

Original Article

مقایسه دو روش PCR و تست اوره آز سریع در شناسایی هلیکوباکتر پیلوری در نمونه بافت بیوپسی معده

پرستو چمن رخ^{۱*}، محمدحسن شاه حسینی^{۲،۳}، مهناز مظاهری اسدی^۴، طاهر نژاد ستاری^۱، داوود اسماعیلی^۵

۱- گروه زیست شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- گروه میکروبیولوژی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳- موسسه ایرانیان ژن فناوری (IGF)، تهران، ایران.

۴- گروه بیوتکنولوژی محیط زیست، سازمان پژوهش های علمی و صنعتی ایران، تهران، ایران.

۵- گروه میکروب شناسی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه بقیه الله، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۱/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: هلیکوباکتر پیلوری به عنوان یک عامل عمده خطر در زخم های معده و دوازدهه و سرطان معده شناخته شده است. به علل مختلف، آزمایش هایی همانند کشت، کاملاً رضایت بخش نمی باشد. هدف از این مطالعه، مقایسه تست اوره آز (RUT) با روش PCR در شناسایی هلیکوباکتر پیلوری در نمونه های بافت بیوپسی معده می باشد.

مواد و روش ها: ابتدا سوش استاندارد *H. pylori* (N:oc30) تهیه گردید. در تست PCR از پرایمرهای ژن glmM (ureC) استفاده گردید. تست PCR به وسیله روش های حساسیت و ویژگی ایتیمایز گردید. سپس تعداد ۱۰۰ نمونه ی مرضی متشکل از بافت بیوپسی معده تهیه گردید. تست اوره آز سریع بر روی تمامی نمونه های جمع آوری شده انجام گردید. از تمامی نمونه ها، به روش DNG استخراج DNA صورت گرفت. سپس نمونه ها توسط آزمون PCR بررسی گردیدند.

نتایج: در تست ایتیمایز شده PCR، محصول ۲۹۴ bp تکثیر گردید. حساسیت تست PCR، ۱۰ CFU به دست آمد. در آزمون ویژگی با نمونه های DNA ی غیر از هلیکوباکتر پیلوری، هیچ محصول ناخواسته ای مشاهده نگردید. از ۱۰۰ نمونه بافت بیوپسی معده، ۶۴٪ از نمونه ها توسط تست اوره آز سریع و ۷۶٪ توسط تست PCR، مثبت گزارش گردیدند.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه آزمون PCR در تشخیص هلیکوباکتر پیلوری در نمونه بافت بیوپسی دارای دقت، حساسیت و ویژگی بالاتری نسبت به تست اوره آز سریع می باشد، بنابراین از این روش می توان به منظور شناسایی *H. pylori* استفاده نمود.

کلمات کلیدی: هلیکوباکتر پیلوری، ژن glmM، تست اوره آز سریع.

مقدمه

روش مرجع (gold standard) جهت تشخیص آلودگی به هلیکوباکتر پیلوری به کار می روند. ب- روش های غیرتهاجمی مانند: تست اوره آز تنفسی (UBT) (Breath Urease Test) و تست آنتی ژن مدفوعی (Stool Antigen) و تست های سرولوژیک می باشند (۴، ۵). در میان روش های غیرتهاجمی، تست های سرولوژیک برای تشخیص هلیکوباکتر پیلوری پیشنهاد شده اند که کم هزینه و سریع بوده و به عنوان تست های غربالگری اولیه شناخته می شوند، با این وجود ارزش تشخیصی نسبتاً پایین آزمون های سرولوژیک برای ارزیابی عفونت فعال باعث شده که با روش های دیگر جایگزین شوند. به علاوه نتایج سرولوژی مثبت لزوماً بیانگر وجود عفونت نیست، بنابراین پس از ریشه کنی عفونت نمی توان از این روش استفاده کرد (۴، ۵). آزمون UBT نیز فرآیندی وقت گیر بوده و نیازمند تجهیزات گران قیمت است و همچنین به دلیل حضور دیگر باکتری های اوره آز مثبت در درون حفره دهان و معده باعث به وجود آمدن نتایج مثبت کاذب می گردد (۶). در میان روش های تهاجمی، تلاش های متعددی برای کشت هلیکوباکتر پیلوری انجام شده اما جداسازی باکتری به علت دشواری کشت، وقت گیر بودن و وجود

هلیکوباکتر پیلوری (*Helicobacter pylori*)، باسیل گرم منفی و میکرواُتروفیلی است که در مخاط معده اغلب به صورت ماریچی (۱) و در محیط کشت به صورت خمیده دیده می شود (۲). این باکتری عامل بیماری هایی مانند گاستریت، زخم های گوارشی، سرطان معده و لنفوم می باشد (۳). همچنین عفونت با هلیکوباکتر پیلوری در ارتباط با بیماری های غیرگوارشی نظیر بیماری های عروق مغزی و عروق کرونر قلب، فشارخون بالا، سردردهای میگرنی، کهیر مزمن، استفراغ دوران بارداری و غیره گزارش شده است (۴). شناسایی به موقع و صحیح این عامل باکتریایی کمک زیادی به درمان به موقع و زودهنگام آن می نماید. روش های تشخیص این باکتری عبارتند از: الف- روش های تهاجمی (نیازمند نمونه گیری از بافت معده): مانند بررسی بافت شناسی، کشت باکتری، آزمون اوره آز سریع (RUT: Rapid Urease Test) و روش های مولکولی مانند PCR. این روش ها بر روی بیوپسی بدست آمده از اندوسکوپی معده بوده و بدلیل اینکه به طور مستقیم به دنبال شواهدی برای تشخیص آلودگی به هلیکوباکتر پیلوری می باشند، از حساسیت و ویژگی بالایی برخوردارند و به عنوان

* نویسنده مسئول: پرستو چمن رخ، گروه زیست شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۳۷۲۷۲۷۶۹
Email: p.chamanrokh@gmail.com

مشکلات تکنیکی، تنها در موارد معدودی موفقیت آمیز بوده است (۷)، (۸). برای غلبه بر این مشکلات، روش‌های مختلفی غیر از کشت، برای شناسایی *H. pylori* در نمونه‌های بالینی مورد تست قرار گرفته است (۹، ۱۰). روش آسیب‌شناسی، بسیار حساس و اختصاصی است ولی گاهی وجود برخی ضایعات متابولیکی یا آتروفی شده سیستم گوارش، مصرف داروهای مهارکننده پمپ پروتون یا بیسموت، طولانی بودن زمان تشخیص و هزینه بالا، کاربرد این روش تشخیصی را محدود می‌کند (۱۱). آزمون اوره‌آز سریع (RUT)، بر اساس فعالیت آنزیم اوره‌آز هلیکوباکتر پیلوری در نمونه بیوپسی است که سوبسترای اوره را در حضور یک معرف رنگی نظیر فنل رد (phenol red) به آمونیاک و دی‌اکسید کربن تبدیل می‌نماید. با افزایش pH توسط آمونیاک و در نتیجه تغییر رنگ معرف، وجود هلیکوباکتر پیلوری تشخیص داده می‌شود. این روش در مقایسه با دیگر روش‌های دیگر همچون کشت و بررسی بافت، سریع‌تر و ارزان‌تر قابل انجام می‌باشد ولی حساسیت این تست بستگی به تراکم ارگانیسم دارد، به این معنی که هنگامی که ارگانیسم‌ها فراوان‌اند، دارای حساسیت بالا و در زمان کم بودن تعداد ارگانیسم حساسیت تا ۳۰ درصد کاهش می‌یابد. بنابراین، این تست در زمان درمان سودمند نیست و تا ۲۴ ساعت بعد از تلقیح بیوپسی قابل تغییر است (۱۲، ۱۳). علاوه بر روش‌های یاد شده، روش‌ها بر مبنای تکثیر در شرایط in-vitro مانند PCR است که نسبت به بقیه روش‌ها از حساسیت و ویژگی بالایی برخوردار است و مستقیماً بر روی نمونه‌های بیوپسی به کار برده می‌شود. PCR به دلیل پیچیدگی نسبت به سایر روش‌ها از قبیل کشت، RUT و سرولوژی، اغلب در مواردی که نمونه آلودگی شدید به فلورنرمال دارد یا تعداد باکتری بسیار کم است، مزیت فراوانی داشته و حساسیت بسیار بالایی را به دست می‌دهد و به همین علت مورد توجه قرار گرفته است (۱۴). مطالعات متعددی در سراسر دنیا جهت بررسی ارزش تشخیصی این تست صورت گرفته است. هرچند این مطالعات از نظر نتایج حاصله تا حدودی متفاوت می‌باشند ولی در مجموع به نظر می‌رسد که بخش بزرگی از مطالعات عموماً این آزمایش را به عنوان یک روش مناسب تشخیصی قابل قبول می‌دانند (۱۵-۱۷).

ژن‌های هدف جهت تشخیص مولکولی در این عامل عموماً 16S rRNA و سکانه‌های تصادفی کروموزوم و *antigen gene (SSA)* gene و the 26-kDa specific-species urease C (*ureC*) gene یا نام جدید آن the phosphosamine mutase (*glmM*) gene را هدف قرار می‌دهند (۱۸، ۱۹). هدف از مطالعه حاضر، ارزیابی تست PCR با هدف ژنی *glmM* نسبت به تست RUT در تشخیص سریع عفونت هلیکوباکتر پیلوری در نمونه‌های بیوپسی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله و بیمارستان بوعلی دانشگاه آزاد اسلامی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

تهیه سوش هلیکوباکتر پیلوری استاندارد و روش کشت: سوش استاندارد *H. pylori* به شماره N:oc30 از مرکز تحقیقات بیماری‌های کبد و گوارش علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی تهیه گردید و در محیط بروسلا بلاک آگار غنی شده کشت داده شد. پلیت‌ها در شرایط میکرو آئروفیلک با گاز پک به مدت ۷-۵ روز در انکوباتور 37°C انکوبه شدند

(۲۰).

استخراج DNA از سوش استاندارد: از کلنی‌های حاصل، DNA با روش DNG Plus با استفاده از کیت DNP (Sinacron) استخراج گردید.

بهینه نمودن تست PCR برای تشخیص هلیکوباکتر پیلوری: پرایمرهای مورد استفاده جهت آزمون PCR بر پایه ژن *glmM* در جدول ۱ آمده‌اند (۱۹، ۲۱). مخلوط PCR به ترتیب زیر تهیه گردید: DDW: ۱۴ میکرولیتر، بافر 10X: ۲/۵ میکرولیتر، MgCl_2 (۵۰ mM): ۰/۷۵ میکرولیتر، dNTP Mix (۱۰ mM): ۰/۵ میکرولیتر، پرایمر (۱۰ μM) Forward: ۱ میکرولیتر، پرایمر (Reverse) (۱۰ μM): ۱ میکرولیتر، آنزیم Taq Polymerase (۵۰ μL): ۰/۳ میکرولیتر، DNA الگو (استخراجی از سوش استاندارد): ۵ میکرولیتر و حجم نهایی ۲۵ میکرولیتر می‌باشد. همچنین پروفایل دمایی جهت تکثیر ژن *glmM* به صورت زیر بهینه گردید: دمای واسرشت شدن: ۹۳ درجه سانتیگراد به مدت ۳۰ ثانیه، دمای چسبیدن: ۷۲ درجه سانتیگراد به مدت ۳۰ ثانیه و دمای طولیل شدن: ۷۲ درجه سانتیگراد به مدت ۱ دقیقه و به منظور حصول نتیجه بهتر، طولیل شدن نهایی را به مدت ۵ دقیقه در همین دما ادامه یافت و این روند به تعداد ۳۵ سیکل انجام گردید. تست PCR در شرایط بهینه شده انجام گرفت و محصول PCR در ژل آگارز ۲٪ حاوی سایبر گرین در بافر TBE 0.5X الکتروفورز گردید.

جدول ۱- پرایمرهای بر پایه ژن *glmM* مورد استفاده در PCR

Primer	Sequence (5'.....3')
Primer forward	5' AAGCTT TTAGGGGTGTAGGGGTT T 3'
reverse primer	5' AAGCTTACTTTCTAACACTAACGC 3'

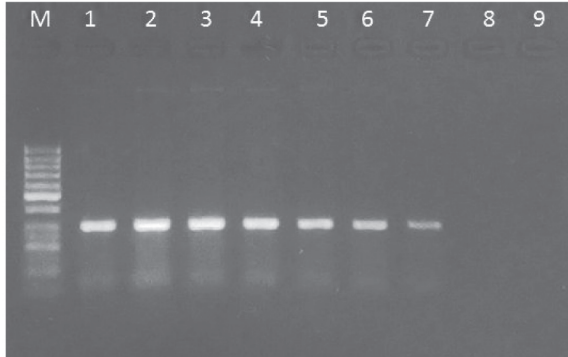
کلونینگ محصول PCR به عنوان کنترل مثبت: بعد از خالص‌سازی، محصول PCR با استفاده از کیت T/A cloning فرمنتاس (cat:K1214) و وکتور pTZ57R کلون گردید. پلاسمیدهای حاصل با Plasmid Mini Extraction Kit کمپانی Bioneer استخراج گردید. سپس با روش PCR، پلاسمیدهای حاوی محصول PCR تایید گردید و از آن‌ها به عنوان کنترل مثبت در تست‌های PCR استفاده گردید.

تعیین حساسیت تست PCR: بدین منظور، یک سوسپانسیون از کشت تازه‌ی هلیکوباکتر پیلوری که غلظت آن در $\text{OD}=600\text{ nm}$ برابر با $0.9 \times 10^9\text{ CFU/ml}$ می‌باشد تهیه گردید و با روش DNG Plus DNA استخراج گردید. DNA استخراج شده توسط روش رقیق‌سازی، تا ۱ کی رقیق گردید.

تعیین ویژگی تست PCR: جهت ویژگی، DNAهای انسانی (Human)، موش (Mouse)، ساکارومیسس سرویزیه (*Saccharom*-*ces cerevisiae*)، اشرشیا کولی (*Escherichia coli*)، مایکوپلازما پنومونیه (*Mycoplasma pneumonia*)، هرپس سیمپلکس ویروس (*Herpes Simplex Virus*)، مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (*Mycobacte*-*tuberculosis*)، استخراج گردید و مورد تست PCR قرار گرفت.

تهیه نمونه: در این مطالعه مقطعی، از ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی دانشگاه آزاد اسلامی و بیمارستان بقیه الله که همگی تحت پوشش بیمه بوده‌اند و با علائم بالینی سوءهاضمه با علائم

حساسیت بالای تست می باشد (شکل ۲).



شکل ۲- تست حساسیت PCR با استفاده از رقت های متوالی DNA هلیکوباکتر پیلوری، M: ساینز مارکر جفت بازی ۵۰ فرمنتاس، ۱: کنترل مثبت ۲: ۱۰۰۰۰۰۰ عدد DNA 3: 100000 عدد DNA 4: 10000 عدد DNA 5: 1000 عدد DNA 6: 100 عدد DNA 7: 10 عدد DNA 8: 1 عدد DNA 9: کنترل منفی

تعیین ویژگی تست PCR: تست ویژگی PCR با DNA گونه های مختلف انسان (Human)، موش (Mouse)، ساکارومیسس سرویزیه (*Saccharomyces cerevisiae*)، اشرشیاکولی (*Escherichia coli*)، مایکوپلاسما پنومونیه (*Mycoplasma pneumoniae*)، هرپس سیمپلکس ویروس (*Herpes Simplex Virus*)، مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (*Mycobacterium tuberculosis*) انجام گرفت و هیچ نوع محصول و باند ناخواسته ای مشاهده نگردید که نشان دهنده این



شکل ۳- تست ویژگی PCR: ساینز مارکر ۵۰ جفت بازی فرمنتاس ۱: کنترل مثبت ۲: DNA انسان (Human) ۳: DNA موش (Mouse) ۴: DNA ساکارومیسس سرویزیه (*Saccharomyces cerevisiae*) ۵: DNA اشرشیاکولی (*Escherichia coli*) ۶: DNA مایکوپلاسما پنومونیه (*Mycoplasma pneumoniae*) ۷: DNA هرپس سیمپلکس ویروس (*Herpes Simplex Virus*) ۸: DNA مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (*Mycobacterium tuberculosis*) ۹: کنترل منفی

شبه زخم، سوء هاضمه با علائم شبه موتیلیتی، سوء هاضمه با علائم غیراختصاصی، علائم ریفلاکس معده و عوارض زخم بودند، که ۲۰ نفر از این ها قبلاً درمان آنتی بیوتیکی شده ولی بعد از ۲ سال مجدداً مبتلا شده بودند، عمل آندوسکوپی انجام و ۱۰۰ نمونه بافت بیوپسی معده تهیه گردید.

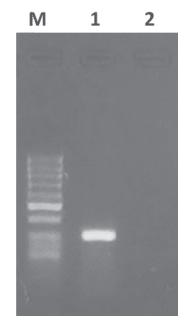
انجام تست اوره آز سریع: برای بررسی فعالیت اوره آز سریع، کیت فعالیت اوره آز سریع بهار افشان مورد استفاده قرار گرفت بدین صورت که ویال شفاف و در پوش دار همراه با کیت را به میزان تقریبی نصف حجم با محلول اوره آز سریع پر کرده و سپس یک قطعه حاصل از بیوپسی معده هر فرد را در آن قرار داده و بعد از گذاشتن درپوش آن را به آرامی تکان داده و تا یک ساعت صبر کرده و سپس شدت تغییر رنگ مشاهده گردید.

استخراج DNA از نمونه های بافت بیوپسی: قطعه دیگر از بافت بیوپسی هر بیمار، برای آزمایش های مولکولی در ویال های حاوی سرم فیزیولوژی استریل به آزمایشگاه مرکز تحقیقاتی ایرانیان ژن فنآور برده شد. نمونه بیوپسی درون لوله استریل تکه تکه شد و سوسپانسیون یکنواختی به دست آمد. سپس DNA با کمک کیت DNP سیناکلون plus (Cat: DN811530) از نمونه های بافت بیوپسی بیماران با روش استخراج گردید.

انجام تست PCR بر روی نمونه های استخراجی: برای هر ۱۰۰ نمونه تست PCR به وسیله پرایمرهای ژن glmM انجام گرفت. نتایج تست بر روی ژل آگارز ۲٪ و سایبر گرین و نور UV توسط دستگاه ترنس ایلومینیاتور مورد بررسی قرار گرفت.

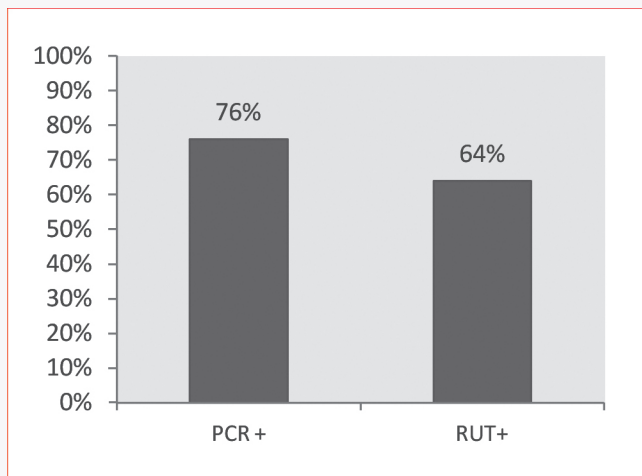
نتایج

بهینه نمودن تست PCR: نتیجه تست PCR بهینه شده ژن glmM هلیکوباکتر پیلوری (۲۹۴ bp) بر روی ژل آگارز ۲٪ به شکل ۱ مشاهده گردید.



شکل ۱- تست PCR بهینه شده ژن glmM هلیکوباکتر پیلوری. M: ساینز مارکر فرمنتاس ۵۰ جفت بازی، ۱: محصول ۲۹۴ جفت بازی ژن glmM هلیکوباکتر پیلوری، ۲: کنترل منفی

تعیین حساسیت تست PCR: تست حساسیت PCR با تهیه رقت های متوالی از DNA هلیکوباکتر پیلوری انجام گرفت که نتایج نشان داد که با وجود فقط ۱۰ کپی از DNA، تکثیر انجام می گیرد و در تیتراهای کمتر از ۱۰ کپی از DNA، باندی مشاهده نشد که نشان از



نمودار ۱- مقایسه نتایج PCR و RUT در ۱۰۰ نمونه بافت بیوپسی معده

UreC (glmM) و مقایسه آن‌ها با یکدیگر دریافتند که ژن UreC (glmM) با اختصاصیت ۹۶٪ و حساسیت ۱۰۰٪، مناسب‌ترین ژن مورد استفاده در شناسایی مولکولی *H. pylori* محسوب می‌گردد (۲۲). بابک شقاقی افشایی و همکارانش در سال ۲۰۰۱ به شناسایی حضور هلیکوباکتر پیلوری در ۱۱۷ نمونه بافت بیوپسی معده به وسیله واکنش زنجیره‌ای پلیمرز بر اساس ژن‌های *ureA* و *ureC* و 16SrRNA و روش کشت و تست اوره‌آز سریع در بیماران مشکوک به عفونت‌های ناشی از هلیکوباکتر پیلوری پرداختند. در این مطالعه روش PCR مبتنی بر ژن اوره‌آز C از حساسیت و اختصاصیت بالایی نسبت به سایر روش‌ها برخوردار بود (۲۳). Smith و همکارانش در سال ۲۰۰۴ با مقایسه سه روش PCR نشان دادند که PCR ژن *ureC* به منظور تکثیر یک قطعه ۲۹۴ جفت بازی، اختصاصی‌ترین و حساس‌ترین روش، PCR می‌باشد (۲۴). در این مطالعه نیز از ژن UreC (glmM) استفاده گردید که دارای حساسیت و اختصاصیت بسیار بالایی بود.

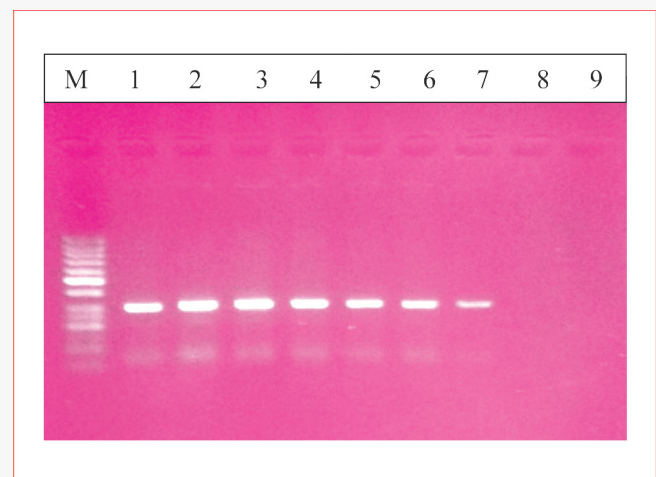
روش‌های تهاجمی که بر روی نمونه‌های بدست آمده از آندوسکوپی معده انجام می‌شوند، چون بطور مستقیم بدنال شناسایی وجود هلیکوباکتر پیلوری می‌باشند، دارای حساسیت و ویژگی زیاد بوده و قادر به تشخیص عفونت فعال هستند؛ به همین دلیل به عنوان روش‌های مرجع، مورد استفاده قرار می‌گیرند. تست اوره‌آز سریع یکی از متداول‌ترین تست‌های شناسایی *H. pylori* در روش‌های تهاجمی می‌باشد. مزایای عمده این تست راحت بودن روش آزمایش، انجام دادن تست در مطب یا محل آندوسکوپی می‌باشد، اما حساسیت کمی دارد. کیفیت نمونه بیوپسی شاید دلیلی برای کاهش حساسیت و ویژگی RUT باشد، به عنوان مثال آلودگی نمونه بیوپسی به خون، اسید معده یا رفلاکس صفراوی، موجب کاهش حساسیت و ویژگی تست RUT می‌شود و یا دلیل دیگر کاهش حساسیت، زمانی که تعداد باکتری‌های موجود در نمونه، اندک باشند و یا به علت حضور سایر میکروارگانیسم‌های اوره‌آز مثبت، نتایج مثبت کاذب ایجاد گردد (۱۵، ۲۵).

Yakoob و همکاران در پاکستان در سال ۲۰۰۴، چهل درصد از بیماران مبتلا به علائم گوارشی را با استفاده از روش RUT شناسایی کردند (۲۶). همچنین Tzang و همکارانش در سال ۲۰۰۵ در تایوان

است که تست PCR دارای ویژگی بسیار بالایی بوده و فقط با DNA هلیکوباکتر پیلوری واکنش نشان داد و ویژگی تست ۱۰۰٪ گزارش گردید (شکل ۳).

نتایج حاصل از تست اوره‌آز سریع و PCR نمونه‌های بیوپسی:

از ۱۰۰ نمونه بافت بیوپسی، تعداد ۶۴٪ با استفاده از کیت تست اوره‌آز سریع بهار افشان دارای جواب مثبت شدند، بدین صورت که پس از قرار دادن نمونه مورد نظر در معرف آماده مصرف، باعث تغییر رنگ معرف از زرد اولیه به قرمز و نهایتاً ارغوانی گردیدند و شدت آلودگی سبب کوتاه شدن زمان واکنش و تغییر رنگ از قرمز پررنگ به ارغوانی می‌گردید و نمونه‌های بیوپسی که فاقد باکتری هلیکوباکتر پیلوری بودند، رنگ معرف را تغییر نداده و به همان رنگ زرد باقی ماندند. DNA مربوط به ۱۰۰ نمونه بافت بیوپسی معده که به روش DNG plus استخراج گردیدند و طبق شرایط بهینه شده مورد تست PCR قرار گرفتند. تعداد ۷۶٪ نتیجه مثبت قطعی نشان دادند، بدین صورت



شکل ۴- تست PCR نمونه بافت بیوپسی معده. M: سایز مارکر ۵۰ جفت بازی فرمنتاس، ۱: کنترل مثبت، ۲-۷: نمونه‌های مثبت، ۸: نمونه منفی، ۹: کنترل منفی

که پس از لود نمودن نمونه‌ها بر روی ژل آگارز ۲٪ و انجام الکتروفورز، نمونه‌هایی که دارای ژن glmM هلیکوباکتر پیلوری بودند دقیقاً مطابق با باند کنترل مثبت مربوط به سویه استاندارد، اندازه ۲۹۴ جفت باز سایز مارکر فرمنتاس را نشان دادند (شکل ۴).

به طور کلی از مقایسه ۱۰۰ نمونه بافت بیوپسی معده، ۶۴٪ از نمونه‌ها توسط تست اوره‌آز دارای جواب مثبت و ۷۶٪ توسط تست PCR دارای جواب‌های مثبت گشتند (نمودار ۱). که این نشان‌دهنده حساسیت و دقت بالای روش PCR نسبت به روش اوره‌آز سریع در امر تشخیص می‌باشد.

بحث

با توجه به شیوع زیاد آلودگی به هلیکوباکتر پیلوری در جوامع و عوارض وخیم ناشی از این آلودگی، تشخیص سریع و درست باکتری از اهمیت زیادی برخوردار است. Jang-jih lu و همکارانش در سال ۱۹۹۸ با انجام آزمون PCR بر روی ۵ ژن متفاوت از *H. pylori* شامل 16SrRNA، توالی‌های تصادفی ژنی، ژن SSA، ژن *ureA* و ژن

معدة به عنوان محرک بیان ژن اوره‌آز می‌باشد، همچنین این باکتری در شرایطی مانند تغییر pH، افزایش اکسیژن و اثر آنتیبیوتیک‌هایی مثل آموکسی‌سیلین به حالت کوکوتیدی تغییر شکل می‌یابد، که فرم کوکوتید هلیکوباکتر باعث کاهش فعالیت اوره‌آز می‌گردد و با توجه به این که درمان آنتی‌بیوتیکی بیماران موجب حذف فرم فعال باکتری از معده و کاهش فعالیت آنزیم اوره‌آز می‌گردد و همچنین داروهای مهارکننده پمپ پروتونی نیز موجب کاهش فعالیت آنزیم اوره‌آز و در نتیجه کاهش حساسیت این تست می‌گردد (۲۹) و چون در این پژوهش، ۲۰ نفر از بیماران قبلاً درمان شده بودند و مجدداً مبتلا شده بودند، می‌توان گفت این عوامل می‌توانند از مهم‌ترین موارد خطای منفی کاذب آزمون اوره‌آز سریع محسوب گردند.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه منفی شدن آزمون اوره‌آز سریع به معنی عدم آلودگی با هلیکوباکتر پیلوری نیست و مثبت شدن آن هم به علت حضور قطعی این باکتری نمی‌باشد و ممکن است به علت آلودگی با دیگر باکتری‌های اوره‌آز مثبت باشد، بنابراین می‌توان از تست PCR به عنوان یک روش مناسب و قابل اعتماد و با حساسیت و اختصاصیت بالا برای تشخیص ژن اوره‌آز C در نمونه‌های بافت بیوپسی استفاده نمود. در این مطالعه، آزمون PCR با تعداد جواب مثبت قطعی بیشتر نسبت به روش RUT، حساسیتی بیش از RUT را نشان داده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله کمال تشکر و قدردانی خود را از کمک‌های بی‌شائبه موسسه دانش‌بنیان ایرانیان ژن‌فناور و پرسنل محترم این موسسه و همچنین آزمایشگاه میکروپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله و مرکز تحقیقات بیماری‌های کبد و گوارش دانشکده علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی ابراز می‌نمایم.

References

1. Warren JR, Marshall B. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. The Lancet. 1983; 1(8336): 1273-5.
2. Archer JR, Romers S, Ritchie AE, Hamacher ME, Steiner BM, Bryner JH, Schell RF. Characterization of unclassified microaerophilic bacteria associated with the gastroenteritis. J Clin Microbiol. 1988; 26(1): 101-5.
3. Censini S, Lange C, Xiang Z, Crabtree JE, Ghiara P, Bordovsky M, et al. A pathogenicity island of *Helicobacter pylori*, encodes type I-specific and disease associated virulence factors. Proc Natl Acad Sci USA. 1996; 93(25): 14648-53.
4. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease. 8th ed. 2006; Philadelphia: Saunders.
5. Hasler V, Owyang C. Approach to the patient with gastro

توانستند با بررسی ۱۱۱ بیمار، ۵۵/۵۸٪ از بیماران دارای مشکلات گوارشی را با روش RUT شناسایی نمایند (۲۷). با توجه به این که منفی شدن آزمون اوره‌آز سریع به مبنای عدم آلودگی با *H.pylori* نیست، بنابراین استفاده از آزمایش‌های تاییدی مکمل با توجه به امکانات موجود برای بررسی مجدد نمونه‌های دارای نتایج مثبت کاذب و یا منفی جهت تشخیص و کنترل بیماری توصیه می‌گردد.

PCR یکی از روش‌های سریع و بسیار حساس برای تشخیص DNA و حضور میکروارگانیسم در مقادیر بسیار کم است که تکنیکی ساده و دقیق است که در مدت زمان کوتاهی قابل انجام و خطاهای تشخیصی را به میزان بسیار بیشتری پائین می‌آورد و حساسیت روش‌های تشخیصی را بالا می‌برد.

در بررسی که در سال ۱۹۹۴ بر روی نمونه‌های بافت بیوپسی معده توسط Fabre و همکاران انجام گرفته بود، عنوان نمودند که تست PCR دارای اختصاصیت و حساسیت بالاتری نسبت به روش‌های دیگر از جمله روش RUT می‌باشد (۲۸).

دکتر کارگر و همکاران در سال ۲۰۱۰ اعلام نمودند که روش PCR در مقابل تست اوره‌آز سریع و کشت از حساسیت و ویژگی بالاتری برخوردار است و از این روش می‌توان به منظور تایید نهایی در شناسایی *H.pylori* استفاده نمود (۲۵).

حساسیت تست PCR در این مطالعه برابر با ۱۰ مولکول DNA بود که به این ترتیب کمترین میزان میکروارگانیسم با کمک این تست قابل شناسایی بودند. در این بررسی از ۱۰۰ نمونه بافت بیوپسی معده ۷۶٪ با روش PCR و ۶۴٪ توسط روش RUT دارای نتایج مثبت بودند. در این مطالعه ۹ مورد از نمونه‌ها با نتیجه منفی در PCR دارای نتیجه مثبت کاذب در اوره‌آز سریع بودند که این می‌تواند به علت آلودگی نمونه بیوپسی به خون، اسید معده یا رفلاکس صفراوی و یا به علت حضور سایر میکروارگانیسم‌های اوره‌آز مثبت مانند پروتئوس و لاکتوباسیل‌های معده باشد. همچنین در این مطالعه، ۲۱ مورد از نمونه‌ها با نتیجه مثبت PCR دارای نتیجه منفی RUT بودند که این می‌تواند به علت کم بودن تعداد باکتری فعال موجود (حداقل ده هزار باکتری) و شرایط محیط

intestinal disease. In: Braunwald E, Hauser S, Fauci A. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. 2008; New York: McGraw-Hill; p 966-978.

6. Osaki T, Mabe K, Hanawa T, Kamiya Sh. Urease-positive bacteria in the stomach induce a false-positive reaction in a urea breath test for diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. Journal of Medical Microbiology. 2008; 57(7): 814- 819.
7. Kelly SM, Pitcher MC, Farmery SM, Gibson GR. Isolation of *Helicobacter pylori* from feces of patients with dyspepsia in the United Kingdom. Gastroenterology. 1994; 107(6): 1671-4.
8. Dore MP, Osato MS, Malaty HM, Graham DY. Characterization of a culture method to recover *Helicobacter pylori* from the feces of infected patients. *Helicobacter*. 2000; 5(3): 165-8.



9. Engstrand L. Helicobacter in water and waterborne routes of transmission. *J Appl Microbiol.* 2001; 90:80–84.
10. Sasaki K, Tajiri Y, Sata M, Fujii Y, Matsubara F, Zhao M, et al. Helicobacter pylori in the natural environment. *Scand J Infect Dis.* 1999; 31(3):275–279.
11. Versalovic J. Helicobacter pylori, pathology and diagnostic strategies. *Am J clin Pathol.* 2003; 119(3):403–12.
12. Goodwin CS, Blincow ED, Warren JR, Waters TE, Sanderson CR, Easton L. Evaluation of cultural techniques for isolating Campylobacter pyloridis from endoscopic biopsies of gastric mucosa. *J Clin Pathol.* 1985; 38(10): 1127–31.
13. Monteiro L, Gras N, Vidal R, Cabrita J, Megraud F. Detection of Helicobacter pylori DNA in human feces by PCR: DNA stability and removal of inhibitors. *Journal of Microbiological Methods.* 2001; 45(2): 89–94.
14. Blaser MJ. Who are we? Indigenous microbes and the ecology of human diseases. *EMBO Reports.* 2006; 7 (10): 956–60.
15. Ho SA. Direct polymerase chain reaction test for detection of Helicobacter pylori in humans and animals. *J Clin Microbiol.* 1991; 29(11):2543–2549.
16. Goosen C, Theron J, Ntsala M, Maree FF, Olckers A, Botha SJ, et al. Evaluation of a novel heminested PCR assay based on the phosphoglucosamine mutase gene for detection of Helicobacter pylori in saliva and dental plaque. *J Clin Microbiol.* 2002;40(1):205–209.
17. Mishra KK, Srivastava S, Dwivedi PP, Prasad KN, Ayayagari A. UreC PCR based diagnosis of Helicobacter pylori infection and detection of cag A gene in gastric biopsies. *Indian J Pathol Microbiol.* 2002; 45(1): 31–37.
18. Bunn J E, MacKay W G, Thomas J E, Reid D C, Weaver L T. Detection of Helicobacter pylori DNA in drinking water biofilms: implications for transmission in early life. *Lett Appl Microbiol.* 2002; 34(6):450– 454.
19. Lu JJ, Perng CL, Shyu RY, Chen CH, Lou Q, Chang SKF, et al. Comparison of five PCR methods for detection of Helicobacter pylori DNA in gastric tissues. *J Clin Microbiol.* 1999; 37(3):772–774.
20. Esmaeili D, Mohabati Mobarez A, Hatef Salmanian A, Zavarani HA. Optimization of Helicobacter pylori culture in order to prepare favorable antigens. *Journal of Bacteriology Research.* 2009; 1(9): 101–104. [In Persian]
21. Bickley J, Owen RJ, Fraser AG, Pounder RE. Evaluation of the polymerase chain reaction for detecting the urease C gene of Helicobacter pylori in gastric biopsy samples and dental plaque. *J Med Microbiol.* 1993; 39(5):338–344.
22. Jang-jih L, cherng-lih P, Rong-yaun S, Chi-hsiang C, Qinyuan L, Sonny K, et al. Comparison of Five PCR Methods for Detection of Helicobacter pylori DNA in Gastric Tissues. *J Clin Microbiol.* 1999, 37(3):772.
23. Sheghaghi B, Dorani S, Behzadiyan nejad Gh. H.pylori Molecular diagnosis in biopsy specimens of patients suspected to have H. pylori infection. 4th Congress of Microbiology, Faculty of Medicine, Shahed University. 2001; 84246. [In Persian]
24. Smith SI, Oyediji KS, Arigbabu AO, Cantet F, Megraud F, Ojo OO, et al. Comprasion of three PCR method for detection of Helicobacter pylori DNA and detection of cagA gene in gastric biopsy specimens. *World J Gastroenterol.* 2004; 10(13): 1958–1960.
25. Kargar M, Baghernejad M, Doosti A. Compression of three methods of polymerase chain reaction, culture and rapid urease test in diagnosis of Helicobactr pylori in gastric biopsy specimen. *Koomesh.* 2010; 11 (3):198–203. [In Persian]
26. Yakoob J, Jafri W, Abid S, Jafri N, Abbas Z, Hamid S, et al. Role of rapid urease test and histopathology in diagnosis of Helicobacter pylori infection in developing country. *BMC Gastroenterol.* 2005; 5(25): 38–41.
27. Tzeng GE, Lin YL, Chu YT. Comparasion of four diagnostic methods for Helicobacter pylori. *Tzu Chi Med J.* 2005; 17(5): 339–343.
28. Fabre R, Sobhani I, Laurent-Puig P, Hedef N, Yazigi N, Vissuzaine C, et al. Polymerase chain reaction assay for the detection of Helicobacter pylori in gastric biopsy specimens: comparison with culture, rapid urease test, and histopathological tests. *Gut.* 1994;35(7):905–908.
29. Kargar M, Razavizadegan S H, Eshraghian K, Rajpout M Y, Ghorbani-Dalini S, Kargar M. Role of Rapid Urase test in comparison with PCR for Helicobacter Pylori Infection diagnosis. *Journal of Microbial World.* 2009; *Journal of Microbial World.* 2009, 2(1), 31–36. [In Persian]



Original Article

Comparison PCR method and Rapid Urease Test to detect *Helicobacter Pylori* in the gastric biopsy tissue samples

Chamanrokh P^{1*}, Shahhosseiny MH^{2,3}, Mazaheri Assadi M⁴, Nejadstari T¹, Esmaili D⁵

1- Department of Biology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Department of Microbiology, Islamic Azad University, Qods branch, Tehran, Iran

3- Iranian Gene Fanavar institute (IGF), Tehran, Iran

4- Environmental Biotechnology Group, Department of Biotechnology, Iranian Research Organization for Science and Technology, Tehran, Iran.

5- Department of Microbiology, Faculty of Medical Science, Baqyatollah University, Tehran, Iran.

Received: 09 Apr 2013

Accepted: 21 Jun 2013

Abstract

Background & Objective: *Helicobacter pylori* has been recognized as a major risk factor in gastric and duodenum ulcers and gastric cancer. Some laboratory tests, such as culture, are not entirely satisfying. The aim of this study is to compare RUT with PCR in identifying *H. pylori* in the gastric biopsy tissue samples.

Materials & Methods: First, the standard *H. pylori* sample (N:oc30) was provided. primers of the glmM (ureC) gene were used in PCR method. The PCR test was optimized by sensitivity and specificity methods. Then 100 clinical samples composed of stomach tissue biopsy were prepared. The rapid urease test was conducted on all obtained samples to identify *H. pylori*. DNA was extracted from samples using DNG plus technique. Then, samples were studied using PCR method.

Results: The 294 bp product was amplified in the optimized PCR test. The PCR test sensitivity was obtained at 10 CFU. Any unwanted products were not seen in the specificity test with the exception of *H. pylori* DNA samples. Of 100 stomach biopsy samples, 64% were reported as positive by RUT and 76% by the PCR test.

Conclusion: Given that the PCR test has higher sensitivity and specificity to detect *H. pylori* comparing rapid urease test, therefore this method could be used to detect *H. pylori*.

Keywords: *Helicobacter pylori*, glmM, PCR, Rapid Urease Test

* Corresponding author: Chamanrokh Parastoo, Department of Biology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Tel: +989372727679

Email: p.chamanrokh@gmail.com