

مقاله پژوهشی

بررسی مقاومت آنتی‌بیوتیکی و ارتباط ژن *estA* با تشکیل بیوفیلیم در سویه‌های سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از بیماران سوختگی

پریسا روشنی اصل^۱، نیلوفر رشیدی^{۲*}، لیلی شکوهی زاده^۳، الهه تاجبخش^۱

۱- گروه میکروبیولوژی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲- گروه علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- گروه میکروبیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: سودوموناس آئروژینوزا به دلیل مقاومت آنتی‌بیوتیکی بالا، به عنوان یک عامل عمده عفونت‌های بیمارستانی شناخته شده است. تشکیل بیوفیلیم، عامل بیماری‌زای مهمی در عفونت‌های سودوموناس آئروژینوزا است. این پاتوژن در طی تشکیل بیوفیلیم، هیدرولازهای خارج سلولی از جمله استراز *estA* تولید می‌کند که می‌تواند تشکیل و ساختار بیوفیلیم را تحت تأثیر قرار دهد. هدف از این مطالعه ارزیابی مقاومت آنتی‌بیوتیکی و توزیع ژن *estA* در میان سویه‌های سودوموناس آئروژینوزا تولیدکننده بیوفیلیم جدا شده از بیماران سوختگی است.

مواد و روش‌ها: در مجموع، ۳۷ نمونه سودوموناس آئروژینوزا از بیماران سوختگی در بیمارستان طالقانی شهرستان اهواز با استفاده از روش‌های باکتریولوژی استاندارد شناسایی و جدا شدند. حساسیت آنتی‌بیوتیکی به روش انتشار دیسک مطابق با استاندارد توصیه شده توسط CLSI 2015 تعیین گردید. تشکیل بیوفیلیم به روش میکروتیتر پلیت اندازه‌گیری شد. حضور ژن *estA* با روش PCR بررسی گردید.

نتایج: ژن *estA* در ۹۷/۳٪ از سویه‌ها وجود داشت و ۷۸/۳٪ از سویه‌ها تولیدکننده بیوفیلیم بودند. بر اساس نتایج تست آنتی‌بیوگرام بیشترین مقاومت به آنتی‌بیوتیک پیراسیلین/تازوباکتام (۹۲٪) و کمترین مقاومت به کلیستین (۸٪) بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، ارتباط معنی‌داری بین حضور ژن *estA* و تشکیل بیوفیلیم وجود نداشت. میزان بالای مقاومت آنتی‌بیوتیکی در سودوموناس آئروژینوزا قابل توجه است.

کلمات کلیدی: سودوموناس آئروژینوزا، *estA*، بیوفیلیم، مقاومت آنتی‌بیوتیکی

مقدمه

شکمی جدا شده است. همچنین، یک مشکل جدی در بیماران نقص ایمنی مبتلا به فیبروز کیستی، سرطان، ایدز و سوختگی‌های شدید محسوب می‌شود (۳، ۴). در سال‌های اخیر، عفونت‌های بیمارستانی ایجاد شده توسط سودوموناس آئروژینوزا، به دلیل مقاومت ذاتی آن‌ها به بسیاری از انواع آنتی‌بیوتیک‌ها و ظرفیت آن‌ها برای کسب مقاومت به تمام آنتی‌بیوتیک‌های مؤثر، به عنوان یک مشکل حاد در بیمارستان‌ها شناخته شده‌اند (۵). تولید بیوفیلیم به عنوان یک عامل بیماری‌زای مهم در عفونت‌های

سودوموناس آئروژینوزا یک باسیل گرم منفی، متعلق به خانواده سودوموناسه، هوازی اجباری، غیر تخمیری و ساپروفیت است (۱)، این باکتری، به عنوان یک پاتوژن فرصت طلب دومین باکتری شایع عامل عفونت‌های بیمارستانی است و به مراتب از جریان خون، عفونت‌های زخم، ذات‌الریه، عفونت‌های ادراری و داخل

*نویسنده مسئول: نیلوفر رشیدی، گروه علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
Email: ni.rashidi@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-6439-7498

درجه سانتی‌گراد شناسایی شدند (۱۲-۱۵). حساسیت باکتری‌های جدا شده نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های ازترونام (۳۰ μg)، آزیترومایسین (۱۵ μg)، آمیکاسین (۳۰ μg)، ایمی پنم (۱۰ μg)، تیکارسیلین/کلولانیک‌اسید (۷۵/۱۰ μg)، مروپنم، سیپروفلوکساسین (۵ μg)، پیراسیلین/تازوباکتام (۱۰۰/۱۰ μg)، سفنازیدیم (۳۰ μg)، سفتریاکسون (۳۰ μg)، سفوتاگسیم (۳۰ μg)، کلیستین (۱۰ μg) و کلیستین سولفات (۱۰ μg) تهیه شده از شرکت Rosco، دانمارک، با استفاده از روش انتشار دیسک و بر اساس دستورالعمل موسسه استاندارد آزمایشگاهی بالینی CLSI 2015 انجام شد (۱۶). از سویه سودوموناس آئروژینوزا به شماره ATCC 27853 جهت کنترل کیفی آنتی بیوگرام استفاده گردید.

به منظور ارزیابی تشکیل بیوفیلم توسط سویه‌های سودوموناس آئروژینوزا به روش میکروتیتر پلِت، هر کدام از سویه‌های ذخیره شده در محیط اسکیم میلک، به محیط بلاد آگار منتقل و به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد انکوبه شدند. حدود ۵-۴ کلنی تک رشد کرده روی محیط بلاد آگار در ۵-۳ میلی‌لیتر محیط TSB تلقیح و در ۳۷ درجه سانتی‌گراد به مدت ۲۴ ساعت انکوبه شدند. از TSB تنها نیز به عنوان شاهد منفی استفاده گردید. پس از انکوباسیون، کشت‌ها به نسبت ۱:۱۰۰ در TSB رقیق شدند و ۱۰۰ میکرولیتر از هر کدام به یک چاهک از میکروپلِت ۹۶ تایی منتقل گشته سپس در ۳۷ درجه سانتی-گراد به مدت ۴۸ ساعت انکوبه شدند. پس از انکوباسیون، محتویات هر چاهک خارج گردید و چاهک‌ها با PBS شستشو داده شدند و به هر کدام از آن‌ها ۱۲۵ میکرولیتر رنگ کریستال ویوله ۰/۱ درصد اضافه گردید. پس از ۱۰ دقیقه، رنگ‌ها را خارج نموده، چاهک‌ها با آب تمیز شسته شدند و در دمای اتاق قرار داده شدند تا خشک شوند. پس از آن ۲۰۰ میکرولیتر اتانول ۹۵٪ اضافه گردید، سپس OD محتویات هر یک از چاهک‌ها در طول موج ۶۳۰ نانومتر با استفاده از اسپکتروفوتومتر خوانده شد (۱۷). تست تشکیل بیوفیلم دو بار تکرار شد. میزان تشکیل بیوفیلم توسط سویه‌های سودوموناس آئروژینوزا بر اساس فرمول زیر ارزیابی گردید که در آن ODC میانگین جذب نوری چاهک‌های کنترل است (۱۸):

$$\text{قوی} = \text{OD} < (\text{ODC} \times 4), \text{متوسط} = (\text{ODC} \times 4) \leq \text{OD} < (\text{ODC} \times 2), \text{ضعیف} = (\text{ODC} \times 2) \leq \text{OD} < \text{ODC}, \text{بیوفیلم} = \text{OD} \leq \text{ODC}$$

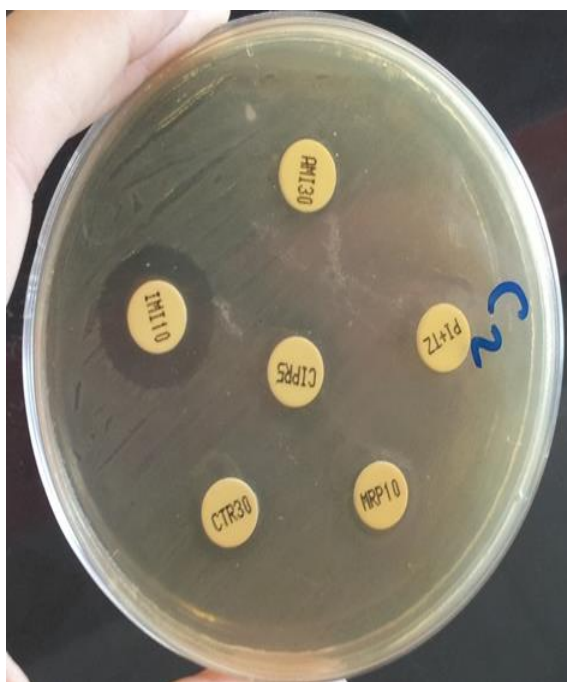
سودوموناس آئروژینوزا در نظر گرفته شده است (۶). بیوفیلم‌ها تجمعات سازمان یافته باکتری‌ها هستند که به یکدیگر و به یک سطح متصل شده‌اند و درون یک پلیمر خارج سلولی قرار گرفته‌اند. پلیمر خارج سلولی می‌تواند شامل پلی ساکاریدها، نوکلئیک اسیدها، لیپیدها و پروتئین‌ها باشد که به وسیله نیروهای مکانیکی مقاوم، به جمعیت باکتری‌ها استحکام فیزیکی و شیمیایی می‌بخشد و نفوذ مواد سمی را کاهش می‌دهد. مقاومت بیوفیلم‌های باکتریایی به آنتی‌بیوتیک‌ها و مواد ضد میکروبی، باعث انعطاف‌پذیری فوق‌العاده آن‌ها می‌شود (۷-۱۰). برخی سویه‌های سودوموناس آئروژینوزا در طی تشکیل بیوفیلم، هیدرولازهای خارج سلولی از قبیل استراز estA تولید می‌کنند که به عنوان یک فاکتور بیماری‌زا به خوبی شناخته شده و جزو آنزیم‌های لیپولیتیک است. استراز estA با ایجاد تغییراتی در ترکیب و خصوصیات مواد پلیمریک خارج سلولی و همچنین حرکت سلول‌ها، به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر تشکیل و ساختار بیوفیلم‌های سودوموناس آئروژینوزا تأثیر می‌گذارد (۱۱). علیرغم شیوع بالای عفونت‌های ناشی از این باکتری در بیماران دارای سوختگی و نیز مشکلات مربوط به درمان آن‌ها، اطلاعات کمی در مورد توزیع فاکتورهای بیماری‌زا و توانایی تولید بیوفیلم در میان سویه‌های سودوموناس آئروژینوزا وجود دارد. لذا این مطالعه باهدف بررسی مقاومت آنتی‌بیوتیکی و تشکیل بیوفیلم در حضور ژن estA در سویه‌های بالینی سودوموناس آئروژینوزا در بیمارستان سوختگی طالقانی شهرستان اهواز انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، تعداد ۵۰ نمونه بالینی مختلف شامل نمونه زخم، ادرار و خون با مراجعه به بیمارستان سوانح و سوختگی طالقانی شهرستان اهواز از فروردین تا تیرماه ۹۴، به صورت تصادفی جمع‌آوری شد. تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$ انجام گرفت. ابتدا نمونه‌ها بر روی محیط بلاد آگار، اتوزین متیلن بلو آگار و سودوموناس ستریمید آگار کشت داده شدند و پس از گرمخانه گذاری در دمای ۳۷ درجه سانتی-گراد به مدت ۲۴ ساعت، به منظور مشاهده کلونی‌های مشکوک به سودوموناس آئروژینوزا بررسی گردیدند. نمونه‌ها با توجه به رنگ کلونی، بوی شبیه انگور، رنگ‌آمیزی گرم و تست‌های بیوشیمیایی از جمله واکنش اکسیداز، تخمیر قند در محیط TSI، بتاهمولیزین در محیط بلاد آگار و توانایی رشد در دمای ۴۲

جدول ۱- برنامه زمانی انجام PCR جهت تکثیر ژن *estA*

تعداد سیکل	زمان (دقیقه)	حرارت (سانتی گراد)	مرحله
۱	۵	۹۵	Initial Denaturation
۳۰	۱	۶۳	Annealing
۱	۱۰	۷۲	Final Extension
	۱	۷۲	Extension
	۱	۹۴	Denaturation



شکل ۱- تعیین مقاومت آنتی‌بیوتیکی سویه‌ها به روش انتشار دیسک کربی-بایر

مقاومت چند دارویی در تمامی سویه‌های مورد بررسی (۱۰۰٪) مشاهده گردید. درصد مقاومت آنتی‌بیوتیکی نمونه‌ها در نمودار ۱ نشان داده شده است.

بر اساس سنجش میزان تشکیل بیوفیلم سویه‌ها مطابق فرمول ارائه شده، از ۳۷ سویه *سودوموناس آئروژینوزا*، تعداد ۲۹ سویه

استخراج DNA ژنومی سویه‌های *سودوموناس آئروژینوزا* با استفاده از کیت سیناژن (سینا کلون، ایران) بر اساس دستورالعمل شرکت سازنده انجام گرفت (۱۵). ژنوم تخلیص شده برای بررسی حضور ژن *estA* از طریق واکنش PCR استفاده شد. به منظور تکثیر ژن *estA*، پرایمرهای اختصاصی مناسب این ژن با توالی نوکلئوتیدی:

F: CTATTCGACGCTGGTGGTGT
R: AGCGGGATGTTCAACGGAAT

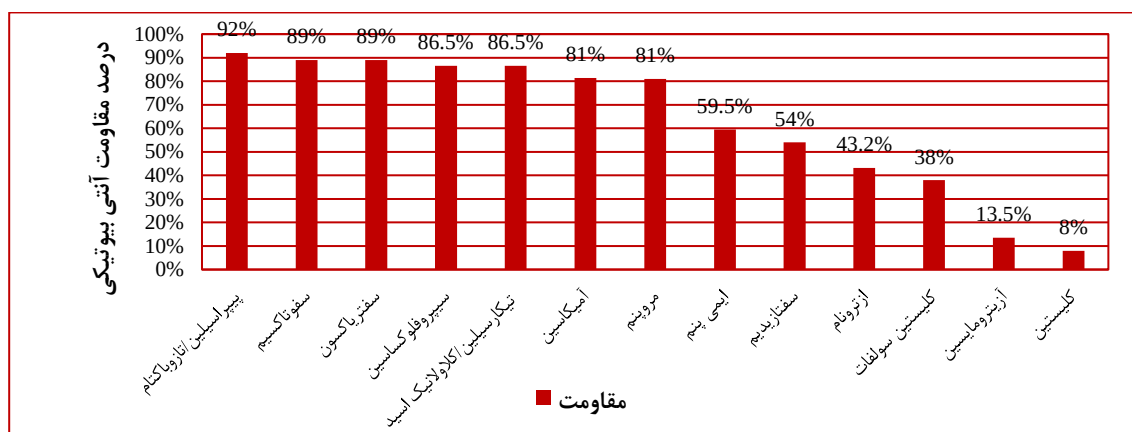
به طول ۶۹۰ جفت باز، با استفاده از نرم‌افزار طراحی پرایمر در سایت NCBI طراحی گردید. پرایمرها توسط شرکت آراین ژن گستر به عنوان نماینده شرکت آلمانی Metabion سنتز شدند. واکنش PCR در حجم نهایی ۵۰ میکرولیتر شامل ۲۹ میکرولیتر آب مقطر، ۴ میکرولیتر DNA استخراج شده، ۰/۵ میکرولیتر هر پرایمر و ۱۶ میکرولیتر Master Mix (شرکت آراین ژن گستر) انجام شد. در ادامه، واکنش PCR در دستگاه ترموسایکلر *Peq* (*star*) با برنامه دمایی مناسب انجام گردید. برنامه دمایی مربوط به ژن‌ها در جدول ۱ ذکر شده است. در نهایت، محصولات PCR از طریق ژل آگارز ۱/۵٪ و دستگاه الکتروفورز آنالیز و سپس توسط اتیدیوم بروماید رنگ آمیزی شدند. همچنین از مارکر ۱۰۰ جفت تائید وزن مولکولی محصولات تکثیر شده استفاده شد. قطعات DNA به کمک دستگاه Gel Photo Doc مشاهده و عکس باندهای مورد نظر تهیه گردید.

نتایج

نتایج مربوط به کشت نمونه‌های بالینی و تست‌های میکروبی‌شناسی نشان داد که از مجموع ۵۰ نمونه جمع‌آوری شده، ۳۷ (۷۴٪) نمونه *سودوموناس آئروژینوزا* بودند که شامل نمونه‌های حاصل از زخم، خون و ادرار بودند. بیشترین عفونت *سودوموناسی* در بخش زنان (۵۶٪/۸) مشاهده گردید، همچنین فراوانی عفونت *سودوموناسی* در سایر بخش‌های مختلف بیمارستان شامل آی سی یو (۲۹٪/۷)، اطفال (۸٪) و مردان (۵٪/۵) تعیین گردید. بر اساس نوع نمونه بالینی در بیش از ۷۵٪ موارد *سودوموناس آئروژینوزا* از عفونت زخم‌های سوختگی جدا گردید. فراوانی *سودوموناس آئروژینوزا* در نمونه‌های خون و ادرار به ترتیب ۲۱٪/۷ و ۲٪/۷ بود. میزان مقاومت آنتی‌بیوتیکی نمونه‌ها به روش انتشار دیسک کربی-بایر انجام شد (شکل ۱). در این آزمون، بیشترین مقاومت نسبت به پِیپراسیلین/تازوباکتام (۹۲٪) و کمترین مقاومت نسبت به کلیستین (۸٪) مشاهده شد.

بر اساس نتایج به دست آمده از واکنش PCR ژن *estA* (شکل ۳)، ۳۶ سویه یعنی ۹۷/۳٪ دارای ژن *estA* بودند و تنها یک سویه یعنی ۲/۷٪ فاقد این ژن بود که توانایی تولید بیوفیلیم ضعیفی داشت. نتایج نشان داد که ارتباط معناداری بین حضور ژن استراز و تشکیل بیوفیلیم وجود ندارد.

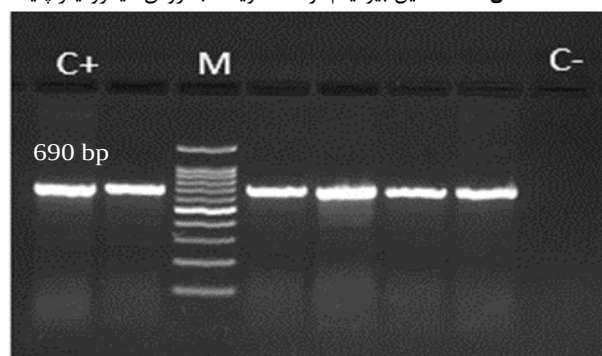
یعنی ۷۸/۳٪ قادر به تشکیل بیوفیلیم بودند که شامل (۵/۴٪) ۲ تولیدکننده بیوفیلیم قوی، (۳۲/۴٪) ۱۲ تولیدکننده بیوفیلیم متوسط و (۴۰/۵٪) ۱۵ تولیدکننده بیوفیلیم ضعیف بودند. علاوه بر این، ۸ سویه یعنی ۲۱/۷٪ توانایی تشکیل بیوفیلیم را نداشتند (شکل ۲). با توجه به اینکه تمام سویه‌ها مقاوم چند دارویی بودند، نمی‌توان نتیجه گرفت که مقاومت آنتی‌بیوتیکی با تشکیل بیوفیلیم در ارتباط است.



نمودار ۱- میزان مقاومت آنتی‌بیوتیکی در ایزوله‌های سودوموناس آئروژینوزا



شکل ۲- تشکیل بیوفیلیم توسط سویه‌ها به روش میکروتیتر پلیت



شکل ۳- ژل الکتروفورز ژن *estA* حاصل از واکنش PCR.

M: مارکر ۱ kb. C+: کنترل مثبت. C-: کنترل منفی. سایر چاهک‌ها محصولات PCR حاصل از تکثیر ژن *estA* سویه‌های بالینی سودوموناس آئروژینوزا می‌باشند.

بحث

سودوموناس آئروژینوزا به عنوان یک پاتوژن بیمارستانی، عامل عمده عفونت در مراکز سوختگی به ویژه در ایران است و با نرخ مرگ و میر بالایی در ارتباط است. استفاده بی رویه از آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت های سوختگی و توسعه مکانیسم های مقاومت ذاتی و اکتسابی، منجر به توسعه سریع مقاومت چندگانه در میان ایزوله های سودوموناس آئروژینوزا شده است که این مسئله یک نگرانی رو به رشد در بیماران بستری شده در مراکز سوختگی است (۱۹). در مطالعه حاضر، مقاومت بالایی به آنتی بیوتیک های پیراسیلین/تازوباکتام، سفوتاکسیم، سفتریاکسون، سیپروفلوکساسین، تیکارسیلین/کلادولانیک اسید، آمیکاسین و مروپنم در میان سویه های سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از بیماران سوختگی مشاهده شد. ظرفیت قابل توجه این باکتری در مقاومت به بسیاری از داروها، تاکنون توسط محققین زیادی در واحدهای سوختگی گزارش شده است.

در مطالعه ی رنجبر و همکاران که در سال ۲۰۱۱ در یک مرکز سوختگی در تهران انجام شد، سویه های سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از بیماران، به ترتیب به آمیکاسین ۹۰٪، سیپروفلوکساسین ۶۵٪، سفتریاکسون ۶۰٪ و سفتازیدیم ۵۷/۵٪ مقاومت نشان دادند که به نتایج حاضر شباهت دارد. میزان مقاومت به ایمی پنم نیز ۹۷/۵٪ گزارش شد که بالاتر از مطالعه حاضر (۵۹/۹٪) بود (۲۰). گودرزی و همکاران نیز در سال ۲۰۱۴ در تهران، میزان مقاومت سویه های سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از بیماران سوختگی را به آمیکاسین ۹۷/۳٪، سفتازیدیم ۹۸/۱۶٪، ایمی پنم ۶۴/۴٪ و سیپروفلوکساسین ۱۰۰٪ نشان دادند (۱۹). همچنین، خسروی و همکاران در سال ۲۰۱۶ در اهواز میزان مقاومت سویه های سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از بیماران مبتلا به عفونت های زخم و سوختگی را به این ترتیب گزارش کردند: سیپروفلوکساسین ۷۰/۶۷٪، سفتازیدیم ۶۸٪، آمیکاسین ۵۵/۳۳٪، سفتریاکسون ۷۰٪، سفوتاکسیم ۷۲/۶۷٪ و پیراسیلین ۴۵/۳۳٪ (۲۱). نتایج حاصل از این پژوهش درصد بالاتری از مقاومت نسبت به این آنتی بیوتیک ها نشان می دهد که می تواند بیانگر افزایش مقاومت آنتی بیوتیکی در میان سویه های سودوموناس آئروژینوزا باشد. تمامی سویه های مورد مطالعه دارای مقاومت چند دارویی بودند که با نتایج مطالعه عباس و همکاران در سال ۲۰۱۸ همخوانی دارد (۲۲).

ایجاد عفونت های مزمن توسط سودوموناس آئروژینوزا عمدتاً به دلیل توانایی باکتری در تشکیل بیوفیلیم است (۲۳). تشکیل بیوفیلیم به عنوان یک مسئله مهم در کنترل عفونت در نظر گرفته شده است. تداوم عفونت های طولانی مدت ناشی از سویه های سودوموناس آئروژینوزا تشکیل دهنده بیوفیلیم، مشکلات جدی را در بیمارستان های سوختگی ایجاد کرده و درمان عفونت های مربوطه، حتی در افراد با پاسخ های ایمنی طبیعی، دشوار است. یکی از مهم ترین ویژگی های بیوفیلیم باکتریایی، مقاومت به آنتی بیوتیک ها و اجزای سیستم ایمنی میزبان است. در برخی از مطالعات نشان داده شده که سویه های سودوموناس آئروژینوزا که بیوفیلیم تولید می کنند نسبت به آنتی بیوتیک های سفتازیدیم، سیپروفلوکساسین و توبرامایسین در غلظتی بیش از آنچه برای کشتن باکتری های پلانکتونی لازم است، مقاومت نشان می دهند. این مقاومت احتمالاً به دلیل جمعیت باکتریایی است که توسط ساختار بیوفیلیم از درمان محافظت شده اند (۲۴-۲۶). جبل عاملی و همکاران در سال ۲۰۱۲ و همچنین قنبرزاده کره تاش و همکاران در سال ۲۰۱۵ در تهران نشان دادند که بیش از ۹۲٪ از سویه های سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از بیماران سوختگی قادر به تولید بیوفیلیم هستند که این میزان بالاتر از نتایج به دست آمده (۷۸/۳٪) از مطالعه حاضر است (۲۶، ۲۷). مشابه نتایج این مطالعه، در مطالعه امامی و همکاران که در سال ۲۰۱۵ در گیلان بر روی سویه های سودوموناس آئروژینوزا به دست آمده از فاضلاب یک مرکز سوختگی انجام شد، ۷۰٪ سویه ها بیوفیلیم تشکیل دادند و همچنین نشان دادند که سویه های تولیدکننده بیوفیلیم نسبت به آن هایی که قادر به تولید بیوفیلیم نبودند، مقاومت آنتی بیوتیکی بالاتری داشتند (۲۶). بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، از آنجایی که همه سویه ها مقاومت چند دارویی داشتند اما همه آن ها قادر به تولید بیوفیلیم نبودند، ارتباط معناداری میان تولید بیوفیلیم و مقاومت آنتی بیوتیکی مشاهده نشد. در مطالعه ای دیگر، حیدری و افتخار در سال ۲۰۱۵ در بیمارستان شهید مطهری تهران نشان دادند که سویه های سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از بیماران سوختگی در این بیمارستان ۴۳/۵٪ بیوفیلیم تشکیل دادند (۲۵)، که این اختلاف می تواند ناشی از تفاوت در منطقه جغرافیایی مورد مطالعه و در نتیجه تنوع و تفاوت در

که میزان مقاومت آنتی‌بیوتیکی میان گونه‌های *سودوموناس آئروژینوزا* رو به افزایش است. این افزایش مقاومت آنتی‌بیوتیکی در خصوص باکتری‌های بیماری‌زای شایعی همچون *سودوموناس آئروژینوزا* بسیار قابل توجه و نگران‌کننده است زیرا روند درمان را با مشکل مواجه می‌سازد و مشکلات جدی را برای بیماران به وجود می‌آورد؛ بنابراین توصیه می‌شود قبل از تجویز آنتی‌بیوتیک، تولید بیوفیلم توسط سویه‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از کارکنان محترم بیمارستان سوانح و سوختگی طالقانی شهرستان اهواز، مسئولان پژوهشی گروه علوم آزمایشگاهی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز و همکاران محترم مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد که ما را در انجام و ارتقاء کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام نمایند. شماره مصوب پایان‌نامه در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد ۱۳۳۳۰۵۰۷۹۴۲۰۲۹ است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را اعلام نکرده‌اند.

سویه‌های ایجادکننده عفونت باشد. ویلهلم^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان دادند که فعالیت آنزیم استراز *estA* بر تشکیل و ساختار بیوفیلم *سودوموناس آئروژینوزا* تأثیرگذار است (۲۹). در سال ۲۰۱۰ نیز تیلن^۲ و همکاران تأثیر *estA* را بر بیوفیلم *سودوموناس آئروژینوزا* SG81 بررسی کردند و فعالیت‌های افزایش‌یافته برای این آنزیم در بیوفیلم‌های تولیدشده توسط این باکتری را گزارش کردند. همچنین مشاهده کردند که سویه‌هایی که بیان *estA* و *lasB* را از دست دادند، به‌طور کامل توانایی تولید ساختار سه‌بعدی بیوفیلم را نیز از دست دادند (۱۱). در مطالعه حاضر نیز، با استفاده از تکنیک PCR حضور ژن *estA* بررسی گردید که مشخص شد از مجموع ۳۷ نمونه تنها یک نمونه فاقد این ژن بود که توانایی تشکیل بیوفیلم ضعیفی داشت.

نتیجه‌گیری

این نتایج نشان می‌دهند که حضور ژن *estA* با توانایی تشکیل بیوفیلم در باکتری *سودوموناس آئروژینوزا* در ارتباط نیست. احتمالاً ژن‌ها یا فاکتورهای دیگری نیز وجود دارند که در تشکیل بیوفیلم مؤثر هستند؛ بنابراین، برای دستیابی به نتایج بهتر باید عوامل دیگر نیز در نظر گرفته شوند. این نتایج به همراه نتایج حاصل از تمامی پژوهش‌های پیشین بیانگر این موضوع هستند

References

1. Japoni A, Farshad S, Alborzi A. *Pseudomonas aeruginosa*: burn infection, treatment and antibacterial resistance. Iran Red Crescent Med J. 2009; 11(3): 244-253.
2. Sivaraj S, Murugesan P, Muthuvelu S, Purusothaman S, Silambarasan A. Comparative study of *Pseudomonas aeruginosa* isolate recovered from clinical and environmental samples against antibiotics. Int J Pharm Pharm Sci. 2012; 4(3): 103-107.
3. Mardaneh J, Ahmadi KH, Jahan Sepas A. Determination antimicrobial resistance profile of *Pseudomonas aeruginosa* strains isolated from hospitalized patients in Taleghani Hospital (Ahvaz, Iran) from 2011-2012. JFUMS. 2013; 3(3): 188-193. [In Persian]
4. Pires D, Sillankorva S, Faustino A, Azeredo J. Use of newly isolated phages for control of *Pseudomonas aeruginosa* PAO1 and ATCC 10145 biofilms. Res Microbiol. 2011; 162(8): 798-806.
5. Fazeli H, Akbari R, Moghim S, Narimani T, Arabestani MR, Ghoddousi AR. *Pseudomonas aeruginosa* infections in patients, hospital means, and personnel's specimens. J Res Med Sci. 2012; 17(4): 332-337.
6. Gellatly SL, Hancock RE. *Pseudomonas aeruginosa*: new insights into pathogenesis and host defenses. Pathog Dis. 2013; 67(3): 159-173.
7. Kozirog A, Otlewska A, Brycki B. Viability, enzymatic and protein profiles of *Pseudomonas aeruginosa* biofilm and planktonic cells after monomeric/gemini surfactant

¹ Wilhelm

² Tielen

treatment. *Molecules*. 2018; 23: 1-13.

8. Hall-Stoodley L, Stoodley P. Evolving concepts in biofilm infections. *Cell Microbiol*. 2009; 11(7): 1034-1043.

9. Lieleg O, Caldara M, Baumgartel R, Ribbeck K. Mechanical robustness of *Pseudomonas aeruginosa* biofilms. *Soft Matter*. 2011; 7(7): 3307-3314.

10. Veessenmeyer JL, Hauser AR, Lisboa T, Rello J. *Pseudomonas aeruginosa* virulence and therapy: evolving translational strategies. *Crit Care Med*. 2009; 37(5): 1777-1786.

11. Tielen P, Rosenau F, Wilhelm S, Jaeger K, Flemming H, Wingender J. Extracellular enzymes affect biofilm formation of mucoid *Pseudomonas aeruginosa*. *Microbiol*. 2010; 156: 2239-2252.

12. Nikokar I, Tishayar A, Flakiyan Z, Alijani K, Rehana-Banisaeed S, Hossinpour M, et al. Antibiotic resistance and frequency of class 1 integrons among *Pseudomonas aeruginosa*, isolated from burn patients in Guilan, Iran. *Iran J Microbiol*. 2013; 5(1): 36-41.

13. Fatima A, Naqvi SB, Khaliq SA, Perveen S, Jabeen S. Antimicrobial susceptibility pattern of clinical isolates of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from patients of lower respiratory tract infections. *Springer Plus*. 2012; 1(1): 70.

14. Ghane M, Azimi Z. Isolation, identification and antimicrobial susceptibility of *Pseudomonas* spp. Isolated from hospital environment in Tonekabon, north of Iran. *J Appl Environ Microbiol*. 2014; 2(4): 97-101.

15. Fazeli N, Momtaz H. Virulence gene profiles of multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* isolated from Iranian hospital infections. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(1): e15722.

16. Clinical and Laboratory Standards Institute. M100-S25 Performance standards for antimicrobial susceptibility testing 22nd informational supplement. Wayne (PA); CLSI. 2015.

17. Abidi SH, Sherwani SK, Siddiqui TR, Bashir A, Kazmi SU. Drug resistance profile and biofilm forming potential of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from contact lenses in Karachi-Pakistan. *BMC Ophthalmol*. 2013; 13(57): 1-6.

18. Nyenje ME, Gree E, Ndip RN. Biofilm formation and adherence characteristics of *Listeria ivanovii* strains isolated from ready-to-eat foods in Alice, South Africa. *The Scientific World Journal*. 2012; 2012:873909. doi:10.1100/2012/873909.

19. Goudarzi M, Azad M, Seyedjavadi SS, Goudarzi Gh, Rashidian M. Study of flagellin profiling in multidrug resistant *Pseudomonas aeruginosa* (MDRPA) isolated from burn wound infections, Tehran, Iran. *J Paramed Sci*. 2014; 5(3): 40-45.

20. Ranjbar R, Owlia P, Sadari H, Mansouri S, Jonaidi-Jafari N, Izadi M, et al. Characterization of *Pseudomonas aeruginosa* strains isolated from burned patients hospitalized in major burn center in Tehran, Iran. *Acta Med Iran*. 2011; 49(10): 675-679.

21. Khosravi AD, Hoveizavi H, Mohammadian A, Farahani A, Jenabi A. Genotyping of multidrug-resistant strains of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from burn and wound infections by ERIC-PCR. *Acta Cir Bras*. 2016; 31(3): 206-211.

22. Abbas HA, El-Ganiny AM, Kamel HA. Phenotypic and genotypic detection of antibiotic resistance of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from urinary tract infections. *Afri Health Sci*. 2018; 18(1): 11-21.

23. Roshani-Asl P, Rashidi N, Shokoohzadeh L, Zarei J. Relationship among antibiotic resistance, biofilm formation and *lasB* gene in *Pseudomonas aeruginosa* isolated from burn patients. *Clin Lab*. 2018; 64: 1477-1484.

24. Chen H, Wubbolts RW, Haagsman HP, Veldhuizen EJA. Inhibition and eradication of *Pseudomonas aeruginosa* biofilms by host defence peptides. *Sci Rep*. 2018; 8(1): 10446.

25. Heydari S, Eftekhari F. Biofilm formation and β -Lactamase production in burn isolates of *Pseudomonas aeruginosa*. *Jundishapur J Microbiol*. 2015; 8(3): e15514.

26. Emami S, Nikokar I, Ghasemi Y, Ebrahimpour M, Ebrahimi-Saraie HS, Araghi A, et al. Antibiotic resistance pattern and distribution of *pslA* gene among biofilm producing *Pseudomonas aeruginosa* isolated from waste water of a burn center. *Jundishapur J Microbiol*. 2015; 8(11): e23669.

27. Jabalameli F, Mirsalehian A, Khoramian B, Aligholi M, Khoramrooz S, Asadollahi P, et al. Evaluation of biofilm production and characterization of genes encoding type III secretion system among *Pseudomonas aeruginosa* isolated from burn patients. *Burns*. 2012; 38(8): 1192-1197.

27. Ghanbarzadeh Corehtash Z, Khorshidi A, Firoozeh F, Akbari H, Mahmoudi Aznaveh A. Biofilm formation and virulence factors among *Pseudomonas aeruginosa* isolated from burn patients. *Jundishapur J Microbiol*. 2015; 8(10): e 22345.

29. Wilhelm S, Gdynia A, Tielen P, Rosenau F, Jaeger KE. The autotransporter esterase EstA of *Pseudomonas aeruginosa* is required for rhamnolipid production, cell motility, and biofilm formation. *J Bacteriol*. 2007; 189(18): 6695-6703.



Original Article

Survey of Antibiotic Resistance and Relationship Between Esterase (*estA*) Gene with Biofilm Formation in *Pseudomonas Aeruginosa* Strains Isolated from Burn Patients

Roshani Asl P¹, Rashidi N^{2*}, Shokoohizadeh L³, Tajbakhsh E¹

1. Department of Microbiology, Faculty of Basic Sciences, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2. Department of Medical Laboratory Sciences, School of Para Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Department of Microbiology, Faculty of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Received: 24 Nov 2018

Accepted: 01 Jul 2019

Abstract

Background & Objective: *Pseudomonas aeruginosa* is known as a major cause of hospital-acquired infections due to its high antibiotic resistance. Biofilm formation is an important virulence factor in *P. aeruginosa* infections. This pathogen produces extracellular hydrolases such as esterase *estA* during biofilm formation which can influence the formation and construction of biofilm. The purpose of this study was to detect the antibiotic resistance and distribution of *estA* gene among biofilm-producing *P. aeruginosa* strains isolated from burn patients.

Materials & Methods: A total of 37 strains of *P. aeruginosa* were isolated from burn patients in Taleghani hospital in Ahvaz and identified using standard bacteriological procedures. Antibiotic susceptibility test was performed by disk diffusion method according to the CLSI 2015. Biofilm formation was measured by micro titer plate. Existence of *estA* gene was detected by PCR.

Results: The *estA* gene existed in 97.3% of isolates and 78.3% of *P. aeruginosa* isolates produced biofilm. Based on the results of the antibiogram test, the highest rate of resistance was observed to piperacillin/ tazobactam (92%) and least resistance was to colistin (8%).

Conclusion: According to the results, there were no significant correlations between presence of *estA* gene and biofilm formation. High level of resistance to antibiotics in *P. aeruginosa* is considerable.

Keywords: *Pseudomonas aeruginosa*, *estA*, Biofilm, Antibiotic Resistance

***Corresponding Author:** Rashidi Niloufar, Department of Medical Laboratory Sciences, School of Para Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: ni.rashidi@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6439-7498>