

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۳۳



نقش ضخامت آندومتر در موفقیت روش درمان ناباروری

چکیده

زمینه: مطالعات بسیاری اثر ضخامت آندومتر را بر میزان موفقیت بارداری در زنان نابارور تحت درمان با روش‌های کمک بارداری، مورد بررسی قرار داده‌اند که نتایج متناقضی به دست آمده است. هدف مطالعه حاضر بررسی این اثر در افراد تحت درمان با روش Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT).

روشن کار: در این مطالعه مورد-شاهدی، ۹۰ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری که تحت درمان ZIFT با پروتکل Long Term قرار گرفته بودند، وارد مطالعه و با توجه به نتیجه درمان، به دو گروه زنان نازا با باروری موفق و باروری ناموفق تقسیم شدند و بطور گذشته نگر از لحاظ افزایش ضخامت آندومتر در پاسخ به درمان مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: افزایش ضخامت آندومتر در پاسخ به درمان از روز هفتم تا روز دوازدهم تحریک گنادوتropینی در گروه باروری موفق بیشتر از ۲ میلی‌متر و در گروه باروری ناموفق کمتر از ۰/۳ میلی‌متر بود. با این وجود مقایسه میانگین این افزایش بین دو گروه، تفاوت آماری معنی‌داری از خود نشان نداد ($P = ۰/۱۷۸$). ضمناً ضخامت آندومتر در روز هفتم تزریق گنادوتropین و نیز روز تزریق (Human Chorionic Gonadotropin) HCG در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. ($P = ۰/۰۹۶$ - $P = ۰/۳۷۲$ روز هفتم و $P = ۰/۰۹۶$ - $P = ۰/۰۹۶$ روز دوازدهم).

نتیجه‌گیری: پاسخ آندومتریال به درمان، ضخامت آندومتر در روز هفتم تزریق گنادوتropین و نیز نقطه عطف ۸ میلی‌متر برای ضخامت آندومتر در روز تزریق HCG که در برخی منابع ذکر شده است تأثیری در پیش‌آگهی موفقیت یا عدم موفقیت روش ZIFT نداشتند.

واژگان کلیدی: ZIFT، ضخامت آندومتر، روش درمان ناباروری، موفقیت درمان ناباروری

*دکтор محمدحسین بدخش

دکتر الهام امام جمعه

۱. دانشیار گروه زنان و زایمان،

دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲. متخصص زنان و زایمان،

پژوهشگر

*نشانی نویسنده مسؤول:

تهران- میدان ولی‌عصر- بیمارستان

فیروزگر- بخش زنان و زایمان

تلفن: ۰۲۱-۶۶۷۳۲۲۲۳

نشانی الکترونیکی:

eli-emami@hotmail.com

ارتباطی را با ضخامت آندومتر و میزان موفقیت روش‌های ART نشان نداده‌اند [۱۴ و ۱۲].

با توجه به نتایج متناقض مطالعات موجود، در این مطالعه ما بر آنیم که اثر ضخامت آندومتر رحم را در میزان موفقیت باروری افراد تحت درمان با روش ZIFT که در آن زیگوت را به داخل لوله رحمی منتقال می‌دهند، مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مورد شاهدی تمامی ۹۰ نفر زن نابارور مراجعه‌کننده به انسیتو نازایی نوید در شهر تهران در سال ۸۷ که BMI ۲۰ الی ۲۵ داشتند، غلظت FSH نرمال سرمی آنها در شروع فرآیند کمتر از ۱۲ میلی واحد در میلی لیتر بود، امکان انجام سونوگرافی ترانس واژینال در آنها وجود داشت و تحت درمان با روش ZIFT با پروتکل دراز مدت که رایجترین رژیم مورد استفاده برای GnRH سوپراولوسیون در ART است و در آن تجویز آگونیست GnRH در مرحله لوთال سیکل قبلی (روز ۲۱) آغاز می‌گردد، قرار گرفته بودند وارد مطالعه گردیدند و کسانی که سن بالای ۴۰ سال، یافته لاپاروسکوپیک و هیستروسالپینگوگرافی و سونوگرافی غیر نرمال داشتند و آندروژن‌های سرم آنها در آزمایشات اولیه نرمال نبود و نیز در طی درمان با گنادوتروپین، دچار هیبراستیمولاسیون شدند به عنوان افراد مورد پژوهش قبول نگردیدند و در واقع ناباروری تمام بیماران غیر قابل توجیه بوده و به دلیل ناباروری مرد نیز نبوده است. سپس بیماران بر اساس نتیجه درمان با روش ZIFT که با دیدن FHR (Fetal Heart Rate) جنین در هفته بیستم حاملگی با سونوی واژینال مشخص می‌شود، به دو گروه با باروری موفق و باروری ناموفق تقسیم گردیدند که این دو گروه از لحاظ سن، اندازه تخمدان‌ها، طول دوره نازایی، غلظت پایه سرمی (FSH) Luteinizing Hormone و Follicle-stimulating Hormone (LH)، تعداد روزهای تحریک گونادوتروپینی و تعداد زیگوت‌های منتقل شده یکسان شدند. سپس برای هر دو گروه فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات پر شد که در آن متغیرهایی همچون: باروری، سن، طول مدت نازایی، غلظت پایه LH و FSH سرم، طول و عرض تخمدان‌های چپ و راست، ضخامت آندومتر در روز هفتم بر اساس سونوگرافی ترانس واژینال، غلظت سرمی استرادیول و LH در روز هفتم، ضخامت آندومتر در روز دوازدهم، تعداد روزهای تزریق گونادوتروپین، تعداد تخم‌های منتقل شده و سابقه

مقدمه

ناباروری عبارت است از عدم باروری پس از یکسال مقاربت زوج بدون استفاده از روش‌های پیشگیری که در تقریباً ۱۴ درصد زوج‌ها دیده می‌شود [۱]. قدرت باروری به معنی احتمال لقاح در یک سیکل قاعدگی است که معمولاً از آن برای تخمین میزان موفقیت درمان‌های ناباروری استفاده می‌شود و این احتمال در یک زوج طبیعی ۲۰ الی ۲۵ درصد می‌باشد [۲].

امروزه روش‌های متعددی باروری افراد نازا با توجه به علت ناباروری بکار برده می‌شود. تکنیک (ART) Assisted Reproductive Techniques بررسی روند تولید مثل است و بطور چشمگیری پیش آگهی تعداد کثیری از زوج‌های نابارور را بهبود بخشیده است [۳]. از روش‌های In Vitro Fertilization (IVF) ART و Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT) و Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) اما میزان موفقیت این روش‌ها با توجه به فاکتورها و شرایط مختلف تغییر می‌کند. شناسایی عوامل متعدد در میزان موفقیت این روش‌ها در باروری می‌تواند گام مؤثری در جهت درمان هر چه مؤثرتر این بیماران باشد. فاکتورهای متعددی در میزان موفقیت این روش‌ها دخیل هستند از جمله: سن، وزن، اندازه بدنی (BMI)، سطح پایه FSH، LH، استرادیول سرم، حجم کلی تخمدان‌ها، تعداد پایه فولیکول‌ها و ضخامت آندومتر ۱-۸.

ضخامت آندومتر در روز ۶ و در روز تزریق (HCG) Human Chorionic Gonadotropin موفقیت کاشت (Implant) و حاملگی می‌باشد و چنانچه در روز تزریق HCG، ضخامت آندومتر ۸-۹ میلی‌متر یا بیشتر باشد، بهترین نتیجه و اگر در روز مذکور ضخامت آندومتر کمتر از ۶-۷ میلی‌متر باشد، بدترین نتیجه گزارش شده است [۱۴-۸ و ۲۱].

در سال‌های اخیر مطالعات بسیاری اثر ضخامت آندومتر را بر میزان موفقیت بارداری در زنان ناباروری که تحت درمان با روش‌های کمک بارداری قرار می‌گیرند، مورد بررسی قرار داده‌اند [۹-۱۸]. در این میان نتایج به دست آمده متناقض بوده‌اند به طوری که برخی از این مطالعات اظهار کرده‌اند که پیش آگهی موفقیت بارداری با روش‌های ART تحت تأثیر اندازه آستانه‌ای از ضخامت آندومتر قرار دارد [۱۶-۱۸ و ۱۰-۹]. در حالی که برخی مطالعات دیگر هیچ

سرمی LH روز هفتم با غلظت سرمی پایه و با فرمول $LH = LH7 - LH0\Delta$ (LH7 – LH0 Δ) محاسبه و در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. در نتیجه $LH\Delta = 73/400 \pm 20/228$ بود که این افزایش از نظر آماری در دو گروه متفاوت نبود ($P = 0.962$). (P)

در روز هفتم پس از تحریک گونادوتروپینی، به ترتیب ضخامت اندازه‌گیری شده آندومتر در سونوگرافی ترانس واژینال، غلظت سرمی استراديول و غلظت سرمی $LH = 65/7$ mm $90/4 \pm 57/548$ mIU/ml $71/333 \pm 57/171$ mIU/ml $06/325$ بود. ضمناً ضخامت آندومتر در روز هفتم در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($P = 0.372$). (P)

در روز دوازدهم نیز میانگین ضخامت اندازه‌گیری شده آندومتر در سونوگرافی ترانس واژینال $1/78 \pm 8/83$ میلی‌متر بود که دو گروه با روری موفق و ناموفق از این نظر تفاوت آماری معنی‌داری با هم نداشتند ($P = 0.96$). از طرف دیگر، در بررسی جداگانه گروه‌های با روری موفق و ناموفق مشاهده شد که در گروه با روری ناموفق ضخامت آندومتر از روز هفتم تا روز دوازدهم افزایش واضحی نداشته است؛ اما گروه زنان تحت درمان با با روری موفق به طور بسیار واضحی دچار افزایش ضخامت آندومتر از روز هفتم تا روز دوازدهم شدند. هرچند که مقایسه میانگین افزایش ضخامت آندومتر از روز هفتم تا روز دوازدهم تحریک گونادوتروپینی بین دو گروه، تفاوت آماری آشکاری را از خود نشان نداد ($P = 0.178$). (P)

با توجه به این که در منابع قبلی ضخامت آندومتریال در روز تزریق HCG بالای ۸ میلی‌متر به عنوان یک معیار پیشگویی کننده برای با روری موفق ذکر شده است [۷۶]، طبقه‌بندی ضخامت آندومتر به دو گروه متفاوت که در مقایسه این طبقه‌بندی ضخامت آندومتر به دو گروه بیشتر یا مساوی ۸ میلی‌متر و کمتر از ۸ میلی‌متر صورت گرفت. ضمناً داروی گونادوتروپین دریافتی که در ضخامت آندومتر مؤثر است برای تمامی بیماران یکسان و ۸ عدد بوده است.

قبلی ART ثبت و در دو گروه مقایسه گردید. با توجه به این که در منابع قبلی ضخامت آندومتریال بالای ۸ میلی‌متر در روز تزریق HCG، به عنوان یک معیار پیشگویی کننده برای باروری موفق ذکر شده است [۷۶]. طبقه‌بندی ضخامت آندومتر به دو گروه بیشتر یا مساوی ۸ میلی‌متر و کمتر از ۸ میلی‌متر صورت گرفت. ضمناً داروی گونادوتروپین دریافتی که در ضخامت آندومتر مؤثر است برای تمامی بیماران یکسان و ۸ عدد بوده است.

کلیه اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۵) آنالیز گردید. جهت توصیف اطلاعات افراد مورد پژوهش از روش آنالیز توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و درصد فراوانی برای متغیرهای کیفی استفاده شد. همچنین از تست Levens و Kolmogorov-Smirnov تحقیق توزیع نرمال در متغیرهای کمی و برابری واریانس‌ها استفاده شد و بر اساس نتایج آن برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی در Two-independent گروه‌های مختلف متغیرهای کیفی از sample t test استفاده گردید. در ضمن جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای کیفی از تست مجذور کای استفاده و سطح معنی‌داری در این تحقیق 0.05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، مجموعاً ۹۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده وارد مطالعه و بررسی شدند که ۴۲ نفر از آنها درمان موفق و ۴۸ نفر باقی درمان ناموفق داشتند. میانگین سنی افراد تحت درمان $\pm 471/64$ سال با متوسط دوره نازایی $5/50 \pm 10/35$ سال بود. دو گروه زنان تحت درمان با با روری موفق و ناموفق از نظر سن و طول دوره نازایی تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (به ترتیب 0.371 و 0.844). متوسط تعداد روزهای تحریک گونادوتروپینی $\pm 9/81 \pm 2/79$ روز و متوسط تعداد زیگوکوت‌های منتقل شده $\pm 1/58$ بوده‌اند که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معناداری نداشتند (به ترتیب 0.508 و 0.153). در ضمن میانگین غلظت پایه سرمی LH و FSH به ترتیب $6/21 \pm 4/50$ و $5/27 \pm 2/80$ میلی واحد در میلی‌لیتر سرم بیماران بود. این میزان از مقدار mIU/ml ۱۲ کمتر بوده و در دو گروه با با روری موفق و ناموفق تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (به ترتیب 0.380 و 0.771). (P=)

افزایش میانگین غلظت سرمی LH از پایه تا روز هفتم تحریک گونادوتروپینی به صورت متغیر جدیدی با احتساب تفاوت غلظت

بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر مطالعات بسیاری اثر ضخامت آندومتر را بر میزان موفقیت بارداری در زنان نازایی که تحت درمان با روش‌های کمک بارداری قرار می‌گیرند، مورد بررسی قرار داده‌اند [۱۸-۹] که در این میان نتایج به دست آمده متناقض بوده‌اند. برخی از این مطالعات

که این ضخامت برای افرادی که تحت درمان با روش ICSI قرار گرفته باشند، ارزش چندانی در پیش‌بینی میزان موفقیت ندارد [۵]. در حالی که بر اساس این مطالعه به نظر می‌رسد که ضخامت آندومتر در روز هفتم سیکل تأثیری در پیش‌بینی میزان موفقیت روش ZIFT نداشت و از طرف دیگر، نقطه عطف ۸ میلی‌متر برای ضخامت آندومتر در روز تزریق HCG نیز که در برخی منابع ذکر شده است [۱۶ و ۱۳ و ۹] تأثیری در پیش‌آگهی موفقیت یا عدم موفقیت روش ZIFT در زنان نایارور نداشت. این در حالی است که مطالعه Yoeli و همکاران در سال ۲۰۰۴ نتایجی مشابه مطالعه حاضر داشتند و اظهار داشتند که افزایش ضخامت آندومتر (پیش از ۱۴ میلی‌متر)، ارتباطی با کاهش میزان کاشت یا حاملگی در روش‌های کمک بارداری ندارد. از سوی دیگر، در مطالعه حاضر ضخامت آندومتر در روز هفتم تزریق گنادوتروپین و نیز نقطه عطف ۸ میلی‌متر برای ضخامت آندومتر در روز تزریق HCG که در برخی منابع ذکر شده است تأثیری در پیش‌آگهی موفقیت یا عدم موفقیت روش ZIFT در زنان نایارور نداشت.

اظهار کرده‌اند که پیش‌آگهی موفقیت بارداری با روش‌های ART تحت تأثیر اندازه آستانه‌ای از ضخامت آندومتر قرار دارد [۱۸ و ۹-۱۶]. در حالی که برخی مطالعات دیگر هیچ ارتباطی را با ضخامت آندومتر و میزان موفقیت روش‌های ART نشان نداده‌اند [۱۴ و ۱۲]

نتایج این مطالعه نشان داد که در زنان نایارور تحت درمان به روش ZIFT در شرایط یکسان برای سن، وزن، اندازه تحملانها، طول دوره نازابی، غلظت پایه سرمی LH و FSH، تعداد روزهای Human Menopausal Gonadotropin تحریک با (HMG) و تعداد زیگوت‌های منتقل شده، پاسخ آندومتریال به درمان تأثیری در پیش‌آگهی نتیجه درمانی این بیماران ندارد. این مسأله در مطالعات مختلفی قبلًا مورد بررسی قرار گرفته است. Rinaldi و همکاران طی مقاله‌ای که در سال ۱۹۹۶ به چاپ رساندند، پیشنهاد کردند که اندازه‌گیری ضخامت آندومتر در روز تزریق HCG در زنانی که قصد انجام IVF را دارند، حائز اهمیت بوده و زنان با ضخامت آندومتر بیشتر از ۱۰ میلی‌متر شанс بیشتری برای موفقیت بارداری در روش IVF نسبت به زنانی دارند که حداقل ضخامت آندومتریال آنها کمتر از ۱۰ میلی‌متر باشد؛ در حالی

مراجع

- 1- De Geyter, Schmitter M, De Geyter M. Prospective evaluation of the ultrasound appearance of the endometrium in a cohort of 1186 infertile women. *Fertil Steril* 2000; 73:106-13.
- 2- Bassil S. Changes in endometrial thickness, width and pattern in predicting pregnancy outcome during ovarian stimulation in in vitro fertilization. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18:256-63.
- 3- Speroff L, Fritz MA. Clinical Gynecologic Endocrinology and Fertility. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- 4- Dieterich C, Check JM, Choe JK. Increased endometrial thickness on the day of human chorionic gonadotropin injection does not adversely affect pregnancy or implantation rates following in vitro fertilization – embryo transfer. *Fertil Steril* 2002; 77:781-6.
- 5- Rinaldi L, Lisi F, Floccari A. Endometrial thickness as a predictor of pregnancy after in – vitro fertilization but not after intracytoplasmic sperm injection. *Human Reprod* 1996; 11:1538-41.
- 6- Kovacs P, Matayas S, Boda K. The effect of endometrial thickness on IVF/ICSI outcome. *Human Reprod* 2003; 18:2337-41.
- 7- Mc Williams GDE, Fratarelli JL. Changes in measured endometrial thickness predict in vitro fertilization success. *Fertil Steril* 2007; 88(1):74-81.
- 8- Amir W, Micha B, Ariel H. Predicting factors for endometrial thickness during treatment with assisted reproduction technology. *Fertil Steril* 2007; 87(4):799-804.
- 9- Isaacs JD Jr, Wells CS, Williams DB, Odem RR, Gast MJ, Strickler RC. Endometrial thickness is a valid monitoring parameter in cycles of ovulation induction with menotropins alone. *Fertil Steril* 1996; 65:262–6.
- 10- Noyes N, Liu HC, Sultan K, Schattman G, Rosenwaks Z. Endometrial thickness appears to be a significant factor in embryo implantation in in-vitro fertilization. *Hum Reprod* 1995; 10:919 –22.
- 11- Rinaldi L, Lisi F, Floccari A, Lisi R, Pepe G, Fishel S. Endometrial thickness as a predictor of pregnancy after in-vitro fertilization but not after intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod* 1996; 11:1538–41.
- 12- Yuval Y, Lipitz S, Dor J, Achiron R. The relationships between endometrial thickness, and blood flow and pregnancy rates in in-vitro fertilization. *Hum Reprod* 1999; 14:1067–71.
- 13- Weissman A, Gotlieb L, Casper RF. The detrimental effect of increased endometrial thickness on implantation and pregnancy rates and outcome in an in vitro fertilization program. *Fertil Steril* 1999; 71:147–9.

- 14- De Geyter C, Schmitter M, De Geyter M, Nieschlag E, Holzgreve W, Schneider HP. Prospective evaluation of the ultrasound appearance of the endometrium in a cohort of 1,186 infertile women. *Fertil Steril* 2000; 73:106–13.
- 15- Schild RL, Knobloch C, Dorn C, Fimmers R, van der Ven H, Hansmann M. Endometrial receptivity in an in vitro fertilization program as assessed by spiral artery blood flow, endometrial thickness, endometrial volume, and uterine artery blood flow. *Fertil Steril* 2001; 75:361–6.
- 16- Kovacs P, Matyas S, Boda K, Kaali SG. The effect of endometrial thickness on IVF/ICSI outcome. *Hum Reprod* 2003; 18:2337–41.
- 17- Check JH, Nowroozi K, Choe J, Dietterich C. Influence of endometrial thickness and echo patterns on pregnancy rates during in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1991; 56:1173–5.
- 18- Dickey RP, Olar TT, Curole DN, Taylor SN, Rye PH. Endometrial pattern and thickness associated with pregnancy outcome after assisted reproduction technologies. *Hum Reprod* 1992; 7:418–21.

جدول ۱: جمع‌بندی متغیرهای دموگرافیک و بالینی اولیه بیماران بر اساس محاسبه میانگین، انحراف معیار و مقایسه دو گروه

P value	گروه ناموفق (انحراف معیار \pm میانگین)	گروه موفق (انحراف معیار \pm میانگین)	متغیر
.۰/۳۷۱	۳۲/۱۵ \pm ۴/۳۳	۳۱/۰۷ \pm ۵/۱۲	سن (سال)
.۰/۸۴۴	۱۰/۲۲ \pm ۴/۸۶	۱۰/۵۰ \pm ۶/۲۲	دوره نازایی قبل از مراجعه (سال)
.۰/۳۸۰	۵/۵۸ \pm ۲/۸۹	۴/۷۱ \pm ۲/۶۶	(mIU/ml) پایه FSH
.۰/۷۷۱	۶/۰۳ \pm ۳/۴۶	۶/۵۰ \pm ۶/۰۲	(mIU/ml) پایه LH
.۰/۵۷۲	۳۱/۱۷ \pm ۴/۴۵	۲۹/۶۷ \pm ۴/۴۶	طول (mm)
.۰/۷۹۲	۱۷/۳۳ \pm ۳/۷۸	۱۶/۸۳ \pm ۲/۴۸	عرض (mm)
.۰/۴۶۷	۳۳/۰۰ \pm ۳/۷۹	۳۱/۵۷ \pm ۳/۳۱	طول (mm)
.۰/۳۶۳	۱۶/۸۶ \pm ۳/۷۲	۱۸/۸۶ \pm ۴/۱۸	عرض (mm)
.۰/۵۰۸	۹/۵۷ \pm ۲/۸۶	۱۰/۲۷ \pm ۲/۷۲	تعداد روزهای تحریک گونادوتropیلنی
.۰/۱۵۳	۵/۴۴ \pm ۱/۷۲	۶/۰۸ \pm ۱/۳۸	تعداد زایگوتهای انتقال یافته

جدول ۲: جمع‌بندی نتایج اندازه‌گیری‌های صورت گرفته در بیماران بر اساس محاسبه میانگین، انحراف معیار و مقایسه دو گروه

P value	گروه ناموفق (انحراف معیار \pm میانگین)	گروه موفق (انحراف معیار \pm میانگین)	متغیر
.۰/۳۷۲	۸/۱۹ \pm ۶/۵۹	۷/۰۶ \pm ۱/۶۴	ضخامت آندومتر در روز هفتم (mm)
.۰/۶۰۵	۱۹۵/۰۷ \pm ۴۰۲/۱۹	۱۲۸/۸۳ \pm ۱۵۳/۷۴	استراديول روز هفتم (mIU/ml)
.۰/۷۰۹	۲۹۸/۵۷ \pm ۴۶۴/۴۲	۳۷۳/۶۳ \pm ۶۹۷/۹۰	LH روز هفتم (mIU/ml)
.۰/۰۹۶	۸/۴۶ \pm ۱/۹۳	۹/۲۳ \pm ۱/۵۴	ضخامت آندومتر در روز دوازدهم (mm)
.۰/۹۶۲	۲۲۵/۶۵ \pm ۳۹۳/۰۰۰	۲۳۷/۱۲ \pm ۴۹۰/۴۸	(mIU/ml) $[\Delta LH]_{0-7}$
.۰/۱۷۸	.۰/۲۹ \pm ۷/۱۶	۲/۱۷ \pm ۲/۰۸	(mm) $[\Delta EL]_{7-12}$
.۰/۲۶۹	۳۱	۳۶	≥۸mm
	۱۵	۸	<۸mm
			ضخامت آندومتر در روز دوازدهم