

●乳癌診療ガイドラインをひもとく 第2回

術前・術後薬物療法

●外科療法の可能性を広げる術前薬物療法

術前薬物療法の最終的な目的は、転移・再発の予防である。手術前に薬物療法で腫瘍を小さくして、根治手術の適応のない患者でも腫瘍を肉眼的に取りきれられるようにしたりすることで、治療成績の向上を目指す。また、腫瘍が大きく温存手術が難しい場合に、術前化学療法で病変を縮小させてから温存手術を行う目的でも行われている。

●術前薬物療法では化学療法が第一選択

術前薬物療法では、ドキソルビシン、ドセタキセルなどによる化学療法が推奨されている。重要なことは、術前化学療法と術後化学療法とで生存率に差がないことである。術前内分泌療法と長期的予後の関係については十分な知見がないが、閉経後のホルモン受容体陽性乳癌患者では、アロマターゼ阻害薬（アナストロゾール、エキセメスタン、レトゾール）の術前投与が乳房温存手術を目指した治療法の選択肢のひとつとして考慮できると記されている。

最近の研究で、女性ホルモン受容体やヒト上皮細胞増殖因子受容体2型（HER2）の発現状況によって化学療法の効果に差が出るようになってきた。これからは、病期や腫瘍の大きさといった臨床所見だけでなく、腫瘍の生物学的特性も加味して術前化学療法の適応を検討する必要がある。

●微小転移を根絶して生存率を高める術後薬物療法

欧米で乳癌死亡率が低下している理由のひとつに、周術期（術前・術後）薬物療法の標準化と普及が挙げられる。術後薬物療法も術前と同様に根治的な外科療法後の転移・再発を予防する、あるいは、遅らせることを目的と

監修：佐伯俊昭先生

埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科 教授

する。いずれにせよ、周術期薬物療法は、画像検査では捉えられないが、全身に散っている潜在的な微小転移を根絶させることが目的である。

術後薬物療法を成功させるためには、適切な薬物を用いることが欠かせない。乳癌の生物学的特性を考慮して薬物を選択する。

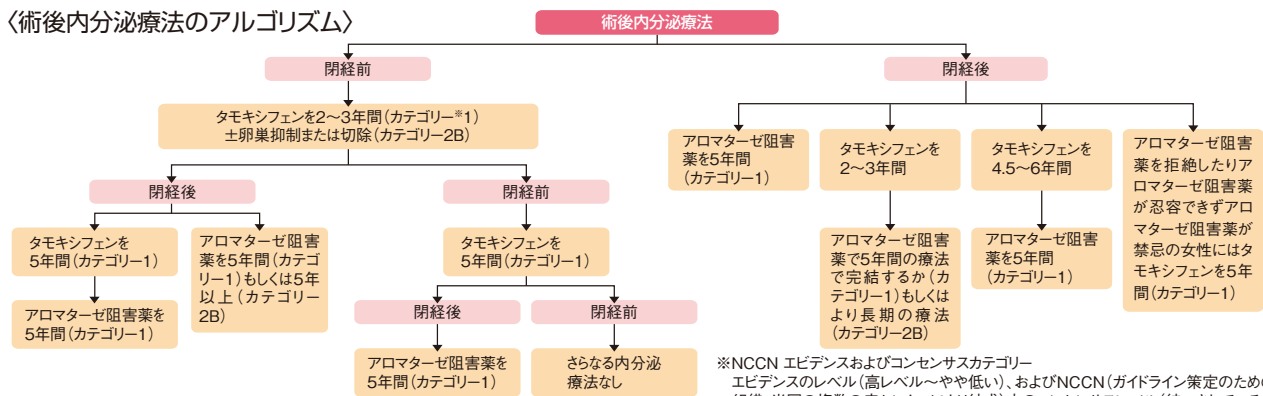
●ER陽性乳癌には術後内分泌療法を、HER2陽性乳癌には分子標的薬の追加を

エストロゲン受容体（ER）陽性乳癌の場合には、術後内分泌療法が推奨され、使用する薬剤は閉経前後で異なる。閉経前の患者にはタモキシフェン（SERM）の5年投与が推奨される。これに黄体形成ホルモン放出ホルモンアゴニスト（ゴセレリン、リューププロレリン）を2～3年併用してもよい。閉経後の患者にはアロマターゼ阻害薬の5年投与が推奨される。副作用、併存症でアロマターゼ阻害薬の投与が不適と判断した患者には、タモキシフェンを最初から投与するか、あるいは、アロマターゼ阻害薬を中止してSERMに変更し、ホルモン療法開始から5年間の投与を行う。再発リスクの高い閉経後の患者では、SERMを5年投与後に、さらにアロマターゼ阻害薬を2～5年追加することもオプションのひとつである。

HER2陽性の乳癌に対しては、標準的な補助化学療法後にトラスツズマブを1年間投与する。このとき、トラスツズマブとタキサン系薬剤を同時併用してもよい。ER、プロゲステロン受容体、HER2のすべてが陰性であるトリプルネガティブ乳癌には、標準的な化学療法のみが選択される。

65～70歳以上の高齢患者では、ホルモン受容体陽性乳癌であれば術後内分泌療法を単独で行うことがある。高齢患者に化学療法を行う際には、余命、併存症、臓器機能を評価し、治療効果と副作用のバランスを熟慮する必要がある。

〈術後内分泌療法のアルゴリズム〉





抗乳癌剤

タスオミン錠 10mg
Tasuomin[®] Tab. 10mg

タスオミン錠 20mg
Tasuomin[®] Tab. 20mg

タモキシフェンクエン酸塩錠 【薬価基準収載】

処方せん医薬品^注 注)注意—医師等の処方せんにより使用すること

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については、
添付文書をご参照ください。



資料請求先
バイエル薬品株式会社
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001
<http://www.bayer.co.jp/byl>