

術後療法のガイドライン

術後に、抗癌剤を用いた術後療法を追加するかどうかは、切除した乳がんの状態や性質から判断する再発の危険率と全身の状態とのバランスから判断いたします。現在、わが国で頻用されている治療指針として、St. Gallen のコンセンサスがあります(次頁表)。これは、再発のリスクと癌の特性、主にはホルモン療法の感受性と抗 HER2 療法の感受性、のふたつの要素を考慮して治療法を選択しようという考え方です。再発リスク因子として、年齢・腫瘍径・リンパ節転移・組織学的悪性度・脈管侵襲・HER2 の発現を用い、個々の状況から再発のリスクを低リスク・中間リスク・高リスクの3つに分類します。腫瘍特性は ER 受容体の状態からホルモン感受性、HER2 の発現状況から抗 HER2 療法に関する感受性を評価します。これらを総合的に考え、それぞれの患者さんの治療法を推奨します。こうした治療指針には他に、NCCN ガイドライン、日本乳がん学会薬物療法ガイドラインなどがあります。

また、再発リスクの算出の補助的ツールとして、“Adjuvant! Online”というソフトウェアが web 上(<http://www.adjuvantonline.com>)で公開されており、再発リスクを具体的数字で示すと共に、視覚的に捉えやすい形式となっており、最近では広く利用されています。

さらに、最近では、遺伝子発現を探索することで、予後を予測するとともに、治療の個別化を目指した検討がなされています。代表的なものとしては、OncotypeDx™, MammaPrint™などがこれに当たり、それぞれ、21, 70 遺伝子について検討項目に入れています。両者ともにすでに商品化されており、保健適応ではないものの、わが国でも利用可能です。

こうしたさまざまな因子を考慮に入れたうえで、個々の患者様の再発リスクを推測し、全身の状態とバランスをとりながら治療法を選択していきます。

リスクカテゴリー

低リスク	【リンパ節転移陰性であり、以下の全てに該当する症例】 ・ 年齢 35 歳以上 ・ 腫瘍径 2cm 以下 ・ 組織学的/核グレード 1 ・ 広域な脈管侵襲が無い ・ HER2 過剰発現/遺伝子増幅が無い ・ ER and/or PgR 発現あり
中間リスク	【リンパ節転移陰性であり、以下のいずれかに該当する症例】 ・ 年齢 35 歳未満 ・ 腫瘍径 2cm を超える ・ 組織学的/核グレード 2,3 ・ 広域な脈管侵襲がある ・ HER2 過剰発現/遺伝子増幅がある ・ ER, PgR 共に発現なし 【リンパ節転移が 1-3 個までであり、以下の全てに該当する症例】 ・ ER and/or PgR 発現あり ・ HER2 過剰発現/遺伝子増幅が無い
高リスク	【リンパ節転移が 1-3 個までであり、以下のいずれかに該当する症例】 ・ ER, PgR 共に発現なし ・ HER2 過剰発現/遺伝子増幅がある 【リンパ節転移が 4 個以上】

術後全身療法を選択

	高度内分泌反応性	不完全内分泌反応性	内分泌非反応性
HER2 陰性	内分泌療法 (高リスクの場合、化学療法 の追加を考慮)	内分泌療法 (中間・高リスクの場合、 化学療法の追加を考慮)	化学療法
HER2 陽性	内分泌療法 ＋ ハーセプチン ＋ 化学療法	内分泌療法 ＋ ハーセプチン ＋ 化学療法	ハーセプチン ＋ 化学療法