

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت

دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری های کروموزومی جنین

سندرم داون

و

تریزومی های ۱۳ و ۱۸

بازنگری ۱۳۹۹- ویرایش دوم

اداره ژنتیک

اداره سلامت مادران

و

اداره کل آزمایشگاه مرجع سلامت

با همکاری مرکز مدیریت شبکه

بسم الله الرحمن الرحيم

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری های کروموزومی جنین

سندرم داون

و

تریزومی های ۱۳ و ۱۸

بازنگری ۱۳۹۹- ویرایش دوم

اداره ژنتیک

اداره سلامت مادران

و

اداره کل آزمایشگاه مرجع سلامت

با همکاری مرکز مدیریت شبکه

مقدمه:

بیماری های کروموزومی با میزان بروز ۵ در هزار تولد زنده از تعیین کننده های مهم سلامت کودکان و توسعه جمعیت سالم است. سندرم داون در راس بیماری های کروموزومی قرار دارد. براساس نرخ تولد فعلی در کشور سالیانه حدود ۳۰۰۰ مورد سندرم داون در بین متولدین زنده مورد انتظار است. امکان علمی و عملی پیشگیری از سندرم داون و وجود روش های غربالگری به صرفه در مقابل هزینه های سنگین اجتماعی و مراقبت های درمانی این بیماری، انجام غربالگری را به یکی از مطالبات اصلی زنان باردار و خانواده های ایرانی و متخصصین زنان از نظام سلامت تبدیل نموده است. در سایر کشورها بر اساس شرایطی چون وجود امکانات مربوط به حمایت های اجتماعی - اقتصادی از مبتلایان، قوانین مربوط به سقط انتخابی جنین مبتلا و سیستم های مختلف نظام سلامت و بیمه و ... برنامه های مختلف و متنوعی برای غربالگری سندرم داون وجود دارد. ضمن استفاده از تجربیات این کشورها شرایط تعیین کننده داخلی می بایست در تدوین دستورالعمل اجرایی مناسب برای این غربالگری در نظر گرفته شود.

با توجه به ابلاغ سیاست های کلی جمعیت و تاکید بر توسعه جمعیت سالم و همچنین مطالبه ای که از سوی جامعه در خصوص اطمینان یابی در خصوص داشتن بارداری ایمن و تولد فرزند سالم وجود دارد، در سال ۱۳۹۲ شیوه نامه ای برای ارائه روش پیشنهادی غربالگری سندرم داون از سوی وزارت بهداشت و درمان به دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ شد.

در نظر نگرفتن مسایل مهمی چون آموزش و مشاوره صحیح به ارائه دهنده و گیرنده خدمت، استاندارد سازی فرآیندها (شامل تعیین استانداردها و چگونگی نظارت بر اجرای آنها)، نظام جمع آوری داده های مربوط به غربالگری، تعیین ضوابط ارتباط بین سطوح مختلف نظام سلامت و ... ، غربالگری سندرم داون را به طور جدی دچار اشکالات اساسی نموده است.

بعلاوه دو مرحله ای بودن غربالگری و مشکلات مربوط به آن (مشکلات مربوط به استاندارد سازی، طولانی شدن زمان تعیین تکلیف تا سه ماهه دوم بارداری و نقطه برش غیر مقرون به صرفه و ...) روند غربالگری را با مشکلات بیشتری مواجه می سازد.

همچنین مشخص شدن جایگاه روش های نوین غربالگری نظیر NIPT (Non Invasive Prenatal Test) با استفاده از Cell Free DNA موضوع مهمی است که می بایست به طور جدی در برنامه غربالگری سندرم داون در نظر گرفته شود.

ادامه روند فعلی با افزایش تعداد محاسبات اشتباه ریسک و افزایش هزینه های مرتبط بدون نتایج مطلوب باعث صدمه به برنامه های غربالگری و اعتماد مردم به نظام سلامت و افزایش از دست رفتن جنین های سالم خواهد شد. به همین دلایل برنامه ریزی برای غربالگری سندرم داون به نحوی که برای هر یک از مشکلات مربوط به این غربالگری راه حل مناسبی مطرح شود، غیر قابل اجتناب خواهد بود.

بر اساس تجربیات اجرای غربالگری سندرم داون در دهه اخیر در کشور دستورالعمل اجرایی ساماندهی غربالگری سندرم داون با همکاری دفاتر و ادارات مرتبط در حوزه وزارت بهداشت و درمان با تاکید بر حل مسایل موجود تهیه و تنظیم شده است. اهم مسایلی که در این دستورالعمل برای رفع مشکلات موجود در غربالگری سندرم داون مورد توجه قرار گرفته اند شامل موارد زیر است:

۱- تاکید بر روش های صحیح آموزش و مشاوره به مادر باردار در خصوص تفهیم میزان خطر بروز سندرم داون برای مادر باردار با تاکید بر محور های اصلی زیر به نحوی که مادر بتواند آگاهانه در خصوص انجام یا انصراف از انجام غربالگری تصمیم گیری نماید:

- تاکید بر اختیاری بودن غربالگری سندرم داون
- تفهیم خطر بروز سندرم داون بر اساس سن مادر و تاکید بر کمتر بودن قابل توجه خطر در مادران با سن پایین تر (در اولین مراقبت بارداری)

- تفاوت مهم غربالگری با تشخیص قطعی و اینکه نتیجه مثبت در غربالگری به هیچ وجه نشان دهنده ابتلای جنین به سندرم داون نمی باشد و فقط احتمال ابتلا را مطرح می نماید.
- مخیر بودن مادر در درخواست یا انصراف از انجام غربالگری

۲- تعیین ضوابط همکاری و چگونگی ارتباط بین سطوح مختلف نظام سلامت از طریق تعریف ارجاع سازمان یافته و کاهش هزینه های غربالگری از این طریق

۳- کاهش موارد مثبت کاذب تا حد استانداردهای علمی مورد قبول و در نتیجه کاهش نیاز به آزمایشات پر هزینه شامل تشخیص ژنتیک (از طریق آمنیوسنتز) و یا NIPT با توجه جدی به استاندارد سازی فرآیندهای غربالگری شامل رادیولوژی، آزمایشگاه غربالگری تشخیص ژنتیک و ...

۴- پیشنهاد روش غربالگری با نقطه برش هزینه اثر بخش ۱/۲۵۰ به همراه محدود کردن استفاده از NIPT به منظور استفاده مقرون به صرفه از روش غربالگری با NIPT با توجه جدی به کاهش میزان از دست رفتن جنین سالم از این طریق به دلیل حساسیت این موضوع در نظام اعتقادی جامعه در جمهوری اسلامی ایران

۵- ایجاد نظام سازمان یافته جریان داده های مربوط به غربالگری به منظور داشتن نظام نظارت و پایش و اطلاع یافتن از اشکالاتی که منجر به افزایش غیر استاندارد موارد مثبت کاذب می شود به منظور اصلاح این اشکالات.

۶- تعیین روش غربالگری برای مادران متقاضی غربالگری در مناطقی که دسترسی به سونوگرافی NT استاندارد وجود ندارد.

۷- کاهش نیاز به آزمایشات بیوشیمیایی غربالگری سه ماهه دوم (با اختصاص آزمایشات سه ماهه دوم صرفاً برای مادرانی که پس از گذشت زمان غربالگری سه ماهه اول متقاضی انجام غربالگری هستند و مادرانی که دسترسی به سونوگرافی NT ندارند).

۸- در نظر گرفتن اندیکاسیون های علمی و اجرایی و در مورد استفاده از NIPT جهت جلوگیری از استفاده از این روش به صورت روش خط اول و یا استفاده از روش های غربالگری مرسوم و NIPT به طور همزمان و تحمیل هزینه هر دو روش به طور موازی

۹- هماهنگی با سازمان های پزشکی قانونی و نظام پزشکی در مورد دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان به عنوان مراجع مورد استفاده در برخورد های قانونی برای حمایت از ارائه دهنده خدمت در صورت اجرای دستورالعمل (جهت جلوگیری از استفاده ارائه دهندگان خدمت از پیشنهاد شیوه های متعدد و متنوع غربالگری و کاهش خدمات القایی به منظور کسب اطمینان از داشتن حمایت های قانونی در صورت بروز سندرم داون در مادر باردار (طب دفاعی) با هزینه جامعه و نظام سلامت)

۱۰- ارائه پیشنهاد جایگزینی پوشش بیمه آمنیوسنتز و کاریوتایپ با NIPT با محدود کردن انجام NIPT و مشروط کردن انجام تست تشخیص ژنتیک بر اساس دستورالعمل

بخش اول - اهداف و شرح اجرا

غربالگری سندرم داون با تاکید بر تفهیم خطر بروز سندرم داون بر اساس سن مادر و ارتباط معکوس سن مادر در هنگام بارداری با میزان احتمال بروز این اختلال و تاکید بر اختیاری بودن انتخاب غربالگری به مادر باردار پیشنهاد می شود.

اجرای این برنامه اهداف اختصاصی ذیل را تحقق خواهد بخشید:

- ۱- آموزش، آگاهی بخشی و اطمینان دادن به مادران در هر سنی از دوره باروری برای داشتن بارداری سالم و بی خطر
- ۲- حمایت از مادر باردار با رعایت اصل مختار بودن مادر باردار در تصمیم گیری در تمامی مرحله از غربالگری (از انتخاب دریافت خدمت غربالگری تا تصمیم گیری برای ختم یا ادامه بارداری در صورت ابتلا جنین به سندرم داون)
- ۳- تاکید بر استاندارد سازی برنامه در تمام فرایندهای غربالگری شامل کلینیک و پاراکلینیک از آموزش و مشاوره صحیح به مادر تا اقدامات تشخیصی و ...
- ۴- طراحی نظام پایش، ارزشیابی مستمر و اعلام نتایج و تصحیح مدیریت برنامه بر مبنای آن

استراتژی ها:

۱. آموزش گروه های هدف شامل زنان باردار
۲. غربالگری موارد پر خطر بروز سندرم داون
۳. تشخیص ژنتیک در جنین های در معرض خطر
۴. مشاوره ژنتیک زنان در معرض خطر داشتن فرزند مبتلا به سندروم داون
۵. مراقبت ژنتیک زنان در معرض خطر داشتن فرزند مبتلا به سندروم داون
۶. ارجاع بیماران به دنیا آمده و شناسایی شده در جریان برنامه به بیمارستان های منتخب سندرم داون در مرکز استان جهت دریافت خدمات استاندارد

شرح اجرای برنامه:

❖ سطح اول نظام سلامت:

الف- بهورز/مراقب سلامت:

بهورز/مراقب سلامت مادر باردار را برای شروع مراقبت بارداری به ماما در مرکز جامع سلامت روستایی/مراقب سلامت ماما ارجاع می دهد.

ب-مراقب سلامت ماما/ ماما در مرکز جامع سلامت روستایی:

ب-۱) آموزش و مشاوره

چنانچه ذکر شد اولین و مهم ترین اصل در غربالگری سندرم داون حمایت از مادر برای تصمیم گیری آگاهانه برای انجام غربالگری یا انصراف از آن در هر مرحله از غربالگری است. آموزش و مشاوره با مادر باردار در خصوص غربالگری سندرم داون می بایست در اولین مراجعه مادر باردار - در صورتی که بارداری با β HCG مثبت تأیید شده باشد- ارائه شود. این آموزش می بایست به نحوی باشد که ضمن احترام به استقلال و انتخاب فرد از طریق ارائه اطلاعات کامل، ساده و روان برای مخاطب، امکان تصمیم گیری آگاهانه را برای مادر باردار فراهم نماید.

محورهای اصلی آموزش و مشاوره شامل موارد زیر است:

- ۱- اختیاری بودن انجام غربالگری بر اساس انتخاب مادر و اطمینان بخشی به مادر جهت پاسخگویی به سوالات وی در هر مرحله
- ۲- تفهیم خطر بروز سندرم داون بر اساس سن مادر با **تاکید بر کمتر بودن قابل توجه خطر در مادران با سن پایین تر** (توضیح احتمال خطر برای مادر می بایست به نحوی باشد که به مادر تفهیم شود که منظور از این احتمال این است که در هر رده سنی تنها یک مورد نوزاد مبتلا به سندرم داون به ازاء چه تعداد تولد نوزاد سالم خواهد بود. به عنوان مثال در مادران با سن بیست سال به ازاء تولد حدود ۱۵۰۰ نوزاد سالم تنها یک مورد سندرم داون متولد می شود. این مساله در اطمینان بخشی به مادر برای کاهش نگرانی های آسیب زا و تنش های مربوط به نتایج غربالگری در طول بارداری و تشویق مادران برای اقدام برای بارداری های بعدی در سنین جوان تر بسیار حائز اهمیت می باشد).
- ۳- مراحل غربالگری، تفاوت مهم غربالگری با تشخیص قطعی و تاکید بر اینکه نتیجه مثبت در غربالگری به هیچ وجه نشان دهنده ابتلای جنین به سندرم داون نمی باشد و فقط احتمال ابتلا را مطرح می نماید.
- ۴- ارائه متن آموزشی تعیین شده به مادر برای مطالعه پس از آموزش می بایست تصمیم مادر در فرم رضایت نامه و سامانه های سلامت ثبت شود.

ج- پزشک تیم سلامت/پزشک خانواده:

در صورتی که مادر پس از آموزش و مشاوره صحیح انجام غربالگری را انتخاب کرده باشد، در اولین اقدام سن بارداری بر اساس LMP (در شرایطی که LMP قابل اطمینان باشد) یا سونوگرافی سه ماهه اول بارداری (در صورتی که قبلا به هر دلیلی انجام شده باشد) تعیین شده و غربالگری بر اساس سن بارداری با خطر سنجی به شرح زیر شروع می شود:

۱- سن بارداری ۱۱w تا ۱۳w+۶d:

حالت اول: غربالگری برای مادرانی که به سونوگرافی NT استاندارد دسترسی دارند:

در این شرایط روش انتخابی **Combined Test** خواهد بود. بنابراین سونوگرافی NT و آزمایشات بیوشیمیایی شامل **Free β hCG** و **PAPP-A** توسط پزشک درخواست و در فاصله ۱۱ تا ۱۳ هفته و شش روز بارداری انجام می شود.

انجام سونوگرافی NT بر آزمایشات بیوشیمی مقدم است:

- چنانچه $NT \geq 3/5$ mm یا نسبت اندازه NT به CRL بیش از ۹۹٪ (۹۹پرستایل) باشد، آزمایشات بیوشیمی انجام نشده و مادر می بایست توسط سونوگرافیست، برای مراجعه در اولین فرصت به پزشک ارجاع دهنده جهت انجام اقدامات لازم راهنمایی شود. این موارد می بایست توسط سونوگرافیست به رابط شهرستان محل سکونت مادر گزارش داده شوند. (این مادران می بایست توسط متخصص زنان برای انجام تشخیص ژنتیک ارجاع داده شوند).
- در مواردی که $NT < 3.5$ و نسبت اندازه NT به CRL بیشتر از ۹۵٪ (۹۵پرستایل) و کمتر از ۹۹٪ باشد، مادر غربالگری مثبت محسوب شده و می بایست توسط سونوگرافیست، برای مراجعه در اولین فرصت به پزشک ارجاع دهنده جهت انجام اقدامات لازم راهنمایی شود. (این موارد می بایست توسط سونوگرافیست به رابط شهرستان محل سکونت مادر گزارش داده شوند). (این مادران می بایست توسط متخصص زنان برای انجام NIPT ارجاع داده شوند).

- اگر $NT < 3/5 \text{ mm}$ و نسبت اندازه NT به CRL کمتر از ۰.۹۵ (۹۵٪ پرنسنتایل) باشد، بر اساس درخواست اولیه پزشک، مادر می بایست توسط سونوگرافیسیت برای انجام آزمایشات بیوشیمی غربالگری برای مراجعه به هنگام به آزمایشگاه تشخیص پزشکی راهنمایی شود. آزمایشات بهتر است طی همان روز (یا حداکثر روز بعد) انجام شوند. باید در نظر داشت که نمونه گیری آزمایشات بیوشیمی حداکثر می بایست تا ۱۳ هفته و ۶ روز بارداری صورت گیرد و انجام این آزمایشات پس از این زمان بی ارزش خواهد بود.

فاصله زمانی انجام NT و آزمایشات بیوشیمی می بایست توسط آزمایشگاه برای تعیین احتمال خطر مورد ملاحظه قرار گیرد.

در نهایت پزشک تیم سلامت/ پزشک خانواده می بایست بر اساس نتایج، مادر را بدین شرح راهنمایی نماید:

- در مواردی که نتیجه غربالگری منفی (خطر $> 1/250$) است، ادامه مراقبت های معمول بارداری صورت گیرد.
- در مواردی که نتیجه غربالگری مثبت (خطر $\leq 1/250$) است، مادر می بایست در اولین فرصت داده به متخصص زنان ارجاع شود.

*در مراجعه مادر پیش از ۱۱ هفتگی صدور درخواست پزشک برای آزمایشات و سونوگرافی NT چنانچه مادر در مورد زمان مناسب مراجعه برای انجام آن (در فاصله ۱۱ هفته تا ۱۳ هفته و ۶ روز) کاملاً توجیه شود بلا مانع است و نیاز به مراجعه مستقل بدین منظور در این فاصله زمانی نیست.

حالت دوم: غربالگری برای مادرانی که به سونوگرافی NT استاندارد دسترسی ندارند:

در این شرایط روش انتخابی **Serum Integrated** می باشد. یعنی اندازه گیری PAPP- A در ۱۱ هفته تا ۱۳ هفته و ۶ روز بارداری و اندازه گیری Quad Marker شامل hCG ، AFP ، $uE3$ و $Inhibin -A$ در ۱۴ هفته تا ۱۶ هفته و ۶ روز بارداری در همان آزمایشگاه و محاسبه احتمال خطر با استفاده از مجموع نتایج دو مرحله.

پزشک می بایست بر اساس نتیجه غربالگری مادر را راهنمایی نماید. در مواردی که نتیجه غربالگری منفی (خطر $> 1/250$) است می بایست ادامه مراقبت های معمول بارداری صورت گیرد و در مواردی که نتیجه غربالگری مثبت (خطر $\leq 1/250$) است مادر می بایست در اولین فرصت به متخصص زنان ارجاع داده شود.

*مادر می بایست در مورد کمتر بودن حساسیت این روش نسبت به روش **Combined Test** و موکول شدن زمان تعیین تکلیف تا سه ماهه دوم بارداری توجیه شود.

۲- سن بارداری ۱۴w تا ۱۶w+۶d:

در این موارد از **Quadruple Test** شامل hCG ، AFP ، $uE3$ و $Inhibin-A$ در ۱۴ هفته تا ۱۶ هفته و ۶ روز استفاده می شود. در مواردی که نتیجه غربالگری منفی (خطر $> 1/250$) است، می بایست ادامه مراقبت های معمول بارداری صورت گیرد و در مواردی که نتیجه غربالگری مثبت است (خطر $\leq 1/250$) مادر می بایست در اولین فرصت به متخصص زنان ارجاع داده شود.

۳- سن بارداری پس از ۱۷w:

چنانچه مادر در این زمان متقاضی انجام غربالگری باشد، مادر در اولین فرصت به متخصص زنان ارجاع داده شده و انجام غربالگری توسط متخصص زنان مدیریت می شود. (شرح مدیریت غربالگری این موارد در ذیل بند ج سطح دوم نظام سلامت - متخصص زنان - آورده شده است.)

*چنانچه اولین سطح مراجعه مادر ماما یا متخصص زنان (در مطب خصوصی یا درمانگاه های دولتی سطح ۲ نظام سلامت) باشد، وظایف مربوط به سطح اول نظام سلامت بر عهده ایشان خواهد بود.

❖ سطح دوم نظام سلامت:

الف- مراکز انجام سونوگرافی NT:

استاندارد های سونوگرافی NT در ضمیمه شماره ۲ این دستورالعمل آورده شده است.

- چنانچه $NT \geq 3/5 \text{ mm}$ یا نسبت اندازه NT به CRL بیش از ۹۹٪ (۹۹ پرستایل) باشد، آزمایشات بیوشیمی انجام نشده و مادر می بایست توسط سونوگرافیست، برای مراجعه در اولین فرصت به پزشک ارجاع دهنده جهت انجام اقدامات لازم راهنمایی شود. این موارد می بایست توسط سونوگرافیست به رابط شهرستان محل سکونت مادر گزارش داده شوند. (این مادران می بایست توسط متخصص زنان برای انجام تشخیص ژنتیک ارجاع داده شوند).
 - در مواردی که $NT < 3.5$ و نسبت اندازه NT به CRL بیش از ۹۵٪ (۹۵ پرستایل) و کمتر از ۹۹٪ باشد، مادر غربالگری مثبت محسوب شده و می بایست توسط سونوگرافیست، برای مراجعه در اولین فرصت به پزشک ارجاع دهنده جهت انجام اقدامات لازم راهنمایی شود. (این موارد می بایست توسط سونوگرافیست به رابط شهرستان محل سکونت مادر گزارش داده شوند). (این مادران می بایست توسط متخصص زنان برای انجام NIPT ارجاع داده شوند).
 - اگر $NT < 3/5 \text{ mm}$ و نسبت اندازه NT به CRL کمتر از ۹۵٪ (۹۵ پرستایل) باشد، بر اساس درخواست اولیه پزشک، مادر می بایست توسط سونوگرافیست برای انجام آزمایشات بیوشیمی غربالگری برای مراجعه به هنگام به آزمایشگاه تشخیص پزشکی راهنمایی شود. آزمایشات بهتر است طی همان روز (یا حداکثر روز بعد) انجام شوند. باید در نظر داشت که نمونه گیری آزمایشات بیوشیمی حداکثر می بایست تا ۱۳ هفته و ۶ روز بارداری صورت گیرد و انجام این آزمایشات پس از این زمان بی ارزش خواهد بود.
- ب- آزمایشگاه تشخیص طبی (غربالگری بیوشیمی):

استاندارد های آزمایشات بیوشیمی غربالگری در ضمیمه شماره ۱ این دستورالعمل آورده شده است.

آزمایشگاه تشخیص پزشکی موظف است موارد مثبت غربالگری را به صورت گزارش تلفنی فوری به رابط مرکز بهداشت شهرستان محل سکونت مادر اعلام نماید.

ج- متخصص زنان:

۱- مادرانی که به دلیل نتیجه مثبت غربالگری ارجاع داده شده اند:

در مواردی که نتیجه غربالگری مثبت (خطر $\leq 1/250$) است:

- چنانچه خطر محاسبه شده $\leq 1/10$ یا نسبت اندازه NT به CRL بیش از ۹۹٪ (۹۹ پرستایل) باشد مادر می بایست برای انجام آمنیوسنتز به منظور آزمایش تشخیص ژنتیک ارجاع داده شود.
- چنانچه خطر محاسبه شده $1/11$ تا $1/250$ یا نسبت اندازه NT به CRL بیش از ۹۵٪ (۹۵ پرستایل) و کمتر از ۹۹٪ باشد مادر می بایست برای انجام NIPT ارجاع داده شده و چنانچه نتیجه انجام NIPT مثبت باشد برای انجام آزمایش تشخیص ژنتیک ارجاع داده شود. توجه: در صورتی که PAPP-A کمتر از 0.26 MoM باشد NIPT انجام نشده و مادر می بایست برای نمونه گیری برای انجام تست تشخیص ژنتیک ارجاع داده شود.

مواردی که نتیجه NIPT مثبت است مشمول گزارش فوری تلفنی است و آزمایشگاه پذیرش کننده نمونه برای انجام NIPT موظف است این موارد را به رابط شهرستان محل سکونت مادر به صورت تلفنی و فوری گزارش دهد.

۲- مادرانی که متقاضی انجام غربالگری پس از ۱۷ هفتگی هستند:

در این مادران، غربالگری و محاسبه خطر با Quad Marker شامل AFP،hCG، uE3 و Inhibin -A انجام می‌گیرد. مادر باردار می‌بایست در خصوص محدودیت زمان توسط متخصص زنان توجیه شود. (با در نظر گرفتن زمان لازم در بهترین شرایط که شامل یک تا دو روز برای انجام غربالگری، در صورت مثبت بودن نتایج غربالگری یک تا دو روز برای انجام روش های سریع تشخیص ژنتیک و در صورت ابتلاء جنین، یک تا دو روز جهت انجام مراحل قانونی ختم بارداری حداکثر تا ۱۹ هفته -۱۸ هفته و ۶ روز-)

در صورتی که زمان کافی به شرح مذکور وجود دارد مادر برای غربالگری ارجاع داده شده و در مواردی که نتیجه غربالگری منفی ($1/250 >$ خطر) است ادامه مراقبت های معمول بارداری صورت می‌گیرد. در مواردی که نتیجه غربالگری مثبت است ($1/250 \leq$ خطر) مادر می‌بایست جهت درخواست انجام تشخیص ژنتیک در اولین فرصت ارجاع داده شود.

❖ علاوه بر مواردی که در مسیر معمول غربالگری نیاز به انجام NIPT دارند، در موارد زیر NIPT می تواند به عنوان روش خط اول برای غربالگری استفاده شود.

۱- در صورتی که مادر سابقه جنین یا فرزند مبتلا به سندرم داون دارد.

۲- در صورتی که سن مادر ۴۰ سال و بالاتر است، در صورت تقاضای مادر و بدون پوشش بیمه

در موارد فوق توجیه و آگاه سازی کامل مادر قبل و بعد از انجام NIPT الزامی است. از جمله موارد مهم در توضیحات اطلاع یافتن مادر از مدت زمان لازم تا تعیین تکلیف نهایی برای انجام هر تست، هزینه، مزایا و محدودیت های آن است.

❖ مواردی که تست NIPT نباید درخواست و انجام شود:

۱- بارداری چندقلویی باشد.

توجه: در دوقلوئی های دی کوریونی و در موارد no call در نتیجه NIPT، انجام NIPT می بایست بر اساس نظر پریناتالوژیست انجام شود.

۲- غربالگری آنومالی های کروموزومی غیر از ۱۳، ۱۸ و ۲۱

۳- در صورتی که PAPP-A کمتر از 0.26 MoM باشد.

۴- در مورد سابقه داشتن فرزند مبتلا به سندرم داون چنانچه بر اساس نظر پزشک مشاوره ژنتیک، مادر دارای فرزند مبتلا به سندرم داون به دلیل ترانسلوکاسیون است، NIPT انجام نشده و مادر می‌بایست برای نمونه گیری برای انجام تست تشخیص ژنتیک ارجاع داده شود.

۵- چنانچه نتیجه غربالگری مثبت است و برای تشخیص پیش از تولد سایر بیماری های ارثی نیاز به انجام آمنیوسنتز یا CVS وجود دارد.

توجه: بر اساس استانداردهای NIPT (ضمیمه ۳) انجام سونوگرافی NT در همه موارد پیش از انجام NIPT الزامی است.

سایر نکات:

- ۱- در صورتی که در مادر سابقه جنین/ فرزند ناهنجان یا اختلال ژنتیکی از جمله سندرم داون داشته باشد از ابتدا به متخصص زنان ارجاع داده می شود.
- ۲- در دو قلوبی معیارهای غربالگری، با بارداری تک قلوبی یکسان می باشد ولی در بارداری های بیش از دو قلوبی، معیار غربالگری فقط بر اساس NT است.
- ۳- در مورد تریزومی های ۱۳ و ۱۸ نیز نقطه برش (Cut Off) غربالگری مشابه سندرم داون است و چنانچه در غربالگری احتمال این اختلالات کروموزومی مثبت گزارش شود، مادر می بایست به پریناتالوژیست ارجاع داده شود.
- ۴- زمان های انتخاب شده برای هر یک از مراحل غربالگری در این دستورالعمل، با توجه به قوانین موجود در مورد زمان سقط انتخابی جنین در جمهوری اسلامی ایران، تعیین شده است و لازم الاجرا است.
- ۵- در صورتی که تصمیم زن باردار، ادامه بارداری و تولد نوزاد مبتلا به سندرم داون باشد، با توجه به مشکلات سلامتی نوزادان مبتلا به سندرم داون، بایستی انتخاب یک مرکز تخصصی سطح ۳ برای زایمان توسط متخصص زنان به وی توصیه شود تا زایمان ایمن و سلامت به انجام رسد.
- ۶- مرکز بیمارستانی سطح ۳ باید به عنوان بیمارستان منتخب توسط دانشگاه علوم پزشکی معرفی شود تا کودکانی که به هر دلیل با سندروم داون متولد می شوند به این بیمارستان ارجاع و در آن ثبت نام شده و خدمات درمانی استاندارد و لازم را به طور دوره ای دریافت دارند. ملاحظات و استاندارد های عمومی این نوع بیمارستان ها در دستورالعمل ژنتیک اجتماعی آمده است.
- ۷- آزمایشگاه در گزارش دهی می بایست بر اساس استانداردهای آزمایشگاه مرجع سلامت اقدام نموده از توصیه و پیشنهاد خارج از محدوده استاندارد به شدت پرهیز نماید. از جمله اینکه نتیجه غربالگری می بایست به صورت غربالگری مثبت یا غربالگری منفی (بر حسب ریسک محاسبه شده و نقطه برش، به جای دسته بندی به صورت کم خطر، با خطر متوسط و پرخطر) اعلام شود. همچنین پارامترها و اعداد مربوطه بر اساس جوابدهی استاندارد نیز در همان برگه گزارش باید اعلام شود تا در صورت ضرورت مورد استفاده پزشک معالج قرار گیرد.

❖ سطح سوم نظام سلامت:

الف- آزمایشگاه انجام دهنده NIPT:

استانداردهای انجام NIPT به طور کامل در ضمیمه ۳ دستورالعمل آورده شده است. موارد مثبت غربالگری با NIPT می بایست طی گزارش فوری تلفنی از آزمایشگاه پذیرش کننده نمونه به رابط شهرستان محل سکونت مادر گزارش شود.

ب- تشخیص ژنتیک:

استاندارد های تشخیص ژنتیک در ضمیمه ۳ این دستورالعمل آورده شده است.

در مواردی که نتیجه غربالگری با NIPT مثبت باشد، می بایست برای تأیید یا رد ابتلای جنین از روش های تشخیص ژنتیک بر اساس این دستورالعمل و دستورالعمل تشخیص ژنتیک بیماری و استاندارد های مربوطه استفاده کرد. روش انتخابی تشخیص ژنتیک در این برنامه کاریوتایپ مایع آمنیون می باشد ولی چنانچه اندیکاسیون انجام CVS وجود داشته باشد روش تشخیص ژنتیک کاریوتایپ بر روی نمونه بدست آمده از CVS خواهد بود.

به طور کلی انجام کاریوتایپ CVS نسبت به کاریوتایپ آمنیوسنتز مشکلات فنی بیشتری دارد، از کیفیت و دقت کمتری برخوردار بوده، به علاوه با خطر موزایسیسم محدود به جفت (که در بسیاری از موارد منجر به نیاز به نمونه گیری مجدد آمنیوسنتز می شود) و خطر بیشتر آلودگی با سلولهای مادری همراه است. بنابراین در حال حاضر انجام کاریوتایپ آمنیوسنتز نسبت به کاریوتایپ CVS در این برنامه ارجح است. انجام کاریوتایپ CVS

در صورت وجود متخصص نمونه گیر ماهر و با تجربه و در شرایط خاص مانند نیاز به بررسی تشخیص پیش از تولد بیماری های تک ژنی (نظیر تالاسمی، دوشن، هموفیلی و ...) بلامانع است.

چنانچه سن بارداری ۱۷ هفته تا ۱۸ هفته و ۱ روز باشد، از روش های سریع تشخیص ژنتیک شامل QF-PCR بر روی مایع آمنیون استفاده می شود. در صورتی که نتیجه تشخیص ابتلا جنین به اختلال کروموزومی بیماریزا باشد، می بایست نتیجه با یک روش سریع دیگر تشخیص ژنتیک نظیر FISH یا MLPA تأیید شود. (الگوریتم ۲)

چنانچه بر اساس نتیجه آزمایش تشخیص ژنتیک، اختلال کروموزومی بیماریزا در جنین، وجود نداشته باشد می بایست مراقبت های معمول بارداری ادامه یابد.

آزمایشگاه تشخیص ژنتیک موظف است در صورت ابتلای جنین به اختلال کروموزومی بیماریزا، طی گزارش تلفنی فوری نتیجه را به رابط برنامه در شهرستان محل سکونت و متخصص زنان ارجاع دهنده گزارش دهد.

همچنین آزمایشگاه تشخیص ژنتیک موظف است ضرورت مراجعه در اولین فرصت به پزشک معالج را (بدون مطلع نمودن مادر از نتیجه تشخیص ژنتیک) به مادر اطلاع دهد تا مادر با دریافت خبر ناگوار در شرایط نامناسب و بدون آمادگی دچار آسیب نشود.

❖ مدیریت برنامه در موارد مثبت غربالگری یا مثبت تشخیص ژنتیک:

در ستاد معاونت بهداشت دانشگاه ها سامان دهی امور مربوط به ارائه خدمت غربالگری مادران باردار ، بر عهده گروه سلامت جمعیت و خانواده و امور مربوط به تشخیص ژنتیک مشاوره ژنتیک، و مراقبت ژنتیک بر عهده گروه مبارزه با بیماری ها می باشد.

رابط شهرستان یک نفر از نیروهای ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستان مربوطه از زیر مجموعه واحد مبارزه با بیماری ها یا واحد سلامت جمعیت و خانواده (به انتخاب رئیس شبکه) می باشد. که به ستاد معاونت بهداشت دانشگاه مربوطه معرفی شده و از این طریق به ذینفعان معرفی می شود.

مطابق مطالب پیش گفت مورد مثبت غربالگری و تشخیص ژنتیک مبتلا به سندرم داون توسط مرکز پاراکلینیک مربوطه به رابط شهرستان محل سکونت مادر به صورت تلفنی فوری گزارش داده می شود:

رعایت اصول محرمانه بودن اسرار پزشکی در همه موارد گزارش و پیگیری الزامی است.

۱- در موارد مثبت غربالگری: رابط شهرستان می بایست نتیجه غربالگری را به ماما/ مراقب سلامت مامای مرکز خدمات جامع سلامت محل سکونت مادر گزارش دهد. از این پس واحد بهداشتی محل سکونت، می بایست مادر را تحت مراقبت و پیگیری فعال برای ارجاع مادر در اولین فرصت به متخصص زنان (بدون مطلع نمودن مادر از نتیجه غربالگری و فقط تاکید بر لزوم مراجعه به پزشک در اولین فرصت) تا حصول نتیجه بر اساس تصمیم مادر قرار دهد.

۲- در مواردی که نتیجه تشخیص ژنتیک ابتلا جنین به سندرم داون (یا هر اختلال کروموزومی بیماریزا) است: رابط شهرستان، ماما/ مراقب سلامت مامای مرکز خدمات جامع سلامت محل سکونت، مادر را در جریان نتیجه تشخیص ژنتیک قرار داده و واحد بهداشتی مربوطه می بایست مادر را تحت مراقبت و پیگیری فعال برای ارجاع مادر در اولین فرصت به متخصص زنان (بدون مطلع نمودن مادر از نتیجه غربالگری و فقط تاکید بر لزوم مراجعه به پزشک در اولین فرصت) تا حصول نتیجه بر اساس تصمیم مادر قرار دهد. در این شرایط انجام هماهنگی با کارشناس مادر پرخطر

(رابط مادر پر خطر) واحد بهداشتی مربوطه جهت انجام اقدامات لازم جهت تسریع در روند پیگیری ها و هماهنگی با متخصص زنان/ پریناتالوژیست مرتبط الزامی است.

مادر می‌بایست توسط متخصص زنان از نتیجه غربالگری و تشخیص ژنتیک و شرایط ختم بارداری با رعایت تمام موازین انتقال خبر ناگوار و شرایط و روحیه مادر آگاه شود. همچنین حمایت از مادر برای تصمیم گیری و کاهش عوارض تصمیمی که در نهایت می‌گیرد (شامل ختم یا ادامه بارداری) می‌بایست در سطح ۱ نظام سلامت پیگیری و اقدامات لازم انجام و مدیریت شود. مادر در این شرایط نیاز به حمایت ویژه و ارجاع به روانشناس مسلط و متبحر بالینی برای کاهش آسیب و اقدامات حمایتی مستمر تا رفع آثار و عوارض احتمالی خبر ناگوار، سقط انتخابی و ... دارد. این حمایت ها باید در قالب شاخص های اصلی مدیریت دایما توسط مدیریت بیماری پایش و ارزشیابی و مبتنی بر اطلاعات میدانی ارتقا یابد و بهینه شود.

زمانی که جنین مبتلا به اختلال ژنتیکی شامل اختلالات کروموزومی بیماری زا تشخیص داده می‌شود سوالات و نگرانی‌های متعددی برای والدین مطرح می‌گردد که بر تصمیم گیری آنها در خصوص این بارداری و تصمیم گیری برای بارداری های بعدی تاثیر گذار خواهد بود. بنابراین انجام مشاوره ژنتیک در همه مادرانی که سابقه ابتلا جنین به این اختلالات را دارند ضروری است، مشاوره ژنتیک بر اساس شرایط می‌تواند قبل و یا بعد از سقط و لزوما قبل از بارداری بعدی با رعایت شرایط گفته شده انجام شود. بهتر است ارجاع به مشاوره ژنتیک پس از متعادل شدن شرایط روحی مادر و خانواده با استفاده از جلسات مشاوره با کارشناسان سلامت روان انجام شود.

در شرایطی که مادر با وجود آگاهی از ابتلای جنین به اختلال ژنتیکی تصمیم بر ادامه روند بارداری دارد، مشاوره ژنتیک می‌بایست تا پیش از پایان یافتن مهلت قانونی سقط در قالب ارجاع در اولین فرصت صورت پذیرد.

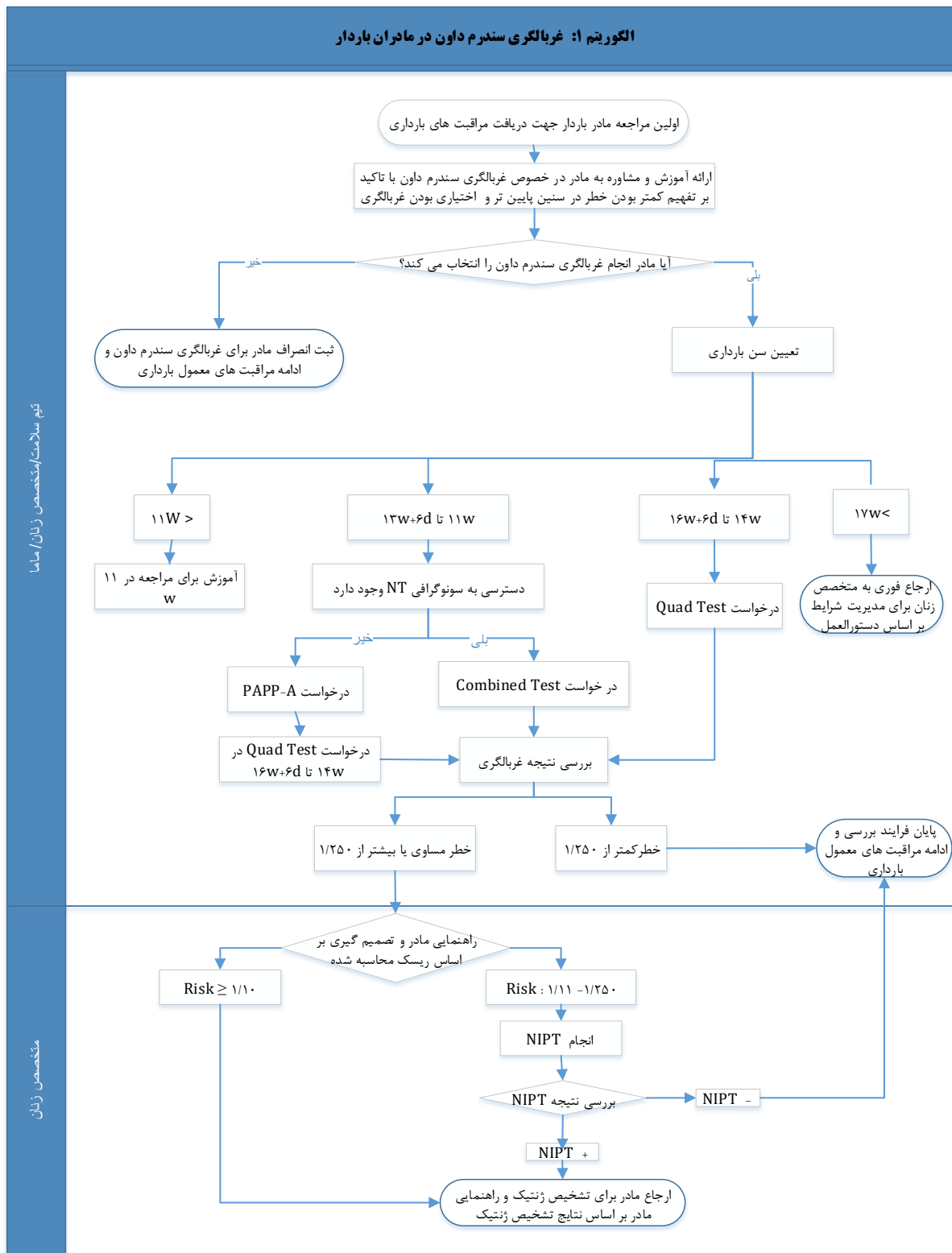
مطابق با برنامه ژنتیک اجتماعی در شرایطی که در تشخیص ژنتیک جنین مبتلا به اختلال کروموزومی بیماریزا گزارش می‌شود و بارداری به هر دلیلی تا تولد نوزاد ادامه می‌یابد، پیگیری تا تولد نوزاد ادامه یافته و نتیجه بارداری در صورت ابتلای نوزاد در قالب فرم بررسی بروز اپیدمیولوژیک و در صورت سالم بودن به عنوان خطای آزمایشگاه ژنتیک به ستاد معاونت بهداشت دانشگاه گزارش شود.

ب- بیمارستان منتخب:

این بیمارستان توسط معاونت درمان از بین بیمارستان های فوق تخصصی اطفال استان انتخاب و معرفی می‌شود تا موارد متولد شده سندرم داون (به هر دلیل) جهت دریافت خدمات بالینی متمرکز استاندارد به آن ارجاع داده شوند.

الگوریتم های دستورالعمل

الگوریتم ۱: غربالگری سندرم داون در مادران باردار



تیم سلامت/متخصص زنان/ماما

متخصص زنان

