● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال اول، شمارهٔ ۴، صفحه ۳۸ الی ۴۱ ، پائیز ۱۳۷۸

بررسی محل قرارگیری جفت با استفاده از سونوگرافی در سه‌ماههٔ سوم بارداری

دکتر صدیقه اسماعیل زاده
فلوشیپ نازایی، استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: جفت از ارگانهای مهم جنین است که ارتباط آن را با مادر فراهم می‌کند و از این طریق مواد مورد لزوم برای رشد جنین را وارد و مواد زائد حاصل از متابولیسم جنینی را دفع می‌کند. از نکات مورد توجه در مورد جفت محل قرار گرفتن آن است که اهمیت آن بخصوص در اقدامات تهاجمی، تشخیصی و درمانی افزایش یافته و جزو بررسیهای معمول سونوگرافی بخصوص در سه ماهه سوم حاملگی است.

مواد و روشها: این بررسی در ۲۳۰ خانم مراجعه کننده به بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل که بر اساس تاریخ آخرین پریود و سونوگرافی سه ماهه سوم حاملگی را طی می‌نمودند، انجام شد. این بیماران سابقه‌ای از بیماریهای سیستمیک حین حاملگی یا عوارض جفتی و جنینی (انواع غیر طبیعی جایگزینی جفت یا سابقه کورتاژ یا سزارینهای متعدد) در حاملگی‌های قبلی نداشته و برای کنترل سونوگرافی مراجعه می‌کردند.

یافته‌ها: در بررسی انجام شده شایعترین محل قرار گرفتن جفت در قسمت قدامی (۴۶/۶٪) و سپس خلفی (۳۱/۷٪) و کمترین میزان در قسمت فوندال رحم (۱۷/۵٪) تعیین گردید.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های فوق شایعترین محل قرار گرفتن جفت در قسمت قدامی‌بوده که با آمارهای منابع دیگر که در قسمت فوندوس گزارش کرده‌اند متفاوت است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که انجام اقدامات تهاجمی تشخیصی و درمانی در جنین و مادر با دقت و توجه بیشتری انجام پذیرد.

واژه‌های کلیدی: جفت، سونوگرافی، سه ماهه سوم حاملگی، محل قرارگیری.

مقدمه

در تورات از جفت بعنوان روح و جان و در جای دیگر بعنوان «رشته زندگی» توصیف شده است. واژه جفت (پلاسنتا) از سال ۱۵۵۹ بکار رفته است (۱). جفت عضو مهم ارتباطی بین مادر و جنین بوده و مسئول تبادلات تغذیه‌ای، تنفسی و ترشحی و رشد و نمو جنین است (۳و۲). جفت علاوه بر انتقال مواد مورد نیاز به جنین و انتقال مواد زائد به مادر، بعنوان سد نیز عمل می‌کند و مانع ورود بسیاری از عوامل مختل کنندهٔ رشد جنین می‌گردد(۱). از اوایل حاملگی تا اواسط حاملگی جفت به رشد خود ادامه می‌دهد(۶-۴) و از قطر یک سانتیمتر نهایتاً به ضخامت ۵ سانتیمتر می‌رسد(۳). جفت ضخیمتر از ۵-۴ سانتیمتر غیر طبیعی تلقی می‌شود(۵و۴). در سه ماهه سوم رشد جفت به حداکثر رسیده و متوقف می‌شود به همین جهت اندازه و قطر جفت در بعضی از مطالعات

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.4.6.7]

جهت تعیین سن جنین به کار برده شده است (۷و۳و۲).
علاوه بر افزایش ضخامت جفت همراه با افزایش سن حاملگی، تغییر اکوژنیسیتی این ارگان نیز در سونوگرافی قابل بررسی است که به تغییرات پیر شده جفت موسوم است. این تغییرات اگر قبل از ترم ایجاد شود نشان‌دهنده مشکلات جفتی در خونرسانی به جنین است (۲و۱). از نکات مهم در بررسی جفت، محل اتصال جفت به رحم می‌باشد که می‌تواند بصورت طبیعی یا جفت سر راهی و سایر اختلالات تظاهر کند (۹و۸). یکی از روشهای قابل اطمینان در بررسی محل جفت، استفاده از سونوگرافی است که یک روش استاندارد بررسی تشخیص محل جفت می‌باشد(۱۰و۹). محل جفت بخصوص ارتباط آن با دهانه رحم، ساختمان داخلی و ضخامت و محل خروج بند ناف باید بررسی شود (۱۱و۲). استفاده از ترانس‌ابدومینال سونوگرافی با پروب Linear (خطی) یک روش مطلوب جهت بررسی ساختمان و محل جفت است (۱۳و۱۲). این نکته بخصوص در انجام اقداماتی نظیر سزارین، کوردوسنتز و ترانسفوزیون داخل رحمی در اواخر حاملگی و انجام C.V.S (نمونه‌گیری از ویلوسهای جفتی) و آمنیوسنتز در اوایل حاملگی اهمیت بسزایی دارد (۱۰). زیرا عدم شناخت دقیق محل جفت و انجام اقدامات تهاجمی بالا می‌تواند منجر به عوارض ناخواسته‌ای نظیر خونریزی، صدمه به جفت و تهدید سلامت مادر و جنین گردد (۲و۱). در مطالعات انجام شده شایع‌ترین محل جفت در قسمت فوندال رحم ذکر شده است (۹و۸و۱). در یک مطالعه دیگر در ۱۹۹۸ شایع‌ترین محل جفت در قسمت خلفی رحم گزارش شده است (۱۴).از آنجا که مطالعه‌ای در این منطقه جهت تعیین محل جفت انجام نشده است لذا این بررسی انجام پذیرفته تا شناخت بیشتری از محل جفت و برنامه ریزی جهت انجام اقدامات تهاجمی حاصل شود. همچنین بعلت مهاجرت جفت تاهفته ۲۸ حاملگی (۱۶-۱۴) سعی شده که تعیین محل جفت در سه ماهه سوم حاملگی انجام شود.

مواد و روشها

این بررسی بصورت مقطعی در ۲۴۰ خانمی که جهت کنترل حاملگی در بخش زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل مورد سونوگرافی قرار گرفتند، انجام پذیرفت و خانمهایی که بر اساس آخرین پریود و یافته‌های سونوگرافی سه ماهه سوم حاملگی را طی می‌نمودند، انتخاب و محل جفت توسط متخصص زنان با دستگاه سونوگرافی شیماتزو SD-150 با پروب convex فرکانس 3.5 MHz تعیین گردید. خانمهایی که سابقه دیابت، سزارینهای قبلی، چند قلویی یا آنومالی جنینی و جفتی ، پلی هیدرآمنیوس داشتند، از این مطالعه حذف شدند. پس از جمع آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از آزمون مجذور کای ارزیابی شدند. تفاوت در داده‌ها با $p<0/05$، معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۲۴۰ خانم سونوگرافی شده در سه ماهه سوم، محل جفت در ۱۱۲ مورد (۴۶/۶٪) در قسمت قدامی، ۷۶ مورد (۳۱/۷٪) در قسمت خلفی، ۴۲ مورد (۱۷/۵٪) در قسمت فوندال و ۱۰ مورد (۴/۲٪) در قسمت لترال بود(جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی (و ٪) محل جفت در قسمتهای مختلف رحم در سه ماهه سوم بارداری

محل جفت	تعداد(٪)
قدامی	۱۱۲(٪۴۶/۶)
خلف	۷۶(٪۳۱/۷)
فوندال	۴۲(٪۱۷/۵)
لترال	۱۰(٪۴/۲)
جمع	۲۴۰(٪۱۰۰)

از ۱۱۲ مورد که در قسمت قدامی قرار داشتند، ۱۰۲ (۹۱/۱٪) مورد در قسمت قدامی فوقانی ۶ مورد (۵/۳٪)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.4.6.7]

در قسمت قدامی لترال و ۴ مورد (تقریباً ۳/۶٪) در قسمت قدامی تحتانی قرار داشتند و از ۷۶ مورد جفتهایی که در قسمت خلفی بودند، ۷۱ مورد (۹۵٪) در قسمت خلفی فوقانی، ۴ مورد (۵٪) خلفی تحتانی دیده شده است و از ۴۲ جفت درقسمت فوندوس رحم، ۲۸ مورد (۶۶٪) در قسمت خلفی فوندوس و ۱۰ مورد (۲۳/۵٪) در قسمت قدامی فوندوس و ۴ مورد (۱۰٪) در قسمت میانی فوندوس گزارش شدند(جدول ۲).

جدول ۲. فراوانی (و ٪) محل جفت در قسمتهای مختلف قدامی رحم

محل جفت	تعداد (٪)
قدامی فوقانی	۱۰۲(۹۱/۱٪)
قدامی تحتانی	۴(۳/۶٪)
قدامی لترال	۶(۵/۳٪)
جمع	۱۱۲

بر اساس بررسی آماری انجام شده اختلاف بین محل قرارگیری جفت در قسمتهای فوق معنی دار می‌باشد ($p<0/001$).

بحث

بر اساس یافته‌های بدست آمده در این مطالعه شایعترین محل قرار گرفتن جفت در رحم در قسمت قدامی بوده و اولویت بعدی با جفت خلفی ، سپس جفت فوندال و نهایتاً جفت در لترال رحم قرار داشته است. در صورتیکه بر اساس مطالعات دیگران و آمارهای کشورهای غربی، شایعترین محل جفت در فوندال رحم بوده است(۲و۱). در یک مطالعه در سال ۱۹۹۸ شایعترین محل جفت در قسمت خلفی گزارش شده است (۱۴). جفتهایی که در فوندوس قرار دارند اگر بزرگ نباشند معمولاً مشکلی از نظر جفت سر راهی ایجاد نمی‌کنند و ارزیابی سن جنین توسط آمنیوسنتز براحتی قابل انجام است. مواقعی که جفت در دیواره‌های طرفی رحم قرار داشته باشد بررسی از نظرجفت سرراهی و مهمتر از آن مشکلات جایگزینی غیر طبیعی جفت از نظر نفوذ بداخل لایه‌های مختلف رحم (جفتهای اکرتا، اینکرتا، پرکرتا) اهمیت دارد و در پیش بینی خونریزیهای شدید حین زایمان جفت یا سزارین، بانک خون، اتاق عمل و جراح... بسیار کمک کننده می‌باشد. در مواردی که جفت در دیواره قدامی یا خلفی باشد از نظر پیش بینی جفت سرراهی قابل ارزش است. همچنین در جفتهای قدامی آمنیوسنتز جهت بررسی سن جنین یا کشیدن مایع در بیماران (پلی هیدرآمنیوس ، کوردوسنتز، آمنیوفیوژن...) با خطرات و عوارض زیادی همراه است (۲و۱).

بنابراین در رابطه با اقدامات تهاجمی نظیر آمنیوسنتز، کوردوسنتز، ترانسفوزیون داخل رحمی، این تفاوت در جایگزینی محل جفت در منطقه ما نسبت به کشورهای غربی باید لحاظ گردد تا مانع بروز عوارض ناخواسته و صدمه به مادر و جنین گردد. ضمناً آنجائیکه جفت سر راهی در جایگزینیهای دیواره رحمی (قدامی، خلفی) شایعتر است. در مطالعه ما بر خلاف مطالعات ارائه شده در کتب مرجع که جفت در فوندوس رحم شایعتراست، جفت در قسمت قدامی و سپس خلفی، شیوع بالاتری داشته است. لذا پیشنهاد می‌گردد بررسی از نظر جفت سرراهی و میزان بروز آن در مطالعات آینده انجام پذیرد.

****

References

1. Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins CDV. William's Obstetrics, 20th ed. USA, Appleton & lange 1997; 95 - 124.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.4.6.7]

2. Mimi CB, Harris LC. Diagnostic medical sonography, second ed. USA, Lippincott 1997; 415-425.

3. Harris RD, Barth RA. Sonography of the gravid uterus and placenta: current concepts. AMJ Roentgenol 1993; 160: 455-465.

4. Wolf H, Dosting H, Treffers PE. Placenta volume measurement by ultrasonography; evaluation of the method . AMJ Obstet Gynecol 1987; 156: 1191-1194.

5. Hoddick WK, Mahonj BS, Callen PW et al. Placental thickness. Juttrasound Med 1985; 4: 479-482.

6. Jeanty P, Romero R, Obstetrical ultrasound. New York, McGrow-Hill, 1984.

7. Spirt BA, Kagen EH. Sonography of the placenta C. Semin Ultrasound 1980; 1: 293 - 310.

8. Peter WC. Ultrasonography in obstetric and gynecology. third ed. USA, Saunders Company 1994; 440.

9. Robert KE, Robert RS. Maternal and fetal medicine. W.B Saunders Company 1999.

۱۰- اویارت. سونوگرافی عملی مامایی، ترجمه عباسیان ک. انتشارات اشارت، ۱۳۷۴؛ فصل ۶

11. Gillieson MS, Winer-Muram HT, Muram D. Low -lying placenta. Radiology 1979; 144; 577.

12. Bowie JD, Rochejter D, Cadkin AV et al. Accuary of placenta localization by ultrasound. Radiology 1978; 128: 177

13. Hoffman-Trefin JC, Koenigsbery M, Rabin A, Angaegbunam A. Placenta accreta; Additional sonographic observations. J Ultrasound Med 1992; 11: 29.

14. Magann EF, Evans SF, Newmhan JP. Placental implantation at 18 weeks and migration throughout pregnancy . South Med J 1998; 91(11): 1025-7

15. King OL. Placental migration demonstra todl by ultrasonography Radiology 1973; 109: 167.

16. Artis AA, Bowie JD, Fallacy of placenta migration; effect of sonographic techniques. AJR 1985; 144: 79.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.4.6.7]