

第 137 回 フリートークの会 2017 年 9 月 9 日 出席者 16 名

- A さん 私は、フリートークの会に参加するようになって 3 年になりますが、とても勉強になって元気をいただけてきました。今日も佐藤先生のお話を伺って勉強して、自分の体のためにいいことをしていきたいと思います。よろしくお願ひいたします。
- B さん 私は、母が病気で、今日は付き添いできました。よろしく願ひします。
- C さん 私が母親で、卵巣がんで、標準治療がもうこれで終わりだと言われて、で、どうしていいかわからなくて悩んで、主治医の先生に、菊池がんクリニックを、紹介というわけではないんですけども「こういう病院があるよ」と教えてくれたので今日予約なしで来てみました。よろしくお願ひいたします。
- D さん 私は、昨年告知されて手術をしましたので、1 年目ということで、乳がん 1 年生ということで、私の場合は両側だったので、術式としては全摘、同時再建ということで、手術いたしました。いろいろわからないことがたくさんあるので、勉強したいなと思っております。よろしくお願ひいたします。
- E さん 私は、毎年の定期検査で昨年の 11 月に告知をうけて、12 月に手術をしました。いろいろわからないことばかりだったんですけども、あけぼの会に入れていただいて、いろいろな情報を聞きながらやっとここまで来たかなという感じなんです。今日は佐藤先生がいらっしゃるといふことで、絶対出席させていただきたいと思っております。
- F さん 私は今回 2 回目の参加なんですけど、まもなく手術して 14 年目になります。人間ドッグでがんが見つかって、これは軽いでしょと言われて、手術だけかなと思っていたらリンパにも 4 つも飛んでいて、センチネルリンパ節転に移が見つかって、抗がん剤はどの抗がん剤にしますか、臨床試験もありますよとか、ホルモン剤にしても 5 年にしますか 10 年もありますよとか、すごく悩みながらきました。リンパ浮腫にもなったことがあるので、体重を増やさないようにしているんですけどもつい増えてしまうので、体重管理がたいせつと先生にも言われているんですけども、今日もお勉強に来ました。
- G さん 私は、全摘手術をして 2 年目なんですけども、ホルモン剤を飲んでいるのでちょっとこわばるんですけども、なんとか普通の生活をしておりますので、いろいろ皆さんのお話を伺いたくて参りました。
- H さん 私は術後 8 年目になりました。手術は全摘で、レベル 3 までリンパ節を切除して、鎖骨下リンパ節と同時に小胸筋も取ってるんで、ちょっとリスクが高くて…。で、私、こちらに来るのは 2 回目、前回佐藤先生にジーラスタの予防のお話を聞いて、8 月に“きょうの健康”で乳がんの治療のお話をやっていて、ジーラスタの説明があつて、私の時は 2009 年にはまだなかったけど、今は少し安心できるな～と思っております。
- I さん 私は 10 年前に乳がんの手術をしました。リンパ節転移があつたので、術前化学療法をしまして、放射線療法、ホルモン療法とフルコースの治療を受けて、今に至ります。この会には前から関心があつたんですけど、今回土曜日にしていただいたといふことで、初めて参加させていただきました。

Jさん 私は、11年前に右の乳がんの全摘手術をしまして、2年前に骨転移が見つかりまして、一緒に肝臓のほうにも転移が見つかりまして、2年前から治療をしている最中です。私も、こちらで会があるのは知っていたんですけども、仕事をしているので、普段の日の会は出られなくて、今日は土曜日にあるということで、初めて参加させていただきました。

Kさん 私は、術後丸8年経ちました。両側乳がんで、そしてわきのリンパ節がとても大きかったものですから、術前化学療法と温存手術とホルモン療法をやりまして、でも、びっくりするくらい初期治療が順調に行きまして、今はもう定期的な検査はもういいでしょう、今後は自分で気を付けていらっしゃいと言われ、ほっとしているような心配なような気持ちでおります。ただ、リンパ節を多く取ったので、ときどき浮腫に悩まされておりますが、こうして過ごせてありがたいと思っております。

Lさん 佐藤先生、ご無沙汰しております。今日は勉強に来ました。よろしくお願いたします。

Mさん 私は、2年前に右全摘をし、乳房再建をこの夏に終わり、ただ、術後1年で恥骨に転移があると言われて、2年目に調べたら去年よりは薄くなっているけれど、恥骨転移ということで、現在治療中です。

Nさん 前回初めて参加させていただいて、すごく勉強になったので、今回も参加させていただきました。今年の12月で術後2年になります。2年前に全摘をして、去年の12月に再建をしました。今はホルモン治療をしています。

Oさん 今回初めての参加になります。私も去年の2月に、市の乳がん検診で乳がんが見つかって、結構しこりが大きかったので、半年間の術前抗がん剤治療をして、去年の11月に手術をしました。手術が終わってから放射線治療をして、ハーセプチンもして、今はホルモン治療をしています。

Pさん 2年前の10月に乳がんが見つかりまして、12月に乳房温存で手術を受けました。その後放射線治療をして、それが終わってからは毎日ホルモン剤を飲んでいるという感じです。

進行 ありがとうございます。佐藤先生にいろいろ質問をされたい方もいらっしゃると思いますので、のちほど佐藤先生にはスライドもご用意いただいているので、その前に…どうぞ。

Eさん 私は、温存で去年の12月に手術をしたんですけども、何もわからないまま、病院も家から近いからという理由だけで選び、治療も診察に当たった先生にお任せしたっていう感じなんですけれども、放射線治療をしてそのあとホルモン療法をしたんですけども、何かもっと治療法がないのかな〜っていう感じで今に至っているんですけども、どうなのでしょう。他の方はいろいろ再発しないためにやっているっていうんですけども、何もないんですよね、ホルモン剤を飲んでいるだけで。半年に1度とか検査しているだけで。それでいいんでしょうか。

佐藤先生 じゃあ、そのことはあとで。まとめてお話ししますね。ケースバイケースなので。そのことも踏まえてあとでお話ししますね。

Dさん 私は、ホルモン療法でレトロゾールを今飲んでいるんですけども、関節がこわばって、どんどんひどくなっているんですけども、先生からは服用10年と言われております。こんなに辛い思いを10年しなければいけないのかと思うと、本当に暗くなってしまいますので、最短で止めることができると思うんですけども、5年という説もあるので、いかがなものでしょうか。

佐藤先生 そのことについては、すぐお答えできます。まず、レトロゾールについてですが、アロマターゼ阻害薬という薬剤の1つで、閉経後の女性に対するお薬です。閉経後というのは、いわゆる卵巣から女性ホルモンが生まれていない状態をいいますね。ということは体の中の肝臓であるとか、特に脂肪の中にアロマターゼという酵素が多く含まれているんですが、そのアロマターゼという酵素を利用して、体の中に流れている副腎由来の男性ホルモンが女性ホルモンに変わる。ですからそのアロマターゼという酵素を阻害することによって、血液中の女性ホルモンのレベルが1/6とか1/10くらい下がってくるので、乳がんの増殖に女性ホルモンを必要とするようなタイプの乳がんの場合には、餌が無くなって、がん細胞が死滅していくという、重要なお薬です。閉経後の女性に関しては、以前から使われていた抗エストロゲン剤、1番多いのはタモキシフェンというお薬ですけども、女性ホルモンと構造式が若干似ているところがあるので、女性ホルモンの代わりにそれが使われて、がん細胞が育たなくなる。で、閉経後の女性に関して一番最初に出て来たのは、アロマターゼ阻害薬というお薬と、どちらがいいかというアタック試験という試験が行われました。当初5年間で。まあ、本当は両方使ったらいいだろうというというふうに思われていたんですけども、女性ホルモンが下がった状態でタモキシフェンをやると、タモキシフェンがかえってがんを育てちゃうような働きをするということが分かったので、両方飲むのはよくないということが分かったので、最終的にはタモキシフェンか、アロマターゼ阻害薬どちらかということアタック試験というものが企画されたんですね。最終的にはアロマターゼ阻害薬の方がよかったという結果が出たんです。それから、なるべく優先してアロマターゼ阻害薬を使おうということになったんですけども。その後にタモキシフェン5年間飲んだ閉経後の方に対して、タモキシフェンを飲んだ後にアロマターゼ阻害薬を加えた方がいいんじゃないかというような試験が行われたんですね。そしたらやっぱりその方がいいということが分かって、MA17という試験なんですけれども、10何年前にやった試験です。で、5年間タモキシフェンを飲んだ患者さんを対象に、タモキシフェン5年飲んで、その後にアロマターゼ阻害薬5年飲んで、その後に、そこでストップするのか、さらにアロマターゼ阻害薬を延長するかっていう試験が行われたんですね。ですから、その対象の患者さん実は15年飲んでるっていうことになるんですけども。で、その結果出たのが、やっぱりメリットがあるっていうことだったんです。ただ、先ほど言ったように、乳がんを経験して10年経っている人が対象なんですね。つまり、タモキシフェン5年間飲んで、さらにアロマターゼ阻害薬5年間飲んで、さらに5年飲んで、10年がいいかそこでストップでいいかという試験だったんですね。だからもともとリスクがそこそこ低い方が多いんです。で、ふたを開けてみると何が生じていたかという、確かに統計的には有意な差が出たんです。でもその多くが、新しい乳がんの発生予防だったんです。つまり私たちが臨床試験をやるときには、何を見るかということいろいろ変わってくるんですね。5年がいいか10年がいいかという。今回の試験に関しては、新しい乳がんの発生予防っていうのも評価の対象に入れているんです。そうなるとうたを開けて見ると、5年よりも10年の方がよかったんですけども、そのよかった内容の多くが、新しい乳がんの発生予防なんです。ということでいうと、あなたの場合は、両側乳房切除してるんですね。

Dさん はい。

佐藤先生 あんまりメリットはないわけですよ。一ただ、あることはあるですよ。ですから私たちは、この人は5年がいいでしょう、この人は10年がいいでしょうというお話をするとき、メリットとデメリットの比較をするんですよ。例えば、なんにも副作用がなくて、飲むことによる弊害が特に考えられなくて継続している人に関しては、飲む方が多いです。あともう一つは、多少のメリットとは言っても、例えば5%のメリットがありますよといった場合においても、その方の持っているリスクによって変わってくるわけですよ。例えば、ものすごくリスクを抱えている方の5%といたってもものすごくインパクトがあるわけだけども、もともと再発しそうな人にとっての5%っていうと、リスクのうちの5%ですから絶対的なメリットとしては少なくなるわけですよ。ですからその方の持っているやることのメリット、対側乳がんの発生を心配しているとか、温存手術でももち

ろんそうです。そういうことを心配しているかどうかということもそうですし、あとその方の内臓への転移のリスクが高いかどうかということと、あともう一つは合併症。合併症の問題においては、実は最近特に言われ出してきているのが、もちろん関節痛というのが患者さんにとっては一番こたえるんですけれども、例えば骨粗鬆症の問題もあります。アロマターゼ阻害薬をある一定期間飲み終えたあと、また骨塩量はもとに戻ると言われているんですけれども、さらにまた長くなってしまうことが問題だということが一つと、最近では長期間のアロマターゼ阻害薬投与をいろいろ解析した結果、心筋梗塞の発生率が上がるということが言われています。ですから、やるということに関して、メリットがあるかどうかということは、メリットとデメリットを比較しなくちゃいけないわけですよ、ただ単に心配だから飲んでおくとかそういう問題ではなくて。メリットがあるのは事実です。乳がんの再発抑制に関してメリットがあるのは事実なんだけれども、そのメリットが人それぞれ違うんですね。例えば、さっき、私はホルモン剤だけ飲んでるんですけれども、それでいいんですか、いや、隣の奥さんは抗がん剤やってるんだけど、私、なんか足りないんじゃないか、もしその治療が正しい判断に基づいて行われているのであれば、それは、隣の人が抗がん剤をやっているのが別に自分はやる必要はないし、それはその人にとってどれだけメリットがあるかで決まってくるので、だから結局、主治医とよく相談というかたちになると思うんですね。

Dさん　じゃ、リスクが低ければ、5年に縮めていただくということも可能なんでしょうか。

佐藤先生　リスクが低くて、なおかつ副作用の問題がある方に関しては、5年に縮めるということは、選択肢としてあると思います。

Nさん　私、2つ質問したいんですけれども、前回、検診のことを質問したんですけれども、私が行っている病院は、毎年1回CTとか骨シンチとか。佐藤先生は、やらなくてもいい、というお話でしたけど、例えば症状で、のどが痛いとか、咳が出るとか、腰が痛いとかで転移を疑ったりして。3ヶ月に1回もしくは半年に1回、血液検査で、腫瘍マーカーの動きがなければ、そういう…なんていうか体の日々のあっち痛いこっち痛いっていうのは、気にしなくてもいいものなのかと…。

佐藤先生　基本的に現時点での定期的な経過観察の仕方ですけれども、推奨されている度合いからいいますと、定期的な腫瘍マーカーも血液検査も一切意味がないです。あけぼの会の皆さんはご存じですよ。ご存じない？ 患者さん向けのガイドラインにも書いてあるはず…つまり、例えば前立腺がんもそうでしたけれども、検診の話になりますけれども、検診が勧められるがんとそうじゃないがんとどこが違うかという、症状が無い段階で見つかっても症状があっても見つかっても、結果として変わりがなければそういったものは意味がないわけですよ。まったく意味がないわけです。その間、逆に何が問題になってくるかというと、医療費。これ結構ばかにならなくて、例えば、患者さんの会がいろいろ政府に陳情しますよね、新しいお薬を早く認めてくれ—とか、公知申請やってくれ—とか。やるのはいいんですけれども、日本の医療費それやると破綻しちゃうので、いらぬ医療費は削減しなくちゃいけないわけですよ。だからこれは一賛否両論いろいろあると思うんですけれども、要は、儲けるために検査をやっている病院いっぱいあるんですよ。例えば、変な話、海外のガイドライン通りに検診や定期的な経過観察をしたら、たぶん、病院潰れちゃうと思いますね。というのは、(海外では)触診とか、そういうものしか勧められていないので。だから、定期的なCTをやったり腫瘍マーカーをやったり。でも、皆さんが払っているのはお財布の中の一部だからいいかもしれないけど、その残りは国が負担していますよね。意味がある検査だったら全然いいんですけれども、意味のない検査は、まずお金の問題があります。それともう一つが、これは皆さん全然気が付いてないと思うんですけれども、僕の印象ですけれども、検査をしょっちゅうやっている患者さんのほうが暗いですよ。(一同笑) 暗いです。というのは、腫瘍マーカーがほんのちょっとでも上がると、すごい不安になって、また3ヶ月後に測ったら下がって、それですごい喜んで、それを何回もやられると、普通の人間だったらちょっと参っちゃいますよね。こちらはあまり強い気持ちで言っていないわけですよ。万

が一っていうことがあるから一とか言っただけ。でも患者さんからしたらたまたまじゃないですよ。要は、画像診断においても、偽陽性ってというのが必ずあるんですよ。特に最近はCTなんかものすごいちっちゃな病変を見つめますから。人間ドックに行かれる方もいらっしやるとは思いますけど、検査して何もなかったって喜ぶじゃないですか。あれ、本当は喜んじゃいけないと思うんですね。損をしたと思わなくちゃいけないと思うんですね。だって早期に病気を見つけるために行っているわけで、何も無かったら、お金失ったし、放射線被曝は受けたし…。全部損じゃないですか、それで結果聞くまでドキドキして。ただ、そのかわり早期にいろいろ見つかる可能性があるから、皆さん、行くわけで。じゃ、乳がんの術後の経過観察は何かというと、これ米国のガイドラインにもしっかり出ていますけれども、腫瘍マーカーの経過観察はするなって書いてあるんですよ。shouldn'tですよ。やっちゃダメって。それは何が問題かということ、まず患者さん、メンタルやられますよ。つまり、やることのデメリットを考えなきゃいけないんですよ。それともう一つ、腫瘍マーカーが上がってこない再発なんていくらでもあるんですよ。僕が経験しているデメリットというのが、腫瘍マーカーが大丈夫だからということで、それに安心をして、症状があるのに病院に行かないだとか。やれ、うちの病院すごい入っているんだけど、確かに私たちのところは混んでいるんですけど、なんで混んでいるのかっていったら、検査をオーダーして、また一週間後に来てもらって検査の説明をするっていう、例えば3ヶ月に1回みんな患者さんにやったら、混むに決まっていますよ。で、もし再発を早く見つけて、それに対して早く治療することによって患者さんの生存期間が延びるのであればそれはいいことだし、やった方がいいと思います。ただ、その証拠というのは1つも出ていないんですよ。見かけ上は生存率が上がるんですよ。なぜかということ、治療の開始、つまり再発ですよって言った時点で、半年とか1年早くなれば、これリードタイムバイアスっていうんですけど、見かけ上の生存期間が延びるんですよ。例えば大腸がんがいい例なんですけれども、大腸がんはいままでいいお薬がなかったんで、経過観察は今の乳がんと同じだったんです。でも今大腸がんはいいお薬が出てきて、特に肝臓の腫瘍についてですけど、切除することで生存率の向上が認められたんですね。認められたから、大腸がんはフォローアップの形式が変わったんです。つまり今までは、CTを勧められなかったのが、大腸がんは腫瘍マーカーとCTが勧められる、それは、早く見つければそれだけ患者さんにメリットがあるから。乳がんの場合には、遠隔転移、内臓の再発に関しては、症状のない段階で見つけることのメリットが証明されてないんです。昔、大きな臨床試験があったんです。つまり、最初から骨シンチと、定期的な肺のレントゲン撮る、インテンシブフォローアップっていうんですけども、それをやった方と、症状が出てからやりましょうという方で、乳がんの手術をした時点から最終的に比べたんですけども、生存率が全く一緒だったんですよ。ということで、これが2つ出た関係上、そこから先は試験が行われていません。アメリカですと私的保険会社だから、例えば、車をぶつけてね、バンパーをこすって、保険会社に行ってバンパー取り替えたいなんて言ってもね、そんなのふざけないでくださいって言われるのと同じように、アメリカで、半年経ったんでCT撮るようにお医者さんに言われましたっていても、保険会社は保険下さないわけですよ。やることの意味がどこにあるんですかって。いや半年たったから。半年経ったらCTやるメリットがどこに出てるんですか。一ないんですよ。

Aさん 先生、そうすると、今自分が通っている病院で、検査しましょう、何しましょうって言われて、患者として主治医に向かって、検査は必要ないと思いますとか、したくありませんということは…言えないですよ。ということは、病院を選ぶのか、医師を選ぶのか。先生がおっしゃるように、再発を心配する時間よりも、再発してから治療しても同じなんだよっていうことを、聞きました。私もそう思っているんですね。でも、検査しましょうしましょうしましょうって言われる病院にいたら、患者としては拒否できないっていう、患者と医者の…

Nさん 関係を崩したくないから一ですよ。でも私も1回主治医に言ったんですよ。私、そんなに被曝したくないので、やりたくありませんって、術後1年で。言ったら、必要な検査ですよって。(一同笑) 目を見て言われて、分かりましたって…。

Aさん かわいくない患者だもんね〜。

Nさん そうなんですよ。でも今度は術後2年の検査は、断固拒否しようと思って。

佐藤先生 ちょっとなんとも言えないですけどもね〜。(一同笑)ただ、個人的には一事が万事だと思うので、不勉強な先生は全部に対して不勉強だと思うので、僕は考えるべきだと思いますし、場合によっては政府がちゃんと誘導したり、あるいは患者さんの会とかがちゃんと訴えるべきだと思いますけれども。逆に、そんな医療費があるんだったら、他のことにお金を使った方がいいと思いますけれども。

Nさん 先生、あともう一つ、CYP2D6。私いまホルモン治療をされていて、遺伝子検査なんですけれども、効くか効かないかこれをやればわかるって…。

佐藤先生 シップツーディーシックスですね。難しいですね。まだ結論が出てないんです。これは厚生労働省と理化学研究所で、私もそれに参加しましたがけれども、タモキシフェンというお薬のことなんですけれども、タモキシフェンというお薬はそれ自体が作用するんじゃないんですね。タモキシフェンというのが肝臓にある酵素、CYP2D6という酵素を利用して最終的にはエンドキシフェンという物質に変わるんですね。それが乳がんの治療として作用するんですね。日本人、特にアジアの人なんですけれども、このCYP2D6がうまく働かない人がいるんですね。

Nさん それは、ホルモン受容体が高い人と低い人とか、そういう違い関係無くですか？

佐藤先生 それはその人のものだから。その人の肝臓の機能の話だから。お酒の強い人と弱い人がいるじゃないですか。それと同じです。エンドキシフェンに変わる酵素の発現が弱い人がいるんですね。ただそれが、効果に結びつくかというのは分からないんですよ。だから、CYP2D6がそれで本当に分かっているんだったらば、調べるべきだと思うんですけども、それがまだ分からない。

Nさん まだ全然分かっていないんですか。

佐藤先生 分かっていないんです。で、それは転移性の乳がんに対して、例えばこういう臨床試験がおこなわれたんです。もうクローズして、今経過待ちなんですけれども、例えばCYP2D6の変異がある方に関して、くじ引きをしていただいて、一つのグループはタモキシフェン20mgを1錠、もう一つのグループは2錠飲みましょう、っていう臨床試験を組んだ。つまり、変異のあった方は1錠でも2錠でも変わらないのか、どうかっていう臨床試験が今行われています。

Nさん 全く効かないという人もいますか。

佐藤先生 全くじゃなくて、低いんですね。じゃあ私は効かないかもしれないから2錠飲みますっていうと、今度はまたいろいろ問題が出てきます。副作用の問題が出てきます。例えば、血栓の問題が出てきたり、子宮内膜がんの発生に対してどういう影響をおよぼして来るのか分からないということで、だから、分からないことは分からないままなんですよ。

Nさん 私が心配になったのは、その効きが私自身悪かったら、普通だったらトリプルネガティブになっちゃうから、抗がん剤適応だったんじゃないかなとか。

佐藤先生 僕は基本的には、治療方針を決めた後に心配するくらいだったら、治療の時に思いっきり考えておくべきだし、あとは皆さん個人で、再発を下げることはできるんですよ。それは、運動と体重

減少なんです。誰でもできるんですよ。変な薬よりよっぽど効果があるんですね。ですから、今私これやってるけど大丈夫だろうか、なんて考えていたり、腫瘍マーカー測って上がった下がったなんて気にするくらいだったら、運動した方がよっぽどいいです。漢方とか買い漁ったりしてね、せっかく働いたお金そんなものに持っていかれるくらいなら、運動した方が本当に効く、と思いますよ。

Eさん 前、歩くのが一番いいっておっしゃってましたけど。

佐藤先生 中等度の運動が一番いいって言われてますね。あと、高脂肪食は今のところ多分よくないと言われているんですけども。

Eさん 日にどれくらい最低歩けばいいですかね。

佐藤先生 (笑) いっぱい歩いたらいいんじゃないですか。

Eさん あと先生、検査によるリスクなんですけれども、胃カメラとか大腸のカメラとかは体にリスクありますか。

佐藤先生 カメラは…難しいですね。そりゃリスクはありますよ、いっぱいあります。胃カメラ、大腸カメラ受ける時に、承諾書を書かされるでしょ？ そこに悪いことがいっぱい書いてあるはずですから。大腸のポリープつまんだ時に腸に穴開くかもしれません、とか。リスクはあります。だから何でも医療行為ってあるんですよ。で、最後にお会計でポンと取られて。(一同笑) 受けない方がいいって言うんじゃないんですよ。受けた方がいいってような項目もちゃんとあるんです。ただ、わからないことに関してもいっぱいあるので、それに関しては自分でちゃんと判断しなきゃいけない。

Dさん ホルモン依存性の乳がんは、糖質制限というのは必要でしょうか。

佐藤先生 いい質問ですね。僕も今日シャトレゼで低糖質パンを買ってくるように言われて(一同笑)買って来たんですけども、いい質問ですね。低糖質がいいかどうかは分からないんです、正直言って。そういった試験は見たことないですし、日本はそういうのはブームですけどもね。海外なんかはそういう機運はこれっぽっちもないですからね。ただ、肥満がよくない、というのは事実なんです。それはなぜかといったら、まず一つは女性ホルモンの問題があります。先ほどアロマターゼ阻害薬の話をしましたけど、日本人の乳がんの70%くらいが女性ホルモンに関連した乳がんであるというのは、皆さんよくご存じだと思いますけれども、アロマターゼという酵素の多くが、脂肪の中に含まれています。ですから、閉経後の肥満というのは乳がんのリスク因子になっていますし、再発の因子にも入ってくるわけです。それともう一つ、血液中のインシュリンレベルが非常に高い状態が維持されると、乳がんの発育にもかかわってくるわけなんです。インシュリン様成長因子に対する受け皿をがんは持っていますので。だから、細かいことはいらなと思うんですよ。要は健康な生活を…皆さんが思うような、想像するような、健康な生活を営むのが一番。もちろん乳がん以外にも、いっぱいあるじゃないですか、生活習慣病と言われてるものに対しても一番いいと思いますので、極端な食事制限とか、極端な偏食じゃなくて、きちんとバランスのいい食事を摂って、きっちり運動をして、先ほどお話にありましたけれども、例えば、上腕浮腫、術後のリンパ浮腫も、肥満というのがリスクになってきます。今、多くの患者さんが術後悩まされているのが、タキサン系の薬剤をやった方の神経障害です。それともう一つは、アロマターゼ阻害薬投与に伴う関節痛です。この2つが実際非常に悩んでいるところです。実はこの2つの圧倒的な解決策っていうのはないんですよ。特に末梢神経障害に対してはなくて、アロマターゼ阻害薬に関しては、一時的な抗うつ薬がいかもしれないっていうのは出ています。けれどもそれ以外の決定打っていうのはないんですよ。だから唯一勧められるのは運動なんです。この前も患者さんが来られて、その方は漢方が大好きな方でね、じゃ分か

りました、おっしゃる通り、漢方全部こちらで処方しますけれども、効果なかったら止めましょうねって言って、結局どんどんどんどん無くなって、やっと無くなりましたけど（笑）。皆さんに漢方を勧められましたけど、やっぱり意味がないのが分かりましたって。勧められるのではないですし、もし勧められるのがあったら、私たちも患者さんの苦情とか聞くの嫌ですから、とっととお薬出しちゃいますけど。あるんだったら…でも、無いんですよ。

Eさん 甘いものはよくないですか？ 私、我慢してたら、このごろその反動で、甘いものが食べたくて食べたくて、甘いもの食べるとがん細胞が喜んで増殖するって言われますけど、どうなんでしょうか。

佐藤先生 間違っていないと思います。それは程度の問題だと思います。糖分は大切ですけどね、間食ばっかりっていうのであれば、よくないと思いますけれども。

Aさん 基本的には何食べてもいいんですよ。歩いて運動して。

Eさん 先生、蜂蜜はどうなんですか。（一同笑）いやいや先生がダメってはっきりおっしゃって下されば…

佐藤先生 いやダメなんて言いませんよ、蜂蜜いいと思いますよ。いやいや、私たちは専門職なのでね、証拠のないものを言えないんですよ。例えば、蜂蜜を摂取しなかった何万人と、蜂蜜を毎日摂取した何万人と、なんていう臨床試験なんて組めないですし、だから分からないです。かといって、成分からそういうことを言ったとしても、臨床に当てはまらないことなんていっぱいありますから。そんなことを言ったら民間療法と同じになっちゃいますから、勝手に信じて、勝手にこうです、なんて言ったら。証拠もないようなことは言えないので、なので、蜂蜜は分かりません。ただ、蜂蜜が悪いっていうのは聞いたことないです。

Eさん この前テレビで、蜂蜜は大腸菌を殺すから、特にがん患者にはいいって…。

佐藤先生 分からないです、それは。蜂蜜業界のなにか…（一同笑）。

Mさん 私は、術後1年で骨転移で、恥骨にあるって言われて、今はその集積は去年よりは少なくなったって言われたんですけども、私の場合は乳がんになり、すぐに転移があったということで。皆さんは、術後何年後に転移ってよく聞くんですけども、割と私はすぐだったものですから、この転移がひどくなったらどうしようとか、すごく考えてしまって、今皆さんに助けられてはいるんですけども、その恐怖が、これ以上ひどくなったらどうしようとか、今ホルモン療法をやっているんですけども、それはいつまで続くんだろうとか、そういう不安があるんですけども、術後すぐに転移が分かった場合は、どのようにしていったらいいかお聞きしたいんですけども。

佐藤先生 それは…ちょっと教えていただきたいんですけども、皆さんの前で聞いていいかどうか分からないんですけども…いいですか？ 本当に骨転移ですかね。

Mさん それはCTと、術後1年で血液検査で高い数値が出たので、何が原因かって調べたら骨だって言われて、CTと骨シンチと全部やったら骨にあるって言われて。

佐藤先生 そんなにリスクの高い乳がんだったんですか？ つまりリンパ節に行ってたとか…。補助療法もしっかりやって。それで1年で骨に… 分からないですね～。難しいですね～。私の患者さん



は皆さんお気楽になっていくので、あまり勉強しない方が多いんですけれども、前ここに同じような方が来られて、他の病院で診てもらっていて、ホントですか？って確認して、やはり転移はなくて、今は年に1回ただ通っているだけでお薬も飲んでないっていう方がいるんですね。だから、偽陽性っていうのがいっぱいあるんです。一人や二人じゃないんですよ。特にPET/CTなんていうのは偽陽性が多いので、他の患者さんの会で活躍されているある方は、ある病院で多発の肺転移って言われて、全然肺転移でもなんでもなくて。(一同驚)それはPETでの判断ですから、PETの判断だけっていうのは危ないですし、もちろん骨シンチだけでもいけないですし。

Mさん 1年前にCTと骨シンチをやって、骨に“疑い”って言われたんですね。それで、今年になって2年目なので、また同じ検査をしたんですね。そうしたら骨にあって、去年よりは集積が薄くなっているっていうのかな。だけど片方だけにしかなくて。主治医の先生は、確定、治療をしましょうっていうんですね。でも私は、限りなく白に近いグレーだって思っているんですけれども、でも、先生は治療しましょうって言われたんで、心の持って行き方と、治療がホルモン療法しかないので、まあ、食事も気をつけてはいるんですけれども、その辺がなんとも…。

佐藤先生 難しいですね。本当の本当に白黒つけるんだったら、生検すべきだと思いますけれども、というのは、恥骨単独の転移というのは非常に珍しいので。見切り発車ではなくちゃんと確認してから先に進んだ方がいいんじゃないかなと思いますけれども。ただ、一度進んだら、全然治療方針が違うんですよ。ステージ4として対応する場合でしたら共存をめざしていくので、場合によっては抗がん剤とかはやらないで、副作用の少ないお薬でずーっとやっていったり。ただ結果として、ずーっとそこが大丈夫だった場合には、オリゴ転移という形で、じゃあ今度は治しにいこうというふうな発想が出てくるわけですよ。場合によっては放射線照射であるとか、そういったものを考えてやったりすることもあるので、非常にケースバイケースなんです。ただ、今回の場合、非常にまれなケースなので、主治医とよく相談された方がいいと思いますけれども。

Mさん 針は、ちょっと危ないからやらないって言われて。

佐藤先生 ただ、それによって治療方針が180度違いますのでね。

Mさん そうなんですよ。でも、針は怖いから危険を伴うからって先生がやりたがらなくて、私も怖いんですけど、乳がんと骨転移を抱えているので、皆さんとは違った不安を抱えているので。

佐藤先生 あとは治療中の経過とかも非常に重要になってきますよ。抗がん剤、術後の補助療法をやっているときに、例えば腫瘍マーカーが高かったのかということも問題になってきますし、それがどんどん下がってくるのであれば転移として考えてもいいと思いますし。ケースバイケースです。ただ、今やっているホルモン治療だけやっていたらいいのかっていう話ですけども、ホルモン治療だけで済んでいるんだからいいと思います。補助療法としても成り立ちますし。

Mさん さっきの検診の話なんですけれども、私みたいな場合は、1年に1回はCTとか…

佐藤先生 いやいや、ですから今回に関してはあなたの場合は、転移として対応しているわけですから、転移はきっちりモニタリングしていく…いやいや、もっと定期的に。腫瘍マーカーであるとか画像診断を含めてですね。私の言っているのは、術後の、再発をしていない方に対する定期的な経過観察としては、腫瘍マーカーはやっちゃいけない…やるなという指針が出ていますし、画像診断もやらない。ただ、ホルモン治療による肝機能障害であるとか、そういったための採血とかは必要だと思いますけれども、腫瘍マーカーは勧められないです。再発は違います。再発はしっかりモニタリングしていかなきゃいけない。

Aさん　じゃあ先生、Mさんの場合も運動は大切ですか。

佐藤先生　もし再発として考えた場合には、再発をしている方に対する体重の増減であるとかっていう試験は、見たことがないです。というのは、それ以外のバイアスが大きいからですね。お薬の効果であるとか、どういったお薬をやっているのかとか、あるいは再発までの期間がどうであるとか、あとはそのタイプがどうなのかとか、全部バラバラになりますから、大規模な試験はできないので、生活習慣が再発をしている方に対する影響というのは、私は見たことがないです。ただ、運動とかが趣味であるのであれば没頭した方がいいと思います。

Mさん　激しいマラソン等は止めた方がいいって言われました、恥骨なので。あとは普通ならいいって。

佐藤先生　再発乳がんとして対応した場合には、なるべく患者さんの生活の質を維持するというのが目標になりますので、その方が何か趣味があるんだったら、その趣味を今まで通りできるようにするのが私たちの仕事ですし、そのためには副作用の少ないお薬を優先的に使ったりっていうことを考えていくわけですから、何か極端な制限っていうのはいらないと思います。

Eさん　先生、運動はプールなんかどうですか。30分くらいですか、1時間くらいですか。

佐藤先生　プールいいんじゃないですか。僕、今日これから行こうと思いますけれども。僕は歩くだけなんです。ものを考えるのに非常にいいですね。週に3回ぐらい、端っこのレーンで。僕は1時間歩きます。結構お年の行った方と同じレーンで、一緒に歩きます。個人的なお勧めですよ（笑）。

進　行　ご質問が途切れましたので、先生のお話を…。また何かお聞きになりたいことが出てきましたら、質問していただいて。先生、お願いします。

佐藤先生　一般常識…っていうのでもないんですけども、もし皆さんが、乳がんを体験されたということで、周りの方から意見を求められたりとか、あるいは…先ほどの話じゃないですけども、中には、悪いサバイバーの方っていますからねえ。私は抗がん剤やったのに、なんであなたはやっていないの、とかね。悪いサバイバー。知識はあった方がいいと思います、というのは例えば、雑誌でラーメン屋さんとか選ぶよりも、友達にあそこのラーメン屋さんが美味しいって言われた…ロコミの方がよっぽど信憑性がある…乳がんを実際経験された方の意見っていうのは、ものすごく重いですよ、これから治療に臨もうという方にとっては。ですから、そういった意味での知識をつけるためということで、今やっている治療に対して疑問を持ってくださいであるとか、あるいは過去にやった治療について後悔するとか、そういった目的ではありませんので。がん治療ってどんどん変わっていますので。ですから、そういった意味で聞いてくださるといいと思います。

私の勤めている病院は昭島市という、ここから40分くらいのところにあるんですけども、クジラの化石が出たらしいんですね。で、マンホールにもクジラの絵が描いてあるんですね。市役所にもクジラのマークがあったり…。で、私たち結構海外の先生方とお付き合いが多いので、この方はデーヴィット・クラッグ先生っていう、私のライフワークの一つが、センチネルリンパ節生検というのがあります。私が日本に初めて導入したので、この先生とは非常に仲よく。で、この先生がいつも言うのは「ゴールというのは患者さんを治すことだ」。色紙も書いてもらって病院に飾っているんですけども、そのためには何かということで、クジラ計画というのがあるんですね。ホエール。やりすぎない。さっき、ホルモン剤だけでいいんですか、抗がん剤やらなくていいんですかっておっしゃった。簡単に言うと、ホルモン剤が非常によく効く乳がんというのは、おとなしいので、逆になかなか怖いっていうのがあるんですね。なんで、他のがんは5年生存率っていうのに、乳がんは5年生存率って言ってくれないのかっていうと、おとなしいがんなので。再発っていうのは、

目に見える状況になったり、症状が出てきた時点をいうと思うんですけども、じーっとしている期間が長いので、5年以上経っても出て来ることがあるんですね。ですから、それを抑えるためにホルモン治療も5年から10年というふうを考える。でも、そういったがんというのはおとなしいので、逆に抗がん剤が効かないんですよ。例えば抗がん剤によって筋肉が衰えちゃったら抗がん剤は効かないと思います。というのは筋肉の細胞というのは細胞分裂してませんから。つまり、乳がんの細胞が、細胞分裂をちょっとずつしかしないのであれば抗がん剤をいくらやったとしても、副作用だけ等しくもらってしまって、抗がん剤の意味がないわけですよ。ですから、隣の奥さんのがんと自分のがんを比べちゃいけないわけですよ。だからやりすぎないということが大切です。で、やりすぎないためには何が大切かという、やっぱり今、遺伝子の時代に入ってきています。

あと…目立たせない。早くきれいに治す。へこませない。むくませない。

プレジジョンメディスン—オバマ大統領が言ってましたね、精密な医療。もうアメリカは、昔のような医療をやっていたら完全に破綻しますし、何でもかんでも抗がん剤というものでもないです。先ほども言ったように、この人は抗がん剤をやった方がいいし、この人は抗がん剤やっても意味がない、むしろ違う治療をやったほうがいい。予算をつけて、今、精密医療というのが行われています。例えば、昔乳がんを経験された方は、Her2 タンパクなんて言葉は聞かれなかったかもしれないし、あるいはKi67なんていう数値も話題には上らなかったかもしれませんが、今、海外のガイドラインでは、Ki67 というのは意味がないというふうになっています。もう全部遺伝子検査でやりましょうというふうになっています。日本がまだそれに関しては保険が通っていないんですね。日本だけです、なぜか。ただ、患者さんの会に頑張ってもらいたいし、僕もいつも応援しようと思っているんですけども、というのは、患者さんが言うのが一番強いので。なかなか過去のことはやらないですね。新しい再発乳がんの治療に関しては一生懸命ロビングしたりするだけけれども、例えば、乳がんの抗がん剤が必要か必要じゃないかということの診断について、ロビング活動ってあまりしないと思いますし、いまだにBRCA1/2、アンジェリーナ・ジョリーさんで知られる、あれも保険適応になっていないです。これをちゃんと導入すれば、治る患者さんはもっと増えるでしょうし、あるいは不必要な抗がん剤をやっている方は減るでしょうし、いいことだと思うんですが、今、もう遺伝子に基づいたリスク分類の時代です。ですから、クリニカルシークエンスなんて言葉も使ったりします。細胞を遺伝子レベルで分析して、どのお薬が効くかをよく分析して。というのは、特に乳がんの補助療法に関しては、相手が見えないんですね。目に見えないものをターゲットにしてやることです。必要なかどうかというのでも分からないですし、どういった治療がいいのかも分からないわけですよ。ですから、それはもうかなり精密な情報を入手しないと難しい。

先ほど言った、遺伝子変異といっても2つあります。一つは親から引き継いだ遺伝子に何か変異があるもの、これがアンジェリーナ・ジョリーさんの場合。ですから、すべての遺伝子にそれが組み込まれているわけですから、採血とか口腔粘膜などをみれば分かってしまう。特にアンジェリーナ・ジョリーさんに関しては、遺伝子修復をするたんぱく質が作られないような遺伝子変異を有しているものですから、そういった遺伝子変異のある方に関しては、高率に乳がんとか卵巣がんが発生する、ということで非常に重要だと思います。本来であれば、そういったリスクのある方に関しては手術の前に、すでに確認をして、術式の選定から考えるべきだと思いますけれども、なにぶん保険が通ってなくて何十万も取られるってことで、実際受ける方は非常に少ないです。あともう一つが、体細胞遺伝子変異。がんの細胞というのは遺伝子変異の集合なんですけれども、その細胞がコピーを作るときに、またその遺伝子のミスをしてしまうんですね。一度遺伝子のミスをしてしまった細胞というのは、細胞分裂をするときに、またミスがどんどんどんどん蓄積して、一つの細胞を見た時には、遺伝子のミスがもういっぱい集合になっています。そういったところで、どういったミスが生じているのかということを確認をして、そしてその方のリスクを割り出したり、あるいはお薬の必要性を考える。よく使われるのはオンコタイプDX、あるいはマンマプリントというのがあります。いずれにしても大規模は臨床試験で有用性が証明されているものです。これも日本では保険適応になっていないので、患者さんは40万くらい自己負担しなければならない。ただ、

こういう時代になってきているので、私たちはこういうことも考えて乳がん治療を行うわけですよ。もちろんお薬の治療もそうですし、場合によっては手術。

あとはやっぱり目立たせない治療。患者さんの中には、どうしても手術が嫌だとか、手術が怖いからしこりがあったとしても病院に行かない、あるいは自分ではがんだと心の中では分かっているけど、変な民間療法に行ってしまうたり。実際にそういう方おられます。きれいに治してあげれば別にいいかもしれない。例えば、多くの病院で、私たちもやっていますけれども、傷が目立たないような手術をやっている。たとえば、(スライドを示して)ここにしこりがあったとする。患者さんにどこに傷があったらいいですか〜、アンケート調査に基づいてですけれども、例えば脇からしこりを取ってしまう。あるいはこの乳輪のラインから。あるいはこの乳房下垂のところから。つまり、なるべく目立たないような形でアプローチしていく、ということを私たちは積極的に行っている。全部の患者さんにできるわけではないですけれども。あるいは、場所によっては、しこりのボリュームによってはどうしてもへこんでしまうような場合があります。いろいろな形で悩みが生じる場合があります。これは、フェスティ先生のフランスのチームと私たちとで共同でやって、まあ一挙両得といいますか、お腹の脂肪を抜いて、それを足す。脂肪注入というやり方があります。以前はせっかく注入したのはいいんだけど、すぐ(吸収されて)無くなっていってしまったりだとか、あるいは脂肪の中にある幹細胞というのを純粋に取って入れたりということをしていただけで、今はいいテクニックがありますので、私たちはそのテクニックを導入してやっています。75%くらい残る形でやっています。これは(スライド)私たちの患者さんではなくて、フェスティ先生のフランスの患者さんですけれども、このようにへこんでしまっているような患者さんが、脂肪注入によって元に近い感じになっている。ただ、これは保険が通っていないので…もうすぐ、何年かしたら通るという話なんですけれども、私たちはこれは自費診療でやっています。

あるいはむくませない治療ですね。乳がん治療においては、どうしてもリンパ節に対しては、手が及びます。というのは、リンパ節転移がないからやりませんというのはなかなか言いつらくて、リンパ節転移というのは、微小転移というと、リンパ節の中にだいたい0.2mmくらいまで。一般的なリンパ節転移は2mm以上ということで、その次元のものは画像診断でも捕えることができない、どうしても乳がんの手術の際にはリンパ節の何らかのアプローチは必要です。でも、さきほど小胸筋の話が出ていましたけど、手術範囲が及べば及ぶほどリンパ節浮腫のパーセンテージは増えていきます。ただリンパ浮腫というのは非常に難しいんですね。なぜかという、定義がまちまちです。例えば、患者さんが、リンパ浮腫がありますって言っても、測定してみたらそうじゃないってこともあります。あるいは、その逆もあるんですね。測定してみたらリンパ浮腫だ、でも患者さんは何でもありませんって言ったり。出てくる時期も、いつ出てくるか分からない。非常に後から出てくる可能性もあるんですね。ということで、臨床試験が組みにくいんです。臨床試験が組みにくいと、例えばそれに対して、証拠がなければアプローチしにくいということもあるので、なかなか難しいトピックが含まれています。あとはこれ、一部ビジネスに結びついてしまっているところもあるので、何しろ、手術、あるいは放射線照射が及べば及ぶほど、リンパ浮腫の問題が出てきます。例えば、じゃあ治療を止めるかっていったらそういうわけにはいかないですよ、やはりしっかり治すことは必要だと思います。でも先ほども言いましたけれども、自分で出来ることは何かあるかって話です。で、これは病院がいろいろ取り組んでいると思います。なかなか患者さんはアレルギーがあるみたいですけども。例えば、2016年に大規模な調査が行われました。リンパ浮腫を予防するために、手術をした側の血圧測定はしないって施設があります。これ意味がないって出ました。そんなこといったら両側乳がんの方、Dさん、血圧測定できないですもんね。(一同笑)でも何もなってないでしょ。それは意味がないって出ました。採血、意味がないって出ました。だから患者さんの中には、手術してない側がぼろぼろになっても何回も刺されて、反対の方を使えばいいのに、でもリンパ浮腫になると怖いから、っていう方がいます。データからは、それはリンパ浮腫にはつながらないって出てます。飛行機。本当は海外旅行が趣味なんだけれども、飛行機に乗るとリンパ浮腫が心配だから—飛行機も関係なしです。関係ある項目、3つ。まず一つ、やっぱり手術。リンパ節をたくさん取る手術をしたりだとか、そこに対する放射線、これはリスクです。もう一つ、感染症。感染症を起こしたあとに、ファストエ

イド、すぐケアすればいいんですけども、あかぎれだとか、スキンケアは重要です。そういうのをほったらかしておいたり、いかげんなことをしておくと、蜂窩織炎というのを起こしてしまう。蜂窩織炎を起こしてしまうと、それがリンパ浮腫のリスクにつながる、これは事実です。もう一つ、体重。この3つがリスクです。興味深いのが、ウェイトリフティングをやるのが浮腫につながるかっていう臨床試験が行われました。こんな重いものを持って…リンパ浮腫の原因にはなりません。すべて臨床試験で分かっています。ここで挙げたのが、(肥満指数) BMI25 以上っていうのが出ています。皆さん、大丈夫だと思うんですけども、興味があったらお家で調べてみてください。ですから、今自分たちができる予防、これはただ私が言っているだけじゃなくて、アメリカのがんの協会も言っていますし、リンパ浮腫の米国の協会も言っています。体重の管理、運動、スキンケア、そして感染予防、これをしっかりやりましょうということです。ただ、じゃあ私たちがそれに対してなんら貢献できないか、ということですけども、もちろん早期発見は私たちにとっても手助けにはなりません、というのは、リンパ節をいっぱい取る必要が無くなってくるわけです。リンパ節に転移がなさそうな患者さんに対しては、センチネルリンパ節生検というのが、やはり重要になります。センチネルリンパ節生検というのは腋の下のリンパ節、いっぱいありますけれども、最初にリンパの流れが到達するリンパ節をセンチネルリンパ節と言います。センチネルというのは歩哨、歩哨というのは兵隊さんの見張り番みたいな、見張りリンパ節という言い方をする場合もあります。リンパの流れが最初にそこに到達するのであれば、そのリンパ節に病気がなければ、歩哨がやられていなければ、そこから先の本体はやられていないということになりますので、手術中にそのリンパ節を確認しましょう、というのがセンチネルリンパ節生検というものになります。先ほど私が色紙をもらったと言ったデーヴィット・クラッグ先生が、この試験を組んだんですけども、NSABP-B32 という試験なんですけれども、その試験でも生存率も、再発率も全く変わらないということが分かっています。これはもう昔からです。ただ、最近また変わってきているのが、手術中にリンパ節に転移があった場合、手術中に確認された場合ですね、手術の前は大丈夫だと思ってリンパ節生検をしました、した結果リンパ節に転移があった方、それは基本的には本体にも 30%くらいリンパ節転移があるんですね。歩哨がやられている場合、そこから先も 30%くらいやられている。ていうのは臨床試験で分かっているんですけども、じゃあ一般的にはリンパ節を取りましょうっていうのは普通の考え方ですし、この試験の時はそういう考え方で行われました。ただ、今、お薬がものすごく活躍するようになってきたんです。あるいは放射線治療もものすごくよく効くようになってきた。で、2つの臨床試験が重要になってきます。一つはこの試験です。見張りのリンパ節に病気があった場合に、手術で残りのリンパ節を全部取りましょう、という人たちと、いやいや取らなくてもいいですよ、そのままにしておきましょう、ただし温存手術の患者さんが対象です。なぜかという、温存手術の患者さんは皆さん、放射線が入りますから、その放射線が脇にも一部かかりますので、あるいはリンパ節転移陽性の方は、しっかりとした抗がん剤、あるいは全身治療が行きますので、そういった全身治療と放射線照射がしっかりと行くということを前提でみると、じつは、先ほどと同じように、再発率も生存率も差はなかったんです。何が差があったかっていったら、リンパ浮腫の発生率に差があったんです。リンパ節を取った人は 19%手がむくんだ。ただ、それも定義によりますからね。6%はこちらのほう。ならば、腋の下は取らないというのを、私の病院でもそのようにしています。もう一つの試験があります。アマロスという試験です。これはヨーロッパを中心としてやられた試験です。先ほどは温存手術をっていうことだったんですけども、今度は、乳房切除も含めてわきの下もちゃんと放射線をかけましょう、ということです。つまり、一方は、リンパ節全部取ります、もう一方は、脇に放射線かけて脇のリンパ節は取りません、というような大規模な臨床試験です。これもやはり、生存率、再発率まったく一緒。何が違ったかという、リンパ浮腫の発生率が異なります。ということで、今多くの施設がセンチネルリンパ節生検、手術の前に、リンパ節に転移のなさそうな人に関しては、腋の下のリンパ節は取らない施設が多くなっています。その代り放射線照射で対応する施設が多くなっています。手術の前に、リンパ節にしこりが触れた方はどうするか。じつは、そういった方は、先ほどもおられましたけれども、術前化学療法をやるケースが非常に多いです。術前化学療法というのは、別に、しこりを小さくしたり、リンパを小さくするというのが主目的ではなくて、リンパ節転移陽性の方は、手術の後に抗

がん剤をやる確率が非常に高くなりますので、どうせやるんだったら手術の前にやっておきましょう。やっておくといろいろメリットがありますよ、というのが術前化学療法です。メリットはもちろん、しこりが小さくなって、温存療法を希望されている方には、温存療法の適応が広がるということが一つ。もう一つが、リンパ節転移が陰性になる方が出てきます。だいたいどれくらいかということ、術前にリンパ節に病気があった方に対して、術前化学療法を行った方に対しては、だいたい3割くらいの方がリンパ節転移が手術を試みたらありません、ということでした。ひょっとしたら、こういう人たちもリンパ節を残していいかもしれない。センチネルリンパ節生検に対応できるかもしれない、ということで行われていますけれども、これはまだ臨床試験中ですので、私たちも、術前にリンパ節に転移があると確認された方は、手術前に抗がん剤を行ったとしても、やはりリンパ節を取る手術をお勧めするのが一般的です。ただやがてまたこれも変わってくるかもしれない。

あと、私たちが力を入れていて、たぶん日本も変わってきます。部分照射という考え方があります。これをちょっとお話しします。非常に私たち、力を入れています。乳房を残す、温存手術の第一の目標は2つあるんですね。一つは、やはり病気をしっかり治すこと、それともう一つは、やはりきれいに治さなきゃ意味がないんですね。きれいに治さないのであれば、乳房切除をして、その方がそういった手術を望むのであれば、再建手術した方がよっぽどいい、ということになります。ただ、日本人にはいろいろ問題点があります。これは（スライド）乳房をきれいに残そうというような学会で、私のみならず世界中の先生がよく使うグラフですけれども、アジア圏の乳房というのは、皆さんもご想像通り、海外の方に比べると圧倒的に小さいんですね。ただこれ、おかしいんですけれども、小さい乳房なんだから、しこりも小さく取ってあげればいいのに、日本のガイドラインでは、なぜか、いっぱい取れっていうことになってるんです。これは癌研の方針が影響しています。放射線照射をなるべく回避しようという試みのもと、いっぱい取ろうということになったんです。海外は、放射線込みで小さくきれいに治してあげようという考え方ですから、より小さく取ろうというのが海外の考え方です。でも、海外は乳房の大きい方が多いので、大きく取ってもそんなに整容性は変わらない。日本人の場合は、もともとのボリュームに対して大きく取るということは、整容性にもものすごくダメージが加わるということで、日本はしばらく暗黒の時代が続いていました。

ですから、ちょっと嫌な写真で申し訳ないんですけれども、これは20年前の教科書。乳房温存療法はこういうふうにしなさい。教科書ですから多分これは自信作なんでしょうね。こんな手術したらたぶん誰もその病院にいかないです、今は。こんなちっちゃなしこりなのに、こんな大きな傷を入れて、こんなにいっぱい取って、なんかかわいそうですよね。こんなのは、私たちは乳房温存とは言わないです。ただ、日本は当時そういう時代で、そういうふうにしなさいと。だから、そういう先生は手術が下手なんじゃないんですね、今もそういう先生はいっぱいいます。日本でなぜか分からないんですけれども、この前厚労省の会議にこういう話が出たんですけれども、要は、日本の乳がんの先生って乳腺外科医と腫瘍内科医が分かれていないんですね。分かれていない施設がほとんどなんです。だから、外科の先生はもっと手術を勉強したり、もうちょっと頑張んなきゃいけないのに、お薬のことばかりやってるんです。だから、今日は〇〇先生がホルモン治療の話をしなす、抗がん剤の話をしなす、その人たち外科の先生ばかりなんです。最近こそ少しずつ変わってきましたけれども、もうちょっと手術の勉強をしなくちゃいけないんです。だから、その先生は手術が下手なんじゃなくて、昔の伝統をただ継承しているだけであって、患者さんは決してきれいに治ってはいないような施設はいっぱいあります。

で、この乳房温存、残す手術ですけれども、乳房温存手術一というのはちょっとあまり耳慣れないです。乳房温存療法ってよく言うと思います。なぜ乳房温存手術ではなくて、乳房温存療法というかということ、先ほどからお話しているように、しこりをくりぬいた後に放射線照射を足すことによって、初めて達成出来ることなんですね。ですからそれだけ小さく残すことができるし、小さくくりぬくこともできる。じゃあ放射線照射をやらないと何が問題かということ、局所再発が増えてきてしまう。つまり、せつかく取ったのはいいけど、またそこからがんが出てきてしまう、という問題があります。不用意な局所再発は生存率の低下を招くということが分かっています。4人局所再発が増える施設は、そのうちの一人はそれが原因で命を落としています。これも今分かっています。で

すから、良かれと思ってちっちゃな手術だけして、はい、いいですね、再発したらまたその時考えましょう、って言ってるのは、場合によっては見えない殺人をしている可能性があるわけです。これ、ある施設のものですが、いまだにやっています。ある患者さんです。49歳のトリプルネガティブ。トリプルネガティブというのは局所再発が非常に多いがんですけれども、術後の放射線治療は、当院は省略しております。いまだにこういうので、抗がん剤をやっておいってくださいってくるんです。この施設も、改革の取り組みが行われつつあるので、少しずつよくなっていくと思えますけれども、昔の亡霊がまだ残っています。

日本の統計だと、20%が、温存手術をした後、放射線照射をしていないんです。実はこの統計、興味深いのは、韓国も同じ。アメリカも同じなんです。みんな20%。ただ、ちょっと怖いのは、アメリカでは、乳房温存療法の適応となる方の50%が乳房切除を選択しています。こういうこともあります。乳房温存療法というのは、乳房温存手術と放射線照射2つがこう組み合わせあって、こうBBクリームのような感じなんです。(BBクリームの写真のスライド)(一同笑)組み合わせられているものなんですね。ただ、放射線照射も実は問題があるんです。今、乳がんの方ほとんど治る時代になっています。米国の統計でも今9割以上が治るっていう時代です。ということは、今度はサバイバーのことを考えなくちゃいけない。放射線照射というのは全部通り抜けて行きますので、特に左側の乳房に関しては、心臓に対する被曝が問題になってきています。特に、冠動脈、心臓を栄養する血管に放射線照射かかります。心筋梗塞っていうのはずーっとあとから出てきますから、心筋梗塞の発生率がどんどん増えてきます。余計にかかればかかるほど、7%ずつ上がってきちゃうんですね、心筋梗塞の発生が。いわゆる全乳房照射をやった場合と、一部分だけ放射線照射をやった場合の臨床試験を全部足したものだんですけども、全乳房照射をやった場合の他病死が問題になっています。メインが心筋梗塞です。もちろん間質性肺炎だとか、いろいろ問題があります。だから、放射線照射も問題があるんです。こんな大問題、日本では話題にしていけないんです。みんなお薬の話ばかりしたがるんです。製薬会社のサポートが欲しいから。僕も2週間後にアバスタチンの講演をしなければいけないんですけども、本当は手術の話をしたいたんですけども、手術の話はニーズがないので。これ実話です。7年前にこういう方がおられました。40歳前半で会社も経営していて実業家で、バツイチ独身、セカンドオピニオンで私のところにいらっしゃいました。温存手術をしたいたんですけども、しっかり治したいんですけども、仕事をしているので、放射線照射に通えませぬ。一般的には5週間かかります。毎日。やってる方はご存じだと思います。部分照射をやっている施設を探せってアドバイスを人から受けて来ましてって言って、都心からわざわざ私の病院に来られました。今もお元気です。それが部分照射です。どういうことかという、温存手術をした後の局所再発というのは、想像できると思うんですけども、その周りから出てくるんですね。あさってのところから出てくるのは、新しい乳がんが発生した、という考え方になりますので。ということは、全部かける必要はないわけですよ。その場所だけかければいいわけです。そうすると心臓の問題も無くなります。放射線の期間もグッと減ります。中には術中照射というのも可能になってきます。で、私はこれをやるということを目的にして今の病院に来て、もうそろそろ9年ですけども、こういった小線源治療というものをを用いてやっております。これは実は歴史が1番古いので、臨床試験がいっぱい出てきました。ハンガリーで行われた臨床試験、もうこれは、観察期間10年の結果が2013年に出ました。これは全乳房照射、乳房全体に放射線照射をかける人と、部分照射をかける人で比較した試験です。もちろん、生存率、差が無し。ただ美容上の効果としては部分照射の方が81%よかった。全乳房照射というのは全部かけるので、乳房が委縮しちゃうんですね、時間とともに。で、63%という優位な差が出た。で、これが2016年、ついこの間1年前に結果が出た大規模な臨床試験。実はこれでやっと厚生省が動いてくれたんですけども、大規模は臨床試験です。まったく全乳房照射と部分照射で差がないって出たんです。それによって実は、米国腫瘍学会、米国の放射線治療学会、アストロっていいんですけども、それが2016年にガイドラインを改訂しました。あとNCCN—米国のガイドラインも、ABBN、これ部分照射です。こういった方には考えたらいんじゃないのということでオプションとして挙がってきます。ですからさっきと同じです。これは全乳房照射をやっている人よりも部分照射をやっている人の方が生存率がいいんです。

ていうのは心臓に対する影響力が少ないから。ただ、いろいろなテクニックがあります。例えば外部照射、外から当てるやり方。で、実は外部照射っていうのはあんまりよくない可能性がある。というのは、だいたい5日くらい当てるんですけども、5日で終わっちゃうんです。ただ、1回照射して、また次の日照射しますよね。同じ場所に照射できないですよ。1mm違っただけでえらい違いですから。あるいは呼吸変動も問題になるんです、心臓も動いてますから。だからちょっと広めに当てるんです。ちょっと広めに大量の放射線を当てると何が生じるかという、時間とともに乳房が委縮しちゃうんです。ということで、あまりうまくきれいにいかなかった。もちろん腫瘍のコントロールは全く同じ。で、今回 IORT というやり方でも臨床試験で同じ結果が出ました。それでも抗腫瘍効果は全く同じ。そのかわり、きれいに治すということから、それは2週間かけての部分照射、5回じゃ終わらなかった。ということで、こういった数回で終わる外部照射に関しては「整容性があんまりよくないので、ちょっと考えたら」というコメントも出ています。ただ、先ほど言った小線源というのは手術の時にカテーテルを入れますので、その管を通して放射線が出ますから、動こうが何しようが全部同じ場所を動きますので、整容性も仕上がりがいい人が多かったし、晩期の合併症も少なかったというこれもまた追加でランセットから報告されました。2017年ですから、すごく新しい話なんですね。

私たちの病院は、遠いんですね。山梨がすぐ近くなんです。ですので山梨県から患者さんが来たりします。そういった意味では、部分照射っていうのは、うちは手術が火曜日にありますけれども、その週の土曜日には放射線照射が終わって、終了で退院なんです。それがこの部分照射。保険診療ができます。やり出した時っていうのは、雑誌にも紹介してもらったんですけども、そこからずっとやってきて、実はもう406人の方にこれをやっています。406症例。だいたい乳房を残す方の64%がこれをやる。もう最近では70%の方がこれを選ぶという時代になっています。ただ、適応がありますからね。乳房のあんまり大きな方はできなかつたり、リンパ節転移のある方はお奨めできなかつたりしますからね。だから、働く女性の味方 BB クリーム (一同笑)。何がいいかなって聞いたら、BB クリームがいいって言われて…セットになってる。僕はこっちのほうです (牛井定食のスライド—一同笑) うまい、つまり整容性もいいですし、治す力も同じ。安い、じつはこれ安いんですね。早い、5日で終わってしまいますので。手術をしたその日からやってしまいますので。8回かけますけれども、トータル5日で終わります。自己負担金。通常の半額で終わります。高額医療制度があります。でもやっぱり安全安心はどうなのかっていうのがやっぱり非常に問題となってくるわけです。生存率、これは私たちが出しているものですけども、全乳房照射とまったく同じ。やっぱり私たちのデータも同じです。若年者でもまったく同じ。これはブレストキャンサーという雑誌ですけどもまったく同じ。だから、治療成績も大丈夫。うまい、早い、安い。

で、これが非常に重要になっています。今、コンバットっていう名前の臨床試験を組んで、例えば政府に登録をしたりしてやっているプロジェクトがいろいろ行われています。アジア諸国で非常に注目を浴びているんですけども、いろいろなところで私、講演しているんですけどもね。これはこの前やった香港での講演ですね。こんな形で部分照射の講演をしてるんです。こちらは私を教えてくれた米国のハーバードのバーバラ・スミス先生で、こちらは仲良しのレンビン・リュウ先生、私、中山大学の客員教授をやっていますけれども、その教授です。で、この人は広東 TV のレポーターで、小線源の話とかインタビューをしています。海外でもこんな形で方々から見学が来たり、いろいろやっています。日本がなんにもやっていないんです、実は。それで今度伊丹先生という先生が、国立癌センターの放射線のトップです、大規模な臨床試験も受けたのに、日本は何も動かないということでこういう声明を出しているんです。「小線源が究極の高精度放射線治療なのだから、この結果は当然といえよう。言うことないんだけど、もっと日本で進まないだろうか、乳腺外科の先生方どうですか」ってこうやってインターネットに出してるんです。誰もやらないんです、これ。ただ、時代が変わってきたのが、やっとなAMED、今、厚労省とか、文科省とか、お金を全部集めて一括管理してます。

AMED の伊丹班というのが発足しました。で、私も入って、日本で圧倒的に400症例超えているところってありませんので。多施設で、やって40例でしたから。ということで、こういうのが発足して、



これからは乳房温存療法というのは変わってくると思います。というのが、最先端の話ですね。ちょっとあとは感情の問題の話をします。聞きたくもないと思いますけれども、芸能界でも最近、たくさん乳がんを公表されるようになりましたよね。実はこれ日本だけじゃないんですよ。例えばこれはBBCニュースで取り上げられた26歳の女優さんだそうです。リンパ腫。抗がん剤はいやだといって吸引で。リンパ腫なんてちゃんとやれば治る病気なのに。抗がん剤は拒否して、最後は亡くなったんですけれども、最後のほうで「神様、助けてください」って。なんでこういうことになるのか。これは患者さんの会の使命が大きいと思います。要は、氾濫する情報の中で、正しい意思決定をするためには何を考えなくちゃいけないか、ということなんですね。主治医の機嫌を伺ってても意味ないんです、自分の命の方が大切ですからね。

ついこの間朝パッと起きたらこういうのがテレビに出てて（北朝鮮のロケット発射のニュース）、Jアラート。皆さん、この時、朝起きてました？ どうしました？ どう思いました？ 戦争って思いました？ 戦争だって思って洗濯物干しませんでした？ 僕、絶対大丈夫だと思って、今日も（北朝鮮の）建国記念日だから、本当はここじゃなくて、みんな逃げなきゃいけないじゃないですか。（ロケットが）飛んでくるかもしれないじゃないですか。

Nさん 家族と一緒にいた方がいいのかな～とかって思ったりして、でも（笑）。

佐藤先生 最後の晩餐になるかもしれないのに、ここで乳がんの話をしている場合じゃないんですよ。

（一同笑）私も含めてです。娘は星野源のコンサート行ってますしー（一同笑）そんな場合じゃないんです。でも、不思議となんか変な自信ないですか。大丈夫だ。片や、これは私の小さいころの話ですけれども、（スライド）オイルショックの時のトイレトーパー騒動。噂でこんなになったんですね。直下型地震もすぐ起こるって言われてるんです。でも、まだそれでも都心に家を買ったり、東京オリンピックが行われたり一でしょ？ でも起きるんですよ。トイレトーパーでこんなになるんですよ。なんで地震があるのにこんなふうにならないんですかね。これはね“正常性バイアス”っていうんです。実は、自分にとってものすごく危険なことがあると、自分の心を正常に持っていこうとして、それはきっと大したことないって思っちゃうようなバイアスが働くらしいんです。自分だけは大丈夫。今回は大丈夫。まだ大丈夫。ですから、例えばこの前の火山の噴火でたくさん亡くなった方、ご遺体の処理をしているときに、携帯で写真を取っているご遺体がたくさんあったそうです。今一番、政府の問題点としては、例えば津波が来ますって警報を出しますね。昔はパニックにならないようにはどうしたらいいだろうかっていうのが問題だった、どうやって優しく言おうかっていうのを考えていたらいいんですけども、専門家がいろいろ調べると、実はそうじゃなくて、言うことを聞かないらしいんです。パニックなんか全然起きないらしいです。がん治療はこれに落ち入っている方が非常に多いんです。人間ていうのは、なかなか自分に直面した時に、こういったバイアスが働く、全員じゃないですよ、そういう人がいるっていうことですね。

まだまだいっぱいあります。私たちは合理的に動かないんです。これは行動経済学の言葉ですけども、例えば、プロスペクト理論。これは抗がん剤をやるときに考えられることですけども、例えば、じゃんけんして勝ったら1万円くれる、負けたら1万円払うっていうと、だいたいその勝負やらないみたいです。でも勝ったら1万円くれるけど、負けたら5千円取られるよっていうと、それだったらやろうかな。つまり、損することの方がみんな嫌がるんです。抗がん剤ってなんか損した感じ、たぶんやっている方はどうしようかな～、でも家族がやれっていうから仕方なくやった方がいるかもしれない。なかなか合理的にものって考えられないみたいです。

アンカリン効果。これなんかよくありますけれどもね。例えば、これ（コーヒー缶）140円なんですよ。隣に120円のがあるんですよ。20円これなかなか手を出すのが難しいんですよ。（一同笑）でも、家電を買いに行った時に、結構追加でポンポン買っちゃったりしますよね。つまり何か指標があると、同じお金を失うにしてもずいぶん違ってしまふ。

あるいは“心の会計”、これもいろいろな問題があるそうです。例えば映画館に行くときに、2000円で前売り券を買いました。映画館に行く途中でその前売券をなくしちゃった。じゃあ映画館に着い

て 2000 円でもう一回買うかっていうアンケートをしたら、半分以上の方が買わないって。でも、映画館に行く途中 2000 円落とした。で、映画館に着いたと。2000 円落としちゃったんだから今日の映画はやめようじゃなくてそれはやっぱり 2000 円出して買うらしいです。同じ 2000 円失っているんです。心の会計。つまり何を言いたいかという、これがどう結びついているかじゃなくて、なかなか人間の判断というのは合理的にいかないみたいです。JNCI という非常に権威のある雑誌からです。代替療法が生存率にどういう影響を与えるかっていうのが、ついこの間出たんです。知ってる人は知っていると思うんですけども。まず、代替療法をどういう方が受けていたか。亡くなった方を悪く言わないのは日本の文化ですけれども、本来はちゃんと検証した方がいいと思います、なぜこういうことになったのかということですね。まず、代替療法を選ぶ人、この論文のまま読みます。乳がんの方が多そう。若年者が多そう。裕福な人多いそう。教育レベルが高い人多いそう。元気な人多いそう。で、どれくらいの差が出てくるかという、乳がんだけ見た場合、代替療法を選んだ方の生存率、5 年生存率、58%。ちゃんと医療を受けた方は 86.6%。ただこれは過小評価されているということです。なぜかという、先ほど言った代替療法を選んだ方は、元気な方が多いんですね。もっとシビアな人たちが代替療法をえらんだらもっとたいへんなことになりますので、だから本当はもっと差が開くだろうというのが、このコメントで書いてあります。乳がんはこれです。例えば、大腸がんに至っては、代替療法を選んだら 32%、ちゃんとやったら 79%、というのはそれだけシビアな病気ですから、差が出やすいんですね、生存率に関しては。乳がんというのは生存期間が長いので、だからこれを 10 年置いたらもっと差が出る可能性があります。肺がんもそうですね。肺がんは、代替療法が 19%、普通の治療は 41%。こういったデータがあるんですね。で、大切なのはやはり、冷静に考えた方がいいんじゃないかと思います、治療方針を選ぶときに。先ほどね、「どうしましょうか」って話で、卵巣がんの方には僕はコメントを出せないんですけども、専門外で分からないから。ただ例えば治療方針、行動方針でいくつかあるじゃないですか。例えば、標準治療。標準治療といってもいろいろあります。A という治療もあれば B という治療、そして場合によっては、海外では使われているんだけど日本ではまだ保険が通っていないから使えないような未承認のお薬。これは絶対いいだろうというのが分かっているけれども、厚生省の認可待ち。あるいは免疫療法。免疫療法も今使われているいいお薬の正しい医療じゃなくて、インチキ免疫療法ですよ。患者さんに全部自費にすると誰も来なくなっちゃうから半分に、ちょっとだけやってとあってムチャクチャな免疫療法です。あるいは無治療。その場合に何がメリットがあるのか。例えば、病気を抑える力はどれくらいなのか、生存率に対する影響はどうか、副作用はどうか、費用はどうか、あるいは気持ちの上ではどうか、というのをしっかりと自分でやっていくと、まあ、基本的にはおのずとちゃんとした道に行くんですね。ただ漠然と、例えば免疫療法を一つやりますと、ちょっと字が小さくて申し訳ないんですけども、これはいわゆる病勢を抑えている期間です。免疫療法というのは—インチキなものは、臨床試験というものを絶対やりませんので、臨床試験をやるとコケた時に完全におまんま食い上げになりますからぜったいやらないですよ。やらないから分からないんです。しかも成功例っぽいを出してくるんです。だから生存期間も分からない。でも、QOL はいいですよ。費用。費用はその人によって変わるわけ。その人の裕福具合とかで変わるんです。QOL けっこういいかもしれないですね。分からないからなんでもいい方を言いますからね。という、本来悪いものが一番になっちゃうんですね。やはり、お医者さんと患者さんの関係っていうのはいろいろあると思うんですよ。いろいろあると思うんですけども、状況によって違うんですね。例えば、僕がこれから家に帰る時に車に引かれちゃったと。で、病院に連れて行かれたときに、「僕、医者なんですけれどもセカンドオピニオン行きたいです」なんてぜったいしないですよ、血が出てるのに。お医者さんに頼った方がいいです。でも、そこそこの肺炎とかだったらまあ、ある程度しっかり意見も聞こうかなとか、説明も聞こうかなとか、でもなるべくそれに従うようにしましょう。ただ、特になんなんですけれどもがん治療において、乳がんの術後の補助療法であるとか、乳がんを治そうという治療に関しては、こちら（後者）のほうがいいと思います。お医者さんがちゃんとしていればという条件ですけども。ただ、転移性の乳がんだったらやはりこれは目標を達成するためのこちら（医師）はお手伝いなので、患者さんそれぞれ価値観があり

ますから、だからそういう意味では共同作業でやっていくべきだと思いますね。ですから医者にいろいろ聞いたほうがいいし、変に、嫌われるんじゃないかとかいうことより、自分が大切なので、医療をうまく利用した方がいいです。ただ、治すための治療においては従いながらも協力しながらやって行ったほうがいいんじゃないかと。ということで、先ほど言った治療法を、ちゃんとした情報を得るために医者と相談するのは重要だと思います。病勢の抑制期間はどうなんですか、標準治療はこうです。例えば、高用量の化学療法っていうのがあります。あるいは、量を減らしたような、ちょっとずつ出していくような治療法もあります。これは再発乳がんの場合の考え方ですけども。高用量の化学療法の方が確かに効くんです(◎)、グッと効きます。それからみると低用量の化学療法のほうがちょっと、○くらい。生存期間は、もちろん一部の高用量の化学療法でレントゲンで見えないくらいになった患者さんの生存率が延長するというのが分かっています。ただ、副作用がものすごく大きい。これは△かな。費用は保険が効くから同じですよ。気持ちも同じですよ。で総合評価でこれが1位になったりですね。こういうことを患者さんとお医者さんでよく相談したほうがいいです。例えば免疫療法なんていうのはイカサマですよ。あるいはデータはありません。こうやって冷静な判断を下すとですね、まさか1位になるわけがないんですね。ということでケースバイケースで主治医とよく相談をして、隣の奥さんと治療方針を相談するのはぜんぜん違うので、病状も違うし抱えている背景がぜんぜん違うので、やはり主治医とよく相談をして、話し合っただけで治療方針を決めた方がいいと思いますし、それによって決まったのであれば、あんまりそれに対して詮索してどうこう思うよりは、運動したり、家族と楽しく過ごしたり、お仕事に励んだりした方が、よっぽど病気も、再発している方はうまくコントロールできるでしょうし、再発していない方は再発なんかしないと思いますし、ということで、一応用意したスライドは以上で、で、これに関連して何か疑問点だとかありましたら今、あるいはこれと関係ない質問でも結構です。

Dさん　すごく専門的なことをお話していただいて、とてもためになりました。こんなことはネットにも書いてないですし、まして主治医の先生からお聞きすることがないので、本当に参考になりました。ありがとうございました。

Lさん　私たち正しい情報を手に入れるのが一番いいとは分かっているんですが、それを何から得るかっていうのが非常に難しい状態で、私は診療ガイドラインを基本的にはしているんですけども、それでもなんかいろんな先生方の講演に行くといろんな意見を聞くことも多くて、本当に何をこう…。

佐藤先生　まず、診療ガイドラインは、あれは…少なくとも僕は見たことがないですし。例えば、海外のガイドラインなんかは4ヶ月1回更新されますので、しかも日本のは今度はちゃんとまじめに改訂しようということでストップがかかっているはずなんですよ。なので、少なくとも現役でやっている医師というのは、まず、日本のガイドラインは見ないですから。(一同溜息)見ないです。だからいろんな意見が出て来ると思います。だから、一番ちゃんとしているのはやっぱり国立がんセンターのホームページであるとか。ああいうのが正しいと思いますけれども。でも、いろいろな患者さんの会があると思うんですけども、あけぼの会をサポートしてくれる先生ってちゃんとした先生ばかりなので、そういう先生から発信してもらうのが一番いいと思いますけれどもね。

Lさん　そうですね。そういう先生の講演会や勉強会でお聞きしたことは基本的には間違いないですよ。

佐藤先生　例えば私もそうですけれども、患者さんに話す内容っていうのを一番気にしますんで、というのは、勝手に誤解されてしまうのは怖いので、研究中であつたり、臨床試験でも、言えることだけ言うようにしていますから、例えば今日言った話も、臨床試験の結果が出ている話なので言いましたけれども、臨床試験の結果が出ていない話っていうのは、ものすごく言うことを考えたり…患者さんの会にもいろいろな方がおられるじゃないですか、例えば、乳がんにとっても興味のある乳

がんを経験していない方だとか、あるいは、患者さんの家族だとか、乳がんのサバイバーの方とか、あるいは転移をしている方だとか、あるいはいろいろなお薬を使ってきたんだけど新薬を待っている方だとか、いろいろおられるので、しゃべる立場としては一番気を遣うので、さらに誤解の少ないようなことしかしゃべらないんですけども、それでもガイドラインよりは先端のことが聞けるわけですから。

Lさん ありがとうございます。その辺の取捨選択みたいなことは、やはりどんどん変わっていくんだなって。

佐藤先生 変わっていきます。がん治療、どんどん変わっていきます。

Lさん ただ現実問題、さっきおっしゃってた検診についての考え方も、だんだん変わっていくのにな～と思いつつも現状は変わらず受けていたりとか、矛盾みたいなものも見えてくると、どこまで信じていいのかなというのをすごく考えてしまいます。見えなければいいんですけど、だんだん発信をいただくことが多くなったので、聞いたり見たりすることが多くなると。

佐藤先生 勉強している先生としていない先生はすぐわかりますよ。

Lさん 勉強している先生ほどそうおっしゃるんですよ。だから逆に…勉強してる患者さんとしていない患者さんもいるんですけども、そういう意味で、していない患者さんの大声が広まらないようにするというのがまだ…やっぱりその辺の正しい情報でちゃんとしていかないと、別な意味の情報がはびこらないというのも患者会では非常に大事なことになるので、その辺の考え方をきちんとしていかなければいけない中で、最近のめまぐるしい変化は非常に難しいなと感じています。

佐藤先生 製薬会社のバイアスもすごいですからね。お医者さんに対するパンフレットとかも…例えば、私たちは、菊池先生もそうですけれども、どちらかというところ海外に直接行って発表しますし、菊池先生もものすごくたくさん発表されていますけれども、私も機会があれば発表するし、あるいは情報もその場で得るじゃないですか。で、非常に重要な臨床試験が出るわけですね。で、製薬会社の作ったパンフレットが、ものすごくバイアスの入っている全然たいしたことのない発表をスッとその間に入れてくるんですね。それを学会に参加していない先生方に配る。勉強をしていない先生はそのバイアスが入っちゃったりして、非常に怖いですよ。患者さんを治そうという熱意があるのはいいんですけども、そういった不勉強なものをそのまま届けてしまったりだとか、というのがあるので。埼玉県はしっかりした先生が多いと思うので大丈夫だと思います。

Lさん そうですね。結構先生方、そういう意味ではきちっと慎重にお話されることが多いので、それはありがたいな～と思います。

佐藤先生 ああいう会で得る情報というのはいいと思いますけれども、なにしろガイドラインというのはどんどん変わっていきます。

Lさん そうですね。お聞きした内容とガイドラインの内容とのずれが、そのタイムラグみたいな感じなんだらうなと思いつつも、なんか…どうなんだらうといういつもそういう不安があります。

佐藤先生 あともう一つは、情報が海外で作られたものがあるので、日本にそのまま入れていいかっていう問題もまたあるんですね。あと、保険の問題もあつたり。だからそういう意味では非常に難しいところもあるので。必ずしも海外でやっているものがそのまま日本人に当てはまるかどうかというのも難しかったりするので。必ずしも海外のガイドラインが全部正しいとは限らないです。

だからといって勉強しないというのはもっといけない。

I さん 先ほどのお話で、リンパ浮腫のことが出たんですけれども、私たちは術側の腕には予防注射をしてはいけないとか、血圧測定をしてはいけないとか、重いものを持ってはいけないと、ずっと言われ 10 年間も術側では持たないように、2 つ荷物があっても 2 つ片側で持つようなことをして、常にかばってきたんですが、先ほどの鉄アレイを持って運動するというお話では、それは実は関係がなかったということですか。

佐藤先生 臨床試験では関係がないです。ただ、逡巡があると思うんですね。気持ちの問題があると思いますので、僕が患者さんにお話しているのは、しんどいんだったら心配ないから使ったらっていうお話はしています。病院としても対応が難しいんですね。やっぱり病院全体を変えていくのは難しいんです。例えば部署もいろいろありますし、今まで 10 年間そうしてきたから急に「大丈夫です」って言われて「はいわかりました」って気持ちの上でもいかないんですね。

I さん でも意識しないで済むんだったら気持ちも楽になるし、片側ばかりで持っているので、術側の方が肩こりになってしまって、そういうのを意識しないで済めば、いいなと思います。

佐藤先生 データではそういうことになっています。あまりそれで苦痛を感じているようであれば、気にしないでいいんじゃないでしょうかね。

H さん オンコタイプ DX についてなんですけれども、私したかったんですが、高額で負担感が大きくてあきらめたんですけれども。どうして保険適応にならないんでしょうか。

佐藤先生 わからないですね〜。米国は簡単だったんですよ。というのは、臨床試験の結果で、大規模な第 3 層の臨床試験というのがあるんですね。どういうことかということ、よさそうだけじゃダメなんですね。例えば振り返ってみて、予後のよかった人たちはこういうふうな試験結果だったしというわけではなくて、オンコタイプ DX に基づいて治療をしたら、その人たちが本当によかったかどうかというのを確認する試験というのがあったんですね。で、それが実際に一部発表されたんです。オンコタイプ DX とはちょっと定義が違うんですけれども、ローリスクとされた方がホルモン治療だけで生存率が 98%、圧倒的にうまくいったので、それと同様のマインドアクト試験というのが、今度はヨーロッパで行われた試験、これはマンマプリントっていうのが使われたんですけれども。いずれの試験も、その結果が出る前に認可されたんです。特に米国で認可された理由は、私の聞いている範囲で…たぶん間違っていないと思うんですけれども、米国の腫瘍内科医は抗がん剤をたくさん使いたがるんですよ。ホルモン治療だと儲からないので、オンコタイプ DX というのは確かに高いんですけども、それを導入することによって不要な抗がん剤を減らすことができるんですよ。そうしたら国の財政にはいいから、不要な抗がん剤を減らすために導入したっていうような話を聞きます。ただ日本の場合っていうのはそういうふうにはならないみたいで、で、オンコタイプ DX、エサーレールっていう会社がデリバリーする中間業者が入っていますし、ジェネリックヘルスの社長も僕は知っていますけれども、なかなかハードルが高いみたいで、ただ今度、オラパリブというお薬が再発乳がんの患者さんに対する保険認可されるんですけれども、その時に、合わせて、BRCA1/2 の遺伝子変異を見なくちゃいけないんですね。ですからその遺伝子変異も合わせて保険適応になるはずなんです。ということは、いわゆる遺伝子診断薬が保険適応になるということに、タイミングで一緒に入るんじゃないかって話にはなっています。近い将来なると思っているんですけれども、でも、近い将来なるっていう話を 1 年前に僕は聞いたんですけれども。(一同笑) でも、いいところまで今っているみたいです。

O さん 普段聞けないようなお話をいろいろ聞けたので。けっこう再発したらどうしようとか、いつも

もやもや考えてて、いろいろ不安もありながら子育てと仕事と、毎日暮らしているんですが、リンパ浮腫のこととかもいろいろ今日聞けて、前向きに明るく進んでいこうかなと思える会でした。ありがとうございました。

佐藤先生 再発はやはり回避したいですけれども、時代の流れが早いですからね、どんどん新しい…だからやがて再発も怖くない時代が来る可能性も高いわけです。もうすぐ CDK4F 阻害薬というのも認可されてファイザーから出ますし、どんどんどんどんお薬が入ってきますので、そうすると今度はフォローアップのしかたも変わってくるかもしれないですし、だから一再発とか別に考えなくてもいいんじゃないでしょうかね。ただそれよりもちゃんとホルモン剤を今飲んでいるのであれば、抗がん剤もハーセプチンもしっかりやったんですよね？ 米国の試算だと生存率 93%です。Her2 陽性の乳がん、しっかり治療された方。昔は怖いがんだったんですけれども、今はちゃんとやれば、むしろ怖くないがんですので、いいんじゃないですかね、楽しく過ごして (笑)。

P さん 私もいろいろと不安になることが多かったですし、私の主治医の先生は、術後、検査を本当に全然しない先生で、で、私の知らない言葉も今日たくさん出て来たんですよ。数値なんかも全然教えてもらえなかったし、血液検査もほぼしないので、術後の腫瘍マーカー、も意義がないということをお話していただいて、今日来て、いろいろなお話を聞いてよかったです。気を付けることとしては、体重の増加だったり、日々の生活のことだったり、それが一番大きいと佐藤先生がおっしゃったので。

佐藤先生 大きいですね。(運動は) 一番安くて、効果があって。術後の体重の増加もよくないですが、減少もよくないですよ。それと、過度なアルコール摂取。あとは先ほど言った食事。それが言われています。健康にいいことをやっていくのが一番ですね。でもそんな感じしますよ、僕の経験からも。この方、こんなにいっぱいリスクあったのに、大丈夫になったっていう方は、やっぱりそういうふう意識を変えていかれた。

菊池院長 がんの宣告を受けて、びっくりして、ちゃんとした治療を受けてもそれでも心配になって、どこかから情報を入れて、そっちに行っちゃう人がいるんですよ。そういうのがいちばんいけないので、例えば、免疫細胞、細胞を入れて治療をする免疫療法というのは、いまだ確立されたものはないし、効きませんから。それから、乳がん療法みたいなものもあるし、いろんなものが入ってきますけれども、そういうのにだまされちゃうんですよ。特に、情報がいろんなところから入ってくると、惑わされちゃうんですよ。それを何とかしなきゃいけないと思うんだけど。とにかく、乳がん治療に関してはもう確立されたものがあるので、それをきちっと守って治療しているんだったら問題ないわけだから、一切心配する必要はないわけです。それがまず一番大事なことです。で、卵巣がんというのは、残念ながらそこまで行ってないんです。卵巣がんそのものが、ありとあらゆるがんが作られる場所なんです。卵巣というのは卵の素だから。だから、ありとあらゆるがんができるんです。だからこれで終わりということがないんです。だから難しいんです。それだから保険薬に限られちゃうんです。今のところそんなにない。尽きちゃうんです、3種類か4種類で。それでできなくなっちゃう。それが問題なんです。それを何とかしようとして、一生懸命やっているんですけど、結局それ以上になると自費(未承認薬)になっちゃうんです。費用がすごくかかる、どうしても。それをなんとか患者申し出制度でやろうとしても、そう簡単じゃないんです。必ず審査されるから。審査されて OK とは言わないんです。ダメって3か月後に言って来たらお手上げなんです。そういう無責任体制になっちゃうんです。それはおかしい話なんで…患者申し出制度ですぐできますよなんて言ってもとんでもない。審査されて3ヶ月以上かかる、そしてぜったい OK って言わない。これはね、人を待たせてどんどん悪くしちゃう。だから結局これ(患者申し出制度)はできない。そうなるのできるだけお金がかからないで助けられる方法がないかっていうのを考えるしかない。そういう中に偽治療が入り込む余地が出て来ちゃう。それだけは気をつけないといけない。