

【 水 戸 会 場 】

乳がん県民公開セミナー in 水戸 プログラム

日 時 平成23年10月2日(日) 14:00～16:00
場 所 茨城県開発公社 3F 大会議室(水戸市笠原町978-25)

14:00 開 会
14:00～14:05 あいさつ
水戸医療センター 副院長 植木 浜一 先生

【第一部】講 演
テーマ『乳癌のいろいろ～癌の個性に合わせた治療計画』

講演1 (14:05～14:20)
「乳癌の検診をうけましょう！」
おおたしろクリニック 副院長 太田代 紀子 先生

講演2 (14:20～14:35)
「乳癌の広がり に合わせた手術療法」
日立総合病院 外科 主任医長 伊藤 吾子 先生

講演3 「乳癌の性格に合わせた薬物療法」
① (14:35～14:50)
「乳癌の病型分類」
水戸赤十字病院 第三外科部長 佐藤 宏喜 先生

② (14:50～15:05)
「ホルモン療法」
水戸済生会総合病院 消化器一般外科部長 長倉 成憲 先生

③ (15:05～15:20)
「非ホルモン療法」
水戸医療センター 外科 森 千子 先生

【第二部】質疑応答 (15:20～16:00)

司 会	水戸医療センター	副院長	植木 浜一 先生
パネリスト	おおたしろクリニック	副院長	太田代紀子 先生
(順不同)	日立総合病院	外科 主任医長	伊藤 吾子 先生
	水戸赤十字病院	第三外科部長	佐藤 宏喜 先生
	水戸済生会総合病院	消化器一般外科部長	長倉 成憲 先生
	水戸医療センター	外科	森 千子 先生

16:00 閉 会

共催：乳がん市民セミナー実行委員会 茨城県がん診療連携協議会
アストラゼネカ株式会社



植木先生あいさつ

【基調講演 1】

乳がんの検診を受けましょう！

おおたしろクリニック

副院長 太田代 紀子 先生



皆さん、こんにちは。

これから乳がんの検診を受けましょうというこ

乳がんクイズ

日本では 毎年 何人の人が新たに“乳がん”といわれるのでしょうか？

- ①およそ10,000人
- ②およそ30,000人
- ③およそ50,000人

スライド 1

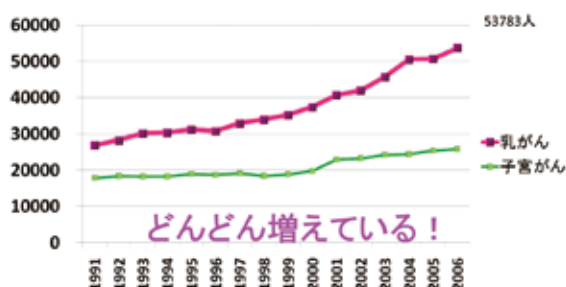
とについてお話しします。

【スライド 1】

簡単なクイズです。

日本では、毎年何人の人が新たに乳がんと言われるのでしょうか。1万人か3万人か5万人か、手を挙げてください。1万人と思う人、少数ですね。3万人と思う人、多い。では、5万人という人。これも多いですね。そのとおりなのです。5万人です。

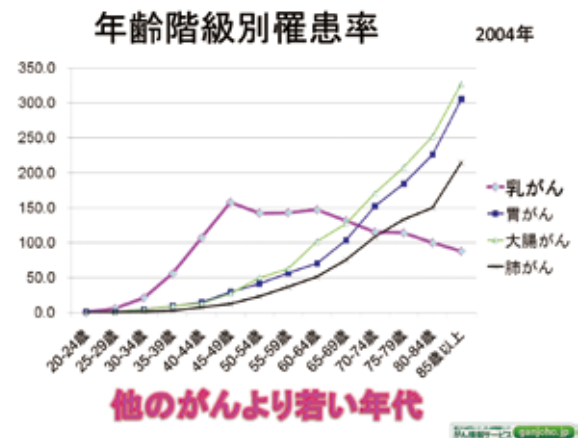
乳がんの年次別罹患数



スライド 2

【スライド 2】

毎年5万人。年次別罹患数のグラフです。10年ぐらい前に「4万人になっちゃった」と思っていたのですが、数年前から5万人に達しました。これは、まだ2006年の統計です、その後も増えています。



スライド 3

【スライド 3】

これは年齢別罹患率のグラフです。どのくらいの年代に乳がんが多いかを見ると、大腸がんや胃がんや肺がんに比べると、乳がん、ピンクのグラフですが、64歳以下では他のがんより多いですよ。つまり、若い人に乳がんは多いのです。

乳がんクイズ

日本で 1年間に乳がん で亡くなる人は何人？

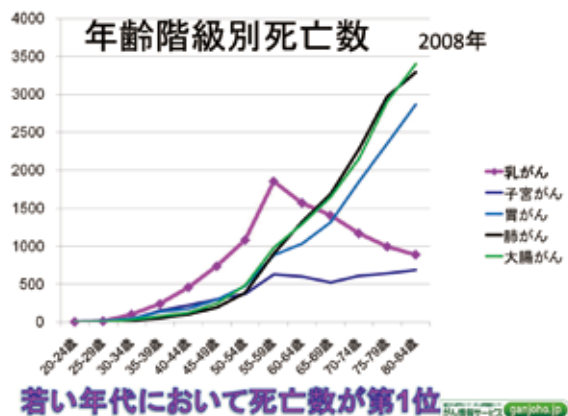
- ①約5,000人
- ②約8,000人
- ③約12,000人

スライド 4

【スライド4】

もう一つクイズです。

日本で1年間に乳がんで亡くなる人は何人でしょう。5,000人、8,000人、1万5,000人。また挙手をお願いします。5,000人ぐらいかなと思う人、少数ですね。では、8,000人ぐらいかな、ちょっと多いですね。1万2,000人かな、8,000人と1万2,000人、同じぐらいですね。実は、一番最後の1万2,000人です。多いですね。

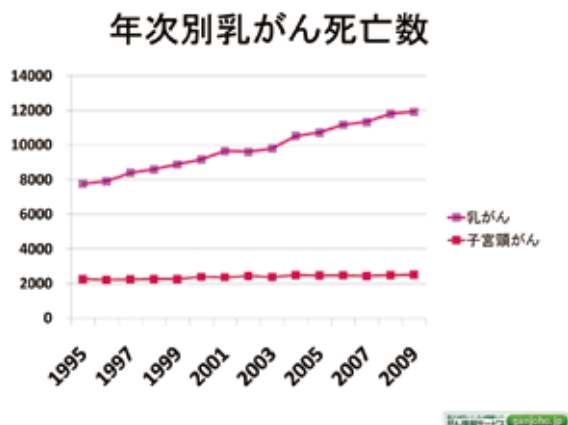


スライド5

【スライド5】

これは、2008年の年齢階級別死亡数の統計グラフです。

年代別ですと、乳がんが、やはり、ほかの胃がん、肺がん、大腸がん比べて若いほうにシフトしています。64歳以下の年代では死亡数第1位なのです。



スライド6

【スライド6】

では、1995年から2009年にかけての年次別死亡数をグラフにしたのです。年々増えていることがわかります。

乳がん・・・

乳がんになる人も 16人に1人が乳がんになる！
乳がんで命をなくす人も増えています

30歳代40歳代50歳代と活躍中の年齢層で
罹患率 死亡率とも トップ

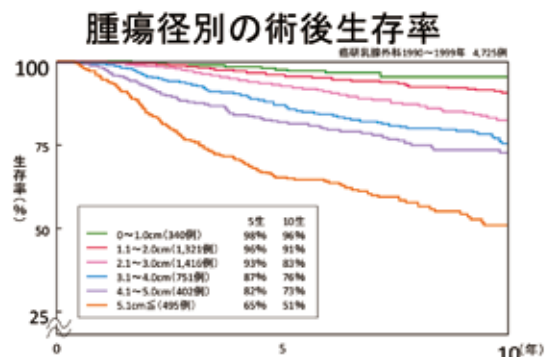
若い世代に
母・子供・妻・職業



スライド7

【スライド7】

乳がんになる人も、乳がんで命を亡くす人も増えています。今は、16人に1人が乳がんになると言われています。しかも、30歳代、40歳代、50歳代と活躍中の年齢層で、罹患率が高いのです。かかっている人も亡くなっている人も、若い人に非常に多いのです。この年代は、母、子どもであつたり、妻であつたり、仕事を持っていたりします。そこが非常に問題なのです。

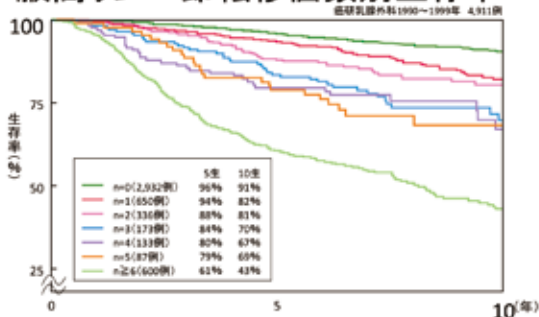


スライド8

【スライド8】

このグラフは、乳がんが見つかったときのしこりの大きさ別にみた10年後にどのぐらいの方が生存しているかというのを現しています。上方の緑が腫瘍径1センチ以下、一番下のオレンジ色が、腫瘍径5センチ以上です。大きさ別にきれいに並んでいて、小さいほうが生存率が高いということです。

腋窩リンパ節転移個数別生存率



スライド9

【スライド9】

乳がんではわきの下のリンパ節に転移することがあります。その転移の有無、個数で生存率を見ると、無い時が一番生存率が高い。下方の薄い緑のグラフは6個以上転移しているときですが、10年生存率を見ると、やはり、これもきれいに分かれており、低くなっています。つまりリンパ節転移は少ないほうが生存率が高いということです。

早期発見すれば

命を失わない

乳房を残すことができるかも

スライド10

【スライド10】

ということは、早期発見すれば命を失わなくて済むし、場合によっては乳房を残す手術ができるかもしれないということです。

そのためにはどうしたらよいのでしょうか。

【スライド11】

乳がんを早く見つけるためには、自分のこととして、自分は乳がんになるかもしれないという意識を持つことが一番大切だと思います。他人事にしていうのは検診を受けようという気にはならないのです。自分もなるかもしれない。皆さん覚えておいてください。実際に乳がんになったとき

に、「自分が乳がんになるなんて思ってもみなかった」と言われる方がいます。誰もが乳がんになる時代なのです。

乳がんを早く見つけるためには

私は乳がんになるかもしれない
という意識を持つこと

乳がんになるとは思わなかった

誰もが乳がんになる…ってこと

スライド11

どうやって乳がんを見つける？

自分でチェック

スライド12

【スライド12】

では、どうやって乳がんを見つけるか。1つは、自分でチェックという方法があります。

鏡の前で 正面と斜めに 視る

左右の大きさの変化はないですか
皮膚にくぼみやひきつれはないですか
乳頭の陥没や高さや向きに変化はないですか
乳頭の頑固なだれはないですか

触る しぼる

親指を使わないで4本の指で
鎖骨の下から腋の下 乳房全体を軽く圧迫して触る
腋窩を触る

乳輪から乳頭方向へ軽くしぼる

スライド13

【スライド13】

やり方は、お風呂に入る前か後がいいと思うのですが、鏡の前で正面、斜め、手を挙げたりおろしたりして、左右の乳房大きさの変化、皮膚のひきつれとかくぼみなどがでないか。それから乳頭の引っ込みが無いかです。前は出ていたのに引っ込

んでいるとか、向きが外向きになってしまったとか。それから、頑固なただれ、湿疹がいつまでも、何カ月も続いているかです。

次は、乳房をよくさわってみましょう。親指を使ってさわるとつかんでしまうので、乳腺そのものをしこりに感じる場合があります。ほかの4本もしくは3本の指でさわっていると、いつもと違う硬さのものがあれば気がつくことができます。

それから、わきの下もさわみましょう。そこに乳がんができることもあるし、リンパ節の腫れをさわることができます。

それと、あとは、絞るというのも大切になります。乳頭を軽く絞ってください。できたら2方向で絞るといいと思います。これで分泌物が出るかどうかをチェックします。こういった方法で自分でチェック、毎月1回やりましょう。

乳がんになるかもしれないから

毎月1回の自己検診をしよう！

自分の乳房をよく知ること



スライド14

【スライド14】

乳がんになるかもしれないという意識を持って、毎月1回、自分の乳房をチェックします。いつもと違うと思ったら、つまり、症状があれば、その時は、検診には行かないで、必ず病院とかクリニックへ行ってください。

病院、クリニックを選ぶときのポイントとしては、主治医に相談していただいてもいいのですが、最終的にはマンモグラフィや超音波の検査をやってくれるところがいいと思います。

自分でチェックして特に何も無い。いつもと変わらないというときには、病院やクリニックへ行くのではなく、検診を受けられるのがいいと思います。

どうやって乳がんを見つける？

自分でチェック

検診を受ける



スライド15

【スライド15】

どうやって乳がんを見つける、その2です。もう一つは検診を受けるということです。

乳がん検診は

30歳から

40歳から

マンモグラフィ・超音波検査・触診

年齢別組み合わせ



スライド16

【スライド16】

乳がん検診は、30歳から、もしくは40歳から、大体1年に1回、検査方法はマンモグラフィ、超音波検査、触診を年齢別に組み合わせております。

もう一つ別の見方として、検診といったときには、市町村が行う対策型検診、それと職場で行う職域検診と言われるもの、3つ目が自分で進んで受けるタイプのドックのような任意型検診の3つに分かれます。

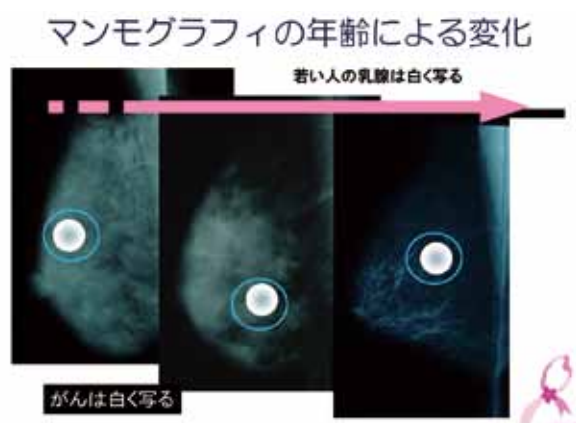
【スライド17】

検診で使われるマンモグラフィについて。

皆さん、やったことありますか。やったことある人。半分以上ですね。ちょっと痛いですが、これは触れにくい乳がんを発見することができます。でも、若い人の乳房はちょっと苦手なのです。放射線ですので、侵襲性があります。ですので、国では、40歳から2年に1回検診を受けるといいでしょうと推奨しています。



スライド17



スライド18

【スライド18】

マンモグラフィを実際に見てみましょう。

左側の乳房は、比較的若い人の乳房です。右側の乳房は、私よりももう少し上の年代の乳房なのですが、比較すると色が違いますね。若い人は白っぽい。がんはどう写るかという、同じように白っぽく写ります。ですので、若いタイプの乳房のしこりは、なかなか見つかりづらいということがあります。

超音波検査とは

小さな(5mmでも)腫瘍を発見します



侵襲性が無く、若い人や妊婦さんでも大丈夫

スライド19

【スライド19】

検診で使うもう一つの検査、超音波検査、受けたことありますか。受けたことある人。9割ぐらいの方が受けていますね。この検査は、しこりを見つけるのが得意なのです。5ミリぐらいの大きさのでも見つかっています。侵襲性がないので、若い方でもいいし、妊婦さんでもできます。これが特徴です。

乳がん検診は

30歳から
40歳から

毎年
逐年

マンモグラフィ・超音波検査・触診
年齢別組み合わせ

市町村が行う対策型検診 利益とリスク・費用効果

職場で行う職域検診 自由を選べる時は賢く選ぶ
個人が受ける任意型検診

スライド20

【スライド20】

そうすると、乳がん検診は、年齢は30歳か40歳から始まって、毎年か1年おきに受けたい。

その検診方法の組み合わせについては、市町村が行う対策型のときには、利益とリスク、それから費用効果を考えて、こういうふうにしめようとして提案してくれます。ですので、マンモグラフィを20歳代の人に行われることはないです。

職場が行う職域検診、主婦検診や、個人が受ける任意型検診の場合は、ある程度自由に選べることが多いです。そのときに、私は、是非マンモグラフィを受けたいからといって20歳代の方がマンモグラフィを受けてしまうこともあります。先ほどのマンモグラフィのスライドを思い出してください。20歳代の方がマンモグラフィを受けても、もしかしたら、しこりは見つからないかもしれない。見逃してしまう可能性がある。

それから、若い方がマンモグラフィを受けることによってリスクが生じます。そのリスクと利益との兼ね合いから30歳を過ぎてからマンモグラフィを。対策型検診も、40歳以上、2年に1回となっています。

ただし、これは症状がある方の話ではありません。検診は、あくまでも症状がない方を対象にし

ているということを忘れないでください。検診の方法を自由に選べるときには、今までの知識を使って賢く選ぶと良いでしょう。

乳がんを早く見つけるために

20歳になったら自己検診

30歳になったら超音波検診

40歳になったらマンモグラフィ検診

変？と思ったら、医療機関へ行きましょう



スライド21

【スライド21】

乳がんを早く見つけるためには、まず、20歳になったら自己検診をしましょう。30歳になったら超音波検診を受けましょう。40歳になったらマンモグラフィ検診を受けるとよろしいと思います。おかしいなと思ったら医療機関へ行きましょう。

乳がん検診は

検診を受けましょう

画像を使うと触れないがんも見つかります

せっかく用意された検診ですが
受ける人が30%しかいない

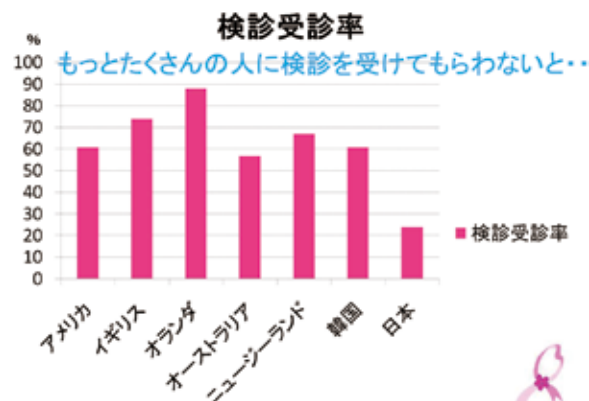
早期発見が命と乳房を守る



スライド22

【スライド22】

乳がん検診は、マンモグラフィ、超音波、触診の年齢別組み合わせですが、画像を使うと、さわれないくらい小さいがんとか、さわりにくいがんも見つかります。このように、せっかく用意された検診なのですが、受ける人が少ない。30%くらいしかいないのです。早期発見が命と乳房を守るということはわかっていますので、是非検診を受けましょう。



スライド23

【スライド23】

検診受診率を国際的に見てみます。日本が右端ですね。25%とか30%。オランダは90%近く。日本の受診率は非常に少ない。韓国でも60%ですから、もっと検診を受けて、乳がんを早く見つけることが大切になってくると思います。

乳がんは予防できる？



スライド24

【スライド24】

さて、乳がんは予防できるでしょうか。

乳がんになりやすい人

- ・ 40歳以上
- ・ 未婚・未出産
- ・ 女性ホルモンを長く使用している
- ・ 母、祖母、姉妹に乳がんの人がいる
- ・ 本人が乳がん
- ・ お酒を良く飲む
- ・ 運動不足
- ・ 身長が高い
- ・ 太っている(閉経後)
- ・ 喫煙 受動喫煙も含む



スライド25

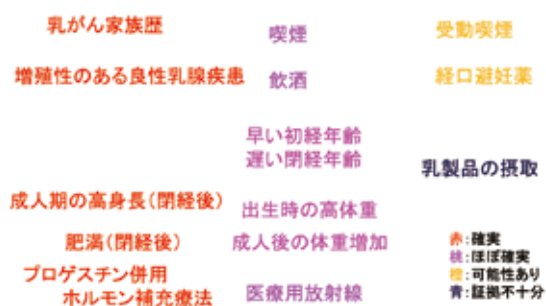
【スライド25】

乳がんになりやすい人を、ここに挙げておりま

す。40歳以上、未婚、未出産、それから女性ホルモンを長いこと使用している、親戚、姉妹に乳がんの人がいる、本人が乳がんです。あとは、生活習慣に関しては、お酒をよく飲む、運動不足、閉経後であれば太ってきた、たばこを吸うといったことが挙げられます。

日本人における乳がんのリスク評価

リスク増加



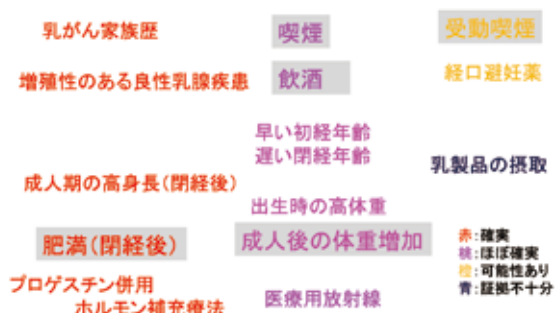
スライド26

【スライド26】

先ほど植木先生からガイドラインというお話がありました。その日本乳癌学会のガイドラインからリスクについてピックアップしたスライドです。リスクが増えているとはっきりわかっているものは赤で示しました。ほぼ確実というのは桃色。可能性があるというのは黄色です。証拠不十分は青で示しました。確実なのは、乳がん家族歴、増殖性のある良性乳腺疾患、高身長、肥満、ホルモン補充療法などです。ほぼ確実なのは、喫煙、飲酒、早い初経や遅い閉経などです。

日本人における乳がんのリスク評価

リスク増加



スライド27

【スライド27】

枠で囲んだ項目は、自分で予防できるところです。それ以外はなかなか自分でコントロールできません。喫煙、飲酒、体重増加、肥満度、体重増加、

肥満と体重増加、太らないようにする。それから、受動喫煙も含めて避けるようにすることです。

日本人における乳がんのリスク評価

リスク減少



スライド28

【スライド28】

これは、リスクを減らすものはどういうものかピックアップしたスライドですが、緑は確実、茶色はほぼ確実、紫は可能性ありです。確実なのは低い初産年齢、多い出産数、長い授乳期間、運動です。先ほど肥満はリスクになっていましたが、閉経前、生理が終わる前の方に対しては、肥満は悪くはないという統計が出ています。

可能性ありには、大豆・イソフラボンがあります。一般的に大豆をとった方がいいと言われていたけれども、まだ可能性ありというところです。とり過ぎもよくない、日本人では全くとらないという人はないと思うので、通常に大豆製品をとればいいかと思います。証拠不十分なものとしては、緑茶とか野菜、果物です。

どうしたら乳がんにならない？

- ・ 太らないこと(閉経後)
- ・ 運動をすること
- ・ お酒を控える
- ・ タバコを吸わない
- ・ 大豆製品・味噌汁の摂取
- ・ 野菜・果物の摂取

これはできそう！

結婚・子ども・授乳・初経・閉経は・・・
何だか難しそう・・・

自分で見つけることができる！
検診をうければもっといい！



スライド29

【スライド29】

どうしたら乳がんにならないかということ、生活習慣のところは何とかできそうですね。大切なのは、太らないことと運動すること、それから

お酒を控える、たばこを吸わないです。

あと、結婚、子供、授乳、初経といったことは
難しそうです。でも、乳がんは自分で見つけるこ
とができますので、是非自己検診をしてほしいし、
検診を受ければさらにいいと思います。

今年度も 無料クーポン券が配布

利用率は **約25%** 平成21年度
25.529/103.530



スライド30

【スライド30】

今年度も無料クーポン券が配布されましたが、
ここにももらった方がいらっしゃるかもしれな
い。茨城県における利用率は約25%，これは平
成21年、2年前のデータです。クーポン券が来
た方は是非、検診を受けてください。

女性は誰でも乳がんになる…かもしれないから

20歳になったら自己検診

30歳になったら超音波検診

40歳になったらマンモグラフィ検診

変？と思ったら、医療機関へ行きましょう



スライド31

【スライド31】

繰り返しになりますが、女性は誰でも乳がんにな
るかもしれないのだから、20歳になったら自
己検診、30歳になったら超音波検診、40歳になっ
たらマンモグラフィ検診を受けましょう。おかし
いと思ったら医療機関に行きましょう。

誰でも乳がんになる時代

命と乳房を守るためには

早期発見 早期治療

早期発見には 自己検診と検診受診

検診を受けましょう！



スライド32

【スライド32】

誰もが乳がんになる時代ですので、早期発見、
早期治療ができるように、自己検診と検診を受け
ましょう。

【基調講演2】

乳がんの広がりにあわせた手術療法

日立総合病院 外科
主任医長 伊藤 吾子 先生



よろしくお願いします。

日立総合病院の外科の伊藤と申します。

乳がんの広がりや術式の違いということをお話しします。乳房温存手術というのがだいぶ新聞等でやっていて、温存率が高いほうがいい病院ということも出たりもするのですが、病気によって、できる場合、できない場合がありますので、このあたりをお話ししたいと思っています。

**乳がん検診を受けて乳がんを
早期に発見しましょう！**

**乳がんを早期に発見すれば必ず
乳房が残せる？(温存手術ができる？)**

おおむね正解！でも絶対ではない。

スライド1

【スライド1】

乳がん検診を受けて、乳がんを早期発見しましょうというご講演がありました。早期に発見すれば必ず乳房が残せる、温存手術ができるかという、おおむね正解ですが絶対ではないところもあります。

【スライド2】

そもそも乳がんとはですが、乳房というのは乳腺と脂肪と皮膚でできています。その乳腺の中で、小葉というミルクをつくるところと、それを乳頭まで運ぶ乳管という管がありますが、これの上皮、内壁からできた悪性のしこりが乳がんです。乳管癌と小葉癌、できたところによって2種類あります。



スライド2



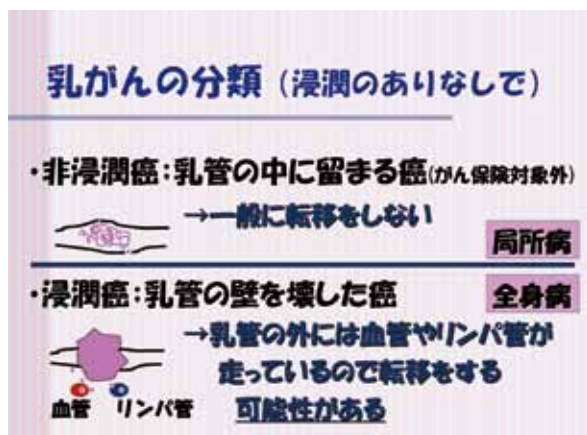
スライド3

【スライド3】

乳がんの性質として、浸潤というのと乳管内進展という2つあります。

まず、乳管の内壁からできたがんというのが、トンネルを壊して乳管の外にしみ出して、しこり状になること、これを浸潤といいます。それ以外に、乳管内進展といって、あるところにできたがんがトンネル、乳管の中をはって乳腺内を広がるという性質も持っています。この広がるという性質があるために、温存手術であっても、しこりだ

けを取るのではなく、少し大き目を取る必要があります。更に、それでも少し乳管内の癌が残ったりすることもありますので、温存手術の場合、術後に残った乳房に放射線を当てるという治療がセットでついてくることになります。



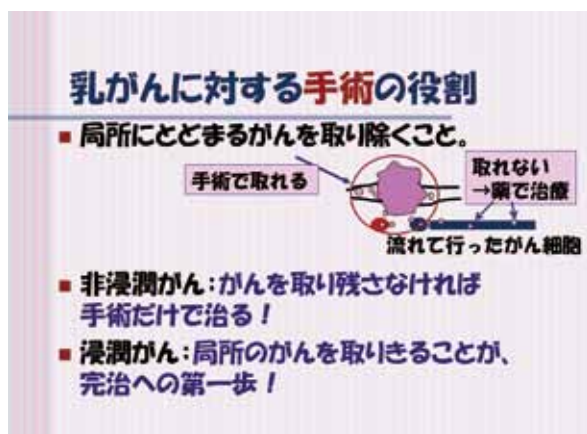
スライド4

【スライド4】

乳がんの分類として、浸潤のあるなしで、乳管の中だけにとどまる非浸潤癌というものもあります。それはトンネルの中だけにありますので、一般にほかに転移はしないと言われています。

もう一つは、浸潤がん、乳管の壁を壊してしこり状になったものですが、これは、乳管の外には血管、リンパ管が走っていますので、転移をする可能性がある。浸潤がん全部が転移するわけではないのですが、可能性があるということになります。

ですので、この2つは大きな違いで、上は局所病、取り切れば治るものです。下は全身病ということになります。なので、取った後にお薬の治療が必要になってくるのです。



スライド5

【スライド5】

では、手術って何のためにするのだろうということですが、乳がんに対する手術の役割としては、局所のところにあるがんを取り除くということになります。ですので、乳房のしこりの部分ですとか、わきの下のリンパ節など取れるところは取る。血管、リンパ管内に流れていったかもしれない細かいがん細胞に関しては取れませんので、これは後からほかの先生方が説明してくれますが、いろいろなお薬で治療するということになります。

先ほど言いましたように、非浸潤がんとは局所病ですので、がんを取り残さなければ手術だけでも治ると言われています。浸潤がんになりますと、取ったので治りましたとか、手術が成功ですが、これで治りましたとは残念ながら言えないのですが、局所のがんを取り除くということが治すことへの第一歩。そこに残ってしまえば、またそこから出てくる可能性がありますので、取り切ることが完治への第一歩ということになります。



スライド6

【スライド6】

では、がんを取り残さないというのはどういうことでしょうかということですが、私が粘土でつくったおっぱいです。これで説明をしてみたいと思います。結構、上手でしょう。

【スライド7】

乳がん学会によるガイドラインで、温存手術の適応というので出ています。原則、しこりが3センチ以下、多発病巣がない、しこりが原則1つである。ただし、複数でも近いところであれば適応となるとなっています。あとは、術後に放射線が当てられる。広範な乳管内進展がない。ご本人の

希望があるとなっています。

文章だけでもわかりにくいので、粘土で。

乳房温存手術の適応(ガイドライン)

- 原則、しこりが3cm以下である
- 多発病巣がない。(しこりが1つである)
ただし、近い病巣であれば適応となる。
- 術後放射線照射が可能である。
- 広範な乳管内進展がない。
- 患者の希望がある。

スライド7



スライド8

【スライド8】

しこりが3センチ以下である。検診で見つかった1センチぐらいの乳がん、もしかしたら、これは自分ではさわれなくて画像だけで写るものかもしれませんが、こういったものであれば、少し余裕を持って取ったとしても、余り変形をせずに温存手術ができます。これは、いい例です。温存手術の一番いい適応です。



スライド9

【スライド9】

原則というのがつくのですが、3センチ以上の乳がんであっても、温存できることもあります。ただ、ある程度のゆとりを持って取らなくてははいけませんので、かなり大きな変形になるかもしれません。先ほどの説明です。

あとは、もともとの乳房の大きさにもよって、もとの乳房が余り大きくない場合、3センチ以上で温存手術というのは難しいかもしれません。



スライド10

【スライド10】

これはガイドラインではないのですが、乳頭に近い場合にはちょっと悩ましくて、温存できなくはないのですが、膨らみだけは残せるけれども、乳頭が残せないということがあるかもしれません。

あとは、変形の中で、中のところを取るほうが乳腺の厚みが大きいので、変形が強くなる可能性が高いかと思います。これに対しては本人の価値観自体です。膨らみだけでも残したいという方もいるかもしれませんが、それだったら全部という方もいるかもしれませんので、これは本人の価値観次第だと思います。

【スライド11】

あとは、多発病巣がないと書いてあって、近い病巣は可となっていますが、大体同じ4分の1円の中に含まれていれば、切除はある程度可能かと思っています。ただし、2つしこりがあれば、思いのほか距離をとって取らなくてははいけませんので、もちろん、しこりが1個だけのときよりは変形は強くなるかと思っています。



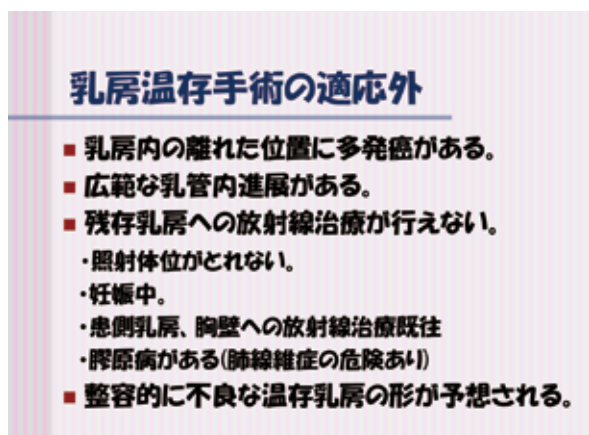
スライド11



スライド12

【スライド12】

あとは、広範な乳管内進展がないというのもガイドラインにあるのですが、赤丸が浸潤、ピンク丸が非浸潤、乳管内進展ですが、しこりとしては1個なのだけでも、乳管の中をはっている部分が広くあったりすると、やはり温存手術の適応外ということになることもあります。



スライド13

【スライド13】

さっきと逆なのですが、ガイドラインで適応外となっているのが、乳房内の離れた位置に多発が

んがある。あとは、広範な乳管内進展がある。あとは、放射線が行えない場合というのがあります。

例えば、何らかの理由で放射線を当てる体位がとれないですとか、妊娠中でも放射線は禁忌となります。

あとは、以前に、同じ場所に、乳癌ですとか別の病気で胸壁に放射線を当てたことがある場合には、同じ場所に2回当てられませんので無理ということになります。

あとは、膠原病などがある場合には、肺の線維化が放射線によって引き起こされやすいので放射線が当てられない。温存手術は難しいということもあるかもしれません。

他には、地域的には、遠方であるということも実はあって、放射線は大体25回とか30回当てます。とすると、月曜日から金曜日まで毎日通ったとして、5週間から6週間、毎日病院に行かなくては行けない。今、長期の入院は難しいことが医療事情としてあったりすると、病院まで片道2時間かかる場合に、それが通えないからという理由で温存手術は難しいということもたまにあります。

最後に、整容的に不良な温存乳房の形が予想される。取り切ったら、すごく変な形になってしまいそうだという場合も、適応外となっています。



スライド14

【スライド14】

これもわかりですね。2つ別々のところにあって、おのおの温存というのは難しいと思います。同じ4分の1円以外に複数のがんがあった場合には、適応外となるかと思います。



スライド15

【スライド15】

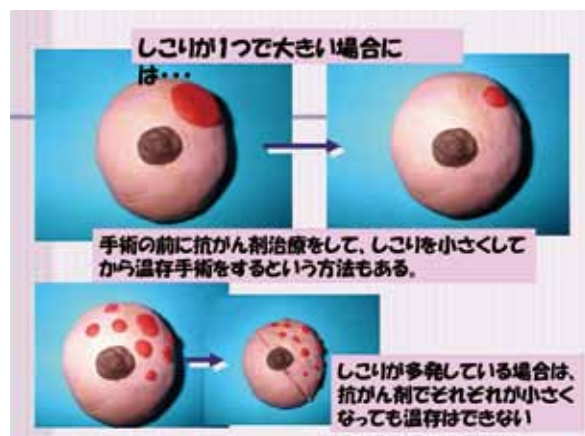
次に、広範な乳管内進展。先ほどもありましたが、しこりだけではなく、乳管内進展が広いとダメということで、例えば下のスライドのように、すべてが乳管の中の病変、非浸潤がん、これはステージ0でいうとゼロなので、取り切ってしまうと治る非常に初期のがんなのですが、乳房の中を広範囲に広がっているような場合には、ものすごく初期なのだけれども、どうしても取らなくてはいけないということがあるかもしれません。ですので、初期に見つければ必ずお乳が残せるかというと、こういう例外があるということ。ただ、命は失わなくて済むのではないかと思います、こういうことはあります。



スライド16

【スライド16】

最後に、整容的に不良な乳房の形が予想される。整容的に許容されるのは4分の1切除までかと思えます。半分なくなってしまうと温存手術ですと言われても、多分、納得がいかないかと思えますので、こういった場合には切除のほうが望ましいかと思えます。

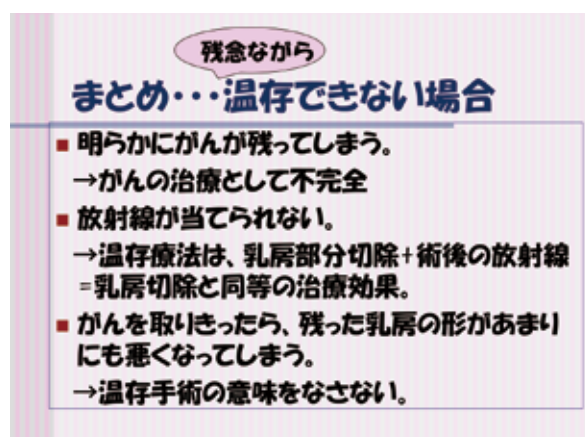


スライド17

【スライド17】

例えば、しこりが1つで大きいような場合ですが、こういったものは手術の前に抗がん剤の治療を通して小さくしてから温存手術をするという方法もあります。効きやすいかと効きにくいがんがあるので、絶対にできるかどうかは別として、こういう方法もあります。

ただし、しこりがたくさんあるような場合には、抗がん剤でそれぞれが小さくなくても、やはり取る範囲としては変わらないので、温存手術というのは、抗がん剤を先にやっても難しいこともあるかもしれません。



スライド18

【スライド18】

まとめですが、残念ながら温存手術ができない場合というのは、明らかにがんがとに残ってしまうような場合というのは、がんの治療として不完全ですので、もちろん適応外。あとは、放射線が当てられない。温存手術というのは、部分的に取るプラス術後に放射線を当てることで、乳房を全部取るのと同等の治療効果ということになるので、放射線を当てられない場合は治療効果

が下がってしまいますので、この場合は原則温存手術適応外ということになります。

あとは、最後にがんを取り切ったら、残った乳房の形が余りにも悪くなってしまうという場合には、温存手術の意味をなさないので適応外です。こういった場合には、一たん乳房を切除して、再建手術を行う方法もあります。そちらの方が形としてはきれいです。

治すことが一番なので、命もお乳も両方保てれば一番いいのですが、命あつてのものですから、どうしてもがんが取り切れないときには温存手術が適応外になってしまうことがあることをご理解いただきたいと思います。

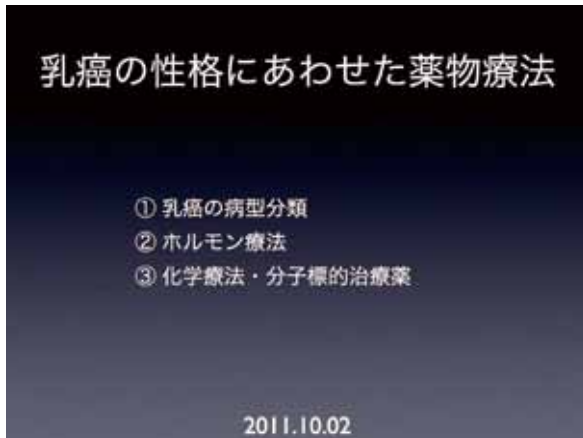
以上です。

【基調講演3】

乳がんの病型分類

水戸赤十字病院

第三外科部長 佐藤 宏喜 先生



スライド1

【スライド1】

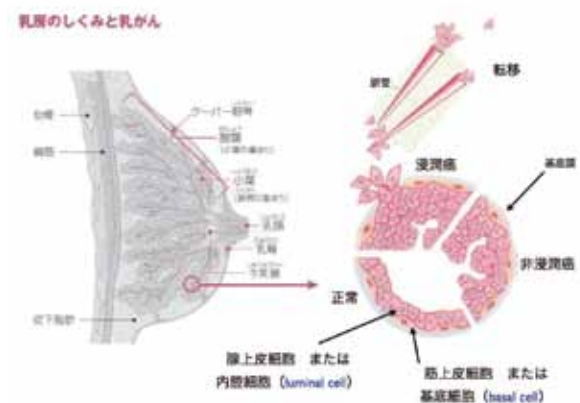
乳がんの治療として、局所の治療について伊藤先生からお話がありました。

ここからは全身的な治療、お薬を使った治療について進めてまいります。

以前はしこりの大きさやリンパ節転移の程度によって病期の進み具合を分類して薬物療法を行なっていましたが、最近は別の視点から薬物療法を考えるようになってきました。実際の薬物療法についてはホルモン療法、化学療法、分子標的治療として長倉先生と森先生がお話ししてくれますので、私は両先生の前座を勤めさせていただきます。

【スライド2】

乳房の模式図です。乳癌の多くは乳腺を構成している乳管の細胞から発生します。右側に乳管の構造を示します。乳管を構成する細胞には内側、内腔に面した腺上皮細胞とその外側にある筋上皮細胞の2種類の細胞があり、それぞれ内腔細胞(luminal cell) 基底細胞basal cell とも呼ばれます。これら2種類の細胞の外側を基底膜が囲んでいます。がん細胞が基底膜の中にとどまって



スライド2

いるものを非浸潤癌、あるいは乳管内癌、基底膜を破って外に出ているものを浸潤癌といいます。非浸潤癌ではリンパ節や他の臓器への転移の可能性は無いと考えられますが、浸潤癌では周囲のリンパ管や血管を介して転移の可能性が出てきます。浸潤癌の場合、比較的早い時期から全身に微小転移を来していることも多く、乳がんという病気は乳房の病気であると同時に全身の病気ととらえる必要があります。

乳癌の性格にあわせた薬物療法

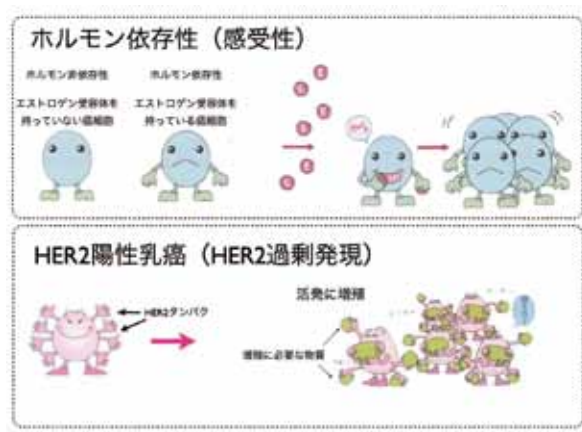
- 薬物療法（全身的治療）の意義
 - 再発を予防する（微小転移の制御）
- 乳癌治療に使われるくすり
 - ホルモン療法剤
 - 化学療法剤（抗がん剤）
 - 分子標的治療薬（ハーセプチン）

スライド3

【スライド3】

薬物療法は体のどこかに潜んでいるかもしれない小さながんが大きくならないように、つまり再発を予防するという意味で重要な治療です。

乳がんの薬物療法として使われる薬にはホルモン剤、抗がん剤、ハーセプチンという分子標的治療薬があります。実は一口に乳癌といってもいろいろな性質・性格があって、それぞれの性格に合わせてどういう薬を使うのかということが今回のテーマです。



スライド4

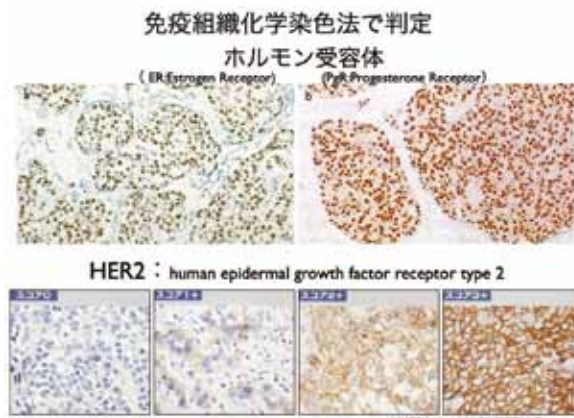
【スライド4】

例えば乳癌の中には女性ホルモン（エストロゲン）を取り込んで増殖する性質を持った癌があります。これはホルモンの受け手である受容体（エストロゲン受容体）を持っている癌で、ホルモン依存性とかホルモン感受性のある癌と言われます。この性質を逆手に取って女性ホルモンを作用させないようにするのがホルモン療法です。

またHER2陽性と言いまして、細胞の増殖を調節するHER2タンパクが過剰に発現している乳癌があります。HER2タンパクというのは正常の細胞にも存在していますが、これが正常の1000倍～10000倍というように過剰に発現していると乳がん細胞の増殖が活発になります。HER2が過剰に発現している乳癌は増殖能力が高く、再発・転移の危険性が高いと言われています。このタンパクの分子を狙った治療がHER2に対する分子標的治療です。

【スライド5】

今お話ししたホルモン受容体やHER2タンパクは、乳癌の組織を免疫染色法という病理検査で調



スライド5

べます。スライド上は左がエストロゲン受容体、右がプロゲステロン受容体で癌細胞の核が茶色に染まっています。エストロゲン・プロゲステロンのいずれかの受容体を持っていればホルモン受容体陽性、いずれも持っていないものをホルモン受容体陰性と判定します。

下はHER2タンパクの免疫染色ですが細胞表面のHER2タンパクが茶色に染色されています。その程度によってスコア0からスコア3+と4段階に判定しますが、スコア3+が過剰発現有り：HER2陽性とされます。

乳癌の病型分類（intrinsic subtype）

	ホルモン受容体陽性 (ER PgR いずれか+)	ホルモン受容体陰性 (ER PgRともに-)
HER2陽性	Luminal B*	HER2-rich
HER2陰性	Luminal A	Basal like (triple negative)

* Luminal B: HER2+ 核異型度G3 増殖活性高 (Ki67 >14%) ...

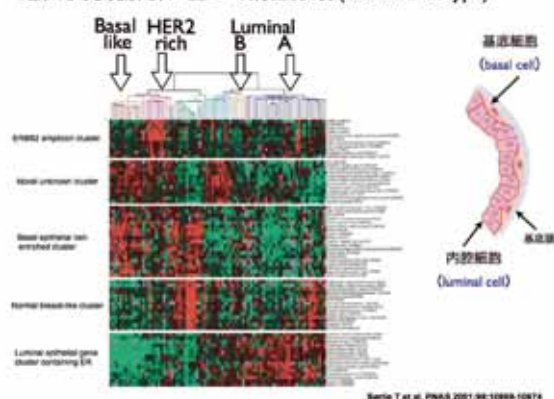
スライド6

【スライド6】

ホルモン受容体とHER2過剰発現のあるなしで、スライドに示すように分類することができます。まず、ホルモン受容体、女性ホルモンのエストロゲン・プロゲステロンいずれかの受容体を持っているものをホルモン受容体陽性、共に無いものをホルモン受容体陰性と判定して、ホルモン受容体陽性の乳癌をLuminal typeと言います。ホルモン受容体陰性の中でHER2が過剰に発現している乳がんをHER2-rich type、HER2陰性

のものをBasal like type,このタイプはエストロゲン受容体・プロゲステロン受容体・HER2の3つが陰性ですから,triple negative とも呼ばれます。Luminal typeはA Bに分けますが,HER2陽性のものや細胞の顔つきの悪いもの,増殖活性の高いものをLuminal Bとしています。この分類は本来,乳癌の遺伝子を非常に細かく分類して,どんなタイプの乳癌かをグループに分けたもので,intrinsic subtype といいます。

遺伝子発現解析に基づく病型分類 (intrinsic subtype)



スライド 7

【スライド 7】

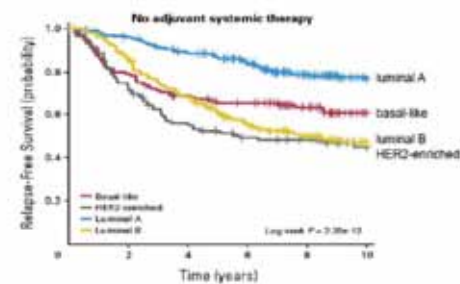
遺伝子解析に基づく病型分類intrinsic subtypeの文献から引用しました。多数の遺伝子の発現状況をしらべて,その程度を色分けして示しています。

エストロゲン受容体を含めて乳管を構成している内腔上皮に見られるのと同じような遺伝子発現がみられる癌をLuminal A B 基底細胞に類似しているBasal like 上皮増殖因子に関連する遺伝子発現が目立つものがHER2-rich となりますが,先ほどお示した免疫染色での分類とほぼ一致することが判っていきまして,実際の臨床では免疫染色での分類で代用することが可能です。乳癌の分類には,しこりの大きさやリンパ節転移の有無で進行度を表す病期分類もありますが,intrinsic subtypeは病期分類とは違った視点での分類で癌それぞれの固有の性質を遺伝子レベル,分子レベルで解析したものです。

【スライド 8】

4つの病型ごとにその再発し易さを表したグラフです。

intrinsic subtype prognosis for relapse-free survival (RFS)



Copyright © American Society of Clinical Oncology

Parlier, J. B. et al. J Clin Oncol. 27:1169-1177 2009

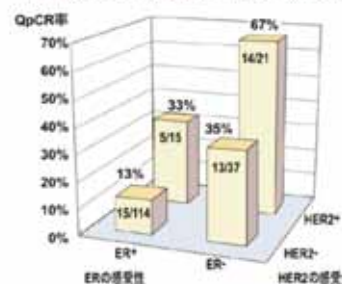
病型によって経過に違いがある

スライド 8

手術をしてから薬物療法を行わなかった場合に再発なしで経過している人がどれくらいかをあらわしています。縦軸が再発していない人の割合,横軸は経過時間です。術後間もない早い時期からbasal like, HER2 richは再発がみられますが,luminal A,Bは術後1年では殆ど再発はみられません。luminal Bはそれ以後に再発が多くなってきますが,これに対しluminal Aはほかの病型よりも再発が少なく,自然経過の良いタイプの乳がんと言えます。

術前化学療法の効果

(手術前に行なった化学療法FEC-DOCで癌が消失した割合)



病型によって化学療法の効果に差がある

スライド 9

【スライド 9】

このグラフは各病型と抗がん剤の効果のみたものです。手術の前に使った抗がん剤で癌が消失した割合を示しています。HER2陽性もしくはtriple negativeでは30%以上に癌の完全消失といえる効果が見られるのに対して,エストロゲン受容体陽性HER2陰性,即ちLuminal Aのような乳癌では13%と,サブタイプによって化学療法の効果が異なることが示されています。

乳癌の4病型

病型 subtype	ホルモン 受容体	HER2	特徴	性格 (一言で言うと)	治療法
Luminal A	+	-	ER+ 高分化 増殖活性低い ホルモン感受性高 化学療法感受性低い	静かな性格	ホルモン療法 + 化学療法
Luminal B	+	± or +	ER陽性遺伝子比較的低発現 増殖活性高い ホルモン感受性不十分 Luminal Aより予後不良 Luminal Aより化学療法感受性	一見静かな性格 けど...	ホルモン療法 + 化学療法 (+ハーセプチン)
HER2- rich	-	+	低分化 高悪性度 自然経過は極めて不良 抗HER2療法に感受性あり	ハーセプチン登場前は とんでもないワルでした	化学療法 +ハーセプチン
Basal like	-	-	ER- HER2- 低分化 高悪性度 化学療法有効であるが予後不良 (triple negative paradox)	とらえどころがない...	化学療法

スライド10

【スライド10】

Luminal A B HER2-rich basal likeと4つの病型をまとめるとスライドのようになります。

Luminal Aはホルモン受容体が陽性で増殖活性が低く、おとなしいタイプ、ホルモン療法がよく効きますが化学療法の効果はさほど期待できません。Luminal Bはホルモン受容体陽性で一見Luminal Aのようなおとなしいタイプのようですが、増殖活性が高く、中にはHER2陽性のものもあって、再発のリスクも高いタイプ。HER2-rich は悪性度が高く、とんでもないワルでしたが、HER2に対する分子標的治療によって大分様相が変わってきました。Basal likeはホルモン受容体陰性HER2も陰性のいわゆるtriple negativeで悪性度も高いタイプです。化学療法が有効である一方で再発も多く、何ともとらえどころのない不思議なやつです。それぞれの性格に合わせて使用する薬剤を選択しますが、詳しくはこの後長倉先生と森先生がお話ししてくれます。

【スライド11】

乳癌の病型分類をまとめます

分子レベルあるいは遺伝子レベルでの病型分類intrinsic subtypeが確立されてきまして、乳癌は少なくとも4つのサブタイプに分類されること、サブタイプごとに再発の危険性や薬剤の感受性など、生物学的特性いわゆる性格に違いがあること。そしてそれぞれの性格に合わせて薬物療法を行なうということをお話しさせていただきました。

乳癌の性格にあわせた薬物療法

乳癌の病型分類 (intrinsic subtype)

- 少なくとも4つの病型に分類される
- 病型により性格（再発の危険性、薬の効き易さ）に違いがある

2011.10.02

スライド11

【基調講演4】

ホルモン療法

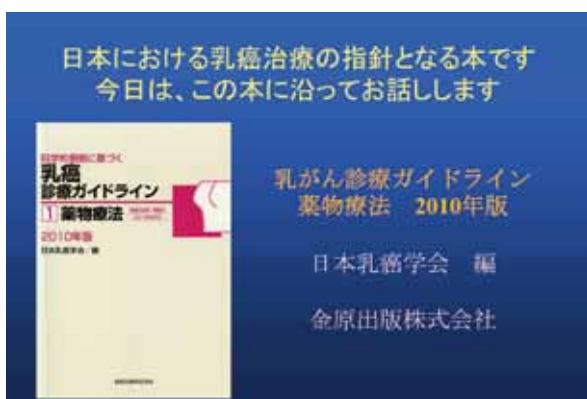
水戸済生会総合病院

消化器一般外科部長 長倉 成憲 先生



水戸済生会総合病院の長倉です。

今日は、ホルモン療法のお話をさせていただきますと思います。



スライド1

【スライド1】

スライドに示しました本は、乳癌の診療を行うにあたって、われわれ医療従事者が用いるガイドラインです。ガイドラインが全てではなく、個々の患者さんに必要な治療が求められるわけですが、現在の日本における標準的な治療の指針ですので、今日はこの本に沿って、お話をさせていただきます。今年の9月に、このガイドラインの2011年版が出版されましたが、この発表に間に合いませんでしたので、今日は2010年版に沿ってお話します。

【スライド2】

乳癌の薬物療法としては、スライドに示しましたように、大きく分けてホルモン療法、化学療法、分子標的治療薬とあります。それぞれの治療の進歩について、年代別に整理してみました。ホルモン療法のところで見えていきますと、1896年、相当前になりますが、卵巣摘出術が行われていました。卵巣を摘出することで乳癌が良くなる人がい

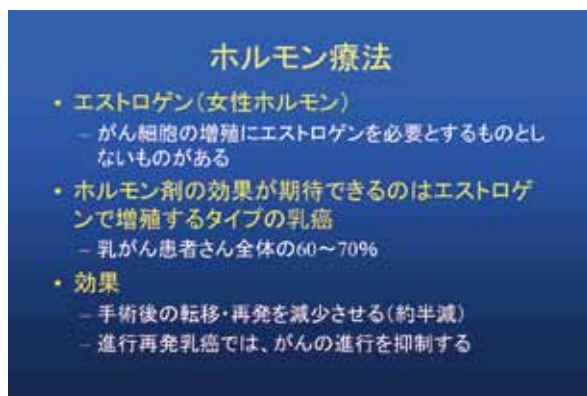
乳癌薬物療法			
ホルモン療法		化学療法	分子標的治療
1896	卵巣摘出	エンドキサン	
1962		5-FU	
1967		ダントレキセート	
1968	乳癌組織のエストロゲンレセプター	アドリアマイシン	
1970			
1975	ノルメタデックス	エタモキシフェン	
1984	ゾラデックス	トポシリン・カンブ	
1995	フェロスタチン・アフェマ	タモキシフェン・タモキシフェン	
1997		ナベルジン・1%4	
1999	アゾリデックス		
2000	リネプリン・アロマタ		
2004			ハーセプチン
2005		ゲノラ	
2006	フェマラ		
2009		ジェムザール	サイケル
2011	ファスロデックス	ハラブエン	

スライド2

るという事がわかっていたという事です。その後、LH-RHアナログ製剤であるゾラデックスが1994年に使用できるようになります。この薬は、簡単に申しますと生理を止めてしまう薬です。この薬が出たことによって卵巣を摘出するとか、卵巣に放射線を当てて卵巣の機能を廃絶するとかの治療が不要になりました。患者さんにとってみれば、手術や放射線が回避できるようになったという大きなメリットがあります。

その翌年になりますが、1995年になりますと、第1世代のアロマターゼ阻害薬であるアフェマという薬が発売になります。それまでは、乳癌の薬物療法としてはタモキシフェンの独壇場でしたが、この薬が発売になったことおよび先にご紹介したゾラデックスとあわせて、これからの乳癌の治療が大きく変わるとその当時言われたものです。

そして時代が流れまして、2000年になりますと、アロマターゼ阻害薬も第3世代になります。そして今年中にフェソロデックスという新薬も発売になります。治療薬の幅が増える事は、患者さんにとっても望ましい事と思います。



スライド3

【スライド3】

それでは、ホルモン療法のお話です。

乳癌に対するホルモン療法は、女性ホルモンの作用を妨げるホルモン剤をつかって、がん細胞が増えるのを抑える治療法です。

ホルモン療法の効果は、化学療法に比べてゆるやかですが、副作用が少ないのが特徴です。

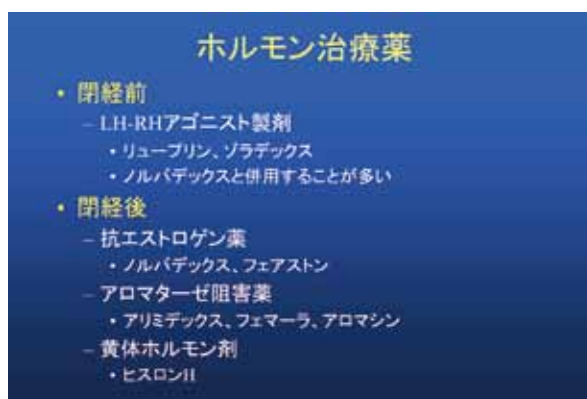
乳癌には、がん細胞の増殖にエストロゲンを必要とするものとし、ないものがあります。

ホルモン剤の効果が期待できるのはエストロゲンで増殖するタイプの乳癌で、乳癌患者さん全体の60～70%です。

乳癌組織を調べて、エストロゲン受容体かエストロゲンの働きによって作られるプロゲステロン受容体のどちらか一方があればホルモン治療の適応になります。

効果としては、転移・再発の危険性が半分ほどに減ることが分かっています。

閉経前と閉経後では、エストロゲンの作られ方が違うので、使用する薬剤が異なることがあります。



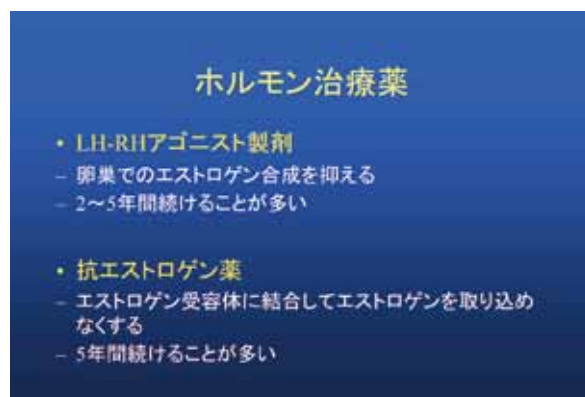
スライド4

【スライド4】

ホルモン治療薬は閉経前と閉経後で使用する薬

が変わってきます。

先ほど太田代先生のスライドにもありましたが、乳癌というがんは、大腸癌や胃癌に比べると、だいぶ若い方になる。30歳代からなる人がいらっしゃる。そうしますと、閉経前の段階で乳癌になる人と閉経してから乳癌になる人の大きく二つのグループに分けられます。LH-RHアゴニスト製剤、抗エストロゲン薬、アロマターゼ阻害薬を患者さんの閉経の状態によって使い分ける必要があります。



スライド5

【スライド5】

LH-RHアゴニスト製剤というのは、簡単にいうと生理を止めてしまう薬です。エストロゲンは、閉経前の女性では主に卵巣で作られ、閉経後は、アンドロゲンという男性ホルモンが、脂肪組織などにあるアロマターゼという酵素の働きでエストロゲンに変換されます。つまり、閉経前の人に対しては、卵巣でのエストロゲン合成を抑えるために、薬をつかって生理を止めることが重要になります。この薬は、2から5年使うという考え方と、閉経する年齢まで使うという考えがあります。後でお話ししますが、手術後の補助療法として用いる場合は2から3年使うというのが主流です。

【スライド6】

アロマターゼ阻害薬のお話です。

閉経後の場合は、アンドロゲンがアロマターゼによってエストロゲンに変換されるわけですから、アンドロゲンがエストロゲンに変換されないようにアロマターゼ阻害薬を用います。使用期間は、いろいろな考えがありますが、5から10年です。

乳癌のホルモン治療といえば、昔はタモキシフェンの独壇場でしたが、アロマターゼ阻害薬が

ホルモン治療薬

- ・アロマトーゼ阻害薬
 - アンドロゲンエストロゲンに変換するアロマトーゼを阻害する
 - 閉経後のホルモン治療の主役になってきた
 - 5年間続けることが多い
 - 10年間続けた方がよいという結果も出てきた
 - ノルバデックスから切り替えると良いという報告もある
 - ・再発率のさらなる減少

スライド6

開発されてからは、アロマトーゼ阻害薬が閉経後のホルモン治療の主役に躍り出てきました。これは5年から10年続けた方がよいとされています。タモキシフェンを使用していた方も、切り替えると予後が改善するという報告もされています。

ホルモン療法の副作用

- ・更年期障害
 - エストロゲンが少なくなるためにおこる
 - 気分の落ち込み、ほてり・のぼせ(ホットフラッシュ)、発汗、ふるえ、動悸など
 - アリミデックスはノルバデックスよりもホットフラッシュの頻度が低い
- ・子宮癌の危険性の増加
- ・静脈血栓
- ・骨粗鬆症

スライド7

【スライド7】

副作用の話です。

例えばLH-RHアゴニスト製剤を使用しますと、生理を止める事になりますから、人工的に更年期障害をつくり出すということになります。

あとは、子宮がんの危険性がやや増加する、静脈血栓の増加、骨粗しょう症の増加というのがあげられます。

各種ホルモン治療薬の副作用

- ・ホルモン剤全般
 - 更年期障害、無月経・性器出血など
- ・抗エストロゲン薬
 - 悪心・嘔吐、食欲不振、肝障害など
- ・LH-RHアゴニスト製剤
 - 骨疼痛、排尿障害、肝障害など
- ・アロマトーゼ阻害薬
 - 悪心・嘔吐、食欲不振、骨への影響など
- ・黄体ホルモン剤
 - ムーンフェイス、体重増加、肝障害

スライド8

【スライド8】

各種ホルモン治療薬の副作用についてです。ホルモン剤全般についていえるのは先ほど申し上げた更年期障害です。

抗エストロゲン薬の場合は、食欲不振、肝障害、高脂血症があります。

LH-RHアゴニスト製剤ですと、排尿障害、肝障害、アロマトーゼ阻害薬ですと骨粗しょう症になりやすいということがあげられます。

ホルモン治療には、術後補助療法と転移・再発乳癌に対する治療がある

- ・術後補助療法
 - 乳癌の局所療法(手術±放射線療法)後に、将来の転移・再発を予防する、あるいはその出現をできるだけ遅らせる事が目的。
- ・転移・再発乳癌の治療
 - 転移・再発乳癌は一部を除いて治療が困難である。そのため、治療の目的は延命それに生活の質(QOL)の改善となる。

スライド9

【スライド9】

それではホルモン療法の実際についてお話しします。

ひとことにホルモン治療と言いましても、大きく二通りのパターンがあります。

手術後の補助療法というものと、転移・再発乳癌に対する治療という2つの場合があります。

術後補助療法というのは、乳癌の手術を受けた方で、癌細胞は体の中に残っていないだろう、取りきれているだろうという方が対象になります。このような状態の方でも、将来、乳癌が再発してしまう可能性がありますので、その再発を予防するために行うものが術後補助療法です。つまり、今現在、どんな検査をしても何も見つからないけれど、体のどこかに、目に見えない癌細胞がかくれている、それが少しずつ増えているかもしれない。そして時間とともに大きくなって見つかるのが再発です。その再発を抑えようというのが術後補助療法です。

次に、再発乳癌に対する治療です。これは、乳癌が見つかったときに既に転移していた場合と、手術後しばらくの間ホルモン剤とか抗がん剤治療をやって何もなくて落ち着いていたのに、何年かたった後に再発してしまったという場合があります。

す。乳癌の場合は大腸癌と異なって、ひとたび再発してしまいますと、治るということがほとんどありません。極めて少ない。奇跡に近い。では、どうなるかという、がん細胞がどんどん全身をむしばんでいって、最終的にはがんの末期状態になってしまって、お亡くなりになってしまう、死んでしまうということです。

ただ、そうはいっても、仮に何も治療をしなければ半年しか生きられないという方がいたと仮定すれば、ホルモン治療なり抗がん剤治療をすることによって、半年の寿命が1年になったり、3年になったりして長生きできるという延命目的の治療ということです。

しかし、病院のベッドの上で寝たきりで生活していても、それはそれでつらいものです。ご家庭で家族の皆さんとともににこやかに過ごしていただけの時間を得なくてはなりません。生活の質、QOLを改善しつつ、延命を図るための治療というのが転移・再発乳癌に対する治療です。

術後補助ホルモン療法

スライド10

それではまず、術後補助ホルモン療法についてお話をします。

閉経前ホルモン受容体陽性乳癌に対する術後内分泌療法として、タモキシフェンおよびLH-RHアナログは勧められるか？

- ・5年間のタモキシフェン投与は有用であり、強く勧められる。
- ・タモキシフェンとLH-RHアナログの併用投与は有用である。

スライド11

【スライド11】

先にお示ししたガイドラインの内容を、それぞれのパターンに沿ってお話します。

「閉経前ホルモン受容体陽性乳癌に対する術後内分泌療法として、タモキシフェンおよびLH-RHアナログは勧められるか？」という問いに対して、ガイドラインは、「5年間のタモキシフェン投与は有用であり、強く勧められる」と述べています。この強く勧められるというのは、副作用が強すぎて耐えられないとかお子さんが欲しいとかの特殊な事情がない限り、やってくださいという事です。いいかえれば「必須ですよ」とガイドラインは述べているのです。

次に「タモキシフェンとLH-RHアナログの併用投与は有用である。」とあります。こちらは、タモキシフェンは必須でさらにLH-RHアナログを併用したほうが適切ですよ」と述べているのです。

閉経後術後ホルモン受容体陽性乳癌に対してアロマターゼ阻害薬は勧められるか？

- ・術後治療としてアロマターゼ阻害薬の5年投与は、タモキシフェン5年投与よりも無病生存期間を改善することから、アロマターゼ阻害薬が強く勧められる。
- ・術後治療としてタモキシフェンを2～3年投与後に、閉経が確認されていればアロマターゼ阻害薬に変更し、計5年投与する事が強く勧められる。
- ・術後治療としてタモキシフェンを5年投与後に、再発リスクが高いと想定される患者に対してはアロマターゼ阻害薬を順次投与する事を考慮する。

スライド12

【スライド12】

「閉経後術後ホルモン受容体陽性乳癌に対してアロマターゼ阻害薬は勧められるか？」という問いに対しては、「術後治療としてアロマターゼ阻害薬の5年投与は、タモキシフェン5年投与よりも無病生存期間を改善することから、アロマターゼ阻害薬が強く勧められる。」閉経後の人には、特別な事情がない限り「アロマターゼ阻害薬が第一選択ですよ」、という事になっているのです。

「術後治療としてタモキシフェンを2～3年投与後に閉経が確認されていればアロマターゼ阻害薬に変更し、計5年投与する事が強く勧められる」とあります。これは、閉経したらアロマターゼ阻害薬に切り替える事が再発の予防につながるという事です。

次に「術後治療としてタモキシフェンを5年投与後に、再発リスクが高いと想定される患者に対してはアロマターゼ阻害薬を順次投与する事考慮する」、これは「手術をしたときにリンパ節転移の数が多かったとか、癌の大きさが大きかったとかいう人は、再発の可能性が高いので、5年よりも長く治療をしておきましょう」という事です。

閉経後の乳癌の治療には、アロマターゼ阻害薬が重要な役割を担っているという事です。



スライド13

【スライド13】

再発してしまった場合の今後の治療をどうするかというお話です。



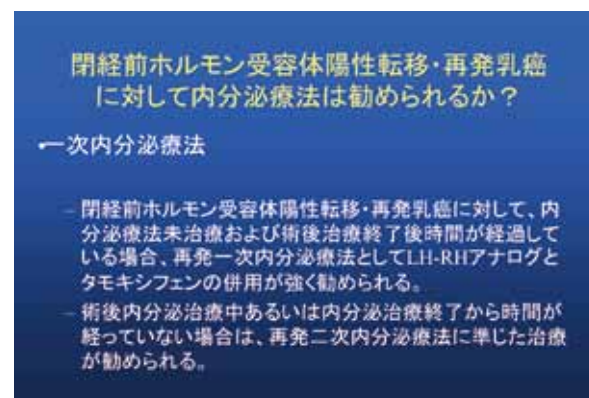
スライド14

【スライド14】

手術後、病状は落ち着いていたけれども残念がら再発してしまったという場合の治療です。先ほど申し上げたように、乳癌が再発した場合、治るという見込みはまずありません。ゼロとは言いませんが、奇跡に近いものがあります。あくまでも延命治療です。

再発した患者さんの乳癌が、ホルモン剤が効かないタイプであれば、ホルモン治療を行っても効きませんから、化学療法いわゆる抗がん剤を用いた治療が開始されます。

再発した患者さんの乳癌が、ホルモン感受性があり、かつ再発した臓器がリンパ節などの軟部組織や骨転移の場合、あるいは内臓転移であっても差し迫った生命の危険たとえば広範な肝転移や肺転移、がん性リンパ管症などがない場合は、ホルモン治療から開始します。最初に使うホルモン剤を一次ホルモン療法といいます。この一次ホルモン療法が奏功した場合は、無効になるまで続けます。そしてその薬が効かなくなって病巣が悪化した場合は、今までとは異なるホルモン剤を使用して二次ホルモン治療、そしてまたその薬が効かなくなったらさらに異なるホルモン剤を使って三次ホルモン療法を行います。ホルモン療法が全く奏功しなかったり、あるいはホルモン療法が終了した場合は化学療法に移行します。ホルモン療法と化学療法を同時併用することは基本的には勧められず、順次投与が望まれます。そうはいつても、実際にはホルモン剤を使用しながら、化学療法を行う事もあります。



スライド15

【スライド15】

閉経前でホルモン感受性がある乳癌の患者さんが再発した場合の治療です。

再発した時期によって大きく二つに分けます。

具体的には、過去一年以内にホルモン治療を行っていたかどうかで二つに分けます。

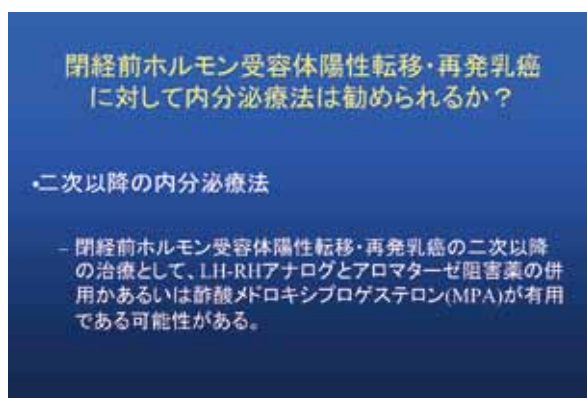
術後まったくホルモン治療を行っていなかったり、ホルモン治療は行ったけれどもだいぶ前に終了して過去一年以内には行っていなかった場合は、再発一次ホルモン治療として開始します。術後に、タモキシフェンとLH-RHアナログ製剤を使っていた場合、それらの効果があったために一年以上の間隔をおいて再発してきたと考えます。つまり前回使用していた薬は効いていたのだ

から、それらの薬から再開しましょうという事です。

術後まったくホルモン治療を行っていなかった人は、薬の効き具合が分かりませんからホルモン感受性があればホルモン治療を最初からしましょうという事です。

補助療法のときは、タモキシフェンの併用が強く勧められるがLH-RHアロマトーゼ製剤は有用である、というだけでこの2つをセットで使うことは強くは勧められませんでした。しかし、再発の場合は、両方をセットで使うことが強く勧められるということになっています。

それに対し現在ホルモン治療中、もしくは術後の補助ホルモン治療が終了したものの、再発までの時間があまりたっていない場合、具体的には1年が経過していない場合には、現在使用している薬または一年以内に使用していた薬は効果がないと判断して、異なる薬剤を使用する2次治療から開始します。



スライド16

【スライド16】

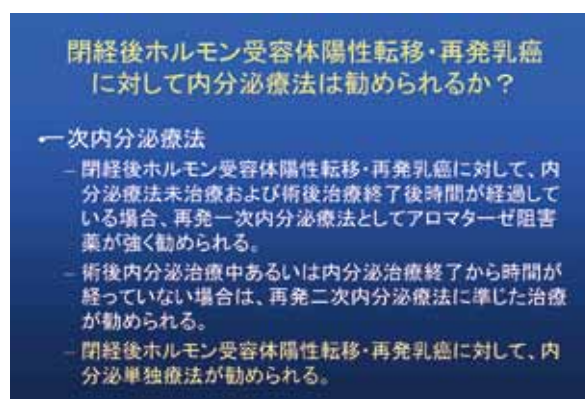
閉経前でホルモン受容体陽性の場合、1次治療はタモキシフェンとLH-RHアナログの組み合わせでしたが、病状が進行してきたら、LH-RHアナログを継続しつつタモキシフェンに変えてアロマトーゼ阻害薬を使いましょう。もしくは、酢酸メドロキシプロゲステロンにかえましょうという治療の流れになります。

【スライド17】

次は閉経後です。

閉経前の時にお話したように、再発した時期によって大きく二つに分けます。

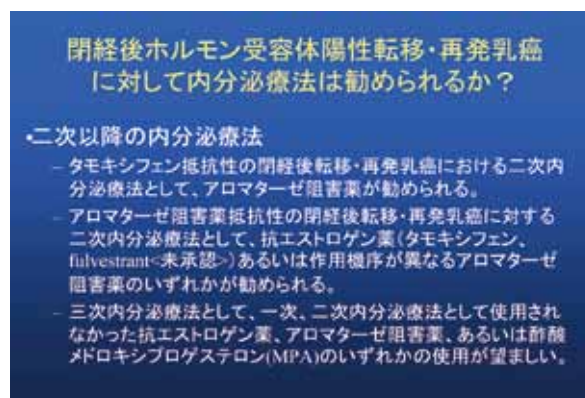
繰り返しになりますが、過去一年以内にホルモ



スライド17

ン治療を行っていたかどうかで二つに分けます。術後まったくホルモン治療を行っていなかったり、ホルモン治療は行ったけれどもだいたい前に終了していて過去一年以内には行っていなかった場合は、再発一次ホルモン治療として開始します。このような患者さんは、再発の一次治療としてアロマトーゼ阻害薬が強く勧められています。つまり第一選択はアロマトーゼ阻害薬ということですよ。

これに対し、現在アロマトーゼ阻害薬を使っているとか、一年以内に何かしらの薬剤を使ったという人は、その薬剤の効果は無効と判断して、他の薬剤を用いる二次治療に移ることになります。



スライド18

【スライド18】

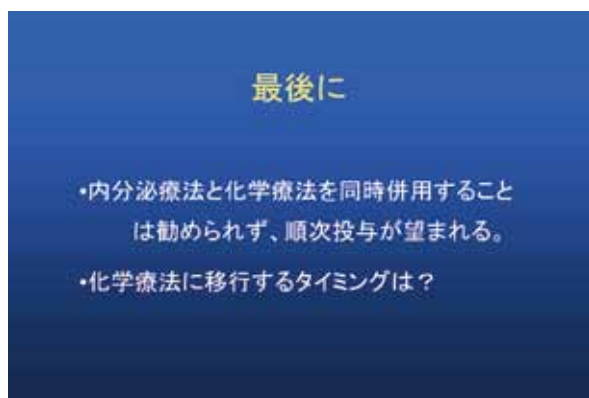
二次治療のホルモン剤が無効となって病勢が進行しているのであれば、ほかの薬剤に変更します。タモキシフェンが効かなくなってきたのであればアロマトーゼ阻害薬に移行します。アロマトーゼ阻害薬を使った上で再発してきたら、タモキシフェンやフルベストラント、もしくは、薬効の異なるアロマトーゼ阻害薬を使います。

アロマトーゼ阻害薬といいましても、アリミデックスやフェマーラはステロイドが含まれてい

ませんが、アロマシンはステロイドが含まれていて効果が異なります。

例えば、アリミデックスを最初に使っていたら、次にアロマシンを使ってみるというようなことです。

三次治療は、一次と二次で用いなかった薬剤を用いるということです。今後はフェソロデックスが二次や三次治療の主役に躍り出ると考えられます。



スライド19

【スライド19】

それでも病気が進行していつてしまう場合には、化学療法に移行することになります。実際問題として、ホルモン療法から抗がん剤治療にいつ移るのか。そのタイミングというのは患者さん個人個人で全くその状況が違いますので難しいところなのです。年齢ですとか体力ですとか、いろいろなことを考えて、主治医の先生と相談しながら決めていくことになります。

ホルモン療法と、抗がん剤の同時併用については勧められないということになっています。ホルモン剤で治療しつつ、時期を見て化学療法に移行していくということです。しかし、実際の臨床現場では、両者を併用することもあります。すべてガイドライン通りではありません。

駆け足になりましたが、ホルモン治療について、お話しさせていただきました。

以上で終わります。

【基調講演5】

化学療法・分子標的薬治療

水戸医療センター

外科 森 千子 先生



化学療法と分子標的治療薬についてお話をさせていただきます、水戸医療センターの森と申します。よろしくお願いします。

薬物治療は乳がんの標準治療の一つです



世界中の乳がんの研究成果を集めて有効性と安全が確認された、標準治療です。

スライド1

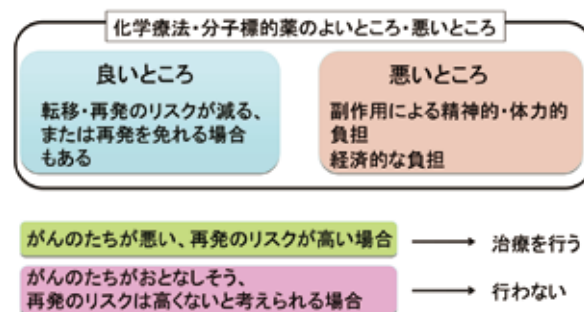
【スライド1】

最初に、本日私がお話をさせていただく化学療法とか分子標的治療薬というのは薬物療法に含まれるわけですが、薬物療法というのは、外科治療と放射線治療と並んで、乳がんの標準治療の三本柱の一つです。

標準治療といいましても、ありきたりの治療ですとか、通り一遍の治療というのではなく、世界じゅうの乳がんの研究成果を集めて、有効であるとか安全であるということが確認された、世界の学者たちが現時点で最良の治療であると考えている治療法のことを標準治療といいまして、ここで大事なことは、テレビで報道されるような最先端治療が必ずしも標準治療ではないということです。テレビを見て、どうしよう。どうして先生は私にこの治療をやってくれないのなんて思われる方もいるかもしれないのですが、最先端医療というのは、必ずしも、だれもが当てはまる良い治療かというと、それはクエスチョンマークがつくと

いうことがあるということを覚えておいていただきたいと思います。

薬物治療が必要な乳がんとは？



スライド2

【スライド2】

薬物治療といいますか、化学療法とか分子標的治療薬というのは、すべての乳がんの患者さんに対して行われるわけではありません。治療ということで、受けるメリットとデメリットというのがありますので、メリットのほうがデメリットを上回ると考えられるときだけ使われます。

どういうことかといいますと、それぞれ、良いところと悪いところというのがありますので、化学療法、分子標的治療薬の良いところとしましては、転移とか再発のリスクが減るですとか、あるいは、再発、あるいは転移を免れる場合があるということになります。逆に、悪いところとしましては、治療を行うことで副作用というのがありますので、副作用によって精神的、あるいは体力的な負担がかかるということ。また、あるいは、経済的な負担がかかる場合もあるということになります。この、良いところと悪いところ両方のことを考慮しまして、治療を行うかどうかを決めるということになります。

反対に言いますと、これまでいろいろ、ほかの先生方がお話をされていましたように、がんのたちが悪い場合、言いかえますと、再発とか転移のリスクが高いと考えられる場合には、化学療法ですとか分子標的治療薬を行ったほうが良いということになります。

逆に、がんのたちがおとなしそうである、あるいは、言い方をかえますと再発のリスクがそれほど高くないと考えられる場合には、化学療法ですとか分子標的治療薬は行わないということになります。

乳がんの再発のリスク～顕微鏡の検査から～	
	リスク
浸潤の有無	浸潤がん > 非浸潤がん
しこりの大きさ	大きい > 小さい
がん細胞の悪性度(グレード)	高い > 低い
リンパ節転移の有無・個数	あり、多い > なし、少ない
脈管侵襲 (がんの血管やリンパ管への食い込み)	あり > なし
ホルモン感受性の有無 (ホルモン治療が効くタイプか?)	なし > あり
HER2 (ハーツ)の発現	あり > なし
増殖能 (がん細胞の増える速さ、勢い)、Ki-67	高い > 低い

スライド 3

【スライド 3】

再発のリスクというのは、これまでもお話しされてきましたが、改めてもう一度お話ししますと、顕微鏡の結果から乳がんの再発のリスクが判断されます。左側に 8 項目並べましたが、最初に浸潤の部分の乳がんが周りの組織に食い込んだりしているかどうかということでは、非浸潤がんよりも浸潤がんのほうが再発リスクは高いと考えられています。また、しこりの大きさも、小さいよりは大きいほうがリスクが高いです。

また、がん細胞を顕微鏡で見た顔つきというか悪性度、または言いかえるとグレードとありますが、グレードが低いよりも高いほうが再発のリスクは高くなります。

また、下に行きまして、リンパ節転移の有無ですが、細いですが、乳がんは、同じ側のわきの下のリンパ節に転移することが多いと言われていますが、リンパ節転移が少ない、またはない場合のほうが、リンパ節転移があり、または少ないほうが、また多いほうがリスクとしては低くなります。

その下ですが、がんの血管やリンパ管への食い込みのことを脈管侵襲といいます。脈管侵襲はない場合よりもある場合のほうが再発リスクは上がると言われています。

続きまして、ホルモン感受性の有無ですが、言い方をかえると、抗ホルモン治療が効くタイプかどうかということになりますが、ホルモン感受性がある場合よりも、ない場合のほうが再発のリスクは高いです。

その次に、がん遺伝子を構成するタンパクである HER 2 の発現も、発現がないよりもあるほうがリスクが高くなります。

一番下、ちょっと切れてしまいましたが、がんの増える早さですとか勢いをあらわす増殖能といいますが、増殖能、最近では K I 67 というタンパクの数値を計測してはかることが多いのですが、K I 67、あるいはがんの増殖能が低いよりも高いほうがリスクが高いと考えられています。

乳がんの亜型分類			
		ホルモン療法 効く	ホルモン療法 効かない
		Ki67低い	Ki67高い
ハーツ (HER2)	陰性	Luminal A 抗ホルモン治療	Luminal B 化学療法 + 抗ホルモン治療
	陽性	HER2 rich type 抗ホルモン治療 + リスクに応じて化学療法 + 分子標的治療 (ハーセプチン)	
		Basal-like type トリプルネガティブ乳がん 化学療法	

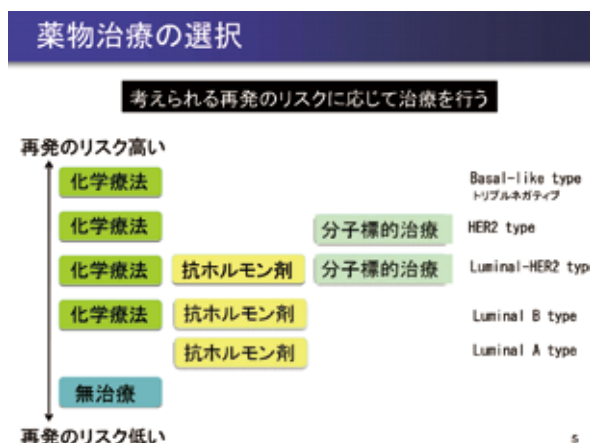
スライド 4

【スライド 4】

これは、先ほど佐藤先生のスライドにありましたが、先ほどのお話にもありましたように、以前は、乳がんの進みぐあい、病気の進みぐあい、しこりの大きさとか、リンパ節にどのぐらい転移があるとか、ヨウキというもので治療法が主に決められておりましたが、現在は、抗ホルモン治療は効くタイプか効かないタイプかということで大きく分けられています。ホルモン治療の効くタイプの方には抗ホルモン治療を行い、ホルモン治療の効かないタイプの方には、一般的には抗がん剤が行われるということになります。

また、HER 2 を測ったときに、HER 2 が陰性の方もいれば陽性の方もいますが、HER 2 が

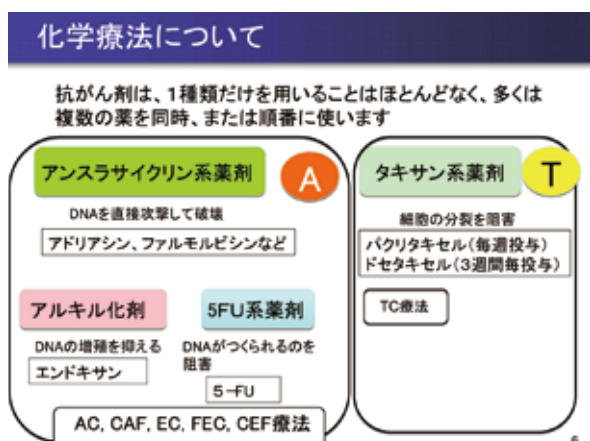
陽性の方には、いわゆる分子標的治療薬のハーセプチンという薬の投与が一般的に行われております。



スライド 5

【スライド 5】

このように、考えられる再発のリスクに応じて治療を行うことになりますので、この中で化学療法、抗がん剤ですとか分子標的治療薬を恐らく使わないのではないかとされるタイプは、ルーミナルAタイプのみということになります。それ以外のタイプは、ほとんどの患者さんが抗がん剤治療ですとか分子標的治療薬、あるいは両方が行われるということが非常に多くなっております。



スライド 6

【スライド 6】

化学療法についてですが、抗がん剤というのは、通常1種類だけを使うことはほとんどありませんで、多くは複数の薬を同時、または順番に使います。本日お話をするお薬は、術後の補助治療に使うお薬について主に絞ってお話をさせていただきますが、乳がんに対して使われる抗がん剤というのは星の数ほどあるというわけにはいかなくて、大きく分けて2つのグループの薬が使われること

が非常に多くなっています。

一方のグループは、アンスラサイクリン系の薬剤、もう一つはタキサン系の薬剤ということになります。横文字になるとすごく名前が覚えにくいですので、ここではアンスラサイクリン系薬剤をAグループの薬とさせていただきます。タキサン系の薬剤はTグループの薬とさせていただきます。

患者さんによっては、Aグループの薬のみ行われる場合もありますし、Tグループの薬だけ治療が行われる方もいますし、あるいは両方の薬が順次行われるという場合もあります。がんの組織を見て再発のリスクに応じて、さまざまに使うことがされています。

Aグループの薬の場合ですと、大まかに言って3週間ごとに4回から6回、Aグループの治療が行われます。逆にTグループの薬ですと、やはり3週間ごとに4回から6回、あるいは1週間ごとに12回程度の抗がん剤の点滴治療が行われることが多くなっております。



スライド 7

【スライド 7】

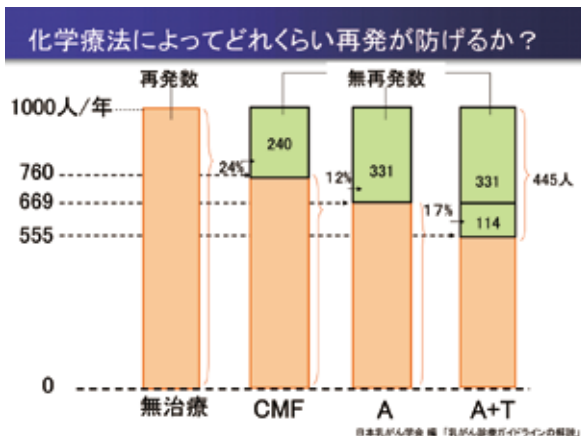
続いて副作用ですが、Aグループの薬、Tグループのお薬、それぞれに副作用があります。両方のグループに共通の副作用としましては、白血球減少ですとか、髪の毛が抜けるですとか、口内炎、風邪を引きやすくなったり微熱が出たりといった副作用があります。

比較的Aグループの薬の特有の副作用としましては、吐き気ですとか食欲がなくなる、あるいは、心臓にやや負担がかかったりするということが挙げられます。

また、Tグループの薬の副作用としましては、

アレルギー反応ですとか手足のしびれ、手足がむくんだりとか、皮膚にぼつぼつと湿疹ができたりということがあります。

どうしても抗がん剤というと、吐き気が怖いという方が非常に多いと思うのですが、ここ数年間の間に、抗がん剤の副作用の吐き気を改善、改良するための薬というのが非常にたくさん開発されていて、数年前に比べて抗がん剤の吐き気で非常に苦しむという方は、以前に比べて大分減っているように思います。



スライド 8

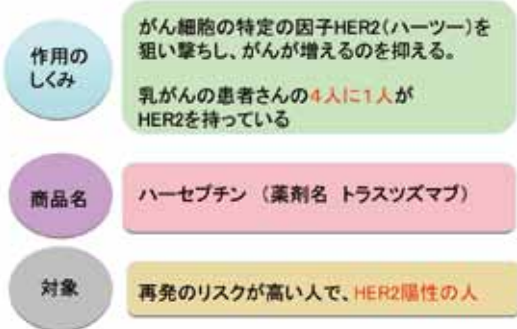
【スライド 8】

あと、抗がん剤によってどのくらい再発が防げるかということを示したグラフで、乳がん治療ガイドラインの解説から抜粋したものなのですが、例えば、乳がんと診断されて手術治療を行ったという場合に、例えばですが、何も治療を行わなかった場合に、1年間で1,000人の方が再発すると仮定します。右から2番目のグラフにあります、Aグループの薬を使った場合に、Aグループのお薬による治療を行った場合には、1,000人中331人の方が再発を免れると考えられています。

また、一番右のグラフになりますが、AグループとTグループの治療を両方を行った場合には、114人増えまして、1,000人中445人の方が再発を免れると考えられています。

そういう数字も大事ですが、やはり1,000人の患者さんに対して、1,000人とも再発を免れるというような、先ほど植木先生からお話のあった夢の薬というのは、現時点では開発されていないというのが現状です。

分子標的治療薬のしくみ



スライド 9

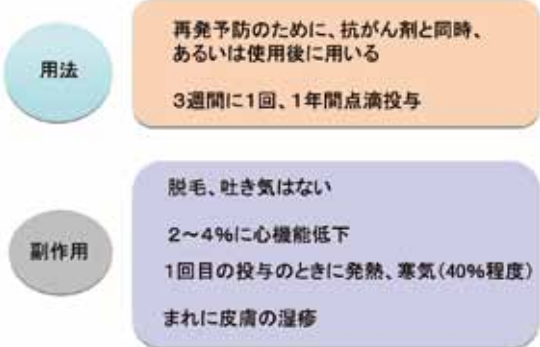
【スライド 9】

続いて、分子標的治療薬について簡単にお話をさせていただきます。

作業の仕組みですが、これまで何回もお話がありました、がん細胞の特定の因子であるHER2をねらい打ちしてがんがどんどん増えるのを抑える薬になります。一般的に、乳がんの患者さんの4人に1人がHER2を持っていると考えられています。商品名ですとハーセプチン、薬剤名でいうとトラスツズマブという難しい名前になります。

対象ですが、誰に対しても使われるというわけではなく、再発のリスクが高い人で、HER2が陽性の人ということになります。

分子標的治療薬の副作用



スライド 10

【スライド 10】

副作用ですとか用法ですが、今回、補助療法についてのお話のみにしていますが、再発の予防のために用いるには、抗がん剤と同時、あるいは使用後に用いられます。Aグループの薬とハーセプチンというのは余り同時に使わないほうがいいと言われているので、Aグループの抗がん剤を

行った後にハーセプチン、あるいは、Tグループの薬とはハーセプチンを併用しても大丈夫かなと言われているので、Tグループのお薬と一緒に使われることがあります。

使い方としては、3週間に1回、約1年間の点滴投与が有効と考えられています。

副作用ですが、脱毛ですとか吐き気という副作用は、いわゆる抗がん剤と違ってほとんどありません。100人のうち2人か4人ぐらいに、心臓の働きが低下したり心不全を起こしたりということがありとされていますが、心臓の働きが弱ったりするという副作用については、治療をやめれば、また回復するのではないかと考えられています。

また、1回目、初めてハーセプチンの点滴をしたときに、高熱が出たりですとか、寒気ですとか震えが出たりということが約4割ぐらいの方に出ると言われていますが、点滴の速さをゆっくりにしたりすることによって、大体が普通に全部点滴を無事に終わりにすることができています。2回目の点滴のときからは、熱ですとか寒気はほとんど出ないということもあるようです。

また、まれに皮膚がかゆくなるとか、皮膚に湿疹ができたりするという方も何割かはいらっしゃるようです。

医療費の負担を軽くする制度

- 1 高額療養費 受領委任払い
- 2 傷病手当金
- 3 高額療養費 貸し付け制度
- 4 ひとり親家庭など医療費助成

11

スライド11

【スライド11】

ここで、お薬についてお話をしてきましたが、イメージとしては、抗がん剤ですと分子標的治療薬というのは非常にお金のかかるもの、どれくらいお金がかかるというイメージがあると思うのですが、日本は非常に大変いい国だと思いますが、例えば、高額療養費の受領委任払いですとか傷病手当金その他のいろいろな医療制度、医療費の負担

を軽くする制度というのがありますので、これらの制度をできるだけ活用して、一番最初にお話をした乳がんの標準治療を受けていただきたいと思います。乳がんと診断された方は、もちろんそうなのですが、乳がんと診断されていない方でも、ぜひ乳がん検診を受けていただいて、できるだけ早期に乳がんを発見するというふうにやっていただけたらと思います。

以上になります。ご清聴ありがとうございました。

【質疑応答】

○植木

それでは、事前に質問があったのと、講演内容を突き合わせまして、そこから漏れていたものをお答えしていきたいと思います。

4時までなので、時間がもしございましたら会場からもご質問を受け付けたいと思っております。

それでは、早速、時間が押しておりますので、Q & Aに移りたいと思います。

まず、検診に関係して、こういうご質問が来ておりました。

マンモグラフィを1枚撮影する際に被ばくする放射線の線量は、どんなものなのでしょうということなのですが、太田代先生お願いします。

○太田代

では、お答えします。

マンモグラフィを1枚撮影すると、0.12mSv、大体40～50歳代の方にはそのぐらい。30歳代ですと、それよりまたもうちょっと多く、60歳を過ぎますと、それが少なくなってきます。普通、マンモグラフィ検診のときには2枚撮影ですので、0.24mSv。ただ、40歳代は4枚撮影という検診もありますので、その場合は多くなるとお考えになるといいと思います。

○植木

一応、乳がんは、年に1回マンモグラフィを撮っても発がんのリスクは上がらないということにはなっているのですよね。太田代先生。

○太田代

発がんリスクは上がらないということになっています。リスクよりも効果のほうが高いということで、30歳以上であればマンモグラフィは年1回撮ってもよいとされています。

○植木

続きまして、マンモグラフィを撮影すると白血球が減少しますかということなのですが、これは太田代先生。

○太田代

マンモグラフィを撮っても白血球は減りません。大丈夫です。白血球が減るということは、骨髓に放射線がかかったときに考えられることですので、マンモグラフィに関しては全く問題ございませんので、大丈夫です。安心して受診なさってください。

○植木

続きまして、56歳、主婦。B L Y24。55歳で初めて乳がん検診で異常なし。これから先の検診の必要性和、必要なら検診の周期はというご質問なのですが、太田代先生、続いていいですか。

○太田代

講演の中でもお話しさせていただきましたが、異常なしであっても、乳がんにならないというわけではないので、できましたら毎年、もしくは2年に1回ぐらい検診を受けられるといいかと思います。

○植木

精密検査に来られた患者さんに、良く言いますね。異常なしと安心して帰って、今は異常なしでも今度はわかりませんよ。そういうことです。

では、続きまして、リンパ節を取った後のケアについて、どうすればよいですかというご質問が来ているのですが、伊藤先生よろしくお願いします。

○伊藤

先ほど、手術でリンパ節のことをお話ししなかったのですが、最近では、明らかに手術の前に腫れているということでなければ、ごっそりと郭清というのはしないことが多いです。センチネルリンパ節生検というのが保険適用を通りましたので、一番近いリンパ節を数個取って、転移がなければそれ以上は取らないということが多いです。

センチネルリンパ節生検だけだと、腕が腫れるリンパ浮腫のリスクはゼロではないのですが、2～3%と言われています。普通の生活でいいのかなと思います。

リンパ節郭清といって、もし転移があったりしたときに、ある程度の広い範囲のリンパ節を取ってきますと、腕から戻ってくるリンパの流れがブロックされますので、腕に負担をかけたりすると、むくむことがあります。

重いものを長く、そちら側の手で持っていたりですとか、締めつけるようなこと、輪ゴムをして寝てしまったりとか、バッグをそちらにかけっ放しにしてしまうということでもむくむことがあります。一回むくんでしまうと、戻るのが大変なので、むくませないというのが大事かと思います。リンパ浮腫ケアの冊子が配られているそうなので参考にしてください。

○植木

よろしいでしょうか。もしリンパ浮腫になると、今、県のほうの永井先生が中心になっている茨城県のがん診療連携協議会でも、緩和ケア部会というのがありまして、そこでリンパ浮腫の治療の成果という看護師さんたちの研究会が立ち上がったところで、ちょっとおくれればせながら、県内でも日立総合病院にはリンパ浮腫外来がありますし、県立中央病院にもあります。日赤にもあります。当病院には、残念ながらありません。国立病院というのは、大体動きが昔から国がやることは遅いことに決まっているので最後になると思い





ますが、ただ、最近リンパ節を郭清する場合に、昔は血管と脈管をつるつるにして、全部何から何まで洗いざらい取るというのがうまい手術だと言われていたのですが、今はそんな手術をする人は余り、佐藤先生も私もそんなふうにはしていないと思います。ある程度リンパ腺を取って、脂肪組織とかそういうものを血管に残して、リンパ管をなるべく残しながら手術をするという方法に変わってきているので、そういうことでリンパ浮腫になる人は少なくなっているのかなという印象を受けています。でも、なる人はいますので、良く注意を守っていただきたいと思います。

特に、乳がん学会で、実は私がリンパ浮腫のところの座長をさせられまして、リンパ浮腫外来のない私が何で座長なのかと思ったのですが、最終日だったので、一番暇そうな人間が充てられたのでしょうかけれども、そこで各病院の取り組みを見ましたら、やはりきちっとインフォームして、これを守っている患者さんと守ってない患者さんでは、明らかにリンパ浮腫の程度の出方が違うのだそうです。だから、是非冊子等を読んでいただいて、それに充てていただきたいと思います。

私も学会から帰って、すぐに自分で本を探してきまして、外来でリンパ浮腫の予防のところをコピーしまして看護師に、渡して「説明して下さい」といったばかりです。

次、薬物療法のところで、ホルモン治療の際、更年期症状はどうすればよいのですかという、ホルモン治療のときに、いろいろな、多分、今、あれだけで冊子を渡している中でもろもろの症状が患者さん方には出ると思うのですが、これは長倉先生、いかがですか。

○長倉

スライドの中でもお見せしましたが、ホルモン治療そのものが更年期症状を出す治療になってしまいます。婦人科では更年期障害のときにホルモン補充療法を行います。これは逆に乳癌にとっては全く逆の治療になってしまい、乳癌の発育を促進する事になってしまいます。結論として乳癌の内分泌治療を受けている方の更年期症状を完全にコントロールするということは難しく、漢方薬なり何なりで少しでも症状を和らげられればいいというのが限界だと思います。

あくまでも癌に対する治療が優先されるという観点に立てば、副作用の問題は、ある程度は耐えていただかないといけないというのが現状です。ただ、余りつらいと治療が続かなくなりますので、どうしてもつらい場合は薬を変えとか、減らしてみる。あるいは、再発のリスクが少なければ、思い切ってやめるという手もあるかと思えます。とはいっても極力やめないで続けていく事が重要だと思います。副作用をどこまで耐えるのかという事は、なかなか答えがみつらないのが現状です。

○植木

現状はそういうところです。乳がんの若い人の講習会のお話でも、これをどうするかということになりますと、言下に否定しないで、同意を持って良く話を聞きなさいしか言えないです。あとは、漢方薬とか、確かに二、三有効なものもあるし、自分で工夫するという方法もあると思いますが、それが現状だと思います。

2 番目も同じで、副作用にはどのようなものがありますかというのはいいいですね。良く、アロマターゼ阻害剤の副作用によって、全身の関節が痛くなるとか関節がかたくなるという患者さんがいますが、余りひどい場合には、その場で薬をかえればいいですし、それから、お年寄りで骨折とか骨粗しょう症のきつい方には、ほかにも抗エストロゲン剤というのがあり再発を減らすというのに十分に今も使われている薬なので、そういうものを使えばいいと思います。

あとは、乳がんの患者さんというのは、基本的にはすべて骨粗しょう症の予備群です。閉経後の女性はみんなそうなのですが、だから、食生活は、基本的には、やはり太らない上にカルシウムをいっぱいにとって、なおかつビタミンBをとって、日光に当たって運動するという、なかなか難しいですね。

具体的にどんな食事をすればいいのだ。当病院では、高脂血症が余りひどくて、カルシウムをとるときには、栄養士さんと食事相談をしてもらっております。妥当な具体的な食事のとり方を指導してくれると思いますので、そういうものがあると思いますので、そういうものを利用していただければいいと思います。

その他のところで、牛乳と乳がんの話は本当？というのが、さっき質問に出ましたね。太田代先生のところで出てきましたが、本当かうそかはわかりません。本当だというデータもあるし、ないし、うそだというデータもあります。ここに書いてある人がいるというだけの話だと思います。

この程度の話はたくさんありますが、なかなかさっき言ったように、きちっとした証拠として挙げられているのは、太田代先生のお話の中だけです。

よろしいでしょうか。

あと、まだ10分ほどございますので、4 人の先生方、ご質問を会場から受け付けてよろしいでしょうか。

では、会場の方で、どなたか、是非聞きたいということがありましたら、我々のできる範囲でお答えしたいと思うのですが、あと10分ぐらいありますので、挙手をしていただければ担当の者が参りますので、何かございましたらどうぞ。せっかくの機会ですから。

○質問

今年3月にマンモグラフィと超音波検査をしていただいたのですが、微小石灰化と書かれていたのですが、そのときは気がつかずに、その病院で聞かなかったのですが、これは乳がんの前症状だったりするのかどうか教えていただきたいのです。

○植木

太田代先生、よろしいですか。太田代先生、お願いします。

○太田代

微小石灰化にもいろいろタイプがありますので、その微小石灰化の形、分布、密度によって良性、悪性と分けます。その検査を受けた結果、大丈夫ですというのが来たのでしょうかね。もしそうだとすれば、良性の微小な石灰化と思っていてよろしいかと思います。

○植木

よろしいでしょうか。太田代先生も委員なのですが、私も部会をしている立場から言わせていただきますと、茨城県のマンモグラフィ検診は、全国のモデルになっているぐらいきちっとしたプロフェッショナルな統計をしております、それから、あとは、精度管理などもきちっとやっております。フォローアップ

もやっておりますので、是非、そういう行政のマンモグラフィ検診は安心をしてお受けになって、その指導されたとおりに従っていただければいいと思います。一回何か書かれてしまうと、何かなと心配で病院に来てしまうという方もいますし、ひっかかっても病院に行くのが怖いからと来ない方もいます。検診というのは、受けた指導をきちっと、その後のとおりにやっていただかないと受ける意味がなくなりますので、再度繰り返しますが、茨城県はマンモグラフィ検診の先進県でございますので、是非安心して受けていただきたいと思います。

そのほか、ございませんか。

○質問

毎年やっていて、5月に検診で見つかったのです。それで、本当に温存手術ということだったので、6月8日に温存手術をしたのです。そのときに、本当のレベルの1から5の1だということで、手術後も放射線も抗がん剤も飲み薬も何もやらないのです。だから、それで、そういう方もいるのかなと思ひまして、今日お聞きしようと思って来ました。

○植木

なかなか難しいのですが、基本的には、うちの病院でも、温存手術をして、放射線も飲み薬も全くしない人もいます。これは、ちょっとガイドラインから離れた話になります。

それは、うちの病院で、乳管内乳がんという病気が、さっき言いましたね。この乳管内乳がん、まだ20何年続けて亡くなった方は一人もいないのです。それで、病院の先生に、WHOというアメリカの分類に従って、ローグレード、インターメディエイトグレード、ハイグレードというのをつけてもらうのです。そのローグレードの話、非常にそういう結果が出てきた乳管内乳がんに関しては、部分切除をして、放射線照射をかけていない患者さんがいます。

それから、あとは、温存をやった場合に、高齢者で非常に年齢が上の方で、断端がマイナスがきちっと担保された方に関しては、割と大き目にとって照射なしというのがあります。ただし、ホルモン剤は使っております。

私の考えから言えば、良く病状とか何かを見なければわかりませんが、可能性としては、そういう可能性がありますが、温存した場合、基本的には何かは入るのではないかと考えているのですが、いかがですか、佐藤先生。

○佐藤

温存療法というのは、やはり放射線照射を組み合わせるのが今のところ標準と考えていますから、やはり標準的には放射線の治療をやる。非浸潤型であれば、恐らく全身的な治療は必要ないと思うのです。放射線の治療をつけ加えるのが標準ではありますが、これは、あくまでもガイドラインですから、個々の症例によって考えて、照射なしという選択もあると思います。

○植木

基本的には、ガイドラインではこう書いてありますが、あなたの場合はこうですので、うちのとやって、こういう、これは臨床研究をして、一環として放射線照射をしない選択肢もありますというお話を、それでしないという話になってしないです。基本的には、それでは嫌だ、かけてくれという人たちには放射線照射をしています。森先生、大体、流れとしてはそうですね。うちの流れとしては。

ただ、今のところ、術後放射線照射しなかった人だと、私14～15年やってきているのですが、局所再発した方が1人います。別なところに出てきた方が1人、でも、亡くなった方はいません。2人とも再切除で何とかうまくいっておりますので、あながち悪いことをしていない方だと思っているのですが、その治療は

ガイドラインからは外れています。

よろしいでしょうか。

どうぞ、どなたかございましたら。

○質問

今日のお話の中では出なかったような気がしますが、腫瘍マーカーというのはないのかなということと、これからそういうことが考えられているのかどうかというのが、わかりましたら教えてください。腫瘍マーカーにそういう。

○植木

腫瘍マーカーというのは、簡単に説明しますと、がんのかすみみたいなものです。がんができると、がんのかすが壊れて血の中を巡るのです。それを、あるものでひっかけるのが腫瘍マーカーです。

では、今のところ、どういう臨床の位置づけになっているかという、基本的には、診断をする上で腫瘍マーカーの診断的意味はないということです。

したがって、乳がんという診断がついても、いろいろながんもそうですね。画像診断がなしで、腫瘍マーカーだけとってがんを診断できるのは、肝細胞がんと前立腺がんの2つで、それ以外のものに関しては保険適用もないはずです。

あとは、それを何ではかるのかという、基本的には腫瘍マーカーをはかっていると、再発の大体6割ぐらいですか、腫瘍マーカーで再発が見つかったのは。

○佐藤

第Ⅳ期も含めて言いますと6割になるかと思います。

○植木

それぐらいです。あとの4割ぐらいは腫瘍マーカーを測っていても再発は見逃されるということがございます。

ただし、再発してきて腫瘍マーカーが上がってきた場合に、非常に治療のいい目標になります。専門家の間では、腫瘍マーカーだけがすべてではないということをおっしゃって、画像診断をできるだけやらないのだという先生もいることは確かなのですが、一応、病気の悪い悪くない、それから、あとは薬が効いた効かないということで、腫瘍マーカーが下がってくれば薬が効いたと我々は判断して大方は間違っていないのではないかと思います。いかがですか、フロアの先生、それでよろしいですか。佐藤先生。

○佐藤

確かに、モニタリングとしては非常に重要だろうとは思いますが、逆に数値として出てきますから、アナログ的なものではなくデジタルになってしまうので、その数値を見ると、皆さん、ええと思われる方が出てきてしまいます。特に再発の結果を見ますと。

例えば、再発後の経過を見ていたいような腫瘍があれば、確かにお薬の効果の安定とかに役立つと思うのですが、再発後の治療の基本というのは、症状を緩和して、日常生活がなるべく今までどおりできるようにというのが主体ですから、がんを治すための治療というよりも、症状を抑えるということを大事に考えてほしいと思うのです。ですから、再発後の経過中、腫瘍マーカーが少し上がってきたからといって、それで即治療方針が変わるというわけではないと思います。

○植木

佐藤先生おっしゃるとおりです。数値で一喜一憂してもしょうがないということです。

そのほかございませんか。最後に一つぐらい。

では、その方で最後に。どうぞ。

○質問

専門的なこととはちょっと異なるのですが、乳がん患者が運動をし過ぎてはいけないことというのは何かありますか。例えば、ヨガをしたり太極拳をしたりマラソンをしたりということは、やってもいいことなのでしょうか。それと、あとは、もみほぐすなんていうことはもってのほかなのでしょうか。その辺を聞いてみたいと思っています。

○植木

佐藤先生、いかがですか。

○佐藤

私はもともと体育系ですから、運動する分には構わないと思います。皆さん、オリンピック目指して頑張ってください。

ただ、当然、こういう運動にも限度がありますから、へばるまでやる必要はないと思うのです。ですから、それぞれの体調に応じて運動していただければと思います。

一つ注意していただきたいのは、先ほどリンパ浮腫のことが出ていましたが、わきの下、リンパ節を郭清したような後ですと、やはり、そちら側の腕に負担がかかるとむくみが出やすくなりますので、そのときには、申しわけないけれども、砲丸投げの選手はあきらめてください。

あとは、実際に郭清した後ですと、医師のほうも、例えば手袋をするとか、そういった、ちょっとした注意をしていただけると、日常生活を普通にやっていただけるのではないかと思います。

○植木

全く同感で、私も、趣味が草刈り、ゴルフなので、ゴルフもたくさんおやじがいて、紹介されて、私の患者さんの中に女子でプロゴルファーになっている人もいますし、国体のソフトボール選手になった人もいますので、どんどん運動はおやりになっていただきたいです。

では、よろしいでしょうか。

今日は、長時間にわたりありがとうございました。

演者の先生方、どうもありがとうございました。

以上をもちまして、今日のセミナーを終わりにさせていただきます。

