



ارزش تشخیصی آزمون اوره آز سریع در مقایسه با واکنش زنجیره‌ای پلیمراز جهت تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری

زهرا پاکباز^۱، محمدحسن شیرازی^{۱*}، محمدرضا پورمند^۱، حسین اژدرکش^۲،

زیبا ویسی ملک‌شاهی^۳، داوود افشار^۱، سارا حاجی‌خانی^۱، نادیا مردانی^۱

^۱ گروه پاتوبیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ گروه آموزش داخلی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ گروه بیوتکنولوژی، دانشکده علوم، دانشگاه شاهد

(دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۹۰ - پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۴)

چکیده

زمینه: روش‌های رایج تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری (*Helicobacter pylori*) شامل آزمون اوره آز سریع (RUT)، آزمون اوره تنفسی، هیستولوژی، کشت و واکنش زنجیره‌ای پلیمراز (PCR) می‌باشد. روش‌ها RUT به علت آسانی، سریع بودن و دقت بالا شایع‌ترین روش مورد استفاده برای تشخیص این باکتری می‌باشد. هدف از این مطالعه ارزیابی روش تشخیصی RUT در مقایسه با PCR جهت تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه ۹۴ بیمار دچار اختلالات گوارشی مراجعه کننده به بخش اندوسکوپی بیمارستان فیروزگر شهر تهران وارد مطالعه شدند. از هر بیمار گوارشی ۲ نمونه بیوپسی از قسمت انתרوم معده برای آزمون اوره آز سریع و PCR تهیه شد. داده‌ها در نرمافزار SPSS ویرایش ۱۹ وارد و حساسیت، اختصاصیت، ارزش اخباری مثبت و ارزش اخباری منفی RUT نسبت به PCR محاسبه گردید. آزمون استاندارد طلایی برای تشخیص عفونت هلیکوباکترپیلوری در این مطالعه، PCR در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها: با توجه به نتایج آزمون، میزان حساسیت، اختصاصیت، ارزش اخباری مثبت و ارزش اخباری منفی آزمون اوره آز سریع به ترتیب ۹۷/۲ درصد، ۸۹/۲ درصد، ۸۱/۴ درصد و ۹۸ درصد بود.

نتیجه‌گیری: چنانچه ملاحظه می‌شود آزمون اوره آز سریع از حساسیت و اختصاصیت بالایی برای تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری برخوردار است.

واژگان کلیدی: هلیکوباکتر پیلوری، آزمون اوره آز سریع، واکنش زنجیره‌ای پلیمراز، بیوپسی

* تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه پاتوبیولوژی

مقدمه

(۶). استفاده از آنزیم اورهآز به عنوان روشی جهت تشخیص عفونت هلیکوباتر پیلوری اولین بار توسط مکنلتی (Mcnulty) در سال ۱۹۸۵ ابداع شد. اساس این آزمون متکی بر وجود اورهآز از قبل تولید شده توسط باکتری در نمونه‌های بیوپسی می‌باشد (۷). در آزمون اورهآز سریع، آنزیم اورهآز باکتری، اوره موجود در محیط را هیدرولیز کرده و با تولید آمونیاک یک pH قلیایی ایجاد کرده که باعث تغییر رنگ مارکر pH می‌شود. این آزمون معمولاً در طی یک ساعت مثبت می‌شود ولی خواندن جواب مثبت تا ۲۴ ساعت توصیه شده است. تمام ایزولهای هلیکوباتر پیلوری دارای آنزیم اورهآز هستند ولی میزان فعالیت آن در سویه‌های مختلف بسته به شرایط رشد باکتری متفاوت است (۸).

کلیتون (Clayton) و همکاران سیستم PCR را برای شناسایی هلیکوباتر پیلوری راهاندازی نمودند. واکنش زنجیره‌ای پلی‌مراز را می‌توان با استفاده از هدف‌های زنی متعدد برای تشخیص ژن‌های متعدد هلیکوباترپیلوری در نمونه‌های بیوپسی یا کشت، نمونه بزاق، شیره معده و مدفوع استفاده کرد. از پرایمرهای مورد استفاده برای تشخیص هلیکوباتر پیلوری، پرایمرهای مربوط به ژن اورهآز، ژن rRNA ۱۶S و ژن‌های مقاومت آنتی‌بیوتیکی می‌باشد. با استفاده از این تکنیک می‌توان مقادیر خیلی کم DNA باکتری را شناسایی نمود. خصوصیت مهم این روش حساسیت زیاد آن می‌باشد (۹).

با توجه به اینکه استفاده از آزمون اورهآز سریع یک روش پر کاربرد در تشخیص عفونت هلیکوباتر پیلوری می‌باشد و انجام آزمون PCR جهت تشخیص عفونت هلیکوباتر پیلوری معمول نمی‌باشد، بنابراین در این مطالعه حساسیت و ویژگی آزمون اورهآز در مقایسه با

هلیکوباتر پیلوری^۱، باکتری خمیده شکل و گرم منفی است که اولین بار در سال ۱۹۸۲ جadasازی شد. این باکتری مهم‌ترین علت بیماری‌های معده‌ای روده‌ای از جمله گاستریت، زخم اثنی عشر و سرطان معده است (۱). شیوع عفونت با این باکتری بالاست و به طور کلی نیمی از مردم جهان به این باکتری آلوده‌اند (۲).

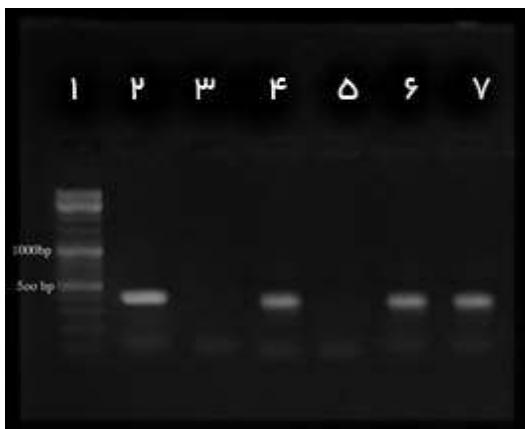
با این حال شیوع عفونت ناشی از این باکتری در کشورهای جهان سوم بیشتر است و میزان شیوع آن در کشور ایران ۹۰ درصد گزارش شده است (۳).

شناسایی هلیکوباتر پیلوری به عنوان یکی از عوامل اصلی بیماری‌های گوارشی، در پیش آگهی و درمان اهمیت فراوانی دارد. روش‌های تشخیصی هلیکوباتر پیلوری عمدهاً به دو دسته‌ی تهاجمی و غیرتهاجمی تقسیم‌بندی می‌شوند. در روش‌های تهاجمی از بیوپسی معده برای آزمون‌های هیستولوژی، کشت، آزمون اورهآز سریع (RUT) و واکنش زنجیره‌ای پلی مراز (PCR) استفاده می‌شود. روش‌های غیرتهاجمی شامل آزمون اورهآز تنفسی و سرولوژی می‌باشد که در این روش‌ها از نمونه‌های خون، بازدم، مدفوع، ادرار یا بزاق جهت تشخیص باکتری استفاده می‌شود (۴ و ۵).

یکی از خصوصیات مهم هلیکوباتر پیلوری این است که اگر چه باکتری اسیدوفیل نیست، اما می‌تواند در محیط اسیدی معده زنده مانده و مستقر شود. علت اصلی مقاومت این باکتری به اسید، آنزیم اورهآز است که اوره را به آمونیاک و بی‌کربنات هیدرولیز می‌کند. بی‌کربنات تولید شده به یک مولکول آمونیاک دیگر و دی‌اکسیدکربن تبدیل می‌شود. آمونیاک تولید شده به سرعت pH را در اطراف سلول باکتری افزایش می‌دهد

^۱*Helicobacter pylori*

ureAR5'-CTCCTTAATTGTTTTAC-3 در مطالعه قبلی طراحی شده بود (۱۰) مورد استفاده قرار گرفت. این پرایمروز طوری طراحی شده‌اند که قادرند قطعه‌ای با اندازه ۴۱۱ جفت باز (bp) را تکثیر نمایند (شکل ۱).



شکل ۱) تصویر الکتروفورز محصولات PCR ژن *ureA* به ترتیب: چاهک ۱: مارکر چاهک ۲ و ۳: کنترل مثبت و منفی، چاهک ۴، ۵ و ۷ نمونه‌های دارای ژن *ureA* چاهک ۶: نمونه فاقد ژن *ureA*

جهت تکثیر قطعه مورد نظر از ژن *ureA* در یک حجم ۵۰ میکرولیتری از ۲۰ میکرولیتر آب مقطر HotStarTaq Master Mix استریل، ۲۵ میکرولیتر پرایمر Kit (۴۰۰ ng)، ۴ میکرولیتر پرایمر (Forward and Reverse primer) و ۱ میکرولیتر

DNA استخراج شده استفاده گردید. برنامه مورد استفاده برای تکثیر این ژن عبارت بود از: یک دمای دناتوراسیون ۹۵ درجه اولیه به مدت ۵ دقیقه، ۳۵ سیکل دمایی شامل: سیکل ۹۵ درجه برای ۱ دقیقه، ۴۵ درجه برای ۱ دقیقه و ۷۲ درجه برای ۱ دقیقه و در نهایت یک دمای ۷۲ درجه برای ۱۰ دقیقه. سپس ۱۰ میکرولیتر از محصول PCR، در ژل ۲ درصد آگاروز رنگ‌آمیزی شده با اتیدیوم بروماید الکتروفورز شد و سپس با استفاده از UV ترانسلومنیتور در حضور یک مارکر DNA (fermentas) ۱۰۰ bp باشد و

آزمون PCR مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه در طی سال ۱۳۹۰ بر روی بیماران با علایم گوارشی مراجعه کننده به بخش اندوسکوپی بیمارستان فیروزگر تهران و بیماران بستری در بخش داخلی (گوارش) این بیمارستان که بنا به تشخیص پزشک متخصص تحت اندوسکوپی قرار گرفته بودند انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه تعداد ۹۴ بیمار بدون محدودیت سنی و جنسی بود. در بین بیماران تحت مطالعه، بیمارانی که اخیراً داروهای حاوی بیسموت، آنتی‌بیوتیک و مهار کننده‌های پمپ پروتون دریافت کرده بودند از مطالعه حذف شدند. بعد از اخذ رضایت‌نامه، از هر بیمار، دو نمونه بیوپسی از قسمت انתרوم معده گرفته شد. یکی از نمونه‌ها جهت بررسی آزمون اوره آز، در دمای محیط در میکروتیوب حاوی اوره ۱۰ درصد + فلن قرار گرفت. در صورتی که نمونه مورد نظر بلا فاصله بعد از قرارگیری در محیط اوره تا ۴ ساعت بعد از آن، باعث تغییر رنگ محیط اوره (از رنگ زرد به ارغوانی) می‌شد به عنوان نمونه اوره آز مثبت تلقی می‌گردید.

نمونه دیگر جهت بررسی ملکولی در میکروتیوب حاوی نرمال سالین استریل قرار گرفت که بعد از انتقال به آزمایشگاه در دمای -۲۰ - ۲۰ درجه سانتی‌گراد DNA تا زمان انجام آزمایش نگهداری شد. استخراج نمونه‌های ذخیره شده، برای انجام آزمون PCR با استفاده از DNeasy Blood & Tissue Kit (Qiagen, Hilden, Germany) انجام گرفت. جهت تکثیر بخشی از ژن *ureA*، پرایمر پیشرو ureAF5'-CCCAATGGTAAATTAGTT-3' و پرایمر

بحث

اساس آزمون اوره آز سریع، بررسی فعالیت آنزیم اوره آز هلیکوباتر پیلوری است که این آنزیم اوره را به یک ملکول دی اکسیدکربن و دو ملکول آمونیاک تبدیل کرده و آمونیاک آزاد شده منجر به افزایش pH می شود (۱۱). RUT نسبت به سایر آزمون های تشخیصی هلیکوباتر پیلوری بیشترین کاربرد را دارد و علت آن آسانی، کم هزینه بودن و پاسخ سریع آن نسبت به سایر آزمون های تشخیصی این باکتری است (۱۲).

حساسیت آزمون بستگی به تعداد باکتری های موجود در نمونه بیوپسی دارد. به طور کلی تعداد 10^4 باکتری برای ایجاد پاسخ مثبت لازم می باشد. مصرف داروهای حاوی بیسموت، آنتی بیوتیک و مهار کننده های پمپ پروتون حساسیت آزمون را کاهش می دهد و منجر به ایجاد پاسخ منفی کاذب می گردد (۱۳). مواردی که می توانند منجر به ایجاد پاسخ مثبت کاذب این آزمون شوند آلدگی باکتریایی با ارگانیسم هایی مانند پرتوئوس یا سودوموناس (هر چند به میزان کم) است (۱۴). مورد دیگری که می تواند منجر به ایجاد پاسخ مثبت کاذب آزمون اوره آز سریع گردد احتمال وجود هلیکوباتر هلمانی (*Helicobacter heilmannii*) است. هلیکوباتر هلمانی در معده حدود ۲ درصد می باشد. هلیکوباتر هلمانی که تحت اندوسکوپی قرار می گیرند وجود از بیمارانی که تحت اندوسکوپی قرار می گیرند وجود دارد و به میزان کمی فعالیت اوره آزی دارد که می تواند منجر به ایجاد پاسخ مثبت کاذب شود (۱۵-۱۷).

حساسیت و ویژگی RUT تحت تأثیر عوامل مختلف قرار می‌گیرد به طوری که اگر بیش از یک قطعه بیوپسی در ویال حاوی محیط اوره قرار داده شود، حساسیت آزمون افزایش می‌یابد ولی بر اختصاصیت آزمون اثری ندارد (۱۸) یا در صورتی که جواب آزمایش در کمتر از ۱ ساعت بررسی شود، ویژگی

با مارکر مقایسه گردید. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS (USA, Il.Chicago,SPSS Inc) ویرایش ۱۹ وارد گردید و جهت بررسی میزان توافق دو آزمون کیفی از روش کاپا استفاده شد.

یافته‌ها

جمعیت مورد مطالعه تعداد ۹۴ بیمار (۵۸ مرد و ۳۶ زن) دارای علایم گوارشی با محدوده سنی ۱۷ تا ۷۶ سال و میانگین سنی ۴۶ سال بود. از مجموع ۹۴ بیمار، آزمون اوره آز سریع برای ۴۵/۷ (درصد) بیمار مثبت و برای ۵۱ (۵۴/۲ درصد) بیمار منفی گزارش گردید. آزمایش PCR برای ۳۶ (۳۸/۳) بیمار مثبت و ۶۱/۷ (درصد) بیمار منفی شد (جدول ۱).

جدول ۱) نتایج حاصل از PCR و RUT در بیماران گوارشی در بیمارستان فیروزگر تهران در سال ۱۳۹۰

مثبت	منفی	جمع
۴۳	۵۱	۹۴
۳۶	۵۸	۹۴

آزمون اوره آز PCR

با توجه به اینکه در این مطالعه روش PCR به عنوان روش استاندارد طلایی در نظر گرفته شده است بنابراین ویژگی و حساسیت RUT نسبت به PCR محاسبه گردید و نتایج به صورت زیر به دست آمد.

با توجه به مقدار آزمون کاپا ($0.83 \mu\text{g}$) دو آزمون PCR و RUT میزان توافق بالای دارند.

جدول ۲) نتایج آزمون اورهاز در مقایسه با PCR جهت تشخیص عفونت هلیکوباتر پلوری در بیماران گوارشی

اسناد از	آزمون آزمون	حسابیت	وینگی	PPV	NPV	کاپا
PCR	اوره آژ	۹۷/۲	۸۹/۲	۸۱/۴	۹۸	۰/۸۳

ارزش اخباری مثبت (positive predictive value) PPV
ارزش اخباری منفی (negative predictive value) NPV

سریع و PCR را در مقایسه با مطالعه کارگر و همکاران نشان می‌دهد.

مطالعه حاضر به علت حذف بیمارانی که سابقه مصرف داروهای حاوی بیسموت، آنتی‌بیوتیک و مهار کننده‌های پمپ پروتون داشتند حساسیت بیشتری داشت. در کل مطالعه تعداد ۸ مورد مثبت کاذب و ۱ مورد منفی کاذب مشاهده شد.

متأسفانه در ایران، در بسیاری از مراکز اندوسکوپی تنها از آزمون اوره آز جهت تشخیص عفونت هلیکوباکتر پیلوری استفاده می‌شود. در صورتی که به پزشکان توصیه شده است تنها از RUT به عنوان تنها آزمون تشخیصی عفونت این باکتری استفاده نشود بلکه باید برای تأیید حضور هلیکوباکتر پیلوری از حداقل ۲ آزمون از بین آزمون‌های RUT، کشت باکتریایی، UBT (آزمون اوره تنفسی) و هیستولوژی استفاده شود تا بتوان وجود یا عدم وجود عفونت هلیکوباکتر پیلوری را با قطعیت بیشتری گزارش داد.

سپاس و قدردانی

این مقاله بخشنی از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین‌وسیله از پزشکان و پرستاران محترم بخش اندوسکوپی بیمارستان فیروزگر تهران جهت همکاری در تهیه نمونه سپاس و قدردانی می‌گردد.

References:

- Sanders MK, Peura DA. Helicobacter pylori-Associated Diseases. Curr Gastroenterol Rep 2002; 4: 448-54.
- Mukhopadhyay AK, Kersulyte D, Jeong JY, et al. Distinctiveness of genotypes of Helicobacter pylori in Calcutta, India. J Bacteriol 2000; 182: 3219-27.
- Dabiri H, Maleknejad P, Yamaoka Y, et al. Distribution of Helicobacter pylori cagA,

آزمون بالا می‌رود ولی حساسیت آن کاهش می‌یابد. بنابراین هر چه زمان بگذرد خصوصاً بعد از ۲۴ ساعت، حساسیت آزمون افزایش و اختصاصیت آن کاهش می‌یابد (۱۹).

اوگاتا (Ogata) و همکاران حساسیت و اختصاصیت آزمون اوره آز سریع را به ترتیب ۱۰۰ درصد و ۸۴/۲ درصد گزارش نموده‌اند (۲۰). سعید و همکاران حساسیت، اختصاصیت، PPV و NPV و دقت آزمون اوره آز را به ترتیب ۹۸، ۹۸، ۱۰۰، ۱۰۰ و ۹۹ درصد گزارش کرده‌اند (۱۱).

قوطاسلو (Gottaslu) و همکاران نیز حساسیت، اختصاصیت، PPV و NPV این آزمون را به ترتیب ۹۸/۶ درصد، ۹۲/۷ درصد، ۹۴/۷ درصد و ۹۸ درصد گزارش کرده‌اند (۲۱). کارگر و همکاران نیز این موارد را به ترتیب ۸۰/۷۶ درصد، ۶۹/۲۳ درصد، ۸۵/۹۲ درصد، ۶۰/۶۵ درصد گزارش نموده‌اند (۲۲).

در این مطالعه میزان حساسیت، اختصاصیت، ارزش اخباری مثبت و ارزش اخباری منفی آزمون اوره آز سریع به ترتیب ۹۷/۲ درصد، ۸۹/۲ درصد، ۸۱/۴ درصد و ۹۸ درصد به دست آمد. به طور کلی نتایج مطالعه حاضر با نتایج به دست آمده در مطالعه اوگاتا و همکاران و همچنین مطالعه قوطاسلو و همکاران شباهت بیشتری را نشان می‌دهد. با این حال نتایج به دست آمده در این مطالعه توافق بیشتر آزمون اوره آز

cagE, oipA, and vacA in different major ethnic groups in Tehran, Iran. J Gastroenterol Hepatol 2009; 24: 1380-6.

4.Vaira D, Malfertheiner P, Mègraud F, et al. Diagnosis of Helicobacter pylori infection with a new non-invasive antigen-based assay. HpSA European study group. Lancet 1999; 354: 30-3.

5.Mostaghni A, Eghbali S, Afarid M.

- Evaluation of brushing cytology in the diagnosis of *Helicobacter pylori* gastritis. ISMJ 2008; 10: 136-42.
6. Yoshiyama H, Nakazawa T. Unique mechanism of *Helicobacter pylori* for colonizing the gastric mucus. *Microbes Infect* 2000; 2: 55-60.
 7. McNulty CA, Wise R. Rapid diagnosis of Campylobacter-associated gastritis. *Lancet* 1985; 1: 1443-4.
 8. Bijlsma JJ, Lie-A-Ling M, Nootenboom IC, et al. Identification of loci essential for the growth of *Helicobacter pylori* under acidic conditions. *J Infect Dis* 2000; 182: 1566-9.
 9. Clayton CL, Kleanthous H, Coates PJ, et al. Sensitive detection of *Helicobacter pylori* by using polymerase chain reaction. *J Clin Microbiol* 1992; 30: 192-200.
 10. Podzorski RP, Podzorski DS, Wuerth A, et al. Analysis of the vacA, cagA, cagE, iceA, and babA2 genes in *Helicobacter pylori* from sixty-one pediatric patients from the Midwestern United States. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2003; 46: 83-8.
 11. Salvir SA, Whitt DD, editors. *Bacterial Pathogenesis A Molecular Approach*. 2nd ed. Washington D.C: ASM press; 2002: p. 510-42.
 12. Said RM, Cheah PL, Chin SC, et al. Evaluation of a new biopsy urease test: Pronto Dry, for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 195-9.
 13. Dickey W, Kenny BD, McConnell JB. Effect of proton pump inhibitors on the detection of *Helicobacter pylori* in gastric biopsies. *Aliment Pharmacol Ther* 1996; 10: 289-93.
 14. Katelaris PH, Lowe DG, Norbu P, et al. Field evaluation of a rapid, simple and inexpensive urease test for the detection of *Helicobacter pylori*. *J Gastroenterol Hepatol* 1992; 7: 569-71.
 15. Heilmann KL, Borchard F. Gastritis due to spiral shaped bacteria other than *Helicobacter pylori*: clinical, histological, and ultrastructural findings. *Gut* 1991; 32: 137-40.
 16. Peutz T, Vakil N, Phadnis S, et al. The PyloriTek test and the CLO test: accuracy and incremental cost analysis. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 254-7.
 17. Jhala D, Lopez I, Atkinson BF, et al. *Gastrospirillum hominis*: the association with peptic ulcer disease and modes of detection. *Gastroenterology* 1996; 110: A143.
 18. Lam SK, Talley NJ. Report of the 1997 Asia Pacific Consensus Conference on the management of *Helicobacter pylori* infection. *J Gastroenterol Hepatol* 1998; 13: 1-12.
 19. Megraud F. Advantages and disadvantages of current diagnostic tests for the detection of *Helicobacter pylori*. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1996; 215: 57-62.
 20. Ogata SK, Kawakami E, Patrício FR, et al. Evaluation of invasive and non-invasive methods for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in symptomatic children and adolescents. *Sao Paulo Med J* 2001; 119: 67-71.
 21. Gottaslu R, Kazemi B, Megraud F, et al. Value of Urease Test in the detection of *Helicobacter pylori* infections. *J Jahrom Univ Sci Med Sci* 2005; 2: 5-11.
 22. Kargar M, Razavizadegan SH, Eshraghian K, et al. Role of Rapid Urase test in comparison with PCR for *Helicobacter pylori* infection diagnosis. *J Microbiol World* 2009; 2: 31-6.

Original Article

Evaluation of Rapid Urease Test Compared with Polymerase Chain Reaction for Diagnosis of *Helicobacter pylori*

Z. Pakbaz¹, MH. Shirazi^{1*}, MR. Pourmand¹, H. Azhdarkosh², Z. Vaise Malekshahi³, D. Afshar¹, S. Hajikhani¹, N. Mardani¹

¹ Department of Pathobiology, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, IRAN

² Department of Internal Training, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, IRAN

³ Department of Biotechnology, School of Sciences, Shahed University, Tehran, IRAN

(Received 31Dec, 2011 Accepted 23Feb, 2012)

Abstract

Background: Current diagnostic methods for detecting *Helicobacter pylori* infection include rapid urease test (RUT), urea breath test (UBT), histology, culture, and polymerase chain reaction (PCR). RUT is the most commonly method to diagnose *Helicobacter pylori* infection because of its simple, rapid and accurate characters. The aim of this study is evaluation of rapid urease test compared with PCR for diagnosis of *Helicobacter pylori*.

Material and Methods: In this study 94 patients with dyspeptic symptoms attending the endoscopy suite of gastroenterology section of the Firouzgar University Hospital, Tehran, Iran, were enrolled. Patient's antrum biopsy specimens were collected at endoscopy for the rapid urease test and PCR. Data was recorded on a data sheet and analyzed using SPSS version 19.0. Sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV) of RUT was compared against PCR. The gold standard test for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection was PCR.

Results: Sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV) of RUT respectively were 97.2%, 89.2%, 81.4% and 98%.

Conclusion: RUT has high sensitivity and specificity for detection of *Helicobacter pylori* infection.

Keywords: *Helicobacter pylori*, rapid urease test, PCR, biopsy

*Address for correspondence: Department of Microbiology, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, IRAN; E-mail: mhshirazi@tums.ac.ir