

（3）非浸潤癌

乳癌の増殖が乳管内あるいは小葉内にとどまっている非浸潤癌は非浸潤性小葉癌と非浸潤性乳管癌に分けます。前者はまれですが、後者は長期の追跡で3%から35%程度が浸潤癌となりましたので、一種の前癌病変と考えられ、嚴重な追跡が必要です。

非浸潤性乳管癌は病理学的に乳頭状、乳頭管状、篩状、充実性、面皰(コメド)状の形を示し、各々で悪性度が異なる可能性があります。

非浸潤性乳管癌はマンモグラフィー検診で、多くは微小石灰化像の存在により診断されるようになり、最近頻度が益々高くなっています。このようなマンモグラフィーで発見された非浸潤癌(乳管内癌)がどれだけ浸潤癌に移行するかは不明ですが、生検のみを行った後の3-10年後に28%が浸潤癌となったという報告があります。

このような非浸潤癌は乳管内で大きくなり(ブロッコリーのような形のこともあります—実際の大きさは数ミリ以下です)、時に崩壊して、出血し、乳管を通じて、乳頭(乳首)からの出血や分泌液として症状を表します。このような場合には乳頭からの液の細胞診を行うと、癌細胞が検出されることがあります。また、比較的大きな乳管にできた場合には、乳管内視鏡により診断できることもあります。

また、乳管内癌が崩壊し、壊死すると、そこにカルシウムが沈着し、前述の石灰化の像としてマンモグラフィや超音波検査で発見されるのです。

非浸潤癌を早期の乳癌として取り扱うべきか否かが問題となり、また乳房切除術を行うべきか、乳房温存療法を行うべきについても論争があります。いずれにせよ、疑わしい微小石灰化像の部分の切除と切除断端の癌細胞の陰性であることの確認が必要です。とくに非浸潤癌は乳管に沿って広範囲に進展する場合がありますので、ときに広範囲の切除が必要な場合があります。部分切除と照射もよく行われています。部分切除と抗エストロゲン剤のタモキシフェンと部分切除のみの無作為比較試験で、タモキシフェンの投与の有効性が示されています。年齢、腫瘍の大きさ、組織像のタイプ、核グレード、コメド型での壊死像、ホルモンレセプターの有無などにより、治療法の選択が行われます。現在では、部分切除+照射+タモキシフェンが最もよい治療であるという意見が多いようです。

次回からは浸潤癌について述べます。