症 例

進行男性乳癌の2症例

九州大学第1外科

富永洋平 黒木祥司

男性乳癌は、全乳癌の約1%と比較的稀である。われわれは最近進行癌の2症例を経験した。症例1は65歳で、左乳頭を中心とする径7×7×3.5cmの腫瘤を認めた。乳癌と診断し、Brt+Ax+Mj+Mnを行った。術後診断はpapillotubular carcinoma, T_{4b}N₁M₀ Stage IIIbであった。症例2は73歳で、右乳房E領域に4×4cmの弾性硬の腫瘤を認め、皮膚に浸潤していた。乳癌と診断し、Brt+Ax+Mj+Mnを行った。術後診断はscirrhous carcinoma, T_{4b}N₁M₀ Stage IIIbであった。両者ともに術後CAFとtamoxifenを使用し、それぞれ術後3年9カ月、2年の現在健存している。男性乳癌の特徴として病期期間の長さ、乳輪の近くに発生、胸壁が薄く進行しやすいことが多くの文献で指摘されており、今後啓蒙活動が大切と思われた。

索引用語：男性乳癌

緒 言

男性乳癌は全乳癌の約1%と比較的稀である。われわれは最近2症例を経験したので報告する。

症 例

症例1：65歳，男性。

主訴：左胸痛，左乳房腫瘤。

既往歴：30年前に高血圧を，20年前に糖尿病を指摘された。

現病歴：3年前に左胸部の小豆大腫瘤に気づくも放置していた。平成1年1月左胸痛を認め，その頃より腫瘤は急に増大した。近医を受診し，左乳腺腫瘍の診断で当科に紹介となった。

入院時所見：左乳頭よりやや外側に中心を持つ径7×7×3.5cmの腫瘤を認めた。腫瘤は皮膚とは可動性がなく，びらんを呈していた(図1)。所属リンパ節の腫脹はなかった。

検査所見：入院時一般検査では空腹時血糖275mg/dlと糖尿病を認めた以外は，異常を認めなかった。CEA 4.1ng/ml, TPA 950U/l, CA15-3 9.9U/ml。

乳房X線検査：左乳房のほぼ全体を占める腫瘤陰影を認めた。棘状突起，微小石灰化はなかった。

超音波検査，CT検査：左胸部に7.5×7.5×4cm大の充実性腫瘤を認めた。辺縁は比較的平滑であったが，皮膚への浸潤を認めた。大胸筋筋膜とは接していたが，

図1 症例1の入院時所見：左胸部に径7×7×3.5cmの腫瘤を認め，びらんを呈していた。

分離は良好であった(図2，図3)。

確定診断を得るために，切開生検を行い，腺癌であった。以上より，左乳癌 T_{4b}N₀M₀ Stage IIIb と診断し，standard radical mastectomy (Brt+Ax+Mj+Mn) および遊離植皮術を行った。

摘出標本所見：断面にて白色調の比較的境界明瞭な腫瘤を認めた。皮膚に直接浸潤し，びらんを形成していたが大胸筋筋膜への浸潤はなかった(図4)。

病理組織学的所見：乳頭管状構造を示す腺癌を認め，皮膚へ浸潤していた。術後診断はpapillotubular carcinoma, t₃n₁m₀ stage IIIであった(図5)。

術後経過：術後化学療法として，CAFを2回行った。尚，エストロゲン受容体(ER)は陽性，プロゲス

図2 症例1の超音波検査：左胸部に7.5×7.5×4cm大の充実性腫瘍を認めた。

図4 症例1の摘出標本断面像：白色調の比較的境界明瞭な腫瘍を認めた。皮膚に直接浸潤していたが大胸筋筋膜への浸潤はなかった。

図3 症例1のCT検査：左胸部に内部に不均一な構造をもつ腫瘍を認めた。辺縁は比較的平滑であったが、皮膚への浸潤を認めた。大胸筋筋膜とは接していたが、分離は良好であった。

図5 症例1の病理組織学的所見(H.E.染色, ×10)：乳頭管状構造を示す腺癌を認めた。

テロン受容体 (PgR) は陰性であった。術後約3年9カ月の現在健存している。

症例2：73歳、男性。

主訴：右乳房腫瘍、右胸痛。

既往歴：昭和14年肋骨カリエス、昭和39年痔核切除術。

現病歴：平成3年1月20日頃偶然に右乳房の腫瘍に気付いた。疼痛を認めたが、自然に軽快していた。平成3年2月29日当科外来を受診し、乳癌疑にて入院となった。

現症：右乳房E領域に4×4cmの弾性硬の腫瘍があり、皮膚に浸潤を認めた。腋窩リンパ節は触知しなかった。

検査所見：入院時一般検査で特に異常を認めなかった。CEA 1.9ng/ml, CA15-3 24U/ml。

乳房X線検査：右乳頭直下に腫瘍陰影を認め、棘状突起を伴っていた(図6)。

超音波検査：皮膚に接した低エコー領域を認めた。辺縁は不整で、帯状に高エコーがみられた(図7)。

CT検査：皮膚に浸潤した high density mass を認

図6 症例2の乳房X線検査：右乳頭直下に腫瘤陰影を認め、棘状突起を伴っていた。

図7 症例2の超音波検査：皮膚に接した低エコー領域を認めた。辺縁は不整で、帯状に高エコーがみられた。

図8 症例2のCT検査：皮膚に浸潤した腫瘤陰影を認めたが、大胸筋浸潤はなかった。

図9 症例2の病理組織学的所見(H.E. 染色, ×10)：癌細胞が小塊状、索状に皮膚と周囲の脂肪織に浸潤し、結合織の増生を伴っていた。

めたが、大胸筋浸潤はなかった(図8)。

以上の所見、及び術中迅速病理検査にて invasive ductal carcinoma, T_{4b}N₀M₀ Stage IIIb と診断し、standard radical mastectomy (Brt+Ax+Mj+Mn) および遊離植皮術を行った。

摘出標本所見：断面にて、皮膚と接する境界不明瞭な腫瘤を認めた。

病理組織学的所見：癌細胞が小塊状、索状に皮膚と周囲の脂肪織に浸潤し、結合織の増生を伴っていた。組織学的診断は scirrhous carcinoma, t₃n₁m₀ stage III であった(図9)。

術後経過：術後化学療法として、CAFを1回行った。尚、ERは陰性、PgRは陽性であった。術後約2年の現在健存している。

考 察

男性乳癌は比較的稀で、その頻度は欧米、本邦いずれも全乳癌のうち約1%といわれる。症例数の多い

UICC調査によると、13,513例のうち84例(0.6%)が男性であった¹⁾。1983年1月より1992年12月までに九州大学第一外科にて初回治療を行った乳癌症例165例中男性は計3例(他の1例はStage I)で頻度は1.8%であった。諸報告よりやや多いものの統計学的有意差

はなかった。発症年齢は、女性よりやや高齢で、平均年齢が55歳から60歳と報告されている¹⁾。われわれの症例は65歳と73歳とそれより高齢であった。左右別の頻度としては、Crichlowの報告では、1.07の割合で左側優位であった。また発生部位は乳頭直下のものが多い。

症例1は病悩期間が3年であったように、男性乳癌の特徴の一つとして病悩期間の長さが多くの文献で指摘されている²⁾。原因として男性乳癌を知らないため、乳腺に注意を払わない為などが考えられている。

臨床症状としては女性と同じく腫瘤触知が最も多く、そのほかに乳汁分泌、潰瘍形成がある。また、Paget病、炎症性乳癌も小数であるが報告されている³⁾。ただ、男性乳腺は腺房を有しないため小葉性乳癌はないといわれている。

原因としてはホルモン異常、外傷、放射線などが考えられており、Klinefelter症候群では男性乳癌が多いことが知られている⁴⁾。

診断は比較的容易で、女性化乳房との鑑別が問題となるが、男性乳癌は超音波検査、マンモグラフィーにて明瞭な腫瘤陰影を呈し、女性の乳癌に似た所見を示す⁵⁾。確定診断は摘出生検による報告が多いが、侵襲の少ない針生検、穿刺吸引細胞診も有用であろう。症例1においては腫瘤が大きすぎるために、切開生検をおこなった。

手術は進行癌が多いため、定型的乳房切断術がされている報告が多い。しかし、大胸筋に浸潤がなく、腋窩リンパ節を触知しない症例は Auchincloss が、触診

だけではN1aかN1bかはっきりしない症例にはPateyの手術が適応との報告もある²⁾。さらに、男性乳癌のERの陽性率は89.5%と女性より高率であり、ホルモン療法の有用性が報告されている⁴⁾。

予後は古い報告では女性に比べ不良と言われてきたが、最近では女性と変わらないとする報告が多い⁵⁾⁶⁾。しかし、病悩期間が長く、胸壁が薄く進行しやすいことが多くの文献で指摘されており、今後啓蒙活動が大切と思われた。

結 語

進行男性乳癌の2切除例について報告し、若干の文献的考察を行った。

文 献

- 1) 泉雄 勝：男子乳癌。癌と治療 8：1518—1527, 1981
- 2) 霞富士雄，西原謙二，加藤庄次他：男性乳癌，臨床像と手術法。手術 41：265—274, 1987
- 3) 出口 宝，栗原公太郎，渡嘉敷秀夫他：男子炎症性乳癌の1例。日臨外医会誌 52：540—544, 1991
- 4) 市川平三郎，山田達哉，松江寛人他：乳腺診断アトラス。金原出版，東京，1988，p228—229
- 5) 飯野佑一，遠藤敏一，石田常博他：男子進行乳癌の内分泌療法とエストロゲン・レセプターについて。ホルモンと臨 29：925—930, 1981
- 6) 山川 卓，森本忠興，駒木幹正他：男子乳癌10例の臨床病理学的検討—女子乳癌との比較—。日臨外医会誌 50：1259—1263, 1989

TWO CASES OF ADVANCED MALE BREAST CANCER

Yohei TOMINAGA and Syoji KUROKI

Department of Surgery I, Kyushu University

Male breast cancer is rare and its incidence is reported approximately 1% of all breast cancers. In this paper two cases of advanced male breast cancer are described. Case 1 was a 65-year-old male having suffered from a left breast mass, measuring 7×7×3.5 cm in size, for three years. he was diagnosed as to have a left breast cancer and standard radical mastectomy was performed. Postoperative diagnosis was invasive ductal carcinoma, papillotubular type, T₄N₁M₀, in Stage IIIb. Estrogen receptors (ER) were positive and progesterone receptors (P_rR) negative. Case 2 was a 73-year-old male complaining of a right breast mass (4×4 cm). Standard radical mastectomy was performed with a diagnosis of right breast cancer. Postoperative diagnosis was invasive ductal carcinoma, scirrhus type, T₄N₁M₀, in stage IIIb. ERs were negative and P_rR, positive. Both patients received postoperative chemotherapy (CAF) and hormone therapy (Tamoxifen) and have been disease-free for 3 years and 9 months and for 2 years, respectively. Because of unfamiliarness of the disease and of thinner chest walls than females, male breast cancer tend to be found in advanced stages. Further enlightenment of the disease to males will have to be done for a earlier diagnosis and better prognosis.