

## بررسی مقایسه‌ای نتایج حساسیت ضد میکروبی با دو روش Disk diffusion و E test جهت آنتی‌بیوتیک‌های اگزاسیلین و وانکومایسین

دکتر زهره ملکی<sup>۱</sup>، دکتر صغیری انجرانی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، گروه پاتولوژی، بیمارستان امام خمینی(ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> دستیار، گروه پاتولوژی، بیمارستان امام خمینی(ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### چکیده

سابقه و هدف: استافیلوكوک اورئوس یکی از مهم‌ترین عفونت‌های بیمارستانی می‌باشد که روز به روز بر مقاومت آنتی‌بیوتیکی آن به گروه بتلاکتم و وانکومایسین افزوده می‌شود. در این مطالعه ضمن بررسی فراوانی سوش‌های استافیلوكوک اورئوس بیمارستانی مقاوم به اگزاسیلین و وانکومایسین، میزان همخوانی دو روش Disk diffusion و E test در تعیین حساسیت آنتی‌بیوتیکی مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۱۰۰ نمونه استافیلوكوک اورئوس جدا شده از نمونه‌های ارسالی به بخش میکروب‌شناسی مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران با دو روش حساسیت آنتی‌بیوتیکی disk diffusion و E test در شرایط استاندارد مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۴۲ (۴۲٪) مورد استافیلوكوک اورئوس مقاوم به اگزاسیلین MRSA یافت شد که نشان دهنده شیوع نسبتاً بالای MRSA در این بیمارستان است. همان‌گونه که انتظار می‌رفت، هیچ موردی از VISA (استافیلوكوک اورئوس با سطح متوسط حساسیت به وانکومایسین) و VRSA (مقاومت استافیلوكوک اورئوس به وانکومایسین) مشاهده نشد. این عفونت‌های استافیلوكوکی مربوط به بخش‌های داخلی (۲۶٪)، جراحی قلب (۲۳٪)، محل نمونه‌گیری زخم (۲۰٪)، محل جراحی (۱۷٪) و پروتزها (۱۴٪) بودند.

نتیجه‌گیری: در مطالعه ما دو آزمون ۱۰۰٪ با هم همخوانی داشتند که نشانگر قابل اعتماد بودن روش disk diffusion (در صورت کاربرد دقیق آن) جهت تعیین مقاومت آنتی‌بیوتیکی می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** استافیلوكوک اورئوس، مقاومت آنتی‌بیوتیکی، E test، Disk diffusion test

### مقدمه

استافیلوكوک اورئوس یکی از مهم‌ترین عفونت‌های بیمارستانی است که روز به روز بر مقاومت آنتی‌بیوتیکی آن به گروه بتلاکتم و وانکومایسین افزوده می‌شود (۱-۳).

روش قابل اجرا در اکثر آزمایشگاه‌ها جهت تعیین حساسیت به آنتی‌بیوتیک روش disk diffusion است. در این روش، جواب

آزمایش بصورت کیفی و به سه حالت مقاوم، بینابینی و حساس گزارش می‌شود. این روش برای تعیین حداقل دوز دارویی مهار کننده (MIC) کمک‌کننده نیست. یکی از روش‌های استاندارد در تعیین MIC، روش E test است (۳). همخوانی مناسبی بین دو روش DDT (DDT) disk diffusion و E test گزارش شده است، به طوری که توافق دو روش E test و Disk Diffusion جهت حساسیت آنتی‌بیوتیکی روی استافیلوكوک اورئوس در مطالعه‌های که در ایتالیا در سال ۲۰۰۲ صورت گرفت، ۸۹٪ محاسبه شد (۴). در مطالعه‌های دیگر، در بررسی حساسیت آنتی‌بیوتیک mupirocin بر

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان امام خمینی (ره)، آزمایشگاه ولی عصر (عج)، دکتر زهره ملکی، سلامت (email: zohrehmaleki2000@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۹/۲۵

کمی و کیفی ثبت گردید. در روش Disk diffusion اورئوس دو روش E test و Disk Diffusion هم خوانی ۹۵٪ داشتند (۵). برای دیسک اگزاسیلین ۱ میلی‌گرمی ناحیه مهاری بیشتر یا مساوی ۱۳ میلی‌متر حساس، در حد فاصل ۱۱-۱۲ میلی‌متر نیمه حساس و کمتر یا مساوی ۱۰ میلی‌متر مقاوم در نظر گرفته شد. برای دیسک وانکومایسین ۳۰ میلی‌گرمی ناحیه مهاری بیشتر یا مساوی ۱۵ میلی‌متر حساس و کمتر از این مقدار به عنوان مقاوم در نظر گرفته شد. در روش E test، برای اگزاسیلین مقادیر MIC بیشتر یا مساوی ۴ میکروگرم در میلی‌لیتر مقاوم و مقادیر بیشتر یا مساوی ۲ میکروگرم در میلی‌لیتر حساس و برای وانکومایسین، مقادیر بیشتر یا مساوی ۴ میکروگرم در دسی‌لیتر حساس، مقادیر ۸-۱۴ میکروگرم در دسی‌لیتر نیمه حساس و مقادیر بیشتر یا مساوی ۳۲ میکروگرم در دسی‌لیتر مقاوم در نظر گرفته شد.

کنترل دیسک اگزاسیلین توسط سوش استاندارد استافیلوکوک اورئوس با ATCC 25923 و دیسک اگزاسیلین ۱ میلی‌گرم با ناحیه مهاری ۱۸-۲۴ میلی‌متر بود. کنترل دیسک وانکومایسین توسط سوش استاندارد استافیلوکوک اورئوس با ATCC25923 و دیسک وانکومایسین ۳۰ میلی‌گرم با ناحیه مهاری ۱۷-۲۱ میلی‌متر بود. کنترل E test توسط سوش استاندارد استافیلوکوک اورئوس با ATCC29213 بود که برای اگزاسیلین، استاندارد OXA ۰.120.5 $\mu$ g/ml و برای وانکومایسین، استاندارد VAV ۰.5-2 $\mu$ g/ml در نظر گرفته شد (۶).

نتایج کشت میکروبی، محل نمونه‌برداری، نتایج مربوط به آنتی‌بیوگرام استافیلوکوک اورئوس و اعداد مربوط به ناحیه مهاری در E test ثبت گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS version 11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی همخوانی بین دو روش از ضریب کاپا (Kappa) استفاده گردید.

### یافته‌ها

در هر دو روش DDT و E test ۴۲٪ (۴۲٪) مورد استافیلوکوک اورئوس مقاوم به اگزاسیلین (MRSA) یافت شد، اما تمام نمونه‌ها به وانکومایسین حساسیت نشان دادند. جدول ۱ به تفکیک بخش بستری بیمارانی که نمونه استافیلوکوک اورئوس از آنها بدست آمده و تعداد نمونه‌ها و درصد مقاومت آنها به اگزاسیلین در روش E test را نشان می‌دهد. بیشترین نمونه‌ها مربوط به بخش‌های داخلی (۲۶٪)،

استافیلوکوک اورئوس دو روش E test و Disk Diffusion هم خوانی ۹۵٪ داشتند (۵). در مطالعه دکتر ضیاء حق‌بشهر در دو بیمارستان امام خمینی و سینای شهر تهران در بررسی حساسیت چهار میکروب سودوموناس، E coli و اسینتوباکتر و کلبسیلا به آنتی‌بیوتیک‌های سفتیریاکسون، سفتازیدیم، سیپروفلوکساسین، ایمی‌پنیم و سفپیم، ارتباط معنی‌دار و همخوانی مناسبی بین دو روش در تمامی موارد وجود داشت (۶).

در این مطالعه ضمن بررسی فراوانی سوش‌های استافیلوک اورئوس بیمارستانی مقاوم در برابر اگزاسیلین و وانکومایسین، میزان همخوانی دو روش تعیین حساسیت آنتی‌بیوتیکی مورد بررسی قرار گرفت تا ضرورت انجام روتین E test، که به علت ساده بودن در اکثر آزمایشگاه‌ها قابل اجرا است ولی با توجه به هزینه بالای آن به صورت روتین انجام نمی‌گیرد، در عفونت استافیلوکوک اورئوس ارزیابی شود.

### مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی ۱۰۰ نمونه‌ای که به بخش میکروب‌شناسی مجتمع بیمارستانی امام خمینی ارسال شده بود و با روش‌های دقیق آزمایشگاهی (کاتالاز، کواگولاز، DNAase Mثبت ورشد در مانیتول سالت آگار به همراه ایجاد هاله زرد رنگ و ایجاد ناحیه مهار رشد در اطراف دیسک تشخیصی نوبیوسین) استافیلوکوک اورئوس آنها محرز شده بود، انجام گرفت (۷). از زمان بستری بیمار باید بیش از ۴۸ ساعت می‌گذشت تا وارد مطالعه گردد. اگر از یک بیمار دو یا چند جایگاه کشت از نظر استافیلوکوک اورئوس مثبت می‌شد، اولین نمونه وارد مطالعه می‌گردد و نمونه‌های دیگر از همان بیمار مورد بررسی قرار نمی‌گرفت.

جهت انجام Disk diffusion و تعیین MIC با از محیط Muller-Hinton و سوسپانسیون ۰.۵Mc farland استفاده شد که کنترل آن توسط سوش استاندارد انتروکوک فکالیس با (ATCC 29212) و حساسیت با ناحیه مهاری  $\leq ۲۰$  میلی‌متر نسبت به دیسک SXT صورت می‌گیرد. مدت انکوباسیون محیط مولر هیلتون ۲۴ ساعت بود.

آنتی‌بیوگرام به روش Disk diffusion با استفاده از دیسک‌های آنتی‌بیوتیکی اگزاسیلین و وانکومایسین ساخت شرکت (Indian) High media و MIC با روش E test با استفاده از نوارهای E test اگزاسیلین و وانکومایسین ساخت شرکت Sweden A.B Bio Disk انجام شد و نتایج به صورت

نمونه های جدا شده از چشم (۶٪) و تمامی نمونه های خلط و ترشحات حلق (۱۰٪) بود. در ضمن نمونه های جدا شده از سایتهای استریل مثل مایع مفصل و CSF حساسیت ۱۰٪ به گروه بتالاکتامها را نشان دادند که با نتایج روش DDT مطابقت داشت (جدول ۲).

(۴۲٪) مورد استافیلوکوک اورئوس مقاوم به اگزاسیلین (MRSA) و ۵۸ نمونه حساس و نیز ۱۰۰ نمونه حساس به وانکومایسین، در هر دو روش DDT و E test با هم هم خوانی کامل داشتند و ضریب کاپای آن ۱۰۰ درصد به دست آمد.

### بحث

در این مطالعه، در ۴۲٪ موارد مقاومت نسبت به اگزاسیلین در نمونه های استافیلوکوک اورئوس بدست آمد، به عبارتی MRSA (استافیلوکوک اورئوس های مقاوم به متی سیلین) ۴۲٪ بود. در کتب هاریسون و دیویدسون و نیز آمار منطقه مدیترانه شیوع MRSA بین ۴۰-۵۰٪ ذکر شده است (۱،۳،۹). شیوع MRSA در کشور آرژانتین بالای ۴۵٪ (۱۰)، در آفریقا در سال ۱۹۹۷ بین ۳۰-۴۱٪ (۱۱) و در بیمارستان بزرگ مصطفی پاشا (۳۲٪) بوده است (۱۲) که تا حدودی با مطالعه ما هم خوانی دارد. مطالعه ما نشان می دهد که فراوانی در بیمارستان امام خمینی شهر تهران فاصله زیادی با شیوع آن در کشورهایی مثل اسکاندیناوی با شیوع زیر ۲٪ دارد (۹) و جزو مراکز با شیوع نسبتاً بالا می باشد.

در این مطالعه، هیچ موردی از VISA (استافیلوکوک اورئوس با سطح متوسط حساسیت به وانکومایسین) و VRSA (مقاومت استافیلوکوک اورئوس نسبت به وانکومایسین) دیده نشد و ۱۰٪ سوش های استافیلوکوک اورئوس به وانکومایسین حساس بودند. در مطالعه بزرگی که در طی ۴ سال روی ۷۹۲۰ نمونه استافیلوکوک اورئوس به عمل آمد، تنها ۱/۶۷٪ نمونه ها با سطح متوسط حساسیت به وانکومایسین (VISA) گزارش شدند (۲). در مطالعه کشور بزریل در سال ۲۰۰۲ نیز کلیه سوش های استافیلوکوک اورئوس به وانکومایسین با هر دو روش Disk Diffusion و E test حساس بودند (۱۰).

با توجه توزیع فراوانی نسبی استافیلوکوک اورئوس جدا شده از بخش های مختلف مجتمع بیمارستانی و بر حسب محل نمونه گیری، توجه ویژه به بخش های پرخرط و سایتهای جراحی، زخم ها و پروتزها ضروری است. فراوانی مقاومت به اگزاسیلین در استافیلوکوک اورئوس (MRSA) بر حسب بخش بستری و محل نمونه گیری نشان داد که توجه به دو بخش جراحی قلب

بخش جراحی قلب (۲۳٪)، بخش عفونی (۱۲٪) و بخش کودکان و نوزادان (۱۱٪) بود. ۷۳/۹ درصد نمونه های مربوط به بخش جراحی قلب و ۸۰ درصد نمونه های جدا شده از بیماران بخش های ICU و NICU مقاوم به اگزاسیلین بودند. نتایج مربوط به DDT نیز کاملاً بر آن منطبق بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی مقاومت به اگزاسیلین در استافیلوکوک اورئوس با روش E test در بیمارستان امام خمینی تهران به تفکیک بخش بستری

بخش	موارد مقاوم	موارد حساس
جراحی قلب (n=۲۳)	۱۷	۷۳/۹*
جراحی عمومی، ENT و توراکس (n=۹)	۴	۴۴/۴
کودکان و نوزادان (n=۱۱)	۴	۳۶/۴
ICU و NICU (n=۵)	۴	۸۰/۱
بخش های داخلی (n=۲۶)	۶	۲۳/۱
ارتودپی (n=۴)	۳	۷۵/۱
جراحی ترمیمی (n=۳)	۱	۳۳/۳
جراحی اعصاب (n=۱)	.	۱۰۰/۱
عفونی (n=۱۲)	۳	۲۵/۹
پوست (n=۶)	.	۱۰۰/۶
جمع (n=۱۰۰)	۴۲	۴۲/۴۲

\* اعداد داخل پرانتز درصد را نشان می دهند.

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی مقاومت به اگزاسیلین در استافیلوکوک اورئوس با روش E test در بیمارستان امام خمینی تهران بر اساس محل نمونه گیری

محل نمونه گیری	موارد مقاوم	موارد حساس
زخم (n=۲۶)	۵	۱۹/۲*
کشت خون (n=۱۷)	۷	۴۱/۲
محل جراحی (n=۲۰)	۱۲	۶۰/۸
مایع مفصل (n=۵)	.	۱۰/۵
مایع پلور و پریکارد (n=۸)	۳	۳۷/۵
چشم (n=۵)	۳	۶۰/۲
کاتتر و درن و CVP و تراکئوتومی (n=۱۴)	۹	۶۴/۳
خلط و ترشحات خلط (n=۳)	۳	۱۰۰/۱
CSF (n=۲)	.	۱۰۰/۲
جمع (n=۱۰۰)	۴۲	۴۲/۴۲

\* اعداد داخل پرانتز درصد را نشان می دهند.

بر اساس محلی که نمونه استافیلوکوک اورئوس از آن بدست آمد، بیشترین شیوع مربوط به زخم (۲۶٪)، محل جراحی (۲۰٪)، کشت خون (۱۷٪) و محلهای مربوط به اجسام خارجی از جمله کاتتر، درن، CVP و تراکئوتومی (۱۴٪) بود. بیشترین فراوانی مقاومت، مربوط به محل جراحی (۶۰٪)،

حساسیت متوسط گزارش شد که در MIC به روش E test حساس بود و ۲ مورد در DDT حساس به تیکوپلاتین گزارش شده بود که در MIC به روش E test حساسیت متوسط داشت (۱۴). در مطالعه Dillard و همکاران بر روی مقاومت استافیلوکوک اورئوس به اگزاسیلین با روش‌های مختلف، Disk Diffusion (major error rate) برای حداکثر میزان خطأ (۰.۱۲٪) و برای E test ۰.۲٪ گزارش شد و عملی‌ترین و به صرفه‌ترین روش جهت تعیین MRSA روش E test معرفی شد (۱۵).

لذا با توجه به اینکه نتایج دو روش دیسک دیفیوژن و E test برای بررسی مقاومت ارگانیسم‌ها همخوانی مناسبی دارد و با در نظر گرفتن دسترسی آسان و به صرفه بودن روش دیسک دیفیوژن، هنوز هم می‌توان برای بررسی مقاومت ارگانیسم‌ها به آنتی‌بیوتیک‌ها به روش دیسک دیفیوژن اعتماد کرد. البته کاربرد صحیح و دقیق روش دیسک دیفیوژن برای بررسی مقاومت ارگانیسم‌ها به آنتی‌بیوتیک‌ها نقش بسیار مهمی دارد. توصیه می‌گردد مطالعه‌ای جهت تعیین ژنوتیپ و زیرگروه‌های استافیلوکوک اورئوس مقاوم به متی‌سیلین (MRSA) برحسب ژن با روش‌های بیوتکنولوژی و مولکولیار به صورت گسترشده صورت گیرد.

و بخش‌های مراقبت ویژه و نیز سایتهاي جراحی از نظر کنترل عفونت بیمارستانی استافیلوکوک اورئوس مخصوصاً از نوع مقاوم به بتالاکتام‌ها (MRSA) ضروری است.

در این مطالعه، دو روش Disk Diffusion و E test با همخوانی ۱۰۰٪ داشتند. در مطالعه‌ای دیگر، دو روش Disk Diffusion در بررسی حساسیت استافیلوکوک اورئوس به آنتی‌بیوتیک mupirocin همخوانی ۹۵٪ داشتند (۵). در مطالعه‌ای که در ایتالیا در سال ۲۰۰۲ صورت گرفت، توافق این دو روش ۸۹٪ محاسبه شد (۶). در مطالعه دکتر ضیاء حق‌بهر در دو بیمارستان امام خمینی و سینای شهر تهران در بررسی حساسیت چهار میکروب سودوموناس، *E. coli* و اسینتوباکتر و کلبسیلا به آنتی‌بیوتیک‌های سفتریاکسون، سفتازیدیم، سیپروفلوکساسین، ایمی‌پنی و سفپیم، ارتباط معنی‌دار و همخوانی مناسبی بین دو روش در تمامی موارد وجود داشت (۶).

اما بر خلاف مطالعه ما، Jansen و همکاران بین MIC مقاوم و متوسط استافیلوکوک اورئوس در روش E test با DDT در مورد آنتی‌بیوتیک تیکوپلاتین ارتباط معنی‌داری پیدا نکردند و به این نتیجه رسیدند که MIC با روش E test برای بدست آوردن گونه‌های مقاوم از DDT قابل اعتمادتر است (۱۳). در مطالعه‌ای در کشور برزیل در سال ۲۰۰۲، علی‌رغم حساسیت تمام وانکومایسین با هر دو روش Disk Diffusion و E test در مورد آنتی‌بیوتیکی دیگر (تیکوپلاتین) ۲ مورد با DDT

## REFERENCES

1. Weinstein R. Hospital-acquired infections. In: Kasper D, Fauci A, Longo D. Harrison's principles of internal medicine. 16<sup>th</sup> edition. New York: MC Graw-Hill; 2005: 775-821.
2. Liu C, Henry F. Staphylococcus aureus with heterogenous resistance to vancomycin, epidemiology, clinical significance and critical assessment of diagnostic methods. *Antimicrobial Agents Chemother* 2003;47(10):3040-45.
3. Michael B, Gail L. In vitro testing of antimicrobial agents. In: John Bernard H. Clinical diagnosis and management by Laboratory methods. 20<sup>th</sup> ed, Philadelphia: WB Saunders; 2001:1119-23.
4. Di Bonaventura G, D'Antonio D, Catamo G, Ballone E, Piccolomini R. Comparison of Etest, agar dilution, broth microdilution and disk diffusion methods for testing in vitro activity of levofloxacin against *Staphylococcus* spp. isolated from neutropenic cancer patients. *Int J Antimicrob Agents* 2002;19(2):147-54.
5. Palepou MF, Johnson AP, Cookson BD, Beattie H, Charlett A, Woodford N. Evaluation of disk diffusion and E test for determining the susceptibility of *staphylococcus aureus* to Mupirocin. *J Antimicrobial chemotherapy* 1998;42(5):577-83.
6. ضیاء بشرح ندا، بررسی الگوی مقاومت باسیلهای گرم منفی بدست آمده از نمونه‌های بالینی بیماران بستری در ICU بیمارستانهای سینا و امام با روش E test از فروردین ۸۳ لغایت فروردین ۸۴. پایان نامه دکتری عمومی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۸۴.
7. Anonymous. *Staphylococcus aureus resistance to vancomycin*, US, 2002. Centers for Disease control and prevention (CDC) 2002 July;51(26):565-567.
8. Clinical and laboratory standards institute, 2005. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing :5<sup>th</sup> informational supplement. CLSI/NCCLS M100-S15.

9. Stefani S, Varaldo PE. Epidemiology of methicillin-resistant staphylococci in Europe. *Clin Microbiol Infect* 2003;9(12):1179
10. Sola C, Cortes P, Saka H, Cordoba MRSA Collaborative Study Group, Vindel A, Bocco JL. Evaluation and molecular characterization of methicillin-resistant *staphylococcus aureus* epidemic and sporadic clones in Cordoba, Argentina. *J clin Microbiol* 2006;44(1):192-200.
11. Kesab CS, Ben Redieb TO, Odugbemi CS. Prevalence of methicillin-resistant *staphylococcus aureus* in African hospitals and Malta. *Clin Microbial Infect* 2003; 9: 153-56.
12. Ramdani-Bouguessa N, Bes M, Meugnier H. Detection of methicillin resistant *staphylococcus aureus* strains to multiple antibiotics and carrying the panton-valentine leukocidin genes in an Algiers Hospital. *Antimicrob Agents Chemother* 2006; 50(3): 1083-85.
13. Jansen B, Schumacher-Perdreau F, Pulverer G. Susceptibility of staphylococci and enterococci to glycopeptides comparison of 3 test methods. *Zentralbl Bakterio* 1995; 282(4): 402-8.
14. Ferreira Nunes AP, Martins Teixeira L, Reis Bastos CC. Susceptibility of Brazilian staphylococcal strain to glycopeptides evaluated by different testing methods. *Curr Microbiol* 2002; 44(6): 385-90.
15. Dillard SC. Detection of oxacillin-resistance in *staphylococcus aureus* by microscan MIC panels in comparison to four other method. *J Clin Microbial Infect Dis* 1996; 24(2): 93-100.