

Genetics of Phenylketonuria in Iran: A Review Study

Sima Binaafar¹,
Nejat Mahdih²

¹Msc in Biology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

²Assistant Professor, Cardiogenetic Research Laboratory, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received August 24, 2016; Accepted November 14, 2016)

Abstract

Background and purpose: Phenylketonuria (PKU), a genetic disorder with an autosomal recessive pattern of inheritance, is mainly due to phenylalanine hydroxylase deficiency. In Iran, many studies have investigated the genetics of this disease among different populations. This study aimed to report the frequencies of the mutations for each population as determined in different studies.

Materials and methods: The studies that were published during 2003-2015 in online databases including PubMed, ISI Web of Science, SCOPUS, Science Direct, SID, Wiley Online Library, and Elsevier were searched. To this aim, a combination of the following keywords was employed: 'phenylketonuria', 'phenylketonuria + Iran', 'mutation + phenylketonuria + Iran', and 'phenylketonuria + genetics and Iran'.

Results: Totally, 11 studies were on the genetics of PKU. According to the results, 53 mutations were reported in different populations of Iran. Nonsense, deletion, missense, and splice-site mutations, were detected in 6, 6, 28, and 30 cases, respectively. Furthermore, IVS10-11G>A and p.Pro281Leu, p.Gln383Ter and IVS10-11G>A, and p.Arg252Trp were found to be the most prevalent mutations in Azerbaijan and Kermanshah, Khorasan, and Isfahan, respectively. Additionally, p.Gln375Arg and p.Gln383Ter were the two mutations observed in Khuzestan and Khorasan for the first time.

Conclusion: Considering the prevalence of consanguineous marriage in Iran, determining the common PAH gene mutations is important for designing screening panels.

Keywords: gene mutations, genetics, iranian populations, pah, phenylketonuria

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27(147): 446-455 (Persian).

ژنتیک فنیل کتونوری در ایران: مرور مطالعات گذشته

سیما بینافر^۱نجات مهدیه^۲

چکیده

سابقه و هدف: فنیل کتونوری که بیماری ژنتیکی با وراثت مغلوب اتوزومی است، به طور عمده به دلیل نقص آنزیم کبدی فنیل آلانین هیدروکسیلاز رخ می دهد. تاکنون مطالعات متعددی بر روی ژنتیک این بیماری در جمعیت های مختلف ایرانی انجام شده است. در این پژوهش، فراوانی جهش های گزارش شده در هر منطقه بررسی گردید.

مواد و روش ها: مقالات منتشر شده از سال ۱۳۸۲ تا ماه مهر سال ۱۳۹۴ در پایگاه های اطلاعاتی Science، Pubmed، Direct، Wiley Online Library، Elsevier و SID به کمک واژه های فنیل کتونوری، فنیل کتونوری + ایران، جهش + فنیل کتونوری + ایران، فنیل کتونوری و ژنتیک + فنیل کتونوری، برای بررسی انتخاب شدند.

یافته ها: به طور کلی، ۱۱ مقاله منطبق با معیارهای این مطالعه بر روی ژنتیک بیماری فنیل کتونوری منتشر شده بود. تعداد ۵۳ جهش مختلف در ژن فنیل آلانین هیدروکسیلاز (PAH) در اقوام مختلف ایرانی گزارش شده است. تعداد جهش های بدمعنی (Missense) و پردازشی (Splicing) به ترتیب ۲۸ و ۱۳ مورد و تعداد جهش های حذفی (Deletion) و بی معنی (Nonsense) هر کدام ۶ مورد بود. جهش های p.Pro281Leu و IVS10-11G>A در آذربایجان و کرمانشاه، جهش های p.Gln383Ter و IVS10-11G>A در خراسان و جهش p.Arg252Trp در اصفهان شایع بودند. جهش های p.Gln375Arg در خوزستان و p.Gln383Ter در خراسان برای اولین بار گزارش شدند.

استنتاج: شناسایی جهش های ژن PAH به ویژه جهش های بومی هر خطه کشور با توجه به رواج ازدواج خویشاوندی در آن، برای طراحی برنامه غربالگری ضرورت ویژه ای دارد.

واژه های کلیدی: جمعیت های ایرانی، جهش ژنی، ژنتیک، فنیل آلانین هیدروکسیلاز، فنیل کتونوری

مقدمه

به ۴۶۹۸ در استان فارس را نشان می دهد (۶،۵). افراد مبتلا به این اختلال در بدو تولد فاقد علامت ظاهری می باشند و در صورت عدم تشخیص و درمان به هنگام تظاهرات بالینی از جمله: میکروسفالی، صرع، بوی خاص بدن (Musty body odor)، کاهش رنگدانه پوست، اگزما، کم توانی شدید ذهنی، مشکلات رفتاری و همچنین تغییرات ساختاری مغز را نشان خواهند داد. به طور عمده، بیماری PKU به دلیل نقص آنزیم کبدی فنیل آلانین

فنیل کتونوری (Phenylketonuria: PKU)، یک اختلال شایع متابولیکی با الگوی وراثتی مغلوب اتوزومی است که نخستین بار در سال ۱۹۳۴ معرفی گردید (۲،۱). فراوانی این خطای ذاتی متابولیسم در بین سفیدپوستان برابر ۱ به ۱۰۰۰۰ و در جمعیت ایرانی با فراوانی ۱ به ۸۰۰۰-۶۰۰۰ گزارش شده است (۴،۳). البته آمارهای منطقه ای در جمعیت ایرانی با توجه به رواج ازدواج فامیلی، بروز نسبتاً بالای ۱ به ۳۶۲۷ تا ۱

مولف مسئول: نجات مهدیه- تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات ژنتیک قلب و عروق شهید رجایی، آزمایشگاه کاردیوژنتیک Email: nmahdieh@gmail.com

۱. کارشناسی ارشد گروه زیست شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران
۲. استادیار آزمایشگاه کاردیوژنتیک، مرکز تحقیقات ژنتیک قلب و عروق شهید رجایی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
* تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۷/۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۸/۲۴

هیدروکسیلاز (PAH; EC1.14.16.1) و نیز با شیوع کمتر در برخی موارد به دلیل کمبود تراهایدروبیوپترین ناشی از نقص بیوسنتز فعالیت آنزیم دی هیدروفولات ردوکتاز پدید می آید. نقص فنیل آلانین هیدروکسیلاز، تبدیل فنیل آلانین به تیروزین را دچار مشکل می کند و طیف گسترده فنوتیپی را سبب می گردد. در نتیجه ی این نقص، فنیل آلانین تجمع یافته و به فنیل پیروویک اسید و دیگر متابولیت ها تبدیل می گردد که در ادرار وارد می شوند. از سوی دیگر، عدم سنتز تیروزین، سبب عدم ایجاد رنگدانه ملانین می شود و در نتیجه با علائمی از قبیل فنوتیپ موهای بور و چشمان آبی، فقدان رنگدانه در مو، چشم همراه می گردد. تصویرنگاری به روش تشدید مغناطیسی (Magnetic Resonance Imaging; MRI)، شدت بالای Dysmyelination در ماده سفید اطراف بطن را نشان

می دهد (۷).

محققان از دیرباز، براساس معیارهایی مانند: سطح پلاسمایی، تحمل و همچنین محدوده امن سطح فنیل آلانین به دسته بندی این بیماری پرداخته اند. گروهی از محققان (۱۹۹۸)، این بیماری را در چهار دسته شامل: Moderate PKU، Classic PKU، Mild PKU و Mild hyperphenylalaninemia قرار داده اند. در سال ۲۰۱۴، Camp و همکاران دسته بندی جدیدی از این بیماری را با توجه به سطح فنیل آلانین قبل از درمان (Pretreatment Phe level)، میزان فنیل آلانین و فنیل آلانین/تیروزین در نوزاد (Phe and Phe:Tyr ratio in newborn period) و تحمل فنیل آلانین (Phe tolerance)، ارائه دادند (جدول شماره ۱) (۸).

جدول شماره ۱: تقسیم بندی بیماری فنیل کتونوری (Camp و همکاران در سال ۲۰۱۴) (۸)

احتمال پاسخ به BH4	ژنوتیپ PAH	میزان تحمل فنیل آلانین	نرخ فنیل آلانین و فنیل آلانین/تیروزین در نوزاد (غیربالگری نوزاد / طیف سنجی جرمی پشت سر هم) ^۲	سطح فنیل آلانین قبل از درمان (سنی - اصلاح شده) ^۱	اختلالات مرتبط با فنیل آلانین
بسیار زیاد	-	متغیر	متغیر	Phe ۲-۳۵ mg/dL (some normal) (۱۲۰-۲۱۲۰ μmol/L)	تقایص تراهایدروبیوپترین
تقایص PAH نیازمند درمان					
کم	۲ جهش کلاسیک (اغلب نول)	<۲۰ mg/kg/day ۲۵-۳۵۰ mg/day	۲۵-۴۵ mg/kg (۱۳۰-۳۳۰ mg/day)	Phe ≥۴۲۰ μmol/L; Phe:Tyr >۵	PKU کلاسیک
کم	کلاسیک + متوسط یا ۲ جهش متوسط	۱۲-۱۸ mg/kg/day	۴۵-۵۰ mg/kg	محدودیت اطلاعات	PKU متوسط
متوسط	کلاسیک، متوسط، یا ملایم + ۱ جهش ملایم PAH	>۱۸ mg/kg/day	۵۵ mg/kg	محدودیت اطلاعات	PKU ملایم
زیاد	کلاسیک، متوسط، یا ملایم + ۱ جهش ملایم PAH	No data	۷۰ mg/kg	محدودیت اطلاعات	متنقه خاکستری ملایم HPA ^۴
بدون نیاز به درمان PAH نقص					
-	کلاسیک، متوسط، یا جهش ملایم + ۱ جهش ملایم HPA	رژیم غذایی بدون محدودیت	رژیم غذایی بدون محدودیت	Phe ۱۵۱-۳۶۰ μmol/L (avg ۲۴۴); Phe:Tyr ۰/۸-۸/۲۵ (avg ۲/۳)	HPA-NT ملایم ^۵

^۱ Traditional-modified, ^۲ Newborn screening/ tandem mass spectrometry, ^۳ Normal to elevated, ^۴ Mild HPA-gray zone, ^۵ Mild HPA-NT

مدیریت مؤثر این بیماری، مستلزم شناسایی زود هنگام و آغاز درمان به هنگام می باشد. برای شناسایی بیماری در غربالگری بدو تولد به طور عمده از روش بیوشیمیایی آزمایش گاتری (Guthrie card bacterial Fluorometric analysis، inhibition assay: BIA و spectrometry (MS/MS)/Tandem mass استفاده می شود؛ اما تأیید نهایی صرفاً با کمک روش های ژنتیک مولکولی بررسی ژن فنیل آلانین هیدروکسیلاز میسر می باشد.

ژن مسبب فنیل کتونوری بر روی کروموزوم ۱۲ در ناحیه q22-q24.1 با ۱۳ اگزون قرار گرفته است. بلندترین اگزون و اینترون این ژن به ترتیب اگزون شماره ۱۳ (۸۹۲ bp) و اینترون شماره ۲ (۱۷۸۷۴ bp) می باشد. هتروژنی جهشی در جمعیت های مختلف دیده می شود. با توجه به اینکه در هر جمعیتی ممکن است یک یا چند جهش خاص شایع باشد، بررسی این جهش های شایع در تشخیص مولکولی از نظر زمانی و اقتصادی مقرون به صرفه تر است؛ بنابراین، شناسایی جهش های شایع این آنزیم به طور بومی، عامل مفید و مؤثری در طراحی برنامه ژنتیکی مورد نیاز آزمایش تشخیصی مولکولی این بیماری می باشد. در این پژوهش، مطالعات متعدد ژنتیک مولکولی مختلفی که بر روی ژنتیک این بیماری در جمعیت ایرانی صورت گرفته، مرور و بحث شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه مروری با بهره گیری از مقالات منتشر شده از سال ۱۳۸۲ تا ماه مهر سال ۱۳۹۴ در مجلات معتبر علمی پژوهشی داخلی و خارجی و نمایه شده در پایگاه های اطلاعاتی Pubmed، Science Direct، Elsevier، Wiley Online Library و SID تهیه و تنظیم شده است. جستجو در پایگاه های اطلاعاتی براساس

واژه های انگلیسی PAH gene، PAH mutation IRAN و IRAN و PKU gene IRAN و نیز کلیدواژه های فارسی فنیل کتونوری، فنیل کتونوری + ایران، جهش + فنیل کتونوری + ایران، فنیل کتونوری، ژنتیک + فنیل کتونوری صورت گرفت. از بین مقالات موجود در این بازه زمانی، مقالاتی که مشمول معیارهای سه گانه ذیل بودند، انتخاب شدند: ۱- مطالعه بر روی جمعیت ایرانی انجام شده باشد ۲- مطالعه بر روی جهش های ژن PAH صورت گرفته باشد ۳- از روش های مولکولی برای شناسایی جهش استفاده شده باشد. پس از انتخاب مطالعات، فراوانی هر کدام از جهش ها براساس نوع جمعیت بررسی و مشخص گردید.

یافته ها

در مجموع، حاصل بررسی پایگاه های اطلاعاتی داخلی و خارجی در بازه زمانی سال های ۱۳۹۴-۱۳۸۲، ۴۲ مقاله با محوریت فنیل کتونوری در جمعیت ایرانی بود که از ابعاد مختلف ژنتیکی، تغذیه ای، اختلالات رشد و نموی به این بیماری پرداخته بودند. از این تعداد، ۱۱ مقاله ای منطبق با معیارهای این مطالعه انتخاب شدند (جدول شماره ۲). کلیه این مطالعات به صورت مقطعی (Cross sectional) طراحی و اجرا شده بودند.

جدول شماره ۲: مطالعات منتشر شده که بر روی ژنتیک بیماری انجام شده است.

ردیف	تعداد افراد گروه مطالعه	استان / منطقه مورد مطالعه	منبع
۱	۱۲۴	-	زارع کاریزی در سال ۲۰۱۱ (۳)
۲	۱۰	روستای مستعلی کرمانشاه	مرادی در سال ۲۰۱۴ (۹)
۳	۲۶	اصفهان	ولیان در سال ۲۰۰۳ (۱۰)
۴	۴۴	آذربایجان شرقی	بنیادی در سال ۲۰۱۰ (۱۱)
۵	۲۰	آذربایجان غربی	باقری در سال ۲۰۱۴ (۱۲)
۶	۷	کرمانشاه	مرادی در سال ۲۰۱۲ (۱۳)
۷	۲۷	کرمانشاه	علی بخشی در سال ۲۰۱۴ (۱۴)
۸	۴۰	خوزستان	عجمی در سال ۲۰۱۳ (۱۵)
۹	۳۱	خراسان رضوی	حجزلوئی در سال ۲۰۱۲ (۱۶)
۱۰	۱	تهران	رایزی در سال ۲۰۱۳ (۱۷)
۱۱	۲۴	قزوین	بیگلری و همکاران در سال ۲۰۱۵ (۱۹)
	۱۵	زنجان	

(Deletion) و بی‌معنی (Nonsense) هر کدام ۶ مورد مشاهده شد. صرفاً در یک گزارش موردی، PKU ناشی نقص کوفاکتور هیدروپترین مورد ارزیابی ژنتیکی قرار گرفته بود که از مطالعه حاضر حذف گردید (۱۸).

در مجموع، ۵۳ جهش متفاوت در ژن PAH، در اقوام مختلف گزارش شده است (جدول شماره ۳). تعداد جهش‌های بدمعنی (Missense) و پردازشی (Splicing) به ترتیب ۲۸ و ۱۳ مورد و تعداد جهش‌های حذفی

جدول شماره ۳: فراوانی آللی جهش‌های PAH به تفکیک استان محل مطالعه

ردیف	نام جهش	Protein	DNA	ژن	جمعیت ایران (۳)	زنجبار و قزوین (۱۹)	آذربایجان شرقی (۱۱)	آذربایجان غربی (۱۲)	کرمانشاه (۱۳)	کرمانشاه (۱۴)	اصفهان (۱۰)	خوزستان (۱۵)	خراسان (۱۶)	جمعیت
Missense														
۱	p.Leu48Ser	c.143T>C	Exon 2	۲/۲۴۸	۲/۸۸									۴/۳۲۶
۲	p.Ser67Pro	c.199T>C	Exon 3	۱/۲۴۸			۱/۴۰				۲/۵۲			۴/۳۲۹
۳	p.Arg158Gln	c.473G>A	Exon 5			۲/۸۸								۲/۸۸
۴	p.Tyr179His	c.535T>C	Exon 6	۹/۲۴۸										۶/۲۴۸
۵	p.Leu194Arg	c.581G>T	Exon6	۲/۲۴۸										۲/۲۴۸
۶	p.His201Gln	c.603T>G	Exon 6	۱/۲۴۸										۱/۲۴۸
۷	p.Ile224Thr	c.671T>C	Exon6								۲/۸۰	۲/۶۲		۴/۱۴۲
۸	p.Val230Ile	c.688G>A	Exon 6							۱/۵۴				۱/۵۴
۹	p.Ser231Pro	c.691T>C	Exon6									۷/۸۰	۴/۶۲	۱۱/۱۴۲
۱۰	p.Arg243Gln	c.728G>A	Exon 7	۳/۲۴۸	۲/۸۸				۲/۱۴	۲/۵۴				۹/۳۹۴
۱۱	p.Gly247Asp	c.740G>A	Exon 7	۴/۲۴۸		۲/۸۸								۶/۳۳۶
۱۲	p. Arg252Gln	c.755G>A	Exon 7		۴/۸۸									۴/۸۸
۱۳	p.Arg252Trp	c.754C>T	Exon7	۱۲/۲۴۸			۱/۴۰				۸/۵۲	۲/۸۰	۱/۶۲	۲۴/۴۸۲
۱۴	p.Arg261Glu	c.781G>A	Exon 7							۱/۵۴				۱/۵۴
۱۵	p.Arg261Gln	c.782G>A	Exon7	۳۰/۲۴۸	۶/۸۸	۵/۸۸	۹/۴۰	۱/۱۴			۴/۵۲	۲/۸۰		۵۷/۶۰۰
۱۶	p.Arg270Lys	c.809G>A	Exon7			۱/۸۸								۱/۸۸
۱۷	p.Glu280Lys	c.838G>A	Exon7	۲/۲۴۸	۲/۸۸	۲/۸۸							۴/۶۲	۱۰/۴۷۶
۱۸	p. Pro281Ser	c.842C>T	Exon 7		۸/۸۸									۸/۸۸
۱۹	p.Pro281Leu	c.842C>T	Exon7	۲۱/۲۴۸		۱۷/۸۸							۸/۶۲	۴۶/۳۹۸
۲۰	p. Ile283Asn	c.848T>A	Exon 8		۲/۸۸									۲/۸۸
۲۱	p.Ala300Ser	c.898G>T	Exon 8	۱/۲۴۸										۱/۲۴۸
۲۲	p.Leu333Phe	c.997C>T	Exon 10	۲/۲۴۸							۳/۵۲			۵/۳۰۰
۲۳	p. Cys357Arg	c.1069T>C	Exon 11		۱/۸۸									۱/۸۸
۲۴	p.Gln375Arg	c.1124A>G	Exon 11								۱/۸۰			۱/۸۰
۲۵	p.Val388Met	c.1162G>A	Exon 11								۱/۸۰			۱/۸۰
۲۶	p.Glu390Gly	c.1169A>G	Exon11							۱/۵۴			۱/۶۲	۲/۱۱۶
۲۷	p.Arg408Gln	c.1223G>A	Exon 12	۱/۲۴۸										۱/۲۴۸
۲۸	p.Arg408Trp	c.1222C>T	Exon 12	۱/۲۴۸										۱/۲۴۸
Nonsense														
۲۹	p.Arg176Ter	c.526C>T	Exon6	۴/۲۴۸	۸/۸۸			۲/۱۴	۲/۵۴		۲/۸۰	۶/۶۲		۲۴/۵۳۶
۳۰	p.Arg243Ter	c.727C>T	Exon7	۱۷/۲۴۸		۴/۸۸	۱/۱۴	۱/۵۴			۵/۸۰	۲/۶۲		۲۴/۵۳۶
۳۱	p.Arg261Ter	c.781T>C	Exon 7	۱۲/۲۴۸		۴/۸۸	۷/۱۴	۴/۵۴						۲۷/۴۰۴
۳۲	p.Tyr356Ter	c.1068C>A	Exon 11								۷/۸۰			۷/۸۰
۳۳	p.Gln383Ter	c.1147C>T	Exon11									۲/۶۲		۲/۶۲
۳۴	p. Arg261Ter	c.781C>T	Exon 7		۴/۸۸									۴/۸۸
Deletion														
۳۵	p.Phe55>Lfs	c.165delT	Exon 2						۲/۵۴					۲/۵۴
۳۶		c.590_612del	Exon 6			۵/۸۸								۵/۸۸
۳۷		c.592_613del22	Exon 6								۲/۸۰			۲/۸۰
۳۸	p.Lys363Asnfs	c.1089delG	Exon 11	۱۸/۲۴۸										۱۸/۲۴۸
۳۹	p. 364del Leu	c.1090-1092delCTT	Exon 11	۲/۲۴۸							۴/۵۲			۶/۳۰۰

ادامه جدول ۳.

۴۰	p. Pro 211>Hfs	c.632delC	Exon 6	۲/۸۸	۲/۸۸	۳/۸۸	۱۴/۵۴	۳۴/۴۶۸
Splicing								
۴۱	IVS2+5G>C	c.168+5G>C	Intron 2	۱۵/۲۴۸	۲/۸۸			۲/۸۴
۴۲	IVS4 + 1G>C	c.441+1G>C	Intron 4				۲/۵۴	۳/۸۸
۴۳	IVS4+1G>A	c.441+1G>A	Intron 4			۳/۸۸		۲/۲۴۸
۴۴	IVS4+5G>T	c.441+5G>T	Intron 4	۲/۲۴۸				۲/۲۴۸
۴۵	IVS7+1G>A	c.842+1G>A	Intron 7	۲/۲۴۸				۴/۵۴
۴۶	IVS7-5 T>C	c.843-5T>C	Intron 7				۴/۵۴	۱/۵۴
۴۷	IVS8-7A>G	c.913-7A>G	Intron 8				۱/۵۴	۱۲/۲۸۰
۴۸	IVS9+5G>A	c.969+5G>A	Intron9	۱/۲۴۸	۲/۸۸		۹/۵۴	۱۲۵/۵۸۴
۴۹	IVS10-11G>A	c.1066-11G>A	Intron10	۶۱/۲۴۸		۱۷/۸۸	۴/۵۴	۲۹/۵۵۶
۵۰	IVS11+1G>C	c.1199+1G>C	Intron11	۲۱/۲۴۸	۱/۸۸	۱/۸۸		۲/۸۰
۵۱	IVS11-2A>G	c.1200-2A>G	Intron11				۲/۸۰	۲/۸۰
۵۲	IVS2+5G>A	c.168+5G> A	Intron 2		۲/۸۸			۱/۸۸
۵۳	IVS9+1G>A	c.969+1G>A	Intron 9		۱۲/۸۸			۵۶۴/۲۱۶
۵۴	Unknown			۴/۲۴۸	۲/۸۸	۲۲/۸۸	۹/۴۰	۱/۱۴۱
						۶/۵۴	۲۸/۵۲	۳۷/۸۰

جدول شماره ۴: شایع ترین / جدید ترین جهش بومی هر استان

ردیف	استان	جهش های شایع و یا جدید استانی	منبع
۱	کرمانشاه	p.Arg243Gln p.Arg176Ter IVS4+1G>C IVS7-5T>C	مرادی و همکاران در سال ۲۰۱۲ (۱۳) علی بخشی و همکاران در سال ۲۰۱۴ (۱۴)
۲	خراسان رضوی	p.Gln383Ter	حزوه لونی و همکاران در سال ۲۰۱۲ (۱۲، ۱۶)
۳	خوزستان	p.Gln375Arg	عجمی و همکاران در سال ۲۰۱۳ (۱۵)
۴	آذربایجان غربی	IVS10-11G>A	باقری و همکاران در سال ۲۰۱۴ (۱۲)
۵	آذربایجان شرقی	IVS10-11G>A p.Pro281Leu	بنیادی و همکاران در سال ۲۰۱۰ (۱۱)
۶	اصفهان	p.Arg252Trp	ولیان و همکاران در سال ۲۰۰۳ (۱۰)

گزارش شده است.

بحث

به طور عمده، بیماری مونوزیک فیل کتونوری با الگوی توارثی اتوزومی مغلوب با پیش آگهی خوب به دلیل نقص آنزیم PAH و نیز نقص کوفاکتور هیدروبیوپترین ایجاد می گردد. تاکنون بیش از ۶۰۰ جهش مختلف ژن PAH شناسایی شده است (۱۸). تا سال ۲۰۰۳ هیچ گزارشی از بررسی ژنتیکی PKU در جمعیت ایرانی وجود نداشت. در سال ۲۰۰۳ ولیان و همکاران در شهر اصفهان به بررسی ۱۸ جهش شایع در بین ۲۶ فرد مبتلا پرداختند. آن ها ابتدا از ۱۵۴۱ فرد

روش های متفاوت تشخیص جهش های PAH

روش عمده تشخیص جهش های PAH، روش DNA sequencing می باشد (۱۹-۱۳)؛ اما ولیان و همکاران (۲۰۰۳) از روش PCR-RFLP و باقری و همکاران (۲۰۱۴) از روش PAH VNTR استفاده نموده اند (۱۲، ۱۰). در دو مطالعه دیگر نیز، تلفیق دو روش SSCP و DNA sequencing برای شناسایی جهش های PAH مورد استفاده قرار گرفت (۱۱، ۳).

پراکنش جغرافیایی مطالعات PKU

در هفت استان کشور با پراکنش جغرافیایی مرکز، شمال غرب، غرب، جنوب غرب و شمال شرق با توجه به قومیت، جهش های شایع محتمل محلی بررسی شدند. تنها در یک مطالعه، بدون تفکیک قومیت و منطقه جغرافیایی، طیفی از جهش های ژن PAH در کشور بررسی گردیده است (۳). همان طور که در جدول شماره ۲ گزارش شد، بیشترین مطالعات صورت گرفته در این زمینه تا زمان تنظیم مطالعه حاضر، به ترتیب در استان های کرمانشاه و آذربایجان شرقی اجرایی گشته است. همچنین گزارشی از نرخ شیوع و بررسی تنوع جهش های ژن PKU در نواحی شمالی و مرکزی کشور منتشر نشده است. در جدول شماره ۴، شایع ترین / جدیدترین جهش PAH بومی هر استان

عقب‌مانده ذهنی ساکن در مؤسسات نگهداری بیماران عقب‌مانده ذهنی با کسب رضایت‌نامه آگاهانه و آزادانه از قیمین افراد، ۶۱۱ فرد با دلیل نامشخص عقب‌ماندگی و نیز با فنوتیپ PKU شدید را انتخاب کردند و از آن‌ها نمونه خون برای آزمایش گاتری گرفتند. نتایج آن‌ها، ۳۴ مورد مثبت (فیل‌آل‌آلین بالای ۷ mg/dl) نشان داد. کمیت فیل‌آل‌آلین سرمی را با HPLC بررسی و ۲۶ فرد با فیل‌آل‌آلین سرمی بالاتر از ۲۰ mg/dl را انتخاب کردند. در مرحله بعد، حضور ۱۸ جهش شایع ژن PAH در ۲۶ بیمار مبتلا به PKU کلاسیک (فیل‌آل‌آلین سرم < ۲۰ mg/dl) بررسی نمودند؛ به‌طوری‌که ۶۵/۳۸ درصد آل‌های موتانت مورد بررسی، ۸ جهش را به این صورت نشان دادند: ۱۵/۳۸ درصد p.Arg252Trp، ۷/۶۹ درصد p.Arg261Gln، ۵/۷۷ درصد c.364delLeu، ۷/۶۹ درصد IVS10-11G>A، ۵/۷۷ درصد p.Leu333Phe و ۳/۸۵ درصد p.Ser67Pro (۱۰).

در مناطق آذری‌زبان شمال غرب کشور نیز، بنیادی و همکاران (۲۰۱۰) و باقری و همکاران (۲۰۱۴) مطالعات مشابهی را انجام دادند. بنیادی و همکاران (۲۰۱۰) به بررسی ۱۳ جهش مختلف PAH در بین ۴۴ فرد مبتلا از نژاد ترک آذری پرداختند. در مطالعه آنان که اولین مطالعه در این منطقه از کشور محسوب می‌شود، جهش‌های IVS10-11G>A (۱۹/۳ درصد) و p.Pro281Leu (۱۹/۳ درصد)، فرکانس بالایی را نشان دادند که نشان‌دهنده ازدواج فامیلی و رانش ژنتیکی است. جهش متداول IVS10-11G>A (۱۹/۳ درصد) در جمعیت ترک آذری نیز همانند جمعیت‌های دیگر از جمله: اسپانیا، ایتالیا، یونان، ترکیه، فلسطین، مراکش و دیگر جمعیت یهودی منطقه غلبه نسبی دارد.

در غرب کشور، در استان کرمانشاه سه مطالعه مختلف توسط مرادی و همکاران (۱۳۹۱-۱۳۹۳) و علی‌بخشی و همکاران (۲۰۱۴) انجام شده است (۱۴).

مرادی و همکاران (۲۰۱۲) با مطالعه ۲۵ فرد مبتلای غیرخویشاوند مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه (۲۰۱۱-۲۰۱۰)، اگزون‌های ۶ و ۷ و مناطق اتصال اگزون اینترونی را ارزیابی نمودند. در هفت نفر از این شرکت‌کنندگان، جهش‌های مورد مطالعه شناسایی شد. نتایج آن‌ها نشان داد که پنج جهش، ۲۰ درصد آل‌های موتانت این تحقیق (۴ درصد p.Arg261Ter، ۴ درصد p.Arg176Ter، ۲ درصد Arg243Gln p. و ۲ درصد p.Arg261Gln) را شامل می‌گردد. همچنین، دو جهش ویژه استان گزارش شد (۱۳).

علی‌بخشی و همکاران (۲۰۱۴) در بازه‌ای دو ساله (۲۰۱۲-۲۰۱۰) به بررسی ۲۷ بیمار مبتلا به بیماری فیل‌کتونوری پرداختند. آن‌ها ۱۳ اگزون به‌علاوه مناطق مرزی اگزون-اینترون را آنالیز و ۱۵ جهش مختلف در ۵۱ آل از ۵۴ آل را با دقت ۹۴/۴ درصد تشخیص دادند (۱۴). تفاوت بارز در ویژگی‌های جهش PAH بین استان کرمانشاه و دیگر نقاط مطالعه‌شده در ایران می‌تواند به توزیع منحصربه‌فرد جهش‌های این ژن اشاره داشته باشد. با توجه به اینکه کرمانشاه با نام باستانی دروازه آسیا، مسیر باستانی عمده‌ی مردم قفقازی به حوزه مدیترانه بوده است، انتظار می‌رود که بسیاری از جهش‌های مشخص‌شده در این مطالعات، در منطقه مدیترانه شایع باشد که نشان‌دهنده‌ی ارتباط تاریخی و جغرافیایی بین مردم ایران و جمعیت منطقه مدیترانه می‌باشد؛ اما مرادی و همکاران (۲۰۱۲) (۱۳) جهش‌های p.Arg176Ter و p.Arg243Gln و علی‌بخشی و همکاران (۲۰۱۴) نیز دو جهش (c.441+1G>C) و IVS4+1G>C و IVS7-5T>C (c.843-5T>C) را برای اولین بار، ویژه استان گزارش نمودند. با توجه به اینکه، مطالعه حاضر در جمعیت کرد ایرانی بوده است و هیچ گزارش مشابهی در اصفهان و جمعیت ترک آذری وجود ندارد؛ بنابراین، احتمالاً این دو جهش، ویژه جمعیت کرد باشد. تفاوت فرکانس

شایع‌ترین جهش مدیترانه‌ای در این مطالعه مشهود است که ضرورت به‌دست آوردن شایع‌ترین فرکانس جهش‌های بومی را تبیین می‌نماید.

در جنوب غرب کشور، عجمی و همکاران (۲۰۱۳) نیز به مطالعه اگزون‌های ۶، ۷ و ۱۲-۱۰ ژن PAH در ۴۰ فرد مبتلا به بیماری فنیل‌کتونوری را پرداختند و ۱۳ جهش مختلف p.Ser231Pro، p.Ile224Thr، p.Arg243Ter، c.592_613del22، p.Arg176Ter، p.Arg252Trp، p.Arg261Gln، p.Tyr356Ter، p.Val388Met، IVS10-11G>A، IVS11+1G>C و p.Gln375Arg را که با ۲۳ ژنوتیپ همراه بودند، گزارش نمودند. در این مطالعه، برای اولین بار همراهی واریته (c.1124A>G) p.Gln375Arg واقع در اگزون ۱۱ با PKU و نیز در یک بیمار ژنوتیپ بارزی (Typical Genotype) با بیش از دو جهش (Arg243X/Ser231Pro/Ser231Pro) مشاهده گردید. هفت پلی‌مورفیسم مختلف و سه واریته جدید در مناطق اینترونی PAH تشخیص داده شد. طیف گسترده جهش در منطقه جنوب غرب ایران با توجه به ناهمگونی قومی به‌ویژه در استان خوزستان قابل‌پیش‌بینی است که نرخ جهش ۵۳/۷۵ درصدی این ۱۳ جهش مختلف گواه آن می‌باشد (۱۵).

در شمال شرق کشور، حمزه‌لوئی و همکاران (۲۰۱۲) با بررسی اگزون‌های ۱۰، ۶، ۷ و ۱۱ ژن PAH در ۳۱ فرد مبتلا به بیماری فنیل‌کتونوری از استان خراسان رضوی، جهش IVS10-11G>A را با فرکانس ۱۹ درصد، شایع‌ترین جهش گروه مطالعه معرفی نمودند. جهش p.Gln383Ter واقع در قلمرو کاتالیتیک آنزیم (residues143-410) به‌عنوان جهش جدید در این مطالعه گزارش شد. نویسندگان با توجه به نتایج به‌دست آمده، این چهار اگزون را در اولویت تشخیص برای حاملین این ژن در خطه مورد بررسی معرفی نمودند (۱۶).

همان‌طورکه در جدول شماره ۲ گزارش شد، تنها در یک مطالعه، تنوع جهش‌های PAH بدون تفکیک قومیتی بررسی شده است. در این مطالعه، زارع کاریزی و همکاران (۲۰۱۱) به کمک هضم آنزیمی محصول PCR، جهش‌های p.Arg408Gln، p.364delLeu، p.Leu333Phe، IVS10-11G>A، IVS11+1G>C، p.Arg252Trp، p.Arg261Gln، p.Arg261Ter، p.Arg408Trp و p.Ser67Pro اگزون‌های ۳، ۷، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ را بررسی نمودند. همچنین، از تکنیک SSCP برای آنالیز اگزون‌های ۲، ۶، ۷ و ۱۱ و از تکنیک توالی‌یابی برای ۱۳ اگزون ژن PAH در موارد PKU ناشناخته استفاده کردند. آن‌ها سه جهش جدید p.Gly247Asp، p.Leu194Arg و p.His201Gln با فرکانس پائین (۰/۴-۱/۶ درصد) با استفاده از تکنیک توالی‌یابی پیدا کردند. همچنین، جهش‌های IVS10-11G>A، p.Pro281Leu، p.Arg261Gln و IVS11Int1G>C را با نرخ بیش از ۵۰ درصد در جمعیت انتخابی خود از بین مبتلایان به PKU گزارش نمودند. آن‌ها در دو بیمار مبتلا به PKU کلاسیک، با وجود توالی‌یابی ۱۳ اگزون و مناطق مرزی اگزون-اینترونی، جهشی تشخیص ندادند. هر دو بیمار در اگزون‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ هتروزیگوسیتی، پلی‌مورفیسمی نشان دادند که احتمال حذف در این اگزون‌ها را رد می‌کند. در این موارد، کروموزوم موتانت می‌تواند نقص دیگری مانند جهش در توالی اینترونیک (Intronic Sequences) دور از اگزون یا در مناطق تنظیمی جایگاه ژنی PAH داشته باشد (۳).

پراکنش ژنتیکی جهش‌های مختلف PAH، موضوع جالب توجه دیگری است. همان‌طورکه در جدول شماره ۳ گزارش شد، مناطق اگزونی سه برابر بیشتر از مناطق اینترونی هدف مطالعه قرار گرفته‌اند و اگزون‌های ۶ و ۷ محوریت این موضوع می‌باشند. بیشترین نوع جهش در مناطق اگزونی از نوع بدمعنی و

کلیه جهش‌های ناحیه اینترونی از نوع پردازشی می‌باشد. غالبیت نوع و پراکنش منطقه‌ای ژنتیکی جهش‌ها به‌طور مشابهی در مطالعه کاریزی و همکاران (۲۰۱۱) که بدون تفکیک پراکنش جغرافیایی و قومیت به مطالعه ۱۲۴ فرد غیرخویشاوند مبتلا به PKU پرداخته است نیز، مشاهده شد. در این مطالعه، بیشترین تغییر در آگرون ۷ (۳۶ درصد) سپس، در آگرون‌های ۶ و ۱۱ بود. در آگرون‌های ۱، ۵ و ۱۳ جهشی گزارش نشد. بیشتر جهش‌ها از نوع بدمعنی و جهش‌های بی‌معنی، پردازشی و حذفی به ترتیب بیشترین تنوع جهش‌های این مطالعه را سبب می‌گردند و جهش درجی مشاهده نشد (۳).

یکی از مهم‌ترین بیماری شایع متابولیک، فنیل‌کتونوری است. امکان درمان مؤثر بهنگام و پیشگیری مؤثر از عواقب این نقص ژنتیکی، اهمیت شناسایی دقیق مبتلایان را به‌خوبی نمایان می‌سازد. شناسایی جهش‌های ژن PAH به‌ویژه جهش‌های بومی هر خطه کشور با توجه به رواج ازدواج خویشاوندی

در کشور برای طراحی برنامه غربالگری ضرورت ویژه‌ای دارد. بهتر است در غرب کشور جهش‌های p.Pro281Leu و p.Arg252Trp، در مناطق مرکزی ایران جهش p.Arg252Trp و در شرق کشور جهش IVS10-11G>A در ابتدای کار تشخیص ژنتیکی غربالگری شوند. طیف گسترده جهش‌های مشاهده‌شده در منطقه جنوب غرب ایران با توجه به ناهمگونی قومی به‌ویژه در استان خوزستان، نیازمند مطالعات جامع جمعیتی با نگرش قومیتی می‌باشد. امید است با شناسایی این جهش‌ها و تشخیص بهنگام و درمان مؤثر مبتلایان، از رنج خانواده‌های آنان کاسته شود.

سپاسگزاری

از زحمات همکاران آزمایشگاه کاردیوژنتیک مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی قدردانی می‌گردد.

References

1. Scriver CR. The PAH gene, phenylketonuria, and a paradigm shift. *Hum Mutat* 2007; 28(9):831-845.
2. Yu W, He J, Yang X, Zou H, Wang J, Yang L, et al. Characterization of phenylalanine hydroxylase gene mutations in phenylketonuria in Xinjiang of China. *Int J Clin Exp Med*. 2014;7(11):4406-4412.
3. Zare-Karizi Sh, Hosseini-Mazinani SM, Khazaei-Koohpar Z, Seifati SM, Shahsavani-Behboodi B, Akbari MT, et al. Mutation spectrum of phenylketonuria in Iranian population. *Mol Genet Metab*. 2011; 102(1): 29-32.
4. Zendejdel M, Tamini M, Zadkarami M, Karandish M, Aminzadeh M. Anthropometric Assessment and some of Contributing Factors in Control of Phenylketonuria Patients in Khuzestan Province. *Jundishapur Sci Med J*. 2014;13(1):21-30.
5. Golbahar J, Honardar Z. Selective Screening of Phenylketonuria, Tyrosinemia and Maple Syrup Urine Disease in Southern Iran. *IJMS*. 2002; 27(30): 134-135.
6. Senemar S, Ganjekarimi H, Fathzadeh M, Tarami B, Barzgar M. Epidemiological and clinical study of phenylketonouria (PKU) disease in the national screening program of neonates, Fars Province, Southern Iran. *Iran J Public Health*. 2009;38 (2):58-64.

7. Karimzadeh P. Approach to Neurometabolic Diseases from a Pediatric Neurological Point of View. *Iran J Child Neurol*. 2015; 9(1): 1-16.
8. Camp KM, Parisi MA, Acosta PB, Berry GT, Bilder DA, Blau N, et al. Phenylketonuria Scientific Review Conference: State of the science and future research needs. *Mol Genet Metab* 2014; 112(2):87-122.
9. Moradi K, Alibakhshi R. High risk of birth defects with PKU in Mast-e Ali village, Kermanshah province. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014;18(1): 62-65.
10. Vallian S, Barahimi E, Moeini H. Phenylketonuria in Iranian population: a study in institutions for mentally retarded in Isfahan. *Mutat Res*. 2003; 15:526(1-2):45-52.
11. Bonyadi M, Omrani O, Moghanjoghi SM, Shiva S. Mutations of the phenylalanine hydroxylase gene in Iranian Azeri Turkish patients with phenylketonuria. *Genet Test Mol Biomarkers*. 2010; 14(2): 233-235.
12. Bagheri M, Rad IA, Jazani NH, Zarrin R, Ghazavi A. Association Between PAH Mutations and VNTR Alleles in the West Azerbaijani PKU Patients. *Maedica (Buchar)*. 2014; 9(3): 242-247.
13. Moradi K, Alibakhshi R, Ghadiri K, Khatami SR, Galehdari H. Molecular analysis of exons 6 and 7 of phenylalanine hydroxylase gene mutations in Phenylketonuria patients in Western Iran. *Indian J Hum Genet*. 2012; 18(3): 290-293.
14. Alibakhshi R, Moradi K, Mohebbi Z, Ghadiri K. Mutation analysis of PAH gene in patients with PKU in western Iran and its association with polymorphisms: identification of four novel mutations. *Metab Brain Dis*. 2014; 29(1): 131-138.
15. Ajami N, Kazeminezhad SR, Foroughmand AM, Hasanpour M, Aminzadeh M. A preliminary mutation analysis of phenylketonuria in southwest Iran. *Genet Mol Res*. 2013; 12(4): 4958-4966.
16. Hamzehloei T, Hosseini SA, Vakili R, Mojarad M. Mutation spectrum of the PAH gene in the PKU patients from Khorasan Razavi province of Iran. *Gene*. 2012; 506: 230-232.
17. Raeisi M, Mahdih N, Yousefzadeh A, Vahidi R, Rahimi N, Zeinali S. A novel PCBD gene mutation in an Iranian patient with hyperphenylalaninemia. *Clin Lab*. 2013; 59(7-8): 925-928.
18. Djordjevic M, Klaassen K, Sarajlija A, Tosic N, Zukic B, Kecman B, et al. Molecular Genetics and Genotype-Based Estimation of BH4-Responsiveness in Serbian PKU Patients: Spotlight on Phenotypic Implications of p.L48S. *JIMD Rep*. 2012;9: 49-58.
19. Biglari A, Saffari F, Rashvand Z, Alizadeh S, Najafipour R, Sahmani M. Mutations of the phenylalanine hydroxylase gene in Iranian patients with phenylketonuria. *SpringerPlus*. 2015; 4: 542-547.