

## ارتباط بین میکوپلازما انسانی (Hominis) و سقط جنین

دکتر شهناز رفیعی

دکتر کیهان بانوشگری

Jones از ریه ۵ نفر از ۶۲ بیماری که سقط خودبخود داشتند میکوپلازما بدست آورد. این دانشمند بین وجود میکوپلازما و آنتی کوری که باروش ثبوت مکمل تعیین میگردد رابطه مستقیمی پیدا کرده است و همچنین ارتباطی در مورد از بین رفتن میکوپلازما های موجود در واژن بیمار و آنتی کورثبوت مکمل از یک طرف و عوارض تبزای پس از حاملگی از طرف دیگر یافته است.

در سالهای اخیر به منظور روشن کردن نقش میکوپلازما در سقطهای تبزا یا بدون تب و عوارض آنها مطالعاتی انجام گرفته است [۹]. در بدو بستری شدن اینگونه بیماران از آنها کشت خون و کشت از دهانه رحم بعمل آمده است و یک نمونه سرم (سرم مرحله حاد بیماری) از هر بیماری گرفته شده است و سه هفته بعد دوباره از بیماران فوق خون گرفته شده است (سرم دوره نقاهت). باید دانست که برای دادن جواب نهائی آنتی سرمی که با فلورسین کنتروله شده است از روش ایمنو فلوئورسانس مستقیم مطابق روش [۱۰] Del Giudic و همکاران باید استفاده گردد.

در بیمارانی که دچار سقط جنین میشوند و هیچگونه عامل باکتریائی از آنها جدا نمیگردد باید بوجود میکوپلازما مشکوک شد. Ramsay [۱۱] و همکاران نیز چنین مواردی را گزارش کرده اند. در ۲۵٪ بیماران آنها که سقط جنین داشتند هیچگونه عامل بیماریزا جدا نگردید. Lahiri در ۲۰ درصد بیماران با سقط عفونی عامل بیماریزا پیدا نکرد. در بعضی موارد علت جدا نکردن گونه بیماریزا روش غیر صحیح و عدم آشنائی به باکتریهای ساپروفیت و فلور نرمال دستگاه تناسلی میباشد و از آنجائی که میکوپلازما معمولاً با وسایل رایج باکتریولوژیکی قابل تشخیص

برای یافتن رابطه ای بین پیدایش وجود میکوپلازما هومینوس و از دست دادن جنین و سایر عوارض حاملگی از قبیل سقطهای عادی خودبخود و یا عفونی [۲۰۱]، و همچنین پیدایش ناهنجاریهای کروموزومی در دوران حاملگی [۳]، زایمان زودرس، پیدایش عوارض تبزا بدنبال لولوانی شدن زایمان [۴] و پیدایش سندرم Sticky eye در نوزاد مطالعات وسیعی انجام گرفته است [۵].

در سال ۱۹۳۷ برای اولین بار میکوپلازما را از دستگاه اوروژنیتال انسان جدا کردند [۶] ولی نسبت به این میکرب توجهی بعمل نیامد تا اینکه ۱۶ سال پیش در اثر مطالعات زیاد نقش آنها در ایجاد عفونتهای اورتر و سرویکس نشان داده شد.

در سال ۱۹۵۶ [۷] Freundt و Edward میکوپلازماهای انسان را طبقه بندی کردند و نشان دادند که تقریباً تمام انواع میکوپلازماها که از مجرای تناسلی بدست میآید و پرگنه های بزرگ ایجاد میکنند از نوع M.Hominis I میباشد.

این میکربها از نظر ایمنولوژیکی و بیوشیمیائی کاملاً قابل تشخیص هستند.

بسیاری از محققین توانسته اند از قسمت تحتانی دستگاه ادراری تناسلی انسان میکوپلازما را جدا کنند ولی هیچ دلیلی برای اثبات این امر که عامل اصلی عفونت این دستگاه میکوپلازما میباشد ارائه ندادند.

در سال ۱۹۵۵ [۸] Stocks و در سال ۱۹۶۵ Tulby و همکاران از خون بیماری که مبتلا به عفونت لکن خاصه بود میکوپلازما را جدا کردند. در هر یک از این گزارشها وجود تیتربالای آنتی کور ضد میکوپلازما در سرم بیماران ذکر شده است.

تغییر کرده باشد. علت تغییر مقاومت نسج رحم میتواند دیلاتاسیون مصنوعی، کورتاژ و یا وضعیت غیرطبیعی رحم بعلت بازبودن سرویکس باشد.

با توجه بمطالب بالامیتوان گفت که علت سقط در عده ای از بیماران، میکوپلازما هومینیس است و مطالعات بیشتری باید در روی انسان و حیوان انجام گیرد تا نقش این باکتری در سقط بهتر شناخته شود و از آنجائی که تشخیص آن با روشهای باکتریولوژیکی مشکل است برای بدست آوردن جواب دقیقتر باید از آزمایش ایمونوفلوئورسانس به روش مستقیم استفاده گردد. در حال حاضر در بخش ایمونولوژی دانشکده علوم پایه پزشکی دانشگاه تهران مطالعاتی جهت شناخت بیماران مبتلا به سقطهای مکرر که از آنها هیچگونه عامل باکتریائی جدا نگردیده است در دست اقدام است تا بوسیله آزمایش ایمونوفلوئورسانس به روش مستقیم در تشخیص اینگونه بیماران کمک شود.

نیست و ممکن است عامل بیماریزا باشد، اهمیت و نقش آن در سقط جنین باید مورد بررسی دقیق قرار گیرد. بطور قطع میتوان گفت که میکوپلازما جزوفلوئورطبیعی رحم نیست، باید گفت که روشهای سرولوژیکی حساس تر و دقیق تر از روشهای باکتریولوژیکی میباشد ولی برای بدست آوردن تعداد بیشتری نتیجه مثبت، بهتر است که از روشهای سرولوژیکی و باکتریولوژیکی توأما استفاده شود. میکوپلازما هومینیس از نظر سرولوژیکی یکنواخت نیست لذا باید تمام نمونه های جدا شده از بیماران با سه روش مختلف میکوپلازما هومینیس آزمایش گردد. وقتی میکوپلازما هومینیس عامل سقط باشد بیمار معمولاً تب در حدود ۳۸ درجه (از راه مقعد) دارد ولی بیماری ندرتاً شدید است. میکوپلازما هومینیس در سقطهای خودبخودنقشی ندارد. عفونت با میکوپلازما هومینیس احتمالاً تصادفی هم پیش می آید و این وقتی است که مقاومت نسج در اثر ضربه یا عفونت

### References

- 1 - Kundsins, R.B, S.G. Bac Proc. P. 78-79 1968.
- 2 - Jones. D.M. Brit. Med. J. I, 338. 1967.
- 3 - Allison. Lancet Z- 1229-1230. 1966.
- 4 - Klein. New Eng. J. Med. 280-125-1030 1969.
- 5 - Jones. J. Clin. Path. 20-633-635. 1967.
- 6 - Jones D.M. Brit Med. I, 3, 767 1968.
- 7 - Edward D.G.J. Gen Microbiol. 17-197, 207
- 8 - Stokes. E. Lancet 1 : 276. 1955.
- 9 - Herbert J.J. Infec. Dis. Vol. 121. No 3. 1970.
- 10 - Del Guidice. R.A. J. Bact. 93-1205. 1967.
- 11 - Ramsay. Brit. Med. J. 2 : 1239. 1955.
- 12 - Lahiri. J. Indian. Med. 45-209 1965.