është një periudhë veçanërisht e rrezikshme për gratë me sindromë antifosfolipide (SAP) dhe nevojitet kujdes i veçantë.

Hipertensioni pulmonar është një komplikim i shpeshtë i sëmundjeve reumatike e që ai mund të jetë pasojë e sëmundjeve si: lupusi eritematoz sistemik, sindroma antifosfolipidike, sindroma Sjögren dhe skleroza sistemike. Për shkak se hipertensioni pulmonar përkeqësohet shpesh gjatë shtatzënisë - veçanërisht në periudhën pas lindjes - nuk këshillohet që gratë të cilat kanë probleme të tilla të mbeten shtatzënë.

Sëmundjet e tjera si polimioziti, dermatomioziti dhe vaskuliti nuk duket se përkeqësojnë periudhën gjatë shtatzënisë. Megjithatë, rekomandohet që pacientët të konsiderojnë shtatzëninë vetëm kur këto sëmundje janë nën kontroll dhe me kujdesin e reumatologut tuaj. Prandaj, medikamentet antireumatike

modifikuese të sëmundjes (DMARDs) të lejuara gjatë periudhës së shtatzënisë ordinohehen për të kontrolluar aktivitetin e sëmundjes dhe për të siguruar rezultate pozitive të shtatzënisë.

Komunikimi i mirë siguron që gratë në moshën e lindjes të jenë të vetëdijshme për opsionet që kanë në dispozicion. Të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të jenë të përgatitur të marrin në pyetje pacientët me sëmundje autoimune në lidhje me nevojat e tyre kontrceptive për të shmangur shtatzëninë e paplanifikuar, veçanërisht nëse pacientja po merr medikamente të cilat nuk janë të lejuara me shtatzëninë. Për gratë që konsiderojnë shtatzëninë, këshillimi është i nevojshëm që të marrin informacione mbi sëmundjen dhe çdo përfshirje sistematike, për të lejuar shtresimin e rrezikut të kujdesit gjatë shtatzënisë. Pacientet duhet të mbeten shtatzëna kur sëmundja e tyre është joaktive, përgjithësisht 3-6 muaj pas shpërthimit të sëmundjes, për të shmangur një rrezik në rritje të shpërthimit gjatë shtatzënisë, për të zvogëluar rrezikun për të dhe fëmijën e tyre nga inflamacioni i pakontrolluar. Është e rëndësishme të përmirësohet të kuptuarit e pacientes për rëndësinë e planifikimit të shtatzënisë dhe respektimin e mjekimit.

Çdo diskutim rreth zgjedhjes së trajtimit me gratë e moshës riprodhuese duhet të përfshijë pyetje nëse pacientja po konsideron shtatzëninë dhe kohën e shtatzënisë së mundshme, pasi kjo mund të përjashtojë përdorimin e disa barnave. Barnat që janë kundëriindikuese për shtatzëni duhet të përshkruhen vetëm me ose pasi të jetë dhënë këshilla e duhur kontrceptive.

Kontracesioni dhe shtatzënia e paplanifikuar

Menaxhimi kontrceptiv është i rëndësishëm për gratë me sëmundje autoimune për shkak të rreziqeve të mundshme të një shtatzënie të paplanifikuar gjatë sëmundjes aktive dhe/ose rreziqeve të përdorimit të barnave teratogjene për nënën dhe foshnjën, për shkak të rrezikut të mundshëm të anomalive kongjenitale tek foshnja. Zgjedhja e kontrceptivit duhet të varet nga faktorët klinikë (diagnoza dhe aktiviteti i sëmundjes, rreziku trombotik duke përfshirë praninë e antitropave antifosfolipide (aPL) dhe proteinuria, rreziku i osteoporozës, interaksionet medikamentozë), nevojat e gruas dhe rreziku i shtatzënisë së paplanifikuar nëse kontracesioni dështon. Në rastet e shtatzënisë së paplanifikuar, duhet të kërkohet këshilla urgjente nga specialistë me përvojë përkatëse për të përcaktuar rrezikun për fëmijën e palindur nga ndonjë medikament i kundëriindikuar

Profili i autoantitropave dhe rreziku trombotik

Autoantitropat anti-Ro/SSA dhe anti-La/SSB mund të jenë të pranishëm në pacientët me lupus eritematoz sistemik, sindromën Sjögren

KONTROLLI I SËMUNDJEVE DHE TRAJTIMI ME MEDIKAMENTE TË SIGURTA PËR SHTATZËNAT ME SËMUNDJE REUMATIKE



Besim Demolli

Specialist i Reumatologjisë,
Spitali i Përgjithshëm, Ferizaj

dhe herë pas here në gratë me sëmundje të tjera autoimune. Gratë me sëmundje të tilla duhet të kontrollohen për këto antitropa përpara shtatzënisë, pasi ato shoqërohen me një rrezik në rritje të lupusit neonatal. Blloku kongjenital total kardiak ndodh në 1-2% të foshnjave të lindura nga nëna me këto antitropa. Foshnjat me bllok të mundshëm kardiak për shkak të statusit anti-Ro dhe/ose anti-La të nënës duhet të identifikohen në mitër duke përdorur ekokardiografi fetale. Monitorimin e rrahjeve të zemrës që nga java e 16-të e shtatzënisë. Nëse identifikohet blloku kardiak, foshnja duhet të vlerësohet nga një kardiolog fetal për shenja të anomalive të tjera kardiake dhe lindja mund të planifikohet me operacion cezarian, sepse ekziston rreziku që bradikardia fetale të rezultojë nga blloku komplet kardiak e cila mund të maskojë shenjat e shqetësimit të fetusit gjatë lindjes. Gratë me këto antitropa që kanë përjetuar lupus neonatal në shtatzënitë e mëparshme dhe janë trajtuar me hidrosilklorinë para dhe gjatë shtatzënisë kanë një rrezik të reduktuar të bllokut total kardiak në një shtatzëni të mëvonshme. Blloku total kardiak zakonisht kërkon trajtim me një stimulues kardiak, ose menjëherë pasi foshnja ka lindur ose gjatë fëmijërisë dhe kërkohet monitorim i vazhdueshëm i fëmijës.

Tre llojet e ndryshme të aPL përfshijnë lupus antikoagulantët, anti-kardiolipinën dhe anti-β2 glikoproteinën. Pra të gjitha mund të rrisin rrezikun e rezultateve negative të shtatzënisë dhe trombozës së nënës.

Gratë në moshën e lindjes që kanë sëmundje inflamatore aktive janë në rrezik të shtuar të zhvillimit të trombozave të thella gjatë shtatzënisë. Grave me rrezik të lartë duhet t'u ofrohet një plan menaxhimi që ofron tromboprofilaksinë, zakonisht me heparinë me peshë të ulët molekulare, bazuar në rrezikun individual të gruas.

Është e rëndësishme të diskutohet për vazhdimin dhe kohëzgjatjen e trajtimit, veçanërisht të DMARDs biologjike, bazuar në pacientin dhe tiparet e tij të sëmundjes, opsionet e tjera terapeutike dhe karakteristikat e DMARDs-it specifika biologjike që u është përshkruar.

Certolizumab nuk kalon placentën në një nivel të konsiderueshëm, pasi nuk ka një komponent Fc të nevojshme për transportin në qarkullimin e fetusit. Foshnjat mund të kenë një rrezik në rritje të infeksionit nëse disa trajtime biologjike që mund të kalojnë placentën administrohen gjatë tremujorit të dytë ose të tretë të shtatzënisë dhe persistojnë në qarkullimin neonatal dhe foshnje. Prandaj, vaksinat e gjalla, si vakcina Bacillus Calmette-Guérin (BCG) ose rotavirusi, nuk duhet t'u jepen foshnjave që janë ekspozuar ndaj këtyre barnave gjatë shtatzënisë derisa foshnja të mbushë moshën 6 muajore.

Prednizoloni mund të përdoret për të trajtuar shpërthimet e sëmundjeve gjatë shtatzënisë.

Ekziston një rrezik i shtuar i komplikimeve (përfshirë infeksionin) me përdorimin e vazhdueshëm të prednizolonit me dozë të lartë (>20 mg). Është e rëndësishme të titrohet në dozën minimale të tolerueshme të prednizolonit (idealisht <10 mg) me dozën optimale të josteroidëve, imunosupresorët dhe kontrolli i rregullt për hipertensionin dhe diabetin gestacional plus optimizimin e niveleve të vitaminës D. Të gjithë duhet të monitorohen për rezultate negative të shtatzënisë, përveç shpërthimit të sëmundjes, pavarësisht nëse sëmundja e tyre është e qëndrueshme apo aktive, dhe menaxhimi duhet të shtresohet sipas rrezikut dhe pranisë së përfshirjes së organeve. Gratë me insuficiencë esenciale të veshkave ose proteinuri >30 mg/mmol kanë një rrezik të shtuar të pre-eklampsisë dhe duhet t'u ofrohet aspirinë me dozë të ulët gjatë shtatzënisë; hipertensioni duhet të menaxhohet në përputhje me udhëzimet e NICE. Monitorimi rutinë obstetrik duhet të udhëhiqet nga konsulentët dhe kërkohet rishikim reumatologjik në pacientët me sëmundje aktive ose të rëndë më parë dhe në ata që kërkojnë ndryshime në terapi.

Kujdesi shëndetësor/trajtes pas lindjes

Nëse ka shqetësime për kontrollin e sëmundjes, trajtimi me DMARDs biologjik mund të rifillojë jo më herët se 24 orë pas lindjes vaginale ose 48 orë pas një seksioni cezarian, në mungesë të infeksionit. Nevojat për kontracëpsion pas lindjes duhet të diskutohen para lindjes dhe në vlerësimin pas lindjes. Një takim pas lindjes duhet të caktohet përpara lindjes dhe të planifikohet për 6-8 javë pas lindjes për të vlerësuar aktivitetin e sëmundjes, për të vlerësuar nëse nevojitet ndonjë ndryshim i dozës dhe për të ofruar këshilla kontracëpsive.

KOMPLIKIMET MATERNALE DHE FETALE GJATË SHTATZËNISË

Megjithëse rezultatet e shtatzënisë në pacientet me sëmundje reumatike autoimune janë përmirësuar në mënyrë dramatike gjatë dekadave të fundit, përsëri ato paraqesin rrezik të komplikimeve potencialisht serioze të nënës dhe fetusit. Rreziqet e trombozës, infeksionit, trombocitopenisë, prerja cezariane, lindja e parakohshme dhe preeklampsia janë dukshëm më të rritura në pacientët me LES krahasuar me gratë e shëndetshme.

Antitropat antifosfolipid shoqërohen me insuficiencë placentare, lëng amniotik të zvogëluar, vonim të rritjes fetale dhe vdekje fetale. Megjithëse mund të ndodhë trombozë e nënës ose preeklampsi e rëndë ose e hershme, është e zakonshme që nëna të jetë plotësisht asimptomatike ndërsa po krijohen probleme për fetusin në zhvillim.

PUNA DHE MONITORIMI

Në gratë me histori të antitropave antifosfolipid,

Tabela 1. Përshkruan në mënyrë të hollësishme faktorët potencialish me rrezik të lartë për gratë me sëmundje reumatike autoimmune!

PREDIKTORËT E RREZIKUT TË LARTË TË SHTATZËNISË NË GRATË ME SËMUNDJE REUMATIKE AUTOIMUNE

- Historia e ndërlikimeve të shtatzënisë dhe një rezultat i dobët obstetrik.
- Prania e antitropave anti-fosfolipidë me titër të lartë (antitropa antikardiolinë, anti - β 2-glikoproteinë dhe / ose lupus antikoagulantëve).
- Prania e antitropave anti-Rö dhe anti-La.
- Lupus nefriti aktual ose i mëparshëm ose dëmtim i rëndë i vazhdueshëm i veshkave.
- Moshë e përparuar e nënës (> 40 vjet).
- Raca e zezë ose etnia hispanike.
- Shtatzënitë e shumëfishta.
- Përdorimi i barnave citotoksike në kohën e konceptimit, duke përfshirë prednisonin me doza të larta.
- Shpërthimi aktiv në kohë ose 6 muaj para konceptimit.

Tabela 2. Tregon për medikamentet të cilat aplikohen më së shpeshti në sëmundjet reumatike, indikacionet dhe kundërindikacionet e tyre si gjatë shtatzënisë ashtu edhe laktacionit! Shqetësimet e mundshme të medikamenteve farmaceutike dhe agjentëve biologjikë të përdorur zakonisht në shtatzëni dhe laktacion

Agjent	Siguria në shtatzëni	Komente	Siguria në laktacion
Azathioprine	I sigurt	Nuk ka rritje të aborteve spontane ose defekteve të lindjes si dhe rrezikut të imunosupresionit në fetus.	I sigurt. Më pak se 1% është vërtetuar se gjendet në qumështin e gjirit. Nuk ka raporte të ngjarjeve të padëshiruara pediatrike.
Belimumab	E panjohur	Asnjë studim njerëzor. Por ka rrezik teorik të imunosupresionit fetal. Ndërpritet para shtatzënisë.	E panjohur! Por, me gjasë nuk transferohet në qumështin e gjirit.
Kortikosteroidet	I sigurt	Rreziqet e pallatoshizës dhe prematuritetit. Ekuilibroni rreziqet e mundshme për fetusin me rreziqet e sëmundjes së patrajtuar!	I sigurt. Prania minimale në qumështin e gjirit. Mund të vonojë ushqyerjen me gji për 4 orë pas dozës mbi 50 mg për të kufizuar ekspozimin e foshnjës.
Ciklofosfamid	I pasigurt	Teratogjenike - mos e përdorni përveç në manifestimet kërcënuese për jetën e LES.	E pasigurt - transferim në qumështin e gjirit.
Ciklosporina	I sigurt	Nuk ka rritje të abortit ose defektit të lindjes.	I sigurt; transferimi minimal në qumështin e gjirit.
UFH dhe LMËH	I sigurt	Nuk kalon placentën. LMWH e preferuar.	I sigurt. Nuk transferohet në qumështin e gjirit.
Hidroksiklorokina	I sigurt	Përfitime të shumta në shtatzëni.	I sigurt
Tacrolimus Adalimumab Infliximab	I sigurt	Substanca mund të aplikohet.	Substanca mund të aplikohet.
IVIG	I sigurt	Kalon placentën por është përdorur pa ndonjë efekt anësor fetal.	I sigurt
Leflunomid	Siguri e paqartë	Ndërpriti të paktën 3 muaj para shtatzënisë dhe përdorni metodën e shpëlarjes me kolestraminë për të paktën 3 muaj nëse është e nevojshme. Ekspozimi pa dashje nuk shoqërohet me abort, lindje të parakohshme ose defekte të lindjes.	E panjohur nëse hyn në qumështin e gjirit por konsiderohet rreziku i lartë.
Metotreksat	I pasigurt	Teratogjen. Ndërpritet të paktën 3 muaj para shtatzënisë.	Ndoshta i sigurt. Transferimi minimal në qumështin e gjirit në 24 orë pas dozimit.
Mikofenolati	I pasigurt	Teratogjen. Konsideroni azathioprine si një alternativ.	E panjohur nëse hyn në qumështin e gjirit. Prandaj, mos e përdorni.
NSAID	Ndoshta e sigurt	Mund të rrisë rreziqet e abortit spontan, cheiloschisis dhe/ose palatoschisis dhe oligohidramnios.	I sigurt. Ibuprofeni i preferuar.
Rituximab	Ndoshta e sigurt	Prekonceptimi ose dozimi i hershëm i shtatzënisë preferohet. Dozimi i vonë gjatë shtatzënisë shoqëruar me mungesën e qelizave B në foshnje.	E panjohur por me gjasë nuk transferohet në qumështin e gjirit.
Golimumab, Abatacept, Anakinra, Secukinumab Tocilizumab, Ustekinumab Vedolizumab, Apremilast	Ndoshta e sigurt	Të dhënat janë të pamjaftueshme për rekomandimin e substancës.	Të dhënat janë të pamjaftueshme për rekomandimin e substancës.
Sulfasalazinë	I sigurt	Kalon placentën, rrezik kaq i vogël i kernicterus tek i porsalinduri. Por, nuk ka keqformime të raportuara.	I sigurt, me përjashtim të foshnjave me verdhëz ose premature.
Warfarin	I pasigurt	Teratogjen. Kaloni në heparin ose LMWH për shtatzëni.	Ndoshta i sigurt. Nuk ka raporte të rritura të gjakderdhjes.
Tofacitinib	I pasigurt	I pasigurt	I pasigurt

konsiderata të rëndësishme në kohën e lindjes përfshijnë ndërprerjen e LMWH të paktën 48 orë para një procedure të planifikuar. Shumë mjekë zgjedhin që të fillojnë trajtimin me heparinë jo të fraksionuar rreth javës së 35 deri në 36 të shtatzënisë, e cila mund të vazhdohet deri në 6 orë para një procedure, veçanërisht në pacientët me rrezik shumë të lartë të trombozës. Mjeku obstetër gjithashtu duhet të lajmërohet për ndërlikimet e sistemit të organeve që mund të ndikojnë në lindjen. Për shembull, te pacientët me lupus me histori të nekrozës avaskulare të kokës së femurit, një lindje spontane intravaginale mund të shkaktojë dëmtime muskulo-skeletore, në këtë rast një planifikim seksioni cezarian është i garantuar. Lupusi në vetvete nuk është kundërrindikacion për ushqyerjen me gji, dhe shumica e barnave që përdoren për të menaxhuar atë janë në përputhje me ushqyerjen me gji. Prodhimi i qumështit të gjirit nga nëna mund të jetë i kufizuar për nënat që marrin steroide me dozë të lartë ose në shtatzëni të që rezultojnë në lindje të parakohshme. Pavarësisht nga rreziqet që lidhen me shtatzëni dhe ndoshta një rrezik në rritje të paaftësive në të mësuar, fëmijët e lindur nga gratë me LES kanë inteligjencë dhe zhvillim normal krahasuar me pjesëmarrësit e kontrollit të krahasuar me moshën gjinore dhe shtatzëni.

mund të përdoret si biomarker për rezervën e vezoreve. Mund të jetë i dobishëm në marrjen e vendimeve për trajtimin. Për gratë me lupus dhe infertilitet, fekondimi in vitro dhe teknologjitë e tjera riprodhuese të përdorura duket se janë relativisht të sigurta.

Për shkak se koha e shtatzënisë është kaq e rëndësishme për gratë me lupus dhe sëmundje të tjera autoimune, planifikimi i shtatzënisë duhet të jetë sigurisht pjesë e vlerësimit fillestar dhe të vazhdueshëm në gratë e moshës riprodhuese, dhe kontracepcioni i duhur duhet të përdoret nëse është e nevojshme, veçanërisht në gratë që janë seksualisht aktive dhe marrin nivele të larta - medikamente të rrezikshme. Kontracepcioni i urgjencës, i cili është tipikisht pilula vetëm me progesteron, konsiderohet i sigurt për gratë me lupus dhe me sëmundje të tjera autoimune, gjithashtu duhet të diskutohet me pacienten.

Referencat:

- Giles I, Yee C, Gordon C. Stratifying management of rheumatic disease for pregnancy and breastfeeding. *Nat Rev Rheumatol* 2019; 15 (7): 391-402.
- Chakravarty E, Clowse M, Pushpara-jah D et al. Family planning and pregnancy issues for women with systemic inflammatory diseases: patient and physician perspectives. *BMJ Open* 2014; 4: e004081.
- Jethwa H, Lam S, Smith C, Giles I. Does rheumatoid arthritis really improve during pregnancy? A systematic review and meta-analysis. *J Rheumatol* 2019; 46 (3): 245-250.
- Flint J, Panchal S, Hurrell A et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology* 2016; 55 (9): 1693-1697.
- Flint J, Panchal S, Hurrell A et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part II: analgesics and other drugs used in rheumatology practice. *Rheumatology* 2016; 55 (9): 1698-1702.
- Marc C. Hochberg, Ellen M. Gravelle, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman- Immunosuppressive agents: cyclosporine, cyclophosphamide, azathioprine, mycophenolate mofetil, and tacrolimus; *RHEUMATOLOGY*, 7th edition 2019; 67: 518-526.
- Marc C. Hochberg, Ellen M. Gravelle, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman- Systemic lupus erythematosus in pregnant patients and neonatal lupus; *RHEUMATOLOGY*, 7th edition 2019; 146: 1200-1204.
- Andreoli L, Bertias G, Agmon-Levin N et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 476-485.
- Skorpen C, Hoeltzenbein M, Tincani A et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis* 2016; 75 (5): 795-810.

Algoritmi terapeutik i sugjeruar për lupus eritematoz sistematik në shtatzëni			
Aktiviteti i lupusit	Doza e sugjeruar e prednisonit	Medikamente antirheumatike	Medikamente të tjera
Asnjë aktivitet	Asnjë	Hidroksiklorokina	Aspirina me dozë të ulët Multi vitamina para lindjes
Aktivitet i lehtë	5-10 mg / ditë	Hidroksiklorokina Azathioprina	Aspirina me dozë të ulët Multi vitamina para lindjes
Aktivitet i moderuar	10-25 mg / ditë	Hidroksiklorokina Azathioprina Çiklosporin - takrolimus	Aspirina me dozë të ulët Multi vitamina para lindjes
Aktivitet i ashpër	30-100 mg / ditë	Hidroksiklorokina Azathioprine dhe Çiklosporin - Takrolimus IVIG	Doza e ulët e aspirinës Multi vitamina para lindjes

Tabela 3: Përshkruan në mënyrë koncize algoritmin terapeutik të trajtimit të shtatzënave me sëmundjen e lupusit eritematoz sistematik!

Përmbledhje

Praktikuesit që menaxhojnë gratë me sëmundje reumatike inflamatore në moshën riprodhuese duhet të sigurojnë që ato të diskutojnë rregullisht planet për shtatzëni. Është e rëndësishme që gratë të jenë të vetëdijshme për rëndësinë e kontrollit të mirë të sëmundjes në trajtimin e duhur para, gjatë dhe pas shtatzënisë për të siguruar rezultate optimale për nënën dhe foshnjën. Barnat që dihet se shkaktojnë dëme të mundshme tek fetusit nuk duhet të përshkruhen pa diskutim adekuat rreth kontracepcionit. Pacientet duhet të marrin këshillim para shtatzënisë në mënyrë që ato të jenë të vetëdijshme për rreziqet e mundshme që lidhen me sëmundjen e tyre dhe trajtimin e saj dhe se si këto rreziqe mund të minimizohen.

Fertiliteti nuk duket se pengohet në shumicën e grave me lupus, madje edhe gjatë periudhave të aktivitetit të lartë të lupusit dhe sëmundjeve të tjera autoimune. Niveli i hormonit anti-mullerian