

- 支持療法
- 疼痛管理
- G-CSF支持療法
- 制吐療法
- 構造化抄録検索
- 医薬品検索
- 関連リンク
- [トップページへ](#)

- 1. 頸癌
- 8. 頸癌、Ib1-IIb, 転移
- 13. adenoma malignum
- 18. 体癌
- 24. 卵巣癌

本ページは、『子宮頸癌治療ガイドライン』(2007年版)に基づく内容を掲載しています。  
 最新の内容については、日本婦人科腫瘍学会編『子宮頸癌治療ガイドライン2011年版(第2版)』(金原出版)をご参照ください。

子宮頸がん治療ガイドラインの見かた:

ここに掲載する子宮頸がん治療ガイドラインは、日本婦人科腫瘍学会で作成された『子宮頸癌 治療ガイドライン』(2007年版)から抜粋した[治療アルゴリズム(フローチャート)]と[治療ガイドライン]で構成されています。

各アルゴリズム図の記号(数字+アルファベット)をクリックすると[治療ガイドライン]へリンクし、選択したアルゴリズムの解説が表示されます。

また解説の文中に記した文献番号をクリックすると構造化抄録(複数該当の場合一覧)が表示され、文献の概要を参照することができます。

下記よりご覧になりたい項目を選択してください。

※ガイドラインの詳細をご覧になるには日本婦人科腫瘍学会のウェブサイト、または金原出版刊行物をご覧下さい。

序文
総説
エビデンスレベル
治療アルゴリズム
治療ガイドライン

0期・I a期・I b期とII期・III期とIVa期・IVb期  
 再発癌・線癌  
 妊娠合併症頸癌の取り扱い・治療後の経過観察  
 資料集

構造化抄録一覧
---------

※データベースより該当一覧を表示します

・子宮頸癌ガイドライン作成委員会名簿

- 支持療法
- 疼痛管理
- G-CSF支持療法
- 制吐療法
- 構造化抄録検索
- 医薬品検索
- 関連リンク
- [トップページへ](#)

フローチャート1

0～Ia期の治療<sup>a)</sup>

※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。

0期

扁平上皮癌 (CQ01)



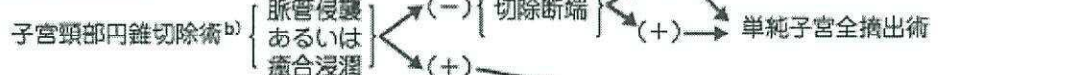
腺癌 (CQ27)



Ia期

扁平上皮癌

Ia1期 (CQ03)



Ia2期 (CQ04)



腺癌

Ia期 (CQ28)

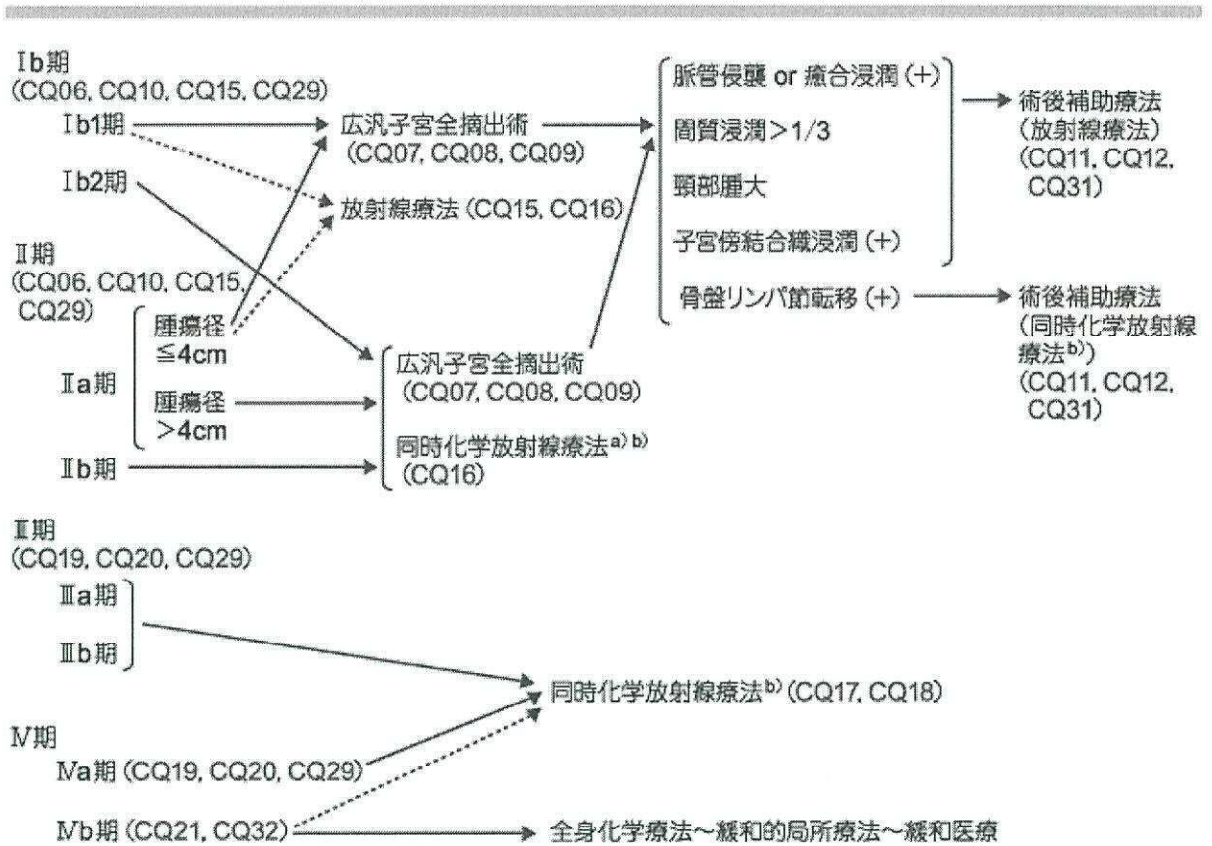


- 注 a) 高齢者など、子宮頸部の萎縮等により円錐切除術が困難な場合、円錐切除術を省略することも考慮される。ただし、術前に、細胞診、コルポスコピー、生検組織診を十分に吟味し、推定病変に合った子宮摘出を行う必要がある。
- b) 円錐切除時、頸管内搔爬を行う。
- c) 断端部陰性でも、約 20%に残存病巣が発見されるとの報告があり、子宮温存には慎重を要する。
- d) 円錐切除標本病理組織所見、すなわち浸潤の程度、脈管侵襲や癒合浸潤の有無などにより術式の個別化を行う。
- e) 妊孕性温存を望まない場合には、単純子宮全摘出術も考慮される。
- f) NCCN による子宮頸癌ガイドラインでは放射線療法も選択肢とされている。

フローチャート2

I b~IV 期の治療 (扁平上皮癌と腺癌を含む)

※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。

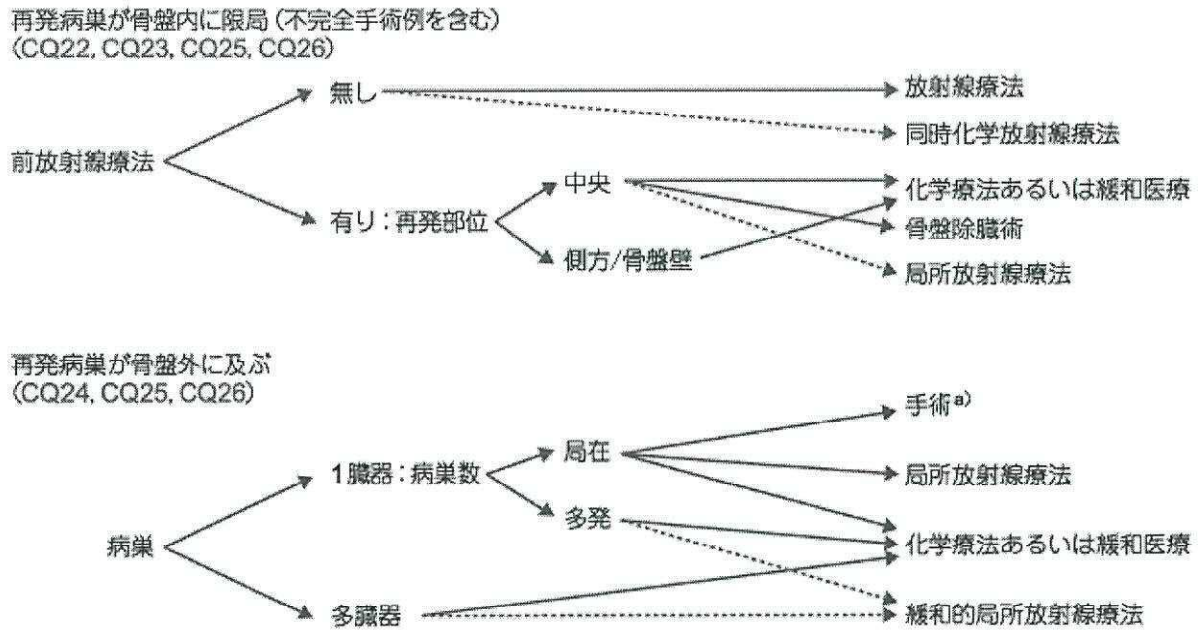


注 a) 本邦ではIb-IIb期には手術が推奨されるが、欧米では、腫瘍径の大きいものには、同時化学放射線療法を行うことが主流となりつつある。このようなことから、選択肢として同時化学放射線療法を併記しておく。  
 b) 同時化学放射線療法の本邦女性に対する認容性について十分検証されていないので、その施行には十分な注意が必要である。場合により、放射線単独療法も選択肢となり得る。

フローチャート3

再発癌の治療

※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。



注 a) 脳の場合には、術後放射線療法あるいは手術的照射

術式付記

- 1) 子宮頸部円錐切除術cervical conization  
子宮頸部を円錐状に切除する術式で、主として、診断の確認のために行われるが、異形成・上皮内癌(扁平上皮癌)の場合は治療法にもなり得る。
- 2) 単純子宮全摘出術total hysterectomy (abdominal or vaginal)  
術式は腹式と腔式とがあり、一般の単純全摘出術に準ずるが、腫瘍性病変の存在する場合には、子宮頸部の組織を残さないような術式が必要とされる。したがって、筋膜内術式 (intrafascial method, Aldridge method) は適当でない。筋膜外術式 (extrafascial method) によって行い、かつ病巣最外端と切除縁 (surgical margin) との間の距離をおくため、腔壁を多少なりとも切除する必要がある。
- 3) 準広汎子宮全摘出術modified radical hysterectomy  
広汎子宮全摘出術と単純子宮全摘出術との中間的な術式で、その内容はほぼ次のように要約できる。すなわち、前部子宮支帯前層を切断し、尿管を側方に寄せた後に全子宮支帯と腔壁を子宮頸からやや離れて切断する。このような方式を総称して準広汎子宮全摘出術といい、リンパ節郭清の有無を問わない。
- 4) 広汎子宮全摘出術radical hysterectomy  
子宮頸癌に対する基本的術式である。所属リンパ節regional lymph nodeを郭清し、膀胱側腔、直腸側腔を展開することによって、前、中、後の各子宮支帯を分離・切断する。中部支帯は脂肪織を除去して血管束とし、骨盤壁に近く切断し、前部支帯は前層を切断して、尿管を剥離、側方へ圧排した後に後層を切断する。全子宮支帯切断後、傍腔結合織および腔を切断する。リンパ節の郭清は本術式の本質の一つであり、可及的広汎・綿密に行うべきである。その原則的な郭清範囲は、いわゆる所属リンパ節、すなわち、基靭帯節、内腸骨節、閉鎖節、外腸骨節、仙骨節、総腸骨節、鼠径上節を含むことになる。
- 5) 超広汎子宮全摘出術extended radical hysterectomy  
内腸骨動静脈、下殿動静脈、内陰部動静脈を切断することによって、骨盤壁付着部を含めて基靭帯をその根部から摘出する術式である(基靭帯摘出術)。臨床進行期Ⅲb期の一部に対する手術術式であるが、Ⅱb期でも、その浸潤が骨盤壁近くまで及んでいる場合は、この術式が行われることがある。
- 6) 骨盤除臓術pelvic exenteration (total, anterior or posterior)  
女性内性器とともに膀胱、直腸など骨盤内臓器を摘出する術式である。全除臓術のほか、前方除臓術と後方除臓術がある。膀胱、直腸に癌が及ぶ場合には既に遠隔転移を認める場合が多いので、適応となる症例は少ない。  
(子宮頸癌取扱い規約1997年改訂第2版から引用)

用語比較表

日本産科婦人科学会	日本癌治療学会
① 傍大動脈リンパ節(左腎静脈下縁から下腸間膜動脈根部まで)(#326b1)	腹部大動脈周囲リンパ節(左腎静脈下縁から下腸間膜動脈根部まで)
① 傍大動脈リンパ節(下腸間膜動脈根部から大動脈分岐部の高さまで)(#326b2)	腹部大動脈周囲リンパ節(下腸間膜動脈根部から大動脈分岐部の高さまで)
(該当なし)	大動脈分岐部リンパ節
⑦ 仙骨リンパ節(#412)	正中仙骨リンパ節 外側仙骨リンパ節
② 総腸骨リンパ節(#413)	総腸骨リンパ節
③ 外腸骨リンパ節(#403)	外腸骨リンパ節
④ 鼠径上リンパ節(#401)	大腿上リンパ節
⑤ 内腸骨リンパ節(#411)	内腸骨リンパ節
⑥ 閉鎖リンパ節(#410)	閉鎖リンパ節
⑧ 基靭帯リンパ節(#405)	基靭帯リンパ節
⑨ 鼠径リンパ節(#401a)	鼠径リンパ節

『子宮頸癌取扱い規約 1997年10月(改訂第2版)』(日本産科婦人科学会, 日本病理学会, 日本医学放射線学会編, 1997年)<sup>1)</sup>では、『日本癌治療学会・癌規約総論』(日本癌治療学会・癌の治療に関する合同委員会編, 1991年)<sup>2)</sup>が定めた各種臓器に共通に提唱された名称を勘案して定められている。しかしながら、『日本癌治療学会リンパ節規約』(日本癌治療学会編, 2002年)<sup>3)</sup>では、リンパ節の番号付けを廃止している。

図1 『子宮頸癌取扱い規約 1997年10月(改訂第2版)』(1997, 金原出版)<sup>1)</sup>

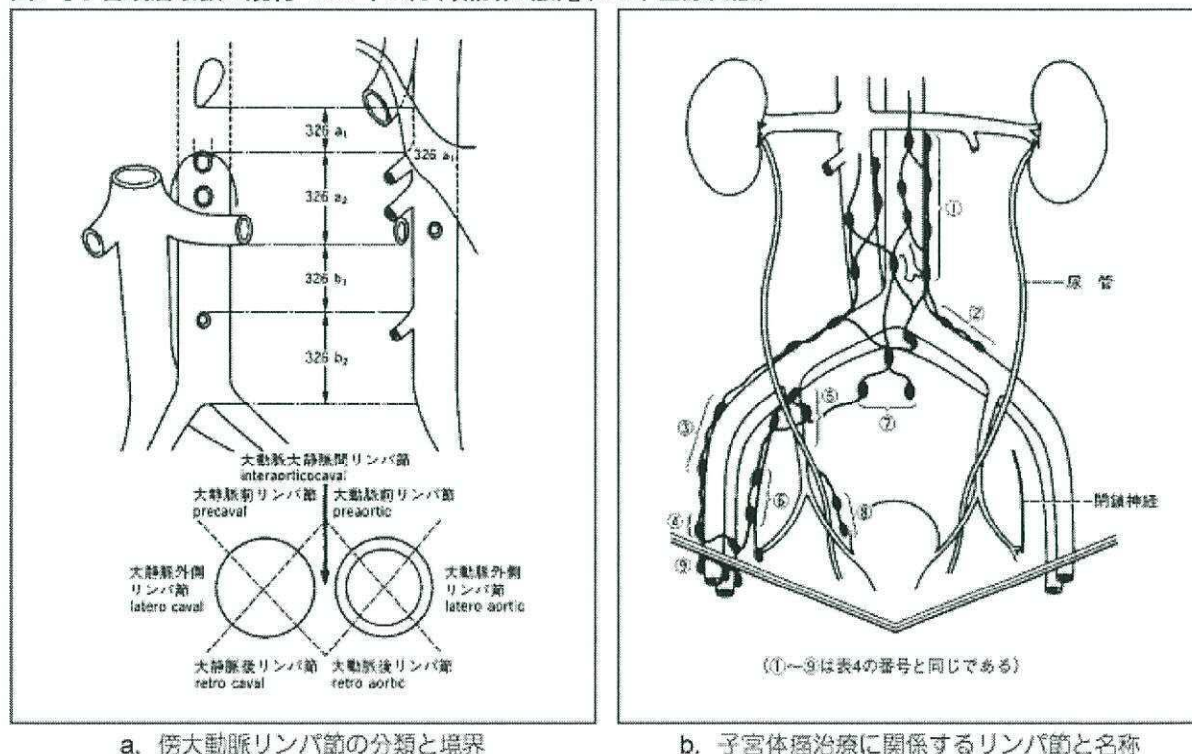
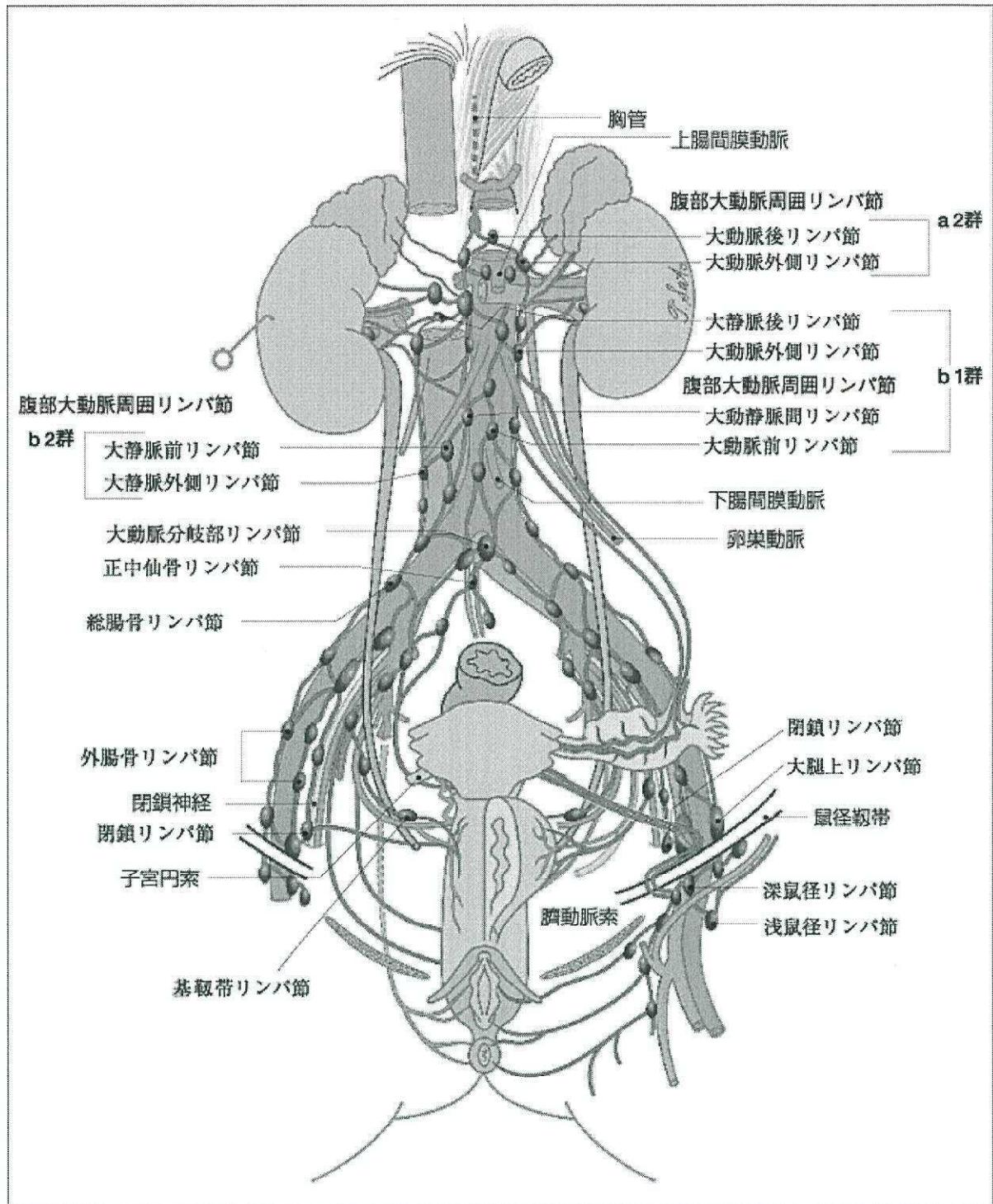


図2 『日本癌治療学会リンパ節規約』(2002, 金原出版)<sup>3)</sup>



【参考文献】

- 1) 子宮頸癌取り扱い規約 1997年10月(改訂 第2版). 日本産科婦人科学会 日本病理学会 日本医学放射線学会編, 東京: 金原出版, 1997(取り扱い規約)
- 2) 日本癌治療学会・癌規約総論. 日本癌治療学会 癌の治療に関する合同委員会 癌規約総論 委員会編, 東京: 金原出版, 1991(取り扱い規約)
- 3) 日本癌治療学会リンパ節規約. 日本癌治療学会編, 東京: 金原出版, 2002(取り扱い規約)

[ページトップへ](#)

[子宮頸がんトップページへ戻る](#)

## エビデンスレベル

表1-1 エビデンスの質評価基準(レベル)

I	複数のランダム化比較試験のメタアナリシス, または複数のランダム化比較試験のエビデンス
II	少なくとも一つのランダム化比較試験のエビデンス, または複数のよくデザインされた非ランダム化比較試験のエビデンス
III	少なくとも一つの他のタイプがよくデザインされた準実験的研究のエビデンス, または比較研究, 相関研究, 症例比較研究など, よくデザインされた非実験的記述研究によるエビデンス
IV	専門委員会の報告や意見, または権威者の臨床経験

日本癌治療学会・抗がん剤適正使用ガイドライン作成委員会の基準より抜粋・一部改変

表1-2 推奨の基準(グレード)

A	タイプ I のエビデンスがあるか, またはタイプ II, III, IV に属する複数の研究から一貫した調査結果が入手できる。
B	タイプ II, III または IV のエビデンスがあり, 調査結果は概して一貫している。
C	タイプ II, III または IV のエビデンスがあり, 調査結果が一貫していない。
D	体系的な実験的エビデンスがほとんどない, または全くない。

A' 明確なエビデンスは見いだせないが, 「臨床腫瘍学の常識」である。

E 明確なエビデンスは見いだせないが, 委員会のコンセンサスである。

日本癌治療学会・抗がん剤適正使用ガイドライン作成委員会の基準より抜粋

付記: 推奨が否定文の場合のグレードについて

否定的な内容そのものを推奨するだけの十分な根拠がある場合には, 推奨が否定文であってもグレード A または B をつける(例: CQ19)。

閉じる

原著 日産婦関東連会誌 45: 313-317, 2008

## 子宮頸癌 (Ib1~IIb) における卵巣および骨盤リンパ節転移

高橋寿々代 大和田倫孝 藤原 寛行  
嵯峨 泰 竹井 裕二 鈴木 光明

Cervical cancer metastasis to ovaries and pelvic lymph nodes

Suzuyo TAKAHASHI, Michitaka OHWADA, Hiroyuki FUJIWARA,  
Yasushi SAGA, Yuji TAKEI, Mitsuaki SUZUKI

*Department of Obstetrics and Gynecology, Jichi Medical University, School of Medicine*

### 概要

自治医科大学附属病院産婦人科で、両側付属器摘出術を含む広汎子宮全摘術が施行された子宮頸癌 Ib1~IIb 期患者 363 例を対象に、卵巣転移頻度と骨盤リンパ節転移について後方視的検討を施行した。その結果、1) 卵巣転移頻度は子宮頸癌全体で 1.4% に認められた。腺癌は 5.4% で扁平上皮癌 (0.3%) より有意に高率であった ( $P < 0.01$ )。2) 骨盤リンパ節転移は全体で 26.4% にみられた。腺癌は 40.5% で、扁平上皮癌 (22.8%) より有意に高率であった ( $P < 0.01$ )。3) 卵巣転移のみられた 5 例はいずれも骨盤リンパ節転移陽性症例であった。骨盤リンパ節転移陽性例の卵巣転移率は 5.2% で、リンパ節転移陰性例 (卵巣転移率 0%) に比べて有意に高率であった。 ( $p < 0.001$ )。4) 卵巣転移陽性例の 3 年生存率は 20% で、陰性例 (87%) に比べて有意に予後不良であった ( $p < 0.05$ )。5) 腺癌において、リンパ節転移陽性例の予後は、陰性例に比べて有意に不良であった。 ( $p < 0.005$ )。

子宮頸癌における卵巣および骨盤リンパ節転移は、腺癌で有意に高率であり、またいずれも転移の見られた症例の予後は不良であった。腺癌における卵巣温存は極めて慎重を要すると考えられた。

**Key words** : cervical cancer, radical hysterectomy, ovarian metastasis, lymph node metastasis, prognosis

### I. 緒言

わが国においては臨床進行期 Ib~II 期の子宮頸癌に対して、広汎子宮全摘術を施行することが多いが、卵巣摘出については一定の見解は得られていない。近年、子宮頸癌の若年化が顕著であり<sup>1)</sup>、妊孕性温存や若年婦人の Quality of Life の維持の

ための卵巣温存の必要性が増している。われわれは、進行子宮頸癌 (Ib~II 期) における卵巣転移とその臨床病理学的背景、ならびに骨盤リンパ節転移について後方視的検討を施行した。

### II. 対象および方法

1974 年の自治医科大学附属病院開院から 2004 年までに、当院産婦人科で治療された子宮頸癌患者のうち、扁平上皮癌あるいは腺癌 (腺扁平上皮



表1 子宮頸癌 (Ib~II期) の組織型別卵巣および骨盤リンパ節転移率

	組織型		P 値
	腺癌	扁平上皮癌	
卵巣転移率	5.4% (4/74)	0.3% (1/289)	< 0.01
	Ib期 0% (0/51)	0% (0/185)	—
	II期 17.4% (4/23)	1.0% (1/104)	< 0.01
骨盤リンパ節転移率	40.5% (30/74)	22.8% (66/289)	< 0.01
	Ib期 27.5% (14/51)	10.8% (20/185)	< 0.01
	II期 69.6% (16/23)	44.2% (46/104)	< 0.05

癌を含む) で両側付属器摘出術を含む広汎子宮全摘術が施行されたIb1~IIb期363例を対象とした。組織型別症例数は扁平上皮癌289例、腺癌74例であり、年齢中央値はそれぞれ50歳(範囲20~73)、48歳(範囲26~75)であった。進行期別症例数はIb1 159例、Ib2 77例、IIa 37例、IIb 90例であった。卵巣転移率、骨盤リンパ節転移率ならびに卵巣転移と骨盤リンパ節転移の関係を検討した。

さらに1995年以降の155例(扁平上皮癌111例: Ib1 40, Ib2 31, IIa 11, IIb 29; 腺癌44例: Ib1 22, Ib2 28, IIa 2, IIb 12)を対象にそれぞれの転移の有無別の予後を検討した。術後補助療法は、87例(扁平上皮癌62, 腺癌25)、56%に施行された。術後補助療法の種類と症例数は、全骨盤照射47例(扁平上皮癌38, 腺癌9)、化学療法(BOMP, nedaplatin/ifosfamide/peplomycin, nedaplatin/irinotecan)8例(全例腺癌)、放射線療法と化学療法の併用32例(扁平上皮癌24, 腺癌8)であった。

統計学的解析は $\chi^2$ テストおよびCox-Mantelテストにより行い、 $P < 0.05$ を有意差とした。

### III. 成績

#### 1. 卵巣転移

卵巣転移は全頸癌363例中5例、1.4%に認められた。組織型別では腺癌5.4%(4/74)、扁平上皮癌0.3%(1/289)であり、腺癌で有意に高率であった( $P < 0.01$ , 表1)。進行期別では、Ib期においては腺癌、扁平上皮癌のいずれにも転移例はなく、一

方II期では腺癌で17.4%の高率を示し、扁平上皮癌(1.0%)に比べて有意に高率であった。( $P < 0.01$ , 表1)

#### 2. 骨盤リンパ節転移

骨盤リンパ節転移は、全体で26%(96/363)にみられた。組織型別では腺癌40.5%(30/74)、扁平上皮癌22.8%(66/289)で、前者で有意に高率であった( $P < 0.01$ , 表1)。Ib期の転移率は14.4%(34/236)であったが、組織型別では腺癌で27.5%を示し、扁平上皮癌(10.8%)に比べ有意に高率であった( $P < 0.01$ , 表1)。またII期の転移率は48.8%(62/127)であったが、組織型別では腺癌が69.6%を示し、扁平上皮癌44.2%より有意に高率であった(表1,  $P < 0.05$ )。

#### 3. 卵巣転移と骨盤リンパ節転移との関係

卵巣転移のみみられた5例はいずれも骨盤リンパ節転移陽性例であった。すなわち骨盤リンパ節転移陽性( $n = 96$ )の5.2%に卵巣転移が認められた。一方、骨盤リンパ節転移陰性例( $n = 267$ )で卵巣転移がみられた症例はなく(転移率0%)。両者間に有意差を認めた( $P < 0.001$ )。

#### 4. 卵巣転移ならびに骨盤リンパ節転移と予後の関係

卵巣転移と予後の関係については、転移のみみられた5例は、1例を除き、4例(腺癌3, 扁平上皮癌1)が手術後12か月以内に死亡した(範囲9~12か月)。卵巣転移陽性例の3年生存率は20%で、陰性例(87%)に比べ有意に予後不良であった( $P < 0.05$ )。II期症例の比較でも、転移陽性例の予後は有意に不良であった(3年生存率20% vs 72%,

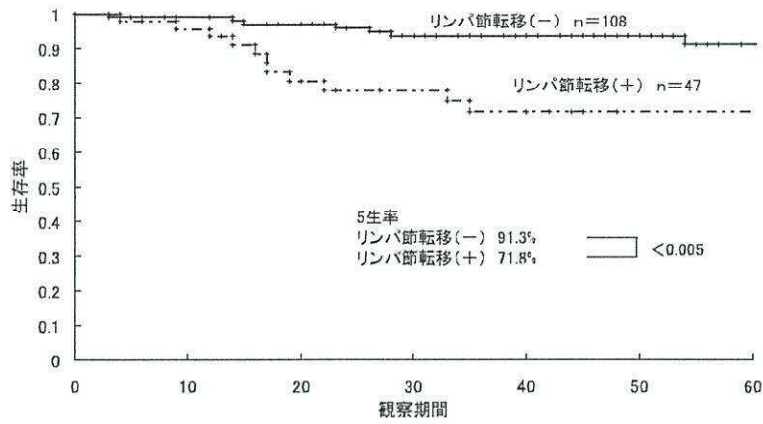


図1 子宮頸癌 (Ib1 ~ IIb 期) におけるリンパ節転移別生存曲線

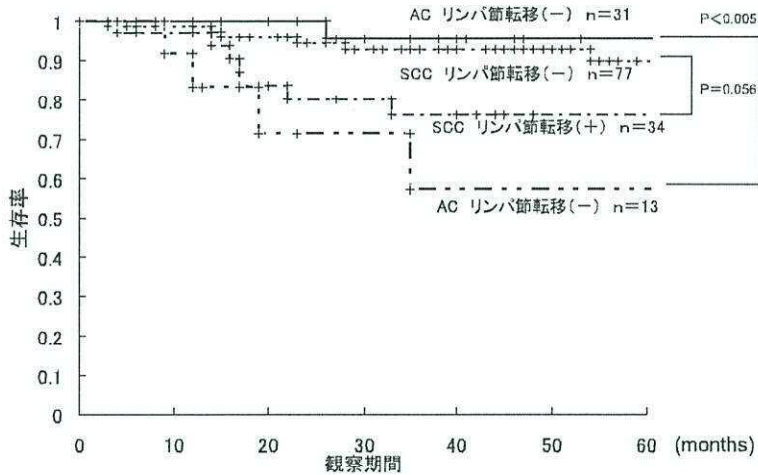


図2 子宮頸癌 (Ib1 ~ IIb 期) リンパ節転移別生存曲線

$P<0.05$ ).

骨盤リンパ節転移と予後の関係については、リンパ節転移陽性例は陰性例に比べて有意に予後不良であり ( $p<0.005$ , 図1), 5年生存率は陽性例72%, 陰性例91%であった。組織型別の検討では、腺癌においては、転移陽性例の予後は陰性例に比べて有意に不良であり ( $P<0.05$ , 図2), 5年生存率は陽性例57%, 陰性例95%であった。一方、扁平上皮癌では陽性例の予後が不良ではあったが、有意差はみられなかった。 ( $p=0.059$ , 図2)。

#### IV. 考 察

今回のわれわれの検討では、子宮頸癌 (Ib~II期) における卵巣転移は1.4%の頻度であった。子宮頸癌における卵巣転移については、最近われわれの施設を含めた4施設共同研究がある<sup>9)</sup>。それによると進行期Ib~II期子宮頸癌3,471例中52例、1.5%に卵巣転移がみられている。また、Nakanishi et al.<sup>9)</sup>の報告でも、2.7% (29/1,064)であったとされている。次に組織型別の検討では、われわれの成績によれば腺癌で5.4%の卵巣転移が確認され、扁平上皮癌 (0.3%) に比較して有意に高率で

あった。4施設共同研究の結果でも、腺癌で有意に高率であり(腺癌5.31% vs 扁平上皮癌0.79%)<sup>9)</sup>、Nakanishi et al.<sup>6)</sup>も腺癌で6.3%(扁平上皮癌1.3%)の高い卵巣転移を報告している。またステージ別では、腺癌でIb期でも3.72%に卵巣転移がみられている<sup>9)</sup>。卵巣転移の頻度は進行期と組織型により差が認められた。以上より腺癌ではIb期でも卵巣転移の頻度が高く、卵巣温存のリスクは高く、慎重を要すると考えられた。一方、扁平上皮癌においては、卵巣転移のリスクは低く、とくにIb以内では卵巣温存は可能と考えられた。

卵巣転移と骨盤リンパ節転移との関係については、われわれの検討からは卵巣転移症例は全て骨盤リンパ節転移陽性であった。逆に骨盤リンパ節転移のみられなかった症例には卵巣転移例は皆無であった。Nakanishi et al.<sup>6)</sup>やNatsume et al.<sup>7)</sup>も同様の報告をしており、将来センチネルリンパ節が同定でき、手術中の迅速診断の結果骨盤リンパ節転移陰性であれば卵巣温存の可能性があると考えられる。

子宮頸癌のリンパ節転移に関しては、Krivak et al.<sup>8)</sup>のまとめではIb期15.9%、IIa期24.5%、IIb期31.4%と報告されている。我々の検討ではIb期は14.4%とほぼ同頻度であったが、II期では48.8%の高率であった。その原因は不明である。また組織型別の検討ではIb期、II期ともに腺癌でリンパ節転移頻度が高く、その分子生物学的機序は不明であるが、腺癌はリンパ節転移をきたしやすいと考えられた。

われわれの今回の成績、ならびに島田ら<sup>9)</sup>、長野ら<sup>10)</sup>の報告から、頸部腺癌ではリンパ節転移が予後不良である原因のひとつにリンパ節転移をきたしやすいことが示唆される。リンパ節陽性症例に対しては、組織型を問わずほとんどの症例が術後に放射線療法や化学療法などの補助療法が施行されている。われわれの成績では腺癌においてリンパ節転移陽性例の予後が有意に不良であった。すなわち、現状の補助療法は腺癌に対しては満足のゆくものがないことを示唆している。

子宮頸部腺癌に対する化学療法としては、PAM療法(cisplatin + aclacinomycin + mitomycin C)

(奏効率91%)<sup>11)</sup>、PE療法(cisplatin + epirubicin)(奏効率67%)<sup>12)</sup>、MEP療法(cisplatin + etoposide + mitomycin C)(奏効率63%)<sup>13)</sup>、PET療法(cisplatin + epirubicin + paclitaxel)(奏効率53%)<sup>14)</sup>などが施行されている。このうちPAM療法は奏効率が高く、また腺癌リンパ節転移陽性例の予後を改善したともされており期待がもたれる。腺癌に奏効する化学療法の開発が待たれる。

扁平上皮癌においては卵巣温存できる症例が多いがhigh risk症例では術後に放射線療法(全骨盤照射)を追加することも多い。それにより温存卵巣の機能を損なう恐れがある。Windbicher et al.<sup>15)</sup>が提唱する照射野から卵巣を移動する処置を行うことが望まれる。われわれは、術後に放射線治療が施行される可能性のある若年例に対しては、卵巣動・静脈を十分に剝離して、卵巣を照射野外の左右腸骨上縁に固定している。リガークリップで卵巣に目印をつけ、卵巣の位置確認に役立てている。

## V. 結 論

子宮頸癌における卵巣および骨盤リンパ節転移頻度は、扁平上皮癌に比べて腺癌で有意に高率であり、また卵巣あるいは骨盤リンパ節転移を伴う腺癌は予後不良であった。腺癌での卵巣温存は慎重を要すると考えられた。

## 文 献

- 1) 井岡亜希子, 津熊秀明, 大島 明: 特集 子宮頸癌の取り扱いの実際. 子宮頸癌罹患の動向. 産婦人科の実際 2006: 55: 1479-1483
- 2) 木村英三: 婦人科・腫瘍のインフォームド・コンセント 子宮頸癌手術治療一初期一. 産婦人科の実際 2005: 54: 1889-1896
- 3) 児玉省二, 小島由美, 笹川 基, 本間 滋: 子宮頸癌における妊孕性温存療法 3. 子宮頸癌における妊孕性温存治療の適応と予後. 日本婦人科腫瘍会誌 2007: 25: 5-9
- 4) 佐治文隆, 水之江知哉, 新甲さなえ, 竹原和宏, 熊谷正俊, 川上洋介, 花岡美生, 永田由美子: 特集 婦人科手術とQOL 子宮頸部腫瘍に対する妊孕性温存手術. 産婦人科治療 2007: 94: 261-266
- 5) Shimada M, Kigawa J, Nshimura R, Yamaguchi S,

- Kuzuya K, Nakanishi T, Suzuki M, Kita T, Iwasaka T, Terakawa N : Ovarian metastasis in carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 2006 : 101 : 234-237
- 6) Nakanishi T, Wakai K, Ishikawa H, Nara A, Suzuki Y, Nakamura S, Kuzuya K : A comparison of ovarian metastasis between squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 2001 : 82 : 504-509
- 7) Natsume N, Aoki Y, Kase H, Kashima K, Sugaya S, Tanaka K : Ovarian metastasis in stage IB and II cervical adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1999 : 74 : 255-258
- 8) Krivac TC, McBroom JW, Elkas JC : Cervical and vaginal cancer. JS Berek (ed) : In Novak's *Gynecology* 13th ed, New York & London & Tokyo : Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer, 2002 : 1211
- 9) 島田宗昭, 紀川純三, 寺川直樹 : 子宮頸癌の治療リンパ節郭清 : 適応と範囲. *日本臨牀* 2004 : 62 : 219-221
- 10) 長野浩明, 忠内 薫, 尾崎喜一, 村上 明, 水谷勝美, 八杉利治, 吉川裕之, 武谷雄二 : 「子宮頸部腺癌の診断と治療—扁平上皮癌とどう異なるのか?」(手術療法)子宮頸部腺癌 Ib 期, II 期, 広汎子宮全摘術実施例の治療成績と予後因子. *産科と婦人科* 2000 : 9 : 1167-1173
- 11) Saito T, Takehara M, Lee R, Fujimoto T, Nishimura M, Tanaka R, Ito E, Kudo R : Neoadjuvant chemotherapy with cisplatin, aclacinomycin A, and mitomycin C for cervical adenocarcinoma: a preliminary study. *Int J Gynecol Cancer* 2004 : 14 : 483-490
- 12) Zanetta G, Lissoni A, Gabriele A, Landoni F, Colombo A, Perego P, Mangioni C : Intense neoadjuvant chemotherapy with cisplatin and epirubicin for advanced or bulky cervical and vaginal adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1997 : 64 : 431-435
- 13) Iwasaka T, Fukuda K, Hara K, Yokoyama M, Nakao Y, Uchiyama M, Sugimori H : Neoadjuvant chemotherapy with mitomycin C, etoposide, and cisplatin for adenocarcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1998 : 70 : 236-240
- 14) Lissoni A, Gabriele A, Gorga G, Tumolo S, Landoni F, Mangioni C, Sessa C : Cisplatin-, epirubicin-, and paclitaxel-containing chemotherapy in uterine adenocarcinoma. *Ann Oncol* 1997 : 8 : 969-972
- 15) Windbichler GH, Muller-Holzner E, Nicolussi-Leck G, Meisel U, Dapunt O, Marth C : Ovarian preservation in the surgical treatment of cervical carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1999 : 4 : 963-969
-

クリニカルカンファレンス2 特殊型癌の診断と治療

# 1) 子宮頸部腺癌 —悪性腺腫の診断と治療

座長：熊本大学  
片淵 秀隆

信州大学  
塩沢 丹里

藤田保健衛生大学  
宇田川康博

## はじめに

子宮頸部悪性腺腫(adenoma malignum)あるいは minimal deviation adenocarcinoma(MDA)は頸部腺癌全体の1~3%を占める超高分化型の粘液性腺癌で、臨床的には大量の水様性帯下や頸部の腫大、頸部の嚢胞性病変を特徴とする<sup>1)</sup>。非常に稀な疾患であることに加え、細胞異型に乏しいため、細胞診や組織診による術前診断は非常に困難であると考えられている。加えて近年、悪性腺腫に形態学的に類似し、基本的に良性の経過をとる病変として lobular endocervical glandular hyperplasia : LEGH または pyloric gland metaplasia が提唱され<sup>2)</sup>、病理診断基準の検討が課題となってきた。一方、我々は悪性腺腫が胃型の粘液を高頻度に産生することを見出した<sup>3)</sup>。さらに胃型粘液を検出する抗体を作製し<sup>4)</sup>、この抗体を用いて頸管粘液中の胃型粘液を検出するキット<sup>5)</sup>を開発して悪性腺腫の新たな術前診断を提案した。しかし、前述の LEGH もこの粘液を産生することが判明し<sup>6)</sup>、このキットの診断学的な意義を再検討する時期にさしかかっていると考えられた。さらに近年、MRIなどの画像診断が普及したが、悪性腺腫をはじめとする頸部嚢胞性病変に対する診断は確立していない。加えて、悪性腺腫や LEGH に対する治療法についても確立されていない。

これらの問題を解決するため、我々は日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会の研究として平成17~18年に「子宮頸部悪性腺腫(adenoma malignum)とその類縁疾患の術前診断および治療ガイドライン確立にむけた臨床研究」を施行した。この研究で全国24施設から計約110症例の悪性腺腫類似疾患が集積され、これらの症例に対する合同検討会を信州大学産婦人科において平成18年と19年に計2回施行した。この検討会では、まず放射線医が各症例の画像を読影し、その後病理医が central pathological review を行い病理組織診断を行った。本日はこの検討会の結果を中心に報告する。

## Cervical Adenocarcinoma-Diagnosis and Treatment of Adenoma Malignum

Tanri SHIOZAWA

Department of Obstetrics and Gynecology, Shinshu University School of Medicine, Nagano

Key words : Adenoma malignum · Minimal deviation adenocarcinoma(MDA) ·

Lobular endocervical glandular hyperplasia(LEGH) · Gastric mucin · MRI

### 共同研究症例の組織型

悪性腺腫との鑑別が必要となる疾患として良性疾患としては主に、deep Nabothian cyst, tunnel cluster, LEGH が、また悪性としてはMDAと頸部腺癌が重要である。今回の研究では計112例の症例登録があったが、登録症例の合同検討会による組織診断はNabothian cystやtunnel clusterを中心とした良性症例が35例、LEGH52例、MDA6例、癌9例であった。LEGHではこの主病変の他に腺の異型やAISを合併する症例がみられた。また、MDAでは部分的にLEGHや粘液性腺癌を合併する症例がみられた。またその他にendocervical adenomyomaなどがみられた。合同検討会での診断と全国の協力施設の診断を比較すると、合同検討会でNabothian cystを中心とする良性群とされた35例中で、各施設ではMDAと診断されていた症例が5例含まれていた。また合同検討会でLEGHと診断された52症例のなかには各施設でMDAと診断されていた症例が31例、粘液性癌と診断されていた症例が1例含まれていた。それに対しMDAと腺癌と診断された症例は各施設でも概ね同じ診断がなされていた。

### 各種臨床検査の術前診断としての意義

(1) 胃型粘液：現在胃型の粘液を検出するためには、我々が開発した頸管粘液中の胃型粘液の検出するラテックス凝集反応キット<sup>®</sup>と細胞診上での黄色細胞あるいはオレンジ細胞の検出<sup>7)</sup>の2つの方法がある。今回の研究の動機のひとつとなったのがこのラテックス凝集反応キットの診断意義であったが、残念ながらこのキットの普及度がまだ低いようで、今回集積された症例中25例でしか検査が施行されていなかった。しかし、検討された25例ではすべて陽性であり、うち23例がLEGHであった。また細胞診上での胃型粘液に関し、今回の検討では胃型粘液は27例で陽性であり、その内訳は23例がLEGH、2例が粘液性癌であった。ただしこれは陽性という記載のあった症例だけであり、胃型粘液に関する記載のない症例も多くみられた。これまでの我々の教室の検討によって胃型粘液を最も盛んに産生するのはLEGHで、次にMDAであることが判明している。これを背景に今回の検討から胃型粘液の意義について考察すると、胃型粘液が陽性の場合にはLEGH以上あるいはMDAの可能性が高くなるが、疾患の同定に関してはあまり特異性が高いとはいえず、対応としては、これらの病変の存在を念頭においたフォローアップやさらなる組織検査が必要であると考えられる。一方、この検査が陰性である場合にはLEGHをはじめとする疾患が存在する頻度は低いと考えられる。

(2) 頸部擦過細胞診：まずNabothian cystやtunnel clusterなどの良性群では、クラスⅠやⅡが主体であったが、腺系細胞の異常を伴うクラスⅢも約1/4含まれていた。LEGHでは約半数の症例でクラスⅢであり、またクラスⅣとⅤも少数例含まれていたが、これらの症例ではAISが共存していた。MDAではクラスⅡからクラスⅤまで含まれることが特徴であった。また腺癌ではクラスⅣやⅤが主体となる一方、クラスⅢも含まれることも特徴であった。この結果から確定的な結果を下すのは難しいが、クラスⅢの意義はあまり明らかではない可能性が示唆された。この一因として前述の胃型粘液細胞をクラスⅡに分類する施設とクラスⅢに分類する施設があることが考えられた。一方、クラスⅣ以上はやはり治療が必要な症例が増加すると考えられた。

(3) 円錐切除：今回の研究で摘出子宮と円錐切除の両方が検討できた症例は13例あり、このうち12例で円錐切除の診断が最終診断と一致していた。このなかにはLEGH症例や悪性症例も含まれていた。診断が異なった一例は、病変の大部分はLEGHであるが、LEGH

病巣の周辺に限局して悪性所見が存在した症例であった。したがって予想に反して円錐切除は主病変を推測する有効な検査である可能性が示唆された。

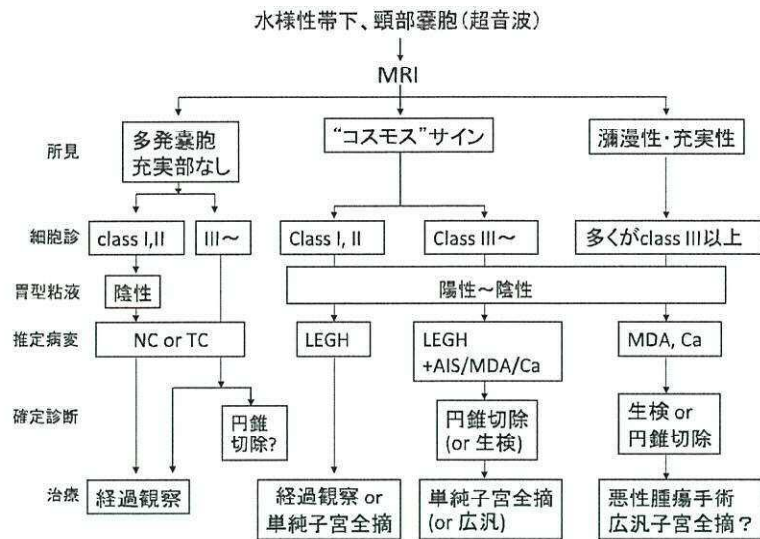
(4) MRI: MRI 所見上, Nabothian cyst は境界明瞭な中型から大型の嚢胞が特徴で, 充実性部位は認めない点が特徴である。LEGH は頸部の比較的高位に位置し, 周辺に比較的大型の嚢胞が存在し, 内部に小型の嚢胞から充実性の高信号部位が存在することが大きな特徴である。我々はこれを花にたとえてコスモサインと仮称している。一方, 典型的な粘液性腺癌では, 嚢胞の形成はあまり著明ではなく, 境界不明瞭な充実性高信号を呈することが特徴である。今回検討した MDA 症例の MRI 所見は基本的に腺癌とよく類似しており, 境界の不明瞭な充実性腫瘍の所見をとることが多いが, LEGH に合併する場合は LEGH 様の嚢胞性病変を伴う。こういった所見をもとに, 合同検討会での MRI 画像の読影の正診率をみてみると, 平成18年の第1回合同検討会では, 良性23例中, 悪性と判定した症例が1例あったが, 19例で画像上良性と判定することが可能であった。また悪性5例は全例悪性と判定することが可能で全体の正診率は96%と良好な結果を得た。平成19年の検討会においては, 良性症例の判定は正確であったが, 悪性症例7例のなかで LEGH の一部に MDA が存在していた3症例では画像診断が LEGH と under diagnosis となってしまう, これを反映してこの年の正診率は85%にとどまった。これらから基本的に良・悪性の判定だけなら正診率90%以上であるが, LEGH の一部に MDA あるいは癌が存在する際にはやはり診断が困難であると考えられた。しかしこのような弱点を良く把握しておけば MRI は診断上有効であると考えられた。

### 治療法と成績

施設合同検討会で LEGH と診断された症例52例中20例に単純子宮全摘, 16例に広汎子宮全摘が行われていたが再発した症例はない。LEGH の natural history はまだよく解明されていないが, 現時点では良性として振る舞う可能性が高く, 手術は単純子宮全摘でもよい可能性が示唆された。粘液性腺癌に対しては主に広汎子宮全摘が施行されているが, I 期や II 期症例でも死亡例がみられていることから通常の頸部悪性腫瘍に相当する結果であると考えられた。悪性腺腫に対しては多くは広汎子宮全摘が施行されていたが再発例や死亡例があったことから, 当然ながら原則として悪性腫瘍としての対応が必要であると考えられた。

### 診断と治療に対する試案

今回の検討の結果から, 現時点で考えられる診断と治療に対する我々の試案をフローチャートにまとめた(図1)。超音波で頸部の嚢胞を認めたり, 水様性帯下を訴える患者に対し, まず MRI を撮影する。この結果が嚢胞のみで充実性部分がない場合, Nabothian cyst や tunnel cluster の可能性が高い。また, この場合, 細胞診はクラス I あるいは II にとどまる。頸管粘液中の胃型粘液が陰性の場合, さらに良性の可能性は高くなる。しかしスメアがクラス II 以上の際には厳重なフォローアップあるいは円錐切除が必要かもしれない。MRI 上いわゆるコスモサインを認める際には, LEGH が存在する可能性が非常に高い。さらに, 細胞診でクラス I から II の場合には LEGH の可能性は更に高まる。また胃型の粘液の陽性率が高くなるが, 胃型粘液だけでは病変の同定は困難である。クラス III 以上がみられた場合も, 多くの場合は LEGH であるが, AIS などの病変が共存する可能性があるため円錐切除などの何らかの組織診が必要と考えている。MRI 画像上, 瀰漫性の高信号がみられる場合には, 悪性の可能性が高く, 細胞診上あるいは組



(図1) 悪性腺腫を含む子宮頸部の嚢胞性病変の対応のフローチャート(試案)

織診で発見される可能性が高い。

治療であるが、Nabothian cyst などの良性疾患の場合には経過観察でよいと思われる。また、LEGHも経過観察でもよいと考えられるが、患者が手術を希望する際には単純子宮全摘でよいと思われる。また、LEGHの一部にAISあるいはMDAを伴う場合があるが、画像上、大型の嚢胞の外側に浸潤する所見がなければ、広汎子宮全摘を行う必要性は低い。また、治療上はMDAと腺腫を分ける必要性はないと考えられ、これらの病変では、通常の頸癌に準じた治療法でよいと考えられる。

**おわりに**

今回は悪性腺腫とその類縁疾患に関して我々が施行した全国共同研究の結果を中心に報告し、現時点での我々の考えを図にまとめたが、さらに症例を蓄積して検討していくことが当然必要である。また、基礎的な研究としては、LEGHが悪性腺腫の前駆病変であることを明らかにすることが重要である。

《参考文献》

1. Silverberg SG, Hurt WG. Minimal deviation adenocarcinoma("adenoma malignum")of the cervix : a reappraisal. Am J Obstet Gynecol 1975 ; 121 : 971—975
2. Nucci MR, Clement PB, Young RH. Lobular endocervical glandular hyperplasia, not otherwise specified : a clinicopathologic analysis of thirteen cases of a distinctive pseudoneoplastic lesion and comparison with fourteen cases of adenoma malignum. Am J Surg Pathol 1999 ; 23 : 886—891
3. Ishii K, Katsuyama T, Ota H, Watanabe T, Matsuyama I, Tsuchiya S, Shiozawa T, Toki T. Cytologic and cytochemical features of adenoma malignum of the uterine cervix. Cancer 1999 ; 87 : 245—253



- 
4. Ota H, Hayama M, Nakayama J, Hidaka H, Honda T, Ishii K, Fukushima M, Uehara T, Kurihara M, Ishihara K, Hotta K, Katsuyama T. Cell lineage specificity of newly raised monoclonal antibodies against gastric mucins in normal, metaplastic, and neoplastic human tissues and their application to pathology diagnosis. *Am J Clin Pathol* 2001 ; 115 : 69—79
  5. Ishii K, Kumagai T, Tozuka M, Ota H, Katsuyama T, Kurihara M, Shiozawa T, Noguchi H. A new diagnostic method for adenoma malignum and related lesions : latex agglutination test with a new monoclonal antibody, HIK1083. *Clin Chim Acta* 2001 ; 312 : 231—233
  6. Mikami Y, Hata S, Melamed J, Fujiwara K, Manabe T. Lobular endocervical glandular hyperplasia is a metaplastic process with a pyloric gland phenotype. *Histopathology* 2001 ; 39 : 364—372
  7. Hata S, Mikami Y, Manabe T. Diagnostic significance of endocervical glandular cells with “golden-yellow” mucin on pap smear. *Diagn Cytopathol* 2002 ; 27 : 80—84
-

- 支持療法
- 疼痛管理
- G-CSF支持療法
- 制吐療法
- 構造化抄録検索
- 医薬品検索
- 関連リンク
- [トップページへ](#)

本ページは、『子宮体癌治療ガイドライン(2006年版)』に基づく内容を掲載しています。

最新版:日本婦人科腫瘍学会編:『子宮体がん治療ガイドライン(2009年版)』については、金原出版刊行物、又は、日本婦人科腫瘍学会ホームページにおける掲載ページをご覧ください。

#### 子宮体がん治療ガイドラインの見かた:

ここに掲載する子宮体がん治療ガイドラインは、日本婦人科腫瘍学会で作成された『子宮体癌 治療ガイドライン』(2006年版)から抜粋した[治療アルゴリズム(フローチャート)]と[治療ガイドライン]で構成されています。

各アルゴリズム図の記号(数字+アルファベット)をクリックすると[治療ガイドライン]へリンクし、選択したアルゴリズムの解説が表示されます。

また解説の文中に記した文献番号をクリックすると構造化抄録(複数該当の場合一覧)が表示され、文献の概要を参照することができます。

下記よりご覧になりたい項目を選択してください。

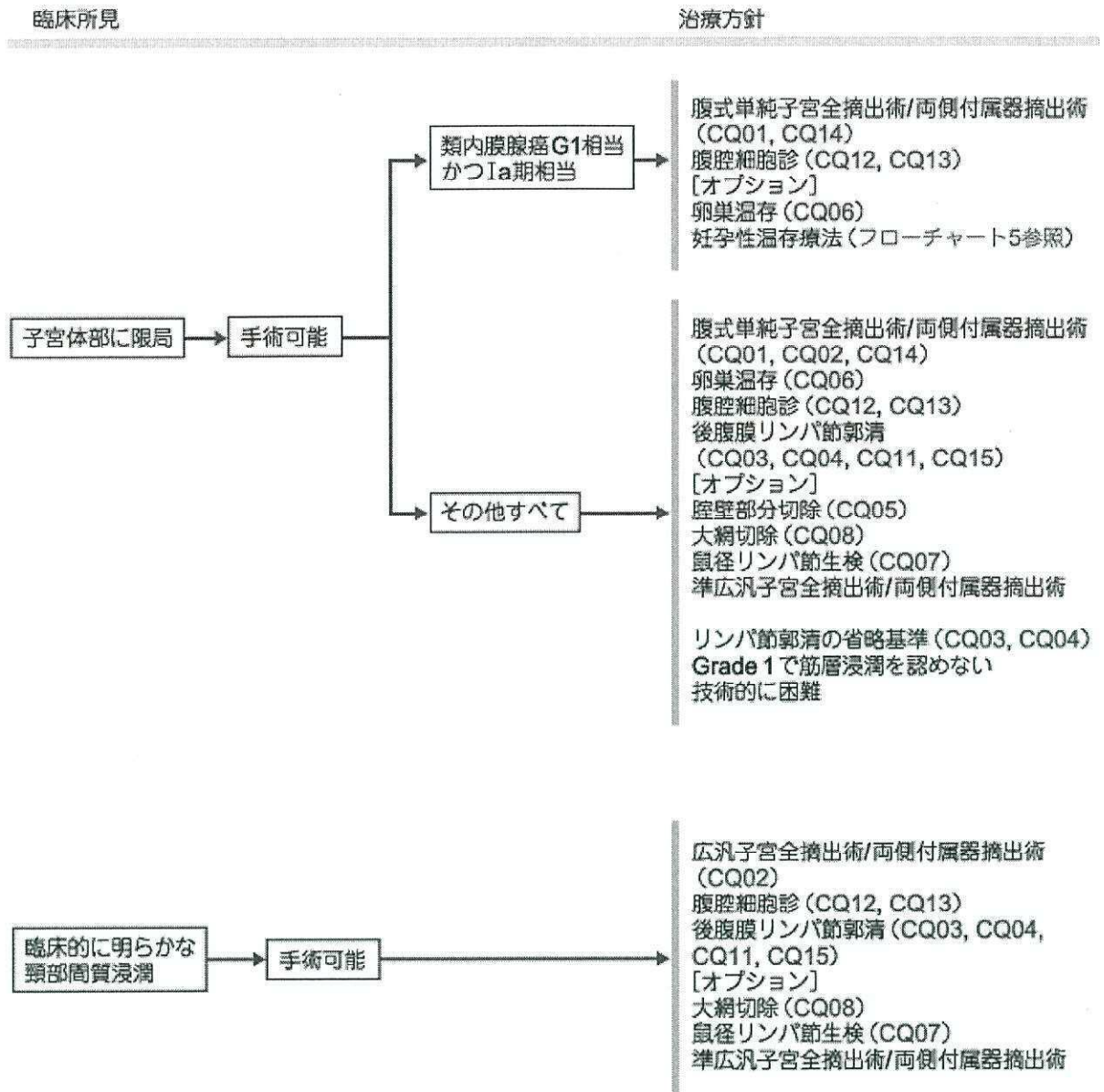
※ガイドラインの詳細をご覧になるには日本婦人科腫瘍学会のウェブサイト、または金原出版刊行物をご覧ください。

序文
総説
エビデンスレベル
治療アルゴリズム
治療ガイドライン

初回治療  
術後療法  
治療後の経過観察  
進行・再発癌の治療  
妊孕性温存療法  
子宮内膜異型増殖症  
資料集

構造化抄録一覧
---------

※データベースより該当一覧を表示します

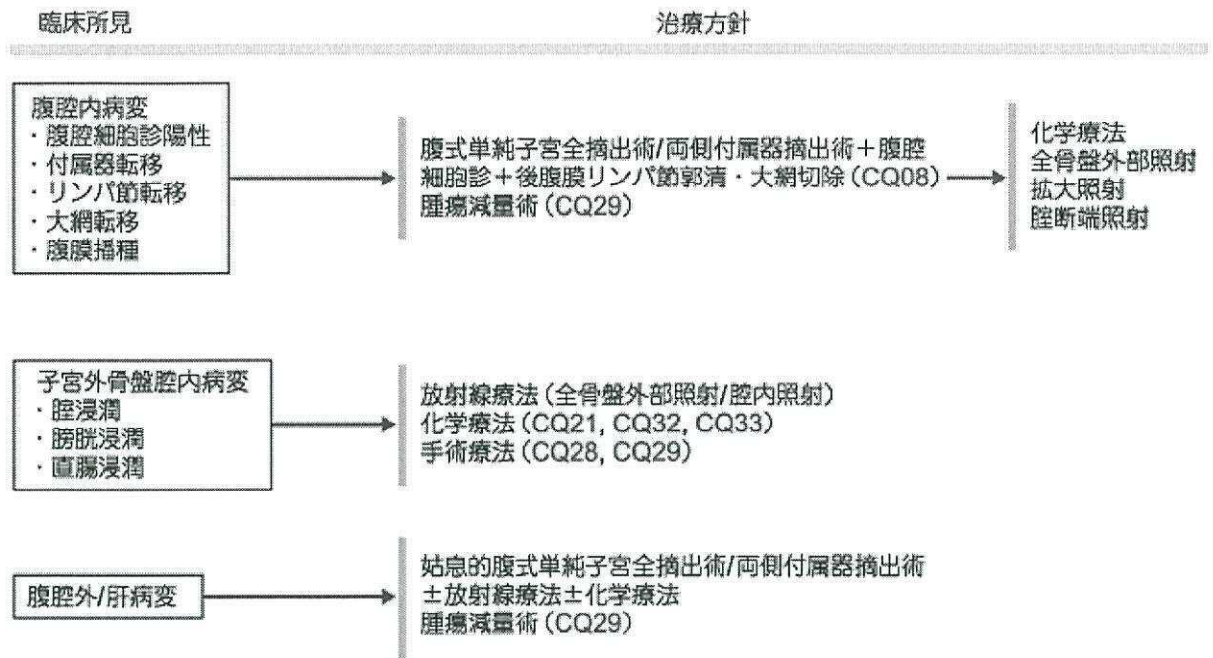


- \* 手術不能例には放射線治療あるいは化学療法を施行する。
- \* あくまでも臨床所見に基づいた進行期分類である。
- \* CQ : Clinical question = 臨床的疑問

フローチャート2

初回治療: 臨床進行期Ⅲ期, Ⅳ期

※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。



\* 腹腔外/肝病変の症例では出血などの症状を取るために姑息的に腹式単純子宮全摘出術を施行することがある。

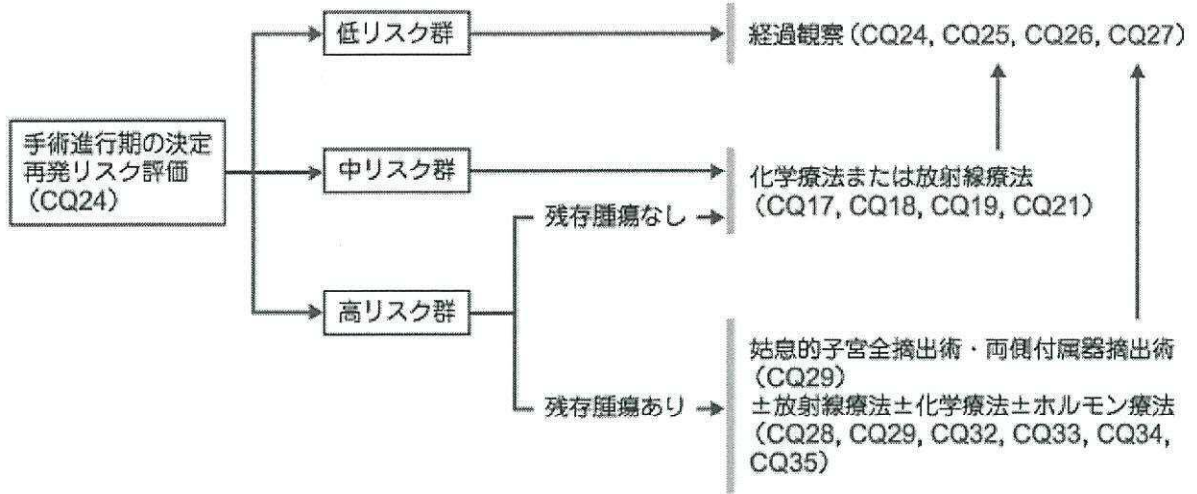
フローチャート3

子宮体癌術後治療

※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。

術後病理組織学的所見

治療方針



\*手術進行期では、腹腔細胞診陽性例はⅡa期に分類される。しかし、腹腔細胞診陽性以外に予後不良因子や子宮外進展所見がない場合は、腹腔細胞診陽性は予後不良因子とならないという報告もある (CQ12)。腹腔細胞診陽性が他の予後不良因子や子宮外への進展を伴っている場合には腹腔内を含めて遠隔転移再発のリスクが増し予後不良であるので、他の予後因子を加味して術後治療を行う。

\*中リスクの補助療法として放射線療法または化学療法が用いられることが多いが、その有用性についてのエビデンスは十分ではなく、臨床試験への参加が望ましい。CQ17, CQ18, CQ19, CQ21参照。

表1 子宮体癌の術後再発リスク分類(術後療法 参照)

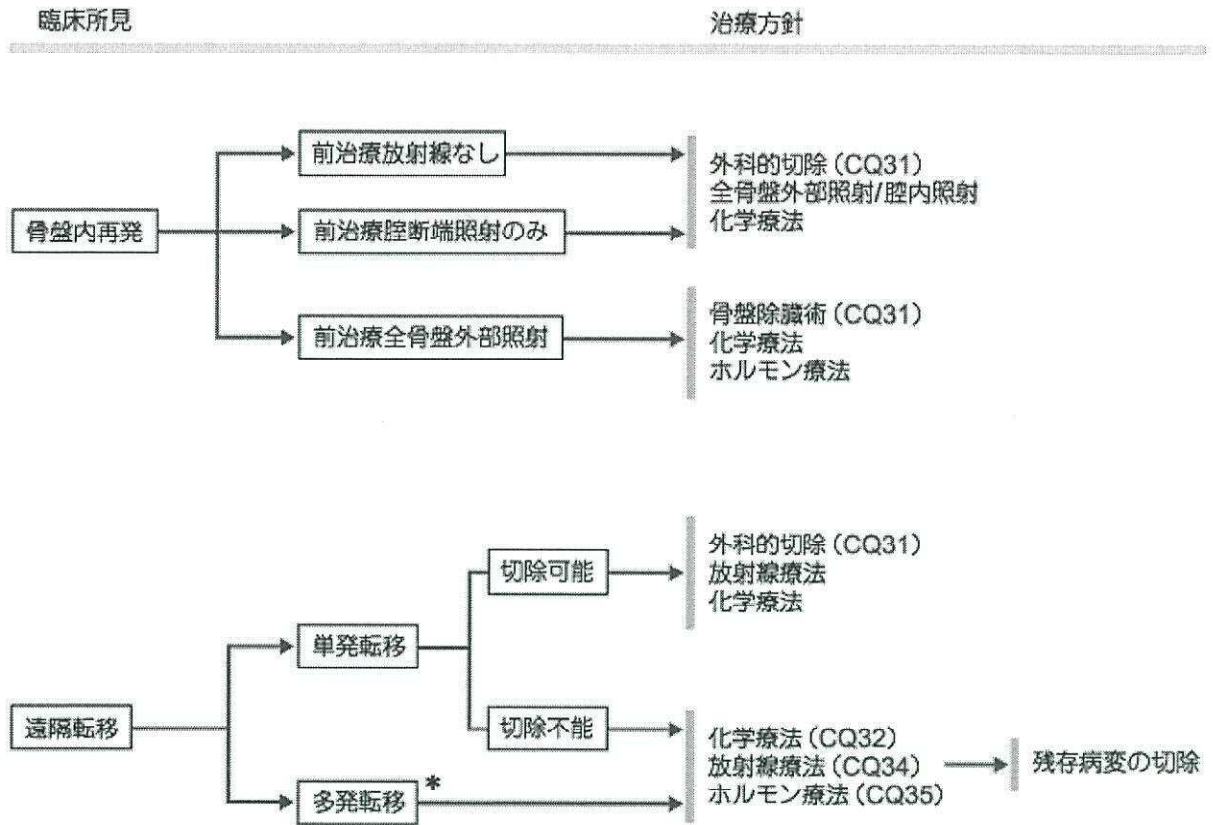
<p><b>低リスク群:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>類内膜腺癌G1 あるいはG2で筋層浸潤1/2以内</li> <li>頸部浸潤なし</li> <li>腹腔細胞診陰性</li> <li>脈管侵襲なし</li> <li>遠隔転移なし</li> </ul>
<p><b>中リスク群:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>類内膜腺癌G3 で筋層浸潤1/2以内</li> <li>類内膜腺癌で筋層浸潤1/2を超える</li> <li>頸部浸潤あり</li> <li>腹腔細胞診陽性 (CQ12を参照)</li> <li>脈管侵襲あり</li> <li>漿液性腺癌, 明細胞腺癌あるいは未分化癌</li> <li>遠隔転移なし</li> </ul>
<p><b>高リスク群:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>付属器・漿膜・基靭帯進展あり</li> <li>腔壁浸潤あり</li> <li>骨盤あるいは傍大動脈リンパ節転移あり</li> <li>膀胱・直腸浸潤あり</li> <li>腹腔内播種あり</li> <li>遠隔転移あり</li> </ul>

文献1より引用一部改変

1) Lurain JR. Uterine cancer. In: Berek JS ed. Novak's Gynecology 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002, pp 1143-7(レベルⅢ)

フローチャート4  
再発癌の治療

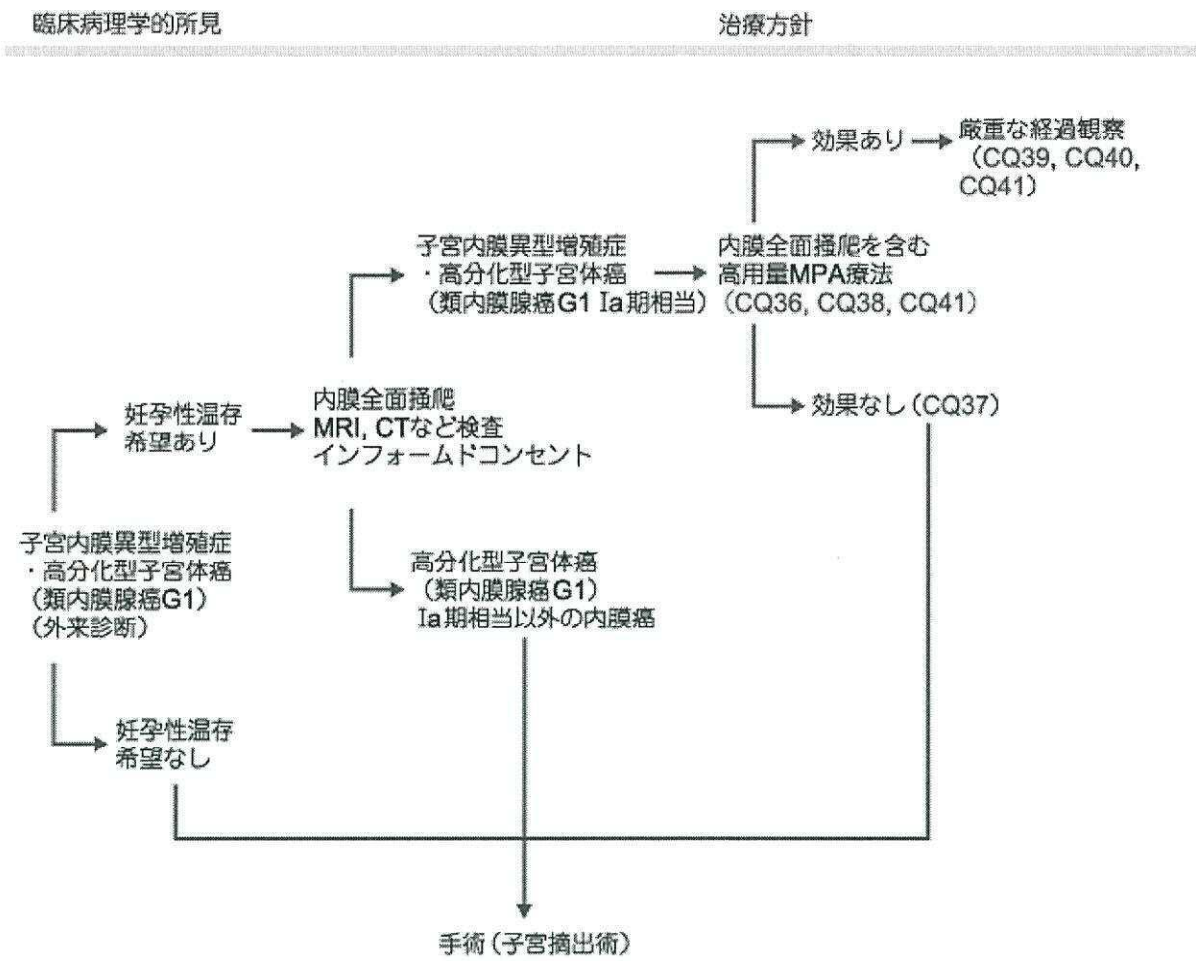
※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。



\*多発転移症例でも切除可能な場合には外科的切除を施行することがある。

フローチャート5  
妊孕性温存療法の方針  
子宮内膜異型増殖症・高分化型子宮体癌(類内膜腺癌G1)

※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。



[ページトップへ](#)

[子宮体がんトップページへ戻る](#)



## 卵巣腫瘍の治療

山田恭輔\*  
田中忠夫\*

表1 手術の目的

1. 卵巣腫瘍の確定診断を行い、悪性腫瘍ならばその組織型と進行期の確定 (surgical staging) を行う。
2. 病巣の完全摘出を目指した最大限の腫瘍減量 (maximum debulking) を行う。
3. 予後因子に関する情報を得る。

### はじめに

卵巣癌に対する治療は手術療法が原則であるが、最近では化学療法の進歩が著しく、手術との適切な組み合わせで有効な治療効果が期待できる。卵巣癌の最も重要な予後因子は進行期であり、進行期に応じた治療戦略が適用される。しかし、進行癌において長期生存率は依然として不良であり今後の課題も多い。現在、国内外において卵巣癌の長期予後改善を目指した臨床試験が多く行われている。

本稿では卵巣がん治療ガイドラインに沿った手術療法および化学療法を中心に最新の治療指針について概説する。また、治療方針決定に際して婦人科医が必要とする病理学的情報とは何かを改めて考えたい。

### I. 上皮性悪性卵巣腫瘍の手術療法

#### 1. 手術の適応

内診・超音波検査などにて卵巣腫瘍が認められた場合、まず腫瘍性か類腫瘍性かの鑑別を行う。腫瘍性であると判断された場合、手術適応が検討される。卵巣腫瘍は大きさにかかわらず、悪性が疑われる場合には積極的に手術を勧める。超音波検査・MRIによる悪性腫瘍の診断精度は82~93%と報告されている<sup>1)</sup>。CA125をはじめとする腫瘍マーカーも参考にして良悪性の鑑別を総合的に判断するが、鑑別が困難な症例も少なくない。良性・悪性の判定がつかない場合は、術中迅速病理検査を行うことのできる高次の医療機関に紹介することが推奨されている。婦人科腫瘍の中でも特に卵巣腫瘍の治療においては、婦人科医と病理医の連携が求められるといえる。

#### 2. 手術の目的

上皮性卵巣癌に対する手術の目的を表1に示す。予後因子に関する情報を得ることも重要な目的の一つであるが、臨床病理学的予後因子には、腫瘍因子(リンパ節転移の有無、進行期、組織型、組織学的分化度など)、治療因子(手術および化学療法に関係するもの)などがあり、最も予後と相関する因子は進行期である。手術の完遂度は手術に関連する治療因子のうちでも特に重要な予後因子である。すなわち術後の残存腫瘍径は化学療法に対する反応性や患者のQOL、さらには平均生存期間に影響を与える。残存腫瘍径が1cm未満にできた場合をoptimal surgeryとする報告が多い。さらに、最近ではcomplete cytoreductive surgeryとして、肉眼的残存腫瘍がない状態にできた場合には1cm未満にできた場合のoptimal surgeryより有意に予後が改善するという報告がある<sup>2)</sup>。また、後腹膜リンパ節(骨盤・傍大動脈)郭清または生検を施行してリンパ節転移のみによってIIIc期と診断された症例は、直径2cmを超える腹腔内播種のためにIIIc期とされた症例よりも予後良好とされる。

#### 3. 手術の手技

基本術式は両側付属器摘出術、子宮全摘出術、大網切除術であり(表2)、staging laparotomyに含まれる手技として腹腔細胞診、腹腔内各所の生検、後腹膜リンパ節(骨盤・傍大動脈)郭清または生検がある。初回手術においてはoptimal surgeryを目指した最大限の腫瘍減量手術debulking surgeryを行うのが原則である。進行卵巣癌では基本術式に加え、さらに浸潤や

\*東京慈恵会医科大学産婦人科



表2 手術療法に関する用語の定義

基本術式	両側付属器摘出術+子宮全摘出術+大網切除術
staging laparotomy	進行期の確定に必要な手技を含む手術
exploratory laparotomy (試験開腹術)	原発腫瘍の摘出が困難で生検と最小限の進行期確認にとどめる手術
debulking (cytoreductive) surgery (腫瘍減量術) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ complete cytoreductive surgery</li> <li>・ primary debulking (cytoreductive) surgery (PDS, PCS)</li> <li>・ interval debulking (cytoreductive) surgery (IDS, ICS)</li> <li>・ secondary debulking (cytoreductive) surgery (SDS, SCS)</li> </ul>	可及的に最大限の腫瘍減量を行う手術 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肉眼的に残存腫瘍が認められない状態にまで摘出できた手術</li> <li>・ 初回治療として可及的に最大限の腫瘍減量を行う手術</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初回化学療法中に可及的に最大限の腫瘍減量を行う手術</li> <li>・ 再発腫瘍に対して可及的に最大限の腫瘍減量を行う手術 (初回化学療法終了後に認められる残存腫瘍に対する手術も含む)</li> </ul>
second look operation (SLO)	初回手術後の臨床的寛解例に対する化学療法の効果判定を目的として行われる手術。その際発見された再発腫瘍を切除するものは SLO/SDS と表現

表3 目的別化学療法の分類

化学療法 first-line chemotherapy	治療成績の向上を目的として行う初回化学療法
術前化学療法 neoadjuvant chemotherapy (NAC)	初回手術に先立って、または試験開腹後に根治手術完遂率の向上などを目的として行う化学療法
維持化学療法 maintenance chemotherapy/consolidation chemotherapy	寛解後に長期生存を目的として行う化学療法
二次化学療法 second-line chemotherapy (salvage chemotherapy)	再発時や初回化学療法に抵抗を示した場合に行う化学療法

播種した病巣の切除が必要となる。最近では手術手技の普及により腹膜ストリッピング、腸管部分切除などが積極的に行われている。しかし、中には残存腫瘍径を1 cm以下にすることが困難な症例もある。開腹時に腫瘍の広がりをよく確認することが重要で、完全摘出が可能か、optimal cytoreductionが可能か、あるいは生検と進行期確認にとどめる試験開腹術を選択すべきかの判断が求められる。初回完全手術が不可能な症例に対して周術期合併症などの面で interval debulking surgery (IDS) の有用性が報告されている。すなわち、試験開腹術後に化学療法を行い (neoadjuvant chemotherapy : NAC)、一連の初回化学療法中に病巣の完全摘出あるいは最大限の腫瘍減量を行う治療法である。IDSの生存期間延長に対する有用性は明らかではないが、完全摘出が不可能な症例には妥当な治療戦略といえる。手術のタイミングにかかわらず完全摘出手術の可否と有効な化学療法が患者の予後に大きく影響すると考えられている<sup>3)</sup>。

4. 妊孕性温存手術

妊孕性温存手術を行うことができる臨床病理学的な必要条件は、I a期かつ Grade 1または境界悪性であることである。腹腔細胞診が陽性であるI c期症例や

明細胞腺癌は温存手術の適応にはならない。妊孕性温存の基本術式に含まれる手技は、患側付属器摘出術、大網切除術、腹腔細胞診であり、さらに正確な stagingのために腹腔内各所の生検、後腹膜リンパ節の検索を要する。I a期や Grade 1または境界悪性群という病理所見に関して、術中迅速診断での確認が困難な場合には、主病変のみ切除して手術を終了し、永久標本を確認してから再手術の術式を検討することも必要である。

II. 上皮性悪性卵巣腫瘍の化学療法

卵巣癌は固形腫瘍の中では化学療法が奏効する腫瘍である。進行癌の割合が40~50%と高いこと、早期癌でもしばしば再発することから、多くの症例が化学療法の対象となる。化学療法の目的とその施行時期を表3に示す。標準的化学療法はタキサン製剤とプラチナ製剤の併用療法で、代表的なものとしてパクリタキセル (T) とカルボプラチン (C) の併用療法 (TC療法) がある。

本邦の婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構 (JGOG) 主導で行われた TC療法 (conventional TC) と weekly

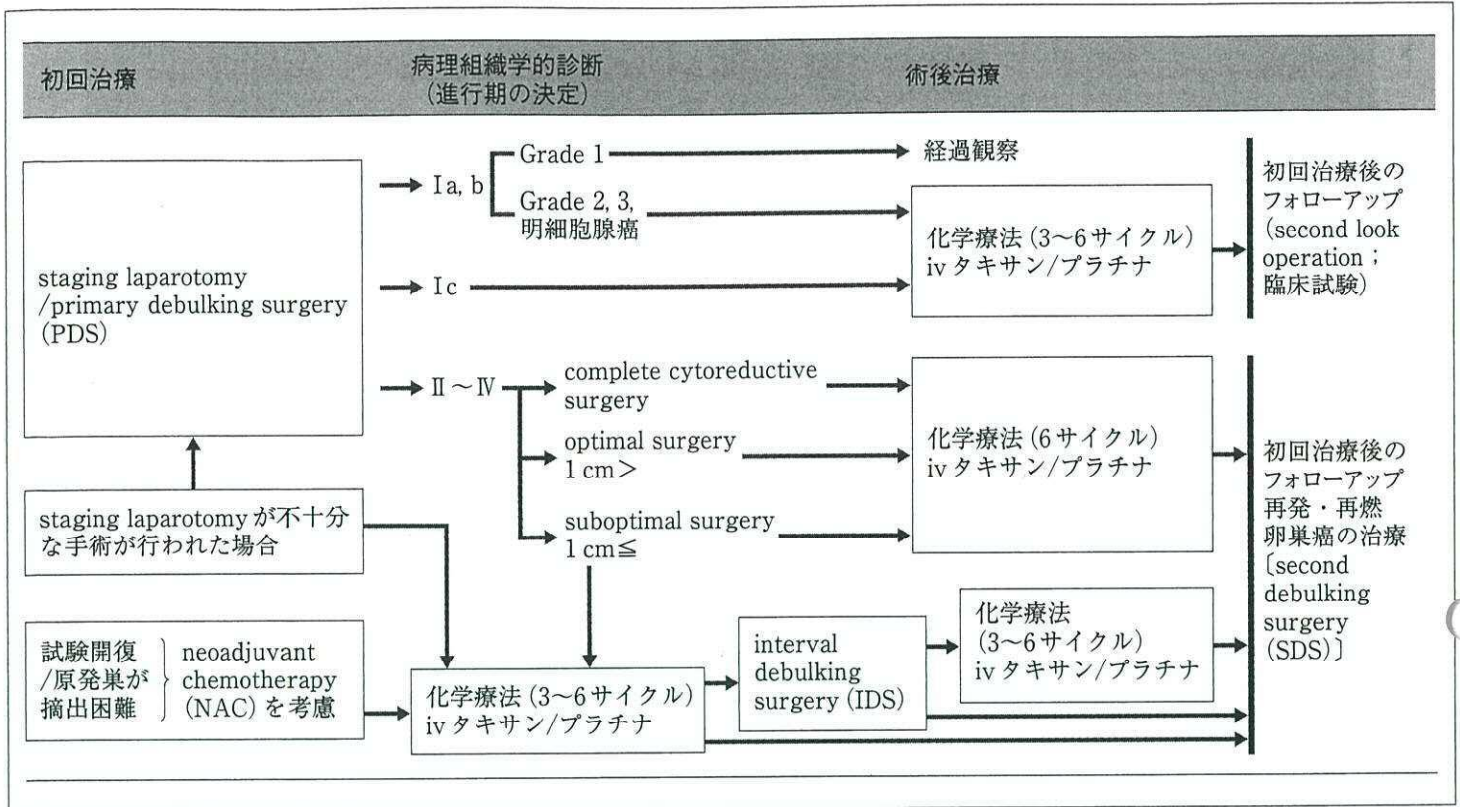


図1 上皮性悪性卵巣腫瘍の治療フローチャート(文献1より)

パクリタキセルとカルボプラチンの併用療法 (dose dense TC) のランダム化比較試験 (JGOG3016) の結果, dose dense TC 群で有意に無増悪生存期間の延長を認めた<sup>4)</sup>ことは注目される。また, 組織型により化学療法の感受性が異なることが指摘されている。漿液性腺癌は感受性が良好であることが多いが, 明細胞腺癌や粘液性腺癌は感受性が不良であると報告されている。特に本邦において明細胞腺癌の発生頻度が欧米に比べ高く, より効果的な化学療法の確立が望まれる。現在 JGOG 主導で, 明細胞腺癌を対象とした TC 療法とイリノテカン (CPT) とシスプラチン (P) の併用療法 (CPT-P 療法) を比較する国際共同臨床試験 (JGOG/GCIG3017) が行われている。

### III. 進行期別にみた治療法の選択

卵巣がん治療ガイドラインにある治療フローチャートを図1に示す。初回手術で十分な staging が行われていない場合には, 再開腹による staging laparotomy を行うことが望ましい。系統的な骨盤, 傍大動脈リンパ節郭清を行った pT1 期例のリンパ節転移率は5~21%であると報告があることから<sup>1)</sup>, 早期癌でもリンパ

節の検索は重要である。Ia 期, Ib 期かつ Grade 1 の症例に対しては後療法なしで経過観察が可能とされる。Grade 2 でも staging が十分に行われ腫瘍が卵巣のみに限局していた症例では, 後療法を行わなくとも良好な予後が得られているとの報告がある。しかし, 本ガイドラインの問題点は, 組織学的分化度をどのような基準を基に判定するのか明確に規定されていない点である。実際に国際的なコンセンサスが得られている組織学的分化度の判定法はなく, 現在のところ個々の病理医に任せられているのが現状である<sup>5)</sup>。明細胞腺癌については, 組織構築が多様であることや大部分の症例で核異型が高度であることから, grade 分類は疑っていない。

II 期以上では, 腫瘍減量手術と化学療法が標準である。optimal cytoreduction が期待できる場合には, 両側付属器摘出術, 子宮全摘出術, 大網切除術に加え, 骨盤および傍大動脈リンパ節郭清, 播種病巣切除が行われ, 予後改善が期待される。肝臓実質転移や遠隔転移が認められるIV期は, 全身状態 performance status (PS) が良好であれば腫瘍減量手術を行い, 次いで化学療法を施行する。しかし, 腫瘍減量手術の遂行が困難な場合には試験開腹術にとどめ NAC を行う。化学

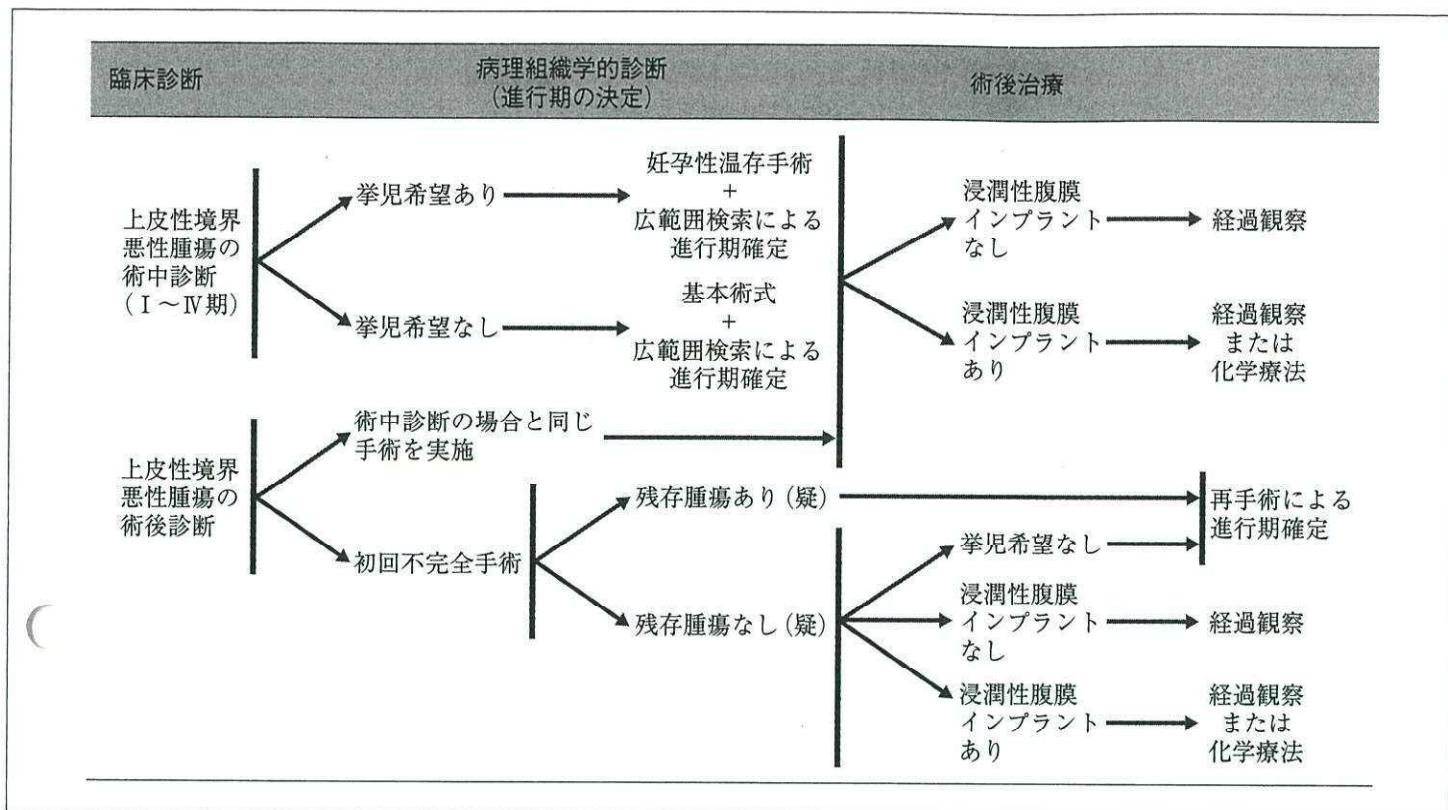


図2 境界悪性腫瘍の治療フローチャート(文献1より)

表4 婦人科医と病理医の連携

1. 術中迅速診断の精度向上(臨床情報の提供, 検体の提出法)
2. 卵巣腫瘍取扱い規約(日本産科婦人科学会・日本病理学会編)に沿った進行期分類・組織学的分類の記録・癌登録の効率化
3. 組織学的分化度の必要性と判定法・限界について両者の理解
4. 定期的な婦人科・病理カンファレンスにおける症例検討(放射線科医に参加していただくことが望ましい)

療法を行い反応をみてからIDSにて主な病巣の切除を行うこともある<sup>6)</sup>。

治療方針を決定する上で必要となる病理学的情報を正確に得るためには、婦人科医と病理医が連携することが重要であり、表4にまとめた。

#### IV. 再発卵巣癌に対する治療

再発卵巣癌に対しては化学療法が主たる治療法であり、初回化学療法終了後から再発までの期間と化学療法の奏効率が相関することが知られている。treatment free interval (TFI) が6ヵ月未満の再発はプラチナ製剤抵抗性として、6ヵ月以上の再発はプラチナ製剤感受性として治療指針を決めるという考え方が一

般的である。

また、最近では再発卵巣癌の治療として secondary cytoreductive surgery (SCS) を選択する意識が高まりつつある。SCSの適応決定にも TFIが重要とする報告が多い<sup>7-8)</sup>。再発卵巣癌に対する腫瘍減量手術に関する比較的大規模な後方視的研究が報告されており<sup>9)</sup>、AGO (the Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie), The Descriptive Evaluation of preoperative Selection KriTeria for OPerability in recurrent OVARian cancer (DESKTOP OVAR) trialもその一つである。完全摘出をなしうる条件としては、PSが良い、500 mL以上の腹水貯留を認めない、再発病巣が孤立性である、進行期I/II期である、などを明示している。しかし、現時点では、再発卵巣癌に対して化学療法と腫瘍減量手術のどちらを選択すべきかのエビデンスはなく、手術のルーチン化は推奨されていない。今後どのような再発症例に腫瘍減量手術を適用すべきなのかを検討することが課題である。

#### V. 表層上皮性・間質性境界悪性腫瘍の治療

境界悪性腫瘍の治療フローチャートを図2に示す。基本術式は、両側付属器摘出術、子宮全摘出術、大網

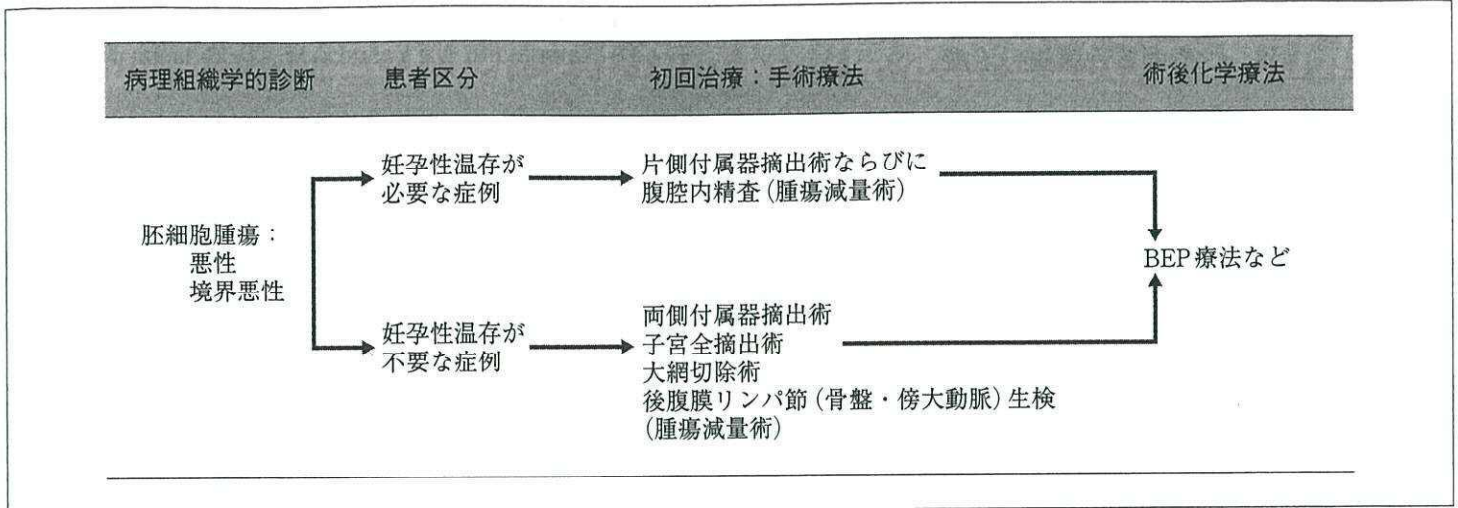


図3 胚細胞腫瘍の治療フローチャート(文献1より)

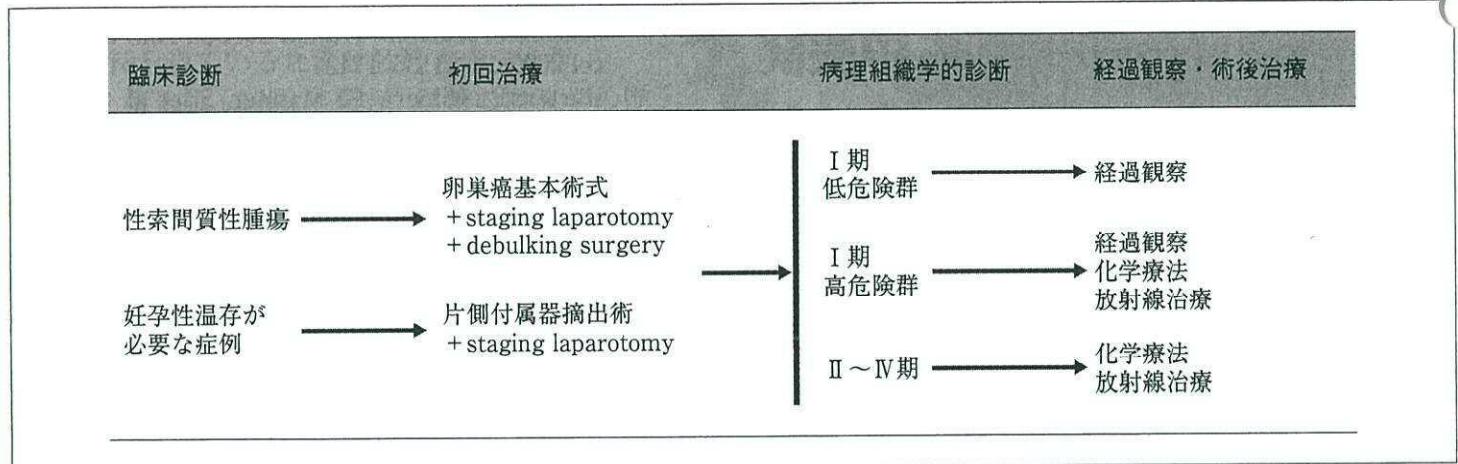


図4 性索間質性腫瘍の治療フローチャート(文献1より)

切除術，腹腔細胞診であり，staging laparotomy, primary debulking surgeryを加える。後腹膜リンパ節郭清については，リンパ節転移陽性群と陰性群の予後に差はなく，系統的リンパ節郭清は不要であるとされている。本腫瘍は，卵巣癌と比較して若年者に発症することが多く，妊孕性温存を希望する症例が多い。温存手術は原則として患側付属器摘出術を行うが，両側発生例や対側卵巣が摘出してある場合には，嚢腫摘出術も可能である。化学療法については，肉眼的に残存腫瘍がある症例や浸潤性インプラントの症例において行うことが望ましいとされる。しかし，卵巣癌と異なり，化学療法の有用性は証明されていない。

## VI. 胚細胞腫瘍の治療

胚細胞腫瘍の治療フローチャートを図3に示す。10

～20代の若年層に好発し，妊娠中や分娩後早期に診断されることもある。妊孕性温存が必要な症例が多く，片側付属器摘出術を行う。妊孕性温存が不要な症例では，上皮性卵巣癌に準じて両側付属器摘出術，子宮全摘出術，大網切除術，後腹膜リンパ節生検を行い進行期を決定する。残存腫瘍径と予後との相関は不明であることから，可能な限りの腫瘍減量術は勧められるが，他臓器合併切除を含む拡大手術は推奨されない。化学療法は，ブレオマイシン，エトポシド，シスプラチンを用いたBEP(ブレオマイシン+エトポシド+シスプラチン)療法を施行することが多い。一般的に完全摘出例では腫瘍マーカー(AFP, LDH, SCCなど)が陰性化していれば3コースで終了する。3～4コースの初回治療による卵巣機能障害は少ない。デイスジャーミノーマI a期と未熟奇形腫(Grade 1) I期では化学療法を省略できる。

Ⅶ. 性索間質性腫瘍の治療

性索間質性腫瘍の治療フローチャートを図4に示す。I期症例における再発のリスク因子は、腫瘍の破綻、Ic期、低分化型、腫瘍径10~15cm以上とされており、進行期II期以上の症例には術後治療が推奨される<sup>10)</sup>。

文 献

- 1) 日本婦人科腫瘍学会(編)：卵巣がん治療ガイドライン，金原出版，東京，2010
- 2) du Bois, A., Reuss, A., Pujade-Lauraine, E. et al. : Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer : a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials : by the AGO-OVAR and the GINECO. Cancer 2009, 115 : 1234-1244
- 3) Vergote, I., Trope, C.G., Amant, F. et al. : EORTC-GCG/NCIC-CTG randomised trial comparing primary debulking surgery with neoadjuvant chemotherapy in stage IIIc-IV ovarian, fallopian tube and peritoneal cancer (OVCA). <http://www.multiwebcast.com/igcs/2008/12th/2717/ignace.b.vergote.eortcgcg.ncic-ctg.randomised.trial>.

comparing.primary.html

- 4) Katsumata, N., Yasuda, M., Takahashi, F. et al. : Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer : a phase 3, open-label, randomised controlled trial. Lancet 2009, 374 : 1331-1338
- 5) 清川貴子：卵巣癌の組織学的分化度(grading)と問題点。病理と臨床 2008, 26 : 520-521
- 6) 山田恭輔：進行期別の治療戦略 卵巣腫瘍のすべて(落合和徳 編)，メジカルビュー社，東京，2006，190-193
- 7) Chi, D.S., McCaughy, K., Diaz, J.P. et al. : Guidelines and selection criteria for secondary cytoreductive surgery in patients with recurrent, platinum-sensitive epithelial ovarian carcinoma. Cancer 2006, 106 : 1933-1939
- 8) Panici, P.B., Vivo, A.D., Bellati, F. et al. : Secondary cytoreductive surgery in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer. Ann Surg Oncol 2006, 14 : 1136-1142
- 9) Harter, P., Hilpert, F., Mahner, S. et al. : Role of cytoreductive surgery in recurrent ovarian cancer. Expert Rev Anticancer Ther 2009, 9 : 917-922
- 10) Ovarian Cancer Guideline (Version 1. 2009). NCCN clinical practice guidelines in oncology. [http://www.nccn.org/professional/physician\\_gls/PDF/ovarian.pdf](http://www.nccn.org/professional/physician_gls/PDF/ovarian.pdf)

腫瘍鑑別診断アトラス

肺

第2版

B5判・280頁・4色刷  
定価 13,650円(本体13,000円+税5%)

8年ぶりに大改訂した待望のカラーアトラス!

編著 下里幸雄 (元国立がんセンター部長)  
井内康輝 (広島大学教授)

国際的な観点から、WHO分類(第3版)と日本肺癌学会分類に基づき、内容を大幅に改訂。各腫瘍の概念から臨床的事項、典型的な肉眼所見と組織所見、鑑別診断にいたるまでを詳しく解説。カラー写真を満載した肺腫瘍診断の座右の書!

文光堂

- 支持療法
- 疼痛管理
- G-CSF支持療法
- 制吐療法
- 構造化抄録検索
- 医薬品検索
- 関連リンク
- トップページへ

本ページは、『卵巣がん治療ガイドライン(2007年版)』に基づく内容を掲載しています。

最新版:日本婦人科腫瘍学会編:『卵巣がん治療ガイドライン(2010年版)』については、金原出版刊行物、又は、日本婦人科腫瘍学会ホームページにおける掲載ページをご覧ください。

卵巣がん治療ガイドラインの見かた:

ここに掲載する卵巣がん治療ガイドラインは、日本婦人科腫瘍学会で作成された『卵巣がん治療ガイドライン』から抜粋した[治療アルゴリズム(フローチャート)]と[治療ガイドライン]で構成されています。

各アルゴリズム図の記号(数字+アルファベット)をクリックすると[治療ガイドライン]へリンクし、選択したアルゴリズムの解説が表示されます。

また解説の文中に記した文献番号をクリックすると構造化抄録(複数該当の場合一覧)が表示され、文献の概要を参照することができます。

下記よりご覧になりたい項目を選択してください。

※ガイドラインの詳細をご覧になるには日本婦人科腫瘍学会のウェブサイト、または金原出版刊行物をご覧ください。

序文

第2版序文  
初版序文

総説

エビデンスレベル

治療アルゴリズム

治療ガイドライン

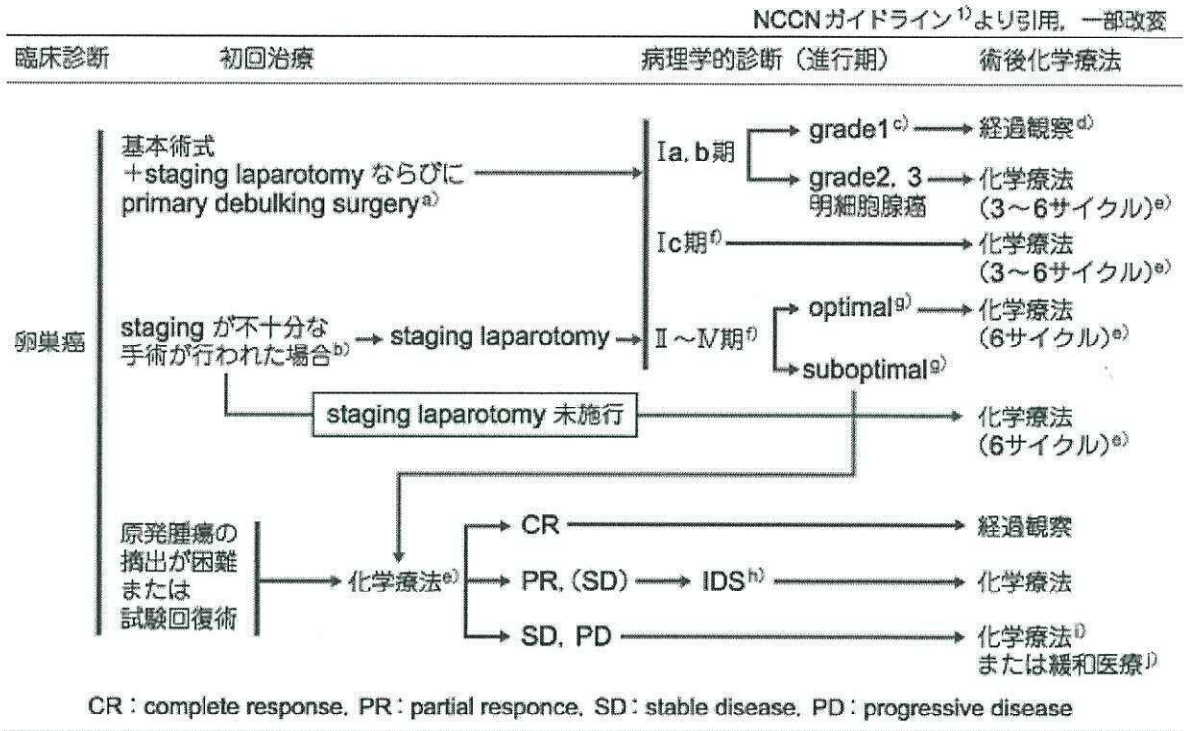
上皮性卵巣腫瘍  
胚細胞腫瘍  
資料集

構造化抄録一覧

※データベースより該当一覧を表示します

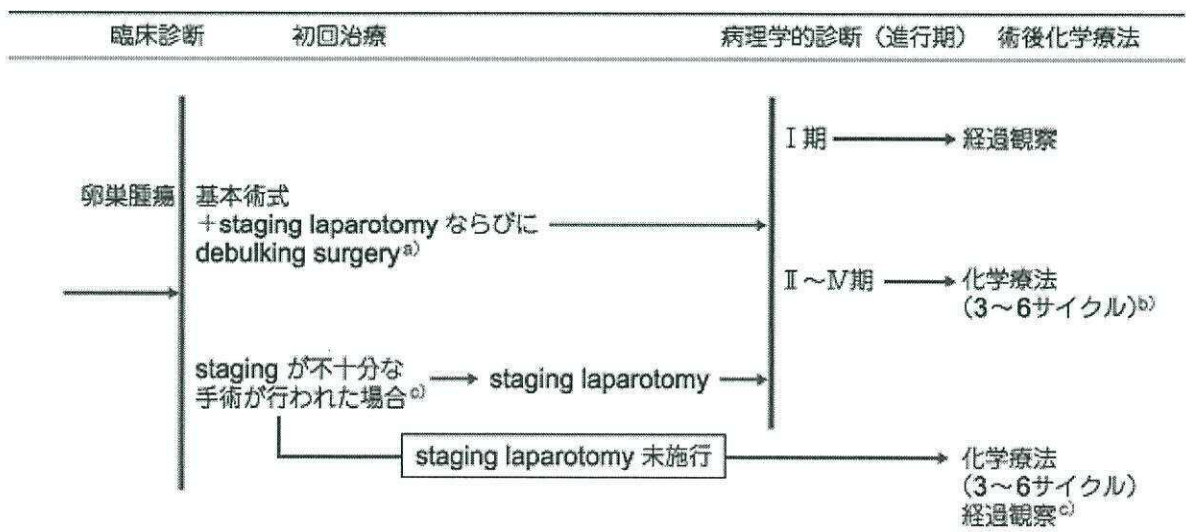
## II 卵巣癌の治療アルゴリズム

※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。



## V 境界悪性腫瘍(上皮性)の治療アルゴリズム

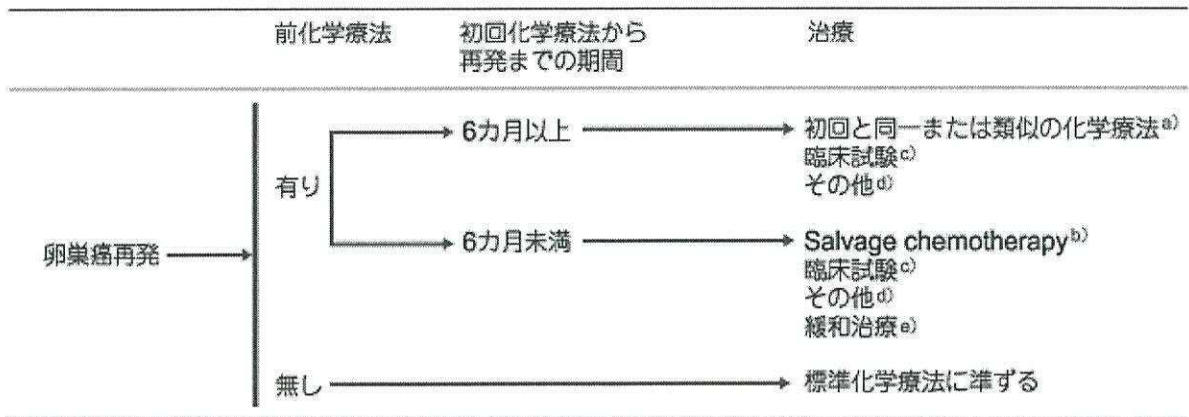
※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。



- a) 腹腔内の staging laparotomy に関しては卵巣癌に準じる。後腹膜リンパ節の取り扱いに関しては解説参照。妊娠性温存を希望する場合には H. 妊娠性温存を希望する症例に対する保存手術術式 を参照
- b) 化学療法 (3~6サイクル) に関しては卵巣癌に準じる。臨床的效果は解説参照。
- c) staging laparotomy が未施行で残存腫瘍の疑いがない場合は経過観察も可能。

**VII 再発卵巣癌の治療アルゴリズム**

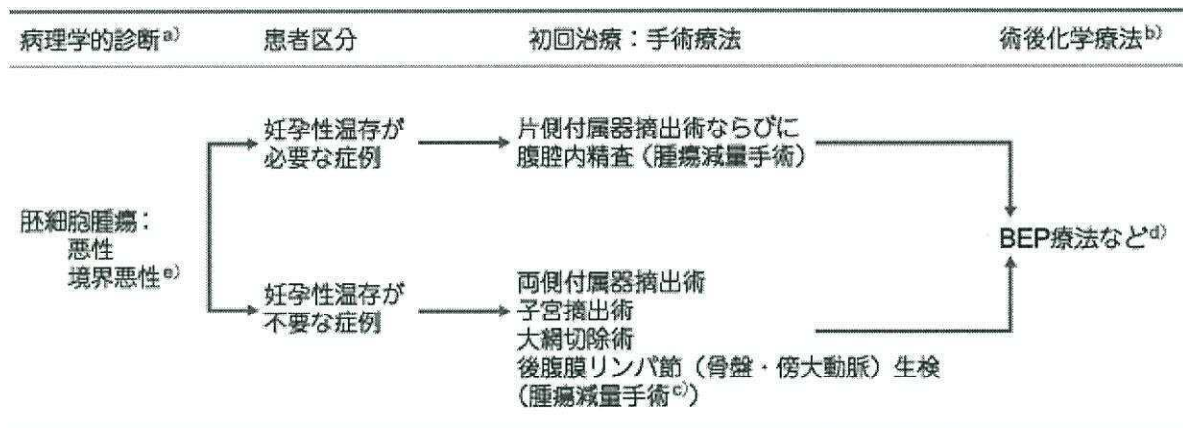
※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。



再発卵巣癌は根治が困難で、治療の目標はQOLの維持、症状の緩和を第一に考え、次に延命効果について考慮されることが多い。そこで治療の限界を十分に認識してその適心・内容を厳密に検討すべきである。再発症例で条件を満たせば、新しい治療の開発を目的とした臨床試験への積極的な参加が推奨される。

**II 胚細胞腫瘍の治療アルゴリズム**

※アルゴリズム図中の緑字部分をクリックすると解説へ移動します。



[ページトップへ](#)

[卵巣がんトップページへ戻る](#)