

このページでは医療の最前線でご活躍されているメディカルセンターのドクターにリレー方式でご登場頂き、健康と医療についてお話して頂きます。

今月号は高松士朗先生から産婦人科がご専門の矢野光剛先生にバトンが移りました。

第234回 子宮体がんについて

MD Anderson Cancer Center, Postdoctoral Fellow, MD, PhD
矢野光剛



私は2023年10月から MD Anderson Cancer CenterのExperimental Therapeutics 部門で博士研究員をしている、矢野 光剛(やの みつたけ)と申します。生まれも育ちも大分県で、大分大学の産科婦人科学講座に所属して、婦人科がんを中心に診療や研究に携わってきました。特に病理医(顕微鏡を用いてがんの診断や分類、悪性度などを明らかにする役割)の経験があり、婦人科病理学を専門として活動してきました。妻と4歳の長男とともに渡米し、今年5月には次男が誕生しました。育児と研究を両立してヒューストンライフを満喫したいと奮闘する日々です。先月の子宮頸がんについて、私は子宮体がんの話をしていきます。今の時代は標準的な診断や治療の情報は容易に手に入るの、ここでは皆さんに知ってほしい基礎知識と最近のトピックをお話できればと思います。

子宮体がんとは: 子宮頸部が子宮の入り口にあるのに対して、子宮体部は奥側に位置します。子宮頸がんとうつ体がんは名前こそ似ていますが全く異なるがんであるため、一括して「子宮がん」と呼ばないでほしいなと思っています。婦人科3大がんである子宮頸がん、体がん、卵巣がんの中で、子宮体がんは最も頻度が高く、ワクチンによる頸がんの減少予測を踏まえると、「子宮がん」の大半を子宮体がんが占めることになりそうです。子宮頸がんはHPVが主な原因でワクチンや検診による予防と早期発見が可能ですが、子宮体がんは女性ホルモン/エストロゲンの過剰刺激や枯渇を背景に発生し、定期的な検診は有用ではありません。初期段階から不正性器出血を来すことが多いので、例えば、閉経後女性が不正性器出血を訴えて受診してこれた際に疑うべき病気のひとつです。

子宮体がんの診断と分類: 患者さんやご家族から「私は若いから、がんも進行が速いですよ」や「高齢だからがんもおとなしいと思うので、治療はしなくていい」などと言われることが時折あります。若い人のがん＝進行が速い(高齢者のがん＝進行が遅い)というのは少なくとも婦人科がんにおいては正しくありません。子宮体がんではむしろ高齢者のがんは高悪性度が多いことが知られています。

子宮体がんは閉経期前後で起こりやすいI型と、閉経して時間が経過した高齢者に起こりやすいII型に分けられていました。I型は約80%を占めて、エストロゲンの過剰な刺激を背景に発生し、悪性度が低くて治りやすい。II型はエストロゲンの枯渇を背景に発生し、高悪性度で子宮体がん

による死亡原因の70-80%を占めます。I型II型は主に病理医による顕微鏡検査(病理診断)によって分類されていましたが、最近では遺伝子(POLE, TP53, MMRなど)を基にした「新しい分類」が推奨されています。この新しい分類は悪性度や再発リスクをよりよく予測できるのですが、必要な遺伝子検査を各施設で行うことが難しいため、数年前に提唱されたにもかかわらず多くの国ではまだ採用されていません。最先端の研究結果が、すぐに実用化できるわけではない実例といえます。現在は、簡便化や実用化が検討されています(例えば、遺伝子検査の代わりに蛋白の検査で代用するなど)。そして、最も新しい話題で産婦人科医を驚かせたのは、FIGOという国際的組織が2023年に提唱した新しいステージ分類です。長年、ステージは腫瘍の広がりのみで決定されており、それが常識化していました。しかし、例えば再発リスクの少ないPOLE遺伝子変異を伴う場合はIA期、再発リスクの高いTP53遺伝子変異を伴う場合はIIC期といった、がんの広がり以外の情報がステージ分類に含まれました。今後世界でどのように受け止められるのか注視しています。

子宮体がん治療と研究: 悪性度の低い子宮体がんが初期であった場合、子宮卵巣全摘によって高確率で治癒するため、負担を減らす探求として腹腔鏡手術やロボット手術が主流となっています。いずれも傷が小さく、出血量や痛みが抑えられて、術後の回復が早いなど、従来の開腹手術と比較して利点があります。

悪性度の高い場合や進行・再発子宮体がんでは、標準治療として手術の他に殺細胞性抗がん剤(AP療法やTC療法)、分子標的薬(レンパチニブ)、免疫療法チェックポイント阻害剤などが行われています。今後の展望として抗体薬物複合体(ADC)や特定の遺伝子変異に対する分子標的治療について少し紹介します。抗体薬物複合体とは、従来の抗がん剤に道案内役(抗体)と両者のつなぎ役(リンカー)を付加した薬剤のことで、がん細胞に抗がん剤を効率的に運ぶことで、全身の暴露(副作用)を減らしてがんへの攻撃性(効果)を高めます。悪性度の高い子宮体がんに対して、HER2という抗体(道案内薬)を付加した抗体薬物複合体の有効性が報告されており、今後の検証が待たれます。特定の遺伝子変異に対する分子標的治療は、他科のがんでは実用化しているが子宮体がん実用化しておらず、研究開発が必要な分野といえます(私自身もこの分野の研究に身を投じています)。

終わりに: 子宮体がんは、古くはI型II型、最近では遺伝子を基にした分類で分けられたように、性質の異なるものが混在しています。これは子宮体がんに限ったことではなく、例えば肺がんや胃がんにおいても細かく分類されて取り扱いが異なります。がん診療において、治療と同じくらい、診断(病気を適切に分類すること)が重要であることを婦人科病理が専門であるものとして強調させていただきます。また治療も日進月歩であり、ヒューストンでの私自身の研究が子宮体がんの新しい治療の礎となるように精進したいと思います。

今回は、松岡歩先生にバトンをお渡しします。松岡先生は千葉大学の産婦人科出身で、MD Anderson Cancer Centerの同じラボで苦楽を共にしている仲間です。私よりも少し後にラボに参加しましたが、すでに研究実務や仲間との連携も素晴らしく、頼りになる同僚です。前回の高松先生の子宮頸がんから続く、婦人科がんシリーズとして、卵巣がんについてのお話をして頂けるのと、どんなお話が聞けるのか、私も楽しみです。