

بررسی اثر درمانی هپارین در شکست مکرر لانه‌گزینی در سیکل‌های لقاح خارج رحمی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده

لیلی صفدریان (M.D.)^۱، الهام خیراللهی (M.D.)^۱، اشرف آل یاسین (M.D.)^۱، مرضیه آقاسینی (M.D.)^۱، حجت اله سعیدی (M.D.)^۲

۱- گروه اندوکریولوژی و نازایی، بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، تهران، ایران

۲- گروه بیوشیمی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: شکست مکرر لانه‌گزینی (RIF) یکی از علل عدم موفقیت سیکل‌های لقاح خارج رحمی می‌باشد. سندرم آنتی‌فسفولیپید تنها سندرم شناخته شده مورد توافق است که با RIF ارتباط داشته و هپارین انتخاب درمانی ثابت شده آن است. تاکنون روشن نشده که آیا هپارین ممکن است در زنانی که آنتی‌بادی‌های دیگر (غیر از آنتی‌فسفولیپید) یا سایر علل شکست درمان را دارند اثرات مثبت داشته باشد یا خیر؟ با توجه به اینکه لقاح خارج رحمی اغلب بهترین درمان برای زوج‌های مبتلا به ناباروری چند عاملی و یکی از گزینه‌های درمانی معقول برای زنان مبتلا به کاهش باروری یا ناباروری با علت نامشخص است، درمان شکست مکرر در لانه‌گزینی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی اثر هپارین در بیماران دچار شکست مکرر در لانه‌گزینی انجام شد.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی تصادفی جامعه مورد مطالعه، بیماران مراجعه‌کننده به بخش درمان ناباروری بیمارستان دکتر شریعتی تهران طی دوره ۸۶-۱۳۸۵ بود که دارای دو یا بیشتر تجربه IVF ناموفق بودند. پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق ۶۰ زن به طور تصادفی، بدون توجه به خصوصیات بالینی به صورت یک در میان، در دو گروه (تحت درمان با هپارین و عدم درمان) قرار گرفتند. عامل مردانه، اختلالات آناتومیک، عفونی، بیماری‌های زمینه‌ای، اختلالات اندوکراین و علل ژنتیک در آنها رد شده بود. بیماران در گروه درمان از ۱۴ روز قبل از IVF هپارین با دوز SC/BID/۵۰۰۰ دریافت کردند. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS بررسی شد. پس از بررسی توزیع نرمال داده‌ها، نتایج کمی با t-test و نتایج کیفی با آزمون χ^2 مقایسه شدند. از آنالیز آماری رگرسیون لجستیک جهت بررسی و کنترل اثر عوامل مداخله‌گر استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: در پیامد بارداری (رسیدن به هفته ۳۰ بارداری) بین دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری دیده نشد. در ۴۰٪ افراد گروه تحت درمان با هپارین و ۳۰٪ از گروه کنترل، تست β HCG مثبت شد که اختلاف معنی‌دار نبود. ۲۳/۳٪ از گروه هپارین و ۱۶/۷٪ از گروه کنترل به هفته ۳۰ بارداری رسیدند، که اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. در مقایسه نتایج بین افراد دارای علت ایمنولوژیک یا ترومبوفیلی با بیماران با علت ناشناخته در گروهی که تحت درمان با هپارین قرار گرفته بودند اگرچه اختلاف معنی‌دار نبود، ولی در بیماران دارای علت ایمنولوژیک یا ترومبوفیلی تحت درمان با هپارین میزان مثبت شدن β HCG بیشتر از بیماران با علت ناشناخته تحت درمان با هپارین بود (۵۸/۳٪ در مقابل ۲۷/۸٪).

نتیجه‌گیری: با توجه به عدم مشاهده تفاوت معنی‌دار از نظر پیامد بارداری در موارد درمان با هپارین در شکست مکرر IVF بین دو گروه در این مطالعه، به نظر نمی‌رسد که درمان با هپارین در بیماران شکست مکرر IVF بدون علت مشخص سودمند باشد. اگرچه علیرغم معنی‌دار نبودن، پیامد بارداری در گروه زنان دارای علت ایمنولوژیک یا ترومبوفیلی شکست IVF تحت درمان با هپارین بیشتر بود؛ ولی برای ارائه راهکار درمانی انجام مطالعات تصادفی بزرگتر برای بررسی تأثیر هپارین در بیماران مواجه با شکست مکرر در لانه‌گزینی لازم است.

کلید واژگان: پیامد بارداری، ترومبوفیلی، شکست لانه‌گزینی، فاکتورهای ایمنولوژیک، لقاح خارج رحمی، هپارین.

مسئول مکاتبه: دکتر الهام خیراللهی، بخش زنان، بیمارستان شریعتی، خیابان کارگر شمالی، تهران، ایران.

پست الکترونیکی: ekheirollahi@razi.tums.ac.ir

دریافت: ۸۷/۴/۱۵ پذیرش: ۸۷/۸/۲۲