



## 乳癌縮小手術における局所、領域リンパ節再発に及ぼす因子の検討

久代 淳一 山根 基 片岡 健 松山 敏哉  
西亀 正之 土肥 雪彦\*1

### はじめに

乳癌の根治的手術術式としては、Halsted, Meyer によって確立された定型的乳房切断術が広く行われて来たが、近年早期の乳癌症例に対し縮小手術が普及しつつある。その適応については、各施設間で若干の相違がある。今回われわれは、局所（胸壁、領域リンパ節）再発からみた非定型手術（Auchincloss 法）の適応について検討した。

### 1. 対象と方法

対象は、昭和50年より約10年間に於いて当科で手術を行った原発乳癌178例のうち、Stage I, II, IIIaまでの症例に行った非定型手術（Auchincloss 法）90例、定型手術47例である。この二群において、Stage 腫瘍径(T), n 因子、組織型、皮膚変化、皮膚切開線までの距離、放射線療法、化学・内分泌療法、Estrogen Receptor (ER) について局所再発率を比較検討した。

### 2. 結果

両群の局所再発率は、非定型群8.8% (8/90)、定型群6.4% (3/47)であった。また胸壁および領域リンパ節では、それぞれ非定型群6.7% (6/90)、3.3% (3/90)、定型群2.1% (1/47)、4.3% (2/47)で両群間に有意差はなかった。

Stage 別にみると局所再発率は、非定型群; Tis 0% (0/2), Stage I 3.8% (1/26), Stage II 8.8% (5/57), Stage IIIa 40.0% (2/5), 定型群; Tis 0% (0/1), Stage I 0% (0/9), Stage II 8.3% (2/24), Stage IIIa 7.7% (1/13)でいずれの Stage 間にも、両群間にも有意差はなかった。しかし、非定型群では Stage IIIa になると定型群に比べ、局所再発率の増加傾向が強かった。

腫瘍径 (T) では、非定型群; 3.0 cm 以下3.5% (2/57), 3.1 cm 以上20.0% (6/30), 定型群; 3.0 cm 以下

0% (0/15), 3.1 cm 以上11.3% (3/26)で、非定型群で3.1 cm で局所再発率の有意な増加を認めた ( $P < 0.05$ )。さらに非定型群では領域リンパ節再発率は、3.0 cm 以下3.5% (2/57), 3.1 cm 以上3.3% (1/30)に対し、胸壁再発率は3.0 cm 以下1.8% (1/57), 3.1 cm 以上16.7% (5/30)と3.1 cm 以上で胸壁再発率の有意な増加を認めた ( $p < 0.05$ )。

n 因子では、非定型群;  $n_0 + n_{1\alpha}$  6.2% (5/81),  $n_{1\beta}$  42.9% (3/7), 定型群;  $n_0 + n_{1\alpha}$  0% (0/34),  $n_{1\beta}$  22.2% (2/9)で非定型群では  $n_{1\beta}$  で局所再発率の有意な増加を認めた ( $p < 0.01$ )。

組織型では、非定型群、定型群それぞれ、非浸潤癌 0% (0/10), 0% (0/2), 乳頭腺管癌5.9% (1/17), 0% (0/12), 充実腺管癌7.7% (3/39), 7.1% (1/14), 硬癌28.6% (4/14), 16.7% (2/12), 特殊型0% (0/7), 0% (0/3)で両群間に有意差はなかった。

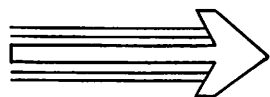
皮膚切開線までの距離（非生検例）では、非定型群; 2.0 cm 以下66.7% (2/3), 2.1 cm 以上4.0% (1/25), 定型群; 2.0 cm 以下症例0, 2.1 cm 以上6.3% (1/16)で非定型群では2.0 cm 以下で局所再発率の有意な増加を認めた。

皮膚変化の有無では、非定型群; 皮膚変化 (+) 11.1% (1/9), 皮膚変化 (-) 8.6% (7/80), 定型群; 皮膚変化 (+) 11.1% (1/9), 皮膚変化 (-) 5.3% (2/38)で両群共有意差はなかった。

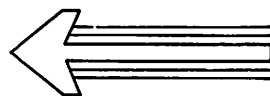
術後放射線療法では、非定型群で  $n_0$ ; 放射線 (+) 症例0, 放射線 (-) 4.2% (3/72),  $n_{1\alpha}$ ; 放射線 (+) 0% (0/2), 放射線 (-) 22.2% (2/9),  $n_{1\beta}$ ; 放射線 (+) 50.0% (3/6), 放射線 (-) 0% (0/1)であった。定型群では  $n_0$ ; 放射線 (+) 症例0, 放射線 (-) 0% (0/26),  $n_{1\alpha}$ ; 放射線 (+) 0% (0/5), 放射線 (-) 0% (0/3),  $n_{1\beta}$ ; 放射線 (+) 25.0% (2/8), 放射線 (-) 0% (0/1)であった。

化学療法では、非定型群; 化学療法 (+) 11.6% (5/43), 化学療法 (-) 6.4% (3/47), 定型群; 化学療法 (+) 8.6% (3/35), 化学療法 (-) 0% (0/12)で有意

\*1 広島大学医学部第二外科学教室



## トピックス 第44回乳癌研究会から



差はなかった。

内分泌療法では、非定型群；内分泌療法（+）13.3%（2/15），内分泌療法（-）8.0%（6/75），定型群；内分泌療法（+）33.3%（3/9），内分泌療法（-）0%（0/38）で有意差はなかった。

Estrogen Receptor (ER) では、非定型群；ER（+）13.5%（5/57），ER（-）14.3%（2/14），定型群；ER（+）11.1%（1/9），ER（-）0%（0/9）で有意差はなかった。

### 3. 考察

非定型的乳房切断術（Auchincloss 法）の適応としては、武田ら<sup>1)</sup>は Stage I，園尾ら<sup>2)</sup>は Stage II の一部（T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>）までとしている。しかし、Becker ら<sup>3)</sup>や Maddox ら<sup>4)</sup>は Stage I，II における定型手術および非定型手術の間に局所再発率，5 生率の統計上の有意差はないと報告している。

定型的乳房切断術と比べ、非定型的乳房切断術で問題となるのは、1) リンパ節郭清、とくに鎖骨下、Rotter のリンパ節郭清が不十分となる可能性があること、2) 胸筋内の癌の遺残の可能性のあることであろう。

このことより、局所再発の面から非定型手術の適応を検討してみると、Stage III a となると定型手術に比べ、局所再発率の高い増加傾向が認められ、Stage II までが適応と考えられる。しかし、Stage II のなかでも T が 3.0 cm を超えると胸壁再発率の有意な増加がみられ、胸筋内遺残の可能性が高くなると思われる。また、渡辺ら<sup>5)</sup>は T が 2~3 cm では、腋窩下・中部のリンパ筋転移度が上昇し、腋窩上部にも転移を認めるようになったと報告しており、われわれは T は 3 cm が限界と考えている。

また、術前の N の正確な判定は困難であり、われわれは術中の迅速組織診での判定をもとに、定型手術へ術式の変更するか否かを決定している。n<sub>1β</sub> では局所再発率の有意の増加を認めた。渡辺ら<sup>5)</sup>は n<sub>1β</sub> 症例の 5 生率の

著しい低下を報告している。したがって術中迅速組織診にて n<sub>1α</sub> 以下と判定したものを適応と考えている。

皮膚切開線迄の距離は、2.0 cm 以下で局所再発率の有意の増加を認め、少なくとも 3 cm 以上離すことが望ましい。皮膚変化の有無については有意差はなかった。

術後放射線療法については症例が少なく、今後の課題であるが、n<sub>1β</sub> 症例で放射線療法を施行した 6 例のうち、再発の 3 例はいずれも胸壁再発であり、リンパ節再発予防に対する効果が期待し得る可能性を示した。

化学・内分泌療法や Estrogen Receptor の有無については、局所再発に及ぼす影響は少ないと考えられた。

### 結語

非定型的乳房切断術（Auchincloss 法）の適応は、Stage I，II までで、T 3.0 cm 以下、n<sub>1α</sub> 以下のものと考えられる。術中の迅速組織診により n<sub>1β</sub> 以上と判断されるものや、胸筋への浸潤が疑われるものには、術中の術式の変更が必要である。

以上の適応からみると、非定型手術の局所再発例 8 例において、T 3.1 cm 以上が 6 例、n<sub>1β</sub> が 3 例あり、適応に問題があったと考えられた。今後、適応を厳格にし、遠隔成績を含めてさらに検討したい。

- 1) 武田清一：大・小両胸筋温存術式の適応—私はこうしている—。臨外，37(6)：909-913，1982。
- 2) 園尾博司・他：乳癌 Stage 別の手術術式の選択。外科診療，27(6)：730-738，1985。
- 3) Becker, R.R., et al.: A comparison of modified radical mastectomy in the treatment of operable breast cancer. *Ann. Surg.*, 189: 553-557, 1979.
- 4) Maddox, W.A., et al.: A randomized prospective trial of radical (Halsted) mastectomy versus modified radical mastectomy in 311 breast cancer patients. *Ann. Surg.*, 198: 207-212, 1983.
- 5) 渡辺 弘・他：縮小根治手術の限界とその根拠—定型的根治手術成績の検討より—。臨外，37(6)：897-902，1982。