

REPORT

トレンド◎乳房インプラントの保険適用で乳癌治療が変わる 乳癌手術で乳房全摘術をした患者が急増の理由

2016/1/29

[富永 紗衣=日経ドラッグインフォメーション](#)

早期乳癌の外科的治療には根治性と整容性という相反する目標がある。これまでは根治性を重視しつつ、できるだけ切除範囲を小さくする乳房の部分切除術の開発・工夫が主に検討されてきた。しかし2013年7月から人工乳房（インプラント）による乳房再建が保険適用となり、整容性に対しても患者の期待がますます高まっている（[関連記事](#)）。こうした背景を受け、根治性と整容性の両方の達成を目指し乳癌外科と形成外科の連携を進める国内での取り組みを取材した。

金曜日の朝8時、乳癌外科外来の一部屋に30人超の関係者が集合した。医師は乳癌外科、病理科、放射線科、形成外科などで、看護師や薬剤師、遺伝カウンセラーも参加し、部屋は満席だ。そして最初の症例紹介が始まり、マンモグラフィー、超音波、MRI、病理組織標本などの画像が正面に次々と映し出された。

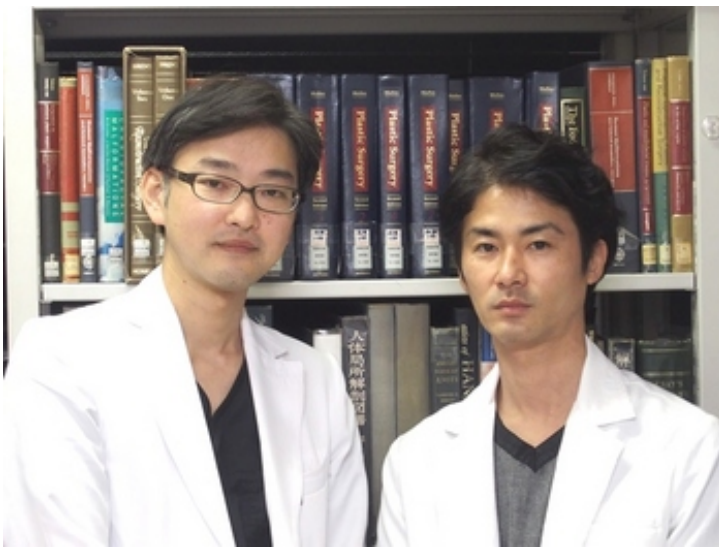
「もう一度画像を見せて。この人は乳房全摘と再建を希望しているの？」と昭和大学乳癌外科教授の中村清吾氏がじっと画像を見つめる。



写真1 昭和大学病院ブレストセンターのカンファレンスの様子

これは昭和大学病院ブレストセンターでのカンファレンスの様子だ。受診した乳癌患者の現在の状況と今後の治療方針を、毎週こうして関係職種全体で共有し議論する。

同大の形成外科医である草野太郎氏と佐藤伸弘氏は「カンファレンスで顔を合わせることで、その後の意見交換がしやすい」と話す。カンファレンスで形成外科医としての観点から意見を言うとともに、乳房再建の術式などについて個々の乳癌外科



「カンファレンスで顔を合わせるので、意見交換がしやすい」と話す、昭和大学形成外科の佐藤伸弘氏（左）と草野太郎氏（右）

医との細かい打ち合わせをカンファレンス後にじっくり行うことができる。「一番大切なのは癌を治すこと。ただ形成外科医として、整容性を配慮した切開線を提案できる場合もある」と草野氏は話す。

以前は、乳腺外科医中心で術式が決定され、手術後に形成外科医が再建を行うという流れが多かった。インプラントによる再建が保険適用になったからこそ、手術前に乳腺外科医と形成外科医と一緒に術式や切除範囲

について議論する機会がより頻繁に設けられるようになってきている。

従来、乳癌の外科手術で重視されてきたのは、腫瘍組織の切除による根治率の向上だ。その一方で、患者が術後の乳房の整容性を強く希望するようになったため、できるだけ切除範囲を小さくする乳房温存術が主流の時代が長く続いた。しかし乳房温存術は全摘術に比べて再発率が高く、乳腺外科医としては根治性を追求しきれない苦しい状況にあった。

インプラントの保険適用後、術後の整容性を求める患者の声はますます大きくなってきた。整容性は乳房のどの部位を切り、脂肪や筋肉をどの程度残したかに影響されるため、最近では、患者の乳房に最初にメスを入れる乳腺外科医と形成外科医が意見交換しながら、手術の詳細を決めるという手順が常識となりつつある（[関連記事](#)）。整容性を保つことができれば、必要な患者に乳房全摘術を提案しやすい。根治性と整容性の両方を追求できる時代になったわけだ（図1）。



図1 早期乳癌治療における患者、乳腺外科医、形成外科医の思いが一致

乳房再建患者が急増

乳腺外科と形成外科の連携を10年以上前から進め、乳房再建に積極的に取り組んでいるのが広島市立広島市民病院だ。同病院では広島市立病院機構の許諾を得て、2004年からインプラントによる乳房再建を自費診療で提供してきた。そのため再建のノウハウを蓄積しており、2013年の保険適用後の導入がスムーズに進み、2013年から14年にかけて、乳房全摘と再建を実施した患者が急増している（図2）。

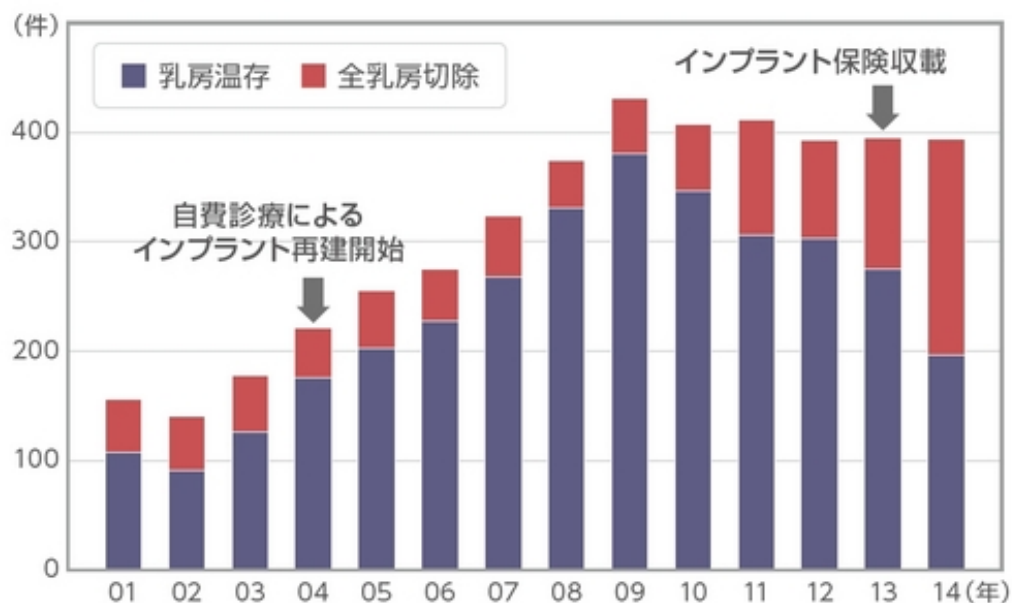


図2 広島市民病院乳腺外科の手術件数の変遷

広島市民病院乳腺外科部長の大谷彰一郎氏は、連携について「根治性を目指す乳腺外科と、整容性を目指す形成外科は根本の考え方が異なるので、互いに歩み寄ろうとする姿勢が大切」と話す。

例えば同病院では、手術の前に皮膚の切開線などについて、同病院形成外科部長の身原弘哉氏と必ず直接話し合う。その際に、腫瘍の位置が悪く、整容性に不安を覚える点があれば率直に打ち明けている。大谷氏いわく「身原先生は『まずは癌を治すことが第一』と理解した上で、癌と無関係だが整容性に重要で残したほうが良い部位はどれか、的確に提案してくれる」という。



「手術の前には必ず直接話し合う」と話す、広島市立広島市民病院乳腺外科の大谷彰一郎氏（左）と同病院形成外科の身原弘哉氏（右）

大谷氏ら乳腺外科医側も、インプラント挿入時に肌表面に凹凸が出ないように、手術後に残す皮膚の厚みを均一に保つ努力をするなど、「再建時の整容性が保たれるよう随所で配慮をしてくれる」と身原氏は話す。

こうした連携は新たな術式を生み出すことにもつながっている。それが、大谷氏らが提案する乳頭くり抜き乳輪温存皮下乳腺全摘術（Areola sparing mastectomy ; ASM）だ。乳癌は乳管から発生するため、乳管が集積する乳頭は摘出したほうが良い。しかし乳輪は残してもいいのでは、という形成外科からの提案が、新術式発想のヒントになったという。

ASMでは乳頭をくり抜いて腫瘍部位とともに除去し、乳房インプラント挿入後に対側乳頭半切移植術により乳頭を再建する。乳輪は残っているので、整容性に優れた乳房再建が可能となる（症例1、2）。乳輪の残存により再発リスクが上がるのは本末転倒なので適応基準は厳密にしているが、「私たち乳腺外科医だけでは発想できなかった」と大谷氏は打ち明ける。近日中に論文が発表される予定だ。



症例1 46歳女性。右側乳房にASMを実施。インプラント挿入から3カ月後に健側乳頭半切移植による乳頭形成術を行った。（提供：大谷氏、症例2とも）



症例2 58歳女性。左側乳房にASMを実施。インプラント挿入から3カ月後に健側乳頭半切移植による乳頭形成術を行った。

もっとも、全ての患者に乳房再建を推奨しているわけではない。再建にはインプラントという異物を挿入するリスクがあることに加え、定期的なメンテナンスも必要となることから、腫瘍が小さく再発リスクが低ければ、当然乳房温存術が推奨されるからだ。とはいえ、患者の希望に応えられる選択肢が増えたことで、乳腺外科と形成外科が協力してお互いの理想を追求し、それがよりベストな治療も生み、最

終的に患者の利益につながる——。そんな良いサイクルが、日本の乳癌治療の現場で今広がりつつある。