

Evaluation of Drug-induced Liver Injury and its Relationship with NAT2 Gene Polymorphisms in Tuberculosis Patients

Farhang Babamahmoodi¹,
Samaneh Kamalabadi Farahani²,
Dariush Ramezani³,
Nematollah Ahangar⁴

¹ Professor, Department of Infectious Diseases, Antimicrobial Resistance Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Doctor of Pharmacy, Students Research Committee, Ramsar International Branch, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Specialist in Infectious Diseases, Antimicrobial Resistance Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Associate Professor, Pharmaceutical Sciences Research Center, Department of Toxicology and Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received March 25, 2017 Accepted June 17, 2017)

Abstract

Background and purpose: The main purpose of this study was determination of different genotypes and phenotypes of N-acetyltransferase 2 gene and its relationship with drug-induced liver injury among patients in Mazandaran province, Iran, which was done for the first time.

Materials and methods: A total of 65 newly diagnosed unrelated pulmonary tuberculosis patients (47 men, 18 women) was enrolled in the study. A combination of polymerase chain reaction - restriction fragment length polymorphism method was used to investigate different alleles of N-acetyltransferase-2. The patients were followed for occurrence of antituberculosis induced hepatotoxicity during the course of treatment. Relationship between N-acetyltransferase-2 phenotypes and antituberculosis induced hepatotoxicity was evaluated.

Results: Frequency of slow, intermediate and fast acetylator genotypes in patients were 34%, 60% and 6%, respectively. Hepatotoxicity was diagnosed in 13.64% of slow acetylators, in 2.56% of intermediate acetylators and interestingly in none of the fast acetylators. The Chi-Square Test showed no significant difference between different acetylation phenotypes and risk of hepatotoxicity ($P = 0.1086$).

Conclusion: These results could improve treatment profile, prevent from drug-related adverse effects such as hepatotoxicity and lead to better outcomes in tuberculosis patients.

Keywords: tuberculosis, liver injury, anti-tuberculosis drugs, NAT2, polymorphism

ارزیابی آسیب کبدی ناشی از مصرف دارو و ارتباط آن با پلی مرفیسم های ژن NAT2 در بیماران مبتلا به سل

فرهنگ بابامحمودی¹

سمانه کمال آبادی فراهانی²

داریوش رضانی³

نعمت اله آهنگر⁴

چکیده

سابقه و هدف: هدف از انجام تحقیق حاضر، برای نخستین بار در استان مازندران، تعیین ژنوتیپ و فنوتیپ آنزیم N-استیل ترانسفراز-2 در افراد مبتلا به سل استان مازندران و ارزیابی رابطه بین فنوتیپ های استیله کننده و آسیب کبدی ناشی مصرف از داروهای ضد سل می باشد.

مواد و روش ها: 65 بیمار غیر خویشاوند (47 مرد و 18 زن) مبتلا به سل در این مطالعه وارد شدند. در بررسی تعیین الل های NAT2 از روش PCR-RFLP استفاده شد. هم چنین بیماران مبتلا به سل در طی درمان با داروهای ضد سل از نظر بروز آسیب کبدی بررسی شده و ارتباط بین فنوتیپ های NAT2 و داروهای ضد سل القا کننده آسیب کبدی ارزیابی شد. **یافته ها:** توالی فنوتیپ استیله کننده آهسته، متوسط و سریع در بیماران مبتلا به سل به ترتیب 34، 60 و 6 درصد به دست آمد. آسیب کبدی در 13/64 درصد استیله کننده های آهسته و 2/56 درصد استیله کننده های متوسط دیده شد و به طور قابل ملاحظه ای در هیچ یک از افراد دارای فنوتیپ استیله کننده سریع دیده نشد. بر اساس آزمون کای مربع، تفاوت آماری معنی داری بین افراد دارای فنوتیپ های مختلف از نظر ابتلا به آسیب کبدی مشاهده نشد ($P=0/1086$).

استنتاج: به طور کلی، نتایج حاصل از این مطالعه در بیماران مبتلا به سل، می تواند در تنظیم دوز داروها، کاهش عوارض جانبی داروهای ضد سل به خصوص آسیب کبدی و در نهایت بهبودی و کامل شدن روند درمان در این بیماری مثرتر واقع شود.

واژه های کلیدی: تویر کولوزیس، آسیب کبدی، داروهای ضد سل، NAT2، پلی مرفیسم

مقدمه

خط اول درمان چند دارویی سل می باشند. اغلب داروهای ضد سل، القا کننده آسیب کبدی اند که این آسیب، یک عارضه دارویی رایج و جدی و یکی از چالش برانگیزترین مشکلات کلینیکی و در عین حال عامل بیمارستانی شدن و تهدید حیات بیمار می باشد (1).

سل یک بیماری عفونی مهم می باشد که در سرتاسر جهان، اعم از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه گسترش پیدا کرده است؛ به طوری که سالانه بیش تر از 9 میلیون نمونه جدید سل فعال گزارش می شود. ایزونیازید، ریفامپین، اتاموتول و پیرازینامید

مؤلف مسئول: نعمت اله آهنگر - مرکز تحقیقات علوم دارویی و گروه سم شناسی فارماکولوژی دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران Email: n.ahangar@mazums.ac.ir

1. استاد، گروه عفونی، مرکز تحقیقات مقاومت های میکروبی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 2. دکتر داروساز، کمیته تحقیقات دانشجویی، واحد بین الملل رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 3. متخصص بیماریهای عفونی، مرکز تحقیقات مقاومت های میکروبی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 4. دانشیار، گروه سم شناسی/فارماکولوژی، مرکز تحقیقات علوم دارویی و دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
- تاریخ دریافت: 1396/1/5 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1396/3/19 تاریخ تصویب: 1396/3/27

میزان بروز این سمیت در کشورهای در حال توسعه بیش تر از کشورهای توسعه یافته گزارش شده است (2). اگر درمان به موقع صورت نگیرد، این آسیب می تواند حتی کشنده باشد. در این بین، مشکلات ژنتیکی ممکن است باعث شکست درمان، مقاومت دارویی یا عود بیماری گردند (1).

در بین داروهای ذکر شده، ایزونیاژید و متابولیت های آن، از جمله هیدرازین و استیل هیدرازین نقش اصلی را در ایجاد سمیت کبدی دارد (3، 5، 1). متابولیسم ایزونیاژید از دو روش مستقیم و غیرمستقیم صورت می گیرد. در مسیر مستقیم بر اثر هیدرولیز، عامل امید ایزونیاژید به هیدرازین و ایزونیکوتینیک اسید تبدیل می شود. در مسیر غیرمستقیم، ایزونیاژید ابتدا استیل شده و تولید استیل ایزونیاژید می نماید، سپس به وسیله آنزیم N-استیل ترانسفراز به ایزونیکوتینیک اسید و استیل هیدرازین تبدیل می شود. استیل هیدرازین استیل شده و هیدرازین تولید می نماید. استیل هیدرازین و هیدرازین متابولیت های سمی هستند. در هر دو مسیر، آنزیم آمیداز نقش ویژه ای دارد (6).

این واسطه های هپاتوتوکسیک از طریق CYP2E1 و بعضی از واسطه ها از طریق GST نیز سم زدایی می شوند. آنزیم های متابولیزه کننده داروها، در دو مسیر سنتز و سم زدایی این متابولیت های فعال، نقش بحرانی دارند. در بحث داروهای ضد سل القاکننده آسیب کبدی، مطالعات بر روی چند آنزیم متابولیزه کننده شامل NAT2، CYP2E1، GSTT1 و GSTM1 متمرکز است. سمیت کبدی ایزونیاژید، به صورت افزایش گذرا و ملایم آنزیم های آمینوترانسفراز در 20-10 درصد بیماران مبتلا به سل دیده شده است (7، 1).

فاکتور مهم دیگر در القای سمیت کبدی ایزونیاژید، تنوع ژنتیکی یا پلی مورفیسم NAT2 می باشد (7) که از این نظر، این آنزیم به سه فنوتیپ متفاوت شامل: آهسته، متوسط و سریع خود را نشان می دهد (8). با توجه به اهمیت مقوله درمان موفق بیماری سل در کنار عدم بروز

مقاومت دارویی و عوارض آن ها و نیز عدم وجود گزارشی مبنی بر وضعیت ژنتیکی بیماران مبتلا به سل مازندران و ارتباط آن با بروز سمیت کبدی ناشی از مصرف داروها، بر آن شدیم در این مطالعه موارد ذیل را مورد بررسی قرار دهیم:

- 1- تعیین پلی مورفیسم ها و فنوتیپ و ژنوتیپ آنزیم NAT2 در جمعیت بیمار مبتلا به سل استان مازندران
- 2- تخمین ارتباط بین فنوتیپ استیل کننده و وقوع آسیب کبدی ناشی از دارو در جمعیت بیمار مبتلا به سل استان مازندران
- 3- مصرف دز موثر دارو در کنار حداقل عارضه و کامل نمودن طول دوره درمان و در نتیجه کاهش مقاومت دارویی

مواد و روش ها

نمونه های مورد مطالعه

نمونه گیری از 65 بیمار (47 مرد و 18 زن) غیر خویشاوند مبتلا به سل بستری شده در بخش ریفرال و آموزشی بیماری های عفونی مرکز آموزشی - درمانی رازی قائمشهر به شکل آینده نگر و در فاصله زمانی مهر 1393 تا بهمن 1394 انجام شد. اخذ نمونه از بیماران فوق با ارائه توضیحات کامل در خصوص طرح و کسب رضایت کتبی از ایشان بابت شرکت در طرح صورت گرفت.

حدود 5 ml خون محیطی از نمونه هایی که سل تازه تشخیص داده شده با حداقل سن 17 سال و کاندید برای درمان استاندارد دارویی در طی 6 ماه با رژیم های مشتمل بر 3 یا 4 دارو بودند، گرفته و در فریزر 20°C- جهت تعیین وضعیت ژنتیکی نگهداری شد. کلیه نمونه هایی که پیش از شروع درمان دارای نشانه هایی از آسیب کبدی شامل انواع هپاتیت های ویروسی، آسیب کبدی ناشی از مصرف مکمل های گیاهی یا داروهای

تعیین ژنوتیپ NAT2، به روش PCR-RFLP صورت گرفت. در روند PCR، از پرایمرهای (تکاپوزیست، ایران) Forward با توالی 5'-AGATGTGGCAGCCTCTAGAA-3' و پرایمر reverse با توالی 5'-ATTAAGTGAGTTGGGTGATAC-3' و DNA استخراج شده در حجم نهایی 20 µl استفاده شد. برنامه زمانی و دمایی دستگاه ترموسایکلر (BIO-RAD, USA) در مراحل Denaturation، Initial denaturation، Annealing، Extension، Final extension به ترتیب 5 دقیقه و 94، 0:45 ثانیه و 94، 0:45 ثانیه و 5، 72، 0:45 ثانیه و 30 سیکل تنظیم شد. محصول PCR توسط سه آنزیم محدود کننده به نام های Kpn1، Taq1 و BamH1 در نواحی 481 (NAT2*5)، 590 (Kpn1، NAT2*6)، Taq1 و 857 (NAT2*7)، BamH1) برش داده شد. هر 3 آنزیم برش دهنده ساخت شرکت فرمتناز، کشور لیتوانی بودند.

الل های NAT2 شامل الل سریع NAT2*4 از نوع-wild type و سه الل آهسته NAT2*5، NAT2*6 و NAT2*7 از نوع پلی مورفسم های نوکلئوتیدی به ترتیب 481 C>T، 590 G>A و 857 G>A هستند. از این رو افرادی که یک یا دو نوع از الل NAT2*4 را دارا باشند، فنوتیپ سریع (ژنوتیپ هموزیگوت)، افرادی که یک الل NAT2*4 و یک الل جهش یافته را دارا باشند، فنوتیپ متوسط (ژنوتیپ هتروزیگوت) و افرادی که دو الل جهش یافته را دارا باشند فنوتیپ آهسته (مخلوطی از الل های جهش یافته) را نشان می دهند (11). محصول حاصل از فرآیند RFLP، در ژل آگارز 3 درصد حاوی 0/5 µl اتیدیوم بروماید بارگذاری و در نهایت باندهای جدا شده براساس وزن مولکولی، توسط UV trans-illuminator مشاهده شد.

آنالیز آماری

دیگر، ابتلا به ویروس HIV و یا هر نوع اختلال مبتنی بر زردی و یرقان بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

بیماران فوق تحت درمان روزانه با 300 mg ایزونیاژید، 600 mg ریفامپین، 20 mg/kg پیرازینامید و 15 mg/kg اتامبوتول قرار داشتند؛ به طوری که در دو ماه نخست رژیم سه دارویی شامل ایزونیاژید، ریفامپین و اتامبوتول و در چهار ماه بعد رژیم چهار دارویی شامل ایزونیاژید، ریفامپین، اتامبوتول و پیرازینامید را دریافت می نمودند.

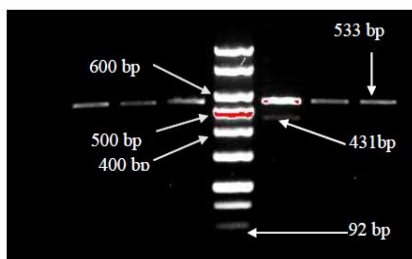
علائم بالینی آسیب کبدی ناشی از داروهای ضد سل به صورت بی اشتها، دردهای شکمی، استفراغ، درد ربع فوقانی سمت راست، زردی، تب، ادرار تیره، کبیر، عدم میل به سیگار و حالت تهوع متناوب در حضور هر مقدار از آنزیم های کبدی ظهور می یابد و برای اطمینان از آسیب ایجاد شده، تست های پاراکلینیکی مانند تست عملکرد کبدی از قبیل اندازه گیری AST، ALT، ALP، بیلی روبین مستقیم و تام صورت گرفت. افزایش آنزیم های کبدی AST و ALT به میزان 3 برابر مقدار پایه بعد از شروع درمان در کنار علائم بالینی یا افزایش آنزیم های فوق به میزان 5 برابر پایه بدون وجود علائم به عنوان سمیت و آسیب کبدی در نظر گرفته شد.

تست عملکرد کبدی و علائم ناشی از آسیب کبدی قبل از شروع درمان، یک روز در میان در طی دو هفته اول درمان و سپس هفته ای یک بار چک شدند (7، 9).

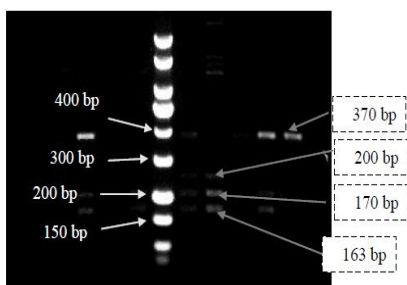
استخراج DNA و تعیین ژنوتیپ

DNA ژنومی از 200 µl خون کامل و به وسیله مینی کیت استخراج DNA خون و بافت DynaBio™ (تکاپوزیست، ایران) بر طبق پروتکل شرکت تولید کننده کیت استخراج گردید. پس از استخراج، نمونه های DNA در فریزر در دمای 20°C- نگهداری شد.

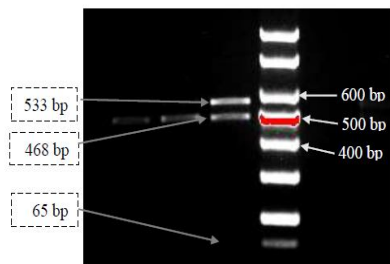
همچنین تصاویر مربوط به نتایج هضم آنزیمی محصولات PCR با آنزیم های Kpn1، Taq1 و BamH1 به ترتیب در تصاویر شماره 2، 3 و 4 نشان داده شده است.



تصویر شماره 2: تصویر ژل الکترو فورز محصول فرآیند RFLP برای آنزیم Kpn1 در کنار 100 bp DNA Ladder



تصویر شماره 3: تصویر ژل الکترو فورز محصول فرآیند RFLP برای آنزیم Taq1 در کنار 100 bp DNA Ladder



تصویر شماره 4: تصویر الکترو فورز محصول فرآیند RFLP برای آنزیم BamH1 در کنار 100 bp DNA Ladder

توالی فنوتیپ استیلاتورهای آهسته، متوسط و سریع در بیماران مبتلا به سل به ترتیب 34، 60 و 6 درصد به دست آمد (جدول شماره 2).

اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار Graph-Pad Prism مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه فراوانی فنوتیپ های سریع، متوسط و کند آنزیم NAT2 و ارتباط آن با بروز سمیت کبدی از آزمون کای مربع و Fisher's exact probability استفاده شد. $P < 0/05$ به عنوان حداقل سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

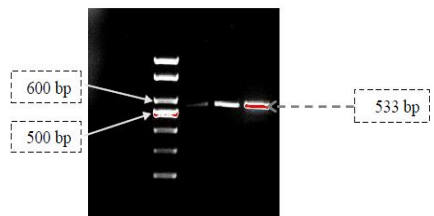
در این مطالعه، 65 نفر از افراد مبتلا به سل مراجعه کننده به بیمارستان رازی مورد ارزیابی قرار گرفتند که مشخصات دموگرافیک آن ها در جدول شماره 1 آورده شده است.

جدول شماره 1: وضعیت دموگرافیک نمونه های مورد

پژوهش

| جنسیت | تعداد | سن | | | |
|--------|-------|---------|--------------|-------|--------|
| | | میانگین | انحراف معیار | مینیم | ماکزیم |
| مرد | 47 | 43 | 18/85 | 17 | 88 |
| زن | 18 | 42/4 | 17/50 | 20 | 79 |
| جمع کل | 65 | 42 | 18/07 | 17 | 88 |

انجام واکنش PCR با استفاده از پرایمرهای ذکر شده و شرایط مذکور در دستگاه ترموسایکلر سبب ایجاد باند با اندازه 533 جفت باز گردید. نمونه ای از باند محصول PCR در کنار 50 bp DNA Ladder در تصویر شماره 1 نشان داده شده است.



تصویر شماره 1: تصویر ژل الکترو فورز محصول PCR در کنار DNA Ladder

جدول شماره 2: توزیع ژنوتیپ و فنوتیپ ژن NAT2 در بین 65

بیمار مبتلا به سل

| ژنوتیپ | فنوتیپ | تعداد مشاهده شده | درصد مشاهده شده |
|--------|--------|------------------|-----------------|
| *4/*4 | سریع | 4 | 6 |
| | مجموع | 4 | 6 |
| *4/*5 | متوسط | 31 | 48 |
| *4/*6 | متوسط | 4 | 6 |
| *4/*7 | متوسط | 4 | 6 |
| | مجموع | 39 | 60 |
| *5/*5 | آهسته | 8 | 12 |
| *5/*6 | آهسته | 5 | 8 |
| *5/*7 | آهسته | 9 | 14 |
| *6/*6 | آهسته | 0 | 0 |
| *6/*7 | آهسته | 0 | 0 |
| *7/*7 | آهسته | 0 | 0 |
| | مجموع | 22 | 34 |

ارتباط بین پراکندگی فنوتیپ و جنسیت در جدول شماره 3 نشان داده شده است. به طور کلی آسیب کبدی در 6/15 درصد بیماران مشاهده شد که این آسیب در 13/64 درصد استیله کننده‌های آهسته و 2/56 درصد استیله کننده‌های متوسط دیده شد و به طور قابل ملاحظه‌ای در هیچ یک از استیله کننده‌های سریع دیده نشد (جدول شماره 4). پراکندگی فنوتیپ‌های مختلف از نظر ابتلا یا عدم ابتلا به سمیت کبدی در تصویر شماره 5 نشان داده شده است.

جدول شماره 3: ارتباط بین پراکندگی فنوتیپ‌های مختلف و

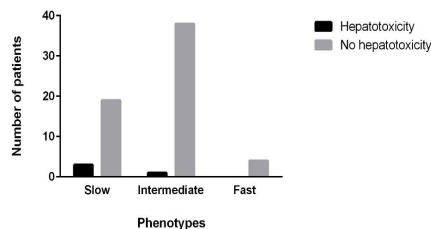
جنسیت نمونه‌ها

| ژنوتیپ | آقایان | خاتم‌ها |
|--------|--------|---------|
| آهسته | 18 | 4 |
| متوسط | 26 | 13 |
| سریع | 3 | 1 |

جدول شماره 4: ارتباط فنوتیپ‌های ژن NAT2 و بروز آسیب کبدی

ناشی از داروهای ضد سل

| ژنوتیپ | سمیت کبدی | | جمع کل | |
|--------|--------------------|-------|--------|-------|
| | خیر | بله | | |
| آهسته | تعداد | 19 | 3 | 22 |
| | درصد با استیلاسیون | 86/36 | 13/64 | 100/0 |
| | تعداد | 38 | 1 | 39 |
| متوسط | تعداد | 97/44 | 2/56 | 100/0 |
| | درصد با استیلاسیون | 97/44 | 2/56 | 100/0 |
| | تعداد | 4 | 0 | 4 |
| سریع | تعداد | 100/0 | 0 | 100/0 |
| | درصد با استیلاسیون | 100/0 | 0 | 100/0 |



شکل شماره 5: نمودار پراکندگی فنوتیپ‌های مختلف از نظر ابتلا یا عدم ابتلا به سمیت کبدی

بحث

در چندسال اخیر، تلاش‌های زیادی جهت کشف ارتباط بین پلی مورفیسم‌های آنزیم‌های متابولیزه کننده داروها و آسیب کبدی القا شده توسط داروهای ضد سل در جمعیت‌های مختلف انجام شده است (1).

گزارشات زیادی مبنی بر تعیین ژنوتیپ NAT2، الگوی استیلاسیون و ارتباط فنوتیپ NAT2 و سمیت کبدی در نژادهای مختلف ارائه شده است، اما این دست گزارشات در ایران بسیار کم است (11). این مطالعه اولین تحقیق انجام شده در مورد ارزیابی ژنوتیپ NAT2 و پروفایل استیلاسیون در بیماران مبتلا به سل در استان مازندران می‌باشد. اغلب بیان می‌شود که رابطه معنی داری بین فنوتیپ استیله کننده و وقوع سمیت کبدی ناشی از داروهای ضد سل وجود دارد؛ اما مطالعه انجام

شده حاضر نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌ها از نظر بروز سمیت کبدی وجود ندارد. به عبارت دیگر بروز تنها 4 مورد سمیت کبدی (سه مورد در گروه فنوتیپ آهسته و یک مورد در فنوتیپ متوسط) در بین 65 نمونه حاکی از عدم معناداری آماری تفاوت افراد با فنوتیپ‌های مختلف در ابتلا به سمیت کبدی است. اگرچه بیشترین میزان سمیت کبدی با 13/64 درصد در افراد دارای فنوتیپ آهسته مشاهده شد.

در این مطالعه، توالی فنوتیپ استیلاتورهای آهسته، متوسط و سریع در بیماران مبتلا به سل به ترتیب 34، 60 و 6 درصد به دست آمد. محدوده وقوع سمیت کبدی ناشی از داروهای ضد سل 1-36 درصد می‌باشد (15، 12). در این مطالعه، آسیب کبدی در 6/15 درصد بیماران مشاهده شد که در هم‌خوانی با مطالعات دیگر انجام شده در دنیا است؛ این آسیب در 13/64 درصد استیله‌کننده‌های آهسته و 2/56 درصد استیله‌کننده‌های متوسط دیده شد و به طور قابل ملاحظه‌ای در هیچ‌یک از استیله‌کننده‌های سریع دیده نشد. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در استان مازندران، غالب افراد فنوتیپ استیله‌کننده متوسط دارند و متابولیسم داروها در این افراد به طور نرمال انجام می‌شود. بر طبق دو مطالعه همکاران در تهران مشخص شده بود که آسیب کبدی ناشی از داروهای ضد سل در استیله‌کننده‌های آهسته نسبت به سریع بیش‌تر است (11، 1). بر این اساس می‌توان استنباط کرد که در استان مازندران مانند استان تهران، آسیب کبدی ناشی از داروهای ضد سل در استیله‌کننده‌های آهسته بیش‌تر از سریع می‌باشد. در واقع فنوتیپ آهسته بیش‌تر در معرض ابتلا به سمیت کبدی ناشی از داروهای ضد سل است.

با بررسی در منابع مختلف می‌توان به این نتیجه رسید که در بعضی از مقالات و منابع، به ارتباط بیش‌تر فنوتیپ استیله‌کننده سریع با سمیت کبدی اشاره شده است و در بعضی از مقالات و منابع دیگر همانند مطالعه حاضر، فنوتیپ استیله‌کننده آهسته به میزان بیش‌تری در

افرادی که دارای عارضه کبدی هستند، مشاهده شده است (16). Mitchell و همکاران ادعا کرده‌اند که سمیت کبدی ناشی از مصرف ایزونیاژید در بیماران دارای فنوتیپ استیله‌کننده سریع، بیش‌تر اتفاق می‌افتد (14). در حالی که مطالعات متعدد دلالت بر افزایش قابل ملاحظه بروز آسیب کبدی ناشی از مصرف دارو در افراد کند استیله‌کننده دارند. حدود 28 برابر افزایش خطر ابتلا به آسیب کبدی ناشی از مصرف دارو در افراد کند استیله‌کننده در مقایسه با فنوتیپ سریع در بیماران ژاپنی و تایوانی مشاهده شده است (17، 18). مطالعه دیگری در کشور کره حکایت از 3-8 برابر افزایش بروز این آسیب در افراد دارای فنوتیپ آهسته است. این مطالعه تعیین ژنوتیپ آنزیم NAT2 را به عنوان یک ابزار مهم پیش‌بینی و جلوگیری از آسیب کبدی ناشی از مصرف دارو مطرح کرده است (19). هم‌چنین مطالعه‌ای در کشور تونس، به فنوتیپ آهسته به عنوان یک عامل بالقوه ابتلا به آسیب کبدی ناشی از مصرف دارو اشاره کرده و تعیین ژنوتیپ را به عنوان یک بیومارکر مهم در ارزیابی و مدیریت این آسیب پیشنهاد داده است (20). در تناقض با موارد فوق، یک مطالعه موردی -شاهدی که بیماران فقفازی مبتلا به سل را از نظر آسیب کبدی ناشی از مصرف دارو مورد بررسی قرار داده است، ارتباط قابل توجهی بین فنوتیپ استیله‌کننده و بروز عارضه کبدی نیافته است (10). این تناقض و تفاوت در نتیجه‌گیری نهایی ممکن است ناشی از نحوه تعیین ژنوتیپ برای آنزیم NAT2 و یا تفاوت در دز و تعداد داروهای مصرفی ضد سل در این مطالعات، همین‌طور تفاوت در محدوده زمانی دریافت این داروها در مطالعات مختلف و یا تفاوت روش‌های ارزیابی سمیت کبدی در مطالعات مختلف با یکدیگر باشد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، کم بودن تعداد نمونه‌های قابل بررسی در این طرح در طی بازه زمانی حدود 16 ماه بود. ابتدا قرار بود مطالعه به شکل موردی -شاهدی بوده و بیماران تحت درمان و دارای آسیب

جانبی داروهای ضد سل به خصوص آسیب کبدی، عدم قطع مصرف دارو و در نتیجه کاهش بروز مقاومت در باکتری مولد بیماری و در نهایت بهبودی و کامل شدن روند درمان مشمر ثمر واقع شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل بخشی از نتایج پایان‌نامه‌های خانم سمانه کمال آبادی فراهانی و آقای داریوش رضوانی بوده است. هم‌چنین طرح مصوب تحقیقاتی حاضر با شماره 760 با حمایت‌های مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به انجام رسیده است. نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت مزبور ابراز می‌دارند. هم‌چنین از خانمها راضیه کشاورز ملکی و حدیث علیدادی به‌دلیل همفکری در انجام طرح قدردانی می‌شود.

کبدی با بیماران مبتلا به سل تحت درمان دارویی فاقد آسیب کبدی مقایسه شوند، اما با توجه به کنار گذاشته شدن تعداد قابل توجهی از نمونه‌ها به دلایل ذکر شده در معیارهای خروج از طرح و نیز مشاهده تنها 4 مورد آسیب کبدی، انجام طرح به شکل حاضر صورت پذیرفت. با عنایت به اهمیت قابل ملاحظه بحث بیماری سل و درمان به موقع و کارآمد آن در کنار حداقل عوارض دارویی منجر به قطع مصرف دارو، پیشنهاد می‌گردد که مطالعات جدیدتری با پوشش بیماران استان‌های دیگر و بررسی عوارض کبدی مصرف این داروها با پروفایل ژنتیکی آنزیم NAT2 و سایر آنزیم‌های دخیل در متابولیسم و حذف این داروها صورت پذیرد تا بتوان با قطعیت بیشتری در خصوص بروز آسیب کبدی ناشی از مصرف دارو در بیماران ایرانی مبتلا به سل قضاوت کرد. در نهایت نتایج حاصل از این مطالعه و مطالعات وسیع‌تر آتی در بیماران مبتلا به سل، می‌تواند در تنظیم دوزاژ داروها، کاهش عوارض

References

1. Khalili H, Fouladdel S, Sistanizad M, Hajiabdolbagh M, Azizi E. Association of N-Acetyltransferase-2 Genotypes and Anti-Tuberculosis Induced Liver Injury; First Case-Controlled Study from Iran. *Curr Drug Saf.* 2011; 6(1): 17-22.
2. Saukkonen JJ, Cohn DL, Jasmer RM, Schenker S, Jereb JA, Nolan CM, et al. An official ATS statement: hepatotoxicity of antituberculosis therapy. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006; 174(8):935-952.
3. Cho HJ, Koh WJ, Ryu YJ, Ki CS, Nam MH, Kim JW, et al. Genetic polymorphisms of NAT2 and CYP2E1 associated with antituberculosis drug-induced hepatotoxicity in Korean patients with pulmonary tuberculosis. *Tuberculosis (Edinb).* 2007; 87(6):551-556.
4. Huang YS, Chern HD, Su WJ, Wu JC, Lai SL, Yang SY, et al. Polymorphism of the N-acetyltransferase 2 gene as a susceptibility risk factor for antituberculosis drug-induced hepatitis. *Hepatology.* 2002; 35(4):883-889.
5. Yildiz A, Sever MS, Türkmen A, Ecder T, Beşişik F, Tabak L, et al. Tuberculosis after renal transplantation: experience of one Turkish center. *Nephrol Dial Transplant.* 1998; 13(7):1872-1875.
6. Sarich TC, Adams SP, Petricca G, Wright JM. Inhibition of isoniazid-induced hepatotoxicity in rabbits by pretreatment with an amidase inhibitor.

- J Pharmacol Exp Ther. 1999; 289(2):695-702.
7. Sistanizad M, Azizi E, Khalili H, Hajiabdolbaghi M, Gholami Kh, Mahjub R. Antituberculosis Drug-Induced Hepatotoxicity in Iranian Tuberculosis Patients: Role of Isoniazid Metabolic Polymorphism. Iran J Pharm Res. 2011; 10(3): 633-639.
 8. Berhance K, Widerten M, Engstrom A. Detoxication of base propeals and other alpha, beta-unsaturated aldehyl products of radical reaction and lipid peroxidation by human glutation tranferases. Procl Natl Atad Sci. 1994; 91(4):1480-1484.
 9. Guarino MP, Afonso RA, Raimundo N, Raposo JF, Macedo MP. Hepatic glutathion and nitric oxide are critical for hepatic. Am J Phisiol Gastrointest liver Phisiol. 2003; 284(4): 588-594.
 10. Leiro-Fernandez V, Valverde D, Vazques-Gallardo R, Botana-Rial M, Constenla L, Agúndez JA, et al. N-acetyl transferase 2 polymorphisms and risk of anti-tuberculosis drug-induced hepatotoxicity in Caucasians. Int J Tuberc Lung Dis. 2011; 15(10): 1403-1408.
 11. Bakayev VV, Mohammadi F, Bahadori M, Sheikholslami M, Javeri A, Masjedi MR, et al. Arylamine Nacetyltransferase slow acetylator polymorphisms in unrelated Iranian individuals. Eur J Clin Pharmacol. 2004; 60(7): 467-471.
 12. Torkaman-Boutorabi A, Hoormand M, Naghdi N, Bakhshayesh M, Milanian I. Genotype and allele frequencies of N-acetyltransferase2 and glutathione S-transferase in the Iranian population. Clin Exp Pharmacol Physiol. 2007; 34(11): 1207-1211.
 13. Cascorbi I, Drakoulis N, Brockmoller J, Maurer A, Sperling K, Roots I. Arylamine N-acetyltransferase (NAT2) mutations and their allelic linkage in unrelated Caucasian individuals: correlation with phenotypic activity. Am J Hum Genet. 1995; 57(3): 581-592.
 14. Mitchell JR, Thorgeirsson UP, Black M, Timbrell JA, Snodgrass WR, Potter WZ, et al. Increased incidence of isoniazid hepatitis in rapid acetylators: possible relation to hydranize metabolites. Clin Pharmacol Ther. 1975; 18(1): 70-79.
 15. Nolan CM, Goldberg SV, Buskin SE. Hepatotoxicity associated with isoniazid preventive therapy: a 7-year survey from a public health tuberculosis clinic. JAMA. 1999; 281(11): 1014-1018.
 16. Ramachandran G, Swaminathan S. Role of pharmacogenomics in the treatment of tuberculosis: a review. Pharmgenomics Pers Med. 2012; 5:89-98.
 17. Ohno M, Yamaguchi I, Yamamoto I, Fukuda T, Yokota S, Maekura R, et al. Slow N-acetyltransferase 2 genotype affects the incidence of isoniazid and rifampicin induced hepatotoxicity. Int J Tuberc Lung Dis. 2000; 4(3):256-261.
 18. Huang YS, Chern HD, Su WJ, Wu JC, Lai SL, Yang SY, et al. Polymorphisms of N-acetyltransferase 2 gene as susceptibility risk factors for

- anti-tuberculosis drug induced hepatitis. *Hepatology*. 2002; 35(4):883-889.
19. Cho HJ, Koh WJ, Ryu YJ, Ki CS, Nam MH, Kim JW, et al. Genetic polymorphisms of NAT2 and CYP2E1 associated with anti tuberculosis drug-induced hepatotoxicity in Korean patients with pulmonary tuberculosis. *Tuberculosis (Edinb)*.2007; 87(6):551-556.
20. Mahmoud BL, Ghozzi H, Kamoun A, Hakim A, Hachicha H, Hammami S, et al. Polymorphism of the N-acetyltransferase 2 gene as a susceptibility risk factor for anti-tuberculosis drug-induced hepatotoxicity in Tunisian patients with tuberculosis. *Pathol Biol (Paris)*. 2012; 60(5):324-330.