

راه اندازی و استاندارد کردن روش ELISA در تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری

دکتر عبدالفتاح صراف نژاد، استادیار گروه ایمنولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر الهه هوده ای، دکترای علوم آزمایشگاهی

دکتر فریده سیاوشی، استادیار گروه میکروب شناسی دانشکده علوم، دانشگاه تهران

دکتر صادق مسرت، استاد گاستروانترولوژیست بیمارستان شریعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر زهره جدلی، عضو هیات علمی گروه ایمنولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مطاهره شهرستانی، کارشناس آزمایشگاه ایمنولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

Standardization and In-House ELISA Setup for *Helicobacter Pylori* Serologic Diagnosis Abstract

Helicobacter pylori (*H. pylori*) is the most prominent causative agent of gastroduodenal diseases all over the world. Other manifestations such as urticaria and coronary heart diseases, also are suspected to be induced by *H. pylori*. Non invasive methods are preferred for diagnosis; and ELISA, because of its reliability, speed, sensitivity and specificity is widely preferred as diagnostic tool. Previously we have used IFA, and here, we report an Indirect ELISA technique for *H. pylori* diagnosis.

First, 9 strains, of *H. pylori* isolated from biopsies, were cultured, and the soluble crude antigen was used to coat ELISA plates. Antigen concentration and conjugated antiserum dilution were optimized using checker board method. In this study the gold standard was: rapid urease test, culture and direct smear. Patient serum dilution and the cut-off value was determined, using 22 Negative and 30 positive confirmed samples according to ROC curve and the results were compared with a commercial kit.

The sensitivity and specificity of this method were 93.2 percent and 95.4 percent respectively. A commercial ELISA Kit, was used and compared simultaneously. The sensitivity and specificity were 87.8 percent and 73 percent respectively.

Therefore, regarding the acceptable sensitivity and specificity, ease of work of ELISA, being economical and non-invasive, it can be employed in diagnosis of *H. Pylori* infection and also in epidemiological studies.

Key words: *Helicobacter pylori*, ELISA, serologic diagnosis

چکیده

میتواند بسیار کمک کننده باشد. از بین این روشها، آزمون ELISA بیش از سایر روشها مورد توجه قرار گرفته است. در این پژوهش، روش ELISA به منظور اندازه گیری IgG اختصاصی ضد هلیکوباکتر پیلوری در داخل کشور راه اندازی و استاندارد شده است

برای راه اندازی و استاندارد کردن روش ELISA 9 سویه هلیکوباکتریلوری جدا شده از بیماران را انتخاب و پس از خرد کردن آن با امواج صوتی (Sonication) آنتی ژن خام محلول

آلودگی با هلیکوباکتر پیلوری از مهمترین عوامل ایجاد کننده بیماریهای دستگاه گوارش فوقانی در سراسر دنیا می باشد و اخیراً شواهدی مبنی بر دخالت مستقیم و یا غیر مستقیم این باکتری در ایجاد بیماریهای خارج از دستگاه گوارش نیز بدست آمده، بنابراین روشهای تشخیصی آسان و سریع و غیر تهاجمی و قابل اعتماد که نیاز به انجام عمل آندوسکوپی ندارند، در تشخیص این عفونت چه در بیماران مبتلا به ناراحتی های گوارشی و چه در سایر بیماران یا مطالعات سرواپیدمیولوژی

در بررسی نقش این باکتری در بیماریهای خارج از دستگاه گوارش کاربرد ندارند (۱).

رایج ترین روش های غیر تهاجمی آزمون اوره تنفسی (Urea Breath Test (UBT) و روشهای سرولوژی است. UBT نیز با وجود حساسیت و ویژگی بالا، به دلیل نیاز به تجهیزات گرانتقیمت و همچنین خطر برخورد با پرتوهای رادیواکتیو (در صورت استفاده از کربن ۱۴) در آزمایشات بالینی روزمره کاربرد کمتری دارد (۱۰). امروزه روشهای مختلف سرولوژی برای شناسایی آنتی بادیهای ضد هلیکوباکتریلوری مطرح شده است که از بین آنها روش (Sorben Assay Enzyme-Linked Immuno یا ELIZA به دلیل سادگی، سرعت، تکرارپذیری و در دسترس بودن مواد و وسایل مورد نیاز آن، بیش از بقیه روشها مورد توجه قرار گرفته است (۱۱).

در حال حاضر، انواع کیتهای تجارتي که از آنتی ژنهای مختلف تهیه شده اند، در دسترس می باشد. اما صحت و حساسیت و ویژگی بدست آمده در مناطق مختلف دنیا با یکدیگر متفاوت است و تنها راه تعیین صحت روشهای سرولوژی ارزیابی آنها با استفاده از سرم بیمارانی است که به دقت آلودگی یا عدم آلودگی آنها اثبات شده باشد (۱۲) و همچنین توصیه می شود که بطور کلی هر آزمون سرولوژی باید طبق شرایط موجود در هر منطقه استاندارد شود (۱۰).

در این مطالعه، با توجه به شیوع بالای این عفونت و کاربرد بالای روش ELISA در تشخیص آن، اندازه گیری میزان IgG اختصاصی ضد هلیکوباکتریلوری با این روش و با استفاده از آنتی ژن تهیه شده از پیکره خرد شده باکتری با امواج صوتی Whole-cell Sonicated Antigens راه اندازی و استاندارد شد و حساسیت و ویژگی آن محاسبه و با یکی از کیت های تجارتي در بیماران ایرانی مبتلا به ناراحتی های معده و دوازدهه مقایسه گردید. همچنین احتمال وجود واکنش متقاطع هلیکوباکتریلوری با کمپیلوباکترزونیسی، اشریشیاکلی، سودوموناس آنروژنوزا و پروتئوس میرابیلیس با استفاده از حذف آنتی بادیهای غیر اختصاصی بررسی شد.

تهیه و با کمک روش شیطرنجی بهترین غلظت آنتی ژن و بهترین تیتر کونزوگه تعیین شد و سپس با استفاده از ۵۲ نمونه سرم از افرادی که آلودگی یا عدم آلودگی آنها با روشهای مرجع (gold standard) شامل کشت از بیوپسی، اوره آز سریع و بررسی لام مستقیم اثبات شده بود و با استفاده از منحنی های Roc، تیتر مناسب سرم و مرز تشخیصی (cut-off) تعیین شد. ضمناً نمونه های فوق با استفاده از یک کیت تجارتي نیز مورد آزمایش قرار گرفت و نتایج با یکدیگر مقایسه شدند.

حساسیت و ویژگی در روش ELISA استاندارد شده در آزمایشگاه به ترتیب ۹۳٪ و ۹۵٪ و در روش ELISA تجارتي ۸۷٪ و ۷۳٪ بدست آمد.

در مجموع با توجه به حساسیت و ویژگی قابل قبول، سهولت کار، مقرون به صرفه بودن و غیر تهاجمی بودن این روش، میتوان از آن در تشخیص عفونت هلیکوباکتریلوری و همچنین مطالعات اپیدمیولوژی استفاده کرد.

مقدمه

عفونت هلیکوباکتریلوری دومین عفونت باکتریایی شایع در جهان بعد از استرپتوکوکوس مونانس (عامل پوسیدگی دندان) می باشد (۱) نقش این باکتری گرم منفی، ماریچی و میکروآتروفیل، در ایجاد زخمهای پپتیک و گاستریت مزمن فعال و سرطانهای معده اثبات شده است (۲). علاوه بر آن شواهدی مبنی بر دخالت آن در ایجاد بیماریهای غیر گوارشی در بزرگسالان و کودکان (۹-۳) وجود دارد. بنابراین، تشخیص صحیح و به موقع و ساده آن از اهمیت زیادی برخوردار است.

بطور کلی، روشهای تشخیصی به دو دسته تهاجمی (وابسته به آندوسکوپی) و غیر تهاجمی (بدون نیاز به آندوسکوپی) تقسیم می شوند. روشهای تهاجمی با اینکه به دلیل داشتن ویژگی بالا معمولاً بعنوان روشهای مرجع شناخته می شوند و شامل روشهای میکروبیشناسی و اوره آز سریع و بررسی لام پاتولوژی یا گستره مستقیم می باشند، گذشته از مشکلات تشخیصی و اجرائی هر یک از آنها، که به کاهش حساسیت آنها منجر شده است، به علت وابستگی به عمل آندوسکوپی، مشکلات و خطراتی را برای بیمار به همراه دارد و از طرفی به دلیل نیاز به وسایل و افراد متخصص، مشکلاتی را برای شبکه درمانی جامعه ایجاد می کنند و این روشها بخصوص

مواد و روشها

بیماران : در این تحقیق از بین بیماران بزرگسال با

علائم ناراحتی معده و دوازدهه که برای انجام عمل آندوسکوپی به بیمارستانهای آیت ا. طالقانی و دکتر علی شریعتی تهران مراجعه کرده بودند، استفاده به عمل آمد. از سرم ۵۲ بیمار شامل ۲۵ نفر (۴۸ درصد) مونث و ۲۷ نفر (۵۲ درصد) مذکر و با گستره سنی ۱۸-۷۲ و میانگین سنی ۴۰/۸ (انحراف معیار ۱۵/۷)، که آلودگی یا عدم آلودگی آنها به هلیکوباکتریلوری به اثبات رسیده بود، استفاده شد. در سابقه هیچ یک از بیماران مصرف داروهای مهار کننده پمپ پروتون یا آنتی بیوتیک ها در سه ماه اخیر و یا سابقه درمان هلیکوباکتریلوری در طی سال قبل، که باعث مهار رشد باکتری و ایجاد اشکال در اثبات وجود یا عدم وجود باکتری در فرد می شود (۱۰)، ذکر نشده بود. از هر بیمار، با عمل آندوسکوپی، دو نمونه بیوپسی از ناحیه آنتروم معده یکی برای انجام آزمون اوره آز سریع و دیگری برای انجام آزمایشات باکتری شناسی (کشت و تهیه لام مستقیم با رنگ آمیزی گرم) گرفته شد. همچنین از هر بیمار ۵ میلی لیتر خون گرفته و سرم آن تا زمان آزمایش در 20°C - نگهداری شد. بیمارانی که حداقل یکی از سه آزمون مرجع آنها (کشت، اوره آز سریع و لام مستقیم با رنگ آمیزی گرم) مثبت بود بعنوان شاهد مثبت (فرد آلوده) و بیمارانی که هر سه آزمون مرجع آنها منفی بود به عنوان شاهد منفی (فرد غیر آلوده) در نظر گرفته شدند.

آزمون اوره آز سریع : یک قطعه بیوپسی در معرف اوره قرار داده، تغییر رنگ از زرد به صورتی در مدت چند دقیقه تا یک ساعت، بعنوان نتیجه مثبت در نظر گرفته می شود.

جداسازی و کشت باکتری : بعد از اینکه نمونه بیوپسی در محیط انتقالی نیمه جامد نایوگلیکولات به آزمایشگاه انتقال داده شد، باید سریعاً بر روی محیط کشت انتخابی شامل محیط کشت بروسلاآگار همراه با نشاسته (۱٪ w/v) و ۱۰ درصد خون تازه گوسفند کشت داده شود. این محیط باید حاوی وانکومایسین (۱۰ mg/lit)، پلی میکسین B (۰/۲۵ mg/lit) و تری متوپریم (۵ mg/lit)، نیز باشد. محیط کشت را در گرمخانه 37°C حاوی CO_2 و در شرایط میکروآنروفل قرار داده و هر نمونه ۱۴ روز، روزانه از نظر رشد مورد بررسی قرار می گیرد.

بررسی لام مستقیم: قسمتی از بیوپسی را روی لام تمیز کشیده و سپس با روش گرم رنگ آمیزی کرده و از نظر حضور باکتری بررسی می شود.

انجام آزمون ELISA : مواد لازم جهت آزمون ELISA : آنتی هیومن (Anti IgG) آماده شده در خرگوش و کونزوگه شده با هورس ردیش پراکسیداز (HRP) (DAKO cod No. P0212) آلومین سرم گاو (BSA)، تونین ۲۰، ارتوفیلین دی آمین (Biogen) (cat.collo11)، هیدروژن پراکسید، اسید سولفوریک، بافر کربنات/بی کربنات ۰/۵M با $\text{pH}=9/5$ ، بافر PBS، ۰/۱M با $\text{pH}=7/2$ ، بافر سترات/فسفات ۰/۱M با $\text{pH}=5$ و بالاخره میکروپلیت ۹۶ چاهکی ته صاف (NUNC)

تهیه آنتی ژن برای آزمون ELISA : ۹ سویه جدا شده از بیماران بصورت انبوه روی محیط کشت اختصاصی کشت داده و بعد از ۷۲ ساعت، سوسپانسیون بسیار غلیظی از آنها در PBS $\text{pH}=7/2$ و ۰/۱ درصد سدیم آزاید تهیه شد. سپس باکتریهای سوسپانسیون فوق را بوسیله دستگاه سونیکاتور (Soniprep 150 MSE) در دامنه $10\ \mu\text{m}$ و فرکانس متوسط در سه دوره ۲۰ S/ml خرد و سوسپانسیون بدست آمده با ساتریفوزر بخچال دار با دور $12000\ \text{g}$ ساتریفوزر شد و پروتئین مایع رویی آن با روش Bradford اندازه گیری و در 70°C - تا زمان استفاده نگهداری شد.

انجام آزمون ELISA :

الف : تعیین مناسب ترین رقت آنتی بادی کونزوگه و غلظت آنتی ژن:

برای این منظور از روش شطرنجی (chess board) برای تعیین هر یک از عوامل بالا استفاده شد و بر این اساس رقت مناسب آنتی بادی کونزوگه $\frac{1}{2000}$ و غلظت مناسب آنتی ژن $0/75\ \mu\text{g/ml}$ تعیین شد.

ب: مراحل انجام آزمایش:

آنتی ژن با غلظت $0/75\ \mu\text{g/ml}$ در بافر پوشاننده coating buffer (بافر کربنات / بی کربنات) تهیه و $100\ \mu\text{l}$ از آن در همه چاهکها بجز چاهک های ستون های ۱۲ و ۹ و ۶ و ۳ ریخته و به این ستونها، برای بررسی واکنش های غیر اختصاصی سرماها فقط بافر پوشاننده اضافه شد. سپس پلیت ها در 4°C در طی شب قرار داده شد و روز بعد سه بار با بافر

بررسی شد ابتدا ۴ سری سرم که هر یک مخلوطی از ۶ سرم که آلودگی یا عدم آلودگی آنها اثبات و میزان آنتی بادی آنها براساس آزمایش ELISA استاندارد شده در آزمایشگاه تعیین شده بود، تهیه شد. این ۴ سری عبارت بودند از نمونه شماره ۱ شامل سرم های مثبت قوی ($OD > 1/5$)، نمونه شماره ۲ سرمهای مثبت ضعیف (OD حدود $1/5$)، نمونه شماره ۳ سرمهای منفی (OD آنها بین $0.75-0.76$)، نمونه شماره ۴ سرمهای منفی ($OD < 0.75$).

براساس روشهای توصیف شده توسط آندرسن و همکاران (۱۵) سرمهای فوق را در مجاورت سوسپانسیون سلول کامل باکتریهای مذکور و هلیکوباکتریلوری به مدت ۴۵ دقیقه در $37^{\circ}C$ قرار داده و سپس با سانتریفوژ یخچال دار و در $4^{\circ}C$ به مدت ۱۰ دقیقه با دور $10000g$ سانتریفوژ کرده و محلول رویی را برداشته و بر روی آن مثل یک نمونه بیمار دو آزمایش سرولوژی انجام شد. به منظور کنترل مراحل مختلف، یک نمونه از سرمهای جذب نشده نیز در تمام مراحل در کنار سایر نمونه ها قرار داده شد.

منحنی ROC

(Receiver Operating Characteristic curve)

منحنی ROC یا منحنی ویژگی عملی گیرنده برای نمایش ارتباط بین ویژگی و حساسیت آزمایشهایی که مقادیر نتیجه آنها از نوع پیوسته باشد بکار می رود (۱۶). این منحنی نموداری است که از نسبت حساسیت (میزان مثبت واقعی) به میزان مثبت کاذب در هر نقطه به دست می آید و با کمک این منحنی می توان بهترین نقطه مرزی که حساسیت و ویژگی مناسبی دارد، انتخاب کرد (۱۷).

همچنین منحنی های راک شامل روشهای نموداری مفیدی برای مقایسه دو روش تشخیصی می باشد و در این روش مساحت زیر هر منحنی راک را تعیین و با استفاده از روش اصلاح شده حاصل جمع رتبه ای ویلکاکسون، با یکدیگر مقایسه کرد (۱۸). آزمونهای آماری: آزمونهای آماری شامل χ^2 و T-test و آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) و رسم منحنی های ROC با استفاده از نرم افزار SPSS9.05 انجام گرفت.

شستشو ($pH=7.2$ PBS و 0.05 درصد تونین ۲۰) شستشو شد. در مرحله بعد $200\mu l$ بافر مسدود کننده blocking buffer ($pH=7.2$ PBS و 2 درصد BSA) اضافه کرده به مدت ۲ ساعت در $37^{\circ}C$ قرار داده و بعد از مدت مذکور، سه بار شستشو انجام گرفت. سپس از سرم بیماران که آلودگی یا عدم آلودگی آنها اثبات شده است، رقتهای $1/100$ و $1/200$ و $1/400$ در بافر مسدود کننده تهیه و $100\mu l$ از هر رقت بصورت دونایی Duplicate در چاهکهای حاوی آنتی ژن و یک چاهک بدون آنتی ژن به عنوان کنترل سرم اضافه شد و پلیت ها به مدت ۹۰ دقیقه در $37^{\circ}C$ قرار داده شد و بعد از این مدت، مرحله شستشو تکرار گردید. کونزوگه را با بافر مسدود کننده به نسبت $1/2000$ رقیق کرده و $100\mu l$ محلول سوپرا-محلول رنگرا (OPD $40mg/dl$ در بافر سیترات/فسفات به اضافه $7/7$ درصد H_2O_2) افزوده پس از گذشت ۱۰ دقیقه در دمای اتاق $100\mu l$ محلول متوقف کننده واکنش (اسید سولفوریک $1M$) اضافه کرده و جذب نوری رنگ ایجاد شده در چاهکها در طول موج $492nm$ با دستگاه ELISA Reader Organon Teknika 210 اندازه گیری و ثبت شد.

کیفیت تجارتي ELISA:

به منظور مقایسه نتایج بدست آمده از ELISA استاندارد شده در آزمایشگاه با کیت های تجارتي موجود، در این تحقیق از کیت تجارتي Helicobacter (cat.Nr: 3010) pylori IgG EIA محصول کشور هلند، بسته بندی شده در بخش تولید فرآورده های تشخیصی بخش دارویی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران استفاده شد و مراحل انجام آزمایش و تفسیر نتایج بر طبق دستور العمل ذکر شده در کیت انجام گرفت.

جذب آنتی بادیهای غیر اختصاصی جهت حذف واکنش متقاطع (Cross reaction):

با توجه به اینکه احتمال وجود واکنش متقاطع IgG اختصاصی ضد هلیکوباکتریلوری با آنتی ژن باکتریهای آنروپاتوزن و سودوموناس مطرح شده است (۱۴ و ۱۳) با استفاده از روش جذب آنتی بادیهای غیر اختصاصی توسط ۴ باکتری گرم منفی شامل کمپیلوباکتر ژونسی، سودوموناس آنروپاتوزا، پروتئوس میرابیلیس و اشریشیاکلی این واکنش

نتایج

برای تعیین مرز تشخیصی نیز از منحنی ROC

مربوط به رقت $\frac{1}{200}$ استفاده شد با کمک این منحنی می توان حساسیت و ویژگی را براساس مرزهای مختلف تعیین و بهترین آنها را انتخاب نمود. بر این اساس، با انتخاب جذب نوری برابر ۰/۷۵ به عنوان مرز تشخیص، حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۹۳/۲ درصد و ۹۵/۴ درصد بدست آمد.

نتایج آزمون ELISA تجارتي: در این آزمایش مطابق پیشنهاد کارخانه سازنده، نتایج به دست آمده کمتر از ۱۵Au/ml (Arbitrary unit) منفی و بین ۱۵-۲۰Au/ml مشکوک و بالاتر از ۲۰Au/ml مثبت در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن نتایج مشکوک به عنوان نتایج نادرست، حساسیت و ویژگی این کیت به ترتیب ۸۷ درصد و ۷۳ درصد بدست آمد. در جدول ۲ نتایج بدست آمده از کیت تجارتي ELISA و روش ELISA استاندارد شده در آزمایشگاه آمده است و نمودار ۱ مقایسه حساسیت و ویژگی آنها را نشان میدهد.

نتایج جذب و حذف آنتی بادیهای غیراختصاصی:

برای بررسی احتمال وجود واکنش متقاطع هلیکوباکتر پیلوری، از چهار سرم مخلوط که طرز آماده سازی آنها قبلاً ذکر شده است، استفاده به عمل آمد و آزمایش با هر دو روش سرولوژی تکرار شد. نتایج بدست آمده در روشهای مختلف به شرح زیر است:

در روش ELISA استاندارد شده در آزمایشگاه، جذب نوری ۲/۳۲۳ برای نمونه شماره ۱ و جذب نوری ۱/۰۰۷ برای نمونه شماره ۳ و جذب نوری ۰/۳۶۶ برای سرم شماره ۴ بدست آمد. بعد از جذب با هلیکوباکتر پیلوری، کاهش شدید جذب نوری در هر چهار سرم دیده شد، اما بعد از جذب با سایر باکتریها، کاهش شدید جذب نوری در همه سرمها در حدود

۰/۳ - ۰/۲ ایجاد شد که نشان دهنده کم بودن واکنش متقاطع بین این باکتریها و هلیکوباکتر پیلوری میباشد. این مقدار در سرمهای مثبت قوی از اهمیت زیادی برخوردار نیست اما در مواردی که نتایج بدست آمده در اطراف نقطه مرزی قرار دارد میتواند حائز اهمیت باشد.

در روش ELISA تجارتي نیز در سه سرم شماره های ۱ و ۲ و ۴ نداخل قابل توجهی دیده نشد اما نتیجه سرم شماره ۳ که مخلوطی از سرم افراد غیر آلوده اثبات شده بود مثبت کاذب

آلودگی در بیماران: از ۵۲ بیمار مورد بررسی، ۲۲

نفر آنها از نظر هر سه آزمون اوره آز سریع، کشت و بررسی لام مستقیم منفی بودند که بعنوان نمونه منفی استفاده شدند. و در ۳۰ نفر از آنها حداقل یکی از این آزمونها مثبت بود، که بعنوان نمونه های مثبت اثبات شده در نظر گرفته شدند.

تعیین مناسب ترین رقت سرم: برای استاندارد کردن

روش ELISA سه عامل اصلی یعنی مناسب ترین رقت کونژوگه، مناسب ترین غلظت آنتی ژن و مناسب ترین رقت سرم بیمار بر طبق شرایط آزمایشگاه باید تعیین شود. دو عامل اصلی اول را می توان با روش شطرنجی به راحتی تعیین نمود. اما در تعیین مناسب ترین رقت سرم، عوامل مداخله گر بیشتری وجود دارد و ممکن است در سرم افراد مختلف تفاوت هایی دیده شود و رقت زیاد یا کم به ترتیب باعث کاهش حساسیت یا ویژگی آزمایش شود. بنابراین در این پژوهش ترجیح داده شد

که برای تمام بیماران سه رقت $\frac{1}{100}$ و $\frac{1}{200}$ و $\frac{1}{400}$ مورد

بررسی قرار گیرد. همچنین میزان واکنش غیر اختصاصی سرم در رقتهای مختلف در چاهک بدون آنتی ژن مورد بررسی قرار گرفت (سرم بلانک) در نهایت برای هر سه رقت بطور مستقیم و بعد از کم کردن جذب نوری بدست آمده از سرم بلانک هر

رقت از جذب نوری بدست آمده از رقت مربوطه، منحنی ROC رسم و با یکدیگر مقایسه شدند. مقایسه این منحنی ها نشان داد که بین سه رقت تفاوت معنی داری از نظر حساسیت و

ویژگی وجود ندارد اما در رقت $\frac{1}{400}$ بعد از کاستن جذب

نوری بلانک سرم از آزمایش تفاوت معنی داری ایجاد شد که نشان دهنده اثر عوامل مداخله گر در این رقت است. بنابراین

رقت $\frac{1}{200}$ به عنوان رقت مناسب سرم برای محاسبات

حساسیت و ویژگی انتخاب شد.

طبق نتایج بدست آمده میانگین جذب نوری سرم افراد آلوده 0.14 ± 0.04 و افراد غیر آلوده 0.02 ± 0.05 می باشد که اختلاف آماری معنی داری بین این دو گروه وجود دارد $P < 0.005$ و درجه اطمینان ۹۹/۵ درصد (T-test) می باشد

تعیین مرز تشخیصی cut-off point :

جدول ۱- میانگین آنتی بادی در بیماران آلوده و غیر آلوده

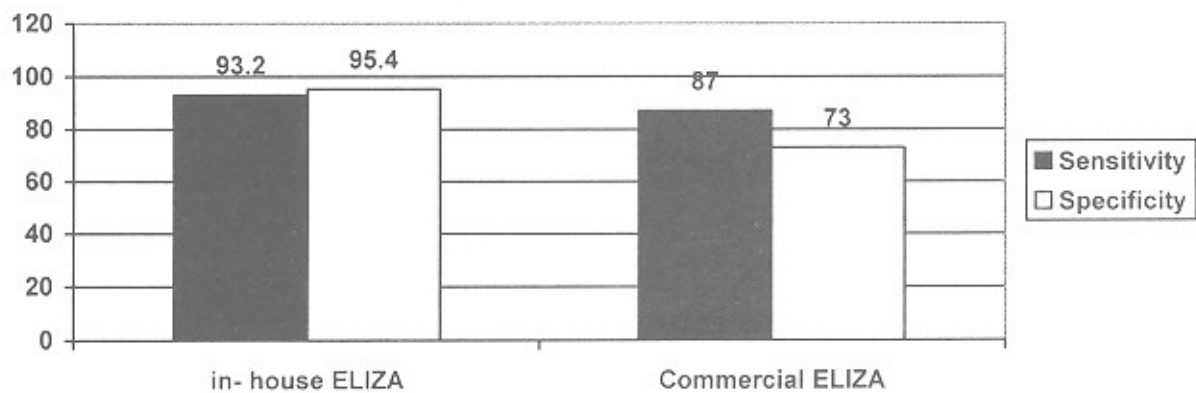
وضعیت آلودگی	تعداد No.	میانگین جذب نوری (X)	انحراف معیار (SD)
آلوده	۳۰	۱/۴	۰/۴
غیر آلوده	۲۲	۰/۵	۰/۲

درجه اطمینان ۹۹/۵ درصد و $P < ۰/۰۰۵$ و T-test

جدول ۲- مقایسه نتایج آزمونهای ELISA تجاری و استاندارد شده در آزمایشگاه

آزمونهای مرجع	ELISA استاندارد شده در آزمایشگاه		ELISA تجاری		آزمونهای سرولوژی
	مثبت	منفی	مثبت	مشکوک	
مثبت (تعداد)	۲۸	۲	۲۷	۳	۱
منفی (تعداد)	۱	۲۱	۳	۳	۱۶
جمع	۲۹	۲۳	۳۰	۵	۱۷

نمودار ۱- مقایسه حساسیت و ویژگی دو نوع روش ELISA



(۱۰ و ۹). از طرفی انجام عمل آندوسکوپی برای بیماران مشکلاتی را چه از نظر خطر انتقال بیماریهای عفونی مثل هپاتیت و ایدز و حتی خود هلیکوباکتریلوری، چه از نظر صرف وقت و هزینه به همراه دارد و بخصوص این روشها برای بررسی آلودگی در بیماریهای خارج از دستگاه گوارش و با بررسیهای اپیدمیولوژیک، مناسب و قابل اجرا نمی باشد (۱۰).

از بین روشهای غیر تهاجمی، UBT نیز بعلت حساسیت و ویژگی بالا جزء روشهای مرجع محسوب می شود. اما به دلیل نیاز به دستگاهها و تجهیزات، کاربرد محدودی دارد (۲۰). اما آزمونهای سرولوژی، پاسخ سیستم ایمنی افراد را بر علیه هلیکوباکتریلوری مورد سنجش قرار داده و بطور غیر مستقیم حضور باکتری را مشخص می نمایند. بنابراین احتمال خطای نمونه گیری از بین می رود. در ضمن این روشها غیر تهاجمی بوده و برای بیمار عوارض و مشکلاتی در پی ندارد.

روشهای مختلف سرولوژی مثل ELISA، ایمونوفلورسانس غیر مستقیم Indirect immunofluorescence Assay (IFA)، ایمونوبلاتینگ، ایمونوکروماتوگرافی و ... برای شناسایی آنتی بادیهای ضد هلیکوباکتریلوری معرفی شده است که بین آنها روش ELISA به دلیل سادگی آزمایش، سرعت و تکرارپذیری و در دسترس بودن امکانات آن، بیشتر از بقیه روشها مورد توجه قرار گرفته است (۱۱).

امروزه کیفیت های تجارسی گوناگون ELISA در دسترس میباشد. اما تفاوت در اعتبار و دقت این روشها، استفاده از این روش را به عنوان یک وسیله تشخیصی با مشکل مواجه کرده است. این تفاوتها بطور عمده به دلیل استفاده از روشهای مختلف برای اثبات حضور هلیکوباکتریلوری، تفاوت در نوع آنتی ژن بکار رفته و جمعیت ها و مناطق جغرافیایی مختلفی که آزمایش در آنها انجام گرفته، می باشد (۲۰).

انتخاب روشهای مرجع مناسب و اثبات حضور یا عدم حضور باکتری در تعیین ویژگی آزمایش از اهمیت زیادی برخوردار است و با توجه به اینکه اغلب روشهای مرجع به تنهایی از حساسیت کافی برای اثبات حضور باکتری برخوردار نیستند، بهتر است از چند آزمون بطور همزمان برای یک بیمار استفاده نمود (۱۱). نکته دیگر حذف افراد تحت درمان با داروهای مهار کننده رشد باکتری مثل آنتی بیوتیک ها و داروهای مهار کننده پمپ پروتون است که باعث کاهش تعداد و مهار رشد

بدست آمد (۲۷ Au/ml). اما بعد از جذب با باکتریهای گرم منفی کاهش قابل توجهی پیدا کرد (بعد از جذب با سودوموناس آئروژینوزا ۱۴ Au/ml جذب با پروتئوس میرابلیس Au/ml ۱۵ و جذب با اشریشیا کلی ۸ Au/ml و کمپیلوباکتر ژرونی ۱۳ Au/ml) که نشان دهنده امکان وجود کثبت کاذب در اطراف مرز تشخیصی میباشد.

بحث

همانطور که در ابتدا اشاره شد، هلیکوباکتریلوری، یکی از شایعترین عفونتهای باکتریایی در دنیاست (۱) که علاوه بر نقش اثبات شده آن در ایجاد بیماریهای مختلف معده و دوازدهه که از شیوع و اهمیت بالایی برخوردار است (۲) به نظر می رسد که بطور مستقیم یا غیر مستقیم زمینه ساز بیماریهای مهمی در خارج از دستگاه گوارش مثل ناراحتی های عروق کرونر (۳ و ۴ و ۵) و ایجاد کبیر مزمن ایدوپاتیک (۶ و ۷)، کم خونی و خیم (۸) و عوارضی مثل فقر آهن و کوتاهی قد در کودکان (۹) باشد که تمام این بیماریها از مسائل و مشکلات مهم بهداشتی و درمانی جوامع محسوب می شود.

روشهای تشخیصی این باکتری به دو دسته تهاجمی (وابسته به آندوسکوپی) که باکتری را بطور مستقیم شناسایی می کنند و روشهای غیر تهاجمی (غیر وابسته به آندوسکوپی) که حضور باکتری را بطور غیر مستقیم نشان می دهند، تقسیم می شوند. آزمایشهای دسته اول بر روی نمونه بیوسی که در زمان انجام آندوسکوپی تهیه می شود، انجام می گیرد و شامل آزمایشهای میکروبیشناسی مثل کشت، اوره آز سریع و بررسی لام پانولوژی یا لام مستقیم می باشد. این آزمونها، از روشهای مرجع شناسایی هلیکوباکتریلوری محسوب می شوند و چون همراه با آندوسکوپی می باشند و امکان بررسی نوع و شدت ضایعه موجود در دستگاه گوارش فوقانی را فراهم می کنند، در تشخیص و انتخاب درمان مناسب برای بیمار مبتلا به ناراحتی دستگاه گوارش کمک کننده می باشند (۱۹) اما در این آزمونها به علت خطای نمونه گیری بدلیل پخش غیر یکنواخت باکتری در سطح مخاط آنتروم و یا ایجاد منفی کاذب بعلت مصرف آنتی بیوتیک ها و داروهای مهار کننده پمپ پروتون که باعث کاهش تعداد و مهار رشد باکتری به طور موقت می شود و برخی دلایل دیگر که خارج از این بحث است، حساسیت کاهش می یابد

ویژگی خوبی بدست آمد که نتایج آن با بسیاری از نتایج گزارش شده با همین آنتی ژن تطابق دارد (۲۳ و ۲۴ و ۲۵ و ۱۳ و ۱۲). نکته قابل توجه دیگر گروه سنی جمعیت مورد مطالعه است. در کودکان پاسخ ایمنی کمتر از بالغین است به همین دلیل مرز تشخیصی در کودکان پایین تر از بالغین می باشد و در هنگام تفسیر آزمایش باید به این نکته توجه داشت و در هر روش مرز تشخیصی در کودکان را نیز تعیین نمود (۲۶). همچنین برخی معتقدند که در گروه افراد بالغ، حساسیت و ویژگی روش، در بیماران جوان نسبت به افراد مسن بهتر است و حضور آنتی بادی در افراد مسن نشان دهنده عفونت قبلی می باشد و یا به علت شیوع گاستریت آتروفیک در افراد مسن، جدا کردن باکتری و اثبات حضور آن مشکل بوده، بنابراین ویژگی در آنها کاهش می یابد (۲۲). اما در این تحقیق تفاوتی در بین دو گروه سنی بالای ۵۰ سال و کمتر از ۵۰ سال مشاهده نشد که این شاید به علت شیوع کمتر گاستریت آتروفیک در ایران باشد (۲۷). اگر چه بهتر است که با استفاده از تعداد بیشتر نمونه این مسئله مورد بررسی قرار گیرد. همچنین در این تحقیق فقط از افراد بالای ۱۸ سال (بیماران بزرگسال) نمونه گیری انجام شد و برای تعیین آلودگی در کودکان باید مرز تشخیصی دیگری برای این گروه سنی تعیین شود.

نکته دیگری که در هنگام استاندارد کردن روش و به خصوص استفاده از هر گونه کیت توصیه می شود اینست که هر کیت باید قبل از استفاده طبق شرایط محلی استاندارد شده و مرز تشخیصی آن تعیین گردد. زیرا شیوع سویه های خاصی از هلیکوباکتریلوری و سایر باکتریایی که امکان تشابه آنتی ژنی با آنها دارند و سایر عواملی که ممکن است در تعیین مرز تشخیصی دخالت داشته باشند، در نقاط مختلف با یکدیگر متفاوت است (۲۴ و ۱۰). کیت تجارتي مورد استفاده در این تحقیق محصول کشور هلند بود که مرز تشخیصی آن در ایران توسط بخش تولید فرآورده های تشخیصی بخش دارویی دانشکده داروسازی دانشگاه تهران تعیین شده بود و همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود نتایج این دو روش نزدیک به یکدیگر است و بیشتر موارد اختلاف در اطراف مرز تشخیصی در روش استاندارد شده در آزمایشگاه و منطقه مشکوک معرفی شده توسط تولید کنندگان کیت تجارتي است که این اختلاف

باکتری بطور موقت می گردد، در این افراد آنتی بادی اختصاصی ضد هلیکوباکتریلوری وجود دارد و قابل شناسایی است، اما با توجه به کاهش شدید تعداد باکتری، روشهای مرجع باکترپولوژیک و UBT قادر به اثبات حضور باکتری نمی باشد و باعث کاهش ویژگی آزمون سرولوژی می شود (۱۱).

در زمان حاضر انواع مختلفی آنتی ژن تهیه و به کار گرفته می شود، در مواردی از آنتی ژن خام crude Antigen بدست آمده از پیکره کامل یا کمی خالص شده مثل آنتی ژنهای استخراج شده توسط اسید- گلیسین Acid-Glycin Extract Antigen استفاده می شود که این نوع آنتی ژنها حاوی انواع آنتی ژنهای مختلف باکتری می باشند (۲۱). در برخی موارد دیگر آنتی ژنهای خالص تر مثل اوره آز، پروتئین فلاژل و پروتئین های وابسته به پیکره باکتری با وزن مولکولی بالا **High Molecular Weight Cell Protein Associated (HM-CAP) Associated (FPLC) Fast Protein Liquid Chromatograph** تهیه می شوند، بکار برده می شوند (۱۱). اما نتایج بدست آمده از هر یک از آنتی ژنهای فوق متفاوت است (۱۱). نکته ای که باید به آن توجه کرد آن است که همانطور که در ایمونوبلاتینگ دیده می شود، پاسخ ایمنی افراد نسبت به آنتی ژنهای مختلف هلیکوباکتریلوری یکسان نیست و هر بیمار به برخی از این آنتی ژنها پاسخ می دهد و در نتیجه تفاوت در آنتی ژنهای بکار رفته در روشهای گوناگون موجب بدست آوردن نتایج مختلفی می شود (۱۰). بنابراین استفاده از یک گروه خاص آنتی ژن حساسیت را کاهش می دهد و از طرفی استفاده از آنتی ژنهای خام و خالص نشده احتمال واکنش متقاطع و کاهش ویژگی را بالا می برد و هنوز در مورد انتخاب بهترین نوع آنتی ژن توافق کاملی بین گروههای مختلف پژوهشگران حاصل نشده است (۲۲). اما در مجموع گروهی از محققین معتقدند که برای تشخیص آلودگی، در صورت استفاده از روشهای مرجع مناسب و دقیق و شرایط استاندارد مناسب، آنتی ژن خام حاصل از باکتری خرد شده یا آنتی ژنهای سطحی، محصول مناسبی برای استفاده در روشهای سرولوژی می باشند و نیاز به خالص سازی بیشتر نیست (۱۹ و ۲۴ و ۲۳). در پژوهش حاضر نیز از آنتی ژن حاصل از باکتری کامل خرد شده برای اندازه گیری IgG ضد هلیکوباکتریلوری با روش ELISA استفاده شد و حساسیت و

با توجه به اینکه بعد از اندازه گیری IgG ضد هلیکوباکتریلوری، اندازه گیری IgA ارزش تشخیصی دارد، بخصوص اینکه در گزارشهایی ذکر شده است که ۷۲-۲ درصد افراد آلوده علامت دار IgA مثبت و IgG منفی هستند (۲۸) و همچنین در مواردی که IgG در حد بینابینی قرار دارد و میزان IgA می تواند در تشخیص نهایی مفید باشد (۱۵)، استاندارد کردن روش ELISA برای اندازه گیری IgA اختصاصی ضد هلیکوباکتریلوری و بررسی ارزش اندازه گیری IgG و IgA اختصاصی ضد این باکتری در پیگیری درمان توصیه می شود.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از همکاری و زحمات همکاران محترم بخش آندوسکوپی بیمارستانهای دکتر علی شریعتی و آیت ا... طالقانی تشکر و قدردانی میشود.

منابع

- 1 – Telford J L. Immunology of Helicobacter pylori Infection. Current opinion in immunology 1997; 9(4):498-503.
- 2 – Calam J. Clinicians Guide to Helicobacter pylori. London Weinheim Chapman & Hall Medical press 1997; chap 1
- 3 – Ellis R W. Infection and Coronary Heart Disease. J Med Microbiology 1997;46(7):535-41.
- 4 – Kusters J G & Kaipers E J. Helicobacter and Atherosclerosis. Am Heart J 1999; 138(5pt2) :5523-41.
- 5-Strachan D P. Non-gastrointestinal consequences of Helicobacter pylori infection. British Medical Bulletin 1998;54(1):87-93.
- 6 – Farhoudi M , et al. Is peptic ulcer Helicobacter pylori infection the cause of chronic Urticarias. Iranian J of Allergy, Asthema and immunology 2000;1(1):17-19.
- 7 – Valsecchi R & Pigatto P. Chronic Urticaria and Helicobacter pylori. Acta Derm Venerol (stochen) 1998;78:440-42.

می تواند ناشی از تفاوت آنتی ژنهای موجود و تفاوت پاسخ بیماران به آنها باشد (۱۰).

در بررسی واکنش متقاطع با سایر باکتریهای گرم منفی مشاهده شد که در روش ELISA نشابه کمی بین هلیکوباکتریلوری و باکتریهای گرم منفی وجود دارد که فقط در مواردی که نتایج در اطراف مرز تشخیصی است می تواند ایجاد اشکال نماید همچنین این تشابه بیشتر مربوط به آنتی ژنهای مشترک باکتریهای گرم منفی می باشد تا واکنش با کمپیلوباکترژژونی، زیرا کاهش آنتی بادی در هر چهار باکتری مشابه بود.

در نهایت در این پژوهش نشان داده شد، که اندازه گیری IgG اختصاصی ضد هلیکوباکتریلوری با روش ELISA استاندارد شده در آزمایشگاه به دلیل دارا بودن حساسیت و ویژگی قابل قبول، قابلیت تکرارپذیری سهولت کار و غیر نهاجمی بودن نمونه گیری و مقرون به صرفه بودن از نظر اقتصادی روشی مناسب برای تشخیص افراد آلوده و استفاده در مطالعات سرواپیدمیولوژی می باشد و نتایج بدست آمده از آن کاملاً قابل مقایسه با کیت تجارتهی است.

- 8 – Stopec A. Links between Helicobacter pylori infection cobalamin deficiency and pernicious anemia. Arch Inter Med 2000;160(8):1229-30.
- 9 – Malferttheiner P. et al. Helicobacter pylori: An atlas. London Science press 1996; chap 1, 2, 3, 4, 5.
- 10 – Glupczynski Y. Microbiological and serological dignosis tests for Helicobacter pylori: An overview. British Medical Bulletin 1998; 45(1):175-186.
- 11- Williams C L. Helicobacter pylori; Bacteriology and laboratory diagnosis. J Infection 1997;34:1-5.
- 12 – Kim S Y, et al. Serodiagnosis of Helicobacter pylori infection in Korean patients using ELIZA. J of Immunology 1998;19(4):251-270.
- 13 – Mitchel H M, et al. The use of serology of diagnosis active Campylobacter pylori infection. Med J Asstralia 1988; 149(19):604 – 609.
- 14 – Goodwin C s. ELIZA for Campylobacter pyloridis: correlation with presence of Campylobacter pyloridis in gastric mucosa. J infection 1987;155(3):488-494.

- 15 – Anderson L P, et al. Prevalence of antibodies against heat-stable antigens from *Helicobacter pylori* in patient with Dyspeptic syndroms ans normal persons. AMPIS 1992;100 :779-89.
- 16 – Sonea R, Zweing M H. Use of receiver operating characteristic curves to evaluate the clinical performance of analytical system. Clin chem 1981;27(9):1569-74.
- 17 – Anes J, et al. Epidemiology, biostatistics and preventive medicine. London Philadelphia Sanders press 1996;Chap 7:93-95.
- 18 – Hanley J A & Meneil B. A method of comparing the areas under Receiver Operating Characteristic curve drived from the same cases. Radiology 1983;148:839-843.
- 19 – Wang J T. Antibody to *Helicobacter pylori* species specific antigen in patients with adenocarcinoma of the stomach. Biophysical research communication 1998; 244(2):360-63.
- 20 – Marchildon P A, et al. Evaluation of three commerical Enzyme Immunoassay compared with the UREA Breath Test for detection of *Helicobacter pylori* infection. J clinical microbiology 1996;34(5):1147-52.
- 21 – newell D G, et al. An ELIZA for the serodiagnosis of campylobacter pylori associated gasteritis. Scand J Gastroentrol 1988;83 (suppl.142):53-57.
- 22 – Boer W A D E. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. Scand J Gastroentrol 1997; 32(supp 223)35-42.
- 23 – Talley N J, et al. Serodiagnosis of ELIZA J clinical microbiology 1991;26(8):1635-39.
- 24 – Over H L A, et al. Usefulness of a new serological test (Bio – Rad) to diagnosis associated gasteritis. J clinical microbiology 1991; 29(2):283-6.
- 25 – Perez-Perez G I, et al. Campylobacter pylori antibody in human. Ann Inter Med 1988; 109:11-17.
- 26 – Hirschl A M & Rotter M L. Serological tests for monitoring helicobacter pylori eradication treatment. J Gastroentology 1996;31 (suppl.IX) :33-36.
- 27 – Massarrat S & et al. Peptic ulcer disease, irritable bowel syndrome and constipation in two population in Iran. Eur J Gastroentrol & Hepatol 1995.7(5):427-433.
- 28 – Jaskowski J D, et al. Iga antibody to *Helicobacter pylori* J Clin Microbiology 1997;35(11):2999-3000.