

婦人科悪性腫瘍について

子宮頸癌と子宮体癌

一般に子宮癌と言いますが、子宮にできる癌はできる部位によって2種類に分かれます。子宮頸部にできる子宮頸癌と子宮体部にできる子宮体癌です。子宮を一つの臓器として見えてしまうことにより、これらの病気を「子宮癌」とまとめてしまいがちです。しかしながらまったく異なった病気で、その性質や特徴には大きな違いがあり、検査法や治療法も変わってきます。

【子宮頸癌】

1) 発生原因

子宮頸癌が発症している多くの方がヒトパピローマウイルス (human papilloma virus : HPV) というウイルスに感染していることが分かってきました。そのウイルスの遺伝子型 (タイプ) は 100 種類以上あり、16 型、18 型、31 型などが高危険型とされています。性行為によって感染するため、性交渉の経験がある方であれば、どなたでもヒトパピローマウイルスに感染する恐れがあります。しかし、感染しても全員が癌化するのではなく、遺伝子変異の蓄積や免疫機能の低下などによって、ごく一部の人に癌が発生することが指摘されています。

2) 年齢

子宮頸癌の検診に対して公的補助が受けられるのは 30 歳からということになっていましたが、最近では若年者 (20 歳代から) で癌が発見される人が増加してきたため、平成 17 年からは 20 歳以上の方が子宮 (頸) 癌検診の対象となりました。

3) 症状

子宮頸癌では早期にはほとんど自覚症状がありません。子宮頸癌が進行してくると月経以外の出血 (不正出血) や月経の変化 (長引く、不順になる) 、性交時の出血 (接触出血) 、おりものが出る・増えるなどの症状が出てくることがあります。

4) 診断

(1) 細胞診

子宮頸部の好発部位からブラシ等を使用し、直接に細胞を擦過・採取して検査する方法です。検査結果は通常 6 段階 (クラス I~V) に分類され、I、II は正常を、IIIa は軽度ないし中等度の異形成を、IIIb は高度異形成を、IV は上皮内癌を、V は浸潤癌をそれぞれ推定しています。IIIa、IIIb といわれた方は 3 ヶ月毎の経過観察が必要となり、IIIa が約 1 年間、IIIb が約半年間続いた方は、円錐切除術等の精密検査を受けられることをお勧めします。

(2) コルポスコピー診 (拡大鏡)

初期癌は肉眼的に診断できないので、コルポスコピー診で詳細な観察を行います。

(3) 組織診

最終的な診断法で、コルポスコープ下の狙い打ち生検や円錐切除術によって組織を採取し、治療方針が決定されます。

5) 進行期

子宮頸癌は異形成（軽度 中等度 高度）から上皮内癌をへて浸潤癌へと進行していくことが知られています。

(1) 異形成

軽度異形成では消失するものが多く見られます。高度異形成は治癒する場合がありますが、癌へと進行する確率が軽度異形成に比べ高くなります。

(2) 0期（上皮内癌）

この段階では上皮内だけに癌細胞が見られる状態で、皮下組織に癌が浸潤していないので転移の心配はなく、初期癌とされています。

(3) 浸潤癌

I 期：子宮頸部に限局しているもの

II 期：子宮外へ浸潤するが、骨盤内にとどまっているもの

III 期：骨盤壁に達するか、または腔の下 1/3 まで浸潤しているもの

IV 期：骨盤外や他臓器（膀胱や直腸）に転移・浸潤しているもの

6) 治療法

(1) 手術療法

a. 子宮頸部円錐切除術

超音波メスや高周波電気メスを用いて子宮頸部を円錐状に切除する方法で、確定診断のために行われます。異形成や上皮内癌では追加治療をせずに子宮を温存できます。浸潤癌（Ia1 期）の一部でも状況によっては子宮を温存することがあります。

b. 子宮摘出術

a) 単純子宮全摘出術

上皮内癌や浸潤癌（Ia1 期）の一部などに適応とされます。

b) 準広汎子宮全摘出術

浸潤癌（Ia 期）の一部が適応となります。

c) 広汎子宮全摘出術

子宮頸癌の基本術式です。子宮周囲の組織を含めて広範囲に摘出し、併せて卵巣・卵管（若年者、組織型、進行期によっては温存することもあります）摘出術および骨盤リンパ節郭清術を行います。

d) 広汎子宮頸部摘出術

浸潤癌（Ia 期・Ib1 期・IIa 期）のごく一部に対し、子宮温存を目的として行われることがあります。

(2) 放射線療法

患者さんの状態（年齢、進行期、合併症）などを考慮して放射線療法を行うこともあります。一般的に骨盤外部照射と腔内照射が行われます。

(3) 化学療法

手術前に腫瘍の縮小を図る目的で行われたり、放射線療法に併用して行われます。

7) 当科における過去5年間の進行期別症例数

	2006	2007	2008	2009	2010
0期（CINIIIを含む）	9	13	17	27	29
I期	6	8	10	10	10
II期	4	2	3	1	4
III期	1	0	0	1	0
IV期	0	1	0	1	1
合計	20	24	30	40	44

【子宮体癌】

1) 発生原因

子宮体癌は別名、子宮内膜癌とも言われるように子宮の内膜から発生する癌です。子宮体癌は疫学的に、動物性脂肪を好む食生活をする地域に多いことが知られています。近年、子宮体癌は増加傾向にあります。食事が肉食を主とする欧米型に変わってきたことがひとつの原因として考えられ、その他、晩婚化、少子化も子宮体癌の増加の原因としてあげられています。

2) 年齢

50歳以降の閉経後に多くみられますが、近年では若年者を含め増加傾向にあります。

3) 症状

最も多く認められる症状は性器出血です。特に、閉経後の不正出血が見られる時は、早めに婦人科を受診し、子宮体癌の検査を受ける必要があります。一般的な検診（ドックや市の検診）において、子宮癌検診とは子宮頸癌のみの検査をいいますのでご注意ください。

4) 診断

(1) 細胞診

子宮体部に細い棒を挿入して細胞を採取します。検査結果は通常3段階に分類され、『陰性』は正常を、『疑陽性』は内膜増殖症を、『陽性』は癌をそれぞれ推定しています。

(2) 子宮鏡

子宮頸部より内視鏡を挿入して、子宮腔内を直接観察します。

(3) 組織診

最終的な診断法で、子宮内部より直接組織を採取して診断します。子宮鏡時に同時に行われることが多いです。

5) 進行期

I 期：癌が子宮体部に限局しているもの

II 期：癌が子宮体部をこえて子宮頸部に浸潤しているもの

III 期：癌が子宮外に広がっているが、骨盤内をこえて外には広がっていないもの、またはリンパ節転移のあるもの

IV 期：癌が骨盤内をこえて他の部位へ広がるか、または膀胱や腸へ浸潤しているもの

6) 治療

手術療法が原則で、放射線療法、化学療法が術前・術後に行われる場合があります。

(1) 手術療法

子宮全摘出術、両側付属器（卵巣・卵管）摘出術、骨盤（場合によっては傍大動脈）リンパ節郭清術が基本術式となります。

(2) 化学療法

単独で行われることは少なく、手術療法に前後して行われることが多いです。

(3) 放射線療法

年齢、合併症などの全身状態を考慮して、放射線療法を行う場合があります。

7) 当科における過去 5 年間の進行期別症例数

	2006	2007	2008	2009	2010
0 期	0	1	0	2	1
I 期	5	7	7	6	13
II 期	1	0	0	0	0
III 期	3	4	2	1	2
IV 期	0	0	0	1	1
合計	9	12	9	10	17

【卵巣癌】

1) 発生原因

卵巣に発生する腫瘍にはさまざまな種類がありますが、85%ほどは良性腫瘍であり卵巣癌はそれほど多くはありません。卵巣は表層上皮や性索間質、胚細胞といった組織で構成され、それぞれに腫瘍が発生します。卵巣癌は表層上皮に発生する上皮性癌が9割を占め、その次は胚細胞にできるがんになります。卵巣癌は増加傾向にあり、ライフスタイルとの関連性が高いことも示唆されています。

2) 年齢

40 歳以降に増加しますが、幼少時期から発生するタイプもあります。

3) 症状

子宮癌検診の時などに偶然発見されることがありますが、早期にはほとんど自覚症状がありません。しかし、次第に腫瘍が大きくなりお腹が出たように感じたり（腹部腫瘤感）腹部を圧迫する感じ（腹部膨満感）が出てきます。また、腹水が貯まった場合にも同様な

症状がみられます。時に腫瘍が捻転した（ねじれた）場合には、下腹部に突然の激痛を感じます。

4) 診断

(1) 内診

婦人科内診台での診察で卵巣の腫大を触知します。

(2) 画像診断法

a. 経腹・経膈超音波検査

腹部より観察する経腹法と内診時に同時に行う経膈法があります。経膈法は腫瘍が小さくても診断が可能です。

b. CT・MRI

卵巣腫瘍の大きさ、形態や性状を検査します。

(3) 腫瘍マ - カ -

悪性では、血液検査において腫瘍マ - カ -（CA125、CEA、CA19-9、AFP、hCG など）値が上昇することがあります。しかし、初期のものや組織型によっては陽性にならないため、その診断には限界があります。また良性でも上昇することがあります。

(4) 組織診断

手術により摘出した腫瘍の組織診断が最終診断となります。術前や術中に良性か悪性かの判断が困難な場合には術中迅速病理検査を行い、その場で診断することもあります。

a. 境界悪性腫瘍

腫瘍は増殖性変化を示すが、ほとんどは良性の経過をとります。しかし、頻度は少ないものの将来再発することがあります。

b. 悪性腫瘍

卵巣の組織像は多種多彩であり、一部の組織型では組織診断が困難な場合があります。

5) 進行期

I 期：一側あるいは両側の卵巣に限局しているもの

II 期：骨盤内に限局しているもの

III 期：腹腔内に限局またはリンパ節転移のあるもの

IV 期：全身に及んでいるもの

6) 治療

手術療法と化学療法の併用が中心となります。

(1) 手術療法

一般的に標準術式とされるものがあり、子宮全摘出術、両側付属器（卵巣・卵管）摘出術、骨盤および傍大動脈リンパ節郭清術、大網切除術、虫垂切除術をいいます。若年者で妊娠・出産を強く希望される場合には、子宮と健側卵巣を温存できる場合がありますが、いろいろな条件があります。

(2) 化学療法

単独で行われることは少なく、手術療法に併用して行われます。はじめに標準術式が可能であった場合には手術後に3～6回の化学療法を行います。進行して見つかることが多いため、はじめに標準術式が不可能な場合も多数あります。その際は化学療法により腫瘍を縮小し、その後標準術式を行い、その後さらに化学療法を追加します。卵巣癌治療の第一選択の抗癌剤としてプラチナ系薬剤といわれる「シスプラチン」、「カルボプラチン」や「ネダプラチン」とタキサン系薬剤である「パクリタキセル」や「ドセタキセル」などを組み合わせて使用します。

7) 当科における過去5年間の進行期別症例数

	2006	2007	2008	2009	2010
境界悪性	1	4	3	4	0
I 期	4	2	1	0	2
II 期	2	3	0	1	1
III 期	4	5	4	8	6
IV 期	1	1	3	0	0
合計	12	15	11	13	9