به نام خدا

جلسه MDT بخش ناباروری بیمارستان طالقانی در تاریخ 26/02/1403 با حضور اساتید محترم گروه ناباروری؛ سرکار خانم دکتر صالحپور، سرکار خانم دکتر سحر خیز، سرکار خانم دکتر حسینی با موضوع " ART در آدنومیوزیس " برگزار شد و موارد زیر مطرح شد:

* بیشترین سن شیوع آدنومیوزیس 35 تا 50 سالگی میباشد و ارتباط آدنومیوزیس با ناباروری به صورت واضحی بالاتر است.
* معیارهای تشخیص آدنومیوز در سونوگرافی شامل موارد زیر است:

1. آسیمتری ضخامت رحم به صورت POST>ANT
2. PARALLEL SHADOWING
3. LINEAR STRIATIONS
4. ADENOMYOMA
5. LOSS OF ENDOMETRIAL MYOMETRIAL JUNCTION
6. HYPERECHOIC ISLANDS
7. MYOMETRIAL CYSTS

* علائم آدنومیوز به صورت 1- AUB، 2-HMB، 3-آسیمپتوماتیک می باشد.
* برای تشخیص و طبقه بندی آدنومیوز ، سونوگرافی ترنس واژینال دو بعدی کافی است.تنها درصورت شک بالینی قوی یا ارزیابی تشخیص های افتراقی و یا در صورتی که سونوگرافی ترنس واژینال امکان پذیر نباشد، MRI انجام میگردد.
* سونوگرافی سه بعدی برای تشخیص ضرورتی ندارد .
* در طبقه بندی MUSA برای ارزیابی آدنومیوز روش تشخیصی ارجح برای INTERRUPTED JUNCTIONAL ZONE ، سونوگرافی سه بعدی می باشد.
* آدنومیوزیس در بارداری با عوارضی چون: پره اکلامسی ، زایمان پره ترم، زایمان سزارین، SGA ، مال پرزنتیشن جنین و خون ریزی پست پارتم همراه است، که احتمالا به دلیل همراهی با تغییرات ایمنولوژیک است.
* آدنومیوز با افزایش ریسک سقط و کاهش نرخ بارداری کلینیکال حتی با وجود ART همراه است.
* حتی در شرایط یکسان که جنین یوپلوئید منتقل شده باشد نرخ باروری در آدنومیوز پایین تر است.
* بهتر است در افرادی که کاندید ART هستند خصوصا افراد با سابقه RIF و RPL ، همچنین در کسانی که علائمی چون دیسمنوره و منوراژی دارند غربالگری از نظر آدنومیوز انجام شود.
* پیش درمانی با GnRH agonist و پروتکل ULTRA LONG GnRH در سیکلهای HRT می تواند اثرات بارداری را بهبود ببخشد و خانم های با رحم های آدنومیوتیک بزرگتر اثر بخشی پیش درمانی مشهود تر است.
* مطالعات نشان داده اند یک دوره درمان با آگونیست GnRH تاثیری ندارد و حداقل 3 تا 6 ماه پیش درمانی با دارو های مذکور برای افزایش نرخ باروری لازم است.
* برخی مطالعات نشان داده اند که افزودن لتروزول به آگونیست GnRH می تواند موثر باشد.
* قطع لتروزول باید همزمان با آخرین دوز تزریق آگونیستGnRH باشد، زیرا ادامه لتروزول در سیکل های آماده سازی اندومتر با تخریب آن همراه است.
* لتروزول در دوز 2.5 میلیگرم روزانه عوارض تشکیل کیست را ندارد اما در دوز 5 میلیگرم روزانه ممکن است باعث تشکیل کیست شود. همچنین درمان با لتروزول در مقایسه با وروژست در آندومتریوز و آدنومیوز مشابه هستند با این تفاوت که لتروزول عوارض کمتری دارد.
* پیش درمانی با آگونیست در سیکل های FET توصیه می شود و برای سیکلهای FRESH ضرورتی ندارد ،
* هرچه رحم بزرگتر باشد پیش درمانی طولانی تری لازم است و آدنومیوز DIFFUSE پروگنوز بهتری نسبت به فرم FOCAL دارد.
* در افراد با آدنومیوز افزایش دوز پروژسترون در سیکل های آماده سازی اندومتر پیامد ART را بهبود نمیبخشد. و احتمالا مکانیزم های مولکولی دیگری به جز مقاومت به پروژسترون مطرح است.
* درمان های جراحی در آدنومیوز ممکن است اثرات مطلوبی داشته باشد اما بر حسب شرایط باید تصمیم گیری انجام شود زیرا عوارضی مانند آکرتا و پارگی رحم، افزایش می یابد به طوریکه در مطالعات انجام شده در ژاپن نشان داده شده که 5 درصد احتمال پارگی رحم بالاتر است .
* ضخامت میومتر باقیمانده باید 4 سانتیمتر یا بیشتر باشد ، همچنین در افرادی که جراحی شده اند توصیه به بستری در سه ماه آخر می شود و سن ختم بارداری پایین تر است ،
* همچنین لاپاراتومی نسبت به جراحی های لاپاراسکوپی ارجح است.
* درمان های حمایتی همانند HIFU،ABLATION و غیره می تواند موثر باشد
* در مجموع:

1. اکثر مطالعات نشان می دهند کلیه عوارض ART و بارداری در آدنومیوز بالاتر است ،
2. پروتکل FREEZE ALL و انتقال FET نسبت به FRESH ارجح است
3. پروتکل تحریک تخمک گذاری تفاوتی نمی کند و بهتر است برای کاهش هزینه ها آنتاگونیست مد نظر باشد.
4. پیش درمانی قبل از انتقال برای مدت 3 تا 6 ماه با آگونیست گونادوتروپین لازم است و سایر روش ها تاثیری ندارد.
5. در مورد رسپتور پروژسترون و نیاز به افزایش دوز آن در افراد آدنومیوز همچنان جای سوال است و در حال حاضر ضرورتی ندارد .
6. جراحی در آدنومیوز نرخ باروری را بالاتر می برد اما عوارض نیز به طبع آن افزایش می یابد.