

عوامل مؤثر در بهینگی ایمونیزاسیون جهت دستیابی به آنتی بادی علیه آنتی ژن RhD در محیط کشت

مهران امروانی^۱، فاطمه یاری^۲، سعیده میلانی^۳، بهناز عموحسین^۴

چکیده

سابقه و هدف

آنتی بادی علیه آنتی ژن RhD در طب انتقال خون و بالین از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. لذا در این مطالعه به بررسی عوامل مؤثر در بهینگی ایمونیزاسیون جهت دستیابی به لئوسیت ایمونیزه شده تولیدکننده آنتی بادی پرداخته شده تا در محیط آزمایشگاهی به آنتی بادی علیه آنتی ژن RhD دست یافته شود.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه تجربی، لئوسیت‌های خون محیطی به روش فایکول از کیسه‌های خون کامل O منفی جداسازی شدند. سپس این لئوسیت‌ها با الوسین متیل استر تیمار شده و در پلیت کشت سلولی با آنتی ژن محلول و ذره‌ای RhD، ایتترفرون گاما، ایتترلوکین-۴ و CpGODN به مدت یک هفته در دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد مواجه شدند. پس از این مدت انکوباسیون به منظور ارزیابی تولید آنتی بادی از لئوسیت‌ها بر روی سوپرناتانت حاصل از محیط کشت مواجه سلولی با روش الایزا انجام شد.

یافته‌ها

استفاده از ایتترفرون گاما، ترکیب آن با ایتترلوکین-۴ و CpGODN به عنوان عوامل بهینه‌کننده جهت تولید آنتی بادی از لئوسیت‌های جدا شده به روش فایکول در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی شناخته شدند (به ترتیب با تولید آنتی بادی با غلظت‌های $36/831 \pm 75/851$ ، $31/293 \pm 82/195$ و $24/814 \pm 66/134$ نانوگرم در میلی‌لیتر در ۱۰ مواجه صورت گرفته).

نتیجه‌گیری

استفاده از عوامل بهینه‌کننده ایمونیزاسیون نقش مؤثری بر تولید آنتی بادی علیه آنتی ژن RhD در محیط آزمایشگاهی دارند.

کلمات کلیدی: ایمنی‌زایی، تکنیک درون آزمایشگاهی، آنتی بادی‌ها

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵

۱- کارشناس ارشد هماتولوژی و بانک خون - مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون - تهران - ایران

۲- مؤلف مسئول: PhD ایمونولوژی - استاد مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون - تهران - ایران - صندوق پستی: ۱۴۶۶۵-۱۱۵۷

۳- PhD زیست فناوری پزشکی - استادیار مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون - تهران - ایران

۴- کارشناس علوم آزمایشگاهی - مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون - تهران - ایران

مقدمه

سیستم گروه خونی Rh یکی از پلی مورفیک‌ترین و ایمونوژن‌ترین سیستم‌های شناخته شده خونی در انسان است که بعد از سیستم گروه خونی ABO، یک سیستم خونی حائز اهمیت بالینی در طب انتقال خون به شمار می‌رود. عوارض بالینی می‌تواند به دلیل تخریب گلبول‌های قرمز خون پس از تعامل یک آلوآنتی‌بادی با گلبول قرمز که حاوی آنتی‌ژن مربوطه است، به وجود آید و سبب ایجاد یک واکنش همولیتیک پس از تزریق خون (HTR) شود و به همین دلیل شناسایی آنتی‌ژن RhD از اهمیت ویژه‌ای در سرولوژی گروه‌های خونی برخوردار است (۱-۳). آنتی‌بادی علیه آنتی‌ژن D سیستم Rh هم در طب انتقال خون در جهت بررسی نوع Rh سلول‌های خونی (تایپینگ سیستم Rh) و هم در بالین به عنوان یک عامل پروفیلاکتیک در جلوگیری از حساس‌سازی مادر Rh منفی که در معرض خون Rh مثبت جنینی قرار گرفته است به منظور جلوگیری از ایجاد بیماری همولیتیک جنین و نوزاد (HDFN) مورد استفاده قرار می‌گیرد (۴، ۵).

جهت تولید آنتی‌بادی مونوکلونال علیه آنتی‌ژن D سیستم Rh، یکی از مراحل اساسی آن ایمونیزاسیون لنفوسیت‌های B به منظور تولید آنتی‌بادی می‌باشد (۶).

ایمونیزاسیون به روش‌های مختلفی انجام می‌شود. یکی از این روش‌ها، ایمونیزاسیون در حیوانات آزمایشگاهی است که نیاز به تزریق آنتی‌ژن D به حیوان آزمایشگاهی دارد لذا نیازمند طراحی یک حیوان خانه مجهز می‌باشد. علاوه بر تهیه یک حیوان خانه مجهز، یکی از مشکلات و دشواری‌های این روش رعایت اصول و ضوابط اخلاقی کار با حیوانات است که استفاده از این روش جهت ایمونیزاسیون را دشوار می‌سازد (۷، ۸).

از طرف دیگر در ایمونیزاسیون حیوانات آزمایشگاهی خصوصاً موش، به خوبی نسبت به آنتی‌ژن D پاسخ ایمنی ایجاد نمی‌شود و در صورت تولید آنتی‌بادی از این نوع

ایمونیزاسیون، آنتی‌بادی مونوکلونال موشی ایجاد می‌شود که در هنگام استفاده از آن در بالین (به منظور تولید آمپول روگام جهت جلوگیری از حساس شدن مادر Rh منفی و ایجاد HDFN) از بازده درمانی آن می‌کاهد و منجر به بروز پاسخ ایمنی در بدن فرد و ایجاد آنتی‌بادی بر علیه آنتی‌بادی مونوکلونال موشی می‌شود (۹، ۱۰). آنتی‌D را می‌توان از افراد هایپرایمیون، کسانی که در طول بارداری ایمونیزه شده‌اند، افرادی که تزریق خون نا سازگار داشته‌اند و یا ایمونیزاسیون افراد داوطلب تهیه نمود. اما این روش‌ها برای به دست آوردن غلظت مناسب آنتی‌D نیاز به تزریق دوزهای تقویت‌کننده به اهداکنندگان دارد که همراه با ایجاد خطرانی برای اهداکنندگان از جمله آلوایمونیزه شدن نسبت به سایر گروه‌های خونی می‌باشد. به علاوه جداسازی آگلوتینین آنتی D از کلاس IgM که در ارزیابی های سیستم Rh (خصوصاً Rh تایپینگ) اهمیت دارد نیز به ندرت از افراد ایمیون با تیترا بالای آنتی‌D به دست می‌آید (۱۱، ۴).

لذا یکی از مناسب‌ترین شیوه‌ها جهت ایمونیزاسیون لنفوسیت‌های B برای تولید آنتی‌بادی علیه آنتی‌ژن RhD، روش ایمونیزاسیون آزمایشگاهی (In Vitro Immunization = IVI) می‌باشد (۱۲). یکی از عوامل مؤثر در بهینه‌سازی ایمونیزاسیون آزمایشگاهی در جهت تولید آنتی‌بادی مونوکلونال، استفاده از ال - لوسیل ال - لوسین متیل استر (LLME) می‌باشد که سبب از بین بردن و حذف جمعیت سلولی غنی از لیزوزوم می‌شود. این سلول‌ها عبارتند از: مونوسیت، لنفوسیت‌های گرانولار بزرگ، سلول‌های TCD8⁺ (سلول‌های T سیتوتوکسیک) و سلول‌های NK. با حذف این سلول‌ها که عمدتاً سبب مهار پاسخ‌های ایمنی می‌شود، تنها لنفوسیت‌های B و T باقی می‌مانند که میانکنش آن‌ها در محیط آزمایشگاهی منجر به افزایش در تکثیر لنفوسیت B و تولید آنتی‌بادی می‌شود.

IL2 و IFN- γ نیز نقش مؤثری در تحریک تکثیر لنفوسیت‌های B و القای تولید آنتی‌بادی به عنوان سیگنال دوم فعال‌سازی لنفوسیت‌های B دارند و از

شو پس از خارج کردن سوپرناتانت رویی محلول، مجدداً رسوب سلولی موجود در لوله فالكون را با PBS به حجم ۱۲ میلی لیتر رسانده و سانتریفوژ انجام شد. پس از پایان مراحل شست و شو گلبول قرمز O مثبت با PBS در غلظت مناسب تهیه شد تا آنتی ژن ذره‌ای جهت مواجهه سلولی تهیه شود.

جداسازی و تخلیص آنتی ژن RhD از سطح RBC ها و تایید آن جهت تهیه آنتی ژن محلول:

از روش شبح سلولی به منظور محلول سازی آنتی ژن های RhD متصل به غشای گلبول قرمز استفاده شد. در این روش، پس از سانتریفوژ گلبول های قرمز D مثبت در دور ۶۰۰ g به مدت ۲۰ دقیقه و دور ریختن پلاسما، هم حجم خون باقی مانده، بافر PBS افزوده و مجدداً سانتریفوژ انجام شد. بعد از حذف بافر PBS و افزودن مجدد بافر، طی چند روز سلول ها چند مرتبه فریز و ذوب شدند که منجر به آزادسازی هموگلوبین از گلبول های قرمز و ایجاد شبح سلولی شد. در نهایت پس از حذف هموگلوبین، ۲۰۰ میکرولیتر بافر لیز حاوی ۱۵۰ میلی مولار NaCl، ۲۵ میلی مولار تریس، ۱۰ میلی مولار ضد انعقاد EDTA، ۲ میلی مولار PMSF (Phenyl Methyl Sulfonyl Fluoride) و ۱ درصد Nonidet P-40 به هر لوله فالكون اضافه شد و ۲ تا ۳ ساعت روی روتاتور قرار گرفت و پس از آن در دور ۴۴۰۰ RPM سانتریفوژ شد. سپس به منظور تغییر محیط، سوپ رویی به غشای دیالیز منتقل شد و غشا در بشر حاوی بافر PBS یک شب گذاشته شد. روز بعد محلول داخل غشای دیالیز جمع آوری و ذخیره شد. به منظور تهیه ستون کروماتوگرافی ژل سفارز ۴B دارای گروه فعال سیانوزن بروماید آماده سازی شد. در ادامه آنتی بادی Anti-D به گروه های فعال ژل متصل و به ستون اضافه شد. بعد از جداسازی اتصالات سست به وسیله گلایسین ۰/۲ مولار، با افزودن دی اتانول آمین ۰/۰۵ مولار جایگاه های خالی اشغال شد. نمونه حاوی آنتی ژن D رقیق شده با PBS

اینرو می توان از محصولات نوترکیب موارد فوق الذکر، در بهبود ایمونیزاسیون آزمایشگاهی بهره جست (۱۳، ۱۴). بنابراین با توجه به اهمیت آنتی بادی علیه آنتی ژن D سیستم Rh در طب انتقال خون و بالین، در این مطالعه شناخت فاکتورهای مختلف و عوامل دخیل در فرآیند ایمونیزاسیون سلول های B جهت دستیابی به آنتی بادی علیه آنتی ژن RhD در محیط آزمایشگاهی بود.

مواد و روش ها

مطالعه از نوع تجربی بود. در این مطالعه از پنج کیسه خون کامل فاقد آنتی ژن D جهت جداسازی سلول های تک هسته ای خون محیطی و پنج کیسه گلبول قرمز فشرده حاوی آنتی ژن D جهت جداسازی آنتی ژن D به منظور تهیه آنتی ژن محلول و ذره ای استفاده شد. تمام کیسه های خون از پایگاه انتقال خون استان تهران (مرکز وصال) و به پیوست رضایت نامه ای که از اهداکنندگان جهت انجام مطالعه های پژوهشی اخذ شده است، تهیه شدند. فقدان یا حضور آنتی ژن D در این کیسه ها به وسیله آزمایش های سرولوژی با کمک Anti-D در آزمایشگاه سرولوژی اختصاصی پایگاه انتقال خون تهران تایید شدند.

تهیه آنتی ژن ذره ای RhD و تایید آن:

ابتدا ۲ میلی لیتر از خون موجود در کیسه گلبول قرمز متراکم شده O مثبت را از طریق کورد آن وارد لوله فالكون ۱۵ میلی لیتری کرده و سپس با فسفات بافر سالین (PBS) (سیگما، آمریکا) حجم آن به ۱۲ میلی لیتر رسانده شد. جهت حذف آنتی بادی های ضد گروه خونی A و B (Anti-A و Anti-B) که می توانند در الایزا مداخله کنند، چهار مرحله محلول فوق مورد شست و شو قرار گرفت. جهت شست و شو با PBS از دور سانتریفوژ ۵۰۰ g به مدت ۵ دقیقه در مرحله اول و در مراحل بعدی از دور سانتریفوژ ۴۰۰ g به مدت ۵ دقیقه استفاده شد. در هر مرحله از شست و

هم حجم از ستون عبور داده شد. با چندین مرتبه شست و شوی ستون با PBS، اجزای متصل نشده یا اتصالات سست و غیر اختصاصی خارج شدند. سپس جداسازی آنتی‌ژن با افزودن گلیسین صورت گرفت. قبل از شروع جداسازی، به هر لوله ۵۰ میکرولیتر بافر تریس با غلظت ۲ مولار و pH برابر ۸، به منظور خنثی‌سازی pH اسیدی گلیسین، اضافه گردید. جذب نوری در طول موج ۲۸۰ نانومتر خوانده شد. در انتها، آنتی‌ژن تخلیص شده توسط ستون تغلیظ با منفذهایی کوچکتر از ۵۰۰۰ دالتون تغلیظ گردید. ویژگی آنتی‌ژن خالص شده با روش الایزا و به کارگیری آنتی‌بادی ضد آنتی‌ژن D (ایمونو-دیاگنوستیکا، آلمان) تأیید شد.

جداسازی لئوسیت به روش فایکول از کیسه خون و تهیه سوسپانسیون سلولی:

جهت جداسازی لئوسیت‌ها به روش فایکول در سه لوله فالكون ۵۰ میلی‌لیتری به ترتیب ۲۵، ۲۵ و ۱۰ میلی‌لیتر خون کامل O منفی با ۲۵، ۲۵ و ۱۰ میلی‌لیتر محلول PBS مخلوط شدند. سپس در ۴ لوله فالكون ۵۰ میلی‌لیتری، ۱۵ میلی‌لیتر فایکول (بهار افشان، ایران) ریخته و به هر لوله ۳۰ میلی‌لیتر از مخلوط خون کامل O منفی و PBS اضافه گردید. نهایتاً لوله‌های فالكون ۵۰ میلی‌لیتری حاوی فایکول و مخلوط PBS و خون کامل به مدت ۲۰ دقیقه در دور ۶۰۰ g سانتریفوژ شد. پس از پایان سانتریفوژ، هاله ابری شکل بین گلبول‌های قرمز (RBC) و پلاسما که حاوی سلول‌های تک هسته‌ای خون محیطی (PBMCs) است و باقی‌کوت نامیده می‌شود جداسازی شده و به ۴ لوله فالكون ۵۰ میلی‌لیتری انتقال یافت. به دلیل سمیت فایکول برای سلول‌ها، لوله‌های حاوی سلول سه بار با محلول PBS شست و شو شدند. به منظور شست و شو سلول‌ها با PBS در مرتبه اول از دور سانتریفوژ ۵۰۰ g به مدت ۱۰ دقیقه و در مرتبه دوم و سوم از دور سانتریفوژ ۴۰۰ g به مدت ۵ دقیقه استفاده شد. پس از پایان مراحل

شست و شو و دور ریختن سوپرناتانت رویی، اقدام به هموژن‌سازی سلول‌ها نموده و سپس رسوب سلولی (Pellet) تشکیل شده در انتهای لوله‌های فالكون را با یکدیگر در یک لوله فالكون ۱۵ میلی‌لیتری ادغام کرده و حجم لوله با محیط RPMI (بیوآیدیا، آمریکا) حاوی ۱۰٪ سرم جنین گاوی (۱۰٪ FBS) (مدیتال، ایران) به ۴ میلی‌لیتر رسانده می‌شود. سپس ۴۰ میکرولیتر ال لوسین متیل استر (LLME) (مرک، آلمان) ۲/۵ میلی‌مولار به سوسپانسیون سلولی اضافه شده و به مدت ۴۰ دقیقه این ماده با سلول‌ها انکوبه شد. پس از پایان مدت زمان انکوباسیون جهت حذف LIME، سوسپانسیون سلولی سه بار با محلول PBS به مدت ۵ دقیقه در دور ۴۰۰ g شست و شو داده شد. پس از پایان مراحل شست و شو، رسوب سلولی (Pellet) هموژن شده و مجدداً با محیط RPMI حاوی ۱۰٪ FBS به حجم ۴ میلی‌لیتر رسانده شد.

شمارش سلولی سوسپانسیون جهت توزیع سلول‌ها در پلیت کشت سلولی:

جهت شمارش سلولی به منظور تعیین تعداد سلول‌های موجود در هر چاهک پلیت کشت سلولی از لام نئوبار استفاده شد. بدین منظور ۱۰ میکرولیتر از محلول RPMI حاوی ۱۰٪ FBS و بافی‌کوت (سوسپانسیون سلولی) با ۱۰ میکرولیتر اسید استیک ۲٪ (آلمان، مرک) به منظور حذف RBC موجود در نمونه ترکیب شد. در نهایت نیز از یک رنگ حیاتی به نام تریپان بلو (سیگما، آمریکا) جهت شمارش گلبول‌های سفید (WBC) استفاده گشت. این رنگ جذب سلول‌های مرده شده و سلول‌های زنده شفاف باقی می‌مانند.

مواجه سلولی:

پس از شمارش سلول‌های موجود در سوسپانسیون، با توجه به سلول‌های شمارش شده و متناسب با ورود ۱۵۰۰۰۰ سلول در هر چاهک از

پلیت کوت شده از AHG پوشانیده شده و در ۴ درجه سانتی گراد به مدت ۲۴ ساعت انکوبه شد.

بلوکه کردن پلیت /ایزا/ کوت شده با AHG:

پس از ۲۴ ساعت از انکوبه کردن پلیت الایزا جهت کوت شدن آنتی هیومن گلوبولین، به منظور بلوکه کردن مناطق خالی انتهای هر چاهک و برای جلوگیری از نتایج کاذب از سرم آلبومین گاوی ۲٪ (BSA ۲٪) (مدیتال، ایران) به عنوان بلاکر استفاده شد.

شیوه اجرای الایزا:

۵۰ میکرولیتر از سوپ رویی پلیت کشت سلولی پس از مواجهه، به چاهک های پلیت ۹۶ خانه ای الایزا افزوده شده و سپس به مدت ۴۰ دقیقه در انکوباتور ۳۷ درجه سانتی گراد انکوبه گردید. در این مرحله علاوه بر افزودن ۵۰ میکرولیتر سوپ رویی پلیت کشت سلولی، ۵۰ میکرولیتر سرم حاوی IgG با غلظت ۱۰۰ نانوگرم بر میلی لیتر به عنوان کنترل های مثبت نیز به چاهک ها اضافه شد.

همچنین در هنگام اجرای آزمایش الایزای کمی نیز به چاهک ها ۵۰ میکرولیتر نمونه های استاندارد حاوی آنتی بادی IgG با غلظت ۲، ۰/۲، ۱۰ و ۱۰۰ نانوگرم بر میلی لیتر اضافه شد. لازم به ذکر است که چاهک های non-coated در پلیت الایزا به عنوان کنترل منفی در نظر گرفته شده و سوپ رویی پلیت کشت قرار گرفته در این چاهک ها به صورت دوتایی (duplicate) مورد آزمایش قرار گرفتند. پس از انکوباسیون، خروج محتویات پلیت الایزا، سه بار شست و شو با محلول شست و شو دهنده (Washing Buffer 20X) (آدالتیس، ایتالیا) انجام پذیرفت. پس از سه مرحله شست و شو، ۵۰ میکرولیتر از محلول کونژوگه رقیق شده به چاهک های الایزا افزوده شده و به مدت ۴۰ دقیقه پلیت حاوی محلول کونژوگه (ابن سینا، ایران) در انکوباتور ۳۷ درجه سانتی گراد انکوبه گردید. پس از

پلیت کشت سلولی، سلول های موجود در سوپانسیون در پلیت کشت سلولی توزیع شده و آن ها با ۱۰ تا ۴۰ میکرولیتر آنتی ژن ذره ای RhD با غلظت اولیه $15,500,000 \frac{\text{Cell}}{\text{mL}}$ تا $40 \frac{\mu\text{gr}}{\text{mL}}$ آنتی ژن محلول RhD با غلظت اولیه $10,70 \frac{\mu\text{gr}}{\text{mL}}$ میکرولیتر اینترلوکین ۴ (IL-4) (ابکم، انگلستان) با غلظت اولیه $10,19 \frac{\mu\text{gr}}{\text{mL}}$ گاما (IFN- γ) (ابکم، انگلستان) $1,100 \frac{\mu\text{gr}}{\text{mL}}$ تا ۳ میکرولیتر CpGODN (نوواس، آمریکا) با غلظت اولیه $200 \frac{\mu\text{gr}}{\text{mL}}$ مواجه شدند. پس از پایان مواجهه سلولی، پلیت کشت سلولی به درون انکوباتور CO₂ دار منتقل گردید.

سنجش الایزا:

پس از مواجهه لنفوسیت های موجود در سوپانسیون سلولی با آنتی ژن ذره ای و محلول RhD، IL-4، IFN- γ و CpGODN، سپس انکوباسیون به منظور بررسی تولید آنتی بادی، آزمایش الایزا انجام شد. آزمایش الایزا بر روی پلیت کوت شده با آنتی هیومن گلوبولین (AHG) انجام گردید. از این پلیت جهت غربالگری تولید آنتی بادی توسط لنفوسیت های تحریک شده با عوامل بهینه کننده استفاده شد.

کوت کردن پلیت الایزا با AHG:

AHG (ابکم، انگلستان) با غلظت ۱۰۰۰ میکروگرم بر میلی لیتر به مقدار ۲۰۰X رقیق شده تا به AHG با غلظت ۵ میکروگرم بر میلی لیتر دست یافته شود. سپس به چاهک های پلیت ۹۶ خانه ای الایزا به استثناء چاهک های انتهایی هر ردیف (Strip) میزان ۵۰ میکرولیتر از AHG به مقدار ۵ میکروگرم بر میلی لیتر اضافه شد. در هر Strip از پلیت الایزا چاهک انتهایی به عنوان چاهک کوت نشده (non-coated) خالی گذاشته شده و با ۵۰ میکرولیتر محلول PBS پر گردید. این چاهک های non-coated در انتهای هر Strip به عنوان کنترل منفی در نظر گرفته می شود.

پایان انکوباسیون پلیت الایزا با محلول کونژوگه، مجدداً سه بار چاهک‌ها با محلول شستشو دهنده شست و شو داده شد. سپس، ۵۰ میکرولیتر محلول سوبسترای حاوی TMB (سیمنس، آلمان) به چاهک‌ها اضافه شده و انکوباسیون به مدت ۱۰ دقیقه در محیط تاریک انجام شد. ۲۵ میکرولیتر محلول متوقف‌کننده (Stop Solution) (اینویتروژن، آمریکا) به چاهک‌ها افزوده شده و سپس قرائت OD چاهک‌ها توسط دستگاه الایزا ریدر تکان TECAN در طول موج ۴۵۰ نانومتر انجام پذیرفت.

نرم‌افزار آماری و آزمون‌های آماری:

جهت تعیین غلظت آنتی‌بادی از الایزای کمی استفاده شد و با استفاده از نرم‌افزار Microsoft Office Excel میانگین و انحراف معیار آنتی‌بادی تولیدی حاصل از دفعات مختلف کاری بررسی شد. جهت بررسی بهیمنی عوامل بهبود دهنده ایمونیزاسیون نیز از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شده و از آنالیز آماری ANOVA جهت دستیابی به بهینه‌کننده‌ترین عامل استفاده گشت.

یافته‌ها

اثر غلظت‌های مختلف آنتی‌ژنی در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی:

برای بررسی غلظت‌های مختلف آنتی‌ژنی در القای ایمونیزاسیون آزمایشگاهی از ۱۰، ۲۰ و ۴۰ میکرولیتر

آنتی‌ژن ذره‌ای RhD با غلظت اولیه 5.0×10^6 Cell/mL و ۱۵، ۳۰ و ۴۰ میکرولیتر از آنتی‌ژن محلول RhD با غلظت اولیه $70 \frac{\mu\text{g}}{\text{mL}}$ استفاده شد. بدین منظور در پلیت کشت سلولی، نفوسیت‌های جدا شده به روش فایکول با غلظت‌های ذکر شده مواجه گشته و یک هفته پس از انکوباسیون جهت ارزیابی ایمونیزاسیون و تولید آنتی‌بادی آزمایش الایزا انجام شد. نتایج الایزا به صورت OD جدول گزارش گردید (جدول ۱). لازم به ذکر است که این آزمایش‌ها در دو ران کاری انجام شده و هر ران تنها یک بار انجام شده است. بدین صورت که یک ران کاری مرتبط با آنتی‌ژن محلول و ران بعدی مربوط به آنتی‌ژن ذره‌ای می‌باشد.

اثر اینترفرون گاما (γ -IFN) و اثر اینترفرون ۴ (IL-4)، اینترفرون گاما (γ -IFN) و CPGODN در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی:

به منظور ارزیابی اثر IL-4 ، γ -IFN و CPGODN در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی در یکی از پلیت‌های کشت سلولی حاصل از مواجه با آنتی‌ژن‌های محلول و ذره‌ای RhD میزان ۱۰ میکرولیتر IL-4 با غلظت اولیه $19 \frac{\text{pg}}{\text{mL}}$ ، ۱۰ میکرولیتر γ -IFN با غلظت اولیه $1000 \frac{\text{pg}}{\text{mL}}$ و ۲۰ میکرولیتر از ترکیب IL-4 و γ -IFN به چاهک‌های پلیت کشت سلولی افزوده شد. در پلیت دیگر نیز به نفوسیت‌ها که با آنتی‌ژن محلول و ذره‌ای RhD مواجه شده بودند میزان ۲۵ میکرولیتر γ -IFN با غلظت اولیه $1000 \frac{\text{pg}}{\text{mL}}$ و ۳ میکرولیتر CPGODN با غلظت اولیه $200 \frac{\mu\text{g}}{\text{mL}}$ اضافه گردید.

جدول ۱: ارزیابی اثر غلظت‌های مختلف آنتی‌ژن RhD در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی به روش الایزای کیفی

نوع آنتی‌ژن	آنتی‌ژن ذره‌ای RhD			آنتی‌ژن محلول RhD		
غلظت آنتی‌ژن	۱۰ میکرولیتر (۵۰۰۰۰)	۲۰ میکرولیتر (۱۰۰۰۰۰)	۴۰ میکرولیتر (۲۰۰۰۰۰)	۱۵ میکرولیتر (۱/۰۵)	۳۰ میکرولیتر (۲/۱)	۴۰ میکرولیتر (۲/۸)
OD پس از مواجه سلولی	۰/۱۴۶	۰/۲۵۳	۰/۵۷۳	۰/۵۳۳	۰/۷۳۲	۰/۹۴۱
OD کنترل منفی	۰/۰۸۳	۰/۰۸۵	۰/۰۸۷	۰/۱۰۹	۰/۰۹۸	۰/۱۰۵
OD کنترل مثبت ($100 \frac{\text{ng}}{\text{mL}}$ IgG)	۱/۴۸۶	۱/۴۸۶	۱/۴۸۶	۱/۲۲۴	۱/۲۲۴	۱/۲۲۴

جدول ۲: غلظت آنتی بادی ناشی از تحریک لنفوسیت ها با IL-4 و IFN- γ در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی به روش الایزای کمی*

۱۵ میکرولیتر آنتی ژن محلول RHD (۱/۰۵ میکروگرم)		۱۵ میکرولیتر آنتی ژن محلول RHD (۱/۰۵ میکروگرم) + ۱۰ میکرولیتر IFN- γ (۱۰) پیکوگرم	۱۵ میکرولیتر آنتی ژن محلول RHD (۱/۰۵ میکروگرم) + ۱۰ میکرولیتر IL-4 (۰/۱۹) پیکوگرم	۱۵ میکرولیتر آنتی ژن محلول RHD (۱/۰۵ میکروگرم) + ۱۰ میکرولیتر IFN- γ (۱۰) پیکوگرم + ۱۰ میکرولیتر IL-4 (۰/۱۹) پیکوگرم
۱۰/۹۱۲	۵۶/۸۶۱	۴۲/۱۰۱	۵۶/۷۰۱	
۲۲/۷۵۳	۷۴/۰۹۲	۴۵/۸۳۲	۷۳/۲۹۴	
۲۷/۷۳۴	۱۰۲/۶۶۰	۵۵/۱۱۵	۱۰۵/۰۵۰	
۲۹/۷۱۰	۱۲۰/۱۳۵	۷۰/۹۹۷	۱۲۱/۷۲۵	
۳۱/۹۳۴	۱۳۱/۲۴۶	۷۵/۶۷۱	۱۳۰/۱۳۲	
میانگین $\pm$ SD	۲۴/۵۱۲ $\pm$ ۷/۴۲۴	۹۶/۹۹۰ $\pm$ ۲۱/۵۲۳	۵۷/۹۴۲ $\pm$ ۱۳/۳۳۵	۹۷/۳۷۴ $\pm$ ۲۸/۱۳۵
۲۰ میکرولیتر آنتی ژن ذره ای RHD (۱۰۰۰۰۰ سلول)		۲۰ میکرولیتر آنتی ژن ذره ای RHD (۱۰۰۰۰۰ سلول) + ۱۰ میکرولیتر IFN- γ (۱۰) پیکوگرم	۲۰ میکرولیتر آنتی ژن ذره ای RHD (۱۰۰۰۰۰ سلول) + ۱۰ میکرولیتر IL-4 (۰/۱۹) پیکوگرم	۲۰ میکرولیتر آنتی ژن ذره ای RHD (۱۰۰۰۰۰ سلول) + ۱۰ میکرولیتر IFN- γ (۱۰) پیکوگرم + ۱۰ میکرولیتر IL-4 (۰/۱۹) پیکوگرم
۰/۲۶۵	۲۷/۶۵۱	۲۳/۱۲۵	۴۰/۳۵۱	
۰/۵۱۲	۲۹/۲۴۳	۲۵/۸۲۰	۴۱/۳۸۲	
۲۱/۴۶۰	۳۹/۹۵۲	۲۷/۴۹۳	۷۷/۳۴۶	
۲۱/۹۳۱	۸۷/۵۸۴	۳۴/۷۹۲	۷۸/۰۶۲	
۲۳/۹۲۵	۸۹/۱۷۲	۴۰/۱۹۴	۹۷/۹۰۱	
میانگین $\pm$ SD	۱۳/۶۱۲ $\pm$ ۱۰/۸۱۲	۵۴/۷۱۲ $\pm$ ۲۷/۸۲۳	۳۰/۲۸۲ $\pm$ ۶/۲۲۰	۶۷/۰۰۶ $\pm$ ۲۲/۵۰۱

*غلظت ها بر حسب $\frac{ng}{mL}$ می باشند (هر ردیف از جدول مربوط به یک آزمایش است).

جدول ۳: غلظت آنتی‌بادی ناشی از تحریک لنفوسیت‌ها با CPGODN و IFN- γ در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی به روش الایزای کمی*

۳۰ میکرولیتر آنتی‌ژن محلول RHD (۲/۱ میکروگرم) + ۳ میکرولیتر CPGODN (۳ میکروگرم)		۳۰ میکرولیتر آنتی‌ژن محلول RHD (۲/۱ میکروگرم) + ۳ میکرولیتر IFN- γ (۲۵ پیکوگرم) + ۳ میکروگرم CPGODN	
۳۷/۳۳۱		۶۹/۸۸۱	
۴۳/۶۰۰		۷۰/۵۱۲	
۶۹/۱۶۵		۷۷/۹۰۱	
۷۶/۸۶۶		۸۱/۷۱۳	
۷۸/۳۷۲		۱۲۴/۱۰۵	
میانگین $\pm$ SD		۸۴/۸۲۵ $\pm$ ۲۰/۱۱۰	
۴۰ میکرولیتر آنتی‌ژن ذره‌ای RHD (۲۰۰۰۰ سلول) + ۳ میکرولیتر CPGODN (۳ میکروگرم) + ۲۵ میکرولیتر IFN- γ (۲۵ پیکوگرم)		۴۰ میکرولیتر آنتی‌ژن ذره‌ای RHD (۲۰۰۰۰ سلول) + ۳ میکرولیتر CPGODN (۳ میکروگرم)	
۲۵/۲۷۱		۳۳/۴۴۲	
۳۴/۱۶۵		۴۲/۴۹۰	
۴۸/۶۸۰		۴۷/۴۹۱	
۵۳/۷۶۲		۵۶/۲۳۵	
۵۵/۱۱۲		۶۰/۵۹۲	
میانگین $\pm$ SD		۴۸/۰۴۳ $\pm$ ۹/۶۴۲	

*غلظت‌ها بر حسب $\frac{ngr}{ml}$ می‌باشند (هر ردیف از جدول مربوط به یک آزمایش است).

جدول ۴: مقایسه اثر مواد کمک تحریکی شامل IFN- γ ، IL-4، CPGODN و ترکیب آن‌ها به منظور تحریک لنفوسیت‌ها در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی جهت تولید آنتی‌بادی*

مواد کمک تحریکی	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	p-value
IFN- γ	۱۰	۷۵/۸۵۱	۳۶/۸۳۱	۲۷/۶۵۱	۱۳۱/۲۴۱	۰/۰۱۴
IL-4	۱۰	۴۴/۱۱۲	۱۸/۲۵۲	۲۳/۱۲۰	۷۵/۶۷۵	
IFN- γ +IL-4	۱۰	۸۲/۱۹۵	۳۱/۲۹۳	۴۰/۳۵۵	۱۳۰/۱۳۳	
CPGODN	۱۰	۵۲/۲۳۳	۱۸/۱۰۳	۲۵/۲۷۰	۷۸/۳۷۴	
CPGODN+IFN- γ	۱۰	۶۶/۱۳۴	۲۴/۸۱۴	۳۳/۴۴۲	۱۲۱/۱۰۱	
مجموع	۵۰	۶۴/۱۰۴	۲۹/۴۹۰	۲۳/۱۲۵	۱۳۲/۲۴۰	

*واحدهای گزارش شده بر حسب $\frac{ngr}{ml}$ می‌باشند.

لنفوسیت‌ها با عوامل بهینه‌کننده ایمونیزاسیون از آزمایش الایزای کمی استفاده شد.

در آزمایش الایزای کمی از نمونه‌های استاندارد حاوی آنتی‌بادی IgG با غلظت‌های ۰/۲، ۰/۱ و ۱۰ و ۱۰۰ نانوگرم بر میلی‌لیتر ($\frac{ngr}{ml}$) استفاده شده و پس از رسم نمودار غلظت - جذب نوری اقدام به تعیین

متعاقباً یک هفته پس از انکوباسیون سلول‌های مواجه شده با آنتی‌ژن RhD، IL-4، IFN- γ و CPGODN برای بررسی وضعیت ایمونیزاسیون و تولید آنتی‌بادی از آزمایش الایزای استفاده شد و نتایج به صورت OD گزارش گردید. سپس جهت تعیین غلظت آنتی‌بادی تولیدی حاصل از تحریک

که از این آنتی‌بادی در جهت تولید آمپول روگام به منظور جلوگیری از حساس‌سازی مادر Rh منفی که دارای جنین Rh مثبت است، استفاده می‌شود. یکی از مراحل تولید آنتی‌بادی مونوکلونال، ایمونیزاسیون نفوسیت‌ها می‌باشد. لذا موفقیت در تولید آنتی‌بادی مونوکلونال وابسته به بهینگی در مرحله ایمونیزاسیون نفوسیت‌ها می‌باشد.

نفوسیت‌های جدا شده به روش فایکول از کیسه‌های خون، نفوسیت‌های بکری (Naïve Lymphocyte) هستند که تاکنون با آنتی‌ژن برخورد نکرده‌اند. طبق فرضیه دو سیگنالی (Two Signal Hypothesis) جهت تحریک نفوسیت‌های بکر و افزایش قدرت تکثیر و تمایز آن‌ها، نیاز به دو سیگنال می‌باشد که سیگنال اول توسط آنتی‌ژن و سیگنال دوم توسط مواد کمک تحریکی (Co-Stimulatory Factor) القا می‌شود. از آن جایی که افزایش قدرت تکثیر و تمایز نفوسیت‌های بکر با بهبود ایمونیزاسیون همراه می‌باشد، لذا جهت بهینگی و بهبود در ایمونیزاسیون نفوسیت‌های بکر، آنتی‌ژن و مواد کمک تحریکی نقش به سزایی ایفا می‌کنند.

بنابراین در این مطالعه با بهره‌گیری از این فرضیه و با استفاده از آنتی‌ژن و مواد کمک تحریکی بررسی‌هایی صورت گرفته تا به آنتی‌بادی در محیط آزمایشگاهی دست یافته شود. از جمله مهم‌ترین مواد کمک تحریکی می‌توان به اینترلوکین ۴ (IL-4) و اینترفرون گاما (IFN- γ) اشاره کرد که نقش مهمی در بهبود و بهینگی ایمونیزاسیون ایفا می‌کنند. در مطالعه حاضر نیز نتایج نشان داده‌اند که استفاده از IFN- γ ، IL-4 و ترکیبی از این دو ماده در همراهی با آنتی‌ژن می‌توانند در بهبود ایمونیزاسیون آزمایشگاهی مؤثر باشند. در مطالعه‌های ونجر و همکاران و ایچیم و همکاران نتایج مشابهی به دست آمده و یافته‌ها به ترتیب بیانگر نقش بهینه‌کننده IL-4 و IFN- γ در ایمونیزاسیون می‌باشند (۱۶، ۱۵). هم‌چنین در مطالعه حاضر نتایج نشان داده‌اند که

غلظت آنتی‌بادی موجود در سوپرناتانت حاصل از تحریک نفوسیت‌ها با عوامل بهینه‌کننده ایمونیزاسیون گردید. بدین منظور جذب نوری نمونه‌های استاندارد (که به ترتیب غلظت برابر است با: ۰/۱۹۸، ۰/۳۰۱، ۰/۴۰۷ و ۱/۵۱۵) استفاده شد. نتایج این غلظت‌ها گزارش شدند (جدول ۲ و ۳). در نهایت برای مقایسه اثر IL-4، IFN- γ ، CPGODN و ترکیب IFN- γ با IL-4 و CPGODN به منظور تحریک نفوسیت‌ها جهت تولید آنتی‌بادی در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی، از تجزیه و تحلیل آماری ANOVA استفاده شد. نتایج این تجزیه و تحلیل نشان داد میان میانگین تولید آنتی‌بادی توسط مواد تحریکی ذکر شده (شامل IL-4، IFN- γ ، CPGODN و ترکیب IFN- γ با IL-4 و CPGODN) اختلاف معناداری وجود دارد ($p=0/014$). به ترتیب ترکیب IFN- γ با IL-4 و ترکیب IFN- γ با CPGODN، CPGODN دارای بیشترین اثرگذاری در تحریک نفوسیت‌ها جهت تولید آنتی‌بادی علیه آنتی‌ژن RhD در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی می‌باشند (به ترتیب با تولید آنتی‌بادی به غلظت $31/293 \pm 82/195$ ، $36/831 \pm 75/851$ و $24/814 \pm 66/134$ ، $52/233 \pm 18/103$ و $18/252$ نانوگرم بر میلی‌لیتر) (جدول ۴).

بحث

امروزه آنتی‌بادی مونوکلونال در زمینه‌های مختلف هم‌چون تحقیقات، تشخیص و درمان مورد توجه هستند. بنابراین دستیابی به آنتی‌بادی اختصاصی برای آنتی‌ژن مورد نظر با میل ترکیبی بالا به منظور رسیدن به این اهداف، ضروری می‌باشد. یکی از این آنتی‌بادی‌های مونوکلونال که در علم ایمونوهماتولوژی و طب انتقال خون بسیار حائز اهمیت است و در تایپینگ سیستم Rh مورد استفاده قرار می‌گیرد، آنتی D می‌باشد. آنتی‌بادی مونوکلونال انسانی ضد آنتی‌ژن D سیستم Rh علاوه بر طب انتقال خون، در بالین نیز حائز اهمیت می‌باشد به دلیل این

استفاده از ترکیب IL-4 و IFN- γ می‌توانند اثر سینرژیک (هم‌افزایی) در تحریک تولید آنتی‌بادی از لنفوسیت‌های B از طریق القای سلول‌های T کمکی نوع یک (Th1) داشته باشند و متعاقباً منجر به بهبود در ایمنیزاسیون آزمایشگاهی شوند. به گونه‌ای که در مطالعه کی‌گان و همکاران نیز این اثر سینرژیک ترکیبات IL-4 و IFN- γ در تحریک لنفوسیت‌ها جهت تولید آنتی‌بادی و القای ایمنیزاسیون مشاهده شده است (۱۷).

به علاوه سیتوزین فسفودئوگوانین اولیگودئوکسی نوکلئوتید (CPG ODN) نیز می‌تواند به عنوان یک ماده محرک در القای ایمنیزاسیون آزمایشگاهی مؤثر واقع گردد. CPG ODN یک آگونیست رسپتور شبه Toll (Toll Like Receptor 9 = TLR9) می‌باشد که این رسپتور در درون سلول‌های B نقش مهمی در افزایش انتقال سیگنال کمپلکس رسپتور B (B Cell Receptor = BCR) ایفا می‌کند لذا ماده CPG ODN با اتصال به این رسپتور می‌تواند در همراهی با آنتی‌ژن منجر به افزایش میزان سیگنالینگ مؤثر در تکثیر لنفوسیت‌ها شده و از این طریق در بهبود ایمنیزاسیون مؤثر باشد. در مطالعه حاضر نیز نتایج نشان‌دهنده نقش CPG ODN در بهبود و بهیمنی ایمنیزاسیون می‌باشد. در مطالعه ژانگ و همکاران نیز یافته‌ها حاکی از این مطلب بودند که به کارگیری CPG ODN نقش مؤثری در افزایش ایمنیزاسیون ایفا می‌کند که این یافته‌ها با نتایج مطالعه ما مشابه بوده است (۱۸).

علاوه بر مواد محرک، آنتی‌ژن نیز در بهیمنی ایمنیزاسیون آزمایشگاهی دخیل می‌باشد. از جمله مهم‌ترین پارامترهای مرتبط با آنتی‌ژن در بهبود و بهیمنی ایمنیزاسیون می‌توان به غلظت و اشکال آنتی‌ژنی اشاره کرد. افزایش غلظت آنتی‌ژن از آن جایی که با افزایش سیگنال اول طبق فرضیه دو سیگنالی در تحریک لنفوسیت‌ها همراهی دارد لذا در بهبود و بهیمنی ایمنیزاسیون دخیل است. در مطالعه حاضر نیز نتایج نشان داده‌اند که با افزایش غلظت

آنتی‌ژن، ایمنیزاسیون آزمایشگاهی افزایش می‌یابد. در مطالعه‌های اسپرنجر و همکاران و همچنین بون‌فنت و همکاران نتایج مشابه گزارش شده است و یافته‌ها بیانگر این مطلب می‌باشند که به ترتیب با افزایش غلظت آنتی‌ژن به میزان ۷ و ۱۵ میکروگرم بر میلی‌لیتر ایمنیزاسیون نیز افزایش می‌یابد و به عبارت دیگر افزایش غلظت آنتی‌ژن یک عامل بهینه‌کننده در ایمنیزاسیون می‌باشد (۲۰، ۱۹). از طرفی از آن جایی که آنتی‌ژن RhD یک ایمونوژن قوی است، لذا غلظت‌های بالای این آنتی‌ژن می‌تواند در بهیمنی ایمنیزاسیون آزمایشگاهی و تولید آنتی‌بادی به تنهایی مؤثر باشد. طبق دستورالعمل‌های سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA = Food and Drug Administration)، آنتی‌D مجوز استفاده در واحد بانک خون را دارد که به صورت ممزوج (Blend) تهیه شده باشد. آنتی‌D ممزوج حاوی ترکیبی از آنتی‌بادی IgM و IgG است. لذا با استفاده از غلظت‌های مناسب آنتی‌ژن RhD در هنگام مواجهه لنفوسیت‌های B بکر با این آنتی‌ژن در اولین برخورد می‌توان آنتی‌بادی از کلاس IgM تولید نمود و در همراهی آنتی‌ژن RhD و IFN- γ که خود در بهیمنی ایمنیزاسیون مؤثر بوده است می‌توان کلاس آنتی‌بادی را تغییر داد و آنتی‌بادی از کلاس IgG تهیه کرد و بدین ترتیب یک آنتی‌D ممزوج ایجاد نمود. پارامتر دیگر مرتبط با آنتی‌ژن در بهیمنی ایمنیزاسیون، اشکال آنتی‌ژنی می‌باشد. آنتی‌ژن RhD یک آنتی‌ژن پروتئینی است و از نظر ساختمان فضایی دارای ساختار سوم و چهارم می‌باشد.

به گونه‌ای که آنتی‌ژن RhD تخلیص شده از سطح RBC دارای ساختمان فضایی اول ولی آنتی‌ژن ذره‌ای RhD موجود در سطح RBC دارای ساختمان سوم و چهارم است. طبق مطالعه‌های انجام شده، ساختار سوم و چهارم پروتئین‌ها به دلیل اپی‌توپ فضایی نسبت به ساختار اول آن‌ها که دارای اپی‌توپ خطی است، ایمونوژن‌تر می‌باشند اما در مطالعه حاضر آنتی‌ژن تخلیص شده از سطح RBC (آنتی‌ژن محلول) RhD توانسته است در بهبود ایمنیزاسیون

مخلوط سیتوکاین‌های مختلف نیاز به مطالعه‌های بعدی دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی دوره کارشناسی ارشد رشته هماتولوژی و طب انتقال خون در مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون با کد اخلاق IR.TMI.REC.1400.008 می‌باشد. بودجه این مطالعه توسط مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون تأمین گردیده و همه مراحل علمی پروژه در آزمایشگاه آنتی‌بادی مونوکلونال انجام شده است.

آزمایشگاهی مؤثر واقع گردد که علت آن خلوص آنتی‌ژنی می‌باشد. به گونه‌ای که در مطالعه‌های بارو سو و همکاران و همچنین چن و همکاران، خلوص آنتی‌ژنی به عنوان یک عامل مهم در بهبود ایمونیزاسیون گزارش شده است (۲۱، ۲۲).

نتیجه‌گیری

استفاده از اینترفرون گاما ($\text{IFN-}\gamma$)، ترکیب آن با اینترلوکین ۴ (IL-4) و CpGODN — به عنوان بهینه‌کننده‌ترین عوامل جهت تولید آنتی‌بادی از لئوسیت‌های جدا شده به روش فایکول در ایمونیزاسیون آزمایشگاهی شناخته شد. بررسی اثر

References:

- 1- Vege S, Westhoff CM. Rh and RhAG Blood Group Systems. In: Transfusion Medicine and Hemostasis. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 149-55.
- 2- Thornton NM, Grimsley SP. Clinical significance of antibodies to antigens in the ABO, MNS, P1PK, Rh, Lutheran, Kell, Lewis, Duffy, Kidd, Diego, Yt, and Xg blood group systems. *Immunohematology* 2019; 35(3): 95-101.
- 3- Panch SR, Montemayor-Garcia C, Klein HG. Hemolytic transfusion reactions. *N Engl J Med* 2019; 381(2): 150-62.
- 4- Thompson K, Melamed M, Eagle K, Gorick B, Gibson T, Holburn A, *et al.* Production of human monoclonal IgG and IgM antibodies with anti-D (rhesus) specificity using heterohybridomas. *Immunology* 1986; 58(1): 157-60.
- 5- Marks L. Monoclonal antibodies and the transformation of blood typing. *MAbs* 2014; 6(6): 1362-7.
- 6- Kim H-Y, Stojadinovic A, Izadjoo MJ. Immunization, hybridoma generation, and selection for monoclonal antibody production. *Methods Mol Biol* 2014; 1131: 33-45.
- 7- Matsumoto SE, Yamashita M, Katakura Y, Aiba Y, Tomimatsu K, Kabayama S, *et al.* A rapid and efficient strategy to generate antigen-specific human monoclonal antibody by in vitro immunization and the phage display method. *J Immunol Methods* 2008; 332(1-2): 2-9.
- 8- Leenaars M, Hendriksen CF. Critical steps in the production of polyclonal and monoclonal antibodies: evaluation and recommendations. *ILAR J* 2005; 46(3): 269-79.
- 9- Scott M, Voak D. Monoclonal antibodies to Rh D-- development and uses. *Vox Sang* 2000; 78: 79-82.
- 10- Schroff RW, Foon KA, Beatty SM, Oldham RK, Morgan Jr AC. Human anti-murine immunoglobulin responses in patients receiving monoclonal antibody therapy. *Cancer Res* 1985; 45(2): 879-85.
- 11- Bron D, Feinberg MB, Teng N, Kaplan HS. Production of human monoclonal IgG antibodies against Rhesus (D) antigen. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1984; 81(10): 3214-7.
- 12- Yamashita M, Katakura Y, Shim SY, Matsumoto SE, Tamura T, Morihara K, *et al.* Different individual immune responses elicited by in vitro immunization. *Cytotechnology* 2002; 40(1): 161-5.
- 13- Zhang B, Yuan C, Song X, Xu L, Yan R, Shah MAA, *et al.* Optimization of immunization procedure for Eimeria tenella DNA vaccine pVAX1-pEtK2-IL-2 and its stability. *Acta Parasitol* 2019; 64(4): 745-52.
- 14- Xu T, Qi Y, Pan Y, Li S, Chen H, Li J, *et al.* Screening of immune adjuvant and optimization of immunization protocol of glycoprotein D2 subunit vaccine against herpes simplex virus type 2. *Chinese Journal of Biologicals* 2018; 31(7): 689-94.
- 15- Wagner B, Perkins G, Babasyan S, Freer H, Keggan A, Goodman LB, *et al.* Neonatal immunization with a single IL-4/antigen dose induces increased antibody responses after challenge infection with equine herpesvirus type 1 (EHV-1) at weanling age. *PLoS One* 2017; 12(1): e0169072.
- 16- Wagner SC, Ichim TE, Bogin V, Min W-P, Silva F, Patel AN, *et al.* Induction and characterization of anti-tumor endothelium immunity elicited by ValloVax therapeutic cancer vaccine. *Oncotarget* 2017; 8(17): 28595.
- 17- Keegan AD, Leonard WJ, Zhu J. Recent advances in

- understanding the role of IL-4 signaling. *Fac Rev* 2021; 10: 71.
- 18- Zhang X, Zhao T, Zeng T, Wu N, Xiao Y, Liu S, *et al.* Intramuscular primary immunization by nucleic acid vaccine pcDNA/Gpd-IL-2 and enhanced immunization with mucosal adjuvant CpG-ODN and Gpd-IL-2 recombinant protein effectively induced strong mucosal immune responses and immune protective effects against *Treponema pallidum* skin infection. *Exp Ther Med* 2018; 15(3): 2533-40.
- 19- Sprenger KG, Louveau JE, Murugan PM, Chakraborty AK. Optimizing immunization protocols to elicit broadly neutralizing antibodies. *Proc Natl Acad Sci USA* 2020; 117(33): 20077-87.
- 20- Bonenfant C, Dimier-Poisson I, Velge-Roussel F, Buzoni-Gatel D, Del Giudice G, Rappuoli R, *et al.* Intranasal immunization with SAG1 and nontoxic mutant heat-labile enterotoxins protects mice against *Toxoplasma gondii*. *Infect Immun* 2001; 69(3): 1605-12.
- 21- Barroso L, Abhyankar M, Noor Z, Read K, Pedersen K, White R, *et al.* Expression, purification, and evaluation of recombinant LecA as a candidate for an amebic colitis vaccine. *Vaccine* 2014; 32(10): 1218-24.
- 22- Chen X, Sheng Z, Qiu S, Yang H, Jia J, Wang J, *et al.* Purification, characterization and in vitro and in vivo immune enhancement of polysaccharides from mulberry leaves. *PLoS One* 2019; 14(1): e0208611.

Original Article

Evaluation of effective factors in the optimization of immunization to achieve antibodies against RhD antigen in culture medium

Amrovani M.¹, Yari F.¹, Milani S.¹, Amoohossein B.¹

¹Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine, Tehran, Iran

Abstract

Background and Objectives

Antibody against RhD antigen is important in blood transfusion and clinical medicine. Therefore, in this study, the effective factors in the optimization of in vitro immunization to achieve immunized lymphocytes that produce antibodies were evaluated to obtain antibodies against RhD antigen in the culture medium.

Materials and Methods

In an experimental study peripheral blood mononuclear cells were isolated from O-Negative whole blood bags using the Ficoll method. These cells were treated with L-leucyl-L-leucine methyl ester (LLME) and were exposed to soluble and particulate RhD antigen, interferon-gamma (IFN- γ), interleukin-4 (IL-4) and CpGODN in a culture plate at 37°C for one week. After this period of incubation, in order to evaluate the production of antibodies from lymphocytes on the supernatant obtained from the culture medium, ELISA assay was performed.

Results

The use of IFN- γ , IFN- γ + IL-4 and IFN- γ + CpGODN was identified as the most optimal factors for the production of antibodies in an in vitro immunization (by producing antibodies with concentrations of 75.851 ± 36.831 , 82.195 ± 31.293 , and $66.134 \pm 24.814 \frac{\text{ng}}{\text{ml}}$ in 10 exposures).

Conclusions

The use of immunization optimization agents, has an effective role in the production of antibodies against RhD antigen in the *in vitro* culture.

Key words: Immunization, *In Vitro* Techniques, Antibodies

Received: 6 Aug 2022

Accepted: 6 Sep 2022

Correspondence: Yari F., PhD of Immunology. Professor of Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine.
P.O.Box: 14665-1157, Tehran, Iran. Tel: (+9821) 82052237; Fax: (+9821) 88601555
E-mail: f.yari@ibto.ir