

## 【あけぼの東京】乳がん相談室・Q & Aコーナー

感染を恐れてなかなか病院に行けないという人、今の治療に疑問がある人、何でも送ってください。  
みなさん、ご存じの著名な先生方がやさしくわかりやすく答えてくださいます。  
どんどん質問お待ちしております。——送り先：[akebonotokyo2020@gmail.com](mailto:akebonotokyo2020@gmail.com)

[これまでのQ&Aはこちらをクリック](#)

先生方のお名前&所属（アイウエオ順）



岩平佳子先生

医療法人社団 プレストサージャリークリニック 院長



大野真司先生

がん研有明病院 副院長・乳腺センター長・感染症科部長・  
患者、家族支援センター長・  
医療クオリティマネジメントセンター長



勝俣範之先生

日本医科大学武蔵小杉病院 腫瘍内科・教授・部長・  
外来化学療法室室長



首藤昭彦先生

国立がん研究センター中央病院 乳腺外科長



高野利実先生

がん研有明病院 乳腺内科部長

[Dr. 高野の「腫瘍内科医になんでも聞いてみよう」](#)

yomiDr./ヨミドクター（読売新聞）で連載中です。



佐古田洋子先生

加古川中央市民病院乳腺外科 科特任部長

## 会員が答える Q&A コーナー

みなさん、再建や再発の体験者と直接話がしたい、聞いてみたいと思う時があるでしょう。そんな時に答えてくれる人たちがいます。是非、直接メールで話をしてください。また、自分も体験者で情報交換をしたいと思う人、どうか名乗り出て。あなたのカも貸してください。

### ◆ 再建

鈴木節子さん（東京） [bell-tree.setsu@ezweb.ne.jp](mailto:bell-tree.setsu@ezweb.ne.jp)



- ・ 1950 年生まれ（70 歳）
- ・ 1996 年（46 歳）左側乳がん、全摘
- ・ 2000 年（50 歳）右側乳がん、全摘
- ・ 2007 年（医療法人社団）プレストサージャリークリニック（岩平佳子院長）にて、インプラント《アナトミカル（しずく型）シリコン》で両側再建手術（自費）
- ・ 2020 年 同クリニックにてラウンドシリコン（丸型）の入れ替え手術（保険適用）
- ・ 年に一回の術後検診で左側のシリコンの破損が判明して、最初の手術から 13 年経過後にシリコンの入れ替え手術をしました。

●鈴木さんは「人工物再建」ですが、「自家組織再建」の人も鈴木さんが紹介してくれます。

### ◆ 再発

内藤桂子さん（新潟代表・あけぼの会副会長） [kei-sucree@dream.ocn.ne.jp](mailto:kei-sucree@dream.ocn.ne.jp)



- ・ 1957 年生まれ（63 歳）
- ・ 1996 年右胸全摘手術（39 歳）  
ゾラデックス治療 2 年
- ・ 2008 年遠隔転移（50 歳）  
肺と頸のリンパ節に転移し、ゾラデックス＋ノルバデックスの治療
- ・ 2009 年治療のため卵巣切除  
ノルバデックス、アリミデックス、アロマシン＋治験薬
- ・ 2020. 8～ ページニオ＋フェソロデックス
- ・ 2020. 11～ イブランス（125mg）＋フェソロデックス
- ・ 2020. 12～ イブランス（100mg）＋フェソロデックス

◆ **ダブルキャンサー** —乳がんの後、卵巣がん—

山本康代さん（北海道） [kamuko5309@docomo.ne.jp](mailto:kamuko5309@docomo.ne.jp)



**2000年** 札幌がんセンターにて、左乳房、リンパ全摘、トリプルネガティブ  
半年間、抗癌剤 CMF 治療、

**2002年** 聖マリアンナ医科大学にて、乳房再建、自家組織広背筋皮弁法

**2003年** 乳輪、乳頭再建

**2016年** 原発卵巣がん

術前化学療法：パクリタキセル&カルボプラチン

6ヶ月後、ステージングオペ※

※腹腔内がんの再発転移予防オペ：

腹腔内にある再発しそうな臓器、卵巣、子宮、卵管を切除しても  
なお転移が多々ある婦人科がんを予防するためのオペの事

**2019年** 卵巣がん再発

**2月～2020年11月まで**再発治療、現在3ヶ月おきの経過観察中

- 昨年2月、念願の卵巣がん患者会が院内で立ち上げられ参加しています。  
ダブルキャンサーの多さにびっくりしています。

## これまでのQ&A



2022/ 8/ 30 <a href="#">(一部追記)</a>	<a href="#">閉経した人のホルモン療法について</a>	佐古田洋子先生
2021/ 7/22	<a href="#">NCC-ST439、腫瘍マーカー上昇、オンコタイプ DX などについて</a>	高野利実先生
3/22	<a href="#">皮膚転移について</a>	首藤昭彦先生
2/23	<a href="#">晩発の放射性皮膚炎について</a>	高野利実先生
1/19	<a href="#">再発治療の副作用と減薬</a>	高野利実先生
1/13	<a href="#">乳がん患者のワクチン接種</a>	首藤昭彦先生
1/13	<a href="#">副作用がつらく、治療をやめたい</a>	勝俣範之先生
1/13	<a href="#">ハイパーサーミア治療を受けたい</a>	勝俣範之先生
2020/12/17	<a href="#">主治医に薬の変更をお願いしたい</a>	大野真司先生
12/13	<a href="#">コロナ禍で手術が予定より遅れてしまった</a>	首藤昭彦先生
12/13	<a href="#">【再建】皮下乳腺全摘術について</a>	岩平佳子先生
12/ 7	<a href="#">【再建】インプラントと自家組織、 それぞれのメリットとデメリット</a>	岩平佳子先生
12/ 7	<a href="#">新薬“エンハーツ”について</a>	勝俣範之先生
12/ 6	<a href="#">光免疫療法について</a>	首藤昭彦先生



・手術をして4年経過しました。ホルモン陽性、プロゲステロン陽性、HER2 陽性です。ホルモン剤（フェマール）を服用していて、だんだんと骨量が減ってきました。骨粗しょう症の判定値近くまで減ってきました。以前はホルモン剤の服用は5年と言われていましたが、最近はもっと長く服用した方が良いと言われていきますね。私、いま69歳で、女性ホルモンも若い頃と比べて減っていると思っています。ホルモン剤を止めたいと思っています。主治医は飲み続けた方が良いと言います。

骨粗しょう症の予防薬で顎骨壊死が起きるといふのを何かで知り、ホルモン剤を4年服用し、5年まであと少しですしどうしたらいいのか悩んでいます。

## A.



佐古田洋子先生

### 閉経した人のホルモン療法について・・・

今、女性ホルモンはほぼ出ていないと思うと言われましたが、卵巣はもう働いていないんですね。でも、血液中に女性ホルモンはまだあって、それはどこから出ているかという、副腎から男性ホルモンが出て、それがアロマターゼという酵素で女性ホルモンに変わる。今飲んでるフェマールという薬は、そのアロマターゼという酵素を抑えて男性ホルモンが女性ホルモンに変わることを抑えるので女性ホルモンが減って、乳がんの再発が減ります。

5年～10年服用することになっていますが、今はがんだけについて評価すると10年の方がデータがよいガイドライン上もそうなっているのですが、骨粗しょう症のギリギリがどれくらい悪いかによって、もう骨折しそうなくらい悪いのだったらフェマールを諦めて、タモキシフェンというサーム（SERM：選択的エストロゲン受容体調整薬）に変える場合があります。サームは骨量を落とさずむしろ増やしますので。ただ、乳がんのステージも何も知らないのに薬を変えていいとは言えないので、その辺は主治医の先生と相談していただかないといけません。顎骨壊死のリスク作用があるビスホスホネート系薬剤は、骨粗しょう症ではよく効きますけど、ボナロンとかベネットとかはそういうたぐいの薬なので、顎骨壊死のリスクは確かにあります。将来歯を抜いた後などに顎骨壊死を起こしたりすると結構大変です。整形外科の先生はそんな低い確率を気にするなと言うのですが、やっぱり気になりますよね。主治医の先生と相談の上、薬を変えるか決めてもらわないといけません。

「あけぼの兵庫・相談会（21/9/11）記録」より抜粋

### 追記(2022/8/24)

先日出版された「乳癌ガイドライン」を見ますと2018年版と少し変わって来ています。

2018年版のCQ3は「浸潤性乳癌に対する術後内分泌療法の指摘治療期間はどれくらいか？」に対して推奨は「閉経後ホルモン受容体陽性乳癌に対するアロマターゼ阻害剤10年投与を弱く推奨する。推奨の強さ：2、エビデンスの強さ：中、合意率：92%（11/12）」となっていますが、2022年版ではCQ4

「浸潤性乳癌に対して、術後5年間の内分泌療法後に内分泌療法の追加投与は勧められるか？」に対して「内分泌療法5年投与終了後にアロマターゼ阻害剤2～5年追加投与を行うことを弱く推奨する。推奨の強さ：2、エビデンスの強さ：強、合意率：98%（46/47）」という記載になっていて合計7年から10年の推奨となっています。

推奨におけるポイントでの記載は閉経後のアロマターゼ阻害剤の追加投与が弱く推奨されるが、投与期間については2～5年のいずれが最適化の検証はされていないとなっていて、内服期間について、まだはっきりと結論が出ているわけではありません。いずれにしても薬剤によるメリットとデメリット

である副作用の両方を考慮して考えていくことが重要であると考えます。主治医の先生とよく話し合ってくださいね。

#### 参考文献

日本乳癌学会編 乳癌診療ガイドライン①治療編 2022 年版

乳癌診療ガイドライン①治療編 2018 年版

[Q&A 一覧へもどる](#)

## ◆NCC-ST439、腫瘍マーカー上昇、オンコタイプ DX などについてお尋ねします

### <現状>



2021/5月の定期検査で、超音波、CTは問題なし。

NCC-ST439は9（正常値の2倍）NCC-ST439以外は正常値の範囲

CEA 1.4

CA15-3 8.9

1-CTP 3.3

### <病歴>

**2016/6月** 手術(右全摘) ステージ1 硬癌

- ・リュープリンとタモキシフェン服用開始
- ・約1か月半で薬剤性鬱、両薬中止、以後無治療、半年に一回検査しながら経過観察。
- ・**腋窩への転移**は、術後半年で画像に映っていたが、細胞診をすることもなく、経過観察。  
(短期間での腋窩再発はセンチネルリンパ節の同定を誤ったと思っています)

**2019/1月** 右腋窩リンパ節細胞診、陽性、リンパ節切除 9個中1個のみ 癌細胞

- ・腋窩への放射線治療を実施。タモキシフェン服用再開。現在も継続。

毎回 **腫瘍マーカー**は4種類測定。2019/1月以降、NCCだけが上昇。

2019 /7月 2.1

” /12月 5

2020 /6月 5.9

” /12月 7.6

2021 /5月 9

主治医は「CT、超音波で問題はないし、他のマーカーが上がっていないので、9は気にする値ではない。経過観察で良い。」と申します。私は気になるので、3か月後の採血をお願いして、腫瘍マーカーの値を確認することになっています。

### <知りたいことは>

- ① NCC-ST439だけ正常値の2倍は、本当に気にすることはないのでしょくか？
- ② 8月の結果で更に上昇していたらPET-CTなど、上昇の原因を精査したほうがよろしいでしょうか？
- ③ 8月の受診時にオンコ DXを希望しておく、万が一、今後治療が必要になった時に、後手後手にならずに済むのでは、と考えるのですが・・・



## A.



高野利実先生

### 周術期（術前・術後）薬物療法の目的

- ・早期乳がんであっても、多くの場合、がん細胞（遠隔転移の種）が、血液中を漂って、全身を巡っていると考えられます。この種を根絶させ、遠隔転移を起こさないようにするために行うのが、周術期薬物療法です。
- ・一人ひとりの患者さんの、がんの状況によって、最適と考えられる周術期薬物療法を行います。どういった場合にどういう薬物療法を使うのがよいのかについては、世界中の医師や研究者が考え、臨床試験を行い、議論しており、おおよその標準治療が確立しています。

- ・周術期薬物療法のかなりの部分は、過剰治療になっている可能性があるのですが、一部の患者さんにおいては、適切な周術期薬物療法を受けることによって、遠隔転移を防げていると考えられます。遠隔転移を防ぐことは、その後、乳がんという病気に煩わされずに一生を過ごせるわけですので、大きな「ベネフィット（恩恵）」であると言えます。

### 遠隔転移は早く見つけるべきなのか

- ・遠隔転移があるということは、早期乳がんではなく、進行乳がんであり、体からがんを完全にゼロにすることは難しいということになります。遠隔転移が見つかった場合は、「がんとうまく長く付き合う」という目標に向かって、適切な薬物療法を行っていきます。

- ・遠隔転移があることを早く見つけた方がよいのかどうかについては、いろいろな意見がありますが、現時点では、早く見つけるメリットはあまりないと考えられています。遠隔転移を早く見つけても、根治ができるというわけではなく、症状がない状態で、小さい遠隔転移を見つけて、早くから進行がんの治療を開始するというのは、必ずしも得策とは言えません。

- ・私自身は、早期乳がんの手術後の経過観察では、症状がない限りは、遠隔転移を見つめるための検査はあまり行わない方がよいと考えています。腫瘍マーカーについても、測らない方がよいと思っています。

### 腫瘍マーカーは測らない方がよい

- ・今回の相談者のように、遠隔転移が見つからないのに、腫瘍マーカーが高めになってしまうということはよくあって、それは、「偽陽性」（本当はがんの再発はないのに、検査値だけ異常となること）と呼ばれます。

- ・偽陽性の結果が出たために、不安にさいなまれ、いろんな検査を受けることになり、検査結果がよくても不安が解消されることはなく、という患者さんをたくさん見てきましたので、私は、「腫瘍マーカーは測らない方がよい」と思っています。

- ・症状がなくてもCTやPETや腫瘍マーカーなどの検査を行うメリットがあるのかどうかについては、日本で大規模な臨床試験（JCOG1204 試験）が行われていて、すでに登録は完了していますので、その結果が待たれるところですが、現時点では、気になる症状がない限り、遠隔転移を見つめるための検査は行うべきではないと、私は考えています。



### 遠隔転移を早く見つけるよりも、遠隔転移を起こさないことが重要

- ・遠隔転移を早く見つけることに力を入れるよりも、遠隔転移を起こさないようにすることの方が重要です。そのためには、遠隔転移を見つけてから治療をするのではなく、診断から間もない時期、すなわち、手術前か手術直後に、適切な周術期薬物療法を行う必要があります。遠隔転移の種がどこかに根付く前に叩いて根絶させるということです。
- ・遠隔転移の種が根付いて、芽を生やして、花が咲いた状態になるのを待って、治療を開始するのは、がんをゼロにすることはできません。CTで認識できるような1cmのしこりには、10億個の細胞が集まっているのですが、10億個くらいの塊にならないと、われわれは、遠隔転移として認識することができないということです。
- ・そういう塊ができるのを待ってから治療を開始すると考えるよりも、細胞が種としてバラバラに漂っている状態のときに、できるだけ早く叩いて根絶することを考えるのが得策です。「できるだけ早く」ということを突き詰めて考えたときに行き着くのが、周術期薬物療法です。

### 腫瘍マーカーが高いのは偽陽性の可能性

- ・遠隔転移があって、腫瘍マーカーが上昇する場合は、体内にそれなりの個数のがん細胞が存在することを意味するわけですので、腫瘍マーカーが上がるのを待ってから治療を開始するというのも得策ではありません。また、腫瘍マーカーが高くても、CT検査などで明らかな遠隔転移が見つからないのであれば、それは「偽陽性」の可能性が高いと考えられます。

### 遠隔再発の心配はしすぎないように

- ・周術期薬物療法として適切な治療を受け、それを終えたあとは（術後ホルモン療法中でも）、基本的には病気が治ったものとして過ごすのがよいと思います。あまり遠隔再発の心配はしすぎず、どうしても心配になるような症状があった場合には、CTなどの検査を行うことを検討すればよいと思います。局所再発（乳房やリンパ節への再発）については、再び根治を目指す治療を行いますので、局所再発を早くに見つけるための検査（視触診、超音波検査、マンモグラフィ等）は適切に行うことが推奨されます。

### 不安を解消するために

- ・今回の相談者へのアドバイスですが、腫瘍マーカーの結果はあまり気にせず、これからは腫瘍マーカーを測定しないようにするのがよいと思います。すでに、かなりの不安を感じていらっしゃるということです。安心のために、一度、PET-CTなどの検査を受けて、明らかな遠隔転移がないことを確認しておいてもよいかもしれません。
- ・とにかく、これから先、不安とともに生きていくのはつらいと思いますので、なんとか、不安が解消されることを願っています。
- ・最初の手術の術後のホルモン療法は不十分だったかもしれませんが、腋窩リンパ節再発の手術後には、標準的なホルモン療法であるタモキシフェンによる治療を受けておられるということですので、上述の通り、治ったものと思って、タモキシフェンによる治療を継続していくのがよいと思います。
- ・タモキシフェンを使用しておられるので、閉経前なのだろうと推測しますが、今後、閉経状態になったと考えられる頃に、ホルモン療法をアロマターゼ阻害薬に変えるという選択肢もあります。また、閉経前である場合、タモキシフェンにLH-RHアゴニスト（リュープリンなど）を併用するという選択肢もありますが、これは最初の手術後に使用して副作用をやめているということですので、リスクとベネフィットのバランスで考えるのでよいと思います。

### 今から遠隔転移予防の化学療法を追加するのは？

- ・もし、将来、遠隔転移が明らかになって、現在の ST-439 の上昇が遠隔転移を示唆していたということがわかる状況があったとしても、今この時点で、何かしらの薬物療法を開始するというのは得策とは言えません。本当に遠隔転移があるのなら、今治療を始めても根治は期待しにくいですし、そもそも、ST-439 高値は、偽陽性の可能性が高いからです。
- ・遠隔転移が起きていないとして、今から遠隔転移予防の薬物療法を追加するという発想もあるかもしれませんが、最初の手術から 5 年、腋窩再発手術から 2 年半が経った今から治療を加えるのは、あまり一般的ではありません。それでも、何か治療を加えたとしたら、化学療法（TC 療法など）ということになるでしょうか。

### オンコタイプ DX の検査

- ・化学療法の必要性を判断するためにオンコタイプ DX の検査を出すということも可能ではありますが、その結果をどのように利用するのかを、きちんと考えておく必要があります。
- ・最近報告された RxPONDER 試験の結果では、閉経前の患者さんで、リンパ節転移がある場合は、オンコタイプ DX の再発スコア（RS）によらず、化学療法を加えた方がよいということになっていました。閉経後の患者さんであれば、RS が 25 点以下の場合は、化学療法は不要と考えられます。
- ・もし、相談者が閉経前であるのなら、オンコタイプ DX 検査を出す意味はあまりなさそうです。オンコタイプ DX の結果によらず、化学療法が推奨されるから、というのが理由となりますが、かといって、今から化学療法（TC 療法など）を行うべきかという、その必要はないように思います。
- ・「今後治療が必要になった時に」とありますが、オンコタイプ DX は、早期乳癌周術期薬物療法の選択のために行うものですので、今後のためにやっておく、というものではありません。

### まとめ

- ・NCC-ST439 の値は、おそらく偽陽性なので、心配する必要はありません。
- ・今後、腫瘍マーカーは測らないことをお勧めします。
- ・今の心配を払拭するために、一度だけ PET-CT 検査を受けてみるのはありかもしれません。
- ・治療としては、現在のホルモン療法（タモキシフェン）を継続するのによいと思います。
- ・気になる症状があれば、その時点で検査を考えるのによいと思います。
- ・今の時点で追加の化学療法を考えたり、オンコタイプ DX 検査を行ったりする必要はないと考えます。

以上、ご参考になれば幸いです。

## ◆皮膚転移についてお尋ねします

病歴：

2017年 浸潤性乳管がん右温存手術 1cmのしこり。ステージI グレードI、ki 67、20%、放射線治療+ホルモン治療（ノルバデックス、ゾラデックス）

2019年 手術した右胸の乳輪外側（手術跡近く）5ミリのピンク色の発疹ができる。切除/病理検査結果、皮膚転移。病理の結果は2017年初回手術したものと同一のもの。

2020年 転院。また同じところに3つ発疹、切除し病理検査結果、皮膚転移。ki 67、30%に。TC療法開始。4クール。薬をアリミデックス+ゾラデックスに変更。

CT検査結果、乳管に少し被っている。他転移なし。手術は植皮で広く取る。

同年 イブランス 125mg+フェソロデックス開始。副作用：フラフラ感、呼吸しづらい、頭クラクラ、悪心、足しびれ少し。明日から休薬日という前夜パニック発作。前回の治療アリミデックス+フェソロデックスに戻る。

質問：皮膚転移に関係があったのではという現在の不安です。

- ①最初の病院で初期治療として、抗がん剤をすべきではなかったか？
- ②美的に手術していただいたので本当は全摘のほうが良かったのではなかったか？
- ③放射線治療が術後2ヶ月半も経ってからだった。もっと早く開始していたら？
- ④副作用を過剰に恐れずにイブランスをもっと続けるべきだったか、アリミデックスでは収まらず広がってしまったのではないか？



首藤昭彦先生

A.

1 乳がんのサブタイプから考えると luminal B の範疇とされますので、術後の治療選択としてはホルモン療法単独か、あるいは化学療法+ホルモン療法の併用療法のどちらも選択肢として妥当と思われます。再発の段階での考察ではなく、術後治療を選択する段階で治療方針を決めるとすれば、ホルモン療法単独治療を選択したことに重大な過ちがあったとは言えないでしょう。

2 一連の皮膚転移が局所のもの（例えば温存した乳房内の再発など）ではなく、全身転移の一部であると考えれば、たとえ全摘したとしても同様の再発が発症したと考えられます。初回手術方法選択と皮膚転移との関連性は低いと思います。

3 一般的には術後3ヶ月以内程度での放射線治療開始が推奨されていますので、妥当な開始時期の範疇でしょう。

4 イブランスの副作用としては重篤な間質性肺炎や、悪心、疲労感、下痢症状などを訴えるかたが見られます。ある程度の副作用を我慢できるのであれば、再度イブランス治療を行うことも選択肢の一つかも知れません。乳がん再発治療は副作用と治療効果とのバランスの上に立っており、効果が期待されるからといって、ご本人の日常生活が強く制限される治療法を長く継続することは現実的に無理があります。そのあたりの匙加減は主治医との話し合いで決定されるものです。よく主治医と相談なさってください。

## ◆晩発の放射性皮膚炎についてお尋ねします。



### 1. 経過

私は2001年春温存手術の後、放射線治療を受けました。他にホルモン療法だけで抗がん剤はしていません。その後再発もなく過ごしてきましたが、乳房のあたりがチクチクすることがあり、2年ほど前から赤い傷ができて来ました。オリーブオイルなどで乾燥しないようにしましたが、だんだん広がって、チクチク感がひどくなってきました。広がり15×40ミリ位になっています。近くの皮膚科で、‘晩発の放射性皮膚炎’はやっかいだと言われました。ステロイドのシールを貼るように指示され、2日貼りましたが、シールの縁が当たっているところが赤くなり痛いので貼るのをやめました。

### 2. 質問です。

- 今後どんな治療が必要でしょうか。
- この状態を改善、また進行をとめることができるでしょうか。
- 専門の病院と医師がおられたらご紹介願えるでしょうか。

### A.

2年間も続く症状でご心配のことと思います。皮膚の症状なので、直接診察してみないと正確なアドバイスが難しいですが、三重県立総合医療センター放射線治療科（部長）の佐貫直子先生にも意見を求めてみました。



高野利実先生

「症状を読ませていただいた印象としては、経過がとても長く、チクチク感があり、悪いものではなさそうに思われますが、直接拝見したり、触ったりしてみないと判断が難しい面があります。『晩発の放射線皮膚炎』というのは、それほどよくある話ではなく、放射線との関連があるともないとも言い切れないように思います」とのことでした。

皮膚科での治療を続けつつ、なかなか改善しない場合は、放射線治療医にも診察してもらおうとよいかもしれません。

◆24年前に手術、内12年間、再発転移の治療中です。副作用が強くて減薬していますが、どのくらいまで減薬してもよいでしょうか？



・12年前に肺のリンパ節、首のリンパ節に転移。ホルモン療法で一旦すべて消えました。

・その6年後、胸のリンパ節、首のリンパ節に新たながんが見つかり、またホルモン療法を続けていましたが、効かなくなり、今年8月からページニオ+フェソロデックスの治療に。

・2ヵ月で腫瘍マーカーST-439が22.0から11.0になり、腫瘍は少し小さくなったのですが、副作用が強く（主に下痢、好中球の減少）1週間の休薬、減薬（100mg）をしました。が、肝臓の数値AST（GOT）が204まで上がり、イブランス

+フェソロデックスを開始。

・1ヵ月服用後も腫瘍マーカーは下がらず、好中球が749になったため、また1週間の休薬になりました。今後、また減薬になると思われますが

●どの位まで減らしても大丈夫でしょうか？

●ページニオはよく効いていたので、また戻すことはできないでしょうか？

A.



高野利実先生

▲副作用が比較的強く出て来ているということですね。副作用を減らすためには、薬の量を減らしたり、休薬したり、治療を中止したりすればいいわけですが、それによって効果が落ちてしまうことも気にされているということですね。

▲どの治療にもプラス面（効果）とマイナス面（副作用）があるので、そのバランスを慎重に評価しながら治療する必要があります。マイナスがあったとしても、それを上回るプラスがあれば、その治療を続けた方がよく、マイナスが上回ってしまうようであれば、その治療は中止した方がいいわけですが、マイナスと比較してプラスが一番大きくなるように、薬を調節するというのも重要です。

▲プラスとマイナスを考える前に、まず必要なのは「何のために治療を行うのか」という「治療目標」を担当医と共有することです。腫瘍マーカーが下がったり、腫瘍が小さくなったりすることは「効いている」ことを確かめるために参考にはなりますが、それが一番大事なことではないですね。治療は、腫瘍マーカーを下げるためにやっているわけではなく「いい状態で長生きするため」にやるものかと思います。もちろん、患者さん一人ひとりにとって、大切にしているものはいろいろですので、治療目標も、それぞれに違うものです。

▲繰り返しますが、自分なりの治療目標を担当医と共有していることが重要で、その上で、「目標に近づけているか」というモノサシで、担当医と一緒に、プラスとマイナスのバランスを評価することになります。腫瘍が小さくなっているということですので、おそらく効果が得られているのだと思いますが、自分にとってプラスになっているのかどうかは、腫瘍の大きさや腫瘍マーカーだけでは判断し切れないところもあります。治療を受けていることで、効果を実感できているかどうか、というのも重要なポイントです。



▲あまりに副作用がきついようであれば、「いい状態で長生きする」という目標に近づけているのか、むしろ逆行しているのではないかと、ということも考える必要があります。治療を続けること自体が目標ではなく、自分らしく生きるために行うのが治療ですので、まず目標を考えて、そのために適した治療を行うことが重要です。

▲あなたは、フェソロデックス（フルベストラント）を4週に1回臀部（お尻）に筋肉注射するホルモン療法に加えて、「CDK4/6 阻害薬」という分子標的治療薬を使っておられるということですね。CDK4/6 阻害薬には、ページニオ（アベマシクリブ）とイブランス（パルボシクリブ）がありますが、どちらも、副作用がそれなりにあります。また、この二つの薬で副作用の種類が違うというのは、すでに実感されている通りです。

▲ページニオは下痢がほぼ必発で、肝障害や好中球減少も起きることがあります。下痢に対しては、ロペラミドなどの下痢止めを、いかにうまく使うかがポイントですが、下痢止めを十分に使ってもコントロールができないときには、ページニオを減量することもあります。

▲肝障害や好中球減少でも減量や休薬が必要になることがあります。通常、1日300mg（150mgを1日2回）で開始し、この量で続けられる方が多いですが、減量する場合は、200mg（100mgを1日2回）→100mg（50mgを1日2回）と減らします。肝障害でASTが204まで上がり、ページニオが原因と考えられるのであれば、中止するのは妥当な判断かと思えます。ページニオの代わりにイブランスを用いるのも、ある程度妥当な判断ですが、イブランスでも肝障害が起きる可能性があり、また、好中球減少はページニオよりも強く出ますので、注意が必要です。

▲イブランスは、もともと3週服用したあとに1週間の休薬をおくのが標準で、好中球減少があれば、それ以外にも休薬したり、減量が必要になったりします。1日125mgで開始しますが、日本人では減量が必要になる方が多く、100mg→75mgと減らします。ただ、125mgで続けた患者さんと、減量が必要になった患者さんとで効果に違いがないという報告もありますので、必要があれば、きちんと減量した方がよいと考えられています。イブランスは、75mgまでの減量が許容されていて、それよりも減量することはありませんが、好中球減少が強い場合に、75mgを2週投与2週休薬で投与するようなことはあります。

▲ページニオに戻すとなると、やはり、肝障害が問題となると思いますが、ページニオの方が、プラスとマイナスのバランスがよかったと実感しておられるのであれば、慎重に再投与してみるのもありかもしれません。ただ、これを試すのが妥当かどうかは、様々な要素を総合的に判断する必要がありますので、この点は、是非、担当医とじっくり話し合ってみてください。

▲治療するために生きているわけではなく、生きるために治療しているということを忘れず、「どのように過ごしていきたいか」という視点で、担当医と共に、最も適した治療を考えていただければ、と思います。

[Q&A 一覧へもどる](#)



### ◆乳がん患者のワクチン接種についてお尋ねします。

コロナ禍の中、この春からワクチン接種の話題も出てきました。まだ、先の事ですが、乳がん治療中の患者のワクチン接種について、注意点、考え方など教えてください。放射線治療・抗がん剤治療などいろいろありますが、治療の状況によっても違うと思います。すでに治療は済み、経過観察中の患者からも、そんな話題が最近出ました。

#### A.



首藤昭彦先生

国立がん研究センター中央病院における対応です。

治療後のかたは通常通り、インフルエンザワクチン接種と同様な扱いになる予定です。

・放射線療法中：現在インフルエンザワクチン接種に対して特に制限がなく、コロナワクチンに関しても同様の扱いとなる予定。

・化学療法中：インフルエンザワクチン接種と同様の扱いになる予定。すなわち白血球数をもっとも低くなる時期を回避しての接種を推奨。具体的には治療と治療の中間の時期。一方でコロナワクチンの副作用では発熱例が報告されており、発熱した場合に白血球減少による発熱か、コロナワクチンによる発熱かの鑑別が困難となる事態も推定される、とのこと。



## ◆副作用がつらく治療をやめたい



あけぼの会のホームページを見て相談のメールを送ります。

私は44歳、肺転移ありのTNBC乳がん患者です。

7年前から抗がん剤治療をずっと頑張ってきましたが、副作用がつらく治療をやめたくになりました。

勝俣先生に質問です。

根治の可能性はないのに治療をする意味はありますか？

いつまで治療を続ければよいのでしょうか？お金も気力もなくなりました。

### A.

お問い合わせありがとうございます。

副作用がつらいのは本当に大変なことと思います。

副作用を減らす方策はいろいろな方法がありますので、主治医と相談してやってみてほしいと思います。場合によっては、抗がん剤をしばらくお休みするという選択肢もあるかと思います。

そのあたりのことについても、主治医と相談しながらやってみてはいかがでしょうか。



勝俣範之先生

## ◆ハイパーサーミアを受けたいと考えているのですが…



再発乳がんをイブランスとフェソロデックスで治療中です。2年前、**肺転移**が見つかりました。

その後**縦隔リンパ節に転移**して、放射線治療をしました。しかし、一向に小さくならないまま1年以上経過しています。可能なら、もっと状況を好転させたいです。

●千葉県がんセンターで**ハイパーサーミア**が始まったので、受けたいと考えているのですが、アドバイスをお願い申し上げます。（乳がんの初発は6年前、4年前には胃がんにもなっています。胃がんの再発はありません）

A.



勝俣範之先生

ハイパーサーミア治療に関しては、現状ですと、研究段階のものということになります。研究段階ということは、まだ効果がはっきりとしていないということです。

●メリット、デメリットをよくお聞きになった上、お考えになってはいかがでしょうか。

## ◆主治医に薬の変更をお願いしてもよろしいでしょうか？



術後3年です。部分切除の後、放射線治療をして、今はホルモン治療アリミデックスを服用しています。手足の関節痛があり、とても苦痛です。骨密度も下がってきたので骨粗鬆症の薬を服用していますが一向に改善しません。先輩の会員さんが私と全く同じ症状だったのに、閉経前の方が服用するタモキシフェン・ノルバデックスに替えてもらったら症状が改善して、おまけに骨密度も少しずつ上がってきたと言われていました。主治医にアリミデックスからノルバデックスに変更してほしい、とお願いしてもいいもののでしょうか？

### A.



大野真司先生

ホルモン治療の副作用は個人差が大きく、関節痛の程度もとても辛い方がおられます。ホルモン療法にはアナストロゾール（＝アリミデックス）と同じような薬のレトロゾール（＝フェマーラ）やエグゼメスタン（＝アロマシン）と、選択的エストロゲン受容体タモキシフェン（＝ノルバデックス）とトレミフェン（＝フェアストン）の2種類に分かれています。再発を防ぐ効果は前者の3つの薬剤のほうがやや高いのですが、関節痛や骨粗しょう症などの副作用も強くなっています。アリミデックスをレトロゾールやエグゼメスタンに変えてみて、副作用の程度を見てみるということもできます。それでも副作用が辛かったり、そもそもアリミデックスと同じような薬への不安が強ければ、タモキシフェン（＝ノルバデックス）に変更してみたらいいでしょう。主治医には遠慮せずに相談することをお勧めします。

### ◆手術が予定より遅れたことを今でも心配しています



術後3ヶ月です。大学病院で手術をしたのですがコロナの関係で予定していた手術が1ヶ月半も遅れました。主治医は「何年もかかって発症したのだから、この手術延期が予後には影響しない」と言われましたが、私には、遅れたことで再発とかあるのではないかという不安があります。心配し過ぎでしょうか？

A.



首藤昭彦先生

大変ご心配と思いますが、これは今、日本全国で広く同様なことが起こっており、質問されたかたのみの問題ではないことをご承知ください。腫瘍学的には乳がん細胞が増殖して、「しこり」として触れるまでの大きさになるには数年かかっており、基本的に診断されてから数ヶ月の間に何らかの治療が開始されていれば「誤差範囲」と考えて、ここはあまり気にしないことが賢明でしょう。それよりも、現在受けられている治療をしっかりと継続することに専念される事が重要です。



### ◆「皮下乳腺全摘術」について教えてください。

「全摘手術+再建」という方法以外にも皮膚と乳輪・乳首を残してインプラントを入れる再建方法、「皮下乳腺全摘術」というのもあると聞きました。どんな手術で、そのメリット・デメリットが知りたいです。

#### A. ——皮下乳腺全摘について



岩平佳子先生

- ・ 乳輪乳頭を残す場合は **Nipple sparing mastectomy** **乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術**
- ・ // 残さない場合は **Skin sparing mastectomy** **皮下乳腺全摘術**、  
の二つがあります。

2002年頃に欧米を中心に始まり、その際、皮膚が縮まないうちにエキスパンダーを挿入する、Immediate reconstruction（同時再建、一次二期再建）が主流になりました。

皮膚をほとんど取らないので、エキスパンダーの水を入れる回数も少なく済むし、温存と違って乳腺を残さないので、放射線照射も不要になるということで、日本でも温存に代わって始まり、爆発的に広がり、今は乳がん手術と主流となっています。

◆インプラントか自家組織か、メリット・デメリットを教えてください。

再建するのにインプラントか 自家組織か、どっちがいいか迷っています。それぞれのメリット、デメリットを教えてください。

(先般、右全摘手術を受け、その時にエキスパンダーを入れてあります)

A. ——二つの再建方法の違いを表にしました。



岩平佳子先生

人工物再建	自家組織再建
身体の負担が軽い	身体の負担が大きい
日帰りで可能	最低 2 週間の入院が必要
他の場所に傷がつかない	他の場所に傷が残る
大きさ、形に限界がある。冷たい。	暖かい血の通った組織。
保険適用	保険適用（脂肪注入を除く）
製品選択による出来上がりの差が大きい	術者による出来上がりの差が大きい

## ◆新薬‘エンハーツ’について教えてください。

数年間、再発治療を続けています。先月から新薬‘エンハーツ’を開始しました。まだ始めたばかりなので、はっきりした副作用の兆候はありません。ムカムカゲップがあります。46%くらいの割合で脱毛があると聞きましたので、日々ハラハラしています。



元気なのですが、先日、白血球がギリギリまで下がり、もしこれ以上低くなったら治療は少しお休みになるようです。

- ① この新薬の効用と副作用について教えてください。
- ② また副作用の対策をお聞きしたいのですがよろしいでしょうか？

### A.

エンハーツは、HER2 陽性乳がんに対する新薬です。

ハーセプチンを使用後の患者さんでも、約 60%の患者さんに効果を示したと報告されています。

副作用は、白血球減少、吐き気、脱毛、便秘などありますが、これらの副作用への対処は、通常の抗がん剤と同様にすればよいです。

最も気をつけなければいけないのが、間質性肺炎です。13.6%と報告されています。

勝俣範之先生

これは、通常の抗がん剤や、分子標的薬よりも、非常に高率だということです。症状として、咳や息切れなどがあつたら、早めに医師に相談することが大切です。



## ◆光免疫療法について教えてください。



先日、新聞で知ったのですが、**光免疫療法**が頭頸部の治療に続き、次は肺がん治療にも使う予定となっていました。これは乳がんにも適用になる可能性はあるのでしょうか？

- ① 光免疫療法について、簡単に教えてください。
- ② もし乳がんにも適用されるとしたら、今までにない奇跡的な治療法になるのでしょうか？

## A.



首藤昭彦先生

**光免疫療法**は癌細胞が増えるために役立つ増殖因子の一つである EGF の受容体に対する抗体と、光感受性物質をくっつけた薬剤による治療法です。薬剤が EGF 受容体を有するがん細胞にくっついた状態で近赤外線を照射することで細胞の外側の膜を破壊、その後の免疫反応によりがん細胞の死滅を図る治療法です。日本でも2年ほど前から国立がん研究センター東病院で頭頸部がんに対して臨床試験が行われています。

残念ながら現段階では乳がんに対する臨床試験はなく、他のがんと同様な効果が期待できるかもしれませんがはっきり言って未知数です。仮に効果があったとしても実用化までにはかなりの年数を必要とするでしょう。「次世代の乳がん治療」として期待すべきものかも知れません。