

国際親善総合病院産婦人科での悪性腫瘍の診療についてご説明します。

当院では、子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がん、その他の婦人科関連のがんの治療にあたり、手術療法、化学療法（抗がん剤治療）を行っております。また緩和ケア科と連携して、緩和治療も行っています。

現時点では受診されたすべての悪性腫瘍患者さんの治療を出来るだけの体制が取れないため、初期の悪性腫瘍の治療以外は、近隣の神奈川県立がんセンターなどへ紹介させていただいています。

1. 子宮頸がん

原因

子宮頸癌の原因はヒトパピローマウイルス（human papilloma virus : HPV）の感染と分かってきました。このウイルスは性行為によって感染するため、性経験があれば、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。ウイルスは100種類以上にも分類される中でRiskの高いタイプが知られており、数多くあるウイルスの中の一部のタイプが癌を引き起こすと考えられています。

なお、この中で16型と18型に対するワクチンが製造されており（子宮頸がんワクチン）、このワクチン接種により約7割の子宮頸がんを予防できるとされています。（当院でもワクチンの接種を行うことができます。副反応の問題などとも言われておりますが、担当医師にご相談ください）

診断

(1) 細胞診

子宮頸部から綿棒やブラシ等を使用し細胞を採取して検査する方法です。検査結果はNILM（異状なし）、ASC-US（疑陽性）、LSIL（軽度異形成を推定）、HSIL（高度異形成を推定）、CIS（上皮内癌を推定）、SCC（浸潤癌を推定）などに分類して診断しています。

(2) コルポスコープ診（拡大鏡）

細胞診のみでなく、拡大鏡を用いて病変部分を一部切除し、組織検査を行います。

(3) HPV 検査

HPV が子宮頸部に存在しているかどうかを見る検査です。細胞診と併用して診断に用います。20歳代の方は陽性率が高く、その後 HPV が自然に消失することが期待できるため、検査する意義が低く、検査を行わないことが推奨されています。

治療

(1) 異形成

軽度異形成では消失するものが多く見られるため、経過観察します。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、円錐切除を行うことが多いです。

(2) 0期（上皮内癌）

上皮内だけに癌細胞が見られる状態で、基底膜を超えていないので転移の心配はなく、0期癌とされています。円錐切除を行い、0期であることを病理組織学的に確認します。場合により単純子宮全摘（腹式、膣式、LAVHなど）を行うこともあります。

(3) 浸潤癌

基本的に進行期により治療方法が異なってきます。

また同時に、患者さんの状態により、治療方法の選択を考えなければなりません。

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

I, II期に対して通常は、広汎性子宮全摘術（子宮周囲の組織を含めて広範囲に子宮を摘出）＋骨盤リンパ節郭清術を行い、術後、放射線治療、または、化学療法＋放射線治療の併用療法（CCRT）を行います。（卵巣を温存するかどうかは病状、年齢などにより判断します。）

通常、排尿障害、リンパ浮腫、リンパ嚢腫などの手術合併症が生じる可能性が出てきます。

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

III、IV期に対して通常、放射線治療、または、化学療法＋放射線治療併用療法（CCRT）を行います。

手術は行いません。

2. 子宮体がん

原因, 初発症状

子宮体癌の原因には女性ホルモンが強く関与していることがわかっています。女性ホルモンの一つであるエストロゲンは子宮内膜の増殖に関与しており、一方、女性ホルモンの一つであるプロゲステロンは子宮内膜の増殖を抑制することに関与しています。このため、閉経後のようにエストロゲンの分泌がある程度ある（卵巣からではなく脂肪細胞から）ものの、プロゲステロンの分泌が少ない状態が続くと子宮体癌になることが考えられます。

ほとんどの場合に不正出血があり、それがきっかけで発見されることが多いため、不正出血が認められる場合は検査をすることをお勧めします。

診断

(1) 細胞診

子宮体部に器具を挿入して細胞を採取して検査する方法です。検査結果は通常3段階に分類され、陰性、疑陽性、陽性に分けられ、疑陽性以上は組織診で診断を確定することになります。

(2) 組織診（子宮内膜試験搔把（そうは））

子宮内膜組織を採取することにより、子宮体がんの診断を確定します。子宮頸部をラミセルという器具で拡張したのち、静脈麻酔下に子宮の中に器具を挿入して子宮の内膜組織を採取します。

治療

原則的に手術を行います。放射線療法、化学療法は術前・術後に手術と併用して効果を上げるために、また、年齢などを考慮して行われる場合があります。

(1) 手術療法

腹式単純子宮全摘術＋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です。

(2) 化学療法

手術療法に前後して行われることが多い治療です。

(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。

(4) ホルモン療法

IA期、G1（高分化腺癌）の場合で、将来的に妊娠を希望される方にRiskもかなり大きいこととお話ししたうえで、行う場合があります。

3. 卵巣がん

診断

腹痛、不正出血、腹部膨満感、子宮がん検診、ほか、様々な症状がきっかけとなり、婦人科に受診された際に、超音波検査で発見されることがあります。

また、他の診療科（内科など）で施行された検査（超音波、CTなど）で偶発的に発見される場合もあります。

(1) 画像診断法（補助診断）

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。

(2) 腫瘍マーカー（補助診断）

悪性腫瘍では、血液検査において腫瘍マーカー（CA125、CA72-4、GEA、CA19-9、SCC、LDH、AFP、hCGなど。）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。

上記の検査で、術前の診断を行います。

(3) 組織診断（確定診断）

卵巣は腹腔内の臓器であるため、手術前に組織診断は出来ません。（腹水貯留例などでは腹水を採取して、癌細胞を確認し癌と診断できる場合がありますが、例外的です。）

従って、卵巣がんを最終的に診断できるのは手術を行い、手術標本により病理診断を行った後になります。

術前診断で、癌かどうか定かでない場合は、手術中に迅速病理診断を行い、その結果で手術の術式を決定します。

治療

(1) 手術療法

卵巣がんの標準術式は、腹式単純子宮全摘出術＋両側付属器（卵巣＋卵管）摘出術＋骨盤～傍大動脈リンパ節郭清術＋大網切除術、（虫垂切除）です。

これから妊娠・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ように手術の術式

を考慮することになりますが、進行期や組織型などの様々な条件があります。

(2) 化学療法

手術を行った後に化学療法を行う場合、手術を行う前に化学療法を行う場合などがあります。使用する薬剤は、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」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。他にも、組織型を考慮して、また、再発の場合は以前に使用した抗がん剤の効果を考慮して、治療に使用する薬剤を検討します。

4. その他のがん

・ 卵管がん

組織型などが卵巣がんと類似しているため、卵巣がんの診断、治療に準じて治療を行います。手術前に卵管がんを診断できる場合は数少なく、通常は、卵巣がん、または卵巣がんの疑い、の術前診断で手術を施行して、術後に卵管がんを診断される場合がほとんどです。

・ 腹膜がん

組織型が卵巣がんの漿液性腺癌と同じであるため、卵巣がんの診断、治療に準じて治療を行います。手術前に腹膜がんを診断できる場合はまれで、通常は、卵巣がん、または卵巣がんの疑い、の術前診断で手術を施行して、術後に腹膜がんを診断される場合がほとんどです。診断基準があり、それを満たすことにより腹膜がんを診断されます。

・ 絨毛がん

妊娠（正常妊娠、流産、胞状奇胎など）の後に発生することがある癌です。

近年では稀ながんです。

組織診断で診断したり、いくつかの診断基準を満たすことにより臨床的に診断される場合があります。

MTX(メソトレキセート)を中心としたいくつかの化学療法のRegimen(薬剤の組み合わせ)により治療します。手術療法も行うことがあります。