

میزان فاکتور هشت و فون ویلبراند و ارتباط آن‌ها با علائم بالینی در ناقلین قطعی هموفیلی در اصفهان

محمد رحیم فاتحی^۱، حمید هورفر^۲، ناهید اکبری^۳، محسن اشراقی^۴، مهدی حجتی^۵،
نصرت معتمدی^۶، زهرا شاهین پور^۷

چکیده

سابقه و هدف

تمایل به خونریزی در ناقلین هموفیلی A از سال‌ها قبل شناخته شده به طوری که برخی حتی با سطح فاکتور ۴۰٪ تا ۶۰٪ نیز، دچار خونریزی‌های غیر طبیعی می‌شوند. هدف از مطالعه تعیین سطح فاکتور VIII و فون ویلبراند و بررسی ارتباط آن‌ها با علائم بالینی در ناقلین قطعی بود.

مواد و روش‌ها

این بررسی توصیفی بر روی ۴۹ زن ناقل قطعی هموفیلی A در سال ۱۳۸۹ انجام شد. آزمایش PT، PTT، F، VIII و vWF انجام و ارتباط آن‌ها با نمره علائم بالینی توسط آزمون پیرسون و SPSS ۱۷ بررسی شد.

یافته‌ها

میانگین PT $12/6 \pm 1/3$ ثانیه، PTT $36/3 \pm 4/2$ ثانیه، فاکتور VIII $52/5 \pm 22/6$ درصد بود. میانگین Ag : vWF $35/2 \pm 83/7$ ٪ و میانگین نمره علائم بالینی $1/75 \pm 1/5$ ٪ بود. فقط ۲ نفر (۴٪) از ناقلین دارای نمره علائم بالینی ۵ و بالاتر بودند. آزمون t نشان داد که در ناقلین قطعی بین نسبت فاکتور VIII به Ag : vWF با نمره علائم بالینی ارتباط قابل ملاحظه‌ای وجود داشت ($p=0/006$).

نتیجه‌گیری

آزمایش‌های PT، PTT، فاکتور هشت، Ag : vWF و نمره علائم بالینی در غربالگری ناقلین هموفیلی A هر کدام به تنهایی نمی‌تواند کمک‌کننده باشد لذا به نظر می‌رسد، تنها تعیین نسبت فاکتور هشت به Ag : vWF می‌تواند در بررسی احتمال ناقل بودن مفید باشد. ولی برای تشخیص قطعی ناقلین، هم چنان نیاز به انجام آزمایش‌های مولکولی و ژنتیکی می‌باشد.

کلمات کلیدی: ایران، هموفیلی A، خونریزی، ناقل

تاریخ دریافت: ۹۱/ ۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۲۱

- ۱- کارشناس علوم آزمایشگاهی - مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون و پایگاه منطقه‌ای آموزشی انتقال خون اصفهان - اصفهان - ایران
- ۲- پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - اصفهان - ایران
- ۳- مؤلف مسئول: پزشک عمومی - مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون و پایگاه منطقه‌ای آموزشی انتقال خون اصفهان - اصفهان - ایران - صندوق پستی: ۸۱۶۸۸-۴۴۸۶۱
- ۴- کارشناس هنر - رئیس کانون هموفیلی ایران نمایندگی استان اصفهان - اصفهان - ایران
- ۵- کارشناس علوم آزمایشگاهی - بیمارستان سیدالشهدا(ع) اصفهان - اصفهان - ایران
- ۶- کاردان پرستاری - بیمارستان سیدالشهدا(ع) اصفهان - اصفهان - ایران
- ۷- کارشناس علوم آزمایشگاهی - مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون و پایگاه منطقه‌ای آموزشی انتقال خون اصفهان - اصفهان - ایران

مقدمه

اگر فنوتیپ آزمایشگاهی آن‌ها نیز شناخته شده باشد، می‌تواند برای پیش‌بینی خونریزی مورد استفاده قرار گیرد (۷). لذا پزشکانی که با این افراد سروکار دارند بایستی اطلاع و آموزش کافی از وضعیت آن‌ها داشته باشند زیرا برای این افراد باید تدابیری اندیشیده شود تا برخی پیشگیری‌ها اعمال گردد و یا از برخی اقداماتی که آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد، پرهیز شود. بررسی فنوتیپ (اندازه‌گیری مقدار فاکتور) ناقلین قطعی یا زنان در معرض خطر به این خاطر اهمیت دارد که خود و خانواده آن‌ها بدانند آیا مقدار فاکتور آن‌ها نرمال است یا خیر؟ ولی اگر بخواهند بدانند که حامل ژن هستند یا نه، باید از نظر ژنتیکی بررسی شوند (۸). در ایران وضعیت ناقلین قطعی نامشخص و تاکنون بررسی صورت نگرفته است. در این مطالعه سطح فاکتور VIII و فونویلبراند پلاسما و نسبت آن‌ها با خطر خونریزی در افراد ناقل هموفیلی A بررسی و ارتباط آن‌ها با یافته‌های بالینی با استفاده از پرسشنامه مربوط ارزیابی گردید. به طوری که بتوان از آن حتی در کشف موارد اسپورادیک بیماری کمک گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بوده و از ناقلین قطعی هموفیلی مراجعه‌کننده به مرکز هموفیلی استان اصفهان جهت شرکت در تحقیق دعوت به عمل آمد. در این مطالعه مقطعی، زنان ناقل قطعی هموفیلی A که ۱۰۰ نفر برآورد شده بودند، با استفاده از پرونده‌های موجود در بخش هموفیلی برای شرکت در مطالعه دعوت شدند. از این تعداد، ۵۴ نفر پس از کسب رضایت‌نامه کتبی به طرح وارد شدند. سپس این زنان توسط پزشک درمانگاه ویزیت شده و سابقه خونریزی‌های غیر طبیعی در پرسشنامه استاندارد که جهت بررسی بیماری‌های خونریزی‌دهنده خفیف به کار می‌رود ثبت گردید (۹، ۱۰). قبل از اقدام به نمونه‌گیری هر داوطلب طرح، نمره علائم بالینی تعیین و شدت خونریزی او برآورد شد. افزایش نمره علائم بالینی، نشان‌دهنده افزایش تمایل به خونریزی در فرد می‌باشد. بعد از توجیه و گرفتن تاریخچه، فرم پرسشنامه به داوطلبان تحویل و سپس نمونه‌گیری انجام شد. نمونه‌های خون آن‌ها روی ماده ضد

هموفیلی A از اختلالات اغلب ارثی است که در هر ۵۰۰۰ تولد نوزاد پسر، در یک مورد دیده می‌شود و ۸۰٪ از موارد انواع هموفیلی را تشکیل می‌دهد. تمایل به خونریزی در ناقلین هموفیلی A از قبل شناخته شده و برخی از آن‌ها حتی با سطح فاکتور کمتر از ۵۰ درصد نیز، دچار خونریزی‌های غیر طبیعی می‌شوند. گروه مورد بررسی ناقلین قطعی هموفیلی هستند (۱). ناقلین قطعی زنانی هستند که دارای دو فرزند هموفیلی و یا یک فرزند با سابقه هموفیلی در خانواده (اکثراً برادر) می‌باشند. زنانی که پدر مبتلا به هموفیلی دارند ناقل قطعی هموفیلی هستند (۲). اگر مقدار فاکتورهای انعقادی کمتر از نرمال باشد، قویاً مطرح‌کننده حالت ناقل است اما وجود مقادیر نرمال نیز آن را رد نمی‌کند (۳). اهمیت اندازه‌گیری مقدار فاکتورهای انعقادی، تعیین خطر خونریزی در حین یا پس از زایمان و یا اعمال جراحی می‌باشد. دیده شده که خونریزی بعد از زایمان در این افراد بیشتر از افراد نرمال است (۴).

آزمایش فونویلبراند با روش ایمنواسی نیز به تشخیص ناقلین هموفیلی A کمک کرده است. با این روش‌ها مقدار vWF در ناقلین نرمال بوده و یا افزایش یافته ولی کاهش متغیر ولی ملایم فاکتور VIII وجود دارد. با آزمایش بیواسی و ایمنواسی و محاسبه نسبت F.VIII به Ag: vWF، می‌توان با همپوشانی کمی، ناقلین را از افراد نرمال افتراق داد (۵).

در سال ۲۰۱۰ مقایسه زنان ناقل هموفیلی با گروه شاهد انجام شد. هر ناقل از نظر موتاسیون فامیلی، گروه خون ABO، سطح فاکتور VIII، فاکتور فونویلبراند و پروتئین راکتیو C بررسی شد و به این نتیجه رسیدند که فاکتورهای شناخته شده مؤثر بر میزان فاکتور VIII، تاثیر چندانی بر فعالیت آن در ناقلین ندارد (۶). برای ارزیابی بالینی بیماری‌های خونریزی‌دهنده ارثی و اکتسابی، پرسشنامه‌های مختلفی به کار رفته است. این پرسشنامه‌ها گرچه برای مقایسه خونریزی در گروه‌های مختلف به کار رفته ولی برای تمایز افراد دارای تمایل به خونریزی و افراد سالم به کار گرفته نشده است. در مورد بیماران بدون علامت که دارای سابقه خانوادگی خونریزی هستند، حتی

یافته‌ها

از تعداد ۵۴ زنی که مراجعه نموده بودند، ۴۹ نفر ناقل قطعی وارد مطالعه شدند اما ۵ نفر به علت ناقل احتمالی بودن وارد طرح نشدند. ناقلین قطعی شامل ۶ نفر (۱۲/۲٪) مادر دو بیمار هموفیلی، ۲۶ نفر (۵۳٪) مادر یک بیمار همراه با سابقه خانوادگی مثبت و ۱۷ نفر (۳۴/۷٪) دختر بیمار هموفیلی بودند.

میانگین زمان پروترومبین $1/3 \pm 12/6$ ثانیه (PT طبیعی: ۱۲-۱۴ S)، میانگین زمان ترومبوپلاستین نسبی $4/2 \pm 36/3$ ثانیه (PTT طبیعی: ۱۸-۲۸ S)، میانگین فاکتور F.VIII $52/5 \pm 22/6$ ٪ (محدوده طبیعی: ۶۰-۱۵۰ درصد) (حداقل ۲۲/۸ و حداکثر ۱۳۹)، میانگین فاکتور فون ویلبراند $83/7 \pm 35/2$ (محدوده طبیعی ۵۰-۱۵۰٪) و میانگین نمره علایم بالینی $1/5 \pm 1/75$ (حداقل صفر و حداکثر ۶) بود (جدول ۱).

در بین ناقلین قطعی ۴۷ نفر (۹۵/۹٪) دارای نمره علایم بالینی کمتر از ۵ و ۲ نفر (۴٪) دارای نمره علایم بالینی ۵ و ۶ (بالای ۵) بودند. فاکتور VIII در ۱۹ نفر (۳۹٪) از ناقلین کمتر از ۴۰٪، در ۲۸ نفر (۵۷٪) کمتر از ۵۰٪ و در ۳۹ نفر (۸۰٪) کمتر از ۶۰٪ بود. نتایج آزمایش PTT بالاتر از طبیعی بوده ولی ارتباط معناداری با نسبت F.VIII به Ag: vWF دیده نشد. آزمون t نشان داد که نمره علایم بالینی شرکت‌کنندگان با مارکرهای PT و F.VIII ارتباط معناداری نداشت. میانگین نسبت F.VIII به Ag: vWF در ناقلین قطعی $0/27 \pm 0/66$ به طوری که حداقل ۰/۲۷ و حداکثر ۱/۷۰ بود. در ۲۹ نفر (۵۹٪) از ناقلین قطعی نسبت F.VIII به Ag: vWF کمتر از ۰/۷۲ و در ۱۸ نفر (۳۷٪) بالاتر از ۰/۷۲ بود (جدول ۲).

انعقاد سیترات سدیم ۰/۱۰۹ مولار به نسبت یک حجم ضد انعقاد و ۹ حجم خون در لوله پلاستیکی یک بار مصرف گرفته، بلافاصله سانتریفوژ و پلاسما آن در سه ویال پلاستیکی تقسیم و در فریزر ۲۰- درجه سانتی‌گراد نگهداری شد (برای PTT و PT یک نمونه، فاکتور VIII و Ag: vWF هر کدام یک نمونه جداگانه). پس از اتمام نمونه‌گیری، آزمایش‌های PT و PTT به ترتیب با استفاده از معرف‌های Neoplastin CL Plus و C.K prest و آزمایش F.VIII با افزودن پلاسما فاقد فاکتور VIII (STA-Deficient VIII) به نمونه مورد آزمایش در مقایسه پلاسما نرمال به کمک کوآگولومتر 4-ST انجام شد. هم چنین جهت بررسی میزان خونریزی قاعدگی، از فرم‌های تصویری استفاده شد و پس از آموزش روش تکمیل توسط پرستار همکار طرح، فرم‌ها در زمان قاعدگی توسط داوطلب تکمیل و عودت داده شد. بر اساس اطلاعات فرم‌ها، امتیاز آن محاسبه و ارتباط آن‌ها با سطح فاکتورها سنجیده شد و پرسشنامه اصلی تکمیل گردید. نمره‌دهی در هر ردیف از صفر (بدون سابقه در نشانه) تا ۳ (تظاهر کامل علامت) بود که می‌توانست از صفر تا ۳۳ نمره داشته باشد.

اطلاعات به دست آمده را به برنامه SPSS نسخه ۱۷ وارد کرده و سپس تجزیه و تحلیل اطلاعات به صورت توصیفی انجام شد. برای تعیین ارتباط بین نتایج آزمایش‌های مورد نظر و نمره خونریزی آن‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون استفاده گردید. نتیجه آزمایش‌ها به صورت مکتوب در اختیار داوطلب قرار گرفت و در صورت تمایل با پزشک درمانگاه مشاوره شد.

جدول ۱: میانگین شاخص‌های بررسی شده در ناقلین قطعی هموفیلی

متغیرها	PT (ثانیه)	PTT (ثانیه)	FVIII (درصد فعالیت)	vWF (درصد vWF:Ag)	نسبت F.VIII/vWF	امتیاز
میانگین	۱۲/۶	۳۶/۳	۵۲/۶	۸۳/۷	۰/۶۶	۱/۰۶
انحراف معیار	۱/۳	۴/۲	۲۲/۶	۳۵/۱	۰/۳	۱/۵
حداقل	۱۰/۵	۲۶	۲۳	۴۳	۰/۳	۰
حداکثر	۱۶/۱	۵۱/۹	۱۳۹	۲۰۵	۱/۷	۶

جدول ۲: میانگین نسبت VIIIc به vWF بر حسب وضعیت ناقلی در شرکت کنندگان در مطالعه

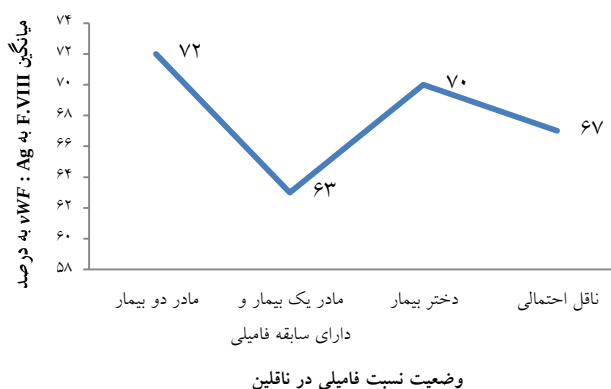
وضعیت نسبت در ناقلین	تعداد ناقل	حداقل	حداکثر	میانگین $\pm$ انحراف معیار
مادر دو بیمار	۶	۰/۳۷	۰/۹۳	۰/۷۲ $\pm$ ۰/۲
مادر یک بیمار و دارای سابقه خانوادگی	۲۵	۰/۲۹	۱/۱۵	۰/۶۳ $\pm$ ۰/۲
دختر بیمار	۱۶	۰/۲۷	۱/۷	۰/۷۰ $\pm$ ۰/۳
ناقل احتمالی	۴	۰/۵۱	۰/۸۳	۰/۶۷ $\pm$ ۰/۱

ارتباط نمره علائم بالینی با هیچ کدام از مارکرهای آزمایشگاهی در مطالعه حاضر محسوس نبود. این یافته نشان می‌دهد که نمره علائم بالینی نمی‌تواند برای تشخیص ناقلین هموفیلی کمک قابل قبولی کند.

برخی بررسی‌ها نسبت فاکتور VIII به vWF را در افراد طبیعی، بین ۰/۷۴ تا ۲/۲۰ و در ناقلین قطعی از ۰/۱۸ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۱۴، ۱۳). هم چنین آلورز لیال و همکاران، این نسبت را بین ۰/۳۷ تا ۱/۳۸ گزارش کرده‌اند (۱۵). نسبت F.VIII به Ag به vWF در ناقلین قطعی مطالعه حاضر بین ۰/۲۷ و ۱/۷۰ متغیر بود. ارتباط محسوس نسبت F.VIII به Ag به vWF در ناقلین قطعی با نمره علائم بالینی مورد انتظار بود.

زیرا این نسبت در افراد ناقل بیماری با کاهش میزان F.VIII کاهش می‌یابد. با بررسی این نسبت می‌توان به خوبی ناقلین را از افراد نرمال تشخیص داد. بنابراین قبل از بررسی مولکولی، با بررسی انعقادی و تعیین نسبت F.VIII به Ag به vWF می‌توان به وضعیت ناقلی در خانواده بیماران مبتلا به بیماری هموفیلی و وضعیت تمایل به خونریزی در آن‌ها پی برد.

با وجود این که صحت استفاده از نمره علائم بالینی برای خونریزی‌های خفیف، به غیر از بیماری فون ویلبراند تایید نشده است، در ناقلین مورد بررسی ما فقط ۲ نفر (۴٪) دارای نمره علائم بالینی ۵ و بالاتر بودند که ممکن است حداقل در زنان غیرعادی تلقی شود (۱۶). ولی ارتباط محسوسی با میزان PTT نداشت، بنابراین PTT را نیز نمی‌توان برای غربالگری تشخیص ناقلین به کار برد. محدودیت این مطالعه عدم وجود گروه شاهد بود که لازم است در بررسی‌های بعدی مد نظر قرار گیرد.



نمودار ۱: نمودار نسبت نمره علائم بالینی و فاکتور هشت به فون ویلبراند در ناقلین قطعی و احتمالی

آزمون t نشان داد که در ناقلین قطعی بین نسبت VIIIc به vWF با نمره علائم بالینی ارتباط قابل ملاحظه‌ای وجود دارد ($p = ۰/۰۰۶$). آزمون پیرسون نشان داد که با افزایش نسبت F.VIII به Ag به vWF، نمره علائم بالینی کاهش می‌یابد (نمودار ۱).

بحث

میانگین مقدار فاکتور VIII در شرکت کنندگان در مطالعه حاضر کمتر از مقدار مرجع بوده و همراستا با مطالعه‌های قبلی است که نشان داده سطح فاکتور هشت در ناقلین ممکن است کمتر از سطوح طبیعی باشد (۱۱). ۳۹٪ از ناقلین هموفیلی در بررسی حاضر سطح فاکتور کمتر از ۴۰ داشتند. بررسی‌ها نشان داده است که اغلب ناقلین دارای مقدار فاکتور VIII طبیعی هستند و سطح آن با شدت هموفیلی در خانواده ارتباطی ندارد (۱۲). بنابراین بررسی این مارکرها نمی‌تواند در تعیین وضعیت ناقلی کمک‌کننده باشد.

نتیجه گیری

بررسی ما نشان داد که وضعیت انعقادی اغلب ناقلین قطعی هموفیلی ثابت و بدون مشکل است. آزمایش PT، PTT، فاکتور VIII: Ag، vWF و نمره علائم بالینی در غربالگری ناقلین هموفیلی A نمی تواند به تنهایی کمک کننده باشد و تنها غربالگری مؤثر برای ناقلین هموفیلی A از نظر آزمون های انعقادی، نسبت F.VIII به vWF: Ag می باشد.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با بودجه مرکز تحقیقات انتقال خون ایران انجام شده است. نویسندگان مقاله از مدیر کل محترم انتقال خون اصفهان آقای حریری و خانم ها افضلی مدیر عامل کانون هموفیلی اصفهان، اعظم صافی سرپرستار بخش تالاسمی و هموفیلی درمانگاه امام رضا بیمارستان سیدالشهدا اصفهان به خاطر همکاری های همه جانبه تشکر و قدردانی می نمایند.

References:

- 1- Merskey C. The occurrence of haemophilia in the human female. *Q J Med* 1951; 20(79): 299-312.
- 2- Ross J. Perspectives of haemophilia carriers. *Haemophilia* 2000; 6 Suppl 1: 41-5.
- 3- Mauser-Bunschoten EP. Symptomatic carriers of Hemophilia. *World Federation of Hemophilia* 2008; 46: 2-3.
- 4- Kadir RA, Economides DL, Braithwaite J, Goldman E, Lee CA. The obstetric experience of carriers of haemophilia. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(7): 803-10.
- 5- Fishman DJ, Jones PK, Menitove JE, Ratnoff OD, Everson B. Detection of the carrier state for classic hemophilia using an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). *Blood* 1982; 59(6): 1163-8.
- 6- Ay C, Thom K, Abu-Hamdeh F, Horvath B, Quehenberger P, Male C, *et al.* Determinants of factor VIII plasma levels in carriers of haemophilia A and in control women. *Haemophilia* 2010; 16(1): 111-7.
- 7- Rodeghiero F, Tosetto A, Castaman G. How to estimate bleeding risk in mild bleeding disorders. *J Thromb Haemost* 2007; 5 Suppl 1: 157-66.
- 8- Street AM, Ljung RL, Lavery SA. Management of carriers and babies with haemophilia. *Haemophilia* 2008; 14 Suppl 3: 181-7.
- 9- Tosetto A, Castaman G, Rodeghiero F. Bleeding scores in inherited bleeding disorders: Clinical or research tools? *Haemophilia* 2008; 14(3): 415-22.
- 10- Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97(8): 734-9.
- 11- Plug I, Mauser-Bunschoten EP, Bröcker-Vriends AH, van Amstel HK, van der Bom JG, van Diemen-Homan JE, *et al.* Bleeding in carriers of hemophilia. *Blood* 2006; 108(1): 52-6.
- 12- Winikoff R, Lee C. Hemophilia carrier status and counseling the symptomatic and asymptomatic adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23(6 Suppl): S43-7.
- 13- Klein HG, Aledort LM, Bouma BN, Hoyer LW, Zimmerman TS, DeMets DL. A co-operative study for the detection of the carrier state of classic hemophilia. *N Engl J Med* 1977; 296(17): 959-62.
- 14- Ratnoff OD, Jones PK. The laboratory diagnosis of the carrier state for classic hemophilia. *Ann Intern Med* 1977; 86(5): 521-8.
- 15- Alvarez-Leal M, Perez-Vazquez JC, Gaspar-Belmonte JA, Castillo-Solis T, Zuñiga-Charles MA. Carrier detection of hemophilia by immunological and coagulation assays in a selected sample of the Mexican population. *Am J Hum Biol* 1997; 9(2): 173-8.
- 16- Rodeghiero F, Castaman G, Tosetto A, Battle J, Baudo F, Cappelletti A, *et al.* The discriminant power of bleeding history for the diagnosis of von Willebrand disease type 1: an international, multicenter study. *J Thromb Haemost* 2005; 3(12): 2619-26.

Original Article

The correlation of factor VIII and von Willebrand levels with clinical symptoms in obligate carriers of hemophilia A in Isfahan

Fatehifar M.R.^{1,2}, Horfar H.³, Akbari N.^{1,2}, Eshraghi M.⁴, Hojatifar M.⁵,
Motamedi N.⁵, Shahinpour Z.^{1,2}

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

²Isfahan Regional Educational Blood Transfusion Center, Isfahan, Iran

³Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴Comprehensive Haemophilia Treatment Center, Tehran, Iran

⁵Seyed-al-Shohada Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background and Objectives

Bleeding tendency in obligate carriers of hemophilia A has been found since several years ago; some of haemophiliacs with factor levels of 40-60% also have abnormal bleeding. The present study is to measure factor VIII and von Willebrand levels and evaluate their correlation with clinical finding in obligate carriers.

Materials and Methods

In this cross-sectional study conducted 49 obligate carriers of Haemophilia A. F.VIII, vWF: Ag, PT, and APTT levels were checked and their relationship with the bleeding score was evaluated and analyzed.

Results

Forty-Nine Obligate carriers included in the study. The mean of PT, PTT, F.VIII, vWF: Ag and bleeding score (BS) were 12.6 ± 1.3 , 36.3 ± 4.2 , 52.5 ± 22.6 , 83.7 ± 35.2 , and 1.5 ± 1.7 , respectively. The present study showed only 4% (2) of the carriers having had bleeding score (BS) equal to 5 and higher. Only F.VIII / vWF: Ag positively correlated with BS significantly ($p = 0.006$).

Conclusions

The present study showed that PT, PTT, and F.VIII levels and the bleeding score alone could not be helpful in screening obligate carriers. It seems that only determination of F.VIII/vWF: Ag ratio be helpful in carrier states. But definitive diagnosis carrier states is by molecular genetic testing.

Key words: IRAN, Hemophilia A, Hemorrhage, Carrier State

Received: 15 Apr 2012

Accepted: 11 Jan 2014

Correspondence: Akbari N., MD. Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine and Isfahan Regional Educational Blood Transfusion Center.

P.O. Box: 81688-44861, Isfahan, Iran. Tel: (+98311) 2607074; Fax: (+98311) 2607074

E-mail: nah_akbari@yahoo.com