

## بررسی مقایسه ای سطح آنتی‌بادی سرمی ضد کلامیدیایی در بیماران نابارور با فاکتور لوله‌ای و غیر لوله‌ای

زهرا بصیرت (M.D.)<sup>+</sup> مجید شربتداران (M.D.)<sup>\*\*</sup> فاطمه منتظر (M.S.T.)<sup>\*\*\*</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** کلامیدیا تراکوماتیس از شایع‌ترین علل بیماری‌های منتقله از راه جنسی در اکثر کشورها می‌باشد. این ارگانیسم ممکن است برای مدت طولانی در بافت تناسلی باقی مانده و آسیب مخفی ولی پیشرونده در لوله‌ها ایجاد کند. این مطالعه به ارزیابی مقایسه‌ای آنتی‌بادی‌های کلامیدیایی در نازایی با علل لوله‌ای و غیر لوله‌ای پرداخته است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مورد-شاهدی ۲۸ بیمار نازا با فاکتور لوله‌ای و ۲۸ بیمار نازای دیگر با فاکتور غیر لوله‌ای و ۳۰ فرد بارور، وارد مطالعه شدند. وجود یا عدم وجود فاکتور لوله‌ای با دید مستقیم توسط لاپاراسکوپی تأیید شد، سپس عیار آنتی‌بادی ضد کلامیدیایی IgA و IgG در تمام افراد به روش Elisa در یک آزمایشگاه اندازه‌گیری شد. اطلاعات لازم جمع‌آوری گردید و از طریق نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری دقیق فیشر (Fisher's exact)، مجذور کای (chi-square) و آزمون تی (T-test)، من ویتنی (Mann - Whitney) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** عیار مثبت IgG افراد نازا با فاکتور لوله‌ای بیش‌تر بوده، لیکن بین سه گروه اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است (P=۰/۲۹۴) ولی عیار مثبت IgA در موارد نازایی با علل غیر لوله‌ای شایع‌تر بوده است (P=۰/۰۰۷). عیارهای مثبت و منفی IgA (P=۰/۲۲۴) و IgG (P=۰/۲۷۳) در بیماران بارور و نابارور اختلاف معنی‌داری نداشته است. همچنین عیارهای مثبت و منفی IgA و IgG در بیماران با سابقه مثبت یا منفی بیماری‌های التهابی لگن (PID) اختلاف معنی‌داری نداشتند. (P>۰/۰۵)

**استنتاج:** عیار مثبت آنتی‌بادی IgA و IgG با نازایی به علت فاکتور لوله‌ای ارتباط نداشته است.

**واژه‌های کلیدی:** نازایی، فاکتور لوله‌ای، آنتی‌بادی کلامیدیایی

### مقدمه

کلامیدیا تراکوماتیس یک باکتری داخل سلولی اجباری است که در سلول‌های استوانه‌ای و ترانزیشنال رشد می‌کند. این باکتری یک انگل انسانی می‌باشد و به شدت قابلیت سازگاری داشته و به تغذیه و انرژی میزبان وابسته می‌باشد (۱).

کلامیدیا تراکوماتیس شایع‌ترین باکتری منتقله از

<sup>+</sup> بابل: چهار راه فرهنگ- بیمارستان شهید یحیی نژاد، دفتر بخش زنان  
Email: Zahra\_Basirat@yahoo.com

\* متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل

<sup>\*\*\*</sup> دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

\*\* متخصص پاتولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل

تاریخ تصویب: ۸۵/۶/۱۵

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۵/۲/۲۶

تاریخ دریافت: ۸۴/۷/۲۶

آنتیبیک بروز می‌کنند. بین عفونت کلامیدیایی و نازایی با فاکتور لوله‌ای در خانم‌های با یا بدون تاریخچه PID ارتباط وجود دارد(۶). جیجسن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، سطح IgG کلامیدیایی را در ۳۹ بیمار که توسط لاپاراسکوپی، آسیب شناسی در لوله داشتند همزمان با لاپاراسکوپی و ۷-۴ سال بعد اندازه‌گیری نمودند. در تعدادی از بیماران کاهش در سطح آنتی‌بادی به وجود آمد لیکن هرگز سطح آن به حد غیرقابل اندازه‌گیری نمی‌رسید و نتیجه‌گیری کردند که کاهش سطح IgG موجب منفی کاذب شدن عیار آنتی‌بادی نمی‌شود(۷). با توجه به اهمیت عفونت کلامیدیایی در فاکتور لوله‌ای در افراد نازا، آنتی‌بادی عفونت کلامیدیایی در نازایی با فاکتور لوله‌ای و نازایی با علل غیرلوله‌ای با یکدیگر مقایسه شد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه مورد-شاهدی بر روی زنان نابارور با فاکتور لوله‌ای، زنان نابارور به علل غیر لوله‌ای و افراد بارور سالم به عنوان گروه کنترل در مرکز نازایی بیمارستان فاطمه‌الزهرای بابل انجام شد. در این مطالعه ۲۸ زن مبتلا به نازایی با فاکتور لوله‌ای به عنوان علت ناباروری (که انسداد لوله آنها توسط لاپاراسکوپی تأیید گردید)، ۲۸ زن نابارور با علل دیگر نازایی و ۳۰ زن بارور سالم وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه (inclusion criteria) در زنان نابارور وجود یا عدم وجود فاکتور لوله‌ای بوده که فاکتور لوله‌ای در تمام افراد نازا، حین لاپاراسکوپی با تزریق متیلن بلو از طریق دهانه رحم و با دید مستقیم از طریق لاپاراسکوپ در صورت عدم خروج آن از طریق لوله‌ها و بررسی از نظر تجمع مایع و چسبندگی اطراف لوله، تأیید شد. معیارهای خروج (Exclusion criteria) شامل افرادی بود که

راه جنسی به شمار می‌رود که موجب عفونت لگنی در زنان می‌شود. اگرچه زنان در سنین ۱۵-۲۵ سالگی در بیشترین خطر قرار دارند، تمامی زنان فعال از لحاظ جنسی در معرض خطر ابتلا به این عفونت هستند. وقتی ارگانسیم به بافت پوششی دهانه رحم حمله می‌کند، می‌تواند روی سیستم ایمنی میزبان تأثیر گذاشته و مزمن شود(۲). عفونتهای تشخیص داده نشده و درمان نشده کلامیدیا می‌تواند تا ماه‌ها پایدار بماند. همچنین عفونت می‌تواند به سمت مسیر تناسلی بالاتر حرکت کند و بدون آن که علائم بارزی داشته باشد موجب نازایی و حاملگی خارج رحمی شود(۳). عفونت کلامیدیا را می‌توان به وسیله سلول شناسی در نمونه‌های بالینی، به روش سرولوژیک با نشان دادن عیار آنتی‌بادی کلامیدیایی یا با مجزا کردن ارگانسیم از بافت‌های بدن تشخیص داد(۴). تمام افرادی که در سیر عفونت به سرعت تحت درمان قرار نگرفته‌اند، دارای سطوح قابل اندازه‌گیری آنتی‌بادی شده و در بدن آنها، یک پاسخ ایمنی وابسته به سلولی تحریک می‌گردد. از آنجایی که بسیاری از عفونت‌های کلامیدیایی مزمن هستند، ممکن است نتوان بیماران را در زمان مناسب برای به دست آوردن سرولوژی در مرحله حاد و اثبات بالا بودن عیارهای آنتی‌بادی، به‌دست آورد. عیار بالای آنتی‌بادی، به عنوان یک روش بیماریابی، مطرح کننده عفونت قبلی کلامیدیا بوده و نشان‌دهنده عفونت فعال نیست. لیکن عیارهای بسیار بالای IgG و عیار مثبت IgA معمولاً نشان‌دهنده عفونت اخیر کلامیدیا تراکوماتیس می‌باشد(۵). بر خلاف عفونت‌های گنوره که در سال‌های اخیر در کشورهای توسعه یافته کاهش یافته، هنوز کلامیدیا در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه شیوع فراوان دارد و بیش‌تر موارد عفونت حاد لگنی<sup>۱</sup> (PID) نیز در سال‌های اخیر به صورت بدون علامت یا

2. Gijssen AP

1. pelvic inflammatory disease

است. در این مطالعه عیار آنتی‌بادی IgG, IgA کلامیدیا اندازه‌گیری شد که عیار IgG در ۱۹ نفر مثبت و در ۶۷ نفر منفی و عیار IgA در ۷ نفر مثبت و در ۷۹ نفر منفی بوده است. هیچ کدام از افراد سطح آنتی‌بادی حدواسط نداشتند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و درصد فراوانی عیار آنتی‌بادی کلامیدیایی در گروه‌های مورد مطالعه

P-Value	نرمال	دیگر علل نازایی	گروه‌های آنتی‌بادی +/- مختلف	
			علت لوله‌ای	علت لوله‌ای
۰/۲۹۴	(۸۳/۳٪)۲۵	(۸۲/۱٪)۲۳	منفی	(۶۷/۹٪)۱۹
			مثبت	(۳۲/۱٪)۹
۰/۰۰۷	(۹۶/۷٪)۲۹	(۷۸/۶٪)۲۲	منفی	(۱۰۰٪)۲۸
			مثبت	—

فراوانی عیار مثبت آنتی‌بادی IgG در گروه نازایی با علت لوله‌ای، بیش‌تر بوده لیکن از نظر آماری، مثبت یا منفی شدن عیار آنتی‌بادی IgG بین دو گروه نازایی با علت لوله‌ای، نازایی با علل غیرلوله‌ای، و افراد گروه شاهد اختلاف معنی‌داری نداشت ( $P=0/294$ ). ولی عیار مثبت آنتی‌بادی IgA در افراد با علل غیرلوله‌ای نازایی به طور معنی‌داری بیش‌تر از دیگر گروه‌های مورد بررسی بوده است ( $P=0/007$ ).

در بررسی آنتی‌بادی‌ها در دو گروه بارور و نابارور، عیار مثبت یا منفی آنتی‌بادی IgA ( $P=0/224$ ) یا IgG ( $P=0/273$ ) در دو گروه بارور و نابارور، اختلاف معناداری نداشت. همچنین آنتی‌بادی ضد کلامیدیایی بین گروه نازایی با علت لوله‌ای و غیر لوله‌ای مورد مقایسه قرار گرفت که مثبت شدن عیار آنتی‌بادی IgG در دو گروه مختلف نازایی اختلاف معنی‌دار نداشته است ( $P=0/178$ )، ولی عیار مثبت IgA در گروه نازایی با علل غیرلوله‌ای به طور معنی‌داری بیش‌تر از نازایی با علل لوله‌ای بوده است ( $P=0/012$ ).

فاکتور لوله‌ای به علت آندومترئوز و یا سابقه جراحی لگن داشتند. زنان بارور سالم از میان افرادی انتخاب می‌شدند که طی سه ماه اخیر زایمان داشته و دچار عفونت‌های پس از زایمان نشده، همچنین در معاینه، آثاری از التهاب دهانه رحم نداشته و نیز شواهدی از وجود بیماری‌های التهابی لگنی نداشتند. هدف و چگونگی اجرای طرح برای کلیه شرکت‌کنندگان در طرح توضیح داده شد و پس از اخذ موافقت، وارد مطالعه شدند. ضمناً از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، هزینه‌ای جهت آزمایش‌ها دریافت نشد. سطح آنتی‌بادی‌های IgG و IgA این افراد نیز به روش ELISA (کیت trinity Biotech) در یک آزمایشگاه مورد بررسی قرار گرفت.

سطح آنتی‌بادی IgG, IgA  $< 0/9$  و  $=$  منفی و  $> 1/1$  و  $=$  مثبت و بین  $0/9 - 1/09$  حدواسط (equivocal) تعریف شد. پرسشنامه‌ای طراحی شد و اطلاعات شامل سن زن، مدت نازایی، سابقه وجود یا عدم وجود بیماری‌های التهابی لگن (PID) و دفعات مقاربت در هفته ثبت گردید. داده‌ها رمز گذاری شده و وارد رایانه شدند و از طریق نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری مجذورکای و آزمون دقیق فیشر (Fisher's exact) و آزمون T و من-وینتی (Mann-Whitney) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و ( $P < 0/05$ ) معنی‌دار تلقی گردید.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۸۶ بیمار وارد شدند که شامل: ۲۸ بیمار نازا با علت لوله‌ای، ۲۸ بیمار نازا به علل دیگر، و ۳۰ نفر نیز به عنوان گروه شاهد سالم در نظر گرفته شدند.

میانگین سنی گروه اول  $30 \pm 5/90$  سال، گروه دوم  $28/03 \pm 4/7$  سال و گروه سوم  $29/16 \pm 6/56$  سال بوده

لوله‌ای شده است. بنابراین شناخت افراد IgA مثبت و درمان آنها موجب جلوگیری از آسیب لوله‌ای و نازایی در آینده می‌گردد.

شارما و همکاران (۲۰۰۳) به مطالعه شواهد عفونت کلامیدیایی در زنان نابارور با انسداد لوله فالوپ پرداختند (۸). این مطالعه به این منظور انجام شد که شیوع سرولوژی مثبت کلامیدیا تراکوماتیس را در میان زنان مبتلا به نازایی با علت لوله‌ای مشخص کنند. ۴۰ زن نابارور با علت لوله‌ای (که در پرتونگاری رحم و لوله‌ها و لاپاراسکوپی اثبات شد)، ۲۰ بیمار با نازایی به علل دیگر و ۲۰ زن باردار سالم در سنین باروری انتخاب شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که آنتی‌بادی مخصوص کلامیدیا به طور معنی‌داری در گروه نازایی با علت لوله‌ای (۷۰ درصد) بیش‌تر از موارد مثبت سرولوژی در زنان سالم (۳۵ درصد) و در زنان نازا با علل غیر لوله‌ای (۵۵ درصد) بوده است. ۸۳ درصد زنان با عیار مثبت آنتی‌بادی، تجمع مایع در لوله رحم داشته و ۷۵ درصد زنان چسبندگی‌های واضح لگنی داشتند. بنابراین بین آنتی‌بادی ضد کلامیدیایی سرمی و فاکتور لوله‌ای به عنوان یک علت مهم نازایی ارتباط وجود دارد (۸).

ایدول<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۴)، آنتی‌بادی IgG کلامیدیایی را در زنان و مردان نابارور و زنان باردار به عنوان گروه شاهد اندازه‌گیری کردند که شیوع آن به ترتیب ۲۴/۲، ۲۰/۱، ۱۵/۶ درصد بوده است (۹). حضور آنتی‌بادی IgG در زنان با فاکتور لوله‌ای مرتبط بود ( $p=0/002$ ) و در صورت مثبت بودن IgG در مردان، احتمال حاملگی در زن کم‌تر بوده است ( $p=0/005$ ) (۹).

وست رام<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) عنوان می‌کند در مردان، نازایی پس از اپیدیدیمیت کلامیدیایی ناشی است (۱۰)، در صورتی که بررسی در زنان نابارور نشان‌دهنده آن است که تعداد وسیعی از زنان ممکن است نازایی لوله‌ای را

طول مدت نازایی در افراد با عیار مثبت IgG ( $4/25 \pm 2/57$ ) سال و در افراد با عیار منفی IgG ( $5/35 \pm 3/24$ ) سال بوده است ( $P=0/149$ ) همچنین طول مدت نازایی در افراد با عیار مثبت IgA ( $5/21 \pm 8/08$ ) سال و در افراد با عیار منفی IgA ( $2/61 \pm 4/72$ ) سال بوده است ( $P=0/152$ ).

همچنین عیار آنتی‌بادی‌های مذکور با سابقه PID و دفعات مقاربت در هفته ارتباط آماری معنی‌داری نداشته است ( $P>0/05$ ).

## بحث

این مطالعه به بررسی آنتی‌بادی‌های IgA, IgG ضد کلامیدیایی در دو گروه نازایی به علت لوله‌ای و غیر لوله‌ای و افراد سالم می‌پردازد. در این مطالعه عیار IgG در افراد مبتلا به نازایی با علت لوله‌ای در ۹ نفر (۳۲/۱ درصد) مثبت در افراد با علل دیگر نازایی در ۵ نفر (۱۶/۹ درصد) مثبت و در گروه شاهد نیز در ۵ نفر (۱۶/۷ درصد) مثبت بود اگرچه در افراد با فاکتور لوله‌ای فراوانی عیار مثبت IgG کلامیدیا بالاتر بود، اختلاف بین آنها از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است. همچنین عیار IgA در هیچ‌کدام از افراد با نازایی به علت لوله‌ای مثبت نبود، در حالی که در ۶ نفر (۲۱/۴ درصد) از افراد با نازایی به علل دیگر و یک نفر (۳/۳ درصد) از گروه شاهد عیار آن مثبت بوده است، که اختلاف بین آنها از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ( $p=0/007$ ).

از آن جایی که IgA نشانه عفونت حاد می‌باشد، لذا منفی بودن آن در نازایی با علل لوله‌ای و مثبت بودن آن در افراد با نازایی به علل دیگر، می‌تواند توجیه‌کننده احتمال آسیب و انسداد لوله در آینده به علت سیر آرام و پیشرونده کلامیدیا باشد و افراد IgA مثبت در آینده در معرض خطر آسیب لوله‌ای می‌باشند. همچنین در افراد با انسداد لوله، ابتلا قبلی به کلامیدیا موجب آسیب

1. Sharma  
3. Westrom

2. Idohl

است. و پیشنهاد نمودند از آن جایی که آزمون سرولوژی IgG کلامیدیا تراکوماتیس غیرتهاجمی و ارزان است، همراه با پرتونگاری رحم و لوله‌ها، روش مناسبی جهت تشخیص فاکتور لوله‌ای درنازایی می‌باشد، در نتیجه روش‌های تهاجمی مانند لاپاراسکوپی به تأخیر انداخته می‌شود و یا ضرورتی نمی‌یابد (۱۲).

در مطالعه وین مانز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲) ارزش پیشگویی کننده پرتونگاری رحم و لوله‌ها و آنتی‌بادی کلامیدیایی در تشخیص علل لوله‌ای تقریباً مساوی بوده و از آن جایی که آزمایش‌های آنتی‌بادی برای بیماران مناسب‌تر و آسان‌تر می‌باشد، هنوز هم بایستی در بررسی‌های زوجین نابارور در نظر گرفته شوند (۱۳).

مارادث<sup>۳</sup> (۲۰۰۴)، با بررسی تحقیقات اخیر در زمینه نازایی و فاکتور لوله‌ای عنوان می‌نماید که عفونت کلامیدیایی علت عمده ناباروری لوله‌ای می‌باشد. با این حال، آزمایش‌های ارزیابی آنتی‌بادی، اختصاصیت قبلی خود در ارزیابی انسداد لوله را ندارند که ممکن است به علت تفاوت‌های موجود در فاکتورهای میزبان مانند تنوع ژنتیکی در پاسخ سیتوکینی و نوع آنتی‌ژن لوکوسیت انسانی باشد و از آن جایی که روند ایمونولوژیک پس از درمان آنتی‌بیوتیکی نیز ادامه می‌یابد، بیماریابی و درمان افراد توصیه می‌شود (۱۴).

در مطالعه حاضر میانگین مدت نازایی، ارتباطی با عیارهای مثبت و منفی IgG نداشته است. همچنین عیار آنتی‌بادی‌های مذکور با سابقه PID ارتباطی نداشت. هوباخر<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۴) جهت ارزیابی سابقه عفونت‌های دستگاه تناسلی در پیشگویی آسیب تناسلی لوله‌ای در لاپاراسکوپی، حساسیت، اختصاصیت و ارزش اخباری علائم بیماری التهابی لگنی، ترشحات مهبل، عفونت مسیر دستگاه تناسلی و عفونت کلامیدیا

پس از عفونت داشته باشند که امکان دارد این عفونت، نوعی التهاب لوله بدون علامت باشد و در اکثریت بیماران، شواهد سرولوژیک عفونت قبلی کلامیدیا وجود دارد. واکنش آنتی‌ژن-آنتی‌بادی به پروتئین‌های شوک- گرمایی (heat-shock) کلامیدیا می‌تواند یک عامل مهم آسیب بافتی و ایجاد جوشگاه (Scar) بوده و منجر به نازایی شود (۱۰).

ژرا- اینفانت و همکاران (۲۰۰۳) به ارزیابی روش ایمونوفلورسانس غیرمستقیم (IFA) در کشف آنتی‌بادی IgG کلامیدیا تراکوماتیس برای تشخیص نازایی با فاکتور لوله‌ای پرداختند. در ۱۰۰ بیمار مبتلا به نازایی که تحت لاپاراسکوپی قرار گرفته بودند، نمونه‌های خون و دهانه رحم طی معاینه بالینی برداشته شد. وجود آنتی‌بادی‌های IgG ضد کلامیدیا تراکوماتیس توسط آزمون IFA اثبات شده و وجود عفونت فعال کلامیدیا توسط روش هیبریداسیون اسیدنوکلئیک ارزیابی گردید. حساسیت و اختصاصیت آزمون IFA جهت شناسایی بیماران مبتلا به چسبندگی‌های اطراف آدنکس ۴۵ درصد و ۸۴ درصد بوده است. وی نتیجه‌گیری می‌کند که آزمون آنتی‌بادی راهی مناسب جهت شناسایی بیماران مبتلا به چسبندگی‌های اطراف آدنکس نبوده، لیکن روش بیماریابی مناسبی جهت مشخص نمودن بیماریابی است که نیاز به لاپاراسکوپی دارند. همچنین روش مناسبی جهت تشخیص عفونت کلامیدیایی فعال بوده و انجام مطالعات بیش‌تر، ضروری است (۱۱).

در مطالعه دیگری مقایسه آنتی‌بادی IgG کلامیدیایی و پرتونگاری رحم و لوله‌ها با لاپاراسکوپی در تشخیص فاکتور لوله‌ای در ۷۶ بیمار مطالعه شد. سرولوژی کلامیدیا همراه با HSG دارای حساسیت ۸۰ درصد و اختصاصیت ۸۲/۳ درصد برای فاکتور لوله‌ای، ارزش اخباری مثبت ۸۰ درصد و ارزش اخباری منفی ۸۲ درصد بوده

2. Veenemans  
3. Maradth  
4. Hubacher

1. Guerra-Infante

۳-۴ بار در هفته بود، ۷۸ درصد عیار آنتی بادی مثبت داشتند، در حالی که این میزان در زنانی که ۱-۲ بار در هفته مقاربت داشتند، ۳۴/۷ درصد بوده است (۸).

از نتایج برگرفته از مطالعه حاضر در می‌یابیم اگرچه فراوانی عیار مثبت IgG در افراد نازا با فاکتور لوله‌ای، بالاتر بوده است، از نظر آماری اختلاف معنی‌داری با سایر گروه‌ها مشاهده نشد. همچنین عیار مثبت IgG در افراد نابارور (هر دو گروه نازایی)، نسبت به گروه بارور بیش‌تر بوده اما باز هم از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

در نتیجه عیار مثبت IgA و IgG کلامیدیا نتوانسته نقش مهمی در شناسایی نازایی با فاکتور لوله‌ای داشته باشد و بهتر است در موارد شک به احتمال فاکتور لوله‌ای ارزیابی لوله‌ای به صورت پرتونگاری رحم و لوله‌ها و لاپاراسکوپی انجام شود.

نکته قابل ذکر این که در صورت ارزیابی افراد از نظر آنتی‌بادی کلامیدیایی، شناسایی و درمان زود هنگام بیماران IgA مثبت می‌تواند از انسداد و آسیب احتمالی لوله‌ها در آینده، پیشگیری کند.

### سپاسگزاری

از واحد پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل که حمایت مالی و علمی این طرح تحقیقاتی را عهده دار بوده است و کارکنان مرکز نازایی بیمارستان فاطمه زهرا «س» تقدیر و تشکر می‌گردد.

تراکوماتیس را در اثبات تشخیص آسیب‌شناسی‌های لوله‌ای، مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه نشان داد که آسیب‌شناسی لوله‌ای در ۵۸ درصد موارد و آسیب‌شناسی شدید لوله‌ای در ۲۹ درصد موارد مشاهده شد. هیچکدام از فاکتورها در سابقه بیمار که مربوط به عفونت بودند، پیشگوی مناسبی برای آسیب‌شناسی لوله‌ای نبوده است. وی نتیجه‌گیری می‌کند که گرفتن شرح حال در مورد سابقه عفونت‌های قبلی دستگاه تناسلی بیمار، نقش اندکی در ارزیابی زنان نازا دارد (۱۵). در مطالعه حاضر نیز نکات موجود در شرح حال مانند دفعات مقاربت در هفته و سابقه وجود یا عدم وجود PID، پیشگوی مناسبی برای آسیب‌شناسی لوله‌ای نبوده است.

پااوونن<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) عنوان می‌کند که مهم‌ترین عارضه بیماری‌های منتقله از راه جنسی در زنان، بیماری‌های التهابی لگنی است که موجب ایجاد مشکلات بارز پزشکی، اجتماعی و اقتصادی می‌شود (۶). کلامیدیا تراکوماتیس و نایسریا گنوره یا هر دو، عامل PID در حداقل ۵۰ درصد موارد می‌باشند. ارتباط بین عفونت کلامیدیایی و نازایی با فاکتور لوله‌ای یا حاملگی خارج رحمی در زنان با یا بدون سابقه PID گزارش شده است (۶). همچنین در مطالعه شارما<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) بروز عفونت کلامیدیا در مواردی که سابقه بیماری‌های التهابی لگن وجود داشته، بیش‌تر بوده است (۸).

در این مطالعه دفعات مقاربت در هفته ارتباطی با عیارهای مثبت یا منفی IgA و IgG نداشته است. در مطالعه شارما (۲۰۰۳) از بین زنانی که تعداد دفعات مقاربت آنها

### فهرست منابع

1. Page LA, The rickettsias. In Buchanan RE, Gibbons NE, Bergeyo S. *Manual of determinative bacteriology*. 8<sup>th</sup> Baltimore, Williams Wilkins, 1984; PP: 914-918.
2. Sweet RL, Chlamydial salpingitis and infertility. *Fertil steril* 1982 Nov; 38(5): 530-3.

1. Paavonen  
2. Sharma

3. Quinn TC, Gaydos C, shepherd M, bobo L, hook EW 3<sup>rd</sup>, viscidi R, et al. Epidemiologic and microbiologic correlation of chlamydia trachomatis in sexual partners *JAMA* 1996 Dec;276(21): 1737-42.
4. Lee HH, Cherehsky MA, Schachter J, burczak JD, Andrews WW, Muldoon S, et al. Diagnosis of the chlamydia trachomatis genitourinary infection in woman by different methods. *lancet* 1995 Jan; 345(8944): 213-6.
5. Faro S. chlamydia trachomatis In; faros, soper DE. *Infectious disease in women*. Philadelphia: Saunders co 2001: 453-60.
6. Paavonen J. Immunopathogenesis of pelvic inflammatory disease and infertility what do we know and what shall we do? *J Br Fer soc*, 1996;1(1):42-5.
7. Gijsen AP, Land JA, Goossens VJ, slobbe ME, bruggeman CA. Chlamydia antibody testing in screening for tubal factor subfertility: the significance of IgG antibody decline over time. *Hum Reprod*. 2002; 17 (3): 699-703.
8. Sharma M, sethi S, Daftari S, Malgotra P. Evidence of chlamydial infection in infertile women with fallopian tube obstruction. *Indian J Pathol Microbiol*. 2003; 46(4): 680-3.
9. Idahl A, Boman J, Kumlin U, Olofsson JI. Demonstration of chlamydia trachomatis IgG antibodies in the male partner of the infertile is corrected with a reduced likelihood of achieving pregnancy. *Hum reprod*. 2004; 19(5): 1121-6.
10. Westrom LV. Chlamydia and its effect on reproduction. *J Br Fer soc*: 1996; 1(1): 23-30.
11. Guerra-Infante FM, Carballo-perra R, Zamora- Rubiz A, Lupez- Hurtado M, flores-medina S, contreras GM. Evaluation of the indirect immunofluorescence assay for detecting chlamydia trachomatis as a method of diagnosing tubal factor infertility. *Int J Fertil Womens Med*. 2003; 48(2): 74-82.
12. Bernstein RC, Yalcinkaya TM. Utilizing chlamydia trachomatis IgG serology with HSG to diagnose tuboperitoneal factor infertility. *WV med J*. 2003; 99(3): 105-7.
13. Veenemans LM, vander linden PJ. The value of chlamydia trachomatis antibody testing in predicting tubal factor infertility. *Hum Reprod* 2002; 17(3): 695-8.
14. Mardth PA. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis. *Curr. opin infect dis*. 2004; 17(1): 49-52.
15. Hubacher D, Grimes D, lara-ricalde R, dela jara J, Garcia- Luna A. The limited clinical usefulness of taking a history in the evaluation of women with tubal factor infertility. *Fertil steril* 2004: 81(1): 6-10.