

Investigating the Relationship between Changes in the Expression Level of the CLU Gene and the Prognosis of Gastric Cancer Patients

Arezoo Farhadi¹
Erfan Cheraghi²
Nastaran Farahani³
Fatemeh Khodabandehloo⁴
Mohammad Foad Heidari⁵
Reza Heydari^{4,6}
Mehdi Ghorbani⁵
Mahmood Vahidi⁵
Javad Behroozi^{4,6}

¹ PhD Student in Molecular Medicine, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

² BSc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ MSc in Genetics, Department of Genetics and Biotechnology, Faculty of Life Science, Varamin-Pishva Branch, Islamic Azad University, Varamin, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Genetics and Advanced Medical Technology, Faculty of Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Medical Laboratory Sciences, School of Allied Health Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ Assistant Professor, Cancer Epidemiology Research Center, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received April 5, 2024 ; Accepted October 2, 2024)

Abstract

Background and purpose: Gastric cancer is one of the most common cancers, with over one million new cases annually, and is the second leading cause of cancer-related deaths worldwide, after lung cancer. This disease is highly heterogeneous, with different primary sites, histological types, molecular classifications, and biological behaviors. The Cancer Genome Atlas has identified four distinct subtypes of gastric adenocarcinoma. In recent decades, various molecular studies have been conducted to understand the mechanisms underlying gastric cancer development and progression, as well as to identify new diagnostic and prognostic biomarkers. Several intracellular processes, including changes in gene expression, can contribute to the development and progression of gastric cancer. Gene expression changes are also implicated in other diseases, such as heart disease, autoimmune disorders, and diabetes. The CLU gene, an evolutionarily conserved gene, encodes the protein clusterin, which plays a role in various cellular processes, including cell-cell adhesion and programmed cell death. Clusterin has multiple roles in carcinogenesis and tumor invasion. This gene is classified as a metastasis suppressor gene, meaning it does not undergo mutations in tumors but is often downregulated in expression. The aim of the current study is to investigate the relationship between changes in CLU gene expression and the prognosis of patients with gastric cancer.

Materials and methods: In this cross-sectional study, fifty tumor tissues and adjacent normal tissues were collected from gastric cancer patients. The relative gene expression of CLU was assessed using quantitative real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction (qRT-PCR). RNA extraction was performed using RNX-plus solution, and cDNA synthesis was carried out using the BIOFACT kit, following the Random Hexamer and oligo(dT) mixed primer method. Gene expression levels were measured using the StepOnePlus thermocycler, with GAPDH serving as the internal control gene. Additionally, a bioinformatics analysis was conducted to evaluate the expression of the CLU gene in two distinct groups of gastric cancer patients. A Kaplan-Meier survival analysis was performed to assess the impact of CLU expression levels on patient survival rates. Furthermore, a comprehensive analysis of CLU expression across multiple types of cancer was conducted using TCGA data.

Results: The analysis of CLU gene expression showed that its expression level in tumor samples was 0.46 compared to adjacent normal tissues. Using data from two additional cohorts, we confirmed that CLU gene expression was consistently lower in tumor samples compared to normal samples. At all stages of gastric cancer, CLU expression was significantly reduced compared to adjacent normal tissue. Survival analysis revealed significant differences in overall survival between patients with high CLU expression and those with lower expression. Lower CLU expression was associated with reduced patient survival time. Further analysis showed that in most cancers studied, CLU expression was generally decreased.

Conclusion: The expression of the CLU gene can be used as a prognostic marker in gastric cancer, and CLU gene therapy may be considered as a potential treatment option for gastric cancer.

Keywords: gastric cancer, CLU, gene expression, prognostic marker, overall survival

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (237): 50-62 (Persian).

Corresponding Author: Javad Behroozi - Cancer Epidemiology Research Center, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (E-mail: jvdbehroozi@gmail.com)

بررسی ارتباط تغییرات سطح بیان ژن CLU و پیش آگهی بیماران مبتلا به سرطان معده

آرزو فرهادی^۱
عرفان چراغی^۲
نسترن فراهانی^۳
فاطمه خدابنده لو^۴
محمد فواد حیدری^۵
رضا حیدری^{۶،۴}
مهدی قربانی^۵
محمود وحیدی^۵
جواد بهروزی^{۶،۴}

چکیده

سابقه و هدف: سرطان معده یکی از سرطان‌های شایع با یک میلیون بیمار جدید در سال بوده و پس از سرطان ریه دومین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در سراسر دنیا می‌باشد. این بیماری بسیار ناهمگون با محل اولیه، هیستولوژی، طبقه‌بندی مولکولی و رفتار بیولوژیکی متفاوت می‌باشد و اطلس ژنوم سرطان چهار زیرگروه مختلف آدنوکارسینوم معده را مشخص کرده است. طی چند دهه گذشته مطالعات مولکولی مختلفی جهت فهم مکانیسم ایجاد و پیشرفت سرطان معده و هم‌چنین شناسایی بیومارکرهای تشخیصی و پیش‌آگهی دهنده جدید انجام شده است. چندین فرآیند داخل سلولی از جمله تغییر در بیان ژن‌ها می‌تواند منجر به ایجاد و یا پیشرفت سرطان معده گردد. تغییر در پروفایل بیانی ژن‌ها نه تنها در سرطان بلکه در بیماری‌های دیگری از جمله بیماری‌های قلبی، بیماری‌های خود ایمنی و دیابت می‌تواند دخیل باشد. ژن CLU از جمله ژن‌های محافظت شده در طول تکامل است و محصول آن پروتئین کلاسترتین می‌باشد که در انواع مختلفی از فرایندهای سلولی از جمله اتصالات بین سلولی و مرگ برنامه‌ریزی شده سلول ایفای نقش می‌کند. کلاسترتین دارای نقش چندگانه در سرطان‌زایی و تهاجم تومور می‌باشد. در یک دسته‌بندی، این ژن را در گروه ژن‌های مهارکننده متاستاز طبقه‌بندی می‌کنند. بر خلاف ژن‌های مهارکننده تومور، ژن‌های مهارکننده متاستاز در تومورها دچار جهش نمی‌شوند، در مقابل در اغلب موارد بیان آن‌ها به صورت کاهش تنظیم می‌گردد. لذا هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی ارتباط تغییرات سطح بیان ژن CLU و پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سرطان معده می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۵۰ جفت بافت تومور و بافت سالم مجاور از بیماران مبتلا به سرطان معده جمع‌آوری شدند. در ابتدا، بیان نسبی ژن CLU از طریق روش واکنش زنجیره‌ای پلیمرز کمی در زمان واقعی (qRT-PCR) ارزیابی شد. استخراج RNA با استفاده از محلول RNX-plus و سنتز cdNA با استفاده از کیت شرکت BIOFACT و به روش مخلوط Random Hexamer و الیگو dT انجام شد. سطوح بیان ژن‌ها به وسیله ترموسایکلر StepOnePlus مورد سنجش قرار گرفت و از GAPDH به عنوان ژن کنترل داخلی استفاده شد. پس از آن جهت بررسی بیش‌تر تغییرات بیان ژن CLU، بیان این ژن در دو گروه از بیماران بررسی گردید. برای ارزیابی اثر بیان ژن CLU در مدت زمان بقای بیماران، آنالیز کاپلا-مایر انجام شد. به علاوه، یک آنالیز جامع جهت بررسی بیان ژن CLU در سرطان‌های مختلف با استفاده از داده‌های TCGA انجام شد.

یافته‌ها: بررسی بیان ژن CLU نشان داد میزان بیان این ژن در نمونه‌های تومور برابر با ۰/۴۶ نمونه‌های حاشیه تومور می‌باشد. در ادامه برای بررسی بیان این ژن از دیتای‌های دو کوهورت دیگر استفاده گردید. نتایج آنالیزها نشان دادند که بیان این ژن در نمونه‌های توموری بیماران نسبت به نمونه‌های نرمال، پایین‌تر بوده و در تمامی مراحل بیماری سرطان معده نسبت به بافت مجاور تومور، کاهش معنی‌داری دارد. در بررسی بقا کلی بیماران اختلاف معنی‌داری در مدت زمان بقا بین بیمارانی که بیان بالای ژن CLU داشته‌اند با آن‌هایی که بیان پایین‌تر این ژن را داشته‌اند، مشاهده گردید. بیان پایین‌تر این ژن همراه با کاهش مدت زمان بقا بیماران بود. نتایج بررسی جامع نشان داد در اکثر سرطان‌های بررسی شده بیان این ژن کاهش می‌یابد.

استنتاج: براساس یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان از بیان ژن CLU به عنوان یک مارکر پیش‌آگهی در سرطان معده استفاده کرد و ژن درمانی CLU را به عنوان یکی از گزینه‌های درمانی سرطان معده در نظر داشت.

واژه‌های کلیدی: سرطان معده، CLU، بیان ژن، مارکر پیش‌آگهی، بقا کلی

E-mail: jvdbehrozi@gmail.com

مؤلف مسئول: جواد بهروزی - تهران: دانشگاه علوم پزشکی ارتش، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی و پایش سرطان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی پزشکی مولکولی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
 ۲. لیسانس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۳. کارشناسی ارشد ژنتیک، گروه ژنتیک و بیوتکنولوژی، دانشکده علوم زیستی، واحد ورامین-پیشوا، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران
 ۴. استادیار، گروه فناوری‌های نوین و ژنتیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران
 ۵. استادیار، گروه علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران
 ۶. استادیار، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی و پایش سرطان، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران
- تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۵/۱۷ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۷/۱۱

مقدمه

سرطان معده یکی از سرطان‌های شایع با یک میلیون بیمار جدید در سال بوده و پس از سرطان ریه دومین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در سراسر دنیا می‌باشد (۱). با این حال مطالعات نشان داده‌اند شیوع جغرافیایی این سرطان بسیار متفاوت می‌باشد. شیوع این بیماری در نروژ بسیار پایین (۷ مرد و ۳ زن در هر ۱۰۰ هزار نفر) و در مقابل در مناطق کم‌تر توسعه یافته مثل آسیای شرقی تا ۶ برابر بالاتر می‌باشد (تقریباً ۴۲ مرد و ۱۸ زن در هر ۱۰۰ هزار نفر) (۲). سرطان معده در ایران شایع‌ترین سرطان در بین مردان بوده و پس از سرطان پستان و کلورکتال سومین سرطان شایع زنان می‌باشد (۳). این بیماری بسیار ناهمگون با محل اولیه، هیستولوژی، طبقه‌بندی مولکولی و رفتار بیولوژیکی متفاوت می‌باشد. با این حال، ارزیابی خطر بیماری براساس ویژگی‌های تومور، گره‌های لنفاوی و وجود متاستاز (سیستم TNM) است (۵،۴). در این نوع ارزیابی، ویژگی‌های بیولوژیکی تومور اولیه در نظر گرفته نمی‌شود. آنالیزهای ژنومی افق‌های جدیدی را فراتر از این سیستم ارزیابی روشن کرده است. اطلس ژنوم سرطان (The Cancer Genome Atlas: TCGA) چهار زیرگروه مختلف آدنوکارسینوم معده را مشخص کرده است. این زیرگروه‌ها شامل سرطان‌های دارای ویروس اپستین-بار، سرطان‌های ناپایدار از نظر میکروستلایت، سرطان‌های ناپایدار از لحاظ کروموزومی و سرطان‌های پایدار از نظر ژنتیکی می‌باشند. این سیستم طبقه‌بندی جدید امکان گروه‌بندی بیماران را برای اهداف درمانی فراهم می‌نماید (۶).

طی چند دهه گذشته مطالعات مولکولی مختلفی جهت فهم مکانیسم ایجاد و پیشرفت سرطان معده و همچنین شناسایی بیومارکرهای تشخیصی و پیش‌آگهی دهنده جدید انجام شده است (۸،۷). چندین فرآیند داخل سلولی از جمله تغییر در بیان ژن‌ها می‌تواند منجر به ایجاد و یا پیشرفت سرطان معده گردد. تغییر در پروفایل بیانی ژن‌ها نه تنها در سرطان بلکه در بیماری‌های دیگری از جمله

بیماری‌های قلبی، بیماری‌های خود ایمنی و دیابت می‌تواند دخیل باشد (۱۳-۹). تعیین پروفایل بیانی سرطان معده با استفاده از cDNA و آرایه‌های الیگونوکلوئوتیدی توسط چندین گروه انجام شده است. این مطالعات گسترده منجر به شناسایی چندین مارکر جدید شد که با زیرگروه‌های هیستولوژیکی سرطان معده مرتبط هستند. به عنوان مثال: ای-کادهرین (E-cadherin)، EGFR، VEGF و کانتین‌های آلفا، بتا و گاما قابلیت تشخیص و جداسازی نوع منتشره سرطان معده را از نوع روده‌ای دارند. بیان نابجای EGFR یا VEGF و تکثیر HER2 برای ارزیابی پیش‌آگهی سرطان معده مفید و کاربردی هستند (۱۶-۱۴). ژن CLU از جمله ژن‌های محافظت شده در طول تکامل می‌باشد که بر روی کروموزوم ۸ (8p21-p12) قرار گرفته است (۱۷). این ژن از ۱۹ اگزون تشکیل شده و در طی تحلیل بافتی بسیاری از اندام‌ها از جمله حذف بافت بین انگشتان بیان می‌شود (۱۸). محصول این ژن، پروتئین کلاسترین می‌باشد که در انواع مختلفی از فرایندهای سلولی از جمله اتصالات بین سلولی و مرگ برنامه‌ریزی شده سلول ایفای نقش می‌کند (۱۹). هم‌چنین در داخل اگزوزوم‌ها یافت شده و به سلول‌های سرطانی برای زنده ماندن در محیط‌های دور از تومور اولیه کمک می‌کند، مورد اخیر برای انجام متاستاز ضروری می‌باشد (۲۰). بنابراین کلاسترین دارای نقش چندگانه در سرطان‌زایی و تهاجم تومور می‌باشد. در یک دسته‌بندی این ژن را در گروه ژن‌های مهار کننده متاستاز طبقه‌بندی می‌کنند. بر خلاف ژن‌های مهار کننده تومور، ژن‌های مهار کننده متاستاز در تومورها دچار جهش نمی‌شوند، در مقابل در اغلب موارد بیان آن‌ها به صورت کاهش تنظیم می‌گردد (۲۱). با وجود این که مطالعات مولکولی مختلفی در ارتباط با سرطان معده انجام شده است، هنوز جنبه‌های نامشخص زیادی در مورد این بیماری وجود دارد. لذا هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی ارتباط تغییرات سطح بیان ژن CLU و پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سرطان معده می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی با مصوبه اخلاق به شناسه IR.AJAUMS.REC.1400.278 و بر روی ۵۰ نمونه بافت توموری و بافت حاشیه توموری انجام گردید. این نمونه‌ها از بانک تومور بیمارستان امام خمینی (ره) در شهر تهران تهیه شد و از بیمارانی به دست آمده بود که در انستیتو کانسر تحت عمل جراحی سرطان معده قرار گرفته بودند. معیار ورود نمونه به مطالعه، آدنوکارسینوم‌های معده از نوع منتشره بودند که قبل از جراحی تحت شیمی درمانی قرار نگرفته باشند. نمونه‌های سالم از فاصله حداقل سه سانتی متری حاشیه تومور به دست آمد و پس از تایید توسط پاتولوژیست در مطالعه استفاده گردید. نمونه‌ها با استفاده از تانک ازت به آزمایشگاه منتقل شده و تا انجام آزمایشات در فریزر با دمای ۸۰- درجه سانتی گراد نگهداری شدند.

استخراج RNA و سنتز cDNA: RNA تمام طبق پروتکل محلول استخراج RNA (RNX-plus) شرکت سیناژن (ایران) و بر اساس دستورالعمل شرکت سازنده استخراج گردید. قبل از انجام استخراج نمونه‌های باقی با استفاده از نیتروژن مایع و هاون به صورت پودر درآمد. RNA استخراج شده با استفاده از ژل الکتروفورز و دستگاه نانودراپ تحت کنترل کیفی و کمی قرار گرفت و تا مرحله سنتز cDNA در دمای ۸۰- درجه سانتی گراد نگهداری گردید. به منظور از بین بردن DNA ژنومی، از تیمار با DNase استفاده شد. جهت ساخت cDNA از کیت شرکت BIOFACT (کره) استفاده شد. برای این کار ۱۰۰۰ نانوگرم از RNA استخراج شده با Master Mix، Random Hexamer و الیگو dT مخلوط شده و به مدت ۳۰ دقیقه در در دمای ۵۰ درجه سانتی گراد (جهت رونویسی معکوس) انکوبه گردید. در نهایت مخلوط واکنش به مدت ۵ دقیقه در دمای ۹۰ درجه سانتی گراد (جهت غیرفعال شدن آنزیم نسخه بردار معکوس توسط تیمار حرارتی) تیمار شد. محصول حاصل در ۲۰- درجه سانتی گراد نگهداری گردید.

بررسی میزان بیان ژن

سطوح بیان ژن‌ها با تکنیک qRT-PCR و به وسیله ترموسایکلر StepOnePlus شرکت Applied Biosystems (آمریکا) اندازه گیری شد. حجم نهایی هر کدام از واکنش‌ها، ۲۰ میکرولیتر بود که شامل ۱۰ میکرولیتر مسترمیکس Biofact، یک میکرولیتر از هر کدام از پرایمرهای رو به جلو و رو به عقب، ۶ میکرولیتر آب عاری از نوکلئاز و هم‌چنین ۲ میکرولیتر از cDNA ساخته شده بود. دناتوراسیون اولیه در دمای ۹۵ درجه سانتی گراد و به مدت ۱۵ دقیقه انجام گردید. در ادامه ۴۰ چرخه تکثیر شامل دناتوراسیون در دمای ۹۰ درجه به مدت ۲۰ ثانیه و اتصال و طولیل سازی در دمای ۶۰ درجه به مدت ۴۰ ثانیه انجام شد. در نهایت بررسی منحنی ذوب در دمای ۶۰ تا ۹۵ درجه سانتی گراد انجام شد. کمی سازی نسبی بیان ژن‌ها با استفاده از روش $2^{-\Delta\Delta CT}$ انجام گردید (۲۲،۹). در این پژوهش بر اساس مطالعات قبلی از ژن GAPDH به عنوان ژن کنترل داخلی استفاده شد. طراحی پرایمر با توجه به توالی ژن‌های انسانی و با استفاده از ابزار Primer BLAST و سایت NCBI انجام گردید. ویژگی‌های پرایمرها در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱: توالی و ویژگی‌های پرایمرهای مورد استفاده

ژن	پرایمر	توالی	اندازه محصول
GAPDH	رو به جلو	ACACCACTCTCCACCTTTG	۱۱۲ جفت باز
	رو به عقب	TCCACCACCTGTTGCTGTAG	
CLU	رو به جلو	TGCGGATGAAGGACCAGTGTGA	۱۳۴ جفت باز
	رو به عقب	TTTCTGGTCAACCTCTCAGCG	

داده کاوی (Data Mining) بیوانفورماتیکی بیان ژن: به منظور بررسی بیش تر تغییرات بیان ژن CLU در نمونه‌های سالم و سرطانی از دو پایگاه داده بیوانفورماتیکی دیگر استفاده شد. در ابتدا خوانش‌های توالی یابی مربوط به ۸۰ جفت نمونه آدنوکارسینوم معده و بافت سالم مجاور آن از پایگاه داده Gene Expression Omnibus (GEO) بازیابی گردید (۲۴،۲۳). پس از مراحل کنترل کیفی داده‌ها و حذف خوانش‌های بی کیفیت پایین، از

نرم‌افزار Hisat2 جهت مکان‌یابی این خوانش‌ها بر روی ژنوم مرجع استفاده شد (۲۵). جهت تخمین دقیق‌تر میزان بیان ژن، خوانش‌های دوتایی با استفاده از نرم‌افزار MarkDuplicate حذف شدند (۲۶). در نهایت میزان بیان ژن CLU در هر کدام از نمونه‌ها بر حسب تعداد نسخه در هر میلیون خوانش (TPM; Transcript Per Million) محاسبه گردید. جهت بررسی همبستگی بیان ژن CLU با دیگر ژن‌ها، ارتباط بیان این ژن در ۱۶۰ نمونه با سایر ژن‌ها بررسی شد. در نهایت ۶ ژن با بیش‌ترین میزان همبستگی مثبت گزارش شد. هم‌چنین میزان بیان ژن CLU در ۳۵ بافت سالم معده و ۳۶۱ بافت سرطانی معده از پایگاه داده TCGA بازیابی گردید (۲۷) و میزان بیان این ژن در مراحل مختلف سرطان مورد بررسی قرار گرفت.

آنالیز مدت زمان بقا

با توجه به گذشت مدت زمان محدود از نمونه‌گیری‌های بالینی، امکان انجام آنالیزهای بقا بر روی این بیماران وجود نداشت. به همین منظور اطلاعات میزان بیان ژن CLU و مدت زمان بقا بیماران مبتلا به سرطان معده مربوط به مطالعات GSE29272، GSE15459، GSE14210، GSE51105 و GSE22377 از پایگاه داده کاپلان-مایر دریافت گردید (۲۸) و بر اساس این اطلاعات منحنی‌های مختلف مدت زمان بقا برای بیماران رسم شد. این مطالعات در مجموع شامل اطلاعات بیان ژن و مدت زمان بقا ۵۹۲ بیمار مبتلا به سرطان معده می‌باشند. این بیماران براساس میانه بیان ژن CLU در دو گروه بیان بالا و بیان پایین تقسیم‌بندی شده و مدت زمان بقا آن‌ها سنجیده و مقایسه شد. بررسی بیان ژن در بین سرطان‌ها (Pan-cancer): به منظور بررسی تغییرات بیان ژن CLU در سرطان‌های مختلف داده‌های مربوط به اطلس ژنوم سرطان (TCGA) بازیابی گردید. سرطان‌هایی که تعداد نمونه آن‌ها در هر کدام از گروه‌های سالم و سرطانی کم‌تر از ۱۰ نمونه بود از آنالیز کنار گذاشته شد. در نهایت تغییرات بیان ژن CLU در کارسینوم

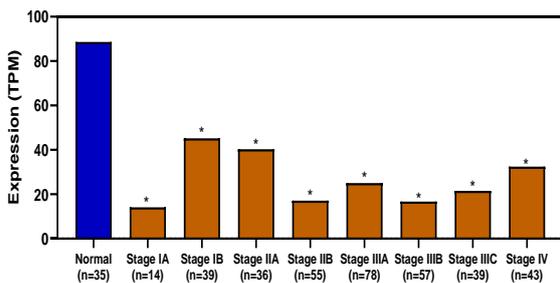
اوروتلیال مثانه (BLCA)، کارسینوم تهاجمی پستان (BRCA)، آدنوکارسینوم کولون (COAD)، کارسینوم مری (ESCA)، کارسینوم سلول اسکواموس سر و گردن (HNSC)، کارسینوم سلول کروموفوب کلیه (KICH)، کارسینوم سلول رنال کلیه (KIRC)، کارسینوم سلول پاپیلاری کلیه (KIRP)، کارسینوم هیپاتوسلولار کبد (LIHC)، آدنوکارسینوم ریه (LUAD)، کارسینوم سلول اسکواموس ریه (LUSC)، آدنوکارسینوم پروستات (PRAD)، آدنوکارسینوم رکتال (READ)، کارسینوم تیروئید (THCA)، آدنوکارسینوم معده (STAD) و کارسینوم اندومتريال رحم (UCEC) بررسی شد (۲۹).

آنالیز آماری

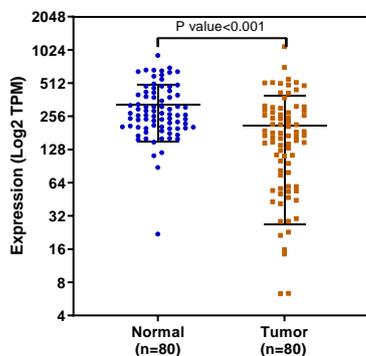
جهت بررسی آماری داده‌ها از نرم‌افزار GraphPad Prism نسخه ۸ استفاده شد. برای تعیین معنی‌دار بودن تغییرات بیان ژن از آزمون آماری T جفت شده برای نمونه‌های توموری و سالم به دست آمده از یک بیمار و از آزمون آماری T جفت نشده برای نمونه‌های توموری و سالم بیماران مختلف استفاده گردید. برای بررسی ارتباط میزان بیان ژن CLU با ویژگی‌های دموگرافیک و پاتولوژیکی بیماران از آزمون Chi-Square استفاده شد. ارتباط بین بیان ژن و تعداد نسخه آن با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون آنالیز شد. هم‌چنین برای تعیین معنی‌دار بودن تفاوت مدت زمان بقا در بیماران با بیان بالا و پایین ژن CLU از آزمون Mantel-Cox استفاده گردید. در تمامی موارد $P < 0.05$ به عنوان معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه بیان ژن CLU در نمونه‌های تومور و نرمال ۵۰ بیمار مبتلا به آدنوکارسینوم معده بررسی گردید. در بین بیماران ۳۲ مرد و ۱۸ زن حضور داشتند و میانگین سنی آن‌ها ۶۳ سال بود. بررسی بیان ژن CLU نشان داد میزان بیان این ژن در نمونه‌های تومور برابر



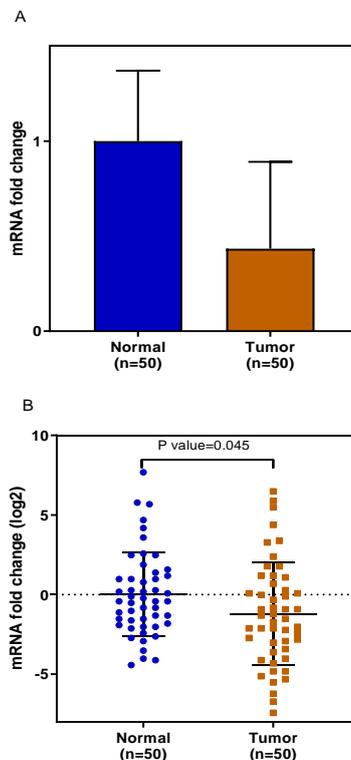
نمودار شماره ۲: بیان ژن CLU در مراحل مختلف سرطان معده. بیان این ژن در تمامی مراحل سرطان معده نسبت به بافت حاشیه تومور کاهش معنی داری نشان می دهد (*: نشان دهنده $P < 0.001$).



نمودار شماره ۳: بیان ژن CLU در بافت های سالم و سرطانی یک کوهورت با ۸۰ بیمار مبتلا به سرطان معده. بیان این ژن در ۸۰ جفت نمونه تومور و حاشیه تومور از بیماران پایگاه داده GEO کاهش نشان می دهد که از لحاظ آماری نیز معنی دار می باشد.

در ادامه به منظور بررسی تغییرات بیان این ژن در سرطان های مختلف، بیان این ژن در چندین سرطان بررسی شد. همان طور که در نمودار شماره ۴ مشاهده می شود، نتایج این بررسی ها نشان داد در اکثر سرطان های بررسی شده شامل کارسینوم اوروتلیال مثانه، کارسینوم تهاجمی پستان، آدنوکارسینوم کولون، کارسینوم مری، کارسینوم سلول سنگ فرشی سر و گردن، کارسینوم سلول کروموفوب کلیه، کارسینوم سلول رنال کلیه، کارسینوم سلول پایپلاری کلیه، کارسینوم هپاتوسلولار کبد، آدنوکارسینوم ریه، کارسینوم سلول سنگ فرشی ریه، آدنوکارسینوم پروستات، آدنوکارسینوم رکتال، کارسینوم تیروئید، آدنوکارسینوم معده و کارسینوم اندومترال

با ۰/۴۶ نمونه های حاشیه تومور می باشد. این میزان کاهش در بیان ژن از نظر آماری معنی دار ($P = 0.045$) بود (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱: بیان ژن CLU در نمونه های بالینی بیماران مبتلا به سرطان معده. میزان بیان این ژن در نمونه های تومور برابر با ۰/۴۶ نمونه های حاشیه تومور می باشد (A)، این میزان کاهش بیان از لحاظ آماری معنی دار می باشد (B).

در ادامه برای بررسی بیان این ژن از دیتای های دو کوهورت دیگر استفاده گردید. نتایج آنالیزها نشان دادند که بیان این ژن در نمونه های توموری بیماران نسبت به نمونه های نرمال پایین تر بوده و در تمامی مراحل بیماری سرطان معده نسبت به بافت مجاور تومور کاهش معنی داری دارد (نمودار شماره ۲).

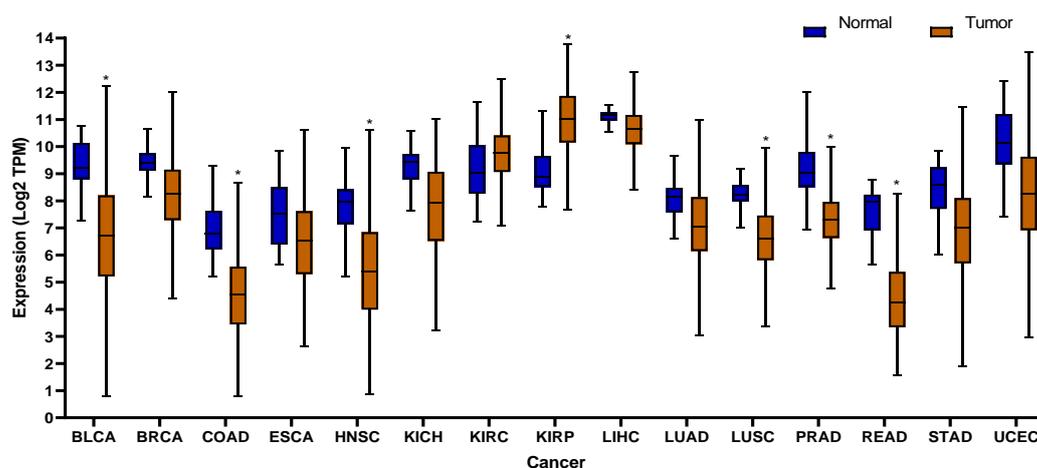
هم چنین بیان ژن CLU در بافت های سالم و سرطانی یک کوهورت با ۸۰ بیمار از بیماران پایگاه داده GEO کاهش معنی داری ($P < 0.001$) را در میزان بیان این ژن در بافت توموری نسبت به بافت حاشیه ای نشان داد (نمودار شماره ۳).

چه ژن‌های دیگری الگوی بیان مشترک دارد از آنالیز هم-بیانی استفاده گردید. نتایج مطالعه ما نشان داد بیش‌ترین همبستگی مثبت بیان در بین ۸۰ جفت نمونه بررسی شده با ژن MEIS2 و با ضریب همبستگی $r=0.168$ وجود دارد. بعد از ژن MEIS2، ژن‌های CPE و EPHX1، RIA2، SCARA3، ZNF690-AS1 به ترتیب بیش‌ترین همبستگی مثبت بیان را با ژن CLU نشان دادند (نمودار شماره ۶).

ارتباط میان ویژگی‌های کلینوپاتولوژیکی بیماران با میزان بیان ژن CLU بررسی گردید. برای این کار نمونه‌های توموری بیماران بر اساس میانگین بیان این ژن در دو گروه بیان بالا و بیان پایین تقسیم بندی شدند. سپس ارتباط بین متغیرهای مختلف و میزان بیان سنجیده شد. بر این اساس ۱۷ بیمار در گروه بیان بالا و ۳۳ بیمار در گروه بیان پایین قرار گرفتند. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، ارتباط معنی‌داری بین میزان بیان این ژن و متغیرهای دموگرافیک شامل سن، جنس، مصرف سیگار و الکل و مواد مخدر، محل اولیه تومور، متاستاز، سطح تمایز تومور و اندازه اولیه تومور دیده نشد (جدول شماره ۱).

رحم، ژن CLU به صورت کاهشی تنظیم می‌گردد. تنها مورد استثناء مربوط به کارسینوم سلول رنال کلیه (KIRC) و کارسینوم سلول پایلاری کلیه (KIRP) بود که بیان این ژن به صورت افزایشی تنظیم شده بود، در بقیه سرطان‌های مورد بررسی به صورت کاهشی تنظیم می‌شود.

با استفاده از آنالیز منحنی بقاء ارتباط میان بیان ژن CLU و پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سرطان معده بررسی گردید. بدین منظور بیماران در دو گروه بیان بالا و بیان پایین ژن تقسیم‌بندی شدند و مدت زمان بقاء آن‌ها بررسی گردید. همان‌طور که در نمودار شماره ۵ مشاهده می‌شود، اختلاف معنی‌داری در مدت زمان بقاء بین بیمارانی که بیان بالای ژن CLU داشته‌اند با آن‌هایی که بیان پایین‌تر این ژن را داشته‌اند، مشاهده می‌شود. بیان پایین‌تر این ژن همراه با کاهش مدت زمان بقاء بیماران بود به طوری که مطالعه ما نشان داد که میانگین مدت زمان بقاء برای بیماران مبتلا به سرطان معده که بیان بالای این ژن را دارند برابر با ۲۸ ماه و در طرف مقابل برای بیمارانی که بیان پایین این ژن را دارند برابر با ۱۶/۸ ماه می‌باشد. به منظور اطلاع در مورد این که ژن CLU با



تصویر شماره ۴: تغییرات بیان ژن CLU در سرطان‌های مختلف نسبت به بافت‌های سالم. میزان بیان این ژن به غیر از کارسینوم سلول رنال کلیه (KIRC) و کارسینوم سلول پایلاری کلیه (KIRP)، در بقیه سرطان‌های مورد بررسی به صورت کاهشی تنظیم می‌شود (* نشان دهنده $P < 0.05$).

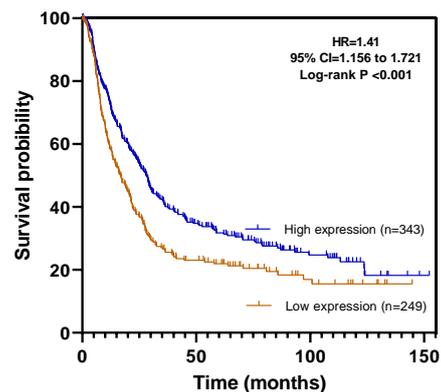
جدول شماره ۲: همبستگی میزان بیان ژن CLU با متغیرهای دموگرافیک و پاتولوژیکی بیماران

متغیر	بیان CLU		سطح معنی داری	
	پایین	بالا		
سن	بالای ۶۳ سال	۸	۱۸	۰/۶۱۵۷
	زیر ۶۳ سال	۹	۱۵	
جنس	مرد	۱۲	۲۰	۰/۴۸۶۱
	زن	۵	۱۳	
استعمال سیگار	ندارد	۱۰	۲۶	۰/۱۳۶۴
	دارد	۷	۷	
استعمال الکل	ندارد	۱۵	۳۱	۰/۴۸۱۳
	دارد	۲	۲	
استعمال مواد مخدر	ندارد	۱۶	۲۷	۰/۲۳۵۱
	دارد	۱	۶	
مناساز	ندارد	۱۰	۲۵	۰/۲۱۵۸
	دارد	۷	۸	
محل تومور اولیه	آنترم	۶	۱۰	۰/۸۰۶۰
	بدنه معده	۵	۱۱	
سطح تمایز	کار دیا	۴	۸	۰/۱۹۵۸
	فوندوس	۲	۴	
اندازه تومور اولیه	خوب	۰	۶	۰/۱۹۵۸
	متوسط	۳	۸	
پیش تر از ۵/۸ سانتی متر	ضعیف	۶	۱۰	۰/۶۱۵۷
	بدون تمایز	۸	۹	
کم تر از ۵/۸ سانتی متر	ندارد	۷	۱۰	۰/۶۱۵۷
	دارد	۱	۶	

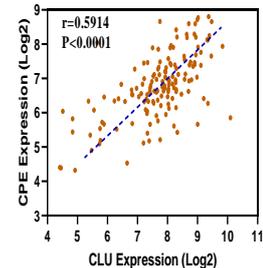
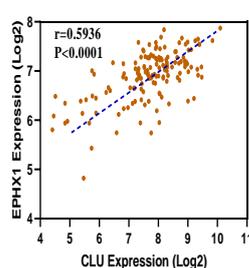
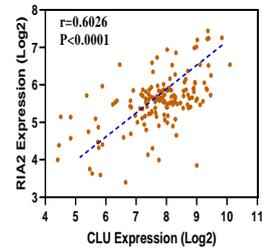
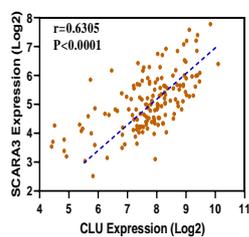
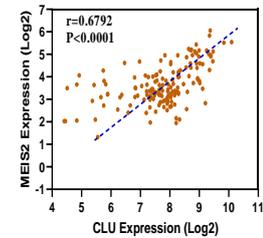
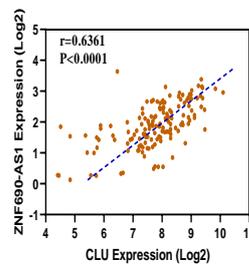
بحث

پروتئین کلاسترین یک گلیکوپروتئین هترودیمر است که به شکل ایزوفرم‌های هسته‌ای (nCLU) و ترشحی (sCLU) وجود دارد و به ترتیب نقش مهمی در پیشروی آپوپتوز و بقای سلول ایفا می‌کند (۳۰). CLU به‌عنوان نشانگر زیستی بالقوه برای مرگ سلولی، بدخیمی، پیشرفت سرطان و مقاومت دارویی در نظر گرفته می‌شود (۳۱) و نقش آن در سرطان‌زایی و تهاجم تومور مشاهده شده است (۳۲، ۳۳).

در حالی که مطالعات متعدد در سرطان‌های مختلف ارتباط بین سطح بیان کلاسترین و پیش‌آگهی تومور را نشان می‌دهد (۳۴)، نتایج متناقضی در زمینه تغییرات بیانی CLU و پیش‌آگهی بیماری در سرطان معده وجود دارد، این مطالعه تغییرات بیانی و پیش‌آگهی بیماری را بر روی



تصویر شماره ۵: احتمال بقای بیماران مبتلا به سرطان معده در دو گروه بیان بالا و پایین ژن CLU. بقای کلی بیماران با بیان بالای ژن CLU نسبت به بیماران با بیان پایین این ژن، به‌طور معنی‌داری بالاتر می‌باشد.



تصویر شماره ۶: همبستگی مثبت بیان ژن CLU با ژن‌های دیگر. ژن‌های MEIS2، ZNF690-AS1، SCARA3، RIA2، EPHX1 و CPE به ترتیب بیشترین همبستگی مثبت بیان را با ژن CLU نشان دادند.

۵۰ بافت و حاشیه تومور مورد مطالعه قرار داد، ۶ ژن که با CLU همبستگی بالایی داشتند شناسایی شد. با استفاده از پایگاه داده کاپلان مایر، این تحقیق نشان داد که کاهش بیان CLU با کاهش نرخ بقای بیماران مرتبط است. داده‌های TCGA نشان داد بیان ژن CLU در نمونه‌های تومور بیماران در مقایسه با نمونه‌های نرمال کم‌تر بود. علاوه بر این، تجزیه و تحلیل بیان ژن CLU در بافت‌های سالم و سرطانی یک کوهورت دیگر نشان داد، کاهش قابل توجهی در بیان ژن در بافت تومور در مقایسه با بافت حاشیه‌ای مجاور وجود دارد.

در یک مطالعه تغییرات بیان ژن CLU را در چندین سرطان مختلف بررسی کردند و نتایج آنها نشان داد که بیان ژن CLU به صورت کاهشی، تنظیم می‌گردد (۳۴)، که این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعه ما بود. در مطالعه‌ای دیگر کاهش قابل توجه در بیان رونوشت‌های CLU ترشحی (sCLU) در رده‌های سلولی سرطان دهان و تومور در مقایسه با سلول‌های طبیعی مشاهده شد، در حالی که رونوشت‌های CLU هسته‌ای (nCLU) قابل تشخیص نبودند (۳۵). نتایج مطالعات Fu و همکاران در سال ۲۰۲۲ نشان داد که کاهش بیان کلاسترین در بدخیمی‌ها با پیش‌آگهی بقای کلی ضعیف‌تر در افراد مبتلا به تومورهای متعدد مرتبط بود. علاوه بر این، تقریباً در همه بدخیمی‌ها حذف در ژن کلاسترین دیده شد (۳۴) و با تحقیقات ما که نشان داد بین کاهش بیان ژن و کاهش مدت بقای بیماران ارتباط وجود دارد همسو بود. بیماران مبتلا به سرطان معده با بیان بالای این ژن، میانگین زمان بقای ۲۸ ماهه داشتند، در حالی که افراد با بیان پایین ژن، میانگین زمان بقای کوتاه‌تری ۱۶/۸ ماه داشتند. یک مطالعه اخیر، اهمیت پیش‌بینی‌کننده CLU را در افراد مبتلا به سرطان ریه سلول غیرکوچک (NSCLC) در مراحل اولیه که برداشتن ریه داشتند، مورد بررسی قرار داد. یافته آنها نشان داد که سطوح افزایش یافته CLU در بافت ریه با پیش‌آگهی بهتر در سه سال پس از جراحی همراه بود. مطالعه Panico و همکاران نشان داد کاهش بیان CLU

در سرطان ریه با پیشروی بدخیمی همراه می‌باشد (۳۶). هم‌چنین CLU در حین پیشروی سرطان پروستات کاهش می‌یابد. نقش اپی‌ژنتیک در کنترل CLU در سرطان پروستات مشخص بود. مراحل اولیه تبدیل سلول‌های پروستات شامل سرکوب CLU از طریق بازسازی کروماتین می‌باشد (۳۷). علی‌رغم مطالعات بالا، در مطالعه دیگر که بر روی کارسینوم سلول کبد انجام شد، نشان داده شد که کاهش sCLU به‌طور قابل توجهی میزان تهاجم را کاهش می‌دهد در حالی که بیان بیش از حد sCLU به‌طور قابل توجهی تعداد سلول‌های مهاجم را از طریق واسطه سطح بیان MMP-2 و E-cadherin در سلول‌های Bel-7402 و SMMC-7721 افزایش می‌دهد، هم‌چنین نشان داده شد بیان بیش از حد sCLU به‌طور قابل توجهی بیان p-AKT و MMP-2 را تقویت می‌کند. هدف قرار دادن sCLU ممکن است یک استراتژی درمانی جدید در برابر تهاجم و مهاجرت در سرطان‌ها باشد (۳۸).

نتایج یک مطالعه بالینی نشان داد که بیان بیش از حد sCLU به‌طور قابل توجهی با متاستاز به غدد لنفاوی، تهاجم تومور و مرحله TNM مرتبط است و نقش انکوژنی آن می‌تواند با ناهنجاری‌های p53 مرتبط باشد (۳۹). بیان افزایش یافته sCLU با پیش‌آگهی نامطلوب در کارسینوم سلول کلیوی (۴۰)، سرطان کولورکتال (۴۱)، سرطان دهانه رحم (۴۲) و کارسینوم سلول کبدی (۴۳) مرتبط است.

برخلاف مطالعه حاضر مشخص شده است که کلاسترین در چندین سرطان انسانی مانند سرطان پروستات، سینه و کارسینوم سلول سنگفرشی بیش از حد بیان می‌شود. سرکوب بیان کلاسترین در این سرطان‌ها، سلول‌های سرطانی انسان را به آپوپتوز با واسطه داروی شیمی‌درمانی حساس می‌کند. افزایش غلظت کلاسترین در سرطان‌های انسانی ممکن است با ایجاد اختلال در فعالیت‌های پروآپوپتوز Bax، تبدیل انکوژنیک و پیشرفت تومور را تسهیل کند (۴۴). بیان CLU همبستگی مثبتی را با نفوذ سلول‌های ایمنی در سرطان‌های مختلف مانند PRAD و LGG، HNSC، CESC، BLCA نشان

می دهد. در زیر گروه پرخطر C3 سرطان پروستات، مشاهده شد که CLU در سطح پایین تری بیان می شود. این زیر گروه به طور قابل توجهی نفوذ سلول های CD8، مونوسیت ها، سلول های دندریتیک در حال استراحت، سلول های دندریتیک فعال و ماست سل های فعال را کاهش داد. این مشاهدات نشان می دهد که CLU ممکن است نفوذ سلول های ایمنی را از طریق مکانیسم های خاصی تحت تاثیر قرار دهد. Fu و همکاران پیشنهاد کردند که CLU به طور بالقوه می تواند با تعدیل نفوذ سلول های ایمنی در ریزمحیط تومور بر بقای بیمار تاثیر بگذارد که نیاز به تحقیقات بیش تری دارد (۳۴). در حالی که در مطالعه دیگر نشان داده شد که بیان بیش از حد sCLU با بقای کوتاه تر بیمار در مرحله آخر سرطان معده مرتبط می باشد (۳۹) که نتایج این مطالعات بر خلاف مطالعه ما بود.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی داری بین سطح بیان ژن و عوامل دموگرافیک، شامل سن، جنسیت، مصرف سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر، محل تومور اولیه، متاستاز، سطح تمایز تومور و اندازه اولیه تومور یافت نشد. از نظر تحلیل همبستگی، بیش ترین ضریب همبستگی بین ژن CLU و ژن MEIS2 مشاهده شد. بعد از MEIS2، ژن های EPHX1، RIA2، SCARA3، ZNF690-AS1 و CPE بالاترین همبستگی مثبت را در بیان با ژن CLU نشان دادند.

مکانیسم مولکولی که بوسیله آن CLU در سرطان معده نقش دارد، شناخته شده نیست. اما مشخص شده است که پروتئین کیناز D3 (Protein kinase D3) به عنوان تنظیم کننده کلیدی CLU در سرطان پستان منفی سه گانه در ترویج رشد تومور می باشد (۴۵). هم چنین

مشخص شده است که در کارسینوم کبدی، sCLU با سرکوب فعالیت Gadd45a مانع آپوپتوز میتوکندری می شود. Gadd45a معمولاً به عنوان یک تنظیم کننده منفی عملکردهای آپوپتوز AKT عمل می کند. این مهار منجر به فعال شدن مسیر PI3K/AKT می شود و متعاقباً منجر به افزایش بیان پروتئین آپوپتوز سلول B لنفوم-۲ (Bcl-2) می شود (۴۶).

مطالعه ما ارتباط بین تغییرات خاص در بیان ژن CLU و پیامدهای پیش آگهی در بیماران مبتلا به سرطان معده را نشان می دهد. سطوح بیان ژن CLU به عنوان نشانگر زیستی برای ارزیابی شدت و پیشرفت سرطان معده می باشد. این یافته ها پیامدهایی برای پزشکی شخصی سازی شده دارند که نشان دهنده امکان توسعه استراتژی های درمانی مناسب براساس پروفایل های ژنتیکی منحصر به فرد بیماران است. با این حال، مهم است که محدودیت های مطالعه، مانند نیاز به گروه های بیماران بزرگ تر و متنوع تر برای تأیید یافته های موجود را بپذیریم. علاوه بر این، مکانیسم های مولکولی که از طریق آن بیان ژن CLU بر پیش آگهی سرطان معده تاثیر می گذارد، نیاز به کاوش بیش تر دارد. علی رغم این محدودیت ها، مطالعات ما پایه ای برای تحقیقات آینده ایجاد می کند و بر ارتباط بالینی بالقوه هدف یابی بیان ژن CLU در مدیریت سرطان معده تأکید می کند.

سپاسگزاری

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارتش جهت حمایت مالی از این تحقیق تقدیر و تشکر می گردد.

References

1. Lott PC, Carvajal-Carmona LG. Resolving gastric cancer aetiology: an update in genetic predisposition. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018; 3(12): 874-883 PMID: 30507471.
2. Eftang LL, Esbensen Y, Tannæs TM, Blom GP, Bukholm IR, Bukholm G. Up-regulation of CLDN1 in gastric cancer is correlated with reduced survival. *BMC Cancer* 2013; 13(1): 586 PMID: 24321518.

3. Babaei M, Pourfarzi F, Yazdanbod A, Chiniforush MM, Derakhshan MH, Mousavi SM, et al. Gastric cancer in Ardabil, Iran--a review and update on cancer registry data. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010; 11(3): 595-599. PMID: 21039022.
4. Machlowska J, Baj J, Sitarz M, Maciejewski R, Sitarz R. Gastric cancer: epidemiology, risk factors, classification, genomic characteristics and treatment strategies. *Int J Mol Sci* 2020; 21(11): 4012 PMID: 32512697.
5. Van Cutsem E, Sagaert X, Topal B, Haustermans K, Prenen H. Gastric Cancer *Lancet* 2016; 388(10060): 2654-2664. PMID: 27156933.
6. The Cancer Genome Atlas Research Network. Comprehensive molecular characterization of gastric adenocarcinoma. *Nature* 2014; 513(7517): 202-209.
7. Jiang HB, Yang TJ, Lu P, Ma YJ. Gene expression profiling of gastric cancer. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2014;18(15):2109-2115. PMID: 25070814.
8. Behroozi J, Shahbazi S, Bakhtiarzadeh MR, Mahmoodzadeh H. Genome-wide characterization of RNA editing sites in primary gastric Adenocarcinoma through RNA-Seq data analysis. *Int J Genomics* 2020; 2020: 6493963. PMID: 33415135.
9. Esmaeili H, Nasrollahzadeh Sabet M, Mosaed R, Chamanara M, Hadi S, Hazrati E, et al. Oleanolic acid increases the anticancer potency of doxorubicin in pancreatic cancer cells. *J Biochem Mol Toxicol* 2023; 37(10): e23426. PMID: 37345903.
10. Hahn VS, Knutsdottir H, Luo X, Bedi K, Margulies KB, Haldar SM, et al. Myocardial gene expression signatures in human heart failure with preserved ejection fraction. *Circulation* 2021; 143(2): 120-134 PMID: 33118835.
11. Marselli L, Piron A, Suleiman M, Colli ML, Yi X, Khamis A, et al. Persistent or transient human β cell dysfunction induced by metabolic stress: specific signatures and shared gene expression with type 2 diabetes. *Cell Rep* 2020; 33(9): 108466. PMID: 33264613.
12. Ehtesham N, Habibi Kavashkohie MR, Mazhari SA, Azhdari S, Ranjbar H, Mosallaei M, et al. DNA methylation alterations in systemic lupus erythematosus: A systematic review of case-control studies. *Lupus* 2023; 32(3): 363-379.
13. Moaveni AK, Amiri M, Shademan B, Farhadi A, Behroozi J, Nourazarian A. Advances and challenges in gene therapy strategies for pediatric cancer: a comprehensive update. *Front Mol Biosci* 2024; 11: 1382190.
14. Marimuthu A, Jacob HK, Jakharia A, Subbannayya Y, Keerthikumar S, Kashyap MK, et al. Gene expression profiling of gastric cancer. *J Proteomics Bioinform* 2011; 4(4): 74-82. PMID: 27030788 .
15. Zeng D, Zhou R, Yu Y, Luo Y, Zhang J, Sun H, et al. Gene expression profiles for a prognostic immunoscore in gastric cancer. *Br J Surg* 2018; 105(10): 1338-1348. PMID: 29691839.
16. Izumi D, Gao F, Toden S, Sonohara F, Kanda M, Ishimoto T, et al. A genomewide transcriptomic approach identifies a novel gene expression signature for the detection of lymph node metastasis in patients with early stage gastric cancer. *EBioMedicine* 2019; 41: 268-275. PMID: 30772302 .
17. Garcia-Aranda M, Serrano A, Redondo M. Regulation of clusterin gene expression. *Curr Protein Pept Sci* 2018; 19(6): 612-622. PMID: 28925903.
18. Koltai T. Clusterin: a key player in cancer chemoresistance and its inhibition. *Onco Targets Ther* 2014; 7: 447-456.

19. Oh SB, Kim MS, Park S, Son H, Kim SY, Kim MS, et al. Clusterin contributes to early stage of Alzheimer's disease pathogenesis. *Brain Pathol* 2019; 29(2): 217-231. PMID: 30295351.
20. Guitart K, Loers G, Buck F, Bork U, Schachner M, Kleene R. Improvement of neuronal cell survival by astrocyte-derived exosomes under hypoxic and ischemic conditions depends on prion protein. *Glia* 2016; 64(6): 896-910. PMID: 26992135.
21. Yan J, Yang Q, Huang Q. Metastasis suppressor genes. *Histol Histopathol* 2013; 28(3): 285-292. PMID: 23348381.
22. Jadid MFS, Jahangirzadehd G, Behroozi J. Anti-proliferation effects of Apatinib in combination with Curcumin in breast cancer cells. *Horm Mol Biol Clin Investig* 2022; 44(1): 27-32. PMID: 36056785 .
23. Clough E, Barrett T. The gene expression omnibus database. *Methods Mol Biol* 2016; 1418: 93-110. PMID: 27008011.
24. Heiat M, Rezaei E, Gharechahi J, Abbasi M, Behroozi J, Abyazi MA, et al. Knockdown of SIX4 inhibits pancreatic cancer cells via apoptosis induction. *Medical Oncology* 2023; 40(10): 287.
25. Kim D, Langmead B, Salzberg SL. HISAT: a fast spliced aligner with low memory requirements. *Nature Methods* 2015; 12(4): 357-360.
26. Ebbert MT, Wadsworth ME, Staley LA, Hoyt KL, Pickett B, Miller J, et al. Evaluating the necessity of PCR duplicate removal from next-generation sequencing data and a comparison of approaches. *BMC Bioinformatics* 2016; 17(7): 239.
27. Tomczak K, Czerwińska P, Wiznerowicz M. The Cancer Genome Atlas (TCGA): an immeasurable source of knowledge. *Contemp Oncol* 2015; 19(1A): A68-A77. PMID: 25691825.
28. Szász AM, Lánckzy A, Nagy Á, Förster S, Hark K, Green JE, et al. Cross-validation of survival associated biomarkers in gastric cancer using transcriptomic data of 1,065 patients. *Oncotarget* 2016; 7(31): 49322-49333.
29. Chandrashekar DS, Karthikeyan SK, Korla PK, Patel H, Shovon AR, Athar M, et al. UALCAN: An update to the integrated cancer data analysis platform. *Neoplasia* 2022; 25: 18-27.
30. Praharaj PP, Patra S, Panigrahi DP, Patra SK, Bhutia SK. Clusterin as modulator of carcinogenesis: A potential avenue for targeted cancer therapy. *Biochim Biophys Acta Rev Cancer* 2021; 1875(2): 188500. PMID: 33385484.
31. Das L, Shekhar S, Chandrani P, Varma AK. In silico structural analysis of secretory clusterin to assess pathogenicity of mutations identified in the evolutionarily conserved regions. *J Biomol Struct Dyn* 2023; 41(2): 469-478.
32. Tian Y, Wang C, Chen S, Liu J, Fu Y, Luo Y. Extracellular Hsp90 α and clusterin synergistically promote breast cancer epithelial-to-mesenchymal transition and metastasis via LRP1. *J Cell Sci* 2019; 132(15): jcs228213. PMID: 31273033 .
33. Mitsufuji S, Iwagami Y, Kobayashi S, Sasaki K, Yamada D, Tomimaru Y, et al. Inhibition of Clusterin represses proliferation by inducing cellular senescence in pancreatic cancer. *Ann Surg Oncol* 2022; 29(8): 4937-4946.
34. Fu Y, Du Q, Cui T, Lu Y, Niu G. A pan-cancer analysis reveals role of clusterin (CLU) in carcinogenesis and prognosis of human tumors. *Front Genet* 2022; 13: 1056184.
35. Kadam R, Harish M, Dalvi K, Teni T. Novel nucleolar localization of clusterin and its associated functions in human oral cancers:

- An in vitro and in silico analysis. *Cell Biochem Funct* 2021; 39(3): 380-391. PMID: 33155695.
36. Panico F, Rizzi F, Fabbri L, Bettuzzi S, Luppi F. Clusterin (CLU) and lung cancer. *Adv Cancer Res* 2009; 105: 63-76. PMID: 19879423.
37. Rizzi F, Bettuzzi S. Clusterin (CLU) and prostate cancer. *Adv Cancer Res* 2009; 105: 1-19. PMID: 19879420.
38. Zhong J, Yu X, Dong X, Lu H, Zhou W, Li L, et al. Therapeutic role of meloxicam targeting secretory clusterin-mediated invasion in hepatocellular carcinoma cells. *Oncol Lett* 2018; 15(5): 7191-7199. PMID: 29731881 .
39. Bi J, Guo A, Lai Y, Li B, Zhong J, Wu H, et al. Overexpression of clusterin correlates with tumor progression, metastasis in gastric cancer: a study on tissue microarrays. *Neoplasma* 2010; 57(3): 191-197. PMID: 20353268.
40. Liu Y, Men C, Xu Y, Zhao K, Luo L, Dong D, et al. Clusterin promotes growth and invasion of clear cell renal carcinoma cell by upregulation of S100A4 expression. *Cancer Biomark* 2018; 21(4): 915-923. PMID: 29400663.
41. Hlavca S, Chan WH, Engel RM, Abud HE. Clusterin: a marker and mediator of chemoresistance in colorectal cancer. *Cancer Metastasis Rev* 2024; 43(1): 379-391. PMID: 38319453.
42. Watari H, Ohta Y, Hassan MK, Xiong Y, Tanaka S, Sakuragi N. Clusterin expression predicts survival of invasive cervical cancer patients treated with radical hysterectomy and systematic lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 2008; 108(3): 527-532.
43. Xiu P, Dong XF, Li XP, Li J. Clusterin: Review of research progress and looking ahead to direction in hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol* 2015; 21(27): 8262-8270.
44. Zhang H, Kim JK, Edwards CA, Xu Z, Taichman R, Wang CY. Clusterin inhibits apoptosis by interacting with activated Bax. *Nat Cell Biol* 2005; 7(9): 909-915. PMID: 16113678 .
45. Liu Y, Zhou Y, Ma X, Chen L. Inhibition lysosomal degradation of clusterin by protein kinase D3 promotes triple- negative breast cancer tumor growth. *Adv Sci* 2021; 8(4): 2003205.
46. Wang X, Zou F, Zhong J, Yue L, Wang F, Wei H, et al. Secretory clusterin mediates oxaliplatin resistance via the Gadd45a/PI3K/Akt signaling pathway in hepatocellular carcinoma. *J Cancer* 2018; 9(8): 1403-1413.