

乳がん

1. 乳がんとは？

乳がんは乳房にある乳腺（母乳をつくる場所）に発生するがんです。症状としてはしこりがもっとも多く、乳頭から血がでる、乳頭や皮膚がくぼむといった症状などがあります。初期には全身の症状はほとんどありませんが、気づかずにそのままにされると、乳房の外までがんが転移し、リンパ管や血管を通して全身へと広がります。

現在、女性のがんの中でもっとも多く第1位です。また、今後も増えると考えられています。日本女性のうち、生涯、乳がんを発症する割合は約25人に1人で、年間約4万人が乳がんにかかるといわれ、亡くなる方は年間約1万人となっています。乳がんを命を落とさないようにするためには早期の発見、治療が第一と考えられ、今日、乳がん検診ではマンモグラフィーを行うことが勧められています。乳がんと診断されても早期ならば10年生存率は約90%です。

また乳がんはいろいろな要因が関連することがわかっています。乳がんの発生、増殖には、女性ホルモンであるエストロゲンが重要な働きをしています。これまでにわかっているリスクの中には、体内のエストロゲンに影響するものがほとんどです。体内のエストロゲンが高いこと、また、経口避妊薬の使用や閉経後のホルモン補充療法によって乳がん発症のリスクが高くなります。生理的要因としては、初経年齢が早い、閉経年齢が遅い、出産歴がない、初産年齢が遅い、授乳歴がないことがリスクとされています。飲酒習慣によりリスクが高くなり、また運動による乳がん予防効果も実証されています。遺伝的要因が強い家系があることも知られています。

2. 診断と治療について

科学的根拠（エビデンス）に基づいた高い水準での正確な診断、治療を行うと共に、分りやすい説明を心がけ十分なご理解（インフォームドコンセント）によりそれぞれの患者さんに最も適した治療をお勧めしています。

現在、乳がん治療は手術をはじめ放射線療法、ホルモン療法、化学療法、分子標的療法などの薬物療法などの治療を組み合わせる集学的治療が主流となっています。診療のガイドラインとして、乳がん診療ガイドライン（日本乳がん学会編）、ヨーロッパのザンクトガレン 2007 のコンセンサスレポートなどの科学的根拠（エビデンス）に基づいて治療法を決定しています。日本乳がん学会乳腺専門医1名（非常勤）、マンモグラフィー読影試験認定医4名、マンモグラフィー技術認定技師2名が配属されています。

また当院の患者さんがセカンドオピニオンを希望された場合は要望に応じ、ご希望の病院をご紹介します。

(1) 診断

問診と触診

最初にかんたんな問診と担当医師が今回受診された経過をお聞きし、触診を行います。

検査

a) マンモグラフィー（乳房のレントゲン写真）

専用のレントゲン撮影装置で乳房をはさんで写真を撮ります。その際少々乳房が圧迫されます。触診ではわからない小さな乳がんが発見できます。また小さな石灰化などの病変がきれいに描出されます。



エコー（超音波検査）

触診やマンモグラフィーで気になるところがあれば、外来ですぐにエコーで確認します。マンモグラフィーに比べて小さいしこりや石灰化の診断が困難ですが、しこりの内部がしっかり写りやすく、乳腺の厚い若い人の診断には特に有用です。マンモグラフィーでもわからない病変がきれいに写ることもあります。



c) 穿刺吸引細胞診

細い針を病変に刺して細胞を取って調べる検査です。エコーで見ながら針がしこりに当たるのを確認して細胞を取ります。細胞を直接検査できるので、良性か悪性かの診断をほぼ確定することができます。結果が出るまで数日が必要です。リンパ節転移が疑われる患者さんにはそのリンパ節にも細い針を刺して細胞を取って調べることがあります。

d) 穿刺針生検

細胞診ではがんか良性かの診断が困難な場合、局所麻酔を行って少し太めの針で組織をとります。結果が出るまで数日が必要です。病理組織診断なので細胞診より正確な診断ができます。

e) CT検査

各種の画像診断で乳がんの診断が難しい場合や、乳がんと診断された際に、乳がんが乳房のなかでどのくらい広がっているかを診断するための検査のひとつです。乳房温存手術が可能かどうかを判断するときに有用です。リンパ節の転移の状況も推測できます。また、手術前後を通して、肺や肝臓の状態も詳しく調べることができます。通常、がんと血流との関連などを詳しく見るために造影剤を注射しながら行います。術後の再発のチェックなど定期的な検査にも適しています。

f) MRI検査

CT検査同様、各種の画像診断で乳がんの診断が難しい場合や、乳がんと診断された際に、乳がんが乳房のなかでどのくらい広がっているかを診断するための検査のひとつです。通常、がんと血流との関連をみるために造影剤が必要です。

(2) 治療

乳がんの治療には、外科療法、放射線療法、薬物療法があります。外科療法（手術）と放射線療法は局所の治療であり、薬物療法は全身の治療です。最近、化学療法やホルモン療法、放射線照射法が進歩したことから、手術のみではなく、患者さんの病状に応じて、これらの治療法をうまく組み合わせる治療を行うことが多くなってきています。

外科療法（手術）

乳がんの最も基本的な治療は手術です。体内のがん細胞を一度に取り除くことが治癒への近道であり、他の治療法を加える際にも、手術によりがんの量を少しでも減らした方が、他の治療を成功させる確率が高くなります。現在、乳房に行われる手術には主に以下の2つの方法があります。

a) 乳房温存手術

乳がんを含む乳腺の部分切除です。乳房は大部分が残りますので外見は良好です。乳房温存手術が行えるのは基本的に乳がんが大きくない場合です。ただし残した乳房の局所再発率は乳房切除術より高いため、多くの場合残した乳房に放射線治療を行います。



温存手術例

b) 乳房切除術

術前の画像診断などでがんが乳房の中で広がっている方に行います。皮膚の大部分は残し、その下の乳房をすべて切除します。胸の筋肉は切除しません。男性の胸の形に近くなります。現在では乳房温存手術、乳房切除術どちらを選ばれても生命に及ぼす影響には差はないことがわかっています。



切除手術例

c) 腋窩郭清（えきかかくせい）

わきのリンパ節の切除を行う方法です。術前にわきのリンパ節への転移があると予想される患者さんに対しがんの転移の可能性があるリンパ節をすべて取り除きます。乳房温存手術、乳房切除術どちらを選ばれてもリンパ節への転移があると考えられる患者さんに行います。

d) 乳房再建手術

乳房再建術は乳房の全切除後に乳房の形をつくる方法です。乳房切除術を受ける方の中にも形を残したいとお考えになる方も、もちろんいらっしゃいますのでご希望に応じ一次的（乳がんの手術と同時）、二次的（乳がんの手術後数ヶ月後）に乳房再建術を行います。乳房再建術はお腹や背中の中の筋肉や脂肪をもちあげて乳房の形をつくります。一方、乳房温存手術を受ける方のほとんどは乳房再建術の必要はありません。



再建手術例

(3) 手術の危険性、合併症について

手術は人間が行うものであり、全く危険や合併症がないわけではありません。その中のアレルギーには症状に大きな差があります。手術前や手術中、手術後にはいろいろな薬を使います。手術前投薬（眠くなる薬）や局所麻酔薬、手術後に使う化膿止めによって、軽いじんま疹、ひどい場合にはショックになる可能性があります。今のところ、アレルギーを効果的に予測できる手段はありません。その他に、特に腋窩郭清を行った方は術後6ヶ月ほど、手術をしたわきの部分に違和感が残ることがあります。徐々に改善していくことがほとんどですが1年以上続くこともあります。また腋窩郭清を行った方は術後数年してから手術した側の腕がむくむ症状（リンパ浮腫）がでる場合があります。

(4) 実際の入院生活と手術について

基本的には約7~14日間の入院です。多くの場合、しかし年齢等により術後経過に個人差があります。特に腋窩郭清を行った方はドレーンといってわきにたまった液体を外に出すための管が入ることが多いので、液体が少量になりドレーンが抜けるか、ご自身で処置できるようになるまで入院が必要です。また乳房再建術を受けられた方はお腹あるいは

背中への傷のこともありますので少し入院期間が長くなります。手術が終わり1~2時間もすると麻酔が切れて少々痛くなる場合があります。痛み止めを用意してありますので、看護師におっしゃってください。しかし翌日からはどんどん良くなります。

(5) 手術後の治療

放射線治療

乳がんは多くの場合しこりを中心にまわりの乳管に沿って進展していく特徴があります。手術でとった乳がんとその広がりをよく調べた上で、温存手術後の多くの方に放射線治療を行います。放射線にはがん細胞を死滅させる効果があります。放射線治療は放射線をあてた部分にのみ効果がある局所の治療です。手術でがんを切除した後に乳房やその周囲の局所再発を予防する目的で行います。また骨に転移した場合、骨の痛みによる症状を緩和するために行われたり、脳の転移に対して行われたりすることがあります。

薬物治療

乳がんの治療に用いられる薬は、ホルモン療法、化学療法、分子標的療法の3種類に大別されます。手術後の再発予防のための治療として、乳がんのいろいろな生物学的因子から考慮し現在の科学的根拠（エビデンス）に基づいて薬剤を選択します。

a) ホルモン療法

乳がんの約70%はホルモン受容体を持っており、これらの乳がんの増殖には女性ホルモン（エストロゲン）が影響しています。手術でとった乳がんのホルモン受容体を検査することにより、女性ホルモンに影響されやすいか否かがわかります。女性ホルモンに影響されやすい乳がんはホルモン療法による効果が期待できます。ホルモン療法には抗エストロゲン剤、アロマターゼ阻害剤などがあります。ホルモン療法の副作用は、化学療法に比べて一般的に極めて軽いのが特徴です。

b) 化学療法（抗がん剤）

化学療法は細胞分裂のいろいろな段階に働きかけて体中のがん細胞を死滅させる治療です。化学療法には、多かれ少なかれ副作用が予想されます。化学療法はがん細胞を死滅させる一方で、正常の細胞にも作用し、白血球、血小板の減少、吐き気や食欲低下、脱毛などの副作用があらわれます。副作用よりも効果が期待できるときには科学的根拠（エビデンス）に基づいて化学療法をお勧めしています。

c) 分子標的療法（ハーセプチン）

乳がんのうち20%~30%は、乳がん細胞の表面にHER2（ハーサー）タンパクと呼ばれる特殊なタンパク質を持っており、このHER2タンパクは乳がんの増殖に関与しています。このHER2をねらい撃ちした治療法が分子標的療法（ハーセプチン治療）です。これにより治療効果がかなり向上しました。ただしハーセプチン治療はHER2タンパク、あるいはHER2遺伝子を多く持っている乳がんにのみ効果があります。

(6) 再発乳がんの治療

再発が確認された患者さんの治療も重要です。局所再発以外の遠隔転移再発が確認された方が治癒することは少ないので、現在のところ再発患者さんの治療で最も大切なことは患者さんの生活の質（QOL、Quality of Life）を落とさずに長期間の生存を得ることと考えられています。外科の主治医が放射線科（局所再発、骨転移、脳転移などの治療）、整形外科（骨転移の診断、治療）、脳外科（脳転移の診断、治療）に必要な応じて連携をとり、それぞれの患者さんに最適な治療法を行っております。また痛みのコントロールなど緩和ケアチームとの連携もとりながら診療にあたっています。

(7) 治療法の選択

乳がんの治療の第一は手術です。画像診断（マンモグラフィー、エコー、CT、MRIなど）でがんの範囲を正確に診断して、がんを手術で完全にとりきることです。がんがすべてとりきれぬ範囲を決定して、部分的に乳房を切除してもある程度形の整った乳房が残せると判断すれば、乳房温存手術をお勧めしています。しかし、がんが広範囲に広がっている場合には切除範囲が大きくなり温存手術後の形には期待できませんので乳房切除術を行います。乳房切除術を施行する際にもできれば形を残したいとお考えになる方も、もちろんいらっしゃいますのでご希望に応じ一次的、二次的な乳房再建術も行います。乳房再建術はおなかや背中中の筋肉や脂肪をもちあげて乳房の形をつくります。