

افزایش شانس بارداری در مبتلایان به آندومتريوز با روش نوین دانشگاهی

7 مهر 1405

آندومتريوز یکی از بیماری‌های مزمن و التهابی است که در آن بافتی شبیه پوشش داخلی رحم در خارج از رحم رشد می‌کند و می‌تواند با اختلال در باروری همراه باشد. در برخی زنان مبتلا به این بیماری، تخمدان‌ها حتی پس از تحریک هورمونی نیز تعداد محدودی تخمک تولید می‌کنند که از آن با عنوان «پاسخ‌دهی ضعیف تخمدان» یاد می‌شود.

در درمان ناباروری به روش تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم (ICSI) یک اسپرم به‌طور مستقیم داخل تخمک تزریق می‌شود؛ از این رو تعداد تخمک‌های بالغ و کیفیت آنها می‌تواند بر تشکیل رویان و روند درمان اثرگذار باشد. برای تکمیل بلوغ تخمک پیش از برداشت، معمولاً از هورمون گنادوتروپین جفتی انسانی یا hCG استفاده می‌شود. در روش دیگری موسوم به «تحریک دوگانه» (Dual Trigger) علاوه بر hCG از آگونیست هورمون آزادکننده گنادوتروپین (GnRH agonist) نیز استفاده می‌شود. این ترکیب با تحریک ترشح هورمون‌هایی مانند LH و FSH با هدف شبیه‌سازی بهتر روند طبیعی بلوغ نهایی تخمک به کار می‌رود.

با وجود مطالعات پیشین درباره این روش، اثربخشی تحریک دوگانه در زنانی که همزمان به آندومتريوز و پاسخ‌دهی ضعیف تخمدان مبتلا هستند، به‌طور مشخص روشن نبود. از این رو، پژوهشگران دانشگاه علوم پزشکی تهران یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده و دوسوکور را در بیمارستان یاس این دانشگاه انجام دادند.

در این مطالعه ۱۵۲ زن مبتلا به آندومتريوز و پاسخ‌دهی ضعیف تخمدان شرکت کردند و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. ۷۶ زن در گروه نخست، ۲۵۰ میکروگرم hCG نوترکیب به همراه دارونما دریافت کردند و در گروه دوم نیز ۷۶ زن، ۲۵۰ میکروگرم hCG نوترکیب به همراه ۰.۲ میلی‌گرم آگونیست GnRH دریافت کردند. پس از تحریک تخمدان‌ها و رسیدن فولیکول پیشرو به اندازه مناسب، داروهای مورد نظر برای بلوغ نهایی تخمک تجویز شد و حدود ۳۴ ساعت بعد، تخمک‌ها برداشت شدند. لقاح نیز با روش ICSI انجام گرفت. رویان‌های تشکیل‌شده منجمد و انتقال آنها در چرخه بعدی انجام شد.

پژوهشگران تعداد تخمک‌های بالغ، کیفیت رویان‌ها و میزان بارداری را در دو گروه مورد مقایسه قرار دادند. از میان ۱۵۲ شرکت‌کننده، ۱۲۸ نفر به مرحله انتقال رویان رسیدند که ۶۵ نفر در گروه دریافت‌کننده hCG به‌تنهایی و ۶۳ نفر در گروه تحریک دوگانه قرار داشتند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، میانگین تعداد تخمک‌های بالغ در مرحله متافاز دوم (MII) در گروه دریافت‌کننده hCG به‌تنهایی ۴.۱۴ تخمک به ازای هر چرخه بود، در حالی که این میزان در گروه تحریک دوگانه به ۶.۵۳ تخمک

رسید. به این ترتیب، به‌طور میانگین حدود ۲.۴ تخمک بالغ بیشتر در گروه تحریک دوگانه به دست آمد و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود.

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه به میزان بارداری بالینی مربوط بود. پس از انتقال رویان، ۳۸.۱ درصد زنان در گروه تحریک دوگانه به بارداری بالینی رسیدند، در حالی که این میزان در گروه دریافت‌کننده hCG به‌تنهایی ۱۰.۸ درصد بود. در گروه تحریک دوگانه ۲۴ نفر از ۶۳ زن و در گروه hCG به‌تنهایی ۷ نفر از ۶۵ زن بارداری بالینی داشتند.



میزان بارداری شیمیایی نیز در گروه تحریک دوگانه بیشتر گزارش شد و به ۳۸.۱ درصد در برابر ۱۵.۴ درصد در گروه hCG به‌تنهایی رسید. بارداری شیمیایی با مثبت شدن آزمایش هورمون بارداری یا بتا-hCG مشخص می‌شود، در حالی که بارداری بالینی معمولاً با مشاهده شواهد بارداری در سونوگرافی تأیید می‌شود.

پژوهشگران علاوه بر تعداد تخمک‌ها، کیفیت رویان‌های تشکیل‌شده را نیز بررسی کردند. میانگین تعداد رویان‌های درجه A که بالاترین کیفیت مورفولوژیک را داشتند، در گروه تحریک دوگانه ۰.۶۶ و در گروه hCG به‌تنهایی ۰.۳۷ بود. در مقابل، میانگین تعداد رویان‌های درجه C در گروه تحریک دوگانه ۰.۱۰ و در گروه hCG به‌تنهایی ۰.۸۴ گزارش شد.

همچنین تعداد تخمک‌های لقاح‌یافته و رویان‌های منجمدشده در گروه تحریک دوگانه بیشتر بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد تفاوت مشاهده‌شده میان دو گروه تنها به تعداد تخمک‌های برداشت‌شده محدود نبوده و برخی شاخص‌های آزمایشگاهی مربوط به کیفیت رویان نیز در گروه دریافت‌کننده تحریک دوگانه متفاوت بوده است. با این حال، پژوهشگران تأکید کرده‌اند که نمی‌توان بر اساس این مطالعه درباره افزایش احتمال تولد نوزاد زنده نتیجه‌گیری کرد؛ چرا که میزان تولد نوزاد زنده (Live Birth Rate) در این پژوهش بررسی یا گزارش نشده است و بارداری بالینی لزوماً به تولد نوزاد زنده منجر نمی‌شود. همچنین میزان سقط خودبه‌خودی میان دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت و تعداد موارد

بارداری خارج رحمی نیز برای نتیجه‌گیری قطعی درباره این پیامد کافی نبود.

از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام مطالعه در یک مرکز و تعداد نسبتاً محدود شرکت‌کنندگان اشاره کرد. همچنین شدت آندومتریوز و سابقه جراحی‌های قبلی می‌تواند بر پاسخ تخمدان‌ها تأثیرگذار باشد. بر اساس یافته‌های این کارآزمایی، افزودن آگونیست GnRH به hCG برای بلوغ نهایی تخمک‌ها در زنان مبتلا به آندومتریوز و پاسخ‌دهی ضعیف تخمدان که تحت درمان ICSI قرار می‌گیرند، با افزایش تعداد تخمک‌های بالغ، بهبود برخی شاخص‌های کیفیت رویان و افزایش بارداری بالینی همراه بوده است؛ با این حال، برای مشخص شدن تأثیر این روش بر میزان تولد نوزاد زنده و تعیین بیمارانی که بیشترین سود را از آن می‌برند، انجام مطالعات بزرگ‌تر و چندمرکزی ضروری است.

این یافته‌ها به معنای تضمین بارداری یا ضرورت استفاده از تحریک دوگانه برای همه زنان مبتلا به آندومتریوز نیست و انتخاب روش تحریک تخمدان باید با توجه به شرایط هر بیمار و نظر متخصص درمان ناباروری انجام شود.