

乳がんの診断アルゴリズム

乳がん診療は、診断技術の進歩により良・悪性の判定を、早期に低侵襲で行うことが可能となってきました。その中で乳腺外科医による視触診、乳腺超音波検査、放射線画像診断医によるマンモグラフィ読影は病変の存在診断または質的診断も行える乳がん診断の3本柱です。さらに病変のある場合、上記3本柱の乳がん診断に細胞診や組織診などの病理診断を追加することで乳腺外科医、放射線画像診断医、病理診断医による総合的な判定が可能となります。また、病変の存在が不明確である場合やがんの広がり判断する方法として乳腺 MRI があります。

まずは乳房に違和感または腫瘍や硬結を自覚または指摘された場合、40 歳以上なら視触診の後、マンモグラフィを第一に行います。その結果カテゴリー 3 以上の腫瘍または FAD を認めれば超音波でその部位を確認します。超音波でカテゴリー 3 以上の所見が得られれば細胞診または組織診などの病理学的診断を行います。また、マンモグラフィでカテゴリー 3 以上の石灰化を認めた場合、超音波でその部位を確認します。必ずしも超音波で指摘できることは多くなく、確定診断にはステレオガイド下マンモトーム生検の必要となることが多いです。

次に 40 歳以下ならば視触診の後、マンモグラフィを行います。背景乳腺濃度が高いことが多いため 40 歳以上と比べて情報量は少ないので、超音波でカテゴリー 3 以上の病変の有無を確認します。超音波でカテゴリー 3 以上の所見が得られれば上記で述べたように病理学的な診断を追加します。

ここで、問題となるのはマンモグラフィでカテゴリー 3 以上の所見を認めても超音波でカテゴリー 3 以上の所見を指摘できない時、マンモグラフィまたは超音波で DCIS を疑う時、または乳がんのリスクが高い場合に関しては乳腺 MRI を併用することにより診断精度が上がる場合があります。

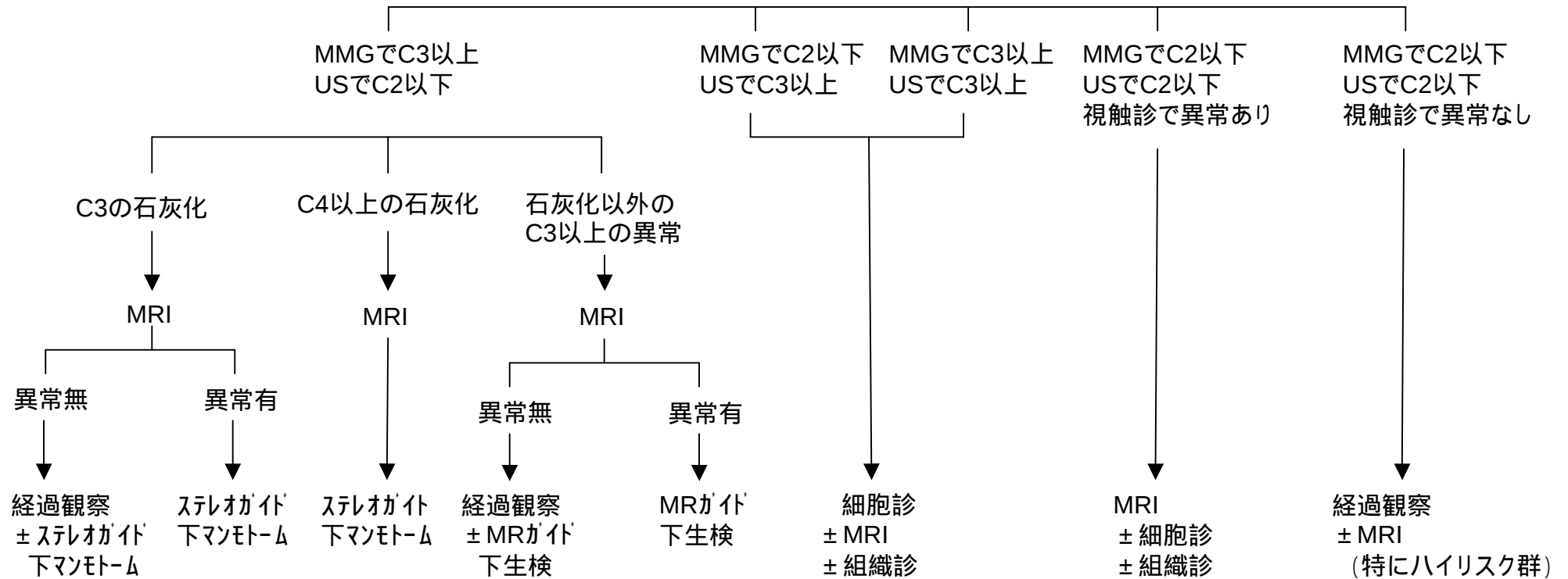
病理学的診断をおこなう場合は細胞診、針生検、エコーガイド下マンモトーム、ステレオガイド下マンモトーム、切開生検などがあります。これらは使い分けが必要です。先ほど述べたように超音波では病変を指摘できず、マンモグラフィのみで病変が指摘されるような石灰化に対してはステレオガイド下マンモトームが有効であり、超音波で腫瘍を指摘できる場合、嚢胞など内部に液体貯留を疑うときは細胞診、小さい病変や十分な組織量で確認したい場合はエコーガイド下マンモトームが有効です。切開生検はあくまで診断方法の最終手段と考え、可能なら低侵襲な方法から選択することが重要と思われます。

また、乳頭異常分泌に関しては色、単孔性か多孔性か、片側か両側か、量などを確認しながら乳汁中の CEA 値の測定や分泌物細胞診を行います。その際、マンモグラフィと超音波も行うことによりどちらかでカテゴリー 3 以上の所見が得られれば上記の精査に準じて行い、両者カテゴリー 2 以下で血性や乳汁中の CEA 値の高値、分泌物細胞診でクラス 異常なら乳腺 MRI にて病変の有無を確認することが必要です。

以上のように乳がんの診断は単なる知識の蓄積だけでなく、画像を見抜く感性や病変の採取技術、各検査結果を対比させ総合判断のできるチーム医療が大切です。

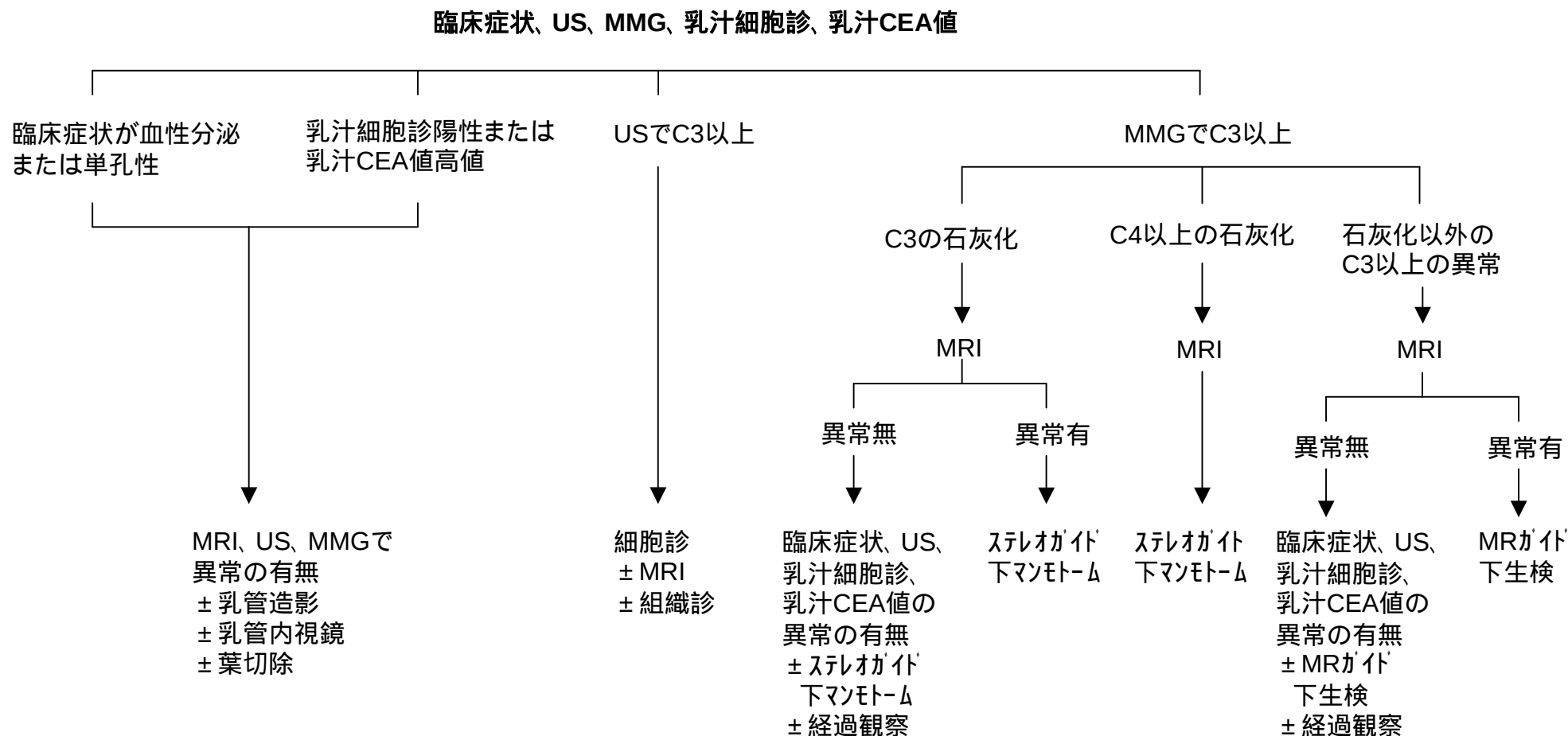
乳房に違和感、腫瘍や硬結を自覚(または指摘)された場合

視触診、US、MMG



C:カテゴリ

乳頭異常分泌の場合



C: カテゴリー