

## 6. 乳癌術後20年目の再発転移による食道狭窄を認めた一例

都丸 翔太<sup>1</sup>, 安達 拓也<sup>1</sup>, 金山 雄樹<sup>1</sup>  
上野 敬史<sup>1</sup>, 嶋田 靖<sup>1</sup>, 小林 裕幸<sup>1</sup>  
片山 和久<sup>2</sup>, 塚越 律子<sup>2</sup>

(1 伊勢崎市民病院 内科)

(2 同 外科)

【症 例】 67歳女性 【主 訴】 嚥下困難

【経 過】 20年前に乳癌にて右乳房非定型切除後、C型肝硬変と特発性左反回神経麻痺にて当院外来通院中であった。20XX年2月頃に嚥下困難を自覚し、上部消化管内視鏡検査にて胸部上部食道の狭窄を認めた。FDG-PETCTにて異常集積を認め悪性が疑われたが、内視鏡下の生検では悪性所見を認めなかった。狭窄解除が困難なため、3月初旬に胃瘻を増設し自宅退院となった。5月末、全身倦怠感、発熱にて緊急入院となった。全身状態悪化していき6月永眠。原因検索の病理解剖にて狭窄した食道組織から乳癌の組織を認め、乳癌再発食道転移と肝不全が死因となったと考えた。【考 察】 生前の各種検査では悪性所見を確定診断できず、病理解剖にて乳癌再発転移によるものと判明した。乳癌の食道転移自体比較的多いものであるが、転移性食道腫瘍の中では乳癌転移が多く報告されている。粘膜下での腫瘍増殖であるため、鉗子生検での診断は困難となり、食道狭窄の原因精査の中で悪性の確定診断に難渋した一例であった。

## 7. Von Recklinghausen 病に発症した異時両側乳癌の1例

山岸 陽二<sup>1,2</sup>, 山崎 民大<sup>2</sup>, 小岩井智美<sup>2</sup>  
平塚美由起<sup>2</sup>, 永生 高広<sup>2</sup>, 守屋 智之<sup>2</sup>  
河野 貴子<sup>1</sup>, 上野 秀樹<sup>2</sup>, 山本 順司<sup>2</sup>  
津田 均<sup>1</sup>

(1 防衛医科大学校 病態病理学講座)

(2 防衛医科大学校病院 外科学講座)

【はじめに】 Von Recklinghausen 病 (以下 VR 病) は 17q11.2 に存在する NF1 遺伝子異常による疾患である。今回我々は VR 病に合併した異時両側乳癌の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症 例】 67歳女性。既往に25歳時に VR 病と診断。33歳時に左乳癌に対して Bt+Ax 施行し、T3N0M0 stage IIB であり補助療法は施行しなかった。2年前に右乳房腫瘍を自覚し当院受診された。視触診: 右乳房 C 領域に 2 cm 大の可動性不良な腫瘍。MMG: 右 M・O 領域に微細鋸歯状の 2 cm 大の腫瘍。US: 18×17 mm 大の境界明瞭粗造は低エコー腫瘍。MRI: 25 mm 大の不整形な腫瘍。PET: 右乳房腫瘍に FDG の集積を認めた。針生検: IDC, ER (-), PgR (-), HER2 (-) の Triple negative (以下 TN) 乳癌であった。手術は Bt+SN 施行し、術中迅速で SN への転移を認め Ax を追加した。病理結果は pT2N2aM0 stage IIIA であった。過去の検体を再評価したところ、左乳癌も TN 乳癌であった。今後は術後化

学療法を予定している。【考 察】 VR 病合併乳癌の症例について文献的考察を加えて報告する。

## 8. 化学療法中に HER2 発現が陽転化した Stage IV 浸潤性小葉癌の1例

黒住 献<sup>1</sup>, 藤井 孝明<sup>1</sup>, 時庭 英彰<sup>1</sup>  
平方 智子<sup>1</sup>, 矢島 玲奈<sup>1</sup>, 尾林紗弥香<sup>1</sup>  
中澤 祐子<sup>1</sup>, 徳田 尚子<sup>1</sup>, 矢内 恵子<sup>1</sup>  
小山 徹也<sup>2</sup>, 桑野 博行<sup>1</sup>

(1 群馬大院・医・総合外科学)

(2 群馬大院・医・病理診断学)

【背景】 HER2 標的治療の適応は HER2 の発現状況によって決められているが、ヘテロジェネイティ、原発巣と転移巣での不一致、治療による変化などによって、初回の発現状況の結果が変わり得ることが知られている。今回、化学療法中に HER2 の発現が陽転化した Stage IV 浸潤性小葉癌の1例を経験したので報告する。【症 例】 50歳代、女性。左乳房の広範な発赤のため当科を受診した。針生検の病理診断は浸潤性小葉癌であった。対側乳房、骨、両側腋窩と鎖骨上リンパ節に転移を認めたため、左炎症性乳癌 (T4bN3cM1: Stage IV), と診断した。M1 のため手術不能と判断し、薬物療法を優先する方針とした。ER 陰性, PgR 陰性, HER2 陰性 (score 2+, FISH 陰性: シグナル比 1.4) であり、トリプルネガティブ乳癌であった。化学療法は FEC75 から開始し、3クール目から副作用のために FEC50 に減量して、計9クールを行った。乳房の発赤は軽減傾向を認め、CT 検査では局所の腫瘍の著しい縮小を認めた。遠隔転移巣も縮小を認めた。その後、paclitaxel に変更したが、2か月後に左乳房の発赤が増悪し、CT 検査では局所の腫瘍は再増大した。遠隔転移巣は不変であった。病変が増悪したため左乳房皮膚の生検を行った。標本には異型性の強い癌細胞の浸潤を認め、浸潤性小葉癌の pleomorphic type の所見がみられた。また、マーカー検査では HER2 が score 3+ と陽転化していたため、perstuzumab + trastuzumab + docetaxel 療法に変更したところ、乳房の発赤は改善し、CT 検査でも局所の腫瘍は縮小した。6クール後には、perstuzumab + trastuzumab のメンテナンス治療を行っているが、HER2 標的治療開始後の8か月現在、局所病変と遠隔転移巣の増悪はない。【まとめ】 浸潤性小葉癌の HER2 陽性率は classic type の5%未満に対して pleomorphic type は20~30%と高いことが知られている。再生検によるマーカー発現の再評価によって適切な治療薬への変更を行うことができる場合もあるので、初回の HER2 検査が equivocal であった場合にはマーカーの変化を確かめるための再生検を考慮すべきであると思われる。