

نقش دوگانه سلول‌های بنیادی مزانشیمی در درمان القا سرطان

چکیده

سرطان کولورکتال (CRC) با تعداد سالانه ۱/۲ میلیون ابتلا در افراد به‌عنوان چهارمین سرطان شایع منجر به مرگ می‌باشد. اگرچه روش‌های درمانی موجود همچون جراحی و شیمی‌درمانی برای این سرطان بخصوص هنگامی که بیماری در مراحل اولیه شناسایی گردد می‌تواند مفید باشد، اما درمان هدفمند که قابل اعتماد و غیرتهاجمی باشد می‌تواند به‌عنوان روشی سودمند جایگزین گردد. سلول‌های بنیادی مزانشیمی (MSC) که سلول‌هایی تمایز نیافته و با قدرت و توان چندجانبه هستند و پتانسیل تجدیدکردن خود و تمایز به رده‌های سلول مختلف را دارند، به‌عنوان عوامل درمانی فعالیت بیولوژیکی خود را با تنظیم سیستم ایمنی و رهاسازی سیتوکین‌ها و کموکین‌ها به جایگاه التهاب اعمال می‌کنند. این سلول‌ها همچنین به‌عنوان حامل در تحویل دارو به محل اولیه تومور یا متاستاز حاصل از آن، نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کنند. مطالعاتی حاکی از پتانسیل سلول‌های بنیادی مزانشیمی جهت از بین بردن تومور با ممانعت از تکثیر سلول توموری و القاء آپوپتوز در آن وجود دارد. در مقابل، تمایل به تومور نیز از مهم‌ترین مشخصه‌های این نوع از سلول‌های بنیادی می‌باشد؛ به طوری که شواهد نشان می‌دهد، سلول‌های بنیادی مزانشیمی مشتق از بافت چربی باعث تحریک رشد تومور و متاستاز در سرطان می‌شود. چاقی که با افزایش بافت چربی همراه است و باعث افزایش سلول‌های مزانشیمی در بافت چربی می‌شود، در ارتباط با انواع سرطان مثل سرطان سینه و کولون می‌باشد. بدین ترتیب نقش دوگانه سلول‌های بنیادی مزانشیمی به‌عنوان عامل درمانی، مطرح می‌شود که نشان‌دهنده به‌کاربردن این سلول‌ها مانند استفاده از یک شمشیر دو لبه می‌باشد.

اعظم رضازاده^۱، حوریه سلیمان جاهی^{۱*}، سارا معودی^۲، آنا حبیبیان^۱، حسام کریمی^۱

^۱ گروه ویروس‌شناسی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

^۲ گروه ایمنی‌شناسی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه ویروس‌شناسی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تلفن: ۰۲۱-۸۲۸۸۳۵۶۱

نشانی الکترونیک: soleim_h@modares.ac.ir

اساس سن و جنس دارای توزیع متفاوتی می‌باشد؛ به طوری که تومور در ناحیه proximal در زنان بیشتر از مردان بوده که با بالا رفتن سن افراد افزایش می‌یابد. در مردان و زنان جوان‌تر از ۵۰ سال اغلب تومورها در ناحیه rectum ایجاد می‌شود. بهبودی در مورد زنان و مردان یکسان است و با جنسیت افراد ارتباطی ندارد. بر اساس تفاوت در محل قرارگیری تومور در کولورکتال، شاهد ویژگی‌های کلینیکی و بیولوژیکی پاسخ به درمان و پیش‌آگهی‌های گوناگونی خواهیم‌بود (۲).

پیشنهاد شده است که برای جلوگیری از سرطان کولورکتال در زنان و مردان بالای ۵۰ سال به‌طور سالانه تست غربالگری مدفوع جهت بررسی خون مخفی انجام گیرد و هر ۵ سال یک‌بار تست سیگموئیدوسکوپی و هر ۱۰ سال کولونوسکوپی انجام گیرد. آزمایش کولونوسکوپی به‌عنوان تست طلایی در پیش‌آگهی آدنومای کولون مطرح می‌باشد. در مواردی که فردی در خانواده مبتلا به این سرطان می‌باشد، دیگر اعضای خانواده باید ۱۰ سال زودتر از سن فرد مبتلا تست غربالگری را انجام دهند (۱).

تا اواخر قرن بیستم، روش جراحی غالب‌ترین راه جهت درمان سرطان بود. اما امروزه روش‌هایی مثل شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و ایمونوتراپی و در نهایت ویروتراپی در حال معرفی به دنیای درمان سرطان می‌باشند (۳و۴).

کشف نوین دیگری که در دنیای امروز برای درمان بیماری‌های مزمن مطرح می‌شود، استفاده از سلول‌های بنیادی می‌باشد. آنها سلول‌هایی غیر اختصاصی هستند که توانایی تبدیل شدن به انواع سلول‌های اختصاصی با عملکردی خاص را دارند. قابلیت منحصر به فرد این سلول‌ها در چند قوه‌ای بودن^۲ و توانایی طولانی مدت در خود تجدیدی^۳ است. این خصایص باعث می‌شود تا در محل جراحی توانایی ترمیم و جایگزینی بافت آسیب دیده را داشته باشند و در نتیجه آنها را به‌عنوان منابعی مناسب در ترمیم زخم به‌کار می‌برند (۵). این سلول‌ها توانایی ترشح انواع فاکتورهای فعالی را دارند که دارای پتانسیل درمانی و تأثیر موضعی و سیستماتیک می‌باشد. از سوی دیگر این سلول‌ها به‌صورت ذاتی توانایی مهاجرت به‌مناطق را دارند که دارای جراحی هستند. این پدیده در نتیجه جذب شیمیایی سلول‌های بنیادی به محل جراحی با واسطه رسپتورهای سطحی سلول مثل رسپتورهای کموکاینی صورت می‌گیرد (۶). سلول‌های بنیادی، سلول‌های تمایز نیافته‌ای هستند که قادرند برای مدتی نامحدود در شرایط آزمایشگاهی و مناسب جهت کشت تکثیر شده و به انواع سلول‌های خاص تبدیل شوند. در بدن نیز این

امروزه سرطان به‌عنوان یک موضوع مهم در حوزه بهداشت و سلامت جوامع مطرح می‌شود. در میان انواع این بیماری، سرطان کولورکتال با شیوعی بالغ بر ۹/۷% چهارمین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در دنیا می‌باشد. در حدود ۶۰% از موارد آن در کشورهای توسعه یافته رخ می‌دهد (۱).

سابقه خانوادگی در ابتلا به سرطان کولورکتال مورد توجه قرار می‌گیرد که این مقدار در حدود ۲۵% تخمین زده می‌شود و ۱۵% از موارد آن مربوط به داشتن سابقه در خانواده درجه یک یا دو فرد می‌باشد. البته سرطان کولورکتال به‌صورت تک‌گیر با شیوع حدود ۸۵%-۷۰ در افرادی بدون هیچ‌گونه سابقه ژنتیکی یا خانوادگی نیز دیده شده است که بیشتر موارد تک‌گیر آن در ارتباط با سبک زندگی، رژیم غذایی افراد، فاکتورهای محیط زندگی و جهش‌های سوماتیک می‌باشد (۱). در سه دهه اخیر شاهد افزایش وقوع سرطان کولورکتال در ایران هستیم که به‌عنوان یک معضل مهم بهداشتی در سلامت عمومی مطرح شده‌است. موارد ابتلا با توجه به قومیت، منطقه جغرافیایی، رژیم غذایی، ژنتیک افراد و جهش‌های ژنی، وقوع آن در سراسر ایران متنوع می‌باشد (۱).

آخرین اطلاعات ثبت شده در مؤسسه سرطان ملی ایران^۱ حاکی از وقوع ۵۱۰۰۰ مورد سرطان با حدود ۳۵۰۰۰ مورد مرگ و میر ناشی از آن است که در این بین سرطان کولورکتال به‌عنوان چهارمین سرطان رایج در ایران طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ بوده است. سرطان کولورکتال یک بیماری وابسته به سن، بخصوص در افراد بالای ۶۵ سال می‌باشد. در مطالعات اخیر نشان داده شده که سن ابتلا به این نوع سرطان در ایران در حال کاهش بوده و نسبت به کشورهای غربی شیوع بیشتری در افراد جوان دارد، به طوری که یک پنجم موارد بیماری در سن کمتر از ۴۰ سال رخ می‌دهد. این عامل مبتنی بر جمعیت بالای جوانان در ایران بوده و علاوه بر آن رژیم غذایی که در آن از گوشت زیاد و میوه و سبزیجات بسیار کمی استفاده می‌شود، ژنتیک فرد، سابقه ابتلا افراد فامیل، شیوه زندگی افراد، چاقی و هورمون‌ها، مصرف سیگار، الکل و داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی همگی از عوامل مطرح در ایجاد این نوع سرطان می‌باشند (۱).

پاتوزن سرطان کولورکتال پیچیده و متنوع می‌باشد که به‌واسطه مسیرهای مولکولی مختلفی اتفاق می‌افتد و در نتیجه منجر به ظهور فنوتیپ‌های مختلف می‌شود. سرطان کولورکتال همراه با تغییراتی در اپیتلیوم نرمال و تبدیل بافتی آن به آدنوما و سپس کارسینوما می‌باشد. اغلب جایگاه تومورها در ناحیه proximal colon (۴۱%) و راست روده rectum (۳۸%) می‌باشد که بر

۲. Multipotential

۳. Self regenerative

۱. Iran National Cancer Research

آنها دست‌خوش تغییر می‌گردد. طی این تغییرات، سلول‌های بنیادی مزانشیمی ترشحات سایتوکاین‌ها، کموکاین‌ها و دیگر مولکول‌های سیگنالینگ خود را افزایش می‌دهند. با توجه به مطالعات انجام‌شده، سلول‌های بنیادی مزانشیمی در پاسخ به سیگنال‌های کموتاکتیک رهاشده از سوی عوامل پاتوژن و یا سلول‌های آلوده به این عوامل و نیز سلول‌های غیرنرمال، قادر به جهت‌گیری و مهاجرت به سمت آنها هستند (۱۳).

سلول‌های بنیادی مزانشیمی توانایی مهاجرت به سمت تومورهای اولیه را دارا می‌باشند که این خصوصیت می‌تواند این سلول‌ها را به‌عنوان یک حامل مناسب جهت انتقال فاکتورهای ضدسرطانی به محل تومور مطرح کند (۱۴). در حقیقت فاکتورهای التهابی باعث فراخوانی سلول‌های بنیادی مزانشیمی به محل التهاب می‌شود. از سوی دیگر اثر درمانی این سلول‌ها تنها به توانایی تمایز آنها مربوط نمی‌شود، بلکه مربوط به فاکتورهای ترشحی آنها است که خود باعث تنظیم بازوهای ایمنی ذاتی و اکتسابی می‌شوند. مجموعه این فاکتورهای ترشحی، سکر توم^۶ نام دارد. تنظیمات ایمنی، آنژیوژن^۷، اثر آنتی آپوپتوزی، محدود کردن آسیب در محل، فراخوانی سلول‌های پیش‌ساز بافتی از جمله اثرات سکر توم می‌باشند (۱۵، ۱۶).

سلول‌های بنیادی مزانشیمی سیستم ایمنی فرد گیرنده را فعال نمی‌کنند، زیرا بیان MHC I در آنها بسیار کم و همچنین این سلول‌ها فاقد MHC II می‌باشند و به همین علت سلول‌های NK فعال نمی‌شوند. از سوی دیگر سلول‌های مزانشیمی باعث تبدیل پاسخ‌های TH2 به TH1 می‌شوند که این عمل را از طریق تحریک ترشح انواع سایتوکاین‌ها از سلول‌های T انجام می‌دهند. با توجه به توانایی لانه‌گزینی^۷، پتانسیل چند قوه‌ای بودن، توانایی ایجاد اثرات تنظیمی بر سیستم ایمنی و ترشح فاکتورهای ضد التهابی، می‌توان سلول‌های مزانشیمی را به عنوان منابعی در درمان بیماری‌های خود ایمن، بیماری‌های التهابی و بیماری‌های دژنراتیو معرفی کرد. خاصیت لانه‌گزینی این سلول‌ها که به معنی مهاجرت این سلول‌ها به سمت محل آسیب می‌باشد، به‌عنوان درمانی بر مبنای سلول، مطرح می‌شود. حضور فاکتورهای التهابی مثل IL1 و TNF β باعث افزایش مهاجرت آنها می‌شود (۱۱).

سلول‌های بنیادی مزانشیمی از طریق ترشح مدیاتورهای پاراکرائینی خود، توانایی تنظیم پاسخ‌های ایمنی را دارند و قابلیت مهارتی بر هر دو بازوی ایمنی ذاتی و اکتسابی را دارا می‌باشند. با فعال کردن سلول‌های بنیادی مقیم^۸ از طریق

سلول‌ها تمایز یافته، انواع بافت‌ها را به‌وجود می‌آورند. به‌طور کلی سلول‌های بنیادی از دو منشأ جنینی و بالغین مورد استفاده قرار می‌گیرند که محققین این سلول‌ها را از چشم، عضلات، پوست، بافت چربی، پالپ طحال، بندناف و اپیتلیوم دستگاه گوارش بالغین جداسازی کنند. سلول‌های بنیادی بالغین بسته به بافتی که در آن مستقرند به انواع سلول‌های آن بافت تبدیل می‌شوند. سلول‌های بنیادی مشتق شده از مغز استخوان، خون محیطی و خون بندناف نوزاد منابعی جهت پیوند می‌باشند. در این بین، خون محیطی بهترین منبع سلول‌های بنیادی برای پیوند می‌باشند (۷).

سلول‌های بنیادی به دو دسته Pluripotent stem cell و Multipotent stem cell تقسیم می‌شوند. سلول‌های Pluripotent stem cell دارای دو منبع Embryonic stem cells (ESCs) و Induced pluripotent stem cells (iPSCs) می‌باشند (۸). سلول‌های بنیادی مزانشیمی یکی از انواع سلول‌های بنیادی بزرگسال^۴ است که از منشاء Multipotent stem cells می‌باشند. سلول‌های Multipotent stem cell غیر هماتوپوئیک بوده و دارای ظرفیت تکثیر بالایی می‌باشند و توانایی تمایز به انواع سلول‌ها را دارا هستند. این خصوصیت کاملاً وابسته به شرایط و فاکتورهای موجود در محیط می‌باشد. این سلول‌ها توانایی تبدیل شدن به رده‌های سلولی مزودرمال همچون انواع سلول‌های استخوانی، کندروسیت‌ها و چربی‌ها؛ رده‌های سلولی اکتودرمال مثل نوروسیت‌ها و رده‌های سلولی اندودرمال مثل هیپاتوسیت‌ها را دارند. شایان ذکر است که پتانسیل تکثیر و تمایز وابسته به منبع جدا سازی آنها می‌باشد، چنانچه ثابت ژنتیکی سلول‌های مزانشیمی که از منبع سلول‌های بنیادی بزرگسال مشتق شده‌اند، تحت تأثیر سن و استرس‌های محیطی قرار می‌گیرد (۹ و ۱۰).

نقشی که سلول‌های بنیادی مزانشیمی در تنظیم ایمنی بدن دارند، با ترشح انواع سایتوکاین‌ها و رسپتورهای ایمنی ایفا می‌گردد که از این طریق باعث تنظیم محیط اطراف^۵ بافت میزبان خود می‌شوند. با توجه به دارا بودن پتانسیل تبدیل شدن به چندین رده سلولی و توانایی تنظیم سیستم ایمنی و ترشح انواع سایتوکاین‌های ضد التهابی، این سلول‌ها به‌عنوان یک ابزار قوی در درمان بیماری‌های مزمن و سلول‌های سرطانی، مطالعات مهندسی بافت و کاربردهای دارویی در محیط *in vitro* مطرح می‌باشند (۱۲ و ۱۱).

هنگامی که سلول‌های بنیادی مزانشیمی در تماس با عوامل بیماری‌زا قرار می‌گیرند، ترشحات، روند مهاجرت، تکثیر، تمایز

۶. Secretome

۷. Homing

۸. Resident stem cells

۴. Adult stem cells

۵. Microenvironment

که این دو در ارتباط با پیشرفت سرطان کولورکتال هستند که این عمل را با فعال کردن مسیر NF-kb انجام می دهند و در نتیجه منجر به رشد تومور می شوند. در شرایط *in vivo* موش BALB/c در مدل توموری، سکر توم حاصل از سلول های بنیادی مزانشیمی اضافه شده به محیط، باعث تهاجم و تکثیر بیشتر سلول های سرطان کولورکتال شده است. از سوی دیگر سلول های مزانشیمی ساکن در ارگان های مختلف، توانایی کمک به ترمیم بافت آسیب دیده را دارند (۱۴). یکی از مهم ترین مشخصه های این سلول مثل تمام سلول های بنیادی تمایل به تومور است. به طوری که شواهد نشان می دهند، سلول های مزانشیمی مشتق از بافت چربی باعث تحریک رشد تومور و متاستاز در سرطان می شود (۲۰). در مقابل شواهدی دیگر دال بر پتانسیل این سلول ها برای نابودی تومور از طریق ممانعت از تکثیر سلول توموری و القاء آپوپتوز در آن می باشد. چاقی که با افزایش بافت چربی همراه است و باعث افزایش سلول های مزانشیمی در بافت چربی می شود، در ارتباط با انواع سرطان مثل سرطان سینه و کولون می باشد (۲۱). تمام این مطالب نشان می دهند که استفاده از سلول های مزانشیمی در درمان به مانند استفاده از یک شمشیر دو لبه می باشد (۱۴).

سیگنال های کموتاکسی، التهاب کاهش و ترمیم بافت افزایش می یابد (۱۷ و ۱۸). سلول های مزانشیمی از طریق تولید پروتئین های مهارکننده آپوپتوز باعث کاهش بیان فاکتورهای پیش آپوپتوتیک مثل فاکتور BAX می شوند، کاسپاز ۳ را می شکنند و از سوی دیگر باعث افزایش فاکتورهای ضد آپوپتوز مثل BCL2 می شوند. این عملکرد سلول های بنیادی مزانشیمی در سلول های سالم بسیار متفاوت از سلول های سرطانی می باشد، چنانچه قبلا اشاره شد در سلول های سرطانی باعث افزایش آپوپتوز در شرایط *in vitro* و *in vivo* می شوند (۱۹). سلول های بنیادی مزانشیمی می توانند سیکل چرخه سلولی را تنظیم کنند به صورتی که باعث افزایش مواد لازم فاز سنتز چرخه سلولی شوند و در نتیجه باعث افزایش تکثیر سلول های سرطانی مثل سرطان کولورکتال شوند. سلول های مزانشیمی می توانند باعث افزایش رشد تومور، مهار آپوپتوز، آنژیوژنز در محل و متاستاز آن شوند که این عمل را از طریق فعال کردن سیگنال های مسیر NF-kb با واسطه مسیر AMPK/mTOR انجام می دهند. مسیر AMPK/mTOR باعث فعال شدن مسیر NF-kb می شود. فعالیت بیش از اندازه مسیر mTOR باعث پیشرفت سرطان کولورکتال و تحریک رشد سلول های مزانشیمی می شود. در سکر توم حاصل از سلول های مزانشیمی میزان بالایی از بیان اینترلوکین های ۶ و ۸ را شاهد هستیم

مراجع

- Dolatkhah R, Somi MH, Bonyadi MJ, Asvadi Kermani I, Farasati F, Dastgiri S. Colorectal cancer in iran: molecular epidemiology and screening strategies. *J Cancer Epidemiol* 2015;2015:643020.
- Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, Ahnen DJ, Meester RGS, Barzi A, et al. Colorectal cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin*. 2017 May 6;67(3):177-193.
- Ungerechts G, Bossow S, Leuchs B, Holm PS, Rommelaere J, Coffey M, et al. Moving oncolytic viruses into the clinic: clinical-grade production, purification, and characterization of diverse oncolytic viruses. *Mol Ther Methods Clin Dev* 2016;3:16018.
- Banijamali RS, Soleimanjahi H, Soudi S, Karimi H, Abdoli A, SeyedKhorrami SM. Kinetics of Oncolytic Reovirus T3D Replication and Growth Pattern in Mesenchymal Stem Cells. Under review.
- Lotfy A, Salama M, Zahran F, Jones E, Badawy A, Sobh M. Characterization of mesenchymal stem cells derived from rat bone marrow and adipose tissue: a comparative study. *Int J Stem Cells* 2014;7(2):135-42.
- Vizoso FJ, Eiro N, Cid S, Schneider J, Perez-Fernandez R. Mesenchymal Stem Cell Secretome: Toward Cell-Free Therapeutic Strategies in Regenerative Medicine. *Int J Mol Sci* 2017;18(9). pii: E1852.
- Vojgani M. Immunology. In *Immunology*. Tehran: Jahad-Daneshgahi; 1397. p. 727-739.
- Trounson A, McDonald C. Stem Cell Therapies in Clinical Trials: Progress and Challenges. *Cell Stem Cell* 2015;17(1):11-22.
- García-Contreras M, Vera-Donoso CD, Hernández-Andreu JM, García-Verdugo JM, Oltra E. Therapeutic potential of human adipose-derived stem cells (ADSCs) from cancer patients: a pilot study. *PLoS One* 2014;9(11):e113288.
- McKee C, Chaudhry GR. Advances and challenges in stem cell culture. *Colloids Surf B Biointerfaces* 2017;159:62-77.
- Ullah I, Subbarao RB, Rho GJ. Human mesenchymal stem cells - current trends and future prospective. *Biosci Rep* 2015;35(2). pii: e00191.
- Rezazadeh A, Soleimanjahi H, Soudi S, Habibian A, Seyed Khorrami SM. The Convenient and Economical method to Collect Adipose Mesenchymal Stem Cells.
- Banijamali RS, Soleimanjahi H, Soudi S, Karimi H. The Effect of Oncolytic Reovirus Infection on Nitric Oxide Secretion and Induction of Apoptosis in Adipose Tissue-Derived Mesenchymal Stem Cells. *IJMM* 2018; 12(3): 218-229.
- Wu XB, Liu Y, Wang GH, Xu X, Cai Y, Wang HY, et al. Mesen-

chymal stem cells promote colorectal cancer progression through AMPK/mTOR-mediated NF- κ B activation. *Sci Rep* 2016;6:21420.

15. Murray IR, West CC, Hardy WR, James AW, Park TS, Nguyen A, et al. Natural history of mesenchymal stem cells, from vessel walls to culture vessels. *Cell Mol Life Sci* 2014;71(8):1353-74.

16. Alonso-Goulart V, Ferreira LB, Duarte CA, de Lima IL, Ferreira ER, de Oliveira BC, et al. Mesenchymal stem cells from human adipose tissue and bone repair: a literature review. *Biotechnology Research and Innovation* 2018;2(1):74-80.

17. Keating A. Mesenchymal stromal cells: new directions. *Cell Stem Cell* 2012;10(6):709-716.

18. Nonnis S, Maffioli E, Zanotti L, Santagata F, Negri A, Viola A, et al. Effect of fetal bovine serum in culture media on MS analysis

of mesenchymal stromal cells secretome. *EuPA Open Proteom* 2016;10:28-30.

19. Eiró N, Sendon-Lago J, Seoane S, Bermúdez MA, Lamelas ML, Garcia-Caballero T, et al. Potential therapeutic effect of the secretome from human uterine cervical stem cells against both cancer and stromal cells compared with adipose tissue stem cells. *Oncotarget* 2014;5(21):10692-708.

20. Wei HJ, Zeng R, Lu JH, Lai WF, Chen WH, Liu HY, et al. Adipose-derived stem cells promote tumor initiation and accelerate tumor growth by interleukin-6 production. *Oncotarget* 2015;6(10):7713-26.

21. Wolin KY, Carson K, Colditz GA. Obesity and cancer. *Oncologist* 2010;15(6):556-65.