

شیوه‌های تشخیص پیش از تولد

● دکتر داریوش فرهود



متخصص ژنتیک، کلینیک ژنتیک، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه علوم پایه / اخلاق، فرهنگستان علوم پزشکی ایران

● هانیه پورکلهر



کارشناسی ارشد ژنتیک، کلینیک ژنتیک

چکیده

تشخیص قبل از تولد (Diagnosis Prenatal) مطمئن‌ترین راه پیشگیری از بیماری‌های ژنتیک است که در بسیاری از کشورها مطرح بوده و طی چند سال گذشته با انجام به موقع این کار، از تولد نوزادان با بیماری‌های مختلف ارثی، مادرزادی و ژنتیک جلوگیری شده است. تشخیص قبل از تولد در واقع به کارگیری روش‌های تشخیصی مختلف جهت بررسی وضعیت جنین در دوران بارداری است، چرا که بیماری‌های ژنتیک پس از تولد عموماً قابل درمان نیستند. در واقع بسیاری از بیماری‌ها و سندرم‌های ژنتیک که هنگام تولد در جنین دیده می‌شوند (مادرزادی) مانند سندرم داون یا پس از تولد بروز پیدا می‌کنند. همچنین تالاسمی و هموفیلی به راحتی قبل از تولد قابل تشخیص می‌باشند.

امروزه با پیشرفت‌های به عمل آمده در ژنتیک مولکولی به طور بالقوه امکان تشخیص قبل از تولد تمامی بیماری‌های ژنتیک که ژن بیماری‌زا در آن‌ها شناسایی شده، فراهم آمده است. تشخیص قبل از تولد، امکان داشتن فرزند سالم را برای زوجینی که ناقل ژن‌های بیماری‌زا هستند، فراهم می‌کند.

به طور کلی به کمک روش‌های غیرتهاجمی همچون اولتراسونوگرافی (سه یا چهار بعدی)، بررسی سلول‌ها و DNA جنینی و همین‌طور بررسی خون مادر و ... بسیاری از موارد مشکوک تشخیص داده می‌شوند. اما روش‌های تهاجمی تشخیص قبل از تولد، مستلزم دسترسی به نمونه جنینی است که از جمله این روش‌ها می‌توان به آمنیوسنتز، نمونه‌گیری از پرزهای جفتی (CVS) و بررسی روی جنین قبل از کاشت (PGD) در حاملگی‌های انجام شده با IVF اشاره کرد. کلمات کلیدی: تشخیص پیش از تولد، سونوگرافی، آمنیوسنتز، CVS، غربالگری

مقدمه

با پیشرفت قابل ملاحظه در زمینه تشخیص بیماری‌های ژنتیک، تغییر نگرش اجتماعی در تشکیل خانواده و تمایل به داشتن تعداد محدود فرزند، موجب شد تا طرز تفکری نو در احساس مسئولیت والدین در برابر سلامت جسمانی و ذهنی فرزندان ایجاد شود. در ابتدا، چون اکثر بیماری‌های ارثی درمان‌پذیر نبودند، پزشکان بر آن شدند تا از بروز این بیماری‌ها و معلولیت‌های ناشی از آن، تا حد زیادی

جلوگیری کنند.

شیوه‌های غیرتهاجمی شامل سرندگری سه ماهه اول و دوم بارداری، با استفاده از سرم مادر، سونوگرافی و جدا کردن سلول‌های جنینی از گردش خون مادر می‌باشد. شیوه‌های تهاجمی شامل آمنیوسنتز، نمونه برداری از پرزهای کوریونی، کوردوسنتز و همچنین تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی (PGD) هستند.

□ روش‌های غیرتهاجمی

۱- اولترا ساوند

روش غیرتهاجمی، هیچ گونه زیانی برای مادر و جنین در بر ندارد. امواج رادیویی فرکانس بالا، برای تولید تصاویر قابل مشاهده، حاصل از الگوی بازتابی ایجاد شده به وسیله بافت و اندام‌های مختلف جنین درون رحم، مورد استفاده قرار می‌گیرد. جنین در حال تکامل، برای اولین بار در هفته ششم بارداری قابل مشاهده است. تشخیص اندام‌های داخلی اصلی، به منظور تعیین بسیاری از ناهنجاری طی هفته‌های ۲۰-۱۶ بارداری امکان پذیر است.

اگرچه بررسی اولتراساوند می‌تواند برای تعیین اندازه و موقعیت جنین کاملاً مفید باشد، ولی دارای محدودیت‌هایی در اندازه و موقعیت جفت، مقدار مایع آمنیونی و شکل ظاهری جنین می‌باشد. ناهنجاری‌های جزئی ممکن است حتی تا پس از تولد مشخص نشود.

سونوگرافی، اهمیت روز افزونی در تشخیص پیش از تولد، برای ارزیابی جنین و شناسایی ناهنجاری‌های ظاهری دارد. این روش تعیین دقیق سن جنین را مقدور می‌سازد، بارداری‌های چندقلویی را شناسایی می‌کند و قابلیت زنده بودن جنین را تأیید می‌نماید. حتی می‌توان از آن در سه ماهه دوم، برای تشخیص جنسیت جنین با دقت زیاد، استفاده کرد. سونوگرافی از روی شکم که شیوه مرسوم می‌باشد، امروزه با سونوگرافی از راه واژن، تکمیل می‌شود. تا قابلیت حیات جنین و نیز سن بارداری ارزیابی شود. بررسی‌های پیشگیری کننده دراز مدت، نتوانسته‌اند مدرکی دال بر مضر بودن سونوگرافی، برای جنین یا مادر ارائه دهند (۳). (فرهود و همکاران آزمایشگاه نیلو).

از آنجایی که بیماری‌های ژنتیکی شامل اختلالات کروموزومی، نقایص ژنی و آسیب رویان قابل درمان اساسی نیستند، لذا روش‌های پیشگیری از اهمیت خاصی برخوردارند. جمع آوری و تعیین فراوانی بیماری‌های کروموزومی و ژنی در ایران برای اولین بار در سال ۱۹۸۶ (۱۳۶۵ شمسی) انجام شد (فرهود و همکاران آزمایشگاه نیلو).

در سال ۱۹۳۴، تشخیص بالینی زود هنگام بسیاری از این بیماری‌ها امکان پذیر شد. اولین تشخیص پیش از تولد (آمنیوسنتز) توسط Riis و Fuchs در سال ۱۹۵۶ در مجله Nature گزارش شد. کشف آلفافیتوپروتئین (AFP) در سرم جنین، برای اولین بار توسط Bergstrand و Czar در سال ۱۹۵۶ ثبت شد. همچنین، Mohr در سال ۱۹۶۸ در حوزه اسکاندیناوی، مفهوم تشخیص ژنتیکی پیش از تولد را با استفاده از نمونه پرزهای بند ناف (CVS) معرفی کرد. نرخ موفقیت دستیابی به ماده کوریونی از نمونه بایوپسی ۹۶ درصد بود. تکامل سریع روش‌های سیتوژنتیک و پیشرفت و توسعه ژنتیک مولکولی کمک شایانی به کاهش تولدهای همراه با نقص ژنتیکی کرد (۱).

□ لزوم انجام آزمایش‌های کامل پیش از بارداری

مادران می‌بایست برای اطمینان بیشتر و انجام تست‌های تکمیلی، در هفته‌های ۱۰-۱۲ بارداری برای نمونه برداری از جنین (CVS) و تشخیص پیش از تولد (PND) اقدام نمایند (۲).

هدف از تشخیص پیش از تولد، صرفاً شناسایی اختلالات در دوره جنینی و اجازه ختم بارداری در صورت یافتن نقصی در جنین نیست. بلکه تشخیص پیش از تولد محدودده‌ای از انتخاب‌های آگاهانه برای زوج‌های در معرض خطر به دنیا آوردن کودکی با نوعی اختلال را فراهم می‌کند.

□ روش‌های تشخیص پیش از تولد

شیوه‌هایی که در حال حاضر برای تشخیص پیش از تولد به کار می‌روند شامل روش‌های غیرتهاجمی و نیز روش‌های تهاجمی می‌باشد.

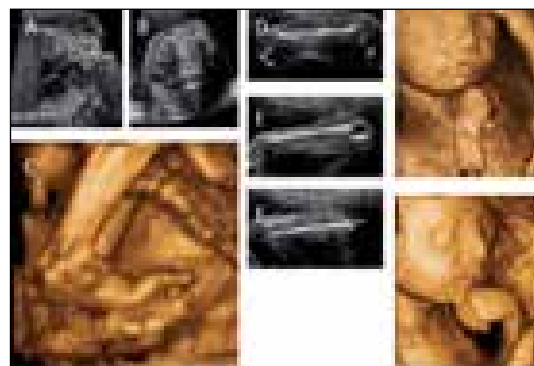


از DNA آزاد موجود در گردش خون مادری، با منشأ جنینی از سال ۱۹۹۷ را مطرح کرده است. منشأ Cell Free Fetal DNA از سلول‌های تروفوبلاست جفت بوده و به دنبال پوسته ریزی، این سلول‌ها وارد گردش خون مادر شده و ۳-۱۳ درصد کل DNA آزاد موجود در گردش خون مادر را تشکیل می‌دهد (۵).

این تکنیک به منظور استفاده از سلول‌های جنینی است که از طریق پرزهای جفت، وارد گردش خون مادر شده‌اند. در این روش، به طور معمول تعداد بسیار کمی از سلول‌های جنینی، یا DNA آزاد سلولی جنین، وارد گردش خون مادری می‌شوند که برای انجام تست مثبت Kleihauer-Betke برای خونریزی جنینی-مادری کافی نیست. توالی یابی DNA سلولی، پلاسمای مادری (CFDNA: Cell Free DNA) می‌تواند آنیوپلویدی اتوزومال جنینی را مشخص کند و خطرات بالقوه ای که روش‌های تهاجمی دارند در این روش دیده نمی‌شود (۵).

دورگه گیری فلورسنس درجا (FISH) تکنیک دیگری است که می‌تواند برای تشخیص کروموزومی در موارد خاص از سلول‌های جنینی، حاصل از خون مادر و تشخیص موارد آنیوپلویدی، مانند تریزومی و منوزومی کروموزومی X به کار گرفته شود.

اشکالات این روش عبارت‌اند از: ۱- گرفتن مقدار کافی DNA جنینی، کار مشکلی است و ممکن است مقدار DNA گرفته شده برای تعیین آنومالی‌های کاریوتایپ جنینی یا ارزیابی ناهنجاری‌های دیگر کافی نباشد (۵). ۲- بارداری‌های ۳ قلوئی و یا سقط فراموش شده و از دست رفتن یکی از این قل‌ها، این تست توصیه نمی‌شود. ۳- امکان انجام تست، برای بارداری‌های دوقلو وجود دارد ولی امکان تعیین جنسیت برای دوقل‌ها همیشه ممکن نیست. ۴- این تست، آنومالی کروموزومی مثل آنیوپلویدی بقیه کروموزوم‌ها، موزائیسیم کروموزوم‌های ۱۳، ۱۸، ۲۱، تریپلوئیدی و آنومالی مادرزادی NTD و آنومالی‌های مولکولی را نمی‌تواند نشان دهد. ۵- این تست یک آزمایش تشخیصی نیست و در زمره آزمایش‌های غربالگری طبقه بندی می‌شود و برای تأیید آن در موارد



Sonographic prenatal diagnosis of Congenital Marfan Syndrome. 24w4d Ultrasound (4)

A: Left Ventricular Outflow Tract: no abnormalities of valvular roots noted at 24w4d, but appeared on following ultrasound at 28w4d. B: RV Outflow Tract. C: Arachnodactyly D: Right Femoral Length >95% E: Right Radial Length >95% F: Right Ulnar Length >95%. G/H: Fist clenching with thumb extending laterally.

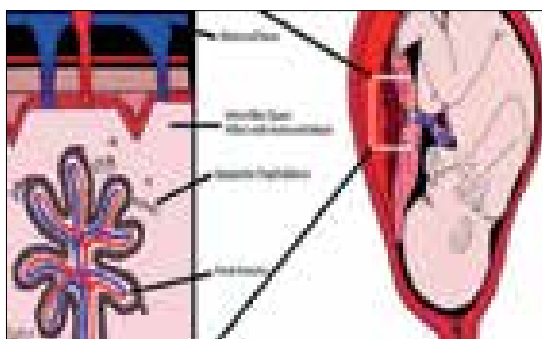
□ ۲- سونوگرافی پیش از تولد؛ برای اختلالات تک ژنی

وقتی جنین در معرض خطر نوعی اختلال تک ژنی است که آزمایش ژنتیکی آن ممکن نیست یا غیر قابل دسترسی است، سونوگرافی ممکن است تنها شیوه مقدر تشخیص پیش از تولد باشد. به عنوان مثال، سندرم مکل-گرابر (Meckel-Gruber Syndrome) در حال حاضر صرفاً با سونوگرافی قابل تشخیص است. در برخی موارد که آزمایش DNA امکان پذیر است، اما نمونه خونی یا بافتی برای مطالعات DNA یا پروتئین در دسترس نیست، سونوگرافی تشخیصی می‌تواند مناسب باشد (۳).

□ ۳- نمونه گیری خون مادری، برای بررسی DNA جنینی

پیشرفت‌هایی در فناوری‌های ژنومی، بحث استفاده

مثبت، حتماً می‌بایست آمنیوسنتز و یا CVS انجام شود.



□ ۴- غربالگری سه تایی یا چهار تایی (Triple or Quadruple Screening)

ارزیابی ترکیب سرم مادری، ممکن است به افزایش حساسیت و دقت در تعیین ناهنجاری‌های جنینی کمک کند. تست کلاسیک سرندگری سه تایی، شامل آلفا فیتوپروتئین (AFP) و $\text{HCG}-\beta$ و استریول (uE3) است که اگر به این مجموعه اینهیبین-A نیز افزوده شود، سرندگری از نوع چهار تایی خواهد بود (۶) (جدول ۱).

باید توجه داشت که سطوح ترکیبات فوق، به طور قابل ملاحظه‌ای در طی دوران بارداری، تغییر می‌کنند. بنابراین تفسیر مقادیر و اندازه گیری‌ها منوط به دانستن سن بارداری (یا سونوگرافی) صحیح می‌باشد در غیر این صورت ممکن است نتایج به اشتباه تفسیر شوند.

جدول ۱. تغییرات شاخص‌های مورد بررسی در سرندگری چهار تایی در رابطه با ناهنجاری‌های جنینی

Inhibin-A	uE3	βHCG	AFP	آسیب
طبیعی	پایین	طبیعی	بالا	نقص لوله عصبی
بالا	پایین	بالا	پایین	نقص تریزومی ۲۱
بالا	پایین	پایین	پایین	نقص تریزومی ۱۸
بالا	پایین	پایین	پایین	نقص تریزومی ۱۳
طبیعی	طبیعی	بالا	بالا	نقص چندقلوبی
پایین	پایین	پایین	بالا	نقص جنین مرده
طبیعی	پایین	خیلی بالا	پایین	نقص مول

مادر می‌شود. زمانی که نقص لوله عصبی در جنین وجود داشته باشد، مقدار بیشتری AFP وارد مایع آمنیونی و نیز سرم مادری می‌شود. نواقص لوله عصبی، شامل آنانسفالی و اسپینابیفیدا است. همچنین اگر جنین دارای نقص آمفالوسل و یا گاستروشز باشد، مقدار AFP جنینی بیشتری در خون مادر یافت می‌شود. اندازه گیری AFP از سرم مادری، حساسیت بالایی بین

□ آلفا- فیتوپروتئین سرم مادری (AFP)

جنین در حال تکامل، دو پروتئین خونی عمده دارد شامل: آلبومین و آلفا فیتوپروتئین (AFP). چون بزرگسالان تنها آلبومین در خون خود دارند، تست AFP در سرم مادری، می‌تواند برای تعیین سطوح AFP جنین، به کار گرفته شود. در حالت طبیعی تنها مقدار ناچیزی از AFP از مایع آمنیونی به دست می‌آید که از جفت وارد خون

سه ماهه دوم، شاخص سلامت عمومی جنین خواهد بود. زمانی که جنین مبتلا به سندرم داون و یا هیپوپلازی توأم با آنانسفالی باشد، مقدار استریول کاهش می‌یابد (۹).

□ Inhibin-A سرم مادری

اینهیبین، توسط جفت و جسم زرد، ترشح می‌شود. اینهیبین A در سرم مادری، قابل اندازه‌گیری است و افزایش آن در ارتباط با تریزومی های ۱۳، ۱۸ و ۲۱ مورد استفاده است (۱۰).

□ روش‌های تهاجمی

ضرورت‌های تشخیص پیش از تولد با آزمایش‌های تهاجمی:

- سن مادران از ۳۵ سالگی به بالا، خطر وجود اختلال کروموزومی در جنین را افزایش می‌دهد.
- فرزند قبلی دچار نوعی اختلال کروموزومی باشد که والدین این اختلال را ندارند و احتمال ظهور اختلال در فرزندان بعدی را افزایش می‌دهد.
- وجود اختلال ساختاری کروموزومی در یکی از والدین، که می‌تواند ناقل محسوب شود.
- سابقه خانوادگی یک اختلال ژنتیکی که با تجزیه و تحلیل بیوشیمیایی یا DNA ممکن است تشخیص داده و یا رد شود. اکثر اختلالات این گروه ناشی از نقایص تک‌زنی بوده و خطر عود آن‌ها ۲۵ یا ۵۰ درصد است.
- سابقه خانوادگی نوعی اختلال وابسته به جنس که هیچ آزمایش تشخیص اختصاصی پیش از تولد، برای آن وجود نداشته باشد.

- خطر نقص لوله عصبی، در این موارد انجام آزمایش آمنیوسنتز، الزامی است.
- برای پیشگیری از خطر احتمالی سقط جنین در روش‌های تهاجمی (در CVS 1-2%، در آمنیوسنتز 1-5%)، توصیه‌های یاد شده در جدول ۲ بسیار ضروری و کارآمد هستند.

هفته‌های ۱۶ تا ۱۸ بارداری دارد، ولی بین هفته‌های ۱۰ تا ۲۲ بارداری هم می‌تواند انجام شود. ترکیب روش‌های سرندگری AFP و اولتراسونوگرافی، تقریباً برای تشخیص همه موارد آنانسفالی و موارد زیادی از اسپینا بیفیدا به کار می‌رود. همچنین اندازه‌گیری کاهش AFP در غربالگری سه ماهه اول و دوم، برای تشخیص سندرم داون و تریزومی‌های دیگر بسیار کارگشا است (۷).

□ (Human Chorionic Gonadotropin) β -HCG

سرم مادری

از این آزمون، معمولاً برای تشخیص بارداری استفاده می‌شود. در ابتدای بارداری (حدود یک هفته پس از لقاح و لانه‌گزینی جنین در رحم) تروفوبلاست، با تولید مقدار قابل توجهی بتا-HCG، تشخیص بارداری را ممکن می‌کند. بنابراین، با گذشت اولین دوره عادت ماهیانه، β -HCG در واقع به حدی افزایش می‌یابد که تست بارداری مثبت می‌شود، در حالی که مقدار β -HCG سرم مادری در موارد سقط جنین، یا بارداری خارج از رحم، کمتر خواهد بود. پس از بارداری، در اواسط دوره سه ماهگی دوم، بتا-HCG توأم با AFP به منظور سرندگری ناهنجاری‌های ژنتیکی، به ویژه سندرم داون مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای مثال افزایش مقدار بتا-HCG همراه با کاهش AFP بیان‌گر سندرم داون است. مقدار بالای HCG (بارداری مولار) بیماری‌های تروفوبلاستیک را نشان می‌دهد. عدم وجود جنین در اولتراسونوگرافی با وجود مقدار بالای HCG، نشان‌دهنده مول‌هیداتیفرم است (۸).

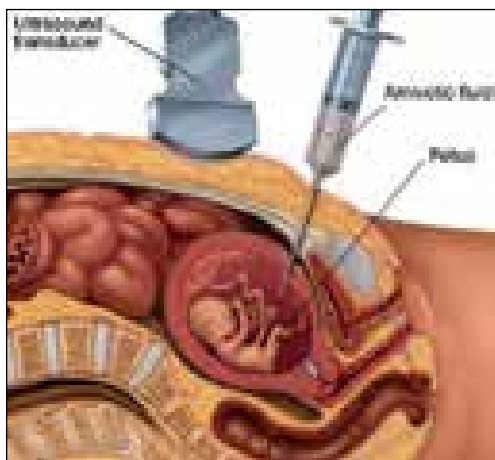
□ استریول کنژوگه نشده (uE3) سرم مادری

مقدار استریول در سرم مادری، بستگی به قابلیت زنده ماندن جنین، عملکرد صحیح جفت و سلامت مادر دارد. ماده پیش‌ساز استریول دهیدرواپی آندروسترون (DHEA) است که به وسیله غده‌های آدرنال جنین، ساخته می‌شود. این ماده در جفت به استریول متابولیزه می‌شود. سطوح استریول، در

جدول ۲: توصیه‌ها جهت جلوگیری از سقط (کلینیک ژنتیک فرهود)

۱- استراحت مطلق حداقل به مدت ۳ روز
۲- داشتن یک همراه (مادر، خواهر، فرزند بزرگ یا همسر) در زمان استراحت مطلق
۳- استفاده از داروی آنتی بیوتیک تجویز شده توسط پزشک به مدت ۳ روز
۴- استفاده از قرص یا شیاف تجویز شده جهت جلوگیری از انقباضات رحمی و درد
۵- برای مادران با گروه‌های خونی Rh منفی در صورت مثبت بودن گروه خونی همسر، تزریق آمپول روگام در ۲۴ ساعت اول پس از نمونه‌گیری
۶- ادامه استفاده از داروهای تجویز شده توسط پزشک زنان (مانند ویتامین‌ها)
۷- انجام استحمام در روز چهارم پس از نمونه‌گیری (دوش کوتاه ده دقیقه‌ای)
۸- ادای نماز واجب در حالت خوابیده یا نشسته
۹- خوردن غذای کم حجم و مقوی به مدت یک هفته پس از نمونه‌گیری
۱۰- خوردن روزانه یک کاسه سوپ یا آش (بدون حبوبات) و روزانه دو لیوان شیر
۱۱- انجام سونوگرافی سه/چهار بعدی در پایان هفته هجدهم برای بررسی آنومالی‌های احتمالی جنین
۱۲- مرخصی استعلاجی به مدت پنج روز کاری پس از نمونه برداری

۱- آمنیوسنتز



آمنیوسنتز یک روش تهاجمی است که در اتاق عمل جراحی‌های کوچک سرپایی، در فضایی کاملاً استریل، با کنترل سونوگرافی، یک سرنگ از فضای پایینی شکم مادر به داخل حفره رحم برده می‌شود. بهترین زمان انجام آمنیوسنتز، بین هفته‌های ۲۰-۱۵ بارداری است. البته همیشه انجام یک سونوگرافی همراه با آمنیوسنتز، به منظور تعیین سن بارداری، موقعیت جنین و جفت و تعیین مقدار مایع آمنیون ضروری است. در مایع آمنیون سلول‌های جنینی (که بیشتر حاصل ریزش پوست جنین است) وجود دارند که می‌توان آن‌ها را به منظور آنالیز کروموزومی، آنالیز بیوشیمیایی و حتی مولکولی، مورد استفاده قرار داد (۱۱). میزان خطر در این روش بسیار پایین است، اما ممکن است موجب حساسیت Rh مادر شود. افزایش خطر سقط جنین، به دنبال آمنیوسنتز حدود ۰/۵ درصد بوده که به طور طبیعی مورد انتظار است. همچنین خطر سقط جنین برای مادران دارای Rh منفی (اگر پدر دارای Rh مثبت باشد) را می‌توان با تزریق آمپول روگام، برطرف کرد.

موارد ضرورت انجام آمنیوسنتز

- سونوگرافی مشکوک به اختلالات مرتبط با بیماری‌های کروموزومی: مانند افزایش ضخامت پشت گردن (NT) و کاهش برآمدگی استخوان بینی (NB)
- آزمایش سرنده‌گری مشکوک، با استفاده از بیومارکرها (دابل / تریپل / کوادرا)
- بارداری در سنین بالای ۳۵ سال: زیرا با افزایش سن زوجین، خصوصاً سن مادر، احتمال ابتلای جنین به



معلولیت‌های جسمی و ذهنی از جمله سندرم داون، سندرم ترنر، کلاین فلتر و انواع دیگر اختلالات شمارشی کروموزومی، افزایش می‌یابد.

● **سابقه بیماری‌های کروموزومی در بارداری قبل (داشتن فرزند با سندرم داون، کلاین فلتر یا ترنر):** در صورتی که زوجین دارای یک فرزند با اختلال کروموزومی شناخته شده و یا شناخته نشده و مادرزادی باشند، احتمال تکرار بروز بیماری در بارداری بعدی چند برابر می‌شود. از این رو در این موارد، توصیه می‌گردد زوجین پیش از اقدام به بارداری مجدد، جهت مشاوره ژنتیک مراجعه نموده و از چگونگی به ارث رسیدن بیماری و احتمال تکرار بروز آن در بارداری بعدی، آگاه شوند.

● **وجود اختلال کروموزومی در والدین:** در بسیاری از موارد وجود نقص کروموزومی مانند ترانسلوکاسیون متعادل، در والدین منجر به عارضه مشخصی در ایشان نمی‌شود، ولی خطر ابتلا در جنین وجود دارد. در این صورت لازم است وضعیت کروموزومی جنین مشخص شود.

● **سابقه سقط جنین یا مرده زایی در بارداری‌های پیشین:** مشخص شده که یکی از علل مهم سقط جنین، وجود اختلالات ژنتیکی و کروموزومی در جنین می‌باشد، به طوری که حدود ۳۰-۲۰ درصد از جنین‌های مبتلا به سندرم داون در مراحل اولیه بارداری (زیر سه ماه) سقط می‌شوند.

□ مدت زمان انجام آزمایش

معمولاً ۲ تا ۳ هفته از زمان تحویل نمونه، مایع آمنیوتیک به آزمایشگاه است. با انجام تست سریع QF-PCR در مدت ۱-۲ روز کاری، وضعیت کروموزومی مشخص می‌گردد ولی نیازمند تأیید نهایی از طریق کاربوتایپ است. در صورت بارداری پیشرفته (هفته ۱۸) و نبودن فرصت انتظار برای دریافت تأیید نهایی آمنیوسنتز (۳ هفته)، انجام آزمایش MLPA (Multiplex Ligation-Dependent Probe Amplification) یا تکثیر پروب وابسته به الحاق چندتایی برای تأیید و انجام سقط شرعی (پیش از ۱۹ هفته) ضروری است.

□ ۲- نمونه گیری از پرزهای کوریونی (CVS)

در این روش، سوند از روی شکم به داخل رحم و سپس به جفت در حال رشد، همراه با هدایت سونوگرافی، برده می‌شود. نوک سوند، سلول‌ها را از پرزهای جفت بر می‌دارد که در آزمایشگاه پس از جداسازی، مورد آزمایش قرار می‌گیرند که ۲-۳ هفته به طول خواهد انجامید.

متداول‌ترین کاربرد سلول‌های به دست آمده از پرزهای کوریونی، آنالیز کروموزومی به منظور تعیین کاربوتایپ جنین است. همچنین این سلول‌ها می‌توانند برای آنالیز بیوشیمیایی و مولکولی، در محیط کشت رشد داده شوند. این روش بین هفته‌های ۱۰-۲۰ بارداری (بهترین زمان هفته ۱۱)، قابل انجام است.

CVS به عنوان یک روش تهاجمی، میزان سقط جنین در آن ۰/۵ تا ۱ درصد بیشتر از روش آمنیوسنتز است. احتمال ایجاد حساسیت Rh برای مادر وجود دارد. امکان برداشت اشتباه سلول‌های مادری در پرزهای کوریونی به جای سلول‌های جنینی و در نتیجه اختلال در انجام آنالیز کروموزومی نیز وجود دارد که بسیار نادر است (۱۲). همچنین نمونه‌های CVS برای تشخیص بسیاری از بیماری‌های مولکولی تک ژنی تشخیص داده شده در والدین (ناقل بیماری) از جمله تالاسمی، دیستروفی عضلانی دوشن، آتروفی عضلانی- نخاعی یا SMA، ایکس شکننده و ... کاربرد دارد.

□ ۳- کوردوسنتز (Cordocentesis)

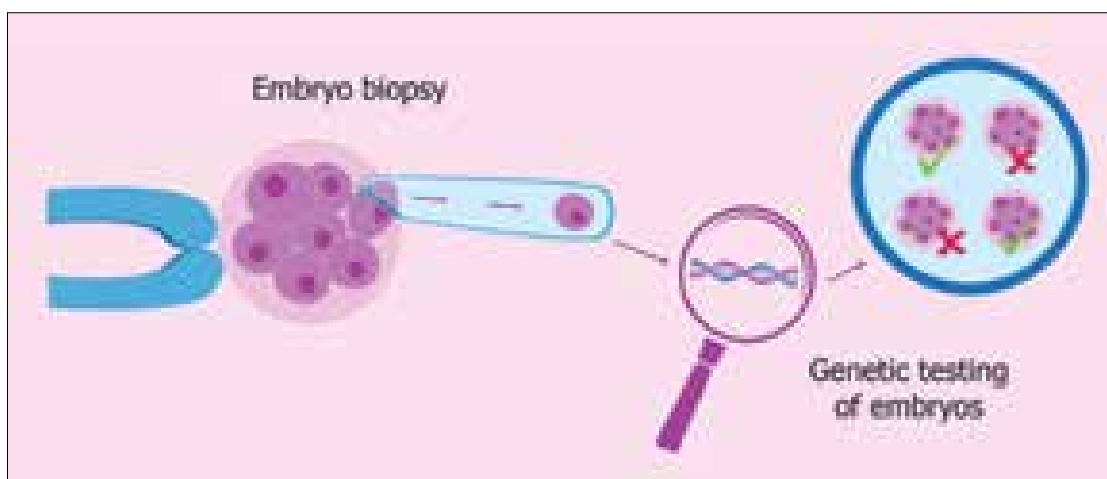
کوردوسنتز، روشی است که برای به دست آوردن مستقیم نمونه خون جنینی از بند ناف که با هدایت سونوگرافی به کار می‌رود، نمونه خون جنینی صرفاً به چند روز کشت نیاز دارد تا سلول‌های مناسب برای تجزیه و تحلیل کروموزومی یا مطالعات خونی فراهم شوند. کوردوسنتز در مواردی به کار می‌رود که کشت سلول‌های مایع آمنیوتیک ناموفق بوده یا تشخیص DNA برای اختلالی که با آزمایش‌های بیوشیمیایی سلول‌های پلاسمای جنین امکان پذیر نیست. کوردوسنتز در هفته‌های ۱۹-۲۱ بارداری انجام می‌شود و میزان سقط در این روش نسبتاً بالا و حدود ۲-۳ درصد و شاید بیشتر است (۱۳).

مرحله مورولا (۸ سلولی) قرار گرفت، یک سلول از مجموعه ۸ سلولی توسط فرد متخصص، با کمک دستگاه‌های بسیار دقیق، بیوپسی شده (بلاستومر) و برای انجام تست ژنتیکی در اختیار آزمایشگاه ژنتیک قرار داده می‌شود. در نهایت اگر یک یا چند تخمک لقاح یافته از نظر تست‌های بررسی شده مطابق با درخواست خانواده بودند، به رحم مادر انتقال داده می‌شوند. کلیه مراحل IVF، در کلینیک‌های ناباروری انجام می‌گیرد (۱).

۴- تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی (PGD)

PGD (Preimplantation Genetic Diagnosis)

یا تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی تخمک لقاح یافته، در داخل رحم، روشی ترکیبی از فناوری لقاح خارج از رحم (IVF: In Vitro Fertilization) و تشخیص ژنتیکی است. در این روش، نمونه تخم با اسپرم، در شرایط آزمایشگاهی مجاور می‌شوند. سه روز پس که رویان در



تعیین جنسیت، انگشت نگاری (Finger Printing) DNA و آزمون تعیین ابوت، جهت شناسایی والد بیولوژیکی کودک، بررسی می‌شود (۱۴).

۳- CGH (Comparative Genomic Hybridization):

تکنیک دورگه‌سازی ژنومی مقایسه‌ای، تکنیکی با قدرت تفکیک بالا برای بررسی حذف‌ها و یا اضافه‌شدگی‌ها در کل ژنوم و شناسایی عدم تعادل کروموزومی است. این آزمایش را کاریوتیپ مولکولی می‌نامند و به ویژه برای شناسایی علت عقب‌ماندگی‌های ذهنی و یا ناهنجاری‌های مادرزادی کاربرد دارد. این آزمایش رفته رفته به عنوان آزمایش روتین در آزمایشگاه‌های سیتوژنتیک جایگزین روش‌های قدیمی مطالعه کروموزومی و تعیین کاریوتیپ می‌شود (۱۴).

۱- انواع روش‌های PGD به قرار زیر می‌باشند: (Fluorescence In Situ Hybridization) FISH

این تکنیک برای بررسی جنین از نظر ناهنجاری‌های کروموزومی (آنیوپلوئیدی) انجام می‌گیرد. در این روش، کروموزوم‌ها از لحاظ تعداد و جنسیت بررسی می‌شوند. در این روش همچنین تشخیص اختلالات شمارشی کروموزوم‌های ۱۳، ۱۸، ۲۱، X و Y امکان پذیر است (۱۴).

۲- PCR (Polymerase Chain Reaction):

روش براساس تکنیک واکنش زنجیره‌ای پلیمرازی (PCR) چند مرحله‌ای انجام می‌گیرد. در این روش، جهش‌های بیماری‌زا، اختلالات ساختاری و شمارشی کروموزوم‌ها (تعداد کروموزوم‌های ۱۳، ۱۸، ۲۱، X و Y)،

تکنولوژی در سطح ژنوم توالی یابی *denovo*، توالی یابی مجدد کل ژنوم، بررسی جامع تمام SNPها، تغییرات ساختاری و تغییر در تعداد نسخه ژنها، شناسایی چند شکلیها و جهشهای نقطه ای در سطح ترنسکرپتوم (بررسی بیان ژنها، شناسایی جهشهای سماتیک و شناسایی پردازش جایگزین، تعیین پروفایل بیان *small RNA*)، در سطح اپی ژنوم، تعیین فاکتورهای رونویسی و جایگاه RNAهای هدف مستقیم آنها، پروفایل ژنومی اصلاحات مربوط به هیستونها، الگوهای متیلاسیون DNA و پروفایل موقعیت قرارگیری نوکلئوزومها و در سطح متازنوم (بررسی اثرات محیط و پاتوژنها) را بر ژنوم انسان می توان نام برد (۱۵).

۷- MLPA (Multiplex Ligation Probe Amplification):

روش MLPA، روشی با کارایی بالا است برای مشخص کردن تعداد نسخه های ۴۰ تا ۵۰ توالی DNA ژنومی در یک واکنش که بر مبنای PCR چندتایی بوده و تا ۵۰ پروب را استفاده می کند. این تکنیک قادر است که در یک واکنش تا ۵۰ توالی DNA را آنالیز کرده و تنوع تعداد کپی های ژنهای ویژه، شامل باز آرایهای کوچک درون ژنی را شناسایی کند. آزمون MLPA در طی چند سال اخیر، به طور وسیعی، تکنیک مورد استفاده آزمایشگاههای ژنتیکی جهت تشخیص مولکولی چندین بیماری بوده است. در این روش طی PCR، پروب های MLPA مکمل DNA هدف، بدون تکثیر نمونه DNA هدف، تکثیر می شوند. تشخیص پیش از تولد در این تکنیک، براساس استخراج و کشت پرزهای کوریونی (CV) یا نمونه مایع آمنیونی (AF) طی بارداری به دنبال بررسی کروموزومی، به طور وسیعی برای شناسایی تغییرات ژنتیکی جنین، مورد استفاده قرار می گیرد (۱۶). بررسی *del/dup* در ژنوم، جهشهای نقطه ای و پلی مورفیسم های (SNP's) شناخته شد. بررسی کمی mRNA، وضعیت متیلاسیون مناطق پروموتوری و یا *imprinted* و بررسی DNA استخراج شده از بافت (*paraffin imbedded*) یا *formalin treated* از موارد کاربرد این تکنیک است (جدول ۲).

۴- (Single Nucleotide Polymorphism) SNP microarrays:

یک موقعیت یا جایگاه ویژه، در یک، دو یا سه نوکلئوتید روی کروموزومهای متفاوت درون یک جمعیت است. استفاده از نقشه های SNP همراه با انجام array SNP می تواند در شناسایی بیماری های ژنتیکی که دارای صفات فنوتیپی پیچیده ای هستند، کمک کننده باشد. در واقع SNPها در تشخیص حذفها و اضافه شدگیها در ژنوم، استفاده می شوند. این مطالعات در زمینه های مختلفی می توانند مؤثر باشند مانند: تعیین ژنوتیپ، اندازه گیری احتمال ابتلا به برخی از بیماریها، تخمین جهش در سلولهای زایا و جهشهای سماتیک در سرطانها، آنالیزهای پیوستگی ژنتیکی، تعیین کاهش چند تخمی بودن و بسیاری از موارد دیگر (۱۵).

۵- CCS (Comprehensive Chromosome Screening):

تکنولوژی های CCS یا غربالگری کل کروموزومها، شامل تکنیک های qPCR، SNP microarray and CGH، که ابداع آن در پیشبرد تکنیک های سیتوژنتیک، دستاوردهای بسیار مهمی به دنبال داشت. از جمله دست یابی به اطلاعاتی که از طریق FISH امکان پذیر نبود را ممکن کرده است. این روش امکان شناسایی شباهت ها و ناشناخته های مربوط به بیماری های ژنتیکی جنین، مانند آنومالی کروموزومی و آنیوپلوئیدی در PGD و انتخاب جنین کامل برای تکنیک PGD را فراهم می کند (۱۵).

۶- NGS (Next Generation Sequencing):

روش توالی یابی اتومات شده سانگر (همان روش تجزیه شیمیایی) را امروزه به عنوان تکنولوژی توالی یابی نسل اول می شناسند و روش های پیشرفته تر را توالی یابی نسل جدید NGS می نامند که معمولاً به دو گروه نسل دوم و نسل سوم تقسیم می شوند. روش های توالی یابی نسل چهارم هم که هنوز در اول راه هستند، از تکنولوژی نانو و توالی یابی به کمک اگزونوکلئازها بهره برده و هنوز کارایی آنها ارزیابی نشده است. از کاربردهای پیشرفته این

جدول ۳. مقایسه بین آرایه (MLPA (Multiplex Ligation Probe Amplification) و دیگر روش‌ها برای

تشخیص حذف و اضافه‌ها (۱۶)

روش	نکات مثبت	نکات منفی
MLPA	مشخص کردن بازآرایی‌های کوچک تا ۴۰ هدف بازده بالا کم هزینه	عدم تشخیص از دست رفتگی طبیعی کپی هتروزیگوسیتی داشتن مشکلاتی با موزائیسیم، هتروژنیتی تومور یا آلودگی با سلول‌های طبیعی
FISH	تشخیص بازآرایی‌های متعادل تشخیص موزائیسیم توانایی تعیین هتروژنیتی کپی‌های چندگانه	عدم تشخیص از دست رفتگی طبیعی کپی هتروزیگوسیتی عدم تشخیص بازآرایی‌های کوچک (برای مثال حذف‌های $> 100\text{kb}$ یا مضاعف شدگی‌های $< 500\text{kb}$) تعداد محدودی از هدف‌ها و بازده
Quantitative/ Sq-PCR	مشخص کردن بازآرایی‌های کوچک و حتی جهش‌های نقطه‌ای توانایی تعیین کپی‌های چندگانه کم هزینه	نیاز به تست بهینه سازی و کارایی تعداد محدود هدف داشتن مشکلاتی با موزائیسیم، هتروژنیتی تومور یا آلودگی با سلول‌های طبیعی
Southern blot	مشخص کردن بازآرایی‌های کوچک مشخص کردن موزائیسیم	عدم تشخیص از دست رفتگی طبیعی کپی هتروزیگوسیتی غیر کمی پر زحمت و وقت گیر تعداد محدودی از هدف‌ها و بازده
CGH array	مشخص کردن بازآرایی‌های خیلی کوچک توانایی بررسی کل ژنوم هزینه کم به ازای هر قطعه داده	عدم تشخیص از دست رفتگی طبیعی کپی هتروزیگوسیتی معرف‌ها و تجهیزات پرهزینه بازدهی کم
SNP array	توانایی تعیین هتروژنیتی کپی‌های چندگانه توانایی بررسی کل ژنوم هزینه کم به ازای هر قطعه داده	عدم تشخیص بازآرایی‌های کوچک (برای مثال حذف‌های یا مضاعف شدگی‌های $> 100\text{kb}$) معرف‌ها و تجهیزات پرهزینه بازدهی کم



References

- 1- Woo J. 2017. *A Short History of Amniocentesis, Fetoscopy and Chorionic Villus Sampling*.
- 2- Kanavakis E, Treager-Synodinos J. 2002. *Preimplantation genetic diagnosis in clinical practice. J Med Genet*;39:6-11.
- 3- Mills P, W.Bornick P, Morales W.J, Allen M, et all. 2001. *Ultrasound Prenatal Diagnosis of Fetus in Fetu. Ultrasound Obstet Gynecol*; 18:69-71.
- 4- Bender R, Hwang J. 2012. *Sonographic prenatal diagnosis of congenital Marfan syndrome. Preceedings in obstetrics and Genecology 2(4):40*.
- 5- Liao G.J.W, Gronowski AM, Zhao Z. 2014. *Non-invasive prenatal testing using cell-free fetal DNA in maternal circulation. Clinica Chimica Acta 428: 44–50*.
- 6- SeyyedKavoosi E, Younessi S, Farhud D.D. 2015. *Screening of fetal chromosome aneuploidies in the first and second trimester of 125,170 iranian pregnant women. Iran J Public Health: 791-796*.
- 7- Peter M. Layde MD, Stephen D. Von Allmen MA, Godfrey P, Oakley JR. 1979. *Maternal Serum Alpha-Fetoprotein Screening: A Cost-Benefit Analysis. Ajph June; 69*.
- 8- Spencer K, Ong C, Liao A, Papademetriou D, Nicolaides K. 2000. *The in uence of fetal sex in screening for trisomy 21 by fetal nuchal translucency, maternal serum freeb-hCG and PAPP-A at 10±14 weeks of gestation. Prenat Diagn; 20: 673±675*.
- 9- Haddow JE et al. 1998. *Screening of maternal serum for fetal Down's syndrome in the first trimester. NEJM 338(14):955-961*.
- 10- Spencer K, Cowans N. J, Nicolids K. H. 2008. *Maternal serum inhibin-A and activin-A levels in the first trimester of pregnancies developing pre-eclampsia. Ultrasound Obstet Gynecol; 32: 622–626*.
- 11- Odibo AO, Gray DL, Dicke JM, Stamilio DM, Macones GA, Crane JP, 2008. *Revisiting the fetal loss rate after second trimester genetic amniocentesis: a single center's 16-year experience. Obstet Gynecol; 111:589-95*.
- 12- Jackson LG, Zachary LM, Fowler SE, Desnick RJ, Golbus MS, Ledbetter DH, et all. 1992. *A randomized comparison of transcervical and transabdominal chorionic- villus sampling. The U.S National Institute of Child Health and Human Development Chorionic-Villus Sampling and Amniocentesis Study Group. N Engl J Med; 327:594-8*.
- 13- Budau Gh, Anastasiu D, Muresan C, Ardelean C. 2008. *Cordocentesis in prenatal diagnosis-case report. Experimental Medical & Surgical Research; 100-104*.
- 14- Dreesen J, Destouni A, Kourlaba G, Degn B, Mette WC, Carvalho F, et al., 2013. *Evaluation of PCR-based preimplantation genetic diagnosis applied to monogenic diseases: a collaborative ESHRE PGD consortium study. Eur J Hum Genet; 22:1012–8*.
- 15- Dahdouh E, Balayla J, Audibert f. 2015. *Technical Update: Preimplantation Genetic Diagnosis and Screening. Obstet Gynaecol Can; 37(5):451–463*.
- 16- Stuppia L, Antonucci I, Palka G, Gata V. (2012). *Use of the MLPA Assay in the Molecular Diagnosis of Gene Copy Number Alterations in Human Genetic Diseases. Int. J. Mol. Sci: 3245-3276*.