

## مقدمه

سالهای اخیر اوج پیشرفت در درمان ناباروری بوده و ابداع روشهای جدید کمک به درمان ناباروری سهم بسزائی در این پیشرفت ایفا نموده‌اند. در حال حاضر میزان موفقیت برای روش لقاح خارج رحمی (IVF) در مراکز مختلف بطور متوسط ۳۵-۱۵٪ گزارش می‌شود (۱).

یکی از اهداف اصلی مراکز درمان ناباروری بالابردن درصد موفقیت روشهای درمان ناباروری می‌باشد، خصوصاً با توجه به اینکه در روشهای کمک باروری با پروتوکلهای تحریک تخمک‌گذاری، هدف بدست آوردن تعداد متناسب تخمک با کیفیت خوب است (۲). بنابراین یکی از مشکلات فرا روی درمان ناباروری، بیمارانی می‌باشند که بطورکلی تحت عنوان پاسخ دهنده ضعیف<sup>۱</sup> و یا پاسخ دهنده پایین<sup>۲</sup> نامیده می‌شوند، یعنی بیمارانی که با وجود تمهیدات داروئی لازم، پاسخ مناسبی به تحریک تخمک‌گذاری نمی‌دهند (۳).

عوامل بسیاری جهت ارزیابی و تشخیص این قبیل بیماران مدنظر گرفته شده و محققین مختلف تحقیقات گسترده‌ای را در مورد آنها بیان کرده‌اند (۴-۵). به همین منظور جهت ارزیابی پاسخ تخمدانها به تحریک تخمک‌گذاری پارامترهای متعددی مورد بررسی قرار می‌گیرند، به این ترتیب می‌توان بیماران دارای پارامترهای غیرطبیعی را جزء گروهی دانست که شانس کمتری برای موفقیت درمان و باروری دارند.

سطح بالای FSH روز سوم توسط Muasher و همکاران (۵-۷)، تست تحریکی با کلومیفن سیترات توسط Navot و همکاران (۴)، تست تحریکی غیرطبیعی با آگونیست‌های گنادو تروپینها توسط Winslow و همکاران (۶) و تعداد دیگری از پارامترهای هورمونی امروزه بعنوان پیشگوئی کننده پاسخ تخمدان و میزان بارداری در بیماران تحت درمان با روشهای کمکی

باروری، بکار می‌روند (۷). همچنین فاکتورهای سونوگرافیک نیز به عنوان مشخصه‌های ذخیره تخمدانی پیشنهاد شده‌اند که شامل اندازه‌گیری حجم تخمدان و اندازه‌گیری فولیکول‌های کوچک تخمدانی می‌باشد (۸). بررسی در مورد نقش هورمون LH به تنهایی و میزان پاسخ تخمدان محدودتر بوده است. تعدادی از مطالعات سطح سرمی LH را در مراحل اولیه فاز فولیکولی جهت رشد فولیکول لازم دانسته و در تعدادی هیچگونه ارتباطی بین سطوح LH روز سوم سیکل در پیش‌آگهی بارداری و مراحل فاز فولیکولی گزارش نکرده‌اند (۹).

با توجه به نظریات متعدد درباره نقش سطح هورمون LH در میزان پاسخ تخمدان، هدف از این مطالعه بررسی ارزیابی دقیقتر ارتباط سطح هورمون LH (بالا یا پایین) روز سوم سیکل با میزان پاسخ تخمدان در بیماران نابارور تحت درمان با لقاح خارج رحمی می‌باشد.

## مواد و روشها

مطالعه از نوع مقطعی بوده که بر روی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه ناباروری ولیعصر از تاریخ بهمن ماه ۱۳۷۸ تا اردیبهشت ماه ۱۳۷۹، انجام گرفت. در این بیماران با توجه به نوع مطالعه، FSH و LH روز سوم سیکل (پایه) جهت ورود به سیکل لقاح خارج رحمی اندازه‌گیری شد. تمامی بیماران به یک آزمایشگاه واحد ارجاع و میزان هورمون LH به روش RIA<sup>۳</sup> اندازه‌گیری و نتیجه آزمایش در پرونده بیماران ثبت گردید. بعلاوه کلیه اطلاعات لازم از لحاظ شرایط ورود به مطالعه و متغیرهای لازم در فرمهای مربوطه در پرونده بیماران ثبت شد. به این ترتیب ۷۸ بیمار که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند مورد ارزیابی قرار گرفتند. این شرایط شامل سن کمتر از ۴۰ سال، نمایه

1-Poor responder

2-Low responder

3-Radioimmunoassay

جدول ۱- مشخصات ۷۸ بیمار مورد مطالعه

متغیرها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	دامنه
سن بیماران (سال)	$30 \pm 4/8$	۲۰-۴۰
LH روز سوم ( $mIU/ml$ )	$6/5 \pm 5/7$	۱/۲-۲۰
نسبت $\frac{FSH}{LH}$ روز سوم	$1/5 \pm 1$	۰/۵-۳
طول مدت ناباروری (سال)	$7/8 \pm 5/7$	۱/۵-۲۳
طول مدت درمان (روز)	$10 \pm 1/92$	۶-۱۴
تعداد آمپولهای HMG مورد استفاده	$30 \pm 11/7$	۱۰-۶۰
تعداد جنین‌های تشکیل شده	$4 \pm 3/6$	۰-۲۰

\* با احتساب  $P < 0/05$  برای محدودهٔ اختلاف معنی‌داری، هیچگونه ارتباط معنی‌داری بین LH روز سوم و متغیرهای فوق وجود ندارد.

توده‌بدنی (BMI) طبیعی (۲۰-۳۰)، غلظت FSH سرم کمتر از  $10 mIU/ml$  و سطوح پایه پرولاکتین و TSH در محدودهٔ طبیعی بود. رژیم درمانی بیماران شامل پروتکل بلندمدت با استفاده از آگونیست GnRH (بوسرلین) و گنادوتروپینهای انسان (HMG) از شرکت ارگانون هلند) جهت تحریک تخمک‌گذاری بود. متغیرهای مربوطه شامل سن، نوع ناباروری، طول مدت ناباروری، سطح LH روز سوم، تعداد فولیکول، تعداد آمپول HMG مصرفی، طول مدت تحریک تخمک‌گذاری، تعداد تخمک بدست آمده، تعداد جنین انتقال یافته و میزان بارداری با پیشرفت مراحل تحقیق توسط محقق ثبت شد. سپس با کمک برنامه آماری SPSS نتایج حاصل تحت آنالیز قرار گرفتند. جهت مقایسه نتایج از آزمونهای آماری T-Test و Fisher's Test استفاده شد. مقادیر P value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان موارد معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج حاصل از این مطالعه میانگین سن ۷۸ بیمار،  $30 \pm 4/77$  سال بود. میانگین سطوح LH روز سوم کمتر از  $3 mIU/ml$  و بیشتر از  $3 mIU/ml$  به ترتیب صفر و یک (۱/۵٪) بود. تعداد بارداری در گروه اول ۳ مورد (۲۱٪) و در گروه دوم ۱۰ مورد (۱۵٪) بود که

این دو گروه از نظر کلیه متغیرها تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. در جدول ۲، دو گروه از نظر تعداد فولیکولها، تعداد تخمک بدست آمده، تعداد سیکلهای درمانی حذف شده و نهایتاً میزان بارداری براساس آزمون T-Test و Fisher exact test مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج حاصل از این مطالعه میانگین سن ۷۸ بیمار،  $30 \pm 4/77$  سال بود. میانگین سطوح LH روز سوم

توده‌بدنی (BMI) طبیعی (۲۰-۳۰)، غلظت FSH سرم کمتر از  $10 mIU/ml$  و سطوح پایه پرولاکتین و TSH در محدودهٔ طبیعی بود. رژیم درمانی بیماران شامل پروتکل بلندمدت با استفاده از آگونیست GnRH (بوسرلین) و گنادوتروپینهای انسان (HMG) از شرکت ارگانون هلند) جهت تحریک تخمک‌گذاری بود. متغیرهای مربوطه شامل سن، نوع ناباروری، طول مدت ناباروری، سطح LH روز سوم، تعداد فولیکول، تعداد آمپول HMG مصرفی، طول مدت تحریک تخمک‌گذاری، تعداد تخمک بدست آمده، تعداد جنین انتقال یافته و میزان بارداری با پیشرفت مراحل تحقیق توسط محقق ثبت شد. سپس با کمک برنامه آماری SPSS نتایج حاصل تحت آنالیز قرار گرفتند. جهت مقایسه نتایج از آزمونهای آماری T-Test و Fisher's Test استفاده شد. مقادیر P value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان موارد معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## نتایج

نتایج حاصل از این مطالعه میانگین سن ۷۸ بیمار،  $30 \pm 4/77$  سال بود. میانگین سطوح LH روز سوم

1-Body Mass Index

جدول ۲- نتایج حاصل از سیکلهای تکمیلی درمان در بیماران براساس سطح LH روز سوم

* P.V	LH $\geq 3$ mIU/ml (n= 64)	LH $< 3$ mIU/ml (n= 14)	گروه
			متغیر
N.S**	۳۷ (۵۸٪)	۵ (۳۶٪)	تعداد فولیکولهای بیش از ۱۰ عدد
N.S	۳۸ (۶۰٪)	۸ (۵۷٪)	تعداد اووسیت بیش از ۴ عدد
N.S**	۱ (۱/۵٪)	۰	تعداد سیکلهای حذف شده
N.S	۱۰ (۱۵٪)	۳ (۲۱٪)	تعداد بارداری

Fisher\*  
No Significant \*\*

با توجه به نتایج حاصل بنظر می‌رسد که سطح LH روز سوم سیکل در پیش‌آگهی پاسخ تخمدان نقشی نداشته و برخلاف میزان FSH نمی‌تواند به عنوان پارامتری در ارزیابی اولیه پاسخ تخمدان مطرح باشد. دلایل و شواهدی وجود دارد که نقش ویژه LH را قبل از لوتئینیزاسیون فولیکولهای تخمدان در سه مرحله رشد فولیکولی حمایت می‌کند. یکی از بارزترین و مشخص‌ترین آنها نقش مستقیم LH در سنتز هورمونهای جنسی استروئیدی است، ولی ممکن است LH روی دینامیک رشد فولیکولها هم تأثیر داشته باشد و نهایتاً رشد فولیکول غالب و جنین حاصل از لقاح آن تأثیر بگذارد. نقش LH در فولیکول در حال رشد با نظریه دو سلولی بیان می‌شود. براساس این نظریه LH باعث سنتز آندروژنها در سلولهای تکا می‌شود که این آندروژنها توسط سلولهای گرانولوزا تحت تأثیر FSH به استروژن تبدیل می‌شود (سیستم آروماتایز). در صورت عدم وجود LH (درحد قابل اندازه‌گیری)، تولید استروژن بسیار کم است حتی اگر FSH بتواند باعث رشد فولیکول شود. دلیل دیگر برای فعالیت LH در طی فاز فولیکولی و اثر آن برروی رشد اووسیتها و جنین مناسب بوسیله مطالعات انجام شده بر روی میمونها

اختلاف فوق از لحاظ آماری معنی دار و حائز اهمیت نبود.

### بحث

در بررسی نتایج حاصله از این مطالعه و رابطه میزان LH روز سوم سیکل با سن، نوع ناباروری، علت و طول مدت ناباروری، تعداد آمپول HMG مصرفی و طول مدت تحریک هیچگونه ارتباط معنی‌داری بین سطح LH روز سوم و متغیرهای فوق وجود نداشت. این نتایج در حالی بدست آمد که مطالعات سایر محققین نیز در سالهای مختلف نتایج مختلفی داشت. در مطالعه سال ۱۹۹۸ توسط Ivonoci، LH روز سوم کمتر از ۳ mIU/ml با پاسخ ناچیز تخمدان از جهت تعداد تخمک بدست آمده، همراه بود (۸). در مطالعه دیگر که در سال ۱۹۹۹ توسط James و همکارانش صورت گرفت سطوح بالای LH در پیش‌آگهی ضعیف باروری و میزان بارداری مؤثر شناخته شد (۱۰).

Scott و همکارانش در سال ۱۹۸۹ سطوح LH و استرادیول روز سوم سیکل را در پیش‌آگهی بارداری غیرمؤثر دانستند (۱۱).

بیان شده است. در این میمون‌ها با استفاده از آنتاگونیستهای GnRH منجر به فروکش سطح LH سرم شده و سپس بوسیله rFSH تحریک شده رشد فولیکولهای اووسیت مناسب برای درمان بدست می‌آید. این مطالعات نشان می‌دهد که نقش فیزیولوژیکی LH دقیقاً بر روی رشد اووسیت و تکامل جنین شناخته شده نیست. در شرایط روشهای باروری کمکی از جمله لقاح خارج رحمی سه عامل مهم شامل تعداد اووسیت‌های بدست آمده، قدرت جنین‌ها جهت باروری و ایجاد بارداری است. به همین جهت مطالعات مختلف در صدد بدست آوردن عوامل مؤثر می‌باشد که با ایجاد شرایط مناسب بتواند میزان موفقیت این سیکلها را افزایش دهد. با توجه به نتیجه این مطالعه و چندین مطالعه دیگر میزان LH قابل اندازه‌گیری (هرچند کمتر از  $3\text{mIU/ml}$ )

تأثیر منفی بر سیکلهای لقاح خارج رحمی نخواهد داشت و بنظر میرسد این حداقل LH می‌تواند همراه با FSH باعث رشد فولیکولی و پاسخ مناسب تخمدانی شود.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه همکاران بخش اتاق عمل و درمانگاه مرکز درمان ناباروری ولیعصر خصوصاً سرکار خانم باقری که در جمع‌آوری اطلاعات مطالعه زحمات فراوانی کشیده‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد.

### References

- 1-Berek J.S., Adashi E.y. Infertility. Novak's gyneglogy, Williams and Wilkins, Baltimore. Philadelphia, London Paris. 1996.
- 2-Kenneth J.R., Ross S. Evaluation of the infertile couple, infertility treatment. Kistner's gynecology principles and practice. Mosby, St Louis, Baltimore, Boston, Philadelphia. 1995; PP 278-324.
- 3-Speroff I., Glass R.H., Kase N.G., et al. Clinical gynecologic endocrinology and infertility regulation of menstrual cycles. Female and male infertility. Assist Reprod. Williams and Wilkins, Baltimore. Margland. 1998; PP 809- 947.
- 4-Navot D., Rosen W. Z., Margalith E.J. Ovarian hyperstimulation syndrome in novel reproductive technologies: prevention and treatment. Fertil Steril. 1987; 58: 249- 56.
- 5-Muasher S. J. Controversies in assisted reproduction treatment of low responders. J Assist Reprod Genet. 1993; 10: 111- 2.
- 6-Winslow K.L., Toner J.P., Brzyski R.G. The gonadotropine against stimulation test sensitive

- predictor of performance in the IVF cycle. Fertil Steril. 1991; 56 (1): 711.
- 7-Muasher S. J., Oehninger S., Simonettis S., et al. The value of basal and/or stimulate serum gonadotrophin levels in prediction of stimulation response and IVF outcome. Fertil Steril. 1988; 50: 298- 307.
  - 8-Noci I., Biagiotti R., Maggi M., et al. Low day 3 LH values are predictive of reduced response to ovarian stimulation. Hum Reprod. 1998; 13 (3): 531-4.
  - 9-Loumaye E., Billion J. M. Prediction of individual response to controlled ovarian hyperstimulation by means of a clomiphene citrate challenge test. Fertil Steril. 1990; 53: 295- 301.
  - 10-Stanger J. Reduced IVF of human oocyte from patient with raised LH level during the follicular phase. Br J Obs Gyn. 1985; 92: 385- 93.
  - 11-Scott R.T., Hofmans G.G. Prognostic assessment of ovarian reserve. Fertil Steril. 1995; 63: 1- 11.