

ابعاد اخلاقی در جهت توسعه کاربردی ژن درمانی

مونا ذوالفقار^۱ و طاهره ناجی^{۲*}

۱. دانشجوی ارشد زیست‌شناسی سلولی و ملکولی، دانشکده علوم و فناوری‌های نوین، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم‌دارویی.

۲. استادیار، گروه زیست‌شناسی سلولی و ملکولی دانشکده علوم و فناوری‌های نوین، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم‌دارویی.

tnaji2002@gmail.com

چکیده

امروزه ژن‌درمانی در راستای بهبود سلامت انسان و درمان بیماری‌هایی که بیماری آنها در اثر نقص کارکرد ژنی است با سرعت و دقت فوق‌العاده‌ای به کمک روش‌های پیچیده ملکولی و در عین حال خارق‌العاده وارد شده است و راه‌های جدیدی را برای درمان بیماری‌های گشوده است که در گذشته امیدی برای بهبود آنها وجود نداشت. در ژن‌درمانی ابتدا ژن سالم را از افراد سالم جداسازی می‌کنند سپس ژن جداشده را تکثیر و در مرحله‌ی بعد به وسیله یک حامل به سلول‌های بافت موردنظر بیمار انتقال می‌دهند که این حامل‌ها می‌توانند ویروسی یا غیر ویروسی باشند، آنگاه در درون سلول‌های بافتی که حامل وارد می‌شود، ژن سالم می‌تواند با کارکرد طبیعی خود نقص موردنظر را برطرف کند، اما در حال حاضر به دلیل مشکلات خاص موجود، ژن‌درمانی نتوانسته کاربرد و جایگاه واقعی خود را به عنوان یک روش درمانی مناسب پیدا کند. در این مقاله تلاش شده است که با تأکید بر اهمیت ژن‌درمانی در راستای بهبود سلامت انسان، به خطرات ناشی از آن پرداخته شود و با در نظر گرفتن ابعاد اخلاقی، در جهت توسعه کاربردی آن صحبت شود.

واژه‌های کلیدی: ژن‌درمانی، حامل‌های ویروسی، حامل‌های غیر ویروسی، خطرات ژن‌درمانی، ابعاد اخلاقی.

ژن درمانی:

ژن درمانی توسط کمیته مشاوره ژن درمانی انگلستان به عنوان وارد کردن آگاهانه یک ماده ژنتیکی به داخل سلول های سوماتیکی انسان جهت هدف- های درمانی، پیشگیرانه یا تشخیصی تعریف می شود (۶). ژن درمانی علم جوانی است و تاریخچه ی کوتاهی دارد، در چهاردهم سپتامبر سال ۱۹۹۰، برای نخستین بار دانشمندان و پزشکان اقدام به انجام پروژه ی ژن درمانی بر روی انسان کردند. این پروژه بر روی یک دختر چهارساله که از بیماری نقص ایمنی مختلط شدید (SCID) رنج می برد، با موفقیت انجام شد. لنفوسیت های T این کودک، بدلیل نقص آنزیم آدنوزین دامیناز، به سرعت از بین رفته و در نتیجه با از دست دادن سلول های دفاعی، کودک مستعد ابتلا به انواع عفونت ها می شد، این شروع ژن درمانی موفقیت آمیز بر روی انسان بوده است (۲). یک توافق جهانی در رابطه با ژن درمانی بر روی سلول های رده زایشی وجود دارد که این نوع ژن درمانی، از لحاظ اخلاقی و عرفی پذیرفته نیست زیرا تغییرات حاصل از ژن درمانی را می تواند در سلول های سوماتیکی و رده زایشی وارد کنند و به نسل بعد منتقل سازند، از این جهت تمام برنامه های ژن درمانی فقط بر سلول های سوماتیکی (غیر جنسی) تمرکز کرده اند (۶).

سلول های دستکاری شده:

امروزه برای وارد کردن ژن در سلول های بیماران، دو روش اصلی وجود دارد، در هر دو مورد ابتدا ژن هایی را که از افراد سالم جدا کرده ایم در حامل هایی (vector) وارد می کنند که ژن های سالم را تا سلول فرد بیمار با خود ببرند:

۱. روش Ex Vivo: این روش متداولترین شیوه است که سلول ها را از بافتی که باید درمان شود خارج می کنند و آن ها را در آزمایشگاه در حضور حامل های انتقال ژن قرار می دهند سپس سلول هایی که اکنون در واقع به صورت ژنتیکی تصحیح شده اند، دوباره وارد بدن بیمار می شوند (۹).

۲. روش In Vivo: در این روش حامل های ژنی به طور مستقیم وارد بدن بیمار می شوند، به طور عمده در داخل بافتی که باید تحت درمان قرار بگیرد. کمال مطلوب این است که بتوان حامل ها را وارد خون یا نواحی دیگر کرد، سپس خود حامل ها از آن نواحی به سوی سلول های هدف حرکت کنند، بخصوص به سوی اندام هایی که دسترسی به آنها مشکل است. از سویی دیگر در بسیاری از اوقات می توان به وارد کردن ژن، به برخی از سلول ها که دسترسی به آنها آسان تر است، مثل سلول های پوست و عضلات پرداخت

که آنها را می‌توان به‌عنوان کارخانه‌ی پروتئین سازی مورد بهره‌برداری قرار داد، بدین ترتیب آنها پروتئین مورد نیاز را می‌سازند و به سلول‌هایی در همسایگی‌شان انتقال می‌دهند و یا در خون آزاد می‌کنند و خون هم آنها را به اندام‌های دورتر می‌برد (۹).

اما چه نوع حاملی می‌تواند بدون خطر و با کارایی زیاد ژن‌ها را حمل کند؟

از دوران ابتدایی ژن درمانی از ویروس‌ها به‌عنوان حامل استفاده شده است، ویروس‌ها شامل یک بخش ژن و یک پوشش پروتئینی اند که دور ژن را فرا گرفته است، آنها قادرند که وارد سلول‌ها شوند و ژن‌های خود را بیان کنند، زیست‌شناسان هم این قدرت را دارند که یک یا چند ژن با قابلیت‌های درمانی را به جای ژن‌های مربوط به همانندسازی ویروس و یا قدرت بیماری‌زایی (ویرولانسی) آن قرار بدهند، بنابراین ویروسی که به این ترتیب دستکاری شده باشد، بدون تولید مثل و بدون ایجاد بیماری، ژن‌های مفید (ژن‌های درمانگر) را به سلول‌ها منتقل می‌کند. از جمله ویروس‌هایی که از آنها برای ژن درمانی استفاده می‌شود شامل رتروویروس‌ها، آدنوویروس‌ها و ویروس‌های اقماری آدنوویروس‌ها هستند (۲۱،۱۴).

رتروویروس‌های دستکاری شده:

رتروویروس‌ها از اوایل دهه ۸۰ به‌عنوان حامل، آزمایش شده‌اند و بیش از سایر ویروس‌ها مورد پژوهش قرار گرفته‌اند، رتروویروس‌ها می‌توانند نسخه‌هایی از ژن‌های خود را وارد کروموزوم‌های سلول‌هایی کنند که تصرفشان کرده‌اند، ژن‌هایی از ویروس که به این صورت وارد کروموزوم‌های سلول آلوده شده می‌شوند، پس از نسخه‌برداری از آنها، به تمامی سلول‌های حاصل از تکثیر سلول‌های آلوده منتقل می‌شوند، این در حالی است که بسیاری از انواع ویروس‌های دیگر ماده ژنتیکی خود را، در کروموزوم سلول‌هایی که آلوده کرده‌اند نمی‌کنند و به‌طور معمول ژن‌هایشان به‌طور موقت در بدن فعال هستند، بخصوص به این دلیل که در زمان تقسیم شدن، سلول‌های آلوده به این ژن‌ها همانندسازی نمی‌کنند، اگرچه ورود ژن توسط رتروویروس‌ها به داخل کروموزوم سلول‌های هدف، باعث پایداری بیان ژن موردنظر در آن سلول می‌شود و این یک مزیت بالقوه برای رتروویروس است اما رتروویروس‌ها دارای معایبی هم هستند، ابتدا این که چندان انتخابی عمل نمی‌کنند یعنی ژن‌هایشان را در کروموزوم‌های چند نوع سلول مختلف وارد می‌کنند در نتیجه وارد شدن ژن‌های خارجی، در سلول‌هایی که ابتدا مورد نظر پزشکان نبودند، تأثیر عمل سلول‌های هدف را کم می‌کنند و ممکن است عوارض جانبی ناخواسته‌ای ایجاد

کنند. نقص دیگر رتروویروس‌ها این است که آن‌ها تنها زمانی ژن‌های خود را پخش می‌کنند که سلول در حال تقسیم‌شدن باشد یعنی زمانی که غشای دور هسته‌ی سلول (سلول آلوده شده) ناپدید می‌شود، پس نمی‌توانند روی سلول‌هایی اثر بگذارند که تقسیم نمی‌شوند یا به ندرت تقسیم می‌شوند (سلول‌های عصبی بالغ و سلول‌های عضلات). بالاخره باید مراقب بود که رتروویروس‌ها، ژن‌ها را به صورت تصادفی در کروموزوم میزبان وارد نکنند زیرا بسته به محل ورود، ژن‌های دیگری ممکن است شکسته شوند و یا تغییر کنند که احتمال سرطان در اثر این شکستگی‌های پدید آمده در ژن‌ها، اگرچه احتمال ضعیفی است اما وجود دارد (۲۱، ۱۸).

آدنوویروس‌ها:

ویروس‌های دیگر غیر از رتروویروس‌ها مزایای دیگری دارند و همین‌طور معایبی دیگر، ویروسی‌هایی که بیش از همه، پس از رتروویروس‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند، آدنوویروس‌های انسانی هستند زیرا به‌طور کامل بی‌خطرند و در افراد سالم به‌طور معمول فقط باعث سرماخوردگی می‌شوند، همچنین سلول‌های انسانی را به سادگی آلوده می‌کنند، بنابراین در صورت استفاده به‌عنوان حامل، تا مدتی پس از ورود، باعث تولید مقادیر زیاد پروتئین درمانی

می‌شوند. آدنوویروس‌ها ژن‌ها را تا هسته حمل می‌کنند اما به‌طور واضح آن‌ها را وارد کروموزوم نمی‌کنند، به این ترتیب خطر تخریب ژن‌های سلولی و بروز سرطان وجود ندارد بنابراین این ژن‌ها به‌طور موقت فعال هستند زیرا دی.ان.ا وارد شده به سلول‌ها در نهایت از بین می‌رود، از این جهت درمان بیماری‌های مزمن مثل موکوویسیدوز باید ماهانه یا سالانه مجدد انجام شود، این نقص گاهی اوقات یک مزیت است، زیرا برای آغازگری موقت یک واکنش ایمنی علیه سرطان یا یک عامل بیماری‌زا، فعالیت کوتاه مدت ژن خارجی ترجیح داده می‌شود (۹، ۱۰). آدنوویروس‌ها هم مانند رتروویروس‌ها انواع مختلفی از سلول‌ها را آلوده می‌کنند که این یکی از معایب بالقوه آن است اگرچه امروزه دانشمندان با راهکارهای متفاوتی توانسته‌اند این مشکل را بطرف نمایند، اما جدی‌ترین مانع که در برابر استفاده از آدنوویروس‌ها به‌عنوان حامل در بیماران وجود دارد، واکنش‌های حساسیتی شدیدی است که ایجاد می‌کنند. طی یک درمان اولیه، این حامل‌ها به سلول‌های مورد نظر می‌رسند و منجر به تولید مقادیر زیادی پروتئین مطلوب می‌شوند، اما راه‌های دفاعی بدن میزبان، سریع سلول‌های تغییر یافته را می‌کشند و ژن‌های جدیدشان را غیرفعال می‌سازند. اگر ویروس‌ها را برای بار دوم وارد بدن کنیم، سیستم ایمنی آن‌ها

سوی سلول‌های عصبی جذب می‌شوند و بعضی از سلول‌های عصبی می‌توانند در تمام طول عمر فرد، آن‌ها را در وضعیتی به نسبت بی‌خطر نگه‌دارند، بنابراین می‌توانند حامل‌های خوبی برای درمان بیماری‌های مربوط به سلول‌های عصبی باشند (۱۳، ۱۴).

حامل‌های غیر ویروسی:

تنها ویروس‌ها نیستند که به‌عنوان حامل‌های بالقوه قابل استفاده‌اند، عوامل صناعی را می‌توان با ترکیب کردن دی.ان.ا با ملکول‌هایی به‌دست آورد که این ملکول‌ها، دی.ان.ا را متراکم می‌کنند، آن‌ها را به سوی سلول‌ها می‌برند و در داخل سلول‌ها از تخریب محافظتش می‌کنند. همانند ویروس‌ها، استفاده‌ی بالینی از این عوامل صناعی، هنوز مستلزم کامل کردن روش است. ژن‌های منتقل شده بوسیله‌ی حامل‌های غیر ویروسی در آزمایشگاه به خوبی وارد کروموزوم‌های میزبان می‌شوند و با ژن‌های آن تلفیق می‌یابند، اما در بدن موجود زنده این کار را به‌خوبی انجام نمی‌دهند. همان‌طور که گفته شد، عدم تلفیق و سازگاری می‌تواند بنابر هدف موردنظر، مزیت یا عیب محسوب شود (۲۰). لیپوزوم‌ها کراتی کوچک و متشکل از ملکول‌های چربی هستند و به‌طور تقریبی از همان زمان که رتروویروس‌ها مورد پژوهش بوده‌اند، روی لیپوزوم‌ها هم تحقیق

را از بار قبل هم سریع‌تر ازبین می‌برد. همین واکنش‌ها شاید مسئول از بین رفتن بیان ژن‌ها هستند، اگرچه امروزه دانشمندان به‌دنبال کاهش شدت واکنش ایمنی هستند و تصمیم دارند این کار را با برداشتن یا تغییر دادن (دستکاری) آن دسته از ژن‌های ویروسی انجام دهند که مسئول اصلی این واکنش‌ها هستند. البته ذکر این نکته لازم است که در بسیاری از پژوهش‌های بالینی انتقال ژن به‌وسیله‌ی آدنوویروس‌ها مشاهده شده است (۱۹).

ویروس‌های اقماری آدنوویروس‌ها:

ویروس‌های اقماری آدنوویروس‌ها که به آن‌ها ویروس‌های همراه آدنو (AAV) هم گفته می‌شود می‌توانند به‌عنوان حامل عمل کنند که هرپس ویروس‌ها، آلفاویروس‌ها و پاکس ویروس‌ها از جمله‌ی آن‌ها هستند، که البته هیچ‌کدام کمال مطلوب نیستند، اما هر کدام می‌توانند کاربردهای اختصاصی داشته باشند. ویروس‌های اقماری آدنوویروس‌ها برای انسان بی‌خطرند و ژن‌های خود را به صورت طبیعی وارد کروموزوم‌های انسان می‌کنند بنابراین می‌توانند جانشین رتروویروس‌ها شوند اما با توجه به این که کوچکتر هستند قادر نخواهند بود ژن‌های بزرگ‌تر را وارد بدن فرد کنند. هرپس ویروس‌ها ژن‌های خود را وارد دی.ان.ا میزبان‌شان نمی‌کنند، اما به

شده است و محققان می‌دانند که چگونه می‌توان در لیپوزوم‌ها، پلاسمید قرار داد. پلاسمیدها، قطعه‌های دی.ان.ا حلقوی پایداری هستند که در اصل از ویروس‌هایی که به باکتری حمله می‌کنند (باکتریوفاژها) به دست آمده‌اند، ژن‌های اولیه موجود در پلاسمیدها را با ژن‌هایی جانشین کرده‌اند که دارای اثر درمانی هستند. انتقال ژن توسط لیپوزوم نسبت به ویروس از کارایی بسیار کمتری برخوردار است. اما روش کار آنقدر کامل است که بررسی اثر این حامل‌ها در برابر بیماری‌هایی مثل سرطان و موکوویسیدوز، وارد مرحله آزمون‌های بالینی شده است. تغییر ترکیب شیمیایی لیپوزوم‌ها، انتخاب پذیری آن‌ها را بهبود می‌بخشد و ظرفیتشان را در انتقال ژن‌ها افزایش می‌دهد (۲۰).

دی.ان.ا می‌تواند به وسیله‌ی توده‌های ملکولی متنوعی انتقال داده شود، مانند پپتیدها در زنجیره-ی حاصل از چندین اسید آمینه که به سلول هدف متصل می‌شود و تخریبش بوسیله‌ی آنزیم‌های سلولی را متوقف می‌کنند. این مجموعه‌ها در آزمایشگاه نتایج خوبی داده‌اند و آن‌ها را دستکاری می‌کنند تا قابلیت آزمایش روی حیوانات و انسان را به دست آورند (۱۵، ۲۰).

تزریق دی.ان.ا تنها نیز امکانات ایمنی‌سازی جالبی را در برابر بیماری‌های عفونی و حتی برخی

اشکال سرطان فراهم آورده است. به علاوه برخی شکل‌های دیگر دی.ان.ا غیر از پلاسمیدها نیز مورد پژوهش‌اند (۱۵). زیست‌شناسان به‌طور خاص سعی دارند کروموزوم‌های کوچکی درست کنند که در آن‌ها ژن‌های درمانی وارد کنند. این مجموعه‌ها درست به اندازه حاوی ماده ژنتیکی لازم خواهند بود، که از تخریب آن در سلول اجتناب شود و در حین تقسیم سلولی نیز از بین نرود، به علاوه حاوی عناصری خواهند بود که به آن‌ها اجازه دهد طی هر بار تقسیم شدن سلول، به درستی مطابق نسخه‌ی اصل و تنها یک مرتبه نسخه‌برداری شوند، درست مثل یک کروموزوم واقعی (۱۶). زمانی که این انواع مختلف حامل تکمیل شوند، برای درمان‌های متفاوتی قابل استفاده خواهند بود. اگر فردی مبتلا به ناهنجاری‌های ژنتیک، نیاز یابد که فرآورده‌ی ژن طبیعی را در تمام مدت عمر خود دریافت کند، حاملی ارجع خواهد بود که به صورت دائمی، ژن درمانی را وارد کروموزوم‌های او کند، مانند یک رتروویروس یا ویروس اقماری آدنوویروس‌ها. برای فعالیت کوتاه مدت، به‌طور مثال برای ایجاد واکنش ایمنی علیه سلول‌های سرطانی یا علیه یک عامل عفونی، حامل‌هایی مورد استفاده خواهند بود که کروموزوم‌های خود را وارد سلول بیمار نمی‌کنند، مثل آدنوویروس‌ها، لیپوزوم‌ها یا دی.ان.ا. تنها (۱۵). علاوه بر روش‌های فوق می‌توانیم با

می شوند و اثر تخریبی کمتری را برای فرد بیمار ایجاد می کنند (۶).

بیماری های مناسب برای درمان با استفاده از ژن درمانی:

بیماری های کاندید احتمالی ژن درمانی، شامل بیماری های ژنتیکی و غیرژنتیکی هستند و بیماری هایی که به طور بالقوه ای می توانند توسط ژن درمانی، درمان شوند شامل بیماری های زیر هستند:

نقص ایمنی (SCID) - تالاسمی - هموفیلی - سرطان خون - فیبروز کیستی - بیماری های قلبی عروقی (۶).

اما باید خطرات بالقوه ای ژن درمانی را هم از نظر دور نکنیم، که به طور کلی شامل موارد زیر هستند:

۱. واکنش نامطلوب بیمار به ناقل یا ژن انتقال یافته
۲. تحریک پروتئین کوژن یا اختلال ژن سرکوبگر تومور توسط ژن انتقال یافته و ایجاد بدخیمی
۳. اختلال یک ژن ضروری بیشتر در دودمان زایشی پرخطر (۷).

از آنجاکه توسعه و کاربرد بیوتکنولوژی نباید باعث صدمه دیدن زیست بوم و به خطر افتادن سلامت و بهداشت مردم شود بنابراین به اعتقاد بسیاری از کارشناسان واقع بین، قبل از اقدام به

استفاده از تغییرات آر.ان.اِ به درمان های مرتبط با ژن درمانی بپردازیم که این روش ها شامل استفاده از اولیگونوکلوئیدهای آنتی سنس و روش تداخل آر.ان.اِ هستند (۸،۱۷).

اولیگونوکلوئیدهای آنتی سنس:

درمان توسط اولیگونوکلوئیدهای آنتی سنس ممکن است جهت تنظیم بیان ژن در بدخیمی ها و سایر بیماری های ژنتیکی به کار رود. اصل تکنولوژی آنتی سنس، اتصال ویژه ی توالی یک اولیگونوکلوئید آنتی سنس (به طور معمول به طول ۱۸-۳۰ نوکلئوتید) به ام.آر.ان.ای هدف است که منجر به مهار بیان ژن در سطح پروتئین می شود (۱۷،۱۱).

تداخل آر.ان.اِ:

این تکنیک کاربردهای درمانی گسترده ای دارد، به طوری که هر ژن ممکن است با روش تداخل آر.ان.اِ، یک هدف بالقوه ای برای خاموش سازی باشد. برخلاف درمان توسط اولیگونوکلوئید آنتی سنس که به ام.آر.ان.اِ هدف متصل می شود، در نتیجه ی تداخل آر.ان.اِ، ام.آر.ان.اِ هدف شکسته شده و تخمین زده شده است که این روش تا بیش از هزار برابر فعال تر باشد (۸،۶).

با استفاده از این دو روش ام.آر.ان.اِ هایی که با تولید پروتئین مضر همراه هستند فاقد عملکرد

روش‌های ژن‌درمانی، باید نکات مهمی را در نظر داشت.

نکات و ملاحظات اخلاقی در بهره‌گیری از روش ژن‌درمانی:

با گسترش استفاده از ژن‌درمانی، چالش‌های اخلاقی جدیدی مطرح می‌شود. این تأکیدهای اخلاقی بیشتر بر مبنای حفظ حقوق بیماران و رعایت استقلال آنان، سودمندی این روش و رعایت موازین عدالت و بنیان‌های علمی در هنگام انجام ژن‌درمانی است. شماری از این چالش‌های اخلاقی به شرح زیر هستند:

۱. ویروس مورد استفاده جهت ژن‌درمانی که نقش حامل جدید را خواهد داشت اگرچه ضعیف شده و قدرت بیماری‌زایی خویش را از دست داده ولی ممکن است در درون بدن بیمار دوباره قدرت بیماری‌زایی خود را بدست آورده و باعث عفونت و بیماری در بدن میزبان شده و سلامتی وی را به خطر اندازد. این امر موجب ضرر و صدمه به بیمار است.

۲. از آنجا که این شاخه از درمان، زمینه‌ای جدید و دانشی جوان است، هنوز شواهدی مستقل دردست نیست که نشان دهد این روش به صورت دائمی مؤثر است، ممکن است بیماران مجبور شوند چندین مرحله از ژن‌درمانی را به

انجام رسانیده و هر بار متحمل هزینه‌های سنگین و خطرات آن شوند. علاوه بر آن احتمال پاسخ سیستم ایمنی به ژن جدید (به عنوان یک جسم خارجی) در هر مرحله از ژن‌درمانی وجود دارد و تعدد مراحل ژن‌درمانی می‌تواند این خطر را بیشتر کرده و موجب ضرر و خطر برای بیمار شود. این آسیب و ضرر هم از دیدگاه جسمانی و هم از منظر اقتصادی به بیمار تحمیل می‌شود و همچنین می‌تواند دست‌آویزی برای افراد سودجو با توجه به هزینه‌های گزاف ژن‌درمانی باشد.

۳. از خطرهای دیگر ژن‌درمانی ورود ناخواسته‌ی دی.ان.ا. جدید، در محل نادرستی از ژنوم فرد گیرنده است، که این امر ممکن است با غیرفعال کردن ژن‌های کنترل‌کننده‌ی تومور یا ایجاد اختلال در ژن‌های ضروری همراه باشد و این امر خلاف پرهیز از ضرر رسانی به بیمار و اخلاق پزشکی است.

۴. خطر مهم دیگر، امکان استفاده از ژن‌درمانی به عنوان سلاح است. متأسفانه امروزه بیوتروریسم یک معضل شناخته شده در جامعه‌ی جهانی است. ممکن است ژن بیماری‌زا و مضر را وارد ویروس کرده و افراد را در معرض آن قرار دهند. خطر دیگری که وجود دارد امکان استفاده از ژن‌درمانی به عنوان روشی برای تولید افرادی با خصوصیات ویژه به‌طور مثال برای نیروهای نظامی است،

بنابراین امکان اقدامات تروریستی به صورت آسیب فردی یا تعرض جمعی وجود خواهد داشت.

۵. خطرات دیگری که ژن درمانی را به چالش می کشند، خطرات ناشی از ژن درمانی بر روی سلول های رده ی زایشی هستند. به نظر می رسد تغییرهای عمده ای در ژن های سلول های رده ی زایشی، دلیل واقعی ترسی باشد که برخی از آن به عنوان خدایی کرن جسورانه، نه در درمان بیماری ها، بلکه در خلق مجدد بشر یاد کنند. ترس از این وجود دارد که در این مسیر، ژن درمانی به سمت مهندسی ژنتیک تقویت کننده پیش رود، به این معنی که از ژن ها برای تقویت و تشدید صفاتی خاص در جهت ایجاد فرزندان سفارشی بکار رود، به عنوان مثال اضافه کردن یک ژن اضافی کد کننده هورمون رشد به سلول های رده ی زاینده ی یک فرد نرمال برای بدست آوردن یک فرد بلند قدتر (۱، ۳، ۴).

اضافه کردن یک ژن نرمال برای تصحیح اثرهای مضر یک ژن معیوب، متفاوت از الحاق یک ژن برای ساختن یک محصول فوق العاده است. تغییر انتخابی یک صفت شاید تعادل متابولیکی سلول های شخص یا کل بدن وی را به خطر اندازد. حتی اگر نگرانی های پزشکی هم برطرف شود یک مشکل اخلاقی عمده باقی می ماند و آن

احتمال تبعیض نژادی است. به عنوان مثال قد برای ورزشکاران بسکتبال؛ اگر گروه مخالف به طور انتخابی از دسترسی به درمان محروم شوند و به نسبت کوتاه قدر باشند، باعث یک زیان اجتماعی می شود، یا برای پیشگیری از ابتلا به سرطان اگر گامت ها و جنین ها در افراد مستعد و یا در افراد نرمال تحت درمان قرار نگرفته باشد، باعث عدم بیمه بچه هایشان می شود (۱).

همچنین آیا این امکانات درمانی در دسترس همه خواهد بود و آیا همه توانایی استفاده از آن را خواهند داشت، یا فقط در اختیار ثروتمندان قرار خواهد گرفت؟

اگر قانون، استفاده از این تکنیک را برای تقویت ژنی ممنوع اعلام کند باز هم افرادی ممکن است از طریق غیر قانونی آن را در این جهت به کار گیرند و در اجتماع خود به خاطر برتری های غیر منصفانه کسب شده غالب باشند. همچنین با وجود چنین افرادی در اجتماع استانداردهای مراقبت تغییر خواهد کرد (۱).

انجام آزمایش بر جنین انسان خود مسائل اخلاقی زیادی را برمی انگیزد که در جوامع و مذاهب مختلف برخورد متفاوتی با آن می شود، به عنوان مثال آیا انجام ژن درمانی بر روی انسانی که هنوز متولد نشده، نقض اخلاقی رضایت آگاهانه

نیست؟ ما نمی‌دانیم که نسل آینده ما تمایل به ایجاد دستکاری‌هایی که ما انجام می‌دهیم دارند یا خیر، البته اصل رضایت آگاهانه اصل مطلق و غیر مشروطی نیست به ویژه زمانی که در دفع نواقص ژنتیکی بکار برده می‌شود و منافع آن بسیار بیشتر از خطرهای آن هستند (۱).

اگرچه تمامی این ملاحظات هنگام ژن‌درمانی سلول‌های سوماتیک مدنظر هستند ولی حساسیت و ترس از آسیب و لغزش علمی، هنگام ژن‌درمانی بر روی سلول‌های رده‌ی زاینده بیشتر است. اصولی مانند اصل استقلال افراد و رضایت فرزندان آتی، رعایت اصل عدالت در هنگام ژن‌درمانی، توجه به کرامت انسانی افراد معلول و دارای نقایص ژنتیکی، امکان بهره‌برداری نادرست از ژن‌درمانی سلول زایا برای تولد فرزندان سفارشی و سوء استفاده از آن در بهسازی ژنی که فاقد خوب‌رویی اخلاقی و پزشکی هستند، دخالت ناروا در خلقت انسان، طبیعت، سازگاری و تکامل طبیعی نسل‌ها و درنهایت تغییرهای فاجعه بار در ژنوم (مجموعه اطلاعات ژنتیکی انسانی)، همگی دغدغه‌های اخلاقی مهمی در این مرحله هستند، که این نگرانی‌ها باعث شده ژن‌درمانی بر روی سلول‌های رده‌ی زاینده تا به امروز غیرقانونی شمرده شود (۴).

در راستای انجام روش‌های نوین ژن‌درمانی و با توجه به موارد بالا، یکسری مقررات و توصیه‌های ویژه نیز، از سوی مراکز مرتبط، وضع شده است. از جمله اینکه، در سال ۱۹۸۸ از سوی مؤسسه ملی بهداشت آمریکا (NIH) یکسری دستورالعمل‌ها و مقررات خاص، برای کاربرد ژن‌درمانی، ارائه شده است که مراکز تحقیقاتی ژن‌درمانی ملزم به رعایت آن‌ها هستند، که شامل موارد زیر هستند:

- تا قبل از حصول اطمینان از صحت و امکان‌پذیری ژن‌درمانی، از انجام این گونه آزمایش‌ها خودداری کنند؛

- هدف پروژه و همچنین مدارک معتبر دال بر شناسایی ژن معیوب را، تعیین و ارائه کنند؛

- ژن‌درمانی بیماری‌هایی که بیمار شانس زنده ماندن کمتر از سه ماه را دارد و یا بیماری که با روش‌های معمولی با شکست مواجه شده است، نظیر سرطان‌های بدخیم یا ایدز یا نظایر آن، در اولویت پژوهش‌ها قرار داشته باشد؛

- در صورت استفاده از ویروس‌ها به عنوان ناقل، تمام جوانب احتیاطی و ایمنی رعایت شود (۵).

نتیجه گیری

ژن درمانی به عنوان یک روش درمانی برای پاره‌ای از بیماری‌ها مطرح است، اگرچه اکنون در مراحل اولیه تحقیق و بکارگیری جهت درمان بیماران است ولی با رعایت جوانب و ملاحظات اخلاقی می‌تواند فواید شگرفی در درمان مؤثر برای پاره‌ای از بیماری‌ها داشته باشد. مهمترین نکته در ژن درمانی این است که ابتدا باید مشخص شود، آیا ایجاد تغییراتی که با تغییر ترکیب ژنتیکی سلول همراه است، جنبه درمانی دارد یا خیر؟ زیرا در صورتی که این روش، جنبه معالجه و درمان نداشته باشد و فقط برای تغییر برخی صفات یا ویژگی‌های فرد به کار رود، در نهایت عواقب ناگواری را به دنبال خواهد داشت و حساسیت‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی را برخواهد انگیزد. همچنین معیار مهمی که باید

موردنظر محققان ژنتیک یا متخصصان ژن درمانی باشد، این است که استفاده از این روش، ارزش درمانی فوق‌العاده‌ای برای بیمار داشته باشد و به عبارتی ساده‌تر به خطر آن بیارزد، هر چند که به راحتی نمی‌توان قبل از انجام ژن درمانی با صراحت از نتیجه‌ها و یا درصد موفقیت آن، سخن به میان آورد. با تمامی این مشکل‌ها، بدون هیچ شکی باید گفت که ژن درمانی در آینده‌ای نه‌چندان دور، تحول‌های شگرفی را در حیطه‌ی درمان بیماری‌های ژنتیکی و غیرژنتیکی و همچنین کاهش هزینه‌های گزاف خدمات بهداشتی - درمانی ایجاد خواهد کرد و همانند سایر تکنیک‌های بیوتکنولوژی، ژن درمانی نیز در حال تحول و پیشرفت است که خود یکی از بزرگترین دستاوردها در علوم پزشکی است.

References

منابع مورد استفاده:

۱. جلالی ا و عباسی م. (۱۳۸۹). ژن درمانی، اخلاق و آینده. فصلنامه اخلاق پزشکی. سال چهارم (۱۲): ۱۶۲-۱۴۹.
۲. رحیمی ه.، زند ر.، مرادی تبریز ه و هاشمی صدرایی ن. (۱۳۷۸). ژن درمانی دیروز، امروز و فردا. رازی. ۱۱۶: ۸-۴۰-۲۴.
۳. رهنما ح و سنجریان ف. (۱۳۹۰). اخلاق زیستی در مهندسی ژنتیک. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری. سال ششم (۳): ۱-۹.

۴. کیانی م.، بزمی ش. و شیخ آزادی ا. (۱۳۸۹). ژن درمانی، ملاحظات اخلاقی، چالش ها و راهکارها. فصلنامه اخلاق پزشکی. سال چهارم (۱۱): ۵۲-۳۹.
۵. نوروزیان ا. (۱۳۷۷). ابعاد اخلاقی بیوتکنولوژی با تأکید بر ژن درمانی. رهیافت. ۱۹: ۸۶-۹۱.
۶. یوسفیان ل و وحیدنژاد ل. (۱۳۹۱). اصول ژنتیک پزشکی امری. ۳۰۰۰. ۱۴. انتشارات ابن سینا. تهران. ۷۰۰.
7. **Thomas C.E, Ehrhardt A. and Kay M.A. (2003).** Progress and problems with the use of viral vectors for gene therapy. *Nature Reviews Genetics*. 4: 364-358.
8. **Caplen N.J. (2004).** Gene Therapy Progress and Prospects. Downregulating gene expression: the impact of Rna interference. *Gene Therapy*. 11: 1241-1248.
9. **Mulligan R.C. (1993).** The Basic Science of Gene Therapy. *American Association for the Advancement of Science*. 260 (5110): 926-932.
10. **Descamps V, Duffour M.T, Mathieu M.C, Fernandez N, Cordier L, Abina M.A, Kremer E, Perricaudet M and Haddada H. (1996).** Strategies for cancer gene therapy using adeno viral vectors. *J Mol Med*. 74: 183-189.
11. **Dincer S, Turk M and Piskin E. (2005).** Intelligent polymers as nonviral vectors. *Gene Therapy*. 12: 139-145.
12. **Elliot R. (1993).** Identity and the ethics of gene therapy. *Bioethics*. 7 (1): 27-40.
13. **Flotte T and Carter B. (1995).** Adeno-associated virus vectors for gene therapy. *Gene Therapy*. 2 (6): 357-362.
14. **Gardlik R, Palffy R, Hodosy J, Lukacs J, Turna J and Celec P. (2005).** Vectors and delivery systems in gene therapy. *Med Sci Monit*. 11 (4): 110-121.
15. **Herweijer H and Wolff J.A. (2003).** Progress and prospects: naked DNA gene transfer and therapy. *Gene Therapy*. 10: 453-458.
16. **Kakeda M, Hiratsuka M, Nagata K, Kuroiwa Y, Kakitani M, Katoh M, Oshimora M and Tomizuka K. (2005).** Human artificial chromosome (HAC) vector provides long-term therapeutic trans gene expression in normal human primary fibroblasts. *Gene Therapy*. 12: 852-856.
17. **Li S.D and Huang C. (2006).** Gene therapy progress and prospects: non-viral gene therapy by systemic delivery. *Gene Therapy*. 13: 1313-1319.

18. **Maier P, Kalle C.V and Laufs S. (2010).** Retroviral vectors for gene therapy. *Future Microbiology*. 5 (10): 1501-1523.
19. **Nadeau I and Kamen A. (2003).** Production of adenovirus vector for gene therapy *Biotechnology Advances*. 20: 475-489.
20. **Nidome T and Huang L. (2002).** Gene therapy progress and prospects: Nonviral vectors. *Gene Therapy*. 9: 1641-1652.
- and Ghivizzani S.C. (1998).** Viral vectors for gene therapy. *Pharmacology and Therapeutics*. 80: 35-47.
21. **Robbins P.D**
22. **Walters L. (1991).** Human Gene Therapy: Ethics and public policy. *Human Gene Therapy*. 2 (2): 115-122.

