

بررسی فراوانی ژن های TEM، PER و VEB درسویه های اشریشیاکلی مولد بتالاكتامازهای وسیع الطیف جدا شده از عفونت های ادراری در شهرستان ایلام

طاهره ولدبیگی^{*}، میترا چالابزردی^۱

(۱) گروه زیست شناسی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۲۷

چکیده

مقدمه: اشریشیاکلی شایع ترین عامل عفونت های ادراری می باشد. یکی از مکانیسم های مقاومت در برابر آنتی بیوتیک های بتالاكتام، تولید آنزیم های بتالاكتاماز است. از جمله بتالاكتامازها، بتالاكتامازهای حاصل از ژن های TEM، PER و VEB در این باکتری را می توان نام برد. هدف از مطالعه حاضر، بررسی فراوانی ژن های مذکور درسویه های اشریشیاکلی مولد بتالاكتامازهای وسیع الطیف جدا شده از عفونت های ادراری در شهر ایلام است.

مواد و روش ها: تعداد ۱۰۰ سویه باکتری اشریشیاکلی از نمونه های ادراری جداسازی و با تست های بیوشیمیایی شناسایی گردید. سپس حساسیت آنتی بیوتیکی سویه های شناسایی شده با روش انتشار دیسک تعیین شد. در نهایت با تست دیسک ترکیبی سویه های مولد بتالاكتامازی مشخص و MIC این سویه ها نسبت به آنتی بیوتیک سفنازیدیم و سفوتاکسیم به روش Microbroth dilution تعیین شد. جهت بررسی حضور ژن های blaPER، blaVEB و blaTEM از روش PCR با پرایمرهای اختصاصی استفاده گردید.

یافته های پژوهش: نتایج تست ترکیبی نشان داد که ۴۰ سویه (۴۰ درصد) تولیدکننده ESBL بودند. از بین ۴۰ سویه تولیدکننده بتالاكتاماز، MIC برای سفنازیدیم در رقت ۱۶، ۱۸، ۳۲، ۹، ۳۲، ۶۴، ۱۶ نمونه، رقت ۱، ۱۲۸، ۸، ۲۵۶، ۲ نمونه گزارش شد. MIC برای سفوتاکسیم در رقت ۱۶، ۱۳، ۳۲، ۹، ۳۲، ۶۴، ۵، ۱۲۸، ۸، ۲۵۶، ۴ نمونه تعیین گردید. فراوانی آنزیم TEM ۵۲/۵ درصد به دست آمد، در حالی که در سویه های تولیدکننده بتالاكتاماز ژن های VEB و PER در هیچ سویه ای شناسایی نشد.

بحث و نتیجه گیری: فراوانی اشریشیاکلی مولد بتالاكتاماز در شهر ایلام ۴۰ درصد و ژن TEM شایع ترین ژن مسئول ESBL در E.coli های جدا شده در شهر ایلام بود.

واژه های کلیدی: بتالاكتاماز، TEM، PER، VEB

* نویسنده مسئول: گروه زیست شناسی دانشکده علوم پایه، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران

مقدمه

عفونت میکروبی دستگاه ادراری یکی از شایع ترین بیماری های عفونی در سراسر جهان است. مطالعات انجام گرفته در جوامع مختلف نشان می دهد که باسیل های گرم منفی به عنوان شایع ترین عامل عفونت دستگاه ادراری بوده و در بین آن ها اشریشیاکلی بیش از ۸۰ درصد موارد عفونت های حاد دستگاه ادراری را سبب می شود (۱). اشریشیاکلی به عنوان عامل بسیاری از عفونت های بیمارستانی از قبیل گاستروانتریت، مننژیت نوزادی، سپسیس و عفونت های ادراری شناخته شده است (۲). سویه های اشریشیاکلی از طریق چندین مکانیسم شامل تغییر پروتئین های غشای خارجی، تولید بیش از حد سفالوسپوریناز (کروموزومی پلاسمیدی) یا تولید یک بتالاکتاماز وسیع الطیف (Extended Spectrum Beta Lactamases) باعث مقاومت به بتالاکتام می شوند (۲). استفاده بی رویه از آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت های باکتریایی سبب مقاومت در آن ها شده است. مکانیسم مقاومت باکتریایی در برابر آنتی بیوتیک های مختلف متفاوت است. یکی از این مکانیسم ها تولید آنزیم های بتالاکتاماز است (۳). این آنزیم ها از طریق هیدرولیز هسته مرکزی باعث غیر فعال شدن آنتی بیوتیک های بتالاکتام می شوند (۴). بیش از ۱۵۰ نوع ESBL از کشورهای مختلف گزارش شده که غالباً باکتری های انترباکتریاسه مولد آن هستند (۵). این بتالاکتامازهای وسیع الطیف که موجب هیدرولیز سفالوسپورین های نسل اول، دوم و سوم و مونوباکتام شده، توسط مهارکننده های بتالاکتاماز از جمله کلوانیک اسید مهار می شوند (۶-۸). در سال های اخیر در کنار خانواده های اصلی بتالاکتامازی SHV، TEM و OXA خانواده جدیدی از بتالاکتامازهای طیف گسترده در سطح جهان ظاهر شده اند (۹). از جمله آن ها می توان به خانواده های GES، TLA، CTXM، VEB، PER و BES اشاره کرد (۱۰). به طور کلی بتالاکتامازها بر اساس ساختار اولیه به چهار کلاس مولکولی A تا D تقسیم می شوند. کلاس A، C و D شامل بتالاکتاماز های سرینی هستند و کلاس B تیپ های حاوی روی می باشند. کلاس A شامل پنی سیلینازهای

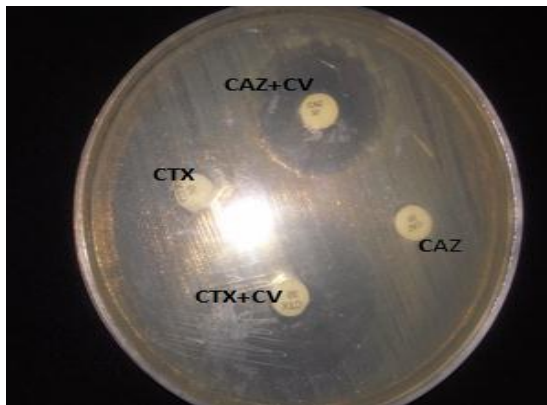
کروموزومی در باکتری گرم منفی است که بتالاکتاماز های وسیع الطیف را شامل می شود (۴،۱۰). ژن های تولیدکننده این آنزیم ها شامل blaPER، blaVEB و blaTEM جزو ژن هایی هستند که بر روی پلاسمید قرار گرفته اند. آنزیم بتالاکتاماز TEM اولین بار در یک بیمار به نام تمونیرا (Temoneira) شناسایی گردید که یکی از مهم ترین بتالاکتامازهای پلاسمیدی در باکتری های خانواده انتروباکتریاسه و از علل مهم بروز مقاومت های چند دارویی در عفونت های بیمارستانی می باشد. بیش از ۱۳۰ آنزیم TEM در پseudomonas آئروژینوزا شناسایی شده که بر علیه کاربنی سیلین فعال هستند (۱۱). امروزه تعداد ارگانیزم های مولد این آنزیم در حال افزایش بوده که این مسئله به عنوان یکی از بحران های موجود در درمان عفونت های ناشی از این باکتری ها مطرح است (۱۲). بتالاکتاماز PER برای اولین بار در سال ۱۹۹۱ در یک بیمار اهل ترکیه بستری در یکی از بیمارستان های فرانسه گزارش شد. آنزیم PER تنها در ۲۰-۱۸ درصد اسید آمینه با SHV و TEM شباهت داشته و قادر به هیدرولیز پنی سیلین ها و سفالوسپورین ها است. فعالیت این آنزیم توسط کلوانیک اسید مهار می شود (۱۳،۱۴). این آنزیم هم بر روی کروموزم باکتری و هم بر روی پلاسمید یافت شده است. با توجه به این که این آنزیم در باکتری های مختلفی گزارش شده است لذا ژن این آنزیم بر روی عناصر قابل انتقال واقع شده است (۱۵). آنزیم VEB نیز برای اولین بار در سال ۱۹۹۹ بر روی پلاسمید و اینتگرون ایزوله های اشریشیاکلی و کلبسیلا از یک نوزاد ویتنامی شناسایی گردید (۱۶). این آنزیم در تایلند، کویت، هند و چین گزارش شده است، ولی شایع ترین محل آن جنوب شرقی آسیا است (۱۷). با توجه به افزایش روز افزون مصرف آنتی بیوتیک ها و متعاقب آن افزایش مقاومت آنتی بیوتیکی و متفاوت بودن حساسیت E.coli جدا شده در هر منطقه، مطالعه و بررسی مقاومت آنتی بیوتیکی این باکتری ضروری به نظر است. این تحقیق با هدف بررسی فراوانی ژن های TEM، PER و VEB در سویه های اشریشیاکلی مولد بتالاکتامازهای وسیع الطیف و تعیین الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی نمونه های جدا شده از

اشریشیاکلی استاندارد 25922ATCC (تهیه شده از مرکز کلکسیون قارچ و باکتری های صنعتی ایران) جهت کنترل روش های آنتی بیوگرام و دیسک ترکیبی استفاده شد. از دیسک ترکیبی برای شناسایی سویه های تولیدکننده بتالاکتاماز وسیع الطیف استفاده گردید. برای این منظور از دیسک سفنازیدیم (۳۰ میکروگرم) سفنازیدیم+کلاونیک اسید (۳۰-۱۰ میکروگرم) و دیسک سفنوتاکسیم ۳۰ میکروگرم و سفنوتاکسیم+کلاونیک اسید (۳۰-۱۰ میکروگرم) استفاده شد. بعد از مدت ۲۴ ساعت در انکوباسیون در دمای ۳۷ درجه سانتی گراد سویه های تولیدکننده ESBL از طریق افزایش قطر هاله عدم رشد به اندازه ۵ میلی متر و یا بیشتر از آن اطراف دیسک سفنوتاکسیم و یا سفنازیدیم در ترکیب هریک از آن ها با کلاونیک اسید و مقایسه با دیسک سفنوتاکسیم و یا سفنازیدیم تنها نشان دهنده آن بود که آن سویه ها مولد آنزیم بتالاکتاماز وسیع الطیف هستند (تصویر شماره ۱) (۱۹). حداقل روش غلظت مهارکنندگی (MIC) نیز به صورت رقیق سازی آگار (Microbroth dilution) نسبت به سفنازیدیم و سفنوتاکسیم انجام گرفت. برای انجام آزمایش (۹ رقت) غلظت ۱ تا ۲۵۶ میکروگرم بر میلی لیتر از هر کدام از آنتی بیوتیک ها تهیه گردید (۲۰).

عفونت ادراری در مراجعین به بیمارستان و آزمایشگاه های طبی در سطح شهر ایلام انجام گرفته است.

مواد و روش ها

در این مطالعه تعداد ۱۰۰ ایزوله باکتری اشریشیاکلی از نمونه عفونت های ادراری (بیمارستان امام خمینی و مصطفی خمینی و ۵ آزمایشگاه طبی در سطح شهر ایلام) جمع آوری و با تست های بیوشیمیایی تایید شدند. تست آنتی بیوگرام بر روی سویه های اشریشیاکلی خالص شده با روش انتشار دیسک (Kirby-Bauer) طبق توصیه CLSI نسبت به ۱۴ آنتی بیوتیک (کارخانه پاتن طب استفاده گردید) شامل آنتی بیوتیک های سفالوتین ۳۰ میکروگرم (CF)، سفتریاکسون ۳۰ میکروگرم (CRO)، سفنوتاکسیم ۳۰ میکروگرم (CTX)، پنی سیلین ۱۰ میکروگرم (P)، سفازولین ۳۰ میکروگرم (CZ)، سفنازیدیم ۳۰ میکروگرم (CAZ)، سفالکسین ۳۰ میکروگرم (CN)، سیپروفلوکساسین ۵ میکروگرم (CP)، تریکومتاکسازول ۳۰ میکروگرم (SXT)، جنتامایسین ۱۰ میکروگرم (GM)، اریترومایسین ۱۵ میکروگرم (ERY)، ایمی پنم ۱۰ میکروگرم (IPM)، آمیکاسین ۳۰ میکروگرم (AN)، آموکسی سیلین ۳۰ میکروگرم (AM) انجام گردید (کارخانه پاتن طب استفاده گردید) (۱۸). از سویه



تصویر شماره ۱. تست تاییدی فنوتیپی جهت شناسایی سویه های اشریشیاکلی ESBL مثبت

نموده (به صورت سوسپانسیون در آمده) و سپس نمونه ها به مدت ۱۵ دقیقه در حرارت ۱۰۰ درجه سلیسیوس جوشانده شد و سپس در دور ۱۴۰۰۰ به مدت ۱۰ دقیقه سانتریفیوژ گردید. ۱۰ میکرولیتر از محلول رویی به

استخراج DNA برای جداسازی و استخراج DNA باکتری از روش جوشاندن (Boiling) استفاده شد. برای این منظور ابتدا دو تا سه کلنی تازه باکتری را در ۵۰۰ میکرولیتر آب مقطر تزریقی درون میکروتیوپ حل

Mgcl2، ۲ میکرولیتر بافر 10X، ۲ میکرولیتر dNTP، ۱ میکرولیتر از هر پرایمر، ۱ میکرولیتر آنزیم Taq Polymerase و ۱۳ میکرولیتر آب انجام گردید. جهت تایید وزن مولکولی محصولات تکثیر شده در PCR از مارکر ۲۵۰ (ladder-سیناژن) استفاده شد. در نهایت نتایج با استفاده از الکتروفورز در ژل آگارز ۱ درصد بررسی گردید (۲۰).

عنوان DNA الگو برای انجام PCR مورد استفاده قرار گرفت (۲۱). حضور ژن های بتالاکتاماز VEB، PER و TEM توسط PCR بررسی شد. توالی پرایمرهای مورد استفاده در جدول شماره ۱ و شرایط دمایی انجام PCR در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است. تکثیر PCR، واکنش PCR با حجم کلی ۲۵ میکرولیتر شامل ۵ میکرولیتر DNA الگو، ۱ میکرولیتر

جدول شماره ۱. مشخصات پرایمرهای مورد استفاده در PCR (۲۰)

نام پرایمر	توالی پرایمر	نام ژن
BlaTEM	(F) 5'-ATG AGT ATT CAA CAT TTC CG-3' (R) 5'-CCA ATG CTT AAT CAG TGA GG -3'	TEM
BlaPER	(F) 5'-ATG AAT GTC ATT ATA AAA GC -3' (R) 5'-AAT TTG GGC TTA GGG CAG AA-3'	PER
BlaVEB	(F) 5'-CGA CTT CCA TTT CCC GAT GC -3' (R) 5'-GGA CTC TGC AAC AAA TAC GC-3'	VEB

جدول شماره ۲. شرایط مورد استفاده جهت انجام PCR

شماره	مرحله		زمان
	VEB, PER, PCRTEM	درجه حرارت (°C) VEB, PER, TEM	
۱	Initial denaturation	۹۴	min۳
۲	Denaturation	۹۴	s۳۰
۳	Annealing	۵۰	s۳۰
۴	Extension	۷۲	min۲
۵	Final extension	۷۲	min۱۰
۶	تعداد سیکل	۳۰	

درصد)، سفتاکسیم ۳۰ سویه (۳۰ درصد)، سفازولین ۵۲ سویه (۵۲ درصد)، سفتازیدیم ۳۰ سویه (۳۰ درصد)، سفالکسین ۴۹ سویه (۴۹ درصد)، سپیروفلوکسین ۲۸ مورد (۲۸ درصد)، تریکومتوکسازول ۴۸ سویه (۴۸ درصد)، ایمی پنم ۲۳ سویه (۲۳ درصد)، آمیکاسین ۱۹ سویه (۱۹ درصد) و آموکسیلین ۸۱ سویه (۸۱ درصد) (جدول شماره ۳). نتایج حاصل از تست دیسک ترکیبی نشان داد که از ۱۰۰ سویه اشریشیاکلی ۴۰ نمونه (۴۰ درصد) حاوی آنزیم بتالاکتاماز وسیع الطیف (ESBL) بودند. از این میان هیچ کدام ژن تولیدکننده آنزیم های بتالاکتاماز PER و VEB را نداشتند. در حالی از ۴۰ سویه تولیدکننده بتالاکتاماز ۲۰ سویه (۵۲/۵ درصد) دارای ژن تولیدکننده آنزیم بتالاکتامازی TEM بودند (تصویر شماره ۲).

یافته های پژوهش

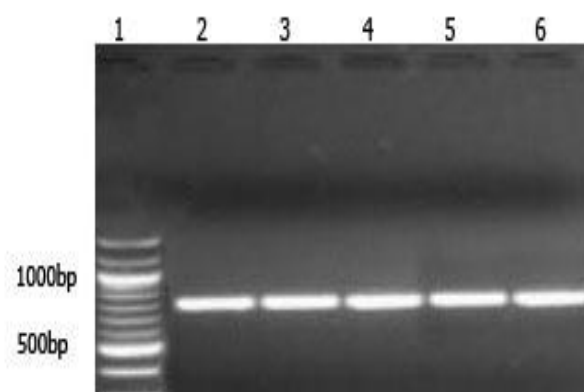
در این مطالعه از ۱۰۰ نمونه اشریشیاکلی جدا شده از عفونت های ادراری در سطح شهر ایلام، ۸۳ نمونه (۸۳ درصد) از بیماران زن و ۱۷ نمونه (۱۷ درصد) از بیماران مرد بوده است. کوچک ترین فرد در این مطالعه ۱ سال و مسن ترین فرد ۸۰ سال سن داشته است و میانگین سنی بیماران ۱۱/۳۹±۱۲/۵ سال می باشد. از نظر شیوع عفونت بیشترین عفونت گزارش شده مربوط به ماه های فروردین شامل ۲۸ مورد (۲۸ درصد) و تیر شامل ۳۰ مورد (۳۰ درصد) بوده است. بیشترین مقاومت مربوط به پنی سیلین (۱۰۰ درصد) و اریترمایسین (۹۳ درصد) و کمترین مقاومت مربوط به جنتامایسین (۱۶ درصد) می باشد. میزان مقاومت نسبت به سایر آنتی بیوتیک ها به شرح ذیل است: سفالوتین ۸۱ سویه (۸۱ درصد)، سفتریاکسون ۲۹ سویه (۲۹ درصد)

جدول شماره ۳. نتایج آنتی بیوگرام (الگوی مقاومت سویه های اشریشیاکلی بر حسب نتایج دیسک آگار دیفیوژن)

ردیف	نام آنتی بیوتیک	مقاوم	نیمه حساس	حساس
۱	سفالوتین	۸۱	۸	۱۱
۲	سفتراکسون	۲۹	۱۸	۵۱
۳	سفتواکسیم	۳۱	۲۵	۴۴
۴	پنی سیلین	۱۰۰	۰	۰
۵	سفازولین	۵۲	۲۵	۲۳
۶	سفتازیدیم	۳۰	۱۲	۴۸
۷	سفالکسین	۴۹	۷	۴۴
۸	سیپروفلوکسین	۲۸	۱۲	۶۰
۹	تریگومتوکسازول	۴۸	۴	۴۸
۱۰	جنتامایسین	۱۶	۲۱	۶۳
۱۱	اریترمایسین	۹۳	۴	۳
۱۲	ایمی پنم	۲۳	۱۷	۶۰
۱۳	امیکاسین	۱۹	۱۵	۶۶
۱۴	اموکسیلین	۸۱	۸	۱۱

جدول شماره ۴. نتایج حداقل غلظت مهارکنندگی (MIC) در سویه های E.coli حساس و مقاوم به سفتاکسیم و سفتازیدیم

MIC	CAZ	CTX
	حساس به سفتازیدیم	حساس به سفتواکسیم
۱	۲۳	۱۶
۲	۳	۲
۴	۱۲	۸
۸	۱۹	۳۳
	مقاوم به CAZ	مقاوم به CTX
۱۶	۱۸	۱۳
۳۲	۹	۹
۶۴	۱۶	۵
۱۲۸	۱	۸
۲۵۶	۲	۴



تصویر شماره ۲. ژن های blaTEM. شماره ۱: Ladder. شماره ۲: کنترل مثبت، شماره ۳ تا ۶: ژن های blaTEM. سایز ۸۵۰ bp.

بحث و نتیجه گیری

مقاومت دارویی از نوع ESBL در سال ۱۹۸۳ برای اولین بار در اروپای شرقی که در آن جا به طرز وسیعی از آنتی بیوتیک های بتالاکتام برای درمان عفونت ها استفاده می گردید پدیدار شد، اما پس از مدتی در ایالات متحده آمریکا و سایر نقاط جهان نیز شناسایی شدند (۲۲). امروزه با شیوع باکتری های مقاوم به چندین آنتی بیوتیک، کنترل عفونت های بیمارستانی اغلب با شکست و مرگ بیماران همراه است (۲۳). بتالاکتاماز وسیع الطیف در حال حاضر یکی از مشکلات مهم در سراسر دنیا به ویژه برای بیماران بستری محسوب می شود. ژن های مولد آن ها می توانند از طریق انتقال پلاسمیدی بین باکتری ها منتشر شوند. شیوع این آنزیم ها در نواحی جغرافیایی مختلف و با زمان تغییر می کند (۲۴). به دلیل فراوانی اشریشیاکلی در بروز عفونت های ادراری و هم چنین گسترش مقاومت به آنتی بیوتیک ها، مطالعات متعددی در خصوص میزان مقاومت آنتی بیوتیکی این باکتری در نقاط مختلف ایران و سایر کشورها انجام شده است. اسلامی و همکاران در بررسی فنوتیپی و مولکولی بتالاکتامازهای TEM، REB و VEB در سویه های اشریشیاکلی در شهر تهران نشان دادند که ۹۴ درصد تولیدکننده آنزیم بتالاکتاماز وسیع الطیف هستند. فراوانی ژن TEM، ۴۴ درصد است که با نتایج این مطالعه (۵۲/۲ درصد آنزیم TEM) هم خوانی دارد. در این تحقیق هم چنین در سویه های تولیدکننده بتالاکتاماز وسیع الطیف، ژن های کدکننده آنزیم های VEB و PER شناسایی نشد (۲۰). بابائی کوچکسرای و همکاران در مطالعه ای که بر روی فراوانی اشریشیاکلی مولد بتالاکتاماز وسیع الطیف در گرگان انجام دادند، نشان دادند ۴۱/۹ درصد دارای ژن TEM است. به علاوه مقاومت به سفوتاکسیم ۳۲/۱ درصد می باشد (۲۵)، که با نتایج مطالعه حاضر (۵۲/۲ درصد ژن TEM و ۳۱ درصد مقاومت به سفوتاکسیم) هم خوانی دارد. هانگ فانگ در طی سال های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶ در سوئد نشان دادند که از میان ۸۷ ایزوله اشریشیاکلی که از لحاظ فنوتیپی به عنوان مولدین ESBL شناخته شده بودند، ۶۳ درصد ژن TEM

بتالاکتاماز را دارا هستند (۲۶). در مطالعه Shakil و همکاران در هندوستان، از میان ۲۶۶ ایزوله اشریشیاکلی ۳۶/۵ درصد (۹۷ ایزوله) مولد آنزیم ESBL بودند (۲۷)، که با نتایج این مطالعه (۴۰ درصد ESBL) هم خوانی دارد. طی مطالعه HO و همکاران در سال ۲۰۱۰ بر روی ۲۴۹ ایزوله اشریشیاکلی جدا شده از نمونه های بالینی انسان، ۸۳/۳ درصد از ایزوله ها نسبت به جنتامایسین مقاوم گزارش شدند (۲۸). در مطالعه KONG و همکاران در سال ۲۰۰۶ بر روی ۴۴ ایزوله بالینی اشریشیاکلی، ۱۸/۸ درصد مقاومت نسبت به آمیکاسین و ۵۶/۸۲ درصد به جنتامایسین نشان داده شد (۲۹). در این مطالعه میزان مقاومت به جنتامایسین ۱۶ درصد و مقاومت به آمیکاسین ۱۹ درصد گزارش شد. در مطالعه ای که حقی و همکاران بر روی فراوانی ایزوله های اشریشیاکلی مولد بتالاکتاماز وسیع الطیف TEM در نمونه های بالینی با روش های فنوتیپی و مولکولی در زنجان انجام دادند، از ۲۰۰ سویه مورد بررسی ۳۳ درصد مولد بتالاکتاماز وسیع الطیف و ۴۶/۹۶ درصد دارای ژن TEM و میزان مقاومت آنتی بیوتیک آموکسیلین ۷۱/۳۵ درصد گزارش شد (۳۰). که با نتایج این مطالعه (۵۲/۲ درصد ژن TEM و ۳۱ درصد مقاومت به سفوتاکسیم) هم خوانی دارد. Moubareck در مطالعه ای در سال ۲۰۰۵ در لبنان نیز نشان داد که تمام نمونه های اشریشیاکلی ESBL به سفنازیدیم مقاوم بودند (۳۱). در یک مطالعه در ترکیه بر روی نمونه های باکتری های روده ای به دست آمده از بیمارستان، شیوع ژن TEM-1 ۵۲/۷ درصد گزارش گردید (۳۲). در مطالعه اسپان و همکاران با بررسی انتروباکتریاسه های جدا شده از نمونه های بالینی، شیوع ژن TEM ۵۸ درصد گزارش شد (۳۳). شاهچراغی و همکاران در سال ۸۶ با بررسی وجود ژن های بتالاکتامازی blaTEM و blaSHV در سویه های اشریشیاکلی مقاوم به آنتی بیوتیک جدا شده از نمونه های کلینیکی از بیمارستان های تهران، نشان دادند که ۳۲/۱ درصد به سفوتاکسیم و ۳۰/۱ درصد به سفنازیدیم و ۳۰/۱ درصد به سفتریاکسون مقاوم بودند. که با نتایج این مطالعه که ۳۱٪ به سفوتاکسیم و ۳۰ درصد به سفنازیدیم و ۲۹ درصد به سفتریاکسون مقاوم

انتخاب آنتی بیوتیک مناسب و مصرف آن فقط در موارد ضروری می توان از ایجاد ارگانسیم های مقاوم پیشگیری نمود.

هستند، هم خوانی دارد(۳۴). با توجه به افزایش روز افزون باکتری های مولد ESBL، جهت جلوگیری از شکست درمانی انجام آزمایش تشخیص آنزیم در کنار دیسک های آنتی بیوگرام توصیه می شود. هم چنین با

References

1. Foxman B, Barlow R, Darcy H, Gillespie B, Sobel JD. Urinary tract infection self-reported incidence and associated costs. *Ann Epidemiol* 2000; 10:509-15.
2. Poirel L, Naas T, Guibert M, Labia R, Nordmann P. Molecular and biochemical characterization of VEB-1, a novel class A extended-spectrum β -lactamase encoded by an *Escherichia coli* integron gene. *Antimicrob Age Chemother* 1999; 43:573-81.
3. Shahcheraghi F, Nikbin V, Shoraj F. [Evaluation molecular of bla_{TEM} SHV, VEB, and PER in *Pseudomonas aeruginosa* isolated in samples from two hospitals of Tehran]. *Iran J Med Microbiol* 2007; 1:21-7. (Persian)
4. Ambler RP. The Structure of β -lactamases. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1980; 289:321-31.
5. Rupp M, Fey P. Extended spectrum β -lactamase producing Enterobacteriaceae considerations for diagnosis prevention and drug treatment. *Drugs* 2003; 63: 353-65.
6. Bradford PA. Extended spectrum β -lactamases in the 21st century: characterization, epidemiology, and detection of this important resistance threat. *Clin Microbiol Rev* 2001; 14:933-51.
7. George A, Jacoby M, Munozprice L. Mechanisms of disease the new β -lactamases. *N Engl J Med* 2005; 352: 380-91.
8. Gniadkowski M. Evolution and epidemiology of extended spectrum β -lactamases (ESBLs) and ESBL-producing microorganisms. *Clin Microbiol Infect* 2001; 7:597-608.
9. Bush K. New β -lactamases in gram negative bacteria diversity and impact on the selection of antimicrobial therapy. *Clin Infect Dis* 2001; 32:1085-90.
10. Ruiz M, Marti S, Fernandezcuenca F, Pascual A, Vila J. High prevalence of carbapenem-hydrolysing oxacillinases in epidemiologically related and unrelated *Acinetobacter baumannii* clinical isolates in Spain. *Clin Microbiol Infect* 2007; 1: 1192-8.
11. Revathi G, Shannon KP, Stapleton PD, Jain BK, French GL. An outbreak of extended-spectrum β -lactamase producing *Salmonella* senftenberg in a burns ward. *J Hosp Infect* 1998; 40:295-302.
12. Paterson DL, Bonomo RA. Extended spectrum β -lactamase a clinical update. *Clin Microbiol Rev* 2005; 18: 657-86.
13. Nordmann P, Ronco E, Naas T, Dupont C, Michelbriand Y, Labia R. Characterization of a novel extended spectrum β -lactamase from *Pseudomonas aeruginosa*. *Antimicrob Age Chemother* 1993; 37:962-9.
14. Nordman P, Naas T. Sequence analysis of PER-1 extended spectrum β -lactamase from *Pseudomonas aeruginosa* and comparison with class A β -lactamases. *Antimicrob Age Chemother* 1994; 38:104-14.
15. Mantengoli E, Rossolini GM. Tn5393d, a complex Tn5393 derivative carrying the PER-1 extended-spectrum β -lactamase gene and other resistance determinants. *Antimicrob Age Chemother* 2005; 49: 3289-96.
16. Poirel L, Naas T, Guibert M, chaibi EB, Labia R, Nordmann P. Molecular and biochemical characterization of VEB-1 a novel class A extended spectrum β -lactamase encoded by an *Escherichia coli* integron gene. *Antimicrob Age Chemother* 1999; 43: 573-81.
17. Givlich D, Nass T, Leelaporn A, Poirel L, Fennwald M, Nordmann P. Nosocomial spread of the intergron-located Veb-1-like cassette encoding an extended spectrum β -lactamase in *Pseudomonas aeruginosa* in Thailand. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 603-11.
18. Kanafani ZA, Perfect JR. Antimicrobial resistance: resistance to antifungal agents:

- mechanisms and clinical impact. *Clin Infect Dis*2008; 46:120-8.
19. Aibinu I, Nwanneka T, Odugbemio T. Occurrence of ESBL and MBL in clinical isolates of *Pseudomonas aeruginosa* from Lagos, Nigeria *J Am Sci*2007; 3: 81-5.
20. Eslami M, Najarpour S [Phenotypic and molecular detection of TEM, PER, and VEB beta-lactamases in clinical strains of *Escherichia coli*. *Arak Med Uni J*2012; 15: 1-9. (Persian)
21. Yazdi M, Nazemi A, Mirinargasi M, Khataminejad M, Sharifi S, Babaikochaksaraei M. [Prevalence of SHV/CTXM/TEM (ESBL) beta-lactamase resistance genes in *Escherichia coli* isolated from urinary tract infections in Tehran, Iran]. *Med Lab J*2010; 4:67-80. (Persian)
22. Gazouli M, Sidorenko SV, Tzelepi E, Kozlova NS, Gladin DP, Tzouvelekis LS. A plasmid-mediated beta-lactamase conferring resistance to cefotaxime in a *Salmonella typhimurium* clone found in St. Petersburg Russia. *J Antimicrob Chemother*1998; 41:119-21.
23. Chanwit T, Somporn S, Wararat C. A correlation between phenotypes and genotypes of extended-spectrum beta-lactamase (ESBL) producing *Klebsiella pneumoniae* in a university hospital, Thailand. *J Infect Dis Antimicrob Agent*2007; 24:117-23.
24. Babypadmini S, Appalaraju B. Extended spectrum β -lactamases in urinary isolates of *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*- Prevalence and susceptibility pattern in a tertiary care hospital. *Indian J Med Microbiol*2004; 22: 172-4.
25. Babaiikochaksaraei M, Nasrolahiomran A, Javid N, Shakeri F, Yazdi M, Ghaemi EA. [Extended spectrum beta lactamase producing *E. coli* isolated from Gorgan North of Iran]. *Med Lab J*2012; 6: 51-8. (Persian)
26. Fang H, Ataker F, Hedin G, Dornbusch K. Molecular epidemiology of extended spectrum beta-lactamases among *Escherichia coli* isolates collected in a Swedish hospital and its associated health care facilities from 2001 to 2006. *J Clin Microbiol*2008; 46: 707-12.
27. Shakil S, Akram M, Ali SM, Khan AU. Acquisition of extended-spectrum beta-lactamase producing *Escherichia coli* strains in male and female infants admitted to a neonatal intensive care unit: molecular epidemiology and analysis of risk factors. *J Med Microbiol*2010;59:948-54.
28. Ho PL, Wong RC, Lo SW, Chow KH, Wong SS, Que TL. Genetic identity of aminoglycoside resistance genes in *Escherichia coli* isolates from human and animal sources. *J Med Microbiol*2010; 59: 702-7.
29. Kong HS, Li XF, Wang JF, Wu MJ, Chen X, Yang Q. Evaluation of aminoglycoside resistance phenotypes and genotyping of acetyl transferase in *Escherichia coli*. *Zhejiang J*2006; 35: 83-6.
30. Hagh F, Zeighami H, Keramati N, Hemmati F, Hajiahmadi F. [Frequency of TEM extended spectrum beta lactamase producing *Escherichia coli* in clinical specimens by phenotypic and molecular methods in Zanjan]. *J Zanjan Uni Med Sci*2013; 25: 55-63. (Persian)
31. Moubareck C, Daoud Z, Hakime NI, Hamze M, Mangeney N, Matta H, et al. Hospital-acquired extended spectrum beta-lactamase (CTX-M-15)-producing *Enterobacteriaceae* in Lebanon. *J Clin Microbiol* 2005; 43: 3309-13.
32. Tasli H, Bahar IH. Molecular characterization of TEM-and SHV-derived extended spectrum beta-lactamases in hospital based *Enterobacteriaceae* in Turkey. *Jpn J Infect Dis*2005; 58: 162-7.
33. Spanu TF, Luzzaro M, Perilli M, Amicosante G, Toniolo A, Fadda G, et al. [Occurrence of extended spectrum β -lactamases in members of the family *Enterobacteriaceae* in Italy implications for resistance to beta-lactams and other antimicrobial drugs]. *Antimicrob Agents Chemother*2002; 46: 196-202. (Persian)
34. Shahcheraghi F, Nasiri S, Noveiri H. [Detection of bla TEM and bla SHV genes among clinical isolates of *E. coli* from Tehran hospitals]. *Iran J Med Microbiol*2007; 1:1-8. (Persian)

Evaluation Frequency of TEM, VEB and Per Gens Extended Spectrum Beta Lactamase Producing of Escherichia coli Strains Isolated from Urinary Tract Infections in Ilam City

Valadbeigi T^{1*}, Chalabzardi M¹

(Received: March 9, 2015)

Accepted: August 18, 2015)

Abstract

Introduction: Escherichia coli are the most common agent of urinary tract infection. One of mechanisms of resistance to the beta-lactam antibiotics beta lactamase is enzyme production. Including beta lactamase, as beta-lactamase producing of genes of the TEM, PER and VEB in these bacteria can be named. Purpose of present study evaluation frequency of foresaid gens extended spectrum beta lactamase producing of Escherichia coli strains isolated from urinary tract infections was in city Ilam.

Materials & methods: A total of 100 strains of E.coli were isolated from samples urinary tract and were identified using biochemical tests. Then antibiotic susceptibility was determined by disk diffusion method. Finally testing combined disk detects ESBL producing strains and MIC of strains to antibiotic CAZ and CTX by Micro broth dilution method. PCR with specific primers was used for determining

the presence of blaPER, blaVEB and blaTEM genes.

Findings: Combined disk test showed 40 strains (40%) to be ESBL producing. Of the 40 ESBL producing strains, MIC for ceftazidime in the dilutions 16, 18 samples, 32, 9 samples 64, 16 samples, 128, 1 sample, 256, 2 samples were reported. MIC for cefotaxime in the dilutions 16, 13 samples, 32, 9 samples, 64, 5 samples, 128, 8 samples, 256, 4 samples were determined. Of the 40 strains ESBL the frequency of TEM was 52.5%; however, blaPER and blaVEB genes were not detected among ESBL producing isolates.

Discussion & Conclusions: Frequency of Escherichia coli producing ESBL was 40% in city of Ilam and TEM gene in ESBL-producing E.coli isolated is the most common gene in Ilam City.

Keywords: Beta-lactamase, TEM, VEB, PER

1. Dept of Biology, Faculty of Sciences, Ilam University, Ilam, Iran
*Correspondin author Email: tvaladbeigi@yahoo.com