

میزان جداسازی هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b در مایع مغزی نخاعی کودکان مشکوک به مننژیت با روش‌های کشت و PCR

مرکز طبی کودکان، ۸۲-۱۳۸۱

مروت طاهری کلانی (دانشجوی باکتری‌شناسی)*، دکتر فرخ اکبری نخجوانی (استادیار)*، دکتر بهرام کاظمی (دانشیار)**، دکتر فرهاد بنکدار هاشمی (استادیار)*، دکتر محمد حقی آشتیانی (دانشیار)***، دکتر کرامت نوری (استادیار)****، شادی شاهسون (کارشناس ارشد)*، یوسف عرفانی (کارشناس ارشد)*****، امیر پیمانی (کارشناسی ارشد)*، مینا عابدینی (کارشناسی ارشد)*****

* گروه میکروبی‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

** گروه انگل‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

*** کلینیکال پاتولوژی، رئیس آزمایشگاه بیمارستان مرکز طبی کودکان تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**** گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

***** گروه میکرب‌شناسی، آزمایشگاه میکرب‌شناسی، بیمارستان مرکز طبی کودکان تهران

چکیده

مقدمه: مننژیت باکتریایی یک عفونت جدی و برخی مواقع یک عفونت کشنده‌ای است که سیستم عصبی مرکزی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. عامل حدود ۹۵٪ از مننژیت‌های کودکان هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b (Hib)، استرپتوکوک پنومونیه، E.coli و استرپتوکوکوس آگالاکتیه می‌باشند. روش‌های آزمایشگاهی مرسوم مانند کشت که برای شناسایی عوامل بیماری‌زای مننژیت به کار می‌روند، به حدود ۳۶ ساعت یا بیشتر وقت نیاز دارند. به علاوه مشاهده شده است که به دنبال کاربرد درمان ضد میکروبی قبل از جمع آوری نمونه، توانایی کشت در تایید وجود میکروارگانیسم ایجاد کننده مننژیت در حدود ۳۰٪ می‌باشد. به همین دلیل روش‌های غیر کشت نظیر PCR مورد استفاده قرار گرفته اند.

مواد و روشها: در این مطالعه از سال ۱۳۸۱ تا سال ۱۳۸۲ به مدت یکسال، ۳۰۰ نمونه مایع مغزی - نخاعی از مرکز طبی کودکان تهران جمع آوری گردید و آزمایشات کشت و PCR با استفاده از پریمرهای اختصاصی Hib بر روی همه آنها انجام گرفت.

یافته‌ها: از تعداد کل ۳۰۰ نمونه در ۳۲ مورد نتیجه کشت مثبت بود، که از این میان هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b در ۵ مورد جدا گردید. با استفاده از PCR علاوه بر ۵ نمونه‌ای که کشت آنها مثبت بود، در ۲ مورد دیگر هم Hib تشخیص داده شد.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b عامل ۱۵/۶٪ از موارد مننژیت‌های باکتریایی کودکان به شمار می‌رود. همچنین مقایسه دو روش کشت و PCR نیز نشان داد که روش اخیر در مقایسه با کشت دارای حساسیت و ویژگی ۱۰۰٪ و ۹۹٪ می‌باشد. با توجه به اینکه در مننژیت ضرورت تشخیص و درمان سریع وجود دارد، در صورت وجود امکانات PCR، استفاده از این روش توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: مننژیت باکتریایی، هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b، PCR

مقدمه

مننژیت باکتریایی یک عفونت جدی و برخی مواقع یک عفونت کشنده‌ای است که سیستم عصبی مرکزی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این باکتری، عامل التهاب مننژ در نتیجه آلودگی باکتریایی آن می‌باشد. مننژیت تقریباً همیشه با تب همراه بوده و بی‌قراری عمومی همراه با درد در مفاصل و عضلات شایع می‌باشد. سردرد شدید، شایع‌ترین علامت مننژیت است که معمولاً ناشی از تغییر شکل عروق مننژ می‌باشد (۱).

عامل حدود ۹۵٪ از مننژیت‌های کودکان هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b (Hib)، استرپتوکوک پنومونیه، E.coli و استرپتوکوکوس آگالاکتیه می‌باشند. بیشتر موارد مننژیت‌های ایجاد شده در کودکان بالاتر از یک ماه ناشی از یکی از عوامل ذکر شده در بالا می‌باشد. هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده مننژیت در کودکان بین ۱۲-۶ ماه در کشورهایی است که در مقابل Hib واکنش نمانده اند (۲). روش‌های آزمایشگاهی مرسوم مانند کشت که برای شناسایی عوامل بیماری‌زای مننژیت به کار می‌روند، به حدود ۳۶ ساعت یا بیشتر وقت نیاز دارند. به علاوه مشاهده شده است که به دنبال کاربرد درمان ضد میکروبی قبل از جمع‌آوری نمونه، توانایی کشت در تایید وجود میکروارگانیزم ایجاد کننده مننژیت در حدود ۳۰٪ ماست. قابل توجه این که اطلاعات به دست آمده از مرکز مراقبت از بیماری‌های قابل انتقال سازمان بهداشت جهانی نشان دهنده تفاوت میان موارد مشکوک به مننژیت و مواردی است که کشت آن‌ها را تایید می‌کند. برای غلبه بر این مشکل روش‌های غیر کشت نظیر PCR مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۳). تا قبل از معرفی واکنش‌های کونژوگ Hib، بیشتر از ۹۵٪ از موارد بیماری تهاجمی ناشی از هموفیلوس آنفلوآنزا، توسط سروتیپ b ایجاد می‌شد. در کشورهایی که واکسیناسیون در آن‌ها در حال انجام است، انسیدانس بیماری تهاجمی ناشی از Hib تا ۹۰٪ کاهش پیدا کرده است، اما گزارشاتی از ظهور مجدد بیماری تهاجمی ناشی از Hib در کشورهای که به خوبی برنامه واکسیناسیون در آنها انجام گرفته است، هم

وجود دارد. به این دلیل بررسی و مراقبت پس از واکسیناسیون امری ضروری می‌باشد (۳).

ممکن است پایین بودن گزارشات در جوامعی که واکسیناسیون در آنها به صورت روتین انجام نمی‌گیرد، احتمالاً ناشی از عدم موفقیت در جداسازی این باکتری از کشت و تعیین هویت این ارگانیزم باشد.

همانطوری که می‌دانیم مننژیت‌های باکتریایی جزو فوریت‌های پزشکی بوده و به تشخیص و درمان سریع نیاز دارند. عدم تشخیص به موقع و درمان نادرست موجب از دست رفتن بیمار خواهد شد. در تشخیص مننژیت‌های باکتریایی علاوه بر علائم کلینیکی که مد نظر قرار می‌گیرند، استفاده از روش‌های آزمایشگاهی جهت شناسایی نوع عامل بیماری و شروع درمان مناسب کمک کننده بوده و می‌تواند میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها را کاهش دهد.

روش‌هایی که تاکنون برای تشخیص هموفیلوس آنفلوآنزا به کار رفته است اگر چه با ارزش هستند، ولی همانطوری که قبلاً ذکر شد، این تست‌ها یا به دلیل طولانی بودن زمان آزمایش و یا محدودیت‌هایی نظیر نداشتن امکانات لازم برای انجام آنها مشکلاتی را در زمینه تشخیص مننژیت به وجود آورده‌اند. به همین دلیل بررسی به منظور یافتن بهترین روش تشخیصی که از نظر مدت زمان انجام آزمایش و داشتن پاسخ به حداقل زمان ممکن نیاز داشته باشد، ادامه دارد. با توجه به کمبود مطالعات انجام شده بر روی این باکتری در کشورمان با استفاده از روش‌های نوین تشخیصی و اهمیت مننژیت در کودکان از نظر درمان سریع و به موقع، به نظر می‌رسد که استفاده از روش PCR که از حساسیت و ویژگی بالایی نسبت به سایر تست‌های مورد استفاده برای تشخیص Hib برخوردار است، مطلوب باشد.

مواد و روش‌ها

جمع‌آوری نمونه

نمونه مورد بررسی در این مطالعه، مایع مغزی نخاعی کودکان مشکوک به مننژیت بوده است. به این منظور آزمایشگاه

گرم، تست‌های اکسیداز و کاتالاز، پدیده رشد اقماری در اطراف کلونی‌های استافیلوکوکوس ارئوس و تست‌های نیازمندی به فاکتورهای X و V استفاده گردید و در نهایت با آنتی‌سرم اختصاصی تایید قطعی باکتری به عنوان هموفیلوس آنفلوانزای تیپ b صورت می‌گرفت.

آزمایش PCR

پرایمرهای مورد استفاده در این مطالعه دارای توالی زیر بودند:

Haem R

[5'-CAGTAAATACACCTGTTGCCCTG-3']

Haem L

[5'-GTTGTAGCAGCCATTCATCAAATA-3']

طراحی این پرایمرها برحسب ژن hpD این باکتری که

یکی از پروتئین‌های اختصاصی غشای خارجی Hib را کد می‌کند انجام گرفته است.

استخراج DNA از سوش استاندارد هموفیلوس انفلو

آنزای تیپ b (ATCC 35056).

در ابتدا یک کلونی از باکتری برداشته، در PBS حل و دو بار شستشو داده شد. سپس با توجه به مقدار رسوب ۲۰۰-۱۰۰ میکرولیتر از بافر لیزکننده (NaCl:100mM, Tris:10mM, EDTA:1mM, 0.1-0.2% Triton x-100, 0.32M Sucrose) به آن اضافه گردید و میکروفیوژ حاوی نمونه به مدت یکساعت در حرارت $50-45^{\circ}C$ قرار داده شد. پس از آن نمونه به مدت ۱۰ دقیقه جوشانده شده و با دور ۱۴,۰۰۰ سانتریفیوژ گردید. در پایان برای انجام PCR از مایع رویی استفاده گردید.

استخراج DNA از نمونه‌های مایع مغزی - نخاعی

برای استخراج DNA از نمونه‌های مایع مغزی نخاعی بر طبق کار Shoma و همکارانش عمل کرده و مراحل زیر به ترتیب انجام گرفت (۱):

- ۱- نمونه CSF را به مدت ۱۵ دقیقه در داخل آب جوش قرار داده و طی این مدت چند بار سروته شدند.
- ۲- نمونه‌ها به مدت یک دقیقه با دور ۱۰۰۰۰ سانتریفیوژ شدند.

میکروب‌شناسی مرکز طبی کودکان تهران به عنوان بیمارستان اصلی جهت جمع آوری نمونه‌های CSF از کودکان مشکوک به مننژیت انتخاب گردید.

مایع مغزی - نخاعی کودکان مشکوک به مننژیت که برای اولین بار به آزمایشگاه ارسال می‌گردید، نمونه‌گیری شد. ابتدا در شرایط استریل مقداری از نمونه به میکروتیوب‌های استریل که در اختیار همکاران آزمایشگاه قرار داده شده بود منتقل گردید و تا انجام آزمایش PCR در فریز نگهداری می‌گردید. از باقی مانده نمونه‌ها هم برای آزمایشات میکروب‌شناسی، بیوشیمیایی و شمارش سلولی استفاده شده و نتایج آنها به همراه دیگر مشخصات بیماران از قبیل سن، جنس، علائم بالینی و سابقه مصرف آنتی‌بیوتیکی قبلی در یک پرسشنامه ثبت می‌گردید.

۳۰۰ نمونه در مدت یکسال (از اوسط دی ماه سال ۱۳۸۱ تا اوسط دی ماه سال ۱۳۸۲) تهیه شد.

کشت نمونه‌ها

پس از سانتریفیوژ مایع مغزی نخاعی از رسوب حاصل بر روی محیط‌های آگار خوندار، شکلات آگار و لوین تال کشت داده و نتایج در طی ۲۴ ساعت بعد مورد بررسی قرار گرفتند. اکثر باکتری‌ها می‌توانند بر روی آگار خوندار رشد نمایند، اما برای رشد هموفیلوس آنفلوانزا (باکتری مورد نظر در این مطالعه)، پنوموکوک و مننگوکوک نیاز به وجود CO_2 می‌باشد. به همین دلیل کشت‌های لوین تال و شکلات آگار در داخل جار شمعی قرار گرفتند.

پس از ۲۴ ساعت انکوباسیون محیط‌های کشت مورد بررسی قرار گرفته و در صورتی که رشدی مشاهده می‌شد، بلافاصله تست‌های تفریقی بر روی آنها انجام می‌گرفت. در صورتی که رشدی بر روی این محیط‌ها مشاهده نمی‌شد، محیط‌های جامد (مانند لوین تال و شکلات آگار) به مدت ۳ روز نگهداری می‌شدند، تا در صورتی که طی این مدت باز هم رشدی مشاهده نمی‌شد، این محیط‌ها از دور خارج می‌شدند. پس از مشخص شدن پلیت‌هایی که رشد بر روی آنها صورت گرفته بود، از تست‌های تشخیصی و افتراقی برای تشخیص باکتری‌ها استفاده می‌گردید که شامل رنگ آمیزی

یافته ها

کشت هموفیلوس آنفلوآنزا و توزیع فراوانی باکتری‌های دیگر جدا شده از CSF

در طی این مطالعه ۳۰۰ نمونه مایع مغزی نخاعی جمع آوری گردید و آزمایشات کشت و PCR بر روی همه آنها انجام گرفت. از این تعداد در ۳۲ مورد نتیجه کشت مثبت بود. در این میان هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b فقط در ۵ مورد جدا گردید، که ۱۵/۶٪ از کل نمونه های منتزیت‌های باکتریایی کودکان را شامل می‌شد. هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b بر روی هر دو محیط مورد استفاده در این مطالعه (لوین تال و شکلات آگار) رشد نمود. کلونی‌های این باکتری بر روی این محیط‌ها، بزرگ، موکونیدی و دارای بویی شبیه لانه موش بودند. کلونی‌های این باکتری بر روی محیط لوین تال مشخص تر از محیط شکلات آگار بودند. سایر باکتری‌های جدا شده با روش کشت شامل استافیلوکوکوکو کواگولاز منفی (۲۵٪)، پنوموکوک (۹/۴٪)، استافیلوکوک ارنوس (۹/۴٪)، مننگوکوک (۶/۳٪)، E.coli (۶/۳٪)، اسپیتوباکتر (۶/۳٪)، سودوموناس (۶/۳٪)، انتروکوک (۲/۲٪)، استافیلوکوک ساپروفیتیکوس (۲/۲٪)، استرپتوکوک ویریدانس (۲/۲٪)، استرپتوکوک آلفا- همولیتیکوس (۲/۲٪) و کلبسیلا (۲/۲٪) بودند.

از میان باکتری‌های جدا شده با روش کشت ۵۶٪ گرم مثبت و ۴۴٪ گرم منفی بودند. بر اساس نتایج کشت هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b عامل ۱/۷٪ از کل منتزیت‌های کودکان را تشکیل داد (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه نتایج کشت و PCR در تشخیص Hib در مایع مغزی نخاعی بیماران مشکوک به منتزیت

نتایج آزمایش	روش تشخیصی	
	مثبت	منفی
کشت	۵ (۱/۷٪)	۲۹۵ (۹۸/۳٪)
PCR	۷ (۲/۴٪)	۲۹۳ (۹۷/۶٪)

۳- در مرحله بعد نمونه‌ها به مدت ۴ ساعت در داخل فریزر 20°C ، و سپس به مدت ۵ دقیقه در داخل آب جوش قرار داده شدند. (با این عمل تمامی سلول‌ها لیز شده و DNA آزاد می‌شود).

۴- نمونه‌ها به مدت یک دقیقه با دور ۱۰,۰۰۰ سانتریفیوژ شدند.

۵- در پایان برای انجام PCR از مایع رویی استفاده گردید.

حجم کل مورد استفاده برای انجام آزمایش PCR ۵۰ میکرولیتر بود. مواد مورد استفاده برای هر واکنش به صورت ذیل بود:

10 X PCR Buffer 5 μl (1X) (KCl, Tris HCl, Mg)
 50 Mm Mg Cl₂ 1.5 μl (1.5 mM)
 100 mM dNTP 1 μl (0.2 mM)
 Taq DNA pol 0.5 μl (2.5 U)
 (Cinnagen, Lot.810017)
 Primer R,L 2 μl (40 pM)

حجم Template DNA مورد استفاده در Set up روش با سوش استاندارد 1 μl و برای نمونه های CSF ، 10 μl بوده است.

برنامه مورد استفاده برای انجام PCR با استفاده از دستگاه ترموسیکلر (ependurff, Germany) به صورت زیر بود:

Primary Denaturation 94 $^{\circ}\text{C}$ 5 min
 Loop: 30
 1- Denaturation 94 $^{\circ}\text{C}$ 1 min
 2- Annealing 56 $^{\circ}\text{C}$ 1 min
 3- Extension 72 $^{\circ}\text{C}$ 2 min
 Final Extension 72 $^{\circ}\text{C}$ 8 min

برای الکتروفورز محصولات بدست آمده از PCR از ژل آگارز ۱/۵ درصد استفاده گردید. برای الکتروفورز به این شکل عمل شد که به ازای هر cm از طول ژل ۵ ولت ولتاژ داده شود، بنابراین این چون طول ژل حدود ۱۵ سانتی متر بود، ولتاژی در حدود ۷۵ ولت کافی بود. زمان لازم برای الکتروفورز هم به این شکل انتخاب گردید که الکتروفورز تا زمانی ادامه پیدا کند که باندها تا ۲/۳ از طول ژل را طی کرده باشند.

بوده است. بر این اساس دقت روش PCR برای تشخیص Hib در نمونه‌های CSF ۹۹٪ تعیین گردید.

بحث

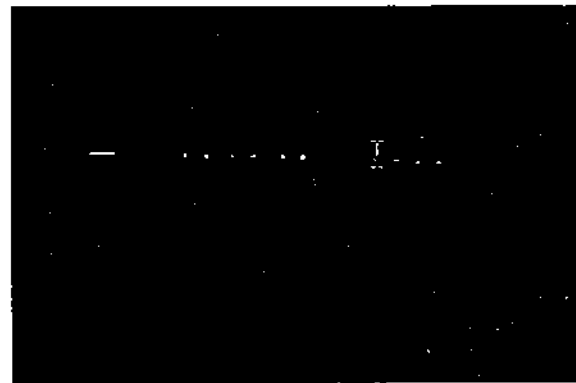
تشخیص Hib با PCR و مقایسه با کشت

واکنش زنجیره‌ای پلیمرز (PCR)، تکنیکی است که استفاده از آن در آزمایشگاه‌های میکروبیولوژی بالینی برای شناسایی عوامل ایجاد کننده بیماری‌های عفونی در حال افزایش است. دلیل استفاده از PCR در تشخیص مننژیت این است که روش‌های تشخیصی مرسوم نظیر اسمیر مستقیم، کشت و روش‌های سرولوژیک در بسیاری از مواقع ناتوان از شناسایی عوامل بیماری می‌باشند (۱).

در مطالعه ما به این نتیجه رسیدیم که PCR تکنیک مفیدی برای شناسایی هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b در نمونه‌های مایع مغزی نخاعی کودکان مشکوک به مننژیت می‌باشد. در این مطالعه از ژن hpD که کد کننده یکی از پروتئین‌های اختصاصی غشای خارجی Hib می‌باشد، به عنوان DNA هدف برای تکثیر به وسیله PCR استفاده کردیم. پرایمر هایی که در اینجا استفاده کردیم از حساسیت و ویژگی بالایی برای شناسایی Hib در نمونه‌های CSF برخوردار بودند. در مطالعه اخیر روش استخراج DNA از نمونه‌های مایع مغزی نخاعی بر اساس کارهای Shoma و همکارانش صورت گرفت (۱).

با استفاده از PCR می‌توان در طی یک روز نتایج لازم را به دست بیاوریم. این در حالی است که برای قرائت نتایج کشت مایع مغزی نخاعی به زمانی در حدود ۴۸ ساعت یا بیشتر وقت نیاز است. روش PCR در صورتی که فرد به خوبی آموزش دیده باشد، در مقایسه با کشت نیاز به زمان بسیار کمتری در حدود ۵ ساعت دارد.

همانطوری که در اکثر آزمایشگاه‌های کشور مشاهده می‌شود و نیز بر اساس گزارشات مرکز مراقبت بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی، تفاوت رو به افزایشی در میان موارد مشکوک به مننژیت و مواردی که کشت آنها را تایید می‌کند وجود دارد (۴). به همین دلیل و برای برطرف کردن این



تصویر ۲- بررسی محصولات PCR تمام گونه‌های مثبت Hib توسط PCR

ردیف (۱) شاخص وزنی DNA. ردیف (۲) کنترل مثبت (سوس استاندارد هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b). ردیف (۳) کنترل منفی (آب مقطر). ردیف (۴ تا ۱۰) نمونه‌های مثبت هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b. ردیف (۱۱) کنترل منفی (DNA باکتری E.coli).

تعیین فراوانی Hib با PCR و ارتباط سن و جنس با مننژیت ناشی از آن

بر اساس نتایج PCR، هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b عامل ۲/۴ درصد از کل مننژیت‌های کودکان بوده است (جدول ۱). بر این اساس متوسط سنی افراد مبتلا به Hib ۲۲ ماه و دامنه سنی آن‌ها هم بین ۱۰ تا ۲۴ ماه بوده است. بر اساس نتایج PCR ۸۶٪ از کودکان مبتلا را دختران تشکیل داده اند.

مقایسه دو روش کشت و PCR در تشخیص Hib

در این مطالعه کشت در ۵ مورد توانست Hib را در نمونه‌های CSF تشخیص دهد. در مقایسه با آن PCR هم توانست Hib را در ۵ نمونه کشت مثبت تشخیص دهد. بر این اساس حساسیت PCR در مقایسه با کشت، ۱۰۰٪ تعیین گردید. از میان ۲۹۵ نمونه‌ای که کشت آن‌ها منفی بود، در ۲ مورد نتیجه PCR مثبت بود، که در نتیجه ویژگی PCR در مقایسه با کشت ۹۹٪ بوده است. در این مطالعه همچنین ارزش اخباری مثبت و منفی PCR به ترتیب ۷۱٪ و ۱۰۰٪

تست‌ها برای تشخیص مننژیت ایجاد شده توسط این باکتری می‌باشد. در مورد مطالعات قبلی حساسیت و ویژگی PCR به ترتیب دارای ۱۰۰٪ و ۹۳٪ می‌باشد. در مطالعات قبلی که بیشتر در تشخیص همزمان Hib، نایسریا مننژیتیدیس و استرپتوکوکوس پنومونیه با استفاده از پریمرهای universal صورت گرفته است، حساسیت تست PCR، ۱۰۰٪ می‌باشد (۲،۱). بنابراین، مطالعه‌ای که ما در اینجا انجام دادیم، از نظر حساسیت مشابه و از نظر ویژگی بالاتر از نتایج مطالعات قبلی بوده است، زیرا ویژگی که ما در این مطالعه به دست آوردیم ۹۹٪ می‌باشد.

در پایان بحث این قسمت بایستی ذکر کنیم که تست حساس و اختصاصی PCR می‌تواند برای شناسایی سریع و در نتیجه کمک به مدیریت مناسب مننژیت ناشی از Hib در جهت کاهش میزان مرگ و میر ناشی از آن بسیار کمک کننده باشد. در این مطالعه اگر چه هدف اصلی همان تشخیص Hib با PCR بوده است، اما بروز مقاومت در میان ایزوله‌های Hib، استفاده از روش Multiplex-PCR را برای تشخیص همزمان Hib و ژن مقاومت آنتی‌بیوتیکی آن غیرقابل اجتناب ساخته است. بنابراین توسعه مطالعه انجام شده با روش Multiplex می‌تواند علاوه بر تشخیص سریع Hib، به پزشک کمک کند تا با انتخاب درمان آنتی‌بیوتیکی مناسب از بروز مرگ و میر در میان کودکان مبتلا به این بیماری بکاهد.

تعیین فراوانی Hib با PCR و کشت

میزان فراوانی هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b که در غیاب استفاده از واکسیناسیون روتین Hib مورد بررسی قرار می‌گیرد، در میان جوامع گوناگون و نواحی جغرافیایی مختلف متفاوت می‌باشد (۷). به طور ویژه‌ای در اروپای شمالی و آسیا گزارشات نسبتاً کمی از فراوانی Hib وجود دارد. اگرچه دلایل زیادی برای این یافته پیشنهاد شده است، اما پاسخ قانع کننده‌ای برای آن وجود ندارد (۱).

در این مطالعه میزان فراوانی هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b با هر دو روش PCR و کشت مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به نتایج این مطالعه در صورتی که کشت ملاک تعیین فراوانی قرار گیرد، Hib عامل ۶ / ۱۵ درصد از موارد

مشکل، استفاده از روش PCR، در دستور کار قرار گرفت و نشان داد که در ۴۰٪ بیشتر از کشت، مننژیت ناشی از Hib را تشخیص می‌دهد. در این مطالعه PCR مایع مغزی نخاعی در مقایسه با روش کشت، حساسیت ۱۰۰٪ را نشان داد. با توجه به این مطلب PCR یک تست خوب برای شناسایی Hib در نمونه‌های CSF می‌باشد. در این مطالعه ما برای PCR در مقایسه با کشت ویژگی ۹۹٪ را به دست آوردیم. از اینجا می‌توان نتیجه گرفت که تست PCR علاوه بر حساسیت، از ویژگی بسیار بالایی نیز برای تشخیص Hib برخوردار می‌باشد.

کودکانی که از آنها مایع مغزی نخاعی اخذ می‌شود، دارای علائم بالینی مانند تب، سردرد شدید و در مواردی سفتی گردن هستند، که شک به وجود مننژیت را در آنها بالا می‌برد. از طرف دیگر ممکن است که قبل از اخذ نمونه، کودکان آنتی‌بیوتیک دریافت کرده باشند که موجب منفی شدن نتایج کشت شده باشد (۵). با توجه به وجود علائم بالینی در کودکان مشکوک به مننژیتی که کشت منفی و PCR مثبت بوده‌اند و نیز با توجه به مرسوم بودن استفاده از آنتی‌بیوتیک در کشور می‌توان نتیجه گرفت که به دلیل حساسیت و ویژگی بالای پرایمرهای طراحی شده برای Hib، نتایج PCR واقعاً مثبت بوده است.

به هر حال صرفنظر از وجود موارد بالا در مورد تایید نتایج PCR، اولین اقدام عملی در جهت تایید این نتایج، تکرار آزمایش PCR می‌باشد. نتایج مثبت PCR پس از دو بار تکرار باز هم نتیجه مثبت خود را تکرار کرد، که دلیلی بر صحیح بودن آزمایش PCR بود.

در این مطالعه کشت و PCR هر دو توانستند هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b را در نمونه‌های CSF تشخیص دهند. در اینجا بایستی ذکر شود که با توجه به اینکه پرایمرهای ما فقط برای Hib طراحی شده بودند و نیز با توجه به نتایج کشت، می‌توان ادعا کرد که هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b مهمترین تیپ کپسولی هموفیلوس آنفلوآنزا است که موجب ایجاد مننژیت در کودکان می‌شود.

حساسیت و ویژگی PCR که در این مطالعه به دست آوردیم، تقریباً منطبق بر مطالعات قبلی در ارتباط با این گونه

یکی از دلایل کم بودن جداسازی این باکتری در کشور همین امر باشد، اما بررسی ما با PCR نشان داد که فراوانی این باکتری در کشور کمتر از ۲۰٪ است.

علاوه بر استفاده از آنتی‌بیوتیک، محققین امکان تاثیر عواملی دیگر مانند نژاد و قومیت را در انسیدانس Hib نیز مورد بررسی قرار داده اند. نشان داده شده است که در برخی از اقوام انسیدانس هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b بیشتر است، که بیانگر دخالت عوامل ژنتیکی و نژاد در انسیدانس این باکتری می‌باشد (۶). به طور جالب توجهی نشان داده شده است که در میان کودکان دارای نژاد آسیایی که در انگلیس زندگی می‌کنند، میزان ابتلا به هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b بیشتر از سایر نژادها می‌باشد، که این خود نشان می‌دهد که تفاوت‌های ژنتیکی نمی‌تواند سطح پایین انسیدانس Hib را در آسیا توجیه کند (۱۱).

با توجه به نتایج مطالعه اخیر، سن ابتلا به هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b همانند اکثر مطالعات ثبت شده کمتر از ۴ سال بوده است که ضرورت واکسیناسیون را در کشور مطرح می‌کند. در این مطالعه همچنین نشان داده شد که میزان ابتلای دختران بیشتر از پسران بوده است. البته این یافته در تناقض با سایر مطالعاتی می‌باشد که در آنها میزان ابتلای پسران بیشتر ذکر شده است (۱۳). احتمالاً این تفاوت ناشی از تعداد کم نمونه‌های مورد بررسی می‌باشد و شاید اگر تعداد نمونه بیشتری از تمام بیمارستان‌های تهران مورد بررسی قرار می‌گرفت، نتایج تا حدودی به آنچه که در مطالعات قبلی ذکر شده است نزدیکتر می‌شد. بنابراین بحث در این مورد به بررسی‌های بیشتری نیاز دارد.

به هر حال، نتایج مطالعه اخیر در مورد فراوانی هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b نشان داد که درصد فراوانی این باکتری ۱۰٪ بالاتر از فراوانی گزارش شده در مقالات قبلی می‌باشد. با توجه به یافته‌های این مطالعه هر چند که درصد فراوانی Hib در میان کودکان ایران کم بوده است، اما این باکتری همچنان یکی از مهمترین عوامل ایجاد کننده مننژیت در کودکان به شمار می‌رود.

مننژیت‌های باکتریایی کودکان و عامل ۱/۷ درصد از کل موارد مننژیت‌های کودکان محسوب خواهد شد. اما در صورتی که نتایج PCR، ملاک قرار گیرد، هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b عامل ۲/۴ درصد از کل مننژیت‌های باکتریایی کودکان به شمار می‌رود. در مورد درصد فراوانی Hib در میان مننژیت‌های باکتریایی نمی‌توان درصد دقیقی پیشنهاد داد، زیرا پرایمرهای طراحی شده فقط مختص به Hib بوده و بنابراین اگر باکتری دیگری در CSF وجود داشته باشد، توسط این پرایمر شناسایی نخواهد شد.

نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان داد که فراوانی ابتلا به Hib پایین تر از فراوانی ابتلا به آن در میان کشورهای همسایه می‌باشد. مثلاً این میزان در پاکستان که یکی از کشورهای همسایه ایران است در حدود ۴۰٪ و عربستان ۶۰٪ گزارش شده است (۷).

به طور کلی آمار نشان می‌دهد که انسیدانس هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b در آسیا کم می‌باشد. شناسایی ارتباط بین میزان مصرف آنتی‌بیوتیک و انسیدانس بیماری ناشی از Hib در این رابطه ارائه شده است (۸).

مطالعات نشان داده‌اند که در نواحی از دنیا که انسیدانس بیماری Hib در آنها کم گزارش می‌شود، استفاده از آنتی‌بیوتیک به میزان قابل توجهی بیشتر از نواحی است که در آنها انسیدانس بالایی از این باکتری گزارش می‌شود (۸). به عنوان مثال استفاده از آنتی‌بیوتیک در میان کودکان در چین، ژاپن و تایوان بالا می‌باشد، به طوری که انسیدانس سالانه این باکتری در این کشورها به ترتیب ۱۰، ۷ و ۱ مورد گزارش شده است (۹-۱۱). در اسپانیا که کمترین انسیدانس مننژیت ناشی از هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ b را در میان کشورهای اروپایی دارد، نشان داده شده است که ۴۶٪ از کودکان قبلاً آنتی‌بیوتیک مصرف کرده اند. این در حالی است که در کشورهایی که انسیدانس بالایی از Hib گزارش می‌شود، استفاده از آنتی‌بیوتیک به میزان کمی گزارش شده است (۱۲). با توجه به مطالب بالا و با توجه به اینکه مصرف بی رویه آنتی‌بیوتیک در ایران امری معمول می‌باشد، احتمال می‌رود

منابع

1. Shoma S, et al. Rapid detection of Haemophilus influenzae Type b in Bangladeshi children with pneumoniae and meningitis by PCR and analysis of antimicrobial resistance. *J Health Nutr*, 2001 Dec, 19 (4): 268-74.
2. Rudstrum, et al. Detection of bacterial DNA in CSF by an assay for simultaneous detection of Neissera meningitis, Haemophilus influenzae Type b and streptococcus by seminsted PCR strategy. *J Clin Microb*, 1994 Nov, 38 (11): 2738-449.
3. Turk DC, et al. Clinical importance of Haemophilus influenzae. In: Sell SH, Wright PW (eds) *Biology of Haemophilus influenzae, Epidemiology, Immunology and prevention of disease*. 1982 New York: Elsevier North Holland, pp, 3-9.
4. Saha SK, et al. The increasing burden of disease in Bangladesh children due to Haemophilus influenzae type b meningitis. *Ann-Trop-Pediatr*. 1997 Mar; 17 (1): 5-8.
5. Ishikawa T, et al. Epidemiology of bacterial meningitis in children: Achi prefecture, Japan, 1984-1993. *Pediatric Neurology*. 1996, 14: 244-250.
6. Gessner, B D. Worldwide variations in the incidence of Haemophilus influenzae type b meningitis and its association with ampicilin resistance. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2002, 21: 79-87.
7. Heikki P. Need for Haemophilus influenzae type b vaccination in Asia as evidenced by epidemiology of bacterial meningitis. *Pediatr Infect Dis J*, 1998, 17: S148-51.
8. Kanra G, et al. Microorganism involved in acute bacterial meningitis in children and the role of Haemophilus influenzae. *Turk-J-Pediatr*. 1996, Oct-Dec; 38 (4): 407-12
9. Yang Y, et al. Acute bacterial meningitis in children in Hafei, China 1990-1992. *China Medical Journal*, 1996, 109: 385-388.
10. Ishikawa T, et al. Epidemiology of bacterial meningitis in children: Achi prefecture, Japan, 1984-1993. *Pediatric Neurology*. 1996, 14: 244-250.
11. Wang C H, et al. Invasive Haemophilus influenzae disease and purulent meningitis in Taiwan. *Journal of the Formosa Medical Association*, 1996, 95: 599-604.
12. Ismail Hussein M, et al. Haemophilus influenzae meningitis in Malaysia. *Pediatr Infect Dis J*. 1998, Sep; 17: s 189-90.
13. Richard E, et al. *NELSON, Essentials of PEDIATRICS, Fourth Edition*. 2002.