

Distribution of Integron Class I in Drug Resistant *Pseudomonas aeruginosa* Isolated from Clinical Samples

Fatemeh Sameni¹, Ali Esmacili¹, Hossein Dabiri^{1*}, Robab Azargun², Hossein Goudarzi¹,
Alireza Mohammadzadeh³

1. Department of Clinical Microbiology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Department of Medical Microbiology, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3. Department of Microbiology, School of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Iran

(Received:2019/01/19

Accept: 2019/07/31)

Abstract

Background: Purpose: *Pseudomonas aeruginosa* is an opportunistic pathogen and management and treatment of infections caused by drug resistant strains of *P. aeruginosa* have become a major challenge (1). The aim of the present study was to investigate the prevalence of resistant isolates of *P. aeruginosa* class I integron in clinical and environmental samples.

Materials and Methods: In current descriptive study on 101 samples, patients with cystic fibrosis admitted to the pediatric ward and patients with burn infections were included. Samples from ulcers and throat were collected and analyzed using microbiological and biochemical methods. Antibiotic susceptibility testing was performed using microbiological and biochemical methods. via disk diffusion method according to CLSI guidelines. DNA was extracted and gene for class I Integrons was amplified.

Results: From among 101 strains isolated from patients (37 from cystic fibrosis and 64 from burn patients) 96.9% were susceptible to colistin and 83.8% were susceptible to amikacin and Piperacilin. The highest resistance were shown for ceftizoxime (100%) and Ceftriaxone (82.8%). From the isolated strains, 18 isolates showed complete resistant resistance, 7 showed intermediate resistant resistance, and 76 were pan-susceptible. According to our analysis, 50% of the isolates had MDR resistance. Based on PCR analysis, out of 101 isolates, 60 (%59.4) had integron class I gene. This gene was significantly associated with strains resistant to amikacin, tobromycin, ciprofloxacin, and piperacillin.

Conclusions: rThe increase in the resistance of *P. aeruginosa* to the most available antibiotics, such as colistin, amikacin, and imipenem, is worrying.

Keywords: *Pseudomonas aeruginosa*, ; Antibiotic resistance, ; Integron Class I

* Corresponding Author: Hossein Dabiri
Email:hodabiri@gmail.com

فراوانی اینتگرون کلاس I در ایزوله‌های مقاوم سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از نمونه‌های بالینی

فاطمه ثامنی^۱، علی اسماعیلی^۱، حسین دبیری^{۱*}، رباب آذرگون^۲، حسین گودرزی^۱، علیرضا محمدزاده^۳

۱- گروه میکروبی‌شناسی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۲- گروه میکروبی‌شناسی پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
 ۳- گروه میکروبی‌شناسی پزشکی - دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۲۹

چکیده:

سابقه و هدف: مقاومت دارویی سویه‌های سودوموناس آئروژینوزا به عنوان یک پاتوژن فرصت طلب مطرح است و فرآیند مدیریت و درمان انواع عفونت‌های ناشی از آن به چالش مهمی تبدیل شده است. هدف این مطالعه بررسی فراوانی اینتگرون کلاس I در ایزوله‌های مقاوم سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از نمونه‌های بالینی و محیطی است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی روی ۱۰۱ نمونه از بیماران مبتلا به سیستمیک فیروزیس بستری در بخش اطفال و بیماران دچار عفونت سوختگی بستری انجام شد. نمونه سواب‌های گلو وزخم تهیه شد و باروش‌های متداول میکروبی و بیوشیمیایی تعیین هویت شدند. تست مقاومت آنتی بیوتیکی باروش دیسک دیفیوژن و بر اساس دستورالعمل *CLSI* انجام شد. *DNA* استخراج و برای ژن اینتگرون کلاس I *PCR* گذاشته شد.

یافته‌ها: از مجموع ۱۰۱ سویه جدا شده از بیماران (۳۷ نمونه سیستمیک فیروزیس و ۶۴ نمونه سوختگی)، در مجموع نمونه‌ها بیشترین حساسیت به آنتی بیوتیک‌های کلیستین ۹۶/۹ درصد و امیکاسین و پیراسیلین ۸۳/۸ درصد و بیشترین مقاومت ایزوله‌ها به ترتیب به سفتری زوکسیم ۱۰۰ درصد و سفتری‌اکسون ۸۲/۸ درصد مشاهده شد. از مجموع سویه‌های جدا شده ۱۸ ایزوله نسبت به ایمپن مقاومت کامل، هفت ایزوله مقاومت متوسط و ۷۶ ایزوله حساسیت نشان دادند. نتایج نشان داد که ۵۰ درصد از کل سویه‌ها، دارای مقاومت چندگانه بودند. نتایج *PCR* نشان داد که از ۱۰۱ نمونه ۵۹/۴ درصد (۶۰ نمونه) حاوی ژن اینتگرون کلاس I بودند.

اینتگرون کلاس I یک به طور معناداری در سویه‌های مقاوم به امیکاسین، تورمایسین، سیروفلوکساسین و پیراسیلین حضور داشت. **نتیجه‌گیری:** میزان مقاومت سودوموناس آئروژینوزا نسبت به اغلب آنتی‌بیوتیک‌ها بخصوص آنتی‌بیوتیک‌های موثر به عنوان انتخاب آخر همانند کلیستین، امیکاسین و ایمپنیم به صورت نگران‌کننده‌ای در حال افزایش است.

واژگان کلیدی: سودوموناس آئروژینوزا، مقاومت دارویی، اینتگرون کلاس I

مقدمه:

توسعه است. پیدایش مقاومت چند دارویی در ارتباط با سودوموناس به عنوان یک مشکل بزرگ در اقدام‌های بالینی با توجه به گزینه‌های محدود درمانی است (۳). مکانیسم‌های مقاومت به سودوموناس از جمله مقاومت‌های ذاتی و اکتسابی یا انتقال افقی که به واسطه عوامل متحرک ژنتیکی، پلاسمیدها، ترانسپوزون‌ها و اینتگرون‌ها اتفاق می‌افتد به عنوان عواملی هستند که سبب گسترش ژن‌های مقاومت در این باکتری می‌شوند (۳ و ۴). مطالعه‌ها نشان می‌دهد صرف نظر از الگوی مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها و ژن‌های مقاومت آنتی‌بیوتیکی می‌توانند در بین جمعیت‌های باکتریایی منتقل شوند. ژن‌های مقاومت آنتی‌بیوتیکی در عناصر ژنتیکی به نام اینتگرون وجود دارند و اینتگرون‌ها به عنوان مکانیسم جدید انتشار ژن‌های مقاومت بین باکتری‌ها مطرح هستند (۵). اینتگرون‌ها توالی‌هایی از DNA

سودوموناس آئروژینوزا باکتری گرم منفی است که در همه جا وجود دارد و سبب انواع مختلفی از عفونت‌ها می‌شود و از نمونه بالینی جدا شده است. طیف بیماری‌زایی این باکتری متفاوت بوده و از عفونت‌های پوستی تا عفونت‌های سیستمیک جدی مانند سیستمیک فیروزیس را شامل می‌شود. سودوموناس آئروژینوزا از نظر شیوع دومین عامل پنومونی در افراد بستری در بیمارستان است و یک پاتوژن مهم در بیماران دچار نقص ایمنی مانند بیماران مبتلا به ایدز، سرطان و سوختگی است (۱). در درمان‌های آنتی‌بیوتیکی، کاربامپنم‌ها به مصداق آخرین گزینه درمانی برای درمان عفونت‌های جدی ناشی از سودوموناس استفاده می‌شوند. به تازگی مقاومت ضد میکروبی در برابر اکثر کلاس‌های آنتی‌بیوتیک‌ها از جمله کاربامپنم‌ها در حال

نویسنده مسئول: حسین دبیری

پست الکترونیک: hodabiri@gmail.com

(25 µg)، سیپروفلوکساسین (5 µg) و پمپراسیلین (100 µg) انجام شد (۱۲). برای انجام تست آنتی بیوگرام از کشت ۲۴ ساعته باکتری، سوسپانسیون میکروبی استاندارد بر اساس نیم مک فارلند تهیه و در سه جهت به صورت چمنی در محیط کشت مولر هینتون تلقیح شد. پس از قرار دادن دیسکهای آنتیبیوتیکی با استفاده از پنس استریل روی محیط مولر و انکوباسیون پلیتها به مدت ۲۴-۲۰ ساعت در دمای ۳۷ درجه، پلیتها بررسی شدند. در صورت رشد باکتری، قطر هاله عدم رشد دور هر دیسک با استفاده از خطکش به طور تقریبی و بر حسب میلی‌متر اندازه‌گیری و یافتهها ثبت شد. با مقایسه نتایج با جدول استاندارد (Clinical and Laboratory Standards Institut) وضعیت حساسیت باکتری نسبت به آنتیبیوتیک مورد نظر (نظر) دیسک‌های آنتی‌بیوتیکی شرکت MAST کشور انگلستان (به‌دست آمده مقاومت آنتی‌بیوتیکی تمامی نمونه‌های سودوموناس آئروژینوزای به‌دست آمده نسبت به آنتی‌بیوتیک‌ها به روش دیسک دیفیوژن تعیین و به صورت حساس، نیمه حساس و مقاوم گزارش شدند.

در این آزمون، از سویه کنترل E.coli ATCC 25922 برای کنترل انجام آزمون استفاده شد. ابتدا استخراج DNA تمامی ایزوله‌ها با استفاده از روش جوشاندن انجام شد؛ به این ترتیب که دو یا سه کلنی از کشت ۲۴ ساعته باکتری در ۱/۵ ml آب مقطر استریل حل شده و سپس سوسپانسیون در بن‌ماری جوش به مدت ۱۱ دقیقه قرار داده شد. در ادامه، پس از سانتریفیوژ در دور ۱۳۱۱۱ به مدت ۱۱ دقیقه، از محلول رویی به عنوان DNA الگو استفاده شد. در مطالعه ما، برای تعیین شیوع اینتگرون کلاس I واکنش PCR در حجم ۲۵ µl به این شرح انجام شد: Reaction Buffer (به مقدار 25mM Mgcl2، 5 µl) به میزان 0.8 µl، Taq Polymerase 5U/µl (10mM dNTP حاوی 0.2 µl) به میزان ۰/۱، از هر پرایمر ۵/0 µl و DNA با غلظت 5 µg/µl، 300 ngr/L و آب مقطر دیونیزه استفاده شد. توالی پرایمر برای ژن Int1 و Int2 که در جدول شماره زیر آمده است از مقاله‌های گذشته انتخاب و صحت آن بررسی شد.

پرایمرهای اختصاصی استفاده شده در PCR سویه‌های سودوموناس آئروژینوزا

نام ژن	توالی نوکلئوتیدی	وزن مولکولی	Tm	منبع
Int1	F: 5'-GGTGTGGCGGCTTCGTG-3' R: 5'-GCACTCTCGGTTTCTGG-3'	457bp	61/8°C 52/5°C	28
Int2	F: 5 TTGCGAGTATCCATAACCTG 3 R: 5 TTACTGCACTGGATTAAGC3	288bp	54/9°C 55/4°C	29

پس از تهیه و آماده‌سازی، میکروتیوب‌ها در دستگاه توموسایکلر (Applied Biosystems) قرار داده شد.

برنامه PCR پرایمر Int1 (با استفاده از دستگاه ترمال سیکلر Applied Biosystems)

Program	Int 1	Int 2
Initial denaturation	95°C, 4 min	94°C, 5 min
Denaturation:	94°C, 1 min	94°C, 30sec
Annealing	:62°C, 1 min	55°C, 30sec
Extention:	72°C,45sec	72°C, 30sec
Final Extention	72°C,7 min	72°C, 7 min
Cycling	(35cycles)	Cycling(30cycles)

حفاظت شده به نام intI که ژن اینتگراز را کد می‌کند و سبب انتقال و الحاق کاست‌های ژن از طریق مکانیسم‌های نو ترکیبی در جایگاه‌های ویژه می‌شوند (۶). تاکنون چهار گروه اصلی اینتگرون‌ها در باکتری‌های گرم منفی و گرم مثبت شرح داده شده‌اند. تمام اینتگرون‌ها دارای ناحیه حفاظت شده (3cs) و (5cs) و حاوی ژن‌های attI و intI هستند (۷). اینتگرون کلاس یک شایع‌ترین اینتگرون در بین باکتری‌های گرم منفی است. اینتگرون‌های کلاس II در ترانسپوزون Tn7 و مشتقات آن یافت می‌شود و ناحیه حفاظت شده ۳ آن حاوی ۵ ژن tns است که در متحرک کردن ترانسپوزون‌ها نقش دارند. اینتگرون‌های کلاس سوم و چهارم گزارش شده‌اند ولی هنوز ناحیه ۳ حفاظت شده آن‌ها به خوبی بررسی نشده است. برای تشخیص حضور اینتگرون‌های کلاس دو محققان به طور معمول از دو ناحیه به عنوان نواحی هدف برای شناسایی در باکتری‌ها استفاده کرده‌اند (۸). یکی از این نواحی ژن آنزیم اینتگراز است که هدف خوبی برای شناسایی اینتگرون‌های کلاس I,II در نمونه و همچنین تشخیص کلاس اینتگرون موجود است. یکی دیگر از این نواحی مورد استفاده توسط اکثر محققان ناحیه متغیر (variable region) در بین دو ناحیه حفظ شده در ساختار اینتگرون‌هاست. ناحیه متغیر اینتگرون‌ها محل قرارگیری کاست‌های ژنی است که توسط دو ناحیه حفاظت شده 3'-cs و 5'-cs احاطه شده‌اند. طراحی پرایمر برای ناحیه متغیر به نحوی است که ناحیه انتقالی در دو منطقه حفاظت شده باشند و به محققان این امکان را می‌دهد که از طول ناحیه متغیر آگاه شوند (۹ و ۱۰). با توجه به اهمیت عفونت‌های سودوموناس آئروژینوزا به خصوص در بیماران سوختگی و افراد دچار سیستمیک فیبروزیس و همچنین نقش بسیار بالای آن در عفونت‌های بیمارستانی و شیوع آن در بیماران و جمعیت ایرانی و همچنین گزارش‌های متعدد و مختلف در رابطه با مساله مقاومت دارویی روز افزون آن نتیجه گرفتیم که با توجه به اینکه باکتری‌های مقاوم به دارو در اکثر موارد دارای اینتگرون کلاس I هستند، اینتگرون‌های کلاس I را در سویه‌های مقاوم بررسی کنیم. با توجه به اینکه در تحقیق‌های دیگری از جمله شهر قزوین چنین تحقیقی نیز انجام شده بود اما میکروارگانیزم‌ها و عوامل عفونت تابعی از قلمرو جغرافیایی و ژنتیک هستند. به این دلیل این مطالعه روی نمونه‌های به‌دست آمده از شهر تهران انجام شد (۱۱).

مواد و روش‌ها:

مطالعه توصیفی روی بیماران مبتلا به سیستمیک فیبروزیس بستری در بخش اطفال و بیماران دچار عفونت سوختگی بستری در بخش سوختگی بیمارستان شهید مطهری تهران به مدت یک سال از خردادماه سال ۱۳۹۶ تا خردادماه ۱۳۹۷ انجام شد. در این مطالعه از تمام بیماران شرکت‌کننده رضایت‌نامه کتبی مبنی بر موافقت آن‌ها برای شرکت در این مطالعه گرفته شد. برای نمونه‌گیری از بیماران سیستمیک فیبروزیس و سوختگی به ترتیب سواب‌های گلو و زخم تهیه و در محیط انتقالی سواب به آزمایشگاه میکروب شناسی دانشکده پزشکی شهید بهشتی منتقل شد. سواب‌ها روی محیط پایه بلاد آگار و آئوزین متیلن بلو کشت داده شدند و تک کلنی‌ها روی محیط‌های بلاد آگار و آئوزین متیلن بلو کشت دوباره داده شدند. در ادامه، با استفاده از آزمون‌های استاندارد آزمایشگاهی (میکروب‌شناسی و بیوشیمیایی) مربوط به شناسایی گونه سودوموناس آئروژینوزا، تعیین هویت شدند. آزمون‌هایی که برای شناسایی این ارگانیزم استفاده شدند، شامل: رنگ‌آمیزی گرم، انجام آزمون‌های اکسیداز، بررسی تحرک (کشت روی محیط SIM) و مصرف سترات (کشت روی محیط سیمون سترات)، کشت روی محیط کلیگر آیرون آگار (KIA)، کشت روی محیط ستریمید آگار، آزمون اکسیداسیون / فرمنتاسیون (کشت روی محیط O/F) و توانایی رشد در دمای 42°C بود. باکتری‌های جداسازی شده بعد از تشخیص در محیط Tripticase Soy Broth حاوی ۲۱ درصد گلیسرول در دمای 70°C تا زمان انجام آزمون‌های بعدی ذخیره شدند. الگوی حساسیت آنتی‌بیوتیکی تمامی ایزوله‌ها براساس دستورالعمل 17 CLSI و با استفاده از دیسک‌های آنتی‌بیوتیکی جنتامایسین (10 µg)، توبرامایسین (10 µg)، تیکارسیلین / کلاولانیک اسید (11/75 µg)، کاربنی سیلین (31 µg)، افلوکساسین (5 µg)، سفوتاکسیم (31 µg)، سفازیدیم (31 µg)، ایمی پنم (10 µg)، مروپنم (11 µg)، آزترنونام (31 µg)، لووفلوکساسین (5 µg)، تری متوپریم - سولفومتوکسازول

سفتیاریکسون	۸(درد۲۱/۶)	۱۴(درد۳۷/۸)	۱۵(درد۴۰/۵)
سفییم	۲۴(درد۶۴/۹)	۳(درد۸/۱)	۱۰(درد۲۷)

جدول ۲: توزیع نمونه‌های بیماران دچار سوختگی بر حسب مقاومت به آنتی‌بیوتیک

آنتی‌بیوتیک	حساس	نیمه‌حساس	مقاوم
آمیکاسین	۲۸(درد۴۴)	۹(درد۱۴)	۲۷(درد۴۲)
ایمی‌پنم	۴۷(درد۳۷/۴)	۶(درد۹/۴)	۱۱(درد۱۷/۲)
سفتی‌زوکسیم	۰	۰	۶۴(درد۱۰۰)
توبرامایسین	۲۸(درد۴۳/۸)	۵(درد۷/۸)	۳۱(درد۴۸/۴)
سیپروفلوکساسین	۱۹(درد۲۹/۷)	۰	۴۵(درد۷۰/۳)
پپیراسیلین	۱۶(درد۲۵)	۰	(درد۷۵)
کلیستین	۶۲(درد۹۶/۹)	۰	۲(درد۳/۱)
کاربنی‌سیلین	۱۱(درد۱۷/۲)	۵(درد۷/۸)	۴۸(درد۷۵)
جنتامایسین	۴۸(درد۷۵)	۲(درد۳/۱)	۱۶(درد۲۱/۹)
سفتازیدیم	۱۳(درد۲۰/۳)	۴(درد۶/۳)	۴۷(درد۷۳/۴)
سفتیاریکسون	۱(درد۱/۶)	۱۰(درد۱۵/۶)	۵۳(درد۸۲/۸)
سفییم	۱۶(درد۲۵)	۴(درد۶/۲)	۴۴(درد۶۸/۸)

نتایج PCR نشان داد که از ۱۰۱ نمونه ۵۹٫۴ درصد (۶۰ نمونه) حاوی ژن اینتگرون کلاس یک هستند که از این ۱۰۱ نمونه، ۳۷ نمونهی سیستمیک فیروزیس ۳۲٫۴ درصد (۱۲ نمونه) حاوی ژن اینتگرون کلاس یک و از ۶۴ نمونه سوختگی، ۷۵ درصد (۴۸ نمونه) حاوی ژن اینتگرون کلاس یک است. اینتگرون کلاس یک به طور معناداری در سویه‌های مقاوم به امیکاسین، توبرامایسین، سیپروفلوکساسین و پپیراسیلین حضور داشت ($p < 0.05$).



شکل ۱. نتایج حاصل از الکتروفورز حاصل از PCR ژن Int1 سودوموناس آئروژینوزا (bp457) به همراه کنترل مثبت (Int1+) و کنترل منفی (Int1-)

بحث:

بر اساس نتایج به دست آمده، در مجموع نمونه‌ها بیشترین حساسیت به آنتی‌بیوتیک‌های کلیستین ۹۷/۳ درصد، امیکاسین ۸۳/۸ درصد و پپیراسیلین ۸۳/۸ درصد به دست آمد که با سایر مطالعه‌ها همخوانی نسبی دارد (۱۳ و ۱۴). با این حال وجود سویه‌های مقاوم به کلیستین، امیکاسین و پپیراسیلین زنگ خطری محسوب می‌شود چرا که به عنوان مهم‌ترین داروهای استفاده شده در عفونت‌های

محصولات PCR از نظر حضور ژن‌های مورد نظر با انجام الکتروفورز بر روی ژل آگارز یک درصد و پس از رنگ‌آمیزی با اتیدیوم بروماید بررسی شدند (شکل ۱). برای اطمینان از صحت انجام آزمایش، از سویه کنترل سودوموناس آئروژینوزا تایید شده حاوی اینتگرون کلاس I به عنوان کنترل مثبت و 25922 E. coli ATCC به عنوان کنترل منفی استفاده شد. همچنین برای کنترل انجام آزمون PCR، از میکروبیوتوب‌های حاوی مواد واکنش بدون DNA الگو استفاده شد. در ادامه، ارتباط بین حضور اینتگرون کلاس I و مقاومت آنتی‌بیوتیکی نسبت به داروهای به کار رفته در این مطالعه، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۲ و آزمون chi-square بررسی an و مقادیر $P < 0.05$ به عنوان معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در مطالعه انجام شده روی ۱۰۱ نمونه (۳۷ نمونه سودوموناس آئروژینوزای جدا شده از خلط بیماران سیستمیک فیروزیس مراجعه‌کننده به بیمارستان مفید و ۶۴ نمونه سودوموناس آئروژینوزای جدا شده از بیماران دچار سوختگی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مطهری تهران در سال ۹۷-۹۶) از مجموع ۱۰۱ بیمار مورد مطالعه ۵۷ زن و ۴۴ مرد با میانگین سنی ۳۲-۱۹ بودند. بر اساس نتایج به دست آمده، در مجموع نمونه‌ها بیشترین حساسیت به آنتی‌بیوتیک‌های کلیستین ۹۶/۹ درصد و امیکاسین و پپیراسیلین ۸۳/۸ درصد و بیشترین مقاومت ایزوله‌ها به ترتیب به سفتی‌زوکسیم ۱۰۰ درصد و سفتیاریکسون ۸۲/۸ درصد مشاهده شد. در بیماران سیستمیک فیروزیس از ۳۷ سویه، ۳۶ (۹۷/۳ درصد) سویه به کلیستین و ۳۱ (۸۳/۸ درصد) سویه به امیکاسین و پپیراسیلین، ۲۹ (۷۸/۴ درصد) سویه به ایمی‌پنم و ۲۶ (۷۰/۳ درصد) سویه نسبت به جنتامایسین و توبرامایسین حساسیت نشان دادند. در ۶۴ ایزوله سوختگی، ۶۲ (۹۶/۹ درصد) سویه به کلیستین، ۴۸ (۷۵ درصد) سویه به جنتامایسین و ۴۷ (۷۳/۴ درصد) سویه به ایمی‌پنم حساس بودند. بیشترین میزان مقاومت در هر دو گروه مورد مطالعه مربوط به سفتی‌زوکسیم (۹۱/۹ درصد سیستمیک فیروزیس و ۱۰۰ درصد سوختگی) بود که این یافته از نظر آماری معنادار بود و پس از سفتی‌زوکسیم بیشترین مقاومت در سفتیاریکسون (۴۰/۶ درصد) سیستمیک فیروزیس و ۸۲/۸ درصد سوختگی مشاهده شد. با توجه به اهمیت درمانی ایمی‌پنم از مجموع سویه‌های جدا شده از بیماران سیستمیک فیروزیس و سوختگی، ۱۸ ایزوله نسبت به ایمی‌پنم مقاومت کامل، هفت ایزوله مقاومت متوسط و ۷۶ ایزوله حساسیت نشان دادند. ۷ (۱۸/۹ درصد) سویه جدا شده از سیستمیک فیروزیس و ۱۱ (۱۷/۲ درصد) سویه مربوط به سوختگی مقاومت کامل به ایمی‌پنم را نشان دادند. نتایج مطالعه ما نشان داد که ۵۰ (۴۹/۵ درصد) از کل سویه‌ها، هشت (۲۱/۶ درصد) از سیستمیک فیروزیس و ۴۲ (۶۵/۶ درصد) از سوختگی‌ها دارای مقاومت چندگانه بودند.

جدول ۱: توزیع نمونه‌های بیماران دچار سیستمیک فیروزیس بر حسب مقاومت به آنتی‌بیوتیک

آنتی‌بیوتیک	حساس	نیمه‌حساس	مقاوم
آمیکاسین	۳۱(درد۸۳/۸)	۰	۶(درد۱۶/۲)
ایمی‌پنم	۲۹(درد۷۸/۴)	۱(درد۲/۷)	۷(درد۱۸/۹)
سفتی‌زوکسیم	۳(درد۸/۱)	۰	۳۴(درد۹۱/۹)
توبرامایسین	۲۶(درد۷۰/۳)	۰	۱۱(درد۱۷/۲)
سیپروفلوکساسین	۲۲(درد۵۹/۵)	۳(درد۸/۱)	۱۲(درد۳۲/۴)
پپیراسیلین	۳۱(درد۸۳/۸)	۰	۶(درد۱۶/۲)
کلیستین	۳۶(درد۹۷/۳)	۰	۱(درد۲/۷)
کاربنی‌سیلین	۱۷(درد۴۶)	۶(درد۱۶/۲)	۱۴(درد۳۷/۸)
جنتامایسین	۲۶(درد۷۰/۳)	۰	۱۱(درد۱۷/۲)
سفتازیدیم	۱۶(درد۴۳/۳)	۷(درد۱۸/۹)	۱۴(درد۳۷/۸)

پیدا کردیم. به عبارت دیگر وجود اینتگرول کلاس I با میزان مقاومت بالاتر نسبت به داروهای بتالاکتام همراه بود.

حضور ژن‌های اینتگرول یکی از انواع مکانیسم‌های مقاومت آنتی‌بیوتیکی در باکتری‌ها و به خصوص سودوموناس آئروژینوزا مطرح است. همچنین می‌توان جهش در ژن کدکننده پروتئین غشای خارجی، فعالیت پمپ‌های افلاکس و جهش در ژن‌های کدکننده آنزیم‌های خاص که سبب تغییر در مکان هدف آنتی‌بیوتیک می‌شوند را نام برد. از این رو باید همه موارد را در ارتباط با بحث مقاومت آنتی‌بیوتیکی در نظر گرفت. این یافته‌ها با سایر مطالعه‌های محدود در ایران و سایر کشورها همخوانی دارد. مثلاً در مطالعه نیکوکار و همکاران در ایران نیز ارتباط معناداری بین حضور اینتگرول کلاس I و مقاومت به داروهای بتالاکتام از جمله سفنازیدیم و پپراسیلین نشان داده شد (۲۰). یا در مطالعه‌ای که توسط Chen و همکاران در چین سال ۲۰۰۹ انجام شد با بررسی ۷۱ ایزوله سودوموناس آئروژینوزا در این زمینه مشخص شد ارتباط معناداری بین حضور اینتگرول در ایزوله‌های بررسی شده و مقاومت نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های سفنازیدیم و سفپیم وجود دارد (۲۱). براساس مطالعه‌های انجام شده در این خصوص، مشخص شده است بخش عمده‌ای از ژن‌های بتالاکتام شامل ژن‌های بتالاکتام‌های تیپ OXA و متالوبتالاکتام‌ها و برخی از بتالاکتام‌های وسیع‌الطیف (ESBLs) با قرارگیری روی کاست‌های ژنی توسط اینتگرول کلاس I انتقال می‌یابند که در نهایت، مقدمات مقاومت دارویی نسبت به طیف وسیعی از داروها را فراهم می‌سازند (۲۲). همچنین در مطالعه حاضر مشخص شد حضور اینتگرول کلاس I سبب القای مقاومت به اکثر آنتی‌بیوتیک‌های خانواده آمینوگلیکوزیدها و کینولون‌هاست. در مطالعه Chen و همکاران در سال ۲۰۰۹ و در مطالعه Gu و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داده شد که ارتباط معناداری بین حضور اینتگرول کلاس I و مقاومت ایزوله‌های سودوموناس آئروژینوزا به داروهای خانواده آمینوگلیکوزید وجود دارد (۲۲). ارتباط بین حضور اینتگرول کلاس I و مقاومت به داروهای خانواده آمینوگلیکوزیدها خیلی دور از انتظار نیست؛ چراکه براساس مطالعه‌های انجام شده در این زمینه، مشخص شده است که بخش عمده‌ای از ژن‌های مقاومت به آمینوگلیکوزیدها از جمله ژن‌های *acc* و *aad* روی اینتگرول کلاس I انتقال می‌یابند (۲۳). ارتباط معناداری بین حضور اینتگرول کلاس I و مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌های خانواده کینولون نیز با یافته‌های سایر تحقیق‌های انجام شده در این زمینه همخوانی داشت. به طوری که در مطالعه Chen و همکاران در سال ۲۰۰۹، XU و همکاران در سال ۲۰۰۷ نیز همین نتیجه گزارش شد (۲۴ و ۲۱). در مطالعه علیخانی و همکاران در سال ۲۰۱۷ در بررسی وجود اینتگرول کلاس I و مقاومت آنتی‌بیوتیکی، بیشترین مقاومت نسبت به کوتریموکسازول (۶۱/۳ درصد)، کمترین مقاومت در مروپنم (۹/۳ درصد) و پپراسیلین/تازوباکتام (۱۲ درصد) گزارش شد که در مقایسه با مطالعه ما میزان مقاومت بیشتری نسبت به پپراسیلین مشاهده شد (۲۵). در بررسی انجام شده توسط ابراهیمی‌پور در سال ۲۰۱۸، ۳۰ درصد از نمونه‌ها دارای اینتگرول کلاس I بودند که بیشترین مقاومت آنتی‌بیوتیکی در نمونه‌های دارای اینترون و فاقد آن مربوط به آنتی‌بیوتیک‌های سفالکسین و سفازولین بود که مقاومت ۱۰۰ درصد در آن‌ها مشاهده شد. آمیکاسین و سیپروفلوکساسین دارای میزان پایینی از مقاومت (۱۳/۳ درصد) بودند که نسبت به مطالعه حاضر انجام شده میزان مقاومت بالاتری نسبت به آمیکاسین مشاهده شد (۲۶). در تحقیق انجام شده توسط Roldán و همکاران در سال ۲۰۱۸، مقاومت آنتی‌بیوتیکی پایینی مشاهده شد: سفنازیدیم (۸ درصد)، سفپیم و آزترونام (۷ درصد)، جنتامایسین (۳ درصد)، سیپروفلوکساسین و ایمپی‌پنم (۱ درصد) (۲۷) و همان‌طور که مشاهده می‌شود مقاومت آنتی‌بیوتیکی در مطالعه حاضر و سایر مطالعه‌های انجام شده در ایران بالاتر از گزارش سایر کشورهاست که می‌تواند حاکی از استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک تراپی در ایران باشد. همچنین در آزمایش فقری و همکاران روی ۷۲ نمونه بیمارستانی در سال ۲۰۱۸، بیشترین مقاومت نسبت به سفنازیدیم (۷۶/۴ درصد) و موثرترین آنتی‌بیوتیک کلیسین (۱۰۰ درصد) به دست آمد و فراوانی اینتگرول کلاس I یک و دو در نمونه‌ها به ترتیب ۵۵/۵ درصد و ۲۹/۱ درصد بود و نشان داد که بین اینتگرول‌های کلاس I یک و دو با سویه‌های MDR سودوموناس آئروژینوزا ارتباط وجود دارد که

مقاوم به دارو سودوموناس آئروژینوزا هستند. با این حال وجود سویه‌های مقاوم به کلیستین زنگ خطری محسوب می‌شود چرا که به عنوان یکی از مهم‌ترین داروهای استفاده شده در عفونت‌های مقاوم به دارو است. ایزوله‌ها به ترتیب به سفتی زوکسیم ۱۰۰ درصد و سفتریاکسون ۸۲/۸ درصد بیشترین مقاومت را نشان دادند. این یافته با این واقعیت که سفالوسپورین‌ها به جز سفنازیدیم و نسل چهار سفالوسپورین‌ها (مانند سفی‌پیم) آثار ضعیفی علیه سودومونای آئروژینوزا دارند، مرتبط است. در مطالعه ما درصد بالایی (۷۳/۴ درصد) از سویه‌ها به سفنازیدیم نیز مقاوم بودند. همچنین مطالعه اخیر نشان داد که درصد بالایی از سویه‌های جدا شده از بیماران سوختگی (۶۸/۸ درصد) و درصد کمتری از بیماران سیستمیک فیبروزیس (۲۷ درصد) به سفی‌پیم مقاوم بودند که نشان می‌دهد سفالوسپورین‌ها در درمان تجربی عفونت‌های سودوموناسی سوختگی در بیماران ایرانی به تنهایی قابل استفاده نیست و فقط سفپیم در ۶۵ درصد موارد در درمان عفونت‌های سودوموناسی غیر از سوختگی موفقیت‌آمیز خواهد بود. ارزش درمانی سفالوسپورین‌ها در درمان عفونت‌های سوختگی تنها با آزمایش آنتی‌بیوگرام قابل تعیین است.

ایمی‌پنم به عنوان یکی از داروهای رده آخر در درمان عفونت‌های سودوموناس مطرح است و وضعیت مقاومت به آن از اهمیت بالایی برخوردار است. مطالعه ما نشان داد که از مجموع سویه‌های جدا شده از بیماران سیستمیک فیبروزیس و سوختگی، ۱۸ درصد سویه‌ها نسبت به ایمپی‌پنم مقاومت کامل و ۱۷ درصد آن‌ها مقاومت بینابینی را نشان دادند. این میزان با آمار گزارش شده در مطالعه‌های مختلف ایران همخوانی نسبی دارد (۱۵ و ۱۳). با توجه به درصد نسبتاً بالای مقاومت به ایمپی‌پنم، سفنازیدیم و ظهور مقاومت به کلیستین در سویه‌های سودوموناس، باید در استفاده از این داروها بیشتر احتیاط کرد چرا که این داروها به خصوص ایمپی‌پنم و کلیستین به عنوان داروهای رده آخر در درمان عفونت‌های مقاوم سودوموناس استفاده می‌شود. در ارتباط با وضعیت مقاومت دارویی سودوموناس آئروژینوزا، اگرچه اختلاف معناداری از لحاظ الگوی مقاومت یافت نشد، ولی به طور کلی سویه‌های جدا شده از بیماران سوختگی نسبت به سویه‌های جدا شده از بیماران مبتلا به سیستمیک فیبروزیس مقاوم‌تر بودند که این یافته با سایر مطالعه‌ها هماهنگی دارد (۱۶). این اختلاف ممکن است مربوط به بستری طولانی مدت بیماران سوختگی در مراکز درمانی و امکان کلونیزه شدن با سویه‌های مقاوم‌تر باشد.

با توجه به محدودیت‌های آنتی‌بیوتیکی علیه سودوموناس آئروژینوزا، سویه‌های مقاوم به چند دارو معضل اساسی در درمان عفونت‌های سودوموناس است. بر اساس آمار منتشر شده، شیوع این سویه‌ها بر حسب زمان و محل مطالعه متفاوت بوده و از ۱۲ درصد تا ۷۰ درصد بر حسب منطقه، زمان و نوع عفونت در نوسان است (۱۷ و ۱۵). در مطالعه حاضر، ۴۹/۵ درصد از ایزوله‌ها مقاوم به چند دارو (MDR) بودند که نشان‌دهنده شیوع بالا و نگران‌کننده این سویه‌ها در بین ایزوله‌های مطالعه شده است. سودوموناس آئروژینوزای مقاوم به چند دارو به دلیل استفاده فراوان از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف در بیماران دیده می‌شود. در آمریکا در دوره ۱۰ ساله میزان سودوموناس با مقاومت چندگانه از چهار درصد در سال ۱۹۹۳ تا ۱۴ درصد در سال ۲۰۰۲ افزایش نشان می‌دهد (۱۸). متأسفانه روند مشابه در مورد ایران نیز قابل مشاهده است (۲۰ و ۱۹).

مطالعه‌ها نشان می‌دهد که سودوموناس آئروژینوزای مقاوم به همه دارو متأسفانه در ایران در حال افزایش است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که یک درصد سویه‌ها به تمام آنتی‌بیوتیک‌های استفاده شده مقاوم بودند. بر اساس بررسی انجام شده توسط کهن طب و همکاران در سال ۲۰۰۷ در شهر شیراز (۱۹) و نیکوکار و همکاران در سال ۲۰۱۳ در گیلان (۲۰)، مشخص شد که ۷/۲۶ درصد و ۷/۱۹ درصد از سودوموناس آئروژینوزا جدا شده، به تمام آنتی‌بیوتیک‌های ضد سودوموناسی مقاوم بودند. در این مطالعه تعداد سویه‌هایی که به تمام آنتی‌بیوتیک‌های استفاده شده مقاوم بودند بیش از سایر مطالعه‌هاست که این امر می‌تواند به این دلیل باشد که ۳۶/۶ درصد سویه‌های مطالعه ما از بیماران سیستمیک فیبروزیس جدا شده بودند.

ما ارتباط معناداری بین مقاومت به داروهای بتالاکتام و حضور اینتگرول کلاس I

این یافته با اکثر مطالعه‌ها همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری:

بر اساس نتایج میزان مقاومت سودوموناس آئروژینوزا نسبت به اغلب آنتی‌بیوتیک‌ها به خصوص آنتی‌بیوتیک‌های موثر به عنوان انتخاب آخر همانند کلیستین، امیکاسین و ایمی‌پنم، به صورت نگران‌کننده‌ای در حال افزایش است (۳۳). در مطالعه حاضر از بین آنتی‌بیوتیک‌های مطالعه شده، کلیستین بهترین تاثیر را از خود نشان داد زیرا دارای بیشترین حساسیت بود. از آنجا که بسیاری از اینتگرئون‌ها دارای بیش از یک کاست ژنی مقاومتی هستند و اغلب توسط عناصر ژنتیکی متحرک حمل و جا به جا می‌شوند، منجر به انتشار گسترده عوامل مقاومت از یک سویه به سویه دیگر می‌شوند. بنابراین شناسایی این نوع از ژن‌های مقاومت آنتی‌بیوتیکی برای اجرای برنامه‌های کنترل عفونت و ممانعت از انتشار سویه‌های مقاوم از اهمیت بالینی برخوردار است. با توجه به این نتایج، بهتر است پیش از درمان، آزمایش آنتی‌بیوگرام انجام شود و با استفاده صحیح از دارو، باکتری‌ها را در معرض چندین آنتی‌بیوتیک قرار ندهیم تا پیدایش سویه‌های مقاوم در امر درمان مشکل ایجاد نکند. از مهم‌ترین یافته‌های این تحقیق این است که سویه‌های جدا شده از سوختگی در مقایسه با سیستمیک فیبروزیس از مقاومت بالاتری برخوردار است و کلیستین همچنان به عنوان آخرین داروی انتخابی برای سویه‌های سودوموناس جدا شده از سوختگی و سیستمیک فیبروزیس باقی مانده است. همچنین ما ارتباط معناداری بین مقاومت به داروهای بتالاکتام، امینوگلیکوزید و کینولون‌ها و اینتگرز کلاس I یافتیم.

آنتی‌بیوتیک موثر طبق گزارش ما کلیسین مطرح شد (۲۸). مقاومت به کینولون‌ها اغلب به واسطه جهش‌های نقطه‌ای در ژن‌های کروموزومی اتفاق می‌افتد و در سال‌های اخیر نیز مقاومت نسبت به این داروها به واسطه ژن‌های پلاسمیدی qnr از سراسر جهان شناسایی شده است (۲۹) (اما در سال‌های اخیر گزارش‌هایی مبنی بر نقش اینتگرئون‌ها و پلاسمیدهای وابسته در انتقال مقاومت وجود دارد اما مکانیسم دقیق آن مشخص نیست و نیاز به انجام مطالعه‌های بیشتری است.

در مجموع مطالعه اخیر نشان داد که میزان مقاومت سودوموناس آئروژینوزا نسبت به اغلب آنتی‌بیوتیک‌ها به خصوص آنتی‌بیوتیک‌های موثر به عنوان انتخاب آخر همانند کلیستین، امیکاسین و ایمی‌پنم به صورت نگران‌کننده‌ای در حال افزایش است (۳۰ و ۳۱). همچنین نشان داده شد که تجویز سفالوسپورین‌ها علیه سودوموناس آئروژینوزا به خصوص سویه‌های جدا شده از سوختگی، باید بر اساس نتایج آنتی‌بیوگرام باشد. مطالعه ما نشان داد که سویه‌های جدا شده از سوختگی در مقایسه با سیستمیک فیبروزیس مقاوم‌ترند. همچنین ما ارتباط معناداری بین مقاومت به داروهای بتالاکتام، امینوگلیکوزید و کینولون‌ها و اینتگرز کلاس I یافتیم. با توجه به موارد مطرح شده، دقت در تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها به خصوص آنتی‌بیوتیک‌های رده آخر و ارزیابی پیوسته وضعیت مقاومت دارویی سویه‌های میکروبی به خصوص سودوموناس آئروژینوزا را پیشنهاد می‌کنیم. میزان شیوع اینتگرئون کلاس یک در مطالعه‌های مختلف در جهان بسیار متنوع است (۳۲). در ایران بر اساس سال مطالعه، نوع نمونه و محل انجام نمونه‌گیری از ۳۸ درصد تا ۷۰ درصد گزارش شده است. در مطالعه ما، در مجموع ۵۹/۴ درصد از ایزوله‌ها دارای اینتگرئون کلاس I بودند. در سویه‌های بررسی شده، در هیچ کدام اینتگرئون کلاس دو یافت نشد که

منابع:

1. Shaan L. Gellatly¹, Manjeet Bains¹, Elena B.M. Breidenstein¹, et al. Novel roles for two-component regulatory systems in cytotoxicity and virulence-related properties in *Pseudomonas aeruginosa*. *AIMS Microbiology*, 2018 March; 4(1): 173–191.
2. Agodi A, Barchitta M, Cipresso R, Giaquinta L, Romeo MA, Denaro C. *Pseudomonas aeruginosa* carriage, colonization, and infection in ICU patients. *Intensive Care Med* 2007 Jul; 33(7):1155-61.
3. Eun Sook Kim, Hee-Won Bae and You-Hee Cho. A Pilon Region Affecting Host Range of the *Pseudomonas aeruginosa* RNA Phage, PP7. *Front. Microbiol* 16 2018 Feb; org/10.3389/fmicb.2018.00247.
4. Sylvie Chevalier, Emeline Bouffartigues, Alexis Bazire, et al. Extracytoplasmic function sigma factors in *Pseudomonas aeruginosa*. *Biochimica et Biophysica Acta* 2018 May; 10.1016/j.bbgrm.2018.04.008.
5. L.Christophersen B.Cao C.Lerche K.Thomsen N.Højby C.Moser. P037 In vivo confirmation of *Pseudomonas aeruginosa* biofilms as independent pharmacological compartments - implication for antibiotic treatment. *Journal of Cystic Fibrosis* 2018 June; 17(3): S69.
6. Aloush V, Navon-Venezia S, Seigman-Igra Y, Cabili S, Carmeli Y. Multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa*: Risk factors and clinical impact. *Antimicrob Agents Chemother* 2006 Jan; 50(1): 43-8.
7. Hancock RE, Speert DP. Antibiotic resistance in *Pseudomonas*

aeruginosa: Mechanisms and impact on treatment. *Drug Resist Updat* 2000 Aug; 3(4):247-255.

8. Camila M.Wilhelm, Luciana de S.Nunes, Andreza F.Martins. In vitro antimicrobial activity of imipenem plus amikacin or polymyxin B against carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa* isolates. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease* 2018 Oct; 92(2): 152-154.

9. Y.B.Rao, Z.X.Ren, J.J.Zhong, et al. Risk factors for imipenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa* in neonatal intensive care units in south China. *Journal of Hospital Infection* 2018 March; 98(3): 305-308.

10. James A.Karlowisky, Sibylle H.Lob, Katherine Young. Activity of imipenem/relebactam against *Pseudomonas aeruginosa* with antimicrobial-resistant phenotypes from seven global regions: SMART 2015–2016. *Journal of Global Antimicrobial Resistance* 2018 Dec; 15: 140-147.

11. Peymani A, Naser pour farivar T, Rahimi H, et al. Frequency of Class I Integrons in *Pseudomonas aeruginosa* isolates with multiple drug resistance patterns in selected hospitals in Qazvin and Tehran. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2014 July; 8(3): 61-69

12. Patel, J. B., et al. "Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing: Twenty-Fifth Informational Supplement; M100-S25." Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) (2015).

13. Hall RM, Collis CM. Mobile gene cassettes and integrons: Capture

and spread of genes by site-specific recombination. *Mol Microbiol* 1995 Feb; 15(4):593-600.

14. Rowe-Magnus DA, Mazel D. Role of integrons in antibiotic resistance gene capture. *Int J Med Microbiol* 2002 Jul; 292(2):115-25.

15. Severino P, Magalhães VD. Integrons as tools for epidemiological studies. *Clin Microbiol Infect* 2004 Feb; 10(2): 156-62.

16. Hall GS. Nonfermenting and miscellaneous Gram negative bacilli. In: Mahon CR, Lehman DC, Manuselis G: *Textbook of diagnostic microbiology*. 3rd ed. Ohio: Saunders-Elsevier; 2007. p. 564-84.

17. B.Dietl, I.Sánchez, P.Arcenillas et al. Ceftolozane/tazobactam in the treatment of osteomyelitis and skin and soft-tissue infections due to extensively drug-resistant *Pseudomonas aeruginosa*: clinical and microbiological outcomes. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2018 March; 51(3): 498-502.

18. Reyes A, Bello H, Domínguez M, Mella S, Zemelman R, González G. Prevalence and types of class I integrons in aminoglycoside-resistant enterobacteriaceae from several Chilean hospitals. *J Antimicrob Chemother* 2003 Feb; 51(2):317-21.

19. Kohanteb J, Dayaghi M, Motazedian M, Ghayumi MA. Comparison of biotyping and antibiotyping of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from patients with burn wound infection and nosocomial pneumonia in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci* 2007; 10(11): 1817-22.

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

21. Chen J, Su Z, Liu Y, Wang S, Dai X, Li Y, et al. Identification and characterization of class I integrons among *Pseudomonas aeruginosa* isolates from patients in Zhenjiang, China. *Int J Infect Dis* 2009 Nov; 13(6):717-21.

22. Gu B, Tong M, Zhao W, Liu G, Ning M, Pan S, Zhao W. Prevalence and characterization of class I integrons among *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii* isolates from patients in Nanjing, China. *J Clin Microbiol* 2007 Jan; 45(1):241-3.

23. Poonsuk K, Tribuddharat C, Chuanchuen R. Class I integrons in *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii* isolated from clinical samples. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2012 Mar; 43(2):376-84.

24. Xu Z, Li L, Shirliff ME, Alam MJ, Yamasaki S, Shi L. Occurrence and characteristics of class 1 and 2 integrons in *Pseudomonas aeruginosa* isolates from patients in southern China. *J Clin Microbiol* 2009 Jan; 47(1):230-4.

25. Alikhani M, Parsavash S, Arabestani M. Prevalence of Antibiotic Resistance and Class I Integrons in Clinical and Environmental Isolates of *Pseudomonas aeruginosa*. *Avicenna J Clin Microb Infec* 2017; Nov 4(4): e12086.

26. Ebrahimpour M, Nikokar I, Ghasemi Y. Antibiotic resistance and frequency of class I integrons among *Pseudomonas aeruginosa* isolates obtained from wastewaters of a burn center in Northern Iran. *Ann Ig* 2018; 30: 112-119.

27. Ruiz-Roldán L, Bellés A, Bueno J, *Pseudomonas aeruginosa* Isolates from Spanish Children: Occurrence in Faecal Samples, Antimicrobial Resistance, Virulence, and Molecular Typing.

28. Faghri J, Nouri S, Jalalifar S. Investigation of antimicrobial susceptibility, class I and II integrons among *Pseudomonas aeruginosa* isolates from hospitalized patients in Isfahan, Iran. *BMC Research Notes*. (2018) 11:806.

29. Kinh Van Nguyen, Trung Vu Nguyen, Hang Thi Thuy Nguyen. Mutations in the *gyrA*, *parC*, and *mexR* genes provide functional insights into the fluoroquinolone-resistant *Pseudomonas aeruginosa* isolated in Vietnam. *infect Drug Resist* 2018 Feb; 11: 275–282.

30. Atsushi Kainuma, Kyoko Momiyama, Takeshi Kimura. An outbreak of fluoroquinolone-resistant *Pseudomonas aeruginosa* ST357 harboring the *exoU* gene. *Journal of Infection and Chemotherapy* 2018; Aug 24(8): 615-622.

31. Ohara M, Kouda S, Onda M, Fujiue Y, Sasaki M, Kohara T. Molecular characterization of imipenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa* in Hiroshima, Japan. *Microbiol Immunol*. 2007;51:271–277.

32. Yatsuyanagi J, Saito S, Harata S, Suzuki N, Ito Y, Amano K, et al. Class I integron containing metallo- β -lactamase gene *blaVIM-2* in *Pseudomonas aeruginosa* clinical strains isolated in Japan. *Antimicrob Agents Chemother* 2004 Feb; 48(2):626-8.

33. Poirel L, Gerome P, De Champs C, Stephanazzi J, Naas T, Nordmann P. Integron-located *oxa-32* gene cassette encoding extended-spectrum variant of *OXA-2* β -lactamase from *Pseudomonas aeruginosa*. *Antimicrob Agents Chemother* 2002 Feb; 46(2):566-9.