



乳がんとは？

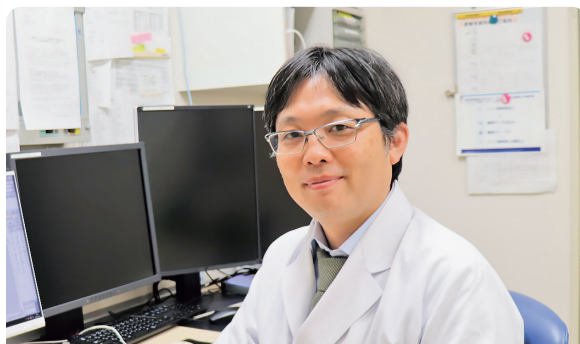
乳がんは、女性に最も多い悪性腫瘍で、国内では年間約10万人が発症し、生涯で9人に1人がかかるとされています。女性のがんによる死亡数では第4位で、年間約1・6万人が亡くなっています。

好発年齢は40歳代後半から60歳代後半にピークがありますが、若年層でも発症することがあります。特に40代女性の悪性腫瘍の約50%が乳がんである点には注意が必要です。

乳がんの発症要因について

乳がんの発症には、遺伝や家族歴、内分泌環境、飲酒・喫煙、良性疾患の既往歴、高線量の放射線被曝など、さまざまな要因が関与すると考えられています。

しかし、これらのリスク要因に該当しない場合でも発症することが多いため、注意が必要です。



川崎医科大学附属病院 乳腺甲状腺外科 副部長 野村 長久

日本乳癌学会乳癌専門医・指導医、日本外科学会専門医、日本マンモグラフィ精度管理委員会読影認定医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医・指導責任者

乳がんの症状について

一般的には無痛性の腫瘍（しこり）として認識されますが、乳房の変形や、しこりとして触れにくい場合、血性の乳頭分泌（乳首からの分泌物）のみが見られる場合など、症状は多彩です。

早期発見には「ブレスト・アウェアネス（乳房への関心を持つこと）」が重要とされており、次のチェックリストのような行動が推奨されています。

乳がんを早期発見するためのチェックリスト（ブレスト・アウェアネス）

- ☐ 定期的なセルフチェックを行う（閉経前なら生理後、閉経後なら月初めなど）
- ☐ 少しでも乳房に違和感があれば、すぐに医療機関を受診する
- ☐ 40歳以上の方は、画像診断を併用した乳がん検診を受ける

乳がんの診断について

乳がんの診断には、主に以下の方法が用いられます。

1. 視触診

2. マンモグラフィ（乳房を圧迫した状態で撮影するX線検査）…標準的な診断法。痛みを伴いますが、異常を発見しやすく、特に石灰化病変の検出に優れます。



3. 乳房超音波（エコー）…簡便で非侵襲的、痛みもなく、デンスブレスト（乳腺密度が高く、マンモグラフィで判断しづらい乳房）にも有効です。

4. 乳房MRI…がんの広がり客観的に評価でき、手術方法の決定に役立ちます。遺伝性乳がんなどのハイリスク群のスクリーニングにも使用されます。ただし、体内に金属がある場合や重篤な腎機能障害がある方には禁忌です。

乳がんの種類（サブタイプ）について

乳がんは、女性ホルモン（エストロゲン、プロゲステロン）依存性、HER2（がん細胞膜上の増殖因子受容体）発現の有無で、いくつかのサブタイプに分類され、それぞれに適した治療法が選択されます。また、遺伝性かどうかも治療方針に大きく影響するため、乳がん診断後に遺伝子検査が推奨される場合があります（図1）。

（図1）BRCA遺伝学的検査が推奨される乳がん患者の方

- ① 血縁者にすでにBRCA1/2に病的バリエーション保持がわかっている
- ② 既往歴・病理学的適応
 - ・ 45歳以下の乳癌発症
 - ・ 60歳以下のトリプルネガティブ乳癌発症
 - ・ 2個以上の原発性乳癌発症
 - ・ 卵巣癌、卵管癌および腹膜癌を発症
 - ・ 膀胱癌を発症
 - ・ 男性乳癌を発症
- ③ 家族歴

第三度近親者内（いとこ、大叔父、大叔母）に乳癌または卵巣癌または膀胱癌発症者が1名以上いる

乳がんの治療について

乳がんの治療法には、手術療法、薬物療法、放射線療法があります。手術療法には、乳房全切除術、乳房温存療法、乳房再建術があり、最近では、ラジオ波焼灼療法（RFA）を代表とする低侵襲療法も注目されています。

薬物療法は、内分泌療法、化学療法、分子標的療法、免疫療法、PARP阻害剤があり、数多くの治療薬が存在します。

乳がんの薬物療法（詳細）

乳がんのサブタイプごとの薬物療法は次のとおりです。

A・・・周術期（手術前後を含めた期間）

(1) ルミナールタイプ（女性ホルモン依存性）

基本的に手術を先行し、術後はホルモン療法を5～10年継続します。進行例や悪性度が高い場合は、抗がん剤治療を併用します。



(2) HER2タイプ（ルミナールHER2を含む）

腫瘍径（浸潤径）が1cmを超える場合やリンパ節転移がある場合は、術前薬物療法（抗がん剤＋抗HER2抗体）を行い、手術後にがんが完全に消失したかどうかの治療効果で術後のより適切な治療法が決定されます。

1cm以下かつリンパ節転移のない早期例では手術が先行されます。

(3) トリプルネガティブタイプ

HER2タイプと同様、浸潤径が1cmを超える場合、術前薬物療法が主流になってきました。特に2cm以上の腫瘍やリンパ節転移ありの場合は、免疫療法を併用することが標準となりつつあります。術前薬物療法の治療効果の結果で術後の治療法が異なります。

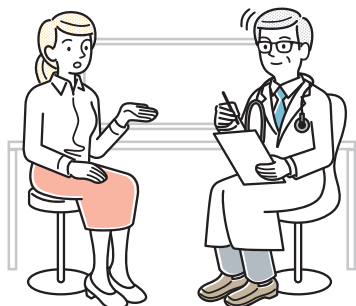
薬物療法の注意点

前述のサブタイプごとの治療指針は、あくまでエビデンスに基づいた大枠です。

患者さんの意思、価値観、基礎疾患、健康状態、家庭環境などを総合的に評価し、最適な治療方針を検討する必要があります。

B・・・転移・再発期

遠隔転移が認められた場合、原則として根治は難しく、QOL（生活の質）を維持しつつ生存期間を延ばす治療が目標となります。



(1) ルミナールタイプ

ホルモン療法が基本ですが、治療歴や再発状況によって期待できる効果が変わります。近年では、CDK4/6阻害剤（アペマシクリブ、ベバシクリブ）により、奏効期間が約2倍に延長しました。肝転移など生命の危険がある場合や、ホルモン療法中に早期再発した場合には抗がん剤を優先することもあります。

(2) HER2タイプ（ルミナールHER2を含む）

ペルズマブ＋トラスツズマブ＋ドセタキセルの併用療法が一次治療の標準です。最近では、トラスツズマブデルクステカン（T-DXd）の効果も高く、注目されています。

(3) トリプルネガティブタイプ

ホルモン療法やHER2治療が適用されないため、抗がん剤が中心となります。かつては予後不良とされていましたが、抗Trop-2抗体薬物複合体であるサシズマブゴビテカン（SG）は非常に注目される薬剤として日本国内でも承認されました。また、条件付きで使える新薬の登場により状況は改善しています。そのため、治療の選択には条件を満たすかどうかの検査、

①免疫療法（アテゾリスマブ、ペムブロリスマブ）が使用可能か、②T-DXd（HER2低発現に

適応）が使用可能か、③PARP阻

害剤（オラパリブ）

が使用可能か、これらの検査が重要となります。

