

تاثیر دگزامتازون بر پاسخدهی تخمدان در زنان نابارور بالای ۳۵ سال تحت درمان

سیکل‌های IVF/ICSI

مهناز اشرفی^۱، فاطمه زعفرانی^۲ (B.Sc.)، انسیه شاهرخ تهرانی نژاد^۳ (M.D.)^۴، منیر اوج^۱ (M.D.)، احمد رضا باغستانی^۵ (M.Sc.)، الهام امیرچقماقی^۶ (M.D.)

- ۱- عضو تیم تخصصی، گروه آندوکرینولوژی و ناباروری زنان، پژوهشکده رویان، تهران، ایران.
- ۲- استادیار، گروه زنان و زایمان، بیمارستان شهیداکبرآبادی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، تهران، ایران.
- ۳- کارشناس مامایی، عضوگروه آندوکرینولوژی و ناباروری زنان، پژوهشکده رویان، تهران، ایران.
- ۴- استادیار، بخش زنان و زایمان، بیمارستان امام خمینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۵- کارشناس ارشد آمار حیاتی، عضوگروه اپیدمیولوژی، پژوهشکده رویان، تهران، ایران.
- ۶- پزشک عمومی، گروه آندوکرینولوژی و ناباروری زنان، پژوهشکده رویان، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: پاسخدهی ضعیف تخمدان به داروهای گنادوتروپین تزریقی، در ۲۶-۹٪ سیکل‌های ART اتفاق می‌افتد. با شروع پیروی تخمدان، ذخیره تخمدان کاهش می‌یابد که عامل مهمی در کاهش پاسخ تخمدان به گنادوتروپینها می‌باشد؛ ولی گزارش‌های متعددی در مورد روش‌های احتمالی دیگر مؤثر در عملکرد گنادوتروپینها در تخمدان، نظیر استفاده از انواع گنادوتروپینها با دوز بالا، درمان توأم با هورمون رشد و گلوکوکورتیکوئیدها وجود دارد. در این مطالعه نقش دگزامتازون، به عنوان یکی از فاکتورهای مؤثر بر پاسخ تخمدانی، در بیماران نابارور مراجعه کننده به پژوهشکده رویان با سن بیش از ۳۵ سال، در مقایسه با گروه کنترل بررسی گردید.

مواد و روشها: در این کارآزمایی بالینی، ۷۲ خانم نابارور مراجعه‌کننده به پژوهشکده رویان با سن بیش از ۳۵ سال و تحت درمان با سیکل‌های IVF/ICSI، انتخاب و به دو گروه شامل ۳۶ خانم تقسیم شدند. در ابتدا در هر دو گروه FSH، LH، استرادیول، تستوسترون توتال، پرولاکتین و هورمون‌های تیروئیدی در روز سوم قاعدگی اندازه‌گیری شد. پروتکل طولانی مدت آگونیست GnRH، از روز ۲۱ سیکل شروع شد. همزمان با شروع آگونیست GnRH، به شیوه سه سوکور به یک گروه دوقرص دگزامتازون و به گروه دیگر ۲ عدد پلاسبو داده شد. پس از طی دو هفته و اطمینان از حصول سرکوب هیپوفیز، تحریک از روز دوم قاعدگی با روزی سه عدد آمپول HMG شروع شد که بر حسب نیاز بیمار، دوز دارو تغییر می‌یافت. بعد از رشد حداقل سه فولیکول با اندازه بیش از ۱۸mm و اندازه‌گیری استرادیول سرم، میزان ۱۰۰۰۰ IU هورمون HCG به صورت عضلانی تزریق شد. دریافت اووسیت ۳۶-۳۸ ساعت بعد از تزریق HCG و تحت سونوگرافی واژینال انجام شد و بعد از ۴۸ ساعت، جنین‌های حاصل از باروری تخمک‌ها به روش IVF/ICSI، به داخل رحم انتقال یافتند. تعداد اووسیت‌های بدست آمده، تعداد جنین‌های حاصل و منتقل شده، تعداد آمپول‌های مصرفی HMG، غلظت استرادیول سرم در روز تزریق HCG و میزان حاملگی در دو گروه مقایسه شد. به منظور ورود اطلاعات از نرم افزار SPSS (11.5) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری T-test و χ^2 استفاده شد و $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری آماری تعریف شد.

نتایج: بین دو گروه از نظر سن، مدت ناباروری، نمایه توده بدنی و آزمایشات هورمونی، متوسط تعداد اووسیت به‌دست آمده، درصد جنین‌های تشکیل شده و منتقل شده اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت؛ اما تفاوت تعداد آمپول‌های HMG مصرفی (۳۹/۱۳±۲۰ عدد) در گروه دگزامتازون در مقابل گروه پلاسبو (۳۴/۱۸±۴۱/۶ عدد) از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.05$).

بحث: اگرچه در تعداد اووسیت حاصل و بارور شده بین دو گروه دگزامتازون و پلاسبو تفاوت معنی‌داری وجود نداشت اما تعداد آمپول‌های مصرفی HMG در گروه تحت درمان با دگزامتازون به گونه معنی‌داری کمتر از گروه پلاسبو بود که می‌تواند موید نقش دگزامتازون در افزایش پاسخگویی بافت تخمدانی به گنادوتروپینها باشد. لذا در بیماران بالای ۳۵ سال که احتمال پاسخ ضعیف تخمدانی وجود دارد، علاوه بر پروتکل استاندارد، به کارگیری دگزامتازون به عنوان درمان ضمیمه‌ای توصیه می‌شود.

کل واژگان: دگزامتازون، پاسخدهی تخمدان، پلاسبو، روش‌های کمک باروری، و گنادوتروپینها.

آدرس مکاتبه: دکتر مهناز اشرفی، گروه آندوکرینولوژی و ناباروری زنان، پژوهشکده رویان، پلاک ۳۶، کوچه سیمین، چهار راه آصف، زعفرانیه، صندوق پستی: ۴۶۴۴-۱۹۳۹۵، تهران، ایران.

پست الکترونیک: Info@royaninstitute.org