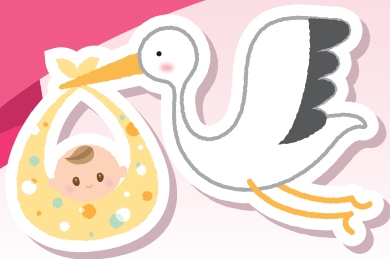


がんになっても子供が欲しい

~18thBREAST CANCER UP-TO-DATE Meetingより~



〈2015年3月14日 福岡にて〉

今、若年乳がん治療において妊娠・出産というテーマは、患者さんにとって重要で難しい選択であるとともに、がん治療医にとって新たな難しい課題のひとつです。

福岡で開かれた乳がんの最新治療に関する研究会において、ハッピーマンマ代表理事の大野真司先生と、日本がん・生殖医療研究会理事長の鈴木 直先生の司会・進行のもと、若年乳がん患者さんの妊孕性保持をテーマにパネルディスカッションが行われました。

パネリストには、厚生労働省研究班代表の国立がん研究センター中央病院乳腺・腫瘍内科 清水千佳子先生、日本初のネットワーク「岐阜モデル」を構築された岐阜大学産科婦人科学 古井辰郎先生、院内システムを構築された岡山大学病院乳腺・内分泌外科 枝園忠彦先生をお迎えし、若年乳がん患者さんの妊孕性保持の現状と将来について活発なディスカッションが行われました。その概要を報告します。



大野真司先生

鈴木 直先生



乳がんになっても妊娠・出産の可能性を選択できる時代へ

2006年、世界では妊娠・出産を望む若年がん患者さんにとって大きな進歩がありました。がん治療医に向けた「がん患者の妊孕性温存療法の指針」(ASCOガイドライン)が作成され、その後若年がん患者さんの妊孕性温存の診療のためにがん治療と生殖医療が融合した“Oncofertility”という新しい概念が誕生しました。そして、本格的ながん治療医と生殖医療医のネットワーク作りが始まりました。

日本では、2014年に「乳がん患者の妊娠出産と生殖

医療に関する診療の手引き」が作成されたところですが、正しい情報を的確に患者さんに伝えるために、各地域での医療連携ネットワーク作りが求められています。

妊娠・出産を望むがん患者さんが、がん治療にできるだけ悪影響を及ぼさないでその可能性を選択できるように、あるいは温存できる可能性のあった妊孕性を知らないうちに失ってしまうことのないように、患者さん、がん治療医、生殖医療医が正しい情報や問題点を共有できる仕組みを作ることが必要です。



卵巣機能が質的にも量的にも低下してくる35歳頃には選択したい



古井辰郎先生

そのためには、まず自然妊娠と妊孕性について正しく理解することが大切です。産婦人科の立場から古井先生に解説していただきました。

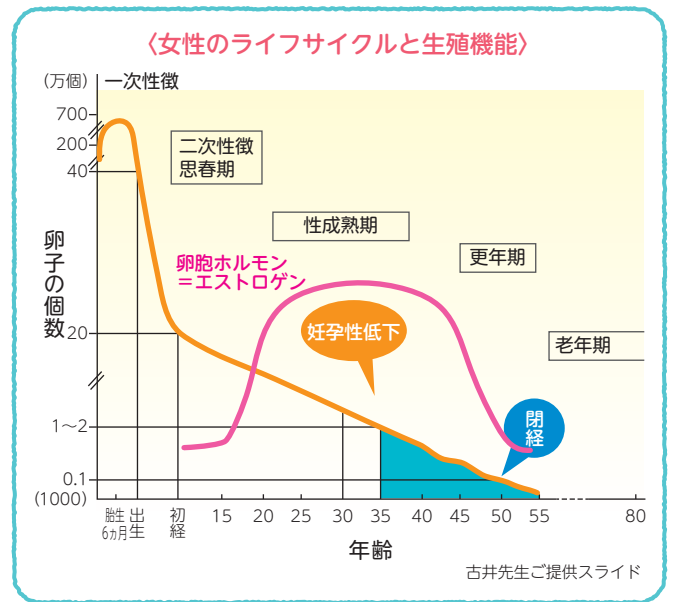
『妊孕性』とは妊娠しやすいことですが、自然妊娠に関わる卵子、精子、卵巣、卵管、子宮、脳下垂体の働きのどの

過程に異常があっても妊孕性が低下します。健康な夫婦が自然妊娠を望んだ場合でも妊娠のチャンスは年に2.5回といわれています。また年齢が上がるとともに流産率も高くなりますし、いつでも妊娠できるというわけではありません。

女性のライフサイクルと生殖機能をみると、卵子の数は生まれた時に決まっています。徐々に減少していきます。女性ホルモンのエストロゲンは性成熟期といわれる20歳代から40歳頃までをピークとし、40歳代後半からの更年期に入ると急激に低下し閉経します。妊孕性は卵子の数(量的低下)と卵子の加齢(質的低下)によって低下し、とくに質的低下すなわち卵巣機能の低下に大きく影響されます。一般に妊孕性のピークは20～24

歳で、25～29歳では4～8%、30～34歳では15～19%、35～39歳では24～46%、40～45歳では95%程度低下すると考えられています。

がん患者さんの場合には化学療法による卵巣障害が妊孕性を大きく低下させます。抗がん剤が卵巣機能を低下させるため、化学療法後に生理が再開したからといって、妊孕性が回復したわけではなく、妊娠可能な状態になったとは限らないのです。



乳がん治療と妊孕性保持の両立の可能性を広げる生殖補助医療(ART)

乳がんは自然妊娠が難しくなってくる年代に発症する人が増えてきます。また一般的に、若年乳がんは予後不良と考えられており、術後ホルモン療法は長期にわたり行ったほうが予後が良いとされていますし、化学療法を行うと卵巣は10年も歳をとるといわれています。若年乳がん患者さんにとって治療と妊孕性保持を両立させることは容易ではありません。

その対策の一つが、卵巣ががん治療によってダメージを受ける前に保存する方法で、ART(assisted reproductive technology)と呼ばれる生殖補助医療の進歩により可能性が広がってきました。ARTには“受精卵(胚)あるいは卵子(未受精卵)を凍結保存する方法”と、まだ実験的段階の“卵巣組織を保存する

方法”があります。

ただし、実施を検討する際にはメリット、デメリットをよく考えた上で選択しなければなりません。例えば、採卵(卵子を採る)の際には、できるだけ多くの卵子を保存するために排卵誘発剤を使います。そのため、卵巣が腫れたりエストロゲンが大きく上昇することがあり、「乳がんの患者さんが使っても安全なのか?」、排卵周期に合わせて採卵するため、「がん治療の合間にARTにどれだけ時間がかけられるのか?」、卵子あるいは受精卵を母体に戻し、「術後ホルモン療法を中断してもよいのか?」、また「母体に戻したときの年齢が出産のリスクにならないか?」、「予後不良ながんのタイプの場合にARTを勧めてよいのか?」など、課題は山積です。



後悔しない選択をするために患者さんが考えること、医師が伝えるべきこと



清水千佳子先生

現時点では明らかではないこともたくさんありますが、患者さんはどのように考えて選択したらよいのでしょうか。清水先生にいくつかの事例を挙げてご説明いただきました。

妊娠・出産に至った方の例では、リンパ節に転移のある38歳の患者さんは、子供を持つことを優先し、術後治療は出産後に行いました。術後すぐに自然妊娠し出産できたものの、7年目に再発されました。それでもご本人は子供を持つ選択をしたことは後悔していないと仰っています。また、同じく出産を強く希望した34歳の患者さんは予後不良なタイプでしたが、ARTを選択し、術前化学療法前に受精卵を凍結保存されました。幸い術前化学療法後の手術でがんは消えていましたが、主治医の知らないうちにARTを開始され、術後2年目に妊娠・出産されました。その後の経過

が順調でよかったものの、事前に再発のリスクも含め十分な説明をしたつもりでしたが、「私のがんはそんなに悪かったのですか」と驚かれてしまったという例もありました。

一方、妊娠・出産に至らなかった方の例では、39歳の患者さんの場合、パートナーとよく話しあった結果、今まで二人とも強く子供を持ちたいを思っていたわけではないと気が付いて、納得の上でがんの治療を優先されました。また、38歳独身の予後不良なタイプの患者さんは、妊孕性保持の方法について知っておきたいと希望され、生殖医療医のカウンセリングを受けましたが、成功率が高くはないことを知り、がん治療を優先されました。

妊娠・出産の可能性を選択されるのか、がん治療を優先されるのか、決めるのは患者さん自身です。後悔しない選択をしていただくために、患者さんはパートナーの方とも一緒によく考えていただくことが大切です。そのために、がん治療医や生殖医療医はカウンセリングなども行いながら適切で十分な情報を伝える必要があります。



ARTの実現に向けて不可欠な、がん治療医と生殖医療医のネットワーク作り



枝園忠彦先生

では、乳腺科医の立場からはどのように情報提供していったらよいでしょうか。枝園先生に岡山大学病院の院内システムを紹介していただきながら、大切なポイントをお話いただきました。

岡山大学病院では、妊孕性保持に関するカウンセリングを必要としている患者さんに効果的に、乳がんの治療に影響がないようスムーズにカウンセリングを行うための工夫として、初診時の問診票に「今後の治療によって生殖機能に影響が及ぶことがあります」と記載した上で、「今後あなたは妊娠・出産希望がありますか?」という質問項目を設けています。

岡山大学病院の44歳以下の乳がん患者161名の結果によれば、カウンセリングを希望したのは30～34歳が62%と最も多く、全体としては35%でした。年齢だけで

なく未婚によっても希望は異なりますが、実際に卵子・受精卵を保存したのは11名(7%)でした。

患者さんが初診時にすべてを理解して判断するのは困難ですし、ゆっくりと子供が欲しいかどうかを考えることのできる時間は少なく、乳がんであることのショックで心のゆとりありません。ですから、問診票で「わからない」、「どちらでもない」と答えた患者さんに対しても、「妊孕性」という意識を少し持つておいていただくことが大切です。挙児希望の可能性のある患者さんには何回か意志を確認するようにして、医療者側がカウンセリングを本当に必要としている患者さんを見落とさないというシステムが構築されています。乳腺科医からは大まかな乳がん治療の流れと予後、生殖医療医からは妊孕性保持の方法と可能性を伝え、患者さんに正確に理解していただくことが大切です。そのためには、繰り返し説明することが大切です。看護師や生殖心理カウンセラー等の心理的な支援も大きな役割を担っています。

また、清水先生の研究班では患者さんが納得できる選択をするためにどんなことを考えたらよいかをまとめたパンフレットを作成しています。鈴木先生が理事長をされているNPO法人 日本がん・生殖医療学会のウェブサイト(http://www.j-sfp.org/public_patient/map_breastcancer.html)あるいは大野先生が開設責任者をされている厚生労働省・若年乳がん患者のサバイバーシップ支援プログラムのウェブサイト(<http://www.jakunen.com/>)から無料でダウンロードできます。



求められるがん治療医と生殖医療医の医療連携ネットワーク ～岐阜モデルを参考に～

妊孕性の保持について最終的に選択するのは患者さんですが、後悔しない選択ができるようにどんな情報をどのように提供するのがよいでしょうか。日本で最初のがん治療と生殖医療の院外のネットワークを構築された古井先生に「岐阜モデル」の現状についてお話いただきました。

医療者側は、がん治療が生殖機能に与える影響とそのリスク、ARTをはじめとする予防方法の実際や費用面、リスクや期待できる妊娠率などについて、患者さんに理解していただくために、十分な情報提供をする必要があります。しかし、がん治療の現場では、生殖機能の問題について意識はしているものの、やはり最優先は

がん治療ですし、多忙な日常臨床の中で、生殖医療の最新の情報を十分に説明する余裕がないのが現状です。

そこで、がん治療医と生殖医療医の施設を超えた連携が必要であると考え、愛知県、岐阜県、三重県のART登録施設に呼びかけ、25施設に参加していただき、迅速に対応できる連携ネットワークを構築しました。2013年2月からの2年間で岐阜大学病院において男女合わせて81名のカウンセリングを実施しました。女性56名のうち、52%が乳がんの患者さんでした。カウンセリングの結果ARTを実施したのは10名ほどで、3/4の方は納得した上でがん治療に戻られました。



若年乳がん患者さんの想いに応える医療連携ネットワークをめざして

最後に、司会の古井先生、鈴木先生から会場の先生方へメッセージが送られました。

患者さんにとってがんの治療が重要であることはもちろんですが、その中でがんになっても子供が欲しいという患者さんの想いにどう応えていくか?その適切な対応に必要なことは医療者側の準備であり、医療者が正しい知識を得ることです。まず患者さん一人ひとりの状況を理解する必要があります。どのように患者さんと向き合っていくかということを院内・院外のがん治療医と生殖医療医が話し合い、情報を共有できるネットワーク作りを各地域ごとに進めていくことが重要です。

現在、日本において45歳以下の女性の約1万人、40歳以下の約4000人が乳がん罹患しています。若年

乳がん患者さんの妊孕性保持は、今や待ったなしの問題で、これからすぐにでも準備に取り掛かる必要があると考えます(古井先生)。

産婦人科医もこれまで以上にがん治療を理解する必要があり、互いの立場を理解し、より掘り下げたディスカッションができるようにしていきたいと思っています。産婦人科の立場から、患者さん自身が後悔しない選択ができるように、がん治療を優先していく中でも、妊孕性保持の可能性について生殖医療の限界も含めて、適切な情報を伝えて行けるようにしたいと考えます。同じ女性を守る診療科として、乳腺科と産婦人科の医師が有効性と安全性を考えながら引き続き連携していく必要性があると実感しました(鈴木先生)。