



Ερευνα για τη

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

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



ΑΡ. ΚΛ. ΕΝΤ. 172/1995 ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Τριμηνιαία Εφημερίδα Ιατρικής Πληροφόρησης

ΚΩΔΙΚΟΣ: 4161

ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008 • ΑΡ. ΤΕΥΧΟΥΣ 54

ΑΜΕΞΗΓΗΤΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Η ανεξήγητη υπογονιμότητα πάντοτε με έφερνε σε δύσκολη θέση. Ένα ζευγάρι κατατάσσεται στην κατηγορία αυτή όταν έχει ολοκληρώσει τον κύκλο εξετάσεων που σήμερα θεωρούμε απαραίτητο και δεν έχει εντοπισθεί σαφής παθολογία. Συνήθως αυτό που δεν έχει εξεταστεί είναι σε μικρότερη κλίμακα η επαφή σπερματοζωαρίου-ωαρίου, η οποία, μόνο στα πλαίσια προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δυνατό να εκτιμηθεί. Ας σημειωθεί ότι συχνά τα ζευγάρια αυτά δεν αποδέχονται την εξωσωματική γονιμοποίηση καθώς δεν υπάρχει σαφές αίτιο υπογονιμότητας. Η πρώτη προσέγγιση σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας με per os αγωγή. Αυτό σημαίνει κτηρική κλομφαίνη αλλά και αναστολείς της αρωματάσης. Οι αναστολείς της αρωματάσης αποτελούν δεύτερης γενιάς φάρμακα και σε σχέση με την κλομφαίνη παρουσιάζουν ορισμένα πλεονεκτήματα όπως ότι δεν έχουν οιστρογονική δράση στο ενδομήτριο και στον τράχηλο όπου ο χρόνος ημιζωής είναι σαφώς μικρότερος της κλομφαίνης. Όσον αφορά την λετροζόλη στα νεογνά φαίνεται σχετικά ασφαλές χωρίς όμως να υπάρχει η πολύχρονη γνωριμία με το φάρμακο όπως με την κλομφαίνη. Στην διεθνή βιβλιογραφία έχουν εμφανιστεί εργασίες (διπλές τυφλές μελέτες) και ελέγχουν τις δύο κατηγορίες φαρμάκων σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους στις κηύσεις αλλά μετρώνται στα δάκτυλα του ενός χεριού. Οι εργασίες αυτές δίνουν συγκρίσιμα αποτελέσματα για τις δύο κατηγορίες. Λόγω του ότι οι αναστολείς της αρωματάσης είναι σχετικά νεότερο φάρμακο η συνιστώμενη δόση δεν έχει τελεσίδικα αποφασιστεί αφού π.χ. αλλού συνιστάται δόση 2,5mg λετροζόλη και αλλού προτείνεται ότι τα 5mg έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Η κλομφαίνη φαίνεται ότι είναι περισσότερο επιρρεπής σε πολύδυμες κηύσεις ή σε υπερδιέγερση ωοθηκών απ' ότι οι ανταγωνιστές της αρωματάσης. Λιγότερες εργασίες έχουν αναφερθεί σε συνδυασμό αναστολέων της αρωματάσης και γοναδοτροπινών.

Όσον αφορά την ασφάλεια των δύο ομάδων συγκρίνοντας μέχρι στιγμής μελέτες όσον αφορά μείζονες και ελάσσονες συγγενείς ανωμαλίες στα νεογνήτα τα φάρμακα έχουν ισοδύναμο ποσοστά ενώ οι καρδιακές ανωμαλίες είναι λιγότερες στην ομάδα που πήρε λετροζόλη.

Αρκουλής Θεοδόσης
Μαιευτήρας - Γυναικολόγος
Υπεύθυνος του Κέντρου
εξωσωματικής Γονιμοποίησης Πειραιά

Μελέτη κρυοδιατήρησης ανθρώπινων εμβρύων 3ης μέρας με την μέθοδο βραδείας ψύξης (slow freezing) και υαλοποίησης (vitrification): η υαλοποίηση σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης, μεταβολισμού και σχηματισμού βλαστοκύστεων.

B.Balaban, B.Urman, B.Ata, A.Isiklar, M.G.Larman, R.Hamilton, and D.K.Gardner.
Human Reproduction Vol.23, No9, pp. 1976-1982,2008

Δύο βασικές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί για την κρυοδιατήρηση κυττάρων : η ελεγχόμενη κατάψυξη βραδέως ρυθμού (slow freezing) και η τεχνική της υαλοποίησης (vitrification). Αν και η πρώτη αποτελεί την συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη μέθοδο κρυοσυντήρησης, αναφέρονται ολοένα και περισσότερες επιτυχημένες εφαρμογές της 2ης τεχνικής.

Η υαλοποίηση είναι μια υπερ-ταχεία μέθοδος κρυοσυντήρησης όπου το έμβρυο μεταφέρεται από τους 37°C στους -196°C σε < 1sec. Ανάμεσα στα κύρια οφέλη της μεθόδου, περιλαμβάνονται : η απουσία σχηματισμού κρυστάλλων πάγου και η μείωση του χρόνου παραμονής του εμβρύου εκτός επωαστή. Επιπλέον, δε χρειάζεται προετοιμασία για την εφαρμογή της μεθόδου, αλλά ούτε και απαιτείται ο εξειδικευμένος εξοπλισμός της μεθόδου βραδείας ψύξης (slow-freezing).

Ένα σύνολο 466 εμβρύων 3ης ημέρας, τα οποία ήταν στην διάθεση της παρούσας μελέτης έπειτα από συγκατάθεση 120 γυναικών που δεν επιθυμούσαν κρυοδιατήρηση των πλεοναζόντων εμβρύων τους, υποβλήθηκαν σε κρυοσυντήρηση και επακόλουθη απόψυξη, είτε με τη μία είτε με την άλλη μέθοδο. Τα έμβρυα προέρχονταν από γυναίκες που υποβάλλονταν για πρώτη φορά σε κύκλο εξωσωματικής και το ποια μέθοδος θα εφαρμοζόταν σε κάθε ένα από τα έμβρυα, καθορίστηκε τυχαία. Μόνο τα έμβρυα καλής ποιότητας που είχαν 5 ή περισσότερα ισομεγέθη και καλοσχηματισμένα βλαστομερίδια με <20% θραυ-

σμάτωση, κρυοσυντηρήθηκαν.

Το ποσοστό επιβίωσης, η αναλογία εμβρύων με 100% ακέραια βλαστομερίδια καθώς και η πρόοδος των εμβρύων στο στάδιο της βλαστοκύστης, ήταν σημαντικά υψηλότερα στην περίπτωση που χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της υαλοποίησης. Δεν παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές όσον αφορά την ποιότητα των βλαστοκύστεων και τα ποσοστά εκκόλαψης. Στα πλαίσια της μεταβολικής ανάλυσης, η πρόσληψη πυροσταφυλικού ήταν χαμηλότερη για τα έμβρυα που κρυοσυντηρήθηκαν με την μέθοδο βραδείας ψύξης.

Η μελέτη αυτή, επιβεβαιώνει ότι, όσον αφορά τον μεταβολισμό του εμβρύου και την πρόοδο στο στάδιο της βλαστοκύστης, η υαλοποίηση την 3η μέρα, έχει σαφώς καλύτερα αποτελέσματα από την μέθοδο βραδείας ψύξης. Η επιβίωση του εμβρύου και η επακόλουθη ανάπτυξη του ήταν σημαντικά αυξημένες στην περίπτωση εφαρμογής της τεχνικής της υαλοποίησης. Τα έμβρυα που μεταφέρθηκαν και που είχαν προηγουμένως κρυοσυντηρηθεί με υαλοποίηση, απέδωσαν από τα υψηλότερα ποσοστά εμφύτευσης και εγκυμοσύνης που έχουν παρατηρηθεί ως τώρα. Συμπερασματικά, αυτά τα δεδομένα ενισχύουν την υπόθεση ότι η υαλοποίηση σχετίζεται με μικρότερο κυτταρικό "τραυματισμό" σε σχέση με την βραδεία ψύξη και θα έπρεπε να θεωρείται ως η πρωταρχική μέθοδος κρυοσυντήρησης ανθρώπινων εμβρύων.

Γιατί τα ζευγάρια εγκαταλείπουν την θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

M.F.G. Verberg, M,J,C, Eijkemans, E.M.E.W.Heijnen, F.J.Broekmans, C.de Klerk, B.C.J.M. Fauser and N.S. Macklon Human Reproduction Vol.23, No 9, pp. 2050-2055, 2008.

Παρά τα αυξημένα ποσοστά εγκυμοσύνης με IVF, μεγάλος αριθμός ζευγαριών εγκαταλείπουν την θεραπεία χωρίς να έχουν επιτύχει εγκυμοσύνη. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να προσδιοριστεί ο ρόλος της θεραπευτικής στρατηγικής που επιλέγεται και οι πιθανοί άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση αυτή των ζευγαριών.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 384 ζευγάρια <38ετών που συμμετείχαν σε θεραπεία IVF, 195 στην σύντομη και 189 στην συνηθισμένη με προκαθορισμένο μέγιστο αριθμό θεραπευτικών κύκλων. Από αυτά το 17% εγκατέλειψαν την θεραπεία με IVF. Αναλυτικότερα, 35 ασθενείς που ακολούθησαν την ήπια αγωγή επέλεξαν να μην συνεχίσουν την θεραπεία (23%) μετά τον 1ο κύκλο, 12 (34%) μετά τον 2ο, 15 (43%) στον 3ο. Από αυτούς που ακολούθησαν τη συνηθισμένη αγωγή, 30 ασθενείς εγκατέλειψαν την προσπάθεια, 13 (43%) που ακολούθησαν τον 1ο κύκλο και 17 (57%) μετά τον 2ο. Παρόλο που ο συνολικός αριθμός εκείνων που εγκατέλειψαν την προσπάθεια ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες, το ποσοστό παραίτησης ανά κύκλο ήταν μικρότερο στην ομάδα που ακολούθησαν ήπια αγωγή (7,7 % έναντι 10%). Το σωματικό ή ψυχο-

λογικό βάρος ήταν τα πιο συχνά αίτια 28% για αυτή την απόφαση. Για το 14% ο πρωταρχικός λόγος ήταν η φτωχή πρόγνωση. Η παρουσία σοβαρού ανδρικού παράγοντα υπογονιμότητας και η αποτυχία πραγματοποίησης εμβρυομεταφοράς σχετιζόταν με την πιθανότητα εγκατάλειψης της προσπάθειας. Επιπλέον υπήρχε η ένδειξη ότι εγκαταλείπουν πιο εύκολα οι μικρότερες σε ηλικία γυναίκες που ξεκινούν προσπάθεια. Σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους η πιθανότητα παραίτησης μειώνονταν στο μισό όταν ακολουθούσαν ήπια αγωγή από ότι εκείνοι που ακολουθούσαν την συνηθισμένη.

Συμπερασματικά λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι η επιλογή ήπιας θεραπευτικής αγωγής και η διαχείριση των προσδοκιών των ασθενών, συμβουλευόμενός τους να επικεντρώνονται λιγότερο στην πιθανότητα να πετύχουν εγκυμοσύνη ανά κύκλο και περισσότερο στην απόκτηση παιδιού μέσα από μια σειρά θεραπευτικής αγωγής, μπορούν να μειώσουν τα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας με εξωσωματική γονιμοποίηση.

Η κατάψυξη ωαρίων εντός 2 ωρών από την συλλογή τους αυξάνει την αποτελεσματικότητα κρυσυντήρησής τους με την slow freezing - rapid thawing μέθοδο σε υψηλή συγκέντρωση σουκρόζης.

L. Parmegiani, G.E.Cognigni, S. Bernardi, W.Ciampaglia, F.Infante, P.Pocognoli, C.Tabarelli de Fatis, E.Troilo and M. Filicori.
Human Reproduction Vol.23, No8 pp.1771-1777, 2008

Τα ανθρώπινα ωάρια μπορούν να κρυσυντηρηθούν με δύο κύριες μεθόδους: το ελεγχόμενο από υπολογιστή πρωτόκολλο βραδείας ψύξης (slow cooling) και το πρωτόκολλο υπέρ-ταχείας ψύξης (ultrarapid cooling- vitrification). Τα αποτελέσματα κρυσυντήρησης ανθρώπινων ωαρίων με το πρωτόκολλο βραδείας ψύξης-ταχείας απόψυξης (slow freezing-rapid thawing (SF/RT)), με 1,2 προπανοδιόλη (PROH) και υψηλή συγκέντρωση σουκρόζης (0.2 ή 0.3 M) ως κρυσπροστατευτικά, έχει οδηγήσει σε βαθμιαία αύξηση της αποτελεσματικότητας η οποία εμφανίζεται ως αύξηση ζωντανών γεννήσεων ανά εμβρυομεταφορά. Η μέθοδος της υαλοποίησης (vitrification), αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη τεχνική αν και, το γεγονός ότι συνιστά μια καινούρια προσέγγιση δεν μας επιτρέπει να έχουμε στη διάθεσή μας επαρκή αριθμό γεννήσεων.

Τα ωάρια μπορούν να κρυσυντηρηθούν αρκετές ώρες από την ωληψία, γεγονός που εξαρτάται από την διαδικασία που ακολουθεί κάθε κέντρο εξωσωματικής. Μετά την απόψυξη συνίσταται καλλιέργεια των ωαρίων για 3 ώρες πριν τη μικρογονιμοποίηση προκειμένου να γίνει καλύτερη εκτίμηση του ποσοστού επιβίωσης και για να επιτραπεί στην μειωτική άτρακτο να αποκατασταθεί πλήρως. Το αναπτυξιακό δυναμικό του ωαρίου ακολουθεί πτωτική πορεία μετά το πέρας 10 ωρών από την συλλογή τους, ενώ η διαδικασία κατάψυξης πιθανόν να επηρεάζει την κυτταρική γήρανση.

Η μελέτη των L. Parmegiani et al., αφορά την διερεύνηση της ιδανικής στιγμής, μετά την συλλογή των ωαρίων, για κρυσυντήρηση με την μέθοδο SF/RT, με υψηλή συγκέντρωση σουκρόζης (0,3M) στο κρυσπροστατευτικό διάλυμα. Οι ερευνητές διεξήγαγαν τα συμπεράσματά τους, βασισμένοι σε 93 κύκλους απόψυξης ωοκυττάρων (Μ.Ο. ηλικίας ασθενών 34.9). Οι κύκλοι απόψυξης, χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με την απόκλιση της στιγμής κρυσυντήρησης από την συλλογή των ωαρίων. Στην Ομάδα Α, η κρυσυντήρηση έγινε εντός 2 ωρών από τη συλλογή, στην Ομάδα Β, εντός 3 ωρών και στην Ομάδα Γ από 3-5 ώρες μετά την συλλογή των ωαρίων. Η ωληψία πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας 35 ωρών από την χορήγηση της χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG), τα ωάρια επώαστηκαν από 1-5 ώρες στους 37°C, 6%CO₂, και ακολούθησε αξιολόγησή τους. Στα 3 καλύτερα ωάρια σε στάδιο MII, έγινε μικρογο-

νιμοποίηση (ICSI). Πάχος ενδομητρίου μεγαλύτερο ή ίσο των 8 mm, θεωρήθηκε βέλτιστο για διενέργεια εμβρυομεταφοράς (ET). Τα υψηλότερα ποσοστά εγκυμοσύνης (39.1%) και εμφύτευσης (18.5%), παρατηρήθηκαν στην Ομάδα Α. Η επιβίωση των ωοκυττάρων, η γονιμοποίηση και η διαίρεση των εμβρύων ήταν παρόμοια και στις 3 ομάδες, αν και η ποιότητα των εμβρύων ήταν σημαντικά υψηλότερη στην Ομάδα Α (35,2% έναντι 14.1 % στην Ομάδα Γ).
Συνεπώς η μεταβολική γήρανση

κατά το ICSI βραδέως ψυχόμενων ωοκυττάρων εξαρτάται από: την ώρα της συλλογής μετά την χορήγηση της hCG, το χρόνο επώασης πριν την κρυσυντήρηση και την καλλιέργεια μετά την απόψυξη πριν τη μικρογονιμοποίηση. Η υπερβολική παράταση της περιόδου επώασης πριν την κατάψυξη επηρεάζει την ικανότητα ανάκαμψης των ωοκυττάρων μετά την κρυσυντήρηση, δεδομένου ότι στα ανθρώπινα ωάρια η διαπερατότητα του ωολήματος μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου.

Στη παρούσα μελέτη, το ποσοστό εγκυμοσύνης ανά εμβρυομεταφορά, ήταν 19.3%, με το υψηλότερο μερίδιο να κατέχει η Ομάδα Α. Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή έδειξε σημαντική βελτίωση τόσο στην ποιότητα των εμβρύων, όσο και στο κλινικό αποτέλεσμα των κύκλων απόψυξης όταν η κρυσυντήρηση γίνεται με τη μέθοδο SF/RT, σε συγκέντρωση σουκρόζης 0.3M και εντός 2 ωρών από τη συλλογή των ωαρίων.

ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΕΝΟΣ ΜΗΝΟΣ
Σ' ΕΝΑ ΛΕΠΤΟ

DARONDA
DEPOT® 3.75 mg

ΟΞΙΚΗ ΛΕΥΠΡΟΛΙΔΗ

Σύγκριση κύκλων in vitro ωρίμανσης με και χωρίς την συλλογή ωαρίων που έχουν ωριμάσει in vivo.

Weon-Young Son, Jin-Tae Chung, Ezgi Demirtas, Hananel Holzer, Camille Sylvestre, Ri-Cheng Chian, Seang Lin Tan.
Reproductive BioMedicine Online, Vol. 17, No1 2008, 59-67

Προκειμένου να επιτευχθεί ουσιαστική βελτίωση στον αριθμό και στην αναπτυξιακή πορεία των ωοκυττάρων κατά την in vitro ωρίμανση, πολλοί ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει την θεραπεία με γοναδοτροπίνες. Ο Chian και οι συνεργάτες του (1999,2000) αναφέρουν ικανοποιητικά ποσοστά εγκυμοσύνης μετά την χορήγηση 10.000 IU hCG σε ασθενείς με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, ενώ παρόμοια προσέγγιση εφαρμόστηκε και από τους Lin (Lin et al, 2003) και Son (Son et al,2007).

Έχει αναφερθεί ότι ανώριμα ωάρια με διασκορπισμένα cumulus cells, παρουσιάζουν καλύτερη in vitro ωρίμανση και υψηλότερο αναπτυξιακό δυναμικό εμβρύων συγκριτικά με τα ωοκύτταρα εκείνα που περιβάλλονται από πολύ πυκνό ή αραιό δίκτυο των εν λόγω κυττάρων.

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη με σκοπό την διερεύνηση του κλινικού αποτελέσματος των κύκλων θεραπείας, με και χωρίς την ύπαρξη MII ωαρίων κατά την ημέρα της ωοληψίας. Επιπροσθέτως, έγινε σύγκριση της ποιότητας των εμβρύων που προέρχονται από ωάρια που ωρίμασαν in vivo με εκείνα που υποβλήθηκαν σε in vitro ωρίμανση σε HCG-primed IVF κύκλους.

Στην διαδικασία της in vitro ωρίμανσης, υποβλήθηκαν 58 ασθενείς με πολυκυστικές ωοθήκες κατά τη διάρκεια της περιόδου (60 κύκλοι). Για κάθε ασθενή, όλα τα έμβρυα που προήλθαν από ωάρια που ωρίμασαν την ίδια μέρα, συγκεντρώθηκαν μαζί και τα καλύτερης ποιότητας επιλέχθηκαν για μεταφορά. Για τα in vivo ώριμα ωάρια (Ομάδα A) η εμβρυομεταφορά πραγματοποιήθηκε 3 μέρες μετά την ωοληψία, ενώ για την Ομάδα B όπου δεν συλλέχθηκαν ώριμα ωάρια, η εμβρυομεταφορά πραγματοποιήθηκε την 4η μέρα διότι τα ανώριμα ωάρια ωρίμασαν in vitro μετά την 1η μέρα. Ο μέσος όρος ηλικίας, η διάρκεια της υπογονιμότητας, το πάχος του ενδομητρίου κατά την ημέρα της ωοληψίας και η μέρα της ωοληψίας είναι παράμετροι που είχαν παρόμοια κατανομή και στις 2 ομάδες. Ωστόσο, η διάμετρος του μεγαλύτερου ωοθυλακίου την στιγμή της ωοληψίας ήταν 11.3+/-2.9mm για την Ομάδα A και 9.1+/-2.3mm στην Ομάδα B.

Το ποσοστό γονιμοποίησης στην Ομάδα B (86.8%) ήταν υψηλότερο από ότι στην Ομάδα A (71.3%). Στην Ομάδα A 12 εγκυμοσύνες (40%) ακολούθησαν, συμπεριλαμβανομένης και μίας δίδυμης κύησης μεταξύ των 30 κύκλων θεραπείας. Στην Ο-

μάδα B, σημειώθηκαν 7 εγκυμοσύνες (23.3%). Ο αριθμός των εμβρύων καλής ποιότητας ήταν σημαντικά υψηλότερος μεταξύ των εμβρύων που προήλθαν από in vivo ώριμα ωάρια, συγκριτικά με τα έμβρυα 1ης μέρας τόσο της μίας όσο και της άλλης ομάδας. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες στο ποσοστό των ωαρίων που ωρίμασαν in vitro μετά από καλλιέργεια την 1η και την 2η μέρα. Το ποσοστό γονιμοποίησης και διαίρεσης στα ωάρια που ωρίμασαν in vitro την 2η ημέρα στην

Ομάδα A, ήταν σημαντικά χαμηλότερα από εκείνα των ωαρίων που ωρίμασαν in vitro την 2η ημέρα στην Ομάδα B.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη καταλήγει στο ότι

- τα ωάρια που ωριμάζουν in vivo, μπορούν να παράγουν έμβρυα καλύτερης ποιότητας.
- Επιπλέον, τα ωάρια που φτάνουν ταχύτερα στο MII στάδιο ωρίμανσης θα παράγουν έμβρυα καλύτερης ποιότητας από ότι τα in vitro ωάρια που θα ωριμάσουν αργότερα.

• Τα αποτελέσματα της μελέτης, υποδεικνύουν ότι το in vitro σύστημα καλλιέργειας, υποστηρίζει κατάλληλα την πυρηνική ωρίμανση σε ανθρώπινα ωοκύτταρα που υποβάλλονται σε IVM (in vitro maturation), αλλά είναι ακόμη ανεπαρκές όσον αφορά την παραγωγή ωοκυττάρων με κατάλληλο κυτταρόπλασμα, οδηγώντας έτσι σε υψηλά ποσοστά εγκυμοσύνης στους κύκλους με in vivo ώριμα ωάρια και χαμηλή ποιότητα εμβρύων από ωάρια που ωρίμασαν αργότερα in vitro.

Altermon®

Highly Purified Lyophilized Urofollitropin (FSH)



Αξιόπιστα αποτελέσματα για πραγματοποιήσιμα όνειρα!



Τα επίπεδα της ανασταλτικής ορμόνης των πόρων του Muller (Anti-Mullerian Hormone:AMH) και της οιστραδιόλης (E2) στον ορό του αίματος, ως δείκτες του Συνδρόμου Ωθηκικής Υπερδιέγερσης (OHSS) στους κύκλους υποβοηθούμενης αγωγής.

Tsung-Hsien Lee, Chung-Hsien Liu, Chuin-Chia Huang, Yi-Ling Wu, Yang-Tse Shih, Hong-Nerng Ho, Yu-Shih Yang and Maw-Shang Lee. Obstetrical and Gynecological Survey, June2008, Vol.63,No6.]

Το Σύνδρομο Ωθηκικής Υπερδιέγερσης (OHSS), αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της Ελεγχόμενης Ωθηκικής Υπερδιέγερσης (COS), και είναι δύσκολο να προβλεφθεί με ακρίβεια στους κύκλους εξωσωματικής. Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του Novat et al (Fertil Steril 1992;58:249), παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση συνδρόμου υπερδιέγερσης είναι: η νεαρή ηλικία (<35 έτη), η φτωχή

δίαιτα, οι ενδείξεις για σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOs), η παρουσία πολλαπλών και μετρίου μεγέθους ωοθυλακίων, και οι σημαντικά αυξημένες συγκεντρώσεις οιστραδιόλης (E2) (>4000 pg/mL). Η αξία των συγκεντρώσεων E2 και του αριθμού των ωαρίων ως δείκτες για την πρόβλεψη εμφάνισης OHSS, έχει αμφισβητηθεί (Morris et al, Hum Reprod 1995; 10:811; Chen et al J Formos Med Assoc

1997;96:829).

Έχει αναφερθεί ότι υπάρχει στενή συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα της ανασταλτικής ορμόνης των πόρων του Muller (AMH), και της ωθηκικής απόκρισης καθώς επίσης και του αποθέματος των ωοθηκών, κατά τη διάρκεια των κύκλων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διευκρινιστεί η αξιοπιστία των επιπέδων της AMH

ως δείκτη πρόβλεψης του OHSS σε ένα δείγμα 262 κύκλων IVF. Οι ασθενείς που συμμετείχαν, ακολούθησαν είτε το μακρύ είτε το βραχύ πρωτόκολλο και η ωχρινική φάση ενισχύθηκε με χορήγηση hCG. Προγεστερόνη χορηγήθηκε μόνο όταν τα επίπεδα E2 στον ορό υπερέβησαν τα 3000pg/mL ή όταν τα συλλεχθέντα ωάρια ήταν >15.

Μέτρια ή σοβαρή υπερδιέγερση παρατηρήθηκε στο 8% των ασθενών από τις οποίες μόνο 1 είχε ακολουθήσει το βραχύ πρωτόκολλο. Το συνολικό ποσοστό κλινικής εγκυμοσύνης έφτασε στο 41%. Η μέτρηση των επιπέδων της AMH, αποτέλεσε ακριβέστερο δείκτη για την πρόβλεψη του OHSS συγκριτικά με την ηλικία και με τον δείκτη μάζας σώματος. Η ευαισθησία του άγγιξε το 90.5% και η ειδικότητά του το 81.3%. Τα επίπεδα E2 και AMH στον ορό του αίματος την ημέρα της χορήγησης της hCG, απεδείχθησαν σημαντικοί δείκτες πρόβλεψης του OHSS, ενώ ο μόνος παράγοντας πρόβλεψης εγκυμοσύνης είναι η ηλικία της γυναίκας. Επιπλέον, η AMH αντικατοπτρίζει την ωθηκική γήρανση καλύτερα από άλλους δείκτες και φαίνεται ικανή να βελτιώσει την επίδραση της διέγερσης με FSH στην αύξηση των ωοθυλακίων.



GR06-PUR01-0140

Για καλά νέα!
Puregon®



Φωτογραφήστε την επιτυχία



ORGANON ΕΛΛΑΣ Α.Ε.Ε., Λ. Βουλιαγμένης 122, Ελληνικό 167 77, Τηλ.: 210 96 96 900, Fax: 210 96 48 508
www.organon.gr, e-mail: hellas@organon.gr

Νέο
Puregon cartridge 900IU

**Έρευνα για τη
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

Τριμηνιαία Έκδοση Ιατρικής
Πληροφόρησης

**ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ -
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ:**

Μαρία Μητροπούλου
Σαχτούρη 24 - Πειραιάς
Τηλ.: 210-4528.399

**ΣΤΟΙΧΕΙΟΘΕΣΙΑ -
ΕΚΤΥΠΩΣΗ**

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

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΥΛΗΣ:

Αρκουλής Θεοδόσης
Μαιευτήρας - Χειρουργός -
Γυναικολόγος