



● مقالات تحقیقی

تشخیص هلیکوباکترپیلوری در مخاط سینونازال بیماران مبتلا به

سینوزیت مزمن

چکیده

هلیکوباکترپیلوری، ارگانیسمی مارپیچی شکل، میکروآئروفیلیک و گرم منفی می‌باشد که در ایجاد گاستریت، زخم‌های معده و دئودنوم و نیز کانسر معده نقش دارد. این میکروب در لایه مخاطی معده انسان، پلاک دندانی، بزاق، لوزه، آدنوئید و ضایعات دهانی کولونیزه می‌شود. سینوزیت نیز از شایع‌ترین مشکلات مراقبت بهداشتی جوامع به حساب می‌آید که همه ساله بودجه کلانی صرف تشخیص و درمان این معضل می‌شود. با توجه به این که کولونیزاسیون هلیکوباکترپیلوری در مناطق فوقانی دستگاه گوارش با ریفلاکس گاستروازوفازیا در ارتباط مستقیم است. بررسی وجود هلیکوباکترپیلوری در مخاط سینونازال بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن نیاز به بررسی بیشتری دارد.

بر این اساس بررسی وجود هلیکوباکترپیلوری در مخاط سینونازال بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن با استفاده از دو روش تست اوره‌آز و آزمون PCR (polymerase chain reaction طراحی گردید).

این مطالعه به روش مورد - شاهدهی (case-control) در ۴۴ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه ENT انجام شد. ۲۲ بیمار مبتلا به سینوزیت مزمن که به درمان دارویی جواب نداده و کاندید عمل جراحی آندوسکوپیک سینوس بودند به عنوان گروه مورد در نظر گرفته شدند. ۲۲ بیمار دیگر که دچار انحراف بینی بدون سینوزیت بودند، به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. از افراد هر دو گروه در حین عمل جراحی از هر طرف بینی دو نمونه تهیه شد. روی نمونه‌ها آزمون CLO و آزمون PCR انجام گرفت و به روش الکتروفورز، حضور DNA تکثیر یافته مربوط به هلیکوباکترپیلوری بررسی شد و نتایج ثبت گردید. در هیچ یک از نمونه‌های اخذ شده از مخاط سینونازال بیماران گروه مورد و شاهد، هلیکوباکترپیلوری یافت نشد.

احتمال وجود هلیکوباکترپیلوری در مخاط سینونازال بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن کم می‌باشد.

واژگان کلیدی: هلیکوباکترپیلوری، سینوزیت مزمن، مخاط سینونازال

دکتر محمد ابراهیم یارمحمدی^{۱*}

دکتر حوریه صادری^۲

دکتر سید هادی ثقلینی^۳

۱. بخش گوش و حلق و بینی، بیمارستان شهید مصطفی خمینی، دانشگاه شاهد

۲. گروه میکروب شناسی، دانشگاه شاهد

۳. پزشک عمومی، دانشگاه شاهد

*نشانی: تهران، خیابان فلسطین، خیابان ایتالیا، بیمارستان شهید مصطفی خمینی، تلفن ۸۸۹۶۳۱۲۲
پست الکترونیک: m.e.yar@yahoo.com



مقدمه

هلیکوباکتریپیلوری ارگانیسمی ماریچی شکل، میکروآنروفلیک و گرم منفی می باشد که نام آن همیشه تداعی گر نقش آن در ایجاد گاستریت، زخم های معده و دئودنوم و نیز عامل زمینه ساز بروز کانسر معده بوده است [۱-۳]. معمول ترین جایگاه هلیکوباکتریپیلوری، لایه مخاطی معده انسان است [۴]. ولی آیا این باکتری فقط در دستگاه گوارش کلونیزه می شود؟ اگر زمانی اثبات شود که هلیکوباکتریپیلوری قادر است در سایر ارگان ها یا بافت های بدن نیز کلونیزه شود و به عنوان یک ذخیره میکروبی نقش مؤثری در عفونت مجدد داشته باشد، بی شک انقلاب جدیدی در درمان و ریشه کنی این عفونت ایجاد خواهد شد. در مطالعات انجام گرفته، برخی محققین توانسته اند هلیکوباکتریپیلوری را در نمونه های پلاک دندان، بزاق، لوزه ها و آدنوئید و ضایعات دهانی با استفاده از روش های مختلف تشخیصی، شناسایی کنند [۵-۷]. به علت نزدیکی آناتومیک حفره دهان به بینی و سینوس ها، امکان انتقال مستقیم عفونت هلیکوباکتریپیلوری از حفره دهان به این قسمت ها وجود دارد [۴]. اگرچه عفونت با هلیکوباکتریپیلوری در تمامی نقاط دنیا گسترده است، هنوز هم راه های انتقال این عفونت به طور کامل کشف نشده است [۸]. جهت درمان هلیکوباکتریپیلوری تاکنون روش های گوناگون با استفاده از آنتی بیوتیک های متعدد و گران قیمت و داروهای آنتی اسید به کار رفته است و هر ساله سهم زیادی از بودجه بهداشتی کشورها

و بیماران صرف درمان و ریشه کنی این عفونت در دستگاه گوارش می شود، ولی درصد قابل توجهی از بیماران مدتی پس از درمان دچار عفونت مجدد با این باکتری و بروز عوارض آن می شوند [۹].

سینوزیت نیز شایع ترین مشکل مراقبت بهداشتی در آمریکا است که سالانه بیش از ۳۱ میلیون نفر را در این کشور مبتلا می کند و بیش از ۱۰٪ مردم آمریکا از آن رنج می برند. آمار نشان می دهد مردم آمریکا در سال ۱۹۸۹ م، حدود ۱۵۰ میلیون دلار هزینه صرف اقدامات تشخیصی یا درمانی سینوزیت کرده اند [۱۰]. در کشور ما ایران، نیز سالانه هزینه هایی صرف این معضل بهداشتی می گردد، البته آمار دقیقی در این زمینه در کشور وجود ندارد. عدم تشخیص صحیح بیماری و عوامل ایجاد کننده آن یا عدم توجه به مشکل زمینه ای بیمار که خود می تواند عامل مساعد کننده این بیماری باشد و نیز تجویز داروهای نامناسب علیه سینوزیت منجر به بروز نوع مزمن این بیماری شده است. درمان سینوزیت مزمن نیاز به آنتی بیوتیک های با قیمت گران تر دارد و نیز مواردی به درمان های طبی پاسخ نداده و نیاز به درمان های تهاجمی تر از جمله جراحی آندوسکوپیک سینوس پیدا می کند.

اخیراً به نقش ریفلاکس گاستروازوفازیتال یا ازوفاگونازوفازیتال در پاتوژن سینوزیت مزمن توجه فراوانی شده است [۱۱، ۱۲]. در بررسی های انجام شده در مورد نقش ریفلاکس گاستروازوفازیتال در ایجاد سینوزیت مزمن اختلاف نظرهایی وجود دارد [۱۳]. محققین التهاب و ادم مخاطی ایجاد شده در نازوفارنکس را در اثر ریفلاکس مایع

معده و تماس آن با فضای نازوفارنکس می دانند که باعث ایجاد انسداد در دهانه سینوس ها و به دنبال آن سینوزیت مزمن می شود [۱۱]. مطالعاتی نیز نشان داده است که احتمالاً سازوکارهای دیگری غیر از تماس مستقیم اسید معده با مخاط بینی در پاتوژن سینوزیت مزمن نقش دارند [۱۳]. البته هنوز هم سازوکار قطعی این پدیده نامشخص است [۱۱]. با توجه به این که نقش ریفلاکس گاستروازوفازیتال در پاتوژن سینوزیت مزمن مورد سؤال قرار گرفته است [۱۳] و از طرفی کلونیزاسیون هلیکوباکتریپیلوری در مناطق فوقانی دستگاه گوارش با ریفلاکس گاستروازوفازیتال در ارتباط مستقیم است [۱۴] و چون تاکنون تحقیقی در این زمینه در کشور انجام نشده است، این تحقیق با هدف بررسی وجود هلیکوباکتریپیلوری در مخاط دهانه سینوس مبتلایان به سینوزیت مزمن با استفاده از تست اوره آز و آزمون PCR انجام شد. تست اوره آز از جمله روش های مستقیم تشخیص هلیکوباکتر پیلوری می باشد که براساس آنزیم اوره آز قوی هلیکوباکتر پیلوری می باشد. حساسیت این تست ۹۵-۸۰٪ و ویژگی آن تا ۱۰۰٪ در ۳-۲ ساعت اول انجام آزمون بیان شده است [۲۲-۱۵]. تست PCR نیز از جمله روش های مستقیم تشخیص هلیکوباکتر پیلوری می باشد که شامل چرخه های تکرار شده ای است که در آن به کمک یک جفت آغازگر و با کمک آنزیم از روی DNA الگو، عمل همانندسازی انجام می گیرد. حساسیت و ویژگی این تست به ترتیب حدود ۹۶/۴٪ و ۷۷/۳٪ بیان شده است [۲۳، ۱۵، ۱۶، ۲۴].

روش کار

این مطالعه کاربردی از نوع مورد - شاهد (case-control) می باشد، که روی ۴۴ نفر از مراجعین به درمانگاه گوش و حلق و بینی بیمارستان شهید مصطفی خمینی تهران از اردیبهشت ۸۳ لغایت تیر ۸۴ انجام شد. ۲۲ نفر از بیماران که مبتلا به سینوزیت مزمن بودند و سینوزیت شان توسط سی تی اسکن کرونال از سینوس های پارانازال مورد تأیید قرار گرفته بود، به عنوان گروه مورد در نظر گرفته شدند. در گروه مورد ۶ نفر مبتلا به ریفلاکس گاستروازوفازیال بودند که بیوپسی معده انجام شده این ۶ نفر از نظر هلیکوباکتریلوری مثبت بود. تمامی بیماران فوق به دلیل عدم پاسخ به درمان دارویی نیاز به جراحی آندوسکوپی سینوس داشتند. ۲۲ نفر از بیماران که مبتلا به انحراف تیغه میانی بینی بودند و هیچ گونه علایمی دال بر سینوزیت در سی تی اسکن کرونال از سینوس های پارانازال نداشتند، به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. تمامی این بیماران به دلیل انحراف تیغه میانی بینی تحت عمل جراحی قرار گرفتند. تمامی نمونه ها از مئاتوس میانی قسمت یک سوم میانی uncinat process و سطح لترال کورنه میانی توسط Beleckesly استریل گرفته شد. از هر فرد از هر طرف دو نمونه گرفته شد. یکی از ناحیه لترال کورنه میانی و یکی از ناحیه یک سوم میانی Uncinate process و سپس هر نمونه به دو قسمت تقسیم شد. نمونه های مربوط به Uncinate process به ۱ و ۳ و نمونه مربوط به شاخک میانی به ۳ و ۴ تقسیم شدند و سپس

نمونه های ۱ و ۳ داخل ظرف اوره آز و نمونه ۲ و ۴ داخل ظرف بافر فسفات سالین قرار داده شد. مراحل فوق برای طرف راست و چپ انجام شد. به دلیل پراکندگی منطقه رشد میکروارگانیسم در یک بافت از هر طرف دو نمونه تهیه شد [۴]. سپس داخل ظروف مربوطه حاوی مایع اوره آزو محلول بافر فسفات سالین قرار داده شد. ویال های مربوط به مایع اوره آز در دمای اتاق عمل و محیط بعد از ۲۰ دقیقه، یک ساعت، سه ساعت و ۲۴ ساعت خوانده می شدند. تغییر رنگ محلول از زرد به ارغوانی، مثبت تلقی شده و هر کدام از دو نمونه ظروف اوره آز یک فرد نیز که تغییر رنگ به ارغوانی داشت، کلاً نتیجه تست آن فرد برای همان سمت مثبت در نظر گرفته می شد. بعد از جمع آوری نمونه ها جهت انجام آزمون PCR، مرحله بعدی کار در آزمایشگاه میکروبیولوژی گروه میکروبیولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد انجام گرفت بدین صورت که ابتدا با حفظ شرایط زنجیره سرما، نمونه ها به آزمایشگاه منتقل شده و ادامه مراحل انجام کار به صورت ذیل صورت گرفت:

- ۱- استخراج DNA: با استفاده از کیت DNPTM ساخت شرکت Cinnagen به شماره کاتالوگ DN8115C
- ۲- واکنش زنجیره ای پلی مرز (PCR): با استفاده از کیت تشخیص هلیکوباکتریلوری به شماره کاتالوگ PR7843C ساخت شرکت Cinnagen
- ۳- شناسایی DNA تکثیر یافته با استفاده از ژل اگارز ۱/۵٪ و انجام الکتروفورز.

بعد از جمع آوری اطلاعات و نتایج آزمون های انجام شده و تکمیل فرم های اطلاعاتی، داده ها را به تفکیک در نرم افزار SPSS وارد و بررسی شدند.

نتایج

این مطالعه روی ۴۴ نفر انجام شد که ۵/۵۴٪ (۲۴ نفر) مرد و ۵/۴۵٪ (۲۰ نفر) زن بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۲/۸۴±۱۴/۷۸ بود. در گروه مورد تمامی بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن بودند که شامل ۱۵ مرد (۶۸/۲٪) و ۷ زن (۳۱/۸٪) با میانگین سنی ۳۹/۸۲±۱۷/۰۷ بودند. در گروه شاهد تمامی بیماران دچار انحراف تیغه میانی بینی بودند و هیچ کدام به سینوزیت مزمن و گاستریت و ریفلاکس مبتلا نبودند. در این گروه ۹ نفر (۴۰/۹٪) مرد و ۱۳ نفر (۵۹/۱٪) زن با میانگین سنی ۳۲/۷۷±۲۵/۸۶ حضور داشتند. ۳/۲۷٪ (۶ نفر) در گروه مورد مبتلا به ریفلاکس بودند که توسط آندوسکوپی معده مورد تأیید قرار گرفته بود و هر ۶ نفر از نظر هلیکوباکتریلوری نیز مثبت بودند. در مورد مصرف آنتی بیوتیک، ۱۹ نفر (۸۶/۴٪) افراد گروه مورد، انواع آنتی بیوتیک ها را مصرف نمودند. همه افراد یک ماه قبل از نمونه برداری از آنتی بیوتیک و آنتی ریفلاکس و داروهای مهارکننده پمپ پروتون و مسدود کننده H2 استفاده نکرده بودند. ۶ نفر مبتلا به ریفلاکس که از این ۶ نفر قبل از یک ماه سه نفر سابقه مصرف آنتی بیوتیک مترونیدازول و کوآموکسی کلاو و سه نفر سابقه مصرف سفیکسیم به تنهایی را

می‌دادند. نمونه‌های برداشته شده از هر طرف توسط دو تست PCR و CLO مورد مطالعه قرار گرفت. در تست CLO نتایج بعد از ۲۰ دقیقه، ۱ ساعت، ۳ ساعت و ۲۴ ساعت خوانده شد که تمامی نمونه‌ها در گروه مورد و شاهد منفی بودند و در آزمون PCR که با استفاده از کیت تشخیصی مخصوص انجام گرفت، هیچ بانندی در ۴۹۲ bp که نشانگر حضور هلیکوباکتری پیلوری است در گروه مورد و شاهد، تشکیل نشد. در دو نمونه، باندهایی در نزدیکی محل مورد نظر تشکیل دادند که جهت اطمینان، این دو نمونه مجدداً الکتروفورز شدند که در نهایت تمامی نتایج آزمون PCR منفی شد.

بحث

اوزداک و همکارانش در مطالعه‌ای که در ترکیه انجام دادند بیان کردند که ممکن است ارتباطی بین هلیکوباکتری پیلوری و سینوزیت مزمن وجود داشته باشد [۸]. در این مطالعه از ۱۲ بیمار مبتلا به سینوزیت مزمن، ۴ مورد دارای هلیکوباکتری پیلوری در سینوس‌ها بودند که سه مورد از آنها دارای ریفلاکس و یکی فاقد ریفلاکس بوده به علاوه در این بررسی در دو بیمار مبتلا به ریفلاکس، هلیکوباکتری پیلوری شناسایی نشد. این یافته و نیز تعداد کم نمونه‌های مورد بررسی نشان می‌دهد که ممکن است در برخی از بیماران وجود هلیکوباکتری پیلوری در سینوس ارتباطی با ایجاد سینوزیت مزمن داشته باشد، در این مطالعه نمونه‌ها از ناحیه کورنه میانی گرفته شده است در حالی که نمونه‌های مطالعه ما

از ناحیه uncinat process و کورنه میانی بوده است، uncinat process کاملاً در دهانه سینوس ماگزیلاری قرار دارد و قرابت بیشتری با مخاط سینوس‌ها دارد. در تحقیق ما با توجه به این که میکروب هلیکوباکتری پیلوری ممکن است به صورت تکه‌ای کولونیزه شود، نمونه‌برداری از دو ناحیه انجام شده و همچنین در تحقیق ما ۶ نفر دچار ریفلاکس همراه سینوزیت مزمن بودند که ۳ نفر سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک ضد هلیکوباکتر شامل کوآموکسی‌کلاو و مترونیدازول را می‌دانند در حالی که سه نفر دیگر سابقه مصرف قرص سفیکسیم را به مدت حداکثر ۳ هفته ذکر می‌کردند که همگی این داروها یک ماه قبل از نمونه‌برداری قطع شدند. در تحقیق ما هلیکوباکتر پیلوری در هیچ کدام از نمونه‌ها به دست نیامد که با تحقیق اوزداک متفاوت است. با توجه به این که نقش تغییر اسیدیتی در مخاط سینونازال در ریفلاکس گاستروازوفازال به دستگاه تنفس فوقانی مورد اختلاف نظر قرار گرفته است، درباره وجود هلیکوباکتری پیلوری در مخاط سینونازال افراد دچار سینوزیت مزمن باید تأمل بیشتری کرد [۱۳]. در مطالعه دیگری که توسط سلینی و همکارانش انجام گرفت، هلیکوباکتری پیلوری را در مخاط بینی بیماران دیسپپتیک نشان نداد هرچند برخی از بیماران دارای هلیکوباکتری پیلوری در مخاط معده بودند [۲۵]. علت عدم شناسایی هلیکوباکتری پیلوری در مخاط بینی در مطالعه سلینی و شناسایی آن در مطالعه اوزداک را می‌توان به حساسیت روش تشخیصی به کار رفته برای سنجش باکتری نسبت داد زیرا

سلینی از روش کشت و اوزداک از PCR که حساسیت بیشتری دارد استفاده کرده‌اند.

اولین گزارش از شناسایی هلیکوباکتری پیلوری در نمونه‌های سینوس بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن توسط موریناکا و همکارانش در ژاپن ارائه شده است. در این مطالعه نمونه‌های مختلف از بینی و سینوس ماگزیلاری ۱۱ بیمار، با چهار روش PCR، تست اوره‌آز، کشت و آنالیز هیستوشیمیایی بررسی شده است. در صورت حداقل ۲ نتیجه مثبت در تست‌های مختلف یک بیمار، فرد دارای عفونت هلیکوباکتری پیلوری در نظر گرفته می‌شد. در این مطالعه که بر روی ۱۱ بیمار انجام گرفت، ۳ تا از ۱۹ نمونه بینی و سینوس ماگزیلاری اخذ شده که متعلق به ۲ بیمار بود، از نظر هلیکوباکتری پیلوری مثبت بودند، که در واقع تست PCR و آنالیز هیستوشیمیایی آنها مثبت و تست اوره‌آز آنها به طور ضعیفی مثبت بود. در یکی از این دو بیمار عفونت معده با هلیکوباکتری پیلوری نیز تأیید شد ولی در دومی تنها، نتیجه آنالیز هیستوشیمیایی نمونه معده از نظر هلیکوباکتری پیلوری مثبت بود. موریناکا و همکارانش بیان کرده‌اند که ممکن است هلیکوباکتری پیلوری در نمونه‌های سینوس ماگزیلاری و بینی برخی از مبتلایان به سینوزیت مزمن به همراه عفونت معده‌ای با هلیکوباکتری پیلوری، وجود داشته باشد. لازم به ذکر است که مصرف برخی داروها مثل مهارکننده‌های گیرنده H₂، مهارکننده‌های پمپ پروتون و آنتی‌بیوتیک‌ها باعث ایجاد نتایج منفی کاذب در تست‌های تشخیصی هلیکوباکتری پیلوری می‌شوند [۲۶-۲۷].

هلیکوباکتریپیلوری نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های مختلف، حساس است اما استفاده از آنتی‌بیوتیک در بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. مصرف مهارکننده‌های H_2 و پمپ پروتون نیز مانع رشد هلیکوباکتریپیلوری می‌شوند [۱۵]. این دو دسته دارو همچنین با مهار ترشح اسید معده منجر به افزایش اثربخشی آنتی‌بیوتیک‌ها می‌گردند با این وجود هنوز هم نوع تأثیر این داروها در نتایج شناسایی هلیکوباکتریپیلوری در نمونه‌های مخاط سینوس ماگزیلاری و بینی ناشناخته است [۲۷]. تمامی بیماران دچار ریفلاکس در تحقیق ما یک ماه قبل از جراحی هیچ گونه آنتی‌بیوتیک یا داروهای مهار کننده H_2 و پمپ پروتون استفاده نکرده بودند. انقباض عروق مخاطی و ایجاد درناژ به طریقه جراحی منجر به افزایش تماس با اکسیژن می‌شود، اما اکسیژن با فشار بالا، خود با تغییر در شکل باکتری و ایجاد فرم‌های کوسکوئید به جای باسیلی منجر به مهار رشد هلیکوباکتریپیلوری می‌گردد [۲۸]. در تحقیق ما برای جلوگیری از این مشکل نمونه‌ها قبل از انجام جراحی اصلی آندوسکوپی سینوس گرفته شد. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که نتایج تست اوره‌آز وابسته به غلظت هلیکوباکتریپیلوری است به طوری که در حضور بیش از 10^6 سلول در لیتر درصد مثبت شدن تست CLO، ۱۰۰٪، 10^4 سلول در لیتر، ۴۰٪ و در حضور 1000 سلول در لیتر درصد مثبت شدن این تست صفر درصد خواهد شد [۱۶]. در حضور فرم نسبتاً تخریب شده باکتری نیز فعالیت اوره‌آز کاهش می‌یابد و درصد مثبت شدن تست CLO به طور

قابل ملاحظه‌ای پایین می‌آید [۱۶]. به علت این که محتوای DNA فرم نسبتاً تخریب شده هلیکوباکتریپیلوری کمتر از فرم بالغ ماریچی این باکتری است [۲۹] و نیز در نمونه‌های بافتی بینی و معده بیشتر فرم نسبتاً تخریب شده به چشم می‌خورد لذا احتمال منفی شدن PCR و تست اوره‌آز وجود دارد.

از علل دیگر وجود نتایج منفی کاذب در PCR می‌توان به تعداد میکروارگانیسم موجود در نمونه‌ها اشاره کرد. به طوری که ممکن است تعداد هلیکوباکتر موجود در نمونه‌های مخاط سینوس‌های ماگزیلاری و بینی کمتر از حداقل میزان تشخیص این باکتری توسط PCR یا تست CLO باشد.

مورد بعدی مسأله گسترش تکه‌ای^۱ هلیکوباکتریپیلوری در نمونه‌های مذکور است. در مطالعه ما از هر طرف دو نمونه گرفته شد که سعی تحقیق بر این بود که مسأله گسترش تکه‌ای مشکل کمتری در تحقیق ایجاد کند در حالی که در مطالعه ازداک فقط از یک ناحیه نمونه‌برداری شد. این مورد خود می‌تواند نتایج مثبت در نمونه‌های بررسی شده به روش رنگ‌آمیزی H&E و روش ایمونوهیستوشیمیایی و نتایج منفی همان نمونه‌ها که با روش PCR و تست CLO بررسی شده‌اند را توجیه کند [۸، ۲۸].

تغییراتی که در جاگذاری توالی ژنی مربوط به هلیکوباکتریپیلوری رخ می‌دهد منجر به ایجاد نتایج منفی کاذب تست PCR می‌شود [۱۵].

با این اوصاف تشخیص عفونت با هلیکوباکتریپیلوری در مواردی که تعداد میکروارگانیسم در نمونه‌های بافتی کم باشد

یا این که میکروارگانیسم به شکل غیرطبیعی در نمونه وجود داشته باشد و نیز در موارد گسترش تکه‌ای این باکتری، یا در واقع مصرف آنتی‌بیوتیک و سایر داروهای ذکر شده، امری بسیار مشکل است.

در نهایت با توجه به موارد ذکر شده، همچنان وجود هلیکوباکتریپیلوری در مخاط سینوس‌های پارانازال مورد سؤال است و علت این اختلاف نظرها و تفاوت‌هایی که در نتایج مطالعات گوناگون به دست می‌آید، شناسایی سخت و مشکل این باکتری در بافت مربوطه است، زیرا هم خود باکتری و هم آزمون‌های تشخیصی آن نسبت به عوامل متعددی حساس می‌باشند و روند مطالعه را دچار مشکل می‌کنند.

پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌ای بررسی PH نواحی نازوفارنکس و سینوس‌ها واسفنگت تختانی و فوقانی مری مانیتورینگ ۲۴ ساعته شود و بیمارانی که دارای افت معنی‌دار PH در نازوفارنکس و سینوس‌ها می‌باشند تحت بررسی از نظر هلیکوباکتریپیلوری قرار گیرند.

1 - Patchy

1. Forman D.,Newell DG.,Fullerton F.,et al. Association between infection with helicobacter pylori and risk of gastric cancer:evidence from a prospective investigation.BMJ 1991;302:1302-5.
2. Alper J..Ulcers as an infectious disease. Science 1993;260:159-60.
3. lee A.,Fox J.,Hazell S..Pathogenicity of helicobacter pylori:a prospective Infect immunol 1993; 61: 1601-10.
4. Setsuko Morinaka MD, Masato Ichimiya MD, Hiroyuki Nakamura MD.Detection of helicobacter pylori in nasal and maxillary sinus specimens from patiens with chronic sinusitis. Laryngoscope sep 2003;113:1557-63.
5. Unver S.,Kubilay U.,Sezen OS.,et al.Investigation of helicobacter pylori colonization in adenotonsillectomy specimens by means of the clo test.Laryngoscope 2001;111:2183-6.
6. Nabwera HM.,Logan RPH.Epidemiology of helicobacter pylori: transmission, translocation and extragastric reservoirs. J Physiol Pharmacol 1999; 50: 711-22.
7. Mravak SM.,Gall TK.,Lukac J.,et al.Detection of helicobacter pylori in various oral lesions by nested-PCR. J oral pathol Med 1998;27:1-3.
8. Ozdek Ali MD, Meltem Yalinay cirak MD, Erdal samim MD, et al. A possible role of helicobacter pylori in chronic rhinosinusitis;A preliminary report.the laryngoscope April 2003;113:679-82.
9. Dykewicz M.S.Rhinitis and Sinusitis. J Allergy Clin Immunol.2003 feb; 111 (2suppl): 520-9.
10. Phipps CD, Wood WE, Gibson WS, et al. Gastroesophageal reflux contributing to chronic sinus disease in children.Arch otolaryngol head neck surg 2000;126:831-6.
11. Dibaise JK, Huerter JV, Quigley EMM. Sinusitis and gastroesophageal reflux disease. Ann Intern Med 1998;129:1078.
12. Wong IW, Omari TI, et al. Nasopharyngeal ph monitoring in chronic sinusitis patients using a novel four channel probe.Laryngoscope 2004; 114(9): 1582-5.
13. Catalano F, Terminella C, et al. Prevalence of oesophagitis in patients with persistant upper respiratory symptoms. J Laryngol otol 2004; 118(11): 857-61.
14. Shimoyama T, Fukuda Y, et al. Validity of various diagnostic tests to evaluate cure of helicobacter pylori infection. J Gastroenterol. 1996; 31(2): 171-4.
15. Jawetz, Melnick, Adelberg.Medical microbiology. ed: 23,NewYork,USA,Mc Graw-Hill, 2004; p:389-394.
16. Leodolter A, Wolle K, et al. Current standards in the diagnosis of helicobacter pylori infection.Dig Dis 2001; 19(2): 116-22.
17. Liao CC.,Lee CL.,et al.Accuracy of three diagnostic test used alone in combination for detecting helicobacter pylori infection in patients with bleeding gastric ulcer.Clin Med J 2003; 116 (12): 1821-6.
18. Debongie JC, Delmee M, et al. Cytology: a simple,rapid,sensitive method in the diagnosis of helicobacter pylori. Am J Gastroent. 1992; 87(1): 20-3.
19. Kots BE, Joseph B, et al. Helicobacter pylori detection: a quality and cost analysis. Am J Gastroentrol 1993;88(5):650-5.
20. Montes H.,Saimen S.,et al.Evaluation of a liquid urease test(LUT)for detection of helicobacter pylori. Acta Gastroentrol Latinoam 2003; 33(2): 73-6.
21. Ogata SK, Kawakami E, et al. Evaluation of invasive and non-invasive methods for the diagnosis of helicobacter pylori infection in symptomatic children and adolescents. Sao Paulo Med J 2001;119(2):67-71.
22. Saksena S, Dasarathy S, et al. Evaluation of endoscopy-based diagnostic methods for the detection of helicobacter pylori. Indian J Gastroentrol 2000 ;19(2):61-3.
23. Simmond P. PCR in medical virology: apractical approach. Desselberger U(ed).Oxford univ.press inc, NewYork, USA 1995; p: 107-45.
24. Lin CW, Wang HH, et al. Evaluation of the CLO test and PCR for biopsy dependent diagnosis of helicobacter pylori infection.Gul 1999; 45 (suppl1): 123-7.
25. Jonkers D, Stobberingh E, et al.Evaluation of immunohistochemistry for the detection of helicobacter pylori in gastric mucosal biopsies. J Infect 1997; 35:149-54.
26. Shimoyama T, Fukuda Y, et al. Validity of various diagnostic tests to evaluate cure of helicobacter pylori infection. J Gastroenterol 1996 Apr; 31(2): 171-4.
27. Suerbaum S, Michetti P. Helicobacter pylori infection. N Engl J Med 2002; 347:1175-86.
28. Tominaga K.,Hamasaki N, et al. Effect of culture conditions on morphological changes of helicobacter pylori. J Gastroenterol 1999; 34 (suppl 11): 28-31.
29. Narikawa S, Kawai S, et al. Comparison of the nucleic acids of helical and coccoid forms of helicobacter pylori. Clin Diagn Lab Immunol 1997; 4: 285-90.