

## そら豆の会 第4回関東地区交流会

日時：2009.4.12 13:00-16:30

出席者：

三川さんご夫妻、呑み助さん、フジモリさん、Takさんご夫妻、カンタロウさんご夫妻、かあちゃんさんご夫妻、ajaさん、KAZUさん、つらいさん、きみちゃんさん、ちょっと幸せさん、テツさん、Lilyさん、まさこ

受付・会計：かあちゃんさん

司会：呑み助さん

勉強会講師：三川さん

記録：まさこ

### ■開会のあいさつ（三川さん）

私が7年前に腎臓がんになった時には情報もなく本もありませんでした。6年前ぐらいから少しでも情報交換や励ましができるように掲示板を開設しました。掲示板で知り合ったメダカさんと患者の会の話をし、2年前ほどからメダカさん中心で会を始めました。関東地区は4回めです。お互い励ましあっていけたらと思います。

今回は初めてメダカさんがおられない会になりましたが、メダカさんから今まで教えてもらったことを大事にしながら、会を進めたいと思います。

### ■自己紹介

ハンドルネームと各自の病状などを簡単に紹介。

### ■勉強会（三川さん）

三川さんからがん休眠療法について説明がありました。

参考文献：

「決定版がん休眠療法」（高橋豊著）

「間違いだらけの抗がん剤治療」（梅澤充著）

### ●がん治療の3本柱

手術、抗癌剤治療、放射線治療があり、他に内分泌療法、免疫療法、温熱療法といわれるものもある。

### ●がん治療の原則

完治は手術による切除のみ。手術できない場合に抗がん剤治療が不可欠になる。

(抗がん剤はもともと毒ガスを吸った人の白血球が減る減少から白血病向け治療として使われたのがはじめ)

基本的に完治はなく、がんは治らないとして考えなければならない。

### ●抗がん剤

細胞分裂や増殖を阻止する薬であるため、正常細胞も殺すことになる。

### ●奏効率

がん細胞が 1/2 になり、それが 1 カ月以上継続する場合に奏効を認める尺度。完全に見えなくなるのをコンプリートレスポンスという (がんはみえなくなってもなくなったわけではない)。

1 か月継続しても、そのあとにがん細胞が増えても奏効率としてカウントされてしまう。(生存率とは別)

新薬の認可条件にも影響している。丸山ワクチンなど奏効率がほぼ 0 で、生存率のあるものは認可がされない。

欧米は逆で、奏効率が高くても、延命効果が認められなければ認可されない。

日本ではエビデンスのない治療はすべきでないとの立場。エビデンスは実証データであり、患者の利益の観点とはまた別。

### ●標準的抗がん剤治療

多くの臨床試験から、治療効果と副作用の妥協から見出された使用量と使用期間の標準値。日本ではできるだけ効果をあげるため、投与量もできるだけ多くなる (延命の観点とは別)。しかも最大量は身長と体重のみで決まるため、年齢、性別、体質の違いが考慮されない。大量の投与により、副作用増加や抵抗力低下が起こる。副作用や大量低下でその薬を使えなくなるまでの期間が短くなる。

副作用と効果は無関係。

### ●分子標的薬

がんの増殖をとめる。がん細胞のドアをあけて、増殖を止めるキーを持つ薬。ネクサバールやスーテントが腎臓がんにあう鍵をもつ薬。

これらは当初副作用は少ないと言われたが、実際には結構でている。がん縮小よりは抑制。

### ●血管新生抑制剤

がんへの栄養を運ぶ血管を作るのを阻止する薬。アバスチンなど。

### ●抗がん剤の量と効果

量が多いほど効果が高いが、それによる副作用等での抵抗力低下で一度小さくなくても、そのあとがんが増殖したりする場合、逆に量は少なく、がん細胞は減少しないが、そのあとの増殖も少なく、延命に寄与する場合もある。

たとえば、当初 5 センチのがんに抗がん剤を多く使うことで一時的に 2.5 センチに半減した場合と、量は少なめで 6 センチになった場合では、2.5 センチに半減してもそのあと 10 センチ以上に増大してしまう可能性がある（奏効率はあっても、延命に寄与しないケース）。

### ●がん休眠療法

継続性と個人差を重視した抗がん剤治療。

がんを完全に死滅させるのではなく、がんと共存する考え。

死滅させようと標準的抗がん剤使用では延命がおおよそ 6～8 カ月であり、一方、がん細胞の増殖は指数関数的である。

個人差を無視した使用量によって副作用により免疫力や気力が落ち、QOL も低下、苦しみながら過ごすことになる。このような問題を改善し、いかに延命できるかに着目した考え方。

副作用の出ない量を探す。毒性（副作用）のグレードを 0 から 4 とし、継続可能なグレードを探していく。グレードは投与による血中濃度、つまり分解酵素の量によるもの（お酒の強い弱いがあるように同じ投与量でも個人ごとに違う）。

個別化最大継続可能量を探すことが必要。最大量（標準的抗がん剤治療の量）と最低量（これまでの成績から有効例が出た最小能動）を決め、その中間になる量から副作用（グレード）によって量を上げ下げして個人ごとの継続可能な量を決めていく。2 分法によって量を探す。

従来に比べ、入院が必要なく普通の生活が送れる。長期間継続可能、副作用も少ないので副作用を抑える高価な薬が必要なくなるという効果がある。

低用量療法というのも同様の考え方で、副作用のでない低用量の抗がん剤治療のこと。

ちょっと幸せさんからコメント：

柳田邦夫著 「元気のでる患者学」には休眠療法での従来方法との延命の比較がでていて、効果があったとの内容があった。

#### ■フリートーク

参加者全員で各自の現状や関心事について話し合いました。今回は海外での状況に詳しい方や受診経験のある方がいらしたので、海外の話題もでした。

以下は話題になったことをいくつか紹介します。

##### ・地域がん登録など

新しい抗がん剤が出たりしているが、患者のデータがきちんと集まっていない。個人情報の扱いの難しさがある。地域がん登録や院内がん登録などがあり、がん患者として積極的に関与していくべきではないか

##### ・自分の通っている医者がどのくらいのレベルなのか心配になる

→ 医師も非常な負担の中勤務しているので、患者も医療制度などにも関心をもつ必要があると思う

→ メダカさんも以前おっしゃっていたが、自分のことは自分がよくわかっているし、患者はきちんと勉強して、自分で治療を選択していくべき

→ セカンドオピニオンなどを積極的に受けるほうがよいのではないか。

##### ・肺転移し、科が変わり、画像診断担当と話したいが表に出てこないのが難しい

→ 以前のメダカさんの話でも出ていた。放射線科と話せるよう依頼すべき

→ スーテント等の休薬期間も自分で申し出ないといけないと感じた

##### ・インターロイキンとスーテントの併用がダメと言われたというのを聞いたことがある

→ 病院のデータ、エビデンスづくりの面が大きいのではないか

##### ・米国では抗がん剤ではなく、分子標的薬のスーテント等が主流になっている。

##### ・仏、独では特に QOL や延命中心にがん治療になってきているようだ

・カルテは法律で5年しか保存する義務はないので、廃棄される可能性もある。取り寄せたほうがよい

→ハワイでセカンドオピニオンを聞きに行ったときには摘出した自分のがん細胞も含めてすべてもらうことができた

→電子的にもらえる病院もある

・漢方はどうなのだろうか？

→気分的なものが多いのではないか

→治療というよりは普段の生活改善か

・中国ではバイエルンとチャリティ組織によって、ネクサバルで 3 カ月連続服用で効果があると、無料になるようになっている

・中国でもがん登録がある。がんや心臓病が対象

・がんという病気は一步ひくとこちらにくるので、一步ずつ攻めるべきだと思う

・ネクサバルやスーテントの情報がほしい

→新しい薬が出るという情報もあるようだ。新しい薬が増えてほしい

→ネクサバルでは間質性肺炎には気をつけないといけない（死亡例あり）。せきが続くなど。

・セカンドオピニオンは重要。同じことでもポジティブな医師から聞くと違う

・花粉症のときには免疫に影響するので注意が必要。また肥満もよくない。検査で発見しづらい面もある。

・ミニ移植といわれる兄弟の血液を使って、本人の免疫を保ちつつ、体質を変える方法が米国ではでつつあるようだ

・手術から日が浅く、いろいろ不安になる。家族、子供の面倒もある

→生きがい療法などが言われることがある。笑うことがよいというのはエビデンスとしてもでている

・がんになって家族がまとまってきたと思う。死を意識するようにもなったが、一日一日を楽しむことが重要だと感じている

■閉会のことば（三川さん）

少しでも皆さんのお役にたてればと思います。アンケートへの回答をお願いします。

次回は半年後を予定しています。

7月か8月に食事会か飲み会も企画の予定ですので、そちらにもご参加ください。