

بررسی موتاسیون‌های ناحیه پروموتوری ژن فاکتور IX در هموفیلی B

مهدی اله‌بخشیان^۱، محمد حسین محمدی^۲، دکتر قاسم رستگار لاری^۳، دکتر احمد کاظمی^۴، دکتر فریدون علاء^۵

شیرین روانبد^۶، عاطفه اله‌بخشیان^۷

چکیده

سابقه و هدف

هموفیلی B لیدن یک بیماری خونریزی دهنده ارثی است که با بیان تغییر یافته فاکتور IX شرح داده می شود. این شکل از هموفیلی در ارتباط با موتاسیون‌های نقطه‌ای متنوع در محدوده‌ای ۴۰ نوکلئوتیدی از ناحیه پروموتوری ژن فاکتور IX رخ می‌دهد. بیماران کلاسیک هموفیلی B لیدن دارای سطح فاکتور IX پلاسمايي ۰/۱ Units/ml (کمتر از ۱۵٪) در دوران قبل از بلوغ هستند اما متعاقب بلوغ، سطح فاکتور IX در گردش آن‌ها افزایش می‌یابد و در اواسط زندگی به ۶۰٪ سطح نرمال می‌رسد. این مطالعه برای اولین بار به ارزیابی شیوع موارد هموفیلی B لیدن در بین بیماران مبتلا به هموفیلی B در ایران پرداخته است.

مواد و روش‌ها

مطالعه انجام شده از نوع توصیفی گذشته نگر بود. تعداد ۴۳ بیمار هموفیلی B که به درمانگاه جامع کودکان هموفیل ایران مراجعه کرده بودند مورد ارزیابی قرار گرفتند. استخراج DNA با استفاده از روش پروتئیناز K انجام شد. سپس اگزون شماره ۱ فاکتور IX انعقادی در همه بیماران به وسیله روش PCR تکثیر شد و بعد از آن محصول برای جداسازی موارد دارای موتاسیون در این ناحیه با استفاده از روش CSGE مورد مطالعه قرار گرفت.

یافته‌ها

از بین بیماران دو نفر الگوی هترودوبلکس مرتبط با جهش را روی ژل CSGE از خود نشان دادند. برای تعیین نوع دقیق موتاسیون در این بیماران، DNA این نمونه‌ها تعیین توالی (sequencing) شد و دو بیمار هموفیل B لیدن شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری

نتایج فوق نشان می‌دهد که شیوع بیماری هموفیلی B لیدن در بیماران هموفیل B بررسی شده حدوداً ۴/۶٪ است و شیوع بالاتر این بیماری را در ایران در مقایسه با سایر مناطق جغرافیایی گزارش شده مطرح می‌سازد.

کلمات کلیدی: هموفیلی B لیدن، فاکتور IX، ناحیه پروموتوری

تاریخ دریافت: ۱۶/۵/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۷/۳/۱۳

۱- مؤلف مسؤول: کارشناس ارشد هماتولوژی - دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس - صندوق پستی: ۱۴۱۱-۵۳۳۱

۲- کارشناس ارشد هماتولوژی - دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران

۳- PhD هماتولوژی - دانشگاه علوم پزشکی ایران - کانون هموفیلی کودکان

۴- PhD هماتولوژی - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

۵- فوق تخصص خون و انکولوژی - کانون هموفیلی کودکان

۶- کارشناس شیمی - کانون هموفیلی کودکان

۷- کارشناس ارشد پرستاری - مربی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

موتاسیون‌های نقطه‌ای در یک ناحیه ۴۰ نوکلئوتیدی از پروموتور فاکتور IX منجر به فرم نادری از هموفیلی B تحت عنوان هموفیلی B لیدن می‌شود. این بیماری حدود ۲٪ موارد هموفیلی B را به خود اختصاص می‌دهد و گزارش‌هایی که تاکنون در ارتباط با هموفیلی B لیدن موجود است، میزان شیوع بیماری را در سوئد حدود ۲/۶٪ اعلام نموده است (۱). مطالعه دیگری که توسط جیانلی و همکاران (۱۹۹۳) در همین رابطه انجام شده است، عدد مشابهی را گزارش کرده است (۲). این بیماری ابتدا در سال ۱۹۷۰ به وسیله ولتکامپ و همکارانش توضیح داده شد و نام خود را از شهر لیدن در هلند گرفت، جایی که اولین بیمار با این اختلال در آن‌جا شناسایی شد (۳). این افراد در طی دوران کودکی از بیماران هموفیلی B غیر قابل افتراق هستند و متعاقب افزایش بیان ژن فاکتور IX پس ازدوران بلوغ علائم بیماری ناپدید می‌شود (۴، ۳). بیماران هموفیلی B لیدن کلاسیک دارای سطح فاکتور IX پلاسمایی ۰/۱ Units/ml در دوران قبل از بلوغ هستند اما متعاقب بلوغ سطح فاکتور IX در گردش خون آن‌ها افزایش می‌یابد و در اواسط زندگی به ۶۰٪ سطح نرمال می‌رسد (۵، ۳).

تا به امروز ۱۸ موتاسیون نقطه‌ای در ۸ نوکلئوتید مختلف (+۱۳، +۸، +۶، -۵، -۶، -۲۰، -۲۱، -۲۶) در ناحیه پروموتور فاکتور IX تعیین شده است که همه موارد به جز موتاسیون در ناحیه ۲۶- می‌توانند منجر به ایجاد فنوتیپ لیدن شوند. اگر چه بیماران کلاسیک لیدن، هموفیلی شدیدی را در طی دوران کودکی تجربه می‌کنند فنوتیپ بالینی آن‌ها ممکن است بسته به موقعیت و نوع موتاسیون، علائمی را در یک طیف خفیف تا شدید نشان دهد. موتاسیون‌های لیدن در سه ناحیه Cis-acting element از ژن فاکتور IX واقع شده‌اند که به عنوان محل‌های ۱-۳ نامیده می‌شوند و اتصال فاکتورهای رونویسی را به این نواحی مختل می‌کنند. موتاسیون در ناحیه یک، شامل نوکلئوتید (+۱ تا +۲۰) اتصال Enhancin binding (C/EBP) شامل نوکلئوتیدهای ۱- تا ۱۵- اتصال HNF-۴ یا Hepatocyte nuclear factor-4 و موتاسیون در ناحیه سه (۱۷- تا ۳۰-)

اتصال HNF-4 و گیرنده آندروژن (AR) را مختل می‌کند (۷-۵).

احتمالاً افزایش بیان رونویسی ژن فاکتور IX در حین بلوغ، به دلیل تغییر در اتصال فاکتورهای رونویسی اتفاق می‌افتد. به نظر می‌رسد که اثر هم‌افزایی بین C/EBP و D-site binding protein (DBP) در محل ۵' پروموتور ژن فاکتور IX و واکنش بین گیرنده آندروژن و لیگاند آن در بهبود کلینیکی این بیماران نقش ایفا کند (۸، ۶، ۵). گیرنده آندروژن قادر به ترانس اکتیوکردن پروموتور ژن فاکتور IX است که به وسیله واکنش دادن با عنصر پاسخ‌دهنده به آندروژن Androgen responsive element (ARE) که در ناحیه بین نوکلئوتیدهای ۲۲- و ۳۶- است عمل می‌کند. اتصال گیرنده آندروژن به ARE وابسته به Correct consensus sequence است و همان طور که پیش‌بینی می‌شود تغییرات در این توالی از ترانس اکتیویشن به وسیله این گیرنده ممانعت به عمل می‌آورد (۵). هدف از این مطالعه، تعیین میزان بروز موتاسیون‌های ناحیه پروموتوری ژن فاکتور IX در میان جامعه هموفیلی B ایرانی و اجرایی کردن روش‌های تشخیص این جهش‌ها برای شناسایی این افراد، جهت مدیریت بهتر بیماری تا رسیدن به زمان بلوغ می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه انجام شده از نوع توصیفی گذشته نگر بود. نمونه‌گیری در درمانگاه جامع کودکان هموفیل انجام شد. در بدو ورود بیمار به بخش ژنتیک، پرسش‌نامه ویژه‌ای به او داده شد و شجره‌نامه فرد بیمار نیز با توجه به اطلاعات جمع‌آوری‌شده از فرد هموفیل ترسیم و در پرونده وی بایگانی شد تا با استفاده از شجره‌نامه به دست آمده با سهولت بیشتری بتوان به شناسایی افراد حامل ژن بیماری در آن خانواده پرداخت. با هدف بررسی جهش‌های موجود در ژن فاکتور IX در آگزون‌های ۸-۱، نمونه‌های خون از تعداد ۴۳ نفر از بیماران هموفیلی نوع B ایرانی با شدت‌های مختلف تهیه و DNA آنها با روش پروتئیناز K استخراج شد (۹). جهت ارزیابی کیفیت و کمیت DNA از روش اسپکتروفتومتری استفاده شد. در گام اول آگزون

جدول ۱: آغازگرهای استفاده شده برای PCR فاکتور IX

آغازگر معکوس	آغازگر مستقیم
3'- TTT AGT GAA GAA GAC AGC ATC AG-5'	3'-AGC TAC AGG CTG GAG ACA ATA-5'
3'- AAA GAT TTT CAT TTC TAT GCT CTG C-5'	3'-TTG GCT TTC AGA TTA TTT GGA T-5'
3'- TAT GGG TTA GAG GGT TGG ACT-5'	3'-TTC ACA AAA CCA TAA CTA AAG GAT A-5'
3'-TCC AGT TTC AAC TTG TTT CAG A-5'	3'-AAT CAG ACT CCC ATC CCA AT-5'
3'-AAG GAA GCA GAT TCA AGT AGG-5'	3'-GAC CCA TAC ATG AGT CAG TAG TT-5'
3'-AAT AGC CTC AGT CTC CCA CCT-5'	3'-TAC TGA TGG GCC TGC TTC TC-5'
3'- CGA CGT GGG TTC TGA AAT TA-5'	3'-CTA TTC CTG TAA CCA GCA CAC A-5'
3'-GGA AAG TGA TTA GTT AGT GAG-5'	3'-GTC AGT GGT CCC AAG TAG TC-5'

شماره یک بیماران که حاوی ناحیه پرموتوری بود از نظر موتاسیون‌های احتمالی در این قسمت مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس در صورت وجود موتاسیون در این ناحیه، سایر اگزون‌های ژن فاکتور IX مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. توالی ژن فاکتور IX از ژن بانک به شماره (183979970) استخراج شد و سپس آغازگرهای فوق برای ۸ اگزون پرموتور فاکتور IX با استفاده از نرم افزار 3Prime طراحی شدند (جدول ۱).

طبق برنامه PCR، حرارت ۹۵ درجه سانتی‌گراد به مدت ۵ دقیقه، ۹۵ درجه سانتی‌گراد ۱ دقیقه، ۶۰ درجه سانتی‌گراد ۱ دقیقه، ۷۲ درجه سانتی‌گراد ۱ دقیقه، ۷۲ درجه سانتی‌گراد ۵ دقیقه در ۳۰ سیکل انجام شد. پس از تکثیر، محصولات PCR بر روی پلی‌اکریل آمید ۸٪ با ولتاژ ۱۵۰V و زمان مناسب بر حسب اندازه قطعه الکتروفورز شده و بعد از رنگ آمیزی توسط اتیدیوم بروماید به وسیله تابش نور UV مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس بر اساس روش (conformational sensitive gel electrophoresis) CSGE، محصولات PCR فوق در دمای ۹۸ درجه سانتی‌گراد به مدت ۵ دقیقه جهت دناچوریشن و ۶۵ درجه سانتی‌گراد ۳۰ دقیقه برای آنیلینگ، تشکیل DNA هترودوبلکس می‌دهند (۱۰). در ساختار ژل حلال‌هایی نظیر گلیکول و فرماید به کار می‌رود به صورتی که در غلظت مناسب تغییرات جزیی را در DNA طی الکتروفورز نشان می‌دهد. اگر این فرضیه که حلال‌ها می‌توانند خمیدگی را افزایش دهند درست باشد، افزایش غلظت حلال‌های

دنا توره‌کننده باعث جابجایی در دو باز Mismatch از محور مارپیچ DNA شده و تولید یک حباب می‌کند در نتیجه مانع از تفاوت حرکت DNA هترودوبلکس از DNA هترودوبلکس می‌شود. هم چنین با استفاده از دستگاه ALF express، نمونه‌های دارای موتاسیون تعیین توالی شدند و موفق به شناسایی موتاسیون A/T در ناحیه ۵+ و موتاسیون A/G در ناحیه ۱۳+ شدیم. سپس همولوژی توالی‌های به دست آمده را با استفاده از نرم‌افزارهای مختلف مانند بلاست و ژن رانر با نوع طبیعی مطابقت دادیم و موتاسیون ایجادشده را شناسایی کردیم. پس از آن با استفاده از پایگاه داده‌های بین‌المللی مانند EMBL و ژن بانک، DDBJ (DNA Data Bank of Japan) جهش‌ها را بررسی و جهش‌های یافت‌شده با جهش‌های موجود در این پایگاه داده‌ها مقایسه شد.

یافته‌ها

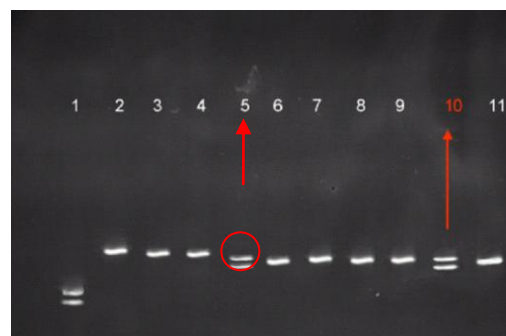
در بین ۴۳ نمونه بررسی شده در این مطالعه با توجه به تصویر ژل زیر، باندهای مشاهده شده در ستون‌های شماره ۵ و ۱۰، الگوی هترودوبلکس را دارا بودند که مربوط به بیماران B ۲۰ و B ۴۳ می‌باشند و بیان‌گر این موضوع هستند که این بیماران به احتمال زیاد دارای جهش در ناحیه پرموتوری هستند. در مرحله بعد جهت مشخص نمودن نوع دقیق جهش، این نمونه‌ها تعیین توالی (sequencing) شدند. جایگاه جهش در کروماتوگرام توالی‌های اگزون ۱ بیماران مورد بررسی تشخیص داده شد

۱۳+ و ۶+ در آن قرار می‌گیرند (جهش‌هایی که در دو نمونه مثبت مورد مطالعه ما هم شناسایی شدند) اهمیت کمتری نسبت به ناحیه‌ای دارد که جهش‌های ۲۱-، ۲۰- و ۶- در آن رخ می‌دهند که باز تایید کننده این موضوع است که موتاسیون‌های ایجاد شده در ناحیه پروگزیمال LSR با فنوتیپ خفیف‌تری همراه می‌باشند (۱۳، ۱۲، ۷).

با نگاه به ناحیه پروموتوری ژن فاکتور IX و هم چنین با رجوع به موتاسیون‌های مرتبط با هموفیلی B لیدن دو احتمال مطرح می‌شود؛ اول این که همه نقاط پروموتورژن فاکتور IX از نظر بیان ژن فاکتور IX حایز اهمیت هستند اما ناحیه ۴۰ نوکلئوتیدی که موتاسیون‌های منحصر به فرد مرتبط با هموفیلی B لیدن در آن جا اتفاق می‌افتند بیشتر مستعد بروز جهش است. احتمال دیگر این که همه نقاط پروموتورژن فاکتور IX از نظر استعداد بروز موتاسیون یکسان هستند اما اهمیت این ناحیه ۴۰ نوکلئوتیدی در عملکرد ناحیه پروموتوری بیشتر از سایر نواحی است و رخداد جهش در این ناحیه مرتبط با بروز علائم بالینی خواهد بود که به نظر می‌رسد احتمال دوم صحیح‌تر باشد ولی احتمال اول هم ممکن است تا حدودی در این موضوع نقش داشته باشد. ناحیه‌ای که موتاسیون در آن اتفاق می‌افتد تحت عنوان Leyden Specific Region یا ناحیه خاص لیدن شناخته می‌شود. نوکلئوتیدهای ۶-، ۲۱- و ۲۲- ناحیه LSR در بین پستانداران گوناگون محافظت شده است که نشان دهنده اهمیت زیاد LSR می‌باشد (۱۵، ۱۴، ۶).

افراد مبتلا به این بیماری در سنین کودکی سطوح بسیار پایینی از بیان ژن فاکتور IX را دارند که این موضوع نشان می‌دهد اتصال فاکتورهای رونویسی به این ناحیه یا سایر ناحیه‌های پروموتوری به طور کامل مختل نشده است (۷). از سوی دیگر میزان بیان ژن فاکتور IX در بیشترین مقدار خود به بالای ۸۰٪ نمی‌رسد که این نشان می‌دهد ناحیه جهش یافته دارای نقش مهمی در بیان ژن مربوطه است و سایر مکانیسم‌های جبرانی نمی‌توانند به طور کامل اختلال در اتصال فاکتورهای رونویسی به آن ناحیه را جبران نمایند. علاوه بر افزایش سطح فاکتور IX در افراد هموفیل B لیدن، در افراد طبیعی هم سطح فاکتور IX به

که بدین شرح بود: در بیمار B ۴۳ در ناحیه ۱۳+ گوانین جایگزین آدنین شده بود و در بیمار B ۲۰ در ناحیه ۶+ آدنین جایگزین تیمین شده بود. پس از شناسایی جهش در ناحیه پروموتوری در دو بیمار B ۲۰ و B ۴۳ به دلیل این که در ۱٪ بیماران هموفیل B دو جهش متفاوت در دو ناحیه مختلف ژنی اتفاق می‌افتد (۱۱). از این رو



شکل ۱: باندهای حاصل PCR، CSGE از ناحیه پروموتوری اگزون ۱ مشاهده می‌شود. در این تصویر نمونه ۱ کنترل مثبت هترودوبلکس می‌باشد که به خوبی می‌توان الگوی نوارهای دو گانه هترودوبلکس را در مورد آن مشاهده نمود. هم چنین در مورد نمونه ۵ و ۱۰ الگوی بارز هترودوبلکس مشاهده می‌شود که مربوط به بیماران B ۲۰ و B ۴۳ می‌باشند. نمونه ۱۱ هم کنترل منفی است.

سایر اگزون‌ها و دم پلی A (poly A tail) ابتدا به وسیله آغازگرهایی که برای آن‌ها طراحی کرده بودیم تکثیر شدند و سپس برای تایید تکثیر قطعه مورد نظر روی ژل پلی‌اکریل آمید ۸٪ الکتروفورز شدند. باندهای حاصل را با مارکری که همراه آن‌ها الکتروفورز شده بود مقایسه و از صحت هر یک اطمینان حاصل شد. سپس محصولات PCR مربوط به هر اگزون جهت بررسی وجود یا عدم وجود جهش به وسیله روش CSGE مورد ارزیابی قرار گرفتند در نتیجه این بررسی هیچ‌گونه جهش دیگری علاوه بر جهش در ناحیه پروموتوری اگزون ۱ مشاهده نشد. این موضوع اثبات می‌کرد که بیماران هموفیل B لیدن هستند.

بحث

با توجه به نتایج به دست آمده از بررسی توسط چندین گروه تحقیقاتی به نظر می‌رسد که ناحیه‌ای که جهش‌های

را در دوران بهبودی دارند. با بهره‌گیری از روش CSGE که در درمانگاه جامع کودکان هموفیل ایران راه‌اندازی شده، با استفاده از ژل‌های کوچک و اعمال تغییراتی در روش آزمایش توانستیم در وقت و هزینه به طور قابل توجهی صرفه‌جویی کنیم. این تغییرات، تفاوتی را در صحت آزمایش ایجاد نکرد.

این مطلب که افزایش بعد از بلوغ سطح فاکتور IX ویژگی بیماران هموفیل B لیدن است به تدریج پذیرفته شده است. در این بررسی دو بیمار با جهش‌های (A/T) در +۶ و (A/G) در ناحیه ۱۳+ در دوران کودکی به عنوان یک هموفیل B شناسایی شده بودند که به تدریج و با رسیدن به دوران پس از بلوغ بهبود یافته‌اند و هر دو بیمار دارای سطوح پایینی از فاکتور IX (حدود ۵ درصد) در دوران کودکی بوده‌اند که به تدریج و در طی مراحل مختلف رشد سطح فاکتور افزایش یافته و هم اکنون حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد مقادیر نرمال است. این بیماران در دوران قبل از بلوغ به طور نامتناوب و تنها در موارد نیاز، کنسانتره فاکتور IX دریافت کرده‌اند و پس از بلوغ هیچ گونه کنسانتره انعقادی دریافت ننموده‌اند که با اطلاعاتی که ما در مورد این بیماری داریم کاملاً همخوانی دارد و نشان می‌دهد که این افراد در دوران پس از بلوغ به بهبودی دست یافته‌اند. به علاوه این افراد فرم خفیفی از هموفیلی B لیدن را در دوران کودکی تجربه کرده‌اند.

نتیجه‌گیری

ما در این بررسی موفق به یافتن دو بیمار متفاوت مبتلا به هموفیلی B لیدن شدیم. تشخیص و افتراق هموفیلی B لیدن از نوع کلاسیک سبب می‌شود که در بیمارانی که مورد تشخیص هموفیلی B قرار گرفته‌اند امید به آینده و زندگی ایجاد گردد. در حالی که با علم ابتلا به بیماری هموفیلی B لیدن و توجه به قابلیت بهبود آن، نگرانی بیمار و والدین وی به میزان زیادی متفی خواهد گردید. با مشاوره‌های پیش از تولد و قبل از ازدواج می‌توان اولاً خانم‌های باردار را که جنین آن‌ها با روش‌های غیرمستقیم مبتلا به هموفیلی B تشخیص داده شده است، از نوع خاص این بیماری آگاه ساخت و از سقط جنین‌های احتمالی و پنهانی جلوگیری

طور ملایم پس از بلوغ افزایش می‌یابد که این خود دو احتمال را مطرح می‌کند، یا تغییرات هورمون‌های آندروژنی بالاخص تستوسترون به صورت مستقیم بیان ژن فاکتور IX را با اتصال به گیرنده آندروژن افزایش می‌دهد و یا این که به صورت غیرمستقیم و از طریق افزایش بیان سایر فاکتورهای رونویسی این کار انجام می‌شود (۱۶، ۷). گرچه هنوز هیچ کدام از موارد فوق اثبات نشده، اما افزایش سطح فاکتورهای رونویسی در مراحل مختلف بلوغ و تکامل نیز نشان داده شده است که این خود می‌تواند تحت تاثیر آندروژن باشد. اما این احتمال هم وجود دارد که هر دو فرایند فوق به صورت مشترک حایز اهمیت باشند.

کراس لی و همکارانش در سال ۱۹۹۰ بیماری دو برادر را با موتاسیون G(-6)A شرح دادند که در دوران کودکی به فرم خفیفی از هموفیلی B لیدن مبتلا بودند. در یکی از آنها در سن ۹ سالگی سطح فاکتور IX به حدود ۱۳ درصد مقادیر نرمال افزایش یافته و در سن ۳۰ سالگی نیز سطح فاکتور به حدود ۷۰ درصد مقادیر نرمال رسیده بود. الگوی مشابهی در برادر دوم مشاهده می‌شد (۵). بر خلاف تحقیقات کراس لی و همکارانش، در سال ۱۹۹۳ ویداد و همکارانش دو بیمار هموفیل B را شرح دادند که دارای موتاسیون در A (-6) G بودند و فرم خفیفی از هموفیلی B لیدن را در مقایسه با هموفیلی B لیدن کلاسیک تجربه می‌کردند. با این وجود بر خلاف بیماران مطالعه شده توسط کراس لی، در این افراد حتی در سن ۱۵ سالگی نشانه‌هایی در بهبودی آشکار نگردید (۱۷، ۱۵، ۵). در کل به نظر می‌رسد موتاسیون در ۶- با علایم بالینی خفیف‌تری نسبت به سایر انواع همراه می‌باشد. با توجه به مطالب فوق این موضوع پیشنهاد می‌شود که مکانیسم‌های دیگری علاوه بر تغییرات هورمونی ناشی از بلوغ، محل و نوع موتاسیون در بهبودی افراد مبتلا به هموفیلی B لیدن نقش ایفا می‌نمایند. یکی از عوامل مهمی که بر روی شدت بیماری تاثیر می‌گذارد نوع جایگزینی است. برای مثال موتاسیون A (-6) G با علایم بالینی خفیف همراه است در حالی که موتاسیون C (-6) G با علایم بالینی شدید همراه است به علاوه افراد دارای موتاسیون C (-6) G در بهبودی پس از بلوغ تاخیر داشته و سطوح پائین تری از فاکتور IX

نمود، همچنین اگر این افراد در دوران پس از تولد تشخیص داده شوند والدین را آگاه نمود تا در دوران کودکی به خوبی تحت درمان‌های حمایتی قرار گیرند. در پایان این که کاملاً روشن است مکانیسم عملکرد پروموتور ژن فاکتور IX پیچیدگی بالایی دارد که با دستکاری نواحی با اهمیت پروموتوری، می‌توان میزان بیان این ژن را افزایش داده و در تولید صنعتی فاکتور IX در حوزه بیوتکنولوژی پزشکی از آن بهره‌برداری نمود. با نتایج به دست آمده در این مطالعه (شیوع حدود ۴/۶٪) به

نظر می‌رسد که هموفیلی B لیدن در ایران دارای شیوع بیشتری نسبت به مقادیر گزارش شده از سایر نقاط دنیا باشد که اثبات این موضوع نیاز به مطالعات بیشتری خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از مدیریت و کارکنان مرکز هموفیلی کودکان و گروه هماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

References :

- 1- Ljung R, Petrini P, Tengborn L, Sjörin E. Haemophilia B mutations in Sweden: a population-based study of mutational heterogeneity. *British Journal of Haematology* 2001; 113 (1): 81-6.
- 2- Giannelli F, Green PM, High KA, Sommer S, Poon MC, Ludwig M. Haemophilia B: database of point mutations and short additions and deletions. *Nucleic Acids Research* 1993; 21(13): 3075-87.
- 3- Briet E, Bertina RM, Van Tilburg NH, Veltkamp JJ. Hemophilia B leyden: a sex linked hereditary disorder that improved after puberty. *N Engl J Med* 1982;306(1):788-95.
- 4- Kurachi S, Funrkawa M, Salier JP, Wu CT, Wilson EJ, French FS, *et al.* Regulatory mechanism of human factor IX gene: protein binding at leyden specific region. *Biochemistry* 1994;33(6):1580-1591.
- 5- Crossley M, Ludwig M, Stowell KM, De Vos P, OLeK K, Brownlee GG. Recovery from hemophilia B leyden: an androgen-responsive element in factor IX promoter. *Science* 1992;257(5068):377-379.
- 6- Reijnen MJ, Peerlinch K, Maasdam D, Bertina RM, Reitsma PH. Hemophilia B leyden: substitution of thymine for guanine at position-21 results in a disruption of hepatocyte nuclear factor 4 binding site in factor IX promoter. *Blood* 1993;82(1):151-158.
- 7- Picketts DJ, Lillicrap DP, Mueller CR. Synergy between transcription factor DBP and C/EBP compensates for a hemophilia B leyden factor IX mutation. *Nature Genet* 1993;3(2):175-179.
- 8- Naka M, Brownlee GG. Transcription regulation of the human factor IX promoter by the orphan receptor super family factor, HNF4, ARP and COUP/Ear3. *British Journal of Hematology* 1996;92(1):231-237.
- 9- Rastegar lari G, Enayat MS, Arjang Z, Lavergne J, Ala F. Identification of intron 1 and 22 inversion mutations in the factor VIII gene of 124 iranian families with severe hemophilia A. *Hemophilia* 2004;10(4):410-411.
- 10- Hinks JL, Winship PR, Makris M, Preston FE, Peake IR, Goodeve AC. A rapid method for haemophilia B method detection using conformation sensitive gel electrophoresis. *Br J Haematol.* 1999; 104 (4): 915-919.
- 11- Ravij K, Pruthi, MBBS. Hemophilia: A practical approach to genetic testing. *Mayo Proc.* 2005; 80 (11): 1485-1499.
- 12- Reijnen MJ, Sladek FM, Bertina RM, Reitsma P H. Disruption of a binding site for hepatocyte nuclear factor 4 results in hemophilia B Leyden. *Natl Acad Sci USA* 1992;89(14):6300-6303.
- 13- Picketts DJ, Mueller CR, Lillicrap DP. Transcription control of factor IX gene : analysis of five cis-acting elements and deleterious effects of naturally occurring hemophilia B leyden mutations. *Blood* 1994;84(9): 2994-3000.
- 14- Yoshitake S, Scbach BG, Foster DC, Davie EW, Kurachi W. Nucleotide sequence of the gene for human factor IX. *Biochem J* 1985 ;24(14):3736-3750.
- 15- Vidaud D, Tartary M, Costa JM, Bahnak BR, Gispas Sanchez S, Fressinaud E, *et al.* Nucleotide substitution at 6 position in the promoter region of the factor IX gene result in different severity of hemophilia B leyden: consequence for genetic counseling. *Hum Genet* 1993 ;91(2):241-246.
- 16- Boccia LM, Lillicrap D, Newcombe K, Mueller CR. Binding of the Ets factors GA-binding protein to an upstream site in the factor IX promoter is a critical event in transcription. *Mol cell Biol* 1996;16(5):1929-1935.
- 17- Crossley M, Winship PR Austen DEG, Rizza CI, Brownlee GG. A less severe form of haemophilia B leyden. *Nucleic Acids Research* 1990;18(15):4633-4639.

Mutation detection in promoter region of coagulation factor IX in hemophilia B

Allah Bakhshian M.¹(MS), Mohammadi M.H.^{2,3}(MS), Rastegar Iari Gh.^{2,4}(PhD), Kazemi A.²(PhD), Ala F.⁴(MD), Ravanband Sh.⁴(BS), Allah Bakhshian A.⁵(MS)

¹Medical School of Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

²Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Iranian Blood Transfusion Organization-Research Center, Tehran, Iran

⁴Center of Pediatric Hemophilia, Tehran, Iran

⁵Tabriz University of Medical Sciences, Iran

Abstract

Background and Objectives

Hemophilia B Leyden is an X chromosome-linked bleeding disorder characterized by an altered developmental expression of blood coagulation factor IX. This form of hemophilia has been found to be associated with a variety of single point mutations encompassing a 40-nucleotide region in factor IX promoter region. Mutations in factor IX gene promoter though relatively rare (about 2% of total) are important because they can give rise to the unique hemophilia B Leyden phenotype.

Materials and Methods

Our objective was to study mutations in exon-1 in 43 Iranian hemophilia B patients to recognize possible cases of hemophilia B Leyden. Exon-1 of factor IX gene was amplified by PCR; then, conformational sensitive gel electrophoresis (CSGE) was used to distinguish cases having mutations in this region.

Results

Two cases showed band shifts on CSGE. Exon-1 of the patients was directly sequenced. We found two different mutations in exon-1: the A/T mutation at +6 and the A/G mutation at +13.

Conclusions

The prevalence of hemophilia B leyden in B hemophilia patients (4.6%) in our results shows a higher frequency rate in Iran compared to that of other reported countries.

Key words: Hemophilia B leyden, Factor IX, Promoter region
SJIBTO 2008; 5(2): 73-80

Received: 18 Aug 2007

Accepted: 2 June 2008

Correspondence: Allah Bakhshian M., MS of Hematology. Medical School of Tarbiat Modarres University. P.O.Box: 14115-111, Tehran, Iran. Tel: (+9821)88011001; Fax : (+9821)88011001
E-mail: Mbakhshian360@yahoo.com