

炎症性乳がんの診断と治療

炎症性乳がんは乳がんの中でも比較的稀な病型で、頻度は浸潤性乳がんの 0.5 ~ 5%といわれており、その予後はきわめて不良です。

乳房に疼痛・圧痛を伴う熱感ある硬結を認め、皮膚に広範な発赤、浮腫が出現し、peau d'orange と呼ばれる外見を示し急速に増大します。その臨床的特徴より炎症性乳がんとなづけられました。

病理組織学的には腫瘍周囲の真皮内へのリンパ管侵襲が著明で、リンパ管内腫瘍塞栓によりリンパ液のうっ滞、毛細血管の拡張、充血、浮腫をきたすと考えられており、炎症細胞浸潤による炎症所見は関与していません。

診断:

乳房皮膚のびまん性発赤、浮腫、硬結などの臨床所見より診断されますが、乳房の炎症性疾患との鑑別が困難であるため、皮膚を含んだ core needle biopsy などの組織学的診断が必要となります。

治療:

Her2 陽性乳がんであれば、トラスツマブなどの抗 Her2 療法を中心とした薬物療法、Her2 陰性乳がんであれば、併用化学療法による薬物療法が第一選択となります。治療効果をみながら、手術、放射線療法などの局所治療も考慮します。いずれにしても、強力な集学的治療法を必要とする場合が多くなります。薬物療法の進歩により治療成績は徐々に改善してきています。

粘液がんの診断と治療

粘液がん (mucinous carcinoma) は乳がん取り扱い規約上、浸潤性乳管がんの特殊型のひとつに分類されています。特殊型の中では乳がんの1 - 6%と比較的頻度が高く、予後良好といわれています。

生物学的特徴:

腫瘍のほぼ全体が粘液がんよりなる純型 (pure type) と他の組織型が併存する混合型 (mixed type) に分けられます。

混合型粘液がんでは、粘液巣を認めない部位の浸潤性乳管がんの性質を示します。純型では発育が遅く、腫瘍径は他の浸潤がん に比べ小さい傾向にあります。平均年齢も高齢であり予後は良好とされています。また、リンパ節転移率は4 - 15%です。

診断:

マンモグラフィでは円形、楕円形あるいは軽度分葉状で比較的境界明瞭な腫瘍として見られることが多いです。混合型では腫瘍像は境界不明瞭や、スピキュラを伴うことも多いです。随伴する石灰化を認めることもあり、腫瘍外側の石灰化は間質への浸潤や乳管内進展を示している場合もあります。超音波検査において形状は、比較的境界明瞭な腫瘍として認められることが多いです。内部エコーは全体としては低エコーですが、高エコーの部分がびまん性に見られることが特徴的です。これは、がん巣が粘液内に比較的均一に散在し、各々の細かな反射をとらえて高エコーとなるためです。また、背景が粘液なので、腫瘍を通過する超音波も多く、後方エコーが増強し側方陰影も認めることが多いです。混合型は、エコーレベルの異なった2つの成分として描出され、境界も不明瞭となることが多いです。MRIでは粘液を反映してT2強調像で著名な高信号を呈することが特徴的です。血管が少ないため、がんではあるが造影効果は比較的弱く、ダイナミックMRIでは漸増性の造影パターンを示します。細胞診・組織所見は背景に多量の粘液が見られ、その中に島状のがん細胞集塊が見られます。細胞異型は軽度ですが、細胞集塊内の細胞密度は高いです。腫瘍のほぼ全体が粘液がんよりなる純型 (pure type) と他の組織型が併存する混合型 (mixed type) に分けられ、いずれのタイプも非浸潤性乳管がん成分を伴うことがあります。

治療:

純型粘液がんは予後良好といわれ、多くの場合縮小手術の適応となります。しかし、純型でも脈管侵襲やリンパ節転移の認めるものもあり、また、混合型では脈管侵襲やリンパ節転移の頻度が少なくないため、このような症例は他の浸潤がんと同様に考えるべきです。したがって、術前に純型か混合型の鑑別や脈管侵襲の状態を確認し、縮小手術の適応があるか

どうか検討すべきです。

乳腺悪性リンパ腫の診断と治療

乳腺悪性リンパ腫は非常にまれな疾患であり、乳腺悪性腫瘍の0.04～0.53%、節外性リンパ腫の1.6%と報告されています。

乳腺原発性悪性リンパ腫の条件は、病理診断が確実に悪性リンパ腫であること、乳腺組織と悪性リンパ腫が密接に関係していること、同側腋窩リンパ節以外に全身性の悪性リンパ腫や乳腺以外の悪性リンパ腫を認めないこと、とされています。

診断：

臨床症状としては他の乳腺悪性腫瘍と比較して両側発生頻度が高く、腫瘤の急速増大が特徴的です。ただ、画像診断や臨床所見の特徴的所見は乏しく、術前診断が困難とされています。超音波検査では乳がん 비해、内部エコーは網目状に薄く認められ、辺縁にも高エコー域は認められません。比較的境界は明瞭でD/W比は低く、後方エコーはわずかに増強する部分を認めるのみで、特徴的ではありません。術前最終診断には切除生検による組織診断が最も有用であるとの報告があります。

鑑別診断として良性疾患では乳腺内リンパ節あるいは肉芽腫性乳腺炎悪性疾患では浸潤性小葉がんなどがあげられます。

治療：

生検による確定診断の後、化学療法を中心とし、場合によっては病巣部放射線照射を行うこともあります。

予後：

乳がんと比べて予後不良の傾向があります。予後不良因子としては50歳以下、腫瘍径が5cm以上、腋窩リンパ節転移陽性、同時両側発生、とする報告があります。

男性乳がんの診断と治療

男性に発生する乳がんは比較的稀な疾患です。発生頻度は、全乳がんの 1%前後であるとの報告が多いです。発症年齢は女性の乳がんと比べて約 10 歳ほど高齢であるのが特徴的です。発生原因としては、ホルモン環境、Klinefelter 症候群、女性化乳房、放射線照射、外傷などが指摘されています。ホルモン環境についてはエストロゲンレセプター陽性症例が 80%以上を占めており、女性乳がんと比較してホルモン依存性が高いことより密接な関係があると考えられています。

診断:

臨床症状としては女性乳がんと同様に腫瘤触知が最も多いです。男性では乳腺組織は大部分が乳輪直下にあるため、占拠部位は E 領域が最も多く、次いで C 領域とされています。腫瘤の大きさは女性乳がん症例と大きな違いはありませんが、解剖学的に男性の乳腺は皮膚の直下に位置していることから、皮膚への直接浸潤例が多いといわれています。そのため、臨床症状も進んだものが多いことになるが、男性では乳がんへの関心も低く病能期間が長い傾向にあることにも関係していると考えられます。しかし、近年では比較的早期に発見・治療できる症例が増え、リンパ節転移の頻度も女性乳がんと同様との報告もあります。一般的に女性乳がんの診断をつけるように、乳腺超音波、マンモグラフィー、穿刺吸引細胞診または針生検、乳腺MRIなどにより行います。

鑑別診断としては男性の乳腺疾患として女性化乳房が最も頻度が高く、また好発年齢も一致していることより、女性化乳房との鑑別は重要です。

病理所見としては男子乳がんの組織型について女子乳がんとは異なる特殊なものはありません。通常の浸潤性乳管がんが多く、特殊型では粘液がんが多いほか、扁平上皮がん、Paget がん、非浸潤性乳管がんなどが見られる点も同様です。しかし、男子乳腺には小葉系が欠けるため小葉がんの発生は極めて稀です。

治療:

治療の中心は外科切除で、胸筋温存乳房切除術が施行される症例が多いです。ホルモンレセプター陽性率が高く、内分泌療法の適応となり、タモキシフェンの有用性については報告がありません。

潜在性乳がんの診断と治療

潜在性乳がんは臨床的に乳房に異常を認めず、腋窩リンパ節の腫大・硬結を認めるなど、リンパ節転移が先行したものを言います。全乳がんの0.1～0.2%と極めて稀な疾患です。

臨床所見

腋窩リンパ節の腫大、硬結を認めるも、乳房に所見を認めない状態です。

診断

腋窩リンパ節の生検による組織診にて原発巣の診断をつけることが重要です。しかし、MRI、CT、FDG-PET等の検査の進歩によって乳房内に微小ながんの存在部位が確認されることもあります。

治療

原発部位が確認できた場合は、原発部位のコントロールとして乳房部分切除を施行し、腋窩リンパ節の郭清を行います。原発巣が画像的に確認されない場合は患側乳房の放射線治療が考慮される場合もあります。

また、リンパ節の組織診断、リンパ節転移個数の結果によって、一般の乳がんに合わせて補助療法の組み立てを行っていく必要があります。