

がん県民公開セミナー

i n つくば

日時：平成28年11月3日（木）
13：30～16：00

場所：つくば国際会議場

プ ロ グ ラ ム

13:30 開 会

13:30～13:35 あいさつ
茨城県がん診療連携協議会会長
茨城県立中央病院
病院長 吉川 裕之



協議会会長 吉川先生あいさつ

13:35～16:00 講 演

講演1 (13:35 ～ 14:25)

司 会 筑波大学附属病院 茨城県地域臨床教育センター 教授
茨城県立中央病院 産婦人科部長
沖 明典

テーマ 「子宮頸がんから身をまもる」
講 師 筑波大学 医学医療系 産科婦人科学 講師
櫻井 学 先生

質疑応答 (14:25 ～ 14:40)

休 憩 (14:40 ～ 14:55)



会場の様子

講演2 (14:55 ～ 15:45)

司 会 筑波大学附属病院 茨城県地域臨床教育センター 教授
茨城県立中央病院 女性腫瘍統括局長
穂積 康夫

テーマ 「乳がんの診断と治療」
講 師 筑波大学 医学医療系 乳腺内分泌外科学 准教授
坂東 裕子 先生

質疑応答 (15:45 ～ 16:00)

16:00 閉 会

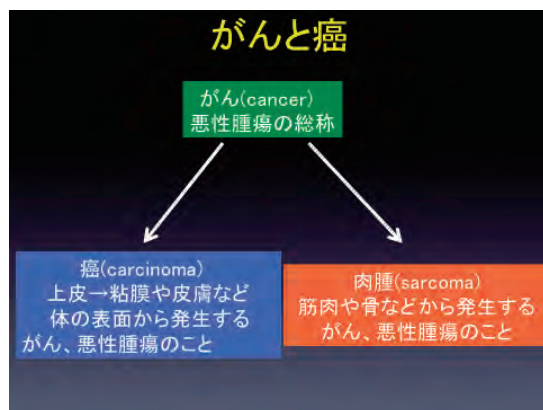
【講演 1】

「子宮頸がんから身を守る」

筑波大学医学医療系 産科婦人科学
講師 櫻井 学 先生

皆さん、こんにちは。筑波大学の産科婦人科、櫻井と申します。今日は、11月3日の講演ということですので、7割方、天気は晴れるだろうと思っていました。今日もよく晴れまして、こんなお天気いいお休みの中、これだけたくさんの方にお集まりいただきまして本当にありがとうございます。

今日、私に与えられたテーマは、子宮頸がんから身を守るというテーマになります。では、早速お話を始めさせていただきます。



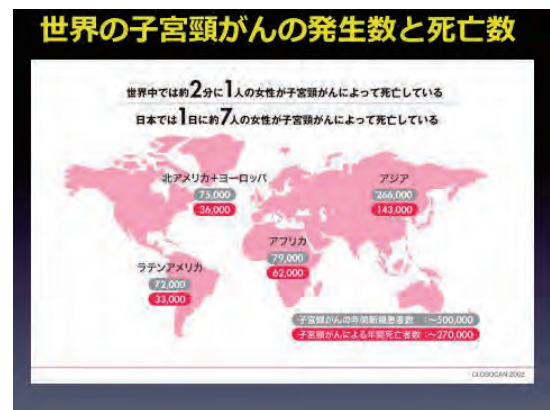
スライド 1

【スライド 1】

まず、言葉の説明をさせていただきます。テーマに子宮頸がんと書いてあります。がんは平仮名で書いてありまして、これは別に変換を忘れたわけではなくて、医学的に平仮名で書くがん、漢字で書く癌は、区別されます。平仮名のがんは、英語でcancerで、悪性腫瘍の総称です。その平仮名のがんの中で、漢字でいう癌、これは英語でいうとcarcinoma、さらに肉腫のsarcomaが分類されます。漢字で書く癌は何かといいますと、医学用語で上皮といいまして、粘膜や皮膚から発生してくる悪性腫瘍です。一方で、肉腫は、筋肉や骨などから発生してくる悪性腫瘍のことです。資料の出典によって平仮名、漢字使い分けられているも



のは、そのまま引用してありますのでご注意ください。



スライド 2

【スライド 2】

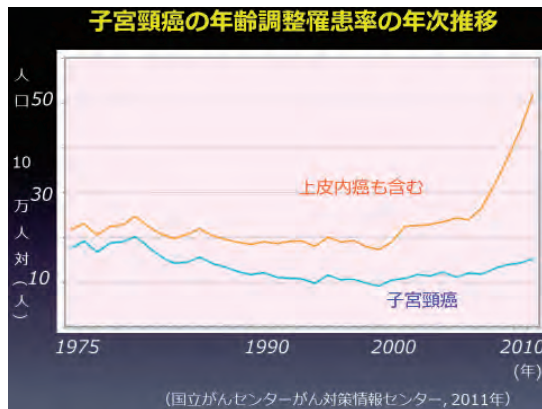
世界の子宮頸がんの発生率と死亡数です。世界では、年間50万人ぐらいの人が頸がんになっています。さらに、27万人ぐらいの人が1年間に亡くなっているというデータがあります。世界中では2分に1人の方が子宮頸がんによって亡くなっていて、日本では、1日に7人の方が死亡しているという計算です。

国名	10万人当たりの発症率 (絶対数)	10万人当たりの死亡率 (絶対数)
日本	11.11 (11,681)	2.96 (3,720)
アメリカ	7.84 (13,230)	3.28 (6,417)
カナダ	8.25 (1,608)	2.77 (650)
英国	9.34 (3,537)	3.91 (1,906)
フィンランド	4.23 (157)	1.32 (68)
フランス	10.14 (4,065)	3.49 (1,834)
ドイツ	11.53 (6,754)	4.22 (3,251)
オーストラリア	7.14 (835)	2.40 (332)

スライド 3

【スライド3】

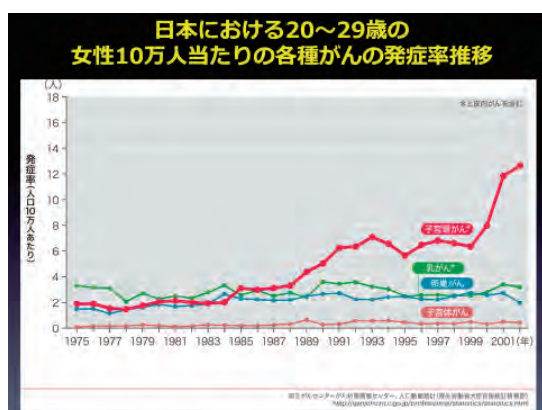
各国における子宮頸がんの発症率と死亡率です。日本は、10万人当たり11.11で、ほかの先進国に比べると、発症率が高いです。一方で、死亡率は、10万人当たり3を切ってくるので、ほかの先進国より低いです。



スライド4

【スライド4】

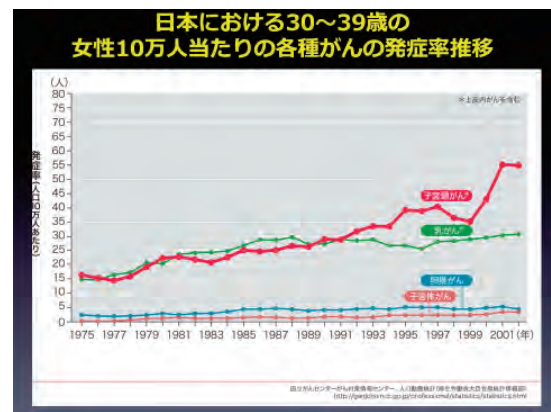
こちらは、子宮頸がんの罹患率の推移を示しています。1975年から2010年までのデータですが、子宮頸がんで見ますと、一旦減っていますが、また徐々に上昇傾向で、年間で、10万人当たり10から15ぐらいの間で推移しています。こちらは上皮内がんと言って、子宮頸がんの一手手前の状態というのを含みますと、一気に右肩上がりになっていまして、今では10万人当たり50人ぐらいの方が発症するというような統計になっています。



スライド5

【スライド5】

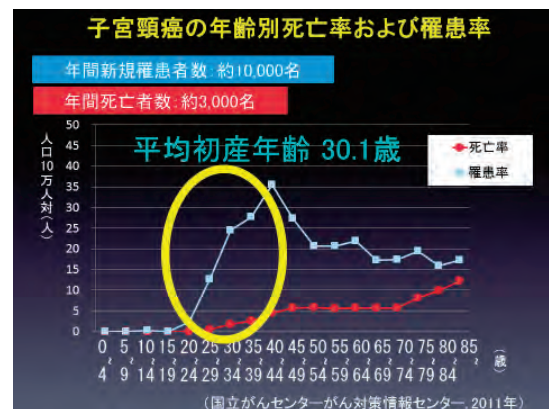
これを年代別に見てみます。20歳から29歳で女性10万人当たり、どういうがんになるかを見ますと、上皮内がんを含むデータですが、子宮頸がんが最も多くて、しかも最近上昇傾向です。



スライド6

【スライド6】

30代で見ますと、乳がんがちょっとふえてきますが、多いのは子宮頸がん、これも近年上昇傾向です。



スライド7

【スライド7】

こちらは、子宮頸がんの年齢別の死亡率と罹患率です。年間では、子宮頸がん罹患する方は日本で1万人ぐらい、3,000名ぐらいの方が亡くなっているというデータがあります。これを年齢別に見ますと、高齢者で、発症するという見方もありますが、注目すべきは20代から40代にかけて上がってきて、ピークとしては40代ぐらいということです。なぜ重要かといいますと、日本の平均初産年齢が今30.1歳ということで、妊娠、出産を強要するという意見ではありませんが、妊娠する力、妊孕性の温存という意味で、子宮頸がんの特に若い方への対応というのが必要だからです。

本日の話題

- ◆婦人科で何をやるの？
診察や検査について
- ◆子宮頸がんとは？
成り立ちと治療
- ◆子宮頸がんから身を守るには？
検診とワクチン

スライド 8

【スライド 8】

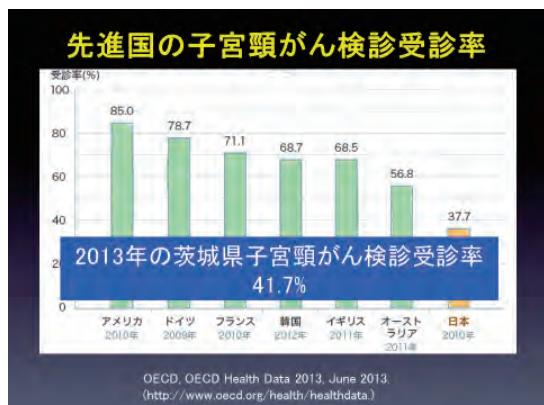
本日の話題です。最初に婦人科での診察や検査の内容についてお話をします。その後、子宮頸がんとはということで、その成り立ち、進行期、治療についてお話をしまして、最後に、子宮頸がんから身を守るには、ということで健診とワクチンについてのお話をさせていただきます。

子宮頸がん検診の受診率

がんの治療は予防と
早期発見、早期治療が重要です。

- ✓ 日本と先進国の受診率は？
- ✓ 茨城県ではどうでしょう？

スライド 9



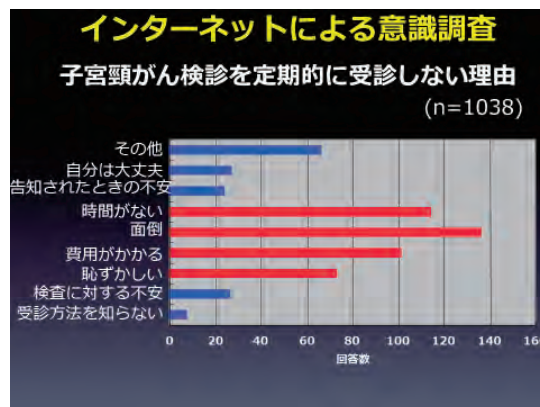
スライド10

【スライド 9・10】

最初の話題です。子宮頸がん検診の受診率です。がんの治療は、予防と早期発見、早期治療が重要です。こちらは先進国の子宮頸がんの検診受診率

です。アメリカが最も高く、85%。そのほかドイツ、フランスが70%を超えています。韓国、イギリスも約70%です。日本だけが37.7%で極端に低い状況になっています。

茨城県で見ますと、2013年のデータですが、本来受けるべき人の4割ぐらいの人しか受けていないというのが現実であります。



スライド11

【スライド11】

これは、インターネットによる意識調査です。子宮頸がん検診に何で行かないんですかというアンケート調査です。多いのは、時間がない、面倒、費用がかかる、恥ずかしい、または、自分は大丈夫だと思っている。あとは、告知されたときに不安、受けとめきれないとか、検査に対する不安、受診方法を知らないなどです。今日の話で、この疑問が少しでも解決して検診に行こうという気持ちになっていただけたらと思っています。

婦人科は受診しにくい！？

何をされているの？

何であんなことを聞かれるの？

スライド12

婦人科を受診したら、

- ✓ 問診の内容
- ✓ 診察
- ✓ 検査

スライド13

【スライド12・13】

これは、「なぜ婦人科にかかりにくいのか」という本です。15年前に大学を卒業して産婦人科医になると決めたときに、産婦人科医になるんだったらこの本を読んでいたほうがいいよということで上司からいただいた本で、今でも自分の本棚に入っています。これを読みますと、恥ずかしいとか、何であんなことを聞かれるのかわからない、何をされているのかわからない、だから婦人科行きたくないんだというようなことがたくさん書いてあります。そこで、婦人科を受診したら、問診の内容はどういうことを聞かれるのか、その意味、診察、検査ということについてお話をしていきたいと思います。

問診票の項目 その1

【項目】	【理由】
年齢	基本情報
身長 体重	やせ、肥満の状態
既往歴	今の病気への影響
家族歴	遺伝性疾患の可能性
現在の病気、内服薬	治療の副作用
アレルギー	薬の選択
嗜好品	薬の選択

スライド14

【スライド14】

こちらに書いてある項目は、内科などを受診されても聞く内容だとは思いますが。これを確認している意味というのがあります。年齢は基本的な情報です。身長、体重で、やせ肥満の状態を見て、薬の使い方、ホルモンの状態を見ます。既往歴は、今の病気へ影響する病気がないか、家族歴は、遺伝性疾患の可能性がないかを見ます。現在の病気、

飲んでいるお薬、これはその治療の副作用によって今症状が起きているかを考えたりしますし、アレルギー、嗜好品は、何か薬を処方する際に参考になる情報です。

問診票の項目 その2

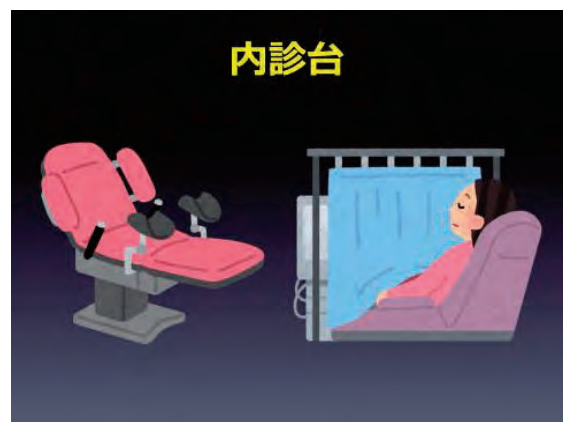
【項目】	【理由】
性交渉の経験	診察方法
妊娠歴	病気のかかりやすさ
月経歴	ホルモンバランスの背景
結婚歴	患者さんの背景
がん検診施行歴	今回、検査が必要か

スライド15

【スライド15】

これは婦人科らしい項目です。性交渉の経験、これによって診察方法を変えたりすることがあります。あとは妊娠歴によって病気のかかりやすさを考えたりしますし、不妊治療をするときには、今まで妊娠したことがあるかどうか、これは非常に重要な情報です。月経がちゃんと来ているかというのも、その患者さんのホルモンバランスの背景を見るという情報になりますし、結婚しているかは、患者さんの背景を知ること、どういうふうに治療を進めていったらいいかという有用な情報になってきます。あとは、がん検診を行いましたかというのもよく聞かれると思いますが、今回の診察の中で検査が必要かを判断できます。

内診台



スライド16

【スライド16】

診察の様子です。婦人科へ行かれたことがある人はわかると思うんですけども、これは内診台

です。日本ではカーテンがかかっていて、その奥にいろいろ機械があります。僕も産婦人科になって1年目で内診台に乗ったことありまして、恥ずかしい姿勢だなというのを実感しました。ですから内診の時間をなるべく短くして、いらした患者さんの不快な感じを少なくするように心がけるようにしています。



スライド17

【スライド17】

実際の内診です。膣の中に指を入れさせていただいて、子宮の大きさ、動き方、痛みがないかを判断させてもらっています。



スライド18

【スライド18】

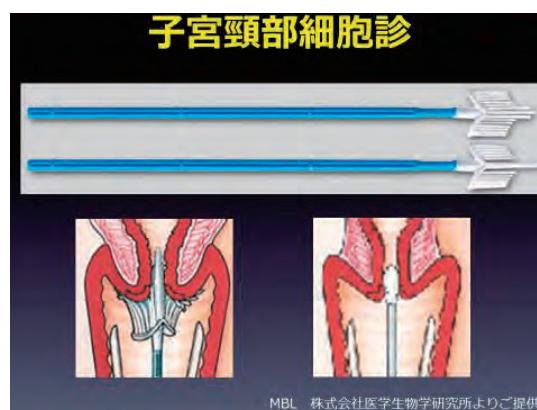
こちらは診療ユニットです。膣の中がよく見えるようにという仕組みになっています。



スライド19

【スライド19】

これは腔鏡です。よく機械入りますよなんて言われることあると思いますが、これを実際に膣の中に入れさせてもらって、子宮の入り口や膣を観察するために使います。



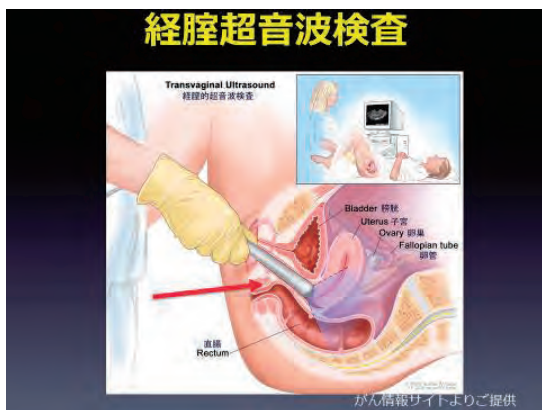
スライド20

【スライド20】

子宮頸部細胞診です。いわゆるがん検診として行われるものですが、ブラシを使って行われることが多いです。実際には、子宮の入り口のところをこすらせてもらって細胞を採取します。妊婦さんだったりすると綿棒を使うこともあります。



スライド 21



スライド22

【スライド21・22】

経膣超音波です。棒型の機械、これを实际膣の中に入れてもらって、子宮の大きさ、筋腫のあるなしとか、妊娠初期の診断に使ったりすることもありますし、卵巣が腫れているかを見るには欠かせない検査になっています。



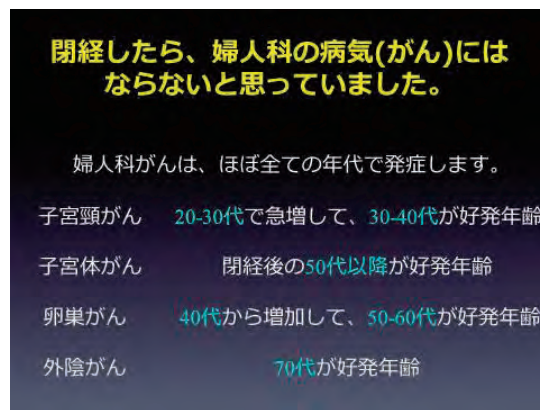
スライド23

【スライド23】

経腹といって、おなかから当てるものもあります。どうしても内診が難しいという方ですとか、余り子宮が大きくなり過ぎますと経膣エコーで見えませんので、おなかから見させていただきます。



スライド 24



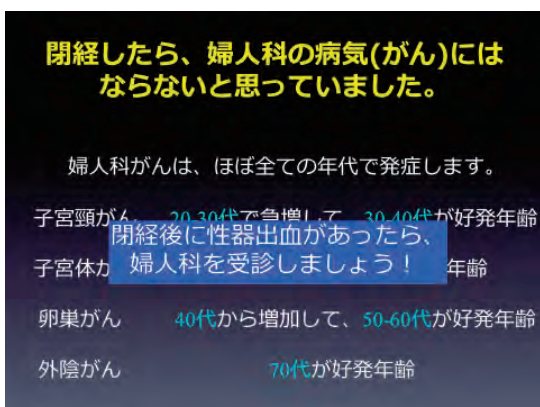
スライド25

【スライド24・25】

一旦、頸がんから離れて、「よくある誤解」というシリーズを4つまとめました。婦人科へいらっしゃる方で、婦人科の病気のことを誤解されている場合があるので、それを紹介していきます。

閉経したら、婦人科の病気(がん)にはならないと思っていましたと、おっしゃる方がいます。実際婦人科がんは、ほぼ全ての年代で発症するというのを覚えていただきたいと思います。

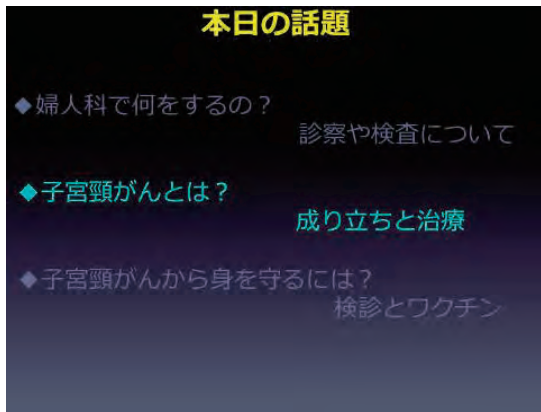
まず子宮頸がん、先ほどお話ししましたように、20から30代で急増して、30から40代が好発年齢になっています。子宮体がんの場合は、閉経後の50代以降が好発年齢、卵巣がんは40代からふえ始めて、50から60代が好発年齢、外陰がんは70代が好発年齢ですから、もうほぼ全ての年代で、いつがんが起きてもおかしくないということになります。



スライド26

【スライド26】

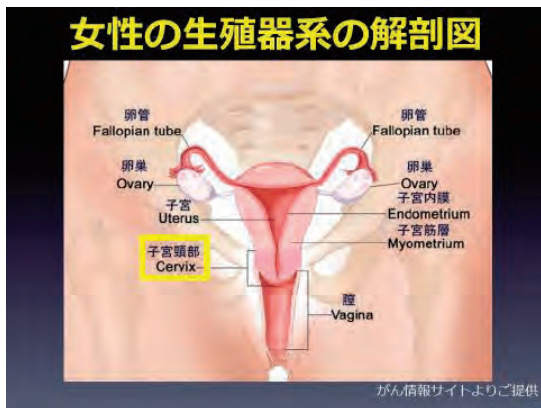
ですから、閉経後というのは関係なくて、閉経後にむしろ性器出血という症状があったら、必ず婦人科を受診していただきたいと思います。



スライド27

【スライド27】

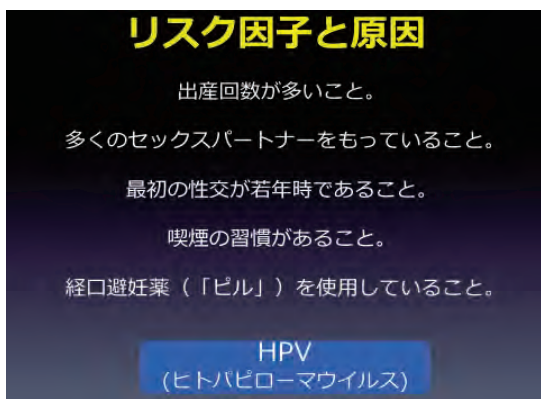
2つ目の話題です。子宮頸がんといいましたとき、どこからその病気が発生するのかを理解していただく必要があります。



スライド28

【スライド28】

子宮頸部というのは、ここの腔に近いほうの部分です。同じ子宮でも、この子宮内膜というところから出てくるのは子宮体がん、全く別のガンです。今回は、この子宮の頸部、腔に近いほうのガンのお話になっています。

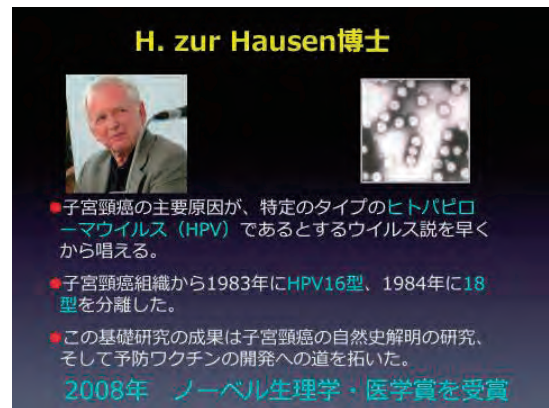


スライド29

【スライド29】

リスク因子と原因です。出産回数が多いこと、多くのセックスパートナーを持っていること、最初の性交渉が若年時であること、喫煙の習慣、ピルを服用しているとあります。これは、それぞれHPV(ヒトパピローマウイルス)の感染に関わっています。特に上の三つの因子は、HPVに感染しやすいということになります。

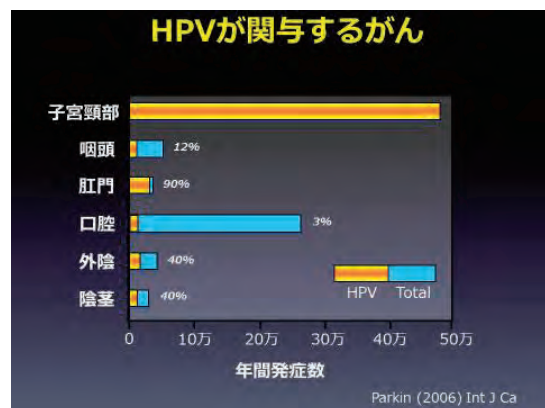
喫煙に関しては、喫煙によって免疫力が低下するので、一度感染してしまったHPVを排除しにくい体質だということが言えます。ピルに関しては、ピルが別に悪さをするわけではなくて、ピルを飲んでいる方は、コンドームを使わないでセックスをするという傾向があるので、それによってHPVにかかりやすいといえます。



スライド30

【スライド30】

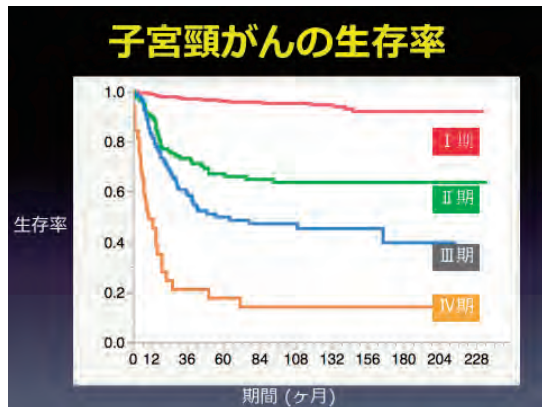
HPVですけれども、ドイツのZur Hausen(ツール・ハウゼン)博士が発見しまして、HPV16型、18型が、特にガンに関係していることを発表しています。この功績が認められて、2008年にノーベル医学・生理学賞を受賞されています。



スライド31

【スライド31】

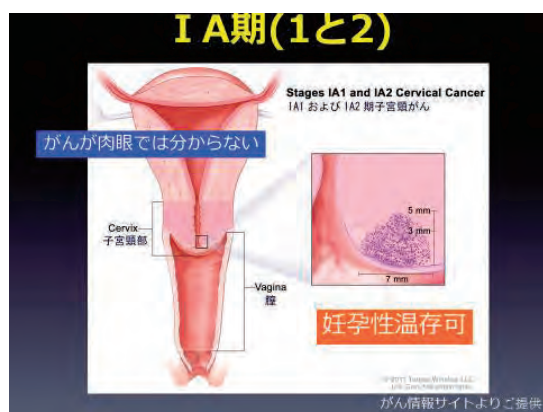
HPVが関与するがんです。子宮頸がんは、ほぼHPVが関連します。ただ、ほかにも咽頭がんですとか肛門がんでも、この黄色の部分（HPV）はHPVが関連するということで、子宮頸がん以外でも発がんにかかわっているウイルスです。



スライド32

【スライド32】

子宮頸がんの生存率です。これは、筑波大学での10年間のデータです。I、II、III、IVと書いてありますのは、がんの進行期、ステージです。I期で見つかっていれば、10年たっても9割以上の方は生きていらっしゃいます。ただ、II期で、5年生存率が6割ぐらい、III期で5割を切ります。もっと進んでIV期では、2割を切るどころか、1年ぐらいで半分以上の方は亡くなりますから、やはり早目、早目でチェックが必要です。



スライド33

【スライド33】

進行期についてお話をしていきます。これは、I期の中でI Aで、I Aは目で見てわからないような病気です。顕微鏡で細胞を見てやっとわかるという初期のがんがI A期です。この状態で見つ

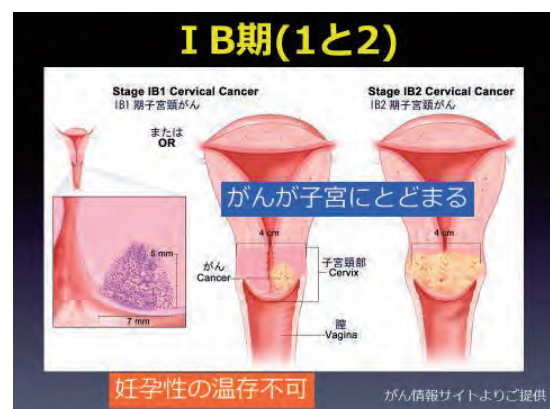
けられれば、妊娠性温存といって、子宮を残すことができる確率が高いです。



スライド34

【スライド34】

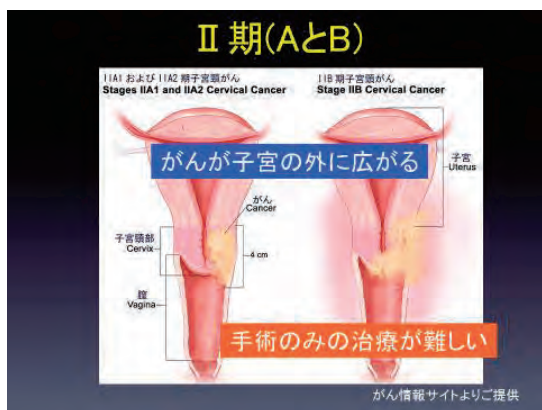
7ミリだ5ミリだという話はどれぐらいかというこの目安ですが、消しゴム付きの鉛筆の裏の消しゴムが大体5ミリぐらいです。そんな大きさでも治療は必要です。



スライド35

【スライド35】

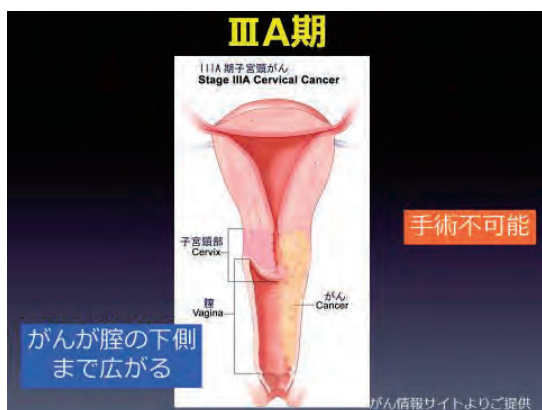
I Bです。先ほどの広さが7mm、深さが5mmを超えてくるようながん、これもI Bになります。あとは、肉眼で見てわかる塊があるものもI Bでして、この塊が4センチを超えてきますとI Bの2という分類になっています。がんが子宮の中にとどまっているというのがI期の特徴なんです。ですけれども、I Bでは妊娠性の温存、子宮を残すというのは、ほぼ難しい段階です。



スライド36

【スライド36】

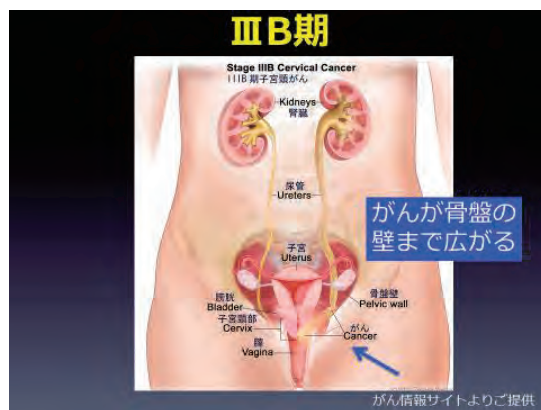
Ⅱ期は、がんが子宮の外に広がってきます。どこに広がるのかというと、上下方向で膣の方向にがんが広がっているのがわかると思います。さらに、横にも広がります。子宮を飛び越えて、子宮を支持している周りの組織にがんが進んでいるというような状態です。こうなってくると、手術のみの治療が難しく、放射線などを追加しないといけないこともあります。



スライド37

【スライド37】

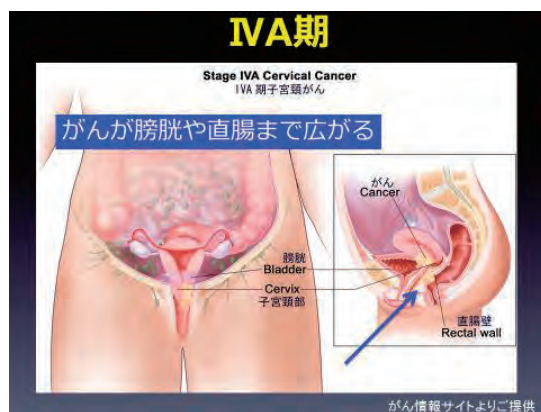
ⅢAです。これを見ていただいてわかりますように、がんが膣のかなり下側まで広がっている状態です。こうなると、手術では取り切れません。頑張って取っても、必ず残ってしまうので、手術の適応がないということになります。



スライド38

【スライド38】

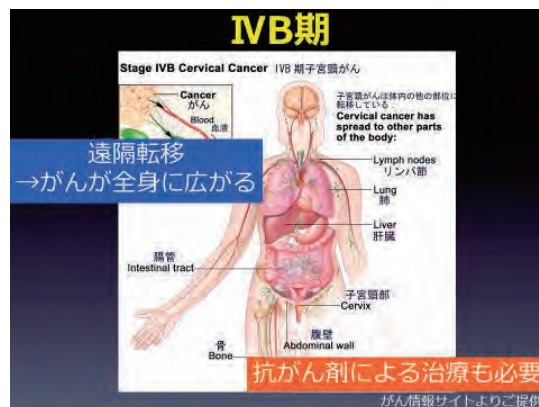
ⅢBです。これは横へ広がりまして、骨盤といって、子宮が入っている空間をつくっている骨の壁までがんが広がった状態です。



スライド39

【スライド39】

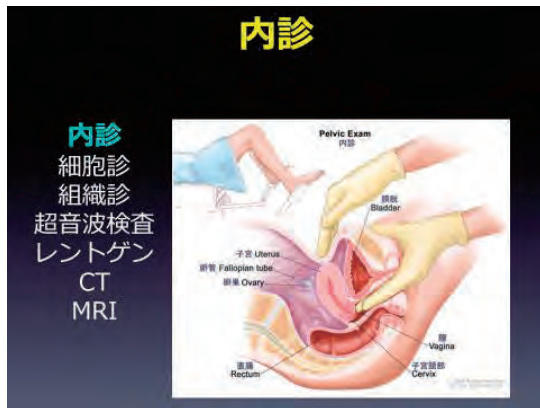
ⅣAは、がんが膀胱や直腸まで広がる、前後への広がりということです。子宮のすぐ前には膀胱があって、後ろには直腸がありますが、そこにがんが広がっています。



スライド40

【スライド40】

最後はIVBです。遠隔転移で、がんが全身に広がるという状態です。子宮から遠く離れたリンパ節ですとか肺、肝臓、骨です。そういったところに転移をしてくるようだとIVBで、放射線での治療も難しく、抗がん剤による治療が必要になります。



スライド41

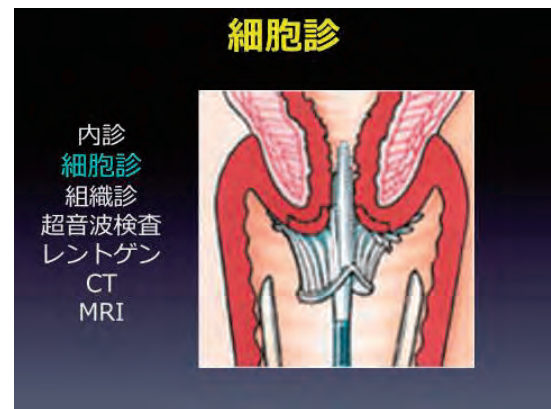
【スライド41】

子宮頸がんの診断には、どういう検査を行うのかということをお話しします。

まず内診です。必須の検査です。がんが子宮の中にとどまっているのか、外に広がっているのか、これを見るには内診で決めるという取り決めがあります。



スライド42



スライド43



スライド44

【スライド42・43・44】

先ほどもお話しました細胞診です。子宮の入り口のところをこすらせてもらって細胞を取り、処理すると、こういう形で見えまして、この細胞で異常があると精密検査で、コルポスコープと組織診を行います。コルポスコープは、子宮頸部を拡大して見て、ちょっと薄めたお酢をつけさせてもらって、怪しいところを、この鉗子で1センチ弱ぐらいの塊を取らせていただいて、診断します。



スライド45

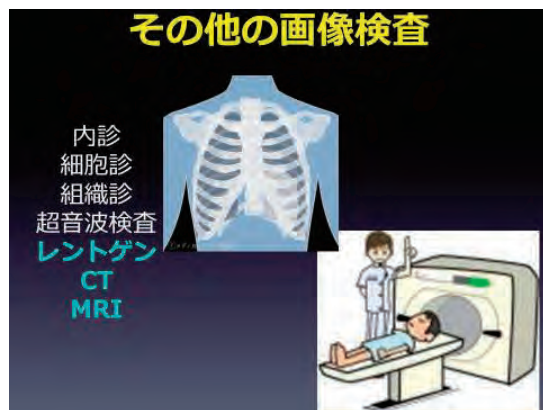
【スライド45】

細胞診と組織診の違いです。細胞診は、人の顔を見たときに目だけ見ているようなものです。あれ、ちょっと怒っているのかなというイメージです。組織診では、その細胞の並び方や構成している形によって、より確定診断につながっていきますので、例えるなら、顔全体を見させてもらって、やっぱり怒っていたというイメージです。

最初から組織診をすればいいんじゃないかという話もあると思いますが、組織診をするとなると時間がかかります。1回検査を受けていただく方の痛みといった負担もありますので、基本的には細胞診でのスクリーニングが大事です。



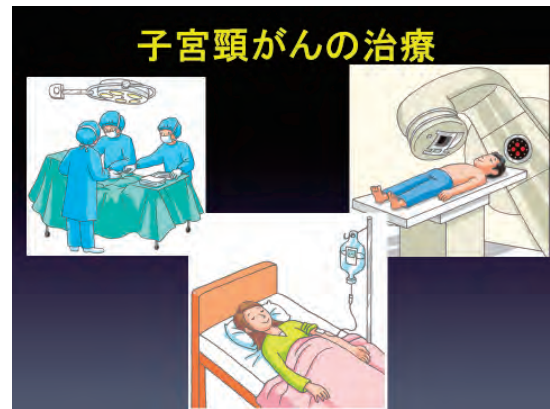
スライド46



スライド47

【スライド46・47】

超音波検査も補助診断として使うことがあります。その他、病気の広がりを見るためにはレントゲンですとかCT、MRIが必要です。



スライド48

子宮頸がんの治療

進行期	手術	放射線	化学療法	妊孕性温存
I A1	○	—	—	△
I A2	○	—	—	△
I B1	○	△	—	△
I B2	○	△	—	×
II	△	○	△	×
III	×	○	△	×
IV A	×	○	△	×
IV B	×	△	○	×

スライド49

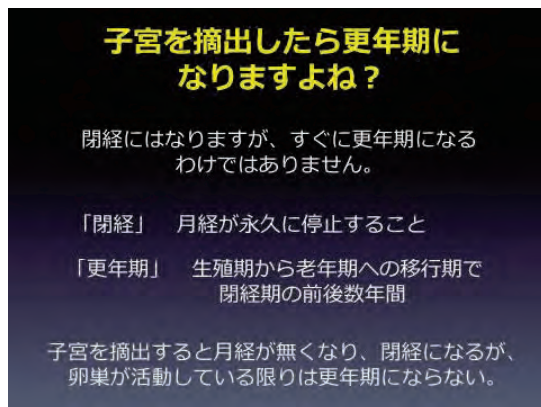
【スライド48・49】

子宮頸がんの治療についてです。手術をすることもあれば、放射線治療もすることもある、化学療法もするのが子宮頸がんの治療です。

表にまとめさせていただきました。I Aの1、2ぐらいまでであれば、基本的にはもう手術のみ、妊孕性といって、子宮を残せる可能性があります。ただ、I B1、I B2になってきますと、手術はしても妊孕性の温存は厳しいです。この手術もかなり負担の大きい手術で、例えばおしっこが出づらくなったりもします。II期になってきますと、もう手術を行っている施設は日本の半分ぐらいで、放射線治療がメインになることが多いです。III期、IV期になってきますと、放射線が主体で抗がん剤を補助的に使います。IV Bになりますと、放射線でもなかなかうまくいかないの、抗がん剤をメインで使います。



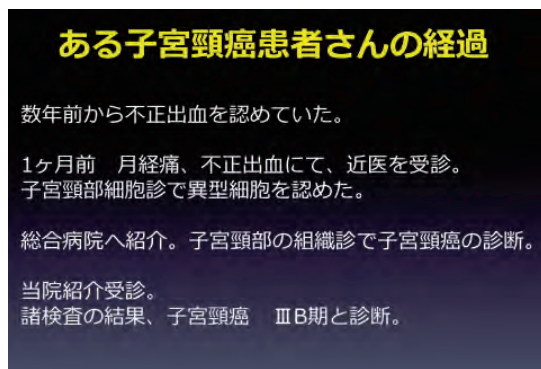
スライド50



スライド51

【スライド50・51】

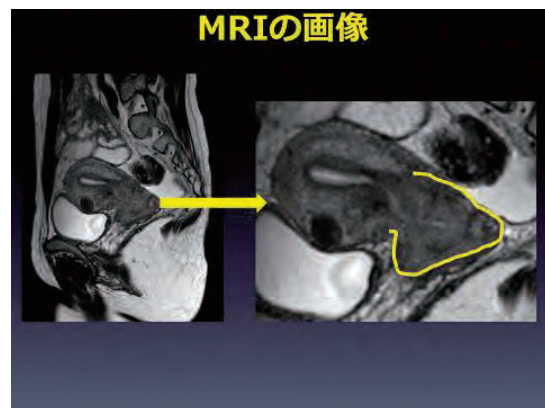
よくある誤解シリーズ第2弾です。子宮を摘出したら更年期になりますよね、だから私、子宮を取りたくないんですという患者さんがいらっしゃいます。子宮を摘出したら閉経にはなりますが、すぐに更年期になるわけではありません。閉経というのは月経が永久に停止すること、更年期というのは生殖期から老年期への移行期で、エストロゲンが下がる前後数年間のことです。ですので、子宮を摘出すると月経はなくなりますから、閉経にはなりますが、卵巣を残すような手術をしていれば、その卵巣が活動している限りは、更年期にはなりません。



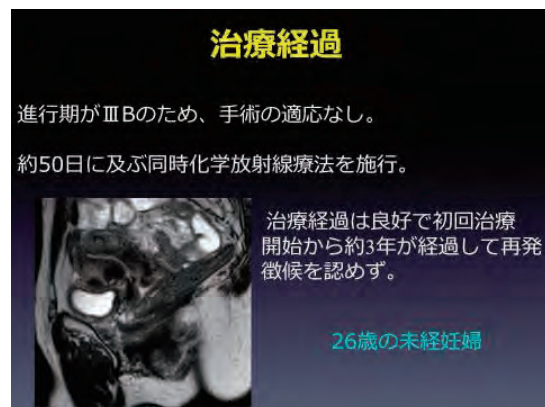
スライド52

【スライド52】

これは、ある子宮頸がんの患者さんの経過で、私が治療を担当させていただいた方に了承を得てお話をさせていただきます。数年前から不正出血があった。それで筑波大学附属病院にいらっしゃる1カ月前に月経痛と不正出血で近くの病院を受診しました。子宮頸部細胞診では、異形細胞を認めた。がんの疑いがあったということです。総合病院へ紹介されて、先ほどお話ししました組織診という塊を取って調べたところ、子宮頸がんという確定診断になりました。筑波大に紹介いただいて、病気の広がり具合を調べた結果、子宮頸がんⅢBの診断でした。



スライド53

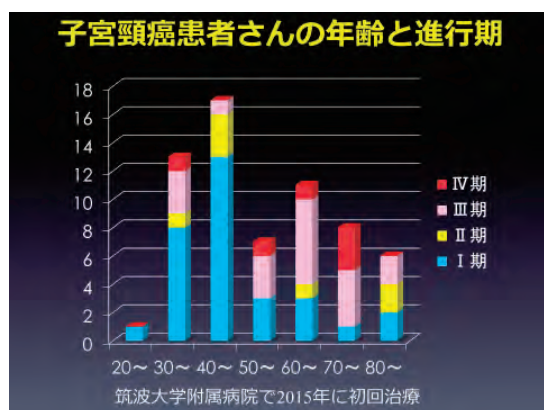


スライド54

【スライド53・54】

MRIの画像を示します。大体5センチぐらいの塊になっていました。治療経過ですが、進行期がⅢBですから、先ほどお話ししたように手術の適応はありません。ですから、放射線治療をメインに、そこに抗がん剤を補助的に加える治療を約50日間行いました。治療経過は良好で、3年経過しますが、今は再発もなく元気で過ごしていらっしゃいます。

ます。ただ、この患者さんの経過で大事なのは、この患者さんが26歳の未婚妊婦だったということです。ですから、本来だったら、この後結婚をして妊娠、出産というのを迎えていくだろうというような年齢で、ⅢBであったということが重要事実です。



スライド55

【スライド55】

子宮頸がんの患者さんの年齢と進行期について、当院で去年1年間治療を担当させていただいた方のデータです。50代から80代にかけて、やはり進行がんが多いというのは一目瞭然です。もう一つの見方として、30代、40代が多い。さらに、30代、40代、場合によっては20代でも、子宮を残せないⅡ期の方もいるという認識は大事です。

(スライド省略)

今日本の出生率、お1人の女性が生む人数が1.42という数字が出ています。一方で、死亡率が10.1というのが出ていまして、この出生率と死亡率のバランスで日本が進んでいった場合に、西暦3000年の日本の人口は1人になるという話があります。もちろん妊娠、出産を強要するわけではありませんが、妊娠、出産は女性にしかできないものでありますから、やはり今後の日本、ひいては世界の未来というのを考えたときには、若い方での子宮頸がん、これをなくすことで妊娠する力、可能性というのを残していくということが大事だと思っております。

本日の話題

- ◆婦人科で何をやるの？ 診察や検査について
- ◆子宮頸がんとは？ 成り立ちと治療
- ◆子宮頸がんから身を守るには？ 検診とワクチン

スライド56

**子宮頸がんから身を守るには？
～検診編～**

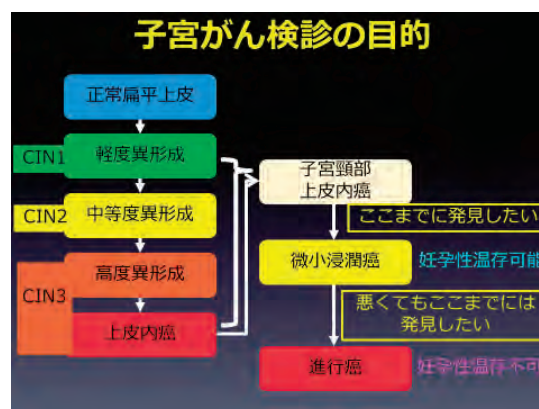
- ✓ 子宮がん検診で何が分かるの？
- ✓ 子宮がん検診で異常を指摘されたら？
- ✓ 子宮頸部異形成の対応は？

スライド57

【スライド56・57】

では、検診とワクチンのお話に移りたいと思います。

まず、検診編では3つのテーマでお話します。子宮がん検診で何がわかるのか、子宮がん検診で異常を指摘されたらどうすればいいのか、子宮頸部異形成では、どういう対応をしていったらいいのかというお話です。



スライド58

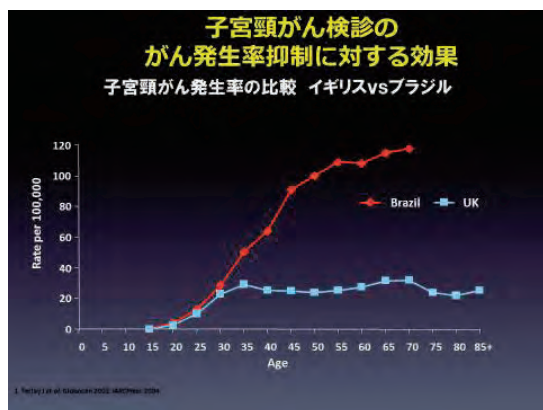
【スライド58】

子宮がん検診の目的の前に異形成という概念についてお話をしておきます。まず正常の状態とい

うのがありまして、進行がん、先ほどステージのⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳとかでお話していた、いわゆる本当のがんの状態というのがあります。その間という概念が異形成です。異形成も軽い、中くらいの、重いのと3段階に分かれていて、さらに上皮内がんという段階があります。いきなりがんになるわけではありません。

がん検診の目的としては、何とか上皮内がんまで、本当のがんに行く手前で見つけたいというのがあります。ここまでだったら妊孕性、妊娠する力、子宮を残すということも十分可能だからです。微小浸潤がんというところまでで見つけれれば、先ほどもお示ししましたように、ⅠAというのは10年生存率が9割を超えてきますから、命にはかかわることはほぼありません。ただ、進行がんになってしまうと、妊孕性の温存不可、子宮は摘出、もしくは子宮卵巣の機能が失われるような治療が必要になるので、進行がんになる前に見つけたいというのが目的です。

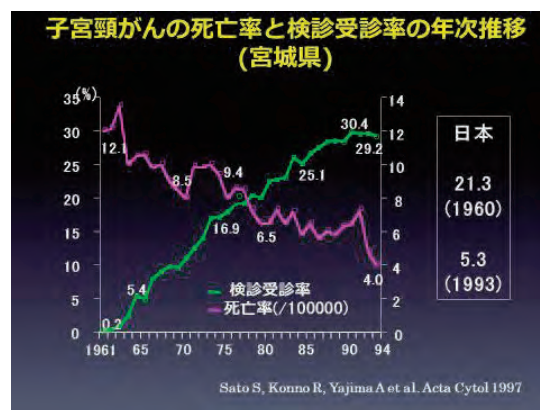
言葉の使い方ですが、軽度異形成はCIN 1と表現されることもあります。中軽度異形成は、同様にCIN 2というような言われ方をします。そして、高度異形成と上皮内がんを合わせてCIN 3と表現されることがあります。



スライド59

【スライド59】

これは子宮頸がん検診のがん発生率の抑制に対する効果を示しています。検診を行っているイギリスと余り行っていないブラジルのデータです。イギリスでは、年齢が進んでも余り発生率は上がってこない、ブラジルでは、年の積み重ねとともに発生率がふえていることが分かります。



スライド60

【スライド60】

これは宮城県のデータです。検診が1961年から始まって、94年にかけて右肩上がりになっているのに反比例するように、子宮頸がんの死亡率が減って、検診の効果を示しています。

子宮頸部細胞診の結果	
ベセスダ	日母分類 (Class)
NILM	I or II
ASC-US	III a
ASC-H	III a or III b
LSIL	III a
HSIL	III a or III b or IV
SCC	V
AGC	III
AIS	IV
Adeno Ca.	V

スライド61

【スライド61】

検診で何がわかるかという話に戻ります。検診を受けたことがある方は、こういうローマ数字の羅列とアルファベットの羅列を見たことがあるかもしれません。実は、この日母分類というのは古い表現で、来年から茨城県の検診を受けた場合、この記載はありませんので、こちらのベセスダという分類に慣れていただく必要があります。

子宮頸部細胞診と推定病変					
		ASC-US	ASC-H		
細胞診		NILM	LSIL	HSIL	SCC
細胞診所見 (パapanicolaou 染色)					
推定病変	異常なし	HPV感染 軽度異形成	中等・高度 異形成 上皮内癌	扁平上皮癌	

NILM: Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy
 LSIL: Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion
 HSIL: High-grade Squamous Intraepithelial Lesion
 SCC: Squamous Cell Carcinoma ASC-US: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
 ASC-H: Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL
 (Schiffman M et al, Lancet 2007より改変)

スライド62



スライド63

【スライド62・63】

子宮頸部細胞診と推定病変です。繰り返しになりますが、細胞診というのは、あくまで予想で、NILMだったらほぼ異常はないでしょう、LSILとあると、軽い異常はあるのではないかと、SCCと判定された方は、がんが見つかるのではないかと、そういったところの推定になっています。この顔の目のところだけを見ているのと、顔全体を見るのとの違いです。

します。NILMは、ほぼ異常はないということで、この結果が返ってきた人はほとんど心配ないと思います。次にASC-USとLSILです。まずLSILというと、軽度異形成ぐらいはあるかもしれないという予想です。ASC-USは、少し正常を外れて、この軽度異形成との間ぐらいの概念なので、軽い異常の疑いぐらいはあるかもという状態です。HSILとなってくると、中等度、高度異形成、さらに上皮内がんといった、治療の対象となる病変の可能性がありま。ASC-Hは、HSILの疑いがあるという概念です。

一番怖いのはSCCです。がんがある可能性が高いです。扁平上皮がんは、子宮頸がんの8割を占めています。一方で、このAGCとかAIS、adenocarcinomaは子宮頸がんの中で腺がんもしくはその疑いがあります。子宮頸がんの2割位を占めます。

一覧でまとめますけれども、青とか緑は、そんなに心配はありません。オレンジ、赤、ピンク、に該当する結果が返ってきた場合は、1日でも早く医療機関を受診していただきたいです。

子宮頸がんから身を守るには？
～検診編～

- ✓ 子宮がん検診で何が分かるの？
- ✓ 子宮がん検診で異常を指摘されたら？
- ✓ 子宮頸部異形成の対応は？

スライド65

子宮頸部細胞診の結果		
ベセスダ	日母分類 (Class)	推定病変
NILM	I or II	異常なし
ASC-US	IIIa	軽い異常の疑い
ASC-H	IIIa or IIIb	中等度・高度異形成 上皮内癌の疑い
LSIL	IIIa	軽度異形成
HSIL	IIIa or IIIb or IV	中等度・高度異形成 上皮内癌
SCC	V	扁平上皮癌
AGC	III	腺癌の疑い
AIS	IV	上皮内腺癌
Adeno Ca.	V	腺癌

スライド64

【スライド64】

ベセスダのアルファベットが何を示すのか説明

子宮頸部細胞診検査結果と対応		
略語	ベセスダ分類	対応
NILM	陰性	検診の継続
ASC-US	意義不明な 異型扁平上皮細胞	①ハイリスクHPV検査 ②6ヶ月、12ヶ月に細胞診 ③ただちにコルポスコピー
LSIL	軽度扁平上皮内病変	コルポスコピー ↓ 組織診
ASC-H	HSILを除外できない 異型扁平上皮細胞	
HSIL	高度扁平上皮内病変	コルポスコピー 生検、頸管および内膜細胞診、 内膜生検
SCC	扁平上皮癌	
AGC	異型腺細胞	

ベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式の理解のために引用一部改変

スライド66

【スライド65・66】

検診で異常を指摘されたら、どうすればいいの

かという話です。ベセスダの結果と対応をまとめた表です。

子宮頸部細胞診検査結果と対応		
略語	ベセスダ分類	対応
NILM	陰性	検診の継続
ASC-US	意義不明な異型扁平上皮細胞	①ハイリスクHPV検査 ②6ヶ月、12ヶ月に細胞診 ③ただちにコルポスコピー
LSIL	軽度扁平上皮内病変	コルポスコピー ↓ 組織診
ASC-H	HSILを除外できない異型扁平上皮細胞	
HSIL	高度扁平上皮内病変	
SCC	扁平上皮癌	コルポスコピー 生検、頸管および内膜細胞診、 内膜生検
AGC	異型腺細胞	

ベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式の理解のために引用一部改変

スライド67

【スライド67】

ASC-USです。正常をちょっと外れて、一番軽い異常の疑いと診断された人はどうすればいいか、ここに3つの対応が出ています。HPV検査を受けるか、半年後、1年後に細胞診をもう1回受けるか、あとは、すぐ精密検査を受けるか、この3つのパターンを選べるようになっています。

【スライド68・69】

HPVについて、解説します。性交渉によって子宮の頸部に感染します。感染しましても、みんながみんな、病気になっていくわけではなく、大体7割から9割ぐらいは、自然にHPVが除去されて、正常に戻ります。けれども、高度異形成から上皮内がんまで進みますと、25%ぐらいの方はがんに進みますので、この状態の人はちょっと注意が必要です。

HPV検査とは？

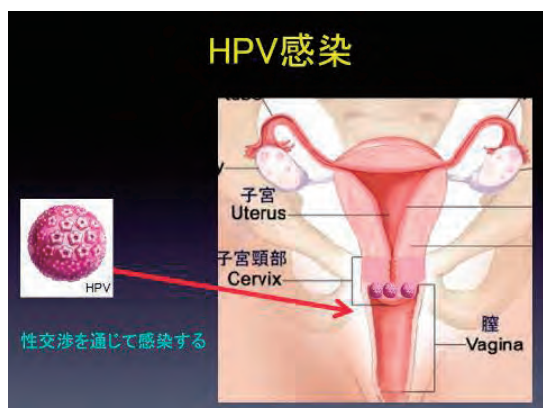
子宮頸がんの原因となる
高リスク型HPV群の感染の有無を判定

検出タイプ
16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68型
(67)
(13+1種類)

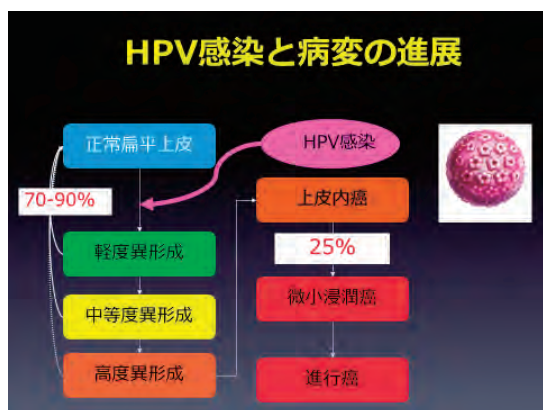
スライド70

【スライド70】

HPV検査は、子宮頸がんの原因となる高リスク型HPVの感染の有無を判定する検査です。実は、HPVというのは、もう100種類ぐらいあって、その全部が悪さをするわけではなくて、16,18など13種類、これに67を加えて14種類とする意見もありますが、これらに感染しているかを調べます。



スライド68



スライド69

HPV検査の種類			
	ハイブリッド キャプチャー2 アンプリコア HPV®	コバスHPVテスト ®	クリニチップ HPV®
対象	ASC-US		軽・中等度異形成
HPVの 検出	HPV(13種)の 有無	HPV(12種)の有無 16/18型の有無	HPVのタイピング
利点	CIN2以上の 検出に高感度	16/18型のリスク に応じて対応	タイプ毎のリスク に応じて対応
保険点数	360点		2000点

HPV; ハイリスクHPV

スライド71

【スライド71】

現状、大きく3種類HPVの検査がありまして、ASC-USでは、HPVのありなしを調べます。先ほどお示ししました13種類のHPVがいるのかを調べる検査か、あとは、その中で一番たちが悪い16,18型

がいるのか、さらに、ほかのHPVがいるのを分けて調べる検査です。あとはHPVのタイピングです。何型のHPVに感染しているかが分かるという、この3種類があります。ただ、どういうときにどれを受けるかというのは、決まっていますし、保険の点数も違いますので、希望で行うことはできません。受診された医療機関での指示に従ってください。

細胞診とHPV検査	
細胞診	→ 異常な細胞がないか？
(+) → 現在、前がん病変やがんの可能性が高い。	
HPV検査	→ 原因ウイルスがないか？
(+) → 現在、前がん病変やがんの可能性が高い。 または将来、がんになる可能性がある。	
(-) → 当面は前がん病変やがんの危険性はない。	

スライド72

【スライド72】

細胞診とHPV検査の違いですが、細胞診は、現時点で異常な細胞がないかを調べる検査です。HPV検査は、原因ウイルスがないか、ですから、細胞診で陽性と言われた場合は、現時点で前がん病変、がんの可能性が高いですという判定になります。

HPV陽性は、既にHPVによって前がん病変やがんの可能性もあるかもしれませんが、今なくても、HPVがいるので将来がんになる可能性がありますという解釈で、HPVがもしマイナスであれば、当面はがん、そのがんの手前の前がん病変になる危険性はないという判断になります。

子宮頸部細胞診検査結果と対応		
略語	ベセスタ分類	対応
NILM	陰性	検査の継続
ASC-US	意義不明な異型扁平上皮細胞	①ハイリスクHPV検査 ②6ヶ月、12ヶ月に細胞診 ③ただちにコルポスコピー
LSIL	軽度扁平上皮内病変	コルポスコピー ↓ 組織診
ASC-H	HSILを除外できない異型扁平上皮細胞	
HSIL	高度扁平上皮内病変	
SCC	扁平上皮癌	
AGC	異型腺細胞	コルポスコピー 生検、頸管および内膜細胞診、 内膜生検

スライド73



スライド74

【スライド73・74】

次はLSIL、ASC-H、HSIL、SCCです。精密検査が必要です。コルポスコピーといって、子宮の入り口をよく見るための検査、子宮の入り口がよく見えて、病気がありそうな場所が分かり、そこからこの鉗子で病気を取らせてもらって、診断をつけます。

平成26年度 茨城県子宮頸がん検診	
受診者数	99,732 人
前年比	108.4 %
結果内訳	
標本不適正	10人
異常なし	94,425 人
要指導	2,807人
要精密検査	2,490 人
要精密検査率	2.5 %
全国平均(平成25年度)	1.4 %

スライド75

精密検査の結果		
所名	人数	%
悪性新生物	12	0.5
CIN3/AIS	171/3	7.0
CIN2	229	9.2
CIN1	521	20.9
その他	12	0.5
異常なし/良性疾患	978	39.3
HPV感染	128	5.1
要追跡	85	3.4
未回収	351	14.1
合計	2,490人	100

スライド76

【スライド75・76】

細胞診を受けた後の現状として、身近なデータをお示ししようと、茨城県からデータをお借りしてきました。茨城県で平成26年度にがん検診を受

けた方は約10万人いらっしゃいます。その中で、要精密検査と言われたのが2,490人、約2.5%、全国平均よりも2倍ぐらいになっていて、高めです。その2,490人の方が精密検査を受けたときに、CIN1、2、3というような前がん状態、さらにがんも含めてという4割ぐらいの方、精密検査を受けた方の4割で病変が見つかっています。

さらに注目すべきは、未回収です。恐らく精密検査を受けていない人が350人いらっしゃいます。検診を受けたあと、きちんと必要な精密検査を受けていただきたいと思います。

茨城県のCIN/がん発見率	
CIN(AIS)発見数	929
発見率	0.93%
全国平均	0.58%
陽性反応の中度	37.3%
全国平均	40.6%
がん発見数	12
発見率	0.01%
全国平均	0.02%
陽性反応の中度	0.5%
全国平均	1.1%
(細胞診診断委員会 平成26年実施分の資料より改変)	

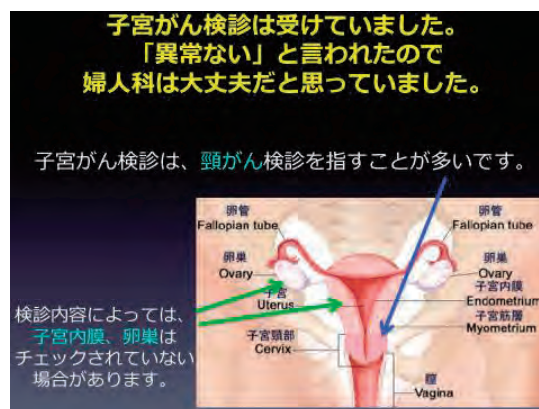
スライド77

【スライド77】

茨城県の、前がん病変とがんの発見率です。10万人受けた方で12人、発見率で0.01%となっています。これはあくまで、症状がなくて、それでも見つかる人の数、という認識が必要です。しかも、もし不正出血とか何か思い当たるようなことがあったら、より高い確率で見つかります。



スライド78



スライド79

【スライド78・79】

よくある誤解シリーズ第3弾です。子宮がん検診は受けていました、異常はないと言われていたので、大丈夫だと思っていましたという方がいます。子宮がん検診は、がん検診といいながら、頸がんだけの検診を指すことが多いです。なので、子宮内膜、体がんに関連する部位とか卵巣がんに関係する卵巣そのものは、子宮がん検診を受けていてもチェックされていないことがあります。ここは普通、超音波でないと見えない部分です。がん検診を受けていたから、婦人科のがん全部大丈夫かという、そういうわけではないので、ご自身が受けた検診、検査の内容が何を見ている検査だったのかというのは、よく把握しておく必要があります。

子宮頸部組織診の結果と対応	
結果	対応
異形成なし	細胞診でfollow-up
CIN 1 (軽度異形成)	細胞診でfollow-up
CIN 2 (中等度異形成)	経過観察 or 治療
CIN 3 (高度異形成 or 上皮内癌)	治療
扁平上皮癌	治療

スライド80

【スライド80】

次は、異形成の対応です。子宮頸部組織診で、病変が確定したあとの話です。異常がないと言われた方とか軽度異形成までの状態の方であれば、細胞診の検査を繰り返して経過を見ていきます。

結果	対応
CIN 1 (軽度異形成)	経過観察 or follow-up
CIN 2 (中等度異形成)	経過観察 or 治療
CIN 3 (高度異形成 or 上皮内癌)	治療

CIN 2は妊娠女性を除き、以下のような場合に治療することが出来る (B)

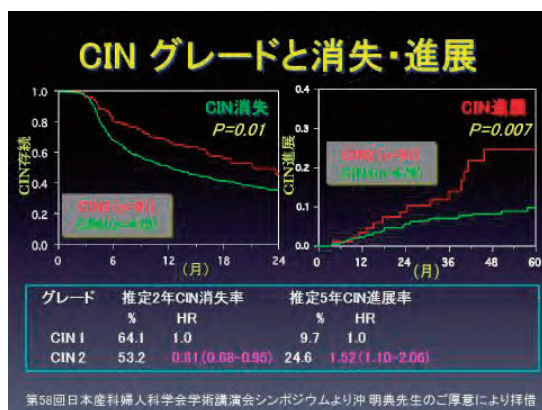
- ・ 本人の強い希望がある場合
- ・ 継続的な受診が困難な場合
- ・ HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58のいずれかが陽性の場合
- ・ 1~2年のフォローアップにおいて自然消失しない場合

産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編2014

スライド81

【スライド81】

続いて、中等度異形成の対応です。経過観察でもいいですし、治療でもよいと幅が広いです。婦人科治療のガイドラインでは、本人の強い希望がある場合、継続的な受診が困難な場合、HPVのタイピングを受けていただいて、さっきの13種類の中で、よりたちの悪い8種類のいずれかが陽性という結果が出た人、あとは1、2年間ずっとフォローさせていただいて、なかなか消えないという方の場合は、中等度異形成でも治療が選択肢になります。

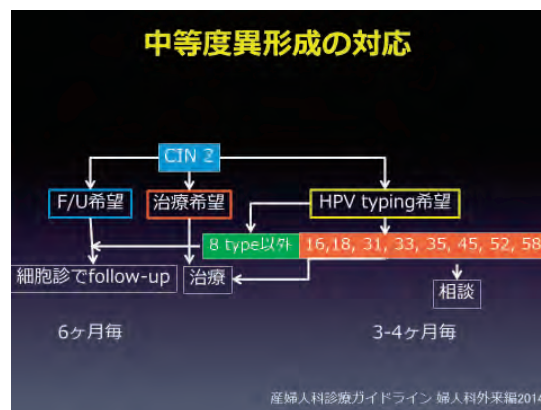


スライド82

【スライド82】

こちらのデータは、きょう司会を務めていただいている沖先生から拝借したものです。CINといって、前がん病変の消失と進展を示しています。緑が軽度異形成、赤が中等度異形成です。軽度異形成はほとんど消えますが、中等度異形成は消えづらいです。

軽度異形成は進展しづらいですが、中等度異形成は、明らかに軽度異形成に比べると次の段階に進展しやすいので、早目の段階で治療をするという選択肢につながります。



スライド83

【スライド83】

中等度異形成の対応を、まとめさせていただきます。細胞診のフォローアップを6カ月ごと、でもいいですし、HPVのタイピングを受けていただいて、たちの悪い8種類が陽性の場合に治療をしてもいいです。もし、陽性でも経過観察であれば、間隔を詰めて、3-4カ月に1回ぐらい細胞診。あとは、すぐに治療を受けていただくこともあります。

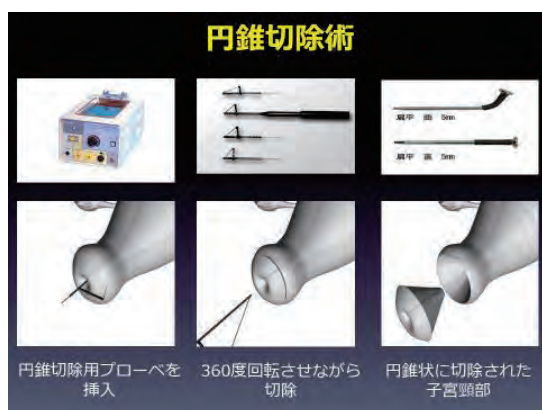
結果	対応
CIN 3 (高度異形成 or 上皮内癌)	治療

円錐切除術
レーザー蒸散術
LEEP

スライド84

【スライド84】

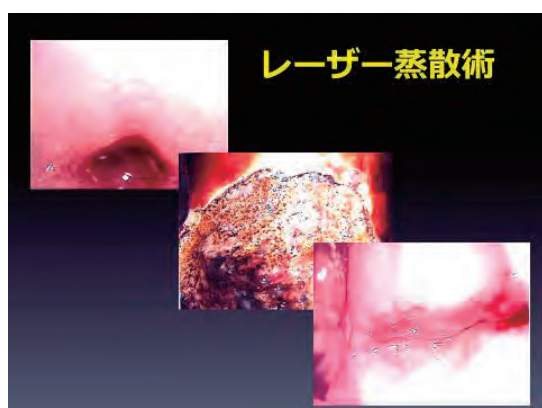
続いて、高度異形成、上皮内がんの対応です。この段階では25%ぐらいがんに進展するので、何らかの治療が必要です。円錐切除、レーザー蒸散、LEEP(リープ)です。



スライド85

【スライド85】

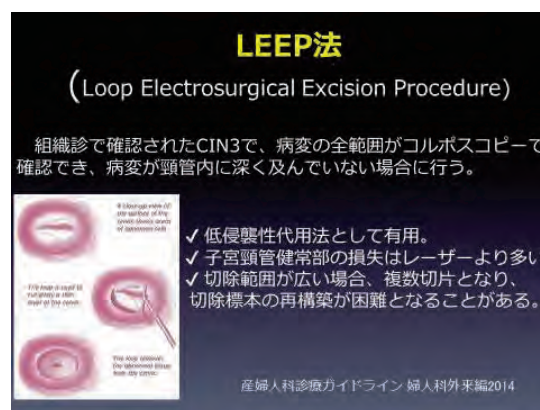
まず円錐切除ですが、筑波大学では、下平高周波メスを用いていまして、この三角形のプローブと呼ばれるものを子宮の頸部のところに近づけていきまして、ぐるっと360度回転して焼き切ります。そうすると、ちょうど病気のある場所が切り取れます。



スライド86

【スライド86】

レーザー蒸散は、アルゴンレーザーで病変を焼きます。焼いたあと、ある程度再生して、またきれいになります。子宮の入り口を削り取るという負担をかけずに治すことができるのがレーザーの利点です。



スライド87

円錐切除とレーザー蒸散の比較		
筑波大学附属病院の場合		
	円錐切除術	レーザー蒸散術
利点	治りやすい	妊娠・出産に悪影響が少ない
欠点	病理結果が分かる	術後のトラブルが少ない
注意点	妊娠時のトラブルが多い	最終病理診断はつかない
	術後のトラブルが多い	慎重な経過観察

スライド88

【スライド87・88】

LEEP法は、筑波大では行っていません。円錐切除よりも切る範囲は狭いです。レーザーよりは、負担は大きいです。切除範囲が少し広がってきた場合に、一塊で取るのが難しい方法なので、診断が難しくなります。三者三様いいところ悪いところがあります。実際、筑波大で行っているのは円錐切除とレーザー蒸散です。円錐切除は、しっかり病気のところを取りますので、治りやすく、病理の検査で、より詳しい診断がわかります。

欠点としましては、妊娠のときに赤ちゃんを支える力が弱くなって、早産になりやすい場合もあります。みんながみんな、そうなるわけではありません。あとは、子宮の入り口が狭くなり過ぎてしまって、月経血がうまく出なくなる場合が稀にあります。

レーザー蒸散のメリット、デメリットは、その真逆でして、子宮の入り口を削るわけではないので、妊娠、出産にほとんど影響がありません。一方で、病気があっても、それを焼き飛ばしてしまいますので、最終的な病理診断はつきません。ですから、本当に治っているかどうかというのを慎重に、経過観察が必要というのがレーザーの特徴です。

検診を受けるには？

スライド89

茨城県子宮頸がん検診実施指針

当該市町村の区域内に居住する**20歳以上**の女性とする。
原則として同一人に対して**年1回**行う。

子宮**体**がん検診対象者

最近6ヶ月以内に**不正性器出血**がある者で

年齢**50歳以上**の者

年齢**35歳以上**の**未妊婦**で**月経不規則**の者

閉経以後の者

のいずれかに該当する者

スライド90

つくば市の子宮頸がん健診対象者

・**20歳以上69歳以下**の女性全員に**5月下旬**に受診券が届く。

通知が届く方・・・

4月20日現在につくば市に住民登録のある**20～69歳**の女性。**過去2年間**、市の子宮がん検診を受診したことのある**70歳以上**の女性。

通知が届かない方・・・

4月21日以降の転入者。**過去2年間**、市の子宮がん検診を受診したことがない**70歳以上**の女性。

スライド91

【スライド89・90・91】

茨城県の子宮頸がん検診実施指針では、基本的に当該市町村に住んでいらっしゃる方、20歳以上を対象として年に1回行うということになっています。皆さんお住まいのつくば市では、20歳以上69歳以下の女性全員に、5月下旬に受診券が届いているはずです。それで、届く方は、4月20日時点でつくば市に住んでいる方、過去2年間の間で検診を受けた70歳以上の方には、引き続き受診券が届くという仕組みになっています。

検診の場所と費用

・保健センターでの集団検診 1,000円

医療機関検診 2,200円

20-40歳では、5年に1回無料

詳細は茨城県もしくは
つくば市(ライフプランすこやか)のWebを詳細

スライド92

【スライド92】

検診の場所と費用ですが、保健センターで集団検診を受ける場合は1,000円で受けることができます。医療機関で受診する場合は2,200円、20歳から40歳の方で5年に1回無料になるというような特典もありますので、詳細は、茨城県もしくはつくば市の「ライフプランすこやか」のwebを見ていただければ幸いです。

よくある誤解

✓ 子宮がん検診は5年前に受けて大丈夫だったので、その後は受けていません。



スライド93

子宮がん検診は5年前に受けて 大丈夫だったから、 その後は受けていません。

茨城県は**年1回**の子宮頸がん検診を推奨しています。

1回の検診が**一生を保証するものではありません。**

定期的な検診のほか、
不正出血、下腹痛、帯下異常など症状があるときの
早期の受診を心がけましょう。

スライド94

【スライド93・94】

よくある誤解シリーズです。子宮がん検診は、5年前に受けて大丈夫だったので、その後は受けて

いません、といって病気になってしまう方がいらっしゃいます。先ほどお話したように、茨城県では年1回の子宮頸がん検診を推奨しています。それはなぜかという、1回の検診が一生を保障するものではないからです。ですから、定期的な検診のほか、不正出血、下腹痛、帯下、おりものの異常ですね、そういったことがある場合には、早目に婦人科を受診していただきたいというふうに思います。

子宮頸がんから身を守るには？ ～ワクチン編～

- ✓ どうしてワクチンが必要なの？
- ✓ ワクチンは体に害はないの？
- ✓ ワクチンの効果は？

スライド95

【スライド95】

ワクチン編です。どうしてワクチンが必要なのか、体に害はないのか、ワクチンを打ったときの効果はということについてお話をしていきます。

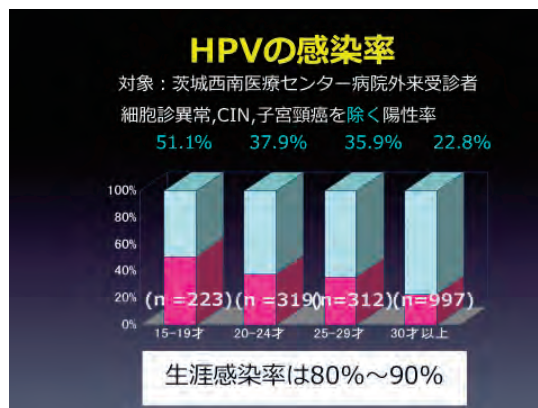
HPV感染とは

- HPVは非常にありふれたウイルスで性行為で感染する
- セックスをしている人の多くは、一生のうちのどこかでHPVに感染すると考えられる
- 多くの場合、HPVは感染した徴候や健康障害なしに自然に消失する
- HPV感染が持続した場合、子宮頸部に前がん病変やがんを発生させる原因になることがある

スライド96

【スライド96】

HPVは非常にありふれたウイルスです。性交渉で感染しますが、セックスしている人の多くは、一生のうちのどこかでHPVに感染します。多くの場合は、ほとんど何の症状もなく自然に消失します。ただ、HPV感染が持続した場合に、前がん病変ですとか子宮頸がんにつながっていきます。



スライド97

【スライド97】

HPV感染率で、茨城西南医療センターのデータです。これは全く病変がない方です。がんも異形成もありませんという人でも、15歳から19歳で5割、20代で約4割と、感染そのものはありふれています。生涯感染率が80から90%というデータもあるぐらいです。

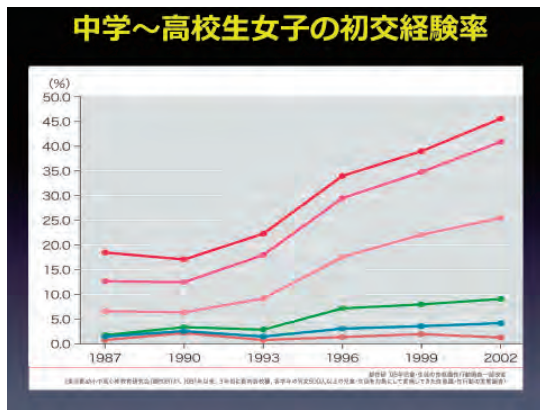
発がん性HPVの感染と子宮頸部病変の発生



スライド98

【スライド98】

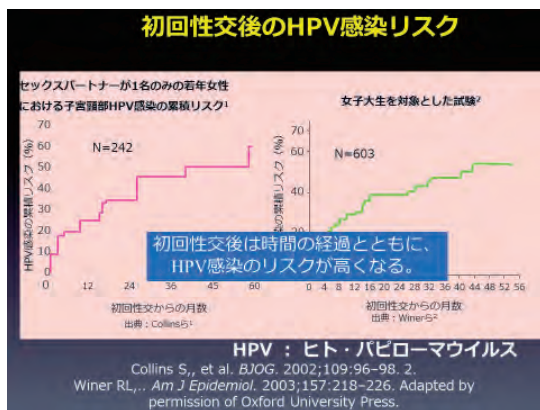
これは、全世界で見たときに、発がん性のHPVの感染者は3億人ぐらいで、CIN1、2と異形成に進んでくる人が3,000万人、がんまで進んでくる人は45万人で全体のわずか0.15%ぐらいというデータです。



スライド99

【スライド99】

一方で、これは中学から高校生女子の初交経験率で、2002年のデータです。高校生の初交経験率が高くなっています。



スライド100

子宮頸がんは予防できるがんである
- 他のがんと違う -

HPV感染する前にワクチンで予防を！

スライド101

【スライド100・101】

こちらは、初回の性交後のHPVの感染リスクです。一言で申しますと、初回の性交後は時間の経過とともにHPV感染のリスクは高くなるということが言えます。子宮頸がんは予防できるがんで、ほかのがんとは違いますので、そうした初回の性交でHPVに感染する前にワクチンで予防しましょうと

いう考えになってきます。

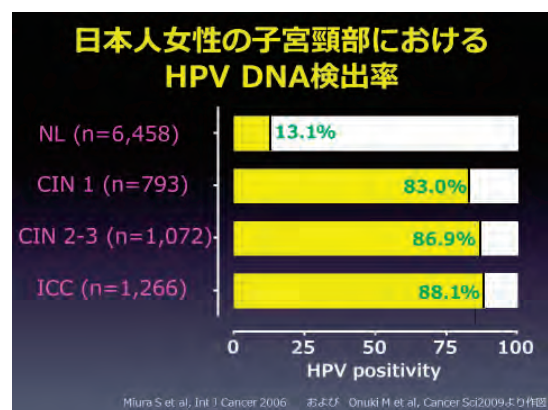
子宮頸がん予防ワクチンとは？

- 子宮頸がん予防ワクチンは、子宮頸がんの原因として最も高頻度に検出されるヒトパピローマウイルス (HPV) **16型**と**18型**の感染を予防するワクチンです。

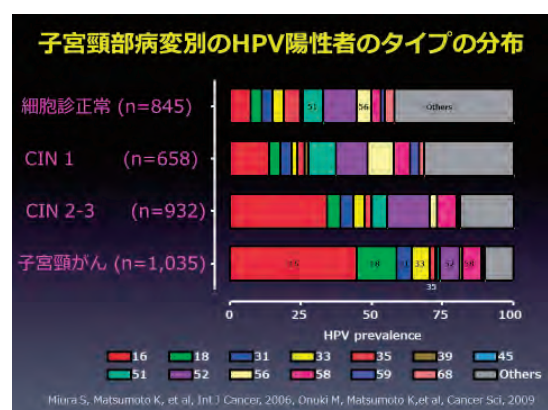
スライド102

【スライド102】

子宮頸がんの原因として最も高頻度に検出されるヒトパピローマウイルスの16型と18型の感染を予防するのが、現行日本で行われているものです。



スライド103



スライド104

【スライド103・104】

どうして16、18が大事なのかというと、軽度異形成、中等度異形成、浸潤がんで、HPVは、8、9割で見つかります。その内訳を見たときに、赤の印が16型、この緑が18型なので、この二つを合わ

せると、がんの6割ぐらいは、この2種類のHPVが原因と言えます。ですので、16と18を重点的に予防しましょうということになってきます。

日本で発売中のHPVワクチン

サーバリックス

発売元 グラクソ・スミスクライン

- 1接種分の用量 0.5mL
- HPV16、HPV18の感染を予防
- 接種スケジュール 0、1、6ヶ月
- EU、オーストラリアなど112カ国で承認を取得

スライド105

日本で発売中のHPVワクチン

ガーダシル

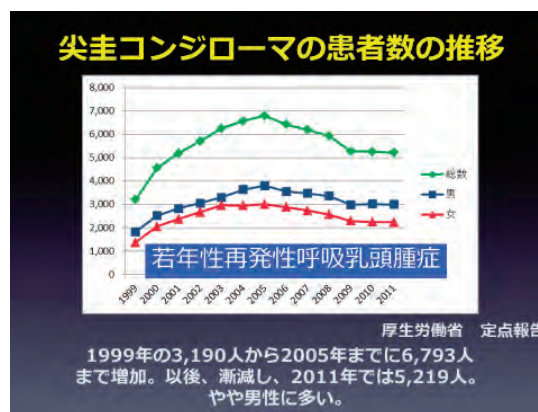
発売元 MSD

- 1接種分の用量 0.5mL
- HPV16、HPV18、HPV6、HPV11の感染を予防
- 接種スケジュール 0、2、6ヶ月
- アメリカ、EUなど122カ国で承認を取得

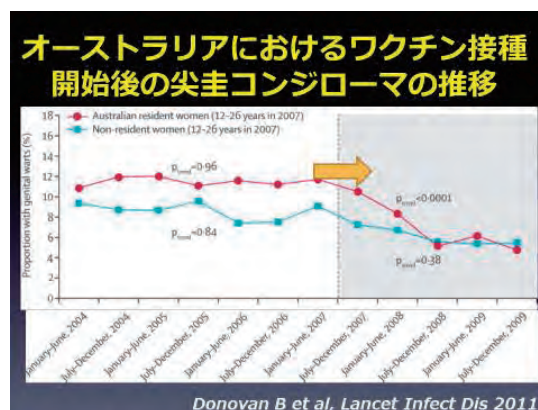
スライド106

【スライド105・106】

日本で発売中のHPVワクチンは、サーバリックスという2価ワクチンのものとガーダシルという4価ワクチンのものがあります。サーバリックスは、HPV16、18の感染を予防して、初回の接種から1カ月後と6カ月後に打ちます。EUほかオーストラリア、112カ国で承認が取得されています。ガーダシルは、HPVの16、18に加えて、6と11の感染も予防します。接種スケジュールは、初回と2カ月後、6カ月後になっています。アメリカほかEUなどの122カ国で承認が取得されています。



スライド107



スライド108

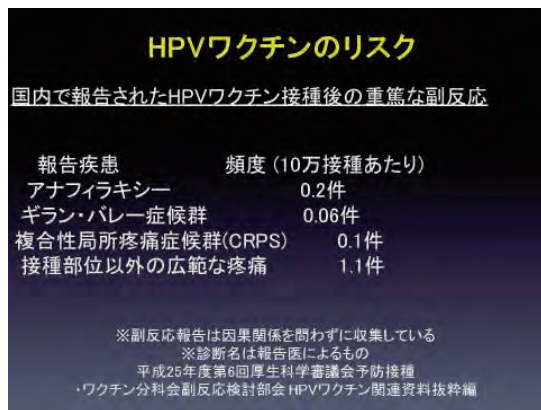
【スライド107・108】

6、11は尖圭コンジローマの原因になります。陰茎やおしものあたりに、痛みを伴うできものができるのが尖圭コンジローマです。それが産道感染で、特に赤ちゃんに感染しますと、若年性再発性呼吸器乳頭腫症という、喉にできものができてしまう病気に赤ちゃんがなってしまいますので、がんの予防だけではなくて尖圭コンジローマの予防も一緒にしといたほうがいいんじゃないかというのが4価ワクチンの考え方になっています。実際、オーストラリアでは、4価ワクチンを打った後、尖圭コンジローマの発症数が減っているというデータが出ています。

子宮頸がんから身を守るには？ ～ワクチン編～

- ✓ どうしてワクチンが必要なの？
- ✓ ワクチンは体に害はないの？
- ✓ ワクチンの効果は？

スライド 109



スライド110

【スライド109・110】

ワクチンは体に害はないのかというお話です。こちらはワクチンのリスクで、10万接種当たりアレルギーのような症状が起きたりギランバレー症候群、あとは、接種したところ以外の疼痛などが報告されています。10万接種あたり1件から0.1件、0.06件報告されています。

(スライド省略)

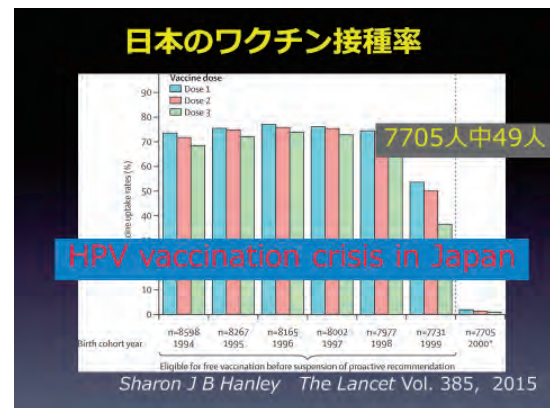
HPVワクチン接種後、何らかの症状が出た数は、890万回接種のうち、疑いが2,584で、そのうち、しっかり調べられたのが1,739人、1週間以上持続したものが417、3カ月以上持続したものが263でした。10万回打って2.1人ぐらいの方が何らかの症状が出る計算になります。

特に、出てくる症状の中で、打った場所以外の痛みですとか運動障害、これが注目されています。どういう疾患が考えられるのかということで、既存の疾患概念に当てはめると、外傷骨折、注射が刺激になって数週間以内に発症する複合性疼痛症候群ですとか、ウイルス感染、ワクチン接種後に、脳とか脊髄の炎症が起きる急性散在性脳脊髄炎ですとか、あとは何らかの先行感染によって続発する四肢麻痺が表れるギランバレー症候群が、その疾患の本質なんじゃないかと考えられています。

(スライド省略)

子宮頸がん予防ワクチンのリスクベネフィットという試算です。1年間に10万人の女性が打った場合に30万回打つということになりますが、それで起きてくる副作用の数は14人ぐらいだろうと言われています。一方で、先ほどお話した症候群で

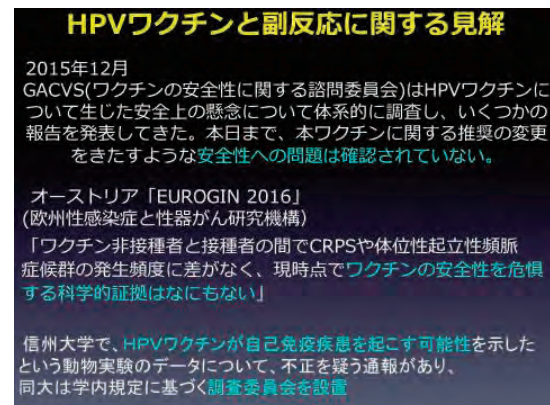
すが、自然発症する確率が年間15.4人と言われている、ワクチンを打って出現する数よりも自然に発症してくる数のほうが多いという意見もあります。また、名古屋市で子宮頸がんのワクチン接種の調査をしたときに、特に注射を打った人と打たない人で出てくる症状に違いはないというようなデータも出ています。



スライド111

【スライド111】

日本のワクチン接種率ですけれども、当初高い水準で7割ぐらいの方が打っていました。今は7,705人中50人くらいしか打っていないというデータです。日本でのワクチンの接種というのは危機的状況だということが報告されています。



スライド112

【スライド112】

HPVワクチンと副反応に関する見解です。2015年12月、WHOで安全性への問題は確認されていないのでしっかり打ったほうが良いだろうという意見が出ています。オーストリアで行われた学会での声明では、ワクチンの安全性を危惧する科学的な根拠は何もない、つまり安全だというふうに言っています。あとは、信州大学で、HPVワクチンが自

己免疫疾患を起こす可能性があるというようなデータが出ていたんですが、これは、データが疑わしい部分があるということで、調査委員会が設置されています。

副反応に対する診療体制

2013年9月から、厚生労働科学研究費事業研究班に所属する医師の医療機関を中心に整備が進められ、日本医師会・都道府県医師会の協力の下、2015年7月には**47都道府県全てにおいて1カ所以上の協力医療機関が選定**。

全国どこでも地域の協力医療機関が窓口となり、さらには高次専門医療機関（27施設）への紹介体制を含め、HPVワクチン接種後の症状への診療体制が整備。

厚生労働省にHPVワクチン相談窓口が設置され、被接種者やその家族からのHPVワクチン接種に関わる相談に対応。

スライド113

【スライド113】

副反応が出てしまった場合ですが、47都道府県全てにおいて、1カ所以上協力医療機関がありますので、副反応に対するサポート体制が取られているほか、厚生労働省にHPVワクチンの相談窓口が設置されています。

各学会の声明

2016年4月
日本小児科学会、日本産科婦人科学会、日本感染症学会、日本耳鼻科学会など予防接種に関わりのある学術15団体で構成される「**予防接種推進専門協議会**」がHPVワクチン接種後の症状への対策など十分な体制が整ったとして、「**これ以上の勧奨の中止は極めて憂慮すべき事態**」と指摘。

「EUROGIN2016」に参加した世界の研究者ら300人。
日本の女性が置かれている状況を危惧し、**厚生労働大臣あてのHPVワクチン推奨の再開を勧告**する声明文に署名。

HPVワクチン接種は**世界66か国**で国の事業として実施。
韓国も今年6月より公的接種が開始。

スライド114

【スライド114】

各学会の声明です。日本産科婦人科学会を初めとして各学会が参加する予防接種推進専門協議会というものがある、これ以上の勧奨の中止というのは極めて憂慮すべき事態であるという声明を出しています。先ほどのオーストリアの学会から、厚生労働大臣宛てに署名が送られています。HPVワクチンは世界66カ国で行われています。

世界のHPVワクチンの現状

- ・ 米国^(*)
 - 全米で41州が公費補助や義務化を審議
少なくとも17州でHPVワクチン接種の法律が制定
 - 米国の民間保険の約98%をカバーする保険会社が**4価HPVワクチンを保険の対象**とすることを決定
 - 米国疾病予防管理センター（CDC）が、HPVワクチンを**子どものためのワクチンプログラム（VFC）**へ追加し、メディケイド受給資格者、民間保険未加入者への**無償提供**が開始（18歳以下を対象）
 - 米国メルク社のワクチン助成プログラムにより、低所得者、保険未加入者への**無償提供**を開始（19歳以上を対象）
（*1）米国メルク社HP より

スライド115

世界のHPVワクチンの現状

- ・ オーストラリア^(*)
 - 政府が**12～26歳の全女性**を対象に**全額費用負担**することを決定
 - 9～26歳の女性に加え、9～15歳の**男性**に対してもワクチン接種を適応
- ・ その他
 - **ヨーロッパ諸国**（フランス、ベルギー、ドイツ、オランダなど）においても、政府や民間機関などが、4価HPVワクチンの接種に対し費用を補助

（*2）オーストラリア保健・高齢化省HP、CSL社HP より

スライド116

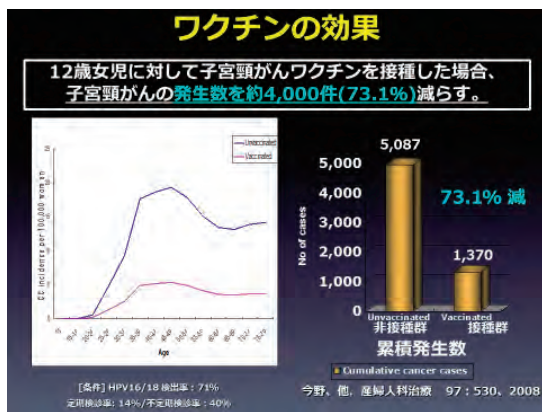
【スライド115・116】

世界のHPVワクチンの現状です。アメリカでは、4価型のHPVワクチンを全て保険の対象でカバーしますという動きや、無償提供するという動きもあります。オーストラリアでは、政府が、12歳から26歳の全女性に打つ、男性に対しても打つとしています。そのほかヨーロッパ諸国においても、ワクチン接種の費用補助の動きが出てきています。

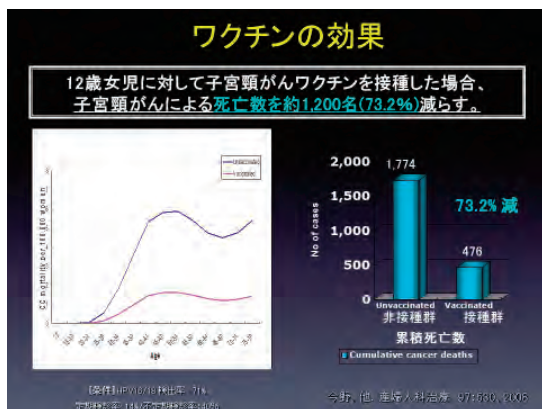
子宮頸がんから身を守るには？ ～ワクチン編～

- ✓ どうしてワクチンが必要なの？
- ✓ ワクチンは体に害はないの？
- ✓ **ワクチンの効果は？**

スライド117



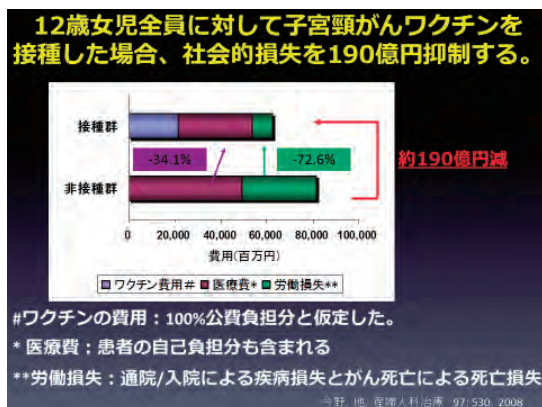
スライド118



スライド119

【スライド117・118・119】

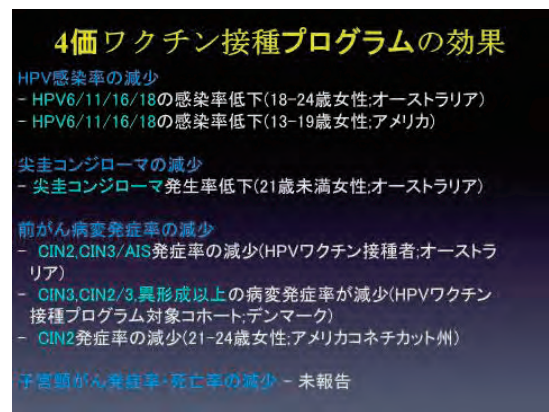
ワクチンの効果は、子宮頸がんの発生数を7割減らすだろうという試算があります。さらに、あわせて死亡数も7割減らすだろうという試算があります。



スライド120

【スライド120】

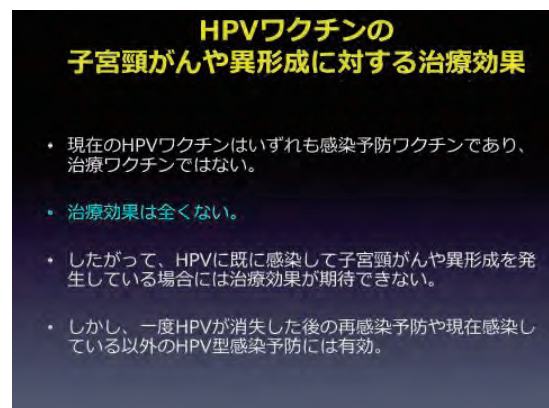
経済効果という意味でも、病気になってしまいますと、その女性が働けないとか、その女性に対して医療費が支払われるということがあります。ワクチンの普及により社会的損失が190億円ぐらい減るのではないかとされています。



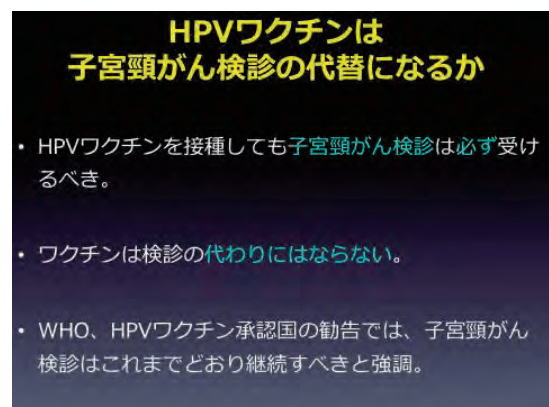
スライド121

【スライド121】

4価ワクチン接種プログラムの効果です。HPVの16、18型の感染率が低下しているという報告があります。尖圭コンジローマも減っています。あとは、前がん病変の、CIN2、3も減っているという報告が出ています。ただ、まだ完全に広まっていないので、子宮頸がんの発症率、死亡率に関して、最終的なデータが出ていない状況です。



スライド122



スライド123

HPVワクチンは 子宮頸がん検診の代替になるか

- HPVワクチンを接種しても子宮頸がん検診は必ず受けるべき。
- ワクチン
 - 最も推奨されるのは、10-14歳
 - 次に推奨されるのは、15-26歳
 - 希望がある場合は、27-45歳
- WHO、HPVワクチン承認国の勧告では、子宮頸がん検診はこれまでどおり継続すべきと強調。

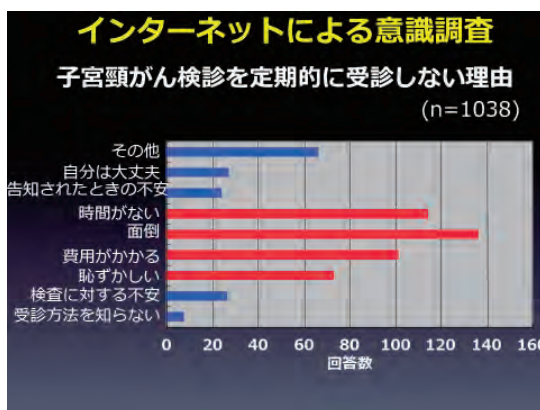
スライド124

【スライド122・123・124】

HPVワクチンの子宮頸がん、異形成に対する治療効果は全くないということで覚えておく必要があります。HPVワクチンは子宮がん検診の代替にはなりませんので、ワクチンを打ったとしても、がん検診は必ず受けていただきたいです。最も推奨される年齢は、10歳から14歳、次の年齢層としては15から26歳、ご本人の希望がある場合は、27歳から45歳でもワクチンを打ってもよいとされています。



スライド125



スライド126

【スライド125・126】

まとめです。最初にお話したインターネットの

意識調査では、いろいろな理由があって、がん検診に行きたくない、婦人科に行きたくないというお話がありました。今日の僕のお話で、ここの疑問、不安が少しでも解決してくれたらいいなと思っています。

産婦人科医会ポスター

成人女性
検診—今日から役立つ

思春期女子
ワクチン—10年後以降に効果

子宮頸がんは
予防できます。

あなたは今検診を
お断りするのは
ワタシを！

- 日本では年間15,000名の女性が子宮頸がんと診断され、3,500名の女性が死亡。
- 日本女性を子宮頸がんから守るために、死亡率を20%減少させるという政府目標の達成。

スライド127

【スライド127】

こちらは産婦人科医会のポスターです。成人女性は検診を受けていただく、思春期の女性はワクチンを打って、10年後以降に頸がんの予防というところに対して効果が出てきてほしいということで、検診とワクチン接種を推奨しています。

ワクチンと子宮頸がん検診

- ワクチンが感染防御できるのは高リスク型HPVのうち16型と18型
- ワクチンを接種する年齢は限定されている

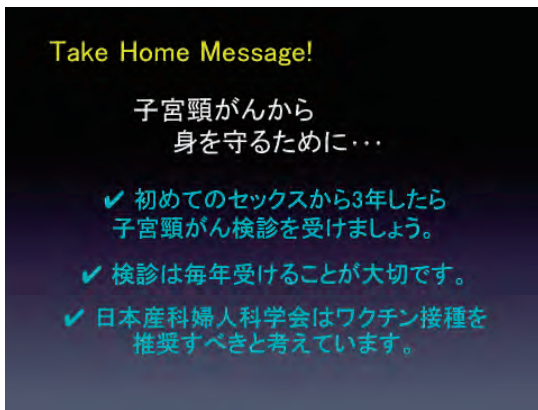
↓

HPVワクチンだけでは予防は不十分
予防には子宮頸がん検診は重要

スライド128

【スライド128】

ワクチンと子宮がん検診のまとめです。感染が防御できるのは、HPVのうち16型と18型、ワクチンを接種する年齢は限定されていますので、HPVワクチンだけでは予防は不十分ですので、予防には子宮頸がん検診も一緒に受けることをお勧めします。



スライド129

【スライド129】

Take Home Messageです。子宮頸がんから身を守るために、初めてのセックスから3年したら子宮頸がん検診を受けましょう。検診は毎年受けることが大切です。日本産科婦人科学会は、ワクチン接種を推奨すべきと考えています。

ご清聴ありがとうございました。謝辞はスライドにかえさせていただきます。

◎質疑応答（敬称略）

司 会 筑波大学附属病院 茨城県地域臨床教育センター 教授
茨城県立中央病院 産婦人科部長 沖 明典
回 答 筑波大学 医学医療系 産科婦人科学 講師 櫻井 学

○司会

櫻井先生、ご講演ありがとうございました。

座上から、一言だけちょっと追加なんですけれども、実は私、茨城県の子宮がん部会とって、子宮頸がんをどうするかということに関する部会の部会長というのを務めさせていただいています。現状では、櫻井先生が今おっしゃったことが正しいんですけれども、実は、厚生労働省は、子宮頸がんを2年に1遍でいいんじゃないかというふうなことを数年前から話をしておりまして、ことし12月に、1度その部会を開いて、もしかすると来年から子宮頸がん2年に1遍検診でいいですよというようなこと変わるかもしれません。櫻井先生が今おっしゃっていることは、まるきり正しいんですけれども、来年以降、少しそういうことで動くかもしれませんが、それでも2年に1遍は最低でも受けていただくというのが我々のスタンスですので、よろしく願いいたします。

それでは、まず櫻井先生に、質問についてご回答いただこうと思いますが、事前に質問をいただいているものを幾つかご披露させていただきます。

まず第一、50歳のときに子宮筋腫で子宮を取りました。卵巣が残ったので検診は受けたほうがよいと言われましたが、子宮頸がん検診をした医者からは、年齢的に必要はないんじゃないかと言われたことがあります。どのように考えたらよいのでしょうか。先生、お願いいたします。

○櫻井

ご質問ありがとうございます。まず、この方の質問、ポイントが二つあります。子宮を摘出しているということと、卵巣は残っているという点です。

子宮を摘出したという意味から、本当の意味で子宮が摘出されていれば、その取った子宮に異形成がなかったことがはっきりわかっているならば、もう検診は受けなくていいというのがアメリカなんかの考え方です。ですから、恐らくこの方は50歳なので、ちょっと古い手術だと、子宮の頸部、がんになりやすいところだけ残して子宮の上だけ取るという手術をやっていた時期があるんですけれども、この方の年齢であれば、きちんと子宮は全部取られているはずなので、子宮頸がん検診を受けなきゃいけないかという、特に症状がなければ受ける必要はありません。

ただ、膣がんとか外陰がんは、ほぼ同じ場所に出てきますので、お下のあたりがおかしいということがあれば、これは婦人科を受診したほうが良いと思います。

もう一つポイントは、卵巣が残っているということです。我々がお送りしている受診券で頸がん検診に行っても、卵巣を見てもらえないことが多いので、卵巣に関しては50歳過ぎてからが多いので、これはぜひ人間ドックですとか婦人科を受診していただいて、超音波の検査も含む検査を受けていただくというふうには思います。以上です。

○司会

ありがとうございました。続きまして、軽度異形成の自然治癒の確率はどれくらいでしょうか、また、異形成になったときに気をつけることは何かありますかという質問です。

○櫻井

ありがとうございます。発表の中にも含めましたが、軽度異形成だと、大体9割ぐらいは、元の状態に戻ることが言われています。一方で、軽度異形成になったとき気をつけることは、ここで



すね、軽度異形成って非常に微妙な状態でして、がんではないですから、すぐに治療をしないということもあって、逆に、検診で通ってくださいねと言われながら、特に治療をしているわけでもないのにと、ときどき来なくなる方もいらっしゃるんですけども、やはり自然に消えることがあるとはいっても、中には進んでいく方はいらっしゃいますから、その軽度異形成とか中等度異形成とか、そういった状態に合わせてフォローアップ、細胞診の受けていただく間隔というのは決まっていますから、かかりつけの婦人科を見つけていただいて、指示のあったとおりの期間を守っていただいて、検診に来ていただくというのが一番よろしいんじゃないかと思います。

○司会

そのとおりですね。私も、軽度異形成と言われている患者さん、しばらくいらしたのに急に通わなくなって、10年後ぐらいに進行した子宮頸がんになった患者さんいらっしゃいました。ですから、消えて、もう来なくなっていいと言われるまではずっと通っていただくというのがいいんじゃないかと思います。

もう一点は、子宮頸がんワクチンの安全性ということですので、これについては、先生の先ほどのご講演でもあったように、基本的には安全性ということについては余り問題ないので、接種をしたほうがいいというようなお考えでよろしいでしょうか。

○櫻井

はい、そのように考えております。

○司会

ワクチンというのは、日本は非常に後進的というか、保守的な考え方をお持ちの方が多かったり、マスコミが非常に過敏な報道をされるんですね。例えば、ついこの間あったのは、麻しんが、実はアメリカ大陸でも根絶されたというWHOの報告が出ています。ところが、日本では、麻しんも、何でもそうなんですけれども、副作用が出るということに対して報道することによって、地方自治体とか国も、ちょっと及び腰になって、皆さん受けていただいて、本当は何か起こった方に対してきちんと手厚い補償をすればいいのに、そうじゃなくて、やらない、全員受けなくてもいいですというふうになってしまっているために、いろいろなワクチンによって本来防げるものが、ずっと今でも流行するということが起こっています。その辺についても、ちょっとよく考えていただきながら、お子さんに接種と

いうことを考えていただければいいんじゃないかと思います。

続きまして、今こちらにいらっしゃる方々からのご質問を受けようと思いますが、どなたか、今の櫻井先生の講演につきましてご質問などはありませんでしょうか。せっかくの機会ですので、何か、ささいなことでも構いませんから、ご質問はありませんか。どうぞ。

○会場

頸がんの検査と体がんの検査というのは、一緒には普段行われていないと思うんですけれども、それは何か理由があるのでしょうか。もし一緒でしたら、そのほうが、回数が少なくて楽かなというふうに思うんですけれども。

○櫻井

ご質問ありがとうございます。実は、一緒に行う場合もあるのはあるんですね。子宮頸がん検診を茨城県で受けていただくときに、体がん検診の対象者ということで、この対象に入ってくる方は頸がん検診と一緒に体がん検診を受けることがあります。ですけれども、子宮体がんの検査は痛いんです。子宮の奥までブラシを入れて取りますので、人によっては、もうやめてくださいと言われることがあります。ですので、症状がないのに、むやみに検診という形で、みんながみんなやるというのだと、ちょっと問題が起きるかなと思います。

ですので、不正出血などがある場合は疑わしいので、検査する。あとは、経膈超音波というお話もさせてもらいましたけれども、あれで子宮を見ますと、子宮の内膜の厚さというのがわかるので、その厚さによって、検査をしたほうがいいかどうかという目安があるので、実は超音波検査で代用されているということもあります。

患者さんが、体がん検診を希望されている場合も、痛いことがあるので、まずエコーを拝見しましょうとあって、エコーを見させていただいて、大丈夫そうであれば、あえて体がん検診をしないという選択もしています。

○司会

ありがとうございました。ほかに何かありませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、時間となりましたので、講演1を終了させていただきます。櫻井先生、どうもありがとうございました。

○櫻井

ありがとうございました。

【講演 2】

「乳がんの診断と治療」

筑波大学 医学医療系 乳腺内分泌外科学
准教授 坂東裕子 先生

皆さん、こんにちは。筑波大学の坂東と申します。きょうは、乳がんの診断と治療ということについて、かなり幅広い内容を触れていきたいと思っています。10月は、折しもピンクリボン月間だったので、乳がん検診に関して目にする機会も多かったと思います。また、最近マスコミやテレビなどでも、いろいろな方が、乳がんになる方がふえてきたということで、少し乳がんについて、自分のこととして考えられている方あるいはご家族のこととして考えられている方、いろいろな方がいらっしゃるかと思います。

10 Questions

1. 乳癌はどんな病気？
2. 乳癌はかかりやすい人いますか？
3. 乳癌検診はどう受けたいですか？
4. 乳癌検診で問題ないといわれたけど本当に大丈夫でしょうか？
5. 乳癌検診で“精密検査が必要”といわれたらどうしたらよいですか？

スライド 1

10 Questions

6. 乳癌の精密検査はどのようなことをしますか？
7. 乳癌といわれたらどうしたらよいでしょうか？
8. 乳癌にはどのような治療がありますか？
9. 乳癌の治療後はどうしたらよいですか？
10. 乳癌とともに生きていくことについて

スライド 2

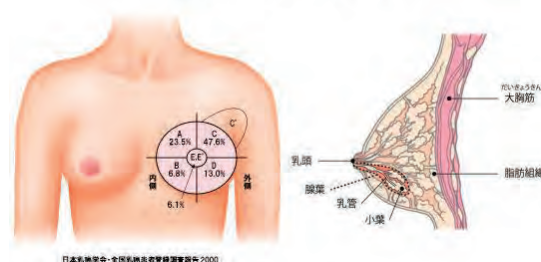


【スライド 1・2】

きょうは、いろいろトピックがある中で、その診断から治療について、10個の問題、よく私たちが臨床で、患者と目にしているときに聞かれる内容を少し踏まえてお話をしていきたいと思っています。

まず乳がんはどんな病気なのか、検診はどんなふうを受けたらいいのか、検診で大丈夫と言われても本当に大丈夫なのか、こういったことが前半のお話、診断にかかわるところがお話になります。後半の6題目からは、じゃあ実際に乳がんということのを少しくローズアップして、実際の検査はどのようなことを行っていくのか、治療はどんなふうにしていくのか、あるいは、もう乳がんの治療を受けた方、その後どんなふうにご経過していければいいのか、そういったことも少しずつ触れていきたいというふうに思います。

Q1 乳癌はどんな病気？



スライド 3

【スライド 3】

では、まず第一の疑問として、乳がんはどんな病気なのだろうか。がんと名前がついていますので、乳がんは、おっぱいにできるがんということになります。がんというのは悪性の病気ですが、どの辺にできやすいのかということを、統計的に見てみます。胸のおっぱい、もちろん右側も左側もありますけれども、四つに区切って考えます。内側の上側、内側の下側、外側の上側、外

側の下側と見たときに、比較的に多いのは、この少しわきに近いほう、外側のほうだということになります。このあたりボリューム、乳腺のボリュームも大きいからなのかもしれませんけれども、乳がんと言われるのは、大体、外側上側のところが4割ぐらい、ただ、その他のところもまんべんなくできますし、例えば乳頭の真裏といって、少し検査では見落としがちになりやすいところもできてくることがあります。

乳腺を断面で描きますと、乳腺の構造というのは、乳頭があります。皮膚の下には皮下脂肪組織があります。皮下脂肪に埋もれるようにして、いわゆる乳腺という組織があります。その中、乳腺というのは、もともとミルクを分泌する機能がありますけれども、その腺あるいはミルクを乳頭まで運ぶ乳管という管、こういったところに乳がんというのは出てきます。

乳がんの症状



スライド4

【スライド4】

表面に近い、皮膚に近いところに乳がんができれば、比較的触りやすいんですけども、奥深く、筋肉の近くにしこりができてしまうと、なかなか触診では見つけるのは難しくなります。自覚症状、どんなものがあるのかというと、一つはしこりとして触れる、これは比較的多い症状になります。しこりとして触れたからといって、必ずしも悪性なわけではありませんけれども、何かしこりが気になりますといっていられる方は非常に多くあります。

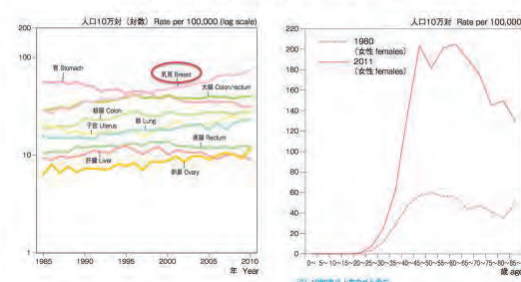
さらに、わきの下のリンパが腫れているような気がする、あるいは骨が痛いとか、少し進んで遠隔転移の症状が起きてわかることもあります。しこりではなくても、乳房の変化としては、このえくぼ様症状といって、少し皮膚を引っ張ったり寄せたりすると、ちょっとへこんだように見える。

普段も、表情だと顔には何もないけれども、笑うとえくぼができる、このようなえくぼみたいに皮膚がひきつれるといったものも乳がんの症状であることがあります。

また、パジェット病変化というふうにあります。これは乳頭の皮膚のところがただれてくる。普通に、ただ湿疹になっただけだったら治るけれども、1週間たっても2週間たっても、このただれが治らなくて、ずっとじくじくが続いている、こういったものも乳がんであるサインのことがあります。

また、乳房の皮膚、例えば、右側だけの皮膚がすごくむくんだり赤くなったり、しこりは触れなくても、何となく全体が固くなったりといったようなこともサインとしてあります。このあたりは、ご自分で自覚される症状として見つかることがあります。

乳がんは増加している



スライド5

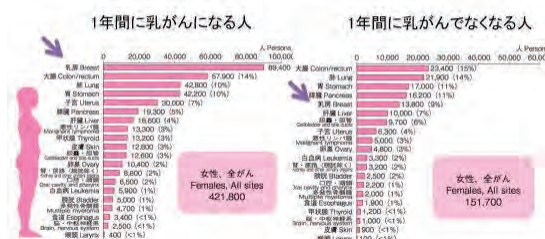
【スライド5】

では、乳がんの頻度ですけれども、乳がんはふえているというふうには、ここ最近ずっと言われてきています。ほかのがんとの比較で見ると、例えば胃がんは少なくなってきたことがわかります。子宮がん、卵巣がん、今お話、子宮などありましたけれども、これは大体、ある一定頻度、それから少しずつふえているかなというところ、ただ、乳がんに関しては、昨今右肩上がり、年々ふえてきています。若い人の乳がんばかりふえているのかというと、決してそうではなくて、1980年代はこのぐらいの発症頻度だったのが、2011年はここまでというふうには、例えば20代、30代という若い方も、あるいは50代の方も70代、80代の方も、どの年代層に関しても乳がんはふえていますので、このなりやすい年齢というのは、確かにこの40代から60代ぐらいまでのところが乳がんの頻

度は高いですけども、年をとったからといって
ならないわけではないし、若いからといってなら
ないわけではないし、全体的にふえているという
ことが一般の認識となっています。

1年間の発症 89,400人

1年間の死亡 13,800人



スライド6

【スライド6】

ふえている、どのぐらいか。1年間の発症人数、
本当に毎年更新されていくんですけども、どん
どんふえていて、昨年の推定としては89,000人だ
ろうというふうに言われています。東京ドームで
コンサートをする5万人ぐらいなので、そのコ
ンサート2回分ぐらいの方が、1年間に乳がん
として診断をされています。

では、乳がんで命を落とされる方はどのぐら
いなのかというと、13,000人ぐらいという、治
る人が多くて、必ずしも乳がんになったから皆
さん命を落とされるわけじゃないんだけど、やっ
ぱりこの発症人数の多さというのは、女性の乳
がんというのは群を抜いています。

89,000人というのが、乳房第1位にきていま
すが、第2位は大腸がんで5万人ぐらい、3位が
肺がんということを考えると、かなり乳がんとい
うのは非常に多い、また若い方に多いので、身
近に多く感じるがんだというふうに思います。一
方、乳がんで亡くなる人は、ほかのがん、例え
ば大腸がん、肺がんのほうが多いので、なりや
すいけれども治りやすい病気でもあるというふう
にも言えるかと思います。

Q2 乳癌はかかりやすい人いますか？

- ・乳癌のリスク因子
- ・遺伝性乳癌

スライド7

【スライド7】

乳がんにかかりやすい人はいるのでしょうか、
私は乳がんにかかりやすいのでしょうか、これも
よくお話を聞かれます。では、乳がんのリスク
あるいは遺伝ということについて、少し触れてい
きたいというふうに思います。

がん・乳がんについて

日本で新しく「がんと診断される人」は、約75万人／年
日本人の約2人に1人が、一生の間にがんを発症
日本で新しく「乳がんと診断される人」は、約9万人／年
日本人女性の約12人に1人が、一生の間に乳がんを発症
がん(乳がんを含む)の発症に関係するもの
「環境要因」食生活、飲酒、喫煙...など
「遺伝要因」親から遺伝した／生まれつきもったもの

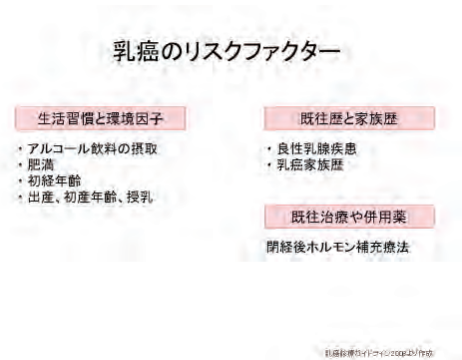


スライド8

【スライド8】

少し前後しますけれども、日本で新しくがん
とされる人というのは、乳がんはさっき9万人と
言いましたけれども、大体75万人ぐらいいるとい
うことになっています。日本人の2人に1人は、一
生涯のうちに1個ぐらいのがんは罹患します。で
すので、がんになるということ自体は決してめ
ずらしいことではありません。日本で新しく乳
がん診断される人は、繰り返しになりますが、約
年間9万人ぐらいいらっしゃいます。言い方をか
えると、日本人女性の約12人に1人は、一生の
うちに乳がんを発症するということになります。
親戚とかクラスメイトとか思い浮かべてみると、
12人というのは結構あつという間に見つかって
しまうと思いますので、私女子高でしたけれど
も、1クラス45人だとすると、この中で私も4
人ぐらいはなるのかと思うと、結構なりやす
いんだなというふうな感じがします。

それから、がんの発症リスクとしては、環境要因と遺伝的要因と二つを考える必要があります。遺伝的に乳がんになりやすい、いわゆる体質としてなりやすい、こういった方は、例えばお母様、おばあさま、あるいは父方であれば、お父さんは少ないかもしれないけれども、父方のおばさん、あるいは父方のおばあ様なども乳がんです、血縁の中に乳がんの方が多く場合には、遺伝的な要因を考える必要があります。でも、遺伝だけではありません。例えば、食生活、飲酒、喫煙といったような環境要因も、少しやっぱり気をつけていく必要があります。



スライド9

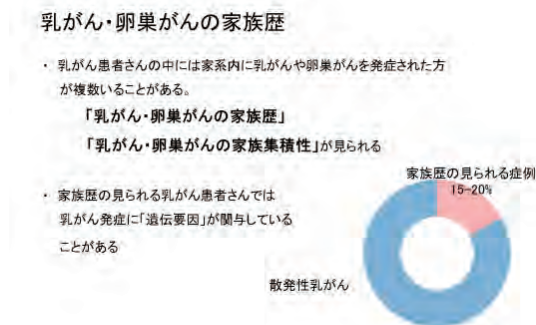
【スライド9】

乳がんのリスクファクターとして挙げられているものとしましては、生活習慣として、アルコール飲料の摂取、少しは皆さん飲まれると思います。けれども、やっぱりその量が多い方あるいは閉経後の女性の場合の肥満の方、それから女性ホルモンとの関係をいうと、初経年齢、生理が始まるのが早かったりとか出産をされていない方、初めてお子さんを出産するのが少し遅くなっている方、あるいは授乳を余りされていない方、こういった方が乳がんが多い可能性があるというふうに言われています。

また、既往歴としましては、先ほどの乳がんの家族歴以外にも、昔、乳腺で良性のしこりがあった、これってみんなが当てはまるわけじゃないんですけれども、こういったものの中には、がんの発症母地となるようなものもありますので、私たちは注意深く聞いてまいります。

それから、既往の治療、併用薬としては、閉経後のホルモン補充療法、閉経をすると更年期障害でホルモン補充療法を使うこともあると思います。少し短い間、例えば1年、2年ぐらいであれば特

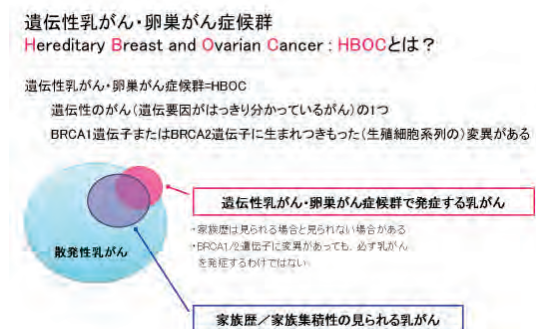
に問題はないんですが、5年以上、例えば中には10年ぐらいとか使っていっちゃう方もいらっしゃると思います。やっぱり余り長過ぎると、それは女性ホルモンを本来あるべき姿よりも長く使っているということなので、リスクになる可能性がございます。



スライド10

【スライド10】

遺伝についてです。一つ有名なものとしては、乳がん、卵巣がんの家族歴というのを聞いていきます。一つの家系、例えば母方だったら母方だけ、父方だったら父方だけ、どちらかの家系の中に乳がんとか卵巣がんのご家族の方がいっぱいいらっしゃる、そういったときには遺伝的な乳がんというのを考えます。実際には、乳がんと診断されるうち、先ほど言ったように12人に1人ですので、家族歴、乳がんになった方がいらっしゃる方というのは割と多いんですけれども、その人数が多ければ多いほど遺伝的な要因というのを考えてまいります。



スライド11

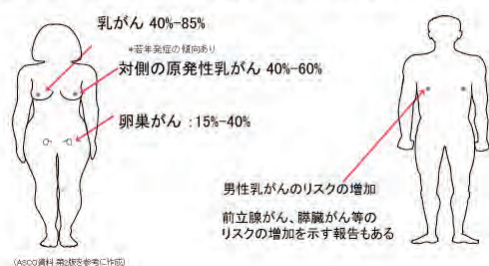
【スライド11】

遺伝性乳がん卵巣がん症候群というのがあります。少し前になりますが、アンジェリーナ・ジョリーさんなどがこういった症候群であるというこ

とがわかって、乳がんになる前に乳房を切除した、卵巣がんになる前に卵巣を切除したということが世界的なニュースになりましたけれども、この遺伝性乳がん卵巣がん症候群、HBOCなどと略したりしますが、これが最近では日本でも注目をされています。

遺伝的な要因がはっきりわかっているもののうちのひとつ、特にBRCA1遺伝子あるいはBRCA2遺伝子、この遺伝子に何か少し変化があると、それは遺伝的、体質的に乳がんになりやすいということが明らかだというふうに、遺伝子の異常までは突きとめることができるのが特徴です。一般的に乳がんの中に、ご家族の中で乳がんになりやすい方がいらっしゃる、その中でも、こういう遺伝子の異常が突き詰められる方がいらっしゃるということがわかります。

遺伝性乳がん・卵巣がん症候群: がん発症のリスク



スライド12

【スライド12】

この遺伝性乳がん卵巣がん症候群には、少し特徴があって、もちろん乳がんのなりやすさが挙げられます。BRCA1、2というふうに二つありますように、それぞれでちょっと違いますが、一生のうちに、乳がんになる確率が40%から85%、非常に高いと思います。85%乳がんになりますと言われると、感覚的には、ほぼ100%に近いような感じもするかもしれません。

また、卵巣がん、これは一般的にはすごく少ない。乳がんが年間9万人だとしたら、卵巣がんは多分8千人、9千人ぐらいだと思う。本来だったら、乳がんの10分の1ぐらいしかならないはずなんですけれども、これもやっぱり15から40%と多くなります。

乳がんの立場から言うと、乳がんはそうはいつでも早く見つけて治すことができる病気ですが、卵巣がんは治すのがすごく難しい、あるいは早期

発見がすごく難しいので、こういう卵巣がんということに対してやっぱり注目が必要だろうと思います。

また、この遺伝子の変化を持つ男性の場合では、男性乳がんのリスクが上がる。例えば、普通は男性は乳がんになりにくいですが、お父さんが乳がんでしたと言われたら、私たち、ちょっと気をつけて見ていかなくちゃという気がします。男性の乳がんが高くなったり、あるいは男性の場合には、ほかのがんとして前立腺がん、すい臓がんとかがリスクが上がりますよという報告もあります。前立腺がんは、かなり一般的な疾患なので、前立腺がんだけで何とかすることはできませんが、こういったことも家族歴として注目をしてまいります。

Q3 乳癌検診はどう受けたいですか？

検診の目的

『乳がんで命を落とさないこと』

集団検診の目標(対策型検診)

『対象集団の生存期間の延長』

人間ドックなどの目標(任意型検診)

『個人の生存期間の延長』

有効性
効率
安全性
コスト

スライド13

【スライド13】

では、少し検診の話に移っていききたいと思います。検診どうやって受けたいですか、マンモグラフィと超音波があります、両方がいいですか、毎年がいいですか、いろいろな質問がありますので、少し整理していきましょう。

まず検診の目的ですけれども、検診の目的は、乳がんで命を落とさないようにすることが一番の目的となります。検診の受け方には、大きく分けて二つあって、一つは集団検診、例えば市町村で行っているようなバスで検診を受けていくようなものが集団検診というものになります。例えば、これはつくば市で行うとすれば、つくば市の目標としては、つくば市の女性の生存期間、乳がんで命を失わないことというのを全体の目標としています。

もう一つの診断としては、例えば人間ドックとか健康診断とか、個別検診、あるいは任意型検診と呼ばれるものがあります。これは、集団を対象

ではなくて、受ける人その人個人にとって乳がん
で命を落とさないことを目標としていますので、
若干ニュアンスが違います。どこら辺が違うかとい
うと、一つは効率の違い、あるいはコストの違い
ということが大きいです。

市町村で行う場合には、やっぱり税金で行いま
すので、それなりに効率であるということ、たく
さんの方を対象にできるということが求められま
す。一方、人間ドックなどだと、費用は個人で払
う分は高くなるけれども、やっぱり手厚いものを
受けることができるというのがメリットになると
思います。

乳癌検診の体制と推奨レベル

検診体制	対策型検診	任意型検診
例	市町村の集団検診、個別検診 職域検診	人間ドック 総合検診
目的	対象集団全体の死亡率を下げる	個人の死亡リスクを下げる
対象	集団	個人
検査手法		
マンモグラフィ	○	○
超音波検査	×	△
視触診のみ	×	×

死亡率減少効果：○ある（推奨）、△（効果不明）、×不十分（推奨せず）

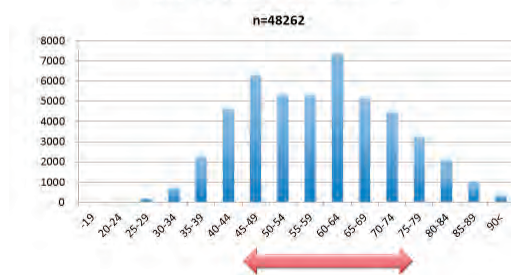
スライド14

【スライド14】

この対策型検診と任意型検診というのは、日本
では並列して行っているところがありますけれど
も、一般的に言えば、この市町村の集団検診とい
うのは比較的安価で受けることができます。マン
モグラフィが一応推奨されています。超音波とか
視触診というのは、厚労省の見解としては、まだ、
時期尚早という位置づけにあります。この後、少
し茨城県の状況もお話をしていきます。一方、任
意型検診というのは、効率とか個人のコストの有
効性というのを余り考えなくていいとすると、で
きるものは危険でない限りやってもいいかなとい
うところになりますので、超音波の検診というの
に関しても行われていることが多いと思います。

少なくとも、死亡率を減少させる効果があると
言われているのは、40代以降のマンモグラフィも
しくは50代以降のマンモグラフィということにな
ります。視触診のみというのは、結構ずっとやら
れてきましたけれども、やっぱりこれでは早期発
見はなかなか難しいということで、今の乳がん検
診としては視触診のみというのは推奨されていま
せん。

乳がん発症年齢
2011年乳癌学会登録データ



スライド15

【スライド15】

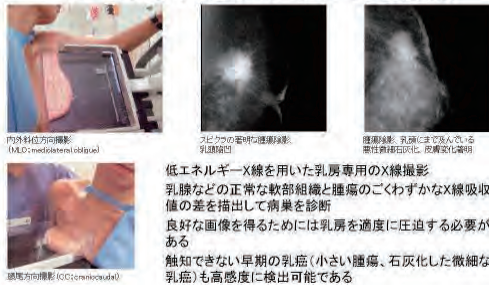
では、何歳ぐらいの方が乳がん検診を受けたら
いいのか。これは、乳がんのなりやすさというこ
とも見ていきたいと思います。

これは、乳癌学会のデータですが、これ、下は
年齢になります。それから、かかった人数が縦軸
になります。そうすると、乳がんというのは、ほ
かのがんよりもちょっと若くなりますけれども、
大体乳がんが多いのは40代から60代ぐらい、この
あたりが乳がんになる人が多いということがわか
ります。

20代とか30代でも乳がんになる方はいらっしゃる
んですけれども、非常にまれです。例えば、35
歳よりも若くして乳がんになる方は、乳がんの方
の3%未満なので、この3%であつたって、もち
ろん大切な命なんです、そのためにたくさんの
税金を投入してやるかといわれると、やっぱりそ
の効率というところを考えると、乳がんを集団検
診として行うとすると、大体40代から70歳ぐら
いまでかなというのが一般的な見解だろうと思っ
ています。

80代とか、ときどき90代になっても検診行っ
たほうがいいかしらとおっしゃる方もあるんです
けれども、個人の見解としては、ほかのご病気もあ
ります、乳がんだけが病気ではないです、毎年ず
っと気にしてという必要は、必ずしも80代過
ぎるとやっぱり人数が少なくなっていきますので、
絶対必要というわけではないかもしれないと思
います。

マンモグラフィ(MMG)とその特徴



スライド16

【スライド16】

検診で何をするか。一つは、有名なもの、マンモグラフィです。受けたことがある方も大分ふえてきたのではないかと思います。この乳房を押し潰して検査をするというのがちょっと不評ではあります。ただ、押し潰さないと、どうしてもX線の量が多くなってしまふ、被ばくの量が多くなってしまいますので、押し潰すということは、X線の被ばく量を減らすということと、より正確に診断をするという意味ではとても大切になります。

20代、30代で、やっぱりお胸が張っている方の場合には、よく見えないということと、この圧迫がすごく痛いということもありますので、それもやっぱり勧められなくて、やっぱり40代以降ということになろうかと思います。

斜めに潰したり、あるいは上下に挟んだりしますが、がんってこんなふうに見えたりします。とげとげした白いしこりであったりとか、あるいは石灰化、ちょっと明るいと思われたい石灰化が見えたりします。この良好な画質、画像を撮るためには、圧迫するところがあるところがちょっと欠かせないプロセスではあります。

(スライド省略)

少しわかりやすい症例として、これが代表的なマンモグラフィで見つかる乳がんですけれども、乳房の形、こっち右側、こっち左側、このあたりに大胸筋という筋肉が見えていますが、もともとの乳腺って白黒入り混じったような感じになります。その中で、がんの部分は白いかさが強いようなしこり、こんなふうに見えてきています。

でも、これ、診断するのは結構難しく、マンモグラフィを診断していいですよというのは、ち

ゃんと試験を受けて、ある一定以上の成績を収めないと、マンモグラフィの読影というのは余りしないでくださいということになっていますので、市町村で行うときとかは、みんな読んで、読影をしている人たちは、こういう試験をパスした人たちが読影していると思って安心していただければと思います。

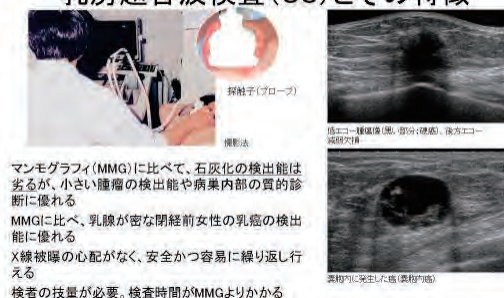
年齢で難しさが異なります。例えば、30代の方は、もう乳房全体が真っ白なんですね。こういったものをデンスブレストあるいは高濃度乳腺というふうに呼びます。こういう白い、乳腺というのが白くて脂肪が黒っぽいんですけども、黒っぽい中にしこりがあるとわかりやすいんです。年齢とともに、乳腺というのはやわらかく脂肪に置換されていきますので、やっぱり若い方の場合に、脂肪が少ないとすごく見づらいし、ある程度年齢層になってきて脂肪が多くなってくると、マンモグラフィはとっても有用になります。

ただ、これは一般論で言うと、年齢でこういうふうに変化していきませんが、30代でも脂肪がたくさんの方もいらっしゃるし、70代でもこういう白っぽい方もいらっしゃるの、本来はやっぱりご自身の胸がどのような乳腺の見え方をするのか、マンモグラフィの見え方をするのかということのも本当は知る必要があるのかもしれない。

例えば、アメリカなんかでは、あなたはマンモグラフィではちょっと見えにくいタイプだから、マンモグラフィの検診だけではちょっと不十分かもしれないことをお知らせする、そんなような法律も少しずつつくられ始めているといひます。日本では、まだそこまでではないんですが、今後、やっぱりマンモグラフィだけで十分診断ができる方とマンモグラフィだけでは余りわかりづらい方というのは、少し分けて考える必要があるかもしれません。

ちなみに、この五つの写真、全部別の方ですけども、全部しこりがあります。ここはわかりやすいですよ。これもわかりますね。ここにもしこりがあります。ただ、この方の場合には、この辺にしこりがあるって、30代の方の場合には、マンモでは全く見えないがんがあるということでしたので、やっぱり結構難しいなというふうには思ひます。

乳房超音波検査(US)とその特徴



スライド17

【スライド17】

もう一つの検査、超音波ですけれども、超音波の検査というのは、女性の場合には、例えば、婦人科の検診とか、あるいは出産とか妊娠のときとかにもされていらっしゃるの、すごく馴染み深いと思います。こういう機械を使ってゼリーをつけて、こういうプローブと呼ばれるものを滑らせる、なでるような形で見ていきます。基本的には痛くないし、受ける側として不快感というのは少ないとは思いますが、がんがあるとすると、こんなふうなしこりで見えてきたりします。あるいは、これは嚢胞内がん、これはちょっと特殊なタイプですけれども、こういういろいろ見え方がありますが、これもやっぱり見え方をどう判断するかという技量が必要ですので、検診をする場合には技師さんがすることもあつたし、医者がすることもあります。皆、研修を受けたりとか、ある一定の読影の能力を持った人が読影に当たる必要があります。

マンモグラフィよりもいいんじゃないかしらと言われることもよくありますが、マンモグラフィに比べると、先ほど少し示した石灰化、カルシウムの沈着を見つけることは余り得意ではありません。しこりを見つけることは得意なので、マンモグラフィよりもちっちゃなしこりを見つけてくることはできますけれども、見つかりにくい乳がんもありますので、超音波は万能ではないということとはとても大切だと思っています。

ただ、マンモグラフィに比べて、マンモグラフィでは見えにくいような若い方の乳がんの検出にはすぐれているのは確かだと思います。また、レントゲンの被ばくもないということもメリットだと思います。

ただ、デメリットとしては、やる人の技量によるということがすごく大きいです。やっぱりやっ

ている人の判断、コンピューターみたいに後から見て見直しができるものではなくて、やっている人そのときの判断になってしまいますので、上手な人なのか、あるいは、まだまだちょっと不慣れな方なのかで検査にかかる時間が違ったりとか、あるいは精度が違ったりとかしますので、また時間もかかるということは、コストもかかるということになります。集団として行うには、コストはすごく大切と言いましたが、そのコストがかかるという部分をどうするかというのも今後の課題だろうと思います。

乳がん検診について:乳癌学会ガイドライン2015

マンモグラフィを併用した超音波による乳がん検診は勧められるか?

C1 超音波検診による乳がん検診を勧められる十分な根拠は現時点ではない

検診対象年齢: 40歳以上とする。30歳代の視触診単独による検診および超音波による検診については、今後引き続き調査・研究を進める必要がある。

乳癌検診に求められる条件は、癌を早期発見できる十分な感度と精査の必要のない所見を除外できる特異度が保証され、経済的であり、受診者に対して安全であり、有効性が証明されていることである。

現在、超音波検査は有効性の根拠がなく、対策型検診として推奨されない。高濃度乳房や若年者に対するマンモグラフィ検診の補助手段として有用であり任意型検診としての活用が期待されるが、高い要検率等の不利益に関して受診者への説明が必要である。

スライド18

【スライド18】

今の位置づけとしては、例えば乳癌学会のガイドライン、マンモグラフィを併用して超音波で乳がん検診をすることは勧められるかということ、超音波による乳がん検診を勧められる十分な根拠はまだないという記載になっています。40歳以上の年齢をして、今まで臨床試験とかいろいろデータを見てみると、確かに超音波に関してはがんを早期発見できるような感度があるということになりますけれども、でも、やっぱり経済的であるかどうかということも、これから必要になってきます。

集団検診としては、ちょっとまだ広く勧めるとするのは難しいけれども、少なくとも、人間ドックとかといったような任意型検診として、まずは活用が期待される、このような位置づけになっています。

J-start(乳癌検診における超音波検査の有効性検証に関する研究): Lancet 2015

- 40歳代にマンモグラフィに超音波を加えた群(介入群)と併用しない群(非介入群)との間でその精度と有効性を検証するランダム化比較試験
- n=72,998人

	感度	特異度	がん発見率	病期0/1率
MMG単独	77.0%	91.4%	0.3% (117人)	52.0%
MMG+US	91.1%	87.7%	0.5% (184人)	71.3%

感度: 対象集団から発見された乳がんの総数の中で、検診で所見を指摘されて発見された乳がんの割合
 特異度: 乳がんではない方のうち、正しく精密検査不要とされた方の割合

スライド19

【スライド19】

日本で行われた臨床試験の結果を少し見ていきます。乳がん検診で超音波を行うことのメリットというのを調べたのが、J-STARTという研究があります。茨城県も参加しましたので、もしかしたらこれに参加していただいた方もいらっしゃるかもしれません。7万人ぐらいの女性に参加していただいて、7万人のうちの半分はマンモグラフィだけ、半分はマンモグラフィと超音波の検診をさせていただきます。

結果で見てみると、がんを見つけた人数は、超音波を追加したほうが184人、マンモグラフィだけでは117人ということで、超音波を使うと、確かにより多くのがんを見つかることができました。ただし、特異度というのがあります。特異度というのは、乳がんではない方を、精密検査しないでいいよとちゃんと言ってあげられたかどうかになります。そうすると、マンモグラフィだと、問題ない方はちゃんと91%、割といい感度で精密検査は要らないですよと言ってあげられたんですけども、超音波をすると、それが少し落ちてしまいました。ということは、超音波をすることによって不必要な精密検査が少しふえてしまったということです。これは、もしかしたら針生検をやらなくてよかったものをやったりとか、あるいは、ちょっと心配をあおってしまったとかといった、そういうデメリットもある可能性がありますので、今後も評価をしていく必要があります。

茨城県 推奨検診

対象年齢	検診内容	検診頻度
40歳以上	問診およびマンモグラフィ	2年に1回
	問診、マンモグラフィおよび超音波検診	2年に1回
	問診、マンモグラフィおよび超音波検診	マンモグラフィにあっては2年に1回、問診および超音波検診にあっては年1回
30歳以上39歳まで	問診および超音波検診	年1回

スライド20

【スライド20】

茨城県の推奨の検診としては、40歳以上は、基本的には問診とかマンモグラフィは2年に1回、あるいは超音波を検査をするとしても2年に1回は一緒にいいでしょう。もし、隔年、例えば、ことしはマンモ、来年は超音波、こんなふうな形でやるのも認めていきたいと思いますという位置づけになっています。

これに関しては、茨城県の推奨ですけれども、実際にする場合には、各市町村がどんなふうにするかというのは、住民の皆さんにご案内をしていますので、例えば龍ケ崎市と牛久市とつくば市ではちょっとニュアンスは違うかもしれませんが、大きな変更はないはずです。

30代に関する乳がん検診、エビデンスはないんですが、これも、あとは各市町村の裁量にお任せしますというふうにしています。やるとしたら、マンモグラフィをお勧めできません。やるとしたら超音波で見ていってくださいというふうな形になっています。基本に沿ったいい指針だろうというふうに思っています。

がん検診の目標値

	目標値	茨城県
要精検率	11.0%以下	2.9 - 9.5%
精検受診率	90%以上	42.9 - 100%
がん発見率	0.23%以上	0% - 0.59%
陽性反応的中度	2.5%以上	0% - 12.1%

受診率: 8-37%、つくば市13%

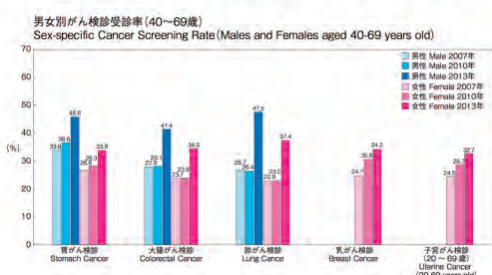
スライド21

【スライド21】

では、がん検診目標値というのを出示しますが、まずは目標値としては受診率があります。

がん検診は、その集団での乳がん死を減らすということを目標としていますけれども、受けていたかないと、結局何も見つかりません。ちょっとこの辺のところは、後で上のところをもう一回ふれていきますけれども、受診率は、茨城県全体では8から37%というふうに開きがあります。つくば市は13%でした。これは、あくまでも集団検診なので、私は集団検診に行っていないけれども、ちゃんと人間ドックで診てもらっていますという方のデータは省かれていますので、もうちょっと高いかもしれません。

乳がん検診を受診していますか？



スライド22

【スライド22】

ただ、検診の受診率というのは、ほかのがんの比較で見ると、乳がん検診の受診率というのは、2007年は24%、2013年は34%、上がってきてはいるんですけども、残念ながら、3人に1人しか受けていただけていない。定期的にきちんと受けていただけていないということがわかります。

ほかのがんだと、例えば胃がん検診、男性は45%、肺がん検診、男性47%、結構受けています。多分、これは会社で受けていたりとかする方も多いと思うのですが、女性の場合には、企業にお勤めの方が少し少なかったりとか、あるいは忙しくてなかなか検診行く機会がなくなったりということもあると思いますが、ぜひ、少なくとも5割超え、できれば8割ぐらいを目指して検診を受けていただくと、実際には、乳がんで命を落とす方も少なくなってくるのではないかなと期待しています。

Q4 乳癌検診で問題ないといわれたけど本当に大丈夫でしょうか？

スライド23

マンモグラフィの категорияと癌の確率 BI-RADSと日本精度管理中央機構

カテゴリー	意味	癌の確率 BI-RADS	日本
0 (BI-RADSのみ)	検査不十分	追加の検査等が必要	
1	異常なし	精密検査不要	
2	良性		
3	良性疑い、癌が否定できない	2%以下	5-10%
4	癌が疑われる	2-95%	30-40%
5	癌が強く疑われる	95%以上	90%以上
6 (BI-RADSのみ)	既になんかの診断済み		

スライド24

【スライド23・24】

乳がん検診で問題ないと言われたけれども、本当に大丈夫なのか、このあたりもよく質問としては挙がってきます。大丈夫、大丈夫じゃないの境はどこかというのは、マンモグラフィとかのカテゴリー分類というのがあります。よく私たちは、そのマンモグラフィ、写真を見たときに、これはカテゴリー1とか2とか3、4、5というふうに言います。アメリカのBI-RADSという指針と、日本の精度管理中央機構という指針と二つあるんですけども、一般的には、カテゴリー1は全く問題なし、カテゴリー2は良性であるので基本的には精密検査は要りません、この場合には、また2年後、1年後に検診を受けていただければ結構です。カテゴリー3、4、5というのが問題になります。カテゴリー3というのは、良性疑いだけれども、がんが否定できない。4は、がんが疑われる。5が、がんが強く疑われるということになります。

アメリカの指標と日本の指標はちょっと違うんですが、日本の指標を使って言うと、カテゴリー3は、がんの確率が5から10%、カテゴリー4の場合には30～40%、カテゴリー5の場合には90%です。ですので、やっぱり精密検査が必要と言われたら、必ず精密検査に行ってください。実際には、カテゴリー3だと90%は問題ないんです

けれども、でもやっぱり行っていたらよかったと思います。

中間期がん

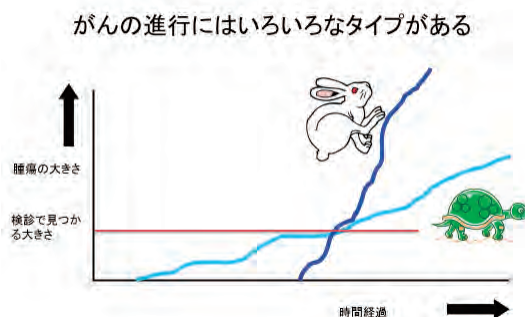
『2年ごとに検診は受けていたけど、その間に乳癌が見つかった』

- ▶ 前回の検診ではあったが悪性を疑われなかった
 - 良性と考えられていた
 - dense breastなどで診断に至らなかった
- ▶ 検診と検診の間に急に大きくなった
 - 中間期がん

スライド25

【スライド25】

行っていたらよかったのには理由があります。一つは、この中間期がんという存在があります。例えば、検診をちゃんと2年ごとに受けていたのに、その間に乳がんが見つかってしまった、こんなことは、ときどき起きてしまいます。前回の検診では、本当はがんがあったけれども、悪性と疑われなかった可能性があります。もしかしたら良性と考えられていた、あるいは先ほどのデンスブレストなど見にくかったので見つけることができなかった、このような可能性もあります。



スライド26

【スライド26】

もう一つは、検診と検診の間に急激に大きくなる中間期がんというのがあります。がんには、いろいろなタイプがあって、時間経過を横軸に大きさを縦軸に見ていくと、ほとんどのがんは、乳がんの場合にはゆっくりゆっくり大きくなっていきます。よく一般的に言われるのは、1センチになるまでに5年とか10年かかりますよということをお話しています。乳がんの多分、6、7割、あるいは、もう8割ぐらゐはこのカメさんタイプです。ときどき、急激に大きくなるのがあります。例えば、1年前には全然なかったのに、あるいは1年

前には3ミリだったのに1年たったら2センチになっていたということがあります。これが、中間期がんと言われているもの、検診をここで受けていたら見つからなかったけれども、この次の検診の前には急に大きくなっちゃって見つかったら、こんなようなタイプがあります。

決して、乳がんの中では主流派ではありません。本当に早く大きくなるのは、全体の乳がんの中の20%ぐらい、あるいは15%ぐらいかもしれないんですが、やっぱりこういうタイプのものに関しては、1年あるいは2年に1回の検診ではどうしても対応できないことがあります。それも含めて、検診で、もし精密検査が必要と言われたら行っていたらよかったし、検診と検診の合間にも、ご自分でお胸を触ったりとかして、検診を受けたから大丈夫と必ず思わないで、少しご自分の胸には関心を持っていただければと思っています。

Q5 乳癌検診で“精密検査が必要”といわれたらどうしたらよいですか？

スライド27

がん検診の目標値

	目標値	茨城県
要精検率	11.0%以下	2.9 - 9.5%
精検受診率	90%以上	42.9 - 100%
がん発見率	0.23%以上	0% - 0.59%
陽性反応の中度	2.5%以上	0% - 12.1%

スライド28

【スライド27・28】

引き続き、精密検査について少しお話をしていきます。精密検査が必要と言われたら、ぜひ行っていたらよかった。繰り返しになっちゃうんですけど、この精検受診率というのが、精密検査が必要ですよといって実際にどのぐらいの方が精密検査を受けられたかというデータになります。

国の目標値としては、90%以上を目標としまし

ようということになっています。精密検査が必要ですよと言われたら、本当は100%行っていただきたいけれども、できれば90%は行っていただきたい。ところが、茨城県の市町村別のデータを見ると、42%という市町村もあります。100%という市町村もあります。これは、もしかしたら、例えば保健センターなどから、あなた行っていますか、行っていますかと、後から少し問い合わせが行くと思うんですけども、ぜひ、やっぱり精密検査が必要と言われた場合には、ぜひ行ってくださいというデータの指標の一つになりますので、ぜひ検査を受けてください。

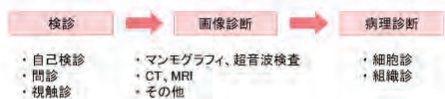
Q6 乳癌の精密検査はどのようなことをしますか？

6. 乳癌の精密検査はどのようなことをしますか？
7. 乳癌といわれたらどうしたらよいでしょうか？
8. 乳癌にはどのような治療がありますか？
9. 乳癌の治療後はどうしたらよいですか？
10. 乳癌とともに生きていくことについて

スライド29

診断

診断方法①<診断の流れ>

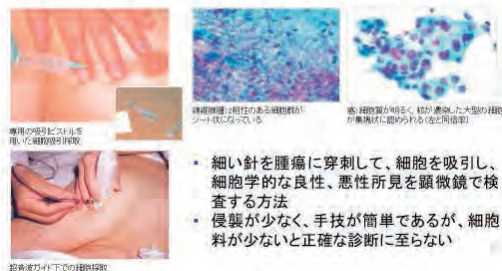


スライド30

【スライド29・30】

では、精密検査、どのようなことをしますか。ここからは後半戦になりますけれども、また少し進めていきます。主には、乳がんなのか乳がんじゃないのか、そこをターゲットに検査を進めていきます。精密検査の機関では、まず、例えば問診や視触診をして、その後マンモグラフィや超音波をもう一回、検診とは別の目で見直すために撮り直したりします。場合によっては、CTとかMRIをすることもあるかと思います。本当にがんなのかどうか、最終的には細胞診、組織診というような検査を行うことが多くあります。

穿刺吸引細胞診(ABCまたはFNA)とその特徴



スライド31

太針生検(CNB)とその特徴



スライド32

【スライド31・32】

細胞診というのは、胸のしこりに細い針を刺します。細い針というのはどのぐらいかというと、普通は採血で使うぐらいの細い針です。採血でも、通常麻酔は必要ありませんので、細い針を刺すだけだったら局所麻酔とかはしないで、そのまま刺して細胞を吸い出して見ていきます。吸い出した細胞が十分に取れていれば、それがいいものなのか悪いものなのか、それだけで診断がつくこともあります。ときどき、細胞が少ないと、いいか悪いかはつきりしませんというふうに言われてしまいます。体にとって、傷も少ないし痛みも少ないので、いい検査法なんですけれども、正確な診断に至らない可能性がありますので、最近では、より正確な診断を初めからしていこうということで針生検、コアニードルバイオプシーなんて言い方をすることもあります。さっきの細い細胞診よりはもうちょっと太い針を使って針を刺すことも行っていきます。太いと言いましたけれども、どのぐらいかというと、鉛筆の芯ぐらいの太さ、1ミリちょっとぐらいでしょうか、そのぐらいの針を刺していきます。その場合には、やはりちょっと痛いので、局所麻酔を行います。針を刺して、例えば、これ超音波で見えていますけれども、しこりに針がググッと刺さっている感じがします。組

組織を少し切り取って、見ていきます。これをする
と、ほとんど90%以上の確率で、それががんなの
か、がんじゃないのかというのを正しく診断をす
ることができます。

ときどき、これをやっても、なお難しいという
こともありますけれども、非常にそれは少ないタ
イプです。また、がんか、がんじゃないかとも
に、後でお話をしますが、どんながんなのか、が
んとしてどんな治療が必要なのかという検査を
することもできます。

吸引式組織生検(マンモトームなど)とその特徴



スライド33

【スライド33】

もっと太い針を刺すこともあります。吸引式組織生検、マンモトームなんて言うこともありますけれども、これ、写真だとちょっと太さを実感していただきにくいんですけど、針の太さが今度は3ミリぐらいとかですかね。2、3ミリあります。結構太いですね。そうすると、傷もちょっとついちゃうし、痛みも少しあるしというふうになります。たくさんの組織がないと本当に正しい診断がしにくいといったときには、これも行うことがありますし、あるいは石灰化病変、マンモグラフィでこういう白い粒だけ見えるけれども、しこりがないといったときには、マンモグラフィをしてお胸を挟みながら、こういう太い針を刺して検査をさせていただくこともあります。どんな検査が必要なのかというのは、それがどういうものなのか次第なので、一概に皆さんこれをやるというわけではないけれども、こんな検査をしていくことがあります。

CT検査の課題とは

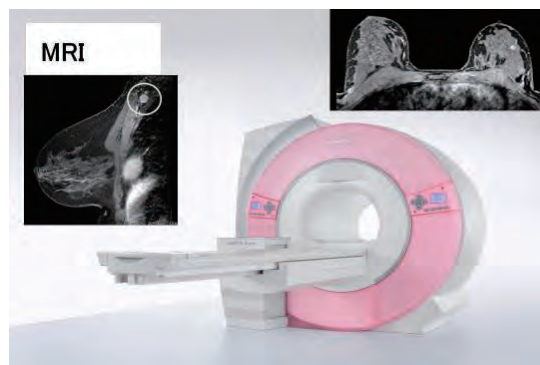


- ① 放射線の被曝リスクはある。
- ② 5mm以上の腫瘍でないと発見できない。
- ③ 撮影が困難な部位が存在。
- ④ 癌の種類・悪性度の判別が困難。

スライド34

【スライド34】

CTなんかで簡単にわからないかしら、針刺さないでわからないかしらと言われることもあります。CTというのは、余り乳がんの診断というのには向いていません。例えば、5ミリぐらいしこりがないと、それはCTでは見落としてしまうこともあります。あるいは、放射線の被ばくがあること、それから、がんの種類とかタイプというのは見た目だけではわからないので、CTをがんかどうかの診断で行うことは非常に少ないです。



スライド35

【スライド35】

MRIはどうか。MRIもこういう輪っかに乗って行く検査なんですけれども、MRIは今の乳がんの診療では、もしがんだった場合に、そのがんがどこまで広がっているのかを見るためには行うことが多いんですが、これもCTと同様に、これだけのがんなのか、がんじゃないのかというのを断定することはできません。補助的な診断として使うことはありますし、例えばわきの下のリンパ節がはれているとかというのも見つかったりすることがありますが、あくまでも、やはり針の検査というのは、まだまだ重要なポジションになっています。

しては、やめなくても、治療と継続してできることも大いにあります。がんと言われてしまうと、かなりお先真っ暗に感じるかもしれないけれども、必ず、余り焦らないで、一つ一つ、今の自分の状況がどういうものかというのを考えながら見ていきたいというふうに思っています。

今、国のほうでも、就労支援というのはとても大切で、がんと診断されても、80%、90%治るのであれば、がんの治療の後の人生が必ずありますので、今すぐ生活を変えるんじゃないで、今の生活の中でどんな治療ができるのかということを念頭に組み立てていければと思います。

病期1-3の乳がん治療の目的

CURE !!

スライド39

乳癌の病期(Stage)分類／T分類

	大きさ(cm)	胸壁固定 ^(注1)	皮膚の浮腫、潰瘍、衛星皮膚結節
TX	評価不可能		
Tis	非浸潤癌あるいはPaget病		
T0	原発巣を認めず ^(注3,4)		
T1 ^(注2)	≤2.0	—	—
T2	2.0< ≤5.0	—	—
T3	5.0<	—	—
T4	大きさを問わず	+	—
		—	+
		+	+

スライド40

【スライド39・40】

乳がんの1から3期までというのは、一般的には原発性乳がんといいますけれども、この治療の目的は、あくまでも生存、治すこと、治癒することを目指していきます。通常、1期とか2期、3期、4期というふうに言いますが、私たちは乳がんを見たときに、そのしこりの大きさがどのぐらいなのか、目安としては2センチよりも小さいか、2から5センチなのか、5センチ以上なのか、あるいは皮膚に顔を、少し所見があるの

かといったことを見て、これをT分類というふうな呼び方をしていきます。これは乳房の所見です。

乳癌の病期(Stage)分類／N分類

	同側腋窩リンパ節レベルⅠ、Ⅱ	同側腋窩リンパ節レベルⅢ ^(注2)	同側鎖骨上リンパ節
NX	評価不可能		
N0	—	—	—
N1	+	—	—
N2	a	+	—
	b	+	—
N3	a	+/—	+
	b	+	—
	c	+/—	+

スライド41

【スライド41】

次に、わきの下のリンパとか首のつけ根のリンパとかを見て、リンパ節に転移がありそうなのか、なさそうなのか、あるとしても、その程度がどのぐらいなのかということでN分類、乳房とリンパと見ます。

乳癌の病期(Stage)分類／M分類

M：遠隔転移

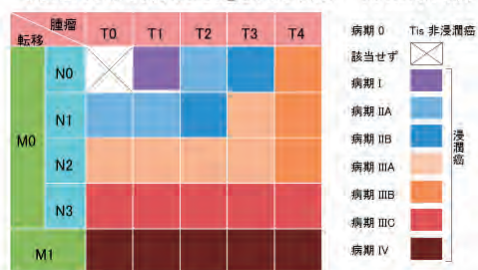
M0	遠隔転移なし
M1	遠隔転移あり

スライド42

【スライド42】

そして、もう一つの因子としては、M分類といって、乳がんが診断されたときに、ほかのどこかに転移をしているのかどうか、リンパを越えて体の遠くにあるのかないかとかという、この三つのことを考えていきます。

乳癌の病期(Stage)分類/TNM分類



スライド43

【スライド43】

その上で、TNM分類を総合して、2センチ以下でリンパにも転移がなければ1期、2センチ以上だけれどもリンパに転移がない、あるいはリンパに転移があっても、そんなにたくさんはない、こういったものが2期、5センチを超えてくると大体3期ぐらい、あるいはリンパにたくさん転移があると3期ぐらい、皮膚に顔を出しているとT4になりますけれども、3B期、あるいは、どこかに転移があると4期というふうな、こういうがんの進行度によって1期、2期、3期、4期ということを決めてはいきます。これは、あくまでも、がんの進行度の一つの指標にはなります。

Q8 乳癌にはどのような治療がありますか？

初期治療は手術だけではない

スライド44

【スライド44】

では、この指標で、1は早期だから楽ちんか、3は進行だから大変かということ、必ずしもそうでもありません。治療がどんなものがあるのかと見ていくと、やはり手術だけではないということに尽きると思います。

原発性乳がんの治療法

局所治療		全身治療		
手術療法	放射線治療	ホルモン療法	抗がん剤治療	抗HER2治療
乳房部分切除、乳房切除、腋窩リンパ節、再建	残存乳房、胸壁、腋窩リンパ節	抗エストロゲン薬、LHRH agonist、アロマターゼ阻害薬	アンスライグリン、5FU、エンドキサン、タキサン、カルボプラチンなど	ハーセプチンなど
基本的に全員	部分切除、腋窩リンパ節転移症例など	エストロゲン受容体(ER)、プロゲステロン受容体(PgR)陽性乳がん	再発リスクとサブタイプに応じて適応決定	HER2陽性乳がん
1日	5-6週間	5-10年	4-6ヶ月	1年

スライド45

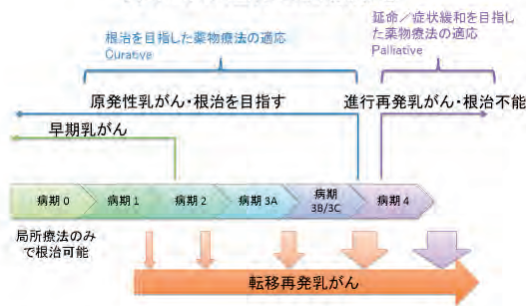
【スライド45】

乳がんの治療というのはいろいろありますが、一つはこの局所治療といって、手術とか放射線の治療があります。もう一つは、全身治療、お薬の治療として、ホルモン療法、抗がん剤治療、抗HER2治療といったものがあります。

ホルモン療法というのは、更年期障害なんかのホルモン療法は、ホルモンを補ってあげるんですけれども、乳がんの場合のホルモン療法はホルモンを減らします。女性ホルモンを少なくするようなことをホルモン療法というふうに呼びます。手術とか放射線というのは、局所ですので、胸とかリンパにしか効きません。全身治療というのは、お薬ですので、胸とか乳房だけではなくて、体の全身に対して効果を期待していきます。

治療の期間としては、手術はほんの1日、放射線5、6週間、ホルモン治療は5年から10年ぐらい、抗がん剤6ヶ月、HER2治療は1年というふうに、こういうお薬の治療って期間はすごく長いんですけれども、いろいろなことをして乳がんが再発をしないように努めていきます。

乳がんの進行と治療概念



スライド46

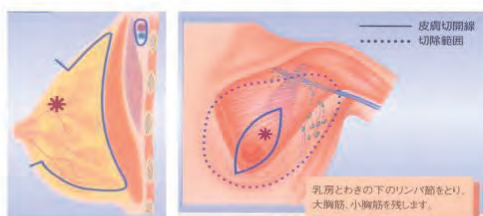
【スライド46】

一つの目安ですが、例えば、この病期0とか1とか、いわゆる早期乳がん、2センチまででリン

パがないようなものの場合には、手術あるいはブラスアルファで、ほとんど根治を目指していきますけれども、例えば3B期ぐらいまでであれば、手術もするけれども薬物療法、お薬の治療もしながら根治を目指すことになります。

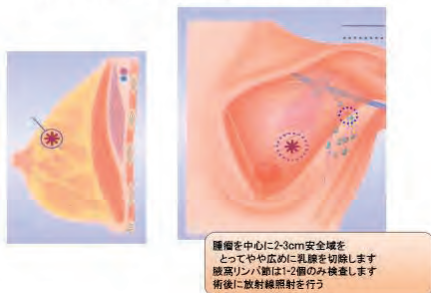
乳がんと診断したときに、肺とか肝臓のところまで転移があるようなものの場合には、これは、根治あるいは乳がんをゼロにすることは難しいので、延命や症状緩和を目指したお薬を中心にした治療計画を立てていきますので、先ほどの1期、2期、3期、4期というのは、一つの目安として、今どのぐらいの段階、お薬も使って治療をどんどんしていくべきなのか、手術とかだけで終わりにできそうなのかというものの目安になります。

乳がんの手術：乳房切除術



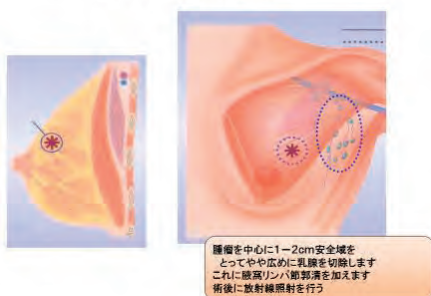
スライド47

乳がんの手術：乳房部分切除+センチネルリンパ節生検



スライド48

乳がんの手術：乳房温存術

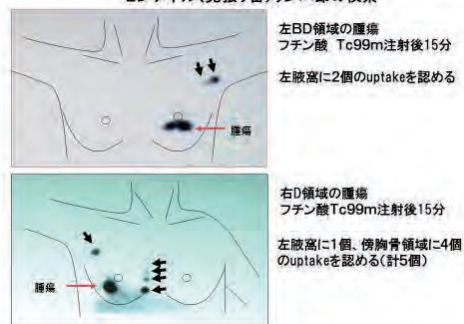


スライド49

【スライド47・48・49】

私も外科医ですけれども、手術について少しだけ触れておきたいと思います。よくあるのは、この乳房切除手術、乳房を全部取ってしまう、ただ、大胸筋、筋肉とかは残しますので、日常生活に機能的には特に問題はありません。最近は温存手術もふえてきています。しこりの周り、少し余裕をつけて取るということ、あるいは、わきの下のリンパ節も取ったりしますけれども、わきの下のリンパ節を取ると手がむくんだりしますので、さらにリンパ節を取る範囲を減らして、センチネルリンパ節生検、一、二個だけリンパ節を取ると胸のしこりのところだけ取る、このようなことが一般的な手術としては行われていきます。

センチネル(見張り番)リンパ節の検索



スライド50

【スライド50】

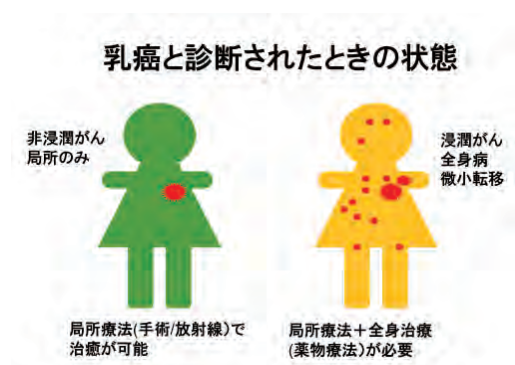
センチネルのほうに関しては、こういう目印をつけてみると、本当にがんのところとすごく関係が深いリンパ節だけがパカッと写ってきいたりしますので、こういうところを選んで取ったりをします。

(スライド省略)

乳房切除に関しては、最近は再建手術ができるようになってきました。例えば、この方、お若い方で、これもう10年以上前の方なんですけれども、左側の乳がんがあつて、この方は乳頭も含めて取らせていただいているんですが、エキスパンダーあるいはインプラントというものをに入れて、膨らみをつけて乳頭まで再建をしてという形で、シルエットとしては、特に洋服を着ていれば何もわからないような状況になるような手術ができます。

(スライド省略)

さらに、もう少し最近は進んできて、できるだけ乳頭も残した手術をしようということで、この方の場合には、この一番下のところに傷をつけさせていただいて、中の乳腺、これは乳房全摘なのでくり抜いて、リンパもちょっとだけ取りましたけれども、インプラントを入れてみると、一見正面から見ると、傷も余り目立たないというような、このような手術もできるようになってきています。



スライド51

【スライド51】

ただ、乳がんと診断されたときの状況が、この局所だけではなくて、もしかしたら血液を介していろいろなところまで回っているかもしれないということになると、手術だけで、ここだけ取っても、血液の中に流れていっちゃったがん細胞が、後々再発をしてくる可能性がありますので、薬物療法、お薬の治療をすることになります。



薬物治療の意味は？

微小転移を早い時期に根絶すれば乳がんの再発が予防できる。

周術期(術前・もしくは手術後)の薬物療法(抗がん剤・ホルモン治療)は、微小転移に対する治療、つまり再発予防が第1の目的。

スライド52

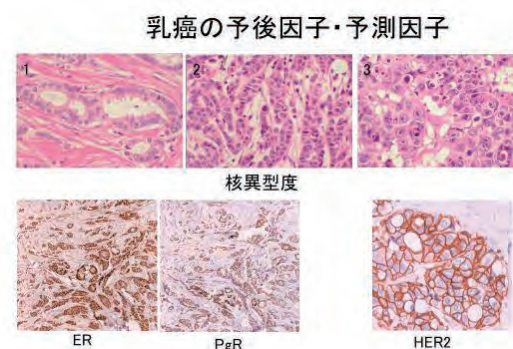
浸潤癌の再発危険因子

- 大きさ
- リンパ節転移の有無
- ホルモン受容体発現
 - Estrogen Receptor (ER)
 - Progesteron Receptor (PgR)
- HER2発現状況
- リンパ管・血管侵襲の有無
- 年齢
- 癌細胞の異型度、増殖能

スライド53

【スライド52・53】

意味合いとしては、微小転移、目に見えないぐらい小さいがん細胞をやっつけるということを目指します。これは、再発のリスクに応じてになりますので、再発の危険因子として、先ほどの大きさやリンパ、それからホルモン受容体と言われるもの、HER2とされているものなどを見て適応を決めていきます。



スライド54

腫瘍の特性による乳がん治療

2007-

		HER2検査	
		陽性	陰性
ホルモン受容体 ER and/or PgR	陽性	抗HER2治療 ホルモン剤 毒性抗がん剤	ホルモン剤 +/- 毒性抗がん剤
	陰性	抗HER2治療 毒性抗がん剤	毒性抗がん剤

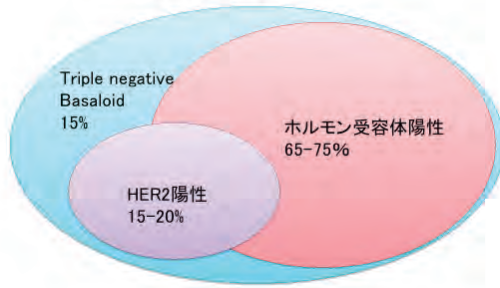
抗HER2治療: トラスツズマブ(ハーセプチン)など

スライド55

【スライ54・55】

がん細胞を見ていくときに、こういうがん細胞の顔つきとか、ホルモン受容体と言われたものを顕微鏡で詳しく見ます。結果が出るまで3週間ぐらいかかっちゃうので、手術して少しお待ちいただかなくちゃいけないんですけども、こういったものを見ながら、抗がん剤が必要なのか、ホルモン治療が必要なのかといったことを考えながら治療の計画を立てていきます。

乳癌の分類



スライド56

【スライド56】

一般的には、ホルモン受容体の陽性の乳がん、ホルモン治療をやったほうがいいですねという方が7割ぐらいいらっしゃいます。HER2陽性というのは、抗HER2治療とか抗がん剤をやっぱりやったほうがいいでしょうという方が2割ぐらい、ホルモンもHER2も効かないけれども、やっぱり抗がん剤は必要ですねという方が15%ぐらいなどがありますので、人それぞれによって、どんな治療をするかというのが決まってまいります。

ホルモン療法の種類

作用機序	治療法の選択肢
エストロゲン受容体の阻害	選択的エストロゲン受容体モジュレーター (SERMs) 選択的エストロゲン受容体ダウンレギュレーター (SERDs) (Fulvestrant)
エストロゲンの合成抑制	アロマターゼ阻害剤/不活化剤 (AI)
ホルモンの除去 (閉経前女性)	LHRHアゴニスト、放射線照射、卵巣摘出 (術)
その他	アンドロゲン、プロゲステロン、プロゲステロン製剤、FTI阻害剤

スライド58

Tamoxifen

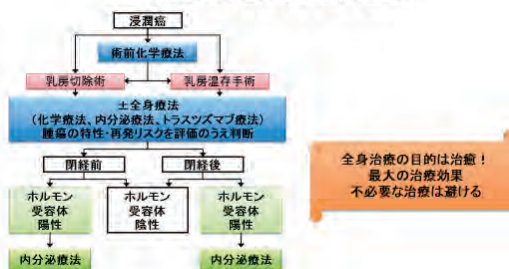
- 臨床試験やメタアナリシスではすべての年齢の女性に効果
- 化学療法の有無によらず効果がある
- 対側乳癌の発症予防効果
- 5年間-10年投与
- 子宮体癌の発症リスク上昇
- 血栓症

スライド59

【スライド58・59】

ちょっと駆け足ですけれども、お薬について、ホルモンのお薬もいっぱいあります。例えば、エストロゲン受容体を阻害するようなもの、あるいは、もう閉経前の方で卵巣の機能を抑制してしまうものなど、いろいろありますけれども、一般論としては、ホルモン治療は全ての、特にタモキシフェンというお薬は全ての年齢の女性に効果があります。今、5年から10年ぐらい投与しましょうというのが一般的になっています。例えば、タモキシフェンでは、子宮体がんのリスクが少し上がるとか、あるいは血栓症のリスクがあるということも言われていますけれども、このあたりは治療をしていく上で一緒に見ていきます。

乳癌診療ガイドライン 薬物療法 乳癌診療の進め方<初期治療>

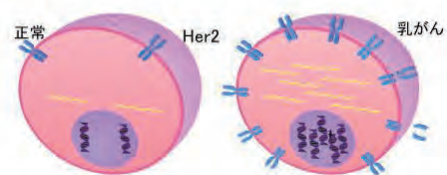


スライド57

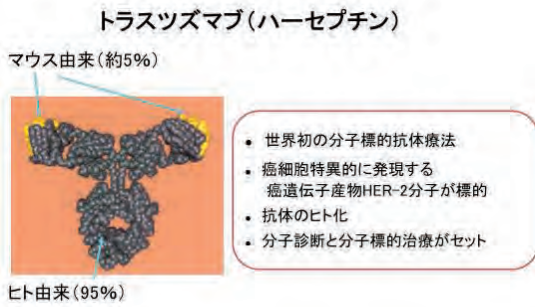
【スライド57】

例えば、人によっては手術をする前に抗がん剤をする方もあるし、手術をしてから抗がん剤とかをすることもありますので、これはやはりご自身の生活、それからがんの状態、がんのタイプ、いろいろなことを加味して決めていきます。

ヒトの乳がんの約15%において Her2 遺伝子は過剰に発現している



スライド60



スライド61

【スライド60・61】

HER2陽性乳がんというのは、約15%のタイプにあります。乳がんの細胞にHER2というたんぱく質がふえていると、トラスツズマブという特殊なお薬がよく効くということがわかっています。ただ、このお薬は1年間ぐらい、3週間に1回ぐらい治療しなきゃいけないということもありますので、みんなが必要ではないですけれども、必要な方がいらっしやいます。

抗がん剤: 代表的な多剤併用療法

併用名	薬剤	投与量	投与法	投与スケジュール
CMF classical method	CAF MTX 5-FU	100 mg/m ² 40 mg/m ² 600 mg/m ²	静注 静注 静注	day1-14 day1-8 day1-8
AC(EO)	ADM(EP) CAF	60(90) mg/m ² 600 mg/m ²	静注 静注	day1 day1
CAF	CAF ADM 5-FU	500 mg/m ² 50 mg/m ² 500 mg/m ²	静注 静注 静注	day1 day1 day1
CAF(分割)	CAF ADM 5-FU	100 mg/m ² 30 mg/m ² 500 mg/m ²	静注 静注 静注	day1-14 day1-8 day1-8
FEC	5-FU EPI CAF	500 mg/m ² 60-100 mg/m ² 500 mg/m ²	静注 静注 静注	day1 day1 day1
CEF (Canada NCI)	CAF EPI 5-FU	75 mg/m ² 60 mg/m ² 500 mg/m ²	静注 静注 静注	day1-14 day1-8 day1-8
TAC (BCIRG001)	TXT(DOC) ADM CAF	75 mg/m ² 50 mg/m ² 500 mg/m ²	静注 静注 静注	day1 day1 day1
TC (US Oncology)	TXT(DOC) CAF	75 mg/m ² 600 mg/m ²	静注 静注	day1 day1

日本乳癌学会「乳がんの診療ガイドライン」2014年版

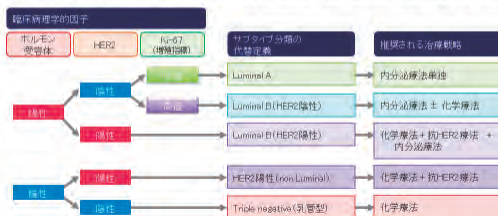
※サイクル数1経度治療の場合

スライド62

St. Gallen のコンセンサス(2011年-)

術後薬物療法選択の基本的な考え方

- 臨床病理学的因子を用いてサブタイプを分類する
- サブタイプをもとに、治療戦略の大体を決定し、個々の患者情報に応じて詳細を検討する



Goldhirsch A, et al. Ann Oncol. 2011;22(12):1796-1797(2011)

スライド63

【スライド62・63】

抗がん剤治療もいろいろあって、たくさん羅列しましたけれども、3週間に1回治療をするもの、あるいは週に1回治療をするものなどがあります

が、何がいいのか、何が自分にとって適しているのかというのは、先ほど言ったように、やっぱりがんのタイプなどによりますので、ここでは細かくお話はしませんけれども、いろいろなタイプがあるということだけ目にとめておいてください。

抗がん剤治療法の有害事象

- 有害事象
 - 脱毛
 - 嘔気・嘔吐
 - 骨髄抑制、しびれ
 - 心理的影響
 - 卵巣機能抑制
 - 長期的には心血管イベント、二次発癌、骨粗鬆症、脳神経系
- 金銭面
- 社会生活への影響(就労、家族関係など)
- 漠然とした不安、効果の不確実性

スライド64

St Gallen recommendation: ER陽性、HER2陰性症例
Tumor Biology and Progression

内分泌療法+化学療法	内分泌療法	内分泌療法
グレード3	グレード2	グレード1
増殖指標(Ki67, Mitotic Index)が高い	増殖指標が中間	増殖指標が低い
ER, PgR陽性割合が低い		ER, PgR陽性割合が高い
腋窩リンパ節転移4個以上	腋窩リンパ節転移1-3個	腋窩リンパ節転移陰性
広範な脈管浸潤		脈管浸潤なし
腫瘍径5cm以上	腫瘍径2.1cm-5cm	腫瘍径5cm以上
患者が可能な限りの治療を希望する		患者が化学療法の副作用を避けたい
遺伝子発現解析でリスクが高い	遺伝子発現解析でリスクが中間	遺伝子発現解析でリスクが低い

スライド65

【スライド64・65】

ただ、抗がん剤治療をすると、必ず副作用があります。例えば、髪の毛が抜ける、しびれが出る、気持ち悪くなるなんていうこともありますので、副作用というのは必ずつきものではございますけれども、やっぱり命のために必要な場合と、そう選ぶかどうかというのは別問題だろうなと思います。

治療法選択について: Oncotype Dx

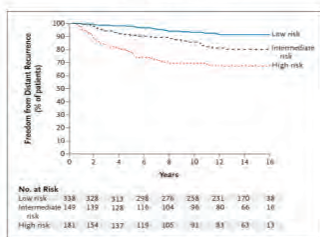
16個の腫瘍関連遺伝子と5個の比較遺伝子からrecurrence score (RS)、再発リスクを計算する

- 低リスク群の同定
- ホルモン固定療法からRNA抽出
- SRL(約50万円)



スライド66

OncotypeDX



NSABP-B14 臨床試験の解析
ER+, リンパ節転移陰性
668例

Paik et al. N Engl J Med 2004; 351(27):2817-26

スライド67

【スライド66・67】

ちょっと少し時間がないので、例えば治療の選択については、オンコタイプDXというものもあります。これは、乳がんに関連する16個の遺伝子、そして5個のみんな誰もが持っている遺伝子を、発現を見て、あなたにとって、抗がん剤が意味あるのかないのかというのを判断する材料です。残念ながら、日本では保険がきかないので50万円ぐらいするんですけども、でも、この検査をすることによって、例えば再発のリスクがすごく少ないとわかった方は、もう95%ぐらいの確率で再発をしないということが過去のデータからはわかるようになってきました。そのぐらい、95%再発しないんだったら、抗がん剤は自信を持ってしなくてもいいんだというふうに言えるということもあります。本当は、保険が効いたり、あるいは先進医療特約とかそういったものでお金がカバーされるといいんですけども、やっぱり50万払ってでも抗がん剤がなくていいとわかるんだったら、これはある意味、価値があるかなと思います。

日本の乳癌学会とかでも、こういったものを、できるだけ何らかの、費用負担が少しでも少ない形で使えるといいなという形で働きかけてはいますが、これは自費診療という形になっちゃうので高額なんですけれども、できるものがあるということになります。

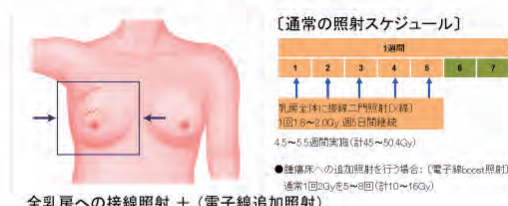
乳癌における放射線療法の主な適応

- ① 乳房温存術後の乳房照射
- ② 乳房切除術を行った局所進行例に対する術後照射
(例: 腋窩リンパ節転移陽性例)
- ③ 手術を施行しない局所進行乳癌に対する乳房および所属リンパ節照射
- ④ 再発・転移巣に対する照射
 - a) 局所・領域再発
 - b) 骨転移
 - c) 脳転移・癌性髄膜炎 など

参考文献: 日本乳癌学会(癌)治療ガイドライン2019年版, 44(5): 773-780
日本乳癌学会(癌)治療ガイドライン2019年版, 34(1)号

スライド68

乳房温存療法における乳房照射



参考文献: 日本乳癌学会(癌)治療ガイドライン2019年版, 44(5): 773-780
日本乳癌学会(癌)治療ガイドライン2019年版, 34(1)号

スライド69

【スライド68・69】

放射線治療に関しては、少しだけですが、例えば、乳房温存手術後の放射線治療、あるいは乳房切除した場合であっても、リンパの転移があった場合には行う場合があります。そのほか、再発の乳がんに対してもすることはありますが、基本的には放射線だけで治すというよりは、手術と放射線を組み合わせていきます。放射線治療、25回ぐらい行うので、毎日通院が必要というのはちょっと大変かもしれませんが、これは必要に応じてまたお話があると思います。

Q9 乳癌の治療後はどうしたらよいですか？

スライド70

長期的フォローアップはどうする？ 治療過渡期の悩み

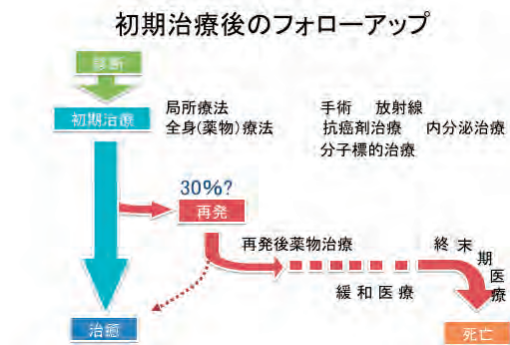
術後1年 化学療法中	術後1年 現在治療なし	術後5年 ホルモン治療中	術後5年 現在治療なし
- まだ副作用は完全に消えていない - 痛みはまだ残っている	- どのくらいの頻度で受診すべき？ - 再発がないかを確認する検査は必要？	- 再発がないかを確認する検査は必要？ - 現在副作用はない。治療はいつまで？	- 再発がないかを確認する検査は必要？ - 再発性副作用は？

スライド71

【スライド70・71】

乳がんの治療後についてです。先生、ちょっとオーバーしちゃうそうですが大丈夫ですか、済みません。乳がんの治療後についても、少しお話し

てください。大体、治療を、手術終わって、抗がん剤終わるとほっとはされるんですけども、例えば、副作用は完全に治ってはいないとか、あるいはどのぐらいの頻度で病院に行ったらいいのか、再発がないのかいつも不安だ、例えば、頭痛がしたらこれは悪いサインじゃないだろうか、いろいろな不安があるかと思っています。

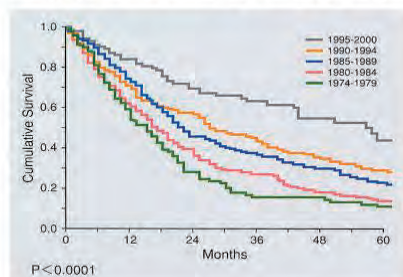


スライド72

【スライド72】

そういったときに、再発についても少し知っておく必要があるかと思います。乳がんは、初めに診断をすると、先ほど言ったように治る方が多いんだけど、30%あるいは20%ぐらいの方は再発をします。一旦再発、転移をすると、そこから治すということは非常に難しくて、多くの方は、再発後乳がんて命を落とすということになります。

乳癌再発後の生存率:MDアンダーソン癌センター



ASCO 2002 abs #212 Giordano et al

スライド73

【スライド73】

再発が見つかってから最期までというのは、必ずしも短いわけではないんだけど、アメリカのデータなんかで見ると、例えば再発してから5年生きられる方というのが、大体50%あるかないかというところになってきます。残念ながら、再発をして1、2年で最期を迎えられる方もあるし、あるいは10年ぐらい再発してからも過

される方もあるし、ここも1人1人の状況がかなり違います。

乳がん再発の症状

局所	体表のしこりや皮膚の赤み
リンパ節	わきの下や鎖骨上部のしこり
肺	咳、息切れ、胸痛、呼吸困難
骨	痛み、骨折
肝臓	肝機能障害
脳	頭痛、吐き気、嘔吐、麻痺、けいれん

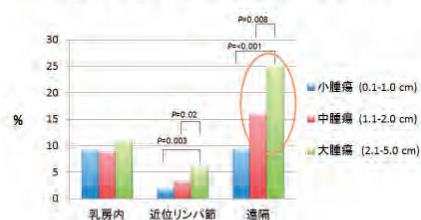
これまでになかった症状、それらの症状が続くときには医療機関を受診を乳がん以外の健康診断は有効活用しましょう

スライド74

【スライド74】

乳がんの再発の症状としては、一つは胸に再発をすると、胸の皮膚が赤くなったり、しこりができたりします。リンパに転移をする、再発をすると、しこりを触ったりします。多い場所としては、肺、骨、肝臓、そして多くはないけれども、心配なのが脳というところになります。症状は書きましたが、これは結構進行してこないと出てこない症状なので、再発の初めの段階というのはほとんど無症状になります。これまでになかった症状とか、そういった症状が少し続くときには医療機関を受診するということを考えてもいいかもしれません。

リンパ節転移陰性の10年の結果:
最初の再発として、遠隔再発が一番多い



Chiy et al. J Clin Oncol. 2004;22:1630

スライド75

【スライド75】

どのあたりに再発をしやすいのかというと、実は、胸とか、わきの下のリンパ節に再発をする方は少なく、肺とか肝臓に再発をすることのほうがよっぽど多いんです。ですので、乳がんを手術したから胸のこと気になるんですけども、胸より本当は、ほかの肺とか肝臓のほうが心配をするべき場所ということになります。

術後定期的な検査は必要?

GIVIO trial

- JAMA, 1994
- 1320 stage-III, 26 Italian Hospital
- 定期的検査あり: INTENSIVE monitor
 - 診察+採血3ヶ月毎(2年間)→6ヶ月毎
 - 胸部X線6ヶ月毎(2年間)→12ヶ月毎
 - 骨シンチ、腹部超音波12ヶ月毎
- 定期的検査なし: CONTROL monitor
 - 診察+3ヶ月毎(2年間)→6ヶ月毎
 - 他必要時のみ

スライド76

GIVOT trial (観察期間71ヶ月)

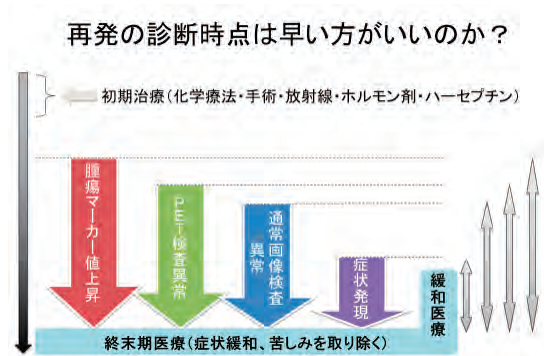
- 両群80%コンプライアンス
- 全部で254遠隔再発(無症状は31% vs 21%)

	定期的検査あり	定期的検査なし
乳がん死	132(20%)	122(18%)
健康に関連したQOL	違いなし	

スライド77

【スライド76・77】

じゃあ、定期的にCTとか検査したほうがいいのか、これもよく聞かれます。昔の臨床試験があります。例えば、しょっちゅう3カ月に1回、腫瘍マーカーとかをとったり、肺のレントゲンを半年に1回撮ったり、骨のシンチとか肝臓の検査を1年に1回する人たちと、基本的には余り何もしないで、何か症状が起きたときだけ検査をしましたという方たちがいるとすると、実際には、乳がん で亡くなる方は、定期的にチェックをした方も定期的にチェックをしなかった方も同じだということがわかりました。



スライド78

【スライド78】

それから、それまでの生存の期間も変わりません。何を意味しているかというと、再発をしたときに、例えば採血で少し変かなと思う、あるいはPET-CTでわかる、こういったときには再発を早期に見つけることができます。だけれども、例えば症状が出てから見つかったとして、そこから治療をしても、最終的にいつまで生きられるかというのが余り変わらないということを示しています。

どうしても治せない病気なので、治せない病気だとすると、例えば早く見つけて、初めから抗がん剤をしても、少し進行してから見つかるけれども、そこから治療をしても、命の長さが同じだとすれば、知らないでいるうちは知らないでもいいのかもしれないとも思っています。もし、早く見つけて治せるんだったら、そしたら早く見つけたほうがいいと思うので、これからは、今後医療が発展してきて、早く再発を見つけることができれば、再発も治せるというようになれば、またこの考え方は変わってくるかと思います。

術後の定期画像検査に関する否定的意見

- 医療コスト
- 検査による不快
- 検査による不安感の出現
- 不要な検査(false positive results)による身体的肉体的苦痛

スライド79

【スライド79】

そんなわけで、今の段階では、定期的な画像検査に関しては、否定的な意見というものが医学会の中では主流です。それは、コストがかかる、あるいは検査をすることによって余計な不安を与えてしまったりとかするということがあります。

誰が経過観察を行うべきか？ かかりつけ医 vs 腫瘍専門医

• Grunfeld E et al, JCO, 2006

	家庭医	がんセンター
再発	54 (11.2%)	64 (13.2%)
死亡	29 (6.1%)	54 (6.2%)

QOL調査で両群に有意差なし

スライド80

NCCNガイドライン

推奨	非推奨
- 病歴、理学所見 4-6ヶ月毎 0-5年 12ヶ月毎 5年以上 - 生活様式、体重コントロール指導 - 年1回のマンモグラフィ - tamoxifen内服中は年1回の婦人科検診 - アロマターゼ阻害剤中は骨のモニタリング	- 定期的血液検査 - 定期的胸部レントゲン - 定期的骨シンチ、CT - 腫瘍マーカー - 乳房MRI、US - PET検査

スライド81

【スライド80・81】

というわけで、今アメリカのガイドラインなんかでは、推奨としては、初めの5年ぐらいは4ヶ月から半年に1回ぐらい見ていきましょう。5年過ぎたら、1年に1回見ていきましょう。それから、生活様式を見たり、体重のコントロール、余りふえ過ぎないようにしましょうという指導をします。年に1回はマンモグラフィをしましょう。ホルモンをしている方の場合には、婦人科の検診、子宮体がんの検診をしましょう。それから、もし骨粗しょう症なんかのリスクがある方には、骨密度なんかをはかりましょう。こんなことが言われていますが、一応、定期的な採血、CT、シンチグラフィ、腫瘍マーカー、PET-CT、こういったものは基本的には推奨しませんという位置づけになっています。

Q9 乳癌の治療後はどうしたらよいですか？

- ❖ 有用と思われる治療は継続しましょう
- ❖ 定期的なCT検査などは必ずしも必須ではないですが、体調に気をつけ、必要時には行いましょう
- ❖ 食生活、十分な休息、適度な運動、健康な生活を心がけましょう
- ❖ かかりつけ医を持ちましょう
- ❖ 一般的な健康診断、がん検診を利用しましょう

スライド82

【スライド82】

今まで皆さん、もしかかっていらっしゃる方がいるとすると、医療機関の方針はあると思いますが、例えば筑波大学病院は、そんなにしょっちゅうは検査をしません。ただ、必要なときに検査をしていただきたいというのが、私たちの意味づけになります。

Q10 乳癌とともに生きていくことについて

スライド83

より良くがんとともに生きるためのヒント

医療者とのコミュニケーション

スライド84

【スライド83・84】

最後に、乳がんとともに生きていくことについてというふうにしましたがけれども、まず医療者とのコミュニケーションを上手にとっていただきたいというのが、最後に、私の5分間ぐらいのメッセージになります。

医療者とのコミュニケーション

- 時間がない
- 説明してくれない
- いいたいことを聞いてくれない
- 自分の意見を言い出しにくい
- 聞いていいのかわからない
- 自分で決めて、といわれるでも困る

スライド85

【スライド85】

例えば、検診で何かかかったとき、あるいは、

がんになったとき、いろいろな選択を求められると思います。多くの患者さんは、お医者さんと話をするときに、何かお医者さん忙しそう、説明をしてくれない、あるいは言いたいことがうまく伝わらない、あるいは自分で決めてくださいと言われてちやうと困っちゃう、こんなことをお話されます。私たちは、これはやっぱり診療の反省だとは思っています。

患者とのコミュニケーション

- 時間がない
- 理解してもらったか不安
- 本人と家族の意見が違ふようだ
- 信頼が得られていないかも
- 友人の体験やブログから得た情報を信じているようだ
- 先生に任せます、といわれてもちょっと困る

スライド86

【スライド86】

医療者にも少し言い分があります。医療者の言い分としては、やっぱり時間がなくて話をしたいけれども、なかなか時間がとれないというのがあります。それから、お話をしているけれども、それが理解していただけたかどうかというのが、フィードバックがないのでわからないなという不安もあります。ご本人とご家族の意見が違っているような気がする、あるいは信頼されていないような感じがするかもしれない、特に若い先生たちはこういった不安をすごく持っていたりします。あるいは、私たちが一生懸命お話をしているけれども、例えば、お友達はこうだった、あるいはブログにはこう書いてあったといったことを信頼されているような感じがすると、何か伝わっていないかもしれない、あるいは先生だったらどうしますか、先生にお任せします、これもちょっと困ってしまうんですね。

治療の選択:意思決定

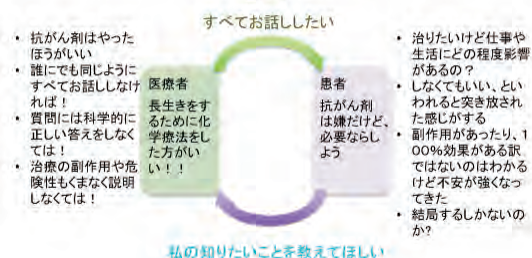
- パターナリズム
 - 医療者が治療を決める
- インフォームドコンセント
 - 説明と同意: 医療者が説明をし、患者が同意する
- シェアード・デシジョン・メイキング
 - 医療者と情報の共有に基づく、患者の自己意思決定
 - 患者さんの価値観、好み、治療の影響

スライド87

【スライド87】

何で困るのかというと、やっぱり治療の選択がどうあるべきかということを考えると、昔は、やっぱりお医者さんがこういう治療をしましょうと決めていたんだと思います。でも、その後はインフォームドコンセントという言葉があるように、説明と同意、よく説明をして、それで同意をもらうようにしましょうと言われてきました。ただ、これも今は不十分です。今はシェアード・デシジョン・メイキングといったような言葉を使っていきます。説明をして同意をもらうんじゃなくて、説明をして、また治療を受ける方の意見を聞いて、一緒にその価値観をシェアしながら、価値観と一緒に共有しながら何がいいのかを決めていきましょう、こういったような時代に来ています。ですので、医療者からだけ情報提供をするのではなくて、どんな治療がいいのか、何が困るのか、こういったことをやはりお話をさせていただくことがとても大切です。

再発を予防するために抗がん剤をしますか？



スライド88

【スライド88】

例えば、抗がん剤をするかしないかということを考えると、医療者としては、長生きするためには抗がん剤をしたほうがいいなという考えが根底にあります。みんなにお話をしなくちゃ、質問に

は科学的に正しい答えをしなくちゃ、副作用もくまなく全部お話をしなくちゃ、いろいろなことをお話をしたいんだけど、実際に知りたいのは違って、例えば、仕事とか生活にどんな影響があるのか知りたい患者さんもいらっしゃいます。あるいは、副作用があったりとかするのはわかるけれども、何か不安がすごく強くなって、お話を聞くのが怖くなっちゃうという方もいらっしゃいます。どんなふうに受けとめられているのかということは、意外に私たちのほうには伝わってこなかったりすることもあるし、医者が忙しかったら、周りの看護師さんとか薬剤師の先生が必ず控えていますので、誰でもいいので必ずそういった、どんなことを考えているのかというのを、こちら側にもフィードバックをしていただけると、よりよい医療につながるんじゃないのかなと思っています。

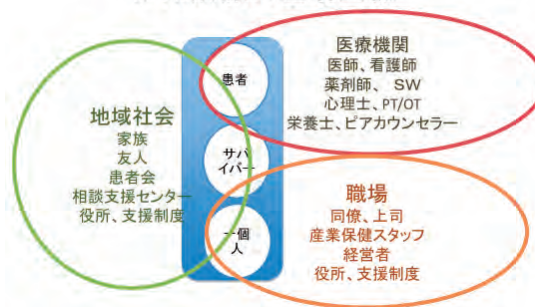


スライド89

【スライド89】

「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」というのがあります。先ほど、お友達の意見、ブログというのがありましたけれども、どんな医療がいいのか、今どんなことが標準なのかというのを、乳がんについて、患者さんのためにまとめたものを乳癌学会が出していますので、こういったものも参考にしてみてください。ホルモン治療はどうかといったもの、これを科学的に、かつ、わかりやすく解説をしているものがあります。

がん治療の登場人物



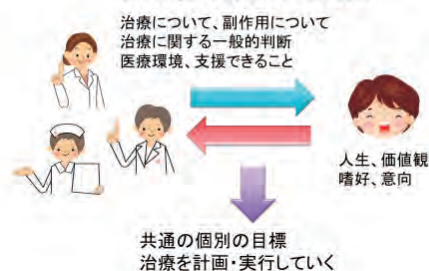
スライド90

【スライド90】

また、がん治療の現場においては、医療者は大切ですけれども、例えば看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、ピアカウンセラー、いろいろな方たちがサポートができる体制を整えています。また、職場の状況では、産業医とか、あるいはそういった職場でのコミュニケーションというのは、私たちはダイレクトにコミュニケーションできなくても、患者さんたちが情報上のコミュニケーションをできるように、いろいろなリソースを活用して、いい医療をしていただくようになるといいかなというふうに思います。

最前の医療とは?

best possible outcome



スライド91

【スライド91】

最後ですが、医療者側のお話をするだけではなくて、それぞれ治療を受ける方の人生とか価値観、嗜好みたいなものを一緒に交えて治療の方法を決めたりとか、共通の目標に向かって進めていけたらいいのかなと思っています。

長くなりましたけれども、どうもありがとうございました。以上です。

◎質疑応答（敬称略）

司 会 筑波大学附属病院 茨城県地域臨床教育センター 教授

茨城県立中央病院 女性腫瘍統括局長 穂積 康夫

回 答 筑波大学 医学医療系 乳腺内分泌外科学 准教授 坂東 裕子

（※個人的な質問に関しましては、掲載を割愛させていただいておりますのでご了承下さい。）

○司会

坂東先生、ありがとうございます。これから、ちょっと質疑応答ということで、事前にいただいた質問が幾つかありますので、先生にお答えいただきたいと思います。

講演の中で、ほとんど話されているようなことなんですけれども、まず一つ目ですけれども、結婚しても子供いない女性は、胸に嚢胞ができやすいのですか、体質なので仕方がないのでしょうか、予防する方法はありませんか、どうでしょうか。

○坂東

多分、嚢胞ができたという、何かできたということを非常に不安だったり、それ自体が悪いものじゃないかと思われているんだと思うんですけれども、まず基本的な理解としては、嚢胞は悪いものじゃないので、嚢胞ができたからといって何も不安に思う必要はないし、嚢胞を治療する、予防する必要はないと思います。

また、子供がいなくて出産していない、それ自体と嚢胞の発生頻度には変わりがないので、ただ、嚢胞があると、ごつごつしちゃうので、ちょっと不快だというのはあるかもしれませんが、それは余りにしなくていいと思います。

○司会

どうもありがとうございます。次に、これはちょっと患者さんのお話だと思うんですけれども、ここの5月に右の乳房を切除しました。転移のことがいつも頭にあって不安です。いろいろお話を聞いたら気持ちも軽くなると思い参加できたと思います。一応、ご質問というよりも、こういう意味で参加すると、何か一言。

○坂東

そうですね、例えば、がんの治療が始まったばかりのころはしょっちゅう病院に行くし、病院に行けば、同じようにお話ができる方がいる、あるいは医療者がいる、安心される。ただ、1年たつたりすると、病院は3カ月に1回とか半年に1回になっちゃったりすると、急に説明あるいは相談できる人、窓口がなくなっちゃったような感じがしてすごく不安でたまらないという方が割と多くいらっしゃるように思います。ただ、基本的には、それは余り今は心配しなくてもいいから、3カ月に1回の受診でいいんだというふうに、そこを少し前向きに捉えたりとか、あるいは患者会であったりとかピアサポーター、がんの方同士でお話をしたりとかする場所というものも、例えば大学病院、県中にもあると思いますし、病院の中じゃなくても地域でそういうピアサポートとかを使えるようなリソースもありますので、できるだけ意識を外に向けたり、前向きにしたりとか、あるいは趣味のことをやったりとかも目を向けていただけるといいのかなと思います。

○司会

乳がんの治療で、乳房温存手術後の放射線治療の必要性和デメリット、メリットについて、放射線治療、抗がん剤治療、ホルモン治療の副作用について。これは、先ほどスライドにあったと思うんですけれども、簡単に。

○坂東

各治療法の細かいところまでは、ちょっときょう時間のこともありましたので割愛させていただきましたが、放射線治療というのは、温存手術をした後に局所再発を予防するというのが目的になりま



す。絶対しなきゃいけないかと言われると、しなくても再発しない人も中にはいらっしゃると思いますので、そのあたりは、した場合どのぐらいの再発率、しなかった場合どのぐらいの再発率というのを、放射線の先生あるいは外科の先生とよくお話をして、最終的には決める形になると思いますが、放射線の治療そのものは、例えば皮膚が赤くなったりとか、少し一時的には熱を持ったような感じになったり、一皮むけちゃうこともあるんですが、すごく重篤な副作用がある治療というわけではないので、一般的にはしていただいてもいい治療なのかなと、抗がん剤などに比べれば、体への負担は少ない治療なので、余り不安になる必要もないかなというふうには思います。

○司会

事前の質問は、あと一つなんですけれども、子供を生んで授乳後、どのくらい期間をあけて乳がん検査を受けるべきですかということなんですけれども。

○坂東

授乳中であっても乳がんの検査を受けていただくことはできます。ただ、授乳をすると、圧迫すると母乳が出ちゃったりするとちょっと不快だったりするので、そういったときには、超音波の検査とかをすることができます。実際には、そういう意味で、授乳が終わってどのぐらいあけたらいいかというと、決してしてはいけないわけではないので、あける必要はないかと思う。ただ、多くの場合、例えば20代でやる必要があるかと言われると、先ほど言った家族性がうんと強い方でなければ、20代の方は定期的な乳がん検診というのは必ずしも必要がないと思っています。最近、30代後半とか40代ぐらいとかということであれば、妊娠中であってもできる検査はありますので、それは適宜受けていただければと思います。

○司会

そのほかございますか。なければ、ちょっと私のほうからコメント。「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」、これは、先ほど坂東先生の中にもあったんですけれども、患者さんからウェブの情報とか、テレビでこうだったとかいうのをよく聞くんですけれども、以前の施設で私共が調べたところ、インターネットの乳がんの情報の半分以上は有益というよりは有害だというデータがあるんですね。日本の場合は、特に非常にインターネットの情報は、もう害のほうが多いんですね。我々医療者側は、これが害だというのはわかるんですけれども、一般の方はわからないんですね。ですから、これはそんなに高い本ではないので、ネットでも手に入りますし、県立中央病院のほうでは売店でも置かせてもらっていますので、もう既に患者さんになった方でも、その前の検診のレベルでもいろいろ書いてありますので、一読することをお勧めします。

そのほか、どなたかありますか。坂東先生、どうもありがとうございました。