

がん治療の今

■■■■

検診が重要

国内では乳がんは増加しており、女性のがん罹患率の第1位です。年間約6万人が罹患し、約1万3千人が亡くなっています。女性12人に1人が罹患するともいわれています。

すると、皮膚浸潤や脇の下(腋窩)のリンパ節腫大などが出現しますが、視触診では分からない場合もあります。

画像診断は、マンモグラフィで腫瘍影や石灰化などの異常所見がある場合、超音波検査で精査し

女性12人に1人が罹患

乳がん編

ます。

35歳くらいから急激に増加し、40歳代と60歳代が罹患のピークです。欧米では死亡率は低下していますが、日本では徐々に増加しています。これは、検診の受診率が低い

ため、早期乳がんの比率が低いことが要因で、死亡率の低下につながっていません。

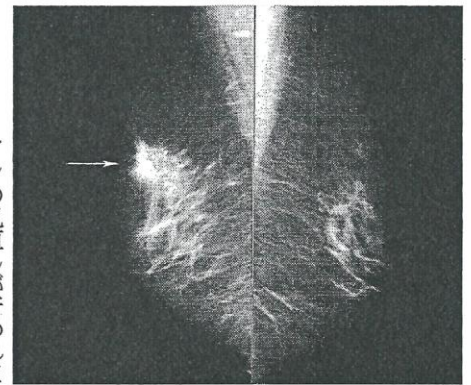
診断は、視触診で乳房のしこり、乳頭からの分泌の有無を確認します。特に血液混じりの分泌には注意が必要です。進行

らを組み合わせますが、

乳がんのサブタイプ分類

増殖能		ホルモン受容体陽性*1	ホルモン受容体陰性
HER2 陰性	低い	ルミナルA ホルモン療法*2	トリプルネガティブ 化学療法
	高い	ルミナルA (HER2 陰性) ホルモン療法+化学療法	化学療法
HER2 陽性	問わず	ルミナルB (HER2 陽性) ホルモン療法+化学療法+抗HER2療法	HER2 タイプ 化学療法+抗HER2療法

*1/ホルモン受容体陽性：エストロゲン受容体(ER)、プロゲステロン受容体(PgR)のどちらか一方または両方ある場合。
*2/リンパ節転移が4個以上など再発リスクが高いと考えられる場合は、化学療法の適応を考慮することもある。



マンモグラフィ検査で見つかった乳がん

IV期に分類されます。公益財団法人がん研究振興財団の「がんの統計2012」では、5年生存率は、Iが96・1%、IIが91・4%、IIIが70・4%、IVが34・0%で、全体では88・1%と報告されています。

しかし、消化器がんとも異なり、術後5年以降にも再発を認めることがあるため、術後10年間の定期的な経過観察が必要となります。

インの見直しが行われます。見直したガイドラインに沿った術後補助療法を行います。

乳がんのタイプは、ホルモン受容体や、HER2(タンパク質)が陽性か陰性か、がん細胞の増殖能力が高いか否かで、五つのサブタイプに分類され、それぞれに治療方針が決められています。

進行がんでは薬物療法を術前にも行う場合があります。腫瘍の縮小から乳房温存率を向上したり、薬物療法の効果判定にも用いられています。

また、腫瘍の大きさとリンパ節転移の有無などにより、ステージ(病理学的病期)はI、II、III、

乳がんは自分で触診したり、定期的な検診で、早期発見・診断に努めることが重要です。治療法の選択肢も広がっています。早めに専門医を受診して相談してください。

なお、9月11日午後3時から、製鉄記念室蘭病院・がん診療センターで「乳がん」をテーマにしたセミナーを開催します。参加無料、予約不要ですので気軽にお越しください。

しよつじ・やすひと 北海道大学卒。医学博士。外科学会専門医。検診マンモグラフィ読影認定医。42歳。

手術が基本です。

手術は、がんを含む乳房の切除と腋窩リンパ節郭清ですが、現在は乳房全摘よりの乳房温存手術が主流です。

リンパ節郭清は、センチネルリンパ節生検で転移のない時は郭清を省略できるため、術後のリンパ腫や上肢の浮腫・痺れの軽減につながります。

ただし、転移症例は郭清が必要で、乳房温存手術では再発予防のため、残存乳房への放射線照射も必要です。

2014年度(平成26年度)の製鉄記念室蘭病院での乳がん手術症例は計41例です。内訳は、乳房全摘25例、乳房部分切除(温存)14例、再発切除2例です。また、センチネルリンパ節生検の施行は23例です。

定期検査を

スイスのザンクト・ガレンで2年に1回開催される国際会議で、乳がんの治療指針が示されています。これに基づき、日本乳がん学会でもガイドラ

製鉄記念室蘭病院

東海林安人 外科・消化器外科主任医長