

乳癌の手術時にすでに潜在的な転移が起こっている可能性が高いのです(このことは、手術で腫瘍を摘出するだけでは治療として不十分であることを意味します)。また、乳癌の再発パターンとその後の生存期間は他の癌に比べて非常に多様です。さらに、再発、転移する臓器も様々であり、再発後の生存期間も正確には予測できません。

このような乳癌の特徴は、乳癌が一つの疾患ではなく、様々な性格をもつ複数の癌の集合であるためであると考えられるようになりました。したがって、一律な治療は不適切であり、それぞれの乳癌の性格に応じた治療を目指すようになりましたが、現在ではなお不十分です。

これまでも、一人一人の患者さんの手術後に、再発しないか、再発しやすいか、どのくらいの時期に再発しやすいかなど(予後)を予測しようとする努力が行われてきました。

予後因子は初回手術の際の乳癌の生物的性格や臨床病期、患者側の因子に基づいて再発・死亡のリスクを評価し、個々の患者の予後(再発や生存の見込み)を予測するのに重要であり、治療の選択の助けとなります。

臨床病理学的予後因子として、年齢を含む宿主側の因子、ホルモンレセプター発現、腫瘍の大きさ、リンパ節転移、組織型、組織学的グレード、血管/リンパ管侵襲、ホルモンレセプター、HER2などの癌遺伝子発現、EGFRなどの増殖因子およびそのレセプター、Ki-67などの増殖度、血管新生因子、遺伝型、遺伝子発現プロファイリングなどが提唱されています。これらが再発に関与し、術後補助療法の効果を修飾する可能性があります。

しかし、このように数多くの予後因子が存在することは、現在再発・転移を十分に予測することができないことを示しています。現在でも最も信頼性のある予後因子はセンチネルリンパ節を含めて、リンパ節転移の有無と転移リンパ節数です。リンパ節転移の有無は乳癌の再発リスクを限定する最も重要なパラメーターであるが、治療効果を予測しない。

このように、個々の患者さんの乳癌の手術後の再発・転移を予測することは、術後補助療法を必要としているか、どのような治療が最適であるかを決定することに直結します。つまり、再発のリスクが高い場合にはある程度副作用があっても効果の強い治療法を選択し、リスクが低い場合には副作用が強い治療法は必要でないか、無治療でよいかもしれません。

現在、急速に普及しつつあり、最も信頼されつつある再発を予測する方法が2つあります。遺伝子発現プロファイリングに基づいた方法と、免疫組織化学法によるER、PgR、HER2、Ki67の組み合わせによる方法です。次回から、これらについて詳しく述べます。