乳がん

埼玉医科大学国際医療センター乳腺腫瘍科教授
佐　伯　俊　昭
（聞き手　山内俊一）

乳がん治療の最新の流れについてご教示ください。

＜東京都勤務医＞

山内　佐伯先生、乳房の予防的切除といったものがメディアで非常に話題にもなりまして、常にこのあたり、脚光を浴びているといいますか、話題になるところなのですが、まず乳がんの診断、治療、それから予防、こういったものに分けて、一つひとつ、最近の話題や流れ、それから適切な方法といったあたりをご紹介願いたいと思います。まず診断ですが、これはいかがでしょうか。

佐伯　基本的な診断法として問診と触視診、あと補助診断法として画像診断、それから確定診断法である生検により、乳がんの診断をつけていくわけですけれども、なかでも触視診というのは非常に重要です。現在、残念ながら年間６万人以上の女性が乳がんという診断を受けています。ある統計では日本の女性の14人に１人は乳がんに罹患するといわれています。そうしますと、女性であれば頭の隅に一応乳腺疾患、乳がんのことをぜひ置いていただいて問診、触視診をしてください。

視診で乳房の色、皮膚の発赤があるかどうかとか、あるいは乳頭にびらんがあるかどうかをみます。その他、乳房の変形、左右差、それからデレと呼ばれている皮膚のくぼみ、ミカンの皮のようなちょっとざらざらした肥厚した皮膚、そういうものが視診でよくわかります。

触診は、乳腺そのものはどうしても脂肪に比べますと硬いので、しこりを探すのはけっこう難しいのです。まずは、腫瘤かどうか、あるいは硬結なのかを鑑別します。乳腺が乳腺症などで硬いというのは、実は硬結という言い方をします。乳腺症がありますと、乳腺そのものが若干硬くなりますので、

その硬さと腫瘤の硬さをよく鑑別しないといけないということです。

山内　まず視診というオーソドックスな方法ですけれども、これで少なくともある程度進行したものはきちっと見分けられるということでよいわけですね。

佐伯　そうですね。例えば救急外来に腹水とか、あるいは意識障害とか、またはどこかの病的骨折とかいうことで来られた方で、原疾患は何かというと、意外と女性の場合は、乳房を見ますと進行がんがあったということがありますので、おっしゃるとおりだと思います。

山内　診断には何本か柱があるようですが、このあたりで次のものというとどういったものなのでしょうか。

佐伯　画像診断が非常に進んでいまして、検診で行うのはマンモグラフィです。今、前向き試験で超音波をマンモグラフィに併用すると、50歳より若い方にどういう意義があるかということを検討しています。今の法律ではマンモグラフィのみが検診に用いられます。ただ、そこで要精査として引っかかった方々を精密検査する場合には、より精度の高いマンモグラフィ、それからドップラーやエラストグラムを併用する超音波診断、MRIまたはCTといわれています。意外と役に立たないのがPET-CTです。ですから、一応マンモグラフィと超音波とMRIまたはCT、これもできるだけスライスの幅の狭いものをお使いになりますとよくわかります。微細石灰化や腫瘤などの存在診断にはマンモグラフィと超音波で十分です。

質的診断を行うなら、マンモグラフィ、超音波、それにプラスアルファの画像診断です。さらに画像上、悪性が疑われる場合は広がり診断を行わないといけません。その場合はぜひ造影のMRIかCTを加えていただくということになるかと思います。

山内　マンモグラフィなどに関しては、かなり術者の腕が絡むようですが、いかがでしょうか。

佐伯　おっしゃるとおりです。いま先生が術者とおっしゃいましたが、マンモグラフィはほとんど放射線技師が撮ります。放射線技師も、今はCT専門の技師とか、いろいろ分かれています。技師にある程度の技術力がないと乳房全体をきれいに写すことが難しいといわれています。我々がマンモグラフィに期待している早期の乳がんに特徴的な微細石灰化の鑑別診断に際し、フィルムに塵などがついていますと、病変なのか、塵なのか、わかりません。それだけちゃんとした精度管理ができる技師であるということが大事です。

その次に、良い写真を撮っていただいたら、それをちゃんと読む力、読影力が必要です。放射線画像診断の先生ももちろん読んでいただくのですが、

おそらく多くの施設では乳がんを専門にやっている外科系の先生方だと思います。あとは地域の開業の先生方で非常に熱心にやっている先生もたくさんいらっしゃいます。

読影に関しては、精中委という組織がありまして、そこが読影者の認定をしております。例えば地域のいろいろな自治体がやっている検診の読影等は、認定を持った勤務医の先生、あるいは開業医の先生が読影をやっていらっしゃいますが、そういう認定のための講習会が全国で行われていることをぜひ知っていただいて、認定を受けていただきたいと思います。

山内　次に治療ですが、いろいろなものがあると思われますが、概略はいかがなものなのでしょう。

佐伯　一般的にがんの治療は局所治療と全身治療とがあると思いますが、乳がんの場合は局所治療としての手術療法と放射線療法があり、全身治療といたしましては薬物療法があります。初期の治療は治癒を目的とした治療ですが、局所治療と全身治療を上手に組み合わせて集学的に行い、治癒率の向上を目指すわけですが、ステージによりまして、治療の主役が若干変わってきます。

外科治療はこの５年間でダイナミックに変わりまして、現在は乳房温存の手術とセンチネルリンパ節生検を行うことがほぼ標準になってまいりました。以前は乳房切除と腋窩のリンパ節郭清というのが標準であったわけですが、その後のいろいろな比較試験等により、縮小手術でも生存率がほとんど変わらないということで、特に整容性の高い乳房温存手術と後遺症の少ないセンチネルリンパ節生検が標準術式になっております。

ただ、それには放射線治療を必ずうまく組み合わせるということが大事ですし、薬物療法として乳がんのタイプ別に抗がん剤とホルモン剤と分子標的薬を上手に組み合わせていくことが大事です。

山内　これは組み合わせになりますから、ケース・バイ・ケースといいますか、オーダーメイドの医療になると考えてよいわけですね。

佐伯　おっしゃるとおりです。手術に関するもう一つのトピックスとしましては、今まで乳房切除のあとの乳房再建手術は保険適用がありませんでしたが、2013年からエクスパンダーとか、あるいはシリコンのような人工物を用いて再建することが保険適用となりました。今後、乳房を切除して安全に確実にがんを取ったあとに再建して整容性も保てるという手術が日本ではだんだん広がってくると思います。

山内　抗がん剤も新しいものが続々と登場しているのでしょうか。

佐伯　いわゆる再発予防のための補助療法における化学療法はそんなに変

わっていません。しかし、進行再発の治療、つまり延命と高いQOLの維持を目的とした治療はかなり進歩しています。最近では再発してもだいたい50％生存期間が３～５年と非常に延びてきまして、その一つの理由が新規の薬剤が抗がん剤も含めてたくさん出ているということといわれています。

例えば抗がん剤ですと、最近、チュブリンの阻害剤であるエリブリンがありますし、また分子標的薬では、HER２陽性乳がんに対するペルツズマブというものが2013年承認されましたし、あとT-DM１というのも、もう承認は済んでいますが薬価がついておりませんけれども、2014年の春には使えるという状況です。（2013年12月現在）

山内　最後に、遺伝子診断が進歩して、予防的に切除するという問題も出てきておりますが、これはいかがなのでしょう。

佐伯　先生が最初におっしゃったように、アメリカの女優さんが、お母さんもおばさんも40代で乳がんになられたということで、病気でもない乳房を切除したニュースが伝えられました。日本でも大きく取り上げられましたけれども、予防的乳房切除について、実は日本乳癌学会がこれに対してステートメントを出してホームページで公開しています。ただ、遺伝子の検査に保険適用はありませんので自費になります。そして、検査後の患者さん、家族に対するカウンセリングが必要となります。

我々の病院では予防切除というのは今のところあまり患者さんと家族からのリクエストはありません。家族集積性を心配している方には、むしろ半年に１回ぐらいMRI等を用いた検診を導入するほうがいいのではないかということもいわれています。

山内　どうもありがとうございました。