

مقدمه

آکنه یک بیماری التهابی مزمن از واحد پیلوسباسه است که روی پوست صورت، گردن، پشت و قفسه سینه ظاهر می شود و با زخم هایی سیاه، پاپول ها و پاسچول های اریتماتوز و در حالت های درمان نشده با ندول واسکار مشخص می شود. آکنه یک اختلال انسدادی و مزمن التهابی موثر بر فولیکول سباسه به طور عمده در نوجوانان می باشد. اطلاعات درباره پاتوژنز آکنه به تدریج در حال شکل گرفتن است این بیماری در همه گروه های سنی اثرگذار است و میزان شیوع آن در جهان ۸۷-۷۰ درصد است. مطالعات مختلف نشان داده اند که ۹۱ درصد مردان و ۷۹ درصد زنان در نوجوانی و ۳ درصد مردان و ۱۲ درصد زنان بزرگسالی درگیر این بیماری هستند. فاکتورهای موثری که در پاتوژنز بیماری دخالت دارند شامل افزایش تولید سبوم، غیر طبیعی شدن فلور میکروبی درون واحد پیلوسباسه و افزایش کراتینه شدن مجرا و با واسطه های التهابی می باشند. عوامل مختلف باکتریایی عموماً و عوامل قارچی در مواردی کمتر در ایجاد آکنه دخالت دارند که از آن جمله می توان به پروپیونی باکتریوم آکنه، پروپیونی باکتریوم گرانولوزوم، پروپیونی باکتریوم اویدوم، استافیلوکوکوکوس اپیدرمیس و گونه های مالاسزیا اشاره کرد. این میکروارگانیسم ها فلور میکروبی واحد پیلوسباسه و از میکروفلورکومدون ها از فولیکول سباسه نرمال قابل تشخیص اند (۱،۲).

وضعیت ایمنولوژیک میزبان، فاکتورهای هورمونی ژنتیکی و بسیاری از عوامل دیگر از جمله اضطراب، سرکوب ایمنی، بارداری، قاعدگی، آب و هوای گرم و مرطوب، آلودگی پوست، استفاده از لوازم آرایشی نامناسب، رژیم غذایی بد وسیگاری بودن در ظهور بالینی و شیوع آکنه تاثیرگذارند. بیماری های مرتبط با آکنه شامل آکنه ولگاریس، آکنه استروئیدی، فولیکولیت باکتریایی، آکنه نکروتیک، آکنه نودل کیستیک و آکنه کلویڈال می باشند. آکنه یک شکل غیرعفونی از فولیکولیت را بروز داده و باعث التهاب فولیکول می گردد. پروپیونی باکتریوم با تولید آنزیم های هیالورونیداز، پروتئاز، لیپاز و تولید فاکتورهای

شیمیوتاکتیک مسئول پاسخ التهابی در محل ضایعه به واسطه فعال شدن ماکروفاژ و تولید سایتوکاین ها می شود. مطالعات نشان داده اند که تنوع میکروبی مجرای پیلوسباسه بر تولید و فعالیت واسطه های التهابی مثل لیپازها، نورامیدازها و فسفاتازها و پروتئازها تاثیرگذارند. این بیماری علاوه بر تاثیر منفی بر زیبایی فرد، می تواند مشکلات روحی و روانی را به ویژه در جوانان ایجاد نماید و علاوه بر آزار بیماران، به دلیل مصرف طولانی مدت انواع آنتی بیوتیک ها، موجب افزایش گونه های مقاوم میکروبی در جامعه و تبعات اقتصادی آن نیز شوند که در سال های اخیر یک مشکل جهانی را ایجاد کرده است (۲،۳).

از طرفی استفاده نا به جا از آنتی بیوتیک هایی که برای درمان آکنه باکتریایی به کار می روند ممکن است فلور نرمال باکتریایی پوست را از بین برده و اجازه رشد بیشتری به فلور مخمری پوست را دهند به همین دلیل، به سبب عدم درمان آکنه و برای بهبود آن بایستی درمان های آنتی بیوتیک های خوراکی موثر در دستور کار قرار گیرد (۱). گونه های کاندیدا جزء فلور طبیعی پوست و مخاطات بدن انسان بوده و وقتی شرایط برای حضور آن ها در بیماری فراهم شوند، می توانند به عنوان یک عامل عفونت فرصت طلب عمل کنند. فاکتورهای بیماری زایی کاندیدا آلیکنس به عنوان شایع ترین گونه درگیر شامل ژرم تیوب، تولید آنزیم های پروتئاز و فسفولیپاز می باشند. گونه های کاندیدا مثل بعضی از باکتری ها می توانند در شرایط کم هواری و بیهواری نیز به خوبی رشد می کنند. در ایجاد کاندیدیوزیس جلدی به عنوان شایع ترین عفونت قارچی پوست عوامل مستعدکننده ای نظیر گرما و رطوبت، درمان با کورتیکو استروئیدها و استفاده از آنتی بیوتیک های وسیع الطیف، استرس و نقص سیستم ایمنی دخیل می باشند. هم چنین کاندیدا بر خلاف بسیاری از میکروارگانیسم ها، به دلیل تولید آنزیم کراتیناز می تواند در طبقه شاخی پوست رشد کند (۴). دلایل خوبی برای این باور وجود دارد که گونه های کاندیدا ممکن در تشدید بیماری های آکنه، اگزما، پسوریازیس و درماتیت آتوپیک تاثیرگذار باشند. کاندیدا می تواند آکنه و مشکلات پوستی شبیه آن را

سبب شود. برخی از مطالعات نشان می دهد که پوست بیماران مبتلا به آکنه پاسخ التهابی قوی تر در برابر مخمر ایجاد کرده و این التهاب اولیه می تواند روند شکل گیری یا تشدید این بیماری را سبب شوند. از این رو ادعاهای فوق العاده نیاز به اثبات فوق العاده ای دارد. کاندیدا در افراد مبتلا به آکنه و دیگر بیماری های پوستی شایع می تواند در نتیجه عواقب مشکلاتی روده ای باشد و در نتیجه در تشدید آکنه از طریق تحریک حرکات روده ای تاثیرگذار باشد. به طور مشابه نقص سیستم ایمنی بدن در پوست افراد دارای مشکل ممکن است سبب رشد بیش از حد کاندیدا و تهاجم آن شده که می تواند در نتیجه التهاب موضعی پوست و احتمالاً باعث روند شکل گیری آکنه پوستی ناشی از کاندیدا شود. در صورت شک به کاندیدا، آزمون ساده و قابل اعتماد برای حضور آن در این بیماری وجود داشته و می توان آن را به طور موثر با داروهای ضد قارچ درمان کرد. بنا بر این با توجه به مطالعات و بررسی های به عمل آمده از یافته های متخصصین پوست و قارچ شناسی این فرضیه به وجود می آید که مخمر کاندیدا نیز علاوه بر مخمر مالاسیا می توانند به عنوان یکی از عوامل ایجادکننده آکنه باشد (۴،۵).

از آن جایی که محققان در غالب موارد عوامل باکتریال را در ایجاد آکنه دخیل می دانند کمتر به نقش عوامل قارچی در ایجاد این بیماری در کلینیک ها توجه شده است. با عنایت به این که داروی مورد استفاده در این دو حالت بر حسب عامل بیماری کاملاً متفاوت می باشد تشخیص و تفکیک عوامل ایجادکننده آکنه در تجویز داروی مناسب برای جلوگیری از شکست های درمانی و استفاده نا به جا و طولانی مدت از داروهای باکتریایی بسیار با اهمیت است. از این رو با توجه به اقلیم مازندران که شرایط بسیار مناسب برای ایجاد آکنه و رشد این مخمرها را دارا است و مطالعات کافی در این زمینه جود ندارد. این تحقیق برای تعیین فراوانی مخمرهای کاندیدا در بیماران آکنه مراجعه کننده به درمانگاه های پوست و دانش آموزان مشکوک مستقر در مدارس غرب مازندران و سپس شناسایی آن ها با استفاده از روش های آزمایشگاهی طراحی شد. نیل به این اهداف می تواند گامی موثر در راستای پاسخ به

سوالات اپیدمیولوژیک، مشکلات درمانی، کمک به حل معضلات بهداشتی و روحی-روانی مرتبط با این بیماری باشد (۸-۶).

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی-مقطعی طی یک دوره ۶ ماهه در سال های ۹۵ و ۹۶ در حدود ۷۰ نمونه سوآپ از بیماران آکنه مراجعه کننده به درمانگاه های پوست و دانش آموزان مستقر در مدارس غرب مازندران که دارای تظاهرات مشکوک به آکنه بودند جمع آوری گردیدند. نمونه گیری از بیماران در حالی انجام شد که آن ها ۴ هفته کلیه داروهای موضعی و سیستمیک جهت درمان آکنه را قطع کرده بودند و افراد بالای ۱۰ سال برای مطالعه گزینش و برای نمونه گیری انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. برای هر بیمار پرسش نامه ای تهیه شد که اطلاعاتی در مورد مشخصات فردی، مشخصات تظاهرات کلینیکی بیماری و نتایج آزمایشات در آن ثبت می شد. به منظور نمونه گیری از هر فرد، دو عدد سوآپ پنبه ای را درون لوله آزمایش حاوی سرم فیزیولوژی قرار داده پس از آن لوله ها را در اتوکلاو استریل می گردید. جهت نمونه برداری ابتدا مکان های مورد نظر روی سطح پوست به وسیله الکل هفتاد درصد ضد عفونی می شدند. یکی از سوآپ های استریل را کاملاً روی سطح آکنه و حاشیه اطراف آن کشیده، سپس سوآپ را به درون محیط کشت وارد و به خوبی تکان داده، سپس سوآپ ها دور انداخته می شدند. هم چنین از دو عدد لوله آزمایش حاوی محیط کشت برین هارت انفوزیون براث (BHI-Sigma-Aldrich-) به عنوان محیط انتقالی استفاده می گردید. در مرحله بعد به وسیله لانست یک خراش در سطح آکنه ایجاد کرده و توسط فشار دست محتویات داخل ضایعه تخلیه و به کمک سوآپ استریل دوم به محیط کشت دوم انتقال داده می شدند. بر روی هر دو لوله شماره نمونه هم چنین سطحی یا عمقی بودن آن مشخص می گردید (۹،۱۸،۶). سوآپ های استریل بعد از انتقال به آزمایشگاه بر روی محیط سابورو دکستروز آگار (Merck, Germany) حاوی کلرامفنیکل (Sigma-Aldrich) کشت خطی داده می شدند. پلیت ها به مدت ۴۸ ساعت در ۳۷

درجه سانتی گراد انکوبه می گردیدند. در صورت وجود کلنی های مشکوک به مخمر برای تشخیص نوع آن از طریق آزمایش میکروسکوپی (Nikon, Tokyo, Japan) و جداسازی آن ها از کشت مجدد پاساژهای متوالی انجام می گرفت. بعد اثبات مخمری بودن کلنی های رشد یافته مطابق با روش های استاندارد قارچ شناسی شامل بررسی های ماکروسکوپی و کلنی های مخمری، امکان تشکیل لوله زایا، تعیین و افتراق گونه ها بر روی محیط کرم (Biosciences Missisanga) (BD)، (Ontario, Canada) و کشت بروی محیط کورن میل آگار (Merck, Germany) و ایجاد کلامیدوسپور برای تعیین جنس مورد بررسی قرار می گرفتند. برای تایید مخمرهای مشکوک به کاندیدا روش شناسایی مولکولی برای تعیین نوع گونه انجام می شد (۹،۱۰).

استخراج DNA و تعیین گونه به روش تعیین توالی یابی: برای استخراج DNA از بافر لیز کننده بافر استات سدیم، پروتئیناز K، ایزوپروپیل الکل، اتانول ۷۰ درصد و دانه های شیشه ای ۰/۵ میلی لیتری استفاده گردید (۱۱،۱۲). مطابق با استفاده از روش کیت و پروتکل ارائه شده، استخراج DNA انجام گرفت. به منظور بررسی کیفیت DNA استخراج شده الکتروفورزیس بر روی ۱ درصد ژل آگاروز انجام شد. در شرایط کمی، مواد حاصل این مرحله در طول موج ۲۶۰ نانومتر با استفاده از روش اسپکتروفتومتری بررسی شدند (۱۱،۱۲).

روش PCR: تعیین توالی DNA ریبوزومی قارچ ها، بیانگر یک روش کلاسیک در شناسایی سریع و تاکسونومی قارچ ها از طریق روش های مولکولی می باشد. ژنوم قارچ ها حاوی نواحی خاصی است که به لحاظ تنوع سکانس نوکلئوتیدی در گونه های مختلف یک جنس، ارزش زیادی در شناسایی گونه های قارچی و پیگیری اپیدمیولوژی مولکولی آن ها دارند. در این روش شناسایی سریع قارچ ها با توالی بخش های ITS1 و ITS4 انجام می شود در این روش ابتدا از یک پرایمر اختصاصی (Gen Fan Avaran, Iran) برای تکثیر قطعه 5.8s rDNA

استفاده می گردد که برای تکثیر تمام گونه های کاندیدا کاربرد دارد در این روش پرایمر رفت و برگشت روش توالی یابی نواحی یونیور سال ویژه مناطق ۱ و ۴ در نواحی ITS بر اساس منابع مختلف تهیه و تایید نهایی ایزوله های شناسایی شده با استفاده از منابع اطلاعاتی و نرم افزارهای رایج مولکولی صورت گرفت (۱۲،۱۳).

Primerforward: ITS1 (5'-TCCGTAGGTGAACCTGCGG-3')
Primer reverse: ITS4 (5'-TCCTCCGCTTATTGATATGC-3')

واکنش PCR در حجم ۵۰ میکرولیتر شامل 14μl از 25μl dH₂O، از 2x master mix (سینا کلون)، 0.5μl از هر پرایمر (با غلظت 10 p/mol)، 10μl از DNA الگو واکنش PCR در دستگاه ترموسیکلر (bio Rad Co.USA) انجام شد. سیکل های گرمایی شامل دناتوره ابتدایی ۹۵ درجه سانتی گراد به مدت ۵ دقیقه، که با ۳۵ سیکل به صورت زیر دنبال می گردید (دناتوره ۹۴ درجه سانتی گراد به مدت ۴۰ ثانیه)، (اتصال: ۵۵ درجه سانتی گراد به مدت ۲ دقیقه)، (تکثیر ۷۲ درجه سانتی گراد به مدت ۱ دقیقه)، و یک مرحله تکثیر نهایی ۷۲ درجه سانتی گراد به مدت ۵ دقیقه انجام گرفت. بعد از اتمام کار برای اطمینان از صحت آن، محصول در دستگاه الکتروفورز و بر روی ژل آگارز (Power supply, model, USA) مورد بررسی و بعد از صحت کار به شرکت ژن فناوریان برای تعیین گونه ها فرستاده شد. سپس توالی های DNA به دست آمده با استفاده از نرم افزار رایج مولکولی آنالین در سایت NCBI/blast آنالیز گردید (۱۲،۱۳).

بررسی حساسیت دارویی گونه های کاندیدی
شناسایی شده نسبت به عوامل ضد قارچی به روش (CLSI-M27-A3): برای این منظور از روش تست میکرودیویشن برات مطابق با روش استاندارد جهانی (CLSI M27A3) سال ۲۰۱۶ استفاده گردید. رقیق سازی غلظت های مختلف از داروهای انتخاب شده (Sigma-Aldrich) در محیط RPMI1640 همراه L گلوتامین از طریق غلظت های دوتایی در میکروپلیت ۹۶ خانه ای انجام شد. به منظور تهیه محلول استوک ۲۵۶ میکروگرم در میلی لیتر فلوکونازول (FCZ) مقدار ۱/۳ میلی گرم پودر خالص فلوکونازول در ۱۰/۱ میلی لیتر DMSO حل گردید.

برای انجام تست مطابق با جداول استاندارد رقت های ۶۴ تا ۰/۱۲۵ میکروگرم بر میلی لیتر از این دارو تهیه شد. به منظور تهیه محلول استوک $1600 \mu\text{g/ml}$ از داروهای ایتراکونازول (ITZ) و کتوکونازول (KTZ) مقدار 0.8 gr از داروهای فوق توزین و جداگانه در 50 ml DMSO، حل می گردید و در دمای اتاق به مدت ۳۰ دقیقه نگهداری می شد. محلول های استوک در دمای ۲۰- تا ۳ ماه قابل نگهداری بودند. جهت انجام تست میکرودايلوشن ایتراکونازول، ۱۰ رقت از ۰/۳۱۲۵ تا ۱۶ میکروگرم در میلی لیتر و برای کتوکونازول، ۸ رقت از ۰/۳۱۲۵ تا ۸ میکروگرم در میلی لیتر فراهم می شد. برای تهیه ماده تلقیحی ابتدا کاندیداهای مورد مطالعه را بر روی محیط سابورد دکستروز آگار کشت خطی داده و در دمای ۳۵ درجه به مدت ۲۴ ساعت نگهداری می گردید سپس از مخمر رشد یافته سوسپانسیونی در لوله هایی در پیچدار حاوی سرم فیزیولوژی استریل تهیه و غلظت سوسپانسیون مخمرهای مورد مطالعه را با استفاده غلظت استاندارد نیم مک فارلند ($10^8 \times 1/5$) سنجیده شد (۱۴، ۱۵).

انجام تست Microdilution Broth: برای انجام تست میکرودايلوشن برای هر مخمر، ۱۰۰ میکرولیتر از غلظت های تهیه شده از داروهای مورد نظر در فوق را درون گودی های ۲ تا ۱۱ میکروپلیت های ۹۶ خانه ای اضافه می گردید به طوری که حفره اول (کنترل مثبت و حفره فاقد دارو و ارگانسیم و فقط حاوی محیط کشت RPMI1640) حفره دوم مشتمل بر بیشترین غلظت دارو (بیشترین غلظت رقت داروی ساخته شده برحسب سه داروی فوق) و حفره ۱۱ کمترین غلظت دارویی مورد نظر و حفره ۱۲ کنترل منفی (حاوی محیط کشت RPMI1640 بدون دارو و حاوی میکروارگانسیم) بود. سپس به هر یک از حفره ها ۱۰۰ میکرولیتر از سوسپانسیون سلولی مخمری با غلظت نهایی معادل نیم مک فارلند و ۵۰ میکرولیتر محیط RPMI1640 (Sigma-Aldrich) اضافه می شد. میکروپلیت ها در دمای ۳۵ درجه به مدت ۴۸ ساعت انکوبه می گردیدند. پایین ترین غلظت دارویی که قارچ بعد از این مدت در آن حفره هیچ رشدی نداشت، MIC90 بود یعنی در آن رقت حساسیت

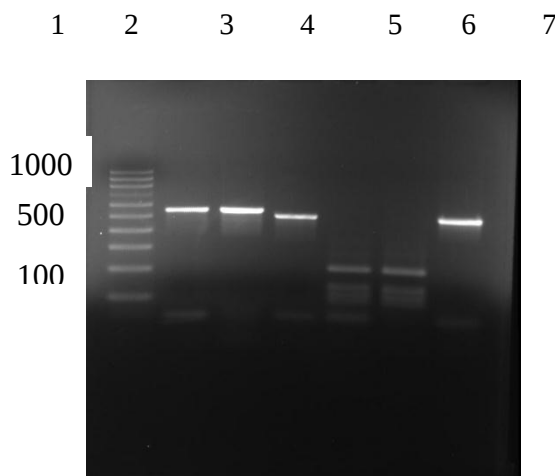
دارویی وجود دارد MIC90 برابر است با غلظتی از آنتی بیوتیک که مانع رشد ۹۰ درصد مخمر مورد مطالعه در میکروپلیت ها می شود میزان رشد در مقایسه با حفره کنترل مثبت که فاقد هر گونه دارو بوده و هم چنین با حفره کنترل منفی که فاقد ارگانسیم است سنجیده می شد. MIC50 برابر است با غلظتی از آنتی بیوتیک که مانع رشد ۵۰ درصد از مخمرهای مورد مطالعه در میکروپلیت ها گردیده که دقیق ترین و با ارزش ترین غلظت است خواندن نتایج MIC در کنار ارزیابی چشمی و با استفاده از آینه انجام می گرفت. مقدار رشد در لوله های حاوی مخمر به صورت چشمی با میزان رشد در لوله های کنترل منفی (بدون عامل ضد قارچی) مقایسه می شد که برای هر گونه مخمر و داروهای مورد مطالعه فرق می کرد. این مقادیر نشان دهنده غلظت دارو است که مانع رشد ۵۰ درصد و ۹۰ درصد از جدایه ها می شد (۱۵). برای اطمینان از خواندن درست نتایج از دستگاه اسپکتوفتومتر با طول موج ۶۲۰ نانومتر (sigma, Germany) استفاده می گردید (۱۵، ۱۴، ۱۰) نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ اطلاعات به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل ($P < 0.05$) به عنوان سطح معنی دار) قرار می گرفت.

یافته های پژوهش

در این تحقیق با توجه به بررسی های به عمل آمده از ۷۰ نمونه مورد مطالعه مشخص گردید که ۷۰ درصد بیماران زن (۴۹ نفر) و ۳۰ درصد آن ها مرد (۲۱ نفر) بودند. ۹۱/۴۳ درصد (۶۴ نفر) بیماران مورد بررسی مجرد و ۷/۵۷ درصد (۷ نفر) متاهل بودند. اکثر بیماران مورد مطالعه (۴۷/۵۱ درصد) برابر ۳۲ نفر در گروه سنی ۱۵ تا ۲۰ سال و بعد آن گروه سنی ۲۵-۲۰ ساله به تعداد ۱۸ نفر و گروه سنی ۳۰-۲۵ برابر ۱۲ نفر، گروه سنی ۱۵-۱۰ ساله برابر ۶ نفر و کم ترین آن ها مربوط به گروه سنی ۳۵-۳۰ ساله برابر ۲ نفر به ترتیب قرار داشتند. ۷۷/۱۴ درصد بیماران مورد بررسی (۵۴ نفر) ساکن مناطق شهری و ۲۲/۸۶ درصد افراد مورد مطالعه برابر ۱۶ نفر ساکن روستاها بودند. ۸۶ درصد بیماران مورد بررسی برابر ۳۰ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۱۴ نفر لیسانس، ۱۳ نفر فوق لیسانس، ۱۰ نفر دیپلم و کمترین

تایید شدند(شکل شماره ۱). بررسی میزان حساسیت ایزوله های کاندیدا پاراپسیلوزیس نسبت به غلظت های مختلف داروهای ضد قارچی مورد مطالعه برای جدایه های گونه های ۱ الی ۸ کاندیدا پاراپسیلوزیس(Cp1 الی Cp8) نشان داد که MIC5۰ ایزوله Cp5 برابر با ۰/۵، ۳۲ و ۰/۵ و ۰/۲ میکروگرم بر میلی لیتر و MIC90 برابر با ۰/۵، ۶۴ و ۱ میکروگرم بر میلی لیتر به ترتیب به نسبت به داروهای فلوکونازول، ایتراکونازول و کتوکونازول مقاوم بودند. بقیه ایزوله ها غیر از ایزوله های Cp1 و Cp8 تقریباً مقاومت نسبی را نسبت به این داروهای ضد قارچی نشان دادند. بقیه گونه های کاندیدی غیر از ایزوله های پاراپسیلوزیس به داروهای مورد مطالعه حساس بودند(جدول شماره ۱).

آن ها برابر ۳ نفر دارای تحصیلات دکتری بودند. ۴۳/۸۶ درصد بیماران(۳۷ نفر) دارای سابقه خانوادگی و ۳۵ نفر برابر ۴۷/۱۴ درصد فاقد سابقه بیماری بودند. ۴۱ نفر(۵۸/۵۷ درصد) بیماران سابقه درمان و ۲۹ نفر(۴۱/۴۳ درصد) سابقه درمان بیماری نداشتند. مطابق با کشت نمونه ها در محیط های تشخیصی از ۷۰ نمونه مورد بررسی ۱۲ مورد رشد مثبت کاندیدا داشته که با انجام روش های تکمیلی ذکر شده در روش کار، در نهایت ۱۱ گونه کاندیدا(۱۷/۱۵ درصد) را مورد شناسایی ملکولی قرار گرفت(شکل شماره ۱). گونه های جدا شده به ترتیب شامل کاندیدا پاراپسیلوزیس ۸ مورد(۷۲/۷۳ درصد)، کاندیدا کروزئی ۱ مورد(۱۲/۵ درصد)، کاندیدا لوزیتانیا ۱ مورد(۱۲/۵ درصد)، کاندیدا کفیر ۱ مورد(۱۲/۵ درصد) و یک مخمر مشکوک به کاندیدا به عنوان ترایکوسپورون اساهی



شکل شماره ۱. نتایج تکثیر DNA ژن ITS (ITS1 and ITS4primers) گونه های کاندیدا(۳۵۰ تا ۸۸۰ باز) بر روی الکتروفورز ژل: ۱-ستون اول مارکر(لدر)، ۲-ستون دوم کاندیدا پاراپسیلوزیس(شماره ۱) ۵۲۱ bp، ۳-ستون سوم کاندیدا پاراپسیلوزیس(شماره ۲) ۳۷۸ pb، ۴-ستون چهارم کاندیدا کروزئی ۵۰۳ pb، ۵-ستون پنجم کاندیدا لوزیتانیا ۳۷۸ pb، ۶-ستون ششم کاندیدا کفیر ۵۲۱ bp، ۷-ستون هفتم کاندیدا ترایکوسپورون اساهی

جدول شماره ۱. نتایج بررسی حساسیت گونه های کاندیدایی ایزوله شده از بیماران آکنه نسبت به داروهای ضد قارچی

ایزوله کلینیکی	داروی ضد قارچی		
	FCZ	ITZ	KTZ
C. parapsilosis(n=5) MIC range(μ g/ml)	0.063-64	0.016-16	0.016 - 16
MIC50(μ g/ml)	0.25-4	0.06-0.125	0.06-0.25
MIC90(μ g/ml)	1-8	0.125-0.25	0.125-0.5
C. parapsilosis(Cp5) MIC range (μ g/ml)	0.063-64	0.016-16	0.016-16
MIC50(μ g/ml)	32	0.5	0.25
MIC90(μ g/ml)	<64	<1	<0.5
C.parapsilosis(Cp1,Cp8) MIC range(μ g/ml)	0.063-64	0.016-16	0.016-16
MIC50(μ g/ml)	8-16	0.125-0.25	0.25
MIC90(μ g/ml)	8-32	0.25-0.5	0.5
C. Lusitania MIC range(μ g/ml)	0.063-64	0.016-16	0.016-16
MIC50(μ g/ml)	0.25	-	-
MIC90(μ g/ml)	1	0.125	0.0625
C. kefyri MIC range(μ g/ml)	0.063-64	0.016-16	0.016-16
MIC50(μ g/ml)	0.25	-	0.0625
MIC90(μ g/ml)	0.5	0.125	0.125
C. krusei MIC range(μ g/ml)	0.063-64	0.016-16	0.016-16
MIC50(μ g/ml)	16	0.25	0.25
MIC90(μ g/ml)	32	0.5	0.5

بحث و نتیجه گیری

اساس ایجاد آکنه، اختلال در ترکیب و شدت چربی ترشح شده از غدد چربی و هم چنین اختلال در روند و شدت شاخی شدن است. علت دقیق این بیماری شناخته نشده است ولی پزشکان عوامل مختلفی را در آن دخیل می دانند(۷). تشخیص آکنه، یک تشخیص کلینیکی است. یعنی پزشک با معاینه بیمار شاکی از این عارضه پوستی و با مشاهده نوع ضایعات، ضمن تشخیص بیماری، شدت آن را نیز تشخیص می دهد تا پروتوکل درمانی لازم را برای آن برنامه ریزی کند. تاکنون کمتر به نقش مخمرها در ایجاد آکنه پرداخته شده است. در این مطالعه شناسایی گونه های کاندیدا در افراد با تظاهرات کلینیکی آکنه با روش های مورفولوژیک، فیزیولوژیک و در نهایت ملکولی انجام گرفت. در این تحقیق با توجه به بررسی های به عمل آمده حاصل از ۷۰ نمونه افراد مورد بررسی مشخص گردید که ۷۰ درصد بیماران مورد بررسی زن و ۳۰ درصد آن ها مرد بودند. ۹۱/۴۳ درصد بیماران مجرد و ۷/۵۷ درصد متاهل بودند. اکثر بیماران مورد مطالعه(۴۷/۵۱ درصد) برابر ۳۲ نفر در گروه سنی ۱۵ تا

۲۰ سال قرار داشتند. ۵۲/۸۶ درصد بیماران(۳۷ نفر) دارای سابقه خانوادگی و ۳۵ نفر برابر ۴۷/۱۴ درصد فاقد سابقه این بیماری بودند. ۴۱ نفر(۵۸/۵۷ درصد) بیماران سابقه درمان و ۲۹ نفر(۴۱/۴۳ درصد) سابقه درمان نداشتند. در مطالعه اعتضادی و همکاران از میان ۱۲۵ بیمار مورد مطالعه ۷۰ مورد(۵۶ درصد) زن و ۵۵ مورد(۴۴ درصد) مرد بودند و دارای رنج سنی ۴۰-۱۲ سال بودند هم چنین از میان بیماران ۵۸ نفر(۴۶/۴ درصد) دارای سابقه فامیلی آکنه و ۶۷ نفر(۵۳/۶ درصد) فاقد سابقه فامیلی این بیماری بودند. ۲۳ نفر(۱۸/۴ درصد) از بیماران دارای سابقه مصرف دارو ۱۰۲ نفر(۸۱/۶ درصد) هیچ دارویی برای درمان آکنه مصرف ننمودند(۱۸).

بر اساس نتایج کشت و سایر آزمایش های تشخیصی از ۷۰ نمونه مورد بررسی ۱۲ کلتی مشکوک به کاندیدا شناسایی گردیدند و با تایید روش ملکولی در تعیین گونه(شرکت ژن فناوری) در نهایت ۱۱ گونه کاندیدا(۱۷/۱۵ درصد) به ترتیب جداسازی و شناسایی شدند. کاندیدا پاراپسیلوزیس ۸ مورد(۷۲/۷۳ درصد)، کاندیدا کروزئی ۱ مورد(۱۲/۵ درصد)، کاندیدا لوزیتانیا ۱

مورد(۱۲,۵٪)، کاندیدا کفیر ۱ مورد(۱۲/۵ درصد)، و یک مخمر مشکوک به کاندیدا که به عنوان ترایکوسپورون اساهی گزارش گردید. در مطالعه اعتضادی و همکاران از ۱۲۵ نمونه مورد مطالعه ۴۵/۶ درصد کاندیدی جدا شده از بیماران در میکروسکوپی مستقیم، تنها ۱۱ مورد(۲۴/۴ درصد) در کشت نمونه ها از نظر رشد کفنی گونه های کاندیدا مثبت گردیدند که شامل کاندیدا پاراپسیلوزیس(۲۷/۲ درصد)، کاندیدا کروزئی(۲۹/۴ درصد)، کاندیدا دابلینینسیس(۱۸/۲ درصد)، کاندیدا کفیر(۱۸/۲ درصد) و کاندیدا گلابراتا(۱۸/۲ درصد) بودند. ۳۴ مورد(۷۵/۶ درصد) و کاندیدا جدا شده از سطح آکنه شامل کاندیدا کروزئی، کاندیدا پاراپسیلوزیس، کاندیدا گیلرموندی، کاندیدا دابلینینسیس، کاندیدا آلبیکنس، کاندیدا گلابراتا، کاندیدا کفیر و کاندیدا زیلانوتید بودند(۱۸).

در مطالعه ای که کلارستاقی و همکاران در سال ۲۰۱۰ در ساری به منظور بررسی شیوع مالاسزیا در بیماران آکنه و ارزیابی حساسیت دارویی گونه های جدا شده از کشت ۱۲۳ بیمار مبتلا به آکنه در حدود ۲۳ مورد(۱۸/۸ درصد) از نظر رشد قارچی، مثبت بودند که در مجموع ۳ مورد مالاسزیا فورفور تشخیص داده شدند بقیه موارد مثبت مربوط به جنس کاندیدا بود که ۲ مورد کاندیدا گلابراتا و یک مورد کاندیدا آلبیکنس و ۱۷ مورد، دیگر گونه های دیگر کاندیدا تشخیص داده شدند(۱۹). در بررسی که هی جون و همکاران با هدف ارتباط بین مالاسزیا و آکنه استروئیدی در ۱۲۵ فرد مبتلا به آکنه استروئیدی انجام گردید مخمر مالاسزیا در فولیکول های زخمی ۸۰ درصد بیماران دیده شد. هم چنین قطع آنتی بیوتیک های باکتریایی و استعمال داروهای ضد قارچی موضعی و خوراکی کاهش معنی داری در حذف پاسچول ها و گاهی ناپدید شدن زخم ها را نشان دادند که این مطلب می تواند بیانگر نقش بیماری زایی مالاسزیا در ایجاد آکنه باشد. در بین داروهای ضد قارچی خوراکی در درمان این بیماران ایتراکنازول بهتر از سایر داروها از نظر بالینی بر روی این مخمرها تاثیر داشت(۲۰). در بررسی چان و همکاران در سال ۲۰۱۱ در بیماران آکنه، پروپیونی باکتر از مالاسزیا و استافیلوکوک بیشتر جداسازی شد و

هیچ تفاوت معنی داری بین میکروبیولوژی پوست در بیماران با آکنه نوجوانی و آکنه مداوم و آکنه در سنین بالا وجود نداشت. رشد مالاسزیا در کشت ۵۰ درصد بیماران مبتلا به آکنه در این بررسی گزارش گردید(۲۱). در یک مطالعه که توسط Nguyen و همکاران در سال ۲۰۰۹ به منظور بررسی ارتباط مابین آنزیم لیپاز و بیماریزایی کاندیدا پاراپسیلوزیس انجام شد و بررسی بیان این ژن با کلون سازی در باکتری ساکارومایسس سرویزیه و در نتیجه نقش این ژن در بیماریزایی کاندیدا اثبات گردید(۲۲). با توجه به این مطالعه و اکثر مطالعات دیگر(۲۳،۲۴) کاندیدا پاراپسیلوزیس بیشترین شیوع این بیماری در ایجاد کاندیدیوزیس جلدی را داشته است. البته در برخی از همین مطالعات گزارشاتی از افزایش شیوع گونه های غیر آلبیکنسی را نسبت به کاندیدا آلبیکنس و مالاسزیا وجود دارد که به نظر می رسد علت این امر آن مصرف زیاد آژول های معمولی و پدیدار شدن گونه های مقاوم به این آژول ها باشد. سال های زیادی کاندیدا آلبیکنس به عنوان عامل اصلی کاندیدیوزیس جلدی در نظر گرفته می شده است اما در دهه های اخیر شیوع گونه های دیگر از قبیل کاندیدا پاراپسیلوزیس، کاندیدا گلابراتا، کاندیدا کفیر، کاندیدا تروپیکالیس و دیگر گونه های غیرآلبیکنسی رو به افزایش است. آنزیم های خارج سلولی این گونه های کاندیدیایی در چسبندگی به سلول میزبان و هضم دیواره های سلولی میزبان به عنوان منبع تغذیه و هجوم بیشتر کمک می کنند(۲۵،۴). برخی بررسی های انجام شده قبلی نیز نشان می دهد که الزاماً بین گونه میکروفلور جدا شده از پوست دارای ضایعه و پوست سالم اطراف ضایعات همسانی وجود ندارد. هر چند نمی توان نقش مهم فلور قارچی پوست در ایجاد فولیکولیت یا آکنه توسط مخمرها را نادیده گرفت. لذا با توجه به میزان حضور بسیار بالاتر مالاسزیا در مقایسه با کاندیدا در پوست تحت عنوان میکروفلور پوستی، ارزیابی نتایج چنین مطالعات ذکر شده ای می تواند این استنتاج را به وجود آورد که فلورنرمال کاندیدیایی پوست هم می تواند به عنوان عامل مسبب آکنه، مد نظر قرار گیرد.

از طرف دیگر با توجه به ماهیت مخمری این دو قارچ اکتفا نمودن به نتایج اسمیر مستقیم از ضایعه می تواند نتیجه گیری اشتباه را در نظر داشت لذا کشت از نمونه های برداشت شده از ضایعات مورد تاکید قرار می گیرد. در این بررسی میزان حساسیت دارویی ایزوله های کاندیدا پاراپسیلوزیس Cp1 تا Cp8 نسبت به غلظت های مختلف داروهای ضد قارچی مورد مطالعه مشخص کرد که MIC5۰ ایزوله Cp5 برابر با ۰/۵، ۰/۲، ۰/۵، ۰/۲ میکروگرم بر میلی لیتر و MIC90 برابر با ۰/۵، ۰/۲، ۰/۵، ۰/۲ میکروگرم بر میلی لیتر به ترتیب به نسبت به داروهای فلوکونازول، ایتراکونازول و کتوکونازول مقاوم بودند. بقیه ایزوله های کاندیدا پاراپسیلوزیس غیر از ایزوله های Cp1 و Cp8 تقریباً مقاومت نسبی را نسبت به این داروها نشان می دادند و بقیه ایزوله های پاراپسیلوزیس به داروهای مورد مطالعه، حساس بودند. در واقع با توجه به MIC گونه های مختلف کاندیدا این بررسی نشان داده شد که کاندیدا پاراپسیلوزیس افزایش معنی داری مقاومت دارویی نسبت به سایر گونه ها از خود نشان داده است و استفاده از داروهای ازول جدید نسبت به آزول های قدیمی تر در مقابل گونه غیر البیکنس که شیوع آن ها در حال افزایش است حساسیت بیشتری نشان می دهند و بایستی ارتباط بالینی این مخمرها با مقاومت به این داروها در چنین بیماری هایی در حین درمان بررسی شود. بنا بر این نیازمند تحقیقات بیشتر بر روی میکروب ها و روش انتقال این گونه ها است.

در بررسی Arevalo حساسیت گونه های کاندیدی ایزوله شده در برابر فلوکونازول، ایتراکونازول و کتوکونازول مربوط به ۶۲۵ سویه مخمری که شامل کاندیدا آلبیکنس (۳۸۸)، تروپیکالیس کاندیدا (۸۴)، کاندیدا گلابراتا (۸۴)، پاراپسیلوزیس کاندیدا (۶۹) نشان داده شد که ۱۰/۰ درصد و ۸/۸ درصد از کاندیدا آلبیکنس به ترتیب به ایتراکونازول و فلوکونازول مقاوم و ۱/۸ درصد به کتوکونازول مقاوم بودند. ۳۹/۵ درصد از کاندیدا تروپیکالیس به ایتراکونازول، ۳۴/۵ درصد به فلوکونازول و ۲/۴ درصد به کتوکونازول مقاوم بودند. ۱۹/۱ درصد از کاندیدا گلابراتا به فلوکونازول و ۱۳/۱

درصد به ایتراکونازول مقاوم بودند. ۴/۴ درصد از کاندیدا پاراپسیلوزیس به داروی فلوکونازول و ۱/۵ درصد به ایتراکونازول مقاوم بودند. در این مطالعه کاندیدا تروپیکالیس مقاوم ترین و کاندیدا پاراپسیلوزیس به عنوان حساس ترین گونه ها مورد بررسی گزارش شدند (۲۵). این مطالعه تقریباً با مطالعه حاضر ما هم خوانی داشت. مطالعه Grossman و همکاران (۲۰۱۵) در بررسی مقاومت به فلوکونازول که ۱۲۲ مورد کاندیدا پاراپسیلوزیس ایزوله شده مشخص کردند و ۵۷ درصد نمونه های مقاوم به دارو این مطالعه تغییر در یک آمینواسید در زیر واحد ۱۴ ژن *erg11* وجود داشته داشت و در سویه های حساس، این تغییر زیر واحد دیده نشد (۲۶).

همان طور که مطالعات مختلف ثابت کرده اند اکثر موارد عوامل باکتریایی در ایجاد آکنه دخیل اند در خیلی از این موارد ما در درمان این بیماران دچار مقاومت آنتی بیوتیکی هستیم. با توجه به نتایج چندین مطالعه تغییرات در وضعیت فلورمیکروبی پوست (۲۸) و وجود ژن های لپیاژ مخمرهای کاندیدا و مالاسیا (۲۹،۳۰) با مکانیسم ایجاد ضایعات پوستی می توان این آنزیم را یکی از عوامل حدت این مخمرها در ایجاد بیماری آکنه در نظر گرفت و در مرحله بعد به عنوان هدف مناسب تحقیقات در روش های درمانی این بیماری در مواردی که ممکن اصلاً باکتری ها عامل بیماری نباشند مورد توجه میکروبیولوژیست ها و پزشکان قرار گیرد. در مورد بیماران مبتلا به آکنه و تحت درمان با آنتی بیوتیک ها و داروهای ضد قارچ که به طور نسبی به آن پاسخ می دهند یا اصلاً پاسخ نمی دهند و به خصوص در مورد بیماران آکنه ای با سابقه درمان طولانی باید تست حساسیت دارویی برای این افراد انجام شود تا در صورت مشاهده مقاومت دارویی از ادامه معالجه با آن دارو خودداری شود. از این رو در چنین مواردی پیشنهاد می شود ابتدا تشخیص صحیح عامل ایجادکننده آکنه بررسی و سپس درمان های موضعی و دارویی خوراکی مناسب انجام شود و با توجه به این که مطالعه بر روی تعداد معدودی از بیماران انجام شده است جهت کنکاش بیشتر در این زمینه تحقیقات وسیع تر با جمعیت بیشتر و اهداف اختصاصی تری به عمل آید.

اپیدمیولوژیک، درمان بیماری و از بین بردن مشکلات بهداشتی مرتبط با این بیماری باشد.

سپاسگزاری

با سپاس فراوان از همکاری معاونت محترم پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن که در تصویب و تامین هزینه های این طرح تحقیقاتی از محل بودجه پژوهشی کمال همکاری را داشته و هم چنین کارشناسان آزمایشگاه گروه میکروبیولوژی که امکان انجام این تحقیق را میسر نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

این بررسی بیانگر این مطلب است که با توجه به این که اکثر موارد عوامل باکتری در ایجاد آکنه دخیل اند بر اساس نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه برخی از گونه های کاندیدا نیز به عنوان عامل اتیولوژیک طیف گسترده ای از آسیب های پوستی نیز در کنار سایر عوامل اتیولوژیک میکروبی در ایجاد آکنه می توانند مطرح باشند. جدایه های گونه کاندیدا می توانند به داروهای ضد قارچی مقاوم باشند و این می تواند یکی از دلایلی باشد که در درمان مداوم این بیماری شکست درمانی وجود دارد. دستیابی به هدف فوق می تواند یک گام بزرگ در پاسخ به سوالات

References

1. Kurokawa I, Danby FW, Ju Q, Wang X, Xiang LF, et al. New developments in our understanding of acne pathogenesis and treatment. *Exp Dermatol* 2009; 18:821-32. doi: 10.1111/j.1600-0625.2009.00890.
2. Tanghetti EA. The role of inflammation in the pathology of acne. *Clin Aesthet* 2013; 6:27-35.
3. Burkhart CG, Burkhart CN, Lehmann PF. Acne: are view of immunologic and microbiologic Factors. *Postgrad Med J* 1999; 75:328-31. doi:10.1136/pgmj.75.884.328
4. Alver O, Gurcan S, Ozkaya G, Ener B. The effects of virulence factors on invasion in various species of *Candida*. *Af J Microbiol Res* 2013; 7: 719-23. doi: 10.5897/AJMR11.1410.
5. Asbeck E CV, Clemons KV, Stevens DV. *Candida parapsilosis* a review of its epidemiology pathogenesis clinical aspects typing and antimicrobial susceptibility. *Crit Rev Microbiol* 2009; 35: 283-309. doi: 10.3109/10408410903213393.
6. Kang SH, Kim HU. The isolation of *malassezia* yeasts in the comedones of *Acnevulgaris*. *Korean J Med Mycol* 1999;4:33-9. doi: 10.5021/ad.2009.21.1.18.
7. Kurokawa I, Danby F, WJu Q, Wang X, Xiang LF, Xia L, et al. New developments in our understanding of acne pathogenesis and treatment. *Exp Dermatol* 2009;18, 821-32. doi: 10.1111/j.1600-0625.2009.00890
8. Song Y CH, Hahn H J, Kim JY, Ko J H, Lee YW, et al. Epidemiologic study of *Malassezia* Yeasts in acne patients by analysis of 26s rDNA PCR RFLP. *Ann Dermatol* 2011; 23:321-8. doi:10.5021/ad.2011.23.3.321.
9. Vigneshkanna B, Amarkumar G, Swapna M, Joshy M. Easow isolation and identification of *candida* species from various clinical samples in a tertiary care hospital. *International J Res Med Sciences* 2017; 5:3520-2. doi: http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20173554
10. Ataides FS, Costa CR, Hasimot Lk, Souza LK, Fernandes ODL, et al. Molecular identification and antifungal susceptibility profiles of *Candida parapsilosis* complex species isolated from culture collection of clinical samples. *Rev Soc Brasileira Med Trop* 2015; 48:454-9. doi:10.1590/0037-8682-0120-2015.
11. Looke M, Kristjuhan K, Kristjuhan. Extraction of genomic DNA from Yeast for PCR-based application. *Biotechniques* 2011; 50: 325-8. .doi: 10.2144/000113672.
12. Fujita SI, Senda Y, Nakaguchi S, Hashimoto T. Multiplex PCR using internal transcribed spacer 1 and 2 regions for rapid detection and identification of yeast strains. *J Clin Mic* 2001; 39:3617-22. doi:10.1128/JCM.39.10.3617-3622.2001.
13. Pryce TM, Palladino S, Kay ID, Coombs GW. Rapid identification of fungi by sequencing the ITS 1 and ITS2 regions using an automated capillary electrophoresis system. *Med Mycol* 2003;

- 41: 369-81
doi:10.1080/13693780310001600435.
14. Chen YC, Lin YH, Chen KW, Lii J, Teng HJ, Li SY. Molecular epidemiology and antifungal susceptibility of *Candida parapsilosis sensu stricto* *Candida orthopsilosis* and *Candida metapsilosis* in Taiwan. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2010; 68: 284-92. doi:10.1016/j.diagmicrobio.
15. CLS I. Reference method for broth dilution antifungal susceptibility testing of yeasts 3th ed. Clin Lab Standards Ins Wayne Publication. 2008; P.209-11.
16. Zouboulis C, Eady A, Philpott M L, Goldsmith A, Orfanos C, Cunliffe W, Rosenfield R. What is the pathogenesis of acne? *Exp Dermatol* 2005; 14: 143-52. doi:10.1111/j.0906-6705.2005.0285a.x
17. Singaravelua K, Gacserb A, Nosanchuka DJ. Forum genetic determinants of virulence *Candida parapsilosis*. *Rev Iberoam Micol* 2014; 31:16-21. doi: 10.1016/j.riam.2013.09.018
18. Etezadi T, Hajheydari Z, Kalarestaghi AR, Nasrollahiomran A, Shokohi T, Hedayati MT. [The prevalence of candida in skin and acne lesions of patients *Candida parapsilosis* and *Candida krusei* were the most frequent isolated]. *J Isfahan Med Sch* 2012;30:1-7. (Persian)
19. Kalarestaghi AR, Hajheydari Z, Hedayati MT, Shokohi T. [The presence of *Malassezia* in acne lesions in patients referred to dermatology clinic of Boali hospital from Sari and susceptibility of isolated species to Ketoconazole and Miconazole and Clotrimazole]. *J Mazandaran Uni Med Sci* 2011; 24:10-20. (Persian)
20. Hu G, Wei YP, Feng J. *Malassezia* infection is there any chance or necessity in refractory acne? *Chin Med J Engl* 2010;123:628-32. doi:10.3760/cma.j.issn.0366-6999.2010.05.022
21. Chansong Y, Jinhahn H, Youngkim J, Hyunko J. Epidemiologic study of *Malassezia* yeasts in acne patients by analysis of 26S rDNA PCR-RFLP. *Ann Dermatol* 2011; 2:321-8. doi:10/5021/ad.2011.23.3.321
22. Nguyen LN, Trofa D, Nosanchuk JD. Fatty acid synthase impacts the pathobiology of *Candida parapsilosis* in vitro and during mammalian infection. *PLos One* 2009; 4: 8421-30. doi.org/10.1371/journal.pone.0008421.
23. Gacser A, Trofa D, Schafer W, Nosanchuk JD. Targeted gene deletion in *Candida parapsilosis* demonstrates the role of secreted lipase in virulence. *J Clin Inv* 2007; 117 : 3049-58. doi: 10.1172/JCI32294.
24. Prohic A, Jovovicsadikovic T, Krupalijafazlic M, Kuskunovic S. *Malassezia* species in healthy skin and in dermatological conditions. *Int J Dermatol* 2016; 55:494-504. doi:10.1111/ijd.13116.
25. Arevalo MP, Arias A, Andreu A, Rodriguez C, Sierra A. Fluconazolei itraconazole and ketoconazole in vitro activity against *Candida* spp. *J Chemother* 1994; 6:226-9.
26. Grossman NT, Pham CD, Cleveland AA, Lockhart SR. Molecular mechanisms of fluconazole resistance in *Candida parapsilosis* isolates from a US. surveillance system. *Antimicrob Age Chemother* 2015; 59:1030-7. doi: 10.1128/AAC.04613-14.
27. Zandi S, Vares B, Abdollahi H. [Determination of microbial agents of acne vulgaris and *Propionibacterium acnes* antibiotic resistance in patients referred to dermatology clinics in Kerman Iran]. *JJM* 2011; 4:17-22. (Persian)
28. Kong H. Skin microbiome genomics-based insights into the diversity and role of skin microbes. *Trends Mol Med* 2011;17:320. doi:10.1016/j.molmed.2011.01.013
29. Gacser A, Trofa D, Schafer W, Nosanchuk JD. Targeted gene deletion in *Candida parapsilosis* demonstrates the role of secreted lipase in virulence. *J Clin Inv* 2007;117: 3049-58. doi: 10.1172/JCI32294
30. Brunel L, Neugnot V, Landucci L, Boze H, Moulin G, Bigey F, Dubreucq E. High level expression of *Candida parapsilosis* lipase/acytransferase in *Pichia pastoris*. *J Biotechnol* 2004; 111:41-50. doi:10.1016/j.jbiotec.2004.03.007



Molecular Identification and Drug Susceptibility of *Candida* Species Isolated from the Skin of Patients with Acne Clinical Signs

Nasrollahiomran A^{1*}

(Received: August 26, 2018

Accepted: March 16, 2019)

Abstract

Introduction: Acne is a pathological disorder and a chronic inflammation in the sebaceous follicles, and one of the most popular dermatology damages that has affected millions of people worldwide. The aim of this study was to identify *Candida* species in patients with acne as well as determine the drug susceptibility of these species.

Materials & Methods: In this cross-sectional study, 70 clinical specimens were taken from the skin of patients suspected of acne by the sterile swab. Subsequently, the specimens were cultured on Sabouraud Dextrose Agar containing chloramphenicol. The plates were incubated for 48 h at 37°C. The suspected colonies were investigated through microscopic examination and subsequent passages were evaluated according to standard operating procedures and specification of the type of colony color on CHROMagar for the isolation of the yeast. The sequencing method was utilized (ITS2, ITS4) to approve *C. species*. In addition, the susceptibility testing was performed to assess drug-resistant isolates *C. species* based on the clinical and laboratory standards institute method.

Findings: In total, 11 *C. species* were identified and isolated that include 8 *C. parapsilosis* (72.73%), 1 *C. krusei* (12.5%), 1 *C. lusitanae* (12.5%), 1 *C. kefyr* (12.5%), and a *Trichosporon asahi*. According to the investigation of *C. parapsilosis* isolates susceptibility to various concentrations of the anti-fungal agents to isolates Cp1 and Cp8, the isolated Cp5 with MIC 50 was equal to 32, 0.5, 0.25 and with MIC 90 of <64, <1, <0.5 µg/ml were resistant to fluconazole, itraconazole, and ketoconazole, respectively. Apart from the isolation of Cp1 and Cp8, which had relative resistance, almost all other species of *C. parapsilosis* isolates were susceptible to these drugs.

Discussion & Conclusions: Several studies showed that bacterial agents are involved in causing acne in most cases. According to the results of this study, it can be suggested that the yeast *C. species* can be introduced as an agent in the etiology of this disease. *C. species* isolates can also be resistant to antifungal drugs and this could be one of the causes of the treatment failures.

Keywords: Acne, *Candida* species, Drug susceptibility, Skin

1. Dept of Mycology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

* Corresponding author Email: AYAT 51@ yahoo.