

آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین در بیماران بستری

چکیده

دکتر کامران سلطانی عربشاهی^I
هما فروهش تهرانی^{II}
سید مهدی محمود عربی^{III}

آنتروکوک‌ها میکروارگانیسم‌های گرم مثبتی هستند که در حال حاضر به عنوان یکی از مهمترین علل مرگ و میر در بیماران بستری به شمار می‌آیند. آنتروکوک‌ها چهارمین عامل ایجاد عفونتهای بیمارستانی بوده، مسئول ۱۰٪ کل این عفونتها هستند. توانائی آنتروکوک‌ها در ایجاد مقاومت به طیف وسیعی از آنتی‌بیوتیک‌ها و نیز قدرت انتقال این مقاومت به سایر میکروارگانیسم‌ها و نقش آنها به عنوان مخزن منتشرکننده مقاومت، اهمیت این باکتری‌ها را دوچندان کرده است. در این مطالعه استقرار (*Colonization*) گوارشی آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین در بیمارانی که بیش از ۷ روز در چند بیمارستان آموزشی (فیروزگر، حضرت رسول اکرم، علی‌اصغر، شریعتی، هاشمی‌نژاد و رازی) در شهر تهران بستری بوده‌اند، مورد بررسی قرار گرفت. از ۳۰۰ بیمار بستری و ۱۰۰ مراجعه‌کننده سرپایی به آزمایشگاه (افراد شاهد)، نمونه مدفوع به صورت کامل یا به وسیله سوآب راست‌روده‌ای (*Rectal*) جمع‌آوری شد. از ۳۰۰ کشت مدفوع بیماران بستری، در ۲۹۰ مورد آنتروکوک جدا شد. در گروه شاهد از کلیه ۱۰۰ نمونه جمع‌آوری شده، آنتروکوک جدا گردید. این آنتروکوک‌های جدا شده، از نظر مقاومت به وانکومایسین و پنی‌سیلین، با آزمون (*Test*) حساسیت دارویی به روش انتشار از دیسک (*Disk diffusion*) بررسی شدند. همه گروه شاهد به وانکومایسین حساس بودند در حالی که در بیماران بستری، ۲ مورد جدا شده به وانکومایسین مقاوم بودند و ۲۲ مورد مشکوک بودند. برای تأیید مقاومت از آزمون حساسیت به روش رقیق‌کردن متوالی (*Serial dilution*) برای تعیین حداقل غلظت مهاري (*MIC*) استفاده شد که این غلظت (*MIC*) در ۴ مورد از موارد مشکوک به همراه ۲ مورد مقاوم، که قبلاً تأیید شده بودند، بیشتر از ۶۴ میلی‌گرم در لیتر بود. بنابراین این ۶ مورد مقاوم در نظر گرفته شدند. نتایج حاصل، مقاومت حدود ۲/۰۷٪ را در بیماران بستری مورد مطالعه نشان می‌دهد که قابل مقایسه با نتایج مطالعات اروپائی می‌باشد.

کلید واژه‌ها: ۱- آنتروکوک مقاوم به وانکومایسین ۲- استقرار (*Colonization*)
۳- مقاومت آنتی‌بیوتیکی

مقدمه

محسوب می‌شوند (۹،۴). گونه‌های آنتروکوک در عفونتهای دستگاه ادراری، لگن و داخل شکم، عفونت زخمها و بافت نرم، باکتری، آندوکاردیت، سپسیس (*Sepsis*) نوزادان و به ندرت

آنتروکوک‌ها عامل مهمی در ایجاد عفونتهای اکتسابی بیمارستانی هستند به طوری که دومین عامل شایع عفونتهای بیمارستانی و سومین عامل باکتری بیمارستانی در آمریکا

(I) دانشیار بیمارهای داخلی، بیمارستان فیروزگر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، میدان ولیعصر، تهران (مؤلف مسئول)

(II) کارشناس ارشد و مربی گروه میکروپزشناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، تهران

(III) کارشناس ارشد علوم آزمایشگاهی، آزمایشگاه دکتر حبیبی، تهران

مننژیت نقش دارند (۹).

ضعف دستگاه ایمنی، دیابت، بدخیمیه‌ها، عفونت‌های عمقی و زخم بستر، دستکاری و استفاده از وسایل تشخیصی، درمانی و کاتترگذاری (Catheterization) در دستگاه گوارش، ادراری و تنفسی (۹، ۱۳) همه از عوامل مستعد کننده برای باکتری آنتروکوک‌ها هستند.

علاوه بر آن استفاده از سفالوسپورین‌ها، به مدت طولانی، نیز از عوامل دیگر زمینه‌ساز عفونت‌های آنتروکوک‌ها می‌باشد (۹). در سالهای اخیر مقاومت آنتروکوک‌ها به طیف وسیعی از داروهای ضد میکروبی مانند پنی‌سیلین‌ها، آمینوگلیکوزیدها و گلیکوپپتیدها مشکلاتی را ایجاد نموده است (۱۰). این مقاومت دو گونه است: ذاتی و اکتسابی. مقاومت ذاتی، خاصیت ژنتیکی یک گونه یا جنس از باکتری است. مقاومت آنتروکوک به آنتی‌بیوتیک‌های بتالاکتام، سولفونامید و آمینوگلیکوزید، از نوع مقاوت ذاتی است (۱۰). مقاومت اکتسابی به واسطه پلاسمید ایجاد می‌شود و شیوع آن زیاد است به طوری که وجود مقاومت در حدود ۲۰٪ از باکتری‌های آنتروکوک فکالیز نسبت به جنتامایسین در کشورهای مختلف گزارش شده است (۱۰).

وانکومایسین از گلیکوپپتیدهاست که در سال ۱۹۵۴ کشف شد و به دلیل تأثیر مطلوب آن علیه باکتری‌های گرم مثبت، بخصوص استافیلوکوک‌های مولد پنی‌سیلیناز، و موارد متعدد مصرف آن به دلیل طیف وسیع و بالاخره اثر بر عفونت‌هایی که مقاومت به چند دارو دارند، موجب شد که در طی دهه ۸۰ مصرف آن در آمریکا به ۲۰ برابر برسد (۱۱).

این دارو دارای دفع کلیوی بوده، در نارسائی کلیه نیمه عمر آن به ۶ تا ۱۰ روز می‌رسد و با همودیالیز از بدن دفع نمی‌شود (۸، ۵، ۲).

با طرح مقاومت آنتروکوک‌ها به وانکومایسین در سال ۱۹۸۶، این مسئله به عنوان یک فوریت حاد مورد توجه و پیگیری قرار گرفت زیرا می‌توانست پیامدهائی را به دنبال داشته باشد که به طور خلاصه عبارتند از (۱۱): (۱) دشوارتر شدن مهار عفونت‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک‌ها، زیرا ساختارهای (Mechanisms) چند گانه‌ای که به وسیله آن

مقاومت ایجاد می‌گردد، در عفونت‌های بیمارستانی و در عفونت‌های حاصل از سطح جامعه (Nosocomial and community acquired infections) به طور کامل شناخته شده نیست (۲) قوت‌گیری امکان جداسازی بیماریزاهای (Pathogens) مقاوم به وانکومایسین مانند استافیلوکوک طلایی مقاوم به متی‌سیلین (Methicilin) (۳) امکان ایجاد مشکلات بالینی و مرگ و میر قابل ملاحظه با توجه به مقاومت نسبی آنتروکوک‌ها به سایر عوامل ضد میکروبی.

در آن زمان دو فنوتیپ VAN-A و VAN-B برای مقاومت اکتسابی به وانکومایسین شرح داده شد که فنوتیپ VAN-A با حد زیاد مقاومت به وانکومایسین (حداقل غلظت مهار [Minimal inhibitory concentration (MIC)] $64 <$ میلی گرم در لیتر) تعریف شد (۱۱) و چون به واسطه پلاسمید ایجاد می‌شد، قابلیت انتقال به سایر میکروب‌های بیماریزا (Pathogen) را داشت. در حالی که فنوتیپ VAN-B حدود مختلفی از مقاومت به وانکومایسین را به وجود می‌آورد (حداقل غلظت مهار [MIC]: ۴-۱۰۰۰ میلی گرم در لیتر). اکنون توانایی آنتروکوک‌ها در ایجاد مقاومت دارویی جدید حتی در مورد عواملی مثل سیپروفلوکزاسین (Ciprofloxacin) نیز مشاهده شده است (۱۰).

با پیدایش مقاومت به وانکومایسین در سال ۱۹۸۶، افزایش جداسازی آنتروکوک‌ها در عفونت‌ها دیده شد (۴). در سال ۱۹۸۹ تحقیقات گسترده‌ای در آمریکا بر روی آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین صورت گرفت. تحقیق بر روی ۱۱۰۰۰ مورد آنتروکوک، شیوع مقاومت را ۳/۰٪ گزارش کرد که بعد از ۴ سال پیگیری به ۲۰ برابر (۷/۹٪) افزایش یافت (۴). در سال ۱۹۹۱، تورنیپورت (Tornieport) و همکاران با مطالعه بر روی ۱۴۵ بیماری که آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین در آنها استقرار (Colonization) یافته بود و همان میزان بیمار شاهد بر عواملی چون بستری بودن بیش از ۷ روز در بیمارستان، مصرف طولانی وانکومایسین و سفالوسپورین نسل سوم به عنوان عوامل مؤثر بر استقرار (Colonization) و عفونت تأکید کردند (۱۹). نوسکین (Noskin) و وید (Wade) در

روش بررسی

در این مطالعه ۳۰۰ بیمار که بیش از ۷ روز در بیمارستانهای فیروزگر، حضرت رسول اکرم، علی‌اصغر، شریعتی، هاشمی‌نژاد و رازی در شهر تهران بستری بودند از شهریورماه تا بهمن‌ماه ۱۳۷۷ مورد بررسی قرار گرفتند. این بیماران در بخشهای پیوند کلیه، آی‌سی‌یو، سی‌سی‌یو، داخلی اعصاب، روماتولوژی، غدد، گوارش، پوست، خون، اورولوژی، ریه، عفونی کودکان، زنان و پیوند مغز استخوان بستری بودند.

از بیماران نمونه مدفوع گرفته شد. در مورد بیمارانی که به دلیل ناتوانیهای جسمانی قادر به دادن نمونه مدفوع نبودند نمونه با استفاده از سواب راست‌روده‌ای (Rectal) تهیه شد. در مورد گروه شاهد از ۱۰۰ بیماری که به طور سرپائی به آزمایشگاه مراجعه کرده بودند، نمونه مدفوع گرفته شد.

نمونه‌های مدفوع سپس وارد کشتاب (Broth) تأییدی آنتروکوک (*Enterococcus confirmatory broth*) شدند. این محیط به دلیل دارا بودن ۵/۶٪ نمک و سدیم آزید (*Sodium azide*) یک محیط اختصاصی برای جداسازی آنتروکوک‌ها محسوب می‌گردد. بعد از وارد کردن نمونه‌ها به داخل این محیط، نمونه‌ها به مدت ۲۴ ساعت در حرارت ۳۵ درجه سانتیگراد قرار داده شدند. سپس، یک کشت مجدد از این محیط در محیط آگار آنتروکوک (*Enterococcus agar*) انجام شد. این محیط نیز به دلیل دارا بودن سدیم آزید (*Sodium azide*) و ۵،۳،۲ تری‌فنیل‌تترازولیوم یک محیط اختصاصی برای رشد آنتروکوک‌ها می‌باشد. بعد از ۲۴ ساعت کلنی‌های بسیار ریز و بیرنگ آنتروکوک‌ها روی این محیط ظاهر می‌شد. در صورت مشاهده کلنی مشکوک، از آن گستره (Smear) تهیه شده، رنگ آمیزی گرم روی آن انجام می‌شد. آزمایش کاتالاز نیز توسط آب اکسیژنه ۳٪ روی این کلنی‌ها انجام گردید.

کلنی‌های به دست آمده روی محیط آگار آنتروکوک در محیط بایل‌اسکولین کشت داده شد. این محیط‌ها به مدت ۲۴ ساعت در درجه حرارت ۳۵ درجه سانتیگراد قرار گرفتند. تغییر رنگ محیط از زرد به قهوه‌ای تیره تا سیاه نشان‌دهنده این امر است که اسکولین هیدرولیز شده، تبدیل به ۶ و ۷ دی‌هیدروکسی

سال ۱۹۹۱ برتری مواد گندزدائی مثل کلرگزیدین ۴٪ یا الکل ایزوپروپیل ۴۰٪ را بر صابون در از بین بردن آنتروکوک مقاوم به وانکومایسین نشان دادند^(۱۵). در سال ۱۹۹۳ دانشگاه پنسیلوانیا بر روی افرادی که از کلرامفنیکل برای درمان عفونتهای شدید ناشی از آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین استفاده می‌کردند مطالعه‌ای انجام داد^(۱۴). در این سال نشان داده شد که سیتوتوکسین کلستریدیوم دیفسیل زمینه‌ساز استقرار (*Colonization*) آنتروکوک می‌باشد^(۱۷). در سال ۱۹۹۴، پاپانیکولو (*Papanicolaou*) و همکاران عوامل مؤثر بر استقرار (*Colonization*) و عفونت با آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین و مرگ و میر در بیماران با پیوند کبد را مطالعه کردند و نتیجه گرفتند که همودیالیز و اقامت قبل از جراحی در بخش مراقبت ویژه بر مرگ و میر مؤثرند^(۱۶).

مانتکالوو (*Montecalvo*) و همکاران در سال ۱۹۹۴ بر روی بیماران بستری در بخش تومورشناسی (*Oncology*) مطالعاتی را انجام دادند. نتایج نشان داد که میزان استقرار (*Colonization*) این ارگانیسم‌ها در این بیماران ۱۰ برابر بیشتر از میزان عفونت با این ارگانیسم‌ها است^(۱۲). هیل‌مایر (*Hill-Meyer*) و همکاران در سال ۱۹۹۶ بر روی همه‌گیرشناسی (*Epidemiology*) عفونتهای مقاوم به وانکومایسین در بخش پیوند کبد کار کردند^(۱۶) و ارتباط VAN-A با عفونتهای پیوند کبد را نشان دادند. هارود (*Horad*) و همکاران در مورد آنتروکوک فکالینس تحقیقاتی انجام دادند^(۶). آندرسون (*Anderson*) و همکاران نیز در مورد تأثیر مواد ضد عفونی‌کننده مطالعه کردند^(۱). هارود (*Horad*) و بنتورچا (*Bentorcha*) در فرانسه بر روی سویه‌های آنتروکوک فسیوم (*E. faecium*) و شاخصهای ژنتیک مقاومت تحقیق کردند^(۶). بویس (*Boyce*) و گرین (*Green*) در مورد استقرار (*Colonization*) در بخش پیوند کبد مطالعاتی انجام دادند^(۳).

مطالعه حاضر با هدف بررسی استقرار (*Colonization*) (وجود) آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین در بیمارانی که در بخشهای مختلف بیمارستانهای آموزشی بستری می‌شوند صورت گرفته است.

کومارین گردیده است. این ماده در حضور آهن رنگ محیط را به رنگ قهوه‌ای در می‌آورد. آنتروکوک‌ها و غیر آنتروکوک‌ها هر دو قادرند که اسکولین را تجزیه کنند ولی چون محیط‌های آنتروکوک، کشتاب (Broth) و آگار حاوی سدیم آزید، ۶/۵٪ نمک و تترازولیوم بودند بنابراین تجزیه اسکولین همراه با رشد در حضور ۶/۵٪ نمک، تأییدکننده وجود آنتروکوک‌هاست. برای انجام دادن آزمون (Test) حساسیت دارویی و تخمیر قند آرابینوز، کلنی‌های تأییدشده به محیط آگار خون (Blood agar) منتقل شدند. بعد از ۲۴ ساعت، کلنی‌های موجود بر روی آگار خون به محیط کشتاب فنل سرخ حاوی آرابینوز (Phenol red arabinose broth) منتقل شده، کشت داده شدند و بعد از ۲۴ ساعت نتایج قرائت شد. تغییر رنگ از قرمز به زرد نشانه مثبت بودن واکنش و عدم تغییر رنگ نشانه منفی بودن واکنش است. به عنوان شاهد منفی از پروتئوس و به عنوان شاهد مثبت از ای‌کولی (E. coli) استفاده شد. سپس برای انجام دادن آزمون حساسیت به روش انتشار از دیسک (Disk diffusion) از کلنی‌های ۲۴ ساعته بر روی آگار خون (Blood agar) برداشت شد و بعد از حل کردن در سالین فیزیولوژی استریل، سوسپانسیون باکتری که از نظر کدورت با استاندارد ۰/۵ مک‌فارلند مطابقت داشت، تهیه شد. سپس توسط یک سوآب استریل از این سوسپانسیون بر روی محیط مولر هیتون کشت داده شد و دیسک‌های وانکومایسین ۳۰ میکروگرم و پنی‌سیلین ۱۰ میکروگرم بر روی محیط مولر هیتون با فاصله مناسب قرار داده شده، ۲۴ ساعت در حرارت ۳۵ درجه سانتیگراد نگهداری شدند. بعد از این مدت قطر منطقه عدم رشد اندازه‌گیری گردید. در صورتی که قطر منطقه عدم رشد در اطراف دیسک وانکومایسین از ۹ میلی‌متر کمتر بود، به عنوان مقاوم در نظر گرفته می‌شد. در صورتی که این قطر ۱۰-۱۱ میلی‌متر و بیش از ۱۲ میلی‌متر بود، به ترتیب بینابین (Intermediate) و حساس (Sensitive) محسوب می‌شدند. در مورد پنی‌سیلین اگر قطر منطقه عدم رشد بیش از ۱۵ میلی‌متر بود، حساس و در غیر این صورت مقاوم محسوب می‌شدند.

در مورد باکتری‌هایی که نسبت به وانکومایسین با این

روش مقاوم یا مشکوک بودند، برای تأیید از آزمون (Test) حساسیت دارویی به روش رقیق‌کردن متوالی (Serial dilution) برای تعیین حداقل غلظت مهار (MIC) استفاده شد. در این روش از گرد (Powder) وانکومایسین که به روش کروماتوگرافی خالص شده بود، غلظت‌های مختلف تهیه شد و سپس به هر غلظت، سوسپانسیونی از باکتری که حاوی 1×10^6 باکتری بود افزوده شد و بعد از ۲۴ ساعت نتایج قرائت گردید.

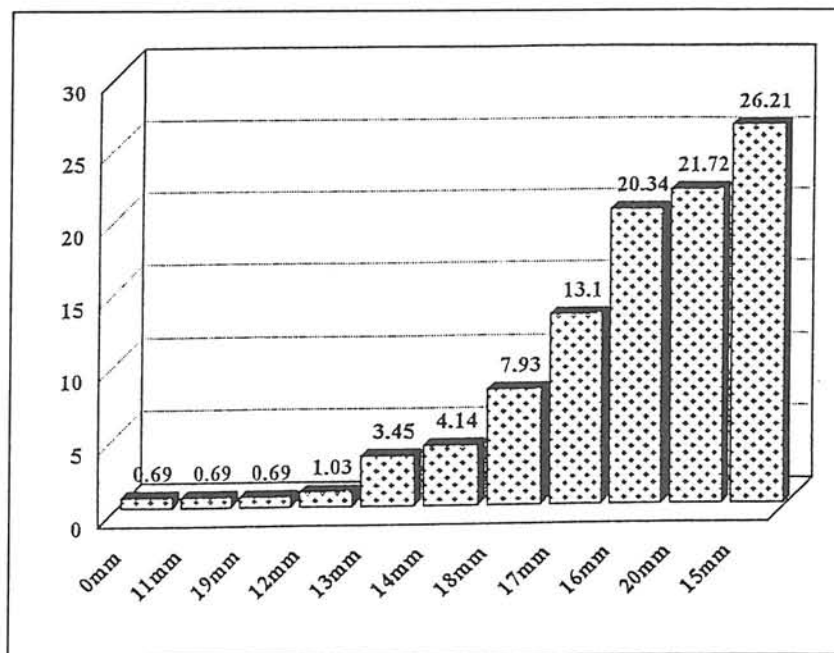
یافته‌ها

همان طور که قبلاً اشاره گردید، در این مطالعه تعداد ۳۰۰ نمونه مدفوع و سوآب راست‌روده‌ای (Rectal) که از بیماران بستری جمع‌آوری شده بودند به همراه ۱۰۰ نمونه مدفوع جمع‌آوری شده از افراد مراجعه‌کننده به آزمایشگاه، به عنوان گروه شاهد، از نظر وجود آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین، مورد بررسی قرار گرفتند. از ۳۰۰ نمونه مدفوع جمع‌آوری شده از بیماران بستری، نمونه مدفوع ۱۰ بیمار از نظر وجود آنتروکوک منفی بود که این بیماران تحت آنتی‌بیوتیک‌درمانی وسیع قرار داشتند. از کلیه ۱۰۰ نمونه مدفوع گروه شاهد آنتروکوک جدا گردید.

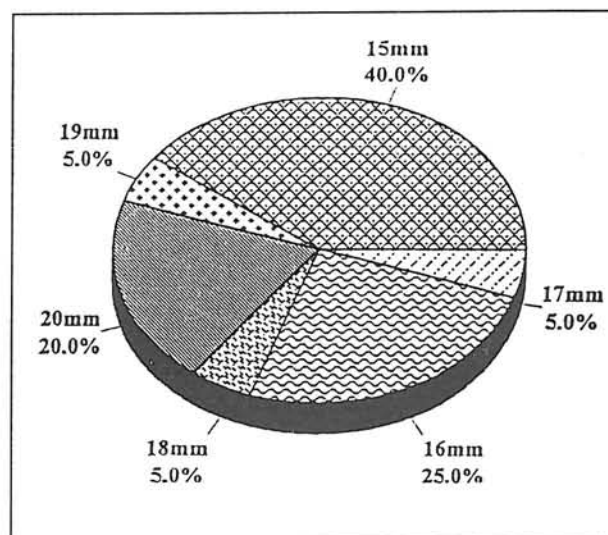
تمام آنتروکوک‌های جدا شده، چه در گروه بیماران بستری و چه در گروه شاهد، در آزمون (Test) هیدرولیز اسکولین و رشد در محیط بایل اسکولین مثبت بودند. در آزمون (Test) تعیین حساسیت دارویی به روش انتشار از دیسک (Disk diffusion) اکثر آنتروکوک‌های جدا شده از بیماران بستری به پنی‌سیلین مقاوم بودند و همچنین تمام آنتروکوک‌های جدا شده از گروه شاهد نیز به پنی‌سیلین مقاوم بودند. در مورد مقاومت به وانکومایسین در این مطالعه ۲ مورد آنتروکوک جدا شده از بیماران، فاقد منطقه عدم رشد در اطراف دیسک وانکومایسین بودند (مقاوم) و در ۲۲ مورد مشکوک به نظر می‌رسیدند به این صورت که در منطقه عدم رشد، در اطراف دیسک وانکومایسین، کلنی‌های ریز آنتروکوک به وفور دیده می‌شد. برای تأیید بر روی ۲۴ نمونه اخیر آزمون حساسیت به روش رقیق‌کردن متوالی (Serial dilution) به منظور تعیین حداقل غلظت مهار (MIC)

اطراف دیسک وانکومايسين بودند. شکل‌های ۱ و ۲ به ترتیب تعداد آنتروکوک‌های جدا شده در گروه بيماران بستري و شاهد و قطر هاله عدم رشد مربوط به هریک را در اطراف دیسک وانکومايسين نشان می‌دهند.

انجام گرفت. در ۶ نمونه، حداقل غلظت مهاری (MIC) بیشتر از ۶۴ میلی گرم در لیتر بود که به عنوان مقاوم در نظر گرفته شدند. به طور کلی ۲/۱٪ از بيماران بستري به وانکومايسين مقاوم بودند و ۹۷/۹٪ از آنان به این دارو حساس بودند. در گروه شاهد تمام آنتروکوک‌های جدا شده دارای منطقه عدم رشد در



شکل ۱- درصد آنتروکوک‌های جدا شده در گروه بيماران بستري و قطر هاله عدم رشد در اطراف دیسک وانکومايسين



شکل ۲- درصد آنتروکوک‌های جدا شده در گروه شاهد و قطر هاله عدم رشد در اطراف دیسک وانکومايسين

در این مطالعه با توجه به امکانات موجود، برای تشخیص گونه‌های مختلف آنتروکوک‌ها از تخمیر قند آرابینوز استفاده گردید. در ۱۳/۴٪ از آنتروکوک‌های جدا شده از بیماران بستری، تخمیر آرابینوز منفی و در ۸۶/۶٪ مثبت بود حال آنکه تخمیر آرابینوز در ۳۰٪ آنتروکوک‌های جدا شده از گروه شاهد منفی و در ۷۰٪ آنها مثبت بود. بر طبق منابع مورد استفاده، آنتروکوک‌های جدا شده از انسان، که قادر به تخمیر آرابینوز می‌باشند، بیشتر در گونه آنتروکوک فسیوم جای می‌گیرند و آنتروکوک‌هایی که قادر به تخمیر آرابینوز نمی‌باشند، در گونه آنتروکوک فکالیز قرار داده می‌شوند.

بحث

قبلاً اشاره شد که آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین از دو نظر حائز اهمیت هستند:

۱) استقرار (Colonization) در دستگاه گوارش که می‌تواند به عنوان یک مخزن پایدار برای انتقال به سایر بیماران و کارکنان بهداشتی تلقی شود و علاوه بر آن ژن مقاومت را به سایر میکروارگانیسم‌های بیمارزا (Pathogen) نیز منتقل نماید^(۱۲). برای مثال وجود استافیلوکوک مقاوم به وانکومایسین گزارش شده است^(۷). در این مطالعه کلیه افراد گروه شاهد (آنهایی که در بیمارستان بستری نبوده‌اند و به طور سرپائی تحت درمان قرار گرفته‌اند) به وانکومایسین حساس بودند. یعنی احتمالاً، بستری بودن زمینه‌ساز استقرار (Colonization) و مقاومت می‌شود.

همان گونه که در مقدمه ذکر شد، فنوتیپ‌های مختلف آنتروکوک‌های مقاوم به وانکومایسین، توسط حد مقاومتشان به وانکومایسین (حداقل غلظت مهاري [MIC] < 64 میلی گرم در لیتر) و تایکوپلانی (Teicoplanin) (حداقل غلظت مهاري [MIC] < 16 میلی گرم در لیتر) تعریف شده‌اند. در صورتی که در فنوتیپ VAN-B حداقل غلظت مهاري (MIC) برای وانکومایسین ۴-۱۰۰۰ میلی گرم در لیتر در نظر گرفته می‌شود. VAN-B و انواع VAN-C و VAN-D به تایکوپلانی کاملاً حساس بوده یا مقاومت کمی دارند^(۱۱،۱۰). با توجه با

اینکه در این مطالعه تایکوپلانی در دسترس نبود، فقط ۶ موردی که حداقل غلظت مهاري (MIC) آنها بیشتر از ۶۴ میلی گرم در لیتر بود، به عنوان گونه مقاوم شناخته شدند. به نظر می‌رسد که اگر تایکوپلانی در دسترس می‌بود، میزان مقاومت بیشتر محاسبه می‌گردید. این ۶ مورد که ۲/۰۷٪ از کل نمونه بیماران بستری را تشکیل می‌دادند، از بخشهای پیوند کلیه، داخلی اعصاب و اورولوژی جدا گردیده بودند. این افراد دارای سابقه اقامت طولانی در بیمارستان، استفاده مکرر از انواع آنتی‌بیوتیک‌ها، اعمال جراحی و همودیالیز بودند که به عنوان عوامل مستعدکننده استقرار (Colonization) شرح داده شده‌اند^(۹). در این مطالعه از قند آرابینوز به عنوان راهنما برای تعیین گونه استفاده شد که نشان داد سویه اکثر آنتروکوک‌های مقاوم و نیز آنتروکوک‌های جدا شده از گروه شاهد آرابینوز مثبت (آنتروکوک فسیوم [*E. faecium*]) است. گونه (Species) فسیوم در مطالعات سال ۱۹۹۲ آمریکا نیز به عنوان گونه مقاوم به وانکومایسین گزارش شده است که در مطالعه حاضر نیز این مطلب تأیید شده است.

۲) عفونت ناشی از آنتروکوک‌های مقاوم به درمان که مرگ و میر زیادی دارند^(۴). وانکومایسین برای بسیاری از عفونت‌های مقاوم به درمان کاربرد دارد. در صورت بروز مقاومت، نسبت به آن عملاً درمان مؤثر دیگری وجود نخواهد داشت لذا تلاش برای محدودیت انتشار این میکروارگانیسم‌ها در حال حاضر ضروری است. پیشگیری بیشتر بر پایه شناخت مخازن و راههای انتشار امکان‌پذیر است^(۶).

دو الگوی فرضی برای مقاومت وجود دارد: (الف) زنجیره غذایی: مصرف آووپارسین (Avoparcin) در خوراک دام و طیور عامل بروز مقاومت به وانکومایسین در کشورهای اروپائی شناخته شده است^(۶). (ب) مصرف بی‌رویه وانکومایسین: در آمریکا بیشتر این الگو عامل مقاومت شناخته می‌شود.

شواهد موجود حاکی از آن است که هر دو الگو در کشور ما مصداق دارد. زیرا در کشور ما از داروی مکمل فوق در خوراک دام و طیور استفاده می‌شود و در بیماران مورد مطالعه نیز سابقه مصرف بی‌رویه وانکومایسین وجود داشته است^(۱۱).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و جهت کنترل و ریشه‌کشی این کوکسی‌های مقاوم به دارو، تدابیر زیر پیشنهاد می‌شود:

۱) شناسایی بیمارانی که این کوکسی‌ها در آنها استقرار (Colonization) یافته‌اند: این کار می‌تواند از طریق نمونه برداری از مدفوع بیمارانی که بیش از ۷ روز در بیمارستان بستری هستند انجام شود.

۲) پیشگیری و رعایت نکات بهداشتی توسط کارکنان درمانی: این کار می‌تواند به وسیله پوشیدن دستکش در هنگام لمس سطوح مرطوب بدن بیمار و استفاده از گان^(۳) انجام شود. شستن دستها حتی به مدت ۳۰ ثانیه، آنتروکوک فسیوم را کاملاً پاکسازی می‌کند^(۱۵). استفاده از مواد ضد عفونی کننده مثل کلرهگزیدین الکلی، کلرهگزیدین ۴٪ و الکل ایزوپروپیل ۶۰٪ که بهتر از صابون هستند^(۱۱) و نیز نگهداری تجهیزات پزشکی بیماران آلوده در مکانی جدا^(۱۸) همراه با استفاده از هیپوکلریت سدیم، فنل و ترکیبات چهار ظرفیتی آمونیوم برای ضد عفونی کردن محیط آلوده پیرامون بیمار مفید است^(۱۸).

۳) رعایت معیارهای مصرف وانکومايسين: به منظور جلوگیری از بروز مقاومت باید موارد زیر مورد دقت قرار گیرند: (الف) وانکومايسين فقط در درمان عفونت‌های شدید ناشی از ارگانیسم‌های گرم مثبت مقاوم به بتالاکتام^(۲۰،۱۱) استفاده شود. (ب) وانکومايسين در درمان بیمارانی که به داروهای مؤثر ضد بتالاکتام آلرژی دارند، استفاده شود. (ج) در مواردی از کولیت غشای کاذب دار (Pseudomembranous) که به مترونیدازول پاسخ نمی‌دهند، از وانکومايسين استفاده شود. (د) در مورد درمانهای ذکر شده در بند الف، ب و ج استفاده بیش از ۷ روز توصیه نمی‌شود. (ه) در پیشگیری (Prophylaxis) جراحی، در مواردی که به داروهای ضد بتالاکتام آلرژی دارند از وانکومايسين استفاده شود. (و) در پیشگیری اعمال جراحی، استفاده بیش از ۲ روز توصیه نمی‌شود. (ز) استفاده بیش از ۳ روز از وانکومايسين در موارد درمانهای تجربی توصیه نمی‌شود.

بدیهی است که دستور نحوه مصرف صحیح وانکومايسين می‌بایست در کلیه مراکز آموزشی-درمانی نصب و نسبت به رعایت آن تأکید شود. ابلاغ به پزشکان نیز می‌تواند از راههای

دیگر رعایت مصرف صحیح دارو باشد. در بسیاری از کشورها، پرستاران در بخشهای مختلف، در صورتی که زمان مصرف دارو از موارد مندرج در بندهای (د)، (و) و (ز) تجاوز نماید، بلافاصله به پزشک مربوط هشدار می‌دهند.

منابع

- 1) Anderson RL, Carr JH, Bond WW, et al: Susceptibility of vancomycin-resistant enterococci to environmental disinfectants. *Infect Control Hosp Epidemiol* 18(3):195-9, 1997.
- 2) Balows A: *Manual of Clinical Microbiology*, American Society for Microbiology. 15th ed. Washington DC, 1991. pp 1076-7.
- 3) Boyce JM: Vancomycin-resistant enterococci: pervasive and persistent pathogens. *Infect Control Hosp Epidemiol* 16(12):676-9, 1995.
- 4) Edmond MB, Ober SF, Weinbaum DL, et al: Vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* bacteremia: risk factors for infection. *Clin Infect Dis* 20:1126-33, 1995.
- 5) Goth A: *Medical Pharmacology*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1984. pp 82, 605, 615, 638.
- 6) Bentorcha F, Dellbos F, Horaud T: *Streptococci and the Host*. New York: Plenum Press, 1997. pp 293, 419, 487, 1033, 1037.
- 7) Horis S, Hosoda Y, Hanaki H, et al: Dissemination in Japanese hospitals of strains of *Staphylococcus aureus* heterogeneously resistant to vancomycin. *Lancet* 350(9092):670-3, 1997.
- 8) Katzung BG: *Basic and Clinical Pharmacology*. 2nd ed. Los Altos: Lange Medical Publication, 1984. pp 516, 569.
- 9) Koneman EW: *Textbook of Diagnostic*

Microbiology. 5th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1997. pp 597-600.

Hosp Epidemiol 16(10):577-81, 1995.

16) Papanicolaou GA, Meyers BR, Meyer J, et al: Nosocomial infections with vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* in liver transplant recipients: risk factors for acquisition and mortality. *Clin Infect Dis* 23:760-6, 1996.

17) Refferty ME, Bopp LH, George M, et al: Vancomycin-resistant enterococci in stool specimens submitted for clostridium difficile cytotoxin assay. *Infect Control Hosp Epidemiol* 18(5):342-4, 1997.

18) Saurina G, Landman D, Quale JM, et al: Activity of disinfectants against vancomycin-resistant *Enterococcus faecium*. *Infect Control Hosp* 18(5):345-8, 1997.

19) Tornieporth NG, Roberts RB, Hafner A, et al: Risk factors associated with vancomycin-resistance: 145 matched case patients and control patients. *Clin Infect Dis* 23:762-72, 1996.

20) Willett HP: *Zinsser Microbiology*. Norwalk: Appleton & Lange, 1992. p 164.

10) Leclercq R: Enterococci acquire new kinds of resistance. *Clin Infect Dis* 24(suppl 1):580-4, 1997.

11) Leclercq R, Courvalin P: Resistance to glycopeptides in enterococci. *Clin Infect Dis* 24:545-56, 1997.

12) Montecalvo MA, Len Castre H, Carraher M, et al: Natural history of colonization with vancomycin-resistant *Enterococcus faecium*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 6(12):680-5, 1995.

13) Morrison D, Woodford N, Cookson B: Enterococci as emerging pathogens of humans. *J Appl Microbiol Symp Suppl* 83:895, 1997.

14) Norris AH, Reilly JP, Edelstein PH, et al: Chloramphenicol for treatment of vancomycin-resistant enterococcal infections. *Clin Infect Dis* 20:1137-44, 1995.

15) Noskin GA, Stosor V, Cooper I, et al: Recovery of vancomycin-resistant enterococci on finger tips and environmental surfaces. *Infect Control*

VANCOMYCIN-RESISTANT ENTEROCOCCI IN HOSPITALIZED PATIENTS

K. Soltani Arabshahi, MD^I H. Forouhesh Tehrani, MS^{II} SM. Mahmoud Arabi, MS^{III}

ABSTRACT

The enterococci are gram positive microorganisms. Currently they are considered as one of the most important causes of mortality in hospitalized patients. Enterococci are the 4th cause of nosocomial infections.

The importance of enterococci is due to the ability of these bacteria in developing resistance to a wide range of antibiotics. The other contributory factor is the potency of transmitting resistance to other microorganisms and their role as a reservoir for spreading resistance.

In this study, gastrointestinal colonization with vancomycin - resistant enterococci in hospitalized patients has been investigated. Stools or rectal swabs have been collected from 300 hospitalized patients and 100 controls. Enterococci were isolated in 290 of hospitalized patients and all of controls. The isolated enterococci were tested by "disk diffusion" for resistance to vancomycin and penicillin. All controls were sensitive to vancomycin, whereas in hospitalized patients 2 cases were considered as resistant and 22 cases seemed suspicious. By using serial dilution, sensitivity test was performed to determine minimal inhibitory concentration (MIC) for confirming resistance. 4 of 22 suspicious cases and 2 confirmed resistant cases had an MIC higher than 64 mg/L, and thus were considered resistant. In this study, the results reveal a resistance rate of 2.07% in hospitalized patients which is compatible with European studies.

Key Words: 1) Vancomycin-resistant enterococci

2) Colonization

3) Antibiotic resistance

I) Associate Professor of Internal Medicine, Firuzgar Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Vali-ye Asr Sq., Tehran, Iran (Corresponding author)

II) Instructor of Department of Microbiology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

III) MS in Medical Laboratory Sciences, Laboratory of Dr Habibi, Tehran, Iran