

4. 原発乳がんにおける治療選択 —再発リスク因子を可視化し、共有する

田根 香織 / 広利 浩一 兵庫県立がんセンター乳腺外科

近年の画像検査と薬物療法の進歩により、原発乳がんの生存率は年々向上している¹⁾。転移再発乳がんは基本的に治癒が望めないため、原発乳がんにおいては、なるべく再発をさせないような治療、つまり術後再発の可能性をできるだけ低下させる初期治療を行うことが重要である。

われわれ乳がん診療医は、①画像で検出される目に見えるがんをしっかり取り除くこと(局所制御)、②術前・術後補助療法により微小転移を根絶させること、が原発乳がんにおいて術後再発を予防するための治療の要であると考えられる。

本稿では、乳がん診療に携わる臨床医が、原発乳がんの根治をめざした治療法の治療法選択において、どのような臨床病学的なリスク因子を可視化し、どのように治療方針を決定しているかについて述べる。また、実際の治療計画の考え方について、最後に症例提示を行う。

治療方針の選択において考慮すべき因子

原発乳がんに対する治療方針の選択に当たっては、患者と腫瘍、それぞれに関する種々の考慮すべき因子が挙げられる^{2),3)}。

患者側の因子として、患者の全身状態(performance status)、ADL (activities of daily living)、年齢、既往歴、合併症、内服薬の有無と種類、閉経状況、血液検査のデータ(全血球計算、肝・腎機能など)、経済状況、患者の希望などがある。また、化学療法や抗HER2療法を含む分子標的療法を行う上では、医療機関までの通院時間やアクセス方法、家族のサポート体制についての情報も必要になるであろう。

腫瘍に関する因子としては、腫瘍の組織型、病期(T:腫瘍径、N:リンパ節転移の有無と転移個数、M:遠隔転移の有無)、病学的グレード分類(核グレード分類、組織学的グレード分類)、ホルモン受容体(estrogen receptor: ER, progesterone receptor: PgR) / HER2 (human epidermal growth factor receptor-2) 発現の有無と陽性率、脈管侵襲の有無、組織学的波及度、Ki67 labeling index、組織学的治療効果判定(術前補助療法施行例)、乳房部分切除術後の病理組織学的断端診断などが挙げられる。

1. 病期分類

乳がんの病期分類は、『乳癌取扱い規約第18版』⁴⁾、国際対がん連合(UICC)のTNM分類第8版が広く使用されている。詳細は各規約を確認いただきたいが、TNMで病期が決定する。Tは原発巣の評価であり、最大浸潤径と皮膚所見などで分類される。Nは領域リンパ節の評価であり、触診と画像診断による臨床的な所見により分類される。切除標本における病理学的N因子は、リンパ節転移の個数と最大径で評価される。Mは遠隔転移の有無を表す。当然のことながら、病期が上がるほど生存率は低下し、日本における女性乳がん患者の10年相対生存率は、stage I: 99%、stage II: 90.7%、stage III: 68.6%、stage IV: 19.4%と報告されている⁵⁾。

2. 病学的グレード分類

病学的グレード分類は、T・N因子とは独立した予後因子である。病学的なグレード分類としては、核グレード(核異型スコア+核分裂像スコアの合計)と組織学的グレード分類(腺管形成スコア+核異型スコア+核分裂像スコアの合計)が使用されており、グレードが高くなるほど生存率は低下する^{6)~8)}。

3. ER/PgR/HER2, サブタイプ

乳がんの約7割がエストロゲン依存性増殖を示す。ERは免疫組織化学染色により評価され、1%以上でER陽性と診断、内分泌療法の対象となりうる。