

ارزیابی مقایسه نتایج تخمک‌های تیمار شده با یونومایسین و کلرید استرانسیوم در زوجین نابارور با شکست قبلی لقاح آزمایشگاهی

مرضیه نوروزی-هفشجانی^۱، مرضیه توlacei^{۲*}، محمد حسین نصراصفهانی^{۴،۳}

مقاله پژوهشی

مقدمه: عوامل متعددی در شکست لقاح پس از تزریق اسپرم داخل سیتوپلاسمی (ICSI) دخیل است که می‌توان به فاکتورهای اسپرمی یا تخمکی و یا هر دو اشاره نمود. شکست در فعال شدن تخمک، مهم‌ترین عامل شکست لقاح بعد از ICSI در نظر گرفته شده است. برای غلبه بر این نقص، تکنیک فعال‌سازی مصنوعی تخمک (AOA) پس از ICSI معرفی شده است. معمولاً یونومایسین و کلرید استرانسیوم به عنوان کارآیی‌ترین عوامل فعال‌سازی تخمک در کلینیک استفاده می‌شود. در این مطالعه، برای اولین بار، نتایج کلینیکی یونومایسین و کلرید استرانسیوم در تخمک‌های خواهری زوج‌هایی که قبلًا با شکست لقاح پس از ICSI مواجه بودند، مقایسه شد.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۱۴ زوج با فاکتور ناباروری مردانه و شکست قبلی در لقاح پس از ICSI، وارد این مطالعه شدند. تخمک‌های همسرشان به دو گروه تقسیم شدند. نیمی از تخمک‌ها با یونومایسین و نیمی دیگر با کلرید استرانسیوم تیمار شدند. سپس میزان لقاح پس از ICSI، کیفیت جنین و وضعیت حاملگی در این گروه‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 18 و آزمون‌های آماری Paired sample t-test و chi-square مقایسه گردید.

نتایج: میزان لقاح در تخمک‌هایی که با استفاده از کلرید استرانسیوم فعال‌سازی شده بودند به‌طور معنی‌داری بیشتر از تخمک‌های فعال‌سازی شده با یونومایسین بود ($P<0.0001$). اگرچه میزان حاملگی در گروه کلرید استرانسیوم به‌طور غیرمعنی‌داری بالاتر از گروه یونومایسین بود ($P=0.387$)، ولی میزان کیفیت جنین ($P=0.924$) بین دو گروه مشابه بود.

نتیجه‌گیری: در افراد با شکست قبلی لقاح پس از ICSI، استفاده از کلرید استرانسیوم جهت فعال‌سازی مصنوعی تخمک، پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: فعال‌سازی مصنوعی تخمک، یونومایسین، کلرید استرانسیوم، ICSI

IRCT201510257223N7

ارجاع: نوروزی-هفشجانی مرضیه، توlacei مرضیه، نصراصفهانی محمد حسین. ارزیابی مقایسه نتایج کلینیکی تخمک‌های تیمار شده با یونومایسین و کلرید استرانسیوم در زوجین نابارور با شکست لقاح آزمایشگاهی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی بزد ۱۳۹۸؛ (۲): ۸۹-۱۲۰.

۱- کارشناس ارشد فیزیولوژی جانوری، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست فناوری جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه زیست فناوری تولید مثل، اصفهان، ایران

۲- استادیار زیست‌شناسی علوم جانوری-تکوین، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست فناوری جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه زیست فناوری تولید مثل، اصفهان، ایران

۳- استاد جنین‌شناسی، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست فناوری جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه زیست فناوری تولید مثل، اصفهان، ایران

۴- مرکز باروری و ناباروری اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول؛ تلفن: ۰۳۱۹۵۰۱۵۶۸۲، پست الکترونیکی: Tavalaeem@royaninstitute.org، صندوق پستی: ۸۱۵۹۳۵۸۶۸۶

مقدمه

کمک باروری به صورت دائم استفاده می‌شوند، لازم به ذکر است گاهی این مواد به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱۵). یونومایسین یک کلسمیم یونوفور است. که قابلیت حل شدن در چربی را داشته و کار اصلی آنها انتقال یون‌ها از غشاء سلولی می‌باشد. در مطالعات پیشین نشان داده شده که استفاده از یونومایسین به عنوان یک عامل فعال کننده مصنوعی تخمک در افراد نابارور، هیچ اثر سوء بر تکوین جنینی نداشته است (۱۶، ۱۷). برای اولین بار یانگیدا در سال ۲۰۰۶ جهت فعال‌سازی مصنوعی تخمک در انسان از کلرید استرانسیوم استفاده نمود و بیان داشت که این ماده هیچ گونه اثر توکسیکی روی رشد و تکوین جنین ندارد (۱۳). در بررسی‌های انجام شده افرادی که در سیکل قبلی خود با عدم دستیابی به لقاح مواجه شده‌اند و همچنین افرادی که با وجود استفاده از کلسمیم یونوفور با میزان لقاح کم یا عدم دستیابی به لقاح مواجه هستند، تحت درمان با کلرید استرانسیوم قرار گرفته و میزان موفقیت حاملگی پس از ICSI بهتر شده است (۱۸). کلرید استرانسیوم باعث القاء نوسانات کلسمیمی با طول موج کوتاه به صورت متوالی شده، و این مکانیسم بسیار شبیه به فعال‌سازی طبیعی تخمک انسان است (۱۹، ۲۰). با توجه به اهمیت فعال‌سازی تخمک و این‌که چه ماده‌ای می‌تواند بهترین تاثیر را بر فعال‌سازی تخمک داشته باشد، در این مطالعه برای اولین بار سعی بر آن شد که از کلرید استرانسیوم و یونومایسین به طور همزمان جهت فعال‌سازی مصنوعی تخمک در افراد ناباروری که قبلاً با شکست لقاح پس از ICSI مواجه بودند، استفاده شود و نتایج کلینیکی و لقاح و کیفیت جنین آنها مورد قیاس قرار گیرد.

روش بررسی

قبل از انجام مطالعه، به بیماران روند مطالعه به‌طور کامل توضیح داده شد و در صورت موافقت آن‌ها، رضایت‌کتبی از آن‌ها گرفته شده است.

جمعیت مورد مطالعه

این مطالعه کارآزمایی بالینی است و ۱۴ زوج نابارور با فاکتور مردانه وارد مطالعه شدند. پارامترهای مایع منی این افراد بر

از اوایل سال ۱۹۹۰ استفاده از تکنیک تزریق داخل ICSI: (Intra-Cytoplasmic Sperm Injection) به عنوان یکی از موفق‌ترین تکنیک‌های کمک باروری جهت درمان مردان نابارور معرفی گردید (۱). انتظار می‌رود به‌دبیال استفاده از تکنیک ICSI تمامی اسپرم‌های تزریق شده به داخل تخمک منجر به لقاح گردد. با این حال، ۳٪ موارد با شکست در لقاح روبه رو می‌شوند (۲). عدم موفقیت در لقاح پس از ICSI می‌تواند به عوامل متعددی از جمله فاکتورهای اسپرمی، فاکتورهای تخمکی، روش تکنیک و یا هر ترکیبی از این عوامل باشد. مهم‌ترین دلیل عدم دستیابی به لقاح، فعال نشدن تخمک که احتمالاً می‌تواند به علت کاهش یا عدم فاکتورهای اسپرمی فعال کننده تخمکی باشد (۳). مطالعات متعدد نشان دادند که دو پروتئین مهم فسفولیپاز C Post-Acrosomal (PAWP) و (Phospholipase C Zeta) WW Domain-binding Protein زتا (Sheath AOA: Artificial Oocyte Activation) در اسپرم، آزادسازی کلسمیم از ذخائر داخل سلولی را سبب می‌گردند که منجر به فعال نشدن تخمک می‌گردد. کاهش یا عدم این فاکتورها، احتمالاً در شکست لقاح پس از ICSI بسیار مؤثر است (۴-۶). احتمالاً یک راه حل جهت غلبه بر این نقص استفاده از روش فعال‌سازی مصنوعی تخمک (AOA: Artificial Oocyte Activation) به‌دبیال ICSI می‌باشد (۷). سه روش جهت فعال‌سازی مصنوعی تخمک وجود دارد که می‌توان به روش مکانیکی، روش الکتریکی، روش شیمیایی اشاره نمود. روش شیمیایی یک روش عمده برای استفاده در کلینیک‌های ناباروری و کمک به زوج‌هایی با سابقه شکست لقاح به شمار می‌رود (۸-۱۱).

یکی از مهم‌ترین مواد شیمیایی که در کلینیک‌های ناباروری مورد استفاده قرار می‌گیرد کلسمیم آینوفورها هستند (۱۲)، ولی مطالعات متعدد نشان می‌دهند مواد دیگر شامل کلرید استرانسیوم (SrCl_2)، یونومایسین و اتانول از جمله مواد دیگری هستند که در فعال‌سازی شیمیایی تخمک می‌توان از آن‌ها استفاده نمود (۱۲-۱۴). برخی از این مواد در کلینیک‌های

دیش حاوی محیط مخصوص منتقل می‌شود. قطره‌ای که اسپرم به داخل آن انتقال داده می‌شود حاوی موادی مانند پلی وینیل پیروولیدون بوده که با افزایش غلظت محیط، باعث کندی حرکت اسپرم شده و این امر به جنین‌شناس اجازه بررسی راحت‌تر اسپرم‌ها را داده و در نهایت، یک اسپرم با بهترین مورفولوژی و تحرک، جهت انجام ICSI انتخاب، و توسط جنین‌شناس به داخل تخمک تزریق می‌گردد (۲۲). تخمک‌های هر فرد که اسپرم به داخل آن تزریق شد به دو دسته تقسیم و نیمی از آن‌ها با یونومایسین (Sigma; Ca:10634) و نیمی دیگر با کلرید استرانسیوم تیمار گردید.

تیمارکردن تخمک با یونومایسین

تخمک‌ها بالافاصله پس از تزریق ICSI، به مدت ۱۰ دقیقه در غلظت ۱۰ میکرو مولار توسط یونومایسین تیمار شدند، سپس به درون دیش G- MOPS (محیط طراحی شده با pH مناسب جهت نگهداری و تزریق تخمک‌ها) منتقل شدند. دیش را در انکوباتوری با دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد و ۵٪ دی‌اکسیدکربن به مدت ۳۰ دقیقه قرار دادند و پس از آن دیش‌ها به انکوباتور دیگر که دارای دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد است، منتقل شدند (۲۳).

تیمار کردن تخمک با کلرید استرانسیوم

بعد از انجام عمل ICSI، تخمک‌های تزریق شده با اسپرم را به مدت ۳۰ دقیقه در انکوباتور قرار داده و پس از ۳۰ دقیقه، تخمک‌ها به مدت ۱ ساعت در غلظت ۱۰ میلی‌مولار کلرید استرانسیوم در محیط GPGD (محیطی که عاری از کلسیم و منیزیم باشد) تیمار و سپس تخمک‌های تیمار شده از درون دیش کلرید استرانسیوم به دیش دیگر انتقال داده شدند سپس در انکوباتور با دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد قرار گرفتند (۲۴).

بررسی لفاح

درصد لفاح برابر است با تعداد پرونکلئوس ۲PN تشکیل شده به تعداد کل تخمک‌هایی که به داخل آن اسپرم تزریق گردید ضریبدر ۱۰۰ (۶).

بررسی کیفیت جنین و انتقال آن به رحم

در روز سوم پس از تزریق درون سیتوپلاسمی اسپرم، کیفیت جنین بر اساس تعداد بلاستومر، اندازه و میزان فراگمنتسیون

اساس معیارهای سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، بررسی گردید و در صورتی که درصد مورفولوژی غیرطبیعی آن‌ها بین ۹۹-۱۰۰ درصد بود، این بیماران وارد مطالعه می‌شدند (۲۱). به علاوه کاندیدها برای ورود به مطالعه باید حداقل یک یا دو سیکل شکست لفاح پس از ICSI در سابقه درمان داشته باشند. افراد واجد شرایط ورود به مطالعه از نوع ناباروری با فاکتورهای مردانه بودند و همسران آن‌ها از لحاظ باروری دارای پارامترهای طبیعی بودند. برای این مطالعه، خانم‌های بالای ۴۵ سال سن، مردان با لکوسپرمی، عفونت ادراری، ستدرم Klinefelter، سرطان، و مصرف بیش از حد الكل یا مواد مخدر حذف شد.

جمع آوری و آنالیز مایع منی

نمونه مایع منی افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان، در روز عمل ICSI، پس از ۳-۴ روز پرهیز از مقاربت در ظرف نمونه‌گیری جمع آوری شده، و پس از بررسی‌های اولیه پارامترهای اسپرمی از جمله، حجم نمونه، غلظت، تحرک و مورفولوژی اسپرم بر اساس معیار سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، با استفاده از میکروسکوپ نوری مورد بررسی قرار گرفت (۲۱). سپس نمونه مایع منی جهت انجام عمل (DGC: Density ICSI، از طریق سانتریفیوژ شیب غلظت Gradient Centrifuge) جهت انجام اسپرم به روش سانتریفیوژ شیب غلظت (DGC)

در ابتدا، یک گریدیان دو لایه‌ای از محلول Pure sperm (Nidacon, Sweden) با غلظت‌های ۹۰ و ۴۵ درصد در یک لوله سانتریفیوژ ۱۰ سی سی، تهیه گردید. به این صورت که ابتدا ۱/۵ سی سی لایه ۹۰ درصد و سپس ۱/۵ سی سی لایه ۴۵ درصد و در آخر ۱/۵ میلی‌لیتر از مایع منی شسته شده را روی آن قرار داده و به مدت ۲۰ دقیقه با ۱۰۰۰ rpm سانتریفیوژ می‌گردد. پس از سانتریفیوژ، مایع رویی را با پیپت پاستور به صورت دورانی تخلیه کرده، پلیت باقی مانده که حاوی اسپرم‌های بالغ می‌باشد، به لوله دیگر جهت انجام تزریق منتقل می‌شود.

تزریق اسپرم به درون سیتوپلاسم اووسیت تخمک‌ها پس از حذف سلول‌های اطرافشان به کمک آنزیم هیالورونیداز (Vitrolife, Gotenborg, Sweden) در داخل یک

تحرک و مورفولوژی از حد آستانه سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، پایین‌تر است و مشخص است که بیشتر این افراد از کیفیت مایع منی خوبی برخوردار نبوده‌اند. در این مطالعه درصد لقاد و کیفیت جنین در تخمک‌های فعال‌سازی شده توسط دو ماده کلرید استرانسیوم و یونومایسین مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طور که در نمودار ۱ نشان داده شده است درصد لقاد در کلرید استرانسیوم و یونومایسین به ترتیب $58/15 \pm 5/94$ و $58/24 \pm 5/24$ می‌باشد که از لحاظ آماری میزان لقاد در تخمک‌های تیمار شده با کلرید استرانسیوم بالاتر از لقاد یونومایسین است ($P=0/0001$). کیفیت جنین خوب و یا A (نمودار ۱) در گروه کلرید استرانسیوم ($32/85 \pm 8/22$) و در گروه یونومایسین ($29/73 \pm 9/66$) درصد اختلاف معنی‌داری را نشان نداده است ($P=0/924$). هم‌چنین میانگین کیفیت جنین B در کلرید استرانسیوم و یونومایسین به ترتیب $31/11 \pm 7/43$ درصد و $27/49 \pm 9/91$ درصد بود که اختلاف معنی‌داری را نداشت ($P=0/647$). کیفیت جنین C در کلرید استرانسیوم برابر $38/60 \pm 11/24$ درصد و در یونومایسین برابر $29/73 \pm 9/66$ درصد بود و اختلاف معنی‌داری را نداشت ($P=0/285$).

در این مطالعه از ۱۴ سیکل ICSI، جنین‌های ۳ بیمار در روز سوم فریز شد. از ۱۱ سیکل باقی‌مانده، برای ۵ بیمار که تخمک‌های آن‌ها با استفاده از کلرید استرانسیوم تیمار شده بود انتقال جنین صورت گرفت که در نهایت ۲ حاملگی موفق و ۳ حاملگی ناموفق از کلرید استرانسیوم به دست آمد. برای ۶ سیکل دیگر که تخمک‌های این بیماران با استفاده از یونومایسین تیمار شده بود انتقال جنین انجام و در نهایت به ۱ حاملگی موفق و ۵ حاملگی ناموفق منجر شد. در جنین‌های انتقال داده شده از کلرید استرانسیوم ۲ مادر از ۵ مادر حاملگی شیمیابی و کلینیکی داشتند (۴۰٪) و در جنین‌های انتقال داده شده از یونومایسین ۱ مادر از ۶ مادر حاملگی شیمیابی و کلینیکی داشتند (۱۶/۶۶٪)، هیچ تفاوت معنی‌داری بین حاملگی شیمیابی و کلینیکی دیده نشد ($P=0/387$).

ارزیابی شدند. جنینی که تعداد بلاستومرهای آن در روز سوم ۷-۸ سلول، با اندازه یکسان و میزان فراگمنتاسیون سیتوپلاسم زیر ۲۵ درصد می‌باشد، جنین با کیفیت خوب (جنین A) و چنان‌چه یکی از این پارامترها را نداشتند، جنین با کیفیت متوسط (جنین B) و جنین با دو یا سه پارامتر بد، جنین با کیفیت بد (جنین C) نام‌گذاری شدند. در نهایت نسبت هر سه نوع کیفیت جنینی به صورت جداگانه به تعداد کل جنین‌های آن فرد تقسیم و ضربدر ۱۰۰ گردید و درصد هر نوع کیفیت جنینی گزارش شد. جنینی که از کیفیت بهتری برخوردار بود، برای انتقال انتخاب شد. در واقع اگر جنین کلرید استرانسیوم از کیفیت بهتری برخوردار بود از این گروه و اگر جنین گروه یونومایسین از کیفیت بهتری برخوردار بودند انتقال از این گروه صورت گرفت (۶).

بررسی وضعیت حاملگی

دو هفته پس از انتقال جنین به بیمار با آزمایش β -HCG، وضعیت حاملگی شیمیابی و با شنیدن صدای قلب نوزاد از طریق سونوگرافی وضعیت حاملگی کلینیکی مشخص گردید.

تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس SPSS Inc., Chicago, IL; version 18 انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل پارامترهای بیماران و زوجین داده‌ها به صورت میانگین \pm خطای معیار گزارش شد. هم‌چنین جهت قیاس بین گروه‌ها از آزمون آماری Paired sample t-test و برای مقایسه حاملگی از آزمون کایدو استفاده شد. سطح معنی‌داری در این آزمون‌ها معادل $P \leq 0/05$ در نظر گرفته شده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه دارای تأییدیه از کمیته اخلاق پژوهشگاه رویان به کد ۲/۱۲/۲۰۱۵ می‌باشد.

نتایج

میانگین پارامترهای اسپرمی مردان نابارور مراجعه‌کننده جهت این مطالعه در جدول ۱ توصیف پارامترهای زوجین در جدول ۲ گزارش شده است. همان‌گونه که در جدول قابل مشاهده است وضعیت میانگین پارامترهای اسپرمی غلظت،

جدول ۱: توصیف پارامترهای اسپرمی در مردان نابارور کاندید ICSI

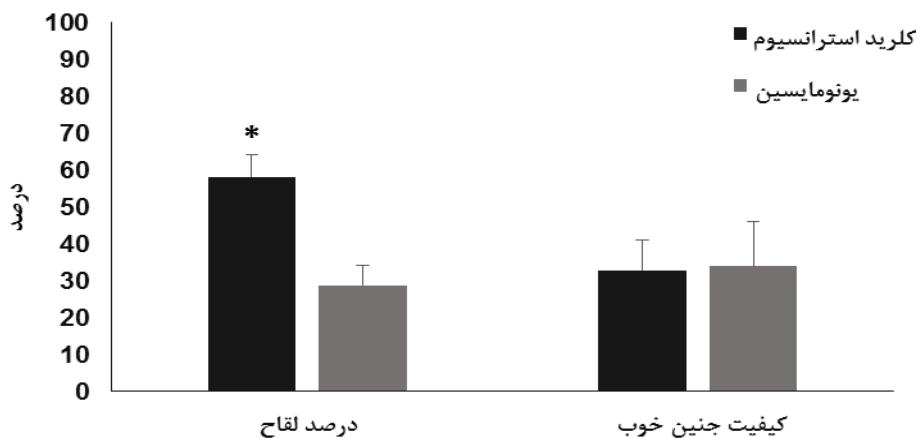
پارامترها	حداقل	حداکثر	میانگین \pm خطای استاندارد
غذشت اسperm ($10^6/ml$)	۰/۰۵	۶۰	$۱۵/۵۸ \pm ۵/۱۳$
تحرک اسperm (%)	۱	۶۵	$۲۷/۲۳ \pm ۵/۴۹$
مورفولوژی غیرطبیعی اسperm (%)	۹۸	۱۰۰	$۹۹/۱۵ \pm ۰/۱۹$
حجم (ml)	۱	۱	$۳/۴۳ \pm ۰/۴۷$

داده‌ها به صورت میانگین \pm SEM گزارش شده است.

جدول ۲: بررسی آنالیزهای توصیفی و ویژگی زوجین

پارامترها	حداقل	حداکثر	میانگین \pm انحراف معیار
سن مردان	۲۷	۵۴	$۳۴/۷۸ \pm ۷/۱۳$
سن زنان	۲۴	۳۸	$۲۸/۵۰ \pm ۵/۶۱$
تعداد دفعات استفاده از ART	۱	۳	$۰/۵۷ \pm ۰/۲۷$
طول مدت ناباروری (سال)	۱	۱۳	$۵/۵۷ \pm ۰/۹۴$

داده‌ها به صورت میانگین \pm SD گزارش شده است.



نمودار ۱: مقایسه درصد لقاد و کیفیت جنین A، بین دو ماده فعال سازی تخمک (کلرید استرانسیوم و یونومایسین).

علامت ستاره نشانگر اختلاف معنی داری در $P < 0.05$ بین دو گروه می باشد. جهت مقایسه کیفیت جنین خوب و درصد لقاد از آنالیز آماری Paired sample t-test استفاده شد.

شکست لقاد، مفید است بلکه برای افرادی با نقص شدید اسperm نیز موثر می باشد (۲۷,۲۸). در میان محرک های شیمیایی جهت استفاده در AOA، کلسیم آینوفورها مانند یونومایسین بیشترین استفاده را جهت فعال سازی مصنوعی تخمک دارند (۱۰). اگرچه هیچ مطالعه ای تا کنون اثرات یونومایسین و کلرید استرانسیوم را با هم مقایسه نکرده است اما در تعدادی از مطالعات، محققین در مورد کلرید استرانسیوم بیان داشته اند که

بحث

استفاده از مواد فعال کننده تخمک به همراه تکنیک ICSI موجب افزایش شанс لقاد و باروری می گردد. همچنین این روش در افرادی که با شکست لقاد مواجه بوده اند تاثیر به سزایی دارد، به گونه ای که احتمالاً منجر به بهبود وضعیت باروری این افراد می گردد (۲۵,۲۶). بر اساس مطالعات انجام شده، AOA نه تنها برای زوجین با میزان لقاد کم و افرادی با

تخمک‌های خواهری را به دو دسته تقسیم کرده و تاثیر این دو ماده شیمیایی را بر روی فعال‌سازی تخمک مشاهده نموده است. به وضوح می‌توان گفت که می‌توان در آینده برای مردان با ترازو وزواسپرمی شدید و یا افراد با شکست لقادیر قبلی از روش فعال‌سازی مصنوعی تخمک با استفاده از کلریداسترانسیوم کمک گرفت. در این راستا، کیم و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که میزان لقادیر با استفاده از کلریداسترانسیوم نتایج رضایت‌بخشی را به همراه دارد (۱۸) ولی مطالعه آن‌ها بدون مقایسه با یونومایسین بوده است. در این مطالعه میزان حاملگی مشاهده شده در گروه کلریداسترانسیوم هم بیشتر از یونومایسین بود که می‌تواند دلیلی دیگر از کسب موفقیت نتایج کلینیکی در زمان استفاده کلریداسترانسیوم در افراد با شکست قبلی لقادیر باشد.

نتیجه گیری

کلریداسترانسیوم در بیماران با شکست قبلی لقادیر پس از ICSI و همچنین در بیماران با نقص شدید مورفو‌لوژی اسپرم، گرینه بهتری جهت فعال نمودن تخمک می‌باشد. با این حال جامعه آماری وارد شده به این مطالعه کم است و باید این مطالعه بر روی افراد بیشتری در آینده انجام شود.

سپاسگزاری

این طرح با همکاری پژوهشکده زیست فناوری پژوهشگاه رویان و مرکز باروری ناباروری اصفهان تحقق یافته، لذا از کلیه پرسنل محترم مراکز فوق کمال تشکر و قدردانی را داریم. نتایج این طرح حاصل طرح تحقیقاتی با کد مصوب ۹۱۰۰۵۵۳ تحت حمایت مالی پژوهشگاه رویان و مرکز باروری ناباروری اصفهان است. تعارض در منافع: وجودندارد.

استفاده از این ماده ممکن است یک عامل بهتر جهت القاء فعال‌سازی مصنوعی تخمک در انسان باشد و اثرات مفیدتری را نسبت به کلسیم آینوفورها نشان دهد. بنابراین، مقایسه کارآیی کلریداسترانسیوم و یونومایسین در تخمک‌های خواهری در زوجین تحت ICSI که حداقل یک شکست لقادیر در پیشینه خود داشته‌اند در این مطالعه به عنوان هدف قرار گرفت. کلرید استرانسیوم باعث القاء نوسانات با طول موج کوتاه و مکرر کلسیم می‌گردد. که این گونه نوسانات کلسیمی مشابه لقادیر فیزیولوژیک در بدن انسان است. البته مکانیسم دقیق کلریداسترانسیوم همچنان در تخمک نامشخص است. ژانگ و همکاران در سال ۲۰۰۵ نشان دادند که نوسانات ناشی از کلریداسترانسیوم از طریق رسپتور اینوزیتول‌تری‌فسفات واسطه شده و با همکاری اینوزیتول‌تری‌فسفات نیاز به فعال‌سازی PLC دارد. بدین صورت که کلریداسترانسیوم از طریق مسیر PLC عمل می‌کند. تصور می‌شود که کلریداسترانسیوم درون تخمک توسط شبی غلظت کلسیمی به سمت پایین تخمک حرکت کرده و باعث آزادسازی کلسیم از شبکه آندوپلاسمی تخمک می‌گردد (۱۰، ۲۹). یونومایسین موجب نفوذپذیری غشاء شده و از طریق تسهیل نفوذ کلسیم خارج سلولی باعث افزایش کلسیم داخل سلول شده و همچنین با کاهش ذخائر کلسیم از طریق شبکه آندوپلاسمی عمل می‌کند. این ماده از طریق تشکیل اینوزیتول‌تری‌فسفات و اثر آن بر روی ذخائر طبیعی داخل سلولی، باعث افزایش کلسیم داخل سلول می‌شود (۱۰). نتایج این مطالعه حاکی از آن است که اگرچه از لحاظ کیفیت جنین هر دو گروه یونومایسین و کلریداسترانسیوم به‌طور یکسان و مشابه عمل کرده‌اند ولی کلریداسترانسیوم در افراد با شکست قبلی لقادیر منجر به افزایش میزان لقادیر به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه یونومایسین شده‌اند. این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که

References:

- 1- Neri QV, Lee B, Rosenwaks Z, Machaca K, Palermo GD. *Understanding fertilization through intracytoplasmic sperm injection (ICSI)*. Cell Calcium 2014; 55(1): 24-37.
- 2- Mahutte NG, Arici A. *Failed fertilization: is it predictable?* Curr Opin Obstet Gynecol 2003; 15(3): 211-18.
- 3- Swain JE, Pool TB. *ART failure: oocyte contributions to unsuccessful fertilization*. Hum Reprod Update 2008; 14(5): 431-46.
- 4- Kashir J, Nomikos M, Swann K, Lai FA. *PLCζ or PAWP: revisiting the putative mammalian sperm factor that triggers egg activation and embryogenesis*. Mol Hum Reprod 2015; 21(5): 383-88.
- 5- Aghajanpour S, Ghaedi K, Salamian A, Deemeh MR, Tavalaee M, Moshtaghan J, et al. *Quantitative expression of phospholipase C zeta, as an index to assess fertilization potential of a semen sample*. Hum Reprod 2011; 26(11): 2950-56.
- 6- Tavalaee M, Nasr-Esfahani MH. *Expression profile of PLCζ, PAWP, and TR-KIT in association with fertilization potential, embryo development, and pregnancy outcomes in globozoospermic candidates for intracytoplasmic sperm injection and artificial oocyte activation*. Andrology 2016; 4(5): 850-56.
- 7- Nasr-Esfahani MH, Deemeh MR, Tavalaee M. *Artificial oocyte activation and intracytoplasmic sperm injection*. Fertil Steril 2010; 94(2): 520-26.
- 8- Ebner T, Montag M, Oocyte Activation Study Group, Montag M, Van der Ven K, Van der Ven H, et al. *Live birth after artificial oocyte activation using a ready-to-use ionophore: a prospective multicentre study*. Reprod Biomed Online 2015; 30(4): 359-65.
- 9- Darabi MR, Shiravi A, Hojati V. *The effects of ethanol and strontium on growth and development of two-cell arrested mouse embryos*. Int J Fertil Steril 2012; 5(4): 197-202.
- 10- Vanden Meerschaut F, Nikiforaki D, Heindryckx B, De Sutter P. *Assisted oocyte activation following ICSI fertilization failure*. Reprod Biomed Online 2014; 28(5): 560-71.
- 11- Vanden Meerschaut F, D'Haeseleer E, Gysels H, Thienpont Y, Dewitte G, Heindryckx B, et al. *Neonatal and neurodevelopmental outcome of children aged 3-10 years born following assisted oocyte activation*. Reprod Biomed Online 2014; 28(1): 54-63.
- 12- Montag M, Köster M, van der Ven K, Bohlen U, van der Ven H. *The benefit of artificial oocyte activation is dependent on the fertilization rate in a previous treatment cycle*. Reprod Biomed Online 2012; 24(5): 521-26.
- 13- Yanagida K, Morozumi K, Katayose H, Hayashi S, Sato A. *Successful pregnancy after ICSI with strontium oocyte activation in low rates of fertilization*. Reprod Biomed Online 2006; 13(6):801-6.
- 14- Presicce GA, Yang X. *Parthenogenetic development of bovine oocytes matured in vitro*

- for 24 hr and activated by ethanol and cycloheximide. Mol Reprod Dev 1994; 38(4): 380-5.
- 15- Yamano S, Nakagawa K, Nakasaka H, Aono T. *Fertilization failure and oocyte activation*. J Med Invest 2000; 47(1-2): 1-8.
- 16- Vanden Meerschaut F, Nikiforaki D, De Roo C, Lierman S, Qian C, Schmitt-John T, et al. *Comparison of pre- and post-implantation development following the application of three artificial activating stimuli in a mouse model with round-headed sperm cells deficient for oocyte activation*. Hum Reprod 2013; 28(5): 1190-98.
- 17- Deemeh MR, Tavalaee M, Nasr-Esfahani MH. *Health of children born through artificial oocyte activation: a pilot study*. Reprod Sci 2015; 22(3): 322-8.
- 18- Kim JW, Kim SD, Yang SH, Yoon SH, Jung JH, Lim JH. *Successful pregnancy after SrCl₂ oocyte activation in couples with repeated low fertilization rates following calcium ionophore treatment*. Syst Biol Reprod Med 2014; 60(3): 177-82.
- 19- Hosseini SM, Hajian M, Moulavi F, Shahverdi AH, Nasr-Esfahani MH. *Optimized combined electrical-chemical parthenogenetic activation for in vitro matured bovine oocytes*. Anim Reprod Sci 2008; 108(1-2): 122-33.
- 20- Kim JW, Choi JL, Yang SH, Yoon SH, Jung JH, Lim JH. *Live birth after SrCl₂ oocyte activation in previous repeated failed or low fertilization rates after ICSI of frozen-thawed testicular spermatozoa: case report*. J Assist Reprod Genet 2012; 29(12): 1393-6.
- 21- World Health Organization. *WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- 22- Kheirollahi-Kouhestani M, Razavi S, Tavalaee M, Deemeh MR, Mardani M, Moshtaghan J, et al. *Selection of sperm based on combined density gradient and Zeta method may improve ICSI outcome*. Hum Reprod 2009; 24(10): 2409-16.
- 23- Nasr-Esfahani MH, Razavi S, Javdan Z, Tavalaee M. *Artificial oocyte activation in severe teratozoospermia undergoing intracytoplasmic sperminjection*. Fertil Steril 2008; 90(6): 2231-37.
- 24- Yang XY, Wang J, Liu JY, Gao Y, Zhou ZM, Sha JH, et al. *Pregnancy outcome after intracytoplasmic sperm injection with strontium oocyte activation in a globozoospermic patient*. Asian J Androl 2012; 14(2): 341-3.
- 25- Heindryckx B, De Gheselle S, Gerris J, Dhont M, De Sutter P. *Efficiency of assisted oocyte activation as a solution for failed intracytoplasmic sperm injection*. Reprod Biomed Online 2008; 17(5): 662-8.
- 26- Rybouchkin AV, Van der Straeten F, Quatacker J, De Sutter P, Dhont M. *Fertilization and pregnancy after assisted oocyte activation and intracytoplasmic sperm injection in a case of round-headed sperm associated with deficient oocyte activation capacity*. Fertil Steril 1997; 68(6): 1144-47.

- 27- Borges E Jr, de Almeida Ferreira Braga DP, de Sousa Bonetti TC, Iaconelli A Jr, Franco JG Jr. *Artificial oocyte activation using calcium ionophore in ICSI cycles with spermatozoa from different sources.* Reprod Biomed Online 2009; 18(1): 45-52.
- 28- Nasr-Esfahani MH, Tavalaee M, Deemeh MR, Arbabian M, Parrington J. *Can assessment of Total acrosin activity help predict failed or low fertilization rate ICSI for implementation of artificial oocyte activation?* The Open Andrology J 2010; 2: 19-26.
- 29- Zhang D, Pan L, Yang LH, He XK, Huang XY, Sun FZ. *Strontium promotes calcium oscillations in mouse meiotic oocytes and early embryos through InsP3 receptors, and requires activation of phospholipase and the synergistic action of InsP3.* Hum Reprod 2005; 20(11): 3053-61.

Evaluation of comparison of clinical outcome treated oocyte with ionomycin and strontium chloride in infertile couple with previous failed in vitro fertilization

Marziyeh Norozi-Hafshejani¹, Marziyeh Tavalaee^{*2},
Mohammad Hossein Nasr- Esfahani^{3,4}

Original Article

Introduction: Several factors are involved in failed fertilization following intracytoplasmic sperm injection (ICSI), which could be related to sperm, oocyte factors and/or both. Failure in oocyte activation is considered as the most important factor in failed fertilization after ICSI. To overcome this shortcoming, artificial oocyte activation (AOA) after ICSI has been suggested. Commonly, ionomycin and strontium chloride are used as the most efficient agents for oocyte activation in the clinic. In this study, for the first time, the clinical results of ionomycin and strontium chloride were compared on sister oocytes of couples who previously have had fertilization failure after ICSI.

Methods: In this intervention study, 14 couples with male factor infertility and previous failed fertilization after ICSI were included in this study. Oocytes of their wives were divided into two groups. Half of the oocytes after ICSI were treated with ionomicin and other half were treated with strontium chloride. Then, fertilization rate, embryo quality and pregnancy status were compared through SPSS 18 software, Paired sample t-test and chi-square test.

Results: Percentage of fertilization rate was significantly higher in oocytes that were activated using strontium chloride compared to those that were activated with ionomycin ($p<0.0001$). Although, the pregnancy rate was insignificantly higher in strontium chloride group than ionomycin group ($p=0.387$), but the quality of embryo was similar between the two groups ($p=0.924$).

Conclusion: In infertile men with previous failed fertilization after ICSI, the use of strontium chloride can also be recommended for oocyte activation.

Keywords: Artificial oocyte activation; Ionomycin; Strontium chloride; ICSI

Citation: Norozi- Hafshejani M, Tavalaee M, Nasr- Esfahani MH. Evaluation of comparison of clinical outcome treated oocyte with Ionomycin and strontium chloride in infertile couple with previous failed in vitro fertilization. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2019; 27(2): 1280-89

^{1,2,3} Department of Reproductive Biotechnology, Reproductive Biomedicine Research Center, Royan Institute for Biotechnology, ACECR, Isfahan, Iran.

⁴ Isfahan Fertility and Infertility Center, Isfahan, Iran.

*Corresponding author: Tel: 03195015682, email: Tavalaee.m@royaninstitute.org