

افزایش اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی ضد گلبول قرمز در برخی اختلالات خونی

مریم مساعد^۱، علی‌اکبر پورفتح‌اله^۲، مصطفی مقدم^۳، سمیرا گودرزی^۱

چکیده

سابقه و هدف

در سال‌های اخیر، به اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی به عنوان فاکتورهای کلیدی در حفظ هموستاز بدن توجه ویژه‌ای شده است و هم چنین به عنوان نشانگرهای زیستی در بیماری‌های گوناگون مطرح شده‌اند. این پژوهش، برای نخستین بار، به منظور تعیین هویت اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی بر علیه گلبول قرمز به دنبال برخی تغییرات هماتوپاتولوژیک در بیماران، در مقایسه با اهداکنندگان خون سالم انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش بنیادی - کاربردی، دو گروه از نمونه‌ها شامل ۶۰۰ اهداکننده خون سالم و ۳۲۴ بیمار که اختلالات هماتوپاتولوژیک نشان دادند، جمع‌آوری شدند. تمام نمونه‌ها به لحاظ اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی غربالگری شدند اما تعیین هویت تنها در صورت واکنش مثبت انجام شد. نتایج با استفاده از آزمون دو جمله‌ای و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ بررسی شدند.

یافته‌ها

اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی در ۸/۶٪ از جمعیت سالم و ۱۷/۹٪ از جمعیت بیمار شناسایی شد که به عنوان واکنش مثبت در نظر گرفته شد. تنها ۲ مورد از میان ۳۰ نفر گروه سالم دارای اتوآنتی‌بادی، به عنوان یک مورد آنتی A1 و یک مورد آنتی P1 شناسایی شدند اما در میان گروه بیمار دارای اتوآنتی‌بادی، ۱۹ مورد آنتی IH، ۱ مورد آنتی H، ۲ مورد آنتی I، ۲ مورد آنتی P1 و ۶ مورد به صورت غیر قاطع شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری

تفاوت معناداری میان فراوانی واکنش اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی بر علیه گلبول قرمز مشاهده شد ($p=0/03$). به علاوه آنتی IH در بیماری‌های خونی افزایش می‌یابد.

کلمات کلیدی: بیماری‌های خونی، آنتی‌بادی‌ها، گلبول‌های قرمز

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۷

۱- کارشناس ارشد ایمنولوژی - دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس - تهران - ایران

۲- مؤلف مسئول: PhD ایمنولوژی - استاد دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس - مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون - تهران - ایران - صندوق پستی: ۱۴۱۱۵-۱۱۱

۳- کارشناس ارشد ایمنوهماتولوژی - مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون - تهران - ایران

مقدمه

بیش از نیم قرن است که اتوانتی‌بادی‌های طبیعی در جوامع علمی شناخته شده‌اند اما برای سالیان متمادی مورد توجه قرار نگرفته بودند. اما اخیراً جوانب تازه‌ای از عملکرد آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است؛ به طور نمونه آنتی‌بادی‌های طبیعی در حیواناتی که در محیط فاقد آنتی‌ژن رشد کرده‌اند، وجود داشته و هم چنین قابل جداسازی از خون بند ناف می‌باشد. بیشتر آن‌ها خود واکنشگر بوده و طی سال‌های اخیر روشن شده است که در حفظ هموستاز بدن مشارکت دارند (۲، ۱). آنتی‌بادی‌های طبیعی که به لحاظ واکنش با ساختارهای خودی از آن‌ها به نام اتوانتی‌بادی‌های طبیعی نیز یاد می‌شود، در غلظتی فیزیولوژیک در افراد سالم حضور دارند و توان واکنش با گستره بالایی از آنتی‌ژن‌های برونزاد و از سوی دیگر آنتی‌ژن‌های خودی را دارند (۳). بیش از صد سال پیش، مچینکوف برای اولین بار پیشنهاد کرد که سیستم ایمنی صرفاً تنها یک مکانیسم حفاظتی در مقابل عوامل عفونی نیست بلکه یک مکانیسم مهم حفظ هموستاز در یک ارگانیسم است (۴). امروزه صحت فرضیه او کاملاً روشن شده است که این آنتی‌بادی‌ها بازیگرهای اصلی سیستم ایمنی در کنترل هموستاز مولکولی آنتی‌ژن هستند (۵). به طوری که روشن شده است، لنفوسیت‌های T نیز توسط شبکه‌ای از اتوانتی‌بادی‌ها کنترل می‌شود (۶). اتوانتی‌بادی‌های طبیعی به عنوان مولکول‌های تنظیمی فعال بیولوژیک عمل می‌کنند (۷). اما در برخی موارد تولید اتوانتی‌بادی‌ها از آستانه فیزیولوژیک فراتر رفته و به مقادیر غیر طبیعی (خیلی زیاد یا خیلی کم) می‌رسد که می‌تواند از چند هفته تا چندین ماه ادامه یابد. در صورت طولانی شدن می‌تواند بازتاب دهنده تغییرات پاتولوژیک اختصاصی و یا حتی دلیل اصلی برای بیماری باشد (۸-۵). به این فرضیه ایمونولوژی هومونوکلوس یا ایمونوکلوس می‌گویند (۹، ۱۰). این ایده از نورولوژیکال هومونوکلوس منشا گرفته است (۱۱). به اعتقاد کوهن، سیستم ایمنی نیز دارای هومونوکلوس ایمونولوژیک است اما محل استقرار آن به جای مغز در خون در حال حرکت محیطی است (۱۲). این سیستم از هزاران اتوانتی‌بادی طبیعی ساخته شده است و

هر اتوانتی‌بادی به نوعی آنتی‌ژن تمایل دارد. سطح سرمی هر نوع اتوانتی‌بادی طبیعی برای هر آنتی‌ژن مشخص و در افراد متفاوت تقریباً یکسان است. در اکثر افراد سالم سطح تولید اغلب آنتی‌ژن‌های خودی نزدیک به هم می‌باشد. در واقع سیستم ایمنی بدن، مدل آنتی‌ژنی بدن را از این طریق در اختیار دارد (۱۲، ۹). همین موضوع امروزه باعث پر رنگ شدن اهمیت اتوانتی‌بادی‌های طبیعی در پزشکی شده است حتی اخیراً اتوانتی‌بادی‌های طبیعی بر ضد فسفوریل کولین به عنوان یک نشانگر خطر جدید در حمله قلبی معرفی شده است (۱۴، ۱۳). در این پژوهش به بررسی اتوانتی‌بادی‌های طبیعی علیه گلبول قرمز متعاقب تغییرات پاتولوژیک در خون پرداخته شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه از نوع بنیادی-کاربردی بود. جامعه آماری شامل ۶۰۰ فرد سالم از میان اهداکنندگان سالم خون بودند که کلیه مراحل انتخاب اهداکننده و ارزیابی سلامت را بر اساس معیارهای انتقال خون گذرانده و از نظر آزمایش‌های هپاتیت B، C و HIV منفی بودند. جامعه بیمار شامل ۳۲۴ نفر از افراد مراجعه‌کننده به آزمایشگاه هماتولوژی سازمان انتقال خون بود. در این میان ۱۳۱ نفر پلی‌سایتمی نسبی و ۱۰۱ نفر مبتلا به آنمی، ۴۷ نفر لکوسیتوز، ۱۴ نفر ترومبوسیتوز، ۲۱ نفر ترومبوسیتوپنی و ۱۲ نفر پان‌سیتوپنی بودند. لازم به ذکر است به دلیل عدم وجود مطالعه‌های قبلی با حجم بالا در این زمینه و به دلیل ویژگی روش مورد مطالعه و نیز محدودیت جمع‌آوری نمونه‌های انسانی، نمونه‌ها در دو گروه تا دستیابی به ۳۰ نمونه مثبت دارای حداقل واکنش ۱+ از لحاظ اتوانتی‌بادی طبیعی به صورت اتفاقی انتخاب شدند.

از افراد مورد مطالعه حداقل ۵ میلی‌لیتر پلاسماي خون در لوله حاوی EDTA گرفته شد. در مورد تمام نمونه‌ها مجاورت پلاسماي نمونه با سوسپانسیون سلولی خودی به منظور جستجو و مشاهده اتوانتی‌بادی‌های موجود در پلاسما صورت گرفت.

برای جستجوی آنتی‌بادی‌های سرد از نوع IgM بر علیه گلبول قرمز از حساس‌ترین روش در این زمینه یعنی

اساس شدت واکنش با فنوتیپ‌های مختلف ABO است، استفاده شد (۱۶، ۱۵).

نتایج اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار ۱۶ SPSS و اکسل ۲۰۰۷ با استفاده از آزمون دو جمله‌ای با اطمینان ۹۵٪ مورد بررسی قرار گرفتند. ارزش p کمتر از ۰/۰۵٪ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

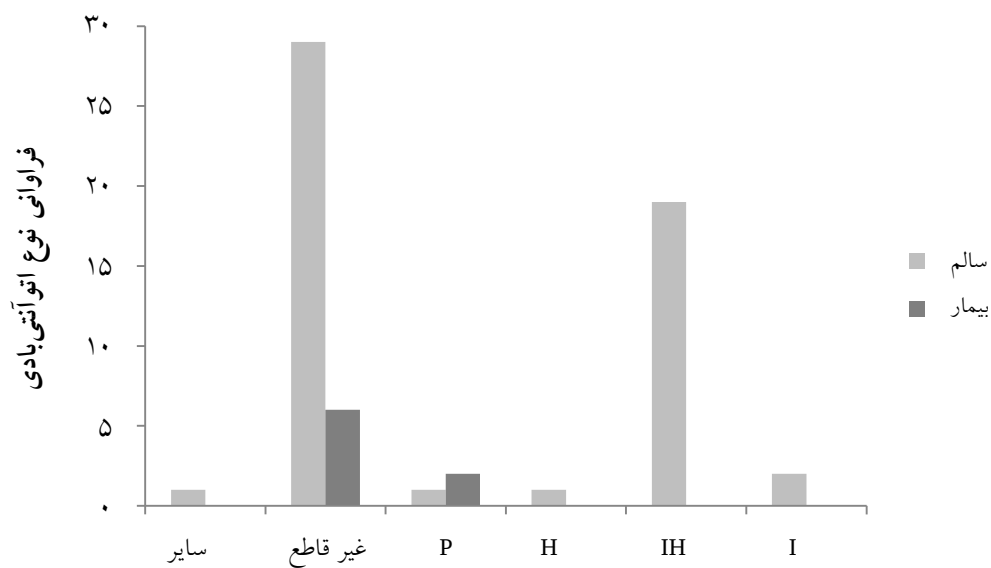
گروه سالم:

در جمعیت سالم، از میان ۶۰۰ نفر، ۵۲ نفر (۸/۶٪) با سوسپانسیون سلولی خود واکنش مثبت (+) نشان دادند و در مجموع ۵۴۸ نفر (۹۱/۴٪) هیچ واکنشی با سوسپانسیون سلولی خود نشان ندادند. از این تعداد ۲۱۹ نفر (۳۶/۵٪) دارای گروه خونی O، ۱۸۵ نفر (۳۰/۸٪) گروه خونی A، ۱۴۴ نفر (۲۴٪) گروه خونی B و ۵۲ نفر (۸/۶٪) گروه خونی AB داشتند. ۵۲۴ نفر (۸۷/۳٪) Rh(D) مثبت و ۷۶ نفر (۱۲/۶٪) Rh(D) منفی بودند. از میان ۵۲ نفر، ۳۰ نفر (۵٪) که دارای واکنش مثبت + بودند، برای جستجوی نوع اتوآنتی‌بادی در آزمایش پانل استفاده شدند.

گروه بیمار:

در گروه بیمار، ۳۲۴ نفر بیمار مراجعه‌کننده به بخش هماتولوژی سازمان انتقال خون که شامل پلی‌سایتمی نسبی، آنمی، لکوسیتوز، ترومبوسیتوز، ترومبوسیتوپنی و پان‌سیتوپنی بودند، به طور اتفاقی انتخاب شدند. از میان ۳۲۴ نفر، ۵۸ نفر (۱۷/۹٪) با سوسپانسیون سلولی خود واکنش مثبت (از ضعیف تا +) نشان دادند و در مجموع ۲۶۶ نفر (۸۲/۰۹٪) هیچ واکنشی با سوسپانسیون سلولی خود نشان ندادند. از این تعداد، ۱۱۰ نفر (۳۳/۹٪) دارای گروه خونی O، ۹۲ نفر (۲۸/۳٪) گروه خونی A، ۸۶ نفر (۲۶/۵٪) گروه خونی B و ۳۵ نفر (۱۰/۸٪) گروه خونی AB داشتند. هم‌چنین ۲۹۹ نفر (۹۲/۲۸٪) Rh(D) مثبت و ۲۵ نفر (۷/۷۱٪) Rh(D) منفی داشتند. لازم به ذکر است که یک نفر از بیماران در گروه خونی Rh و ABO دارای عدم انطباق بود. گروه‌های خونی، منطبق بر توزیع جغرافیایی گروه خونی در ایران بود. از بین ۵۸ نفر، ۳۰ نفر (۹/۳٪) که

هماگلوتیناسیون (روش استاندارد لوله‌ای) استفاده شد و با تغییراتی در آزمایش غربالگری آنتی‌بادی‌ها (antibody screening test) به جستجوی آن‌ها پرداخته شد. به این منظور ابتدا پلاسما با Auto-RBC مجاور شد و نمونه‌ها به مدت ۲۴-۱۸ ساعت در یخچال بانک خون در دمای ۴ درجه سانتی‌گراد قرار گرفتند. سپس نمونه‌ها از یخچال خارج و بلافاصله در دمای محیط و به مدت ۳۰ ثانیه با دور ۱۰۰۰ g سانتریفیوژ شدند و از نظر آگلوتیناسیون و یا لیز گلبول‌های قرمز بررسی شدند. نمونه‌ها به منظور تسریع آگلوتیناسیون با محلول LISS (Low Ionic Strength Salt Solution) مجاور و به مدت ۵ دقیقه در بن ماری ۳۷ درجه سانتی‌گراد قرار گرفتند. نمونه‌ها بعد از گذشت مدت زمان مشخص از بن ماری خارج و سانتریفیوژ شدند. در مرحله نهایی، آزمون آنتی‌گلوبولین غیر مستقیم (Indirect = IAT Antihumanglobulin Test) انجام و به لحاظ منفی بودن آنتی‌بادی‌های گرم بررسی شدند. نمونه‌های مثبت از لحاظ اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی که دارای حداقل واکنش +۱ و فاقد هر گونه آنتی‌بادی گرم بودند جهت انجام پانل تعیین هویت انتخاب شدند. برای تعیین هویت اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی سرد با اختصاصیت آنتی‌ژن‌های سرد I، IH، H که شایع‌ترین آنتی‌ژن‌های شناخته شده‌اند که در سرما واکنش می‌دهند، از پانل تعیین هویت آنتی‌بادی‌های سرد استفاده شد. البته برای تشخیص آنتی P1 از پانل تعیین هویت مختص آنتی‌بادی‌های دارای ارزش بالینی نیز، استفاده شد. به منظور بررسی نمونه‌ها با پانل تعیین هویت آنتی‌بادی‌های سرد، پس از آن که گروه خونی نمونه‌ها مشخص و از انطباق گروه خونی جمعیت‌های مورد مطالعه برای توزیع جغرافیایی گروه‌های خونی اطمینان حاصل شد، با توجه به نوع گروه خونی، از گلبول‌های قرمز هم‌گروه و سازگار با آن گروه خونی و نیز نمونه خون بند ناف گروه O منفی تهیه شده از بخش بند ناف سازمان انتقال خون به منظور تشخیص آنتی‌بادی ضد آنتی‌ژن I و نیز حذف واکنش ناشی از آنتی‌ژن Rh و ABO استفاده شد. برای تفسیر نیز از الگوی استاندارد آزمایشگاه مربوطه که بر اساس بیان و شیوع آنتی‌ژنی متنوع برای تعیین هویت آنتی‌بادی‌ها بر



نمودار ۱: تعیین هویت انجام شده در جمعیت سالم و بیمار از نظر فراوانی

آنتی‌I استفاده شد. البته شایان ذکر است که به دلیل گروه خون حل نشده مربوط به ABO در یکی از بیماران، در واقع پانل سرد بر روی نمونه ۲۹ نفر از بیماران انجام شد که در نتیجه تمام ۲۹ نفر در پانل سرد واکنش مثبت از ضعیف تا ۳+ نشان دادند. نتایج با توجه به جدول تفسیر نتایج پانل سرد، تفسیر شد و بر خلاف جمعیت سالم که به دلیل ضعیف بودن شدت واکنش‌ها در بیشتر موارد قادر به تعیین هویت اتوآنتی‌بادی نبودیم، توانستیم اکثر موارد را با الگوی پانل مربوطه به صورت ۱۹ نفر دارای آنتی IH، ۱ نفر آنتی H، ۲ نفر آنتی I، ۲ نفر آنتی P و نهایتاً ۶ نفر را که دارای واکنش نسبتاً ضعیف بودند به صورت غیر قاطع تعیین هویت کنیم (نمودار ۱).

بحث

در این مطالعه، گروهی از اهداکنندگان خون سالم و بیماران خونی پس از تعیین گروه خونی که منطبق بر توزیع جغرافیایی گروه‌های خونی در ایران بود، تحت غربالگری اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی قرار گرفتند (۱۷). نتایج حاکی از آن بود، علاوه بر این که درصد فراوانی واکنش اتوآنتی‌بادی‌ها از سلامت تا بیماری تفاوت معناداری نشان می‌دهد بلکه اتوآنتی‌بادی ضد آنتی‌ژن IH گلوبول قرمز نیز در این شرایط افزایش می‌یابد که اختصاصیت آن بر علیه بیان هم زمان

دارای واکنش حداقل مثبت (۱+) با سوسپانسیون سلولی خود بودند، برای جستجوی نوع اتوآنتی‌بادی در آزمایش پانل انتخاب شدند. بر اساس آزمون آماری انجام شده، نسبت مورد نظر در گروه بیمار (۱۷/۹٪) به طور معناداری با گروه سالم (۸/۶٪) تفاوت داشت ($p=0/03$).

تعیین هویت اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی در دو جمعیت سالم و بیمار:

همان طور که گفته شد برای انجام پانل سرد از هر گروه، ۳۰ نفر که در مرحله اتوآنتی‌بادی‌های طبیعی دارای واکنش حداقل ۱+ بودند، انتخاب شدند. از میان ۳۰ نفر در جمعیت سالم، تمامی نمونه‌ها به جز دو مورد که واکنش ۳+ مشاهده شد، واکنش مثبت ضعیف نشان دادند. نتایج با توجه به جدول تفسیر نتایج پانل سرد تفسیر شدند که به دلیل ضعیف بودن شدت واکنش‌ها در اکثر موارد مربوط به جمعیت سالم، امکان تعیین هویت قطعی وجود نداشت. فقط در دو مورد که دارای واکنش قوی‌تری بودند، این امکان فراهم بود. یک مورد آنتی A1 و دیگری آنتی P1 تشخیص داده شد، ۲۸ مورد باقی‌مانده به صورت غیر قاطع گزارش شدند.

طی انجام پانل سرد بر روی نمونه‌های بیمار، علاوه بر سلول‌های هم گروه، از خون بند ناف نیز برای ردیابی

فیزیولوژیک و طبیعی خارج شود و برای مدت طولانی باقی بماند، می تواند نشان دهنده تغییرات پاتولوژیک در بدن باشد (۲۵، ۲۴، ۱۰). حتی بر این اساس اخیراً دانشمندان با استفاده از میکروچیپ، مستقر نمودن آنتی ژن های بافت های مختلف بدن و سپس افزودن سرم افراد و با استفاده از آنتی بادی ضد کلاس IgG و IgM و تشخیص میزان واکنش، کیت های تجاری پیشگویی کننده بیماری ها را ابداع و ارایه نمودند (۲۶). ادامه این پژوهش و بررسی امکان استفاده از این آنتی بادی ها برای پیشگویی بیماری ها ضروری می باشد.

نتیجه گیری

در این مطالعه نشان داده شد که درصد بروز خود واکنشگری اتوآنتی بادی های طبیعی علیه گلبول قرمز به ویژه آنتی ژن IH تحت تاثیر اختلالات خونی (۱۷/۹٪) نسبت به گروه سالم (۸/۶٪) به طور معناداری افزایش می یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس می باشد. بدین وسیله نویسندگان مقاله از آزمایشگاه ایمونوهماتولوژی مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران و بخش هماتولوژی سازمان انتقال خون به دلیل همکاری تشکر می نمایند.

آنتی ژن های I و H می باشد. اتوآنتی بادی های سرد اغلب به لحاظ بالینی اهمیت خاصی ندارند و به ندرت منجر به واکنش همولیتیک می شوند و اهمیت بالینی آن ها معمولاً به سندروم آگلوتینین سرد محدود می شود اما از سویی دیگر بر اساس پژوهش ها، مشاهده شده است که در سایر بیماری ها که همراه با اختلالات خونی نیز بوده است، مواردی از افزایش آنتی بادی ضد آنتی ژن IH گزارش شده است که دارای اهمیت بالینی همراه با بروز واکنش همولیتیک نیز بوده است (۱۹، ۱۸). با توجه به این که تاکنون اغلب تحقیقات انجام شده در این حوزه به گزارش های موردی از آنتی ژن IH مربوط می شد، به منظور بررسی جامع تر سعی شد که گروه بیمار تا حد امکان، محدوده وسیعی از تغییرات از پلی سایتمی نسبی تا پانسیتوپنی را در بر بگیرد (۲۱، ۲۰). از طرفی دیگر باید در نظر داشت که عملکردی از اتوآنتی بادی های طبیعی که در سال های اخیر، بیشتر مورد توجه واقع شده است، نقش آن ها در هموستاز سیستم ایمنی است. این نقش اتوآنتی بادی های طبیعی در پیشگویی اختلالات ایمونولوژیک برای افرادی که تعادل بین سطح اتوآنتی بادی های طبیعی و آنتی ژن های خودی ندارند بسیار مفید است (۲۲). بر طبق نظریه ایمونوکلوکس، سطح سرمی هر اتوآنتی بادی طبیعی مشخص و اختصاصی برای هر آنتی ژن، در افراد متفاوت تقریباً یکسان است (۲۳). بنابراین در صورتی که تولید این اتوآنتی بادی ها از محدوده

References :

- 1- Rahyab AS, Alam A, Kapoor A, Zhang M. Natural antibody-Biochemistry and functions. *Glob J Biochem* 2011; 2(4): 283-8.
- 2- Elkon K, Casali P. Nature and functions of autoantibodies. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2008; 4(9): 491-8.
- 3- Bayry J, Lacroix-Desmazes S, Donkova-Petrini V, Carbonneil C, Misra N, Lepelletier Y, et al. Natural antibodies sustain differentiation and maturation of human dendritic cells. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2004; 101(39): 14210-5.
- 4- Mechnikov I. Immunity in infective diseases. By Il'ia Il'ich Mechnikov, 1905. *Rev Infect Dis* 1988; 10(1): 223-7.
- 5- Poletaev A, Osipenko L. General network of natural autoantibodies as immunological homunculus (Immunculus). *Autoimmun Rev* 2003; 2(5): 264-71.
- 6- Coutinho A, Kazatchkine MD, Avrameas S. Natural autoantibodies. *Curr Opin Immunol* 1995; 7(6): 812-8.
- 7- Ashmarin IP, Freidlin IS. Hypothesis on antibodies as the newest regulators of physiological functions, created by evolution. *J Evolucionnoy biokhimii I fiziologii* 1989; 25(2): 176-81. [Article in Russian]
- 8- Shoenfeld Y, Isenberg DA. Natural Autoantibodies. London: CRC Press; 1992. p. 81-108.
- 9- Cohen IR, Atlan H. Natural id-anti-id networks and the immunological homunculus. In: Cohen IR, Atlan H Theories of Immune Networks. USA: Springer; 1989.

- p. 6-12.
- 10- Cohen IR. The cognitive paradigm and the immunological homunculus. *Immunol Today* 1992; 13(12): 490-4.
 - 11- Binder CJ, Silverman GJ. Natural antibodies and the autoimmunity of atherosclerosis. *Springer Semin Immunopathol* 2005; 26(4): 385-404.
 - 12- Shoenfeld Z, Isenberg DA. Natural autoantibodies. London: CRC Press; 2000. p. 287-95.
 - 13- De Faire U, Frostegård J. Natural antibodies against phosphorylcholine in cardiovascular disease. *Ann N Y A Sci* 2009; 1173: 292-300.
 - 14- Frostegård J. Low level natural antibodies against phosphorylcholine: a novel risk marker and potential mechanism in atherosclerosis and cardiovascular disease. *Clin Immunol* 2010; 134(1): 47-54.
 - 15- Gudarzi S. Evaluation of natural antibodies against red blood cells in normal individuals and the possibility of its use in predictive hematological diseases [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2014. p. 85. [Farsi]
 - 16- Roback JD. Technical Manual. 16th ed. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks; 2008. p. 305-48.
 - 17- Pourfathollah A, Oody A, Honarkaran N. Geographical distribution of ABO and Rh (D) blood groups among Iranian blood donors in the year 1361 (1982) as compared with that of the year 1380 (2001). *Sci J Iran Blood Transfus Organ* 2004; 1(1): 11-7. [Article in Farsi]
 - 18- Mohanan N, Henry N, Rafi AM, Innah SJ. Anti IH: An antibody worth mention. *Asian J Transfus Sci* 2016; 10(2): 152-4.
 - 19- Boonyasampant M, Weitz IC, Kay B, Boonchalermvichian C, Liebman HA, Shulman IA. Life-threatening delayed hyperhemolytic transfusion reaction in a patient with sickle cell disease: effective treatment with eculizumab followed by rituximab. *Transfusion* 2015; 55(10): 2398-403.
 - 20- Campbell SA, Shirey RS, King KE, Ness PM. An acute hemolytic transfusion reaction due to anti-IH in a patient with sickle cell disease. *Transfusion* 2000; 40(7): 828-31.
 - 21- Irani MS, Richards C. Hemolytic transfusion reaction due to anti-IH. *Transfusion* 2011; 51(12): 2676-8.
 - 22- Notkins AL. New predictors of disease. Molecules called predictive autoantibodies appear in the blood years before people show symptoms of various disorders. Tests that detected these molecules could warn of the need to take preventive action. *Sci Am* 2007; 296(3): 72-9.
 - 23- Kovaliov I, Polevaya OY. Biochemical grounds for immunity against low-molecular chemical compounds. Nauka Publishers, Moscow; 1985. p. 90-125.
 - 24- Cohen IR. Biomarkers, self-antigens and the immunological homunculus. *J Autoimmun* 2007; 29(4): 246-9.
 - 25- Leslie D, Lipsky P, Notkins AL. Autoantibodies as predictors of disease. *J Clin Invest* 2001; 108(10): 1417-22.
 - 26- Poletaev AB. Physiologic Autoimmunity and Preventive Medicine. Moscow: Bentham Science Publishers; 2013. p. 167-98.

Original Article

Increase in Natural auto antibodies against RBCs in hematologic disorders

Mosaed M.¹, Pourfathollah A.A.^{1,2}, Moghadam M.², Gudarzi S.²

¹Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

²Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine, Tehran, Iran

Abstract

Background and Objectives

In recent years, Natural auto Abs (NAAbs) are considered as key factors in maintaining the immune homeostasis; NAAbs are also known as biomarkers in various diseases. This research, for the first time, was performed to identify NAAbs that are produced against RBCs following some physiologic changes in patients in comparison to healthy blood donors.

Materials and Methods

In this fundamental-applied research, two groups of samples including 600 healthy blood donors and 324 patients who have shown pathologic disorders participated. All samples were screened for NAAbs but the identification panel was performed only in the case of positive reaction. Results were analyzed through binominal test and by SPSS 16.

Results

NAAbs were detected in 8.6% of healthy population and 17.9% of the patient population, all determined as positive reactions. Only two cases (1 anti-A1 and 1 anti-P1) out of 30 were identifiable among the healthy group with auto antibody; however, in the patient group with auto antibody, 19 anti-IH cases, 1 anti-H cases, 2 anti-I cases, 2 anti-P1 cases, and 6 inconclusive cases were identified.

Conclusions

A significant difference between the frequency of NAAbs reactions against RBCs in the two groups was observed ($p = 0.03$). Furthermore, anti-IH increases in hematologic diseases.

Key words: Hematologic Diseases, Antibodies, Red Blood Cells

Received: 12 Apr 2016

Accepted: 16 Jan 2017

Correspondence: Pourfathollah AA., PhD of Immunology. Professor of Faculty of Medical Sciences of Tarbiat Modares University and Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine.

P.O.Box: 14115-111, Tehran, Iran. Tel: (+9821) 88011101; Fax: (+9821) 88013030

E-mail: pourfa@modares.ac.ir