

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

سخنی با همکاران

در شماره روز دوشنبه مورخ ۷۸/۹/۱۴ صفحه اول روزنامه عصر آزادگان خبری پیرامون ((اهداء تخمک)) مبنی بر اینکه ((اهدای تخمک جایگاه شرعی و قانونی خود را پیدا کرده است و یک خانم به شرط آنکه محرم نشود، می تواند تخمک خود را به همسر آن مرد اهدا نماید)) به چاپ رسیده است. پژوهشگره ابن سینا که خود ماههاست دغدغه مسائلی از این دست داشته

تصمیم نهایی در مسئله اهداء تخمک و جنین برعهده مجلس شورای اسلامی بوده و مادامیکه آن نهاد محترم بطور قاطع تکلیف امور را روشن نسازد، سخن از تعیین جایگاه قانونی - شرعی مسائل مزبور در حد انتظار است و نه حاکی از واقعیت موجود

حقوقی شایسته برای بررسی و تنظیم روابط اصولی دست اندرکاران مربوطه در امر بکارگیری تکنیکهای نوین باروری بویژه اهدا تخمک و جنین میباشد، اما همانطوریکه خوانندگان محترم مستحضرنند، تصمیم نهایی برعهده مجلس شورای اسلامی بوده و مادامیکه آن نهاد محترم بطور قاطع تکلیف امور را روشن نسازد، سخن از تعیین جایگاه قانونی - شرعی مسائل مزبور در حد انتظار است و نه حاکی از واقعیت موجود. ضرورت تدوین قانون جامع برهمگان روشن است. زیرا بر فرض اینکه جمعی از مراجع عظام و فقیهان صاحب نام به لحاظ شرعی اهدا تخمک و حتی جنین را در هر شکل و حالتی تجویز نمایند، ولی انبوهی از مسائل حقوقی ناشی از اینگونه مباحث کماکان بلاپاسخ بوده و به لحاظ نظری جای آراء متفاوت می باشد. به عنوان مثال کودک حاصل از تخمک اهدایی به کدامیک از دو زن منتسب است و آیا صاحب تخمک مادر شرعی است یا صاحب رحم و یا هر دو؟ به لحاظ نظری و با توجه به اینکه هریک از احتمالات مزبور طرفدارانی از میان مراجع و فقها دارد، برفرض پذیرش صاحب تخمک به عنوان مادر شرعی که بیشتر فقها معاصر آنرا تایید می کنند، آیا کودک متولد، چنانچه پسر باشد، با صاحب رحم محرم است یا خیر؟ همچنین برفرض پذیرش صاحب تخمک و یا هر دو زن به عنوان مادر شرعی، حضانت و سرپرستی کودک از آن چه کسی است؟ آیا صاحب رحم حق نگهداری کودک را علیه رحم میل اهداءکننده تخمک دارد، یا خیر؟ به لحاظ ارث و نفقه چگونه باید تصمیم گرفت؟ آیا کودک مزبور از صاحب تخمک و صاحب رحم و برعکس صاحبان تخمک و رحم از کودک ارث می برند؟ همچنین چنانچه یکی از صاحبان رحم و یا تخمک، فردی ملی و ثروتمند باشد آیا فرزند اینچنینی نیازمند دریافت نفقه، حق مطالبه نفقه از او را دارد یا خیر؟

پرسشهای مزبور همانند سایر سوالات دیگر نه تنها در فقه فیمابین فقیهان پاسخ قاطع و واحد پیدا نکرده است بلکه در نظام حقوقی هم نمی توان جواب قاطعی داد.

برفرض پذیرش صاحب تخمک به عنوان مادر شرعی که بیشتر فقیهان معاصر آنرا تایید می کنند، چنانچه کودک متولد، پسر باشد، با صاحب رحم محرم است یا خیر؟

علیهذا مادامیکه محاکم به طور روشن در این موارد اتخاذ تصمیم نمایند و یا قانون گذار و سایر مراجع صلاحیتدار اخذ تصمیم نمایند نمی توان از تعیین جایگاه شرعی و قانونی اهدا تخمک سخن گفت، اگرچه همگان در انتظار تحقق چنین رخداد میمونی می باشند.

ژورنال کلاب باروری و ناباروری

« تاثیر کوالچر بر میزان موفقیت IVF »

دکتر روزبه بهرامی نژاد

بسیست و سومین گردهمایی علمی باروری و ناباروری پژوهشگره ابن سینا (بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی جهاد دانشگاهی) تحت عنوان « تاثیر کوالچر بر میزان موفقیت IVF » در مورخه دوشنبه ۱۵/۷۸/۹ برگزار گردید. در این گردهمایی که جمعی از پزشکان و متخصصین مراکز ناباروری شرکت داشتند. آقای دکتر روزبه بهرامی نژاد متخصص آزمایشگاه ART و عضو تیم تخصصی مرکز ناباروری مدائن اظهار داشت: علیرغم پژوهش فراوان و گسترش تکنولوژی در زمینه لقاح خارج رحمی، نتایج حاملگی بدست آمده از این روش در سراسر دنیا پائین گزارش شده است.

دلایلی همچون ناهماهنگ بودن زمان رشد جنین در هنگام انتقال، نسبت با زمان آمادگی رحم برای پذیرش آن، نامناسب بودن محیط های کشت و وجود مواد بازدارنده رشد جنین در این محیطها، وجود بعضی کروموزومهای غیر طبیعی در تخمک بعد از تحریک تخمک گذاری از جمله علل نتایج پائین حاملگی در تکنیک IVF گزارش شده است. در دهه گذشته بکارگیری سلول های مختلف با منشأ حیوانی و انسانی در محیط کشت IVF به منظور بالا بردن کیفیت جنین اولیه تا

۲۴

پژوهشگره ابن سینا

گردهمایی باروری و ناباروری

Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: رادیکال های آزاد و ناباروری مردان

سخنران: دکتر محمد رضا صادقی

تاریخ: دوشنبه ۷۸/۱۰/۶ ساعت: ۱۳/۳۰-۱۲/۳۰

مکان: بزرگراه شهید چمران، اولین دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشگره ابن سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

و بخشی از امکانات خویش را در خدمت شناسائی مسائل فقهی حقوقی از این نمونه و نیل به راه حل های مناسب و موثر قرار داده است، از این رویکرد مطبوعات و همکاران محترم استقبال مینماید. همچنانکه خوانندگان محترم استحضار دارند، پژوهشگره مزبور با تاسیس واحد فقه و حقوق، بیش از یکسال است که پیرامون مسائل فقهی - حقوقی ART مشغول تحقیق و فعالیت است. محصول فعالیت های مزبور جمع آوری گسترده آراء و دیدگاه های مراجع، فقهای صاحب نام و حقوقدانان برجسته کشور از یک سو و برگزاری سمپوزیومی گسترده با شرکت فقها، اساتید دانشگاهها، دانشجویان فقه و حقوق و پزشکان متخصص ناباروری از سوی دیگر بوده است. همچنین نتایج تحقیقات نظری واحد فقه و حقوق پژوهشگره از آبان سال گذشته تاکنون مستمرا در بولتن پژوهشگره منتشر و در اختیار علاقمندان می گیرد. با استقبال گسترده ای که محافل حقوقی - فقهی و پزشکی و بویژه بیماران علاقمند به تعیین چارچوب قانونی مناسب، از خود نشان داده اند، واحد مزبور با همکاری برخی از نمایندگان محترم مجلس پیشنهادات خویش را در قالب طرحی تنظیم و تقدیم مجلس نموده است.

اگر چه جامعه حقوقی، فقهی، پزشکی، و بویژه بیماران، تمایل به تهیه یک رژیم

فرزندى از خود داشته باشند. در این فرض ممکن است همسر علاوه بر فقدان رحم مستعد برای پرورش جنین فاقد تخمک مناسب هم باشد. در این صورت به موجب قرارداد Surrogacy زن پذیرنده متعهد به پذیرش اسپرم شوهر از طریق IUI و پرورش جنین و در نهایت تسلیم کودک به زوجین متقاضی میشود (استفاد از این نحوه رحم جانشین موضوع طرح دعوی در سال ۱۹۸۵ نزد شعبه خانواده دادگاه عالی عدالت انگلیس بوده رک:

Re C (Aminor) (Wardship: Surrogacy),
1985 FLR P.846)

این امکان هم وجود دارد که زوج و اجده تخمک مناسب اما فاقد رحم مستعد برای پرورش جنین باشد که در این صورت اجزاء ژنتیکی تماماً از آن زوجین متقاضی میباشد. انتقال اجزاء ژنتیکی در فرض مزبور ممکن است قبل از لقاح و یا پس از لقاح و آغاز تکثیر سلولی باشد. فرض اخیر با اصطلاح Womb-leasing و یا Total Surrogacy توصیف میشود.

۲/۲ = وضعیت حقوقی توافق بر رحم جانشین (Surrogacy Arrangements)

بهره برداری از رحم جانشین چند پرسش مهم را برمی انگیزد. نخست وضعیت شرعی انتقال اجزاء ژنتیکی زن و مرد متقاضی رحم جانشین به صاحب رحم (Surrogate mother) است. دوم هم وضعیت حقوقی ترتیبات و توافقات فیما بین خانواده متقاضی استفاده از رحم و صاحب رحم است. سومین پرسش هم وضعیت حقوقی طفل متولد میباشد. پرسش نخست به طور ضمنی در مباحث گذشته بررسی شد. رحم اجاره است بالغاً خصوصیت می توان جواب آنرا از مباحثات شماره های پیشین بدست آورد. علیهذا جهت پرهیز از تکرار طرح مجدد بحث پیرامون وضعیت شرعی چنین انتقالی خودداری میشود. پرسش سوم هم بعداً در فصل مستقلی بررسی خواهد شد. مهمترین پرسش در این خصوص، وضعیت حقوقی توافق مزبور است. مسئله مزبور از قدمت بیشتری برخوردار است و به همین جهت حتی قبل از ظهور تکنیک IVF مورد توجه محاکم و قانونگذاران قرار گرفت. استفاده از رحم جانشین در دهه ۱۹۷۰ مخصوصاً ۱۹۸۰ موجب طرح دعاوی متعددی در محاکم انگلیسی شد. قضات انگلیسی بدون پرداختن به ماهیت و آثار حقوقی قرارداد استفاده از رحم جانشین تنها به تعیین وضعیت حقوقی کودک پرداختند. ولی باتوسعه روزافزون بهره برداری از رحم جانشین و بویژه بارواج بنگاههای تبلیغاتی در جهت تسهیل دسترسی به صاحب رحم مناسب، قانونگذار انگلیسی سرانجام دخالت نموده و به موجب قانون Surrogacy Arrangements رژیم حقوقی

بررسی قرارگیرد. شماره های چهارده گانه گذشته عهده دار بررسی وضعیت شرعی بکارگیری تکنیکهای معمول پزشکی در امر تولید مثل کمکی شامل IUI، GIFT، ZIFT، IVF و ICSI بوده است. ضمن آن مباحث وضعیت شرعی تزریق اسپرم شوهر و مرد بیگانه و تخمک متعلق به خود زن و یازنی دیگر و همچنین وضعیت شرعی انتقال تخمک بارور شده (Zigote) و جنین (Embryo) به داخل لوله رحم زن متقاضی درمان از دیدگاه موافقان و مخالفان بررسی شد. اینک در ادامه بحث، دیگر محورهای موعود مورد بررسی قرار می گیرد. یکی از آن محورها (رحم جانشین) یا Surrogacy است که ذیلاً جنبه های فقهی - حقوقی آن مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۲/۱ - توصیف و ضرورت کاربرد Surrogacy

Surrogacy عبارت از توافقی است فیما بین زوجین متقاضی فرزند (Commissioning Copules) و دیگر زن پذیرنده (Carrying woman) با هدف پذیرش اسپرم زوج و یا اسپرم و تخمک زوجین و یا اسپرم شوهر خویش و یا حتی اسپرم و تخمک افرادی دیگر و پرورش جنین در رحم خویش و تسلیم کودک متولد پس از تولد به زوجین متقاضی. استفاده از رحم جانشین به منظور تولید فرزند همیشه بدلیل ضرورت پزشکی نیست. ممکن است پاره ای زوجین با انگیزه های کاملاً شخصی و بدون هیچ مانع پزشکی در جستجوی استفاده از رحم جانشین باشند؛ زوجی ای با وجود اینکه نه خود به لحاظ طبیی و اجده مشکل است و نه شوهرش، تنها با هدف حفظ زیبایی، فرار از ضایعات بارداری و وضع حمل و یا اشتغال حاضر به بارداری نیست، اما هر دو مایل به داشتن فرزندى از آن خودند. در این راستا، بازنی که رحم مستعد برای پرورش جنین دارد وارد مذاکره و عقد قرارداد شده و به موجب آن از او می خواهند ضمن پذیرش اجزاء ژنتیکی شوهر (اسپرم) از طریق IUI و پرورش جنین کودک متولد را بلافاصله پس از حمل به آنان تسلیم نماید (استفاده از رحم جانشین به نحو مزبور موضوع طرح دعوی در سال ۱۹۸۷ نزد شعبه خانواده دادگاه عالی عدالت انگلیس بوده و دادگاه ناچار شد در مورد آن تصمیم گیری نماید: رک

RE P. (Minors) (Wardship: Surrogacy)
1987, 2 FLR, P.421

فرض مزبور که تنها اسپرم شوهر به رحم جانشین تزریق و در نهایت جنین محصول لقاح اسپرم مرد و تخمک صاحب رحم است با اصطلاح Partial Surrogacy توصیف میشود. فرضی که رواج بیشتری داشته و بیشتر موضوع بحث محافل حقوقی - قضایی است، آنجایی است که متقاضی رحم جانشین زوجین هستند که همسر فاقد رحم مستعد برای پرورش جنین بوده ولی هر دو مایلند

مرحله بلاستوسیسست (Blastocyst) مورد توجه بسیار قرار گرفته است. این سلول ها، هم با تولید و ترشح فاکتورهای رشد به محیط کشت و هم با پالایش توکسین ها و مواد اضافی نقش مثبتی را در محیط کشت IVF ایفا می کنند. استفاده از این تکنیک که تکنیک کوکالچر (Co - Culture) نام گرفته است در تشکیل بلاستوسیسست و انتقال آن به داخل رحم، به جای جنین اولیه چهار تا هشت سلولی (Pre embryo) نتایج مثبتی را در پی داشته است. از سوی دیگر با استفاده از این تکنیک، جنین های اولیه ایجاد شده از کیفیت بهتر و سرعت رشد و تقسیمات بیشتری برخوردار بوده و با انتقال آنها به رحم، میزان حاملگی بالاتری گزارش شده است. از دیگر سلولهای مورد استفاده در تکنیک کوکالچر، سلولهای اپی تلیال لوله های فالوپ

استفاده از این تکنیک که تکنیک کوکالچر (Co - Culture) نام گرفته است در تشکیل بلاستوسیسست و انتقال آن به داخل رحم، به جای جنین اولیه چهار تا هشت سلولی (Pre embryo) نتایج مثبتی را در پی داشته است.

و اندومتر انسان می باشد. این سلولها بعنوان جایگاه طبیعی انتقال سلول های جنسی و جنین و لقاح و همچنین تشکیل و لانه گزینی جنین تاثیر مثبتی در رشد و بهبود کیفیت جنین در خارج از بدن، از خود نشان داده اند. فاکتورهای رشد و سایتوکاین های تولید شده توسط این سلول ها که از محیط های کشت جنینی بدست آمده تاثیر بارزی در تکامل و رشد جنین داشته و مورد توجه بسیاری قرار گرفته است. بکارگیری این فاکتورهای رشد در محیط های کشت IVF همراه با تکنیک های مرحله ای Sequential جدید کشت، افق های روشنی را برای بالابردن میزان موفقیت IVF پدید آورده است.

در آمدی بر مسائل فقهی - حقوقی ART

«۲- وضعیت فقهی - حقوقی رحم اجنبی جانشین یا Surrogacy»

در نخستین شماره این مجموعه ضمن طرح محورهای کلی مسائل ناشی از بکارگیری تکنیکهای باروری کمکی، وعده داده شد آن مسائل و فروع از منظر فقه و حقوق مورد

نداشتند که در نهایت آمار بدست آمده مؤید افزایش ۳۰٪ در میزان حاملگی گروهی که از اتاق پاکیزه جنین دریافت نموده بودند که نشان داد بر اساس اظهارات این گروه گازه‌های مضر موجود در هوا که بطور نرمال نمی‌توانند به جنین مستقر در رحم مادر دست یابند، می‌توانند به جنین موجود در پتری دیش آسیب برسانند.

« گفتگوی پیرامون تشخیص ژنتیکی

قبل از لانه‌گزینی با دکتر

Santiago Munne

از موسسه باروری Saint Barnabas

آمریکا

- حداقل معیار پاسخگویی به درمان

(تعداد اووسیت و جنین) به جهت دستیابی به بالاترین شانس حاملگی پس از یک سیکل IVF یا PGD چیست؟



PGD روشی است که شانس حاملگی را در ترانس لوکاسیون بیمارانی که یکی از علل ناهنجاری کروموزومی در آنها ترانس لوکاسیون می‌باشد و همچنین زنان باسن بالا افزایش می‌دهد. برای ناقلین بیماری‌های منورژنیک این شیوه معمولاً شانس آنها را در حاملگی کاهش میدهد، زیرا تعداد امبریوهائی که میتوانند، لانه‌گزینی کنند (باتوجه به اختلال ژنتیکی) در طی روش PGD رافرادادی که حامل بیماریهای منورژنیک هستند، کاهش مییابند. شانس حاملگی در این افراد بسیار تقلیل می‌یابد. بنابراین باتوجه به اینکه ۲۵٪ احتمال ناهنجاری ژنتیکی وجود دارد، شانس حاملگی موفق در امبریوها ۲۵٪ بیش از حد معمول خواهد بود.

- برای اینکه بتوان بدون ایجاد اختلال در رشد جنین، به حداکثر اطلاعات تشخیصی و ژنتیکی رسید، چند سلول باید استخراج شود؟

فقط یک سلول

- در بررسی‌های غربالگری که از نظر آنوپلوئیدی در سیکلهای IVF در زنان باسن بالا پس از PGD انجام گرفته است، میزان حاملگی، لانه‌گزینی و سقط چگونه بوده است؟

عنوان Surrogacy Contract Act 1993 در ایالت Victoria تحت عنوان Infertility Treatment Act 1995 در ایالت Australia Capital Territory تحت عنوان Substitute Parent Arrangements Act 1994 در پیش بینی شده و به موجب آنها قرارداد استخدام رحم جانشین باطل و غیرقابل استناد در محاکم آن ایالات اعلام شده است. مع ذلک قانونگذار ایرانی در این خصوص تاکنون هیچ مقرراتی راپیش بینی نکرده است. اندک آثار فقهی برجامانده از فقیهان در خصوص مسایل فقهی ناشی از ART هم در خصوص مسائلی از این دست بحث و تحقیقی به عمل نیاورده اند. محاکم ایرانی هم تاکنون فرصت اخذ تصمیم در خصوص دعاوی از این دست نیافته اند. بدین ترتیب انبوهی از مسایل ناشی از بکارگیری رحم جانشین در نظام حقوقی ما بلاپاسخ است. به عنوان مثال آیا مراکز درمانی، موسسات و سازمانها و بیمارستانها مجاز به تبلیغ، تشویق و فراهم ساختن زمینه مناسب برای انعقاد چنین قراردادی میباشند؟

نفس قرارداد فیما بین صاحب رحم جانشین وزن و شوهر متقاضی چه وضعیتی دارد؟ در فتاوی برخی از فقیهان "اجاره رحم" تجویز شده است. ولی آیا از نظر آنان قرارداد مزبور شرعی و نافذ و قابل استناد در محاکم است؟

اساساً قرارداد مزبور به لحاظ حقوقی از چه نوع عقود است؟ عقود بانام یا بی نام؟ اگر از نوع عقود بانام است آیا از جمله عقود اجاره است؟ برفرض صحت، آیا از نوع اجاره اشخاص است یا اجاره اشیاء و خدمت؟ در نوشته‌های بعدی پرسشهای مزبور از زاویه اصول و قواعد حقوقی مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

اخبار علمی

« نقش پاکیزگی هوا بر IVF »

به نظرمی رسد پاکیزگی هوا شانس باروری را در روش IVF تا ۵۰٪ بالا می‌برد. در مطالعه‌ای که توسط گروهی از پژوهشگران طی سالهای ۱۹۹۹-۱۹۹۸ انجام گردیده و در «کنفرانس ASRM» تورنتو نیز ارائه شده است. نقش پاکیزگی هوا در میزان موفقیت IVF مورد بررسی قرار گرفته است.

این گروه جنین‌ها را بطور تصادفی به دو گروه تقسیم نموده و آنها را در اتاقهایی بابدون فیلتر پاکیزگی هوا و بدون قرار دادند و هیچگونه فاکتور دیگری را تغییر ندادند. زنان صاحب این دو گروه جنین، همگی همسن بودند. محققین موسسه تولیدمثل Nork Fold امریکا هم چنین اظهار داشتند که نه تنها پزشکان بلکه زنان نیز از وضعیت هوای موجود در اتاقها اطلاعی

حاکم بر توافقات و ترتیبات ناظر بر استخدام رحم جانشین و پرداخت وجه درازاء آن، تبلیغات با هدف تجاری و نظایر آن را تعیین نمود. به عنوان مثال در بخش ۲ قانون مزبور هر نوع مذاکره، فعالیت و ترتیبات در جهت انعقاد توافق استخدام رحم جانشین با هدف تجاری ممنوع و جرم اعلام شد. در بخش ۳ همین قانون، قانونگذار انگلیسی هر نوع تبلیغات در جهت تسهیل یافتن طرف توافق را ممنوع و جرم اعلام نمود. مع ذلک به موجب قانون مزبور هر نوع توافقات ناظر بر استخدام رحم جانشین ممنوع نشد و به همین جهت دریافت وجه یا هر نوع منفعت دیگر توسط صاحب رحم جانشینی که توافق او مبنای تجاری ندارد بلامانع اعلام شده است. با وجود مقررات نسبتاً جامعی که قانون مزبور در خصوص مسایل ناشی از استفاده از رحم جانشین پیش بینی نموده بود مع ذلک قانونگذار انگلیسی به صراحت وضعیت حقوقی قرارداد فیما بین صاحب رحم جانشین و متقاضیان استفاده از رحم را در قانون سال ۱۹۸۵ روشن ننمود. مع ذلک در بخش ۲۶ Human Fertilization and Embryology Act

سال ۱۹۹۰ مسئله مزبور مورد توجه قانونگذار انگلیسی قرار گرفته و به موجب آن هر نوع ترتیبات قراردادی مربوط به Surrogacy لازم الاجرا نبوده و برای هیچ یک از طرفین حقوق و تعهدات قراردادی ایجاد نکرده و علیهذا هیچیک از آنان در محاکم انگلیسی نمی‌توانند بدان استناد نمایند. البته با حکم قانونی مزبور معلوم نمیشود چگونه صاحب رحم جانشین بتواند وجه مورد استثناء در قانون سال ۱۹۸۵ را در محاکم مطالبه نماید. همچنین قانون مزبور روشن نمی‌سازد چنانچه توافقات فیما بین لازم الاجرا نیست وضعیت کودک چگونه باید تعیین شود؟ به پرسش مزبور به همراه سایر مسائل در فصل مربوط به تعیین وضعیت حقوقی کودک متولد از طریق بکارگیری تکنیکهای جدید باروری مورد پاسخ داده خواهد شد. بدنبال وضع قانون در انگلیس، کشورهای متأثر از این سیستم حقوقی هم قوانین مشابهی را پیش بینی کردند. از جمله در استرالیا با اینکه تاکنون یک قانون فدرال جامع پیش بینی نشده است ولی در تعدادی از ایالات این کشور مقررات مشابهی در این خصوص پیش بینی شده است. به عنوان مثال در ایالت Queensland قانون Surrogate Parenthood در سال ۱۹۸۸ تصویب و به موجب آن هر نوع تبلیغات، اقدامات و فعالیت در راستای تسهیل انعقاد قرارداد استخدام رحم جانشین ممنوع و جرم اعلام شد. برخلاف حقوق انگلیس که قرارداد Surrogacy را غیرقابل استناد در محاکم اعلام داشت، قانون مزبور صریحاً قرارداد مزبور را باطل اعلام داشته و مقرمی دارد هیچ محکمه‌ای در ایالت مزبور مجاز به ترتیب اثر دادن به مفاد قرارداد مزبور نیست. نظیر همین مقررات در ایالت Tasmanian تحت

بعلت از بین بردن دیگر ازگانسیم ها مضر باشد .

IVM یک روش ناباروری جدید

به نظری رسد که گروهی از محققین کانادایی راه جدیدی را برای شروع زندگی بشر در آزمایشگاه بدست آورده اند. این تکنیک که (In vitro Maturation)IVM نام دارد براساس بلوغ تخمک و لقاح آن در خارج از بدن زن و جایگزینی آن درون رحم وی میباشد. این روش متفاوت از شیوه IVF

IVM روشی جدید است که بسیار ارزان تر و سالم تر از IVF می باشد ، چرا که با این روش دیگر نیازی به مصرف داروهای گران قیمت که احتمالاً دارای عوارض جانبی نیز هستند نمی باشد.

میباشد. پزشکان دانشگاه Montreal اظهار داشتند که یک نوزاد دختر با این روش اخیراً در آنجا متولد شده است. هم چنین گزارشی از ۴ زن دیگر که با این روش بارداری می باشند وجود دارد. براساس نظردکتر Siang lin Tan از دانشگاه McGill روش جدید بسیار ارزان تر و سالم تر از IVF می باشد، چرا که با این روش دیگر نیازی به مصرف داروهای گران قیمت که احتمالاً دارای عوارض جانبی نیز هستند نمی باشد. هم چنین ایشان اذعان داشتند که علیرغم توانایی و فرایند این روش، تیم تخصصی مامائی نیویورک هنوز هم تا

(۲۶٪) بارداری شدند و زایمان موفق داشتند. با توجه به اینکه ۴۴ نفر (۴۲٪) از میان افرادی بوده اند که میومکتومی شده بودند، میزان زایمان نسبت به ۱۲ نفر (۱۱٪) که تحت عمل جراحی قرار نگرفتند ($P < 0.01$) و ۲۷ نفر (۲۵٪) که اصلاً میوم نداشتند (اند $P < 0.01$) بالاتر بوده است. بیمارانی که میوم های آنها بطریقه جراحی درمان نشده، نسبت به زنانی که دارای میوم بوده اند، زایمانهای کمتری داشته اند. ۱۵ زن دچار سقط جنین خودبخودی قبل از هفته ۱۲ گردیدند. از این ۱۵ نفر ۳ نفر (۲۰٪) تحت عمل جراحی قرار گرفته، ۱۰ نفر (۹۰٪) عمل جراحی نداشته و ۲ نفر دیگر (۲۰٪) اصلاً فیبروم نداشته اند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که میومکتومی به کمک لاپاراسکوپ میزان حاملگی را نسبت درممانهای غیر جراحی میوم بهبود می بخشد.

اثر واژینوز باکتریال بروی IVF و لانه گزینی جنینی

درمقاله ای که در مجله Human Reproduction شماره سپتامبر ۱۹۹۹ منتشر گردیده است، اثر واژینوز باکتریال بر روی میزان لقاح و

درمان آنتی بیوتیکی قبل از IVF می تواند بعلت از بین بردن دیگر ازگانسیم ها مضر باشد.

لانه گزینی در بیماران تحت درمان IVF مورد مطالعه قرار گرفته است. یک تیم پزشکی در بریستول انگلستان اسمیرهایی را از ترشحات واژینال زنان در روز جمع آوری تخمک تهیه و آن را به روش گرم، رنگ آمیزی نمودند. شیوع واژینوز باکتریال، فلورنرمال و متوسط در ۳۰۱ بیمار به ترتیب ۲۵/۶ و ۱۴ و ۶۰/۴٪ بود. مشخص گردید که بیمارانی که دچار فاکتور لوله ای می باشند، نسبت به بیماران بانازایی غیر لوله ای بیشتر در احتمال آلودگی به واژینوز باکتریال قرار دارند (تعداد ۱۴۹ نفر ۲۱/۵٪ در مقابل ۱۵۲ نفر ۱۹/۷٪). این مطالعه نشان داد که واژینوز باکتریال نه تنها بر روی میزان لقاح اثری ندارد، بلکه اختلاف معنی داری در میزان لانه گزینی در حضور واژینوز باکتریال در مقایسه با فلور نرمال مشاهده نشد. دکتر Liversedge و همکارانش پیشنهاد کردند که غربالگری متداول در تشخیص واژینوز باکتریال به منظور بهبود موفقیت درمان IVF موجه نمی باشد. بالاعکس آنها توصیه می کنند به منظور پیشگیری از مشکلات وابسته به واژینوز باکتریال در طول دوران بارداری، غربالگری در طول درمان IVF خصوصاً در افراد با بیماری لوله ای می تواند موثر باشد. بهر حال آنها این چنین نتیجه گیری کردند که درمان آنتی بیوتیکی قبل از IVF می تواند

سقطهای خودبخودی بطور معنی داری کاهش یافته و میزان تولد نوزاد سالم افزایش داشته است.

- کدامیک از کروموزوم ها در این بیماران بررسی می شود ؟
حداقل کروموزوم های X و Y و ۱۳ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۸ و ۲۱ و ۲۲ در این بیماران ارزیابی می کنند.

- آیا بیمارانی که بطور کلی پس از IVF دچار شکست در لانه گزینی هستند و یا جنین هایی که از کیفیت پائینی برخوردار می باشند برای انجام غربالگری آنپلوئیدی مناسب هستند؟ اگر چنین است چه کروموزوم هایی را بایستی مورد مطالعه قرار داد؟

بله این افراد کاندید مناسبی برای غربالگری آنپلوئیدی هستند و کروموزوم های که در فوق ذکر شد میبایست مورد مطالعه واقع شوند.

- تجربه حاصل از PGD در بیماران دچار با سقط مکرر چیست ؟

اگر چه ناهنجاریهایی که در افرادی که دارای مشکل سقط خودبخودی هستند مشاهده گردیده با آنومالی های یافت شده پس از PGD نمی باشد ارتباطی نداشته است ولی میزان ناهنجاری نسبت به بیماران دیگر در آنها بیشتر خواهد بود.

- آیا اختلافاتی در میزان لانه گزینی و حاملگی در بین بیماران PGD خالص (بیماری های وابسته به کروموزوم X و آنومالی های ساختمانی و غیره) و بیماران IVF که برای غربالگری آنپلوئیدی PGD می شوند وجود دارد ؟

بله، آنها دارای ناهنجاری های کروموزومی می باشند.

گازهای مضر موجود در هوا که بطور نرمال نمی توانند به جنین مستقر در رحم مادر دست یابند می توانند به جنین موجود در پتری دیش آسیب برسانند.

نقش لیو میوم در ناباروری

به منظور تعیین نقش لیومیوم و اثر جراحی آن بر میزان حاملگی، گروهی از پژوهشگران مطالعه ای را بروی ۲۱۲ زن تحت درمان ناباروری که دارای میوم بودند انجام دادند. عمل جراحی میومکتومی در این بیماران توسط لاپاراسکوپ صورت گرفت. بیماران را به دو گروه مساوی تقسیم نمودند. گروه اول شامل ۱۰۶ بیمار بود که تحت عمل جراحی میومکتومی توسط لاپاراسکوپ قرار گرفتند در حالیکه در گروه دوم این عمل انجام نشد. هر دو گروه با ۱۰۶ فرد دیگر که دچار نازایی با علت ناشناخته بوده و فیبروم نداشتند مقایسه گردیدند. از مجموع ۳۱۸ نفر، ۸۳ زن

۲۵

گردهمایی

باروری و ناباروری

Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: همانند سازی انسان (۱)

سخنران: دکتر کریم نیر نیا

تاریخ: دوشنبه ۲۰/۱۰/۷۸ ساعت: ۱۳/۳۰-۱۲/۳۰

مکان: بزرگراه شهید چمران، اولین دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشگاه ابن سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

انجام مطالعات بیشتر با این روش بطور محتاطانه برخورد خواهند کرد. دکتر Armos

Gruneb اعلام نمود که این روش هنوز در امریکا بطور روتین استفاده نمی شود.

جنبه های ژنتیکی ART

(Assisted Reproductive Technologies) ART

قسمت اول

دکتر کریم نیرنیا

اولین کودک به روش (InVitro Fertilisation) IVF در سال ۱۹۷۸ بدنیا آمد. در ۲۰ سال گذشته معالجه با IVF بتدریج در درمان نازایی هایی که علل متفاوت داشته اند بکار گرفته شده و روز بروز پیشرفت شایانی نموده است. همزمان با پیشرفت IVF، روش های جدید دیگری نیز توسعه یافته اند. در این رابطه میتوان در درجه نخست از روش (Intracytoplasmic Sperm Injection=ICSI) نام برد، که در اولین بار بوسیله پالرمو (۱۹۹۲) شرح داده شد و امروزه بطور مؤثری در درمان نازایی های علل مختلف بخصوص فاکتور در مردان در دنیا بکار گرفته می شود. در این روش یک اسپرم به داخل تخمک تزریق می گردد. روش ICSI حتی در مورد اسپرم هایی که دچار اشکالات و اختلالاتی در شکل و وظیفه خود هستند، بطور موفق بکار گرفته می شود. تحقیقات نشان داده اند که برای اجرای موفقیت آمیز این روش تنها ژنوم هاپلوئید اسپرم زنده کافی می باشد. پیشرفتی که این روش اخیراً داشته است استفاده از سلول های جنسی قبل از اسپرم یعنی اسپرماتید می باشد (Kahraman et al., 1998). امروزه بیش از ده هزار کودک به طبق روش ICSI بدنیا آمده اند. از ابتدای بکارگیری این روش در تولیدمثل اختلاف نظرهای زیادی در مورد مطرح و ریسک های ژنتیکی حاصل از آن مورد بحث قرار گرفته است. حتی در بعضی کشورها مانند آلمان قوانینی وضع گردیده است که استفاده از این روش را محدود نموده اند. همراهی که از این روش وجود دارد براین

اساس است که در تولیدمثل معمولی در دستگاه تناسلی مرد و زن و همچنین در زونا پلوسیدای تخمک یک نوع انتخاب بر علیه اسپرم هایی که دچار تغییرات ژنتیکی و یا اختلالات کروموزومی هستند، صورت می پذیرد. در روش ICSI سدهای متفاوتی که در مقابل اسپرم های دچار اختلال وجود دارد برداشته می شود، و بدین جهت تولد کودکانی

که دارای بیماری های ژنتیکی هستند، افزایش می یابد. در مقاله حاضر سعی بر آن است که این فرضیه و بقیه بحث ها در این رابطه، مورد بررسی قرار گیرد. اساس نقایص ژنتیکی بعد از ICSI را می توان در مورد سه گروه مطرح نمود:

۱- زوج هایی هستند که بعد از بکارگیری روش ICSI در آنها، فرزند آنها دارای ریسک بالایی در رابطه با بیماری های ژنتیکی می باشد:

الف) امروزه کاملاً مشخص گردیده است که با افزایش سن مادر، ریسک اختلالات کروموزومی عددی و ساختاری در فرزند آنها افزایش می یابد (Hoole, ۱۹۸۱). از آنجا که سن زنانی که روش ICSI در آنها بکار برده می شود نسبتاً بالا می باشد، بنابراین ریسک فرزندان آنها در رابطه با اختلالات کروموزومی بالا خواهد بود. در مورد این زنان بکارگیری، روشهای تشخیص قبل از تولد پیشنهاد می گردد.



ب) آنچه که امروزه در مورد مردان نازا شناخته شده است این است که در ۴ الی ۶ درصد این مردان اختلالات کروموزومی دیده شده است که علت نازایی آنها می باشد. احتمال بروز اختلالات کروموزومی با کم شدن تعداد اسپرم ها افزایش می یابد (Bourouillou et al., 1997., Yoshida et al., 1997) در حالیکه اختلالات کروموزومی در فرزندان افراد معمولی در حدود ۰/۶ درصد بود. (Nielsen et al., 1991) در مردان با آواسپرمی به حدود ۱۳ تا ۱۵ درصد و در مردان اولیگوسپرمی به حدود ۷ الی ۱۰ درصد میرسد. در مردان دچار آواسپرمی اغلب اختلالات در کروموزوم های جنسی مانند 47, XXY در سندروم کلاین فیلتر و در مردان با اولیگواسپرمی اغلب اختلالات در کروموزوم های غیرجنسی (مانند ترانس لوکاسیونها) دیده شده است. حال اگر از اسپرم این مردان در روش ICSI بکار گرفته شود بر حسب

نوع کروموزوم و نوع ترانس لوکاسیون، ریسکی در حدود ۲۵ درصد یا بیشتر وجود خواهد داشت که فرزند حاصل دچار اختلالات کروموزومی غیرمتعادل باشد و منجر به نقص عضو و اختلالات روانی می گردند. با وجود اینکه این مردان نابارور می باشند در بعضی اوقات دیده می شود که خواهران و برادران این بیماران هم مشکلی از نظر نازایی ندارند. جالب اینجاست که چنین اختلالات کروموزومی نه تنها در فرزند مذکور بلکه در فرزند نیز دچار چنین اختلالاتی می باشد (VanderVenetal., 1998).

ج) تحقیقات سالیان اخیر نشان داده است که بر روی بازوی بلند کروموزوم Y (منطقه Yq11.23) ژن هایی وجود دارند که نقش مهمی در اسپرماتوژنز آنها ایفا می کنند. تشخیصات ژنتیکی مولکولی نشان داده اند که حدود ۳/۵ تا ۱۸ درصد مردان با آواسپرمی یا اولیگواسپرمی شدید (۱) < میلیون اسپرم در هر میلی لیتر) دچار حذف ژنی در این ناحیه می باشند (Schlosser ۱۹۹۷) et al., اگر اسپرم چنین مردانی برای ICSI بکار گرفته شود همه فرزندان ذکور چنین مردانی نابارور، اما سالم، می باشند.

د) حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد نازایی در مردان می تواند بخاطر (Congenital Bilateral Aplasy of Vas Deferens=CBARD) تشخیصات ژنتیک مولکولی نشان داده اند که در اکثر موارد شکل یک علامتی بیماری؟ موکوویدوز (CysticFibrosis=CF) بوده که بخاطر جهشی است که در ژن CF روی کروموزوم ۷ (منطقه ۷q۳۱.۲۷) رخ داده است. بیش از ۷۰۰ نوع جهش تا بحال بر روی این ژن شناخته شده است. همچنین در (Congenital Unilateral Aplasy of Vas Deferens=CUAVD) جهش هایی در ژن CF پیداشده است. بر طبق نوع جهش در ژن CF در زوج مؤنث دارای ریسکی پایین تا ۵۰

ریسک بالابیماریهای ژنتیکی و ناباروری در فرزندان حاصل از ICSI نه بخاطر بکارگیری روش ICSI، بلکه بخاطر تغییرات ژنتیکی می باشد که باعث نازایی شده است. بدین خاطر بجاست که زوج های نازا قبل از عمل ICSI تحت مشاوره ژنتیکی قرار گیرند.

درصد برای فرزندان با CF و برای فرزندان ذکور با CBAVD نیز ریسک مشابه ای محاسبه می گردد. از این مطلب

کنفرانس FIGO

3-8th SEP2000

به اطلاع کلیه اساتید محترم و خوانندگان عزیز می‌رساند که کنفرانس زنان و مامائی و نازایی FIGO در تاریخ ۸-۳ سپتامبر ۲ برگزار میگردد مهلت ارسال مقالات ۱۵-۳۱ ژانویه می باشد . علاقمندان می توانند مقالات خود را به آدرس زیر ارسال نمایند .

FIGO2000 congress secretariat c/o
Events international Meeting planners
Inc

759 victoria square suite 300
Montreal Quebec CANADA H2Y2J7
Tel : (514) 286 - 0855
Fax : (514) 288 - 3783

بولتن تولید مثل و نازایی

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا

جهاد دانشگاهی

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه:

دکتر ربابه طاهری پناه، دکتر معرفت

غفاری، دکتر هادی کریمی اصل، پریسا

مردانپور

همکاران اجرایی:

معصومه جلوند، ناصر رحیمی، ابوالفضل

علیزاده

تهران، بزرگراه شهید چمران، دانشگاه

شهید بهشتی، انتهای بلوار

صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵

تلفن: ۲۴۰۳۶۴۱، ۲۴۰۲۰۱۱ فاکس:

۲۴۰۳۶۴۱

COMRBIBR@YAHOOEMAIL:

آکهی

پژوهشکده (ابن سینا)

بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل

و نازایی جهاد دانشگاهی آمادگی

خود را جهت دریافت آکهی های

تبلیغاتی شرکت های تجهیزات

پزشکی و زمینه های مربوطه

اعلام میدارد.

اخبار کنفرانس ها

فراخوان مقاله

سمپوزیوم تخصصی باروری و ناباروری
«ژنتیک و بیوتکنولوژی تولید مثل»

Genetic Bio thechnology
in
Reproduction&

بایاری خداوند متعال و با مجوز اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پنجمین سمپوزیوم بازآموزی باروری و ناباروری تحت عنوان ژنتیک و بیوتکنولوژی تولید مثل توسط پژوهشکده ابن سینا (بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی)

وباهمکاری:

مرکز ملی مهندسی ژنتیک - انسیتوپاستور
ایران - موسسه سرم سازی رازی
در نیمه دوم خرداد ۱۳۷۹ در تهران برگزار می گردد از پژوهشگران و اساتید ارجمند دعوت بعمل می آید، خلاصه مقالات و تحقیقات خود را حول محورهای ذیل حداکثر تا تاریخ ۷۹/۲/۱ به دبیرخانه سمپوزیوم ارسال فرمایند.

محورهای سمپوزیوم:

- 1- ژنتیک تولید و تمایز سلولهای جنسی
1-Genetic of Germ cell Development and differentiation
- 2- ژنتیک تکوین و تمایز اعضای تناسلی
2-Genetics of Gonads an sex organs
- 3- کاربرد بیوتکنولوژی در تشخیص و درمان ناباروری (ICSI IVF)

3-Applications of Biotechnology in therapy and Diagnosis of infertility (IVF/ICSI/...)

4- تشخیص ژنتیکی قبل از جایگزینی

و قبل از تولد

4- Preimplantation and prenatal Genetic Diagnosis

5- تکنولوژی ترانسژنیک

5-Transgenic and Gene Targeting Technologis

6- همانندسازی

6-Cloning

می توان این نتیجه را گرفت که در مردان مبتلا به CBAVD یا CUAVD و همچنین زوج مؤنث قبل از ICSI بایستی تحلیلی از نظر جهش ها در ژن CF صورت پذیرد. در حدود ۲۰ درصد بیماران مبتلا به CBAVD، در ژن CF جهشی مشاهده نمی گردد، گرچه نقص هایی در تشکیل کلیه در این بیماران دیده می شود. در این ۲۰ درصد جهش هایی در ژن های دیگر مؤثر می باشند (Schlegel et al., ۱۹۹۶).

در بعضی از بیماران مسئله نازایی قسمتی از علائم یک بیماری ژنتیکی دیگری می باشد (Meschede and Horst, ۱۹۹۷). ریسک چنین اختلالات نازایی را می توان از ریسک تکراری ژن خاصی که دچار اختلال گشته است محاسبه نمود. مثال های بالا بوضوح نشان می دهد در واقع زوج هایی وجود دارند که در آنها بعد از اجرای روش ICSI، فرزندان نشان در رابطه با بیماری های ژنتیکی یا نازایی در ریسک بالایی خواهند بود. اما مطلب مهم اینجاست که این ریسک بالا نه بخاطر بکارگیری روش ICSI، بلکه بخاطر تغییرات ژنتیکی می باشد که باعث نازایی شده است. بدین خاطر بجاست که زوج های نازا قبل از عمل ICSI تحت مشاوره ژنتیکی قرار گیرند. بطور خلاصه می توان گفت:

زوج های زیر دارای ریسک بالایی در رابطه با بیماری های ژنتیکی برای فرزندان نشان بعد از اجرای روش ICSI می باشند:

- زوج هایی که در آنها زوج مؤنث دارای سن بالا باشد.

- زوج هایی که دارای اختلالات کروموزوم هستند.

- زوج هایی که در آنها زوج مذکر دارای حذف ژنی در ناحیه Yq11.23 باشد.

- زوج هایی که در آنها زوج مذکر مبتلا به CBAVD باشد (مانند جهش در ژن CF).

- زوج هایی که در آنها اختلالات نازایی قسمتی از علائم بیماری ژنتیکی دیگری باشد

