

市 民 公 開 講 座

子宮がん について知りたい



日本赤十字社 大阪赤十字病院
Japanese Red Cross Society

<http://www.osaka-med.jrc.or.jp>

目 次

はじめに

婦人科癌	2
子宮癌とは	2・3

子宮頸癌

子宮頸癌とはどんな病気か？	3・4
子宮頸部異形成について	5
子宮頸癌の進行期	6
子宮頸癌の検査・診断	6・7
子宮頸癌の治療は	8
治療成績	9
子宮頸癌手術（広汎子宮全摘術）後の合併症は？	9
子宮頸癌手術（広汎子宮全摘術）後の後障害は？	9・10
放射線治療の合併症は	10
子宮頸癌を早期に見つけるには？	10・11
子宮頸癌予防ワクチンについて	11

子宮体癌

子宮体癌とはどんな病気か？	12・13
子宮体癌の進行期	14
子宮体癌の検査・診断	14・15
子宮体癌の治療	16・17
治療成績	17

はじめに

大阪赤十字病院 産婦人科部長 吉岡 信也

婦人科癌

婦人科で診察する臓器には図1のように外陰・膣・子宮・卵巣・卵管がありますが、これらのどこにでも癌はできます。その中でも罹られる患者さんの数の多さから子宮癌と卵巣癌が代表的な婦人科癌と言えます。これらの婦人科癌の中で、子宮癌の死亡率はこれまで減少傾向にありましたが近年上昇に転じつつあります。一方で卵巣癌の死亡率は一貫して上昇傾向です(図2)。また婦人科癌の特徴の一つとして、比較的若年者がかかりやすいことがあげられます。図3に示しますように40才未満の方が罹る癌の中で婦人科癌が占める割合は年々増加し、最近で約40%を占めています。



図1

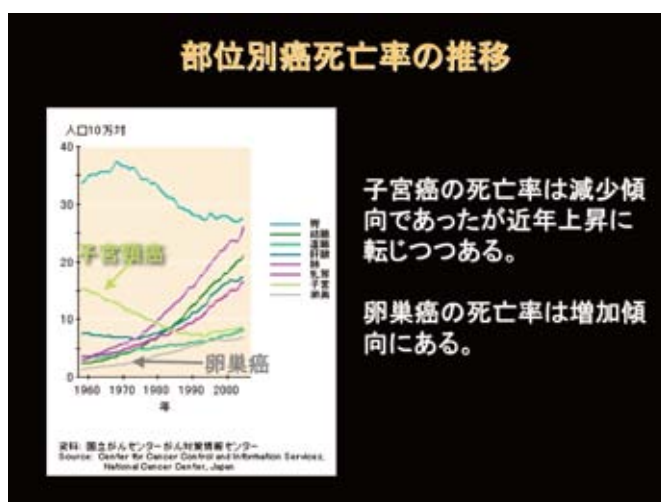


図2

子宮癌とは

子宮癌はそのできる部位によって子宮頸癌と子宮体癌の2つに分けられます(図4)。子宮頸癌は子宮の入り口にあたる子宮頸部に発生し、子宮体癌は子宮の奥のほうであり妊娠した場合に赤ちゃんが育つ場所である子宮体部に発生する癌です。この2つは同じ子宮という臓器にでき

る癌ですが、発症しやすい年齢、因子など全く異なる癌です。そこで本冊子では、子宮頸癌と子宮体癌それぞれについてその概要について説明させていただきます。

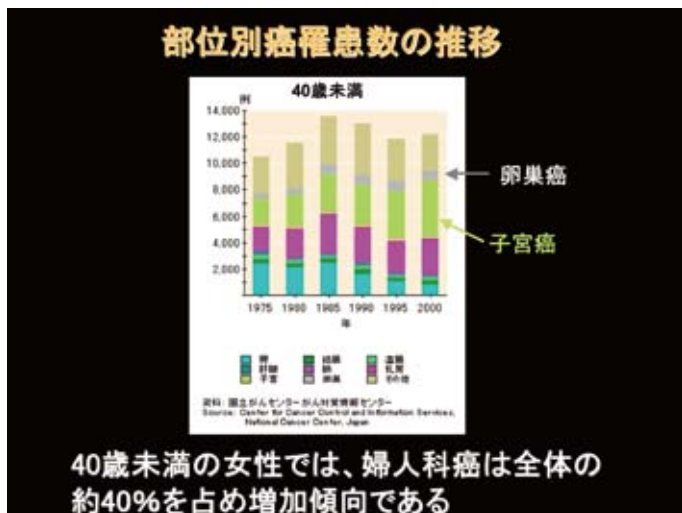


図3

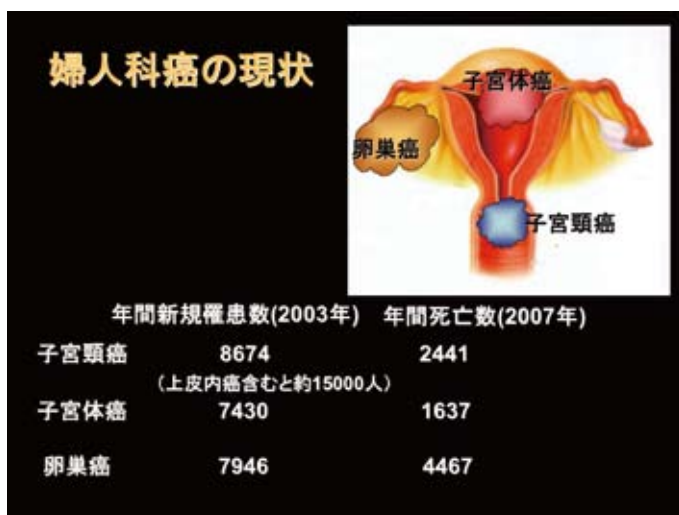


図4

子宮頸癌

子宮頸癌とはどんな病気か？

1.罹患患者数

子宮頸癌は世界中の女性が罹患する癌の中で乳癌に次いで多い癌です。図4に代表的な婦人科癌3つの本邦における患者数などをお示しします。子宮頸癌は、日本で浸潤癌に年間約8,500人、ごく初期の癌である上皮内癌も含めると年間15,000人以上の方が新たにかかり、また子宮頸癌によって年間約2,500人の方が亡くなっています。

2.どういった女性が子宮頸癌になりやすい？

図5のグラフのように、子宮頸癌を発症する患者さんは30歳－40歳代の方が多いのが特徴です。以前は60歳代などのご高齢の方がなりやすい癌でしたが、最近はやい方で特に20歳代後半から30歳代で増加しています。そのためこれから妊娠を希望されている方や妊娠中の方、また

子育て中の方で子宮頸癌になる方が多くなってきています。

3.子宮頸癌の症状は

進行した癌になると、性交後出血などの不正性器出血や悪臭を伴う帯下などを認めるようになります。さらに進行すると大量の性器出血や下腹部痛などがみられるようになります。しかしながら初期の段階では自覚症状はほとんどありません。

4.子宮頸癌の原因は

1970年代までは子宮頸癌がどういう原因で発生するのかは、わかっていませんでした。1983年にハラルド・ツア・ハウゼン氏（2008年ノーベル医学・生理学賞受賞）が子宮頸癌の組織にヒトパピローマウイルス（human papillomavirus;HPV）と同じDNAがあることを報告しました。そして、その後の多くの研究によって、子宮頸癌のほぼ100%で検出されるHPVがその発症に大きくかかわっていることがわかり、子宮頸癌はその発症原因と過程が解明されている数少ない癌のひとつとなりました。HPVはヒトの粘膜や皮膚にいてごくありふれたウイルスで100種類以上の種類に分かれています。そのうちの約15種類が子宮頸癌の発症にかかわっているハイリスクタイプのHPVといわれています。これらのHPVは性交渉を通じて子宮頸部に感染しますが、ほとんどが一過性の感染に終わり自然に排出されます。しかし子宮頸部に感染したハイリスクタイプのHPVが何らかの原因で排出されずに長期間感染が持続すると、子宮頸部は子宮頸癌の前癌状態である子宮頸部異形成という状態に変化します。この段階なら自然に治癒する可能性もあるものの、一部の方では徐々に進行し子宮頸癌へと進んでいくこととなります。ここで注意していただきたい点として、HPVはどこにでもいるウイルスであり性交渉の経験がある女性の約80%が1度はハイリスクタイプのHPVに感染するとされており、HPV感染はごくありふれた感染であるという点です。つまりHPVは性交渉によって感染しますが非常に一般的な感染で、特定の人との性交渉で感染するいわゆる性感染症とは異なるものです。

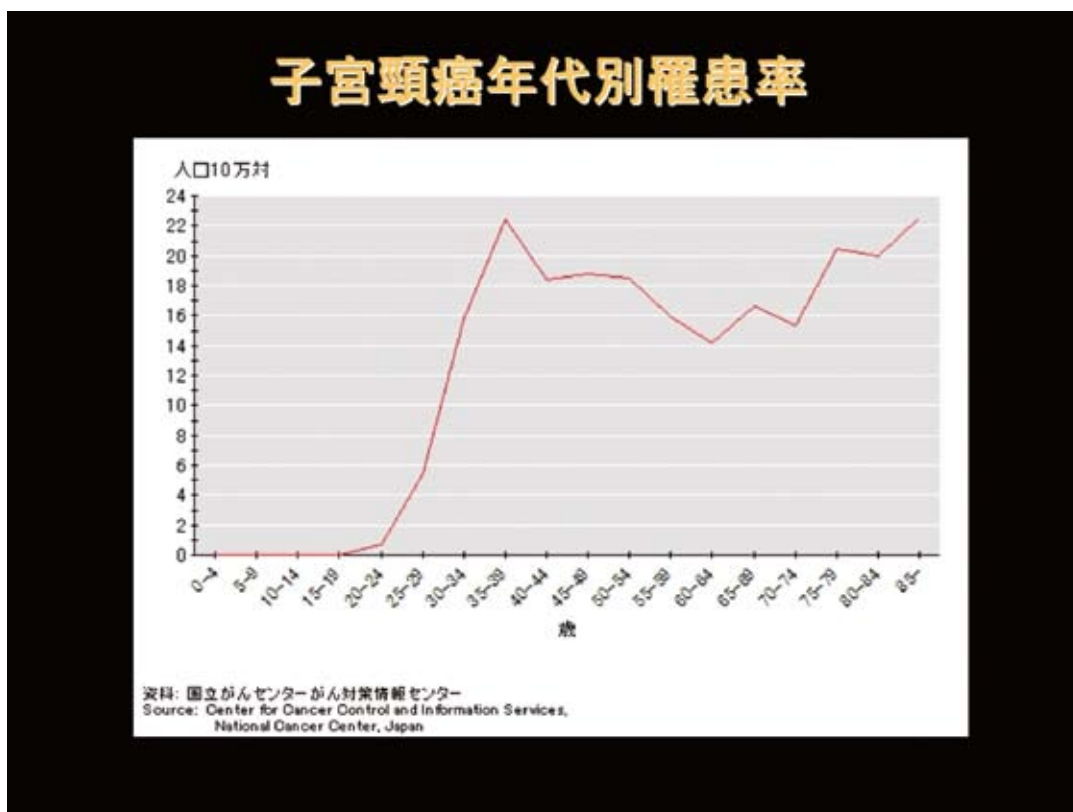


図5

子宮頸部異形成について

上記のように、子宮頸部に感染したハイリスクタイプHPVの感染が長期間持続すると子宮頸部は子宮頸癌の前癌状態である子宮頸部異形成という状態に変化します。図6でお示しするように、子宮頸癌の出来る子宮の入口、子宮頸部はたくさんの細胞が重なっています。軽度の子宮頸部異形成(CIN1)ではまず奥の細胞が異型細胞となり、細胞の異型が次第に表に上がってきて子宮頸部高度異形成(CIN3)あるいは上皮内癌という状態になります。表まで癌細胞が充満すると次に癌細胞は組織の内部に進行し血管に入り血流にのったり、リンパ管に入りリンパ節転移を起こす危険をもつ浸潤癌に進行していきます。つまり子宮頸部高度異形成(CIN3)あるいは上皮内癌の段階は、癌が子宮頸部の表面に留まっている段階ということになります。

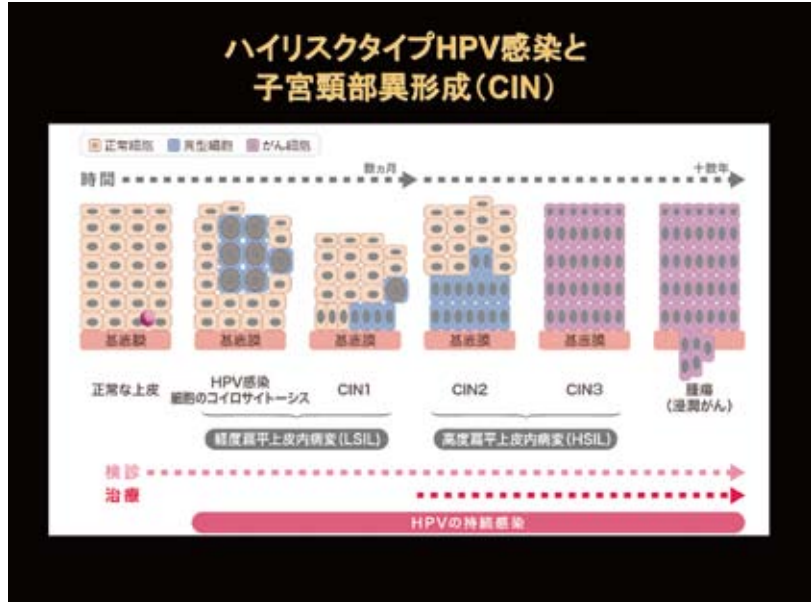


図6

それでは子宮頸部異形成や子宮頸癌はどれくらいの期間で出来るのでしょうか？図7に海外の報告をお示しします。正常な子宮頸部が発癌因子であるハイリスクタイプHPVの長期間感染が持続すると平均1.6年で軽度の子宮頸部異形成に、2.2年で中等度の子宮頸部異形成に、4.5年で高度の子宮頸部異形成もしくは上皮内癌に進行するとされています。幸いなことに軽度の子宮頸部異形成では16%が、中等度の子宮頸部異形成でも30%が上皮内がん

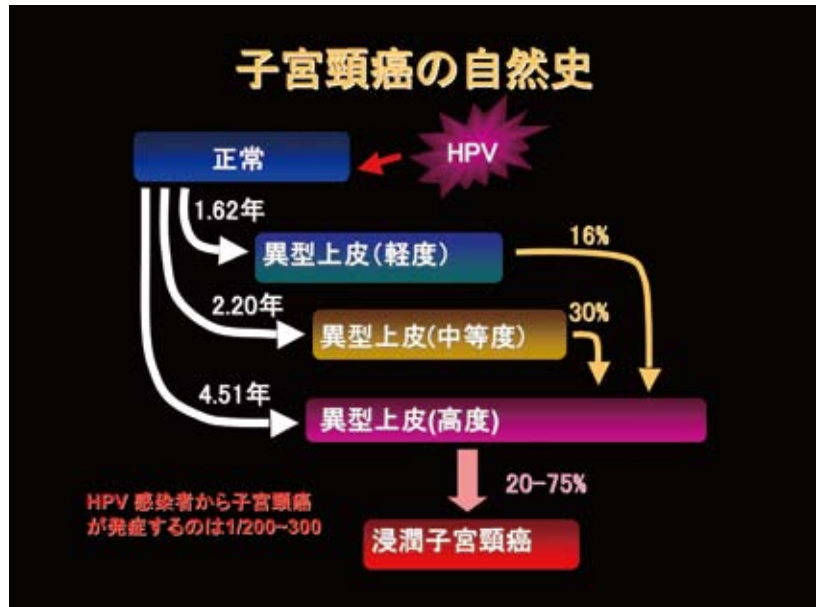


図7

もしくは上皮内癌にまで進行すると多い場合は75%が浸潤がん

に進行するとされています。また、後で述べますように子宮頸部異形成もしくは上皮内癌までの段階なら子宮温存が可能です。そのためHPVの長期間持続感染が始まってから浸潤子宮頸癌になるまでの数年から十数年の間に子宮頸部異形成もしくは上皮内癌までの段階で発見することが大事になります。

子宮頸癌の進行期

子宮頸癌は他の癌と同様に、進行期I～IV期に分類されています(図8)。また上記のようにI期よりさらに早期の病変として前癌状態である子宮頸部異形成や0期にあたる上皮内癌があります。また子宮頸癌の進行期は他の多くの癌と異なり、手術後の病理検査の結果によらず手術前の検査結果によって決定します。

I期は病巣が子宮頸部に局限している状態です。その浸潤の程度によって浸潤の深さが5mm以下にとどまり微小浸潤癌と言われるIa期と、それ以上であるIb期に分けられます。Ia期・Ib期はさらにその浸潤の深さや腫瘍径の大きさによって、それぞれIa1期とIa2期、Ib1期とIb2期に細分類されます。病変が子宮頸部を超えて膈壁の上2/3に広がるとIIa期に、子宮傍組織や基靭帯と呼ばれる部位に広がるとIIb期になります。後で述べますようにこの段階までは手術の適応になります。病変がさらに進んで膈壁の下1/3に達するとIIIa期に、基靭帯とも呼ばれる子宮傍組織への浸潤が骨盤壁にまで達するとIIIb期になります。病変が膀胱および直腸粘膜にまで広がるとIVa期に、小骨盤腔を超えて、肺や骨などの遠隔転移をきたすとIVb期になります。

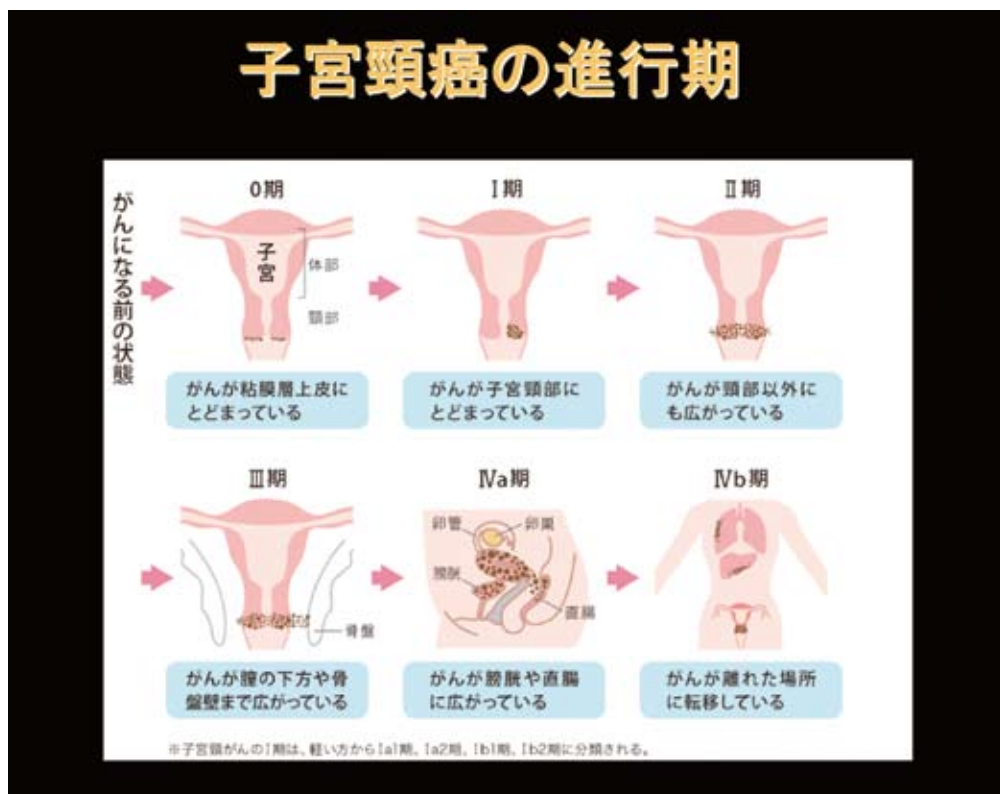


図8

子宮頸癌の検査・診断

検査法

1. 子宮頸部細胞診

いわゆる子宮（頸）癌検診です。子宮頸癌の診断には細胞診が有効です。具体的には、子宮頸部をヘラやブラシで擦り、子宮頸部の細胞をスライドガラスに塗り付け、顕微鏡で異常な細胞の有無を調べます。この検査を細胞診とか、スメア検査またはPAP検査と呼んでいます。細

胞診の結果はこれまではクラスという分類法を用いてきました。

I・IIは癌や前癌状態などの病変はなく悪性ではない

IIIa は軽度異形成を、IIIb は高度異形成を推定する

IV は上皮内癌を推定する

V は浸潤がんを推定する

とされています。なおこのクラス分類はがんの進行期（I～IV期であらわします）を表すものではありません。また昨年から本邦でも、既に米国などで用いられている、より治療に即したベセスダシステムとよばれる表記方法が細胞診の結果表記に用いられるようになりつつあります。

2. コルポスコピー、子宮頸組織診

細胞診で異常がでた場合、子宮頸部を拡大鏡で観察する「コルポスコピー」と呼ばれる検査をします(図9)。そして、病気の度合いが最も強そうな場所を見極め、その場所を狙って組織を少し削り取ってくる、「ねらい組織診」を行います。

3. 子宮頸部円錐切除術

コルポスコピーでは十分に病変が確認できないけれど、細胞診では異常が出ているような場合には、病気の起こりやすい部分全体を円錐形に切り取り組織診を行って、そのなかにもどの程度の病気があるのかを診断します。これを診断のための子宮頸部円錐切除術(図10)と言います。

このような段階を経て病理組織診を行い、子宮頸部の異形成なのか、上皮内癌なのか、浸潤癌なのかを診断することになります。

4. CT、MRI、膀胱鏡、直腸鏡

進行した癌については、原則的に内診や体の表面から触れることの出来るリンパ節（首の周囲や鼠径部）の状況、そして膀胱鏡や直腸鏡による膀胱粘膜や直腸粘膜の検査を行います。これらの検査に加えてCT、MRI(図11)、PETなどの画像検査結果を参考にして進行期を決めることとなります。この進行期の決定が治療方針を決める上で大変重要です。

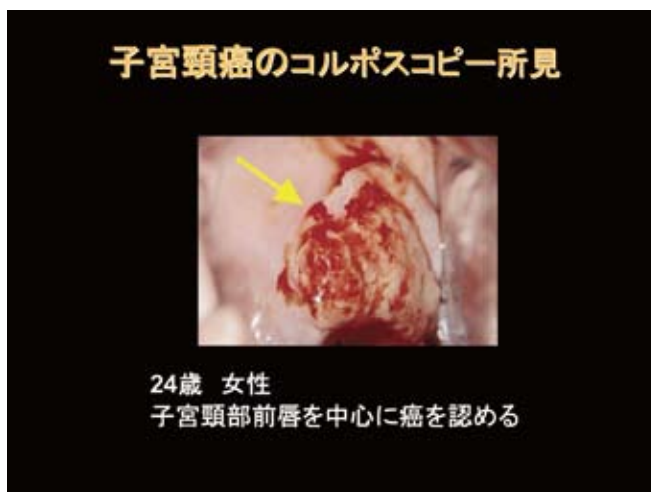


図9

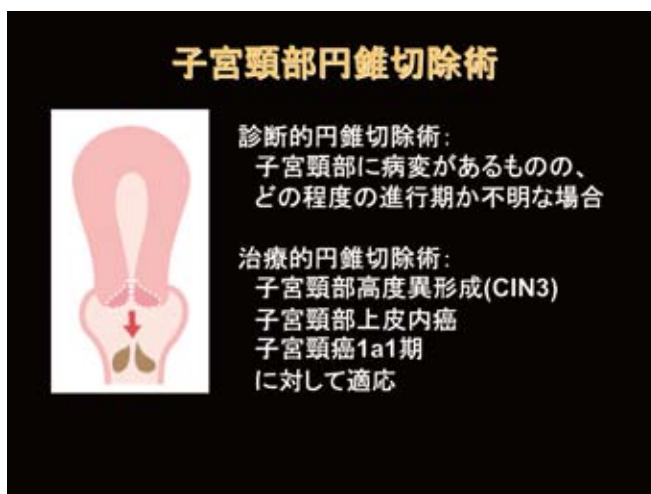


図10

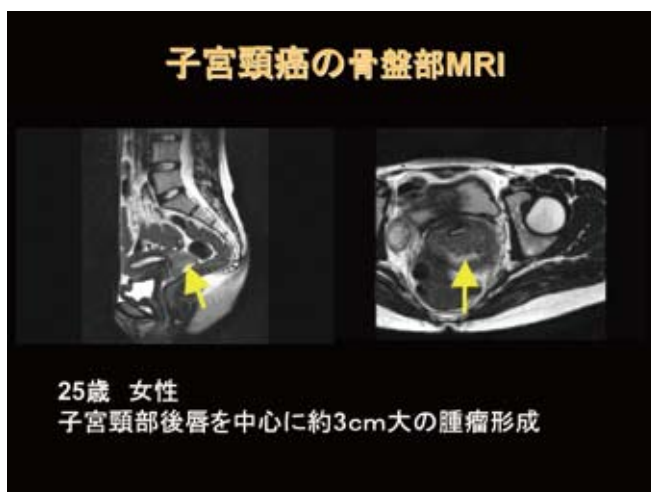


図11

子宮頸癌の治療は

前癌状態といわれる子宮頸部異形成でも、程度の軽いもの（軽度異形成）は自然治癒する可能性が高いのでたいていは経過観察します。

子宮頸部異形成の高度のものや上皮内癌、またIa期でもIa1期の段階であれば、経膈的（膈からの）手術で子宮頸部の一部を円錐形に切り取る子宮頸部円錐切除術(図10)ではほぼ治療可能です。この場合は再発の可能性もあるため術後の厳密な経過観察は必要ですが、子宮を温存でき将来の妊娠・出産も十分可能です。妊娠の可能性を残す必要がない患者さんでは、単純子宮全摘術などの子宮摘出を行うこともあります。

Ia2期以上の患者さんに対しては手術または放射線療法が行われます。日本ではI～II期では放射線治療単独より手術療法の方がやや成績がいいため、多くの施設でIIb期までは手術療法を行っています。手術は子宮を周囲の靭帯やリンパ節を含めて大きく摘出する広汎子宮術全摘術(図12)が行われます。この段階では基本的には子宮の温存は無理で、将来の妊娠・出産はあきらめざるをえません。また摘出した子宮の病理検査結果によっては、手術後に抗がん剤治療や放射線治療の追加が必要となることもあります。また腫瘍のサイズが大きい症例では、手術に先立ってまず抗がん剤治療を行って腫瘍を縮小させてから手術を行う術前化学療法を行うこともあります。しかしながら術前化学療法の効果は多くの論文で報告されていますが、いまだ大規模な検討では証明されていないため、症例ごとに十分検討してから行う必要があります。

ご高齢の方や、重篤な合併症がある方などは手術ではなく放射線治療を選択します。放射線治療は体の外から照射する外照射と、膈を通して子宮頸部の癌のある部分に照射する腔内照射の2つの方法があります。進行期や病変の状態に応じて外照射と腔内照射のどちらか、もしくは両者を併用します。また放射線治療と同時に並行して、週に1回ずつの抗がん剤治療を行う放射線化学療法をする場合もあります。

さらに進んだIII期やIV期の状態では手術適応はなく、放射線治療もしくは放射線化学療法を行うことになります。

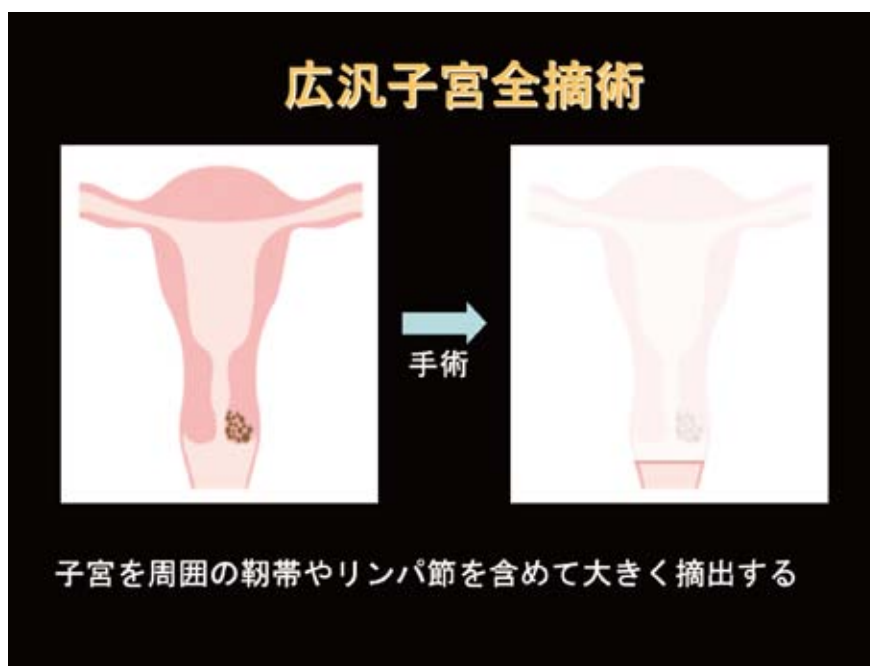


図12

治療成績

本邦および世界での子宮頸癌の進行期別の5年生存率を図13に示します。当然のことながら早期に治療を受ければ生存率が高い傾向にあります。



図13

子宮頸癌手術（広汎子宮全摘術）後の合併症は？

手術を行うことで生じる術後の望まない不都合な状況を合併症と言います。広汎子宮術全摘術は婦人科手術の中では出血量の多い術式であり、時に大量出血をきたすことがあります。また子宮の周囲には膀胱、腎臓から膀胱につながる尿管、さらには直腸があり、手術操作の際に1%程度の頻度でこれらの臓器が損傷してしまうことがあります。また腹腔内の感染や術後癒着などによる腸閉塞が生じることがあります。腸閉塞は数%の割合でおきるとされますが、術後に放射線治療を追加すると発生頻度が上がります。その他に、手術一般におきえて、非常にまれな合併症である肺梗塞も重篤な合併症のひとつです。

子宮頸癌手術（広汎子宮全摘術）後の後障害は？

膀胱機能障害：広汎子宮全摘術を行うと、大なり小なり膀胱機能を司る神経を損傷し、膀胱機能障害が起こります。膀胱機能障害は、自分で尿を出したくても出せなくなる排尿障害や尿意の消失などが主な症状です。しかしながらこれらは一過性のことが多く、手術して1~2週間後くらいから徐々によくなってきます。また最近では症例を選んで神経を温存する手術を行う医療施設が当院を含めて増えてきており、重篤な膀胱機能障害は以前より減ってきました。癌がかなり進行している人や糖尿病による神経障害がある人などは回膀胱機能の回復が遅れることもあり、その場合は自分で尿道口に管を入れて排尿（自己導尿）することになります。残念ながら、非常にまれではありますが、一生、排尿障害が残る人（自己導尿を一生しないといけない人）もいます。

下肢リンパ浮腫：骨盤リンパ節郭清を行うことでリンパ液の流れが悪くなり、そのため下肢にリンパ液が貯留することによって生じる下肢がむくみ腫張した状態です。広汎子宮全摘術後

の10～20%に発症するといわれ、術後早期に発症することもあります。術後10年程度たってから発症することもあります。術後放射線治療を行うと発症頻度が上がります。発症早期に発見し治療を開始できれば重症化せずにすむことも多いため、術後の下肢のむくみの状態を定期的にチェックすることが重要です。治療法は下肢の拳上と安静、リンパマッサージ、弾性ストッキング等による圧迫療法といった保存療法が主体ですが、時に重症例ではリンパ管静脈吻合術を行うこともあります。

放射線治療の合併症は

一般的に放射線治療は患者さんへの負担が少なく、ご高齢の方や合併症のある方でも可能な治療ですが、まれには重篤な合併症を来すこともあります。放射線療法における合併症には、照射中に発生する急性反応（合併症）と照射終了後に発生する晩期合併症の二種類があります。

急性反応は通常一過性なものであることが多く、治療が終了すると治り永久的な障害が残る事はありません。しかし、照射の中で強い急性反応が出た場合は、晩期合併症の発症が高くなります。急性反応としてよくおこるものは、下痢、皮膚発赤・色素沈着があります。時々おこるものとしては、吐き気、食欲低下、膀胱炎、骨髄抑制などがあります。

晩期合併症の中で必ずおこるものは、閉経前の方での卵巣の機能廃絶による閉経状態があります。これを避けるために、卵巣を放射線照射する範囲からはずれた上方に手術で前もって移動させることもあります。また時々おこるものとしては、直腸や膀胱にびらんや潰瘍が生じて出血し、便や尿に血が混じることがあげられます。これは主に治療終了後、半年から1年以上以降におきる事が多く、頻度は軽症のものをいれて20%程度といわれ重篤なものは数%です。他にまれにおこるものとして腸閉塞などがあります。

子宮頸癌を早期に見つけるには？

HPV感染から子宮頸癌に至るまでには数年以上の期間を要するといわれていますので、この間の子宮頸部異形成や上皮内癌のあいだに発見できれば子宮も温存できてかつ100%治癒が可能です。しかし自覚症状は全くない時期ですので、子宮頸癌検診を受けるか、たまたまほかの理由で産婦人科を受診しないと見つかることはありません。妊娠で初

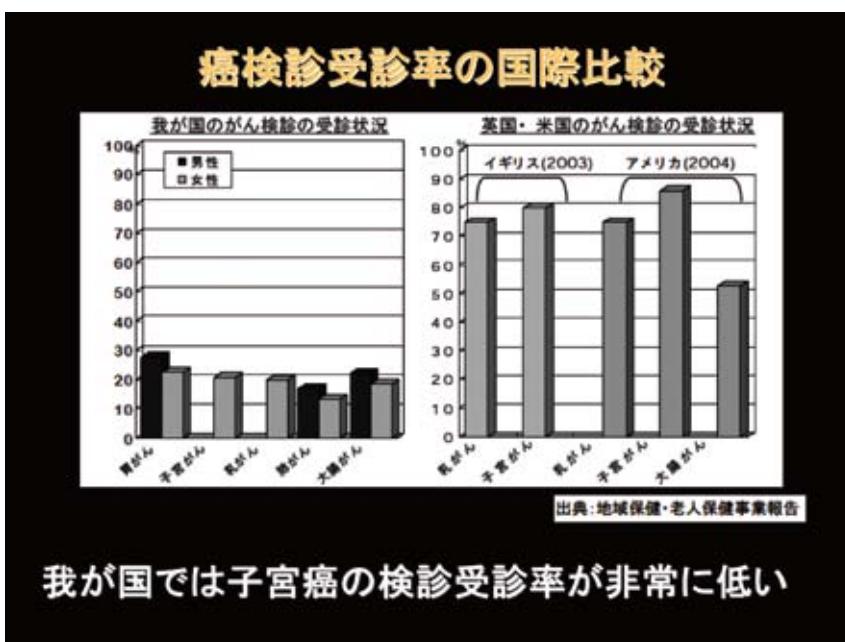


図 1 4

めて産婦人科を受診される方も多いため、妊婦健診の際に行う子宮頸癌検診で見つかることも少なくありません。子宮頸癌検診（細胞診）は子宮頸部の細胞を一部擦り取って検査するのですが、前癌状態である子宮頸部異形成でも発見が可能な非常に感度のいい検査です。この検査は痛みもほとんどなくまた数分で行うことができるため、他の臓器の癌検診に比べて患者さんの負担も非常に少ない癌検診です。しかし残念ながら子宮頸癌検診の受診率は欧米が70-80%であるのに対して本邦では約20%と極めて低いのが現状です(図14)。近年の若年者の子宮頸癌発症の増加を考慮して、2004年から子宮頸癌検診の対象年齢を20歳以上に引き下げましたが、20歳代などの若年者の受診率は5%にも満たない状況です。せっかく早期発見・早期治療を行うことによって確実に治療ができる癌ですから、HPV感染が起りうる性交渉開始後はなるべく早い時期から継続して子宮頸癌検診を受けていただきたいと思います。

子宮頸癌予防ワクチンについて

近年、子宮頸癌発症の原因となるハイリスクHPVに対するワクチンが開発されました。すでに世界中の100カ国以上で認可され接種行われており、本邦でも近々導入される予定です(H21.9時点)。このワクチンはほぼ100%近くHPVの感染を予防できるため、性交渉を開始する以前に接種を行えば子宮頸部異形成や子宮頸癌の発症をたいへん低下させることができます。しかしながら問題点として、このワクチンはあくまで感染予防の効果しかないことが挙げられます。つまりすでに感染しているHPVに対する治療効果はありません。またこのワクチンはハイリスクHPVのすべてに対して予防効果があるわけではありません。統計上約60-70%の子宮頸癌には効果があるとおもわれますが、残りの30-40%の子宮頸癌は予防できないことになり、やはり従来の子宮頸癌検診は必要になります。

子宮体癌

子宮体癌とはどんな病気か？

子宮体癌とは子宮体部から発生した癌をいいます。子宮内膜は子宮体部の内腔（胎児を育てるところ）を内張している組織で、閉経前の女性では月経後に発育して厚さが増していき受精卵を受けとめられるように準備されます。妊娠が成立しなければこの内膜組織は必要なくなり月経として剥がれ落ちて子宮から腔を通過して排泄されます。子宮体癌はこの子宮内膜由来の子宮内膜癌とその他の部分が悪性化した子宮肉腫などが含まれますが、後者はとてもまれです。そのため一般的には、子宮体癌というと子宮内膜癌を指すことが多く、ここでも子宮内膜癌を中心に述べさせていただきます。

1.罹患患者数

子宮体癌は、日本で浸潤癌に年間約7,500人弱の方が新たにかかり、子宮体癌によって年間約1,600人の方が亡くなっています。

2.どういった女性が子宮体癌になりやすい？

図15のグラフのように、子宮体癌を発症する患者さんは閉経前の40歳代後半から増加して、50歳～60歳代の方が多いのが特徴です。本邦では、かつて子宮体癌は子宮頸癌に比べて圧倒的にまれな癌でしたが、この数十年ですべての年齢の方で急増してきています。そのため以前は非常にまれであった20歳～30歳代の患者さんもしばしばおられます。以前から欧米では子宮体癌の患者さんが多いことから、食生活の欧米化も原因の1つではないかと考えられています。また晩婚化や少産化といった女性のライフスタイルの変化も原因といわれています。

出産経験がない・肥満・糖尿病といった方は子宮体癌になる危険が数倍高くなります。また乳癌の治療にタモキシフェンという薬剤を用いた患者さんも子宮体癌になる危険が高くなります(図16)。このホルモン剤を服用している方は、婦人科で毎年診察を受けるようにし、不正出血がみられたらできる限り早く受診してください。またホルモン補充療法などで、女性ホルモン剤であるエストロゲンを単独で服用していると子宮体癌になるリスクが非常に高くなります。しかしながら、もうひとつの女性ホルモンであるプロゲステロンをエストロゲンと併用すると、子宮体癌のリスクは上昇しません。

3.子宮体癌の症状は

子宮体癌の患者さんの90%に不正性器出血がみられます。出血は褐色の帯下（色のついたおりもの）だけの場合もあるので注意が必要です。しかし、不正性器出血は子宮体癌以外でもおこるので、出血があったからといってあわてる必要はありませんが、必ず婦人科で診察をうけてください。

4.子宮体癌の原因は

子宮体癌は、女性ホルモンであるエストロゲンによって増殖するタイプと、エストロゲンに関係なく発生するタイプに分けられます。前者は50-60歳代の方が多く、比較的予後がいいことが多いです。それに対して後者は比較的まれでまた高齢者に多く、前者に比べて予後が悪いとされています。

5.子宮内膜増殖症

子宮内膜増殖症は子宮内膜細胞が増加する病気で、一般的な症状は月経量の増加や不正性器出血です。子宮内膜増殖症自体は癌ではありませんが、子宮内膜増殖症の一つである子宮内膜異型増殖症は子宮体癌の前癌状態にあたります。子宮内膜異型増殖症の中でも、複雑型といわれるものでは約30%が子宮体癌に移行します。また子宮内膜異型増殖症と手術前に診断されて子宮摘出を行った方の約17~50%で子宮体癌が見つかっています。そのため、少なくとも複雑型子宮内膜異型増殖症と診断された場合は、これから妊娠を希望する方でなければ子宮摘出を行います。

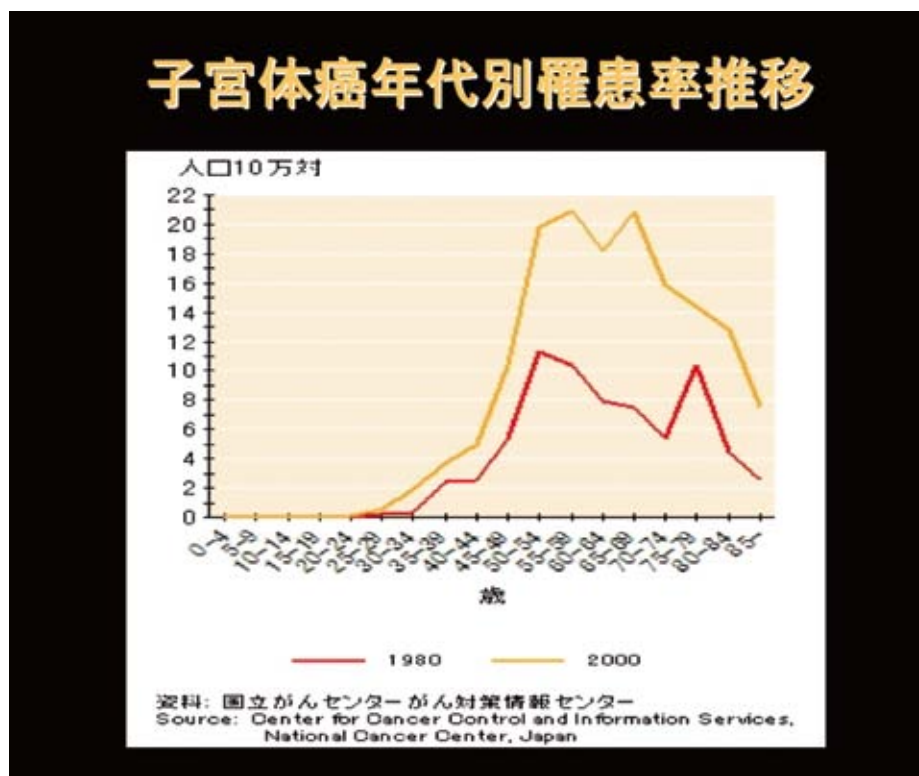


図15

子宮体癌の危険因子

危険因子	リスク比
肥満	3.0~10.0
未産婦	2.0
52歳以降の閉経	2.4
閉経後出血を繰り返す	4.0
糖尿病	2.8
タモキシフェン治療	1.2~1.7
エストロゲン単独治療	4.0~15.0

図16

子宮体癌の進行期

子宮体癌の病期分類は子宮頸癌と異なり、手術治療後の病理検査結果に基づいて決められます(図17)。

0期は子宮内膜異型増殖症のことです。I期は子宮体部にのみ癌が認められるものです。その中で子宮内膜にのみ認められるものをIa期、子宮筋層(子宮の壁)への浸潤が筋層の1/2以内のものをIb期、1/2を越えるものをIc期としています。癌が子宮の外には出ていないが、子宮体部を越えて子宮頸部に拡がったものをII期とし、浸潤の深さでIIa期とIIb期に分類します。III期は、癌が子宮外に拡がっているが骨盤内にとどまっているもの、または骨盤内あるいは大動脈周囲のリンパ節に転移を認めるものです。その中でIIIa期IIIb期IIIc期に細分類されます。病変が膀胱あるいは腸粘膜にまで広がるとIVa期に、小骨盤腔を超えて腹腔内に病変が広がったり肺や骨などの遠隔転移をきたすとIVb期になります。

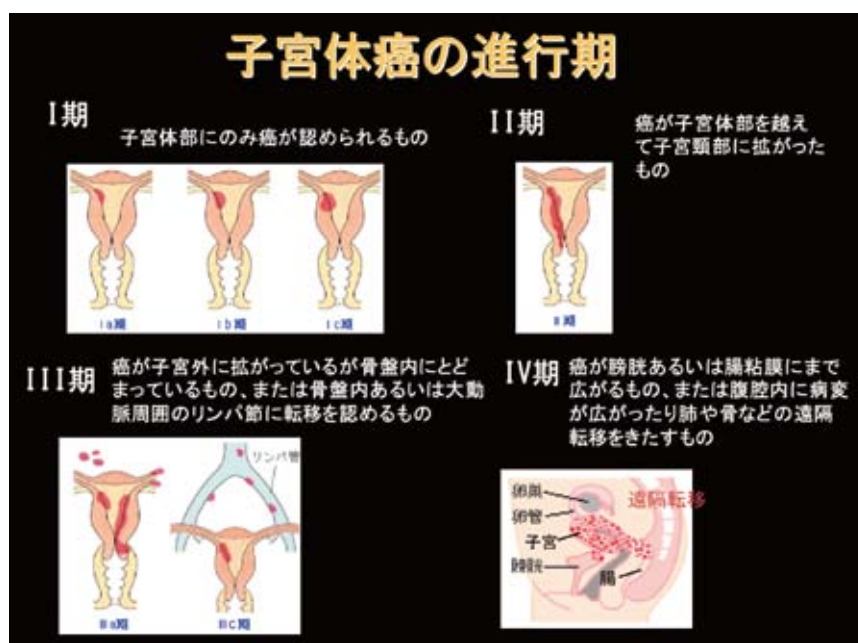


図17

子宮体癌の検査・診断

検査法

1.子宮内膜細胞診検査

子宮内にブラシ状やループ状の細い器具を挿入して子宮内膜の細胞を採取します。これをスライドガラスに塗りつけて、顕微鏡で検査して異常な細胞の有無を調べます。なお、高齢の方やお産をしたことのない方では、時に子宮口が狭くなっていたり、あるいは閉じてしまっていて採取器具が挿入できない場合があります。

一般に子宮癌検診と言えば子宮頸癌検診のことで、子宮頸部から細胞を採取して顕微鏡で検査する子宮頸部細胞診が広く行われています。子宮体癌は子宮の奥から発生するので、普通の子宮癌検診である子宮頸部細胞診では発見されないことが多いので注意が必要です。では、なぜ子宮内膜細胞診は子宮頸部細胞診と違って、子宮癌検診として一般に行われていないのでし

ようか？それは、子宮内膜細胞診には子宮頸部細胞診に比較して、検査としての精度と患者さんにかかる負担に関して欠点があるからです。子宮内膜は子宮頸部に比べ広範囲で、しかも採取方法が盲目的操作（目で見えない場所から当てずっぽうで採取する）であるため、子宮内膜細胞診の精度は悪く、子宮体癌があっても特に初期であれば細胞診で異常がでないことがあります。そのため子宮内膜細胞診で異常が出なくても、不正出血などの症状が続いたり他の検査で子宮体癌が疑われる場合は、次に述べるような精密検査を行う必要があります。また子宮内に器具を挿入するため、患者さんは検査中や検査後に多少の痛みがあり、少ないながら膣から子宮内への細菌感染をおこす危険性もあります。

2.子宮内膜組織検査

子宮内膜細胞診で癌が疑わしい場合や、症状やその他の検査から子宮体癌が疑われる場合は子宮内膜組織診を行います。子宮内に先がスプーン状に湾曲した細い器具を挿入して子宮内膜組織を一部採取し顕微鏡で検査します。子宮体癌の診断のために、最も重要な検査です。検査時に少し痛みがあったり、検査の後に少量の出血を認めたりすることがありますが、検査によるものですので問題はありません。高齢の方やお産をしたことのない方では、子宮口が狭くなっていたり、あるいは閉じてしまっていて採取器具が挿入できない場合があります。また、痛みが強く検査が完遂できなかつたり、十分な組織が取れないこともあります。そのような場合は、あらかじめ子宮口をひろげる処置をしたり、麻酔をかけて検査することもあります。

3.子宮内膜全面搔爬・子宮鏡

子宮内膜の一部を検査する子宮内膜組織検査では、病巣が確認できない場合に行います。子宮内膜全面搔爬は子宮内膜を全面的に採取し顕微鏡で病理検査をします。子宮鏡は内視鏡で子宮内腔を観察して病巣を確認した後に、子宮内膜全面または部分搔爬を行って顕微鏡で病理検査をします。共に患者さんにかかる負担がやや大きくなるので、当院では点滴から麻酔薬をいれる静脈麻酔を併用し、日帰り入院で検査を行っています。

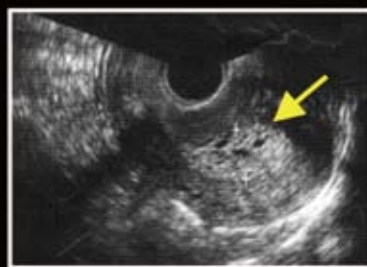
4.超音波検査

経膣超音波検査をして、子宮内膜の厚みを調べる方法です。子宮体癌になると子宮内膜の厚みが増します(図18)。閉経後女性で子宮内膜厚が5mm以上あれば、子宮体癌や良性の子宮内膜ポリープなどの何らかの病変が子宮内腔にあることが疑われます。痛みも全くなく患者さんの負担も少ないため検診の方法としては優れているのですが、閉経前ではもともと子宮内膜にある程度厚みがあり判断が難しいことや初期の癌は見逃されることがあるなどの問題点もあります。いずれにしても超音波検査で子宮内膜病変が疑われた場合は上記の子宮内膜組織検査や子宮鏡などの精密検査が必要です。

5.CT、MRIなどの画像診断

上記の諸検査で子宮体癌と診断がつけば、次にCT、MRI、PETなどの画像検査を行います。画像検査で癌がどのくらいの大きさがあるか、また子宮筋層や子宮外にどのくらい広がっているかがある程度わかりますので、この結果を参考にして暫定的(術前)進行期を決め治療方針を検討します。

子宮体癌の経膣超音波所見



57歳 女性
子宮内膜の肥厚を認める

図18

子宮体癌の治療

子宮体癌の治療は手術が主体です。進行症例には、抗癌剤を用いる化学療法や放射線療法などいくつかの治療法をあわせて行う集学的治療が行われます。前癌病変とされる子宮内膜異型増殖症や初期の子宮体癌の一部に対しては、子宮を温存するホルモン療法の選択枝もありますが、適応や副作用の問題がありますから、主治医とよく相談することが必要です。以下にそれぞれの治療方法について説明します。

1.手術療法

手術は子宮体癌の最も一般的な治療です。手術により癌をとり除くと同時に、病気の広がりを正確に診断し、放射線治療や化学療法などの追加治療の必要性を判断します。

術前の診断で0期の場合やI期でもごく初期でかつ癌の悪性度が低いタイプの場合には、子宮全摘術と両側の卵巣・卵管切除術のみが行われます。

手術前の診断が上記以外の場合には、これらに加えて癌が転移していく先である骨盤～傍大動脈リンパ節郭清と腹腔内の癌細胞の有無を検査する腹腔洗浄細胞診を行うのが標準的な手術となります。

手術前の診断で癌が子宮の頸部におよんでいる場合は、子宮摘出の方法として子宮頸部周囲の靭帯などを広く摘出する広汎性子宮全摘出術を選択することもあります。

癌が明らかに広がっていて全部摘出できない場合は、手術を縮小して子宮と卵巣・卵管のみ摘出する場合があります。遠隔転移を認める等、明らかに進行していると手術できない場合もあります。

手術の際に摘出したものを十分に検査して最終的な腫瘍の広がりを診断します。術後再発リスクに応じて、低リスク群・中リスク群・高リスク群の3つに分け、中リスク群・高リスク群では次に述べる放射線治療や化学療法といった術後追加治療を行います。

手術の後の障害は、一般の子宮全摘出術ではほとんどみられません。広汎性子宮全摘出術では、排尿障害などの膀胱機能障害があります（詳しくは子宮頸癌の記述をご参照ください）。また骨盤内リンパ節郭清を行った場合は、下肢の浮腫をおこすことがあります（詳しくは子宮頸癌の記述をご参照ください）。

2.放射線療法

子宮体癌は子宮頸癌に比べると放射線治療があまり効きにくいので、放射線単独の治療は、放射線治療を強く希望される場合や、高年齢あるいは他の病気のために手術の行えない場合、病気の広がりのため手術を行うことが困難な場合などに限られています。手術後に放射線療法を行うのは、摘出標本の病理検査の結果、中リスク群・高リスク群と判断された場合です。

3.化学療法

化学療法は、抗癌剤を用いた治療です。主に経静脈的に点滴で投与します。化学療法を単独で行うのは、病気がすでに全身に広がっている場合（IV期の一部）などがあります。手術後に化学療法を行うのは、摘出標本の病理検査の結果、中リスク群・高リスク群と判断された場合です。

4.ホルモン療法

先に述べましたように、子宮体癌は女性ホルモンの1つであるエストロゲンに依存して大き

くなる腫瘍なので、もう1つの女性ホルモンである黄体ホルモンの経口剤を大量投与することで癌の成長をおさえるのがホルモン療法です。術前検査で進行期0期もしくはIa期で癌の悪性度が低いと診断され、かつ子宮を摘出しないで残したいと強く希望する若年の女性の場合に選択されることがあります。その場合には、癌の病巣を含む子宮内膜を全面搔爬する治療と組み合わせて行います。しかしながら、ホルモン療法で一旦癌が消失しても再発することもしばしばあり、最終的には子宮摘出を余儀なくされることもあります。

また、再発の危険性の高い症例に対する補助的な治療として、あるいは化学療法の効果が不十分な場合や全身状態が不良で化学療法を行うことができない場合に、化学療法にかわる全身的治療として行われることもあります。

治療成績

世界での子宮体癌の進行期別の5年生存率を図19に示します。当然のことながら早期に治療を受ければ生存率が高い傾向にあります。子宮体癌では、初期であれば生存率は約90%と良好ですが、進行癌症例の予後は不良です。子宮体癌は全体の5年生存率が約80%で比較的予後が良好な悪性腫瘍です。その理由は、子宮体癌の約70%の患者さんが進行期I期で診断されるためです。つまり解りやすく言えば不正性器出血等の症状があつてから子宮体癌と診断されても、その時点では早期であることが多く、きちんと治療すれば80%以上は治癒する、ということです。

この現状を考えると、子宮体癌の診断・治療を行う上で非常に重要な点は、患者さんも我々医療従事者も、子宮体癌の初期症状である不正性器出血を放置しないことでもあります。



図19

著者：吉岡 信也 大阪赤十字病院 産婦人科部長

1991年京都大学医学部卒業。京都大学医学部附属病院にて研修後、日本赤十字社和歌山医療センター、彦根市民病院、京都大学医学部附属病院を経て、2008年から当院。
2009年より産婦人科部長。

日本産科婦人科学会専門医制度卒業研修指導施設責任医
日本産科婦人科学会専門医
生殖医療指導医
母体保護法指定医

MEMO

MEMO

