

بررسی حساسیت و ویژگی سطوح سرمی سیالیک اسیدهای توتال و آزاد در تشخیص سرطان مثانه و ارتباط آنها با درجه و مرحله بدخیمی تومور

شیرما حبیبی^۱، محمود جلالی^{۲*}، حسن جمشیدیان^۳، محمدرضا اشراقیان^۴، علی اکبر صبور یراقی^۵، مهناز زارعی^۶

خلاصه

سابقه و هدف: سرطان مثانه دومین بدخیمی شایع دستگاه ادراری است. استاندارد طلایی تشخیص سرطان مثانه در حال حاضر سیستم اسکوپ است که روشی گران قیمت و تهاجمی می باشد. هدف از این مطالعه بررسی حساسیت و ویژگی سطوح سیالیک اسیدهای توتال و آزاد به عنوان تومور مارکر در تشخیص سرطان مثانه می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه ارزش تشخیصی نمونه خون از ۵۸ فرد مبتلا به سرطان مثانه و ۶۰ فرد سالم اخذ شد. سطح سرمی سیالیک اسیدهای توتال و آزاد با استفاده از روش اسپکتروفوتومتری آمینوف اندازه گیری شدند. میانگین داده های حاصل با یکدیگر مقایسه و حساسیت و ویژگی و سایر شاخص های ارزش تشخیصی آنها با استفاده از نمودار ROC محاسبه شد.

نتایج: میانگین سطوح سرمی سیالیک اسیدهای توتال و آزاد در مبتلایان به سرطان مثانه در مقایسه با گروه کنترل بالاتر بود ($P < 0.001$). حساسیت و ویژگی سیالیک اسید توتال در نقطه برش $48/75$ mg/dL به ترتیب ۹۱ و ۸۲ درصد و برای سیالیک اسید آزاد در نقطه برش $40/708$ mg/dL به ترتیب ۸۱ و ۸۰ درصد به دست آمد. هم چنین، ارتباط مثبت بین افزایش سطوح سرمی سیالیک اسیدهای توتال و آزاد با پیشرفت مرحله و درجه تومور مشاهده شد.

نتیجه گیری: نتایج ما نشان داد که اندازه گیری سطوح سرمی این فاکتورها با استفاده از تست های سرمی غیرتهاجمی، ارزان قیمت، ساده و قابل تکرار می تواند با تشخیص سرطان مثانه، اطلاعات بالینی با ارزشی در مورد وضعیت بیماری و وسعت بدخیمی در اختیار قرار داده و سبب کاهش سیستم اسکوپ های غیر ضروری شود.

واژگان کلیدی: سرطان مثانه، سیالیک اسید، شناساگر تومور

فصلنامه علمی - پژوهشی فیض، دوره پانزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۰، صفحات ۳۴۴-۳۳۸

مقدمه

تشخیص و مرحله بندی اولیه سرطان های مثانه سیستم اسکوپ و رزکسیون از راه پیشابراه (Trans Urethral Resection; TUR) می باشد که استاندارد طلایی برای تشخیص سرطان مثانه بوده و حساسیتی معادل ۷۳ درصد دارد، اما روشی تهاجمی و گران قیمت محسوب می شود [۲]. از این رو غربالگری و پی گیری وضعیت بدخیمی مبتلایان به سرطان مثانه با استفاده از تست های سرمی از جنبه های مختلف از جمله باصرفه بودن از لحاظ اقتصادی، غیرتهاجمی بودن و تسهیل تکرار نمونه گیری بسیار اهمیت دارد [۳]. خصوصیات سطح سلول های در طی بیماری سرطان تغییر می کند. مطالعه تغییرات بیوشیمیایی صورت گرفته در طول فرایند بدخیمی نوعی بیوپسی شیمیایی محسوب می شود که تشخیص ناهنجاری های یک اندام را بسیار تسهیل می کند [۴]. یکی از این تغییرات مهم در طول فرایند بدخیمی، تغییر در گلیکو-زیلاسیون گلیکوکونژوگ های سطح سلول ها است که از مراحل آغازین تومورزایی شروع شده و در طول فرایند سرطان نیز ادامه پیدا می کند [۵]. سیالیک اسید از مشتقات ان- استیل نورآمینیک اسید می باشد که در انتهای زنجیره کربوهیدراتی بسیاری از گلیکوپروتئین ها و گلیکولیپیدهای سطح سلول قرار دارد [۶]. وجود

سرطان یک مشکل گسترده پزشکی در سلامت عمومی جامعه است و پس از بیماری های قلبی عروقی دومین عامل مرگ و میر محسوب می شود. بر اساس آمارهای مربوطه سرطان مثانه چهارمین سرطان شایع در مردان و نهمین سرطان شایع در زنان است [۱].

^۱ کارشناس ارشد بیوشیمی بالینی، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استاد، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ دانشیار، گروه ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۵ دانشیار، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۶ کارشناس علوم آزمایشگاهی، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی نویسنده مسوول:

تهران، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه تغذیه و بیوشیمی

دوره نویس: ۰۲۱ ۸۸۹۵۴۹۱۱

کلفن: ۰۲۱ ۸۸۹۵۴۹۱۱

پست الکترونیک: jalalimahmoud@hotmail.com

تاریخ پذیرش نهایی: ۹۰/۳/۲۹

تاریخ دریافت: ۸۸/۹/۱۶

مقادیر زیادی از سیالیک اسید در انتهای گلیکوکونژوگه‌های سلول-های سرطانی به اثبات رسیده است که به فرم گلیکوپروتئین و گلیکولیپید از سلول آزاد می‌شوند [7]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که رابطه مثبتی بین سطوح سیالیک اسیدهای آزاد (FSA) و توتال (TSA)، با وسعت بدخیمی و خصوصیات تهاجمی سلول‌های سرطانی در تعدادی از سرطان‌ها از جمله سرطان مثانه وجود دارد و لذا از آنها می‌توان به‌عنوان مارکری در ارزیابی وضعیت و بررسی میزان پیشرفت سرطان استفاده کرد [8]. هدف ما از انجام این مطالعه پیدا کردن روشی غیر تهاجمی و ارزان قیمت جهت تشخیص و پیگیری تومور مثانه است.

مواد و روش‌ها

گروه‌های مورد مطالعه

مطالعه حاضر با طراحی ارزش تشخیصی روی ۵۸ فرد مبتلا به سرطان مثانه و ۶۰ فرد سالم از تاریخ مهرماه ۱۳۸۶ تا خردادماه ۱۳۸۸ در بخش بیوشیمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. گروه مورد از بین افراد مراجعه کننده به بخش اورولوژی بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، میلاد و شهید لبافی‌نژاد که پس از سیستوسکوپی و نمونه برداری، جواب پاتولوژی آنها سرطان مثانه گزارش می‌شد، انتخاب شدند. درجه بندی و مرحله بندی به ترتیب بر اساس سیستم طبقه بندی (ISUP WHO/ World Health Organization /International Society of Urological Pathology (Tumor Node and Metastases; TNM) انجام شدند. افراد سالم نیز از بین مراجعه کنندگان به سازمان انتقال خون ایران (در تهران) و نیز بخش بیوشیمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شدند. اطلاعات مربوط به ابتلا به بیماری‌های دیابت، تیروئید و بیماری‌های سیستمیک و نیز مصرف سیگار و الکل و مکمل‌های آنتی‌اکسیدانی از قبیل ویتامین‌های A, E, D, C برای هر دو گروه که معیارهای خروج از مطالعه بودند با اظهار خود شخص و نیز مرور پرونده بیمار در پرسش‌نامه مربوطه درج و در جمع‌آوری نمونه‌ها لحاظ شدند. نمونه‌های خون وریدی پس از گرفته شدن به آزمایشگاه گروه منتقل شده و سرم آن با استفاده از سانتریفوژ با دور ۳۵۰۰g و به مدت ۱۰ دقیقه جدا شدند. جهت ممانعت از ذوب و فریز مجدد در حجم‌های ۱۵۰ و ۲۵۰ میکرو لیتری تقسیم گردیده و تا زمان انجام آزمایش در ۷۰ °C - ذخیره شدند.

آزمایشات بیوشیمیایی

محتوی سیالیک اسید نمونه‌های سرم با استفاده از روش اسپکتروفوتومتری آمینوف و با اندکی تغییر اندازه‌گیری شدند [۱۰،۹]. برای اندازه‌گیری سیالیک اسید آزاد ۱۰۰ μL سرم با ۲۵۰ پرودیوک اسید ۰/۲۵ نرمال در ۳۷ °C به مدت ۳۰ دقیقه انکوبه شد. سپس، جهت متوقف کردن واکنش ۲۰۰ μL از محلول ۲ درصد سدیم آرسنیت در HCl نیم نرمال به مواد واکنش اضافه شد. به محض ناپدید شدن رنگ زرد ایجاد شده (۲-۱ دقیقه بعد) ۱ mL از محلول ۱ مولار تیوباربیتریک اسید که pH آن با NaOH به ۹ رسیده بود، افزوده شد. پس از قرار دادن لوله‌های آزمایش در حمام آب جوش به مدت ۷/۵ دقیقه آنها را سرد کرده و برای پایدار شدن رنگ صورتی حاصله، ۱/۵ میلی لیتر از محلول DMSO (دی متیل سولفوکساید) افزوده شد، سپس لوله‌ها را ۵ دقیقه با ۲۵۰۰g در سانتریفوژ گذاشته و پس از آن جذب با کووت کوارتز در ۵۴۹ نانومتر خوانده شد. اعداد خوانده شده روی منحنی استاندارد برده شدند. جهت تهیه منحنی استاندارد غلظت‌های ۰/۵، ۱، ۲، و ۴ میکروگرم بر میلی لیتر از سیالیک اسید خالص (sigma) تهیه شده و مراحل بالا تکرار شد. برای محاسبه TSA، ابتدا برای هیدرولیز سیالیک اسید باند شده به پروتئین‌ها و لیپیدها به ۱۰۰ μL سرم، همین مقدار اسید سولفوریک ۱ نرمال افزوده شده و به مدت ۱ ساعت در ۸۰ درجه سانتی گراد قرار داده شد. پروتئین‌ها با افزودن ۱/۵ میلی لیتر محلول TCA ۱۰ درصد رسوب گیری و لوله‌ها به مدت ۱۰ دقیقه در ۳۵۰۰g سانتریفوژ شدند. کار با ۱۰۰ میکرو لیتر از محلول روئی طبق روش شرح داده شده در بالا دنبال شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ انجام شد. برای مقایسه میانگین متغیرها در دو گروه پس از اثبات نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد بررسی با آزمون کولموگوروف اسمیرنوف از Student t-test استفاده شد. همچنین برای مقایسه میانگین متغیرها در درجات و مراحل مختلف تومور از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) به همراه پس آزمون Tukey استفاده شد. آزمون آماری مجذور کای نیز جهت مقایسه گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیرهای کیفی سن و جنس مورد استفاده قرار گرفت. از ضریب همبستگی اسپیرمن برای بررسی همبستگی متغیرهای کمی با درجه و مرحله تومور استفاده شد. با استفاده از منحنی ROC بهترین نقطه برش تعیین شده و سپس حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری

ترسیم شدند (نمودارهای شماره ۱ و ۲). بر این اساس بهترین نقطه برش (cut-off) و نیز حساسیت و ویژگی برای هر یک از مقادیر سرمی TSA و FSA محاسبه شد (جدول شماره ۴). بهترین نقطه برش (cut-off) در واقع عددی است که دارای بالاترین دقت در تفکیک بیماران مبتلا به سرطان از افراد غیرمبتلا است. این نقطه برای TSA، $48/75$ mg/dL و برای FSA، $70/8$ mg/dL بود. سطح زیر نمودار برای TSA و FSA به ترتیب $(AUC \pm sd)$ $0/911 \pm 0/029$ و $0/863 \pm 0/038$ بود (هرچه این عدد به ۱ نزدیکتر باشد قدرت و دقت تفکیک تست بهتر است) [۱۱]. این نتایج نشان می‌دهند که تقریباً به ترتیب ۹۱ و ۸۷ درصد از بیمارانی که به طور تصادفی از گروه مثبت (بیمار) انتخاب شوند، سطح TSA و FSA بالاتر از گروه منفی (سالم) خواهند داشت.

جدول شماره ۱- توزیع مبتلایان به سرطان مثانه بر اساس درجه و مرحله پاتولوژیکی تومور

| Stage(n) | Grade(n) | | |
|----------|-------------|-------------|-------------|
| | G1(n)(درصد) | G2(n)(درصد) | G3(n)(درصد) |
| Ta | ۴(۶/۸۹) | ۴(۶/۸۹) | ۱(۱/۷۲) |
| T1 | ۴(۶/۸۹) | ۱۷(۲۹/۳۱) | ۳(۵/۱۷) |
| T2 | ۲(۳/۴۴) | ۴(۶/۸۹) | ۱۰(۱۷/۲۴) |
| T3 | - | ۱(۱/۷۲) | ۳(۵/۱۷) |
| T4 | - | - | ۵(۸/۶۲) |
| مجموع=۵۸ | ۱۰(۱۷/۲۴) | ۲۶(۴۴/۸۲) | ۲۲(۳۷/۹۳) |

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین سطوح TSA و FSA در دو گروه

| بیمار و سالم | | گروه |
|------------------|------------------|-------|
| TSA (mg/dl) | FSA (mg/dl) | |
| $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| $59/16 \pm 7/69$ | $0/83 \pm 0/113$ | بیمار |
| $44/92 \pm 7/08$ | $0/46 \pm 0/25$ | سالم |
| $P < 0/001$ | $P < 0/001$ | P |

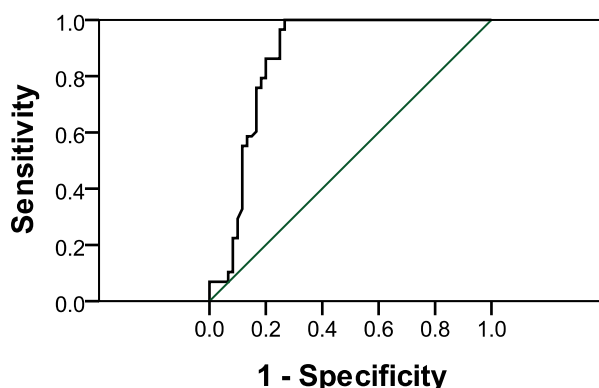
جدول شماره ۳- سطوح سرمی مارکرهای TSA و FSA در درجات و مراحل مختلف تومور و تعداد موارد افزایش یافته آنها

| FSA | | TSA | | هیستوپاتولوژی بیمار |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|
| مثبت (mg/dl) $0/708 < n$ | $\bar{X} \pm SD$ (mg/dl) | مثبت (mg/dl) $48/75 < n$ | $\bar{X} \pm SD$ (mg/dl) | |
| ۷/۱۰ | $0/722 \pm 0/023$ | ۶/۱۰ | $52/07 \pm 2/35$ | G1 |
| ۲۳/۲۶ | $0/839 \pm 0/022$ | ۲۴/۲۶ | $58/25 \pm 1/37$ | G2 |
| ۲۲/۲۲ | $0/869 \pm 0/021$ | ۲۲/۲۲ | $63/46 \pm 1/24$ | G3 |
| ۲۸/۳۳ | $0/799 \pm 0/028$ | ۲۹/۳۳ | $56/09 \pm 1/13$ | Ta+T1 |
| ۱۵/۱۶ | $0/767 \pm 0/018$ | ۱۶/۱۶ | $61/49 \pm 1/34$ | T2 |
| ۸/۹ | $0/888 \pm 0/042$ | ۸/۹ | $62/56 \pm 5/27$ | T3+T4 |

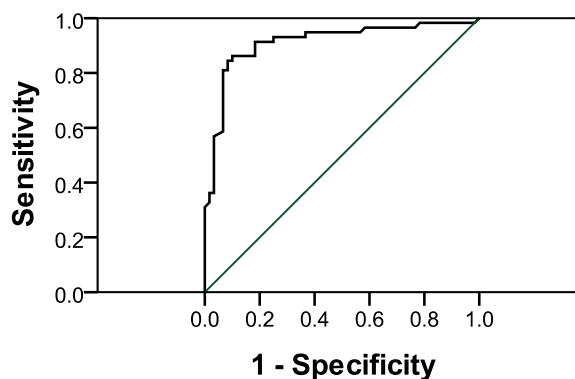
مثبت و منفی و نیز کارایی تست‌های مورد نظر تعیین شدند. $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

دو گروه از لحاظ سن و جنس با هم جور شدند؛ به طوری که در گروه بیمار ۴۷ مرد و ۱۱ زن با میانگین سنی $62/53 \pm 12/52$ سال و در گروه سالم ۵۲ مرد و ۸ زن با میانگین سنی $59/47 \pm 6/19$ سال قرار گرفتند (در مورد سن $P = 0/093$ و در مورد جنس $P = 0/405$). نتایج مربوط به توزیع بیماران بر اساس مرحله و درجه تومور در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود میانگین سطوح سیالیک اسیدهای توتال و آزاد در دو گروه بیمار و سالم اختلاف آماری معنی‌دار ($P < 0/001$) نشان می‌دهد. بر اساس جدول شماره ۳ در مورد TSA اختلاف آماری معنی‌دار بین G1 با G2، G1 با G3 و G2 با G3 در هر سه مورد $P < 0/05$ و نیز مرحله سطحی تومور (Ta+T1) با مرحله متوسط تومور (T2) ($P < 0/05$) وجود دارد. در مورد FSA نیز اختلاف‌های آماری معنی‌دار بین G1 با G2، G1 با G3 ($P < 0/05$) و نیز مرحله سطحی تومور (Ta+T1) با مرحله متوسط تومور (T2)، ($P < 0/05$) ملاحظه می‌شود. جهت بررسی ارتباط بین تغییر سطح TSA و FSA با درجه و مرحله بدخیمی تومور ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه شد. به موازات افزایش وسعت بدخیمی سطوح سرمی TSA و FSA افزایش پیدا کردند، به طوری که ارتباط مثبت بین سطوح سرمی TSA با پیشرفت مرحله تومور ($r = 0/481$ و $P < 0/01$) و درجه تومور ($r = 0/55$ و $P < 0/01$) و نیز بین FSA با پیشرفت مرحله تومور ($r = 0/317$ و $P < 0/01$) و درجه تومور ($r = 0/401$) و $P < 0/01$ مشاهده شد. به منظور تعیین حساسیت و ویژگی سطوح سرمی TSA و FSA در تشخیص سرطان مثانه نمودارهای ROC



نمودار شماره ۲- رسیم منحنی سیالیک اسید آزاد. ناحیه زیرمنحنی (ROC)، 0.911 ± 0.029 و سطح نقطه برش ایده‌آل 0.708 mg/dL می‌باشد.



نمودار شماره ۱- ترسیم منحنی سیالیک اسید توتال. ناحیه زیر منحنی (ROC)، 0.863 ± 0.038 و سطح نقطه برش ایده‌آل 0.875 mg/dL می‌باشد.

جدول شماره ۴- حساسیت و ویژگی TSA و FSA

| نشانگر تومور | حساسیت | ویژگی | ارزش اخباری مثبت (PPV) | ارزش اخباری منفی (NPV) | دقت | نقطه برش (mg/dL) | سطح زیر نمودار ± انحراف معیار استاندارد (AUC) |
|--------------|--------|-------|------------------------|------------------------|-----|------------------|---|
| TSA | ٪۹۱ | ٪۸۲ | ٪۹۱ | ٪۸۰ | ٪۸۶ | ۰/۷۰۵ | 0.911 ± 0.029 |
| FSA | ٪۸۱ | ٪۸۰ | ٪۸۹ | ٪۷۸ | ٪۸۲ | ۰/۷۰۸ | 0.863 ± 0.038 |

بحث

افزایش بیشتر در مراحل و درجات پیشرفته‌تر بیماری گزارش شد که در این مورد نتیجه ما مشابه ایشان است [۱۲]. Erbil و همکاران همانند ما افزایش معنی‌دار TSA در مبتلایان به سرطان مثانه در مقایسه با گروه کنترل را مشاهده کردند. در این مطالعه با استفاده از روش HPLC و نقطه برش 31 mg/dL ، حساسیت TSA ۶۵ درصد و ویژگی آن $87/5$ درصد گزارش شد. در مطالعه ما حساسیت بیشتر و ویژگی کمتر بوده و نیز پارامترهای دقت و ارزش اخباری مثبت و منفی بیشتر به دست آمد. در مطالعه ایشان کارایی تست TSA، $77/3$ درصد و ارزش اخباری مثبت و منفی به ترتیب $81/2$ و 75 درصد گزارش شد [۱۳]. در بررسی میزان حساسیت و ویژگی FSA در تشخیص سرطان مثانه گزارشی منتشر نشده است. مشخص گردیده است که ترکیب کربوهیدراتی گلیکوپروتئین‌ها و گلیکولیپیدهای سطح سلول‌های سرطانی تغییر می‌کند. گلیکوزیلاسیون نقش بسیار مهمی در طول فرایند بدخیمی بازی می‌کند [۱۴]. گلیکوکونژوگه‌های موجود در سطح سلول در طیف وسیعی از وقایع بیولوژیک از قبیل چسبیدن سلول‌ها به یکدیگر، شناخته شدن سلول‌ها توسط یکدیگر، آنتی ژنیسیته و تومورزایی نقش دارند [۱۵]. سیالیک اسیدها از قندهای انتهایی بسیار مهم در زنجیر کربوهیدراتی گلیکوپروتئین‌ها و گلیکولیپید-

نتایج پژوهش حاضر افزایش مشخص و معنی‌دار TSA و FSA در سرم مبتلایان به سرطان مثانه در مقایسه با گروه کنترل را نشان داد. با استفاده از نمودار ROC حساسیت و ویژگی به ترتیب برای TSA (۹۱ درصد و ۸۲ درصد) و FSA (۸۱ درصد و ۸۰ درصد) (درصد) محاسبه شد. ملاحظه می‌شود که به موازات پیشرفت وسعت بدخیمی (درجه و مرحله تهاجم تومور) مقدار این فاکتورها و نیز تعداد موارد افزایش یافته از سطح نقطه برش بیشتر می‌شود؛ به طوری که همبستگی مثبت بین درجه و مرحله تومور بدخیم با سطوح سرمی TSA و FSA نیز مشاهده می‌شود. Lagana و همکاران در مطالعه خود به بررسی مقدار TSA و FSA سرم با روش HPLC در بدخیمی‌های ادراری-تناسلی پرداختند. در مورد سرطان مثانه مطالعه روی ۲۲ فرد بیمار و ۲۰ فرد کنترل انجام شد. بین سطح سرمی تفاوت معنی‌داری بین گروه بیمار و کنترل مشاهده نشد که مخالف با نتیجه مطالعه ما در این مورد است. تفاوت در حجم نمونه یا تفاوت در روش اندازه‌گیری می‌تواند از دلایل این اختلاف نتیجه باشد. افزایش بسیار مشخص (بیش از سه برابر) FSA ($P < 0.001$) در بیماران نسبت به گروه کنترل و نیز

چشم‌گیر سطوح آن پس از درمان موفقیت آمیز مشاهده شده است [۲۵]. مفیدترین کاربرد یک تست غیرتهاجمی با حساسیت و ویژگی بالا در تشخیص زود هنگام اولیه و پایش عود تومور در مبتلایان به سرطان مثانه است. چنین تستی در ارزیابی پاسخ به درمان و پایش بیماران پس از انجام درمان‌های مناسب نیز می‌تواند مفید واقع شود. به علت احتمال بالای عود تومور این بیماران نیازمند پایش بلندمدت هستند. شیوه استاندارد پیگیری وضعیت بیماری در مبتلایان به سرطان مثانه انجام سیستم‌سکوپی به فاصله هر ۳ تا ۶ ماه است که روشی تهاجمی، دردناک و پرهزینه است [۲۶]. شاید با مطالعات بیشتر تنها کسانی که سطوح بالای از این فاکتورها را داشته باشند، تحت سیستم‌سکوپی و بیوپسی قرار بگیرند تا به این ترتیب از بار هزینه و درد وارده به بیمار کاسته شده و به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک شود.

نتیجه‌گیری

مقادیر سرمی TSA و FSA از حساسیت و ویژگی خوبی در تشخیص سرطان مثانه برخوردار بودند. بنابراین، بررسی سطح این فاکتورها با استفاده از آزمون‌های سرمی غیر تهاجمی، ارزان، ساده و قابل تکرار، می‌تواند اطلاعات بالینی با ارزشی را در مورد وضعیت بیماری و وسعت بدخیمی در اختیار ما قرار داده و با کاهش سیستم‌سکوپی‌های غیرضروری از درد و هزینه وارده به بیمار را کاسته کند. با این وجود مطالعات بیشتر و گسترده‌تری لازم است تا کاربرد بالینی سنجش سطح سیالیک اسید در سرطان مثانه به درستی شناخته شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد خانم شیما حبیبی می‌باشد که با هزینه طرح تحقیقاتی شماره ۶۶۵۸، مصوب دانشکده بهداشت انجام شده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت و گروه بیوشیمی و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تهران و نیز بخش‌های محترم اورولوژی بیمارستان‌های امام خمینی ره، میلاد و شهید لبافی‌نژاد و بیماران و افراد سالمی که برای انجام این طرح ما را یاری کردند، کمال تشکر و امتنان خود را اعلام می‌داریم.

References:

- [1] Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2009; 59(4): 225-49.
- [2] Tanagho EA, McAninch WJ. *Smith's General*

های غشاء سلول و از اجزاء اصلی این ترکیبات هستند. افزایش سطوح سیالیک اسید توتال و آزاد در انواع مختلفی از سرطان‌ها گزارش شده است [۱۶]. افزایش میزان سیالیک اسید، در سرم می‌تواند ناشی از افزایش بازچرخش، ترشح یا ریزش آن به داخل جریان خون باشد. همچنین، افزایش فعالیت سیالیل ترانسفراز در سرم مبتلایان به تعدادی از سرطان‌ها مشاهده شده است [۱۷]. به علاوه افزایش میزان سیالیک اسید در ادرار مبتلایان به سرطان مثانه گزارش شده است [۱۹، ۱۸] که در واقع انعکاسی از افزایش تولید این مولکول توسط سلول‌های توموری و نیز افزایش فعالیت آنزیم سیالیل ترانسفراز در بافت‌های توموری است. بررسی میزان سیالیک اسید در بافت‌های اطراف تومور نسبت به بافت‌های سالم اطراف افزایش معنی‌دار آن را در بافت‌های توموری در تعدادی از سرطان‌ها نشان داده است [۲۰]. Konukoğlu و همکاران کاهش مشخص میزان TSA در مبتلایان به سرطان مثانه در پاسخ به درمان را گزارش کردند [۱۸]. همچنین، کاهش مشخص سطوح سرمی FSA و TSA در مبتلایان به سرطان سینه درمان شده توسط Ravel و همکاران [۵] و نیز TSA در مبتلایان به سرطان دهان پس از درمان توسط Rajpura و همکاران [۲۱] ملاحظه شده است. همچنین Ravel و همکاران [۳] کاهش سطح پروتئین‌ها با ریشه‌های انتهایی α 2-6 سیالیک اسید در سرم مبتلایان به سرطان دهان در پاسخ کامل به درمان نسبت به وضعیت پیش از آن را مشاهده کردند. افزایش α 2-6 sialylation در گلیکو پروتئین‌ها و گلیکولیپیدهای سطح غشاء باعث تهاجمی‌تر شدن رفتار سلول‌های سرطانی می‌شود [۲۲]. هیپرسیالیله شدن سلول‌ها با افزایش دادن بار منفی سطح سلول‌های سرطانی منجر به افزایش دافعه سلول‌ها نسبت به یکدیگر و تسهیل جدا شدن سلول‌ها و متاستاز می‌شود. همچنین، در این حالت ظرفیت چسبیدن این سلول به اندوتلیوم مویرگ که مرحله نخست متاستاز است، افزایش یافته و نیز میزان شناسایی شدن سلول سرطانی توسط سلول‌های سیستم دفاعی میزبان و تخریب آنها کاهش می‌یابد [۲۳]. نتایج مطالعه ما تغییر در متابولیسم گلیکوکونژوگ‌ها در سرطان را نشان می‌دهد. بر اساس مطالعات موجود، سطوح بالاتر اشکال مختلف سیالیک اسید با پروگنوز ضعیف بیماری و مقاومت به درمان رابطه دارد [۲۴]. به طوری که در تعدادی از سرطان‌ها از جمله تومور مثانه کاهش

Urology. 6th ed. The McGraw-Hill: San Francisco-California; 2010.

[3] Raval GN, Patel DD, Parekh LJ, Patel JB, Shah MH, Patel PS. Evaluation of serum sialic acid,

- sialyltransferase and sialoproteins in oral cavity cancer. *Oral Dis* 2003; 9(3): 119-28
- [4] Passaniti A, Hart GW. Cell surface sialylation and tumour cell metastatic potential of B16 melanoma variants correlates with their relative number of specific penultimate with oligosaccharide structure. *J Biol Chem* 1988; 263(16): 7591-603.
- [5] Raval GN, Parekh LJ, Patel DD, Jha FP, Sainger RN, Patel PS. Clinical usefulness of alterations in sialic acid, sialyltransferase and sialoproteins in breast cancer. *J Clin Biochem* 2004; 19(2) 60-71.
- [6] Schauer R. Sialic acids: fascinating sugars in higher animals and man: *Zoology (Jena)* 2004; 107(1): 49-64.
- [7] Gatchev O, Rastam L, Lindberg G, Gullberg B, Eklund GA, Tornberg S. Tumours of the central nervous system and serum sialic acid concentration in men and women. *Br J Cancer* 1993; 68(2): 425-7
- [8] Dall'olio F, Trere D. Expression of alpha 2,6-sialylated sugar chain in normal and neoplastic colon tissues. Detection by digoxigenin conjugated sambucusnigra agglutinin. *Eur J Histochem* 1993; 37(3): 257-65.
- [9] Aminoff D. Methods for the quantitative estimation of N-acetylneuraminic acid and their application to hydrolysates of sialomucoids. *Biochem J* 1961; 81: 384-92.
- [10] Surangkul D, Pothacharoen P, Suttajit M, Kongtawelert P. A periodate resorcinol microassay for the quantitation of total sialic acid in human serum. *Chiang Mai Med Bull* 2001; 40: 111-8.
- [11] Kongtawelert P, Tangkijvanich P, Ong-Chai S, Poovorawan Y. Role of serum total sialic acid in differentiating cholangiocarcinoma from hepatocellular carcinoma. *World Gastroenterol* 2003; 9(10): 2178-81.
- [12] Laganà A, Pardo-Martínez B, Marino A, Fago G, Bizzarri M. Determination of serum total lipid and free N-acetylneuraminic acid in genitourinary malignancies by fluorimetric high performance liquid chromatography. Relevance of free N-acetylneuraminic acid as tumour marker. *Clin Chim Acta* 1995; 243(2): 165-79.
- [13] Erbil KM, Sen SE, Zincke H, Jones JD. Significance of serum protein and lipid-bound sialic acid as a marker for genitourinary malignancies. *Cancer* 1986; 57(7): 1389-94.
- [14] Yogeewaran G, Salk PL. Metastatic potential is positively correlated with cell surface sialylation of cultured murine cell lines. *Science* 1981; 212(4502): 1514-6.
- [15] Schauer R. Achievements and challenges of sialic acid research: *Glycoconj J* 2000; 17(7-9): 485-99.
- [16] Raval GN, Patel DD, Parekh LJ, Patel JB, Shah MH, Patel PS. Evaluation of serum sialic acid, sialyltransferase and sialoproteins in oral cavity cancer. *Oral Dis* 2003; 9(3): 119-28.
- [17] Plucinsky MC, Riley WM, Prorok JJ, Alhadeff JA. Total and lipid-associated serum sialic acid levels in cancer patients with different primary sites and differing degrees of metastatic involvement. *Cancer* 1986; 58(12): 2680-5.
- [18] Konukoğlu D, Akçay T, Celik C, Erözenci A. Urinary excretion of sialic acid in patients with bladder tumors. *Cancer Lett* 1995; 94(1): 97-100.
- [19] Honglertsakul C, Opanuraks J, Kittikowit W, Boonla C, Wunsuwan R, Tosukhowong P. Increased Urinary Excretions of Oxidative Stress Biomarkers and Sialic Acid Associated with Severity of Bladder Tumors. *Thai J Surgery* 2007; 28: 133-7.
- [20] Shimada I, Shoji M, Futu-suya R, Katoh T, Kominato Y, Sakamoto T, et al. Elevation of ratio of urinary N-acetylneuraminolactose to free sialic acids in some advanced cancer patients. *J Gastroenterol* 1995; 30(1): 21-7.
- [21] Rajpura KB, Patel PS, Chawda JG, Shah RM. Clinical significance of total and lipid bound sialic acid levels in oral pre-cancerous conditions and oral cancer. *J Oral Pathol Med* 2005; 34(5): 263-7.
- [22] Yamamoto H, Kaneko Y, Vandermulan D, Kersey D, Mkrdichian E, Leestma J, et al. The expression of CMPNeUAc: Gal beta 1, 4 GlcNac, alpha 2,6 sialyltransferase (E.C 2.4.99.1) the glycoprotein bearing alpha 2,6-linked sialic acids in human brain tumours. *Glycoconjugate J* 1995; 12(6): 848-56.
- [23] Drinnan NB, Halliday J, Ramsdale T. Inhibitors of sialyltransferases: potential roles in tumor growth and metastasis. *Mini Rev Med Chem* 2003; 3(6): 501-17.
- [24] Sillanaukee P, Pönniö M, Jääskeläinen IP. Occurrence of sialic acids in healthy humans and different disorders. *Eur J Clin Invest* 1999; 29(5): 413-25.
- [25] Peng-Hui Wang. Altered Glycosylation in Cancer. Sialic Acids and Sialyltransferases. *J Cancer Mol* 2005; 1(2): 73-81.
- [26] Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. Campbell-Walsh Urology. 6th ed. W.B Sanders: New York: 2007.