

第 153 回 フリートークの会 2019 年 2 月 16 日 出席者 7 名

A さん 私は術後 3 年になるんですけれども、主治医の先生の、なんていうか、先生もお忙しいので、なかなか説明が聞けないんですけれども、先生の言葉の意味を具体的にお聞きしたいな～と思って来ました。

B さん 私は今年で治療が終わって丸 10 年になります。今は定期的な検診も受けず、初期治療がうまくいってよかったねと言っていたら、定期的な検診もなくなったんですけれども、なんとなく大丈夫かなって気持ちもいつもあるので、こちらでいろいろお話が聞けるのを心強く思っております。

C さん 私は今年の秋で丸 3 年になるんですけれども、いまのところホルモン剤を飲みながら普通に生活ができております。先生も、まあ大丈夫でしょうっておっしゃってくださっているので普通に生活を送っておりますけれども、まだ 3 年ですので、心配もありますので、皆さんのお話を聞けるのを心強く思っております。

D さん 今日は自宅から歩いて 1 時間 40 分かけてきました。(一同お～) 汗びっしょりで着替えたんですけれども、だいぶ体調もよくなってきて、いろいろ健康に気を使いながら生活しています。私は乳がんになったのが 40 代だったので、リンパにも転移していたし、本当にどうなることやらと思いましたが、今一応どうにかなってます (笑)。

E さん 私はもう 17 年過ぎまして、去年の秋に先生から、もう大丈夫ですよ、完治しましたよって言われましたけれども、なんとなく今日は行ってみたいなと思ってこちらに参りました。

F さん 今日は E さんと一緒に参りました。乳がんになったおかげで友達になって楽しく来ました。私は 7 年目になるんですけれども、このへんも変かな～と思うんですけれども、ちょっといいこともありまして、自慢させてください。私、念願の“痺れ”サーブがうまくいきまして、卓球の試合優勝、じゃんけんで負けて団体戦で準優勝でした。そのあと、名前も知らない初対面の高齢の方と組んで、その方は子宮がんをやったそうです、3～4 年前ですか、お友達になりました。隣町の大会に行きました。ちょっと自慢します、5 戦戦ってみごと全勝で、ぶっちぎりの優勝ができました。(一同拍手) 治療が終わった後に、皆さんにもお話したと思うんですけれども、やっぱり薬の副作用のこの痺れがどうにかできないんだったら、痺れサーブで優勝したいっていうことを公言していましたけれども、一番へたな組だと思えますけれども、まぐれで優勝決定戦で優勝して来ました、ダブルスで。こんなことは地球がひっくり返ったのかなと思うほどですけど、相手の人たちが私たちが侮った感じで、まぐれで優勝しちゃいました。今年の前半は、自分と同じところにいるので、少し仲間たちを増やす意味でも、頭の体操のためにも、ちょっと試合に出てみようかな～と思いました。今年の前半は試合に徹しようと。

D さん 選手だ！ (笑)

G さん 私は 1 年前以上かな、参加させていただいて、佐藤先生のお話も伺って、そのあと順調だったんですけれども、最近またちょっと気になることがあって今回お聞きしたいなと思って参加させていただきました。

進行 一巡しましたので、じゃあ…先生のご近況を！

佐藤先生 近況ですか。特にないんですけれども…まあそこそこ忙しいんですけれども…。

まあ皆さんたぶん興味のない話で手術の話とかね、やっぱりお薬の話と手術の話というのは私たち両方必要になるんですけども、例えば、乳がんの医者っていうのはだいたい年に2回あるいは3回ちょっと注意、注目しなければならぬイベントがあるんですけども、まずは6月に行われる米国の腫瘍学会、そこでいろいろ僕たちがどうしたらいいんだろうと日頃疑問に感じていることが出てくるんですね、臨床試験の結果とか。で、こういう機会だから皆さんに知識としてお話ししておこうと思うんですけども、よく巷のニュースとか、あるいはテレビのCMで「学会で発表されました！」なんていうのを聞くとお思います。あれってぜんぜん意味ないんです。(一同「あ、そうなんだ」というのは学会発表というのはどういうふうにして学会発表に至るかということ、だいたい400字くらいの抄録というのがあるんですね。抄録、つまりちっちゃなまとめ。今回のこういうふうな臨床試験はこういうふうな形で私たちは結果を出しました—って短い抄録を出すんです。で、そうするとそれが学会のプログラム委員というのがあるんですね。私もなりますけれども、で、例えば30くらいドンと来るわけですよ、その400字くらいのものが。それで点数をつけるんですね、良さそう悪そうって。で、何人かで見ますので、点数が良さそうなものが上級演題として取り上げられて、そうじゃないと今度はポスターっていうのがあるんですね、ポスターを貼るわけですね。で、それって結構だれでもなっちゃうんですね。なぜ誰でもなれるようなものをポスターで出さなくちゃならないかということ、それやらないと学会の参加者が減っちゃうんですね。大会でもなんでも、参加者を増やそうと思ったらハードルを下げなきゃならない。発表もないのに仕事を休んで学会に行くなんていうのはなかなか難しかったり、病院からの補助が下りなかったりというのがあるので、なるべく参加者を募るためにはポスターを。だから学会のレベルが高ければポスターもいいんですね。さきほど言った米国の腫瘍学会のポスター。これはそこそこ難しい。でも国内のポスターっていったら誰でも。だから学会発表で私たちが“これはダメです”っていうのは倫理上ダメなやつ。人体実験みたいなやつとか、無茶苦茶なやつは、これは倫理上認めちゃいけませんねという形で弾くんですけども。そんな感じなんです、学会発表なんていうのは。で、最終的に今度は論文というのがあるんですね。論文になると今度はもちろん細かい情報をいっぱい入れなくてはならないですし、あとは査読者ってレビューワーって来るんですね。だから菊池先生もあそこに賞状みたいなのがたくさん貼ってあったと思いますけど、僕もああいうのいっぱいありますけれども、来るんですよ。こういう論文をうちの雑誌に載せてもいいでしょうか。こういうところがよくないと思います、こういうところがいいですっていうのを2人ないし3人がよく吟味して、それで返すんですね。これは医学じゃなくてもなんでもそうです。そうするとお手紙が来るとそれに対してコメントを返して、査読者が“これだったら大丈夫ですね”って言って初めて論文になるんですね。だからさっき言った学会発表っていうのは400字のこれだけの判断になっちゃうけど、論文というのは最初から最後まで何ページにも渡ってなので意味がぜんぜん違うんですね。だから私たちは学会発表だけでは動かないんですね。動かないっていうか学会発表でこれがいいとか悪いとかはあまり…まあ重要なことはたぶん含まれているにしても、それですぐには動かない。そういうのをピュアレビューっていうんですけども周りの人が吟味する。場合によっては学会の発表のその場でいろいろ議論があったりするんですけども。ということで、学会で発表がありましたっていうのはあまりあてにならない。私たちは知ってるんですよ。専門家はみんな知ってるんです。へんな免疫療法なんていうのは、何とかの学会で発表しました—なんていうのはその学会がめちゃくちゃな学会だったりしてね。で、最近はその学会の発表の準備に合わせて、論文も準備しちゃってるんですね。だからほぼ同時に「この学会の発表は今週のニューイングランドジャーナルに出ます」なんて、株価も変わって来ますしね、いいお薬が成功すると。だからそういうのがあって6月に米国腫瘍学会があるとほぼ同時に論文も掲載されることになるし、それと同時に政府も動くわけですよ。保険収載であるとか。ということで私たちにとって6月というのはそういう意味では非常に緊張感のある月なんです、がん専門医にとって。それと9月にESMOっていうのがあるんですね、ヨーロッパの腫瘍学会があるんです。それも同じような感じ。でもやはりアメリカのほうがインパクトが大きいので、本当に重要なものはアメリカで出されることが多いです。それとあと12月にサンアントニオの乳癌学会というのがあるんですね。それも非常に重要な、患者さんにとって益のあるよ

うな臨床試験の結果がなされる。で、今年のサンアントニオの話題というのは実は手術の話が結構大きな問題でいっぱい出てきたんですね。ということで、12月の頭の学会というのは私は個人的にはとてもたいせつだったんですね、今回のデータに関しては。例えば、さっき“痺れ”サーブの話をしていましたけど、やはり脇の下のリンパ節、手術の前にリンパ節の転移のなさそうな人に関して一部のリンパ節の確認をしました、そこに病気がなければもうそれで終わりですよってというのが今通常やられることなんですけれども、もしそこに病気があった場合にはやはり脇のリンパ節を取りましょうというのが、常識だったんですね。というのは、一番怪しいリンパ節に病気があったら、それ以外のリンパ節にも可能性があるわけですからね。でもやはりそれだと手の浮腫であったり、そういうのが問題になってくるので、何とか回避できないか、あるいは一番転移しやすいリンパ節に病気があったとしても、7割の方は、他のリンパ節には無くてそれだけなんです。何とかならないかというわけで、臨床試験が行われて脇の下を取らないで放射線で済ませたらどうだっという臨床試験が、アメリカとヨーロッパで同時にやられていて、で、アメリカの臨床試験はちょっと経過が早く進んでいたんで、10年経っても同じですよって成績が。10年経っても脇の下のリンパ節を取ろうと放射線で済まそうと再発率はまったく同じですよ。ただやっぱり手の浮腫は、放射線で済ませた人のほうが少なかったんですね。で、今回のサンアントニオは、ヨーロッパでやられた同じような臨床試験でも、やはり10年経っても同じ結果が出た。私たちの施設でも、もう脇の下を取る手術はほとんどやっていません。初めから有る人はダメですよ。初めから有る人ではなくて、臨床的に無さそうな人、見張りのリンパ節の対象となる方、というのがまず一つ。とても重要な。手術をやった方はまあ、あつそって感じになっちゃうんだけど、非常に重要なことなんです。あともう一つはですね、とても重要な大規模な臨床試験が一つドンと紹介されたんですけども、実は、乳房温存療法という言葉があったとしても、そんなに乳房切除と変わっていないんですよ、考え方が。なぜかというと、治療の対象は乳房全体ですよ、結局。つまり、昔はしこりが一つあったら手術で全部取ってたわけですよ。でも今はしこりがあった場合はそこだけくりぬくのはいいんですけども、治療範囲はやはり乳房全体になるわけです、つまり放射線をかけるから。つまり治療範囲は全乳房の治療だというのがずーっと変わっていなかったわけですよ。で、全体の乳房を手術で取るっていうのは、整容性の問題があったり気持ちの問題があったりいろいろな問題があって回避したいですよ。じゃ今度は放射線だったらいいかといたら、放射線でもやはり問題があるわけですよ。乳房全体に放射線をかけると萎縮が生じたり、汗の腺がやられて熱がこもってしまったり、お肌の問題が生じたり。みんながみんなではありませんけれども。細かいことを言うと、心筋梗塞の発生率が上がったり。心臓の血管にも当たりますので。間質性肺炎になったり。いろいろな問題があるんですね。だから治療の対象全部に広げる必要が本当にあるのかどうかっていうのが長年ずーっと問題だったんですけども、大規模な臨床試験の結果ね、それも10年間の結果が2つ出たんですね。そこだけでもいいんじゃないか、そこだけくりぬいて、そこだけ放射線照射をやったとしても。つまりほかのところはやらなくてもいいんじゃないか、っていうのが大規模な臨床試験。そこだけにすると他にもいいことがいろいろあって、放射線照射が5日間で終わっちゃう。つまり全体にかけるから25回もかけなくちゃいけない。というのは広い範囲に放射線を当てるということはダメージが大きい。でもちっちゃなところだけだったら問題にならない。ある程度広かったらやはり多い量の放射線というのは障害を与えてしまう、ということで小さく分割でやっていかなきゃならない、というわけでやはりがんを殺すためにはそれなりの回数をやらなくちゃならないけれども、その部分だけだったら範囲が狭いので、比較的用量の高い放射線を与えることができる。一番短いのは術中にやっちゃうのがありますね、20グレイという放射線を。手術の間に放射線も終わっちゃう。あるいは手術直後から開始したり、あるいは手術を終わってからゆっくり開始したり。いずれにしても5日間くらいで終わらせられる。そのやり方が全乳房と比べてほとんど変わりが無いというのが今回2つ立て続けに出たんですね。これ非常に大きな問題で、何千人規模の臨床試験なんです。まあ、そういう結果を経て、3月9日に国立がんセンターに行って日本でどうやってそれを広めていくかっていうのをやらなければいけない、それがちょっと私の最近のあれかな。あとは、昔、乳房再建の写真集を出した方がいたのを覚えていますか、患者さんの会

で。その会の会長さんに今度うちの研究会に来てもらうことが決まって。それもまた新しいチャレンジかな〜と。それと5月には韓国から患者さんの団体が70人位来るんです。そのサポートをするっていうのと、5月には菊池先生の立ち上げた研究会をやらなくちゃいけないのでその準備。それとあとは重要なのがJCI。ここらへんだと取れている大学ってあまりない、埼玉医大が1回取って1回落ちた。JISマークみたいなものですね。病院で怖いんですよ、皆さん。ほんと怖いんですよ。私たち管理者はよく知っていますけれども。毎日のようにヒヤリハットが起きてますから。ほんと怖いんですよ。スターバックスとか行っても、あれ？私が頼んだのはこれじゃない、なんてことよくありません？ 食堂に行くと注文と違うものが出てくるなんてことしょっちゅうありません？ありますよね。医療も同じですからね〜。それが致死的な薬剤が絡んできたら。昨日うちの病院であったのが、お薬、1アンプル1とう2とうとか言うんですよ、とうって筒って書いて。半筒お願いしますってお医者さんが言ったら、看護師さんが3筒と聞き間違えた。(一同あ〜) まあ致死的なお薬じゃないんでね、大事には至らなかつたんですけども、本来私たちは口頭指示っていうのをやっちゃいけないんです、口で言ったら必ず間違えますから。口頭指示は受けない。受けざるを得ないことがあったとしてもリードバックといって、自分から「じゃあ〇〇ですね」って。ただ、看護師さんは「はい、わかりました。3筒ですね」って言って、お医者さんは「はい、そうです」って。電話だから。3筒と半筒っていうのは分からないですよ〜。手順を全部守っていても、やはり口頭指示って怖いんですよ。患者さんが死に至るようなことですら、たまにニュースであるじゃないですか。でも、あれの背景には、あれが起こる前には、そこまで至らないことが何百何千とありますからね。で、そういうのを病院の基準というのをしっかり、例えば私の外来に来た患者さんはすべて診察室に入った瞬間にお名前と生年月日は全部言ってもらいます、どこでも。採血してもどこでも何しても。それをやらないと基準が取れないので、5月から完全に。それやっても患者誤認というのは生じ得ますからね。特に焦っている場面であるとか。そういうのを今ネバー・イベントっていう患者さん誤認に基づく重大な事故だとか、そういうグループの中の外科系の責任者が私なので、そういうのもやっているんですけども、だから怖い話がいっぱい入ってくるんですよ。たぶんこれからの医療はそういう質と安全の時代、重要な項目になってくると思います。

Fさん 先生、質問してもいいですか。私たち今この人数、メンバー全員別な医師に手術とか治療をしてもらったんですけども、先生が今おっしゃったような学会で学ぶときに、どういう先生たちがそこに集まって、臨床試験でも何でもそうですけれども、私たちがかかった先生たちもそこに行って勉強して、その医療の方法とか技術を勉強したものを患者にやるときには、どういうふうに伝わって行くんですか。佐藤先生とか学会に行く他の先生たちと、私たちがかかるような一般の、というか学会に行かないような先生たちに、その治療法はどうやって伝わるんですか。

佐藤先生 まず言えるのが、今の時代、専門医を取っていないとダメだと思います。診る資格ないと思います。

Kさん 専門医を取るということは、私たちから見たら、専門医かどうかというのは何で見ればいいんですか。

佐藤先生 まず一つが、今、専門医の見直しっていうのが始まっているんですね。各学会が資金集めのためとか学会の会員を増やすために専門医を結構簡単に取らせてたっていうのがあって、それでも大変なんですよ、そこそこ。乳癌学会の専門医に関しても学会発表何個以上、手術件数は何件というのをしっかり取られて、いろんな病院にいくと多分NCBなんて書いたポスターがあるかもしれないですね、“あなた方の情報は匿名化して上に上げてますから云々”という形で。で、あれに基づいてその手術には誰が入ったかどういった形で関与したか全部登録されてますので、そのデータを用いて専門医の試験の時に必要になるんですね。で、その専門医を取るために今言ったような学会にも参加し

なければいけないし論文も書かなければいけないし。テストがあるんですね。だからある程度の基準というのがあります。で、たぶんそれが最低限の話です。最低限。トレーニング中の人で取れていないのはしょうがないと思うんですけど、もし一番上の立場の方が治療方針を決定する立場の方で、その人に何も言えない状況の環境であったらば、その人が専門医を取っていないととても怖いんです。なおかつ各学会の専門医のあり方について検討会というのがずーっと行われていたんですね。例えば今一番大きく揺れているのが麻酔科学会の専門医。麻酔科の先生ってパートタイマーがすごく多いんですよ。パートタイムしているほうがお金になるから。これはもう社会的な問題でもあるということで、今回麻酔科学会の専門医を更新するには、固定した場所で1週間に3日間はちゃんと麻酔とそれ以外の、例えば術後管理にも従事しなさいというようなお達しが出て、だから麻酔科学会はものすごい反対するわけですよ。そんなことやると誰も専門医取らなくなっちゃうよと。まあそういう形でいろいろな学会と専門医のあり方、検討会、厚生労働省のワーキンググループと折衝して、だいたい方針がまとまっているみたいです。ですからこれから専門医っていうと、なおさらしっかりした先生の確認が取れると思います。

Fさん そうすると、本屋さんに行ったりすると、有名な先生の本とか見たりするんですけど、ここで勉強しているからそれに惑わされないようにはしてるんですけど。

佐藤先生 ああいう本を出してる先生というのはだいたい専門医取ってますよね。

Fさん ここに来た方で一人、乳腺科かどうか分からない先生にかかった方がいらっしやいましたよね。

佐藤先生 たまにいらっしやいますね。話を聞いてたらそういう方の受けてる治療はむちゃくちゃです。ただ、今患者さんもどんどん情報が入手しやすくなっていますし、もちろんご自分の命がかかっているということもありますし、皆さん賢くなっていますので、淘汰されていますし、そういった病院は多分だんだんかからなくなって行くはずですので、少しずつ変わってくるとは思いますけどね。

Fさん 病院の先生によって手術の内容とか、レベルっていうか、違うっていうこともありうるっていうことですか。

佐藤先生 具術的な細かいことを言うといろいろ変わってくると思います。例えばしこりに対して大きく取る方とか、あるいはきれいに治すということに興味を持っている方、重きを置いてやる方、あるいはなにしろ大きく取ってっていう意識から抜けられない方だったり。だから比較的昔に医療を習った方っていうのは場合によっては変えられていないこともありますね。昔は放射線照射をとっても嫌がっていた時代があるので、温存手術に関しては放射線照射を回避しようということ、なるべく大きくは取るんだけど、大きく取ることによって放射線を回避しよう。

ですから、何に関心を持って何に重きを置くかっていうのが先生によって変わってくるというのはあります。ただ、そういうのは手術のテクニックの問題であって、今度は薬物療法になると、それが直接患者さんの生命予後とかに関わってきてしまうので、ちょっとそこはそれではいけないんじゃないかなと。考え方一つになってしまいますよね。だって別にその人のお薬を調合するわけでもないわけで、選択するだけです。そこに至る患者さんとの相談であったりというのは重要ですので、やはり勉強している先生としていない先生で…

患者さんはがんと診断されてから慌ただしいんですね、あまりにも。あつという間にもう、話を聞いてもよくわからないし。そのあとにお薬の治療もあるし、その都度判断を迫られるわけだし、その流れの中で、他の先生の意見を聞くなんていうのは。一時セカンドオピニオンなんてよくみんな義務のように言っていましたけど、最近誰も行かなくなりましたよね。まあでも、大抵皆さんお仕事を持ってたり、子育てがあったり、それ以外でもコミュニティの問題があつて忙しくて病氣ばかりに向き合っていられないしって、ほんと大変だと思います。もし自分がね、今日がんつて言わ

れたらどうなのかなって思うと、どうしていいか分かんないですよ、外来もこんなに忙しい。病院も行けないし…

Fさん 先生ご自身が…

佐藤先生 そうそう。休むわけにいかないし、ありうる話なので、いや、誰でもね。みんなたいへんだな～って思いますよね。まあ将来的にお薬でだけで治るようになればいいですけどもね、まだそこまで至っていないので。

Aさん 私はトリプルネガティブなんですけれども、先生に「私は発見が遅くてこんなになったんですか」って聞いたんですね。そしたら「いや、それは性格です」って言われたんですね。性格って言われるとなんかとても自分の人格を否定されたようなね、先生は忙しいから説明はあまりしてくれないで一言それを言うわけですね。最初も「悪性度の高いがんですから」っていうことなんです。だからその悪性度の高いがんというのは、いろいろ種類があるんでしょうけれども、どの程度を悪性度っていうんでしょうか。

佐藤先生 まず、僕も患者さんとお話するときに、言葉を1つだけ気を付けることは、がんというのは遺伝子のミスの集まりなんです。1つの細胞がもう1つ仲間を増やすときには遺伝子を書き換えるわけです、コピーするわけです。でもものすごい数の遺伝情報ですから、間違えるときもあるわけです。間違えたときに、その間違えられた細胞が死んでくれればいいんですけど、間違えたままになっている。間違えた細胞はまた書き換える時にまた間違えて増やしていくわけです。で、いろいろな間違いが積み重なって、それが細胞の無秩序な増殖につながっていくというのががんなんですけれども、ですからがんというのは遺伝子の間違いの集合なんですけれども、それを言うと患者さん自分の遺伝子がなんか悪い遺伝子なんじゃないかって勘違いする方が必ずいるですよ。それと、アンジェリーナ・ジョリーさんのあの遺伝子のミスっていうのはまた話が違うんですよ。だからがんというのは、もちろん最初は自分の細胞からできているんですけども、その細胞、がん細胞がいろいろ遺伝子のミスを犯しているだけであって、別に患者さんご自身の遺伝子は普通なわけなんです。ただアンジェリーナ・ジョリーさんの場合は遺伝子がミスを犯したときに、それを治してくれるタンパク質を作ることがなかなかできないような遺伝子を、そもそも生まれつき持ちちゃってるので、高率にがんになりやすい。だからもともとお父さんとお母さんからの遺伝子をもらっているわけです。体もそれと同じような細胞で構成されているので、遺伝子のミスは、口の中の粘膜でも採血でもどこでも確認することができるわけです。でもがん細胞の遺伝子のミスは、がん細胞自体を調べなければならぬ。ということで、遺伝子のミスといっても2種類ある。で、今回の遺伝子のミスの集合体が乳がんなわけなんですけれども、その遺伝子のミスのパターンによっていろいろながん細胞に分類することができるわけです。だから患者さんご自身とは全然関係ない。血液型とも関係ない。性格ともがんはぜんぜん関係ない話なんです。それによって治療方針がぜんぜん違うんですよ。この前、水泳の白血病の方がアナウンスされていろいろ炎上すると。炎上するの当たり前なんです。白血病の治療っていろいろ分かれてますからね。ものすごく細分化されているので、お薬で問題なく治療できちゃうものもあれば、骨髄移植とかしても大変なものもあれば、どのタイプでどういう時期なのかも何もわからないで、みんな勝手に白血病って一絡げにして言っちゃうから、そりゃ炎上するのも当たり前だ～って。だから記者会見で誰かがコメント求められて、「私分かりませんので言えません」って言ってましたけど、それが一番正しい対応で、本当に分からないからそう言ったんだと思いますけど、私もあれが正解だと思いますけれども。というわけで、乳がんも白血病と同じように、というか今がんというのは分類が、肺がんなんかもそうです、ものすごい分類が。なぜならば今言ったように、遺伝子のミスのパターンによって同じ乳腺から出てくるがんによってもぜんぶ違うんですよ。違うというのは何が違うかということ、それこそ性質が違うわけですよ。中にはおとなしい乳がんもあれば、おとなしいというのは細胞分裂の頻度が少ない乳がんもあれば、そうではない逆の乳がんもあるし。

で、その分類をするときに私たちは細かい分類ができるんですけれども、不必要な分類はしないんですね。不必要な分類というのはどういうことかという、治療の方針に影響してこない分類はしても意味がないんですね。昔は、ホルモン治療が使える乳がんとホルモン治療が使えない乳がん、2つに分けてたんです。ホルモン感受性乳がんとホルモン非感受性乳がん。なぜならばホルモン治療が効きそうか効きそうじゃないか、これしかなかった。だからこの2つの分類しか昔はなかった。で、そのうちに Her-2 タンパクというたんぱく質が注目されて、それに対する特別な治療、あるいは特別な予後、特徴がいろいろわかってきたので、じゃあ Her-2 タンパクが過剰発現している乳がんというのは、治療方針というもの変わってくるし、治療薬も若干変わってくるのでそれはまた独立してきたわけですね。だから私が医学部の学生時代には Her-2 陽性乳がんなんて言葉はなかったんです。ホルモンの感受性のある乳がんか非感受性の乳がんか、それだけだったんです。で、その中から今度 Her-2 が独立してきて、ホルモンの感受性のある乳がんの中でもじつはまた2つくらい分かれて。これはなぜかという、特別なお薬があるのではなくて、ホルモンの感受性のある乳がんの中でも、ホルモンだけに成長を依存している乳がん、そうじゃない乳がんがあるんです。ホルモンだけに成長を依存している乳がんはホルモン治療だけで充分なんですね。大人しい乳がんだし、おとなしい乳がんというのは細胞分裂をしていない乳がんなので、抗がん剤が効かないんですよ。抗がん剤というのは細胞分裂を一生懸命している細胞に働きかけるから。だから抗がん剤をやった髪が抜けてしまったり、白血球が下がったりっていうのは、何か一生懸命作っている細胞がやられるだけであって、筋肉が衰えるっていうことはないんですね、筋肉は別に細胞分裂なんかしてないですから。というわけで、抗がん剤をやったとしてもその人にとって益がないようなおとなしい乳がん、そうじゃないもの。そうじゃないものに関してはやはりホルモン治療だけでは不十分なので抗がん剤も追加したほうがいいですよと、こういうふうに分かれる。Her-2 タンパクが出ている乳がんに関しては、これはやはり怖い乳がんだし、ただしそれに対してハーセプチンであるとか、今はちょっと心配な方に関してはパージェタというお薬も補助療法として使っているようになりましたので、ハーセプチン、パージェタというお薬を加えることによって、心配を減らしていけるようになった。で、いずれでもないのがトリプルネガティブというだけなんですね。女性ホルモンに感受性があるかどうかというのは、エストロゲン受容体とプロゲステロン受容体、この2つで決めることが多いんですね。で、それにあと Her-2 タンパク。この3つとも感受性が無い、陰性である、ということでトリプルネガティブ。つまりそれ以外っていうだけなんですね。さっき言ったホルモンに感受性と非感受性がありますよ、その非感受性の中からまた独立して行って、その残りというだけ。だから今トリプルネガティブ乳がんも今6つあるいは7つくらいに分類されるということもあります。それによって怖さもいろいろ違ってって私たちも分かっているんですね。でも、僕が最初に言ったように、それによって何が変わるかっていったら変わらないんですね、つまり抗がん剤しかないんですよ、現時点では。トリプルネガティブの中で一部のがんに関しては、ほっといてもいいというものが出来たらそれは計上されるべきですけどもそれが無いので、今のところトリプルネガティブという1つのくくりになっているだけであって、でもこれももうすぐ分類されます。もう再発乳がんに関しては分類されてますから。例えば、さっき言ったアンジェリーナ・ジョリーさんのようながんに関係しているタイプのトリプルネガティブであったりだとか、あるいは男性ホルモンに関係しているアンドロゲン受容体を有するトリプルネガティブであったりだとか、あるいは免疫療法にもものすごく反応しやすいトリプルネガティブであったりだとか。今更なる分類がありますけれども、もちろん再発の話ですけどもね、補助療法においては抗がん剤しかないので、トリプルネガティブをあえて細分類する必要はないですし、それによって患者さんが何か変わるわけでもない、トリプルネガティブですって言われただけであって。で、トリプルネガティブの方に関しては基本的には、手術の後に、無治療か抗がん剤しかない、その代わり抗がん剤は先ほど言ったようにちょっと悪性度の高い乳がんですから、逆によく効くんですね。先ほど言ったおとなしい乳がんに比べてよく効くので、抗がん剤はトリプルネガティブの方に関しては、例えば1cm行かないような浸潤系の乳がんだったとしても、私たちは抗がん剤をお勧めすることが多いです。ということで、特別怖れる必要はないです。

Aさん はい、わかりました。でも毎回先生が、油断はできませんからねって診察室出るときに言うんですね (笑)。

佐藤先生 トリプルネガティブは、今度はトリプルネガティブじゃない人にとっては不安になるかもしれませんが、逆に怖い乳がんですので、何年か経って大丈夫だったら、そのあとずーっと大丈夫です。

Aさん 先生がおっしゃるには、5年を一応めどにしましょうっていうことなんですかけれども。

佐藤先生 トリプルネガティブの晩期再発、つまり時間が経ってからの再発っていうのは私たちほとんど経験しないです。というのはそれだけ悪性度が高いので、5年経つまでに出てきちゃうわけ。潜んでいたものが見えてくるわけ。だから胃がんとか大腸がんは5年生存率という言葉を使うのは、悪性度が高いので、5年経ったらまずそこから再発してこない。ただ、女性ホルモンに感受性のあるおとなしい乳がんというのは、5年経っても油断できないんですよ、逆に。だから5年以降の再発っていうのが一定の頻度あるので、今ホルモン治療というのは5年から10年に伸びているというのは、5年以降の晩期再発を下げるため。だから逆にトリプルネガティブの方は、初めは抗がん剤治療とか大変かもしれないけど、それからあとはやることがないですし、5年経ったらなおさら心配ないですから、まあ後は反対側の乳がん大丈夫かなって、その程度です。

Gさん 私もトリプルネガティブなんですけれども、先に抗がん剤をやって、それから右の乳房を全摘しました。そのあと引っ越しまして病院が変わったんですけれども、そこで定期的に半年ごとに検査を受けているんですけれども、最近の検査で左側にもしこりがあるって、でも乳腺かもしれないから、はっきりわからないから、細胞診はできない、針が刺せない位置だから？とか言われて、様子を見ましようと言われて、でもすごい心配で、3ヶ月後に来てくださって言われたんですけれども、ちょっと早めに受診したんですね。そうしたら、そんなに心配ならということで造影剤を入れてMRIの検査をしてくれて、今度結果を教えてくださいなんですけれども。右のほうはトリプルネガティブで3cm以上あって大きかったんで、抗がん剤治療を先にやったんですけれども、術後4年くらい経つんですけれども、どうなんでしょうか。

佐藤先生 まずお話を整理しますと、トリプルネガティブはトリプルネガティブで考えて、5年近くたっているんで、あ〜よかったね、でいいんじゃないですか。それと今回の反対側のしこりは別な話ですから。普通私たちが考えるのは、乳房への転移っていうのはほとんどないですね。ないですね。転移じゃないです。新しい乳がんの発生というふうに考えます。

Gさん 転移じゃないんですか。またトリプルネガティブということはないんですか。

佐藤先生 またトリプルネガティブになる可能性はあるにしても、前回の乳がんが対側の乳房に転移するというのはまず無いと思います。右の乳がんとは分けて考えるべきです。ですから、先ほど放射線の部分照射のことをちょこっとお話ししたんですけれども、部分照射っていうのはそこだけの放射線照射でいいんじゃないかっていうお話をしたんですけれども、実はそこだけの治療のほうが0.7%その乳がんの発生が増えてたんです。つまり、例えば右側の乳腺を温存しましたと、で、そこに乳房全体に放射線照射をしました、それと、そこだけの放射線照射をしました、右側の乳腺、同じ側の、治療をした側の乳腺の、新しくまたがんができてしまった、つまりいわゆる局所再発した率っていうのは、そこだけの治療の方のほうが0.7%、10年間で多かったんです。じゃあ劣った治療なの？っていうとそうではなくて、放射線を当ててない場所から出てきた新しい乳がん。別の乳がん。

Dさん 原発の乳がん。

佐藤先生 そうそう、原発の乳がん。だから再発っていうのは二つあって、一つは局所再発、あるいは領域再発って言います。局所再発、領域再発っていうのは、手術した場所からまた出てきちゃう。乳房切除した方は、例えば一番重いのは縫い目のあたりから出てきちゃったりね。あるいは領域再発というのは所属リンパ節、その周囲のリンパ節から出てきてしまったり。あるいはそれ以外では遠隔転移、肝臓、肺なんかに移ってしまったり。こういったものはトリプルネガティブに関係した乳がんの再発と私たちは見ます。ただ、反対側に出てきたり、あるいは温存した側で場所がズレたりして出てきたものというのは、ほとんどのケースが新しくできた乳がんです。だからあなたのがそうかは分かりませんが、私たちは、両側に乳がんが出てきた人がいたりだとか、あるいは、周りに卵巣がんの方がいたりだとか、あるいは家族の方にも乳がんの方が多かったりする。その中の一つとして、両側乳がんの場合はさっき言ったアンジェリーナ・ジョリーさんのようなリスク、特にトリプルネガティブという、そういったリスクを考えるんですね。ただ、家族歴が無ければ全然問題ないと思いますけれども、そういうふうなリスクを考える。たぶんね、説明の仕方が違うだけなんだと思うんですよ。細胞診ができないなんてことないですから。

Gさん 前回の右の時は細胞診お話しはしなかったんですけど、今回、細胞診できないんですかってこちらからしたら、できない難しいところだからって、乳腺腫かもしれないし、組織を採ることは難しいって言われたんです。

佐藤先生 それは無いですね。採れないなんてことないです。たぶん想像し得るに、分かりませんよ、想像ですけどね。普通そういう状況があるとしたら、基本的に組織を採ったりするのは患者さんにとって嫌なことなんです、普通は。みんな喜んでやってやってなんていう人いないわけですよ。でも、こちらとしてはそこまでする必要ないっていうのがやっぱりあるわけですよ。(お医者さんの側としては) そうです、そうです。こんなね、針刺してかわいそうにっていうのがあるわけですよ。で、その時のワンステップとしてMRIで判断をして、MRIでこれならとなったら患者さんにやりましょうとお勧めしたり。特にね、分かりやすいのをいうと、マンモトームっていう検査が例えばあるわけですよ。マンモトーム。石灰化だけで見つかる病変があるんですよ、乳がんの場合。マンモグラフィをやった状態で30分ジーンとして、そこで針を刺す検査っていうのがあるんですよ。地獄だと思いますよ。これね、やられるほうも地獄ですけどやるほうも地獄なんですよ。で、そういうふうなものを簡単にやりたくはないので、一度、間にMRIという検査を挟んで、一度ふるいにかけて患者さんにこういう検査をしましょう。なんでも医学ってバランスですからね。例えば咳を一つしたからってCTいきなり撮らないでしょ。咳したから肺がんが心配でCT撮ってくださいって言っても、たぶん医者は、いやそんなの被爆のほうの問題ですから、そんなこと意味ないんじゃないですか、医療行為をやるからには何らかの意味があるはずなんです。だから普通の考え方としては、細胞診ができないっていうことはないと思います。やる必要がないからそう言ったんだということはあると思います。でも患者さんがそんなに心配するんなら、MRIは感度が非常にいいですからね。

Gさん 造影剤を入れるのと入れないのとでは違うんですか。

佐藤先生 造影剤入れないと意味ないです。造影剤をやることによって…だから逆に感度がよすぎて、アメリカではMRIをやると、擬陽性っていつても何でもないので引っかけ、乳房切除に至るケースが多いんです。日本人よりも、アメリカ人、中国人のほうがものすごい心配性ですからね。私たちもアメリカ人とか中国人をよく診ますけれどもね、まあ心配性ですよ。半端じゃない心配性ですよ。こんなちっちゃなのでも乳房切除してくれって言いますからね。要らないって言って。

Bさん 私はマンモトーム生検やりました。

佐藤先生 大変だったでしょ。

Bさん ええ。私は分かった時に、右と左両方にあっただけですけど、別々だって言われました。

佐藤先生 だいたい両側の場合は別です。

Bさん で、リンパ節転移も大きかったから、結局いっぺんに3か所手術したわけなんですけれども、脇のリンパ節取るのと右と左。

佐藤先生 手術は寝ている間にやるからいいけれども、生検される側はたまったもんじゃないですよ。

Bさん その時に、左のほうは細胞診が充分できなかつたから手術の前にマンモトーム生検をしますってということで、それはエコーの時にエコーをやりながらパシッと取るのとは全然違って、針の太さが全然違うんですね。平べったいもので。ちゃんと部分麻酔とかして。

佐藤先生 患者さんの負担は大きいので。今、マンモトーム生検を例に出したのは患者さんの負担が大きい例として出したんですけれども、細胞診というのが一番負担が少ないんですよ、細い針ですし、局所麻酔をして、採血のような針を刺すのが一番負担が少ないんですけれども、あれは逆に信憑性が低いので、今、細胞診で診断して乳がんの手術をする施設はほとんど無いんです。昔はそれで決めて手術のあとにがんじゃありませんでしたって、訴訟に至っているケースも多かったんですけれども、今はほとんどそれやらないです。今おっしゃってたような太い針を刺して。で、マンモトームというのはさらにもっと太い針を刺すんですけれど、そのかわり1回で済んでしまうので、

Bさん そんな長い時間ではなかったですけど、でも前もっての準備とか、その後の気を付けることとか、普通の細胞診とは違ってましたね。

佐藤先生 医療行為っていうのは、医師免許なかったらこれ傷害罪ですからね。合意を得て人に針を刺す、とんでもないことをやっているわけですから、だからそれなりにやるからには妥当性があると思うので、本当に例えばがんを疑うのであれば、切開してでも摘出すべきだと思います。診断をするべきだと思います。場所が悪いから細胞診できないなんて無責任なことは言わないと思います。だから、私たちの感覚からしたらそこまでする必要ないんじゃないかということなんだと思います。でもそれでも心配なら乳房MRIをやって、それで大丈夫だったらもう少し様子を見てもいいんじゃないかっていう判断は十分考えられると思います。分かりませんがね。そういう発想なんじゃないかと思いますけどね。なにしろトリプルネガティブは関係ないですからね。切り離して考えてください。

Gさん トリプルネガティブっていうことばかり頭にあって…。顔つきの悪いがんだってネットでも見るし。お医者さんはそんなことは一切言わないんですけれども。自分が心配しちゃって。

佐藤先生 何かこうトリプルネガティブという言葉が勝手に一人歩きして、勝手に恐怖心を煽って。

Aさん 新聞の週刊誌の広告の見出しなんかで“最悪の乳がん”なんて載ってるんですよ。そういう文字を見ると、あ〜最悪なんだこれはって。

佐藤先生 分かりませんが、いいように取ったらいいと思いますよ。(一同笑) 例えば今回は乳房切除ですけれども、トリプルネガティブはものすごく抗がん剤がよく効きますので、術前化学療法をやってもものすごく小さくなって、本来なら温存手術が難しい方が、術前化学療法によって温存手術が可能になったケースがいくらかでもありますし、先ほど言ったようにホルモン治療をやらなくていいので、医者顔をあまり見なくて済むので、いいじゃないですか。しかも4~5か月に1回病院に行けばいいだけです。

トリプルネガティブ含めて、今、乳がんってほとんど再発しないですよ。万が一心配するとしたら、変な治療を受けて、十分な補助療法をやっていない方がその後を心配するなら何とも言えないですけれども、ちゃんとやるべき治療をやっていたら、標準治療をやっていたらそのあと別に…いいんじゃないですか。ただ客観的に、トリプルネガティブというのは放置しておくのが怖いというのは、それは正しいし、いいと思います。ただそれは補助療法を決定するときの資料として考えるべきであって、だから抗がん剤をやりますっていうのはいいと思います。でもしっかりやるべきことをやったら、もうそれは怖いがんでも何でもなくて、治った状態なので、考えてもしょうがない。

Aさん 私はトリプルネガティブなので、それでこの足のほうに大きな障害が残ったと思ひ込んでいたんですよ。病院でもそれが原因ではない、症例がないって。でもがんのたちが悪いからこうなったんだって何でも結び付けちゃうんですよ。

佐藤先生 がんとは関係ないですよ。何でも結び付けちゃいますよね。よくわかります。

Aさん そうなんですよ。こんな足が不自由というのは考えられないって。

佐藤先生 そういう意味では正しい知識、リテラシーというか、を持って対応するというのはいいと思います。最近感じるのは、ついこの間の方もそうですけれども、何しろがんは治る時代ですからね、ほんとのほんとに。しっかり治療をやっていけばですよ。やらないとしっぺ返し必ず来ますからね。最近思うのは、経営のほうも僕たちは把握していなければならぬんですけど、やはりご高齢の方が増えているんですよ。で、今お薬の治療って10年じゃないですか。70歳で治療を開始した方が今80歳だし、80歳の時なら90歳なんですよ。ついこの間の方も完全に認知症が始まっちゃった。施設の方と一緒に受診しに来てとか。だから、乳がんだけに囚われてもよくないな〜って思いますけどね。

Fさん 先生、笑ってください、私ね、夜ここから液晶が漏れたんですよ。朝起きたら全部紫色になっていたんですけど、その夜、自分の体の中が再発がんに侵されたみたいに怖い色になった夢を見たんですよ。私は先生に、今度(乳がんが)出る時は右だからねって言われてるんですけど(一同笑) こっち(右)に出るのは再発じゃないんですか・

佐藤先生 対側の乳房にがんが飛ぶっていうのは、私はほとんど経験してないですよ。対側の腋下に、脇の下のリンパに飛ぶっていうのはあります。

対側の腋下に行くっていうのは、分類上は4期になるんですよ、ステージ4になるんですよ、だからよっぽどの乳がんなんですよ。

Fさん そしたら、再発したものと新しくできたものでは、治療が違うんですか。

佐藤先生 あ、それは難しい質問なんですよ。まず新しい乳がんに関しては、これは新しい乳がんとしてもう一度取り組みを開始します。局所再発、あるいは領域再発をした場合、例えば温存しました、で、年次再発率、年間にだいたい1%くらい局所再発を起こす可能性があるんです。放射線照射をやらなくてもそれはグーっと上がるんですけど、局所再発を起こしてしまった場合に、局所療

法としてもう一度手術を行えます、基本的に。例えば温存療法をやった方は基本的に乳房切除になります。基本的にはね。部分照射をやったら大丈夫なんですけれども、というのは、放射線照射って基本的に同じ場所に2回かけられないので、だから温存手術ってもう1回温存手術で全乳房照射って2回できないので、部分照射でそこだけの放射線照射というのを使えば温存手術で来ますけれどもね。

Fさん なんか仮面ライダーみたいに線を引かれて一あれは部分照射？

佐藤先生 それは全乳房照射です。

Fさん じゃあ1度やったところにまたがんができれば。

佐藤先生 基本的には乳房切除になります。

Fさん じゃあBさんみたいに両方に同時に出てきた場合は。

佐藤先生 そういう時にはそれぞれのがんとして対応します。そしてその中で補助療法を決定するときには、一番重い因子で考えます。重い因子に引っ張られて治療を行います。

問題は、局所再発した場合に、もう一度補助療法をやり直したらいいのかどうかというのがずっと謎だったんです。つまり、例えば最初にタキサン系の薬剤の治療を受けて、抗がん剤もその時やったのに、局所再発がもし出てきてしまったときに、手術できれいにしたのはいいんだけど、もう一度内容を変えてまたそれをやらなくちゃいけないのか、ということで臨床試験が行われたんです。やったほうがいいという結果が出た。だから、そういう意味から考えると、局所再発した方に関してはもう一度それに対してアプローチをします。というのは体の中に潜んでいるがん細胞も、また上がってきている可能性があるから出てきているわけなので、もう一度しっかりやり直しましょうという形になります。ただ、反対側に出てきたりだとか、同側であっても離れた場所に出てきた新しい乳がんというのは、これはもう完全に新しい乳がんとして考えますので、それはそれとしてもう一度対応し直すということになります。

ま、でも対側乳がんの発生率っていうのは、やはり一番リスクとしては乳がんになった方というのが反対側の乳がんのリスクはやはり高いです。そういう意味では1年に1回乳がん検診はしっかり受けてね。CTとかはいらないですよ。マンモグラフィーであったり、あとは局所再発をしっかり診るという意味でMRIであったり、そういったものを診るのはたいせつなことだと思います。

Fさん 最初の時、面構えが悪いって言われてるので、また検査を受けるんですよ。

佐藤先生 万が一、今度出てくるがんが同じように顔つきが悪いかどうか分からないじゃないですか。というか顔つきの悪いがんのほうが頻度低いですからね。トリプルネガティブは15%くらいですから。基本的に低いですから。Her-2陽性も20%くらいですから。ほとんどが、7割方がホルモンに感受性のある乳がんですので、だから確率的に考えると、対側に出てくる乳がんというのはそちらのほうが可能性として多いわけですよ。

Gさん 局所再発というのは全摘したら出てこないんですか。

佐藤先生 全摘をしたら、局所再発率は少ないです。(少ないけど)あります。あります。非常に少ないですけどね。最近には特に、乳房切除後の放射線照射というのがかなり推奨されるようになりましたので、リンパ節転移が4個以上あった場合にはまずすることが多いですし、1個から3個の場合もタイプによっては検討することになっていますので、乳房切除しても局所再発というのはもちろんあります。アメリカのデータですと、20%くらいでもものすごく高いです。アメリカはものすごく乳皮下の脂

肪を残しますので、だから放射線照射。日本の乳房切除の場合ってというのは、日本人の乳房の大きさにも特徴があると思うんですけども、かなり皮膚って薄くされていると思うんです。だから局所再発を起こしにくいんです。

Fさん 先生、体温のことなんですが、右と左の手の温度が違うし、リンパも取っているからか皮膚もザラザラしているし、血流が悪いのか、右と左では体温が違う感じがあります。

佐藤先生 いやこれからはとても僕たちも考えていかなきゃいけないと思うんですね。僕たちはまだ今のところ、例えば、上腕浮腫ですらまだはっきりした定義がないんですよ。あるいは、私たちが体積を測ってね、上腕浮腫って診断しても、患者さんは「いやなんともない」って。あるいはその逆もあったりね。体積を測っても変化がないのに、患者さんは上腕浮腫として感じてる、辛いだとか。で、これからはそういった手術の後のクオリティをいかに維持していくかっていうような治療であるとか、あるいは低侵襲の手術っていうのを考えていかなきゃならないので、それこそ先ほど言ったように脇の下を安易に取らないような時代に入ってきていますし、必要最小限の、それこそ本当にすごいお薬ができたなら手術すらいらんかもしれないじゃないですか。

Fさん でも、病院に行くと、血液検査とか血圧だとか数値を測ったりしますが、この“痺れ”の数値と違って、検査できませんよね。

佐藤先生 そうそう。痺れはね、今、臨床試験がいっぱいされているんです。お薬がたぶんやがて出てくると思います。ただ、検査の項目にないので、どうやって検査をするかですよ。数値で表すのが難しいと思います。

それは私たちが次にやらなくちゃいけないことで、手術の後の後遺症ってというのは、昔は、がんからしょうがないでしょ、治るんだからいいでしょ、って。だけれども今はがんは治るのが当たり前の時代になってきたから、じゃあ今度はどう治すかっていう時代に入ってきているので、そういった声ってというのは、非常に重要になってくると思うんですけども、残念ながら今のところ明らかな手段が無いので困ってるんです。

Gさん あの、左にしこりがあるって言われてから、痛みがあるような気がして、様子を見る期間でもしこりが大きくなるようだったら見せに来てくださってと言われていたから大きくなったような気もしてきちゃって、いろいろ考えちゃうんですけども、痛みってというのは聞いたら乳腺でよくなるよって言われて、ストレスとか。

佐藤先生 乳房痛というのはよくあることだと思いますが、ただ、心配で意識するようになっていうこともあると思いますけれどもね。別に痛みから乳がんであるとも思いませんし、なおさらしっかり検査したほうがいいかもしれないですね。ま、それが針の検査がいいのか、あるいはMRIがいいのか、それはちょっとわかりませんが、なにしろトリプルネガティブは関係ないので、心配の半分は消し去っていいと思いますよ。

Gさん はい、分かりました。神経が擦り減っちゃいますよね。でもこうやって話を聞いていただくと、気が楽になるので。お話を聞いて良かったです。

Fさん Eさん、17年選手、どうぞ。

Eさん 私は全然なんともないんですけどね、先生に聞いても「大丈夫だよ」って、3年か4年くらい1年に1回検診受けて…先生に「完治」って言われたけど、手術をしてくれた先生は病院を変わられたので、その先生にも会いに行つて最後に診ていただきに行ったら、触診したりレントゲ

ン撮ったりして「大丈夫ですよ」って、傷もきれいだしって、「俺がやったけどやっぱりきれい
だ！」って（笑）言われましたので。

佐藤先生 それでいいんじゃないですか。1年に1回健康診断みたいな感じでいいんじゃないですか。

Eさん 人間ドッグを同じ病院で受けてるんですけども、そうすると乳がんの先生は検診をやってく
れないんですよね、他で受けてるからって。それを（手術してくれた先生に）言ったら、もう
治療は終わったから検診してくださいって言ったほうがいいって。

佐藤先生 うんうん。温存ですか。

Eさん はいそうです。

佐藤先生 それだったら評価がしづらいから、やっぱり専門の人に診て下さいって言われちゃうかも
しれないですね、やっぱり責任がありますからね、人間ドッグとはいえ。ちゃんとした所で経時的
に同じ施設でずーっと診ていくのがいいと思いますので、前回との変化というのもありますので。

Eさん 友達がだんだん亡くなっていくんですよ。一緒に手術した人も、病室が同じだった人も、旅
行なんか一緒に行ったりしてたんですけど、10人くらい亡くなっちゃった。

佐藤先生 乳がんでですか。

Eさん 乳がんで亡くなった人もいますけど、年齢的に亡くなった人もね。

佐藤先生 17年前と今とはまた違うと思いますけれども、ほんとに今乳がんで亡くなる以前に再発する
人がいないですよ、ぜんぜん。私たちちゃんと統計を取っているんで、しかも私のみならず病院
が統計を取っているんで、その人も「乳がんでぜんぜん死なないんですよ」って言いに来ますよ。
だから乳がんは心配しなくていいんじゃないですか。

Bさん 先生、骨転移って普通のレントゲンで分かるものなんですか。私、膝が痛いって近所の整形外
科に行ってレントゲン撮ってもらうことがあるんですけども、骨転移もレントゲンで分かるんだ、
なんておっしゃるんですけども、え？そうかな～って。

佐藤先生 難しいですね。その転移のパターンによるんですね。溶骨性転移って言って骨を溶かすタイ
プの転移と、増骨性の転移って2つあるんですね。で、乳がんの場合は両方が混在している場合が
多いんですけども、見ることは多いです。けれども、本当に乳がんを疑って、つまり症状があっ
てそれを確認するのであれば、CTであったりMRIであったり、そういったものでしっかり確認を
したほうが、例えば単純な骨のCTだけを見て「あ、これは骨の転移ではありません」って言うこと
はおかしいと思いますが、ただ、症状があってから話なので、症状が無い段階で、つまり症状が
あるからには乳がんの転移が無かったとしても他の何か原因があるわけですよ。例えばヘルニア
があったりだとか、それ以外の良性疾患がある可能性があるんで、そういうことも含めて確認をす
る必要があるんで、普通のレントゲンを撮って、あ～乳がんの骨の転移じゃありません、さようなら
って言われちゃ困っちゃうわけですよ。いや、でも症状があるじゃないですかって話です
よね。だからそういうのを考えると、しっかりMRIであるとか、検査をされたほうがいいとは思
いますけど。

あとは、整形の先生ですと、しっかり身体所見を取っているはずですので、私たち以上に。で、あ
るいは私たちが逆に乳がんの骨転移を疑うかどうかという立場からすると、今まで何も症状が無

かったのが出てきたということは、がんが増殖しているからですね。あるいはあったんだけどもボリュームの少なかったものがボリュームが大きくなってきたから症状が出たわけですね。そういう場合には、さらにどんどん悪くなっていくんですよ。何か治療していたら別ですけども、治療していなかったら絶対悪くなっていきますから、それが一番大きな特徴なので、なんか前から腰痛があるな、でもそんなに変わらないし、ということだったら、それ以外の原因を考えていいと思います。

やはり特徴がありますので、出たり出なかったりっていうがんはないですから、症状も持続していきますし、時間とともに悪化してくるという一つの特徴がありますので、そういうのは整形の先生は知っていると思いますので、やはり誤診で怖いですから、整形の先生もがんで聞いたらたぶんそこも念頭に入れて身体所見を取ったり、お話を聞いたり、レントゲンを撮ったり、やっているはずですので、これじゃわかるわけないからとか言って、心配を払拭するためにへんな医療を受ける羽目になってしまうので。僕たちもありますよ、先ほどの話じゃないですけど、検査して大丈夫って言ってあげないと、不安がどんどん募って、痛みがどんどん増していっちゃうなんて方いますからね。だからそういう方にはむしろ検査して大丈夫って言ってあげるのが一番いいから、検査しましょうっていうこともあるし。

Aさん 先生、腫瘍マーカーって20までは大丈夫って言われたんですけども、腫瘍マーカーの数値1つでも上がったり下がったりで毎回動揺しちゃうんですけども。

佐藤先生 今、再発していないんですよね？ 腫瘍マーカーは普通測らないです。

Aさん え、腫瘍マーカーって血液検査で毎回…

佐藤先生 測らないです。測っちゃうからそういう心配が出てきちゃう。まず1つは腫瘍マーカーで出ない乳がんの再発なんていっぱいありますから。

Aさん えーそうなんですか？

佐藤先生 いっぱいあります。(再発の)治療の目的というのが、病気との共存にあるわけですね。腫瘍マーカーでいち早く見つけていち早く、例えばどこどこに転移したのを治療したら治るんだったら、腫瘍マーカーというのは場合によっては重要かもしれませんが。僕、この会で何回も何回も言ってるんですけども、腫瘍マーカーは測っちゃいけないんです。ダメなんです。不安だけが募りますし、乳癌学会のガイドラインでも、乳がんの患者さん向けのガイドラインでも、腫瘍マーカーは推奨しませんでした書いてありますから。

Aさん 3か月に1回、腫瘍マーカーをやってるんですけども、必ず診察前に血液取るんですよ。その日のうちに出るんです。で、「腫瘍マーカー何でもないから大丈夫」って言われるんです。

佐藤先生 腫瘍マーカーで低いから大丈夫ということはありませんし、だからルーティンで例えば他の国だったら、腫瘍マーカーを測ってそれを保険会社に請求をかけたときに保険下りないですから。

Aさん え〜どういうことかしら。先生が20まで数値が上がらなければ大丈夫って言うから。

佐藤先生 腫瘍マーカーの数値というのも、例えばCEAとCAの15-3というこの2つが一番推奨されている腫瘍マーカーですが、例えばうちの病院の基準ですとCEAは正常値が5までなんですね、CAの15-3に関しては10いくつまでなんですね。ですから、それによってもCEAの20というのとCA15-3の20というのでは意味合いが違ってきますので、一概に20が大丈夫だっていうことも

ありませんし、あとは腫瘍マーカーにおいてはどちらかというと、絶対値よりもトレンドの方が重要になってきますので、つまり前回よりも上がり続けているだとか下がっているだとか、というのは腫瘍マーカーというのは治療のモニタリングとして使うというのは推奨はされていますけど、画像診断をしょっちゅうやるわけにはいかないので、治療の反応を見るために腫瘍マーカーというのは有用であるけれども、術後の経過観察、あるいは補助療法中の腫瘍マーカーの測定はやっちゃダメです。心配になるだけです。

Fさん 今まで7年かかって先生から腫瘍マーカーのことは聞いたことないです。

佐藤先生 やらないです、普通。それ患者さんから言ったほうがいいと思いますけれどもね。患者さんはお金払ってますからね。腫瘍マーカーってものすごく高いですよ。

Aさん 一割負担ですからいいんですけど。

佐藤先生 でも一割負担でもその残りは国が負担してるわけですよ。で、その分のお金は本来は有効な治療に生かすべきなんです。例えば医療費がいま問題になっているじゃないですか、これから高齢者がどんどん増えて、そういった方にお金をどんどん回さなきゃいけない。あるいはこれから乳がんの治療は、免疫チェックポイント阻害薬だとかいろいろ、患者さんの負担が1割だとか—そういうのは僕はいけないと思います。あと、お金が1割だからいいじゃないかと思うかもしれないんですけど、逆に知らず知らずのうちに心が蝕まれていますからね。腫瘍マーカーなんてずっとやられると、0.1上がっただけでもドキドキして、0.1下がったらまたホッとして、これずっとやってたらメンタル完全にやられますから。あと偽陽性の問題があります。腫瘍マーカー、上がったったり下がったりしますから、それによってまた不必要な検査をされるわけです。

進行 他のがんでは有効な場合もあるんですか。

佐藤先生 いい質問ですね。大腸がんが有効です。なぜかという、大腸がんは早く肝臓の転移を見つけてやれば治るんですね。大腸がんは、以前は乳がんと同じだったんですよ、治療のやり方が。でも途中で、手術と、あとオキサリプラチンというお薬を用いることによって、治る人が出てきたんですよ。だから大腸がんに関しては、定期的なCTと腫瘍マーカーが推奨されているんですよ。ただ乳がんは残念ながら、早く見つければ治るというものではないので、再発ですよ、再発乳がんは。乳がんの再発は、例えばトリプルネガティブだったら何をされるかっていったら抗がん剤をされるんですよ。抗がん剤しかないから。痛くもかゆくもないのに腫瘍マーカー根掘り葉掘り調べられて、挙句の果てにCT撮られて、肝臓にこんなしこりがあります、ハイじゃあ抗がん剤って言われて受けます？でも再発乳がんの治療っていうのは、病気とお薬との共存になるわけですよ。症状もないのにいきなりこうやって治療されるメリットがあるかどうか。生存率は実は変わらないんですよ。それはリードタイムバイアスって言って、ここでも何度もお話してるんですけど、再発治療を早くすればするほど、見かけ上の生存期間が延びますからね。

Fさん でもね先生、そういうことをあちこちの勉強会で聞くんですけど、患者としてはどうしても、早く見つけてもらいたい、生存率は同じだって言われても、そこが理解できていない。頭の右と左で理解できていないの、患者としては。

佐藤先生 結果は同じだと言われても、早く見つけて早くがんの治療を受けたい。僕の発想を言うと、後になればなるほど絶対得だと思います。今の医療の進歩は早いので、後であればあるほど絶対得ですよ。だって去年と今年の再発乳がんの治療、ぜんぜん違いますからね。お薬の認可も全然違いますし、CDK4/6阻害薬は本当によく効きますけれども、それも今年また新しいアベマシクリブって

いうお薬も保険で使えるようになったし、たぶんもうちょっとしたら今度は PI3K 阻害薬っていうお薬が保険適応になりますよ。後になればなるほど選択肢が増えるのに、なんで今痛くも痒くもない段階で、しかも楽しくないじゃないですか…

F さん そう思うんだけど、年取ってそんなことになって手遅れになって、長患いしたらやだな〜って思うから、早く始めて、軽いうちにやればいいな〜って思って。

佐藤先生 僕も患者さんからたま〜にそういうふうに言われることがあって、分かりましたって言いますけれども、ただ1つやる前に必ず言うことは、CT やってくださいって言われたら、あなたは CT をやることによって大丈夫っていうお墨付きが欲しいんですよね、だから結果が大丈夫だっていうことを想定して検査を受けるんですよね、もしそこで肺に 5mm のものが見つかりましたって言われたときに、どういうふうに対応されますか？ 5mm だったらこれは乳がんの再発とも言えないし、肺の転移とも言えないし、あるいは良性の結節かもしれないから、5mm と言われたら確実に半年後にもう1回 CT 撮りましょうってなりますけれども、そういう形でもよろしいですか？って言うと、ほぼ 100% 皆さん、要りませんって。(一同あ〜)

F さん 大丈夫というお墨付きを欲しいがために、早くって思うけれども、大丈夫じゃなかったら…

佐藤先生 大丈夫じゃない可能性もあるわけじゃないですか。しかも、先ほどの腫瘍マーカーの話の一番の問題は実は偽陽性なんです。偽陽性っていうのは、なんでもないので先ほど言ったように腫瘍マーカーが上がってきた、で検査が組まれるわけですよ。最後に何でもなかったねって言われたら、普通はね、怒らなきゃいけないんですよ。あなたが腫瘍マーカーを測れて言ったから測ったのに、数値が高いからって CT やってハイ大丈夫でしたって、私がこの間どんな気持ちで過ごしてたか、お金をいくらあなたに払ったんですかって、本来怒らなきゃいけないんですよ。やっぱり賢い消費者にならなきゃいけないんですよ、医療に関しても。だから何でもかんでも言われたらハイハイじゃなくて。ま、あんまりやると嫌われますからね、でもハイハイじゃなくて、なんでも必然性があると思うんですね、検査を受ける場合。理由が背景にあるはずなんです。

F さん そういう医療費をね、72〜3 歳になっていっぱい使ったらよくないっていうのも分かって、だんだん高齢者になったら使わないようにして、若い人が使えるように。

佐藤先生 いや、よくないって言ってないですよ。不必要な治療を、お金がかからないから受けるっていうのはよくないと思います。正しい医療だったらどんどん受けたほうがいいと思います。今まで皆さん、直接的にも間接的にも税金を一生懸命納めてきてるんだから、国のお金を使う権利があると思います。ただ、一割負担だからといって、金儲けの医者 of 言いなりになっていたのでは、国に対して申し訳ないと思うし、これから皆さんの家族やお子さんも医療費がかかってくるわけですよ。みんなで支えていくのに、そんな悪い医者ほったらかしといちゃいけないと思います。(一同笑) て思いませんか？ (笑)