

術後アロマターゼ阻害薬は5年か、5年以上か

「5年とすべき」とする立場から

岩瀬まどか

愛知県がんセンター中央病院乳腺科

岩田広治

同 副院長 / 乳腺科 部長

治療戦略上の

メリット

- ✓アロマターゼ阻害薬5年間の内服のみで十分に再発を抑制可能な多くの患者に対して、過剰治療を行うことを回避できる。
- ✓過剰治療による、骨折、骨粗鬆症などの骨関連事象や内服に伴う自覚症状などに関わるQOLの低下を防ぐことができる。
- ✓治療期間が短いことで、通院頻度を減らし、精神的、経済的負担も軽減する。

治療戦略上の

デメリット

- ✓新規異時性乳癌の発生率は内服継続時と比較すると高い。
- ✓一部の限られた患者においては、内服継続によって避けられたかもしれない晩期再発が起こる可能性がある。

●本企画「誌上ディベート」は、ディベートテーマに対してあえて一方の見地に立った場合の議論です。問題点をクローズアップすることを目的とし、必ずしも論者自身の確定した意見ではありません。

はじめに

ホルモン受容体陽性乳癌は、ホルモン受容体陰性乳癌と比較して晩期再発の頻度が高いことが知られている。この晩期再発を抑制する目的で、現在標準治療として確立されている5年間の術後内分泌療法に加えて、5年以後も内服を継続することの有効性が検証されてきた。閉経前乳癌においてはタモキシフェン(TAM)の術後10年の内服が再発率減少に寄与することが臨床試験によって示されている¹⁾²⁾。一方で、閉経後乳癌に対してはMA.17試験により内分泌療法5年終了後に追加の5年間のアロマターゼ阻害薬(AI)の内服追加による有効性が示された³⁾。しかしこのMA.17では初期治療としてTAMが用いられている症例を対象としたデータであり現在の標準治療方針と異なる。閉経後乳癌は、以前は術後治療としてTAMの5年投与が行われていたが、TAMに比してinitial AI 5年投与の有効性が多くの臨床試験で検証され、現在の標準治療はinitial AI内服、もしくは閉経期であればTAM

からAIへのスイッチが推奨されている⁴⁾⁵⁾。そのため、閉経後乳癌に対するAI 5年投与後の、さらなるAI内服延長については依然として議論の余地があると言える。

今回、AIの内服延長について、①晩期再発リスク減少のエビデンスが乏しい、②ベネフィットを上回る有害事象、③メリットを享受可能な症例が少ない、の3つの観点から「AIは5年投与までとすべき」という立場で論じる。

①晩期再発リスク減少のエビデンスが乏しい

1. MA.17試験

前述したように、MA.17試験は初期治療の5年間はTAMのみが用いられており、その後AIとプラセボをそれぞれ5年内服する2群を比較したランダム化試験である。初期治療にAIが含まれていないことから、この結果をもってAIを5年以上内服するメリットがあるとは言えない³⁾。これは現在の治療方針と異なるのみでなく、閉経後乳癌において初期治療の期間