

第 119 回 フリートークの会 2016 年 2 月 18 日 出席者 9 名

A さん 去年の暮れに、肺のレントゲンを受けたんですよ。そうしたら再検査の通知が来て、肺に影があるっていうんですよ。で、乳がんが肺に転移したのかとかすごく心配になって、知り合いの先生に相談したりして…。でも結局大丈夫、なんともなかったんですけども。

B さん 私は 1 月で丸 7 年経ちました。主治医の先生から、半年に 1 回の PET 検査をしましょうと言われてたんですけども、PET かぁ～…みたいな感じです。今日はよろしくお願いします。

C さん 私は子宮体がんと卵巣がんなんですけれども、特に変わりなく、術後 4 年になるんですけども今年に入って、腸閉塞になっちゃって、気を付けてはいたんですけど。

D さん 初めて参加させていただきました。手術して 7 年になるんですけど温存手術で、放射線治療をして今はお薬を飲んでいまして、半年ごとに検査ということで…今日はよろしく願いいたします。

E さん 私は 5 年半たちますけれども、これといって変わったこともないので幸せに思っています。

F さん 私は手術をして 10 年ちょっとになるんですけども、5 年過ぎた時に再発して、ちょっと病院も変わったり先生も変わったりしていろいろありまして、今は順調っていうかまあまあ元気に過ごしています。

G さん 去年の秋に手術をして、抗がん剤と放射線治療をして、右側に残念ながら軽くリンパ浮腫が出てしまって、まあ日常生活は体感的にはすごく元気なんですけれども、ちょっと気になるのでいろいろ調べたら、インシュリンとか甲状腺ホルモンがあんまり出ていないだとかいろいろわかって、やっぱり抗がん剤治療のせいで内臓とかいろいろ疲れてるのかな～、もう少しいたわりながら生活しなくちゃいけないのかな～などと思いながら過ごしています。よろしく願いします。

佐藤先生 今日は、リクエストとして上腕浮腫のお話が出てたんですけども、実はいいタイミングでといいますか、術後の患者さんのケアの国際的なガイドラインが更新されたんですね。で、それに関連して意見の交換をしたいと思うんですが、ちょうど先程 PET の話が出たり、乳がん検診の超音波の位置づけというのも日本でちょっと動いているところがあって、海外の先生方と議論したことがあったんですけども、そういうことも含めて皆さんとお話ししたいんですけども。
あと、肺に何かあると言われて、その時どんな気持ちでした？

A さん 私はリンパに行っていたので、それが飛んだかな～と思いましたし、肺に行ったら早いうちに聞いてましたし、最初の時と違った不安感がありまして、CT を取り寄せたんですが…でも親しい先生がおりまして、消化器の先生で 10 年来の知り合いのその先生にお電話しまして聞いたんですが、多分レントゲン車というのは荒っぽいので CT を診てもらって CT の先生の意見を聞いてから考えることであって、わからないうちからじたばたしちゃだめだって言われて、その先生を信頼していたのでそこでまず落ち着いて…やはりそういう時って何かにすがりたいというか、そういう気持ちが付きまとっていました。

佐藤先生 それで検査をして大丈夫ってわかるまでどれくらいかかりました？

A さん 2 ヶ月弱…1 ヶ月半くらいですね。年末年始にかかっちゃったので、大きい病院やがんセンタ

一なんかは年末は申し込んでも診てもらえないだろうし、なんだかんだでそのくらいかかりましたね。

佐藤先生 で、結局何でもなかったんですもんね。患者さんに不必要な不安を与えたり、あるいは場合によっては不必要な医療行為を行ったり CT を撮ったり、あるいは不必要な医療費を請求した—って見方もできるわけですよ。日本人はいい人たちなんですね。「大丈夫でしたよ」ということに対して誰も怒らないんですよ。で、例えば海外の先生方とそういう話をしたらちよどそういうふうな雑誌も出ていて、例えば治療を行った時に医療ミスとかそういうことは多く取り上げますけれども、不要な診断行為についてもみんな何も思わないだけであって、中には怒ってもいいんですよ。例えば今回の…もしですよ、例えばたまたま半年経ったから胸のレントゲン撮りましょうって言って、そこで影があるかもしれません、そのあと 2 ヶ月間患者さんにもものすごく心に不安を与えて、CT を撮りましょう、医療費を請求して、放射線被ばくを与えて、そしてなんでもありませんでした—胸のレントゲンを撮らなければそんなことにはならなかった、胸のレントゲンを撮るといって何らかの妥当性がなければならぬと思うんですよ。こういうふうな必要性があったから胸のレントゲンを撮ったんだけど、結果として大丈夫でしたね、心配かけてすみません、ということだったら解るんですけども、半年たったから胸のレントゲンを撮りましょうということにもし必要性がないのであれば、問題ですね。

A さん 先生、すみません私ね、市の成人病検診のレントゲン車に乗ってしまったんですよ。

佐藤先生 肺がんが疑われるということで、新たに検査と言うことでレントゲンを撮るということならいいんですが—たまたま今回事例としてエピソードをお借りしてお話したんですけども。そういうことについてのお話をこれからしたいと思います。乳がんの術後、例えば胸のレントゲンを撮りますとか、先ほど 7 年目だから PET 検査をしますというのとまったく同じ話なんですね。それってというのはやることによるメリットが明らかであればやるべきだと思うんですけども、デメリットもあるということも承知しておかないと—でも誰も怒らないんですよ。例えば福島原発の放射線の問題があったとしても、PET/CT の方がよっぽど多くの放射線を浴びるんですよ。しかも体内被曝ですからものすごい量の放射線を浴びるわけですよ。でも、あの風評被害のようなものには敏感なのに、場合によっては意味のない PET/CT などを受けたりですとか…だから意味があればいいんですけども、新しいがんの検診という意味合いで PET/CT を受けるんでしたらいいかもしれない。でも乳がんの再発を経過観察として何年目だから PET/CT を受けましょうというのであれば、それを勧める人はもうちょっと勉強しなければいけないと思いますね。というようなことに関してのガイドラインが出ています。というのは、やはり不必要な医療費については制限をしなければいけないですよ。例えば今新しい新薬が出るのを待っている患者さんがいるのに、医療費がかかってどうか、不必要な医療費にどんどん投資されていて本当に投資しなければいけないところに国のお金が回らない。アメリカなんかはそういうことでガイドラインがしっかりあるんですけども、あとはまあ民間の保険が中心ですので、不必要な医療費は削減するということがありますけれども…というような術後の話。その中の一つとして上腕浮腫のお話を今日はしようかと思っています。

米国癌協会というところとですね、ASCO というよく雑誌とか医療誌などに出てきますけれども米国腫瘍学会 American Society Cancer Oncology って菊池先生も毎年発表されていますけれども、そこが共同でガイドラインを出しました。2015 年、私たち医者の中では結構知られているんですけども患者さんのところまでは行っていないと思うんですけども、というかあまり興味を持たれないとか、だいたい製薬会社がスポンサーになるところがありますので、売り上げにつながるころは一所懸命やりますけれども細かいことを話しますと病院が損をするようになっているので。あともう一つは、よく「主治医の先生と相談してください。」といわれると思うんですけども、根拠が全部あるんですね。で—皆さん途中で意見を行ってくださいね。私はそうは思わない、ガイドラインなんか知らん！とかね、言ってもらって構いませんからね。(一同笑)

これから言うガイドラインは、1・2・0とかだいたいそんな感じなんですけれども、1というのはきちんとした臨床試験が行われているものを1。例えばRCTというのがあるんですけれども、これはランダム化の比較試験のことで、統計的にも間違いがほとんどないであろうというような試験。例えばタモキシフェンのお薬を5年から10年飲みましょうということになりましたけれども、そこに参加している患者さんの数は2万人、それをしかも無作為に選んで行う。実はそういう試験を行ったとしてもそれは1Aなんです。まだまだ上があるんです。そういう臨床試験をいくつか寄せ集めてやっぱり大丈夫そうだとこの『メタ解析』というんですけれどもね。メタ解析でやられたものというのはまず覆るといことがないんです。

2というのはランダム化した比較試験ではないんですけれども、あるいは今回根拠となっているものの中に、乳がんの患者さんの術後の話ではなくて、例えば大腸がんの患者さんの術後の話を外装化して、常識的に考えて大腸がんの術後と乳がんの術後がそんなに変わらないところもあるというのならそれも証拠として計上しようとか、あるいは比較をしていない、ランダム化されていないそういうのを全部含めるとか、あるいはコホートスタディというんですけれどもいろいろな患者さんを経過観察しながら、たぶん真実じゃないかな〜というものも入れていく。

0っていうのは、いわゆる権威のある人の経験ですとか、気持ちだとか…私たちとしては無いよりは参考にしますけれどもまあそれをよりどころとはしない。まあガイドラインというのは、何かをした方がいいというときにこれはどれくらい信憑性がありますよというものをしっかり出してくれるのがガイドラインですね。ただガイドラインは変わることがあるので、もちろん新しい科学的な知識がどんどん増えてきたり、あるいは患者さんのニーズが増えてきたり、そのガイドラインにみんなが従わないということであればそのガイドラインはあまりよろしくないということで見直す必要が出てきますね。例えばNCCNガイドラインというのがあるんですけれども、これは私たちが乳がんの診療を行うときによく使うガイドラインなんですけれども、私たちばかりでなく世界中の医者がよく使う。そのガイドラインですと4ヶ月で更新になります。日本乳癌学会のガイドラインは私はず読まないで、全然更新もされませんし、海外のものを真似しているだけです。

(スライドを示して) 乳がんの再発を経過を観察するためにどういうことをしたらいいかというようなことが書いてあります。何が大切か—まず、患者さんのお話をよく聞く、ちゃんと触診をしたりですとか、触診もしないでCTをするのはダメなお医者さん、あるいはお話を聞かないで、4ヶ月経ったからCT撮りましょうというのは最低なお医者さん、病院の売り上げに貢献する、病院にとってはいい先生かもしれませんが、患者さんにとっては最低の先生。もう一つ、年に1回マンモグラフィをしっかり撮りましょう。これも推奨されています。ここに書いてあるんです、やっちゃいけないこと。定期的な臨床検査や画像検査は、無症状の患者さんにはやっちゃいけないって書いてあります。

Aさん でも先生、定期的にやりましょうって言われてやられてますけど、検査。

佐藤先生 患者さんが知らされていないんです。患者さんが賢くならないと。例えばこういう事例があったんです。某病院で毎年1回、1年経ったので骨シンチをやりましょうと。で、僕がアメリカから帰ってきて、そんなことやっちゃいけないことになっていますよ、と他の病院の先生に言ったら「知ってます」と。やりたくないんですけれども骨シンチやめるとアイソトープの技師さんがみんな職がなくなっちゃうんです。つまり年間200例くらいやっている施設ですと、5年間蓄積していると仮に1年に1回骨シンチやりましょうという1年間で1000人くらい骨シンチやることになるんです。それが一気になくなるということは病院の減収がどれくらいになるかと。

Aさん 「やりましょう」というのは誰が言うんですか？

佐藤先生 主治医です。

Aさん その患者は主治医に言われたらやるしかない。

佐藤先生 それを「情報の非対称性」と言うらしいんですけども、あまりにもわからない話があると、その先生を信用しているか信用していないかだけで判断してしまうという人間の心理状態だそうなんですけれどもね。例えば株をやりましょうとか、私の全然知らない株をやろうとしたら、証券会社の人がいい人だから感じのいい人だからその人の言うことを聞いてしまう。

Aさん 私は主治医に、検査しましょうって言われて「私はそんな検査はしたくありません」って言えるかということ…それはちょっと（言えない）。

Eさん 佐藤先生みたいな先生なら「なんでそんな検査するんですか？」って言えると思うんですけど、そういう先生ばかりでは…。先生から「今日はこういう検査します」って言われて「え、なんでそんなのするんですか？」って言うと先生の機嫌が悪くなるんじゃないかって一私あるんです、そういう経験が。ケンカして帰ってきたことがあるんですね。診察代いりませんからって言われて、いえ、ちゃんとお支払しますって言って帰ってきたことがあるんです。あとのつながりがあると思うとなかなか言えないんですけど、佐藤先生なら言えるかな～と思いますけど。

佐藤先生 そういうのどうしたらいいですかね～。例えばですね、私たちの知っている先生、仲間の先生たちはやらないですよ。国立がんセンターの先生たちもやらないです。

Aさん 先生、私今泣きそうになってるんですけど、言ってもいいですか？ 先日、〇〇先生にお目にかかりました。その先生がまったく同じことを私の目の前で言ったんです。そういうドクターはダメな先生だよって。

佐藤先生 〇〇先生はしっかりした先生ですからね。

Eさん でもあとの都合を考えちゃうと、次の診察の時にどうしようかな～と、過去の経験もあるので私なんか…。

佐藤先生 それは、僕が思うにはですよ、知ってて、でもつながりがあるからということでお受けになるのと、まったく知らないで、言われるままに受けてしまうのではまた違うと思いますので、やはり僕は知っておいた方がいいことは知っておいた方がいいと思いますし、あまりにも理不尽な話だったら自分の体のことですし、命のことですから、家族もいますし、そういった場合には病院を変えるとかですね、例えば経過観察の時にいい加減なことをする先生がもしいるとしたら、万一再発をしてしまった時にどんなことが起きるかって考えると一恐ろしいですよ。ただの経過観察に間違っただけをやる先生だったら再発治療についての勉強はさらにさらにしないはずですので、…怖いですよ。〇〇先生は僕も尊敬している先生で、しょっちゅう会うんですけどもすごく勉強している先生ですから。皆さんもよく知っている有名な□□先生も、僕も2ヶ月に1回くらい会うんですけども、彼もおなじことを言います。やっぱり一線でする人はみんな知っていることなんですよ。だからこういう情報はみんな共有していかないと一逆にお医者さんを教育していくくらいの気持ちでいった方がいいんじゃないかなと僕は思うので…せっかく乳がんになった、あるいは卵巣がんになった、せっかくがんになったんですからね、世の中をいい方向に変えていくとかね、もちろん世の中を変えるとか興味がない、それはそれでいいと思いますが、せっかくがんになった、その経験を生かすのであれば…今回たまたまのレントゲンだったでしょうが、すごい先々のことも全部考えて1か月半ず～と頭にあったと思うんですね。画像というのは検査の時直接患者さんに痛みを与えないものですので、安易にやりがちなんですけれども、精神的な負担であるとかそういうものはものすごく

く影響がありますし、医療費だってそんなお金があったら美味しいもの食べたり、病院に行く時間があったら、よっぽど他のことをやった方が健康的でいいわけですね。

B さん 私は人間ドックを毎年受けているんですけども、胃カメラしたりレントゲンしたりいろいろなことやって、で、私は乳がんをやっているのだから乳がんの検査っていうのは1ヶ月に1回が半年に1回になりそのうち1年に1回になると思うんですけども、乳がん以外の他のがんの検査のために人間ドックのようなものも受けないといけないと思ったときに、たまたま乳がんがんで保険が効いてPET検査で他の部分も見られるんだったらPETもいいんじゃないかな〜って、先生にPETしましょうって言われたときに「あ、そうだ」と思って主治医に聞いてみたんですけど。

佐藤先生 それは、賢いと思いますよ。乳がんの再発のためにPET/CTをやろうって言われてやるんじゃないで、乳がんの再発を見つけるためにやるんだったらいいけれども、別のがんを見つけることができるかもしれない、保険も効くし、というきちんとした意識があってやるんだったらそれは賢いやり方だろうと思いますよ。

私どものところでも、採血するときに患者さんから「ついでにコレステロール値も測ってください」なんていわれますと「はいはい」なんて言って入れちゃいますけどね。それを、せっかく採血されるんだから、痛い思いするし、って患者さんから言われた時に、いや、コレステロール値なんて測る意味ないからイヤです、なんてことは言わないんですね。ですから、患者さんが理解をして、主治医が検査をなささいという根拠に、乳がんの再発のチェックをしましょうという根拠で患者さんに医療行為を勧めたときには、それはいけないんじゃないですか—これは知っておいた方がいいと思います。消費者として賢くなった方がいいんじゃないかということですね。がん患者だからといって、主治医の言いなりになる必要もないし、うまく医療従事者を利用すればいいと思うんですね。

H さん 5年経って薬を飲み終わったら病院に行く回数もずいぶん減ると思うんですね。そうすると、臨床検査とか腫瘍マーカーとかで再発を見つけるというよりは、自分で何か、症状が出ないと自分自身でわからないですよ…？

佐藤先生 それがね、その根拠というのがここに書いてあるんですけどね。平たく言いますとね、リードタイムバイアスって言うんですけど適切な日本語が分からないんですけど…こういう説明をされるんですね、内臓に再発をしてしまった場合には主治医にこう言われるんですね、治すということを目的にこれからは治療をしないんですよ、病気と共存していくことを目的に治療しますよ、治療の目的というのは基本的には症状の緩和、あと延命、それはわからないですよ、10年か20年かあるいはそれより短いかわからないけれども、例えば治そうとして抗がん剤を大量に投与したり、そういうことはしませんよ、生活の質を保つための治療になりますよ、と。100人いるとしますと、症状の緩和と言っても先程おっしゃった腫瘍マーカーとか画像診断とかは症状がない人に勧めるわけですよ。つまり「わかりました、先生。じゃ私、症状の緩和のために抗がん剤受けますけど、今症状ないんですけど」っていう話になっちゃいますよね。ですから（スライドを示して）よく見て欲しいんですけど、ここにあるんですけど『無症状の患者さんには推奨しない』って書いてあるんですね。症状のある人にはやるんですね。それが乳がんの再発に関するものであるかどうか。で、それが関係するものであれば、その症状の緩和のために治療をしましょうということであって、ちゃんと書いてあるのは、症状のない患者さんには推奨しませんよと書いてあります。

H さん その症状というのは、腰が痛いとか肩が痛いとか…そうなれば…。

佐藤先生 そうそうそう、そういうことですね。そうであれば調べる価値があるということですね。で、もしそれがただの腰痛だったらそれはそれであ〜よかったねということになるという話ですけども、あるいは逆に、ヘルニアだから脊椎の先生に診てもらいましょうとか、あるいは乳がんの

骨転移に基づく痛みだった場合には、痛み止めをやってもよくはならないので、どうしてもそれはがんのボリュームを減らしたり、あるいは抑えなければならぬということになるので、そういった方にはやはりがんの再発かどうかということを確認しなければならぬ。そうしないと症状を緩和できないですね。だからそういった症状がある患者さんにはちゃんとやるんです。ですから、ここにも書いてあるんですけど、再発の症状を患者さんからちゃんと聞きなさいよ、ということが私たちは義務付けられているんですね。症状がないのに定期的に検査するのはやっちゃいけませんよ、だから5年目に5年経ったから、5年に何の意味があるのか分かりませんが、5年経ったからレントゲン検査やりましょう、10年経ったから切りがいいから検査やりましょうというのは矛盾しませんか？ということになるんです。症状緩和目的の治療ですよと言っているのに、そこで再発と言われてしまった人には症状が無いという状況を作ってしまうというのは矛盾しますよね。で、もし症状がない段階から治療を開始しますと、見かけ上の生存期間が延びるんですね。つまり、症状のない段階からスタートしたら、症状が出るまで、出てくるまでに半年とか1年とかあるとしたら、見かけ上半年とか1年前から治療を開始するんですから、見かけ上延びるんですね。それをリードタイムバイアスって言うんですけども。

A さん 症状があるってことは、じゃあ検査じゃなく先生の所へ行って、あそこが痛いここが痛いと言った時が症状があるってということなんですか？

佐藤先生 そうです。だから、今までと変わったことはありませんかって…例えばそれもここに、どこかに細かく書いてあるはずなんですけれども、その期間も実は推奨されているんですね。例えば初めの3年までは、術後の最初の3年までは3ヶ月から4ヶ月に1回病院に行きなさい。3年から5年までは半年に1回病院に行ってください。5年以降は1年に1回っていうふうに。で、その時に主治医はちゃんと患者さんとお話をして症状に変わりがないかどうか…ただ日本では処方箋が3ヶ月の期限がありますので、残念ながらお薬を飲んでいる間は3ヶ月に1回は病院に行き続けなければならぬという処方制限がありますけれども、海外ですと処方箋が何回も使えるようになっているので4ヶ月に1回で済んでしまうんですけども、日本の場合は3ヶ月分しか処方箋が切れないのでしょっちゅう病院に行かなければいけない。だから、それはなぜかと言ったら、症状があるかどうかを主治医に伝えて、症状が無ければよかった、触診とかして再発の兆候が無ければよかったですねということ。年に1回はマンモグラフィーを中心とした表面の再発であったり、あるいは反対側に乳がんが出来ていないのかとか、あるいは温存した方はその近くに新しい乳がんが出来ていないのかとか、もちろん局所再発していないのかとか、そういうのをしっかり診ていきましょう。というのは表面の再発あるいは新しい乳がんに対しては早く見つけた方がいいというのが分かっているんですね。しっかり治すことができるんですね。ただ、内臓の再発に関しては、今お話したように症状の緩和目的なわけですから、症状のない方に無理やり検査をいっぱい入れて—というのはやらない。もう一つ付け加えますと、ほとんどの方が再発しないわけですね、今。今の乳がん、だいたい9割方治る。ちゃんと治療すれば9割方治るんですから、そうすると、9割の方は無駄な治療、無駄な検査、無駄な不安をすることになる。

A さん そうするとですね。腰が痛いな～と思ったらどこに行けばいいですか？ 主治医の先生のところに聞きに行けばいいですか？

佐藤先生 まず、腰が痛いでもなんでもいいんですけど、それはうちは5年経ったら紙を配ってお伝えしているんですけど、5年くらいになると、1年に1回くらいしか来なくなるので。いわゆる持続した痛みですね。なおかつ今までなかったものが出てくるわけですから、少しずつ悪くなっていくんですね。腰痛いなんて誰でもありますよね。寝違えたりとか。ま、長くても1週間くらいで治ってしまうと思うんですけども、それがなかなか治らない。どんどん痛みが増してくる。腰痛であ

れ咳であれなんでもいいんですけれども、いままでと違う症状が出てきて、それが持続をしてくるといふことであれば、やはり主治医のところへ行くべきだと思うんですね。

Aさん ただ、今かかっている病院は予約しないといけないんですよね。

佐藤先生 おそらく今後世の中も変わってくると思うんですね。ここにも書いてるんですけれども、本来こういうのはクリニックがやるべきなんですよ。身体所見や患者さんのお話をよく聞くことでしょ？ 大きな病院である必要はないんですよ。開業医さんでいいんですよ。だから、むしろ開業医さんたちに対するガイドラインでもあるんですよ。で、これも海外のすごいところは、イギリスだったと思うんですが、開業医さんが経過観察した場合と、いわゆる乳がんの専門医が経過観察した場合の生存率が一緒だったんですね。ということが分かっているんです。臨床試験がおこなわれたんですね。全部根拠があるんです。大きい病院が込んでいるから開業医でいいなんて言っているわけではなくて、根拠があるんです。

Eさん 私、手術して5年半経つんですけど、それで乳がんの方は1年に1回病院に行けばよくなったんですけど、抗がん剤の方は、クリニックみたいなところで先生が1週間に1回来るので、その時に行って問診と触診と採血とかやってもらおうんですけど、先生にこの前「先生、私、5年半経つんですけど、どのくらいの頻度で診察に来たらいいですか？」って聞いたら、他のがんは違うんだけど、乳がんは何年来ればいいということは私は言えないんですけどおっしゃったんです。

佐藤先生 それは正しいです。それはその通りです。

Eさん 正しいですか。それで、先生がそうおっしゃったので、私は3ヶ月に1回行ってるんです。

佐藤先生 何年かというのは分からないというのは正しいと思いますが、3ヶ月に1回というのは正しくないと思います。

Eさん 私は自分の意志で行っちゃてるんです。先生は何か月に1回とかって言わないんですけど、私自身の安心のために3ヶ月に1回行ってるんですね。乳がんっていうのは何年経っても安心できないものですか。

佐藤先生 僕はそれで患者さんが安心を得られるのであればいいと思います。 unnecessaryな検査をされないのであれば3ヶ月に1回行ってもいいと思いますよ。

科学的なお話をすると、ここでも何回かお話したと思うんですけど、年次再発率というのがあって、1年間に何%再発するリスクがあるか。で、中にはおっかない乳がんとおとなしい乳がん、年次再発率の推移が変わってくるんですね。

再発って何かっていう話ですが、再発っていうのは目に見えた段階で再発っていうんですね。例えばCTで見当たらないからがんがないと言っているわけではないんですね。はっきりがんって言えるのはやはり5mm~1cmくらい必要になってくるんですけど、見えた時点で私たちは再発というわけですよ、診断がついた時点で。そうすると勢いのいいがんというのは手術をして病気がありませぬねという時から画像でとらえられるまでの時間が短いですよ。おとなしいがんというのは少しずつ育っていくわけですよ。ですから病気の怖さによって年次再発率っていうのは変わってくるわけなんですけれども、例えば胃がんとか大腸がんは、5年生存率なんて言いますがあーあーがんに関しては比較的早いので、再発っていうと5年くらいで割合見つかるんですね。画像でも再発っていう診断がついちゃうんですけど、乳がんにもそういったものがあるんです。例えばここでもよくお話するトリプルネガティブだとか。

Eさん 私そうなんです。

佐藤先生 トリプルネガティブで5年経ってるんでしょ？ 殆ど再発しないですよ。乳がんっていっても、女性ホルモンに関係した乳がんというのは逆に怖くない乳がんなんです。大人しい乳がん。その中でも実はルミナルAとかBとか分かれて、純粹にホルモンだけで動いていないのでおっかない部類になるんですけども、ホルモンに関係しているがんですと増殖が非常に緩やかなんです。だから逆に抗がん剤が効きにくいんですね。というのはおとなしいということは細胞が分裂していないということです。抗がん剤のほとんどが細胞分裂に対して機序するお薬ですので、そもそも分裂していないがんには効かないんですね。ですからそういうおとなしいがんというのは逆に10年後出てくることがあるし、20年後画像に引っかかってくることもあるので、いわゆるトリプルネガティブであるとかHer2陽性乳がんというのは早いので、5年経ってから再発が見つかる人っていうのは少ないんですね。逆にルミナルタイプという女性ホルモンに関連した乳がんというのは、5年経っても10年経っても大丈夫って言えない。だからホルモン治療というのが5年から10年に延びているんですね。そういったことに起因しているんですね。ですから、絶対とは言いませんが、私のいつものイメージで、トリプルネガティブで5年経った方はまあ大丈夫だなと思っていますけれどもね。

だから、キャンディーズのスーちゃんとか、ホルモンに関連した乳がんで、10年経って20年経って出ちゃってびっくりしたなんていうのはだいたいおとなしい乳がんで、初めはゆっくりなんだけれども、逆にトリプルネガティブなんかは初め何年かはこちらも怖いんですけども、Eさんの場合はもう大丈夫だと思うから言うんですけども、しかもよくわからないがんなんです。実は遺伝子的に分類すると、6~7つに分類できるんですよ。もういろんなタイプがあるので、何やっても効かないトリプルネガティブもあったり、赤ちゃんの細胞で構成されているようなものもあったり、免疫に非常に左右されるようなものもあったり、男性ホルモンによって増殖が司られているようなものもあったり、アンジェリーナ・ジョリーさんで知られたBRCA遺伝子に絡んでいるようなものもあったり、いろんなタイプに分かれているんですよ。だから僕たちもトリプルネガティブっていうと嫌なんです。そのかわり5年も経つと、あ~あんなにヒヤヒヤしたけどよかったな、一安心ってなるんですよ。だからそれを全部まとめて乳がんは5年経っても10年経っても安心できませんよというのは、ちょっと違うかな~と。あと、どんなしっかりした治療をやったかによっても異なる。それは補助療法という形で、どれだけしっかりした治療をやったかっていうことでも年次再発率というのは変わってきますから。

(スライドに戻って) ということで、経過観察の方法というのはこうですよ。やることはいっぱいあるんですよ。例えば、精神的なケアですね。これは1Aって書いてある、ものすごく大切ですよっていうこと。タモキシフェンを飲んでる人は必ず年1回子宮体がんのチェックを勧めなさい、ですとか。精神的なケアっていうのはもっとやらなくちゃいけないんですね。やらなくちゃいけないのに、精神を揺るがすような医療行為をするというのはよくないですよ。また、アロマターゼ阻害薬を内服している人に関する骨のケアですね。骨粗鬆症のモニターをしましょうですとか。あるいは、これはまだ難しいんですけども、末梢神経障害、これはまだ回答がないんですね。末梢神経障害についてもしっかり診てあげましょうと。

Aさん 先生、私ですね。(Aさんは指先に痺れが出ている)

佐藤先生 そうですね。辛いでしょう。今度私たち、立川にある井上レディースクリニックで、このことについて話をする予定なんですけれども。

それとこれは言いづらいんですけども、でも推奨しなければいけないことで、これも1Aなんですけれども、体重。ちゃんと体重コントロールをするように患者さんにお話ししなさい。じゃあ実際どれくらいやったらいいのか。緩やかな運動だったら1週間に150分、そこそこの運動で75分。僕もプールで歩くようにしてるんですけどね、40分くらい。1週間に2回くらいやると体重も変わって

きますよね。週に2回くらいは筋力を使う運動をしましょう。あとは食事。フルーツ、野菜、穀物などを食べるように指導しましょう。CTを勧めてそのCTの結果を説明する時間とお金があったらこっちをやるべきなんです。患者さんにもいいですし、もちろん乳がんの予防にもいいですし、なおかつ健康にもいいですからね。あとは、煙草を止めるようにちゃんと指導しなさいとか。

さて、今回の後半のテーマ、上腕浮腫。これどういうことかと言いますと、リンパ管ってなんでしょうかっていう話なんですけれども、体液が体の中をめぐるのは、血液っていうのがまずありますよね、それと同じように体液っていうのがありますよね、体液がどうやって巡るかというお話なんですけれども、体液はリンパ液というのがあるんですよ。手術でドレーンっていうのを入れた方は分かると思うんですけども体液が出てますよね。あの中にはたんぱく質やリンパ液や白血球が入っていたりしますが、皮膚の真下にリンパ管というのがあるんですよ。そのリンパ管を構成しているのは実は表面から中に液体が入ってきやすい構造になっているんですよ。ところどころ弁みたいになっていて、一定方向にしか行かないようになっているんですよ。内側に筋肉があるので、内側からマッサージされるような状態になっているんですよ。ですからこう、常に圧力が加わって、液体が中に入り込んでいって、どんどん流れるようになっているんですよ、リンパ管というのは。それが体中にあるわけなんです。

で、乳がんの場合は多くの患者さんが、リンパ節に対して何らかの操作が加わるわけですね。そうするとリンパの流れが途中で寸断されてしまうんですね。リンパ液がどんどん流れて、場合によってはばい菌なんかも流れてくるでしょうし、リンパ節というところでばい菌が捉えられて免疫が賦活されるわけなんですけれども、その関所であるリンパ節が障害されるわけです。2個とか3個とか、あるいは全部取ってしまったとかいうことになる、リンパの流れがそこでストップしてしまうわけです。そうするとリンパの流れがよどんでしまうんですね。よどんでしまうと手が腫れてきてしまう。これがリンパ浮腫っていうんですね。上腕浮腫、上腕というのは腕ですね。ですから婦人科の手術をした方は逆に下肢の浮腫というのが出てくるリスクが出てくるんですね。腫れ、むくむくという状態が出てきます。

で、どういう人に出てきてしまうかというお話ですけど、リンパ節に転移のなさそうな人、手術の前にリンパ節に転移が疑われないような人には、見張りのリンパ節生検というのを行うことが多いです。乳がんがここにあるとすると、リンパの流れがず〜っと流れていって、途中のリンパ節を通過して、最終的には血液の流れに入っていくんですけども、がん細胞もこのリンパの流れに乗っていくわけですから、ここで最初に捉えられるわけですよ。ですから手術中にこのリンパを取って確認をして、もしここに病気がなければここから先も大丈夫だろうということで、リンパはこれ以上触りません、リンパ節を採るということで生じるダメージを減らしましょうということです。ただ、このリンパ節に病気があった場合には一般的にはここを取ることが多いです。あとで最後の方で時間があったらお話しますが、私たちはここ取らないです。ここを取ってしまうとリンパの流れが阻害されるので、腫れる人が出てきてしまう。ただ多くの方が大丈夫なのは、迂回路があるんですよ。背中を通過して行ったり、だからそちらを通過していくので多くの場合は腫れに至らない。例えばこれは大規模な4000人くらいの臨床試験ですけども、見張りのリンパ節生検、1個か2個を取った人の場合、だいたい手のボリュームの差が5%くらい出てきてしまうのが17%くらいです。リンパ節を全部取った人に関してだと、28%。だから場合によっては指輪がきつくなってしまったりとか影響が出てきてしまうかもしれない。手術によってやはり何らかの形で出てくる可能性はありますよ、ということです。だからやはり皆さん心配なのは、ナーバスになるのは、インターネット等で見たりして、いつこういうふうな（浮腫のスライド写真を示して）自分もなるんじゃないかということで、とてもナーバスになってしまう。

で、これがアメリカのリンパ浮腫の学会、協会が出しているものなんですけれども、実際これも同じような形でガイドラインが示されているんですけども、どういった方にリスクがありますか、ですから私たちもそういったリスクを敬遠するように指導しなければいけないんですけど。ここでもまた出ました、体重。運動。運動によってリンパ浮腫のリスクは軽減されます。弾性スリーブ。これに関してはちょっとでもそういう傾向があったら弾性スリーブを付けるべき。あるいはこれは

卵が先か鶏が先かという話になるんですけど、リンパ浮腫があるとそこが感染症の培地になるんですね。つまり餌になっちゃうわけですね。ということで、蜂窩織炎、先ほど言った組織の下にどんどんばい菌が増えてしまっただけで蜂窩織炎というものを起こしやすくなってきますし、逆に一度蜂窩織炎を起こしてしまうとリンパ浮腫になりやすくなってしまいます。だから感染症というの怖いわけですね。スキンケア。例えばしよっちゅうひっかき傷があつたりだとか、手がかさかさになってばい菌が入りやすいような状態になっている方に関しては先ほど言ったようなばい菌の温床になってしまうので、適切な保湿が必要であったり、こういうことも上腕浮腫のリスクを軽減するのに必要ですね。外傷もそうですね。ケガしたりというのもリスクになりますので注意しましょうね—というのが先ほどのガイドラインにもありますし、米国のリンパ浮腫の協会からも出されています。

で、ちょっとここからは実際に私がここで話していることに対する裏付けも言わなくちゃいけないと思うんですね。間違っただけを言っているかもしれない、嘘を言っているかもしれない。で、例えば、これよく見るとピンクリボンのキャンペーンの最中です。この人（スライドの写真の人物）何をやっているか。ウェイトリフティングやってるんです。ベンチプレスやってるんです。患者さんの中には、重いものを持ちやいけません、ベンチプレスなんてとんでもない、って思うでしょ。実際これはランダム化比較試験をやってるんです。片やベンチプレスをやる人、片ややらない人、こんな非人道的な実験をやっていいの。これはもう結果が分かっている、大丈夫だって分かっているの科学的に証明するためにこういう試験をやってるんですけども、手の腫れとか細かく調べて、まったく差がないんですね。ということで、ベンチプレスをやりましょうじゃなくて、そういうことをやりたい人がやると「あなた乳がんでリンパ節を取ってるんだからベンチプレスなんかやっちゃいけませんよ」って言うことは言っちゃいけない。あるいは、これは皆さんびっくりすると思うんですが、術後のリンパ浮腫のリスクとしてどういったものが挙がっているか、大規模なコホート試験というのをやったんですね。皆さんの中で、手術をした方の腕で採血しやいけませんって言われている方—いらっしやいますよね。まったく関係ないです。（え〜。一同驚き）手術をした方で血圧を測定しやいけませんって言われた方。まったく関係ないです。手術をした方で点滴を受けやいけませんって言われた方。まったく関係ないです。ぜ〜んぶ関係ないです。（一同笑）

これはあまり言われなくてもいいかもしれませんが、手術をしたあと飛行機に乗っちゃいけないと言われた方。気圧が変わるとよくないですよ、飛行機に乗る場合は弾性スリーブを付けなさい—これも関係ないです。じゃ何が関係したかという、体重。BMI25以上。それと、わきの下のリンパ節を取った方。わきに放射線をかけた方。それと蜂窩織炎を患った方、さっき言った感染症を患った方、はリスクとして挙がってきます。ただ、血圧測定だとか採血とか点滴をやったということで、あるいは海外旅行に行ったとかで手の腫れは増えません。ということで、2015年の終わりついでに、リンパ浮腫に対する注意、「昔の診療をそろそろ止める時期ですよ」っていうタイトルです。

さっき体重増加がリスクですよって話しましたよね。体重増加を抑制するために私たちが患者さんに対して、証拠に基づいて患者さんにお奨めしなければならないことは、運動、皆さん運動をしなければだめです。僕も昨日ちゃんとやりましたし、週3回。太った先生が運動しなさいって言うても一昔よくありましたよね、肺がんの先生が煙草喫いながら外来とかで「タバコやめなさいよ〜」。体重増加は抑制するように日頃から運動しましょう。で、なおかつ健康な食事をしましょう。これは僕たちがリンパ浮腫を予防するために患者さんにお勧めすること。で、あとは、さっき蜂窩織炎のお話をしましたよね。感染症を予防するために私たちが患者さんにお奨めしなければならないことは、しょうがないです、怪我することはあるでしょうから、でも怪我をしてしまったら感染症にならないようにちゃんと消毒したり、すぐそれに対するケアをすること。そして、スキンケア。そして最後に。今まで通りやってください。いままで飛行機に乗ってる方はいままで通り飛行機に乗ってください。血圧測定ずっと右手でやってきた人は右を手術をしても今まで通りしてください。ベンチプレスやってきた人が手術したらベンチプレス止めるなんて言わないでください。自然説なんです。ていうのは、ジャーナルオブクリニカルオンコロジーってこれはASCOの機関紙なんですね。世界中のお医者さんが見ている雑誌です。それで、今年の12月にこういった内容をまとめて、ガイドラインも早急に対応したんですね。

Cさん 足のリンパ浮腫はどうですか？

佐藤先生 …ごめん、足はよくわからない…

えーとですね、それはリンパ浮腫の分類があるんですよ。レベルいくついくつって。拳上することによってリンパ浮腫は収まりますよね、重力によって流れて行きますので。でも拳上によっても収まらないような場合にはレベルいくつってあると思うんですけども、ただ、乳がんに伴うリンパ浮腫を予防するために拳上させておくかどうかというのは、ちょっとごめんなさい勉強不足で。

Cさん 腕を上げておきなさいっていうことは…

佐藤先生 そういうのはまったくないです。

Cさん ベンチプレスをやっているときも弾性スリーブを付けたりしないんですか、普通にやってるんですか。

佐藤先生 しないです。普通にやっています。

Hさん 浮腫と痺れってというのは別ですか。

佐藤先生 それはまた別ですね。それは肋間上腕神経という感覚神経をどうしても傷つけてしまうので。

Aさん 浮腫症状ってというのはどういうふうに、人によって違うんですか。その症状ってというのはどういうふうにでるんですか。

佐藤先生 たぶん左右差ですぐわかると思います。

Aさん 入院した最初のころや退院したばかりのころはしょっちゅう測ってたんですけど、最近はお風呂に入った時にさわってるんですけど。

Gさん 触った皮膚の感覚が、あれ、なんかおかしいな〜って思ったら広がってる。なんかおかしいな〜固いな〜って…今はサポーターを寝るときにしたり、気を付けているのでそんなにひどくはなっていないのでそのまま現状維持なんですけどね。やっぱり比べるとこっちの方が表面が張っているな、溜まってるな〜ってという感じ。

Aさん 痛みはあるんですか。

Gさん 痛みはないです。ひどくなると痛くなるし、ぴりぴりします。

Aさん バケツに水入れて持ったりするのはよくないって言われたし、重いもの持つとかよく言われた。

Gさん そう、よく言われましたけど、今の先生のお話で…。

佐藤先生 ベンチプレスもいいそうです。(一同笑) やってもいいそうです。

Cさん マッサージはいいんですか。

佐藤先生 リンパ浮腫を予防するためのマッサージは推奨されていないです。で、その治療法の話ですけども、治療法については、例えば徒手的なマッサージがいいかどうかというのはエビデンスがないんですね。ただ、まあ辛くもないからどうぞっていうくらいしかないですね。

Gさん 私の場合はこの前もお話したんですけども、ある看護師さんのところに行ったら、マッサージよりも、その時間、長時間なるべく効率的に、表面に対しても刺激を与えてリンパを流すことはいって言われました。

佐藤先生 その方が正しいです。というのは次のスライドなんですけれども、これは JAMA—Journal American Medical Association ものすごく権威のある雑誌。これも試験が出たんですね。何かって言うことは次のスライドなんですけど、この治療を行うと、どういう方が対象になっているかと言うと、リンパ浮腫の診断がついてしまって、12ヶ月それをやるかやらないかで、何が変わってきたか。がんに関連した浮腫ですから、例えば下肢とか全部含めたものなんですけれども、さっき言った蜂窩織炎に対する予防効果が8割。これのいいところは、それを持ってくることによって、医療費の削減が4割。これすごいいい内容なんですね。安いし、僕はこれ絶対導入した方がいいと思ったんですけども、先ほどの経過観察のガイドラインじゃないんですけども、安いことでは誰も動かないんですよ。いったいこれ何かということですね、空気を送るエアーマッサージ器。よくあるんですね、疲れたとき、これものすごいいいらしいです。うちの母親に買おうかと思ったんですけども、価格は10万円くらい。リンパ浮腫になった人です。予防のためではなく。なっていない人は必要ない。これいいですよ。これ患者さんに紹介してあげた方がいいんじゃないかなと思ってどこでもいいからいろんな会社に聞いたら、どこの会社も興味がない。ということで、そこから何もアクションを起こしていないんですね。ただ、JAMA っていう権威ある雑誌に紹介されています。あと、徒手的なものの効果はよくわからない。ただ言われているのは、比較的早く出た時に、きちんと対応して、いわゆる弾性スリーブを付けるというのは間違いなく言いと思いますけれども、それよりひどくなってしまった人に関しては、これがいいですよ。会社もぜんぜん宣伝する気がないそうです。

で、学問的というか、さきほどちょっとリンパの話をしましたけど、皆さんはその時に受けた治療がベストの治療なので、べつに後悔する必要はまったくないんですが、先ほど言った乳がんの手術をした側の手の腫れに関するリスク因子として挙がってきたのが先ほど言ったように、採血も大丈夫、注射も大丈夫、血圧測っても大丈夫、海外旅行も大丈夫、ただやっぱり残ってしまった因子として、統計的に処理をすると残ってしまって重要なのが、やはりわきの下のリンパ節を取るという行為なんですね。それ以外では体重、これは自分で何とかできますよね。あと感染症というのは何かあったら予防しましょうというのはできますよね。ただこのリンパ節を取る取らないというのは、皆さんでは対応しようがないわけですよ。これは私たちが動かなければならない。これは今どういうふうな世の中が動いているかということをお話しますと、ここは先ほど言った見張りのリンパ節、リンパの流れが最初に到達するリンパ節に病気がなければここから先のリンパ節は大丈夫そうですよ、だからわきの下は取らない、取らなければリンパ浮腫の発生率が28%から17%まで落ちますよ。生存率にも影響しませんよ。だから見張りのリンパに病気がない時はそれで終わりにしましょうね、ということですよ。で、世の中ちょっと動いてきているのが、見張りのリンパに病気があった場合には、27.3%にそれ以外のリンパ節にも病気があるんですね。それはさっき言った比較試験の話なので、こちらの人は、わきの下のリンパに病気があった場合にはわきの下は取らない、もう一つのグループの人たちはリンパにあった場合には取りましょうということを推奨された人たち、だからまったく同じようなグループで分けた場合なんですけれども、取った人を振り返ってみると、27%病気が見つかった。取らなかった人に関しても27%病気があるはずなんですね。ということで再発をしてくるはずなんだけど、実際はわきの下を取らなくても再発しなかった、取った人と変わらなかった。こんな不思議なことが起きてしまった。なぜかというとなんか実はわきの下のリンパにあったという人は、かなり高い確率で抗がん剤の治療がしっかり行われていたということ、あともう一つは、今回の臨床試験は温存手術が対象となっていたんですね。乳房温存手術というのは術後に放射線照射というのが付いています。それで

合わせて乳房温存療法というわけですから。乳房に放射線をかけようと思った場合には、乳房って結構わきの方まで行っていますので、そこまでしっかりかけようと思ったらわきの下もかかってしまうわけですね。ということでそれが原因じゃないか、抗がん剤もしっかり、わきの下も放射線もわきに当たっていたから 27%の人にリンパ節に残っていたはずなんだけれども、結局は再発してこなかったということは、抗がん剤と放射線照射が原因なんじゃないかと。それと同時にこれはヨーロッパで AMAROS という試験が行われていたんですね。これがどういう試験かといいますと、先ほどと似ているんですけど、これはわきの下のリンパ節に病気があった人に対して、一つはわきの下を取る手術をしましょう、もう一つは取らないでそこに放射線をかけましょう、温存手術じゃなくて乳房切除だった場合でも、放射線照射をやりましょうという人に分けたんですね、これも同じ結果が出たんですね。唯一違ったのがリンパ浮腫なんですけれども、わきの下を取った人に関して、1年目 3年目 5年目、リンパ浮腫の具合を見ていくとですね、40%30%28%これはわきの下のリンパを取った人、取らないで放射線をかけた人の方が浮腫が少なかったんですね。成績が同じであればリンパ浮腫が少ないということは、これは取らない方がいいんじゃないの、これらの試験ですべてそうだったのだし、ということで世の中今動いています。昔 1968 年大ききゃいいだろうという時代だったんですね。乳がんの手術でも放射線照射でもどんどん大きくやればやるほど治るだろうという時代だったんですね。この前の米国サンアントニオの乳がんの学会で発表されたスライドですけども、大ききゃいいっていう時代から必要最小限の治療にシフトしてきたわけですね。いろいろなことがシフトしてきています。で、その中の一つとして私たちの病院でずっと前から一所懸命やってきた部分照射っていうのがあるんですね。乳房全体に放射線照射をすると一病院にどれくらい行きました？ 放射線照射の時。1ヶ月弱、毎日行ったでしょ？ 大変だったでしょ？ 照射自体は大変なことはないけど、通うのがたいへんだったでしょ？ 実は今日本で 20%くらいの方が放射線受けていないんです。アメリカでもそうなんです。温存したのに。もっとひどいのがアメリカの非常に権威のある雑誌の報告なんですけれども、温存手術の対象となる女性が、米国で、放射線照射が受けられないので温存手術ができるはずの大きさのしこりの方の 50%が乳房切除を選んでいるんです。こういった方が受けなかったかという、子供の年齢が 7 歳未満、あとは年齢の若い方、仕事で受けられない、1 か月間休めない、ということが背景にあるんです。で、実際にそこだけ当てればいいという放射線照射があるんですけども、部分照射、私たちの病院では 300 人以上の方がそれをやっているんですけども、それをやった患者さん、入院治療で放射線照射が終わっちゃうんですね。とてもいいと思っているんですけども、臨床試験の結果というのが 2015 年の 10 月に出たんですけども、まったく全部かけるのと変わらなかった。むしろ美容上の効果がいいというのも追加の報告も出たんですけども。

乳がんについても大ききゃいいっていうもんじゃなくて、乳腺の手術についても、凍結療法だとか、ラジオ波だとか、乳房温存手術だったり、たとえば取ったとしてもすごく小さくなってしまふので反対側も手術をして左右差を整えとか。乳房切除の手術でも、乳頭乳輪を残した乳房切除それと同時に再建を行ったり、あるいは乳頭は取るんだけど皮膚は残して同時再建を行う、あとで乳頭乳輪を再建する。あるいは普通の乳房切除。乳腺についてもそのリスクによって術式が細かくあります。あるいはわきの下も何にもやらないという選択肢もあるんですね。放射線照射をやらない人。70 歳以上の 2 cm 未満、そして女性ホルモンに対して陽性の乳がんに関しては、放射線照射がいらないんじゃないかと、海外のデータですと日本と平均寿命が違いますので、放射線照射をやらなくてもあまり局所再発が問題にならない。平均寿命が短いので、日本と比べて短いのでね、やらなくてもいい人もいるんじゃないか。あるいはさっき言った部分的な放射線照射でいいんじゃないか。あるいはもう一つあるのが日本ももうすぐ変ると思うんですけど、25 回 5 週間やっていたのを 3 週間の放射線照射で終わらせてしまう。その代り 1 回あたりの放射線照射をちょっとあげるんですけどね。これは海外では推奨されています。日本はこれからだと思います。

ということで、私たちはこういうことを背景にして 2016 年今年から、3 cm 以下で臨床上リンパ節転移のない方、手術の前に腫れたりしていない方に関しては、患者さんがご希望だったら、温存手術に部分照射。手術中にリンパ節転移があると分かってしまった方には、全乳房照射をして、わきに関し

てはリンパ節転移があっても手は付けず、放射線照射を加える。ということで、こういった方に関しては、私たちは今年の1月からエビデンスに基づいて、わきのリンパ節を取るという手術は行っていません。ただ、ここへ来る前にも手術をやってきましたので、その方は乳房切除とリンパ節を取る手術をやってきました。それはこういった方ではなかったもので、ですからわきの下のリンパ節手術を一切やらないというんじゃないで、こういうふうになってますよ、いろいろ変わってきていますよということです。例えば抗がん剤の治療、点滴っていうのは今看護師さんがやるようになってきています。うちも多分3月に変わりますけれども、世の中今そういう時代。ですから今まで皆さんの受けている医療行為が間違っているとかいうことではなくて、少しずつ時代が変わっていますよということです。

今日のお話で、皆さんの頭の中がかき乱されたかもしれない(一同笑)。何か意見交換などできれば。

Dさん 私は手術して4ヶ月になるんですけど、アリミデックスを飲んでいるんですけども、去年、家の中で足の指を骨折してしまって、今もリハビリしてるんですけど、薬で骨が弱くなるということはあるんでしょうか。

佐藤先生 アロマトーゼ阻害薬を内服している方、アリミデックスもそうですし3つくらいあるんですね、お薬が。女性ホルモンを下げるお薬ですので、骨密度が下がる可能性があるんですね。今私たちが推奨されていることは、そのお薬を飲む前に骨密度を測定しましょうと。で、骨密度を測定した後に一骨密度は年に1回測定することが推奨されているんですね。で、いいお知らせを1つ言うと、飲んでる間は下がるんですけども、飲み終わるとその人がもともと持っている骨密度のレベルに戻るということが分かっています。それと、もし下がっている人に関しては、ビスフォスフォネート薬を出すことが推奨されているのと、中には、それは新しい臨床試験なんですけれども、商品名でいうとランマークというお薬があるんですけども、骨転移があった方に対して使うお薬なんですけれども、日本でも今保険適応になっているので、半年に1回の注射、皮下注射ですね。いずれかの方法で骨密度を維持するということが推奨されています。ただ、骨密度と言ってもその人の骨の強さの一部しか見ていないんですね。例えば自身の時に家がつぶれたりつぶれなかったりっていうのは単にセメントの量だけで判断はしないですよ。例えば鉄筋コンクリート、鉄筋が何本入っているかどうか、骨密度というのはあくまでもセメントの量を見ていただけですので、その方が本当に骨が強いとか強くないかというのはまた違う問題になるんですけども、ただ、女性ホルモンが下がるということはそれだけセメントの量が減ってくるということになりますので、調べて骨粗鬆症のレベルに達しているようであれば、今、1週間に1回とか1ヶ月に1回といったお薬もありますので、そういったお薬を服用しながら、今のところ5年間ですので、そのお薬を飲み続けるというのがいいと思います。

Gさん タモキシフェンを今飲んでいるので、子宮体がんの検査が気にはなっているんですけども、先ほど先生が年に1回の検査が推奨されているっておっしゃったんですけども、それもよく聞くんですが、もう1つ調べたのでは、子宮体がんの検査ってすごくピンポイントで採るから、子宮って大きいからあまり意味がないから、不正出血があったら病院に行くっていう判断でいいんじゃないかって言われて、治療が終わってちょっと落ち着いてきたので、子宮体がんの検査って痛っていうし、じゃ不正出血があるまで検査をするのは止めようと思っているんですけども、もっと何か臨床試験的にデータがあって行った方がよければ行きます。

佐藤先生 子宮体がんの検査についてはこうしなさいということはないんですね。つまり超音波でもいいかもしれないし、具体的にこうしなさいっていうのはないんですね。ただ、中には子宮内膜がどんどん厚くなっている方もいますし、場合によっては子宮筋腫が大きくなっているかもしれませんし、例えば閉経前の女性に関してですけども、特に一昨年大規模な臨床試験が行われたんですね。閉経前の女性に対するホルモン治療の臨床試験があったんですね。その中の選択肢の一つとして、閉経後の薬を用いながらアロマトーゼ阻害薬、これが一番よかったんですね。だからもし子宮内膜が

どんどん肥厚してくるというリスクがある方に関しては、私たちはそちらの方に変更するように、そうすると子宮に対するリスクも減りますし、中には子宮筋腫の手術をしなくちゃいけない患者さんが、すごく小さくなってという方もおられますけど、その方は、乳がんについてエビデンスがなければそんなことはしません、乳がんについてはそれが一番いいということが分かっていますので。ただ、あまりそれを日本中どんどんやると、社会保険機構が動き出すかもしれないですね。というのは、生理を止めるお薬の保険適応名は、閉経前乳がんなんですね。アロマターゼ阻害薬というのは閉経後乳がんという形での症状所見なんですね。最近はやられなくなりましたが、一時期は社会保険機構からの問い合わせがあったんですね、なんでこの人両方出しているんですかって。いちいち理由を書いて…ですから、どういうやり方がいいということはないと思います。実際、子宮体がんになる人はほとんどいないですけどね。

Gさん タモキシフェンのテストで確かWHOか何かの報告でがんが増えることがあるって…。

佐藤先生 ありますね。私たちも患者さんに言うように義務づけられています

Gさん アロマターゼ阻害薬のお薬の話も聞いていて、アロマターゼもいいかなと思うんですけど、骨に影響があると関節痛にもなりやすいって聞いて、運動も好きなので、それが怖くてなるべくタモキシフェン系で引っ張ってっていうふうには思っているんですけども、関節症状って出やすいですか。

佐藤先生 人によって強く出る方もいれば、そうでない方もいますし、ちょっとなんとも言えません。ただ、閉経前の方に対してはかなり大きな変化になりますのでね、いきなり閉経後の状態に持っていくわけですし、なおかつそれにアロマターゼ阻害薬というわけですから大きい変化になるとは思いますが、それでも。

Gさん タモキシフェンでなくトレミフェンにしてくださいって患者さんに言われて、何でですかって聞いた時、発がんが怖いからですって話を患者側からしたときに、佐藤先生だったらどうされますか。

佐藤先生 クエン酸トレミフェンは子宮内膜がんの発生が少ないとは言われているんですね。報告が少ないというだけであって、よくわからないんですね。よくわからない薬であるということと、基本的にクエン酸トレミフェンを使わないのは、例えば5年以上のデータがまったくないということ、ですから場合によっては例えばタモキシフェン5年終わった後で、ある程度患者さんと相談してさらなる延長をするのか、あるいはその時点で閉経後になっている方に関してはアロマターゼ阻害薬に切り替えてさらに延長するののかという時に、クエン酸トレミフェンを使った臨床試験というのが一切ないので、私は使わないですね。しかも高いですしね。タモキシフェンに比べますと高いです。ただ、閉経後の方に関してホットフラッシュが非常に強くて、もうタモキシフェンはやりたくありません、というかホルモン治療を一切やりたくありませんという方に関しては、違う薬にする可能性はあります。やらないというのが一番最悪の選択肢です。

Iさん 放射線は一生のうちに一か所に1回だけですか。

佐藤先生 一か所に1回だけ。例外的に、晩期障害が問題にならない人ですね。晩期障害というのは、3ヶ月くらい経ったあとに、か〜っと悪くなったりする方がいるわけなんですけれども、例えば、3ヶ月先のことを考えなくてもいい状態の方です。例えば骨転移が出てきて痛くてどうしようもない、痛くて放射線のコントロールも難しい、あるいは病的骨折を起こしそうだと。そういう方は例えば5

年 10 年と長生きする見込みがあれば放射線照射はやらないと。そうじゃなくて本当にそこまで考えなくてという方であれば、痛みをがまんしたままそういった時間を過ごすというのは非人道的ですので、私たちは躊躇なくもう 1 回放射線照射をお勧めしますけれども。基本的には 1 か所 1 回だけです。

E さん 今、佐藤先生がいろいろおっしゃったじゃないですか。そういうのって全国の先生に広がっていくのは何年くらいかかるんですか。(一同爆笑)

佐藤先生 乳がんを専門にやっている先生たちはみんな知っているはずですよ。というのは例えば乳がんの専門医というのは試験があって、結構な試験ですので、専門医を持っている人は知らなければ試験に通りませんので、ただ、それを実践しているかどうか。国際学会に行ったりとかジャーナルを常に意識しているとか。国際学会なんていつも一緒なんですね。私も来月また行きますけど、いつも同じ人ですわね。

E さん 娘がいるから、娘が乳がんになった時に、やっぱり知らない先生が担当になっちゃった場合に、今佐藤先生がいろいろおっしゃって下さったことは私はすごく参考になったんですね。だからもし自分の娘や身内の人ががんになったら、やっぱり先生の話思い出さないといいですね。今日はホントに勉強になりました。

F さん 乳がん専門医じゃない先生は乳がんの治療とかはできないんですか。

佐藤先生 できるんですよ。例えば僕が脳外科の手術をして一できないですけども、やって違法じゃないんです。

F さん 今先生がお話してくれたそういう勉強をしていない先生でも乳がんの治療をしている先生もいるってということでしょうか。

佐藤先生 しっかりした先生はいっぱいおられると思うんですけども、ただ今のご時世乳がんと外科を兼ねて勉強するっていうのは無理だと思うんですよ。勉強することが多すぎるので、片手間に乳がんをやる時代ではないので、おそらく外科の先生も一実はこれから某医療センターに行くんですけども、助けてくれていわれてこれからは行くんですけども、外科の先生は乳がんは診れないです。だからそういう意味では乳がんって名前がついてるところに行っただ方がいいと思いますけれどね。

B さん 再発しているかどうかというのを早期に発見する必要はないっていうか、自覚症状もないのに検査をしない方がいいのに、採血とかしているところが多いと思うんですけど、もう一通り治療が終わったら、半年とか 1 年ごとになったら、骨シンチとかもそんなに頻りにしない方がいいって先生おっしゃったじゃないですか。骨転移したら自覚症状があつてからでいいということですよ。でも私たち一度がんになると、早期発見をものすごく…私は早期発見ではなかったのに身に染みて感じるんですよ。骨に転移したお友達で、気が付いた時には何か所も行ってたっていうんですね。もっと早く見つかっていたらこんなに私はいろんなところに転移してなかったんじゃないかっていうんですね。

佐藤先生 何が変わったでしょうね。

B さん そうですね、何も変わらない。何か所で発見した場合も 1 か所で発見した場合もその人自身の治療は何も変わらない。

佐藤先生 症状が無ければ何も変わらないので、仮にぽつんと1か所見つかった時にその人の治療をしたら場合によっては、例えば先ほどトリプルネガティブの話でいったら、不必要な期間に嫌な治療を受ける人生がありますよね…。

Bさん ただ変な話、小さいうちに早くに治療をすればいいっていう気もしますし…。

佐藤先生 新しい乳がんであるとかリンパ節であるとか、そういう局所の再発は早くみつけたほうがいいです。

Bさん じゃ根本的に再発と初発とでは全然違うんですね。

佐藤先生 全然違います。全然違います。表面の再発と遠隔転移はまた別のものです。

Bさん どうしても再発は早く見つけないかっていう思いが。自分が再発する運命にあるんだったら、ちょっとでも早く再発を見つけてって。

佐藤先生 いやいや、自分の人生の中心に乳がんを置いちゃだめですって。

Bさん そのへんに先生と患者との間に温度差があって、私の主治医もそうなんですけれどもかみ合わないんですよ。(笑)

Gさん 私もそのへんのところはず〜っと考えていて、例えば検診で肺にちっちゃな転移が見つかりましたと、たまたま簡単に取れる場所ですと。取っちゃいましたと。取った人と取らないでそのままに置いて、もちろんがんの種類とか、それが再発乳がんできつくと育つものが肺に行ったと。で、それを分かっている取った人と、わからないでそのまま呑気に置いて大きくなってさらに肺から他にも行ったとか。

佐藤先生 あ〜そういうことですね。いい質問ですね。それは一オリゴ転移という言葉があるんですよ。単発の転移なんですね。つまり一般的には肺に1個見つかった場合にはあとからワ〜と出てくるんですよ。

Gさん その見極めと、なんで後からワ〜とでてくるのかなと。

佐藤先生 他の臓器に出て来た時には、そこだけでなく、例えば一骨髄にも多くがんはいるんですよ。

Gさん もちろん血液に乗っているところに行くからどこに根付くかわからないけれども、たまたま肺にしか根付かなかった可能性があるかと。

佐藤先生 それがオリゴ転移なんです。そういう方は5年経ってもそこだけが大きくなっていくので、そういう方には手術が勧められるんですよ。

Gさん そうですよ〜。そういうのがあるからやっぱり早く見つけることにある程度意義があるんじゃないかと…。

佐藤先生 早く見つけても遅く見つけてもオリゴ転移だから…

Gさん あ〜オリゴ転移だから大きくなってから取ればいいと。あ〜なるほど。

Bさん 例えば、右の肺に小さいのを見つけて取った、左の肺にも小さいのを見つけて取った、肝臓にも見つかったけど取った、私はたくさん手術をしたけど、どれも再発がんを小さいうちに取ったから私は今もこうして元気でいられるんだわって…

佐藤先生 それは乳がんの話じゃないでしょ？ 今までの話は乳がんの話なんですよ。例えば大腸がんは最近まで乳がんと同じようなガイドラインだったんですよ。大腸がんはガイドラインが変わったんですよ。積極的に CT を撮りましょうっていうように変わったんですよ。

Bさん 乳がんで別物なんですね。

佐藤先生 別物です。何が、何が、全部別物です。乳がんに関しての話です。

Bさん どうしてもちょっとでも早く再発がんを見つけてというのがどうしてもあって…。

Iさん 私は、主治医の先生から、乳がんは全身病ですって言われましたよ。

Bさん そうなんですよ、乳がんは全身病ってよくわかってるんですけども、小っちゃいうちに見つけたら助かるぞっていう考えが抜けなくて…。

佐藤先生 あの～議論するつもりはないんですが、僕の患者さんはそんなこと言う人いませんよ。というのは最初からそういうふうにお話していますから。手術した患者さんですよ、うちで手術した患者さんで、初めから検査しないとそういうものだとみんな思うから。一回検査漬けになっちゃうとそこから逃げるのがなかなか難しいんですよ。いつもやってて、急にもういいですよって言われたら急に不安になるんですよ。でも初めから検査とかなかったら…そういうもんなんですよ。