

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

دکتر زهره ملکی^۱، دکتر صغری انجرائی^۲

^۱ استادیار، گروه پاتولوژی، بیمارستان امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۲ دستیار، گروه پاتولوژی، بیمارستان امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: استافیلوکوک اورئوس یکی از مهم‌ترین عفونت‌های بیمارستانی می‌باشد که روز به روز بر مقاومت آنتی‌بیوتیکی آن به گروه بتالاکتام و وانکومايسين افزوده می‌شود. در این مطالعه ضمن بررسی فراوانی سوش‌های استافیلوکوک اورئوس بیمارستانی مقاوم به اگزاسیلین و وانکومايسين، 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 استافیلوکوک اورئوس جدا شده از نمونه‌های ارسالی به بخش میکروبی‌شناسی 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 استافیلوکوک 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 (استافیلوکوک اورئوس با سطح متوسط حساسیت به وانکومايسين) و VRSA (مقاومت استافیلوکوک اورئوس به وانکومايسين) مشاهده نشد. این عفونت‌های استافیلوکوکی مربوط به بخش‌های داخلی (۲۶٪)، جراحی قلب (۲۳٪)، محل نمونه‌گیری زخم (۲۶٪)، محل جراحی (۲۰٪)، کشت خون (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: استافیلوکوک اورئوس، مقاومت آنتی‌بیوتیکی، E test، Disk diffusion test

مقدمه

استافیلوکوک اورئوس یکی از مهم‌ترین عفونت‌های بیمارستانی است که روز به روز بر مقاومت آنتی‌بیوتیکی آن به گروه بتالاکتام و وانکومايسين 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 disk diffusion (DDT) و E test گزارش شده است، به‌طوری که توافق دو روش E test و Disk Diffusion جهت حساسیت آنتی‌بیوتیکی روی استافیلوکوک اورئوس در مطالعه‌ای که در ایتالیا در سال ۲۰۰۲ صورت گرفت، ۸۹/۷٪ محاسبه شد (۴). در مطالعه‌ای 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، برای دیسک اگزاسیلین ۱ میلی گرمی ناحیه مهارتی بیشتر یا مساوی ۱۳ میلی متر حساس، در حد فاصل ۱۱-۱۲ میلی متر نیمه حساس و کمتر یا مساوی ۱۰ میلی متر مقاوم در نظر گرفته شد. برای دیسک وانکومايسين ۳۰ میلی گرمی ناحیه مهارتی بیشتر یا مساوی ۱۵ میلی متر 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 میلی لیتر مقاوم و مقادیر بیشتر یا مساوی ۲ میکروگرم در میلی لیتر حساس و برای وانکومايسين، مقادیر بیشتر یا مساوی ۴ میکروگرم در دسی لیتر حساس، مقادیر ۱۴-۸ میکروگرم در دسی لیتر نیمه حساس و مقادیر بیشتر یا مساوی ۳۲ میکروگرم در دسی لیتر مقاوم در نظر گرفته شد.

کنترل دیسک اگزاسیلین توسط سوش استاندارد استافیلوکوک اورئوس با ATCC 25923 و دیسک اگزاسیلین ۱ میلی گرم با ناحیه مهارتی ۱۸-۲۴ میلی متر بود. کنترل دیسک وانکومايسين توسط سوش استاندارد استافیلوکوک اورئوس با ATCC 25923 و دیسک وانکومايسين ۳۰ میلی گرم با ناحیه مهارتی ۱۷-۲۱ میلی متر بود. کنترل E test توسط سوش استاندارد استافیلوکوک اورئوس با ATCC 29213 بود که برای اگزاسیلین، استاندارد OXA 0.120.5µg/ml و برای وانکومايسين، استاندارد VAV 0.5-2µg/ml در نظر گرفته شد (۸).

نتایج کشت میکروبی، محل نمونه برداری، نتایج مربوط به آنتی بیوگرام استافیلوکوک اورئوس و اعداد مربوط به ناحیه مهارتی 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 وانکومايسين 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 Disk Diffusion و E test همخوانی ۹۵٪ داشتند (۵). در مطالعه دکتر ضیاء حق‌بشر در دو بیمارستان امام خمینی و سینای شهر تهران در بررسی حساسیت چهار میکروب سودوموناس، E coli و اسینتوباکتر و کلبسیلا به آنتی بیوتیک‌های سفتریاکسون، سفتازیدیم، سیپروفلوکساسین، ایمی پنم و سفپیم، ارتباط معنی دار و همخوانی مناسبی بین دو روش در تمامی موارد وجود داشت (۶).

در این مطالعه ضمن بررسی فراوانی سوش‌های استافیلوکوک اورئوس بیمارستانی مقاوم در برابر اگزاسیلین و وانکومايسين، میزان همخوانی دو روش تعیین حساسیت آنتی بیوتیکی 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 مثبت و رشد در مانیتول سالت آگار به همراه ایجاد هاله زرد رنگ و ایجاد ناحیه مهارت رشد در اطراف دیسک تشخیصی نویبوسین) 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 می‌گردید و نمونه‌های دیگر از همان بیمار مورد بررسی قرار نمی‌گرفت.

جهت انجام Disk diffusion و تعیین MIC با E test از محیط Muller-Hinton و سوسپانسیون 0.5Mc farland استفاده شد که کنترل آن توسط سوش استاندارد انتروکوک فکاليس با (ATCC 29212) و حساسیت با ناحیه مهارتی ≤ 20 میلی متر نسبت به دیسک SXT صورت می‌گیرد. مدت انکوباسیون محیط مولر هینتون ۲۴ ساعت بود.

آنتی بیوگرام به روش Disk diffusion با استفاده از دیسک‌های آنتی بیوتیکی اگزاسیلین و وانکومايسين ساخت شرکت (Indian) High media و MIC باروش E test با استفاده از نوارهای E test اگزاسیلین و وانکومايسين ساخت شرکت Sweden A.B Bio Disk انجام شد و نتایج به صورت

نمونه های جدا شده از چشم (۶۰٪) و تمامی نمونه های خلط و ترشحات حلق (۱۰۰٪) بود. در ضمن نمونه های جدا شده از سایت های استریل مثل مایع مفصل و CSF حساسیت ۱۰۰٪ به گروه بتالاکتام ها را نشان دادند که با نتایج روش DDT مطابقت داشت (جدول ۲).

۴۲ (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 ۵۰-۴۰٪ ذکر شده است (۱،۳،۹). شیوع MRSA در کشور آرژانتین بالای ۴۵٪ (۱۰)، در آفریقا در سال ۱۹۹۷ بین ۳۰-۲۱٪ (۱۱) و در بیمارستان بزرگ مصطفی پاشا ۳۲٪ بوده است (۱۲) که تا حدودی با مطالعه ما همخوانی دارد. مطالعه ما نشان می دهد که فراوانی MRSA در بیمارستان امام خمینی شهر تهران فاصله زیادی با شیوع آن در کشورهایی مثل اسکانیدیناوی 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 ۱۰۰٪ 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 برزیل 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 پرخطر و سایت های جراحی، زخم ها و پروتزه ها 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) *	۶ (۲۶/۱)
جراحی عمومی، ENT و توراکس (n=۹)	۴ (۴۴/۴)	۵ (۵۵/۶)
کودکان و نوزادان (n=۱۱)	۴ (۳۶/۴)	۷ (۶۳/۶)
ICU و NICU (n=۵)	۴ (۸۰)	۱ (۲۰)
بخش های داخلی (n=۲۶)	۶ (۲۳/۱)	۲۰ (۷۶/۹)
ارتوپدی (n=۴)	۳ (۷۵)	۱ (۲۵)
جراحی ترمیمی (n=۳)	۱ (۳۳/۳)	۲ (۶۶/۷)
جراحی اعصاب (n=۱)	۰	۱ (۱۰۰)
عفونی (n=۱۲)	۳ (۲۵)	۹ (۷۵)
پوست (n=۶)	۰	۶ (۱۰۰)
جمع (n=۱۰۰)	۴۲ (۴۲)	۵۸ (۵۸)

* 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) *	۲۱ (۸۰/۸)
کشت خون (n=۱۷)	۷ (۴۱/۲)	۱۰ (۵۸/۸)
محل جراحی (n=۲۰)	۱۲ (۶۰)	۸ (۴۰)
مایع مفصل (n=۵)	۰	۵ (۱۰۰)
مایع پلور و پریکارد (n=۸)	۳ (۳۷/۵)	۵ (۶۲/۵)
چشم (n=۵)	۳ (۶۰)	۲ (۴۰)
کاتتر و درن و CVP و تراکئوستومی (n=۱۴)	۹ (۶۴/۳)	۵ (۳۵/۷)
خلط و ترشحات خلط (n=۳)	۳ (۱۰۰)	۰
CSF (n=۲)	۰	۲ (۱۰۰)
جمع (n=۱۰۰)	۴۲ (۴۲)	۵۸ (۵۸)

* 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 تراکئوستومی (۱۴٪) بود. بیشترین فراوانی مقاومت، مربوط به محل جراحی (۶۰٪)،

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

در این مطالعه، دو روش E test و Disk Diffusion با همخوانی ۱۰۰٪ داشتند. در مطالعه‌ای دیگر، دو روش E test و 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 ۸۹/۷٪ محاسبه شد (۴). در مطالعه دکتر ضیاء حق‌بشر 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، ایمپنم 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 تیکوپلانیل 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 وانکومايسين با هر دو روش E test و Disk Diffusion، در مورد آنتی‌بیوتیکی دیگر (تیکوپلانیل) مورد با DDT

حساسیت متوسط گزارش شد که در MIC به روش E test حساس بود و ۲ مورد در DDT حساس به تیکوپلانیل 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، حداکثر میزان خطا (major error rate) برای Disk Diffusion ۲/۴٪ و برای E test ۱/۲٪ گزارش شد و عملی‌ترین و به‌صرفه‌ترین 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 مطالعاتی جهت تعیین ژنوتیپ و زیرگروه‌های استافیلوکوک اورئوس مقاوم به متی‌سیلین (MRSA) برحسب ژن با روش‌های بیوتکنولوژی و مولکولیاری به صورت گسترده صورت گیرد.

REFERENCES

- Weinstein R. Hospital-acquired infections. In: Kasper D, Fauci A, Longo D. Harrison's principles of internal medicine. 16th edition. New York: MC Graw-Hill; 2005: 775-821.
- 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.
- Michael B, Gail L. In vitro testing of antimicrobial agents. In: John Bernard H. Clinical diagnosis and management by Laboratory methods. 20th ed, Philadelphia: WB Saunders; 2001:1119-23.
- 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.
- 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.
- ضیاء بشرحق 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 دکترای عمومی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۸۴.
- Anonymous. Staphylococcus aureus resistance to vancomycin, US, 2002. Centers for Disease control and prevention (CDC) 2002 July;51(26):565-567.
- Clinical and laboratory standards institute, 2005. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing :5th 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. Evolution 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. *Zentrabl 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 Dian Microbial Infect Dis* 1996; 24(2): 93-100.