

گزارش یک مورد جفت منفذدار

فیروزه ضیائی^۱، فاطمه زهرا کریمی^{۲،۳}، دکتر معصومه میرتیموری^۴، دکتر الهه

منصوری قزلحصاری^{۲،۵*}

۱. کارشناس مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۸

خلاصه

مقدمه: یکی از واریانتهای جفت، جفت منفذدار است. در موارد ناشایع، بخش مرکزی دیسک جفتی وجود ندارد. در برخی موارد، حفره‌ای واقعی در جفت وجود دارد. جفت منفذدار ممکن است پس از زایمان به غلط سبب بررسی از نظر باقی ماندن یک کوتیلدون جفتی شود. در مطالعه حاضر یک مورد از جفت منفذدار گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۱ ساله گراوید ۳ با سن حاملگی ۳۹ هفته بود که با شکایت درد زایمان به اورژانس بیمارستان تخصصی زنان حضرت ام‌البنین (س) مراجعه کرده بود. به دنبال زایمان طبیعی، نوزاد دختر با آپگار ۱۰-۹ با وزن ۳۷۸۰ گرم و به ظاهر سالم متولد شد. ۱۵ دقیقه پس از تولد نوزاد، خروج خودبه‌خودی جفت صورت گرفت. در معاینه جفت، جفت به صورت صفحه دیسکوئیدی بود که در قسمت مرکزی آن بخشی از کوتیلدون به صورت حفره‌ای به قطر ۳ سانتی‌متر وجود نداشت، پرده‌های جفتی کامل تمام سطح جفت را پوشانده بودند و نحوه اتصال بندناف به جفت نیز به صورت اتصال حاشیه‌ای بود.

نتیجه‌گیری: آشنایی با جفت منفذدار می‌تواند در پیشگیری از خطا در معاینه جفت پس از زایمان کمک‌کننده باشد، لذا توصیه می‌شود در معاینه جفت بعد از زایمان به ویژگی‌های انواع مختلف جفت دقت شود.

کلمات کلیدی: جفت، جفت منفذدار، ناهنجاری جفت

* نویسنده مسئول مکاتبات: فیروزه ضیائی؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۲۲۳۵۰۰۲
پست الکترونیک: mansourie9@mums.ac.ir

مقدمه

جفت، عضو مهم ارتباطی بین مادر و جنین بوده و مسئول تبادلات تغذیه‌ای، تنفسی، ترشحاتی و رشد و نمو جنین است (۱). جفت علاوه بر انتقال مواد مورد نیاز به جنین و انتقال مواد زائد به مادر، به‌عنوان سد نیز عمل می‌کند و مانع ورود بسیاری از عوامل مختل‌کننده رشد جنین می‌گردد. از اوایل حاملگی تا اواسط حاملگی، جفت به رشد خود ادامه می‌دهد و از قطر ۱ سانتی‌متر در نهایت به ضخامت ۵ سانتی‌متر می‌رسد. جفت ضخیم‌تر از ۵-۴ سانتی‌متر غیرطبیعی تلقی می‌شود (۲).

(۳). جفت متشکل از دیسک جفتی، پرده‌های خارج جفتی و بندناف سه‌رگی است. سطحی از دیسک جفتی که در برابر دیواره رحم قرار می‌گیرد، صفحه قاعده‌ای است که توسط شکاف‌هایی، به بخش‌هایی به نام کوتیلدون تقسیم می‌شود. سطح جنینی جفت، صفحه کوریونی است که بندناف به آن می‌چسبد (به‌طور تیبیک در ناحیه مرکزی). سپس عروق جنینی بزرگ که از عروق بندناف منشأ می‌گیرند، قبل از ورود به پرزهای اصلی پارانشیم جفت، در عرض صفحه کوریونی گسترش می‌یابند و منشعب می‌شوند. در مسیر این عروق، شریان‌های جنینی تقریباً همیشه از روی وریدها عبور می‌کنند (آنها را قطع می‌کنند). صفحه کوریونی و عروق آن، با آمینون نازک پوشیده می‌شوند که در نمونه بعد از زایمان می‌توان به آسانی آن را از ساختمان‌های مذکور جدا نمود (۴، ۵).

جفت واریانت‌های متعددی دارد. این واریانت‌ها ممکن است با کاهش کارایی جفت منجر به اختلال رشد جفتی و در نهایت جنینی گردد. یکی از این واریانت‌های ناشایع، جفت منفذدار است. در جفت منفذدار، بخش مرکزی یک دیسک جفتی وجود ندارد. در برخی موارد، حفره‌ای واقعی در جفت وجود دارد، اما در اکثر موارد این شکاف فقط بافت پرزی را درگیر می‌کند و صفحه کوریونی سالم باقی می‌ماند. از نظر بالینی، این حالت ممکن است به‌غلط سبب بررسی از نظر باقی ماندن یک کوتیلدون جفتی شود (۴، ۵).

تاکنون گزارش موردی از جفت منفذدار منتشر نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف گزارش جفت منفذدار انجام شد.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۱ ساله گراوید ۳ بود که در تاریخ ششم آبان ماه ۱۳۹۹ در ساعت ۴۵ دقیقه بامداد با شکایت درد زایمان به اورژانس بیمارستان تخصصی زنان حضرت ام‌البنین (س) مراجعه کرده بود. سن حاملگی بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی، ۳۹ هفته و ۱ روز و بر اساس سونوگرافی انجام داده در ۲۴ اسفند ماه ۱۳۹۸، ۳۹ هفته و ۳ روز بود. بیمار سابقه بیماری خاصی را ذکر نمی‌کرد.

در سونوگرافی انجام شده در تاریخ ۲۴ اسفند ۱۳۹۸، جفت در موقعیت خلفی و دارای ضخامت و اکوی طبیعی بود. در سونوگرافی انجام شده در تاریخ پنجم آبان ماه ۱۳۹۹ نیز جفت در موقعیت خلفی قرار گرفته و فاصله لبه تحتانی تا دهانه سرویکس در محدوده نرمال بود.

در معاینه واژینال بیمار در بدو ورود، دیلاتاسیون ۳ سانتی‌متر و افاسمان ۴۰٪ داشت، ایستگاه سر جنین ۳- و کیسه آب سالم بود. در ساعت ۲:۳۰ بامداد آمنیوتومی انجام شد. مایع آمنیوتیک روشن بود. بیمار در ساعت ۸:۲۰ FULL شد و در ساعت ۸:۳۰ نوزاد دختر با آپگار ۱۰-۹ به وزن ۳۷۸۰ گرم و به ظاهر سالم متولد شد. در ساعت ۸:۴۵ خروج خودبه‌خودی جفت صورت گرفت.

در معاینه جفت، جفت به‌صورت صفحه دیسکوئیدی بود که قسمت مرکزی آن به‌صورت حفره‌ای به قطر ۳ سانتی‌متر وجود نداشت و در عین حال پرده‌های جفتی به‌صورت کامل تمام سطح جفت را پوشانده بودند. نحوه اتصال بندناف به جفت نیز به صورت اتصال حاشیه‌ای (جفت راکتی)^۱ بود (شکل ۱).

¹ Battledore Placenta



شکل ۱. جفت منفذدار

شکاف فقط بافت پرزی را درگیر می‌کند و صفحه کوریونی سالم باقی می‌ماند. از نظر بالینی، این حالت ممکن است به غلط سبب بررسی از نظر باقی ماندن یک کوتیلدون جفتی شود. در واقع این نوع واریانت از جفت ممکن است سبب بررسی بیشتر رحم به‌صورت روزیون جهت بررسی قطعه احتباس یافته گردد (۴). علت این ناهنجاری ناشناخته است، اما ممکن است ثانویه به لانه‌گزینی روی لیومیوم یا سوراخ کورنال لوله باشد (۶). میزان گزارش‌های صورت گرفته برای این نوع جفت بسیار اندک است و می‌توان گفت جزء موارد نادر می‌باشد.

در مورد گزارش شده در این مقاله، جفت در قسمت مرکزی، نه در بخش مادری و نه در بخش جنینی، وجود نداشت و دایره‌ای توخالی به قطر ۲ سانتی‌متر در مرکز جفت تشکیل داده بود (شکل ۲). در عین حال پرده‌های جنینی هر دو (آمنیون و کوریون) کاملاً سالم بودند و عروق جفتی به حاشیه جفت ختم می‌شدند. در بررسی بند ناف، نحوه اتصال آن به‌صورت حاشیه‌ای بود و در مقطع مورد بررسی آن دو شریان و یک ورید نافی رؤیت گردید. در سطح مادری نیز کوتیلدون‌ها کامل بودند. بیشتر مشکلات ذکر شده از این جفت، مرتبط با جستجوی بیشتر کاویته رحم برای بررسی از نظر قطعات احتباس یافته است. تنها باید در رد کردن یک کوتیلدون مفقود احتیاط لازم را انجام داد. در مطالعات صورت

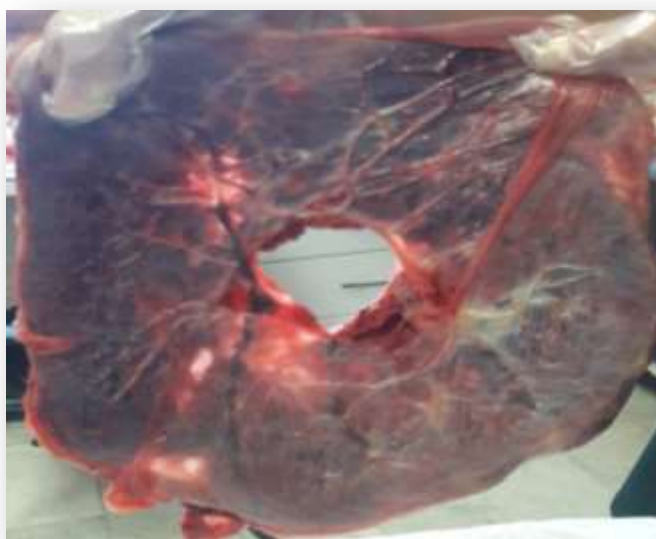
بعد از خروج جفت، رحم منقبض و کروی و در زیر سطح ناف قرار داشت. میزان خونریزی نیز در حد نرمال بود. جهت اطمینان از خروج جفت و عدم احتباس قطعاتی از جفت، ۴ ساعت بعد از خروج جفت، سونوی شکمی رحم انجام گرفت که نتیجه سونوی انجام گرفته، بیانگر عدم وجود رزیدوی بارداری در کاویته رحم بود. فرم رضایت آگاهانه جهت استفاده از اطلاعات بیمار جهت گزارش مورد از بیمار اخذ گردید و اطلاعات بیمار محرمانه باقی ماند.

بحث

جفت واریانت‌های مختلفی همچون جفت دولوبی، چندلوبی، غشایی، حلقه‌ای شکل و منفذدار دارد. این واریانت‌ها در شکل جفت و یا در اندازه آن است. تعدادی از این واریانت‌ها همانند جفت دولوبی، شایع و تعدادی نیز جزء موارد نادر می‌باشند. در تعدادی از این واریانت‌ها ممکن است با افزایش احتمال خونریزی قبل و بعد زایمان، محدودیت رشد جنین و آتونی رحم همراه باشند و تعداد دیگری نیز تنها یک واریانت از جفت در نظر گرفته می‌شوند و خطر هیچ‌گونه اختلالی را افزایش نمی‌دهند (۴، ۵).

جفت منفذدار، جزء موارد ناشایع است که در آن بخش مرکزی دیسک جفتی وجود ندارد. در برخی موارد، حفره‌ای واقعی در جفت وجود دارد، اما در اکثر موارد این

گرفته ذکر گردیده است که واریانتهای جفتی ممکن است موجب اختلال در خون‌رسانی به جنین و محدودیت رشد جنینی گردد که در این مورد، هیچ گونه اختلالی در نوزاد مشاهده نگردید.



شکل ۲. جفت منفذدار

نتیجه‌گیری

آشنایی با جفت منفذدار می‌تواند در پیشگیری از خطا در معاینه جفت پس از زایمان کمک‌کننده باشد، لذا توصیه می‌شود در معاینه جفت بعد از زایمان به ویژگی‌های انواع مختلف جفت دقت شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از پرسنل محترم بخش زایشگاه بیمارستان ام‌البنین (س) و سرپرستار بخش، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Rahmani Z, Borna S. Comparing the size and weight of placenta and birth weight in normal pregnancy and gestational diabetes: brief report. *Tehran University Medical Journal* 2015; 72(10):723-7.
2. Cross JC. Placental function in development and disease. *Reproduction, Fertility and development* 2005; 18(2):71-6.
3. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(4):927-41.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Chapter 5. Implantation and Placental Development. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2005.
5. Tiwari V, Manik P, Pankaj AK, Pandey A, Rani A. Study of shape of placenta and its relation to placental weight in normal and diabetic pregnancies. *Int J Multidisc Res Dev* 2015; 2:666-9.
6. Aghebati F, Ebrahimzadeh S, Saleh Moghaddam A. *Color Atlas of placenta and membranes*. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences and Health Services; 2012.