

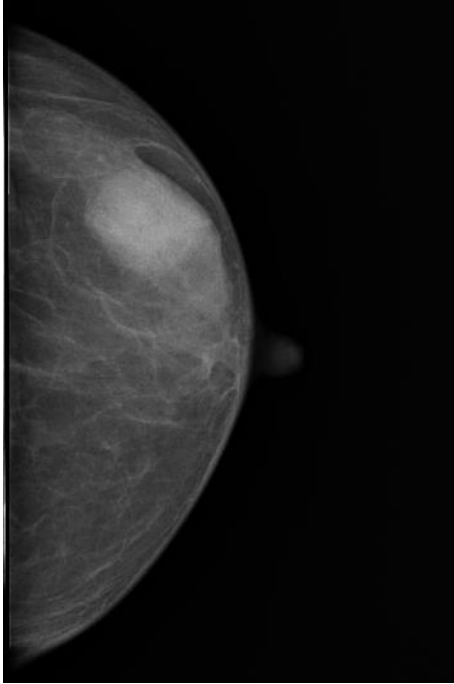
今回は、2症例の報告となります。外科医、病理医、臨床検査技師、放射線技師より
参加人数 17名

【症例】 74歳 女性

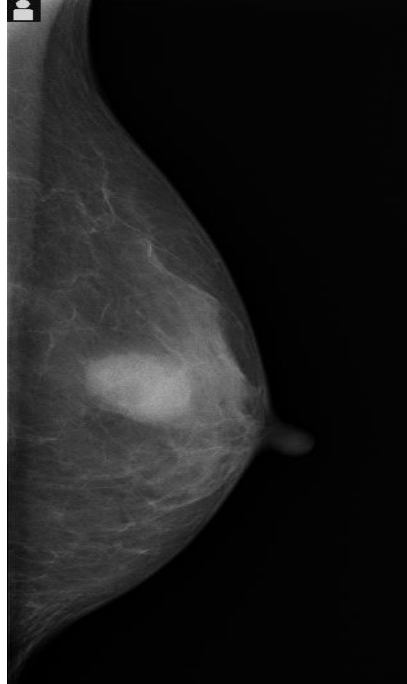
【主訴】 左乳腺腫瘍自覚。細胞診で悪性

乳房視触診:左乳腺C領域に28×23mm大の分葉状、柔らかく可動性良好な腫瘍

《マンモグラフィー所見》 記載範囲の関係上所見側のみの写真とさせていただきます



左: CC



左: MLO

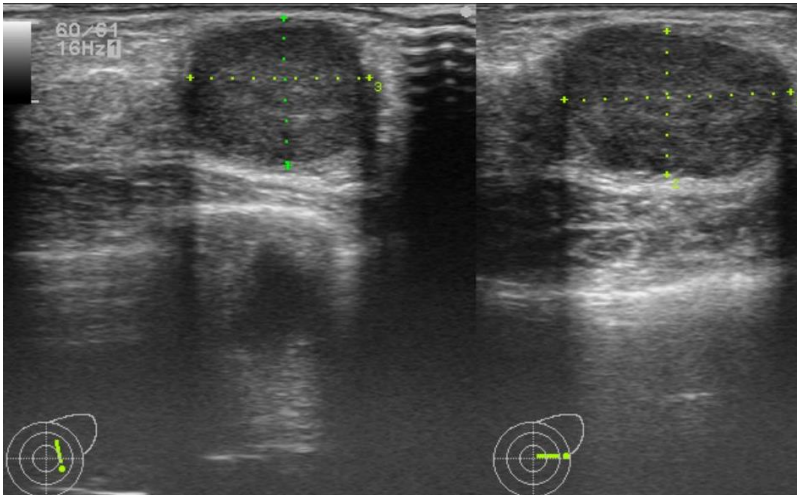
【乳腺外科K先生】

O(放射線技師)さんマンモグラフィーの鑑別をお願いします

【技師】

乳房の構成は乳腺散在で境界明瞭な高濃度腫瘍、一部辺縁粗造なところがあります
積極的に悪性を疑う所見ではありませんが年齢を考えるとカテゴリー 3→4となります
鑑別は線維腺腫 < 充実腺管癌、のう胞内がん、粘液癌です

《超音波所見》



【超音波検査士】

①CDE領域に20×16×13mmの
楕円状、均一、後方エコー増強、
血流周囲に+の線維腺腫疑い
年齢を考えると悪性も考える

②内部エコーは低エコー不均一？ですが
境界明瞭で積極的には悪性は疑えない

③鑑別は葉状腫瘍は考えられないか？

【細胞診】 顕微鏡解説 細胞検査士

大型な細胞集塊

核増大、核形不整、大小不同性示す atypical ductal cell が集塊状、孤立散在性に認められます
推定組織型は、浸潤性乳管癌で踏み込んで言いますと充実腺管癌を疑う

【病理結果】 顕微鏡解説へ

境界明瞭な腫瘤像が特徴です

Carcinoma with medullary feature

Her-2(1+), ER(score 0)(0%), PgR(score 0)(0%), Ki-67(80-90% positive)

ということでした。

medullary feature って髄様癌 (medullary ca) とは違うの？ という疑問を持ちながら……

【画像総括】 放射線技師

このマンモグラフィーでまずポイントとなるところ

その前に基本的なところでは

☆境界明瞭な高濃度腫瘤である ⇒ 良性、悪性限局型腫瘤すべて

☆高齢者である ⇒ どちらかと言うと、悪性。ここからもう少し読んでいきたいですね

ポイント: 腫瘤濃度の背景に脂肪組織パターン？が見える。(腫瘤内のう胞 < 前面後面の脂肪組織)

これは、線維間質系の腫瘤(混合腫瘤像)というより細胞、粘液、水成分の多い腫瘤を想像しました

超音波では、内部が低エコーで(極低エコーではなく低エコーの中にエコーが散乱してるように見えるので

これをどう読むか)そして著明な後方増強エコーということからエコーだけ見ると線維腺腫、葉状腫瘍

粘液癌や充実腺管癌など鑑別に上がってきますが、線維腺腫だとまだ間質が軟らかく水っぽい若い女性の線維腺腫のエコー像に近いのでこの症例74歳で鑑別から外せました。

マンモグラフィーとの合わせ所見では内部を粘液、細胞豊富、な腫瘤と読影出来るのかなと思います。

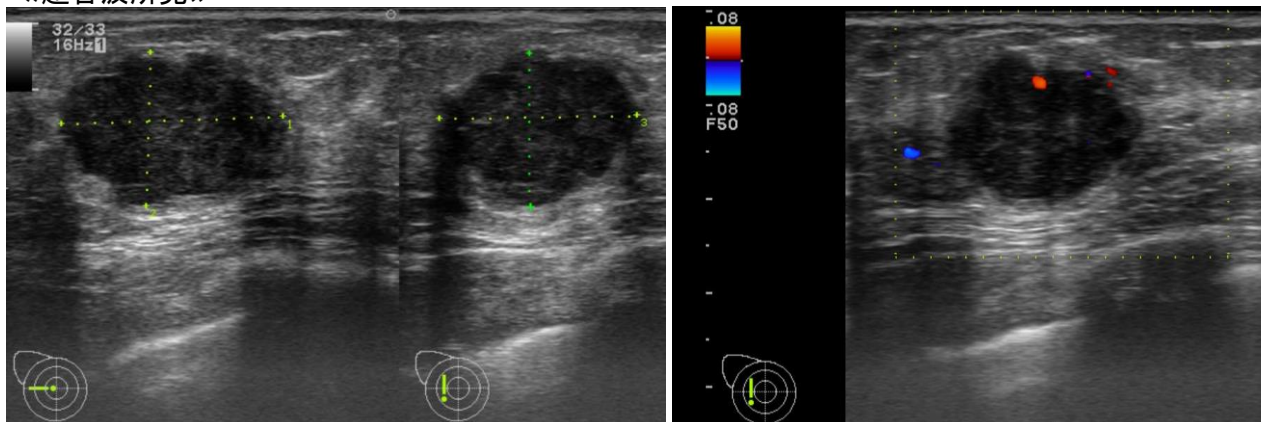
結果、髄様にがん細胞が詰まった限局型の充実性腫瘤でした。

【症例】 31歳 女性

【主訴】 右乳腺腫瘤を自覚

《マンモグラフィー所見》 MMGなし(なぜ撮影しなかったのか理由は不明)

《超音波所見》



【超音波検査士】

① CD領域に23×21×16mmの低エコー腫瘤、内部血流++

境界明瞭粗造で後方エコーは著明に増強で葉状腫瘍 他、充実腺管癌

② 限局型充実性の低エコー腫瘤、先ほどの腫瘤より境界は分葉状。内部エコーは低ですが散乱？不均質。

後方エコーは増強、そして境界部が分葉し31歳を考えると

第一に線維腺腫、葉状腫瘍だったが内部血流があるので 悪性に考え鑑別は充実腺管癌

先ほどの症例に比べ内部エコーは低。

【細胞診】 省略

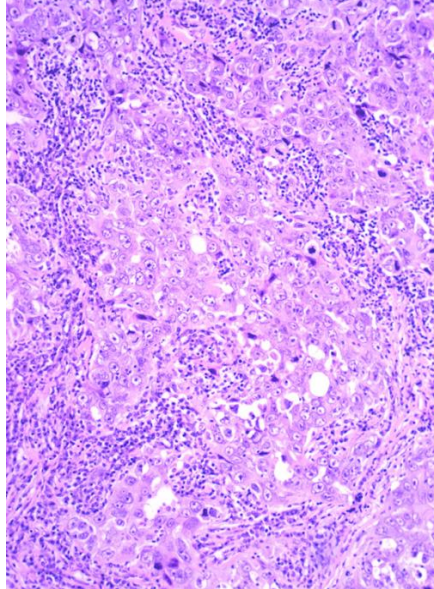
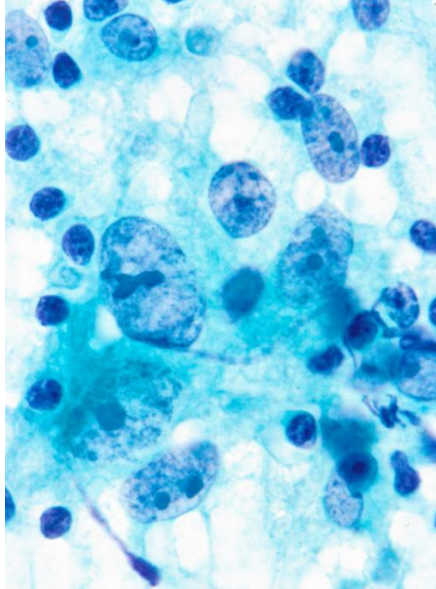
【病理】

Carcinoma with medullary feature

Her-2(-), ER(score 0)(0%),PgR(score 0)(0%),Ki-67(80-90% positive)

【画像総括】 O技師

今回は2症例とも“medullary feature”という病名がつきました。
考え方としては髄様癌を広義に解釈すればいいのかなと？
いろいろと“medullary feature”について調べましたが、むずかしいですね
ですので髄様癌について
＜リンクフリー画像 2症例の細胞像ではありません＞



確かに、細胞が詰まった
腫瘍で超音波で
後方エコーの著名な増強
が理解できます。

(meddic.jpより抜粋)

- ☆ 「髄様」の名が示すように、癌巣では癌細胞の極性は失われ、索状構造や腺腔形成を示すことはほとんどない。
- ☆ 髄様癌は組織学的に充実性で間質の乏しい髄様癌巣の周辺部あるいは癌巣内にさまざまな程度のリンパ球浸潤を伴うことが、最大の特徴である。
- ☆ 充実腺管癌などとの決定的な違いは、病理上で癌細胞が髄様に見られるかどうかという点だけでリンパ球浸潤を伴った充実腺管癌とは区別される。（初歩から始める超音波検査室より抜粋）

超音波で

髄様癌は**充実性に癌細胞**がみられる為、超音波上はそのエコーレベルは低く、境界明瞭に観察され
辺縁は不整形を示す事が多く、**後方エコーが増強する**のが特徴です。

最後に、私自身疑問に感じたこと。

髄様癌って予後が良いという認識でしたが

Ki-67が2症例とも高く、ホルモンレセプター (Her-2,ER,PgR)の陰性率が高い

そして、2症例目の方はトリプルネガティブでした。どうして予後が良好なんだろう？という疑問でした。

家に帰って調べたところ

- ☆ 髄様癌(特殊型の8%程度)は、ホルモンレセプターの陽性率が低いにもかかわらず
予後は良好という特徴的な臨床病理像を示すと言われている
- ☆ 欧米の報告では10年生存率は80-90%と良好であるとされている(なかには、浸潤性乳管癌と同レベル)

ということでした。次回は平成26年2月頃開催予定です

山近記念総合病院 放射線技師 大久保 実彦