

تحليل حالات العقم وتأخر الإنجاب ودور سننرات الكلوميدين بالمعالجة

الدكتورة صفاء كمال سلمان*

(قبل للنشر في 2003/10/7)

□ الملخص □

إن عدم القدرة على الإنجاب أو تأخره يشكل معضلة اجتماعية، اقتصادية ونفسية. تمت دراسة 363 حالة راجعت الوحدة المهنية للتوليد وأمراض النساء خلال فترة ثمان سنوات وتمت معالجة الحالات المتابعة للاستقصاء والعلاج بواسطة سننرات الكلوميدين. كانت أغلب المراجعات بعمر ما بين 20-30 سنة بنسبة 56.2%. شكل السبب البدئي نسبة 74.4%. 66.1% من المراجعات كن ذوات مستوى اقتصادي متوسط وحصلت 38.8% منهن على شهادة التعليم المتوسط. وجد أن متوسط عدد سنوات الرغبة بالإنجاب يتوافق مع ازدياد عدد سنوات الزواج ومع زيادة العمر. شكلت الأسباب لدى الزوجة نسبة 46% ولدى الزوج 23% ولدى الزوجين معاً 13% وبقي 18% من الحالات بأسباب غير مفسرة. وجد أن اضطرابات الإباضة كانت مسؤولة عن تأخر الإنجاب لدى 55.1% من الحالات أما لدى الزوج فوجدت اضطرابات بالسائل المنوي لدى 68.21% من الحالات. كان هناك 59.5% من المراجعات من طلبت الاستشارة لمرّة واحدة فقط، وذلك إما بسبب الرغبة بالاطلاع على رأي ثانٍ أو عدم القدرة الاقتصادية على متابعة الاستقصاء والعلاج أو معارضة الزوج لذلك.

شكلت الحالات التي تابعت العلاج 30.3% وهؤلاء خضعن للعلاج بسننرات الكلوميدين بعد التأكد من سلامة البوقين والرحم، ولدى هؤلاء كانت الرغبة بالإنجاب بدئية لدى 70% وكونت الأسباب لدى الزوجة نسبة 72%. أظهر مخطط الحرارة الصباحي ايجابية الإباضة قبل العلاج بنسبة 57.5% وبعده بنسبة 83.9%. ولم يكن لسننرات الكلوميدين تأثيراً سيئاً على نوعية مخاط عنق الرحم إلا بنسبة 6.9%. وظهر أن أغلب الحالات تحتاج لجرعة 100 ملغ حتى تظهر الإباضة ويظهر سننرات الكلوميدين فعاليته الأعظمية خلال 2-3 دورات. بلغت نسبة الحمل لدى المعالجات 39% ولم يلعب سننرات الكلوميدين دوراً بيئاً في زيادة نسبة الإلقاح عند وجود اضطرابات بقيم وخصائص السائل المنوي. شوهد خلال فترة الدراسة حصول الحمل العفوي لدى بعض الحالات بعد وقف كل أشكال العلاج وبفترات زمنية متفاوتة. مما سبق يُستنتج أن من الممكن اعتبار سننرات الكلوميدين كعلاج عند وجود اضطرابات بالإباضة وإذا لم ينجح خلال 2-3 دورات يعاد تقييم الحالة وتبديل الخطة العلاجية ولا يملك تأثيراً ايجابياً على حصول الإلقاح عند وجود اضطرابات بالسائل المنوي.

*مدرسة في قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

Analysis of Sterility Cases and Role Of The Clomiphen Citrate Treatment

Dr. Safa Salman*

(Accepted 7/10/2003)

□ ABSTRACT □

Sterility is an economic, psychic, and social problem. 363 cases of patients who consulted the Ob.Gyn. Unit in 8 years had been analyzed. The Patients who had regular consultations for diagnosis and treatment received Clomiphen citrate (CC). 56.2% of these patients were between 20-30 years of age. Primary Sterility was found in 74.4% of cases. 66.6% of them have moderate economic level. 38.8% have high school certificate. There was a relationship between the duration of the sterility and age of patients as well as the duration of marriage. The causes of infertables had in 46% of cases were in women, 23% in men, 13% by both of them and 18% still unexplained. Irregularity of Ovulation was the cause in 55.1% and abnormal Semen fluid by 68.21%. 59.5% of patients had only one consultation. 30.3% of the whole cases were treated with CC. They have had normal Uterus and patent Tubes. 70% suffered of primary Sterility. In 72% of cases the cause was due to the woman. BTC showed Ovulation in 57.5% of cases before and 83.9% after treatment CC had no bad effect on the Quality of cervical mucus except in 6.9% of cases. Most of treated cases needs a dose of 100mg of the drug to ovulate. The highest Efficacy appears during 2-3 cycles of treatment. The frequency rate of pregnancy by treated patients was 39%. If there is a bad quality of the semen fluid, CC has no role to increase the incidence of conception. Spontaneous Pregnancies observed in many cases after stopping all kinds of treatment in any time of birth life. So CC is a good drug to treat irregular or anovulation within 2-3 cycles of treatment. If no Conception occurred, we have to change the strategy and reevaluate the case. CC does not increase the frequency of conception, if there is a bad quality of the semen liquid.

* Lecturer at Department of Obstetrics and Gynecology – Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia - Syria

مقدمة:

يعرف العقم Sterility في المناطق الناطقة بالألمانية أنه عدم القدرة على حدوث الإلقاح Conception لكن عندما يحدث الإلقاح ولا يمكن الاستمرار بالحمل (إجهاضات متكررة، ولادات باكرة ووفيات الولدان، حمل خارج الرحم) يكون الحديث عن عدم الإنجاب Infertility كما أن عدم قدرة الرجل على الإخصاب تدخل ضمن إطار عدم القدرة على الإنجاب [1]. والعقم إما أن يكون بدنياً وهذا عندما لا يحدث إلقاح بالرغم من جماع منتظم مع الرغبة بالإنجاب خلال سنة إلى سنتين. أو ثانوياً وهو عندما لا يحدث حمل جديد مرغوب به بعد ولادات أو إجهاضات أو حمل خارج الرحم [1].

تقدر نسبة الأزواج العقيمين في البلاد الصناعية من 10-15% [1]. والآن لم يعد العقم شكوى نادرة حيث يقدر أن هناك واحد من كل عشرة أزواج يعانون منه [2]. ففي ألمانيا مثلاً هناك حوالي 5,1 مليون من الأزواج عقيمين [7]. وفي سويسرا يقدر أن كل سابع زوجين ليس لديهما أطفال [8]. تكون القدرة على الإلقاح لدى المرأة في أوجها بالعشرينات من العمر وتتناقص هذه القدرة بعد سن الثلاثين، ومع زيادة سنوات الزواج تصبح القدرة على الإلقاح أقل. وعند وجود الرغبة بالإنجاب يحدث الإلقاح لدى 50-75% من الأزواج خلال الأشهر الثلاثة الأولى، أما في السنة الثانية فتبلغ هذه النسبة 30% فقط وبعد أكثر من 5 سنوات تصبح أقل من 18% [1].

أما أسباب العقم فتكون في 40-50% من الحالات عائدة إلى المرأة، 35-40% منها عائدة إلى الرجل، 15% عائدة إلى الزوجين وتبقى 10-20% من الحالات غير مفسرة [5]. يكون العقم كما ذكر سابقاً بدنياً أو ثانوياً وفي 50-60% من أسبابه عند المرأة تكون بسبب اضطرابات المحور تحت السرير-النخامي - المبيض، 15% بسبب بوقي. وفي 25% من الحالات تكون الأسباب مهبلية، نفسية، واضطرابات خارج الجهاز التناسلي [5]. وتختلف هذه النسب من مكان لآخر فسبب العقم في الغابون مثلاً يعود في 70% من الحالات إلى عقم ثانوي تالٍ لأمراض منقولة بالجنس [6].

وحسب منظمة الصحة العالمية 1993 تتوزع الأسباب كما يلي: 39% عائدة إلى المرأة، 20% عائدة إلى الرجل، 26% عائدة إلى الاثنين، و15% غير مفسر [7]. وتلعب الحالة النفسية والضغطات التي يتعرض لها أي من الزوجين دوراً كبيراً في تقليل القدرة على الإنجاب إذ يلاحظ بأن هناك حمولاً تحصل بمجرد تغيير نمط المعيشة للزوجين [8].

نعلم أنه من أجل التشخيص والعلاج في حالات الرغبة بالإنجاب ومن أجل حصول الحمل يتوجب توفر ثلاثة عناصر أساسية هي: وجود وانطلاق البويضة، نفوذية وسلامة وظيفة البوقين، و أيضاً وجود حيوانات منوية بنوعية جيدة [9].

يوضع التشخيص بعد القيام بالإجراءات الاستقصائية الخاصة بالزوج والزوجة. وتتضمن هذه لدى الزوجة ما يلي :

- 1- التقييم الطبي العام بما فيه تحليل الدم (CBC، وظائف الكبد، HIV، زرع الكلاميديا والمكورات البنية).
- 2- الاختبارات الهرمونية لنفي كون الاضطرابات الغدية سبباً لعدم الإنجاب (مثلاً، DHEA، TSH، سكر الدم، 17-هيدروكسي بروجسترون) عيار التستوسترون والاستراديول (ان كانت مستطبة سريريا).
- 3- اختبار ما بعد الجماع PCT.

- 4- معايرة LH، البرولاكتين، البروجسترون و/أو FSH.
- 5- تصوير أعضاء الحوض بواسطة الأمواج فوق الصوتية.
- 6- التصوير الظليل للرحم والبوقين.
- 7- تنظيف البطن والحوض.
- 8- تنظيف جوف الرحم.
- 9- كشف الأجسام المضادة للنطاف [4].

وأصبح من الممكن الآن تحري نفوذية البوقين بواسطة الأمواج فوق الصوتية بحقن مادة خاصة وهذا يمكن أن يجرى دون تخدير وغالبا دون ألم. وهو ما كان يجرى سابقا بحقن مادة ظليلة على الأشعة [8].

أما لدى الزوج فتجرى استشارة كاملة من الناحية البولية وتعتبر القيم التالية للسائل المنوي طبيعية: الحجم 2-6مل، PH 7,2-7,8، العدد 20-250 مليون /مل، الحركة أكثر من 50%، النطاف الطبيعية 60%. وذلك حسب البوليصه 3020 لشمال كارولينا [4].

يعطي الحديث الدقيق والمفصل مع الزوجين قيمة تشخيصية كبيرة، وهذا يتضمن تحري القصة المرضية الدقيقة ومعرفة أمراض الطفولة والسوابق الولادية (الولادات، التجاريف، الحمول الهاجرة الاجهاضات). و أيضا تكرار الجماع وان كان يحدث في فترة الإخصاب وان كانت الرغبة بالحمل من هذين الزوجين ذاتهما. كما يسأل عن التدخين وتناول الكحول والمخدرات [9]. يعقب ذلك الفحص الدقيق من الناحية النسائية والعامه وكشف إن كان هناك علامات تدل على إصابة غدية خارج تناسلية أو وجود إصابات بالجهاز التناسلي كالأورام الليفية والاندومتریوز والتشوهات الولادية ويستكمل هذا بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية الذي قد يبين أيضا ويكشف وقت الإباضة كما يظهر المبيض متعدد الكيسات [9].

أما المعالجة فتكون بحسب السبب الذي تم كشفه وتتم من قبل طبيب الأمراض النسائية والتوليد أو بالتعاون مع الاختصاصات الأخرى إن لزم الأمر كاختصاصي الأمراض البولية والجلدية.

إذا لم تنجح المعالجة الدوائية بإحداث الحمل خلال ستة أشهر إلى سنتين فإنه ينصح بالتوجه نحو الإلقاح الصناعي. وهنا يجب أن يحال الزوجان إلى مركز مختص بهذا النوع من العلاج. تتراوح نسبة نجاح العلاجات المختلفة لمثل هذه الحالات ما بين 60-75%. لكن مع الأسف يبقى هناك بعض الأزواج اللذين لا يمكن إرضاء الرغبة بالإنجاب لديهم وهنا تبقى الإمكانية الأخيرة بالتبني، مع العلم أن هذا الأمر أيضا ليس سهلا إذ أن كل طفل (للتبني) يطلب تبنيه من قبل سبعة أزواج [10].

على الرغم من أن أسباب العقم تعود في 40-50% من الحالات إلى الزوج فإنه عادة ما تراجع الزوجة أولا طالبة الاستشارة والعلاج ومن بين النساء اللاتي راجعن العيادة الاختصاصية في المشفى النسائي التابع لجامعة هايدلبيرغ كان 80% قد تلقين علاجاً سابقاً لدى أطباء آخرين وبالمقابل فقط 56% من الأزواج تلقوا علاجاً سابقاً. وكانت مدة المعالجة لدى النساء تبلغ 4 سنوات وسطياً ولدى الرجال ثلاث سنوات [20].

هناك حقيقة أنه نتيجة التطور المذهل للطب المساعد على الإنجاب أصبح هناك أزواج كثيرون يطلبون هذا العلاج وأصبح التخطيط للحصول على الطفل الأول أيضا يتأخر إلى مراحل متقدمة من العمر ففي عام 1977 في ألمانياة كان متوسط عمر السيدات عند ولادتهن للطفل الأول 25 سنة وبعد 20 سنة بلغ هذا المتوسط 28 سنة ونصف علما بأن القدرة على الإنجاب تتراجع مع تقدم المرأة بالعمر إذ تبلغ احتمالات الحمل

لكل دورة 30% لدى السيدات بعمر 19-25 سنة وتخفض إلى حوالي 18% لدى السيدات بعمر 25-33 سنة [11].

ما يزال معدل نجاح طفل الأنبوب في ألمانية (معدل الأطفال الأحياء Baby-takehome-rate) لكل محاولة 10% فقط [11].

تتضمن المعالجة الدوائية ما يلي :

- 1- معالجة الإلتانات لدى الزوجين.
- 2- إصلاح الوضع الهرموني لدى الزوجين.
- 3- تحريض وتحرير البويضة [10].

يتم تحريض الإباضة إما بواسطة الكلومفين سترات أو بواسطة (FSH+LH) HMG ويعقبه HCG وذلك شريطة أن يكون البوقان سالكين وبوظيفة جيدة مع أن 75% من النساء يحدث الإلقاح لديهن بطريقة التوقيت أي حصول الجماع بفترة الإخصاب أي بفترة الإباضة .

إن الخط الأول في المعالجة عند غياب الإباضة أو وجود إباضة لا دورية وغير منتظمة هو استخدام سترات الكلومفين ويشكل مرضى المبيض متعدد الكيسات الاستطاب الرئيسي لاستخدام هذا العلاج، مع العلم أنهم أقل المجموعات استجابة له [13]. وتبدي 15% من المريضات فشلاً بالعلاج بسترات الكلومفين [19]. يبدو أن سترات الكلومفين بجرعة 50-250 ملغ يوميا) طريقة فعالة لتحريض الإباضة وإعادة الإخصاب لدى النساء قليات الإباضة [12]. يربط الكلومفين سترات إلى مناطق في الدماغ حيث يرتبط الاستروجين عادة على ما يسمى مستقبلات الاستروجين. فعندما تملأ هذه المواضع بالكلومفين فإنها لا يمكن أن تربط الاستروجين الطبيعي الجائل بالدم وهذا يشير إلى أن كمية الاستروجين قليلة جدا وبالتالي يستجيب ما تحت السرير بإفراز كمية أكبر من GnRH [18]. وقد وجد أن هناك علاقة تبادلية دورية لربط مستقبلات الاستروجين والبروجسترون لدى النساء المعالجات بالكلومفين سترات وهذه العلاقة غير موجودة بالنسبة لمستقبلات الاندروجين [14].

ووجد أن سترات الكلومفين ترفع معدلات الإلقاح عند إجراء الإلقاح الصناعي بالوسائل المنوي من الزوج IUI [15]. أما الحالات التي تستجيب عادة للعلاج بالكلومفين سترات فتتضمن: المبيض متعدد الكيسات تناذر ثر الحليب، انقطاع الطمث، انقطاع الطمث نفسي المنشأ، حالات انقطاع الطمث الثانوي والحالات غير المفسرة [16]. هذا وقد وجد أن نسبة الأستجابة بحدوث الإباضة لدى البدينات اللاتي يعانين من وجود المبيض متعدد الكيسات والمعالجات بالكلومفين سترات تزداد بواسطة تخفيض إفراز الأنسولين بإعطاء الميتفورمين [17]. ان السيدة التي لا تحدث لديها إباضة منتظمة بفواصل ستة أسابيع أو أقل مرشحة جيدة للعلاج بالكلومفين سترات كما انه فعال لدى اللاتي يعانين من اضطرابات المرحلة اللوتينينية [18]. وعند النساء اللاتي تكمن مشكلتهن بالإباضة غير المنتظمة أو حتى انعدام الإباضة فحوالي 80% منهن تحدث لديهن إباضة وحوالي 50% منهن يحصل لديهن حمل خلال ستة أشهر من العلاج [18].

يبدأ العلاج بالكلومفين سترات بجرعة 50 ملغ يوميا لمدة 5 أيام (تبدأ باليوم 3-5 من الدورة الطمثية العفوية أو الصناعية). إذا لم تحدث الإباضة بالجرعة السابقة ترفع الجرعة إلى 100 ملغ يوميا وبعد حدوث الإباضة فلا فائدة من زيادة الجرعة ويجب الانتباه إلى توقيت الجماع بفترة الإباضة التي تكون عادة بعد 5-10 أيام من انتهاء الشوط العلاجي. إذا لم تحدث الإباضة بعد ثلاثة أشواط علاجية فليس هناك داع لاستمرار العلاج ويجب إعادة تقييم الحالة، وإذا حصلت إباضة ولم يحصل حمل لثلاث دورات فليس هناك من داع لاستمرار المعالجة، وإذا لم يحصل طمث بعد حصول الإباضة يجب إعادة تقييم الحالة [16].

تحدث الإباضة عادة بعد 36 ساعة من حدوث قمة إفراز الـ LH أو حقن HCG مع العلم انه تحدث اضطرابات بمخاط عنق الرحم لدى 25% من اللاتي يتعاطين الكلومفين سترات [18]. بالنسبة للوقاية فليس هناك وقاية محددة لكن يجب الانتباه لاتباع حياة صحية من ناحية الغذاء والحركة وتخفيف الوزن إن كان هناك زيادة بالوزن والامتناع عن التدخين والمشروبات الكحولية والقهوة والمنبهات الأخرى كما يجب الابتعاد عن التوتر والضغط النفسي وعن المواد الكيماوية السامة والإشعاعات التي قد تضر بالصحة وعلى النساء مراجعة طبيب الأمراض النسائية في حال الشكوى من أية حالة التهابية وعلى الرجال مراجعة طبيب الأمراض البولية أو طبيب الأسرة [10].

ومما يلفت الانتباه هو مقدار الضغط النفسي الذي يتعرض له الأزواج خلال فترة المعالجة لذا يتم التحذير من الإحساس بالرغبة الملحة ومن الإحساس بضرورة الإسراع بحدوث الحمل وهناك استشاريين مختصين بتوجيه الأزواج وزرع الثقة والشجاعة لديهم ونزع الإحساس بالإحباط والضغط النفسي لديهم [11]. وكثيراً ما يسمع المرء في عيادات رعاية الأزواج الذين يرغبون بالإنجاب بحدوث حمل عفوي بمجرد انشغال الزوجين بطفل تبنياه أو قررا العناية بطفل وما تزال هذه الظاهرة دون تفسير [11].

أهمية البحث وأهدافه:

تتبع أهمية هذا البحث من كون مشكلة التأخر بالإنجاب عوضاً عن كونها مشكلة اجتماعية تقوض البناء الأسري فهي مشكلة نفسية واقتصادية، فالأمومة والأبوة حقٌّ شرعه المولى عز وجل وجعل منه أحد الدعائم التي تقوم عليها الأسرة وهدوءاً واستقراراً نفسياً لكلا الزوجين. هدفت الدراسة إلى تحليل هذه الحالات ومعرفة أسبابها ومحاولة معرفة حجم المشكلة في منطقتنا ومحاولة وضع أسس لحلها ومعالجتها.

طرق البحث:

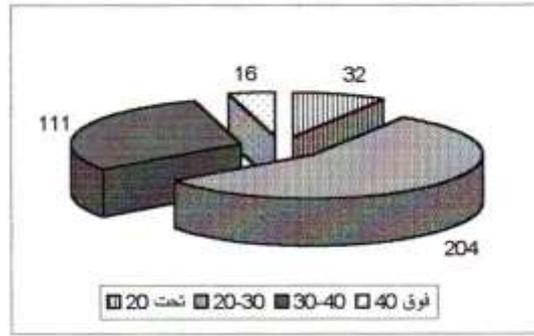
لتحديد تأخر الإنجاب تم اعتماد تعريف منظمة الصحة العالمية الذي يقول بوجود تأخر بالإنجاب أو العقم عندما يفشل الزوجان خلال سنة بالرغم من المحاولات الجادة بحدوث الحمل. تمت الدراسة على مختلف حالات العقم المراجعة للوحدة المهنية للتوليد وأمراض النساء برئاسة الدكتورة صفاء سلمان التابعة لكلية الطب بجامعة تشرين على مدى ثماني سنوات حيث تم إجراء الاختبارات التالية للزوجين (حسب الحالة):

- 1- فحص السائل المنوي مع استشارة بولية عند الحاجة.
- 2- الفحص السريري للزوجة بشكل كامل.
- 3- تحري الإباضة بقياس درجة حرارة الجسم الأساسية ورسم مخطط الحرارة الصباحي وأيضاً تحري مخاط عنق الرحم في فترة الإباضة.
- 4- صورة ظليلة للرحم والبوقين.
- 5- تحري وجود الالتهابات المهبليّة.
- 6- المعالجة بواسطة الكلوميد عند وجود اضطرابات بالإباضة واضطرابات بالسائل المنوي مع وجود بوقين نافذين.
- 7- إجراء الصورة الظليلة للرحم والبوقين باليوم 8-10 من الدورة.

أعطى الكلوميدي لتحرير الإباضة بدءاً من اليوم الخامس للحيض لمدة خمسة أيام. بجرعات متزايدة تبدأ بـ 50 مغ/يوم لمدة خمسة أيام بالشهر الأول ترفع إلى 100 مغ/يوم بالشهر الثاني، وإلى 150 مغ/يوم بالشهر الثالث ويتم التوقف عن الزيادة عند حدوث الإباضة. ويوقف العلاج عند مرور ثلاثة أشهر على التحرير دون حدوث إباضة لمدة ثلاثة أشهر ويكرر بعدها لثلاثة أشهر أخرى ثم يوقف نهائياً إن لم يحدث حمل.

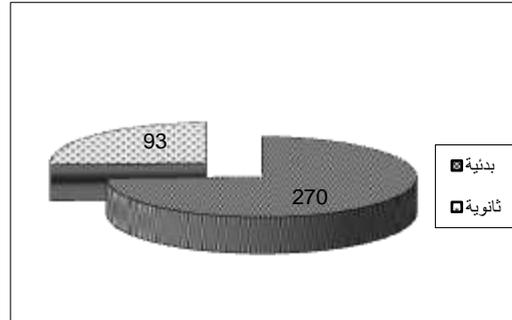
الدراسة العملية:

تمت الدراسة على 363 حالة وزعت حسب العمر إلى أربع مجموعات مبينة بالشكل (1) حيث كانت المجموعة العمرية الأكثر تواتراً ما بين 20 و 30 سنة وتشكل نسبة 56.2%، أما أقل من 20 سنة فكانت نسبتها 8.8%، وبين 30 و 40 سنة نسبتها 30.6%، وأكثر من 40 سنة نسبتها 4.4%.



الشكل 1: توزيع المجموعات العمرية.

يبين الشكل (2) عدد حالات تأخر الانجاب البدئي والثانوي حيث يظهر أن أغلب الحالات هي تأخر بدئي بنسبة 74.4% أما التأخر الثانوي فشكل نسبة 25.6%.

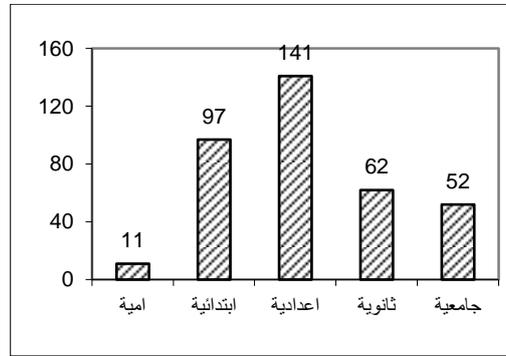


الشكل 2: توزيع حالات الرغبة بالإنجاب.

يوضح الشكل (3) متوسط العمر ومتوسط عدد سنوات الزواج ومتوسط عدد سنوات الرغبة بالإنجاب عند المجموعات العمرية المدروسة. حيث لوحظ ازدياد متوسط عدد سنوات الرغبة بالإنجاب بشكل متوافق مع ازدياد عدد سنوات الزواج ومع زيادة العمر.

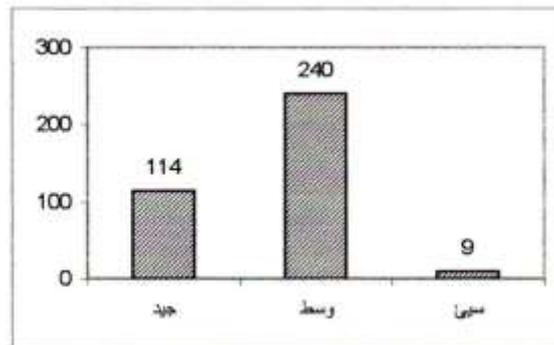


الشكل 3: متوسط العمر ومتوسط عدد سنوات الزواج ومتوسط عدد سنوات الرغبة بالإنجاب عند المجموعات العمرية المدروسة. بدراسة الحالة التعليمية للمراجعات تبين أن الغالبية حصلن على شهادة التعليم المتوسط الشكل (4) حيث بلغت نسبتهم 38.8% أما النسب الأخرى فكانت كما يلي: 26.7% للابتدائية و 17.1% للثانوية و 14.3% للجامعية و 3.1% أميات.



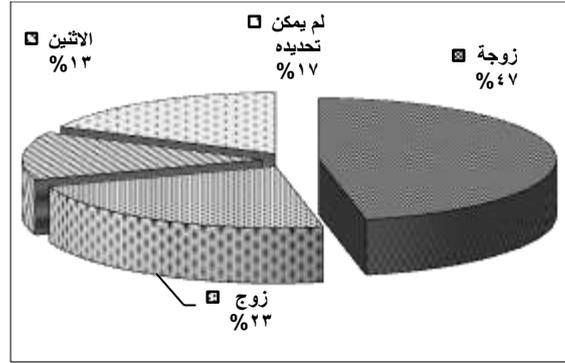
الشكل 4: الحالة التعليمية للمجموعة المدروسة.

و عند دراسة الوضع الاقتصادي للأسر وجد أن أغلبها ذات مستوى معيشي متوسط الشكل (5) بنسبة 66.1%، أما الأسر ذات الوضع المعيشي الجيد فكانت نسبتها 31.4%، وذات الوضع المعيشي السيئ نسبتها 2.5%. هذا ويلعب الوضع الاقتصادي دورا هاما في متابعة العلاج فبعض الأزواج كان يرفض الدراسة والاستقصاء أو الاستمرار بها بسبب ارتفاع كلفتها.



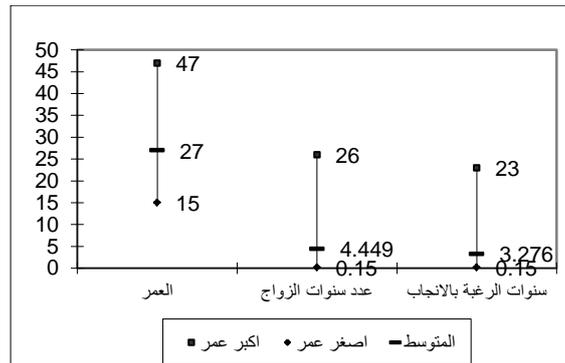
الشكل 5: الوضع الاقتصادي للأسر المدروسة.

تم تقسيم أسباب تأخر الإنجاب إلى أسباب لدى الزوجة وأسباب لدى الزوج وأسباب لدى الزوجين وأسباب غير مفسرة. وكان عدد الحالات بالترتيب 170 ، 83 ، 46 ، 64 حالة، الشكل (6). وكانت النسب على التوالي 46%، 23%، 13%، 18%.



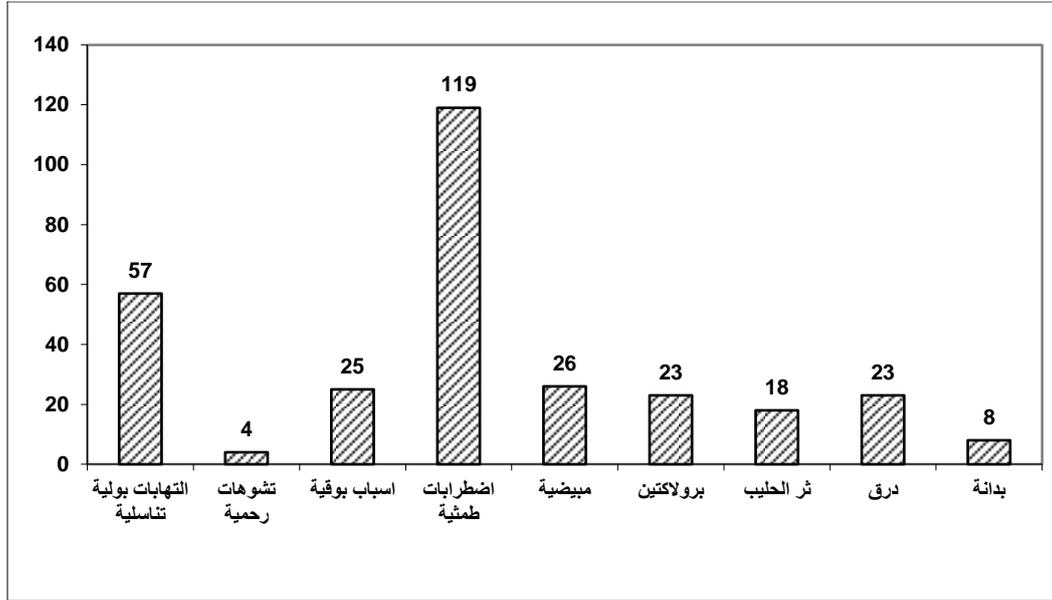
الشكل 6: توزع أسباب عدم الإنجاب بين الزوجين.

بلغ متوسط عمر المراجعات 6.2 ± 27 سنة، ومتوسط عدد سنوات الزواج 4.33 ± 4.44 سنة، ومتوسط عدد سنوات الرغبة بالإنجاب 3.55 ± 3.27 سنة، الشكل (7)، ونجد أن موضوع الرغبة بالإنجاب في مجتمعنا لا يخضع لمدة فترة الزواج ففي بعض الحالات تتم المراجعة مباشرة بعد الزواج إن لم يحصل الحمل خلال الشهر الأول ومن الصعوبة بمكان اقناع الزوجين والأهل بضرورة الانتظار واتباع التعليمات للاستفادة من فترة الاخصاب. وفي بعض الحالات تتم المراجعة حتى بعد مرور فترة طويلة من الزواج أملة بإمكانية حدوث الحمل. بالرغم من عدم امكانيته من الناحية الطبية.



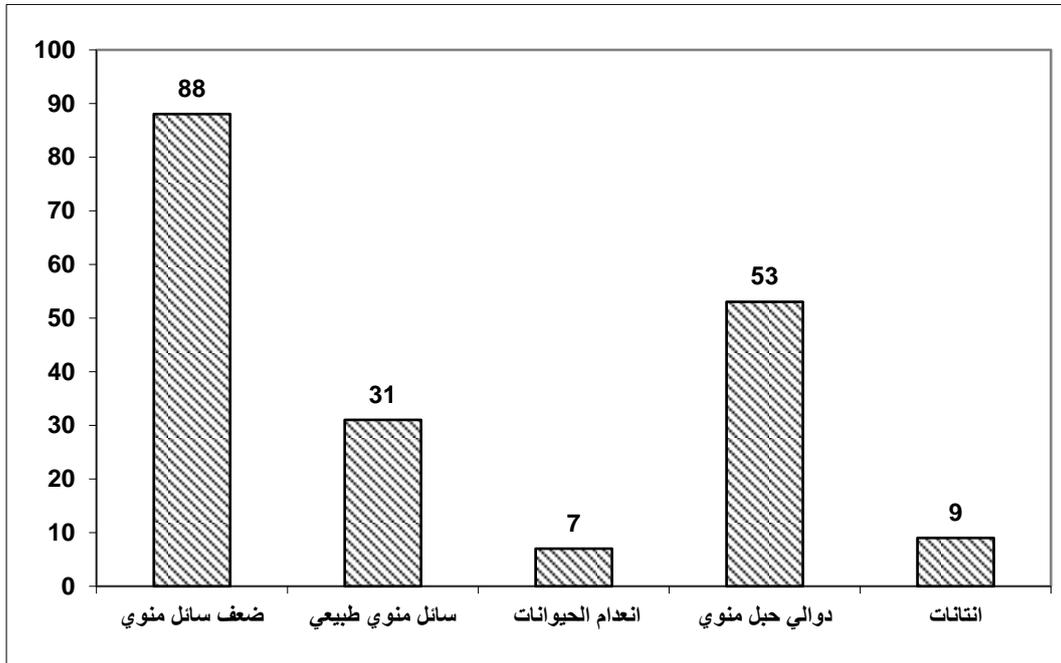
الشكل 7: متوسط عمر المراجعات ومتوسط عدد سنوات الزواج ومتوسط عدد سنوات الرغبة بالإنجاب.

بدراسة أسباب عدم الإنجاب عند الزوجة شوهد أن أغلب الأسباب تعود إلى الاضطرابات الطمثية واضطرابات الإباضة حيث بلغت نسبتها 55.1%، تليها الالتهابات البولية التناسلية ونسبتها 26.4%، وشكلت الأسباب البوقية نسبة 11.5%، وارتفاع البرولاكتين مع أو بدون ثر الحليب نسبة 10.6%. وشوهد في العديد من الحالات ترافق أكثر من سبب خاصة ارتفاع البرولاكتين مع الاضطرابات الطمثية. الشكل (8).



الشكل 8: أسباب عدم الإنجاب لدى الزوجة.

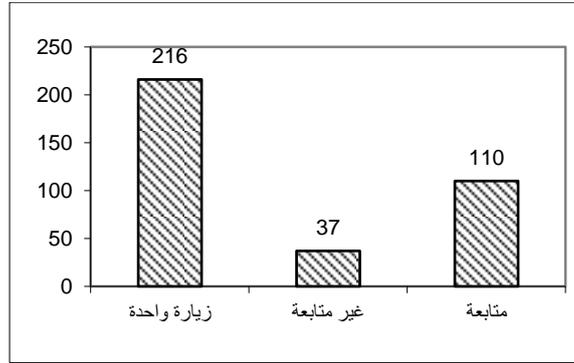
وبدراسة أسباب تأخر الإنجاب لدى الزوج شكل وجود ضعف بالسائل المنوي الذي شملت دراسته العدد والحركة والأشكال الشاذة، حيث اعتمد تصنيف منظمة الصحة العالمية لعام 1993، السبب الأكثر تواتراً حيث وجد بنسبة 68.21%، يليه دوالي الحبل المنوي بنسبة 41.08% وسائل منوي طبيعي بنسبة 24.03%، وانتانات تناسلية بنسبة 6.8%، وانعدام الحيوانات المنوية بنسبة 5.4%، الشكل (9). مع العلم أن حالة السائل المنوي تخضع لوجود عناصر أخرى مرافقة كالدوالي والانتانات.



الشكل 9: أسباب عدم الإنجاب عند الزوج.

أما فيما يخص درجة التزام الزوجين بالاستقصاءات والعلاج فقد كانت هناك مفاجأة كبيرة إذ أن أغلب المراجعات كن قد راجعن لمرة واحدة وهذا شكل نسبة 59.5%. وهناك مجموعة متابعة ولكن بشكل متقطع وبلغت نسبتهم 10.2%. وأما المتابعات للاستقصاء والعلاج بلغت نسبتهم 30.3%، الشكل (10). وكما نوهنا سابقاً فقد لعبت الحالة الاقتصادية دوراً هاماً في ذلك بسبب الكلفة المرتفعة لوسائل الاستقصاء والعلاج. كما يعكس هذا

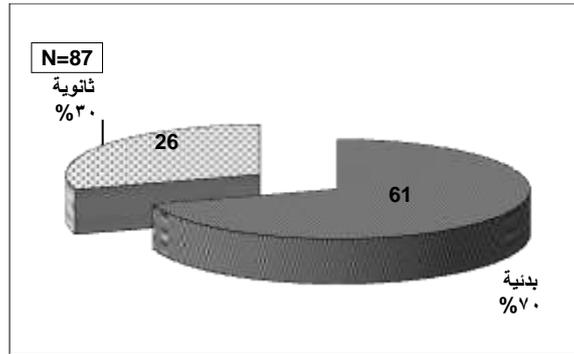
الوضع النفسي غير المستقر للمريضات مع ميلهن الشديد إلى تعدد الاستشارات. ويؤخذ بالاعتبار أيضاً رفض الزوج في الكثير من الحالات اجراء الاستشارة أو حتى تحليل السائل المنوي.



الشكل 10: مستوى متابعة المرضى للعلاج.

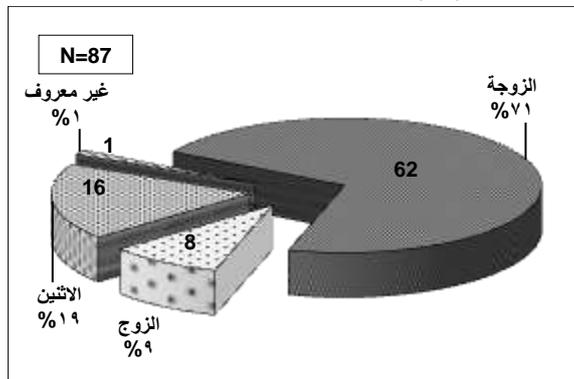
بعد أن قمنا بدراسة الحالات بشكل عام سوف يتم التركيز على دراسة الحالات المتابعة للاستقصاء والعلاج والبالغ عددها 87 حالة. تميزت المجموعة بوجود اضطرابات بالإباضة أو السائل المنوي مع التثبت من كون البوقين نافذين. وأخضعت للعلاج بسترات الكلوميدين.

بدراسة الحالات وجد أن الرغبة بالإنجاب كانت بدئية لدى 61 حالة أي 70%، وثانوية لدى 26 حالة أي 30%. الشكل (11).



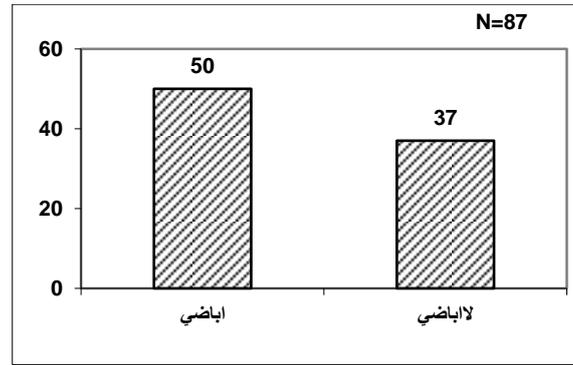
الشكل 11: نسب الرغبة بالإنجاب البدئية والثانوية لدى الحالات المتابعة.

توزعت أسباب تأخر الإنجاب إلى أسباب لدى الزوجة بنسبة 72%، لدى الزوج بنسبة 9%، ولدى الزوجين 18%، وغير مفسرة بنسبة 1%. الشكل (12).



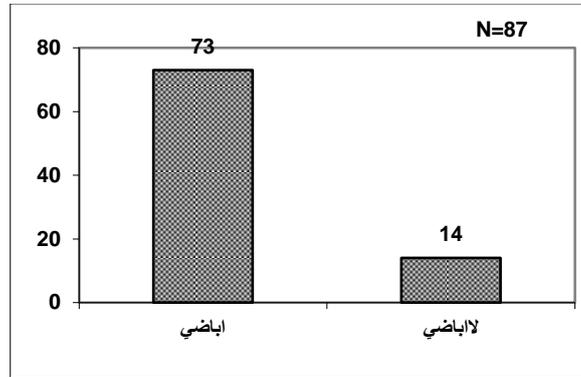
الشكل 12: توزيع نسب تأخر الإنجاب حسب المصدر

عند دراسة الإباضة حسب مخطط الحرارة الصباحي وجد أنه قبل العلاج بسترات الكلوميفين كان مخطط الحرارة إباضياً لدى 57.5% ولا إباضياً لدى 42.5%. الشكل (13).



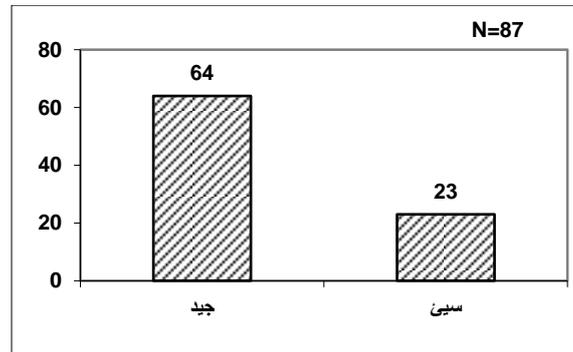
الشكل 13: الإباضة قبل العلاج بالكلوميد.

أما بعد العلاج فأصبح مخطط الحرارة الصباحي إباضياً عند 83.9% من الحالات وبقي لا إباضياً عند 16.1% من الحالات. الشكل (14).



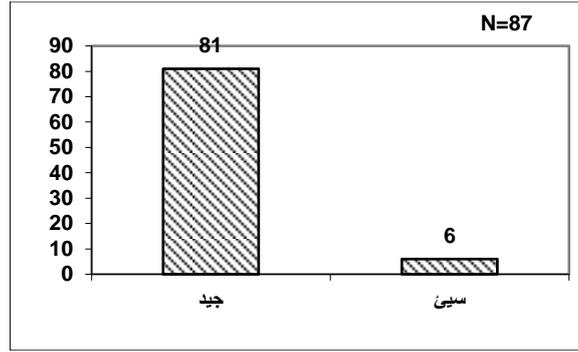
الشكل 14: الإباضة بعد العلاج بالكلوميد.

بدراسة مخاط عنق الرحم حسب مشعر انسلر قبل المعالجة وجد أنه جيد لدى 73.5% من الحالات وغير جيد لدى 16.5% من الحالات. الشكل (15).



الشكل 15: نوعية مخاط عنق الرحم قبل العلاج بالكلوميد.

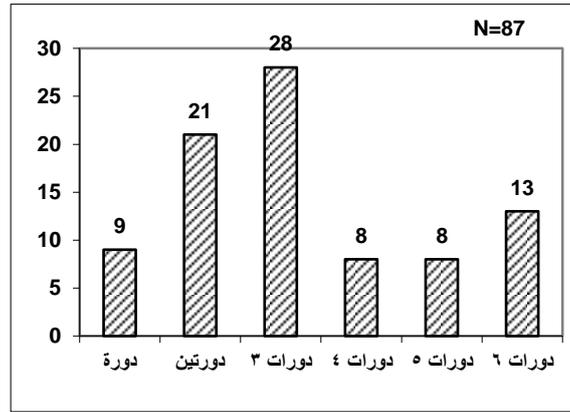
وبعد المعالجة أصبح جيداً لدى 93.1% من الحالات وبقي سيئاً لدى 6.9% من الحالات، الشكل (16)، أي أنه لم يلحظ وجود تأثير سيئٍ لسترات الكلوميفين على مخاط عنق الرحم .



الشكل 16: نوعية مخاض عنق الرحم بعد العلاج بالكلوמיד.

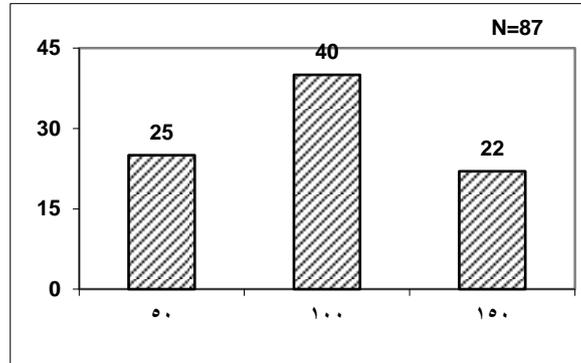
تمت المعالجة بالكلوמיד بعد استبعاد وجود سبب بوقي مع الأخذ بالاعتبار وجود ضعف بالسائل المنوي لمعرفة إن كان الكلوמיד يحسن نسبة حدوث الحمل عند وجود ضعف بالسائل المنوي. ومن ناحية أخرى لمعرفة قدرة الكلوמיד على تحسين نسبة حدوث الإباضة والحمل لدى السيدات اللاتي يعانين من اضطرابات الإباضة تمت دراسة جرعة الكلوמיד الكافية لإحداث الإباضة عند وجود اضطرابات بالإباضة ودراسة المدة العلاجية.

يوضح الشكل (17) أسلوب العلاج بالكلوמיד. حيث أعطيت سترات الكلوامين لثلاث دورات أو أقل لـ 66.6% من الحالات حتى حدثت الإباضة وأعطيت لـ 33.4% من الحالات لأكثر من ثلاث دورات.

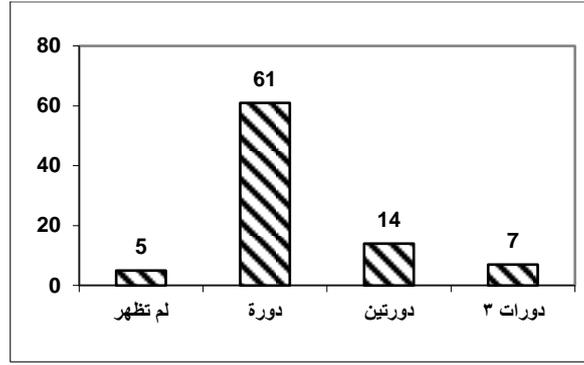


الشكل 17: مدة المعالجة بالكلوמיד.

احتاجت 25.2% من السيدات لجرعة 150مغ حتى حدوث الإباضة و 45.9% لجرعة 100مغ و 28.7% لجرعة 50مغ حتى حدوث الإباضة. أي أن أغلب الحالات تحتاج لجرعة 100مغ حتى تظهر الإباضة لديها خلال دورة الى دورتين من بدء العلاج.. الشكلان (18-19).

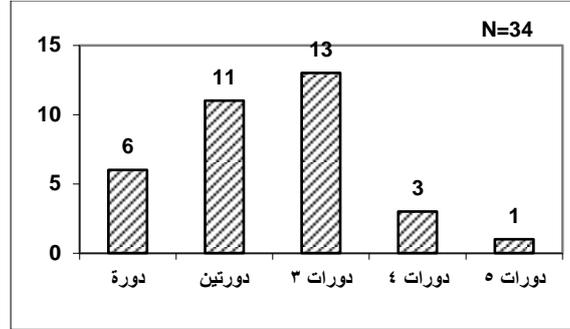


الشكل 18: جرعة الكلوמיד حتى حدوث الإباضة.



الشكل 19: مدة المعالجة بالكلويميد حتى ظهور الإباضة.

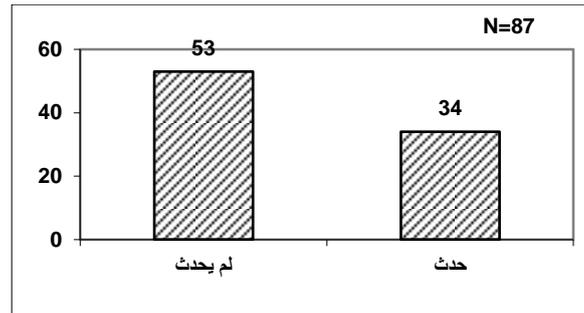
بالرغم من المعالجة لم تحدث إباضة لدى 5.7% من الحالات، بينما حدث الإلقاح لدى 34 حالة، إذ حصل لدى 6 حالات بعد دورة معالجة واحدة ولدى 11 خلال دورتي معالجة، ولدى 13 خلال 3 دورات معالجة، ولدى 3 خلال 4 دورات معالجة ولدى حالة واحدة بعد 5 دورات. الشكل (20). إننا بيدي الكلويميد فعاليته الأعظمية خلال 2-3 دورات بعدها إما أن يكرر بعد فترة راحة أو يفتش عن طريقة علاج أخرى ويعاد تقييم الحالة.



الشكل 20: عدد الدورات حتى حدوث الإلقاح.

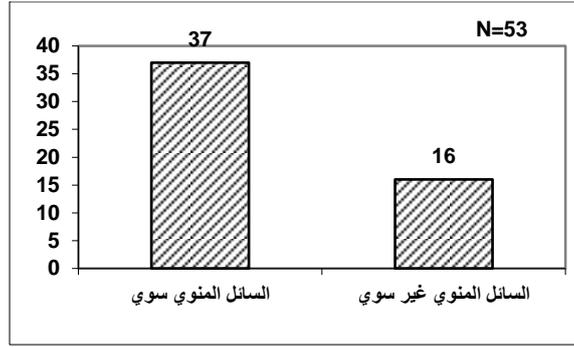
حدث الحمل خلال فترة المعالجة لدى 34 سيدة بنسبة 39% ولم يحدث لدى 42 سيدة،

الشكل (21).



الشكل 21: نسبة حدوث الحمل بعد المعالجة.

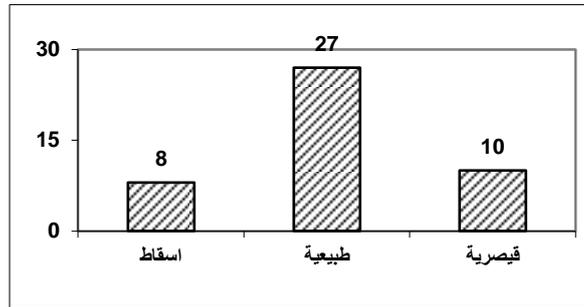
ولدى السيدات اللاتي لم يحصل لديهن حمل وعددهن 53 وجد أن السائل المنوي سوي لدى أزواج 37 حالة أي بنسبة 69.8% والسائل المنوي ضعيف لدى 16 حالة أي بنسبة 30.2% الشكل (22). أي أن أغلب الحالات تعود لسبب ذكري. ولم يلعب الكلويميد دوراً كبيراً في زيادة نسبة الإلقاح عند وجود اضطرابات بخصائص السائل المنوي.



الشكل 22: علاقة نوعية السائل المنوي بحدوث الحمل.

تطور محصول الحمل إلى إسقاط في 8 حالات، ولادة طبيعية في 27 حالة، قيصرية في 10 حالات.

الشكل (23).



الشكل 23: تطور الحمل الحادث بعد العلاج.

أخيرا بدراسة جميع الحالات خلال فترة زمنية طويلة (8 سنوات) شوهد حدوث الحمل العفوي لدى 11

سيده بعد وقف كل أشكال العلاج.

النتائج:

تمت الدراسة خلال فترة 8 سنوات تم فيها دراسة 363 حالة راجعت الوحدة المهنية للتوليد وأمراض النساء بشكوى الرغبة بالإنتاج أو التأخر به. كانت 56.2% من المراجعات بعمر 20-30 سنة وبمتوسط عمر 6.2 ± 27 سنة. كانت الرغبة بالإنتاج بدئية لدى 74.4%. وهناك توافق ما بين متوسط عدد سنوات الرغبة بالإنتاج مع عدد سنوات الزواج ومع زيادة العمر .

تلقت النسبة العظمى من المراجعات درجة التعليم المتوسط بنسبة 38.8% و 66.1% منهن ذات

مستوى معيشي متوسط .

أما بالنسبة للأسباب فقد عادت أغلب الحالات الى أسباب لدى الزوجة بنسبة 46% ولدى الزوج بنسبة

23% ولدى الزوجين معا بنسبة 13% بينما بقيت 18% من الحالات دون سبب واضح .

تمثلت الأسباب لدى الزوجة بالاضطرابات الطمثية واضطرابات الإباضة بنسبة 55.1%. تليها

الالتهابات البولية والتناسلية بنسبة 26.4% مع العلم أنه قد يترافق وجود أكثر من سبب معا خاصة ارتفاع

البرولاكتين مع أو بدون ثر حليب ووجود إصابات الغدة الدرقية المتمثلة بأغلب الحالات بقصور الدرق. أما لدى

الزوج فيشكل وجود شذوذات بالسائل المنوي نسبة 68.21% مع العلم أيضا إمكانية ترافق ذلك مع دوالي الحبل

المنوي أو الالتهابات البولية التناسلية أيضا .

قامت 59.5% من المريضات بالمراجعة طالبة الاستشارة لمرة واحدة وهذا يعكس الوضع النفسي غير المستقر للمريضات مع ميلهن الشديد إلى تعدد الاستشارات والآراء لدى العديد من الأطباء. بالإضافة إلى أن الحالة الاقتصادية أيضاً تلعب دوراً في عدم مقدرة هؤلاء الأزواج على القيام بإجراء الاستقصاءات المكلفة ومتابعة العلاج. بالإضافة إلى أن العديد من الأزواج يرفضون إجراء تحليل وفحص للسائل المنوي. أما المجموعة التي تابعت العلاج فتشكل نسبة 30.3% فقط.

تمت دراسة الحالات المتابعة وعددها 87 حالة وتمت المعالجة بواسطة سترات الكلومفين لتحريض الإباضة بعد التأكد من نفوذية البوقين وذلك عند وجود اضطرابات بالإباضة أو اضطرابات بالسائل المنوي. كانت الرغبة بالإنجاب بدئية لدى 70% من هذه الحالات وثانوية لدى 30%. وكانت أغلب الأسباب متركزة لدى الزوجة بنسبة 72% ولدى الزوجين بنسبة 18%.

كانت الإباضة إيجابية لدى 57.5% قبل العلاج وأصبحت 83.9% بعد العلاج. أما الحالات المعندة فبلغت نسبتها 16.1% ولم تستجب بالإباضة. أي أن العلاج قد زاد من نسبة الإباضة.

كان مخاطر عنق الرحم حسب مشعر انسلر قبل العلاج جيداً بنسبة 73.5% وارتفعت هذه النسبة إلى 93.1% بعد العلاج أي أنه لم يلاحظ وجود تأثير سيئ لسترات الكلومفين على نوعية مخاطر عنق الرحم. كان سترات الكلومفين فعالاً بإحداث الإباضة لدى 66.6% من الحالات خلال ثلاث دورات أما متوسط الجرعة الفعالة فبلغ 100مغ لدى 45.9% من حالات المعالجة.

بالرغم من المعالجة بقيت 5.7% من الحالات فقط دون استجابة.

حدث الحمل لدى 39% من حالات الدراسة، وحصلت ولادة أطفال لدى 80% منهن.

أما السيدات اللاتي لم يحصل لديهن حمل فوجد أن السائل المنوي غير سوي بنسبة 30.2% ولم يلعب الكلوميد دوراً كبيراً في زيادة نسبة الإلقاح.

التوصيات:

- 1- النظر بجديّة إلى حالات الرغبة بالإنجاب في مجتمعنا مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية هذا الموضوع.
- 2- ضرورة إيجاد مركز في الساحل السوري يعنى بهذه الحالات ويقوم بدراساتها ويضم الكادر الطبي والفني المتكامل مع خطة متكاملة تجنب المرضى التنقل من مكان لآخر.
- 3- أن تقوم الدولة بمساعدة هذه الحالات للحصول على طفل واحد على الأقل.
- 4- النظر إلى الحالة النفسية والوضع النفسي الخاص للذين يعانون من مشكلة عدم أو تأخر الإنجاب وضرورة وجود مرشدين نفسيين يقومون بمساعدة هؤلاء الأزواج.
- 5- عدم القيام بالعلاج العشوائي وإنما يجب أن تتم دراسة الحالات والوصول لتشخيص ومعرفة السبب وبالتالي العلاج.
- 6- يشكل الكلوميد علاجاً جيداً عند وجود اضطرابات بالإباضة ولا يزيد نسبة الإلقاح عند وجود اضطرابات بالسائل المنوي.

.....

- 1- Kyank, H.1986 - Gynaekologie, VEB Georg Thieme, Leipzig.
- 2- koma-cli@02.246.ne.jp
- 3-Anna Susanna ,Sterilitaet und Infertilitaet, MediziInfo
- 4-Blue cross Blue shield of north Carolina ,Infertility,Diagnosis and Treatment, Corporate Medical Policy ,OBGYN 3020,9/2001
- 5- Sterilitaet AHC-Consilium, Med-wissenschaftler Beirat. Letztes update:9.4.2002
- 6- The population Policy Data Bank maintained by the Population Division of the Department for Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat
- 7- Zepnick, H. 2001 - Infertilitaet durch Verschluss der ableitenden Samenwege- Behandlug und Ergebnisse nach Epididymovasotomie. Aerzteblatt Sachsen. Vol. 9, pp. 415-419.
- 8- Praxis Dr.Med Pierre Villars, Zuerich Switzerland Stand:20.Juli 2000
- 9- Breitbach,E. Diagnostik der weiblichen Sterilitaet,Dr.med.E.Breitbach www.wunsch Kinder.de last update:04.Apr 03
- 10- Infocenter Krankheiten: kurz info: Sterilitaet zuletzt aktualisiert am 29.07.2002, www.medzen.netz.de.
- 11- Wischman Tewes, Psychologische Behandlung bei unerfuelltem Kinderwunsch. www.familienhandbuch.de letzteaenderung 23.05.2002
- 12- Rinaudo P.F. and Patrizio P.,Gonadotropin Treatment of PCO: Is There a prefferd protocol of treatment ? Hospital university of Pennsylvania, Department of Obstetrics and Gynecology,Division of Reproductive Endocrinology and Infertility,Philadelphia,PA,USA.
- 13-Imani, B. E. M. teVelde, E. Fauser, B. 1998 - Predictors of Patients remaining anovulation in normogonadotropic oligomenorrhic infertility .J Clin Endocrinal Metab. Vol 93, pp. 2361-2366.
- 14- Suri, N. K. 1996 - Clomifen citrate therapy and unexplained subfertility. East Afr Med J. Vol. 73, No.11, 724-726.
- 15- Hartl, J. Sommergruber, M. Moser, M. Tews, G. 1999 - Einfluss des Oestradiol/Follikel-Quotient auf die Schwangerschaftsrate bei homologer intrauteriner insemination. J.fertil.Reprod. Vol. 5, pp. 24-26.
- 16- Henry Reviles, www.Clomiphen.net.
- 17-Nestler, J. Daniela, J. Jakuboicz. Evans, W. Pasouli, R. 1998 - Effects of Metformin on spontaneous and Clomiphen-Induced Ovulation in the Polycystic ovary syndrome. The new England Journal of Medicin. Vol. 338, No .26, pp. 1876-1880.
- 18- Berger, G. 2002 – Clomid use and Abuse The International Concil on Infertility information Dissemination,inc. Virginia. USA.
- 19- Nugent, D.V.P. Hughes, E. Arnot, M. Lilford, R. 2002 – Gonadotrophine therapy for the ovulation induction in subfertility associated with polycystic ovary syndrome. Cochrane database of systematic reviews.
- 20- Wischmann, T. 1998 – Heidelberger kinderwunsch-sprechstunc eine studie zu psychosozialen aspeekten ungewollter kinderlosigl verlay peter lang, Frankfurt, Main.