

شیوع مقاومت به ونکومايسين در سويه‌های استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی‌سیلین

پرویز مهاجری^۱، عباس فراهانی^۲، ابوالفضل داودآبادی^{۳*}، عمر قادری^۴، محسن رهنما^۵، سیامک حیدرزاده^۶

خلاصه

مقدمه: استافیلوکوکوس اورئوس یکی از پاتوژن‌های مهم و شایع عفونت‌های بیمارستانی است. ونکومايسين مهم‌ترین داروی انتخابی درمان عفونت ناشی از سویه‌های MRSA (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus) می‌باشد. بنابراین وجود سویه‌های مقاوم (Vancomycin-resistant Staphylococcus aureus یا VRSA) یا حد واسط (Vancomycin intermediate staph aureus یا VISA) در برابر ونکومايسين هشدار برای جامعه پزشکی و درمانی است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی فراوانی مقاومت به ونکومايسين در سویه‌های استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی‌سیلین بود.

روش: ۸۵ سویه استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی‌سیلین از بینی بیماران بستری در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه جدا شد و از نظر مقاومت به ونکومايسين با تست‌های میکرودايلوشن، E-test و PCR (Polymerase chain reaction) مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: هیچ کدام از سویه‌ها مقاومت کامل به ونکومايسين نداشتند، اما ۳۹ سویه (۴۵/۹ درصد) به عنوان سویه‌های hVISA (heteroVRSA) تشخیص داده شدند.

نتیجه‌گیری: اگرچه در مطالعه حاضر سویه‌های VISA و VRSA مشاهده نشد و این امر یک یافته امیدوار کننده در درمان عفونت‌های ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس بالینی در جامعه می‌باشد، اما از سوی دیگر فراوانی سویه‌های hVISA برابر با ۴۵/۹ درصد بود که شاید زنگ خطری برای مواجهه با سویه‌های مقاوم‌تر (VISA و VRSA) در آینده نزدیک در کشورمان باشد.

واژه‌های کلیدی: استافیلوکوکوس اورئوس، ونکومايسين، بینی، متی‌سیلین، hVISA

۱- استادیار باکتری‌شناسی پزشکی، گروه میکروبی‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران ۲- کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران ۳- دانشجوی دکتری، گروه پاتوبیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۴- دانشجوی دکتری حرفه‌ای داروسازی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: davoodabadi89@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۴/۲۴ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۲/۸/۲۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۶

مقدمه

این پلاسمید حاوی یک ترانسپوزون با ارتباط نزدیک به Tn1۵۴۶ می باشد (۸).

ونکومایسین مهم ترین داروی انتخابی درمان عفونت ناشی از سویه های MRSA می باشد. بنابراین وجود سویه های مقاوم یا حد واسط در برابر ونکومایسین هشدار برای جامعه پزشکی و درمانی است. سویه های اجدادی استافیلوکوک اورئوس مقاوم به ونکومایسین معروف به hVISA (heteroVISA) اولین بار در ژاپن گزارش شد. این سویه ها شاید پس از استفاده از ونکومایسین و برخورد با آن به انواع مقاوم ونکومایسین تبدیل شوند (۹).

برخی از مطالعات ونکومایسین را به عنوان عامل تحریک کننده تولید سویه های مقاوم ذکر کرده اند (۱۰)، در حالی که با بررسی سویه های مقاوم به متی سیلین در مطالعات دیگر این ارتباط تأیید نشد (۱۱، ۱۲). در حال حاضر مکانیسم VISA (Vancomycin intermediate staph aureus) ناشناخته است. انتقال ژن مقاوم vanA از VRE (Vancomycin-resistant enterococci) به استافیلوکوک اورئوس از راه سلول به سلول در آزمایشگاه به اثبات رسیده است. سویه های VISA دارای سرعت رشد به نسبت کمتر و نیز دیواره سلولی ضخیم تری نسبت به سویه های حساس هستند. به نظر می رسد، ضخیم شدن دیواره سلولی موجب افزایش MICs (Minimum inhibitory concentrations) در گونه های VISA می شود (۱۳).

مطابق توصیه انستیتو استاندارد آزمایشگاه بالینی (Clinical and Laboratory Standards Institute یا CLSI)، سویه های استافیلوکوکوس اورئوس با مقدار ۲-۴ حداقل غلظت بازدارندگی میکروگرم ونکومایسین در هر میلی لیتر محیط کشت به عنوان hVISA سویه های با حداقل غلظت بازدارندگی بالاتر از ۴ باید داوطلب VISA در نظر گرفته شود، سویه های با MIC معادل ۱۶-۸ میکروگرم در میلی لیتر به عنوان VISA و MIC معادل یا بالاتر از ۳۲ میکروگرم در میلی لیتر، VRSA در نظر گرفته می شود (۱۴).

استافیلوکوکوس اورئوس یکی از مهم ترین عوامل بیماری زای باکتریایی در انسان ها و حیوانات محسوب می شود که ده ها سال است عفونت های منشأ گرفته از جامعه (Community-acquired) و بیمارستان (Hospital-acquired) را ایجاد می کند (۱، ۲). این باکتری همچنین از نظر ایجاد عفونت های بیمارستانی پس از سودوموناس آئروژینوزا در مرتبه دوم قرار دارد و مسؤول بسیاری از عفونت های جدی مانند سپتی سمی (مسمومیت خونی)، اندوکاردیت و استئومیلیت در افراد بستری در بیمارستان ها و از عوامل شایع مرگ و میر در بیماران تحت همودیالیز می باشد (۳).

استافیلوکوک طلائی علاوه بر پراکندگی وسیع در طبیعت، ساکن بدن انسان می باشد و در سطح پوست و مخاط بدن اشخاص سالم یافت می گردد. تعداد زیادی از افراد (۲۰-۴۰ درصد) نیز حامل این باکتری در قسمت قدامی حفره بینی خود هستند (۴). در برخی از بیمارستان ها این باکتری در بخش ICU (Intensive care unit) شیوع بیشتری دارد و باعث مرگ و میر بیماران می شود (۵). در سال های اخیر با روش های مولکولی و اپیدمیولوژیک، یکسان بودن سویه های عفونت زای بیمارستانی با سویه های موجود در بینی حاملین به اثبات رسیده است (۶). بررسی ها نشان داده است که حذف این باکتری از بینی حاملین منجر به کاهش عفونت استافیلوکوکی می شود (۷). متی سیلین یکی از پنی سیلین های مقاوم به پنی سیلیناز است که در سال ۱۹۶۰ عرضه شد. تنها یک سال بعد بود که اولین مورد استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به این دارو (MRSA یا Methicillin-resistant Staphylococcus aureus) مشاهده گردید (۸). ونکومایسین گلیکوپپتیدی است که در ساخت دیواره سلولی باکتری های گرم مثبت اختلال ایجاد می کند. اطلاعات ژنتیکی مقاوم به ونکومایسین در اپرون vanA (vanA operon) قرار دارد. این عامل، سیستمی از ژن ها می باشد که بر روی پلاسمید قابل انتقال قرار گرفته است.

جامعه بود. سویه‌های استافیلوکوکوس اورئوس تا زمان انجام PCR (Polymerase chain reaction) و آنتی‌بیوگرام در محیط کشت نگهدارنده و در فریزر نگهداری شد.

تست‌های افتراقی برای تشخیص استافیلوکوکوس

در این مرحله، سویه‌های استافیلوکوک با استفاده از آزمون‌های مرسوم بیوشیمیایی مانند کاتالاز، همولیز، کواگولاز، DNase و مانیتول تشخیص داده شدند.

تعیین حساسیت به ونکومایسین به روش میکرودیالوشن برات

۱۰ میکرولیتر از محلول ونکومایسین با غلظت نهایی ۱۰۰۰۰ میکروگرم در لیتر به ۹۰ میکرولیتر مولر هیتون برات (Mueller hinton broth) حاوی ۵ درصد کلرید سدیم اضافه شد. با افزودن ۶/۴ میکرولیتر از محلول فوق به ۹۳/۶ میکرولیتر مولر هیتون برات غلظت نهایی به ۶۴ میکروگرم در میلی‌لیتر رسید. در چاهک‌های پلیت ۹۶ خانه‌ای، ۵۰ میکرولیتر مولر هیتون برات ریخته، به چاهک اول ۵۰ میکرولیتر از غلظت ۶۴ میکروگرم اضافه شد و رقت‌سازی در تمام چاهک‌ها انجام گرفت (۱۶).

طبق دستورالعمل CLSI، باید غلظت نهایی باکتری در هر چاهک $10^5 \times 5$ میکرولیتر در میلی‌لیتر باشد (۱۶). با افزودن ۵۰ میکرولیتر از سوسپانسیون باکتری با غلظت نهایی $10^6 \times 5$ میکرولیتر در میلی‌لیتر به هر چاهک (حاوی ۵۰ میکرولیتر محیط کشت با آنتی‌بیوتیک)، غلظت نهایی باکتری به $10^5 \times 5$ میکرولیتر در میلی‌لیتر خواهد رسید. غلظت نهایی لوله اول ۳۲ میکرولیتر در میلی‌لیتر و غلظت نهایی لوله دوم ۱۶ میکرولیتر در میلی‌لیتر و سایر لوله‌ها نیز به ترتیب با رقت یک دوم کاهش یافت.

تعیین حساسیت به ونکومایسین به روش E-test

ابتدا از کشت تازه باکتری روی محیط مانیتول سالت آگار، نیم McFarland تهیه شد. سپس از نیم McFarland تهیه شده توسط سواب روی محیط مولر هیتون برات کشت

هدف از مطالعه حاضر، بررسی فراوانی مقاومت به ونکومایسین در طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۸ در سویه‌های استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی‌سیلین جدا شده از بینی بیماران ناقل بستری در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه بود.

روش بررسی

جمع‌آوری نمونه‌های استافیلوکوکوس اورئوس

برای نمونه‌گیری، سواب پنبه‌ای آغشته به سرم فیزیولوژی استریل در قسمت قدامی سوراخ‌های بینی بیماران وارد و در هر کدام ۵ بار چرخانده شد. سواب‌ها در محل نمونه‌گیری بر روی محیط کشت مانیتول سالت آگار (Mannitol salt agar یا MSA) کشت داده شد و در دمای ۳۵ درجه سانتی‌گراد به مدت ۴۸-۲۴ ساعت انکوبه گردید. کلنی‌های زرد رنگ (تخمیر کننده مانیتول) و مشکوک به استافیلوکوکوس اورئوس جهت آزمون‌های بعدی بر روی محیط بلاد آگار (Blood agar) کشت داده شد. طبق دستورالعمل Bergey، تشخیص استافیلوکوکوس اورئوس با توجه به آزمون‌های مورفولوژی کلنی، رنگ آمیزی گرم، همولیز، کاتالاز، کواگولاز/لام، کواگولاز لوله‌ای و DNase انجام می‌گیرد (۱۵).

بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان به جز همودیالیز که کشت آن‌ها در نوبت اول (روز اول بستری شدن) از نظر استافیلوکوکوس اورئوس مثبت شده بود، از مطالعه خارج شدند. از سایر بیماران باقی‌مانده هر ۴۸ ساعت یک بار نمونه‌گیری صورت گرفت تا نمونه از نظر وجود استافیلوکوکوس اورئوس مثبت شود یا بیمار مرخص گردد. با این شرایط، موارد مثبت کشت به عنوان سویه کسب شده از بیمارستان در نظر گرفته شد. تمام بیماران بستری در بخش همودیالیز که کشت سواب بینی آن‌ها در روز اول از نظر وجود استافیلوکوکوس اورئوس مثبت به دست آمد، وارد مطالعه شدند. این نمونه‌ها به عنوان نمونه کسب شده از

استخراج DNA از ایزوله‌های استافیلوکوکوس اورئوس استخراج DNA (Deoxyribonucleic acid) از سویه‌ها به دو روش جوشاندن (Boiling) و روش فنول-کلروفرم انجام گرفت (۱۷).

انجام PCR جهت تشخیص ژن‌های مقاوم VanA و B, C, H, X با استفاده از مطالعات انجام شده و آزمایش‌های صورت گرفته جهت بهینه‌سازی PCR، میزان مواد مورد نیاز برای حجم ۵۰ میکرولیتر به قرار زیر تعیین شد: ۵ میکرولیتر DNA استخراج شده، ۰/۵ میکرومولار از هر پرایمر، ۰/۲ میلی‌مولار dNTP Mix، ۰/۲۵ واحد آنزیم Taq، ۱/۵ میلی‌مولار کلرید منیزیم، ۵ میکرولیتر بافر ۱۰x و آب مقطر ۳۲/۲۵ میکرولیتر. در مطالعه حاضر PCR با استفاده از پرایمر اختصاصی ژن‌های X, H, C, B و VanA اختصاصی Van بر اساس مطالعات قبلی (۱۸) انجام گرفت. برای ژن‌های مقاوم با شرایطی مطابق جدول ۱ انجام شد و محصولات PCR پس از الکتروفورز روی ژل آگارز ۱/۵ درصد و رنگ آمیزی با اتیدیوم بروماید (غلظت ۰/۰۵ میکروگرم بر میلی‌لیتر) مشاهده شد.

صورت گرفت و نوار ونکومایسین روی آن قرار داده شد. پلیت‌ها به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۳۵ درجه سانتی‌گراد انکوبه شد. طبق دستورالعمل CLSI نتیجه مثبت به صورت رشد در اطراف نوار حاوی آنتی‌بیوتیک گزارش گردید (۱۶).

روش تشخیص سویه‌های hVISA

برای انجام این آزمون، ۶ میکروگرم بر میلی‌لیتر پودر ونکومایسین به محیط BHI (Brain heart infusion) آگار اضافه شد و از کشت تازه با کتری سوسپانسیونی معادل نیم McFarland در محیط Nutrient broth تهیه گردید. ۱۰ میکرولیتر از سوسپانسیون فوق بر روی سطح پلیت BHI آگار دارای ونکومایسین کشت داده شد و پلیت‌ها در انکوباتور ۳۵ درجه سانتی‌گراد به مدت ۴۸ ساعت نگهداری شد. نتایج بعد از ۲۴ و ۴۸ ساعت بررسی گردید. در صورت رشد و تشکیل حداقل دو کلنی بعد از ۲۴ ساعت بر روی محیط، سویه‌ها VISA هستند؛ ولی اگر بعد از ۴۸ ساعت حداقل دو کلنی تشکیل شود، سویه hVISA در نظر گرفته می‌شود (۱۶).

جدول ۱. شرایط PCR (Polymerase chain reaction)

گسترش نهایی	دوره ۳۵			Denaturation اولیه	نام ژن
	گسترش	حرارت دادن	دنا تورا سیون		
۷۲ درجه، ۱۰ دقیقه	۷۲ درجه، ۳۰ ثانیه	۵۸ درجه، ۳۰ ثانیه	۹۴ درجه، ۳۰ ثانیه	۹۵ درجه، ۱۰ دقیقه	Van A و B, C
۷۲ درجه، ۵ دقیقه	۷۲ درجه، ۶۰ ثانیه	۵۰ درجه، ۶۰ ثانیه	۹۸ درجه، ۱۰ ثانیه	۹۸ درجه، ۲ دقیقه	Van H
۷۲ درجه، ۵ دقیقه	۷۲ درجه، ۳۰ ثانیه	۵۰ درجه، ۶۰ ثانیه	۹۸ درجه، ۱۰ ثانیه	۹۸ درجه، ۲ دقیقه	Van X

روش‌های آماری

از آمار توصیفی مانند توزیع فراوانی، تعداد و درصد و نیز جداول یک بعدی و دو بعدی و نیز نمودارهای مورد نیاز جهت پاسخ به سؤالات استفاده شد. برای مقایسه ژنوتیپیک سویه‌های با منشأ بیمارستانی و جامعه، آزمون χ^2 و در صورت نیاز آزمون Fisher's exact مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج

از بین ۸۵ بیمار مورد مطالعه، ۴۵ نفر مرد (۵۲/۹ درصد) و ۴۰ نفر زن (۴۷/۱ درصد) بودند. در جامعه مورد بررسی، ۶۵ نفر (۷۶/۵ درصد) باکتری را از بیمارستان (Hospital acquired) و ۲۰ نفر (۲۳/۵ درصد) باقی مانده نیز این باکتری را از جامعه کسب کرده بودند (Community acquired). حداقل MIC تعیین شده با روش میکروداپلوشن، کمتر از ۱ و حداکثر آن ۴ بود. نتایج MIC Microdilution جامعه آماری مورد مطالعه در جدول ۲ ارایه شده است.

تعداد ۳۹ سویه (۴۵/۸ درصد) hVISA و نمونه‌های دیگر حساس به ونکومایسین بودند (Vancomycin susceptible).

Staphylococcus aureus یا VSSA). در مطالعه حاضر به نمونه‌های VISA و VRSA برخورد نشد.

از ۶۵ مورد سویه بیمارستانی، ۳۱ سویه دارای مقاومت از نوع hVISA و بقیه موارد (۳۴ سویه) VSSA بودند و در بین ۲۰ سویه کسب شده از اجتماع، ۸ سویه مقاومت از نوع hVISA و ۱۲ سویه VSSA داشتند. در بررسی رابطه منشأ بیماری با سویه‌های hVISA مقدار P برابر با ۰/۵۴۶ به دست آمد و اختلاف در این مورد معنی دار نبود.

از ۴۵ مرد آلوده به MRSA، ۲۳ سویه hVISA و از ۴۰ بیمار زن، ۱۶ سویه hVISA بود. با توجه به سطح معنی داری χ^2 - که برابر با ۰/۳۰۵ می‌باشد و این مقدار از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است - پس فرض استقلال دو متغیر پذیرفته می‌شود و می‌توان گفت که VISA از جنسیت مستقل است. به عبارت دیگر، جنسیت بر hVISA اثر ندارد.

در مورد سن، سطح معنی داری در آزمون χ^2 برابر با ۰/۴۹۶ به دست آمد؛ به دلیل این که مقدار حاصل شده از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، پس فرض استقلال دو متغیر در این مورد پذیرفته می‌شود. بنابراین hVISA از سن مستقل می‌باشد و سن نیز مانند جنس بر hVISA اثری ندارد.

جدول ۲. بررسی MIC (Minimum inhibitory concentrations) ایزوله‌های استافیلوکوک اورئوس به دو روش میکروداپلوشن و E-test

MIC Microdilution		E-test MIC	
(درصد) فراوانی	MIC	(درصد) فراوانی	E-test MIC
۴۴ (۵۱/۸)	< ۱	۱ (۱/۲)	۰/۱۲۵
		۱ (۱/۲)	۰/۲۵۰
۳۷ (۴۳/۵)	۲	۱۳ (۱۵/۳)	۰/۳۸۰
		۱۱ (۱۲/۹)	۰/۵۰۰
۴ (۴/۷)	۴	۱۷ (۲۰/۰)	۰/۷۵۰
		۸ (۹/۴)	۱/۰۰۰
۸۵ (۱۰۰)	جمع	۲۳ (۲۷/۱)	۱/۵۰۰
		۱۱ (۱۲/۹)	۲/۰۰۰
		۸۵ (۱۰۰)	جمع

MIC: Minimum inhibitory concentrations

نتایج PCR

بررسی سویه‌های استافیلوکوک با روش PCR نشان داد که تمام آن‌ها از نظر ژن‌های X، H، C، B و VanA منفی می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه به دلیل استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها، با افزایش روزافزون مقاومت آنتی‌بیوتیکی مواجه هستیم. در ایران نیز انتشار مقاومت آنتی‌بیوتیکی در بین باکتری‌های بیماری‌زا به عنوان چالش مهمی برای جامعه پزشکی در درمان بیماری‌های عفونی مطرح شده است. مطالعات قبلی نشان داده است که کوکسی‌های گرم مثبت مانند استافیلوکوک‌های کوآگولاز منفی، استافیلوکوکوس اورئوس و انتروکوک‌ها از جمله عوامل مهم ایجاد عفونت در بیمارستان‌ها می‌باشند (۱۹).

ونکومایسین از آنتی‌بیوتیک‌هایی است که به فراوانی در محیط بیمارستان و به ویژه در مورد استافیلوکوک‌های مقاوم به متی‌سیلین استفاده می‌شود. با گزارش VRSA و گسترش آن، مشکل درمان MRSA مطرح می‌باشد و با وجود این‌که تاکنون تعداد معدودی از موارد استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به ونکومایسین گزارش شده است، احتمال زیادی برای وجود بیشتر آن در آینده نزدیک وجود دارد (۲۰).

در مطالعه حاضر ۴۵/۸ درصد از سویه‌های استافیلوکوکوس اورئوس، hVISA بودند. در بررسی مهاجری و همکاران بر روی سویه‌های جدا شده از بینی افراد ناقل، مقاومتی در برابر ونکومایسین مشاهده نشد (۲۱)، اما حقگو و همکاران گزارش کردند که ۹ درصد سویه‌های استافیلوکوکوس اورئوس دارای مقاومت VISA بوده‌اند که از بین آن‌ها یک مورد نیز VRSA یافت شد (۲۲). در مطالعه مرادی و همکاران بر روی سویه‌های استافیلوکوکوس اورئوس جدا شده از انواع نمونه‌های بالینی، در ۳/۸ درصد مقاومت از نوع VISA مشاهده شد (۲۳). طبق مطالعه حسین زادگان و همکاران بر روی سویه‌های جدا شده از بینی کارکنان

بیمارستانی، ۱/۳۳ درصد سویه‌های جدا شده دارای مقاومت VISA بودند (۲۴).

مطالعات مختلفی در مورد شیوع استافیلوکوک‌های مقاوم به ونکومایسین در نقاط مختلف جهان انجام گرفت، اما در مورد استافیلوکوکوس اورئوس تنها تعداد معدودی از سویه‌های مقاوم به ونکومایسین گزارش شده است. در سویه‌های استافیلوکوک‌های کوآگولاز منفی نیز مقاومت به ونکومایسین ذکر شده است، اما این سویه‌ها با ژن‌های مقاوم همراه نبوده‌اند (۲۵).

بعد از گزارش اولین مورد VRSA در ژاپن، اگرچه انتشار سویه‌های VRSA و VISA در سطح پایینی باقی ماند، اما در بسیاری از کشورها سویه‌های استافیلوکوکوس اورئوس به صورت hVISA در حال افزایش می‌باشد (۲۶). گزارش‌هایی نشان داده‌اند که عدم موفقیت در درمان با ونکوماسیون باعث به وجود آمدن سویه‌های hVISA می‌شود، البته آزمون‌های مورد استفاده جهت بررسی حساسیت استافیلوکوکوس اورئوس به ونکومایسین شامل روش‌های تعیین MIC (میکرودایلوشن برات، میکرودایلوشن آگار و E-test) می‌باشد (۲۷)؛ اما روش دیسک آگار دیفیوژن آزمون غیر قابل اعتمادی در شناسایی مقاومت به ونکومایسین است. بنابراین آزمایشگاه‌ها باید از روش‌های مورد تأیید CDC (Centers for Disease Control) و CLSI استفاده نمایند (۲۸، ۱۶). آزمون‌های مورد تأیید CDC جهت شناسایی سویه‌های hVISA/VISA شامل برات ماکرودایلوشن، تست غربالگری در محیط کشت BHI محتوی ۶ میکروگر بر میلی‌لیتر ونکومایسین و E-test می‌باشد (۲۹).

تا سال ۲۰۰۱ فقط ۸ مورد عفونت با GISA (Glycopeptide-intermediate S.aureus) در جهان گزارش شده بود که مهم‌ترین آن‌ها بیماران مبتلا به عفونت MRSA مربوط به کاتتر و همودیالیز مزمن بودند که به مدت طولانی تحت درمان با ونکومایسین قرار داشتند (۳۰). بر اساس مطالعات انجام شده در ۱۲ کشور آسیایی، سویه‌های hVISA جمع‌آوری شد که میزان آن‌ها در هر

متوسط نسبت به ونکومايسين يافت نشد و MIC ونکومايسين حدود ۳-۱/۵ میکروگرم در میلی‌لیتر می‌باشد (۳۴).

با توجه به افزایش سويه‌های استافيلوکوکوس اورئوس مقاوم به ونکومايسين در جهان، باید استافيلوکوکوس اورئوس‌های جدا شده از بیماران به ویژه بیماران بستری و نیز کادر درمانی به صورت دقیق از لحاظ مقاومت و حساس بودن به ونکومايسين کنترل شوند. باید روش‌های دقیق تعیین مقاومت به ونکومايسين مانند E-test در آزمایشگاه‌های بالینی امکان‌پذیر و رایج گردد و کادر آزمایشگاه‌ها باید آموزش‌های لازم را در این مورد طی کنند و با اهمیت موضوع آشنا شوند.

لازم است پزشکان و متخصصین عفونی اهمیت شناسایی VSSA، Hvisa، VISA و VRSA را در عفونت‌های ناشی از استافيلوکوکوس اورئوس در نظر بگیرند و سعی کنند بیماران را از این نظر مورد بررسی قرار دهند و با انجام تست حساسیت دقیق بر روی باکتری‌های جدا شده از بیماران، اقدام به درمان‌های مؤثر نمایند. همچنین لازم است با استفاده از روش‌های جدید ضد عفونی محیط به ویژه در بیمارستان‌ها، انتقال موارد VISA و VRSA را در بین کادر درمانی و بیماران بستری به حداقل رسانند.

اگرچه در مطالعه حاضر سويه‌های VISA و VRSA مشاهده نشد و این امر یک یافته امیدوار کننده در درمان عفونت‌های ناشی از استافيلوکوکوس اورئوس بالینی در جامعه می‌باشد، اما از سوی دیگر فراوانی سويه‌های hVISA شاید زنگ خطری برای مواجهه با سويه‌های مقاوم‌تر (VISA و VRSA) در آینده نزدیک در کشورمان باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که هزینه این تحقیق را در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۸۹۱۲۴ تقبل نمودند کمال تشکر را دارند

کشور مختلف بود. از ۱۳۵۷ سويه بالینی جمع‌آوری شده MRSA که آزمون BHIVA (Brain heart infusion vancomycinagar) در مورد آن‌ها انجام گرفت، حدود ۳۴۷ سويه MRSA (۲۵/۶ درصد) به عنوان سويه hVISA شناسایی شدند. سويه‌های مثبت جمع‌آوری شده از کشورهای کره جنوبی (۴۲ درصد) و ژاپن (۲۹/۹ درصد) بیشتر از سويه‌های مثبت محل‌های دیگر بود؛ در حالی که در سويه‌های جمع‌آوری شده از سنگاپور، سریلانکا و عربستان سعودی کمتر از ۱۰ درصد بود. از ۳۴۷ سويه مثبت، ۵۸ سويه (۴/۳ درصد از کل سويه‌های MRSA) به عنوان hVISA تأیید گردید که درصد آن در کشورهای مختلف به شرح زیر است: ژاپن (۸/۲ درصد)، هند (۶/۳ درصد)، کره جنوبی (۶/۱ درصد)، تایلند (۲/۱ درصد)، فیلیپین (۳/۶ درصد)، ویتنام (۲/۴ درصد) و سنگاپور (۲/۳ درصد)، اما هیچ سويه‌ای در چین، اندونزی، عربستان سعودی، سریلانکا و تایوان یافت نشد (۳۱). بر اساس این گزارش‌ها، میزان شیوع hVISA از صفر تا ۷۳/۷ درصد متغیر بود (۳۲، ۸).

در میان سويه‌های MRSA در کره جنوبی، hVISA با فراوانی پایینی (صفر تا ۰/۵ درصد) یافت شد (۳۳). با این وجود، داده‌ها نشان داد که ۶/۱ درصد از سويه‌های MRSA به صورت hVISA بودند. بر اساس نتایج به دست آمده از این تحقیق مشخص می‌شود که در میان سويه‌های استافيلوکوکوس اورئوس سويه شده از بیمارستان‌های شهر کرمانشاه، مقاومت کامل در برابر ونکومايسين وجود ندارد و فقط دو مورد hVISA شناسایی شد که یکی از آن‌ها مربوط به تراشه در بخش ICU و دیگری مربوط به زخم در بخش توراکس بود.

در مطالعه Sancak و همکاران مقادیر MIC ونکومايسين ۴-۰/۱۲ میکروگرم در میلی‌لیتر گزارش گردید و همه سويه‌ها نسبت به ونکومايسين حساس بودند (۱۰). مطالعه دیگری نشان داد که هیچ مورد مقاوم یا دارای حساسیت

References

- Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. Medical Microbiology: with student consult Online Access. 6th ed. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier Health Sciences; 2008.
- Nester E, Anderson D, Evans JRC. Microbiology: A Human Perspective. Boston, MA: McGraw-Hill Education; 2011.
- Kluytmans J, van Belkum A, Verbrugh H. Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*: epidemiology, underlying mechanisms, and associated risks. *Clin Microbiol Rev* 1997; 10(3): 505-20.
- Eveillard M, Martin Y, Hidri N, Boussougant Y, Joly-Guillou ML. Carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among hospital employees: prevalence, duration, and transmission to households. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004; 25(2): 114-20.
- Oztoprak N, Cevik MA, Akinci E, Korkmaz M, Erbay A, Eren SS, et al. Risk factors for ICU-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections. *Am J Infect Control* 2006; 34(1): 1-5.
- Ahmed AO, van Belkum A, Fahal AH, Elnor AE, Abougroun ES, VandenBergh MF, et al. Nasal carriage of *staphylococcus aureus* and epidemiology of surgical-site infections in a Sudanese university hospital. *J Clin Microbiol* 1998; 36(12): 3614-8.
- Tamer A, Karabay O, Ekerbicer H. *Staphylococcus aureus* nasal carriage and associated factors in type 2 diabetic patients. *Jpn J Infect Dis* 2006; 59(1): 10-4.
- Mohanasoundaram KM, Lalitha MK. Comparison of phenotypic versus genotypic methods in the detection of methicillin resistance in *Staphylococcus aureus*. *Indian J Med Res* 2008; 127(1): 78-84.
- Hiramatsu K, Aritaka N, Hanaki H, Kawasaki S, Hosoda Y, Hori S, et al. Dissemination in Japanese hospitals of strains of *Staphylococcus aureus* heterogeneously resistant to vancomycin. *Lancet* 1997; 350(9092): 1670-3.
- Sancak B, Ercis S, Menemenlioglu D, Colakoglu S, Hascelik G. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* heterogeneously resistant to vancomycin in a Turkish university hospital. *J Antimicrob Chemother* 2005; 56(3): 519-23.
- Reverdy ME, Jarraud S, Bobin-Dubreux S, Burel E, Girardo P, Lina G, et al. Incidence of *Staphylococcus aureus* with reduced susceptibility to glycopeptides in two French hospitals. *Clin Microbiol Infect* 2001; 7(5): 267-72.
- Lecaillon E, Gueudet P, Wootton M, Walsh TR, Macgowan AP, Jones ME. Endemic heteroresistant glycopeptide intermediate *Staphylococcus aureus* (hGISA) comprising unrelated clonal types and not associated with vancomycin therapy. *Pathol Biol (Paris)* 2002; 50(9): 525-9. [In French].
- Liu C, Chambers HF. *Staphylococcus aureus* with heterogeneous resistance to vancomycin: epidemiology, clinical significance, and critical assessment of diagnostic methods. *Antimicrob Agents Chemother* 2003; 47(10): 3040-5.

14. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Performance standards for antimicrobial susceptibility testing: M100-S17. *Clinical and Laboratory Standards* 2008; 26(3): 1-182.
15. Whitman WB, Parte A, Goodfellow M, Ka"mpfer P, Busse H, Trujillo ME, et al. Bergey's Manual of Systematic Bacteriology. Berlin, Germany: Springer; 2012.
16. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; fourteenth informational supplement. *nCCLS Document M100-S14* 2004; 24(1): 109.
17. Sambrook J, Russell DW. Molecular Cloning: A Laboratory Manual. New York, NY: CSHL Press; 2001.
18. Depardieu F, Perichon B, Courvalin P. Detection of the van alphabet and identification of enterococci and staphylococci at the species level by multiplex PCR. *J Clin Microbiol* 2004; 42(12): 5857-60.
19. Moza B, Varma AK, Buonpane RA, Zhu P, Herfst CA, Nicholson MJ, et al. Structural basis of T-cell specificity and activation by the bacterial superantigen TSST-1. *EMBO J* 2007; 26(4): 1187-97.
20. Lowy FD. Staphylococcus aureus infections. *N Engl J Med* 1998; 339(8): 520-32.
21. Mohajeri P, Izadi B, Rezaei M, Falahi B, Moradi Z, Zare ME. Study of nasal carriage Methicillin resistant Staphylococcus aureus in hemodialysis patients in Kermanshah. *Journal of Kermanshah Medical Sciences* 2012; 15(6): 485-92.
22. Haghgoo SM, Moadab SR, Rafei A. Study of antibiotic resistance pattern of Staphylococcus aureus strains isolated from blood cultures in Tabriz Shahid Madani Hospital. *Jentashapir* 2012; 3(2): 383-90.
23. Moradi N, Javadpour S, Karmostaji A. Reduced sensitivity of staphylococcus aureus to vancomycin. *Hormozgan Med J* 2011; 15(3): 169-77.
24. Hosain Zadegan H, Menati S, Tarrahi M, Mohammadi F. Screening of Methicillin and Vancomycin resistant Staphylococcus aureus in the nasal of hospital personnel of Khorram Abad. *Medical Laboratory Journal* 2008; 2(1): 26-32.
25. Spika JS, Peterson PK, Wilkinson BJ, Hammerschmidt DE, Verbrugh HA, Verhoef J, et al. Role of peptidoglycan from Staphylococcus aureus in leukopenia, thrombocytopenia, and complement activation associated with bacteremia. *J Infect Dis* 1982; 146(2): 227-34.
26. Rich J, Lee JC. The pathogenesis of Staphylococcus aureus infection in the diabetic NOD mouse. *Diabetes* 2005; 54(10): 2904-10.
27. Berger-Bachi B, Barberis-Maino L, Strassle A, Kayser FH. FemA, a host-mediated factor essential for methicillin resistance in Staphylococcus aureus: molecular cloning and characterization. *Mol Gen Genet* 1989; 219(1-2): 263-9.
28. Hiramatsu K, Suzuki E, Takayama H, Katayama Y, Yokota T. Role of penicillinase plasmids in the stability of the mecA gene in methicillin-resistant Staphylococcus aureus.

- Antimicrob Agents Chemother* 1990; 34(4): 600-4.
29. Brown DF, Edwards DI, Hawkey PM, Morrison D, Ridgway GL, Towner KJ, et al. Guidelines for the laboratory diagnosis and susceptibility testing of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *J Antimicrob Chemother* 2005; 56(6): 1000-18.
30. Hashemi H. Investigation on Vancomycin resistance in isolated *Staphylococcus* at Emam khomini medical center [Thesis]. Tabriz, Iran: Tabriz University of Medical Sciences; 2003.
31. Broekema NM, Van TT, Monson TA, Marshall SA, Warshauer DM. Comparison of cefoxitin and oxacillin disk diffusion methods for detection of *mecA*-mediated resistance in *Staphylococcus aureus* in a large-scale study. *J Clin Microbiol* 2009; 47(1): 217-9.
32. Hsueh PR, Lee SY, Perng CL, Chang TY, Lu JJ. Clonal dissemination of methicillin-resistant and vancomycin-intermediate *Staphylococcus aureus* in a Taiwanese hospital. *Int J Antimicrob Agents* 2010; 36(4): 307-12.
33. Warsa UC, Okubo T, Okamoto R. Antimicrobial susceptibilities and phage typing of *Staphylococcus aureus* clinical isolates in Indonesia. *Journal of Infection and Chemotherapy* 1996; 2(1): 29-33.
34. Ahmadi S, Nahae M, Mozafari N. Study of antibiotic sensitivity toward Vancomycin in *staphylococcus aureus* in clinical specimen in Tabriz. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2002; 30(2): 17-23.

Prevalence of Vancomycin Resistance in Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus

Parviz Mohajeri, Ph.D.¹, Abbas Farahani, M.Sc.², Abolfazl Davoodabadi, M.Sc.^{3*}, Omar Ghaderi, M.Sc.²,
Mohsen Rahnema, M.Sc.⁴, Siamak Heidarzadeh, M.Sc.³

1. Assistant Professor of Bacteriology, Department of Microbiology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
2. Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
3. Ph.D. Student, Department of Pathobiology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Student, School of Pharmacy, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

* Corresponding author; E-mail: davoodabadi89@gmail.com

(Received: 15 July 2013

Accepted: 27 Nov. 2013)

Abstract

Background & Aims: Staphylococcus aureus is one of the most common pathogens in nosocomial infections. Vancomycin is the most important therapeutic drug of choice for treatment of infections caused by methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) strains. Therefore, vancomycin-resistant Staphylococcus aureus (VRSA) or vancomycin-intermediate Staphylococcus aureus (VISA) strains are warnings for the medical community. The aim of this study was to evaluate the prevalence of vancomycin resistance in methicillin-resistant Staphylococcus aureus isolated from the nose of patients hospitalized in Imam Reza Hospital, Kermanshah, Iran.

Methods: In the present study, 85 strains of methicillin-resistant Staphylococcus aureus were isolated from patients in Imam Reza Hospital and evaluated for vancomycin resistance with microdilution test, Epsilon test (E-test), and polymerase chain reaction (PCR).

Results: None of the strains were completely resistant to vancomycin; however, 39 strains (45.9%) were diagnosed as hetero-VRSA (hVISA) strains.

Conclusion: VISA and VRSA strains were not observed in this study which is a promising finding in the treatment of clinical infections due to Staphylococcus aureus in our society. However, in our study, the prevalence of hVISA strain was 45.9%, which is perhaps a sign of the appearance of more resistant strains (VISA and VRSA) in our country in the future.

Keywords: Staphylococcus aureus, Vancomycin, Nose, Methicillin, Hetero-vancomycin-intermediate Staphylococcus aureus (hVISA)

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2014; 21(5): 394-404