

# 乳癌 切除不能乳癌が低濃度抗癌剤併用で切除可能へ 当院治療 12年7ヶ月経過

患者様は昭和35年生まれの女性です。  
右乳房にシコリがあり、近くの総合病院外科を受診し生検の結果、乳癌と診断されました。県の癌専門病院を紹介されたのが平成13年(2001年)2月でした。腫瘍の大きさは触診上80mm×63mmの大きさで、抗癌剤で縮小させてから手術をするとの事で、タキソール120mgを3週間連続、1週間休みを1クールとして(標準(150mgで6週間2週休)みに比べ低濃度で短期間)3クルールの予定が計画されました。

新免疫療法(NITC)は平成13年3月の41歳の時に開始しました。この時、抗癌剤タキソール120mgは初回の1クール目が5日前に行なわれておりました。

初診時の超音波検査では、右乳房の腫瘍の大きさは60×55×30mmで胸壁固定があり、手術適応が無いと判定されました。

右腋窩リンパ節腫大が5個認められ、大きいものは20×12mmでした。右頸部、右胸骨傍リンパ節の腫大は認められておりません。(図2-1)

初診時の腫瘍マーカーはNCC-ST439が9.4U/ml(基準値:7.0以下)、そしてICTPは6.6ng/ml(基準値:4.5以下)のみが高値を示し、CEA、TPA、CA19-9、CA15-3、BCA225、SLX-1等の乳癌関連抗原は正常範囲内でした。

免疫能力はIFN $\gamma$ は4.4IU/ml(10以上が活性化)と非活性化でしたが、IL-12は16.8pg/ml(7.8以上が活性化)と活性化していました。抗癌剤投与でTh1サイトカインカスケードが乱れていると推察されますが、目立った副作用もなく体重も維持されQOLも良好に保たれました。NK細胞比率は10.1%(11%以上が活性化)で、活性化NK細胞比率も非活性化、NKT細胞比率も活性化NKT細胞比率も低下しておりました。

平成13年5月の手術直前(抗癌剤3クール終了)の超音波検査画像を図2-2に示します。腫瘍は著しく縮小し、17×13×15mmまで縮小。胸筋固定も消失していました。リンパ節転移も2個まで減少し最大が12×11×7mm大でした。この時点でこの患者様は初めて手術可能な症例と判断されました。

この時、腫瘍マーカーはNCCが2.2U/mlと正常域内に入っていました、ICTPは4.9ng/mlとまだ高い値を示していました。

平成13年5月末日に非定型的乳房切断術(Br、Ax、Mj:小胸筋温存手術)が施行されました。組織型は乳頭腺癌でT2(4cm)、N1 $\alpha$ 、M0、Stage IIでした。ホルモン受容体はER(+)、PgR(+)でした。

術後は、手術前と同様にタキソール120mgの3クールとホルモン療法のノルバテックスの投与が施行されています。

術後の免疫能力はTh1がときに活性化するものの、時に低下することもあり、安定していませんでした。NK細胞比率、活性化NK細胞比率も改善する傾向があるものの、安定しない状態が続いております。NKT細胞比率、活性化NKT細胞比率は非活性化でした。

なお、術後から2ヶ月程度QOLが低下する時期もありましたが、平成13年8月にはQOLは改善しました。なお、抗癌剤投与は平成13年9月が最終です。この間の腫瘍マーカーはNCCは正常化したままでしたが、ICTPが平成13年12月の異常値を最後に現在まで一度も上昇していません。卵巣癌関連の腫瘍マーカーであるSTNが平成14年3月に初めて上昇し51U/ml(45以下が正常値)を示し、平成14年(2002年)6月の超音波検査で卵巣のう腫が指摘されましたが(図3-1)、癌専門病院の婦人科の精査で当時から子宮内膜症と診断され、経過観察され現在に至っています(図3-2)。

当院の治療開始から12年7か月经過した現在も、通常の社会生活を送っています。

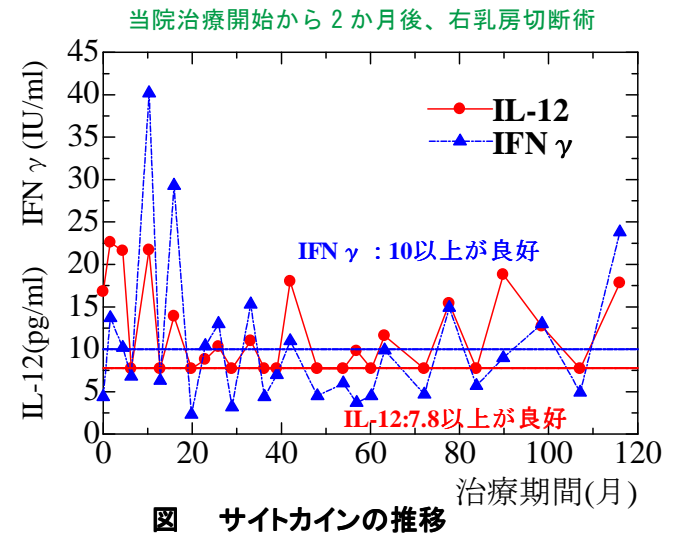
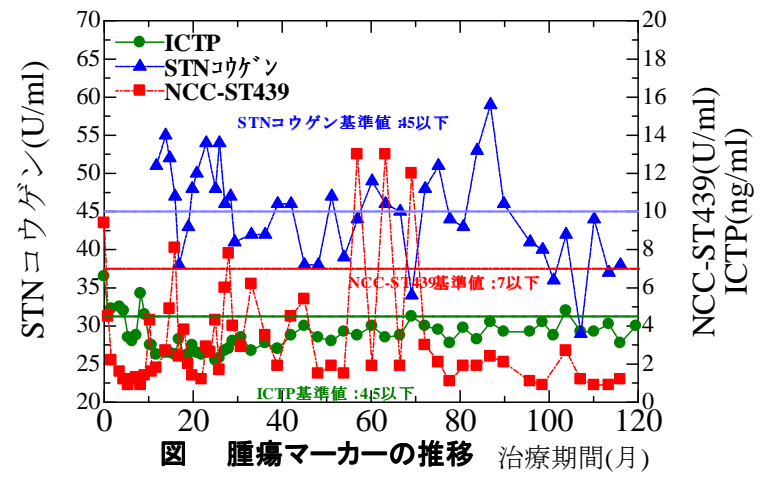


図2-1 2001.3(平成13年3月)

右乳房に60×55×30mm程度の不整形の腫瘍を認め、胸筋固定を示していた。

右腋窩のリンパ節5個が腫大、大きさは20×12mm程度まで。

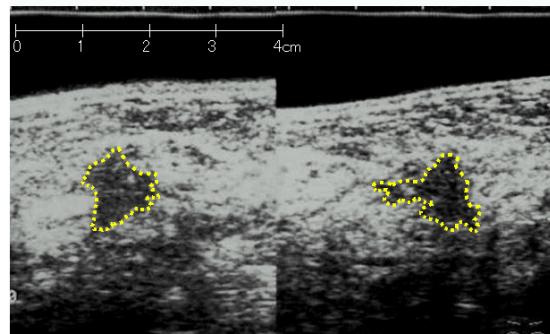


図2-2 2001.5(平成13年5月)

右乳房の腫瘍は17×13×15mmと縮小、胸筋固定も消失した。

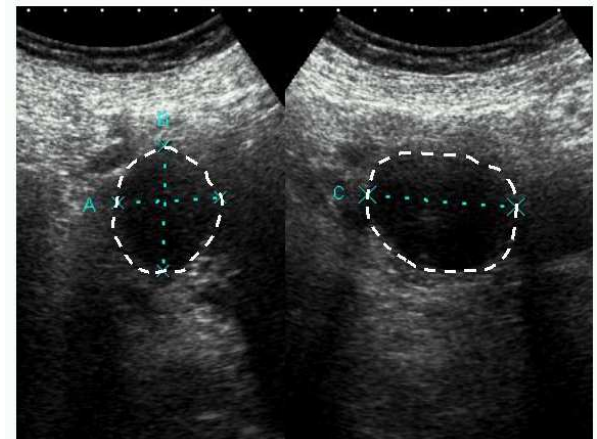


図3-1 2002年11月(平成14年)  
40×34×28mmの右卵巣のう腫

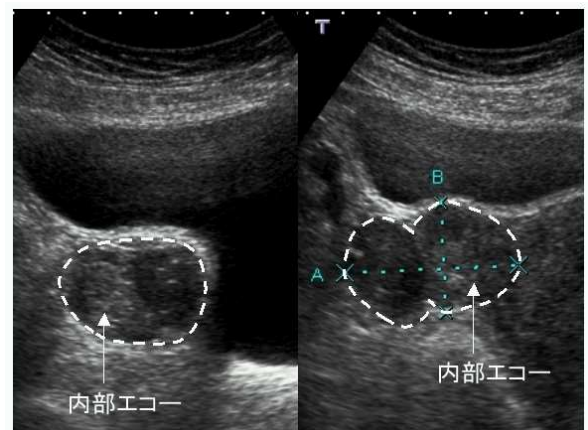


図3-2 2007年11月(平成19年)

右卵巣のう腫は49×42×31mm。内部に出血と思われる内部エコーがみられる。