

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

سخنی با همکاران

« رقابت های علمی زمینه سازی برای مشارکت و وفاق »

خوشبختانه فضای بوجود آمده درارتباط با علم باروری و ناباروری، با توجه به ماهیت بین رشته ای این علم و همچنین نیاز و اقبال اجتماعی به درمانهای نوین باروری و ناباروری و گرایش روبه تزايد متخصصین مربوط به سمت تحقیقات، با هدف کشف و گسترش مرزهای علمی و شناسایی روشهای نوین درمانی، زمینه فعالیت و مشارکت جمعی را در ابعاد مختلف آموزش، تشخیص و درمان ناباروری فراهم آورده است. نامشخص بودن حدود و ثغور هر کدام از این تخصصها در ارتباط با این پدیده علمی نوین، موجب ظهور برخی از اختلاف نظرها و مناقشات علمی شده است. همکاران شما در پژوهشکده ابن سینا در همان ابتداء فعالیت متوجه این پیچیده گی و اهمیت شده و به همین منظور بولتن تولید مثل و نازایی ستونی را جهت انعکاس دیدگاههای مختلف پیرامون باروری و ناباروری از جمله تعیین مرزها و سهم هر یک از این تخصصها اختصاص داده است. ستون مزبور در جستجوی افتتاح بابی به سوی یک گفتمان علمی فیما بین صاحبان تخصصهای مختلف مرتبط با این رشته جدیدالولاده بوده است. طرح مطالب در ستون مزبور توسط برخی از همکاران تنها دیدگاه برخی از متخصصان و با هدف فراهم ساختن زمینه و بستری مناسب برای یک گفتگوی علمی فیما بین صاحبان تخصصهای زیربند می باشد. اظهار نظرهای گاه مخالف با برخی دیدگاههای دیگر نباید فضای نوپای منظور را تیره و تار نماید. بلکه باید انگیزه و عامل موثر در جهت گشایش باب گفتمان علمی و تخصصی تلقی گردد. سوء برداشت از این نوشته ها و حمل آنها بر حذف و احیاناً تحقیر تخصصهای دیگر منجر به تیره و تار شدن فضای گفتگو و در نهایت جدایی و تفرق صاحبان تخصصهای مربوط میشود. امید است صاحب نظر آن با استقبال از این فرصت، دیدگاهها و نظرهای

شخص خویش را منعکس تا در پرتو یک گفتمان علمی و تخصصی شایسته، فضای مشارکت و همدلی در انجام طرحهای آموزشی، تحقیقاتی، تشخیصی و درمانی، فراهم آمده و از نتایج آن جامعه بیماران و پزشکان بهره مند گردد.

ژورنال کلاب باروری و ناباروری

«کانسر و ناباروری»

دکتر بهمن فراتیان

بیست و ششمین گردهمایی علمی باروری و ناباروری پژوهشکده ابن سینا (مرکز تحقیقات بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی جهاد دانشگاهی) تحت عنوان کانسر و ناباروری در تاریخ دوشنبه ۷۸/۱۱/۴ در محل پژوهشکده برگزار گردید.

در این گردهمایی که جمعی از پزشکان و متخصصین مراکز ناباروری شرکت داشتند آقای دکتر بهمن فراتیان متخصص زنان و زایمان اظهار داشت:

در پانزده سال اخیر با پیشرفت های زیادی که در فن آوریهای نوین درمان ناباروری (ART) بوجود آمده، استفاده از داروهای مختلف برای تحریک تخمک گذاری روز بروز معمولتر میشود.

از نظر تاریخی این افتخار به استرالیایی ها میرسد که برای اولین بار از داروهای مانند clomiphen و hMG برای تحریک تخمک گذاری و ازدیاد تعداد فولیکولها و در نتیجه دادن شانس بیشتر باروری به زنان نابارور استفاده کردند.

آیا استفاده از این داروها در بوجود آمدن توموهای تخمدان، آندومتر و پستان دخالت دارد یا خیر؟ سؤال بسیار مهمی است که بایستی به آن جواب داده شود.

در مطالعات انجام شده در دو دهه گذشته ازدیاد تومورهای پستان و آندومتر نزد زنان جوان در جوامع مختلف از نظر اپیدمیولوژی و کلینیکی دیده نشده ولی در مورد سرطان تخمدان در بین گروهی که تحت درمان نازایی مخصوص با گونادوتروپین ها قرار داشتند اختلاف نظر وجود دارد و علت آن محدود بودن تعداد جمعیت مورد مطالعه است. مطالعات دقیق بیمارانی که تحت درمان ناباروری قرار دارند قبل از شروع درمان، در حین درمان و بعد از آن دارای اهمیت زیادی است و

چنین مطالعاتی باعث خواهند شد که سرطان های بدون علامت، بیشتر و بهتر شناسائی شوند و بیماران پرخطر (High Risk) از سایر بیماران متمایز گردند.

استفاده بی رویه از داروهای که در درمان ناباروری بکار گرفته می شوند شایستگی از علل بروز این سرطان ها باشد. بنابراین استفاده از این داروها در مراکز نازایی بایستی با دقت بیشتری تحت کنترل دقیق کلینیکی و آزمایشگاهی انجام شود و از همه مهمتر پیگیری این بیماران بعد از درمان مخصوص در بیماران مبتلا به PCO الزامی است.

« بکارگیری روشهای سیتوژنتیک مولکولی در تشخیص و شناسائی نقصهای کروموزوم جنسی (عقیمی - نازایی) »

دکتر ابوالفضل موفق

بیست و هفتمین گردهمایی علمی باروری و ناباروری پژوهشکده ابن سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی جهاد دانشگاهی) تحت عنوان بکارگیری روشهای سیتوژنتیک مولکولی در تشخیص و شناسائی نقصهای کروموزوم جنسی (عقیمی - نازایی) در تاریخ دوشنبه ۷۸/۱۱/۴ در محل پژوهشکده برگزار گردید.

در این گردهمایی که جمعی از پزشکان و متخصصین مراکز ناباروری شرکت داشتند آقای دکتر ابوالفضل موفق Ph.D ژنتیک عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سخنانی را پیرامون انجام تکنیکهای مختلف از قبیل کاریوتایپ، بررسی با کیفیت با High Resolution برای بررسی نقایص کروموزومی ارائه فرموده و اشاره داشتند که قبلا این بررسی ها فقط در فاز متافاز صورت میگرفت اما امروزه حتی در مرحله پروفاز هم این امکان پدید آمده است، تا نقایص نقطه ای و بسیار کوچک را در مراحل نخستین تشخیص داد در چند سال اخیر روش و تکنیک بهتری تحت عنوان دو رگ گیری فلوروسانس سلولی FISH برای نقشه برداری کروموزوم از طریق پروبهای غیر ایزوتوپی و بی خطر جهت بررسی کروموزومها بخصوص کروموزومهای جنسی X و Y مورد استفاده واقع شده است. در این راستا

نمود. از نظر افکار عمومی «تولید فرزند به طریقه مزبور تجاوز به نهاد خانواده است». خانواده کانون گرمی است برای تولید فرزند. رابطه زن و مرد بر پایه عشق و محبت است. در چنین فضایی کودک متولد و رشد و نمو می کند. پذیرش مفهوم Surrogacy به رسمیت شناختن حضور یک اجنبی در این حلقه محرمانه و انحصاری است. حضور بیگانه در این حلقه به مراتب پررنگتر و جدی تر از استفاده از اسپرم مرد اجنبی به منظور باردار کردن زن و تولید فرزند است. در فرض اخیر مرد اجنبی تنها اسپرم خویش را به زوجین مشتاق فرزند اهداء می کند، در حالیکه در Surrogacy زنی که خارج از حلقه زناشویی زن و مرد مایل به فرزند است وارد محدوده انحصاری آنان شده و سهم و نقش عمده ای در این مجموعه پیدا می کند.

علاوه بردآوری افکار عمومی، پذیرش روش مزبور برای تولید فرزند مغایر با اصول حقوق انسانی می باشد. از نظر اینان تعهد به پرورش کودک در فضای رحم مغایر با منزلت و کرامت انسانی زن است، مخصوصاً در صورتیکه تعهد مزبور با اهداف تجاری و اقتصادی همراه باشد. در واقع در فرض مزبور فضای رحم یک انسان به منزله لانه و آشیانه ای برای پرورش کودک دیگری میشود. زشتی مزبور آنگاه برجسته تر میشود اگر Surrogate mother به موجب قراردادی کودک بالقوه (جنین یا اسپرم و تخمک) دیگری را پذیرفته و متعهد میشود با پرورش آن در رحم خویش بلافاصله پس از تولد به طرف دیگر قرارداد تسلیم نماید. از اینها گذشته، رابطه عاشقانه فیما بین کودک و مادر تکیه گاه و وثیق و نیرومندی برای مادر و بویژه فرزند است. پذیرش Surrogacy این رابطه را بشدت آسیب پذیر ساخته و سرمایه و تکیه گاه روانی و عاطفی کودک را تباه خواهد ساخت، زیرا زنی که کودکی را در درونش و با شیرۀ جانش پرورده و به مرحله تولد رسانده است و شب و روز در خلوت و جلوت با او قرین و دمساز بوده است، مجبور است به موجب قرارداد مزبور به دیگری بسپارد. قراردادی که چنین مقتضا و آثاری بدنبال داشته باشد، به حکم منطق سلیم و اخلاق نباید نافذ و لازم الاتباع باشد، مخصوصاً زمانی که مادر جانشین مشتاق نگه داری

در سال ۱۹۹۰ به هنگام تصویب قانون ناظر بر باروری انسانی و جنین شناسی (Human Fertilization and Embryology) به موجب بخش ۳۶ که به قانون سال ۱۹۸۵ ضمیمه نمود، قرارداد مزبور را غیر قابل اجراء معرفی کرد. نظیر همین موضع گیری باصراحت بیشتری در برخی از ایالات استرالیا قابل مشاهده است. به عنوان نمونه بخش ۴ قانون Surrogacy/Parenthood سال ۱۹۸۸ ایالت Queensland هر نوع قرارداد استخدام رحم جانشین را باطل و دادگاههای ایالت مزبور موظف به عدم پذیرش هر نوع دعوی بر مبنای قراردادهای مزبور شدند. بخش ۷ قانون Surrogacy Contract سال ۱۹۹۳ ایالت Tasmanian هم با تاکید بیشتری قرارداد مزبور را باطل دانسته و آنرا از جمله قواعد آمره اعلام نموده است به نحوی که قانون مناسب حاکم بر قرارداد قانون هر کشور و ایالتی باشد قرارداد مزبور در حوزه قضایی ایالت مزبور باطل و غیر قابل استناد خواهد بود. بخش ۹ قانون Substitute Parent Agreement سال ۱۹۹۴ ایالت Australian Capital Territory و بخش ۶۱ قانون Infertility Treatment سال ۱۹۹۵ ایالت Victoria صراحتاً قرارداد مزبور را باطل و غیر قابل استناد در محاکم ایالات مزبور اعلام نموده اند. علیرغم ممنوعیت قانونی انعقاد چنین قراردادهایی، نفوذ قراردادهای مزبور موافقانی هم دارد. به هنگام بررسی اولیه کمیته تحقیق تحت سرپرستی خانم وارناک، جامعه حقوقدانان و دانشمندان علوم اجتماعی و محافل مذهبی دلایل موافقت و مخالفت خود را اعلام داشتند. گزارش وارناک دلایل مخالفت و موافقت را به شرح ذیل خلاصه می کند.

ژورنال کلاب
به اطلاع کلیه همکاران گرامی
میرساند
ژورنال کلاب های هفته اول و سوم
اسفند و فروردین ماه به علت تقارن
با تعطیلات برگزار نمیگردد، که
بدینوسیله از کلیه همکاران پوزش
میطلبیم

دلایل مخالفان :

بر اساس گزارش مزبور، افکار عمومی به شدت با پذیرش مفهوم Surrogacy مخالفت

افراد با علائم عقیمی و نازایی برای دستیابی به این سؤال که آیا نازایی آنها واقعاً ژنتیکی است یا نقصهای رحمی، تخمدانی، هورمون و سایر مسائل با روشهای فوق مورد بررسی قرار میگیرند. از مهمترین بیماریها که میتوان جهت رفع ابهام جنسی، نازایی عقیمی نام برد سندرم های فوق زن، فوق مرد، دیسژنزی مخلوط گنادی، دوجنسی های حقیقی، کاذب مردانه، زنانه، ترنر، کلاین فلتر، بیضه مادینه را یا عدم حساسیت به هورمون آندروژن، فراکرد، دیسژنزی خالص گنادی، سویر و غیره. با انجام مشاوره های ژنتیکی و انجام آزمایشات کروموزومی، ژنی، اسپرم و سایر آزمایشات رفع ابهام جهت نازایی یا باروری عقیمی امکان پذیر است.

اولین شماره

فصلنامه باروری و ناباروری منتشر گردید
علاقتمندان میتوانند جهت اشتراک و کسب
اطلاع بیشتر با واحد نشریات پژوهشکده
ابن سینا تماس حاصل فرمایند

در آمدی بر مسائل فقهی - حقوقی ART

«دکتر میرقاسم جعفرزاده»
وضعیت فقهی - حقوقی Surrogacy
یارحم جانشین (قسمت سوم)

۲/۲- وضعیت حقوقی قرارداد Surrogacy

در شماره گذشته به طرح وضعیت حقوقی قرارداد Surrogacy اقدام نمودیم. یادآور شدیم که نخستین پرسش در این ارتباط صحت و نفوذ توافق استفاده از رحم جانشین در چارچوب قواعد عمومی قراردادهاست. همانطوریکه در قسمت نخست این بخش ملاحظه شد، در پاره ای از نظامهای حقوقی محاکم و قانونگذاران به صراحت راجع به توافق مزبور موضع گیری نمودند. به عنوان نمونه در حقوق انگلیس گرچه قانونگذار انگلیسی در قانون Surrogacy سال ۱۹۸۵ در خصوص صحت یا بطلان توافقات مزبور اعلام موضع نمود، ولی

فرزند دردامن خوداست. کودک بی پناه هم دراین گیرودار قربانی خودخواهیها و منفعت طلبیهای طرفین قرارداد می شود. کودکی که در فضای رحم مادر جانشین رشد و نمومی کند پیوند و ارتباط محکمی با او پیدا می کند. احساس تعلق و ارتباط با او را نباید دست کم گرفت. ولی به حکم چنین قراردادی مادر جانشین موظف به تسلیم او به طرف دیگر قرارداد میشود.

از همه گذشته قرارداد مزبور همانند یک قرارداد معمول اقتصادی و بازرگانی نیست. جان و سلامت و آسایش یک انسان و خانواده اش در میان است. بارداری خطرات احتمالی فراوانی برای زن دارد. ایامی طولانی خانواده ی در اضطراب و نگرانی است. حقوق نمی تواند قراردادی را به رسمیت بشناسد که چنین لوازم و پیامد زیانباری را بدنبال دارد. مخصوصاً در صورتیکه تعهد مزبور با انگیزه تحصیل مال و پول باشد (رک: The Warnock Report: Report of Committee of Inquiry into Human

Fertilization and Embryology ' 1985, p.44-45).

گروهی از حقوقدانان و محافل مذهبی آمریکا هم اعتقاد دارند که با این پدیده باید مبارزه کرد. کمیته ملی فرزند خواندگی آنرا نوعی خرید و فروش بچه می داند. کلیسای کاتولیک رم، که با هر گونه تلقیح مصنوعی و خارج از روابط عادی زناشویی مخالف است، قراردادهای تولید فرزند را تجاوز به اتحاد زیست شناختی و معنوی زن و شوهر اعلام کرده است. خام تندر، استاد دانشگاه در رشته اخلاقیات پزشکی یهود، می گوید این پیمان نوعی اجاره زهدان برای نه ماه است. در گذشته انسانی را به طور کامل به بردگی می خریدند و اکنون می توان اندام خاصی از او را خرید! (رک: داکتر ناصر کاتوزیان، تولد بدون عشق، مجله کانون وکلا، ش ۴، دوره جدید، ص ۲۲۴).

دلایل مخالفان:

علیرغم مخالفت جدی گروهی از حقوقدانان، محافل مذهبی و اخلاقی، گروهی از حقوقدانان با تکیه بر فواید این روش با نفی و تحریم آن مخالفند و در تلاشند تا این پدیده را در قالبی اخلاقی محصور ساخته و از سوء استفاده و سودجویی از این تکنیک نوین جلوگیری کنند. از نظر اینان نباید استفاده از صنعت جدید به طور کلی ممنوع شود زیرا گروهی از زوجین هستند که هیچ راهی برای

فرزنددار شدن آنان وجود ندارد. محرومیت از فرزند آنان را رنج میدهد. شب و روز آنان با غم و اندوه محرومیت از فرزند همراه است. برای این گروه از زوجین در شرایط کنونی تنهاترین داشتن فرزند آن خود استفاده از روش مزبور است. حقوق نباید نسبت به احساسات و عواطف لطیف انسانها بی تفاوت باشد. قوام و استواری رابطه زناشویی اینگونه زوجین در گرو فرزنددار شدن است، مخصوصاً در شرایطی که هر دو جزء یا یکی از اجزاء تشکیل دهنده کودک از آن آنان باشد.

اینکه ممکن است پاره ای از افراد از این روش سودجویی و بهره داری تجاری و اقتصادی نمایند نمیتواند دلیلی بر تحریم و ممنوعیت کامل آن باشد. بسا اشخاصی هستند که با انگیزه های لطیف انسانی، خیرخواهی و کمک به هم نوع و یا حتی خویشان و بستگان خود حاضر به فداکاری بوده و آماده اند برای نجات زوجین ناتوان از باروری ولی مشتاق به داشتن فرزندی از آن خود از وجود خویش سرمایه گذاری نمایند. آیا حقوق میتواند چنین احساسات پاک و لطیف را نادیده گیرد؟ آیا هیچ حقوقدانی میتواند با احتمال سودجویی و سوء استفاده، اهداء مثلاً کلیه را ممنوع سازد؟ اخلاق نه تنها این عمل را مذموم نمیداند بلکه چه بسا به ستایش از آنانی برمی خیزد که تمام خطرات احتمالی را به جان خریده و برای نجات و کمک به هم نوع خود فداکاری میکنند.

از نظر این گروه بنا نیست افراد موظف به انعقاد چنین قراردادی شوند. آنان مختارند با ارزیابی و ملاحظه همه جوانب خود تصمیم بگیرند. سخن در این است که اگر زنی با ارزیابی همه امور و ملاحظه همه جوانب تصمیم به پذیرش چنین تعهدی گرفت نباید اراده و تصمیم او را نادیده گرفت. حقوق باید برای این تصمیم و توافق احترام قائل شود. همچنین مجرد دریافت وجه از زوجین متقاضی فرزند دلیل بر قبیح و زشتی عمل مزبور نخواهد بود، چه آنکه پرداخت وجه میتواند در ازاء امور دیگری غیر از بهره برداری از رحم باشد. بنابر این نمیتوان عمل مزبور را بهره کشی از انسان و در حکم نوعی بردگی مدرن پنداشت.

استدلال به اینکه تجویز صنعت مزبور به منزله شناسایی حضور یک بیگانه در حریم خصوصی زن و شوهر است استدلال تمامی نیست، زیرا درست است برخی از زوجین آنچنان تعصبی بر حفظ این حلقه محرمانه دارند که حاضر به ورود هیچ شخص دیگری نیستند و حتی راز خویش را با اطرافیان خود هم در میان نگذاشته و عدم باروری خویش را به انحاء مختلف توجیه میکنند، ولی هستند زن و شوهری که اینگونه نمی اندیشند. شوق داشتن فرزند آنچنان آنان را بی اختیار میسازد که حاضر به هر امری بوده و تن به هر شرایطی میدهند. نمیتوان از آنان خواست که همانند گروه اول از زوجین بیاندیشند و عمل نمایند. آنان میخواهند از خود فرزندی داشته و کانون خانواده خویش را گرم و شاداب نگه دارند.

در خصوص پیوند کودک و مادر هم گفته شد که درست است کودک با مادر پیوند و ارتباط عمیقی دارد، ولی چنین ارتباطی در خصوص اطفال حاصل از اجزاء ژنتیکی مادران مسلم است ولی کودکی که محصول اسپرم و تخم دیگران باشد و تنها در فضای رحم زنی پرورش مییابد معلوم نیست چنین پیوند و ارتباطی با صاحب رحم داشته باشد. بنابراین، استدلال مزبور - مخصوصاً در موردی که مادر جانشین خود راضی به پرورش کودک و تسلیم آن پس از تولد باشد - دلیل محکمی بر تحریم و ممنوعیت surrogacy در همه موارد نمیشود (رک: The Warnock Report، همان، ص ۴۵ و ۴۶).

آنچه مسلم است ممنوعیت کامل استفاده از صنعت مزبور قابل توجیه نیست، کما اینکه تجویز مطلق و افسار گسیخته آن هم خطرناک بوده و بیم سوء استفاده را افزایش میدهد. سود جویان مترصد فرصتند. تجویز آن بدون تعیین چارچوب مناسب و نهاد نظارت کننده و تعیین ضمانت اجراهای مناسب برای متخلفان خطر ناک خواهد بود. به همین دلیل در کشورهای که استفاده از تکنیک مزبور ممنوع اعلام نشده است، یک سازمان نظارتی پیش بینی شده که بر تنظیم این توافقات نظارت می نماید. همچنین پیشنهاد شده است که همانند فرزند خواندگی، قراردادهای بایستی توسط مؤسسه های غیر انتفاعی تنظیم شده و به امضای دو طرف برسد و آندو تا مدتی حق بر هم زدن

است. اما هدف از گزارش کنونی بررسی ارتباط کلینیکی بین نتایج IVF و انتقال جنین با غلظت کورتیزول و کورتیزون و نسبت کورتیزول به کورتیزون مایع فولیکولار بطور تصادفی) میباشد.

این مطالعه که گذشته نگر و دو سوکور بوده بروی ۴۱ نمونه مایع فولیکولار از ۲۳ زن تحت درمان با داروهای محرک تخمک گذاری جمع آوری گردیده و در این افراد حاملگی های ایجاد شده توسط سونوگرافی تأیید شد.

غلظت استروئیدهای درون فولیکولی توسط روش رادیوایمونواسی اندازه گیری گردید. نتایج حاکی از آن بود که غلظت هردو ماده کورتیزول و کورتیزون بطور معنی داری در مایع فولیکولار بدست آمده از ۶ بیمار باردار در مقابل ۱۷ بیمار که باردار شدند بسیار پائینتر بوده است. در صورتیکه معیار نسبت کورتیزول به کورتیزون را ۷/۷ فرض نماییم، آمار بدست آمده نشان میدهد ۵ نفر از ۱۰ نفر افرادی که این نسبت در مایع فولیکولار آنها بیش از ۷/۷ بوده است حامله شده اند در حالیکه فقط ۱ نفر از ۱۳ نفری که این میزان کمتر بوده است، حامله شده اند.

نتیجه گیری نشان میدهد که غلظت هردو هورمون کورتیزول و کورتیزون در مایع فولیکولار بدست آمده از بیماران حامله شده توسط IVF نسبت به آنهایی که سیکلهای غیربارداری بطور معنی داری پائین بوده است حاملگی توسط روشهای تحریک تخمک گذاری و IVF با میزان افزایش یافته نسبت کورتیزول به کورتیزون همساز با سطح پائین اکسیداسیون کورتیزول درون تخمدانی توسط ۱۱ تبادلهیدروکسی استروئید دهیدروژناز کسیداسیون مرتبط میباشد

Ref: Clin Endocrinol (oxf)1999

Nov;51(5):535-540

نگهداری و انجام مایع منی پس از ارکیدکتومی در سرطان بیضه

بررسی احتمال نگهداری مایع منی منجمد شده پس از ارکیدکتومی موضوع مطالعه ای است که توسط گروهی از پژوهشگران صورت گرفته است در این مطالعه کیفیت منی در ۳۶ بیمار مبتلا به کانسر بیضه که در گروه سنی ۴۹-۲۰ سال و بطور متوسط ۳۱/۷ سال سن داشته اند مورد مطالعه قرار گرفته اند .

براین دارد که آسیب اکسیداتیو 8-OHdG اسپرم ممکن است ارزش تشخیصی بسیاری در ارزیابی عملکرد اسپرم و ناباروری مردان داشته باشد.

Ref: J Androl 1999 Nov-Dec, 20(6):718-23

مقایسه نتایج IVF در ناباروری بعلت فاکتور لوله ای و اندومتريوز

وجود بیماری اندومتريوز کلاس III بازده کمتری راپس از عمل IVF نسبت به ناباروری بعلت فاکتور لوله ای به همراه دارد. به منظور ارزیابی نتایج IVF در بیماران مبتلا به اندومتريوز کلاس II و III، گروهی از محققین مطالعه ای گذشته نگر رابروی ۵۸ بیمار مبتلا به اندومتريوز کلاس III و IV و ۶۰ بیمار نابارور بعلت

درصد موفقیت IVF در بیماران اندومتريوزی نسبت به بیماران نابارور بعلت فاکتور لوله ای ضعیف تر میباشد.

فاکتور لوله ای انجام دادند. برای هر دو گروه IVF و انتقال جنین صورت گرفت. پژوهشگران با اندازه گیری پارامترهایی مانند میزان لقاح، حاملگی و تولد نوزاد در این زنان به این نتیجه رسیدند که اندومتريوز در مراحل پیشرفته III و IV بازده IVF و انتقال جنین رانسبت به گروه دوم ضعیف تر می سازد (۴۰٪ در مقایسه با ۷۰٪). در این مطالعه میزان حاملگی به ازاء هر سیکل ۱۰/۶٪ در مقابل ۲۲/۴٪، میزان تولد نوزاد زنده ۶/۷٪ در مقابل ۱۶/۶٪ بوده که تمامی این اختلاف از نظر آماری معنی دار بوده اند.

بنابراین براساس این یافته ها می توان چنین نتیجه گرفت که درصد موفقیت IVF در بیماران اندومتريوزی نسبت به بیماران نابارور بعلت فاکتور لوله ای ضعیف تر میباشد.

Ref: Fertil Steril 1999, Dec, 72(6):1107-9

آندروژنها و میزان باروری IVF

پیش از این گزارشاتی مبنی بر ارتباط سطوح پائین و متابولیسیم کورتیزول درون تخمدان و ایجاد حاملگی توسط IVF و انتقال جنین که بواسطه ۱۱ بتا هیدروکسی استروئید دهیدروژناز می باشد ارائه شده

قرارداد را داشته باشند. در شماره بعدی وضعیت حقوقی توافقات ناظر بر استفاده از رحم جانشین را از منظر حقوق ایران و فقه امامیه مورد مطالعه قرار خواهیم داد .

اخبار علمی

ارزیابی آسیبهای اکسیداتیو DNA در اسپرم انسان و ارتباط آن با ناباروری مردان

اخیراً شواهد زیادی دال بر تأثیر آسیبهای اکسیداتیو در DNA اسپرم بروی تخریب و ایجاد اختلال در عملکرد و بالطبع ناباروری مردان مشخص گردیده است. ماده 8-OHdG به عنوان یک بیومارکر حساس و دقیق برای تشخیص این آسیبهای اکسیداتیو DNA شناخته شده است.

این تحقیق با ارزیابی سطوح 8-OHdG در نمونه های اسپرم انسانی به بررسی و ارزیابی گستردگی این آسیبها بر اسپرم و تاثیر آنها بر ناباروری مردان پرداخته است. در این تحقیق ۱۱۴ مورد (۶۰ بیمار نابارور و ۵۴ فرد کارگرسالم) بررسی شدند. باروش کروماتوگرافی مایع و با هدایت الکتروشیمیایی، سطح 8-OHdG و

آسیب اکسیداتیو 8-OHdG اسپرم ممکن است ارزش تشخیصی بسیاری در ارزیابی عملکرد اسپرم و ناباروری مردان داشته باشد

پارامترهای روتین Semen اندازه گیری و بااستانداردهای WHO مطابقت داده شد. نتایج حاکی از آن بود که سطح 8-OHdG اسپرم در بیماران نابارور بطور معنی داری نسبت به افراد دیگر بالاتر است . ارتباط بین سطح 8-OHdG اسپرم و پارامترهای روتین Semen بررسی گردید. رابطه مثبت و معنی داری بین 8-OHdG و نقائص سراسپرم وجود داشت (۰/۰۰۱ / P <) در حالیکه ارتباط معکوسی بین 8-OHdG و غلظت اسپرم (۰/۰۰۱ / P <) ، تعداد کل اسپرم (۰/۰۰۱ / P <) تحرک اسپرم (۰/۰۰۱ / P <) و مورفولوژی طبیعی اسپرم (۰/۰۰۱ / P <) و (r = ۰/۳۹) مشاهده گردید. بنابراین اطلاعات دریافت شده از این تحقیق اشاره

مشاهده ننمودند. در بزرگترین بررسی کروموزومی قبل از تولد که توسط گروه بروسلی مذکور ارائه شده است در ۱۰۸۲ تشخیص قبل از تولد، ۲۸ کاربوتایپ غیر معمولی (۲/۸٪) دیده شده است که ۱۱ مورد آنها اختلالات خانوادگی بوده است که نبایستی در این بررسی در نظر گرفته شود و بنابراین در ۱۸ مورد (۱/۷٪) در حاملگی های منتج از ICSI اختلالات کروموزومی مشاهده گشته که ۹ تای آنها مربوط به کروموزومهای جنسی و همین مقدار مربوط به کروموزومهای غیر جنسی بوده است. در این بررسی ۵ مورد تریزومی و ۴ ترانسلوکاسیون دیده شده است.

آگهی

**پژوهشکده ابن سینا
[مرکز تحقیقاتی بیولوژی
وبیوتکنولوژی تولید مثل
ونازایی جهاد دانشگاهی]
آمادگی خود را جهت
دریافت آگهی های
تبلیغاتی شرکت های
تجهیزات پزشکی اعلام
میدارد**

اگر شیوع ۱/۷٪ اختلالات کروموزومی در بررسی های گروهی بروسلی با اختلالات که در نوزاد (یعنی ۰/۶٪) منتج از تولیدمثل عادی مشاهده گشته است، مقایسه گردد دیده می شود که در نوزادانی که از ICSI منتج شده اند بوضوح ریسک بالاتری برای اختلالات کروموزومی دیده میشود. اما نکته ای که بایستی در این مورد توجه شود این است که نتایج بدست آمده در رابطه با کودکان ICSI بایستی فقط با معمولی مقایسه گردد در صورتیکه شیوع ۰/۶٪ مربوط به نوزادان معمولی بعد از تولد میباشد. تابور و فیلپ (۱۹۸۷) با بررسی ۲۲۶۴ زن حامله در سنینی بین ۲۵ تا ۳۴ سال (که بر اساس مطالعات خانوادگی دارای ریسک پائینی برای بیماریهای ژنتیکی بودند). شیوع ۱٪ را در رابطه با اختلالات کروموزومی جنین های آنها مشاهده نموده اند. گروه کلارک (۱۹۹۳) با بررسی ۷۲۰۰ مورد تشخیص قبل از تولد (آمیونسنتز) در ۲/۵٪ از آنها

قرارداده، معلولیت های بزرگ در ۲/۶٪ از این کودکان و در ۱۳/۲٪ از این کودکان معلولیت های کوچک ملاحظه گردیده است (Bonduelle et al., 1996). اگر در کنار این معلولیتها، سقط جنین های طبیعی و سقط جنینهایی که عمداً بعد از اطلاع یافتن از نقص جنین صورت گرفته است را در نظر بگیریم این گروه ضریب ۲/۵٪ را محاسبه نموده است.

البته هم اکنون راجع به اینکه اینگونه معلولیتها چگونه طبقه بندی شوند نظرات متفاوتی وجود دارد. کورینجوک و باور در سال ۱۹۹۷ نتایج گروه علمی بروسلی را بر طبق (Western Australian Birth Defect Registry) دوباره طبقه بندی و ارزیابی نموده، به ضریب ۷/۲۸٪ در مورد معلولیت های کودکان حاصل از ICSI رسیدند. لازم به ذکر است که نتایج گروه علمی بروسلی بر اساس اطلاعاتی است که به صورت فعال جمع آوری شده است و بنا بر این میتواند نتایجی تولید مثل طبیعی مقایسه گردد که بر اساس از اطلاعات جمع آوری شده به صورت فعال بدست آمده باشد.

در گروه های علمی در شهر ماینز و ماگدبورگ آلمان اطلاعات راجع به معلولیتها به صورت فعال جمع آوری میگردد. بر اساس مدل ماینز ۲۰۲۴۸ نوزاد که مورد بررسی قرار گرفتند در ۷/۳٪ از آنها معلولیتها بزرگ دیده شده است. (Qucisser Luft and Spranger 1997). بر اساس مدل ماگدبورگ که ۵۲۵۵ نوزاد مورد بررسی قرار گرفتند. در ۷/۸٪ از آنها معلولیت های بزرگ مشاهده گشته است.

در ارزیابی ضرایب معلولیتها در مورد حاملگی های منتج از ICSI بایستی ضریب بالاتری که در مورد چند قلوهای منتج از ICSI وجود دارد را نیز در نظر گرفت. فراوانی این چند قلوها حدود ۲۰ تا ۳۰٪ عنوان میگردد.

گروه فان اپستال (۱۹۹۷) ۷۱ کاربوتایپ را قبل از تولد در ۶۴ حاملگی منتج از ICSI مورد مطالعه و بررسی قرار دادند. آنها توانستند ۹ اختلال کروموزومی را مشاهده نموده است که در ۶ مورد دارای اختلالات کروموزومهای جنسی و در ۳ مورد دیگر اختلالات در کروموزوم های غیر جنسی بوده است. ونرهولم (۱۹۹۶) در ۵۸ حاملگی منتج از ICSI هیچ گونه اختلال کروموزومی در تشخیص قبل از تولد

پارامترهای حجم مایع منی، تعداد و تحرک اسپرم قبل و بعد از انجماد بررسی گردید در ۱۵ بیمار (۴۲٪) اسپرم ها قبل از ارکیدکتومی و در ۲۱ بیمار (۵۸٪) پس از آن ذخیره شد که در ۱۹ بیمار (۵۳٪) این عمل با تاخیر بیش از ۷ روز انجام گردید.

میانگین سن، تشخیص هیستولوژیکی و مرحله تومور در هر زمان انجماد و نگهداری اسپرم ها تفاوت چندانی نداشت. کیفیت مایع منی قبل و بعد از ارکیدکتومی اختلاف معنی داری وجود نداشت هم چنین تاخیر در انجماد اسپرم تاثیری بر معیارهای اسپرم نداشت نیز کیفیت اسپرم در بیماران با سمینوما یکسان می باشد. از این یافته ها می توان نتیجه گرفت که اسپرماتوژنز از بیضه مخالف برای محافظت انجمادی پس از ارکیدکتومی مناسب بوده و ارولوژیستها می بایست هرچه بیشتر به تیم های انکولوژی و بیماران در خصوص روشهای پیشرفته نگهداری قدرت باروری بیماران سرطانی آگاهی دهند.

Ref:BJU Int 1999 Dec;84(9):1038-1042

جنبه های ژنتیکی ART

Assisted Reproductive Technologies (ART)

قسمت سوم

دکتر کریم نیرنیا

در دو قسمت قبل زوجهای مختلفی را که در مورد آنها ICSI صورت گرفته است مورد بررسی قرار دادیم و ریسکی را که فرزندان آنها میتوانند بعد از انجام عمل ICSI داشته باشند را از روی مشخصات پدر و مادر تخمین زده شد. در این قسمت خود کودکانی که از عمل ICSI بدنی آمده اند را بررسی نموده و از لحاظ بیولوژیک اطلاعاتی را که در این مورد در دسترس میباشد را مطالعه می نماییم. اطلاعات زیر از گروه های مختلف علمی جمع آوری شده است که مختصراً مورد بررسی قرار میگیرد.

گروه علمی فان اشتیرنگهم (Van Steierteghem) در بروسل ۸۷۷ کودکی را که از عمل ICSI بدنی آمده اند را مورد بررسی

۴- تشخیص ژنتیکی قبل از لانه‌گزینی و قبل از تولد

4- Preimplantation and Prenatal Genetic Diagnosis

۵- تکنولوژی ترانسژنیک

5- Transgenic and Gene Targeting Technologis

۶- همانندسازی

6- Cloning

باتوجه به امتیاز بازآموزی سمپوزیوم برای ثبت نام تا تاریخ ۷۸/۲/۳۰ مبلغ ۷۰۰۰ ریال به حساب جاری ۹۱۳ بانک رفاه کارگران شعبه بیمارستان طالقانی تهران دروجه پژوهشکده واریزگردد واصل فیش بانکی به همراه فتوکپی کارت نظام پزشکی یا کارت شناسایی با پست سفارشی به آدرس پژوهشکده ارسال شود. مبلغ ثبت نام پس از تاریخ فوق ۶۰۰۰ ریال، و ثبت نام دانشجویی (با ارائه کارت) ۲۰۰۰ ریال خواهد بود.

آدرس دبیرخانه: تهران

ص پ ۱۷۷-۱۹۸۳۵، پژوهشکده ابن سینا

کروموزومی دیده شده است. بدین دلیل میتوان ضریب بالاتری که در رابطه با اختلالات کروموزومی در حاملگی های منتج از ICSI مشاهده میگردد را توضیح داد. بحثهای بالا را میتوان بدین ترتیب خلاصه نمود:

- زوجهایی وجود دارد که در آنها بعد از انجام عمل ICSI، ریسک بالاتری در کودکان آنها در رابطه با بیماریهای ژنتیکی مشاهده میگردد.

- در زوجهایی که دلیل ژنتیکی برای نازایی آنها در دست نمی باشد نمی توان براساس اطلاعات بیولوژیکی که در حال حاضر در دسترس می باشد، ریسک بالاتری را برای فرزندان آنها بعد از عمل ICSI قائل شد.

- براساس اطلاعات حاضر نمی توان بطور قطعی مشخص نمود که آیا کودکان منتج از ICSI دارای ریسک بالاتری در رابطه با اختلالات کروموزومی دارا می باشند.

اختلالات کروموزومی مشاهده نموده اند. فرگوسن اسمیت و یایتس (۱۹۸۴) با بررسی ۲۹۶۵ آمینوسنتز زنان حامله بالای ۳۵ سال ضریب شیوع ۱/۲۹٪ را پیدا نمود ه اند که ضریب شیوع اختلالات کروموزومی ساختمانی که در جنین تازه پیدا شده است (de novo) مابین ۱ تا ۵ در هر ۱۰۰۰ نفر میباشد. این درحالیکه است که در مجموعه ای که گروه بروسلی مورد مطالعه قرار داده اند ۳/۶ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر گزارش داده شده است.

آگهی استخدام هیات علمی

پژوهشکده ابن سینا به منظور تکمیل کادر تخصصی خود افراد واجد شرایط ذیل را به همکاری دعوت می نماید:

۱. متخصص زنان و زایمان
 ۲. متخصص کلینیکال آندرولوژی
- اولویت انتخاب، داشتن تجربه عملی و علمی در ناباروری و شرط اصلی انتخاب فعالیت تمام وقت میباشد.

اخبار کنفرانس ها

فراخوان مقاله

سمپوزیوم تخصصی

«ژنتیک و بیوتکنولوژی تولید مثل»
Genetics & Biotechnology of Reproduction

بایاری خداوند متعال سمپوزیوم تخصصی باروری و ناباروری تحت عنوان ژنتیک و بیوتکنولوژی تولید مثل توسط پژوهشکده ابن سینا و با همکاری مراکز و دانشگاههای مختلف در روز چهارشنبه ۲۵ خرداد ۱۳۷۹ در تهران برگزار می گردد از پژوهشگران و اساتید ارجمند دعوت بعمل می آید خلاصه مقالات و تحقیقات خود را به زبان انگلیسی حول محورهای ذیل، حداکثر تا تاریخ ۷۸/۱۲/۲۹ به دبیرخانه سمپوزیوم ارسال فرمایند.

محورهای سمپوزیوم:

۱- ژنتیک تولید و تمایز سلولهای جنسی
1- Genetic of Germ cell Development and Differentiation

۲- ژنتیک تکوین و تمایز اعضای تناسلی
2- Genetics of Gonads and sex organs

۳- کاربرد بیوتکنولوژی در تشخیص و درمان ناباروری

3- Applications of Biotechnology in Diagnosis and Treatment of infertility

از مجموعه بررسی های بالا نتیجه میشود که اطلاعاتی که در مورد بررسی های کروموزومی در حاملگی منتج ICSI در دسترس میباشد در مقابله با اطلاعاتی که در مورد بررسی های کروموزومی در حاملگی های معمولی وجود دارد بسیار اندک بوده بطوریکه در حال حاضر نتیجه ای از آن نمیتوان گرفت.

این مطلب بدین معنی میباشد که در حال حاضر نمیتوان در مورد ریسک بالاتری در مورد کودکان منتج از ICSI بدلیل کم بودن اطلاعات بیان نمود. البته مطلبی که مشاهده میگردد این است که ریسک کمی بالاتر در کودکان منتج از ICSI وجود دارد. این ریسک بالاتر میتواند بدلیل موزائیک بودن گوناد در مرد یا زن (Perrson et al., 1996) و یا اختلالاتی که در مردان نازا با کروموزومهای معمولی در میوز مشاهده میگردد بوجود آمده باشد. گزارش شده است که در ۱/۵٪ الی ۷٪ در مردان نازا اختلالاتی در میوز دیده شده است که منجر به اختلالات کروموزومی در اسپرم میگردد.

گزارشی دیگر که ۴۵ مرد نازا را مورد مطالعه قرار داده است در دو نفر از آنها ضریب بالاتری در رابطه با اختلالات

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 اجرائی:

معصومه جلوند، ناصر رحیمی، ابوالفضل علیزاده

تهران، بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای بلوار

صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵

تلفن: ۲۴۰۳۶۴۱، ۲۴۰۲۰۱۱

فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

EMAIL: RBIBR@YAHOO.COM