

## 臨床報告

## 非浸潤性乳癌と診断されながら転移を来した2例の検討

東京女子医科大学 第二外科教室 (指導: 浜野恭一教授)

シマダ ワカコ キムラ ツネヒト ヤマモト カズコ  
 島田和加子・木村 恒人・山本 和子  
 カトウ タカオ カワ イツキョウ ハマノ キョウイチ  
 加藤 孝男・河 一京・浜野 恭一

(受付 平成7年7月31日)

## はじめに

非浸潤性乳癌とは、癌細胞が乳管あるいは小葉内に限局し、間質への浸潤が見られず、一般的にはリンパ節転移や遠隔転移を起こさないとされている。我々の教室で、1979年から1993年までに非浸潤性乳癌と診断された18例のうち、転移を認めた2例について報告する。

## 症 例

## 1. 症例1

患者: 48歳, 未婚女性。

診断: 右乳癌 (Stage I)。

手術: 右乳房温存術 (1989年5月)。

病理所見: 非浸潤性小葉癌, 組織学的波及度 g, ly0, v0, n0, ER (-), PgR (+)。

マンモグラフィーでは触診と同部位に7×6mmのスピキュラを伴うmassを認め、悪性の所見であった(図1)。エコーではAB領域に8×7mmの辺縁粗, 内部エコー不均一なmassを認め、同様に強く悪性が疑われた(図2)。手術後, 1992年より1993年半ばまでは本人が来院しなかったため, その間followは不可能であった。また治療前1993年7月のCT(図3左)では多発性肝転移が認められ, 同時にTh12, L5への骨転移も明らかになった。腫瘍マーカー(CA15-3, NCC-ST-439)も, 手術4年後の1993年春より次第に上昇したため, マイトマイシンC(7.5mg)とアドリアマイシン(15mg)のone shot肝動注, およびCEF療法(5FU

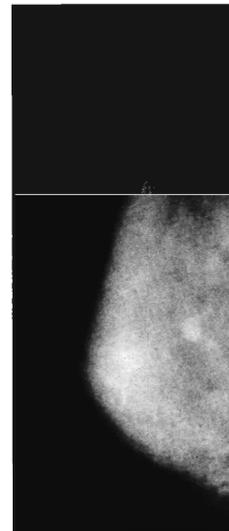
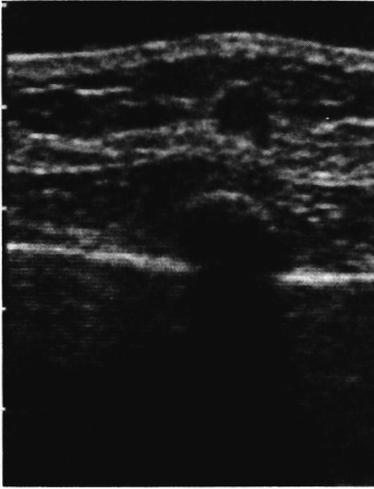


図1 マンモグラフィー (症例1)

7×6mmのスピキュラを伴うmassを認め悪性の所見であった。

700mg div, ファルモルピシン42mg iv, エンドキサン100mg po)を3クール施行した。その結果治療後のCT(図3右)では転移巣はほとんど消失し, PRと診断した。その後1994年末まで外来で化学療法(ファルモル40mg iv/M)を続け, 腫瘍マーカーは低下し, 1995年現在も正常である(図4)。また骨転移巣についてはNCである。術後の摘出標本の組織像(図5)では小葉構造は保たれ基底膜の乱れも認めず, この時点では非浸潤性小葉癌

Wakako SHIMADA, Tsunehito KIMURA, Kazuko YAMAMOTO, Takao KATO, Ikkyo KAWA and Kyoichi HAMANO (Department of Surgery II, Tokyo Women's Medical College): Two metastatic cases of non-invasive breast cancer



と診断した。遠隔転移発見時、残った標本から再度作製した全割の切片(図6)では、小葉構造の乱れと間質への浸潤、リンパ管浸襲が認められ、浸潤性小葉癌と診断した。

2. 症例2

患者：42歳，主婦。

診断：右乳癌 (Stage I)。

手術：非定型乳房切断術 (1993年11月)。

病理所見：非浸潤性乳管癌，組織的波及度 g,

図2 乳腺超音波画像 (症例1)

8×7mmの辺縁粗，内部エコー不均一な mass を認め，強く悪性が疑われる。

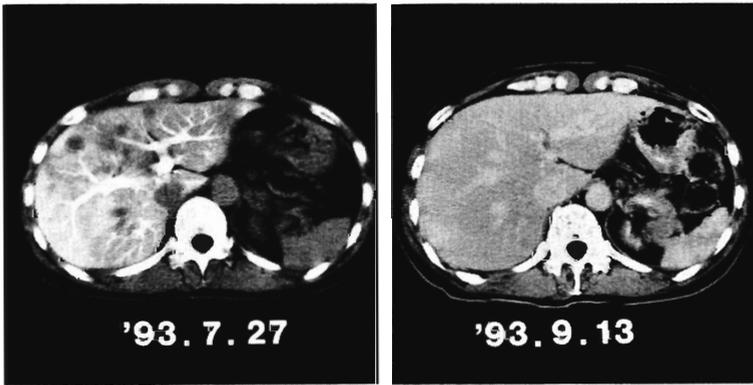


図3 腹部CT像 (症例1)

左 抗癌剤投与前；両葉に多発性の肝転移を認める。  
 右 抗癌剤投与後；転移巣は消失しPRと診断した。

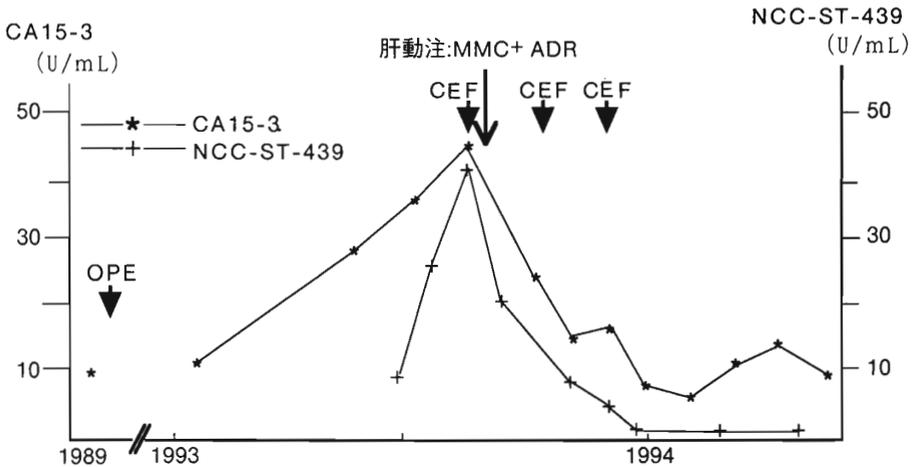


図4 症例1の臨床経過

腫瘍マーカーは1993年春より次第に上昇し，化学療法後低下している。

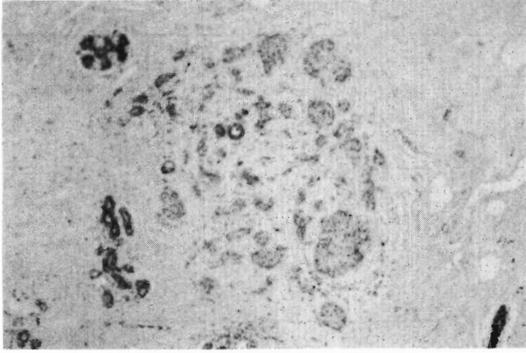


図5 術後摘出標本の組織像（症例1）  
小葉構造は保たれ基底膜の乱れも認めず非浸潤性小葉癌と診断した。

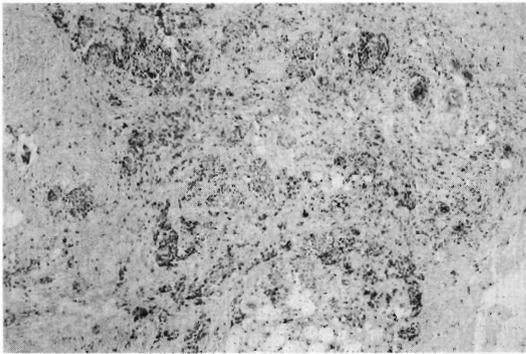


図6 遠隔転移発見後再作製した組織像  
小葉構造の乱れと間質への浸潤，リンパ管浸潤が認められ浸潤性小葉癌と診断した。

ly0, v0, n1 $\beta$ , ER (-), PgR (-).

マンモグラフィーでは明らかな病変を認めず（図7），エコーでは12×5mmの辺縁粗，境界不明瞭，内部エコー不均一でecogenic spotを伴うmassを認め，悪性の所見であった（図8）。摘出標本の組織像（図9）では，面疱形成は明らかであり，基底膜の構造は保たれ面疱型の非浸潤性乳管癌であった。リンパ節転移を認めたため詳細な切り出しを行ったが，浸潤部は認められず，面疱型の非浸潤性乳管癌と診断した。

### 考 察

はじめに小葉癌の臨床学的特徴について述べる。小葉癌に関する最初の報告は，1941年に Foote と Stewart によってなされ<sup>1)2)</sup>，彼らはその中で非浸潤性小葉と浸潤性小葉癌の概念を初めて提示し

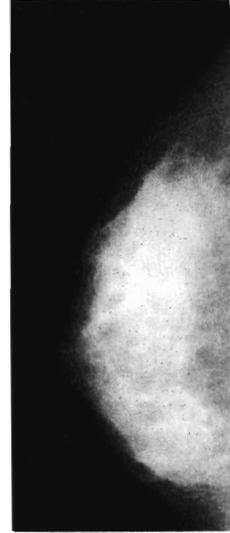


図7 マンモグラフィー（症例2）  
マンモグラフィーでは明らかな病変を認めない。

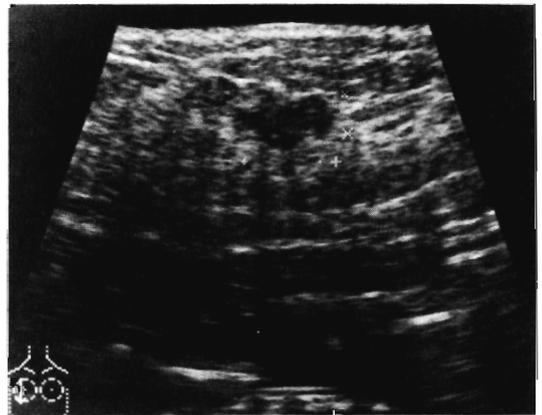


図8 乳腺超音波像（症例2）  
12×5mmの辺縁粗，境界不明瞭，内部エコー不均一でecogenic spotを伴うmassを認め悪性の所見であった。

た。小葉癌は欧米型の癌であり，非浸潤性と浸潤性を加えた小葉癌の頻度は欧米での10%前後に比べ本邦では1～2%とはるかに低い<sup>3)4)</sup>。さらに全乳癌に占める非浸潤性小葉癌の頻度は，米国の3%に比べ，本邦では1%前後にとどまっている。しかし，本邦乳癌の欧米化に伴い，小葉癌の頻度も上昇してきており，近年の全乳癌に占める小葉癌の頻度は，およそ5%であり，今後更なる増加



図9 摘出標本の組織像(症例2)

面泡形成は明らかであり、基底膜の構造は保たれ面泡型の非浸潤性乳管癌であった。

が予想される<sup>9)</sup>。

また組織学的には乳管癌のうち、中でも面泡癌は、Patchefsky や Meyer らは、乳管内浸潤および乳管外進展傾向が強く、更に発育速度も速いのではないかと報告し、組織学的、生物学的悪性度を論じている<sup>6)7)</sup>。

Betsill らは非浸潤性乳癌と診断されたうち、所属リンパ節転移20%、遠隔転移8%と報告し<sup>8)</sup>、Paterson らは236例中リンパ節転移4%、遠隔転移11%、5年生存率91%と報告している<sup>9)</sup>。また Chauvet らは遠隔転移は6%、5年生存率98%と報告している<sup>10)</sup>。本邦では、リンパ節転移、遠隔転移の報告はないが、愛知癌センターで、10年生存率95%と報告されているのみである<sup>11)</sup>(表1)。

1979年から1993年に我々の教室で経験した全乳癌症例は483例で、非浸潤性乳癌は18例(3.7%)であった。今回、組織像の見直しにより1例は浸潤性と診断されたため、非浸潤性乳癌は全17例(3.5%)となった。臨床学的には腫瘤径 T1が最も多く50%であり、術式では非定型乳房切断術55.6%、乳房温存術が33.3%であった(表2)。

組織学的には乳管癌94.4%で小葉癌は5.6%と少なく、全例、リンパ管侵襲、静脈侵襲を認めなかった。ホルモンリセプターは多くの症例で採取不可能であったが、採取可能であったものでは、陽性率 ER 16.7%、PgR 40%であった(表3)。

これらの結果を総合すると、非浸潤性乳癌の再発率は施設によって差が認められるのは、非浸潤

表1 非浸潤性乳癌の転移報告

報告者	症例数 or(期間)	リンパ節 転移	遠隔転移	5年率
Betsill <sup>8)</sup>	(~1982)	20%	8%	-
Paterson <sup>9)</sup>	236	4%	11%	91%
Chsuvet <sup>10)</sup>	512	--	6%	98%
愛知がんセンター <sup>11)</sup>	(1964~1976)	-	-	95% (10生率)

表2 当教室における非浸潤癌18例の臨床学的検討

平均年齢	50.7歳(23~75歳)		
腫瘍径(T)	例	%	
T0	4/18	(22)	
T1	9/18	(50)	
T2	5/18	(28)	
術式			
非定型乳房切断術	10	(55.6)	
乳房温存術	6	(33.3)	
定型乳房切断術	1	(5.6)	
単純乳房切断術	1	(5.6)	
転移			
有 局所	1	(5.6)	
遠隔	1	(5.6)	
無	16	(88.8)	

表3 当教室における非浸潤癌18例の組織学的検討

組織型	例	%	
小葉癌	1/18	(5.6)	
乳管癌	17/18	(94.4)	
リンパ節転移			
(+)	1/14	(7.1)	
(-)	13/14	(92.9)	
リンパ管侵襲			
(+)	0/14	(0.0)	
(-)	14/14	(100.0)	
静脈侵襲			
(+)	0/14	(0.0)	
(-)	14/14	(100.0)	
レセプター			
ER(+)	1/6	(16.7)	
PgR(+)	2/5	(40.0)	

癌の組織学的診断方法に差があるためと考えられる。非浸潤癌の組織像を確実に診断するためには、できるだけ多くの組織切片を詳細に検討する必要があると思われる。また、根治手術施行前に非浸潤癌が疑われた場合でも、level I 程度の腋窩リンパ節郭清(術中ゲフリール等)が必要であり、中でも面泡癌では非浸潤癌と診断されても、他の部

の浸潤巢の存在を否定できないため、浸潤癌に準じた郭清が必要であると思われた。

### 結 語

非浸潤性乳癌を確実に診断するためには、できるだけ多くの組織切片を詳細に検討する必要があると思われた。また非浸潤性乳癌が疑われた場合でも、サンプリング程度の腋窩リンパ節郭清が必要である。とりわけ面癌では浸潤癌に準じた郭清が必要であると考えられる。

### 文 献

- 1) **McDivitt RW, Stewart FW, Berg JW** : Tumors of the breast. *In* Atlas of Tumor Pathology. 2nd Series, Fasc. 2, Armed Forces Institute of Pathology, Washington (1968)
- 2) **坂元吾偉** : 乳腺の非浸潤性小葉癌の鑑別. 病理と臨床 2 : 1215-1218, 1984
- 3) **鷹島成光, 佐伯英行, 柵田 稔ほか** : 発育進展様式からみた早期乳癌の検討. 癌の臨 33(14) : 1771-1776, 1987
- 4) **Gallager HS, Martini EJ** : An orientation to the concept of minimal breast cancer. *Cancer* 28 : 1505-1507, 1971
- 5) **坂元吾偉, 菅野晴夫, 深見敦夫ほか** : 乳腺の小葉

- 癌. 癌の臨 22 : 449-456, 1976
- 6) **Patchefsky AS, Schwartz GF, Finkelstein SD et al** : Heterogeneity of intraductal carcinoma of the breast. *Cancer* 63 : 731-741, 1989
  - 7) **Meyer JS** : Cell kinetics histologic variants of in situ breast carcinoma. *Breast Cancer Res Treat* 7 : 171-180, 1986
  - 8) **Betsill WL, Rosen PP, Lieberman PH et al** : Intraductal carcinoma. Longterm follow-up after treatment by biopsy alone. *JAMA* 239 : 1863-1867, 1978
  - 9) **Paterson DA, Anderson TJ, Jack WJ et al** : Pathological features predictive of local recurrence after management by conservation of invasive breast cancer : Importance of non-invasive carcinoma. *Radiother Oncol* 25 : 176-180, 1992
  - 9) **Chauvet B, Lemseffer A, Fetissoff F et al** : Disappearance of the in situ component : A criterion predictive of metastasis in breast cancer after local relapse. *Radiother Oncol* 25 : 181-185, 1992
  - 10) **三重重人** : 癌の生存率, 乳癌, 癌治療. 今日と明日 9(5) : 27-30, 1987