



طراحی کیت سنجش آنتی ژن p24 ویروس HIV با استفاده از آنتی بادی منوکلونال انسانی

معصومه هاشمی^{۱*}، دکتر سید مهدی بوترابی^۲، دکتر رضا حاجی حسینی^۱، دکتر علی میرجلیلی

^۱ گروه بیوشیمی، دانشگاه پیام نور تهران، ^۲ متخصص میکروب شناسی، شرکت پیشتاز طب، ^۳ گروه بیوتکنولوژی، انستیتو واکسن و سرم سازی رازی

چکیده

سابقه و هدف: چندین روز پس از عفونت با ویروس HIV و قبل از تغییرات سرمی در مرحله وجود RNA ویروس در خون، آنتی ژن p24 در خون قابل سنجش است. مطالعات نشان می دهد در مراحل اولیه عفونت آنتی ژن p24 بسیار زودتر از آنتی بادی بر علیه ویروس ظاهر می شود. بنابراین ارزیابی آنتی ژن p24 ویروس می تواند شاخص مناسبی برای تشخیص عفونت در مراحل اولیه بیماری باشد. هدف از این پژوهش استفاده از روش الیزا برای تشخیص آنتی ژن p24 با حساسیت و ویژگی بالا و مقایسه آن با روش های دیگر تشخیصی به منظور تشخیص عفونت در مراحل اولیه می باشد.

مواد و روش ها: ۳۰۰ نمونه خون با کیت نسل سوم تعیین آنتی بادی بر علیه HIV مورد آزمایش قرار گرفت. ۳۰ نمونه مثبت از مرکز تحقیقات ایدز و از بیماران تایید شده با روش ایمونوبلات و NAT جمع آوری شد. تمام نمونه ها با کیت طراحی شده آنتی ژن p24 با روش الیزا مورد بررسی قرار گرفت. برای حذف اثر تداخلی احتمالی وجود آنتی بادی بر علیه آنتی ژن p24، نمونه سرم هایی که تست آنتی بادی آنها مثبت بود با محلول های مختلفی مانند بافر گلیسین ۱/۵ مولار با pH ۲، اسید کلریک ۰/۵ نرمال، تریاتون X-100 با غلظت ۰/۱ درصد، بافر قلیایی شماره ۱ و شماره ۲ مجاور شدند.

نتایج: از ۳۰ نمونه مثبت در ۲۱ مورد تست آنتی ژن در کیت طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال انسانی و ۱۸ مورد در کیت طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال موشی قبل از مجاورت با محلول گلیسین مثبت شد (حساسیت تشخیصی به ترتیب ۷۰٪ و ۶۰٪). پس از مجاور سازی ۲۸ نمونه در کیت طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال انسانی و ۲۷ مورد در کیت طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال موشی مثبت شد (حساسیت تشخیصی به ترتیب ۹۳٪ و ۹۰٪). در کیت طراحی شده برای تشخیص آنتی ژن p24 حد مرزی بر مبنای جذب نوری نمونه های منفی ۰/۱۵ (معادل ۲ پیکوگرم در میلی لیتر آنتی ژن p24) تعیین شد. اختلاف بین میانگین جذب نوری نمونه های مثبت و منفی در تست آنتی ژن از نظر آماری با $p < 0.005$ قابل توجه بود (جذب نوری ۱/۶ در مقابل ۰/۰۸). حساسیت آنالیتیک سنجش با استفاده از آنتی بادی منوکلونال انسانی و استفاده از آنتی ژن WHO ۱ واحد در میلی لیتر و با آنتی ژن نوترکیب ۲ پیکوگرم در میلی لیتر بدست آمد که در استفاده از آنتی بادی منوکلونال موشی این مقدار به ترتیب ۴ و ۸ بود. بر اساس نتایج حاصل از نمونه های منفی اختصاصیت سنجش ۱۰۰٪ محاسبه گردید. مجاور سازی نمونه سرم های مثبت و نمونه هایی از پانل BBI دارای تست های مثبت آنتی ژن و آنتی بادی و PCR، بافر گلیسین ۱/۵ مولار با pH ۲ باعث افزایش حساسیت تشخیصی گردید (۷۰٪ در مقابل ۹۳٪).

نتیجه گیری: این تست حساسیت و ویژگی بالایی برای تشخیص HIV دارد و در مقایسه با روش های دیگر تشخیص، ساده، سریع، دقیق و از نظر اقتصادی مقرون به صرفه می باشد. از این تست در غربالگری نوزادان تولد یافته از مادران HIV مثبت و همچنین تعیین تکلیف در مورد افرادی که تست الیزا نسل چهارم مثبت داشته، اما تست وسترن بلات آن را تأیید نکرده می توان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: آزمون الیزا، آنتی ژن p24، سنجش ایمنی، HIV

پذیرش برای چاپ: تابستان ۸۸

دریافت مقاله: بهار ۸۸

* آدرس برای مکاتبه: تهران، دانشگاه پیام نور، گروه بیوشیمی تلفن: ۰۹۱۹ ۱۲۵ ۹۲۹۴
پست الکترونیک: masoomehashemi@yahoo.com

مقدمه

ویروس HIV دارای ژنوم RNA تک رشته‌ای و حدود ۱۰۰۰۰ نوکلئوتید می‌باشد. ویروس HIV عامل بیماری ایدز است و به خوبی مشخص شده که منشا اولیه عفونت، تزریق خون و فرآورده‌های خونی آلوده است (۱). روشی که امروزه برای تشخیص افراد آلوده به ویروس HIV پیشنهاد می‌شود، تعیین آنتی بادی بر علیه ویروس است. با این حال این تست دارای نتایج مثبت و منفی کاذب می‌باشد. برای بررسی موارد مثبت کاذب از تست وسترن بلات استفاده می‌شود (۲ و ۳). تشخیص عفونت در مراحل ابتدایی برای جلوگیری از عفونت‌های ثانویه به انتقال خون بسیار مهم است. بنابراین روش تشخیص HIV در مراحل ابتدایی نمونه‌های بالینی، بسیار مورد نیاز و ارزشمند است (۴). استفاده از آنتی بادی مونوکلونال یا پلی کلونال در تشخیص آنتی ژن‌های ویروس، به ویژه آنتی ژن p24 ویروس در حال پیشرفت می‌باشد. استفاده از یک روش الایزا برای تشخیص این آنتی ژن با حساسیت و ویژگی بالا و مقایسه آن با روش‌های دیگر تشخیصی به منظور تشخیص عفونت در مراحل اولیه از اهداف تحقیق حاضر می‌باشد که با توجه به نتایج آن می‌تواند مشکلات تشخیصی ذکر شده را مرتفع نماید.

مواد و روش‌ها

الف) جمع آوری نمونه: ۳۰۰ نمونه منفی از سرم افراد بدون علامت به صورت تصادفی انتخاب شد. ۳۰ نمونه مثبت از مرکز تحقیقات ایدز و از بیماران تایید شده با روش ایمونوبلات و NAT جمع آوری شد.

ب) آزمایش آنتی بادی بر علیه ویروس HIV: با استفاده از کیت شرکت پیشتاز طب زمان تمام ۳۰۰ نمونه جمع آوری شده بر طبق روش یاد شده در بروشور کیت مورد آزمایش قرار گرفت. این نمونه‌ها دارای جذب نوری کمتر از حد Cut off تعیین شده برای کیت مذکور بودند (میانگین جذب نوری کنترل منفی + ۰/۲). در این کیت از آنتی ژن‌های gp120، gp41 و p24 برای تشخیص آنتی بادی استفاده شده است.

ج) طراحی کیت تشخیصی آنتی ژن p24 به روش الایزا: از غلظت اولیه آنتی بادی مونوکلونال انسانی ساخت شرکت Biomarc با شماره کاتالوگ 200.004 و 200.008 و آنتی بادی مونوکلونال موشی با شماره کاتالوگ 200.005 و 201.004 با غلظت ۱ و ۲/۵ میکروگرم را در داخل بافر کوئینگ حل کرده و مقدار ۱۰۰ μl

از این محلول را در داخل هر چاهک ریخته و روی آن پوشانده شد و یک شب در ۴ درجه سانتی گراد انکوبه گردید. پس از شستشوی پلیت الایزا با بافر فسفات حاوی توئین ۲۰ توسط محلول بلاکر حاوی بویین سرم آلبومین ۱٪ و کربوهیدرات، چاهک‌ها به مدت ۱ ساعت در درجه حرارت اتاق بلاک شدند. سپس محتویات چاهک‌ها تخلیه و به مدت ۶ ساعت در درجه حرارت اتاق برای خشک شدن نگهداری شد. این پلیت‌ها تا زمان آزمایش در درجه حرارت ۸-۲ درجه سانتی گراد و در فویل حاوی نم‌گیر نگهداری شدند.

د) آماده سازی کنژوگه: کنژوگه ۱ شامل آنتی بادی مونوکلونال بیوتینه ساخت شرکت Biomarc بود. با توجه به حجم اولیه آنتی بادی و حجم نهایی، غلظت آنتی بادی بیوتینه ۰/۱ میکروگرم در میلی لیتر محاسبه شد.

کنژوگه ۲ شامل استرپتوآویدین HRP ساخت شرکت Sigma با غلظت‌های مختلف بود و از آن برای شناسایی کمپلکس آنتی ژن-آنتی بادی استفاده شد. این کنژوگه در محلول پایدار کننده مخصوص نگهداری HRP شرکت پیشتاز طب رقیق گردید (۵). سپس مقدار ۱۰۰ میکرولیتر از نمونه سرم و ۵۰ میکرولیتر از کنژوگه ۱ به هر چاهک اضافه شد. برای کنترل مثبت از آنتی ژن p24 ویروس HIV ساخت شرکت RPC روسیه 90/636 cat No با غلظت ۱۰۰ پیکوگرم در میلی لیتر استفاده شد. چاهک‌ها به مدت یک ساعت در ۳۷ درجه سانتی گراد و در بن ماری انکوبه گردید. پس از انکوباسیون چاهک‌ها توسط محلول شستشو حاوی بافر فسفات و توئین ۵ بار شستشو شد و پس از تخلیه کامل محلول شستشو، مقدار ۱۰۰ میکرولیتر از کنژوگه ۲ به هر چاهک اضافه شد و به مدت ۳۰ دقیقه در ۳۷ درجه سانتی گراد انکوبه گردید. پس از اتمام انکوباسیون چاهک‌ها ۵ بار با بافر شستشو شد و پس از تخلیه کامل به هر چاهک ۱۰۰ میکرولیتر از محلول کروموژن سوپسترا اضافه گردید (محلول کروموژن سوپسترا حاوی تترامتیل بنزیدین و آب اکسیژنه ساخت شرکت پیشتاز طب). پس از ۱۵ دقیقه واکنش با ایجاد رنگ آبی مشخص گردید. با افزودن ۱۰۰ میکرولیتر محلول متوقف کننده (اسید کلریدریک ۱ نرمال) واکنش متوقف و تبدیل رنگ آبی به زرد مشاهده شد. جذب نوری چاهک‌ها در طول موج ۴۵۰ نانومتر در مقابل فیلتر مرجع ۶۳۰ قرائت گردید. برای تعیین Cut off از جذب نوری نمونه‌های منفی میانگین و انحراف معیار گرفته شد و بر اساس فرمول (SD)+۳ میانگین حد مرزی کیت تعیین شد.

برای حذف اثر تداخل احتمالی وجود آنتی بادی بر علیه

حساسیت آنالیتیک سنجش ها با استفاده از رقت های سریال آنتی ژن p24 سازمان بهداشت جهانی (WHO) بررسی گردید. به منظور بررسی دقت سنجش از سه نمونه با غلظت های مختلف آنتی ژن استفاده شد که در طی پنج روز مختلف مجموعاً در ده سری کاری و هر سری بصورت دو پلیکیت مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج

میانگین جذب نوری نمونه هایی که تست آنتی بادی منفی داشتند ۰/۰۷ با انحراف معیار ۰/۰۲۳ محاسبه گردید. جذب نوری Cut off برای افتراق نمونه های منفی از مثبت با استفاده از انحراف معیار (SD) +۳ از میانگین جذب نوری نمونه های منفی محاسبه شد که برابر با ۰/۱۵ بود. نمونه هایی که جذب نوری بیشتر از ۰/۱۵ داشتند به عنوان مثبت در نظر گرفته شد. محدوده جذب نوری نمونه های مثبت از ۰/۳۵ تا ۲/۹۱ با میانگین ۱/۶ بود.

الف) اثر مجاورسازی نمونه سرم با محلول های اسیدی، قلبیایی و تریتون X-100: تیترا آنتی بادی موجود در سرم هایی که با اسید مجاور شده بودند در مقایسه با نمونه سرم بدون مجاورت کاهش قابل ملاحظه ای داشت. اما در نمونه هایی که با تریتون X-100 مجاور شده بودند، کاهش تیترا مشاهده نشد. در نمونه های دارای تست آنتی ژن منفی و مثبت از نظر وجود آنتی بادی، پس از مجاورت با محلول های اسیدی، تیترا آنتی بادی کاهش قابل ملاحظه ای نشان داد (شکل ۱).

با توجه به مقایسه جذب نوری نمونه های دارای تست آنتی بادی مثبت و تست آنتی ژن منفی، مجاورسازی با بافر گلیسین (pH ۲) به مدت یک ساعت در ۳۷ درجه سانتی گراد نسبت به مجاورسازی با اسید کلریدریک نرمال در ۳۷ درجه سانتی گراد باعث افزایش جذب نوری گردید. مجاورسازی با تریتون X-100 و محلول های ۱ و ۲ نیز تاثیری در افزایش جذب نوری نداشت. جذب نوری

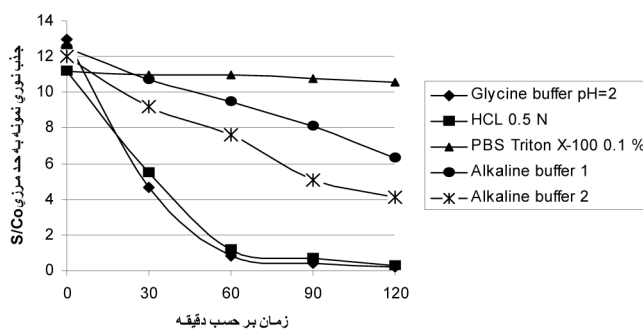
آنتی ژن p24 در نمونه ها، نمونه های سرم از پانل هایی که تست آنتی بادی، آنتی ژن و PCR آنها مثبت بود با محلول های مختلفی مانند بافر گلیسین با pH ۲، اسید کلریدریک ۰/۵ نرمال، تریتون X-100 با غلظت ۰/۱ درصد، محلول بافر قلبیایی شماره ۱ با محتوای اتانول آمین ۲ مولار، تریتون X100 (۲/۵٪)، NaCl (۰/۱۵M) دارای pH ۱۰ و محلول بافر قلبیایی شماره ۲ با محتویات اوره ۴ مولار، Supanin ۱٪، اتانول ۰/۰۲٪ و NaCl (۰/۱۵M) و فسفات سدیم ۰/۰۱M دارای pH ۱۰ مجاور شدند. ۱۰۰ میکرولیتر از نمونه با ۱۰۰ میکرولیتر از محلول های فوق مخلوط شد و به مدت ۳۰، ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه در انکوباتور ۳۷ درجه نگهداری گردید. در مورد دو محلول آخر ۲۰ میکرولیتر از محلول با ۱۰۰ میکرولیتر از نمونه سرم مخلوط شد. در مورد محلول های اسیدی pH نمونه با بافر تریس ۱۰/۶ در حدود ۷ تنظیم گردید. به منظور بررسی اثر احتمالی این محلول ها در ایجاد جذب زمینه ای چند نمونه منفی نیز به همراه نمونه های مثبت مورد بررسی قرار گرفت (۶).

علاوه بر این برای اطمینان از کاهش اثر آنتی بادی های موجود در سرم بر روی نمونه های مجاور شده با محلول های اسیدی و تریتون، مجدداً تست آنتی بادی انجام شد و با تیترا آنتی بادی در نمونه سرم بدون مجاورت با محلول مقایسه گردید.

به منظور بررسی حساسیت تشخیصی از پانل های بین المللی BBI، پانل های دگرگونی سرمی (Seroconversion) شماره PRB108(M), PRB926 (Mixed titer) انتخاب گردید و با کیت طراحی شده مورد بررسی قرار گرفت.

ه) حساسیت آنالیتیک: در این مرحله حساسیت آنالیتیک از دو روش تعیین شد:

حساسیت آنالیتیک سنجش طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال انسانی و آنتی بادی منوکلونال موشی با استفاده از رقت سریال آنتی ژن نو ترکیب p24 بررسی شد.



شکل ۱: اثر مجاور سازی نمونه های سرم پانل با محلول های مختلف در حذف آنتی بادی.

جدول ۱: بررسی پانل دگرگونی سرمی PRZ926.

HIV Seroconversion panel PRZ926	HIV Antibody S/Co		HIV p24 Antigen S/Co			Western Blot	PCR
	Abbott	Gen.Sys	Abbott Polyclonal	Abbott monoclonal	Design kit		
Sample ID						Biorad	Roche
۱	۰/۲	۰/۲	۰/۳	۰/۵	۰/۴	منفی	منفی
۲	۰/۱	۰/۲	۰/۳	۰/۵	۰/۷۳	منفی	مثبت
۳	۰/۱	۰/۱	۱/۶	۲/۴	۴/۴	منفی	مثبت
۴	۰/۲	۰/۲	۱۰/۵	۱۷/۲	۱۷/۶	منفی	مثبت
۵	۱۶/۸<	۲	۰/۵	۱/۳	۱/۷	مثبت	مثبت
۶	۱۶/۸<	۲	۰/۵	۱/۳	۱/۷	مثبت	مثبت

دگرگونی سرمی در کیت های تجاری موجود بررسی شد. این پانل ها حاوی گروهی از نمونه های سریال است که از یک فرد در زمان های مختلف نمونه گیری شده است و نشان دهنده زمان قابل تشخیص بودن آنتی بادی در نمونه هاست. برای بررسی حساسیت تشخیصی از پانل های بین المللی استفاده شد (جدول ۱ و ۲).

ب) حساسیت آنالیتیک سنجش: در این مرحله حساسیت آنالیتیک از دو روش، حساسیت آنالیتیک سنجش طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال انسانی و آنتی بادی منوکلونال موشی با تهیه

نمونه هایی که تست آنتی بادی منفی داشتند و به عنوان کنترل مورد استفاده قرار گرفت نیز افزایشی نشان نداد که این مساله نشان دهنده این است که افزایش جذب نوری در نمونه های آنتی بادی مثبت پس از مجاورت با محلول اسیدی برای تست آنتی ژن یک پدیده اختصاصی است که ناشی از جدا شدن آنتی بادی از آنتی ژن و تشخیص آنتی ژن p24 توسط روش سنجش است. نتایج نشان داد که حساسیت و اختصاصیت تشخیصی سنجش به ترتیب ۹۳٪ و ۱۰۰٪ می باشد. ارزش مارکرهاي مختلف ویروس HIV در نمونه های پانل های

جدول ۲: بررسی پانل دگرگونی سرمی PRM108 Low titer.

HIV Seroconversion panel PRB108	HIV Antibody S/Co		HIV p24 Antigen S/Co			Western Blot	PCR
	Abbott	Gen.Sys	Abbott	Coulter	Design kit		
Sample ID						Biorad	Roche
۱	۱۰/۴	۳/۹	۰/۵	۰/۹	۰/۷	مثبت	مثبت
۲	۰/۲	۰/۲	۰/۳	۰/۵	۰/۵	منفی	نامشخص
۳	۹/۳	۳/۲	۰/۳	۰/۳	۰/۳	نامشخص	مثبت
۴	۱۵/۷	۸/۱	۰/۸	۱/۸	۱/۷	مثبت	مثبت
۵	۴/۸	۶/۲	۰/۵	۰/۶	۰/۵	مثبت	مثبت
۶	۶/۴	۴/۴	۰/۷	۱/۹	۱/۸	نامشخص	مثبت
۷	۷/۳	۲/۲	۰/۷	۰/۴	۰/۷	مثبت	مثبت
۸	۱۱/۰	۵/۰	۰/۵	۰/۴	۰/۶	مثبت	مثبت
۹	۱۱/۸	۲/۱	۲/۵	۰/۷	۲/۳	مثبت	مثبت
۱۰	۹/۶	۰/۵	۲/۶	۷/۵	۲/۱	نامشخص	مثبت
۱۱	۱۰/۱	۸/۲	۱/۴	۳/۳	۳/۰	مثبت	مثبت
۱۲	۲/۸	۰/۱	۶/۶	۱۹/۳	۱۲/۸	منفی	مثبت
۱۳	۱۳/۱	۰/۳	۶/۶	۱۹/۴	۱۸/۴	نامشخص	مثبت
۱۴	۹/۶	۰/۳	۱۱/۱	۲۶/۷	۲۵/۸	منفی	مثبت
۱۵	۱۶/۲	۷/۷	۱۳/۸	۲۶/۶	۱۹/۸	نامشخص	مثبت

جدول ۳ مقایسه حساسیت آنالیتیک کیت مورد بررسی

نوع آنتی بادی غلظت برحسب پیکوگرم یا واحد در میلی لیتر	جذب نوری آنتی بادی انسانی Recombinant p24	جذب نوری آنتی بادی انسانی WHO HIV1 p24 Standard	جذب نوری آنتی بادی موشی Recombinant p24	جذب نوری آنتی بادی موشی WHO HIV1 p24 Standard
۱۶	۰/۳۹	۱/۱۹	۰/۱۸	۰/۲۵
۸	۰/۳۰	۰/۶۶	۰/۱۷	۰/۱۹
۴	۰/۱۷	۰/۴۳	۰/۱۲	۰/۱۶
۲	۰/۱۶	۰/۲۶	۰/۰۸	۰/۰۱۲
۱	۰/۱۳	۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۰۹
حد مرزی جذب نوری	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۵
حساسیت آنالیتیک	۲	۱	۸	۴

مطابق روش استاندارد برای شناسایی آنتی ژن p24 مورد ارزیابی قرار گرفت. با همین روش تعداد ۳۰۰ نمونه منفی نیز بررسی شد. از ۳۰ نمونه مثبت در ۲۱ مورد تست آنتی ژن در کیت طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال انسانی و ۱۸ مورد در کیت طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال موشی قبل از مجاورت با محلول گلیسین مثبت شد (حساسیت تشخیصی به ترتیب ۷۰٪ و ۶۰٪). پس از مجاور سازی ۲۸ نمونه در کیت طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال انسانی و ۲۷ مورد در کیت طراحی شده با آنتی بادی منوکلونال موشی مثبت شد (حساسیت تشخیصی به ترتیب ۹۳٪ و ۹۰٪). از ۳۰۰ نمونه تصادفی با استفاده از هر دو نوع آنتی بادی نتایج مشابهی حاصل شد که با هر دو روش اختصاصیت کیت ۱۰۰ درصد

رقت سریال آنتی ژن نوترکیب p24 و حساسیت آنالیتیک سنجش ها با رقت های سریال آنتی ژن p24 سازمان بهداشت جهانی (WHO) استفاده گردید (جدول ۳).

با توجه به رقت سریال از آنتی ژن نوترکیب p24 در نمونه سرم منفی جهت ارزیابی حساسیت آنالیتیک سنجش و با توجه به حد مرزی تعریف شده برای نمونه های منفی، حداقل مقدار قابل تشخیص با این سنجش ۲ پیکوگرم در میلی لیتر تعیین گردید.

ج) بررسی اختصاصیت: برای بررسی اختصاصیت ابتدا واکنش متقاطع آنتی بادی ها با سایر آنتی ژن های ساختمانی ویروس به صورت زیر بررسی شد. در این روش آنتی ژن های gp120 و gp41 با غلظت ۲۰۰ پیکوگرم در میلی لیتر تهیه شد و

جدول ۴ مقایسه حساسیت آنالیتیک کیت طراحی شده با سایر کیت ها

نام کیت	آنتی بادی کوتینگ	آنتی بادی کنژوگه	حساسیت آنالیتیک	روش جداسازی کمپلکس ایمنی	CV%
Perkin elmer	منوکلونال موشی	پلی کلونال	۱۷/۱ پیکوگرم	اسید - حرارت	۱۳/۲-۲۲/۷
Biochain	منوکلونال موشی	منوکلونال موشی	۱/۷ پیکوگرم	بافر لیز کننده	۴/۵-۱۱/۴
Diapro	منوکلونال موشی	منوکلونال موشی	-----	بافر لیز کننده	۴-۱۵
Coulter	منوکلونال موشی	منوکلونال انسانی	۲ پیکوگرم	اسید - حرارت	۴-۱۳
Diaproph	منوکلونال موشی	پلی کلونال	۵ پیکوگرم	بافر لیز کننده	۴/۳-۱۴
Design kit	منوکلونال انسانی	منوکلونال انسانی	۲ پیکوگرم	اسید	۴/۲-۱۲/۸

محدود حساسیت سنجش پس از مجاور سازی نمونه با بافر گلیسین ۱/۵ مولار نشان دهنده حذف اثر تداخل آنتی بادی ضد آنتی ژن p24 موجود در سرم می باشد. این آنتی بادی ها با تشکیل کمپلکس با آنتی ژن و پوشاندن اپی توپ آنتی ژنیک از اتصال آنتی ژن به آنتی بادی های به دام اندازنده در سنجش ممانعت می نمایند (۱۳ و ۱۴).

مجاور سازی با بافرهای خاص در کیت های Perkinelmer، Abbott و Coulter نیز به کار رفته است. Fedyuk و همکاران در سال ۱۹۹۳، برای شناسایی آنتی ژن p24 از تست الایزا استفاده کردند. محققین یاد شده ۹۷ سرم از بیماران دارای عفونت HIV را مورد بررسی قرار دادند. آنها اثر تشکیل کمپلکس آنتی ژن p24 با آنتی بادی ضد آن را در تشخیص و شناسایی آنتی ژن p24 مورد بررسی قرار دادند که نشان داد این کمپلکس شناسایی آنتی ژن را دچار اختلال می کند. پس از تیمار با اسید، ۵۰٪ از نمونه های سرمی مثبت شد در حالی که قبل از تیمار تعداد نمونه های مثبت ۵۰٪ بود (۱۵).

حساسیت و ویژگی سنجش مورد مطالعه پس از مجاورت با محلول گلیسین ۱/۵ مولار به ترتیب ۹۳ درصد و ۱۰۰ درصد بود که در مقایسه با نتایج سایر مطالعات از حساسیت و ویژگی مطلوبی برخوردار است. حساسیت آنالیتیک سنجش در استفاده از آنتی بادی منوکلونال انسانی و با استفاده از استاندارد سازمان بهداشت جهانی ۱ واحد در میلی لیتر بود. در حالی که با استفاده از آنتی بادی منوکلونال موشی ۴ واحد در میلی لیتر بود. این اختلاف نشان دهنده بهتر بودن حساسیت آنالیتیک آنتی بادی منوکلونال انسانی است که به دلیل افینیتی و آویدیتی بالای آنتی بادی انسانی به آنتی ژن می باشد. میزان حساسیت آنالیتیک در این سنجش و مقایسه آن با سایر کیت های تشخیص آنتی ژن p24 در جدول ۴ آمده است. با توجه به نتایج پانل های دگرگونی سرم از شرکت BBI که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت، استفاده از تعیین آنتی ژن p24 با کاهش قابل توجه در دوره پنجره سرولوژیک همراه است (۱۶).

نتیجه گیری

روش الایزا برای تعیین آنتی ژن p24 یک روش مستقیم برای تشخیص عفونت HIV است که به راحتی در اغلب آزمایشگاه ها قابل انجام بوده و مقرون به صرفه است و نیاز به پرسنل آموزش دیده تخصصی ندارد. مشکلات آلودگی متقاطع در PCR نیز وجود ندارد و نگهداری نمونه به دلیل پایداری بیشتر آنتی ژن نسبت به RNA آسان تر است.

بود و واکنش مثبت کاذب مشاهده نشد. با توجه به نتایج حساسیت و اختصاصیت تشخیصی سنجش آنتی بادی منوکلونال انسانی قبل از مجاور سازی به ترتیب ۷۰ و ۱۰۰ درصد محاسبه گردید. اما پس از مجاور سازی نمونه ها به بافر گلیسین ۱/۵ مولار حساسیت و اختصاصیت به ترتیب ۹۳ و ۱۰۰ درصد محاسبه شد.

د) تست دقت: نتایج دقت برون سنجی حاصل از سه نمونه با غلظت های مختلف آنتی ژن نشان داد که کیت طراحی شده از دقت مناسبی در محدوده های مختلف آنتی ژن برخوردار است. میزان عدم دقت سنجش بر مبنای ضریب تغییرات CV% از ۴/۲ تا ۱۲/۸ محاسبه گردید.

بحث

روش الایزا برای تشخیص آنتی ژن p24 ویروس HIV با استفاده از آنتی بادی های اختصاصی قابل استفاده است. اگرچه تشخیص RNA ویروس به عنوان استاندارد طلایی در تشخیص عفونت HIV شناخته شده است، اما مطالعات نشان می دهد که آنتی ژن p24 ویروس با فاصله ای یک روزه بعد از پدیدار شدن RNA قابل شناسایی است (۷ و ۸).

برای شناسایی آنتی ژن p24 از آنتی بادی های منوکلونال موشی و یا پلی کلونال استفاده می شود (۹ و ۱۰). در این پژوهش مقایسه دو آنتی بادی منوکلونال موشی و انسانی نشان داد که حساسیت آنالیتیک سنجش که پارامتر مهمی در تعیین حساسیت تشخیصی نیز می باشد در مورد آنتی بادی انسانی مناسب تر است.

جداسازی کمپلکس آنتی ژن و آنتی بادی نیز با روش های مختلفی در تحقیقات گوناگون انجام شده است (۱۱). Rodrigues و همکاران در سال ۲۰۰۳، آنتی ژن p24 را در ۵۵۴ سرم (۵۰۹ سرم از افراد HIV مثبت و ۴۵ سرم از کنترل های HIV منفی) شناسایی کردند. آنها برای جدا کردن کمپلکس آنتی ژن p24 و آنتی بادی ضد آن از روش تیمار اسیدی استفاده کردند. در افراد بدون علائم بالینی افزایش قابل توجهی در تشخیص آنتی ژن p24 به وجود آمد (۴۸/۲٪ در مقابل ۸/۴٪). نتایج مشابهی هم در افراد بیمار رخ داد (۸۵/۷٪ در مقابل ۳۷/۱٪) که نشان دهنده افزایش حساسیت تکنیک در تشخیص آنتی ژن p24 بوسیله تیمار اسیدی است (۱۲). در این پژوهش با توجه به نتایج بدست آمده مشخص گردید که مجاور سازی نمونه ها قبل از سنجش با بافر گلیسین موجب افزایش حساسیت تشخیصی هر دو سنجش می شود (۷۰ درصد قبل از مجاورت در مقابل ۹۳ درصد پس از مجاورت). افزایش

تشکر و قدردانی

این پژوهش با هزینه شرکت تولیدی تحقیقاتی پیشتاز طب انجام شده است. نویسندگان این مقاله از مدیریت محترم شرکت آقای بهروز حاجیان تهرانی و تمامی پرسنل بخش تحقیق و توسعه شرکت کمال امتنان را دارند.

References

1. Clavel J, Guetard D, Burn-Vezinet F, et al. Isolation of a new human retrovirus from west African patients with AIDS. *Science*, 1986; 233:343-46.
2. Storch G.A. 2000, *Essentials of diagnostic virology*. 1th edition; USA, Churchill Churchill Livingstone.
3. Knipe D.M, Howley P.M, 2001, *Fields virology*, 4 th edition, USA, Lippincott Williams&Wilkins, Vol 2.
4. Scarlatti G, Lombardi V, Plebani A, et al. Polymerase Chain Reaction, virus isolation and antigen assay in HIV-1 antibody positive mothers and their children. *AIDS*, 1991; 5:1173-1178.
5. Crowther J R. 2006. *The ELISA Guide book*. Humana press, Newjersey.
6. Jill T and Greg W. Interferences in Immonoassay . *Clin Biochem Rev*, 2004, 25: 105-120
7. Sutthent R, Gaudart N, Chokpaibulkit K, et al. P24 antigen detection assay modified with a booster step for diagnosis and monitoring of human immunodeficiency virus type-1 infection. *J Clin Microbiol*, 2003;41:1016-1022.
8. Schupbach J, Tomasik Z, Nadal D, et al. Use of HIV-1 p24 as a sensitive, precise and in expensive marker for infection, disease progression and treatment failure. *Int J Antimicrob Agents*, 2008;16:441-445.
9. Henrard DR, Philips J, Windor J, et al. Detection of human immunodeficiency virus type-1 p24 antigen and plasma RNA relevance to indeterminant serologic tests. *Transfusion*, 2005; 43:376-380.
10. Ly TD, Edlinger C, Vabert A, et al. Contribution of ombineddetection assay of p24 antigen and anti-human immunodeficiency virus antibody in diagnosis of primary HIV infection by routine testing. *J Clin Microbiol*, 2002; 40:1938-1946.
11. Goudsmit J, Lange D, Paul D, et al. Antigenemia and antibody titers to core and envelope antigen in AIDS, AIDS-related complex and subclinical human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis*, 2003; 155:558-560.
12. Rodriguez-Iglesias, Alvarez J.ZR, Vergara A, et al. Improved Detection of HIV p24 Antigen in serum after Acid pretreatment. 2007; 11:849-851.
13. Gallarda JL, Henrard DR, Liu D, Harrington S, Stramer SL. Early detection of antibody to human immunodeficiency virus type-1 by using an antigen conjugate immunoassay correlates with the presence of immunoglobulin M antibody. *J Clin Microbiol*. 1992; 30:2379-2384.
14. Schupbach J. Measurment of HIV-1 p24 antigen by signal-amplification boosted ELISA of heat denatured plasma is a simple and inexpensive alternative to test for viral RNA. *AIDS Rev*, 2002; 4; 83-92.

15. Fedyuk N, Polrovsky A, Garaev M, International Conference on AIDS. Detection of HIV-1 p24 antigen in sera of HIV-infected patients from Russian federation. 2006; 9:260-63.
16. Courouce A.M, Barin F, Maniez C, et al. effectiveness of assay for antibodies to HIV and p24 antigen to detect very recent HIV infection in blood donors. AIDS, 2002; 6:1548-50.