

مقایسه اثر پروژسترون عضلانی با شیاف پروژسترون به منظور حمایت فاز لوتئال در سیکل‌های ART

چکیده

زمینه و هدف: پروژسترون مترشحه از تخمدان تا هفته هفتم حاملگی برای حفظ بارداری لازم است. در سیکل‌های با روش‌های کمک باروری تجویز آگونیست‌های GnRH و همچنین برداشت اووسیت و سلول‌های گرانولوزای همراه آن باعث نارسایی جسم زرد می‌شود و پروژسترون مترشحه از تخمدان کافی برای حفاظت حاملگی نخواهد بود. امروزه بهترین راه حمایت فازلوتئال تجویز پروژسترون است. این مطالعه به منظور بررسی و مقایسه اثرات فرم تزریقی و شیاف پروژسترون برای حفاظت حاملگی انجام شد.

روش بررسی: مطالعه مقطعی آینده‌نگر روی ۱۹۲ بیمار که در بیمارستان منتصریه مشهد تحت درمان IVF (Invitro fertilization) و یا ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) قرار گرفته‌اند، صورت گرفته است. به ۱۳۸ بیمار برای حمایت جسم زرد و حاملگی آمپول پروژسترون و به ۵۴ نفر شیاف پروژسترون تجویز شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کای اسکوئر و تی استودنت این دو گروه از نظر درصد مثبت شدن تست حاملگی، سقط با تولد نوزاد زنده مقایسه شدند.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای سن، عامل نازایی، تعداد آمپول HMG تجویز شده، میزان FSH، تعداد اووسیت، گرید و تعداد آمبریوی ترانسفر شده همگن بودند. به طور اتفاقی بعد از تجویز HCG تا پایان هفته هفتم حاملگی به ۱۳۸ نفر آمپول پروژسترون ۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز و به ۵۴ نفر شیاف پروژسترون ۴۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز تجویز شد. میزان مثبت شدن تست حاملگی، حاملگی منجر به سقط، حاملگی منجر به تولد جنین زنده در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج درمان با پروژسترون تزریقی و یا شیاف واژینال پروژسترون به منظور کمک به حفظ و ادامه موفقیت‌آمیز حاملگی در سیکل‌های به دنبال IVF و یا ICSI یکسان است و می‌توان نوع فرآورده را برحسب مورد انتخاب کرد. از نظر اقتصادی آمپول پروژسترون توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: حمایت جسم زرد - ICSI - IVF - پروژسترون تزریقی - شیاف پروژسترون

دکتر سیما کدخدایان
دانشیار گروه زنان و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر فاطمه وحید رودسری
دانشیار گروه زنان و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نویسنده مسئول: دکتر سیما کدخدایان

پست الکترونیکی: smiakad@yahoo.com

نشانی: مشهد، بیمارستان قائم (عج)، دفتر گروه زنان و مامایی

تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۰۶۰۱۴ داخلی ۲۴۷۷

نمابر: ۷۶۲۳۳۴۳

وصول مقاله: ۸۳/۱۲/۵

اصلاح نهایی: ۸۴/۱۰/۷

پذیرش مقاله: ۸۴/۱۰/۱۷

مقدمه

در یک فازلوتئال طبیعی در زن غیرحامله استرادیول و پروژسترون حدود ۴ روز بعد از تخمک‌گذاری به حداکثر می‌رسد و این سطح تا حدود یک هفته ادامه می‌یابد و چند روز قبل از خونریزی ماهانه افت می‌کند. در طی بارداری نرمال تکمیل شیفت تولیدات استروئیدی گناداز تخمدان به جفت تا حدود هفته هفتم بارداری است. بنابراین در طی حاملگی طبیعی تا هفته هفتم حاملگی تولیدات استروئیدی گناد برای حفظ حاملگی کاملاً ضروری است و برداشتن جسم زرد حاملگی قبل از هفته هفتم منجر به سقط می‌شود (۱و۲).

برداشت اووسیت و سلول‌های گرانولوزاری همراه آن در طی سیکل‌های همراه با روش‌های کمک باروری (ART) (Artificial Reproductive Techniques) در عملکرد جسم زرد اثر منفی دارد و باعث افزایش احتمال نارسایی جسم زرد، کاهش پروژسترون مترشحه از جسم زرد و سقط ماحصل حاملگی می‌گردد (۳و۴). در سیکل‌هایی که تلاش برای حاملگی به کمک روش‌های کمک باروری از جمله IVF و ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) انجام شده است، استفاده از آگونیست‌های GNRH معمول است و جزء

پروتکل‌های اصلی در ART است. این گروه مواد باعث تنظیم کاهشی هیپوفیز و ساپرس طولانی مدت LH و نارسایی فاز ترشحی شده و در صورت عدم حمایت فاز لوتئال در سیکل‌های IVF میزان تولد زنده کاهش می‌یابد (۴و۱۰ درصد در مقابل ۳/۲۶ درصد) (۱و۲). در مورد لزوم حمایت فازلوتئال در شخصی که GNRH آنالوگ آگزوزن گرفته است و با گونادوتروپین درمان شده است، اختلاف نظر وجود ندارد به این منظور HCG می‌تواند خیلی مفید باشد، چون جسم زرد را تحریک می‌کند و سطح استروژن و پروژسترون را بالا می‌برد. همچنین عوامل دیگری را که در تسهیل لانه‌گزینی مفید است، تقویت می‌کند ولی در مطالعات HCG ریسک هیپراستیمولیشن را بالا می‌برد و اثر آن بیشتر از تجویز پروژسترون که این ریسک را ندارد نمی‌باشد (۵و۲).

در مورد نوع پروژسترون به منظور حفاظت فاز لوتئال مطالعات مختلف انجام شده است و از انواع پروژسترون به این منظور استفاده می‌شود که شامل:

الف) پروژسترون میکرونیزه خوراکی (۸۰۰-۳۰۰ میلی‌گرم در روز) از مزایای این روش تجویز آسان است ولی سریعاً توسط کبد متابولیزه می‌شود و میزان جذب آن در افراد