

Investigating the Complications of Transplacental Needle Passage in Amniocentesis

Fatemeh Tara¹,
Somayeh Moeindarbari²,
Mahla Bakhtiari³

¹ Professor, Women's Health Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Assistant Professor, Women's Health Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ MSc Student in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received July 22, 2018 ; Accepted October 15, 2018)

Abstract

Background and purpose: Amniocentesis is the most commonly used method for diagnosis of aneuploid and other genetic disorders of the fetus. Cautious should be taken when entering the amniocentesis needle to avoid entering the placenta. The purpose of this study was to investigate the consequences of needle transposition from the placenta during amniocentesis.

Materials and methods: In a cohort study, 1000 pregnant women candidates for amniocentesis were selected from Mashhad Perinatology Clinic, 2014-2016. A needle was inserted into the gestational sac and 20cc amniotic fluid was taken, using the ultrasound guidance. Passage or not passage of needle through the placenta was recorded and complications such as abortion, spotting, preterm labor, and rupture of membrane in each group were compared. Data analysis was done in SPSS applying Kolmogorov-Smirnov test, t-test, and Chi-square. The relative risk (RR) was also calculated.

Results: The mean age of participants was 33.4 years old (16-48 years of age). Spotting after amniocentesis was recorded in 1.4% nontransplacental amniocentesis and in 6.1% of transplacental amniocentesis (RR; 6.85, p=0.03). There was no significant relationship between needle passage through the placenta and other complications such as abortion, amnionitis, preterm labor, and amniotic fluid leakage following amniocentesis (p=0.08).

Conclusion: Current findings showed that transplacental amniocentesis increases the probability of spotting following amniocentesis.

Keywords: amniocentesis, abortion, amnionitis, preterm labor, complications

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (171): 24-30 (Persian).

* **Corresponding Author:** Somayeh Moeindarbari - Women's Health Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (E-mail: moeins@mums.ac.ir)

بررسی ارتباط عوارض آمنیوسنتز با عبور سوزن از جفت

فاطمه تارا^۱

سمیه معین درباری^۲

مهلا بختیاری^۳

چکیده

سابقه و هدف: آمنیوسنتز رایج ترین روش مورد استفاده برای تشخیص آنوپلوئیدی و سایر اختلالات ژنتیکی جنین است. در هنگام ورود سوزن آمنیوسنتز باید در صورت امکان از ورود به جفت اجتناب شود. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط عوارض آمنیوسنتز با عبور سوزن از جفت می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه کوهورت بر روی ۱۰۰۰ خانم باردار کاندید آمنیوسنتز مراجعه کننده به کلینیک پریناتولوژی بیمارستان ام البنین مشهد از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ بود. در این افراد با استفاده از سوزن مخصوص و هدایت سونوگرافی، وارد ساک بارداری شده و حدود ۲۰ سی سی، مایع آمنیوتیک کشیده شد. عبور یا عدم عبور سوزن از جفت ثبت شده و در ادامه بارداری بروز عوارضی مانند سقط، لکه بینی، زایمان زودرس و پارگی کیسه آب در هر گروه مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. آنالیز داده ها توسط نرم افزار SPSS و فرمول های آماری کولموگروف اسمیرنوف و t-test و Chi-square آنالیز شد و خطر نسبی (RR) محاسبه گردید.

یافته ها: میانگین سنی مادران ۳۳/۴ سال (حداقل ۱۶ و حداکثر ۴۸ سال) بود. لکه بینی به دنبال آمنیوسنتزهای با عدم عبور سوزن از جفت ۱/۴ درصد و در آمنیوسنتزهای از ورای جفت ۶/۱ درصد گزارش شد که با توجه به RR:6.85 و $P=0/0$ ، ارتباط معنی دار بین متغیرها وجود داشت. این در حالی است که بین عبور سوزن از جفت و سایر عوارض مانند سقط، آمنیونیت، زایمان زودرس و نشست مایع آمنیوتیک به دنبال آمنیوسنتز ارتباط معناداری وجود نداشت.

استنتاج: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، با عبور سوزن از جفت، احتمال بروز لکه بینی به دنبال آمنیوسنتز افزایش می یابد.

واژه های کلیدی: آمنیوسنتز، سقط، آمنیونیت، زایمان زودرس، عوارض

مقدمه

جنین به تریزومی یا تری پلوئیدی، سابقه ابتلا زن یا شوهر به اختلالات تعداد کروموزوم ها یا باز آرایشی ساختمانی کروموزومی اشاره کرد(۱).

مسئول ۵۰ درصد سقط های سه ماه اول و ۷-۵ درصد مرده زایی و مرگ های دوره نوزادی، آنوپلوئیدی های جنینی می باشد. از جمله عوامل خطر مهم در ایجاد آنوپلوئیدی می توان به سابقه قبلی ابتلای

E-mail: moeins@mums.ac.ir

مؤلف مسئول: سیمیه معین درباری - مشهد: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۱. استاد زنان، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. استادیار زنان، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۴/۳۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۵/۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۷/۲۳

تا اواسط دهه ۱۹۸۰، بررسی تشخیصی قبل از تولد از نظر آنوپلوئیدی جنین فقط در صورت بالا بودن سن مادر انجام می‌شد. ۷۰ درصد بارداری‌های همراه با سندرم داون در سنین زیر ۳۵ سالگی ایجاد می‌شود. از حدود ۳۰ سال قبل کشف شد که در حاملگی همراه با سندرم داون، آلفافیتو پروتئین در هفته ۱۵-۲۰، کم‌تر از نرمال است و بدین ترتیب امکان غربالگری زنان جوان تر فراهم شد (۲). در حال حاضر توصیه می‌شود برای تمام زنان که قبل از هفته ۲۰ بارداری، برای دریافت مراقبت‌های قبل از تولد مراجعه می‌کنند، امکان غربالگری فراهم شود. تست غربالگری مثبت به معنای افزایش خطر است، ولی برای آنوپلوئیدی تشخیصی نیست. هم‌چنین این موضوع را باید در نظر داشت که در صورت پرخطر بودن تست غربالگری از روش‌های تشخیصی از قبیل آمنیوسنتز به منظور تایید تشخیص استفاده شود (۳، ۴).

آمنیوسنتز به معنای خارج کردن مایع آمنیون از طریق شکم مادر بوده و رایج‌ترین روش مورد استفاده برای تشخیص آنوپلوئیدی و سایر اختلالات ژنتیکی جنین است (۵، ۶). آمنیوسنتز به منظور اقدامات تحقیقی و درمانی استفاده می‌شود. شایع‌ترین اندیکاسیون‌های تشخیصی برای مایع آمنیوتیک شامل مطالعه ژنتیکی قبل از تولد و ارزیابی بلوغ ریه در جنین می‌باشد. سایر اندیکاسیون‌ها شامل ارزیابی جنین از نظر عفونت، درجه آنمی همولیتیک، گروه خونی، هموگلوبینوپاتی و نقایص لوله عصبی می‌باشد. از آمنیوسنتز هم‌چنین به عنوان یک روش درمانی به منظور خارج سازی مایع آمنیوتیک اضافی مثلاً در سندرم ترانسفوزیون قل به قل استفاده می‌شود که آمیوریداکشن نامیده می‌شود (۴). قبل از آمنیوسنتز همچون هر روش تهاجمی دیگری باید تمام شرایط در نظر گرفته شده و مشاهده‌های لازم انجام شود. آمنیوسنتز معمولاً بین هفته ۲۰-۱۵ بارداری انجام می‌شود؛ انجام زود هنگام آن سبب موفقیت کم‌تر و میزان بالاتر کشت سلولی ناموفق می‌شود و میزان

خطرات و عوارض جنینی آن نیز بیش‌تر است (۷، ۸). مطالعات بیانگر آن است که افزایش در میزان اختلالات موسکولواسکلتال شامل کلاب فوت و در رفتگی هیپ در آمنیوسنتز قبل از هفته ۱۴، وجود دارد (۳). انجام آمنیوسنتز تحت هدایت سونوگرافی سبب کاهش عوارض بارداری می‌شود. خطر جراحات جنینی مستقیم و آسیب مادری در طی آمنیوسنتز نادر می‌باشد. هم‌چنین خطر کمی در مورد ایجاد جراحات غیر مستقیم جنینی مثل آسیب‌های اورتوپدیک و اختلالات جنینی وجود دارد (۳). ابتدا یک سونوگرافی از بارداری به منظور مشخص کردن قابلیت حیات جنین، محل قرارگیری جنین، بیومتری، محل جفت و بقای آناتومیک انجام می‌شود. وجود محل جدا سازی آمینوکوریون (جدا سازی آمینوکوریونیک) که ممکن است به صورت دیررس در هفته ۱۷-۱۶ بارداری دیده شود، باید گزارش گردد. در هنگام ورود سوزن در محل مشخص باید در صورت امکان از ورود به جفت اجتناب شود. بعضی مطالعات عوارض بیش‌تری را با آمنیوسنتز از ورای جفت گزارش کرده‌اند (۲). در برخی مطالعات نیز عدم افزایش در بروز عوارض از قبیل پارگی کیسه آب گزارش شده است (۹، ۱۰). اگر در هنگام انجام آمنیوسنتز مجبور به عبور از میان جفت باشیم، بهتر است پروسه یک هفته به تاخیر انداخته شود و این سبب افزایش حجم داخل رحم و ایجاد یک محل عاری از جفت خواهد شد (۳). در کم‌تر از ۱ درصد موارد، خون آلود شدن مایع آمنیوتیک دیده می‌شود. خون معمولاً منشاء مادری دارد و معمولاً رشد سلول‌های آمنیوتیک را تحت تاثیر قرار نمی‌دهد و در بعضی مطالعات، افزایش از دست رفتن جنین به دنبال خون آلود شدن مایع آمنیوتیک گزارش شده است. در سه ماهه دوم، امکان بروز ذرات سبز و قهوه‌ای نسبت به خون در مایع آمنیوتیک شایع‌تر است. این تغییر رنگ، خونریزی داخل مایع آمنیوتیک قبل از آمنیوسنتز را نشان می‌دهد. در جنین در هفته‌های اول بارداری با توجه به عدم

توانایی دفع مکنیوم، مایع سبز یا قهوه ای با خطر افزایش یافته سقط همراه می باشد (۵). با توجه به محدود بودن مطالعات با جمعیت مناسب که به بررسی خطرات مرتبط با عبور سوزن از جفت در هنگام آمنیوسنتز پردازد، در این مطالعه به بررسی ارتباط عوارض آمنیوسنتز با عبور سوزن از جفت پرداختیم، تا بدین ترتیب بر ضرورت آمنیوسنتز از ورای جفت به منظور کاهش عوارض در این روش تشخیصی تاکید گردد. هم چنین ارتباط عوارض آمنیوسنتز از قبیل سقط، لکه بینی، آبریزش و زایمان زودرس با عبور سوزن از جفت بررسی شد.

مواد و روش ها

در این مطالعه کوهورت، ۱۰۰۰ خانم باردار که از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ به کلینیک پریناتولوژی بیمارستان ام البنین مشهد مراجعه نموده و کاندید آمنیوسنتز شده بودند، وارد مطالعه گردیدند. نمونه گیری به روش آسان و غیر احتمالی انجام شد. حجم نمونه با توجه به فرمول محاسبه حجم نمونه زیر بر اساس آلفا ۵ درصد و d برابر ۲۰ درصد و p برابر ۱۰ (۱۱)، ۱۰۰۰ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: (۱) زنان بارداری که به دلیل اختلال در تست های بیوشیمیایی یا مارکرهای سونوگرافی کاندید آمنیوسنتز شده بودند، (۲) سابقه آنومالی کروموزومی در فرزند قبلی، (۳) افرادی که خودشان به هر دلیل تمایل به انجام آمنیوسنتز داشتند. معیار خروج از مطالعه مواردی بود که امکان پیگیری عوارض بارداری در آنها فراهم نشده بود. از افراد کاندید آمنیوسنتز پس از توضیح در مورد شیوه آمنیوسنتز، عوارض احتمالی و سایر روش های تعیین کاربوتیپ و پاسخ به سوالات بیماران در مورد آمنیوسنتز، رضایت کتبی آگاهانه جهت اخذ اطلاعات و شرکت در مطالعه کسب شده و آمنیوسنتز توسط یک

نفر پریناتولوژیست انجام شد و به بیماران توضیح داده شد که در صورت بروز عوارض در ۲۴ ساعت آینده مراجعه نمایند. در افراد کاندید آمنیوسنتز، ابتدا به منظور تعیین حیات جنین، سن بارداری، محل جفت، میزان مایع و انتخاب محل مناسب ورود سوزن، سونوگرافی انجام می شد. در صورت نامناسب بودن سن بارداری، انجام آمنیوسنتز به زمان دیگری موکول می شد. پس از ضد عفونی کردن جدار شکم و با هدایت سونوگرافی، با یک سوزن باریک شماره ۲۳ ساخت شرکت چینی دکتر جی، از طریق پوست وارد ساک بارداری شده و حدود ۲۰ سی سی مایع آمنیوتیک کشیده می شد. در صورت عبور سوزن از جفت و خون آلود بودن مایع کشیده شده، در پرونده بیمار ثبت می گردید. سپس نمونه جهت بررسی کروموزومی به آزمایشگاه ارسال شده و با یکی از دو روش کشت سلولی یا فیش بی سی آر^۱ مورد بررسی کروموزومی قرار می گرفت. به بیماران تذکر داده می شد تا در صورت بروز هر گونه کرامپ رحمی، خونریزی، آبریزش و یا تب در چند روز اولیه بعد از آمنیوسنتز مراجعه نمایند و در صورت مواجه با این عوارض در پرونده ثبت می گردید. تمامی بیماران ۱ ماه بعد از تولد نوزاد از طریق شماره تلفن های ثبت شده در فرم اولیه مورد پیگیری قرار گرفتند و در مورد عوارضی از قبیل لکه بینی، آبریزش، سقط و زایمان زودرس از آنها سوال شده و اطلاعات به دست آمده در پرسشنامه مربوطه (که شامل اطلاعاتی در مورد مشخصات فردی، عبور سوزن از جفت، رنگ مایع آمنیوتیک کشیده شده و عوارض زودرس و دیررس به دنبال آمنیوسنتز بود) و سپس در نرم افزار ثبت می گردید.

توصیف داده ها به کمک شاخص آمار توصیفی به صورت رنج داده ها حداقل و حداکثر، فراوانی و میانگین به همراه انحراف معیار در قالب جداول و نمودارهای مناسب بیان شد. نرمال بودن داده ها با آزمون

کولموگروف اسمیرنوف تعیین شده و در صورت توزیع نرمال داده‌ها برای تعیین ارتباط بین میانگین یک متغیر کمی در دو گروه از test-T استفاده شده است و برای توزیع غیر نرمال آزمون U-Mann-whitney استفاده شد. رابطه بین متغیرهای کیفی با استفاده از تست Chi-square انجام شد. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شده و سطح معنی داری آزمون‌ها از نظر آماری ۵ درصد در نظر گرفته شد. این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد اخلاق: IR MUMS.REC.1394.439) قرار گرفت و تمامی بیماران قبل از ورود به مطالعه در جریان محتوای طرح قرار گرفتند و در صورت رضایت کتبی، از اطلاعات آن‌ها برای انجام طرح استفاده شد. حفظ اسرار و رعایت شان بیماران نیز در اجرای طرح مورد نظر بود.

یافته‌ها

در مطالعه کوهورت انجام شده از بین ۲۲۱۳ خانم بارداری که از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ به کلینیک پریناتولوژی بیمارستان ام البنین مشهد مراجعه نموده و کاندید آمنیوستنز شده بودند، ۱۰۳۲ مورد وارد مطالعه شده و ۳۲ مورد در حین مطالعه به دلیل عدم پیگیری حذف شدند. متوسط سن مادرائی که تحت آمنیوستنز قرار گرفته بودند $33/4 \pm 6$ سال (حداقل ۱۶ و حداکثر ۴۸ سال) و متوسط سن حاملگی در هنگام انجام آمنیوستنز $37 \pm 16/3$ هفته بود (حداقل ۱۵ و حداکثر ۲۲). ویژگی‌های دموگرافیک مادران در دو گروه عبور سوزن و عدم عبور سوزن آمنیوستنز از جفت در جدول شماره ۱ آورده شده است. توزیع داده‌ها در دو گروه نرمال بود.

جدول شماره ۱: مقایسه یافته‌های دموگرافیک در دو گروه عبور و عدم عبور سوزن از جفت حین آمنیوستنز

عوارض آمنیوستنز	عدم عبور سوزن از جفت تعداد (درصد)	عبور سوزن از جفت تعداد (درصد)	سطح معنی داری
نشت مایع آمنیوتیک	۹۳/۸ (۴)	۶/۲ (۱)	۰/۵
لکه بینی	۸۱/۲ (۳)	۸/۸ (۳)	۰/۰۵
سقط	۱۰۰/۰ (۰)	۰	۱
آمنیونیت	۱۰۰/۲ (۰)	۰	۱
زایمان زودرس	۹۲/۵ (۴)	۱۷/۵ (۱)	۰/۰۸

در بررسی سونوگرافی انجام شده، شایع‌ترین جایگزینی جفت با ۵۸/۷ درصد موارد (۵۸۷ نفر) در جفت فوندال و نادرترین جفت، جفت قدامی (۱۷/۵ درصد، ۱۷۵ نفر) بود. حین انجام آمنیوستنز در مجموع در ۴۹ نفر (۴/۹ درصد) سوزن از جفت عبور کرده بود که در این موارد در ۶/۴ درصد جفت قدامی و ۰/۳ درصد جفت فوندال بود. رنگ مایع آمنیوتیک حاصل از آمنیوستنز در ۲/۲ درصد (۲۲ نفر) خونی و در ۹۵/۸ درصد (۹۵۸ نفر) شفاف و در ۲ درصد (۲ نفر) به رنگ سبز-قهوه‌ای یا کدر بود. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، با عبور سوزن از جفت، احتمال بروز لکه بینی به دنبال آمنیوستنز به صورت معنی‌داری افزایش می‌یافت ($p\text{-value}:0.05, RR:6.85$). این در حالی بود که بین عبور سوزن از جفت و سایر عوارض مانند سقط، آمنیونیت، زایمان زودرس و نشت مایع آمنیوتیک به دنبال آمنیوستنز ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. اطلاعات مربوط به ارتباط عوارض آمنیوستنز با عبور سوزن آمنیوستنز از جفت در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

جدول شماره ۲: ارتباط عوارض آمنیوستنز با عبور سوزن آمنیوستنز از جفت

عوارض آمنیوستنز	عدم عبور سوزن از جفت تعداد (درصد)	عبور سوزن از جفت تعداد (درصد)	سطح معنی داری
نشت مایع آمنیوتیک	۹۳/۸ (۴)	۶/۲ (۱)	۰/۵
لکه بینی	۸۱/۲ (۳)	۸/۸ (۳)	۰/۰۵
سقط	۱۰۰/۰ (۰)	۰	۱
آمنیونیت	۱۰۰/۲ (۰)	۰	۱
زایمان زودرس	۹۲/۵ (۴)	۱۷/۵ (۱)	۰/۰۸

بحث

در این مطالعه، ما به بررسی ارتباط بین عوارض آمنیوستنز با عبور سوزن از جفت در هنگام آمنیوستنز پرداختیم. نتایج حاصل از این مطالعه حاکی از آن بود که با عبور سوزن از جفت، احتمال بروز لکه بینی به دنبال آمنیوستنز افزایش می‌یابد، ولی بین عبور سوزن از جفت و سایر عوارض مانند سقط، آمنیونیت، زایمان زودرس و نشت مایع آمنیوتیک به ارتباط معناداری وجود ندارد. بیش‌تر مطالعات انجام شده در این زمینه،

لکه‌بینی به دنبال آمنیوسنتز و عبور سوزن از جفت ذکر شده است. در مورد ارتباط جایگاه جفت با بروز عوارض به دنبال آمنیوسنتز، اطلاعات متناقضی وجود دارد. در برخی مطالعات بیان شده است که محل جفت تأثیری در بروز سقط خودبه خودی ندارد (۱۵، ۱۶) و در برخی ذکر شده است که در موارد جفت قدیمی به دلیل افزایش احتمال عبور سوزن از جفت امکان بروز عوارض پیش‌تر می‌باشد (۲). در مطالعه فعلی نیز در اکثر مواردی که سوزن از جفت عبور کرده بود، جفت قدیمی وجود داشت. علت این تفاوت شاید به دلیل انجام آمنیوسنتز توسط چند پزشک در این مطالعات و تاثیر مهارت پزشک در بروز عوارض می‌باشد. از جمله نقاط قوت این مطالعه می‌توان به انجام تمام موارد آمنیوسنتز توسط یک پزشک و ایجاد شرایط مشابه برای آمنیوسنتز در همه بیماران اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی از گروه کنترل که در بارداری تحت آمنیوسنتز قرار نگرفته‌اند، استفاده شده و مقایسه با سایر روش‌های تشخیصی از قبیل (CVS (Chorionic Villi Sampling مورد توجه قرار گیرد.

سپاسگزاری

کد اخلاق این مقاله IR.MUMS.REC.1394.439 می‌باشد. بدین وسیله از پرسنل محترم واحد آمنیوسنتز بیمارستان تخصصی ام‌البنین مشهد که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و سپاسگزاری می‌نمایم.

References

1. Vink J, Fuchs K, D'alton ME. Amniocentesis in twin pregnancies: a systematic review of the literature. *Prenat Diagn* 2012; 32(5): 409-416.
2. Kalogiannidis I, Prapa S, Dagklis T, Karkanaki A, Petousis S, Prapas Y, et al. Amniocentesis-related adverse outcomes according to

به بررسی ارتباط عبور سوزن از جفت با بروز سقط به دنبال آمنیوسنتز پرداخته شده است که نتایج این مطالعات متفاوت می‌باشند. در اکثر بررسی‌های انجام شده، عدم افزایش بروز سقط در موارد عبور سوزن از جفت گزارش شده است (۱۲، ۱۳) که این نتایج منطبق بر داده‌های حاصل از مطالعه فعلی می‌باشد. در برخی مطالعات به این موضوع اشاره شده است که عبور سوزن از جفت در صورتی که با خونی شدن مایع آمنیوتیک همراه گردد، سبب افزایش بروز سقط می‌گردد (۱۴). این موضوع بیانگر آن است که برخی از عوامل خطر مانند ورود مکرر سوزن حین آمنیوسنتز و خونی شدن مایع آمنیوتیک در صورت همراه شدن با عبور سوزن از جفت، سبب افزایش بروز سقط می‌گردند و باید در همسان‌سازی دو گروه به این عوامل توجه شود. هم‌چنین در مورد ارتباط بروز نشت مایع آمنیوتیک به دنبال عبور سوزن از جفت، اکثر مطالعات بیانگر عدم ارتباط عبور سوزن از جفت با بروز پارگی کیسه آب می‌باشند (۱۲، ۱۴) که این یافته نیز همسو با نتایج مطالعه فعلی است. در بین مطالعاتی که در آن‌ها افزایش بروز پارگی کیسه آب به دنبال عبور سوزن از جفت صورت گرفته بود، مانند مطالعه ما، همسان‌سازی از نظر BMI در بین افراد مورد مطالعه انجام نشده بود و بروز این عارضه در افراد چاق بیش‌تر بود (۱۵). در بین مطالعات انجام شده، کم‌تر به بررسی عوارضی از قبیل آمینونیت و زایمان زودرس و لکه‌بینی با عبور سوزن از جفت پرداخته شده است، در حالی که در این مطالعه ارتباط معنی‌دار بین بروز

- placental location and risk factors for fetal loss after midtrimester amniocentesis. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2011; 38(3): 239-242.
3. Cederholm M, Haglund B, Axelsson O. Infant morbidity following amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal karyotyping. *BJOG* 2005; 112(4): 394-402.

4. Eddleman KA, Malone FD, Sullivan L, Dukes K, Berkowitz RL, Kharbutli Y, et al. Pregnancy loss rates after midtrimester amniocentesis. *Obstet Gynecol* 2006; 108(5): 1067-1072.
5. Mazza V, Pati M, Bertucci E, Re C, Ranzi A, Percesepe A, et al. Age specific risk of fetal loss post second trimester amniocentesis: analysis of 5043 cases. *Prenat Diagn* 2007; 27(2): 180-183.
6. Obstetricians ACo, Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 88, December 2007. Invasive prenatal testing for aneuploidy. *Obstet Gynecol* 2007; 110(6): 1459-1467.
7. Niederstrasser SL, Hammer K, Möllers M, Falkenberg MK, Schmidt R, Steinhard J, et al. Fetal loss following invasive prenatal testing: a comparison of transabdominal chorionic villus sampling, transcervical chorionic villus sampling and amniocentesis. *J Perinat Med* 2017; 45(2): 193-198.
8. Beta J, Lesmes-Heredia C, Bedetti C, Akolekar R. Risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review of the literature. *Minerva Ginecol* 2017; 70(2): 215-219.
9. Kong CW, Leung TN, Leung TY, Chan LW, Sahota DS, Fung TY, et al. Risk factors for procedure related fetal losses after mid trimester genetic amniocentesis. *Prenat Diagn* 2006; 26(10): 925-930.
10. Borgida AF, Mills AA, Feldman DM, Rodis JF, Egan JF. Outcome of pregnancies complicated by ruptured membranes after genetic amniocentesis. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(4): 937-939.
11. Jeanty P, Shah D, Roussis P. Single needle insertion in twin amniocentesis. *J Ultrasound Med* 1990; 9(9): 511-517.
12. Giorlandino C, Mobili L, Bilancioni E, D'alessio P, Carcioppolo O, Gentili P, et al. Transplacental amniocentesis: Is it really a higher risk procedure? *Prenat Diagn* 1994; 14(9): 803-806.
13. Bombard AT, Powers JF, Carter S, Schwartz A, Nitowsky HM. Procedure-related fetal losses in transplacental versus nontransplacental genetic amniocentesis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(3): 868-872.
14. Yeast JD, Garite TJ, Dorchester W. The risks of amniocentesis in the management of premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149(5): 505-508.
15. Marthin T, Liedgren S, Hammar M. Transplacental needle passage and other risk-factors associated with second trimester amniocentesis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(8): 728-732.
16. Andreasen E, Kristoffersen K. Incidence of spontaneous abortion after amniocentesis: influence of placental localization and past obstetric and gynecologic history. *Am J Perinatol* 1989; 6(02): 268-273.