

乳がん

乳がんの治療は、腫瘍の大きさや場所、広がり、転移の状況、女性ホルモンの感受性などによって異なってきます。これらの要素に加え、患者さんの体質やご希望を考慮しながら、手術、放射線療法および薬物療法を組み合わせ治療をおこなっていきます。

手術には、乳房を全部摘出する乳房切除術と乳房を残しながらがんを摘出する乳房温存手術の2つがありますが、最近では、検診などの普及により比較的小さな乳がんが発見されることが多くなり、乳房温存療法の割合が増える傾向にあります。当院でもここ数年の乳房温存手術の割合は70%前後です。当院における術式決定の目安を図1に、乳房温存手術の適応条件を表1に示します。

乳がんが大きく本来なら乳房切除が必要な場合でも、抗がん剤治療を手術の前に行い、がんを小さくして乳房温存手術を可能にする術前化学療法という方法もあり、中にはがんが完全消失する場合もみられるようになりました。

また、当院では2002年より内視鏡を用いた乳房温存手術を導入しました。内視鏡手術のメリットは、傷が小さく美容的に優れている点にあります。導入以来約5年を経過しましたが治療成績、安全性については問題ありません。このような最先端の手術法を積極的に取り入れ乳がんの治療を行っています(乳がん内視鏡手術については当院のホームページ参照)。

乳房を温存できない場合や温存手術でも切除部分の大きい場合には乳房再建術という選択肢もあります。シリコンなどの人工乳房を埋め込んだりや背中やお腹の筋肉の一部を移植したりして失った乳房を再検する方法です。当院では形成外科が乳房再建手術を担当しております。

乳がんの手術においては、乳房はもちろんのこと、それ以外にわきのリンパ節の手術も重要です。これまでは乳がんの手術時には一律にわきのリンパをすべて切除するリンパ節郭清が行われてきました。わきのリンパ節郭清を行うと“リンパ浮腫”と呼ばれる腕のむくみや知覚異常などの後遺症が残る危険が多くなります。当院ではリンパ節転移の可能性が少ない患者さんに対してセンチネルリンパ節生検を行い、リンパ節郭清の必要のない場合(リンパ節転移がない患者さん)にはリンパ節郭清を省略しています。センチネルリンパ節生検の導入により、不要なリンパ節郭清が行われることが減り、患者さんの負担が軽減されるようになりました。当院におけるセンチネルリンパ節生検の適応条件を表2に示します。

さて、手術が終わっても乳がんの治療が終了したわけではありません。摘出した組織の詳細な組織検査(病理検査)を行い、その結果によって再発や転移を防ぐための治療が行われます。病理検査では、がんの大きさ・広がり、リンパ節転移の状況、ホルモン感受性の有無、HER2 の状況、がんの悪性度などを評価検索します。これにより再発の危険度を評価し手術後の治療の指標とします(表 3)。乳がんの治療においてはこの手術後の治療も手術と同じくらい重要で、適切に手術後の治療を行うことで再発の危険性を 30-50%程度減少させることができます。

図1:乳がんに対する術式決定の目安

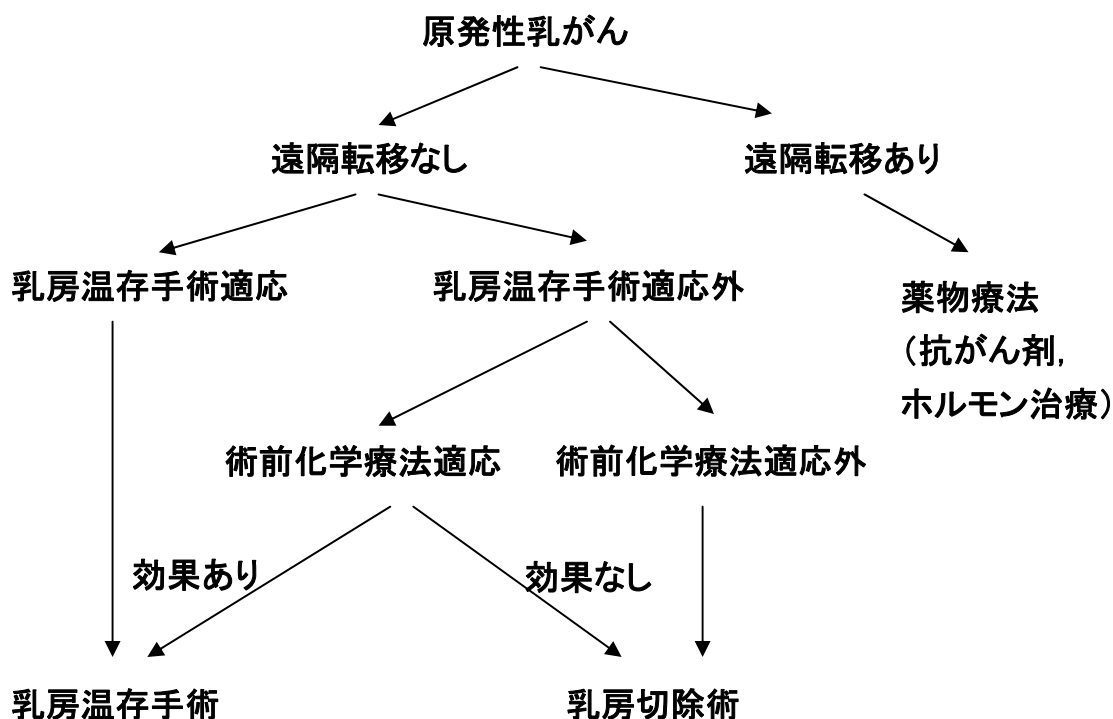


表1:乳房温存手術の適応

- ・腫瘍の大きさが3-4cm以下
- ・乳管内進展が広範囲でない
- ・多発病巣がない
- ・患者の希望

表2:センチネルリンパ節生検の適応

- ・腫瘍の大きさが2-3cm以下
- ・術前検査でリンパ節腫大なし
- ・術前化学療法施行例は適応外

表3:術後薬物療法の治療指針

	ホルモン感受性あり	ホルモン感受性なし
再発低リスク	ホルモン療法 もしくは無治療	無治療
再発中リスク	ホルモン療法 もしくは 化学療法＋ホルモン療法	化学療法
再発高リスク	化学療法＋ホルモン療法	化学療法