


Evaluation of factors involved in Recurrent Miscarriages

ARTICLE INFO

Article Type

Review Article

Authors

Marziyeh Mohammadi, MSC.^{1,2}
Seyedeh Raziye Sadat Shirazi, MSC.^{1,2}
Parisa Derogar, MSC.^{1,2}
Atiyeh Dadashi, BSC.^{1,2}
Samaneh Mohammadi, MSC.^{1,2}
Tamouchin Moharrami, Ph.D.^{1,2} * 

¹ Sarem Fertility & Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences
² Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran (IUMS)

*Corresponding Author

Sarem Fertility and Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran
Postal code: 1396956111
Phone: +98 (021) 44670888
Fax: +98 (021) 44670432
E-mail address: tamochinmoh@gmail.com

Article History


Received: November 26, 2021
Accepted: December 13, 2021
e Published: August 06, 2022

ABSTRACT

Introduction: Recurrent Spontaneous Abortion (RSA) is a common occurrence present in approximately 15 to 20% of clinically detectable pregnancies. Recurrent Spontaneous Abortion is still one of the most challenging reproductive issues globally. It is one of the most common pregnancy complications. Recurrent miscarriage refers to two or more miscarriages in a row before the twentieth week of pregnancy. Recurrent Spontaneous abortions are classified into primary and secondary categories. In primary recurrent miscarriages, a successful pregnancy has never occurred, but in secondary cases, recurrent miscarriages occur after live birth. Causes of recurrent miscarriages can be a variety of causes including chromosomal and genetic disorders, anatomical defects, congenital or acquired changes in uterine anatomy, immunological disorders, hereditary thrombophilia, infection, various hormonal disorders, obesity, and true antiphospholipid syndrome. This review article highlights the current understanding of the various etiologies of Recurrent Spontaneous miscarriages, including anatomical defects, genetic disorders, immunological disorders, thrombophilia, and infection.

Keywords: Recurrent Spontaneous Abortion; Anatomical Defects; Chromosomal and Genetic Disorders; Immunological Disorders; Thrombophilia; Infection.

بررسی فاکتورهای دخیل در سقط های مکرر خود به خودی

مرضیه محمدی^{۱،۲}، سیده راضیه سادات شیرازی^{۱،۲}، پریسا دروگر^{۱،۲}، عطیه داداشی^{۱،۲}، سمانه محمدی^{۱،۲}، تموجین محرمی^{۱،۲} * 

^۱ مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم (SAFIR)، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
^۲ پژوهشکده سلولی و مولکولی و سلول های بنیادی صارم (SCRC)، بیمارستان فوق تخصصی صارم، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: تقریباً ۱۵ درصد از تمام بارداری های شناخته شده بالینی منجر به سقط های خودبخودی می شوند. سقط های مکرر خودبخودی هنوز یکی از مهم ترین معضلات تولید مثل در جهان و از شایع ترین عوارض بارداری محسوب می شود. این پدیده به بروز دو سقط یا بیشتر، قبل از هفته بیستم حاملگی به صورت متوالی اطلاق می گردد. این سقط ها را می توان به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم کرد. در سقط های مکرر اولیه، هیچگاه بارداری موفقیت آمیز روی نداده است، ولی در موارد ثانویه پس از یک تولد زنده سقط های مکرر رخ می دهد. علل مختلفی از جمله: اختلالات کروموزومی و ژنتیکی، نواقص آناتومیک، تغییرات مادرزادی یا اکتسابی در آناتومی رحم، اختلالات ایمونولوژیک، ترومبوفیلی ارثی، عفونت، بیماری های هورمونی، چاقی و سندرم آنتی فسفولیپید می توانند سبب این پدیده گردند. این مقاله مروری، درک فعلی علل مختلف دخیل در سقط مکرر خودبخودی را برجسته می کند و اتیولوژی های مختلفی از جمله: نواقص آناتومیک، اختلالات ژنتیکی، اختلالات ایمونولوژیک، ترومبوفیلی و عفونت ها را مورد بررسی قرار می دهد.

کلید واژه ها: سقط مکرر خودبخودی؛ نواقص آناتومیک؛ اختلالات کروموزومی و ژنتیکی؛ اختلالات ایمونولوژیک؛ ترومبوفیلی؛ عفونت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۲

* نویسنده مسئول: تموجین محرمی

مقدمه

سقط های مکرر خودبخودی^۱ هنوز یکی از مهم ترین معضلات تولید مثل در جهان و از شایع ترین عوارض بارداری محسوب می شود. سقط مکرر خودبخودی به بروز دو سقط یا بیشتر، قبل از هفته بیستم حاملگی به صورت متوالی اطلاق می گردد^{۱،۲}. در سال ۲۰۰۹، انجمن آمریکایی

پزشکی باروری^۳ این وضعیت را با وقوع دو یا تعداد بیشتر سقط جنین متوالی تعریف کرد. اگرچه هنوز این اختلاف نظر وجود دارد که افراد دارای دو یا سه سقط و بیشتر به عنوان مبتلایان به سقط مکرر در نظر گرفته شوند، اکثر پزشکان بر ارزیابی اولیه بعد از دومین سقط تاکید دارند، چرا که تفاوت قابل توجهی در استعداد ابتلا به RSA بین بیمارانی با دو سقط و دفعات سه سقط یا بیشتر وجود ندارد. این وضعیت که هم برای زوج درگیر و هم برای پزشک چالش های زیادی به همراه دارد، ۱ تا ۵ درصد از زنان در سنین باروری را تحت تأثیر قرار می دهد^{۴،۵،۶}.

این سقط ها به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می شوند. در سقط های مکرر اولیه، هیچگاه بارداری موفقیت آمیز روی نداده است، در صورتی که در موارد ثانویه پس از یک تولد زنده سقط های مکرر رخ می دهد^{۶،۷}. سقط مکرر خودبخودی تقریباً در ۱۵ تا ۲۰ درصد بارداری های قابل تشخیص بالینی اتفاق می افتد^۷. علیرغم مطالعات انجام شده در کلینیک های زنان و زایمان و مراکز باروری درون آزمایشگاهی^۳ در سرتاسر جهان در رابطه با عوارض زایمان زودرس، درک ضعیفی از اتیولوژی سقط مکرر وجود دارد^۸. به طوری که تقریباً در ۵۰ درصد زوج های دارای سقط با وجود ارزیابی کامل، اتیولوژی آن ها ناشناخته می ماند^۹. به همین علت آن ها جزء موارد با علت ناشناخته طبقه بندی می شوند؛ بنابراین، هنوز رویکردهای پیشگیری، تشخیص و درمان موثری یافت نشده است. آنچه که مسلم است مشاوره ژنتیکی قبل از بارداری و قبل از تولد، موثرترین راه برای بیماران دارای سقط مکرر می باشد^۹. همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، بیشترین علل سقط مکرر جنین شامل: اختلالات کروموزومی و ژنتیکی، نواقص آناتومیک و تغییرات مادرزادی یا اکتسابی در آناتومی رحم، اختلالات ایمونولوژیک (اتوایمیون و آلوایمیون)^۴، ترومبوفیلی و عفونت ها هستند که در این مقاله تمامی علل فوق مورد بررسی قرار گرفته است^{۱۰،۱۱}.

جدول شماره ۱: شیوع علل احتمالی سقط مکرر^{۱۲}

اتیولوژی	شیوع (درصد)
آناتومیک	۱۰ تا ۵۰
ژنتیک	۵
ایمونولوژیک	۶۰
ترومبوفیلی	۱۷
عفونت	۵
علل متفرقه	۲

اختلالات آناتومیک

مدتی است که ناهنجاری های ساختمانی رحم به عنوان یکی از علل سقط مکرر در مشکلات مامایی شناخته شده اند^{۱۲}. ناهنجاری های آناتومیک رحم می توانند اکتسابی یا مادرزادی باشند و یا به دنبال عفونت یا ترومای مکانیکی رخ دهند^{۱۳}. عوامل رحمی با از دست دادن بارداری

^۲ American Society for Reproductive Medicine (ASRM)

^۳ In Vitro Fertilization (IVF)

^۴ Autoimmune and Alloimmune Disorders

رحم سپتومدار

رحم سپتومدار شایع ترین ناهنجاری رحم مرتبط با سقط های مکرر خودبخودی است. ایجاد این ناهنجاری در نتیجه نقص در جذب بافتی است که قبل از هفته بیستم جنینی دو مجرای مولر را به هم متصل می کند^[۱۷، ۱۸]. رحم کمانی یا آرکوئیت^۲ نشان دهنده خفیف ترین شکل جذب ناقص بافتی است و برخلاف سپتوم، از نظر بالینی ناهنجاری پرخطری تلقی نمی شود^[۱۹]. در این ناهنجاری، قسمت بالایی رحم که از بیرون نمای محدب دارد، یک فرورفتگی به داخل رحم ایجاد شده که این فرورفتگی می تواند خفیف یا شدید باشد. سپتوم جزئی، از بالای حفره آندومتر به سمت دهانه رحم امتداد می یابد و منجر به تقسیم نسبی حفره رحم می شود، در حالی که یک سپتوم کامل، به داخل دهانه رحم می رسد و حفره رحم را کاملاً به دو قسمت تقسیم می کند و ممکن است تا فوندوس رحم پیش رود و یا تا سوراخ سرویکس امتداد یابد. در نتیجه، این رحم دارای یک سرویکس واحد، یک فوندوس پهن و دو حفره رحمی است که با یک بافت نسبتاً بدون عروق از یکدیگر مجزا شده اند. سپتوم جزئی، سبب ناباروری نمی شود، اما بعد از حاملگی هر چه سپتوم بزرگتر باشد، خطر سقط خودبخود مکرر افزایش می یابد. بنابراین، رحمی که دارای یک سپتوم کامل است با افزایش خطر زایمان زودرس و نمایش بریج^۳ روبرو است و مکانیسمی که رحم سپتومدار باعث سقط می شود دقیقاً مشخص نشده است. یکی از نظریه های پیشنهاد شده این است که سپتوم تشکیل شده از بافت فیبری-عضلانی، دارای خون رسانی ناکافی به دیواره می باشد که ممکن است منجر به لانه گزینی ضعیف، اختلال در اتساع رحم، ضعف دهانه رحم، یا کاهش حساسیت به هورمون های استروئیدی و در نتیجه از دست دادن بارداری گردد^[۱۸]. بررسی ها در مورد تأثیر رحم سپتومدار بر نتایج باروری محدود است و عمدتاً شامل مطالعات مشاهده ای و توصیفی می باشد. در یک مطالعه، مورفولوژی رحم در ۱۰۸۹ زن بدون ناباروری یا سقط های مکرر خود به خودی ارزیابی شد. در این گروه، تعداد ۹۸۳ زن دارای حفره رحم طبیعی و ۲۹ زن دارای سپتوم جزئی بودند. میزان سقط جنین سه ماهه اول در زنان دارای رحم سپتوم دار در مقایسه با زنان دارای حفره رحم طبیعی بیشتر بود (۴۲ درصد در مقابل ۱۲ درصد، $P < 0.01$). در صورتی که تفاوتی در میزان سقط جنین سه ماهه دوم یا زایمان زودرس در گروه سپتومدار نسبت به گروه کنترل مشاهده نشد (از دست دادن سه ماهه دوم ۳،۶۵ درصد در مقابل ۳،۵ درصد؛ زایمان زودرس ۱۰،۵ درصد در مقابل ۶،۲ درصد)^[۲۰].

رحم دوشاخ

رحم دوشاخ دومین ناهنجاری شایع مرتبط با سقط های مکرر خود به خودی است^[۲۱]. این ناهنجاری ناشی از به هم پیوستن ناقص مجاری

سه ماهه اول و دوم و سایر عوارض مامایی از جمله زایمان زودرس، ناقص بودن جنین و افزایش نرخ سزارین مرتبط هستند. تخمین زده می شود که ناهنجاری های آناتومیک رحم ممکن است ۱۰ تا ۵۰ درصد از سقط های مکرر خودبخودی را به خود اختصاص دهند^[۱۴]. ناهنجاری های شایع رحم مرتبط با سقط مکرر بارداری در جدول شماره ۲ ذکر گردیده است.

جدول شماره ۲: ناهنجاری های شایع رحم مرتبط با سقط مکرر بارداری ۱۶

اکتسابی	مادرزادی
میوم رحم	رحم سپتومدار ^۵
چسبندگی های شاخ داخل رحمی	رحم تک شاخ ^۶
پولیپ اندومتر	رحم دوشاخ ^۷
	رحم دیدلفیس ^۸

ناهنجاری های مادرزادی رحم

ناهنجاری های مادرزادی رحم در طی روند تکامل غیر طبیعی مجاری مولرین^۹ به وجود می آیند. تمایز جنسی در ابتدا در دوره جنینی شروع می شود و تا هفته ششم، دستگاه تناسلی مذکر و مؤنث یکسان است و بعد از آن در غیاب بیضه ها، و فقدان دو هورمون تستوسترون و مهارکننده مولرین^{۱۰}، دو مجاری ولف^۱ شروع به تحلیل رفتن می کنند و اجازه رشد مجاری مولرین را می دهند. طی روند تکامل، رحم از اتصال بخشی از لوله های دو طرفه (مجاری مولرین) تشکیل می شود^[۱۵]. از بین رفتن دیواره های این مجاری در طول محل تقابل آن ها سبب تشکیل حفره داخل رحمی، دو مجاری اندوسرویکال و بخش فوقانی واژن می شود. ناهنجاری های مادرزادی رحم ممکن است به صورت اتصال ناقص مجرای مولرین، جذب ناکامل دیواره و ناهنجاری سرویکس باشند. تصور می شود حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد از سقط ها به دلیل نقایص اتصالی مجاری مولرین ایجاد می شوند و بیشتر با رحم سپتومدار در ارتباط هستند. تاکنون علت چنین اختلالاتی در بسیاری از موارد شناخته نشده است^[۱۲]. ناهنجاری های مادرزادی رحم مرتبط با سقط های مکرر خودبخودی شامل: رحم سپتومدار^۵، رحم تک شاخ^۶، رحم دوشاخ^۷ و رحم دیدلفیس^۸ است. بررسی های انجام شده بیانگر این است که ناهنجاری های مادرزادی رحم در حدود ۱۲،۶ درصد از بیماران با سقط مکرر در مقایسه با ۴،۳ درصد از زنان باردار وجود دارد^[۱۶].

- Septate Uterus^۵
- Unicoruate (Hemiteruter) Uterus^۶
- Bicornuate Uterus^۷
- Didelphys Uterus^۸
- Mullerian Ducts^۹
- Anti-Mullerian Hormone (AMH)^{۱۰}
- Wolffian Ducts^{۱۱}

مجله تحقیقات پزشکی صارم

^{۱۲} Arcuate Uterus
^{۱۳} Breech Presentation

از دست دادن بارداری به دلیل آندومتر ناکافی برای حمایت از رشد جنین شود^[۳۴]. چسبندگی‌ها معمولاً در اثر جراحی‌های قبل داخل رحمی، مانند اتساع و کورتاژ^{۱۴}، هیستروسکوپی یا میومکتومی با ورود حفره رحم ایجاد می‌شوند. بافت گرانوله روی دیواره‌های مخالف رحم می‌تواند جوش بخورد و چسبندگی‌های لایه‌ای و متراکم ایجاد کند. چسبندگی دیواره‌های رحم ممکن است منجر به محو شدن جزئی یا کامل حفره رحم شود و همچنین منجر به بی‌نظمی قاعدگی، درد چرخه‌ای لگن، ناباروری و سقط‌های مکرر خودبخودی گردد^[۳۵]. در مطالعه‌ای بر روی ۸۵ زن با تشخیص چسبندگی داخل رحمی، ۷۲ زن (۸۴٫۷ درصد) سابقه ناباروری و ۱۳ زن (۱۵٫۳ درصد) سابقه سقط مکرر بارداری داشتند^[۳۶].

عوامل ژنتیکی

تمامی فاکتورهای ژنتیکی، به ناهنجاری‌های کروموزومی، واریانت‌های تعداد کپی^{۱۷} (حذف‌شدگی‌ها و مضاعف‌شدگی‌ها)^{۱۸} اختلالات تک‌ژنی، بیماری‌های کمپلکس و چندعاملی و اختلالات اپی‌ژنتیکی^{۱۹} تقسیم بندی می‌شوند. در بین فاکتورهای ژنتیکی، ناهنجاری‌های کروموزومی بسیار مورد توجه هستند، زیرا می‌توانند باعث شکست در باروری، سقط‌های مکرر و شکست در استفاده از روش‌های کمک باروری^{۲۰}، گر زوج‌های نابارور گردند^[۳۷، ۳۸]. ناهنجاری‌های کروموزومی والدین از دلایل ژنتیکی مهم سقط‌های مکرر خودبخودی به شمار می‌روند^[۳۹] که نقش آن‌ها در بروز سقط جنین در سه ماهه اول کاملاً اثبات شده است^[۴۰]. وجود ناهنجاری‌های کروموزومی والدین ممکن است منجر به Crossover در پیشرفت میوز شود که ممکن است منجر به ایجاد گامت‌های معیوب شود. پس از لقاح، پیامدهای بالینی حاملگی با عدم تعادل کروموزومی معمولاً برای جنین در حال رشد کشنده است و منجر به مرگ جنین می‌شود^[۴۱]. برخلاف جابه‌جایی‌های کروموزومی مرسوم، واریانت‌های چندشکلی نیز ممکن است نقش مهمی در جریان از دست دادن بارداری مکرر^{۲۱} داشته باشند^[۴۲]. ناحیه هتروکروماتین^{۲۲} کروموزوم‌ها شامل توالی‌های بسیار تکراری است و چندین مطالعه اخیر نشان می‌دهد که پلی‌مورفیسم در این نواحی ممکن است اثرات بالینی مانند RPL یا ناباروری داشته باشد^[۴۳]. به خوبی شناخته شده است که هتروکروماتین کروموزوم‌ها در اتصال دوک‌ها به کروموزوم‌ها، حرکت کروموزوم‌ها در امتداد دوک‌ها، جفت شدن میوز کروموزوم‌ها و انسجام خواهر-کروماتید^{۲۳} مفید است. بازوی کوتاه کروموزوم‌های آکروسنتریک^{۲۴} نیز از هتروکروماتین تشکیل شده است. هرگونه تغییر در

مولرین می‌باشد که ممکن است تقسیمات جزئی و کامل حفره رحم رخ دهد. با رحم دوشاخ جزئی، بخش یکپارچه از بخش تحتانی رحم وجود دارد و با رحم دوشاخ کامل، دو حفره رحم جداگانه مشاهده می‌شود^[۴۴]. تشخیص بالینی این ناهنجاری، وجود حفره رحمی قلبی شکل یا دو حفره رحمی که توسط میومتر از یکدیگر جدا می‌شوند؛ اما به هم مرتبط هستند و یک سرویکس واحد است. Heinonen و همکاران در سال ۱۹۸۲ شیوع ۲۹ درصدی زایمان زودرس را در خانم‌های دارای رحم دوشاخ ناقص و شیوع ۶۶ درصدی آن را در خانم دارای رحم دوشاخ کامل گزارش کردند^[۴۵]. یک مطالعه سیستمیک (در سال ۲۰۱۴) نشان داد که زنان دارای رحم دوشاخ کامل در معرض خطر سقط جنین در سه ماهه اول (RR 2.32، ۹۵ درصد فاصله اطمینان 1.05-5.13 (CI))، بر اساس شش مطالعه) و سه ماهه دوم (RR 2.90، ۹۵ درصد-CI 1.56-5.41، بر اساس چهار مطالعه) هستند^[۲۴، ۲۵]. در مجموع، میزان سقط خودبخود تقریباً ۳۲ درصد، تولد نارس ۲۱ درصد و میزان بقای جنین در حدود ۶۳ درصد گزارش گردید. دو اختلال دیگر مادرزادی رحمی که منجر به سقط خودبخودی جنین می‌شوند شامل: رحم دیدلفیس و رحم تک‌شاخ می‌باشد. بررسی پیامدهای بارداری در زنان مبتلا به رحم دیدلفیس، نرخ سقط خودبخودی ۳۲ درصد و نرخ تولد زودرس را ۲۸ درصد نشان دادند^[۱۶، ۲۶]. در زنان دارای رحم تک‌شاخ، نرخ سقط خودبخود در سه ماهه اول ۲۴ درصد و نرخ زایمان زودرس ۲۰ درصد گزارش گردید^[۲۷].

ناهنجاری‌های اکتسابی رحم

ناهنجاری‌های اکتسابی رحم مانند میوم رحم، پولیپ آندومتر و چسبندگی داخل رحمی نیز از عوامل سقط‌های مکرر خودبخودی هستند^[۲۸]. طی بررسی‌های انجام شده، مشاهده شد که میوم زیر مخاطی با کاهش باروری همراه است و درمان آن‌ها باعث بهبود میزان بارداری می‌شود. مطالعات مورد-شاهدی نشان دادند که کاهش میزان بارداری و لانه‌گزینی در بیمارانی که تلاش می‌کنند خودبخود باردار شوند یا تحت سیکل IVF قرار گیرند، با میوم‌های زیرمخاطی مرتبط هستند^[۲۹-۳۱]. چندین مکانیسم بالقوه که توسط آن‌ها میوم‌ها بر لانه‌گزینی جنین و حاملگی مداوم تأثیر می‌گذارند، پیشنهاد شده است. این مکانیسم‌ها شامل التهاب مزمن آندومتر، عروق غیر طبیعی، افزایش انقباض رحم و الگوهای غدد درون‌ریز موضعی غیر طبیعی است^[۳۲]. با وجود اینکه پولیپ آندومتر در زنان مبتلا به سقط‌های مکرر خودبخودی یافت شده است؛ اما شواهد واضحی وجود ندارد که پولیپ آندومتر منجر به از دست دادن بارداری شود. اگرچه مطالعه کافی برای نشان دادن مزیت پولیپکتومی^{۱۴} در سقط‌های مکرر خودبخودی وجود ندارد، برداشتن پولیپ‌های بزرگتر ممکن است در زنان مبتلا به سقط‌های مکرر خودبخودی و بدون علت شناخته شده دیگری، به عنوان یک درمان در نظر گرفته شود^[۳۳]. چسبندگی‌های داخل رحمی^{۱۵} ممکن است منجر به

- ^{۱۶} Dilation and Curettage (D&C)
- ^{۱۷} Copy Number Variant (CNV)
- ^{۱۸} Deletions and Duplications
- ^{۱۹} Epigenetic
- ^{۲۰} Assisted Reproductive Technology (ART)
- ^{۲۱} Recurrent Pregnancy Loss (RPL)
- ^{۲۲} Heterochromatin
- ^{۲۳} Sister Chromatids
- ^{۲۴} Acrocentric Chromosome

^{۱۴} Polypectomy
^{۱۵} Synechiae

شامل یک فرد ناقل (جایگاهی ها و وارونگی های متعادل و رابرتسونین)^{۳۷} بودند. حامل ناهنجاری های کروموزوم ساختاری متعادل در زوج هایی که سقط مکرر داشتند در مقایسه با جمعیت عادی (۰,۳۴ درصد) حداقل ۱۰ برابر بیشتر بود^[۴۷]. ثابت شده است که در زوجین با ناهنجاری های ساختمانی کروموزومی-جایگاهی متعادل کروموزومی و ترانسلوکاسیون رابرتسونین، علیرغم خطر بالای سقط جنین، شانس داشتن فرزند سالم در این ها با افراد بدون ترانسلوکاسیون برابر است^[۵۰-۵۲].

ناهنجاری های ساختاری متعادل کروموزومی در نتیجه عدم جدا شدن کروموزوم ها رخ می دهد. جایگاهی های دوطرفه در زوج هایی با سقط های مکرر خودبخودی با فراوانی حدود ۷ درصد اتفاق می افتد، در صورتی که در جمعیت عادی ۱ در هر ۶۰۰ نفر رخ می دهد^[۵۳]. اولین مشخصه جایگاهی های دوطرفه متعادل، غیاب تظاهرات فنوتیپی است و مشخصه دوم و بسیار مهم افزایش خطر تولد کودکانی با بازآرایی های کروموزومی نامتعادل است^[۵۴]. جایگاهی یک طرفه به عنوان یک جایگاهی غیرمتقابل زمانی رخ می دهد که قطعه ای از یک کروموزوم جدا شود و به داخل کروموزوم دیگری در جهت طبیعی خود یا به صورت معکوس وارد می شود. این ناهنجاری به دلیل اینکه نیاز به سه شکست دارد، بسیار نادر می باشد. جدایی غیرطبیعی در والدین حامل جایگاهی یک طرفه می تواند منجر به تولد فرزندان با حالت های مختلفی از جمله مضاعف شدگی، حذف و یا فرزندان طبیعی و حامل های متعادل شود. با این وجود، احتمال تولد فرزند غیرطبیعی بالاست و تا ۵۰ درصد می رسد. بنابراین، تشخیص قبل زایمان توصیه می شود^[۴۹]. ناهنجاری مهم دیگری که منجر به حذف یا مضاعف شدن قطعه ای از کروموزوم می شود، وارونگی پری سنتریک^{۳۹} می باشد که در این وارونگی نو ترکیبی در طول تقسیم میوز اتفاق می افتد. شایع ترین وارونگی که در کروموزوم های انسانی دیده شد، وارونگی پری سنتریک کوچک در کروموزوم ۹ است که از نظر ژنتیکی نوعی واریانت هتروپلی مورفیسم محسوب می شود^[۴۹، ۵۵]. اگرچه مطالعات بسیاری راجع به ارتباط بین سقط های مکرر و این نوع وارونگی صورت گرفته، اما ارتباط مشخصی بین وارونگی پری سنتریک و سقط جنین به دست نیامده است. از طرفی دیگر، برخی از ناهنجاری های تک زنی به صورت تیپیک موجب شکست حاملگی در دومین و سومین ماه بارداری می شوند. ازدواج های خویشاوندی خطر ابتلا به بیماری تک زنی را افزایش می دهند، زیرا شانس اینکه هر دو والد حامل ژن مغلوب بیماری مشابهی باشند، که از جد مشترک به ارث برده اند، افزایش می یابد. آلفا تالاسمی، مثالی از بیماری تک زنی است که ممکن است باعث اتلاف حاملگی شود. ارزیابی مناسب سقط های مکرر خود به خودی در راستای ناهنجاری های ژنتیکی باید شامل کاریوتایپینگ^{۴۰} والدین و مشاوره ژنتیک باشد^[۴۴، ۵۶، ۵۷].

این منطقه فراتر از مرزهای پذیرش، ممکن است منجر به RPL شود که منجر به تفکیک نادرست کروموزوم ها در طول کاریوکینز^{۵۵} می شود^[۴۴]. ناهنجاری های کروموزومی به ناهنجاری های عددی (۹۶ درصد)، ناهنجاری های کروموزومی ساختاری (۳ درصد) و سایر ناهنجاری های کروموزومی (۱ درصد) تقسیم شده اند^[۴۷-۴۹]. ناهنجاری های عددی را می توان به آنثوپلوئیدی^{۲۶} (تری زومی^{۲۷} و مونوزومی^{۲۸}) و پلی پلوئیدی^{۲۹} تقسیم کرد. تری زومی اغلب (۵۲ درصد)، پس از آن پلی پلوئیدی (۲۱ درصد) و مونوزومی X (۱۳ درصد) رخ می دهد. اعتقاد بر این است که اکثر تری زومی ها در نتیجه عدم جدایی در طول میوز I مادر رخ می دهند. تری زومی ۱۶ شایع ترین تری زومی است که ۳۲ درصد از کل تری زومی ها را تشکیل می دهد. از دیگر تری زومی های متداول ذکر شده می توان به تری زومی ۱۳، ۱۸، ۲۱ و ۲۲ اشاره کرد^[۴۷، ۴۸]. مونوزومی X معمولاً در نتیجه از دست دادن کروموزوم جنسی پدری رخ می دهد. مونوزومی های اتوزومی، کمتر از مونوزومی X در سقط جنین دیده می شود. از نتایج سیتوژنتیک ۴۶۹۶ سقط جنین، تنها ۵ مونوزومی اتوزومی در هر ناهنجاری کروموزوم گزارش شده است، به عبارتی مونوزومی اتوزومی فقط (۰,۲ درصد) در سقط های خودبخودی با علت ناهنجاری کروموزومی مونوزومی دخیل است^[۴۶]. پلی پلوئیدی، تری پلوئیدی^{۳۱} (3n=69) یا تتراپلوئیدی^{۳۲} (4n=92)، ناشی از یک یا چند کروموزوم هاپلوئیدی^{۳۳} اضافی است. شایع ترین مکانیسم ایجاد تری پلوئیدی، دی اسپرمی^{۳۴} است. مکانیسم احتمالی دیگر شکست تقسیم سلولی میوز مادر است که منجر به ایجاد تخمک های دی پلوئیدی^{۳۵} می شود^[۴۷].

ناهنجاری ساختاری کروموزوم از شکست کروموزوم و اتصال یا بازسازی آن با ترکیب غیرطبیعی، حاصل می شود که می تواند متعادل یا نامتعادل باشد. اگر کروموزوم های ایجاد شده دارای میزان طبیعی از توالی کروموزوم باشند آن ها را متعادل می نامند. اما، اگر توالی کروموزومی اضافه یا کم شده باشد آن را نامتعادل می نامند. ناهنجاری های ساختاری نامتعادل را می توان به حذف، مضاعف شدن، کروموزوم های نشانگر، حلقوی و ایزوکروموزوم ها^{۳۶} تقسیم کرد. از ناهنجاری های ساختاری متعادل می توان به جایگاهی ها و وارونگی اشاره کرد^[۴۹، ۵۰]. در سال ۱۹۹۰، مروری بر اساس ۲۰۰ مطالعه سیتوژنتیکی در ۲۲۱۹۹ زوجی که سقط های مکرر خودبخودی تجربه کردند، منتشر شد. به طور کلی، ۵ درصد از زوج هایی که دو یا چند سقط جنین خود به خودی داشتند،

^{۳۷} Robertsonian Translocation (ROB)
^{۳۸} Translocation
^{۳۹} Pericentric
^{۴۰} Karyotyping

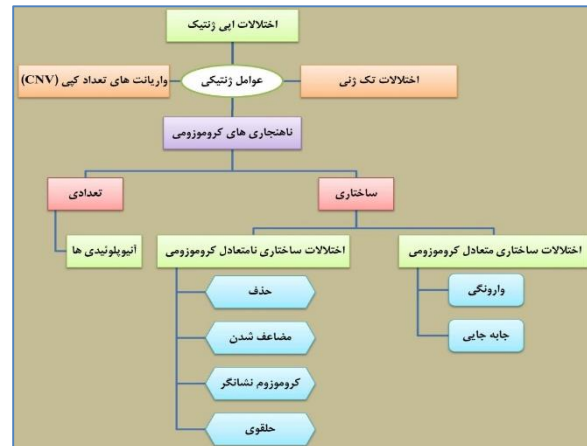
^{۲۵} Karyokinesis
^{۲۶} Aneuploidy
^{۲۷} Trisomy
^{۲۸} Monosomy
^{۲۹} Polyploidy
^{۳۰} Meiosis I
^{۳۱} Triploidy
^{۳۲} Tetraploidy
^{۳۳} Haploidy
^{۳۴} Dispermic
^{۳۵} Diploid Ovum
^{۳۶} Isochromosome

درصد سقط‌های مکرر خودبخودی است. مکانیسم‌های آلوایمیون بیانگر پاسخ ایمنولوژیک مادر در برابر جنین آلوژنیک می‌باشد. بنابراین موفقیت بارداری به میزان زیادی با جفت مرتبط است که به عنوان سد ایمنولوژیک عمل می‌کند. در ابتدا توانایی سلول‌های تروفوبلاست^{۵۵} به منظور حفاظت از سیستم ایمنی مادر، به خاطر طبیعت غیر آنتی‌ژنیک آن مورد توجه قرار گرفت، اما با توجه به بیان برخی آنتی‌ژن‌های لکوسیتی انسانی^{۴۶} بر سطح این سلول‌ها، فاکتورهای آلوایمیون برای حفظ تولانس ایمنولوژیک مادر مورد نیاز خواهند بود. در طول دوران بارداری، آنتی‌ژن‌های جنینی-جفتی مشتق شده از پدر، با یک واکنش دفاعی از سیستم ایمنی مادر مواجه می‌شود. سیستم ایمنی مادر، HLA پدري را به عنوان آنتی ژن بیگانه تلقی نموده و موجب القای بیان آلوآنتی‌بادی‌های مختلفی می‌شود که به منظور جلوگیری از رد ایمنی نیمه آلوژنیک، پاسخ ایمنی مادر در طول بارداری طبیعی سرکوب می‌شود.

برای داشتن بارداری نرمال و بدون رد پیوند باید مکانیسمی وجود داشته باشد تا ترشح آنتی‌بادی‌های موجود در سیستم ایمنی مادر علیه جنین را مهار کند که سلول‌های NK مسؤولیت مهار کردن این آنتی‌بادی‌ها را برعهده دارند^[۶۶، ۶۵]. این سلول‌ها با شناسایی مولکول HLA-G توسط گیرنده مهاری خود، از فعالیت سلول B برای ترشح این آنتی‌بادی‌ها جلوگیری می‌کنند. این آنتی‌بادی‌ها شامل: آنتی‌بادی‌های لکوسیت ضد پدري^{۴۷} مادر (یعنی آنتی‌بادی‌های مسدود کننده)، آنتی‌بادی‌های آنتی فسفولیپیدی^{۴۸} و آنتی‌بادی‌های ضد هسته ای (ANA)^{۴۹} می‌باشند که در ادامه به آن می‌پردازیم^[۶۷، ۶۵].

آنتی‌بادی‌های لکوسیت ضد پدري (APLA)

APL آنتی‌بادی‌هایی هستند که آنتی‌ژن‌های لکوسیت انسانی (HLA) پدري که بر روی جنین یافت می‌شوند را می‌پوشانند^[۶۸]. از جمله این آنتی‌بادی‌ها می‌توان به آنتی‌بادی‌های بلوکان^۱ شامل Ab2، MLR-Bf و APCA اشاره نمود که جنین را پوشانده و در برابر پاسخ ایمنی سایتوتوکسیک مادری محافظت می‌کند^[۶۹]. ژن‌هایی که آنتی‌ژن‌های لکوسیت انسانی پدري را کد می‌کنند در کروموزوم ۶ قرار دارند^[۶۸] و از آنتی‌ژن‌های کلاس I و کلاس II تشکیل شده‌اند. آنتی‌ژن‌های کلاس I که شامل جایگاه‌های A، B و C می‌باشند، روی تمام سلول‌های هسته‌دار و پلاکت‌ها یافت می‌شوند و تنها HLAهایی هستند که روی لنفوسیت‌های T غیرفعال شده، بیان می‌گردند^[۷۰]. اخیراً، یکی دیگر از HLAهای کلاس I با نام G، روی سیتوتروفوبلاست‌ها^{۵۲} در مقابل سینسیتیوتروفوبلاست‌ها^{۵۳} شناسایی شده



شکل ۱: ناهنجاری‌های کروموزومی دخیل در سقط‌های مکرر خودبخودی

ایمنولوژیک

اختلالات ایمنی مهم‌ترین عامل از دست دادن جنین در سقط مکرر خودبخودی هستند^[۵۸]. در دهه اخیر، ایمنولوژیست‌ها سعی کردند ارتباطی بین شکست تولید مثل از جمله سقط مکرر و نازایی با زمینه ایمنولوژیکی ایجاد کنند. تعیین ریسک فاکتورها کمک می‌کند که درمان ویژه‌ای برای این گروه انجام شود^[۵۹، ۶۰]. از آنجایی که جنین از نظر ژنتیکی با مادرش به طور کامل یکسان نیست، بنابراین باید رویدادهای ایمنولوژیکی وجود داشته باشد تا علیرغم وجود یک مجموعه کامل از سلول‌های ایمنی، به آلوگرافت^{۴۱} جنین اجازه داده شود تا به مدت ۴۰ هفته رشد کند و مادر بتواند جنین را در تمام دوران بارداری بدون رد پیوند حمل نماید^[۶۲، ۶۱]. در صورتی که اگر ایمنی پیوند حاکم شود، جنین توسط سیستم ایمنی مادر رد می‌شود. واحد جفتی-جنینی در طول بارداری، مکانیسم‌های ایمنی را از طریق لنفوسیت‌های T و B، سلول‌های کشنده طبیعی^{۴۲}، انواع فاکتورهای تنظیم کننده ایمنی (سیتوکین‌ها) و آنتی‌بادی‌ها تنظیم می‌کند. تا حد قابل توجهی، تعامل بین بافت مادر و بافت جفتی-جنینی و سیستم ایمنی تعیین می‌کند که آیا بارداری موفق است یا خیر. مولکول‌هایی که توسط ژن‌های کمپلکس سازگاری بافتی اصلی^{۴۳} کد می‌شوند، به عنوان عامل اصلی تنظیم کننده در موفقیت یا عدم موفقیت پیوند شناسایی شده‌اند. پیوند سمی-گرافت^{۴۴} جنین به سبب وجود مکانیسم‌های حفاظتی متعدد، در سطح تماس مادر و جنین طی بارداری حفظ می‌شود^[۶۴، ۶۳]. همانطور که اشاره شد، رد پیوند بین مادر و جنین به دلیل اختلالات ایمنولوژیکی در طول بارداری است که این اختلالات به دو گروه فاکتورهای اتوایمیون و آلوایمیون تقسیم می‌شود. فاکتورهای اتوایمیون، در پی ایجاد پاسخ سیستم ایمنی مادر نسبت به آنتی ژن‌های خودی تولید می‌شوند. این عوامل سبب ایجاد پاسخ ایمنولوژیک مادر به جنین شده که عامل ۳۰

^{۵۵} Trophoblasts

^{۴۶} Human Leukocyte Antigen (HLA)

^{۴۷} Antipaternal Leukocyte Antibodies (APLA)

^{۴۸} Antiphospholipid Antibodies (APA)

^{۴۹} Antinuclear Antibody (ANA)

^{۵۰} Human Leukocyte Antigens (HLA)

^{۵۱} Blocking Antibodies

^{۵۲} Cytotrophoblast

^{۵۳} Syncytiotrophoblast

^{۴۱} Allograft

^{۴۲} Natural Killer Cells

^{۴۳} Major Histocompatibility Complex (MHC)

^{۴۴} Semi-Graft

ترومبوکسان^{۷۷} (منقبض کننده عروق) است که منجر به ایجاد محیطی برای رویدادهای ترومبوتیک می شود. در گردش جفتی-رحمی، این خونریزی ها به مرگ جنین یا تاخیر رشد داخل رحمی تبدیل می شوند. برخی از مولکول های فسفولیپید (به ویژه فسفوسرین^{۵۸} و فسفاتانول آمین^{۵۹}) خاصیت چسبندگی دارند. آن ها به سلول ها اجازه می دهند تا با هم ترکیب شوند و در جفت، سیتوتروفوبلاست ها تبدیل به سینسیتیوتروفوبلاست شوند که مواد مغذی را برای جنین تنظیم می کنند. مطالعه ای بر روی تشکیل سینسیشیا^{۶۰} در رده سلولی تروفوبلاستیک BeWo نشان داد که آنتی بادی های مونوکلونال نسبت به فسفوسرین (اما نه به کاردیولیپین) از تشکیل سینسیشیا در شرایط آزمایشگاهی جلوگیری می کند^[۷۳]. بطور کلی بر اساس مطالعات انجام شده آنتی بادی های ضدفسفولیپیدی از جمله: آنتی کاردیولیپین^{۶۱} با اثر مستقیم بر سلول های تروفوبلاست، با تغییر در الگوی سایتوکائینی سلول های ایمنی دسیدوا^{۶۲} افزایش بیان و ترشح سایتوکائین های التهابی نظیر اینترلوکین-۱ (IL-1)، اینترلوکین-۶ (IL-6) و TNF فعال سازی سلول های NK و تخریب جفت، در رد جنین دخالت دارند^[۷۴]. علاوه بر این، جفت های بیماران مبتلا به APA که سقط جنین کرده اند، دارای درصد بالایی از APA (IgM) متصل به سینسیشیا است که با هر بار از دست دادن حاملگی، احتمال ۱۰ درصد وجود دارد که مادر آنتی بادی علیه مولکول فسفولیپید ایجاد کند و اثر آن تجمعی است. اکثر زنان مبتلا به APA بدون علامت هستند، اما برخی از آن ها تمایلات خود ایمنی زمینه ای دارند و باید به طور مناسب ارزیابی شوند^[۷۵].

آنتی بادی های ضد هسته ای (ANA)

آنتی بادی های ضد هسته ای (ANA) در بیماران با سقط مکرر خودبخودی شیوع بیشتری در مقایسه افراد سالم نشان می دهد. این آنتی بادی هم در افراد سالم و هم در بیماران مبتلا به بیماری خود ایمن لوپوس^{۶۳} گیده می شود. افراد مبتلا به لوپوس، نرخ سقط جنین بسیار بالاتری را نسبت به جمعیت عمومی نشان می دهند. اگرچه در مطالعات مختلفی اکثر بیماران RSA، مبتلا به لوپوس نبوده اند، اما تعداد زیادی از آن ها علائم شبه لوپوسی را نشان داده اند. با اینکه مکانیسم دقیق عملکرد ANA در رد جنین هنوز به درستی شناسایی نشده است، اما مطالعات آسیب شناسی جفت، تغییرات التهابی در بافت رحم و جفت و رگ ها را نشان می دهد^[۷۶].

اختلالات انعقادی

Thromboxane^{۷۷}
Phosphoserine^{۵۸}
Phosphoethanolamine^{۵۹}
Syncytia^{۶۰}
Anti-Cardiolipin Antibodies (ACA)^{۶۱}
Decidua^{۶۲}
Systemic Lupus Erythematosus (SLE)^{۶۳}

است که هیچ HLA ای را بیان نمی کنند. با این حال، مطالعات با استفاده از واکنش زنجیره ای پلیمرز^{۶۴} نشان داده اند که سد جفتی در برابر بافت غیرقابل نفوذ است، به طوری که سلول های مادری در گردش خون جنین و سلول های جنینی در گردش خون مادر یافت شده اند. تعداد محدودتری از سلول ها (به عنوان مثال، لنفوسیت های B، ماکروفاژها، مونوسیت ها، دندریت ها، لنفوسیت های T فعال) آنتی ژن های کلاس II را بیان می کنند که شامل جایگاه های DR، DQ و DP می باشند^[۷۱]. همانطور که اشاره شد، آنتی بادی های Ab2، AbBf و APCA می توانند با پوشاندن جنین مانع از رد پیوند شوند، بنابراین، کاهش این آنتی بادی ها می توانند منجر به سقط های مکرر خودبخودی شوند. از طرفی دیگر تشابه بین HLA مادری با آنتی ژن های HLA پدری، تولید آنتی بادی های لکوسیت ضد پدری (APLA) توسط سیستم ایمنی مادر را مهار می کند. در مطالعات متعددی کاهش سطح این آنتی بادی ها در زنان با سقط های مکرر خودبخودی در مقایسه با زنان نرمال نشان داده شده است^[۶۵، ۶۹]. در بارداری نرمال آنتی بادی ضد HLA و Ab2، گیرنده های آنتی ژنی روی سلول های T مادری را شناسایی می کنند که منجر به مهار پاسخ آلومپون این سلول ها می شوند. میزان آنتی بادی MLR-Bf در بیماران با سقط مکرر خودبخودی به طور قابل توجهی نسبت به زنان باردار سالم کاهش می یابد، به طوری که در مطالعات انجام شده، فاکتور MLR-Bf به میزان ۸۲ درصد در زنان باردار نرمال و ۱۰ درصد در بیماران RSA یافت شده است^[۶۶]. سیستم ایمنی مادر در نتیجه مواجهه با آنتی ژن واکنش گر متقاطع لنفوسیت تروفوبلاست (TLX)^{۷۵} که در اسپرم وجود دارد و مشابه به مولکول های HLA می باشد، آنتی بادی های MLR-Bf تولید می کند. در پاسخ به این آنتی ژن ها، آنتی بادی های بلوکان از کلاس IgG ساخته می شوند که به گیرنده Fc در سطح سلول های تروفوبلاست اتصال یافته و بدین ترتیب جنین را از حمله سلول های ایمنی مادر حفظ می نمایند. در اکثریت موارد بیماران دارای سابقه سقط مکرر خودبخودی، سطح پایین MLR-Bf گزارش می شود. کاهش سطح این آنتی بادی می تواند به علت افزایش سازگاری HLA زوجین باشد که به پاسخ ایمنی ضعیف منجر می شود^[۶۹].

آنتی بادی های آنتی فسفولیپیدی (APA)

از آنجایی که مولکول های فسفولیپید اجزای طبیعی تمام غشای سلولی هستند، آنتی بادی های فسفولیپیدها در بسیاری از بیماری ها دخیل بوده و سال های متمادی توجه بسیاری از دانشمندان و محققان را به خود جلب کرده است. آنتی بادی های آنتی فسفولیپیدی قادر به آسیب عروقی از طریق آسیب به اندوتلیوم عروقی و غشای پلاکتی با مهار پروستاگلین^{۶۷} (گشادکننده عروق) و تداخل با فعال سازی پروتئین C است^[۷۲]. نتیجه افزایش چسبندگی پلاکت و افزایش نسبی

^{۶۴} Polymerase Chain Reaction (PCR)

^{۶۵} Trophoblast Lymphocyte Cross Reactive (TLX)

^{۶۶} Prostacyclin

سه ماهه اول شوند^[۸۳]. به طور مشابه، سطوح بالا از هموسیستئین^{۷۰} که می‌تواند ناشی از چندین جهش در ژن متیلن تتراهیدروفولات ردوکتاز^{۷۱} (C677T و A1298C) باشد و محصول آن متیلاسیون مجدد هموسیستئین به متیونین را کاتالیز کند، به عنوان یک عامل خطر برای ترومبوز شناسایی شده است. با این حال، برخی اختلاف نظرها هنوز در مورد نقش دقیق این عوامل در سقط مکرر خودبخودی وجود دارند^[۸۴]. در کنار مشکلات ژنتیک فوق، اخیراً به موتاسیون ژن‌های مهارکننده فعال کننده پلاسمینوژن^{۷۲} (PAI-1)^{۷۳} مثل فاکتور ۱۳ (FXIII) و آنزیم مبدل آنژیوتانسین^{۷۴} (ACE) اشاره شده است^[۸۵]. تأثیر پلی‌مورفیسم PAI-1 4G/5G که به عنوان یک عامل خطر مستقل در سقط مکرر خودبخودی در نظر گرفته می‌شود، در مطالعات بسیاری مورد بررسی قرار گرفته است^[۸۶، ۸۷، ۸۸]. مشاهده شده است که پلاسمین می‌تواند متالوپروتئینازهای ماتریکس^{۷۵} خارج سلولی^{۷۶} را فعال کند و بنابراین می‌تواند در تخریب اجزای ماتریکس خارج سلولی بافت دسیدوا^{۷۷} شرکت کند تا امکان کاشت و تهاجم تروفوبلاست را فراهم آورد. از طرفی، جهش PAI-1 همراه با افزایش سطح گردش خون این ژن، از لیز فیبرین جلوگیری می‌کند که منجر به ترومبوز عروق جفت، محدودیت مهاجرت تروفوبلاست و سقط خودبخودی می‌شود^[۸۶]. در طی بررسی‌های انجام شده گزارش شد که PAI-1 می‌تواند اثرات پروترومبوتیک خود را نه تنها با مهار فرآیند فیبرینولیتیک، بلکه با برانگیختن مقاومت به انسولین (هیپرانسولینمی)^{۷۸} که باعث ایجاد توانایی ترومبوفیلیک می‌شود، اعمال کند^[۸۶].

عقوت

با توجه به آمارهای ارایه شده حدود ۵ درصد از علل سقط مکرر را عوامل عفونی به خود اختصاص می‌دهد. نتایج موجود، دخالت میکروارگانیسم‌های غیر ویروسی را در ایجاد سقط‌های مکرر به علت ایجاد عفونت مزمن یا راجعه دستگاه تولید مثل مادر تایید می‌کند. عوامل عفونی متعددی در ایجاد سقط دخیل هستند که اغلب آن‌ها فقط در سقط خودبخودی مؤثر بوده و نقش آن‌ها در سقط مکرر هنوز به اثبات نرسیده است، به طوری که با پیشرفت تکنولوژی و تحقیقات گسترده مشخص گردید که گرچه عوامل عفونی می‌توانند نقشی در بروز سقط منفرد خودبخودی ایفا نمایند، ولی دیگر سهمی را برای آن در بیان علل سقط مکرر قائل نشده‌اند. مشاهدات مختلف می‌توانند بیانگر بر این باشند که فاکتورهای عفونی و مادری توأم با هم می‌توانند باعث بروز سقط راجعه شوند^[۸۹، ۹۰]. یک عامل عفونی برای اینکه بتواند باعث سقط مکرر شود باید معیارهای زیر را دارا باشد^[۹۰]: ۱) عفونت باید مزمن باشد.

اختلالات ترومبوفیلیک^{۹۱} گروه متنوعی از اختلالات انعقادی هستند که با اختلالات ترومبوتیک مرتبط هستند. تاکنون سه جهش ترومبوفیل رایج شناسایی شده‌اند که شامل: فاکتور V لیدن (FVL)^{۹۲} G1691A، پروترومبین فاکتور II G20210A^{۹۳} (PTm) و متیلن تتراهیدروفولات ردوکتاز C677T (MTHFR) می‌باشند^[۹۷]. مطالعات متناقضی در مورد نقش این جهش‌های ترومبوفیل در سقط‌های خودبخودی وجود دارد و نتایج برخی از مطالعات ارتباط احتمالی بین سقط مکرر خودبخودی و جهش‌های ترومبوفیلیک را نشان می‌دهند. در واقع، ترومبوفیلی تمایل افزایش یافته به ایجاد لخته در سیستم انعقادی است که علل مختلفی برای آن مطرح است. در حال حاضر، وجود یک تمایل به انعقاد افزایش یافته که ناشی از ترومبوفیلی‌های ارثی است، به طور متغیر با چندین عارضه مختلف مامایی از جمله پره‌اکلامپسی^{۹۷}، تأخیر رشد داخل رحمی، جدا شدن جفت و از دست دادن جنین داخل رحمی و سقط مکرر خودبخودی مرتبط است^[۹۸]. در زمان بارداری تعادل بین سیستم انعقادی و فیبرینولیز^{۹۸}، مانع از رسوب فیبرین در عروق جفت و فضاهای بین پرزی می‌شود که منجر به پایداری صفحه پایه جفت می‌شود. این مکانیسم باعث می‌شود که در طول بارداری مشکلی رخ ندهد. اما، در زنان با مشکلات ترومبوفیلی علاوه بر خطر ابتلا به ترومبواآمبولی مشکلات دیگر از جمله پره‌اکلامپسی و سقط جنین در طول بارداری وجود دارد^[۹۹-۱۰۱]. به وضوح نشان داده شده است که تهاجم موفقیت آمیز تروفوبلاست به تعادل بین انعقاد و فیبرینولیز نیاز دارد تا از حوادث ترومبوتیک در فرآیند Decidualization (پذیرش)، رسوب فیبرین در فضاهای بین پرزها و ایجاد گردش خون ناکافی یا معیوب جفت، جلوگیری شود. اعتقاد بر این است که چندین عامل دخیل در انعقاد و فیبرینولیز نقش بالقوه‌ای در سقط مکرر خودبخودی دارند، اما میزان اهمیت آن بحث برانگیز است^[۹۹].

اختلالات هموستاز^{۹۹} یا ارثی یا اکتسابی هستند که جهش ژن‌های ضدانعقادی مانند آنتی‌ترومبین III، پروتئین‌های S و C یا فاکتورهای انعقادی مثل پروترومبین، FVL و MTHFR علت انواع اختلالات هموستاز ارثی می‌باشد^[۱۰۰، ۱۰۱]. بنابراین، این جهش‌های ژنی به عنوان یک عامل خطر احتمالی برای حوادث ترومبوتیک و از دست دادن خودبخودی جنین در سه ماهه دوم بارداری شناسایی شد. در واقع جهش فاکتورهای ضد انعقادی، با جلوگیری از تخریب فاکتور V توسط شکل فعال پروتئین C، منجر به یک حالت انعقادی بیش از حد از طریق افزایش فعال سازی پروترومبین می‌شود^[۹۹، ۱۰۲]. علاوه بر این، افزایش سطح پروترومبین و ترومبین پلاسما، همانطور که در افراد هتروزایگوت برای فاکتور II رخ می‌دهد، با افزایش خطر آسیب‌های وریدی و شریانی همراه است که به نوبه خود می‌توانند منجر به از دست دادن جنین در

Homocysteine^{۷۰}
Methylenetetrahydrofolate Reductase (MTHFR)^{۷۱}
Plasminogen Activator Inhibitor^{۷۲}
Plasminogen Activator Inhibitor 1^{۷۳}
Angiotensin-converting enzyme (ACE)^{۷۴}
Matrix Metalloproteinases (MMPs)^{۷۵}
Extracellular Matrix (ECM)^{۷۶}
Decidua^{۷۷}
Hyperinsulinemia^{۷۸}

Thrombophilic Disorders^{۹۱}
Factor V Leiden^{۹۲}
Prothrombin^{۹۳}
Preeclampsia^{۹۷}
Fibrinolysis^{۹۸}
Homeostasis^{۹۹}

لیستریا منوسایتوزن^{۸۶} یکی از علل شناخته شده و ناشایع در سقط زودرس انسان می باشد. مشخص ترین تابلوی بالینی این عامل کوریوآمنیونیت خفیف می باشد که موجب زایمان زودرس می گردد^{۸۷}. این ارگانیسم تمایل خاصی به جفت و جنین دارد که می تواند ایجاد پنومونی و مننژیت در نوزادان کند^{۸۸}.

علل ویروسی سقط های مکرر

ویروس هرپس سیمپلکس^{۸۷} شواهد نشان می دهند که ویروس HSV می تواند باعث سقط مکرر شود. در بررسی، علایم عفونت HSV در زنانی که سابقه سقط قبلی داشته اند، خیلی بیشتر از افرادی بوده که سابقه سقط نداشته اند. اندومتر فاز لوتئال^{۸۸} نسبت به فاز فولیکولار^{۸۹} در موارد بیشتری از نظر HSV مثبت بوده است، که نشان می دهد HSV تحت کنترل هورمون های بدن فعال می شود^{۹۰}.

سایتومگالوویروس^{۹۱} با توجه به مطالعات انجام شده بر روی سیستم ایمنی هومورال و سلولی در زنان مبتلا به سقط های مکرر، ویروس CMV از شایع ترین علل مرگ داخل رحمی جنین می باشد. در حقیقت میزان Anti CMV-Anti bodies در زنان دارای سقط مکرر نسبت به همسران و زنان گروه کنترل همسن کمتر است، که این میزان کمتر ناشی از ضعف Proliferative Lymphocyte Response به ویروس CMV می باشد و علت این مکانیسم هنوز ناشناخته است^{۹۰، ۹۱}.

پاروویروس B19^{۹۱} پاروویروس همانند ویروس CMV می باشد که در بررسی های مختلف، افزایش سقط مرتبط با آن نشان داده شده است. نکته قابل ذکر در این بیماری، افزایش آنتی بادی IgM بر علیه HPB19 با افزایش سن مادر است. در یک بررسی، ۲۶ درصد افرادی که سقط داشته اند در دهه دوم عمر و ۴۴ درصد در دهه سوم، آنتی بادی مثبت داشته اند، که تأثیر این ویروس بر روی جنین، بروز بیماری هیدروپس فتالیس^{۹۲}، آنمی^{۹۳} است^{۹۰، ۹۱}.

بیماری ایدز^{۹۴} ویروس HIV^{۹۵} افراد مبتلا به HIV سه برابر افراد عادی شانس سقط راجعه دارند. به نظر می رسد که اختلال در سیستم ایمنی باعث تشخیص HLA جنین سمی آلونیک شده و در نتیجه باعث دفع جنین می شود^{۹۴}.

بحث و نتیجه گیری

اگرچه تشخیص علت سقط های مکرر خودبخودی ساده نیست، اما می تواند برای پزشک و بیمار مفید باشد، چرا که احتمال موفقیت آمیز بودن بارداری بعدی را افزایش می دهد. در میان درمان های انجام شده،

(۲) کلونیزاسیون میکروب نباید به قدری شدید باشد که مانع تخمک گذاری و فعالیت جنسی شود. (۳) باید بافت های حاملگی (دسیدوا، تروفوبلاست، جنین) را درگیر کند. در واقع باید اثرات سیستمیک بالا داشته باشد تا به طور مستقیم بتواند روی رحم و بافت حاملگی تأثیر داشته باشد. از عوامل فیزیوپاتولوژی سقط های عفونی می توان به موارد زیر اشاره کرد^{۹۱}: (۱) تولید مواد سایتوتوکسیک: میکروارگانیسم ها با تولید اندوتوکسین و اگزوتوکسین و اثرات آن روی جنین و جفت می توانند باعث سقط شوند. (۲) سایتوکاین ها: افزایش تولید سایتوکاین هایی با قابلیت توکسیک در اثر تحریک شدید سیستم ایمنی منجر به تولید و ترشح پروستاگلاندین ها و اثرات آن ها روی اندومتر و واحدهای جفتی-جنینی می شود که می تواند در سقط نقش داشته باشد^{۹۲}. (۳) تولید مواد متابولیک: تولید آمین ها و پروتئازها در اثر عفونت، با اثر بر آمینون و جفت و با ایجاد آمینونیت^{۹۳} و التهاب می تواند باعث پارگی زودرس کیسه حاملگی شوند. (۴) عوامل ایمونولوژیک: واکنش های متقاطع آنتی بادی های ایجاد شده علیه میکروارگانیسم با بافت های جفت و یا جنینی می توانند در حاملگی طبیعی اختلال ایجاد کنند. (۵) اندومتريت: اندومتريت می تواند ناشی از عفونت ایجاد شود، که در نتیجه باعث کاهش تولید محصولات اصلی از اندومتر و رسپتورهای پروژسترون و پروتئین های لازم برای لانه گزینی مناسب می شود^{۹۰}.

علل میکروبی سقط مکرر

سفلیس^{۹۱} عامل بیماری سفلیس را توانسته اند از بافت های جنینی و جفتی سه ماهه اول جدا کنند. شیوع بیماری سفلیس آنقدر زیاد نیست و به نظر نمی رسد از عوامل سقط های مکرر خودبخودی باشد^{۹۲}. واژینوزیس باکتریال^{۹۳}: عفونت های باکتریال واژن با تحریک موضعی و تولید آمین ها و پروستاگلاندین ها، دسیدوا را تحریک نموده و موجب بروز عوارضی مثل سقط دیررس، پارگی زودرس کیسه آب، کوریوآمنیونیت^{۹۴}، اندومتريت پس از زایمان و زایمان زودرس می گردند^{۹۴}.

کلامیدیا تراکوماتیس^{۹۴}: از آنجایی که این ارگانیسم باعث عفونت مزمن می شود می تواند در سقط های مکرر خودبخودی نقش داشته باشد^{۹۵}. مایکوپلاسما هومینیس^{۹۵}: با وجود اینکه واژن و اندوسرویکس از محل های شایع کلونیزاسیون این ارگانیسم می باشد، کلونیزاسیون عامل عفونی در قسمت های فوقانی دستگاه تناسلی هم به تایید رسیده است^{۹۶}. در عفونت با این عامل عفونی سقط در مواردی اتفاق می افتد که اندومتر درگیر شده باشد^{۹۰}.

^{۸۶} Listeria Monocytogenes
^{۸۷} Herpes Simplex Virus (HSV)
^{۸۸} Luteal Phase
^{۸۹} Follicular Phase
^{۹۰} Cytomegalovirus (CMV)
^{۹۱} Parvovirus B19
^{۹۲} Hydrops Fetalis
^{۹۳} Anemia
^{۹۴} Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)
^{۹۵} Human Immunodeficiency Virus (HIV)

^{۹۶} Amnionitis
^{۹۷} Endometritis
^{۹۸} Syphilis
^{۹۹} Bacterial Vaginosis
^{۱۰۰} Chorioamnionitis
^{۱۰۱} Chlamydia Trachomatis
^{۱۰۲} Mycoplasma Hominis

5. NaseriArzanagh, F. and S. Morovvati, A survey on Relationship Between Progesterone Receptor Gene Polymorphisms and Recurrent Spontaneous Abortions: A Short Report. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 2016. 15(3): p. 287-292.
6. Bulletti, C., C. Flamigni, and E. Giacomucci, Reproductive failure due to spontaneous abortion and recurrent miscarriage. Human Reproduction Update, 1996. 2(2): p. 118-136.
7. Fan, H.T., et al., Structural chromosomal abnormalities in couples in cases of recurrent spontaneous abortions in Jilin Province, China. Genet Mol Res, 2016. 15(1): p. 1-7.
8. McNamee, K., F. Dawood, and R.G. Farquharson, Evaluation of array comparative genomic hybridization in recurrent miscarriage. British Journal of Hospital Medicine, 2013. 74(1): p. 36-40.
9. Tunç, E., et al., Chromosomal analyses of 1510 couples who have experienced recurrent spontaneous abortions. Reproductive biomedicine online, 2016. 32(4): p. 414-419.
10. Christiansen, O.B., H.S. Nielsen, and A.M. Kolte, Future directions of failed implantation and recurrent miscarriage research. Reproductive biomedicine online, 2006. 13(1): p. 71-83.
11. Ali, S., et al., Evaluation of etiology and pregnancy outcome in recurrent miscarriage patients. Saudi Journal of Biological Sciences, 2020. 27(10): p. 2809-2817.
12. Qublan, H.S., Habitual abortion: causes, diagnosis, and treatment. Reviews in Gynaecological Practice, 2003. 3(2): p. 75-80.
13. Parveiz, T., Recurrent pregnancy loss/recurrent abortion/recurrent miscarriage/habitual abortion. JK PRACTITIONER, 2003. 10(4): p. 323-326.
14. Ryan, K.J., Kistner's gynecology and women's health. 1999.
15. Wold, A.S.D., N. Pham, and A. Arici. Anatomic factors in recurrent pregnancy loss. Copyright© 2006 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New
16. Grimbizis, G.F., et al., Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. Human Reproduction Update, 2001. 7(2): p. 161-174.
17. Homer, H.A., T.-C. Li, and I.D. Cooke, The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. Fertility and sterility, 2000. 73(1): p. 1-14.
18. Proctor, J.A. and A.F. Haney, Recurrent first trimester pregnancy loss is associated with uterine septum but not with bicornuate uterus. Fertility and sterility, 2003. 80(5): p. 1212-1215.
19. Practice Committee of the American Society for Reproductive, M., Uterine septum: a

درمان اختلالات غدد درون‌ریز، اختلالات ایمنولوژیکی و ناهنجاری‌های آناتومیک از بالاترین میزان موفقیت (تقریباً ۶۰ تا ۹۰ درصد) برخوردار بوده‌اند. حتی با تشخیص سقط‌های مکرر خودبخودی با ۴ تا ۵ بار سقط مکرر، احتمال اینکه یک بیمار حاملگی بعدی خود را به پایان برساند، بیشتر از فقدان دیگری است. بنابراین، آگاهی بر علل سقط‌های مکرر و انجام آزمایش‌های مختلف برای پی بردن به علل احتمالی سقط‌ها می‌تواند کمک بسزایی در بارداری‌های موفق برای این دسته از زوج‌ها به همراه داشته باشد.

مشارکت نویسندگان

تموجین محرمی؛ نظارت بر مطالعه، مشارکت در طراحی مطالعه و تایید پیش نویس نهایی. نسرين پشتون؛ طراحی موضوع، نگارش پیش نویس و اصلاح مقاله. تمامی نویسندگان نسخه ارسالی را مطالعه و تأیید نمودند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه بیماران برای شرکت در این مطالعه تشکر می‌کنند. از کمک پرسنل آزمایشگاه سیتوژنتیک بیمارستان زنان صارم کمال تشکر را داریم. از تمامی پزشکان بابت ارجاع بیمار به بیمارستان زنان صارم سپاسگزاریم. این مطالعه با حمایت مالی بیمارستان زنان صارم انجام شد.

تاییدیه اخلاقی

هویت بیمار کاملاً محرمانه بوده و این پژوهش با دریافت رضایت نامه کتبی از بیمار انجام گرفته است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ منبع مالی و تضاد منافی نداشتند.

منابع مالی

این طرح هزینه چندانی نداشت.

منابع

1. Garrido-Gimenez, C. and J. Alijotas-Reig, Recurrent miscarriage: causes, evaluation and management. Postgraduate medical journal, 2015. 91(1073): p. 151-162.
2. Hogge, W.A., et al., The clinical use of karyotyping spontaneous abortions. American journal of obstetrics and gynecology, 2003. 189(2): p. 397-400.
3. Cavalcante, M.B., et al., Lymphocyte immunotherapy in the treatment of recurrent miscarriage: systematic review and meta-analysis. Archives of gynecology and obstetrics, 2017. 295(2): p. 511-518.
4. Practice Committee of the American Society for Reproductive, M., Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertility and sterility, 2013. 99(1): p. 63.

- review of the evidence. *Fertility and sterility*, 2009. 91(4): p. 1215-1223.
34. Pabuccu, R., et al., Hysteroscopic treatment of intrauterine adhesions is safe and effective in the restoration of normal menstruation and fertility. *Fertility and sterility*, 1997. 68(6): p. 1141-1143.
35. Turocy, J.M. and B.W. Rackow. Uterine factor in recurrent pregnancy loss. Elsevier.
36. Dan, Y., et al., Factors affecting reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Asherman's syndrome. *Fertility and sterility*, 2008. 89(3): p. 715-722.
37. Behjati, F., et al., Cytogenetic Investigation of Patients with Infertility, Recurrent Abortions, and Unsuccessful Assisted Reproductive Technologies (ARTs) Referred to Sarem Women's Hospital in Tehran Between 2006 and 2017. *Sarem Journal of Reproductive Medicine*, 2020. 4(4): p. 187-193.
38. Zorrilla, M. and A.N. Yatsenko, The genetics of infertility: current status of the field. *Current genetic medicine reports*, 2013. 1(4): p. 247-260.
39. Dong, Y., et al., Reproductive outcomes in recurrent pregnancy loss associated with a parental carrier of chromosome abnormalities or polymorphisms. *Genet Mol Res*, 2014. 13(2): p. 2849-56.
40. Hasanzadeh, N.M., R. Raoufian, and R.B. Aboutorabi, Balanced chromosomal translocations of parents in relation to spontaneous abortions. 2005.
41. Dutta, U.R., et al., Cytogenetic abnormalities in 1162 couples with recurrent miscarriages in southern region of India: report and review. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 2011. 28(2): p. 145-149.
42. Madon, P.F., A.S. Athalye, and F.R. Parikh, Polymorphic variants on chromosomes probably play a significant role in infertility. *Reproductive biomedicine online*, 2005. 11(6): p. 726-732.
43. Sahin, F.I., et al., Chromosome heteromorphisms: an impact on infertility. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 2008. 25(5): p. 191-195.
44. Chakraborty, A., et al., A case-control study identifying the frequency and spectrum of chromosomal anomalies and variants in a cohort of 1000 couples with a known history of recurrent pregnancy loss in the Eastern region of India. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 2021. 14(4): p. 422.
45. Ford, J.H., et al., A13-Year Cytogenetic Study of Spontaneous Abortion: Clinical Applications of Testing. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*, 1996. 36(3): p. 314-318.
20. Shuiqing, M., B. Xuming, and L. Jinghe, Pregnancy and its outcome in women with malformed uterus. *Chinese Medical Sciences Journal= Chung-kuo i hsueh k'o hsueh tsa chih*, 2002. 17(4): p. 242-245.
21. Practice Committee of the American Society for Reproductive, M., Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and sterility*, 2020. 113(3): p. 533-535.
22. Mehta, S. and B. Gupta, *Recurrent Pregnancy Loss*. 2018: Springer.
23. Heinonen, P.K., S. Saarikoski, and P. Pystynen, Reproductive performance of women with uterine anomalies: an evaluation of 182 cases. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 1982. 61(2): p. 157-162.
24. Venetis, C.A., et al., Clinical implications of congenital uterine anomalies: a meta-analysis of comparative studies. *Reproductive biomedicine online*, 2014. 29(6): p. 665-683.
25. Group, E.E.P.G.D., *Recurrent Pregnancy Loss. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology*. 2017, European Society of Human Reproduction and Embryology Grimbergen (Belgium).
26. Ludmir, J., et al., Pregnancy outcome of patients with uncorrected uterine anomalies managed in a high-risk obstetric setting. *Obstetrics and gynecology*, 1990. 75(6): p. 906-910.
27. Reichman, D., M.R. Laufer, and B.K. Robinson, Pregnancy outcomes in unicornuate uteri: a review. *Fertility and sterility*, 2009. 91(5): p. 1886-1894.
28. Hooker, A.B., et al., Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Human Reproduction Update*, 2014. 20(2): p. 262-278.
29. Varasteh, N.N., et al., Pregnancy rates after hysteroscopic polypectomy and myomectomy in infertile women. *Obstetrics & Gynecology*, 1999. 94(2): p. 168-171.
30. Narayan, R. and R.K. Goswamy, Treatment of submucous fibroids, and outcome of assisted conception. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 1994. 1(4): p. 307-311.
31. Bernard, G., et al., Fertility after hysteroscopic myomectomy: effect of intramural myomas associated. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2000. 88(1): p. 85-90.
32. Elizabeth, T. and G. Victor, The uterus and fertility. *Fertil Steril*, 2008. 89: p. 1-16.
33. Pritts, E.A., W.H. Parker, and D.L. Olive, Fibroids and infertility: an updated systematic guideline. *Fertility and sterility*, 2016. 106(3): p. 530-540.

- Human Reproductive and Prenatal Genetics. 2019, Elsevier. p. 463-494.
58. Lee, R.M. and R.M. Silver. Recurrent pregnancy loss: summary and clinical recommendations. Copyright© 2000 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New
59. Clark, D.A., Anti-TNF α therapy in immune-mediated subfertility: State of the art. Journal of reproductive immunology, 2010. 85(1): p. 15-24.
60. Thum, M.Y., et al., Prednisolone suppresses NK cell cytotoxicity in vitro in women with a history of infertility and elevated NK cell cytotoxicity. American Journal of Reproductive Immunology, 2008. 59(3): p. 259-265.
61. Beer, A.E., et al., Pregnancy outcome in human couples with recurrent spontaneous abortions: HLA antigen profiles; HLA antigen sharing; female serum MLR blocking factors; and paternal leukocyte immunization. Experimental and Clinical Immunogenetics, 1985. 2(3): p. 137-153.
62. Mowbray, J.F., et al., Controlled trial of treatment of recurrent spontaneous abortion by immunisation with paternal cells. The Lancet, 1985. 325(8435): p. 941-943.
63. Hanidziar, D. and M. Koulmanda, Inflammation and the balance of Treg and Th17 cells in transplant rejection and tolerance. Current opinion in organ transplantation, 2010. 15(4): p. 411-415.
64. Sharma, S., Natural killer cells and regulatory T cells in early pregnancy loss. The International journal of developmental biology, 2014. 58: p. 219.
65. Roumandeh, N., A. Zare, and A. Saremi, Immunology of Recurrent Spontaneous Abortion. Sarem Journal of Medical research, 2018. 3(2): p. 121-126.
66. Pandey, M.K., R. Rani, and S. Agrawal, An update in recurrent spontaneous abortion. Archives of gynecology and obstetrics, 2005. 272(2): p. 95-108.
67. Takakuwa, K., et al., Result of immunotherapy on patients with unexplained recurrent abortion: a beneficial treatment for patients with negative blocking antibodies. American Journal of Reproductive Immunology, 1990. 23(2): p. 37-41.
68. Chong, P.J., W.L. Matzner, and W.T.W. Ching, Immunology of recurrent spontaneous abortion. Female patient, 1995. 20: p. 1-4.
69. Khonina, N.A., et al., Mixed lymphocyte reaction blocking factors (MLR-Bf) as potential biomarker for indication and efficacy of paternal lymphocyte immunization in recurrent spontaneous abortion. Archives of gynecology and obstetrics, 2013. 288(4): p. 933-937.
46. Dejmek, J., J. Vojtaššák, and J. Malova, Cytogenetic analysis of 1508 spontaneous abortions originating from south Slovakia. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 1992. 46(2-3): p. 129-136.
47. Goddijn, M. and N.J. Leschot, Genetic aspects of miscarriage. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2000. 14(5): p. 855-865.
48. Simpson, J.L., Chromosomal abnormalities in spontaneous abortion: frequency, pathology and genetic counseling. Spontaneous abortion, 1987.
49. Jahani, Z., S. Hosseini Asl, and H. Akhavan, Study of Chromosomal Abnormalities in Couples with Recurrent Spontaneous Abortions (RSA) in Ardabil Province. Journal of Ardabil University of Medical Sciences, 2018. 18(1): p. 91-107.
50. Jahani, Z., H. Asl, and H. Akhavan, Study of Chromosomal Abnormalities in Couples with Recurrent Spontaneous Abortions (RSA) in Ardabil Province. Journal of Ardabil University of Medical Sciences, 2018. 18(1): p. 91-107.
51. Stephenson, M.D. and S. Sierra, Reproductive outcomes in recurrent pregnancy loss associated with a parental carrier of a structural chromosome rearrangement. Human Reproduction, 2006. 21(4): p. 1076-1082.
52. Venkateshwari, A., et al., A Robertsonian Translocation rob (14; 15)(q10: q10) in a patient with recurrent abortions: A case report. Journal of Reproduction & Infertility, 2010. 11(3): p. 197.
53. Van Dyke, D.L., et al., The frequency and mutation rate of balanced autosomal rearrangements in man estimated from prenatal genetic studies for advanced maternal age. American journal of human genetics, 1983. 35(2): p. 301.
54. Munné, S., et al., Preimplantation diagnosis of the aneuploidies most commonly found in spontaneous abortions and live births: XY, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22. Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis, 1998. 18(13): p. 1459-1466.
55. Uehara, S., et al., Pericentric inversion of chromosome 9 in prenatal diagnosis and infertility. The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 1992. 166(4): p. 417-427.
56. Vallian Borujeni, S., Assessment of recurrent miscarriage and the importance of genetic factors. Laboratory & Diagnosis, 2014. 6(25): p. 36-41.
57. Kasak, L., K. Rull, and M. Laan, Genetics and genomics of recurrent pregnancy loss, in

83. Pihusch, R., et al., Thrombophilic gene mutations and recurrent spontaneous abortion: prothrombin mutation increases the risk in the first trimester. *American Journal of Reproductive Immunology*, 2001. 46(2): p. 124-131.
84. Govindaiah, V., et al., Association of parental hyperhomocysteinemia and C677T Methylene tetrahydrofolate reductase (MTHFR) polymorphism with recurrent pregnancy loss. *Clinical biochemistry*, 2009. 42(4-5): p. 380-386.
85. Kwak-Kim, J., K.M. Yang, and A. Gilman-Sachs, Recurrent pregnancy loss: a disease of inflammation and coagulation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2009. 35(4): p. 609-622.
86. Pietropolli, A., et al., Plasminogen activator inhibitor-1, factor V, factor II and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms in women with recurrent miscarriage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2014. 34(3): p. 229-234.
87. Bagheri, M., et al., THE 4G/5G GENETIC VARIATION IN THE PROMOTER OF PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR-1 (PAI-1) GENE IN PATIENTS WITH RECURRENT MISCARRIAGE AND HEALTHY CONTROLS. 2011.
88. Byrn, F.W. and M. Gibson, Infectious causes of recurrent pregnancy loss. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1986. 29(4): p. 925-940.
89. Simpson, J.L., et al., Infectious processes: an infrequent cause of first trimester spontaneous abortions. *Human Reproduction*, 1996. 11(3): p. 668-672.
90. Meybodi, M.A.K. and R. Taheripanah, Infections in recurrent miscarriage. *Journal of Reproduction & Infertility*, 2000. 1(2).
91. Kistner, R.W., *Kistner's gynecology: Principles and practice*. 1995: Mosby Incorporated.
92. Shearer, W.T., et al., Role of placental cytokines and inflammation in vertical transmission of HIV infection. *Acta paediatrica*, 1997. 86(S421): p. 33-38.
93. Cunningham, F.G., et al., *Human Pregnancy. Williams Obstetrics*. 20th edition. Stamford. Appleton&Lange, 1997: p. 1070-8.
94. Woodrow, N. and R.F. Lamont, Bacterial vaginosis: its importance in obstetrics. *Hospital Medicine (London, England)*: 1998, 1998. 59(6): p. 447-450.
95. Sozio, J. and R.B. Ness, Chlamydial lower genital tract infection and spontaneous abortion. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 1998. 6(1): p. 8-12.
96. Harger, J.H., et al., Etiology of recurrent pregnancy losses and outcome of subsequent pregnancies. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 1984. 39(6): p. 394-395.
70. Holzgreve, W., H.S. Garritsen, and D. Ganshirt-Ahlert, Fetal cells in the maternal circulation. *The Journal of Reproductive Medicine*, 1992. 37(5): p. 410-418.
71. Reed, E., et al., The alloantibody response of pregnant women and its suppression by soluble HLA antigens and anti-idiotypic antibodies. *Journal of reproductive immunology*, 1991. 20(2): p. 115-128.
72. Harris, E.N., A.E. Gharavi, and G.R.V. Hughes, Anti-phospholipid antibodies. *Clinics in rheumatic diseases*, 1985. 11(3): p. 591-609.
73. Lyden, T.W., N.G. Ah-Kau, and N.S. Rote, Modulation of phosphatidylserine epitope expression by BeWo cells during forskolin treatment. *Placenta*, 1993. 14(2): p. 177-186.
74. Kuon, R.-J., et al., Immune profiling in patients with recurrent miscarriage. *Journal of reproductive immunology*, 2015. 108: p. 136-141.
75. Beer, A.E. and J.Y.H. Kwak, What is the evidence for immunologic pregnancy loss? Lymphocyte immunization: the supportive view, in *Molecular and cellular biology of maternal-fetal relationship*. 1990, Inserm, Libbey, Paris. p. 285-292.
76. Ramsey-Goldman, R., et al., Previous pregnancy outcome is an important determinant of subsequent pregnancy outcome in women with systemic lupus erythematosus. *American Journal of Reproductive Immunology*, 1992. 28(3-4): p. 195-198.
77. Ivanov, P., et al., Inherited thrombophilic factors in women with secondary infertility. *Akusherstvo i Ginekologiya*, 2012. 51(4): p. 3-7.
78. Patnaik, M.M., T. Haddad, and C.T. Morton, Pregnancy and thrombophilia. Expert review of cardiovascular therapy, 2007. 5(4): p. 753-765.
79. Krabbendam, I., et al., Thrombophilias and recurrent pregnancy loss: a critical appraisal of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2005. 118(2): p. 143-153.
80. Soltanghorae, H., et al., Association of ACE, PAI-1 and coagulation factor XIII gene polymorphisms with recurrent spontaneous abortion in Iranian patients. *Journal of Reproduction & Infertility*, 2007. 7(4).
81. Soltanghorae, H., et al., Association of ACE, PAI-1 and coagulation factor XIII gene polymorphisms with recurrent spontaneous abortion in Iranian patients. *Journal of Reproduction & Infertility*, 2007. 7(4): p. 324-330.
82. Zoller, B., et al., Thrombophilia as a multigenic disease. *Haematologica*, 1999. 84(1): p. 59-70.

97. Manganiello, P.D. and R.R. Yearke, A 10-year prospective study of women with a history of recurrent fetal losses fails to identify *Listeria monocytogenes* in the genital tract. *Fertility and sterility*, 1991. 56(4): p. 781-782.
98. Pezeshkian, R., et al., Listeriosis in mother and fetus during the first trimester of pregnancy. Case report. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 1984. 91(1): p. 85-86.
99. Robb, J.A., K. Benirschke, and R. Barmeyer, Intrauterine latent herpes simplex virus infection: I. Spontaneous abortion. *Human pathology*, 1986. 17(12): p. 1196-1209.
100. Sifakis, S., et al., Evaluation of Parvo B19, CMV and HPV viruses in human aborted material using the polymerase chain reaction technique. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1998. 76(2): p. 169-173.
101. Gärtner, L., M. Kunkel, and H. Oberender, Persistence of IgM antibodies to cytomegalovirus-induced late antigen in pregnancy and postpartum. *Acta Virologica*, 1983. 27(1): p. 86-88.
102. Oka, H., A study of epidemiology and fetal effects of human parvovirus B19 infection. *Nihon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi*, 1993. 45(6): p. 533-539.
103. Cohen, B.J., Detection of parvovirus B19-specific IgM by antibody capture radioimmunoassay. *Journal of virological methods*, 1997. 66(1): p. 1-4.
104. Toth, A., et al., Outcome of subsequent pregnancies following antibiotic therapy after primary or multiple spontaneous abortions. *Surgery, gynecology & obstetrics*, 1986. 163(3): p. 243-250.