

患者の臨床試験に対する不理解から来る不安のみが理由の場合には、看護師も患者の不安感を取り除くように接するべきである。そのようなときには、たとえば「臨床試験は綿密に立てられた計画に従い第三者的立場のIRBにより審査と監視を受けながら行うので、安全性の確認は日常臨床以上に詳しく慎重に行われます」と説明するのがよいかもしれない。

なお、患者は特に理由がなくても臨床試験への参加を取りやめる権利が保証されており、取りやめたことにより不利益を被るようなことがあってはならない。しかしながら、患者がプロトコールに規定されたとおりに治療を受けてこそ、治療の評価を正しく行うことができ、より質の高い臨床試験結果が得られるのである。

(2) 臨床試験の治療が日常臨床と異なる点の把握

臨床試験に参加した場合の治療は、たとえ日常臨床でも使える薬や一般に行われる手術手技であったとしても、プロトコールに従って実施しなければいけない。薬の量を変更する場合も変更規準が設けられており、医師判断とはいえ、規準に反して薬の量を加減することはできない。検査スケジュールも同様に決められた時期と方法を守らなければいけない。しかしながら、臨床試験は日常臨床ときっちり切り分けて行えるものではなく、だからこそ、実験的要素がどこにあるかの把握が重要といえる。

よって、看護師は、臨床試験に参加する患者を担当した際には、実験的要素がどこにあるのかを把握して、プロトコールを守りながらケアを提供する必要がある。もちろん、医学的な判断によりプロトコールどおりの治療や検査を行うことが適切でない場合は、患者の安全確保と利益が優先され、この限りではないことも理解しておかなければいけない。

看護師が臨床試験を理解し臨床試験チームに加わることは、臨床試験チームの戦力アップにつながるだけでなく、患者に対し安心感を与えるという点でも意義深い。看護師のサポートにより、患者が安心して臨床試験に参加することができれば、不必要な参加の取りやめが減少し、臨床試験の質の向上にもつながる。ひいては、より早く標準的治療法を世のなかに送り出すことになるといえる。目の前の患者、将来の患者のためにも、臨床試験を正しく行うことは重要である。

〈引用・参考文献〉

- 1) Fletcher SW, et al : Report of the international workshop on screening for the breast cancer. J Natl Cancer Inst. 85 : 644-656, 1993.
- 2) Kerlikowske K, et al : Efficacy of screening mammography ; a meta-analysis. JAMA. 273 : 149-154, 1995.
- 3) マンモグラフィガイドライン委員会編：マンモグラフィガイドライン，第2版，

分子標的治療臨床試験の方法論

山本 精一郎*

要 旨

臨床試験のデザインという点から考えた場合、分子標的治療薬開発の臨床試験はこれまで開発されてきた薬剤、特にがん分野以外の薬剤開発と比べてそれほど新しいものではない。しかし、がん分野ではこれまで cytotoxic drug が中心だったために、cytotoxic drug 開発と比べると用いる研究デザインに若干違いがある。Cytotoxic drug の場合と比べると、第Ⅰ相臨床試験から第Ⅲ相臨床試験まで順を追って議論したい。

はじめに

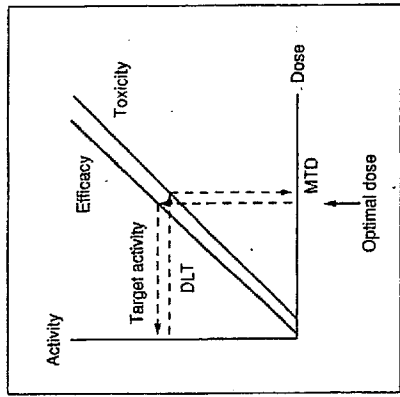
臨床試験のデザインという点から考えた場合、分子標的治療薬開発の臨床試験は、これまで開発されてきた薬剤、特にがん分野以外の薬剤開発と比べてそれほど新しいものではない。しかし、がん分野ではこれまで cytotoxic drug が中心だったために、cytotoxic drug 開発と比べると用いる研究デザインに若干違いがある。本稿はこの点からまとめてみたい。

第Ⅰ相臨床試験デザインの特徴

Cytotoxic drug と分子標的薬の概念的な違いは、後者のほうが治療ターゲットが明確ということであろう。ターゲットでのがん細胞の活性阻害などを作用機構としていたため

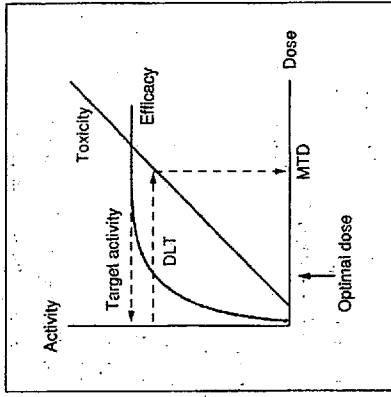
* 国立がんセンター がん対策情報センター
がん情報・統計部 室長
キーワード：がん、分子標的薬、臨床試験デザイン、個別化医療

図1 用量-毒性-効果の関係 (毒性と効果が比例)



DLT: 用量制限毒性. MTD: 最大耐用量

図2 用量-毒性-効果の関係 (MTDより前に効果がプラトー)



されるまで繰り返す。分子標的薬の場合には有効性と有害事象の発現の用量依存性が必ずしも高くはないと考えられるので、治療最適用量設定のためにこの研究デザインが使えるかどうか検討が必要となる。

具体的に考えてみると、有効性、有害事象発現とともに、

① 用量反応関係の形 (プラトーに達する

or 用量依存的に増加する)

② 位置 (立ち上がり開始の用量)

③ 大きさ (傾きやプラトーの高さ)

などの組み合わせによって、3例コホートデザインがどれくらい有用かが決まってくる。

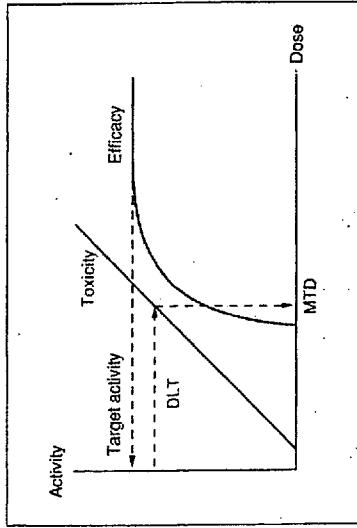
図1のような cytotoxic の場合は3例コホートがうまく機能する場合には、3例コホートデザインに増加する場合には、3例コホートデザインがある程度機能する。なぜなら、この場合には3例コホートにより MTD が設定できるため、それより前に効果が発現する場合には、効果がプラトーな場合にも suboptimal な用量を決定できるからである (図2, 3)。それ以上詳細に決定するためには有効性の評価ができないうと不可能なので、倫理的な問題を最小化できれば、第Ⅰ相試験で有効性が限られてきたように対象者数を増加する。第Ⅱ相、第Ⅲ相で複数の用量を試すことにより用量を決定する、などの方法をとることができるであろう。有害事象発現がプラトーに達するよう用量反応関係がある場合には同様である。実際、私信であるが、米国立がん研究所 (NCI) sponsored trial のプロトコルをすべてレビューしている NCI/Clinical Trial Evaluation Program (CTEP) の統計家に尋ねたところ、毒性と効果が必ずしも比例しないような場合でも、大多数の第Ⅰ相試験で、これまでと同様 MTD に基づいた用量探索に基づく3例コホートを用いたデザインが用いられているとのことであった。

第Ⅱ相臨床試験デザインの特徴

治療ターゲットが明確であるということは、薬剤開発の方針が立てやすいため、そうでない場合に比べて開発がしやすいということになる。開発がしやすいければ、参入企業が多くなることも手伝って、相対的に開発薬剤が多くなる。それに伴って早期開発の臨床試験

図3 用量-毒性-効果の関係

(MTDより後に効果がプラトー)



(特に第Ⅰ相試験)の数は増加するが、後期開発の臨床試験、特に第Ⅲ相試験の数はそれほど増やせない。第Ⅲ相試験は多くの患者を必要とし、長い年月がかかるからである。その結果、(他の治療法との組み合わせも含めて)多くの候補薬剤・候補治療が競合する。ため、たくさんの候補の中から後期開発に進める候補薬剤・治療を選択する方法を洗練させる必要がある。ほかに有望な薬剤があるのに選んだ薬剤が第Ⅲ相試験で標準治療に負けてしまふと治療開発が遅れることになるので、開発者にとっただけでなく患者にとっても非常に不利益となるからである。このため、第Ⅲ相試験に進める前の段階、すなわち第Ⅱ相試験の段階でできるだけ有効な候補薬剤を絞り込む必要がある。

そのためにデザイン上工夫できる点は、主に次の2つである。1つはより真のエンドポイントに近いエンドポイントを用いることである。分子標的薬は必ずしも腫瘍縮小を伴う形で治療効果が発現するわけではないために、cytotoxic drugの開発のように腫瘍縮小効果が第Ⅱ相試験のスクリーニング目的のため、良いエンドポイントとは言えない。このような場合、代わりに全生存期間や無増悪生

selection design)は、毒性のプロファイルが同じような場合に有効性で勝っているもの高い確率で選ぶためのデザインであり、新規薬剤、新治療法どうしを比べるものである。数十例でできることが多いが、全く同じような成績であっても無理やりどちらかを選択することになる。この変形として、それぞれのアームがsingle armと同じサンプルサイズを持つことによってヒストリカルコントロールと比べることができるようにする方法も提案されているが、そのサンプルサイズが大きくなる。いずれにしても、異なる製薬会社の薬剤を第Ⅱ相試験段階で比較するのは難しいであろうし、作用機序やターゲット(つまり対象患者)が異なる薬剤を、同じ対象を用いて白黒つけるには無理があるだろう。ただ、複数の用量からの選択や併用薬の選択などには用いることができるかもしれない。

(2)ランダム化第Ⅱ/Ⅲ相デザイン(randomized phase 2/3 design)は、標準治療を対照として新規治療との間でランダム化を行い、勝てそうであればシームレスに第Ⅲ相に移るデザインである。第Ⅱ相部分の対象者を第Ⅲ相試験でも含めることができるために効果が良いが、第Ⅲ相とつながっているためにselection目的と言うよりは第Ⅲ相試験の間解析を行っていると考えたほうが良いとも言える。統計的な厳密性を確保するのが難しい。第Ⅲ相に迷ひことを前提としているので第Ⅲ相試験が実施できるような組織でない。第Ⅲ相試験部分も実施できるといっていい。第Ⅲ相試験部分も実施できるといっていい。第Ⅲ相試験部分も実施できるといっていい。第Ⅲ相試験部分も実施できるといっていい。

(3)ランダム化スクリーニングデザイン(randomized screening design)は、新治療と標準治療の間でランダム化第Ⅱ相試験を行うもので、より確実に第Ⅲ相試験の候補治療を選ぼうというものである。100例前後のデザインとなってしまうが、第Ⅲ相試験で

negative results になる確率が減ることが期待されるため、結果的には効率が良いとも言え、個別化治療時代に対応したランダム化第Ⅱ相試験デザインと言え、注意すべき点は、第Ⅱ相試験での結果はあくまで α, β エラーとも大きな探索的なものであり、統計的に有意になつたからといって標準治療より勝っている証拠が得られたと早とちりしないことである。有意な結果が得られても必ず第Ⅲ相試験を行わなければならないし、その担保がないと危険である。第Ⅲ相試験の結果、差がないとなる場合ももちろんある。

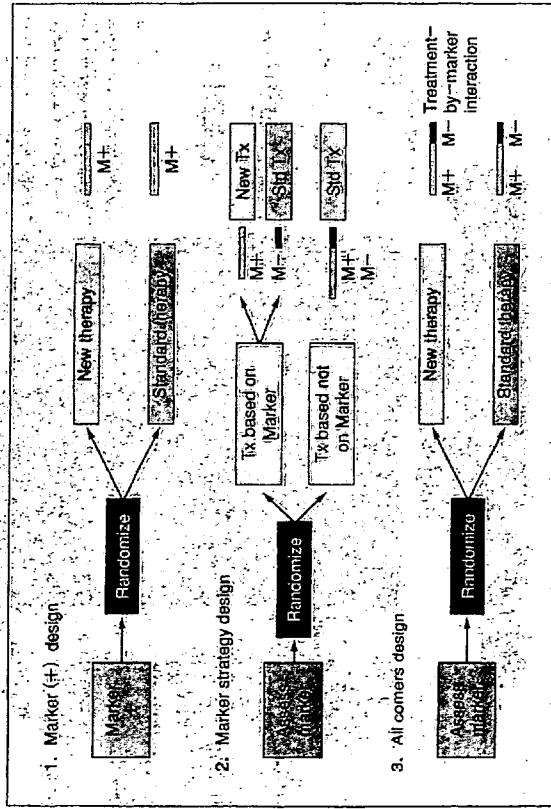
3つのデザインを紹介したが、それぞれのデザインにおいて目的や長所・短所が異なるので、十分吟味してデザインを決定する必要があるのである。

第Ⅲ相臨床試験デザインの特徴

分子標的薬治療の臨床開発において、第Ⅲ相試験で cytotoxic drug と異なるために注意しなければならない点は、特に存在しない。治療ターゲットがはっきりしている分子標的薬治療としての治療開発の特徴は、治療対象の個別化である。つまり、対象を広く特定せずに臨床試験を行うことによつて標準治療との治療効果の差を抽出できず、ある対象に対して非常に効果のある薬剤の開発を中止してしまふということがないようにしなくてはならない。逆に言うところ、効果のある対象ではなく効果のない対象をうまく除外することによって、薬剤の力を適切に評価することになり、効果のある対象を除外しないことも重要である。

いずれにしても、治療効果の異なる集団を同一にするというステップが必要となるが、これは治療効果の予測因子であるマーカーを同一化する作業と切り離すことができる。このよう

図4 個別化治療開発の臨床試験デザイン



このデザインは、マーカーによって規定されるそれぞれのサブグループに対して異なる治療を行うという「個別化治療ストラテジー」を評価できるデザインと考えられる。ただし、効果のある集団を同定する=予測因子マーカーを同定する (=Proof Of Principle) という意味では不十分である。なぜなら、マーカー(-)のサブグループには marker-based の群でもそうでない群でも同じ治療が行われているため、プライマリな解析で有意に差があった場合でもマーカー(-)に対する治療効果が分らないからである。プライマリな解析で有意な差が見られなかった場合には、マーカー(+) サブグループでの治療効果も不明である。なぜなら、マーカー(+) サブグループで差がありマーカー(-) サブグループの割合が多ければ全体として有意差あり、少なければ有意差なしというように、結果が試験参加者の中のマーカーの割合に依存してしまうからである。

ダム化後に一部対象者の測定ができないという事態が生じた場合には厳密にはランダム化比較ができなくなる。また、事前に特定しないマーカーをいろいろと測定しそれぞれ群間比較してしまうと、統計的多重性、つまりエラーの調整ができなくなり、結果を探索的にしか解釈できなくなり、治療効果の差が見られたマーカーサブグループに対してもう一度検証的な臨床試験を行わなければならない。ランダム化比較試験は稀になくなってしまふ。ランダム化比較試験は稀な機会であるし、不必要な臨床試験を何度も行うことは倫理的な観点からも望ましいことではない。しかしながら、試験前にしっかりと研究デザインを立てれば一度の臨床試験で全体比較とマーカーサブグループ内での比較の両方を検証的に行うことができる。さらに、試験前にマーカーを特定できない場合でも、「全体で比較+臨床試験のデータを用いてマーカーを特定+さらにその対象に対してサブグループ比較」を1つの臨床試験の中で検証的に行うようにデザインすることも可能である。マーカーが特定されている場合にマーカー(-)のサブグループをランダム化する臨床試験を実施するのが困難であると考えるかもしれないが、マーカー(+)のグループに治療効果がある確信よりもマーカー(-)のグループに治療効果が無い確信のほうが高いのであれば、根拠のない除外は倫理的でないとも考えられ、マーカー(-)の対象者を含めたランダム化比較試験を行うことは十分 rationale があると考える。この応用として、1つの臨床試験で予測因子としてのマーカーの閾値を探索しようというデザインも提案されている。これも私信であるが、これらのデザインに対し大手製薬会社も興味を示している。治療開発の効率化は、開発スピードの向上や試験参加者の数を減らせるの

測因子)と呼ぶことが一般的になりつつある。予測因子を探ることが個別化治療を確立することであるとも言える。これに対して、治療法がかわらず予後を予測するマーカーを予後因子と呼ぶ。予後因子、予測因子の区別はされまでも暗に陽に行われてきたが、個別化治療を考えるうえでの助けとなるので意図して使い分けたほうが良いであろう。

予測因子を探るという考えに基づく個別化治療開発に対して、大きく分けて3種類の臨床試験デザインが提案されている(図4)が、まず1つ目は「marker(+) design」と言えるもので、マーカーを測定し、(+)の人だけをランダム化して新治療と標準治療を行う、いわゆる enrichment design である。大きな効果の予測できるマーカー(+)の集団のみ臨床試験を行うというものであるため、試験を行う費用はマーカー(-)の集団には治療効果が無いことを想定しているか、あつて

も小さいであろうことを想定している。マーカー(+)の集団で治療効果が観察されてもマーカー(-)に対しては情報が得られないので、本来の意味でマーカーが予測因子かどうか分からないし、もしマーカー(-)のサブグループで治療効果がある場合にはその対象の患者に有効な治療を提供できないことになる。最初の比較試験では enrich した対象で比較し、治療効果が証明されればマーカー(-)の集団で開発を行うものだろうが、その分開発が遅れることになる。

2つ目のデザインは「marker strategy」と言えるもので、まずはじめにマーカーを測定し、ランダム化後、片方の群はマーカー結果に基づいて治療を決定し(marker-based)、もう1つの群はマーカーとは関係なく標準治療を行う(not marker-based)というものである。プライマリな解析は marker-based or not the strategy を比較する、つまり試験に参加した対象者全体を比較することになる。

米国 National Cancer Institute における

治療開発の extramural research**

山本 精一郎*

Extramural Research for Cancer Therapy Development in US National Cancer Institute

Seiichiro YAMAMOTO*

1. はじめに

筆者は2003年7月より2004年12月まで米国のがん治療開発研究の多くを管理・推進している National Cancer Institute (NCI) の Division of Cancer Treatment and Diagnosis (DCTD) に在籍した。彼らの活動を紹介することによって、臨床研究のサポート体制のあり方について考えてみたい。NCIは米国保健福祉省に属する National Institutes of Health (NIH) の1機関であり、がん研究・対策に関する国立機関であるが、わが国の国立がんセンターとは機能も規模もまったく異なる。本稿では、何が違うのか、なぜ違うのかについても概説したい。

2. NCI主導の治療開発

2.1 米国は国を挙げてがん治療開発を行っている

米国では、国がひとつの製薬企業のように、国を挙げてがん治療・診断開発を行っている。米国政府が運営するその世界最大のがん治療・診断開発企業の本社が NCI/DCTD であり、全米にあるすべてのがん研究施設・病院がその支社であると考えると理解しやすい。

本社としての NCI/DCTD には Cancer Diagnosis Program, Cancer Imaging Program, Cancer The-

rapy Evaluation Program (CTEP), Developmental Therapeutics Program (DTP), Radiation Research Program, Biometric Research Branch の6つの部門があり、CTEPとDTPが主に新薬をはじめとする治療開発を担当する (Fig. 1)。

Fig. 2に新薬を例に一般的ながん標準治療開発の流れを示す。この流れ図のうち、臨床導入前、すなわち非臨床の開発を担当する部門がDTPであり、臨床導入後の開発を担当するのがCTEPである。以下、順にDTPとCTEPを中心とした治療開発の進め方について具体的に述べる。

2.2 非臨床開発における NCI/DCTD のサポート

DTPの仕事は候補物質を発見し、有効性と毒性を検討、有効と思われる新薬を臨床導入につなげることである。候補物質の発見に関しては、自ら指揮してスクリーニングも行ってきた。最も多かった頃は年間40000もの化合物のスクリーニングを行ってきたが、最近では自らによるスクリーニングの量は減ってきており、*In vitro* cell line screen や各種のアッセイの技術やサービスを提供することにより、主にアカデミアによる抗癌剤候補物質開発のサポートを行っている。候補物質が臨床導入される前には、多くのステップを踏む必要があるが、これらのステ

* 国立がんセンターがん対策情報センター 東京都中央区築地5-1-1 (〒104-0045)

Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center 5-1-1, Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo 104-0045, Japan

** 本研究は厚生労働省科学研究費補助金、がん研究助成金の補助を受けた。

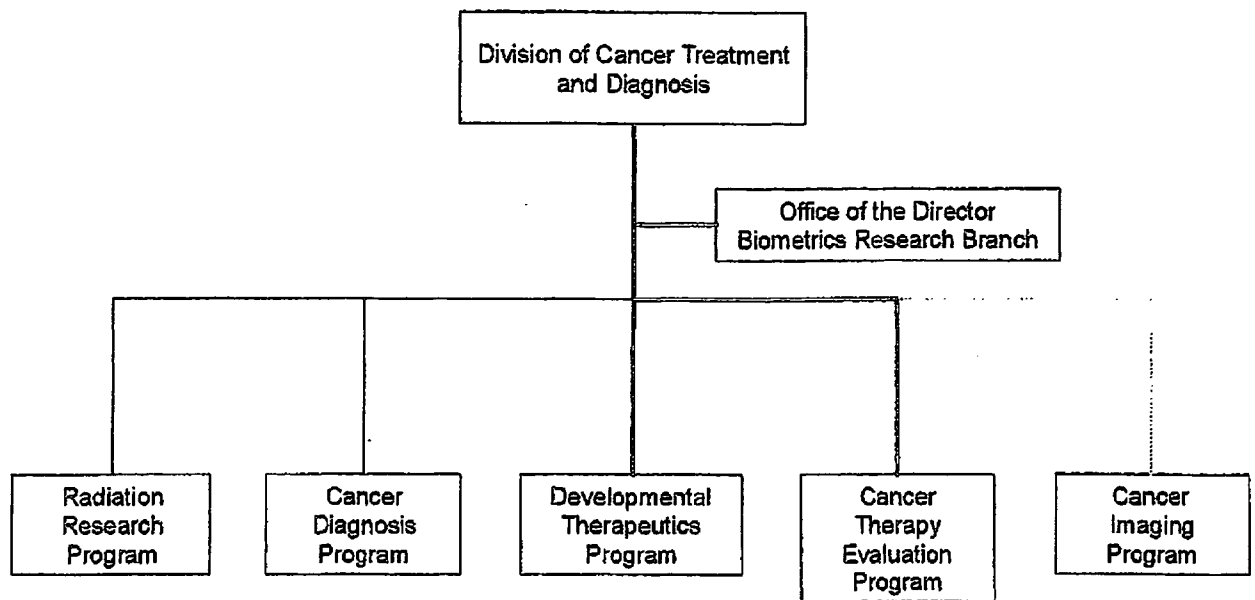


Fig. 1 Division of Cancer Treatment and Diagnosis in National Cancer Institute, USA

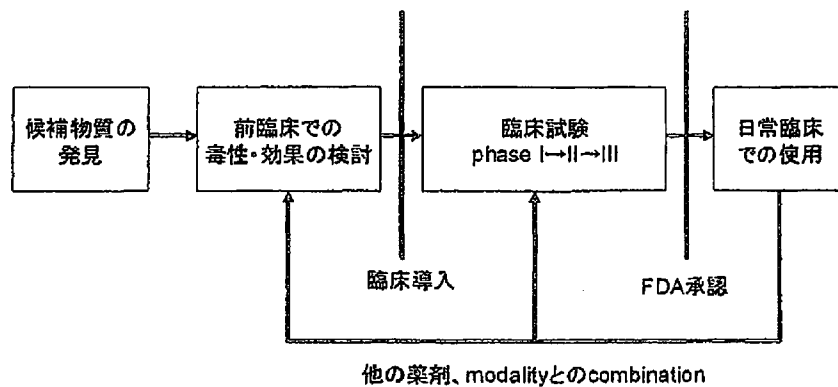


Fig. 2 がん治療開発の典型的な流れ

ップ、すなわち臨床導入に必要な各種の試験や工程、手続きなどのサポートを行っている。例えば、製剤化や毒性試験、FDAに対する新薬利用申請 (Investigational New Drug, IND filing) のサポートや臨床試験の計画に関するアドバイスなどである。開発した薬剤が臨床導入すべきものかどうかに対しても非臨床担当のDTPと臨床担当のCTEPのスタッフが豊富な経験に基づいたアドバイスをし、NCI/DCTDでその後の開発をサポートするかの決定も行う。これらは主にアカデミア、非営利団体、小さなベンチャー企業に対するサポートである。非臨床でのDTPのサポートに関して、詳しくは黒川らの報告を参考にされたい¹⁾。

2.3 臨床開発におけるNCI/DCTDのサポート

NCI/DCTDとして臨床導入を決定すると、担当がDTPからCTEPに移行する。CTEPは第I相→第II相試験といった早期開発やそれに続く第II相→第III相試験といった後期開発を国家的規模で組織し、ナビゲートする。CTEPには薬剤毎、臓器毎、臨床試験グループ毎に担当のmedical oncologistが決められており、それぞれの担当が統計担当やモニタリング担当などと協力して治療開発のサポートと管理を行っている。

2.3.1 NCI/DCTDの行う臨床試験

具体的には、ある薬剤が臨床導入されるとその薬剤担当からその薬剤を用いた第I相試験の研究課題

の募集 (solicitation) が行われる。これは完全なる公募ではなく、臨床研究に興味と実績のある施設やグループに対して、候補薬剤と臓器を決めて募集を行っている。これに対して、多くのアイデア (letter of Intent, LOI) の応募があり、これらを「科学的な情報と研究デザイン」「組織、施設、これまでの経験」「登録能力」「予算はあるか」などの面から CTEP の protocol review committee (PRC) が評価を行い、よい評価を得た LOI (を提出した研究者) にはプロトコールを書く権利が与えられる。よい付随研究 (correlative study) 計画も大きな加点対象である。PRC はその後プロトコールの審査も行う。プロトコールが認められれば、実施施設での倫理審査 (IRB 審査) の後、実際に研究を行うことができる。この早期開発において良好な結果が出た薬剤は phase II, III といった後期開発、そして FDA への申請とつながっていく。後期開発にも早期開発と同様、CTEP がアイデア (コンセプトと呼ばれる) 募集、コンセプト審査、プロトコール審査を行い、IRB 審査の後、臨床試験実施とつながって行く。後期開発に応募し、臨床試験を実施するのは、NCI が認定する多施設共同臨床試験グループ (Cooperative group) が中心である。

2.3.2 NCI/DCTD が IND 申請を行う

これら NCI がサポートする新薬開発は NCI/CTEP が IND filing を行っている。IND filing という研究者にとって面倒な手続きを NCI がやってくるとともに、IND filing によって FDA に対して様々な手続きと報告義務が生じ、それを満たすことによって研究の質が保たれるという仕組みである。NCI/CTEP は臨床開発の補助として、その他にも薬剤の製造 (一部)、保管, shipping, ランダム化比較試験では blinding など行ったり、試験の質を管理するためのモニタリングや監査 (audit) も行っている。自分で FDA 申請までのすべてをできない大学、研究所や小規模のベンチャー企業をサポートするだけでなく、製薬会社だけでは開発が進まない稀ながん種への適応拡大や他の薬剤との combination などの治療開発が進むように、また無駄な重複が行われないように整理・サポートを行っている。

2.3.3 その他臨床試験の質の担保

CTEP はこれ以外にも、臨床試験の質を担保し

ながら、より臨床試験を効率よく実施できるように試みをたくさん行っている。腫瘍縮小効果判定のガイドラインである Response Evaluation in Solid Tumors (RECIST) 策定サポートや、毒性判定基準である Common Terminology Criteria for Adverse Events v3.0 (CTCAE) の策定などといった各種の標準化の試み、セントラル IRB や共通登録システムである The Cancer Trials Support Unit (CTSUS) といった試みもその例である。このような形で多くの臨床試験をサポートし、管理することによって、臨床試験における網羅的な毒性・治療効果のデータの収集も行っている。

2.4 NCI による多施設共同臨床試験のサポート

前述のとおり、NCI による臨床後期開発、つまり、第 III 相臨床試験の多くは、多施設共同臨床試験グループによって実施されるが、Community Clinical Oncology Program (CCOP) と呼ばれる NCI の別のプログラムによって認定された施設も多くの患者登録を行っている。

2.4.1 CCOP の機能

CCOP は、①地域の医師や病院が NCI sponsored の臨床試験や予防・がんコントロール研究へ対象者をエントリーすること、② Research base と呼ばれる多施設共同試験グループや各地のがんセンターが (治療研究以外の) 予防・がんコントロール研究を計画・実施することをサポートするための研究費であり、NCI の予防研究担当部門である Division of Cancer Prevention (DCP) 内にそれを管理する部門がある。現在、地域の病院か病院組織で構成された 50 の CCOP と 11 の minority-based CCOP があり、NCI の臨床試験や予防・がんコントロール研究に対象者を登録することで研究費をもらっている。

2.4.2 CCOP 施設への支援

CCOP 施設は治療の臨床試験、予防・がんコントロール研究にそれぞれ年間 50 例以上登録しなければならないが、それを満たすと 1 例当たり約 1900 ドルの研究費がもらえるため、それをういて治療の臨床試験や予防・がんコントロール研究専属の CRC, Nurse, Pharmacist, administrative worker の給料などを賄う。CCOP は、多施設共同臨床試験グループや NCI の監査や教育を受け、多施設共同臨床試験グループの会議に参加することにより、治療やローカルデータマネジメントの質を保つ。

CCOPはこれまでにNCI治療試験に10万人、予防・がんコントロール研究に9万人を登録しており、これらに大きな貢献を行っている。更には、臨床試験や予防・がんコントロール研究に地域の病院組織が参加することによって標準治療や予防の最新情報を学ぶという教育的な側面もあり、これも重要な意味を持つ。

3. NCIとNIHの組織と役割

3.1 国としてがん治療開発を行う必要性

NCIはなぜこのように国として1つの企業体のようながん治療開発を行っているのだろうか。それは、標準治療の確立という観点から考えると、がん治療の開発を民間の製薬企業に任せておくことは不十分だからである。民間の製薬企業は営利企業であるから、採算が取れない薬剤の開発は当然行わないし行えない。簡単に言うと、がん治療薬は一般的に開発の難しさや薬剤リスクに比べて利潤が大きく上回るものではないということである。大腸がんや乳がんといったマーケットの大きな分野はまだしも、それ以外にもたくさんのがん種があり、それぞれで手術や放射線、他の薬剤との併用を試みることによって標準治療を作っていくというプロセスは、製薬企業だけでは進まず、医師や研究者が主導して臨床

開発を行っていく必要がある。それをうまく整理し、進めているのがNCIである。

しかし、個々の研究者にはそれぞれ興味と関心があり、それらは研究者間でもぶつかるものである。また、大規模臨床試験はいくつもできるものではないので、逆に研究者どうしで競ってはいひとつも実施できないということになる。これらを整理し、進めているのがNCIであるが、研究テーマと研究者に優先順位をつけ、それに研究者を従わせるのは容易なことではない。そこを読み解く鍵がextramural researchという考え方である。

3.2 NCIのextramural division

NIHは疾患毎の研究所を始めとする18の機関・センターからなる米国保健福祉省の組織であり、NCIはそのなかでがんを担当する18の中でもっとも大きな機関である。NCIは大きく分けてextramural division, intramural division, office of the directorの3つの部門からなる (Fig. 3)。

3.2.1 NCIのextramural divisionの機能

NCIのextramural divisionはextramural researchを行うNCIの部門であり、前述のDCTDやDCPが相当する。Extramural researchは所外研究とも訳されるが²⁾、自ら研究を行うのではなく、国全体の研究の管理、推進、方向付けを行うところ

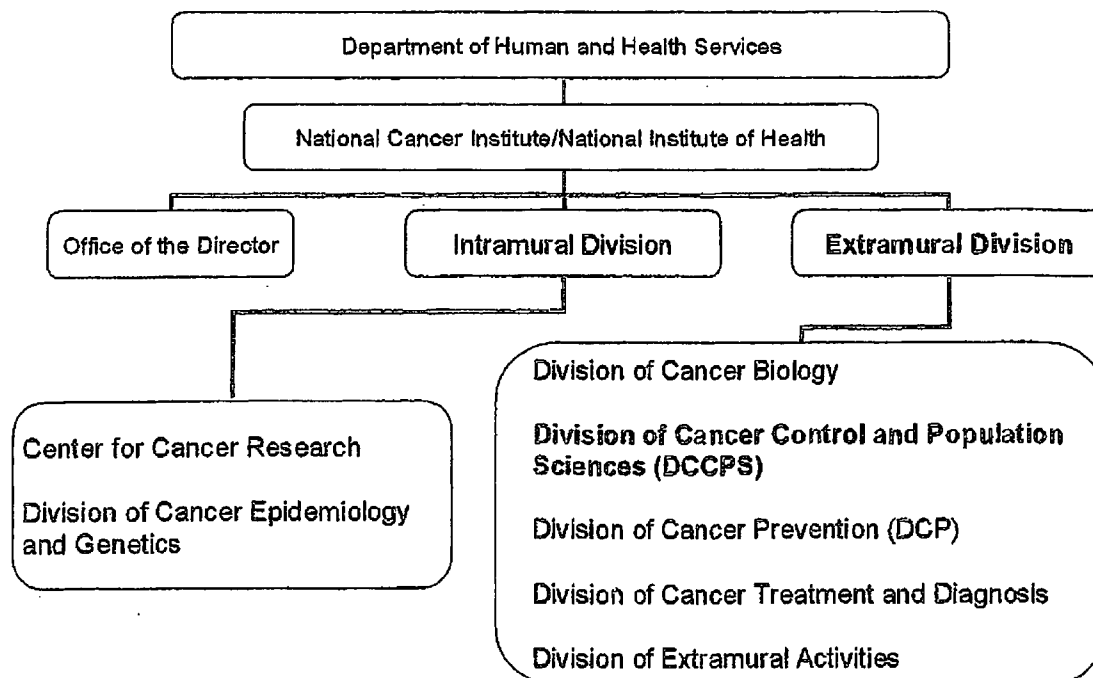


Fig. 3 National Cancer Institute

である。DCTD の治療開発の管理・推進方法に関してはすでに述べたが、DCTD は同様の方法で診断法開発の管理・推進も行っている。また、がん予防とがんコントロール方法の開発は DCP が DCTD と同様の方法を用いて管理・推進を行っている。イソフラボン抽出物などを用いたがん化学予防薬の開発や、支持療法の開発などがそのターゲットとなる。地域がん登録といった国家的規模で行わなければならない記述疫学研究の管理や推進、その他の疫学研究の管理、推進は Division of Cancer Control and Population Sciences (DCCPS) がこれを担っている。基礎研究の extramural research は Division of Cancer Biology (DCB) が担当する。

Office of the director は office of communication (Physicians Data Query とした治療ガイドライン作りや臨床試験情報のデータベースを作ったり、それらを発信する Cancer Information Service がある部門) などのように、基礎・予防・臨床といった従来からの研究の枠に収まりきれない分野の extramural research を担当する所長直轄部門である。

3.2.2 NIH の名の下での研究費の管理

Extramural division の仕事は、一言で言うと研究費の管理及び執行であり、NIH の名の下でがん関係の extramural 研究費を実質的に管理している。NCI 全体の研究費は約 5000 億円であるが、9 割が extramural division と office of the director で管理され、1 割が後述の intramural division で用いられる。といっても、研究費の採択は NIH のセンターの一つである Center for Scientific Review (CSR) が NIH 全体を通して担当しており、現役

研究者どうしの厳密な peer review で決められるので、extramural division は研究費採択の評価をする部門ではない。

NIH からの研究費にはいくつかの種類があるが、大まかに言うと研究費は 3 種類の形で研究者に対して募集される。

3.2.3 NCI のグラント

一つは grant というタイプで、研究者が自由に課題を考え、応募するものである。DCB が管理する基礎研究は grant 型のものが多く、研究者の自由な発想によって研究が行われるものが中心である。さまざまな着想から自由に研究を行うことによって、中にはノーベル賞として評価されるような大きな発見に結びつくものが生まれ、科学の裾野を広げる役割を持つ。

3.2.4 NCI のコントラクト

もう一つは contract と呼ばれるもので、NIH が内容まで決定して研究者を募集するものである。前述した中では、DCTD/DTP が管理する抗癌剤候補物質のスクリーニングや保管といったものや、office of the director が管理するがんに対する情報をコールセンターを通じて患者さんに発信する Cancer Information Service などが contract の例となる。研究という側面もあるものの、目的が明確で方法が定型化しており、事業的側面の強いものを NCI が研究者に委託する。

3.2.5 NCI の Cooperative Agreement

Grant と contract の中間が Cooperative Agreement (CA) と呼ばれるものである。CA は、NCI と研究者が相互に援助を行うという関係を反映した研究費であり、研究の実施に当たり、NCI が内容

Table 1 NCI の研究費の性質の違い

Grant	A financial assistance mechanism providing money, property, or both to an eligible entity to carry out an approved project or activity. Performance responsibility rests primarily with the recipient, and there is little or no Federal involvement or participation in the performance of activities.
Cooperative Agreement	An award instrument, reflecting an assistance relationship between the NCI and a recipient, in which substantial NCI programmatic involvement is anticipated during performance of the activity.
Contract (Research & Development)	An instrument used by the NCI to procure cancer research services and other resources needed by the principal purpose of the transaction is to acquire a specific service or end-product for the direct benefit of or use by the NCI. Contract (under a grant): A written agreement between a grantee and a third party to acquire routine goods or services.

的に実質的な関与を行うものを言う (Table 1)²⁾。DCTD/CTEP が管理する多施設共同臨床試験に対する研究費は CA として出ており、データセンター、オペレーションズオフィス、研究者グループセットで申請すること、がん治療の臨床試験を行うことといったことが要件として研究申請を募集する。第Ⅲ相臨床試験やがん予防・がんコントロール研究を行うネットワークである CCOP も CA である。つまり、新治療の開発のように、明確なゴールがあり、それに至るには独自の発想も必要だが、方法論的にはある程度確立されていて実績や経験が必要なものは、CA 型の研究費で募集する。研究者 (グループ) の採択は peer review によって行うが、実際の研究計画については、前述のように NCI の DCTD/CTEP でコンセプトやプロトコル審査を行い、他のグループとの棲み分けや試験の計画や進捗のモニタリング、監査などを行うことによって、全米規模で効率よく治療開発が進むように管理・推進を行っている。

実際に筆者が1年半過ごした感覚では、NCIは決してブレーキをかけるのではなく、より早く目的地に着くようにハンドルを切ったりガソリンを入れたりしているという印象である。我が国では、mission-oriented 型、top down 型として、NIH の contract 型の研究費が紹介されることが多いようだが、contract 型で研究費を出してしまうと、臨床試験のように組織の特徴や性格、課題に合わせてプロトコルの内容を精緻化していく場合には対応しにくい。CA のように、研究費募集の際に詳細を決めるのではなく、ある程度の mission と実行可能な組織形態を確認するような募集を行い、その後の進捗管理の中でサポートと管理を行うほうが適していると考えられる。NCI の extramural division は grant, contract, CA といった仕組みを巧みに使うことにより、全米のがん研究を管理・推進・方向付けしているといえる。

3.2.6 NCI のサイエンティフィックレビューアー

NCI/NIH のように研究費を管理する機関は funding agency (FA) と呼ばれるが、NIH は米国における生命科学に関するほぼ唯一最大の FA であり、基礎研究から実際の治療の開発まで、生命科学に関する非常に広い分野をカバーし、管理・推進を行っている。研究費を管理する NCI や NIH の extra-

mural division のスタッフは一般的に、Program Officer (PO)、Program Director (PD) と呼ばれ、科学者出身の行政官であるが、その役割は多岐にわたる。CSR で Peer review の管理を行うものもいれば、NCI などの各機関で配分などお金の管理を担当するものもいる。中でも、前述の CTEP の例のように治療開発といった目的のために、研究課題を設定し、研究者を選定、プロトコルレビュー、進捗管理をするといった PO/PD は scientific reviewer と呼ばれ、個々の研究者よりもその分野に対する広い知識と視野、先見の明が必要である。このように自分では研究を行わない専門官が長きにわたり担当することによって長期的ながん治療の開発を推進している。わが国には、専門官として永続的に scientific reviewer の役割を明示的に担う職種がない。科学者出身の行政官の育成とキャリアパスの確立は一朝一石には進まないであろうから、scientific reviewer 的な役割を担う科学者と研究費管理に精通した行政官との協力を組織的に行うことが研究費の効率的な運営には不可欠であろう。

3.3 NCI の intramural division

Intramural division とは、所内研究部門と訳すこともあり²⁾、自ら基礎研究、疫学研究、臨床試験を行うところである。基本的には、NCI/NIH 外の研究所や病院と変わらず、また、わが国の国立がんセンターと同じように、基本的には個々の研究者の興味と関心をもとに研究を行う。研究費は、NCI/NIH 外の研究者と異なり、grant などの研究費に応募するのではなく NCI から直接研究費を交付され、業績の評価も内容的には所外の研究者とほぼ同じように行われるようである。NIH 内には Clinical center と呼ばれる臨床試験のみを行う病院があり、NCI の intramural division が主に第Ⅰ相臨床試験を行っており、同じ建物で基礎研究者が実験を行っている。日本から多くの研究者が留学しているのは、この intramural division である。歴史的にはもともと、他の機関と同様、NCI も自ら研究を行う施設であったが、研究費の配分機能を担うようになって後述の extramural division や office of the director が設立されたようである。筆者の観察の範囲内であるが Intramural division の研究テーマが「国立機関」らしい国全体を見据えたものであるということもなさそうである。NCI が自分たちで持っている、

普通の研究施設・研究病院であると考えればよいであろう。

4. 最後に

NCIのがん治療薬開発は、アカデミック発の創薬という観点から見ると、個々の研究者が自分たちですべてを担わなければならない日本とは大きな差がある。予算の額や国の事情も異なるため、同じことをする必要もないし、できないが、新規候補薬剤から臨床開発まで組織的にサポートを行うという考え方は参考になる。わが国のがん治療開発システムは米国に20～30年遅れているといわれる。米国で多施設共同臨床試験グループ設置のプログラムができたのが1958年であるが、わが国においても近年急速に多施設共同臨床試験グループがいくつか整備され、医師主導治験が実施できるようになってきた。しかし、臨床試験の実施を通してがん標準治療を世に広め、予防研究を実施するための組織であるCCOPに対応する仕組みはまだない（CCOPが米国にできたのは1986年）。また、NCIにおいて、治療開発の管理・推進を行うCTEPが設立されたのは1981年である（personal communication）。NCIは治療開発のみならず、診断法や予防薬開発にもDTPやCTEPと類似の組織・システムを持ち、総合戦略として国家的にがん研究を推進している。わが国にはこのように系統的かつ恒常的にがん撲滅の研究を統括する部署は国立がんセンターにも厚生労働省にも存在しなかった。しかし、2006年にがん対策基本法が成立し、それに応じた組織が厚生労働省（がん

対策推進室）と国立がんセンター（がん対策情報センター）に設置された。国立がんセンターがん対策情報センターは、わが国ではじめてできたがん研究分野の extramural division である。

米国と同じシステムを作ることはできなくとも、日本全国のがん研究者が協力して、わが国にあった形のがん予防・治療開発の戦略をとっていく必要がある。組織的な治療薬開発プロセスとCCOPに対応するネットワークを作る具体的なアクションを早急に取り始めないとアカデミック発の創薬、標準治療に対するエビデンスの発信という観点からの医療への貢献は、これまで以上に諸外国に遅れて行くことになるであろう。これには行政と協力した国立がんセンターがん対策情報センターの強力なリーダーシップと、日本全国のがん研究者が信頼することのできる透明かつ効率的なシステム作りが不可欠と考える。

文 献

- 1) 黒川幸典, 福田治彦: 米国 NCI における TR 支援体制. *Drug Delivery System* 22-1, 54-59 (2007).
- 2) Gallin JI 編, 井村裕夫監修: NIH 臨床研究の基本と実際, 丸善, 東京, 2004.
- 3) GRANTS PROCESS. Everything You Wanted to Know About the NCI. But Were afraid to Ask. National Cancer Institute. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Revised August 2005.

Round Table Meeting

バイオマーカー研究の現状と展開

司会

近畿大学医学部ゲノム生物学教室教授

西尾 和人

Kazuo Nishio

国立がんセンター研究所がん情報・統計部室長

山本精一郎

Seiichiro Yamamoto

国立がんセンター中央病院消化器内科医長

山田 康秀

Yasuhide Yamada

ABSTRACT

分子標的治療薬の臨床試験が上皮成長因子受容体(epidermal growth factor receptor: EGFR)-チロシンキナーゼ阻害剤(tyrosine kinase inhibitor: TKI)を中心に、国内外で積極的に行われている。2004年にEGFR遺伝子変異が発見され、EGFR遺伝子変異がEGFR-TKIであるゲフィチニブやerlotinibの奏効率と関連性の強いことが示された。それ以来、EGFR遺伝子変異をはじめとする、治療薬への感受性および疾患の予後を予測するバイオマーカー研究への関心が高まっている。

そこで、本座談会では「バイオマーカー研究の現状と展開」をテーマに、近畿大学医学部ゲノム生物学教室教授の西尾和人先生の司会のもと、国立がんセンター研究所がん情報・統計部室長の山本精一郎先生と国立がんセンター中央

病院消化器内科医長の山田康秀先生に、それぞれのご専門の立場から、分子標的治療薬におけるバイオマーカー研究の現状と今後の方向性についてお話をうかがった。

近年、遺伝子変異などのバイオマーカーを活用して患者に関する情報を取り入れた臨床試験では、有効な結果を得られやすいことが示されている。臨床試験を実施する際にはバイオマーカーを用いて患者を選択することが重要であり、かつペバシズマブなどの血管新生阻害剤の使用において生命に関わる有害事象を回避するためにも、バイオマーカーの活用が望まれる。今後、効果予測因子の解明をさらに進めるとともに、予後因子と副作用マーカーとの関連性など、バイオマーカー研究の発展が期待される。

予後因子・予測因子

西尾 本日は、現在の分子標的治療薬のバイオマーカー研究の現状と展開をテーマに、生物統計学に詳しい山本先生と、消化器がんのみならず分子標的治療薬の第I相試験の経験をおもちで、基礎にも精通しておられる山田先生にお集まりいただきました。臨床の現場あるいは統計学的視点からみた臨床試験デザインについての、レビューおよび議論がいただけたと思います。また、2007年の米国癌治療学会議(ASCO)における分子標的治療薬に関する動向を交えながら、バイオマーカーあるいはバイオマーカーを取り入れた臨床試験について、事例を提示しながら、その問題点や方向性についてご議論いただければと思います。

さて、昨今、バイオマーカーを取り入れた臨床試験のデザインについて、prognosticかpredictiveかということが議論されるようになりましたが具体的な事例でご説明していただけますか。

山本 このところ、たとえばゲフィチニブを用いた単群での試験で、上皮成長因子受容体(epidermal growth factor receptor; EGFR)変異陽性の群で予後がよく、陰性の群で予後が悪いという議論が学会などでしばしば行われています。しかし、それはEGFR変異の有無が予後のよい群と悪い群とを分けるバイオマーカーであっただけで、薬剤の有効性については分かりません。そのため、概念を整理して、予後因子と予測因子をより正確に分けることが必要になっています。

予後因子とは、performance status(PS)のように、何も治療を受けなかった場合や標準治療を行った場合でも因子の水準によって予後が変わるものをいいます。一方、予測因子は、因子の水準によって治療効果が異なるもののことです。個別化治療開発とは、その治療が有効な集団を探す、という意味で予測因子を探す試みであるといえます。

予測因子を探すための統計的なデザインとして提案されているものは、大きく3つに分けることができます。まず、マーカー(+)の患者だけを集めて行う「marker(+)design」という、いわゆる enrichment

と呼ばれるものがあります。マーカー(+)の患者のみで新治療あるいは標準治療を行うのですが、これでは治療が有効なことはわかっていても、無効な場合についての詳細がわからないという欠点があります。

また、標準治療の群とバイオマーカーに従って治療を変える群とをランダム化して比べるという「marker strategy」と呼ばれるデザインもあります。このデザインの場合は、マーカー(+)の患者がどの程度いるかによって全体としての治療効果が変わってしまいます。つまり、マーカー(+)の患者に対して非常に有効であったとしても、マーカー(+)の患者数が少なければ結果に差が出ないということになってしまいます。

それに対して、はじめにバイオマーカーを測定してからランダム化し、治療の効果をマーカー(+)の患者とマーカー陰性の患者で比較する方法があります。予測因子を探すには、この「all comers design」が最適であると考えられています。

バイオマーカーと臨床試験デザイン

山本 最近、Journal of the National Cancer Instituteに掲載されたプロテオミクスの例があります(Taguchi F, et al: J Natl Cancer Inst 99(11): 838-846, 2007)。これは、matrix-assisted laser desorption ionization (MALDI)を用いて予測因子・予後因子について検討したものです。

西尾 プロテオミクスのアプローチで、EGFR-チロシンキナーゼ阻害剤(tyrosine kinase inhibitor; TKI)の効果を予測できるバイオマーカーを同定するという研究ですね。

山本 そうです。この田口先生たちの論文は、主題はプロテオミクスによって治療効果の予測が可能かということですが、そこで使われた統計的な方法が今後のアイデアにつながるものでした。彼らのアプローチは、まずEGFR-TKIによる治療集団をトレーニングセットとして、プロテオミクスで予後が予測できるようなバイオマーカーを同定しました。次に、別のEGFR-TKIによる治療集団に対してそのバイオマー

西尾 和人 氏

Kazuto Nishio

近畿大学医学部ゲノム生物学教室教授

PROFILE

1986年和歌山県立医大卒，同大学付属病院で内科研修を経て，国立がんセンター研究所薬効試験部で抗がん剤耐性，シグナル伝達，分子標的治療の研究を始める。中央病院計画治療病棟支援施設でのTR研究を経て，2006年より近畿大学医学部ゲノム生物学講座教授。WJOG TR 委員長，東京医大，北里大学客員教授など。



カーを用いたところ，そこでも同様に予後予測ができ，一連の validation 作業によってそのバイオマーカーが予後因子だということが確認されました。

西尾 検証の際には，Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) やイタリアのデータも用いられていますね。

山本 はい。いくつものデータを使って validation が行われています。その後，EGFR-TKI を投与されていない集団に対してこのバイオマーカーを用いたところ，予後予測ができませんでした。そのため，このバイオマーカーは予後因子ではなく，予測因子であるという論理の展開をしています。

この論文は，治療予測因子を探す方法として2つの研究を組み合わせるというアイデアを与えてくれたと思います。たとえば，ある治療を行った集団をよく調べたところ，そのなかで予後の違う集団が規定するマーカーをみつけることができたとしています。これで終わるのではなく，次にそのマーカーで規定される予後の良かった集団を enrich してその治療法のランダム化比較をすれば予後因子だったのかわかる，といった方法が考えられます。ただし，どこかの段階でランダム化比較は必要だと思いますし，マーカーで規定されるある集団に治療を行うかどうかはそのマーカーが治療の予測因子か予後因子かではなく，その集団に対して治療効果があるかどうかによって決めなければなりません。

分子標的治療薬とバイオマーカー

1. EGFR-TKI

西尾 では次に，分子標的治療薬とバイオマーカーの今後の展開についてお話しいただきたいと思います。たとえば，保険適用になった遺伝子検査もあり，今後の動向は変わってくるだろうと思いますがいかがでしょうか。

山田 EGFR 関連では，EGFR-TKI である erlotinib やゲフィチニブの大腸がん，あるいは胃がんに対する第Ⅱ相試験がいくつか行われたのですが，全く効果がなく，奏効率は0～1%でした。大腸がんに関してはEGFR 変異自体がほとんどないということがわかっています。

一方，抗EGFR 抗体である cetuximab は，大腸がんに対して単剤で約10%，塩酸イリノテカンとの併用で塩酸イリノテカン不応例に対し20%ほどの奏効率が得られることがわかっています。そのため腫瘍縮小効果の得られやすい患者群の特定が行われているわけなのですが，その際に免疫染色法が役に立ちません。大腸がんの約80%の症例は免疫染色法で陽性ですが，陽性例でも陰性例でも抗EGFR 抗体の奏効率は10%程度であるという報告もあります。また，免疫染色の強度にも関係なく，全体の何割が染まっているか(陽性細胞率)ということにも全く関係ないということもわ

かっています。

少数例の検討ですが、FISH法でEGFR遺伝子の増幅がみられる症例に関しては、やや奏効率が高い傾向にあるのではないかとわれています。EGFRの下流の話ですが、K-ras変異に関する興味深い2つの論文と2007年のASCOでの口演があります。K-ras変異を有する症例ではcetuximabの奏効率が、その3つの報告ともすべて0%で、K-ras変異は効果予測のきっかけになるかもしれないと考えられているのです。予後自体も、cetuximabで治療した場合に、K-ras変異を有する症例よりも変異をもたない症例のほうが良好であったことが併せて報告されました。

このほか、EGFR関係ではpanitumumabとnimotuzumabなどもあります。最もバイオマーカーの研究が進んでいるのはcetuximabで、その他の抗体に関してはそれほど情報は得られていないというのが現状だと思います。

西尾 Cetuximabについてはわれわれも他の日本のグループも、抗体依存性細胞傷害反応(antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity; ADCC)の関与など、抗体のバイオマーカーという点で研究を進めています。

山田 おっしゃるとおり、ADCCの影響は非常に大きいのではないかと考えられています。しかしながら、cetuximabが免疫グロブリンG(immunoglobulin G; IgG)-1抗体で、panitumumabはIgG-2抗体ですが、単剤での奏効率がいずれも10%程度なのです。ADCCがほとんど関与しないといわれているIgG-2抗体のpanitumumabでも、単剤での奏効率がcetuximabと変わらないというところが気になりました。

リツキシマブでは、リンパ球のFc受容体の遺伝子変型により、リツキシマブの効果が変わるという報告があります。Cetuximabでも同様のことがあるか否か確認する必要があると思います。

西尾 もし日本人で白人と比べ奏効率が違っていると、人種差もまた調べていかなければならないかもしれませんね。ADCCは免疫担当細胞で起こります。トラスツズマブでもそう思われていたのですが、直接的に抗体ががん細胞に結合して増殖を抑制する作用と、その免疫の細胞を傷害することで抗腫瘍効果を示すと

いう作用があります。

山本 それもマーカーでわかるのですか。

西尾 現在、それを測定しています。Fc受容体の一塩基多型(single nucleotide polymorphisms; SNPs)の解析も行っています。また、抗体糖鎖のフコースの状態によってADCCが少し変わるので、ヒトの体内でフコースの除去・付加を行う酵素の活性を測定しています。実際に、トラスツズマブのフコースの量の半定量化を国立がんセンターのチームと共同で行っています。

山本 それはマーカーとセットで調べることになりますか。

西尾 同じタイプの抗体を使ったとしても同じように効かないかもしれないのでそうなります。

山田 コストが高い薬剤では特に効果を予測するためのバイオマーカーが重要ですね。Cetuximabは塩酸イリノテカンとの併用でも奏効率は20%です。多くの患者には副作用が出るだけで効果がありません。そのため、治療にかかるコストの問題もありますが、われわれ科学者としては、治療が有効な症例をしばらくこんでいくことが非常に重要であり、それがテーラーメイド医療につながると思います。

2. 血管新生阻害剤—ベバシズマブ—

西尾 コストといえばベバシズマブもそうですね。ベバシズマブのバイオマーカーは必要だと思われませんか。

山田 現在のところ効果を予測するバイオマーカーはありません。有害事象の面からみても、バイオマーカーは必要だと思います。ベバシズマブでは、生命に関わる有害事象が報告されています。頻度は1.5~2%と低率ですが、心筋梗塞、肺塞栓、脳梗塞のような動脈系の塞栓症を起こします。消化管穿孔の頻度も1.5%で、これも緊急手術をして救命できるとしても、生命に関わる場合があるかもしれません。ですから、ベバシズマブが有効な症例の特定と、有効であった症例がいつ無効となるのかを知ること、すなわち無駄な投与期間を減らすことは、生命に関わるような有害事象の頻度を最小限にするためにはきわめて重要なことだと思います。まだこのようなバイオマーカーは特定され

山本精一郎 氏

Seiichiro Yamamoto

国立がんセンター研究所がん情報・統計部室長

PROFILE

生物統計家としての専門を活かし、1996年からJCOGデータセンターの統計チーフとして、がん臨床試験のデザインや解析に従事。臨床試験方法論の研究にも取り組み、JCOG臨床試験の質的向上に貢献。また、厚生労働省多目的コホート研究の事務局として、全国14万人規模の前向き観察研究データの収集、解析を行っている。生物統計家として他分野の研究者と多くの共同研究を行い、自身の方法論的研究ならびに他分野研究者との共同研究によってがんの予防、診断、治療の各分野において独自の貢献をしてきた。



ていないため、臨床研究を継続的に行っていくべきであると思います。

西尾 副作用のマーカーですね。効果と経済的な観点からすれば、不必要な患者にはあまり投与しないことも必要ですし、投与を止める時期も大切ですね。

山田 ベバシズマブなどの血管新生阻害剤による高血圧や蛋白尿などの有害事象と、その効果や予後との関係は今のところ全くいわれていません。血管新生のバイオマーカーの探索に関してまさに日本の研究者が行うべき余地は、まだまだ残されています。

西尾 ベバシズマブについても、バイオマーカーのアプローチは、ASCOをみていてもほとんどありません。わが国で何かできればと切に思います。

ASCOでのバイオマーカーに関するトピックス

1. AZD2281

西尾 ポリ(ADP-リボース)ポリメラーゼ(poly(ADP-ribose) polymerase ; PARP)阻害剤であるAZD2281は、第I相試験で対象をBRCA1/2変異陽性の卵巣がんに絞った結果、有効性もみられています。

山田 第I相試験とは思えないほど腫瘍縮小効果が高かったですね。

西尾 第I相試験で有望な結果を示すことができたのは、特定の患者集団に絞ったからです。はじめ

に小さな特定の集団で試験をするというアプローチは、非常に理想的です。

山田 特定の対象から進め、有効であることがわかれば、少しずつ対象を広げていくということですね。

西尾 そうなのです。BRCA1/2変異陽性ということは、むしろ乳がんのほうが主な対象となりそうです。第I相試験でこういうデータをみると、はじめに特定の対象に絞って試験を行い、徐々に適応を拡大するという、従来とは逆の戦略が非常に必要だだと思います。

2. AZD2171

西尾 もう1つASCOで注目したのは、脳腫瘍に対するAZD2171です。脳腫瘍ですぐに効いているのです。脳浮腫のところで非常にphenotypeとしてみやすく、血管を正常化するということがproof of concept(POC)として証明されているのです。既存の腫瘍血管の正常化というものは、血管新生阻害剤が有効であるのかどうか、そういう作用があるのかはあまりはつきりしていなかったのですが、それが証明されたというのは面白かったですね。

AZD2171による血管の正常化が臨床で確認されたことにより、こうしたアプローチは今後増えていくでしょう。たとえば、Nature Medicineに掲載されていたベバシズマブに関する論文では、間質圧の上昇を実際に測っており、非常に興味深いと思います。

山田 直腸がんが対象で、内視鏡を使った研究です

山田 康秀 氏

Yasuhide Yamada

国立がんセンター中央病院消化器内科医長

PROFILE

1989年3月弘前大学医学部卒業。1996年4月癌研究会附属病院化学療法科、1998年4月より国立がんセンター中央病院消化器内科へ勤務し、現在に至る。2006年には Memorial Sloan-Kettering Cancer Center へ留学。所属学会は日本内科学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本消化器病学会、がん分子標的治療研究会、ASCO、ESMO など。



ね。確かに興味深いですね。われわれもぜひ内視鏡やMRIなどの画像も含めた形でさまざまな方向からの研究を試みたいと思っています。

西尾 EGFRなどの発現解析や蛋白レベルの解析、ゲノムレベルでの gene application などにおいて変異が注目されており、それらが予測因子である可能性があります。ですから、量的な変化ではなく質的な変化をマーカーとして使っていこうという方向性があると思うのです。

山本 薬剤の開発をするときには、マーカーの開発も一緒にするんですね？

西尾 変異や遺伝子の変化があるような細胞株をライブラリーとして集めていく、いわゆる cell based screening というのですが、そういうアプローチをわれわれも始めています。それによって、特定の患者サブpopulationに該当する細胞株を用いた効果予測・創薬ができるのではないかと考えています。診断薬と治療薬を同時に開発しようというコンセプトがありますが、それには臨床あるいはヒトのサンプルが必要になります。そのためには、組織バンクなどの整備が日本でももっと行われなければ、現状ではなかなか難しいのです。

山本 ゲフィチニブのとき、結局第Ⅲ相試験を行ってからマーカーを探した形になっていましたね。

西尾 その反省があるからこそ、たとえば AZD2281 の第Ⅰ相試験で良好な結果が出たと考えています。

山田 優れたマーカーを事前にどれだけみつけだせるかというチャレンジですね。

西尾 そうです。患者をバイオマーカーで選んでいくというアプローチのほうがいいという流れになってきていると思うのです。そしてメシル酸イマチニブのように、徐々に適応拡大を図っていくのが望ましいですね。

3. メシル酸イマチニブと sunitinib malate

山田 メシル酸イマチニブでは、消化管間質腫瘍 (gastrointestinal stromal tumor ; GIST) のKIT変異症例で有効であるということがわかった時点で、さまざまながん種の cell line のKIT変異が調べられましたが、結果的にはみつかりませんでした。効果予測のバイオマーカーを探していく段階で、KITの場合は初期にエクソン11が関与していることがわかりました。そして、メシル酸イマチニブ耐性となったら sunitinib malate となります。

当初、血液を用いて可溶性KITなども調べていたのですが、効果予測因子とはなりません。そのため、メシル酸イマチニブではこのような研究はほとんど行われていません。

西尾 Sunitinib malate の状況はどうですか。

山田 Sunitinib malate に関しては、KIT変異の解析が行われ、エクソン11変異の場合は有効であるというデータがあるのですが、その真偽はわかっていま

せん。

エクソン11の二次耐性の機序は、KITのチロシンキナーゼ領域に二次変異が起きたためメシル酸イマチニブが結合できなくなるというものが最も多いようです。エクソン11の変異をもつ症例ではそのような二次性の変異がメシル酸イマチニブを長く投与している間にできてしまうため、sunitinib malateも結合できなくなってしまいます。ただし、sunitinib malateはエクソン11二次性変異症例には効かないかもしれませんが、メシル酸イマチニブ投与前にファーストラインでsunitinib malateを投与すれば違った結果になるかもしれないと考えている研究者もいます。

一方、エクソン9は比較的メシル酸イマチニブが暴露している時間が短いということもあり、二次変異が起きにくくなっています。もともとの自然耐性の影響が強いため、エクソン9にはまだsunitinib malateが結合しやすいと考えられていますが、はっきりとした事実はわかっていません。しかし、メシル酸イマチニブはファーストラインでの奏効率が非常に高く、マルチターゲットであるためさまざまな副作用が出てくるsunitinib malateに比べると、忍容性が高く、毒性をマネジメントしやすい薬です。

4. その他のトピックス

西尾 二次変異については、たとえばEGFR以外にもc-METに関する報告が今回のASCOでありました。MET阻害剤ということになれば胃がんに対する期待は大きく、EGFR-TKIとの併用を考えているグループもありますが、私は単剤でも効くと思います。

山田 c-METは以前から免疫染色法によって胃がんの悪性度との関係が日本ではいわれており、しかも今のところc-Metを標的とした治療はほとんどありません。未分化型腺がんにもc-Metが発現しているという報告もあり、非常に魅力的で、ASCOでは発表が2題ありました。

西尾 ありましたね。

山田 いずれもがん種は別として治療に対する反応がみられ、胃がんに対する開発も国内外で始まっているところもあると思いますが、早期に結果が知りたいですね。

西尾 今回のASCOで非常に注目されていましたね。

山田 そうですね。インパクトがありました。

西尾 今回のASCOでほかに何か気づいたものがありますか。

山田 マルチターゲットのTKIで、circulating endothelial cell(CEC)やcirculating endothelial progenitor cell(CEP)、あるいは可溶性トランスフォーミング増殖因子(transforming growth factor; TGF)受容体2などの報告があるのですが、一定の結果が出ているようには思えませんでした。採取するタイミングや薬剤の影響なのかもしれませんが、現在のところどのように理解すればいいのでしょうか。

西尾 Circulatingの話は、2005年、2006年は非常に盛り上がったのですが、今回はあまり印象に残りませんでした。POCの証明として早期の試験で用いるには有効かもしれないのですが、予測因子として用いるにはまだ非常に感度が低いという印象があります。可溶性TGFについては、マルチで解析すると少量の血清で測定できるものがあります。たとえば今回のASCOでのAZD2171の発表で、CCのインスリン様成長因子(insuline-like growth factor; IGF)などを一緒に測定しており、単独ではなくいくつかの因子と組み合わせで発表されていました。そういったアプローチは有望だと思います。

血管新生は病態がよくわからないので、マーカーは難しいかもしれませんが、たとえばベバズマブに耐性となったときにVEGFの代わりに他のリガンドが増えてくるというシフトの話があり、薬剤の効き方などに関わってくるかもしれません。したがって、これらを探していくアプローチは必要だと思います。

バイオマーカーを利用した臨床試験の方向性と問題点

西尾 では最後に、バイオマーカーを利用した臨床試験の今後の方向性と問題点についてお話をお願いします。

山田 もう一度、細胞傷害性抗がん剤の効果の予測を検証しておきたいと考えています。大規模な試験の

なかでの奏効率、使いやすさなどを、最初に100%予測できなくてもいいと思うのです。ファーストラインでは、どちらの薬剤のほうが有効性が高いかなど、そういったことが予測できれば有用だと思っています。

西尾 まさしくおっしゃるとおりです。マーカーは100%に近いものでないと臨床試験で層別に使えません。そして、細胞傷害性抗がん剤に関してもそれに匹敵するようなマーカーは必ずあります。そう考えると非常にモチベーションが上がりますね。将来的にはおそらくコンビネーションで行わなければならないくなり、それもまた難しい問題だと思います。

山本 何度も試験を行うことは困難ですから、すべての機会に付随研究を行い、それを有機的に次につなげていくということが必要ですね。

山田 そう、そこですね。

山本 はじめからそういうデザインをしておくというアプローチが、方向性としては望ましいですね。EGFR-TKI同士で組み合わせるなどの試験はどうでしょうか。

山田 単剤でそれぞれ開発してから組み合わせてい

かなければなりません。追加ですが、ASCOのあとに開催されたWorld Congress on Gastrointestinal Cancerのなかで、2つの抗体を用いた大腸がんに対する試験がありました。FOLFOX+ペバシズマブ+panitumumabで、併用での第I相試験と第II相試験がなく、いきなり第III相試験が行われました。しかし、下痢と皮疹という抗EGFR抗体の毒性が増して、グレード3以上の下痢が20%、皮膚毒性が30%以上の症例にみられたのです。そのため、毒性によって化学療法そのもののdose intensityが下がってしまいました。そして、FOLFOX+ペバシズマブはPFSが10ヵ月でしたが、2つの抗体を用いた群は9ヵ月だったので、中間解析で止まってしまいました。もう少し前段階の試験で、抗体同士の併用を行い、毒性を評価することも必要かと思います。

西尾 海外はそういうことをチャレンジングに行いますね。羨ましいぐらいです。ただし、生物学的製剤に関してはイギリスでの事件の例もありますから、より慎重に、科学的に解析していくアプローチが必要です。本日はお忙しいところ、ありがとうございました。