



اسپوندیلیت انکیلوزان و بارداری: گزارش یک مورد زایمان طبیعی ترم موفقیت آمیز

نازنین حصاری^۱، مبینا حسین فخرآبادی^{۱*}، فرنگیس رجبی^۲

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
۲. کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، معاونت پژوهشی بیمارستان هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

نوع مقاله: گزارش مورد

مقدمه: اسپوندیلیت انکیلوزان یک بیماری التهابی سیستمیک است که باعث ایجاد درد کمر و اندام تحتانی می‌شود. این بیماری در بین زنان و به خصوص در دوران بارداری نادر است. مطالعه حاضر به گزارش بارداری و زایمان بیمار مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان می‌پردازد.

مورد: بیمار خانمی ۳۴ ساله و مولتی‌پار با سابقه تولد یک نوزاد زنده بود که نه سال قبل در دوره نفاس با بروز ناگهانی علائم درد پایین کمر و هیپ، خشکی مفاصل و ناتوانی حرکتی برای وی تشخیص بیرون زدگی دیسک کمر مطرح گردید. سال‌ها بعد با انجام آزمایش HLA-B27 مشخص شد که به اسپوندیلیت انکیلوزان مبتلا است. در ابتدا برای ایشان سولفاسالازین و ناپروکسن تجویز گردید که بیمار علائم حساسیت به این داروها را نشان داد و طبق تجویز پزشک، داروها به آدالیمومب، متوترکسات و پردنیزولون تغییر یافت. پس از تغییر داروها، علائم بیمار کنترل شد. در سال ۱۴۰۲ با تصمیم بیمار برای بارداری، متوترکسات قطع و بعد از هفته ۲۳ بارداری نیز آدالیمومب قطع شد. در طول بارداری، شعله‌ور شدن علائم اسپوندیلیت باعث بستری وی در بیمارستان شد. اما در نهایت بیمار با سن حاملگی ۴۰ هفته و یک روز بدون انجام آنالژی اپیدورال، تمامی مراحل زایمان را بدون مشکل سپری کرد و حاصل زایمان نوزادی با پیامدهای پری‌ناتال طبیعی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بیماران مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان در بارداری از لحاظ جسمانی و روانی آسیب‌پذیر هستند، حمایت روانی و مراقبت پزشکی ویژه از آنان می‌تواند به بهبود پیامدهای پری‌ناتال کمک کند.

کلیدواژه‌ها: اسپوندیلیت انکیلوزان، بارداری، زایمان واژینال

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۵

*نویسنده مسئول: مبینا حسین

فخرآبادی، مربی گروه مامایی، دانشکده

پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی

خراسان شمالی، بجنورد، ایران

تلفن: ۰۵۸۳۱۵۱۳۰۰۱

پست الکترونیک:

Mobina.hfakhrabadi13@gmail.com



مقدمه

اسپوندیلیت انکیلوزان^۱ یک بیماری التهابی و مزمن سیستمیک است که عمدتاً مفاصل ساکروایلیاک و ستون فقرات را درگیر کرده و نیز باعث بروز بیماری‌های غیرمفصلی مانند یووئیت، پسوریازیس و بیماری التهابی روده می‌شود (۱). شیوع این بیماری از ۰.۳-۱.۸ درصد بسته به عوامل محیطی و ژنتیکی متفاوت است (۲) و در مردان نسبت به زنان، سه برابر شایع‌تر است (۳). شروع بیماری معمولاً در سنین جوانی (۲۰ تا ۳۰ سالگی) بوده (۳) و به ندرت بعد از ۴۵ سالگی بروز می‌یابد (۲). گرچه علت ایجاد اسپوندیلیت انکیلوزان ناشناخته است اما با تغییر در آنتی‌ژن لکوسیت انسانی^۲ B-27 ارتباط دارد (۴).

علائم اصلی بیماری شامل درد پایین کمر و باسن و محدودیت حرکت ستون فقرات است اما گاهی التهاب مفاصلی مانند ران، زانوها و مچ پا نیز دیده شده که سبب خشکی صبحگاهی مفاصل می‌گردد (۵). این بیماری می‌تواند باعث ایجاد درد در کف پا، حس سوزش در پاشنه پا و هیپ شود که با راه رفتن بدتر می‌شود (۶). در مراحل پیشرفته بیماری ممکن است کیفوز رخ دهد (۲). متوسط زمان بروز اولین علامت بیماری تا تشخیص آن حدود ۸.۳۱ سال به طول می‌انجامد و در زنان دیرتر تشخیص داده می‌شود (۷). اسپوندیلیت انکیلوزان چالش‌های قابل توجهی در زمینه تشخیص زودهنگام، ارزیابی فعالیت بیماری، پیش‌بینی پاسخ به درمان و پیشگیری از پیشرفت رادیوگرافیک را مطرح می‌کند (۸) و عوارض جسمی و روانی آن، باعث تغییر در بهره‌وری و توانمندی فرد به همراه هزینه‌های هنگفت فردی و اجتماعی می‌شود (۷). یکی از چالش‌های مبتلایان به این بیماری، شرایطی مانند بارداری و زایمان است (۹).

بارداری در بیماران مبتلا، به دلیل احتمال شعله‌ور شدن علائم و اثرات بالقوه بیماری بر نتایج بارداری می‌تواند خطرناک باشد. ۱۳ درصد از زنان مبتلا به اسپوندیلیت

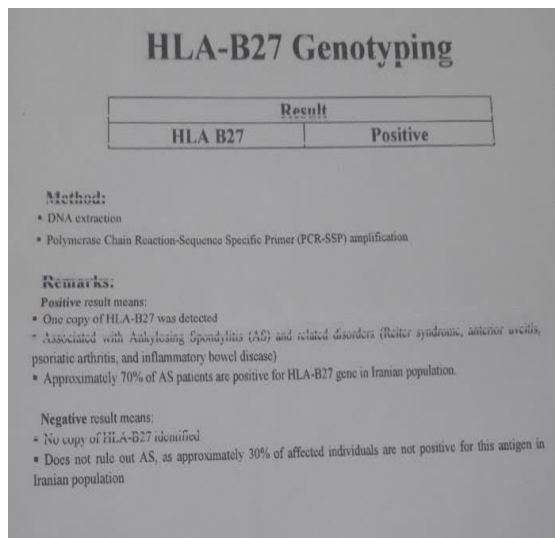
انکیلوزان به دلیل همین خطرات از بارداری اجتناب می‌کنند که منجر به کاهش نرخ تولد در میان این زنان می‌شود (۱۰). همچنین تاثیرات بیماری بر پیامدهای بارداری و زایمان به خوبی شناخته شده نیست (۱). آنتی‌بادی‌های خودایمنی، محصولات تخریب سلولی و سایتوکاین‌های التهابی دخیل در اسپوندیلیت انکیلوزان مسئول آسیب به ساختارهای عروقی جفت و اجزای سلولی رابط جنینی مادری هستند که منجر به "التهاب جفت" می‌شود. بنابراین، بارداری زنان مبتلا ممکن است نیاز به توجه بیشتر از نظر نتایج زایمان و نوزادی داشته باشد (۱). در مطالعات بیان شده است که ۸۰-۲۵ درصد زنان مبتلا در بارداری و ۱۰۰-۳۰ درصد زنان در دوره نفاس، شعله‌ور شدن علائم اسپوندیلیت انکیلوزان را تجربه می‌کنند (۱۰، ۱۱). طبق مطالعات مختلف، بیماران مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان در معرض خطر بیشتر زایمان زودرس (۱، ۹)، تولد نوزاد با وزن بسیار کم هنگام تولد^۳ و میزان بستری بیشتر در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان^۴ (۱۲)، زایمان سخت و طول کشیده و زایمان واژینال ابزاری (۴)، زایمان سزارین (۳، ۱۲) و مشکلات بی‌حسی نخاعی و بی‌هوشی عمومی (۴) هستند. تمامی این عوارض در زنانی که برای کنترل بیماری خود از گلوکوکورتیکوئیدها استفاده می‌کنند بیشتر خواهد بود (۱۲).

باتوجه به یافته‌های فوق و همچنین نتایج ضدونقیض مطالعات مختلف، مدیریت بارداری و زایمان در زنان مبتلا به این بیماری می‌تواند برای تیم پزشکی و زایمان چالش‌برانگیز باشد. مطالعه حاضر به معرفی و بررسی یک مورد بارداری و زایمان واژینال با پیامدهای مادری و نوزادی طبیعی در بیمار مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان می‌پردازد.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۳۴ ساله و مولتی‌پار بود که نه سال قبل اولین فرزند خود را از طریق زایمان واژینال به دنیا آورده و در روز دهم بعد از زایمان، دچار محدودیت حرکت، درد و سوزش

^۳ Very low birth weight (VLBW)^۴ Neonatal intensive care unit (NICU)^۱ Ankylosing spondylitis (AS)^۲ HLA-B27



در سال ۱۴۰۲ بیمار تصمیم به بارداری دوم گرفت که در دوره اقدام برای بارداری تحت نظر پزشک متخصص زنان متوترکسات را قطع نمود. تا هفته ۲۳ بارداری به مصرف آدالیمومب ادامه داده و سپس علی‌رغم دستور پزشک، به علت احساس سبکی سر، و تب و گرگرفتگی بعد از مصرف دارو، مصرف این دارو را نیز قطع کرد و تنها پردنیزولون را تا انتهای بارداری ادامه داد. بیمار در طی بارداری فعلی درد پایین کمر، هیپ چپ با انتشار تا کف پا داشت که سبب بستری شدن وی در بیمارستان امام حسن (ع) شهر بجنورد در هفته ۲۰ حاملگی شده است. در سونوگرافی انجام شده از هیپ چپ افیوژن مفصلی مختصر و هیپوتروفی مختصر سینووم بدون بالجینگ کپسول رویت شد که مطرح‌کننده آرتریت التهابی بود. در بیمارستان آمپول دگزامتازون و کترولاک و درمان‌های حمایتی تجویز و از بیمارستان ترخیص شد. بیمار در طول بارداری دچار خلق پایین، زودرنجی، تحریک‌پذیری و پراشتهایی شد که قبلاً سابقه آن را نداشته است. آزمایشات غربالگری نوبت اول و دوم و سونوگرافی‌ها از جنین در طی بارداری نرمال بوده‌اند و بیمار بارداری را بدون مشکل دیگری طی کرد.

پایین کمر و هیپ راست با انتشار به پای راست شده به‌طوری که از انجام مراقبت‌های معمول خود و نوزادش ناتوان گردیده است. درد بیمار صبح‌ها پس از برخاستن از خواب، شدید و همراه با خشکی مفاصل اندام تحتانی بوده و با استرس، خستگی، سرما و راه رفتن تشدید می‌گردد. استراحت کردن تأثیری بر شدت درد ندارد. در تصویربرداری رزونانس مغناطیسی^۱ اولیه از ناحیه لومبوساکرال، ردیف‌شدگی^۲، ارتفاع و سیگنال مهره‌های کمری نرمال بوده و پروتروژن پاراسنترال L4-L5 مشاهده شد. توده و تغییر سیگنال در پاراورتبرال و دورال و تغییر غیرطبیعی در بخش استخوانی مهره‌های کمر مشاهده نشد. باتوجه به نتایج تصویربرداری برای بیمار تشخیص بیرون زدگی دیسک کمر داده شده و داروهای آنالژژیک خوراکی مانند ناپروکسن تجویز گردید که تأثیر چندانی در کنترل علائم نداشت. در طی پنج سال بعدی، بیمار بارها تحت تصویربرداری از مهره‌های کمر و سی تی اسکن سر و نخاع قرار گرفت اما علت دقیقی برای علائم وی تشخیص داده نشد. در تاریخ ۱۳۹۹/۳/۲۰ بیمار آزمایشات ایمونولوژی را انجام داد و از نظر HLA-B27 مثبت بود. همچنین $Hav\ Total > 400$ Anti و $CRP = 6$ گزارش شد و در نهایت مشخص شد فرد به اسپوندیلیت انکیلوزان مبتلا است. در ابتدا برای ایشان سولفاسالازین و ناپروکسن تجویز گردید که بیمار علائم حساسیت به این داروها را نشان داد و طبق تجویز پزشک، داروها به آدالیمومب (با نام تجاری سینورا)، متوترکسات و پردنیزولون تغییر یافت. پس از تغییر داروها، علائم بیمار کنترل شده و کیفیت زندگی وی ارتقا یافت.

¹ Magnetic resonance imaging (MRI)

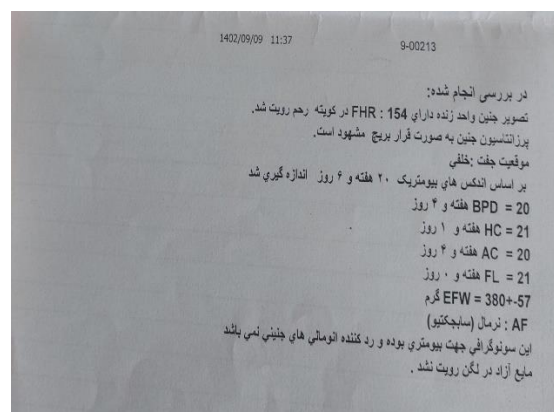
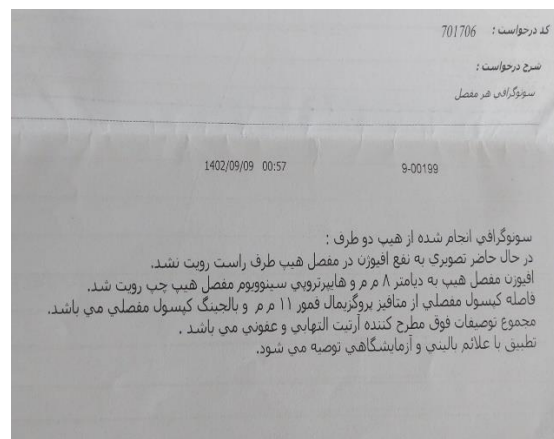
² Alignment



تشخیص متخصص بیهوشی، به علت ابتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان برای وی بی‌حسی نخاعی جهت آنالژی درد زایمان انجام‌نشد. شش ساعت بعد از بستری، دیلاتاسیون سرویکس کامل‌شد. در مرحله دوم زایمان، بیمار توانایی زورزدن کافی و اتخاذ وضعیت مناسب برای زایمان را نداشت و در وضعیت سوپاین و با انجام اپی‌زیاتومی زایمان کرد. حاصل زایمان نوزاد دختر سالم، با آپگار ۹/۱۰ و وزن ۳۲۰۰ بود. در اولین ساعت بعد از تولد شیردهی با پستان انجام‌شد، میزان خونریزی بعد زایمان طبیعی بود و بیشترین شکایت مادر از درد لگن و هیپ بود که با تجویز مسکن بهبودیافت. ۲۴ ساعت بعد از زایمان، مادر و نوزاد با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص‌شدند. در بررسی نوزاد تا چهار ماهگی وی، سرعت رشد و وزن‌گیری کاملاً نرمال بوده و عارضه خاصی در شیرخوار به چشم‌نمی‌خورد.

بحث

اسپوندیلیت انکیلوزان یک بیماری خودایمنی می‌باشد که اغلب ستون فقرات، مفصل ساکروایلیاک و بافت‌های نرم اطراف آن را درگیر می‌کند. کم‌درد، سفتی عضلات صبحگاهی، درد لگن و کاهش عملکرد روزانه از مهم‌ترین مشخصه‌های این بیماری می‌باشند (۱۲، ۱۳). در بیمار بیشتر احساس سوزش در ناحیه لگن و انقباض انگشتان پا به صورت یک طرفه و غالباً طرف راست گزارش می‌شد و سفتی عضلات صبحگاهی وجود نداشت. همچنین یافته‌های رادیولوژیک مانند سونوگرافی و MRI در مراحل ابتدایی بیماری نشانه‌ای به نفع اسپوندیلیت انکیلوزان نشان ندادند و به همین جهت برای بیمار تشخیص‌هایی مانند دیسک کمر و تنگی کانال نخاعی مطرح‌شده بود، اما در مراحل تشدید بیماری، سونوگرافی انجام‌شده از مفصل هیپ بیمار، حاکی از افیوژن مفصل هیپ چپ و هایپرتروفی سینوویوم مفصل هیپ بود که در مجموع مطرح‌کننده آرتریت التهابی بود.



بیمار با سن حاملگی ۴۰ هفته و ۱ روز مطابق با اولین سونوگرافی (در هفته ۱۲ بارداری) با شکایت از کاهش حرکات جنین و گذشتن از موعد زایمان در تاریخ ۲۶ فروردین ماه ۱۴۰۳ به مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی بنت‌الهدی شهر بجنورد مراجعه‌نمود. در معاینه واژینال بدو بستری دیلاتاسیون سرویکس ۲ سانتی‌متر، افسمان ۳۰ درصد، جایگاه عضو نمایش ۲-، نمایش سفالیک و کیسه آب سالم بوده، در معاینه لگنی محدودیتی وجود نداشت و مانیتورینگ قلب جنین و علائم حیاتی مادر طبیعی بود. به‌منظور منظم‌شدن انقباضات، آمپول اکسی‌توسین و به‌منظور افزایش نرم‌شدگی سرویکس، آمپول هیوسین و پرومتازین برای شخص تجویز شد. روند لیبر مطابق با پارتوگراف طبیعی و با سرعت مناسب بود. بیمار در هنگام تغییر وضعیت و یا انجام ورزش‌های محرک زایمان دچار درد لگن و محدودیت حرکت بود و بیشتر مدت‌زمان بستری در بخش لیبر و زایمان را خوابیده بر روی تخت گذراند. به



اسپوندیلیت انکیلوزان، بارداری و زایمانی طبیعی بدون استفاده از داروهای کمک‌باروری داشته است.

از نظر نوع زایمان در بیماران مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان، نتیجه مطالعه میدوریکاوا^۴ و همکاران نشان‌داد که میزان سزارین اورژانسی در این افراد نسبت به افراد عادی بیشتر است و به ۲۸/۹-۳۹/۷ درصد می‌رسد که احتمال دارد پره‌اکلامپسی یا مواردی که نیاز به تجویز کورتیکواستروئیدها و داروهای ضدروماتیسمی داشته باشند نقشی اساسی در ناموفق بودن زایمان طبیعی ایفاکنند (۴). با این وجود، بیمار گزارش‌شده، زایمان طبیعی موفق و بدون مشکل را تجربه کرد و هیچ‌گونه عوارض نامطلوب زایمانی نداشت.

حاصل زایمان این بیمار نوزاد ۴۰ هفته و ۱ روز، با حال عمومی خوب، آپگار مناسب و وزن ۳۲۰۰ گرم بود که هیچ‌گونه عارضه جنینی و نوزادی نداشت؛ هم‌راستا با این موضوع مطالعه پارک^۵ و همکاران نشان‌داد که اسپوندیلیت انکیلوزان با پیامدهای نامطلوب جنینی مانند زایمان زودرس همراه نمی‌باشد (۳)؛ اما جاکوبسن^۶ و همکاران در نتیجه پژوهش خود گزارش کردند که میزان زایمان زودرس، محدودیت رشد و کوچک‌بودن جثه نوزاد نسبت به سن حاملگی در این بیماران نسبت به جمعیت عادی بیشتر است (۱۸).

در رابطه با شدت یافتن بیماری نتایج مطالعه موکبدل^۷ و همکاران نشان‌دادند که شعله‌ورشدن بیماری در ۸۰-۲۵ درصد بیماران در دوره بارداری و ۱۰۰-۳۰ درصد در طول دوره پس از زایمان رخ می‌دهد (۱۰) درحالی که، در بیمار مورد نظر با شروع بارداری علائم افزایش یافته و شعله‌ورشدن بیماری رخ داده بود و این علائم پس از زایمان فروکش کرد.

در این خصوص مسا^۱ و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که یافته‌های رادیولوژیک بیمار اغلب در مراحل ابتدایی تغییرات مهم و کمک‌کننده‌ای را نشان نمی‌دهد و در مراحل بالاتر بیماری ممکن است درجاتی از افیوژن مفصل ساکروایلیاک دیده شود (۱۳). از نظر علائم روانی بیمار اظهار داشت که در طول مدت بیماری، دچار افزایش اضطراب و خستگی بیش از حد و همچنین درجاتی از افسردگی شده است. هم‌راستا با این موضوع، مطالعه چانگ و همکاران نشان‌داد که اسپوندیلیت انکیلوزان دارای مضرات مادام‌العمر است و افزایش مدت زمان بیماری با افزایش افسردگی و اضطراب و اختلال در سلامت کلی و عملکرد فرد همراه است (۱۴). در آزمایشات کلینیکال انجام‌شده بر روی بیمار HLA-B27 مثبت گزارش شد، اگرچه ژن‌های متعددی در میزان استعداد ابتلا به این بیماری نقش دارند اما ژن HLA_B27 مهم‌ترین عامل ژنتیکی به حساب می‌آید. در این راستا نیکنام و همکاران در مطالعه خود با موضوع ارتباط این ژن با اسپوندیلیت آنکیلوزان گزارش کردند که ریسک نسبی ابتلا به این بیماری در افراد با بروز ژن HLA_B27، ۶۵ بار بیشتر از افراد فاقد این ژن است (۱۵).

در خصوص بارداری و زایمان بیماران مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان بیندولی^۲ و همکاران اذعان داشتند که میزان باروری زنان مبتلا به این بیماری ممکن است تحت تأثیر نارسایی‌های جسمی، عدم تعادل‌های هورمونی و مشکلات روحی روانی ناشی از این بیماری قرارگیرد (۱۶) همچنین استنسن^۳ و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که کیفیت تولید مثلی در این بیماران تحت تأثیر علائم آن‌ها مانند درد، محدودیت‌های عملکردی، تصور منفی نسبت به بدن خود، احساس افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرد (۱۷)، اما خوشبختانه در مورد حاضر، بیمار پس از ابتلا به

⁵ Park

⁶ Jakobsson

⁷ Mokbel

¹ Mesa

² Bindoli

³ Stensen

⁴ Midorikawa



در خصوص داروهای مصرفی، بیمار تا هفته ۲۳ بارداری و همچنین پس از زایمان از داروی آدالیمومب استفاده نموده است که بهبودی قابل توجهی در علائم وی ایجاد کرده ولی باعث ایجاد احساس سبکی سر و گرگرفتگی شده بود. در این خصوص ژوریس^۵ و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که ۷۵ درصد از بیماران عوارض جانبی ناشی از این دارو را گزارش می کنند؛ با این حال، این عوارض خفیف و از نظر پزشکی قابل مدیریت بوده اند، در این میان تنها ۲/۹ درصد از بیماران عوارض جدی ناشی از مصرف این دارو را داشتند (۱۹).

نتیجه گیری

با توجه به اینکه زنان مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان ممکن است با عوارض جسمانی و همچنین روحی روانی زیادی درگیر باشند، بهتر است پیش از بارداری از مشاوره های تخصصی پزشکی و روانشناسی بهره مند گردند تا نسبت به سیر بیماری خود در بارداری آگاهی بیشتری داشته و آرامش ذهنی بیشتری را تجربه کنند. در طول بارداری نیز حمایت روانی، آگاهی از علائم جسمی و استفاده از روش های کاهش درد غیردارویی می تواند سبب بهبود شرایط فیزیکی مادر باردار شود. لازم است تیم پزشکی برای

مراقبت های بارداری و حین و بعد زایمان برنامه ریزی دقیقی داشته تا احتمال عوارض نامطلوب بارداری کاهش یابد. از محدودیت های مطالعه حاضر، عدم وجود موارد مشابه در منابع علمی جهت مقایسه بیشتر بیماری از سایر جهات بود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری بیمار و خانواده محترم وی و معاونت محترم پژوهشی بیمارستان بنت الهدی شهر بجنورد که در تهیه و تنظیم این مطالعه شرکت داشتند تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

هیچکدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

کد اخلاق پژوهش
شماره IR.NKUMS.REC.1403.111 به ثبت رسیده است.

حمایت مالی

مطالعه حاضر فاقد سازمان حمایت کننده مالی است.

References:

1. Unal C, Fadiloglu E, Tanacan A, Zaim OC, Beksac MS. Retrospective evaluation of pregnancies with ankylosing spondylitis in a tertiary center in Turkey. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2020;23(1):101-5.
2. Ebrahimiadib N, Berijani S, Ghahari M, Pahlaviani FG. Ankylosing spondylitis. *Journal of ophthalmic & vision research*. 2021;16(3):462.
3. Park EH, Lee JS, Kim Y-J, Lee SM, Jun JK, Lee EB, et al. Pregnancy outcomes in Korean women with ankylosing spondylitis. *The Korean Journal of Internal Medicine*. 2021;36(3):721.
4. Midorikawa A, Wang L, Kuwata T, Taniguchi Y, Horiuchi I, Matsushita C, et al. Management of pregnancy complicated by ankylosing spondylitis: A case report and literature review. *Clinical Case Reports*. 2019;7(4):766.
5. Khanna I, Tassiulas I. Ankylosing spondylitis. *Rheumatology for Primary Care Providers: A Clinical Casebook*. 2022:371-403.
6. Braun J, Sieper J. Fifty years after the discovery of the association of HLA B27 with ankylosing spondylitis. *Rmd Open*. 2023;9(3):e0031.02

⁵ Zouris



- .7 Crossfield SSR, Marzo-Ortega H, Kingsbury SR, Pujades-Rodriguez M, Conaghan PG. Changes in ankylosing spondylitis incidence, prevalence and time to diagnosis over two decades. *RMD Open*. 2021;7(3):e001888.
- .8 Taheri SM, Onsory K, Shariati V. PTEN gene expression in Patients with Ankylosing spondylitis. *Pars Journal of Medical Sciences*. 2022;15(4):21-8.
- .9 Mørk S, Voss A, Möller S, Bliddal M. Spondyloarthritis and outcomes in pregnancy and labor: a nationwide register-based cohort study. *Arthritis care & research*. 2021;73(2):282-8.
- .10 Mokbel A, Lawson DO, Farrokhyar F. Pregnancy outcomes in women with ankylosing spondylitis: a scoping literature and methodological review. *Clinical Rheumatology*. 2021:1-16.
- .11 OSTENSEN M. The effect of pregnancy on ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, and juvenile rheumatoid arthritis. *American journal of reproductive immunology*. 1992;28(3-4):235-7.
- .12 Smith CJ, Bandoli G, Kavanaugh A, Chambers CD. Birth outcomes and disease activity during pregnancy in a prospective cohort of women with psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis care & research*. 2020;72(7):1029-37.
- .13 Garrido-Mesa J, Brown MA. T cell Repertoire Profiling and the Mechanism by which HLA-B27 Causes Ankylosing Spondylitis. *Curr Rheumatol Rep*. 2022;24(12):398-410.
- .14 Chung DXY, Loo YE, Kwan Y. Association of anxiety, depression and resilience with overall health and functioning in axial spondyloarthritis (axSpA): a cross-sectional study. 2023;13(5):e071944.
- .15 Niknami M.h., Ganji Alikhani Hakimi M. Association Between Hla-B27 Antigen And Ankylozing Spondilitis In Iranian Patients. *Hakim Research Journal*. 2005;8(1):29-34.
- .16 Bindoli S, Cozzi G, Lorenzin M, et al. Fertility issues in women of childbearing age with spondyloarthritis. 2024;15:1412174.
- .17 Østensen M. Sexual and reproductive health in rheumatic disease. *Nat Rev Rheumatol*. (2017) 13:485–93.
- .18 Jakobsson GL, Stephansson O, Askling J, Jacobsson LT. Pregnancy outcomes in patients with ankylosing spondylitis: a nationwide register study. *Ann Rheum Dis* 2016;75:1838-1842.
- .19 Zouris G, Evangelopoulos DS, Benetos IS, Vlamis J. The Use of TNF- α Inhibitors in Active Ankylosing Spondylitis Treatment. *Cureus*. 2024;16(6):e61500



Ankylosing Spondylitis and Pregnancy: A Case Report of a Successful Vaginal Term Delivery

Nazanin Hesari¹, Mobina Hossein Fakhrabadi^{1*}, Farangis Rajabi²

1. Department of midwifery, school of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
2. Master of Medical Education, Research Assistant of Hashminejad Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Type of Article Case report

Received: 10/08/2024

Accepted: 26/10/2024

***Corresponding Author: Mobina Hossein Fakhrabadi.**

Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

TEL: 05831513001

Email:
(Mobina.hfakhrabadi13@gmail.com)

Abstract

Introduction: Ankylosing spondylitis is a systemic inflammatory disease that causes back and lower limb pain. This disease is rare among women, especially during pregnancy. The present study reports on the pregnancy and delivery of a patient with ankylosing spondylitis.

Case introduction: The patient was a 34-year-old multiparous woman with a history of giving birth to a live baby, who was diagnosed with lumbar disc protrusion nine years ago during the postpartum period due to the sudden onset of symptoms of lower back and hip pain, joint stiffness, and mobility disability. Years later upon performing the HLA-B27 test, it was found that she was suffering from ankylosing spondylitis. At first, she was prescribed sulfasalazine and naproxen, but the patient showed signs of allergy to these drugs, and according to the doctor's prescription, the drugs were changed to adalimumab, methotrexate, and prednisolone. After changing the drugs, the patient's symptoms were controlled. In 2023, with the patient's decision to get pregnant, methotrexate was stopped and adalimumab was stopped after the 23rd week of pregnancy. During pregnancy, the flare-up of spondylitis symptoms caused her hospitalization. Ultimately, the patient, with a gestational age of 40 weeks and one day, passed all stages of labor without any problems and without epidural analgesia, and the result of delivery was a baby with normal perinatal outcomes.

Conclusion: Considering that patients with ankylosing spondylitis are physically and psychologically vulnerable during pregnancy, psychological support and special medical care for them can help improve perinatal outcomes.

Keywords: Ankylosing Spondylitis, Pregnancy, Vaginal Delivery

► Please cite this article as: Hesari N, Hossein Fakhrabadi M, Rajabi F. Ankylosing Spondylitis and Pregnancy: A Case Report of a Successful Vaginal Term Delivery. J Neyshabur Univ Med Sci 2023;11(2):1-8.