

بررسی ارتباط بیان ژن آنتی ژن اختصاصی پروستات و فعالیت آنزیم تلومراز در بیماران مبتلا به سرطان پستان در شهر تبریز

دکتر نصرت الله ضرغامی: دانشیار بیوشیمی بالینی، مرکز تحقیقات کاربردی دارویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده رابط E-mail: Zarghami@tbzmed.ac.ir

عباس مهاجری: دانشجوی ژنتیک مکولی، مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر امرالله بیات: دانشیار جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

بهرنگ علنی: مریبی پژوهشی، مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸/۳/۱۰، پذیرش: ۸/۹/۱۳

چکیده

زمینه و اهداف: سرطان پستان متداول ترین بیماری در بین زنان است. در گسترش و پیشرفت سرطان پستان مجموعه‌ای از تومور مارکرهای مختلف از جمله آنتی ژن اختصاصی پروستات و آنزیم تلومراز مورد نظر می‌باشدند. هدف از این مطالعه ارزیابی رابطه بیان ژن آنتی ژن اختصاصی پروستات و تلومراز در بیماران مبتلا به سرطان پستان و گروه کنترل است.

روش بررسی: در این مطالعه موردی-شاهدی تعداد ۲۵ زن مبتلا به تومورهای خوش خیم پستان به عنوان گروه کنترل و ۳۵ زن مبتلا به سرطان پستان به عنوان گروه مورد وارد مطالعه شدند. میزان بیان mRNA آنتی ژن اختصاصی پروستات با تکنیک RT-PCR، فعالیت تلومراز با روش PCR-ELISA و پروتئین آنتی ژن اختصاصی پروستات با تکنیک Chemiluminescence در کلیه تومورها اندازه گیری شد.

یافته ها: با بکار گیری روش TRAP فعالیت آنزیم تلومراز در تمام نمونه‌های سرطانی مبتلا به سرطان پستان مثبت ارزیابی شد. تفاوت مقادیر نسبی فعالیت آنزیم تلومراز در تمام مراحل و درجات توموری از لحاظ آماری معنی دار بود ($p < 0.05$). تنها در نمونه‌های خوش خیم و مرحله و درجه یک توموری آنتی ژن اختصاصی پروستات نمایان شد. تفاوت سطوح سیتوزول تومورال بین افراد مورد و شاهد و همچنین بین کلیه مراحل و نیز درجات مختلف mRNA توموری کاملاً معنی دار بود. در نهایت همبستگی معکوس بین سطح تومورال آنتی ژن اختصاصی پروستات و فعالیت آنزیم تلومراز در افراد بیمار مشاهده شد.

نتیجه گیری: نتایج بدست آمده از این مطالعه ارتباط معنی دار معکوس بین سطح بیان mRNA و افزایش بیان ژن تلومراز در توسعه و گسترش سرطان پستان نشان داد. بنابراین اندازه گیری فعالیت آنزیم تلومراز می‌تواند بعنوان یک مارکر بیولوژیکی مطلوب همراه با آنتی ژن اختصاصی پروستات در تشخیص سرطان پستان محسوب گردد.

کلید واژه ها: آنتی ژن اختصاصی پروستات، تلومراز، تومور مارکر، سرطان پستان

مقدمه

تومور مارکرها محصولات سلولی هستندکه اغلب پروتئینی بوده و در پاسخ به وجود یا پیشرفت سرطان توسط تومور یا بدن میزان تولید می‌شوند. تومور مارکرها را می‌توان در بافت‌ها و مایعات مختلف بدن و روی سطح سلولهای سرطانی ردیابی کرد. میزان تومور مارکرها معمولاً انعکاسی از حجم و فعالیت تومور می‌باشد. تشخیص منشاء تومور متناسبازی، کنترل موقفيت آمیز بودن درمانهای شیمیابی یا جراحی، تشخیص نوع سرطان و همچنین غربالگری آن از جنبه‌های مهم کاربرد تومور مارکرها در پزشکی می‌باشد(۲).

سرطان پستان یک مشکل فراگیر در همه دنیا بوده و با بیش از یک میلیون مورد جدید در سال و ۱۸٪ کل بدخیمی‌ها، فراواترین سرطان زنان را تشکیل می‌دهد. در دنیا سالیانه بیش از ۸ میلیون نفر به انواع سرطان مبتلا می‌شوند که در حدود یک میلیون مورد از آن مربوط به سرطان پستان است. در دنیا سالیانه ۶۳۳ میلیون نفر در اثر سرطان جان خود را از دست می‌دهند. که سرطان پستان با ۳۸۵۰۰۰ مورد در ردیف پنجم قرار دارد. براساس مطالعات انجام شده اخیر سرطان پستان فراواترین بدخیمی زنان ایرانی است. مقایسه آمار دوره جدید با گزارشات قبلی میان افزایش نسبتاً سریع میزان بروز این بیماری در زنان ایرانی می‌باشد(۱).

زیر نظر پاتولوژیست با توجه به علامت پاتولوژیکی در دو گروه تومورهای خوش خیم و تومورهای بد خیم طبقه بندی شدند. در نهایت ۳۵ مورد تومور بد خیم (داكتال کارسینوما، لوپولار کارسینوما) و ۲۵ مورد تومور خوش خیم (فیبرو آدنوما، تغییرات فیبروکیستیک، آبسه و آدنوزیس) انتخاب شدند.

جهت استخراج سیتوزول توموری، ابتدا نمونه های بافت توموری با استفاده از دستگاه tissue hammering که در آزمایشگاه طراحی شده بود در ازت مایع پودر، سپس مقدار ۲۰۰ میکرولیتر بافر لیز سلولی { ۱۰ میلی مolar Tris-HCl pH ۸)، یک میلی مolar کلرید منیزیم، ۰/۱ میلی مolar بنزآمیدین، ۵ میلی مolar بتامرکاپتوتانول، ۱۰ درصد گلیسرول و ۱ میلی مolar EDTA } اضافه شده و به مدت ۲۰ دقیقه در ۱۵۰۰ دور سانتریفیوژ و فاز رویی به آرامی به میکروتیوب جدید منتقل شد(۱۲). مقدار پروتئین استخراجی بر طبق روش برادراف با استفاده از رنگ آبی کوماس ۲۵۰ و منحنی استاندارد آلبومین سرم گاوی تعیین گردید(۱۳).

اندازه گیری سطح آنتی ژن اختصاصی پروستات در سیتوزول توموری با استفاده از تکنیک کمی لمینسانس از نوع ساندویچی با بکارگیری دو آنتی بادی اختصاصی (اختصاصی آنزیم کثروگ و ثابت شده) با میل ترکیبی بالا (High Affinity) و دارای نواحی متفاوت و شاخص اپی توپی و با استفاده از سیستم بیوتین- استرپتوآویدین برای دو اپی توپ مختلف (کیت شرکت Monobind آمریکا با شماره کاتولوگ 300-3175) انجام گرفت (۱۴).

استخراج Total RNA با استفاده از روش TrizolTM (کیت شرکت BRL Gibco) انجام گردید. نمونه ها پس از استخراج در حل شد و برای استفاده بعدی در دمای ۷۰-۷۰ درجه سانتیگراد نگهداری گردید. کیفیت RNA استخراج شده با روش اندازه گیری میزان جذب ۲۶۰ به ۲۸۰ نانومتر تعیین گردید(۱۵).

طراحی پرایم اختصاصی با استفاده از نرم افزار الیگو ویرایش پنجم بر اساس توالی حاصله در NCBI انجام گرفت. از آنجائی که برای مطالعه بیان ژن نیازمند استفاده از ژنهای خانه دار هستیم پرایم اختصاصی بتا اکتین برای آن طراحی شد. استفاده از ژنهای خانه دار بدلیل بیان یکسان آنها در تمام بافتها در شرایط مختلف می باشد.

بمنظور بهینه سازی شرایط RT ، غلظت واکنشگرهای بر اساس دستور العمل کیت شرکت BRL Gibco بر اساس بکار گیری از جفت پرایمراهای توالی ژن آنتی ژن اختصاصی پروستات به عنوان متغیر با توالی ۵'-TGCAGTCTACCCCTCA-3' CCCTCTCCTACTTCATCC-3' و بتا اکتین به عنوان کنترل با توالی ۳'-ACAATGAGCTGCGTGTGGCT : Beta F ۵'-ACAATGAGCTGCGTGTGGCT : Beta R ۵'-TCTCCCTTAATGTACCGCACGA ۳' حجم ۲۵ میکرولیتر تنظیم و داخل لوله های میکروتیوب آماده شد(۱۶).

آنتی ژن اختصاصی پروستات یک گلیکوپروتئین تک زنجیره ای با وزن مولکولی ۳۳ کیلو دالتون است که توالی اصلی آن ۲۲۷ اسید آمینه می باشد(۷). این تومور مارکر ابتدا در پروستات یافته شد که بعدا آنرا از این بافت جدا کردند. با توجه به اینکه تا آن زمان فقط در پروستات یافت شده بود به نام آنتی ژن اختصاصی پروستات نامیده شده و به عنوان یک تومور مارکر در تشخیص سریع، تعیین مرحله و کنترل سرطان پروستات مطرح شد(۳ و ۴). مطالعات متعدد نشان داده است که PSA در خارج از غده پروستات دارای اعمال بیولوژیک و فیزیولوژیک نیز می باشد. عدد اطراف پیشابرگی یا غدد Skene اولین بافت زنانه ای بود که نشان داده شد قادر به تولید PSA می باشد. این بافت تقریباً حالت مشابه عمل پروستات در زنان را داشته و منشاء تکاملی آن مشابه پروستات مردانه است(۵). تفاوت اساسی بین پروستات و دیگر بافت ها در تولید PSA این است که مقدار تولید آن در دیگر بافتها نسبتاً کم است. بافت های سینه، رحم و تخمدان از نظر بیان ژن و تولید پروتئین شبیه پروستات مقداری PSA تولید و رشد و تمایزشان توسط هورمونهای استروئیدی کنترل می شود(۶). بیان mRNA آنتی ژن اختصاصی پروستات در سرطان پستان اول بار در Diamandis و همکاران گزارش شد(۷ و ۸). PSA در تومورهای کولون، کبد، کلیه، غده ادرنال و پاراتیروئید نیز یافت شده است (۹). یکی از مهمترین آنژیمهایی که در پیشرفت سرطان از اهمیت خاصی برخوردار است آنزیم تلومراز می باشد. تلومراز یک ترانس کرپیتاز معکوس است که مسئول بسط توالیهای تلومراز بوده و در نتیجه کوتاه شدن تلومرها را TTAGGG جبران می کند. سلولهای سوماتیک طبیعی انسان دارای فعالیت تلومراز نبوده و این فعالیت تنها در سلولهای بنیادی و سلوهای توموری دیده می شود (۱۱). وجود فعالیت تلومراز باعث ایجاد سلولهای نامیرا و مسئول تکثیر نامحدود سلولهای سرطانی می گردد (۱۲).

امروزه درک ارتباط بین فعالیت عوامل ایجاد کننده سرطان در سطح ژنتیکی بعنوان یک مسئله مهم در تحقیقات بشمار رفته و با توجه به اینکه بیان ژن PSA و تلومراز توسط هورمون های استروئیدی تنظیم می شوند، هر دو به عنوان تومور مارکر در تشخیص انواع تومورهای خوش خیم و بد خیم سرطان پستان، تخمدان، پروستات و سایر سرطانها مطرح می باشند. بنابراین، در این تحقیق بیان ژن PSA و میزان تغییرات آن در سیتوزول توموری و همچنین بررسی میزان فعالیت آنزیم تلومراز به منظور تعیین رابطه بین بیان ژن آنتی ژن اختصاصی پروستات و فعالیت آنزیم تلومراز در بافت های تومورال پستان بررسی شد.

مواد و روش ها

در این مطالعه نمونه های توموری مورد نظر از بیمارانی که در مدت ۲۳ ماه در فاصله زمانی آبان ماه ۱۳۸۲ تا مهر ماه ۱۳۸۴ به بیمارستان امام تبریز مراجعه کرده بودند جمع آوری گردید. نمونه های مناسب پس از برداشت بافت توسط جراح در اتاق عمل و

نفر دارای تومور با درجه یک، ۹ نفر با درجه دو و ۹ نفر درجه سه توموری بودند.

با بررسی RNA استخراجی به روش Trizol حاصل با روش اسپکتروفوتومتری مشاهده شد که RNA استخراج شده نسبتاً خالص می باشد و OD نمونه ها ($\frac{OD_{260}}{OD_{280}}$) در محدوده ۲-۱/۸ می باشد. پس از انجام PCR، بررسی قطعات به دست آمده نشان داد که طبق پیش بینی دو قطعه به طول های ۷۵۳ bp و ۳۷۲ bp مربوط به بتا اکتین بدست آمد. اعداد مربوطه از طریق مقایسه باند های بدست آمده با مارکر ملکولی gene Ruler با اندازه DNA با اندازه بین ۱۰۰۰ bp تا ۱۰۰ bp می باشد تعیین گردید.

باند های PSA و بتا اکتین در افراد بیمار با مراحل توموری مختلف در تصویر ۱ قابل مشاهده می باشند. شرایط استخراج RNA، RNA، انجام PCR و میزان لود نمونه PCR در تمامی موارد یکسان در نظر گرفته شد. مشاهده باندها در تصاویر فوق گویای این مطلب است که ژن PSA در افراد با مرحله توموری خوش خیم و نیز در بافت های توموری بدخیم با مرحله توموری ۱ بیان شده است ولی در بافت های توموری بدخیم با درجه توموری بالا باند مربوط به PSA قابل شناسایی نیست. از طرف دیگر ژن بتا اکتین در مراحل توموری مختلف بیان شده است (تصویر ۱). به عبارت دیگر عدم تغییر در بیان ژن بتا اکتین نشانگر صحت انجام مراحل بررسی بیان ژن PSA بعنوان متغیر می باشد.

با استفاده از تکنیک کمی لومنیسانس (Chemiluminescence) میزان پروتئین آتنی ژن اختصاصی پروستات در سطح سیتوزل توموری مورد ارزیابی قرار گرفت که میانگین میزان پروتئین در گروه مورد (تومورهای بدخیم) $17/86 \pm 1/77$ نانوگرم در گرم پروتئین تام و در گروه شاهد (تومورهای خوش خیم) $3/34 \pm 9/04$ نانوگرم در گرم پروتئین تام اندازه گیری شد که این اختلاف میزان پروتئین بین دو گروه از نظر آماری معنی دار بود (نمودار ۱-الف). در ضمن میانگین میزان آتنی ژن اختصاصی پروستات در درجه یک توموری $8/23 \pm 2/2$ نانوگرم در گرم پروتئین تام ، در درجه ۲ توموری $4/63 \pm 7$ نانوگرم در گرم پروتئین تام و در درجه ۳ توموری $1/66 \pm 3/33$ نانوگرم در گرم پروتئین تام که این افزایش بین درجات ۱ با ۲، ۲ با ۳ و ۱ با ۳ معنی دار بود ($p < 0.05$). در ضمن میانگین میزان پروتئین در مرحله ۱ توموری $4/28 \pm 15/71$ نانوگرم در گرم پروتئین تام و در مرحله ۲ توموری $2/05 \pm 7/22$ نانوگرم در گرم پروتئین تام و در مرحله ۳ توموری صفر نانوگرم در گرم پروتئین تام بود که این اختلاف در مراحل ۲ با ۳ و ۱ با ۳ از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0.05$) (نمودار ۱-ب).

میانگین فعالیت نسبی تلومراز در گروه توموری بدخیم (کترل) $1/81 \pm 3/34$ درصد اندازه گیری شد. در ضمن میانگین RTA در درجه یک $14/85 \pm 2/21$ درصد در درجه دو $38/50 \pm 2$ درصد و در درجه سه $16/72 \pm 4$ درصد بود که این

۱۵. پس از آماده سازی واکنشگرهای PCR برنامه لازم جهت انجام PCR در دستگاه ترموسایکلر (شرکت اپندروف آلمان مدل AG) تنظیم گردید. بعد از اتمام PCR، کالیه محصولات آن همراه با مارکر ملکولی DNA بر روی ژل اگارز ۱۰ درصد الکتروفورز شد. از ژلهای پس از رنگ آمیزی با اتیدیوم بروماید و رنگ زدایی با آب مقطر در زیر نور UV توسط دستگاه UVPDoc عکس برداری شد.

جهت اندازه گیری میزان فعالیت آنزیم تلومراز از روش^۱ مبتنی بر دو تکنیک واکنشهای زنجیره ای پلیمرازی و الیزا بر اساس روش TRAP-PCR استفاده شد (۱۲). به منظور بهینه سازی شرایط غلاظت واکنشگر برای حجم ۵۰ میکرولیتر تنظیم و آماده شد لازم به ذکر است که در این واکنش Taq Polymerase نقش آنزیم تلومراز را ایفا میکند. پس از آماده سازی واکنشگرها برنامه لازم جهت انجام PCR در دستگاه ترموسایکلر مدل شرکت اپندروف تنظیم گردید. پس از انجام PCR برای اندازه گیری میزان فعالیت آنزیم تلومراز از روش ELISA استفاده شد. با اندازه گیری مقادیر جذب شده نمونه ها در طول موج ۴۵۰ نانومتر و قرار دادن در منحنی استاندارد بدست آمده میزان فعالیت نسبی آنزیم تلومراز در نمونه های مجھول شناسایی شد (۱۲).

محاسبه آماری داده های حاصل با استفاده از ویرایش شماره ۱۱/۵ نرم افزاری آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد. از آزمون T مزدوج جهت تجزیه و تحلیل داده های کمی استفاده. معنی دار بودن آماری به میزان $0.05 < p$ دو دنباله در نظر گرفته شد. تمام نتایج به صورت انحراف معیار \pm میانگین گزارش گردید.

یافته ها

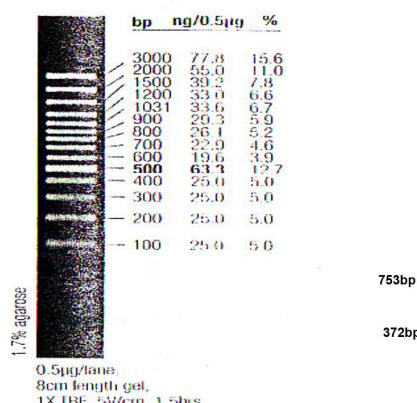
نمونه های توموری از بیمارانی که در مدت ۲۳ ماه در فاصله زمانی آبان ماه ۱۳۸۴ تا مهرماه ۱۳۸۲ به بیمارستان امام تبریز مراجعه کرده بودند جمع آوری گردید. نمونه های مناسب پس از برداشت بافت توسط جراح در اتاق عمل و زیر نظر پاتولوژیست با توجه به علامت پاتولوژیکی در دو گروه تومورهای خوش خیم و تومورهای بدخیم طبقه بندی شدند. در مجموع ۶۰ نفر زن با محدوده سنی ۲۴ تا ۷۶ سال و با میانگین سنی $44/12 \pm 12/72$ سال مورد مطالعه قرار گرفتند که همگی مبتلا به بیماری تومور پستان بودند که ۳۵ نفر دارای تومور بدخیم (گروه مورد) و ۲۵ نفر دارای تومور خوش خیم (گروه کترل) بودند. محدوده سنی گروه مورد ۳۰ تا ۷۶ سال و با میانگین سنی $38/56 \pm 12/08$ سال که ۸۰ درصد کارسینومای داکتال و ۲۰ درصد کارسینومای لوبولار بودند. محدوده سنی گروه شاهد ۲۱ تا ۶۸ سال با میانگین سنی $48/09 \pm 11/78$ سال که ۲۴ درصد دارای تغییرات فیبروکیستیک و ۲۴ درصد دارای آبسه و ۵۲ درصد دارای فیبروآدنوما بودند. ۷ نفر از این افراد دارای سرطان پستان با مرحله یک توموری، ۱۸ نفر دارای مرحله دو توموری و ۱۰ نفر دارای مرحله سه توموری بودند. همچنین از این ۳۵ نفر ۱۷

1. Telomeric repeat amplification protocol, TRAP
2. Relative telomerase activity, RTA

با بررسی میزان پروتئین آنتی ژن اختصاصی پروستات و فعالیت آنزیم تلومراز بافت‌های توموری بیماران در تومورهای خوش خیم و بدخیم مشخص شد که در تومورهای خوش خیم میزان پروتئین آنتی ژن اختصاصی پروستات بالا بوده در حالیکه در این تومورها فاعلیت نسبی آنزیم تلومراز منفی است و با بدخیم ترشدن تومور این رابطه بالعکس شده و میزان پروتئین آنتی ژن اختصاصی پروستات کاهش یافته ولی در مقابل فعالیت نسبی آنزیم تلومراز افزایش می‌یابد. (نمودار ۳)

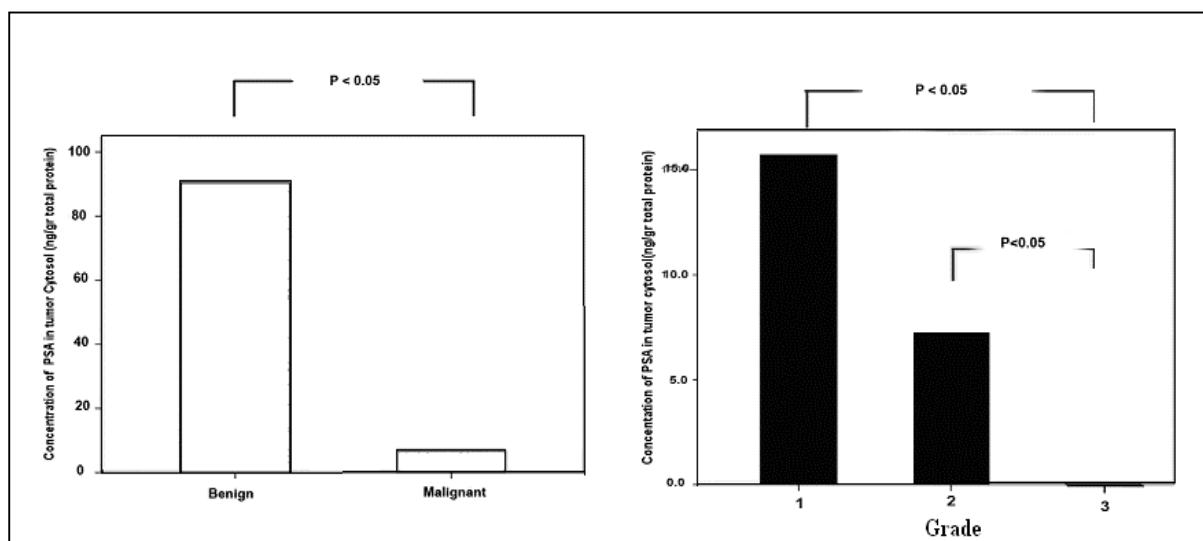
افراش بین درجات یک با دو، درجات دو با سه و درجات یک با سه معنی دار بود($p < 0.05$) (نمودار-الف). میانگین فعالیت نسبی تلومراز RTA در مرحله یک توموری یک تومورهای خوش خیم $32/11 \pm 3/96$ و در مرحله ۲ توموری $51/22 \pm 7/58$ و در مرحله ۳ توموری $56/66 \pm 8/85$ درصد بود که این اختلاف در بین مراحل ۱ با ۲، ۲ با ۳ و ۱ با ۳ از نظر آماری معنی دار بود($p < 0.05$) (نمودار-ب). در ۲۵ نمونه گروه شاهد (تومورهای خوش خیم) فعالیت نسبی تلومراز مثبت نبود.

GeneRuler™ 100bp DNA Ladder Plus

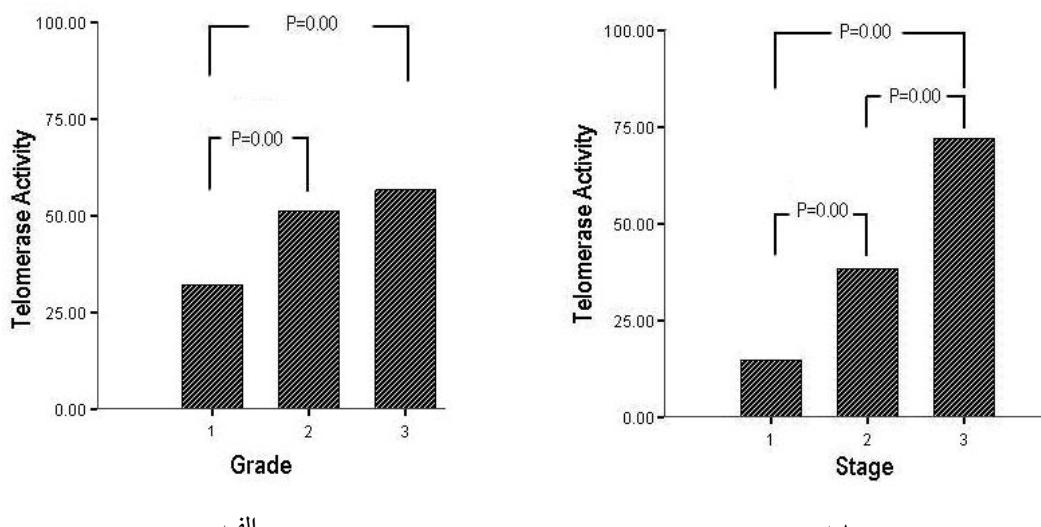


تصویر ۱: مقایسه بین آنتی PSA در بافت‌های توموری پستان،

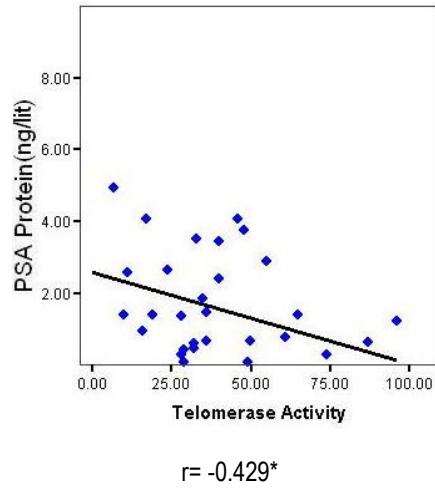
- ۱- مارکر، -۲- کترل منفی، -۳- تومور خوش خیم بنا اکتین مثبت، -۴- تومور خوش خیم PSA مثبت، -۵- تومور بدخیم (مرحله ۱) بنا اکتین مثبت، -۶- تومور بدخیم (مرحله ۱) مثبت، -۷- تومورهای بدخیم (مرحله ۲ و ۳) بنا اکتین مثبت، -۸- تومورهای بدخیم (مرحله ۲ و ۳) منفی PSA



نمودار ۱: مقایسه سطح سیتوزول تومورال آنتی ژن اختصاصی پروستات (الف) در افراد نرمال و بیماران مبتلا به سرطان پستان و (ب) در مراحل مختلف توموری



نمودار ۲: مقایسه فعالیت آنزیم تلومراز (الف) در درجات مختلف تومور و (ب) در مراحل مختلف توموری.



نمودار ۳: همبستگی بین سطح سیتوزول توموری بدخیم آنتی ژن اختصاصی پروستات و فعالیت آنزیم تلومراز ($p < 0.05$)

بحث

RT-PCR مشخص کردند، بیان mRNA آنتی ژن اختصاصی پروستات در تومورهای سینه ای که دارای PSA هستند موجود بوده ولی در تومورهای فاقد PSA وجود ندارد (۱۵). اما در این تحقیق بر خلاف نتایج Diamandis که بیان کرده بود در تمامی بافت های توموری دارای PSA، قابل تشخیص است، نتایج به عمل آمده نشان داد که mRNA فقط در بافت های توموری خوش خیم و توموری بدخیم مرحله اول که میزان بالایی PSA (برابر یا بیشتر از 0.03×10^{-3} نانوگرم در میلی گرم پروتئین تام) دارند، قابل تشخیص است.

در این مطالعه با بکارگیری تکنیک Chemiluminescence وجود PSA در بافت های توموری خوش خیم و سرطانی پستان ثابت شد که موافق با نتایج مطالعات Diamandis و Howarth

سرطان یک مشکل فراگیر در همه جوامع دنیا بوده مجموعه ای از تومور مارکرها در توسعه و پیشرفت راههای تشخیص آن نقش بسزایی دارند، از جمله آنتی ژن اختصاصی پروستات و آنزیم تلومراز که در این مطالعه با توجه به اهمیت تشخیص بافت های توموری پستان این دو مارکر مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه نیز با روش RT-PCR بیان آنتی ژن PSA در بافت های توموری مورد بررسی و مشاهده شد که در ۷۲ درصد بافت های توموری خوش خیم و نیز در یک بافت از هفت بافت توموری بدخیم که در مرحله اولیه هستند، آنتی ژن اختصاصی پروستات قابل تشخیص است. بیان mRNA آنتی ژن اختصاصی پروستات در سرطان پستان اول بار توسط Diamandis و همکاران گزارش شد (۱۴). سپس Monne و همکاران در ۱۹۹۸ با کاربرد

تلومراز در اغلب سلولهای سرطانی بدخیم دچار تنظیم افزایشی گردیده (۲۴) و ما نیز در این تحقیق مشاهده کردیم در بافت‌های سرطانی با افزایش اندازه و پیشرفت تومور میزان فعالیت تلومراز افزایش می‌یابد. میزان فعالیت تلومراز بافت‌های توموری بدخیم در مرحله یک $14/85 \pm 2/21$ درصد، در مرحله دو $38/50 \pm 2/04$ درصد و در مرحله سه $72 \pm 4/316$ درصد می‌باشد که این اختلاف در بین مرحله او^۱، مرحله او^۲، مرحله او^۳ از نظر آماری معنی دار است ($p < 0.05$). میزان فعالیت تلومراز در درجه اول $32/11 \pm 3/96$ در درجه دوم $51/22 \pm 6/58$ درصد و در درجه سوم $56/66 \pm 8/85$ درصد می‌باشد که این اختلاف در بین درجه او^۱، درجه او^۲، درجه او^۳ از نظر آماری معنی دار است ($p < 0.05$).

نتیجه گیری

بدین ترتیب می‌توان چنین نتیجه گرفت که تلومراز در تکثیر نامحدود سلولهای سرطانی نقش داشته و می‌تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی و درمانی استفاده شود. فعالیت تلومراز از طریق نسخه نویسی ژن hTERT تنظیم می‌شود و بین میزان بیان ژن hTERT و فعالیت تلومراز رابطه مستقیمی وجود دارد (۲۵). افزایش میزان فعالیت تلومراز با افزایش درجه و مرحله توموری نتیجه افزایش میزان بیان ژن hTERT می‌باشد. مقایسه میزان پروتئین و نیز بیان mRNA آنتی ژن اختصاصی پروستات با فعالیت آنزیم تلومراز در بافت‌های توموری نشان داد که یک رابطه معکوس بین میزان پروتئین و نیز بیان mRNA آنتی ژن اختصاصی پروستات با فعالیت آنزیم تلومراز وجود دارد بطوریکه با افزایش سرطانی شدن، فعالیت تلومراز افزایش یافته و در مقابل میزان آنتی ژن اختصاصی پروستات کاهش یافته بوده و نیز mRNA آنتی ژن اختصاصی پروستات قابل تشخیص نبود.

مزیت این مطالعه نسبت به سایر مطالعات صورت گرفته این است که اولاً دو تومورمارکر به صورت موازی در تومورهای خوش خیم و سرطانی پستان مورد مطالعه قرار گرفته ثانیاً بررسی این دو تومورمارکر به صورت موازی می‌تواند حساسیت تشخیص کلینیکی و پیش‌آگهی را بالا ببرد. جهت بررسی مکانیسم تنظیم این دو ژن در سرطان‌های وابسته به هورمونهای استروئیدی به ویژه سرطان پستان نیازمند مطالعات بیشتر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نویسنده‌گان این مقاله از حمایت مرکز تحقیقات کاربردی دارویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در جهت تامین اعتبارات این پژوهش با کد طرح ۸۳-۹۳ همکاران محترم در بیمارستان امام خمینی تبریز و نیز آزمایشگاه علوم پزشکی و فوق تحصصی پاتولوژی مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تبریز برای تمهد مقدمات این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

می‌باشد. Diamandis و همکاران نشان دادند در ۳۰ درصد سیتوزول سلولی سرطان پستان ، PSA وجود دارد (۱۴). Howarth نیز بیان PSA در بیماریهای خوش خیم مانند فیروآدنوم و در بافت‌های نرم‌الپستان و نیز در تومورها را گزارش کرده است (۱۶). در آزمایشات به عمل آمده در این تحقیق مشخص گردید که میزان پروتئین در بافت‌های توموری خوش خیم ($4 \pm 3/34$) 90 نانوگرم در گرم پروتئین تام نسبت به بافت‌های توموری بدخیم ($6/86 \pm 1/17$) 6 نانوگرم در گرم پروتئین تام به طور معنی داری بالا بوده و در بافت‌های سرطانی با افزایش اندازه و پیشرفت تومور میزان PSA پائین می‌باشد. بطوریکه در مرحله یک، $4/28$ $\pm 1/51$ نانوگرم در گرم پروتئین تام، در مرحله دو، $7/22 \pm 2/53$ نانوگرم در گرم پروتئین تام، در مرحله او^۱، مرحله او^۲، مرحله او^۳ ± 2 از نظر آماری معنی دار بوده ($p < 0.05$) که موفق با نتایج تحقیق Zaviacic است. در ۱۹۹۳ نشان داد، بالاترین بیان PSA در بافت پستان در سطح پروتئین در بافت‌های خوش خیم پستان و پایین ترین بیان PSA نیز در مراحل پیشرفتی بافت‌های سرطانی دیده می‌شود و این مطلب نشان می‌دهد که بیان PSA در بافت‌های بدخیم پستان نسبت به بافت‌های هایپرپلاستیک خوش خیم یا بافت‌های سالم پایین تر است (۱۷). در حالیکه این اختلاف در درجات مختلف توموری معنی دار نمی‌باشد. در این تحقیق بیشترین میزان PSA در زنان مبتلا به فیروآدنوما و کیست پستان مشاهده گردید (۷۶) 76 نانوگرم در لیتر) در حالیکه در مطالعات Borchert 55 نانوگرم در لیتر گزارش شده (۱۸) که این اختلاف می‌تواند به علت تفاوت شرایط استخراج سیتوزول و یا خطای آزمایش باشد. علت بالا بودن میزان PSA در بافت‌های توموری خوش خیم نسبت به بافت‌های سرطانی اینست که احتمالاً منشا تولید PSA در بافت سینه سلول‌های نرم‌الپستان باشد و به این دلیل در زنان دارای سرطان پستان، PSA افزایش نمی‌یابد (۲۰) و $19/20$ تلومراز یک پلیمراز وابسته به RNA است که توالی های توموری را سنتز می‌کند. تلومراز در اغلب سلول‌های سوماتیک طبیعی انسان قادر فعالیت بوده اما در بیش از 90 درصد سلول‌های سرطانی دارای فعالیت است (۲۲). در این تحقیق میزان فعالیت آنزیم تلومراز با استفاده از تکنیک TRAP Assay (PCR-ELISA) مورد ارزیابی قرار گرفت که مشابه با نظریه Mokbel در سال ۲۰۰۰ میزان فعالیت تلومراز در بافت‌های سرطانی بالا ($43/34 \pm 3/81$) در بافت‌های خوش خیم قادر فعالیت بود (۰،۰۰ درصد) و اختلاف فعالیت تلومراز بین بافت‌های سرطانی و بافت‌های خوش خیم پستان از نظر آماری معنی دار بود و به این ترتیب اندازه گیری فعالیت تلومراز در بافت‌های توموری به تشخیص سرطان سینه کمک می‌کند که این مطلب نشان دهنده ارتباط بین فعالیت تلومراز و پیش‌آگهی بیماری می‌باشد (۲۳). در ۱۹۹۴ Harley و همکارانش گزارشاتی در ارتباط با سرطان و ظهور تلومراز متشر کردن بطوریکه فعالیت آنزیم

References

1. Iranian medical student, <http://www.breast-clinic.com/page5.htm>
2. Watt KWK, Lee PJ, Mtimkulu T, Chan WP, Loor R. Human prostate-specific antigen: structural and functional similarity with serine proteases. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1986; 83: 3166-3170.
3. Lundwall A, Lilja H. Molecular cloning of human prostate specific antigen cDNA. *FEBS Lett*. 1987; **214**: 317-322.
4. Wang MC, Pasidero LD, Kuriyama M, Valenzuela LA, Murphy GP, Chu TM. Prostate specific antigen: a new potential marker for prostatic cancer. *Prostate*. 1981; **2**: 89-96.
5. Partin AW, Oesterling JE. The clinical usefulness of prostate-specific antigen. *J Urol*. 1994; **152**(5 Pt 1): 1358-68.
6. Diamandis E.P, Yu H. Nonprostatic sources of prostate-specific. *Antigen. Urol. Clin N Am*. 1997; **24**: 275-282.
7. Yousef GM, Ordon MH, Foussias G, Diamandis EP. Genomic organization of the siglec gene locus on chromosome 19q13.4 and cloning of two new siglec pseudogenes. *Gene*. 2002; **286**: 259-70.
8. Diamandis E.P, Yu H, Sutherland D.J.A. Detection of prostate-specific antigen Immunoreactivity in breast tumors. *Breast Cancer Res Treat*. 1994; **32**: 301-310.
9. Levesque M, Yu H, D'Costa M, Diamandis EP. Prostate-specific antigen expression by various tumors. *Clin Lab Anal*. 1995; **9**: 123-128.
10. Blackburn EH. Telomeres and telomerase: their mechanisms of action and the effects of altering their functions. *FEBS Lett*. 2005; **579**(4): 859-62.
11. Ahmed A, Tollefsbol TO. Telomerase, telomerase inhibition, and cancer. *J Anti Aging Med*. 2003; **6**(4): 315-25.
12. Holt SE, Norton JC, Wright WE, Shay WJ. Comparison of the telomeric repeat amplification protocol (TRAP) to the new TRAP-eze telomerase detection kit. *Methods in Cell Science*. 1996; **18**: 237-248.
13. Bradford MM. A rapid and sensitive method for the quantization of microgram quantities of protein utilizing the principle of protein-Dye binding. *Anal. Biochem*. 1976; **72**: 248-254.
14. Diamandis E.P, Yu H, Sutherland D.J.A. Detection of prostate-specific antigen Immunoreactivity in breast tumors. *Breast Cancer Res Treat*. 1994; **32**: 301-310.
15. Monne M, Croce CM, Yu H, Diamandis EP. Molecular characterization of prostate-specific antigen mRNA expressed in breast tumors. *Cancer Res*. 1998; **54**: 6344-6347.
16. Howarth DJC, Aronson IB, Diamandis EP. Immunohistochemical localization of prostate-specific antigen in benign and malignant breast tissues. *British Journal of Cancer*. 1997; **75**: 1646-1651.
17. Zaviacic M, Ablin RJ, Ruzickova M, Stvrtina S, Danihel L, Zaviacic T, Pohlodek K, Holoman K. The normal female and the male breast epithelium does not express prostate-specific antigen: preliminary immunohistochemical observations of autopsy breast tissues. *Gen Physiol Biophys*. 1999; **18**: 41-44.
18. Borchert G.H, Giai M, Diamandis E.P. Elevated levels of prostate-specific antigen in serum of women with fibro adenomas and breast cysts. *Journal of the National Cancer Institute*. 1997; **89**: 587-588.
19. Diamandis E.P. New diagnostic applications and physiological functions of prostate specific antigen. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*. 1995; **55** (21): 105-111.
20. Diamandis E.P. Prostate-specific antigen - new applications in breast and other cancers. *Anticancer Research*. 1996; **16**: 3983-3986.
21. Goldstein S. Replicative senescence: the human fibroblast comes of age. *Science*. 1990; **249**: 1129-1133.
22. Shay JW, Bacchetti S. A survey of telomerase activity in human cancer. *Eur J Cancer*. 1997; **33**: 787-791.
23. Mokbel K, Williams NJ. Telomerase and breast cancer: from diagnosis to therapy. *Int J Surg Investig*. 2000; **2**(1): 85-8.
24. Harley CB, Kim NW, Prowse KR, Weinrich SL, Hirsch KS, West MD, et al. Telomerase, Cell Immortality, and Cancer. *Cold Spring Harbor Symposium on Quantitative Biology*. 1994; **59**: 307-315.
25. Muslin J and Xing H. 14-3-3 proteins: regulation of subcellular localization by molecular interference. *Cell Signal*. 2000; **12**: 703-709.