

نشانه‌های مولکولی پیش‌آگهی‌دهنده در کارسینوم سلول کبدی (مقاله مروری)

دکتر محمدرضا نوری دلویی^۱ فاطمه علیزاده^۲

^۱ استاد گروه ژنتیک پزشکی، ^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد ژنتیک انسانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مجله پزشکی هرمزگان سال پانزدهم شماره دوم تابستان ۹۰ صفحات ۸۹-۷۴

چکیده

کارسینوم سلول کبدی (HCC) پنجمین سرطان رایج در جهان و سومین عامل مرگ و میر سرطان در دنیا محسوب می‌شود. شیوع این بیماری در نقاط گوناگون جهان تفاوت دارد. توانایی تشخیص و پیش‌بینی خطر برگشت دوباره بیماری و در پی آن پیش‌آگهی آن کمک می‌کند تا بیمار، تحت عمل جراحی و یا شیمی‌درمانی قرار گیرد. از آنجایی که یافته‌ها درباره سرطان‌زایی کبد در حال افزایش است، بسیاری از رخدادهای مولکولی و ژنتیکی مشتمل بر رگ‌زایی، تهاجم و متاستاز که موجب سرطان‌زایی کبد می‌شوند، شناسایی شده‌اند. با پیشرفت‌هایی که در مسیر درک و فهم زیست‌شناسی تومورها بدست آمده است، مطالعات بر روی نشانه‌های زیستی مولکولی سرطان‌زا، هم به دلیل اهمیت پیش‌آگهی‌دهنده و هم به جهت اهمیت بالقوه آنها به عنوان هدف‌های درمانی، روز به روز در حال رشد و افزایش می‌باشد. چندین نشانگر مولکولی با اهمیت پیش‌آگهی‌دهنده در کارسینوم سلول کبدی شناسایی شده‌اند. این نشانه‌های مولکولی نه تنها می‌توانند موجبات تشخیص درست پیش‌آگهی در بیماران HCC را فراهم آورند، بلکه امکان هدف قرار دادن آنها را برای درمان و نیز ارائه هدف‌های جدید برای عامل‌های درمانی را مهیا سازند.

هدف از این مقاله مروری بررسی مطالعات و پژوهش‌های معتبر و جاری انجام شده در رابطه با نقش پیش‌آگهی‌دهنده مهم‌ترین نشانه‌های زیستی مولکولی در HCC است. در این مطالعه ارزش پیش‌آگهی‌دهنده نشانه‌های مولکولی متعددی مشتمل بر موارد زیر، بررسی شده است: ژنهای سرکوبگر تومور، انکوژن‌ها، تنظیم‌کننده‌های چرخه سلولی، تنظیم‌کننده‌های آپوپتوز، نشانه‌های رگ‌زایی، تهاجم، و متاستاز، عامل‌های رشد و گیرنده‌ها، تلومراز، نشانه‌های ناپایداری ژنومی، آنیپلوئیدی و نشانه‌های ناپایداری ریز ماهواره‌ها.

کلیدواژه‌ها: کارسینوم سلول کبدی - ژن - پیش‌آگهی

نویسنده مسئول:
دکتر محمدرضا نوری دلویی
گروه ژنتیک پزشکی دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران
تهران - ایران
تلفن: ۰۰۵ ۸۸۹۵۲۰۰ ۲۱ ۹۸
پست الکترونیکی:
nooridaloii@sina.tums.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۹/۸/۲۵ اصلاح نهایی: ۸۹/۱۲/۱۵ پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۸

مقدمه:

از عامل‌های خطر این بیماری می‌توان به ویروس هپاتیت B (Hepatitis B Virus=HBV) و سیروز (cirrhosis) اشاره کرد (۲). بیماری مزمن کبدی موجب سیروز می‌شود که این فرآیند با شکل‌گیری گرهک‌های بسیار شکل‌پذیر (Hyperplastic Nodules) و گرهک‌های بازسازی‌کننده (Regenerative Nodules) همراه است. در خلال این فرآیند ناپایداری ژنومی نیز موجب پیشرفت زیررده‌های گوناگون کانون‌های سلول‌های کبدی تغییر یافته (Foci of altered hepatocytes=FAH) می‌شود. این عمل گرهک‌های بد شکل

کارسینوم سلول کبدی (Hepatocellular Carcinoma (HCC) (=HCC) پنجمین سرطان رایج در جهان و سومین عامل مرگ و میر سرطان در دنیا محسوب می‌شود (۱). شیوع این بیماری در نقاط گوناگون جهان تفاوت دارد. شیوع بالای آن در بخش‌هایی از آسیا و آفریقا به دلیل ضعف سیستم بهداشتی است (۱)، اما در کشورهای غربی و توسعه یافته علت شیوع رو به افزایش آن بر اثر آلودگی ویروس هپاتیت C، استفاده از الکل و همچنین گسترش سیروز کبدی است (۴-۲).

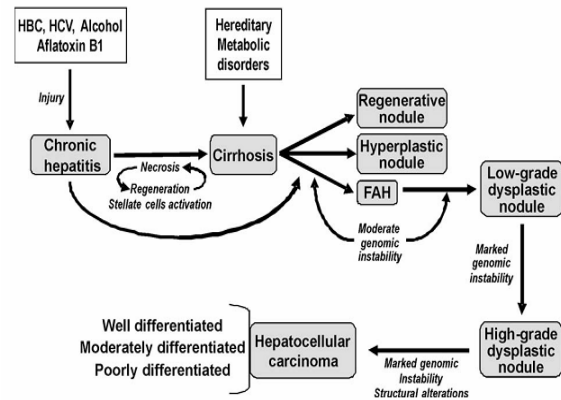
قرار گیرد و یا شیمی‌درمانی شود. تلاشها و بررسی‌هایی برای تشخیص درست برگشت دوباره بیماری و پیش‌آگهی ضعیف در بیماران HCC پس از برداشتن کبد با استفاده از مشخصات بالینی انجام شده است (۶).

ویژگی‌هایی مانند مرحلهٔ توموری، اندازه تومور، تهاجم ریزرگ‌ها و وجود ضایعات ریز ماهواره‌ای همه در پیش‌بینی بقا تأثیر دارند (۷). با وجود همه اینها کمبود حساسیت برای تشخیص درست پیش‌آگهی بیماران وجود دارد. برای نمونه، نشانگرهای توموری سرم مانند آلفا فتوپروتئین (Alpha Fetoprotein = AFP) یک عامل پیش‌آگهی دهنده هستند (۷). اگرچه آنها به شارژ توموری با اهمیتی وابسته هستند که سودمندی آنها را برای تومورهای قابل جراحی و قابل برداشت، مشکوک و نامعلوم می‌سازد. امروزه بیشتر توجهات بر روی ارزش تشخیصی نشانگرهای التهابی سرم متمرکز شده که به عنوان انعکاسی از پاسخ میزبان به تومور است. به ویژه، پروتئین فعال شونده با عامل C سرمی (CRP) که افزایش میزان آن پیش از عمل جراحی نشان دهندهٔ همراهی (association) آن با برگشت دوباره بیماری به میزان ۷۵٪ در مدت ۱۲ ماه پس از برداشتن بخشی از کبد یا برداشت ناحیه تومورهای آن می‌باشد، همچنین همراهی آن با بقا مستقل از بیماری (disease-free) [نسبتی از افراد مبتلا به یک نوع سرطان که تحت درمان قرار گرفته‌اند و در یک دوره خاصی برای نمونه دو سال کاملاً بدون علامت بیماری هستند] و بقا کلی (overall survival) [نسبتی از افراد مبتلا به یک نوع سرطان که پس از تشخیص بیماری زنده می‌مانند] کاهش یافته، دیده شده در مقایسه با بیمارانی که سطح CRP سرمی آنها پیش از عمل جراحی پایین‌تر است (۸).

با پیشرفت‌هایی که در مسیر درک و فهم زیست‌شناسی تومورها بدست آمده است، مطالعات بر روی نشانگرهای زیستی مولکولی سرطان‌زا هم به دلیل اهمیت پیش‌آگهی‌دهنده آنها و هم به جهت اهمیت بالقوه آنها به عنوان هدفهای درمانی، روز به روز در حال رشد و افزایش می‌باشد. جدول شماره ۱ شماری از نشانگرهای مولکولی را که نقشی در سرطان‌زایی کبدی دارند، نشان می‌دهد.

Low-grade و ندول‌های هیپرپلاستیک High-grade را به دنبال دارد. در نهایت، پیشرفت کارسینوم سلول کبدی (HCC) را می‌توان به سه رده تقسیم‌بندی کرد (۲):

به خوبی تمایز یافته (Well differentiated)، به طور متوسط تمایز یافته (differentiated Moderately) و بسیار اندک تمایز یافته (Poorly differentiated) (شکل ۱).



شکل ۱- فرآیند سرطان زایی کبد (شرح در متن)، (۲).

برای درمان بیماری HCC افزون بر شیمی‌درمانی که چندان هم موفق نبوده است، از روشهای برداشت ناحیه توموری (resection) و نیز پیوند کبد استفاده می‌شود. برداشتن ناحیه توموری زمانی موفقیت‌آمیز است که این بیماری متاستاز برون کبدی نداشته باشد (۲). پیوند کبدی نیز مؤثرترین راه درمان برای بیماران HCC بدون مقاومت متاستاز می‌باشد (۵)، اگرچه اکثر بیماران به دلیل پیشرفت بیماری، کهولت سن و مانند آن نامزد مناسبی برای این مورد درمانی نیستند. همچنین اهداءکنندگان کم شماری برای کبد وجود دارد، به نحوی که اکثر افراد منتظر برای دریافت کبد به دلیل پیشرفت تومور و بیماری در این مقطع زمانی می‌میرند (۶). در این سرطان، جراحی مشتمل بر پیوند کبدی تنها روش درمانی است که طی آن تأثیر دارو تغییر کرده و امکان برگشت دوباره بیماری افزایش یافته و احتمال زنده ماندن فرد بیمار، ضعیف و کوتاه مدت می‌باشد.

توانایی تشخیص بیماران با خطر برگشت دوبارهٔ بیماری و پیش‌آگهی ضعیف کمک خواهد کرد که بیمار تحت عمل جراحی

جدول شماره ۱- فرآیند دخیل در هیاتوسلولار کارسینوما و نشانه‌های وابسته به آن

1. Proliferation, self-sufficiency in growth signals, insensitivity to antigrowth signals	p53', nm-23, Rb, PTEN', c-met', c-myc', cyclin A, cyclin D, cyclin E, p15, p16, p18, p19, p21, p27, p57, TGF-β, EGFR family, growth factors proliferation indices'
2. Avoidance of apoptosis	p53', Bcl-2, Bcl-xL, Bax, Bak, Bcl-xS, survivin
3. Limitless replicative potential	Telomerase (including TERT)'
4. Sustained angiogenesis	MVD, VEGF', HIF-1α', NOS, bFGF, PD-EGF, tissue factor, endostatin/collagen XVIII, interleukin-8, angiopoietin
5. Tissue invasion and metastasis	MMPs', uPA, cadherin/catenin complex
6. Genomic instability	Chromosomal instability, aneuploidy', microsatellite instability

nm-23, non-metastatic protein-23; Rb, retinoblastoma gene; PTEN, phosphatase and tensin homolog; TGF-β, transforming growth factor beta; EGFR family, epidermal growth factor receptor family; TGF-α, transforming growth factor alpha; HB-EGF, heparin-binding epidermal growth factor; TERT, telomerase reverse transcriptase; MVD, microvessel density; VEGF, vascular endothelial growth factor; HIF-1α, hypoxia-inducible factor-1 alpha; NOS, nitric oxide synthase; bFGF, basic fibroblast growth factor; PD-EGF, platelet-derived endothelial growth factor; MMP, matrix

و G₂/M و همچنین القاکننده آپوپتوز در پاسخ به آسیب‌های شدید DNA سلولی می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که این ژن در حدود ۶۹٪-۷۴٪ از موارد HCC، دچار جهش شده است (۹). جهش در این ژن موجب همانند سازی تنظیم نشده DNA معیوب و ناپایداری ژنوم و در نتیجه پیشرفت سرطان می‌شود. آلل وحشی یا طبیعی p⁵³ دارای نیمه عمر کوتاه‌تر نسبت به آلل جهش یافته بوده و بنابراین توسط روش شیمی بافت ایمنی (Immunohistochemistry = IHC) قابل ردیابی است. جهش در ژن P⁵³ موجب پایداری پروتئین و تجمع هسته‌ای آن و در نتیجه ردیابی آن توسط روش IHC می‌شود. مطالعاتی که بیان P⁵³ در HCC را به روش IHC بررسی کرده‌اند، اطلاعات ناهماهنگ و متناقضی را ارائه داده‌اند (۱۰). تبیین و تفسیر تفاوت‌های موجود در این نتایج از رهگذر روش‌های گوناگون مورد استفاده، تنوع در پادتن‌ها و نحوه تجزیه و تحلیل‌های فردی امکان‌پذیر است. افزون بر آن، فقدان پروتئین

هدف از این مقاله مروری بررسی مطالعات و پژوهش‌های انجام شده در رابطه با نقش پیش‌آگهی‌دهنده مهم‌ترین نشانه‌های زیستی مولکولی در HCC است. در این مطالعه ارزش پیش‌آگهی‌دهنده نشانه‌های مولکولی زیر، بررسی شده است: ژن‌های سرکوبگر تومور (Tumor suppressor genes)، انکوژن‌ها، تنظیم‌کننده‌های چرخه سلولی، تنظیم‌کننده‌های آپوپتوز، نشانه‌های رگ‌زایی، تهاجم و متاستاز، عامل‌های رشد و گیرنده‌ها، تلومراز، نشانه‌های ناپایداری ژنومی، آنیوپلوئیدی و نشانه‌های ناپایداری ریزماهواره‌ها.

۱- ژن‌های سرکوبگر تومور:

۱- P⁵³

ژن سرکوبگر تومور P⁵³ واقع بر روی کروموزوم 17p 13.1 مسؤوّل تنظیم چرخه سلولی در گذرگاه‌های G₁/S

بیماری کاهش یافته پس از برداشت ناحیه توموری همراهی دارد (۱۳).

۳-تنظیم کننده‌های چرخه سلولی:

۳-۱- سیکلین و کینازهای وابسته به سیکلین

گذرگاه G1/S برای پیشرفت و ادامه چرخه سلولی بسیار مهم و ضروری است. فسفریلاسیون Rb بوسیله مجموعه کیناز وابسته به سیکلین/سیکلین این گذرگاه را غیر فعال کرده و موجب ادامه روند چرخه سلولی می‌شود. بیان بیش از حد سیکلین A, D1, E, دارای اهمیت پیش‌آگهی دهنده پس از برداشت ناحیه توموری در HCC است. چائو (Chao) و همکاران (۱۴) نشان دادند که بیان سیکلین A به طور مستقل سبب بقای مستقل از بیماری کاهش یافته بر اساس تجزیه و تحلیل‌های چند واریته‌ای می‌شود. در دو مطالعه نیز همراهی بیان افزایش یافته سیکلین D1 با بقای کلی و بقای مستقل از بیماری کاهش یافته پس از برداشت ناحیه توموری نشان داده شده است (۱۴، ۴).

۳-۲- بازدارنده‌های کیناز وابسته به سیکلین

بازدارنده‌های کیناز وابسته به سیکلین، تنظیم کننده‌های منفی چرخه سلولی بوسیله بازدارندگی گذرگاه G1/S هستند. دو خانواده از بازدارنده‌های CDK شناسایی شده است: خانواده INK4 که شامل P¹⁵, P¹⁶, P¹⁸, P¹⁹ می‌باشند و به ویژه از مجموعه‌های نوع D سیکلین CD4/CDK6 ممانعت می‌کنند و خانواده KIP/CIP که شامل P²¹, P²⁷ می‌باشد که به مجموعه‌های سیکلین/CDK متصل شده و آنها را غیرفعال می‌کند (۱۴).

FOXO1 فعال، لیگاز SKP2-CSK1 را تنظیم کرده که آن نیز بازدارنده ERK را یوبی کوئینه کرده و در نتیجه موجب تجزیه پروتئازومی می‌شود. ERK فعال به تنظیم منفی DUSP1 به وسیله فسفریله کردن سرین ۲۹۶ کمک کرده و موجب شکل گرفتن مجموعه SKP2/CKS1/DUSP1 می‌شود. این رویکرد نیز موجب کاهش بازدارندگی پروتئین ERK می‌شود (پیکان بسته شده) که ممکن است فعالیت FOXO1 را با تنظیم بیش از حد فاکتورهای آن بیشتر حفظ

P⁵³ قابل ردیابی، مانند برخی جهش‌ها به ویژه جهش‌های تغییر چارچوب و بی‌معنی که پایداری پروتئین در آنها وجود ندارد، لزوماً نشان‌دهنده ژن P⁵³ طبیعی نبوده و بنابراین قابل ردیابی توسط روش IHC نیست (گفتنی است که در روش IHC حتماً باید پروتئین قابل ردیابی وجود داشته باشد، اگر پروتئین موجود نباشد، نمی‌توان گفت که جهش وجود ندارد و حالت طبیعی می‌باشد). بنابراین IHC، روش قابل اعتمادی برای ارزیابی حالت‌های P⁵³ نیست و تجزیه و تحلیل جهش DNA نیازمند روش مناسب‌تری برای بررسی حالت‌های P⁵³ است. بیشتر مطالعاتی که جهش P⁵³ را بررسی کرده‌اند، همراهی این ژن با بقای مستقل از بیماری و بقای کلی کوتاه‌تر را یافته‌اند.

۲-۱- دیگر ژن‌های سرکوبگر تومور

ارزش تشخیصی و پیش‌آگهی دهنده چندین ژن سرکوبگر تومور در HCC بررسی شده است. بیان مثبت فسفاتاز و ژن سرکوبگر تومور هومولوگ تنسین (Phosphatase and tensin homologue = PTEN) به عنوان عامل پیش‌آگهی برای بقای کلی کاهش یافته به دنبال برداشتن کبدي یا تومورهای آن در HCC شناخته شده است (۱۱). همچنین فقدان بیان ژن سرکوبگر تومور [non-metastatic protein 23] موجب برگشت دوباره بیماری پس از برداشت ناحیه توموری (۱۲) شده و با بقای کلی کوتاه‌تر پس از عمل جراحی همراهی دارد (۱۲). میان بیان ژن سرکوبگر تومور رتینوبلاستوما (Retinoblastoma = Rb) و پیش‌آگهی پس از برداشت ناحیه توموری هیچ ارتباطی یافت نشده است (۱۰).

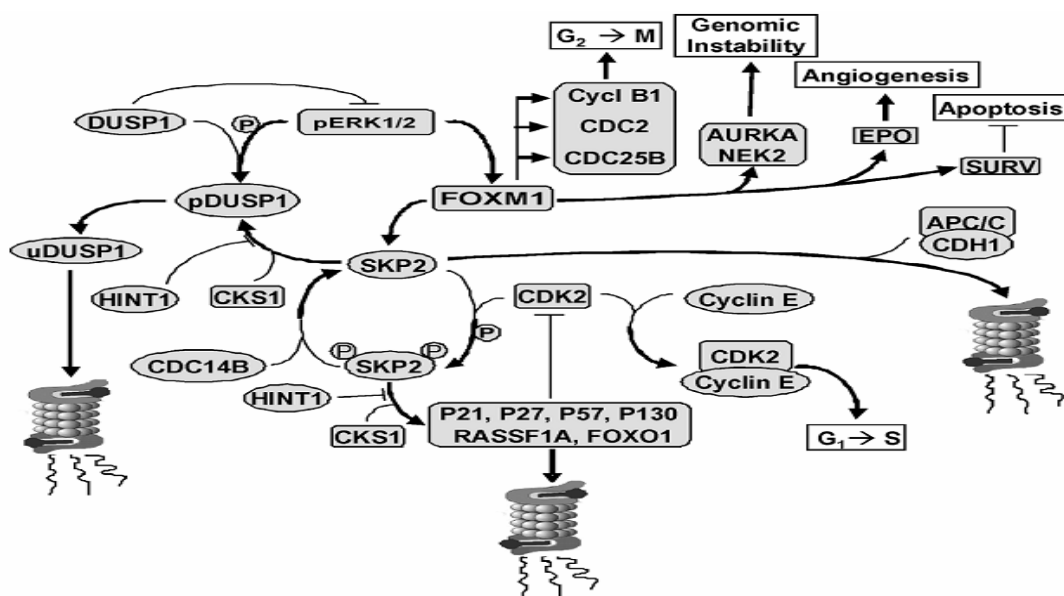
۲-۲- انکوژن‌ها

انکوژن‌های C-met و C-myc هر دو به دلیل اهمیت پیش‌آگهی دهنده در HCC مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. به طور کلی C-met دارای بیان بیش از حد در HCC است و با بقای کلی کاهش یافته همراهی دارد (۱۳). مطالعات، بیان افزایش یافته C-myc در آن دسته از بیمارانی را که برگشت دوباره سریع بیماری پس از برداشتن کبدي داشته‌اند، نشان داده است (۱۳). و همچنین تکثیر ژن C-myc با بقای کلی و بقای مستقل از

۳-۲-۱ خانواده INK4

متیله شدن نواحی پر موتوری P^{16} , P^{15} موجب خاموشی ژن در HCC می‌شود. مطالعات نشان داده است که در بیماران دارای رخداد متیله شدن P^{16} , P^{15} بازگشت دوباره بیماری پس از برداشت ناحیه توموری بسیار محتمل است (۱۵). در حالی که هیچ مطالعه‌ای نقش پیش‌آگهی دهنده P^{15} را بررسی نکرده است، چند مطالعه به بررسی P^{16} پرداخته‌اند که تنها در یکی از آنها دارای نقش پیش‌آگهی است (۱۵) (جدول شماره ۲). همچنین فقدان بیان P^{18} به طور مستقل توسط تجزیه و تحلیل‌های چند وارته‌ای بقای کلی را پیش‌بینی می‌کند (۱۶).

کند، SKP2 در مجموعه با CSK1 تجزیه پروتئازومی تنظیمات چرخه سلولی را القاء کرده و از CDK2 جلوگیری می‌کند. CDK2 با فسفریله کردن SKP2 در سرین ۶۴ و ۷۲ به وسیله مجموعه APC/C با CDH1 تجزیه پروتئازومی آن را به تأخیر می‌اندازد. HINT1 نیز با فعالیت تجزیه‌کنندگی SKP2 مقابله می‌کند (علامت فلش و پیکان بسته شده به ترتیب فعالیت و بازدارندگی را نشان می‌دهند (۱۴) (شکل ۲).



شکل ۲- مسیرهای مرتبط با (Forkhed box) (FOXM1) که موجب پیشرفت HCC می‌شوند. این مسیرها از طریق $G_2 \rightarrow M$ ، ناپایداری ژنومی، رگ‌زایی و جلوگیری از آپوپتوز موجب پیشرفت HCC می‌شوند (۱۴).

جدول شماره ۲-۲- شماری از اصلی‌ترین بررسی‌های پیش‌آگهی دهنده بازدارنده‌های سیکلین‌های وابسته به کیناز در کارسینوم سلول کبدی (۱۷)

Marker	Method	Cutoff for positivity ^a	% Positive cases	Prognostic role
p16	SSCP-PCR	p16 mutation	90.2	No significant prognostic role
p16	MSP-PCR	Promotor methylation	58	No significant prognostic role
p16	IHC	Nuclear expression	70	p16-positivity independently predicted increased OS on MVA
p18	IHC	>8.4%	52.9	p18-positivity independently predicted increased OS on MVA
p21	IHC	>21%	Not reported	No significant prognostic role
p21	IHC	Positive immunoreactivity	33	No significant prognostic role
p27	IHC	>10%	40.4	p27-positivity associated with increased OS on UVA
p27	IHC	>Median	Not reported	p27-positivity independently predicted increased OS on MVA
p27	IHC	>50%	54	p27-positivity associated with increased OS
p27	IHC	>50%	28.3	p27-positivity associated with increased DFS
p27	IHC	>1.9%	48.6	p27-positivity associated with increased DFS (not OS)
p27	IHC	>50%	25.9	p27-positivity independently predicted increased OS on MVA
p27	IHC	>50%	51	p27-positivity associated with increased OS
p27	IHC	>50%	49.4	p27-positivity independently predicted increased DFS on MVA

ethylation-specific polymerase chain reaction; SSCP-PCR, single-stranded conformational polymerase chain reaction; DFS, disease-free survival; MVA, multivariate analysis; UVA, univariate analysis. ^aPercentage of cells with positively staining nuclei unless otherwise stated.

۲-۲-۳- خانواده KIP/ CIP

هیچ یک از مطالعاتی که نقش پیش‌آگهی دهنده p^{12} را بررسی کرده‌اند ارتباط مهمی با بقا نیافته‌اند (۱۷) (جدول شماره ۲). اما اکثر مطالعاتی که نقش پیش‌آگهی دهنده بیان P^{27} را در بیماران HCC مطالعه کرده است، همراهی آن با بقای مستقل از بیماری و بقای کلی بهبود یافته را نشان داده‌اند (۱۷) (جدول شماره ۲). افزون بر آن چندین مطالعه به طور جداگانه نشان داده‌اند که فقدان بیان P^{57} به شکل مستقل بقای کلی و بقای مستقل از بیماری کاهش یافته پس از برداشتن کبد در HCC را پیش‌بینی می‌کند (۱۸).

عنوان بازدارنده‌های آپوپتوز عمل می‌کنند. اهمیت پیش‌آگهی دهنده چند مورد از این عامل‌ها در HCC بررسی شده است (۱۹،۲۰). بیان Bcl-2 هیچ همراهی با پیش‌آگهی پس از برداشت ناحیه توموری ندارد (۲۱). اما بیان بیش از حد Bcl- xl به نحو بقای مستقل از بیماری و بقای کلی کاهش یافته را توسط تجزیه و تحلیل چند واریته‌ای پیش‌بینی می‌کند (۲۱). گارسیا (Garcia) و همکاران نشان دادند که بیان پیش‌آپوپتوزی پروتئین Bax به نحو مستقل، بقای کلی افزایش یافته پس از برداشت ناحیه توموری در HCC پیش‌بینی می‌کند (۲۱).

۲-۲-۴- سورواپوین

سورواپوین (Survivin) یکی از اعضای خانواده بازدارنده پروتئین آپوپتوزی inhibitor of apoptosis protein (IPA) از پروتئین‌های ضد آپوپتوز می‌باشد. این عامل عمدتاً به وسیله هدف قرار دادن افکتورهای پایانی کاسپاز سه و هفت در آشکار پروتئازی آپوپتوز از آپوپتوز جلوگیری می‌کند. بیان

۴- آپوپتوز:

۴-۱- خانواده Bcl- 2

خانواده Bcl-2 یکی از مهم‌ترین عامل‌های مداخله‌کننده در آپوپتوز است. در بین اعضای این گروه Bax، Bak و Bcl- xs به عنوان پیش‌برنده‌های آپوپتوز همراه با Bcl- 2 و Bcl- xl به

بحث‌انگیز است که آیا MVD دارای اطلاعات پیش‌آگهی‌دهنده پس از برداشت ناحیه توموری در HCC می‌باشد یا خیر؟

۲-۵- نیتریک اکسید سنتاز

نیتریک اکسید سنتاز (Nitric oxide Synthase=NOS) به شکل سه ایزوفرم NOS اندوتلیالی، NOS نوروئی و NOS القایی (iNOS) وجود دارد.

NOS یک مرحله محدودکننده میزان تولید نیتریک اکسید (NO) است که نقش مهمی را در رگ‌زایی تومور ایفا می‌کند. بیان بیش از حد iNOS در چندین بدخیمی نشان داده شده است، همچنین بیان افزایش‌یافته آن با فنوتیپ تهاجمی و پیش‌آگهی ضعیف همراهی دارد. در HCC بیان مثبت iNOS با خطر افزایش یافته برگشت دوباره توموری همراهی دارد (۲۵). راهمن (Rahman) و همکاران هیچ ارزش پیش‌آگهی‌دهنده برای iNOS به تنهایی نیافتند. اما همراه با بیان COX2 در شکل بیان منفی، بقای مستقل از بیماری و بقای کلی بهتر شده را پس از برداشتن کبد بر اساس تجزیه و تحلیل‌های چند وارسته پیش‌بینی می‌کند (۲۶) (شکل ۳). چنانکه گفته شد نیتریک اکسید سنتاز القایی iNOS نقش مهمی را در کارسینوم سلول کبدی ایفاء می‌کند. iNOS بیان بازدارنده کیناز KB (inhibitor of KB kinase=IKB) را تحریک کرده و موجب فسفریلاسیون، یوبی کوئیتینه شدن و تجزیه پروتئازومی پروتئین IKB (inhibitor kappa B) می‌شود، در نتیجه اعضاء خانواده عامل هسته‌ای KB (NF-KB) ممکن است در سیتوپلاسم تجمع یافته و به هسته روند تا در آن مکان چند ژن مانند ژنهای c-MYC، CYCLIN، ژنهای ضدآپوپتوز و ژنهای مرتبط با التهاب مانند ژنهای خانواده نیتریک اکسید سنتاز را ترانس اکتیو کنند. افزایش در تولید نیتریک اسید موجب بیش تنظیمی HIF- α و VEGF- (vascular endothelial growth factor) و رگ‌زایی می‌شود. سرانجام تحریک بیان NF-KB به وسیله iNOS ممکن است موجب یک چرخه بدخیم شود که به تجمع NF-KB منجر شود. افزون بر آن، فعالیت NO از مسیر RAS/ERK منجر به بیش تنظیمی AURORA A شده و این رویکرد نیز مانع کارکرد IKB می‌شود. همچنین، NO از تکثیر کاسپازها و

سورویوین با پیش‌آگهی ضعیف پس از برداشت ناحیه توموری در HCC همراهی دارد، همچنین بیان سورویوین هسته‌ای با بقای مستقل از بیماری کوتاه شده همراهی دارد (۲۲). بیماران که دارای تومورهایی با بیان mRNA سورویوین هستند نسبت به بیماران که در تومورهای آنها Survivin mRNA بیان نمی‌شود از برگشت مجدد بیماری و بقاء کاهش یافته به میزان بیشتری رنج می‌برند (۲۲). نسبت بالای mRNA سورویوین به GAPDH برگشت دوباره توموری را پس از برداشتن کبد پیش‌بینی کرده و نیز همراهی آن با بقای مستقل از بیماری کاهش یافته را نشان می‌دهد (۲۲).

۵- رگ‌زایی:

۱-۵- تراکم مویرگ (Microvessel density)

تراکم مویرگ (Microvessel Density) یا (MVD) یکی رایج‌ترین و عمومی‌ترین شاخص‌های استفاده شده برای رگ‌زایی در تومورها شامل رنگ‌آمیزی ایمونوهیستوشیمیایی نشانگرهای سلول آندوتلیالی است. نشانگرهای عمومی استفاده شده شامل CD31، CD34 و عامل فون ویله برند (von willebrand=vWF) است. مطالعات نشان داده است که MVD با استفاده از CD34 به نحو مستقل دارای همراهی با بقای مستقل از بیماری کاهش یافته بر اساس تجزیه و تحلیل‌های چند گانه می‌باشد. در بیماران که دارای تومورهای کوچکتر از ۵ سانتی‌متر هستند و تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند (۲۳). مطالعه دیگری بر اساس تجزیه و تحلیل‌های چندگانه همراهی CD34 را با بقای کلی کاهش یافته پیش‌بینی کرده است (۲۳). گفتنی است دو مطالعه دیگر با استفاده از نشانگرهای CD31 و CD34 هیچ ارزش پیش‌آگهی‌دهنده را نشان نداده‌اند (۲۴). MVD ارزیابی شده با استفاده از بیان vWF نیز بقای مستقل از بیماری کاهش یافته را نشان داده است (۲۴). اگرچه در یک مطالعه وسیع‌تر پون (Poon) و همکاران (۲۳) هیچ همراهی پیش‌آگهی‌دهنده با استفاده از همان نشانگرها را نیافتند. تناقض در این نتایج می‌تواند دلایل متعددی شامل موارد زیر داشته باشد: تفاوت در نشانگرهای اندوتلیالی، تفاوت در مکان نمونه‌برداری، انتخاب اریب (bias) در گزینش نقاط داغ برای مشخص کردن MVD با این وجود، همچنان

مستقل از بیماری بهتر شده را در بیمارانی که IL-8 سرمی پایین‌تر نسبت به بیماران واجد سطح بالاتر داشتند، نشان دادند (۳۱). به طور کلی IL-8 عامل پیش‌آگهی‌دهنده برای بقای کلی طبق تجزیه و تحلیل‌های چند واریته می‌باشد (۳۱).

۶-تهاجم و متاستاز

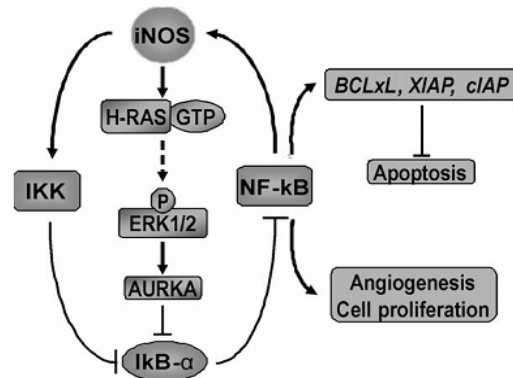
۶-۱- متالوپروتئینازهای ماتریکس

متالوپروتئینازهای تجزیه‌کننده ماتریکس (Matrix metallo proteases = MMP) خانواده‌ای از آنزیم‌های پروتئولیتیک هستند که مشخصه اصلی آنها توانایی در تجزیه کردن ماتریکس برون سلولی است. همچنین نقش مهمی را در مهاجم و متاستاز سرطانی ایفا می‌کنند. سطح افزایش یافته MMP-2 یا ژلاتیناز A (MMP) است که کلاژن ۴ را که جزء اصلی غشاء پایه است تجزیه می‌کند در بیمارانی که از برگشت دوباره بیماری پس از برداشت ناحیه توموری رنج می‌برند دارای همراهی با برگشت دوباره سریع بیماری است (۳۲). بیان بیش از حد همزمان MMP-7 با MMP2 با برگشت دوباره بیماری در سال نخست پس از عمل جراحی همراهی دارد (۳۲). بیان متالوالاستاز ماکروفاژی انسان (MMP-12) به طور مستقل بقای کلی بهتر شده را بر اساس تجزیه و تحلیل‌های چند واریته‌ای پیش‌بینی می‌کند (۳۳).

۶-۲- فعال‌کننده پلاسمینوژن اروکیناز

فعال‌کننده پلاسمینوژن اروکیناز (urokinase plasminogen activator = uPA) سرین پروتئازی است که پلاسمینوژن را به پلاسمین پروتئاز تبدیل کرده و در پی آن ماتریکس برون سلولی را تجزیه نموده و MMP را فعال می‌کند. بیان uPA و گیرنده آن (uPAR) با رشد توموری و مهاجم همراهی دارد. ارزیابی با روش الیزا نشان داده است که فعالیت افزایش یافته uPA با بقای مستقل از بیماری کاهش یافته پس از برداشت ناحیه توموری همراهی دارد (۳۴). افزون بر آن ژنگ (Zheng) و همکاران نشان دادند که بیان ترکیبی uPA و uPAR در نمونه‌های برداشت شده از کبد با بقای کلی کاهش یافته همراهی دارد (۳۴).

لمفوسیتها جلوگیری کرده و موجب فعالیت تلومران، P21 و متالوپروتئیناز می‌شود. بنابراین فعالیت بیش از حد iNOS بر ساز و کارهای مهم از جمله آپوپتوز، رگزایی، مهاجرت و مهاجم سلولی تأثیر بسزایی دارد (۲۷).



شکل ۳- مسیر علامت‌رسانی iNOS در رگزایی و برهمکنش iNOS با IKK/NF-KB و آنبشارهای علامت‌دهی H-RAS/ERK (۲۷)

۵-۳- عامل رشد فیبروبلاست پایه

عامل رشد فیبروبلاست پایه (Basic fibroblast growth factor = bFGF) فیبروبلاست پایه (Basic fibroblast growth factor) پلی پپتید متصل شونده به هیپارین محلول است که اثر بالقوه میتوزنی روی سلولهای اندوتلیالی دارد. اهمیت پیش‌آگهی دهنده bFGF سرمی را به دنبال پس از برداشت ناحیه توموری در HCC ارزیابی شده است. پون و همکاران گزارش دادند که میزان بالاتر از میانگین bFGF (در حدود 10.8 pg/ml)، بقای مستقل از بیماری کاهش یافته را بر اساس تجزیه و تحلیل‌های چند واریته در ۸۸ بیمار نشان می‌دهد (۲۸). اگرچه چائو (Chao) و همکاران هیچ همراهی با پیش‌آگهی با استفاده از میزان کمتر $2.1 >$ (pg/ml) مشاهده نکردند (۲۹).

۵-۴- اینترلوکین ۸

اینترلوکین ۸ (Interleukin-8 = IL-8) یک کموکاین چند کاره می‌باشد که اهمیت آن در القاء رگزایی مشخص شده است. اینترلوکین ۸ هم در تومور و هم در سرم بیماران HCC بیان می‌شود (۳۰). مطالعات، پیش از عمل جراحی، بقای کلی و

۳-۶- مجموعه کاده‌رین / کاتنین / The cadherin/ catenin Complex

E-cadherin یک گلیکوپروتئین تراشامه‌ای (transmembrane) است که اتصالات سلول به سلول را میانجی‌گری می‌کند. β -catenin موجب اتصال E-cadherin به α -catenin (که مستقیماً با اکتین اسکلت سلولی ارتباط دارد) می‌شود. β -catenin هم به عنوان مولکول چسبشی درون سلولی و هم به مثابه اثرکننده درون سلولی مسیر Wnt عمل می‌کند. فعالیت مسیر موجب جابه‌جایی مواد هسته‌ای و تحریک رونویسی ژن‌های دخیل در تکثیر سلولی، ضد آپوپتوز و ژنهای اولیه رگزایی می‌شود. فقدان بیان E-cadherin نیز ارتباط نزدیکی با پیشرفت و تهاجم چندین نوع سرطان دارد. در بیماران HCC فقدان بیان E-cadherin یا mRNA آن با برگشت دوباره سریع بیماری پس از برداشت ناحیه توموری، همراهی دارد (۳۵). همچنین بیان نشدن E-cadherin با بقای کلی کاهش یافته در بیماران HCC پس از برداشت کبد همراهی دارد (۳۵). گرچه ایناگوا (Inagawa) و همکاران بین بیان E-cadherin و بقا پس از برداشت ناحیه توموری در بیماران HCC که دارای تومورهای کوچک‌تر از ۳ سانتی‌متر بودند، هیچ همراهی نیافتند (۳۶). چندین مطالعه نقش پیش‌آگهی دهنده میان β -catenin در HCC را بررسی کرده‌اند. اگرچه این مطالعات نتایج ضد و نقیضی را ارائه داده‌اند، بر اساس تجزیه و تحلیل‌های چند وارسته‌ای با بیان هسته‌ای هم افزایش (۳۷) و هم کاهش بقا را نشان داده است (۳۶). دلایل این تناقضات را می‌توان پادتن‌های گوناگون، سیستم‌های درجه‌بندی و نواحی متفاوت توموری برای تجزیه و تحلیل عنوان کرد.

پیش‌آگهی دهنده بیان $TGF-\beta$ را پس از هیپاتکتومی بررسی کرده است هیچ ارتباطی با بقاء نیافته است (۳۸).

۲-۷- خانواده گیرنده عامل رشد اپیدرمی

خانواده گیرنده عامل رشد اپیدرمی (Epidermal growth factor receptor family = EGFR) شامل چهار گیرنده تیروزین کینازی غشاء گذر به شرح زیر می‌باشد: erbB-1 (EGFR), HER-2/neu (c-erbB-2), HER-3 (HER-3) و c-erbB-4 (HER-4). این عامل‌ها لیگاندهای خانواده EGF شامل EGF، $TGF-\alpha$ و EGF متصل شونده به هپارین را متصل می‌کنند. در بیماران HCC، EGFR بیان می‌شود و سطوح بالای بیان آن با برگشت دوباره سریع (۳۹،۴۰) و بقای مستقل از بیماری کاهش یافته پس از برداشت ناحیه توموری همراهی دارد (۴۰). بیان بیش از حد c-erbB-2 (HER-2/neu) در HCC غیرمعمول است. نقش پیش‌آگهی دهنده آن تا حدودی گیج‌کننده است: بیماران با تکثیر HER-2 که توسط فن FISH ارزیابی شده‌اند دارای بقای کلی کمتر از دو سال پس از برداشت ناحیه توموری می‌باشند (۳۹). گفتنی است که مطالعه با روش ایمونوهیستوشیمیایی چنین نتیجه‌ای را نشان نداده است (۴۰). این تضاد ممکن است به دلیل استفاده از روشهای متفاوت در مطالعه باشد.

ایتو (Ito) و همکاران بیان c-erbB-3 و c-erbB-4 را بررسی کرده‌اند و مشاهده نموده‌اند که بیان c-erbB-3 با بقای مستقل از بیماری کاهش یافته پس از برداشت ناحیه توموری همراهی دارد اگر چه که c-erbB-4 هیچ همراهی با بقا ندارد (۴۱).

۳-۷- گیرنده لپتین Leptin receptor

لپتین (Leptin) هورمون مترشحه از آدیپوسیت‌ها (Adipocytes) در تنظیم و تعدیل رشد سلولی، تمایز و رگزایی و همچنین در بیماری‌زایی چندین بدخیمی شرکت دارد. لپتین و گیرنده آن ob-R دارای بیان بیش از حد در HCC هستند. بیان افزایش یافته هر دو آنها نشان می‌دهد که هر دو عامل‌های پیش‌آگهی دهنده برای بقای کلی بهتر شده بر اساس تجزیه و تحلیل‌های چند وارسته‌ای هستند (۴۲).

۷- عامل‌های رشد و گیرنده‌ها:

$TGF-\beta$ s متعلق به خانواده بزرگی از مولکول‌های پلی‌پپتیدی علامت رسانی است که موجب تنظیم رشد سلولی، تمایز، رگزایی و تهاجم و کارکرد ایمنی می‌شوند. $TGF-\beta 1$ شکل غالب در انسان است که موجب رگزایی و سرکوب کارکرد ایمنی می‌شود. بیان بیشتر $TGF-\beta$ عامل پیش‌آگهی دهنده برای بقاء کاهش یافته در بیماران با HCC غیرقابل جراحی است (۳۸). اگرچه مطالعه‌ای که ارزش

۸- تلومراز:

تلومراز انسانی یک پروتئین ریبونوکلئاز متشکل از RNA تلومرازی و ترانس کریپتاز معکوس تلومراز انسانی (human telomerase reverse transcriptase) یا (hTERT) می‌باشد. کوتاه شدن تلومرها در سلولهای انسانی تا حد طول عمر بحرانی، رشد را به میزان معینی از تقسیمات سلولی پیش از پیری و یا مرگ سلولی محدود می‌کند. عقیده بر آن است که فعالیت تلومراز، طول تلومر را پایدار کرده و از پیری و مرگ سلولی جلوگیری می‌کند. مطالعاتی که ارزش پیش‌آگهی‌دهنده فعالیت تلومراز در بیماران HCC را توسط ارزیابی (TRAP=telomeric repeat amplification protorcol assay) بررسی کرده‌اند، همراهی آن را با بقا کمتر از پنج سال پس از برداشت ناحیه توموری (۴۳) و نیز بقای مستقل از بیماری کاهش یافته بر اساس تجزیه و تحلیل‌های چند واریته‌ای را نشان داده‌اند (۴۴).

۹- ناپایداری ژنومی:**۹-۱- ناپایداری کروموزومی / آنیوپلوئیدی**

تومورهای متهاجم به وسیله ناپایداری ژنومی مشخص شده و موجب پیشرفت سرطان و سازگاری آن می‌شود. ناپایداری کروموزومی (به اختصار CIN) از دست دادن یا به دست آوردن یک قطعه کروموزومی در خلال تقسیمات سلولی است. همانند دیگر بدخیمی‌های انسانی، HCC نیز بروز بالایی از CIN را نشان می‌دهد. CIN موجب افزایش آنیوپلوئیدی شده که آن نیز موجب جهش‌های بیشتر و در نتیجه پیشرفت تومورها می‌شود (۴۵).

مطالعاتی برای ارزیابی نقش پیش‌آگهی‌دهنده آسیب‌های ژنومی در HCC با استفاده از فن (aCGH array comparative genomic hybridization) انجام شده‌اند (۴۶). کاتو (Kato) و همکاران نشان دادند که از دست دادن قطعه‌های کروموزومی در نواحی ۴q، ۸p، ۱۳q، ۱۷p و نیز به دست آوردن قطعه‌های کروموزومی در نواحی ۸q، ۱۷q با بقاء کوتاه‌تر همراهی دارد؛ گرچه تنها از دست دادن ۱۷q۱۲/۳ و به دست آوردن ۸q۱۱ دارای ارزش پیش‌آگهی است (۴۵). کوزانو (kusano) و همکاران همبستگی تغییرات تعداد کل

کروموزومی را با افزایش مرحله توموری مطالعه کردند (۴۶). به دست آوردن قطعه کروموزومی در ۸q۲۴ به خوبی در HCC های متمایز شده مشاهده شده است، اما از دست رفتن قطعه کروموزومی ۱۴-۱۳q۱۳ و تکثیر ۱۱q۱۳ با تومورهای بسیار اندک متمایز شده، همراهی دارد. از دست دادن ۸p ۱۳q و تکثیر ۱۱q۱۳ با پیش‌آگهی ضعیف همراهی دارند.

۹-۲- ناپایداری ریز ماهواره‌های

ریز ماهواره‌ها توالی‌های پشت سر هم کوتاه در سراسر ژنوم هستند. ناپایداری این ریز ماهواره‌ها (Microsatellite instability=MSI) بوسیله جهش در ژنهای ترمیم باز ناجور جفت mismatch repair ایجاد شده است. بر اساس گزارش‌های متعدد، میزان بروز MSI بر روی یک کولوس کروموزومی دامنه‌ای بین ۳۴ تا ۶۸ درصد دارد (۴۹-۴۷). این تفاوت ممکن است به دلیل تفاوت در ریشه‌یابی HCC و تفاوت در تعداد و نوع نشانگرهای مورد پژوهش باشد. افزون بر این بیان BAT 26 (نشانگر ریز ماهواره‌ای که MSI بسیار بالایی را نشان می‌دهد) به ندرت تغییر کرده است (۴۹،۵۰).

چیپانی (chiappini) و همکاران شمار بسیاری از بیماران با MSI را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که بقای مستقل از بیماری پایین‌تر است نسبت به آنهایی که بدون MSI هستند، پایین‌تر است (۵۱).

جمع‌بندی و چشم‌انداز:

پژوهش پیرامون زیست‌شناسی مولکولی سرطان‌زایی در سلول کبدی، شمار بسیاری از نشانگرهای زیستی مولکولی با اهمیت پیش‌آگهی‌دهنده بالقوه را شناسایی کرده است. نشانگرهایی که بیشتر بر آنها متمرکز شده اند شامل P⁵³ جهش یافته MMP¹² , P⁵⁷ , P²⁷, P¹⁸, c- myc, c-met, pTEN⁷, MMP² و فعالیت تلومرازی، آنیوپلوئیدی هستند (جدول شماره ۱). بیشتر مطالعات بر روی نشانگرهایی که پیش‌تر بررسی شده‌اند، متمرکز شده است. همچنین فنون متفاوت مورد استفاده در این مطالعات ممکن است دلیل پاسخ‌های متناقض باشد. افزون بر آن، سبب شناسی ریشه HCC و تنوع در بروز و شیوع این بیماری در جمعیت‌های گوناگون نیز

می‌تواند نتایج متفاوتی را ارائه دهد. به طور کلی کارسینوم سلول کبدی یک بیماری پیچیده و ناهمگن است که دارای عامل‌های سبب شناسی متفاوتی می‌باشد و عامل‌ها و اثرات گوناگونی در مسیرهای مولکولی آن شرکت دارند. برای نمونه، ممکن است یک نشانگر ویژه، نشانگر پیش‌آگهی‌دهنده برای HCC مرتبط با ویروس هپاتیت B (HBV) باشد اما با HCC مرتبط با ویروس هپاتیت C (HCV) رابطه‌ای نداشته باشد. بنابراین یک مطالعه شامل مخلوطی از جمعیت‌های گوناگون ممکن است که نتایج ضد و نقیضی را ارائه دهد، یا اساساً نتیجه مطلوبی حاصل نشود مگر این که تجزیه و تحلیل‌های مناسب و خاص بر روی آنها انجام شود. گفتنی است چنین تجزیه و تحلیل‌هایی به راحتی میسر نیست زیرا به احتمال زیاد بیماران در معرض ترکیبی از عامل‌های سبب شناسی گوناگون هستند.

در این راستا نیازی هم برای استاندارد کردن روش مطالعه و بررسی نشانه‌های زیستی مولکولی و هم ارزش‌گذاری این نشانه‌های بالقوه در جمعیت بزرگی از بیماران احساس می‌شود که پانل‌های نشانه‌های زیستی را به ابزاری درست فرمول‌بندی کرده تا یک متخصص بالینی بر اساس آن بتواند پیشرفت سریع و پیش‌آگهی بیماری را پیش‌بینی کند. ترکیب کردن پانل‌های نشانه‌های زیستی مولکولی با مشخصات بیماری‌زایی بافتی ممکن است موجب شود تا بیمارانی که در معرض خطر بالایی از پیشرفت بیماری قرار دارند و نیز بیمارانی که بهتر مورد هدف دارویی قرار می‌گیرند، سریع‌تر تشخیص داده شوند. افزون بر بیان نشانگر زیستی در نمونه‌های برداشته شده کبدی یا نمونه‌های بیوپسی شده، باید بر نقش نشانه‌های در گردش سرمی نیز توجه و تأکید شود. بررسی نشانه‌های زیستی مولکولی در سرم (برای نمونه، نشانگر VEGE سرمی پیش از جراحی) و نیز دیگر مایعات بدن شامل ادرار موجب فرموله کردن ضوابط پیش‌آگهی‌دهنده پیش از عمل جراحی برای شناسایی بیماران HCC که به احتمال بیشتری از درمان‌های ویژه مانند برداشتن کبد و پیوند کبد بهره می‌برند، شده است و نیز افرادی که احتمالاً نسبت به عامل‌های شیمی‌درمانی گوناگون پاسخ بهتری می‌دهند را تشخیص می‌دهد. استفاده از فن‌آوری ریز آرایه، مطالعه همزمان شماری از ژن‌های گوناگون در ارتباط با HCC را

بررسی‌های تکمیلی توسط همان گروه نشانه‌های متفاوتی از ژن‌ها را برای بیمارانی که برگشت دوباره درون کبدی (intrahepatic) در مقایسه با آنهایی که برگشت دوباره برون کبدی (extrahepatic) داشته‌اند، ارائه داد (۵۴). در حالی که این یافته (با کمبود اندام‌های دهنده)، برای تشخیص پیش‌آگهی مهم است. همچنین ممکن است به بیمارانی که احتمالاً از پیوند کبدی سود می‌برند و یا افرادی که به عامل‌های شیمی‌درمانی پاسخ مناسب دهند، کمک کند (۵۵). فن‌آوری جدید دیگری که کشف نشانه‌ها را مورد توجه قرار داده است، تجزیه و تحلیل پروتئومیک است. امروزه بررسی‌های پروتئومیکس در HCC به طور عمده برای نشان دادن بیان پروتئین‌های گوناگون در بافت‌های بدخیم و خوش‌خیم متمرکز شده‌اند (۵۶). مطالعات پروتئومیکس سرمی نیز در حال تلاش برای یافتن نشانه‌های جدید سرمی است که برای نمونه می‌توان به (heat-shock protein)²⁷ اشاره کرد. اگرچه هنوز ارزش دقیق پیش‌آگهی‌دهنده آن معلوم نیست (۵۷).

مطالعه‌ای توسط لوک (luk) و همکاران با استفاده از پروتئومیک، ۳ پروتئین HSP²⁷، HSP⁷⁰ و [GRP78] glucose-regulated protein را شناسایی کرد، که به طور هماهنگ بیان بیش از حد در HCC پس از برداشت ناحیه توموری در مقایسه بافت‌های غیرتوموری مجاور و همچنین کبد سالم داشتند (۵۸). هرچند آنها ارزش پیش‌آگهی‌دهنده این پروتئین‌ها را بررسی نکردند اما بیان افزایش یافته GRP 78 را HSP²⁷ که به ترتیب با آلفا فتوپروتئین افزایش یافته و

می‌تواند نتایج متفاوتی را ارائه دهد. به طور کلی کارسینوم سلول کبدی یک بیماری پیچیده و ناهمگن است که دارای عامل‌های سبب شناسی متفاوتی می‌باشد و عامل‌ها و اثرات گوناگونی در مسیرهای مولکولی آن شرکت دارند. برای نمونه، ممکن است یک نشانگر ویژه، نشانگر پیش‌آگهی‌دهنده برای HCC مرتبط با ویروس هپاتیت B (HBV) باشد اما با HCC مرتبط با ویروس هپاتیت C (HCV) رابطه‌ای نداشته باشد. بنابراین یک مطالعه شامل مخلوطی از جمعیت‌های گوناگون ممکن است که نتایج ضد و نقیضی را ارائه دهد، یا اساساً نتیجه مطلوبی حاصل نشود مگر این که تجزیه و تحلیل‌های مناسب و خاص بر روی آنها انجام شود. گفتنی است چنین تجزیه و تحلیل‌هایی به راحتی میسر نیست زیرا به احتمال زیاد بیماران در معرض ترکیبی از عامل‌های سبب شناسی گوناگون هستند.

در این راستا نیازی هم برای استاندارد کردن روش مطالعه و بررسی نشانه‌های زیستی مولکولی و هم ارزش‌گذاری این نشانه‌های بالقوه در جمعیت بزرگی از بیماران احساس می‌شود که پانل‌های نشانه‌های زیستی را به ابزاری درست فرمول‌بندی کرده تا یک متخصص بالینی بر اساس آن بتواند پیشرفت سریع و پیش‌آگهی بیماری را پیش‌بینی کند. ترکیب کردن پانل‌های نشانه‌های زیستی مولکولی با مشخصات بیماری‌زایی بافتی ممکن است موجب شود تا بیمارانی که در معرض خطر بالایی از پیشرفت بیماری قرار دارند و نیز بیمارانی که بهتر مورد هدف دارویی قرار می‌گیرند، سریع‌تر تشخیص داده شوند. افزون بر بیان نشانگر زیستی در نمونه‌های برداشته شده کبدی یا نمونه‌های بیوپسی شده، باید بر نقش نشانه‌های در گردش سرمی نیز توجه و تأکید شود. بررسی نشانه‌های زیستی مولکولی در سرم (برای نمونه، نشانگر VEGE سرمی پیش از جراحی) و نیز دیگر مایعات بدن شامل ادرار موجب فرموله کردن ضوابط پیش‌آگهی‌دهنده پیش از عمل جراحی برای شناسایی بیماران HCC که به احتمال بیشتری از درمان‌های ویژه مانند برداشتن کبد و پیوند کبد بهره می‌برند، شده است و نیز افرادی که احتمالاً نسبت به عامل‌های شیمی‌درمانی گوناگون پاسخ بهتری می‌دهند را تشخیص می‌دهد. استفاده از فن‌آوری ریز آرایه، مطالعه همزمان شماری از ژن‌های گوناگون در ارتباط با HCC را

ژن) دانشمندان را برای اندازه‌گیری بیان هزاران mRNA به طور همزمان قادر می‌سازد؛ بنابراین اطلاعات فراگیری برای تشخیص و درمان HCC فراهم می‌آید (۶۲-۶۰). در آینده ممکن است تاریخچه بیان ژن (انگشت نگاری بیماری) مکملی برای بیوپسی کبد در تشخیص تمایز مولکولی بیماریهای مزمن کبدی و HCC باشد. هم اکنون موفقیت‌هایی در شناسایی زیررده‌های HCC بر اساس اطلاعات به دست آمده از بیان مجموعه ژنهای شناخته شده کسب شده است. از عامل‌های محدودکننده برای استفاده متداول از فن‌آوری مولکولی در بالین می‌توان به هزینه و دسترسی به آنها اشاره کرد. امید است که در آینده‌ای نه چندان دور هزینه‌ها کاهش یافته و این فن‌آوری به سرعت در دسترس مردم قرار گیرد.

تهاجم رگی همراهی دارد، یافتند که هر دوی این علائم با فنوتیپ تهاجمی و پیش‌آگهی ضعیف همراهی دارند. همچنین تجزیه و تحلیل پروتئومیک بیان بیش از حد HSP²⁷ در HCC متاستازدهنده را نشان می‌دهد (۵۹).

تأکید می‌نماید که چندین نشانگر مولکولی با اهمیت پیش‌آگهی‌دهنده در کارسینوم سلول کبدی شناسایی شده‌اند. این نشانگرهای مولکولی نه تنها می‌توانند موجبات تشخیص درست پیش‌آگهی در بیماران HCC را فراهم آورند، بلکه امکان هدف قرار دادن آنها را برای درمان و نیز ارائه هدف‌های جدید برای عامل‌های درمانی مهیا سازند.

تاریخچه بیان ژن به عنوان ابزار جدید برای گسترش تشخیص و پیش‌بینی HCC بسیار مهیج است. پیشرفت بیماری HCC همراه با تجمع تغییرات ژنتیکی است که موجب بیان ژنهای مرتبط با سرطان می‌شود، فن‌آوری جدید (بیان

References

منابع

1. Chen XP, Qiu FZ, Wu ZD, Zhang ZW, Hung ZY, Chen YF. Long-term outcome of resection of large hepatocellular carcinoma. *Br J Surg*. 2006;93:600-606.
2. Davila JA, Morgan RO, Richardson PA, Du XL, El-Serag HB, McGlynn KA. Use of surveillance for hepatocellular carcinoma among patients with cirrhosis in the United States. *Hepatology*. 2010;52:132-141.
3. Noori Dalooi M.R. Principles of Emeris Medical Genetics, Trinpi P, Elards. 5th ed. Jamenegar & Salemi Publishing; 2009. [Persian]
4. Noori Dalooi M.R. Molecular genetics in third millennium. First ed. Valume 7 & 2. Tehran: Summer & Akhar Publishing; 2009. [Persian]
5. Song GW, Hwang S, Lee SG. Liver transplantation in patients with hepatocellular carcinoma. *Korean J Gastroenterol*. 2010;55:350-360.
6. Zhou L, Rui JA, Wang SB, Chen SG, Qu Q, Chi TY, et al. Clinicopathological features, post-surgical survival and prognostic indicators of elderly patients with hepatocellular carcinoma. *Eur J Surg Oncol*. 2006;32:767-772.
7. Zhou YM, Yang JM, Li B, Yin ZF, Xu F, Wang B, et al. Risk factors for early recurrence of small hepatocellular carcinoma after curative resection. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2010;9:33-37.
8. Hashimoto K, Ikeda Y, Korenaga D, Tanoue K, Hamatake M, Kawasaki K, et al. The impact of preoperative serum C-reactive protein on the prognosis of patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer*. 2005;103:1856-1864.
9. Osada S, Saji S, Kuno T. Clinical significance of combination study of apoptotic factors and proliferating cell nuclear antigen in estimating the prognosis of hepatocellular carcinoma. *J Surg Oncol*. 2004;85:48-54.
10. Qin LX, Tang ZY, Ma ZC, Wu ZQ, Zhou XD, Ye QH, et al. P53 immunohistochemical scoring: an independent prognostic marker for patients after hepatocellular carcinoma resection. *World J Gastroenterol*. 2002;8:459-563.

11. Hu TH, Huang CC, Lin PR, Chang HW, Ger LP, Lin YW, et al. Expression and prognostic role of tumor suppressor gene PTEN/MMAC1/TEP1 in hepatocellular carcinoma. *Cancer*. 2003;97:1929–1940.
12. Liu YB, Gao SL, Chen XP, Peng SY, Fang HQ, WU YL, et al. Expression and significance of heparanase and nm23-H1 in hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol*. 2005;11:1378–1381.
13. Tavian D, DePetro G, Bennetti A. U-PA and c-MET mRNA expression is co-ordinately enhanced while hepatocyte growth factor mRNA is down-regulated in human hepatocellular carcinoma. *Int J Cancer*. 2000;87:644–649.
14. Chao Y, Shih YL, Chiu JH, Chau GY, Lui WY, Yang WK, et al. Overexpression of cyclin A but not Skp2 correlates with the tumor relapse of human hepatocellular carcinoma. *Cancer Res*. 1998;58:985–990.
15. Wong IH, Lo YMD, Yeo W, lau WY, Johnson PJ. Frequent p15 promoter methylation in tumor and peripheral blood from hepatocellular carcinoma patients. *Clin Cancer Res*. 2000;6:3516–3521.
16. Li X, Hui AM, Sun L, Hasegawa K, Torzilli G, Minaqawa M, et al. P16INK4A hypermethylation is associated with hepatitis virus infection, age and gender in hepatocellular carcinoma. *Clin Cancer Res*. 2004;10:7484–7489.
17. Matsuda Y, Ichida T, Genda T, Yamaqiwa S, Aoyaqi Y, Asakura H. Loss of p16 contributes to p27 sequestration by Cyclin D1-cyclin-dependent kinase 4 complexes and poor prognosis in hepatocellular carcinoma. *Clin Cancer Res*. 2003;9:3389–3396.
18. Nan KJ, Guo H, Ruan ZP, Jing Z, Liu SX. Expression of p57(Kip2) and its relationship with clinicopathology, PCNA and p53 in primary hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol*. 2005;11:1237–1240.
19. Noori Dalooi M.R, Yaghoobi M.M. Apoptosis or programmed cell death and its relation to cancer. *Razi Magazin*. 1999;1:7-27. [Persian]
20. Noori Dalooi M.R, Yaghoobi M.M. Apoptosis or programmed cell death and its relation to cancer. *Razi Magazin*. 1999;2:18-36. [Persian]
21. Garcia EJ, Lawson D, Cotsonis G, Cohen C. Hepatocellular carcinoma and markers of apoptosis (bcl-2, bax, bcl-x): prognostic significance. *Appl Immunohistochem Mol Morphol*. 2002;10:210–217.
22. Cho S, Lee JH, Cho SB, Yoon KW, Park SY, Lee WS, et al. Epigenetic methylation and expression of caspase 8 and survivin in hepatocellular carcinoma. *Pathol Int*. 2010;60:203–211.
23. Poon RT, Ng IO, Lau C, Yu WC, Yang ZF, Fan ST, et al. Tumor microvessel density as a predictor of recurrence after resection of hepatocellular carcinoma: a prospective study. *J Clin Oncol*. 2002;20:1775–1785.
24. Ho JW, Poon RT, Sun CK, Xue WC, Fan ST. Clinicopathological and prognostic implications of endoglin (CD105) expression in hepatocellular carcinoma and its adjacent non-tumorous liver. *World J Gastroenterol*. 2005;11:176–1781.
25. Ikeguchi M, Ueta T, Yamane Y, Hirooka Y, Kaibara N. Inducible nitric oxide synthase and survivin messenger RNA expression in hepatocellular carcinoma. *Clin Cancer Res*. 2002;8:3131–3136.
26. Rahman MA, Dhar DK, Yamaquchi E, Maruyama S, Sato T, Hayashi H, et al. Coexpression of inducible nitric oxide synthase and COX-2 in Hepatocellular carcinoma and surrounding liver: liver possible involvement of cox-2 in the angiogenesis of hepatitis C virus-positive cases. *Clin Cancer Res*. 2001;7:1325–1332.
27. Jeng KS, Sheen IS, Wang YC, Gu SL, Chu CM, Shin SC, et al. Prognostic significance of preoperative circulating vascular endothelial growth factor messenger RNA expression in resectable hepatocellular carcinoma: a prospective study. *World J Gastroenterol*. 2004;10:643–648.
28. Poon RT, Ng IO, Lau C, Yu WC, Fan ST, Wong J. Correlation of serum basic fibroblast growth factor levels with clinicopathologic features and postoperative recurrence in hepatocellular carcinoma. *Am J Surg*. 2001;182:298–304.
29. Chao Y, Li CP, Chau GY, Chen CP, King KL, Lui WY, et al. Prognostic significance of vascular endothelial growth factor, basic fibroblast growth factor, and angiogenin in patients with resectable hepatocellular carcinoma after surgery. *Ann Surg Oncol*. 2003;10:355–362.
30. Ren Y, Tsui HT, Poon RT, Nq IO, Li Z, Chen Y, Jiang G, et al. Macrophage migration inhibitory factor: roles in regulating tumor cell migration and expression of angiogenic factors in hepatocellular carcinoma. *Int J Cancer*. 2003;107:22–29.

31. Ren Y, Poon RTP, Tsui HT, Chen WH, Li Z, Lau C, et al. Interleukin-8 serum levels in patients with hepatocellular carcinoma: correlations with clinicopathological features and prognosis. *Clin Cancer Res.* 2003;9:5996–6001.
32. Nart D, Yaman B, Yilmaz F, Zeytunlu M, Karasa Z, Kilic M. Expression of matrix metalloproteinase-9 In predicting prognosis of hepatocellular carcinoma after liver transplantation. *Liver Transpl.* 2010;16:621-630.
33. Gorrin-Rivas MJ, Arie S, Furutani M, Harada T, Mizumoto M, Nishiyama H, et al. Expression of human macrophage metalloelastase gene in hepatocellular carcinoma: correlation with angiostatin generation and its clinical significance. *Hepatology.* 1998;28:986–993.
34. Dass K, Ahmad A, Azmi AS, Sarkar SH, Sarkar FH. Evolving Role of uPA/uPAR system in human cancers. *Cancer Treat Rev.* 2008;34:122–136.
35. Iso Y, Sawada T, Okada T, Kubota K. Loss of E-cadherin mRNA and gain of Osteopontin mRNA are useful markers for detecting early recurrence of HCV-related Hepatocellular carcinoma. *J Surg Oncol.* 2005;92:304–311.
36. Inagawa S, Itabashi M, Adachi S, Kawamoto T, Hori M, Shimazaki J, et al. Expression and prognostic roles of b-catenin in hepatocellular carcinoma: correlation with tumor progression and postoperative survival. *Clin Cancer Res.* 2002;8:450–456.
37. Fujito T, Sasaki Y, Iwao K, Miyoshi Y, Yamada T, Ohigashi H, et al. Prognostic significance of beta-catenin nuclear expression in hepatocellular carcinoma. *Hepatogastroenterology.* 2004;51:921–924.
38. Okumoto K, Hattori E, Tamura K, Kiso S, Watanabe H, Saito K, et al. Possible contribution of circulating transforming growth factor-beta to immunity and prognosis in unresectable hepatocellular carcinoma. *Liver Int.* 2004;24:21–28.
39. Daveau M, Scotte M, Francois A, Coulouarn C, Ros G, Tallet Y, et al. Hepatocyte growth factor, transforming growth factor alpha and their receptors as combined markers of prognosis in hepatocellular carcinoma. *Mol Carcinog.* 2003;36:130–141.
40. Ikeguchi M, Iwamoto A, Taniguchi K, Katano K, Hirooka Y. The gene expression level of transforming growth factor-beta (TGF-beta) as a biological prognostic marker of hepatocellular carcinoma. *J Exp Clin Cancer Res.* 2005;24:415–421.
41. Ito Y, Takeda T, Sakon M, Tsujimoto M, Hiqashiyama S, Noda K, et al. Expression and clinical significance of the erb-B receptor family in hepatocellular carcinoma. *Br J Cancer.* 2001;84:1377–1383.
42. Wang SN, Yeh YT, Yang SF, Chai CY, Lee KT. Potential role of leptin expression in hepatocellular carcinoma. *J Clin Pathol.* 2006;59:930–934.
43. Aravalli RN, Steer CJ, Cressman EN. Molecular mechanisms of hepatocellular carcinoma. *Hepatology.* 2008;48:2047-2063.
44. Kobayashi T, Sugawara Y, Shi YZ, Makuuchi M. Telomerase expression and p53 status in hepatocellular carcinoma. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:3166–3171.
45. Katoh H, Shibata T, Kokubu A, Ojima H, Loukopoulos P, Kosaqe T, et al. Genetic profile of hepatocellular carcinoma revealed by array-based comparative genomic hybridization: Identification of genetic indicators to predict patient outcome. *J Hepatol.* 2005;43:863–874.
46. Kusano N, Okita K, Shirahashi H, Harada T, Shiraishi K, Oga A, et al. Chromosomal imbalances detected by comparative genomic hybridization are associated with outcome of patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer.* 2002;94:746–51.
47. Macdonald GA, Greenson JK, Saito K, Cherian SP, Appelman HD, Boland CR. Microsatellite instability and loss of heterozygosity at DNA mismatch repair gene loci occurs during hepatic carcinogenesis. *Hepatology.* 1998;28:90-97.
48. Salvucci M, Lemoine A, Saffroy R, Azoulay D, Lepère B, Gaillard S, et al. Microsatellite instability in European hepatocellular carcinoma. *Oncogene.* 1999;18:181–187.
49. Karachristos A, Liloglou T, Field JK, Deligiorgi E, Kouskouni E, Spandidos DA. Microsatellite instability and p53 mutations in hepatocellular carcinoma. *Mol Cell Biol Res Commun.* 1999;2:155–161.

50. Yamamoto H, Itoh F, Fukushima H, Kaneto H, Sasaki S, Ohmura T, et al. Infrequent widespread microsatellite instability in hepatocellular carcinomas. *Int J Oncol*. 2000;16:543-547.
51. Chiappini F, Gross-Goupil M, Saffroy R, Azoulay D, Emile JF, Veillhan LA, et al. Microsatellite instability mutator phenotype in hepatocellular carcinoma in non-alcoholic and non-virally infected normal livers. *Carcinogenesis*. 2004;25:541-547.
52. Ho MC, Lin JJ, Chen CN, Chen CC, Lee H, Yang CY, et al. A gene expression profile for Vascular invasion can predict the recurrence after resection of Hepatocellular carcinoma: a microarray approach. *Ann Surg Oncol*. 2006;13:1474-1484.
53. Iizuka N, Oka M, Yamada-Okabe H, Nishida M, Maeda Y, Mori N, et al. Oligonucleotide microarray for prediction of early intrahepatic recurrence of hepatocellular carcinoma after curative resection. *Lancet*. 2003;361:923-929.
54. Iizuka N, Tamesa T, Sakamoto K, Miyamoto T, Hamamoto Y, Oka M, et al. Different molecular pathways determining extrahepatic and intrahepatic recurrences of hepatocellular carcinoma. *Oncol Rep*. 2006;16:1137-1142.
55. Potti A, Dressman HK, Bild A, Riedel RF, Chun G, Sayer R, et al. Genomic signatures to guide the use of chemotherapeutics. *Nat Med*. 2006;12:1294-1300.
56. Feng JT, Shang S, Beretta L. Proteomics for the early detection and treatment of hepatocellular carcinoma. *Oncogene*. 2006;25:3810-3817.
57. Ma Y, Peng J, Liu W, Zhang P, Huang L, Gao B, et al. Proteomics identification of desmin as a potential oncofetal diagnostic and prognostic biomarker in colorectal cancer. *Mol Cell Proteomics*. 2009;8:1878-1890.
58. Luk JM, Lam CT, Siu AF, Lam By, Nq IO, Hu MY, et al. Proteomic profiling of hepatocellular carcinoma in Chinese cohort reveals heat-shock proteins (Hsp27, Hsp70, GRP78) up-regulation and their associated prognostic values. *Proteomics*. 2006;6:1049-1057.
59. Song HY, Liu YK, Feng JT, Cui JF, Dai Z, Zhang LJ, et al. Proteomic analysis of metastasis-associated proteins of human hepatocellular carcinoma tissues. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2006;132:92-98.
60. Noori Dalooi M.R, Ghafrani M. Ptamr technology, a new approach in molecular medicine, diagnosis and treatment of disease. *Nano Technology Magazine*. 2007;131:375-362. [Persian]
61. Noori Dalooi M.R, Ghafrani M. Nano technology laboratory and molecular medicine in the diagnosis, care and vision. *Nano Technology Magazine*. 2006;123:597-607. [Persian]
62. Noori Dalooi M.R, Alvandi E. Micro RNA: Smull but full of mystery and use (review article). *The Journal of Tehran Faculty of Medicine*. 2006;64:5-18. [Persian]

Prognostic molecular markers in hepatocellular carcinoma (Review article)M.R. Noori Dalooi, PhD¹ F. Alizadeh, MSc Student²Professor Department of Medical Genetics¹, Student of Master of Human Genetics², Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Received 16 Nov, 2010 Accepted 17 Apr, 2011)

ABSTRACT

Hepatocellular carcinoma (HCC) is the 5th commonest malignancy worldwide and is the third most common cause of cancer-related death. The prevalence is different in the world. The ability to predict patients at higher risk of recurrence and with a poor prognosis would help to guide surgical and chemotherapeutic treatment according to individual risk. As understanding of hepatocarcinogenesis has increased, the myriad of genetic and molecular events that drive the hepatocarcinogenic disease process, including angiogenesis, invasion and metastasis, have been identified. With advances in understanding of tumor biology, interest in molecular biomarkers of carcinogenesis has grown, both in terms of their prognostic significance and also their potential as therapeutic targets. Several molecular markers with prognostic significance have been identified in HCC. Not only these molecules may allow accurate prediction of prognosis of patients with HCC and allow targeting of therapy, but they may also represent novel targets for therapeutic agents.

The aim of this review was to examine the current knowledge regarding the prognostic role of the most important molecular biomarkers in HCC. In this article prognostic value of the following molecular markers is discussed: tumor suppressor genes; oncogenes; cell cycle regulators; apoptotic regulators; markers of angiogenesis; markers of invasion and metastasis; growth factors and receptors; telomerase; markers of genomic instability; aneuploidy and markers of microsatellite instability.

Key words: Hepatocellular Carcinoma - Gene - Prognosis*Correspondence:**M.R. Noori Dalooi, PhD.**Department of Medical
Genetic, School of Medicine.
Tehran University of Medical
Sciences**Tehran, Iran**Tel: +98 21 88953005**Email:**nooridalooi@sina.tums.ac.ir*