

千葉県乳腺診断フォーラム

ア ト ラ ス 第 3 号

第7回千葉県乳腺診断フォーラム 平成14年2月23日：幕張メッセ国際会議場

当番世話人 千葉大学大学院臓器制御外科学 鈴木 正 人

症例検討会司会 千葉大学大学院臓器制御外科学 長 嶋 健

千葉大学大学院臓器制御外科学 鈴木 正 人

ミニレクチャー「針生検・マンモトーム[®]の現状」

「手技の実際」 千葉県対がん協会検診センター 橋本 秀行 先生

「病理診断」 千葉大学大学院臓器制御外科学 矢形 寛 先生

平成10年に千葉県乳腺診断フォーラムの開催準備を始めてから今年で足掛け5年目となりました。宮内充先生の後任として代表世話人を仰せつかり平成14年2月23日土曜日に第7回のフォーラムを開催させていただきました。今回は発足当時のこの会の目標を再度念頭において企画させていただきました。千葉県の乳腺の勉強会は乳腺疾患にたずさわるすべての分野の方々がその構成員であるという特色があります。これは他県ではみられないことで、本フォーラムも各分野の方々が乳腺疾患の「診断」において共通の認識をもつのが目標です。今回も110余名のご参加をいただきましたが、医師（外科医、放射線科医、病理医）は3割弱で大多数がコメディカルの方々（放射線技師、細胞検査士、臨床検査技師、看護師、ほか）でした。全体の3分の1が初参加の方、3分の2が複数回参加の方で、この比率は前回までと同様です。ディスカッションの時間を多くとるために症例検討を2題とし、幅広い参加者層に対応するために1題は比較的易しいもの、1題はやや難解なものとししました。そして、第6回までは特別講演として県外から各種診断分野の講師をお招きしていましたが、今回は実践的な話題を焦点にして、昨今の臨床の場でしばしば問題になる針生検を主題に、その手技と病理診断について千葉県対がん協会の橋本秀行先生と千葉大学臓器制御外科学の矢形寛先生に「ミニレクチャー」として講義をお願いしました。症例検討はとにかく「重箱の隅をつつく」ようなものになりがちですが、それでは日常の臨床に役立つとはいえません。明日の現場に活用できる症例を題材にして参加した皆様に少しでも喜んでいただける内容を心がけたいと思っております。今回のアンケートで皆様から戴いたご意見を次回以降に反映させ、より一層充実した研究会になるようスタッフ一同鋭意努力いたしたいと存じます。

千葉県乳腺診断フォーラム代表世話人 千葉大学大学院臓器制御外科学 鈴木 正人

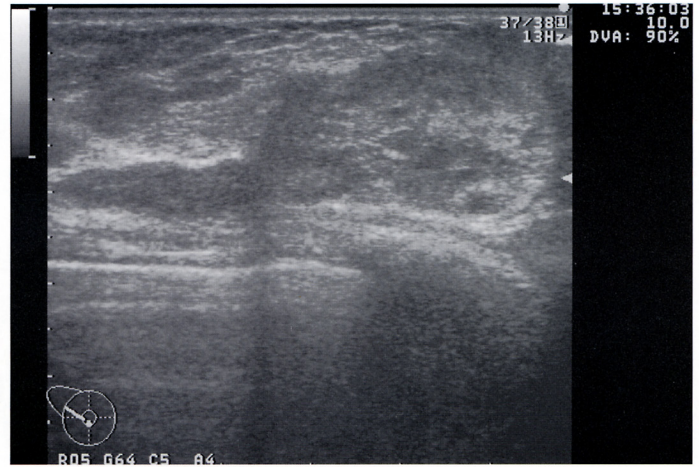
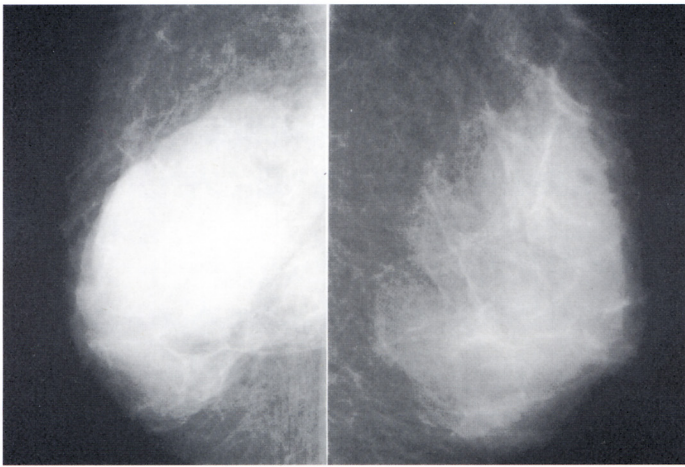
共催：千葉県乳腺診断フォーラム

日本化薬株式会社

明治製菓株式会社

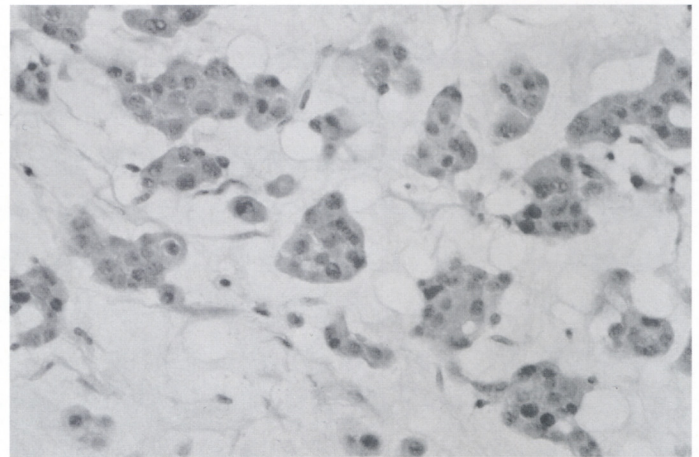
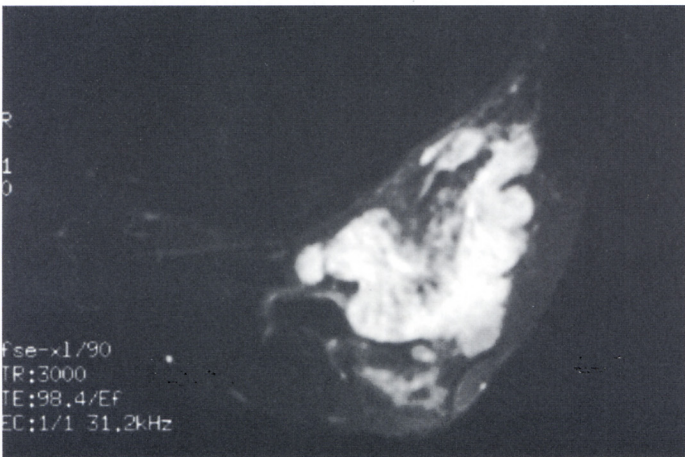
症例 1 72歳, 女性

局所所見: 右乳房DCE領域に5×7cm腫瘤



MMG: 右DCE領域に高濃度腫瘤を認める. 形状は分葉状で辺縁は比較的平滑だが, 一部評価困難である. 高齢であることも考慮に入れるとカテゴリー4となる.

US: 境界は比較的明瞭だが, 内部は高エコーと低エコーが混在し不均一である. 腋窩方向に向かって低エコー領域の進展があり大胸筋への浸潤を疑う.



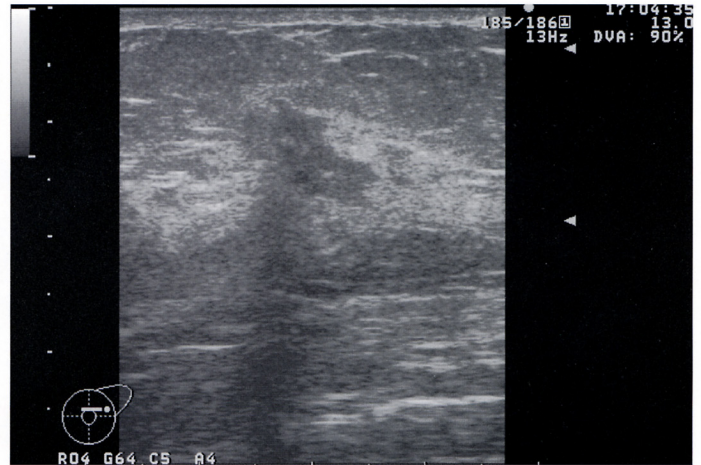
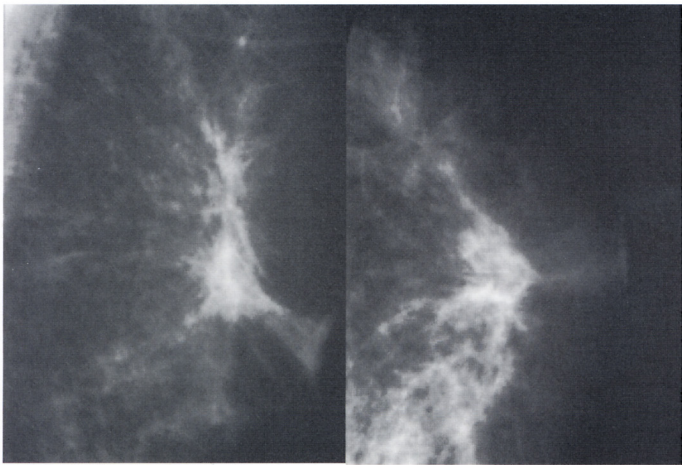
MRI: T2強調画像にて分葉状の著明な高信号を呈する腫瘤であり, 大胸筋への浸潤を疑う. ダイナミックスタディでは時間強度曲線にて急峻な立ち上がりとプラトーを呈する悪性パターンであった.

病理: 癌胞巣が粘液の中に浮遊するように存在している. 部位により癌胞巣主体の所と粘液主体の所がみられた. 他の組織型の混在はなく診断は純型粘液癌である.

高齢者で高エコーを呈する腫瘤をみた場合, 真っ先に挙げるべき診断は粘液癌である. 粘液癌はMRIにおいてT2強調画像で著明な高信号を呈することも大きな特徴のひとつである. 但し大胸筋へmassiveに浸潤し, リンパ節転移も存在しそれら全て粘液癌の像であったことは特筆すべきである. 純型粘液癌の予後は一般に良好だが, リンパ節転移はときに認められ(4~26.4%), 通常型乳癌と同様これが予後不良因子となることから本症例は注意深い術後観察が必要である.

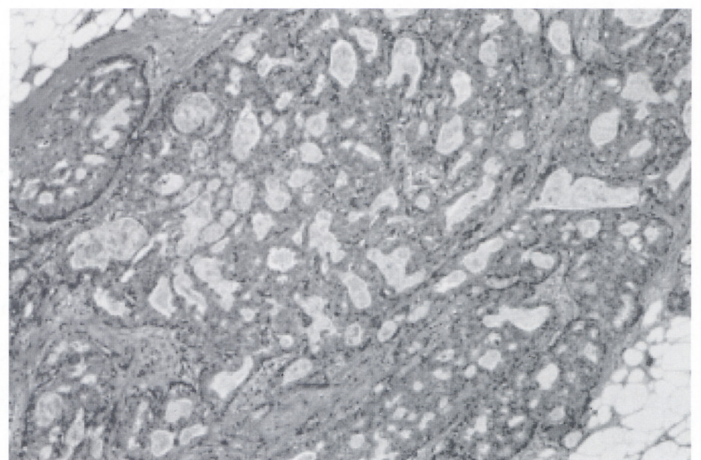
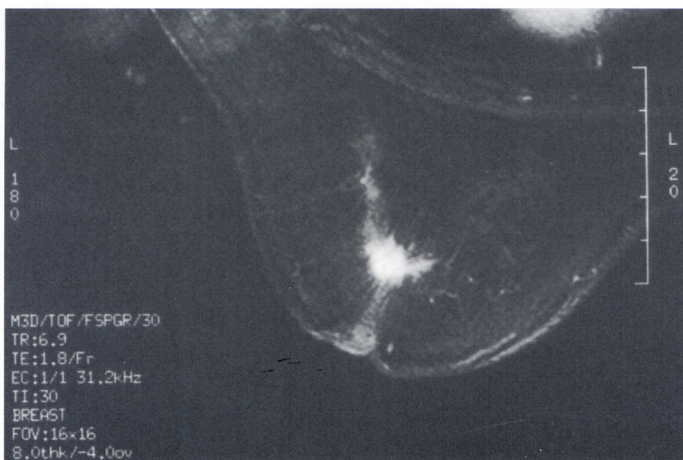
症例 2 54歳, 女性

局所所見: 左乳房CA領域に硬結



MMG: 左CA領域に頭外側に向かって広がるdistortionを認める. 中心部に高濃度部分, つまりコアを伴うか否かについては意見が分かれ, カテゴリー 4~5と判定した.

US: 境界不明瞭な低エコー域を認め, 後方エコーは一部減弱している. 但しMMGに比し病変は小さく腫瘍としてのインパクトに欠ける.



MRI: 造影早期相で濃染する不整な造影域を認め, MMGのdistortionに一致している. ダイナミックスタディでは悪性パターンを示していた.

病理: 乳管内に増殖し篩状構造を呈する非浸潤性乳管癌である. ベースに硬化性腺症が存在しその中を癌細胞が比較的広範に進展していた.

各画像からまず鑑別として挙げられたものは硬癌および小葉癌であり, これは適切な判断である. しかしMMG, MRIに比し触診, USで今ひとつ腫瘍としてのインパクトに欠けたことは診断を慎重にさせるポイントである. 更に細胞診では乳腺症の診断であり画像診断と一致しなかった. このよう症例は病理診断も難しいことが多く, 決して術中の迅速診断にゆだねてはならず針生検や切開生検をまず試みるべきである. 本症例は硬化性腺症の中に癌が進展したためにスピキュラを伴うような画像を呈したと考えられる. 鑑別診断としては硬癌, 小葉癌, 非浸潤癌の他に硬化性腺症, 放射性瘢痕, 術後瘢痕などが挙げられ, 注意して診断に当たらなければならない.

ミニレクチャー 「針生検・マンモトーム®の現状」

「手技の実際」

千葉県対がん協会検診センター 橋本秀行

近年、乳腺疾患の組織診断に針を使用した生検法が行われるようになった。針生検と言っても組織採取のメカニズムによってスプリングを利用したガンタイプの生検法(以下コア針生検)や、吸引を使用した吸引式乳房組織生検法(マンモトーム®)があり、生検針の特徴や病変の性状(腫瘍、石灰化)により適切な方法を選択する必要がある。

針生検を行う上で最も大切なことは目的の病変を確実に採取することである。針生検は穿刺吸引細胞診と同様MMG、US下に施行することが重要で、針と病変の位置関係や確実に当たっていることをリアルタイムに確認する必要がある。また、画像上でストローク(組織採取時に進む針の長さ)との関係や針を進める方向を考慮することにより気胸等の合併症も防ぐことが可能である。検査時間は、マンモトーム®が平均30分、コア針生検が5分と外科的生検に比べ短時間に施行できることも特徴であり患者への肉体的負担も少ない。採取する標本数に関しては各施設においていろいろな意見が出されているが、合併症をできるだけ少なくするためにも最小限にとどめるべきと考える。当施設では、MMG下のマンモトーム®において98%の症例で5本以内に石灰化を採取できており、コア針生検では2~3本が適切と考えている。針生検は不必要な外科的生検を避けることができ、低侵襲で非常に有用性が高い方法である。適応と手技には十分配慮し施行することが望ましい。

「病理診断」

千葉大学大学院臓器制御外科学 矢形 寛

USで確認できる病変は穿刺吸引細胞診(FNAC)で90%以上診断可能である。したがってコア針生検はFNACで診断できない病変を適応としている。当教室では現在バードモノプティ®(太さ16ゲージ、ストローク22mm)のものを使用しており、標本採取量がよく病理診断の立場からもこの大きさが望ましいと考えている。また採取された標本は丁寧に伸ばした状態で紙に載せホルマリン固定を行うことが必要不可欠で、それにより質の良い標本作製が可能となる。決して微小な標本を無造作にホルマリンにつけることがあってはならない。乳管内乳頭状病変では良悪の判断に迷い、切開生検が必要となる場合もあるが、悪性を強く疑えば断端を十分含めた切除にするなど針生検の情報が極めて重要となる。標本の質が劣る迅速病理診断は極力避けるべきであると考えており、良悪の鑑別のための迅速組織診は当教室では行っていない。

微細石灰化などMMG以外で確認できない病変に対してはステレオガイド下マンモトーム®生検が良い適応であり、今後急速に普及していくものと思われる。それにより早期診断を積極的に行うことが可能となってきた。しかしこれらの病理診断は極めて難しい症例が少なからず存在する。マンモトーム®により正しい診断を得るためには、それを行う医師、技師の技量と連携が重要なことは言うに及ばず、乳腺病理に精通した医師の存在も不可欠であり、導入には慎重を要する。

指定医薬品 要指示医薬品^注




オメガシン®

BIPM

いのちの輝きを見つめる


Meiji

乳癌治療剤 劇薬・指定医薬品・要指示医薬品^{*}



フェアストン錠 40・60

クエン酸トレミフェン製剤
Fareston Tab.40・60

資料請求先  **日本化薬株式会社**
東京都千代田区富士見一丁目11番2号