



Ερευνα για τη

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Τοχ. Γραφείο
Κ.Τ. ΠΕΙΡΑΙΑ
Αριθμός Άδειας
1482



ΕΛΤΑ
Hellenic Post

ΑΡ. ΚΛ. ΕΝΤ. 172/1995 ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Τριμηνιαία Εφημερίδα Ιατρικής Πληροφόρησης

ΚΩΔΙΚΟΣ: 4161

ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2007 • ΑΡ. ΤΕΥΧΟΥΣ 50

Το σημείωμα της σύνταξης

Η ενδομητρίωση παραμένει ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα για τον γυναικολόγο είτε παρουσιάζεται σαν άλγος ελάσσονος πυέλου (κυκλικό ή χρόνιο) είτε σαν υπογονιμότητα. Τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία συναντούν δυσκολίες έτσι ώστε προτείνεται σε Ευρωπαϊκά και Παγκόσμια συνέδρια η δημιουργία κλινικών ενδομητρίωσης για αρτιότερη αντιμετώπιση των γυναικών με ενδομητρίωση. Στο λίγο χώρο μας ας τονίσουμε τη σημασία της σωστής διάγνωσης. Οι απεικονιστικές μέθοδοι αποτελούν την πρώτη προσέγγιση με το υπερηχογράφημα να βρίσκεται στην πρώτη γραμμή. Ιδιαίτερη είναι η αξία της μαγνητικής τομογραφίας η οποία έχει τη δυνατότητα απεικόνισης του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, οπίσθιου δουλγασειού και των συνδέσμων της μήτρας (εδώ βοηθά πολύ η διακολπική ή και η διορθική υπερηχογραφία). Βλάβες γύρω από τον ουρητήρα (εδώ βοηθά πολύ η ουρολογική μαγνητική) ή οζίδια οπισθοπεριτοναϊκά είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναδειχθούν είτε απεικονιστικά είτε με ψηλάφηση ώστε να καταστρωθεί η εγχειρητική στρατηγική. Η λαπαροσκόπηση βεβαίως αποτελεί μείζον διαγνωστικό εργαλείο για τον εντοπισμό της νόσου.

Το κεντρικής σημασίας πεδίο της θεραπείας της νόσου περιλαμβάνει είτε κλασική λαπαροτομία είτε επεμβατική λαπαροσκόπηση. Με όποιον τρόπο κατέχει καλύτερα ο θεράπων ιατρός είναι βασικής σημασίας η πλήρης αφαίρεση των εστιών ενδομητρίωσης. Εδώ αναδεικνύει τη σημασία της η προεγχειρητική εκτίμηση ώστε ο γυναικολόγος να είναι προετοιμασμένος κατά το δυνατόν. Αυτό σημαίνει να ζητήσει τη συνδρομή γενικού χειρουργού αν υποψιάζεται όζους ενδομητρίωσης στο εντερικό τοίχωμα ή ουρολόγου εάν συνυπάρχουν ουρητηρικές βλάβες. Η οπτική αυτή ξεφεύγει από τη ρουτίνα του ενός χειρουργού (γυναικολόγου) που αντιμετωπίζει μια τόσο πολυσύνθετη και πολυάντοχη νόσο και τοποθετείται ομάδα (γυναικολόγος ή/και γενικός χειρουργός ή/και ουρολόγος) απέναντι στην εκτεταμένη ενδομητρίωση. Ακολουθώντας αυτό το πλάνο μειώνονται οι επανεγχειρήσεις λόγω υποτροπής της νόσου που ταλαιπωρούν τις ασθενείς παγκοσμίως. Εδώ πρέπει να τονισθεί η σημασία του πρώτου χειρουργείου καθώς τότε το εγχειρητικό πεδίο είναι κατά το δυνατόν καθαρότερο και ελεύθερο των πολλαπλών συμφύσεων που οδηγούν στην έκφραση "παγωμένη πύελος".

Ελπίζουμε επίσης ότι νεότερα φάρμακα όπως οι αναστολείς αρωματάσης που έχουν το πλεονέκτημα της περιφερικής δράσης ή εκλεκτικοί αναστολείς του υποδοχέα προγεστερόνης (SPRMs) ή αναστολείς αγγειογένεσης θα βοηθήσουν ώστε να ανακουφιστούν οι πολύπαθες γυναίκες με εκτεταμένες ενδομητρίωσικές βλάβες.

Θ. Αρκουλής
Μαιευτήρας - Χειρουργός -
Γυναικολόγος

Η πρόοδος των εμβρύων στα πιο προχωρημένα στάδια ανάπτυξης είναι καλύτερος δείκτης πρόγνωσης εγκυμοσύνης από την πρώιμη διαίρεση σε κύκλους εξωσωματικής γονιμοποίησης με εμβρυομεταφορά βλαστοκύστης.

Rehman KS, Bukulmez O, Langley M et al Fertility and Sterility Vol 87, No 5, May 2007

Όπως γνωρίζουμε η επιλογή των εμβρύων προς εμβρυομεταφορά γίνεται με καθημερινή βαθμολόγησή τους. Από τη στιγμή που γίνεται η ωληψία το ωάριο παρατηρείται και βαθμολογείται. Για το έμβρυο 1ης μέρας η αξιολόγηση γίνεται σύμφωνα με τον αριθμό των προπυρήνων, τους πυρηνίσκους και την διάταξή τους. Για το έμβρυο 2ης και 3ης μέρας η βαθμολόγηση γίνεται από τον αριθμό των βλαστομεριδίων, την ανάπτυξη η όχι θραυσμάτων και πρόσφατα καταγράφεται και η εμφάνιση πυρήνων στα βλαστομερίδια. Για τις βλαστοκύστες, η πρώτη ταξινόμηση έγινε από τους Dokras et al, το πιο σημαντικό είναι ο βαθμός έκτασης. Αργότερα ο Gardner και ο Schoolcraft δημιούργησαν μια άλλη ταξινόμηση που βασιζόταν στον βαθμό έκτασης, τον αριθμό των κυττάρων στην ενδοκυτταρική μάζα και στο τροφοεκτήδερμα. Σημαντικός δείκτης της αναπτυξιακής προόδου του εμβρύου είναι και η πρώιμη διαίρεση η οποία παρατηρείται την 1η μέρα. Η σημασία αυτής της διαίρεσης παρατηρήθηκε από τον Edwards ο οποίος επισήμανε ότι η πιθανότητα εμφύτευσης ενός εμβρύου που εμφανίζει πρώιμη διαίρεση είναι 30%.



Έμβρυο 7ης μέρας

σε πιο προχωρημένα (βλαστοκύστη) στα ποσοστά εγκυμοσύνης.

Στην μελέτη αυτή συμπεριλήφθησαν τα περιστατικά από τον Απρίλιο του 1998 έως το Νοέμβριο του 2004 (1292 περιστατικά με ICSI και 842 με IVF). Η καταστολή έγινε με GnRH αγωνιστές και ανταγωνιστές (μακρύ η βραχύ πρωτόκολλο). Στην πρόκληση της ωοθυλακιορρηξίας χρησιμοποιήθηκε recFSH (Organon, Serono). Το πρωτόκολλο με GnRH ανταγωνιστές έγινε με προ-κυκλική αναστολή και μικροδόσεις recFSH και FSH. Μετά από υπερηχογραφικό έλεγχο, όταν μετρήθηκαν 3 ωοθυλάκια με μέση διάμετρο πάνω από 18 χιλ. χορηγήθηκε recHCG 250μg υποδορίως ή HCG ούρων 5000 IU και η ωληψία έγινε 36-38 ώρες μετά. Οι καλλιέργειες των ωαρίων και μετά των εμβρύων έγινε σε ατμόσφαιρα με 6% CO2 5% O2, 89% N2. Οι εμβρυομεταφορές γίνανε κάτω από υπερηχογραφικό κοιλιακό έλεγχο την 5η-6η μέρα με καθετήρα Edwards-Wallace. Μεταφέρθηκαν από 2-4 βλαστοκύστες με κριτήριο την ηλικία και την ποιότητά τους. Κρυοδιατήρηση έγινε στις επιπλέον βλαστοκύστες έως και την 7η μέρα εφόσον εμφανίζαν περαιτέρω πρόοδο. Η υποστήριξη της ωχρινικής φάσης έγινε με χορήγηση 50mg ενδομυϊκή προγεστερόνης ημερησίως, ξεκινώντας από τη ημέρα της ωληψίας. Στην στατιστική επεξεργασία αναλύθηκαν χωριστά τα έμβρυα που προήλθαν από IVF και ICSI.

Για τους σκοπούς της μελέτης οι συγγραφείς σχεδίασαν ένα μοντέλο αριθμητικό βαθμολόγησης μορφολογίας βλαστοκύστεων (BQS blastocyst quality score) βασισμένο στα κριτήρια των Gardner και Schoolcraft (βαθμός έκτασης, βαθμός εκκόλαψης, ενδοκυτταρική μάζα και τροφοεκτήδερμα). Με βάση αυτό το μοντέλο αξιολογήθηκαν οι βλαστοκύστες και καθεμία πήρε ορισμένο βαθμό στο score ποιότητας βλαστοκύστης που είχε δημιουργηθεί. Επίσης έγιναν καμπύλες προόδου για κάθε έμβρυο, με βάση τις μετρήσεις των ολικών κυττάρων τους καθημερινά. Έτσι προέκυψε ο δείκτης προόδου του εμβρύου (EPI embryo progression index). Ο αριθμός των κυττάρων των βλαστοκύστεων υπολογίστηκε με μη επεμβατικά μαθηματικά μοντέλα.

Δεδομένα ολοκληρωμένα προέκυψαν από 462 ICSI κύκλους και 315 IVF κύκλους, που έφτασαν έως εμβρυομεταφορά τουλάχιστον 2 βλαστοκύστεων. Αυτά τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν για τον u-



Έμβρυο 5ης μέρας

Σε σχέση με την αξιολόγηση της μορφολογίας του ζυγωτού - εμβρύου, η αξιολόγηση της προόδου της ανάπτυξής του από μέρα σε μέρα και η σχέση αυτής με την ικανότητα του εμβρύου να εμφυτευτεί, είναι λιγότερο μελετημένη (με εξαίρεση την πρώιμη διαίρεση). Η παρούσα μελέτη είχε τρεις σκοπούς. Ο πρώτος σκοπός ήταν να προσδιοριστούν οι ποσοτικές παράμετροι ανάπτυξης του εμβρύου, οι σχετικές με την εκτεταμένη καλλιέργεια του εμβρύου έως το στάδιο της βλαστοκύστης. Ο δεύτερος στόχος ήταν η αξιολόγηση αυτών των παραμέτρων, ερευνώντας κάποια σχέση ανάμεσα στη μορφολογία και την αναπτυξιακή πρόοδο των εμβρύων σε σχέση με τα ποσοστά εγκυμοσύνης. Ο τρίτος σκοπός ήταν να συγκριθεί η συνεισφορά του ελέγχου της αναπτυξιακής προόδου στα πρώιμα στάδια (πρώιμη διαίρεση) ή

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗ ΣΕΛ. 2

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΑΠΟ ΣΕΛ. 1

πολογισμό των EPI για τις μέρες 1-3 και για τις μέρες 1-7. Τόσο για τους ICSI κύκλους όσο και για τους IVF, τη μεγαλύτερη ευαισθησία στη πρόγνωση του αποτελέσματος (εγκυτάσταση εγκυμοσύνης) είχε η αξιολόγηση της βλαστοκύστης και καθώς και το EPI για τις ημέρες ανάπτυξης 1-7. Το EPI για τις μέρες 1-3 δεν είχε μεγάλη ευαισθησία. Η ηλικία της γυναίκας ως παράγοντας πρόγνωσης βρισκόταν κάπου ενδιάμεσα.

Τα ποσοστά εγκυμοσύνης ήταν φανερά υψηλότερα σε βλαστοκύστες με καλό BQS και EPI 1η-7η μέρα. Για παράδειγμα τα ποσοστά κλινικής εγκυμοσύνης για τους ICSI κύκλους ήταν κατά μέσον όρο 48,8% ±4,5% στις περιπτώσεις με την μεγαλύτερη βαθμολόγηση βλαστοκύστεων και 25,6% ±2,6% στις ομάδες με το μικρότερο score στις βλαστοκύστες που μεταφέρθηκαν. Στις περιπτώσεις με κλασική IVF τα ποσοστά ήταν 60,2% ±5,1% και 25% ±3,4% αντίστοιχα.

Τα ευρήματα αυτά προτείνουν ό-

τι ο έλεγχος για γονιμοποίηση, η αλλαγή καλλιεργητικού την 3η μέρα και το scoring την 5η μόνο μέρα δίνουν ισοδύναμα αποτελέσματα με το να βαθμολογεί κανείς καθημερινά τα έμβρυα. Η μελέτη αυτή προτείνει ότι τα πιο προχωρημένα στάδια της εμβρυϊκής ανάπτυξης είναι καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες εγκυμοσύνης όταν μεταφέρονται βλαστοκύστες. Εξηγούν ότι η πρώιμη διαίρεση είναι περισσότερο δείκτης ποιότητας ωαρίου και όχι τόσο ικανότητας εμβρύου για εμφύτευση. Γιατί η πρώιμη διαίρεση είναι φαινόμενο που συμβαίνει τη 2η μέρα, δηλαδή πριν την ενεργοποίηση του γονιδιώματος (ωαριακά εξαρτώμενη). Μετά όμως από την ενεργοποίηση του γονιδιώματος δηλαδή κατά την 4η-5η ημέρα γίνονται σημαντικές διαδικασίες όπως η πόλωση και η διαφοροποίηση των βλαστομεριδίων, ο σχηματισμός της ενδοκυτταρικής μάζας και του τροφεκτοδέρματος. Αυτές οι διαδικασίες (συνεπώς και τα στάδια ανάπτυξης που αυτές συμβαίνουν) είναι εξεχούσης σημασίας για την ικανότητα εμφύτευσης ενός εμβρύου.

ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΣ ΕΜΒΡΥΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΥΒΡΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ (CGH): ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΕΡΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΕΜΒΡΥΟΥ

Sher G, Keskinetepe L, Keskinetepe M, Ginsburg M, Maassarani G, et al *Fertility and Sterility* Vol 87, No 5, May 2007

Είναι πολλές οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες που εμφανίζονται στα έμβρυα στα πρώτα στάδια ηλικίας μετά τη γονιμοποίηση και είναι αυτές που συμβάλλουν κατά κύριο λόγο στην αποτυχία εμφύτευσης καθώς και σε αποβολές. Και ενώ και το σπερματοζώαριο σίγουρα συμμετέχει πιο καιρίως είναι ο ρόλος του ωαρίου. Χρησιμοποιώντας νέες τεχνικές όπως η συγκριτική υβριδοποίηση γονιδιώματος (comparative genomic hybridization CGH), μπορεί να γίνει ο καρυότυπος ενός μόνο κυττάρου, εντοπίζοντας λάθη στο γονιδίωμα ακόμα και σπασίματα ή τμηματικές ανευπλοειδίες σε όλα τα χρωμοσώματα. Στη συγκεκριμένη μελέτη εφαρμόστηκε η τεχνική αυτή σε 2 φάσεις ώστε να ληφθούν ο-

ρισμένα συμπεράσματα όσον αφορά τη χρησιμότητά της.

Στην φάση 1, από 14 υγιείς γυναίκες ελήφθησαν 132 μετάφασης II (δηλ. ώριμα) ωάρια στα οποία έγινε βιοψία 1ου πολικού σωματίου. Στη συνέχεια τα ωάρια γονιμοποιήθηκαν με μικρογονιμοποίηση (ICSI) χρησιμοποιώντας σπέρμα από δότες. 16 ώρες μετά τη γονιμοποίηση έγινε βιοψία 2ου πολικού σωματίου και 64-72 ώρες μετά τη γονιμοποίηση (ημέρα 3) έγινε βιοψία ενός κυττάρου από κάθε διαιρούμενο έμβρυο. Και στα τρία δείγματα, έγινε καρυότυπος με την CGH τεχνική.

Στη φάση 2 συμπεριλήφθησαν 41 γυναίκες ηλικίας 29-43 ετών. Στις γυναίκες αυτές έγινε πρόκληση ωορρηξίας, ωοληψία, βιοψία 1ου πολικού σωματίου, μικρογονιμοποίηση, βιοψία 2ου πολικού σωματίου, βιοψία βλαστομεριδίου και ανάλυση καρυότυπου με CGH όπως στη φάση 1. Τα προκύπτοντα έμβρυα καλλιεργήθηκαν έως το στάδιο της βλαστοκύστης και μόνο βλαστοκύστες από φυσιολογικά ωάρια (τουλάχιστον 2 ανά εμβρυομεταφορά) μεταφέρθηκαν.

Τα σημαντικότερα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη μελέτη αυτή είναι:

- Ανευπλοειδικά γονιμοποιημένα ωάρια έδωσαν ανευπλοειδικά έμβρυα σε όλες τις περιπτώσεις (100%) ενώ το 87% των ευπλοειδικών ωαρίων έδωσαν ευπλοειδικά έμβρυα

- Το υψηλό ποσοστό της ανευπλοειδίας σε ωάρια (65%) που προέκυψε στις νέες υγιείς γυναίκες που συμμετείχαν στη φάση 1, εξηγεί τη χαμηλή ανθρώπινη ικανότητα για γονιμοποίηση

- Οι πιο κοινές ανευπλοειδίες που βρέθηκαν ήταν αυτές των χρωμοσωμάτων 2, 4, 5, 9, 10, 12, 16, 22. Οι τρισωμίες ήταν πιο συχνές από τις μονοσωμίες και στο 48% των ωαρίων υπήρχαν πιο σύνθετες ανωμαλίες

- Το 93% των ευπλοειδικών εμβρύων έφτασε στο στάδιο της βλαστοκύστης σε σύγκριση με το 21% των ανευπλοειδικών εμβρύων που έγιναν βλαστοκύστες. Επομένως επιλέγοντας την 5η μέρα ως μέρα εμβρυομεταφοράς περιορίζουμε την πιθανότητα το έμβρυο που έφτασε στο στάδιο αυτό να είναι ανώμαλο

- Τέλος επιλέγοντας ευπλοειδικά ωάρια που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να δώσουν ευπλοειδικά έμβρυα και αυτά με τη σειρά τους να καταλήξουν σε υγιείς βλαστοκύστες αυξάνουμε τα ποσοστά εγκυμοσύνης, μειώνουμε τα ποσοστά αποβολών, μειώνουμε τις πολλαπλές εγκυμοσύνες

Το μειονέκτημα της μεθόδου αυτής για επιλογή εμβρύου είναι ότι απαιτεί 5-6 μέρες για την CGH ανάλυση, τις οποίες μια διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης δε τις διαθέτει, μια και πρέπει να γίνει εμβρυομεταφορά. Η προτεινόμενη λύση στο πρόβλημα αυτό έρχεται τώρα που η κατάψυξη βλαστοκύστης με vitrification δίνει όλο και θετικότερα αποτελέσματα. Συνεπώς τα έμβρυα που φτάνουν στο στάδιο της βλαστοκύστης μπορούν να καταψύχονται έως ότου να ολοκληρωθεί η ανάλυση τους και στη συνέχεια να αποψύχονται και να μεταφέρονται οι ευπλοειδικές βλαστοκύστες.

ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΟΣ ΜΗΝΟΣ Σ' ΕΝΑ ΛΕΠΤΟ

DARONDA DEPOT® 3.75 mg
ΟΞΙΚΗ ΛΕΥΠΡΟΛΙΔΗ

Ξεπερνώντας τα εμπόδια

Ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων HPV αποτελεί τον συχνότερα μεταδιδόμενο ιό στις ΗΠΑ. Οί σεξουαλικά ενεργοί άντρες κ γυναίκες έχουν πιθανότητα 50% να προσβληθούν από τον ιό κατά την διάρκεια της ζωής τους. Υπολογίζεται ότι 9,2 εκατ. νέοι ηλικίας 15-24 ετών φέρουν τον ιό. Μάλιστα το 74% των νέων περιστατικών αφορά αυτήν την ηλικία.

Τον Ιούνιο του 2006, η FDA ενέκρινε εμβόλιο κατά του ιού HPV 6, 11, 16 και 18. Το Gardasil ενδείκνυται για νέες ηλικίας 9 έως 26 και είναι το πρώτο εγκεκριμένο εμβόλιο που εμποδίζει την μετάδοση των τύπων του HPV 16 και 18, οι οποίοι ευθύνονται για περίπου το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των τύπων 6 και 11 που ευθύνονται σχεδόν για το 90% των κονδυλωμάτων.

Το Gardasil χορηγείται σε τρεις δόσεις ανά τρίμηνο. Επειδή το εμβόλιο δεν προστατεύει τις γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό πριν τον εμβολιασμό η εξέταση κατά Παπανικολάου εξακολουθεί να είναι αναγκαία. Η ACIP συνέστησε ο εμβολιασμός να γίνεται ρουτίνα σε κορίτσια 11-12 χρονών και σε μη εμβολιασμένες νέες ηλικίας 13 έως 26, σημειώνοντας ότι οι γιατροί θα μπορούσαν να ξεκινήσουν τον εμβολιασμό σε κορίτσια από τα 9 τους χρόνια. Όμως η AAFP και η AAP καθώς και άλλες ομάδες θεωρούν ότι μια τέτοια νομοθέτηση είναι πρόωρη καθώς η μακροπρόθεσμη ασφάλεια και η ευκολία προσεγγίσεως δεν έχουν ακόμα λυθεί.

Έρευνες που έγιναν σε περισσότερες από 20000 γυναίκες ηλικίας 16 έως 26 έδειξαν την αποτελεσματικότητα του Gardasil καθώς ήταν αποτελεσματικό στην μείωση των περιστατικών CIN 1, 2 και 3 του τραχήλου, αδενοκαρκίνωμα in situ, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου βαθμού 1 και 3, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του κόλπου 2 και 3, και των κονδυλωμάτων που προκαλούνται από τους HPV 6, 11, 16 και 18. Παρόλο που το εμβόλιο δεν έδειξε να έχει κάποιο θετικό αποτέ-

λεσμα στη μείωση των αλλοιώσεων που σχετίζονται με τον HPV ιό από τον οποίο είχε ήδη μολυνθεί ο ασθενής, μείωσε την μόλυνση από τους άλλους τύπους HPV. Για παράδειγμα, αν η ασθενής είχε μολυνθεί από τον τύπο HPV 16, το εμβόλιο δεν μειώνει τις αλλοιώσεις που σχετίζονται με τον τύπο 16 αλλά μπορεί και μειώνει τις αλλοιώσεις που προέρχονται από τους HPV 6, 11 και 18.

Σε δύο έρευνες που έγιναν, αναφορικά με την ανοσία που παρέχει το εμβόλιο, το αποτέλεσμα ήταν εξίσου καλό σε κορίτσια ηλικίας 9 έως 15 όσο και σε γυναίκες 16 έως 26. Έρευνες που είναι σε εξέλιξη προσπαθούν να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα του εμβολίου σε γυναίκες άνω των 26 καθώς και στους άντρες. Παρά τα πλεονεκτήματα του εμβολίου, παρενέργειες που σχετίζονται με το

Gardasil ήταν πόνος (84%), ερύθημα(25%), οίδημα (25%) και κνησμός (3%).

Για να επιτευχθεί παγκόσμια αποδοχή του εμβολίου κατά του HPV από τον γενικό πληθυσμό πρέπει να διευθετηθούν θέματα όπως η εφηβική σεξουαλική δραστηριότητα, ο έλεγχος από τους γονείς, και ο ρόλος της κυβέρνησης σε θέματα υγείας. Καθώς θα προσπαθούν να προάγουν τη χρησιμότητα του οι γιατροί ίσως βρουν αντίσταση από μεμονωμένα άτομα ή ομάδες που ανησυχούν που μια κυβέρνηση δίνει εντολή για την χρήση εμβολίου για έναν ιό που μεταδίδεται σεξουαλικά ή που φοβούνται ότι ο εμβολιασμός θα ενθαρρύνει τη σεξουαλική δραστηριότητα στους εφήβους.

Παρόλα αυτά, αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ο εμβολιασμός να γίνεται σε νέες προτού να έχουν ε-

παφές καθώς τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης HPV συναντάμε σε γυναίκες από 18 έως 28. Υπολογίζεται ότι το 24% των 15χρονων, το 40% των 16χρονων και το 70% των 18χρονων κοριτσιών έχουν επαφές. Επιπλέον, αυτοί που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου των μειονοτήτων κ των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών ομάδων, συχνά ξεκινούν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα σε νεαρή ηλικία.

Αρκετές μελέτες αναδεικνύουν τη σημασία της ενημέρωσης των γονιών για τα πλεονεκτήματα του εμβολιασμού. Σε μια ομάδα γονιών με παιδιά ηλικίας 10 με 15 το 55% ήταν πρόθυμοι να δεχτούν να γίνει το εμβόλιο ενώ μετά από επιμόρφωση το 20% αυτών που είχαν αρχικά αρνηθεί άλλαξαν γνώμη και ήταν υπέρ του εμβολιασμού.

Altermon[®]
Highly Purified Lyophilized Urofollitropin (FSH)



**Αξιόπιστα αποτελέσματα
για πραγματοποιήσιμα όνειρα!**



Έρευνα για τη ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Τριμηνιαία Έκδοση Ιατρικής
Πληροφόρησης

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ - ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ:

Μαρία Μητροπούλου
Σαχτούρη 24 - Πειραιάς
Τηλ.: 210-4280.520

ΣΤΟΙΧΕΙΟΘΕΣΙΑ - ΕΚΤΥΠΩΣΗ

Δ.Γ. Μουρούσιας
Κολοκοτρώνη 144 - Πειραιάς
Τηλ.: 210-4182.591 - 210-
4532.911

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΥΛΗΣ:

Αρκουλής Θεοδόσης
Μαιευτήρας - Χειρουργός -
Γυναικολόγος

Επιμηκυσμένη διάρκεια εμβρυομεταφοράς δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα σε κύκλους με έμβρυα καλής ποιότητας.

Fertility and sterility Vol. 87, No. 5, May 2007

Η εμβρυομεταφορά παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση μιας προσπάθειας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αν και η τεχνολογία στην εξωσωματική γονιμοποίηση έχει εξελιχθεί πολύ τα τελευταία χρόνια, η πρακτική της εμβρυομεταφοράς έχει υποστεί λίγες αλλαγές. Μερικές τροποποιήσεις που φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο είναι: απεικόνιση του ενδομητρίου μέσω υπερήχου, μεταφορά του καθετήρα χωρίς αέρα, πρόκληση ελάχιστου τραύματος, ελαχιστοποίηση της διάρκειας της όλης διαδικασίας και χρήση μαλακών καθετήρων.

Αν και η επιτυχία της τεχνικής της εμβρυομεταφοράς φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα του γιατρού, σε πολλές μελέτες αυτό έχει αγνοηθεί. Η ποιότητα των εμβρύων είναι μια ακόμα επίσης πολύ σημαντική παράμετρος. Πρόσφατες μελέτες

δείχνουν ότι μεταφορά εμβρύων δεύτερης ημέρας με 4 βλαστομερίδια έχουν υψηλότερο δυναμικό εμφύτευσης.

Στη συγκεκριμένη μελέτη δύο μόνο γιατροί έκαναν τις εμβρυομεταφορές, οι οποίοι πραγματοποιούν περίπου 2000 κύκλους το χρόνο. Οπότε η επίδραση των ικανοτήτων του χειριστή έχει μειωθεί στο ελάχιστο σε σχέση με άλλες μελέτες, όπου πολλοί γιατροί πραγματοποιούν τις εμβρυομεταφορές. Ωστόσο η διάρκεια που τα έμβρυα παραμένουν στον καθετήρα διαφέρει ανάλογα με το γιατρό και τον ασθενή (ταχύτητα χειρισμών, ανατομία ασθενή κ.α.).

Αυτή η μελέτη ερευνά την επίδραση του χρόνου που τα έμβρυα παραμένουν στον καθετήρα μέχρι να αφεθούν στη μήτρα. Οι κύκλοι που μελετήθηκαν είχαν τα εξής χαρακτηριστικά 1) γυναίκες ηλικίας ≤ 39 ετών, 2) ≤ 2 προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες

στο ίδιο κέντρο, 3) όχι PGD, 4) όχι αποψυγμένοι κύκλοι, 5) έγχυση κινητού σπερματοζωαρίου κατά τη γονιμοποίηση. Οι εμβρυομεταφορές πραγματοποιήθηκαν με υπερηχογραφική καθοδήγηση, τα έμβρυα μεταφέρονταν στον καθετήρα χωρίς αέρα, χρησιμοποιήθηκαν μόνο καθετήρες Wallace και δεν έγινε χρήση επιπρόσθετου εξοπλισμού. Με χρονόμετρο από την έναρξη της διαδικασίας μετρήθηκε ο χρόνος. Το χρονόμετρο σταμάταγε εάν δεν είχαν παραμείνει έμβρυα στον καθετήρα, διαφορετικά συνεχιζόταν η μετρηση μέχρι όλα τα έμβρυα να αφεθούν στην μήτρα. Όταν δεν παρατηρούνταν αίμα ή βλέννα στον καθετήρα και δεν υπήρχε επιστροφή εμβρύων ή αλλαγή καθετήρα, η εμβρυομεταφορά χαρακτηριζόταν εύκολη. Όταν υπήρχαν άλλα χαρακτηριστικά χαρακτηριζόταν δύσκολη.

Μετρήθηκαν 3000 κύκλοι οι ο-

ποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την ποιότητα των εμβρύων. 1) κύκλοι με έμβρυα καλής ποιότητας (ανεξαρτήτως ημέρας μεταφοράς), αυτοί είχαν τουλάχιστον ένα έμβρυο 2ης ημέρας grade 1 και 2) κύκλοι με φτωχή ποιότητα εμβρύων. Κάθε ομάδα αναλύθηκε σε δύο υποομάδες: εύκολες και δύσκολες εμβρυομεταφορές.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στους κύκλους με έμβρυα καλής ποιότητας, αν και υπήρχαν δύσκολες εμβρυομεταφορές που απαιτούσαν περισσότερο χρόνο, οι ρυθμοί εγκυμοσύνης και εμφύτευσης ήταν παρόμοιοι με τις εύκολες εμβρυομεταφορές. Κύκλοι με κακής ποιότητας έμβρυα έδειξαν υψηλότερους ρυθμούς βιοχημικής εγκυμοσύνης, αλλά χαμηλότερους ρυθμούς κλινικής εγκυμοσύνης και εμφύτευσης σε σχέση με τις εύκολες εμβρυομεταφορές. Η μέση διάρκεια εμβρυομεταφοράς ήταν παρόμοια ανάμεσα στους κύκλους με ή χωρίς κλινική εγκυμοσύνη. Οι ασθενείς χωρίς κλινική εγκυμοσύνη είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία, υψηλότερα επίπεδα FSH, λιγότερα γονιμοποιημένα ωάρια και λιγότερα έμβρυα καλής ποιότητας. Οι κύκλοι αξιολογήθηκαν σε 4 ομάδες ανάλογα με τη διάρκεια της εμβρυομεταφοράς (σε δευτερόλεπτα) 0-60, 61-120, 121-180 και > 181 . Οι εύκολες εμβρυομεταφορές πραγματοποιήθηκαν μέσα σε 120 δευτερόλεπτα. Ο ρυθμός εγκυμοσύνης ήταν παρόμοιος ανάμεσα στις ομάδες.

Αυτή είναι η πρώτη μελέτη στην οποία προέκυψε ότι η διάρκεια της εμβρυομεταφοράς δεν έχει καμία επίδραση στο αποτέλεσμα όταν μεταφέρονται έμβρυα καλής ποιότητας. Οι ρυθμοί εγκυμοσύνης και εμφύτευσης με έμβρυα κακής ποιότητας είναι χαμηλότεροι ανεξαρτήτως των χαρακτηριστικών της εμβρυομεταφοράς. Σε παλιότερες μελέτες έχει αναφερθεί ότι η διάρκεια της μεταφοράς επηρεάζει το αποτέλεσμα. Ωστόσο σε αυτές τις μελέτες χρησιμοποιήθηκε βοηθητικός εξοπλισμός που πιθανά μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό και επίσης πολλοί γιατροί έκαναν τις εμβρυομεταφορές, οπότε οι ικανότητες του χειριστή επηρέαζαν το αποτέλεσμα.

Τα μεταφερόμενα έμβρυα μπορεί να είναι ευαίσθητα σε αλλαγές στο μικροπεριβάλλον τους κατά τη μεταφορά τους στον καθετήρα. Αναμένει λοιπόν κανείς σε μια επιμηκυσμένη διάρκεια εμβρυομεταφορά να επηρεαστεί αρνητικά η εμφυτευτική τους ικανότητα. Παρολαυτά, στην παρούσα μελέτη ακόμα και εμβρυομεταφορές που διέρκησαν 459sec. (περίπου 7,5 min) έδωσαν κλινική εγκυμοσύνη όταν μεταφέρονταν έμβρυα καλής ποιότητας. Έμβρυα δηλαδή καλής ποιότητας μπορεί να είναι ανθεκτικά σε αλλαγές στο μικροπεριβάλλον τους και να δώσουν θετικά αποτελέσματα ακόμα και σε επιμηκυσμένες εμβρυομεταφορές, όταν γίνεται ατραυματικά. Η εμφυτευτική ικανότητα των εμβρύων φτωχής ποιότητας σε εμβρυομεταφορές μακράς διάρκειας χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.



Για καλά νέα!
Puregon®



Φωτογραφήστε την επιτυχία



Νέο
Puregon cartridge 900IU