

市民公開講座「女性のがん治療は変わる？ —未来への展望—」Q & A

平成23年10月1日に市民公開講座「女性のがん治療は変わる？ —未来への展望—」を開催しました。皆さまから寄せられたご質問にお答えいたしますので、ご参考になさってください。

[→子宮がんのページ](#)

[→乳がんのページ](#)

HPV(ヒトパピローマウイルス)ワクチンほどの病院で行っているのか？ その費用は？

1回約15,000円程度で、岡山市のほとんどの病院や開業医さんで受けられます。

当院でも子宮頸がんワクチンの接種を行っています。

詳しくは下記のページをこちらをご覧ください。

[→産婦人科のワクチンのページ](#)

[ジ](#)

2価ワクチンと4価ワクチンは病院によって違うのか？ 以前は公費負担は2価ワクチンだけだったが、希望すれば4価ワクチンも接種できるのか？

採用しているワクチンは病院によって異なるので、直接問い合わせていただくのがよいと思います。

4価ワクチンも公費の対象ですが、今年度の予算は決まっているので、今後新たな公費対象は新年度にならないとわかりません。

公費対象外の自費での接種は、希望するワクチンの接種が可能ですが、どちらのワクチンも併用して接種する(例えば1回目は2価ワクチン、2回目以降は4価ワクチン)ことは効果の検証がされていないため、できません。

HPVワクチンの有効年数は？ 一生のうちに何回も接種しないといけないのか？

サーバリックスの場合、約20年は自然感染で得られる抗体価より数倍以上高いレベルを維持すると予測されています。6～7年間は高い抗体価(自然感染時に比べ約11倍以上)が証明されていますが、使用可能となったのは2006年からとまだ日が浅いので、今後の検討で再接種が必要かどうか判明すると思います。

マンモグラフィとPET-CTではどちらががんを見つけられるのでしょうか。

PET-CTでは、現在行われているマンモグラフィと視触診を併用した乳がん検診より乳がん検出率は低く、早期乳がん率も劣っています。

マンモグラフィと視触診を併用した乳がん検診の方が乳がんを見つけられると言えます。

以前マンモグラフィで石灰化ありと記されたことがあります(数年前?) 要検査ではなかったのですが、異常だったのでしょうか。

石灰化がすべて異常とは限りません。異常な石灰化の中でも、悪性の可能性がある石灰化と明らかな良性の石灰化が存在します。悪性の可能性がある石灰化の場合に精密検査となります。要精査でなかったのなら、悪性を疑う石灰化ではなかったのだと思われます。

66才です。乳がん検診を1年に1度受けているのですが、触診のみの検査です。マンモグラフィは受けていませんが、時々は受けた方がよいのでしょうか。現在は異常がないので触診だけにしています。

現在、厚生労働省の指針では「40歳以上の女性は2年に1度、マンモグラフィと視触診を併用した検診を受けるのが望ましい」とされています。

触診のみの検診では、乳がんの発見率、早期に見つけられる率がいずれもマンモグラフィ併用検診に比べて劣っていますので、乳がんによる死亡率を減らす効果がないとされており、推奨されていません。ですからあなたの場合も2年に1度、マンモグラフィと視触診を併用した検診を受けてください。

補足ですが、検診は自覚症状がない人が受けるもので、異常を感じたら検診ではなく病院を受診してください。また、触診で異常があったときだけマンモグラフィを撮るのでは、触診で見つからないがんは見つけれませんので、早期発見にはつながりません。

母が乳がんになったので、私も年に1回視触診と超音波検査(30代です)を受診しています。より乳がんの発見を早めるためには半年に1回検診を受けた方がよいのでしょうか。

母親が乳がんになった場合、娘も乳がんにかかる危険性は高くなると言われています。そのため、早い時期から検診を受けることは重要とされます。

30代の方の乳腺は発達していることが多く、マンモグラフィと超音波検査では超音波の方が内部が分かりやすいことが多いのですが、個人差があり、マンモグラフィでよく見える場合もあります。また、マンモグラフィでしかわからない乳がんも存在します。併用も考えてよいのではないのでしょうか。

遺伝性乳がんのように乳がんのリスクがかなり高い人では、1年ではなく、半年ごとに検査を受ける選択もあるでしょうが、一般的には1年1回の検診でよいでしょう。また、家族性乳がんがすべて遺伝性とは限りません。ご心配でしたら直接医師にご相談なさってはいかがでしょうか。

国の指針では40歳以上で2年に1度とのことですが、20代後半～30代での死亡率が高くなっています。この年代に対して視触診や超音波が推奨されていますが、マンモグラフィでは有効ではないのでしょうか。この世代が最も効果的に乳がんを見つけるためには何をすればいいのでしょうか。

確かに日本人女性の乳がん罹患率・死亡率は全体に増加しており、20代後半～30代でも増加しています(全年代を比較してこの年代が突出しているわけではありません)。ですが、この年代に対する、乳がん検診の方法は確立したものはまだできていません。

このような若い年代の方の乳腺は発達しており、マンモグラフィでがんを見つけるのは難しいことがあります。また、40代以上に比べて乳がんが少ないこともあり、40歳以上の方へのマンモグラフィ検診は有用であることは分かっていますが、30代については有効であるというデータは得られていません。

マンモグラフィに比べて超音波検査では、発達した乳腺の中の乳がんを見つけやすいと言われています。そこで現在マンモグラフィで行われている40代の乳がん検診に超音波検査を加えてどの程度有効であるかを調べる調査(J-START:乳がん検診における超音波検査の有効性を検証するための比較試験)が厚生労働省の「指定研究」として進行中です。

この結果で有効性が確かめられれば、次に30代の乳がん検診への導入が検討されるかと思われます。ただし、20代後半から30代でも乳がんは確かに増えていますので、何か検診を受けたいということであれば、一般的に20代後半から30代の若い方で近い血縁に乳がんの方がいるなど、乳がんのリスクの高いひとでなければ、まずは超音波検査と視触診を受けられるのがよいかと思われます。

30代後半位からは、一度マンモグラフィをとってみて、どの程度見やすいか(乳腺が退縮しているか)によってマンモグラフィを受けるかどうか決めるのもよいと思われます。

超音波検査に関しては、マンモグラフィ検診のように装置の性能や検査技師(あるいは医師)の資格、所見の拾い上げ基準等がまだ十分に確立しておらず、また後から検査の検証が難しいというデメリットもあります。このことを理解した上で、信頼できる検診施設を選ばれることをお勧めします。

近い血縁に乳がんの方がいるなど、乳がんリスクの高い人では前のQ&Aを参考になさってください。

乳腺エコーの有用性について教えてください。

比較的若い方では乳腺が発達しており、マンモグラフィでは白く写るので、同じく白く写るしこりは見つけにくくなっています。

これに対して乳腺超音波検査(乳腺エコー)は発達した乳腺の中でもしこりを見つけやすいということが最大のメリットと言えます。

この他に、たとえしこりがあっても、その中身が完全に水で、心配ないものか、細胞があって精密検査が必要かも見分けることができます。また、検査に痛みがなく、放射線被曝もありません。ですが超音波検査では見つけにくい、マンモグラフィのみで分かる乳がんもあります。

また、前のQ&Aに示したようなデメリットもありますので、検診において乳腺超音波検査を受けられるときにはご理解が必要と思います。診療、精密検査ではマンモグラフィと超音波検査はそれぞれの長所を生かして、どちらも行われるのが普通です。

若年の方でもMMG下でマンモトーム穿刺を実施するのですか。

マンモグラフィ下でのマンモトーム生検の実施に年齢は関係ありません。

若年者だからしないということはありません。むしろ整容性が保たれる点では若い人には向いていると思われます。

針生検の後の痛みはあるのか？

局所麻酔で行いますので殆どの場合施行後痛みを訴える方はいらっしゃいませんが稀に軽い痛みを訴えられる患者さんがいます。その方には鎮痛消炎剤を頓用で処方しますが内服される方は少ないようです。

乳がんになったらまた片方もなると聞くが本当か？

一般の人が乳がん罹患するのと同程度には発生しますので1年に1回の検診は受けましょう。いずれにしても正常の人よりリスクは高いと言わざるをえません。

エキスパンダーの安全性、安定性

エキスパンダーは製品によっても手術された時期によっても安全性は異なり、また挿入している部位によっても安定性は異なりますので、手術を受けられる施設で個別に相談されるのがよいかと思います。なお、手術後に安全であるから一生留置しておこうという考えの患者さんがいらっしゃいますが、あくまで「一時的な異物」と考えてもらったほうが賢明と思われると思います。

遊離真皮脂肪片移植について

乳がん再発の際の検査や手術の際に移植した脂肪片が障害になることはありませんか？

遊離真皮脂肪片移植を行い始めた時は、温存手術術後に再発予防の放射線照射を行えば移植片の脂肪組織の壊死がさらに進んでだめになるのではという懸念もありました。しかし、他施設からの報告に見られるように、術後日数が経過して血管新生が行われた後に行えば支障はないようです。術後のマンモグラフィや乳房超音波も無事に行え検査で障害をきたしたことはありません。

通常、移植片は部分的に壊死→肉芽形成や線維化が起こるので状況によっては局所再発が見つげにくいかもしれません。温存手術時に断端を十分取って組織学的に切除断端に癌遺残が100%ないことが肝要かと思われます。

しかしながら、再手術するとなると問題かと思われます。つまり、先に述べた切除断端に再発した場合は移植片を含めて腫瘍とともに摘出しなければなりません。また、美容的に移植片の再手術を行う場合は放射線照射を施行しているので摘出するようになると考えられます。