

はじめに

今回の企画を出版社の方からいただき、30年の乳腺専門医としての経験を一冊にまとめて世に残すこととした。

私は、昭和62（1987）年名古屋市立大学医学部を卒業後、ただちに当時の第2外科医局に入局した。野球部の先輩が多く体育会系の雰囲気が気に入り、何より正岡昭教授（胸腺腫の正岡分類、重症筋無力症に対する拡大胸腺の手術で有名）にあこがれて外科の道に進んだ。大学および関連病院での外科一般のトレーニングの後、医師5年目（1992年）に大学に戻り研究生活に入った。当時大学の講師をしていた小林俊三先生が指導する内分泌グループに所属し、ここから私の乳腺科医としての歴史が始まった。がんの浸潤・転移に関する因子に関する研究で学位をいただいた後、地域医療の最前線の病院（当時100床）に赴任、大学に戻って2年間は大学の助手（乳腺・内分泌外科医）として働いた。平成10（1998）年に愛知県がんセンターに着任して25年、乳腺専門医として働いてきた。

30年間に自ら執刀した乳癌の患者さんは1,000人を超え、チームで経験した乳癌患者数は1万人を超える。再発患者さんも1,000人を超える方を自ら治療した。乳癌治療の大きな変革の時代に、乳癌診療の最前線にいられたことに運命を感じる。多くの患者さんから学び、教えられ、先輩・後輩との議論の中で、様々なアイデアが生まれた。

エビデンスや標準治療の記載ではなく、技術的なノウハウでもなく、30年間、私が常に考え（今も考え）、後輩に残しておきたい想いを綴った。

目次

はじめに …… iii

略語表 …… vi

月術期乳癌診療への想い …… 1

- 1) 正しく乳癌と診断するために ～第一歩は正しい診断～ …… 2
- 2) 他の疾患も念頭に診断を ～乳癌以外の疾患も知っておこう～ …… 5
- 3) 乳癌の発生について …… 10
- 4) 究極の二者択一 ～全摘 or 部分切除～ …… 14
- 5) 患者さんと医療者の予後の見込みには乖離がある …… 16
- 6) Informed consent と shared decision making …… 17
- 7) 病人を診る …… 19
- 8) 多様性を尊重して …… 21

転移・再発乳癌診療への想い …… 23

- 1) 乳癌がなぜ再発するのか …… 24
- 2) 再発が起きる前に ～初期治療の段階で～ …… 28
- 3) 治る再発と治らない再発 …… 31
- 4) 転移・再発した患者さんへの説明 …… 38
- 5) 今後の見通しと治療開始時の戦略 …… 42
- 6) 具体的な治療戦略 …… 43
- 7) 治療変更のタイミングと薬剤 …… 45
- 8) 患者さん・家族との外来での接し方 …… 48

- 9) 医師はソムリエ，野球の監督の素質が大切 …… 50
- 10) 患者さんは何を望んでいるのか …… 52
- 11) あきらめない気持ち …… 57
- 12) 治ったかもしれないケース …… 64
- 13) 治験とは …… 67
- 14) 民間療法 …… 69
- 15) がんの気持ちになって考える …… 71
- 16) 最期の時をどう迎えるか …… 74
- 17) 患者さんの声 …… 75
- 18) セカンドオピニオン症例 …… 81

column 1 針生検をしたらすぐに手術は都市伝説 …… 4

- 2 マンモグラフィの石灰化はがん細胞の死滅した痕跡 …… 11
- 3 がん細胞の周囲の正常乳管上皮細胞もなぜがん化するのか？
…… 12
- 4 オカルト乳癌の新考察 …… 12
- 5 がんは毎日発生しているわけではない …… 27
- 6 乳癌細胞も生まれた場所に帰る？ …… 37
- 7 Life threatening とは …… 44
- 8 再発治療の3つのP …… 47

さいごに …… 93

索引 …… 95

1) 乳癌がなぜ再発するのか

多くの患者さんが、そして医師が、どうして再発したんだろう、何かいけないことがあったのかと自問自答する。乳癌に罹患された方の約20%は、周術期に適切な治療がされたにもかかわらず転移・再発を起こす。再発する危険性(リスク)は、患者さんが病院に来院されて乳癌という診断がついたときの進行度によって異なる。非浸潤がん(Stage 0)の方は手術でがん細胞が完全切除された場合、再発する危険性は理論的には0である。浸潤がんになり、腫瘍径が大きくなり(T stage)、リンパ節転移が起き(N stage)、ステージが高くなれば、それによって再発リスクは増す。

なぜ転移・再発をするのかを、わかりやすく患者さんに説明できることが大切であり、そのためには乳癌が発生してから、進行するまでのメカニズムを知っていることが最低限必要である。

正常乳管上皮細胞の遺伝子に何らかの原因で異常が発生し、その異常が蓄積されることでがん細胞に変化する。がん細胞に変化した細胞は、無秩序な細胞分裂を繰り返し増殖する。この細胞分裂のスピード感を見ている指標がKi67の値である。まず乳管内で増殖したがん細胞は、まさに土管の中を広がるように乳腺の中に張り巡らされている乳管内を広がる。またさらなる遺伝子変化の獲得によって、がん細胞は乳管上皮細胞の周りの基底膜を破り、乳管の外に出ていく。こうなった状態が浸潤がんである |図1A, B|。

浸潤がんと非浸潤がんの決定的な違いは、がん細胞が乳房以外の場所に移動する可能性が出てきたかどうかである。乳管の外には、血管やリンパ管が流れている(乳管内には原則血管・リンパ管はない)。浸潤がんになったがん細胞は、いつでも血管内あるいはリンパ管内に侵入する可能性が出てくる。リンパ管に侵入したがん細胞の多くは腋

3 治る再発と治らない再発

前項の中で、転移・再発は原則治らないと説明をすることが重要と記載したが、術後に再度がんが顕在化した際に、治る可能性のある再発と、治らない再発を区別することが重要である。その判断をする際に、「1）乳癌がなぜ再発するのか」で記載をしたがん細胞のメカニズムの理解が不可欠となる。以下に治る可能性のある再発と治らない再発の例を挙げてみたい。

1 | 治る可能性のある再発

- ① 初期治療のセンチネルリンパ節生検で腋窩リンパ節転移陰性の判断をしていたが、術後腋窩リンパ節に転移リンパ節が顕在化したケース

→センチネルリンパ節生検が偽陰性（この時点で他のリンパ節に転移が存在した）と考え、再度腋窩リンパ節郭清を行い、術後に適切な全身治療を加えることで、完治を目指すことが可能になる。

- ② 初期治療で乳房部分切除を行った場合に、乳房内に再発が発見されたケース

→これは最初の手術の際に断端にがん細胞が残っていて、術後の照射でも消滅せずに顕在化してきた。あるいはnew primary（まったく新しい乳癌が発生した）の場合が想定される。いずれの場合でも、再度がん細胞を完全に除去する手術と、術後に適切な全身治療を加