

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^۲، سارا سعودی^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

امروزه سرطان به عنوان یک موضوع مهم در حوزه بهداشت و سلامت جوامع مطرح می شود. در میان انواع این بیماری، سرطان کولورکتال با شیوعی بالغ بر ۹/۷٪ چهارمین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در دنیا می باشد. در حدود ۶۰٪ از موارد آن در کشورهای توسعه یافته رخ می دهد (۱).

سابقه خانوادگی در ابتلا به سرطان کولورکتال مورد توجه قرار می گیرد که این مقدار در حدود ۲۵٪ تخمین زده می شود و ۱۵٪ از موارد آن مربوط به داشتن سابقه در خانواده درجه یک یا دو فرد می باشد. البته سرطان کولورکتال به صورت تک گیر با شیوع حدود ۸۵٪-۷۰٪ در افرادی بدون هیچ گونه سابقه ژنتیکی یا خانوادگی نیز دیده شده است که بیشتر موارد تک گیر آن در ارتباط با سبک زندگی، رژیم غذایی افراد، فاکتورهای محیط زندگی و جهش های سوماتیک می باشد (۱). در سه دهه اخیر شاهد افزایش وقوع سرطان کولورکتال در ایران هستیم که به عنوان یک معضل مهم بهداشتی در سلامت عمومی مطرح شده است. موارد ابتلا با توجه به قومیت، منطقه جغرافیایی، رژیم غذایی، ژنتیک افراد و جهش های ژنی، وقوع آن در سراسر ایران متنوع می باشد (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 به عنوان چهارمین سرطان رایج در ایران طی سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ بوده است. سرطان کولورکتال یک بیماری وابسته به سن، بخصوص در افراد بالای ۶۵ سال می باشد. 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 می دهد. 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 می شود، ژنتیک فرد، سابقه ابتلا افراد فامیل، شیوه زندگی افراد، چاقی و هورمون ها، مصرف سیگار، الکل و داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی همگی از عوامل مطرح در ایجاد این نوع سرطان می باشند (۱).

پاتوزن سرطان کولورکتال پیچیده و متنوع می باشد که به واسطه مسیرهای مولکولی مختلفی اتفاق می افتد و در نتیجه منجر به ظهور فنوتیپ های مختلف می شود. سرطان کولورکتال همراه با تغییراتی در اپیتلیوم نرمال و تبدیل بافتی آن به آدنوما و سپس کارسینوما می باشد. اغلب جایگاه تومورها در ناحیه proximal colon (۴۱٪) و راست روده rectum (۳۸٪) می باشد که بر

۱. Iran National Cancer Research

اساس سن و جنس دارای توزیع متفاوتی می باشد؛ به طوری که تومور در ناحیه proximal در زنان بیشتر از مردان بوده که با بالا رفتن سن افراد افزایش می یابد. در مردان و زنان جوان تر از ۵۰ سال اغلب تومورها در ناحیه rectum ایجاد می شود. بهبودی در مورد زنان و مردان یکسان است و با جنسیت افراد ارتباطی ندارد. بر اساس تفاوت در محل قرارگیری تومور در کولورکتال، شاهد ویژگی های کلینیکی و بیولوژیکی پاسخ به درمان و پیش آگهی های گوناگونی خواهیم بود (۲).

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

تا اواخر قرن بیستم، روش جراحی غالب ترین راه جهت درمان سرطان بود. اما امروزه روش هایی مثل شیمی درمانی، رادیوتراپی و ایمونوتراپی و در نهایت ویروتراپی در حال معرفی به دنیای درمان سرطان می باشند (۳و۴).

کشف نوین دیگری که در دنیای امروز برای درمان بیماری های مزمن مطرح می شود، استفاده از سلول های بنیادی می باشد. آنها سلول هایی غیر اختصاصی هستند که توانایی تبدیل شدن به انواع سلول های اختصاصی با عملکردی خاص را دارند. قابلیت منحصر به فرد این سلول ها در چند قوه ای بودن^۲ و توانایی طولانی مدت در خود تجدیدی^۳ است. این خصایص باعث می شود تا در محل جراحی توانایی ترمیم و جایگزینی بافت آسیب دیده را داشته باشند و در نتیجه آنها را به عنوان منابعی مناسب در ترمیم زخم به کار می برند (۵). این سلول ها توانایی ترشح انواع فاکتورهای فعالی را دارند که دارای پتانسیل درمانی و تأثیر موضعی و سیستماتیک می باشد. از سوی دیگر این سلول ها به صورت ذاتی توانایی مهاجرت به مناطقی را دارند که دارای جراحات هستند. این پدیده در نتیجه جذب شیمیایی سلول های بنیادی به محل جراحی با واسطه رسپتورهای سطحی سلول مثل رسپتورهای کموکائینی صورت می گیرد (۶). سلول های بنیادی، سلول های تمایز نیافته ای هستند که قادرند برای مدتی نامحدود در شرایط آزمایشگاهی و مناسب جهت کشت تکثیر شده و به انواع سلول های خاص تبدیل شوند. در بدن نیز این

۲. Multipotential

۳. Self regenerative

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 رها شده 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، سکرئوم^۶ نام دارد. تنظیمات ایمنی، آنژیوژنز، اثر آنتی آپوپتوزی، محدود کردن آسیب در محل، فراخوانی سلول‌های پیش‌ساز بافتی از جمله اثرات سکرئوم 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 مهار 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 ضدالتهابی، 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 می‌دهند و در نتیجه منجر به رشد تومور می‌شوند. در شرایط *in vivo* موش BALB/c در مدل توموری، سکر توم حاصل از سلول‌های بنیادی مزانشیمی اضافه شده به محیط، باعث تهاجم و تکثیر بیشتر سلول‌های سرطان کولورکتال شده‌است. از سوی دیگر سلول‌های مزانشیمی ساکن در ارگان‌های مختلف، توانایی کمک به ترمیم بافت آسیب دیده را دارند (۱۴). یکی از مهم‌ترین مشخصه‌های این سلول مثل تمام سلول‌های بنیادی تمایل به تومور است. به طوری که شواهد نشان می‌دهند، سلول‌های مزانشیمی مشتق از بافت چربی باعث تحریک رشد تومور و متاستاز در سرطان می‌شود (۲۰). در مقابل شواهدی دیگر دال بر پتانسیل این سلول‌ها برای نابودی تومور از طریق ممانعت از تکثیر سلول توموری و القاء آپوپتوز در آن می‌باشد. 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 (۲۱). تمام این مطالب نشان می‌دهند که استفاده از سلول‌های مزانشیمی در درمان به مانند استفاده از یک شمشیر دو لبه می‌باشد (۱۴).

سیگنال‌های کموتاکسی، التهاب کاهش و ترمیم بافت افزایش می‌یابد (۱۷ و ۱۸). سلول‌های مزانشیمی از طریق تولید پروتئین‌های مهارکننده آپوپتوز باعث کاهش بیان فاکتورهای پیش آپوپتوتیک مثل فاکتور BAX می‌شوند، کاسپاز ۳ را می‌شکنند و از سوی دیگر باعث افزایش فاکتورهای ضد آپوپتوز مثل BCL2 می‌شوند. این عملکرد سلول‌های بنیادی مزانشیمی در سلول‌های سالم بسیار متفاوت از سلول‌های سرطانی می‌باشد، چنانچه قبلاً اشاره شد در سلول‌های سرطانی باعث افزایش آپوپتوز در شرایط *in vitro* و *in vivo* می‌شوند (۱۹). سلول‌های بنیادی مزانشیمی می‌توانند سیکل چرخه سلولی را تنظیم کنند به صورتی که باعث افزایش مواد لازم فاز سنتز چرخه سلولی شوند و در نتیجه باعث افزایش تکثیر سلول‌های سرطانی مثل سرطان کولورکتال شوند. سلول‌های مزانشیمی می‌توانند باعث افزایش رشد تومور، مهار آپوپتوز، آنژیوژنز در محل و متاستاز آن شوند که این عمل را از طریق فعال کردن سیگنال‌های مسیر NF-kb با واسطه مسیر AMPK/mTOR انجام می‌دهند. مسیر AMPK/mTOR باعث فعال شدن مسیر NF-kb می‌شود. فعالیت بیش از اندازه مسیر mTOR باعث پیشرفت سرطان کولورکتال و تحریک رشد سلول‌های مزانشیمی می‌شود. در سکر توم حاصل از سلول‌های مزانشیمی میزان بالایی از بیان اینترلوکین‌های 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.