

座談会

【乳腺診療における地域への貢献を目指して】

高山 文吉【司会】 一之瀬画像センター長 放射線科専門医 (写真下段)

今井 豊 PET/CT健診センター長 放射線科専門医 (写真中段)

伊藤 研一 信州大学医学部附属病院乳腺・内分泌外科 教授 (写真上段)



☞ 乳腺診療の変化

高山：乳腺診療の変化についてお聞きしたいと思います。昔に比べて、画像診断や確定診断の捉え方、遺伝子診断が入ってきたことなど、ずいぶんと変化したなと感じます。私が研修医の時には放射線科内で乳腺関連の画像診断を行っていた記憶がありません。



【高山 文吉先生】

【今井 豊先生】

今井：私は乳腺の放射線治療はした経験がありますが、画像診断は、まだCTもないような時代でマンモグラフィをやっていたかも定かではないですね。現在に比べて骨転移はるかに多く、骨の画像はよく見ていた記憶があります。

伊藤：乳腺外科ではマンモグラフィと超音波を実施していました。ただ、当時のマンモグラフィは良質なものではなくて、典型的な所見がないとわからないといった感じでした。乳がん検診にマンモグラフィが導入され始めてからは、撮影方法や精度管理も見直されてきて、現在では診療上でも重要な検査になってきています。あとはMRIですね。この10年くらいでルーチン検査となり、日本中どこでも行われるようになってきました。治療に関しては一口で言うと“個別化”が進み、外科的治療も薬的治療も患者さんに合わせた治療が行われるようになってきました。つまり、10人の患者さんがいれば手術とお薬の治療を合わせれば10通りのパターンが考えられます。

高山：画像診断でMRIが重要になってきたのは、それまでの超音波に比べてMRIの方が病変の描出力に優れ、より客観的に診断することが可能からではないでしょうか。

伊藤：そうですね。MRIは撮影した画像が全て残りますが、超音波は検者にしか伝わらないという点が異なりますね。

☞ PET/CT 有用性

高山：乳腺診療の中で大きな画像診断の変化はPET/CTの導入だと思いますが、乳がん患者さんにPET/CTを行うようになったのは何故でしょうか。

伊藤：乳がんは特に骨・肺・肝臓に転移することが多く、どこに遠隔転移をするかわからないため、全身の転移の評価ができる PET/CT が必要になりました。あとはリンパ節転移を含め術前のステージを決定するための評価に使用しています。

高山：実臨床では PET/CT を術前のステージングを行うために使用されているわけですね。化学療法後の効果判定や術後のフォローアップにも有用と思いますが。

伊藤：ガイドラインではフォローアップに PET/CT を使用することは推奨されていないのが現状です。しかし、進行がんで見つかった患者さんは再発のリスクがありますので、実施する意義はあると感じています。



【伊藤 研一教授】

高山：乳がんが全身病という性質上、PET/CT による全身の評価は重要というわけですね。

伊藤：そうですね。

高山：当院では PET/CT を受けられる患者さんの中での乳がん患者さんの割合はどれくらいでしょうか。

今井：去年のデータでは、約半数が乳がんの患者さんでした。PET/CT 導入当初から乳がんの患者さんは多い印象があります。なぜ多いのか考えたのですが、乳がんは非常に治療が進んでいて5年生存率が高いということ、あとは10年経過しても転移が見つかる事もあるため PET/CT における乳がん患者さんの割合が多いのではないかと考えています。

高山：当院の PET/CT は多くの乳がん患者さんに利用していただいているようですが、最近増えていると思われる術前の化学療法の効果判定の PET/CT に特徴などあるのでしょうか。

今井：化学療法・ホルモン療法・放射線治療などの効果判定があるのですが、私が注目するのは、今まで集積していたのがどれだけ集積しなくなるか、の評価に尽きると思います。集積の度合いをみて腫瘍に勢いがなくなっていることは間違いなく言えますが、無くなってしまったかの判断は難しいです。

高山：PET/CT で転移があって化学療法を行って、経過の PET/CT を撮影して“CR（病変なく

なること)”になったというのは集積で判断しているのでしょうか、それとも、実際に腫瘍がなくなった状態を見ているのでしょうか。

今井：腫瘍としても認められず、集積もない状態ということになります。

☞ 乳腺診療における専門医チーム医療

高山：乳腺診療では、最近、色々な科の先生が入ってきて診療するようになってきました。診断・治療が複雑化してきた影響でしょうか。

伊藤：初期治療には確定診断をしっかりと行う必要があります、それに応じた治療を行うことが基本ですので、外科的治療にせよ薬物療法にせよ、治療する前にきちんと診断をつけて、どのようなタイプの乳がんであるか判断する必要があります。15年ぐらい前まではオープンバイオプシーでしこりをまず取ってみて調べることが許される時代でしたが、今では細胞診や針生検・マンモームで診断をしています。放射線科の先生にご協力頂くことも増えてきています。

高山：確定診断がオープンバイオプシーから針生検（FNA・CNB・MMT）に移ってきたというのは針生検の信頼度の上昇や確定診断が術式に影響するようになったからですね。

伊藤：そうですね、外科的治療に関して乳房温存術が半数から6割を占めている中で、きちんと病変を取ることが大事となってきますが、そういう点でもきちんと診断することが重要となってきています。少し進行した乳がんですと、手術前に化学療法を行うことも増えていきます。そのため、針生検で必要な情報を得て、それに合わせた治療薬を選択して、腫瘍を小さくしてから外科的治療に入ることで、切除範囲も小さく済みますので、オープンバイオプシーのような診断は行われなくなってきています。少し進行した乳がんに対して、術前から薬物療法を行うことがベーシックとなってきていますので、HER2、ホルモン受容体など、サブタイプとっていますが、これらの内容は針生検で評価出来ますので、治療方法の選択に結びつく情報が得られるという点で針生検が行われるようになってきていると思います。

高山：昔は確定診断が細胞診でもいいという時代があったかと思いますが、最近は専門性の高い医療機関では、確定診断は針生検（組織診）に移行していますね。

伊藤：そうですね、あとは、マンモグラフィのスクリーニングで早期の乳がんが発見されると、石灰化

だけで見つかる非浸潤癌は細胞診では難しいと思いますので、そうなる则針生検やマ
ンモームによる組織診断が重要となってくると思います。

高山：診断能が向上したことで、乳がんのステージや手術方法に
関しても変化して来ましたね。

伊藤：そうですね。早期の乳がんであれば、乳房を全部取ら
なくても良い乳房温存術が主流になってきています。
組織診断をつけて MRI で広がり診断をして、それに応
じて施術範囲を決定する形に変化してきています。

高山：主流になってきた温存術の場合は術後放射線治療の併
用が標準ですね。

伊藤：そうですね。

高山：当院で放射線治療を担当する放射線治療専門医から、現在の放射線治療は治療計画
に CT を用い、3 次元的に照射野を決定することで照射の精度が向上していること、
また、温存術後の照射の傾向として、都市部では 1 回線量を増やし、照射回数を減ら
して治療に時間を割けない働き盛りの女性に配慮した照射も行われていると聞いて
います。乳房温存照射も確実に進歩しています。ところで照射は術後何日目ごろから
始めるのですか？

伊藤：ビデンスでは半年以内ですが、ただ術後に化学療法を先に行うこともあるので、その
場合は、ギリギリぐらいになってしまいます。

高山：化学療法を行い、放射線治療を選択しないこともありますか？

伊藤：局所制御の意義があるかどうかで判断しています。例えば骨転移の疼痛緩和を目的
に照射を行うこともありますし、脳転移に対してはエクサソフが必須ですね。あとは、
化学療法を行ったが 1 か所だけリンパ節が大きくなってきて放射線治療を行う場合も
あります。

高山：乳がん診療では乳がんが全身病であることや、整容性に十分な
配慮が必要なことを含め、乳腺外科医が中心となり、診断には
放射線診断医・乳腺病理診断医、放射線治療では放射線治療専
門医、乳房再建では形成外科医と複数の診療科の医師がチーム



【伊藤 研一教授】



を組んで一人の患者さんを診ていく方向性になっていると思います。

当院では乳腺診断として、画像センターでマンモグラフィ、乳腺超音波、乳腺MRI、細胞診、針生検、吸引式乳房組織生検が、PET/CTセンターではPET/CTが、放射線治療の設備も整備しており放射線治療専門医による照射が可能になっています。実際、毎年非常に多くの症例の診断と治療に対応しています。連携している病理医も乳腺病理の第一人者です。また、伊藤先生に協力をいただき、乳腺外科医による乳腺外来も開設しています。ある意味、理想的な環境に近く、この専門医による乳腺診療チームが乳腺診療における地域への貢献も推進できるのではないかと考えています。

☞ 乳腺診療の窓口を拓けて

高山：当院では乳腺外来も開設して、画像診断の他に乳腺診療も開始しています。乳腺診療は、一之瀬脳神経外科病院が地域に提供する医療の一つの柱でもあります。「乳房に自覚症状がある、検診で要精査になった」、などの場合には、当院の乳腺外来を利用させていただきたいと思っています。乳腺外科医と連携し、画像診断や細胞診・針生検を組み合わせる適切な診療が可能です。手術が必要な場合は、大学を含め適切な医療機関を紹介しています。経過が必要な患者



【高山 文吉先生】

さんは、乳腺外来でフォローしていきます。信大病院の乳腺外科の先生方にもご協力いただいておりますが、信大病院との連携も含め、今後の展開についてお聞かせ下さい。

伊藤：すでに高山先生には画像診断と針生検を行ってもらっています。ステージングについては今井先生、あと放射線治療の施設も整っておりますので、乳腺診療に必要な部分と言うのは十分備わっているのではないかと思います。乳がんの患者さんも増えてきており、2014年の予測だと8万人という数字を国立がんセンターで出しています。2012年の統計では、女性の12人に1人と言われていましたので、さらに増えてくると思います。診断・治療の待ち時間も長くなってしまいますので、治療の方も一之瀬脳神経外科病院と連携していけたらと思います。

高山：ありがとうございます。しっかり連携して、質の高い専門医療と利用する患者さんの利便性に貢献していきたいと思います。ところで、乳がん検診と言えば、マンモグラフィ検診、乳房超音波検診が基本ですが、ときどき、「PET/CT 健診と一緒に乳腺も見てもらえますか？」と言われる方がいます。

今井：浸潤癌であればPET/CTで指摘することが可能かと思いますが、ごく早期の非浸潤癌は難しいですね。

高山：腫瘍にある程度の大きさがないとPET/CTでの診断は厳しいということですね。PET/CTで全身の検診を受けても、乳房に関しては専用の乳がん検診が必要ということですね。

今井：当然、マンモグラフィ、超音波による乳房検診は大事です。

高山：検診でマンモグラフィが導入され、今ではずいぶん精度があがり、どんどんごく早期の微小な病変が見つかっています。その点についてどう考えますか。最近、信大病院で稼働を始めたトモシスであれば、もっと小さな病変まで指摘できると思いますが。

伊藤：難しいですね。実際に従来画像と比べてみて、トモシスを使ってみて精度があがるかということ、そうでもなさそうな気がします。トモシスは病変があることを知っている上で、使用した方がいいと感じます。

高山：出てくる画像はCTに近く感じます。

伊藤：そうですね。個々の石灰化の形状を見るにはトモシスの方が良いのですが、石灰化の広がりなんかをパッと見る分には、従来画像の方が良い場合もあります。

☞ 検診率を高める

伊藤：検診は定期的に受けていただくのが大事だと思います。長野県の乳がん検診受診率は39%です。現状では、乳がんが見つかった人の中で検診を受けていた人は多くありません。検診の案内が来ても受ける、受けないは、その人の考えですが、受診率の底上げをしないといけないと考えています。

高山：当院でも乳がん検診をやっていますが、なかなか受診者が増えないのが現状です。検診受診率を向上させる必要があるというのは共通の考えですね。伊藤先生のところでは何か取り組んでいるようなことはありますか？

伊藤：検診では受診者の利便性を向上させる必要があると思います。印象として土曜日の検診がいいようです。働いている人にとっては受診しやすいと思います。

高山：当院でも、ピンクリボン月に、平日の夕方や土曜日、日曜日(サンデー)に検診を行うのですが、土曜日は予約がすぐ埋まってしまいます。放射線治療においても、乳がんの患者さんは比較的若い方が多くて、仕事があったり、小さいお子さんがいたりで、時間的に制約があり、昼休みに治療してもらいたいとか、夕飯の準備の前にやってもらいたいとか、申し出があるようです。当院の放射線治療はできる限り患者さんの希望に対応しています。

☞ スペシャリティーの連携

高山：時間ですが、最後に今後の乳腺診療に関してお願いします。

今井：当院の1番良い点は、高山先生と2人で協力し、1日のうちに外来に来た患者さんを、ステージングまで完全に終わることが可能なことです。それが誇りだと思っていますので、続けていきます。

高山：当院は、診断から放射線治療まで、乳腺外科のアシトをしっかり行っていきたいと思っています。

伊藤：乳がんの患者さんは早い方で10代後半からいます。乳がんだけで他は健康という方もいます。治療に関しても人それぞれです。高い専門性からアシトをもらうことで患者さんの治療の質を上げていきたいと思っています。

高山：今日は大変勉強になりました。先生方、お忙しいところありがとうございました。

