

بررسی ارزش تشخیصی روش ایمونوهیستوشیمی برای نمایش وجود رسوب ایمنی در

مقایسه با روش ایمونوفلئورسانس در بیوپسی های کلیه

چکیده

زمینه و هدف: بسیاری از ضایعات کلیوی، بخصوص ضایعات گلوبولری تنها بر اساس بیوپسی کلیه قابل بررسی و طبقه بندی می باشند. درخواست پزشک بالینی از پاتولوژیست، تشخیص صحیح و سریع آسیب کلیوی بوده که علاوه بر میکروسکوپ نوری، منوط به بررسی رسوب ایمنی در کلیه و میکروسکوپ الکترونی جهت اثبات رسوبات ایمنی می باشد. روش استاندارد جهت بررسی رسوب ایمنی، روش ایمونوفلئورسانس است که روش ساده و سریعی می باشد ولی به علت محدودیت هایی که در این روش وجود دارد، می توان از بلوک پارافینی نمونه فرستاده شده، جهت بررسی ایمونوهیستوشیمی و مشاهده رسوب ایمنی استفاده کرد. سایر مزایای روش ایمونوهیستوشیمی عبارتند از امکان حفظ لامهای رنگ آمیزی شده و بررسی مورفولوژی ضایعه و محل رسوب در رابطه با آناتومی گلوبولری. البته معایبی نیز برای بررسی ایمونوهیستوشیمی ذکر شده است که عبارتند از تکنیک پیچیده تر آن نسبت به روش ایمونوفلئورسانس، رنگ زمینه، تعداد کمتر آنتی بادی های در دسترس و زمانبر بودن آن.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقایسه ای بود. در این پژوهش نمونه های بیوپسی کلیه که در بیمارستان شهید هاشمی نژاد با هر دو روش میکروسکوپ نوری و ایمونوفلئورسانس (Immunofluorescence=IF) به نتیجه رسیده اند، جدا شده و نهایتاً IHC (Immunohistochemistry) با پنج مارکر IgM, IgG, IgA, C3, C1q بر روی آنها انجام شد. نحوه انجام IHC بر اساس متد ایمونوپراکسیداز (Immunoperoxidase=IP) می باشد. تمامی لامهای رنگ شده، با میکروسکوپ نوری مورد بررسی قرار گرفته، وجود، نوع رسوب و محل آن یادداشت شدند. همزمان لامهای رنگ آمیزی شده نمونه به روشهای H&E (Haematoxylin and eosin)، نقره، تریکروم و PAS (Periodic-acid-Schiff) نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: از کل ۲۶ نمونه، در روش IHC، در ۲۰ مورد رسوب ایمنی مشابه رسوب دیده شده در IF، مشاهده شد. در ۴ مورد شامل ۲ مورد آمیلوئیدوز، یک مورد گلوبولوپاتی ممبرانوس (MGN) و یک مورد IgA نفروپاتی، در روش IHC رسوب واضحی دیده نشد. بدین ترتیب، حساسیت روش IHC در تشخیص نمونه های بیوپسی کلیه، ۹۱٪ و ویژگی آن، ۱۰۰٪ و ارزش اخباری مثبت و منفی آن به ترتیب، ۱۰۰٪ و ۶۷٪ و صحت تشخیص آن، ۹۲٪ محاسبه گردید.

نتیجه گیری: به نظر می رسد که در مواردی که امکان انجام IF گلوبولری وجود ندارد و یا اصلاً به علت مشکلات انجام بیوپسی، نمونه ای برای IF فرستاده نشده است، روش IHC در صورتی که توسط افراد با تجربه انجام شود، به لحاظ حساسیت، ویژگی و صحت تشخیصی بالا، می تواند جایگزین مناسبی برای IF باشد. به این ترتیب با در نظر گرفتن موارد بالا، یک آزمایشگاه پاتولوژی کلیه باید امکانات انجام هر دو روش را داشته باشد و پاتولوژیست مربوطه با توجه به بالین بیمار و میزان بافتی که در دسترس دارد، می تواند تشخیص دهد که چه روشی را استفاده کند.

کلیدواژه ها: ۱- بیوپسی کلیه ۲- ایمونوفلئورسانس ۳- ایمونوهیستوشیمی

تاریخ دریافت: ۸۵/۳/۲۳، تاریخ پذیرش: ۸۵/۸/۱۵

مقدمه

بسیاری از ضایعات گلوبولری در کلیه تنها بر اساس یافته های بیوپسی کلیه قابل بررسی و طبقه بندی هستند.^(۱)

(I) استادیار و متخصص آسیب شناسی، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، میدان ونک، کوچه شهید والی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران (* مؤلف مسؤول).

(II) دستیار آسیب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

ایمونوفلئورسانس، نمونه برای مدت نامحدودی قابل دسترسی و بررسی است. امکان بررسی مورفولوژی ضایعه و محل رسوب در رابطه با آناتومی گلوومرول وجود دارد. در روش ایمونوفلئورسانس، نمونه میکروسکوپ نوری متفاوت از نمونه ایمونوفلئورسانس است چرا که نمونه کلیه در ابتدای امر، جهت بررسی میکروسکوپ نوری ایمونوفلئورسانس جدا می‌شود؛ لذا گلوومرول‌های موجود در نمونه‌های بررسی نوری و ایمونوفلئورسانس، متفاوت بوده و این مسأله بخصوص در ضایعات فوکال می‌تواند مشکل‌ساز باشد. البته در مطالعات مختلف، معایبی نیز برای بررسی ایمونوهیستوشیمی ذکر شده است که عبارتند از تکنیک پیچیده‌تر آن نسبت به روش ایمونوفلئورسانس، رنگ‌زمینه‌ای که گاهاً تفسیر را مشکل می‌کند و تعداد کمتر آنتی‌بادی‌های در دسترس که البته امروزه بر تعداد آنها افزوده می‌شود. مسأله دیگر، زمان گزارش‌دهی آن است که شامل مدت زمان معمول پردازش نمونه‌ها و تهیه بلوک و رنگ‌آمیزی آن می‌باشد.

در این مطالعه سعی شد تا بر روی نمونه‌های کلیه بررسی شده در بیمارستان هاشمی‌نژاد که همگی با روش بررسی نوری و ایمونوفلئورسانس به تشخیص رسیده‌اند، روش ایمونوهیستوشیمی انجام شود و مقایسه‌ای بین این دو روش از نظر مزایا و معایب هر کدام صورت گیرد و میزان صحت، حساسیت و ویژگی روش IHC در تشخیص ضایعات غیرتومورال کلیه بررسی شود.

روش بررسی

این مطالعه مقایسه‌ای، جهت بررسی روش ایمونوهیستوشیمی در نمونه‌های بیوپسی کلیه در مقایسه با روش استاندارد ایمونوفلئورسانس، جهت مشاهده رسوب کمپلکس ایمنی در نمونه‌های کلیه می‌باشد. در ابتدا قرار بود که نمونه‌های بیوپسی نیمسال دوم سال ۱۳۸۳ انتخاب گردند، اما با توجه به اینکه یکی از مراحل مهم در روند انجام IHC، شستشوی نمونه‌های تازه در نرمال سالین سرد به مدت حدود یک ساعت می‌باشد و این مسأله در مدت فوق‌الذکر

در واقع از زمان ابداع بیوپسی کلیه، سرفصل جدیدی از مطالعه بر روی بیماری‌های کلیه بخصوص پاتولوژی گلوومرولی شروع شد.^(۱) اندیکاسیون‌های بالینی اصلی جهت بیوپسی کلیه، شامل بررسی سندرم نفروتیک، نارسایی حاد کلیه، درگیری کلیه در بیماری‌های سیستمیک و نیز تغییر در عملکرد کلیه پیوندی می‌باشد.^(۲) انجام بیوپسی، خالی از خطر نمی‌باشد، هر چند که بیوپسی با هدایت پروپ سونوگرافی و نیز استفاده از وسایل اتوماتیک جهت بیوپسی، به میزان زیادی، عوارض ناشی از بیوپسی را کاهش داده است، بطوری که میزان جراحی و مرگ به دنبال بیوپسی، کمتر از ۰/۵٪ می‌باشد.^(۳-۶) به هر حال منافع انجام آن، از خطرات آن بیش‌تر می‌باشد بطوری که در یک مطالعه در بیرینگام، روش درمان بیماری به دنبال بیوپسی، در ۸۶٪ موارد (۲۴ مورد از ۲۸ بیمار) پروتئینوری در حد سندرم نفروتیک، ۷۱٪ (۲۲ مورد از ۳۱ بیمار) بیماران دچار نارسایی حاد کلیه، ۴۵٪ (۵۸ مورد از ۱۲۸ بیمار) بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه و ۳٪ (۱ مورد از ۳۶ بیمار) بیماران دچار هماچوری و در کل ۴۲٪ کل بیماران تغییر کرده است.^(۷)

درخواست پزشک بالینی از هیستوپاتولوژیست، تشخیص صحیح در زمان کوتاه است. تشخیص نهایی علاوه بر میکروسکوپ نوری منوط به بررسی رسوب ایمنی در کلیه و میکروسکوپ الکترونی جهت اثبات رسوبات ایمنی می‌باشد.^(۸)

روش استاندارد جهت بررسی رسوب ایمنی، روش ایمونوفلئورسانس است که روش ساده و سریعی می‌باشد ولی به علت محدودیت‌هایی که در این روش وجود دارد، لزوم رویکرد به روش جایگزین که بررسی ایمونوهیستوشیمی می‌باشد، وجود دارد؛ برای مثال در مواقعی که نمونه فرستاده شده جهت بررسی، کم باشد یا نمونه ارسالی حاوی گلوومرول نباشد و یا در شرایط خاصی امکان فرستادن نمونه جهت بررسی ایمونوفلئورسانس وجود نداشته باشد، می‌توان از بلوک پارافینی نمونه فرستاده شده جهت بررسی ایمونوهیستوشیمی و مشاهده رسوب ایمنی استفاده کرد. در روش ایمونوهیستوشیمی در مقایسه با

- ۲- واکس زدایی در گزین و قرار دادن آنها در الکل مطلق.
 - ۳- عمل بلوک کردن به وسیله پراکسید هیدروژن ۵٪ به مدت ۱۵ دقیقه و سپس شستشو در آب.
 - ۴- انکوباسیون در بافر هضمی ۳۷ درجه سانتی‌گراد (۴۰۰ میلی‌گرم تریپسین در ۴۰۰ سی‌سی بافر) به مدت ۳۰ دقیقه.
 - ۵- شستشو در آب به مدت ۵ دقیقه.
 - ۶- شستشو در بافر تریس با PH: ۷/۴، ۲ بار به مدت ۵ دقیقه.
 - ۷- قرار دادن آنتی سرم رقیق شده به مدت ۳۰ دقیقه.
 - ۸- شستشو در بافر تریس با PH: ۷/۴، ۲ بار به مدت ۵ دقیقه.
 - ۹- قرار دادن آنتی‌بادی خوکی ضد خرگوشی بیوتینیل به مدت ۳۰ دقیقه.
 - ۱۰- شستشو در بافر تریس با PH: ۷/۴، ۲ بار به مدت ۵ دقیقه.
 - ۱۱- انکوباسیون با استرپتاویدین به مدت ۳۰ دقیقه.
 - ۱۲- شستشو در بافر تریس با PH: ۷/۴، ۲ بار به مدت ۵ دقیقه.
 - ۱۳- محلول DAB فیلتر شده به مدت ۵ دقیقه.
 - ۱۴- شستشو در بافر و شستشو در آب.
 - ۱۵- رنگ‌آمیزی با هماتوکسیلین صاف شده به مدت ۲ دقیقه.
 - ۱۶- شستشو در آب.
 - ۱۷- خشک کردن، شفاف‌سازی و مونته کردن اسلایدها.
- لازم به ذکر است که آنتی سرم‌های بکار رفته، از نوع آنتی‌بادی‌های پلی‌کلونال خرگوشی محصول شرکت dako می‌باشند. تمامی لامهای رنگ شده، با میکروسکوپ نوری مورد بررسی قرار گرفته و وجود، نوع رسوب و محل آن یادداشت شدند. همزمان لامهای رنگ‌آمیزی شده نمونه، به روشهای H&E، نقره، تریکروم و PAS نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات گردآوری شده مورد بررسی قرار گرفتند و با استفاده از فرمول‌های مربوطه، حساسیت (sensitivity)، ویژگی (specificity)، ارزش

رعایت نشده بود، لذا نمونه‌های ارسالی سال ۱۳۸۴ که شرایط ذکر شده برای آنها رعایت شده بود، مورد مطالعه قرار گرفتند. در این روش به منظور بازیافت آنتی‌ژنی و نیز حذف پروتئین‌های پلاسما، هضم پروتئولیتیک بر روی برشهای پارافینی انجام می‌شود. استفاده از این روش بستگی به مدت و نوع فیکساتور دارد. در بیوپسی معمول کلیه، از مارکرهای IgA، IgM، IgG، C3، C1q و فیبرینوژن استفاده می‌شود. آنتی‌بادی‌های بکار رفته در IHC کلیه، از نوع آنتی‌بادی‌های پلی‌کلونال خرگوشی در رفتهای زیر است (جدول شماره ۱).^(۹)

جدول شماره ۱- آنتی‌بادی‌های بکار رفته در مطالعه و رفتهای آنها

آنتی‌بادی	رقت
IgA	۱/۶۰۰۰
IgM	۱/۵۰۰۰
IgG	۱/۱۵۰۰۰
C3	۱/۴۰۰۰
C1q	۱/۴۰۰۰
فیبرینوژن	۱/۱۵۰۰۰

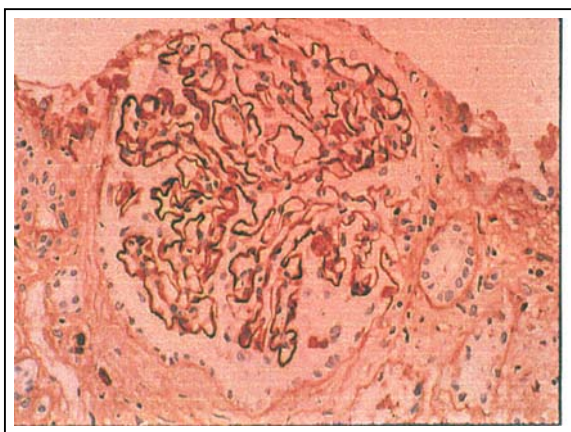
در بررسی انجام شده، نمونه‌های بیوپسی کلیه که در بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد با هر دو روش میکروسکوپ نوری و ایمنونوفلورسانس به نتیجه رسیده‌اند، جدا شدند، سپس نمونه‌های با تعداد ناکافی گلومرول (کمتر از ۳ گلومرول)، از طرح خارج شده و برشهای ۳ میکرونی از ۲۶ بلوک واجد شرایط تهیه شد. نهایتاً IHC با پنج مارکر IgA، IgG، IgM، C3، C1q بر روی آنها انجام شد. لازم به ذکر است که مارکرهای کاپا و لاندا تنها بر روی نمونه‌های با تشخیص آمیلوئیدوز انجام گرفت. نحوه انجام IHC بر اساس متد ایمنونوپراکسیداز (IP) می‌باشد.^(۱۰، ۱۱) مشکل اصلی در روش IP در بسیاری از آزمایشگاه‌ها، رنگ زمینه‌ای است؛ به منظور کاهش این مشکل، نمونه‌ها به مدت حداقل یک ساعت در نرمال سالین سرد شستشو شدند.

مراحل دقیق IP به صورت زیر انجام گرفت:

- ۱- تهیه برشهای ۳ میکرونی و قرار دادن آنها در Oven در تمام طول شب.

یک مورد، رسوب قابل افتراق نبود ولی در ۶ مورد دیگر، رسوب IgA در ناحیه مزانژیال مشاهده گردید و بدین ترتیب، حساسیت روش IHC در تشخیص IgA nephropathy، ۸۶٪، ویژگی ۱۰۰٪، ارزش اخباری مثبت و منفی، به ترتیب ۱۰۰٪ و ۹۵٪، و صحت تشخیص، ۹۶٪ بود (شکل شماره ۲).

در ۳ مورد از ۴ مورد آمیلوئیدوز که IHC انجام شد، رسوب زنجیره سبک کاپا و لاندا به طور همزمان دیده شد و در یک مورد، هیچ نوع رسوبی مشاهده نگردید. در مورد سایر نمونه‌ها شامل ۲ مورد نفریت لوپوسی و یک مورد MCD، MPGN و Immune complex crescentic GN، رسوب مشاهده شده، مشابه رسوب در روش ایمونوفلئورسانس بود، بخصوص الگوهای مشاهده شده در نمونه لوپوس و MPGN به همراه مورفولوژی ضایعه، بسیار تشخیصی بودند (اشکال شماره ۳ و ۴).



شکل شماره ۱- رسوب IgG در گلومرولوپاتی ممبرانوس



شکل شماره ۲- رسوب IgA در نفروپاتی IgA

پیشگویی کننده مثبت (PPV)، ارزش پیشگویی کننده منفی (NPV) و صحت (accuracy) محاسبه گردید. در تحلیل اطلاعات، gold standard، بررسی توسط IF بوده و نمونه‌های IHC با آن مقایسه شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه، بررسی بر روی ۲۶ بیوپسی کلیه صورت گرفت که شامل ۱۱ مورد گلومرولوپاتی ممبرانوس (MGN)، ۷ مورد IgA nephropathy، ۲ مورد نفریت لوپوسی و ۴ مورد آمیلوئیدوز، بیماری با تغییر کم (minimal change disease=MCD)، گلومرولونفریت ممبرانو پرولیفراتیو (MPGN) و Immune complex crescentic GN (هر کدام یک مورد) بود. در روش IHC، از کل ۲۶ نمونه، در ۲۰ مورد رسوب ایمنی مشابه مشاهده شد. در ۴ مورد شامل ۲ مورد آمیلوئیدوز، یک مورد MGN و یک مورد IgA نفروپاتی، در روش IHC رسوب واضحی دیده نشد. لازم به ذکر است که در تمام موارد آمیلوئیدوز، در روش IF نیز رسوبی مشاهده نشده بود.

بدین ترتیب، حساسیت روش IHC در تشخیص نمونه‌های بیوپسی کلیه، ۹۱٪، ویژگی آن، ۱۰۰٪، ارزش اخباری مثبت و منفی آن، به ترتیب ۱۰۰٪ و ۶۷٪ و صحت تشخیص آن، ۹۲٪ محاسبه گردید (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- مقایسه نتایج IHC با IF در تشخیص نمونه‌های

بیوپسی کلیه

جمع کل	(-)	(+)
IF (مثبت)	۲	۲۰
IF (منفی)	۴	۰
جمع کل	۶	۲۰

رسوب ایمنی، از ۱۱ نمونه MGN مورد مطالعه، در ۱۰ مورد، مثبت و در یک مورد قابل خواندن نبود و بدین ترتیب، حساسیت روش IHC در تشخیص MGN، ۹۱٪، ویژگی، ۱۰۰٪، ارزش اخباری مثبت و منفی، به ترتیب ۱۰۰٪ و ۹۴٪ و صحت تشخیص، ۹۶٪ گزارش شد (شکل شماره ۱).

از ۷ نمونه IgA نفروپاتی که کلاً ۷ مورد بودند، فقط در

حفظ فلئورسانس به مدت طولانی‌تری می‌شود). در این موارد می‌توان از روش ایمونوهیستوشیمی بر روی نمونه‌های پارافین بیمار استفاده کرد که امکان نگهداری لام مانند لامهای معمولی وجود دارد. از محدودیت‌های دیگر بررسی ایمونوفلئورسانس، نبودن امکان بررسی مورفولوژیک گلومرول‌هاست که این امکان در IHC وجود دارد.^(۱)

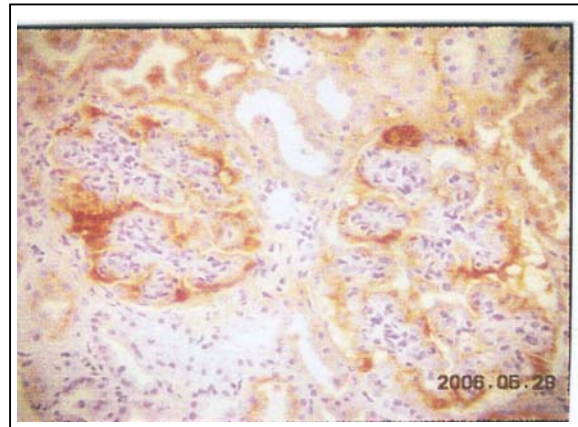
در بررسی IHC، همان مقطعی از لامهای معمولی نمونه که مورد بررسی قرار می‌گیرند، رنگ می‌شوند و لذا امکان مشاهده رسوب در محل‌هایی که تغییرات بافتی در نمونه کلیه وجود دارد، هست ولی متأسفانه در نمونه IF با توجه به اینکه نمونه بیوپسی دیگر بیمار مورد بررسی قرار گرفته، قطعاً همان گلومرول‌هایی که تغییر دارند، در IF مشاهده نمی‌شوند که البته این مسأله در ضایعات منتشر کلیه اثری ندارد ولی در ضایعات فوکال، امکان اینکه گلومرول درگیر در نمونه IF نباشد و گزارش IF منفی باشد، وجود دارد. البته رنگ زمینه در بررسی IHC بیش‌تر است که امکان تداخل در مشاهده رسوب اصلی در نمونه ایجاد می‌کند.^(۳)

در مقایسه‌ای که بین IF و IHC در سال ۱۹۹۶ انجام شده است، عنوان شده که روش IHC از صحت بیش‌تری نسبت به IF برخوردار است (بجز در مورد بیماری گود پاسچر)، آنها، انجام IF را فقط در موقع شک بالینی به این بیماری، به منظور بررسی رسوب خطی IgG، توصیه کرده‌اند.^(۱۲)

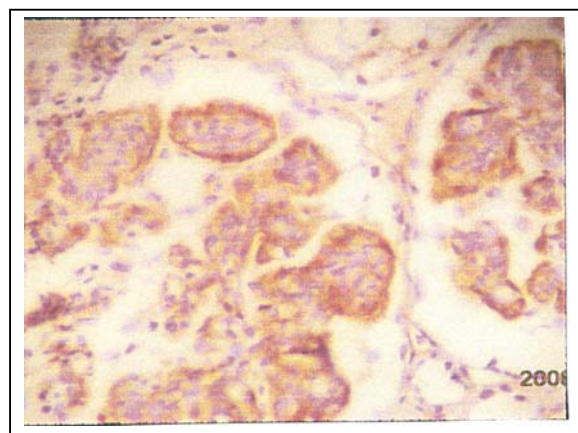
در مطالعه دیگری که در مورد گلومرولونفریت سریعاً پیش‌رونده (Rapidly progressive glomerulonephritis = RPGN) انجام شده است، هماهنگی بیش‌تر از ۹۰٪ بین تکنیک‌های ایمونوپراکسیداز و ایمونوفلئورسانس مشاهده شده است.^(۱۳)

در سایر مطالعات، به طور ضمنی، به نتایج خوب IHC، بدون قید کردن میزان حساسیت و ویژگی آن در نمونه‌های بیوپسی کلیه اشاره شده است.

اصولاً تشخیص در مورد آمیلوئیدوز، بر مبنای رنگ‌آمیزی هیستوشیمی کنگو - رد و بررسی آن با نور پلاریزه می‌باشد. البته امکان تشخیص آمیلوئید با استفاده از



شکل شماره ۳- رسوب IgG در نفریت لوپوسی



شکل شماره ۴- رسوب IgG در MPGN

بحث

روش ایمونوفلئورسانس، حساسیت بالایی در تشخیص نوع رسوب، شدت و طرح رسوب ایمنی دارد و به علت تکنیک آسان، سریع و کم بودن رنگ زمینه، روش انتخابی در بررسی رسوب ایمنی است، ولی گاهی به دلیل عدم وجود گلومرول در نمونه ارسالی در IF، لزوم بررسی کمپلکس ایمنی به روش دیگری بر روی نمونه موجود پارافین احساس می‌شود. از طرف دیگر امکان حفظ لام IF برای مطالعات بعدی وجود ندارد و اغلب پس از یک هفته، فلئورسانس نمونه از بین می‌رود. روش‌هایی جهت حفظ لامهای رنگ شده IF وجود دارند که بسیار گران بوده و معمولاً در آزمایشگاه‌ها استفاده نمی‌شوند (به عنوان مثال phenylenediamin موجب

پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران در قالب طرح تحقیقاتی (شماره ثبت: ۲۰۰) انجام گردیده است که بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسوولین آن مرکز ابراز می‌دارند.

فهرست منابع

1- Report from pathology consensus meeting on renal biopsy handling and processing. Vienna, February 25, 2000.

2- Kark RM, Muehrcke RC. Biopsy of the kidney is prone position. *Lancet* 1954 May 22; 266(6821): 1047-9.

3- Howat AJ, Thomas CM, Coward RA. Immunoperoxidase for the demonstration of immune deposits in renal biopsies. *Current diagnostic pathology* 2000; 6: 125-9.

4- Fraser IR, Fairley K. Renal biopsy on an out patient procedure. *AM kidney dis* 1995; 12: 1047-9.

5- Burstein DM, Korbol SM, Schwatz MM. The use of automatic core biopsy system in percutaneous renal biopsy: A comparative study. *Am J Kidney dis* 1993; 22: 545-52.

6- Hergesell O, Felten H, Andrassy K, Kuhn K, Ritz E. Safety of ultrasound-guided percutaneous renal biopsy-retrospective analysis of 1090 consecutive cases. *Nephrol Dial Transplant* 1998 Apr; 13(4): 975-7.

7- Richards NT, Darby S, Howre AJ, Adu D, Michael J. Knowledge of renal histology alters patients management in over 40% of cases. *Nephrol Dial transplants* 1994; 9: 1255-9.

8- Brenner BM. The kidney. 6th ed. USA: Saunders company; 2004. p. 11-66.

9- Bancroft JD, Gamble M. Theory and practice of histological techniques. 5th ed. USA: Churchill livingstone; 2002. p. 441-51.

10- Maclver AG, Mephram BL. Immunoperoxidase techniques in human renal biopsy. *Histopathology* 1982; 6: 249-67.

11- Hsu SM, Rainel L, Fanger H. Use of avidin biotin peroxidase complex(ABC) in immunoperoxidase techniques: A comparison between ABC and unlabeled antibody(PAP) procedures. *J histochem cytochem* 1981; 29: 577-80.

12- Kalra PA, Coward RA, Aguirre burunalde M, Howat AJ. An audit of immunoperoxidase versus immuno fluorescence in the detection of immune deposits in renal biopsy. *J pathol* 1996; 178: 44A.

آنتی‌بادی‌های تجارتي در دسترس علیه AA وجود دارد. در نمونه‌های مورد مطالعه حاضر، آنتی‌بادی علیه AA، در مطالعه IF و به طبع آن در IHC، بکار گرفته نشده است. از طرفی رسوب آمیلوئید، خود منجر به گیر افتادن (Traping) غیراختصاصی اجزاء سرمی از جمله ایمونوگلوبولین‌ها و کمپلمان می‌شود.

IF و یا IHC، در آمیلوئیدوز وابسته به میلوما، جهت تشخیص رسوب زنجیره‌های سبک کاپا و لاندا بکار می‌روند که هیچ کدام از بیوپسی‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر، با توجه به بررسی‌های انجام شده در بیماران، آمیلوئیدوز وابسته به میلوما نبودند و رسوب کاپا و لاندا مشاهده شده، به صورت کاذب، به دنبال گیرافتادن پلاسما در گلوبمرول‌ها بوده است.^(۱۴)

یکی از محدودیت‌های مطالعه، ناکافی بودن نمونه‌ها بوده و لذا به نظر می‌رسد مطالعات وسیع‌تری از این دست مورد نیاز باشند.

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که در مواردی که نمونه IF، گلوبمرول ندارد یا اصلاً به علت مشکلات انجام بیوپسی، نمونه‌ای برای IF فرستاده نشده است، روش IHC در صورتی که توسط افراد با تجربه انجام شود، به لحاظ حساسیت، ویژگی و صحت تشخیصی بالا، می‌تواند جایگزین مناسبی برای IF باشد. به این ترتیب با در نظر گرفتن موارد بالا یک آزمایشگاه پاتولوژی کلیه باید امکانات انجام هر دو روش را داشته باشد و پاتولوژیست مربوطه با توجه به بالین بیمار و میزان بافتی که در دسترس دارد، می‌تواند تشخیص دهد که چه روشی را استفاده کند. همچنین در موارد بیماری‌های مشکل، این امکان برای پاتولوژیست وجود خواهد داشت تا از هر دو روش برای کنترل تشخیص استفاده کند.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با استفاده از حمایت مالی دانشگاه علوم

13- Saha A, Jha V, Sakhuja V, Joshik. A clinical histological and immunohistochemical analysis of crescentic glomerulonephritis. Indian Journal of nephrology 1997 Jul, sep; 7(3): 103-8.

14- Striker, Striker LJ, Vivethe D. The renal biopsy major problems in pathology. 3rd ed. USA: W.B. Saunders; 1997. p. 42.

Value of Immunohistochemistry in Comparison to Immunofluorescence for Detecting Immune Deposits in renal Biopsy

^I
*M. Asgari, MD

^{II}
M.R. Hafezi Ahmadi, MD

Abstract

Background & Aim: Evaluation and classification of many renal lesions particularly glomerular diseases are only on the basis of renal biopsy. The clinician's request from the histopathologist is a timely and accurate diagnosis of renal damage which in addition to light microscopy is dependent on the assessment of immune deposits in renal biopsy and verification of immune deposits in Electron microscopy. IF (Immunofluorescence) method which is simple and rapid is gold standard. Due to limitation of this method, received paraffin blocks can be used for detection of immune deposits in IHC (Immunohistochemistry). Other advantages of IHC method include: permanence of stained slides, possibility of morphologic assessment of the lesion and correlation of deposit location and glomerular anatomy. Undoubtedly IHC method has disadvantages including complexity of the technique in comparison to IF, background staining, few number of available antibodies as well as being time consuming.

Materials and Methods: In this comparative study renal biopsy specimens from Hasheminejad hospital, which were reported according to IF and light microscopy, were separated and then IHC with IgG, IgM, IgA, C3 and C1q, was performed on these blocks. IHC was based on Immunoperoxidase (IP) method. Presence, kind and location of deposits were recorded by light microscopy. At the same time, H&E, silver, trichrome and PAS stained slides were evaluated.

Results: Immune deposits similar to IF were detected by IHC method in 20 out of 26 samples. IHC method could not detect visible immune deposits in 4 cases including amyloidosis, MGN (1 case) and IgA nephropathy (1 case). Therefore, sensitivity, specificity, accuracy, positive and negative predictive values of IHC method in diagnosis of renal biopsy specimens is 91%, 100%, 92%, 100% and 65%, respectively.

Conclusion: It seems that due to high rate of sensitivity, specificity and accuracy, IHC method which is used by experienced technical staff, can be used as an alternative method for IF when there are no glomeruli in IF specimen or there is difficulty in taking a renal biopsy. Thus according to these findings, the renal pathological lab, should be equipped with both methods, and accountable pathologist, should recognize which method to be used on the basis of clinical state of the patient and adequacy of received specimen.

Key Words: 1) Renal Biopsy 2) Immunofluorescence 3) Immunohistochemistry

^I) Assistant Professor, Pathologist, ValiNejad St., Vanak Sq., HashemiNejad Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

^{II}) Resident of Pathology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.