

第 123 回 フリートークの会 2016 年 6 月 23 日 出席者 5 名

A さん 私は、乳がんを 13 年前に発症しまして、5 年前に転移して、1 年前に痛みが出て放射線治療をして現在に至っているんですけども、腫瘍マーカーが下がっていないので、今はホルモン剤の注射を打っているんですけども、もう少ししたら抗がん剤に切りかえましようと言われていた状態です。なんとか腫瘍マーカーが下がらないかな～と思っています。

B さん 私は、6 月一？ 今日かな？ 手術して丸 6 年、無事に今日まで過ごしております。

C さん 私も手術してから 12 年になりますけれども、今のところ無事に過ごしています。

佐藤先生 よくこの会で話題になっていた“アロマターゼ阻害薬”。5 年で終わりか、あるいは先生によっては 10 年で言われるっていう話があったじゃないですか。で、僕は基本的には 5 年以上飲むことのメリットっていうのが、臨床試験では行われているけれども、まったく証明されていないので、5 年以上飲むっていうのは…デメリットというのはもちろん医療費も含めて、健康を増進するための薬ではないので、証明されなければ、僕は積極的にすべきではないというふうに考えています。

で、実は大きな臨床試験というのがいくつかあって、その一つが出たので、今日はそのお話をしようと思うのが一つと、と同時にですね、皆さんやっぱりこういった臨床試験が出た時に、皆さんも主治医任せにしないで考えた方がいいなというので今回このお話だけをですね、よく、より深く、お話ししようと思っています。

実は大きなことが 2 つ起きたんですね。米国腫瘍学会で、ちょうどその時期にですけれども、アロマターゼ阻害薬、アリミデックスだとか、ホルモン剤のことですね。だいたい日本人の多くの方が飲んでいて、乳がんのタイプの 7 割は、女性ホルモンを増殖の刺激とするような乳がんがあるんですね。エストロゲン受容体というのが出ている乳がん。エストロゲンというのは女性ホルモン、受容体というのは女性ホルモンの受け皿なんですけれども、で、その女性ホルモンの受け皿が出ている乳がんというのがだいたい 7 割。女性ホルモンが乳がんの増殖刺激になりますので、一つには女性ホルモンに似たようなタモキシフェンというお薬を飲んでいただく。これはこの会でも何回かお話しして、5 年よりも 10 年がいいということできっちりとした大規模な臨床試験が出ている。閉経後の女性は卵巣から女性ホルモンというのは生みだされないで、肝臓だとか脂肪だとかあるいはがん細胞の周囲にある組織の中のアロマターゼという酵素を利用して、身体に流れている副腎由来の男性ホルモンを女性ホルモンに変えるんですね。アロマターゼという酵素を利用して、ですから閉経後の肥満というのは乳がんの再発リスクにもなったり、あるいは乳がん発生そのもののリスクになったりするもの、そういった脂肪の中にアロマターゼという酵素が多く含まれていて、それを利用して女性ホルモンが増えてくるということで、いろいろなリスクになりますよと言われていたんですけども、そのアロマターゼという酵素を阻害することによって、女性ホルモンレベルを下げ、乳がんにとっては餌がなくなるようなアロマターゼ阻害薬というお薬があります。一般名だと、例えばレトロゾールだとかアナストロゾールだとかエキセメスタン、というようなお薬がありますけれども、商品名でいうとアリミデックス、あるいはフェマラ。あとはアロマシンというお薬がありますね。この 3 つのお薬を、もともとは 5 年なんですね。タモキシフェンは 5 年間飲む、それに対してアロマターゼ阻害薬も 5 年間飲む。どちらがいいかという視点からスタートしたんですね。で、いつもこちらに座っていらっしゃる方がよく質問されてましたね。5 年がいいのか 10 年がいいのかって。それに対しては答えがありませんっていつも言っていたんですけども、答えがある程度出ましたので、それについてのお話です。

(スライドを見ながら) 例えば胃がんであるとか多くのがんが 5 年以降経ったあとあまり再発する人が少ない、ただ乳がんを見ていきますと、このように。だから他のがんですと 5 年経ったからほぼ大丈夫なんていうのが 5 年生存率なんて言いますが、5 年経ったからもう卒業だ～なんてい

いますけれども、乳がんの場合はなかなかそうはいかない。5年経った後もこういうふうに…。ただよく見ていただくと、これは何を表しているかという、これはテキサス州にある大きな病院での統計なんですけれども、(中略)つまり初めの5年というのはお薬を使ったり抗がん剤を使ったり、あるいはホルモン剤をしっかり使ったりということで、ずいぶんよくなってきたんだけど、まだ5年以降の患者さんの、この(スライドのグラフを示して)下がり具合を、この何十年かでなかなか改善してくれていない、ということで、私たちの命題としてはいわゆる5年以降の患者さんの再発をどうやって防ぐのか、というのがずっとテーマとして与えられていたんですね。場合によってはお薬の投与期間ということも問題となってくる、ということですね。

で、そうこうしているうちにその米国の学会で、アロマターゼ阻害薬、これの投与を延長する、5年以上飲むということで乳がんの再発を抑制できますよーというタイトルがこう書かれています(スライド)。で、一番怖いのはですね、こういうのをみただけで診療方針を変えるお医者さんというのが一番怖いんですね、これは後でお話しますけれども。中身をぜんぜん検証もしないし、読んでもいない。最近の傾向ですけれども、学会の発表と同時に非常に権威のある一流誌にも同時報告、同時掲載というのが行われることが多くて、これも米国の学会ですね、ASCOという学会、米国臨床腫瘍学会で発表したと同時にニューイングランドジャーナルオブメディシンという非常に権威のある雑誌に同時に報告をされた、というような内容です。

ですから一番まあ正しいのは、タイトルだけではなくてこういうのをしっかり読んでそれで、その内容をよく吟味して患者さんとお話するべきだと思うんですけれども、一番いけないのはタイトルだけ見て「あ、投与延長か、5年か10年では10年がいいのか」ってパッとやっちゃうのが一番いけない、と思います。

(中略)

…今話を背景に、もう一度アロマターゼ阻害薬の論文について見てみますと、いい結果がでていて、いいじゃないかこれはみんなやるべきだと、やっぱり5年以上飲んでいてよかったと。当時は、先生よくわからないって言うって言ったけど、とりあえず勇気出して飲んでいてよかったと、言うかもしれないけれども、このあといろいろなメディアから「ホントなの?」つまり本当に飲んだ方がいいの? というのは、この人がポール・ゴス先生って言って、ちょうど私とすれ違いでボストンに来られた方で、もともとこれはMA17という臨床試験なんだけれども、その中のMA17Rという試験なんですけれども、実はこの先生が主任研究者なんですね。今回の主任研究者、ニューイングランドジャーナルオブメディシンを書いた人が、私は推奨しませんって書いてるんです。私は5年でいいです。10年飲む必要ないですって書いてるんです。いろんな人がいろんなコメントを寄せてるんです。やはり非常に重要な臨床試験だったので、5年でいいのか10年でいいのかっていうのは、日本の埼玉県の話だけじゃないですからね、世界中の話ですからものすごい大切な試験なんです。この女性(スライドの女医さん)はなんて言ってるかという、「途中の5年でやめたら患者さん心配になってストレスになるんじゃないの?」ていうようなコメントを出してる。つまり明らかに、これでよかったね、皆さんこれですすめましょうなんて言う人は誰もいないんですよ。

もうちょっとよく見てみましょう、これはどういう試験だったかという、MA17という試験がもとの試験。それに対する追加試験だったんですけれども、これMA17というのはどういう試験かっていうと、タモキシフェン、先ほど言った嘘の女性ホルモンを5年間飲んで飲み終わった女性に対してアロマターゼ阻害薬を追加してさらに5年飲んだ方がいいのか、もうタモキシフェン5年飲んだからそれで終わりでもいいですよーというのを比較するための試験がMA17という試験だったんです。実はこの試験は、ニューイングランドジャーナルオブメディシンにも掲載されたんですけれども、タモキシフェン5年飲んだ後にアロマターゼ阻害薬を5年飲んだ方がいいというのが分かったんです。だから例えば10年のお薬の飲み方というのは、タモキシフェン5年間の後のアロマターゼ阻害薬5年間でトータル10年ということ。で、この17R試験というのはどういう試験かという、先ほど言ったタモキシフェンの後5年間なんだけれども、5年間終わった人に対してそこでストップ

するかさらに5年間飲むかっていうような試験。だから話長いですよ、15年飲む。ただアロマターゼ阻害薬に関しては5年よりも10年。つまりタモキシフェンを飲み終わった患者さんに対して、アロマターゼ阻害薬を、このときはレトロゾールというお薬を使ったんですけども、レトロゾールというお薬を5年間飲んだあとに、さらに5年間飲むか、あるいはそこで終了するかっていう臨床試験。

…これは、乳がんの何らかの治療を終わった人が、また乳がんをぶり返すかどうかというそれまでの期間を見る試験。閉経後の女性が対象。レトロゾールを5年から延長して10年間飲んだ人は、どれだけ無再発生存、病気と縁が切れてお元気かっていうのが95%、そうじゃないお薬を止めちゃった人91%。こちら側のレトロゾールを飲んでいる人は、67人乳がんになっちゃった、そうじゃない方は98人、だから31人レトロゾールを飲むということで乳がんがやってこなかった、じゃあいいじゃないかと。ただこれ、よく読まないといけないのはですね、いろいろな問題があります。例えば、もうすでにこの対象者の人たちというのは、先ほど言ったように、タモキシフェン5年間飲んだ後にアロマターゼ阻害薬をさらに5年間飲んで、さらにその後のことなので、皆さんなんとなく想像つくようにさすがに10年間経っていると再発する方少ないんですね。いくら乳がんであっても。実際のメリットというのは本当はどうなのか、あるいは変な話、内臓に再発してしまったとしても、スタートまでの期間がずいぶん後の方っていうのは、乳がんが非常にゆっくりなので、おとなしい乳がんなので、直接生存に影響してこない可能性がある。だから生存率がまったく一緒。もっと一番の問題は、大切なんですけれども、5年から10年飲んでいる方も、皆さん再発しないために飲んでいる、でしょ？多分ね、でも実際ふたを開けてみると何かというと、他の臓器への再発予防効果は1.1%しかなかった。何が、今回のがんの抑制効果が強かったですよ、何が一番寄与したかといったら、びっくりすると思うんですけども、実は、反対側の乳がんが新しく出来る方が予防されましたよ、ということだった。もっと平たく言うと、例えば両側乳がんの手術をやっている人は全然メリットがないわけですよ。だから、乳がんの予防としての意味合いがものすごく多かったし、つまり、反対側の乳がん、右側を手術した人は左側の乳がん、あるいはその逆、反対側の乳がんの抑制が31人が13人に減ったんだけど、肝臓とか肺とか骨とかそういった臓器への再発の予防効果は非常に少なかった。だから、そういうのを今回全部まとめて、どうだった、無再発生存ということで区切られちゃったので、ああいう差が出たんだけど、34%という差が出たんだけど、ふたを開けてみると、新しい乳がんの発生予防がメインでしたよ、そういう試験だったんです。で、いやいいじゃないですか新しい乳がんの発生予防で何が悪いんですかって思うかもしれないんですけども、もう一つ、今度は5年から10年飲むことの安全性があるんですよ。やっぱり骨折が増えちゃったんですよ。女性ホルモンを下げるということによって骨粗鬆症が出てきてしまうので、骨粗鬆症に伴う有害事象、骨折が大変増えてきてしまった。ということ、患者さんは、自分が再発予防のために、つまり新しい乳がんが発生する予防のために飲んでるんだったらいいかもしれないけれど、私は内臓の再発を抑えましょうというような気持ちで飲んでいるんだけど、それだったら骨折を起こしてもしようがないやと思うかもしれないけれど、ふたを開けてみるとそっちじゃなくて、反対側の乳がんの抑制っていうのがメインでしたよ、っていう試験。で、結論としては、アロマターゼ阻害薬を10年間飲むということによって、乳がんがやってくることを34%も下げてくれましたよ、しかしながら、ほとんどのメリットは反対側の乳がんの発生予防であって、なおかつ骨折のリスクが出てきますよ。

ということがあるので、先ほどのように、非常に重要な試験であるので、いろんな人がいろんなコメントを寄せてくるんだけど、例えばこちらの女性は「これは、みんながよく相談しなきゃいけないね」。先ほどのデータをしっかり示して。先ほど31人の乳がんが減ったんだけど、ふたを開けてみると、内臓の再発予防になった人は、先ほどの1000人1000人の比較で11人でしたよ、だから11人でもいいと思えばいいだろうし、だから34%も下げたっていうのは—もう一度よく考えて、そういう意味じゃないですよ—と。あるいはこのスティーブン・ホーグルっていうニューヨークで開業しているすごい有名な方なんですけれども、この方はもう「こんなのダメだ」と。5年で十分だ、話にならん、と。この人はハロルド・ブルースタインっていう、僕の留学先のボストンにいた非常に優秀な先生なんですけれども、この人が一番まともなことを言ってますね。「得られる利益って

うのはその人その人によって変わってくる」と。つまり先ほど34%抑制と言っても、個々のリスクというのがあるわけなんですね。例えば、手術のあとリンパ節転移がいっぱいあったとかね、しこりが大きかったとか、なんかそういうリスクがいっぱいあった人に関しては、こういったものもメリットがあるかもしれない。あるいは逆にデメリットも考えましょう、と。例えば、お薬飲むのが非常に辛いと。あるいは骨粗鬆症のみならず、アロマターゼ阻害薬については関節痛の問題があったりとか、いろいろあるので、そういうメリット、デメリットをよく比較して考えましょうと。これが一番まともな意見かなーと僕は思うんですけどもね。

結論から言うと「アロマターゼ阻害薬を5年から10年延長すると、乳がんの無再発生存率が34%改善できました、ハイ、あなたはもう今日から、5年って言ったけどそれ間違いです、10年飲んでください」っていうのは、患者さんにお話するのは好ましいことではないということです。

ここでちょっとダメ押しでお話するとですね、例えばですよ、女性が対象なのでこういう説明もどうかかなと思って…。例えば、近くに商店街があるけれど、ちょっと遠いところにスーパーが出来たと。スーパーがチラシを出してきたと。本日は10%引きですよ～。ここで皆さんすぐにこのスーパーに行かないですよ、遠いですしね。もうちょっとチラシをよく見ますよね。10%だからってすぐ行かないでしょ？ 何を皆さんまず考えるかっていうと、注意事項とかよく読むかもしれない。そのお店の商品全部10%引きなのか、あるいはその日の対象商品だけなのか、1品だけなのか。もし1品だけって言われたら考えますよね。100円程度のものを10%引きっていてもわざわざ遠いスーパーまで行きませんよね。お米だとか高いもので自分に必要なものだったら隣町まで行ってもメリットが大きいのでいいけど、考えますよね。だから、もしそういうものがあるんだったらもっとよく条件を見ますよね。その条件を見るんだったら、自分にとってメリットがある方がいい。その人にとって必要なものがあるとか、あるいは遠い道まで行くアクセスも考えるかも知れないですよ。例えば雨の日だったら行かないかもしれないし、あるいはその行く途中に楽しいことがあったら行くかもしれないし。ということで、デメリットはどうだろうかということをお話するわけですね。日常ではそういうことを考えて生活しますね。僕もそう生活をしているんですけども、なんで、自分の命に関わる医療だけは、そんなことを一切考えないで、医者の方の言うことだけをハイハイって聞くのが問題。だから今回の「本日は10%引き～」というのは「アロマターゼ阻害薬延長で乳がん再発抑制」ってこれだけしか言っていないんですよ。まったくおんなじなんです。だから、今回は34%引きです。アロマターゼ阻害薬を5年から10年で34%引き。ただし、そこで考えなければならぬのは、注意書きをよく見ましょう、反対側の乳がん発生率は主に下げるけれども、内臓の発生は低いですよ、本来自分たちの欲しいものじゃないかもしれない。で「得られる利益は個々のリスクによって変動します」っていうのは、同じ34%だったら、その人によってメリットのある人もいればメリットのない人もいるわけです。どれだけメリットがあるのか、同じ34%と言っても、持つ意味合いが変わってくるわけですよ。だからそれも考えなければならぬ。それと同時に、デメリットですね、買い物に行く距離が増える、これは骨折の発生率っていうのが増えますよ。こういうのを全部考えたうえで、5年で止めるのか、さらに10年飲むべきなのか考えるべきであって…実はこの人、僕知りませんが、最低のお医者さんと僕は思います。こんなお医者さんが皆さんの前に来たら、病院を変えた方がいいと思います。「途中で止めたら心配があるからね」。こういうコメントをする人が一番最低だと思います。何を言っているかっていったら、「安ければ満足なんだからいいじゃない」。こんな主婦を馬鹿にしたようなね、生命をさげすむような発言をする人というのはよろしくないですよ、と僕は言いたいですよ。

結論は、主治医とよく相談をして決めて…この中にもいらっしゃるかどうか分かりませんが、アロマターゼ阻害薬そろそろ5年で、次どうしましょうかという方が必ず相談されますから。相談すらしないという先生はそもそも米国腫瘍学会のことすら知らない人でしょうからまずいと思うんですけども、何らかの相談をされますから、その時はこういったメリット、デメリットを含めてよく主治医と相談してください。

Dさん ある患者の会で一人の方が、5年経ちましたということで、まさにその通り5年でホルモン剤は終わりですって言われたんですが、私にしてみれば不安なんですけれどもどうしたらいいでしょうかっていうことを悩んでいる方がお一人いらっしゃいました。

Cさん いらっしゃいましたね。

佐藤先生 おそらくこういう話はこれからいっぱい出てくると思います。

Cさん だって、7年飲んでる人も10年飲んでいいという先生もいれば、3年でいいという人もいれば、やっぱり患者は揺れ動きますもの。

佐藤先生 だから、きっちりした説明が…。ただ、今の時点で7年飲んでる方がおかしいですよ。今の時点でですよ。だってデータがきちんと出ていないのに、そういうのはおかしいですよ。少なくとも今はデータが出たので、だからデータが出るということはほんとに大切なことなんです。意味があるんだったらどういう意味があるのかとか、あるいはどういうデメリットがあるのかということをお話できるといいんですけどね、これで。

Bさん 私の知り合いで、主治医の先生から、自分で決めてくださいって言われてすごく悩んでた。

佐藤先生 自分で決めるんでも、何もデータも何もない段階で自分で決めてというのは、僕は酷だと思いますよね。

Aさん 私の場合は、何もまったく考える間もなく、これはこうだからこうですって。私の場合は両側だったので何も選択の余地もなく…

佐藤先生 だから、やっぱり、どうなんですかね…僕の印象だと、一度ちゃんとこうやって説明をね、面倒くさいけど、時間かかっちゃうけど、一度ちゃんとお話したら、そこからあと5年間説明しなくいいので、かえって外来スムーズなんです。何にも説明しないでやっていると、毎回毎回「隣の奥さんは7年飲み続けてるけど…」て（一同笑）ずっと聞かれちゃうから。一度しっかり納得していただければ、そこから少なくとも向こう5年間は「薬飲み続けた方がいいんですか」って議論にはならないので。

だからやることのメリットとデメリットというのをちゃんと考えて、患者さんとよく相談して、患者さんと主治医とでよく相談して、そうしないとね、非常に大変なことです。

Dさん 自分で考えなさいって言われると、自分でメリット、デメリットを考えて…

佐藤先生 そしたら医者いないじゃないね～。薬局行って、レトロゾールくださいって言って。

個々のケースはよくわかりませんが、とりあえず今回、アロマターゼ阻害薬を、この会で、5年以上飲んだ方がいいんですかって聞かれて、わかりません、データがありませんとしか言っていなかったんですけれども、やっと今皆さんの前で言えるようになりました。

じゃあ、僕からの一方的なお話はこのくらいで。

Cさん 私はよくボランティアでお話することが多いんですけど、その時に乳がんの早期発見には検診が大切なんですってというお話をするんですけど、検診というのはどれくらいの間隔で受ければいいのかっていうのがよくわからないんですけど。

佐藤先生 難しいですね。

Cさん 1年に一回とか…。

佐藤先生 1年に一回受けておけば大丈夫だとは思うんですけども。

Cさん 若い人でも、私たちみたいな年配者でも…。

佐藤先生 集団検診と個別検診と2種類あるんですね。それが皆さんごっちゃになっているのが一つ。集団検診というのはあくまでもその集団を対象としているものですので、例えば…こういうデータがあるんですね、検診で見つかった乳がんの患者さんが一まず一つは集団検診で重要となってくるのが、生存率がそれで上がるということですよね、その集団の中の乳がんにおける生存率が上がる、これが一番の重要なポイントなんですね。で、必ずしもそれは個々の患者さんが乳がんじゃないと言っているわけではないんですね。例えば最近、新聞でも話題になったと思うんですけども、マンモグラフィーの密度によって、ここでも何回もお話していると思うんですけども、その集団検診という意味合いと個別検診という意味合いはぜんぜん違いますから。こう言う方がいるかもしれない「検診で見ついたら、より早く見つかるかもしれないので、それだけ小さな手術になるかもしれない」、実は乳房温存率と乳房切除率は、米国のデータですけども、乳房切除率の減少にはつながっていないというデータがあるんですね。ですから集団検診と個別検診はまず完全に分けて考えないといけない。

で、個別検診で考えた時には、どれだけの頻度で受けていくかという話になると思うんですけども、こればかりは分からないんですね。こればかりは分からない。例えば、個別検診に毎年毎年律儀に病院に行っている方が、見つかった、あ～よかったと。乳房も残せし、手術のあとの抗がん剤もいらないから、あ～よかったと。でもひょっとしたらその方、次の年になって自分でしこりに気が付いて病院に行っても、同じ結果かもしれないんですね。おんなじようにちっちゃな手術で…わかんないんですね。あるいは逆に一生懸命病院にかかっている人が、中間期がんっていうんですけども、そのタイミングとタイミングの間にかんが出てきてしまう。場合によっては北斗さんがそうかもしれないんですね。一つは見落としというのがあるかもしれないんですね。でも検診というのは見落としがあるものなんで、これはしょうがないんですね。全部引っかけていたら、皆さん不安だらけになっちゃうんですね。だからまず見落としというの…明らかな見落としというのはダメだと思いますが、見落としかもしれないし、つまり引っかかるレベルじゃなかったということかもしれないし、あるいは検診と検診の間に急にばあ～っと大きくなってきたがんかもしれないし、中間期がんということも重要な項目としてあるんですね。じゃあ、かといってそれが怖いからと言ってしょっちゅう検診を受けていたら、今度は放射線の被ばくの問題であるとか、半年に1回やるの？どうするの？っていう話になるんですね。だから分からないですね。乳がんっていうのも今いろんなタイプの乳がんがあるので、ずっと前にお話したかもしれないんですけども、例えば先ほどの80何歳の方、乳がん検診なんか、しない方がいいかもしれないしね。

Cさん 受けたことないそうです。

佐藤先生 だって、そのまま天寿を全うできるかもしれないし。

Cさん 言っていました。だから、自分は乳がんになっても、早く（病状が）進まないから…。

佐藤先生 いや、年齢が高い方だから進まないってわけではないんです。ゆっくりながんの人が多いっていうだけで。それはまた話が別なんです。だから、しこりがあつたら行った方がいいと思うんですけども、しこりもないような状態で、毎年毎年乳がん検診だ、っていうのは、どうなのかなって個人的には思いますけれども。わからないですよ。乳がんなんて、今何種類にも分かれていますし、しかもその人の背景にもよりますし。

僕個人的には、自己検診の方が…。毎年毎年検診に行っている人っていうのは少ないですよ。例えば1例を言いますと、所沢市は今年からクーポンが無くなりましたね、マンモグラフィーのクーポン、市外の方はご存じないと思いますが、急に激減ですよ、マンモグラフィー受ける方。あ、タダだったら行くんだって（一同笑—そうかもしれない〜）。本来そんなもんなんですよ。

Bさん 「自己検診をしましょう」なんていうキャンペーンみたいなのがありますよね。あれで、腋の下にしこりがないかっていうのを、入れてるものと入れてないものがあるんですけど。私は腋の下にしこりがあるって分かったので、「自己検診をしましょう」というチラシの中に、腋の下にしこりがないかっていうのをみんな入れた方がいいのって思ったんですけど、どうしてかな〜って…少ないんですか？そういう乳がん。

佐藤先生 潜在系の乳がんっていうので、まず一つはありますね、腋の下だけの乳がん。とは別にリンパ腫があったりだとか、他の病気があるかもしれないですし。要は今までと違うようなことが体にあったら病院へ行く、ということでもいいんじゃないかと思えますけどね。そうなんですよ。例えば、マンモグラフィー検診でがんが見つかってって、2通りありますけどね、一つは、こんながんなのに検診に来て、早く来なさいよ、どうしてなの？って聞くと、いや、もうすぐクーポンが来るのでタダでできるからって。あとは、しこりって言うと「あ、やっぱりですか」って言う人もいますよね。ホントに珍しいですよ、私、検診受けたからがんが見つかってっていう人。逆に珍しい。そういうのは石灰化って言って、カルシウムの沈着っていうので見つかる方が多いんですけどもね。だから、検診っていうのは分かんないですよ、難しい。