

卵巣がんについては一部の早期癌を除き、化学療法の併用が必須です。当院でも多くのレジメンが選択可能です。初回治療は前日入院、2泊3日で行い、2回目以降は外来化学療法室で行うのが普通です。現在は分子標的薬を組み入れたレジメンが中心です。また、最近では再発卵巣がんにおける維持療法のための内服薬が使用可能となりました。



長野赤十字病院 産婦人科医師（前列左が筆者）

以上のような治療を、放射線科医師、外来化学療法室担当医師、精神科医師、薬剤師、看護師などの協力のもと行っています。また、緩和ケアチーム、緩和ケア科、緩和ケア認定看護師も介入します。もっともよい治療を選択するために2週間に1度程度、癌患者さんのカンサーボードを開催しています。患者さんにとって安心で安全な医療が提供できるよう努力してまいります。



長野赤十字病院

発行 長野赤十字病院 がん診療連携課

がん治療センターだより 2018.8.31 第12号

当院は、地域医療支援病院・地域がん診療連携拠点病院として、地域の医療関係機関と連携をとりながら、診療体制をより良いものにするため日々努力しています。『がん治療センターだより』は、がん診療に関する情報を発信し、当院をより身近に感じていただくため隔月で発行します。さて、第12号は、子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がんについてご紹介します。

## 女性が罹患する悪性腫瘍について 産婦人科部長 / 本藤 徹

### はじめに

女性が罹患する悪性腫瘍のうち、子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんにつき、当院で行っている診断・治療法を説明します。3疾患ともに罹患数は増加しています（図）。当院における3疾患の患者数を表1に示します。

図：部位別がん罹患数の推移（女性）（全年齢 複数年）  
※1985～2000年の乳房のデータは上皮内がんを含む。



表1：最近の婦人科癌症例数の推移  
（長野赤十字病院）

	子宮頸癌	子宮体癌	卵巣癌
2014年	9例	22例	19例
2015年	5例	18例	10例
2016年	5例	24例	16例
2017年	11例	13例	17例
合計	30例	77例	62例

\* CINは除く

## i Information

### 長野県がん診療連携協議会主催市民公開講座

日時：2018年12月9日（日）14時～16時  
会場：長野赤十字病院 南新棟2階第一研修ホール  
内容：『がん診療における放射線診断・放射線治療の役割』  
長野市民病院および長野赤十字病院の医師が講師を務めます

長野赤十字病院では拠点病院の役割として市民や医療従事者を対象として公開講座を随時開催しています。FAX等でご案内しますのでご参加ください。

発行：長野赤十字病院  
がん治療センター・がんサポートセンター  
事務局 がん診療連携課  
（地域がん診療連携拠点病院事務局）  
TEL 026-226-4131 FAX 026-226-6114  
E-mail ganshinryo@nagano-med.jrc.or.jp  
WEB http://www.nagano-med.jrc.or.jp

## 子宮頸がん

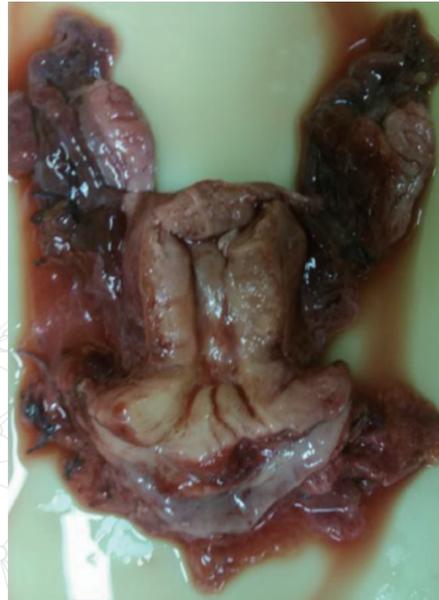
子宮頸がん患者は不正性器出血や接触出血などの症状をもって、または健診から診断されます。年代別では子宮頸がんの罹患者は20代後半から増え40代前半がピークになります。子宮頸がんはHPV (human papilloma virus) 感染がその発生に深く関係していることが分かっています。HPVは100種類以上の型がありますが、とくに子宮頸がんに関係するものは15種類あります。性交渉により子宮頸部に感染したハイリスク型のHPVが潜伏・持続感染しCIN (cervical intraepithelial neoplasia) 1になるとされます。CIN2, CIN3と病変が進行しますが、子宮頸がんまで進行するには最低でも5~10年かかります。日本人の子宮頸がん患者からは約60~70%の確率でHPV16型あるいは18型が検出されます。この感染を予防するワクチンが開発され、現在2種類のワクチン(1種類はHPV6/11を加えた4価ワクチン)が使用可能です。ところが、注射の副反応とされる全身疼痛症候群の発生により、現在ほとんどワクチンは接種されていません。今もワクチン接種再開に向け慎重な検討が行われているところです。

子宮頸がんには前述したように子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)という前癌病変があります。最も軽いのがCIN1(軽度異形成)、次にCIN2(中等度異形成)、さらには治療が必要なCIN3(高度異形成~上皮内癌)となります。その診断は、子宮頸部の細胞診、組織診、およびコルポスコピー検査で行います。

狙い組織診でCIN1~2と診断された場合は、外来経過観察で対処できます。CIN3については手術を行います。基本的には43歳以下の患者さんには子宮頸部円錐切除術、44歳以上の患者さんには全腹腔鏡下子宮全摘出術をお勧めしています。

子宮頸がんの治療は、手術療法と放射線療法が双璧をなしてきました。子宮頸がんの病理組織型の75%を占める扁平上皮癌が、非常に放射線感受性が良いためです。臨床進行期I~II期の症例に対しては主に広汎子宮全摘出術を行います。子宮に加え基幹部や膣の一部、骨盤リンパ節を切除するもので、全身麻酔で3~4時間程度の手術時間を要する非常に大きな手術です(写真)。進行期II~IV期の子宮頸がんに対しては、同時化学放射線療法が標準です。子宮頸がんの放射線治療においては、外部照射に加えて腔内照射が必要であり、当院には腔内照射の装置がないため、他院に紹介させていただいています。ただし、手術後の外部照射や再発時の照射には対応できます。手術後に再発リスクが高いと診断された場合は、同時化学放射線療法を追加します。また、放射線治療後の再発例においては、TC+ベバシズマブ療法が標準であり、ネダプラチン、イリノテカンの単剤投与も選択されます。

子宮頸がんについては前癌病変の段階での治療を主体として行っています。



子宮頸がんの摘出標本

## 子宮体がん

子宮体がんの罹患数も年々増加傾向です。子宮体がんと診断される患者は40歳代から多くなり、50~60歳代に最も多くなっています。患者の症状としては不正性器出血が多く、特に閉経後の出血には注意が必要です。診断には子宮内膜細胞診や経膈超音波検査で子宮内膜厚の測定を行い、その所見を参考として子宮内膜組織検査で確定します。また、MRIやCT検査を行い臨床進行期を推定します。子宮体がんの治療の第一選択は手術療法です。単純子宮全摘出術+両側付属器摘出術を基本とし、準広汎子宮全摘出術、広汎子宮全摘出術まで施行されます。進行したがんを診断した場合は骨盤リンパ節郭清術、傍大動脈リンパ節郭清術を追加します。手術所要時間は、単純子宮全摘術+両側付属器摘出術+骨盤リンパ節郭清術は開腹手術で3時間程度、腹腔鏡下手術で5時間程度です(現在、子宮体がんに対する腹腔鏡下手術は休止中)。子宮体がんの病理組織型では類内膜腺癌の占める割合が多く、その分化度が高分化で病変が子宮内にとどまる場合は予後が良好になります。一方、ほかの病理組織型の場合は類内膜腺癌である場合と比較して予後不良となります。子宮体がんについても、手術後に再発リスクを評価して、通常は化学療法、ときに放射線照射を追加します。化学療法はTC療法、AP療法が中心になります。また、ホルモン療法(内服治療)を行う場合があります。若年者の初期の子宮体がん症例に対しては、妊孕性を温存するため子宮摘出術を行わず、子宮内膜全面搔爬術を繰り返しながらこのホルモン療法を行います。

## 卵巣がん

卵巣がんは以前からsilent diseaseと言われており、診断された時にはすでに進行癌であることが多いとされます。はじめはほとんど症状がないため、知らないうちに病状が進行し、癌性腹膜炎の状況になって診断される患者も多数います。卵巣がんと診断される患者は40歳代から増加を始め、50歳代前半から60歳代前半でピークを迎えます。組織型では表層上皮性・間質性腫瘍が90%を占めます。主な組織型は漿液性腺癌、粘液性腺癌、類内膜腺癌、明細胞腺癌などです(表2)。ほかには10代~20代に好発する悪性転化を伴う成熟嚢胞奇形腫や卵黄嚢腫瘍などの胚細胞腫瘍があります。これらは片側発生であることが多く、健側卵巣の温存が可能です。ほかの組織型では、核分裂と核異型が良性と悪性の中間的なものを表層上皮性・間質性境界悪性腫瘍と呼びます。悪性腫瘍と比較すると予後は良好です。

卵巣がんの診断は経膈/経腹超音波検査で推定し、MRI検査、CT検査を行います。CA125, CA19-9などの腫瘍マーカーも参考になります。治療の第一選択は手術療法になります。手術で卵巣悪性腫瘍の診断を行い、最大限の腫瘍減量を図ることにより、予後の改善を目指します。当院での手術は腹式単純子宮全摘出術+両側付属器摘出術+大網摘出術が基本です。さらに骨盤リンパ節郭清術および傍大動脈リンパ節郭清術の追加が考慮されます。妊娠の希望がある方で、適応がある場合は妊孕性温存手術を行います。術前に根治手術が難しいと判断された症例については、術前化学療法を行ったあとに根治手術を行います。

表2: 長野赤十字病院で診断された卵巣癌の組織型 (2001~2017年)

漿液性腺癌	45例
粘液性腺癌	21例
類内膜腺癌	23例
明細胞腺癌	44例
未分化胚細胞腫	3例
その他	23例
合計	159例