

【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

1/19 up!

再発転移治療の減薬について ←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）に連載中です！

<https://yomidr.yomiuri.co.jp/column/takano-toshimi/>

患者が答える 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。あなたの力も貸してください。

◆再建

回答者：鈴木節子さん（あけぼの会会員） bell-tree.setsu@ezweb.ne.jp

鈴木さんの乳がん歴



- ・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）ブ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

回答者：内藤桂子さん（あけぼの会副会長） 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



◆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せんが
- 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.

▲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よ。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。



高野利実先生

(前ページからつづき)



高野利実先生

▲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、ベージニオ（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。

▲ベ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、ベ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、ベ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。ベ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、好中球減少はベ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。

▲ベ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、ベージニオの方が、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。

1月13日（水）



◆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。



首藤昭彦先生

A.

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。

1月13日（水）



◆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。



勝俣範之先生

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。

1月13日（水）



◆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）



勝俣範之先生

A.

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。

12月17日（木）



◆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ず症状が改善して、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？



大野真司先生

A.

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、副作用の程度をし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。

12月13日 (日)



◆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不安があります。心配し過ぎでしょうか？



首藤昭彦先生

A.

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継続することに専念される事が重要です。

12月13日 (日)



◆「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。



岩平佳子先生

A.——皮下乳腺全摘について

- ・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。

12月7日（月）



◆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. ー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
身体への負担が軽い	身体への負担が大きい
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

12月7日（月）



◆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。

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ったら、早めに医師に相談することが大切です。



勝俣範之先生

12月6日(日)



◆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.

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。



首藤昭彦先生