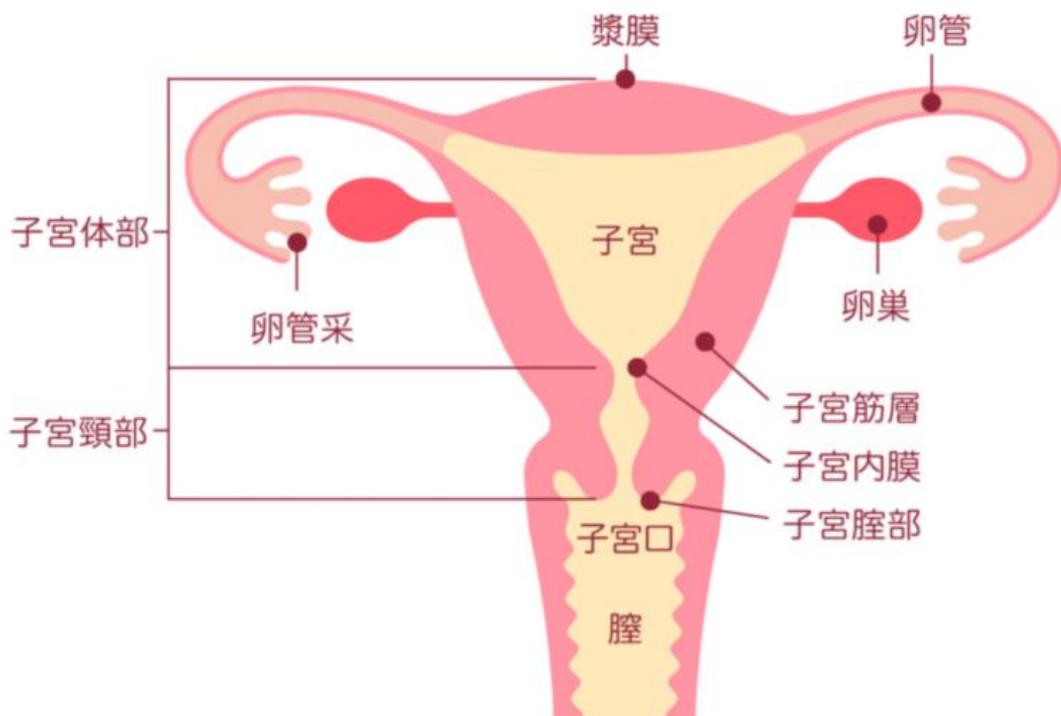


婦人科がんについて

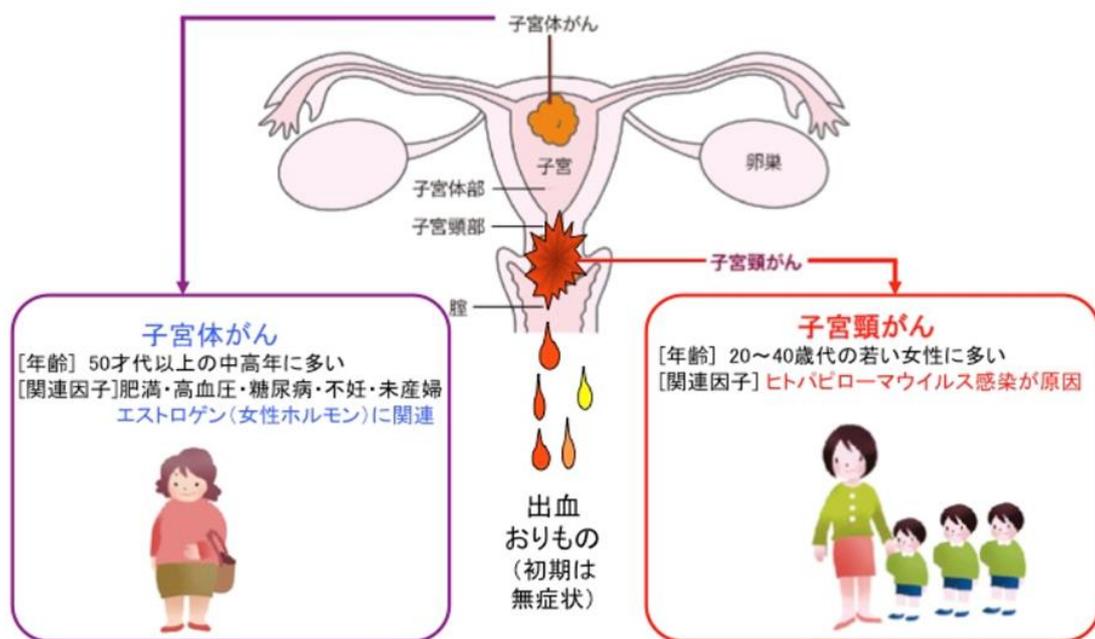
はじめに

婦人科で扱う主な臓器は子宮と卵巣です。子宮は骨盤の中央に位置し、子宮の両側には左右の卵巣があり、成人女性の子宮の大きさは鶏卵大程度で、卵巣の大きさは母指大程度です。子宮は、子宮の入り口にあたる子宮頸部と子宮の袋の部分に相当する子宮体部に分けられます。



子宮に発生する悪性腫瘍には子宮の頸部に発生する子宮頸がん、体部に発生する子宮体がん（子宮内膜がんという事もある）に分類されます。これら2

種類のがんは全く異なった病気です。子宮頸がんのほとんどはヒトパピローマウイルス（HPV）の感染が持続することが原因で起こりますが、子宮体がんの多くはエストロゲンという女性ホルモンの刺激が長期間続くことが原因で起こります。

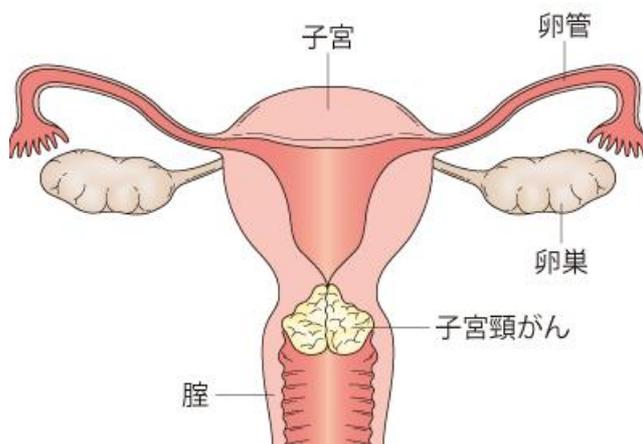


卵巣は女性ホルモンを産生・分泌し排卵をする臓器で、骨盤内の左右に1個ずつあります。卵巣の大きさは母指頭大ですが、閉経後には萎縮して小さくなります。卵巣にできる腫瘍には非常に多くの種類があります。卵巣がんの発生には複数の要因が関与していますが、遺伝的な要因が関係していることもあり、代表的なものとして BRCA1 や BRCA2 という遺伝子の変化が原因で起こる「遺伝性

乳がん卵巣がん（HBOC）」が有名です。

子宮頸癌とは？

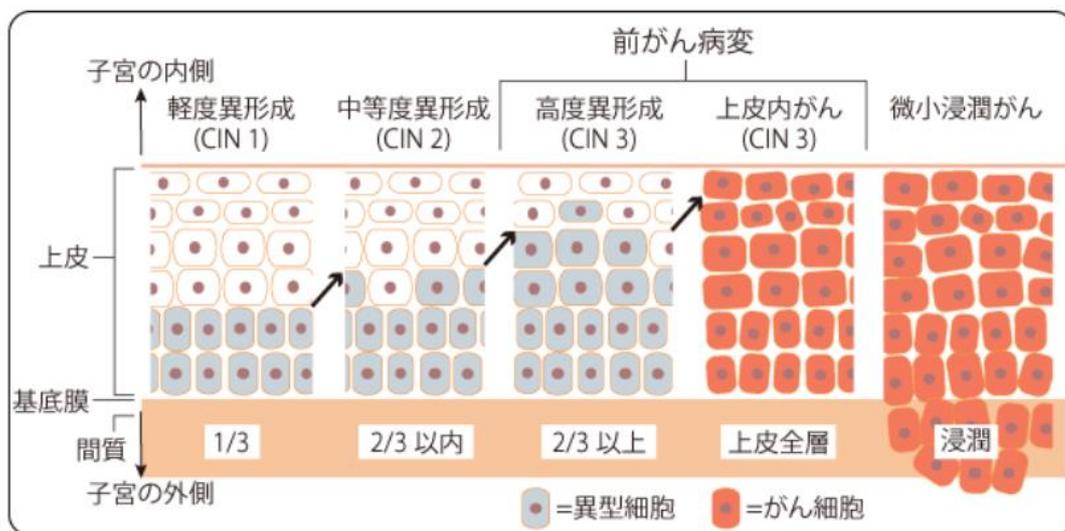
子宮頸がんは子宮の入り口付近に発生するため検診を含めた婦人科の診察で発見されやすい病気です。早期に発見すれば比較的治療効果が高い病気ですが、進行した状態では治療が難しいことから、早期発見が極めて重要です。以前は発症のピークが40～50歳代でしたが、最近は20～30歳代の若い女性に増えてきており、30歳代後半がピークとなっています。国内では、毎年約1万人の女性が子宮頸がんにかかり、約3000人が死亡しており、また2000年以後、患者数も死亡率も増加しています。



子宮頸がんは子宮ののほとんどは、ヒトパピローマウイルス（HPV）というウイルスの感染が原因です。HPVは男性にも女性にも感染するありふれたウイ

ルスで、性交経験のある女性の多くは一生に一度は感染機会があるといわれています。しかし、HPVに感染しても、90%の人においては免疫の力でウイルスが自然に排除されますが、10%の人ではHPV感染が長期間持続します。このうち自然治癒しない一部の人は異形成とよばれる前がん病変を経て、数年以上をかけて子宮頸がんに進じます。

子宮頸がんの病気の発生の過程は、がんの前の段階である異形成、子宮頸部の表面だけにがんがある上皮内がん、そして周囲の組織に入り込む浸潤がんに分類されます。



症状は？

前がん状態や浸潤を始めたばかりのころには、自覚症状がないことが多く、性交渉に伴う接触出血がみられる程度です。そのため、無症状のときから検診を

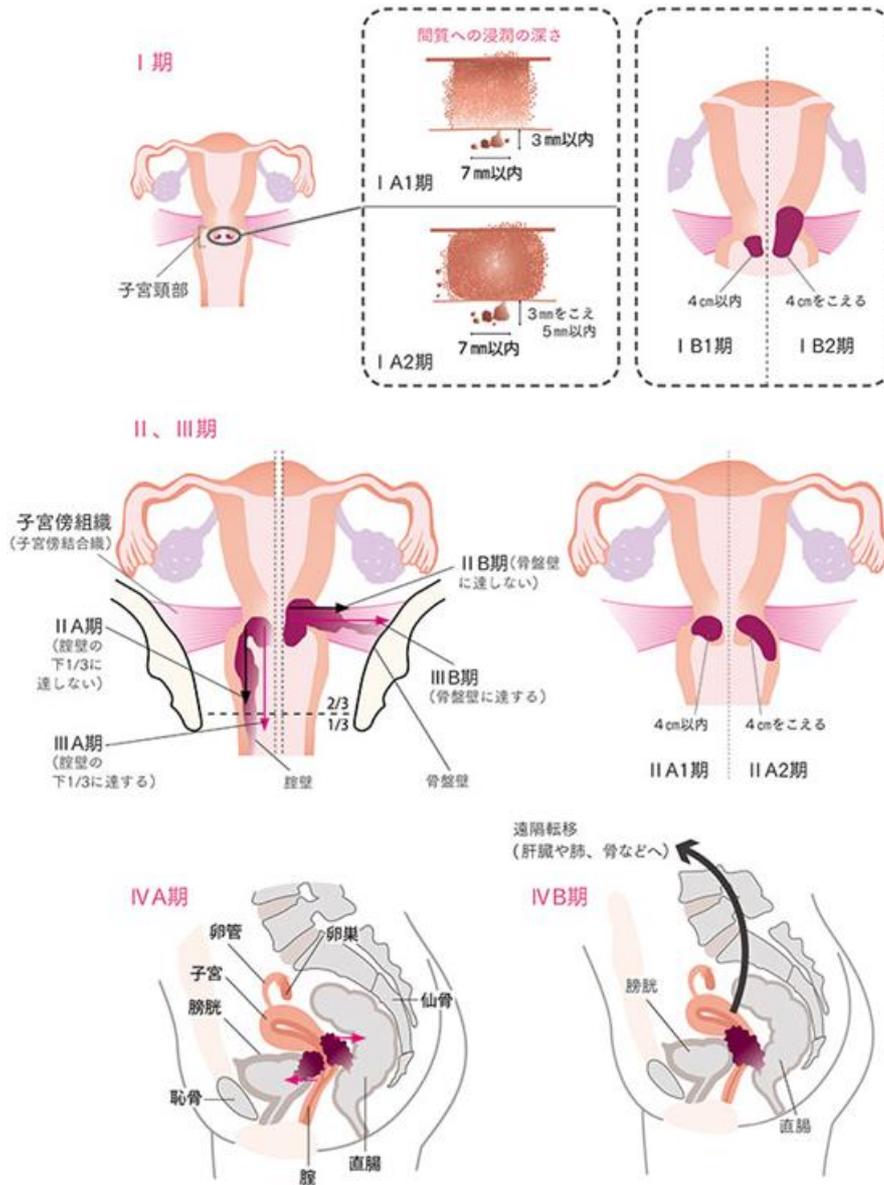
受けることが重要です。がんが進行すると、水腎症による腰痛や、膀胱・直腸への浸潤による血尿・血便が見られることがあります。

診断は？

子宮頸部細胞診で異常が疑われた時には、精密検査としてコルポスコープ診（腔拡大鏡による診察）と組織診を行います。コルポスコープとは拡大鏡の事で、子宮頸部の粘膜表面を拡大し細かい部分を観察します。コルポスコープで異常が疑われた部位の組織を採取（狙い組織診）し、病理学的診断を行います。

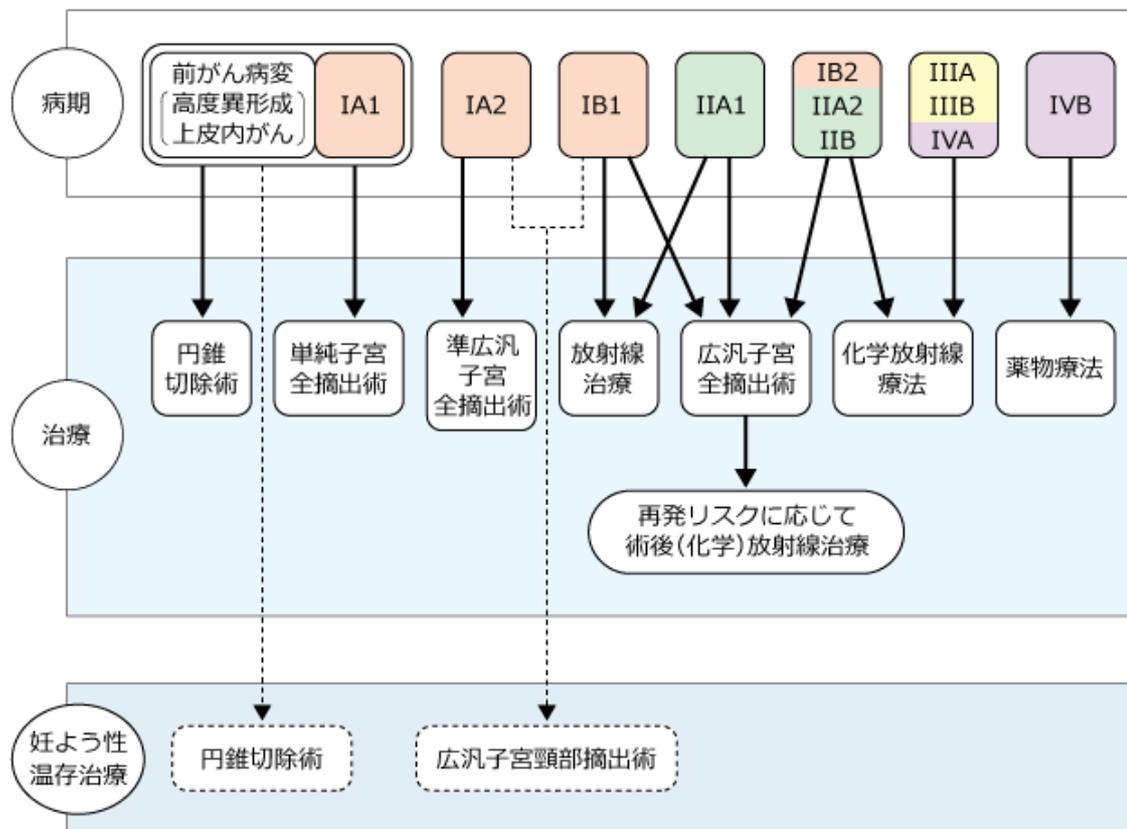
子宮頸がんの広がりを判断するために内診・直腸診や経腔超音波断層法を行い、さらにCT検査、MRI検査などを行います。内診・直腸診では子宮の位置や形、かたさなどを確認し、子宮傍組織（基靭帯）への浸潤の程度、直腸やその周囲に異常がないかを調べます。経腔超音波断層法では、腔の中から超音波をあてて子宮や卵巣の状態を観察します。MRI検査は磁気を使って、CT検査はX線を使って身体の内部を描き出し、治療前に転移や周辺臓器へのがんの広がりを調べます。子宮頸部の病変はMRI検査のほうが明瞭に描出されるためMRI検査で骨盤内病変の精査を行います。CT検査は広い範囲の検査を同時に行う事ができるため、肺や肝臓などの遠隔臓器への転移や、リンパ節転移の診断などに用

います。また、膀胱や直腸を内視鏡で観察し、浸潤の有無を確認します。それらの検査結果から、子宮頸がんは治療前に進行期を決定し、進行期に合わせて治療法を選択します。



治療は？

子宮頸がんの治療には、手術療法、放射線治療、化学療法（抗がん剤による治療）の単独もしくは組み合わせて行います。がんの進行期、年齢、合併症の有無、妊娠希望の有無など患者さんの状況に応じて選択します。



I～II期の子宮頸がんに対する有効な治療法が手術です。がんの広がりにより子宮頸部または子宮全部を切除します。卵巣と卵管は、年齢、病状に合わせて、切除するかどうかを決めます。切り取った組織は、顕微鏡で詳しく調べて（病理検査）、がんの広がりを診断し、手術後の治療方針を決めます。

子宮頸がんに対しては、骨盤の外から照射する外照射と、直接子宮頸部のがん
んに照射する腔内照射、また、放射線を出す物質をがん組織やその周辺組織内に
直接挿入して行う組織内照射があります。

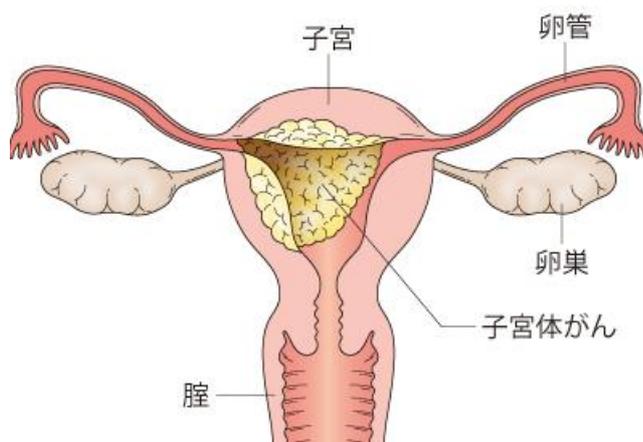
子宮頸がんでは、病期にかかわらず放射線治療を行うことができます。放射
線による治療は、高エネルギーの X 線やガンマ線でがん細胞を傷つけ、がんを
小さくします。放射線治療の方法は、体の外から放射線を照射する外部照射や腔
内から子宮の中に放射線を照射する腔内照射を行います。比較的進行したがん
の場合には、抗がん剤とともに放射線治療を行うこと（化学放射線療法）が多い
です。

子宮頸がんに対する薬物療法は、抗がん剤や分子標的治療薬を使用します。
抗がん剤は、細胞の増殖の仕組みに注目して、その仕組みの一部を邪魔すること
でがん細胞を攻撃する薬です。がん以外の正常に増殖している細胞も影響を受
けます。子宮頸がんに対しては、白金製剤のみによる治療と他の薬を併用する治
療が行われています。分子標的薬は、がん細胞の増殖に関わるタンパク質を標的
にしてがんを攻撃する薬です。子宮頸がんでは、ベバシズマブが用いられてお
り、細胞障害性抗がん薬とともに使います。

子宮頸がんは、早期がんのうちに治療すれば治癒率も高く、また子宮を温存できる可能性も十分ありますが、進行がんになると再発率・死亡率も高くなります。子宮頸がんは HPV ワクチンによる一次予防が大切です。次に、定期的な子宮頸がん検診による早期発見、早期治療を行うこと（二次予防）が重要です。

子宮体がんとは？

子宮体がんは子宮体部に発生するがんで、最近我が国の成人女性に増えてきているがんのひとつです。そのほとんどは、子宮体部の内側にあり卵巣から分泌される卵胞ホルモンの作用をうけて月経をおこす子宮内膜という組織から発生し、子宮内膜がんとも呼ばれています。



子宮体がんの発生には、卵胞ホルモン（エストロゲン）という女性ホルモンが深く関わっています。卵胞ホルモンには子宮内膜の発育を促す作用があり

ますので、卵胞ホルモンの値が高い方では子宮内膜増殖症という前段階を経て子宮体がん（子宮内膜がん）が発生することが知られています。出産したことがない、肥満、月経不順（無排卵性月経周期）がある、卵胞ホルモン製剤だけのホルモン療法を受けている方などがこれにあたります。一方、卵胞ホルモンの刺激と関連なく生じるものもあります。このようなタイプの子宮体がんはがん関連遺伝子の異常に伴って発生するとされ、比較的高齢者に多くみられます。そのほかにも高血圧、糖尿病、近親者に乳がん・大腸がんを患った方がいることなども危険因子として知られています。

症状は？

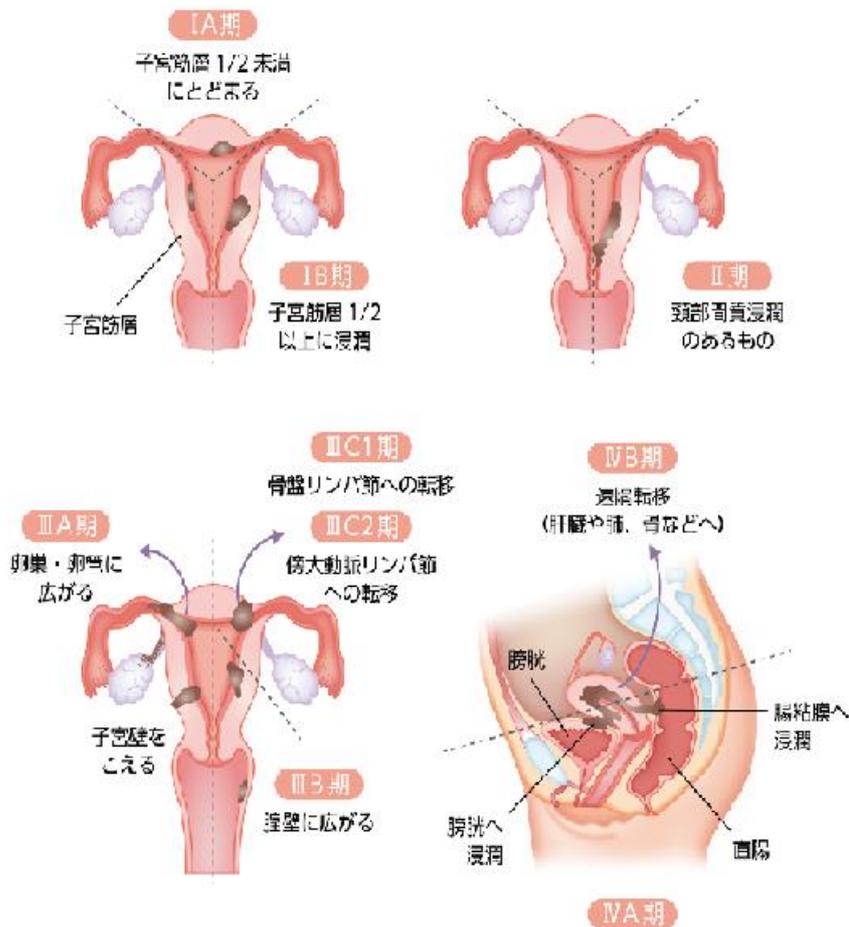
一番多い自覚症状は不正性器出血で、子宮体がんの患者の90%に不正性器出血がみられます。潜血のような出血だけではなく、褐色の帯下（おりもの）の場合もあるので注意が必要です。特に閉経後あるいは更年期での不正性器出血がある時は注意が必要です。

診断は？

子宮内膜細胞診は子宮の入り口から細い器具を挿入して細胞を採取しますが、子宮内膜細胞診の精度は子宮頸部細胞診ほど高くないので注意が必要です。

細胞診で異常が疑われる場合は子宮内の組織を採取し、病理学的診断を行います。組織診も同様に子宮内に器具を挿入して組織を採取しますが、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る、あるいは閉じてしまっていて検査ができない場合もあります。また、痛みが強いため、十分な細胞や組織が取れないこともあります。そのような場合は麻酔をかけて検査をする場合もあります。また、子宮の中をスコープ（子宮鏡）で観察しながら組織を採取することもあります。

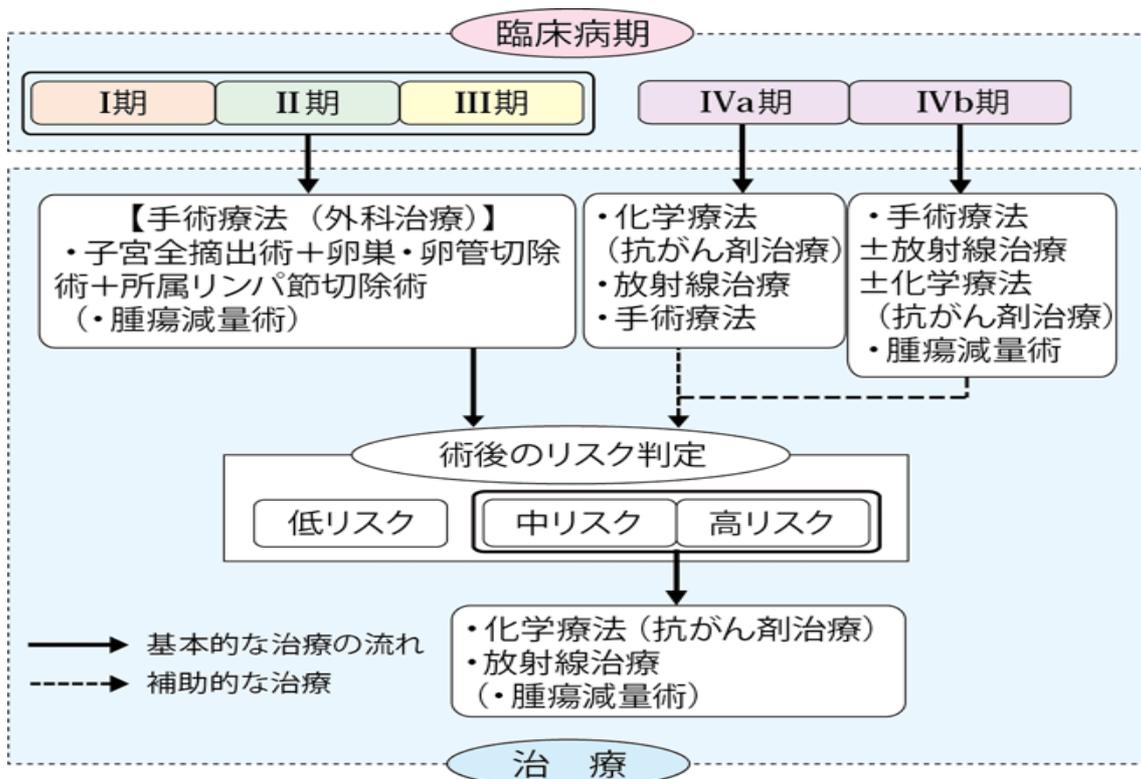
子宮体がんと診断された場合の広がりを知る検査には、MRI や CT、PET-CT などの画像検査があります。MRI では子宮の壁にがんがどれだけ食い込んでいるか（筋層浸潤）、子宮に隣接する卵巣・卵管にがんの進展がないかなどを評価します。CT や PET-CT では全身の臓器やリンパ節にがんの転移がないかを評価します。また、子宮体がんの 2-5%程度は遺伝性のものとされます（リンチ症候群）。



治療は？

子宮体がんの治療は手術療法が主体です。手術の基本は子宮と両側の卵巣・卵管の摘出です。がんが転移していく先であるリンパ節も摘出（リンパ節郭清）することで最終的ながんの広がり（進行期）を評価しますが、がんの種類や広がりによってはこれを省略することもあります。また、一部の早期子宮体がんに対しては、従来のお腹を大きく切る開腹手術だけではなく、カメラを用いた腹腔鏡下手術やロボット支援下手術も、保険診療として行われるようになってきています。

摘出した子宮や卵巣、リンパ節を顕微鏡で調べて子宮体がんの進行期を決めます。手術後の評価で再発のリスクが高いと考えられる場合には、抗がん剤による化学療法や放射線療法が行われ、本邦では主に化学療法が行われることが多いです。



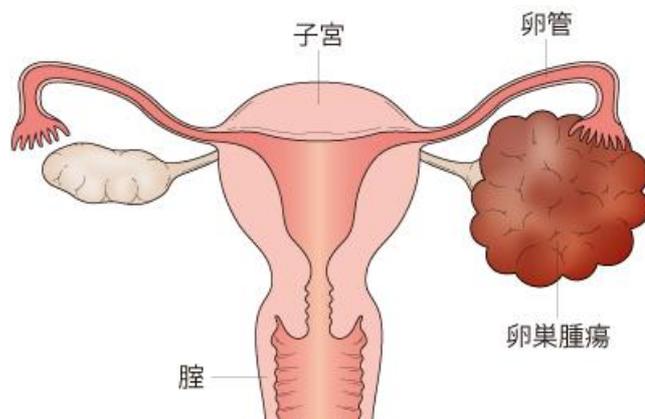
子宮体がんでは、再発のリスクを減らすことを目的として、手術後に抗がん剤治療を行うことがあります。また、手術でがんが切除できない場合や、切除しきれない場合、がんが再発した場合にも抗がん剤治療を行います。

放射線による治療は、高エネルギーのX線やガンマ線でがん細胞を傷つけ、がんを小さくします。高齢者や他にかかっている病気などによって手術ができないときや止血の難しい出血をおさえるときに行うこともあります。

また、妊娠を希望される方に発症した初期の子宮体がんやその前がん病変とされる子宮内膜異型増殖症に対しては、子宮を温存するホルモン療法を選択する場合があります。

卵巣がんとは？

卵巣は子宮の両側に1つずつある楕円形の臓器で、卵巣の重量は20代で最大になり、閉経期になると小さくなります。卵巣の機能は、女性らしい体をつくり、維持を促す女性ホルモンを分泌します。卵巣がんはいろいろな要因の積み重ねで発生します。妊娠・出産の経験がない人、初経が早かったり閉経が遅いなどで排卵回数が多い人、子宮内膜症の人は、卵巣がんを発症しやすいと考えられています。また、親・姉妹・従姉妹に乳がんや卵巣がんの人がいる場合、遺伝的な要因（BRCA（ビーアールシーエー）遺伝子の異常など）のため卵巣がんになりやすいこともあります。



卵巣腫瘍はその発生するもとの組織によって表層上皮性・間質性腫瘍、性索間質性腫瘍、胚細胞腫瘍など大別され、さらに良性腫瘍、境界悪性腫瘍、悪性腫瘍に分類されます。卵巣がんとは、卵巣を構成する種々の組織より発生する悪性腫瘍の総称です。

進行した卵巣がんは、おなかの中全体にがんが広がり（腹膜播種）、大腸や小腸をおおっている大網や横隔膜、脾臓などに転移することがあります。腹膜播種により腹部や胸部にがん性の体液が貯留してきます。

症状は？

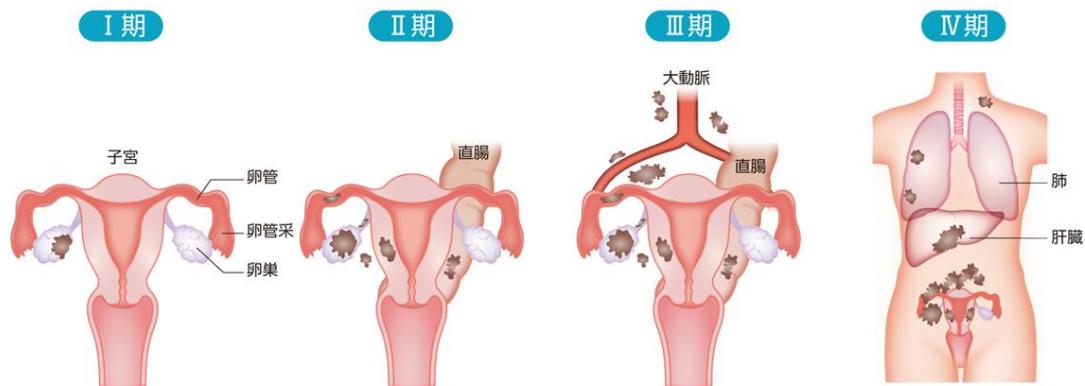
一般に腫瘍が小さい場合は無症状のことが多く、日常生活に支障を来すことは稀です。卵巣腫瘍があっても月経は順調なことが多く、妊娠にもあまり影響しません。子宮がん検診や内科などを受診した際に、偶然、卵巣腫瘍が発見さ

れることも少なくありません。

腫瘍が大きくなると膀胱や直腸を圧迫して頻尿や便秘を認めたり、腹水が貯留すると腹部膨満感（お腹が張って苦しい）、痛みを認めることもあります。時には卵巣腫瘍の付け根部分がねじれたり(卵巣腫瘍茎捻転)、卵巣腫瘍の一部が破綻したる事があり、緊急手術を要することもあります。

診断は？

卵巣は腹腔内に存在するため、内診で卵巣の大きさ、形、癒着の有無などを診察し、経腔超音波検査により卵巣の大きさや内部の状態などを観察します。さらに、CT や MRI 検査などの画像検査を併用して、子宮、膀胱、直腸などの他臓器との関係、腫瘍内部の性状、リンパ節の腫大の有無などを観察し、良性、境界悪性あるいは悪性かを推測します。画像検査だけでは病気の広がりの詳細を正確に判断することは難しく、手術による腹腔内の詳細な検索が必要です。良性腫瘍、境界悪性腫瘍、悪性腫瘍かの確定診断は、手術などによって得られた検体の病理組織検査（顕微鏡で確認する）で行います。



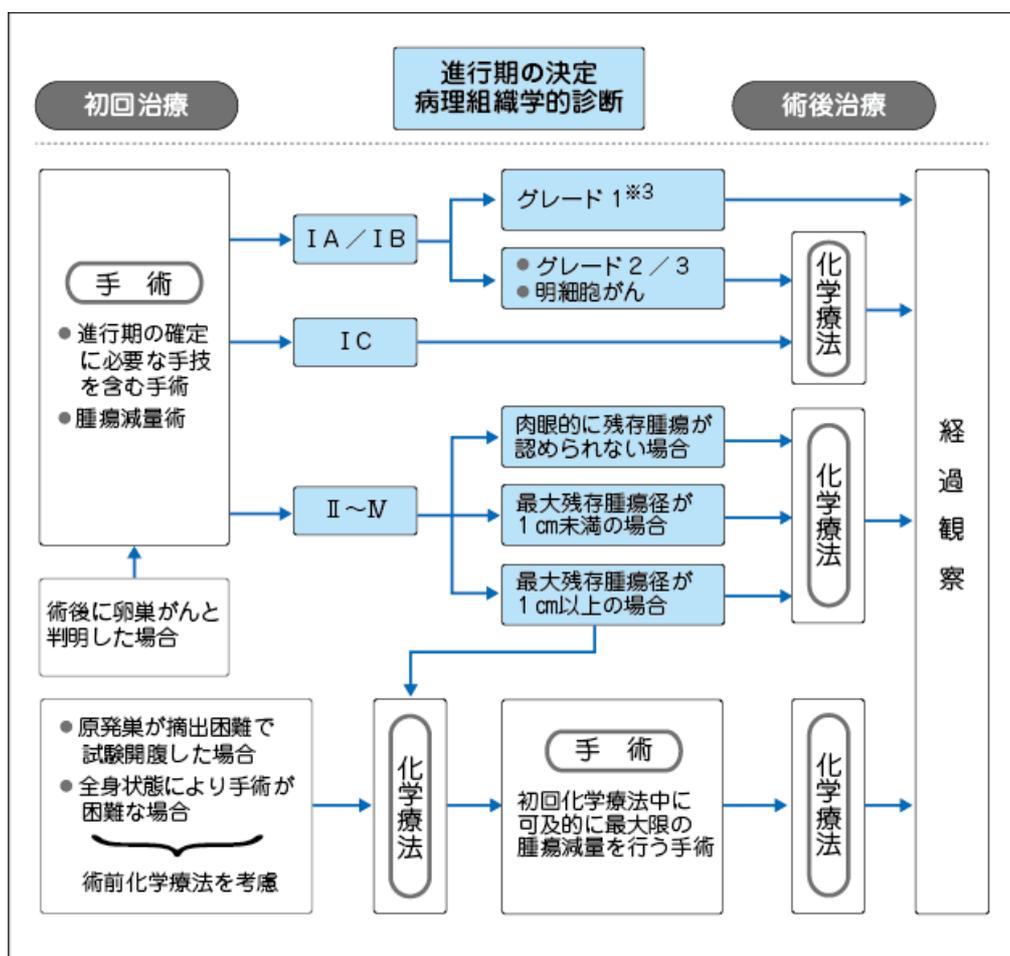
I期	がんが卵巣だけにとどまっている
II期	がんが骨盤内の子宮や卵管、直腸・膀胱の腹膜などに広がっている
III期	がんがリンパ節に転移しているか、骨盤腔をこえて、上腹部の腹膜、大網、小腸などに転移している
IV期	がんが肝臓や肺などに転移している

治療は？

卵巣がん治療の原則は、手術により腫瘍を可能な限り摘出し、肉眼的に残存腫瘍を出来る限りなくすこと（完全切除）にあります。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、さらに肉眼的に確認できる腫瘍や腫大したリンパ節をできるだけ摘出します。腫瘍の広がり非常に大きく、一回の手術で腫瘍の摘出がきちんと出来ない場合、腫瘍の一部だけを摘出し、組織学的検査により診断を確定し、化学療法（抗がん剤治療）の効果を期待する治療も選択肢となります。化学療法を何回か施行した後、二次的腫瘍摘出術を試みます。

卵巣がんは抗がん剤がよく効く固形がんの一つと考えられており、極めて早期の症例を除き、手術後の抗がん剤治療は必要となります。抗がん剤治療は、

パクリタキセル、カルボプラチン、シスプラチンなどを中心に2~3種類の抗がん剤を組み合わせ、周期的に投与します。最近では、分子標的治療薬を初回化学療法との併用や初回化学療法終了後の維持療法に用いることも可能になっています。再発した病変に対する化学療法にも分子標的治療薬を用いる場合もあります。



最後に

婦人科がんは今回ご紹介した以外にも、外陰がん、膣がんなど多岐に渡ります。婦人科腫瘍専門医が責任を持って手術・化学療法・放射線療法などの治療手段のなかから診療ガイドラインに基づいた最適な治療を選定し、患者さま・ご家族に十分に相談させていただきながら治療を提供しています。また、治療により生じる副作用にも、個別に対応させて頂いております。手術は腹腔鏡やロボット支援手術といった負担の少ない低侵襲手術を広く導入し、放射線治療はガンマナイフや IMART など最新の治療を実施し、化学療法は従来の抗がん剤治療に加えて分子標的治療薬なども積極的に取り入れて治療を行っています。