



# 乳癌の早期発見の重要性と 当院の診療体制について

乳腺外科 部長 乳腺専門医 櫻井 修

## 18人に1人が乳癌になる

日本で1年間に乳癌と診断される人は約46,000人おります。同級生18人がおりましたら、そのグループの一生の間で誰か1人が乳癌に罹患するといわれています。そして、乳癌に最もかかりやすい年代は40歳代～50歳代の働き盛りの女性です。

病気の予防には一次予防と二次予防があります。一次予防とはその病気にならないための予防法であり、例えば肺癌にならないために禁煙するとか、感染症にならないために予防接種する事が該当します。残念ながら現時点において、乳癌に対する一次予防はありません。

次に、二次予防とはある病気を早期に発見し、適切な治療を行うことにより完治し、その病気で命を落とさないようにする事をいいます。乳癌はまさにこの二次予防が可能な疾患です。(表1)で示すように乳癌は小さな段階で発見すればするほど生存率が高い病気です。

しこりの大きさ別の生存率(表1)

しこりの大きさ	5年生存率	10年生存率
0～10mm	97%	96%
11～20mm	96%	91%
21～30mm	93%	81%
31～40mm	88%	75%
41～50mm	83%	74%
51mm～	71%	58%

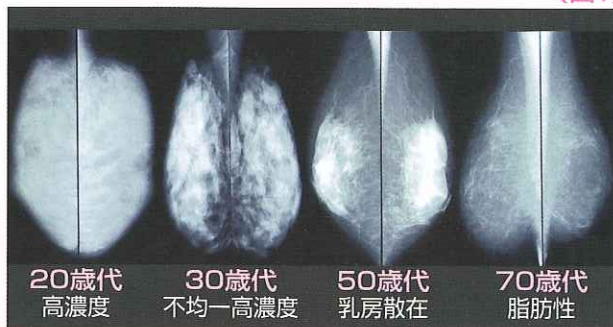
資料：癌研有明病院

## 「しこり」を触れない乳癌もある

乳癌の中には「しこり」を触れない乳癌(非触知乳癌)もあります。このような乳癌の発見の契機はマン

モグラフィ(MMG)の石灰化、超音波検査(エコーグラフィ、US)の非触知小腫瘍、乳頭分泌物の細胞診等で発見することができます。このような段階で発見すれば、ほぼ100%の生存率が得られます。

(図1)



今からおよそ30年前に視触診による乳癌検診が始まり、小さな乳癌を発見できるようになりましたが、乳癌死亡率の改善には至りませんでした。そこで今から7年程前からMMG検診が日本でも始まりましたが、その検診受診率は現在でも20%にも満たない状況です。欧米におけるMMG受診率は60～70%以上であり、実際に欧米では1990年頃より乳癌死亡率が減少し、検診による救命効果が得られております。一般的にはMMGによる検診受診率が60%を超えると死亡率が減少するといわれております。しかし、ここでも問題があります。欧米における乳癌の多い年齢層は70歳前後であり、日本における40～50歳代とは違うということです。MMGの写真を見ますと、(図1)のように70歳代のMMG上の乳房構成は脂肪性であり乳癌が発見しやすく、40～50歳代の乳腺は不均一高濃度の事が多く、「しこり」が乳腺組織に重なり合って乳癌が発見しにくいのです。

中面につづく

マスコミの論調を見ますと乳癌の発見にはMMGが良いと受け取れますが、日本における乳癌発見のためにはMMGが不得意とする乳房構成が不均一高濃度や高濃度の乳腺から如何に乳癌を見つけ出すかということになります。そこで登場するのが、超音波検査(US)です。現在のUSを用いますと2~3mmの病変の検出が可能です。以上のような理由で、当院におきます乳腺疾患に対する基本的な検査法としてはMMGとUSとを行っております。

次に問題となりますのはUSで検出した触知しないような小さな病変の良性か悪性かの診断方法(病理検査法)です。病理検査法には細胞診と組織診(生検)とがあります。細胞診は病変の細胞の一つひとつを見て、良性か悪性かを判断する方法で「悪性の疑い」とか「良性・悪性の鑑別困難」とか確定が得られない事があります。一方、組織診は良性か悪性かの確定をすることができ、しかも良性ならば乳腺症なのか線維腺腫なのか、乳癌ならばどんな組織型の乳癌なのかという細かいところまでの診断ができます。

当院においてはUSのみにて検出された非触知小病変に対し、超音波ガイド下マンモトーム生検(吸引式組織診)を行っており、約6年間に40例近くの非触知乳癌を発見することができました。

## 乳房は残せる

現在、国内で行われている乳癌の手術術式が(図2)です。

約60%の症例に乳房温存手術が行われていますが、これは乳房の一部を切除し、乳房を残すという手術です。この術式の適応はしこりの大きさが概ね3cm以下が適応となりますが、3cm以上でも手術前に抗癌剤を使用することにより、しこりの大きさを小さくしてこの手術を行うことができます。しかし、抗癌剤を使用しても20~25%の症例はしこりが小さくならず乳房切除手術となる場合があります。また、小さな乳癌でも多発している症例、広範な石灰化を伴う症例、残した乳腺に放射線治療ができない症例には乳房切除手術となることがあります。

更に、数年前よりセンチネルリンパ節生検といって乳癌細胞が最初に転移するリンパ節を色素やラジオアイソトープなどで見

つけ出し、病理検査を行い、そこに転移が無ければ、それ以上のリンパ節を取って来ない方法も行われています。この方法は身体にとって過大な手術を避け、入院期間も短くすることができ、患者さまにとってメリットのある術式です。今回の医療保険改正でこの術式が保険適応となりました。

今までお話ししましたように、早期の乳癌を発見することの重要性が如何に大切かをご理解いただけたと思います。即ち、乳癌を早期で発見すれば、命も助けられるし、乳房も残せるということです。

## 診療日が増えた

この4月より当院の乳腺外科に小野田先生と本田先生との2人を招聘し、3人体制で診療する事になりました。5月17日より乳腺外来の診察日も今までの週3日から、木曜日を除く毎日診療となりました。また、今まで混雑した月曜、火曜、金曜は2診制とし外来の待ち時間の短縮を図りたいと思います。更に、3人体制になることにより手術件数も増やすことが可能となります。

最後に、この稿を終えるに当たり、もう一度繰り返させてください。「乳癌を早期に発見すれば、命も助けられるし、乳房も残せる」ということを多くの女性に伝えたい!!

乳腺外科 外来担当医表

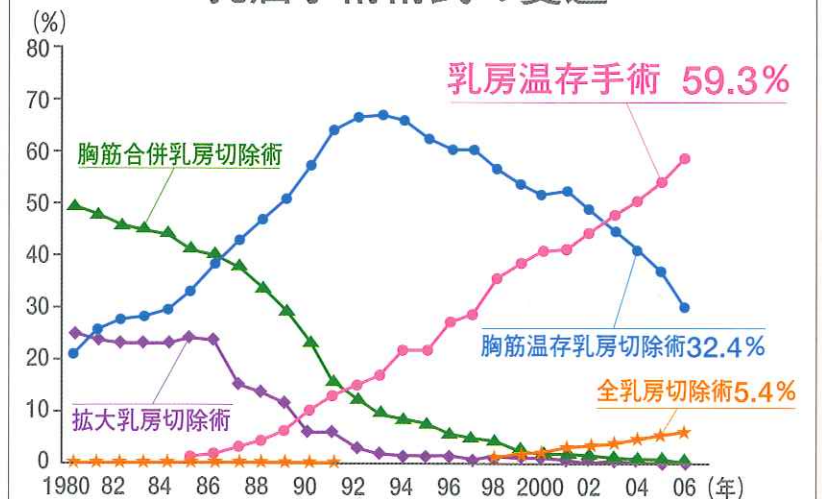
平成22年5月17日付

診療時間	月	火	水	木	金	土
	櫻井	櫻井		手術	本田	
午前	小野田/櫻井(隔週)	小野田	本田	手術	本田	小野田
午後	手術	検査	検査/手術	手術	検査	

受付時間/8:00~12:00 診療時間/9:00~

(図2)

## 乳癌手術術式の変遷



# 回復期リハビリ病棟

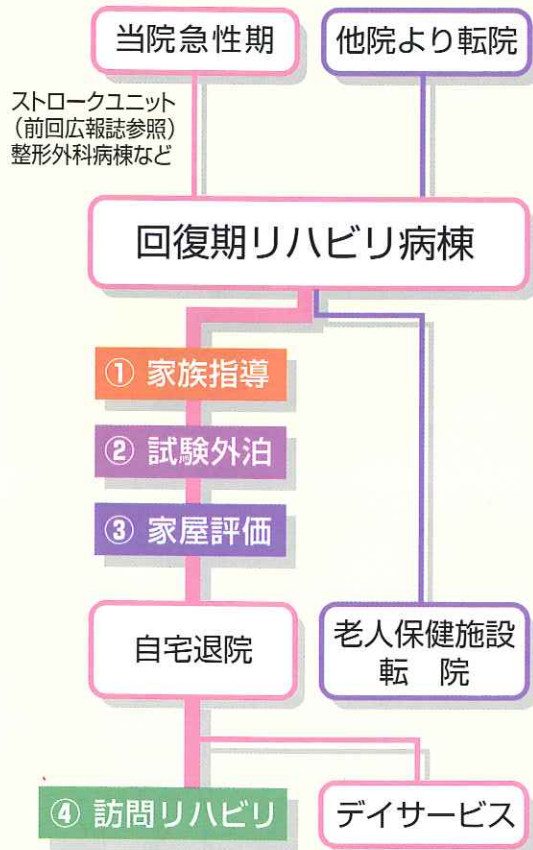
## 役割

# 急性期治療～自宅・施設退院までの橋渡し

自宅復帰を目指して日常生活動作向上のためのリハビリテーションアプローチを  
チームを組んで集中的に行う病棟

### 回復期リハビリ病棟の流れ

### 当院での取組み



#### ① 家族指導

事前に自宅環境を伺い(写真・見取り図など)、  
外泊・退院前に介助方法の指導や福祉用具の  
提案・紹介を行います。



#### ② 試験外泊

ご家族による生活動作の確認や自宅環境での  
生活を体験していただきます。

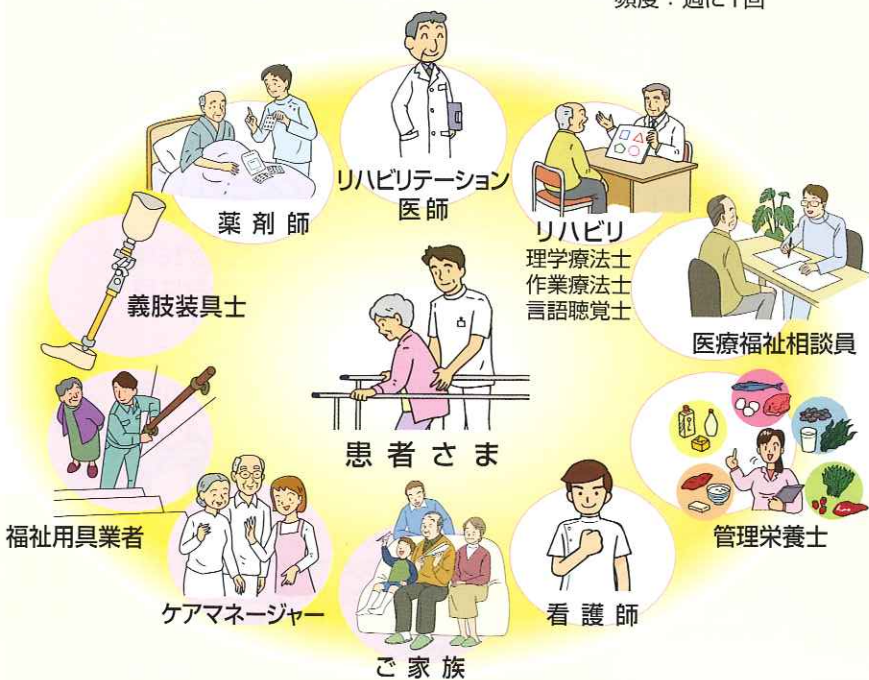
#### ③ 家屋評価

実際に自宅へ訪問し、生活動線・介助スペースの確認、介助指導や福祉用具の評価、  
必要に応じて家屋改修の提案を行います。



#### ④ 訪問リハビリ

目的：家屋評価後の確認・環境調整やご家族の  
介助方法確認・指導に関わっています。  
頻度：週に1回



病院から自宅や施設にむけての  
アプローチを病棟スタッフをはじめ、  
ご家族・ケアマネジャー・  
福祉用具業者等の地域スタッフを含めて  
患者さまをサポートしています!!

リハビリ見学は随時可能です