

## 「すべきである」とする立場から

阿左見祐介

福島県立医科大学医学部腫瘍内科学講座

佐治重衡

同 主任教授

### 治療戦略上の

#### メリット

- ✓ SOFT/TEXTの統合解析からはDFS, OSで有意な結果が見出された。
- ✓ 補助治療の目標としての再発リスクの低減が期待できる。
- ✓ 閉経前であり、乳癌全体からみると比較的若年齢であるため、再発リスクの低減は有害事象が許容されるならば享受されるべき治療である。

### 治療戦略上の

#### デメリット

- ✓ 閉経状態となるため更年期症状の早期発生によるQOL低下がデメリットとなる。
- ✓ 最近のデータでは、DFS, OSにおいて有益であると示されたが、LHRH-Aの上乗せ効果を得られる患者は現実的にはその一部であり、それ以外では過剰な治療となる。
- ✓ 理論上では化学療法で完全閉経が誘導されている場合はLHRH-Aを投与する意義がないが、現時点では患者の年齢と投与レジメンによって閉経誘導の確率を予想するに留まっており、治療開始前に層別することは難しい。

● 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。また、特定の薬剤の誹謗をするものではありません。

## はじめに

乳癌診療ガイドライン2018年版によると、閉経前ホルモン受容体陽性乳癌に対する術後内分泌療法として、「タモキシフェンの投与を強く推奨する」「LHRH-Aとタモキシフェンとの併用を弱く推奨する」「LHRH-Aとアロマターゼ阻害薬の併用を弱く推奨する」とある。閉経前ホルモン受容体陽性乳癌患者の術後ホルモン治療の実際としては、タモキシフェン(TAM)単独を基本として臨床病期、術後病理所見、年齢などを勘案しLHRH-Aを追加することが一般的である。乳癌診療ガイドライン2018年版の根拠となったさまざまな試験、メタアナリシスに付け加え、2018年7月にN Engl J Medに発表されたSOFT試験とTEXT試験の統合解析の長期予後解析結果を考察に含めた。また、OncotypeDXによって化学療法の利益があると判断さ

れた場合のホルモン治療選択についても言及する。

## ホルモン療法の作用機序

LHRH-Aは、LHRH (luteinizing hormone releasing hormone)のアゴニストである。LHRHは視床下部より分泌され、下垂体前葉にあるLHRH受容体を刺激することで性腺刺激ホルモンを放出し、これが卵巣を刺激することでエストロゲンが分泌される。LHRH-Aが投与されるとLHRH受容体が恒常的に反応してしまうことでダウンレギュレーションが起こり、性腺刺激ホルモンが分泌されず、卵巣からのエストロゲン分泌が抑えられ閉経状態となる。

このようなLHRH-Aによる治療は卵巣機能抑制(ovarian function-suppression: OFS)の1つであり可逆的であるが、これに加えて不可逆的なOFSである卵巣切除や卵巣へのX線照射もある。