

— 開業医で、ご自身が“乳がん検診”に積極的に取り組まれているケースはそう多くはないと思います。乳がん検診に注力された動機などお伺いできますか。

医師となって11年目を迎える時、水戸済生会総合病院に消化器外科・乳腺外科部長として着任しました。その時、お子さんがまだ幼稚園に通っている、36歳の母親の乳癌を手術しました。乳房が大きく、しこりがわかりにくかったのだと思いますが、リンパ節転移を多数伴ったかなり進行した乳癌でした。術後約半年で再発、2年後に亡くなりました。患者・家族の悲痛は大きく、残されたお子さんの悲しみを考えると、若い患者さんの癌による死亡は切ないものがあると感じました。

年を取ったから癌にかかっていいということはありませんが、消化器癌はある程度、高齢になってから発症することが多いのに対し、乳癌は30～40歳代で発症する人がかなりいます。若年者が乳癌を発症しても、早期発見・早期治療をすることで、命に関わらない状態で治療してもらいたいという思いがあり、それが乳がん検診に力を入れる動機の一つとなりました。

— 乳がん検診の方法として、マンモグラフィ検査や超音波検査があげられますが、現実的にはどのような検査方法が一般的なのでしょう。

理想はマンモグラフィ検査と超音波検査の併用です。マンモグラフィ検査の場合、被爆の問題もあります。ここ筑西市だと、両方の検査を1年ごとに交互に行います。水戸済生会総合病院の検診プログラムも同様です。

マンモグラフィ検査単独では乳癌を発見できないケースもあります。2cm位の乳癌でも指摘できないということもあります。ですから超音波検査も取り入れた方がよいと思っています。超音波の場合、乳癌の大きさが5mm位あれば発見できます。ただ、超音波にも欠点があります。マンモグラフィ検査の場合、1枚の写真ですので、後から誰がみても一緒に議論ができます。しかし超音波の場合、検査を行った人にしか分からないというか、患部を気にして撮影していなければ、撮った写真を後から見ても分からないということがあります。検査を行う人の技量によって差がでてしまいます。今、これをなくそうということで、乳癌学会を中心として精度管理のために様々な講習が行われています。

— 先生のところでは超音波検査が可能ですが、マンモグラフィ検査を併用されるケースもあるのでしょうか。

悩ましい症例もあります。腫瘍がなく石灰化のみで乳腺の写りがよくない場合、筑西市民病院でマンモグラフィ検査を行っていただきます。そのフィルムを見てから、必要があれば、再度、超音波を行う場合もあります。

検診では、良性や悪性とはっきり言えるものもありますが、グレーゾーンのものもかなりあります。その中でも、悪性の可能性がより疑われる場合には、針生検まで行います。悩ましい症例を経過観察するよりも、自院で生検まで行うことによって、乳癌の見落としが少なくなると考えています。グ

レーゾーンの患者を全て病院に紹介してしまうと病院がパンクします。組織を取って良性なのか悪性なのかきちんと確定診断をつけて病院に紹介する方が、病院の負担も軽くなります。ただ、どうしても悩ましい症例もあり、MRIまで必要なケースもありますので、その時は迷うことなく病院を紹介させていただいています。経過観察したら乳癌だったということは避けなければならないからです。

— 開業されて約4年ですが、乳がん検診に力を入れているということで、地元以外からも検診を受けにこられる方は多いのでしょうか。また、月間でどれぐらいの患者さんが検診を受けられているのでしょうか。

やはり、しこりがあるとか痛みがあつて心配ということで、県内ですと笠間近辺から、県外だと栃木・真岡周辺からも来られます。年々、より遠くからも来られるようになってきました。乳腺関連の患者数ですが、保険診療も含めると月間で約120人です。実際には検診よりも症状があつてこられる方が圧倒的に多いといった状況です。

自治体などの乳がん検診で引かかった場合、どこかの病院を受診しようとなります。例えば筑波メディカルセンター病院あたりですと1ヶ月待ちの状態です。そうなると患者さんも不安に駆られて、待っている間に当院を受診するというケースもあります。

当院の場合、明らかに乳癌が疑われる患者さんですと、受診当日に生検を行い、10日くらいで乳癌の確定診断がつかれます。患者さん側も不安な気持ちのまま専門病院の受診を待つと、結果が早期に判明して病院を紹介受診するのでは気持ちの持ちようも違います。その後は、確定診断が付いた状態で乳腺科のある専門病院を受診していただくことになるので、すぐに次のステップに移ることができます。

— 乳がんでのセカンドオピニオンの必要性についてどのようにお考えでしょうか。

当院ではセカンドオピニオンの数は少ないです。セカンドオピニオンではなく、病院に紹介した患者さんが、病院で医師の説明を受けたけどよく分からないと言って説明用紙を持って来られ、それを再度説明するというケースはあります。

必要性についてですが、昔は外科の中の一部門として乳腺外科がありました。以前、私の所属していた新潟大学第一外科では、消化器外科の医師も乳腺外科に関する事に携わっていましたし、乳腺外科の医師も消化器外科に携わっていました。ただ、時代とともに専門化が進み、大学によっては消化器外科と乳腺外科は全く別の科となりました。そうなりますと乳腺を治療できる病院そのものが限られてきます。中には、昔、乳腺治療に携わっていたという医師が手術を行っているところもあるかと思いますが、時代が相当変わってきているので、乳腺を専門に診ている医師がいる病院に行かれた方がよいと思います。患者さんにしてみればそこがわからないのです。外科があれば乳腺の治療もやっているのではないかと思う。ましてや婦人科を受診してしまう方もいます。そのような意味では、患者さんがまずどこかの病院を受診すればいいかという点も含めてセカンドオピニオンは必要だと思います。



長倉成憲先生 略歴
平成6年、新潟大学医学部卒業。医学博士。新潟大学第一外科学教室入局。以後、新潟大学病院および新潟市民病院などにて外科診療に従事。平成16年、水戸済生会総合病院に消化器外科・乳腺外科部長として着任。平成26年、長倉内科・外科クリニック開院。
日本外科学会認定医・専門医・指導医。乳房超音波検査認定取得医など。

— 乳腺外来が減少し、どのような支障が出ているのでしょうか。

乳腺科のある一定の病院に患者が集中します。乳腺科の医師は消化器外科医に比べれば少なく、バンク状態ですから、病院では手術を中心として重症患者さんに集中しないとマンパワーがもちません。乳腺科医師の労力軽減のためにも当院では、傷のチェック、ホルモン剤の処方、腫瘍マーカーチェックなどを病診連携を介して行っています。これからもっと乳癌患者が増えてきた時、状態の落ち着いた患者さんまですべてを専門病院で診療していると、乳腺科の医師も持ちません。しかし、消化器癌と違って乳癌患者のフォローを引き受けてくれる開業医が少ないのも事実です。消化器癌の場合は、術後のフォローを引き受けてくれる消化器内科出身の開業医や外科出身の開業医も多いのですが、乳癌患者の場合は限られてきます。そうすると病院の乳腺科の医師がすべてをしなければならず、外来が21時半までかかるといった状況になってしまい、疲弊してしまうのです。

— 会員の先生方へメッセージをお願いします。

乳頭にびらんを認めたり、ざらざらしている、または、乳房の皮膚が赤い、湿疹などで皮膚科にかかれる患者さんがいます。皮膚科の先生の方で、これは皮膚ではなく乳腺の方ではないかなと思われた場合は、乳腺科を紹介して頂ければと思います。

また、内科で胸の音を聞く時、心電図検査で看護師さんが何か異変に気付く、もしくは患者さんから「しこりがあるんだけど」といった症状を訴えられた場合も乳腺科を紹介してもらえればと思います。そのようなことから乳癌が見つかることも多々ありますので、よろしくお願ひします。

— これからも先生のご活躍に期待しています。本日は貴重なお話をありがとうございました。