

بررسی هتروژنیته بالینی و شکست کروموزومی در بیماران ایرانی مشکوک به آنمی فانکونی

چکیده

زمینه و هدف: آنمی فانکونی یک بیماری اتوزومی مغلوب نادر است. این بیماری از لحاظ بالینی و ژنتیکی هتروژنیته بسیار گسترده‌ای دارد، به طوری که تشخیص بیماری را تنها بر پایه علائم بالینی دشوار و غیرقابل اعتماد و بر اساس ویژگی‌های مولکولی، تا به امروز، غیرممکن ساخته است. معیاد حساسیت زیاد از حد لنفوسیت‌ها و فیبروبلاست‌های بیماران مبتلا نسبت به عوامل آلکلیله کننده دو عملکردی مثل مایتومایسین C (به صورت افزایش در شکست‌های کروموزومی) معیار قابل اعتمادی را برای تشخیص بیماری به دست می‌دهد. هدف از این مطالعه ایجاد شرایط مناسب برای آزمون سیتوژنتیک به منظور تشخیص قطعی بیماری آنمی فانکونی در بیماران مشکوک به آنمی فانکونی و بررسی علائم بالینی می‌باشد. **روش بررسی:** در مدت زمان مطالعه ما موفق به بررسی ۲۰ بیمار مشکوک به آنمی فانکونی شدیم. بررسی بالینی با مطالعه پرونده بیماران انجام گرفت و به منظور بررسی سیتوژنتیکی، سه غلظت متفاوت مایتومایسین C (۴۰، ۳۰ و ۲۰ ng/ml) بر لنفوسیت‌های بیماران و کنترل‌های هم‌جنس آنها تاثیر داده شد. **یافته‌ها:** در این بیماران تشخیص پنج بیمار مورد تایید قرار گرفت و غلظت‌های ۴۰ و ۳۰ ng/ml مناسب تشخیص داده شد. **نتیجه‌گیری:** انجام آزمایش شکست کروموزومی برای تشخیص بیماری آنمی فانکونی اهمیت بسیار دارد. به علاوه بیماران مبتلا به آنمی آپلاستیک با اتیولوژی ناشناخته، نوزادانی که در بدو تولد دارای ناهنجاری مادرزادی همراه با آنمی فانکونی هستند و نیز خواهران و برادران بیماران باید مورد آزمایش سیتوژنتیک قرار بگیرند.

کلمات کلیدی: آنمی فانکونی، شکستگی کروموزومی، مایتومایسین C، هتروژنیته بالینی.

ساغر قاسمی فیروز آبادی^۱

یوسف شفقته^۱، الهه کیهانی^۱

رکسانا کریمی نژاد^۲، زهره علومی^۳

فریده موسوی^۴، فرحناز امینی^۱

حسین نجم آبادی^۱، فرخنده بهجتی^{*۱}

۱. مرکز تحقیقات ژنتیک، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲. مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد/نجم آبادی

۳. گروه کودکان بیمارستان امام خمینی، دانشگاه

علوم پزشکی تهران

۴. گروه خون بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه

شهید بهشتی

* نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات ژنتیک، اوین، انتهای خیابان کودکان، کد پستی ۱۹۸۳۴، تلفن: ۲۲۱۸۰۱۳۸
email: f_behjati@uswr.ac.ir

مقدمه

ناهنجاری در هر یک از ارگان‌های اصلی بدن گردد. شایع‌ترین این ناهنجاری‌ها شامل قامت کوتاه، ناهنجاری‌های رنگدانه‌ای پوست، ناهنجاری رادیوس و انگشت شست، کلیه و مجاری ادراری و دستگاه گوارش است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران فانکونی از نظر سن شروع بیماری، علائم و روند بالینی آن ناهمگونی وسیعی نشان می‌دهند. ناهمگونی‌های فنوتیپی میان خواهران و برادران مبتلا و حتی دوقلوهای یک تخمی نیز گزارش شده است.^{۱-۴} به دلیل این تفاوت‌ها، همچنین به علت فقدان ناهنجاری‌های مادرزادی در ۳۳-۲۵٪ بیماران و همپوشانی این بیماری با تعداد قابل توجهی از دیگر بیماری‌های ژنتیکی و غیر ژنتیکی، تشخیص بیماری تنها بر پایه علائم بالینی دشوار و غیرقابل اعتماد است.^{۵-۷} با مشخص شدن حساسیت غیر معمول سلول‌های بیمار مبتلا به فانکونی نسبت به عوامل اتصال‌دهنده عرضی بازهای نوکلئوتیدی (DNA cross-linking)، افزایش فراوانی

آنمی فانکونی (FA) Fanconi Anemia یکی از انواع آنمی‌های ارثی است که منجر به نارسایی مغز استخوان و آنمی آپلاستیک می‌شود. این بیماری، علاوه بر ناهنجاری‌های خونی سبب بروز انواع ناهنجاری‌های مادرزادی در بیماران مبتلا می‌شود و استعداد این بیماران را برای ابتلا به بدخیمی‌ها به ویژه لوکمی میلوئیدی حاد (AML) افزایش می‌دهد.^{۱،۲} آنمی فانکونی در همه نژادها و گروه‌های نژادی یافت می‌شود و فراوانی افراد مبتلا یک به ۳۶۰۰۰۰ نفر برآورد شده است.^۳ به واسطه اثر بنیان گذار (Founder effect) و فراوانی ازدواج‌های خویشاوندی، این بیماری در برخی جمعیت‌ها مثل یهودیان اشکنازی، جمعیت ترک (کشور ترکیه)، اعراب سعودی و احتمالاً جمعیت ایران، از فراوانی بالاتری برخوردار است.^{۳-۵} آنمی فانکونی از لحاظ بالینی بسیار هتروژن است و ممکن است سبب بروز

رنگ‌آمیزی هموژن به وسیله رنگ گیمسا، رنگ‌آمیزی شدند. سپس ۵۰ گستره متافازی از هر کشت مورد بررسی قرار گرفت و نوع و تعداد ناهنجاری‌های کروموزومی تعیین شد. نهایتاً با مقایسه سطح شکست کروموزومی در نمونه‌های بیمار و کنترل، تشخیص بیماری تایید و یا رد شد. معیار شمارش شکست‌ها از این قرار بود: شکاف‌های کروماتیدی و کروموزومی (زمانی که عدم پیوستگی در ساختمان کروماتید کمتر از عرض یک کروماتید باشد)، معادل صفر شکست، شکست‌های کروماتیدی و کروموزومی (زمانی که عدم پیوستگی در ساختمان کروماتید بیشتر از عرض یک کروماتید باشد)، معادل یک، نوآرایی‌ها (مثل کروموزوم‌های حلقوی و دو سانترومری) و اشکال شعاعی (اشکال سه و چهار شعاعی)، معادل دو شکست. بررسی ناهنجاری‌های بالینی در بیماران با مطالعه پرونده آنها و پرکردن پرسشنامه‌هایی که بدین منظور طراحی شده بود، انجام گرفت.

یافته‌ها

از میان ۱۸ بیمار مورد مطالعه (اطلاعات بالینی دو بیمار از ۲۰ بیمار در دسترس نبود) ۹ بیمار (۵۰٪) واجد علائم خونی، دو بیمار (۱۱/۱٪) واجد ناهنجاری‌های مادرزادی مشخصه FA و هفت بیمار (۳۸/۹٪) دارای علائم خونی به همراه بدشکلی‌های مادرزادی بودند. با انجام آزمون سیتوژنتیک، تشخیص FA در پنج مورد قطعی شد. ویژگی‌های برگرفته از پرونده‌های بیماران در جدول ۱ آمده است. درصد میتوزهای دارای ناهنجاری و میانگین شکست در هر سلول، در کشت‌های بدون و واجد MMC (با غلظت‌های ۴۰ ng/ml و ۳۰، ۲۰) هر بیمار و کنترل، بررسی و محاسبه گردید (شکل ۱). درصد میتوزهای دارای ناهنجاری = (تعداد میتوزهای دارای ناهنجاری کروموزومی به تعداد کل میتوزهای آنالیز شده (۵۰ میتوز) × ۱۰۰).

میانگین شکست / سلول = تعداد کل شکست‌ها به تعداد کل میتوزهای آنالیز شده (۵۰ میتوز). به وسیله انجام این آزمون تشخیص FA در پنج بیمار قطعی گشت. به عبارتی از ۲۰ بیمار مشکوک به FA، ۲۵٪ مبتلا و ۷۵٪ غیر مبتلا به FA بودند. لازم به توضیح است که یکی از بیماران غیر FA میانگین شکست کروموزومی پایه نسبتاً بالایی (قابل مقایسه با میانگین شکست کروموزومی همان بیمار در کشت واجد غلظت MMC ۴۰ ng/ml) داشت. اما عدم وجود افزایش در فراوانی شکست

شکست‌های کروموزومی تحت تأثیر این عوامل، به عنوان شاخص سلولی منحصر به فردی برای تشخیص پیش از تولد و پس از تولد به کار گرفته شد.^{۱۸} شایع‌ترین این عوامل عبارتند از دی اپوکسی بوتان DEB، مایتومایسین C و نیتروژن موستارد و ناهنجاری‌های کروموزومی حاصل از تأثیر آنها اغلب از نوع شکاف‌ها و شکست‌های کروماتیدی، اشکال شعاعی و نوآرایی‌های مرکب می‌باشد.^۹ حساسیت نسبت به این عوامل، چه قبل از ظهور علائم خونی و چه در مراحل ظهور آنمی آپلاستیک یا AML برای شناسایی بیماران، چه آنها که واجد ناهنجاری‌های مادرزادی هستند و چه آنها که فاقد این علائم می‌باشند مثر ثمر و پاسخگو است و از این طریق می‌توان در مواردی که بیماران نسبت به مواد آلکیلاسیون حساسیت نشان می‌دهند، روش‌های درمانی مناسب را به کار گرفت.^۱ در مطالعه حاضر بیماران مشکوک به FA (به علت دارا بودن یک یا چند علامت همراه با این بیماری) از لحاظ بالینی مورد بررسی قرار گرفته و نوع و فراوانی ناهنجاری‌ها در بیمارانی که تشخیص FA در آنها به وسیله آزمون شکست کروموزومی قطعی یا رد شده تعیین شده است. همچنین هدف دیگر این پژوهش بررسی ناهنجاری سیتوژنتیک در بیماران مشکوک به FA به منظور رد یا تایید تشخیص FA در آنها و یافتن مناسب‌ترین شرایط برای آزمون سیتوژنتیک می‌باشد.

روش بررسی

نمونه خون هپارینه (حجم حداقل ۲ ml) ۲۰ بیمار مشکوک به FA (ارجاع شده از مراکز مختلف تهران) مورد آزمون سیتوژنتیک با استفاده از عامل آلکیله‌کننده Mitomycin C (MMC) قرار گرفت و پرونده بالینی این بیماران مطالعه شد. از این میان متاسفانه اطلاعات بالینی دو بیمار در دسترس نبود اما به دلیل ارجاع نمونه با احتمال ابتلای FA، آزمایش سیتوژنتیک در مورد آنها انجام گرفت که البته تشخیص FA در هر دو مورد رد شد. برای انجام آزمون شکست کروموزومی، چهار کشت از نمونه خون محیطی هر بیمار و کنترل مربوطه‌اش (در مجموع هشت کشت)، با استفاده از سه غلظت متفاوت مایتومایسین C (۴۰ ng/ml و ۳۰، ۲۰) در مرحله G1 (بعد از گذشت ۲۴ ساعت از آغاز کشت) گذاشته شد. لازم به ذکر است که به یکی از کشت‌های بیمار و کنترل MMC اضافه نشد. پس از گذشت ۷۲ ساعت مراحل هاروست و لام‌گیری انجام گرفت و لام‌ها به روش

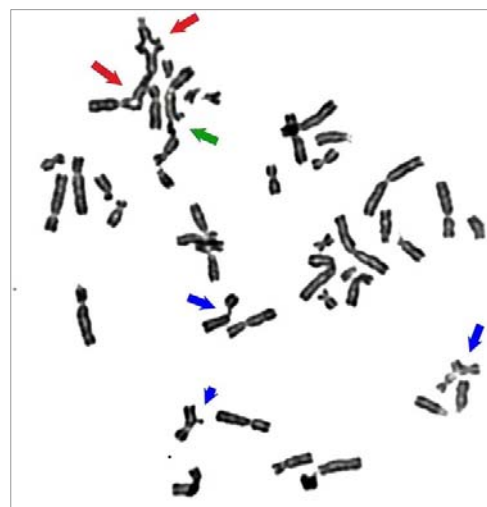
جدول-۱: ویژگی‌های برگرفته از پرونده‌های بیماران FA

مشخصه مورد نظر	تعداد بیماران
جنسیت:	
مونت	۴
مذکر	۱
طیف سنی:	
دهه اول	۴
دهه دوم	۱
سن بروز علائم: سال اول	۲
سال دوم تا دهم	۲
نامشخص	۱
اولین علامت:	
نشانه‌های آنمی	۵
نشانه‌های آنمی به همراه علامت دیگر	-
خونریزی خود به خودی	-
نوع ناهنجاری:	
آنمی آپلاستیک	-
ناهنجاری‌های مادرزادی	-
آنمی آپلاستیک به همراه ناهنجاریهای مادرزادی	۵
سابقه قبلی:	
مثبت	۳
منفی	۲
نسبت والدین:	
از نوع درجه ۳	۵
از نوع درجه ۵ و بیشتر	-
غیر خویشاوند	-

بیماری که تشخیص FA در آنها قطعی شد از شش تا ۴۰، در ۱۵ بیماری که واجد برخی مشخصات فنوتیپی FA بودند اما بر اساس آزمون MMC غیر مبتلا تشخیص داده شدند از صفر تا شش و در نمونه‌های کنترل از صفر تا شش متغیر بود. همان‌طور که آشکار است این درصد در برخی بیماران FA مشابه با بیماران غیر FA و نمونه‌های کنترل می‌باشد. این درصد در کشت واجد 20 ng/ml مایتومایسین در پنج بیمار FA از ۲۸ تا ۶۰، در ۱۵ بیمار غیر FA از صفر تا شش و در نمونه‌های کنترل از صفر تا ده متغیر بود. دامنه تغییرات این درصد در کشت واجد 30 ng/ml مایتومایسین C در پنج بیمار FA از ۴۲ تا ۹۶، در ۱۵ بیمار غیر FA از صفر تا ۱۶ و در نمونه‌های کنترل از صفر تا ۱۴ بود. بالاخره درصد میتوزهای دارای ناهنجاری در کشت واجد غلظت 40 ng/ml مایتومایسین C در بیماران FA از ۶۴ تا ۹۶، در بیماران غیر FA از صفر تا ۱۶ و در نمونه‌های کنترل از صفر تا ۱۶ نوسان داشت. میانگین شکست کروموزومی پایه (بدون تاثیر مایتومایسین C) در هر سلول، در پنج بیماری که مبتلا به FA تشخیص داده شدند از ۰/۰۶ تا ۰/۴۶، در ۱۵ بیماری که تشخیص FA در آنها رد شده از صفر تا ۰/۰۶ و در نمونه‌های کنترل از صفر تا ۰/۰۸ متغیر بود. این میانگین در کشت واجد غلظت 20 ng/ml مایتومایسین C در بیماران FA از ۰/۴۲ تا ۰/۹۶، در بیماران غیر FA از صفر تا ۰/۰۸ و در نمونه‌های کنترل از صفر تا ۰/۱۵ نوسان داشت. دامنه تغییرات میانگین شکست کروموزومی / سلول در کشت واجد غلظت 30 ng/ml MMC در بیماران FA از ۱/۴۲ تا ۶/۴۲، در بیماران غیر FA از صفر تا ۰/۱۲ و در نمونه‌های کنترل از صفر تا ۰/۱۲ بود. میانگین شکست کروموزومی / سلول در کشت واجد غلظت 40 ng/ml MMC در پنج بیمار FA از ۲/۴۱ تا ۸/۰۵، در ۱۵ بیمار غیر FA از صفر تا ۰/۱۴ و در نمونه‌های کنترل از صفر تا ۰/۲ متغیر بود. همان‌طور که از یافته‌ها نیز بر می‌آید اطلاعات بیماران غیر FA در پاسخ به غلظت‌های مختلف MMC تفاوتی با پاسخ کنترل‌های سالم ندارد.

بحث

در مطالعه حاضر از ۱۸ بیمار مبتلا به آنمی آپلاستیک، تشخیص FA در پنج مورد (۲۸ درصد موارد) قطعی شد. این فراوانی، کمتر از فراوانی به‌دست آمده در مطالعه دکتر حاجیان پور و همکاران در سال ۱۹۹۹^۳ می‌باشد که ۳۳ بیمار AA را در جمعیت بیماران ایرانی بررسی



شکل-۱: تصویری از ناهنجاری‌های کروموزومی القا شده در یکی از بیماران FA تحت اثر غلظت 30 ng/ml مایتومایسین C، فلش‌ها شکست‌های کروماتیدی، اشکال شعاعی و نوآرایی‌های مرکب را نشان می‌دهند.

کروموزومی در حضور غلظت‌های مختلف MMC مطابق با تشخیص FA نبود. یافته‌های به‌دست آمده از آزمون سیتوژنتیک از این قرار بود، در صد میتوزهای دارای ناهنجاری در کشت بدون MMC در پنج

کروموزومی وجود داشت. این اختلاف با افزایش غلظت MMC چشمگیرتر بود و در مجموع غلظت‌های ۴۰ و ۳۰ ng/ml مناسب‌تر از غلظت ۲۰ ng/ml به نظر رسید. در پایان لازم به ذکر است با شناخته شدن ژن‌های مسئول بیماری و ارائه روش‌های مولکولی معلوم شده است که دقت آزمون سیتوژنتیک در تشخیص این بیماری صد درصد نمی‌باشد،^{۱۴،۱۵} اما به علت تعدد ژن‌ها و تنوع گسترده جهش‌ها تا به امروز جز در موارد معدود مثل ژن FAC در جمعیت یهود اشکنازی استفاده از روش‌های تشخیص مولکولی امکان‌پذیر نیست.^{۱۶} به همین جهت اهمیت آزمون سیتوژنتیک در تشخیص بیماری همچنان به قوت خود باقی است. با توجه به گوناگونی بالینی بیماری، انجام آزمون شکست کروموزومی برای تشخیص بیماری FA اهمیت بسیاری دارد. به علاوه بررسی بالینی بیمارانی که تشخیص FA در آنها قطعی می‌شود هم به جهت دستیابی به اطلاعات آماری قابل قبول و هم به منظور آگاهی بیشتر پزشکان از علائم گوناگون همراه با این بیماری حائز اهمیت است. در نهایت همان‌طور که در دیگر متون نیز آمده است^{۱۷،۱۸} پیشنهاد می‌شود بیمارانی مبتلا به آنمی آپلاستیک با ایتولوژی ناشناخته، نوزادانی که در بدو تولد دارای ناهنجاری مادرزادی همراه با FA هستند و نیز خواهران و برادران بیمارانی مبتلا مورد آزمایش قرار بگیرند و مناسب‌تر آن است که اینها همه در یک مرکز مرجع صورت بگیرند تا بیمارانی مورد بررسی دقیق بالینی و سیتوژنتیکی قرار بگیرند و نیز نتایج آماری مستند به دست آید و این مهم خود یکی از اهداف آینده این مطالعه می‌باشد. از دیگر اهداف آینده این پژوهش راه‌اندازی تکنیک‌های سیتوژنتیک برای تشخیص پیش از تولد بیماری است. هدف نهایی بررسی مولکولی بیمارانی FA و تعیین ژن درگیر و نوع جهش می‌باشد. چرا که در جمعیت ایران (به‌ویژه در اقوام جداگانه) نیز ممکن است ژن‌ها و حتی جهش‌های خاصی از شیوع بیشتری برخوردار باشد که شناسایی آن به تشخیص دقیق و سریع بیمارانی، ناقلین بیماری و تشخیص پیش از تولد کمک شایانی خواهد نمود. *سپاسگزاری*: لازم می‌دانیم از همه عزیزانی که در انجام این مطالعه ما را یاری کرده‌اند، به‌ویژه اساتید گرامی، همکاران و دانشجویان عزیز مرکز تحقیقات ژنتیک دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، کارکنان گرامی کلینیک ژنتیک شهرک غرب، دکتر موسوی و پرستاران گرامی بخش خون بیمارستان شهدای تجریش، دکتر علومی در بخش کودکان بیمارستان امام خمینی تشکر نمایم.

کرد (۵۸ درصد) که احتمالاً به علت تفاوت در تعداد نمونه است. اما از فراوانی به دست آمده به واسطه مطالعه Xie و همکاران (۰/۰۸) در سال ۲۰۰۰ و مطالعه Hou و Wang (۰/۰۹) در سال ۱۹۹۷ به میزان قابل توجهی بیشتر است و تائیدی بر ادعای دکتر حاجیان‌پور مبنی بر فراوانی بیشتر FA در کشور ایران در مقایسه با دیگر کشورها است. در مورد اطلاعات بالینی به دست آمده در مورد بیمارانی مبتلا به FA (که در بخش نتایج گزارش شده است) به علت محدودیت تعداد بیمارانی، امکان مقایسه با دیگر پژوهش‌ها تا این مرحله وجود ندارد. اما نکته‌ای که شایان ذکر می‌باشد در رابطه با پنج بیمار با تشخیص بالینی FA است که به وسیله آزمون سیتوژنتیک فاقد شکستگی کروموزومی بودند. علت تشخیص بالینی در دو مورد رویداد آنمی آپلاستیک، خویشاوندی والدین و سابقه بیماری قبلی در خانواده بود. دو مورد دیگر واجد ناهنجاری‌های مادرزادی فرعی شامل لکه‌های شیر قهوه، قامت کوتاه و میکروفتالمی بودند و علائم خونی در هر دو مورد آنمی بود. یکی از این دو بیمار عقب‌مانده ذهنی نیز بود. مورد سوم بیماری مبتلا به آنمی آپلاستیک به همراه ناهنجاری‌های مادرزادی متعدد شامل لکه‌های شیر قهوه، عقب‌ماندگی رشد، قامت کوتاه، فقدان کلیه چپ، فقدان بلوغ جنسی و بزرگی کبد بود. موارد مشابه با تشخیص بالینی آنمی فانکونی و عدم وجود شکستگی کروموزومی در متون متعدد نیز گزارش شده است^{۱۲-۱۱} اینها همه گواه بر هتروژنیته بالینی و ژنتیکی در بیمارانی آنمی فانکونی و اهمیت آزمون شکست کروموزومی در ارائه تشخیص قطعی این بیماری است. بر پایه نتایج به دست آمده از آزمون سیتوژنتیک، همان‌طور که در بخش نتایج آمده است، درصد میتوزهای دارای ناهنجاری و میانگین شکست کروموزومی در برخی بیمارانی FA مشابه با بیمارانی غیر FA و نمونه‌های کنترل بود. این نتیجه که با نتایج حاصل از دیگر مطالعات هماهنگی دارد^{۱۳،۱۴} نشان می‌دهد که شکست‌های کروموزومی پایه را به تنهایی برای تشخیص FA نمی‌توان به کار برد. بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند اگر چه گوناگونی وسیعی در میانگین شکست کروموزومی و درصد میتوزهای دارای ناهنجاری حاصل از تاثیر عوامل آلکیله کننده میان بیمارانی مختلف FA وجود دارد، اما هیچ‌گونه همپوشانی با طیف نرمال دیده نمی‌شود.^۱ در این مطالعه نیز در حضور غلظت‌های مختلف MMC اختلاف چشمگیری میان بیمارانی FA، بیمارانی غیر FA و نمونه‌های کنترل از نظر فراوانی میتوزهای غیر طبیعی و شکست‌های

References

1. Auerbach AD, Buchwald M, Joenje H. Fanconi Anemia. In: Vogelstein B, Kinzler KW, Editors. *The Genetic Basis of Human Cancer*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill: 2002; p. 289.
2. D'Andrea AD, Grompe M. Molecular biology of Fanconi anemia: implications for diagnosis and therapy. *Blood* 1997; 90: 1725-36.
3. Hajianpour AK, et al. High Incidence of Fanconi anemia: associated with high rate of consanguineous marriages in Iran. The first congress of genetic disorders and disabilities in Iran: 1999.
4. Esmer SMC, Alessandra Carnevale CA, Molina AB, Cruz-Alcivar R, Sanchez Sandoval S, Gomez Laguna L, et al. Clinical and cytogenetic variability on twelve fanconi anemia families and its relationship with complementation group assignment. *Rev Invest Clin* 1999; 51: 273-384.
5. Faivre L, Guardiola P, Lewis C, Dokal I, Ebell W, Zatterale A, et al. Association of complementation group and mutation type with clinical outcome in fanconi anemia. European Fanconi Anemia Research Group. *Blood* 2000; 96: 4064-70.
6. Giampietro PF, Verlander PC, Davis JG, Auerbach AD. Diagnosis of Fanconi anemia in patients without congenital malformations: an international Fanconi Anemia Registry Study. *Am J Med Genet* 1997; 68: 58-61.
7. Auerbach AD, Ghosh R, Pollio PC, Zhang M. Diepoxybutane test for prenatal and postnatal diagnosis of Fanconi Anemia. In: Schroeder-Kurth TM, Auerbach AD, Obe G, Editors. *Fanconi Anemia, Clinical Cytogenetic and Experimental Aspects*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag: 1989; p. 71.
8. Buchwald M, Moustacchi E. Is Fanconi anemia caused by a defect in the processing of DNA damage? *Mutat Res* 1998; 408: 75-90.
9. Miller OJ, Therman E. *Human Chromosomes*. 4th ed. New York: Springer-Verlag: 2001.
10. Poole SR, Smith AC, Hays T, McGavran L, Auerbach AD. Monozygotic twin girls with congenital malformations resembling fanconi anemia. *Am J Med Genet* 1992; 42: 780-4.
11. Milner RD, Khallouf KA, Gibson R, Hajianpour A, Mathew CG. A new autosomal recessive anomaly mimicking Fanconi's anaemia phenotype. *Arch Dis Child* 1993; 68: 101-3.
12. Roszbach HC, Sutcliffe MJ, Haag MM, Grana NH, Rossi AR, Barbosa JL. Fanconi anemia in brothers initially diagnosed with VACTERL association with hydrocephalus, and subsequently with Baller-Gerold syndrome. *Am J Med Genet* 1996; 61: 65-7.
13. Cervenka J, Arthur D, Yasis C. Mitomycin C test for diagnostic differentiation of idiopathic aplastic anemia and Fanconi anemia. *Pediatrics* 1981; 67: 119-27.
14. Dokal I, Chase A, Morgan NV, Coulthard S, Hall G, Mathew CG, et al. Positive diepoxybutane test in only one of two brothers found to be compound heterozygotes for Fanconi's anaemia complementation group C mutations. *Br J Haematol* 1996; 93: 813-6.
15. Kwee ML, van der Kleij JM, van Essen AJ, Begeer JH, Joenje H, Arwert F, et al. An atypical case of Fanconi anemia in elderly sibs. *Am J Med Genet* 1997; 68: 362-6.
16. Blanche P, Alter BP. Anemia Fanconi. eMedicine [Last Updated: 2005, March 10], [<http://www.emedicine.com/PED/topic3022.htm>]. Available from: URL.
17. Giampietro PF, Verlander PC, Maschan A, Davis JG, Auerbach AD. Fanconi anemia: A model for somatic gene mutation during development. *Am J Med Genet* 1994; 52: 36-7.

Clinical heterogeneity and chromosome breakage in Iranian patients suspicious of Fanconi anemia

Abstract

Ghasemi Firouzabadi S.¹
Shafeghati Y.¹
Keyhani E.¹
Kariminejad R.²
Oloomi Z.³
Moosavi F.⁴
Amini F.¹
Najmabadi H.¹
Behiati F.^{*1}

1- Genetics Research Center,
University of Social Welfare and
Rehabilitation Sciences

2- Kariminejad/ Najmabadi
Pathology and Genetics center

3- Imam Khomeini Hospital,
Tehran University of Medical
Sciences

4- Shohada Tajrish Hospital,
Shahid Beheshti University

Background: Fanconi anemia (FA) is a rare autosomal recessive disorder characterized by short stature, skeletal anomalies, increased incidence of solid tumors and leukemia, and bone marrow failure (aplastic anemia). FA has been reported in all races and ethnic groups and affects men and women in an equal proportion. The frequency of FA has been estimated at approximately 1 per 360,000 live births. In some populations, including Ashkenazi Jews, Turks, Saudi Arabians and Iranians, this frequency appears to be higher, probably as a result of the founder effect and consanguineous marriage. Because of extensive genetic and clinical heterogeneity (the age of onset, clinical manifestations and survival), diagnosis of FA on the basis of clinical data alone is unreliable and its molecular diagnosis is difficult. The diagnosis of FA exploits the hypersensitivity of FA lymphocytes and fibroblasts to bifunctional alkylating agents such as mitomycin C (MMC), diepoxybutane (DEB) and nitrogen mustard and differentiates it from idiopathic aplastic anemia. In this study, in addition to the patients' clinical profiles, a cytogenetic test using MMC was implemented for an accurate diagnosis of Fanconi anemia.

Methods: In this study, the lymphocytes of 20 patients referred for FA, and those of their normal sex-matched controls, were treated with three different concentrations of mitomycin C (20, 30, 40 ng/ml). Slides were prepared and solid stained. In order to determine the number and kind of chromosome abnormalities, 50 metaphase spreads from each culture were analyzed. Clinical information was obtained from patient files.

Results: Five patients manifested increased chromosome breakage with MMC, confirming the FA diagnosis. Two different concentrations of MMC (30, 40 ng/ml) were most effective.

Conclusion: The chromosomal breakage test is important for the accurate diagnosis of Fanconi anemia. DNA crosslinking agents used to treat idiopathic aplastic anemia may be lethal for patients with FA. Thus, aplastic anemia patients with unknown etiology, infants with congenital abnormalities involved in FA and siblings of FA patients should also be cytogenetically tested.

Keywords: Fanconi anemia, chromosome breakage, mitomycin c, clinical heterogeneity.

* Corresponding author: Genetics
Research Center, University of Social
Welfare and Rehabilitation Sciences,
Evin, Koodakyar St., Tehran
Tel: +98-21-22180138
email: f_behjati@uswr.ac.ir