



ABCプロジェクト/ミニセミナー⑩
みんなで学ぼう SABCS2021 報告会 Zoom セミナー

- =====
- ・日時：2022年5月14日（土） 18時00分～19時00分
 - ・場所：Zoom WEB会議システム
 - ・講師：寺田満雄 先生（名古屋市立大学病院 乳腺外科）
 - ・モデレーター：桜井なおみ氏（キャンサー・ソリューションズ株式会社）
- =====

2021年12月にサンアントニオで開催された米国乳がん学会（SABCS2021）での概要や重要トピックスなどを、名古屋市立大学病院 乳腺外科医の寺田満雄先生に解説していただき、これからの転移性乳がん医療に関わる課題について考えていきます。寺田先生には、参加者から寄せられた質問にもご回答いただきました。

<主な内容>

- ・はじめに
- ・SABCS2021 の報告
- ・ASCO2022 について
- ・参加者からの質問

- ・はじめに

■信頼性の高い情報をネット配信しています

今日は、いろいろなお薬の話をしていただきますので、最初に免責事項ということで「本日の話題で扱う薬剤に関して、関連した企業との利益相反はありません」ということをお伝えしておきます。

私は現在、名古屋市立大学乳腺外科に所属しています。大学院生でもあり、名古屋大学の分子細胞免疫学で、がん免疫の研究にも携わっています。また、『一般社団法人BC Tube』という乳がんについて情報発信をする団体の理事も兼任させていただいております。Twitter (@Mamma_mimumemo) やYouTube (乳がん大辞典【BC Tube 編集部】) などSNSで情報発信もしていますので、もしよろしければフォローいただければと思います。

自己紹介として、乳がん大事典【BC Tube 編集部】（以下、BC Tube）がどのようなものか、私が日頃どのようなことをしているのか、お話をさせていただきます。YouTubeは多くの方がご存知だと思いますが、世界中で20億人以上が利用している動画プラットフォームです。“いつでも” “どこでも” “誰でも見られる” のが最大の特徴と考えています。しかし、YouTube内の医療情報には、

「根拠に基づいた質の高い内容」から「非科学的な内容」「誤解を生む内容」まで、玉石混合で存在していると言われています。海外の報告では、品質が高いと言える動画は全体の1/4か1/5くらいとも言われ、無法地帯のような状況でもあります。こういう所に一石投げられれば、というところでBC Tubeを始めました。

このBC Tubeは非営利の団体です。乳腺科医の有志グループが集まったBC Tube編集部が自ら動画を制作して、乳がんに関する情報をYouTubeで発信しています。動画制作から投稿までの流れは、まずBC Tube編集部が発案したテーマから動画の原案をつくり、この時点で動画作成に関わっていない第三者（BC Tube編集部でない）の乳腺科医によるピアレビューで、科学的に正しいかどうかをチェックして意見をもらいます。そのうえで制作された動画は、主に非医療従事者で構成されるBC Tube後援会の方々に見てもらい（一般市民レビュー），“分かりやすいか”“表現が適切か”などをチェックしていただき、最終的に完成した動画を投稿しています。このような過程が私たちの強みであり、できるだけ質が高く、分かりやすいものを提供できていると自負しています。

これまで2年ほどで、症状、乳がん検診・啓発、検査、初期治療、遺伝性乳がんなどのテーマで47本の動画を公開してきました。その中には骨転移に関するものも何本かありますし、現在進行中の転移性乳がんのトピックも近日中にアップする予定です。今後もいろいろなトピックスを広げていきたいと考えていますので、チャンネル登録していただければ嬉しく思います。

・SABCS2021の報告

■新たな治療への期待が高まる4つのトピック

SABCS (San Antonio Breast Cancer Symposium) は、1977年から毎年12月にアメリカのサンアントニオで開催されています。乳がんだけの国際学会としては最大規模で、世界90か国以上の国と地域から研究者や患者さんが参加し、4日にわたって最新の研究成果が発表されます。

今回は、2021年のトピックから、転移性乳がんに関するもの4つを紹介します。

●トリプルネガティブ乳がんへの免疫療法の効果 (GS1-02)

KEYNOTE-355という臨床試験の報告として、『転移性トリプルネガティブ乳がんの初期治療で、ペムプロリズマブ（免疫チェックポイント阻害薬＝PD-1阻害薬）＋化学療法を行うことで、生存期間の延長が期待できる人がより明確に』なったという点が発表されました。ここで最近、耳にすることが多くなってきた薬剤の1つ、PD-1阻害薬（免疫チェックポイント阻害薬＝免疫療法）のメカニズムについて、簡単に説明しておきます。

体内にがん細胞ができると、はじめはリンパ球（体の免疫細胞）に攻撃されてやられてしまうのですが、時間が経つと活性化していたリンパ球が疲弊して攻撃できなくなっていくます。リンパ球が活性化したままでは、身体へのダメージが大きくなってしまいますので、その前にブレーキをかけるための様々な仕組みがヒトの身体には備わっているのです。ブレーキをかける具体的な方法の一つとして、PD-1とPD-L1という分子の働きがあります。疲弊したリンパ球からPD-1分子が出てくると、同時に周りの細胞（マクロファージなど）からはブレーキをかけるためのPD-L1分子が出てきます。PD-1とPD-L1がくっつくと、リンパ球は最終的に死んでしまうというのがPD-1とPD-L1の働きです。ブレーキ機能は非常に大切なものですが、がん細胞もPD-L1分子を出せるため、利用されてしまっている側面があります。そこでPD-1とPD-L1の反応が起こらないよう、PD-1をブロックするのが抗PD-1阻害薬で、これを投与するとPD-1とPD-L1がくっつなくなり、リンパ球は元気なまま、がん細胞を攻撃することができるのです。

KEYNOTE-355試験は“トリプルネガティブ乳がん”で“進行再発期の最初の治療を初めて受ける人”を対象に、従来から行われている化学療法（標準治療）のグループと、化学療法に加えてペムプロリズマブと一緒に投与するグループで、その効果を比較しています。調査項目は“治療が効いている期間＝無増悪生存期間”と“治療中・治療後も含めた生存期間＝全生存期間”です。これまでも“ペムプロリズマブと化学療法を同時に使った方が、トリプルネガティブ乳がんでは最初に治療する方

に関して、生存期間が伸びる”ということはすでに報告され、PD-L1がよく出ている（CPS \geq 10）方だけで効果が得られることが分っていました。日本でも保険承認されているお薬ですが、保険適応となるのは全員ではなく、PD-L1がCPS \geq 10の場合に限られます。

以前、CPS（PD-L1の発現具合を表す指標）をいろいろな区切り方をして効果を比較した報告がありました。統計学的な差は認められないものの、CPS \geq 1でもペムプロリズマブがあった方が良さそうな印象を受ける結果がみられました。そこで、今回の発表では“本当にPD-L1がCPS1~9では効果がないのか”“本当にPD-L1はCPS \geq 10でないといけないのか”“PD-L1は高ければ高いほど良いのか”という疑問について報告されたのです。

新たに分かったのは、転移性トリプルネガティブ乳がんの初期の治療として、ペムプロリズマブ+化学療法を行うことで生存期間を延長するのは、結論から言えば“PD-L1がCPS \geq 10の人だけ”でした。ペムプロリズマブの全生存期間に対する上乗せ効果をみると、CPS<1だと差はなく、CPS1~9でも差はみられません。CPS10~19では+29%、CPS \geq 20でも+28%の上乗せ効果があり、世界中で保険適応となるCPS \geq 10だけが効果があると分かったのです。結論的には大きく変わった点はありませんが、今まで使われてきた方法は間違いなかったと再確認できたと言えます。

＜＜まとめ＞＞

- 転移性トリプルネガティブ乳がんに対するペムプロリズマブの上乗せ効果は、腫瘍環境のPD-L1によって予測できる（＝だれにでも効果が出る訳ではない）。
- PD-L1の発現程度の基準は、今の保険適応の基準になっている数値で適切だった（現在、日本でもトリプルネガティブ乳がん、化学療法+ペムプロリズマブを使う治療をする際は、PD-L1をチェックしている）。

●日本発の新薬“Dato-DXd”登場（GS1-05）

日本で開発されたDatopotamab-Deruxtecan（ダトポタマブ・デルクステカン：Dato-DXd）の安全性が初めて報告されました。この安全性をみる試験はPhase1と言い、主に副作用についてみるものです。まだ聞き慣れないかもしれませんが“TROP-2”という新しいターゲットに作用するお薬となります。TROP-2は乳がん全体の約9割で多く出ている（過剰発現）と言われ、かなりの人がカバーされます。特徴的なのは、正常細胞には出ていないという点で、治療のターゲットとしても非常に良いだろうと期待されていました。がん細胞にある“TROP-2”につく性質を持つ抗体に、デルクステカンという抗がん剤をつけたものがDato-DXdで、これを投与すると“TROP-2”が出ている乳がん細胞だけに抗がん剤が働くため、がん細胞だけを狙い撃ちにできるということが期待されるお薬です。

今回の試験では、トリプルネガティブ乳がん、ホルモン受容体陽性乳がん、肺がんを対象に実施され、トリプルネガティブ乳がんでの報告がされています。結果としては、治療に関連したGrade3以上の副作用（比較的強い副作用）は23%で、重篤な副作用は少なかったという報告がされています。副作用もGradeとして0~5まで数値化されており、数字が大きいほど、強い副作用ということになります。比較的強い副作用はGrade3以上となっていますが、イメージとしては“副作用のコントロールをするために入院が必要かな”という程度の強さ。Grade1は“薬の治療は要らないが症状がある”、Grade2は“お薬の治療があった方がいいかな”という程度となります。

主な副作用をみると、吐き気・口内炎・嘔吐・倦怠感・脱毛でした。これらは副作用として頻度は高かったものの、多くの場合がGrade1・2で収まっていたということが言われています。吐き気については6割以上の方で出るので、しっかり吐き気止めを使っていくイメージです。

Phase1試験は、あくまで安全性をみるものなので、本来では治療効果に関して言及してはいけませんが、どのくらい効いたのかは気になりますね。今回、トリプルネガティブ乳がんは44例あり、実際34%で腫瘍の縮小がみられ、病気の勢いをコントロールできた（病勢の制御割合）のが77%。がんの治療では似たような系統のお薬を続けて使うと効きにくい傾向があるため、以前に同系統のお

薬の使用歴がない方に限定すると27例となり、約半分の52%の方で腫瘍の縮小がみられ、さらに病勢の制御割合も81%。Phase 1なので参考程度ではありますが、個人的には、かなり期待できるのではないかと思います。この結果をみてみました。

《まとめ》

- 海外では、TROP-2 標的治療として、すでに Sacituzumab-Govitecan（サシツズマブ・ゴピテカン）が使用されており、日本でも Phase 1・2 試験が開始されている（日本に入ってくることも期待できる）。
- Dato-DXd は、副作用に関しても比較的コントロールしやすく、安全に投与可能であった。
- ホルモン受容体陽性乳がんに関するデータも今後、発表される予定。
- Dato-DXd の有効性をみる Phase 3 試験（ホルモン受容体陽性乳がんを対象）が始まっており、良い結果が出れば保険承認される可能性が高まる。
- トリプルネガティブ乳がんを対象とした Phase 3 試験も計画中。

●脳転移治療で期待される薬剤（GS3-01/PD4-4）

HER2 陽性乳がんの脳転移に対して、トラスツズマブ・デルクスステカン（T- DXd）が有効である可能性が報告されました（GS3-01）。T- DXd は転移性 HER2 陽性乳がんに対してトラスツズマブ・エムタンシン（T-DM1）よりも高い治療効果が報告され、すでに日本でも使われています。脳は人間にとっても大切な臓器のため、さまざまな物質が入らないよう血液脳関門というバリアがあり、薬剤もなかなか到達しにくく、これまで脳転移は薬剤での治療がしにくいとされてきました。今回、T- DXd が脳転移にも効果があるかという観点から、DESTINY-Breast03 試験を母体とし、脳転移を有していた患者さんを対象とした解析が行われています。

DESTINY-Breast03 試験は“HER2 陽性乳がん”で“進行再発期で抗 HER2 療法＋タキサン”の治療を受けたことがある”方を対象に、標準治療である T-DM1 と T- DXd の2グループでの効果を比較したもので、調査項目は、無増悪生存期間と全生存期間です。この中で脳転移を有していた患者さんは、T- DXd 群が 43 例、T-DM1 群は 39 例あり、脳転移病変の縮小率をみると、T- DXd が 63.9%、T-DM1 33.4%。完全奏効率（画像では分からないくらい小さくなる）も、T- DXd が 27.8%、T-DM1 は 2.8%となりました。T-DM1 も脳転移に有効とされていたお薬なので、なかなか良い数字ではありますが、T- DXd の有効性が高いとの結果が得られました。さらに、もともとの脳転移の有無で T- DXd の効果が変わるかもみられており、無増悪生存期間に対する上乗せ効果を比較すると、脳転移なしでも＋70%の効果がみられるものの、脳転移ありでは＋75%の結果となりました。

《まとめ》

- T- DXd の脳転移に対する効果が期待される
脳転移は治療選択肢が少ないなかで、良い結果が得られた。ただし、日本では現在、T-DM1 使用後でない限り T- DXd が使えず、適応拡大が待たれる。
- Tucatinib（ツカチニブ）を用いた治療も良い成績が報告されている
HER2 陽性乳がんの脳転移の治療は、いろいろな選択肢が出てきている。まだ日本では使えないものも多いが、Tucatinib の臨床試験が日本でも始まった。
- 今後の脳転移治療で期待されること
放射線治療（全脳照射では副作用も大きい）の時期を遅らせる/不要にすることができるのでは？

●新規経口ホルモン療法薬（GS2-02）

新たな内服ホルモン療法のお薬 Elacestrant（エラセストラント）が、転移性ホルモン受容体陽性乳がんで有効であることが報告されました。ホルモン療法のお薬にはいろいろな種類がありますが、Elacestrant は SERD と呼ばれる種類の1種で、これまで使われているのはフルベストラントだけでした。お尻に打つ注射製剤しかなかったのが、今回その飲み薬が出たこととなります。Elacestrant は1日1回、内服するお薬です。フルベストラントとまったく同じではないですが、新しいホルモン療法のお薬は20年ぶりの登場で、久しぶりに新しいホルモン療法のお薬が出てきたこととなります。

もともとホルモン療法が効かなくなる原因の1つとして、ESR1 遺伝子変異が知られています。このような変異が、がん細胞に出てくると、ホルモン療法が効きにくくなるのですが、Elacestrant ではホルモン療法抵抗性に関係する遺伝子変異があっても良い効果があるのではないかと期待される点が特徴となります。

この Elacestrant の有効性をみる Phase 3 の『EMERALD 試験』は、対象が“ホルモン受容体陽性乳がん”で“進行性再発期で CDK4/6 阻害薬の治療後”かつ“前治療歴が1-2 治療”。標準治療であるホルモン療法（フルベストラント、レトロゾール、アナストロゾール、エキセメスタンから選択）と Elacestrant の効果をそれぞれ比較しています。調査項目は、無増悪生存期間と全生存期間に加え、ESR1 遺伝子変異による効果の違いです。もともと CDK4/6 阻害薬は、ホルモン受容体陽性乳がんでは重要なお薬として使われることが増えてきましたが、その後の治療が決まっていなくて、何をやるのがベストか分かっていないという現状の中で Elacestrant が試されたこととなります。

実際、CDK4/6 阻害薬の治療歴がある転移性ホルモン受容体陽性乳がんに対して、Elacestrant は従来のホルモン療法よりも有効で、ESR1 遺伝子変異があっても効果が得られる結果となりました。無増悪生存期間に対する上乗せ効果でみると、全体で+30%ほど長くなり、ESR1 遺伝子に変異がある方に関して+45%の効果が見られたため、Elacestrant は ESR1 遺伝子変異があっても効果が落ちないということが分かりました。非常に良い結果だと思います。

《まとめ》

- 近年、経口の SERD というお薬は戦国時代
各社が競って開発している背景があり、日本でも研究されている。たくさんの種類が出ているものの、どのお薬も一緒かという、違うのではないかという印象。すでに効果がなかったお薬も出ている。
- Elacestrant は、アメリカなど FAD 申請中
経口 SERD で、いちばんに効果が認められ、CDK4/6 阻害薬の治療歴がある転移性ホルモン受容体陽性乳がんの標準治療となる動き。
- ESR1 遺伝子変異があっても効果が期待できる点が重要
- 副作用については、従来のホルモン療法よりも吐き気や食欲低下が多かったと報告
今まで注射薬しかなかったのは、薬剤の特性上、経口薬にすることが難しかったという背景があった。製剤の工夫はされているものの、内服薬になったことは、吐き気などの副作用に影響していると考えられる。
- 今後、CDK4/6 阻害薬や mTOR 阻害薬などとの併用を検討中

・ ASCO2022 について

■注目のトピックを先出で紹介くださいました

ASCO（American Society of Clinical Oncology：アメリカ臨床腫瘍学会）は乳がんのトピックだけに特化した学会ではないのですが、世界でいちばん大きいがんに関する学会です。これは、アメ

リカのシカゴで毎年6月に開催され、とても大きな臨床研究が発表されています。今日は、その中から乳がんに関する報告を紹介したいと思います。

●ホルモン受容体陽性乳がんに対するサシツズマブ・ゴビテカン (TROPiCS02/プレスリリースあり)

SABCS のトピックの中で、日本発の TROP-2 阻害薬をご紹介した際にも少しふれましたが、サシツズマブ・ゴビテカンは、すでに海外ではトリプルネガティブ乳がんですることができるお薬です。前述したように、実は TROP-2 は、乳がん全体の9割で出ているため、トリプルネガティブ乳がんだけではなく、ホルモン受容体陽性乳がんでも効果が得られるのではないかと、試されたものです。これが良い結果らしいとのプレスリリースが出されており、どのくらい良かったのかが非常に楽しみです。

●HER2低発現に対するトラスツズマブ・デルクステカン (DESTINY-Breast04/プレスリリースあり)

トラスツズマブ・デルクステカンは、今は HER2 陽性乳がんに使えるお薬です。HER2 陽性の基準は、さまざまなパターンがありますが、これは最初に出てきた HER2 のお薬、トラスツズマブが効く基準のイメージが近いかと思います。お薬が開発されてきた歴史をふりかえると、トラスツズマブが効くくらい HER2 がよく出ているものを HER2 陽性乳がんと呼ぶようになったのですが、その中には少しだけ HER2 が出ているものも多かったです。

今回、トラスツズマブ・デルクステカンが、HER2 が低発現 (= 少しだけ出ている) の場合でも、どうやら効くらしいということが報告されます。これは DESTINY-Breast04 試験で検証されたのですが、すでにプレスリリースで良い結果であったと言われているので、これも実際どれくらい良かったのか非常に楽しみです。今後の乳がん治療が大きく変わる分岐点になるだろうと、世界中が大注目している研究でもあります。

●日本人乳がん患者さんでの新型コロナワクチンの効果とがん治療への影響 (ポスターセッションで発表予定)

これも私事で恐縮です、という感じですが、ASCO のポスターセッションで、初めて報告をさせてもらいます。日本人の乳がん患者さんに対し、新型コロナワクチンがどのくらい効果があって、ワクチンを打つことによる治療そのものへの影響について、がん拠点病院や大学の先生方と一緒に日本の全国7施設を対象に研究しました。このようなデータは、まだまとめられていないので、非常に大事なデータを発表できると思っています。また Twitter などの SNS でも共有させていただこうと考えていますので、ご期待ください。

・参加者からの質問

■当日のチャットや事前質問にお答えいただきました

——PD-L1 が “10以上で効果あり” というのであれば、それより低い1～9の人がPD-L1を高めて免疫チェックポイント阻害薬を使うことはできませんか？ そのような薬はないのでしょうか。

まず、PD-L1 を高めるお薬というのはありません。ただ、PD-L1 の数値を上げること自体に意味がある訳ではないと考えられます。と言うのは、PD-L1 が出ている状態は、がんとその周辺で免疫反応が起こっている・起こっていた証拠と言えます。そのような反応が起きている状態にあることが大切で、単純に PD-L1 の数値だけを上げてお薬が効くようになる訳ではないと思われます。

ちなみに、がん細胞の中にリンパ球 (免疫細胞) が入り込んでいない状態では、免疫チェックポイント阻害薬が効きにくいと言われていますが、さまざまな治療を組み合わせることで、がん細胞の中にリンパ球が入りやすくなるケースも報告されています。よく「抗がん剤は免疫力を下げる」という

声を耳にしますが、それは間違いです。実際、がん細胞の周辺をみると、抗がん剤を使うことでリンパ球が中に入り込んでいくという現象も確認されています。一緒に使うお薬の影響などの結果としてPD-L1が出るのであって、PD-L1そのものを頑張って出そうとしても、あまり意味はないのではないかと個人的には思います。

—Dato-DXdと免疫チェックポイント阻害薬(ペンブロリズマブ)、どちらの薬を先に使うのが良いでしょうか？ 新薬が登場すると、その使用する順番など、とても気になります。

どちらを先に使うか、というお話をすると、まずどちらも使える状態であることが大前提となります。例えば、ペンブロリズマブでしたらPD-L1が出ていないと使えないなどの基準がありますので、まず最初にお薬が使えるかどうかをみる必要があります。どちらも使える場合、いちばん良いのはDato-DXdと免疫チェックポイント阻害薬(ペンブロリズマブ)を比較する臨床試験が行われること。しかし近年、新薬開発のスピードが上がり、その対象になる方が細分化されるなど、臨床試験がやりにくくなっている面もあります。また、臨床試験が行えても何年もかかるため、そうこうしている間にまた新しい治療薬が出てきますから、どちらを先に使うかの判断が、なかなかつきにくくなっているのも事実です。

そんな中で、私としては患者さんの状況をみながら“どちらが効きやすそうか”臨床試験のデータを読み解くようにしています。また、お薬が違えば副作用も変わってきますので、治療を受ける方やご家族に説明していくと、そこが決め手になる場合もあります。

—今後、日本でもElaeestrant(エラセストラント)が使えるようになるとして、一度フルベストラントを使ってしまっていたら、Elaeestrantは使えないのでしょうか？

以前にフルベストラントを使っている方でも、Elaeestrantが承認された際には選択肢に入ってくると思います。ただ、実際のデータがある訳ではないですが、同じ系統のお薬なので、フルベストラントを使った直後だと、その効果については、やや期待しにくいかもしれません。

—放射線治療などの乳がん治療は、再発・転移後も使う場合がありますか？ 例えば、脳転移などで放射線ではなく、薬を選択することもあり得るのでしょうか？

やはり脳転移に関しては、従来通り放射線治療が中心に考えられています。特にトリプルネガティブ、ホルモン受容体陽性乳がんに関しては、これというお薬が出てきていないのが実情です。さまざまな新しいお薬も出てきている中で、そのうち脳転移への効果も報告されると思っていますので、その結果を待ちたいところです。

—HER2の低発現(HER2-low)というのは、HER2偽陽性と言われるものですか？

少し難しい話ですね。もともとHER2は、その出ている強さ・程度を0・1+・2+・3+と4段階に数値化しています。今まで、HER2がよく出ている3+は抗HER2療法の適用になり、すなわち、それが効く見込みがあるということで、3+ないしは2+の中の一部はHER2陽性と言われていました。一方、1+と2+の一部は、厳密に言えばHER2が出ているのですが、いわゆるHER2陽性乳がんとは言えませんでした。理由は、抗HER2療法で効果が得られなかったためです。今回、1+か2+でも効くお薬が出てきたということで、新しい言葉として“HER2低発現”が注目されるようになりました。今後はサブタイプ概念もガラッと変わる事が予想されます。

HER2偽陽性というのは、検査でがん細胞を免疫染色した際、本当は出ていないのに免疫染色が染まってしまい陽性に見えてしまう状態を指します。残念ながら検査の精度は100%ではないのです。なので、低発現というのは“弱く出ている”“あまり出していない”状態ですから、偽陽性という言葉は適切ではありません。

これまでトリプルネガティブと言われていた中でも、HER2-lowだったというケースが実に数多くあることが分っていて、ルミノールタイプと言われていた中でもHER2-lowというのがつくかもかもしれません。新しくHER2-lowという考え方が出てきたとあっていただくのが良いかと思えます。

——TNBC で良い仕事をしてくれている免疫チェックポイント阻害薬の、他サブタイプへの適応拡大に期待をしています。他がん種では使用後に急激な病勢進行例もあり、注意が必要であることも聞いていますが、乳がんでも免疫チェックポイント阻害薬使用後で同様の病状進行事例報告はありますか？

少し前に物議をかもしていた話題ですね。専門用語では Hyper Progressive Disease (HPD) と呼ばれています。もともと、こういうことが起こるといことは言われていて、機序についても言及されてはいるのですが、実際のところは分かっていません。最近では“実は関係ないのではないか”という報告も出されました。というのは、自然経過（なにも治療をしてない状態）でも、急激に悪くなるというケースがあります。ただでさえ急激な進行は印象に残るものですし、たまたま治療の後とタイミングが合致してただけで、そのような印象を持ってしまったという報告がありました。ですので、実際、Hyper Progressive Disease (HPD) が存在するか・しないかという点は、今、議論があるところですよ。お薬のせいという意味では、乳がんが起こるかというのは“現段階では分からない”というのが、正直なところですよ。

——最初の再発・転移から、だいぶ時間が経って(14年目)、また同じ部位に再発してきました(肺)。新しい治療薬を使うことはできるのでしょうか？

期間の経過に関係なく、サブタイプが変わるといケースはあります。ですから、再発・転移が認められた場合、可能な限り転移巣の生検をします。針を刺すだけといっても、必ずしも全員が受けられるかというところはありますが、それがベストです。

以前と同じ治療をできるか、という点に関しては、時間が経っているとあり得ます。ホルモン療法などで議論されることがありますが、何年か期間があいていれば同じお薬を使っても効果がみられる場合はよくあります。もちろん、そこで新しいお薬を使うという選択肢も出てきますので、どちらを使うかは、その時の状況に応じた主治医の判断となるかと思えます。

——遺伝子検査、全ゲノム解析を行うタイミングはありますか？

日本で保険適用となるタイミングは、ある程度治療をしてからという条件があり、まったく治療をしていない段階でゲノムを調べるような検査は保険ではできません。そのうえで“早めが良いか”“後でも良いのか”ということに関しては、おそらく早い方が良いだろうと言われてます。

では“正確に、いつ”というと、そのタイミングが分かっている訳ではないのですが、早めに遺伝子検査や全ゲノム解析を受けておくことで、治験の対象となる条件に合致したのが見つけれられるなど、その先の治療を見据えて準備することにもつながります。例えば、臨床試験は入れる条件が厳しく、もし対象となれても明日からすぐ始めるという訳にはいきません。過去の反省点とも言えますが、待っている間に体力的に難しくなってしまうたり、次の治療を始めなければならない状態になって入れなかったということが起こり得ると言われてきました。ですので、お答えとしては“やれる範囲で、できるだけ早め”ということになります。

ライター：さかい ようこ

31歳で初発の診断を受け、術後9年6か月の検診で転移が見つかる。以後、さまざまな投薬をつなぎながら、今年の夏でABC歴も丸11年。仕事では、寄る年波か…全盛期を過ぎた感は否めないものの、まだまだ現役！ 月1の診察も、なんとか「安定」継続中。