

# واریانتهای BCR-ABL در بیماران لوسمی میلوئیدی مزمن به روش RT-Multiplex PCR

بهجت غلامی<sup>۱</sup>، مجید صادقی زاده<sup>۲\*</sup>، حسین نجم آبادی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه ژنتیک، دانشکده علوم پایه، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه ژنتیک، دانشکده علوم پایه، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه ژنتیک، دانشگاه بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

پذیرش مقاله: ۸۷/۷/۱۴

دریافت مقاله: ۸۷/۲/۷

## چکیده

**هدف:** لوسمی (سرطان خون) میلوئیدی مزمن یک بیماری کلونال بدخیم سلولهای پایه خون ساز است که نتیجه آن افزایش سلولهای میلوئیدی، اریتروئیدی و پلاکتها در خون محیطی و هیپرپلازی در مغز استخوان است. تحقیقات انجام شده واریانتهای متفاوتی از BCR-ABL را در بیماران لوسمی میلوئیدی مزمن نشان داده است. تاکنون در ایران صرفاً ۳ واریانت در برخی از آزمایشگاههای تشخیص طبی شناسایی می شود که یکی از دلایل آن عدم طراحی و استفاده از آغازگرهایی است که به طور همزمان بتواند کلیه واریانتهای را شناسایی کند. در این مطالعه با روش RT-Multiplex PCR کلیه واریانتهای در بیماران لوسمی میلوئیدی مزمن شناسایی شد.

**مواد و روشها:** نمونه خون از یکصد فرد تحت درمان یا در مرحله تشخیص بیماری دریافت و سپس با استفاده از کیت تجارتي Roche از ۶۰۰ میکرولیتر کلیه نمونهها RNA استخراج شد. RNA استخراج شده توسط آنزیم نسخه برداری معکوس به cDNA تبدیل و با استفاده از ۲ جفت آغازگر نمونهها برای واریانتهای BCR-ABL مورد آزمایش قرار گرفتند. به موازات کلیه نمونهها به روش RT-Multiplex Nested PCR روی ژل آگارز بررسی شد.

**نتایج:** RT-Multiplex PCR توانست BCR-ABL را در تمام نمونههایی که برای این mRNA ژن ادغامی مثبت بوده اند نشان دهد. در یکصد نمونه جمع آوری شده به روش RT-Multiplex PCR، ۶۶ درصد مثبت و ۵۴ درصد منفی و به روش RT-Multiplex Nested PCR، ۴۴ درصد مثبت و ۵۶ درصد منفی بوده است.

**نتیجه گیری:** ما در این تحقیق با استفاده از یک PCR یک مرحله ای توانستیم واریانتهای بیشتری از BCR-ABL را در یک لوله در زمان کوتاه تر و هزینه کمتر شناسایی کنیم، ضمن مقایسه معلوم شد این روش از اختصاصیت ۱۰۰ درصد برخوردار است. این پژوهش می تواند با استفاده از تعداد نمونههای بیشتر برای تشخیص سایر واریانتهای روش Real Time PCR برای بررسی کمی نمونهها کامل تر شود.

**کلیدواژگان:** mRNA، BCR-ABL، ژن ادغامی، لوسمی میلوئیدی مزمن.

## ۱- مقدمه

دو طرفه بین بازوهای بلند دو کروموزوم ۹ و ۲۲ ایجاد می شود [۲،۱]. طی این جابه جایی قطعه ۳ از ژن ABL در

در بیماران لوسمی میلوئیدی مزمن (Chronic Myeloid Leukemia :CML) کروموزوم فیلادلفیا (Philadelphia Chromosome) طی جابه جایی

\* نشانی مکاتبه: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پایه، گروه ژنتیک، صندوق پستی: ۱۷۵-۱۴۱۱۵

Email: sadeghma@modares.ac.ir

## ۲- مواد و روش‌ها

به منظور مطالعه واریانت‌های مختلف BCR-ABL در بیماران CML از روش RT-Multiplex PCR استفاده شد. نمونه‌گیری از یکصد بیمار تحت درمان یا در مرحله تشخیص (افراد مشکوک به بیماری) در آزمایشگاه صورت گرفت و میزان ۲۰ میلی‌لیتر خون محیطی از آن‌ها دریافت و به لوله آزمایش حاوی ضد انعقاد EDTA (Ethylene Dinitro Tetra acetic Acid) ۰/۵ مولار با pH=۸ انتقال داده شد. سپس از ۶۰۰ میکرولیتر آن با استفاده از کیت تجارتي Roche نمونه RNA استخراج شد. پس از آن با استفاده از روش UV اسپکتروفتومتری و الکتروفورز ژل آگارز کیفیت و کمیت RNA استخراج شده ارزیابی شد.

میزان ۵ میکروگرم از RNA استخراج شده از خون محیطی هر بیمار با استفاده از آغازگر (Primer) راندوم هگزامر (Random Hexamer) به میزان ۰/۷ میکروگرم و آنزیم نسخه‌برداری معکوس M-MuLV به میزان ۲۰۰ واحد به ۴۰ میکرولیتر cDNA تبدیل شد. برای انجام آزمایش زنجیره پلیمرز مواد و محلول‌های لازم از شرکت Fermentas خریداری شد [۱۵]. آغازگرهای مصرفی در این تحقیق از مقاله، سفارش داده شده است [۱۶]. با وجود سفارش آغازگرها از مقاله توالی نوکلئوتیدی آنها در سایت (National Center for Biotechnology Information) NCBI در قسمت کاوش (Blast) بررسی شد. آغازگرها از طریق شرکت فرآیند دانش آراین به شرکت آلمانی MWG Oligo Synthesis سفارش داده شد. توالی آغازگرها و مشخصات آنها در جدول شماره ۱ آمده است.

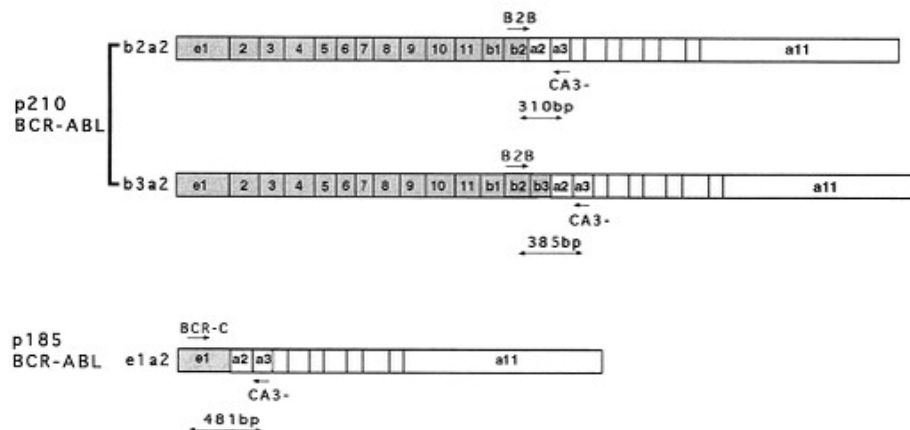
جدول ۱ توالی آغازگرها و مشخصات آنها

آغازگرها	توالی (۳' → ۵')	درجه سانتی‌گراد
a3 (R)	TGT TGA CTG GCG TGA TGT AGT TGC TTG G	۶۷/۶
b5 (R)	ATA CTC TCC TTT GCA ACC GGG TCT GAA	۶۵/۰
b1 (F)	ACC GCA TGT TCC GGG ACA AAA G	۶۲/۱
b2 (F)	ACA GCA TTC CGC TGA CCA TCA ATA AG	۶۳/۲

کروموزوم 9q34 به بخش ۵' از ژن BCR در کروموزوم 22q11 منتقل می‌شود و یک ژن ادغامی BCR-ABL ایجاد می‌شود که طی نسخه‌برداری ایجاد یک mRNA می‌نماید [۳]. mRNA حاصل به یک پروتئین BCR-ABL ترجمه می‌شود که نقش اساسی در بیماری‌زایی ژنتیکی بیماران CML دارد. از علائم رایج شروع این بیماری کاهش وزن و بی‌اشتهایی است ولی ۴۰ درصد بیماران بدون علامت بوده و در این دسته از بیماران صرفاً شمارش غیرطبیعی سلول‌های خون در تشخیص مؤثر است. در این بیماران میزان گلبول‌های سفید خون به بیش از ۲۵۰۰۰ در هر میلی‌متر مکعب افزایش می‌یابد و در اسمیر خون محیطی آنها تمامی رده‌های تمایز گرانولوسیتی دیده می‌شود. افزایش پلاکت در ۳۰ تا ۵۰ درصد این بیماران مشاهده می‌شود. هنگام معاینات فیزیکی اسپلنومگالی (Splenomegaly) ناهنجاری شایع در این بیماران بوده و در نیمی از بیماران قابل مشاهده است [۴].

بیماری CML ۱۵ درصد لوسمی بزرگسالان را به خود اختصاص داده است و وقوع این بیماری سالانه ۱-۲ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است. سن درگیری بیماران ۴۵-۵۵ سال است، اما این بیماری در تمام گروه‌های سنی حتی کودکان هم دیده می‌شود [۵]. در تشخیص این بیماران از روش سیتوژنتیک استاندارد مانند (Fluorescent In Situ Hybridization) FISH، ساترن بلات و وسترن بلات نیز استفاده می‌شود که هر یک از آنها از مشکلات خاصی در تشخیص این بیماری برخوردار است [۶-۱۴].

هدف اصلی در تحقیق حاضر انجام یک آزمون RT-Multiplex PCR معمولی و مقرون به صرفه بوده است که به وسیله آن بتوان واریانت‌های مختلف BCR-ABL را در نمونه‌های خون محیطی بیماران CML در صورت حضور واریانت ارزیابی کرد و ارتباط هماهنگ میان نتایج حاصل را با نتایج مربوط به RT-Multiplex Nested PCR که در برخی از آزمایشگاه‌های تشخیصی کشور استفاده می‌شود، بررسی نمود.

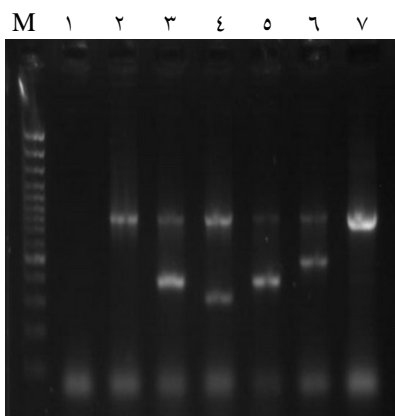


شکل ۱ سایز قطعات تکثیر شده توسط آغازگرها

نتایج حاصل روی ژل آگارز ۲ درصد در کنار اندازه‌نما (Marker) ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ جفت بازی بررسی شد.

### ۳- نتایج

پس از انجام واکنش PCR برای هر نمونه، ضمن آنالیز نمونه‌ها روی ژل آگارز واریانت‌های مختلفی که در این پژوهش شناسایی شد عبارت بودند از e1a2، b2a2 و b3a2 که در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل ۲ ستون M اندازه‌نما ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ جفت بازی، ستون ۱ کنترل منفی (لوله فاقد DNA الگو)؛ ستون ۲: نمونه طبیعی؛ ستون ۳: کنترل مثبت؛ ستون‌های ۴، ۵ و ۶: به ترتیب مربوط به بیماران CML با واریانت‌های b2a2 (۳۱۰ جفت بازی) و b3a2 (۳۸۵ جفت بازی) و e1a2 (۴۸۱ جفت بازی)؛ ستون ۷: مربوط به نمونه طبیعی است که BCR (۸۰۸ جفت بازی) در آن تکثیر شده است.

آغازگرها به گونه‌ای طراحی شدند که قادر به شناسایی ۱۲ رونوشت (Transcript) ادغامی در بیماران CML باشند [۱۳].

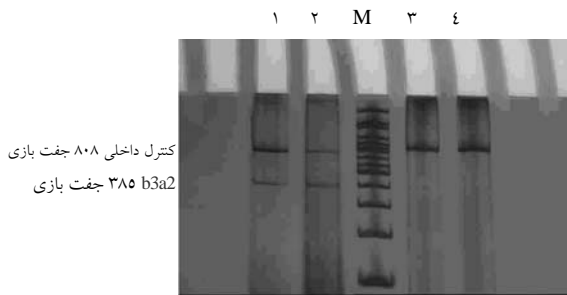
آغازگرهای b2 و a3 قطعه‌ای به طول ۳۱۰ باز برای رونوشت b2a2 و ۳۸۵ باز برای رونوشت b3a2 و آغازگرهای b1 و a3 قطعه‌ای به طول ۴۸۱ باز برای رونوشت e1a2 (شکل ۱) و آغازگرهای b2 و b5 قطعه‌ای به طول ۸۰۸ باز را برای BCR طبیعی تکثیر می‌کنند [۱۶].

بعد از بهینه‌سازی شرایط، واکنش PCR برای هر نمونه به صورت زیر انجام شد:

بافر PCR x ۱۰، ۱/۵ میلی‌مولار، dNTP، ۰/۲ میلی‌مولار، ۵ پیکومول از هر کدام از آغازگرها، ۱/۵ واحد آنزیم، ۴ میکرولیتر cDNA، حجم نهایی با آب مقطر استریل به ۲۵ میکرولیتر رسانده شد. سپس نمونه هر بیمار به همراه کنترل مثبت و منفی با شرایط زیر در دستگاه قرار داده شد:

۱	دمای ابتدایی جدا شدن دو رشته (Denaturation)	۹۵ درجه سانتی‌گراد	۵ دقیقه
۲	دمای جدا شدن دو رشته	۹۶ درجه سانتی‌گراد	۱ دقیقه
۳	دمای دورگه شدن (Annealing)	۶۴ درجه سانتی‌گراد	۵۰ ثانیه
۴	دمای پیشروی (Extension)	۷۲ درجه سانتی‌گراد	۱ دقیقه
برنامه دو تا چهار، ۳۵ چرخه تکرار شد.			
۵	دمای پیشروی نهایی	۷۲ درجه سانتی‌گراد	۱۰ دقیقه

تعیین توالی شده همان ژن ادغامی *BCR-ABL* (b3a2) است.



شکل ۴ ستون M: اندازه‌نما ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ جفت بازی؛ ستون‌های ۱ و ۲: نمونه‌های روش Multiplex؛ ستون‌های ۳ و ۴: نمونه‌های روش Nested Multiplex.

#### ۴- بحث

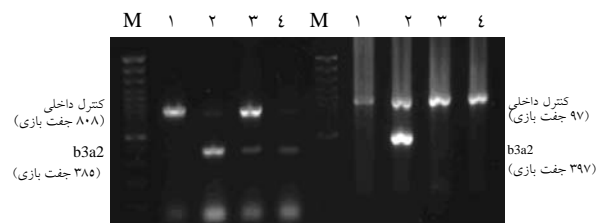
از آنجایی که شناسایی واریانت‌های *BCR-ABL* نقش مهمی در تشخیص و درمان بیماران *CML* دارد و با توجه به این‌که نتیجه تشخیص در درمان بیماری و پیگیری بیماری پس از درمان بالاخص پیوند مغز استخوان حایز اهمیت است، بنابراین استفاده از روشی که بتواند واریانت‌های مختلف *BCR-ABL* را در این بیماران تشخیص دهد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در حال حاضر در بعضی از آزمایشگاه‌های تشخیصی ایران روش *RT-Multiplex Nested PCR* استفاده می‌شود و در تحقیق حاضر با استفاده از یک *PCR* یک مرحله‌ای واریانت‌های بیشتری از *BCR-ABL* در یک لوله در زمان کوتاه‌تری شناسایی شد. حال آن‌که روش *Nested*، نیاز به تعداد بیشتری آغازگر (۱۰ عدد) داشته و مدت زمان انجام آزمون نیز طولانی‌تر است، در این روش مواد مورد نیاز برای انجام آزمایش در دو مرحله استفاده می‌شود و هزینه بیشتری نسبت به روش یک مرحله‌ای دارد. علاوه بر این در روش *Nested* به علت دو مرحله‌ای بودن آزمون، امکان آلودگی نسبت به روشی که در این پروژه انجام شده است و آزمون در یک لوله قابل انجام است، بیشتر است و ضمناً در روش *Nested* آغازگرها به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که صرفاً قادر به شناسایی ۳ واریانت *mRNA* ژن ادغامی *BCR-ABL* هستند [۱۷].

در روش استفاده شده در این مطالعه می‌توان در یک مرحله

*RT-Multiplex PCR* توانست *BCR-ABL* را در تمام نمونه‌هایی که برای این *mRNA* ژن ادغامی (*Fusion Gene mRNA*) مثبت بوده‌اند نشان دهد و در دو نمونه که به‌روش *RT-Multiplex Nested PCR* منفی گزارش شده بودند به‌روش *RT-Multiplex PCR* مثبت و *mRNA* ژن ادغامی *BCR-ABL* در آن‌ها شناسایی شد. برای اطمینان از نتایج آزمون مجدداً آزمایش در هر دو مورد تکرار شد و نتایج به‌دست آمده در مرحله ۲ کاملاً مشابه با مرحله اول بود به عبارت دیگر بازدهی *PCR* در تشخیص *mRNA* ژن ادغامی *BCR-ABL* در یکصد نمونه جمع‌آوری شده به‌روش *RT-Multiplex PCR*، ۶ درصد مثبت و ۵۴ درصد منفی و به‌روش *RT-Multiplex Nested PCR*، ۴۴ درصد مثبت و ۵۶ درصد منفی بوده است (شکل ۳).

برای اطمینان از وجود باند اختصاصی در روش یک مرحله‌ای و عدم وجود آن در *Nested*، نمونه‌ها به علت حساسیت بیشتر ژل آکریل‌آمید روی این ژل بررسی شدند. همان‌طور که در شکل ۴ دیده می‌شود نتایج روی ژل آکریل‌آمید نیز تأیید شدند.



شکل ۳ ستون M اندازه‌نما ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ جفت بازی؛ ستون ۱: نمونه منفی؛ ستون ۲: نمونه مثبت؛ ستون‌های ۳ و ۴: (سمت راست): به‌روش *RT-Multiplex Nested PCR* منفی گزارش شدند؛ ستون‌های ۳ و ۴: (سمت چپ): در روش *RT-Multiplex PCR* برای *b3a2* مثبت بودند.

در مرحله بعد برای تأیید یا رد این مورد که ناحیه تکثیر شده همان *mRNA* ژن ادغامی *BCR-ABL* است، نمونه‌ها برای تعیین توالی از طریق شرکت ژن فن‌آوران به شرکت *Micro Gene* در کره ارسال شد.

سپس نتایج تعیین توالی توسط نرم‌افزار *Chromas* بررسی و در سایت *NCBI* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>) با استفاده از برنامه کاوش در قسمت *Nucleotide by Nucleotide Blast* در ضمن بررسی مشخص شد که ناحیه

در دمای دورگه شدن در دمای پیشروی جدا شوند و با توجه به تکثیر ۲۵ مرحله‌ای ناحیه مورد نظر تکثیر نشود. رونوشت b2a2 و b3a2 در ۴۴ درصد و e1a2 در ۲ درصد از بیماران مراجعه‌کننده به مرکز ژنتیک و آسیب‌شناسی دکتر کریمی‌نژاد- دکتر نجم‌آبادی (Kariminejad-Najmabadi) مشاهده شد که ۴۶ درصد بیماران این مرکز برای CML مثبت بودند. در ۹۵/۶۵ درصد بیماران رونوشت b2a2 یا b3a2 بود و در ۴/۳۴ درصد بیماران رونوشت e1a2 مشاهده شد. علت این‌که از بین یکصد نمونه، ۳ واریانت BCR-ABL مشاهده شد این است که در بیماران CML رونوشت غالب b2a2 یا b3a2 است و سایر واریانت‌ها بسیار نادر است [۱۷-۲۰]. روش مورد استفاده در این پژوهش می‌تواند با استفاده از نمونه‌های بیشتر در جهت تشخیص سایر واریانت‌های CML و نیز بررسی کمی واریانت‌ها با استفاده از روش Real Time PCR کامل‌تر شود [۲۱-۲۳].

## ۵- تشکر و قدردانی

از دفتر فناوری‌های ریاست جمهوری به خاطر تأمین هزینه بخشی از طرح تشکر می‌شود.

و با تعداد کمتری آغازگر نسبت به روش‌های مشابه کلیه واریانت‌های مختلف BCR-ABL را در بیماران CML شناسایی کرد.

تعداد نمونه‌های مورد استفاده در این طرح یکصد نمونه مربوط به بیماران تحت درمان یا در مرحله تشخیص بیماری CML بود و ضمناً در این تحقیق، هدف مقایسه دو روش نیز بوده است، با توجه به این‌که تمامی نمونه‌ها با هر دو روش مورد آزمون قرار گرفتند، بنابراین تعداد کافی نمونه بررسی شده است.

طی مقایسه معلوم شد که روش یک مرحله‌ای از اختصاصیت (Specificity) ۱۰۰ درصد برخوردار بوده است و کلیه نمونه‌های مثبت توسط روش Nested با روش یک مرحله‌ای شناسایی شدند. این مطلب بیانگر این است که نواحی انتخاب شده برای اتصال آغازگرها به گونه‌ای بودند که قادر به شناسایی رونوشت‌های BCR-ABL است. علاوه بر این حساسیت (Sensitivity) روش یک مرحله‌ای بیشتر از ۱۰۰ درصد نسبت به Nested بود، در واقع به‌جز دو مورد، سایر نتایج یکدیگر را تأیید کرد، ضمن بررسی توالی آغازگری در هر دو روش دیده شد که یکی از آغازگرهای روش Nested در مرحله اول دارای مقدار GC برابر ۳۹/۱ درصد است بنابراین انتظار می‌رود تعدادی از آغازگرهای اتصال یافته

## ۶- منابع

- [1] Nowell PC, Hungerford DA. A minute chromosome in human chronic granulocytic leukemia. *Science* 1960; 142: 1497.
- [2] Rowley JD. Letter: A new consistent chromosomal abnormality in chronic myelogenous leukaemia identified by quinacrine fluorescence and Giemsa staining. *Nature* 1973; 243(5405): 290-3.
- [3] Kurzrock R, Gutterman JU, Talpaz M. The molecular genetics of Philadelphia chromosome-positive leukemias. *N Engl J Med* 1988; 319(15): 990-8.
- [4] Charles L Sawyers MD. Chronic Myeloid Leukemia: Medical Progress. *N Engl J Med* 1999; 340: 1330-40.
- [5] Faderl S, Talpaz M, Estrov Z, O'Brien S, Kurzrock R, Kantarjian HM. The biology of Chronic Myeloid Leukemia. *N Engl J Med* 1999; 341(3): 164-72.
- [6] Spurbeck JL, Adams SA, Stupca PJ, Dewald GW. Primer on medical genomics. Part XI: visualizing human chromosomes. *Mayo Clin Proc* 2004; 79(1): 58-75.
- [7] Jha CB, Kucheria K, Choudhary VP. Diagnostic role of conventional cytogenetics and fluorescence in situ hybridization (FISH) in chronic myeloid leukemia patients. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2006; 4(2): 171-5.

- [8] Tefferi A, Dewald GW, Litzow ML, Cortes J, Mauro MJ, Talpaz M, Kantarjian HM. Chronic myeloid leukemia: current Application of Cytogenetics and molecular testing for diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc* 2005; 80(3): 390-402.
- [9] Kantarjian HM, Deisseroth A, Kurzrock R, Estrov Z, Talpaz M. Chronic myelogenous leukemia: a concise update. *Blood* 1993; 82(3): 691-703.
- [10] Dewald GW, Wyatt WA, Juneau AL, Carlson RD, Zinsmeister AR, Jalal SM, Spurbeck JL, Silver RT. Highly sensitive fluorescence in situ hybridization method to detect double BCR/ABL fusion and monitor response to therapy in chronic myeloid leukemia. *Blood* 1998; 91(9): 3357-65.
- [11] Kobzev Y, Domracheva E, Zakharova A, Khoroshko N, Turkina A, Dewald G. Fluorescence in situ hybridization studies of interphase nuclei for assessing response to therapy in patients with chronic myeloid leukemia. *Cancer Genet Cytogenet* 1998; 106(2): 128-34.
- [12] De Klein A, Hagemeyer A, Bartram CR, Houwen R, Hoefsloot L, Carbonell F, Chan L, Barnett M, Greaves M, Kleihauer E, Heisterkamp N, Groffen J, Grosveld G. *bcrl* rearrangement and translocation of the *c-abl* oncogene in Philadelphia positive acute lymphoblastic leukemia. *Blood* 1986; 68(6): 1369-75.
- [13] Hochhaus A, Reiter A, Skladny H, Melo JV, Sick C, Berger U, Guo JO, Arlinghaus RB, Hehlmann R, Goldman JM, Cross NC. A Novel BCR-ABL fusion Gene (e6a2) in a patient with Philadelphia Chromosome-negative chronic myeloid leukemia. *Blood* 1996; 88(6): 2236-40.
- [14] Guo JQ, Lian JY, Xian YM, Lee MS, Deisseroth AB, Stass SA, Champlin RE, Talpaz M, Wang JY, Arlinghaus RB. BCR-ABL protein expression in peripheral blood cells of chronic myelogenous leukemia patients undergoing therapy. *Blood* 1994; 83(12): 3629-37.
- [15] Mcpherson M, Moller SG. *The basic PCR*. Oxford, BIOS scientific publishers Ltd., 2000; p: 1-83.
- [16] Cross NC, Melo JV, Feng L, Goldman JM. An optimized multiplex polymerase chain reaction (PCR) for detection of BCR-ABL fusion mRNA in haematological Disorders. *Leukemia* 1994; 8(1): 186-9.
- [17] Otazu IB, Zalcborg I, Tabak DG, Dobbin J, Seunaz HN. Detection of BCR-ABL transcripts by multiplex and nested PCR in different haematological disorders. *Leuk Lymphoma* 2000; 37(1-2): 205-11.
- [18] Otazu IB, Zalcborg I, Tabak DG, Seunaz HN. Detection of BCR-ABL transcripts in chronic myeloid leukemia by nested PCR. *Leuk Res* 1999; 23(2): 185-90.
- [19] Arana-Trejo RM, Ruiz Sanchez E, Ignacio-Ibarra G, Baez de la Fuente E, Garces O, Gomez Morales E, Castro Granados M, Ovilla Martinez R, Rubio-Borja ME, Solis Anaya L, Herrera P, Delgado Llamas J, Kofman S. BCR/ABL p210, p190 and p230 fusion genes in 250 Mexican patients with chronic myeloid leukemia (CML). *Clin Lab Haematol* 2002; 24(3): 145-50.
- [20] Goh HG, Hwang JY, Kim SH, Lee YH, Kim YL, Kim DW. Comprehensive analysis of BCR-ABL transcript types in Korean CML patients using a newly developed multiplex

- RT-PCR. *Transl Res* 2006; 148(5): 249-56.
- [21] Gabert J, Beillard E, van der Velden VH, Bi W, Grimwade D, Pallisgaard N, Barbany G, Cazzaniga G, Cayuela JM, Cavé H, Pane F, Aerts JL, De Micheli D, Thirion X, Pradel V, González M, Viehmann S, Malec M, Saglio G, van Dongen JJ. Standardization and quality control studies of 'real-time' quantitative reverse transcriptase polymerase chain reaction of fusion gene transcripts for residual disease detection in leukemia- a Europe Against Cancer Program. *Leukemia* 2003; 17(12): 2318-57.
- [22] Mocellin S, Rossi CR, Pilati P, Nitti D, Marincola FM. Quantitative real-time PCR: a powerful ally in cancer research. *Trends Mol Med* 2003; 9(5): 189-95.
- [23] van der Velden VH, Hochhaus A, Cazzaniga G, Szczepanski T, Gabert J, van Dongen JJ. Detection of minimal residual disease in hematologic malignancies by real-time quantitative PCR: principles, approaches, and laboratory aspects. *Leukemia* 2003; 17(6): 1013-34.