

当院における乳癌の治療



外科
松本 崇

現在わが国では年間約40000人の人が乳癌に罹患しておりこれは1970年の4倍という数字で、今後も増加しつづけ2015年には年間約48000人の人が罹患するであろうと予測されております。

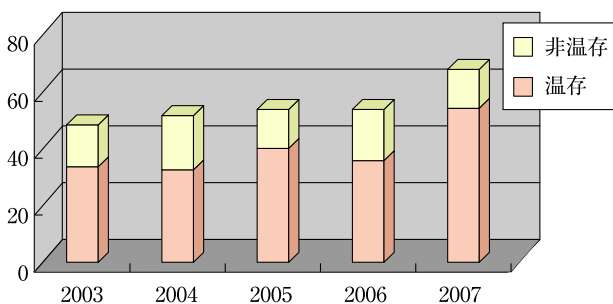
このように増加の一方をたどる乳癌ですが、その治療に関して近年は主に欧米での質の高い臨床試験の積み重ねにより各機関からガイドラインという形で体系的にまとめられるようになってきました。当院においてもガイドラインを参考に、その内容を患者さまにわかりやすく説明した上でできるだけ納得の行く治療を受けていただけるように努力しております。

現在の乳癌に対する治療は以下に示す4つの治療が柱となっており、患者さまの年齢や再発リスクなどを考慮してそれらを組み合わせて行っているのが現状です。それぞれの治療内容を簡単に述べさせていただきます。

1. 手術

手術については最近縮小化の傾向にあります。手術を行った症例全体の半分以上で乳房温存手術が行われております。(図1)

図1. 当院における手術症例数と温存手術の割合 (2003-2007年の症例)



また、現在標準手術として行われている腋窩リンパ節郭清についても、センチネルリンパ節生検により腋窩リンパ節転移の可能性が少ないと判断した場合は郭清を省略するという方法が全国的にも広がりつつあります。

2. 放射線療法

手術により温存した乳房に対して50~60Gyを術後に照射します。これにより局所再発率を約3分の1に抑えられると言われております。また、腋窩リンパ節転移が多数(4個以上)認められた

症例では胸壁や鎖骨上リンパ節へ予防的照射が行われることがあります。

3. ホルモン療法

ホルモン療法はホルモン感受性のある症例に対して行われます。2005年の日本乳癌学会に登録された乳癌患者のデータを参考にすると全体の約4分の3でホルモン感受性を認めております。従来ホルモン療法の至適期間は5年とされてきましたが、最近では再発リスクが高い症例に対しては10年続けるほうがよいとの臨床試験の結果も報告されており、今後投与期間が延びていく可能性もあります。

4. 化学療法

最近「腫瘍が大きい」、「腋窩リンパ節転移が陽性」、「ホルモン感受性がない」など予後不良因子を1つでも伴う症例に対しては高齢者でない限り、ほとんどの症例に対して化学療法を行うようになってきました。また、特に腫瘍が大きい症例や明らかにリンパ節転移を認める症例に対して術前に化学療法を導入するといった方法が主流になりつつあります。最新の話題としてはHER2蛋白を過剰発現している乳癌に対する分子標的治療薬(ハーセプチン)を、これまでは転移性乳癌に対してだけしか使用を認められておりませんでした。再発予防としての術後補助療法に用いることがわが国でも2008年2月に承認されました。

上記の4つの治療を患者さまの再発リスクに応じて組み合わせて行うことにより欧米では乳癌死亡率を低下させることに成功しております。残念ながら日本においては乳癌の死亡率はまだまだ上昇を続けているので、乳がん検診受診率を上げて治る段階での乳癌の発見と新しい治療法のさらなる導入が必要とされております。当院でも市民検診を実施しておりますので、ぜひ女性患者さまへ自己検診を始めることと、1年に1回は乳がん検診を受けるよう働きかけをお願い申し上げます。

図2. 当院における乳癌Stage別5年生存率 (1999-2005年の症例)

0	I	II A	II B	III A	III B	III C	IV
100%	100%	91.5%	100%	79.1%	83.0%	44.7%	25.9%