

جداسازی لژیونلا از نمونه‌های BAL بیماران مبتلا به پنومونی لژیونلایی با کشت و PCR

شیوا میرکلانتری^۱، اشرف محبتی مبارز^{۲*}، سیدرضا حسینی دوست^۳، جعفر اصلانی^۴

- ۱- کارشناسی ارشد، گروه باکتری‌شناسی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه باکتری‌شناسی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۳- دانشیار، گروه میکروبی‌شناسی و مرکز تحقیقات بیولوژی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران
- ۴- دانشیار، بخش داخلی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

پذیرش مقاله: ۸۷/۶/۱۰

دریافت مقاله: ۸۷/۱۱/۸

چکیده

هدف: لژیونلا پنوموفیلا عامل بیش از ۹۵ درصد پنومونی شدید لژیونلایی است. جداسازی عامل ایجادکننده پنومونی از نمونه‌های مایع برونکوالوئولار با کشت یک فرایند حساس و زمانبر است. بعضی گونه‌های لژیونلا با وجود زنده بودن در نمونه بالینی، در محیط کشت رشد نمی‌کنند. هدف از این مطالعه جداسازی لژیونلا از نمونه‌های مایع برونکوالوئولار با دو روش PCR و کشت است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه از ۷۰ بیمار مشکوک به پنومونی لژیونلایی، نمونه مایع برونکوالوئولار تهیه شد. نمونه‌ها روی محیط اختصاصی لژیونلا (BCYE) کشت داده شدند. تمامی نمونه‌ها نیز با استفاده از آغازگرهای اختصاصی (ژن *mip*) با روش PCR ارزیابی شدند.

نتایج: از ۷۰ نمونه مایع برونکوالوئولار مورد بررسی، (۲/۴ درصد) ۳ نمونه با کشت و (۴/۸ درصد) ۶ نمونه با PCR مثبت شدند. تمامی نمونه‌های کشت مثبت با PCR هم مثبت بودند. از طرفی علائم بالینی بیماران نیز کاملاً با نتایج به دست آمده در آزمایشگاه مطابقت داشت.

نتیجه‌گیری: تشخیص سریع و دقیق لژیونلا پنوموفیلا برای درمان عفونت‌های شدید ناشی از این باکتری بسیار مهم است. آنالیز نتایج ما نشان داد که حساسیت و سرعت روش PCR خیلی بیشتر از کشت در نمونه‌های مایع برونکوالوئولار برای شناسایی لژیونلا پنوموفیلا است. بنابراین روش PCR می‌تواند روشی مناسب برای جداسازی و شناسایی لژیونلا پنوموفیلا از نمونه مایع برونکوالوئولار در بیماران مبتلا به پنومونی شدید باشد.

کلیدواژگان: لژیونلا پنوموفیلا، ژن *mip* PCR، مایع برونکوالوئولار، پنومونی.

۱- مقدمه

تا به حال ۴۹ گونه و ۷۰ سرگروه در این جنس تشخیص داده شده است [۲]. آلودگی با گونه‌های لژیونلا شامل طیفی از ناخوشی‌هایی می‌شود که یک سوی آن تب پونتیاک (Pontiac fever) یک بیماری شبه آنفلوآنزای خودمحدودشونده و در سوی دیگر بیماری سیستمیک و غالباً کشنده لژیونر است. پنومونی در این بیماران

پس از همه‌گیری ۱۹۷۶ تا امروز بیماری لژیونر (Legionnaire) در مناطق مختلف دنیا گزارش شده و مواردی از جداسازی لژیونلا (Legionella) در پنومونی‌های (Pneumonia) اکتسابی از جامعه و بیمارستان وجود داشته است [۱]. به طوری که تا سال ۲۰۰۷، موارد زیادی از سراسر دنیا گزارش شده و

* نشانی مکاتبه: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه باکتری‌شناسی، صندوق پستی ۱۱۱-۱۴۱۱۵

به صورت تحت حاد، بسیار کشنده و شدید است [۳]. شیوع بیماری از ۱/۵ تا ۴/۵ درصد در کشورهای مختلف گزارش شده است [۴]. این در حالی است که لژیونلا پنوموفیلا (*Legionella pneumophila*) مسئول حدود ۲ تا ۱۵ درصد از موارد پنومونی اکتسابی از جامعه است [۵]. از طرفی عفونت همزمان لژیونلا با سایر بیماری‌زاهای تنفسی مانند استرپتوکوک پنومونیه (*Streptococcus pneumoniae*)، هموفیلوس آنفولانزا (*Haemophilus influenzae*) و مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (*Mycobacterium tuberculosis*) گزارش شده است [۶].

لژیونلا پنوموفیلا را باید جزء عوامل ایجادکننده پنومونی بیمارستانی و کسب شده از جامعه در نظر گرفت [۷]. پنومونی‌ای که توسط لژیونلا ایجاد می‌شود، می‌تواند به صورت اپیدمیک یا اندمیک باشد [۸]. با توجه به این‌که تأخیر در تشخیص بیماری موجب افزایش میزان مرگ‌ومیر می‌شود [۹]، بنابراین آزمایشگاه و کلینیک نقش بسیار مهمی در تشخیص بیماری بر عهده دارند [۱۰]. مشخص شده که پیشرفت در زمینه تشخیص آزمایشگاهی، منجر به افزایش جداسازی لژیونلا می‌شود [۱۱].

در صورتی که لژیونر در مراحل ابتدایی و اولیه تشخیص داده و با آنتی‌بیوتیک مناسب درمان گردد، پیش‌آگهی بدی نخواهد داشت [۱۰]. در صورت تشخیص سریع، ارگانیزم در مدت ۳ تا ۵ روز به درمان جواب می‌دهد [۱۲]. تشخیص عفونت لژیونلا روی انواع مختلفی از نمونه‌ها انجام می‌شود [۱۳]. نمونه‌گیری باید از دستگاه تنفس تحتانی صورت گیرد. روش‌های متعددی برای نمونه‌گیری از دستگاه تنفس تحتانی در دسترس هستند که جمع‌آوری نمونه خلط از همه رایج‌تر، است. ولی روش‌های پیچیده‌تر مثل آسپیراسیون (*Aspiration*) ترشحات برونش و نای، لاواژ آلوئولار (*Alveolar Lavage*)، بیوپسی بافت ریه و بیوپسی باز ریه در موارد لزوم استفاده می‌شود. استفاده از خلط و کشت آن برای تشخیص پنومونی باکتریایی، به دلیل آلوده شدن خلط با ترشحات ناحیه دهان و حلق مانع از رشد باکتری بیماری‌زا شده و جواب منفی کاذب ایجاد می‌شود [۱۴]. البته ناتوانی نیمی از بیماران برای دادن خلط هم یکی دیگر از مشکلات جمع‌آوری درست این نمونه است [۱۵].

برای تشخیص لژیونلا از نمونه‌های بالینی از روش‌های

کشت، رنگ‌آمیزی آنتی‌بادی فلورسنت مستقیم (*Direct Fluorescent Antibody: DFA*) و ردیابی آنتی‌ژن لژیونلا در نمونه‌های ادراری استفاده می‌شود. کشت به‌عنوان روش استاندارد طلایی تشخیص لژیونلا، ارزش بسیار بالایی دارد. اما طولانی بودن زمان انکوباسیون برای مشاهده کلونی (۲ تا ۵ روز)، نیاز به محیط‌های کشت انتخابی و غیرانتخابی برای رشد و تأثیر درمان آنتی‌بیوتیکی در نتیجه کشت از معایب این روش است. در مقابل روش PCR در صورتی که به طور مناسب طراحی و اجرا شود، دارای سرعت و حساسیت بسیار بالاتر بوده و می‌تواند برای تشخیص سریع لژیونلا در نمونه‌های بالینی و محیطی مورد استفاده قرار گیرد. این روش‌ها علاوه بر حساسیت و ویژگی بالاتر در مقایسه با سایر روش‌های معمول آزمایشگاهی، دارای مزیت‌هایی مانند توانایی تشخیص بیماری در مراحل اولیه، تعیین عفونت‌های مزمن در شرایطی که آزمون‌های سرولوژیکی از توانایی مناسبی برخوردار نیستند، تعیین بیمارانی که فاقد علائم بیماری هستند، ارزیابی ثمربخش بودن درمان، ردیابی حذف شدن میکروارگانیزم از بدن، توانایی تشخیص DNA در نمونه‌هایی که میکروارگانیزم‌های موجود در آن از بین رفته‌اند و عدم نیاز به تأمین شرایط برای نگهداری و انتقال میکروارگانیزم‌های خطرناک در آزمایشگاه‌های تحقیقاتی و تشخیص طبی است. این روش در مورد ارزیابی نمونه‌هایی که واجد میکروارگانیزم مورد نظر بوده ولی نتیجه کشت آن‌ها منفی است، نیز با حساسیت و اطمینان بسیار بالایی قابل استفاده است [۱۶].

در این مطالعه نمونه‌های برونکوآلوئولار (*Bronchialveolar*) بیماران مشکوک به لژیونلا مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه‌ا... با استفاده از روش کشت استاندارد و PCR بررسی شدند.

۲- مواد و روش‌ها

۲-۱- تهیه نمونه

در این تحقیق طی ۶ ماه، ۷۰ نمونه لاواژ برونکوآلوئولار (*Bronchialveolar Lavage: BAL*) از بیماران مشکوک به پنومونی لژیونلایی، با استفاده از روش برونکوسکوپی (*Brochoscopy*) توسط پزشک متخصص ریه تهیه شد. در

۲-۳-۲- استخراج DNA از نمونه‌ها

۱۰۰ میکرولیتر از مایع BAL یکنواخت شده، در میکرولوله ۱/۵ میلی‌لیتری ریخته و به مدت ۲۰ دقیقه در دمای ۹۵ درجه سانتی‌گراد قرار داده شدند. در مورد نمونه‌هایی که محتویات پروتئینی بالایی داشتند، برای یکنواخت کردن نمونه بعد از اضافه کردن حدود ۵ میکرولیتر پروتئاز، به مدت ۳ ساعت در دمای ۵۵ درجه سانتی‌گراد و در داخل دستگاه Hot Plate در دمای ۹۵ درجه سانتی‌گراد به مدت ۲۰ دقیقه قرار داده شدند. برای کنترل مواد از کنترل مثبت که سرم فیزیولوژی حاوی ۱۰ تا ۱۰۰ باکتری لژیونلا پنوموفیلا ATCC33152 بود استفاده شد و برای کنترل منفی نمونه BALی که از نظر لژیونلا پنوموفیلا با روش‌های PCR و کشت منفی بود استفاده شد.

بخشی از کروموزم باکتری که mip را کد می‌کردند به‌عنوان آغازگر (Primer) برای انجام PCR استفاده شدند که دارای توالی زیر بودند:

توالی آغازگر جلویی:

5'-GGTGACTGCGGCTGTTATGG-3'

توالی آغازگر برگشتی:

5'-GGCCAATAGGTCCGCCAACG-3'

۲-۳-۳- انجام PCR

۵ میکرولیتر از DNA الگوی استخراج شده در ۵۰ میکرولیتر مخلوط واکنش شامل بافر PCR (۱x)، مخلوط dNTPs، MgCl₂، آغازگرها، Taq پلی‌مراز و آب مقطر دیونیزه به‌کار برده شد. سپس مخلوط فوق در ۴۰ چرخه شامل ۹۴ درجه سانتی‌گراد برای ۱ دقیقه، ۶۴ درجه سانتی‌گراد برای ۲ دقیقه، ۷۲ درجه سانتی‌گراد برای ۱/۵ دقیقه و به‌دنبال آن‌ها ۷۲ درجه سانتی‌گراد برای ۵ دقیقه PCR شد. محصولات PCR با استفاده از ژل آگارز ۱/۵ درصد الکتروفورز شدند.

۳- نتایج

در این تحقیق، ۷۰ نمونه BAL از بیمارستان بقیه ا... (عج) جمع‌آوری و ارزیابی شدند که از این تعداد ۳۶ مورد (۵۱/۴ درصد) از بیماران بستری در بیمارستان بودند و برای آن‌ها پرونده پزشکی موجود بود. از ۳۶ بیمار بستری ۲۵ بیمار

حدود ۵ میلی‌لیتر از مایع گرفته شده، بلافاصله در لوله فالكون در پیچ‌دار استریل جمع‌آوری و در فلاسک حاوی یخ به آزمایشگاه منتقل شد. نمونه‌ها پس از انتقال در دو لوله تقسیم شدند. یکی از نمونه‌ها، برای انجام کشت بلافاصله مورد استفاده قرار گرفت و دیگری تا زمان انجام PCR، در دمای ۷۰- درجه سانتی‌گراد نگهداری شد.

۲-۲- کشت نمونه‌ها

نمونه‌های تهیه شده برای کشت، در حرارت ۵۶ درجه سانتی‌گراد و به مدت ۱۲ دقیقه در بن‌ماری ۶۰ درجه سانتی‌گراد، تیمار حرارتی شدند. ۰/۱ سی‌سی از نمونه تیمار شده با حرارت، بر محیط اختصاصی BCYE (محیط انتخابی لژیونلا حاوی آنتی‌بیوتیک‌های پلی میکسین B (Polymyxin B)، ونکوماکسین (Vancomycin) و سیکلوهگزاماید (Cycloheximide) به روش خطی کشت داده شدند. تمام پلیت‌های تلقیح شده در جار شمع‌دار در ۳۷ درجه سانتی‌گراد و رطوبت ۷۰ تا ۹۰ درصد انکوبه شدند. این پلیت‌ها بعد از ۳ روز مورد بازدید قرار گرفته و در صورت عدم مشاهده کلونی، با توجه به کند رشد بودن لژیونلاها، انکوباسیون به مدت ۱۴ روز ادامه می‌یافت. از کلونی‌های رشد یافته در محیط‌های اختصاصی لژیونلا بعد از بررسی ریخت‌شناختی و رنگ‌آمیزی گرم، از آزمون‌های بیوشیمیایی مانند آزمون‌های کاتالاز، اکسیداز و هیدرولیز هیپورات برای بررسی‌های بیوشیمیایی و تعیین گونه استفاده شد. کلونی‌های مشکوک به لژیونلا روی محیط بلاد آگار (Blood agar) که لژیونلاها قادر به رشد نیستند، کشت داده شدند.

۲-۳-۲- PCR نمونه‌ها

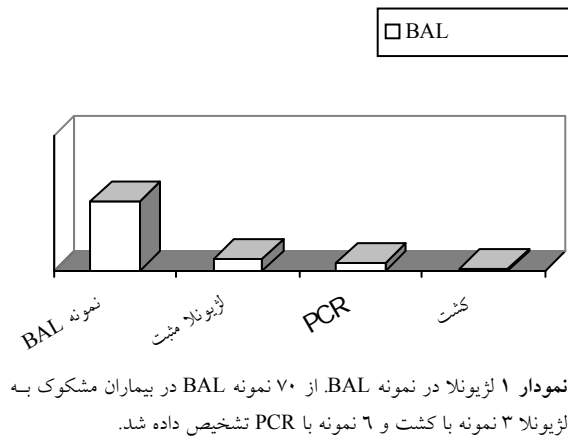
۲-۳-۱- آماده کردن نمونه‌ها

برای انجام PCR، ابتدا برای کم کردن و زدودن مهارکننده‌ها، نمونه‌های BAL را با بافر فسفات سالیین (Phosphate Buffered Saline: PBS)، سه بار شستشو داده و با دور ۳۰۰۰ به مدت ۵ دقیقه سانتریفوژ شدند. پس از شستشوی سوم، محتویات باقی‌مانده لوله اپندرف (Eppendorf) برای ادامه آزمایش به خوبی مخلوط شدند.

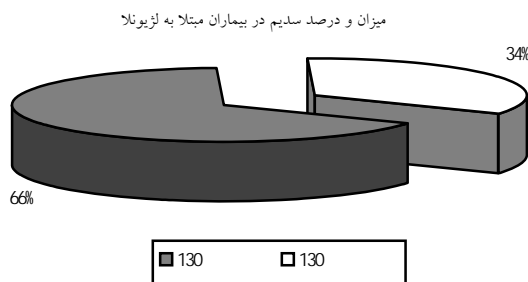
جداسازی لژیونلا پنوموفیلا است.

در جدول ۱ به تفکیک بیماران مبتلا به لژیونر از جنبه علایم بالینی، سن جنس، علت بستری در بیمارستان و سایر علایم زمینه‌ای بررسی شده‌اند.

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود ۱۰۰ درصد بیماران با تنگی نفس و سرفه و تب بستری شده‌اند. ۶۶/۶ درصد سدیم مساوی یا پایین‌تر از ۱۳۰ میلی‌اکی‌والان در لیتر داشتند (نمودار ۲). ۶۶/۶ درصد سن ۳۵ تا ۴۵ سال و ۳۳/۳ سن ۷۰ تا ۸۰ سال داشتند. از بیمارانی که در طیف سنی ۳۵ تا ۴۵ سال بودند ۵۰ درصد از جانبازان شیمیایی، ۲۵ درصد مبتلا به دیابت و مایکوباکتریوم و ۲۵ درصد اعتیاد به مواد مخدر داشتند.



از ۶ بیمار مبتلا به لژیونر ۵۰ درصد توسط کشت و ۱۰۰ درصد توسط PCR و ۵۰ درصد توسط کشت و PCR تشخیص داده شد (شکل ۱ و نمودار ۱). همچنین میزان تشخیص در جنس زن و مرد به‌طور مساوی است. حدود ۷۰ درصد از بیماران تنها از تنگی نفس شکایت داشتند و تقریباً همگی آن‌ها در کنار سایر علایم مشکل تنگی نفس هم داشتند.

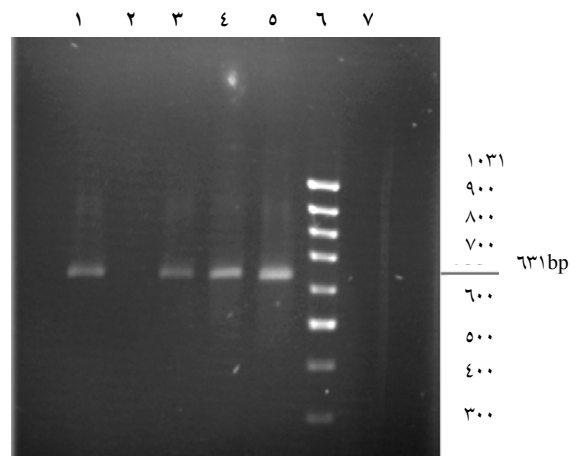


نمودار ۲ میزان سدیم بیماران مبتلا به لژیونلا. در ۳۳/۶ درصد بیماران مبتلا به لژیونلا، سدیم بالای ۱۳۰ و در ۶۶/۶ بیماران درصد سدیم پایین ۱۳۰ بود.

(۶۹/۴۴ درصد) به علت تنگی نفس بستری شده بودند. پس از انجام آزمایش‌ها روی ۷۰ نمونه، ۶ مورد (۸/۷۵ درصد) از نظر لژیونلا مثبت تشخیص داده شدند که در ۴ مورد (۵/۷ درصد)، علت بیماری در آن‌ها مشخص نشده بود. یک مورد (۱/۴ درصد) از آن‌ها پنوموکوک و یک مورد (۱/۴ درصد) مایکوباکتریوم تشخیص داده شده بود که در این مورد همزمانی آلودگی قابل تأمل است.

از ۷۰ نمونه BAL که کشت داده شدند ۳ نمونه (۴/۲ درصد) با کشت مثبت بودند که هر سه نمونه مربوط به بیماران بستری در بیمارستان بود که یک هفته از اقامت آن‌ها از بیمارستان می‌گذشت بنابراین میزان آلودگی به لژیونلا با روش کشت در بین کل نمونه‌ها ۴ درصد و در بین بیماران بستری شده ۹ درصد بود. علاوه بر این در یک مورد لژیونلا به‌طور همزمان با مایکوباکتریوم و در یک مورد به‌طور همزمان با پنوموکوک تشخیص داده شد.

از ۷۰ نمونه BAL، تعداد ۶ نمونه (۸/۵۷ درصد) از آن‌ها، از نظر لژیونلا و به عبارتی ژن mip مثبت بودند (نمودار ۱ و شکل ۱). شکل ۱ نتایج محصول PCR را بعد از انجام الکتروفورز نشان می‌دهد.



در این شکل داشتن باند ۶۳۱ جفت باز نشان‌دهنده وجود ژن mip در نمونه و مثبت بودن نتیجه PCR برای شناسایی و

جدول ۱ مشخصات بالینی بیماران مبتلا به لژیونر

ردیف	علت بستری	علامه بالینی	میزان سديم	سن	وضعیت بدن	جنسیت	تشخيص نهایی	کشت	PCR
۱	تنگی نفس، برونشکتازی (Bronchiectasis)، فیبروزیس (Fibrosis)، عفونت ریوی	تب و لرز، کاهش وزن بدن، سرفه و خلط	۱۳۰	۷۱	سن بالا	زن	لژیونلا	منفی	مثبت
۲	تنگی نفس، درد قفسه سینه	تب، سرفه خشک، کاهش اشتها، کاهش وزن	۱۲۶	۴۵	ابتلا به دیابت	زن	لژیونلا، مایکوباکتریوم	مثبت	مثبت
۳	تنگی نفس، درد قفسه سینه، هموپتزی (Hemoptysis)	تب و لرز، پلی آرتریت (Arthritis)، سرفه خشک، درد شکم	۱۳۳	۴۵	اعتیاد به مواد مخدر	مرد	لژیونلا	مثبت	مثبت
۴	تنگی نفس	سرفه خلط دار	۱۴۳	۸۱	سن بالا	زن	لژیونلا	منفی	مثبت
۵	تنگی نفس	سرفه خشک	۱۳۰	۳۹	جانباز شیمیایی	مرد	لژیونلا	مثبت	مثبت
۶	تنگی نفس	سرفه خشک	۱۳۰	۴۵	جانباز شیمیایی	مرد	لژیونلا	منفی	مثبت

۶- بحث

در این تحقیق نمونه BAL از ۷۰ بیمار مبتلا به پنومونی از نظر حضور لژیونلا بررسی شد.

لژیونلا در نمونه BAL (۸/۵ درصد) ۶ بیمار تشخیص داده شد. پیگیری‌های بعدی وقوع مرگ و میر را در هیچ یک از این بیماران نشان نمی‌داد. نیمی از نمونه‌ها مربوط به بیماران سرپایی (۳۵ نفر) بود که به علت ابتلا به پنومونی مراجعه کرده بودند و به همین دلیل تحت برونکوسکوپی قرار گرفته بودند. لژیونلا در نمونه هیچ یک از این بیماران تشخیص داده نشد. به عبارت دیگر تمامی ۶ مورد (۸/۵ درصد) بیماری لژیونر در گروهی تشخیص داده شد که حداقل یک هفته قبل از نمونه‌گیری در بیمارستان بستری شده بودند. بیماری لژیونر پنومونی آتیپیک (Atypical pneumonia) و فرم حاد لژیونر است که به صورت نوزوکومیال (Nosocomial) و اساساً توسط لژیونلا پنوموفیلا به وجود می‌آید. نکته درخور توجه آن که عامل بیماری لژیونر (لژیونلا پنوموفیلا) در نمونه‌های آب همین بیمارستان تشخیص داده شد [۱۷]. در این پروژه دو روش تشخیصی مکمل هم یعنی کشت استاندارد و روش PCR بهینه‌سازی و آزمایش شد.

در این تحقیق از نمونه BAL بیماران که با علامه تنفسی به بیمارستان بقیه... مراجعه کرده بودند، برای جداسازی لژیونلا استفاده شد. برای جدا کردن لژیونلا از نمونه‌های بالینی توسط

کشت، محدودیت‌هایی وجود دارد؛ از جمله دوره انکوباسیون طولانی و این که رشد لژیونلا توسط ارگانسیم‌های سریع‌الرشد تحت الشعاع قرار می‌گیرد [۱۸] و همچنین حضور لژیونلاهای زنده‌ای که قدرت رشد روی محیط کشت را ندارند. ناتوانی روش‌هایی که هم‌اکنون برای تشخیص لژیونلا در دسترس است؛ موجب شده تا عفونت لژیونلایی به طور کامل تشخیص داده نشده و درمان آن هم با مشکل مواجه شود [۱۹].

ردیابی مولکولی، موجب تشخیص مطمئن و سریع بیماری لژیونر می‌شود. آمپلی‌فیکاسیون (Amplification) اسیدنوکلیتیک برای تشخیص لژیونلا بسیار کارآمد است [۱۹، ۲۰]. روش تشخیص لژیونلا در نمونه‌های مختلف توسط روش PCR اخیراً ابداع شده و محدودیت‌های کشت را ندارد [۲۱]. DNA لژیونلا در ترشحات تنفسی مثل BAL، سواب فارنژیال (Pharyngeal)، سواب نازوفارنژیال (Nasopharyngeal) و سلول‌های تک‌هسته‌ای خون در ادرار و سرم تشخیص داده شده است [۲۲]. چندین مطالعه، حساسیت این روش را ۱۰۰ درصد گزارش کرده‌اند؛ به خصوص زمانی که روی نمونه برونکوالونولار استفاده شده است. در تحقیق حاضر نیز ۱۰۰ درصد نمونه‌های مشکوک به عفونت لژیونلایی، با روش PCR، از نظر حضور لژیونلا، مثبت ارزیابی شدند. برای تشخیص لژیونلا پنوموفیلا توسط روش PCR، از ژن‌هایی که زیر واحد ۱۶S rRNA و ۵S rRNA ریپوزومی را کد می‌کنند و ژن *mip* استفاده شده است [۲۳]. به دلیل

گزارش شده باشد) مشاهده نمی‌شود. با این حال مواردی که نتایج PCR آن‌ها مثبت ولی نتایج کشت آن‌ها منفی بود، به عنوان مثبت کاذب در نظر گرفته شدند. به این ترتیب اختصاصیت PCR در بررسی حاضر ۹۴ درصد ارزیابی شد. محبوبانی (Mahbubani) و همکارانش در سال ۱۹۹۰، با استفاده از قطعه ۶۵۰ جفت بازی از ژن *mip* با حساسیت ۱۰ فیکوگرم لژیونلا پنوموفیلا را تشخیص دادند [۲۷].

جالهاک (Jaulhac) و همکارانش در سال ۱۹۹۲ برای اولین بار، لژیونلا پنوموفیلا، لژیونلا بزمانی (*Legionella bozemanii*) و لژیونلا میکددی (*Legionella micdadei*) را در نمونه‌های BAL، با استفاده از قطعه ۶۳۰ جفت بازی از ژن *mip* تشخیص دادند که حساسیت روش آن‌ها، ۵۰ فیکوگرم گزارش شد. در این مطالعه از ۶۸ نمونه، پانزده نمونه مثبت تشخیص داده شد [۲۸].

در سال ۱۳۸۲، حسینی دوست (Hosseini doust) و همکاران به بررسی وجود لژیونلا در بیمارستان اکباتان همدان پرداختند. در این مطالعه نیز از ژن *mip* و روش PCR برای تشخیص استفاده شد که از ۴۶ نمونه گرفته شده، یک مورد به روش کشت و ۴ مورد توسط PCR مثبت شناخته شدند؛ که این خود نشان‌دهنده حساسیت بالای روش PCR است [۱۰].

بعضی از محققین معتقدند که PCR توانایی بیشتری نسبت به کشت در تشخیص لژیونلا دارد که نتایج تحقیق حاضر نیز این مورد را تأیید می‌کند [۲۹]. علت عدم جداسازی لژیونلا از ۳ مورد مثبت شده توسط روش PCR، می‌تواند به این دلیل باشد که لژیونلا یک باکتری درون سلولی اختیاری است و تنها پس از تکثیر درون ماکروفاژها و پاره کردن آن‌ها به تعداد زیاد در فضای آلوتولی و ترشحات تنفس تحتانی یافت خواهند شد. دلیل دیگر، می‌تواند حضور نرمال سالین باشد؛ این مایع موجب مهار رشد لژیونلا می‌شود. مصرف آنتی‌بیوتیک در بیماران، در عدم رشد باکتری تأثیر به‌سزایی داشته و می‌تواند در نتایج آزمایش‌های باکتری‌شناسی به منظور شناسایی عامل بیماری‌زا، اختلال ایجاد کند.

در سال ۲۰۰۳ ویلسون (Wilson) و همکارانش با روش Real-time PCR و با هدف ژن *mip* به تشخیص لژیونلا پنوموفیلا اقدام کردند که در این بررسی، از ۲۷ ایزوله لژیونلا پنوموفیلا،

این که لژیونلا پنوموفیلا در بین گونه‌های دیگر لژیونلا، ۸۵ درصد از موارد بیماری را به خود اختصاص می‌دهد؛ بنابراین در این تحقیق نیز با استفاده از ژن *mip* که برای لژیونلا پنوموفیلا اختصاصی‌تر است اقدام به شناسایی لژیونلا در نمونه‌های BAL شد. این ژن برای تشخیص لژیونلا پنوموفیلا در نمونه‌های بالینی و محیطی توسط محققین مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. در این تحقیق با انجام بررسی روی مقالات، آغازگرهایی برای آمپلی‌فیکاسیون ژن *mip* با اندازه ۶۳۱ جفت باز که مختص لژیونلا پنوموفیلا بود، برای انجام PCR انتخاب شد. توالی این ژن، اولین بار در سال ۱۹۸۹ تعیین شد [۲۴]. گونه‌های فاقد این پروتئین، کاهش ۸۰ برابری را در میزان بیماری‌زایی از خود نشان می‌دهند.

ژن *mip* در بین گونه‌های لژیونلا به قدر کافی تنوع دارد که به‌صورت اختصاصی برای تشخیص لژیونلا پنوموفیلا به روش PCR بتوان از آن بهره گرفت [۲۵، ۲۶]. هدف این تحقیق، راه‌اندازی روش PCR براساس ژن *mip* لژیونلا پنوموفیلا در نمونه‌های BAL بیماران مبتلا به پنومونی و تشخیص موارد مثبت توسط PCR و مقایسه آن با روش کشت که استاندارد طلایی برای تشخیص این باکتری به حساب می‌آید، بود.

در مطالعه حاضر تعداد موارد مثبت لژیونلای تشخیص داده شده توسط PCR تقریباً دو برابر موارد جدا شده توسط روش کشت بود که نشان‌دهنده حساسیت بیشتر PCR نسبت به کشت است. لژیونلاهای جدا شده با روش کشت، نیز علاوه بر تأیید توسط آزمون‌های بیوشیمیایی با روش PCR و ژن *mip* نیز تأیید شدند و مشخص شد که همگی آن‌ها از نظر ژن *mip* مثبت و احتمالاً لژیونلا پنوموفیلا هستند. تمام نمونه‌های مثبت با روش کشت، با PCR هم مثبت بودند. ولی نیمی از نمونه‌های که با روش PCR، مثبت ارزیابی شدند، نتایج کشت‌شان منفی بود. از آنجا که تمامی موارد مثبت از نظر کشت در این تحقیق با روش PCR هم مثبت تشخیص داده شدند، بنابراین حساسیت روش PCR در بررسی حاضر ۱۰۰ درصد است. در این بررسی، نتایج PCR صحت موارد جدا شده با کشت را کاملاً تأیید می‌کند؛ بنابراین هیچ موردی از منفی کاذب (یعنی مواردی که با کشت مثبت و با PCR منفی

یا نمونه‌های آبی با حساسیت و سرعت بالاتر تشخیص دهد. حساسیت این روش، خصوصاً در روزهای اول بیماری، بسیار بالا است و سلول‌های مرده و زنده را از طریق PCR تشخیص می‌دهد. نتایج این روش، در کمتر از یک روز و ظرف ۱۵ ساعت به دست می‌آید. آمپلی‌فیکاسیون DNA از طریق PCR، سبب شناسایی DNA، حتی در تعداد بسیار کم باکتری در نمونه‌های مورد بررسی می‌شود. همچنین قادر به غربال‌گری گونه‌های لژیونلا و سروگروه‌های آن‌ها با یک آزمون می‌شود.

۵- تشکر و قدردانی

از دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... به خاطر پرداخت هزینه مواد، وسایل، امکانات آزمایشگاهی و تهیه نمونه بیوپسی تشکر می‌نمایم.

۲۰ ایزوله از ۱۴ گونه دیگر لژیونلا، ۱۰۳ ایزوله غیر از لژیونلا، ۸ نمونه بالینی که کشت آن‌ها از لحاظ لژیونلا مثبت شده بودند (۷ مورد لژیونلا پنوموفیلا و ۱ مورد لژیونلا بزمانی) و ۴۰ نمونه که کشت منفی شده بودند، استفاده شد. ۷ نمونه‌ای که کشت آن‌ها از نظر لژیونلا پنوموفیلا مثبت بود به وسیله روش PCR نیز مثبت شدند و نمونه محتوی لژیونلا بزمانی که کشت مثبت داشت و ۴۰ نمونه دیگری که کشت منفی بودند در روش تشخیصی PCR نیز منفی شدند. و تنها ۵ مورد از ۷ مورد مثبت توسط کشت و PCR در روش DFA برای تشخیص لژیونلا پنوموفیلا مثبت بودند [۳۰].

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش‌های مولکولی، خصوصاً PCR، نسبت به کشت روش مناسب‌تری برای تشخیص لژیونلا پنوموفیلا به حساب آمده و به صورت موفقیت‌آمیزی می‌تواند لژیونلا پنوموفیلا را از نمونه‌های بالینی

۶- منابع

- [1] Horwitz MA, Silverstein SC. Legionnaires' disease bacterium (*Legionella pneumophila*) multiplies intracellularly in human monocytes. *J Clin Invest*. 1980; 66(3): 441-50.
- [2] Harrison T, Doshi N, Fry N, Joseph C. Comparison of clinical and environmental isolates of *Legionella pneumophila* obtained in the UK over 19 years. *Clin Microbiol Infect* 2007; 13(1): 78-85.
- [3] Liang JL, Dziuban EJ, Craun GF, Hill V, Moore MR, Gelting RJ, Calderon RL, Beach MJ, Roy SL, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance for waterborne disease and outbreaks associated with drinking water and water not intended for drinking--United States, 2003-2004. *MMWR Surveill Summ* 2006; 55(12): 31-65.
- [4] Ditommaso S, Giacomuzzi M, Biasin C, Gentile M, Maggiorotto G, Ruggenini Moiraghi A, Zotti CM; Legionellosis Collaborating Group. Incidence of legionellosis in hospitals contaminated by *Legionella pneumophila* other than serogroup 1. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28(4): 509-11
- [5] Nagelkerke NJ, Boshuizen HC, de Melker HE, Schellekens JF, Peeters MF, Conyn-van Spaendonck M. Estimating the incidence of subclinical infections with *Legionella Pneumonia* using data augmentation: analysis of an outbreak in The Netherlands. *Stat Med* 2003; 22(24): 3713-24.
- [6] Metaxa-Mariatou V, Ikonou A, Tzortzi A, Mihalatos M, Vakalis N, Nasioulas G. Documentation of *Legionella pneumophila* and *Mycobacterium tuberculosis* co-existence in a patient with acute respiratory distress syndrome. *In Vivo* 2003; 17(4): 365-7.
- [7] Dominguez JA, Gali N, Pedrosa P, Fargas A, Padilla E, Manterola JM, Matas L. Comparison

- of the Binax Legionella urinary antigen enzyme immunoassay (EIA) with the Biotest Legionella urin antigen EIA for detection of Legionella antigen in both concentrated and nonconcentrated urine samples. *J Clin Microbiol* 1998; 36(9): 2718-22.
- [8] Marston BJ, Plouffe JF, File TM, Hackman BA, Salstrom SJ, Lipman HB, Kolczak MS, Breiman RF. Incidence of community-acquired pneumonia requiring hospitalization. Results of a population-based active surveillance Study in Ohio. The Co Community-Based Pneumonia Incidence Study Group. *Arch Intern Med* 1997; 157(15): 1709-18.
- [9] Murdoch DR. Diagnosis of Legionella infection. *Clin Infect Dis* 2003; 36(1): 64-9.
- [10] Hosseini doust R, Mohabbati Mobarez A, Hajia M. Detection of *L. pneumophila* by PCR within culture negative samples. *yakhteh* 2003; 4: 219-23.
- [11] Waterer GW, Baselski VS, Wunderink RG. Legionella and community-acquired pneumonia: A review of current diagnostic tests from a clinician's viewpoint. *Am J Med* 2001; 110(1): 41-8.
- [12] Dennis L. Clinical applications of PCR, London, Humana. Press 1998.
- [13] Plouffe JF, File TM, Breiman RF. Reevaluation of the definition of Legionnaires' disease: use of the urinary antigen assay. Community Based Pneumonia Incidence Study Group. *Clin Infect Dis* 1995; 20(5): 1286-91.
- [14] Den Boer JW, Yzerman EP. Diagnosis of Legionella infection in Legionnaires' disease. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004; 23(12): 871-8.
- [15] Winn WC, legionella: In Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH (eds). *Manual of clinical microbiology*. Washington, ASM Press 1999; p: 572-85.
- [16] Qasem JA, Mustafa AS, Khan ZU. Legionella in clinical specimens and hospital water supply facilities: molecular detection and genotyping of the isolates. *Med Princ Pract* 2008; 17(1): 49-55.
- [17] Mohabati Mobarez A, Hosseini Doust R, Esmaeili D. Detection of Legionella in the hospital water systems. *J of Infectious Disease* 2007; 12(36): 33-7.
- [18] Maiwald M, Helbig JH, Luck PC. Laboratory methods for the diagnosis of Legionella infection. *J Microbiol Methods* 1998; 33: 59-79.
- [19] Kessler HH, Reinthaler FF, Pschaid A, Pierer k, Kleinhappl B, Eber E, Marth E. Rapid detection of Legionella species in bronchoalveolar lavage fluids with the EnviroAmp Legionella PCR amplification and detection Kit. *J Clin Microbiol* 1993; 31(12): 3325-8.
- [20] Koide M, Saito A. Diagnosis of Legionella pneumophila infection by polymerase chain reaction. *Clin Infect Dis* 1995; 21(1): 199-201.
- [21] Hayden T, Uhi JR, Qian X, Hopkins MK, Aubry MC, Limper A, Liloyd RV, Cockerill FR. Direct detection of Legionella species from bronchoalveolar lavage and open lung biopsy specimens: comparison of light-cycler PCR, in situ hybridization, direct fluorescence Antigen Detection, and culture. *J Clin Microbiol* 2001; 2618-26.
- [22] Helbig JH, Engelstadter T, Maiwald M, Uldum SA, Witzleb W, Luck PC. Diagnostic relevance of the detection of Legionella DNA in urine samples by the polymerase chain reaction. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1999; 18: 716-22

- [23] Engleberg NC, Carter C, Weber DR, Cianciotto NP, Eisenstein BI. DNA sequence of mip, a Legionella pneumophila gene associated with macrophage infectivity. *Infect Immun* 1989; 57(4): 1263-70.
- [24] Cianciotto NP, Bangsberg JM, Eisenstein BI, Engleberg NC. Identification of mip-like genes in the genus Legionella. *Infect Immune* 1990; 58(9): 2912-8.
- [25] Maiwald M, Schill M, Stockinger C, Helbig JH, Luck PC, Witzleb W, Sonntag HG. Detection of Legionella DNA in human and guinea pig urine samples by the polymerase chain reaction. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995; 14(1): 25-33.
- [26] Cloud JL, Carroll KC, Pixton P, Erali M, Hillyard DR. Detection of Legionella species in respiratory specimens using PCR with sequencing confirmation. *J Clin Microbiol* 2000; 38(5): 1709-12.
- [27] Mahbubani MH, Bej AK, Miller R, Haff L, DiCesare J, Atlas RM. Detection of Legionella with polymerase chain reaction test and gene probe methods. *Mol Cell Probes* 1990; 4(3): 175-87.
- [28] Jaulhac B, Nowicki M, Bornstein N, Meunier O, Prevost G, Piemont Y, Fleurette J, Monteil H. Detection of Legionella spp. in bronchoalveolar lavage fluids by DNA amplification. *J Clin Microbiol* 1992; 30(4): 920-4.
- [29] Lindsay DS, Abraham WH, Fallon RJ. Detection of mip Gene by PCR for diagnosis of Legionnaires' disease. *J Clinical Microbiol* 1994; 32(12): 3068-9.
- [30] Wilson DA, Liberman BY, Reishl U, Gordon SM, Procop GW. Detection of Legionella pneumophila by real time PCR for the mip gene. *J Clin Microbiol* 2003; 41(7): 3327-30.