

乳房 Breast (C50)

乳腺に原発する悪性腫瘍

局在コード(ICD-O-3)

「C50.」

側性あり臓器

形態コード(ICD-O-3)

表2参照

1)癌腫

《乳腺》 ← 主要 5 部位に相当

2)悪性リンパ腫

《非ホジキンリンパ腫》

3)肉腫

《軟部組織》

上記1)～3)以外は UICC TNM分類第 8 版では病期分類の「適用外」

1. 概要

わが国における2023年の女性の乳がんの年齢調整死亡率（平成27年モデル人口で調整、人口10万対）は、21.3となっている。85歳以上の死亡率が増加している。悪性新生物死亡全体に占める割合は、女性で9.7%を占める（第5位）。

全国がん登録データによる 2020 年の全国年齢調整罹患率（日本平成 27 年モデル人口で調整、人口 10 万対）は、女 134.9（上皮内癌を含まず）となっている。罹患率のピークは 40 歳後半から 70 歳後半となっている。

院内がん登録 2023 年全国集計をみると、自施設初回治療開始例において C50 と登録されていたのは、約 9 万 3 千件で、乳房上外側 4 分の 1（C50.4）が約 45%、次いで、乳房上内側 4 分の 1（C50.2）が約 25%であった。乳房の境界部病巣（C50.8）と登録されていたのは、約 0.4%であった。

2. 解剖

原発部位

乳房(breast)は皮膚・皮下組織(脂肪)とその中に乳腺を含む部位である。乳腺(mammary gland)は前胸壁の外部に位置し、厚い線維性の間質を伴った腺組織である(図1)。腺組織は多くの小葉(lobule)からなり、その小葉は集まって 15～25 の葉を形成する。大小多くの乳管(mammary duct)が乳汁分泌腺と乳頭(nipple)へとつながっている。小乳管は乳房の中を通り、集合して大乳管となって、最終的には乳頭の基部にある乳管洞へと続く。大部分のがんはまず初めに、管の末端にある小葉部分の乳管に発生する。腺組織は乳房の上外側部により多く存在するので、乳癌の半数はこの部分に生じることになる。胸壁には肋骨、肋間筋、前鋸筋が含まれるが、胸筋は含まれない。

乳房

- 乳頭 nipple(C50.0)
- 乳輪 nipple areola(C50.0)
- 乳房体
 - 乳腺 mammary gland
 - 乳房脂肪組織
 - 皮下組織 subcutaneous tissue
 - 皮膚 skin

乳腺

- 乳管 … 乳頭に各腺葉から約 20 本の乳管が開く
- 腺葉 … 約 20 ヶ、1本の乳管を有する
 - ↳ 小葉 → 腺房
- 腺房が集まって小葉を形成し、
- 小葉が集まって、腺葉を形成している。

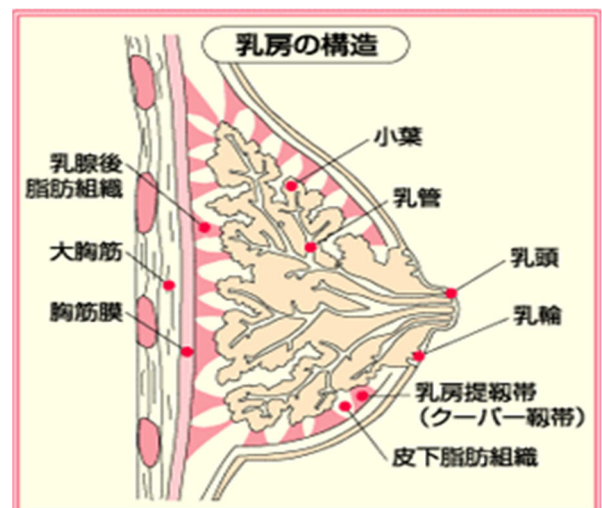


図1 乳腺の解剖図

3. 亜部位と局在コード《乳房》

ICD-O-3において、乳房は乳頭～乳輪の表面 C50.0(乳頭部)、乳輪皮下の乳腺を指す C50.1(乳輪部)の2部位を除いて、上下・内側外側に4等分した C50.2(内側上部)、C50.3(内側下部)、C50.4(外側上部)、C50.5(外側下部)の6部位でコードされる。

表1. 取扱い規約の表記と ICD-O-3 局在コード《乳房》 側性あり臓器

	ICD-O 局在	取扱い規約 (第18版)	診療情報所見	備考
腫瘍占拠部位	C50.0	E'(乳頭部)	乳頭および乳輪	乳頭と乳輪の表面、乳頭部分を指す。
	C50.1	E(乳輪部)	乳房中央部	乳輪部の皮下に原発する腫瘍を指す。
	C50.2	A(乳房内上部)	乳房上内側4分の1	
	C50.3	B(乳房内下部)	乳房下内側4分の1	
	C50.4	C(乳房外上部)	乳房上外側4分の1	
	C50.5	D(乳房外下部)	乳房下外側4分の1	
	C50.6	C'(乳房の腋窩尾部)	乳房腋窩尾部 乳腺の尾部,NOS	
	C50.8	AB, AC・・・等 「2つ以上の領域にまたがり 主占拠部位が決定しにくい もの」	乳房の境界部病巣 外側乳房 上部乳房 内側乳房 下部乳房 乳房正中線部	※取扱い規約の表記では、 腫瘍が複数の亜部位に またがって存在する場合は、 初めに書かれている亜部位が その主部位となるので、 初めに書かれている亜部位を 原発の局在コードにする。 (例: CA → Cにあたる C50.4)
	C50.9		乳房,NOS 乳腺	

右乳房

左乳房

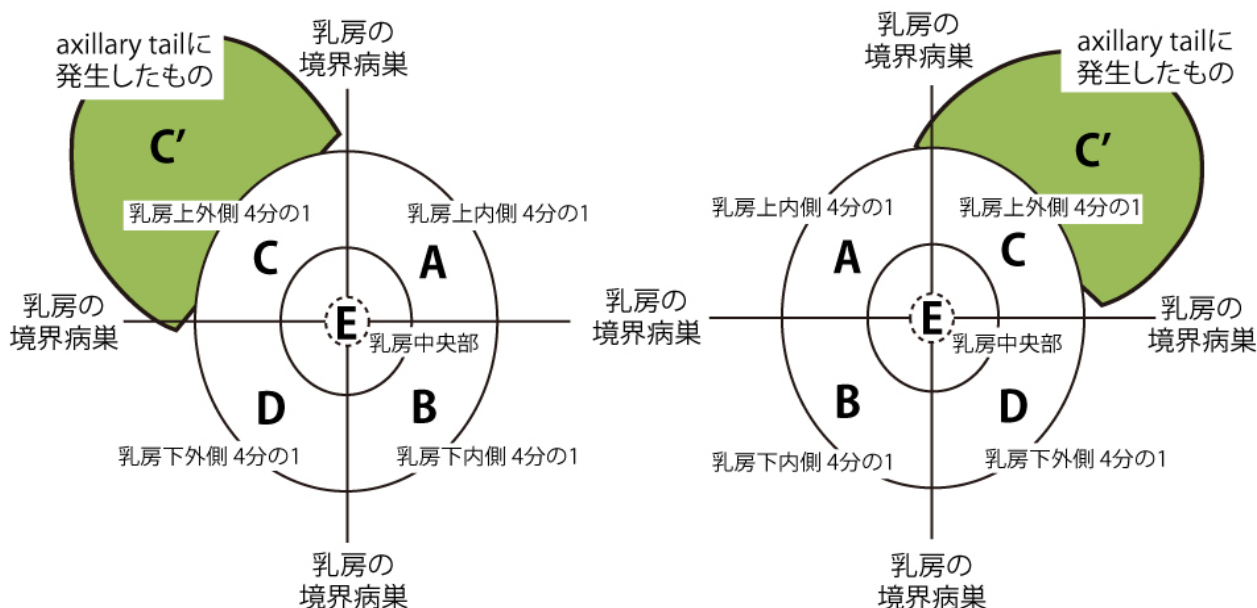


図2 乳房の亜部位表記

4. 形態コード(病理組織型)《乳房》

乳房に原発する腫瘍のほとんどは乳管上皮から発生する腫瘍で、ほとんどが導管癌と呼ばれる腺癌である。

取扱い規約【第 18 版】では、全体を非浸潤癌、微小浸潤癌、浸潤癌および Paget(パジェット)病に分類され、浸潤性乳管癌がんについてはわが国独自の分類で「腺管形成型」「充実型」「硬性型」「その他」に分類されるため、がん登録ではこれらの組織型について、8500/3 をコードして 6 桁目で上記を区別する。

表2. 取扱い規約の表記他と ICD-O-3 形態コード《乳房》 ●:乳癌取扱い規約【第 18 版】に収載の組織診断名

◆該当 TNM	病理組織名(日本語) (取扱い規約第 18 版)	英語表記	形態 コード
	非浸潤癌	Noninvasive carcinoma	
1	非浸潤性乳管癌	Ductal carcinoma in situ	● 8500/2
1	非浸潤性小葉癌	Lobular carcinoma in situ	● 8520/2
1	被包型乳頭癌	Encapsulated papillary carcinoma	● 8504/2
1	乳房 Paget(パジェット)病、上皮内 浸潤癌	Paget's disease, mammary, in situ	8540/2
	浸潤癌	Invasive carcinoma	
1	浸潤性乳管癌	Invasive ductal carcinoma	● 8500/3
1	腺管形成型 *	Tubule forming type	● 8500/31
1	充実型 *	Solid type	● 8500/32
1	硬性型 *	Scirrhus type	● 8500/33
1	その他 *	Other type	● 8500/39
1	特殊型	Special types	
1	浸潤性小葉癌	Invasive lobular carcinoma	● 8520/3
1	管状癌	Tubular carcinoma	● 8211/3
1	篩状癌	Invasive cribriform carcinoma	● 8201/3
1	粘液癌	Mucinous carcinoma	● 8480/3
1	髄様癌	Medullary carcinoma	● 8510/3
1	アポクリン癌	Apocrine carcinoma	● 8401/3
	化生癌	Metaplastic carcinoma	
1	扁平上皮癌	Squamous cell carcinoma	● 8070/3
	間葉系分化を伴う癌	Carcinoma with mesenchymal differentiation	
1	紡錘細胞癌	Spindle cell carcinoma	● 8572/3
1	骨・軟骨化生を伴う癌	Carcinoma with osseous /cartilaginous differentiation	● 8571/3
1	基質産生癌	Matrix-producing carcinoma	● 8575/3
1	浸潤性微小乳頭状癌	Invasive micropapillary carcinoma	● 8507/3
1	分泌癌	Secretory carcinoma	● 8502/3
1	腺様嚢胞癌	Adenoid cystic carcinoma	● 8200/3
	その他	Other	
1	浸潤を伴う被包型乳頭癌	Encapsulated papillary carcinoma with invasion	● 8504/3
1	Paget 病	Paget's disease	● 8540/3
2	葉状腫瘍(葉状嚢胞肉腫)悪性	Phyllodes tumor (Cystosarcoma phyllodes), malignant	● 9020/3
1	癌肉腫	Carcinosarcoma	● 8980/3
2	間質肉腫	Stromal sarcoma	● 8935/3
3	血管肉腫	Hemangiosarcoma	● 9120/3
3	リンパ管肉腫	Lymphangiosarcoma	● 9170/3

◆ 該当 TNM 分類 : 該当する病期分類は以下の通り

1. 乳腺 2. 軟部組織 3. 該当 TNM 分類なし

* 浸潤性乳管癌の日本独自の亜分類に対して、がん登録では 6 桁の決められたコードを採用する。

上皮内癌について

上皮内癌には、非浸潤性、non-invasive、Carcinoma in situ 等の用語が用いられる。
微小浸潤(microinvasion)という記載があれば、浸潤癌とする。

5. 病期分類 と 進展度

1) UICC TNM 分類(第 8 版)

T-原発腫瘍【510】【610】

原発腫瘍の皮膚浸潤/胸壁浸潤の状況および最大径を評価する。

※ より進展している状況(乳癌では **T4**)に合致しているかを評価した上で、順に評価を行う。

①皮膚浸潤を理学的検査(視診/触診/聴診など)で評価する。

視診:皮膚潰瘍形成、浮腫(peau d'orange:橙皮状皮膚を含む)、
触診:皮膚衛星結節

②胸壁浸潤を理学的検査(視診/触診/聴診など)で評価する。

触診:胸壁(小胸筋、大胸筋は含まない)に固定して可動性がなくなる

③最大径をMMG(マンモグラフィー)、超音波検査、MRI等の画像診断で評価する。

※ **pT**:病理学的所見では手術標本の浸潤部分の最大径で測定する。

なお、生検などによる組織診で、非浸潤癌の診断があるときは、**Tis** とする。

Tis 上皮内癌

Tis(DCIS) 非浸潤性乳管癌

Tis(LCIS) 非浸潤性小葉癌

Tis(パジェット) 乳腺実質中の浸潤癌および/または上皮内癌とは関連のない乳頭のパジェット病。パジェット病と関連した乳腺実質中の癌は、その病変の大きさと性状で分類する。
その場合もパジェット病の存在は記載する。

T1 最大径が 2cm 以下の腫瘍

T1mi 最大径が 0.1cm 以下の微小浸潤^b

T1a 最大径が 0.1cm をこえるが 0.5cm 以下

T1b 最大径が 0.5cm をこえるが 1cm 以下

T1c 最大径が 1cm をこえるが 2cm 以下

T2 最大径が 2cm をこえるが 5cm 以下の腫瘍

T3 最大径が 5cm をこえる腫瘍

T4 腫瘍の大きさに関係なく、胸壁および/または皮膚への直接的な広がりを示す腫瘍^c

T4a 胸壁への広がり(胸筋浸潤のみは含まない)

T4b 潰瘍形成、同側乳房の衛星皮膚結節、または皮膚の浮腫[橙皮状皮膚を含む]

T4c 上記の **T4a** と **T4b** の両方

T4d 炎症性乳癌^d

注 b 微小浸潤とは基底膜をこえた周囲組織への癌細胞の広がりで、最大径が 0.1cm をこえない病巣をいう。

注 C 病理学的な真皮への浸潤所見だけで皮膚所見ありとはしない(理学的検査所見が必須)。胸壁は肋骨、肋間筋、および前鋸筋を含めるが、胸筋は含めない。

注 d 炎症性乳癌は、癌細胞が皮膚のリンパ管を閉塞することによって起こる病態で、皮膚の乳房全体が固い硬結を示す状況で通常、腫瘤を伴わない。

表3. T 因子《乳房》

		最大径	胸壁固定	皮膚所見
Tis			なし	なし
T1	T1mi	最大径 ≤ 0.1cm	なし	なし
	T1a	0.1cm < 最大径 ≤ 0.5cm	なし	なし
	T1b	0.5cm < 最大径 ≤ 1.0cm	なし	なし
	T1c	1.0cm < 最大径 ≤ 2.0cm	なし	なし
T2		2.0cm < 最大径 ≤ 5.0cm	なし	なし
T3		5.0cm < 最大径	なし	なし
T4	T4a	腫瘍最大径と無関係	あり	なし
	T4b	腫瘍最大径と無関係	なし	あり
	T4c	腫瘍最大径と無関係	あり	あり
	T4d	腫瘍最大径と無関係	炎症性乳癌の記載	

進行している
組合せから
合致するかを
下から上に
確認していく

N-領域リンパ節転移【520】【620】

触診、超音波検査所見やCT所見などの画像診断所見をもとに、領域リンパ節転移を評価する。

臨床分類(cN)と病理学的分類(pN)は基準が違うので、注意する。

腋窩リンパ節の「可動」「固定」について特に記述ない場合は、「可動」と考えて **cN** を決定する。

- 領域リンパ節は、
- ① 同側 腋窩リンパ節(レベルⅠ、レベルⅡ)
 - ② 同側 内胸リンパ節
 - ③ 同側 鎖骨下リンパ節(腋窩リンパ節レベルⅢ※)
 - ④ 同側 鎖骨上リンパ節
- ※ 鎖骨下 LN(リンパ節) = 腋窩 LN レベルⅢと考える

※隣接臓器直接浸潤がある場合は、浸潤している臓器の領域リンパ節への転移も「N 分類」へ反映させる。

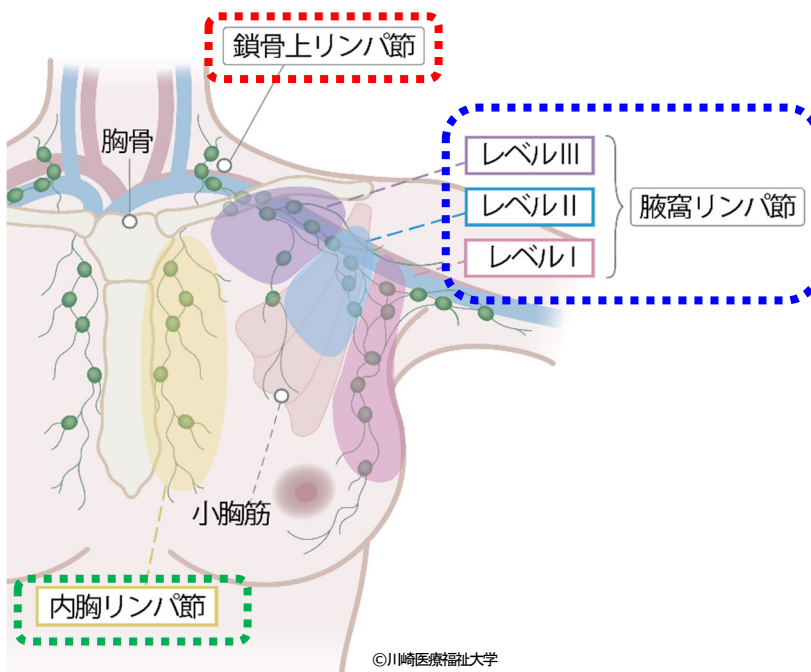


表4. cN 因子(臨床分類)《乳房》

UICC TNM 分類 【第 8 版】		腋窩リンパ節 (レベルⅠ、レベルⅡ)		内胸 リンパ節	鎖骨下 リンパ節 (レベルⅢ)	鎖骨上 リンパ節
		可動	固定			
cN0		なし	なし	なし	なし	なし
cN1		あり	なし	なし	なし	なし
cN2	cN2a	?	あり	なし	なし	なし
	cN2b	なし	なし	あり	なし	なし
cN3	cN3a	?	?	?	あり	なし
	cN3b	可動/固定いずれか あり		あり	なし	なし
	cN3c	?	?	?	?	あり

進行している
組合せから
合致するかを
下から上に
確認していく

「?」は、転移陽性／陰性いずれでもかまわない

表5. pN 因子(病理学的分類)《乳房》

進行している
組合せから
合致するかを
下から上に
確認していく



UICC TNM 分類 【第 8 版】		腋窩リンパ節 (レベルⅠ、レベルⅡ)	内胸 リンパ節	鎖骨下 リンパ節 (レベルⅢ)	鎖骨上 リンパ節
pN0		なし	なし	なし	なし
pN1	pN1mi	0.2mm < 微小転移の大きさ ≤ 2.0mm または 2.0mm 以下の転移で細胞数 200 以上			
	pN1a	1～3 個	なし	なし	なし
	pN1b	なし	微小転移	なし	なし
	pN1c	1～3 個	微小転移	なし	なし
pN2	pN2a	4～9 個	なし	なし	なし
	pN2b	なし	あり	なし	なし
pN3	pN3a	10 個以上	なし	なし	なし
		?	?	1 個以上	なし
	pN3b	1 個以上	1 個以上	なし	なし
		4 個以上	微小転移	なし	なし
	pN3c	?	?	?	1 個以上

進行している
組合せから
合致するかを
下から上に
確認していく

「?」は、転移陽性／陰性いずれでもかまわない

M-遠隔転移 【530】【630】

画像所見(CT/MRI、超音波検査)等から遠隔転移を評価する。

M0 遠隔転移なし

M1 遠隔転移あり

Stage-病期 【500】【600】

表6. UICC TNM 分類 臨床病期(cStage)のマトリクス (Matrix) 《乳房》

UICC TNM8(乳腺)	N0	N1	N2a, N2b	N3a-N3c
T0		Ⅱ A	Ⅲ A	Ⅲ C
Tis	0			
T1mi, T1a-T1c	Ⅰ A	Ⅱ A	Ⅲ A	Ⅲ C
T2	Ⅱ A	Ⅱ B	Ⅲ A	Ⅲ C
T3	Ⅱ B	Ⅲ A	Ⅲ A	Ⅲ C
T4a-T4d	Ⅲ B	Ⅲ B	Ⅲ B	Ⅲ C
M1	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ

表7. UICC TNM 分類 術後病理学的病期(pStage)のマトリクス (Matrix) 《乳房》

UICC TNM8(乳腺)	N0	N1mi	N1a-N1c	N2a, N2b	N3a-N3c
T0		Ⅰ B	Ⅱ A	Ⅲ A	Ⅲ C
Tis	0				
T1mi, T1a-T1c	Ⅰ A	Ⅰ B	Ⅱ A	Ⅲ A	Ⅲ C
T2	Ⅱ A	Ⅱ B	Ⅱ B	Ⅲ A	Ⅲ C
T3	Ⅱ B	Ⅲ A	Ⅲ A	Ⅲ A	Ⅲ C
T4a-T4d	Ⅲ B	Ⅲ B	Ⅲ B	Ⅲ B	Ⅲ C
M1	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ

2) 進展度【580】【680】

表8. 進展度 UICC TNM 分類からの変換マトリクス (Matrix) 《乳房》

UICC TNM 8 (乳腺)	N0	N1, N2	N3a, N3b	N3c
Tis	400:上皮内			
T0		420:領域 リンパ節転移	420:領域 リンパ節転移	440:遠隔転移
T1	410:限局	420:領域 リンパ節転移	420:領域 リンパ節転移	440:遠隔転移
T2	410:限局	420:領域 リンパ節転移	420:領域 リンパ節転移	440:遠隔転移
T3	410:限局	420:領域 リンパ節転移	420:領域 リンパ節転移	440:遠隔転移
T4	430:隣接臓器浸潤	430:隣接臓器浸潤	430:隣接臓器浸潤	440:遠隔転移
M1	440:遠隔転移	440:遠隔転移	440:遠隔転移	440:遠隔転移

* 基本的には、TNM 分類と進展度は分けて考えるが、進展度決定時、目安になるものが必要な場合は、この表を利用して、進展度を決定してもよい。

6. 診断・検査

1) マンモグラフィ (乳房 X 線検査、mammography : MMG)

乳房を圧迫板ではさみ X 線撮影する検査。乳癌のスクリーニングとして最も有効とされている。微細な石灰化、腫瘍陰影、構築の異常などを検出している。所見の評価として 5 つのカテゴリー (1:異常なし、2:良性、3:良性、しかし悪性を否定できず、4:悪性の疑い、5:悪性) に分類される。

2) 超音波検査

乳癌のスクリーニングや良悪性の鑑別に有用な検査である。
穿刺吸引細胞診や針生検を行う際には、超音波ガイド下で行うことがある。

3) MRI 検査

乳房温存療法における腫瘍の広がり診断に有用である。腫瘍の広がりや乳頭方向への進展の有無、胸筋への直接浸潤の有無などを判断し、術式の決定に寄与する検査として重要。

4) CT 検査、骨シンチグラフィ

主に遠隔転移の診断目的に施行される。骨転移の頻度が高いため、骨転移検出目的で骨シンチが行われることがある。

5) 穿刺吸引細胞診 (Fine needle aspiration cytology : FNA)

腫瘍やリンパ節を穿刺して細胞を採取し、細胞診検査を行う方法。超音波ガイド下で行われることが多い。良悪性の判定を行うが、確定診断には下記の針生検が必要である。

6) 針生検

細胞診よりも太い穿刺針を用い、組織を採取する方法。確定診断は針生検により行われる。通常の針生検 (CNB:コアニードルバイオプシー core needle biopsy) と吸引式乳房組織生検 (VAB:vacuum assisted biopsy) がある。CNB は、FNA よりやや太い針を使用しバネ式の器械を用いて採取する。VAB は、CNB よりも太い針を用い、吸引により更に大きい組織を採取する方法で、マンモトームやバコラなどの機器 (いずれも商品名) がある。

7) 腫瘍マーカー

CEA、CA15-3 などが上昇することがある。

8) バイオマーカー検査

治療方針決定や予後推定のため、手術や生検で採取した腫瘍検体を用いて行う。

ホルモン受容体 (ER:エストロゲン受容体 estrogen receptor、PgR:プロゲステロン受容体 progesterone receptor)

ホルモン受容体抗体を用いて免疫染色を行い、それぞれのホルモン受容体が発現している細胞 (陽性細胞) の割合やその染色強度を判定し、定まった判定基準 (Allred score と J-score) を用いて評価する。

HER2 (human epidermal growth factor receptor-2; ヒト表皮成長因子受容体 2 型)

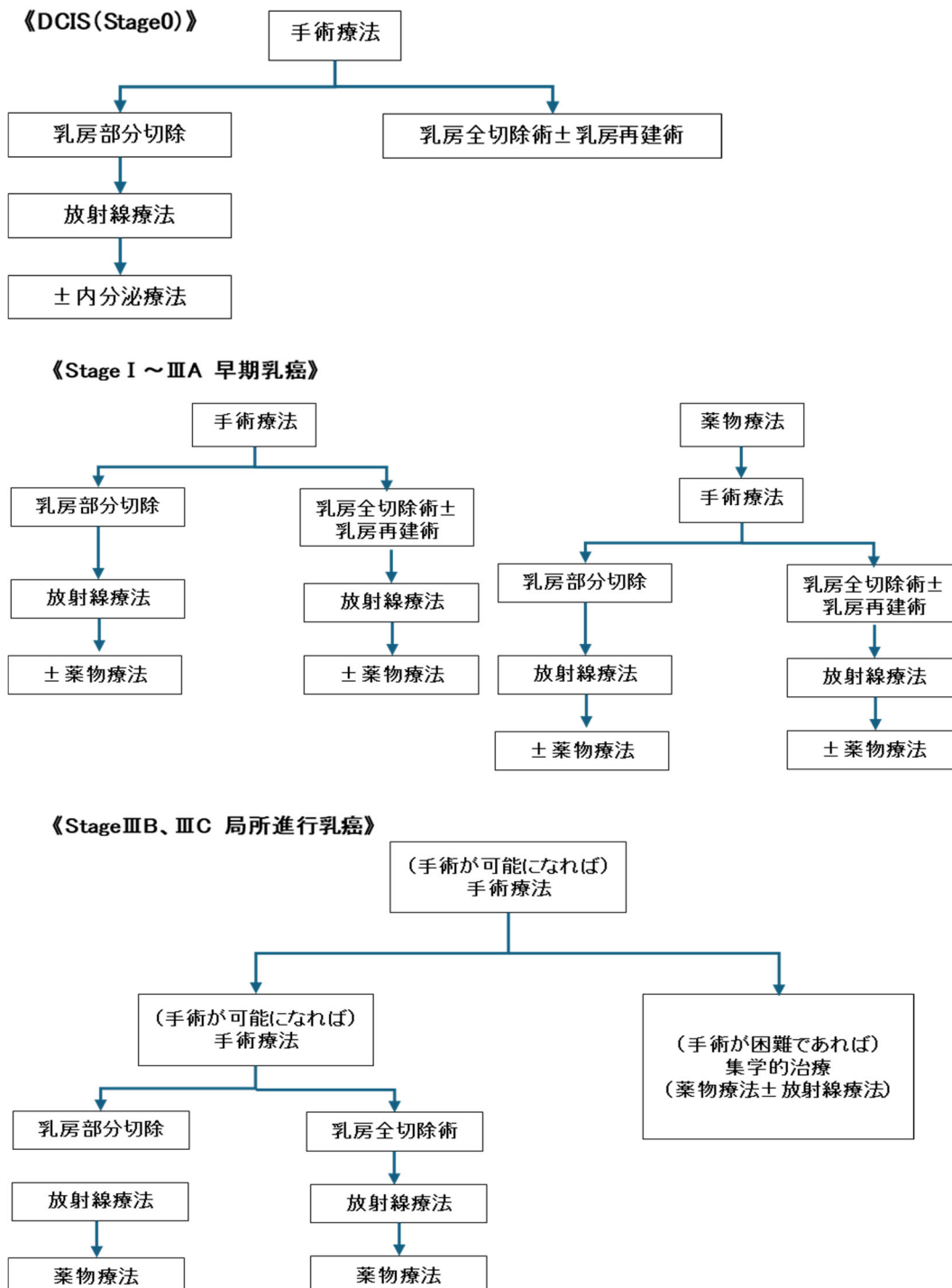
HER2 とは細胞表面に発現している、受容体の機能を持つタンパク質。免疫染色を行いその発現の程度を判定する。免疫染色で判定困難な場合(“判定保留”という)、ISH 法(FISH 法、CISH 法、DISH 法がある)での判定を行う。

Ki67

Ki67 は細胞周期関連核タンパク質の一つ。抗 Ki67 抗体を用いた免疫染色を行う。腫瘍細胞のうち Ki67 が陽性である細胞の割合(Ki67 ラベリングインデックス)が高いほど腫瘍の増殖能力が高いと判断されるが、評価方法については今のところ標準化には至っていない。

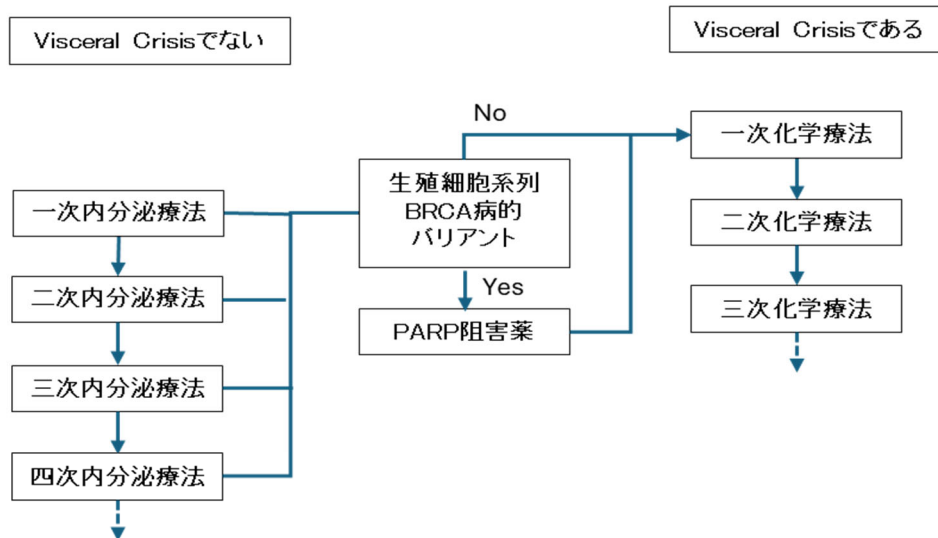
7. 治療【標準項目】

《治療の流れ》 乳癌診療ガイドライン①治療編 2022 年版より抜粋



《転移(StageⅣ)》

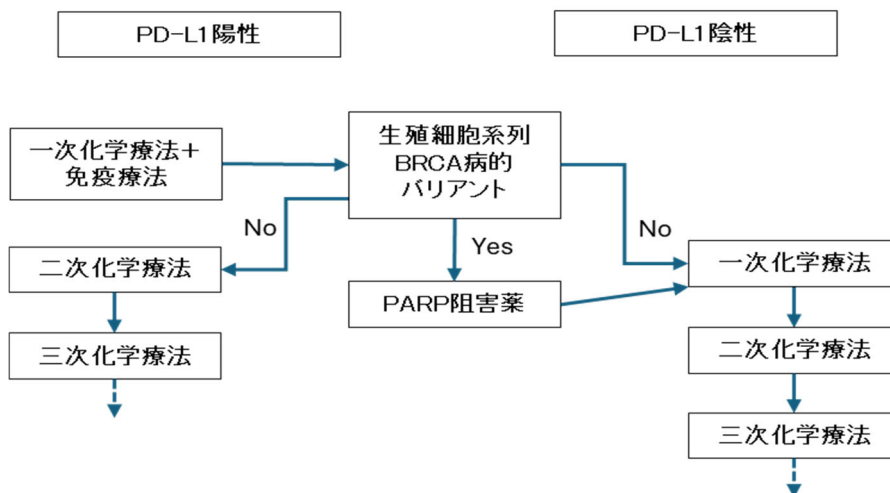
〈ホルモン受容体(HR)陽性HER2陰性転移の場合〉



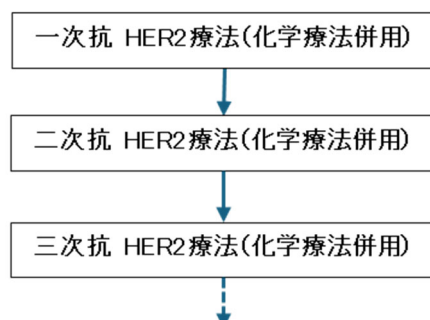
Visceral Crisisとは

徴候や症状、臨床検査で評価される重度の臓器障害、および疾患の急速な進行と定義される。単に内臓転移が存在することではなく、最も迅速で効果的な治療の臨床的適応となる重要な臓器障害を意味する。

〈トリプルネガティブ転移の場合〉



〈HER2陽性転移の場合〉



1) 観血的治療【700】【710】【720】

(1) 外科的治療【700】

a. 乳房手術

- ・腫瘍摘出術 Tumorectomy; Tm

術中の視触診上、腫瘍縁に沿って腫瘍を摘出する術式。診断のための摘出生検、良性腫瘍の摘出時などに選択される。

- ・乳房部分切除術 partial mastectomy/lumpectomy; Bp

癌の進展範囲と考えられる部位から一定の正常組織をつけて切除する術式。

- ・乳房全切除術 total mastectomy; Bt

従来の「胸筋温存乳房切除術」のこと。大胸筋(Mj)、小胸筋(Mn)を合併切除した際には、Bt+Mn+Mjのように記載する。

- ・乳管腺葉区域切除術 microdochectomy; Md

乳頭分泌を認める場合に、乳管と腺葉を含めて切除する術式。

- ・皮膚温存乳房全切除術 skin sparing mastectomy; Bt(SSM)

乳輪・乳頭は切除するが皮膚は温存する術式で、同時再建が原則の手術である。腫瘍直上の皮膚を含めて切除するBtとは異なる。

- ・乳頭温存乳房全切除術 nipple sparing mastectomy; Bt(NSM)

皮下乳腺全切除術と同義。皮膚、乳輪、乳頭を温存し、乳腺のみを全切除する術式。

b. 腋窩手術

i) センチネルリンパ節生検 SN

センチネルリンパ節:腫瘍細胞が最初に流れ着くとされているリンパ節。

術中に同定し、術中迅速診断で転移の有無を判定する。

転移陰性であれば、腋窩郭清は省略可能である。

一般にセンチネルリンパ節は腋窩領域に存在するが、内胸リンパ節に対して SN をおこなう場合は SN(Im)と記載される。

ii) 腋窩郭清 Ax

腋窩リンパ節群の郭清術。術前画像診断や病理診断、術中センチネルリンパ節生検で転移陽性の場合に

適応となるが、省略の可能性については数多の臨床試験で議論がされている。郭清レベル(レベルI, II, III)に応じ、

Ax(I), Ax(II), AX(III)と記載される

(2) 鏡視下治療【710】

鏡視下手術: Video-assisted surgery

上記手術療法の種々の手術が鏡視下で応用されているが、院内がん登録では2016年症例から、鏡視下治療として登録する。

その他手術範囲に関する略語(取扱い規約での解剖用語)

Sc:鎖骨上LN、Cw:胸壁、Tb:腫瘍床

再建方法での略語:

組織拡張器(tissue expander):TE、インプラント:IMP、広背筋皮弁:LD、腹直筋皮弁:TRAM

(3) 外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲【730】

【治療結果の評価】

表9. 外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲【730】《乳房》

選択肢コード	外科的治療
1:遺残なし	切除断端陰性
4:遺残あり	切除断端陽性
9:不明	原発巣切除が行われたが、その結果が不明・記載がない場合

2) 放射線療法【740】

- ・乳房温存手術後:残存乳房に対する全乳房照射(±腫瘍床へのブースト照射)を行う。また、腋窩リンパ節転移(+)例では、再発リスクを勘案した上で領域リンパ節(鎖骨上)に対する照射も考慮される。
- ・乳房切除後:腋窩リンパ節転移(+)例に対して、胸壁及び鎖骨上への照射を行う。
- ・緩和照射:骨転移、脳転移などに放射線療法が行われる。

3) 薬物治療【750】【760】

(1) 化学療法【750】

乳癌に対するレジメン例

- ・AC療法 DXR・ADM(ドキシソルビシン)[アドリアシン[®]] + CPA(シクロフォスファミド)[エンドキサン[®]]
- ・EC療法 EPI(エピルビシン)[ファルモルビシン[®]] + CPA
- ・CEF100療法 CPA + EPI + 5-FU(フルオロウラシル)[5-FU[®]]
- ・CMF療法 CPA + MTX(メトトレキサート)[メトトレキサート[®]] + 5-FU
- ・TC療法 DTX(ドセタキセル)[タキソテール[®]、ワンタキソテール[®]] + CPA
- ・PTX(パクリタキセル)[タキソール[®]]週1回療法
- ・nab-PTX(nab-パクリタキセル)[アブラキサン[®]]療法
- ・DTX療法
- ・カペシタビン[ゼローダ[®]]療法
- ・エリブリン[ハラヴェン[®]]療法
- ・VNR(ビノレルビン)[ナベルビン[®]]療法
- ・GEM(ゲムシタビン)[ジェムザール[®]]療法
- ・トラスツズマブ[ハーセプチン[®]]療法
- ・ペルツツマブ[パージェタ[®]]+トラスツズマブ[ハーセプチン[®]]+ドセタキセル[ワンタキソテール[®]]療法
- ・トラスツズマブ・エムタンジン[カドサイラ[®]]療法
- ・ラパチニブ[タイケルブ[®]]+カペシタビン[ゼローダ[®]]+ドセタキセル[ワンタキソテール[®]]療法

(2) 内分泌療法【760】

- ・TAM(タモキシフェン)[ノルバデックス[®]]
- ・TAM + ZOL(ゴセレリン)[ゾラデックス[®]]
- ・TAM + リュープロレリン[リュープリン[®]]
- ・ANA(アナストロゾール)[アリミデックス[®]]
- ・LET(レトロゾール)[フェマール[®]]
- ・EXE(エキセメスタン)[アロマシン[®]]
- ・フルベストラント[フェソロデックス[®]]
- ・LET(レトロゾール)[フェマール[®]]+パルボシクリブ[イブランス[®]]
- ・フルベストラント[フェソロデックス[®]]+パルボシクリブ[イブランス[®]]

＊パルボシクリブ[イブランス[®]]が内分泌療法と併用の場合は、内分泌療法と化学療法をありとする。

表10. 乳癌に用いられる薬剤例一覧

	略名	英語表記(一般名)	日本語名(一般名)	日本語名 (商品名)
化学療法	CPA	cyclophosphamide	シクロフォスファミド	エンドキサン
化学療法	MTX	Methotrexate	メトトレキサート	メトトレキサート
化学療法	5-FU	fluorouracil	フルオロウラシル	5-FU
化学療法	DXR(ADM)	doxorubicin	ドキシソルビシン	アドリアシン
化学療法	EPI	epirubicin	塩酸エピルビシン	ファルモルビシン
化学療法	CPA	cyclophosphamide	シクロフォスファミド	エンドキサン

	略名	英語表記(一般名)	日本語名(一般名)	日本語名 (商品名)
化学療法	PTX	paclitaxel	パクリタキセル	タキソール
化学療法	ACD	Actinomycin D	アクチノマイシン D	コスメゲン
化学療法	CPT-11	Irinotecan	塩酸イリノテカン	トポテシン
化学療法	GEM	Gemcitabine	塩酸ゲムシタビン	ジェムザール
化学療法	ADM	doxorubicin	塩酸ドキソルビシン	アドリアシン
化学療法	MIT	Mitoxantrone	塩酸ミトキサントロン	ノバントロン
化学療法		Capecitabine	カペシタビン	ゼローダ
化学療法	VNL	Vinorelbine	酒石酸ビンORELBIN	ナベルピン
化学療法	FT,TGF	Tegafur	テガフル	フトラフル
化学療法	UFT	Uracil/Tegafur	テガフル・ウラシル配合	ユーエフティ
化学療法	5'DFUR	Doxifluridine	ドキシフルリジン	フルツロン
化学療法	MMC	Mitomycin C	マイトマイシン C	マイトマイシン
化学療法	MTX	Methotrexate	メトレキサート	メトレキセート
化学療法	L-PAM	Melphalan	メルファラン	アルケラン
化学療法		Trastuzumab	トラスツズマブ	ハーセプチン
化学療法		Pertuzumab	ペルツヅマブ	パージェタ
化学療法		Lapatinib	ラパチニブ	タイケルブ
化学療法		Trastuzumab emtansine	トラスツズマブ・エムタンジン	カドサイラ
化学療法		Ibrance	パルボシクリブ	イブランス
内分泌療法	TAM	tamoxifen citrate	クエン酸タモキシフェン	ノルバデックス
内分泌療法	TOR	Toremifene	クエン酸トレミフェン	フェアストン
内分泌療法	ANZ	Anastrozole	アナストロゾール	アリミデックス
内分泌療法	EXE	Exemestane	エキセメスタン	アロマシン
内分泌療法	ZOL	Goserelin	酢酸ゴセレリン	ゾラデックス
内分泌療法		Leuprorelin	酢酸リュープロレリン	リュープリン
内分泌療法	MPA	Medroxyprogesterone	酢酸メドロキシプロゲステロン	プロベラ
内分泌療法		Fulvestrant	フルベストラント	フェソロデックス

8. 略語一覧

HER-2 Human Epidermal Growth Factor Receptor 2
ER estrogen receptor
PgR progesterone receptor
SLN sentinel lymph node
ABC aspiration breast cytology

ヒト上皮成長因子受容体 2
 エストロゲン・レセプター
 プロゲステロン・レセプター
 センチネルリンパ節
 乳腺穿刺吸引細胞診

9. 参考文献

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)
- 2) 国立がん研究センター・がん対策研究所 院内がん登録 2023 年全国集計
- 3) UICC TNM 悪性腫瘍の分類 第 8 版 日本語版(金原出版)
- 4) 日本乳癌学会編 臨床・病理乳癌取り扱い規約 2018 年 5 月 第 18 版 (金原出版)
- 5) 日本乳癌学会編 科学的根拠に基づく 乳癌診療ガイドライン 1 治療編 2022 年版 (金原出版)
- 6) 日本乳癌学会編 科学的根拠に基づく 乳癌診療ガイドライン 2 疫学・診断編 2022 年版 (金原出版)
- 7) 国立がんセンター中央病院内科レジデント編 がん診療レジデントマニュアル第 7 版 2016 年 (医学書院)
- 8) 日本乳癌学会編 患者さんのための乳がん診療ガイドライン 2016 年版(金原出版)
- 9) がん薬物療法ガイド レジメン+薬剤情報 2016 年(医学書院)
- 10) 国際疾病分類腫瘍学 第 3.1 版(厚生労働省政策統括官(統計・情報政策担当)編集)
- 11) 国際疾病分類腫瘍学 第 3.2 版 院内がん登録実務用
- 12) がん診療連携拠点病院等 院内がん登録標準登録様式 2016 年版

* 主な変更点

- ・「1. 概要」 内容更新
 - ・「7. 治療」 外科的治療 文言一部修正
- 他、誤字修正