

ENDOMETRIOZA w niepłodności

Ponad 1/3 pacjentek klinik leczenia niepłodności cierpi na endometriozę. Być może część z nich usłyszy, że przez to ich szanse na powodzenie zabiegu in vitro spadają. Wyniki badań są jednak sprzeczne. Według niektórych endometrioza nie ma wpływu na wynik procedury. Część prac wymienia jednak: słabszą odpowiedź na stymulację jajników, niższy odsetek zapłodnień, mniejszą receptywność endometrium i niższy wskaźnik implantacji. Gdzie leży prawda?

lek. med. Dawid Maduzia – ginekolog
mgr Aneta Macur – diagnosta laboratoryjny, embriolog kliniczny
Centrum Leczenia Niepłodności PARENS w Krakowie

Endometrioza to złożona choroba o niejasnych przyczynach, polegająca na występowaniu błony śluzowej macicy, czyli tkanki o prawidłowej budowie histologicznej, w nieprawidłowym miejscu (poza jamą macicy) – między innymi w otrzewnej, jajniku, jajowodzie, przewodzie pokarmowym, pęcherzu moczowym, pochwie.

ENDOMETRIOZA A NIEPŁODNOŚĆ

U 30–50% kobiet z endometriozą mogą wystąpić problemy z zajściem w ciążę, lecz dokładna przyczyna takiego stanu rzeczy nie jest znana. Zajście w ciążę wymaga od pacjentki determinacji i pełnej współpracy z lekarzem oraz stosowania się do jego zaleceń, a od samego lekarza – rozważa i doświadczenia. U pacjentek z endometriozą już na poziomie hormonalnym zauważalne są różnice: niższe stężenie LH, FSH, estradiolu oraz AMH. Pęcherzyki zawierające komórki jajowe rozwijają się więc w zmienionym środowisku, co powoduje zmniejszenie ich liczby i powstawanie pęcherzyków atretycznych.

Pierwszym krokiem przy podejrzeniu endometriozy powinna być diagnostyka, a następnie leczenie operacyjne i usunięcie tak wielu ognisk choroby, jak to możliwe. Ewentualne zmiany w jajnikach powinny być usunięte razem z torebką torbieli. Pacjentka musi być świadoma ryzyka spadku rezerwy jajnikowej w razie

usuwania zmian w jajnikach. W trakcie zabiegu zazwyczaj sprawdzana jest także drożność jajowodów (często upośledzona przez zrosty otrzewnowe towarzyszące endometriozie). Przed zabiegiem i po jego zakończeniu nie powinno się stosować środków hormonalnych.

W razie niepowodzeń z zajściem w ciążę w sposób spontaniczny pacjentka powinna zgłosić się do specjalistycznego ośrodka zajmującego się leczeniem niepłodności. Zwykle standardowo zaczynamy od diagnostyki partnera z oceną parametrów nasienia oraz monitoringu cyklu u pacjentki, wraz ze standardową oceną hormonalną i mikrobiologiczną organizmu kobiety.

Na początku można stosować stymulację owulacji, jeśli jednak problemem w zajściu w ciążę jest też dodatkowo np. poważny czynnik męski, warto rozważyć zabieg in vitro. Trzeba działać szybko, ponieważ endometrioza często jest chorobą postępującą – decyzji o zajściu w ciążę absolutnie nie powinno się odkładać w czasie!

JAKOŚĆ KOMÓREK JAJOWYCH U PACJENTEK Z ENDOMETRIOZĄ

Przed procedurą zapłodnienia in vitro embriolog ocenia komórki jajowe – ich morfologię oraz obecność i strukturę wrzeciona podziałowego. Z praktyki laboratoryjnej wynika, że różnice w jakości oocytów pa-

cjentek z endometriozą, szczególnie u tych z III i IV stopniem zaawansowania choroby, i oocytów pozostałych pacjentek są zauważalne.

W naszym laboratorium spotykamy głównie takie jak na zdjęciu A, komórki z ciemną i granularną cytoplazmą w centralnej części. Potwierdzają to zjawisko kolejne badania i publikacje, w tym najnowsza z 2018 roku. Wykazano w nich, że endometrioza wpływa na jakość oocytów – nieprawidłowości morfologiczne to głównie ciemna cytoplazma, ciemna, gruba lub wyjątkowo cieńsza osłonka oocytów oraz płaskie i pofragmentowane ciało kierunkowe. Wcześniej zauważano także obecność tzw. refractile bodies, nieprawidłową liczbę i jakość mitochondriów w oocytach oraz zaburzenia w budowie wrzeciona podziałowego oocytów. Czy takie zmiany w komórkach wpływają na potencjał rozwojowy i implantacyjny powstających z nich zarodków? Na razie nie ma jednoznacznego dowodu na to, że ciemna cytoplazma z ziarnistościami niesie negatywne skutki dla rozwoju zarodków. Wydaje się, że grubość osłonki mogłaby w dużym stopniu wpływać na sam proces zapłodnienia, jednak raczej przy zapłodnieniu naturalnym (jeśli wykonujemy ICSI, plemnik wprowadzany jest do wnętrza oocytu, a więc grubość osłonki nie ma znaczenia). Obecność tzw. refractile bodies, czyli struktur zawierających lipofuscyne, oraz fragmentacja ciała kierunkowego mogą wpływać na niższy odsetek zapłodnień oraz dalszy nieprawidłowy rozwój zarodków. Jakość i liczba mitochondriów w oocytach ma także ogromne znaczenie – dostarczają one energii do dojrzewania i zapłodnienia komórki jajowej oraz dalszego rozwoju zarodka.

Zdaniem większości naukowców oocyty u pacjentek z endometriozą wykazują niższy odsetek zapłodnień. Także mniej oocytów dojrzałych (MII) zostaje pobranych w czasie punkcji. Niektóre publikacje wskazują na problemy z implantacją zarodka oraz mniejszą liczbę urodzeń. Według innych, nie ma istotnych różnic w liczbie ciąży klinicznych, poronień, żywych urodzeń czy wad rozwojowych – występują one w podobnych proporcjach u kobiet z endometriozą i w grupie kontrolnej.

Podsumowując, głównie III i IV stadium endometriozy wiąże się z występowaniem oocytów gorszej jakości. Ponieważ endometrioza u pacjentek współistnieje z innymi czynnikami powodującymi niepłodność (na przykład z PCOS, czynnikiem jajowodowym, jajnikowym, zaburzeniami hormonalnymi itp.), trudno ocenić indywidualny wpływ samej endometriozy na powodzenie zabiegu in vitro i konieczne są bardziej szczegółowe badania.

Pełny tekst artykułu na stronie
www.chcemybycrodzicami.pl oraz www.parens.pl

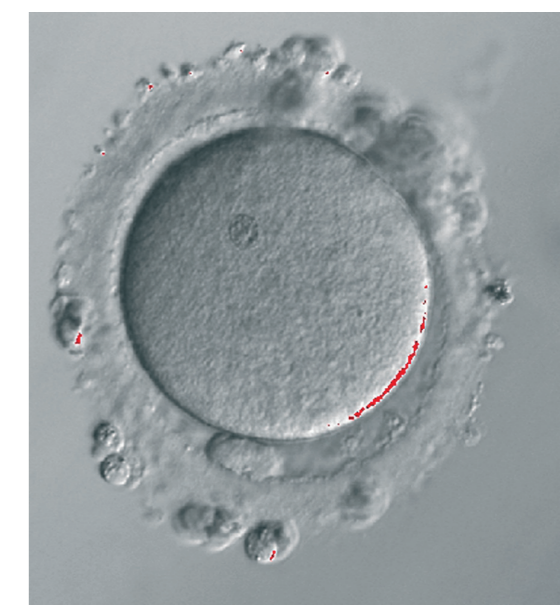
Pierwszym krokiem przy podejrzeniu endometriozy powinna być diagnostyka.



A. Ciemna cytoplazma w centralnej części oocytu często spotykana u pacjentek z endometriozą



B. Fragmentacja ciała kierunkowego w oocycie



C. Obecność tzw. refractile body w komórce jajowej