

### 乳腺外科とは

乳腺外科では乳がんをはじめとした乳房の疾患を担当します。仕事の大部分は乳がんの診断、治療になりますが、良性の乳腺腫瘍や乳腺膿瘍も対象となります。

最も多い乳がんに関しては乳がん検診、検診で要精査となった方の精密検査、乳がんと診断された方の手術や薬物療法などの初期治療、手術不能な進行乳がんや術後の再発に対する薬物療法、そして乳がん末期の患者に対する緩和ケアまで広い範囲の対応を行います。

乳がんの手術は手術方法で若干の違いはあるものの、手術自体の所要時間は1時間から2時間です。乳房温存手術の場合には、できるだけ綺麗な乳房の形態を残せるように努力しています。手術の傷が目立たないように、原則として乳輪に沿った切開または乳房の外側の切開で手術を行います。

術前術後の薬物療法では、最新の知見に沿った治療法を選択するとともに、副作用をできるだけ抑えることができるような支持療法を併せて行います。

進行、再発乳がんの治療においては、診療ガイドラインや最新の知見に沿った治療を念頭におきつつ、個々の患者さんの年齢や様々な事情、希望なども考慮しながら、できるだけ生活の質を維持できるように治療やケアを行っていきます。

**毎週水曜日と金曜日が、外来診療日となっております。**

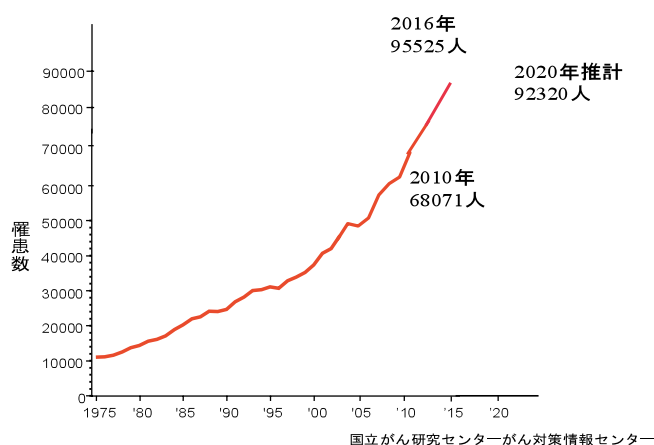
**乳房の症状などで気がかりな事がある方は是非ご相談ください。**

**他院で診療を受けておられる方のセカンドオピニオンもお受け致します。**

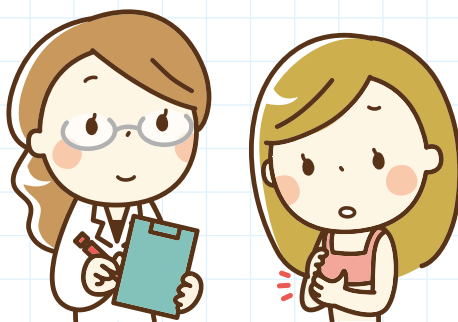
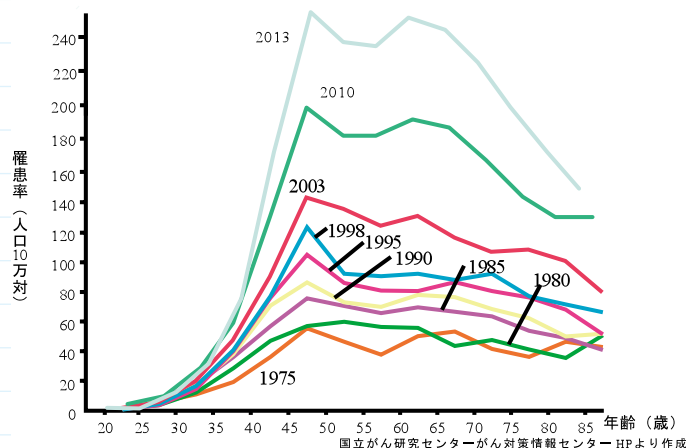
日本人女性が罹患するがんの中で最も多いものが乳がんです。1980年頃には年間およそ1万5千人の乳がんが発生していましたが、その後急速に増加し、2000年には年間4万人、2010年には6万8千人、現在は年間約10万人が新たに乳がん罹患しています。女性10人に一人が一生涯のうち乳がんにかかるという計算になります。

日本人を含むアジアの女性の乳がんの特徴は30代から徐々に患者が発生し、40代で急激に増加、ちょうど閉経期にあたる50歳前後で発生のピークを迎えます。その後緩やかに減少していきます。40～50歳の女性というと子育ての最後の仕上げの時期であったり、お仕事のキャリアで最も必要とされる時期に重なるために、本人だけではなく、家庭的あるいは社会的な損失が極めて大きな病気といえます。

しかし乳がんは体の表面にできるものなので他のがんに比べて発見がやすく、大部分の乳がんはがんの中では比較的進行が緩やかな部類に入るため、定期的な検診で早期に発見すれば完治できる可能性が大きいものです。



年齢別罹患率の推移



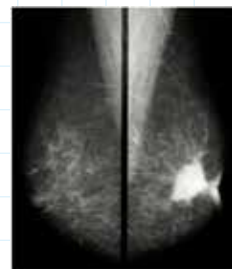
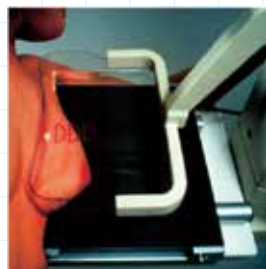
## ● 検診について

がん検診は大きく分けて二つの種類があります。一つは市町村などが行う対策型検診、もう一つは人間ドックなど個人で受ける任意型がん検診です。何が違うかということ、その目的が違います。市町村が行う対策型検診の目的は対象住民の乳がんによる死亡率を下げることにありますので、死亡率が下がることが証明されている検査だけを行い、コストパフォーマンスも要求されます。乳がんの場合は40歳以上で2年に一度のマンモグラフィーがそれにあたります。一方で任意型検診は個人が自分自身を守るために受けますので、死亡率の低下というよりは個々人のレベルでの早期発見を目指します。発見率を上げるためにマンモグラフィーに加え超音波検査や乳房造影MRI検査、場合によってはPET検査なども行われる場合があります。

## ● マンモグラフィーと超音波（エコー）検査の長所、短所

乳がん診療に携わっているとよく質問されるのが、マンモグラフィーと超音波検査のどちらが良いかということです。答えからいうと、この二つの検査は長所と短所が全く逆になっている検査ということになります。

マンモグラフィーの長所は、ごく早期の乳がん（非浸潤がん）でよく見られる微小石灰化を見つけやすいということです。また、乳房全体を1枚の写真として見ることができ、後から再度見直したり、見逃しが



ないか別の医師によるチェックを行うことが可能です。短所としては若い人に多いのですが、乳腺がしっかりとしていると乳腺が濃い白色に写るため（高濃度乳腺といいます）、同じく白く写るしこりが見えにくく見落としが増えることです。40代では30%くらいの見落としが出るとの報告もあります。また乳房をきつく圧迫するので痛みを伴い、放射線の被曝も少ないですがあります。

一方で超音波検査はしこりを見逃すことは少なく検査時の痛みや放射線の被曝はありません。その代わり極早期の微小石灰化を見つけることは困難です。また、検査をする人だけが見ながら気になるところを記録していくので、もし見落としていた場合に後から改めて検査所見をチェックし直すことができません。つまり検査を行う人の技量が重要になります。



40歳代の日本人女性7万3千人を対象に検診でマンモグラフィーだけ行う場合と、マンモグラフィーと超音波を行う場合を比較したJ-START試験の結果ではマンモグラフィーのみでの発見者117人、超音波も同時に行った場合184人と超音波検査を併用したほうが乳がんの発見率は高いという結果も出ています。

初回検診結果  
(非ランダム化群を除く)

	超音波併用	マンモ単独	合計	備考
ランダム化割付数	36,859	36,139	72,998	
適格症例数	36,841	36,122	72,963	不適格症例、同意撤回症例を除く
解析症例数	36,752	35,965	72,717	
要精検数 (要精検率)	4,647 (12.6%)	3,153 (8.8%)	7,800 (10.7%)	
がん発見数 (発見率)	184 (0.50%)	117 (0.33%)	301 (0.41%)	
中間期癌	18	35	53	
感度	91.1%	77.0%		
特異度	87.7%	91.4%		

(2012年度のマンモグラフィー併用検診での全国平均乳がん発見率: 0.31%)

東北大学大学院医学系研究科 日本医療研究開発機構 プレスリリース

なお、40歳未満の女性の検診は高濃度乳腺が多いため、マンモグラフィーではなく超音波検査のみを行うことも多いです。

## ● 自己検診

乳がんは体の表面にできるものなので、自分で触ることも多いものです。経験上1cmに満たない小さな乳がんを自分で見つけてくる方は結構いらっしゃいます。まだ閉経していない場合には生理周期で乳房の硬さが変わりますので、生理が始まった日から10日目の最も乳腺が柔らかくなる時期に触ることが重要です。乳腺は消しゴムくらいの硬さがあり、指でつまむようにするとしこりのように感じますので、つまむのではなく指の腹で胸板に向かって押さえるように触ります。がんのしこりはかなり硬いのでコリッとした感触があります。もちろんしこりを見つけることは大事ですが、いままでと違う感じというのが最も大事です。いつも自分で触っていると今までこんなのはなかったというのがわかると思います。





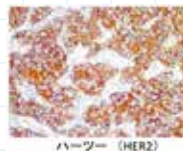
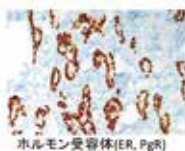
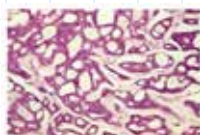
何らかの乳房の症状を訴えて受診した時にはまず触診、マンモグラフィ、超音波検査を行うこととなります。これらの検査で乳がんを疑う所見があった場合には超音波を使用してしこりに針を刺してしこりの組織の一部を採取し（エコーガイド下針生検）病理診断

を行います。石灰化のみの病変など超音波では見えない場合にはマンモグラフィを使って生検を行う場合もあります（ステレオガイド下マンモトーム生検）。

病理検査で乳がんと診断された場合には骨、肺、肝臓などに転移していないか調べるCT検査、骨シンチグラフィなどを行います。また、切除する範囲を決めるために乳房の中でのがんの広がりを確認するための造影MRI検査も行うことがあります。それと並行して生検で採取した組織を用いて、その乳がんの性質を調べるための免疫組織染色（ホルモン受容体、ハーツーなど）による病理検査を追加します。

これらの結果で乳がんの病期（ステージ）と適切な治療法が決まります。

	ハーツー 陰性	ハーツー 陽性
ホルモン陽性	低増殖能 ルミナル A (Ki-67 低)	高増殖能 ルミナル B (Ki-67 高)
ホルモン陰性	トリプルネガティブ	
		HER2 エンリッチ



	N0	N1	N2	N3	M1
転移	リンパ節や他の臓器に転移を認めない	可動性のある腋の下にリンパ節転移がある	可動性のないまたは固定した腋の下にリンパ節転移がある	鎖骨下または肺門にリンパ節転移がある	他の臓器に転移がある
乳房の広がり					
腫瘍の範囲	該当せず	IIA	IIA	IIIC	IV
T0					
T1	I	IIA	IIA	IIIC	IV
T2	IIA	IIIB	IIA	IIIC	IV
T3	IIIB	IIIA	IIA	IIIC	IV
T4	IIIB	IIIB	IIIB	IIIC	IV

早期乳癌 (T1, T2)

局所進行乳癌 (T3, T4)

転移性乳癌 (M1)

骨、肺、肝臓などに転移がなく、がんが乳房と腋のリンパ節までに止まっている場合には完治を目指した治療を計画します。手術、放射線治療、薬物治療を組み合わせ治療を行いますが、この3つの治療の組み合わせや順序はしこりの大きさやリンパ節転移の有無から決まるがんの病期と最初に針で採取した組織の免疫組織染色の結果で決まります。

乳がんが乳房の皮膚に出ている場合やリンパ節への転移が非常に多い場合、鎖骨上下、胸骨の裏側にある内胸リンパ節に及んでいる場合（局所進行乳癌）にはステージ3になりますので、まずは薬による治療を開始して効果があれば手術を行うようにします。

骨、肺、肝臓など乳房外にがんが転移を来しているステージ4の場合には残念ながら完治を目指すのが困難な状態ですので、薬による治療や対症療法的な放射線治療を副作用ができるだけ少なくなるように注意しながら行っていきます。

## ●手術

乳がんの手術は乳房と腋のリンパ節に対して行います。

乳房の手術は乳房をすべて切り取る乳房切除術（全摘手術）と乳腺部分切除術（温存手術）の二通りがあります。

温存手術では、がんのしこりから少し余裕をとって乳腺の一部を切除します。しこりが大きい場合やしこりの周囲のがんの広がり大きい場合には切り取る範囲が大きくなり、良い形を維持できないことがあります。また原則として手術後に約5週間にわたり週5回の放射線治療を行いますので、膠原病などのため放射線治療ができない方や毎日の放射線治療が困難な方は温存手術ができない場合があります。



全摘手術では乳輪乳頭を含めて乳腺を全て切り取りますので、胸のふくらみが無くなります。全摘を行った場合にも腋のリンパ節への転移がある場合には胸と鎖骨上に放射線治療を行います。



手術方法の選択の際に全摘手術と温存手術のどちらが良いのかという質問を受けることがあります。全摘した方がよく治るのではないかと思われるようです。確かに温存手術を行った場合には2～5%程度の割合で切り口の部分に残っ

たがん細胞が増殖して出てくることがあります。手術後2～3年で出てくることが多いのですが、この場合には改めて乳房の全摘を行う必要があります。また、乳腺組織が残っているので、再発ではなく新たな乳がんが発生することもあります。しかし、これまでの多くのデータからは、温存手術後に放射線治療を行った場合には全摘手術と生存率は全く変わりません。したがって、放射線治療が可能で綺麗な形で乳房が残るのであれば温存手術をお勧めすることが多いです。もちろん本人の希望があるということが大前提です。

### 腋のリンパ節の手術

手術前の検査で明らかに腋のリンパ節転移がある場合にはリンパ節の切除を行います。転移があるかどうか微妙な場合には超音波で見ながらリンパ節を針で刺して細胞を取って調べることもあります。リンパ節の切除を行うと、腕のむくみが生じたり、腕が上がりにくくなったり、上腕の感覚が鈍くなったりする後遺症が残ることがあります。生活する上で不便なことになりますので、多くが完治して長生きする病気であるだけに可能であれば避けたい後遺症です。手術前の検査でリンパ節への転移がなさそうな場合にはセンチネルリンパ節生検という方法で手術の際にリンパ節のサンプルのみを採取して転移があるかないかを調べます。リンパ節を全て切除するわけではないので、前述の後遺症はほとんど起こりません。放射性同位元素や色素を使用して乳房にあるがん細胞が腋のリンパ節に流れていく道筋をたどり、最初に流れ着くリンパ節を探して採取します。



もしリンパ節転移が見つかった場合には、転移の大きさや転移のあるリンパ節の個数に応じて手術後の放射線治療の範囲を広げたり、薬の治療を強めにしたりして対応します。まれに転移の規模が予想外に大きい場合には後日腋のリンパ節切除手術を追加することがあります。



## ●放射線治療

乳房温存手術を行った場合には手術して残った乳房に週5回（月～金曜日）5週間、計25回の放射線治療を行います。最近では一定の条件を満たす場合には16回の短期で行う方法も行われるようになってきました。また手術で切り取ったがんの病理検査で、

切り口のごく近くにがん細胞が見られる場合（断端陽性）には、4～5回の放射線治療を追加して万全を期します。腋のリンパ節転移がある場合には手術した側の鎖骨上まで照射範囲を広げます。

全摘手術の場合には腋のリンパ節に転移がある場合に限り手術した側の胸壁と鎖骨上に週5回（月～金曜日）5週間、計25回の放射線治療を行います。

放射線治療は転移、再発の治療にも使用することがあり、主に痛みなどの症状がある部位、骨折や神経の圧迫をきたしそうな部位に対して使用します。

## ●薬物療法

### 手術前後の薬物療法（周術期薬物療法）

乳がんは発見された時点で全身にがん細胞が広がっていると言われています。CTなどの検査で転移がないとされても、検査では見えない細胞のレベルでは全身に転移を起こしている可能性があるということです。

手術前後に行う薬の治療の目的は、このような検査でとらえられない全身に広がったがん細胞を根絶して完治を勝ち取ることにあります。そのために採取したがんの組織の性格を調べ、それに合わせた治療を行っていきます。

がんのタイプ	検査結果	治療法
ルミナルA	ホルモン陽性、ハーザー陰性、 Ki-67 低値	ホルモン療法のみ リンパ節転移多い場合は化学療法追加を考慮
ルミナルB (ハーザー陰性)	ホルモン陽性、ハーザー陰性、 Ki-67 高値	化学療法+ホルモン療法
ルミナルハーザー	ホルモン陽性、ハーザー陽性	化学療法+抗ハーザー分子標的療法+ホルモン療法
ハーザーエンリッチ	ホルモン陰性、ハーザー陰性	化学療法+抗ハーザー分子標的療法
トリプルネガティブ	ホルモン陰性、ハーザー陰性	化学療法

### ホルモン療法

ホルモン受容体陽性の乳がんは女性ホルモンによって成長するので、女性ホルモンの作用を押さえることで治療を行います。5年から10年間の投与を行います。がんの悪性度や進行度によって変わります。

女性ホルモンを減らす方向に作用しますので、ほてり（ホットフラッシュ）や発汗が増えるなどの更年期障害に似た症状が起こりますが通常は軽微です。また、閉経後の方



によく使用されるホルモン療法剤のアロマトラーゼ阻害剤（アナストロゾール、レトロゾール、エキゼメスタン）は骨が弱くなったり関節の痛みがでることがあり、骨粗鬆症のチェックや場合によっては治療を行いながら使用することがあります。また、閉経前後を問わず使用するタモキシフェンは子宮体がんのリスクを少し増やしますので、定期的な婦人科での検査が勧められます。



### 化学療法

いわゆる抗がん剤による治療です。ホルモン受容体陰性の場合にはほぼ必須となる治療で、ホルモン受容体陽性でも悪性度や進行度の高い場合に行うことがあります。



手術前後の抗がん剤治療は決まった投与量を決まった期間内に行うことが大変重要になります。アンスラサイクリン系およびタキサン系と呼ばれる抗がん剤を使用して12週間から24週間のスケジュールで行います。ハーツ陽性の乳がんの場合にはトラスツズマブ（ハーセプチン）やペルツズマブ（パージェタ）といった抗ハーツ分子標的治療を併用します。

以前は手術が終わった後に抗がん剤治療を行っていましたが、最近では、特にホルモン受容体陰性のトリプルネガティブタイプやハーツ陽性の場合には手術する前に抗がん剤治療を行うのが主流になっています。手術前に行うことで実際にその個人にその抗がん剤の効果があるのかがわかります。トリプルネガティブ乳がんでは30～40%、ハーツ陽性では50～60%でがんが消失します。このような方は再発率が非常に少なくなりますし、がんが消えなかった場合には手術後の治療を強めに行うことで再発率を減らすことが可能です。

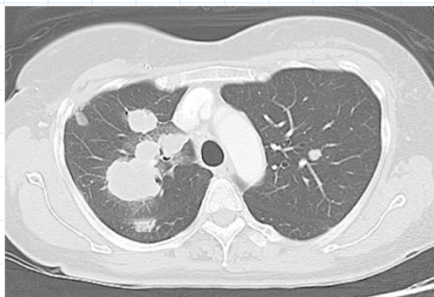
### 進行再発乳がんの薬物療法

手術後の再発や骨、肺、肝臓など乳房外に転移を起こした乳がんは、残念ながら完治



させることは極めて難しくなります。このような場合の治療の目標は病気を治すことではなく、できるだけつらい症状が少ない状態で日常生活が送れる期間を長くすることにあります。そのためには強い治療で頑張っがんを小さくすることを狙うのではなく、最小限の治療でそれ以上大きくしないことが大切です。

## 乳がんの治療



この場合でもやはりホルモンやハーブによるがんの性格をふまえた治療を行います。進行再発乳がんでは薬剤が一旦効果を示しても、ある程度の期間使用しているとがん細胞がその薬に抵抗性となり効果がなくなります。その時点で別の薬剤に切り替えて治療をつないでいくことになります。

乳がんは手術可能な時期に発見して適切に治療を行うことで完治できる可能性が非常に高い疾患です。また、体の表面近くに行けるものなので内臓のがんに比べて容易に発見することができます。

自己検診と定期的な検査を受けて、もしかかってしまっても早期発見できるようにしてください。そして異常を感じたり、検診で精密検査を指示された場合には当院の乳腺外科にご相談ください。

## がんの遺伝

### ● 遺伝性のがん

「親族にがんになった人が数人いるので、うちはがん家系だ」という話がときどき出てきます。確かにがんは遺伝子の異常により起こる病気ですが、実は遺伝するがんはそれほど多くありません。

がんの原因である遺伝子の異常は、大きく二つに分かれます。一つは精子や卵子に入っている遺伝子に異常があるもので、親から子へと受け継がれていきます。これは生殖系細胞遺伝子変異と呼ばれ、遺伝性のがんがこれにあたります。

もう一つは親から受け継いだ遺伝子は異常がないけれど、その後生きてきた過程で放射線や紫外線、化学物質などの発がん性物質にさらされ遺伝子に異常をきたす場合で、体細胞遺伝子変異と呼ばれます。ほとんどのがんがこれに該当し、異常をきたした部分にがんが発生します。精子や卵子の遺伝子には異常がないので子供には伝わりません。ただし、家族は一般的に同じような嗜好で物を食べ、同じような環境で暮らすのでがんになりやすい環境を共有していることが多いため、家族内で特定のがんが発生することがあります。

主な遺伝性腫瘍

主な腫瘍	遺伝性腫瘍の病名	その他にできやすいがんの例
大腸がん	リンチ症候群（遺伝性ポリープ病） HNPCC 家族性大腸ポリープ症 （家族性大腸腺腫症）	子宮体がん、卵巣がん、腎がん、小腸がん、肺癌がん、腎臓（じんろう）・尿管がん
乳がん、卵巣がん	遺伝性乳がん・卵巣がん症候群	腎がん、十二指腸がん、子宮体がん
骨軟部肉腫	リー・フラウメニ症候群	乳がん、急性白血病、脳腫瘍、悪性肉腫
皮膚がん	遺伝性黒色腫	膵がん
膵臓がん	ウェルムス腫瘍（膵管腫） 遺伝性乳癌膵臓がん	
脳腫瘍	フォン・ヒッペル・リンデウ症候群	網膜血管腫、小脳・延髄・脊髄の血管芽細胞腫、腎・肝・膵臓等の肉腫・腫瘍
眼のがん	網膜芽細胞腫（もうまくがさいぼうしゅ）	骨肉腫、肉腫
内分泌系（ホルモンを分泌する臓器）の腫瘍	多発性内分泌腫瘍症（MEN）1型 多発性内分泌腫瘍症（MEN）2型	下垂体・副甲状腺・副腎・膵臓腫瘍または過形成 甲状線腫瘍がん、副甲状腺腫瘍九悪性、胸腺癌腫瘍

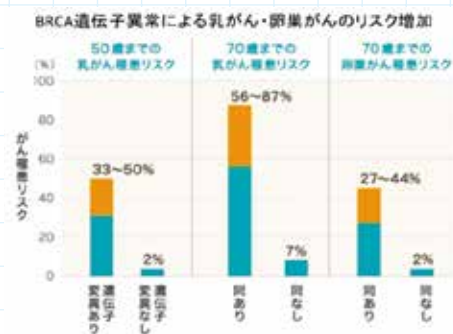
## ● 遺伝性乳がん

乳がんに関しては日本人女性で最も多いがんですので、家系に女性が多くいる場合には親族に数人の乳がん経験者がいるのは珍しくありません。しかし、乳がん全体の5～10%が親からもらった遺伝子の異常で発生する遺伝性乳がんといわれています。遺伝性乳がんの原因となる遺伝子は数種類が知られていますが、その中でも圧倒的に多いのがBRCA遺伝子の異常で、乳がんが約80%、卵巣がんが約50%の確率で発症します。遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) と呼ばれる疾患です。

乳がんが起り得る遺伝性腫瘍症候群

遺伝子	関連症候群	染色体部位
BRCA1	遺伝性乳がん・卵巣がん症候群	17q21
BRCA2	遺伝性乳がん・卵巣がん症候群	13q12-13
p53	リフラウメニ症候群	17q
PTEN	カウデン病	10q
ATM	毛細血管拡張性運動失調症	11q
STK11	ポイツ・イェーガー症候群	19q

\*Hereditary breast ovarian cancer syndrome



2013年に米国の女優のアンジェリーナ・ジョリーさん(当時37歳)が自身がこの遺伝子の異常を持っていることを告白し、乳がんや卵巣がんが発症する前に予防的に両方の乳房、その後に卵巣卵管の切除を行ったことでこの疾患が有名になりました。アンジェリーナ・ジョリーさんは母親が乳がんと卵巣がんにかかり56歳で亡くなっており、母方の祖母も乳がんのため61歳で亡くなっています。

母親も祖母もBRCA1遺伝子の異常があったことが判っており、アンジェリーナ・ジョリーさんはかなりの確信を持って遺伝子の検査を受けたようです。

BRCA遺伝子にはBRCA1とBRCA2の二種類があり、どちらも遺伝子が損傷を受けた時にそれを修復する働きを持っています。この遺伝子が故障すると、放射線や紫外線、化学物質などで遺伝子が傷ついたときに修復ができなくなり、その細胞ががん化してしまいます。

BRCA遺伝子の異常は常染色体顕性(優性)遺伝で片方の親が遺伝子異常を持っていた場合、子供が異常な遺伝子を受け継ぐ確率は1/2です。

卵巣がんは女性にしか発生しませんし、乳がんは99%が女性ですので、遺伝性乳がん卵巣がん症候群はほとんどが女性です。しかし、親がBRCA遺伝子変異を持っている場合には男性でも女性と同じくこの遺伝子の異常が1/2の確率で伝わります。男性の場合にも乳がんの発症リスクが高くなりますし、隣がんや前立腺がんも通常より2～6倍リスクが高くなりますので男性であるからといって安心できるわけではありません。さらに、その男性に娘ができた場合には、その娘が遺伝子異常を受け継いで乳がんや卵巣がんのリスクが高くなる可能性を持つことになります。

最近では核家族化が進み、少し遠い親戚になるとどのような病気にかかったのか分からないことも多いようです。父方、母方の祖父母、おじおば、甥姪、孫までが第2度近親者といわれ(法律での二親等とは違う)、本人と1/4の遺伝子を共有しているため遺伝病の診断には大変重要です。可能であれば盆正月、冠婚葬祭など親族が集まった機会に情報を収集しておくことが大事です。



**法律用語**

- 一親等 親、子
- 二親等 同胞（兄弟姉妹）、祖父母、孫
- 三親等 おじおば、おいめい
- 四親等 いとこ

**医学用語**

- 一度近親 遺伝子の 1/2 を共有 親、子、同胞
- 二度近親 遺伝子の 1/4 を共有 祖父母、孫  
おじおば、おいめい
- 三度近親 遺伝子の 1/8 を共有 いとこ

## ● 遺伝性乳がんを疑う基準

では、どのような人が遺伝性の乳がんの可能性を持っているのでしょうか。わが国で遺伝性乳がんの状況を統括して診療ガイドラインなども作成しているHBOCコンソーシアムでは下記のようなチェックリストを提供しています。

### 日本HBOCコンソーシアムのチェックリスト

母方、父方それぞれの家系について、以下の質問にお答えください。  
あなた自身を含めたご家族の中に該当する方がいらっしゃる場合に、にチェックを入れてください。

- 40歳未満で乳癌を発症した方がいますか？
- 年齢を問わず卵巣癌(卵管癌・腹膜癌含む)の方がいらっしゃいますか？
- ご家族の中でお1人の方が時期を問わず、原発乳癌を2個以上発症したことがありますか？
- 男性の方で乳癌を発症された方がいらっしゃいますか？
- ご家族の中でご本人を含め乳癌を発症された方が3人以上いらっしゃいますか？
- トリプルネガティブの乳癌といわれた方がいらっしゃいますか？
- ご家族の中に *BRCA* の遺伝子変異が確認された方がいらっしゃいますか？

上記の質問に1つでも該当する項目があれば、あなたが遺伝性乳癌卵巣癌症候群(HBOC)である可能性は、一般よりも高いと考えられます。

この中の項目に一つでも該当するものがあれば遺伝性乳がん卵巣がん症候群の可能性が出てきますので、遺伝子検査の対象になります。乳がんや卵巣がんとすでに診断されている方に関しては保険診療となりますが、未発症の方は自費診療となります。また、遺伝子検査を受けるにあたって、遺伝の専門家から詳しい説明を行う「遺伝カウンセリング」を受けることができます。遺伝子検査は自分自身以外に親族にも影響を与える可能性がありますので、そのような事も理解しておくためにも必要な過程になります。

## ● 遺伝性乳がんと診断されたら

では、実際に遺伝子検査を受けて異常があるとされた場合にはどのような事になるのでしょうか。

乳がんと診断されている方が遺伝子異常があると判明した場合には手術の方法が変わることがあります。乳がんがあまり大きくなく普通であれば乳房を残す温存手術が可能な場合では残した乳房と反対側の乳房に今後新たな乳がんが発生するリスクが高くなり、また通常は温存手術後に放射線治療を行います。BRCA遺伝子の異常がある場合には放射線治療が新たながんの発生するリスクを上げますので、温存手術はお勧めできず（絶対できないという訳ではありませんが）乳房の全摘が望ましいとされています。また、対側の乳房の予防切除や卵巣卵管の予防切除も行うことがあります。

乳がん、卵巣がんが未発症の方も前述のアンジェリーナ・ジョリーさんのように卵巣卵管と両側の乳房の予防切除を行うこともできますが、わが国では保険では行うことができず自費診療となります。タモキシフェンという乳がんの治療薬を予防的に飲んだり、卵巣がんの予防目的で経口避妊薬を飲んだりする方法もありますが、これもわが国の保険では認められていません。

乳がんに関しては検診をしっかり行うことで早期発見、早期治療を目指します。卵巣がんは乳がんに比べて発生頻度は高くありませんが、もともと発見が極めて難しい病気であり、そもそも検診自体がありません。経膈超音波検査や血液検査で早期の発見に努めますがなかなか困難であり、進行した状態でやっと診断がつくことも稀ではありませんので卵巣に関しては予防切除が最も効果的な方法と思われるかもしれません。また閉経前の方の場合、両側の卵巣を切除することで乳がんの発生リスクを下げることもできるというメリットもあります。

BRCA遺伝子異常を持つ方は25歳頃より乳房MRIを用いた検診が推奨されていますが、現時点では乳がんや卵巣がんが未発症の場合には保険診療では行えず、自費での検査となります。

遺伝による病気というのは患者本人のみならず血の繋がりのある親族や今後生まれてくる子孫にも関わるものです。そのためあまり触れたくないという気持ちになりがちなのですが、触れなかったからといって病気にならなくなる訳ではありません。遺伝性のがんも通常のがんと同じように早期発見で完治できるものも少なくなく、特に乳がんは早期発見しやすいもので、その気になれば予防的切除手術も可能です。見ないようにするのはなく、しっかり見たうえで可能な対策をしっかり行う方がより安全ではないでしょうか。

気になる方は是非乳腺外科にご相談ください。