

07-35

チェックシートを用いた乳がん看護認定看護師と乳腺外科医との診療連携

さいたま赤十字病院 看護科

○宮入 育子

乳がん治療は手術療法・化学療法・内分泌療法・放射線療法等多岐に渡っており、乳房の喪失や変形、脱毛などボディイメージの変容を伴う治療が行われることも多い。また、乳がんは他の悪性疾患患者に比べて壮年期に多いために、仕事、結婚、妊娠・出産、親の介護等ライフイベントや社会生活に大きな影響を与えることも特徴である。A病院では乳がんの診断、治療方針の決定は乳腺外科医が主体となり進められているが、患者個々の抱える背景は様々であり、中には治療方針の決定に躊躇し、思うように治療に専念できない場合も見られる。乳がん看護認定看護師（以下CN）はそのような患者に対し専門的な知識と技術を持って対応し、療養生活を支援していくことが重要な役割の一つであると考えているが、多忙な外来診療の中、その支援体制は充分ではないのが現状である。そこで今回、チェックシート「乳がん看護認定看護師介入依頼・記録用紙」を作成、2012年5月～9月に実際運用し、乳腺外科医とCNとの連携体制について検討した。その結果、チェックシートを用いることにより、医師からの依頼で介入の必要な患者を適時に把握し、適切な支援を行うことが可能となることが示唆された。使用したチェックシートはカルテに保存し、収集した情報は1つのUSB、特定のパソコンのみを使用し、A病院の情報セキュリティ包括申請に基づいて管理して倫理的配慮を行なった。CNが乳腺外科医と協働して乳がん患者に告知後早期より介入し、チームとして継続的に支援を行なうことは、患者にとって心強い存在となると考える。今後は、更に施行期間を重ね、外来と病棟や化学療法室との連携も強化し、得た情報から患者の必要とする支援を見極めて、適切な時期に適切な支援を行なえるよう、乳腺外科外来における活動の拡大を図っていきたい。

07-37

遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の診療体制の整備へ向けての取り組み

石巻赤十字病院 医療技術部 遺伝カウンセリング課¹⁾、乳腺外科²⁾、看護部³⁾、診療支援事務課⁴⁾

○安田 有理¹⁾、伊藤 正裕²⁾、玉置 一栄³⁾、大橋 清子⁴⁾、古田 昭彦²⁾

【背景と目的】乳がん全体のうち、遺伝要因が関係している乳がん（遺伝性乳がん）は約5%とされ、なかでも遺伝性乳がん・卵巣がん症候群（HBOC）は最も頻度が高い。乳がん、卵巣がんの遺伝的リスクを評価し、リスクが高い人に対してはそのリスクに基づく予防や治療を行うことが重要となる。当院においてもHBOC診療体制の整備を目指し、米国National Comprehensive Cancer Network (NCCN) のガイドライン「遺伝的要因/家族歴を有する高リスク乳がん卵巣がん症候群v1.2011（以下、NCCN v1.2011）」を参考に、高リスク者の拾い上げとリスク評価を行った。

【方法】高リスク者の拾い上げの1つとして、2011年10月～2012年3月に当院において手術を施行された乳がん患者60例を対象に、病棟において詳細な家族歴聴取を行い、NCCN v1.2011で示されるスクリーニング基準およびHBOCテスト基準を参考にリスク評価を行った。

【結果と考察】NCCN v2011のスクリーニング基準に合致したのは60例中30例（50.0%）で、うち16例（26.7%）がHBOCテスト基準に合致した。この16例についてBRCA遺伝子変異保有率をリスク評価モデル[BRCAPRO (CaGene 5.1 software)]を用いて計算したところ、変異保有確率が10%を超える高い値を示したのは2例（3.3%）であった。現在、これら高リスク者に対してリスクの高さなどについて情報提供を行いつつ、遺伝カウンセリングや検診プログラムを提供できるよう乳腺外科医、外来看護師、メディカルクラークおよび遺伝カウンセラーによるカンファレンスにて検討を重ねると同時に、BRCA1/2遺伝子検査の導入を進めるなど対応面の整備に向けて取り組んでいる。

07-36

当院における妊娠期乳がんの診療

さいたま赤十字病院 乳腺外科¹⁾、

さいたま赤十字病院 産婦人科²⁾

○有澤 丈夫¹⁾、王 宏生¹⁾、齋藤 毅¹⁾、宮本 純孝²⁾

近年、女性の社会進出、晩婚化を背景に、30～40代の妊娠、出産が増加してきている。40代は乳がんの好発年齢であり、従って、妊娠期乳がん患者が増加する傾向にあり、昨年は当院で3人の患者を経験した。妊娠期乳がんの特徴は、1、通常の妊娠期反応による乳房の変化とがん腫瘍との区別がつきにくく診断が困難であり、また患者があえて申告しないため、進行がんで発見されることが多い。2、治療は、胎児や母体への影響を配慮する必要がある、すなわち、胎児の週齢に合わせて手術治療や化学療法を組み立てなければならない。12週未満では全身麻酔は行えない。妊娠中に使用できる抗がん剤はアンストラサイクリンに限られ、しかも妊娠後期でないと化学療法は施行できない。診断に関しては、妊娠期乳がんの早期発見には産婦人科医、助産師らによるスクリーニングが必要である。産婦人科医、助産師、乳腺外科でカンファレンスを行い、妊娠期の腫瘍に関しては躊躇せず乳腺外科外来を受診させるようにした。特に30～40代の妊婦には乳房の触診を勧め、異常を訴えた場合には、直ちに乳腺外科医に情報を伝え、検査を行う協力体制が必要である。治療に関しては、治療前に乳腺外科医と産婦人科医によるカンファレンスを行い、治療方針を決定することとした。妊娠期乳がんの診療は乳腺担当医と産婦人科医、看護師、助産師の密な連携が必要であり、周産期医療とがん治療を行う総合病院でしか治療はできないので、当院で積極的に診療する体制を整えたい。

07-38

乳癌に対する針生検を用いたBiomaker (ER, PgR, Her2, Ki67) の評価の有用性と限界

小川赤十字病院 外科

○長岡 弘¹⁾、高橋 泰¹⁾、杉谷 一宏¹⁾、中神 克尚¹⁾、金 准之¹⁾、吉田 裕¹⁾、大木 宇希¹⁾、平岡 優¹⁾

【目的】針生検の検体（CN）を用いたBiomaker(BM)(ER, PgR, Her2, Ki67)の評価と手術検体(OP)の評価の相関を検討した。

【対象と方法】2009-2011年に針生検にて診断し、手術を行った浸潤性乳管癌78例(術前治療例は除く)。針生検はBard社製16G針を用い超音波ガイド下に採取。BMの評価は免疫染色法にて行い、ER、PgRはAllred score 3以上、Her2は陽性細胞30%以上、Ki67は14%以上を陽性とした。

【結果】CNとOPのBMの正診率はER:87.2%、PgR :87.8%、Her2 96.2%、Ki67 74.4%。Intrinsic subtypeの一致率はLuminal A 72%、Luminal B 75%、Her2 67%、Triple Negative 65%であった。

【結語】針生検によるKi67の評価は正診率が低く、術前治療の適応を決定する上で注意が必要と考えられた。