

Comparison of the frequency of HHV-8 virus in patients with systemic lupus erythematosus and healthy population

Javad Moayedı¹ , Zahra Mousavi¹ , Ava Hashempour^{1*} , Mohammad Ali Nazarinia² 

¹ Clinical Microbiology Research Center, Nemazee Hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² Shiraz Geriatric Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Article Info

Article type:

Research article

Article History:

Received: Jun. 25, 2023

Revised: Oct. 10, 2023

Accepted: Nov. 07, 2023

Published Online: May.
07,2024

* Correspondence to:

Nooshin Dalili

Clinical Microbiology

Research Center, Nemazee

Hospital, Shiraz University of

Medical Sciences, Shiraz, Iran

Email:

thashem@sums.ac.ir

ABSTRACT

Introduction: Lupus is a chronic systemic disorder with a complex etiology, and viral infections have contributed to its development and progression. Human herpesvirus-8 (HHV-8) has been diagnosed in many patients with autoimmune disorders; however, its role in lupus has not been well investigated. The present study aimed to compare the frequency and viral load of HHV-8 in patients with lupus and healthy population.

Material & Methods: In this cross-sectional study, 70 patients with lupus and 70 healthy individuals who were matched for gender and age were included. After the extraction of viral DNA, the HHV-8 viral load was measured using the Real-time polymerase chain reaction (PCR) technique, and the results were analyzed by SPSS software.

Results: Patients with lupus consisted of 59 females (84.3%) and 11 males (15.7%) with a mean age of 31.1 ± 8.4 years, and the control group consisted of 58 females (82.9%) and 12 males (17.1%) with a mean age of 33.5 ± 11.2 years, none of them were positive for HHV-8 genome.

Discussion & Conclusion: To date, there is no report in this field from Iran, and this study is the first survey. Regarding the high accuracy of the Real-time PCR technique and lack of HHV-8 genome in the blood samples of Iranian patients with lupus, it seems that none of the individuals, even in the case of viral infection, were infected with the active form of HHV-8, which is compatible with the previous studies.

Keywords: HHV-8; Lupus; Real-time PCR; Viral load

➤ How to cite this paper

Moayedı J, Mousavi Z, Hashempour A, Nazarinia MA. Comparison of the frequency of HHV-8 virus in patients with systemic lupus erythematosus and healthy population. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2024;32(1): 75-82.



مقایسه فراوانی ویروس HHV-8 در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک اریتماتوز و افراد سالم

جواد مویدی^۱، زهرا موسوی^۱، آوا هاشمپور^{۱*}، محمد علی نظری نیا^۲

^۱ مرکز تحقیقات میکروبیشناسی بالینی، بیمارستان نمازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۲ مرکز تحقیقات سالمندی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۰۴

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۲/۱۸

مقدمه: لوپوس بیماری سیستمیک مزمنی با اتیولوژی پیچیده است و عفونتهای ویروسی در آغاز و پیشرفت آن نقش دارند. هرپس ویروس انسانی تیپ ۸ (HHV-8) در بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات خودایمنی تشخیص داده شده؛ اما نقش آن در لوپوس به خوبی بررسی نگردیده است. مطالعه پیش رو با هدف مقایسه فراوانی و بار ویروسی HHV-8 در بیماران مبتلا به لوپوس و افراد سالم انجام شده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی، ۷۰ بیمار مبتلا به لوپوس و ۷۰ فرد سالم که از نظر جنسیت و سن با گروه بیماران تطبیق داده شده بود، وارد مطالعه گردیدند. بار ویروسی HHV-8 پس از استخراج DNA ویروسی با استفاده از تکنیک Real-time PCR سنجیده شد و نتایج با نرم افزار SPSS در سطح معنی ۶-داری ۵ درصد تجزیه و تحلیل آماری گردید.

یافته های پژوهش: بیماران مبتلا به لوپوس شامل ۵۹ زن (۸۴/۳ درصد) و ۱۱ مرد (۱۵/۷ درصد) با میانگین سنی $31/1 \pm 8/4$ سال و افراد گروه کنترل شامل ۵۸ زن (۸۲/۹ درصد) و ۱۲ مرد (۱۷/۱ درصد) با میانگین سنی $33/5 \pm 11/2$ سال بودند که هیچ یک از نظر آلودگی به ژنوم HHV-8 مثبت نبودند.

بحث و نتیجه گیری: تا به امروز، هیچ گونه گزارشی درباره این موضوع در ایران وجود ندارد و این مطالعه اولین گزارش است؛ بنابراین، با توجه به دقت بالای تکنیک Real-time PCR و تشخیص ندادن ژنوم HHV-8 در خون بیماران ایرانی مبتلا به لوپوس به نظر می رسد که هیچ یک از افراد بررسی شده حتی در صورت آلودگی به ویروس، به گونه فعال ویروس HHV-8 آلوده نبوده اند که با مطالعات پیشین همخوانی دارد.

نویسنده مسئول:

آوا هاشمپور

مرکز تحقیقات میکروبیشناسی بالینی، بیمارستان نمازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Email:

thashem@sums.ac.ir

واژه های کلیدی: لوپوس، HHV-8، بار ویروسی، Real-time PCR

استناد: مویدی جواد، موسوی زهرا، هاشمپور آوا، نظری نیا محمد علی. مقایسه فراوانی ویروس HHV-8 در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک اریتماتوز و افراد سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، اردیبهشت ۱۴۰۳؛ ۳۲(۱): ۷۵-۸۲.



لوپوس (Systemic Lupus Erythromatosus, SLE) بیماری سیستمیک مزمنی با اتیولوژی بسیار پیچیده و تظاهرات بالینی گسترده است (۱) و شیوع آن در جمعیت‌های مختلف ۲۰-۱۵ نفر به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شود. این بیماری یکی از انواع معمول بیماری‌های بافت همبند است که می‌تواند در هر سنی ایجاد گردد؛ اما نزدیک به ۹۰ درصد موارد بیماری در زنان بالغ رخ می‌دهد و شیوع آن در سنین باروری در زنان ۷-۹ برابر مردان است (۲، ۳). علت ایجاد این بیماری چندعاملی و هنوز ناشناخته است؛ اما به نظر می‌رسد، اختلال عملکرد لنفوسیت T در کنترل لنفوسیت B موجب فعال شدن لنفوسیت‌های B پلی کلونال و تولید مقدار فراوانی اتوآنتیبادی در برابر اجزای هسته‌ای و سیتوپلاسمی می‌شود. از سوی دیگر، افزایش بیان سایتوکاین‌های التهابی به افزایش تکثیر سلول B خودواکنشگر (Auto-reactive) و تولید بیشتر اتوآنتیبادی منجر می‌گردد. با حمله اتوآنتی‌بادی‌های پاتوژن و کمپلکس‌های ایمنی که به علت نقص در دستگاه ایمنی تولید شده‌اند، بافت‌ها و سلول‌های بدن به طور مستقیم یا در اثر رسوب کمپلکس ایمنی دچار آسیب می‌شوند (۴-۷). از اختلالات عمده و شدیدی که در این بیماری ممکن است پدیدار گردد، می‌توان به اختلالات عصبی و روان‌شناختی، آسیب‌های پوستی، التهاب عروق و بافت‌های همبند، ریزش مو، التهاب مفصلی و آسیب به ارگان‌های داخلی بدن اشاره کرد (۸، ۹).

عوامل مختلفی از جمله جنس، سن، عوامل محیطی، ژنتیکی، اختلالات ایمونولوژیکی و عفونت‌های میکروبی در پاتوژنز لوپوس دخیل هستند و همه آن‌ها از طریق تحریک پاسخ ایمنی علیه آنتی‌ژن‌های خودی موجب القای بیماری می‌شوند و میزان حساسیت به بیماری در پاسخ به این عوامل تعیین می‌گردد (۱۰، ۵). نقش پاتوژن‌ها در ایجاد و پیشرفت لوپوس همچنان مورد بحث است؛ اما برخی از نشانه‌های این بیماری به طور موقت به وسیله عوامل عفونی در افراد سالم نیز ایجاد می‌شوند. به نظر می‌رسد که پاتوژن‌ها از طریق ایجاد پاسخ‌های غیرطبیعی ایمنی که به وسیله تشابهات مولکولی

ایجاد می‌گردد، در بروز و پیشرفت این بیماری نقش داشته باشند و با توجه به استفاده از داروهای سرکوب‌کننده دستگاه ایمنی برای درمان لوپوس، انتظار می‌رود این بیماران بیش از سایر افراد، مستعد ابتلا به عفونت‌های فرصت‌طلب باشند. همولوژی میان ویروس‌ها و اهداف اتوآنتی‌بادیها نشان می‌دهد که تشابهات مولکولی می‌توانند آغازکننده پاسخ آنتی‌بادی علیه بیماری‌های خودایمنی باشند (۱۱-۱۳).

ویروس‌های خانواده هرپس ویریده (Herpesviridae) طیف وسیعی از سازوکارها را برای جلوگیری از شناسایی و پاک‌سازی توسط دستگاه ایمنی دارند و پس از ورود به بدن میزبان نهفته می‌گردند و عفونت مادام‌العمر ایجاد می‌کنند. این ویروس‌ها علاوه بر فعال کردن مسیرهای کنترل خودایمنی می‌توانند در طول زندگی میزبان نیز به دفعات فعال شوند (۱۵)، (۱۴). شواهد فراوانی علیه ارتباط خانواده هرپس ویریده و یکی از اعضای مهم آن، ویروس اِپشتین بار (Epstein Barr virus, EBV)، با بیماری لوپوس وجود دارد (۱۶، ۱۳، ۱۱). هرپس ویروس انسانی تیپ ۸ (HHV-8) یکی دیگر از اعضای این خانواده ویروسی است که بیشترین شباهت را به EBV دارد و شیوع سرمی آن در جمعیت‌های معمولی بین ۲۸-۵ درصد گزارش شده است. این ویروس از اعضای زیرخانواده گاما‌هرپسویروس‌ها است که می‌توانند چندین گونه سلولی از جمله سلول‌های لنفوسیت B را آلوده کنند (۱۹-۱۷، ۱۵). ویروس HHV-8 به عنوان یک پاتوژن فرصت‌طلب و عامل اتیولوژیکی سارکوم کاپوزی (Kaposi's sarcoma) شناخته می‌شود و با پیشرفت بسیاری از بیماری‌های پرولیفراتیو (Proliferative Diseases) در ارتباط است (۲۱، ۲۰، ۱۵). علی‌رغم اینکه ویروس HHV-8 در بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات ایمنی تشخیص داده شده است؛ اما نقش آن در لوپوس به خوبی بررسی نگردیده و تاکنون هیچ گزارشی از ایران در زمینه شیوع عفونت ویروس HHV-8 در بیماران مبتلا به لوپوس منتشر نشده است؛ بنابراین، مطالعه پیش‌رو با هدف مقایسه فراوانی و بار ویروسی HHV-8 در بیماران مبتلا به لوپوس و افراد سالم انجام شده تا نقش این ویروس در ایجاد این بیماری در جمعیت ایرانی بررسی گردد.

مواد و روش‌ها

جمعیت پژوهش: در این مطالعه مقطعی، یک گروه ۷۰ نفری از بیماران مبتلا به لوپوس به همراه یک گروه کنترل (۷۰ نفر) آزمایش شدند. بیماران به طور تصادفی از میان افراد مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان حافظ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز، پس از معاینه دقیق از سوی پزشک روماتولوژیست و تشخیص بیماری طبق معیارهای انجمن روماتولوژی آمریکا انتخاب گردیدند. از همه بیماران تاریخچه بیماری و شرح حال کامل گرفته شد و با آگاهی از هدف این مطالعه و اخذ رضایت نامه آگاهانه وارد مطالعه گردیدند. گروه کنترل نیز از میان افرادی که به هیچ نوع بیماری خودایمنی مبتلا نبودند و از نظر جنسیت و سن با گروه بیماران تطبیق داده شده بودند، انتخاب گردید. همه افراد وارد شده در این مطالعه ایرانی بودند و حجم نمونه برابر جامعه آماری و روش نمونه گیری استفاده از همه نمونه‌های در دسترس بود. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز به تأیید رسیده است و همه تمهیدات لازم برای حفظ مشخصات افراد به کار برده شد.

نمونه گیری، استخراج DNA و انجام Real-time PCR: از هر فرد بیمار و سالم، ۵ سی سی خون وریدی در لوله‌های حاوی ماده ضد انعقاد EDTA گرفته شد و به آزمایشگاه منتقل گردید. نمونه‌های خون به مدت ۵ دقیقه در دمای محیط و دور RPM 3000 سانتریفیوژ شدند و پلاسما حاصل به درون میکروتیوب‌های استریل منتقل گردید و تا زمان انجام آزمایش در فریزر -70°C نگهداری شد. استخراج DNA و پیروسی روی ۲۰۰ میکرولیتر نمونه پلاسما صورت گرفت. در این مرحله، کنترل داخلی (Internal control) نیز به نمونه‌ها اضافه گردید و مراحل استخراج DNA توسط Invisorb Spin Virus DNA Mini Kit محصول شرکت Stratec آلمان و مطابق با دستورالعمل شرکت سازنده انجام شد. پس از استخراج DNA، سنجش کمی HHV-8 DNA توسط Genesig Advanced HHV-8 Kit (Cat#Path- HHV8) محصول شرکت Primerdesign انجام گردید و در حین انجام آزمایش، از کنترل منفی نیز استفاده شد. این کیت

به طور اختصاصی ژنوم HHV-8 را از طریق کانال FAM و ژن کنترل داخلی را از طریق کانال VIC شناسایی میکند. مقدار ۱۵ میکرولیتر از مخلوط نهایی شامل مستر میکس، پرایمر و پروب به همه ویالها اضافه گردید و پس از آن، ۵ میکرولیتر از نمونه DNA استخراج شده به تیوب‌های نمونه، ۵ میکرولیتر از هریک از استانداردها (۲، ۲۰، ۲۰۰، ۲۰۰۰، ۲۰۰۰۰ و ۲۰۰۰۰۰ کپی در میکرولیتر) به تیوب‌های استاندارد و ۵ میکرولیتر آب دیونیزه به تیوب کنترل منفی اضافه شد و واکنش PCR در حجم نهایی ۲۰ میکرولیتر توسط دستگاه ترموسایکلر ABI 7500PRISM و طبق الگوی دمایی زیر اجرا گردید: فعال سازی آنزیم در 95°C درجه سانتی گراد به مدت ۱۵ دقیقه و پس از آن 50°C چرخه شامل مرحله واسرشت در دمای 95°C درجه سانتی گراد به مدت ۱۰ ثانیه و مرحله اتصال پرایمر پروب/خواندن نتایج در دمای 60°C درجه سانتی گراد به مدت ۶۰ ثانیه. تجزیه و تحلیل آماری: تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS vol.21 انجام و سطح معنی داری روابط $P < 0.05$ در نظر گرفته شد. از آمار توصیفی (تعیین فراوانی/درصد) و آزمون مجذور کای (χ^2) برای ارزیابی تفاوت‌های میان دو گروه استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

در این مطالعه مقطعی، تعداد ۷۰ بیمار مبتلا به لوپوس شامل ۵۹ زن (۸۴/۳ درصد) و ۱۱ مرد (۱۵/۷ درصد) با دامنه سنی ۱۸-۵۳ سال و میانگین سنی 31.1 ± 8.4 سال و ۷۰ فرد سالم شامل ۵۸ زن (۸۲/۹ درصد) و ۱۲ مرد (۱۷/۱ درصد) با محدوده سنی ۵۸-۲۰ سال و میانگین سنی 33.5 ± 11.2 سال که از نظر سن و جنسیت با گروه بیماران تطبیق داده شده بودند، بررسی گردیدند. میان دو گروه بیماران و کنترل از نظر جنسیت و سن، اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$). نمونه DNA استخراج شده از پلاسما به عنوان الگو برای بررسی آلودگی به ژنوم HHV-8 بررسی گردید. نتایج Real-time PCR نشان داد که هیچ یک از بیماران مبتلا به لوپوس و افراد گروه کنترل از نظر آلودگی به ژنوم HHV-8 مثبت نبودند (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱. نمودار Amplification Plot در تست Real-time PCR. درحالی که استانداردهای ۲، ۲۰، ۲۰۰، ۲۰۰۰، ۲۰۰۰۰ و ۲۰۰۰۰۰ کپی در میکرولیتر همگی تکثیر یافته‌اند، هیچ کدام از نمونه‌های بیمار مبتلا به لوپوس و افراد کنترل از نظر آلودگی به ژنوم HHV-8 مثبت نشده است.

بحث و نتیجه گیری

ویروس‌ها با بهره‌مندی از سازوکارهای پیچیده در آغاز و یا پیشرفت بسیاری از بیماری‌های خودایمنی از جمله لوپوس دخالت دارند و علاوه بر شیوع بالاتر عفونتهای ویروسی در این گروه از بیماران نسبت به افراد سالم، برخی از نشانه‌های لوپوس نیز به‌طور موقت به‌وسیله آلودگی به عوامل عفونی در افراد سالم ایجاد میشود. بیان ژنهای اینترفرون نوع I از شاخصهای پاتولوژیک بیماریهای خودایمنی به‌شمار می‌رود و پاتوژنهای ویروسی از طریق مسیرهای سیگنالینگ داخل سلولی، توانایی القای بیان ژنهای اینترفرون نوع I را دارند. با توجه به گرایش ویروس‌ها به سلولهای ایمنی، همواره به‌عنوان عاملی بالقوه برای ایجاد بیماریهای خودایمنی در نظر گرفته میشوند (۲۳، ۲۲، ۱۸، ۱۱). شیوع لوپوس در نقاط مختلف جهان با توجه به عوامل ژنتیکی و محیطی متعدد از قبیل جنس، سن و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، بین ۱۵-۲۰۰ نفر به ازای هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر تخمین زده میشود و شیوع آن در جمعیت ایرانی نیز ۴۰ نفر به ازای هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر برآورد شده است (۲۴). مصرف داروهای سرکوب کننده دستگاه ایمنی در بیماران مبتلا به لوپوس به افزایش میزان بروز عفونت در این گروه از بیماران منجر میگردد و اهمیت بررسی‌های دقیق و تعیین میزان آلودگی این افراد به عوامل عفونی را بیش از پیش مشخص ساخته است (۱۷، ۱۳، ۱۱).

هریس ویروسها با انواع مختلفی از بیماریهای

خودایمنی در ارتباط هستند (۲۵، ۱۷) و تا به امروز، ارتباط مستقیم ویروس HHV-8 با چندین بیماری از جمله سارکوم کاپوزی، لنفوما فیوژن اولیه (Primary Effusion Lymphoma) و بیماری کاسلمن (Castleman's disease) نشان داده شده است (۱۸)؛ اما در سطح جهان، تنها ۳ مطالعه به بررسی میزان شیوع ژنومی HHV-8 در نمونه‌های بالینی بیماران مبتلا به لوپوس پرداخته‌اند و هیچ‌گونه گزارشی در این باره از ایران وجود ندارد؛ بنابراین، در مطالعه حاضر برای نخستین بار، میزان بار ویروسی HHV-8 در بیماران ایرانی مبتلا به لوپوس و افراد سالم بررسی گردید. نتایج آزمایشهای Real-time PCR نشان داد که در خون هیچ‌یک از بیماران مبتلا به لوپوس و افراد سالم، ژنوم HHV-8 قابل تشخیص نیست. در مطالعه تانگ و همکاران در سال ۲۰۱۳ (۱۸) که با استفاده از تکنیک SYBR Green Real-time PCR روی ۴۵ بیمار تایوانی مبتلا به لوپوس انجام شده بود، HHV-8 DNA در نمونه‌های PBMC هیچ‌یک از بیماران تشخیص داده نشد، درحالی که ۵۷/۸ درصد از آنان از لحاظ سرولوژیکی، آنتی‌بادی ضد HHV-8 داشتند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد؛ همچنین نتایج مطالعه انجام شده روی بیماران مبتلا به اسکرودرمی که یکی دیگر از بیماریهای خودایمنی است، نشان داد که HHV-8 DNA در نمونه‌های خون هیچ‌کدام از بیماران یافت نشده است، درحالی که ۶۸ درصد از بیماران از نظر آنتی‌بادی ضد این ویروس مثبت بودند (۲۶).

در تضاد با مطالعه حاضر، سان و همکاران (۱۹) سرم ۱۰۷ بیمار چینی مبتلا به لوپوس و ۱۲۲ فرد سالم را از نظر فراوانی HHV-8 DNA و آنتی بادی ضد HHV-8 با استفاده از تکنیکهای Nested-PCR و سنجش ایمنی آنزیمی (Enzyme Immunoassay, EIA) بررسی کردند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که ژنوم HHV-8 و آنتی بادی ضد HHV-8 به ترتیب در ۱۱ و ۱۹ بیمار مبتلا به لوپوس تشخیص داده شده و فراوانی آن در گروه بیماران به طور معنی داری بیشتر از افراد سالم بوده است؛ همچنین در مطالعه دیگری که بالادا و همکاران (۱۷) روی سرم ۲۸۰ بیمار اسپانیایی مبتلا به انواع اختلالات خودایمنی سیستمیک (از جمله ۸۲ بیمار مبتلا به لوپوس) انجام دادند، ژنوم HHV-8 و آنتی بادی ضد پروتئین orfK این ویروس تنها در ۲ بیمار تشخیص داده شد که هر دو به بیماری لوپوس مبتلا بودند. مطالعات پیشین در جمعیت ایرانی نشان داده است که شیوع ویروس HHV-8 از ۲ درصد در دهندگان خون تا ۱۶/۹ درصد در افراد همودیلیزی، ۲۵ درصد در گیرندگان پیوند کلیه و ۴۵/۷ درصد در افراد آلوده به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان متغیر بوده است (۲۰). فراوانی بالای ژنوم HHV-8 در بیماران چینی میتواند ناشی از شیوع بالای این ویروس در این جمعیت باشد؛ زیرا ۲۰/۴ درصد از دهندگان خون در چین به ویروس HHV-8 آلوده هستند (۲۷) که به نسبت ایران (۲ درصد)، شیوع بسیار بالاتری دارد. مطالعاتی که ریس و همکاران (۲۸) روی بیماران مبتلا به لوپوس انجام داده بودند، نشان داد که از ۷۱ بیمار، HHV-8 DNA در ۱۵ بیمار (۲۱/۱ درصد) مثبت بوده است و از این ۱۵ بیمار، ۱۱ نفر (۷۳ درصد) در وضعیت فعال بیماری لوپوس قرار داشتند. از سوی دیگر، مطالعات پیشین نشان داده است که HHV-8 DNA به ندرت در پلاسما، سرم و یا PBMC افراد بدون سارکوم کاپوزی قابل تشخیص است و بار ویروسی آن در خون اغلب بالا نیست (۲۹-۳۳)؛ بنابراین، تشخیص ندادن ژنوم HHV-8 در خون بیماران ایرانی مبتلا به لوپوس غیرمنتظره نیست و با مطالعات پیشین همخوانی دارد (۳۴، ۱۸، ۱۷). یکی از عللی که می تواند سبب تفاوت در نتایج باشد، حساسیت و نوع تکنیک به کاررفته در مطالعات مختلف است

که به این مورد در مطالعه بالادا و همکاران نیز اشاره شده است (۱۷).

با توجه به اینکه هرپس ویروس ها پس از ورود به بدن میزبان نهفته میشوند و عفونت مادام العمر ایجاد میکنند؛ بنابراین، سطوح بالای آنتی بادی ضد ویروس HHV-8 در بیماران مبتلا به انواع اختلالات خودایمنی و تشخیص ندادن ژنوم HHV-8 در خون آنان می تواند حاکی از وجود یک عفونت نهفته در این گروه از بیماران باشد (۱۸) که نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه را ضروری می سازد؛ بنابراین پیشنهاد می شود، برای تعیین میزان آلودگی به ژنوم HHV-8 و آنتی بادی ضد آن در افراد مبتلا به انواع اختلالات خودایمنی از جمله لوپوس، مطالعات آتی روی تعداد بیشتری از بیماران انجام گردد و نقش تشابهات آنتی ژنیک ویروسها در بروز و پیشرفت لوپوس نیز بررسی شود.

سپاس گزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند از همکاری کارکنان درمانگاه روماتولوژی بیمارستان حافظ تقدیر و تشکر نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می نمایند که هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این مقاله با حمایت مالی مرکز تحقیقات میکروبیشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است (طرح شماره ۳۰-۹۲)..

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این مقاله در طراحی پژوهش، بررسی متون، انجام آزمایشها، جمع آوری دادهها، تحلیل آماری، تهیه پیش نویس مقاله، انجام اصلاحات و نهایی سازی آن همکاری داشته اند.

References

- Lazar S, Kahlenberg JM. Systemic lupus erythematosus: new diagnostic and therapeutic approaches. *Annu Rev Med* 2023; 74:339-52. doi: 10.1146/annurev-med-043021-032611.
- Sayiner ZA, Haque U, Malik MU, Gurakar A. Hepatitis C virus infection and its rheumatologic implications. *Gastroenterol Hepatol* 2014; 10:287-93.
- Fatoye F, Gebrye T, Mbada C. Global and regional prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus in low-and-middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int* 2022; 42:2097-107. doi: 10.1007/s00296-022-05183-4.
- Agmon-Levin N, Mosca M, Petri M, Shoenfeld Y. Systemic lupus erythematosus one disease or many? *Autoimmun Rev* 2012; 11:593-5. doi: 10.1016/j.autrev.2011.10.020.
- Tobón GJ, Izquierdo JH, Cañas CA. B lymphocytes: development, tolerance, and their role in autoimmunity—focus on systemic lupus erythematosus. *Autoimmune Dis* 2013; 2013:827254. doi: 10.1155/2013/827254.
- Namazi S, Ziaee V, Rezaei N. The role of cytokines in systemic lupus erythematosus. *Tehran Univ Med J* 2015; 73:397-404.
- Gómez-Bañuelos E, Fava A, Andrade F. An update on autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol* 2023; 35:61-67. doi: 10.1097/BOR.0000000000000922.
- Cojocaru M, Cojocaru IM, Silosi I, Vrabie CD. Manifestations of systemic lupus erythematosus. *Maedica* 2011; 6:330-36.
- Touma Z, Hoskin B, Atkinson C, Bell D, Massey O, Lofland JH, et al. Systemic lupus erythematosus symptom clusters and their association with Patient-Reported outcomes and treatment: analysis of Real-World data. *Arthritis Care Res* 2022; 74:1079-88. doi: 10.1002/acr.24546.
- Hasan B, Fike A, Hasni S. Health disparities in systemic lupus erythematosus—a narrative review. *Clin Rheumatol* 2022; 41:3299-311. doi: 10.1007/s10067-022-06268-y.
- Jung JY, Suh CH. Infection in systemic lupus erythematosus, similarities, and differences with lupus flare. *Korean J Intern Med* 2017; 32:429-38. doi: 10.3904/kjim.2016.234.
- Deng Y, Tsao BP. Genetic susceptibility to systemic lupus erythematosus in the genomic era. *Nat Rev Rheumatol* 2010; 6:683-92. doi: 10.1038/nrrheum.2010.176.
- Nelson P, Rylance P, Roden D, Trela M, Tugnet N. Viruses as potential pathogenic agents in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2014; 23:596-605. doi: 10.1177/0961203314531637.
- Stack G, Stacey MA, Humphreys IR. Herpesvirus exploitation of host immune inhibitory pathways. *Viruses* 2012; 4:1182-201. doi: 10.3390/v4081182.
- Rohner E, Wyss N, Trelle S, Mbulaiteye SM, Egger M, Novak U, et al. HHV-8 seroprevalence: a global view. *Syst Rev* 2014; 3:1-7. doi: 10.1186/2046-4053-3-11.
- Iwata S, Tanaka Y. Association of viral infection with the development and pathogenesis of systemic lupus erythematosus. *Front Med* 2022; 9:849120. doi: 10.3389/fmed.2022.849120.
- Balada E, Ramentol M, Felip L, Ordi-Ros J, Selva-O'Callaghan A, Simeón-Aznar C, et al. Prevalence of HHV-8 in systemic autoimmune diseases. *J Clin Virol* 2015; 62:84-88. doi: 10.1016/j.jcv.2014.11.022.
- Tung YC, Ke LY, Tsai SM, Lu PL, Tsai WC. High seroprevalence of human herpesvirus 8 infection in patients with systemic lupus erythematosus. *Int J Rheum Dis* 2013; 16:709-14. doi: 10.1111/1756-185X.12193.
- Sun Y, Sun S, Li W, Li B, Li J. Prevalence of human herpesvirus 8 infection in systemic lupus erythematosus. *Virol J* 2011; 8:1-5. doi: 10.1186/1743-422X-8-210.
- Jalilvand S, Shoja Z, Mokhtari-Azad T, Nategh R, Gharehbaghian A. Seroprevalence of Human herpesvirus 8 (HHV-8) and incidence of Kaposi's sarcoma in Iran. *Infect Agent Cancer* 2011; 6:1-6. doi: 10.1186/1750-9378-6-5.
- Siddiqui F, Al Ameer MA, Al-Khalaf J, Al-Marzooq Y, Al Ameer A, Al Ameer M. Human Herpesvirus 8 (HHV-8) Staining: A Savior in Early Kaposi Sarcoma. *Cureus* 2023; 15: e36486. doi: 10.7759/cureus.36486.
- Elkon KB, Wiedeman A. Type I IFN system in the development and manifestations of SLE. *Curr Opin Rheumatol* 2012; 24:499-505. doi: 10.1097/BOR.0b013e3283562c3e.
- Caielli S, Wan Z, Pascual V. Systemic lupus erythematosus pathogenesis: interferon and beyond. *Annu Rev Immunol* 2023; 41:533-60. doi: 10.1146/annurev-immunol-101921-042422.
- Davatchi F, Jamshidi A-R, Banihashemi AT, Gholami J, Forouzanfar MH, Akhlaghi M, et al. WHO-ILAR COPCORD study (stage 1, urban study) in Iran. *J Rheumatol* 2008; 35:1384-90.
- Broccolo F, Drago F, Cassina G, Fava A, Fusetti L, Matteoli B, et al. Selective reactivation of human herpesvirus 6 in patients with autoimmune connective tissue diseases. *J Med Virol* 2013; 85:1925-34. doi: 10.1002/jmv.23670.

26. Hashempour A, Moayedi J, Musavi Z, Ghasabi F, Halaji M, Hasanshahi Z, et al. First report of HHV-8 viral load and seroprevalence of major blood-borne viruses in Iranian patients with systemic sclerosis. *Mult Scler Relat Disord* 2021; 51:102872. doi: 10.1016/j.msard.2021.102872.
27. Wang X, He B, Zhang Z, Liu T, Wang H, Li X, et al. Human herpesvirus-8 in northwestern China: epidemiology and characterization among blood donors. *Virology J* 2010; 7:1-7. doi: 10.1186/1743-422X-7-62.
28. Reis ADd, Mudinutti C, Peigo MdF, Leon LL, Costallat LTL, Rossi CL, et al. Active human herpesvirus infections in adults with systemic lupus erythematosus and correlation with the SLEDAI score. *Adv Rheumatol* 2020; 60:47-53. doi: 10.1186/s42358-020-00144-6.
29. Chou A, Huang W, Lin M, Su C. Human herpesvirus type 8 in patients with cirrhosis independent of thrombocytopenia. *J Clin Pathol* 2010; 63:254-58. doi: 10.1136/jcp.2009.071621.
30. Marcelin AG, Motol J, Guihot A, Caumes E, Viard JP, Dussaix E, et al. Relationship between the Quantity of Kaposi Sarcoma—Associated Herpesvirus (KSHV) in Peripheral Blood and Effusion Fluid Samples and KSHV-Associated Disease. *J Infect Dis* 2007; 196:1163-66. doi: 10.1086/521625.
31. Sergerie Y, Abed Y, Roy J, Boivin G. Comparative evaluation of three serological methods for detection of human herpesvirus 8-specific antibodies in Canadian allogeneic stem cell transplant recipients. *J Clin Microbiol* 2004; 42:2663-67. doi: 10.1128/jcm.42.6.2663-2667.2004.
32. Tedeschi R, Bidoli E, Agren Å, Hallmans G, Wadell G, De Paoli P, et al. Epidemiology of Kaposi's Sarcoma herpesvirus (HHV8) in Västerbotten county, Sweden. *J Med Virol* 2006; 78:372-78. doi: 10.1002/jmv.20549.
33. Hudnall SD, Chen T, Allison P, Tyring SK, Heath A. Herpesvirus prevalence and viral load in healthy blood donors by quantitative real-time polymerase chain reaction. *Transfusion* 2008; 48:1180-7. doi: 10.1111/j.1537-2995.2008.01685.x.
34. Spira TJ, Lam L, Dollard SC, Meng YX, Pau CP, Black JB, et al. Comparison of serologic assays and PCR for diagnosis of human herpesvirus 8 infection. *J Clin Microbiol* 2000; 38:2174-80. doi:10.1128/jcm.38.6.2174-2180.2000.