

گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره هفتم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۷، ۲۱۴-۲۰۷

گزارش یک مورد سندرم مارفان همراه با دفورمیتی‌های شدید اسکلتی با توارث اتوزوم مغلوب

نعیمه طیبی^۱، مهسا تشکر^۲

دریافت مقاله: ۸۶/۷/۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۸۷/۲/۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۷/۴/۲۵ پذیرش مقاله: ۸۷/۶/۲

چکیده

زمینه و هدف: سندرم مارفان یک اختلال ارثی بافت همبند با توارث غالب می‌باشد که عمدتاً در سیستم‌های اسکلتی، چشمی و قلبی عروقی رخ می‌دهد.

شرح مورد: بیمار حاضر دختر ۱۴ ساله‌ای است که به دلیل کیفواسکولیوز شدید و نابینایی مراجعه کرده است. وی حاصل ازدواج درجه ۳ می‌باشد. در معاینه، کلوبومای عنبیه چشم چپ همراه با دررفتگی عدسی هر دو چشم و جداسدگی کامل شبکیه دیده شد. در معاینه قفسه صدری pectus excavatum شدید همراه با افزایش نسبت C/T در رادیوگرافی قفسه سینه و کیفواسکولیوز شدید مشاهده گردید. در سمع قلب سوفل سیستولیک در ناحیه چپ جناغ شنیده می‌شد. اندام‌های باریک همراه با انگشتان دست و پا که به صورت کشیده و دراز بودند، هم‌چنین ارتجاعی بودن مفصل انگشت شست دو دست مشاهده گردید. علائم Steinberg thumb و Walker-Murdock نیز مثبت بودند. در شجره‌نامه رسم شده، ۳ فرد مبتلا به سندرم مارفان در فامیل وجود داشت که یکی در سن ۱۸ سالگی بر اثر پارگی آئورت فوت شده بود و دیگری پسردایی ۲ ساله و برادر ۲۴ ساله وی که به دلیل کاهش دید (میوپی) و تغییرات اسکلتی خفیف و آراکنوداکتیلی همراه با پرولاپس دریچه میترال تشخیص سندرم مارفان داده شده بود.

نتیجه‌گیری: سندرم مارفان با علائم غیرمعمول از جمله دفورمیتی‌های شدید اسکلتی و نابینایی می‌تواند نحوه توارث اتوزوم مغلوب داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: سندرم مارفان، اتوزوم مغلوب، تغییرات اسکلتی

مقدمه

سندرم مارفان یک اختلال ارثی بافت همبند با توارث اتوزوم غالب می‌باشد که از نظر علائم بالینی متغیر است. مهم‌ترین علائم بیماری عمدتاً در سیستم‌های اسکلتی، چشمی و قلبی عروقی رخ می‌دهد [۱]. قد بلند، اندام‌ها و انگشتان دراز

و کشیده، دفورمیتی قفسه صدری قدامی، شلی مفاصل، دفورمیتی ستون فقرات (اسکولیوز و لوردوز کمری)، قوس کامی بلند و باریک همراه با شلوعی دندان‌ها از ویژگی‌های عمده سیستم اسکلتی می‌باشند. میوپی، افزایش طول محور حفره چشم و دررفتگی عدسی مهم‌ترین یافته‌های چشمی است [۱].

۱- (نویسنده مسئول) پزشک عمومی، مشاور ژنتیک، بهزیستی، مرکز جامع توانبخشی شهید فیاض بخش

تلفن: ۰۳۵۱-۷۲۱۱۱۶۶، فاکس: ۰۳۵۱-۷۲۱۱۱۸۱، پست الکترونیکی: ntayebi@yahoo.com

۲- کارشناس پرستاری، مشاور ژنتیک، بهزیستی، مرکز جامع توانبخشی شهید فیاض بخش

علائم قلبی عروقی در این سندرم، پرولاپس دریچه میترال، رگورژیتاسیون میترال، دیلاتاسیون ریشه آئورت و رگورژیتاسیون آئورت است [۲]. از عوارض تهدیدکننده قلبی عروقی، آنوریسم و پارگی آئورت می‌باشد [۳]. هم‌چنین از تظاهرات دیگر سندرم مارفان وجود استریا، وجود bleb ریوی که منجر به پنوموتوراکس خودبخودی می‌گردد، کیست‌ها یا دیورتیکول‌های آراکنوئیدی نخاعی می‌باشد [۴].

نحوه توارث سندرم مارفان متغیر است، حدود ۱/۴٪ از افراد در اثر جهش جدید دچار این سندرم می‌شوند [۵]. در اکثر موارد نحوه توارث آن از طریق اتوزوم غالب می‌باشد [۶]. تعداد معدودی مطالعه نحوه توارث این سندرم را به صورت اتوزوم مغلوب گزارش کرده‌اند [۷].

جهش در ژن فیبریلین که بر روی بازوی بلند کروموزوم ۱۵ قرار دارد باعث ایجاد این سندرم می‌گردد. پروتئین تولید شده توسط این ژن که فیبریلین نام دارد نقش مهمی در سیستم اسکلتی، فیبرهای زنون چشم و آئورت دارد [۸].

تشخیص سندرم مارفان بر پایه یافته‌های کلینیکی در سیستم‌های اسکلتی، چشمی، قلبی عروقی و هم‌چنین یک تاریخچه فامیلی مثبت از آن می‌باشد. Beighton و همکاران بیان نمودند در صورتی که فردی مبتلا به سندرم مارفان در خانواده وجود نداشته باشد تشخیص فرد مبتلا بر اساس درگیری سیستم اسکلتی و حداقل درگیری دو سیستم دیگر که یکی از آن‌ها در رفتگی عدسی چشم یا دیلاتاسیون آئورت باید باشد صورت می‌گیرد ولی در صورتی که یک فرد مبتلا در فامیل درجه ۱ وجود داشته باشد درگیری دو ارگان برای تشخیص مارفان کفایت می‌کند [۹].

مرگ و میر زودرس در سندرم مارفان ناشی از عوارض همراه با دیلاتاسیون آئورت می‌باشد. مطالعه‌ای نشان داده است که با استفاده از داروهای بلوک کننده β آدرنرژیک احتمال پارگی آئورت در بیماران مبتلا به سندرم مارفان کاهش می‌یابد و هم‌چنین شانس بقا طولانی‌تر خواهد شد [۱۰].

شرح مورد

بیمار دختر ۱۴ ساله‌ای است که به دلیل دفورمیتی‌های شدید اسکلتی همراه با نابینایی به مرکز مشاوره ژنتیک

بهبودی یزد مراجعه کرده است. وی حاصل ازدواج درجه ۳ (دختردایی - پسرعمه) می‌باشد. به روش زایمان طبیعی وضع حمل شده و وزن موقع تولد ۱۱۰۰ گرم بوده است. قد و وزن فعلی وی به ترتیب ۱۳۱ سانتی‌متر و ۲۸ کیلوگرم می‌باشد. از نظر تکاملی (developmental) در مقایسه با هم سن و سالان خود تأخیری نداشته است. به گفته مادر بیمار، هنگام تولد یک فرورفتگی کوچک در ناحیه قدامی قفسه سینه وجود داشته که به تدریج با افزایش سن بیشتر شده است. هم‌چنین موقعی که کودک شروع به نشستن نموده، مادر وی متوجه وجود کیفوز شده است. در همان اوایل کودکی، وی دچار کاهش دید در هردو چشم بوده و در حال حاضر حدود ۱ سال است که به طور کامل بینایی هر دو چشم را از دست داده است. لازم به ذکر است که مراجعه کننده از نظر ذهنی و بلوغ طبیعی بوده و مشکلی ندارد.

معاینه انجام شده از ارگان‌ها به شرح زیر می‌باشد: وجود کلوبومای عنبیه در چشم چپ که در معاینه چشم توسط متخصص، دررفتگی عدسی هر دو چشم (lens dislocation) همراه با جدادگی کامل شبکیه گزارش شده است.

در معاینه دهان، شلوغی دندان‌ها (شکل ۱) همراه با قوس کامی بلند (شکل ۲) دیده می‌شود. از نظر قفسه صدری pectus excavatum شدید (شکل ۳) همراه با افزایش نسبت C/T در رادیوگرافی قفسه سینه مشاهده می‌گردد (شکل ۴). هم‌چنین در سمع قلب سوفل سیستولیک در ناحیه چپ جناغ (left sternal border) شنیده می‌شود که در اکوی انجام شده از بیمار، رگورژیتاسیون خفیف تا متوسط آئورت، پرولاپس دریچه میترال، نارسایی خفیف آئورت، رگورژیتاسیون خفیف تریکوسپید، همراه با $ejection\ fraction = 70\%$ گزارش شده است (شکل ۵ و ۶). در معاینه ناحیه کمر کیفواسکولیوز شدید دیده می‌شود (شکل ۷) هم‌چنین در رادیوگرافی لگن، دررفتگی سرفمور از حفره استابولوم به صورت دوطرفه مشاهده گردید.

در معاینه اندام‌ها، اندام‌های باریک همراه با انگشتان دست و پا که به صورت کشیده و دراز می‌باشند (آراکنوآکتیلی) (شکل ۸)، هم‌چنین ارتجاعی بودن مفصل انگشت شست دو

پارگی آنورت فوت شده و دیگری پسردایی ۲ ساله و برادر ۲۴ ساله وی می‌باشند که به دلیل کاهش دید (میوپی) و تغییرات اسکلتی خفیف و آراکنوداکتیلی همراه با پرولاپس دریچه میترا ل تشخیص سندرم مارفان در آنها مسجل شده است (نمودار ۱).

دست مشاهده می‌گردد (شکل ۹). علایم Walker-Murdock و Steinberg thumb مثبت بوده است (شکل‌های ۱۰ و ۱۱). علاوه بر آن کف پای صاف در این بیمار نیز مشهود است (شکل ۱۲).

طبق شجره نامه ترسیم شده، ۳ فرد مبتلا به سندرم مارفان در فامیل وجود دارند که یکی در سن ۱۸ سالگی بر اثر



شکل ۲- قوس کاهمی بلند



شکل ۱- شلوعی دندان‌ها



شکل ۴- افزایش نسبت C/T در سندرم مارفان



شکل ۳- pectus excavatum شدید



شکل ۶- رگورژیتاسیون آنورت



شکل ۵- رگورژیتاسیون میترال



شکل ۸- Arachnodactyly



شکل ۷- کیفواسکولیوز شدید



شکل ۱۰- علامت Walker-Murdock



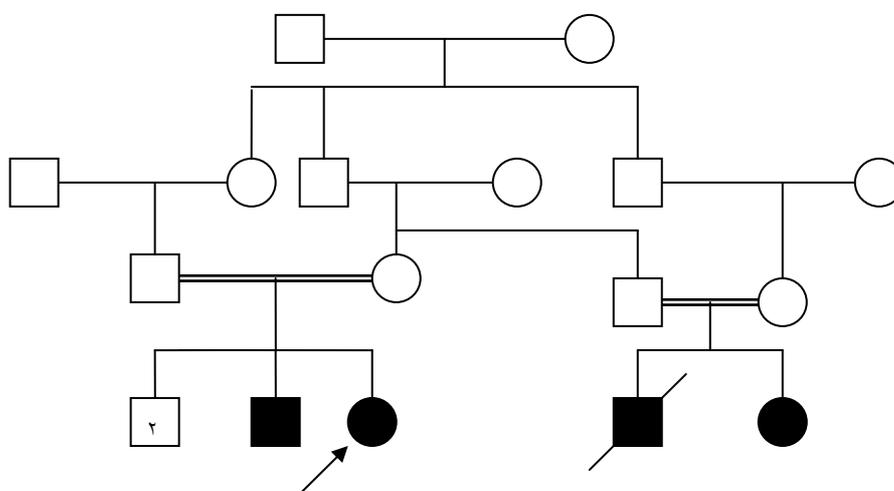
شکل ۹- ارتجاعی بودن مفصل انگشت شست



شکل ۱۲- Pes Planus



شکل ۱۱- علامت Steinberg thumb



نمودار ۱- شجره نامه فامیلی فرد مورد مطالعه *alate*

بحث

سندرم مارفان یک اختلال ژنتیکی می باشد که در اکثر موارد نحوه توارث آن به صورت اتوزوم غالب است و همان گونه که قبلاً گفته شد در اثر جهش در ژن فیبریلین ۱ (FBN1) ایجاد می گردد. مطالعات نشان داده که ۷۵٪ از اشخاص مبتلا به سندرم، دچار آنوریسم آئورت صعودی و ۴۱٪ دچار پارگی آئورت می شوند و ۹۳٪ در اثر بیماری های قلبی عروقی فوت می کنند. تغییرات اسکلتی در ۲/۳٪ بیماران، دررفتگی عدسی چشم و کاهش دید در ۸۰-۶۰٪ از مبتلایان به این سندرم مشاهده می گردد [۱۱].

در مورد گزارش شده در این مقاله، به دنبال دررفتگی لنز و جداشدگی کامل شبکه هر دو چشم، نابینایی رخ داده است که در مقالات معدودی، نابینایی به دنبال سندرم مارفان

گزارش شده است [۱۲-۱۳]. یک مورد آقای ۳۱ ساله ای با تشخیص سندرم مارفان بود که به دنبال عمل جراحی قوس آئورت ناشی از پارگی حاد آن دچار نابینایی شده بود [۱۲].

Chemke و همکارانش (۱۹۸۴) خانواده مبتلا به سندرم مارفان را گزارش کردند که دو فرزند مبتلا از بدو تولد تظاهرات شدید و غیرمعمول و کشنده این بیماری را داشتند. هم چنین والدین آن ها علائم قلبی عروقی همراه با علائم جسمی خفیف را ذکر نمودند. وی با توجه به عدم خویشاوندی والدین و تظاهرات ناچیز این سندرم در والدین همراه با تظاهرات شدید علائم در فرزندان، نحوه توارث را به صورت اتوزوم غالب بیان نمود [۱۴].

مطالعات بسیاری نشان دهنده نحوه توارث اتوزوم غالب در سندرم مارفان می باشند و لیکن معدود مطالعاتی که در ذیل

لازم به ذکر است که والدین آن‌ها نیز علایمی دال بر سندرم مارفان نداشته‌اند. برادر وی هم علایم خفیف این سندرم را دارد. بنابراین در این مورد، نحوه توارث به صورت اتوزوم مغلوب می‌باشد. هم‌چنین Fried و همکارانش (۱۹۷۷)، دو خواهر مبتلا به سندرم مارفان را در خانواده‌ای که والدین و پدر و مادر بزرگ‌های آن‌ها علایمی دال بر این سندرم را نداشته‌اند گزارش کردند. آن‌ها نشان دادند که در بعضی از خانواده‌های نادر نحوه توارث سندرم مارفان می‌تواند به صورت اتوزوم مغلوب باشد [۷].

نتیجه‌گیری

طبق کتب مرجع موجود و مقالات مختلف، نحوه توارث سندرم مارفان اتوزوم غالب می‌باشد. نحوه توارث در مورد گزارش شده در این مطالعه که حاصل ازدواج فامیلی است و به دنبال دفورمیتی‌های اسکلتی شدید همراه با نابینایی و درگیری قلبی و وجود سه فرد مبتلا به سندرم مارفان در فامیل، تشخیص داده شد به صورت اتوزوم مغلوب می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از همکاری جناب آقای دکتر میرآشتی متخصص چشم، خانم مریم ابهچی و آقای حسین خدایی کارشناس ارشد ژنتیک تشکر و قدردانی می‌گردد.

گزارش شده دلالت بر توارث اتوزوم مغلوب در این سندرم دارند:

مورد گزارش شده توسط de vries و همکارانش (۲۰۰۷) نشان داد که نحوه توارث این سندرم در خانواده‌ای که دو پسر عموی حاصل از ازدواج فامیلی دچار سندرم مارفان شده‌اند اتوزوم مغلوب می‌باشد [۱۵]. هم‌چنین Alvarez-Arratia (۱۹۹۲) کراتریای تشخیصی سندرم مارفان را که براساس معاینات چشمی، ناهنجاری‌های عضلانی - اسکلتی و مشکلات قلبی بود در سه برادر ۹، ۱۲ و ۱۴ ساله گزارش کرد. لازم به ذکر است که این سه برادر در اثر آنوریسم آئورت فوت شدند. در هیچ‌کدام از آن‌ها عقب‌ماندگی ذهنی یا مشکلات روانی - حرکتی و یا بیماری متابولیک مشاهده نشد. در والدین آن‌ها نکته‌ای دال بر سندرم مارفان وجود نداشت. در نتیجه وی نحوه توارث سندرم مارفان را در این مورد به جای اتوزوم غالب، اتوزوم مغلوب پیشنهاد کرد [۱۶].

در مورد گزارش شده در این مقاله بیمار حاصل ازدواج فامیلی بوده و در پدر و مادر علامتی دال بر سندرم مارفان دیده نشد. هم‌چنین ۲ عدد از فرزندان دایی بیمار که حاصل ازدواج فامیلی می‌باشند مبتلا به سندرم مارفان بودند که یکی از آن‌ها در سن ۱۸ سالگی در اثر پارگی آئورت فوت کرده بود.

References

- [1] Pyeritz RE. The Marfan syndrome. In: Royce PM; Steinmann B. *Connective Tissue and Its Heritable Disorders: Molecular, Genetic, and Medical Aspects*. New York: Wiley-Liss (pub). 1993; pp: 437-68.
- [2] Brown OR, DeMots H, Kloster FE, Roberts A, Menashe VD, Beals RK. Aortic root dilatation and mitral valve prolapse in Marfan's syndrome: an echocardiographic study. *Circulation*. 1975; 53: 651-7.
- [3] Baer RW, Taussig HB, Oppenheimer EH. Congenital aneurysmal dilatation of the aorta associated with arachnodactyly. *Bull Johns Hopkins Hosp*, 1943; 72: 309-31.
- [4] Weir B. Leptomeningeal cysts in congenital ectopia lentis: case report. *J Neuro Surg*, 1973; 38(5): 650-4.
- [5] Kainulainen K, Steinmann B, Collins F, Dietz HC, Francomano CA, Child A, et al. Marfan syndrome: no evidence for heterogeneity in different populations, and more precise mapping of the gene. *Am J Hum Genet*, 1991; 49(3): 662-7.
- [6] Oliva NP, Moreno AR, Toledo MI, Montecinos OA, Molina PJ. Marfan Syndrome. *Rev Med Chil*, 2006; 134: 1455-64.
- [7] Fried K, Krakowsky D. Probable autosomal recessive Marfan syndrome. *J Med Genet*, 1977;14(5):359-61.
- [8] Magenis RE, Maslen CL, Smith L, Allen L, Sakai LY. Localization of the fibrillin (FBN) gene to chromosome 15, band q21.1. *Genomics*. 1991; 11(2): 346-51.

- [9] Beighton P, de Paepe A, Danks D, Finidori G, Gedde-Dahl T, Goodman R, et al. International nosology of heritable disorders of connective tissue. *Am J Med Genet*, 1988; 29(3): 581-94.
- [10] Shores J, Berger KR, Murphy EA, Pyeritz RE. Progression of aortic dilatation and the benefit of long-term beta-adrenergic blockade in Marfan's syndrome. *N Engl J Med*, 1994; 330(19): 1335-41.
- [11] Dieckmann C, Von Kodolitsch Y, Rybczynski M, Adam G. Marfan syndrome: pathogenesis, phenotypes and diagnosis value, of various imaging techniques. *Rof.* 2003; 175(11): 1482-9.
- [12] Suzuki Y, Kiyosawa M, Mochizuki M, Ishii K, Senda M. Cortical blindness following aortic arch surgery. *Jpn J Ophthalmol*, 2001; 45(5): 547-9.
- [13] Croxatto JO, Lombardi A, Malbran ES. Inflamed eye in Marfan's syndrome with posteriorly luxated lens. *Ophthalmologica. Ophthalmologica*. 1986; 193(1-2): 23-6.
- [14] Chemke J, Nisani R, Feigl A, Garty R, Cooper M, Bārash Y, et al. Homozygosity for autosomal dominant Marfan syndrome. *J Med Genet*, 1984; 21(3): 173-7.
- [15] de Vries BB, Pals G, Odink R, Hamel BC. Homozygosity for a FBN1 missense mutation: clinical and molecular evidence for recessive Marfan syndrome. *Eur J Hum Genet*, 2007; 15(9): 930-5.
- [16] Alvarez-Arratia MC, Muñoz A, Martínez Camacho S, Buendía Hernández A, Attie F, Frago R, et al. Recessive autosomal inheritance in Marfan syndrome. *Arch Inst Cardiol Mex*, 1992; 62(4): 379-82.