

غربالگری خون‌های اهدایی برای عفونت با ویروس هپاتیت C در مجموعه‌های کوچک پلاسمایی اهداکنندگان خون ایرانی - مطالعه اولیه

دکتر صدیقه امینی کافی^۱، دکتر علی طالبیان^۲، فهیمه رنجبر کرمانی^۳، مینا مقتدایی^۴،
مریم سبحانی^۵، شهرام سمیعی^۶

چکیده

سابقه و هدف

غربالگری اهداکنندگان با آزمایش‌های سرولوژیک، احتمال ابتلا به عفونت‌های پس از انتقال خون، به‌ویژه هپاتیت C پس از تزریق خون را کاهش داده است. اما احتمال خطر ابتلا به علت وجود دوره قبل از تغییرات سرولوژیک، همچنان وجود دارد. انجام آزمایش HCV RNA (RT-PCR) بر روی خون‌های اهدایی، احتمال خطر ابتلا به هپاتیت C پس از تزریق خون را کاهش داده است. در این مطالعه ضمن ارزیابی جامعه کوچکی از اهداکنندگان منفی برای هپاتیت C در تست سرولوژیک با روش مولکولی، سری آزمایش‌های غیرقابل قبول با روش غیر اتوماتیک نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، نمونه پلاسمای اضافی از ۱۰۲۶ اهداکننده خون جمع‌آوری گردید. از ۱۰۲۶ نمونه، ۱۰۰۰ نمونه در آزمایش‌های آنزیم ایمنواسی نسل^۳، Anti-HCV، HBsAg، RPR، Anti-HIV منفی بودند. هر پنج نمونه در یک مجموعه پلاسمایی مورد آزمایش قرار گرفتند. حساسیت آزمایش برای سنجش HCV-RNA با روش RT-PCR به میزان ۳۸۰ geq/ml طبق پانل‌های سطح کارایی VQC برآورد گردید. ۱۰۰۰ نمونه در ۲۰۰ مجموعه پلاسمایی مورد آزمایش قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج غیرقابل قبول به‌علت جواب ندادن نمونه مثبت، ۵/۵٪ و موارد غیرقابل قبول به علت باند‌های غیراختصاصی ۵/۵٪ بود. ۶ درصد از مجموعه‌های پلاسمایی مثبت کاذب بودند. زمانی که در اولین مرحله آزمایش مجموعه‌های پلاسمایی، نتیجه آزمایش مثبت و در تکرار آن، آزمایش به شکل منفی منفی گزارش شد، به‌عنوان مثبت کاذب تلقی گردید. در مجموع کلیه نمونه‌ها برای HCV-RNA با روش RT-PCR منفی گزارش شدند.

نتیجه‌گیری

نمونه‌ای یافت نشد که در آزمایش‌های سرولوژیک منفی ولی در HCV-RNA مثبت گزارش گردد. در این زمینه انجام مطالعات گسترده‌تری توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: غربالگری اهداکنندگان، اهدای خون، ویروس هپاتیت C، پلاسمای، پولد، PCR

- ۱- مؤلف مسئول: متخصص آسیب شناسی تشریحی و بالینی - استادیار مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران
- ۲- متخصص آسیب شناسی تشریحی و بالینی - مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران
- ۳- کارشناس ارشد ژنتیک - مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران
- ۴- کارشناس ارشد انگل‌شناسی - مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران
- ۵- کارشناس ارشد ژنتیک - مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران
- ۶- کارشناس ارشد بیوشیمی - مربی مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران

مقدمه

احتمال سرایت عفونت‌های ویروسی قابل انتقال از راه خون، به واسطه انتخاب اهداکنندگان بعد از مصاحبه پزشکی و معاینات پزشکی و استفاده از آزمایش‌ها با حساسیت زیاد کاهش یافته است. با این حال احتمال انتقال عفونت هرچند کاهش شدیدی نشان می‌دهد ولی به صفر نرسیده است. از جمله بیماری‌های منتقله از راه خون، عفونت با ویروس هپاتیت C است. با پیدایش آزمایش‌های غربالگری نسل سوم جهت شناسایی آنتی‌بادی بر علیه ویروس هپاتیت C در طب انتقال خون، احتمال عفونت کاهش شدیدی یافته است. ولی به هر حال هنوز احتمال انتقال عفونت ویروس هپاتیت C مطرح می‌باشد (۱). این احتمال خطر باقی‌مانده، به علت وجود دوره نهفتگی بیماری قبل از تغییرات سرولوژیک در اهداکنندگان است (۲). در این دوره تعداد ویروس در اهداکننده خون می‌تواند بین صدهزار تا ده میلیون کپی در هر میلی‌لیتر باشد (۳، ۴). احتمال انتقال عفونت با ویروس هپاتیت C به‌طور متوسط یک مورد از هر ۱۰۳ هزار انتقال خون در صورت غربالگری خون‌های اهدایی با روش الیزا برآورد شده است (۵، ۶).

با استفاده از روش‌های تکثیر اسیدهای نوکلئیک (NAT)^۱، مانند واکنش زنجیره‌ای پلیمرز (PCR)^۲، شناسایی مواردی از آلودگی در طی دوره نهفتگی بیماری مقدور شده و کاهش انتقال عفونت با HCV در گیرندگان خون و فرآورده‌های آن رخ داده است. با استفاده از این روش بر روی نمونه‌های خون اهداکنندگان، دوره پنجره از ۷۰ روز به ۱۱ روز کاهش یافته است (۷). ولی به این علت که انجام تست بر روی نمونه‌های منفرد اهداکنندگان، هزینه قابل توجهی را به مراکز انتقال خون تحمیل می‌کرد و مقرون به‌صرفه بودن آزمایش‌ها نیز مطرح بود، انجام آزمایش در مجموعه‌های پلاسمایی پیشنهاد گردید (۸، ۹). مؤسسه پل ارلیش آلمان، حساسیت آزمایش برای HCV-RNA را حداقل ۵ هزار واحد در میلی‌لیتر (هر واحد بین‌المللی معادل ۲ تا ۶ ژنوم تعریف شده است) برای هر خون اهدایی توصیه می‌کند. بنابراین می‌توان براساس حساسیت تست مورد استفاده در آزمایش اهداکنندگان، تعداد نمونه‌ها را در یک مجموعه پلاسمایی برای انجام

آزمایش تنظیم نمود (۱۰، ۱۱، ۱۲). در مطالعات مختلف بر مبنای حساسیت قابل قبول، تعدادی پلازما در مجموعه‌های پلاسمایی برای تأمین پلاسمای مورد نیاز صنایع پلازما طراحی و مورد آزمایش قرار گرفتند، البته در مواردی فرآورده‌های سلولی حتی قبل از ارسال نیز جهت مصرف بررسی شدند و در صورتی که از نظر آزمایش‌های اسیدنوکلیک جهت عفونت با HCV و HIV منفی بودند، مجوز مصرف دریافت نمودند (۱۳، ۷).

در این مطالعه بر روی ۱۰۰۰ نمونه تهیه شده از اهداکنندگان در سال ۱۳۸۰، ضمن برآورد احتمال وجود عفونت در دوره پنجره در اهداکنندگان خون کشور به عنوان یک مطالعه اولیه، مجموعه آزمایش‌های غیر قابل قبول و علل آن نیز مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

تهیه و نگهداری نمونه

در این مطالعه مقطعی، خون تام از ۱۰۲۶ اهداکننده خون شامل اهداکنندگان نوبت اول، مستمر و با سابقه اهدا از خرداد ۱۳۸۰ تا پایان شهریور ۱۳۸۰ با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در پایگاه مرکزی انتقال خون تهران در لوله‌های دارای EDTA جمع‌آوری گردید. نمونه‌ها بلافاصله به دمای ۲ تا ۸ درجه سانتی‌گراد منتقل شدند و حداکثر در طی ۶ ساعت پس از سانتریفیوژ، پلاسمای آن‌ها در میکروتیوب‌های ۱/۵ میلی‌لیتری تقسیم و در دمای ۷۰- درجه سانتی‌گراد تا زمان انجام آزمایش‌ها نگهداری شدند. کلیه نمونه‌هایی که دارای نتیجه مثبت در یکی از آزمایش‌های غربالگری شامل Anti-HCV، HBsAg، Anti-HIV و RPR^۳ بودند از مطالعه حذف شدند. این آزمایش‌ها به‌ترتیب با کیت‌های Hepanostika HBsAg، Uni-form II از محصولات کارخانه Organon Teknika، Generation Anti-HCV-EIA-3rd از تولیدات Genscreen HIV 1/2، Avicena Medical Center محصول BIO-RAD و کیت RPR تولید شرکت انیسان انجام شد و در نهایت ۱۰۰۰ نمونه مورد بررسی و آزمایش قرار گرفتند.

1- Nucleic Acid Amplification Technique

2- Polymerase Chain Reaction

3- Rapid Plasma Reagin

آماده نمودن مجموعه‌های پلاسمایی

۱۰۰ میکرولیتر از هر نمونه توسط سمپلرهای نیمه اتوماتیک کالیبره به داخل یک میکروتیوب ۱/۵ میلی لیتری منتقل و از هر ۵ نمونه یک مجموعه پلاسمایی کوچک تهیه شد (۱۴، ۱۵). جمعاً ۲۰۰ مجموعه پلاسمایی برای انجام تست آماده شدند.

استخراج و تخلیص (Extraction)

برای استخراج RNA ژنوم ویروس هپاتیت C از ۵۰۰ لاند پلازما استفاده شد که پس از سانتریفیوژ در دور ۱۰ هزار تا ۱۳ هزار با برداشت ۳۰۰ لاند از محلول روی آن، ۲۰۰ لاند از پلازما که حاوی ویروس است باقی ماند. با افزودن محلول لیزکننده حاوی گوانیدین ایزوتوسیانات، پروتئین‌های پوشش ویروس از پروتئین‌ها جدا گردید. اسید نوکلئیک جدا شده از پروتئین‌های پوششی ویروس و سایر پروتئین‌های موجود در محیط با استفاده از سیلیکاژل (Sorbent) جدا شد. RNA ویروس متصل به سیلیکاژل با استفاده از بافر حل کننده از سیلیکا جدا شده و به عنوان محصول نهایی، حاوی RNA ویروس تخلیص شده بود.

تکثیر ژنوم ویروس (Amplification)

۱۰ لاند محصول مرحله تخلیص و استخراج (RNA ویروس) را با ۵ میکرولیتر مخلوط اصلی ساخت cDNA شامل راندوم هگزامر، ۱ میلی مول نوکلئوتید و آنزیم MMLV^۱ مخلوط نموده به مدت یک ساعت در ۴۰ درجه سانتی گراد قرار گرفت و سپس به مدت ۱۰ دقیقه در ۹۵ درجه سانتی گراد جهت غیرفعال شدن قرار داده شد. در مرحله دوم به میکروتیوب حاوی cDNA، ۱۰ پیکومول پرایمر، بافر ۱۰X، ۲/۵ میلی مول منیزیم کلراید و یک واحد آنزیم Taq Polymerase اضافه شد و تکثیر DNA انجام گرفت.

شناسایی و ارزیابی (Detection)

۱۳ لاند از محصول تکثیر ژنوم ویروس با استفاده از ژل آگارز ۱/۵ درصد الکتروفورز شد. به وسیله رنگ اتیدیوم بروماید و در طول موج ۳۰۲ نانومتر، باند DNA در جایگاه ۲۳۰ bp رویت شد.

ارزیابی کیفی هر سری آزمایش

جهت ارزیابی هر سری آزمایش که شامل ۱۱ مجموعه پلاسمایی بود، از نمونه پلاسمای مثبت قطعی به عنوان نمونه مثبت استفاده شد که مطابق مجموعه‌های پلاسمایی کلیه مراحل آزمایش بر روی آن انجام گرفت. نمونه کنترل مثبت، RNA ویروس هپاتیت C بود که از منابع تجاری تهیه گردید و به عنوان کنترل منفی از آب مقطر استفاده شد. هر سری آزمایش که نمونه مثبت، کنترل مثبت و یا کنترل منفی آن مطابق با شرایط فوق نبود غیرقابل قبول اعلام شده و تکرار گردید.

حساسیت و ویژگی آزمایش (Sensitivity and Specificity)

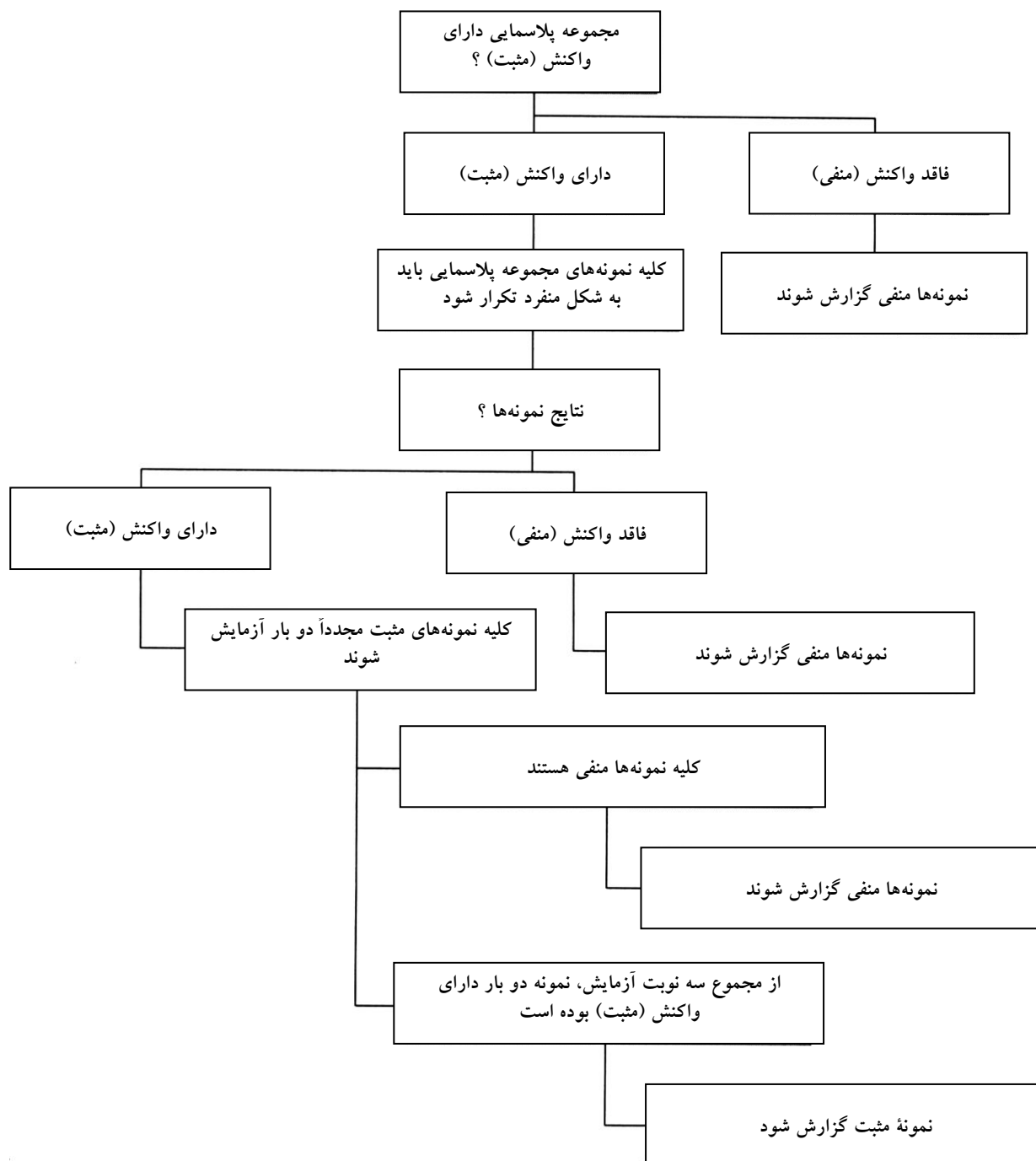
پرایمر مورد استفاده از ناحیه غیرقابل ترجمه ۵' (Untranslated Region 5'-UTR 5') انتخاب شده و جهت تعیین ویژگی پرایمر با برنامه نرم افزاری بلاست (Blast Program) که جهت ویروس هپاتیت C کاملاً اختصاصی بود، مورد ارزیابی قرار گرفت.

جهت تعیین حساسیت کیت مصرفی از پانل‌های تعیین سطح کارایی VQC (VQC Proficiency Panel) استفاده و میزان حساسیت آزمایش حداقل ۳۸۰ geq/ml برآورد گردید.

روش بررسی نتایج مجموعه‌های پلازما

مطابق شکل ۱، در هر مجموعه پلاسمایی پس از انجام آزمایش HCV RNA (RT-PCR) در صورتی که فاقد واکنش بود، کلیه نمونه‌ها منفی گزارش شدند و در صورتی که مثبت بود، نمونه‌های تشکیل دهنده مجموعه پلاسمایی منفرد مورد بررسی و آزمایش مجدد قرار گرفتند. در صورتی که در آزمایش‌های نمونه‌های منفرد، نمونه فاقد واکنش بود به عنوان منفی گزارش شد و در صورتی که در مرحله شناسایی، دارای باند مثبت بود مجدداً مورد آزمایش در دو نوبت کاری مجزا قرار گرفت. در مجموع نمونه‌هایی که ۲ بار از ۳ بار فاقد واکنش بودند به عنوان منفی گزارش شدند. اگر نمونه‌ای ۲ بار از ۳ بار دارای واکنش باشد، طبق شکل باید به عنوان نمونه مثبت گزارش شود (۱۶، ۱۷).

1- Moloney Murine Leukemia Virus (MMLV)



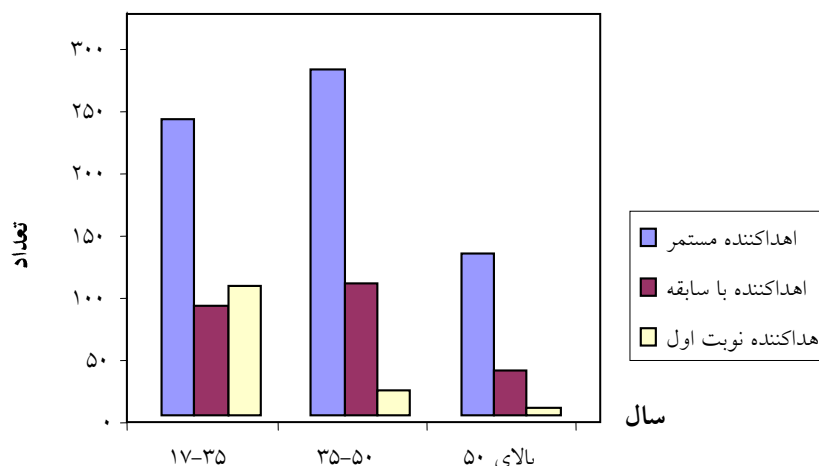
شکل ۱: الگوریتم بررسی نتایج مجموعه‌های پلاسمایی و نمونه‌های منفرد

یافته‌ها

از ۱۰۲۶ نمونه که از اهداکنندگان تهیه گردید، ۲۶ نمونه از مطالعه به علت داشتن واکنش در یکی از تست‌های Anti-HCV، Anti-HIV، HBsAg و RPR حذف شدند. کلیه نمونه‌های مورد مطالعه پس از انجام آزمایش‌ها در مجموعه‌های پلاسمايي و منفرد برای HCV-RNA با روش RT-PCR منفی بودند. در شکل ۲ توزیع سنی اهداکنندگان در بین سه گروه اهداکنندگان نوبت اول، با سابقه اهدا و مستمر نشان داده شده است. محدوده سنی اهداکنندگان ۱۷ تا ۶۹ سال بود. از نظر توزیع سنی بیشترین اهداکنندگان در گروه سنی ۳۵ تا ۵۰ سال بوده و از دیدگاه سابقه اهدا در جمعیت اهداکنندگان مستمر قرار می‌گرفتند.

از ۱۰۰۰ نمونه، ۲۰۰ مجموعه پلاسمايي ۵ تایی تهیه گردید و مورد آزمایش قرار گرفت. در هر نوبت کاری ۱۱ مجموعه پلاسمايي مطالعه شد. از ۲۰۰ مجموعه پلاسمايي ۱۲٪ دارای نتایج غیرقابل قبول بودند که علل و میزان هریک در جدول شماره ۱ بیان شده است.

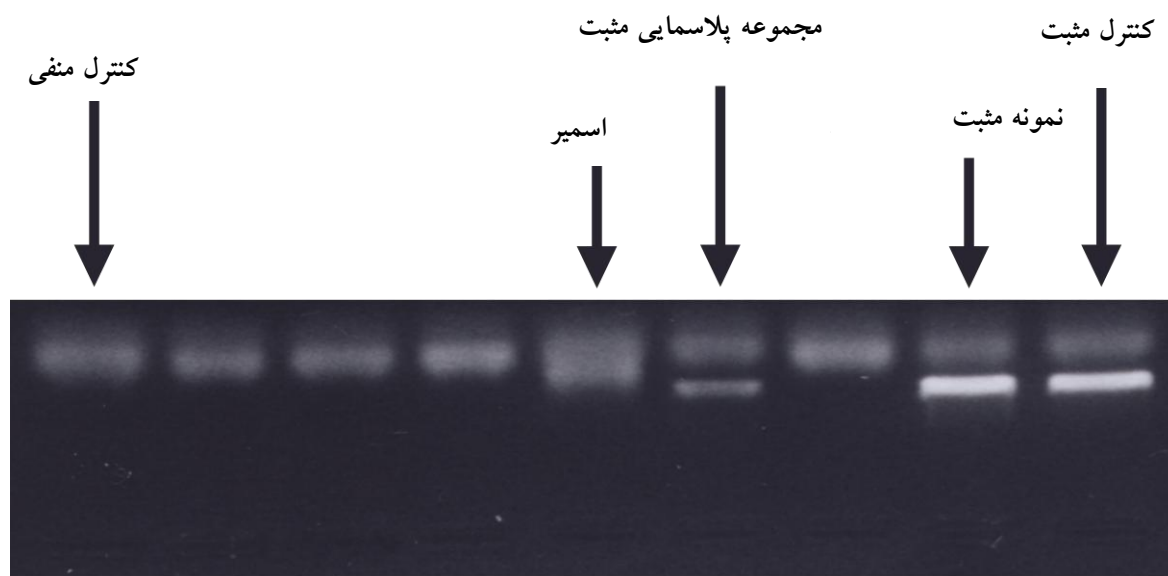
در مجموعه آزمایش‌ها و پس از تکرار مواردی که غیرقابل قبول اعلام شده بودند، ۱۲ مجموعه پلاسمايي از ۲۰۰ مجموعه پلاسمايي مثبت بودند (شکل ۳). بنابراین کلیه این موارد به شکل منفرد (جمعاً ۶۰ نمونه منفرد) مورد آزمایش مجدد قرار گرفتند. در تکرار نمونه‌ها به شکل منفرد همگی منفی گزارش شدند (شکل ۴).



شکل ۲: توزیع سنی اهداکنندگان به تفکیک در اهداکنندگان نوبت اول، با سابقه و مستمر در ۱۰۰۰ اهداکننده خون در سال ۱۳۸۱ پایگاه تهران

جدول ۱: میزان و علل نتایج غیرقابل قبول در ۲۰۰ مجموعه پلاسمايي تهیه شده از ۱۰۰۰ اهداکننده خون در پایگاه تهران

علت‌های غیرقابل قبول بودن هر سری آزمایش	تعداد مجموعه‌های پلاسمايي
عدم جواب‌دهی نمونه مثبت	۱۱ (۵/۵)
عدم جواب‌دهی کنترل مثبت	۰
نمونه اسمیر	۲ (۱)
وجود باندهای غیراختصاصی	۱۱ (۵/۵)
جمع	۲۴ (۱۲)



شکل ۳- در یک سری آزمایش یک مجموعه پلاسمایی مثبت بود که در مرحله بعد کلیه نمونه‌های متعلق به مجموعه پلاسمایی فوق، به شکل منفرد مورد آزمایش قرار گرفت. یک مجموعه پلاسمایی نیز اسمیر شده است. این مجموعه پلاسمایی مجدداً مورد آزمایش قرار گرفت.



شکل ۴- الکتروفورز نمونه‌های یک مجموعه پلاسمایی که مثبت بوده و سپس کلیه نمونه‌های موجود در مجموعه پلاسمایی به شکل منفرد همراه با ۵ مجموعه پلاسمایی دیگر مورد بررسی قرار گرفت. کلیه نمونه‌ها شامل نمونه‌های منفرد و مجموعه‌های پلاسمایی منفی بود.

بحث

در این مطالعه کلیه نمونه‌های مورد بررسی با روش ملکولی جهت HCV-RNA منفی بودند. با توجه به حساسیت کیت مورد استفاده برای آزمایش که ۳۸۰geq/ml بود، مجموعه‌های پلاسمایی کوچک حاوی ۵ نمونه اهداکننده مورد آزمایش قرار گرفتند که حساسیت آزمایش در مجموعه پلاسمایی این مطالعه بیش از حساسیت توصیه شده توسط مؤسسه پل ارلیش برای هر اهداکننده بود. حتی امکان انجام آزمایش با مجموعه‌های پلاسمایی بزرگ‌تر نیز وجود دارد.

انجام آزمایش PCR به روش دستی با تعدادی سری آزمایش غیرقابل قبول همراه است که اگر به روش اتوماتیک انجام شود، این موارد هرچند باز هم وجود دارند ولی کاهش چشمگیری نشان خواهند داد. در این مطالعه سری آزمایش‌های غیرقابل قبول ۱۲٪ بود که با توجه به استفاده از روش‌های دستی نمی‌توان آن را با روش‌های اتوماتیک مقایسه نمود. علت غیرقابل قبول بودن سری آزمایش‌ها، به دلیل عدم جواب‌دهی نمونه مثبت و کنترل مثبت ویا باندهای غیراختصاصی بود که در روش‌های تمام اتوماتیک کمتر مشاهده می‌گردد ولی در روش‌های دستی با احتمال بیشتری قابل انتظار است. ۱۲ مجموعه پلاسمایی از ۲۰۰ مجموعه پلاسمایی (۶٪) نیز دارای نتیجه مثبت کاذب بودند که در روش‌های تمام اتوماتیک نیز رخ می‌دهد ولی احتمال بروز آن کمتر است (۹، ۱۷، ۱۸).

در فاصله زمانی ژانویه ۱۹۹۷ تا مارچ ۱۹۹۷، صلیب سرخ آلمان بر روی مجموعه‌های پلاسمایی که هر یک حاوی ۹۶ نمونه اهداکننده بودند، آزمایش‌ها را انجام داد و مجموعاً ۷۸۳۳۳۱ نمونه اهداکنندگان در ۳۷۷۹ مجموعه پلاسمایی آزمایش شدند، هیچ نمونه‌ای که دارای نتیجه مثبت در روش بررسی ملکولی و منفی در آزمایش‌های سرولوژیک باشد وجود نداشت (۱۵).

در اسکاتلند در بررسی ۱۲۷۶۴۳۳ اهداکننده Anti-HCV منفی، هیچ مورد مثبت برای HCV-NAT یافت نشد (۱۹). در بررسی ۲ سال آزمایش اسید نوکلئیک بر روی خون‌های اهدایی در ایالات متحده آمریکا، میزان احتمال خطر برای عفونت با HCV یک مورد انتقال عفونت به

ازای ۱۶۰۰۰۰۰ تزریق برآورد شده ولی در صورت استفاده از روش‌های سرولوژیک به تنهایی یک مورد انتقال عفونت به ازای هر ۲۳۰۰۰۰۰ تزریق خون محاسبه شده است. البته یکی از مهم‌ترین مشکلات در استفاده از NAT بر روی خون‌های اهدایی، موارد مثبت کاذب می‌باشد (۲۰).

در مطالعه روث و همکارانش بر روی ۳۶۰۰۰۰۰ اهداکننده با روش تمام اتوماتیک بر روی مجموعه‌های پلاسمایی حاوی ۹۶ نمونه اهدا در اروپای مرکزی، ۶ نمونه مثبت HCV-RNA گزارش شد (در هر ۶۰۰۰۰۰۰ نمونه یک مورد مثبت) (۲۱). در مطالعات انجام شده بر روی تعدادی از مراکز انتقال خون در آلمان و اتریش، تعداد موارد HCV-RNA مثبت در بین اهداکنندگان منفی در تست‌های سرولوژیک (الایزا) Anti-HCV ۰/۶ تا ۶/۵ در هر یک میلیون اهدا برآورد شده است. در طی این مطالعه سری آزمایش‌های غیرقابل قبول به علت وجود مهارکننده‌ها یا عدم تکثیر کنترل داخلی، ۰/۵٪ از مجموعه‌های پلاسمایی گزارش شده و مثبت کاذب برای سنجش HCV-RNA به میزان ۰/۱٪ مجموعه‌های پلاسمایی برآورد شده است. هر مجموعه پلاسمایی حاوی ۴۸ تا ۹۶ نمونه بوده است (۲۲). در مطالعات فوق از روش‌های تمام اتوماتیک برای تهیه مجموعه‌های پلاسمایی و انجام NAT استفاده شده است.

با توجه به مطالعات فوق و سایر بررسی‌هایی که در مراکز انتقال خون انجام شده است، جستجوی HCV-RNA با روش RT-PCR بر روی جمعیت‌های بزرگ اهداکنندگان توصیه می‌گردد. جهت امکان‌پذیر بودن مطالعه در تعداد زیادی از اهداکنندگان خون، روش‌های تمام اتوماتیک جهت انجام آزمایش توصیه می‌شود تا ضمن آن‌که مطالعه نمونه‌های بیشتری فراهم گردد، میزان موارد غیرقابل قبول بودن نمونه‌های مورد آزمایش و مثبت کاذب کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

هزینه‌های این تحقیق توسط مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران تأمین گردیده است. نویسندگان مقاله از سرکارخانم ندا پسندیده و همکاری مدیریت و پرسنل محترم واحدهای خون‌گیری، روتین و صدور کارت پایگاه منطقه‌ای آموزشی انتقال خون تهران تشکر می‌نمایند.

منابع

- 1- Eglin R, Barbara J. Genome detection and transfusion: setting the scene. *Transfusion Med* 2002; 24(4): 227-8.
- 2- Stramer SL. Nucleic acid testing for transfusion-transmissible agents. *Curr Opin Hematol* 2000; 7: 387-91.
- 3- Busch PM. HIV, HBV and HCV: New Development Related to Transfusion Safety. *Vox Sang* 2000; 78(suppl): 253-6.
- 4- Barbara Aj. NAT: Perspectives for Cellular Components. *Biologicals* 1999; 27: 333-6.
- 5- Henry JB. *Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. 20th ed. New York: W.B. Saunders; 2001.
- 6- Yerly S, Pedrocchi M, and Preein L. The use of polymerase chain reaction in plasma pools for the concomitant detection of hepatitis C virus and HIV type 1 RNA. *Transfusion* 1998; 38: 908-14.
- 7- Grant PR, Busch MP. Nucleic acid amplification technology methods used in blood donor screening. *Transfusion Med* 2002; 24 (4): 229-42.
- 8- Candotti D, Richetin A, Cnat B, *et al.* Evaluation of a transcription-mediated amplification-based HCV and HIV-1 RNA duplex assay for screening individual blood donations: a comparison with a minipool testing system. *Transfusion* 2003; 43: 215-25.
- 9- Allain JP. Genomic screening for blood-borne viruses in transfusion settings. *Clin Lab Haem.* 2000; 22: 1-10.
- 10- Saldanha J. Validation and standardization of nucleic acid amplification technology (NAT) assays for the detection of viral contamination of blood and blood products. *J of Clin Viro* 2001; 20: 7-13.
- 11- Nico Lelie P, van Drimmelen AJ, Cuypers TM, and *et al.* Sensitivity of HCV RNA and HIV RNA blood screening assays. *Transfusion* 2002; 42: 527-36.
- 12- Saldanha J, Heath A, Lelie N, Pisan G, Nubling M, Yu M. Calibration of HCV Working Reagents for NAT Assay against the HCV International Standard. *Vox Sang* 2000; 78: 217-24.
- 13- Jongerius JM, Bovenhorst M, van der Pole CL, *et al.* Evaluation of automated nucleic acid extraction devices for application in HCV NAT. *Transfusion* 2000; 40: 871-4.
- 14- Roth KW, Buhr S, Drosten Ch, Seifried E. NAT and viral safety in blood transfusion. *Vox Sang* 2000; 72 (suppl 2): 1257-9.
- 15- Cardoso MS, Koerner K, Kubanec B. Mini-pool screening by nucleic acid testing for hepatitis B virus, hepatitis C virus, and HIV: preliminary results. *Transfusion* 1998; 38: 905-7.
- 16- Eglin R. Implementation of genome amplification technology for HCV RNA detection. *Transfusion Med* 2002; 24 (4): 265-73.
- 17- Petrik J, Hewitt P, Barbara J, and Allain JP. Large-Scale HCV RNA Screening in First-Time Blood donors: The First Step Towards Genomic Screening of Blood donations. *Vox Sang* 1999; 76: 159-62.
- 18- Grant PR, Sims CM, Krieg-Schneider F, Love EM, Eglin R, and Tedder RS. Automated screening of blood donations for hepatitis C virus RNA using the Qiagen BioRobot 9604 and the Roche COBAS HCV Amplicor assay. *Vox Sang* 2002; 82: 169-76.
- 19- Jarvis LM, Simmonds P. Scottish experience with NAT. *Transfusion Med* 2002; 24 (4): 259-64.
- 20- Stramer SL. US NAT yield: where are we after 2 years? *Transfusion Med* 2002; 24 (4): 243-53.
- 21- Roth WK, Weber M, Buhr S, Drosten C, Weichert W, and *et al.* Yield of HCV and HIV-1 NAT after screening of 3.6 million blood donations in central Europe. *Transfusion* 2002; 42 (7): 862-8.
- 22- Roth WK, Seifried E. The German experience with NAT. *Transfusion Med* 2002; 24 (4): 255-8.

Mini-pool screening for HCV infection in Iranian blood donors: preliminary results

Amini Kafi-abad S.¹, Talebian A.¹, RanjbarKermani F.¹, Moghtadaei M.¹,
Sobhani M.¹, Samiee Sh.¹

¹Iranian Blood Transfusion Organization-Research Center

Abstract

Background and Objectives

Screening the blood donors for serological markers reduced the incidence of transfusion-transmitted infections especially post-transfusion hepatitis C. However, there remains residual risk due to pre-seroconversion period. HCV RNA (PCR) of blood donations reduced the residual risk of transfusion-transmitted HCV infection. In this study, blood donations were screened for HCV RNA by RT-PCR method.

Materials and Methods

An extra plasma sample was collected from 1026 blood donors. 1000 out of 1026 samples were negative for HBsAg, anti-HCV (EIA, third generation), anti-HIV and RPR. Every 5 samples were pooled. The sensitivity of HCV-RNA detection by RT-PCR method was 380 geq/ml according to Proficiency VQC panel. 1000 donations in 200 pools were tested.

Results

False reactivity of samples considered positive accounts for 5.5% of cases, and 5.5% were invalid due to non-specific bands. 6% of the pools were false-positive. A false positive result was defined as positive on initial testing but negative on repeat single testing. However, all of the samples were negative for HCV RNA by RT-PCR method.

Conclusions

No sample was found to be serologically negative and HCV RNA positive. However, further studies are recommended for further clarification.

Key words: Blood donation, Donor screening, Hepatitis C virus, plasma, Pooled, PCR

Correspondence: Amini Kafi-abad S., M.D. IBTO-Research Center
Tel.: (+9821) 8601559; Fax : (+9821) 8601559
E-mail: amini@ibto.ir