

بنام آنکه عقل را فکرت آموخت

در این شماره می‌خوانید:
 سخنی با همکاران.....صفحه
 (2)
 گزارش اولین برنامه علمی
 کارگاه ART.....صفحه
 (2)
 تأثیر محیط کار بر
 باروری.....صفحه
 (4)
 نقش پذیری ژنومی و
 ناباروری.....صفحه

تشکر از زحمات پروفیسور الحسنی در ایران، در تالار اصفهان هتل استقلال برگزار شد. در این مراسم برخی از شخصیت‌های علمی، رؤسا و متخصصین مرکز ناباروری، آقای دکتر محمدمهدی آخوندی، آقای دکتر کاظمینی، آقای دکتر بشارت و سرکار خانم دکتر معینی در خصوص خدمات پروفیسور الحسنی مطالبی را ارائه نمودند. در انتهای مراسم، لوح تقدیر ریاست جهاد دانشگاهی به همراه هدایایی از سوی مرکز تقدیم ایشان شد.

گزارش کارگاه ART

در این شماره به جای بخش مقاله تخصصی و ادامه مطلب شماره قبل گزارش اولین برنامه علمی کارگاه ART به چاپ می‌رسد و طی شماره‌های آتی برنامه‌های علمی دیگر این کارگاه به چاپ خواهد رسید. قسمت دوم مقاله تخصصی شماره قبل را انشاءالله بعد از اتمام گزارش کارگاه ART چاپ خواهیم نمود.

Cautions in the manegment of embryo transfer (ET)

پروفیسور صفا الحسنی
 متخصص جنین‌شناسی و ART

انتقال جنین (ET) مرحله نهائی بسیار حساس و مهم در برنامه IVF و ICSI می‌باشد. تا قبل از این مرحله ما قادر به کنترل و مشاهده مراحل مختلف کار مانند تحریک تخمدان، دریافت تخمک، انجام Insemination، لقاح، تشکیل جنین می‌باشیم ولی هنگامیکه جنین داخل رحم گذاشته شود دیگر، جنین خارج از کنترل و مشاهده ما می‌باشد.

فاکتورهای تأثیرگذار در موفقیت ET:

- 1- سن: اولین و مهمترین فاکتور محسوب می شود، 2- کیفیت جنین، 3- تعداد جنین منتقل شده، 4- پذیرندگی رحم، 5- مدت و علت نازایی، 6- جراح منتقل دهنده جنین، 7- نوع کاتتر انتقال دهنده جنین، 8- میزان و حجم محیط

دانشگاه لوپک آلمان و بنیانگذار اولین مرکز ناباروری آلمان و سومین مرکز درمان ناباروری جهان، بنابه دعوت پژوهشکده ابن‌سینا و مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری ابن‌سینا، از تاریخ 29 دی ماه لغایت 3 بهمن ماه (Jan19-22,2004) در تهران حضور داشتند.

پروفیسور الحسنی در طی اقامت خود در تهران با آقای دکتر فاضل رئیس فرهنگستان علوم پزشکی کشور ملاقات داشتند. در این ملاقات آقای دکتر فاضل طی سخنانی، ضمن قدردانی از زحمات ایشان در راه‌اندازی مراکز ناباروری در ایران، بر ارزش مراکز درمان ناباروری در کشور، میزان صرفه جویی ارزی و خدماتی که این علوم به بیماران کشور نمود، تاکید نمودند.

پروفیسور الحسنی با حضور خود در کارگاه تخصصی یک روزه ART، متشکل از 50 نفر از محققین ART سراسر کشور که در مرکز فوق تخصصی ابن‌سینا برگزار گردید؛ با ارائه سه موضوع علمی ذیل شرکت‌کنندگان را از تجربیات خود بهره‌مند نمودند و پاسخگوی سؤالات آنها بودند.

- 1- Cautions in the embryo transfer management
 - 2-Trouble shooting in IVF/ICSI lab
 - 3- New treatment strategies in the male factor infertility in Assisted Reproduction Technologies
- در پایان اقامت ایشان، مراسم تقدیر و

سخنی با همکاران

امروزه یکی از مناسبترین شیوه‌های انتقال تکنولوژی و فن‌آوری، برگزاری کارگاه‌های تخصصی با حضور دانشمندان و محققین موفق کشورها به منظور انتقال تجهیزات و اطلاعات جدید می‌باشد. در این راستا مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا در هفته آخر دی‌ماه میزبان یکی از برجسته‌ترین دانشمندان رشته ART واز بنیانگذاران بسیاری از مراکز درمان ناباروری در ایران بود. پروفیسور صفا الحسنی اندیشمند آلمانی عراقی الاصل و رئیس مرکز ART



کاتتر دیگر که ما مقایسه نمودیم موکوس سرویکس بیشتری می‌چسبد). همیشه باید بعد از ET کاتتر چک شود تا از انتقال جنین اطمینان حاصل شود.

استفاده از سونوگرافی در ET: بسیاری از مقالات توصیه می‌کنند از

حجم زیاد مدیا 100-50 µl سبب می‌شود تا بعد از چند دقیقه این مدیا از رحم خارج شود و باعث خروج جنین شود.

سونوگرافی برای راهنما در ET استفاده شود. ولی تجربه ما نشان داده است که سونوگرافی نمی‌تواند باعث افزایش میزان حاملگی در ET شود.

معمولاً توصیه می‌شود که جراحان تازه‌کار که تجربه کافی ندارند بهتر است از سونوگرافی استفاده کنند با گذشت زمان و داشتن تجربه کافی، دیگر نیازی به استفاده از اولتراسوند نیست.

البته در برخی موارد همچون ET Clinically Difficult که مشکل انقباض و خونریزی وجود دارد؛ استفاده از سونوگرافی توصیه می‌شود البته این موارد بسیار نادر است.

حجم محیط در ET: در مشاهده و ویژگی که پروفوسور الحسنى از بسیاری مراکز داشتند متوجه شدند متخصصین زنان دوست دارند حجم مدیای زیادی تزریق کنند ولی حجم زیاد مدیا 100-50 µl سبب می‌شود تا بعد از چند دقیقه این مدیا از رحم خارج شود و باعث خروج جنین شود.

ایشان اظهار داشتند در روشی که ما

استفاده می‌کنیم حجم مدیا حدود 10-5 µl می‌باشد و جنین از دو طرف توسط هوا و مدیا محاصره شده است. در هنگام ورود کاتتر به داخل رحم اختلاف فشاری که بین داخل کاتتر و داخل رحم وجود دارد منجر به خروج مدیا به داخل رحم شده و هوای سر کاتتر باعث خروج جنین به داخل رحم می‌شود و مدیای بعد از جنین سبب می‌شود تا در صورت چسبیدن جنین به دیواره کاتتر

دوم نقش مهمی در میزان حاملگی دارد. با توجه به اینکه در حال حاضر اجازه انتخاب جنین در آلمان برای انتخاب بهترین جنین برای ET داده نمی‌شود؛ لذا میزان موفقیت حاملگی نسبت به قبل که اجازه انتخاب جنین خوب وجود داشت؛ کاهش پیدا کرده است.

در مطالعه دیگری که بر روی 3800 حاملگی انجام شد مشاهده شد که بین انتقال 3 یا 4 جنین بر اساس سن بیمار، هیچ تأثیری بر میزان حاملگی نداشت. پروفوسور صفا الحسنى اظهار داشتند در مطالعه انجام شده ارتباطی بین مدت زمان نازائی و علت نازائی با میزان موفقیت حاملگی پیدا نشد.

جراح انتقال دهنده جنین و Provider: با توجه به اینکه جراح انتقال دهنده جنین از روشهای متفاوت انتقال جنین استفاده می‌کند، لذا تجربه جراح و روش مورد استفاده می‌تواند با آتروماتیک بودن، انتقال سریع تا حد امکان و جلوگیری از انقباض رحم بر میزان موفقیت حاملگی اثر بگذارد. انتقال باید بسیار آهسته و آتروماتیک باشد تا از چسبیدن موکوس یا خون به نوک کاتتر جلوگیری شود.

نوع کاتتر ET: با توجه به وجود انواع مختلف کاتتر، باید بهترین نوع آن انتخاب شود. در صورت تنگی کانال سرویکس کاتتر Flexible نمی‌تواند به راحتی وارد کانال سرویکس شود؛ در اینگونه موارد می‌توان از Metal canal که ما بعنوان راهنما ابداع کردیم؛ استفاده کرد.

در بعضی از کاتترها موکوس سرویکس بیشتر می‌چسبد و همین امر می‌تواند سبب ایجاد مشکل در ET شود (برای مثال به نوک کاتتر والاس نسبت به چند

منتقل شده، 9- استفاده از اولتراسوند در طول ET، 10- چگونگی کاهش انقباضات رحم، 11- آلودگی نوک کاتتر، 12- استراحت بیمار بعد از ET و Position بیمار، 13- روز انتقال جنین و stage جنین در هنگام انتقال.

علت افزایش میزان آنپلوئیدی، با افزایش سن، تأثیر سن بر دوک تقسیم میوزی Mitotic spindle assembly می‌باشد که سبب اختلال در این دوک و آنپلوئیدی می‌شود.

سن: در یک مطالعه میزان آنپلوئیدی اووسیت در زنان جوان و مسن بررسی شد. در این مطالعه اووسیت‌ها را بدون هیچگونه تحریک تخم‌گذاری از طریق آسپیراسیون فولیکول بوسیله لاپاراسکوپ جمع‌آوری شده و سپس اووسیت‌ها تحت آنالیز کاریوتایپ قرار داده شد. نتایج آنالیز نشان داد که بین سنین 25-20 سال میزان آنپلوئیدی بسیار نادر می‌باشد ولی با افزایش سن میزان آن در حوالی سنین 40 سالگی به 80% می‌رسد و علت اصلی بالا بودن سقط در این سنین و پائین بودن میزان حاملگی (حدود 13-5%) به همین دلیل است. لذا در این سنین اهداء اووسیت بعنوان یک راه حل مطرح می‌شود.

علت افزایش میزان آنپلوئیدی، با افزایش سن، تأثیر سن بر دوک تقسیم میوزی Mitotic spindle assembly می‌باشد که سبب اختلال در این دوک و آنپلوئیدی می‌شود. بنابراین افزایش سن درصد حاملگی را شدیداً کاهش می‌دهد.

کیفیت جنین: در این مورد پروفوسور الحسنى اظهار داشتند ما مطالعه‌ای را بر روی 50 بیمار انجام دادیم که در سال 1990 در مجله آلمان بچاپ رسیده است. نتایج این مطالعه نشان می‌داد که اگر 3 جنین با درجه A در روز دوم به داخل رحم منتقل شود میزان حاملگی 40% می‌باشد؛ لذا کیفیت جنین در روز



زمانی که من این روش را دیدم و به مرکزی که این ماده را استفاده می‌کردند رفتم؛ مشاهده کردم که نه تنها میزان حاملگی افزایش نیافته بلکه کاهش نیز یافته است. این مرکز بعد از ویزیت اینجانب دیگر از این ماده استفاده نکردند.

ادامه دارد

ژورنال کلاب

یکصد و چهارمین ژورنال کلاب

82/11/6

تاثیر محیط کار بر بهداشت باروری

شبیم منتظری

کارشناس ارشد مامایی

عضو هیات علمی پژوهشگاه ابن سینا

مخاطرات بهداشت باروری در محل کار یک نگرانی بهداشتی در حال افزایش است. مواد بسیاری می‌توانند سبب آسیب به سیستم باروری در هر دو جنس گردند. شاید توجه پزشکان به دسته‌ای از بیماران در مشاغل خاص، باعث آغاز مطالعات در این زمینه شده است. مشکلات ایجاد شده به دلیل شغلی در افرادی مانند رانندگان حرفه‌ای، کارگران شاغل در صنایع پالایش فرآورده‌های نفتی - جوشکاری - ریخته‌گری، نقاشها و یا حوادثی مانند انفجار نیروگاههای هسته‌ای نظیر چرنوبیل و نتایج حاصل از مطالعات بر روی حیوانات، محرک این توجهات بوده است. عده‌ای معتقدند تحقیق در زمینه تماسهای شغلی به 30 سال پیش برمی‌گردد؛ یعنی در سال 1997 هنگامی که گزارشی مبنی بر آسیب جدی بر اسپرماتوزن در اثر تماس با ماده DBCP (دی بروموکلروپروپان) که در کارخانه‌های ساخت حشره‌کشها بخصوص جوندگشها استفاده می‌شده است، منتشر شد.

بعد از توضیحاتی که پروفیسور در مورد عوامل تأثیرگذار بر ET ابراز داشتند سؤالات زیر مطرح شد که ایشان پاسخ دادند.

1- آیا شما از آنتی پروستاگلندین‌ها برای جلوگیری از انقباضات رحمی استفاده می‌کنید؟

خیر، زیرا آنها سبب افزایش خونریزی می‌شوند. اگر انتقال جنین خیلی سریع صورت گیرد انقباضات رحمی نخواهیم داشت. همچنین اگر به مریض بگویید کمتر از یک قطره بد داخل رحم منتقل می‌شود؛ اتفاقی پیش نخواهد آمد.

2- آیا شما از تناکولوم در ET استفاده می‌کنید؟

بله من همیشه پیشنهاد استفاده از تناکولوم را می‌دهم زیرا به Stretch کانال سرویکس کمک کرده و باعث می‌شود ET خیلی سریعتر انجام شود.

3- کاتتر تا چه حد باید وارد رحم شود؟

ET در پشت سوراخ داخلی نباید انجام شود. انتقال باید As deep as possible صورت گیرد.

4- آیا شما از Embryo clue استفاده می‌کنید؟

بدنبال مطالعه‌ای که روی موش انجام شد و در مجله Fertility & Strility چاپ رسیده است نشان داده شد که استفاده از فیبرین می‌تواند بعنوان چسب، منجر به افزایش حاملگی شود.

سخنرانی علمی

*Reproductive Potential in Patients with Cancer:
Need for Semen Banking*

سخنران

Dr. Ashok Agarwal

* Director of Cleveland Andrology Laboratory and Reproductive Tissue Bank

* Director of Center for Advanced Research In Human Reproduction, Infertility and Sexual Function

زمان: دوشنبه 82/12/4 ساعت 11 لغایت 30/30

مکان: مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا

نشانی: تهران، خیابان شهید باهنر (نیاوران)

جنب پمپ بنزین 329

تلفن: 2835020 فاکس: 2835021

آنها پیشنهاد نمودند که این ماده در انسان نیز می‌تواند مفید باشد.

آن را شستشو داده و وارد رحم کند. انقباض رحم: پروفیسور در این مورد اظهار داشتند برای کاهش انقباضات رحمی از پروژسترون واژینال، سداتیو و بیهوشی استفاده می‌کنند.

در مورد انجام ET در زیر بیهوشی تجربه ما نشان می‌دهد که انجام ET زیر بیهوشی بر میزان حاملگی تأثیر ندارد. فقط در موارد تنگی کانال سرویکس انجام ET زیر بیهوشی پیشنهاد می‌شود. در ضمن توصیه می‌کنیم در هنگام آسپیراسیون فولیکول در روز Puncture کانالیزاسیون سرویکس انجام شود تا در روز انتقال مشکلی در ET وجود نداشته باشد.

در هنگام ET ما از تناکولوم استفاده می‌کنیم تا به عبور کاتتر از دهانه سرویکس کمک نماید. ثابت شده است که پروژسترون واژینال سبب کاهش تعداد انقباضات رحمی شده و منجر به افزایش میزان حاملگی می‌شود. در مورد سداتیو، ما رابطه‌ای بین مصرف والیوم با میزان حاملگی مشاهده نکردیم.

آلودگی نوک کاتتر: با توجه به مطالعات پروفیسور و دیگران که نشان داده است که کاتتر می‌تواند فلور میکروبی واژن را وارد دهانه سرویکس و رحم نماید؛ بهتر است بصورت پروفیلاکسی، زوجین تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار بگیرند.

در حال حاضر واژن بیماران از نظر میکروبیولوژی بررسی می‌شود و در صورت وجود میکروب، قبل از شروع ET درمان آنتی‌بیوتیکی صورت می‌گیرد. در ضمن Swap و شستشوی واژن باید قبل از ET یا Puncture انجام شود.

استراحت بعد از ET: مطالعات نشان می‌دهد که حدود نیم‌ساعت استراحت بعد از ET کافی بوده و استراحت طولانی مدت تأثیری بر میزان حاملگی ندارد.

پوزیسیون بیمار در طی ET: رابطه‌ای بین پوزیسیون بیمار و رحم با میزان حاملگی در مطالعه پروفیسور الحسنی دیده نشد.

عوارض ET: شامل حاملگی خارج رحمی (حاملگی در دهانه سرویکس) و عفونت رحمی می‌باشد که بسیار نادر بوده و پروفیسور الحسنی در مرکز خود این عوارض را ندیده‌اند.

در خانمها نیز عوامل مختلف می‌توانند روی سلامت باروری تاثیر بگذارند. متاسفانه علی‌رغم اینکه در جوامع مختلف درصد قابل توجهی از نیروی کاری را زنان تشکیل می‌دهند، تحقیقات کمتری در این زمینه صورت گرفته است.



یکصد و پنجمین ژورنال کلاب

82/11/20

نقش پذیری ژنومی و ناباروری Genomic Imprinting and infertility

فرح عزیزی

کارشناس ارشد ژنتیک

عضو هیات علمی پژوهشگاه ابن سینا

احتمالاً اولین سئوالی که با دیدن اصطلاح «Genomic Imprinting» به ذهن می‌رسد این است که مفهوم آن چیست و اصولاً به کدام بخش از دانش ژنتیک تعلق دارد؟ شاید بهترین پاسخ برای این پرسش اشاره به توارث کلاسیک (مندلی) و توارث غیرکلاسیک (غیرمندلی) باشد. توارث کلاسیک به یافته‌های ژنتیکی در چهارچوب اصول و قوانین مندلی می‌پردازد؛ در حالی که توارث غیرکلاسیک، پدیده‌هایی را مطرح می‌کند که با این قوانین قابل تفسیر و

محیطی در زمان قبل از لقاح، در طول زندگی جنینی، و یا حتی پس از تولد در زمان بلوغ که منتهی به سقط، مرگ جنین، آنومالیهای ساختمانی یا نقایص تولد و یا نقصان رشد و کم کاری بعضی قسمتها می‌گردد.

بطور کلی می‌توان گفت مخاطرات بهداشت باروری عبارتند از: هر ماده یا عاملی که بر روی سلامت باروری زنان و مردان یا توانایی زوجین برای داشتن فرزند سالم اثر بگذارد. اثر اینگونه تماسها بخصوص قبل از بارداری شامل اختلال در اسپرماتوژنز و سیکل قاعدگی، کاهش باروری، باروری ناموفق، جنین غیر طبیعی و کاهش Libido است. تماسهای دوران بارداری سبب مرگ و میری‌ناتال، وزن کم موقع تولد، نقایص مادرزادی، ناتوانیهای رفتاری یا تکاملی و حتی سرطان نیز می‌گردد.

راههای انتقال و تماس با مخاطرات عبارتند از: تنفس، پوست، دستگاه گوارش، انتقال از مادر به جنین، انتقال به اعضاء خانواده

اثر محیط کار بر دستگاه تولیدمثل مردان و زنان:

تعداد متوسط اسپرم در دهه‌های اخیر کاهش یافته است که علت آن را تماس با مواد شیمیایی می‌دانند. بنابراین، گسترش روزافزون استفاده از مواد مختلف و پتانسیل نشت آنها به محیط، خطر عمده‌ای برای باروری مردان محسوب می‌شود. سموم شغلی یا بطور مستقیم به سلولها (مثلاً بیضه یا اسپرمها) آسیب می‌رسانند و یا غیر مستقیم و با ایجاد اختلال در تنظیم هورمونها، سبب ایجاد اختلال در پروسه تولید اسپرم می‌گردند. بنابراین گرفتن تاریخچه شغلی از اجزاء مهم موارد ارزیابی ناباروری محسوب می‌گردد. همچنین دوری از مواجهات در بسیاری موارد، سبب برگشت اختلالات اسپرماتوژنز می‌گردد.

مواد مختلفی می‌توانند روی کیفیت تولید اسپرم تاثیر بگذارند مثل: آفت‌کشها، حلالها، انواع فلزات، اشعه (رادیاسیون)، گرما (گرمای موجود در محیط کار)، استروژن‌های اگزوژن و...

بهر حال مهمترین درخواست در این زمینه از بخش بررسی بهداشت باروری NIOSH، درخواست لیستی از مواد مضر بر علیه باروری است و پاسخ به این سؤال که چرا تا بحال چنین لیستی تهیه نشده است؟

شاید دلیل آن این باشد که از میان 100/000 ماده شیمیایی که در حال حاضر در دنیا استفاده می‌شود، 3000 ماده در مطالعات حیوانی بررسی شده‌اند و تنها 50 ماده در انسان بررسی و مطالعه شده‌اند. بنابراین هنوز اثر بسیاری از مواد بر روی انسان مطالعه نشده است.

گرفتن تاریخچه شغلی از اجزاء مهم موارد ارزیابی ناباروری محسوب می‌گردد.

اما از طرفی دکتر پارسلسوس پزشک و کیمیاگر سوئیسی و پدر علم سم‌شناسی که در اواخر قرون وسطی می‌زیسته، معتقد بوده است که همه چیز سمی است و هیچ چیز بدون سمیت نمی‌باشد. تنها دوز و میزان هر ماده، تعیین‌کننده سمیت آن ماده می‌باشد. بنابراین بدون صحبت در مورد دوز یک ماده، صحبت در مورد سمی بودن آن مشکل است.

بعنوان مثال ماده‌ای مانند سلنیوم، میزان کم آن در رژیم سالم مورد نیاز است و از طرفی نشان داده شده هم میزان بالای آن و هم میزان خیلی کم آن در مایع سیمین می‌تواند اثرات منفی روی تعداد و حرکت اسپرم داشته باشد.

اما منظور از مخاطرات بهداشت باروری چیست؟ سه تعریف برای آن می‌توان در نظر گرفت:

- 1- هرگونه عامل استرس‌زای شغلی اعم از مواد شیمیایی، فیزیکی و یا بیولوژیکی که یا سبب تخریب و آسیب به باروری گردند و یا تاثیرات منفی روی مراحل رشد و تکامل داشته باشند.
- 2- بروز عوارض جانبی در سیستم باروری، در اثر تماس سیستم تناسلی و اندوکرینی با عوامل محیطی.
- 3- بروز عوارض جانبی در ارگانسیم در حال رشد به دلیل تماس با عوامل

۱۰۶

پژوهشگاه ابن سینا

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J.Club

موضوع : TSGA 10: تلاقی سرطان و اسپرماتوژنز

سخنران : دکتر محمدحسین مدرسی

تاریخ : ۸۲/۱۲/۱۸ ساعت ۱۲/۳۰ - ۱۳/۳۰

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

توضیح نیستند. یکی از این پدیده‌ها Genomic Imprinting است.

جنسی Y و X در آنها مورد مطالعه قرار گرفته است. بر طبق این گزارشات مشخص شده است که در مردان نابارور میزان بروز بالای دیزومی کروموزومهای جنسی، یعنی وجود اسپرمهای حاوی XY، YY و یا XX علی‌رغم دارا بودن فرمول کروموزومی 46/XY، باعث می‌شود که بدنال تزریق درون سیتوپلاسمی اسپرم (ICSI) ریسک داشتن جنین‌های دچار ناهنجاریهای عددی کروموزومی (آنیپلوئیدی‌ها) افزایش نشان دهد. به هر جهت، مبحث Imprinting کماکان جای تفحص و تحقیق را در زمینه‌های مختلف از جمله ناباروری در خود دارد.

اخبار علمی

مطالعه مربوط به مشکلات متولیدین حاصل از IVF

بر اساس نتایج حاصل از تحقیقات محققین آلمانی و استرالیایی، فرزندان متولد شده بدنال درمان ناباروری بیشتر از فرزندان حاصل از حاملگی طبیعی در معرض نارس بودن و وزن کم هنگام تولد هستند.

تحقیقات نشان داده که بچه‌های یک قلوئی حاصل از IVF بیش از بچه‌های یک‌قلوئی حاصل از باروری طبیعی در معرض مشکلات هنگام تولد قرار دارند. اما این خطر در مورد دوقلوها در هر دو گروه، بالاتر است.

مطالعات قبلی نشان می‌داد که IVF با تولد زودرس و وزن کم هنگام تولد همراه است. اما این مسئله اینگونه توجیه می‌شد که میزان چند قلوئی در IVF بیشتر است. دوقلوها و سه‌قلوها چه حاصل از حاملگی طبیعی باشند و چه حاصل از تکنیک‌های کمک باروری نسبت به تک قلوها با مشکلات بیشتری در هنگام تولد مواجه هستند.

دکتر فرانس هلمرهورست از دانشگاه Medical Centre Leiden و همکارانش گفته‌اند که تا کنون بررسی علت نتایج ضعیف حاملگی بدنال روشهای کمک

بسته به اینکه کروموزوم‌ها، منشاء پدری یا مادری داشته باشند فرد دچار سندرم‌های پیچیده‌ای (Complex Syndromes) می‌شود. مثلاً اگر فردی فقط کروموزوم‌های 15 مادری‌اش را به ارث ببرد دچار سندرم برادر-ویلی (PWS) می‌شود و اگر فقط کروموزوم‌های 15 پدری‌اش را به ارث ببرد دچار سندرم آنجلمن (AS) می‌گردد.

عملکرد برخی ژن‌ها بسته به اینکه از مادر به ارث رسیده باشند یا از پدر متفاوت است.

به عبارت دیگر در سندرم PWS فرد به لحاظ ژنهای روی کروموزوم 15 مادری دچار Imprinting شده است و در مورد AS عکس آن اتفاق افتاده است. از دیگر سندرم‌های پیچیده مرتبط با پدیده Imprinting می‌توان به سندرم بکویت-ویدمن Beckwith-Wiedemann Syndrome اشاره کرد. همچنین در رابطه با سرطان و بیماریهای دارای الگوی توارثی چند عاملی (Multifactorial Diseases) به مفاهیم و مکانیزم‌های Imprinting اشاره شده است.

در رابطه با ناباروری شاید واضح‌ترین شاهد برای این پدیده وجود جنین‌هایی است که فقط دارای دستجات کروموزومی پدری یا مادری هستند. به طوری که مثلاً در جنین مزبور دو دسته کروموزوم پدری موجود است در حالیکه دسته کروموزوم دارای منشاء مادری از دست رفته است. این جنین‌ها را متخصصین زنان و زایمان و ماماها تحت عنوان مول هیداتی‌فرم (molehydatidiform) می‌شناسند. مول‌ها میرا هستند و بواسطه Placenta Overdevelope و Fetal Under develop مشخص می‌شوند.

در مقالات زیادی گزارشات مربوط به تلاش‌های فراوانی که در جهت بررسی پدیده دیزومی کروموزوم‌های جنسی در سطح اسپرماتوزن مردان نابارور انجام شده منتشر شده است، به طوری که وضعیت UPD برای کروموزوم‌های

مطالعات و تحقیقات مربوط به این پدیده به دهه 1980 میلادی بر می‌گردد. تا آن زمان محققین تصور می‌کردند که از آنجاییکه هر سلول دیپلوئید متشکل از 46 کروموزوم است که 23 کروموزوم منشاء مادری و 23 کروموزوم دیگر منشاء پدری دارد؛ بنابراین به طور مساوی جهت تعیین فنوتیپ ناشی از عملکرد هر جفت ژن فعالیت می‌کنند. اما با کشف پدیده Imprinting مشخص شد که این روند مطلق نیست و در واقع عملکرد برخی ژن‌ها بسته به اینکه از مادر به ارث رسیده باشند یا از پدر متفاوت است. هرچند در رابطه با مکانیزم Imprinting ابهامات زیادی وجود دارد ولی مدل اصلی برای توضیح آن این است که ردیف‌هایی (Sequences) در DNA وجود دارد که تحت عنوان Box Imprint شناخته می‌شوند. این ردیف‌ها یا تاردها به نوعی با ژن‌هایی خاصی در ارتباط می‌باشند که تغییر در آنها (مثلاً به واسطه بروز متیلاسیون به عنوان یک Imprinting Factor) می‌تواند منجر به تغییر در بیان آن ژن خاص شود. تاکنون تقریباً 50 ژن Imprint در انسان و موش شناسایی شده است.

علاوه بر این در طی تقسیمات میوزی (گامتوزن پدری یا مادری) امکان دارد که هر دو نسخه (کپی) یک کروموزوم منشاء پدری یا مادری داشته باشند و به طریقی فقط همین دو نسخه مشابه پدری یا مادری به نسل بعد منتقل شود و به اصطلاح دیزومی تک والدی (UPD) (Parental Disomy Uni) اتفاق بیافتد.

Fertility & Infertility Journal Club

گردهمایی باروری و ناباروری

مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری

و سقط مکرر ابن سینا

عنوان بحث: مقایسه استروژن با

GnRH-a برای مهار فاز لو تال در

سیکل‌های ART

ارائه دهنده: دکتر خشاوی

زمان: سه‌شنبه 82/12/19

ساعت: 12/30 - 13/30

مکان: تهران، خیابان شهید باهنر

(نیاوران) جنب پمپ بنزین،

پلاک 329

از همکاران محترم تقاضا می‌گردد در صورت مشاهده هرگونه عارضه مشابه، با مرکز ثبت و بررسی ناخواسته داروها (شماره تلفن: 6404223) تماس حاصل فرمایند.

اخبار کنفرانسها

Fourth World Congress on Ovulation induction



Bologna, Italy
27-29 May 2004

4th World Congress On Ovulation Induction Bologna, Italy

Date: May 27-29, 2004

Contact: GynePro Congressi

Tel: 39 051 223260

Email: g.benassi@gynepro.it

Deadline for submission of abstract:

26 March 2004

ماهنامه تخصصی تولیدمثل و نازایی سال ششم شماره 66 اسفندماه 1382

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا
مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی
سر دبیر: دکتر معرفت غفاری
زیر نظر شورای علمی نشریه: دکتر محمد مهدی آخوندی، شمیمه اسکندری، دکتر ناصر امیرجنتی، دکتر محمدرضا صادقی، دکتر هومن صدری، دکتر سهیلا عارفی، دکتر معرفت غفاری، دکتر افسانه محمدزاده
مدیر داخلی: شمیمه اسکندری
همکاران علمی این شماره: شبنم منتظری، همکاران اجرائی: محمد خوش قدم، علی رحیمی، ابوالفضل زارع، فاطمه شاکری، مهدی شجاعی پور، علی لرونند، مزده مظهري، لیلا نورزاده
طراحی روی جلد: اعظم سلطان محمدی
گستره توزیع: سراسر کشور
ترتیب انتشار: ماهنامه
روش: خبری، آموزشی
این نشریه برای شنیدن هر گونه اظهار نظر، پیشنهاد، انتقاد سازنده اعلام آمادگی می‌نماید. علاقمندان می‌توانند نظرات خود را به نشانی زیر ارسال نمایند.
تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای بلوار داخل دانشگاه، پژوهشکده ابن سینا، صندوق پستی: 177-19835
تلفن: 2402011 نمابر: 2403641
Email: bna@avesina.ir
Website: http://www.avesina.ir

تحويل يك بچه سالم است نه فقط يك حاملگی و يا يك بچه.

اطلاعیه شماره 32 مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرگ متعاقب مصرف ایمنوگلوبولین وریدی (IVIG)

به اطلاع کلیه همکاران محترم می‌رساند که مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها دو مورد گزارش مرگ به دنبال تزریق ایمنوگلوبولین وریدی (IVIG) دریافت نموده است. بررسی‌های صورت گرفته نشان داده است که فرآورده تزریق شده تغییر رنگ آشکار داشته است. به منظور پیشگیری از بروز این قبیل عوارض دارویی از همکاران محترم درخواست می‌گردد به نکات زیر توجه فرمایند:

1- ایمنوگلوبولین تزریقی (IVIG) باید کاملاً شفاف و بدون هرگونه کدورت یا تغییر رنگ باشد. در صورت مشاهده هرگونه تغییر رنگ در این فرآورده از تزریق آن جداً خودداری نمایید.

2- تغییر رنگ فرآورده تزریقی می‌تواند نشان دهنده سمیت آن باشد. لذا به رنگ فرآورده‌های تزریقی هنگام مصرف توجه فرمایید.

3- داروسازان محترم هنگام تحويل فرآورده‌های تزریقی به هرگونه علامت غیرطبیعی اعم از تغییر رنگ، کدورت و یا وجود اجسام خارجی وقت نموده، در صورت مشاهده موارد مذکور از تحويل فرآورده خودداری نمایند.

4- پرستاران محترم هنگام تزریق فرآورده‌های تزریقی به دقت برچسب فرآورده را مطالعه نموده، هرگونه علامت غیرطبیعی اعم از تغییر رنگ، کدورت و یا وجود اجسام خارجی را به دقت بررسی نمایند و در صورت مشاهده موارد مذکور، حتماً پیش از تزریق پزشک معالج را مطلع فرمایند.

5- پزشکان محترم در صورت آگاهی از تغییر رنگ فرآورده‌های تزریقی توسط داروساز یا پرستار، با مطالعه مراجع عمومی معتبر و بروشور فرآورده نسبت به تجویز و تزریق فرآورده ارزیابی مجدد نمایند.

باروری، بیشتر روی حاملگی‌های چند قلوئی متمرکز بوده است. اما شواهدی از سال 1985 وجود دارد مبنی بر این که این مسئله در حاملگی‌های تک قلو نیز مطرح می‌باشد. اما اطلاعات بدست آمده، بصورت مجزا در دسترس نیست. محققین برای روشن شدن این مسئله 25 مطالعه روی نتایج تولد بدنیاال روشهای کمک باروری را، مورد بررسی قرار دادند. آنها در مقاله خود که در British Medical Journal به چاپ رسیده است گزارش نمودند که در مطالعات دارای گروه شاهد، در فرزندان حاصل از تکنیک‌های کمک باروری، احتمال تولد خیلی زودرس (قبل از هفته 32 حاملگی) و وزن زیر 1500 گرم، سه برابر و تولد زودرس (قبل از هفته 37) و وزن زیر 2500 گرم، دو برابر بیشتر از گروه شاهد بوده است.

همچنین بچه‌های حاصل از تکنیک‌های کمک باروری بیشتر به روش سزارین متولد شدند و نیاز بیشتری به مراقبت‌های ویژه داشتند. شانس مرگ این نوزادان در زمان تولد نیز 68٪ بیشتر بود.

آنها احتمال می‌دهند که تولد زودرس و وزن کم هنگام تولد در IVF، با مشکلات اولیه باروری والدین ارتباط داشته باشد. نتایج مطالعه دیگری که 56000 تولد را مورد ارزیابی قرار داده و در نوامبر 2003 گزارش شده است نشان داده است در زوج‌هایی که حامله شدن آنها بیش از یک سال طول می‌کشد، بچه‌های نارس و با وزن کم هنگام تولد بیشتر است. این مسئله هم در مورد آنهایی که به طور طبیعی حامله می‌شدند و هم آنهایی که با کمک IVF حامله می‌شدند صادق بود.

این محققین اظهار داشتند ما باید سعی کنیم تا بفهمیم در رابطه با وزن هنگام تولد و سن حاملگی چه اتفاقی می‌افتد. آنها افزودند بر اساس این نتایج هدف تکنیک‌های کمک باروری باید از حالت فعلی که صرفاً حصول یک حاملگی است به سمت بدست آوردن نتایج مطلوب و موفق سوق داده شود. میزان موفقیت این تکنیک‌ها خیلی مهم است ولی ما باید کیفیت محصولی را که تحويل می‌دهیم نیز در نظر بگیریم در اینجا منظور