گزارش MDT مورخ 25/7/1403

RPL: بیشتر مساوی 3 سقط متوالی قبل از 20 هفته

 البته براساس ASRM بیشتر مساوی 2سقط غیر متوالی را RPL میگوییم.

RIF: بیشتر مساوی 3 بار FAIL شدن انتقال جنین با کیفیت مطلوب یا بیشتر از 10 جنین در مجموع

درمان های مطرح:

IVIG\_ هیدروکسی کلروکین – GCSF\_ آسپرین \_ LMWH\_ کورتون – TNF a \_ اینترالیپید

اینترالیپید:

سبب کاهش تجمع پلاکتی و کاهش TNFa و NKcell میشود.

یک امولسیون بر پایه اب است اثر تک دوز آن 9-4 هفته پایدار باقی میماند .

در افراد با NK cell بالا توصیه میشود.

دوز-> RPL:از روز 8 سیکل و در صورت بارداری هفته 3 – 5 – 9

 در IVF: ارز روز 8 انتقال و در صورت بارداری هفته 3- 5 – 9

دوز 4 تا 100 میلی لیتر از اینترالیپید 20 درصد + 250 سی سی سالین در عرض 30-60 دقیقه تجویز میشود.

عوارض : هپاتومگالی- اسپلنومگالی- لکوپنی – ترومبوسیتوپنی- زردی

کنتراندیکاسیون:پانکراتیت- مشکلات پولموناری – آنمی – حساسیت به تخم مرغ – هایپر لیپیدمی

 IVIG:

بهتر است زمانی استفاده شود که حداقل 4 بار سقط داشته است.

 در شرایطی که NKcell یا نسبت th1/th2 یا اتو آنتی بادی ها یالا باشد میتوان ان را توصیه کرد.

کات off نسبت thelper ها 10.8 می باشد.

دوز 0.4 gr/kg در هفته تا 1-2 gr /kg

با تکرار هر یک تا 4 هفته

نیمه عمر آن 21-25 روز است ولی در بیماران نقص ایمنی بین 17-37 روز متغیر است.

توصیه جامعه reproduction کره: 400 mg/kg هر 3-4 هفته از ابتدا شروع سیکل در RIF و از مراحل ابتدای بارداری در RPL

ویال های IVIG 5 گرمی و 2.5 گرمی است.

در بارداری طبیعی -I/O- IUI:

دوز IVIG 0.6-0.8 mg/kg 5-10 روز قبل از انتقال جنین با تایید بارداری تکرار دوز ماهانه تا 16-20 هفته .

عوارض : سردرد-راش -تب- آنمی همولیتیک - نوتروپنی – انتقال عفونت ها – ایجاد تست مثبت کاذب برای بررسی های ایمونولوژیک.

هیدراتاسیون کافی و درمان با انتی هیستامین میتواند در کاهش عوارض موثر باشد.

نکته مهم این که قبل از تجویز IVIG سطح IGA باید بررسی شود زیا اگر پایین باشد انافیلاکسی رخ می دهد.

 در مطالعات انجام شده توصیه شده است مه در موارد بزرگتر مساوی 5 سقط از IVIG استفاده کنیم که سبب افزایش LBR و CPR و کاهش RPL شده است.

GCSF:

ساپرس کننده سیستم ایمنی است( با اثر بر ماکروفاز ها و لنفوسیت ها و T HELPER )

به دو فرم تجویز دارد : داخل رحمی لوکال – سیستمیک

تزریق اینترایوتراین لوکال : 48-120 ساعت قبل از انتقال

تزریق SQ: 1 دوز یک ساعت قبل از انتقال

عوارض : موکوزیت – افزایش سایز کبد و طحال – استئوپروز – آنمی – اپیستاکسی- هایپوتانسیون ارتوستاتیک

هیدروکسی کلروکین:

با دوز 400 میلی گرم بر سیستم ایمنی و THELPER موثر است.

عوارض : اگر بیشتر از 5 mg/kg/day برای > از 5 سال استفاده شود خطر عوارض قلبی و چشمی دارد.

قبل از تجویز هیدروکسی کلروکین باید بررسی چشم و قلب و کلیه صورت گیرد

سایر عوارض : افزایش qt interval و افزایش رتینوپاتی

از 2 ماه قبل ET تا 3 ماهه اول بارداری در افراد با آنتی بادی ( ANA -ANTI TPO - APS ) مثبت سبب بهبود outcome بارداری می شود .

تاکرولیموس: مدولاتور T HELPER یک است.

اگر نسبت TH1/TH2 > 11.8 باشد و یا TH1 > 28.8 میتوان در RIF و RPL استفاده کرد.

دوز آن 2-4 میلی گرم در روز است .

تاکرولیموس 1-2 روز قبل از انتقال در RIF باید تجویز شود و در افراد RPL به محض مثبت شدن تست بارداری شروع می کنیم.

قرص های تاکرولیموس : 0.5 – 1 میلی گرم است.

ANTI TPO: اگر TSH 2.5-4.23 باشد و TPO مثبت باشد و یا TSH به تنهایی > از 4.23 باشد اندیکاسیون تجویز لووتیروکسین است.

میتوان از آسپرین هم 5 روز بعد ET در RIF و روز مثبت شدن تست در RPL استفاده کرد.

اگر فردی APS + باشد میتوان از LMWH نیز استفاده کرد.

کورتیکواسترویید:

تجویز 10 میلی گرم پردنیزولون در RIF و RPL بدون توجیه سبب بهبود OUTCOME باداری نشده است.

درمان های ترکیبی:

تجویز پردنیزولون + LMWH + انترالیپید در افراد RPL – RIF سبب بهبود نشد.

آنتگونیست TNF a : خیلی کاربرد ندارد.

نکات دکتر توکلی:

در بیماران APS : LMWH یا هیدروکسی کلروکین ( 400 روزانه ) یا پردنیزولون ( 10 میلی گرم روزانه )یا IVIG

اگر حتی یک بارداری با قلب داشته که به سقط انجامیده حتما باید SS-A و SS-B بررسی گردد و اگر هر کدام مثبت شود مشاوره روماتولوژی درخواست گردد . درمان با پردنیزولون 5-10 میلی گرم با یا بدون هیدروکسی کلروکین 200 – 400 میل گرم روزانه .

3-6 ماه قبل بارداری بهتر است بیماری کنترل شده و روماتولوژی اکی شروع بارداری را بدهد.

اگر فقط آنتی بادی مثبت است ولی بیماری روماتولوژی در برررسی ها به تایید نرسیده است. از یک ماه قبل شروع میکنیم.

ANTI TG و ANTI TPO: درمان با همان پردنیزولون و هیدروکسی کلروکین است.

باید از یک ماه قبل انتقال در RIF تجویز گردد و تا 12 هفته ادامه یابد و سپس به تدریج قطع گردد.

فلوسیتومتری:

اگر CD16 -CD56 بالا باشد می توان از پردنیزولون 10 میلی گرم یا اینترالیپید با هیدروکسی کلرکین استفاده کرد.

دوز اینترالیپید 8 سیسی 20 درصد + 250 سی سی سالین است که در RIF 2هفته قبل انتقال و در RPL به محض مثبت شدن شروع میکنیم و هر دوهفته تا 14 هفته میدهیم.

دوز تاکرولیموس: اگر نسبت TH1/TH2 > 11.8 اندیکاسیون دارد.

11.8-15.8 -> 2میلی گرم در روز

15.8< -> 3 میلیگرم در روز