

جفت با دو پرده آمنیون در بارداری تک قلو: گزارش یک مورد

الهه بهرامی وزیر^۱، راحله عسلی^۲، کوروش حمزانلویی مقدم^۳، محبوبه قربانی^۴، فرزانه خداینده^۵

گزارش مورد

چکیده

مقدمه: باقی ماندن جفت و پرده‌ها، یکی از عوامل خطر خونریزی و عفونت پس از زایمان است. آشنایی با آناتومی جفت و شناسایی واریانت‌های آن به منظور مدیریت خونریزی پس از زایمان و عفونت‌های نفاسی ناشی از باقی ماندن جفت و پرده‌ها حایز اهمیت است. جفت، از سه قسمت اصلی دیسک جفتی، بندناف سه‌رگی و دو پرده‌ی خارج جفتی (آمنیون و کوریون) تشکیل شده است. آمنیون، غشایی نازک است که صفحه‌ی کوریونی و عروق آن و جنین را در برمی‌گیرد و خود فاقد عروق خونی و عصب است. تاکنون گزارشی از جفت با دو پرده‌ی آمنیون بهم چسبیده مربوط به بارداری تک قلو منتشر نشده است.

گزارش مورد: در مطالعه‌ی حاضر، یک مورد جفت مربوط به یک نوزاد پسر حاصل بارداری تک قلو دارای ۳ پرده‌ی جنینی (۲ لایه آمنیون بهم چسبیده و یک لایه کوریون) گزارش شده است.

نتیجه‌گیری: در معاینات بالینی جفت، آگاهی داشتن از واریانت پرده‌ها حایز اهمیت است تا بتوانیم از خونریزی و عفونت احتمالی پس از زایمان ناشی از احتباس محصولات حاملگی پیشگیری کنیم. همچنین با توجه به اینکه تاکنون گزارشی از این مورد واریانت پرده‌ها منتشر نشده است، لذا پیامدهای احتمالی آن مشخص نیست.

واژگان کلیدی: جفت؛ پرده‌ها؛ آمنیون

ارجاع: بهرامی وزیر الهه، عسلی راحله، حمزانلویی مقدم کوروش، قربانی محبوبه، خداینده فرزانه. **جفت با دو پرده آمنیون در بارداری تک قلو: گزارش یک مورد.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۲؛ ۴۱ (۷۴۳): ۱۰۲۲-۱۰۱۸

مقدمه

برای رشد طبیعی جنین، وجود جفت ضروری است. تأمین مؤثر مواد مغذی و اکسیژن از مادر به جنین بر عهده جفت است (۱). جفت از سه قسمت اصلی دیسک جفتی، بندناف سه‌رگی و دو پرده خارج جفتی تشکیل شده است (۲). پرده‌های جنینی یا غشاهای آمنیو کوریونی یکی از منحصربه‌فردترین بافت‌ها در داخل حفره رحم هستند که برای حفاظت از جنین، حفظ بارداری و به عنوان سیگنال‌دهنده برای شروع زایمان ضروری می‌باشند (۳). عملکردهای مکانیکی، ایمنی، غدد درون‌ریز، جابه‌جایی و ضد میکروبی در دوران بارداری توسط کوریو آمنیون تنظیم می‌شوند (۴).

پرده‌های جنینی از دو لایه بافت مجزا تشکیل شده‌اند، لایه اول یک لایه اپی‌تلالیال تک سلولی از آمنیون که داخلی‌ترین پوشش حفره‌ی

رحم را تشکیل می‌دهد، در مایع آمنیوتیک غوطه‌ور است و در تماس دائمی با جنین قرار دارد و لایه‌ی دوم، لایه‌ی تروفوبلاست کوریون خارجی که سد رابط جنین و مادر را تشکیل می‌دهد و به دسیدوای مادر متصل است (۳). آمنیون پرده‌ای نازک است که صفحه‌ی کوریونی و عروق آن و جنین را در برمی‌گیرد که بعد از زایمان می‌توان به آسانی آن را از ساختمان‌های مذکور جدا نمود (۲). پرده‌ی آمنیون، فاقد عروق خونی و عصب است. مواد مغذی مورد نیاز پرده‌ی آمنیون توسط مایع آمنیوتیک تأمین می‌شود (۵).

خونریزی پس از زایمان و عفونت نفاسی بدنبال باقی ماندن محصولات حاملگی از جمله عوامل خطر پس از زایمان است، همچنین باقی ماندن محصولات حاملگی شایع‌ترین علت خونریزی دیررس پس از زایمان می‌باشد. در واقع خونریزی پس از زایمان و

۱- مری، گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

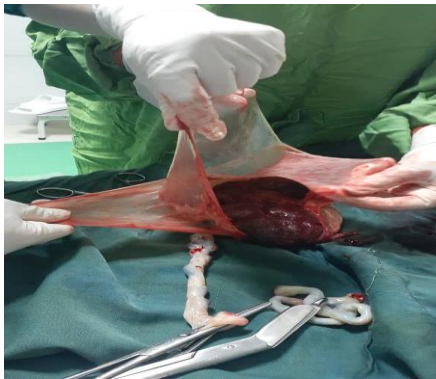
۲- مری، گروه مامایی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۳- معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۴- دانشجوی دکتری بیولوژی تولید مثل، هیأت علمی گروه مامایی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

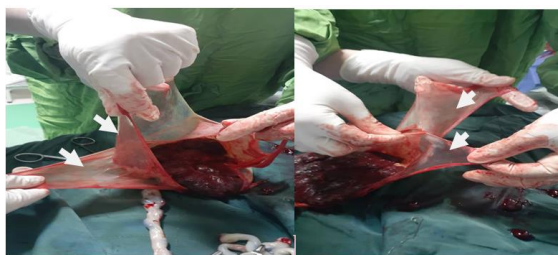
نویسنده‌ی مسؤول: فرزانه خداینده: مری، گروه مامایی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

نحوی اتصال بندناف به جفت مرکزی و طول بندناف ۶۲ سانتی‌متر بود. در معاینه‌ی پرده‌های جفت، ۳ لایه‌ی پرده متشکل از ۲ آمنیون و یک کوریون رویت شد (شکل ۱، ۲)، بطوری‌که دو لایه‌ی آمنیون کاملاً بهم چسبیده بودند و به راحتی جدا شدند.



شکل ۱. جفت با سه پرده جنینی

شواهدی از جنین ماسره مبنی بر چند قلبی بر روی پرده‌ها، جفت و سایر محصولات حاملگی دیده شد. بعد از خروج جفت، رحم منقبض، گرد و در زیر سطح ناف قرار گرفت. میزان خونریزی در حد نرمال بود. نتیجه پاتولوژی جفت تأییدکننده وجود دو لایه‌ی پرده آمنیون در کنار هم و یک لایه‌ی پرده کوریون بود. رنگ‌آمیزی بافتی نیز انجام شد و تفاوت در ساختار بافتی تأییدکننده دو لایه‌ی پرده آمنیون و یک لایه پرده کوریون بود (شکل ۳).



شکل ۲. دو لایه پرده‌ی آمنیون با فلش مشخص شده‌اند.

رضایت آگاهانه شفاهی جهت استفاده از اطلاعات پرونده‌ی بیمار و گزارش مورد از او اخذ گردید و اطلاعات شخصی بیمار محرمانه باقی ماند.

بحث

دو پرده‌ی آمنیون و کوریون به راحتی حین معاینه از هم جدا می‌شوند اما لایه‌های تشکیل دهنده‌ی هر کدام از دو پرده قابل تمایز از هم نیستند و با دست حین معاینه بالینی جفت پس از زایمان از هم مجزا نمی‌شوند.

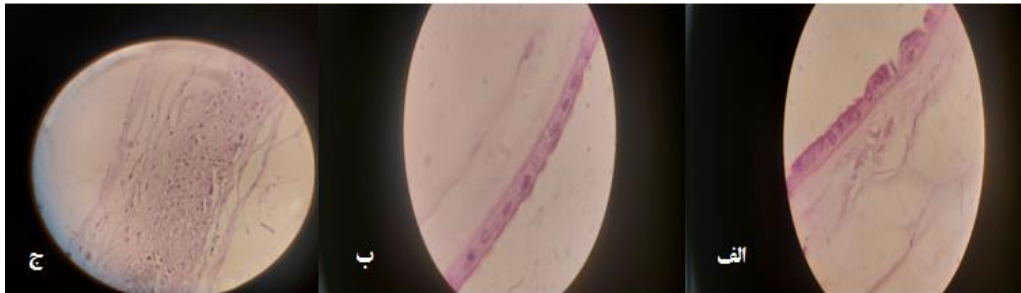
عفونت‌های نفاسی یکی از علل اصلی مورتالیتی و موربیدیتی مادران در دوران پس از زایمان هستند (۶، ۷). بنابراین آشنایی با آناتومی جفت و آگاهی از واریانت‌های آن در زمان معاینه‌ی جفت حایز اهمیت است (۸). بنابراین با توجه به اینکه تاکنون گزارشی از جفت با دو پرده‌ی آمنیون بهم چسبیده مربوط به بارداری تک قلو منتشر نشده است، لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف گزارش یک جفت با ۳ پرده (۲ پرده آمنیون بهم چسبیده و یک پرده کوریون) انجام شد.

گزارش مورد

بیمار خانم ۱۹ ساله پرایمی گراوید بود که با شکایت لکه‌بینی و شروع دردهای زایمانی به اورژانس بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد مراجعه کرده بود. سن حاملگی بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی ۳۸ هفته و ۲ روز و سن حاملگی بر اساس سونوگرافی ۱۲ هفته و ۵ روز، ۳۸ هفته و ۵ روز بود. فشارخون سیستولیک و دیاستولیک مادر به ترتیب ۱۲۵ و ۸۰ میلی‌متر جیوه بود و مادر علائم پرودرمال (سردرد، سرگیجه، تاری دید، درد اپی‌گاستر) نداشت. مادر باردار سابقه‌ی ابتلا به نازایی و بیماری خاصی را ذکر نمی‌کرد.

در ۳ نوبت سونوگرافی انجام شده در سه ماهه اول و دوم، رحم حاوی یک ساک حاملگی با یک جنین زنده بود و جفت در موقعیت خلفی قرار داشت. همچنین در سونوگرافی هفته‌ی ۳۰ نیز تصویر یک جنین زنده با پرزانتاسیون سفالیک در حفره‌ی رحم مشهود بود و موقعیت جفت خلفی بود، همچنین فاصله‌ی لبه‌ی تحتانی جفت تا دهانه سرویکس در محدوده نرمال بود. ایندکس مایع آمنیوتیک ۷۰ میلی‌متر گزارش شده بود که کمتر از محدوده طبیعی بود. لذا در هفته ۳۳ حاملگی مادر سونوگرافی بیوفیزیکال پروفایل رفته بود که نمره‌ی ۱۰ از ۱۰ بود و حجم مایع آمنیوتیک نرمال گزارش شده بود. سونوگرافی‌های ذکر شده هر کدام توسط پزشکان سونولوژیست متفاوت انجام گرفت.

معاینه‌ی واژینال بیمار در بدو ورود، دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر و افسمان ۳۰ درصد بود. ایستگاه سر جنین ۳- و کیسه‌ی آب سالم بود. بیمار خونریزی واژینال خفیف و روشن داشت. چارت دکلمان انجام شد. خونریزی واژینال در بخش زایمان متوقف گردید. در ساعت ۱۴ کیسه‌ی آب خود به خود پاره شد و مایع روشن بود. دیلاتاسیون رحم در ساعت ۱۶ کامل و در ساعت ۱۶:۴۰ نوزاد پسر با آپگار ۱۰-۹ به وزن ۳۳۵۰ گرم و به ظاهر سالم متولد شد. در ساعت ۱۷ جفت و پرده‌ها بطور کاملاً خود به خود و کامل به روش شولتز خارج شد. بعد از خروج جفت، رحم منقبض، گرد و در زیر سطح ناف قرار گرفت. میزان خونریزی در حد نرمال بود. در معاینه‌ی جفت، جفت به صورت صفحه دیسکوئیدی بود.



شکل ۳. رنگ آمیزی بافت‌شناسی پرده‌ی آمنیون اول (الف)، پرده‌ی آمنیون دوم (ب) و پرده‌ی کوریون (ج)

بعد از خروج جفت سفت و کروی و زیر ناف بوده و خونریزی در حد طبیعی گزارش شده بود. سونوگرافی بقایای جفت ۴ ساعت بعد از زایمان، عدم وجود رزیدو را تأیید کرده بود. ضیائی و همکاران به این نکته اشاره کردند که آشنایی با جفت منفذدار می‌تواند در پیشگیری از خطا در معاینه جفت پس از زایمان کمک کننده باشد (۹).

در معاینات بالینی جفت، آگاهی داشتن از واریانت پرده‌ها حایز اهمیت است تا بتوانیم احتمال احتباس پرده‌ها در حفره‌ی رحم و بدنبال آن خونریزی‌ها و عفونت پس از زایمان ناشی از احتباس محصولات حاملگی را مدیریت نماییم. همچنین با توجه به اینکه تاکنون گزارشی از این مورد واریانت پرده‌ها منتشر نشده است، لذا پیامدهای احتمالی آن مشخص نیست.

نتیجه‌گیری

آشنایی با انواع نادر جفت و پرده‌های جنینی می‌تواند در پیشگیری از خطا در معاینه جفت پس از زایمان و پیشگیری از خونریزی و عفونت پس از زایمان کمک‌کننده باشد، بنابراین توصیه می‌شود در معاینه جفت دقت لازم صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از مادر، پرسنل محترم بخش زایمان بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد و دانشجویان مامایی تشکر و قدردانی می‌شود.

پرده‌ی آمنیون که الاستیک‌ترین جزء غشای جفت است (۵) در جفت‌های طبیعی گزارش شده در مقالات و کتب علمی فقط یک لایه است و تاکنون گزارشی از وجود جفت با دو پرده آمنیون مربوط به جنین تک‌قلو گزارش نشده بود.

در مورد گزارش شده در این مقاله، جفت مربوط به یک نوزاد تک قلو دارای ۳ پرده‌ی جنینی (۲ لایه آمنیون بهم چسبیده و یک لایه کوریون) بود و هر ۳ پرده‌های جنینی کاملاً سالم بودند و عروق جفتی به حاشیه جفت ختم می‌شدند. در بررسی بندناف، نحوه‌ی اتصال آن به صورت مرکزی بود و در مقطع مورد بررسی آن دو شریان و یک ورید نافی رویت گردید. در سطح مادری کوتیلدون‌ها کامل بودند. با جستجوی بیشتر بر روی نوزاد، جفت، پرده‌ها و سایر محصولات حاملگی برای بررسی از نظر وجود بقایای جنین دیگر و بررسی مجدد سونوگرافی‌های انجام شده در بارداری اطمینان حاصل شد که بارداری تک قلو بوده است و هر دو پرده‌ی آمنیون مربوط به یک جنین است.

در مطالعه‌ی ضیائی و همکاران، یک مورد جفت منفذدار مربوط به خانم ۳۱ ساله گراوید ۳ با سن حاملگی ۳۹ هفته گزارش شده بود. جفتی به شکل دیسکوئید با حفره‌ای به قطر ۳ سانتی‌متر در مرکز که فاقد کوتیلدون بود بطور خود به خود و بدون مداخله ۱۵ دقیقه بعد از زایمان طبیعی خارج شده بود، پرده‌های جفتی کل سطح جفت را پوشانده بود و محل اتصال بندناف به جفت حاشیه‌ای بود. حاصل زایمان نوزاد دختر با نمره‌ی آپگار ۱۰-۹ و وزن ۳۷۸۰ گرم بود. رحم

References

1. Spiel M, Salahuddin S, Pernicone E, Zsengeller Z, Wang A, Modest AM, et al. Placental soluble fms-like tyrosine kinase expression in small for gestational age infants and risk for adverse outcomes. *Placenta* 2017; 52: 10-16.
2. 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.
3. Menon, R, Richardson LS, Lappas M. Fetal membrane architecture, aging and inflammation in pregnancy and parturition. *Placenta* 2019; 79: 40-5.
4. Menon, R, Behnia, F, Poletini J, Richardson LS. Novel pathways of inflammation in human fetal membranes associated with preterm birth and preterm pre-labor rupture of the membranes. *Semin Immunopathol* 2020; 42(4): 431-50.
5. Strauss JF. Extracellular matrix dynamics and fetal membrane rupture. *Reprod Sci* 2013; 20(2): 140-53.
6. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu AM, Winikoff B, et al. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal

- outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. BJOG 2014; 121(Suppl): 5-13.
7. Karimi F, Shahbakhsh F, Nourouzi-Chegani S, Alipour J. Causes of maternal mortalities in educational hospitals of Zahedan University of Medical Sciences with ICD-MM approach from 2011 to 2018 [in Persian]. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2021; 23(12): 35-45.
 8. Yetter JF. Examination of the placenta. Am Fam Physician 1998; 57(5): 1045-54.
 9. Ziaee F, Karimi FZ, Mirteimouri M, Mansouri Ghezel Hesari E. A case report of placenta fenestrata [in Persian]. IJOGI 2021; 24(9): 93-6.

Placenta with Two Amniotic Membranes in Singleton Pregnancy: A Case-Report

Ellahe Bahrami-Vazir¹, Raheleh Asali², Kurosh Hamzanlui Moqadam³,
Mahboobeh Ghorbani⁴, Farzaneh Khodabandeh²

Case Report

Abstract

Background: Remaining the placenta and membranes is one of the risk factors for postpartum bleeding and puerperal infection. It is valuable to get familiar with the anatomy of the placenta and identify its variants to manage postpartum bleeding and puerperal infections caused by the remaining placenta and membranes. The placenta comprises three main parts: a placental disc, a three-vessel umbilical cord, and two extraplacental membranes (amnion and chorion). An amnion is a thin membrane lacking blood vessels and nerves that includes the chorionic plate and, its vessels and the fetus. There is no report on a placenta with two attached amniotic membranes in singleton pregnancy.

Case Report: This paper reports a placenta related to a baby boy from a singleton pregnancy with three fetal membranes (two attached amniotic layers and a chorionic layer).

Conclusion: In the clinical examination of the placenta, it is important to be aware of the variant of the membranes so that we can prevent possible bleeding and infection after delivery due to the retention of pregnancy products. There is also no report on the variant of membranes, so possible consequences are unknown.

Keywords: Placenta; Membranes; Amniotic

Citation: Bahrami-Vazir E, Asali R, Hamzanlui Moqadam K, Ghorbani M, Khodabandeh F. **Placenta with Two Amniotic Membranes in Singleton Pregnancy: A Case-Report.** J Isfahan Med Sch 2024; 41(743): 1018-22.

1- Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

2- Instructor, Department of Midwifery, School of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

3- Deputy of Research and Technology, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

4- PhD Student in Reproductive Biology, Department of Midwifery, School of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

Corresponding Author: Farzaneh Khodabandeh, Instructor, Department of Midwifery, School of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran; Email: farzank1368@gmail.com