

تشخیص سریع و حساس اونیکومایکوزیس در نمونه‌های بالینی مشکوک به درماتوفیتوزیس ناخن (ترایکوفیتون روبروم) با استفاده از روش PCR

سیدعلی معلم‌زاده^۱، محمدحسین یادگاری^{۲*}، پروین منصوری^۳، معصومه رجبی بذل^۴، رضا کچوئی^۵

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه قارچ‌شناسی پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه قارچ‌شناسی پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- استاد، بخش پوست، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه بیوشیمی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- استادیار، مرکز تحقیقات بیولوژی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله، تهران، ایران

*آدرس نویسنده مسئول: تهران، کدپستی: ۱۴۱۱۷۱۳۱۱۶، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه قارچ‌شناسی پزشکی

Email: yadegarm@modares.ac.ir

پذیرش مقاله: ۹۱/۰۵/۰۲

دریافت مقاله: ۹۱/۰۳/۰۲

چکیده

هدف: درماتوفیتوزیس یکی از رایج‌ترین بیماری‌های عفونی قارچی است که در حال حاضر به صورت جهان‌گیر درآمده و از مشکلات عمده بهداشتی و درمانی در شهرها و روستاها به حساب می‌آید. اهداف مشخص این مطالعه شامل اهداف آرمانی، کلی، اهداف ویژه و کاربردی است که عبارتست از تشخیص صحیح درماتوفیتوزیس ناخن، مقایسه حساسیت و دقت PCR با روش‌های معمول مستقیم و کشت برای شناسایی عوامل درماتوفیتوزیس ناخن و بررسی ارزیابی تریکوفیتون روبروم در بیماران مشکوک به درماتوفیتوزیس ناخن.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک بررسی توصیفی-تجربی بوده که روی نمونه بالینی ناخن ۷۱ نفر از بیماران مشکوک به درماتوفیتوزیس ناخن صورت گرفت. نمونه‌های بالینی یا تراشه‌های ناخن مشکوک، به سه بخش تقسیم شد که روی هر قسمت آزمایش مستقیم، کشت و مولکولی انجام شد. در آزمایش مولکولی از آغازگرهای یونیورسال قارچ (ITS1 و ITS4) و اختصاصی ترایکوفایتون روبروم (T-rub) استفاده شد.

نتایج: در مطالعه حاضر برای اولین بار در ایران در ظرف کمتر از ۵ ساعت و با استفاده از برنامه و روش اصلاح شده، استخراج DNA از بافت مستقیم ناخن آلوده صورت گرفت. همچنین مقایسه نتایج روش‌های آزمایشگاهی معمول مثل آزمایش مستقیم و کشت با روش PCR حساسیت و دقت بسیار زیاد آن را نسبت به روش‌های یاد شده به اثبات می‌رساند. نتیجه‌گیری: این روش می‌تواند با سرعت و دقتی که دارد جایگزین بسیار مناسب و دقیق روش‌های معمول کشت و آزمایش مستقیم باشد.

کلیدواژگان: اونیکومایکوزیس، درماتوفیتوزیس، ترایکوفیتون روبروم، PCR

مجله علوم پزشکی مدرس: آسیب‌شناسی زیستی، دوره ۱۵، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۱، صفحات: ۸۷-۹۵

مقدمه

ناخن‌های دست و پا، اونیکومایکوزیس (Onychomycosis)

گفته می‌شود که تعریف جامع‌تری نیز نسبت به کچلی ناخن است.

به عفونت درماتوفیتی (Dermatophytic Infection)

تشخیص سریع و حساس اونیکومایکوزیس در نمونه‌های بالینی

بیماری‌های قارچی عمقی، یافته‌های بالینی کمتر اختصاصی بوده و مشابه سایر بیماری‌های میکروبی است و این امر، تشخیص علت بیماری و نیز درمان مناسب را با مشکل مواجه می‌کند [۴، ۵].

در حال حاضر تشخیص آزمایشگاهی گونه‌ها و واریته‌های تریاکوفیتون براساس آزمایش مستقیم میکروسکوپی و کشت‌های آزمایشگاهی و آزمون‌هایی مانند سوراخ کردن مو و تعدادی از آزمون‌های فیزیولوژی صورت می‌گیرد که اغلب این آزمون‌ها بسیار وقت‌گیر بوده و نیاز به مهارت‌های خاص و دقت فراوان در آزمایشگاه دارد. بنابراین عجیب به نظر نمی‌رسد که اعلام بعضی از نتایج هفته‌ها طول بکشد [۶].

واکنش زنجیره‌ای پلیمرز (Polymerase Chain Reaction: PCR) روشی است که به طور گسترده در زیست‌شناسی مولکولی به کار برده می‌شود. امروزه با پیشرفت تکنولوژی PCR سرعت تشخیص آزمایشگاهی انواع بیماری‌ها از جمله درماتوفیتوزیس (Dermatophytosis) نیز در حال افزایش است که می‌تواند تشخیص سریع و شناسایی درماتوفیت‌ها را از مقادیر ناچیز مواد اولیه (نمونه بالینی) در ظرف چندین ساعت امکان‌پذیر کند [۷، ۸].

روش به کار برده شده در این مطالعه روشی است که برای اولین بار در ایران، بیماران آلوده به اونیکومایکوزیس، با عفونت قارچی ناخن را به صورت مستقیم مورد بررسی و تشخیص مولکولی قرار می‌دهد که دلایل آن با توجه به مسایل فوق چنین بیان می‌شود:

تشخیص عفونت ناخن ناشی از تریاکوفیتون‌ها از جمله روبروم بسیار دشوار است و می‌تواند درمان را ماه‌ها به تأخیر انداخته یا در بعضی موارد، امکان دارد به صورت مزمن درآمده و به درمان مقاوم شود. در آزمایش مستقیم میکروسکوپی بین ۲ تا ۱۵ درصد منفی کاذب و تا ۴۰ درصد کشت، منفی گزارش شده است [۲]. آزمون‌های سرولوژی به دلیل واکنش ضعیف آنتی‌ژن-آنتی‌بادی یا عدم پاسخ‌گویی در بیماران شدیداً سرکوب شده ایمنی مانند بیماران ایدزی (Acquired Immunodeficiency)

گونه‌های مختلف مخمرها، درماتوفیت‌ها و ساپروفیت‌ها (Saprophytes) یا کپک‌ها نیز ایجاد عفونت اونیکومایکوزیس می‌کنند. این بیماری شیوع جهانی داشته و در حال حاضر از مشکلات عمده درمان بیماران آلوده به این ارگانسیم است. روش‌های متداول فعلی مانند آزمایش مستقیم میکروسکوپی و کشت، زمان‌بر بوده و از طرفی وجود احتمال منفی کاذب در این دو روش، جوابگوی همه‌گیری این بیماری در بیماران مختلف از جمله بیماران با دستگاه ایمنی سرکوب شده (Immunosuppressed Patients) که به هر دلیلی سیستم ایمنی‌شان تضعیف شده است نیست [۱، ۲].

داروهای موضعی ضد قارچ یا آزول‌ها (Azols) از مؤثرترین داروها برای درمان درماتوفیت‌ها است. درمان اونیکومایکوزیس ناشی از درماتوفیت‌ها با ترینافین (Terbinafine) در ۸۵ درصد موارد موفقیت‌آمیز بوده است. از دلایل عدم موفقیت ۱۵ درصد موارد می‌توان به عواملی مانند عدم نفوذ دارو به بافت‌های عمقی، مقاومت به داروهای ضد قارچی مانند تریاکوفیتون روبروم (*Trichophyton rubrum*) که به درمان سخت جواب می‌دهد، عدم تشخیص صحیح، انواع گونه‌ها واریته‌ها (Variety) و سویه‌های قارچی، عوامل سیستمیک و پاسخ‌های میزبان و مهم‌تر از همه ساختمان پیچیده و مقاوم آرتروکونیدی‌ها (Arthroconidia) اشاره کرد که تمام آن‌ها می‌تواند سبب عود مجدد بیماری شود که بیماری به‌ویژه در عفونت‌های ناشی از تریاکوفیتون روبروم به طور مکرر مشاهده شده است [۲، ۳].

از نظر اپیدمیولوژیک، تعیین واریته و سویه تریاکوفیتون‌ها و طبقه‌بندی آن‌ها برای جلوگیری از گسترش عفونت از اهمیت زیادی برخوردار است. تشخیص بیماری‌های قارچی همانند سایر بیماری‌های میکروبی بر پایه مشاهدات بالینی و آزمایشگاهی استوار است. شکل ظاهری ضایعات قارچی تا حدودی می‌تواند در تشخیص بیماری کمک کننده باشد اما امکان دارد که در اثر درمان‌های ناقص چنین ضایعاتی تعدیل شده و شکل معمول (Typic) خود را از دست بدهد. در

سیدعلی معلمزاده و همکاران

(Syndrome: AIDS)، شیمی درمانی یا رادیودرمانی و غیره می‌تواند گمراه کننده باشد. همچنین هرچه سرعت تشخیص بالا باشد، سرعت بهبودی و روند تقویت سیستم ایمنی افراد در معرض خطر عفونت قارچی مانند بیماران ایدزی، سرطانی‌ها، اطفال نارس، دیابتی‌ها و افرادی که انتقال عضو دارند نیز افزایش خواهد یافت [۹].

به دلیل موارد یاد شده بالا که از اساسی‌ترین و مهم‌ترین نکات منفی تشخیص‌های رایج و معمولی مانند کشت و آزمایش مستقیم است، می‌توان دلیل استفاده از روش‌های مدرن و مولکولی را در تشخیص بیماری‌های قارچی از جمله درماتوفیتوزیس بیان نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک بررسی توصیفی-تجربی بوده که روی نمونه بالینی ناخن ۷۱ نفر از بیماران مشکوک به درماتوفیتوزیس ناخن ارجاعی به گروه قارچ‌شناسی پزشکی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس با هدف توصیف مبانی نظری یک روش ابداعی آزمایشگاهی و راه‌اندازی و استفاده عملی از آن برای شناسایی عوامل مختلف اونیکومایکوزیس از جمله تشخیص ترایکوفیتون روبروم در انسان انجام شد. نمونه‌های بالینی به دست آمده از ناخن‌های دست یا پای بیماران با توجه به مراحل زیر شناسایی و مطالعه شد:

- تهیه پرسشنامه و کسب اطلاعات بالینی بیمار مانند: سن، جنس، سابقه بیماری اونیکومایکوزیس، بیماری‌های زمینه‌ای، مصرف داروهای آنتی‌بیوتیک و غیره،
- جمع‌آوری نمونه‌های بالینی یا تراشه‌های ناخن مشکوک به اونیکومایکوزیس قارچی،
- تشخیص آزمایشگاهی (هر نمونه به ۳ بخش تقسیم شده و آزمایش مستقیم، کشت و آزمایش مولکولی روی آن انجام شد).

الف- آزمایش مستقیم: میزان مشخصی از تراشه ناخن بیمار روی لام قرار داده شد، سپس یک تا دو قطره پتاس

(KOH) ۴۰ درصد به آن اضافه شد و به مدت یک ساعت در شرایط مرطوب نگهداری شد تا تراشه‌های ناخن در آن هضم و عامل احتمالی قارچی نمایان شود.

ب- کشت: بخشی از نمونه روی محیط کشت سابورو دکستروز آگار (Sabouroud Dextrose Agar) آنتی‌بیوتیک‌دار [کلرامفنیکل (Chloramphenicol) + سیکلوهاگزامید (Cyclohexamide) یا SCC (Sabouroud Dextrose Agar + Cyclohexamide) ساخت شرکت Merck آلمان] کشت و در شرایط دمایی ۳۰ درجه سانتی‌گراد به مدت ۲ تا ۳ هفته انکوبه شد.

ج- آزمایش مولکولی: هر نمونه طبق برنامه برای انجام آزمون مولکولی به شرح زیر آماده شد: استخراج مستقیم DNA از بافت مشکوک ناخن و انجام PCR برای تأیید DNA قارچی عامل اونیکومایکوزیس با استفاده از آغازگرهای یونیورسال (Universal Primers) قارچ (ITS1 و ITS4) و اختصاصی روبروم (T-rub) [۱۰، ۱۱] با توجه به این که عوامل آلوده کننده ناخن شامل درماتوفیت‌ها مخمرها و ساپروفیت‌هاست (گرچه این تحقیق دنبال بیشترین عامل آلوده کننده ناخن یعنی ترایکوفیتون روبروم بوده است).

استخراج DNA: نحوه استخراج مستقیم DNA از تراشه‌های ناخن مشکوک و آلوده براساس روش و برنامه فنل-کلروفورم اصلاح شده جدید به این ترتیب انجام شد: با اسکالپل (Scalpel) کند مقداری از بافت ناخن و زیر ناخن به صورت پودر جدا و داخل میکروتیوب استریل ۱/۵ میلی‌لیتر قرار داده شد (مقداری از این تراشه‌ها نیز برای آزمایش مستقیم میکروسکوپی و کشت در محیط SCC آماده شد). سپس مقدار ۵۰۰ میکرولیتر از بافر استخراج که شامل [۵۰ میلی‌مول EDTA-تریس HCl (Ethylenediaminetetraacetic acid- HCl) SDS (Sodium Dodecyl Sulfate) pH=۸ و Tris HCl (Proteinase k) ۱ درصد] به اضافه ۱۰ میکرولیتر پروتیناز K بود به شدت ورتکس (Vortex) و به مدت یک ساعت در دمای مورد نظر انکوبه شد. بعد از طی زمان یاد شده مقدار ۵۰۰

تشخیص سریع و حساس اونیکومایکوزیس در نمونه‌های بالینی

یادآوری می‌شود که طراحی و ساخت آغازگر اختصاصی روبروم طبق مرجع مورد تأیید در ژن بانک NCBI بوده و این آغازگر می‌تواند قطعه‌ای از تریکوفیتون روبروم را با وزن مولکولی ۹۲۳ جفت‌باز شناسایی نماید [۱۰].

برنامه اجرا شده برای PCR عبارت بود از مرحله اول؛ حرارت ۹۴ درجه سانتی‌گراد با زمان ۵ دقیقه، یک چرخه برای واسرشت‌سازی اولیه (Initial Denaturation)، مرحله دوم؛ حرارت ۹۴ درجه سانتی‌گراد با زمان ۳۰ ثانیه، مرحله سوم با دمای ۵۸ درجه سانتی‌گراد و زمان ۴۵ ثانیه، مرحله چهارم با دمای ۷۲ درجه سانتی‌گراد و زمان یک دقیقه و پانزده ثانیه که جمعاً ۳۵ چرخه برای تکثیر DNA و تکثیر نهایی یا مرحله پنجم با حرارت ۷۲ درجه سانتی‌گراد و زمان ۷ دقیقه یک چرخه انجام شد که کل این فرایند بیشتر از دو ساعت طول کشید. برای تفکیک قطعات DNA و آگاهی از محصول PCR و نیز قابل رنگ‌آمیزی و قابل مشاهده نمودن آن‌ها، هرکدام از محصولات PCR روی ژل آگارز به مدت ۴۵ دقیقه الکتروفورز شد. از بافر TBE (Tris/Borate/EDTA) شامل EDTA ۰/۵ مولار، بوریک اسید (Boric acid) و آب مقطر دیونیزه با pH=۸ برای ساخت ژل آگارز ۲ درصد و بافر تانک الکتروفورز استفاده شد. همچنین برای رنگ‌آمیزی از اتیدیوم بروماید (Ethidium Bromide) (سیناژن، ایران) با غلظت ۰/۵ میکروگرم در میلی‌لیتر استفاده و سپس ژل مورد نظر در دستگاه ژل داکيومنت (Gel Documentation System) قرار داده شد. در این مطالعه به ازای هر بار آزمون PCR برای تشخیص DNA نمونه‌های بالینی بیماران از سوش استاندارد تریکوفیتون روبروم با (PTCC ۵۱۴۳) و (شماره دستیابی AY-525329) که در ژن بانک NCBI ثبت شده است و همچنین برای تأیید اختصاصیت آغازگر اختصاصی روبروم از سوش استاندارد تریکوفیتون متاگروفایتیس (*Trichophyton mentagrophytes*) با PTCC ۵۰۵۴ طبق استاندارد مرکز تحقیقات صنعتی ایران و مخمر کاندیدا (*Candida*) استفاده شد و برای هر آغازگر کنترل منفی نیز گذاشته شد.

میکرولیتر فنل اشباع (شرکت سیناژن، ایران) به آن اضافه و به مدت ۵ دقیقه سانتریفوژ شد. مایع رویی در اپندورف (Eppendorf) استریل منتقل و به آن ۵۰۰ میکرولیتر از کلروفورم (شرکت Merck، آلمان) افزوده شده و دوباره سانتریفوژ شد. مایع رویی در میکروتیوب استریل جدید منتقل و یک دهم حجم آن استات سدیم سه مولار با (pH=۵/۵) و دو برابر حجم نیز الکل سرد مطلق به آن اضافه شد. سپس در سانتریفوژ یخچال‌دار قرار داده شد و پس از طی مرحله یاد شده میکروتیوب، خالی و روی رسوب به دست آمده به مقدار ۲۰۰ میکرولیتر الکل ۷۰ درصد ریخته و مجدداً به مدت ۵ دقیقه سانتریفوژ شد. در نهایت بعد از خالی نمودن میکروتیوب و خشک نمودن در هوای اتاق رسوب مورد نظر در ۲۵ میکرولیتر بافر TB (Tris Borate Buffer) حل و برای آزمون PCR آماده شد. برای عمل PCR یک واکنش ۲۵ میکرولیتری در نظر گرفته شد و طبق مراحل زیر و با استفاده از مواد شرکت Vivantis مالزی انجام شد: آب مقطر دیونیزه ۸ میکرولیتر، آغازگرهای رفت و برگشت به مقدار ۱/۵ میکرولیتر، MgCl₂ به میزان ۰/۵ میکرولیتر، الگو (Template) یا نمونه DNA ناخن مورد مطالعه ۱ ماکرولیتر، مخلوط اصلی (Master Mix) ۱۲/۵ میکرولیتر که حجم کلی مواد داخل میکروتیوب استریل به ۲۵ میکرولیتر رسید و در نهایت مواد فوق با آرامی مخلوط و داخل دستگاه ترموسایکلر قرار داده شد. تمام مراحل یاد شده در شرایط کاملاً استریل و زیر هود مولکولی و در بین ظرف یخ انجام شد. توالی آغازگرهای یونیورسال به کار گرفته شده در این مطالعه و آغازگرهای اختصاصی روبروم که قبل از استفاده در ژن بانک (National Center for Biotechnology Information) NCBI ارزیابی شد به صورت زیر بود.

ITS1: 5'- TCC GTA GGT GAA CCT GCG G- 3'.

ITS4: 5'- TCC TCC GCT TAT TGA TAT GC- 3'

T-rub: F- 5'- GCC TGT TGT TCC GCT CAT TCT T- 3'.

T-rub: R- 5'- CGG CTA GGA GGG CGT GGT AGA- 3'

نتایج

روبروم و ۳ نفر متاگروفاپیتیس، ۳ مورد مخمر رودوترولا (*Rhodotorula*)، ۷ نفر کاندیدا (۳۰ درصد مثبت) و ۵۰ مورد باقیمانده نیز منفی (۷۰ درصد) به دست آمد.



شکل ۱ PCR نمونه‌های ناخن آلوده شده تجربی؛ چاهک ۱) نشانگر DNA، چاهک‌های ۲ و ۳) نمونه‌های آلوده شده با استاندارد متا و کاندیدا با آغازگر ITS1 و ITS4، چاهک ۴) استاندارد روبروم با آغازگر اختصاصی T-rub، چاهک ۵) استاندارد متا با آغازگر اختصاصی روبروم (برای بررسی اختصاص بودن آغازگر) که باندهای مشاهده نمی‌شود، چاهک‌های ۶ و ۷) کنترل منفی آغازگرها

همچنین از مجموع ۷۱ نمونه بالینی بیماران، ۴۱ نفر با آغازگر اختصاصی روبروم (T-rub) مثبت (۵۸ درصد) و ۶۵ نفر نیز با آغازگر یونیورسال قارچ (ITS1 و ITS4) (۹۱ درصد) مثبت شدند که باندهای به دست آمده با آغازگر یونیورسال، اکثراً همتراز و هم وزن کنترل مثبت استاندارد متاگروفاپیتیس و مخمر کاندیدا است (شکل ۱ و ۲).

یادآوری می‌شود که برای شناسایی و تعیین گونه باندهای مذکور می‌توان از آغازگرهای اختصاصی درماتوفیت یا مخمر کمک گرفت که هدف این تحقیق نیست. نتایج فوق به وضوح نشان می‌دهد که اگر روش به دست آمده از مطالعه حاضر به جای روش‌های معمول آزمایشگاهی به کار گرفته شود، تحول شگرفی در امر تشخیص و درمان بسیار مشکل عفونت‌های قارچی ناخن یا اونیکومایکوزیس به وجود خواهد آمد. سرعت و دقت این روش اهمیت آن را در بیماران با دستگاه ایمنی سرکوب شده که هر روز خطر احتمال درگیری قارچی از جمله ناخن در آن‌ها بیشتر می‌شود، چند برابر می‌کند [۲، ۷].

با استفاده از یک برنامه نسبتاً قدیمی که برای استخراج انواع سلول‌های پستانداران "به جز قارچ و ناخن" به کار رفته بود [۱۲]، اولین بار استخراج DNA به روش فنل کلروفرم با زمان ۲۴ ساعت از قارچ استاندارد روبروم انجام شد. با توجه به موفقیت‌آمیز بودن این روش در قارچ روبروم، کار دشوار و طاقت‌فرسایی در طول یک سال گذشته روی ناخن‌های سالمی که به صورت تجربی با سوش استاندارد آلوده می‌شد انجام شد که باز در ناخن‌های آلوده تجربی نتیجه منفی بود. سرانجام پس از نزدیک صد بار استخراج DNA و PCR که با تغییرات اساسی (شامل تغییرات دمایی و دور سانتریفوژها) در برنامه یاد شده همراه بود این مهم در مدت زمان ۴۸ ساعت به دست آمد. پس از راه‌اندازی طرح روی نمونه‌های ناخن آلوده تجربی، کار روی نمونه‌های بالینی به صورت مستقیم از بیماران ارجاعی یاد شده شروع شد که ابتدا ۴۸ ساعته انجام شد. پس از دومین تغییرات تدریجی در برنامه شامل حذف نیتروژن مایع و غیره، در مدت زمان‌های ۲۴ و ۱۸ و ۱۲ و ۸ و در آخر با زمان ۵ ساعت و نیم و با استفاده از روش دستی (بدون استفاده از کیت‌های تشخیصی) تشخیص انواع آلودگی قارچی ناخن یا اونیکومایکوزیس با عوامل مختلف از جمله تریکوفیتون روبروم با موفقیت انجام شد که نتایج منحصر به فردی را از نظر زمان و سرعت تشخیص و حساسیت بالا نشان می‌دهد و می‌توان ادعا کرد که در نوع خود در ایران و منطقه بی‌نظیر و در جهان کم‌نظیر است.

از مجموع ۷۱ نفر تعداد ۲۳ نفر مرد و ۴۸ نفر خانم بود (۳۳ درصد مرد و ۶۷ درصد زن) که ۲۵ نفر این‌ها درگیری ناخن دست و ۴۶ نفر نیز آلودگی ناخن پا (۳۵ درصد ناخن دست و ۶۵ درصد ناخن پا) داشته‌اند.

از مجموع ۷۱ نفر در آزمایش مستقیم ۳۲ نفر درماتوفیت، ۸ نفر مخمر (۵۶ درصد مثبت) و ۳۱ نفر منفی (۴۴ درصد) گزارش شد.

نتایج کشت در محیط SCC از مجموعه ۷۱ نفر فقط ۸ مورد



شکل ۲ نمونه‌های بیمار؛ چاهک ۱ و ۸) DNA نشانگر، چاهک‌های ۲ و ۳) نمونه بیمار ۱؛ با آغازگر یونیورسال قارچ و اختصاصی روبروم، چاهک‌های ۴ و ۵) نمونه بیمار ۲؛ PCR با آغازگر یونیورسال مثبت، اختصاصی روبروم منفی، چاهک‌های ۶ و ۷) کنترل منفی آغازگرها، چاهک‌های ۹ و ۱۰) نمونه بیمار ۳؛ PCR با اختصاصی روبروم منفی با آغازگر یونیورسال مثبت (با توجه به هم‌وزن بودن باند چاهک ۹ با باندهای کنترل مثبت کاندیدا و استاندارد متاگروفایتیس، احتمالاً بیمار عفونت مختلط کاندیدا و درماتوفیت داشته است)، چاهک ۱۱) کنترل مثبت کاندیدا، چاهک ۱۲) کنترل مثبت استاندارد تریاکوفیتون روبروم، چاهک ۱۳) استاندارد متاگروفایتیس با آغازگر یونیورسال

بحث

درماتوفیتی ناخن را نسبت به روش‌های تشخیصی مستقیم میکروسکوپی و کشت به اثبات رساندند [۱۵-۱۷].

در مطالعه حاضر نیز برای اولین بار می‌توان در ظرف کمتر از ۶ ساعت (۵ ساعت نیم) و با استفاده از برنامه و روش اصلاح شده جدید، استخراج DNA از بافت مستقیم ناخن آلوده و تأیید PCR، انواع کچلی ناخن که ناشی از درماتوفیت‌ها مخمرها و کپک‌ها است را با موفقیت تشخیص و شناسایی نمود. همچنین مقایسه نتایج روش‌های آزمایشگاهی معمول مثل آزمایش مستقیم و کشت با روش PCR حساسیت و دقت بسیار زیاد آن را نسبت به روش‌های یاد شده به اثبات می‌رساند. روش به‌کار برده شده در این مطالعه روشی است که برای اولین بار در ایران، بیمار مبتلا به اونیکومایکوزیس، یا عفونت قارچی ناخن را به صورت مستقیم مورد بررسی و تشخیص مولکولی قرار می‌دهد.

با توجه به مطالب یاد شده فوق، امتیازات این تحقیق نسبت به موارد یاد شده مشابه آن به شرح زیر است:

- ۱) ساده و در دسترس بودن امکانات و مواد لازم برای انجام آزمون در ایران،
- ۲) به صرفه و اقتصادی بودن طرح نسبت به موارد کار شده بالا و حساسیت و دقت زیاد با توجه به این‌که با PCR معمولی جواب می‌دهد،
- ۳) حذف نیتروژن مایع که در اکثر مطالعات مولکولی برای

تاکنون روش مولکولی گزارش شده برای تشخیص اونیکومایکوزیس نسبتاً محدود بوده که در اغلب آن‌ها از روش PCR معمولی به مراتب کمتر و بیشتر از اشکال تغییر یافته PCR استفاده شده است که به مهم‌ترین مقالات موجود در این باره به صورت فهرست‌وار اشاره می‌شود: براساس آخرین گزارش‌های موجود در PubMed و مجله‌های معتبر دنیا، در سال ۲۰۰۷ بریلوسکا-دابرووسکا (Brillowska-Dabrowska) و همکاران توانستند عفونت درماتوفیتی ناخن را با استفاده از PCR چندگانه (Multiplex PCR) در مدت پنج ساعت با موفقیت تشخیص دهند [۲]. دلیل استفاده از این روش ۵ تا ۱۵ درصد منفی کاذب در آزمایش مستقیم و ۴۰ درصد منفی در کشت اعلام شد. همچنین بیفوس (Beifuss) و همکاران در سال ۲۰۰۹ توانستند با زمان ۲۴ ساعت آلودگی پنج گونه درماتوفیت را مستقیماً از ناخن‌های مشکوک با ELISA-PCR جداسازی نمایند. در این تحقیق ادعا شده که میزان منفی کاذب در روش‌های معمولی کشت و آزمایش مستقیم بالای ۶۰ درصد است [۱۳]. در سال ۲۰۰۷ گارگ (Garg) و همکاران با Nested PCR، در بیمار با دستگاه ایمنی سرکوب شده و شیمی‌درمانی و گوتزمر (Gutzmer) و همکاران در سال ۲۰۰۴ با Light Cycler PCR [۹، ۱۴] و موارد مشابه دیگر اهمیت تشخیص مولکولی عفونت

نکات ممتاز بالا اگر مراحل انجام آزمون به صورت کیت تشخیصی در آمده و در دسترس آزمایشگاه‌های مولکولی فارچی قرار گیرد، می‌تواند منجر به تحولی بزرگی در تشخیص و درمان عفونت‌های فارچی از جمله اونیکومایکوزیس شود و صرفه‌جویی قابل توجهی در وقت و هزینه صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته فارچ‌شناسی پزشکی بوده که با حمایت مالی دانشگاه تربیت مدرس به انجام رسیده است.

خرد کردن قارچ یا بافت مورد نظر و آماده‌سازی مرحله استخراج DNA از بافت دیده می‌شود،

۴) از همه مهم‌تر سرعت فوق‌العاده این تحقیق است که می‌توان ظرف کمتر از ۶ ساعت انواع آلودگی فارچی را با حساسیت بالا در بافت‌های مختلف از جمله بافت آلوده ناخن تشخیص داد.

پس می‌توان ادعا کرد که روش و مطالعه حاضر جزء جدیدترین تحقیق‌هایی است که در جهان با استفاده از روش PCR روی نمونه مستقیم بالینی ناخن، نقش درماتوفیت‌ها از جمله ترایکوفیتون روبروم را در عفونت اونیکومایکوزیس فارچی مورد تشخیص و ارزیابی قرار می‌دهد. حال با توجه به

منابع

- [1] Kanbe T. Molecular approaches in the diagnosis of dermatophytosis. *Mycopathologia* 2008; 166(5-6): 307-17.
- [2] Brillowska-Dabrowska A, Saunte DM, Arendrup MC. Five-hour diagnosis of dermatophyte nail infections with specific detection of *Trichophyton rubrum*. *J Clin Microbiol* 2007; 45(4): 1200-4.
- [3] Gräser Y, Kuijpers AFA, Presber W, Hoog GS. Molecular Taxonomy of the *Trichophyton rubrum* Complex. *J Clin Microbiol* 2000; 38(9): 3329-36.
- [4] Vollmer T, Störmer M, Kleesiek K, Dreier J. Evaluation of Novel Broad-Range Real-Time PCR Assay for Rapid Detection of Human Pathogenic Fungi in Various Clinical Specimens. *J Clin Microbiol* 2008; 46(6): 1919-26.
- [5] Arca E, Saracli MA, Akar A, Yildiran ST, Kurumlu Z, Gur AR. Polymerase chain reaction in the diagnosis of onychomycosis. *Eur J Dermatol* 2004; 14(1): 52-5.
- [6] Machouart-Dubach M, Lacroix C, Feuillade de Chauvin M, Gall IL, Giudicelli C, Lorenzo F, Derouin F. Rapid Discrimination among Dermatophytes, *Scytalidium* spp., and Other Fungi with a PCR-Restriction Fragment Length Polymorphism Ribotyping Method. *J Clin Microbiol* 2001; 39(2): 685-90.
- [7] Monod M, Bontems O, Zaugg C, Léchenne B, Fratti M, Panizzon R. Fast and reliable PCR/sequencing/RFLP assay for identification of fungi in onychomycoses. *J Med Microbiol* 2006; 55(Pt 9): 1211-6.
- [8] Yang X, Sugita T, Takashima M, Hiruma M, Li R, Sudo H, Ogawa H, Ikeda S. Differentiation of *Trichophyton rubrum* clinical isolates from Japanese and Chinese patients by randomly amplified polymorphic DNA and DNA sequence analysis of the non-transcribed spacer region of the rRNA gene. *J Dermatol Sci* 2009; 54(1): 38-42.

- [9] Gutzmer R, Mommert S, Küttler U, Werfel T, Kapp A. Rapid identification and differentiation of fungal DNA in dermatological specimens by LightCycler PCR. *J Med Microbiol* 2004; 53(Pt 12): 1207-14.
- [10] Gupta AK, Zaman M, Singh J. Fast and sensitive detection of *Trichophyton rubrum* DNA from the nail samples of patients with onychomycosis by a double-round polymerase chain reaction-based assay. *Br J Dermatol* 2007; 157(4): 698-703.
- [11] Kumar M, Shukla PK. Use of PCR targeting of internal transcribed spacer regions and single-stranded conformation polymorphism analysis of sequence variation in different regions of rRNA genes in fungi for rapid diagnosis of mycotic keratitis. *J Clin Microbiol* 2005; 43(2): 662-8.
- [12] Elgin SCR, Weston-Hafer E, Cruz W. Investigating a Eukaryotic Genome: Cloning and Sequencing a Fragment of Yeast DNA. 2006; Available at <http://www.nslc.wustl.edu/elgin/genomics/bio3055/yeastcloninglab06.pdf>.
- [13] Beifuss B, Bezold G, Gottlöber P, Borelli C, Wagener J, Schaller M, Korting HC. Direct detection of five common dermatophyte species in clinical samples using a rapid and sensitive 24-h PCR-ELISA technique open to protocol transfer. *Mycoses* 2011; 54(2): 137-45.
- [14] Garg J, Tilak R, Singh S, Gulati AK, Garg A, Prakash P, Nath G. Evaluation of Pan-Dermatophyte Nested PCR in Diagnosis of Onychomycosis. *J Clin Microbiol* 2007; 45(10): 3443-5.
- [15] Kardjeva V, Summerbell R, Kantardjiev T, Devliotou-Panagiotidou D, Sotiriou E, Gräser Y. Forty-Eight-Hour Diagnosis of Onychomycosis with Subtyping of *Trichophyton rubrum* Strains. *J Clin Microbiol* 2006; 44(4): 1419-27.
- [16] Garg J, Tilak R, Garg A, Prakash P, Gulati AK, Nath G. Rapid detection of dermatophytes from skin and hair. *BMC Res Notes* 2009; 2: 60.
- [17] Kong F, Tong Z, Chen X, Sorrell T, Wang B, Wu Q, Ellis D, Chen S. Rapid identification and differentiation of *Trichophyton* species, based on sequence polymorphisms of the ribosomal internal transcribed spacer regions, by rolling-circle amplification. *J Clin Microbiol* 2008; 46(4): 1192-9.